労働省平成11年度「作業関連疾患の予防に関する研究」

労働の場におけるストレス及び
その健康影響に関する研究報告書

平成12年3月

班長　加 藤 正 明

序

本研究は、平成7年度より「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究」として労働省より研究を委託され、平成11年度にいたる5年間、東京医科大学名誉教授加藤正明を班長として研究を行い、本年をもって終了したので、その大要を総括報告する。

本研究は、平成7年度当初3班をもって構成されたが、平成9年度より「産業メンタルヘルスシステムの研究」(国立精神・神経センター、精神保健研究所吉川武彦所長)を加え、4班として相互連絡提携の上に5ヵ年間の研究を行ったものである。

即ち、第1班「健康影響評価グループ」は、岐阜大学医学部公衆衛生学川上憲人助教授を中心として、平成7年度は職業性ストレスの集団的評価のため、カラセックのJCQ、NIOSHの職業性ストレス調査票などを含む日本版職業性ストレス評価票を作成の上、コホート研究を実施し、生活習慣との関連などを検討した。平成8年度には大規模な調査を開始し、ベースラインデータの解析、職業性ストレスと抑うつ、職場の心理社会的ストレッサーと血圧、血清脂質、虚血性心疾患などとの関係についての研究を行った。平成9年度は職業性ストレス、管理者のストレス、女性労働者のストレス、事業所別ストレスなどの研究を実施した。平成10年度は、職業性ストレス判定図の開発、ライフスタイルおよび仕事外の要因の影響などを分析し、平成11年度は事業所別のストレス対策の進め方、ストレス対策のモデル事業などを実施し、ストレス対策マニュアルを作成した。

第2班「ストレス測定グループ」は、東京医科大学衛生学公衆衛生学下光輝一教授を中心に、平成7、8年度は労働者個人のストレス評価に関する研究に重点をおくとともに、免疫学的評価、循環系指標の時系列解析を行い、平成9年度は多軸的ストレスモデルに基づいて、職業性ストレス簡易調査票(57項目)を作成し、その信頼性、妥当性について検討を行った。平成10年度には簡易調査票の修正を行い、また、ストレス評価法の総合的マニュアルを作成した。平成11年度には個人的ストレス評価を目的とした最終版の職業性ストレス簡易評価法を完成し、また、産業現場での使用を目的としたその使用マニュアルを作成した。

第3班は、東京経済大学島悟教授を中心に、「ストレス対策研究」を行い、平成7年度はストレス対策法のレビューと職場における対策の調査を行い、平成8年度はストレス対策の効果評価指標に関する検討を実施し、平成9年度はストレスおよびメンタルヘルス教育に関する調査研究を行った。平成10年度は職業性ストレス簡易調査票を使用して、各種の教育や対策の効果の評価を行い、管理監督者教育用マニュアル、リラクセーションマニュアルの作成を行った。平成11年度は運動指導、保健指導、イントラネット法による対策の評価、セルフケア、ラインによるケアなどの対策マニュアルを作成した。

第4班は「産業メンタルヘルスシステム」の研究を行い、国立精神・神経センター、精神保健研究所吉川武彦所長を中心に、平成9年度は産業メンタルヘルスの効果と現状に関する全国調査および、企業内の効果について聞き取り調査を行い、また生産性本部の業績資料からみたメンタルヘルスシステムについて検討した。平成10年度は業種別の全国調査とサポートシステムの利便性の効果調査を行い、平成11年度には事務所規模に応じたシステムのありかたの検討を行い、大企業におけるメンタルヘルスシステム、中企業における同システム、零細企業に対する同システムについてのチャートを作成し、そのあり方について具体的に検討した。

以上、平成7年より同11年に至る労働省委託研究「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究」5ヵ年の共同研究を終了するにあたり、労働省の研究助成に感謝するとともに、これらの研究が、今後の産業メンタルヘルス、特に労働の場におけるストレス及びその健康影響に対して、有益な効果をもたらすことを期待したいと思う次第であります。

平成12年3月

研究班長　加藤　正明

労働省平成11年度

「作業関連疾患の予防に関する研究」班員名簿

班　長：　　加藤正明　（東京医科大学精神医学名誉教授）

副班長：　　下光輝一　（東京医科大学衛生学公衆衛生学教授、事務局担当）

「企画調整グループ」

健康影響評価　川上憲人*（岐阜大学医学部公衆衛生学助教授）

ストレス測定　下光輝一*（東京医科大学衛生学公衆衛生学教授）

ストレス対策　島　　悟*（東京経済大学経営学部教授）

産業メンタルヘルスシステム

吉川武彦*（国立精神・神経センター精神保健研究所長）

「健康影響評価グループ」

相澤好治（北里大学医学部衛生学公衆衛生学教授）

川上憲人**（岐阜大学医学部公衆衛生学助教授）

小林章雄（愛知医科大学衛生学教授）

林　剛司（日立健康管理センタ産業医主任医長）

橋本修二（東京大学大学院医学系研究科健康科学・

看護学専攻疫学・予防保健学助教授）

「ストレス測定グループ」

大野　裕（慶應義塾大学医学部精神神経科講師）

下光輝一**（東京医科大学衛生学公衆衛生学教授）

中村　賢（北里大学医療衛生学部心理社会系医療学教授）

横山和仁（東京大学大学院医学系研究科

社会医学専攻公衆衛生学助教授）

「ストレス対策グループ」

荒井　稔　（順天堂大学医学部精神医学講師）
須藤美智子（ソニー本社健康開発センター係長）
島　　悟**（東京経済大学経営学部教授）
角田　透　（杏林大学医学部衛生学教授）
廣　尚典　（日本鋼管病院鶴見保健センター長）
渡辺直登　（慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授）

「産業メンタルヘルスシステムグループ」

吉川武彦**（国立精神・神経センター精神保健研究所長）
後藤　敕　（(財)社会経済生産性本部
メンタルヘルス研究所専任部長）
児玉隆治　（東京学芸大学保健管理センター教授）
高塚雄介　（早稲田大学学生相談センター講師）
竹島　正　（国立精神・神経センター精神保健研究所
精神保健計画部部長）
丸山　晋　（淑徳大学社会学部社会福祉学科教授）

「企画調整研究協力者」

原谷隆史　（労働省産業医学総合研究所主任研究官）

**は兼務、*は連絡員

目　　次

序　　班長　加藤正明

班員名簿

Ⅰ．総括

1．全体総括 ---------- 1

Ⅱ．「健康影響評価」研究グループ報告

1．健康影響評価グループ研究成果の概要 ---------- 5

2．「仕事のストレス判定図」の完成と現場での活用に関する研究 -- 12

2-1．「仕事のストレス判定図」の現場における有用性の検討

2-2．疾病休業データ等に基づく「仕事のストレス判定図」の再検討

2-2-1．疾病休業データからみた「仕事のストレス判定図」の検討

2-2-2．追跡調査データによる「仕事のストレス判定図」の係数の検討

2-3．「仕事のストレス判定図」の最終修正

3．職業性ストレスの健康影響に関する研究 ---------- 40

3-1．職業性ストレスと健康コホートの研究の概要

3-2．職業性ストレスの健康影響：コホート研究最終年度解析結果

3-2-1．職業性ストレスと疾病休業：コホート内患者対照研究

3-2-2．職業性ストレスと 1 週間以上の疾病休業：コホートサイト 4 における患者対照研究

3-2-3. 職業性ストレスと動脈硬化性疾患危険因子

3-3. 職業性ストレスの健康影響に関する総合的結論

4. 事業所におけるストレス対策の進め方 ---------- 63

4-1. 労働安全衛生マネジメントシステムとストレス対策の実施に関する検討

4-2. 年齢層別のストレス対策のポイント

4-3. 変貌する労働状況（リストラ、アウトソーシングなど）の下でのストレス対策

4-4. 性別、職種および事業場規模別のストレス対策のポイント（再検討）

5. 総合的ストレス対策のモデル事業に関する研究 ---------- 84

5-1. SEにおけるストレス対策モデル事業（モデル事業１）

5-2. 判定図を用いたストレス対策を、従来の方法（面接による個別対応）と組み合わせたモデル事業（モデル事業２）

5-3. 職場環境および個人向けの複合的ストレス対策のモデル事業（モデル事業３）

5-4. 中規模事業場におけるストレスへの意識づくりのモデル事業（モデル事業４）

5-5. 総合的ストレス対策の計画立案のモデル事業（モデル事業５）

5-6. 総合的ストレス対策のモデル事業：要約

Ⅲ.「ストレス測定」研究グループ報告

1. ストレス測定グループ研究成果の概要 ---------- 117

2. 主に個人評価を目的とした職業性ストレス簡易調査票の完成 --- 126

2-1. 職業性ストレス簡易調査票の信頼性の検討と基準値の設定

2-2. 職業性ストレス簡易調査票における職業性ストレッサーおよびソーシャルサポートとストレス反応の関連性の検討
―共分散構造分析(MIMICモデル)によるアプローチ―

2-3. 職業性ストレス簡易調査票における職業性ストレッサーおよびストレス反応測定項目の反応特性の検討
—項目反応理論によるアプローチ—

2-4. 職業性ストレス簡易調査票によるストレス簡易判定法の検討

3. 職業性ストレス簡易調査票の有用性 ---------- 165

3-1. 職業性ストレス簡易調査票に対する産業医、看護婦・士の意見調査結果より

3-2. 総合的ストレス対策のモデル事業のなかでの職業性ストレス簡易調査票の活用

3-3. 職業性ストレス簡易調査票の使用に関する研究

3-4. 職業性ストレス簡易調査票の有用性の検討

3-5. 精神神経科受診者に対する職業性ストレス簡易調査票の使用

4. 職業性ストレス簡易調査票使用マニュアル ---------- 216

5. 職業性ストレス簡易調査票の限界 ---------- 227

Ⅳ.「ストレス対策」研究グループ報告

1. ストレス対策グループ研究成果の概要 ---------- 231

2. ストレスマネージメントの一環としての運動指導 ---------- 240

3. Web ページを用いたストレスチェック票の作成とその試用経験について ---------- 249

4. ストレス対策における管理者教育 ---------- 255

5. 保健指導におけるストレス対策の実際 ---------- 272

6. メンターの選抜要件に関する研究 ---------- 298

Ⅴ.「産業メンタルヘルスシステム」研究グループ

1. 産業メンタルヘルスシステムグループ研究成果の概要 ---------- 309

Ⅵ．成果物

「健康影響評価」研究グループ ----------341
「ストレス測定」研究グループ ----------357
「ストレス対策」研究グループ ----------369
「産業メンタルヘルスシステム」研究グループ ----------391

総　　括

Ⅰ－1．全体総括

平成 7 年より同 12 年に至る労働省委託研究「労働の場におけるストレスおよびその健康影響に関する研究」の 5 か年間の報告が終了したので、ここに総括報告を提出する。

本研究は平成 7 年より同 12 年に至る 5 か年間、東京医科大学名誉教授加藤正明を班長とし、次の 4 研究サブグループによって、おのおのの研究を相互連絡の下に行った。

第 1 班「健康影響評価グループ」は、岐阜大学医学部公衆衛生学助教授川上憲人を中心に行われ、5 年間の研究において、1)大規模調査データ（職業性ストレスと健康コホートの研究）および、2)文献レビューに基づいて以下の研究を行った。

1) さまざまな職業ストレスの健康影響の評価
2) 職業性ストレスの集団的評価法として「仕事のストレス判定図」を開発した。
3) 事業所全体としてのストレス対策の進め方および、性、年齢、職種、事業所規模別のストレス対策の進め方を明らかにした。
4) 事業所におけるストレス対策のモデル事業を実施した。

集団的ストレス評価法については、カラセック Karasek RA の Job Content Questionnaire(JCQ)と、米国国立職業安全保健研究所 NIOSH の職業性ストレス調査票その他を検討して、日本版「職業ストレス評価法」を考案し、集団的ストレス評価を行い、集団ストレスの対策として、女性のストレス対策、年齢別のストレス対策、職種ごとのストレス対策、製造組み立て従事者のストレス対策、運輸従業者のストレス対策、ソフトウェア技術者のストレス対策、医療関係者のストレス対策、中小規模事業所のストレス対策、リストラが進む事業所のストレス対策などを検討した。これらの結果に基づき、「事業所におけるストレス対策の進め方のチェックリスト」と、「仕事のストレス判定図」マニュアルを作成し、その簡易版を考案した。

第 2 班は、東京医科大学衛生学公衆衛生学教授下光輝一を中心に、「ストレス測定研究班」により、職業性ストレス簡易調査票の研究を継続した。職場ストレスによるストレス性健康障害は、長期にわたる欠勤や過労死などとの関連が高く、職場における健康管理上、重要な問題となっている。第 2 班は労働者個人のストレス測定のため、既存の多くのストレスに関する質問票を検討し、現場で簡便に測定・評価することが可能であり、信頼性と妥当性の高い職業性ストレス簡易調査票を開発するた

めの研究を行った。その結果、1)ストレス反応のみでなく、ストレス要因をも評価できること、2)心理的反応の中、ネガティブなストレスだけでなく、ポジティブなストレスも評価できること、3)心理的、身体的なストレス反応だけでなく、修飾要因をも評価する多軸的評価法であること、4)職場で簡便に使用可能とするため、質問項目を少なくし(57 問の職業性ストレス簡易問診票を作成した)、約 10 分で回答できるようにする、5)どのような職場でも使用できること、6)自記式調査票であることが必要であるとされ、これら条件を満たすこの簡易調査法の使用にあたっては、労働者個人の秘密の保持に十分な留意が必要であり、そのための配慮が十分になされなければならない。例えば個人の自主的判断により受診することや、定期健診の際、嘱託医のみが調査票を見て判断し、本人に返却するなどの配慮が必要である。本人がストレス問題のために自ら受診を求めて来た場合も同様であるとした。すなわち、1)セルフチェック、2)健康診断時の問診および保健指導の補助としての利用、3)ストレス対策後の評価に利用、4)職場および職種間のストレス状況の評価に利用、5)健康測定(THP)心理相談対象者の選定に利用が可能である。また簡易調査票の結果から、ストレスプロフィールを作成することが出来、これによりストレスの評価が容易となっている。なお、利用上の注意点として、1)家庭生活上のストレス要因は測定していないこと、2)パーソナリティは考慮されていないこと、3)調査時点のストレス状況しか把握できないこと、4)プライバシーの保護が重要であることが挙げられる。

第 3 班は「ストレス対策に関する研究」を、東京経済大学経営学部教授島悟を中心に行い、1)ストレス状態の現状の把握と、簡易ストレス調査票を用いた事業所全体および従業者個人のストレスの状態を把握し、2)事業所におけるストレス対策の立案を、事業所全体に対する対策と、従業員個人に対する対策とに分けた。ストレス要因が多い時は事業所としてストレス要因を減らす対策を立てた。従業員個人のストレス抵抗力を増すために、THP に基づく健康づくりを行った。従業員にストレスによる心身の反応が見られたときは、健康管理対策を講じた。3)ストレス調査票を用い、事業所におけるストレス対策の実施とモニタリングを用いることが必要である。ストレス対策における担当者の役割として、労働者自身によるストレス対策、ラインによるストレス対策、事業所内健康管理スタッフによるケアおよび外部資源によるストレス対策が必要であった。

また、ストレス対策にあたって管理者の教育が不可欠であり、教育にあたって職場内のコミュニケーションをよくし、部下の観察、個別面接、ストレスの受け止め方の個人差に留意し、ストレスの高いものへの支援、産業保健スタッフとの連携、プライバシーへの配慮などが重要である。管理者教育の実施にあたって、人間関係、仕事の質と量、適性などに配

慮した教育プログラムを立てる必要があるとされた。
ここで健康診断をもとにしたストレス対策の例が示され、管理監督者におけるリスナーマインドの基本として、「気配り―気づき―声かけ」というコミュニケーションが示され、管理者にとって不可欠のこととされた。さらに、メンタリングによるストレス対策と、身体活動・運動によるストレス解消、インターネットの活用によるメンタルヘルス活動の研究が検討された。

第４班の「産業メンタルヘルスシステム研究」は国立精神保健研究所長吉川武彦を中心に行われ、平成９年度から 11 年度間での３年間行われた。平成９年度においては､1)産業メンタルヘルスシステムの現状に関する全国調査が行われ、産業メンタルヘルスシステムへの取り組みは、大企業ほど実施率が高く、システム導入に積極的な事業所は、約４分の１で、大企業に多かった。つまり４分の３にあたる中小企業では、積極的ではなかった。また、2)企業内メンタルヘルスシステムの聞き取り調査では、11 ヵ所の事業所に企業内のシステムづくりについてまとめた。その結果、1）組織診断の強化、技術開発、管理者の研修、援助機関や人材の開発、専従専門医の確保、産業保健専門職の交流、事例集づくり、地域システムづくりが要望された。
10 年度は、1)規模別・業種別の差はなかったが、37.5％がシステム導入の困難を訴えており、聞き取り調査では、地域保健と産業保健の統合が望まれ、メンタルヘルスが企業に役立つこと、衛生管理者がキーパーソンであり、研修情報アクセスの向上により、システムづくりの機会を増やすことなどが問題になった。
11 年度には、1)事業所規模に応じたシステムづくりが問題になり、中小・零細企業では地域保健統合産業保健が統合された形でのシステムづくりと事業支援が必要であり、社内システムとしての衛生管理者の存在が重要であるとされた。以上の結果からメンタルヘルスシステムのありかたとして、大規模事業所の場合、中小事業所の場合および零細事業所の場合の３つのタイプが図示された。

以上４班の研究は、常に密接な打ち合わせのもとに行われ、合同会議により、相互の研究の内容について討議の上、進行した。本研究の結果が、労働衛生行政に役立つことを切望したい。

平成 12 年 3 月 31 日

労働省委託研究
「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究」
班長　東京医科大学名誉教授　加藤　正明

「健康影響評価」
研究グループ報告

Ⅱ－1．健康影響評価グループ研究成果の概要

A．健康影響評価グループの研究の概要

１．５年間の研究の概要

健康影響評価グループでは職業性ストレスの健康影響を評価し、また事業場におけるストレス対策の進め方を明らかにするために、（１）大規模調査データ（職業性ストレスと健康コホート研究）の解析結果および（２）文献レビューに基づいて以下の研究を行った。

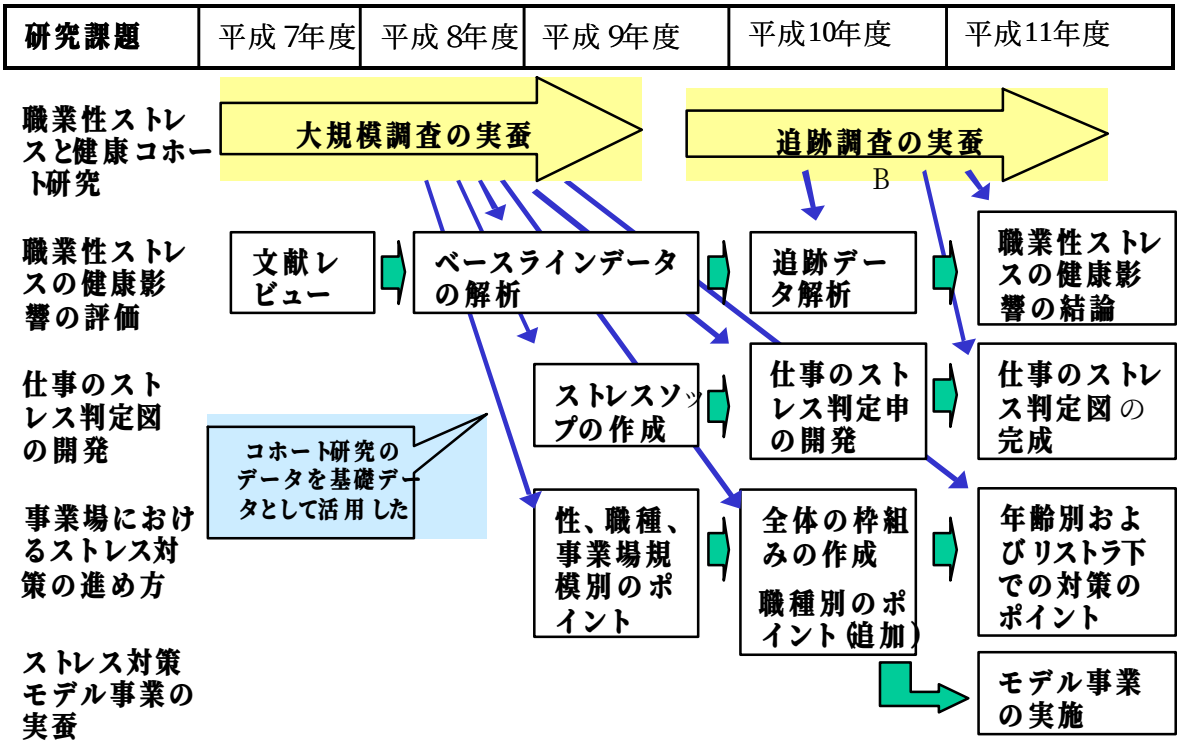
１）さまざまな職業性ストレスの健康への影響を評価した。

２）集団としての職業性ストレスの評価法である「仕事のストレス判定図」を開発した。

３）事業場全体としてのストレス対策の進め方および、性、年齢、職種、事業場規模など別のストレス対策の進め方を明らかにした。

４）事業場におけるストレス対策のモデル事業を実施した。

各課題の相互関係と研究の流れは、下図に示すとおりである。



健康影響評価グループの 5年間の研究の流れ

２．平成１１年度研究の概要

最終年度である平成11年度は、これまで４年間の研究成果をふまえ、

他の研究グループと連携しながら、実際の職場でストレス対策を計画、実施するための検討と具体的なマニュアル作成を進めた。平成11年度研究の概要および５年間の研究成果とマニュアルとの関係を図１に示す。

特に①職業性ストレスと健康コホート研究の５年間の成果をまとめ、職業性ストレスの健康影響について一定の結論を得る、②「仕事のストレス判定図」を現場で応用し完成する、③事業場の特徴とストレス対策のポイントを補足する、④ストレス測定グループおよびストレス対策グループと連携しながら、本研究班で開発されたストレスの評価・対策方法を複合的に活用してストレス対策の総合的モデル事業を実施することを目的とした。これらの研究成果に基づいて「事業場のストレス対策計画マニュアル」、「仕事のストレス判定図マニュアル」を完成した。

Ｂ．研究課題別の成果

１．仕事のストレス判定図の完成と現場での活用に関する研究

１）仕事のストレス判定図の現場における有用性の検討

仕事のストレス判定図を10の現場で実際に使用し、その有用性を確認した。仕事のストレス判定図の判定結果は実際の印象とよく一致しており、また職場環境の改善対策の糸口として、管理監督者の教育啓発のツールとして、また対策の効果評価の方法として有用であることがわかった（川上班員）。

２）疾病休業等からみた「仕事のストレス判定図」の検討

仕事のストレス判定図のうち「量的負荷－コントロール」判定図では、仕事のコントロールの係数は現行のものとよく一致していたが、仕事の要求度（量的負荷）と疾病休業の関係がＵ字型の関係であった。「職場の支援」判定図の係数は疾病休業データからみて適切であった。従来からの知見、判定図の簡潔さの確保、判定図が必ずしも疾病休業のみを目的指標として考えていないこと等から係数については現行のままとすることとした。ただし、昨年度の年齢別判定図は各年齢に共通した判定図（男女２枚）に要約した。また職業性ストレス簡易調査票女性用判定図の係数を修正した（橋本、川上班員）。

２．職業性ストレスの健康影響に関する研究

１）職業性ストレスと健康コホート研究５カ年のまとめ

職業性ストレスと健康コホート研究の研究目的、研究対象、研究方法について要約した（川上班員）。

２）職業性ストレスの健康影響に関する結論

職業性ストレスと健康コホート研究の最終年度のデータを解析し、５カ年の研究成果および文献レビューから職業性ストレスの健康への影響についてまとめを行った（小林・林班員）。コホートの追跡データの解析の一部を紹介すると、仕事のコントロールの低さ、上司の支援の低さが30

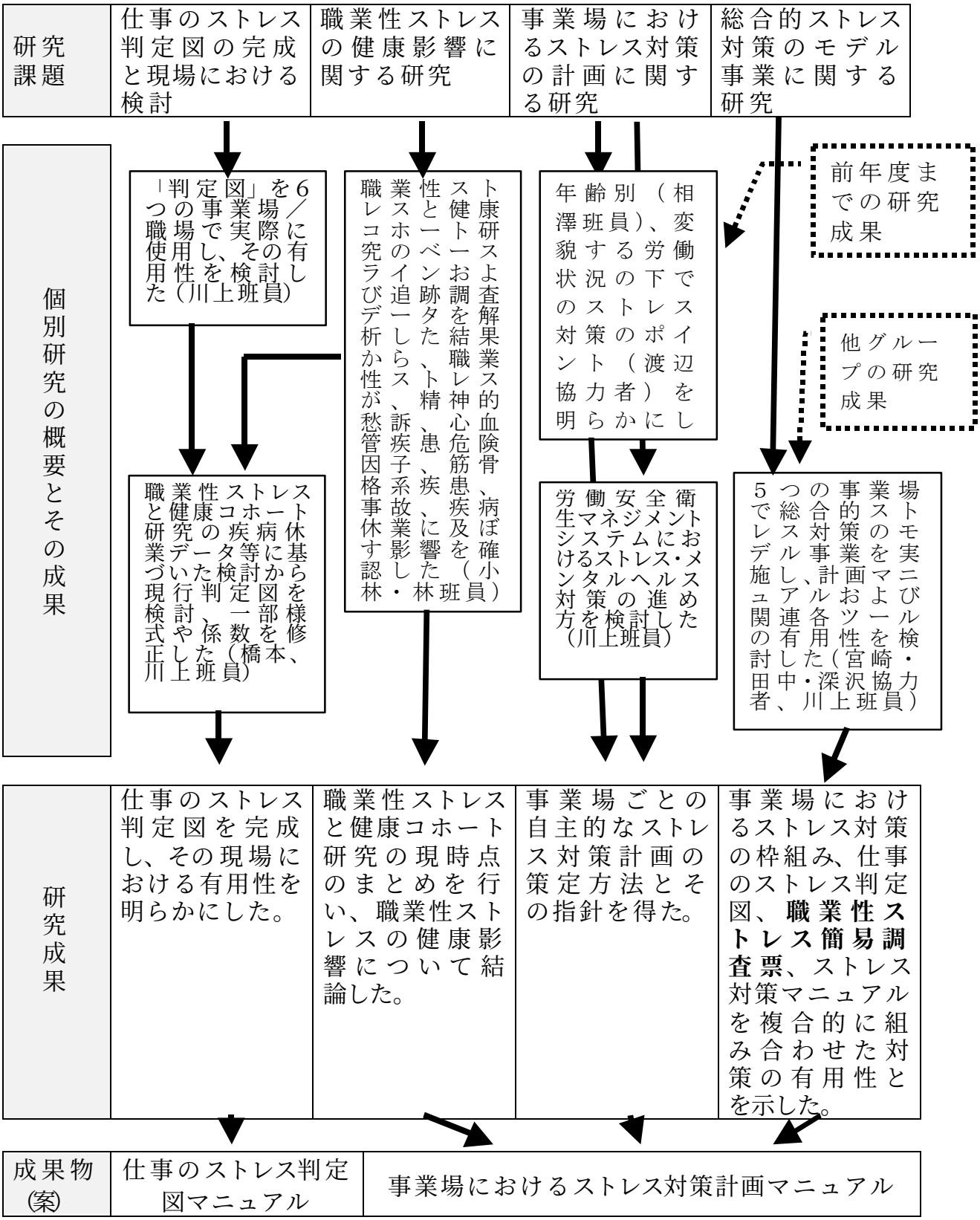


図１　健康影響評価グループ平成11年度研究の概要

日以上の疾病休業の発生に関係していた。上司の支援の低さは高血圧や肥満などの他の危険因子の影響を除いても１週間以上の疾病休業と関係していた。研究結果から、健康に影響する可能性のある職業性のストレス要因およびこれ関連の深い健康障害のリストが作成された。

３．事業場におけるストレス対策の計画に関する研究

健康影響評価グループでは平成９年度には性別、職種別、事業場規模別のストレス対策のポイントを、また平成10年度にはさらに３つの職種のストレス対策のポイントを追加検討するとともに「事業場におけるストレス対策の共通の枠組み」を提案した。平成11年度は、「労働安全衛生マネジメントシステム」とストレス対策の関係について検討すると同時に、年齢別のストレス対策のポイントおよびリストラ・アウトソーシング下におけるストレス対策のポイントについて検討を進め、この課題についての総まとめを行った。

１）労働安全衛生マネジメントシステムとストレス対策の実施に関する検討

事業場のストレス対策を労働安全衛生マネジメントシステムの中での活用するための方法について整理した。ストレス対策は、労働安全衛生マネジメントシステムの中に組み込んでも、またこれと独立にも実施可能であることが明らかとなった。労働安全衛生マネジメントシステムの利点を生かして事業場におけるストレス対策の具体的な計画および実施方法を提案できた（川上班員）。

２）年齢層別のストレス対策

職業性ストレスと健康コホート研究のベースラインデータを用いて、職業性ストレスにおける年齢的な特徴を検討した。結果から、若年層では職業性の役割の明確化と職業に対する動機づけや満足感を上げるような対策、中高年層では人間関係に関する対策が重要であると考えられた（相澤班員）。

３）変貌する労働状況（リストラ、アウトソーシングなど）の下でのストレス対策

変貌する労働状況（リストラ、アウトソーシングなど）の下でのストレス対策のポイント（渡辺協力者）について文献レビューおよびコホートデータの解析に基づいて要約した。対策として、人事の公平性の確保、上司・部下関係の強化（管理監督者教育など）、労働者自身のキャリアデザインの支援があげられた。

４）平成９、10年度の労働者の特性別ストレス対策の再検討

平成９、10年度の女性、管理職、事務職、製造組み立て職、コンピュータ技術者、運輸従事者、医療職、中小規模事業場のストレス対策について再検討し、それぞれの対策ポイントを要約した（相澤・林・小林・川上班員、朝倉・三木協力者）

４．総合的ストレス対策のモデル事業に関する研究

本研究班全体の研究成果を統合し総合的なストレス対策を計画・実施するために、５つの事業場で「事業場におけるストレス対策の枠組み」、「仕事のストレス判定図」、「職業性ストレス簡易調査票」、「ストレス対策マニュアル」を複合的に組み合わせて総合的ストレス対策のモデル事業を実施した。

１）ソフトウェア技術者（ＳＥ）におけるストレス対策モデル事業

事業場内産業保健スタッフに相談できる機会の少ない遠隔地の営業所やクライエント先のソフトウェア技術者(SE)も含め全社的ストレス対策を実施するために、職業性ストレス簡易調査票による調査を実施した。調査により一人作業のSEにストレスが高いことが把握できた。また個人向けの結果通知も好評であった（宮崎協力者)。

２）判定図を用いたストレス対策を従来の方法（面接による個別対応）と組み合わせたモデル事業

従来心身の不調者を対象とした個人面接を実施していた事業場で、これに加えて職場環境の対策を行うために職業性ストレス簡易調査票と「仕事のストレス判定図」を用いた調査の上、産業医による職場巡視，調査対象者の一部に対する個別面接、部課別の報告会を行ない、職場集団を対象としたストレス対策が可能となった（田中協力者)。

３）職場環境および個人向けの複合的ストレス対策のモデル事業

独自の個人向けストレスチェック（健康診断時に実施）を中心に、職場別のストレス要因の評価と対策、個人結果の送付とこれと連動した個人向け教育・研修（リラクセーション法講習会）を複合的に実施し効果をあげた（川上班員)。このモデル事業にかかった費用は従業員１名あたり約300円と比較的安価であった。

４）規模事業場におけるストレスへの意識づくりのモデル事業

従業員700名の中規模企業で、従業員のストレスに対する意識づくりを進めることを目的に職業性ストレス簡易調査票を活用した個人向けストレスチェック（希望者のみ対象）を中心に、リラクセーション講習会、職場ごとのストレス評価、相談活動などを複合的に実施したところ、ストレスへの意識づくりや産業医への相談が可能であることの理解が進んだ（川上班員)。

５）総合的ストレス対策の計画立案のモデル事業

職場におけるストレス・メンタルヘルス問題の早期発見と予防を目指す活動「メンタルヘルスプロモーションプロジェクト」のための体制づくりと目標の設定を行った。プロジェクトは事業場内産業保健スタッフ・人事部門・安全衛生部門・健康保険組合の代表者による運営委員会によって運営され、下部組織として４つのグループを設けそれぞれ活動目標を定めた（深澤協力者)。これは将来の大企業でのストレス対策のモデル

となると思われる。

５．その他の調査研究

「職業性ストレス簡易調査票」（ストレス測定グループ）、「ストレス対策マニュアル」（ストレス対策グループ）について職業性ストレスと健康コホート研究の関連事業場の産業保健スタッフに試用および意見を求め、その有用性および改善点を明らかにした（川上・林・相澤・小林班員、宮崎・深澤・廣・三木協力者）。

またストレス測定グループに協力して、職業性ストレス簡易調査票を本グループ関連事業場で合計約２千名に実施しデータを提供した（川上班員、林班員、宮崎協力者、廣協力者）。

Ｃ．マニュアル（成果物）の作成

５年間の研究成果を総合して、「事業場におけるストレス対策計画マニュアル」および「仕事のストレス判定図マニュアル」の素案を作成し、産業医、保健婦・士、看護婦・士、臨床心理士などとの検討会を行ってその内容を検討し、最終案を作成した。

Ｄ．５年間の研究成果の要約と残された課題

健康影響評価グループでは大規模調査（職業性ストレスと健康コホート研究）を実施し、そのデータを文献レビューとともに効果的に活用することで以下の研究成果を得た。

１）主要な職業性ストレス要因の測定法を確立し、その健康リスクを明らかにした。

２）仕事のストレス判定図を完成し、その有用性を確認した。

３）事業場のストレス対策の枠組みを提案し、性、年齢、職種、事業場規模など別のストレス対策の進め方について明らかにした。

４）事業場におけるストレス対策のモデル事業を通じて、本研究班の成果物（ストレス対策の枠組み、職業性ストレス簡易調査票、仕事のストレス判定図、ストレス対策マニュアルなど）を活用して実際の現場におけるストレス対策の推進が可能なことを明らかにした。

残された研究課題としては、

１）より長期にわたるまた個別の疾患に対する職業性ストレスの健康影響の評価

２）仕事のストレス判定図から職場環境の改善につなぐためのツール開発

３）個別の対策手法やモデル事業の効果評価の継続

４）全国規模での職業性ストレスの動向を経年的にモニタリングするための基盤整備

があげられる。

E．班員構成（５年間）

平成７～８年度：川上憲人（岐阜大学医学部公衆衛生学）、河野慶三（富士ゼロックス）、相澤好治（北里大学衛生公衆衛生学）、小林章雄（愛知医大衛生学）、林　剛司（日立健康管理センタ）、石崎昌夫（金沢医大健康管理）、廣　尚典（NKK鶴見保健センター）、橋本修二（東京大学医学部疫学・生物統計学）、曽根啓一（自治医大、当時）、織田　肇（大阪府立公衆衛生研究所）、三戸秀樹（近畿大学医学部公衆衛生学、当時）。

平成９年度：川上憲人（岐阜大学医学部公衆衛生学）、河野慶三（富士ゼロックス）、相澤好治（北里大学衛生公衆衛生学）、小林章雄（愛知医大衛生学）、林　剛司（日立健康管理センタ）、橋本修二（東京大学医学部疫学・生物統計学）。

平成10～11年度：川上憲人（岐阜大学医学部公衆衛生学）、相澤好治（北里大学衛生公衆衛生学）、小林章雄（愛知医大衛生学）、林　剛司（日立健康管理センタ）、橋本修二（東京大学医学部疫学・生物統計学）。

健康影響評価研究グループ連絡員　川上憲人（岐阜大学医学部公衆衛生学）

Ⅱ－２.「仕事のストレス判定図」の完成と現場での活用に関する研究

「仕事のストレス判定図」を完成し現場で実際に活用できるものにするために、仕事のストレス判定図を 10 の現場で使用し、その有用性を確認した。仕事のストレス判定図の判定結果は実際の印象とよく一致しており、また職場環境の改善対策の糸口として、管理監督者の教育啓発のツールとして、また対策の効果評価の方法として有用であることがわかった。

また職業性ストレスと健康コホート研究追跡調査データに基づき、疾病休業等の予測性から「仕事のストレス判定図」の係数の再検討を行った。仕事のコントロールの係数は現行のものとよく一致していたが、仕事の要求度（量的負荷）と疾病休業の関係はU字型であった。「職場の支援」判定図の係数は疾病休業データからみて適切であった。従来からの知見、判定図の簡潔さの確保、判定図が必ずしも疾病休業のみを目的指標として考えていないこと等から係数については現行のままとすることとした。ただし、昨年度の年齢別判定図は各年齢に共通した判定図（男女２枚）に要約し、また職業性ストレス簡易調査票女性用判定図の係数を修正した。以下に各研究の詳細を述べる。

Ⅱ－２－1.「仕事のストレス判定図」の現場における有用性の検討

A．目的

平成10年度研究で開発された「仕事のストレス判定図」は、職場や作業グループなどの集団を対象として目にみえない仕事上のストレス要因を評価し、それが労働者の健康にどの程度影響を与えているかを判定するためのツールである。「仕事のストレス判定図」では、健康との関係が深いことがわかっている４つの職業性のストレス要因、すなわち「仕事の量的負荷」、「仕事のコントロール（裁量権や自由度)」、「上司の支援」および「同僚の支援」をストレス調査票で測定し、その結果にもとづいて職場のストレス要因の程度や健康問題の起きやすさ（健康リスク）の程度を知ることができる。「仕事のストレス判定図」の特徴は、①特別な専門知識がなくても、誰でも簡単に使用できる、②最小で12問の質問（職業性ストレス簡易調査票版を使用した場合）の回答を合計するだけで判定ができる、③ある職場のストレスの大きさを､全国２.５万人の労働者の平均とくらべて判定することができる、④ストレス要因の大小だけでなく、そのための健康影響（リスク）も知ることができるため対策の必要性が判断しやすい、などである。「仕事のストレス判定図」の活用場面としては、①体調を崩

す者や事故が多いなどストレスが高いことが疑われる職場に対する調査、②職場ごとに仕事上のストレスを定期的に評価したい場合、③新しい機械の導入などの変化にともなうストレスの増加を評価したい場合、④ストレス対策の効果評価をしたい場合などがあげられる。

「仕事のストレス判定図」を実際に事業場のストレス対策に活用するためには、判定図を実際の現場で使用しその有効性を検証する必要がある。本研究では、本年度研究のモデル事業の中で「仕事のストレス判定図」を試用し、その妥当性（職場別の結果が印象と合っているか）および有用性（ストレス対策の中で有用な情報を与えるか）を検討した。また、これ以外にも「仕事のストレス判定図」の試用を学会やホームページなどで広く呼びかけ、試用結果と感想を提出してもらい、妥当性と有用性を検討した。

B．対象と方法

表１に、本研究でとりあげた「仕事のストレス判定図」の現場での 10 の使用例を示した。本年度研究では合計５つのモデル事業が実施されたが、このうち４つのモデル事業で「仕事のストレス判定図」が使用された。事例１から５までがモデル事業での使用例であり、事例１、２は「モデル事業３」、事例３は「モデル事業４」、事例４は「モデル事業１」、事例５は「モデル事業２」における結果である。また、事例６から 10 までは、「仕事のストレス判定図」の試用を学会やホームページ http://jcqjapan.freeservers.com/などで広く呼びかけ、試用結果と感想を提出してもらった結果である。また、事例１，２はＪＣＱ版の判定図を使用し、このほかは職業性ストレス簡易調査票用の判定図を使用した結果である。

C．結果

１．電機メーカー事業場のストレス要因のモニタリング

電機製品メーカーのＧ県の拠点事業場（従業員約 2000 名）において実施されたにおいて総合的ストレス対策のモデル事業を実施した（詳細はモデル事業３の報告を参照のこと）。1999 年７月に従業員 2312 名に対して自己記入式の調査票（ストレスチェック調査票）を郵送し、ストレスチェックへの参加を呼びかけた。1633 名が調査票に回答し返送してきた（回答率 71％）。ストレス調査票では、職業性ストレス要因としてＪＣＱの仕事の要求度、仕事のコントロール、上司および同僚の支援、精神健康の指標として CES-D 自己記入式抑うつ尺度を調査した。このストレスチェック調査票の回答から、職種、職場別のストレス要因の状況を「仕事のストレス判定図」を使って評価した。

事業場全体としては、男女とも全国平均にくらべてやや上司または同僚の支援が良好であり、健康リスクは少ない傾向にあった（図１）。しかしながら、職種別では男性の生産技術職で上司の支援が低い、女性の機械操

作従事者で仕事のコントロールが低いなどが明らかとなった。前者は、生産技術職が交代勤務ラインで１人で作業することが多いためではないかと推測された。また職場別の比較では、特定の部課で上司または同僚の支援が低いことが判明した。こうした結果は、産業医および人事・労務担当者との報告会で報告され、今後のストレス対策の参考資料として活用される予定である。

２．交代勤務の改善対策の効果評価

上記の事業場では４班３交替の交代勤務では 1997 年の調査で仕事の量的負荷が大きく、仕事のコントロールが低いことが判明していた（平成 10 年度報告書参照）。その後人事・労務側で勤務形態の変更が検討され、労働組合との合意の上で 1998 年 4 月にから 4 班 2 交替に勤務形態が変更された。従来の勤務形態が 8 時間 3 交代であったのに対して新しい勤務形態では 12 時間 2 交代と 1 回の勤務での連続勤務時間が長くなった。しかし一方で仮眠時間が設けられたことにより実質の 1 回勤務時間は 10 時間程度にとどまっている。また交代勤務のスケジュールがよりシンプルになり理解しやすくなった、次の交代班との引継ぎに時間がとれるようになったなどの改善がもたらされた。

この交代勤務の改善がストレス軽減に及ぼす効果を評価するために、1997 年４～５月の職業性ストレスと健康コホート研究ベースライン調査時のデータと今回調査のデータを個人 ID を使ってリンクし、交代勤務の改善の対象者について 1997 年と今回の職業性ストレスの状況を「仕事のストレス判定図」を使って比較した。対策前（1997 年）と対策後（今回）を「仕事のストレス判定図」によって比較したところ（図２）、対策後には量的負荷が減少し仕事のコントロールが改善、またわずかではあるが上司および同僚の支援が増加していた。合計の健康リスクは 21％減少すると推定された。抑うつ得点にはほとんど差はなかったが、過去１年間の疾病休業平均日数は 0.4 日（15％）減少していた。以上から、「仕事のストレス判定図」によってストレス対策の効果評価が可能であること、職場環境（勤務条件を含む）の改善がストレスの改善に効果的であることが示された。

３．中規模事業場における仕事のストレス判定図の適応

「仕事のストレス判定図」は主に大規模事業場の調査データをもとに作成されたため、中小規模事業場で適応可能かどうかを検討する必要があった。販売・流通業のこの企業は従業員約 700 名であり、G 県内に本部、店舗、配送センターなど 10-50 名づつの中小規模事業場が分散されて配置されている。

1999 年 7 月に職業性ストレス簡易調査票を用いた調査を実施し、全従業員の約３割（212 名）から回答を得た（詳細は「モデル事業４」の報告書を参照）。この調査データから職業性ストレス簡易調査票用の判定図を

用いて、男女、職場別の職業性ストレスの比較を行った。この結果。男女とも店舗で仕事の量的負荷が大きく仕事のコントロールが低く、また上司の支援が低かった（女性の結果を図３に示した）。これは多忙でなかなか上下の意志疎通の困難な店舗の状況に関する実感と一致していた。以上から「仕事のストレス判定図」が中小規模事業場のストレス評価にも有用であることは示された。

４．ソフトウェア技術者における対策モデル事業

対象企業であるソフトウェアハウスは事業場が全国に分布し、そのほとんどが従業員数 50 人未満の小規模事業場である。従業員の約 80%はソフトウェア技術者（ＳＥ）であり、業務はプロジェクト単位で構成される場合が多いため、組織替えが頻繁にある・作業内容が短期間に変わりやすい・客先での業務が多いなどの特徴がある。クライエント先に常駐しているＳＥも多く、産業保健スタッフに従業員が直接相談する機会も少ない。

1999 年に対象企業の従業員（1619 名、ＳＥ 80%、営業職 7%、事務職 11%、その他 2%）に職業性ストレス簡易調査票を配布し、1365 名（男性 1172 名、女性 193 名）から有効な回答が得た。このデータを職業性ストレス簡易調査票用の判定図にあてはめて、ＳＥの職務内容別の職業性ストレスの傾向を評価した。共同作業者の数別に、ＳＥの上司や同僚の支援を「仕事のストレス判定図」を用いて評価したところ、共同作業者の数が少ないほど上司・同僚のサポートが少ない傾向が明らかとなった（結果は「モデル事業１」の報告書を参照）。対象となった企業においては、以前より客先等で一人あるいは小人数で業務をおこなうＳＥのストレスが高いという印象があったが、これを裏付ける結果であった。「仕事のストレス判定図」が職場単位の評価だけではなく、業務形態の違いによる職業性ストレスを評価するツールとしても利用可能であることが示された。

５．個人対策と組み合わせた判定図の応用

1999 年 6 月に，電線・ケーブルの製造工場の従業員 1050 名を対象に，職業性ストレス簡易調査票を実施し，950 名から回答が得られた（男性 889 名，女性 61 名；平均年齢 35.6 歳，SD=11.00，回収率 90.5%）。「仕事のストレス判定図」を用いて部課別に結果を集計し，①結果を踏まえた産業医による職場巡視，②産業医・心理カウンセラーによる，調査対象者の一部に対する個別面接の実施を経て，③結果に基く部課別の報告会と今後の対策の検討を行った。検討会は部課別に実施され，所要時間は 1 時間程度，参加者は各部課の管理職、産業医、心理カウンセラー、保健婦・士、総務課（安全担当）であった。ここでは，「仕事のストレス判定図」に基いた結果を報告し，ストレス要因および今後の対策について検討した。

特にＡ部では「仕事のストレス判定図」から総合健康リスクが 128 であり（量－コントロール=102，職場の支援=126），仕事の量的負荷が高く裁量権が低いこと，また同僚・上司の支援の不足が不足していることが判明

し、職場単位での介入の必要性が示された（結果は「モデル事業２」の報告書を参照）。Ａ部（Ｎ＝36）は，クリーンルーム内の交代勤務作業である。上司による方針の変更が多いものの，その連絡が徹底されていない現状が指摘され、上司の支援不足という判定図の結果と一致する意見が得られた。今後は朝にミーティングを行い作業内容を確認するなど、上司と部下とのコミュニケーションや情報伝達を円滑にしていくことが課題であることが認識された。「仕事のストレス判定図」に基づいた結果の報告および検討会の実施により，職場集団を対象としたストレス対策が可能となった。

６．電力会社営業所のストレス評価

電力会社のある営業所で、多忙な営業所の仕事のストレスを把握したいという目的で職業性ストレス簡易調査票用判定図を用いたストレス評価を行った。営業所の従業員に対して職業性ストレス簡易調査票のうち４尺度 12 項目を使った調査を実施し、回答を得た。判定結果は、ほぼ全国平均と一致しており、おおむね問題なかった（図４）。しかし一部の職種ではコントロールや上司の支援が低い傾向が認められた。これらについて安全衛生委員会を通じて人事労務および管理監督者に結果報告をしたところ、大変に関心を呼び、また日頃の印象とよく一致しているとの評価が得られた。

７．某建設業企画課

最近自殺例が発生した職場のストレスを把握したいとの目的で、ある建設業企画課の課員全員を、職業性ストレス簡易調査票のうち４尺度 12 項目を使った調査票によって調査した。この職場では量－コントロール判定図で、仕事の量的負荷が平均に比べて高いことが判明した（図５）。一方、上司や同僚の支援は全国平均なみであった。健康リスクは総合で 120-130 程度であった。この例では「仕事のストレス判定図」によって自殺の背景となった可能性のある職場要因を評価できた。今後、仕事の量的負荷を減らすための工夫や改善（仕事の複雑さや困難を改善する事など）が進むことにより、自殺予防の対策も進むと期待され、「仕事のストレス判定図」がその糸口として活用できることが示された。

８．鉄鋼関連の中規模企業

中規模企業（従業員 115 名）における仕事のストレス判定図の適用可能性を検討するために、職業性ストレス簡易調査票を全従業員に実施し、114 名から回答を得た。男性ではほぼ全国平均と同じ結果であった。一方、女性では同僚の支援が極端に低かった（図６）。担当看護婦・士に問い合わせたところ、この事業場では女性従業員に中高年層で足を引っ張り合う言動があったり、一人当たりの業務が増えているため、理解のない上司に対して不満が高くなったりしている印象を持っていた。「仕事のストレス判定図」の判定結果の妥当性が支持された。

９．メーカーお客様相談室

最近うつ病のケースがあったメーカーお客様相談室(男性 24 名)において職業性ストレス簡易調査票を用いて調査を実施し、22 名から回答を得た。この職場の特徴を「仕事のストレス判定図」を使用して検討した。この職場では仕事の量的負荷が大きく、コントロールが低いために、量―コントロール判定図では健康リスクが 131 と増加していた（図７）。一方、上司および同僚の支援は全国平均に比べて良好であり、このため総合の健康リスクは 115 と中等度であった。産業医および上司による職場巡視を行った結果では、この職場では顧客やユーザーからの問い合わせ電話に対応する業務を行っており、時間によっては仕事が集中しまた自分のペースで作業が困難な状況にあった。仕事の量的負荷を軽減するための作業手順や職場レイアウトの工夫、休憩の自由度の確保など仕事のコントロールの改善、上司や同僚の支援を現在のまま保つためのグループ会議や報告連絡の機会の確保などが対策として話し合われた。今後上司により可能なものから対策が実施される予定である。

10.従業員教育における応用

ある公的機関の営業所の従業員に対するストレス教育で職業性ストレス簡易調査票（「判定図」関連の 12 項目のみ）にその場で記入してもらい、判定図にあてはめて受講者に示しストレスについての説明に利用した。参加者は 20 名で、男：女＝約３：１であった。男性は外周り業務（技術職）と事務職、女性は事務職、苦情対応係、料金事務であった。年齢はほとんどが 40 代後半であった。「判定図」の結果は全国平均とほぼ一致しており、特に問題は発見できなかった。しかし自分たちのストレスをその場で評価できたことで、教育効果があったと感じられた。「判定図」をストレス教育の場面でも活用することができると考えられた。

一方、判定結果は事前に人事・労務担当者から「この営業所は人間関係が悪い」と聞いていたこととは異なっていたが、これは小人数で年齢、性別の結果を見られると困ると受講者が考えて正直に回答しなかった可能性がある。少人数での判定図の実施には年齢を調査しないなどの工夫が必要と考えられた。

D．考察と結論

以上の「仕事のストレス判定図」の現場での試用結果から、同判定図が大規模事業場でも中小規模の事業場でも職場のストレスの特徴を的確に把握していること（妥当性）が示された。また「仕事のストレス判定図」の結果は、管理監督者のストレス問題の理解を促すのに役立つという教育的側面、実際の対策の糸口となるという実践面の双方において有用であること（有用性）が示された。いくつかの事例からは、健康リスクが 120 ないし 130 を越える職場では何らかのストレス問題がすでに生じている場

合が多く、対策の必要性を判断する目安になると思われた。

使用にあたっては、できるだけ事業場内産業保健スタッフ［産業医、衛生管理者・衛生推進者、保健婦・士等］と連携して職場のストレス評価を実施することが望ましいと思われた。また、ストレスの評価と対策においては、「仕事のストレス判定図」にとりあげられていないこの他のストレス要因についても十分考慮に入れることも必要であると思われた。事例９では職場の物理環境（湿度や音響効果など）も重要なストレス要因であった。また「仕事のストレス判定図」から職場環境の改善につなげるためには、まず判定図上の結果が実際の現場では具体的にどのような問題から派生しているかを明かにすることが最初のステップとなる。いくつかの使用事例では産業医による職場巡視や管理監督者との検討会を通じてこれを実現していた。しかしできれば職場巡視の折りに使用できる観察に基づく職場環境のストレス要因の改善チェックリストなどがあればこうしたステップがさらに容易に実施できるようになると思われた。また職場環境のストレスの評価をより正確に行うためには、「仕事のストレス判定図」の他、健康診断データの職場比較や年次推移、労働者からの意見の聞き取りなど他の情報源も活用することが望ましいと思われた。

最後に、従業員にストレス調査票に記入を求める際には調査目的を明確に伝え、個人の回答が秘密にされることを保証することが必要と思われた。これは調査を無記名式で実施する場合でも考慮を忘れないことが必要であることが示唆された。

研　究　者：川上憲人（岐阜大学医学部公衆衛生学教室）
研究協力者：宮崎彰吾（NKK 京浜保健センター）、田中美由紀（早稲田大学文学部）、廣　尚典（NKK 鶴見保健センター）、長見まき子（医療法人あけぼの会）、井奈波良一（岐阜大学医学部衛生学）、赤地和範（三洋電機岐阜産業保健センター）

表１　「仕事のストレス判定図」の現場における有用性の検討結果

適用事例*	判定図使用の目的	使用した判定図	結果
1. 電機メーカーでのストレス要因のモニタリング	職場ごとのストレス要因をモニターして早めに問題を発見したい。	JCQ版	男性生産技術職で上司の支援が低い、女性: 機械操作で仕事のコントロールが低いなどが判明。
2. 交代勤務の改善対策の効果評価	ストレスが高いと判定された職場に対する交替勤務の改善の効果を評価したい	JCQ版	対策の効果を数量的に把握することができた。
3. 販売・流通業の中小規模事業場での適用	中規模事業場における仕事のストレス判定図の適応。	職業性ストレス簡易調査票版	店舗で仕事の量的負荷が高く、コントロールが低く、上司の支援が低い。実感とよく一致。
4. ソフトウェア技術者における対策モデル事業	全国に営業所が展開するソフトウェア技術者(SE)のストレスの現状把握をしたい。	職業性ストレス簡易調査票版	顧客先などで１人で作業しているSEにおいて上司、同僚の支援が低く、自覚症状が高いことが判明。
5. 個人対策と組み合わせた判定図の応用	職場環境面からの対策を実施するために職場ごとのストレス評価を行いたい。	職業性ストレス簡易調査票版	特定の部で上司の支援が低いことが判明。この職場ではすでに退職者の増加など問題が生じていた。管理監督者への報告会で活用し好評を得た。対策を検討中。
6. 電力会社のある営業所のストレス評価	多忙な営業所の仕事のストレスを把握したい。	職業性ストレス簡易調査票版	おおむね問題なかったが、一部の職種ではコントロールや上司の支援が低い傾向。日頃の印象とよく一致。
7. 某建設業企画課	最近自殺例が発生した職場のストレスを把握したい。	職業性ストレス簡易調査票版	・量－コントロール判定図で、労働負荷が平均に比べて高いことが判明。
8. 鉄鋼関連の中規模企業	中規模企業（200名程度）における判定図の適用可能性の検討。	職業性ストレス簡易調査票版	女性で同僚の支援が低いことが判明。担当看護婦・士の印象と一致。
9. メーカーお客様相談室	最近うつ病のケースがあった営業系職場(24名)のにおける検討	職業性ストレス簡易調査票版	仕事の量的負荷が高く、コントロールが低いことが判明。産業医。上司の印象と一致。職場巡視、管理監督者との話合いを実施し対策を検討中。
10.従業員向けストレス教育における応用	ある営業所のストレス教育で調査票に記入してもらい判定図にあてはめた。	職業性ストレス簡易調査票版	全国平均と大きな差はなかったが、教育上効果があったことが感じられた。

注：事例１、２は「モデル事業３」、事例３は「モデル事業４」、事例４は「モデル事業１」、事例５は「モデル事業２」における試用結果である。

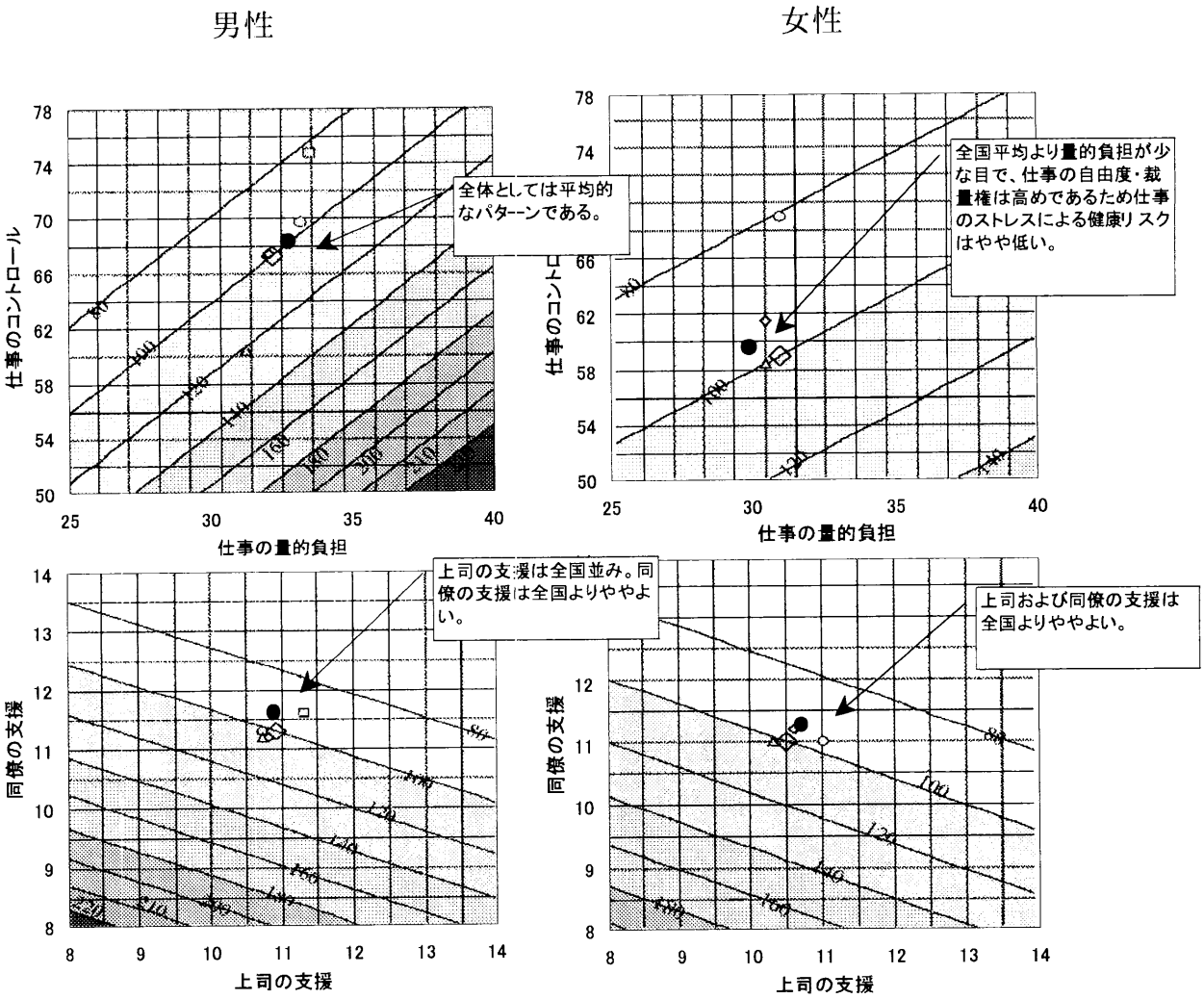


図１　ある電機メーカーの事業場全体の「仕事のストレス判定図」の結果（男性 1318 名、女性 285 名の回答、JCQ 調査票使用）

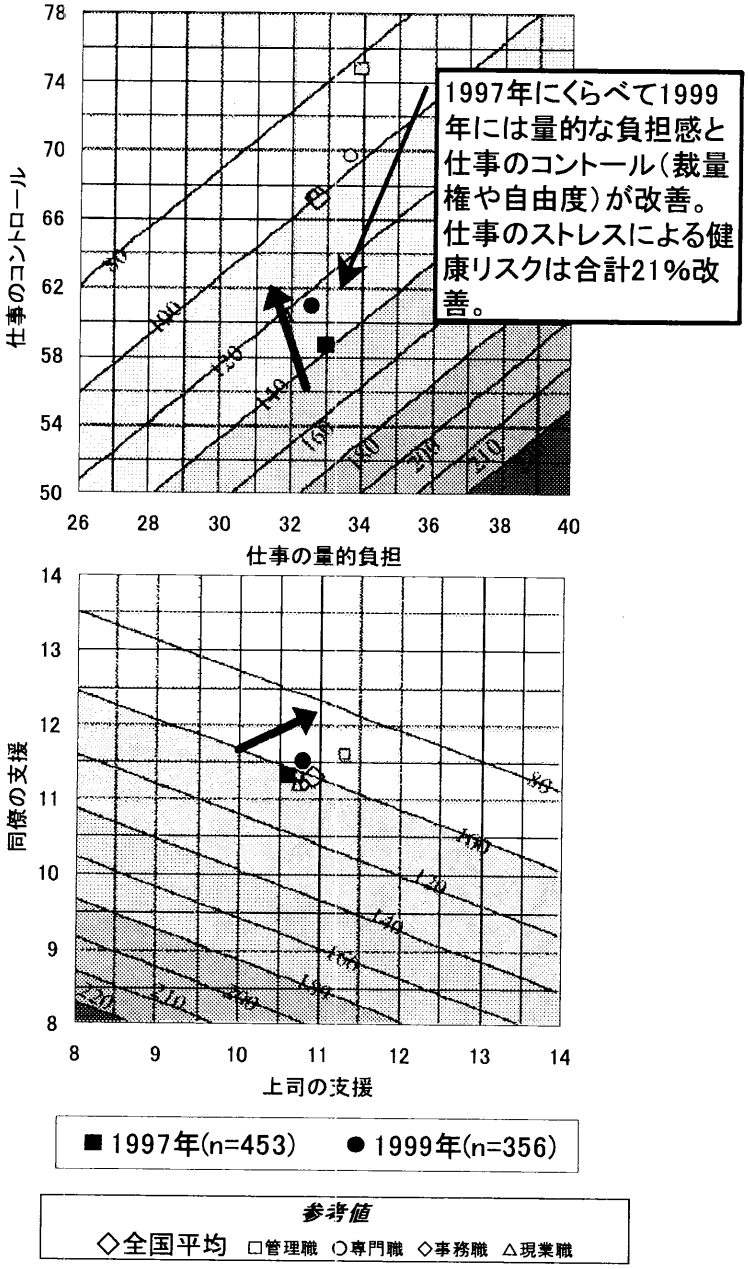


図２　ある電機メーカーにおける交代勤務の改善のストレス軽減効果の「仕事のストレス判定図」による評価（男性、JCQ 調査票使用）：４班３交代８時間勤務(1997)から４班２交代 12 時間勤務(1999)に変更したことにより仕事の量的負荷の減少、仕事のコントロールの増加、上司および同僚の支援の増加が観察された。交代グループ間の引継ぎや連携がよくなったことが背景にあると推測される。

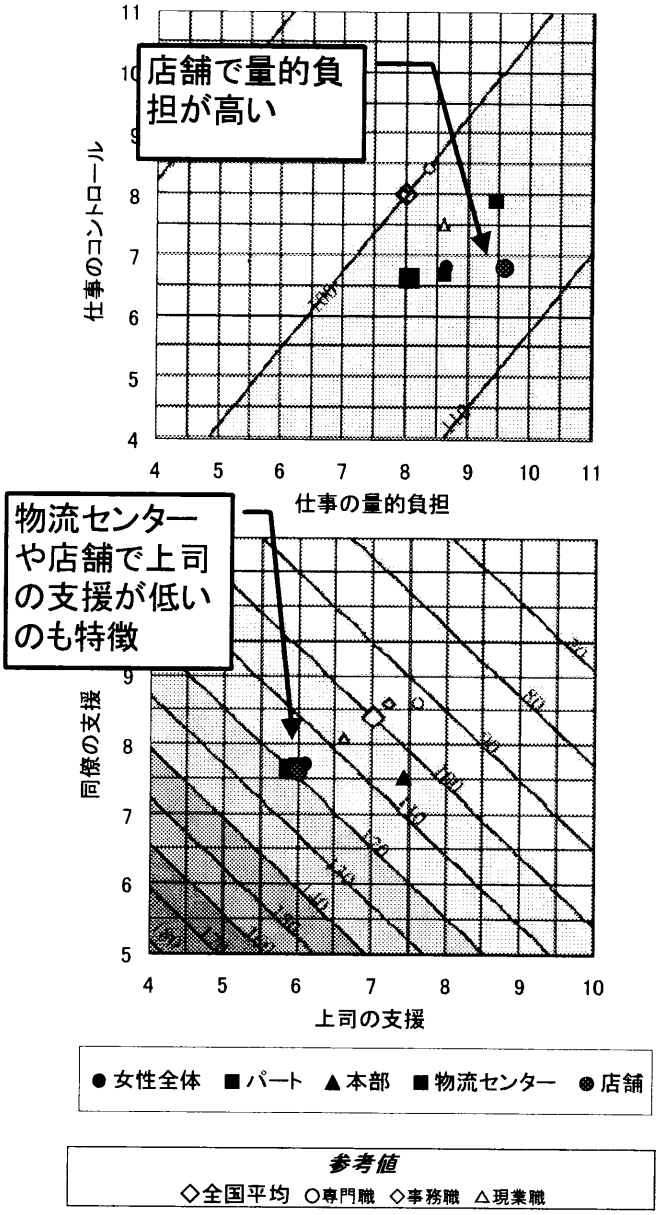
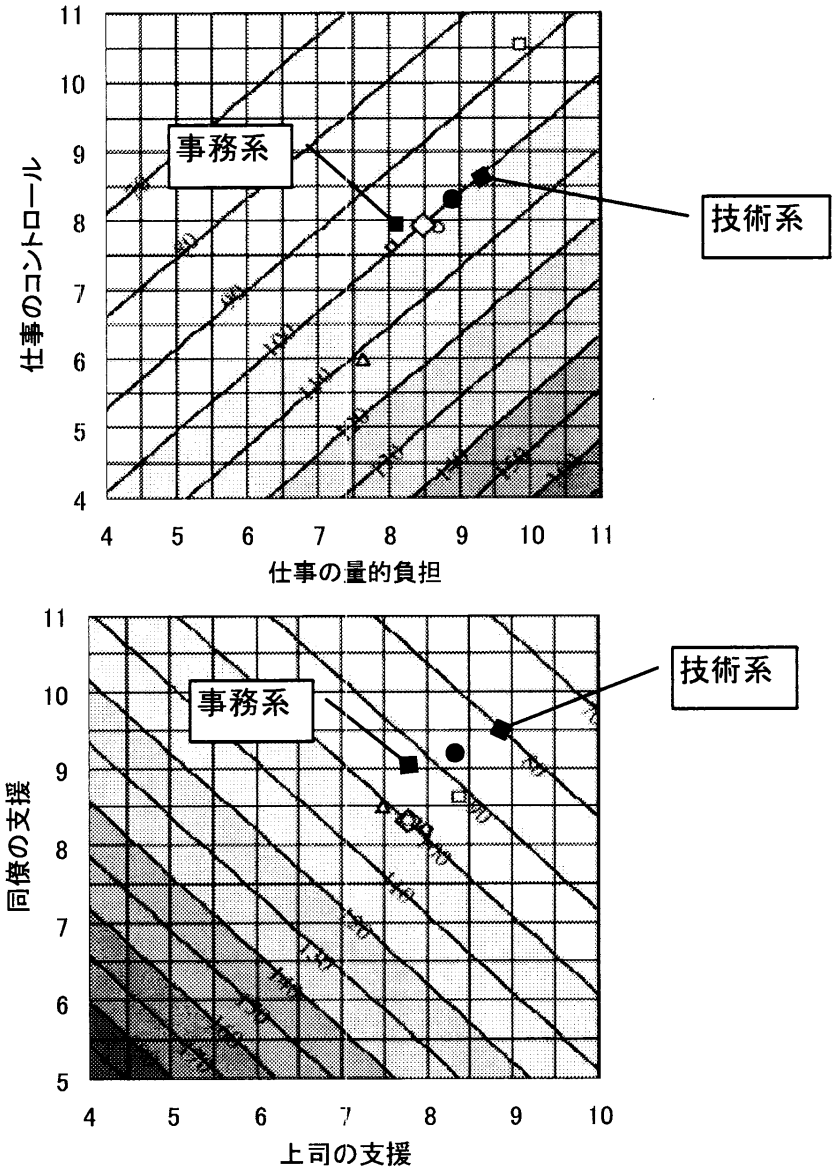
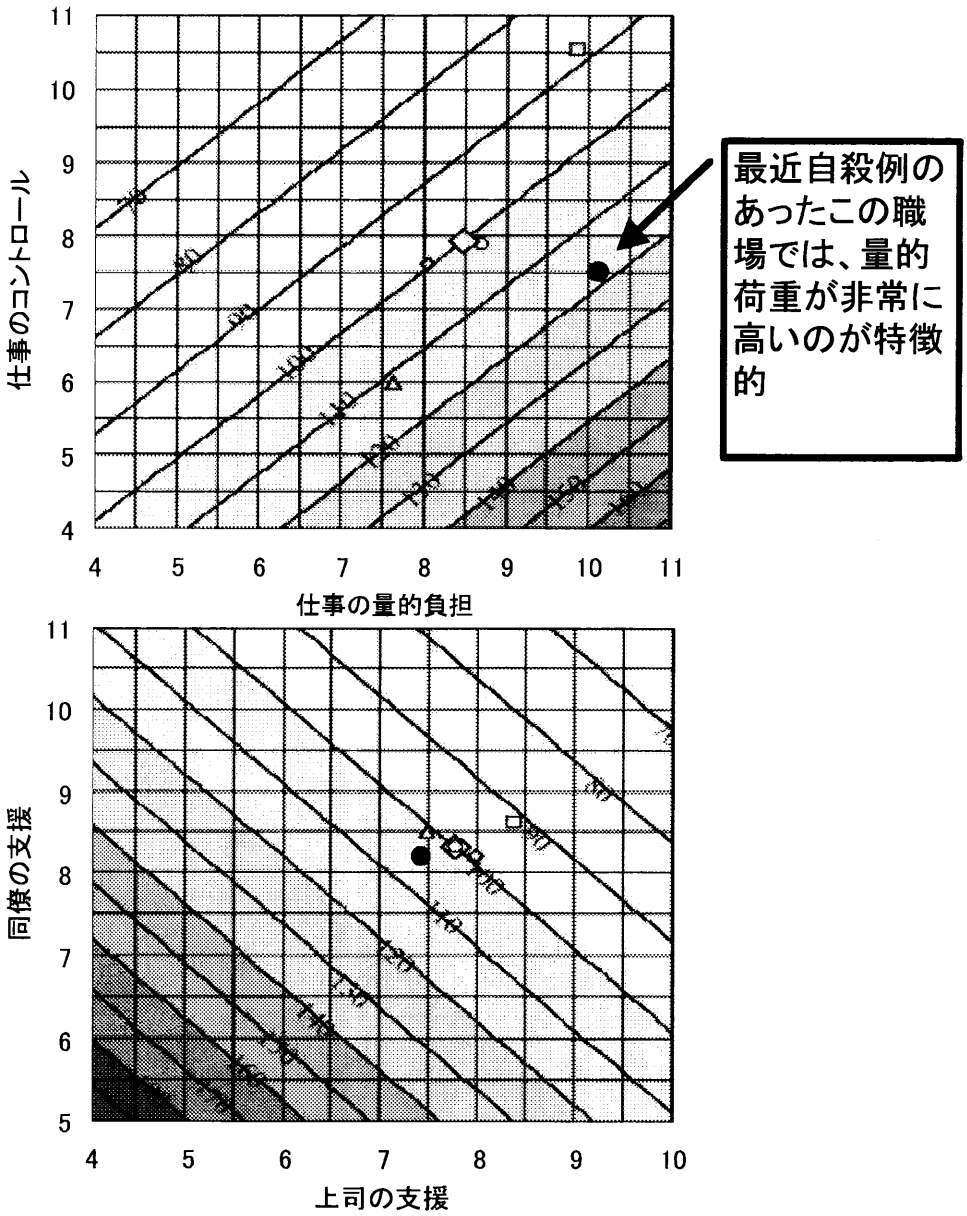


図３　販売・流通業中規模企業の事業場における「仕事のストレス判定図」の適用（女性、職業性ストレス簡易調査票使用）



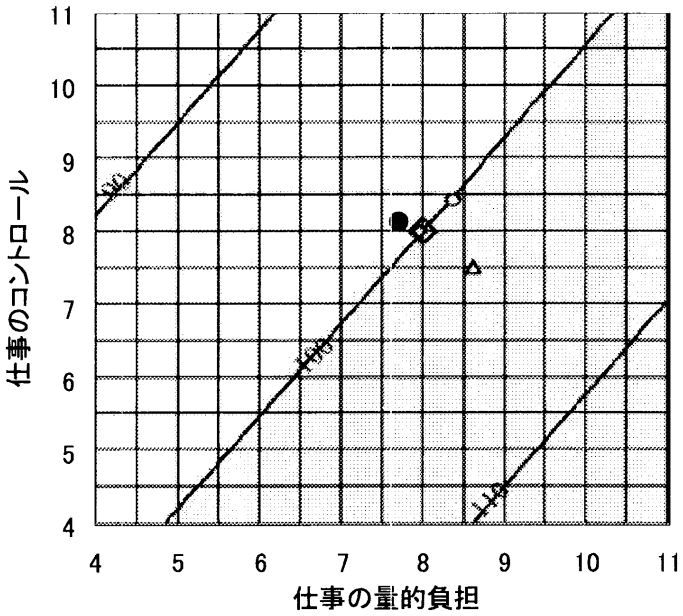
職場名	電力会社某営業所	人数	161 名
尺度	平均点数	健康リスク(全国平均=100とした場合)	
量的負荷	8.9	量-コントロール判定図	総合健康リスク
コントロール	8.3	(A) 100	(A)x(B)/100
上司の支援	8.3	職場の支援判定図	
同僚の支援	9.2	(B) 87	87

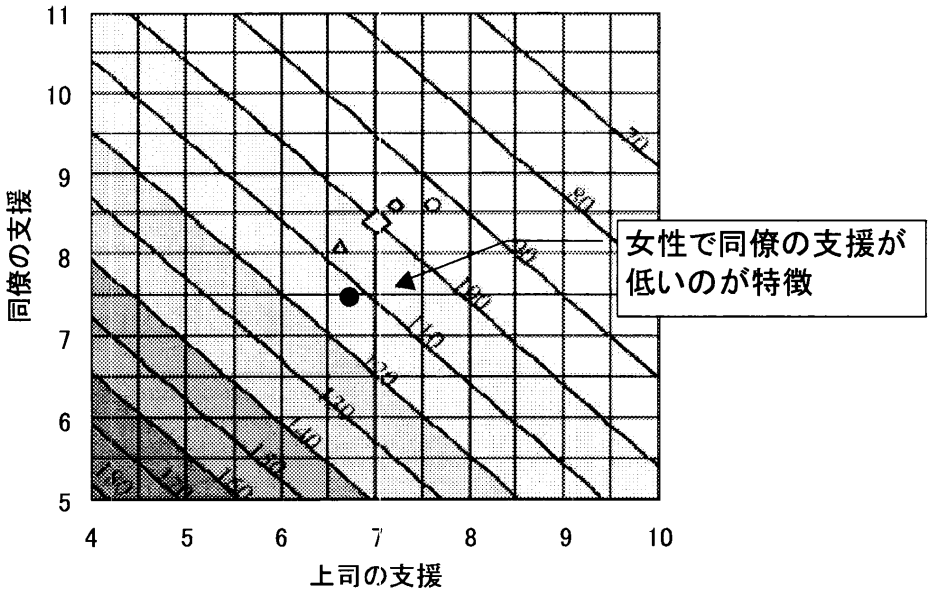
図４　ある電力会社の営業所の「仕事のストレス判定図」結果（男性、職業性ストレス簡易調査票使用）：全国平均にくらべて上司および同僚の支援が高い他は大きな特徴はないが、職種別の分布パターンは営業所長や管理監督者の印象と一致していた。



職場名	某建設業企画課	人数	35 名
尺度	平均点数	健康リスク(全国平均=100とした場合)	
量的負荷	10.1	量-コントロール判定図	総合健康リスク
コントロール	7.5	(A) 117	(A)x(B)/100
上司の支援	7.4	職場の支援判定図	
同僚の支援	8.2	(B) 104	121

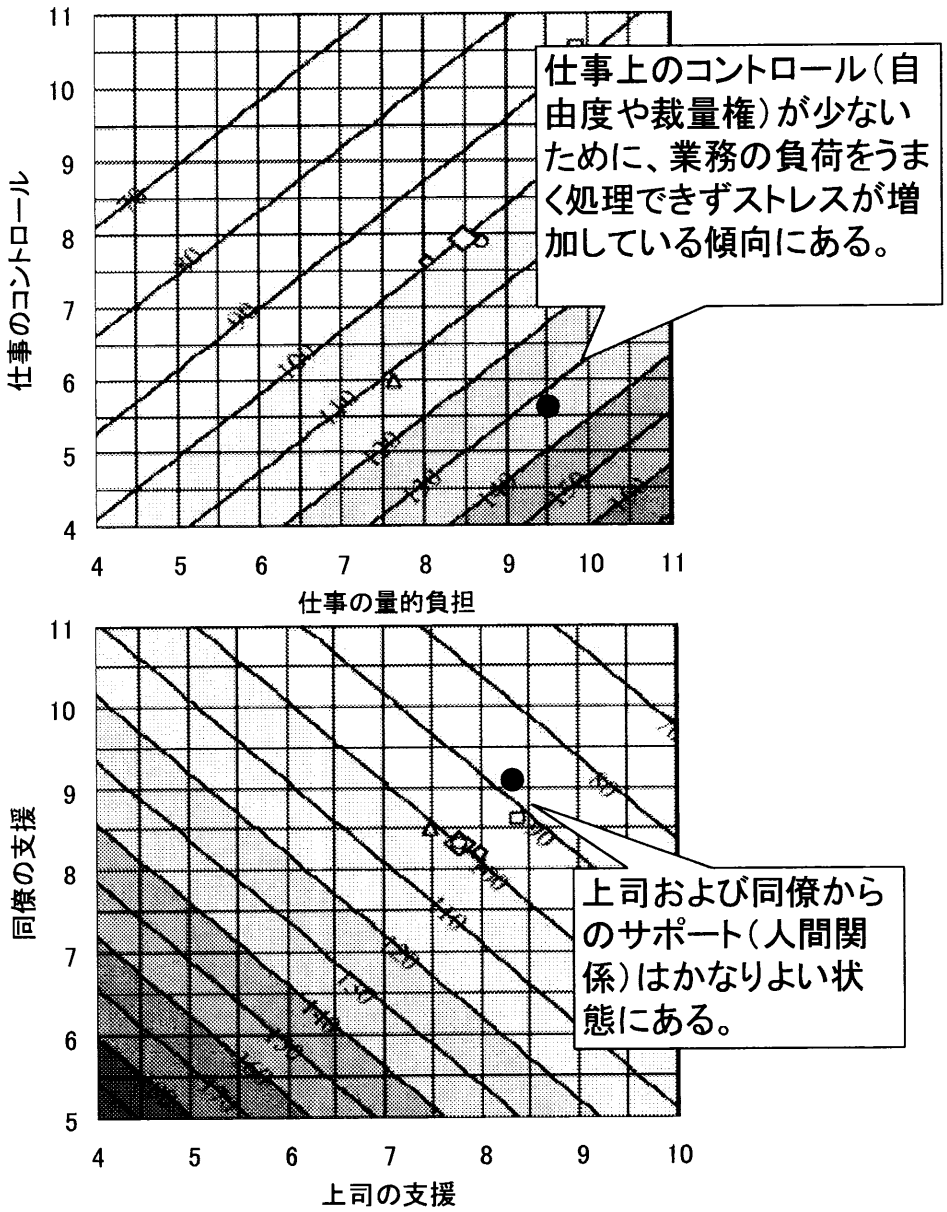
図５　最近自殺例があった某建設業企画課の「仕事のストレス判定図」結果（男性、職業性ストレス簡易調査票使用）





職場名	鉄鋼関連中規模企業	人数	22名
尺度	平均点数	健康リスク(全国平均=100とした場合)	
量的負荷	7.71	職コントロール判定図	総合健康リスク
コントロール	8.14	(A) 99	(A)×(B)/100
上司の支援	6.73	職場の支援判定図	
同僚の支援	7.48	(B) 112	110

図６　鉄鋼関連のある中規模企業における仕事上のストレスの特徴（女性、職業性ストレス簡易調査票使用）



職場名	メーカーお客さま相談室	人数	23 名
尺度	平均点数	健康リスク(全国平均=100とした場合)	
量的負荷	9.5	量・コントロール判定図	総合健康リスク
コントロール	5.6	(A) 133	(A)×(B)/100
上司の支援	8.3	職場の支援判定図	
同僚の支援	9.1	(B) 87	115

図７　最近うつ病のケースがあったメーカーお客様相談室の「仕事のストレス判定図」の結果（男性、職業性ストレス簡易調査票使用）

Ⅱ－２－２．疾病休業データ等に基づく「仕事のストレス判定図」の再検討

Ⅱ－２－２－１．疾病休業データからみた「仕事のストレス判定図」の検討

A．はじめに

昨年度、「仕事のストレス判定図」を、抑うつに基づいて作成した。本年度は、疾病休業に基づく判定図の作成の可能性を検討した。とくに、抑うつではロジスティックモデルを基礎としたが、疾病休業では退職などに伴う脱落があることから、比例ハザードモデルを基礎とした。また、昨年度の判定図は年齢ごとに作成したが、今回は１枚の判定図に要約する方法を検討した。

B．対象と方法

１．対象者と対象項目

大規模長期コホート研究のベースライン調査票が回収され、その後の追跡調査によって、在職状況および疾病休業状況が得られた、20～59 歳の男 9,598 人を対象とした。なお、同条件を満たす女は 450 人のために、検討の対象に含めなかった。平均追跡期間は 2.3 年であった。

解析対象項目は、疾病休業、年齢、仕事の要求度、仕事のコントロール、上司の支援、同僚の支援とした。疾病休業は 30 日以上に限定し、観察開始日から疾病休業の開始日または観察終了日までの期間を用いた。仕事の要求度、仕事のコントロール、上司の支援、同僚の支援としては、NIOSH 職業性ストレス調査票日本語版、Job Content Questionnaire(JCQ)日本語版に基づいて、それぞれ２種類のスコアを算定した。なお、スコアの算定方法は一昨年度の報告書を参照されたい。

２．判定図の解析モデル

判定図の解析には、疾病休業に対する比例ハザードモデルを用いた。職業性ストレスとしては、４つの組み合わせを選んだ。すなわち、NIOSH と JCQ ごとに、仕事の要求度と仕事のコントロールで１組ずつ、上司の支援と同僚の支援で１組ずつである。年齢としては、20～29、30～39、40～49、50～59 歳と区分し、ダミー変数としてモデルに導入した。

３．判定図の作成方法

判定図は、職業性ストレスの組み合わせに応じて１枚作成を検討した。とくに、判定図はハザード比に基づいて作成した。それ以外の作成方法は、昨年度の抑うつに基づく判定図に準じた。

C．結果

１．基礎集計

表１に、年齢・疾病休業の有無別の対象者数を示す。なお、参考のために女の結果も示した。男では、疾病休業の割合は、20～29 歳の 0.2%から 50～59 歳の 1.8%まで年齢とともに単調に上昇した。

表２に、疾病休業の原因疾患を示す。悪性新生物、精神および行動の傷害、循環器系の疾患、筋骨格系および結合組織の疾患、損傷・中毒およびその他の外因の影響が、12.5～16.7%であった。

表３－１と表３－２に、年齢、疾病休業の有無別、職業性ストレスの平均値と標準偏差を示す。疾病休業のある者では、ない者に比べて、NIOSH、JCQ ともに、仕事の要求度、仕事のコントロール、上司の支援、同僚の支援のいすれも低い傾向であった。

２．比例ハザードモデルの結果

表４に、疾病休業に対する比例ハザードモデルの結果を示す。疾病休業に対するハザード比は、NIOSH、JCQ ともに、仕事の要求度、仕事のコントロール、上司の支援、同僚の支援のいずれも、１より小さい傾向であった。とくに、NIOSH の仕事のコントロール、JCQ の上司の支援で有意であった。

表５に、仕事の要求度または仕事のコントロールをダミー変数した場合の比例ハザードモデルの結果を示す。仕事の要求度をダミー変数とした場合、NIOSH では、得点 35～40 未満でハザード比が低く、その得点の多い方向、少ない方向ともにハザード比が上昇する傾向であった。JCQ では、

表１　性・年齢・疾病休業の有無別の対象者数

性別	年齢	休業 なし	休業 あり	合計
男	20-29	494	1(0.20)	495
	30-39	2810	21(0.74)	2831
	40-49	4422	41(0.92)	4463
	50-59	1776	33(1.82)	1809
	合計	9502	96(1.00)	9598
女	20-29	207	0	207
	30-39	179	0	179
	40-49	51	0	51
	50-59	13	0	13
	合計	450	0	450

（　）内は疾病休業の割合（%）

表２　疾病休業の原因疾患（男）

	疾病休業　人（%）
悪性新生物	12(12.5)
精神および行動の障害	16(16.7)
循環器系の疾患	16(16.7)
筋骨格系および結合組織の疾患	12(12.5)
損傷、中毒およびその他の外因の影響	12(12.5)
その他	28(29.2)
合計	96(100)

表３－１　年齢、疾病休業の有無別、NIOSHの仕事の要求度、仕事のコントロール、上司と同僚の支援（男）

年齢	疾病休業	人数	仕事の要求度 平均	± 標準偏差	仕事のコントロール 平均	± 標準偏差
20-29	あり	1	27.0	± 0.0	46.0	± 0.0
	なし	478	37.3	± 6.6	39.7	± 10.2
30-39	あり	18	36.7	± 8.9	43.9	± 7.1
	なし	2667	38.6	± 6.4	47.7	± 11.1
40-49	あり	33	36.9	± 6.0	48.5	± 12.4
	なし	4120	37.9	± 6.6	51.1	± 12.7
50-59	あり	30	34.2	± 7.2	44.7	± 13.1
	なし	1592	35.9	± 6.6	51.7	± 13.5
合計	あり	82	35.7	± 7.2	45.5	± 12.1
	なし	8857	37.7	± 6.6	49.5	± 12.7

年齢	疾病休業	人数	上司の支援 平均	± 標準偏差	同僚の支援 平均	± 標準偏差
20-29	あり	1	19.0	± 0.0	19.0	± 0.0
	なし	484	14.9	± 10.0	16.0	± 2.6
30-39	あり	21	13.7	± 2.6	13.8	± 3.3
	なし	2737	14.7	± 3.2	15.1	± 2.8
40-49	あり	38	13.7	± 3.7	14.3	± 3.4
	なし	4291	14.9	± 3.2	15.2	± 2.8
50-59	あり	29	13.9	± 3.4	14.2	± 3.1
	なし	1701	15.1	± 3.3	15.3	± 2.9
合計	あり	89	14.0	± 3.4	14.3	± 3.2
	なし	9213	14.9	± 3.2	15.3	± 2.8

表３－２　年齢、疾病休業の有無別、JCQの量的労働負荷、仕事のコントロール、上司と同僚の支援（男）

年齢	疾病休業	人数	仕事の要求度			仕事のコントロール		
			平均	±	標準偏差	平均	±	標準偏差
20-29	あり	1	29.0	±	0.0	60.0	±	0.0
	なし	478	33.4	±	5.0	62.3	±	10.6
30-39	あり	21	32.9	±	6.2	70.3	±	9.1
	なし	2708	33.9	±	5.2	69.3	±	10.1
40-49	あり	36	31.9	±	5.2	64.1	±	11.2
	なし	4221	33.1	±	5.2	68.7	±	10.9
50-59	あり	27	31.1	±	4.9	60.4	±	12.8
	なし	1654	31.7	±	5.1	67.6	±	11.1
合計	あり	85	31.9	±	5.3	64.6	±	11.7
	なし	8952	33.1	±	5.2	68.3	±	10.9

年齢	疾病休業	人数	上司の支援			同僚の支援		
			平均	±	標準偏差	平均	±	標準偏差
20-29	あり	1	12.0	±	0.0	12.0	±	0.0
	なし	484	10.9	±	2.2	11.4	±	1.5
30-39	あり	20	9.7	±	2.6	10.6	±	1.7
	なし	2681	10.6	±	2.2	11.1	±	2.9
40-49	あり	37	10.2	±	2.1	10.7	±	1.6
	なし	4215	10.7	±	2.2	11.2	±	1.6
50-59	あり	30	10.0	±	2.1	10.9	±	1.5
	なし	1657	10.9	±	2.2	11.4	±	1.6
合計	あり	88	10.1	±	2.3	10.8	±	1.6
	なし	9037	10.8	±	2.2	11.2	±	1.6

表４　疾病休業に対する比例ハザードモデルの結果（男）

NIOSH

	ハザード比	95%信頼区間	p値
仕事の要求度	0.98	0.94 ～ 1.0	0.19
仕事のコントロール	0.98	0.96 ～ 1.0	0.01
30-39歳／20-29歳	4.64	0.61 ～ 35.0	0.14
40-49歳／20-29歳	6.10	0.83 ～ 44.9	0.08
50-59歳／20-29歳	14.50	1.96 ～ 107.0	0.01

NIOSH

	ハザード比	95%信頼区間	p値
上司の支援	0.94	0.87 ～ 1.02	0.12
同僚の支援	0.93	0.85 ～ 1.02	0.08
30-39歳／20-29歳	4.13	0.55 ～ 30.8	0.17
40-49歳／20-29歳	5.05	0.69 ～ 36.9	0.11
50-59歳／20-29歳	10.30	1.39 ～ 75.5	0.02

JCQ

	ハザード比	95%信頼区間	p値
仕事の要求度	0.98	0.94 ～ 1.02	0.09
仕事のコントロール	0.97	0.95 ～ 1.00	0.07
30-39歳／20-29歳	5.58	0.75 ～ 41.8	0.01
40-49歳／20-29歳	6.27	0.86 ～ 45.9	0.32
50-59歳／20-29歳	11.90	1.60 ～ 87.6	0.00

JCQ

	ハザード比	95%信頼区間	p値
上司の支援	0.89	0.81 ～ 0.99	0.03
同僚の支援	0.91	0.79 ～ 10.4	0.16
30-39歳／20-29歳	4.08	0.55 ～ 30.5	0.17
40-49歳／20-29歳	5.14	0.70 ～ 37.5	0.10
50-59歳／20-29歳	11.60	1.58 ～ 84.9	0.02

表 5 疾病休業に対する比例ハザードモデルの結果（男）:仕事の要求とコントロールをダミー変数とした場合

1)仕事の要求度をダミー変数にした場合（NIOSH）

	スコア	ハザード比	95%信頼区間	p値
仕事の要求度	35未満／30未満	0.78	0.43 ～ 1.41	0.41
	40未満／30未満	0.45	0.22 ～ 0.89	0.02
	45未満／30未満	0.68	0.35 ～ 1.34	0.27
	50未満／30未満	0.83	0.37 ～ 1.86	0.65
	50以上／30未満	0.40	0.09 ～ 1.73	0.22
仕事のコントロール	（１点あたり）	0.97	0.96 ～ 0.99	0.00

2)仕事のコントロールをダミー変数にした場合（NIOSH）

	スコア	ハザード比	95%信頼区間	p値
仕事の要求度	（１点あたり）	0.98	0.95 ～ 1.02	0.35
仕事のコントロール	45未満／40未満	1.09	0.55 ～ 2.16	0.79
	50未満／40未満	0.94	0.52 ～ 1.72	0.85
	55未満／40未満	0.79	0.39 ～ 1.59	0.51
	60未満／40未満	0.53	0.23 ～ 1.24	0.14
	60以上／40未満	0.37	0.17 ～ 0.81	0.01

3)仕事の要求度をダミー変数にした場合（JCQ）

	スコア	ハザード比	95%信頼区間	p値
仕事の要求度	30未満／25未満	0.90	0.41 ～ 1.98	0.79
	35未満／25未満	0.72	0.34 ～ 1.50	0.38
	40未満／25未満	0.61	0.26 ～ 1.40	0.24
	40以上／25未満	0.62	0.22 ～ 1.78	0.37
仕事のコントロール	（１点あたり）	0.97	0.95 ～ 0.99	0.00

4)仕事のコントロールをダミー変数にした場合（JCQ）

	スコア	ハザード比	95%信頼区間	p値
仕事の要求度	（１点あたり）	0.99	0.95 ～ 1.03	0.53
仕事のコントロール	65未満／60未満	0.74	0.40 ～ 1.37	0.34
	70未満／60未満	0.70	0.38 ～ 1.29	0.25
	75未満／60未満	0.48	0.26 ～ 0.89	0.02
	75以上／60未満	0.34	0.17 ～ 0.70	0.00

得点とともに単調にハザード比が低下傾向であった。仕事のコントロールをダミー変数とした場合、NIOSH、JCQ ともに得点とともに単調にハザード比が低下していた。

３．判定図

図１に、NIOSH の上司・同僚の支援による疾病休業確率比の判定図を示す。この判定図は、NIOSH の上司の支援が 15 点、同僚の支援が 15 点の場合を 1.0 とする疾病休業確率比を示している。たとえば、上司の支援が 15 点、同僚の支援が 12.5 点のとき、疾病休業確率比は 1.2 倍であり、上司の支援と同僚の支援がともに 12.5 点のとき、疾病休業確率比は 1.4 倍である。

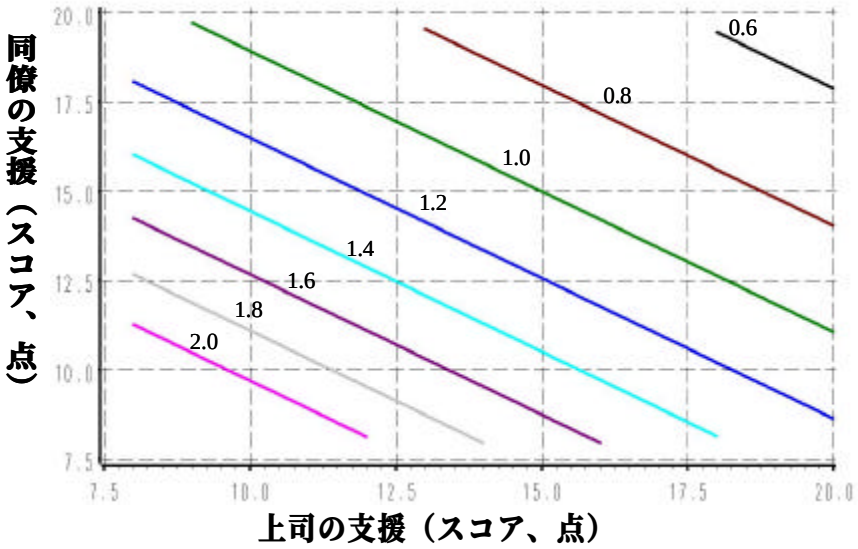


図１　疾病休業データからみた「仕事のストレス判定図」の検討： NIOSH 調査票の上司および同僚の支援と 30 日以上疾病休業の相対危険度

表６　年齢別にみた 30 日以上疾病休業確率の基準値(男)※

年齢（歳）	1年間の疾病休業確率	2年間の疾病休業確率
20-29	0.1%	0.2%
30-39	0.4%	0.6%
40-49	0.4%	0.8%
50-59	0.9%	1.6%

※NIOSH の上司の支援（15 点）、同僚の支援（15 点）の場合の累積疾病休業確率。

表６に、図１に対応する、年齢別、疾病休業確率の基準値を示す。この基準値は、NIOSH の上司の支援が 15 点、同僚の支援が 15 点（判定図の疾病休業確率比が 1.0）の場合の疾病休業確率である。疾病休業確率は、年

齢とともに単調に上昇し、50～59 歳では、1 年間で 0.9%、2 年間で 1.6%であった。

いま、ある集団において、NIOSH の上司の支援、同僚の支援ともに平均得点が 12.5 点で、平均年齢が 50～59 歳のときを考える。このとき、2 年間の疾病休業確率は、図 1 の疾病休業確率比 1.4 と表 6 の疾病休業確率の基準値 1.6%を乗じて、2.2%と計算される。

D．考察

疾病休業に基づく「仕事のストレス判定図」を検討した。疾病休業のように脱落を伴うデータでは、比例ハザードモデルが最も一般的な解析モデルであり、判定図でもそのモデルを基礎とすればよいと考える。また、疾病休業のように発生確率が低い場合、確率比を用いることによって、年齢で共通の判定図とすることが可能であり、判定図をコンパクトに示す場合に有効と考えられた。また、職業性ストレスを職業性ストレス簡易調査票で測定する場合の判定図としては、JCQ あるいは NIOSH 調査票の職業性ストレス得点との換算によって、横軸と縦軸の目盛りを調整すればよいと思われる。

上司の支援と同僚の支援については、NIOSH、JCQ ともに、疾病休業を減らす方向の効果があることが示唆された。この傾向は従来からの研究成果とも整合するものであることから、その評価結果に基づいて、上記の方法による判定図の作成が可能と考えられた。

仕事の要求度（量的負荷）と仕事のコントロールについては、いずれも疾病休業を減らす方向の効果の傾向を示した。仕事のコントロールでは従来の研究成果と整合しているが、仕事の要求度は有意ではないものの、従来の研究成果とは逆の傾向であった。また、NIOSH の仕事の要求度はそれ以外の項目と異なって、得点と疾病休業との関係が直線的でなく、U 字型の傾向（疾病発生確率は仕事の要求度がある程度の水準で最も低く、その両側で高い傾向）が見られた。U 字型であっても、判定図の作成に支障はないが、判定図の作成には、その評価結果をさらに検討・確認する必要があるものと考えられる。

研　究　者：橋本修二（東京大学大学院医学系研究科）、川上憲人（岐阜大学医学部公衆衛生学）、相澤好治（北里大学衛生公衆衛生学）、小林章雄（愛知医大衛生学）、林　剛司（日立健康管理センタ）、廣　尚典（NKK 鶴見保健センター）

研究協力者：八田大樹（東京大学大学院医学系研究科）、石崎昌夫（金沢医大健康管理）、原谷隆史（産業医学総合研究所）、藤田定（愛知教育大学）、宮崎彰吾（NKK 京浜保健センター）、桝本　武（NKK 津製作所）

Ⅱ－２－２－２．追跡調査データによる「仕事のストレス判定図」の係数の検討

A．はじめに

職業性ストレスと健康コホート研究の対象事業所のうちの１つ（サイト８）における２年目の追跡調査データから疾病休業、疾患の新規罹患を指標として、JCQ、NIOSH 調査票に対する「仕事のストレス判定図」の係数の確認を行なった。また職業性ストレス簡易調査票に対する同判定図の係数は昨年はJCQあるいはNIOSH調査票との換算式を用いて間接的に推定していた。そこで今回は横断的データから職業性ストレス簡易調査票に対する係数の見直しも合わせて行った。

B．対象と方法

電機製品メーカーのＧ県の拠点事業所（従業員約 2,500 名）を調査対象とした。この事業所は、職業性ストレスと健康コホート研究の調査対象サイトの１つ（サイト８）であり、1997 年４～５月に JCQ および NIOSH 職業性ストレス調査票を含む調査票による調査を実施している。1999 年７月に従業員 2312 名に対して自己記入式の調査票（ストレスチェック調査票）を郵送し、ストレスチェックへの参加を呼びかけた。1633 名が調査票を返送した（回答率 71%）。1997 年４～５月の職業性ストレスと健康コホート研究ベースライン調査時のデータと今回調査のデータを個人 ID を使ってリンクした。

1997 年および 1999 年の調査票には、職業性ストレス要因として JCQ の４尺度（仕事の要求度、仕事のコントロール、上司および同僚の支援）、精神健康の指標として CES-D 自己記入式抑うつ尺度が共通して含まれていた。また、いずれの調査でも過去１年間の疾病休業日数および 23 項目の主要疾患への既往歴を調査した。1997 年の調査票にはこの他、NIOSH 職業性ストレス調査票の尺度（仕事の量的負荷、仕事のコントロール、上司および同僚の支援、他）が含まれていた。また 1999 年の調査票のうち約半数には職業性ストレス簡易調査票の量的負荷と仕事のコントロールの尺度（各３項目）が含まれていた。

1997 年調査の JCQ および NIOSH 調査票から仕事の量的負荷（または要求度）、仕事のコントロール、上司および同僚の支援の４尺度（合計８尺度）を計算し、これと 1999 年の調査による疾病休業日数および新規疾病の発生との関係を多重ロジステイック分析によって検討した。新規疾病の発生は、1997 年の調査票に既往のない者のみに対して行ない、1999 年の時点で 23 項目の疾患のいずれかに既往歴ありと回答した者を新規疾病

発症者と定義した。解析は男女別に行い、いずれも年齢と 1997 年の当該指標（疾病休業日数または抑うつ）を調整した。

また 1999 年のデータのみを用いて職業性ストレス簡易調査票の仕事の量的負荷と仕事のコントロールと過去 1 年間の疾病休業日数および抑うつとの関連を検討した。解析は男女別に行い、いずれも年齢を調整した。

C．結果

表 1 に結果を示した。表 1 には比較のために現在の「仕事のストレス判定図」の係数を掲載した。いつくかの例外を除けば、JCQ および NIOSH(1997 年)と疾病休業および新規疾病の罹患(1999 年)との関係からは、係数はほぼ適切と思われた。ただし、男性の JCQ では疾病休業に関して同僚の支援の係数が小さい、新規疾病に関して上司の支援の符号が逆、疾病休業および新規疾病の頻度とも、男性の NIOSH ではコントロールの係数が小さい、女性の NIOSH では上司と同僚の支援の符号が逆などの違いが認められた。

1999 年の横断データにおける職業性ストレス簡易調査票（量的負荷と仕事のコントロール尺度）と疾病休業日数および抑うつとの関係では、男性の量的負荷の係数はほぼ現行通りであった。しかし仕事のコントロールの抑うつに対する係数は今回の方が大きかった。一方、女性の仕事の量的負荷と仕事のコントロールに対する係数は、疾病休業日数および抑うつのいずれに対しても現在の係数よりもかなり大きかった。

D．考察と結論

JCQ および NIOSH（1997 年）と疾病休業および新規疾病の罹患(1999 年)との関係からは、現在の仕事のストレス判定図の係数はほぼ適切と思われた。職業性ストレス簡易調査票の量的負荷と仕事のコントロール尺度の係数に関しては、男性では現在の係数が妥当と思われたが、女性では係数が過小評価になっている可能性があると思われた。

研　究　者：川上憲人（岐阜大学医学部公衆衛生学）
研究協力者：赤地和範（三洋電機岐阜産業保健センター）

表１　「仕事のストレス判定図」に採用された４つの職業性ストレス要因と 1999 年調査における過去１年間５日以上疾病休業および２年間の新規疾病への罹患との関係

（コホートサイト８）*

調査票	性別		対象者数	ケース数	仕事の量的負荷（要求度） 回帰係数	SE	仕事のコントロール 回帰係数	SE	上司の支援 回帰係数	SE	同僚の支援 回帰係数	SE
JCQ 1997	男性	現係数	—		0.061	—	-0.036	—	-0.085	—	-0.211	—
		疾病休業	1059	125	0.094	0.024	-0.020	0.011	-0.056	0.050	0.001	0.070
					P=0.001		P=0.062		P=0.258		P=0.895	
		新規疾病	591	117	0.021	0.022	-0.008	0.011	0.106	0.062	-0.189	0.085
					P=0.351		P=0.481		P=0.085		P=0.027	
	女性	現係数	—		0.025	—	-0.022	—	-0.073	—	-0.179	—
		疾病休業	224	37	0.011	0.035	-0.016	0.015	-0.126	0.083	0.225	0.122
					P=0.815		P=0.299		P=0.129		P=0.065	
		新規疾病	152	19	-0.025	0.047	0.018	0.022	-0.088	0.107	0.15	0.171
					P=0.594		P=0.415		P=0.410		P=0.380	
NIOSH 1997	男性	現係数	—		0.038	—	-0.035	—	-0.097	—	-0.097	—
		疾病休業	1057	126	0.030	0.015	-0.007	0.009	-0.046	0.035	-0.040	0.038
					P=0.048		P=0.486		P=0.181		P=0.296	
		新規疾病	591	118	0.02	0.017	0.003	0.011	-0.017	0.041	-0.035	0.047
					P=0.234		P=0.779		P=0.688		P=0.458	
	女性	現係数	—		0.009	—	-0.010	—	-0.075	—	-0.083	—
		疾病休業	212	37	0.014	0.028	-0.025	0.019	0.017	0.064	0.086	0.077
					P=0.611		P=0.180		P=0.786		P=0.260	
		新規疾病	149	20	0.027	0.040	-0.004	0.024	0.105	0.095	0.078	0.111
					P=0.499		P=0.865		P=0.269		P=0.479	
職業性ストレス簡易調査票 $1999	男性	現係数	—		0.077	—	-0.087	—				
		疾病休業	621	77	0.048	0.069	-0.113	0.073	NA		NA	
					P=0.490		P=0.123					
		抑うつ**	643	206	-0.060	0.050	-0.416	0.059	NA		NA	
					P=0.235		P<0.001					
	女性	現係数	—		0.018	—	-0.024	—				
		疾病休業	101	15	0.235	0.198	-0.178	0.201	NA		NA	
					P=0.236		P=0.376					
		抑うつ**	109	37	0.184	0.147	-0.162	0.144	NA		NA	
					P=0.211		P=0.262					

* 年齢を調整した多重ロジステイック分析による回帰係数。疾病休業は自己申告による日数。新規疾病は、23項目の疾患について1997年調査で既往のなかった者のうち1999年に既往を報告した者。

** 1999年調査の横断的分析による抑うつ(CES-D)の多重ロジステイック分析の結果を示した。

$職業性ストレス簡易調査票の解析は1999年の調査データによる横断的解析。職業性ストレス簡易調査票はランダムに選ばれた1/2の対象者のみに施行された。

NA: 今回の調査では職業性ストレス簡易調査票の上司の支援・同僚の支援尺度は使用しなかった。

Ⅱ－２－３.「仕事のストレス判定図」の最終修正

仕事のストレス判定図のうち「量－コントロール」判定図では、仕事のコントロールの係数は現行のものとよく一致していたが、仕事の要求度（量的負荷）と疾病休業の関係がＵ字型の関係であった（表２）。「職場の支援」判定図の係数は疾病休業データからみて適切であった。従来からの知見、判定図の簡潔さの確保、判定図が必ずしも疾病休業のみを目的指標として考えていないこと等から係数については現行のままとすることとした。ただし、昨年度の年齢別判定図は各年齢に共通した判定図（男女２枚）に要約した。また職業性ストレス簡易調査票女性用判定図の係数はサイト８での調査結果をもとに大きめに修正した。健康リスク算出のための最終的な回帰係数を表３に示した。

研　究　者：橋本修二（東京大学大学院医学系研究科）、川上憲人（岐阜大学医学部公衆衛生学）、相澤好治（北里大学衛生公衆衛生学）、小林章雄（愛知医大衛生学）、林　剛司（日立健康管理センタ）、廣　尚典（NKK 鶴見保健センター）
研究協力者：八田大樹（東京大学大学院医学系研究科）、石崎昌夫（金沢医大健康管理）、原谷隆史（産業医学総合研究所）、藤田　定（愛知教育大学）、宮崎彰吾（NKK 京浜保健センター）、桝本武（NKK 津製作所）

表2　「仕事のストレス判定図」最終版の作成過程の要約

判定図の種類	昨年度までの状況	疾病休業の予測性からの検討（平成11年度研究）	最終的な方針
量－コントロール判定図	・ストレス反応（抑うつ）に対する係数を算出 ・性・年齢別で５枚あり	・量的負荷の予測性に問題（おそらくＵ字型の関係） ・仕事のコントロールの予測性は良好 ・抑うつが疾病休業を予測することを確認 ・簡易版調査票用の女性の係数は過小評価	・係数は現状のまま（量的負荷が過小な場合について注を加える） ・女性の職業性ストレス簡易調査票用係数を修正 ・男女２枚に統合
職場の支援判定図	同上	・現在のままで適合性よい ・現行の係数は過大評価の傾向だが影響はわずか	・係数は現状のままとする ・男女２枚に統合

表３　「仕事のストレス判定図」における４つの職業性ストレス要因から健康リスクを計算するための係数（最終案）

調査票	性別	量的負荷（要求度）		仕事のコントロール		上司の支援		同僚の支援	
		全国平均	回帰係数	全国平均	回帰係数	全国平均	回帰係数	全国平均	回帰係数
JCQ	男性	32.7	0.061	67.3	-0.036	10.8	-0.085	11.2	-0.211
	女性	31.3	0.025	58.8	-0.022	10.5	-0.073	11.0	-0.179
NIOSH	男性	37.3	0.038	47.5	-0.035	14.8	-0.097	15.2	-0.097
	女性	35.2	0.009	38.5	-0.010	13.8	-0.075	15.2	-0.083
職業性ストレス簡易調査票**	男性	8.7	0.076	8.0	-0.089	7.6	-0.097	8.1	-0.097
	女性	7.6	0.048	7.9	-0.056	6.9	-0.097	8.1	-0.097

* 量的負荷－コントロール判定図では、健康リスク＝100×exp{（量的負荷平均点数－全国平均）×回帰係数＋（仕事のコントロール平均点数－全国平均）×回帰係数}と計算する。職場の支援判定図では、健康リスク＝100×exp{（上司の支援平均点数－全国平均）×回帰係数＋（同僚の支援平均点数－全国平均）×回帰係数}と計算する。

** 平均値は平成 11 年度ストレス測定グループの研究成果から提供を受けた。

Ⅱ－３．職業性ストレスの健康影響に関する研究

職業性ストレスの健康影響を明かにする目的で実施された職業性ストレスと健康コホート研究の研究目的、研究対象、研究方法について要約する。また、職業性ストレスと健康コホート研究の最終年度のデータを解析し、5カ年の研究成果および文献レビューから職業性ストレスの健康への影響についてまとめを行った。研究結果から、健康に影響する可能性のある職業性のストレス要因およびこれ関連の深い健康障害のリストが作成された。以下に各研究の詳細を述べる。

Ⅱ－３－１．職業性ストレスと健康コホート研究の概要

A．研究の背景と目的

世界労働機関（ＩＬＯ）の 1993 年の報告書(ILO, 1993)も指摘するように、職業性ストレスは職場における今世紀最も重要な健康障害因子のひとつである。WHO も、一般疾病の発症およびに経過に影響を及ぼす作業関連因子のひとつとして職業性ストレスに注目している。職業性ストレスの健康影響を科学的に評価しておくことは、その予防対策を検討、実施する上できわめて重要である。

わが国でもすでに職業性ストレスに関して 100 近くの論文が公表されているが(Kawakami & Haratani, 1999)、職業性ストレスの健康影響を明確にできる前向き追跡研究が少ないこと、職業性ストレスの理論モデルに基づいた研究が少ないことが指摘されている。　この「職業性ストレスと健康コホート研究」は、これまでの横断的研究や小規模のコホート研究で得られた職業性ストレスの健康影響を、大規模な長期コホート研究で、より優れた職業性ストレスの評価尺度を用いて、職業性ストレスの理論モデルに基づいて明らかにすることを目的として実施された。

特に、１）ベースライン調査の結果から、職業性ストレスと心血管危険因子、疾病休業、主要疾患への罹患との関係を横断的に明らかにする。特に Job Content Questionnaire (JCQ) 尺度（Karasek, 1985）および NIOSH 職業性ストレス調査表を(Hurrell ら, 1988)用いて、仕事の要求度－コントロールモデル（Karasek, 1979）および要求度－コントロール－社会的支援モデル（Johnson & Hall, 1988）に基づいて、職業性ストレスの影響を解析する。２）追跡調査の結果から、ベースラインの職業性ストレスがその後の疾病休業、新規疾病および死亡の発生に与える影響を明らかにする。３）わが国における職業性ストレスの性別、職種分布を明らかにすることを目的とした。

ここでは、本コホート研究の研究デザインおよび現在までの研究の進捗状況について要約する。

B．研究の方法

１．対象者

本研究では全国９つの企業または事業場を調査の対象とし、それぞれ１（ないし２名）の研究者がベースラインおよび追跡調査の実施を担当した（表１）。５つの事業場では従業員全員を対象とした。１つの事業場では管理職のみを対象とした。２つの事業場では一定期間の健康診断受診者を対象とした。残り１つの事業場では 35 歳以上の男性人間ドック受診者を対象とした。ベースライン調査の実施時期は 1996 年４月～1998 年５月である。

２．ベースライン調査

１）質問票調査

対象者に対して共通の自己記入式調査票を配布し、勤務形態、生活習慣、健康状態、職業性ストレス、仕事外のストレス、性格特性について情報を収集した（表２）。

職業性のストレス要因（ストレッサー）は、NIOSH 職業性ストレス調査票日本語版(Hurrel & McLaney, 1988; 原谷ら, 1993)および Job Content Questionnaire(JCQ)日本語版（Karasek, 1985; Kawakami et al., 1995; Kawakami & Fujigaki, 1996）によって評価した。NIOSH 職業性ストレス調査票からは、量的労働負荷、労働負荷の変動、仕事のコントロール（自由度や裁量権）、役割曖昧さ、役割葛藤、対人葛藤(グループ内、グループ間)、技能の低活用、人々への責任、認知的要求（仕事に要する集中力の程度）、社会的支援(上司、同僚、家族)の尺度を用いた。量的労働負荷は、２つの尺度の合計得点として計算した（Quinn et al., 1971; Caplan et al., 1975）。役割曖昧さおよび役割葛藤は Rizzo らの尺度を使用した（Rizzo et al., 1970）。仕事の将来曖昧さは、Caplan らの尺度を使用した（Caplan et al., 1975）。仕事のコントロールは、Greenberger が作成した尺度（Greenberger, 1980）を、Hurrel らが修正した 16 項目尺度を使用した（Hurrel & McLaney, 1989）。技術の低活用は、Caplan らの使用した尺度を用いた(Caplan et al., 1975)。社会的支援は、House らの尺度を使用した（House, 1980）。 JCQ からは、仕事の要求度（５項目）、仕事のコントロール（９項目）、上司および同僚からの支援（各４項目）の４尺度得点を算出した。

抑うつは CES-D 日本語版（Radolff, 1978; 島ほか, 1986）によって評価した。過去１年間の疾病休業日数は、「この１年間に、あなたが病気のために休んだ日は合計何日ですか（年休で休んだものも含めます）」という質問により、病気で休んだ日数を回答してもらった。仕事の満足感は、NIOSH 職業性ストレス調査票に含まれている尺度を使用して測定した。

これまでの既往歴については、32 項目の疾患についてこれまでの治療

表１　職業性ストレスと健康コホート研究ベースライン調査の概要

地域（番号）	対象事業場	担当者	対象者	調査時期	回答者数/対象者数	回収率	男性	女性	不明
富山(1)	軽金属	石崎	全員	1996.4－10	7337	90%	4590	2709	38
神奈川(2)	鉄鋼	廣	全員	1996.5－7	946/2018	47%	903	43	-
神奈川(3)	鉄鋼	桝本、宮崎	全管理職	1996.10－11	1086/1100	99%	1041	45	-
茨城(4)	電機	林	人間ドック受診者(原則として35歳以上男性)	1996.9－1998.3	7216/9910	73%	7155	4	57
神奈川(5)	電機・通信	相澤	一定期間の健康診断受診者	1996.11－1997.11	628/629	100%	628	-	-
神奈川(6)	重工業	同上	同上	1997.3－7	955/955	100%	853	102	-
岐阜(8)	電機	川上	全員	1997.4－5	2420/2625	92%	1943	476	1
愛知(9)	自動車部品	藤田、小林	全員	1997.6－1998.4	3765/3924	96%	3401	353	11
栃木(10)	自動車	曾根	全員	1996.10	751/751	100%	734	13	4
				合計	25104		21248	3745	111

歴の有無を調査した（高血圧、糖尿病、高脂血症、心筋梗塞、狭心症、不整脈、その他の心臓病、脳梗塞・脳出血、その他の神経系の病気、肺がん、胃がん、大腸がん、胃・十二指腸潰瘍、肝臓病、その他の消化器の病気、腎不全、その他の腎臓の病気、その他のがん・悪性腫瘍、腰痛、椎間板ヘルニア、その他の筋肉や関節の病気、精神科の病気、事故）。また家族歴については、８つの疾患について両親、ご兄弟姉妹、お子さんの治療・診断歴をたずねた（高血圧、糖尿病、心臓病、脳梗塞・脳出血、肺がん、胃がん、大腸がん、その他のがん）。

仕事外のストレスについては、以下の 17 項目について最近 1 年間に起きた出来事の有無をたずねた：失業や再就職、妻（夫）の死亡、 離婚、

表２　職業性ストレスと健康コホート研究のベースライン質問票で収集された情報

変数・尺度	内容（項目数）	出典
基本的情報	性別、年齢、生年月日、調査日	
勤務形態	職種、勤務年数、交代勤務、労働時間、残業時間	
家族状況	婚姻状態、子供の数	
生活習慣		
栄養調査票(FFQ)	17 栄養素(31)	Takatsuka et al. (1997)
身体活動量調査票	１週間運動量(3)、１日エネルギー消費量(5)	Suziki et al. (1998)
睡眠時間	１日平均睡眠時間(1)	
喫煙習慣	１日喫煙本数等(5)	
飲酒習慣	月飲酒頻度(1)、１回飲酒量(1)	
健康状態		
既往歴	23 疾患	
家族歴	８疾患	
CES-D	過去１週間の抑うつ症状(20)	Radloff (1977)； 島他 (1985)
仕事による病気、ケガ	過去半年間の仕事上の事故等(5)	
疾病休業日数	過去１年間の病気休業日数(1)	
職業性ストレス		
NIOSH職業性ストレス調査票	職場の物理的環境(10)、 役割葛藤(8)、 役割曖昧さ(6) 、 グループ内対人葛藤(8)、グループ間対人葛藤(8)、 仕事のコントロール(16)、 量的労働負荷(11)、労働負荷の変動(3)、 技能の低活用(3)、人々への責任(4)、 仕事上の危険(5)、 認知的要求(5)、 社会的支援(12)、 仕事外の活動(7)、 職務満足感(5)、 対処行動(6)、 仕事の将来の曖昧さ(4)、雇用機会(3)	Hurrell & McLaney (1988); 原谷隆史他(1993)
Job Content Questionnaire (JCQ)	仕事の要求度(9); 仕事のコントロール(9)、 仕事の不安定さ(6)、上司の支援(4)、同僚の支援(4)、仕事の身体的要求度(5)、	Karasek (1985); Kawakami et al (1995)
仕事外のストレス		
ライフイベンツ	過去１年間の主要な生活出来事の数	MONICA Study
性格等		
EPQ-R 短縮版	神経症傾向(12)、外向性（12）	Hosokawa & Ohyama (1993)
自尊心	10 項目	Hurrell & McLaney (1988); 原谷隆史他(1993)
社会的望ましさ	10 項目	Crowne & Marlowe (1960); 北村、鈴木(1986)

子供の死亡、配偶者・子供以外の家族の死亡、親しい友人の死亡、子供の重い病気、災害で自宅を失った、悪環境の場所への引っ越し、自分自身の重い病気、自分自身の重いけが、多額の財産の損失、警察での逮捕や留置、資格試験の失敗、多額の借金・資金繰りの悩み、家族内のトラブル。また仕事上の出来事についても４項目の出来事をたずねた：不本意な配転・出向、仕事上の大きな失敗・トラブル、昇進・昇格、仕事の内容が大きく変わった。

自己記入式調査では性格などによる回答のバイアスが生じやすい。性格傾向については、アイゼンク EPQ-R 短縮版(Hosokawa T, Ohyama M, 1993)を用いて、神経症傾向と外向性を調査した。また、社会的望ましさ（社会的に望ましい行動をとりやすい傾向）は Crowne & Marlowe (1960)から 10 項目を抽出した尺度で測定した（北村と鈴木、1986）。

３）ベースライン健康診断データの収集

事業場で実施する健康診断データから、身長、体重、血圧、血清総コレステロール、HDL コレステロール（後２者は測定が実施された場合のみ）の情報を収集した（サイト 10 を除く）。血清総コレステロールの測定については CDC の基準に従って標準化の手続きを踏んだ（サイト５，６，10 を除く）。

４）倫理的配慮

原則として調査対象者全員からインフォームドコンセントを得た。また調査票データは個人 ID と分離して通し番号をつけてデータ入力後保管された。個人 ID と通し番号との対照表は各事業場の産業医が原則として管理することとした。なお本研究は岐阜大学医学部研究倫理審査委員会において承認されている。

３．対象者のフォローアップ

コホート対象者全員（サイト 10 を除く）の①死亡、②転出（異動や退職）、③疾病休業（30 日以上、一部サイトでは７日以上）、④がん、脳血管疾患、虚血性心疾患の罹患について把握を行なう。フォローアップ期間はベースライン調査から５年間。脳血管疾患および虚血性心疾患の罹患の確認は、所定の様式に従って情報を収集し、心血管イベントセンター（愛知医大に設置）に送付することで MONICA 調査に準拠した標準化された診断を行なう。

４．これまでの研究成果

これまでの研究成果について表３に要約した。詳細は平成８～11 年度報告書を参照のこと。ベースラインでの解析で、職業性ストレスの性別、年齢、職種別分布を明かにした。職業性ストレス（特に要求度－コントロール－社会的支援モデル）と抑うつ、過去１年間の疾病休業、主要疾患の既往歴、仕事上の事故、血圧、血清脂質、HbA1c、血清ペプシノゲン I/II 比、血清フィブリノーゲン値などとの関係を明らかにした。また、最大 2.3 年の追跡調査結果から職業性ストレスと 30 日以上の疾病休業の発生との関係を明らかにした。これらの研究成果は、職業性ストレスの健康影響についての結論を出す上で主要な知見となった。また性別、年齢、職種別のス

表３ 職業性ストレスと健康コホート研究によって明らかになった職業性ストレスの健康影響*

検討された職業性ストレス要因（主要なもの）	健康影響の結果指標	
	横断調査	追跡調査
仕事の要求度 仕事のコントロール 仕事のストレイン（要求度／コントロール比） 上司の支援 同僚の支援 仕事の不安定さ 身体的負荷	抑うつ症状 血圧（安静時） 血清総コレステロール HDL コレステロール 糖化ヘモグロビン 血清フィブリノーゲン ペプシノゲンⅠ／Ⅱ比 疾病休業 仕事上の事故 運動習慣 喫煙率	疾病休業（30 日以上） 血圧（安静時） 血清総コレステロール HDL コレステロール

* 平成８～11 年度報告書より要約した。

トレスの特徴とその対策の検討を進める上の重要な基礎データとして活用された。さらに本研究のベースラインおよび追跡調査データは「仕事のストレス判定図」の開発およびその妥当性の検討（平成 10、11 年度報告書参照）に活用された。

５．研究組織

職業性ストレスと健康コホート研究グループのメンバーは、川上憲人（岐大医公衛）、原谷隆史（産医研）、小林章雄（愛知医大衛生）、石崎昌夫（金沢医大健康管理）、林　剛司（日立健康管理センタ）、藤田　定（愛知教育大学）、相澤好治（北里大衛生公衛）、桝元　武、宮崎彰吾、廣　尚典（NKK）、橋本修二、荒記俊一（東京大学大学院）。同研究グループのホームページは、http://www.gifu-u.ac.jp/~norito/cohort.html

研　究　者：川上憲人（岐阜大学医学部公衆衛生学）、橋本修二（東京大学医学部健康科学・看護学科疫学・生物統計学）、小林章雄（愛知医科大学衛生学）、林　剛司（日立健康管理センタ）、相澤好治（北里大学医学部衛生学公衆衛生学）、廣尚典（NKK 鶴見保健センター）

研究協力者：原谷隆史（産業医学総合研究所）、石崎昌夫（金沢医科大学健康管理）、藤田　定（愛知教育大学）、桝元　武（NKK津製作所）、宮崎彰吾（NKK京浜保健センター）

E．文献

1） Caplan, R.D., et al., 1975, Job demand and worker health (NIOSH, Washington DC).

2） Crowne DP, Marlowe D: A new scale of social desirability independent of psychopathology. Journal of Clinical Psychology 24: 349-354, 1960.

3） Greenberger, D.B., 1981, Personal control at work: its conceptualization and measurement, Technical Report 1-1-14 (University of Wisconsin-Madison, Wisconsin).

4） 原谷隆史、川上憲人、荒記俊一．日本語版 NIOSH 職業性ストレス調査票の信頼性および妥当性．産業医学 35（臨時増刊）：S214、1993.

5） Hosokawa T, Ohyama M: Reliability and validity of a Japanese version of the short-form Eysenck Personality Questionnaire-Revised. Psychological Reports 72: 823-832, 1993.

6） House JS: Occupational stress and the mental and physical health of factory workers (University of Michigan ISR, Ann Arbor), 1980

7） Hurrell JJ, McLaney MA: Exposure to job stress--a new psychometric instrument. Scand J Work, Environ Health 14 (suppl. 1): 27-28, 1988.

8） Johnson JV, Hall EM: Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. Am J Public Health 78: 1336-1342, 1988.

9） Karasek RA: Job demand, job decisionlatitude, and mental strain: implications for job redesign. Adm Sci Q 24: 285-308, 1979.

10） Karasek R, Theorell T: Healthy work. New York: Basic Books, 1990.

11） Karasek R: Job Content Questionnaire User's Guide. Department of Work Environemnt, University of Massachusetts at Lowell: Lowell, 1985.

12） Kawakami N, Kobayashi F, Araki S, Haratani T, Furui H: Assessment of job stress dimensions based on the Job Demands-Control model of employees of telecommunication and electric power companies in Japan: reliability and validity of the Japanese version of Job Content Questionnaire. Int J Behav Med 2: 358-375, 1995.

13） Kawakami N, Fujigaki Y: Reliability and validity of the Japanese version of Job Content Questionnaire: replication and extension in computer company employees. Ind Health 34: 295-306, 1996.

14） 北村俊則、鈴木忠治：日本語版 Social Desirability Scale について．社会精神医学 9: 173-180, 1986.

15）Radloff LS: The CES-D scale. A self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Measurement 1: 385-401, 1977.
16） Rizzo, J.R., et al., 1970, Role conflict and ambiguity in complex organizations, Adm Sci Q, 15, 150-163.
17）島　悟、鹿野達男、北村俊則、浅井昌弘：新しい抑うつ性自己評価尺度について．精神医学 27: 717-723, 1985.
18） Suzuki I, Kawakami N, Shimizu H. Reliability and validity of a questionnaire for assessment of energy expenditure and physical activity in epidemiological studies. J Epidemiol 1998; 8: 152-159.
19） Takatsuka N, Kurisu Y, Nagata C, Owaki A, Kawakami N, Shimizu H. Validation of simplified diet history questionnaire. J Epidemiol 1997;7: 33-41.

Ⅱ－３－２．職業性ストレスの健康影響：コホート研究 最終年度解析結果

Ⅱ－３－２－１．職業性ストレスと疾病休業：コホート内患者対照研究

A．研究の目的

大規模コホート研究データのベースラインおよび追跡調査データの解析結果のまとめおよび文献レビューから、職業性ストレスの健康への影響を総合的に検討し、職業性ストレスと健康障害との関連について明らかにすることを目的とした。

昨年実施した30日間以上の疾病休業（60歳未満の男性98件）についての1年間の追跡調査（年齢をマッチさせた1：3の症例対照研究）では、疾病休業群で仕事の自由度が低く、同僚のサポートが低く、多重ロジスティック回帰分析の結果で、同僚からのサポート低値の疾病休業のオッズ比は1．88（1．1－3．2）であった。本年度は２年間の追跡調査に基づき、解析対象者数を増やして職業性ストレスが30日以上の疾病休業に及ぼす影響を検討した。

B．研究方法

本年度はコホートサイト２、３、４、８、９における疾病休業登録データから、２年間の追跡調査における30日間以上の疾病休業例（60歳未満の男性199件）とのコホート内患者対照研究（1:3の年齢マッチ）を実施した。

C．研究結果

30日以上疾病休業199件の内訳は、新生物26（13％）、精神障害29（15％）、循環器系疾患40（20％）、筋骨格系等疾患49（25％）、その他55件（28％）であった。

２年間の疾病休業群では仕事のコントロールが有意に低く、上司、同僚からの支援が有意に低く、仕事の不安定さが有意に高く、身体的負荷が有意に高く、仕事ストレイン（要求度／コントロール）が有意に高かった($p<0.05$)。多重ロジスティック回帰分析の結果では、仕事のコントロール低値の疾病休業リスクのオッズ比は2．05（1．22～3．45）、上司からの支援低値のオッズ比は1．71（1．03～2．84）であった（表１）。疾病分類別には、精神障害では上司、同僚のサポートが有意に低く、循環系の疾患では技術の幅が有意に低く、身体的負荷が有意に高く、筋骨格系疾患では意志決定の範囲が有意に低く、仕事の不安定さが有意に高く、仕事のストレイン（要求度／コントロール比）が有意に高かった。

D．考察と結論

昨年までの解析と同じく、仕事のコントロールが低いことが30日以上の疾病休業のリスクを増加させることが明らかとなった。これはこれまでの欧州での調査結果と一致するところである。また昨年度は同僚の支援の低さは、本年度は上司の支援の低さが疾病休業のリスクと関係していた。職場の人間関係が疾病休業の発生と関係することが示唆される。仕事の要求度は昨年度、本年度ともに疾病休業とは有意な関係を示さなかったが、これは判定図の検討の項でも述べたように仕事の要求度と疾病休業の発生がU字型（要求度が高い場合も低い場合もリスクが増加する）ためかもしれない。

表１　男性における職業性ストレスと２年間の疾病休業の発生：職業性ストレスと健康コホート研究追跡データの解析（30日以上疾病休業群199名、対照群579名のコホート内患者対照研究、性別は男性のみ、年齢マッチ）

要因	区分#	オッズ比	95%信頼区間
仕事の要求度	高／低	1．11	0．68 －1．81
仕事のコントロール	低／高	2．05*	1．22 －3．45
上司からの支援	低／高	1．71*	1．03 －2．84
同僚からの支援	低／高	1．04	0．63 －1．73
高血圧既往歴	あり／なし	0．94	0．46 －1．90
高脂血症既往歴	あり／なし	1．87	0．79 －4．46
糖尿病既往歴	あり／なし	2．36	0．92 －6．05

後者に対する前者の危険度を計算した。職業性ストレス要因については中央値で高低に区分した。* p<0．05。

注：内訳は新生物26、精神障害29、循環器系疾患40、筋骨格系等疾患49、その他55件。精神障害では上司および同僚の支援が、循環器系疾患では仕事の幅（仕事のコントロールの下位尺度）、身体的負荷が、筋骨格系疾患では意志決定の範囲（仕事のコントロールの下位尺度）、仕事の不安定さ、仕事のストレイン（要求度／コントロールの比）が有意に関連していた。

研　究　者：小林章雄（愛知医科大学衛生学）、川上憲人（岐阜大学医学部公衆衛生学）、橋本修二（東京大学医学部健康科学・看護学科疫学・生物統計学）、林　剛司（日立健康管理センタ）、相澤好治（北里大学医学部衛生学公衆衛生学）、廣　尚典（NKK鶴見保健センター）

研究協力者：堀　礼子、竹内清美（愛知医科大学衛生学）、原谷隆史（産業医学総合研究所）、石崎昌夫（金沢医科大学健康管理）、

藤田　定（愛知教育大学）、桝元　武（NKK 津製作所）、
宮崎彰吾（NKK 京浜保健センター）

Ⅱ－３－２－２．職業性ストレスと１週間以上の疾病休業：コホートサイト４における患者対照研究

A．はじめに

職業性ストレスが健康に及ぼす影響について、多くの研究が実施されてきている。特に、仕事の要求度―コントロールモデルに基づく、職業性ストレスの虚血性心疾患に及ぼす影響については多数の研究成果が蓄積されており、Schnall & Landergisによれば職業性ストレスによって1．9～3．3倍程度の危険度の増加が報告されている。しかし、わが国では職業性ストレスの主要疾患に対する影響について十分な研究成果が蓄積しているとはいない。

このため､わが国において標準化された包括的な職業性ストレスの評価方法を用いて、客観的な疾病発生の把握方法による大規模長期コホート研究を実施することが求められている。当センタでは、労働省委託研究「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究」に参画し、職業性ストレスと健康に関する Japan Work Stress and Health Cohort Study (全体登録者 24、192 名)を実施している。

本報告は、当センタにおけるコホート登録者を対象に職業性ストレスが疾病休業に及ぼす影響について検討を行ったので報告する。

B．対象と方法

コホート登録は、当センタ「会瀬総合健診」を 96 年 9 月から 98 年 96 年 3 月までの間に受診し、紙面にて同意を得られた勤労者を対象に行った。ベースライン調査にて、悪性新生物、虚血性心疾患、精神疾患の既往がなく、年齢が 35～55 才の男性勤労者 7215 名（平均年齢　43．10±6．06 才）を登録者とした。

本調査の対象者は、登録後診断書にもとづき 99 年 6 月までに疾病休業(7 日以上)が報告された 156 名（44．6±6．7 才）をケース群とした。年齢、職種をマッチさせ、１：３の比率で選定した疾病休業のないコホート登録者 468 名をコントロール群とした。

職業性ストレスの指標としては、Karasek による Job Content Questionnaire(以下 JCQ と略す) 日本版を用いた。この質問票は、職場の精神的ストレスを仕事上の裁量の自由度（ジョブ・コントロール）と心理的要求度（ジョブ・デマンド）の二つの座標から評価を行うモデルである。今回の解析では、尺度項目としては Job control、Job demand、上長

からの支援、同僚からの支援、身体的負荷を採用した。解析には、条件付ロジスティック分析を用い、コホート内のケース・コントロール研究を行った。

C．結果

ケース群156名の内訳は、新生物21名、精神疾患33名、循環器疾患18名、筋骨格系疾患及び事故41名、その他43名であった(表２)。

ケース群とコントロール群との背景要因の比較（表３）では、収縮期血圧・FBS・TC では有意にケース群が高いが、尿酸は有意差を認めなかった。血圧・高脂血症・糖尿病の治療者の割合は有意にケース群に高かった。飲酒量では有意にコントロール群に高かったが、喫煙率、運動習慣では有意な差を認めなかった。

ロジスティック分析を用いて、疾病休業に及ぼす影響について解析を行った結果（表４）では、肥満と高血圧に有意差を認め、職業性ストレスの項目では有意差を認めなかった。

表２　コホートサイト４の2年間の追跡における疾病休業の診断別内訳

疾病分類	人数	年齢（歳）
悪性新生物	21	47．00±6．26
精神疾患	33	42．45±6．11
循環器疾患	18	49．06±6．55
筋骨格疾患	41	44．24±6．61
その他	43	43．44±6．50

表３　１週間以上疾病休業群と対照群のベースラインデータの比較
（コホートサイト４）

	Case群	Control群	
収縮期血圧	125．0±16．4	119．9±15．7	p<0．01
FBS	111．9±27．5	105．0±18．6	p<0．01
TC	204．4±41．5	194．5±34．5	p<0．01
UA	5．96±1．46	5．76±1．17	n．s．
血圧治療	19．8%	10．4%	p<0．01
高脂血症治療	7．7%	2．9%	p<0．05
糖尿病治療	9．6%	4．1%	p<0．05
喫煙	88．9%	88．0%	n．s．
飲酒量(合/W)	7．68±7．73	9．41±8．24	p<0．05
運動量(Mets/W)	13．7±17．8	14．9±25．3	n．s．

表４　１週間以上疾病休業のベースラインでの予測因子：
多重ロジスティック分析の結果（コホートサイト４）

	Odds ratio	95%CI
Job demand(低)	0．779	0．464 ～ 1．307
Job control(低)	1．015	0．594 ～ 1．736
上長支援(低)	1．560	0．900 ～ 2．703
同僚支援(低)	1．128	0．658 ～ 1．934
身体負荷	0．834	0．492 ～ 1．412
肥満	1．945	1．068 ～ 3．544
高血圧	2．052	1．033 ～ 4．077
高脂血症	2．081	0．604 ～ 7．167
糖尿病	1．577	0．555 ～ 4．476
喫煙	0．932	0．467 ～ 2．297
飲酒(10合/W以上)	0．796	0．388 ～ 1．631

＊ 男性のみ。年齢は疾病休業群と対照群でマッチさせた。

D．考察

大規模な疾病休業に関する縦断的研究は、MarmotらのWhite Hall Studyを除けば極めて少なく、本邦でもほとんど報告がない。今回の調査では、肥満と高血圧のみが疾病休業に影響を及ぼすことが判明した。職業性ストレスでは有意な差を認めないが、上司の支援が低いと疾病休業を増やす傾向が認められた．本調査の追跡期間は最大2年9ヶ月とまだ短く、今後さらに追跡を続け、疾病毎の解析等についても予定である。

研　究　者：林　剛司（日立健康管理センタ）

Ⅱ－３－２－３．職業性ストレスと動脈硬化性疾患危険因子

A．はじめに

職業性ストレスは、動脈硬化性疾患の危険因子と考えられている。そのため、高度の職業性ストレスに曝露されている勤労者は動脈硬化性疾患の諸指標が悪化することが予想される。当センタではJapan Work Stress and Health Cohort Studyに7215名の登録を行っており、初回登録より３年が経過による動脈硬化性疾患危険因子の経時的変化について調査を行った。

B．対象と方法

対象は、日立健康管理センタにおいて Japan Work Stress and Health Cohort Study に登録された男性 7215 名（登録時平均年齢 43．1±6．1 才）の内、３年目の検査を行った 5173 名（72．4%、平均年齢 43．2±6．0 才）を対象とした。

動脈硬化性疾患の危険因子としては、Body mass index(以下、BMI)、総コレステロール（以下、TC）、中性脂肪（以下、TG）、HDL‐C、Lp(a)、収縮期血圧（以下、SBP）、拡張期血圧（以下、DBP）、空腹時血糖（以下 FBS）、HbA1c を取り上げた。職業性ストレスの評価は、the Job Content Questionnaire（以下、JCQ）を用いた。

解析は、コホート登録者を JCQ の仕事の要求度と仕事のコントロールより High-Strain 群（高要求度・低コントロール）、Active 群（高要求度・高コントロール）、Passive 群（低要求度・低コントロール）、Low-Strain 群（低要求度・高コントール）の４群に区分し、各動脈硬化性疾患危険因子の初年度と３年目の差について比較を行った。また、BMI については年齢で補正を行った。血圧の解析では高血圧症（541 名）を除外し、年齢、BMI、飲酒量で補正を行った。糖代謝の指標の解析では糖尿病（183 名）を除外し、年齢、BMI、飲酒量で補正を行った。血清脂質の指標の解析では高脂血症（199 名）を除外し、年齢、BMI、飲酒量で補正を行った。

C．結果

表５に、４群の動脈硬化性疾患危険因子の変化率を示す。High-Strain 群は、ＴＧ・Ｌp(a)において最も増加率が大きかった。また、HDL-C では変化率が最も小さかった。血圧、糖代謝については、４群間で有意差を認められなかった。

D．考察

Demand-Control model における動脈硬化性疾患危険因子との関連について種々の報告(1-5)がある。しかし、経年的な動脈硬化性疾患危険因子の変化についての報告は少ない。今回我々は、Demand-Control model における Job content Questionnaire の下位尺度が動脈硬化性疾患危険因子の３年間の経年変化に及ぼす影響の評価を行った。

今回の調査では、３年間という短い期間ではあるがＴＧ、HDL-C、Ｌp(a)といった血清脂質の項目で High-Strain 群に有意な増加を認めた。このことは、職業性ストレスが動脈硬化性疾患の発生に関与する可能性を示唆するものと考えられる。今後コホート調査の継続により、動脈硬化性疾患の発生と Job Stress との関連の解明が期待される。

研　究　者：林　剛司（日立健康管理センタ）

表５　初年度の職業性ストレスと動脈硬化性疾患危険因子の３年間の変化率：重回帰分析の結果（コホートサイト４）

	動脈硬化性疾患危険因子								
職業性ストレスの区分 (JCQ)	肥満度 (BMI)	収縮期血圧	拡張期血圧	FBS	HbA1c	総コレステロール	中性脂肪	HDL-C	Lp(a)
High-Strain 群 (n＝1100)	22．72 ×10^{-4}	1．20 ×10^{-2}	1．67 ×10^{-2}	1．64 ×10^{-2}	-6．12 ×10^{-2}	-1．69 ×10^{-2}	8．61 ×10^{-2}	2．99 ×10^{-2}	4．27 ×10^{-2}
Active 群 (n＝1364)	32．00 ×10^{-4}	1．38 ×10^{-2}	2．13 ×10^{-2}	1．88 ×10^{-2}	-6．07 ×10^{-2}	-1．80 ×10^{-2}	8．31 ×10^{-2}	2．64 ×10^{-2}	-0．27 ×10^{-2}
Passive 群 (n＝1444)	-1．95 ×10^{-4}	1．45 ×10^{-2}	1．77 ×10^{-2}	1．44 ×10^{-2}	-5．96 ×10^{-2}	-1．82 ×10^{-2}	6．16 ×10^{-2}	4．59 ×10^{-2}	-4．70 ×10^{-2}
Low- Strain 群 (n＝954)	7．16 ×10^{-4}	1．44 ×10^{-2}	1．42 ×10^{-2}	2．09 ×10^{-2}	-5．90 ×10^{-2}	-2．20 ×10^{-2}	3．07 ×10^{-2}	4．15 ×10^{-2}	0．02 ×10^{-2}
有意差	A—P*						H－L* A－L*	H－P* A－P* A－L*	H－P**
補正	年齢 飲酒量	年齢 BMI 飲酒量	年齢 BMI 飲酒量	年齢 BMI 飲酒量	年齢 BMI 飲酒量	年齢 BMI 飲酒量	年齢 BMI 飲酒量	年齢 BMI 飲酒量	年齢 BMI 飲酒量

動脈硬化性疾患危険因子変化率は（初年度データ－3年目データ）／初年度データとした。

Ｈ：High Strain 群、Ａ：Active 群、Ｐ：Passive 群、Ｌ：Low Strain 群

*：p<0．05、**：p<0．01

Ｅ．文献

1) Netterstrom B, Keistensen TS, Damsgaard MT, Olsen O, Sjol A, Job strain and cardiovascular risk factors: A cross sectional study of employed Danish men and women. Br J Ind Med 48: 10, 684-9, 1991.

2) Hellerstedt WL, Jeffery RW, The association of job strain and health behaviours in men and women., Int J Epidemiol 26: 3, 575-83, 1997.

3) Pickering TG, Does psychological stress contribute to the development of hypertension and coronary heart disease? Eur J Clin Parmacol 39 Suppl 1: S1-7,. 1990.

4) Kristensen TS, Job stress and cardiovascular disease: a theoretic critical review. J Occup Health Psychol 1: 3, 246-60, 1996.

5) Chapman A, Mandryk JA, Frommer MS, Edye BV, Ferguson DA, Chronic perceived work stress and blood pressure among Australian government employees. Scand J Work Environ Health 16: 4, 258-69, 1990.

Ⅱ－３－３．職業性ストレスの健康影響に関する総合的結論

A．はじめに

職業性ストレスが、疾患の発症、増悪に関与する数多くの要因の一つであることを示す知見が欧米を中心に集積されてきた。一方、健康影響評価グループでは、職業性ストレスが健康に及ぼす影響について、約 2.5 万人の調査研究（大規模コホート研究ベースライン調査および追跡調査）を実施し、わが国の職場において注目すべき職業性ストレスの特徴を明らかにしてきた。本報告は、内外の文献レビューおよびコホート研究により得られた知見に基づいて職業性ストレスの健康への影響についての総合的結論を得ることを目的とした。

B．職場のストレス要因について

健康に影響を及ぼす職場のストレス要因としては、仕事の負荷、責任などの仕事の要求度、仕事を行なう上での裁量度や自己能力の発揮などの仕事のコントロール、および職場の人間関係としての上司、同僚の社会的支援が健康への影響として重要である。特に、仕事の要求度が高く、仕事のコントロールが低い職場で精神的緊張度が高く、健康問題が生じやすいこと、これに加えて、職場での上司・同僚の支援が低いことがもっとも問題を生じやすい状況であることが知られている。これらの要因のほか、長時間労働、仕事の不安定さ、仕事上の出来事、その他の物理・化学的・人間工学的有害因子がストレス要因となりうる。

C.職業性ストレスの健康影響

１．疾病休業

欧米において、仕事のコントロール低値の疾病休業リスクは 1.4－2.0 倍[1)2)]である。昨年度報告した、職業性ストレスと健康コホート研究における 30 日間以上の疾病休業（60 歳未満の男性 98 件）についての 1 年間の追跡調査（年齢をマッチさせた 1：3 の症例対照研究）では、疾病休業群で仕事の自由度が低く、同僚のサポートが低く、多重ロジスティック回帰分析の結果で、同僚からのサポート低値の疾病休業のオッズ比は 1.88（1.1－3.2）であった。同じく本年度は２年間の追跡調査データにおける 30 日間以上の疾病休業例（60 歳未満の男性 199 件：新生物 26、精神疾患 29、循環器疾患 40、筋骨格系疾患および事故 49、その他 55）とのコホート内患者対照研究（1:3 の年齢マッチ）を実施した。多重ロジステイック分析では、仕事のコントロール低値の疾病休業リスクは 2.05（1.22～3.45）倍であり、上司か

らの支援低値のリスクは 1.71（1.03～2.84）倍であった。したがって、仕事のコントロールおよび職場の人間関係は労働者の疾病休業に強い影響を与えていると結論できる。

２．循環器疾患およびそのリスクファクター

仕事要求度‐コントロールモデルにもとづいておこなわれた研究[3)-5)]のほとんどで心血管疾患との有意な関連を示し、また、疫学的に質が高いと判断された研究においてより高い相対危険度を示す傾向がある[6)]など、心血管心疾患との強い関連性が示されている。これらの報告においては、仕事の要求度が高く、仕事のコントロールが低い高ストレイン群での虚血性心疾患の相対危険度は 1.5－5 倍である[7)]。脳血管疾患についての報告は数少ないが、ストレスの多い運転作業者で 1.14 ～1.30 倍の入院リスクの報告[8)]がある。研究班による 2 年間の追跡研究の結果からも、循環器系疾患での休業群で技術の幅（仕事のコントロールの下位尺度）が有意に低い傾向があった。これらのことから、仕事のストレス要因は循環器疾患の発生に密接に関与しているといえる。職業性ストレスと循環器疾患との関連のメカニズムについては未解明な点が多いが、一つは循環器疾患の危険因子を介して結びついている可能性がある。このうち血圧については、24 時間血圧において多くの報告[9)]で有意な関連性が認められている。また、仕事を離れた家庭や睡眠中での血圧にも差違[10)]がみられ、職業性ストレスの持ち越し効果とされる。その他、職業性ストレスが加齢や飲酒による血圧上昇を加速している可能性が指摘[11)]されている。わが国においては、週 60 時間以上の労働、仕事のトラブルが多い、時間に追われる場合に高血圧の新規発症が約 2 倍となること、仕事がひま過ぎるものでも高血圧の発症率が 4 倍になるとの報告[12)]がある。血圧のほか血清脂質の上昇[13)14)]、HbA1c の増加[15)]、血液凝固能の亢進[16)]や線溶系の機能低下[17)]などの介在が示唆される。研究班のベースライン調査でも仕事の要求度が高く、コントロールが低い高ストレイン群で収縮期血圧、拡張期血圧、総コレステロールが有意に高値で、喫煙率が高く、運動習慣を有するものの割合が低い傾向がみとめられた[18)]。また、これらの改善のための働きかけ（THP など）に対して、職業性ストレスの高い群では改善度が悪い傾向[19)]をみとめた。以上より、仕事上のストレス要因は循環器疾患の危険因子とも関連することが明らかとなった。危険因子以外の発症機序として、発症の危険が高まっている最終段階で職場ストレスが誘因として作用し、自律神経系を介して致死的不整脈や心筋梗塞の発生を誘発する可能性、職場ストレスが交感神経系機能の亢進や、心筋の機能回復過程の遅延などを介して発症を惹起する可能性が推定[20)]されている。研究班のベースライン調査では女性で同僚の支援が低い場合に不整脈の既往者が有意に高い傾向[21)]があり、職業性ストレスの心臓自律神経系への影響を示唆している。またわが国では、これらとは別に、長時間労働が心血管疾患およびその危険因子に密接に関連するとの報告が多い[22)]。

３．精神症状・疾患、自殺

仕事の要求度が高く、コントロールが低い高ストレイン群で疲労症状や抑うつ症状、精神安定剤や催眠剤の使用が多いことが報告[1)23)]されている。高ストレイン群では不眠症の危険度が 3.7 倍[14)]であり、精神的な仕事の負担感のあるものでは精神科を受診する率が 1.4－2.3 倍高いこと[24)25)]、職場の人間関係に問題がある者では 5 倍、仕事の不適性感のあるものでは 14 倍うつ病にかかりやすい[26)]とされる。研究班のベースライン調査[27)]では、月残業時間が 50 時間を超えると抑うつが高くなること、同じく 2 年間の追跡研究では、精神疾患による休業群で上司、同僚のサポートが有意に低いことが示された。自殺・自殺未遂については、多忙、単調労働、新しい事を学ぶ機会のないこと及びそれらの組み合わせが男性で 1.98－2.44 倍、女性で 1.44－2.34 倍リスクを高めることが報告[23)]されている。以上より、職業性ストレス要因は精神症状・疾患、自殺のリスクを高めるといえる。

４．筋骨格系の障害 腰痛、頚・肩・腕痛

仕事の要求度が高いことが頚・肩痛のリスクを 1.43－1.47 倍、サポートの低いことが腰痛のリスクを 1.81－2.04 倍高めることが指摘[28)]されているほか、仕事への不満足感[29)]、職場の人間関係の葛藤[30)]と腰痛との関連などが報告されている。また、職場のストレス対策により、頚肩腕痛の新規外来患者の減少をみたとの報告[31)]もある。研究班の 2 年間の追跡調査でも、筋骨格系疾患による休業者では、意志決定の範囲（仕事のコントロールの下位尺度）が低く、仕事の不安定さが高く、仕事のストレインが高かった。業務上疾病の 6 割を占める腰痛をはじめとする筋骨格系の障害を予防する上で、職場ストレスへの対応が重要といえる。

５．仕事上の事故あるいは交通事故、

仕事上ストレスフルな出来事を多く経験したものでは仕事上の事故を 1.8 倍多く経験しやすかった。また、管理職への満足度の低いものや同僚の支援の低い者では 2.5－2.7 倍仕事上の事故が多いことが指摘[32)]されている。このほか、男性で、単調な仕事や、新しい事を覚える機会のない仕事に従事するものでは交通事故による入院のリスクが 1.50－1.51 倍であることが示されている[23)]。仕事上のストレスによる不眠、薬剤服用などによる注意力の低下、ねむけ、安全への配慮の不足などが重大な事故に結びつく可能性がある。労働災害を防止する上で職場のストレス対策が重要である。

６．アルコール関連障害、肥満、脂肪肝

高ストレイン群でアルコール症との関連が強いこと[33)]、アルコール関連障害での入院リスクは高ストレス群で男性 1.43、女性 1.26 であるとの報告[23)]がある。また、仕事上のコントロール低下と常習飲酒者の割合および飲酒量の増加とが関連すること、同時に肝機能障害、BMI が増加するなどの報告[34)]がある。そして、高ストレイン群での脂肪肝の危険度は 2.5 倍であった[14)]。これらのことから、職業性ストレスは、アルコール関連障害のほか、飲酒習

慣をはじめとする食生活の変化等を介して、肥満、脂肪肝、肝機能障害などの発生、増悪に関わるものといえる。

７．糖尿病

職務不満感が糖化ヘモグロビンの増加と関連すること[15]、週 50 時間以上の残業、新しい技術の導入が糖尿病発症のリスクをそれぞれ 3.7 倍、2.4 倍高めること[35]、職場の社会的支援が低い場合に、追跡時点で糖尿病治療中である可能性が 2.5 倍高かった[14]などの報告がある。近年わが国における糖尿病の有病率は増加[36]しつつあり、職業性ストレスがその発症のみならず経過、予後等に深くかかわることが想定され、留意すべき疾患である。

８．胃・十二指腸潰瘍

心理的ストレスと胃・十二指腸潰瘍との関連は従来から指摘されているが、研究班のベースライン調査[27]において、技能の低活用の程度が、血清ペプシノゲンⅠ／Ⅱ 比によって判定された萎縮性胃炎の危険度と関係していた（オッズ比約 3 倍、P<0.01)）。また、職場の社会的支援が低い場合、追跡調査時点で胃潰瘍である可能性が 1.4 倍高かった[14]。胃腸疾患での入院リスクは職業性ストレスが高い男性で 1.48 倍であった[23]。これらのことから胃･十二指腸潰瘍をはじめとする上部消化管疾患への職業性ストレスの関与は無視できないものと考えられる。

D．結論

以上より、職業性ストレスの健康影響について以下のようにまとめることができる（表１）。

1. 職場のストレス要因として仕事の要求度、仕事のコントロール、職場の人間関係（上司、同僚の社会的支援)、仕事の不安定さ、仕事上の出来事、長時間労働などや、その他の物理・化学的・人間工学的有害因子があり、これらは、直接、あるいは疾病の危険因子への影響を介して休業や治療を要するような疾病の発生、増悪、経過の遷延、再発などに関与している。
2. 職業性ストレスと関連の深い健康障害として、以下のものをあげることができる。
   1) 重症度が高く、職業性ストレスとの関連性が強いと考えられるもの：
      - 虚血性心疾患
      - 脳血管疾患
      - 自殺
      - 仕事上の重大事故
      - 交通事故
   2) 頻度が高く、仕事および生活の質への影響が大きく、職業性ストレスとの関連性があるもの：
      - 高血圧

・不整脈
・肥満、高脂血症、脂肪肝
・糖尿病（耐糖能異常）
・胃・十二指腸潰瘍
・アルコール関連障害
・腰痛、頚肩腕痛
・うつ病

表１　職業性ストレスの健康影響に関する要約―職場のストレス要因および職業性ストレスと関連の深い健康障害：職業性ストレスと健康コホート研究（ベースラインデータおよび追跡調査データ）の分析と文献レビューからの結論

主な職場のストレス要因	重症度が高く、職業性ストレスとの関連が比較的強いと考えられるもの	頻度が高く、仕事および生活の質への影響が大きく、職業性ストレスと関連があるもの
仕事の要求度（量的負荷など） 長時間労働 仕事のコントロール（自由度や裁量権） 職場の人間関係（上司、同僚の支援） 仕事の不安定さ 仕事上の出来事 物理化学的要因 人間工学的要因	虚血性心疾患 脳血管疾患 自殺 仕事上の事故災害 交通事故	高血圧 不整脈 肥満 高脂血症 糖尿病（耐糖能異常） 脂肪肝 胃・十二指腸潰瘍 アルコール関連障害 腰痛、頚肩腕痛 うつ病

研　究　者：小林章雄（愛知医科大学衛生学教室）
研究協力者：堀　礼子，竹内清美（愛知医科大学衛生学教室）

E．文献

1) Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. Adm Sci Q 1979; 24:285-307.
2) Kristensen TS:Sickness absence and work strain among Danish Slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour. Soc Sci Med 1991;32: 15-27.
3) Schnall PL, Landsbergis PA.: Job strain and cardiovascular disease. Ann Rev Public Health 1994; 15: 381-411.
4) Hlatky MA, Lam LC, Lee KL, et al.: Job strain and the prevalence and outcome of coronary artery disease. Circulation 1995; 94(5):1140-1.
5) Bosma H, Peter R, Siegrist J, Marmot M : Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. Am Jpublic Health 1998 ; 88(1): 68-74.
6) Kristensen TS. Cardiovascular diseases and the work environment: A critical review of the epidemiologic literature on nonchemical factors. Scan J Work Environ Health 1989; 15: 165-79.
7) 川上憲人：職業性ストレスの健康影響：その定量的評価と経済的影響. 産業ストレス研究 1997; 5: 2-6.
8) Tuchsen,F: Stroke Morbidity in Professional Drivers in Denmark 1981-1990. Int J Epidemiol 1997;26(5); 989-994.
9) Landsbergis PA et al. : The association of ambulatory blood pressure with alternative formulations of job strain. Scand J Work, Environ and Health 1994; 20:349-63.
10) Theorell T et al. Job strain and ambulatory blood pressure profiles. Scand J Work Environ Health 1991;17:380-385.
11) Schnall PL, Schwartz JE, Landsbergis PA, et al.:Relation between job strain, alcohol, and ambulatory blood pressure. Hypertension 1992;19(5): 488-94
12) 上畑鉄之丞，長谷川吉則：高血圧発症と進展にかかわる職業性ストレス要因．医学のあゆみ 1994; 171(2): 120-121.
13) 林剛司，庄司幸子，山岡和枝，他：職域における動脈硬化性疾患の諸指標に関与する因子 ― 作業態様を中心にした解析― ． 日本公衛誌 1994; 41: 1050-1063.
14) 川上憲人，林剛司：職業性ストレスと疾患発生：8年間の追跡調査．加藤正明（班長）：平成10年度労働省「作業関連疾患の予防に関する研究」報告書，pp76-81, 1999.
15) Kawakami N, Hayashi T, Matsumoto T. Relations between perceived job stress and glycosylated hemoglobin in white-collar workers. Ind Health 1989; 27: 149-154.

16) Moller L, Kristensen TS. Plasma fibrinogen and ischemic heart disease risk factors. Arterioscler Thromb 1991; 11: 344-350.
17) Ishizaki M, Tsuritani I, Noborisaka Y, et al.: Relationship between job stress and plasma fibrinolytic activity in male Japanese workers. Int Arch Occup Environ Health 1996, 68: 315-20.
18) 渡邊美寿津，小林章雄，川上憲人，他：職業性ストレスと冠動脈疾患危険因子との関連．産業衛生学雑誌 1999; 41:670.
19) 小林章雄.ＴＨＰと職場ストレス　－快適職場環境の形成に向けて－ 日本災害医学　会会誌 1994; 42:571-574.
20) 小林章雄：職域におけるストレスと虚血性心疾患．日循協誌 1999; 34(2): 169-177.
21) 川上憲人，小林章雄，石崎昌夫，他：職業性ストレスと抑うつ，仕事上の事故および疾病の既往歴との関係．加藤正明（班長）：平成 8 年度労働省「作業関連疾患の予防に関する研究」報告書，pp21-27, 1997.
22) Kawakami N, Haratani T: Epidemiology of job stress and health in Japan: Review of current evidence and future direction. Industrial Health 1999; 37: 174-186.
23) Karasek R, Theorell T: Healthy work stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books, Inc., New York, 1990.
24) 杉澤あつ子，上畑鉄之丞，関谷栄，他：中年期男子労働者の精神健康に関連する要因についての追跡研究．産業医学 1994; 36: 91-101.
25) 杉澤あつ子，上畑鉄之丞，何頻，他：中年期男子労働者における精神健康と労働環境，保健習慣．産業医学 1993; 35: 7-18.
26) Kawakami N, Araki S, Kawashima M.: Effects of job stress on occurrence of major depression in Japanese industry: a case-control study nested in a cohort study. J Occup Med 1990; 32: 722- 725.
27) 川上憲人，橋本修二，小林章雄，他：職業別の職業性ストレスの分布（ストレスマップ）．加藤正明（班長）：平成 9 年度労働省「作業関連疾患の予防に関する研究」報告書，pp13‐32, 1999.
28) Skov T, Borg V, Orhede E: Psychosocial and physical risk factors for musculoskeletal disorders of the neck, shoulders, and lower back in salespeople. Occup Environ Med 1996; 53(5): 351-6.
29) Krause N, Ragland DR, Greiner BA, et al.:Psychosocial job factors associated with back and neck pain in public transit operators. Scand-J-Work-Environ-Health 1997; 23(3): 179-86.
30) 甲田茂樹，久繁哲徳，小河孝則，他：看護婦の腰痛症発症にかかわる職業性要因の疫学的研究．産業医学 1991; 33: 410-422.
31) 小林章雄：ヨーロッパのストレス対策．産業ストレス研究 1998; 6: 42.
32) 川上憲人，原谷隆史：職業性ストレスの健康影響．産業医学ジャーナル

1999;22(5): 51-5.
33) 廣　尚典：職業性ストレスと問題飲酒行動．加藤正明（班長）：平成 8 年度労働省「作業関連疾患の予防に関する研究」報告書, pp51-57, 1997.
34) 金子光延, 原田直子,古屋博行,他:作業様態の変化による職業性ｽﾄﾚｽが飲酒習慣及び肝機能検査に及ぼす影響に関する研究．日本ｱﾙｺｰﾙ・薬物医学会雑誌 1996; 31(1): 81-94 .
35) Kawakami N, Araki S, Takatsuka N, et al.: Overtime, psychosocial working conditions, and occurrence of non-insulin dependent diabetes mellitus in Japanese men. J Epidemiol Community Health 1999; 53(6): 359-63.
36) Islam MM, Horibe H, Kobayashi F: Current trend in prevalence of diabetes mellitus in Japan, 1964-1992. J Epidemiol 1999 ; 9(3): 155-62.

Ⅱ－４．事業場におけるストレス対策の進め方

健康影響評価グループでは平成９年度には性別、職種別、事業場規模別のストレス対策のポイントを検討した。また平成 10 年度にはさらに３つの職種のストレス対策のポイントを検討するとともに、これまでの個別のポイントを整理して、「事業場におけるストレス対策の共通の枠組み」を提案した（図１）。平成 11 年度は、ストレス対策の共通の枠組みについてさらに検討するために、1999 年 4 月に告示された「労働安全衛生マネジメントシステム」とストレス対策の関係について検討を追加すると同時に、これまでに検討されていなかった年齢別のストレス対策のポイントおよびリストラ・アウトソーシング下におけるストレス対策のポイントについて検討を進めた。また同時に平成 9、10 年度に検討した労働者や事業場の特性別にみたストレス対策のポイントを見直して、最終的なまとめの作業を行った。

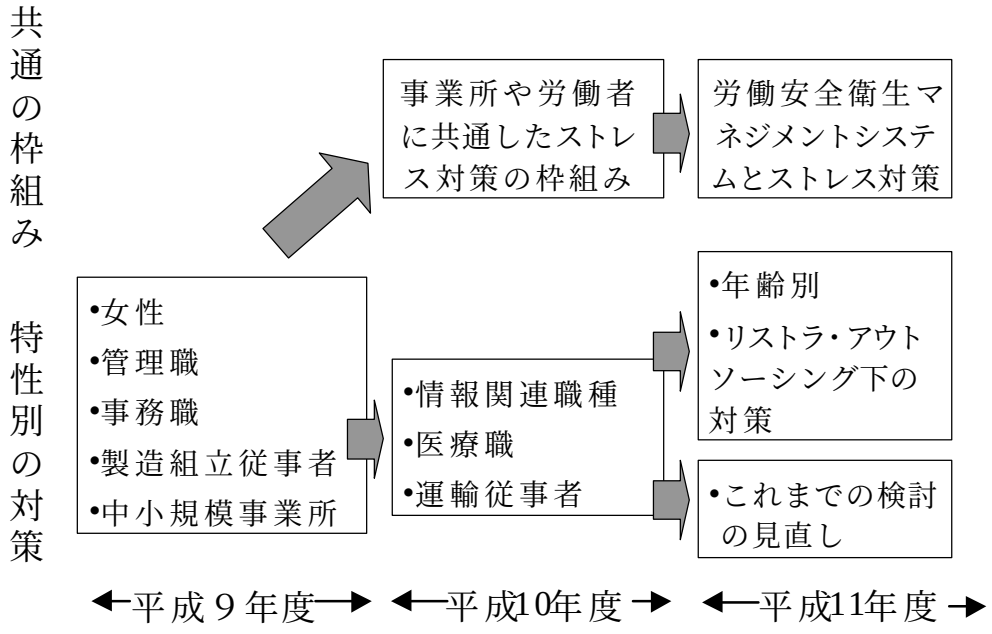


図１　事業場のストレス対策の共通の枠組みと労働者や事業場の特性に合わせた対策に関する平成９～11 年度の研究の流れ

Ⅱ－４－１．労働安全衛生マネジメントシステムとストレス対策の実施に関する検討

A．はじめに

労働安全衛生マネジメントシステムは、事業場の安全衛生水準の一層の向上を図ってゆくための事業場内での自主的な安全衛生活動の仕組み（責任分担と情報の流れ）を示したものである。労働安全衛生マネジメントシステムは英国で作成されら規格であり、現在では国際的な標準の規格となりつつある。また、「計画－実施－評価－改善」という一連の過程を定めて、連続的かつ継続的に安全衛生活動を実行する点に特色がある。わが国では 1999 年４月 30 日の労働省告示（第 53 号）「労働安全衛生マネジメントシステムの指針」（労働省, 1999）によってわが国でも広く知られるようになり、多くの事業場がこのシステムの導入を検討している。労働安全衛生マネジメントシステムは主に安全対策や環境対策に対する比重が大きいが、安全衛生マネジメントシステムの実施事項には健康管理を含むものと考えられている（佐々木, 1999）。

この研究では、今後事業場の安全衛生管理の方法として普及すると思われる労働安全衛生マネジメントシステムとストレス対策の実施との関係について整理する。特に、労働安全衛生マネジメントとストレス対策の相互の位置付け、同システムの中でストレス対策を実施するための基本的な考え方および問題点を明らかにすることを目的とした。

B．研究方法

研究方法は文献レビューと労働安全衛生マネジメントシステムの専門家への意見聴取（ヒアリング）によった。これらを通じて、事業場におけるストレス対策の共通の枠組み（当グループ平成 10 年度報告書）と労働安全衛生マネジメントシステムとの突合せを行った。また、労働安全衛生マネジメントシステムの中でストレス対策を実施する場合の実施事項について、労働省指針（1999）の各実施条項ごとにストレス対策の具体的実施事項の案を作成した。また、ストレス対策を労働安全衛生マネジメントシステム内で実施する際の課題を抽出した。

C．結果

１．労働安全衛生マネジメントシステムとストレス対策

労働安全衛生マネジメントシステムの中でのストレス・メンタルヘルス対策の進め方を作成した（図２）。検討の結果から、労働安全衛生マネジメントシステムの「計画－実施－評価－改善」のサイクルは、事業場のストレス・

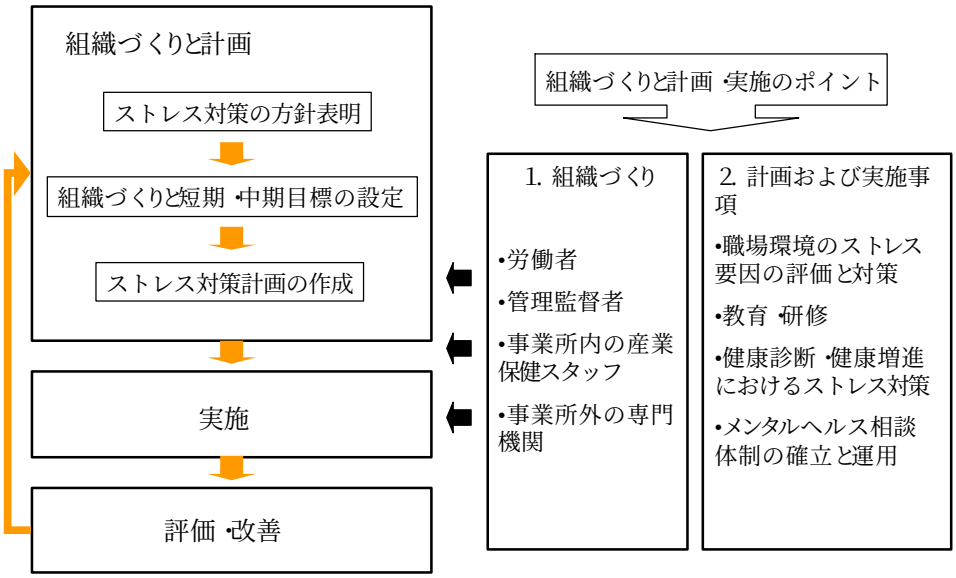


図２　自主的労働安全衛生活動としてのストレス対策の進め方

メンタルヘルス対策にとっても重要であると思われた。また同システムの組織づくりの考え方は、ストレス対策を事業主が主導し、労働者、管理監督者の参画を得て推進する上で有用と思われた。

しかしながら、労働安全衛生マネジメントシステムにおいて安全対策に主眼が置かれている。また同システムの対策活動の中心となる職場ごとの「リスク評価」の考え方では、心理的ストレスは職場に存在するさまざまなリスク要因の１つとして位置付けられる。このため労働安全衛生マネジメントシステムの中でストレス対策を実施するとかえってその特徴が見えにくくなる点が懸念された。むしろ、労働安全衛生マネジメントシステムのよい点を生かしたストレス対策の計画、実施を進めることが適切と思われた。

２．労働安全衛生マネジメントシステムにおけるストレス対策の実施事項

労働安全衛生マネジメントシステムの実施事項について、労働省指針(1999)を参考とし、同第５～17 条の個別実施項目に対応するストレス対策の実施事項の対照表を作成した（表１）。この作業により、労働安全衛生マネジメントシステムの中でストレス・メンタルヘルス対策を実施することが可能となった。

３．労働安全衛生マネジメントシステムの組織

システム各級管理者の役割例を作成した（表２）。

４．今後の課題

労働安全衛生マネジメントシステムの中でのストレス対策の普及のためには文書例の作成、リスク評価のためのアクションチェックリストの整備など、今後の課題があることが明らかとなった。

表１　労働安全衛生マネジメントシステムにおけるストレス対策（案）

条項	労働省指針の項目	その内容	対応するストレス・メンタルヘルス対策
5条	安全衛生方針の表明		事業場として労働者のストレス･メンタルヘルスについて積極的、継続的に取り組むことを表明する。
6条	危険又は有害要因の特定及び実施事項の特定	危険又は有害要因の特定	危害要因として、職業性ストレスおよびその原因となる要因（職場環境、労働時間、交代勤務などの労働条件や職場の人間関係など）を広い視点からとりあげる。
		実施事項の特定	上記要因に対する対策を具体化する。特に以下の４つの項目について最低限検討する。 １）職場環境のストレス要因の評価と対策 ２）管理職・従業員向け教育 ３）健康診断・健康増進におけるストレス・メンタルヘルス対策 ４）メンタルヘルス相談体制の確立(EAP の活用を含む)
7条	安全衛生目標の設定	目標と効果評価の指標を定める	短期（年間）および中期（数年）目標を設定する。 短期あるいは中期目標の例： ・管理職全員がストレス・メンタルヘルス研修を受講 ・早期発見によりうつ病の休業期間を 1/2 に短縮 ・職場環境の改善によりストレス性の訴えを 10%減少
8条	安全衛生計画の作成		自主管理計画では第６条の４つの項目が計画的に達成できるように考慮する。中長期計画の中で順次実現してもよい。
9条	労働者の意見の反映		自主管理計画の策定にあたって安全衛生委員会やその他の機会を活用して労働者の意見が反映されるよう配慮する。
10条	安全衛生計画の実施及び運用等	リスク要因の評価	事業場あるいは各職場における職業性ストレスの程度や頻度などの評価を行う。 ・労働時間や作業速度など客観データを入手する。 ・ストレス問診票による調査結果を活用する。 ・職場巡視を行う(ストレス要因のチェックリストなどを活用する) ・労働者からの聞き取りを参考にする。 ・最低限、①仕事の量的荷重と自由度・裁量権のバランス、②上司や同僚の支援に注目する。
		健康影響の評価	事業場あるいは各職場のストレス性の健康障害を評価する。 １）年次別、職場別の健康指標の比較 ・血圧、血清総コレステロール、HbA1c の比較 ・「ストレス性」疾患（うつ病、高血圧、筋骨格系疾患、胃十二指腸潰瘍など）の発生頻度の比較 ・離職率や疾病休業データの比較 ２）「仕事のストレス判定図」を活用する。
		現在とられている予防措置の評価	事業場あるいは職場ごとに、職業性ストレスに対して現在とられている予防措置を以下のカテゴリー別に見直す。 １）職場環境のストレス要因の評価と対策 ２）管理職・従業員教育 ３）健康診断・健康増進における個人向けストレス・メンタルヘルス対策 ４）メンタルヘルス相談体制(EAP の活用を含む)
11条	体制の整備	管理者の役割、責任、権	・システム各級管理者（ラインの管理者、中間管理者、部門責任者など）ごとに、それぞれの役割を明確にする。

		限を定め、周知する。	・それぞれの階層ごとにストレス・メンタルヘルス対策の進捗状況や問題点をモニターし報告する責任者を決める。
		管理者を指名する。	・システム各級管理者を指名する。
		人材および予算の確保	・メンタルヘルスに関して社内に専門家を確保するか、または社外の専門家や支援機関との連携体制を確立する ・事業場内産業保健スタッフの研修を実施する。
		労働者に対する教育	・管理職教育 ・従業員教育
		安全衛生委員会の活用	計画の実施にあたり安全衛生委員会を活用する。
12条	文書	文書化し管理する	安全衛生方針、安全衛生目標、安全衛生計画、システム各級管理者の役割、責任及び権限について文書により定め、文書を管理する。文書へのアクセスおよびコミュニケーションを円滑にできるように留意する。
13条	緊急事態への対応	緊急事態に対して労働災害の予防措置を定める	・精神疾患やストレスの緊急事例への対処手順を定める。 ・地震、火災、大きな労働災害などストレスの原因となる緊急事態発生時のストレス・メンタルヘルス問題(PTSD など)の予防手順を定める。
14条	日常的な点検、改善	労働安全衛生マネジメントシステムの日常的な点検･改善の手順を定め実施する	メンタルヘルス・ストレス対策計画の実施状況について日常的な点検および改善を実施する方法を定め、これを実施する。点検方法：システム各級管理者による実施状況のモニタリングなど。改善方法の例：教育研修の強化、有資格人材の確保、外部助言の確保、リスク要因コントロールの体系的実施など。
		労働災害や事故の原因調査と改善	・セクハラ、うつ病、自殺などの事例の発生した職場や、これらを含めたストレス性の健康問題の多発した職場、なんとなく雰囲気の悪い職場などについて、その原因を分析し、再発を防止するための対策を行う。 ・メンタルヘルス相談が適切に利用できなかった理由を明らかにし改善する。
		次回安全衛生計画への反映	改善点を次回の安全衛生計画に反映する。
15条	システム監査	システム監査の手順を定め実施する	定期的にシステムの監査計画を作成し、システム監査を実施する手順を定める。システム監査を実施する。システム監査は、社内あるいは社外の専門家によって実施してもよい。
		労働安全衛生マネジメントシステムの改善	システム監査の結果、必要があると認める時は、労働安全衛生マネジメントシステムの実施および運用について改善を行う。
16条	記録と保管		・活動を記録しこれを保管する ・個人記録の保管についてはプライバシーの保護に十分留意する
17条	労働安全衛生マネジメントシステムの定期的見直し		ストレス・メンタルヘルス対策とその体制を定期的に見直し、継続的に改善する。

表２　ストレス対策におけるシステム各級管理者の役割（例）

区分		役割の例
労働者		職場環境のストレス要因の評価と対策への参加 自分のストレスへの気づきと対処 システムの不具合や改善点に関する監視と助言
管理監督者	ラインの管理監督者、中間管理職	日常的なストレスの予防と労働者へのサポート 職場環境のストレス要因の改善 労働者の精神的問題の発見と対処 不調者の職場復帰後の支援 事故予防・安全配慮 システムの不具合や改善点に関する監視と改善
	部門責任者	部門ごとの目標および計画の策定と実施 計画された職場環境のストレス要因の評価と改善 労働者の精神的問題の発見と対処、不調者の職場復帰後の支援、事故予防・安全配慮に関する全体的責任 部門単位でのシステムの不具合や改善点に関する監視と改善
産業保健スタッフ［産業医、衛生管理者・衛生推進者、保健婦・士、こころの健康づくり専門スタッフ（「心理相談担当者、産業カウンセラー、臨床心理士、精神科医、心療内科医等」をいう）等］		事業場での組織づくり、目標および計画の策定 計画された職場環境のストレス要因の評価と改善 教育研修の実施 健康診断、健康増進におけるストレス対策の実施 相談体制の確立と運用 緊急事態への対応 部門単位でのシステムの不具合や改善点に関する監視と提言、システム監査およびシステム改善への参加
事業主		事業場の組織づくり、目標および計画の策定 情報、文書、マニュアルの整備 職場環境のストレス要因の評価と改善の推進 教育研修の推進 健康診断、健康増進におけるストレス対策の推進 メンタルヘルス相談体制の確立と運用 緊急事態への準備と対応 事業場単位でのシステムの不具合の監視と改善

D．結論

ストレス対策は、労働安全衛生マネジメントシステムの中に組み込んで、あるいはこれと独立に同システムの考え方をツールとして生かしながらでも実施可能であることが明らかとなった。労働安全衛生マネジメントシステムの利点を生かして事業場におけるストレス対策の具体的な計画および実施項目を提案できた。

研　究　者：川上憲人（岐阜大学医学部公衆衛生学教室）
研究協力者：小木和孝、伊藤昭好（労働科学研究所）

E．文献

１）佐々木元茂：労働安全衛生マネジメントシステムについて．産業医学ジャーナル 22(5): 29-33, 1999.
２）労働省労働基準局安全衛生部：労働安全衛生マネジメントシステムに関する指針について．1999 年 4 月 30 日告示.
３）英国規格協会（日本規格協会、訳）：労働安全衛生マネジメントシステムの指針．日本規格協会, 1996.
４）小木和孝（監）、川上　剛、原　邦夫（著）：労働安全衛生マネジメントシステム導入実践マニュアル．通産資料調査会, 1999

Ⅱ－４－２．年齢層別のストレス対策のポイント

A．目的

年代別の CES-D 得点と職業性ストレスの関連の解析および先行研究の文献レビューから、年代ごとの職業性ストレスの特徴とその対策のポイントを明らかにする。

B．対象と方法

職業性ストレスと健康コホート研究のベースライン調査内の NIOSH ストレス調査票、JCQ、CES-D の結果について、20 代のグループから 50 代のグループまで、調査対象を 10 歳ごとに 4 つのグループに分け、NIOSH の職業性ストレス調査票あるいは JCQ の質問項目得点と抑うつ尺度である CES-D 得点との相関係数をグループ間で比較した。相関係数の違いから、年齢ごとのストレスの特徴を検討した。

C．結果

１．CES-D と職業性ストレスの偏相関（表 1, 2）

全体では、どの年代でも NIOSH の自尊心の項目が最も強い負の関連性を示した。関連性の強い項目としては、役割や対人関係に関連する項目、職務の満足感が上位を占め、社会的支援項目がそれに続くという傾向がみられた。

２．年代別の偏相関係数順位と順位の年代差（表 3）

CES-D 得点と NIOSH、JCQ 各項目の相関係数を高い順（絶対値）から並べ、CES-D 得点に NIOSH、JCQ のどの項目がより関連性を持つかを検討した。

1）全体

自尊心の項目が各年代を通して最も強い関連を持っていた。これに対し

表１ 年代別の CES-D と NIOSH 職業性ストレス調査票項目との相関（全体）

	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳
人数／男性	2663	5905	7573	3350
女性	1166	889	934	457
合計	3829	6794	8507	3807
CES-D平均（標準偏差）	14.04			
／男性	(7.29)	12.53 (7.16)	11.67 (6.46)	11.51 (5.47)
／女性	13.93(7.41)	13.28 (6.83)	13.05 (6.15)	13.51 (5.61)
／全体	13.98(7.30)	12.53 (7.19)	11.70 (6.51)	11.71 (5.56)
NIOSH職業性ストレス調査票				
役割葛藤	0.2890***	0.3265***	0.3312***	0.2516***
役割曖昧さ	0.2864***	0.3649***	0.3858***	0.2851***
グループ内対人葛藤	0.2623***	0.3228***	0.3508***	0.2907***
グループ間対人葛藤	0.2648***	0.3258***	0.3606***	0.3136***
仕事のコントロール	-0.0744***	-0.2465***	-0.2419***	-0.1832***
量的労働負荷	0.0922***	0.0553***	0.0414***	-0.0040
労働負荷の変動	0.1205***	0.0932***	0.0729***	0.0300
技能の低活用	0.0916***	0.1793***	0.1802***	0.1396***
人々への責任	0.0158	-0.1032***	-0.1125***	-0.0825***
認知的要求	0.0811***	0.0394**	0.0119	-0.0381
社会的支援（上司）	-0.2044***	-0.2731***	-0.2621***	-0.1779***
社会的支援（同僚）	-0.2148***	-0.2515***	-0.2490***	-0.1838***
社会的支援（友人・家族）	-0.1958***	-0.2799***	-0.2187***	-0.1471***
仕事外の活動	0.0054***	-0.0010	-0.0694***	-0.0713***
職務満足感	-0.2885***	-0.3409***	-0.3523***	-0.2450***
仕事の将来の曖昧さ	0.1656***	0.2278***	0.2183***	0.1444***
自尊心	-0.4922***	-0.5046***	-0.4925***	-0.3801***

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05

表２ 年代別の CES-D と JCQ ストレス評価項目との相関（全体）

	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳
JCQによるストレス評価				
仕事の要求度（5項目版）	0.1205***	0.0781***	0.0655***	0.0230
仕事の要求度（フラミンガム版）	0.1823***	0.1309***	0.1301***	0.0850***
意志決定の範囲	-0.1477***	-0.2496***	-0.2324***	-0.1999***
仕事のコントロール（9項目版）	-0.1330***	-0.2428***	-0.2214***	-0.2049***
仕事の不安定さ（3項目版）	0.1897***	0.2333***	0.2196***	0.1964***
仕事の不安定さ（フラミンガム版）	0.2003***	0.2457***	0.2259***	0.2051***
社会的支援（上司）	-0.1713***	-0.2082***	-0.2160***	-0.1274***
社会的支援（同僚）	-0.1942***	-0.2538***	-0.2514***	-0.1516***
職場の社会的支援合計	-0.2134***	-0.2696***	-0.2708***	-0.1599***
身体的負荷（3項目版）	0.0797***	0.1737***	0.1974***	0.1732***
常同姿勢による負荷	0.1521***	0.2341***	0.2056***	0.2141***
仕事のストレイン指数１	0.0132	0.1053***	0.1002***	0.1152***
仕事のストレイン指数２	0.1897***	0.2588***	0.2065***	0.1971***

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05

仕事のストレイン指数１= Hlatky,M.らによる計算式により求めた指数
仕事のストレイン指数２= Landsbergis らによる計算式により求めた指数

表３　年代別の項目相関順位（全体）

順位	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳
1	自尊心	自尊心	自尊心	自尊心
2	役割葛藤	役割曖昧さ	役割曖昧さ	グループ間対人葛藤
3	職務満足感	職務満足感	グループ間対人葛藤	グループ内対人葛藤
4	役割曖昧さ	役割葛藤	職務満足感	役割曖昧さ
5	グループ間対人葛藤	グループ間対人葛藤	グループ内対人葛藤	役割葛藤
6	グループ内対人葛藤	グループ内対人葛藤	役割葛藤	職務満足感
7	社会的支援（同僚）N	社会的支援（友人・家族）	職場の社会的支援合計	常同姿勢による負荷
8	職場の社会的支援合計	社会的支援（上司）N	社会的支援（上司）N	仕事の不安定さ（フ）
9	社会的支援（上司）N	職場の社会的支援合計	社会的支援（同僚）J	仕事のコントロール（9）
10	仕事の不安定さ（フ）	仕事のストレイン指数2	社会的支援（同僚）N	意志決定の範囲

N=NIOSHストレス調査票の尺度　J=JCQの尺度　フ=フラミンガム版　9=9項目版

て、40 代前後で比較すると、若年層で相対的に高い順位にあるものは、役割葛藤、職務満足感（の低さ）であり、中高年層では、グループ内対人葛藤、グループ間対人葛藤の項目であった。

2）男性

男性のみで偏相関係数の順位を各年代ごとに比較した場合、以下のような特徴がみられた。

（1）役割葛藤は 20 代で高く、30 代・50 代での順位は変わらなかった。

（2）職務満足感は 30 代で最も高い順位を示し、20 代と 40 代ではその年代での相関係数順位が変わらず、50 代で順位が下がっていた。

（3）グループ内対人葛藤は、20・40 代ではその年代での相関係数順位は変わらず、50 代で若干の順位の上昇がみられた。

（4）グループ間対人葛藤は、全体の解析と同様、20・30 代に比べ、40・50 代でその年代での相関順位が高かった。

（5）男性では、全年代で役割曖昧さが CES-D との相関が比較的高いことが認められた。

3）女性

女性全体では、年代ごとの違いが男性に比べ大きい傾向が認められた。

（1）役割葛藤は 40 代で順位が最も高く、20 代と 30 代では変わらず、50 代で順位が低くなっていた。

（2）職務満足感は、20 代（6 位）と 40 代（7 位）でほぼ変わらない順位を示したが、順位自体は男性に比べ高いものではなく、30 代では 10 位、50 代では 10 位以下となり、30 代は男性と全く逆の傾向を示し、50 代は男性とほぼ一致した傾向を示した。

（3）グループ内対人葛藤、グループ間対人葛藤ともに、50 代が最も順位が

高く、次いで、20 代、40 代の順であった。30 代では、グループ内対人葛藤は 10 位以下、グループ間対人葛藤は 9 位と、30 代で相対順位が大きく下がることが認められた。

D．職業性ストレスの年齢特徴に関する文献レビュー

ストレス（あるいは抑うつ）がどのような年齢的要素に関連するかを論じた文献はほとんど認められない。

年齢的要素をポイントにしたストレス調査に、Meltzer ら[1)]がアメリカニューヨーク州北部の包装工場の従業員 143 人を構造化面接を用いて行ったものがある。これによると、メンタルヘルスに反映するようなポジティブな感情は、20 代から 30 代にかけて上昇し、40 代で急激に下降、40･60 代はほとんど変わらないという変化が認められるとのことである。Meltzer らはこの要因として、20 代は仕事や結婚に適応する激動の時代で、30 代になるとこの時期を過ぎ、生活が確立されてくるためと考えている。

また、同調査結果を自尊心、環境への適応、人格構造、成熟度（熟練度）の４つのカテゴリーに分けて比較すると、若年層と中高年層での違いは、自尊心、環境への適応、人格構造の順に大きく（上記のごとく、若年層でよい）、成熟度（熟練度）ではほとんど違いが認められなかったと報告している。この要因について Meltzer らは、自尊心については、若年層は自分自身により多くの理想を持ち、自分自身の能力にも自信をもっているためであろうとし、環境への適応での差については、要請された状況によりよく適応し、実際に適応可能な環境も多いためであろうと考えている。一方、人格構造の違いは、将来や定年・老後について、若年層があまり現実的に考えなくとも済む分のみの違いであり、成熟度が変わらなかったのは、仕事に大きく依存するため年齢的な差がみられないとしている。

別のストレスと年齢について報告として、 Timmreck ら[2)]によるものがある。無作為抽出した電話会社の社員 450 人のうち、有効回答が得られた 322 人を対象としたもので、調査には、The Schedule of Recent Events（SRE）と The Health Opinion Survey（HOS）が用いられた。最も高いストレスを示した年齢層は、24 歳以下、40 歳･44 歳、60 歳以上であった。Timmreck らは考えられる要因として以下のようなことを挙げている。

1）若年層は変化の時期であり、その変化（これには、結婚、妊娠、家族の増加、経歴の変化、夫婦喧嘩、法的なトラブル、学校の始まりや終わりなどが含まれる）からストレスが生じる。

2）中年層は、家族の死、家族構成の変化、借金などによる抵当権の喪失、職業上の手応えの変化、息子や娘が家から離れるなどがストレスを生じさせる。

3）高年齢層は配偶者や近親者の死、病気、退職、最後の子供が家を離れる、経済状況の変化など、若年層とは違った変化がストレスとなる。

E．考察

1.　全体について

自尊心の低いことと抑うつが高いことには、どの年代でも関連性がみられた。ただし、自尊心が低いから抑うつが高くなるのか、抑うつが強いための自責感の強まりとして、自尊心が低くなるのかは不明である。他の項目と比較しても自尊心の低いことと抑うつが高いことの関連性は強く、自尊心を高める働きかけをすることは重要と思われる。

自尊心を高める働きかけには様々な方法が考えられるが、職業的な側面を考えると、職業上で評価され、職場で必要とされることがポイントとなると思われる。

コホートデータ上、CES-D の得点は若年層で高く、CES-D と自尊心との逆相関を考えると Meltzer らが若年層で自尊心が最も高いとした報告と一致しない。このことは、職業性ストレスを考える場合、抑うつと年齢要因が時代や産業構造、文化などの影響を受けることにより、その関連性や特徴が変化することによるものと考えられる。

2.　若年層について

コホートデータ上、20・30 代の若年層では、役割葛藤の高さと職務満足感の低さが中高年層と比較した場合の特徴として認められた。役割葛藤については、NIOSH 日本版の質問内容から考えると、必ずしも自らがとるべき役割を決定する上での内的な葛藤を反映しているものではなく、外的な状況からの役割の変化やその唐突さ、役割変化の一貫性を保持することへの困難さなどを反映しているようにも思われる。つまり、役割の変化からストレスが生じていると考えられる。このことは、氏原[3]が若年層の仕事への考え方として、仕事はしたいことをするための必要悪であり、仕事のために自分のペースを崩すことを極力さける点をあげていることや Timmreck ら[2]が若年層はライフイベントからストレスが生じることを指摘していることに関連があるのかもしれない。

また、小此木は「モラトリアム人間」[4]という概念を提唱したが、モラトリアムにある心理として以下のような特徴を挙げている[5]。

1）まだどんな職業的役割も獲得していない。

2）全ての社会的関わりは、まだ見習い期間なので、暫定的・一時的なものである。

3）本当の自分はこれから先の大人になった未来に実現されるはずで、現在の自分は仮のものにすぎない。

4）全ての価値観、思想から自由で、どのような自己選択もこれから先のことである。

5）全ての社会的出来事もしょせん大人の社会のことなので、どんなことにも当事者意識を持たない。大人社会に対して、お客様意識しか持たない。

小此木は、上記心理とともに、最近の青年の特徴として、かつては 12・

13 歳から 22・23 歳までとされていた青年期が、遅延・延長し、いまや 30 歳過ぎまでモラトリアム状態にいると思い、なおもそのありかたを保ち続けようとする「モラトリアム青年」が当たり前になり、いつまでもふんぎりのつかないままの心理状態で暮らしていると述べている[5)]。このことは、若年層で上記心理特徴を背景として、役割を積極的に受け入れない、どの役割にもつきたくないとの気持ちがあり、これが役割葛藤を強く感じさせているとも考えられる。

したがって、若年層のストレス対策を考えた場合、職業上の役割を明確にするとともに、役割の変化を緩やかにし、変化の前後で一貫性を獲得できるようにすることが重要である。

職務満足感の低さついては、やはり質問内容から考えると仕事そのものへの満足の他に、仕事をしていく上での状況に対する満足も含まれている。つまり、仕事の満足感を規定する要因は、個人的な内的要因と職場環境や給与などの外的要因まで幅広く影響する。したがって、職務満足感を上げるような対策を考えた場合も、対策は多岐に渡り、その個人の状況に、より個別的にならざるを得ない。また、上記のモラトリアム的な態度が背景要因として強い場合、何に対しても満足感や手応えは感じづらい状態にあり、職務満足感のみを上げる対応は非常に困難である。ゆえに、職務満足感に対するストレス対策としては、職業上の不満に耳を傾け、問題を具体化し、職務満足感を上げると思われる、あらゆる個別的対応を積極的に行うことが重要となる。

3.　中高年層について

40 代、50 代の中高年層では、コホートデータ上、グループ内対人葛藤、グループ間対人葛藤の対人葛藤が、若年層に比べ、相対順位が高いことが認められた。この要因として考えられることは、

1）この年代では管理職が増え、役目上、対人関係の問題を抱えることが多くなる。

2）松浪と飛鳥[6)]が指摘しているように、いまだ日本企業においては仕事が個人に対してよりも、課やグループなどの集団に対して与えられることが多く、メンバーは自らの責任を果たすとともに、仲間への配慮を必要とすることが多い。このことがストレスを感じさせる。

3）世代間のギャップが大きく、かかわる上でストレスを感じる。

などである。武貞は、40・50 代の職業人のストレス因として、(1) 職場での役割、(2) 職場での立、(3) 転勤・単身赴任、(4) 上昇の停止、将来が見通せること、(5) 定年後の見通し、(6) 身体の衰えの 6 点を挙げている[7)]。

役割のストレスは若年層で高かった今回の報告とは合致しないが、職場での役割や立場とは何によって規定されるかを考えた場合、そこには（管理職であればなおさらであるが）仕事の内容の他に、対人関係的要素も多く含まれる。このように、対人関係上のストレスが職場での役割や立場に関するストレスの要因になっている可能性もあり、今回の結果とは必ずしも矛盾しな

い。

対人関係の問題発生は、考え方ややり方が違うなどの個人間での問題発生と、立場や役職の違いやギャップから生じる組織上の問題発生、世代間のギャップなどがあると思われる。しかし、問題が継続するにしたがい、どのような問題発生も個人的な対立に結びついてしまう。したがって、個人間での問題解決には限界がある。中高年層では、対人葛藤を個人で抱えさせるのではなく、産業保健スタッフ［産業医、衛生管理者・衛生推進者、保健婦・士等］および人事・労務担当者が相談にあたるチームをつくり、そのチームが相談や指示をしながら具体的な解決策を探していくことが重要である。ゆえに、中高年層へのストレス対策のポイントは、いかに対人葛藤を相談組織が支えられるかであり、相談を気軽にできる職場づくり等が必要である。

職場だけでなく、異世代間の問題には常に世代間のギャップをどのように埋めるかが問題になる。氏原は中高年層と比較した場合の若年層の対人関係特徴を以下のように挙げている[3)]。

1）若年層の人間関係は人を信頼しないことに発しているため、深い人間関係を持つことを恐れる（裏切られるのを非常に恐れる）。

2）あなたなしでは生きていけないといった関係は、自分の立場を失う可能性がを持つため、若年層にとっては最も危険と感じられる。

3）若年層の対人関係は、全てがお互いにとって役に立つ存在という関係で築かれている。契約関係に近く、深入り深追いはしない。

4）自分を殺すことを極端に嫌うので、仕事のために自分のペースを崩すことを極端に嫌う。だから会社勤めをしていてもアルバイト的である。

氏原は同時に、仲間指向の中高年層とは正反対であるため噛み合わないが、単に批判するだけでなく、このような有りようをいかに取り入れるかかが問題となると述べられている。したがって、世代間のギャップを埋めるには、まず互いに、特に若年層を取り込まざるを得ない管理職のような立場のものが、この世代間ギャップを認識することが必要である。若年層はこの世代間ギャップを埋める必要性も意義も感じないであろうことから、この問題を回避するには中高年層、特に管理職がどのような認識に立った行動をとるかによるところが大きい。啓蒙と教育を行うには、講演会や講習会、研修会を利用するのがよいと思われる。また、この違いに立った上で、若年層に仕事をさせる場合、仕事上の責任と義務を明確にし、その仕事に限定して契約関係を結ぶことを対人関係の基本にすることが必要である。この一方で、義務と責任を果たす以上、それ以外のことには深入りせず、ある程度の自由度を持たせることが重要である。このような対人関係が全ての面で良いとは思われないが、少なくとも入り口としてはこのようにせざるを得ないのが現状である。

F．まとめ

抑うつを指標に、各年代におけるストレス要因の特徴とその対策をまとめると、

1）どの年代でも、自尊心が高い人は抑うつ感が少ない。良い面を積極的に評価するなど、自尊心を高めるような働きかけをすることは、どの年代のストレス対策としても重要である。

2）20･30代の若年層では、役割葛藤や職務への不満足からストレスを生じやすい。役割をはっきりさせ、役割を変えるときは相互に了解するようにする。職務への不満は積極的に聞き、改善できるものは改善する。

3）40･50代の中高年層は、対人面でストレスを感じやすい。対人面の問題は、個人的に処理させるのではなく、積極的に相談するように働きかける。個人が相談しやすい職場をつくるとともに、相談窓口、それを支える事業所内の組織の確立が重要である。

4）世代間のギャップは、上司や管理職が若年層とどうかかわるかを中心に埋めることが重要である。研修会や講演会を通し啓蒙・教育を行い、一部若年層に合わせたやり方で関係をつくっていく。

研　究　者：相澤好治（北里大学医学部衛生学公衆衛生学）
研究協力者：遠乗秀樹（北里大学医学部衛生学公衆衛生学）
職業性ストレスと健康コホート研究グループ

G．文献

1) Meltzer H. Ludwig D. : Age differences in positive mental health of workers. J of Genetic Psychology. 119: 163-73, 1971 .
2) Timmreck TC, Braza GF, Mitchell, JH : Stress and aging. Geriatrics 35(6): 113-120, 1980.
3)小川捷之，齋藤久美子，鑪　幹八郎，編 ：臨床心理学大系 3　ライフサイクル，金子書房，東京，1990.
4)小此木啓吾：モラトリアム人間の時代，　中央公論社，東京，1978.
5)小此木啓吾：モラトリアム人間ー臨床と社会を結ぶ概念としてー．臨床精神医学増刊号:113-116, 1998.
6)飯田、吉松、町沢、編 ：職業人としての危機，有斐閣，東京，1986.
7)早石　修　編：ストレス社会と心の健康２，高度情報化社会における健康な生き方を求めて,世界保健通信社，大阪，pp71-108, 1991.

Ⅱ－４－３．変貌する労働状況（リストラ、アウトソーシングなど）の下でのストレス対策

Ａ．目的

近年、多くの日本企業は、競争環境の激化、企業成長の鈍化、従業員の高齢化といった環境要因の変化に対応すべく、情報化の推進、組織の統廃合を含む大掛かりな施策を実施するようになった。これらの施策のうち特に注目すべきは、その人事管理的側面についての施策であろう。日本企業は終戦後からバブル経済の崩壊に至るまでの長い間、終身雇用・年功序列に代表される「日本的経営」を保持し続けてきた。しかし、10 年に及ばんとする長期の景気後退の環境下で、生き残りをかけ、ついに人事管理的側面についても変革を実施し始めた。その代表的なものがリストラによる人員削減、ならびに業務の外注化や非正規従業員の活用（アウトソーシング）の増加であろう。一般に、これらの施策は、人件費の削減、企業のフレキシビリティーの向上といった側面で、企業にとってのメリットを生むことが認められているが、そこで働く従業員にとっては、必ずしもメリットばかりではないことが容易に推測される。

そこで本稿では、1980 年代以降現在まで、継続的にリストラが実施され、かつ日本以上にアウトソーシングが活用されている米国において実施された先行研究をレビューすることを通じて、リストラの実施やアウトソーシングの導入が従業員の心理的状態に及ぼす影響について明らかにすることを目的とする。

本稿の限界を先に述べよう。先述したとおり本稿では米国の文献をレビューする。このことは、日本とは雇用形態が異なる米国の研究成果を渉猟しても、それは必ずしも日本の現状に適合しない場合があると考えられる。しかし、それを考慮したとしても、米国における先行研究をレビューすることには意義があると筆者は考える。その理由としては、①日本企業が直面する競争環境の変化は、先進国にある程度共通するものである、②日本の雇用システムは、内部労働市場に基づいた人材の配置・訓練・処遇を重視する方向から、より外部労働市場的な要素を取り入れた人材の育成・配置・処遇へと方向転換をしつつあるという点において、米国化しつつある、③何よりも、日本企業を対象としたリストラならびにアウトソーシングの心理的影響についての研究がほとんどない、という３点を挙げることができる。

Ｂ．リストラの実施が従業員に与える心理的影響

リストラによる失業が個人に大きな心理的ダメージを与えることは言う

までもない。しかしながら、リストラによる人員削減は、その後企業に残る従業員にも様々な心理的影響を与えることが明らかになっている。リストラ後も企業に留まる従業員は「サバイバー（survivor)」と呼ばれ、彼らが示す一連の反応は「サバイバーシンドローム（survivor syndrome)」（Cascio,1993）、「サバイバーシックネス（survivor sickness）」（Noer,1993）などと呼ばれる。

なお、「リストラ」とは、本来「事業再構築（リストラクチャリング)」を意味する言葉であり、計画的な人員削減を意味する用語としては、「ダウンサイジング」という言葉が広く使用されている。しかしわが国では、計画的な人員削減を示す言葉として「リストラ」を用いることが定着している。このことを考慮して、本稿では企業の人員削減を意味する言葉として「ダウンサイジング」ではなく、「リストラ」を使用することとする。

サバイバーを対象とした研究の中には、リストラ後、彼らが肯定的な反応を示すとするものもある。例えば、リストラ後サバイバーのモチベーションやコミットメントは向上し、現状を自らの成長の機会と捉える（Henkoff,1994; Emshoff, 1994; Isabella, 1989)、仕事に対する関与を深める（Brockner et al., 1988)、企業に対するオーナーシップ感を持つ（O'Neill and Lennm 1995）といった結果が報告されている。

このような研究結果が散見されるものの、リストラはサバイバーのネガティブな反応を示すという結果を報告する研究の方が圧倒的に多い。サバイバーが示す反応としては、怒り（同僚の解雇に対して、手続きにおける正当性の欠如や不公平感に対する怒り)、抑うつ、恐れ（次は自分が解雇されるかもしれないという恐れ)、罪悪感（同僚が解雇されたにもかかわらず自分が雇用され続けていることに対する罪悪感､)トップマネジメントに対する不信、自信喪失、モラル・コミットメント・モチベーションの低下、不安、 企業との心理的契約の変化、職務保証のなさ（job insecurity）が指摘されている（Brockner,1988; Cascio,1993; Noer,1993; Narvan,1994, Astrachan, 1995, Ket'z de Vries and Balazs, 1997)。

また、人員削減による仕事量の増加・長時間労働・休日の削減はバーンアウトを引き起こし、効率を悪化させる（Brockner, Davy and Carter, 1985; Brockner et al., 1987; Brockner, 1988; Cascio, 1993; Mone, 1994)。さらに、リストラはその実行者に対しても、意思決定の遅延、同僚や部下に対する攻撃性の増加、集中困難・抑うつ的といった影響を与えることが明らかになっている（Ket'S,de Vries and Balazs, 1997)。

行動への影響も指摘されている。例えば、サバイバーは自分の生産性を向上させることによって、「解雇された同僚は解雇されるに値する人であった」と認識し、同僚の解雇に対する不公平感を是正しよう試みるるため、結果として、短期的には生産性が向上するといったことが見られる（Brockner,1988; Ket'S,de Vries and Balazs, 1997)。一方、企業や経営

陣に対する怒りは、サボタージュや生産性の低下を招く（Brockner,1988）。さらに、残った従業員の中で、より高業績をあげようとすることにより、同僚との関係が競争的になり、緊張感が高くなることも指摘されている（Brockner,1988; Ket'S,deVries and Balazs, 1997）。

C．派遣労働の特徴とその心理的影響

最近わが国企業では、リストラによる正社員の削減を推進するだけでなく、アウトソーシングによって正社員以外の非正規従業員や派遣労働者といったコンティンジェント・ワーカー（contingent worker）を積極的に活用するようになってきている。このことは、今まで以上に日本企業の従業員の雇用形態が多様化しつつあることを意味する。

一般に、「アウトソーシング」には、業務自体を外注化するものと、特定業務の遂行のために、非正規従業員や派遣労働者といったコンティンジェント・ワーカー（contingent worker：長期的な雇用契約が、暗黙にも明白にもなされていない労働者）を活用するという２つの形態がある。本稿ではこの２つの形態のうち、コンティンジェント・ワークについて、その中でも今後特に需要が増えると想定される派遣労働者について、その職務の特徴と、それに従事する個人に対する心理的影響について明らかにする。

派遣労働を扱う派遣業の形態には、常用型派遣と登録型派遣という２つの形態がある。常用型派遣とは、常用雇用者のみを派遣するものであり、一方登録型派遣とは、派遣で働くことを希望する者が、派遣先が決まるまでは派遣会社と雇用関係が生じないシステムをいう。派遣形態の違いによって、そこに従事する個人が直面する状況に差異があることは否定できないが、一方で、彼らが直面する課題には多くの共通性があると考えられるため、本稿では常用型派遣と登録型派遣について、特に区別せずにその課題について検討することにする。

派遣労働の最大の特徴は、彼らが従事する職務内容にある。多くの場合、企業が彼らに割り当てる業務は、企業にとって競争力の源泉とはなりにくく、かつ高度なスキルを必要としない業務である。このことは、派遣労働者が自らのスキルアップ・キャリアアップを図ろうとする際に、希望するような職務が存在しないという点において、大きな障壁となる。そもそも派遣労働者は、正規従業員に比べて職務保証が低く、職を失う可能性を常に抱えているが、このようなキャリア形成の困難さが、職務保証を一層厳しいものにしている。

これ以外にも、派遣労働者には、正規従業員と比べて、派遣先での同僚や上司との人間関係が希薄になりがちである、裁量権が狭い、役割があいまいである、といった特徴がある（Beard and Edwards, 1995）。

さらに、派遣労働に従事する個人のひとつの傾向として、外部労働市場の冷え込みの影響を受け、本来正規従業員としての雇用を希望していなが

ら、派遣労働にしか従事できなかった、という非自発的な派遣労働者のケースも増加してきている。

派遣労働者を対象としたストレス研究は、アメリカにおいても非常に少ないが、数少ない研究においては、職務満足が低いことが低いことが指摘されている（Ellingson, Gruys and Sackett, 1998）。同様に、渡辺ら(1990)が実施した調査では、派遣労働者は正規従業員に比べて抑うつ傾向が高く、組織に対するコミットメントが低いことが報告されている。また、前述した派遣労働の特徴（低い職務保証・狭い裁量権・役割のあいまいさ等）は、個人にとって非常に高ストレスであることは容易に推測できる。これらの結果から、派遣労働者は正規従業員と比較した場合、より高ストレスな状況下にある可能性は否定できない。

D．その対策

このように、リストラの実施やアウトソーシングの導入は、それに関連する従業員に大きなストレスをもたらす。しかしながら、今後日本企業が厳しい競争環境の中を生き延びていくためには、リストラやアウトソーシングは避けることができないということも、また自明のことである。では、一体どのような対策が可能なのであろうか？（図１）

まず最初にリストラの実施がもたらす影響に対する対策について考えて

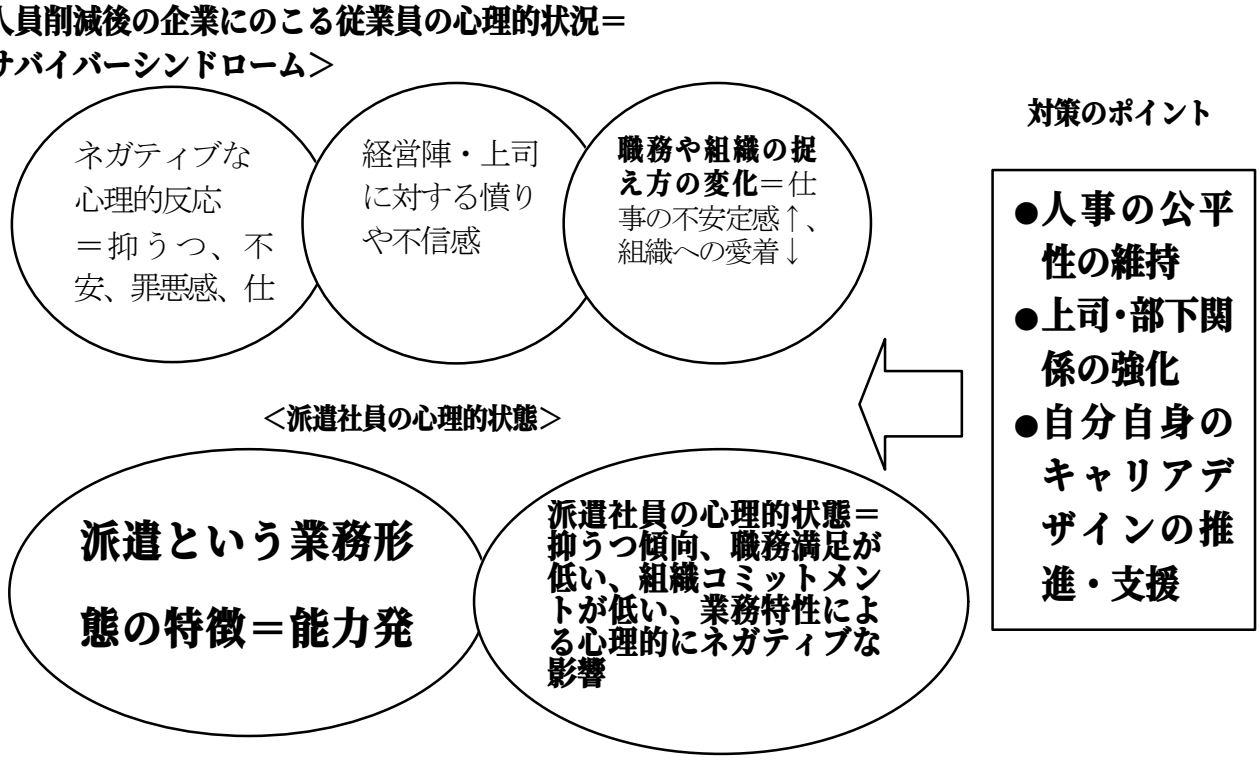


図１　変貌する労働状況（リストラ、アウトソーイングなど）の下でのストレス対策のポイント：文献レビューを行って問題点と対策のポイントを要約した。

みよう。リストラの実施が従業員に対して与えるネガティブな影響を和らげる緩衝要因として注目されているのが、公平性である（Brockner et. al., 1990）。公平性には結果の公平性（distributive justice）と手続き的公平性（procedural justice）がある。それぞれについて具体例を挙げるならば、リストラにおける結果の公平性とは、解雇者に対する再就職支援の実施や退職割増金の支給等による支援のことであり、手続き的公平性（procedural justice）とは、解雇者が選出されるプロセスにおける正当性・適切性のことである。また、リストラ実施の理由や意義の説明、解雇者に対する悔悛の表明といった社会的説明（相互作用的公平性：interactional justice）も非常に重要である。

また、前述のように、リストラ実施後は、企業に残った従業員の同僚間関係、上司―部下関係が悪化しやすいので注意が必要である。特に、仕事の量的負荷の増加によるストレスや、自分自身の将来に対する不安感が高まりやすい。そこで、上司から部下に対するより適切なサポート（メンタリング）が必要となる。メンタリングとは、「会社の風土や職務に精通した経験豊かな従業員（上司や先輩）が、未熟な従業員（部下や後輩）に対して一定期間継続して行う、心理・社会的な支援、キャリアの促進に関する支援」のことであり、部下の話を十分に聞くことや（心理的支援）、キャリア発達を促進するような働きかけ（キャリア的な支援）が必要である。特に後者のキャリア的支援については、部下が、自分のキャリア形成を会社まかせにせず、自分自身でキャリアデザインをできるような姿勢を身につけるよう支援をすることが、今後特に重要であろう。同様のことは、企業の人的資源管理施策についても言える。

次に派遣労働者の活用における対策について考えて見よう。リストラの対策の所でも述べたが、派遣労働者に対しても、派遣先の上司のメンタリング機能が重要になる。ともすれば、希薄になりがちな人間関係を補い、正規従業員との連携をスムーズにするためにも、派遣労働者に対して、指揮命令件を持つ派遣先の管理者が適切な配慮を行うことは、職場環境を向上につながる。非自発的な派遣労働者に対する上司の適切な支援は、彼らのストレスを軽減することが指摘されている（Jones and Johnson, 1992）。

また、より中長期的な対策としては、派遣労働者の職務保証を向上させることが重要になってくる。特に雇用関係がより不安定な登録型の派遣労働者については、派遣元企業がスキルアップ・キャリアアップにつながるような職務を提供できるよう企業努力を行うことや、派遣元企業の主導により、各個人のエンプロイヤビリティ（雇用可能性）の向上をはかることが必要であろう。

研　究　者：渡辺直登（慶應義塾大学）
研究協力者：坂爪洋美（慶應義塾大学大学院）

E．文献

1） Astrachan, J.H. (1995) Organizational departures: The impact of separation anxiety as studied in a mergers and acquisitions simulation. Journal of Applied Behavioral Science, 31: 31-50.

2） Brockner, J. (1988) "The effects of work layoffs on survivors: Research, theory, and practice" Staw,B M. and Commings,L L. Research in organizational behavior. Vol. 10, Greenwich, CT: JAI Press.

3） Brockner, J., J. Davy and C. Carter (1985) Layoffs, self-esteem, and survivor guilt: Motivational, affective, and attitudinal consequences. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 36: 229-244.

4） Brockner, J., R.L. Dewitt, S.L. Grover and T.F. Reed (1990) When it is especially important to explain why: Factors affecting the relationship between managers' explanations of a layoff and survivors' reactions to a layoff. Journal of Experimental Social Psychology, 26: 389-407.

5） Brockner, J., S.L. Grover, T.F. Read, R.L. Dewitt and M.N. O'Malley (1987) Survivors' reactions to layoffs: We get by with a little help for our friends. Administrative Science Quarterly, 32: 526-541.

6） Brockner, J., M. Konovsky, R. Cooper-Schneider, R. Folger, C. Martin and R. Bies (1994) Interactive effects of procedural justice and outcome negativity and survivors of job loss. Academy of Management Journal, 37: 397-409.

7） Brockner, J. and P.A, Siegel (1996) "Understanding the interaction between procedural and distributive justice: The role of trust" R.M. Kramer. and T.R. Tyler. Trust in organization: Frontiers of theory and research. Thousand Oaks, CA: Sage.

8） Brockner, J., B.M. Wiesenfeld and C.L. Martin (1995) Decision frame, procedural justice, and survivors' reactions to job loss. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 63: 59-68.

9） Cascio, W. F. (1993) Downsizing: What do we know? What have we learned. Academy of Management Executive, 7: 95-104.

10） Beard, K.M. and J.R. Edward.(1995) Employee at risk: Contingent Work and the Psychological Experience of Contingent Workers. In. C.L.Cooper and D.M.Rousseau (Eds.) Trends in Organizational Behavior. vol.2 ,Chichester : John Wiley and Sons, 109-126.

11） Ellingson,J.E., M.L. Gruys and P.R. Sackett.(1998) Factors related to the satisfaction and performance of temporary employees.

Journal of Applied Psychology, 83(6)：913-921.
12） Jones, J.G. and W.R. Johnson (1992) .Subjective underemployment and psychological stress: The role of social and supervisor support. Journal of Social Psychology, 132(1)：11-21.
13） Ket'z de Vries, M. F. R. and K. Balazs. (1997) The Downside of Downsizing. Human Relations, 50: 11-50.
14） Mishra, A.K. and G.M. Spreitzer (1998) Explaining how survivors respond to downsizing: The roles of trust, empowerment, justice, and work. Academy of Management Review, 23: 567-588.
15） Mone, M. (1994) Relationships between self-concepts, aspirations, emotional responses, and intent to leave a downsizing organization. Human Resource Management, 33: 281-298.
16） Navran, F. (1994) Surviving a downsizing. Executive Excellence, 11: 12-13.
17） Noer, D.M. (1993) "Healing the wounds: Overcoming the trauma of layoffs and revitalizing downsizing organizations". San Francisco: Josseey-Bass.
18）坂爪洋美(1999)「ストレス理論に基づく失業研究の展望－失業が個人の心理的状態に及ぼす影響」，日本労働研究雑誌, 1999 年 5 月号
19）渡辺直登・水井正明・野崎嗣政（1990）人材派遣会社従業員のストレス，組織コミットメント，キャリアプラン　経営行動科学5(2)　75―83.

Ⅱ－４－４．性別、職種および事業場規模別のストレス対策のポイント（再検討）

平成９、10年度の女性、管理職、事務職、製造組み立て職、コンピュータ技術者、運輸従事者、医療職、中小規模事業場のストレス対策のポイントについて昨年度までのレビューをもとに再検討を行った。再検討により、性別、職種別、事業場規模別のストレス対策のポイントを３～５ポイントに要約し、ストレス対策計画マニュアル（「成果物」（案）参照）に含めた。

Ⅱ－５．総合的ストレス対策のモデル事業に関する研究

本研究班全体の研究成果を統合して総合的なストレス対策を計画・実施することが可能であるかどうかを明らかにするために、5つの事業場で「事業場におけるストレス対策の枠組み」、「仕事のストレス判定図」、「職業性ストレス簡易調査票」、「ストレス対策マニュアル」を複合的に組み合わせて総合的ストレス対策のモデル事業を実施した。以下にそれぞれのモデル事業について報告する。

Ⅱ－５－1．ＳＥにおけるストレス対策モデル事業（モデル事業１）

A．目的

対象企業であるソフトウェアハウスは事業場が日本全国に分布し、そのほとんどが従業員数50人未満の小規模事業場である。従業員の約80%はソフトウェア技術者（ＳＥ）であり、業務はプロジェクト単位で構成される場合が多いため、組織替えが頻繁にある・作業内容が短期間に変わりやすい・客先での業務が多いなどの特徴がある。クライエント先に常駐しているＳＥも多く、産業保健専門職に従業員が直接相談する機会も少ないため、ストレス対策を考える場合に職場や業務毎の実態にあったストレス要因の評価をすることが大変難しかった。本モデル事業では現状の限られた産業保健スタッフのマンパワーで、派遣先を含めたすべての職場・業務のストレス要因の抽出と評価を行い、従業員および管理監督者のメンタルヘルスに対する意識を向上させると共に、遠隔地の営業所やクライエント先に常駐しているＳＥも含めた、従業員全員に対するストレス対策を実施することを目的とした。

B．方法

対象企業の従業員数は全社で1619名（ＳＥ 80%、営業職 7%、事務職11%、その他 2%）である。産業保健専門職は本社内の健康相談室に産業保健婦・士が1名が常勤しており、50名以上の従業員が在籍する4事業場（本社含む）にはそれぞれ嘱託産業医が専任されている。健康診断は各事業場の最寄りの外部健診機関に委託しているが、従業員の80%以上が集中している本社地区においては本社近隣の健診機関が一括して健康診断を実施している。

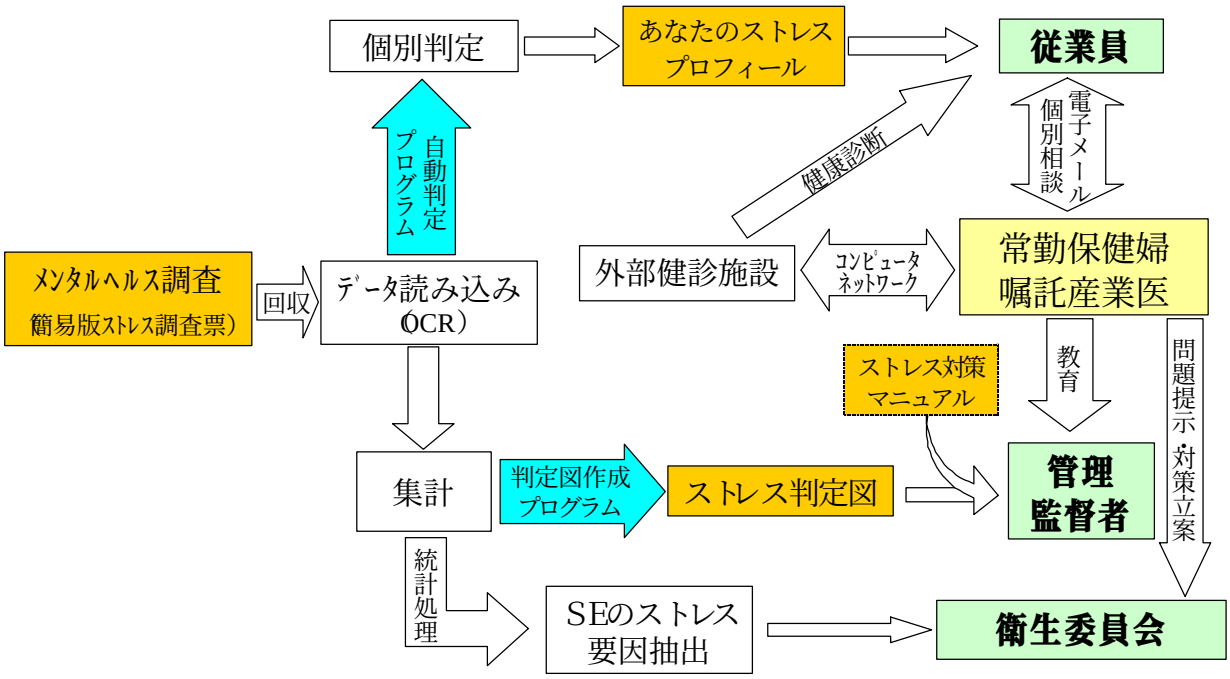


図１　ＳＥにおける総合的ストレス対策の流れ（モデル事業１）

ストレス対策は図１に従い、メンタルヘルス調査を中心とした流れに沿って、個々の従業員・管理監督者・安全衛生管理組織（衛生委員会）を活動対象として実施された。まず、全従業員を対象に、「職業性ストレス簡易調査票」に対象企業の業務特性、特にＳＥの業務に関する質問を追加した調査表を作成し、全事業場で一斉にメンタルヘルスに関するアンケート調査をおこなった。調査に際して、記載内容に関する個人のプライバシーを厳守することを明記した説明書を同封し、また記入後の調査票は個別に封入して本社健康相談室に直接返送されるように配慮した。回収した調査票はＯＣＲを用いて自動データ読み込みをおこない、データ入力作業の効率化を試みた。

個人向けの対策としては、集計した個々のデータから自動判定プログラムを用いて個別判定をおこない、「あなたのストレスプロフィール」を作成して全回答者に返送した。この際「ストレス対策マニュアル」の中の「イントラネットによるストレス対策マニュアル」を参考に、遠隔地の小規模事業場に勤務する従業員や、クライエント先に常駐しているＳＥが社内産業保健スタッフに容易に相談することを可能とするために、ほぼすべての従業員が仕事上利用している電子メールを活用して本社常勤保健婦・士によるメール相談窓口を開設し、個人通知の際に利用案内をおこなった。

集団向けの対策としては、在籍者数が20名以上の17職場について「職業性ストレス簡易調査票」の集計結果から、それぞれの職場の仕事の要求度・仕事のコントロール・同僚の支援・上司の支援を計算し、「判定図作成プログ

表1　SEにおけるストレス対策（モデル事業1）における実施事項とその効果

区分	計画・ 実施事項	使用した マニュアル等	効果	課題
職場組織・環境におけるストレスの評価と対策	ＳＥの職場・業務形態別の具体的ストレス要因の特定	職業性ストレス簡易調査票	ＳＥのストレス要因として、残業の多さ・客先での業務・単独作業・顧客対応・不適切な業績評価・研修機会の不足・将来不安等が考えられた	ストレス対策の労働衛生年間計画への反映
教育・研修の計画と実施	管理職教育	管理監督者教育マニュアル＋仕事のストレス判定図	職場のストレス要因について関心を持つのに役立った　(94%) 理解するのに役立った　(100%) 減らすのに役立つと思う　(77%) 業務の円滑な管理に役立つ (88%)	衛生委員会に新任管理職研修としてリスナー教育の導入を提案中
健康診断および健康保持増進などの機会におけるストレス対策	「職業性ストレス簡易調査票」によるストレスチェック	個人結果通知（あなたのストレスプロフィール）	「自分自身のストレスについて関心を持つのに役立った」(82%)、「理解するのに役立った」(76%)、「減らすのに役立った」(50%)、「ストレス解消に役立つ」(52%)	具体的なストレス・マネジメント対策の充実
	外部健診機関との連携強化	システム研究グループ成果	常勤保健婦・士による実務に促した健康診断の事後措置が可能になった	本社地区以外の健診機関との連携
メンタルヘルスの相談体制の確立と運用	電子メール相談窓口の開設	イントラネットによるストレス対策マニュアル	遠隔地の営業所やクライエント先に常駐しているＳＥ等が容易に相談できるようになった	ホームページ作成を検討中

ラム」を用いて「仕事のストレス判定図」の作成と「健康リスク」の推定をおこない、得られた結果に対する嘱託産業医のコメントを記入して各職場の管理監督者者宛てに送付した。これらの結果と「ストレス対策マニュアル」の中の「管理監督者教育マニュアル」を資料として、全社の管理監督者を対象とした教育を実施した。

ＳＥのストレス要因の評価は、「職業性ストレス簡易調査票」の精神的ストレス反応、身体的ストレス反応をそれぞれ目的変数とし、対象企業に特徴的な職務特性について追加した質問事項から得られた業務内容や職場環境を説明変数としてロジステック回帰分析をおこなった。後日この結果を衛生委員会の議題として、全社における中長期的ストレス対策について検討した。

また、従来の健康診断結果通知は外部健診機関が作成した保健指導のみで個人に通知されていたが、外部健診機関との連携強化による健康診断事後措置の充実を目的として、全従業員の 80%にあたる 1300 名弱が同一の外部健診機関で健診を受診している本社地区において、健診機関と本社常勤保健婦・士の情報交換を円滑にするために、外部健診機関が管理してい

る健康診断データベースを本社常勤保健婦・士がネットワーク上で利用できるように改善し、従業員の実務内容にあった、具体的な保健指導を健康診断結果通知の際におこなうことができるように改善した。（表１）

C．結果

従業員全員の1619名にメンタルヘルス調査票を配布し、1365名（男性1172名、女性 193名）から有効な回答が得られた。個人向けの対策に対する評価目的で、個人結果通知である「あなたのストレスプロフィール」を返送する際に200名を無作為に選出しておこなった無記名式のアンケート調査（回収率46%）では、今回のメンタルヘルス調査および「あなたのストレスプロフィール」が、ストレスに関心を持つのに役立った（82%）。

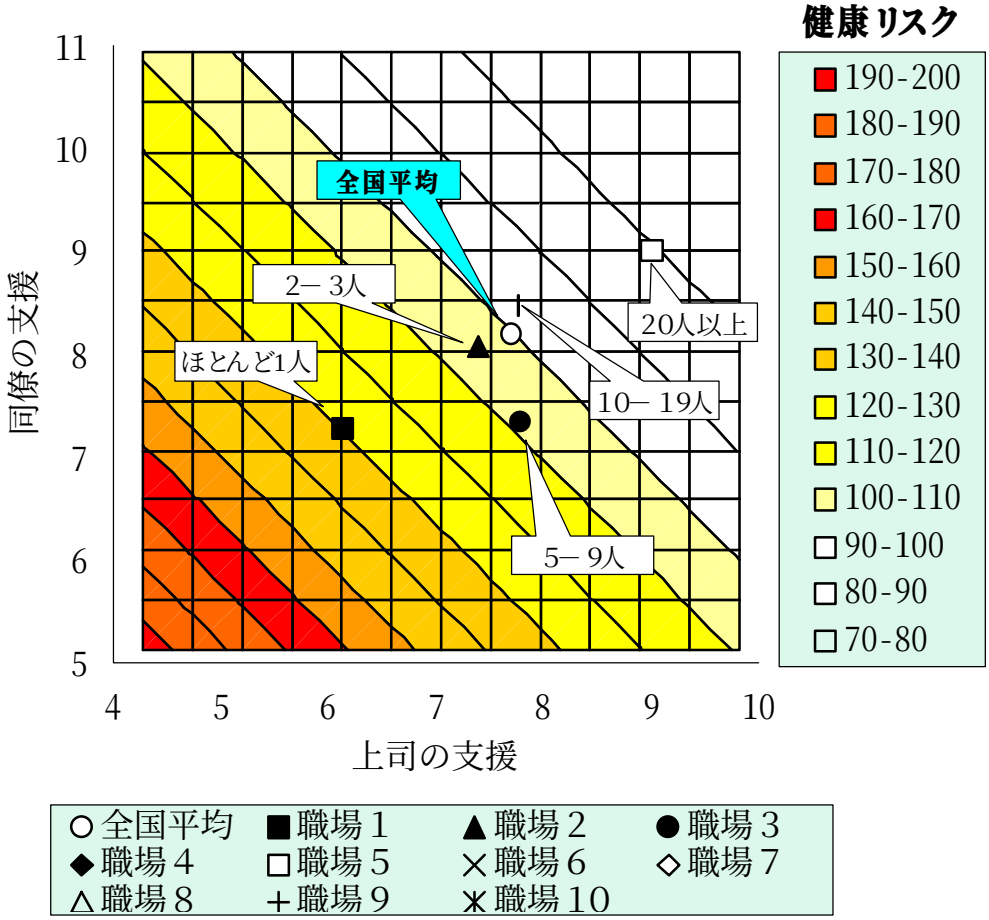


図２　ＳＥの共同作業者の数別にみた上司および同僚の支援（「職場の支援判定図」、30歳代・男性）

ストレスについて理解するのに役立った（76%）、ストレスを減らすのに役立った（50%）、ストレス解消に役立ちそう（52%）という結果であった。また「仕事のストレス判定図」を配布した 17 職場の管理監督者におこなったアンケートでは、「職場のストレス判定図」が職場のストレス要因に関心を持つのに役立った（94%）、職場のストレスを理解するのに役立った（100%）、職場のストレスを減らすのに役立つと思う（77%）、業務を円滑に管理するために役立ちそう（88%）という評価であった。対象となった企業においては、以前より客先等で一人あるいは小人数で業務をおこなうＳＥのストレスが高いという印象があったが、ＳＥの共同作業者の数と上司や同僚のサポートとの関係を「仕事のストレス判定図」を用いて評価すると、共同作業者の数が少ないほど上司・同僚のサポートが少ない傾向が明らかとなり、「仕事のストレス判定図」は職場単位の評価だけではなく、業務形態の違いによる職業性ストレスを評価するツールとしても利用することが可能であった。（図２）

ＳＥ（男性）の職場組織・環境におけるストレスの評価を目的としておこなったロジスティック回帰分析では、残業の多さ・客先での業務・単独作業・顧客対応・不適切な業績評価・研修機会の不足・将来不安等の要因がＳＥの身体的および精神的ストレス反応と関連が深いと考えられた（表２）。

表２　ＳＥのストレス要因の解析：多重ロジステイック回帰

	精神的ストレス反応		身体的ストレス反応	
	オッズ比	95%C.I	オッズ比	95%C.I
年齢	0.96	0.93-0.99	0.99	0.96-1.02
月残業20時間以上	1.53*	1.05-2.23	1.58*	1.10-2.26
客先業務20%以上	1.61*	1.12-2.31	1.39	0.99-1.96
単独作業	1.94*	1.13-3.34	1.78*	1.06-3.01
顧客対応	1.75*	1.14-2.70	1.35	0.89-2.03
業績評価の不満	2.51*	1.77-3.54	1.50*	1.08-2.10
研修機会不足	1.57*	1.10-2.24	1.13	0.80-1.60
仕事の将来不安	2.15*	1.44-3.20	2.10*	1.44-3.07
ＳＥ経験10年以上	1.02	0.65-1.62	1.36	0.88-2.10

＊ $p<0.05$.

D．考察

職場の組織や環境におけるストレスの評価については、「職業性ストレス簡易調査票」に実際の職場や業務における具体的な項目を質問事項に追加することによって、今回対象となったソフトウェアハウスに特徴的なストレス要因を評価することができた。また、多数の事業場を一斉に調査することによって、事業場間のストレス要因の比較もできたため、全社としてのストレス対策を考えるうえで効果的であった。個々の従業員に返送した「あなたのストレスプロフィール」は、自分のストレスへの意識の向上には有効であるが、ストレスの低減のためには部分的な効果にとどまる可能性があり、ストレスマネジメントのための具体的な活動に発展させるためにはこれに続く教育・研修等による介入が必要であると考えられた。また、電子メールによる健康相談に加えて今後はイントラネットを利用したストレスマネジメントに関する情報の提供や教育を検討中である。

「仕事のストレス判定図」は職場のストレスを視覚的に理解することができるため職場や事業場間の比較が容易であり、管理監督者の理解を得やすかった。ソフトウェア技術者のストレス対策においては、人事労務管理制度の工夫、サポート・スキル、コミュニケーション・スキルなどの教育・研修への導入、キャリアカウンセリングを含んだ教育の実施などが有効であると考えられているが、今回の調査結果に基づいて衛生委員会で計画的・継続的なストレス対策を検討した際に、新任管理職教育へのリスナー教育の導入による上司のサポートの向上と、ソフトウェア技術者の技術研修の充実を優先課題として提案し、労働衛生年間計画に反映させることを検討中である。

健康診断および健康保持増進などの機会におけるストレス対策としては、外部健診機関が実施している健康診断結果通知に、社内の業務内容やストレス要因を把握している事業場内産業保健スタッフによる実態にあった保健指導を加えることによって、健診の事後措置を充実させることができたと考えられる。メンタルヘルスの相談体制の確立と運用に関しても、社外健診機関と連絡を密に取ることによって、健診機関がすでに確立しているこころの健康づくり専門スタッフとの連携体制を有効に活用することが可能となった。ただし、本社地区以外では外部健診機関との連携がまだ不十分であるため今後のどのような方法で連携強化を図るかが検討課題である。

研　究　者：宮崎彰吾（NKK 京浜保健センター）
研究協力者：古谷徳子（日本鋼管病院保健センター統括部）

Ⅱ－５－２．判定図を用いたストレス対策を、従来の方法（面接による個別対応）と組み合わせたモデル事業（モデル事業２）

A．はじめに

電機製造業の工場（A 工場）に勤務する従業員を対象に、仕事のストレス判定図を使用し、ストレス対策を実施したので、計画から実施、結果までを以下に報告する。

A 工場では、これまで、個人の健康状態に焦点を当てた個別対応、すなわち、質問紙を用いた精神的健康状態の測定と、精神的不調者に対する個別の面接のみが実施されていた。この場合、不調者への対応は可能であるものの、職場単位でのストレス予防対策の実施は困難であった。

そこで、今回、従来より行われている個別のアプローチに加え、職場集団を対象とした集団へのアプローチを以下の方法で行うことにより、ストレス対策を実施した。

B．ストレス対策実施のための計画立案

部課別にストレス要因を把握し、職場全体としての評価を行った上で、部課別に対策を討議していくことを目的としたストレス対策を、安全衛生計画に組み込み、平成 11 年度事業計画として実施した。

表 1 にその概要を示す。

対象企業：1999 年 6 月上旬に、電機製造業の工場（A 工場）の全従業員 1050 名を対象に、職業性ストレス簡易調査票（12 項目版：仕事の量的負担・仕事のコントロール・上司の支援・同僚の支援、各 3 項目）を実施した。950 名から回答が得られ、回収率は 90.5％であった（平均年齢 35.6 歳、SD=11.00）。内訳は、男性 889 名・女性 61 名、製造部門 547 名・非製造部門 403 名、であった。

事業場内産業保健スタッフ：産業医 1 名、心理カウンセラー1 名、保健婦・士 1 名、衛生管理者 2 名。

C．ストレス対策の実施

表 1 に示したストレス対策の実施概要のうち、1）と 2）についてその詳細を以下に報告する。

１．「職場環境のストレス要因の対策」について

職業性ストレス簡易調査票を実施し、「仕事のストレス判定図」を用いて部課別に結果を集計した。続いて、①結果を踏まえた産業医による職

表１　ストレス対策の計画・実施概要（モデル事業２）

	区分	H10 年度まで	H11 年度計画⇒実施	結果
1	職場環境のストレス要因の対策	特になし	職業性ストレス簡易調査票、を実施した。	職場単位でストレス要因を把握することが可能となった。
2	ストレス対策のための教育・研修	管理職を対象とした不定期の講演（心理カウンセラーによる）。	「仕事のストレス判定図」を用いて部課別に結果を報告し、管理職を対象に対策を検討した（産業医、心理カウンセラー、保健婦・士による）。	部課別に、ストレス要因の把握、具体的な対策の検討が可能となった。
3	健康診断、健康保持増進における対策	質問紙を用いた、精神的健康状態の測定。	精神的健康状態に加えストレス要因を測定し、その結果を個別に全従業員に返送した。	精神的健康状態に加え、原因であるストレス要因の把握が可能となった。
4	相談体制の確立と運用	心理カウンセラーによる精神的不調者を対象とした、個人面接の実施。	精神的不調者（全従業員の約 5%）を対象に、個人面接を実施した。その際、“保健婦・士－心理カウンセラー－産業医”の連携を重視した。	工場内の診療所において、ストレス・精神的健康に関する相談が可能なことの認知が容易となった。

場巡視、②産業医・心理カウンセラーによる、調査対象者の一部に対する個人面接を経て、③結果に基づく部課別の報告と対策の検討を行った。

このうち、個人面接は従来より行っていたものの、部課別のストレス要因の把握、調査結果の個人への返送、および次に示す管理職を対象とした部課別の検討会は、職業性ストレス簡易調査票の結果に基づき、今回新たに実施された。

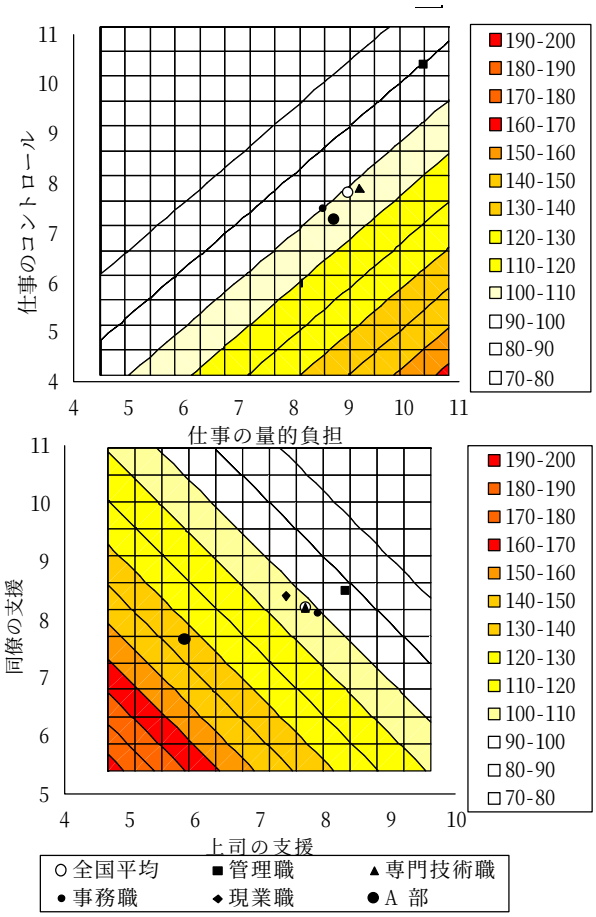
２.「ストレス対策のための教育・研修」について

管理職を対象に、「仕事のストレス判定図」に基づいたストレス調査の結果を報告し、今後の対応について検討した。検討会は、部課別に実施され、所要時間は 1 時間程度、参加者は各部課の管理職、産業医・心理カウンセラー・保健婦・士・総務課（安全担当）であった。

ここでは、「仕事のストレス判定図」に基づいた結果を報告し、ストレス要因および今後の対策について討議した。調査を実施した 20 部署のうち、特に健康リスクが高く、職場単位での介入の必要性が示唆された A 部と B 部について、検討会の結果を以下に報告する。

《A 部－クリーンルーム内製造部門－》

「仕事のストレス判定図」結果：A 部（N＝36；平均年齢 35.6 歳、SD=11.20）の結果を図 1 に示す。上段は仕事の量的負担と仕事のコント



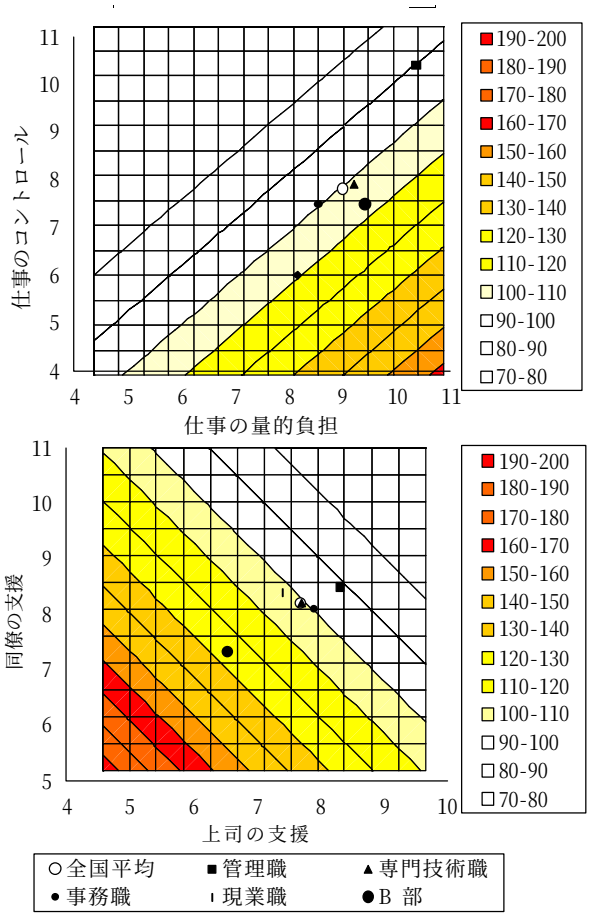
職場名	A 部	人数	36 名
尺度	平均点	健康リスク（全国平均=100）	
量的負荷	8.74	量-コントロール判定図	
コントロール	7.26	(A) 102	総合健康リスク
上司の支援	5.85	職場の支援判定図	(A)x(B)/100
同僚の支援	7.65	(B) 126	128

図１　A 部における「仕事のストレス判定図」結果：モデル事業２（男性、職業性ストレス簡易調査票）

ロールを、下段は上司の支援と同僚の支援の得点を示す。図中には、A 部に加え、30 歳代男性の職種別および全体の全国平均が示されている。図 1 より、A 部の総合健康リスクは 128 であり（量－コントロール=102、職場の支援=126）、同僚・上司の支援の不足を中心に、仕事の量的負担が高く裁量権が低いことが、健康阻害の要因となっている可能性が示された。

検討会の結果：A 部は、クリーンルーム内の作業現場であり、交替勤務を伴う部署である。結果を踏まえた検討会からは、A 部では、得意先の要望による製品注文の変更が多発し、上司の指示や方針の変更が発生しやすいこと、さらに上司から部下への情報伝達が十分でない可能性が指摘された。

個人面接および職場へのヒヤリングからも、“上司の方針により業務



職場名	B 部	人数	31 名
尺度	平均点	健康リスク（全国平均=100）	
量的負荷	9.42	量-ｺﾝﾄﾛｰﾙ判定図	
コントロール	7.48	(A) 106	総合健康リスク
上司の支援	6.55	職場の支援判定	(A)x(B)/100
同僚の支援	7.32	(B) 121	128

図２　Ｂ部における「仕事のストレス判定図」結果：モデル事業２（男性、職業性ストレス簡易調査票）

内容が変更するのはいいが、変則勤務のために連絡が不徹底なことが多く、情報が伝わってこない（40 歳・男性）”という口述が得られており、上司の支援が不足しているという調査結果と一致していた。今後は、作業開始時の引継ぎの説明時間を長くし、より詳細に行うことにより、上司と部下とのコミュニケーション、情報伝達を円滑にしていくことが改善課題として取り上げられた。

考　察：「仕事のストレス判定図」により、職場単位でストレス要因改善策の検討が可能となった。また、個人面接との併用により、判定図結果の妥当性を検討すること、職場での具体的なストレス要因を拾い上げることが可能となり、職場での改善課題の検討が容易になったと考えられた。

《B 部－製品開発部門－》

「仕事のストレス判定図」結果：B 部（N=31；平均年齢 36.2 歳、SD=9.01）の結果を図 2 に示す。B 部の総合健康リスクは 128 であり（量－コントロール=106、職場の支援=121）、仕事の量的負担の高さ・裁量権の低さを中心に、同僚・上司の支援の不足が健康阻害の要因となっている可能性が示された。

検討会の結果：B 部は、製品開発を行う部署である。結果を踏まえた検討会では、新製品の開発などに伴い、知識や技術を短期間で習得する必要性が近年増加していることから、仕事の量的負担が過度である可能性が指摘された。個人面接からも、“ここ数年、異動で人が減ってから仕事量が増え始めた（30 歳・男性）”“多忙時は特に仕事に追われ、仕事のことを考えて夜中目がさめることもある（30 歳・男性 a、33 歳・男性）”という口述が得られており、仕事の量的負担の高さが、精神的な不調の原因、健康リスク要因となり得ていることが示唆された。

さらに、“職場内では作業の特性上、助けを求めたくても相談しにくい（30 歳・男性 b）”という口述も報告されており、B 部では、グループではなく各人が個別の仕事を担当していることから、周囲への相談の機会が少なく、仕事を抱え込み、量的負担が増加している可能性も示唆された。今後は、トラブル時の対応を担当者一人に任せないこと、日常から担当者間の情報の共有を行うことを徹底させ、各人の量的負担を低減させていくことが改善課題となった。

考　察：当該部署のストレス要因を具体的な数値で把握することにより、職場内でのストレス対策実施の必要性を強く認識し、各人の負担を低減させるための具体的な対策の検討が可能になったと考えられた。一方で、対策による効果を確実とするためには、今後、継続して対策を実施すること、効果評価を行い必要に応じて対策を再検討することが必要と考えられた。

D．ストレス対策実施の効用とコスト

効　用：「仕事のストレス判定図」に基づいた結果の報告および検討会により、職場集団を対象としたストレス対策の実施、すなわち、部課別の“職場ストレス要因”の定量的把握および、ストレス要因改善のためのアプローチが可能となった。

また、個人面接との併用による効用として次の 3 点が考えられた。①精神的不調者への対応が行えること。②個人面接の内容を判定図結果と照合することで、判定図結果の妥当性を検討できること。すなわち、不調者から得られた面接結果を考慮することで、判定図で示されたストレス要因が、実際に従業員の不調の要因となっている程度について検討できること。③個人面接の内容を反映させることで、部課別のストレス対策における改善課題の検討が容易となること。すなわち、“仕事の量的負担”と“仕事のコントロール”の具体的内容について、個人面接結果から精査できること。なお、いずれの場合も、個人が特定されないよう、守秘の徹底が必要である。

コストおよび実施上の注意：一方で、質問紙の印刷、データ入力、結果の処理、結果の個人への発送などにかかる、費用・人数・時間などのコスト面での負担が伴うと共に、実施に際しては、管理職・従業員の理解や、プライバシーの保護に関する徹底などを、事前に行うことが必要となる。

研　究　者：田中美由紀（早稲田大学文学研究科）
研究協力者：小田原　努（日立健康管理センタ）
河島美枝子（大分県立看護科学大学）

Ⅱ－５－３．職場環境および個人向けの複合的ストレス対策のモデル事業（モデル事業３）

A．はじめに

本研究班では、これまでの研究成果から、事業場におけるストレス対策の計画の指針となる「事業場におけるストレス対策の枠組み」、職場集団の職業性ストレスとその影響を評価するための「仕事のストレス判定図」、個人向けのストレスの総合的評価と気づきの支援を行うための「職業性ストレス簡易調査票」、さまざまなストレス対策の方法論を記載した「ストレス対策マニュアル」が提案されている。本研究では、これらの研究成果を複合的に組み合わせて、実際の事業場で総合的なストレス対策が実施可能かどうかについて比較的大規模の事業場を対象にモデル事業を実施した。

B．対象と方法

１．対象企業の概要

電機製品メーカーのＧ県の拠点事業場（従業員約 2000 名）をモデル事業の対象とした。この事業場では、事業場内の産業保健センターに常勤産業医１名、看護婦・士１名（別途健保診療所に３名）のスタッフがいる。また衛生管理者は各職場に１名づつ課長相当職が配置されている。この事業場は、職業性ストレスと健康コホート研究の調査対象サイトの１つ（サイト８）であり、1997 年にＪＣＱおよび NIOSH 職業性ストレス調査票を含む職業性ストレスに関する詳細な調査を実施している。

２．ストレス対策の企画立案

ストレス対策の実施については、安全衛生委員会で産業医から提案し平成 11 年度事業計画として実施することとなった。ストレス対策の主な目標は以下のようである。

1）職場ごとのストレス要因を定期的に把握し、対策活動につなげる。また 1998 年４月に実施された交代勤務の改善のストレス軽減効果を評価する。

2）２年前にはストレスに関する教育啓発のためのセミナーを実施した。今回は個人向けのストレス対処技術（リラクセーション法）の講習会に 200 名（従業員の１割）以上の受講を目指す。
3）メンタルヘルス相談体制の見直しのための基礎調査を実施する。
３．計画の概要
1999 年 7 月に従業員 2312 名に対して自己記入式の調査票（ストレスチェック調査票）を郵送し、ストレスチェックへの参加を呼びかけた。1633 名が調査票に回答し返送してきた（回答率 71%）。ストレスチェックに使用した調査票は独自のものであり、職業性ストレス要因としてＪＣＱの仕事の要求度、仕事のコントロール、上司および同僚の支援、精神健康の指標として CES-D 自己記入式抑うつ尺度を調査した。このストレスチェック調査票の回答から、職種、職場別のストレス要因の状況を「仕事のストレス判定図」を使って評価した。また、1997 年４～５月の職業性ストレスと健康コホート研究ベースライン調査時のデータと今回調査のデータを個人 ID を使ってリンクし、1998 年４月に実施された交代勤務の改善の対象者について 1997 年と今回の職業性ストレスの状況を「仕事のストレス判定図」を使って比較した。ストレスチェック調査票からは個人結果を作成し、これを回答者に返却した。また、この個人結果説明会とリラクセーション法講習会を同時に開催した。

C．結果

主要な実施事項、使用したマニュアル、結果および今後の課題を表１にまとめた。
１．職場組織・環境におけるストレスの評価と対策
１）職場ごとのストレス要因の評価
JCQ の４尺度の平均値を求め、「仕事のストレス判定図」（JCQ 版）を使用して性、年齢、勤務形態、職種、職場別にストレス要因を評価した。職種別では、生産技術職で上司の支援が低いことが判明した（図１）。また中高年女性、製造ラインの女性従業員の仕事のコントロール感が低いことなどが明らかとなった。この結果を産業医および人事・総務担当者に報告した。原因と対策を検討する予定である。
２）交代勤務の改善の効果評価
４班３交替の交代勤務では 1997 年の調査で仕事の量的負担が大きく、仕事のコントロールが低いことが判明していた（平成 10 年度報告書参照）。その後人事・労務側で勤務形態の変更が検討され、労働組合との合意の上で 1998 年 4 月にから 4 班 2 交替に勤務形態が変更された。従来の勤務形態が 8 時間 3 交代であったのに対して新しい勤務形態では 12 時間 2 交代と 1 回の勤務での連続勤務時間が長くなった。しかし一方で仮眠時間が設けられたことにより実質の 1 回勤務時間は 10 時間程度にとどまっている。また

表１　総合的ストレス対策のモデル事業３の実施事項、方法、結果および残された課題の一覧

区分	計画・実施事項	方法、マニュアル等	結果	課題
職場組織・環境におけるストレスの評価と対策	職場ごとのストレス要因の評価	「仕事のストレス判定図」（JCQ 版）を使用して性、年齢、勤務形態、職場別にストレス要因を評価した。	生産技術職で上司の支援が低い（図１）、中高年女性、製造ラインの女性従業員の仕事のコントロール感が低い、等。	産業医および人事・総務担当者に報告。原因と対策を検討予定。
	交代勤務の改善対策（４班３交替から４班２交替へ）の効果評価	対策前（1997 年）と対策後（今回）を「仕事のストレス判定図」によって比較した。	対策後には量的負荷が減少し仕事のコントロールが改善、疾病休業が 0.4 日減少していた（図２）。	
教育・研修の計画と実施	リラクセーション法の講習会(10/27)を開催（外部講師、希望者のみ出席）	リラクセーション法マニュアル	目標の 200 名を越える約 250 名が出席。９割近くが「リラックスできた」８割が「実生活でも使ってみる」と。	リラクセーション法の継続的指導をどう実施するか。
健康診断および健康保持増進などの機会におけるストレス対策	**独自のストレス調査票によるストレスチェック（健康診断時に実施）**	ストレス調査票の結果から個人結果を返送。	・全従業員の約７割（1633 名）が参加。 ・一部に感想を求めた。23 名中 22 名が「ストレスに対して関心を持つのに役だった」と回答（表２）。	ストレスチェックに引き続き、従業員の意識を高めるための企画が必要。
メンタルヘルスの相談体制の確立と運用	産業医、看護婦・士への相談以外に相談窓口を設置すべきかどうかについての基礎調査。	従業員にアンケート実施。	社外の窓口設置を希望する者が約半数。一方で社内産業保健センターの知名度が３割程度と低いことも判明。	社内および社外の相談経路の双方の充実を考える。

交代勤務のスケジュールがよりシンプルになり理解しやすくなった、次の交代班との引継ぎに時間がとれるようになったなどの改善がもたらされた。対策前（1997 年）と対策後（今回）を「仕事のストレス判定図」によって比較したところ（図２）、対策後には量的負荷が減少し仕事のコントロールが改善、またわずかではあるが上司および同僚の支援が増加していた。抑うつ得点にはほとんど差はなかったが、過去１年間の疾病休業平均日数は 0.4 日減少していた。

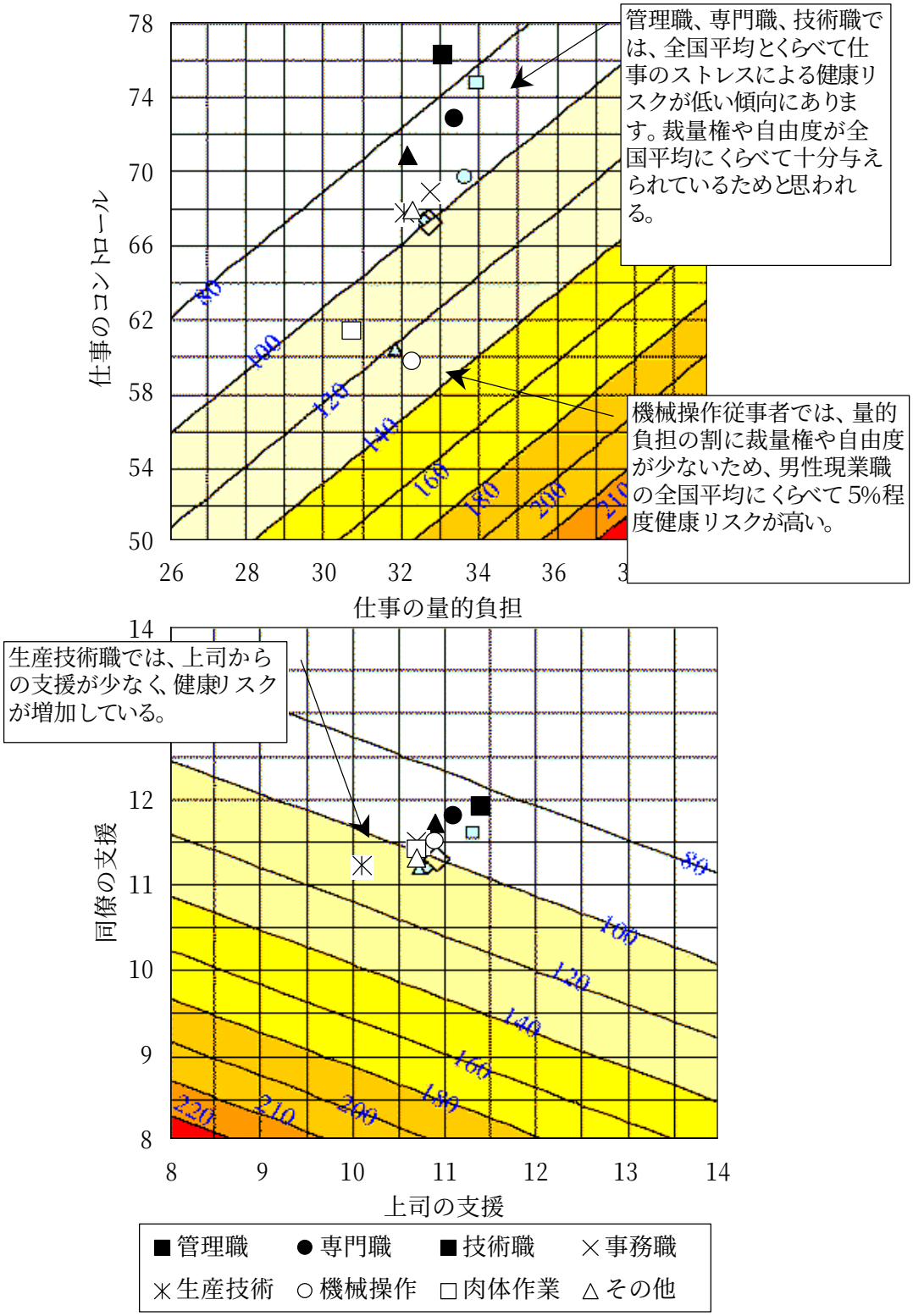


図１　モデル事業３の対象となった事業場における男性従業員の「仕事のストレス判定図」(JCQ版を使用)

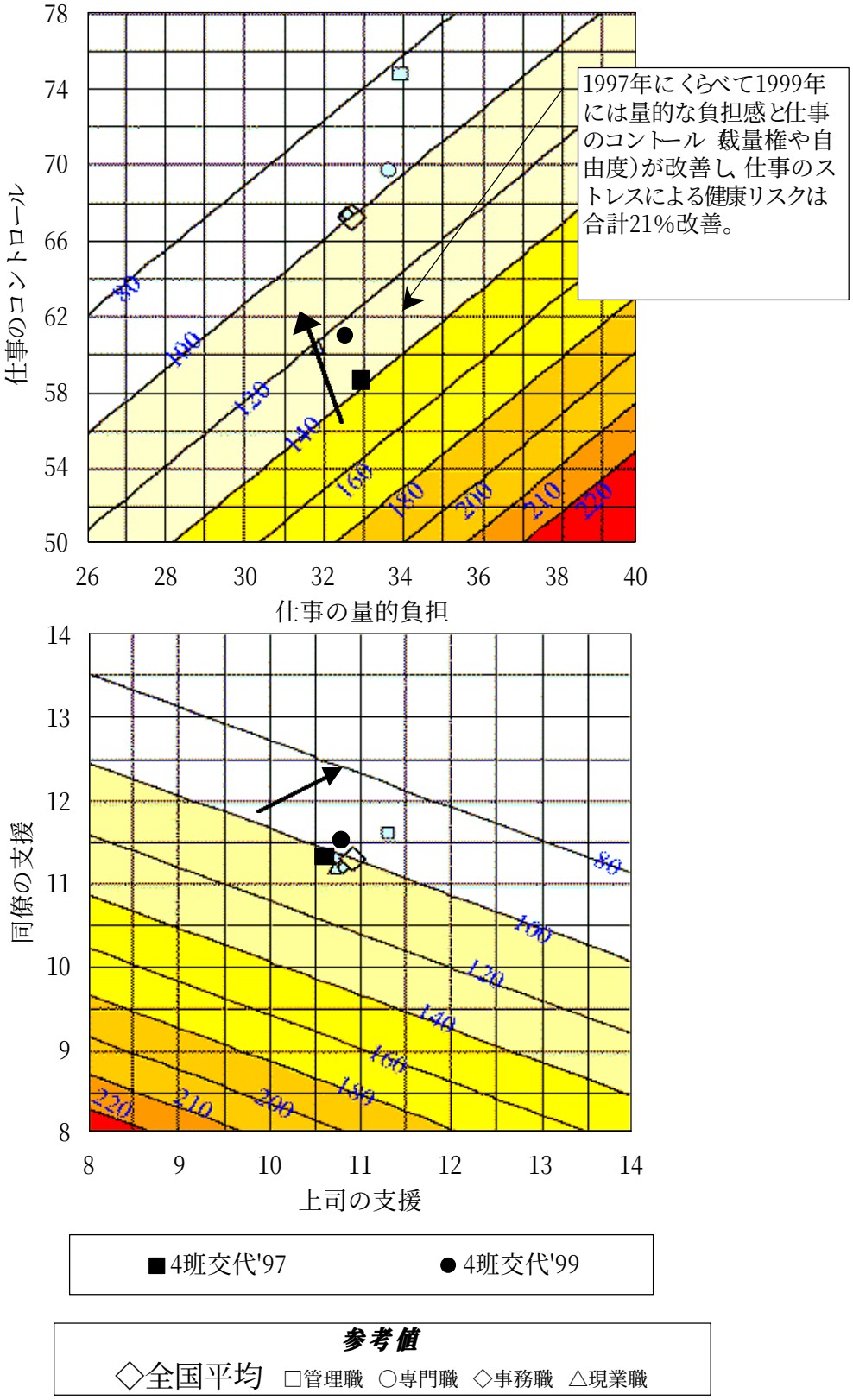


図2 「仕事のストレス判定図」による交代勤務（356 名）の改善効果の評価：1998 年 4 月に 4 班 3 交代から 4 班 2 交代勤務に変更した結果、1997 年にくらべて 1999 年には量的負担、コントロール、上司・同僚の支援が改善していた。過去 1 年間の疾病休業平均日数も 1997 年の 2.42 日から 1999 年の 2.12 日に平均 0.3 日（約 15%）減少した。

２．従業員向けの教育・研修

1999 年 10 月 27 日に個人向けのストレスチェック結果通知の説明会とリラクセーション法の講習会を同時に開催した。リラクセーション講習会はリラクセーション法マニュアルを使用し、近傍の総合病院心療内科に勤務する臨床心理士１名を講師として実施した。説明会・講習会は希望者のみということで参加を募ったが、目標の 200 名を越える約 250 名が出席した（図３）。リラクセーション法講習会の後の質問では、９割近くが「リラックスできた」８割が「実生活でも使ってみる」と回答した。今後の課題としては、リラクセーション法の継続的指導をどう実施するかが残された。

図３　モデル事業の事業場におけるリラクセーション法講習会
(1999 年 10 月)

表２　独自のストレス調査票による個人別ストレスチェック結果についての感想:
感想はがきを返送してきた者 23 名の回答の分析*

項目†	肯定回答者数（%）
ストレスに関心を持つのに役だったか？	22 (96%)
自分のストレスを理解するのに役だったか？	21(91%)
ストレスを減らすのに役だつと思うか？	18 (78%)
ストレス解消に役立ちそうか？	18 (78%)

* 感想はがきを送付した 100 名中 23 名（23%）が回答した。
†「はい」「いいえ」で回答を求めて「はい」の者の人数（割合）を示した。

３．健康診断および健康保持増進などの機会におけるストレス対策

すでに述べたように独自のストレスチェック調査票を郵送して回答してもらい、調査票の結果から個人結果を作成して返送した。100 名に対して感想記入用の葉書を同封し感想を求めた。回答の寄せられた 23 名中 22 名が「ストレスに対して関心を持つのに役だった」と回答していたなど、ストレスチェックの個人結果の返却が比較的好評であったことがわかった（表２）。今後はワンショットのストレスチェックに引き続き、従業員の意識を高めるための継続的な企画が必要であると考えられた。

４．メンタルヘルスの相談体制の確立と運用

ストレスチェック調査法と同時に、産業医、看護婦・士への相談以外に相談窓口を設置すべきかどうかについてのアンケートを同封し記入してもらった。社外の窓口設置を希望する者が約半数あった。また一方社内産業保健センター（産業医、看護婦・士が常勤）の知名度が３割程度と低いことも判明した。社内および社外の相談経路の双方の充実を今後検討することとなった。

５．ストレス対策の費用

以上のストレス対策を実施するにあたって、ストレスチェック用紙印刷費・封筒などが 40-50 万円、リラクセーション法講師謝礼５万円、データ入力 10 万円、賃金 10 万円（個人結果出力、封筒詰め）、合計 65-75 万円前後が必要であった。これは従業員１名あたり約 300 円、ストレスチェック回答者１名あたりにして 500 円弱のコストであった。

D．考察と結論

このモデル事業では、従業員に対するストレスチェック調査を中心として、職場ごとのストレス診断およびストレス対策の効果評価、従業員向けの教育・啓発、ストレスへの気づきの支援などのストレス対策を総合的に実施することができた。また、同時に実施したアンケートによりメンタルヘルスの相談先について社内外の窓口の設置および広報について方針を得ることができた。このモデル事業から、これまでに本研究班で開発された「事業場におけるストレス対策の枠組み」、「仕事のストレス判定図」、「ストレス対策マニュアル」を用いて総合的なストレス対策を実施することが可能であることが示された。「職業性ストレス簡易調査票」について今回は 1997 年調査との比較という目的あったため独自のストレスチェック調査票を用いたが、こうした個人向けストレスチェックの有用性は少なくもと支持されたと考える。

職種や職場ごとの仕事のストレス判定図の特徴は、産業医および人事・労務担当者に対する説明会ではある程度妥当なものと考えられた。また人事・労務担当者への教育および職場環境への配慮の意識づくりに十分な効果があったと考えられた。しかし実際の対策に結びつけるためには、問題

の指摘された職種や職場について職場巡視や職場上司からのヒアリングなどによってより具体的な問題を抽出する必要がある。今後産業医と人事・労務担当者で相談することになった。

交代勤務の改善がストレス軽減効果を数値的に示すことができたことは、これを企画した人事・労務担当者および産業医から高い評価を受けた。実際にこのラインを職場巡視したところ、小ロットでの個別生産が多いこと、複雑な作業手順をともなう作業であることなどから、手順の明確化や上司へ報告や連絡などが十分にできない場合にはストレスの原因になる可能性があると推測された。12時間２交代勤務は睡眠などの点では生体に不利な可能性もあるが、１交代の勤務時間が長くなったことで、より容易に作業班内あるいは次の交代班のメンバーとの報告・連絡・相談ができるようになったことが量的な負担感を減らし、仕事上のコントロールを増加し、また上司や同僚の支援を改善したと推測される。また勤務途中での仮眠時間の確保、３交代に比べて次の番までの休日日数が約１日多いなどの配慮が２交代勤務自体による不利な影響を軽減していると推測される。

従業員向けのリラクセーション講習は参加者に大変に好評であった。これは事前のストレスチェックにより個々人のストレスの程度について意識づくりができていたためと考えられる。単発の講習ではなく、個人向けのストレスチェックと連動してこうしたストレス対策用の講習会を開催することが効果的であると考える。また今回はリラクセーション法マニュアルを参考にしながらも、リラクセーション法の専門家（臨床心理士）を講師に依頼し実施したことも効果的であった理由の１つと考える。この講師は、マニュアルにある説明のほか、リラクセーション法のＶＴＲを使用した導入説明を行ったことが効果的であった。リラクセーション法の講習を効果的に実施するために、外部講師の確保、ＶＴＲなどのツール類の整備、講習会のポイントについての解説などがリラクセーション法の普及に重要と思われた。

ストレスチェックの個人結果の返却も、返送されてきた葉書の回答からは見るかぎりは好評であった。少なくともストレスに対する関心や気づきを促す効果はあったのではないかと考えられる。ただし、未回答の者の意見が反映されていないこと、「役立つ」と回答した者が実際にストレス軽減のためにこの結果を役立てることができたかどうかについては評価をしていないことなどから、セルフチェックの個人結果返却の効果はより厳密に評価される必要があると思われる。

メンタルヘルスの相談体制については、今回のモデル事業では従業員のニーズの把握にとどまった。ストレスチェックの個人結果には「問題があれば産業保健センターに相談するように」と記載したが、ストレスチェックによる相談があったという報告は産業医からは現在までまだない。事業場内の産業保健センターがストレスやメンタルヘルスに関する相談に対応し

ていること、また秘密を守って相談ができることなどが十分に広報されていないためである可能性がある。また半数の従業員が事業場外の相談窓口を希望していた点については、事業場内産業保健スタッフの役割の広報と同時に、社外での相談窓口（電話相談や EAP など）についても検討する必要があることを示唆している。

今回の総合的ストレス対策の費用は従業員１名あたり 300 円前後とかなり安価に実施できており、ある程度以上の規模の事業場では十分にまかなえる金額であると考える。

研　究　者：川上憲人（岐阜大学医学部公衆衛生学教室）
研究協力者：赤地和範（三洋電機岐阜産業保健センター）

Ⅱ－５－４．中規模事業場におけるストレスへの意識づくりのモデル事業（モデル事業４）

A．はじめに

中小規模事業場でもメンタルヘルス･ストレス対策に関心は高いものの、実際に対策を実施している事業場の割合は少ない。わが国の事業場のストレス対策を普及するためには、中小規模事業場でも実施可能なストレス対策の方法を提案する必要がある。このモデル事業では、流通・販売系の中規模企業において総合的なストレス対策が実施できるどうかを確認するために、本研究班で開発した「事業場におけるストレス対策の枠組み」、「仕事のストレス判定図」、「職業性ストレス簡易調査票」および「ストレス対策マニュアル」を用いて検討した。

B．対象と方法

１．対象企業の概要

販売・流通業の従業員 700 名の企業を対象とした。この企業では、G 県内に本部、店舗、配送センターなど 10-50 名ずつ従業員が分散した中小規模事業場が点在している。産業保健スタッフは非常勤嘱託産業医２名であり、月１回の安全衛生委員会に出席するとともに、職場巡視、必要に応じて教育研修活動を行っている。保健婦・士、看護婦・士はいない。衛生管理者は１名のみである。

２．ストレス対策の立案と実施

産業医から提案し、安全衛生委員会で承認され、平成 11 年度事業計画として実施した。この企業ではこれまでにストレス・メンタルヘルスに関す

表１　総合的ストレス対策（モデル事業４）の実施事項とその効果および課題

区分	計画・実施事項	使用したマニュアル等	効果	課題
職場組織・環境におけるストレスの評価と対策	職場ごとのストレス要因の評価（職業性ストレス簡易調査票の個人データを集計）	職業性ストレス簡易調査票＋仕事のストレス判定図	店舗において量的負荷が大きく仕事のコントロールが低かった。また配送センターや店舗でパート女性が上司の支援を低いと感じていることがわかった（図）。	対策については次年度以降検討する。
教育・研修の計画と実施	リラクセーション法の講習会を開催（外部講師、希望者のみ出席）	リラクセーション法マニュアル	25 名が講習会(10/26)に出席。大変に好評であった（表１）。	分散事業場の労働者にどう講習会を企画するかが課題。
健康診断および健康保持増進などの機会におけるストレス対策	職業性ストレス簡易調査票によるストレスチェックを実施（希望者のみ）	職業性ストレス簡易調査票による個人結果（ストレスプロフィール）	・全従業員の約３割（212 名）が参加。 ・一部に感想を求めた。22 名中 19 名が「ストレスに対して関心を持つのに役だった」と回答(表２)。	参加率が低かったことからストレスへの関心の低さや障壁の高さがうかがえる。
メンタルヘルスの相談体制の確立と運用	ストレスチェックへの回答者には、産業医に電子メールまたは電話で相談できるようにした。	イントラネットによるストレス対策マニュアル	・電子メールによる相談が１件（自分のストレス状況の説明とアドバイスを求めてきた)。 ・電話相談が１件（パニック障害で治療中の者)。	産業医がメンタルヘルスの相談を受けていることをもっと広報すべき。

る対策は何も実施したことがなかったため、目的としては将来のストレス対策実施の第１段階として従業員のストレスに対する意識づくりを高めることを主眼とすることとなった。

実施事項とその方法の一覧を表１に示した。まず 1999 年７月に職業性ストレス簡易調査票を用いた個人向けストレスチェックを実施した。このストレスチェックでは参加は個人の自由とし、守秘を保証するために回答した調査票は直接産業医に郵送することとした。全従業員の約３割（212 名）から回答を得た。ストレスチェックへの回答者にはストレス測定グループが開発したソフトウェアを用いて個人結果を作成し返送した（同年９月）。このデータから、男女、職場別の仕事のストレスの特徴を「仕事のストレス判定図」を用いて評価した。また、ストレスチェックの結果通知後、結

果の説明会とリラクセーション法講習会を開催した（同年 10 月）。リラクセーション法の講師は、近くの総合病院の心療内科に勤務する臨床心理士に依頼して行った。また、ストレスチェックの個人結果には、産業医の連絡先（電子メールおよび電話番号）を掲載し、相談したいことがあれば自由に連絡するように記載した。

なお、ストレスチェックの個人結果には２種類のものを作成し、対象者をランダムに２群に分けてそれぞれ一方の形式のものを送付した。１種類は産業医のコメント欄に一律に「次のページからの結果を読んで、あなたのストレス改善に役立ててください」と記した。もう１種類はストレスチェックの仕事のストレス要因、ストレス反応、緩衝要因のそれぞれについて「要指導」の得点であった場合にはそれぞれについて「注意してください」など個人ごとのコメントを作成して記した。ストレスチェックの個人結果には合計 100 名を無作為に選んでストレスチェックの結果に対する感想葉書を同封し提出を求めた。

C．結果

各実施事項ごとに結果および課題について表１に整理した。

１．職場環境におけるストレスの評価と対策

職業性ストレス簡易調査票の回答者の個人データを集計して、仕事のストレス判定図にあてはめ、男女、職種別の仕事のストレスの特徴を検討した。男性では店舗において量的負荷が大きく仕事のコントロールが低く健康リスクが約 130 と大きいと推定された（図１）。またいずれの職場でも上司および同僚の支援が低かった。また女性でも店舗および配送センターで量的負荷が大きく仕事のコントロールが低かった。また店舗の女性は特に上司の支援を低いと感じていることがわかった（図２）。この結果は中央安全衛生委員会で報告されたが、人事労務担当者などの印象とよく一致していた。特に店舗では最近の過当競争のために業務が多忙になっており、そのため従業員とのミーティングなどがほとんど開催できない状態であることが指摘された。今後職場の安全衛生委員会などを通じて改善する予定である。

２．教育・研修の計画と実施

従業員向けの教育・研修として、ストレスチェックの個人結果の説明会とリラクセーション法講習会を開催した（1999 年 10 月 26 日）。希望者を募ったところ 25 名が講習会に出席した（図３）。表２に示した通り、大部分の出席者が好意的な感想を提出していた。今後、分散している各事業場の従業員にどう教育研修を提供するかが課題である。

３．健康診断の機会におけるストレス対策

職業性ストレス簡易調査票によるストレスチェックには全従業員の約３割（212 名）が参加した。参加者に個人結果（ストレスプロフィール）を

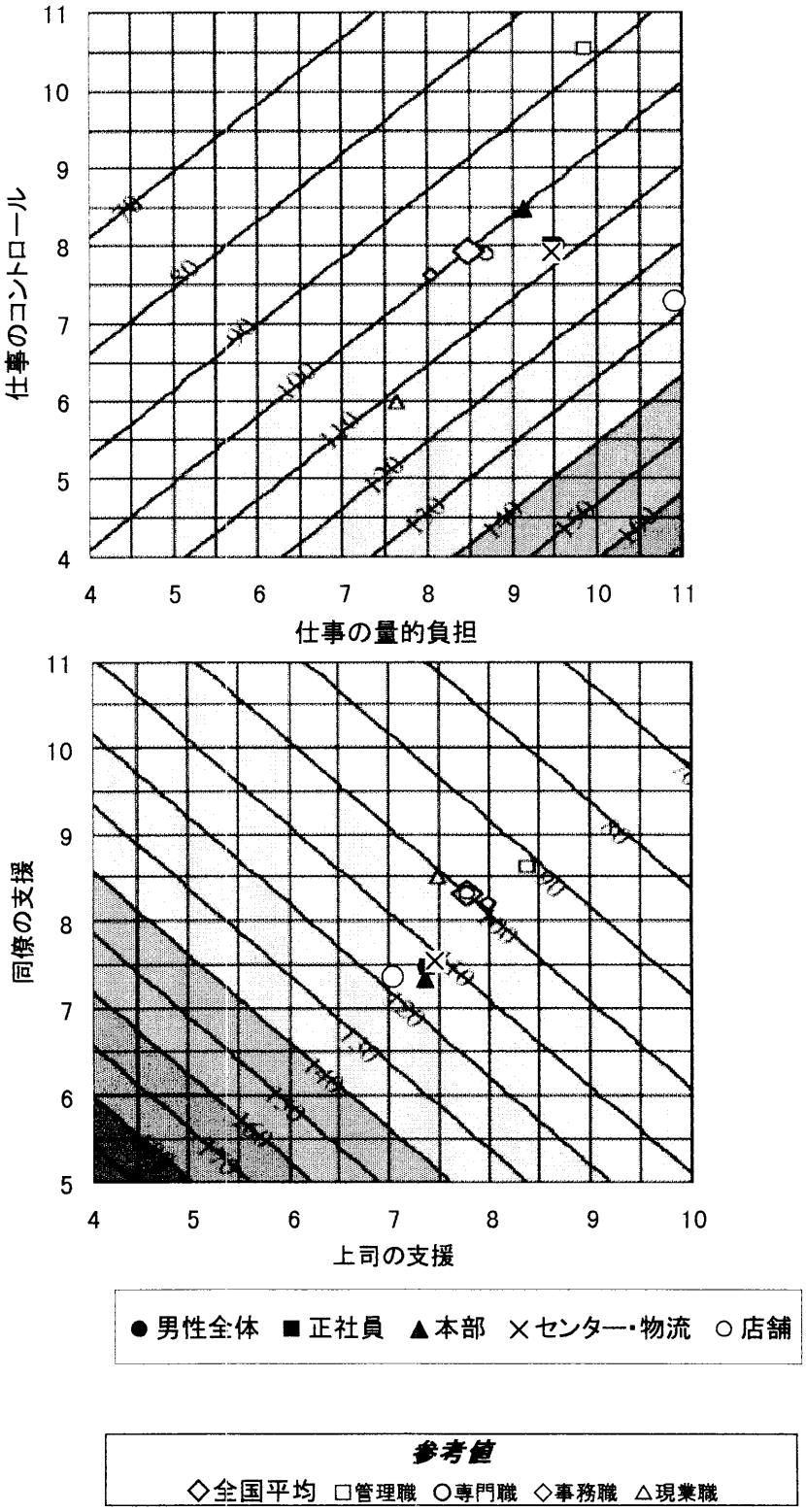


図１　流通・販売系中規模企業における職場別の「仕事のストレス判定図」の結果
(男性、職業性ストレス簡易調査票)

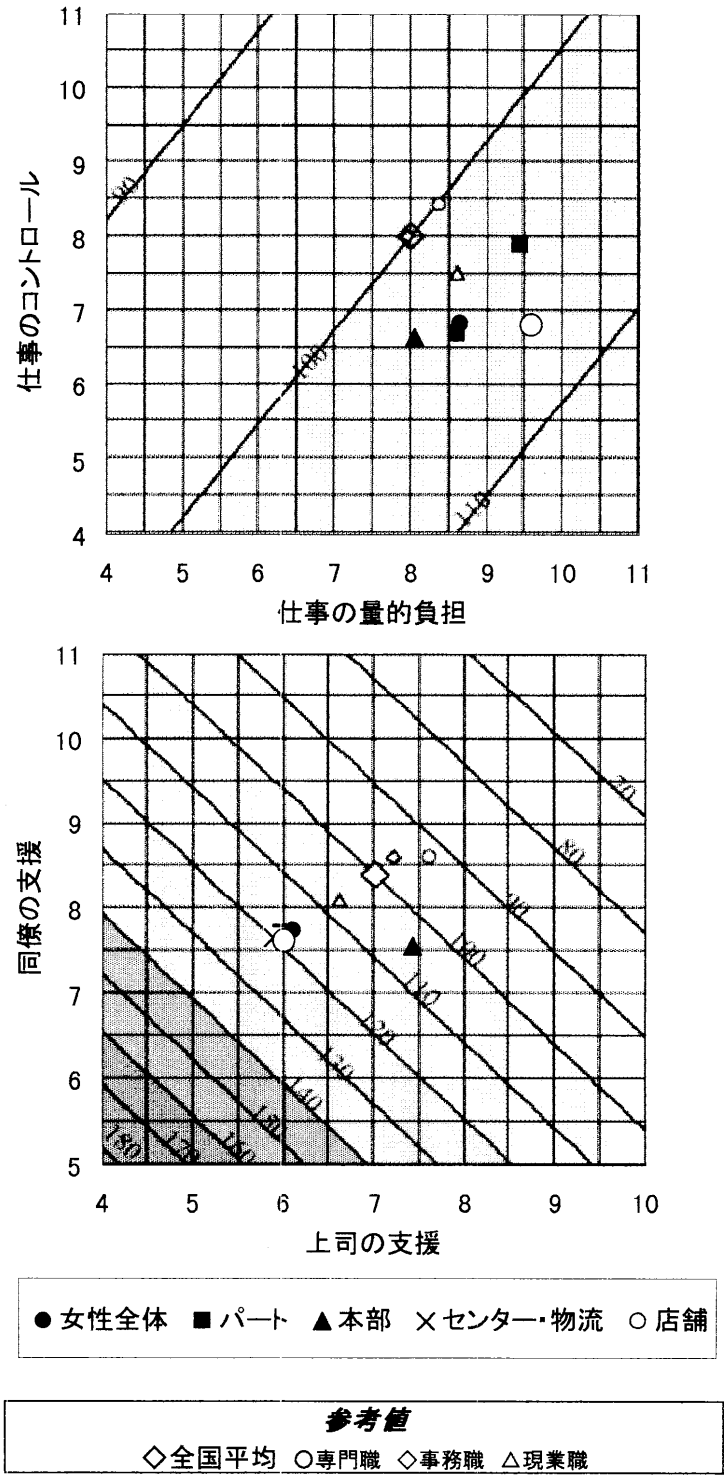


図２　流通・販売系中規模企業における職場別の「仕事のストレス判定図」の結果
(女性、職業性ストレス簡易調査票)

図３　リラクセーション法講習会（モデル事業４）の様子

表２　リラクセーション法講習会出席者の感想（感想を提出した１９名）

項目	人数（%）
セミナーはわかりやすかったですか？	１８（９５%）
リラクセーション法について十分理解できましたか？	１６（８４%）
リラクセーション法を今後やってみようと思いますか？	１９（１００%）

自由記入：
・さっそく自分で訓練してみようと思いました。
・不眠が多いので布団に入った時にやってみたいと思います。一度カウンセリングを受けてみたいと思います。
・やってみると意外と効果があることがわかった。
・今後ともこうした機会があれば参加したい。
・３，４，５段階も学習したい（注：今回は1，２段階までの学習でした）。
・ここちよいねむりができました。
・ウィークデーの寝付きが悪くて困っていたので、さっそくやってみたいです。
・やってみて効果を知るのが楽しみです。
・事業場単位でも開催していただくと助かります（注：今回は本部のみでの開催でした）。
・途中参加だったのでやや理解不足。

作成して返送した。感想葉書を同封した 100 名のうち 22 名が回答を寄せた。うち 19 名が「ストレスに対して関心を持つのに役だった」と回答していた（表３）。またどちらかといえば、個人別のコメントを出力した結果通知の方が好評であった。しかし、ストレスチェックへの参加率が低かったことは、ストレスへの関心が低いかあるいはストレスチェックの趣旨がよく理解されていないためと思われた。

表３　職業性ストレス簡易調査票によるストレスチェックについての参加者の感想（感想はがきを返送してきた者 22 名の回答の分析）*

項目	全回答者（22 名）	個人コメント**（10 名）	一律コメント（12 名）
「ストレスプロフィール」はわかりやすかったか？†	12 (55%)	7 (70%)	5 (42%)
ストレスに関心を持つのに役だったか？	19 (86%)	9 (90%)	10 (84%)
自分のストレスを理解するのに役だったか？	17 (81%)$	7 (78%)$	10 (84%)
ストレスを減らすのに役だつと思うか？	12 (55%)	4 (40%)	8 (67%)
ストレス解消に役立ちそうか？	12 (55%)	4 (40%)	8 (67%)

* 感想はがきを送付した 100 名中 22 名（22%）が回答した（1999 年 10 月 25 日現在）。

** 参加者のうち無作為に選んだ半数(106 名)には結果に対応した産業医のコメント（簡単なもの）をつけて結果を返した。これ以外は一律に「結果を参考にストレスにうまく対処してください」とコメントした。

† 「わかりやすかった」「まあまあわかりやすかった」と回答した者の合計。この質問以外は「はい」「いいえ」で回答を求めて「はい」の者の人数（割合）を示した。

$ １名が無回答のため分母が１名少ない。

４．メンタルヘルスの相談体制の確立と運用

ストレスチェックへの回答者には、産業医に電子メールまたは電話で相談できるようにした。電子メールによる相談が１件あり、自分のストレス状況の説明とアドバイスを求めてきたため、産業医からアドバイスを返信したところお礼のメールが寄せられた。また電話相談が１件あり、これはパニック障害で治療中の者であった。産業医がメンタルヘルスの相談を受けていることをもっと広報すべきであることが課題として残された。

５．費用

ストレスチェック用紙印刷費・封筒など２万円、用紙提出・結果通知用郵送費 3.2 万円、リラクセーション法講師謝礼５万円、賃金４万円（データ入力、個人結果出力、封筒詰め）、合計 14.2 万円。このほかプリントアウト、コピー費用などが必要であった。これは従業員１人あたり約 200 円、ストレスチェック回答者１人あたり約 700 円のコストであった。

D．考察と結論

本モデル事業では、事業の目標であるストレスに対する関心や理解を高めることはある程度達成されたと思われる。また、産業医に対してメンタルヘルス相談が可能であることを広報する効果があったと思われた。しかし参加者が予想より少なかったことなどから、さらに従業員向けの啓発活動を展開する必要があると思われる。また職場の環境改善や上司への教育研修も次年度の課題である。

以上から中規模企業（中小規模事業場）において、「事業場におけるストレス対策の枠組み」、「仕事のストレス判定図」、「職業性ストレス簡易調査票」および「ストレス対策マニュアル」を用いて総合的ストレス対策を実施することが可能であることが示された。

研　究　者：川上憲人（岐阜大学医学部公衆衛生学教室）
研究協力者：井奈波良一（岐阜大学医学部衛生学教室）

Ⅱ－５－５．総合的ストレス対策の計画立案のモデル事業（モデル事業５）

A．はじめに

技術革新にともないこれまでにないスピードで変化が求められる企業において、社員のストレス・メンタルヘルス問題は重要な関心事となっている。しかし、企業内においてその問題への対策は、従前の産業保健部門のみの活動では困難であると思われる。そこで、企業内の他部門と連携し、職場におけるストレス・メンタルヘルス問題の早期発見・予防活動を行うと同時に、社員個人が自発的に健康増進活動を実施するように様々な支援を行う必要があると思われる。

B．ストレス対策・メンタルヘルス活動の問題点

企業内において、ストレス対策・メンタルヘルス活動を推進する上で、労働衛生的対策が困難な点が問題点として挙げられる。有害物による疾病予防対策のようにその明確な作業管理や作業環境管理の方法が確立されておらず社員個人のストレス状況の把握が困難であるため、企業が具体的に行うべき対策や活動方針を明確に示せないという支障が生じている。また、身体疾患対応と違って、ストレス関連疾患や精神科的疾患の場合、主治医による診断名と職場での就労状況（職場適応状態）が一致しないことが多く、職場では２次予防、３次予防が非常に難しいことも問題としてあげられる。結果として企業内におけるストレス対策・メンタルヘルス活動では

事例への対応が中心となり現状では抜本的な予防活動への発展が困難な状況に陥ってしまっている。企業内外には、ストレス・メンタルヘルス問題を扱う様々な専門家（精神科、心療内科、産業医、臨床心理士、保健婦・士、看護婦・士、産業カウンセラー等）が存在するが、専門家が社員と治療的関係を結ぶ場合、社員（患者）の利益・プライバシーを優先する立場にたつため、社員間の平等性を優先する企業と専門家との間に対立が発生し企業が同様な事例を予防する具体的な対策を実施することが困難な状況となりストレス対策・メンタルヘルス活動の発展の支障となっていることも問題の一つである。加えて、企業内労働衛生部門は歴史的に環境面（ファシリティー）等、物理的側面から社員を支援して来た。しかし、ストレス対策・メンタルヘルス活動を行う場合、心理・社会学的側面からの支援も行わなければならない。そもそも企業内では職制（上司）や人事部門が、心理・社会学的側面から社員を支援して来た経緯もあるので、各々の関係を調整しその役割を明確にした上で社員を支援するシステムを構築する必要性があると思われる。

C．ストレス対策・メンタルヘルス活動推進モデル

企業内にて職制・人事部門は、ストレス対策・メンタルヘルス活動に関連した立場、役割を担っている。具体的に職制の持つ業務命令・業務評価などの立場、役割や人事部門の持つ採用・異動・就労規則の運用などの立場、役割は、その内容によっては社員のストレス・メンタルヘルス問題に与える影響は大きい。企業内にてストレス対策・メンタルヘルス活動を推進するには、職制、人事部門の社員の職場への適応を支援する役割、立場を明確にするとともに各々が産業保健部門（産業保健スタッフ）とスムースに連携し社員の職場適応を支援するシステム(三位一体の支援システム)の構築が望ましいと考えられる（図１参照）。

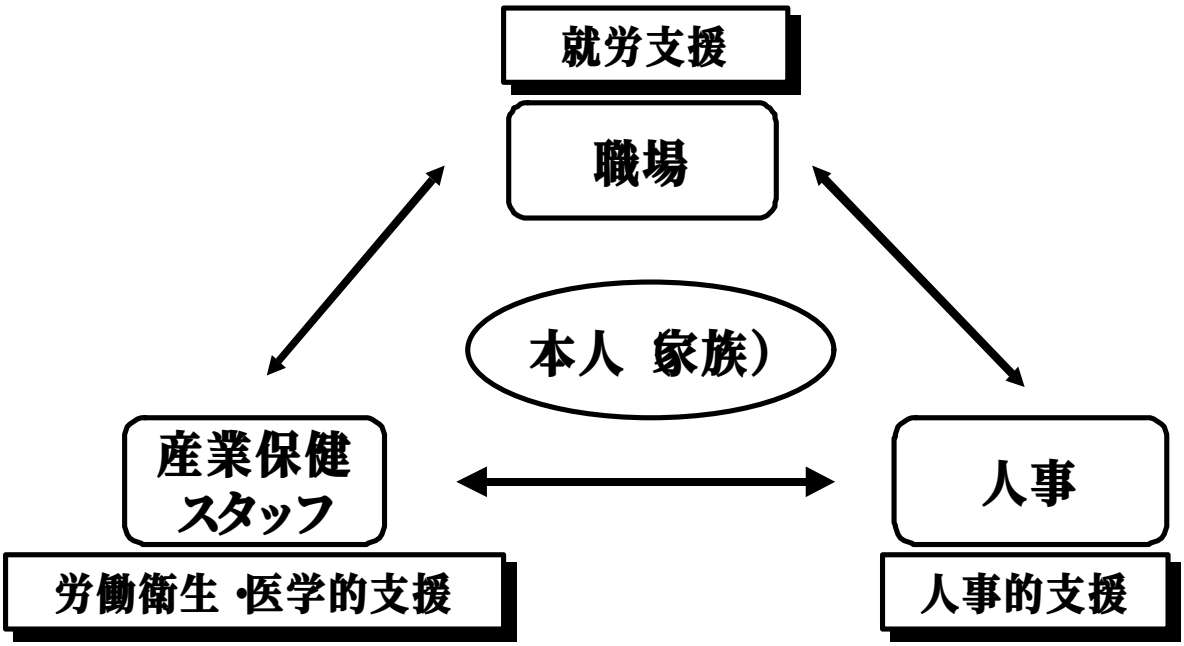


図１　職場適応状態の支援システム―三位一体の支援システム―
（モデル事業５）

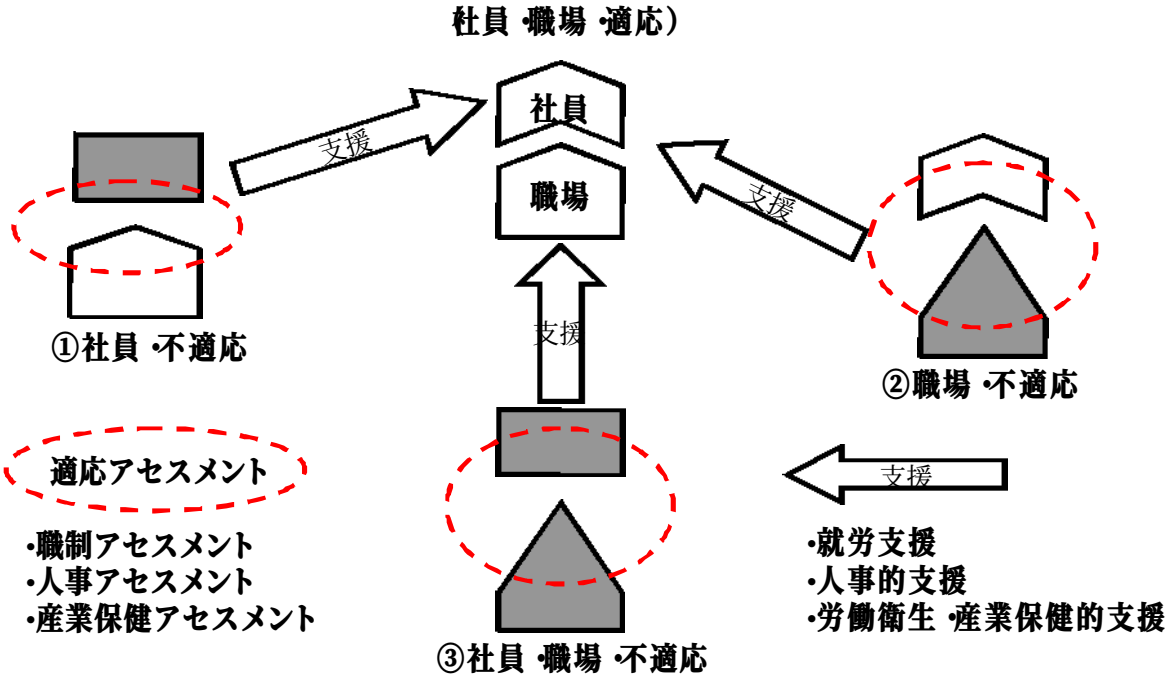
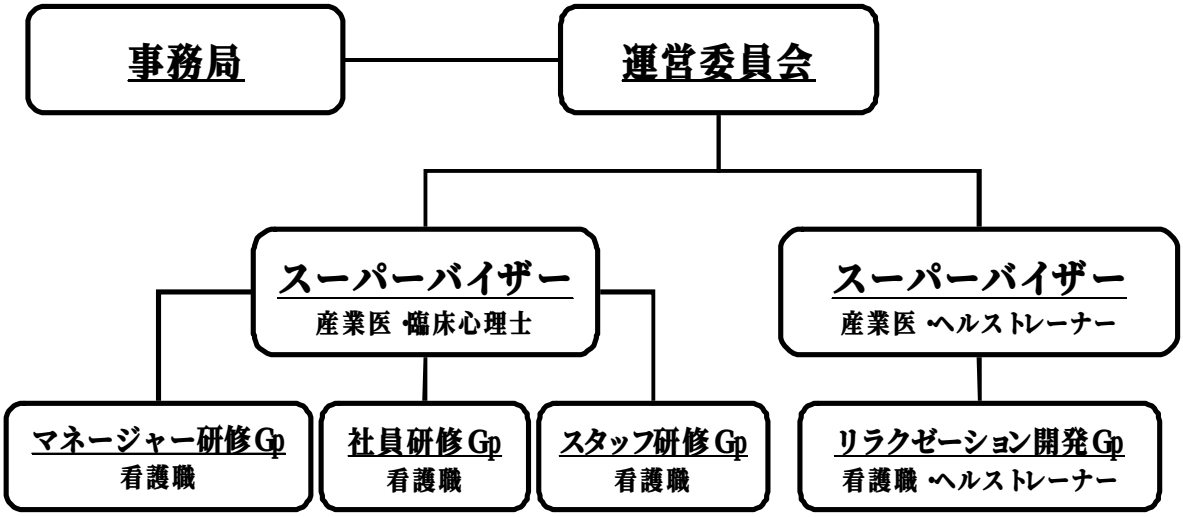


図２　三位一体の支援システムの機能（モデル事業５）

三位一体の支援システムは、職制、人事、産業保健スタッフが各々の立場から、社員と職場の関係をアセスメントし、不適応が生じている場合、その不適応の型である①社員・不適応、②職場・不適応　③社員・職場・不適応、のいずれかを三位一体で連携して決定し、適切な支援方法（就労支援、人事的支援、労働衛生・産業保健的支援）を実施する機能である（図2参照）。この機能を強化することが、企業内におけるストレス対策・メンタルヘルス活動の推進には不可欠であると思われる。

D．ストレス対策・メンタルヘルス活動実施のために必要な組織づくり

1999年4月、企業内におけるストレス対策・メンタルヘルス活動の推進を具体的に実践するために産業保健部門・人事部門・安全衛生部門・健康保険組合の代表者による運営委員会を設立した。運営委員会において「予防的メンタルヘルス対策の確立」を活動目標とし、職制、人事担当者、産業保健スタッフが協力して社員のストレス対策・メンタルヘルス活動を行うこと、社員が自らストレス対策・メンタルヘルス活動を実践できるように支援を行う活動を推進するプロジェクトを行うこととなった。またその下部組織として、マネージャー研修・社員研修・スタッフ研修・リラクゼーション開発グループ（Ｇｐ）を設立し7事業所より23名の産業保健スタッフ（産業医2名、保健婦・士、看護婦・士17名、臨床心理士1名、ヘルストレーナー3名）が参加した（図3参照）。



＊人事・安全衛生・健康保健組合の代表も運営委員会に参加

図３　モデル事業５の組織図

E．具体的な活動目標

各々グループ（Ｇｐ）は以下に示す活動目標を決定した。

マネージャー研修Ｇｐ

活動目標：職場のメンタルヘルスのキーパーソンに対する教育・啓発プログラムの作成と実施

社員研修Ｇｐ

活動目標：一般社員に対する教育・啓発プログラムの作成と実施
講演会の企画・実施

スタッフ研修Ｇｐ

活動目標：産業保健スタッフのスキルアップ、
研修講師養成プログラムの作成と実施
人事担当者への教育プログラムの作成

リラクゼーション開発Ｇｐ

活動目標：各種ストレスコーピング法の紹介
運動・栄養プログラムの開発

F．活動結果

４つのグループ（Ｇｐ）は以下に示す活動を行った。

マネージャー研修Ｇｐ

・新任課長研修プログラムの作成
・統括課長研修プログラムの作成

社員研修Ｇｐ

・新入社員研修プログラムの作成

・３０才研修プログラムの作製
・講演会の実施
スタッフ研修Ｇｐ
・ 産業保健スタッフ研修プログラムの作製と実施
・ 研修の講師の育成
リラクゼーション開発Ｇｐ
・ インターネット上でリラクゼーションツールの紹介
・ 運動プログラムの作成

運営委員会は人事部門と交渉を行い、その結果として、マネージャー研修Ｇｐと社員研修Ｇｐが作製した研修プログラムを２０００年度から人事部門が行う社員研修に組み入れて実施することが決定した。また、スタッフ研修Ｇｐが作製した産業保健スタッフ研修プログラムを人事スタッフにも実施するとともに産業保健部門と人事部門合同のストレス対策・メンタルヘルス活動に関する研修会を継続して実施して行くことが決定した。

Ｇ．今後の活動と課題

今年度は、産業保健部門が中心となり人事部門・安全衛生部門・健康保険組合と連携して事業所毎に各々の研修プログラムを実施して行く予定である。その際、研修の講師となる産業保健スタッフの育成が今後の課題である。産業保健スタッフは各種健康診断、事後措置等の様々な労働衛生に関係する業務をすでに抱えているので、新たな業務を追加することが大きな業務負担とならないように配慮しなければならない。その上で研修を継続して実施し社内研修として確立する活動としていくバランスを保つことも課題である。また、健康保健組合と協力して関連企業へ研修制度を広めて行くことも大きな課題である。

加えて、我々の活動の評価を行うことも大きな課題と思われる。自記式質問票の実施や定期健康診断結果の評価等を通じて健康管理の点からストレス対策・メンタルヘルス活動を見直して行く予定である。加えて、職制・人事部門との関係を深めることによりストレス対策・メンタルヘルス活動の企業活動への効果・影響についても考察して行きたい。

研　究　者：深澤健二（ソニー㈱　健康開発センター）

Ⅱ－５－６．総合的ストレス対策のモデル事業：要約

以上５つの総合的ストレス対策のモデル事業の成果を要約する。ソフトウェア技術者（ＳＥ）におけるストレス対策のモデル事業（モデル事業１）では、産業保健スタッフに相談できる機会の少ない遠隔地の営業所やクライエント先のソフトウェア技術者(SE)も含め全社的ストレス対策を実施するために、職業

性ストレス簡易調査票による調査を実施した。調査により一人作業の SE にストレスが高いことが把握できた。また個人向けの結果通知も好評であった。判定図を用いたストレス対策を従来の方法（面接による個別対応）と組み合わせたモデル事業（モデル事業２）では、従来心身の不調者を対象とした個人面接を実施していた事業場で、これに加えて職場環境の対策を行うために職業性ストレス簡易調査票と「仕事のストレス判定図」を用いた調査の上、産業医による職場巡視，調査対象者の一部に対する個別面接、部課別の報告会を行ない、職場集団を対象としたストレス対策が可能となった。職場環境および個人向けの複合的ストレス対策のモデル事業（モデル事業３）では、独自の個人向けストレスチェック（健康診断時に実施）を中心に、職場別のストレス要因の評価と対策、個人結果の送付とこれと連動した個人向け教育・研修（リラクセーション法講習会）を複合的に実施し効果をあげた。規模事業所におけるストレスへの意識づくりのモデル事業（モデル事業４）では、従業員 700 名の中規模企業で、従業員のストレスに対する意識づくりを進めることを目的に職業性ストレス簡易調査票を活用した個人向けストレスチェック（希望者のみ対象）を中心に、リラクセーション講習会、職場ごとのストレス評価、相談活動などを複合的に実施したところ、ストレスへの意識づくりや産業医への相談が可能であることの理解が進んだ。総合的ストレス対策の計画立案のモデル事業（モデル事業５）では、職場におけるストレス・メンタルヘルス問題の早期発見と予防を目指す活動「メンタルヘルスプロモーションプロジェクト」のための体制づくりと目標の設定を行った。プロジェクトは産業保健部門・人事部門・安全衛生部門・健康保険組合の代表者による運営委員会によって運営され、下部組織として４つのグループを設けそれぞれ活動目標を定めた。これは将来の大企業でのストレス対策のモデルとなると思われる。またこれらのストレス対策のモデル事業にかかった費用は、従業員１名あたり 200 円（モデル事業４）～300 円（モデル事業３）、ストレスチェック参加者１名あたりでも 500～700 円であり、ストレス対策がかなり安価に実施できることが明らかとなった。

以上５つの事業所における総合的ストレス対策のモデル事業を通じて、本研究班の成果物（ストレス対策の枠組み、職業性ストレス簡易調査票、仕事のストレス判定図、ストレス対策マニュアルなど）を活用して実際の現場におけるストレス対策の推進が可能なことが明らかとなった。ストレス対策にかかる費用が比較的安価であったことからも、これらの成果を活用したストレス対策は事業場に普及しやすいと考えられた。

「ストレス測定」
研究グループ報告

Ⅲ－１．ストレス測定グループ研究成果の概要

5 年間の研究概要

ストレス測定グループでは、労働者の心身の健康管理に必要な職業性ストレスの測定法が確立されていないことから、職業性のストレス要因、心理的・身体的ストレス反応および修飾要因について、労働現場において簡便に使用できる信頼性・妥当性の高い調査票を開発することを 5 ヵ年研究の目的とした。平成 7･8 年には既存のストレスを測定する調査票の検討及び職場におけるストレス測定の実態を調査した。平成 9 年にはその検討結果をもとに、職業性ストレス簡易調査票を開発した。平成 10・11 年には産業現場において簡易調査票を試用し、更に修正、検討を加え職業性ストレス簡易調査票を完成した。

平成 7 年度研究概要

様々な心理測定法ならびに生物学的測定法を検討し、職業性ストレスの測定をどのように行い評価するか検討した。

平成 8 年度研究概要

職場におけるストレス評価の実態に関する調査研究ならびにダイナミックなストレスモデルに基づいたストレス要因、ストレス反応、修飾要因の相互関係に関する検討、ストレス反応と疾病との関係に関する検討を行った。

平成 9 年度研究概要

1. 多軸的ストレスモデルに基づいて、職業性ストレス簡易調査票(57 項目)を作成し、その信頼性・妥当性について検討を行った。 2. ストレス評価法マニュアル作成のためのストレス測定法分類表を作成した。

平成 10 年度研究概要

1. 職業性ストレス簡易調査票の修正を行いその活用について検討した。 2. 現場担当者が実際に使用できるストレス評価法の総合的なマニュアルを作成した。

平成 11 年度研究概要

1．主に個人評価を目的とした最終版職業性ストレス調査票を完成した。
① 信頼性、尺度構成等について検討し、各尺度の基準値を設定した。
② 簡易評価法について検討した。
2．職業性ストレス簡易調査票の有用性について検討した。
① 職業性ストレス簡易調査票施行者の意見調査
② 職業性ストレス簡易調査票被施行者（労働者本人）の意見調査
③ 職場における有効な活用法についての検討
3．職業性ストレス簡易調査票使用マニュアルを作成した。

平成 11 年度研究の概要

平成 11 年度研究は、①主に個人評価を目的とした職業性ストレス簡易調査票の完成、②簡易調査票の有用性について、③簡易調査票使用マニュアルの作成を研究課題として研究を実施した。

具体的研究計画

1） 主に個人評価を目的とした職業性ストレス簡易調査票の完成

① 職業性ストレス簡易調査票の信頼性の検討と基準値の設定
（下光班員、原谷研究協力者）

② 職業性ストレス簡易調査票における職業性ストレッサーおよびソーシャルサポトとスレス反応の関連性の検討　―共分散構造分析(MIMIC モデル)によるアプローチ―
（下光班員、岩田研究協力者）

③ 職業性ストレス簡易調査票における職業性ストレッサー及びストレス反応尺度特性の検討　　―項目反応理論の応用―
（下光班員、岩田研究協力者）

④ 職業性ストレス簡易調査票によるストレス簡易判定法の検討
（中村班員）

2）職業性ストレス簡易調査票の有用性　―簡易調査票施行による従業員のストレス対処への動機づけ促進効果の検討―

① 職業性ストレス簡易調査票に対する産業医、看護婦・士の意見調査結果より　（下光班員、健康影響評価グループ）

② 総合的ストレス対策モデル事業のなかでの職業性ストレス簡易調査票の活用　（下光班員、健康影響評価グループ）

③ 職場における職業性ストレス簡易調査票の使用に関する研究
（横山班員、丸田研究協力者）

④ 職業性ストレス簡易調査票の有用性について
―心理相談介入評価について―　(古木研究協力者)

⑤ 精神神経科受診者に対する職業性ストレス簡易調査票の使用
（大野班員）

3）職業性ストレス簡易調査票使用マニュアルの作成
（中村班員、他班員・協力者）

4）職業性ストレス簡易調査票の限界
（中村班員、他班員・協力者）

研究成果

1）主に個人評価を目的とした職業性ストレス簡易調査票の完成

1-1）職業性ストレス簡易調査票の信頼性の検討と基準値の設定

ストレス測定グループが開発した職業性ストレス簡易調査票については、

すでに各尺度の信頼性の高さ、尺度構成と因子構造との対応、基準関連妥当性の高さが確認されているが、昨年までの研究結果を受け、一部質問項目の順序の変更および言葉の修正を実施し、最終改訂版職業性ストレス簡易調査票による多職種、多業種で調査を実施し、12,274 名（男性 10,089 名、女性 2185 名）の回答が得られた。

簡易調査票における各尺度の Cronbach の α 信頼性係数を算出したところ、仕事のストレッサ-17 項目は 0.74、心理的ストレス反応 18 項目では 0.84、身体的ストレス反応 11 項目では 0.81、社会的支援 9 項目では 0.83 であった。また、全 57 項目の因子分析(主成分分析、バリマックス回転)を行い 3 因子を抽出した。第 1 因子は活気以外のストレス反応、第 3 因子は労働負荷、第 2 因子は社会的支援や活気などのその他の項目が高い因子負荷量を示した。ストレッサー、ストレス反応の下位尺度についても因子分析を実施し、ほとんどの項目は尺度と因子が一致しており、ほぼ尺度構成に対応した因子構造であることが確認された。また、基準値の設定を行った（下光班員、原谷研究協力者）。

1-2）職業性ストレス簡易調査票における職業性ストレッサーおよびソーシャルサポートとストレス反応の関連性の検討
－共分散構造分析(MIMIC モデル)によるアプローチ－

職業性ストレス簡易調査票の特徴は多次元測定･評価にあり、ストレッサー･ソーシャルサポート･ストレス反応ともいくつかの測定内容で構成されていることである。したがって、各ストレス反応の影響要因を明らかにすることよりも、ストレス反応全部を従属変数として、ストレッサーやサポートとの関連性を同時に検討し、それぞれの関連の大きさを明らかにする方が簡易調査票によるストレス評価の全体像を反映していると思われる。そこで、共分散構造分析(Covariance Structure Analysis / Structural Equation Modeling)による検討を試みた。

1 万人を越える日本人労働者から得たデータに共分散構造分析(MIMIC モデル)を適用し、ストレッサー･ソーシャルサポート･ストレス反応の全体としての関連性を検討した。その結果、ストレッサー･ソーシャルサポートとも『ストレス状態』に有意な関与を認め、また様々なストレス反応に有意に関連していることが明らかとなった。これらの関連性は男女ともほぼ同様であったが、女性労働者では「同僚の支援」は『ストレス状態』に関与しておらず、その分「家族のサポート」の関与が大きくなっていた。「仕事の適合性」や「職場の対人関係」の『ストレス状態』への関与の相対的大きさから、労務管理の重要性が再認識された（下光班員、岩田研究班員）。

1-3）職業性ストレス簡易調査票における職業性ストレッサー及びストレス反応尺度特性の検討　－項目反応理論の応用－

職業性ストレス簡易調査票で測定されるストレッサーおよびストレス反応が、どのようなストレッサー・ストレス反応レベルに特異的に或いは鋭敏に反応しているのかを項目反応理論(IRT)を用いて検討した。

ストレッサー測定項目のIRT解析結果では、ストレッサーの特性が低いレベルから高いレベルになるに従い、まず仕事の量的負担・質的負担が出現し、さらにストレッサーレベルが上がると、コントロールの低下が現れ、次いで対人関係、仕事の適合性が発現してくることがうかがわれた。ストレス反応項目のIRT解析結果では、ストレス反応のレベルが低い方から順に、まず「活気のなさ」が自覚され、それがしばらく続くと「イライラ感」・「疲労感」が出現し、次いで「不安」・「身体愁訴」が現れ、最後に「抑うつ感」が現れるというストレス反応出現の流れがうかがわれた。また、心理的ストレス反応が良好な識別性を有しているのに対し、身体的ストレス反応測定項目の識別性は低くなっていた。IRT解析の結果、ストレッサー項目・ストレス反応項目ともに、あるレベルのストレッサーやストレス反応をspecificに測定しているものではなく、それぞれ幅広いストレッサーレベル・ストレス反応レベルを捉えるよう設定されており職業性ストレスの測定に有用であることが確認された（下光班員、岩田研究班員）。

1-4）職業性ストレス簡易調査票によるストレス簡易判定法の検討

職業性ストレス簡易調査票によるストレス判定を健診や健康測定の現場で簡便に行うための判定方法とその判定基準を 12,000 余名のデータに基づき作成・検討した。ストレッサー評価軸として、「仕事の負担度（７項目）」において男性６項目以上、女性５項目以上、「コントロール度（３項目）」では男女とも２項目以上ストレス度の高い上位 2 つの選択肢への回答があった場合、要チェックと判定した。心理的ストレス反応では 18 項目中男性は 14 項目、女性は 13 項目以上、身体的反応では 11 項目中男性は 5 項目、女性は 6 項目以上に、同様の回答をした場合、各ストレス反応が要チェックと判定した。「職場の社会的支援　要チェック」は、「上司・同僚の支援」６項目中、「多少」あるいは「全くない」の選択肢が選ばれた回答が５項目以上ある場合とした（マニュアル参照）。デマンド・コントロール・サポートモデルを参考に簡易調査票の「仕事の負担度」、「コントロール度」、「社会的支援」のいくつに「要チェック」が判定されたかによって、段階点（０～３）ごとの「ストレス反応要チェック発現リスク」を、多項ロジスティック回帰分析により検討した。その結果、「仕事の負担度」、「コントロール度」、「社会的支援」のいずれも要チェックとされた者では最大 18.5 倍というストレス反応発現リスクが推定された（中村班員）。

２）職業性ストレス簡易調査票の有用性に関する研究
－簡易調査票施行による従業員のストレス対処への動機づけ促進効果の検討－
2-1）職業性ストレス簡易調査票に対する産業医、看護婦・士の意見調査結果より

職業性ストレス簡易調査票が産業現場で使用可能かについて検討するため、産業医および看護婦・士を対象に、簡易調査票、従業員へのフィードバックのための結果出力例、結果解釈のための説明文、“簡便な評価法”のための使用ガイドの４点と本調査票についての意見・感想記入用紙を郵送した。

回答数 41 名中、簡易調査票を実際に使用してみたと答えた者は 13 名（32%）で、使用の場面は新入社員の健康相談・入社３ヶ月後の面談が多かった。簡易調査票についての①健康指導や THP の心理相談の場で対象者のストレスの把握には使えるか？という問に対して、使えると回答したものが95%と高かった。②健康診断などの場面での簡易調査票についてストレスの意識づくりや気づきの促進に使えそうか？という問に対して、使えると回答した者は 93%と高く、またこれらのうち 50%がこのままで十分使用できると回答していた。実際に従業員のストレスを減らすことにこの調査票は有効か、という問に対しては 64%が使える（有効）と回答した。③これまで使用したことのある調査票との比較で、他の調査票を使用した経験があるものは 33 名(80%)であり、このうち優れている 13 名(39%)、同じ７名(21%)、劣っている２名(6%)、わからない(33%)との回答を得た。

検討結果より、簡易調査票は、特に職業性のストレス調査票という点で仕事のストレス要因を聞いている点が評価されており、本調査票は職域での汎用性が高いと考えられた（下光班員、健康影響評価グループ）。

2-2）総合的ストレス対策のモデル事業のなかでの職業性ストレス簡易調査票の活用

職業性ストレス簡易調査票を、総合的ストレス対策のモデル事業の中で使用し、その有用性について検討した。

１） 健康診断および健康保持増進事業などの機会におけるストレス対策希望者に簡易調査票を施行した。参加者に対して一律にフィードバックプログラムによる「あなたのストレスプロフィール」を返却し、参加者の感想を求めた。100 名中 22 名が回答し、ストレスに関心を持つのに役立った（86%）、自分のストレスについて理解するのに役立った（81%）、ストレスを減らすのに役立つと思う（55%）、ストレス解消に役立ちそう（55%）との回答結果を得た。

２） ソフトウェア技術者を対象としたストレス対策事業の中で 1619 名に簡易調査票を施行した。１）と同様にストレスプロフィールを返却し、その後、200 名を無作為抽出して質問紙により簡易調査票の評価についての感想を求めた。92 名が調査票に回答し、ストレスに関心を持つの

に役立った（82%）、自分のストレスについて理解するのに役立った（76%）、ストレスを減らすのに役立つと思う（50%）、ストレス解消に役立ちそう（52%）との回答結果を得た。

2つの事業場における簡易調査票使用の結果、労働者から本調査票が有用であるという評価を得た（下光班員、健康影響評価グループ）。

2-3）職場における職業性ストレス簡易調査票の使用に関する研究

職業性ストレス簡易調査票を使用し、回答者が内容を理解･応用できるかを検討するため､都内の某金融機関の事務作業者 110 名に簡易調査票を配布した。80 名の回答者に対して判定結果を送付し、さらに１)結果が全体としてわかりやすいか、２)評価が回答者自身感じていることと一致するか、３）今回の結果が回答者自身のストレスの気づきに役立つか､の回答を求めた。これにより得られた 21 名の回答結果を解析した。

簡易調査票の「ストレスの原因」､「ストレスによっておこる心身の反応」および「ストレス反応に影響を与える他の因子」の評価はいずれも 2／3 以上の回答者が自己の評価と一致していた。また、2／3 以上の回答者がストレスの気づきに役立ったと回答した。

簡易調査票による評価は被検者の自己評価とよく一致し､ストレスの気づきに役立つと推察された（横山班員、丸田研究協力者）。

2-4）職業性ストレス簡易調査票の有用性について
－心理相談効果指標ツールとして－

ストレス相談の前後に職業性ストレス簡易調査票を実施し､ストレス相談が有効であったかの効果判定指標として簡易調査票を使用し､その有用性について検討した。

某事業場において健康診断時に簡易調査票を実施し､調査結果のストレス反応としての不定愁訴率の高かった 47 名についてストレス相談を実施した。そのストレス相談受診者を対象として健康診断から 1 年後に再度簡易調査票を施行し、ストレス相談の有効性について検討した。

ストレス相談後､ストレスの原因となる因子およびストレスによっておこる心身の反応に改善が認められた｡ストレス反応に影響を与える他の因子については家族・友人からの支援、仕事や生活に対する満足感は改善傾向を示した。これらの結果から、ストレス相談は特にストレスによって引き起こされる心身の反応に有効であり､またストレスの原因と考えられる因子についてもある程度有効であることが示された。また､簡易調査票を施行することにより心理相談の効果を多軸的に評価・判定することが可能であり、今後、職場におけるメンタルヘルス推進活動の効果指標としての活用が期待される（古木研究協力者）。

2-5）精神神経科受診者に対する職業性ストレス簡易調査票の使用

勤労者に職業性ストレス簡易調査票を使用するにあたって、精神疾患発症者における傾向を把握することが重要であることから、精神神経科外来初診受診者で面接を行った185名中、「神経症とうつ病」の156名に簡易調査票を実施した。欠損値データを除いた144名（男55、女89、平均年齢33.7歳）について、心理的ストレス反応及び身体的ストレス反応得点の傾向を検討した。

心理的、身体的ストレス反応について「神経症とうつ病」の男女ともその得点分布は高得点位に位置していた。（大野班員）。

3）職業性ストレス簡易調査票使用マニュアルの作成

ストレス測定グループが開発した「職業性ストレス簡易調査票」を産業現場で有効に活用してもらうことを目的とし、わかりやすい使用マニュアルを作成した（中村班員、他班員、協力者）。

4）職業性ストレス簡易調査票の限界

ストレス測定グループが開発した職業性ストレス簡易調査票の産業現場（含小規模事業場）においての実際的活用にあたり、調査票の使用に関する限界を明らかにしておく必要がある。労働省「作業関連疾患の予防に関する研究」ストレス測定グループおよび健康影響評価グループが行った研究成果を基に、調査票の活用上の限界について整理した。

① 自記式調査票としての限界
　自記式でおこなわれるため、回答する者の意志・意図に影響を受け、ストレス状況を正しく評価できないことがありうる
② 調査時点のストレス状況しか把握できない
③ 簡易版であるが故の限界
　簡易版であるため項目数が少なく、コーピングやタイプA行動パターンなどの指標を評価することはできない
④ 疾病のスクリーニングを主目的として開発されたものではなく、本調査票による疾病の診断はできない

以上の点を考慮し、職場におけるストレス評価の補助的資料として活用する（中村、大野、横山班員、原谷、古木、丸田研究協力者）。

今後の課題

*職業性ストレス簡易調査票を用いた全国規模での職業性ストレスの動向調査
*簡易調査票に追加するオプションとしてのコーピング調査票の開発
*簡易調査票を健康測定時に使用して、心理相談に生かすような事業場内システムの開発

*簡易調査票施行結果に産業医、看護婦・士の意見を反映でき、事業場ごとにその特徴を生かしたコメント等を追加することが可能なソフトの開発
*個々人や事業場ごとの簡易調査票施行結果に応じたきめ細やかなストレス管理ツールの活用
*簡易調査票施行の結果、ストレスプロフィールに問題があった労働者や部署に対する事業場の対応やストレス管理対策の紹介と普及

班員構成

平成 7 年～8 年度

班員：下光輝一（東京医大）、飯森眞喜雄（東京医大）大野裕（慶應義塾大学医学部）、神山昭男（北海道大学医学部）、谷川武（筑波大学医学専門群）、中野弘一（東邦大学医学部）、中村賢（北里大学医学部）、早野順一郎（名古屋大学医学部）、横山和仁（東京大学医学部）
研究協力者：岩田昇（産業医科大学）、原谷隆史（産業医学総合研究所）、藤垣裕子（科学技術庁科学技術政策研究所）

平成 9 年～10 年度

班員：下光輝一（東京医大）、大野裕（慶應義塾大学医学部）、谷川武（筑波大学医学専門群）、中村賢（北里大学医学部）、丸田敏雅（東京医大）、横山和仁（東京大学医学部）
研究協力者：岩田昇（産業医科大学）、原谷隆史（産業医学総合研究所）

平成 11 年度

班員：下光輝一（東京医科大学）、大野　裕（慶応義塾大学医学部）、中村　賢（北里大学医療衛生学部）、横山和仁（東京大学大学院医学系）
研究協力者：岩田　昇（フロリダ国際大学）、原谷隆史（産業医学総合研究所）、古木勝也（京都工場保健会産業保健部）、丸田敏雅（東京医科大学）

ストレス測定研究グループ連絡員　下光輝一（東京医科大学衛生学公衆衛生学）

Ⅲ－２. 主に個人評価を目的とした職業性ストレス簡易調査票の完成

Ⅲ－２－１. 職業性ストレス簡易調査票の信頼性の検討と基準値の設定

A. 目的

平成９年度にストレス測定グループでは、仕事のストレッサー、ストレス反応、緩衝要因を全57項目で評価することが可能であり、労働現場で容易に使用できる、簡便な職業性ストレス簡易調査票を開発した。この調査票については実際に約 2､500 名の勤労者を対象としてその信頼性、妥当性について検討し、各尺度の信頼性は比較的高く、尺度構成と因子構造との対応が認められ、また、基準関連妥当性も高いことが確認されている。その後、昨年度までの研究結果を受け、よりわかりやすく、誤解のない質問とするため、一部質問項目の順序の変更および言葉の修正を実施した。さらに、多職種、多業種でのデータ収集を行い、修正した簡易調査票の信頼性について再検討を行い、簡易調査票を完成させ、その基準値を設定することを目的として検討した。

B. 方法

1998年から1999年に、21企業・団体に実施した最終改訂版職業性ストレス簡易調査票の回答者を対象とし信頼性分析および因子分析を行った。対象者は12,274名(男性10,089名、女性2185名)、平均年齢は男性38.4±10.1歳、女性35.3±10.2歳であった。対象企業は、化学、工業、電気、製鉄、電力、製糖、生命保険等の企業および小規模事業場と多岐にわたっていた。

簡易調査票の回答は、４段階の選択肢に１点から４点の得点を与え、尺度得点を算出した。一般には肯定あるいは頻度が多い方が高得点となるが、ストレッサーの対人関係の「(14)私の職場の雰囲気は友好的である。」は逆転項目であり、否定の回答が高得点となる。解析は、まず各尺度の信頼性としてCronbachのα信頼性係数を算出した。次に因子的妥当性を、全57項目、ストレッサー17項目、ストレス反応29項目の因子分析を行い因子構造を検討した。因子分析は、共通性を１とした主因子法により因子を抽出しバリマックス回転を行った。

基準値の設定に関しては、男女別に各尺度得点の平均値、標準偏差からt-scoreを算出して35未満、35～45、45～55、55～65、65以上と５段階評価し、各段階ごとの素点を決定してストレッサー、ストレス反応等の最も高い群をグレーゾーンとした。

これらの解析にはSPSS for Windowsを使用した。

C．結果

簡易調査票の各尺度の Cronbach のα信頼性係数を算出した(表１)。「ストレスの原因と考えられる因子」に関して、仕事のストレッサ-全体ではα信頼性係数は 0.74、下位尺度の量的労働負荷は 0.77、質的労働負荷 0.68、コントロール 0.65、対人関係 0.64、働きがい 0.79 であった。「ストレスによっておこる心身の反応」については心理的ストレス反応 18 項目ではα信頼性係数 0.84、活気を除いた心理的ストレス反応 15 項目では 0.91、活気は 0.89、怒り 0.86、疲労 0.84、不安 0.71、抑うつ 0.86、身体愁訴 0.81 であった。「ストレス反応に影響を与えるその他の因子」の社会的支援９項目ではα信頼性係数 0.83、職場の社会的支援(上司＋同僚)0.78、上司の支援

表１　職業性ストレス簡易調査票のα信頼性係数

		全体		男性		女性	
	項目数	人数	α係数	人数	α係数	人数	α係数
仕事のストレッサー(17 項目)	17	11645	0.74	9652	0.74	1993	0.77
量的労働負荷	3	12069	0.77	9946	0.76	2123	0.77
質的労働負荷	3	12065	0.68	9943	0.66	2122	0.71
コントロール	3	12068	0.65	9964	0.65	2104	0.69
対人関係	3	11967	0.64	9877	0.63	2090	0.64
働きがい	2	12093	0.79	9975	0.80	2118	0.75
心理的ストレス反応(18 項目)	18	11847	0.84	9769	0.84	2078	0.83
心理的ストレス反応 (活気を除く 15 項目)	15	11907	0.91	9813	0.92	2094	0.91
活気	3	12073	0.89	9945	0.89	2128	0.87
怒り	3	12084	0.86	9953	0.86	2131	0.87
疲労	3	12102	0.84	9964	0.85	2138	0.83
不安	3	12090	0.71	9960	0.70	2130	0.73
抑うつ感	6	12041	0.86	9919	0.86	2122	0.84
身体的ストレス反応	11	12008	0.81	9894	0.82	2114	0.79
社会的支援(9 項目)	9	11795	0.83	9757	0.84	2038	0.83
職場の社会的支援(上司＋同僚)	6	11844	0.78	9792	0.78	2052	0.78
上司の社会的支援	3	11895	0.79	9833	0.78	2062	0.81
同僚の社会的支援	3	11935	0.76	9840	0.75	2095	0.80
家族・友人の社会的支援	3	12024	0.83	9901	0.83	2123	0.83

0.79、同僚の支援 0.76、家族･友人の社会的支援 0.83 であった。

また、全 57 項目の因子分析(主成分分析、バリマックス回転)を行い 3 因子を抽出した。累積寄与率は 34.9%であった。第 1 因子は活気及び B(10)気がはりつめている以外のストレス反応の項目ではいずれも 0.43 以上の高い因子負荷量を示した。特に抑うつ 6 項目は 0.52 から 0.64、疲労 3 項目は 0.58 から 0.67 と高かった。第 2 因子は、活気、社会的支援、満足度などポジティブな項目が高い因子負荷量を示した。特に因子負荷量が高かった項目は、仕事の満足度 0.62、働きがい 0.56 であり、職場の上司や同僚の社会的支援の 6 項目も 0.58 から 0.64 と因子負荷量が高かった。

ストレッサーでは、労働負荷を除いた項目の因子負荷量の絶対値が大きかった。量的労働負荷や質的労働負荷では因子負荷量は 0.58 から 0.75 と高かった。ストレス反応の「(10)気がはりつめている。」は第 3 因子の負荷量が 0.58 と高く、ストレッサーに近い項目であることが示された(表 2)。

ストレッサーの 17 項目の因子分析を行い、6 因子を抽出した(表 3)。累積寄与率は 64.7%であった。第 1 因子は、質的労働負荷の 3 項目の因子負荷量が 0.68 から 0.82 と高かった。量的労働負荷の「(1)非常にたくさんの仕事をしなければならない。」も 0.62 と高かった。第 2 因子は、対人関係の 3 項目の因子負荷量が高かった。第 3 因子は量的労働負荷の 3 項目の因子負荷量が高く、A (1)、(2)は 0.76、0.83 と高かった。第 4 因子はコントロールの 3 項目が 0.61 から 0.86 と高かった。第 5 因子は仕事の適性と働きがいの 2 項目がそれぞれ 079、0.75 と高い因子負荷量を示した。また、技術の低活用 1 項目が-0.65 と負荷量の絶対値が大きかった。第 6 因子は 2 項目で「A (7) 身体を大変よく使う仕事だ。」、「A (15) 私の職場の作業環境(騒音、照明、温度、換気など)はよくない。」であり、身体的労働負荷と職場環境がひとつの因子として抽出された。

表２　全 57 項目の因子分析

	第１因子	第２因子	第３因子
A (1) 非常にたくさんの仕事をしなければならない。	0.04	0.03	0.75
A (2) 時間内に仕事が処理しきれない。	0.12	-0.06	0.67
A (3) 一生懸命働かなければならない。	0.04	0.08	0.72
A (4) かなり注意を集中する必要がある。	0.05	0.07	0.64
A (5) 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ。	-0.02	0.09	0.58
A (6) 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない。	0.03	0.01	0.69
A (7) 身体を大変よく使う仕事だ。	0.09	-0.02	0.25
A (8) 自分のペースで仕事ができる。	-0.14	0.24	-0.42
A (9) 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる。	-0.13	0.28	-0.13
A (10) 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる。	-0.19	0.46	0.10
A (11) 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない。	0.14	-0.24	-0.14
A (12) 私の部署内で意見のくい違いがある。	0.18	-0.39	0.25
A (13) 私の部署と他の部署とはうまが合わない。	0.16	-0.36	0.20
A (14) 私の職場の雰囲気は友好的である。	0.13	-0.53	0.09
A (15) 私の職場の作業環境(騒音、照明、温度、換気など)はよくない。	0.22	-0.20	0.09
A (16) 仕事の内容は自分にあっている。	-0.30	0.49	0.06
A (17) 働きがいのある仕事だ。	-0.28	0.56	0.23
B (1) 活気がわいてくる。	-0.29	0.55	0.14
B (2) 元気がいっぱいだ。	-0.32	0.52	0.02
B (3) 生き生きする。	-0.31	0.55	0.05
B (4) 怒りを感じる。	0.43	-0.28	0.27
B (5) 内心腹立たしい。	0.47	-0.34	0.28
B (6) イライラしている。	0.55	-0.27	0.29
B (7) ひどく疲れた。	0.59	-0.11	0.39
B (8) へとへとだ。	0.58	-0.10	0.40
B (9) だるい。	0.67	-0.15	0.17
B (10) 気がはりつめている。	0.29	0.03	0.58
B (11) 不安だ。	0.56	-0.26	0.26
B (12) 落着かない。	0.59	-0.24	0.27
B (13) ゆううつだ。	0.64	-0.33	0.19
B (14) 何をするのも面倒だ。	0.61	-0.28	0.04
B (15) 物事に集中できない。	0.58	-0.24	0.08
B (16) 気分が晴れない。	0.64	-0.35	0.17
B (17) 仕事が手につかない。	0.55	-0.22	0.05
B (18) 悲しいと感じる。	0.52	-0.24	0.08
B (19) めまいがする。	0.54	-0.01	0.02
B (20) 体のふしぶしが痛む。	0.48	0.00	0.02
B (21) 頭が重かったり頭痛がする。	0.59	-0.02	0.04
B (22) 首筋や肩がこる。	0.52	0.02	0.02
B (23) 腰が痛い。	0.48	0.03	-0.03
B (24) 目が疲れる。	0.50	0.00	0.10
B (25) 動悸や息切れがする。	0.48	0.01	0.02
B (26) 胃腸の具合が悪い。	0.54	-0.05	0.02
B (27) 食欲がない。	0.48	-0.07	0.01
B (28) 便秘や下痢をする。	0.47	-0.05	-0.07
B (29) よく眠れない。	0.50	-0.13	0.04
C 気軽に話：上司	-0.10	0.60	0.01
C 気軽に話：職場の同僚	-0.02	0.58	0.01
C 気軽に話：配偶者、家族、友人等	0.03	0.48	-0.03
C 困った時の頼り：上司	-0.05	0.64	0.05
C 困った時の頼り：職場の同僚	0.04	0.62	-0.01
C 困った時の頼り：配偶者、家族、友人等	0.05	0.50	-0.08
C 個人的な問題の相談：上司	-0.03	0.62	0.01
C 個人的な問題の相談：職場の同僚	0.05	0.62	-0.04
C 個人的な問題の相談：配偶者、家族、友人等	0.07	0.50	-0.05
D 仕事の満足度	-0.35	0.62	0.00
D 家庭生活の満足度	-0.15	0.40	0.00

表３　仕事のストレッサー17 項目の因子分析

	第１因子	第２因子	第３因子	第４因子	第５因子	第６因子
A (1) 非常にたくさんの仕事をしなければならない。	0.39	0.10	0.76	0.00	0.05	0.10
A (2) 時間内に仕事が処理しきれない。	0.23	0.15	0.83	-0.07	0.00	-0.04
A (3) 一生懸命働かなければならない。	0.62	-0.05	0.42	-0.05	0.01	0.20
A (4) かなり注意を集中する必要がある。	0.82	0.03	0.04	-0.05	0.05	0.17
A (5) 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ。	0.68	0.15	0.15	0.05	0.24	-0.18
A (6) 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない。	0.72	0.01	0.27	-0.06	-0.02	0.02
A (7) 身体を大変よく使う仕事だ。	0.16	-0.05	0.05	-0.11	-0.01	0.78
A (8) 自分のペースで仕事ができる。	-0.16	-0.05	-0.40	0.71	0.10	-0.02
A (9) 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる。	-0.01	-0.02	-0.02	0.86	0.08	-0.13
A (10) 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる。	0.06	-0.26	0.25	0.61	0.22	-0.15
A (11) 自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない。	-0.12	-0.01	0.02	0.11	-0.65	0.35
A (12) 私の部署内で意見のくい違いがある。	0.05	0.76	0.16	-0.04	-0.12	0.11
A (13) 私の部署と他の部署とはうまが合わない。	-0.01	0.76	0.16	-0.01	-0.05	0.10
A (14) 私の職場の雰囲気は友好的である。	0.12	0.63	-0.15	-0.21	-0.24	-0.05
A (15) 私の職場の作業環境(騒音、照明、温度、換気など)はよくない。	-0.01	0.30	0.00	-0.13	-0.05	0.62
A (16) 仕事の内容は自分にあっている。	-0.01	-0.19	-0.03	0.26	0.79	0.10
A (17) 働きがいのある仕事だ。	0.14	-0.26	0.08	0.23	0.75	0.07

ストレス反応 29 項目の因子分析を行い８因子を抽出した(表４)。累積寄与率は 66.4%であった。第１因子は、抑うつの６項目が 0.52 から 0.77 と高い因子負荷量を示した。また、不安の項目である「B (11) 不安だ」、「B (12) 落着かない。」も同じ第１因子として抽出された。第２因子は、活気の３項目が 0.85 から 0.89 と非常に高い因子負荷量を示した。第３因子は、怒りの３項目が 0.68 から 0.87 と高く、第４因子は、疲労の３項目が 0.66 から 0.78 と高かった。第５,６,７因子は各々身体的ストレス反応項目が抽出された。第５因子は、身体的ストレス反応の項目である肩こり、腰痛、眼疲労の３項目の因子負荷量が 0.65 から 0.78 と高かく、第６因子は、消化器症状３項目と不眠が 0.43 から 0.75 と高かった。第７因子は、めまい、関節痛、頭重・頭痛、動悸・息切れの４項目が 0.48 から 0.71 の因子負荷量であった。第８因子は、不安の３項目が 0.49 から 0.71 の因子負荷量を示した。

表４　ストレス反応 29 項目の因子分

	第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子	第 4 因子	第 5 因子	第 6 因子	第 7 因子	第 8 因子
B (1) 活気がわいてくる。	-0.18	0.85	-0.10	-0.04	-0.05	-0.05	-0.04	0.06
B (2) 元気がいっぱいだ。	-0.14	0.88	-0.07	-0.10	-0.05	-0.09	-0.06	-0.06
B (3) 生き生きする。	-0.15	0.89	-0.10	-0.08	-0.06	-0.08	-0.03	-0.05
B (4) 怒りを感じる。	0.17	-0.06	0.87	0.13	0.07	0.07	0.08	0.08
B (5) 内心腹立たしい。	0.22	-0.14	0.85	0.12	0.08	0.08	0.08	0.13
B (6) イライラしている。	0.28	-0.15	0.68	0.26	0.13	0.10	0.07	0.20
B (7) ひどく疲れた。	0.18	-0.09	0.22	0.77	0.19	0.10	0.12	0.21
B (8) へとへとだ。	0.23	-0.06	0.17	0.78	0.11	0.08	0.19	0.22
B (9) だるい。	0.34	-0.20	0.14	0.66	0.23	0.16	0.15	0.03
B (10) 気がはりつめている。	-0.02	0.14	0.17	0.33	0.10	0.07	0.07	0.71
B (11) 不安だ。	0.51	-0.16	0.18	0.10	0.09	0.10	0.07	0.60
B (12) 落着かない。	0.57	-0.13	0.21	0.15	0.08	0.12	0.09	0.49
B (13) ゆううつだ。	0.59	-0.27	0.26	0.19	0.09	0.14	0.08	0.37
B (14) 何をするのも面倒だ。	0.72	-0.16	0.16	0.26	0.10	0.13	0.09	-0.08
B (15) 物事に集中できない。	0.77	-0.10	0.11	0.17	0.11	0.14	0.08	-0.02
B (16) 気分が晴れない。	0.55	-0.32	0.25	0.19	0.12	0.18	0.09	0.29
B (17) 仕事が手につかない。	0.73	-0.07	0.09	0.09	0.03	0.12	0.19	0.02
B (18) 悲しいと感じる。	0.52	-0.11	0.18	-0.06	0.05	0.13	0.25	0.35
B (19) めまいがする。	0.17	-0.05	0.07	0.15	0.08	0.18	0.71	0.03
B (20) 体のふしぶしが痛む。	0.08	-0.04	0.07	0.09	0.40	0.01	0.62	0.04
B (21) 頭が重かったり頭痛がする。	0.15	-0.09	0.07	0.20	0.38	0.23	0.48	0.00
B (22) 首筋や肩がこる。	0.08	-0.08	0.06	0.15	0.78	0.12	0.13	0.05
B (23) 腰が痛い。	0.09	-0.01	0.10	0.01	0.65	0.06	0.33	0.00
B (24) 目が疲れる。	0.08	-0.05	0.06	0.18	0.70	0.21	0.03	0.15
B (25) 動悸や息切れがする。	0.14	-0.01	0.05	0.05	0.07	0.19	0.68	0.11
B (26) 胃腸の具合が悪い。	0.10	-0.05	0.13	0.09	0.19	0.75	0.15	0.05
B (27) 食欲がない。	0.16	-0.10	-0.01	0.11	-0.02	0.62	0.26	0.17
B (28) 便秘や下痢をする。	0.15	-0.04	0.09	0.03	0.19	0.75	0.04	-0.08
B (29) よく眠れない。	0.25	-0.11	0.03	0.09	0.11	0.43	0.20	0.24

今回の結果から算出した判定基準を示す（表５）。

表５－１

あなたのストレスプロフィール

男性素点換算表

お　名　前　　ID番号

	素点計算法		1 低い／少い	2 やや低い／少い	3 普通	4 やや高い／多い	5 高い／多い	
	質問項目		質問項目合計得点					
【ストレスの原因と考えられる因子】								
心理的な仕事の負担（量）	No.1+No.2+No.3		12-10	9-8	7-6	5-4	3	
			7.1%	18.4%	42.4%	22.1%	10.0%	
心理的な仕事の負担（質）	No.4+No.5+No.6		12-10	9-8	7-6	5-4	3	
			4.2%	20.5%	44.2%	25.4%	5.8%	
自覚的な身体的負担度	No.7			4	3	2	1	
				32.0%	40.1%	18.7%	9.1%	
職場の対人関係でのストレス	No.12+No.13+(5-No.14)		12	11-10	9-8	7	6-3	
			5.5%	24.2%	49.2%	11.5%	9.6%	
職場環境によるストレス	No.15			4	3	2	1	
				24.5%	38.2%	23.5%	13.8%	
仕事のコントロール度 ★	No.8+No.9+No.10		12-10	9	8-7	6-5	4-3	
			4.7%	15.9%	37.7%	33.8%	7.9%	
あなたの技能の活用度★	No.11		1	2	3	4		
			4.1%	18.3%	50.3%	27.3%		
あなたが感じている仕事の適性度★	No.16		4	3	2		1	
			5.7%	23.4%	56.3%		14.6%	
働きがい★	No.17		4	3	2		1	
			6.5%	24.5%	53.1%		15.8%	
【ストレスによっておこる心身の反応】								
活気★	No.1+No.2+No.3		3	4-5	6-7	8-9	10-12	
			10.1%	13.3%	43.5%	24.5%	8.6%	
イライラ感	No.4+No.5+No.6		3	4-5	6-7	8-9	10-12	
			10.9%	21.9%	39.8%	20.8%	6.6%	
疲労感	No.7+No.8+No.9		3	4	5-7	8-9	10-12	
			10.8%	13.1%	49.3%	18.1%	8.8%	
不安感	No.10+No.11+No.12		3	4	5-7	8-9	10-12	
			9.2%	16.4%	53.5%	15.7%	5.3%	
抑うつ感	No.13～No.18の合計		6	7-8	9-11	12-15	16-24	
			16.1%	22.6%	32.6%	21.4%	7.2%	
身体愁訴	No.19～No.29の合計		11	12-15	16-20	21-25	26-44	
			6.3%	34.1%	35.8%	16.2%	7.6%	
【ストレス反応に影響を与える他の因子】								
上司からのサポート★	No.1+No.4+No.7		12-11	10-9	8-7	6-5	4-3	
			5.8%	26.0%	33.3%	26.3%	8.6%	
同僚からのサポート★	No.2+No.5+No.8		12-10	9-8	7-6	5-4	3	
			5.2%	33.2%	40.6%	15.6%	5.3%	
家族や友人からのサポート★	No.3+No.6+No.9		12-9	8-7	6-5	4-3		
			6.4%	12.9%	35.2%	45.5%		
仕事や生活の満足度 ★	No.1+No.2		8-7	6-5	4	3	2	
			3.9%	31.7%	36.9%	18.6%	8.9%	

表５－２

あなたのストレスプロフィール

女性素点換算表

お　名　前　　ＩＤ番号

	素点計算法		1 低い／少い	2 やや低い／少い	3 普通	4 やや高い／多い	5 高い／多い	
	質問項目		質問項目合計得点					
【ストレスの原因と考えられる因子】								
心理的な仕事の負担（量）	No.1+No.2+No.3		12−11	10−9	8−7	6−5	4−3	
			8.1%	22.2%	33.6%	26.8%	9.2%	
心理的な仕事の負担（質）	No.4+No.5+No.6		12−11	10−9	8−7	6−5	4−3	
			7.1%	19.9%	39.9%	26.3%	7.2%	
自覚的な身体的負担度	No.7			4	3	2	1	
				37.7%	35.2%	17.0%	10.0%	
職場の対人関係でのストレス	No.12+No.13÷(5−No.14)		12	11−10	9−8	7	6−3	
			9.6%	28.7%	41.6%	9.8%	10.3%	
職場環境によるストレス	No.15		4	3	2	1		
			20%	33.3%	28.1%	18.2%		
仕事のコントロール度 ★	No.8+No.9+No.10		12−11	10−9	8−7	5−6	4−3	
			6.4%	17.2%	35.8%	31.2%	9.3%	
あなたの技能の活用度★	No.11			1	2	3	4	
				8.0%	26.5%	46.6%	19.0%	
あなたが感じている仕事の適性度★	No.16		4	3	2		1	
			6.60%	22.6%	54.3%		16.5%	
働きがい★	No.17		4	3	2		1	
			10.1%	29.5%	48.3%		12.2%	
【ストレスによっておこる心身の反応】								
活気★	No.1+No.2+No.3		3	4−5	6−7	8−10	11−12	
			10.4%	16.6%	40.4%	26.4%	6.2%	
イライラ感	No.4+No.5+No.6		3	4−5	6−7	8−9	10−12	
			10.4%	20.5%	39.1%	22.2%	7.8%	
疲労感	No.7+No.8+No.9		3	4−5	6−7	8−9	10−12	
			8.4%	29.8%	31.7%	19.9%	10.1%	
不安感	No.10+No.11+No.12			3−4	5−6	7−9	10−12	
				37.6%	35.3%	17.1%	10.0%	
抑うつ感	No.13〜No.18の合計			6−8	9−11	12−15	16−24	
				37.2%	33.5%	22.2%	7.0%	
身体愁訴	No.19〜No.29の合計		11	12−16	17−21	22−26	27−44	
			2.9%	30.9%	36.5%	20.5%	9.0%	
【ストレス反応に影響を与える他の因子】								
上司からのサポート★	No.1+No.4+No.7		12	11−10	9−8	7−5	4−3	
			5.7%	17.1%	41.4%	30.0%	5.8%	
同僚からのサポート★	No.2+No.5+No.8		12−10	9−8	7−6	5−4	3	
			7.8%	32.7%	35.8%	17.2%	6.4%	
家族や友人からのサポート ★	No.3+No.6+No.9		12−8	7−6	5−4	3		
			7.3%	22.9%	27.9%	42.1%		
仕事や生活の満足度 ★	No.1+No.2		8−7	6−5	4	3	2	
			12.5%	20.4%	40.3%	19.0%	7.7%	

表５－３　性別、項目別平均値

		男性			女性		
尺　　度	素点計算法	n	平均値	標準偏差	n	平均値	標準偏差
年　　令		10,041	38.4	10.1	2,175	35.3	10.5
【ストレスの原因と考えられる因子】							
心理的な仕事の負担（量）	No.1+No.2+No.3	9,993	6.3	2.0	2,133	7.4	2.2
心理的な仕事の負担（質）	No.4+No.5+No.6	9,990	6.4	1.8	2,132	7.4	2.0
自覚的な身体的負担度	No.7	10,048	3.0	0.9	2,160	3.0	1.0
職場の対人関係でのストレス	No.12+No.13+（5-No.14）	9,923	8.7	1.7	2,100	8.9	1.9
職場環境によるストレス	No.15	10,041	2.7	1.0	2,146	2.6	1.0
仕事のコントロール度	No.8+No.9+No.10	10,012	7.0	1.9	2,114	7.1	2.0
あなたの技能の活用度	No.11	10,035	3.0	0.8	2,133	2.8	0.8
あなたが感じている仕事の適性度	No.16	10,034	2.2	0.8	2,143	2.2	0.8
働きがい	No.17	10,033	2.2	0.8	2,135	2.4	0.8
【ストレスによっておこる心身の反応】							
活気	No.1+No.2+No.3	9,993	6.7	2.2	2,138	6.6	2.3
イライラ感	No.4+No.5+No.6	10,000	6.3	2.1	2,141	6.5	2.2
疲労感	No.7+No.8+No.9	10,010	6.3	2.3	2,148	6.4	2.3
不安感	No.10+No.11+No.12	10,007	6.0	2.0	2,140	5.5	2.1
抑うつ感	No.13～No.18の合計	9,966	10.0	3.4	2,132	10.1	3.4
身体愁訴	No.19～No.29の合計	9,941	17.6	4.9	2,124	19.2	5.1
【ストレス反応に影響を与える他の因子】							
上司からのサポート	No.1+No.4+No.7	9,880	7.4	2.0	2,071	8.1	2.1
同僚からのサポート	No.2+No.5+No.8	9,887	6.9	1.8	2,105	6.9	2.0
家族や友人からのサポート	No.3+No.6+No.9	9,948	5.0	1.9	2,133	4.6	1.7
仕事や生活の満足度	No.1+No.2	10,014	4.2	1.3	2,147	4.1	1.2

表５－４　職種別平均値（男性）

上段：人数、下段：平均値±標準偏差

	専門技術	事務	販売	サービス	運輸	生産技能	保安	その他	合計
量的負担	3783	1097	187	20	21	1322	47	129	6606
	6.2±2.0	6.4±2.0	6.0±1.7	6.7±2.0	8.3±1.7	6.5±2.1	8.6±1.7	6.8±2.3	6.3±2.0
質的負担	3779	1094	190	20	22	1325	46	129	6605
	6.2±1.8	6.6±1.7	6.3±1.7	6.7±1.7	7.2±1.7	6.7±1.8	7.1±2.0	6.7±1.9	6.4±1.8
身体的負担	3802	1102	192	20	22	1330	47	132	6647
	3.0±0.9	3.4±0.7	3.0±0.8	3.0±1.0	2.8±1.0	2.3±1.0	3.1±0.8	2.9±1.0	2.9±0.9
対人関係	3765	1094	189	19	21	1312	46	131	6577
	8.7±1.7	8.7±1.6	8.9±1.6	8.3±2.1	10.0±1.6	8.6±1.7	8.4±2.1	9.2±1.8	8.7±1.7
職場環境	3794	1102	192	20	22	1332	47	132	6641
	2.7±1.0	3.1±0.9	3.1±0.8	3.0±0.8	3.1±.8	2.3±1.0	3.0±0.9	2.9±1.1	2.7±1.0
コントロール	3791	1098	191	19	22	1321	47	131	6620
	7.0±1.8	6.7±1.7	6.7±1.7	7.2±1.0	8.3±1.7	7.5±1.9	7.8±2.2	6.9±2.1	7.1±1.8
技能の活用	3796	1101	191	20	22	1329	47	132	6638
	3.1±0.7	2.9±0.8	3.2±0.7	2.9±0.8	3.2±0.8	2.8±0.8	2.6±0.7	2.9±0.8	3.0±0.8
適性	3794	1101	192	20	21	1331	47	132	6638
	2.2±0.7	2.3±0.8	2.1±0.7	2.3±1.0	1.9±0.7	2.3±0.8	2.0±0.8	2.1±0.8	2.2±1.7
働きがい	3795	1101	191	20	21	1330	47	132	6637
	2.2±0.8	2.3±0.8	2.1±0.7	2.3±0.9	2.0±0.6	2.4±0.8	2.1±0.8	2.2±0.8	2.3±0.8
活気	3779	1100	190	20	22	1323	46	130	6610
	6.6±2.2	6.8±2.2	7.1±2.0	6.7±1.7	7.8±2.4	6.5±2.1	7.2±2.3	7.4±2.3	6.6±2.2
イライラ	3772	1102	192	20	22	1327	46	131	6612
	6.3±2.1	6.2±2.1	6.2±1.9	6.8±2.1	4.7±1.9	6.6±2.2	5.7±2.1	5.8±2.0	6.3±2.1
疲労	3784	1104	191	20	22	1324	46	130	6621
	6.3±2.3	5.9±2.1	5.7±2.2	6.4±1.8	4.3±1.3	6.6±2.4	4.8±1.8	5.6±2.1	6.2±2.3
不安	3787	1100	192	20	21	1322	47	131	6620
	5.9±2.0	5.9±1.9	6.0±1.9	6.1±1.6	4.4±1.2	6.0±2.0	5.4±1.8	5.6±1.9	5.9±2.0
抑うつ	3775	1096	191	20	22	1311	47	130	6592
	10.0±3.3	9.8±3.4	9.5±3.0	9.8±2.8	7.2±1.6	10.5±3.5	8.4±2.7	8.8±2.9	10.0±3.4
身体愁訴	3774	1091	189	18	22	1305	45	129	6573
	17.3±4.8	17.3±4.8	16.8±4.0	17.0±.4	14.3±4.1	18.4±5.5	16.3±4.2	16.6±4.4	17.5±4.7
上司の支援	3747	1081	188	19	20	1301	47	127	6530
	7.4±2.0	7.3±2.0	6.9±1.8	7.4±2.2	7.7±2.0	7.6±2.0	8.5±1.7	7.2±2.3	7.4±2.0
同僚の支援	3748	1080	188	20	21	1304	46	128	6535
	6.8±1.8	6.9±1.9	6.3±1.6	6.9±1.6	6.3±2.1	7.0±1.8	7.2±1.7	6.6±2.0	6.9±1.8
家庭支援	3762	1091	186	20	22	1318	47	127	6573
	5.0±1.9	5.0±1.9	4.9±1.9	4.8±1.7	4.9±2.1	5.2±2.1	5.3±2.0	4.7±2.1	5.0±1.9
満足度	3785	1101	191	20	22	1324	46	130	6619
	4.2±1.2	4.0±1.2	3.8±1.1	4.1±1.3	3.4±1.0	4.4±1.3	3.6±1.1	3.8±1.3	4.2±12

表５－５　職種別平均値（女性）

上段：人数、下段：平均値±標準偏差

	専門技術	事務	販売	サービス	運輸	生産技能	保安	その他	合計
量的負担	460	431	7	29		160	3	20	1110
	7.3±2.2	7.9±2.2	6.3±1.7	6.1±1.9		7.5±2.0	9.7±2.1	8.9±2.3	7.6±2.2
質的負担	463	429	6	28		161	3	21	1111
	7.2±1.9	7.9±1.9	6.7±1.8	7.2±1.7		7.3±2.0	11.0±1.0	9.0±2.0	7.5±2.0
身体的負担	469	434	7	29		163	3	21	1126
	2.8±1.0	3.5±0.7	2.9±0.9	3.0±0.9		2.4±1.0	3.0±1.0	2.81±1.1	3.0±1.0
対人関係	449	429	7	29		149	2	20	1085
	9.1±1.9	9.0±1.8	8.4±2.1	8.6±2.0		8.6±2.1	10.5	9.5±2.1	9.0±1.9
職場環境	466	433	7	28		163	3	21	1121
	2.6±1.0	2.7±1.0	2.1±1.1	2.3±0.9		2.3±1.1	4.0±0.0	2.9±1.1	2.6±1.0
コントロール	454	429	7	26		162	2	21	1101
	7.1±2.1	6.7±1.8	7.7±1.3	7.7±2.1		7.8±2.2	5.5	7.7±2.7	7.1±2.1
技能の活用	461	430	7	29		157	3	21	1108
	2.9±0.8	2.8±0.8	2.3±0.8	2.6±0.9		2.6±0.9	2.7±0.6	2.0±0.7	2.8±0.8
適性	468	429	7	29		160	3	21	1117
	2.1±0.7	2.2±0.8	3.0±0.8	2.3±0.8		2.2±0.8	1.3±0.6	2.2±0.8	2.2±0.8
働きがい	462	426	7	29		161	3	21	1109
	2.3±0.8	2.5±0.8	3.1±0.7	2.5±0.7		2.5±0.8	1.7±0.6	2.6±0.8	2.4±0.8
活気	466	433	7	28		156	3	21	1114
	6.8±2.3	6.4±2.2	7.0±3.1	6.1±1.9		6.5±2.3	8.0±4.6	6.9±1.9	6.6±2.3
イライラ	467	431	7	28		157	3	21	1114
	6.2±2.1	6.4±2.2	7.6±1.7	7.0±1.8		6.9±2.2	3.7±0.6	6.42.2±	6.4±2.2
疲労	468	433	7	28		160	3	21	1120
	6.5±2.2	6.2±2.2	7.4±1.6	7.1±2.6		6.6±2.1	3.7±1.7	5.3±1.9	6.4±2.2
不安	465	431	7	28		156	3	21	1111
	5.4±2.1	5.4±2.0	5.9±1.9	5.3±1.4		5.6±2.0	3.7±0.6	5.1±2.5	5.4±2.0
抑うつ	466	430	7	28		154	3	21	1109
	9.7±3.2	10.3±3.4	12.1±3.6	9.6±2.8		10.2±3.2	6.0±0.0	9.3±3.1	10.0±3.3
身体愁訴	460	425	7	27		157	3	21	1100
	19.1±5.3	18.9±4.7	20.0±2.0	20.2±5.4		19.1±5.0	12.7±2.9	16.7±4.0	19.0±5.0
上司の支援	437	424	7	29		149	3	18	1067
	8.0±2.2	7.9±2.0	9.6±1.1	8.6±2.0		8.7±2.0	5.3±1.2	8.2±1.7	8.0±2.1
同僚の支援	449	424	7	29		149	2	20	1087
	6.7±2.0	6.9±1.9	7.6±1.3	6.8±1.8		7.2±2.0	5.0±2.0	7.1±2.5	6.8±2.0
家庭支援	458	426	7	29		157	3	21	1101
	4.5±1.7	4.7±1.7	4.6±2.1	5.0±2.1		4.8±2.0	5.3±1.2	4.3±1.8	4.6±1.8
満足度	463	432	7	29		159	3	21	1114
	3.9±1.1	4.3±1.2	4.4±0.8	4.0±1.1		4.2±1.1	2.71.2±	3.8±1.0	4.1±1.2

D．考察

ストレス測定グループが開発した職業性ストレス簡易調査票は、労働現場で容易に使用可能とするために項目数が 57 項目と少なく、多くの尺度はわずか３項目で構成されている。一般には項目数が少ないと信頼性の低下が懸念される。しかし、簡易調査票の信頼性をα信頼性係数を用いて検討した結果、ストレッサーの尺度ではコントロール、対人関係が 0.65 とやや信頼性が低いが、他のストレッサー、ストレス反応や社会的支援では各尺度の信頼性は高かった。また簡易調査票の各尺度の構成項目の内的整合性が高く、信頼性が比較的良好であることが示された。

因子分析の結果から、ほとんどの項目は尺度と因子が一致しており、ほぼ尺度構成に対応した因子構造であることが確認できた。全 57 項目の因子分析の結果から概ねストレッサーとストレス反応が良好に区別されていることが確認できた。

ストレッサーの 17 項目の因子分析の結果から、因子構造はほぼ尺度内容に対応していた。

しかし、量的労働負荷の「A (3) 一生懸命働かなければならない。」が質的労働負荷の第１因子に 0.62 という高い負荷量を示した。この項目は前回「ストレスが原因と考えられる因子」の第１番目の質問項目であったものであり、まっさきに倫理的なものを尋ねているように思われるということで最終版簡易調査票では順序を下げて、３番目に移行したものである。前回の因子分析の結果よりも量的労働負荷で高い因子負荷量を示していたが、まだ、倫理的なものとして、或いは集中して一生懸命働かなければならないと理解された可能性がある。

E．結論

ストレス測定グループで開発した職業性ストレス簡易調査票の各尺度の信頼性は高く、尺度構成と因子構造との対応が認められた。

研　究　者：下光輝一（東京医科大学衛生学公衆衛生学)、原谷隆史（労働省産業医学総合研究所)

研究協力者：中村　賢（北里大学医療衛生学部)、川上憲人（岐阜大学医学部公衆衛生学)、林　剛司（日立健康管理センタ)、廣　尚典（日本鋼管病院鶴見保健センター)、荒井　稔（順天堂大学越谷病院)、宮崎彰吾（NKK京浜保健センター)、古木勝也（京都工場保健会産業保健部)、大谷由美子（東京医科大学衛生学公衆衛生学教室)、小田切優子（東京医科大学衛生学公衆衛生学教室）

F．文献

1) 中村　賢、下光輝一、神山昭男：職場におけるストレス評価の実態に関する調査研究．労働省平成８年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書,1997:105-110.
2) Karasek R:Job Content Questionnaire. Department of Industrial and Systems Engineering, Los Angels:University of Southern California, 1985.
3) 川上憲人、荒記俊一、小林章雄、原谷隆史、古井景：Karasek 職業性ストレス尺度日本語版の信頼性と妥当性．日衛誌 1992;47:492.
4) Hurrell JJJr, McLaney MA:Exposure to job stress--a new psychometric instrument. Scand J Work Environ Health 1988;14(Suppl 1):27-28.
5) 原谷隆史、川上憲人、荒記俊一：日本語版 NIOSH 職業性ストレス調査票の信頼性および妥当性．産業医学 1993;35:S214.
6) 川上憲人：職業性ストレスの健康影響に関する長期コホート研究．労働省平成７年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書,15-20,1996.
7) 原谷隆史：JCQ および NIOSH 職業性ストレス調査票の心理測定学的特性．労働省平成８年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書,1997:15-20.
8) 原谷隆史：簡易ストレス調査票の信頼性と妥当性．労働省平成９年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書,1998:116-124.

Ⅲ－２－２．職業性ストレス簡易調査票における職業性ストレッサーおよびソーシャルサポートとストレス反応の関連性の検討－共分散構造分析(MIMICモデル)によるアプローチ－

A．はじめに

前節では、平成11年度に収集した1万人を越える労働者のデータを用いて職業性ストレス簡易調査票(以下、簡易調査票)が職務･職場におけるストレッサー、心理的･身体的なストレス反応、およびソーシャルサポートの3つの因子より構成されていることを確認した。ここではストレッサーやソーシャルサポートとストレス反応との関連性について検討する。

B．関連性の検討方法(解析方法の選択)

１．重回帰分析の制約

ストレス反応に関する変数を連続量とした場合、ストレッサーとストレス反応の関連性を検討するのに最も一般的に用いられてきた解析手法は重回帰分析である。すなわち、例えばストレス反応としての「うつ症状」を従属変数、ストレッサー･ソーシャルサポートを独立変数として重回帰分析を行い、労働者の「うつ症状」に有意な関連を示すストレッサーやサポートを明らかにする方法である。ただし、重回帰分析では従属変数は1つでなくてはならず、複数のストレス反応に対して適用する場合には、各ストレス反応領域ごとに別々に解析を繰り返して行う必要がある。これを多重回帰分析と呼ぶこともある。

また、重回帰分析では独立変数(説明変数)は互いに独立(無相関)であることを前提としており、これが満たされない(=相関がある)場合には多重共線性(multicollinearity)により関連性の推定値(回帰係数)にバイアスがかかることが知られている。しかし、ストレッサー同士あるいはストレッサーとソーシャルサポート間に何らの相関も存在しない状況はむしろ非現実的であり、この重回帰分析の前提条件はほとんど常に満たされないというのが実際である。

簡易調査票の特徴は多次元測定･評価にあり、ストレッサー･ソーシャルサポート･ストレス反応ともいくつかの測定内容で構成されていることである[1)]。したがって、各ストレス反応ごとの影響要因を明らかにすることよりも、ストレス反応全部を従属変数として、ストレッサーやサポートとの関連性を同時に検討し、それぞれの関連の大きさを明らかにする方が簡易調査票によるストレス評価の全体像を反映していると思われる。そこでここでは、共分散構造分析(Covariance Structure Analysis / Structural Equation Modeling)による検討を試みた。

２．共分散分析の利点

共分散構造分析とは、直接観測できない潜在変数(構成概念)を導入し,潜在変数と観測変数との間の因果関係を同定することによって、社会現象や自然現象を理解するための統計的アプローチのことである[2)]。基本的には、非実験多変量データの分析方法で,因子分析と多重回帰分析(パス解析)を拡張したものである。自由にモデルを設定し、これを検証し、数値的に明確に関係の程度を表すことができる。

共分散分析には多様な解析モデルがあるが、ここでは我々の目的に最も合致するMultiple Indicator Multiple Cause Model (以下、MIMICモデル)を選択した。共分散構造分析の基調は潜在変数の測定(検証的因子分析)モデルおよび潜在変数の因果(構造)モデルであるが、MIMICモデルでは潜在変数を1つだけ導入し、それを媒介変数として観測変数間の因果関係を探る。重回帰分析を「刺激-反応(S-R)モデル」に沿った解析方法とみなすとすれば、MIMICモデルは「刺激-生体-反応(S-O-R)モデル」を表現した解析方法ということもできる。

また、共分散分析(MIMICモデル)は独立変数間の相関(共分散)成分を許容し、それらも同時に推定することが可能であるため、1.で指摘した多重共線性の問題についても効果的である。要するに、ここで構築したMIMICモデルとは、①観測変数であるストレッサーおよびソーシャルサポートが(相互の相関が許容された条件下で)ある一つの直接観測不能な潜在変数(例えば、生体内のストレス状態)の形成に関与し、②その潜在変数が観測変数である複数のストレス反応に影響を及ぼすという因果関係を表現したモデルである。この①ストレッサー→潜在変数に関わる形成的指標(偏回帰係数に相当)、②潜在変数→ストレス反応に関わる影響的指標(単回帰係数に相当)の双方を同時に推定することが本節のねらいである。

Ｃ．方法

１．対象者

解析に用いた簡易調査票データの内訳は、前節に記したとおりである。完全回答が得られた男9,343名、女1,918名のデータを解析した。

２．変数の要約

全体像を効率良く把握するために、ストレッサー･ソーシャルサポート･ストレス反応とも、内容的に類似する項目群で尺度化を行い、変数を要約した。表１に尺度名および各尺度の構成に用いた質問項目の番号を列記した。ストレッサー項目の7･11･15はそれぞれ単一項目で、今回のモデルには入れなかった。なお、潜在変数の規定要因には、観測(説明)変数からの形成的なパスに加えて、観測不能(未知)な変動要因からのパスも設定し得るが、今回はあくまでも簡易調査票で測定されたストレッサーとソーシャルサポートで規定される『ストレス状態』を潜在変数に想定したため、この

表1　共分散分析構造分析（MIMICモデル）に用いた各尺度変数

尺　度　名	構　成　項　目
【ストレッサー】	
仕事の量的負担：Quantitative Overload	No.1 + No.2 + No.3
仕事の質的負担：Mental Demand	No.4 + No.5 + No.6
職場の対人関係：Interpersonal Relations	No.12 + No.13 + (5 - No.14)
仕事のコントロール度（の低さ）：Job Control	No.8 + No.9+ No.10
仕事の適性度（の低さ）：Job Fitness	No.16 + No.17
【ストレス反応】	
活気（の低下）：Lack of Vigor	No.1 + No.2 + No.3
イライラ感：Irritability	No.4 + No.5 + No.6
疲労感：Fatigue	No.7 + No.8 + No.9
不安感：Anxiety	No.10 + No.11 + No.12
抑うつ感：Depressed Mood	No.13 - No.18の合計
身体愁訴：Somatic Symptoms	No.19 - No.29の合計
【ストレス反応に影響を与える他の因子】	
上司からのサポート：Supervisor Support	No.1 + No.4 + No.7
同僚からのサポート：Coworker Support	No.2 + No.5 + No.8
家族や友人からのサポート：Family Support	No.3 + No.6 + No.9

*解析には、性･年齢も説明変数に入れた

変動要因を含めないモデルを設定した。年齢･性(男=0、女=1)も形成要因として投入した。

複数の構造モデルを想定して、最終モデルを採択する目的で共分散構造分析を実行する場合には、各モデルの適合度を比較･評価する必要がある。また、この過程が従来の数理統計解析より優れた特徴の一つでもある。しかしながら、今回のMIMICモデル分析では、対立モデルを設定しておらず、ここではモデル全体の適合度の提示は省略する。

D．結果および考察

１．全体でのMIMICモデル解析

Fig 1にMIMICモデルおよび全対象者での各指標の推定値(標準化解)を示す。共分散構造分析の慣例に従い、観測変数は□で囲い、潜在(非観測)変数は○で囲んである。ストレス反応の観測変数はいわば従属変数であり、潜在変数『ストレス状態』からのパスとそれでは説明されない部分(同じく潜在変数として扱う誤差)のパスの2つで規定されている。

MIMICモデルで推定したパス(形成的指標･影響的指標)のいずれも$p < 0.001$の高い有意水準を示した。先述のように形成的指標は各説明変数間の相関を許容した上での偏回帰係数に相当する。つまり、他の形成要因の影響

を除外した後の各観測変数の関連性を示している。ストレッサーでは「仕事の適性」・「職場の対人関係」・「仕事の量的負担」・「仕事の質的負担」・「仕事のコントロール」の順で『ストレス状態』の形成に関連している。特に上位3ストレッサーの関連が大きく、「仕事の適合性」は「仕事の質的負担」や「仕事のコントロール」の2倍以上の関連性を示している。「職場の対人関係」・「仕事の量的負担」も「仕事のコントロール」の2倍以上となっている。

ソーシャルサポートはいずれも負の係数で、『ストレス状態』の形成に抑制的に関連していることを示している。「上司からのサポート」と「家族からのサポート」は同程度の関連性を示しているが、「同僚からのサポート」の関連性はそれらの半分程度でしかない。また、ソーシャルサポートの抑制的効果はストレッサーの形成的指標に比してかなり小さく、むしろ年齢の関連性の方が大きい。若年層・女性の方が『ストレス状態』を形成しやすい。

一方、ストレス反応への影響的指標に基づくと、『ストレス状態』は「抑うつ感」・「イライラ感」・「疲労感」・「活気の低下」・「不安感」・「身体愁訴」の順で関連を示していた。抑うつ感との関連性が最も大きいものの、「身体愁訴」以外のストレス反応との関連性にはさほど相違がない。このことは、ストレス状態が多様な心理的・身体的な反応として発現している事実を再認識さ

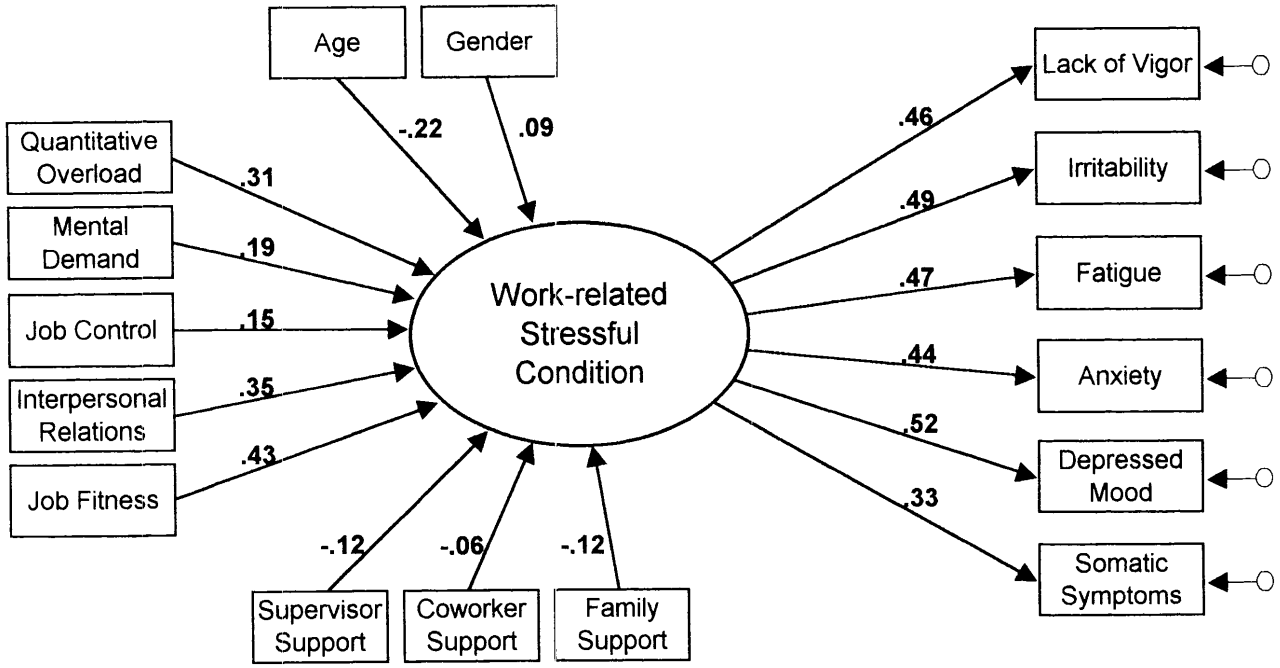


Fig1. Multiple Indicator Multiple Cause Model of the Brief Job Stress Questionnaire

せるものであり、ストレス反応を一つに限定して測定･評価することの限界を示唆する結果とも解釈できるかもしれない。「身体愁訴」への影響的指標は他より低いが、これは「身体愁訴」は「抑うつ感」や他のストレス反応よりも『ストレス状態』以外の影響要因(例えば、体質やデータ収集時点での持病など)で説明される部分が大きいことを示している。

２．男女別のMIMICモデル解析

Fig 2および3に男性および女性労働者における解析結果(標準化解)を示す。ここで留意すべきは、このMIMICモデルでは、あくまでもストレッサーの5観測変数、ソーシャルサポートの3観測変数、および年齢に基づいて形成されたある潜在変数(構成概念)に対する各観測変数の関連性の大きさであり、またストレス反応の6観測変数に対するその潜在変数の影響の大きさである。したがって、この潜在変数『ストレス状態』は男性労働者と女性労働者では、必ずしも同一次元ではないことである。したがって、各係数値の大きさを厳密に比べることはできない。ただ、これだけ大きなサンプルサイズではその相違はあまり顕著ではないと考えられ、大まかな比較は可能であると思われる。

男性労働者は全対象者の83%を占めており、全対象者における結果とほぼ同様となっている。一方、女性労働者の方(Fig 3)では、いくつか男性労働者とは異なる結果が得られた。最も大きな相違は、「同僚からのサポート」

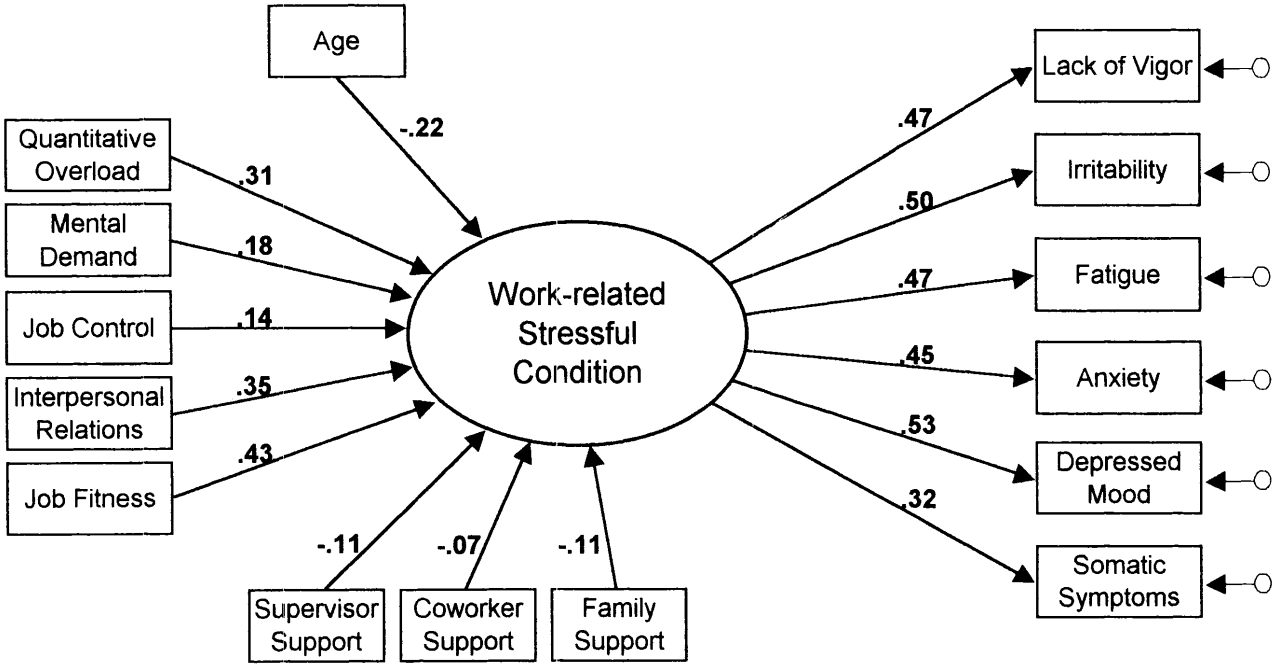


Fig2. MIMIC Model of the Brief Job Stress Questionnaire for Men (N=9,343)

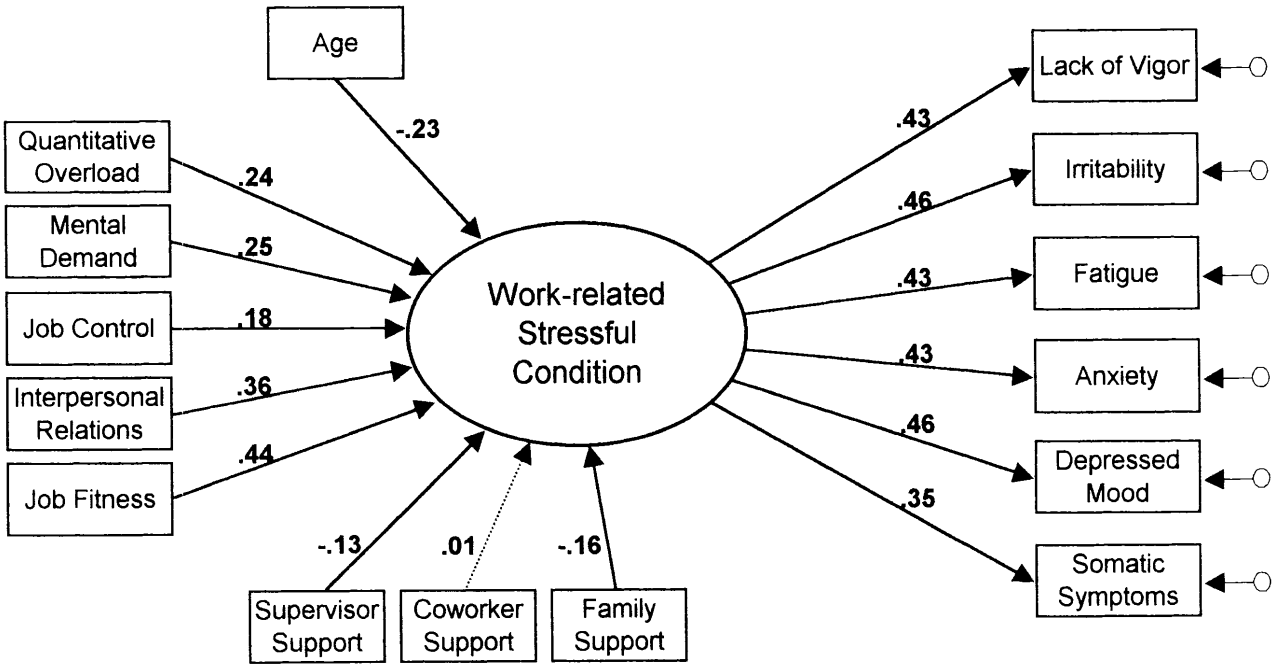


Fig3. MIMIC Model of the Brief Job Stress Questionnaire for Women (N=1,918)

から『ストレス状態』への形成的指標が有意でないことである。しかし、「家族からのサポート」や「上司のサポート」はその分男性労働者よりも大きくなっており、「ソーシャルサポート」全体としての抑制的関与はほぼ同等であることがわかる。

もう一つの相違は、男性労働者では「仕事の量的負担」の方が「仕事の質的負担」よりだいぶ大きい係数値(後者は前者の60%程度)になっているが、女性ではむしろ質的負担の方がわずかに大きな値を示していることである。ただ、これらの要因は男女とも「仕事の適合性」や「職場の対人関係」に比べると関連性が小さい。これは、仕事自体の量的・質的負担の影響が小さいというよりも「仕事の適合性」や「職場の対人関係」の方が日本人の『ストレス状態』の形成により関与していると解釈すべきであろう。

仕事の適性、あるいは俗に言う「向き・不向き」は、産業・組織心理学では古くから検討されてきたテーマであるが、保健・医学研究者たちによるこれまでの職業性ストレス研究ではあまり扱われていなかった。しかし、ここでの結果を踏まえると、労務管理における職場配属・配転の際、本人の能力・特性や希望などに十分な配慮が必要であるということが、職業性ストレス対策という観点からも示唆される。

E．まとめ

1万人を越える日本人労働者から得たデータに共分散構造分析(MIMICモデル)を適用し、ストレッサー･ソーシャルサポート･ストレス反応の全体としての関連性を検討した。その結果、ストレッサー･ソーシャルサポートとも『ストレス状態』に有意な関与を認め、また様々なストレス反応に有意に関連していることが明らかとなった。これらの関連性は男女ともほぼ同様であったが、女性労働者では「同僚のサポート」は『ストレス状態』に関与しておらず、その分「家族のサポート」の関与は大きくなっていた。「仕事の適合性」や「職場の対人関係」の『ストレス状態』への関与の相対的大きさから、労務管理の重要性が再認識された。

研　究　者：下光輝一(東京医科大学衛生公衆衛生学教室)
岩田　昇(Life Course and Health Research Center Florida International University)

F．文献

1) 下光輝一，横山和仁，大野　裕，丸田俊雅，谷川　武，原谷隆史，岩田　昇，大谷由美子，小田切優子: 職場におけるストレス測定のための簡便な調査票の作成，労働省平成９年度作業関連疾患の予防に関する調査研究報告書, 107-115, 1998.
2) 豊田秀樹: SASによる共分散構造分析，東京大学出版会, 1992.

Ⅲ－２－３．職業性ストレス簡易調査票における職業性ストレッサーおよびストレス反応測定項目の反応特性の検討
－項目反応理論によるアプローチ－

A．はじめに

前節では、共分散構造分析によって、職業性ストレス簡易調査票(以下、簡易調査票)で捉えた職務･職場におけるストレッサーがそれぞれ『ストレス状態』を増大させる方向に有意に関連し、一方、ソーシャルサポートは抑制する方向に関連していること、および『ストレス状態』が様々な心理的･身体的なストレス反応に有意に関連していることを明らかにした。ここでは簡易調査票の各質問項目の測定特性について検討する。

B．項目特性の検討方法(解析方法の選択)

１．古典的測定理論の制約

この種の測定尺度の構成項目の特性を検討する際に、いわゆる古典的測定(テスト)理論と呼ばれる正規分布を前提とする線形関数に依拠した方が一般的である。しかし、この方法にはいくつもの問題点が指摘されている[1)]。その最大のものは、①標本集団の特性と測定尺度の特性は常に表裏一体の関係にあり、これを分けて検討することは不可能であるという点である。つまり、項目の困難度(症状測定の場合なら閾値と考えてよい)や識別力といった項目特性と測定尺度の信頼性･妥当性といった尺度特性は、あくまでも検討に用いた標本集団における算定値にすぎないのである。

「抑うつ感」の測定尺度を例にとってみると、構成項目のGood-Poor分析(高得点者と低得点者間での回答の有意差検定)を抑うつ感がほぼ同一レベルに集中したような均質な標本集団で行えば、有意差を示す項目は少なく、識別力は低いという結論になる。ところが、患者と健常者が同数含まれるような抑うつレベルのばらつきが非常に大きい標本なら、どの項目も非常に高い有意水準の識別力であるという結論になる。このように、どのような標本集団を用いるかによって、項目特性や尺度特性が大きく異なってしまう。これを“sample (group) dependency”と呼び、古典的測定理論の最大の問題点であると云われている。

これ以外にも、②同じ項目から構成された尺度(テスト)でなければ結果の比較ができないこと、③信頼性の概念があくまでも平行テストの形式で定義づけられていること、④回答者がある測定項目にどう反応するか(例えば、症状測定の場合なら該当すると回答するか否か)について判断できる情報がないこと、⑤項目の測定誤差分散がすべての人で(症状測定の場合なら、症状の重い人も軽い人も区別なく)同一であると仮定していることなど、古典

的測定理論の問題点はいくつも挙げられている[1)]。古典的測定理論が尺度の特性に焦点を当てた理論であるため、その理論で個々の項目特性を検討するには限界があることは否めない。

２．項目反応理論の概要

古典的測定理論とはまったく異なった、非線形アプローチが項目反応理論(Item Response Theory、以下IRT)である。IRTでは、ある一群の項目への回答(項目反応)確率と回答者の潜在特性(θ)との関係を検討するため、合計得点との関係を検討する古典的測定理論のような制約を受けない。

一般に、ある項目に対する該当回答の確率は、スコアに応じてS字型に増加する曲線(項目特性曲線またはItem Characteristic Curve)で表現される。IRTの一般的な方法は、この曲線にロジスティック関数を当てはめるものであり、その関数を規定するパラメータの数によって、1･2･3パラメータロジスティック(1-･2-･3-PL)モデルが提唱されている。1-PLモデルでは、潜在特性θにおける回答率P(θ)をP(θ) = 1/(1+exp(-1.7(θ - b)))というロジスティック関数で表現する。2-PLモデルでは、P(θ) = 1/(1+exp(-1.7a(θ - b)))となる。aパラメータは識別力を、bパラメータは困難度を表している。困難度というのは潜在特性軸上の位置のことで、位置パラメータとも呼ばれるが、ここで扱う測定項目の性質上、分かりやすくするために閾値と呼ぶことにする。なお、3-PLモデルとはいわゆる試験(テスト)の際の当て推量による正答確率も考慮に加えたモデルで、今回のような症状測定には適合しないので、ここでは省略する。

Fig 1に2-PLモデルに基づいて描いた項目特性曲線を例示する。x軸は測定項目群から推定される(直接観測不可能な)潜在特性を示しており、y軸は該当回答の確率を示している。説明のために、aおよびbパラメータをそれぞれ0.50～1.50および-1.50～1.50と変化させて3つの曲線を描いた。1-･2-PLモデルに共通に組み込まれているb(閾値)パラメータに注目すると、数値が大きくなるにつれて曲線の位置は潜在特性上の右側になっていることに気が付く。参照のために該当確率が50%でx軸と平行に補助線を引くと、各曲線との交点からx軸上に投影した特性値がこのbパラメータに対応していることが分かる。

一方、この交点における曲線の傾きはa(識別力)パラメータに対応しており、数値が小さければ傾きは緩く、数値が大きいと傾きはより急になっていることが分かる。すなわち、aパラメータ(識別力)が大きければ、bパラメータ(閾値)近辺で該当確率は大きく変化しており、小さければ確率の変化は緩やかで敏感ではないという特性を表している。なお、1-PLモデルでは、この傾きを問題とせず、位置(閾値)だけに注目している。ここでの我々の目的は、簡易調査票に盛り込んだ測定項目それぞれの項目特性(識別力･閾値)を明らかにすることであり、2-PLモデルによる検討を試みた。

３．IRTの適用条件

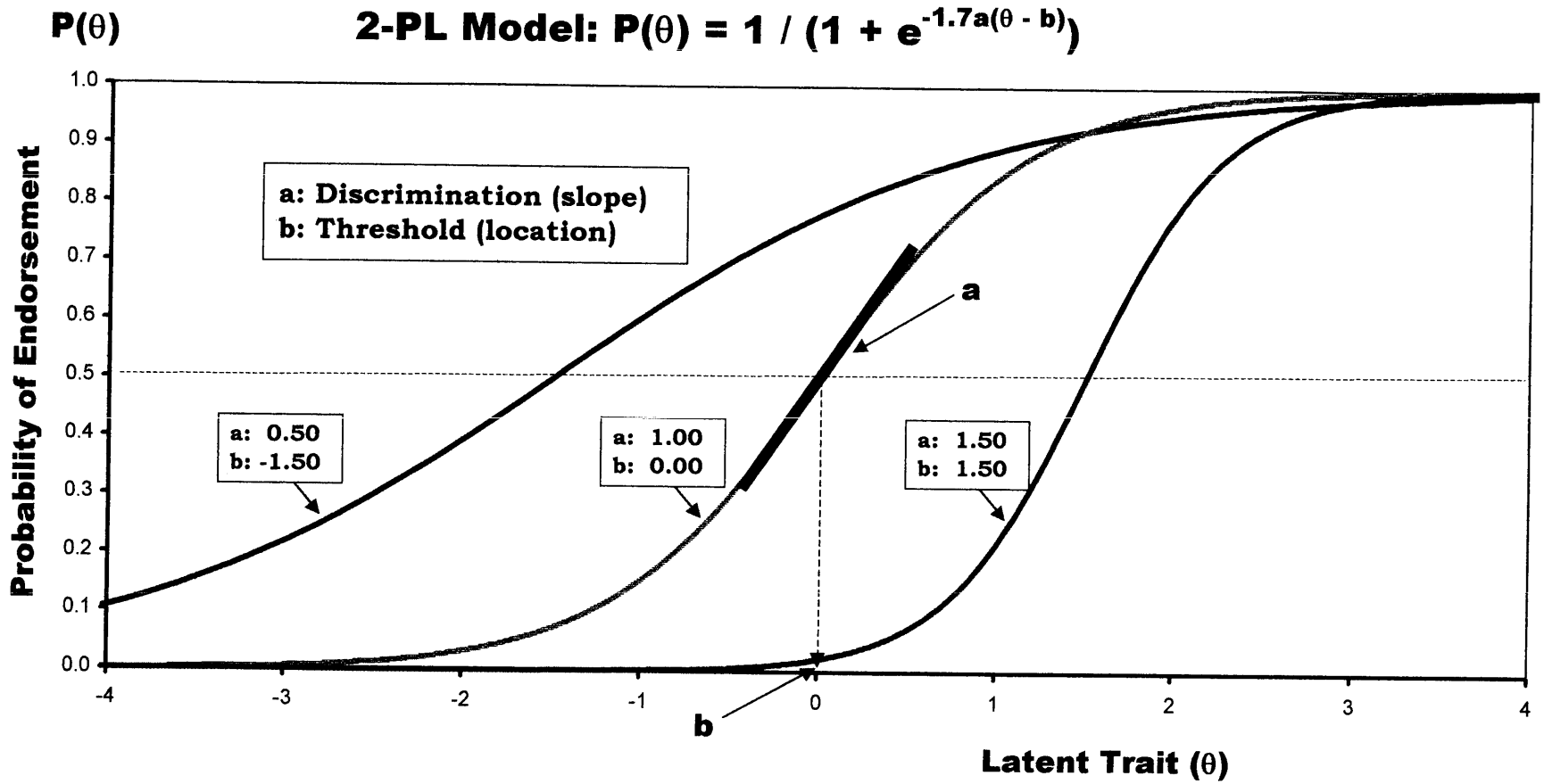


Fig 1. Item Characteristic Curves According to Various A and B Parameters - 2 Parameter-Logistic Model -

ところで、IRT分析は「局所独立性の仮定」が満たされる状況下において、有効な分析法である。この仮定とは、「潜在特性値 θ を固定した時、各項目への該当回答は互いに独立である」という仮定である[2)]。別の言い方をすれば、「すべての項目が1つの特性のみを共通して測定しているという、一次元性の仮定」[2)]ということができる。潜在特性との関係性によって項目特性を明らかにするのがIRTの特徴である以上、潜在特性が1つに規定されなければ、項目特性の正確な推定が困難であることは言を待たない。

C．方法

１．対象者

簡易調査票に完全回答が得られた男9,343名、女1,918名のデータを解析に用いた。

２．解析

IRT分析にかける前に、まず主成分分析(因子回転せず)を行い、前提条件となっている測定項目群の一次元性を検討した。第1主成分の説明分散(寄与)率の大きさや第2主成分以降の寄与率との隔差、ならびに項目の各主成分への寄与(因子負荷量)から一次元性を確認した。IRT分析は2-PLモデルを採用した。各項目への回答データは、簡易評価法に準じて、1-2-3-4の4段階回答を0-0-1-1と変換した。その際、一部の項目の配点を逆にし、得点の高い方がストレッサーやストレス反応が高くなるように向きを統一した。なお、本報告では全体が把握しやすいように、2-PLモデルで得られた各項目のaおよびbパラメータを項目の内容的まとまりごとに平均化し、それに基づいて項目反応曲線を描いた。

D．結果および考察

１．ストレス反応項目のIRT分析

a) 一次元性の検討

ストレス反応に関する29項目全体を主成分分析した結果、固有値(および説明分散率)は第1主成分から第6主成分まで順に9.3 (32%)・2.4 (8%)・2.0 (7%)・1.5 (5%)・1.2 (4%)・1.1 (4%)となっており、第7主成分以降は1.0未満であった。第1主成分の説明分散(寄与)率は30%を越え、第2主成分以降はいずれも10%未満であること、ならびに各項目とも第1主成分に最も大きな因子負荷量を有することから、項目全体の一次元性は認められると判断した。

b) IRT分析結果

Fig 2にそれぞれのまとまりごとの項目反応曲線を示す。「イライラ感」・「不安感」・「抑うつ感」といった心理的な反応は実線で、「活気の低下」・「疲労感」・「身体愁訴」のような身体的な反応を主とするものは点線で描いた。ここでは、x軸は『ストレスレベル』という潜在特性を反映するものとみなす。各曲線の該当回答率が0.50の点における傾きを見ると、心理的反応(実線)の方

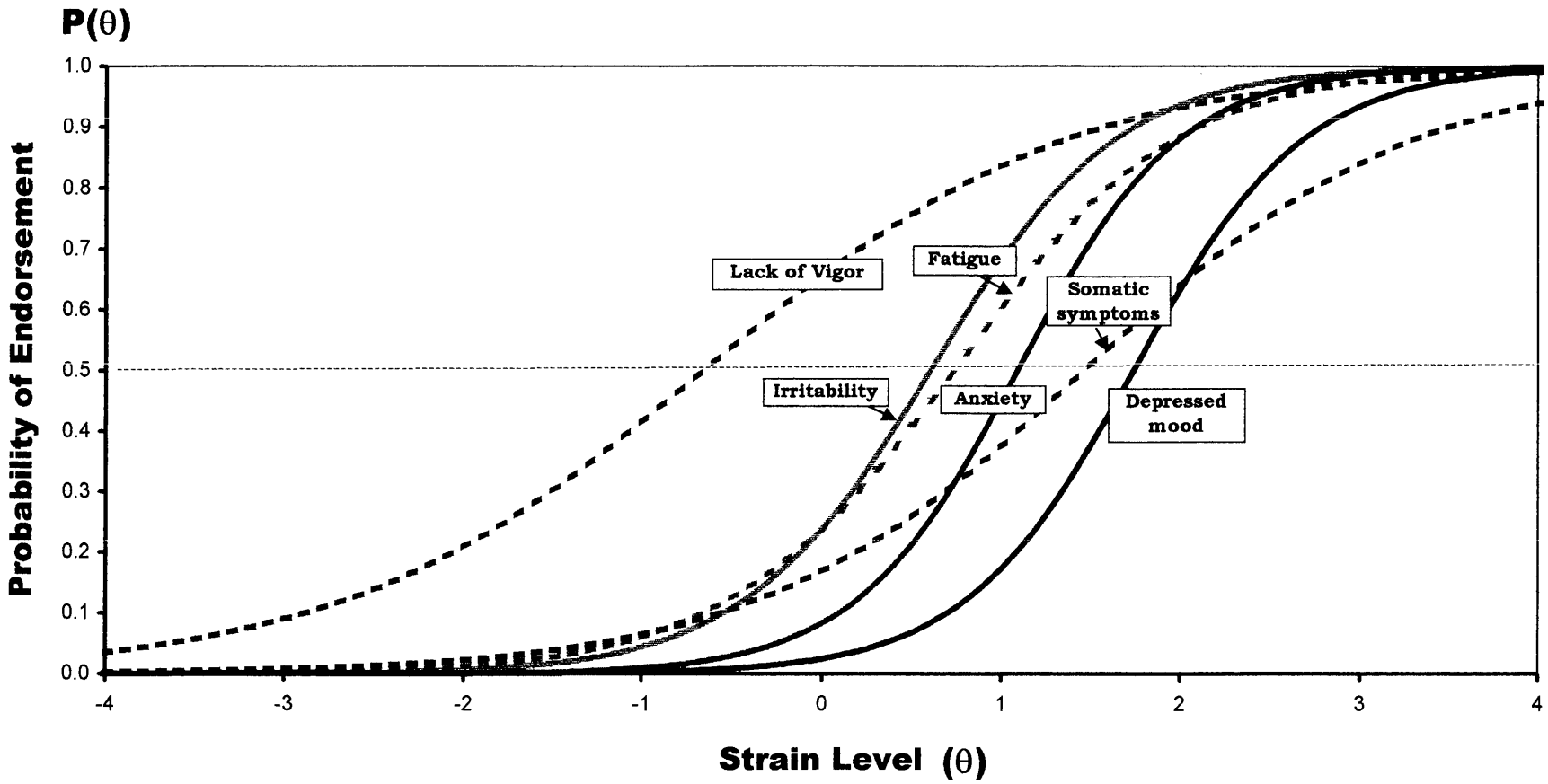


Fig 2. ICCs for Stress-Related Symptoms among General Workers in Japan

が識別力が高いことが分かる。つまり、ある『ストレスレベル』近辺で該当率が急増しており、鋭敏に反応している。一方、身体的反応のうち、「疲労感」は心理的反応と同様の識別力を示すものの、「活気の低下」および「身体愁訴」の傾きは非常に緩やかで、幅広い『ストレスレベル』で該当回答が認められ、鋭敏とはいえない。なお、これらの結果を見ると、項目全体を通して識別力は一定であるとみなす1-PLモデルの適合性が悪いことは明らかである。

さて、ある『ストレスレベル』とは閾値のことで、各曲線の該当回答率が0.50の点のx軸上への投影地点である。各曲線の閾値を見ると、x軸の左側から順に「活気の低下」・「イライラ感」・「疲労感」・「不安感」・「身体愁訴」・「抑うつ感」となっている。「活気の低下」は傾きが緩いために明確ではないが、該当回答率0.50の投影地点は他に比べてかなり左側にあり、次に低い閾値の「イライラ感」・「疲労感」の閾値レベルでは、該当率は80%を越えている。「活気の低下」は非常に低い『ストレスレベル』でも認められ、他のストレス反応が発現する『ストレスレベル』では大半の者に見られる症状であることが、この図から観察される。「イライラ感」と「疲労感」は識別力・閾値ともほぼ同程度で、「不安感」・「身体愁訴」・「抑うつ感」よりも低い『ストレスレベル』で発現する。

「身体愁訴」は「イライラ感」や「疲労感」と同程度の『ストレスレベル』ですでに該当回答が見られるが、「活気の低下」と同様に傾きが緩いために明確な閾値を示さない。項目特性曲線を見ても、より高い閾値を示す「抑うつ感」の曲線とx軸上の2.0あたりで交差しており、それより高い『ストレスレベル』では「抑うつ感」よりも該当率が低い。前節のMIMICモデルのところでも議論したが、「身体愁訴」は「抑うつ感」や他のストレス反応よりも『ストレス状態』以外の影響要因で説明される部分が大きいと考えられ、a)で述べた一次元性の条件は満たすものの、『ストレスレベル』というここでの潜在特性には反映されない変動軸を有する可能性も否定できない。

「不安感」と「抑うつ」を比べると、「不安感」の方がより低い『ストレスレベル』で発現しており、「抑うつ感」の閾値レベルでは、80%以上の該当率となっている。一方、「抑うつ感」は最も高い閾値を示しており、低い『ストレスレベル』で見られることは稀で、より高い『ストレスレベル』で発現してくる症状であるといえよう。前節のMIMICモデルの検討で、『ストレス状態』は「抑うつ感」との関連性が最も大きいことが明らかにされている。これら2つの結果を踏まえると、労働者のより深刻なストレス問題を観察する際に最も注目すべき症状は「抑うつ感」であると云えそうである。

２．ストレッサー項目の検討

ストレッサーに関する17項目全体を主成分分析した結果、固有値(および説明分散率)は第1主成分から順に3.6 (21%)・3.1 (18%)・1.4 (8%)・1.2 (7%)となっており、第5主成分以降は1.0未満であった。各項目の回転前因子負荷量

を見ると、項目7「からだを大変よく使う仕事だ」と項目15「私の職場の作業環境(騒音・照明・温度・換気など)はよくない」が共に第4主成分に大きな負荷量を示しており、他とは異なる次元(因子)となっていることは明らかであった。そこでこの2項目を除外し、再度主成分分析を行うと、固有値(寄与率)は順に3.5 (23%)・3.1 (20%)・1.3 (9%)で第4主成分以降は1.0未満であった。

第1主成分の寄与率が20%を越えるという一次元性判断の目安は、一応満たしている。しかし第2主成分もほぼ同程度の寄与率であり、また第2主成分以降の主成分により大きな因子負荷量を示す項目も散見されたため、測定項目群の一次元性には大いに疑問が残った。我々は実際には、試みにこの15項目を用いてIRT分析を行ってみた。しかし、IRT分析において一次元性の前提条件は非常に強いものである(すなわち、一次元でなければ潜在特性を一つの軸上に表すことは不可能である)ことを鑑み、その結果は妥当ではないと判断した。「多様なストレッサーを簡便に測定すること」は、簡易調査票の開発目的の筆頭に挙げられている。ここで一次元性が認められなかったことは、開発目的どおりにストレッサー項目が構成されていることをむしろ再確認させるものであった。

E．まとめ

日本人労働者から得た簡易調査票データに項目反応理論(2-PLモデル)を適用し、各ストレス反応の測定項目群の項目反応特性を検討した。その結果、「イライラ感」・「不安感」・「抑うつ」といった心理的な反応は「活気の低下」や「身体愁訴」のような身体的な反応よりも、ある『ストレスレベル』の変位を鋭敏に捉えていることが明らかになった。また該当回答(症状)の閾値から、「活気の低下」は非常に低い『ストレスレベル』から認められること、さらに「イライラ感」・「疲労感」・「不安感」・「身体愁訴」・「抑うつ感」の順で閾値が高くなっていることが示された。縦断的な観測を行った訳ではないので、時系列的な発現の様相は明らかではないが、『ストレスレベル』の増大(増悪)に伴って、ストレス反応はこのような順序で顕在化してくる可能性が示唆された。

研　究　者：下光輝一(東京医科大学衛生公衆衛生学教室)
岩田　昇（Life Course and Health Research Center　Florida International University)

F．文献

1) Hambleton, R.K. and Swaminathan, H.: Item Response Theory, Principles and Applications, Kluwer-Nijhoff Publishing, 1985.
2) 芝　祐順(編): 項目反応理論, 基礎と応用, 東京大学出版会, 1991.

Ⅲ－２－４.職業性ストレス簡易調査票によるストレス簡易判定法の検討

A．目的

「職業性ストレス簡易調査票」は、産業現場や健康保持増進(ＴＨＰ)事業における定期健康診断や健康測定は無論のこと、社内診療所などへの受診者、あるいは社内イントラネット等を通じた希望者に対する適用など多様な側面での活用が期待される。簡易調査票よる標準的なストレス判定法としては、レーダーチャートを用いる「ストレスプロフィール」判定法(以下、プロフィール判定法)が提案されているが [1)]、実際の健康診断や健康測定の現場、あるいは診察場面においては、迅速かつ効率的な判定が求められる場合も想定される。そこで本研究では、そうした場面での利用を目的としたストレス簡易評価・判定法を開発するとともに、これを実用に供する際の判定基準・判定資料を、１万２千人余のサンプルに基づく標準データから作成した。

B．対象と方法

１．解析対象

対象として全国の延べ21事業場に勤務する従業員12,362名より得た回答から [2)]、性別・年齢の記入漏れなど、不備回答を除いた 12,188 名(37.85±10.20 歳)の回答を用いた(有効回答率=98.59%)。男女の内訳は、男性 10,025 名(38.39±10.07 歳)、女性 2,163 名(35.35±10.44 歳)であった。

２．簡易判定法開発の基本方針

簡易判定法に求められる最も重要な要件のひとつは、回答結果の集計と判定の単純化・簡便化といえる。簡易調査票は 57 項目の質問から構成され、その回答形式はすべて４件法による段階評価である。標準的なプロフィール判定法では、その 1－2－3－4 の段階評価の各段階を間隔尺度上のスコアとみなして判定を行うが、簡易判定法では、この段階評価を中央で二分し、0－0－1－1 に変換してカウントする方法を採用することとする [3)]。なお、この 0－0－1－1 への変換に先だって、すべて好ましくない方が 1 になるように各質問項目の回答の方向性を統一する。すなわち、ストレッサー、ストレス反応に関する質問項目については、当該ストレッサー、当該ストレス反応を有する場合が 1、有さない場合が 0、ソーシャルサポート項目については、当該のサポート資源を持たない場合が 1、有する場合が 0 となる。こうした操作の結果、簡易判定法においては、すべての質問項目に関して測定の水準が名義尺度水準に落とされる。そのため、標準的なプロフィール判定法による判定結果と齟齬を来さず、論理的に整合性のある判定基準を有するということが、簡易判定法に求められる第２の要件といえる。

第３には、いかに簡易判定法とはいえ、集計と判定の単純化・簡便化の一

方で、簡易調査票に含まれる豊富な情報(たとえば、ストレッサーの多軸評価)を極力失わず、保持してゆくことが望ましいといえよう。

３．簡易判定法開発の手順

前項で述べた諸条件を満たし得る判定法としてわれわれが開発した判定法の概略を以下に述べるが、その要点は、ストレス反応に問題を有する者の抽出基準の設定を出発点とし、次いで、多軸的に評価されたストレッサーおよびソーシャルサポート要因のストレス反応に対する影響評価の目安を推定することであった。

１)ストレス反応要チェック者の判定

簡易判定では集計の単純化を考慮し、ストレス反応は心理的反応(18 項目)と身体的反応(11 項目)の２つに大別した全体集計を前提とし、それ以下の下位尺度による判定は行わないこととした。簡易判定基準の設定にあたっては、まず、1－2－3－4 の段階評価点にもとづく心理的ストレス反応と身体的ストレス反応の総合得点(心理的ストレス反応：18 点～72 点,身体的ストレス反応：11 点～44 点)をそれぞれ５段階評価し、その最上位段階に分布する者を、それぞれのストレス反応についての要チェック者と判定することとした。この５段階評価法は、プロフィール判定法に準拠したものであり、表１に見るように、心理的ストレス反応の要チェック域は、男女とも 52 点以上、身体的ストレス反応については、男性 24 点、女性 27 点以上が要チェック域であった。

表１　ストレス反応総合得点の５段階評価

ａ）心理的ストレス反応

スコア	男　性（N=9,769）		スコア	女　性（N=2,078）	
	人　数	（％）		人　数	（％）
１８～２３	417	(4.3%)	１８～２３	95	(4.6%)
２４～３２	2,945	(30.1%)	２４～３２	629	(30.3%)
３３～４１	3,694	(37.8%)	３３～４１	768	(37.0%)
４２～５０	1,895	(19.4%)	４２～５０	409	(19.7%)
５１～７２	818	(9.4%)	５１～７２	177	(9.6%)

ｂ）身体的ストレス反応

スコア	男　性（N=9,894）		スコア	女　性（N=2,114）	
	人　数	（％）		人　数	（％）
	0	(0.0%)	１１	62	(2.9%)
１１～１５	4,004	(40.5%)	１２～１６	651	(30.8%)
１６～２０	3,535	(35.7%)	１７～２１	772	(36.5%)
２１～２４	1,426	(14.4%)	２２～２６	434	(20.5%)
２５～４４	929	(9.9%)	２７～４４	195	(10.4%)

次に、ストレス反応が要チェック域にあるか否かを簡易判定するため、心理的ストレス反応、身体的ストレス反応の両尺度について、総合得点における５段階評価と、0－0－1－1のバイナリー評価でストレス反応が(＋)となった項目数との間のクロス集計を行い、全質問項目中何項目でストレス反応が(＋)となる場合に総合得点が要チェック域に入りやすいかを推定した。

２)ストレッサー総合評価からの判定

因子分析の結果[2)]から、簡易調査票のストレッサーのうち、調査票左上の最初の７項目を「仕事の負担度」因子、次の３項目を「コントロール度」因子、No.12～14の３項目を「対人関係」因子、No.16、17の２項目を「仕事の適合性」因子として、ストレッサーの多軸評価に用いることの妥当性が認められている。そこで、簡易判定では、それぞれの評価軸におけるストレッサーの多寡・強弱そのものを判定材料とはせず、ストレッサー評価軸のそれぞれで“ストレッサー要チェック者”を操作的に定義し、この要チェック者における心理的･身体的ストレス反応の発現リスクを予測するという観点から判定根拠を求めることとした。ストレッサー要チェック者の操作的定義は以下の手順で行われた。すなわち、個々の評価軸ごとに、0－0－1－1のバイナリー評価において当該ストレッサーが(＋)となった項目の数を数え、その項目数別の回答者分布にもとづいて要チェック者を抽出することとした。その後さらに、4つのストレッサー評価軸のいくつ(0～4個)に要チェックが判定されたかによって、5段階のストレッサー総合評価群を設定した。最後に、ストレス反応が要チェックであるか否かを基準変数、ストレッサー総合評価を説明変数、年齢を共変量として、名義尺度による多項ロジスティック回帰分析を男女別に実施し、ストレッサー総合評価段階ごとのストレス反応発現リスクを算出した。

３)demand-control-support総合評価からの判定

ソーシャルサポートは通常ストレスの緩衝要因と位置づけられている[4)]ことに加え、いわゆるdemand-control-supportモデル[5)]のキー概念のひとつでもある。そこで、簡易判定法の判定基準に、demand-control-supportの複合リスクを導入することは意味あることといえる。そこで、簡易調査票のストレッサー尺度から「仕事の負担度(demand)」と「コントロール度(control)」の２つの下位尺度、およびソーシャルサポート尺度から、No.1、2、4、5、7、8の６つの質問項目を「職場内サポート(support)」因子として選択し、これら３者から構成される評価軸を設定し、ストレッサー総合評価と同様の手法により、4段階のdemand-control-support総合評価群を設け、評価段階ごとのストレス反応発現リスクを算出した。

４．統計解析

データの統計解析には、SPSS 9.0J for Windows を用いた。

C．結果と考察

1．ストレス反応の簡易判定と判定基準

表２は、0－0－1－1のバイナリー評価において心理的ストレス反応が(＋)となった項目数が 0～18 項目あったそれぞれの人々が、総合得点の５段階評価でどの評価段階に属していたかの分布を示すクロス集計である。ここから、バイナリー評価でストレス反応が(＋)となった項目が 16 項目以上あった男性、15 項目以上あった女性のすべてが、総合得点での５段階評価が要チェック域にあったことがわかる。また、バイナリー評価でストレス反応が(＋)となった項目が 14 項目あった男性、13 項目あった女性の 70%以上

表２　心理的ストレス反応項目に対するストレス反応（＋）項目数と総合得点５段階評価の関係

18項目中の個数	男性 (N=9,769)					18項目中の個数	女性 (N=2,078)				
	51点以上	42～50点	33～41点	24～32点	18～23点		51点以上	42～50点	33～41点	24～32点	18～23点
0	0%	0%	5.8%	55.5%	38.6%	0	0%	0%	2.3%	57.8%	39.9%
1	0%	0%	11.6%	75.8%	12.6%	1	0%	0%	12.6%	73.0%	14.4%
2	0%	0%	27.0%	71.0%	2.1%	2	0%	0%	27.1%	72.3%	0.6%
3	0%	0.3%	46.1%	53.5%	0%	3	0%	0%	44.2%	55.8%	0%
4	0%	0.6%	76.1%	23.3%	0%	4	0%	0%	68.7%	31.3%	0%
5	0%	3.9%	88.5%	7.6%	0%	5	0%	5.5%	83.5%	11.0%	0%
6	0%	19.2%	79.5%	1.3%	0%	6	0%	16.0%	82.9%	1.1%	0%
7	0%	40.9%	58.9%	0.2%	0%	7	0%	48.0%	52.0%	52.0%	0%
8	0%	73.0%	27.0%	0%	0%	8	0%	62.4%	37.6%	0%	0%
9	0.5%	89.6%	10.0%	0%	0%	9	1.0%	88.9%	10.1%	0%	0%
10	4.9%	93.3%	1.8%	0%	0%	10	6.6%	92.1%	1.3%	0%	0%
11	17.6%	82.1%	0.4%	0%	0%	11	18.0%	82.0%	0%	0%	0%
12	40.4%	59.6%	0%	0%	0%	12	54.4%	45.6%	0%	0%	0%
13	67.3%	32.7%	0%	0%	0%	13	74.4%	25.6%	0%	0%	0%
14	82.3%	17.7%	0%	0%	0%	14	91.2%	8.8%	0%	0%	0%
15	96.7%	3.3%	0%	0%	0%	15	100%	0%	0%	0%	0%
16	100%	0%	0%	0%	0%	16	100%	0%	0%	0%	0%
17	100%	0%	0%	0%	0%	17	100%	0%	0%	0%	0%
18	100%	0%	0%	0%	0%	18	100%	0%	0%	0%	0%

表３　身体的ストレス反応項目に対するストレス反応（＋）項目数と総合得点５段階評価の関係

11項目中の個数	男　性 (N=9,849)				11項目中の個数	女　性 (N=2,114)				
	25点以上	21～24点	16～20点	11～15点		27点以上	22～26点	17～21点	12～16点	11点
0	0%	1.4%	19.1%	79.5%	0	0%	0.7%	11.0%	77.0%	11.3%
1	0%	3.9%	57.9%	38.2%	1	0%	1.5%	52.6%	46.0%	0%
2	0%	20.0%	76.2%	3.6%	2	0%	11.1%	77.8%	11.1%	0%
3	5.8%	55.6%	38.6%	0%	3	0.6%	41.2%	58.1%	0%	0%
4	32.9%	60.6%	6.6%	0%	4	8.1%	79.9%	12.0%	0%	0%
5	73.8%	26.2%	0%	0%	5	42.4%	56.8%	0.8%	0%	0%
6	96.5%	3.5%	0%	0%	6	73.0%	27.0%	0%	0%	0%
7	100%	0%	0%	0%	7	100%	0%	0%	0%	0%
8	100%	0%	0%	0%	8	100%	0%	0%	0%	0%
9	100%	0%	0%	0%	9	100%	0%	0%	0%	0%
10	100%	0%	0%	0%	10	100%	0%	0%	0%	0%
11	100%	0%	0%	0%	11	100%	0%	0%	0%	0%

が、総合得点の５段階評価で要チェック域に入っていた。言い換えれば、バイナリー評価におけるストレス反応の(＋)の個数が、男性であれば 14 項目、女性であれば 13 項目以上あるとき、ストレス反応が要チェック域に入る危険性がきわめて高いと判断できる。

身体的ストレス反応についても同様の集計を試みたところ(表３)、70%以上の人が総合得点の５段階評価で要チェック域に含まれるストレス反応(＋)の個数は、男性で５項目、女性で６項目であった。

以上のことから、ストレス反応の簡易判定においては、心理的ストレス反応については男性 14 項目、女性 13 項目、身体的ストレス反応については男性５項目、女性６項目を基準とすることによって、ストレス反応の要チェック者を 70%以上の蓋然性を以て予測できると考えられる。しかしながら、１)この項目数の基準値は経験的な値であること、２)ストレス反応の判定に際して false negative と false positive どちらの危険を優先するかによって、基準値の変更も必要といえることに留意すべきであろう。ただし、前者については、男性１万人、女性２千人を超えるサンプルから得られた経験値であることはこの基準値の信頼性を高める大きな要素のひとつといえる。また後者についても、表２、３を参照することによって、簡易判定実施者が一定の

幅を持ったフィードバックを被検者に与えることも可能と思われる。

２．ストレッサー総合評価からの判定

表４は、０－０－１－１のバイナリー評価においてストレッサー(＋)と判定された項目数ごとにその該当者が何名ずついたかの分布を、４つのストレッサー評価軸のそれぞれについて示したものである。「仕事の負担度」について、当該ストレッサーが(＋)と判定された項目が、男性の場合６項目以上、女性の場合５項目以上あった者の割合は、それぞれ 39.2%と 37.2%であった。「コントロール度」については、２項目以上でストレッサー(＋)と判定された者が、男女ともほぼ３名に１人の割合で存在した。「対人関係」については、同じく２項目以上でストレッサー(＋)と判定された者の割合は男女とも20%強であった。また「仕事の適合性」に関しては、該当する２つの質問項目の両方にストレッサー(＋)が判定された者の割合は、男性 60.9%、女性53.6%と他の評価軸に比べ高頻度であった。こうして、「仕事の負担度」については、男性で６項目以上、女性で５項目以上、それ以外の評価軸については、男女とも２項目以上でストレッサー(＋)と判定された者を、ここでは当該ストレッサーの要チェック者として操作的に定義した。

表５、６は、上記の操作的定義にもとづくストレッサー総合評価における回答者分布と、心理的、身体的ストレス反応それぞれにについて、ストレッサー総合評価ごとの要チェックストレス反応の発現リスクを示したものである。心理的、身体的ストレス反応のいずれに関しても、要チェック

表４　４つのストレッサー評価軸におけるストレッサー（＋）項目数の回答者分布

a）仕事の負担度

7項目中の個数	男性 (N=9,875)		女性 (N=2,098)	
	人　数	累積%	人　数	累積%
7	931	9.4%	82	3.9%
6	2,940	39.2%	303	18.4%
5	2,023	59.7%	396	37.2%

b）コントロール

3項目中の個数	男性 (N=9,964)		女性 (N=2,104)	
	人　数	累積%	人　数	累積%
3	1,392	14.0%	354	16.8%
2	1,924	33.3%	364	34.1%
1	3,116	64.6%	713	68.0%

c）対人関係

3項目中の個数	男性 (N=9,877)		女性 (N=2,090)	
	人　数	累積%	人　数	累積%
3	621	6.3%	113	5.4%
2	1,494	21.4%	337	21.5%
1	2,792	49.7%	553	48.0%

d）仕事の適合性

2項目中の個数	男性 (N=9,975)		女性 (N=2,118)	
	人　数	累積%	人　数	累積%
2	6,075	60.9%	1,136	53.6%
1	1,804	79.0%	502	77.3%
0	2,096	100%	480	100%

とされたストレッサー評価軸の数が増えるにつれ、要チェックストレス反応の発現リスクも増大することが認められた。4つのストレッサー評価軸のすべてで要チェックとされた者の比率は、男女ともほぼ2%であったが、彼らの要チェックストレス反応の発現リスクは、心理的ストレス反応で6.64倍(男性)～7.56倍(女性)、身体的ストレス反応では2.47倍(男性)～4.70倍(女性)ときわめて高いものであった。

ところで、前述したように、4つのストレッサー評価軸における要チェック者の比率は評価軸によって異なっている。こうしたストレッサー評価軸による比率の相違は、ひとえに質問項目数の違いに由来するものといえるが、同時に、要チェックストレス反応の発現リスクの推定に対して、各ストレッサー評価軸が異なった重み付けを持っていることを意味している。言い換えれば、ストレッサー総合評価が同一であっても、要チェックと判定されたストレッサー評価軸の組み合わせの違いによって、要チェックストレス反応の発現リスクが異なってくるといえる。そこで、表7には、組み合わせの異なる任意の3つのストレッサー評価軸によってストレッサー総合評価を行った場合に、要チェックストレス反応の発現リスクがどう変

表5　ストレッサー総合評価の回答者分布と心理的ストレス反応要チェック発現リスク

a) 男　性

ストレッサーチェック数	人　数		心理的ストレス反応要チェック発現リスク		
			odds 比	(95% CI)	
0	1,009	(10.7%)	1.00	(reference)	
1	3,784	(40.0%)	1.01	(0.72-1.41)	n.s.
2	3,302	(34.9%)	2.35	(1.71-3.24)	p<0.001
3	1,202	(12.7%)	4.61	(3.30-6.45)	p<0.001
4	168	(2.0%)	6.64	(2.82-7.63)	p<0.001

b) 女　性

ストレッサーチェック数	人　数		心理的ストレス反応要チェック発現リスク		
			odds 比	(95% CI)	
0	309	(15.9%)	1.00	(reference)	
1	758	(38.9%)	1.58	(0.84-2.96)	n.s.
2	604	(31.0%)	2.49	(1.34-4.64)	p<0.01
3	241	(12.4%)	5.59	(2.91-10.74)	p<0.001
4	37	(1.9%)	7.56	(2.86-20.00)	p<0.001

表６　ストレッサー総合評価の回答者分布と身体的ストレス反応要チェック発現リスク

a) 男　性

ストレッサーチェック数	人　数		身体的ストレス反応要チェック発現リスク		
			odds 比	(95% CI)	
0	1,025	(10.7%)	1.00	(reference)	
1	3,832	(40.0%)	0.96	(0.73-1.27)	n.s.
2	3,344	(34.9%)	1.56	(1.20-2.04)	p<0.001
3	1,210	(12.6%)	2.58	(1.94-3.44)	p<0.001
4	168	(1.8%)	2.47	(1.52-4.01)	p<0.001

b) 女　性

ストレッサーチェック数	人　数		身体的ストレス反応要チェック発現リスク		
			odds 比	(95% CI)	
0	307	(17.8%)	1.00	(reference)	
1	768	(44.4%)	1.16	(0.66-2.06)	n.s.
2	617	(35.7%)	2.22	(1.28-3.86)	p<0.01
3	247	(15.1%)	3.80	(2.01-6.93)	p<0.001
4	37	(2.1%)	4.70	(1.78-12.38)	p<0.01

動するかを再計算した結果を示してある。ここから、ストレッサー総合評価による判定においては、「仕事の適合性」評価軸の重み付けが他の評価軸のそれに比べて相対的に小さいことが認められ、簡易判定に際しては、どのストレッサー評価軸において要チェックとなっているかについても留意する必要があると思われる。

３．demand-control-support 総合評価からの判定

「職場サポート」尺度のバイナリー評価では男性有効回答者 9,802 名のうち 2,237 名(22.8%)、女性有効回答者 2,053 名のうち 613 名(29.8%)が、全 6 項目中 5 項目以上で職場のサポート資源が(－)と判定された。そこで、これらを「職場サポート」に関する要チェック者として、demand-control-support の複合リスクを前項と同様の手法で推定した(表８、９)。ここでも、要チェックの要因が多くなるに従って要チェックストレス反応の発現リスクも増大した。とりわけ、demand、control、support３つの
要因すべてにおいて要チェックとされた者の発現リスクは、心理的ストレス反応については、男性 18.46 倍、女性 12.51 倍、身体的ストレス反応については、男性 5.53 倍、女性 6.12 倍と高値を示していた。

表７　ストレッサー総合評価におけるストレッサー評価軸の組み合わせがストレス反応発現リスクの推定値に与える影響

	総合評価に含めるストレッサー評価軸	心理的ストレス反応要チェックリスク		身体的ストレス反応要チェックリスク	
		男性	女性	男性	女性
要チェックが3個の場合	負担, ｺﾝﾄﾛｰﾙ, 対人, 適合性	4.61	5.59	2.59	3.80
	負担, ｺﾝﾄﾛｰﾙ, 対人	24.63	22.66	5.61	8.69
	負担, ｺﾝﾄﾛｰﾙ, 適合性	1.38 ns	1.52 ns	1.53	2.63 p<0.01
	負担, 対人, 適合性	2.52	4.04	1.96	2.60 p<0.01
	ｺﾝﾄﾛｰﾙ, 対人, 適合性	1.97 p<0.01	3.10 p<0.01	1.70 ns	2.70 p<0.05
要チェックが2個の場合	負担, ｺﾝﾄﾛｰﾙ, 対人, 適合性	2.35	2.49 p<0.01	1.56 p<0.01	2.22 p<0.01
	負担, ｺﾝﾄﾛｰﾙ, 対人	8.76	7.31	3.65	4.75
	負担, ｺﾝﾄﾛｰﾙ, 適合性	2.01	1.78 p<0.05	1.39 p<0.01	1.69 p<0.05
	負担, 対人, 適合性	1.95	2.09 p<0.01	1.38 p<0.01	1.91 p<0.01
	ｺﾝﾄﾛｰﾙ, 対人, 適合性	2.22	2.35	1.75	2.57
要チェックが1個の場合	負担, ｺﾝﾄﾛｰﾙ, 対人, 適合性	1.01 ns	1.56 ns	0.96 ns	1.16 ns
	負担, ｺﾝﾄﾛｰﾙ, 対人	2.98	2.92	1.67	2.15 p<0.01
	負担, ｺﾝﾄﾛｰﾙ, 適合性	1.06 ns	1.01 ns	0.99 ns	1.17 ns
	負担, 対人, 適合性	1.12 ns	1.64 p<0.05	0.92 ns	1.20 ns
	ｺﾝﾄﾛｰﾙ, 対人, 適合性	0.99 ns	1.03 ns	1.05 ns	1.16 ns

＊有意確率の記載がないものはすべて、p<0.001

以上、簡易調査票による簡易判定法の開発の経緯と判定法およびその判定基準について述べてきたが、簡易判定の実際においては、資料に示すような簡易判定用の透明シートを作成し利用することによって、集計・判定の簡便性はさらに高まるものと考える。ただし、以上に示した判定基準を導き出すにあたっては、個々のストレッサー評価軸、職場サポート要因に関して、あくまで操作的な定義にもとづく要チェック者の抽出を手がかりにしており、その操作的定義の仕方によっては、推定されるストレス状態発現リスクの実際上の値が変動することは忘れてはならないだろう。言い換えれば、ここに示された種々のリスク推定値はひとつの目安なのであり、その推定値が一人歩きすることだけは厳に慎まなければならないだろう。

表 8　Demand-Cntorol-Support 総合評価の回答者分布と心理的ストレス反応要チェック発現リスク

a) 男 性

チェック数	人 数		心理的ストレス反応要チェック発現リスク		
			odds 比	(95% CI)	
0	3,306	(35.1%)	1.00	(reference)	
1	3,706	(39.3%)	3.04	(2.33-3.97)	p<0.001
2	1,949	(20.7%)	8.91	(6.87-11.57)	p<0.001
3	462	(4.9%)	18.46	(13.57-21.12)	p<0.001

b) 女 性

チェック数	人 数		心理的ストレス反応要チェック発現リスク		
			odds 比	(95% CI)	
0	655	(33.9%)	1.00	(reference)	
1	735	(38.0%)	2.68	(1.58-4.52)	p<0.001
2	416	(21.5%)	6.02	(3.57-10.18)	p<0.001
3	128	(6.6%)	12.51	(6.73-23.22)	p<0.001

表 9　Demand-Cntorol-Support 総合評価の回答者分布と身体的ストレス反応要チェック発現リスク

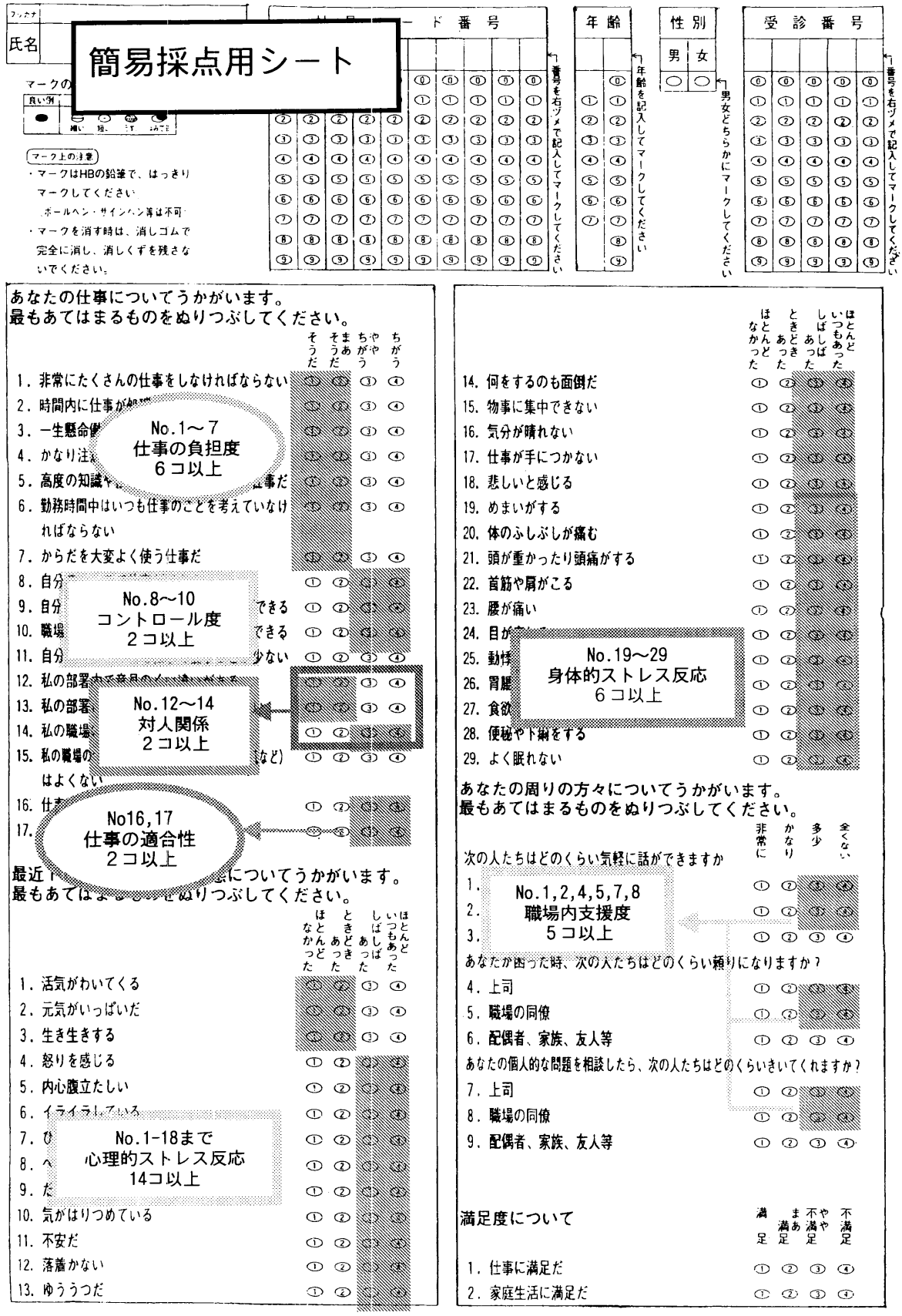
a) 男　性

チェック数	人　数		身体的ストレス反応要チェック発現リスク		
			odds 比	(95% CI)	
0	3,353	(35.2%)	1.00	(reference)	
1	3,748	(39.3%)	1.74	(1.43-2.11)	p<0.001
2	1,969	(20.7%)	3.38	(2.77-4.12)	p<0.001
3	465	(4.9%)	5.53	(4.23-7.23)	p<0.001

b) 女　性

チェック数	人　数		身体的ストレス反応要チェック発現リスク		
			odds 比	(95% CI)	
0	662	(33.8%)	1.00	(reference)	
1	742	(37.9%)	1.99	(1.26-3.14)	p<0.05
2	425	(21.7%)	4.29	(2.71-6.79)	p<0.06
3	130	(6.6%)	6.12	(3.40-11.02)	p<0.01

［資料］



簡易採点用シート

フリガナ
氏名

マークの

良い例

マーク上の注意
・マークはHBの鉛筆で、はっきりマークしてください
（ボールペン・サインペン等は不可）
・マークを消す時は、消しゴムで完全に消し、消しくずを残さないでください。

ード番号
番号を右ヅメで記入してマークしてください

年齢
年齢を記入してマークしてください

性別
男 女
男女どちらかにマークしてください

受診番号
番号を右ヅメで記入してマークしてください

あなたの仕事についてうかがいます。
最もあてはまるものをぬりつぶしてください。

そうだ / まあそうだ / ちがう / ちがう

1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない
2. 時間内に仕事が
3. 一生懸命働
4. かなり注
5. 高度の知識や 仕事だ
6. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない
7. からだを大変よく使う仕事だ
8. 自分
9. 自分 できる
10. 職場 できる
11. 自分 少ない
12. 私の部署内で意見のイ違いがある
13. 私の部署
14. 私の職場
15. 私の職場の など）はよくない
16. 仕
17.

No.1～7
仕事の負担度
6コ以上

No.8～10
コントロール度
2コ以上

No.12～14
対人関係
2コ以上

No16,17
仕事の適合性
2コ以上

最近 について うかがいます。
最もあてはまるものをぬりつぶしてください。

ほとんどなかった / ときどきあった / しばしばあった / ほとんどいつもあった

1. 活気がわいてくる
2. 元気がいっぱいだ
3. 生き生きする
4. 怒りを感じる
5. 内心腹立たしい
6. イライラしている
7. び
8. へ
9. だ
10. 気がはりつめている
11. 不安だ
12. 落着かない
13. ゆううつだ

No.1-18まで
心理的ストレス反応
14コ以上

14. 何をするのも面倒だ
15. 物事に集中できない
16. 気分が晴れない
17. 仕事が手につかない
18. 悲しいと感じる
19. めまいがする
20. 体のふしぶしが痛む
21. 頭が重かったり頭痛がする
22. 首筋や肩がこる
23. 腰が痛い
24. 目が
25. 動悸
26. 胃腸
27. 食欲
28. 便秘やト痢をする
29. よく眠れない

No.19～29
身体的ストレス反応
6コ以上

あなたの周りの方々についてうかがいます。
最もあてはまるものをぬりつぶしてください。

非常に / かなり / 多少 / 全くない

次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか
1.
2.
3.

No.1,2,4,5,7,8
職場内支援度
5コ以上

あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？
4. 上司
5. 職場の同僚
6. 配偶者、家族、友人等

あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？
7. 上司
8. 職場の同僚
9. 配偶者、家族、友人等

満足度について

満足 / まあ満足 / やや不満足 / 不満足

1. 仕事に満足だ
2. 家庭生活に満足だ

とはいえ、調査対象者のストレッサー状況、ストレス緩衝要因の状況を一定の仕方で段階づけたとき、それぞれの評価段階に属する人々が、相対的にどの程度のストレス反応発現リスクに曝されているかについて、統計的根拠を示しつつ、その判定基準を提起している点で、本簡易判定法は種々の現場における実用に有効に活用し得るものと考える。

研　究　者：中村　　賢(北里大学医療衛生学部)
研究協力者：鈴木　牧彦(北里大学医療衛生学部)

D．文献

1) 下光輝一,丸田敏雅,飯森眞喜雄他：職業性ストレス簡易調査票の産業現場での活用に関する検討．労働省平成 10 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書,195-215,1999.
2) 下光輝一,原谷隆史：職業性ストレス簡易調査票の信頼性の検討と基準値の設定．労働省平成 11 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書,126-138,2000.
3) 中村　賢,岩田　昇,原谷隆史：ＴＨＰ事業における簡易調査票の活用．労働省平成 10 年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書,171-180,1999.
4) Hurrel, J.J.Jr. and McLaney, M.A.: Exposure to job stress: a new psychometric instrument. Scand. J. Work Environ. Health, 14(Suppl. 1): 27-28, 1988.
5) Johnson, J.V. and Hall, E.M.: Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. Am. J. Public Health, 78: 1336-1342, 1988.

Ⅲ－３．職業性ストレス簡易調査票の有用性

Ⅲ－３－１．職業性ストレス簡易調査票に対する産業医、看護婦・士の意見調査結果より

A．目的

職業性ストレス簡易調査票が、様々な産業現場における健康管理ツールとして使用可能であるか否かを、産業医並びに看護婦・士からの意見調査を行い、その有用性について検討する。

B．対象と方法

産業医及び看護婦・士を対象に、簡易調査票、従業員へのフィードバックのための結果出力例、結果解釈のための説明文[1)]、健康診断などの場で時間をかけずに評価を行えることを目的とした“簡便な評価法”のための使用ガイドの４点と、本調査票についての意見・感想記入用紙を郵送した。

C．結果１

４１人より意見・感想記入用紙を回収した。

回答をよせた 41 名の職種の内訳、担当事業場の業種、規模は以下のとおりである。

職種	人数	(%)
産業医	14	34%
保健婦	22	54%
看護婦	2	5%
その他の衛生管理者	1	2%
その他	2	5%

業種	頻度	(%)
建設業	1	2%
製造業	31	76%
運輸･通信業	1	2%
サービス業	3	7%
その他	5	12%

規模	頻度	(%)
50～99人	1	2%
100～499人	1	2%
500～999人	4	10%
1000～4999人	26	63%
5000人以上	8	20%

簡易調査票を、実際に使用してみたと回答した者は、13 名(32%)であり、使用の場面は、新入社員の健康相談、入社３ヶ月後の面談が多かった。

職業性ストレス簡易調査票を、

１．健康指導や THP の心理相談で「その場で使う」ことについて

「対象者のストレスの把握には使えるか？」という問に対して、使えると回答したものが 39 名(95%)、使えないと回答した者が２名(5%)であった。

使えると回答した者 39 名では、「このままで十分」、とした者が９名、「さらに改善の余地がある」とした者が 25 名、無回答５名であった。さらに、簡易調査票の問題点、改善すべき点として、選択および自由記述形式にて以下のことが挙げられた。

印刷について

- 文字が小さい　　9名
- 印字が薄い　　7名

量について

- 項目数がまだ多い　　6名
- 記入に時間がかかる　　6名

質問･選択肢の表現と内容について

- 対象者の表現を統一したほうがよい
- ほとんどいつもあったなど回答がややこしい
- 選択肢の「ほとんど」「しばしば」「時々」の受け止め方に個人差がありあいまいである
- 対人関係についての質問はしにくい
- 対人関係(特に上司)について、もう少し密な質問があったほうがよい
- 「活気」に関する質問3項目には、極めて違和感を感じる
- 社会的支援を尋ねている質問で、配偶者,家族,友人を分けたほうがよい
- 緊急を要する(自殺の危険)症状を加えたほうが良い
- 現在のトラブルの糸口となるような質問を加えたほうが良い

その他の要望･意見

- 必要部分のみ使用したい、セットの提示が欲しい
- 判定結果が実際と合わない
- 質問数が少なくても、評価可能であることを実感した

質問の量について、健康相談、THP など、その場で使用する場合には、ストレスに関する質問だけで 57 項目を割く時間はなく、また、簡易評価を行う場合にも、評価にもそれなりの時間がかかるため、事前配布を考えたほうがよいと思われる。

質問･選択肢の内容について、対人関係について意見が分かれ、より密に尋ねたほうがよいという者と人員削減の問題等から尋ねにくいという意見があった。対人関係についてより密に、という指摘に対しては、調査票を面談の資料として用いてもらいトラブルの原因となっている対人関係については面談によって情報を得るほうがよいと考えた。また、社会的支援に関する質問への指摘については､調査票の性格が職業性ストレスを対象としたものである点から、仕事外の支援は1項目でよいと考えた。

使えないと回答した者 2 名は、修正や条件整備があれば使える(人員が十分にいれば可能など)と回答していた。

2．健康診断などの場面での職業性ストレス簡易調査票について

「ストレスの意識づくりや気づきの促進につかえそうか」という問に対して、使えると回答した者は 38 名(93%)、使えないと回答した者は 3 名(7%)

であった。使えると回答した者のうち18名がこのままで十分、17名がさらに改善の余地があると回答していた。

「実際に従業員のストレスを減らすことに、この調査票は有効か」という問に対して、25名(64%)が使える(有効)、14名(36%)が使えないと回答していた。有効と回答した者ではこのままで十分と回答した者が8名、さらに改善の余地があると回答した者が14名であった。使えないと回答した者のうち、10名は修正や条件整備があれば使えると回答したが、4名は修正や条件整備があっても使えないと回答した。この点については、自由記述による問題の指摘から判断すると、ストレス調査のみではストレスを軽減することはできず、さらに対策をたてていかなくてはならないという考えから、使えないと回答したようであった。

「精神的問題やストレス事例のスクリーニング(早期発見)には使えそうか」という問に対して、35名(88%)が使える、5名(12%)が使えないと回答した。使えると回答した者のうち12名はそのままで十分と回答したが、20名はさらに改善の余地があると回答した。使えないと回答した者では、4名は修正や条件整備があれば使えると回答したが、1名は修正や条件整備があっても使えないと回答していた。

上記3つの問に関連して、問題点、改善すべき点を自由記述により求めたところ、以下のような意見が挙げられた。

簡易調査票の量･内容に関する意見

- 文字が小さい
- 項目数がまだ多い
- 健康診断時では時間がかかるので無理
- 精神的ストレス反応の問いには答えずらい
- ストレスの要因は仕事に関するものとは限らない
- 対処に関する質問があるとよい

個人返却用結果に関する意見

- 結果の出力は2枚はいらない
- プロフィール結果の方向を統一したほうがよい
- 個人ごとの結果に対する問題点や具体的な対策がコメントしてあるとよい
- 利用する際の問題点
- ストレス得点を計算して○点以上は要注意などの数値的基準があるとよい
- この調査票と評価が、直接ストレスを減らすことになるか疑問である
- 健診でメンタル面のチェックを行うことや、スクリーニングを行うことは、法的あるいは人権上の問題がないとはいいきれないのではないのか

評価意見

- 従業員のストレス状態の概要を知ることができる
- 相談指導をする際、問題となっている点を切り口にして、話を進めていくことが出来る
- どこに問題があるのか一目でわかり個人の気づきの助けになる
- 集団の指標、評価にも使用できる

また、簡易調査票そのものに対する意見ではなかったが、ストレス調査に対する倫理上の問題や事業場の対応の問題なども挙げられていた。

その他

- 健康診断前に簡易調査票を記入、結果出力をし、問診時にその結果を元に健康指導できるような体制だと使いやすい
- 調査する時期を選ぶのがポイント
- ストレス調査票は実態把握の手段で実際に社員のストレスを減らすことは出来ない
- ストレス調査をもって、スクリーニング、ひいてはメンタルストレス対策に足りるという認識が広まることはよくない
- 本調査票の趣旨は(個人レベルでの)ストレスへの気づきの支援と考えられるので、拡大解釈されないような運用が必要

事業場サイドの問題

- ２次検査、事後措置体制の整備、労使、作業者等の理解など整備すべき問題が多い
- 人員不足

３．これまで使用したことのある調査票との比較

まず、健康診断やその他の機会に簡易調査票以外のストレスやメンタルヘルスの調査票を使用したことがあると回答した者は 33 名(80%)、ないと無いと回答した者 8 名(20%)であった。簡易調査票以外のストレスやメンタルヘルスの調査票を使用した経験のある 33 名中、本調査票に対する評価として、優れている 13 名、同じ 7 名、劣っている 2 名、わからない 11 名という結果であった。

長所としては下記の点があげられていた。

職業性ストレス簡易調査票に関して

- 質問が簡単で読みやすい
- シンプルでまとまりがある
- 評価の方法が明確である
- いろいろな角度からとらえられている
- 仕事を中心に聞いている。
- 「仕事」、「職場環境」におけるストレスに関しては一番わかりやすい
- 心と体の状態を尋ねている
- ストレス反応に影響を与える他の因子の評価もある

調査施行により得られる長所

- 個人結果がわかりやすい
- 自分状態を客観的に見ることができる
- 記入の時点でストレスの要因に関する気づきが期待できる
- ストレスフルな状態からの対処法、あるいは対処が必要な事態に陥っていることに気づくことが期待できる
- 個人の問題のみでなく、組織や職場としての問題評価ができそう

しかしながら、短所としては、項目数が多い、本調査票にあるストレス因子だけがストレスの原因となるのではない、心理的ストレス反応について尋ねている項目数が少ないといった意見もあげられ、個人返却用のストレスプロフィールに関しては個人的なコメントがないことなどが指摘されていた。

D．考察

以上の結果をまとめると、回答をよせた産業医、看護婦・士は、職業性ストレス簡易調査票を産業現場で使用可能と評価していた。しかし一部には、調査票のさらなる短縮(項目数を減らす)、対処に関する質問の追加などの要望があることがわかった。しかし、職業性のストレス調査票という点で、仕事のストレス要因を聞いている点が評価されており、本調査票は今後職域での汎用性が高いと考えられる。また、結果(ストレスプロフィール)の説明文が長く、個人に対する評価がないという点については、別紙のごとく、某事業場において総合評価シートを作成して対処した。健康診断など、多くの人数に簡易調査票を使用する場合には、調査票のデータから総合評価までを一連の流れで行うことができるようなソフトの開発も望まれる。

研　究　者：下光輝一(東京医科大学衛生学公衆衛生学教室)
研究協力者：川上憲人(岐阜大学医学部公衆衛生学),宮崎彰吾(日本鋼管病院京浜保健センター),相澤好治(北里大学医学部衛生学公衆衛生学),林　剛司(日立健康管理センタ),深澤健二(ソニー株式会社健康開発センター),三木明子(宮城大学看護学部成人看護),廣　尚典(日本鋼管病院鶴見保健センター)、小田切優子(東京医科大学衛生学公衆衛生学)、大谷由美子(東京医科大学衛生学公衆衛生学)

E．文献

１）加藤正明他：労働現場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書：労働省平成１０年度「作業関連疾患の予防に関する研究」p. 207～212

［別紙］

あなたのストレスプロフィールについて

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿
社員番号＿＿＿＿＿

本年８月にご回答いただいたアンケートの結果から、“あなたのストレスプロフィール”を作成しました。お返しするプロフィールから，あなたのストレスの状態をおおよそ把握していただくことが出来ると思います。

詳しいストレス度や、それに伴うこころの問題については産業医による面談が必要となりますので、ご心配な方は健康管理室にご相談下さい。

（10月６日から８日まで、このアンケートの作成を行った東京医科大学公衆衛生学教室より担当医が参りますので、その機会をご利用ください。詳しくは健康管理室にお電話ください。）

今回のアンケートでは、あなたはストレスがやや高い状態にある様です。

ストレスの状態が続くと、心や身体がストレスの原因に対して反応し、その結果として、気分が落ち込む、イライラ感がつのる、疲れる、元気がないといった症状が現れます。このような症状は気分だけでなく、体の不調として現れてくる事もあります。あなたの場合、イライラ感、疲労感、不安感、抑うつ感が高く、活気がやや低い状態であることが、別紙２枚のグラフから分かります。

今回このようにストレスのサインが見られたことをきっかけに心と身体の健康管理が必要と思われます。一人で悩みを抱え込まずに、産業医や看護婦に相談することをお勧めします。専門的な助言を受けることによって自分では気がつかなかった解決法が見つかることもあるでしょう。

一般に仕事に関わる時間は一日のうちの多くを占めるので、仕事の量の多さや忙しさ、仕事の性質（注意を要する仕事など）、仕事に対してコントロールできる度合いなど、その他様々な出来事がストレスの原因になり得ます。自分にとってのストレスの原因となるものとその程度を把握し、それに可能な対処をしていくことが望まれます。

あなたの場合は、仕事の量的負担、職場の対人関係上のストレスが高く仕事の質的負担がやや高いまた、仕事のコントロール度が低い仕事のコントロール度がやや低い状態にあり仕事上でのストレスの原因となっていることが疑われます。

仕事の量が多い、仕事の質がキビシイと考えている人は、もう一度自分の仕事量を見直し、上司、同僚と仕事内容について相談することをお勧めします。周囲の人に協力を仰ぐ事により、事態が解決するかもしれません。

仕事のコントロール度は、自分で仕事の予定や手順を決めることができない時、「仕事のコントロール度」が低くなります。例えば、周囲のスピードや上司の予定に合わせて仕事をするとか、急な仕事の変更がよく起こるために予定が立てられない状況などです。

仕事のやり方をうまくして負担量を軽減することができないか、仕事の進め方を自分で決定できる部分がもっとないか、を考えてみて下さい。それが無理な場合は、仕事からストレスを多く受けていることを自覚して、勤務時間外や休日はなるべく仕事を持ち帰らず、リフレッシュに努めましょう。

Ⅲ－３－２．総合的ストレス対策のモデル事業のなかでの職業性ストレス簡易調査票の活用

A．目的

職業性ストレス簡易調査票を、総合的ストレス対策のモデル事業の中で使用し、その有用性について検討、考察する。

B．方法および結果

	実施方法	評価方法	実施後の評価方法	評価の内容
1)	健康診断および健康保持増進などの機会におけるストレス対策希望者(約 30%)に実施	標準化得点使用参加者一律(ストレスプロフィール)	参加者の感想を調査。(100名中22名が回答)	ストレスに関心を持つのに役立った(86%) 自分のストレスについて理解するのに役立った(81%) ストレスを減らすのに役立つと思う(55%) ストレス解消に役立ちそう(55%)
2)	ソフトウェア技術者を対象としたストレス対策事業の中で調査票を使用(対象1619名)	標準化得点使用参加者一律(ストレスプロフィール)	全員一律結果返却の後に200名をランダムに選出して調査票により評価(92名が回答)	ストレスに関心を持つのに役立った(82%) 自分のストレスについて理解するのに役立った(76%) ストレスを減らすのに役立つと思う(50%) ストレス解消に役立ちそう(52%)

C．考察

2事業場での簡易調査票の使用の結果、労働者から、ストレスに関心を持つのに役立った、自分のストレスについて理解するのに役立ったなど、簡易調査票が有用であるという評価を得た。調査票の労働者個人からの評価については、質問項目のみでなく、個人への返却の方式により左右されると思われる。昨年度研究報告後に、簡易調査票のフィードバック(あなたのストレスプロフィール)のソフトを開発したが、個人個人への具体的なアドバイスを求めらる声が聞かれ、今後は、産業医、看護婦・士の意見を反映でき、事業場ごとにその特徴を生かしたコメント等を追加することが可能なソフトの開発も望まれる。

研　究　者：下光輝一(東京医科大学衛生学公衆衛生学教室)
川上憲人(岐阜大学医学部公衆衛生学)
宮崎彰吾(NKK京浜保健センター)

Ⅲ－３－３．職業性ストレス簡易調査票の使用に関する研究

A．目的

筆者らはこれまで、職業性ストレス簡易調査票の活用に関する調査を行ってきた。今回は、これを実際に使用し、回答者が内容を理解・応用できるか検討することを目的とした。

B．対象と方法

都内のある金融機関の事務作業者 110 名に簡易調査票を配布し、記入を求め、回答を郵送により回収した。回答のあった 80 人(男性 48 人、女性 32 人)のそれぞれに判定結果のチャート表を送付し、さらに、1)結果が全体としてわかりやすいか、2)「ストレスの原因」の評価が回答者自身感じていることと一致するか、3)「ストレスによっておこる心身の反応」の評価が回答者自身感じていることと一致するか、4)「ストレス反応に影響を与える他の因子」の評価が回答者自身感じていることと一致するか、5)今回の結果が回答者自身のストレスの気づきに役立つか、を回答を求めた。これにより得られた回答結果(男性 12 人、女性 9 人)を解析した。解析対象とした 21 人の年齢は、男性 34～58(平均 46)歳、女性 22～44(平均 32)歳であった。

表１　ある金融機関の事務作業者 80 人の簡易調査票回答結果[a]

	量的負担	質的負担	身体負担	対人関係	職場環境	コントロール	技術の活用	適合性	働きがい
男性	2.8(1-5)	3.0(2-5)	3.2(1-4)	3.6(2-5)	3.1(1-4)	3.5(1-5)	2.9(1-4)	2.9(1-5)	3.6(2-5)
女性	3.0(1-5)	3.1(1-5)	3.3(2-4)	2.7(1-4)	2.7(1-4)	2.7(1-5)	2.6(0-4)	2.8(1-5)	2.7(1-4)

	活気	いらいら	疲労	不安	うつ	身体愁訴
男性	3.6(2-5)	3.6(2-5)	3.3(1-4)	3.4(1-5)	3.3(1-4)	3.3(0-4)
女性	3.1(1-5)	2.8(1-4)	2.9(1-4)	2.9(1-4)	2.8(1-4)	2.9(1-4)

	上司サポート	同僚サポート	家族サポート	満足
男性	3.7(2-5)	3.5(2-5)	3.3(1-4)	3.4(1-5)
女性	2.8(1-4)	2.8(1-5)	3.9(1-5)	2.8(1-5)

[a]　男性 48 人(年齢 24-58、平均 39 歳)、女性 32 人(年齢 22-57、平均 35 歳)

C．結果

はじめに得られた 80 人の回答結果を表 1 に示す。 解析対象とした 21 人の簡易調査票の結果に対する評価を表 2 に示す。簡易調査票の「ストレスの原因」、「ストレスによっておこる心身の反応」および「ストレス反応に影響を与える他の因子」の評価はいずれも 2/3 以上の回答者が自己の評価と一致していた。また、2/3 以上の回答者がストレスの気づきに役立つと回答した。

表 2　金融機関事務作業者 21 人の職業性ストレス簡易調査票への評価

	男性(%)	女性(%)	計(%)
結果のわかりやすさ：			
わかりにくい	1 (8.3)	0 (0)	1 (4.8)
どちらかといえばわかりにくい	5 (41.7)	5 (55.6)	10 (47.6)
どちらかといえばわかりやすい	2 (16.7)	3 (33.3)	5 (23.8)
わかりやすい	3 (25.0)	0 (0)	3 (14.3)
どちらともいえない	1 (8.3)	1 (11.1)	2 (9.5)
「ストレスの原因」の自己評価との一致：			
一致しない	0 (0)	0 (0)	0 (0)
どちらかといえば一致しない	2 (16.7)	0 (0)	2 (9.5)
どちらかといえば一致する	6 (50.0)	6 (66.7)	12 (57.1)
一致する	2 (16.7)	2 (22.2)	4 (19.0)
どちらともいえない	2 (16.7)	1 (11.1)	3 (14.3)
「ストレスによる心身反応」の自己評価との一致：			
一致しない	1 (8.3)	0 (0)	1 (4.8)
どちらかといえば一致しない	1 (8.3)	0 (0)	1 (4.8)
どちらかといえば一致する	6 (50.0)	6 (66.7)	12 (57.1)
一致する	4 (33.3)	3 (33.3)	7 (33.3)
どちらともいえない	0 (0)	0 (0)	0 (0)
「ストレス反応に影響を与える他の因子」の自己評価との一致：	0 (0)	0 (0)	0 (0)
一致しない	0 (0)	0 (0)	0 (0)
どちらかといえば一致しない	7 (58.3)	8 (88.9)	15 (71.4)
どちらかといえば一致する	3 (25.0)	1 (11.1)	4 (19.0)
一致する	2 (16.7)	0 (0)	2 (9.5)
どちらともいえない			
「ストレスへの気づき」に役立つか：			
役立たない	0(0)	0 (0)	0 (0)
どちらかといえば役立たない	2 (16.7)	1 (11.1)	3 (14.3)
どちらかといえば役立つ	6 (50.0)	5 (55.6)	11 (52.4)
役立つ	2 (16.7)	1 (11.1)	3 (14.3)
どちらともいえない	2 (16.7)	2 (22.2)	4 (19.0)

これらに対し、男女とも半数以上が、結果が「わかりにくい」、「どちらからといえばわかりにくい」または「どちらともいえない」と答えた。これらの回答者では、不安感、疲労感および身体愁訴(いずれもストレスによる心身

反応)の得点(それぞれ平均 3.0, 3.1, 3.0 点)が「わかりやすい」「どちらかといえばわかりやすい」と回答した者の得点(同 4.0, 3.8, 3.9 点)より有意に低かった($p<0.05$)。(表３)

表３　「わかりにくい」、「どちらからといえばわかりにくい」または「どちらともいえない」と答えた 13 人と「わかりやすい」「どちらかといえばわかりやすい」と答えた８人との不安感、疲労感および身体愁訴得点の比較(平均と範囲)

	「わかりにくい」ほか	「わかりやすい」ほか
不安感	3.0 (1-4)*	4.0 (3-5)
疲労感	3.1 (2-4)*	3.8 (2-4)
身体愁訴	3.0 (2-4)*	3.9 (3-4)

* $p<0.05$ (順位和検定)

D．考察

簡易調査票による評価は被験者の自己評価とよく一致し、ストレスの気づきに役立つと推定された。半数以上の回答者が結果のチャート表示が一目では判らなかったと考えられるので今後表示に工夫を要すると思われる。訴えの多い者は自己のストレス評価に関心があるため、結果をよく理解したと推察される。

研　究　者：横山和仁、荒記俊一(東京大学大学院医学系研究科・医学部公衆衛生学教室)、
丸田敏雅、飯森眞喜雄(東京医科大学精神医学教室)
研究協力者：木村　薫(東京大学大学院医学系研究科・医学部公衆衛生学教室)

Ⅲ－３－４．職業性ストレス簡易調査票の有用性の検討

A．はじめに

ストレス相談の前後で職業性ストレス簡易調査票を実施し、その介入の評価としての簡易調査票の有効性について考察した。

B．対象と方法

某製造業で働く従業員 518 名に対して、1998 年 11 月の健康診断の事前に簡易調査票を個人に配布し、健康診断実施当日に回収をした。提出された調査票回答者 518 名中有効データ 508 名を対象とした。

対象者の年齢構成を図１に示した。２０歳代・３０歳代で全体の 67.2％を占めた。平均年齢を見ると全体では 35.0 歳、男性で 36.3 歳、女性で 31.6 歳であった。

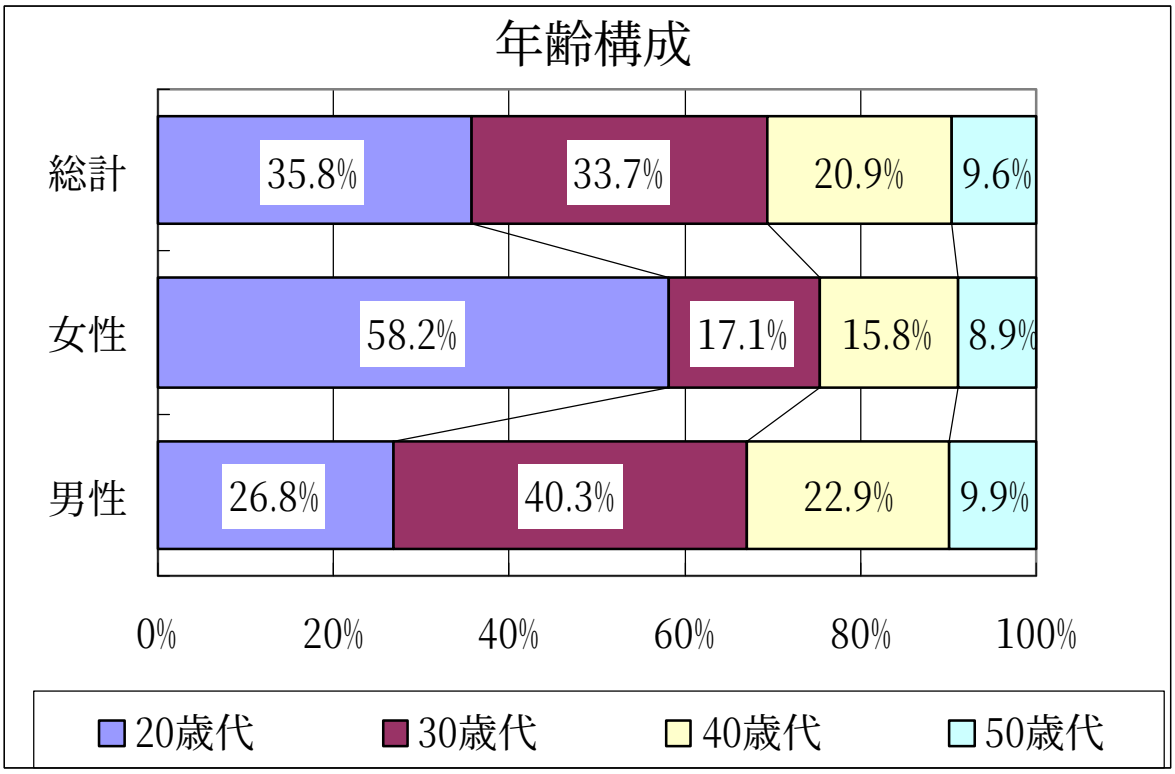


図１　性･年齢別構成

対象者の部署別構成を図 2 に示した。部署の構成をみると、生産部、産機技術部、流通・物流技術部、サービスセンターまでで約 6 割を占めた。

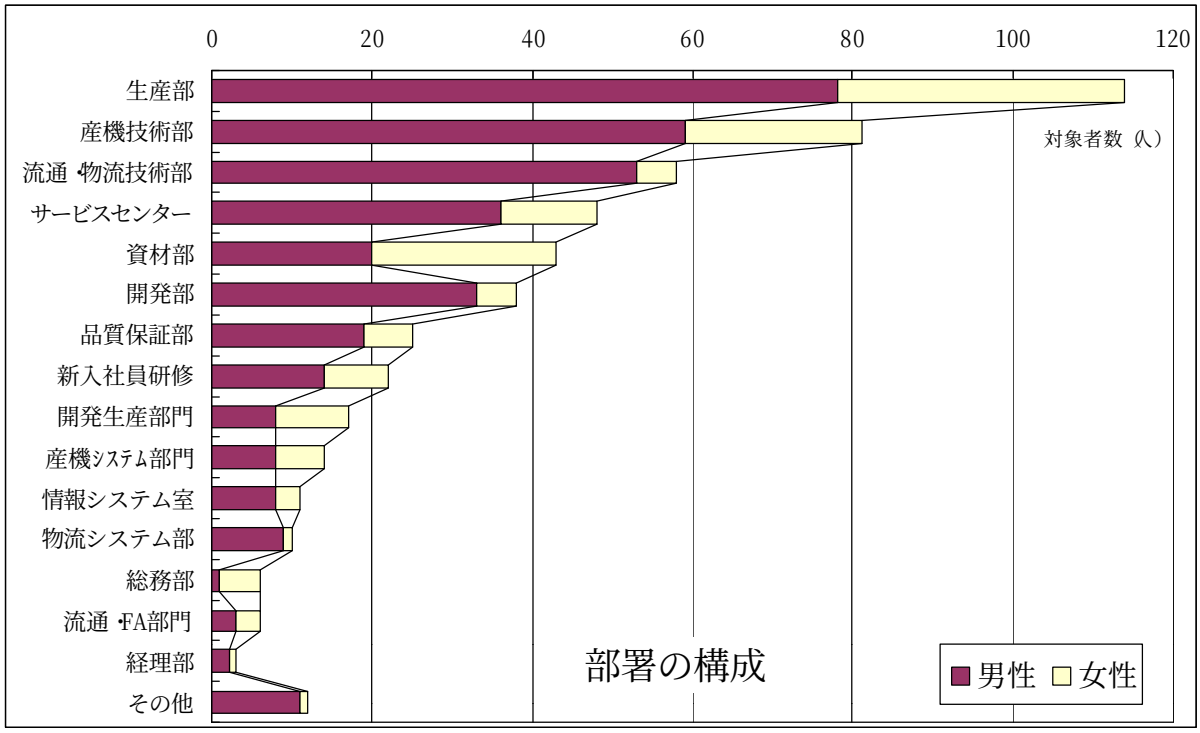


図２　対象者の部署別構成

１．断面調査

各々の自覚症状、心理的疲労感などのストレスによっておこる心身の反応と１)仕事の負荷、２)仕事のコントロール、３)作業環境、４)働きがい、５)上司・同僚などの周囲の社会的支援についての関係について断面的に検討した。

この場合、ストレスによっておこる心身の反応として、簡易調査票の(1)「怒りを感じる」、(2)「内心腹立たしい」、(3)「イライラしている」、(4)「ひどく疲れた」、(5)「へとへとだ」、(6)「だるい」、(7)「気がはりつめている」、(8)「不安だ」、(9)「落着かない」、(10)「ゆううつだ」、(11)「何をするのも面倒だ」、(12)「物事に集中できない」、(13)「気分が晴れない」、(14)「仕事が手につかない」、(15)「悲しいと感じる」、(16)「めまいがする」、(17)「体のふしぶしが痛む」、(18)「頭が重たかったり頭痛がする」、(19)「首筋や肩がこる」、(20)「腰が痛い」、(21)「目が疲れる」、(22)「動悸や息切れがする」、(23)「胃腸の具合が悪い」、(24)「食欲がない」、(25)「便秘や下痢をする」、(26)「よく眠れない」の 26 項目について「しばしばあった」または「ほとんどいつもあった」と答えた場合を１点として、その合計とした。

（１）仕事負荷によるストレスによっておこる心身の反応

①「非常にたくさんの仕事をしなければならない。」、②「時間内に仕事が処理しきれない」、③「一生懸命働かなければならない」、④「かなり注意を集中する必要がある」、⑤「高度の知識や技術が必要な難しい仕事だ」、

⑥「勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない」、⑦「からだを大変よく使う仕事だ」の７項目について「そうだ」または「そうだまあ」と答えた場合を１点としてその合計を仕事負荷とし、検討した。

（２）仕事のコントロールによっておこる心身の反応

仕事のコントロールについては、①「自分のペースで仕事ができる」、②「自分で仕事の順番・やり方を決めることができる」、③「職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる」の３項目について「そうだ」または「そうだまあ」と答えた場合を１点として、その合計とし、その関連について検討した。

（３）職場環境によっておこる心身の反応

職場環境について「私の職場の作業環境(騒音・照明・温度・換気など)はよくない」について「そうだ」または「そうだまあ」と答えた場合を「悪い」とし、それ以外を「良い」とし、その関係を検討した。

（４）働きがいとストレスによっておこる心身の反応

働きがいについて「働きがいのある仕事だ」を「そうだ」または「そうだまあ」と答えた場合を「ある」とし、それ以外を「ない」とし、その関連を検討した。

（５）サポートとストレスによっておこる心身の反応

周囲からのサポートによってストレスは軽減されることが知られている。今回の調査において(１)上司、(２)職場の同僚、(３)配偶者、家族、友人などのそれぞれからのサポートと心身の反応との関連を調べた。

２．ストレス相談による介入調査

初年度の簡易調査票の結果からストレスによっておこる心身の反応が高いと判断された者 47 名に対してストレス相談を 1999 年より実施し、再度 1999 年 11 月の健康診断時にその 47 名に対して簡易調査票による調査を実施し、ストレスの原因となる因子(心理的な仕事の量的負担・質的負担、職場環境によるストレス、仕事のコントロール、相談受診者の仕事の技能の活用度、仕事の適性度、働きがい)、ストレスによっておこる心身の反応(活気、イライラ感、疲労感、不安感、抑うつ、身体愁訴)、ストレス反応に影響を与える他の因子（家族・友人、上司・同僚からのサポート、仕事や生活の満足感)それぞれにおいてどのように変化したのかを対応のある t 検定にて検討した。

C．結果と考察

１．断面調査

（１）ストレスによっておこる心身の反応(表 1)

全体のストレスによっておこる心身の反応の分布を見れば、心身の反応の０～９で全体の８割強(84.8%)を占めた。ストレスによっておこる心身の反応４以内の範囲では約６割弱を占めていた。

表１　ストレスによっておこる心身の反応の分布

ストレス度	男性	%	女性	%	総計	%
０～４	213	58.8%	78	53.4%	291	57.3%
５～９	97	26.8%	43	29.5%	140	27.6%
１０～１４	39	10.8%	17	11.6%	56	11.0%
１５～１９	11	3.0%	6	4.1%	17	3.3%
２０～２３	2	0.6%	2	1.4%	4	0.8%

ストレスによっておこる心身の反応の平均を見ると全体では 4.79 であり、男性 4.65、女性 5.14 である。年代別性別では 30 歳代の女性が最も高く 6.40、年代では 20 歳代が最も高く 5.11 であった。30 歳代の女性は負担がかかりやすい立場におかれていると思われた。

表２　年代別・性別ストレス度の平均

年代分布		男性	女性	総計
20歳代	平均	4.88	5.38	5.11
	対象者数	97	85	182
30歳代	平均	4.68	6.40	4.93
	対象者数	146	25	171
40歳代	平均	4.73	4.17	4.61
	対象者数	83	23	106
50歳代	平均	3.75	2.92	3.53
	対象者数	36	13	49
平均		4.65	5.14	4.79
対象者数		362	146	508

部署別ストレスによっておこる心身の反応を図-3 に示した。情報システム室 8.73、流通・FA 部門 7.50、開発生産部門 6.06、サービスセンター5.60 などコンピューターをメインで使用する業務や、サービス部門などに心身の反応が高く見られた。自覚的な蓄積疲労が意識されやすいと思われた。

（２）仕事よっておこる心身の反応

仕事の負荷とストレスによっておこる心身の反応の関連をみると仕事の負荷の少ない(０～１)が 2.90 ともっとも心身の反応が少なく、仕事負荷のかなり多い(６～７)が 5.42 ともっとも高くなっている。負担が多ければ多いほど心身の反応も高くなっていた。

年代別に仕事負荷とストレスによっておこる心身の反応の関連をみると仕事負荷の少ない(０～１)場合がどの年代とも、もっともストレスに

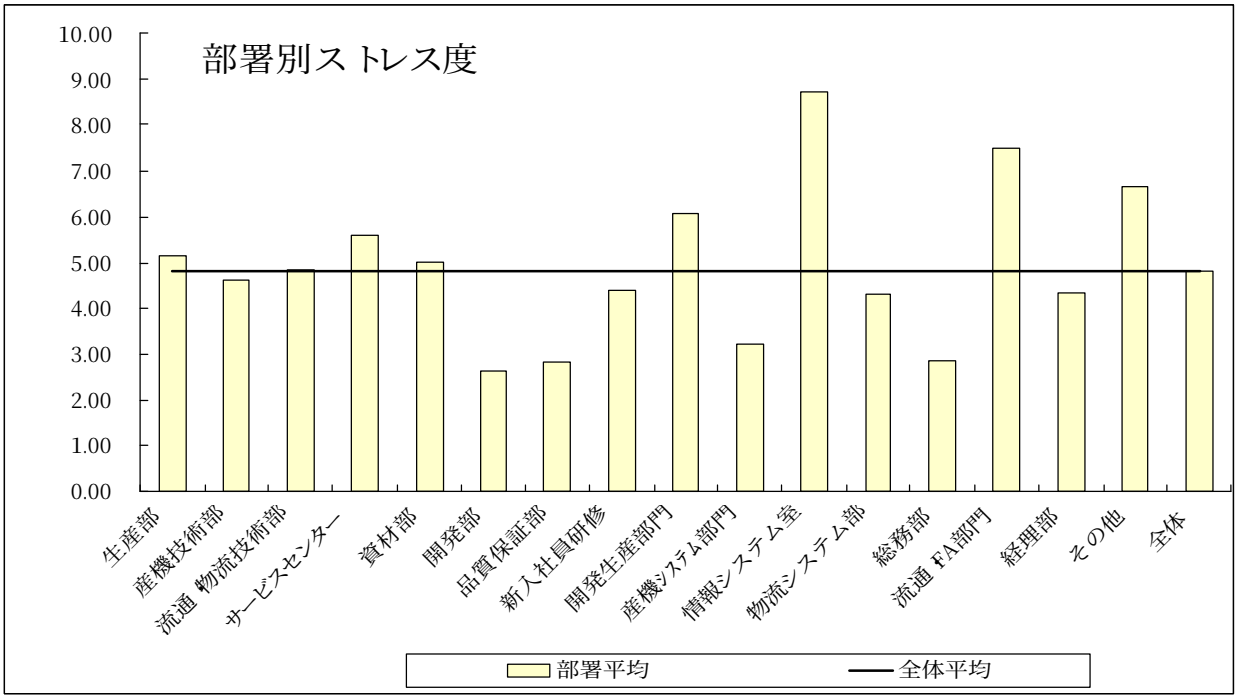


図３　部署別のストレスによっておこる心身の反応

よっておこる心身の反応が少なく、かなり多い(６～７)がもっとも高くなっていた。

（３）仕事のコントロールと心身の反応

仕事のコントロールの欠如と心身の反応の関連をみると、全体ではコントロールがかなり強く（３）持てていると心身の反応が低く、コントロールがない(０)と心身の反応が高くなっていた。年代別にみると若年層ほどその傾向が強まっていた。

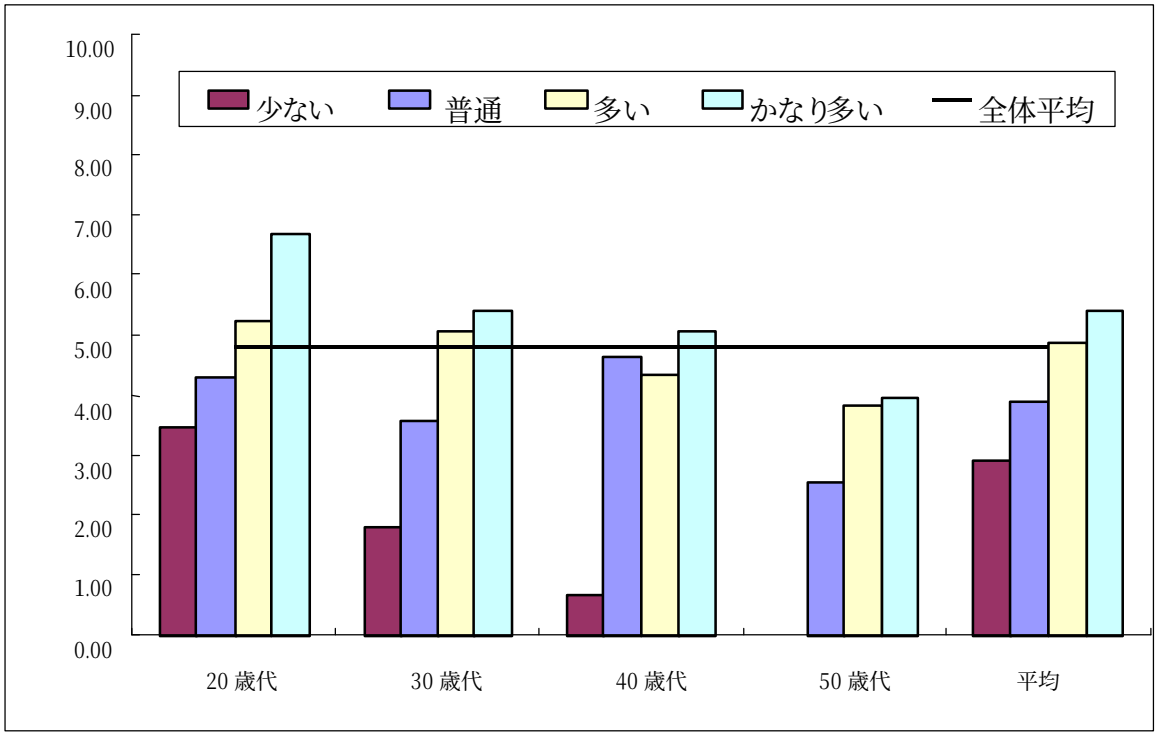


図４　仕事負荷と心身の反応（年代別）

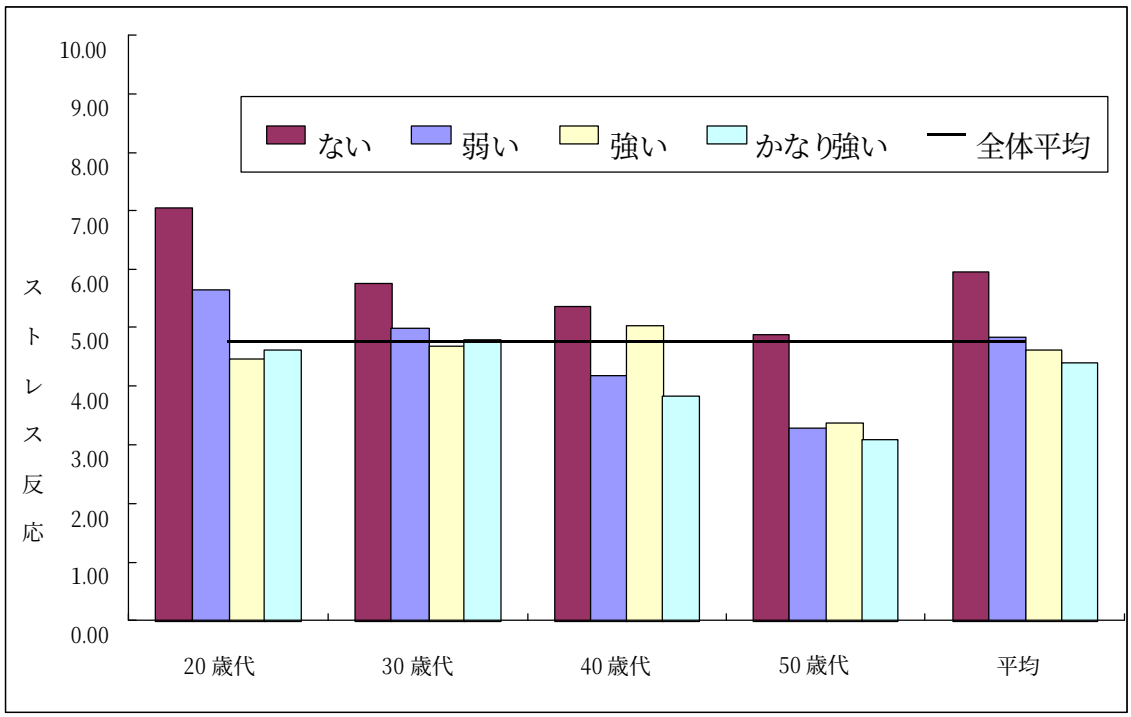


図５　仕事のコントロールと心身の反応

（４）職場環境と心身の反応

職場環境と心身の反応の関連をみると職場環境が悪いと思う場合に心身の反応が高い。年代別で 40 歳代では職場環境によって心身の反応に影響はみられていない。50 歳代では「悪い」と思う場合の方がストレス度が高いが、全体平均を下回っていた。職場環境の要因は、２０・３０歳代に影響が大きいようであった。

表３　職場環境によっておこる心身の反応

年代分布		良い	悪い	総計
20歳代	平均	4.39	6.06	5.11
	対象者数	104	78	182
30歳代	平均	4.20	6.03	4.93
	対象者数	103	68	171
40歳代	平均	4.73	4.44	4.61
	対象者数	63	43	106
50歳代	平均	2.97	4.35	3.53
	対象者数	29	20	49
平均		4.26	5.56	4.79
対象者数		299	209	508

（５）働きがいと心身の反応

働きがいと心身の反応の関連をみると働きがいが「ある」場合には、ストレスによっておこる心身の反応は低く、「ない」場合には高くなっていた。その傾向はどの年代においてもみられた。

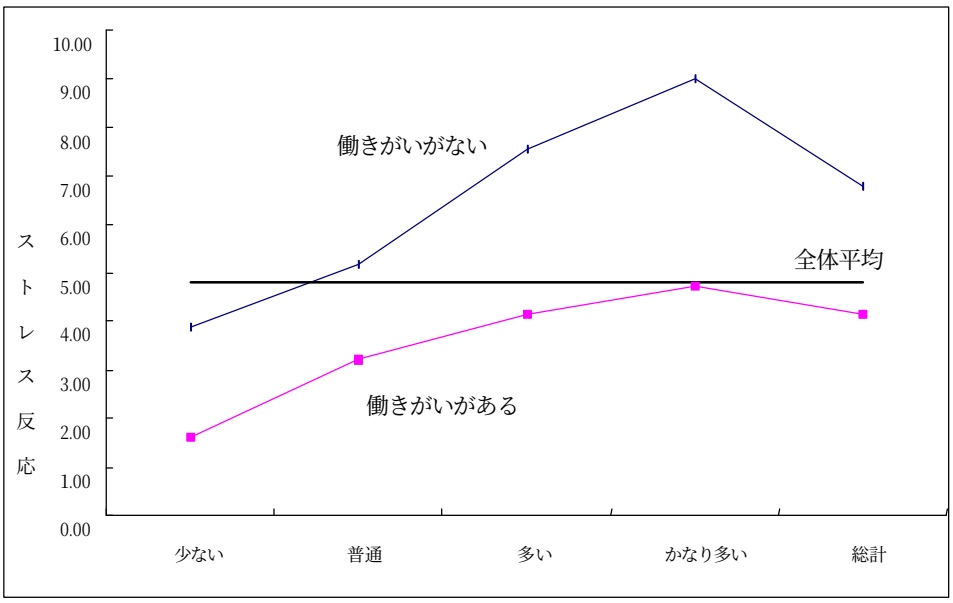


図６　働きがいと心身の反応

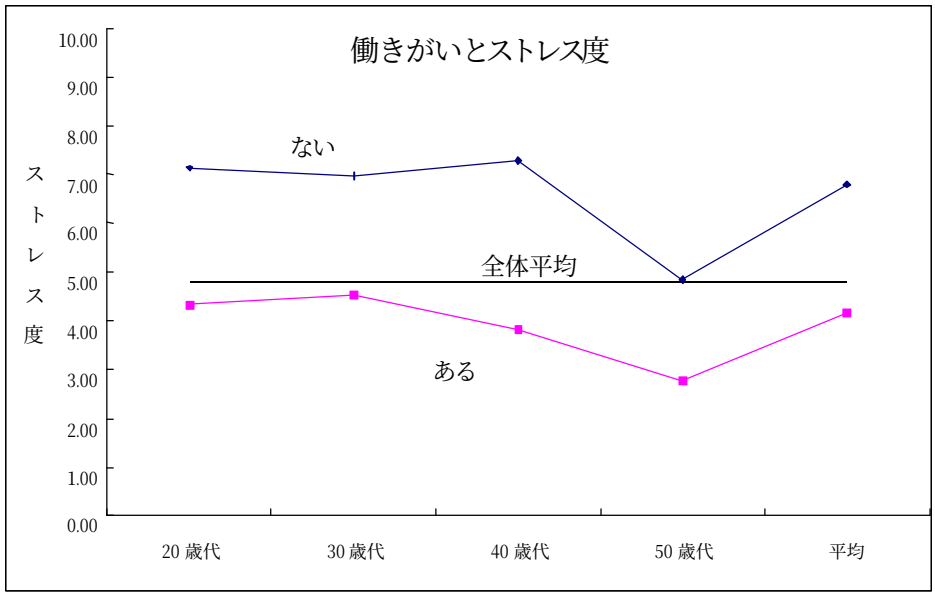


図 7　働きがいと仕事負荷別ストレス反応

以上、仕事とストレスによっておこる心身の反応との関連をみてきたが、心身の反応からみると「働きがい」が「ない」と感じている場合がもっとも心身の反応が高く、仕事の負荷が少ない場合がもっとも心身の反応が低い。働きがいがあると仕事負荷がかなり多くても心身の反応は 4.73 と全体平均 4.79 とほぼ同じぐらいまで軽減した。

（６）サポート体制とストレスによっておこる心身の反応

周囲からのサポートによってストレスは軽減されることが知られている。今回の調査において①上司、②職場の同僚、③配偶者、家族、友人などのそれぞれからのサポート体制と心身の反応との関連を調べた。

サポートとして「次の人たちはどれくらい気軽に話しができますか」、「あなたが困った時、次の人たちはどれくらい頼りになりますか」、「あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか」の 3 項目において「非常に」または「かなり」と答えた場合を 1 点としてその合計をサポートの度合とした。

a)サポートが十分に得られている場合

3 項目とも「非常に」または「かなり」と答えたサポートの度合が強い者だけを取り出し、サポートが十分に得られているグループとした。①上司、②職場の同僚、③配偶者、家族、友人などのうち、どのサポートがもっとも心身の反応を下げるかを比較してみた。

サポートが十分に得られているグループでは、50 歳代を除く各年代とも上司のサポートが得られている場合にストレスによっておこる心身の反応が低い結果となった。

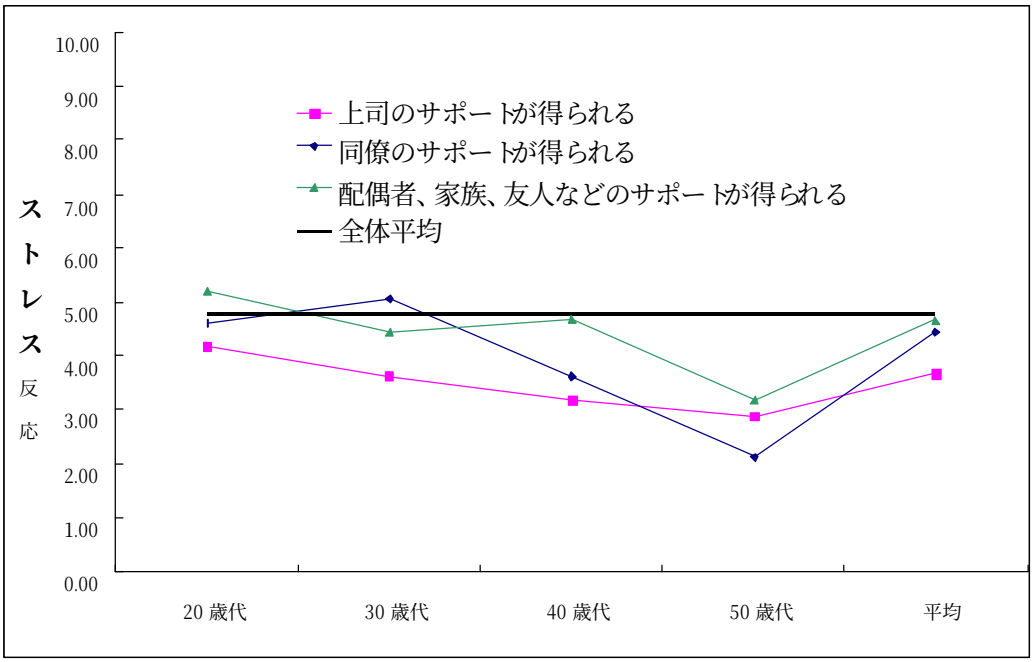


図８　サポートが十分に得られている場合

b）サポートが得られていないグループの場合

逆に 3 項目とも「多少」または「全くない」と答えたサポートの度合が弱い者だけを取り出し、サポートが得られないグループとした。①上司、②職場の同僚、③配偶者、家族、友人などのうち、どのサポートがないと心身の反応を上げるかを比較してみた。

全体では②同僚のサポートがない場合に心身の反応が一番高く 5.90、次いで③配偶者、家族、友人などが 5.75、①上司が 5.43 となっている。年代別にみると 20 歳代、30 歳代では③配偶者、家族、友人などのサポートがない場合がもっともストレスによっておこる心身の反応が高く、20 歳代で 8.67 であり、30 歳代で 6.60 であった。40 歳代、50 歳代では②同僚のサポートがない場合がもっとも心身の反応が高く、40 歳代で 6.78 であり、50 歳代で 5.00 であった。サポートが得られない場合のストレスによっておこる心身の反応の増大は、年代による格差がみられた。

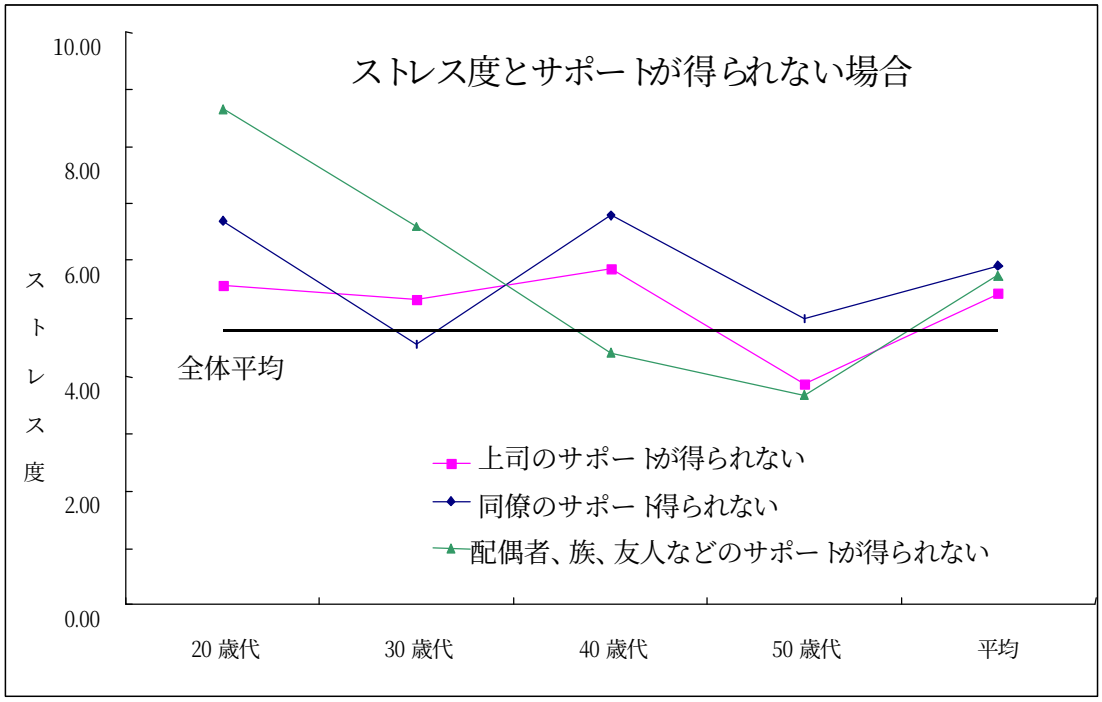


図９　サポートが得られない場合

c）周囲からのサポートと心身の反応

全体をみると周囲からのサポートを「よく得ている」グループほどストレス度は低く(平均 3.64)、多くのサポートが受けられる場合に心身の反応を軽減することを示している。年代別にみると 20 歳代、30 歳代では「得にくい」グループと「得ている」グループとの差はあまりなく、30 歳代でストレスによっておこる心身の反応は逆転する。しかし、サポートを「よく得ている」グループでは年代に関係なくもっともストレスによっておこる心身の反応は低いと思われた。

表４　周囲からのサポート

年代分布		得にくい 0～3	得ている 4～7	よく得ている 8～9	その他
20歳代	平均	6.17	5.60	3.73	3.75
	対象者数	24	103	51	4
30歳代	平均	4.97	5.76	3.73	4.50
	対象者数	32	80	55	4
40歳代	平均	6.58	4.38	3.50	2.86
	対象者数	24	55	20	7
50歳代	平均	5.63	3.05	3.00	3.50
	対象者数	8	22	11	8
平均		5.80	5.18	3.64	3.52
対象者数		88	260	137	23

以上、ストレスによっておこる心身の反応と周囲からのサポートとの関連をみてきた。周囲のサポートがよく得られている場合、上司からのサポートがあるときほど心身の反応は低く、サポートが得られない場合、同僚からのサポートがない場合に心身の反応を高めることがわかった。しかし、サポートがない場合には年代別の格差がみられ、20・30歳代ほど配偶者、家族、友人などのサポートがないとストレスによっておこる心身の反応を高めることがわかった。

若年層においては、配偶者、家族、友人などとの関係が日常生活での基本的な部分であり、サポートが得られないとしたらそれだけストレスを溜め込んでしまうことが考えられる。一方、上司との関係が良好である場合は、「働きがい」などの要因も関連してストレスをあまり感じなくてすむと考えられる。

全体を通じて周囲からのサポートが「よく得られる」場合ほどストレスは低下する。ストレス対策の一環としてサポート体制の整備の重要性が言われるが、今回の調査でもサポートが十分に得られるほどストレスを軽減すると思われた。

以上断面調査の結果をまとめると下記のとおりとなる。

① 仕事の負荷が多いとストレスによっておこる心身の反応は高くなる傾向がみられた。

② 仕事に自分の意見が反映するなどのコントロールが持てるようになるとストレスによっておこる心身の反応も低下する傾向がみられた。

③ 作業環境を悪いと思う場合、ストレスによっておこる心身の反応がやや高くなる傾向がみられた。

④ 働きがいをもちにくいと思う場合、ストレスによっておこる心身の反応が高くなる傾向がみられた。

⑤ 働きがいをもっている場合、仕事の負荷が多くてもストレスによっておこる心身の反応は全体平均値より若干ではあるが低くなる傾向がみられた。

⑥ 周囲のサポートでは、上司のサポートが多く得られるほどストレスによっておこる心身の反応は低くなる傾向がみられた。

⑦ 周囲のサポートが得られない場合、若年層では配偶者、家族、友人のサポートが得られない場合に、40歳・50歳代では職場の同僚のサポートが得られない場合に、ストレスによっておこる心身の反応が高くなる傾向がみられた。

⑧ 周囲からのサポートをよく得ている場合にストレスによっておこる心身の反応は低く、得にくい場合には高くなる傾向がみられた。

今回の調査によって、仕事においては、意欲をもたせることがストレス軽減のためには重要な要素であると考えられた。周囲のサポートとして上司に相談できたり、頼りがいがあると思える上司をもつことによりストレスも軽

減する。若年層においては、身近な配偶者・家族・友人との関係において相談できないなどの状況におかれた場合、ストレスが増大する。また、周囲からのサポートが得られない場合はストレスが増大する。サポート体制が整備されるほどストレスは軽減するという定説を裏付ける結果となった。

２．ストレス相談による介入調査

結果を表５に示した。

ストレス相談後、心理的な仕事の量的負担・質的負担、職場環境によるストレス、仕事のコントロール、相談受診者の仕事の技能の活用度、仕事の適性度、働きがいといったストレスの原因となる因子について改善が認められた。

また、ストレスによっておこる心身の反応については活気、イライラ感、疲労感、不安感、抑うつ、身体愁訴すべてにおいて改善が認められた。

ストレス反応に影響を与える他の因子については家族友人からのサポート、仕事や生活も満足感は改善傾向を示した。

表 5

	素点計算法	健診時	面接後		低い／少い	やや低い／少い	普通	やや高い／多い	高い／多い	
	質問項目				質問項目合計得点					
【ストレスの原因と考えられる因子】										
心理的な仕事の負担(量)	No.1+No.2+No.3	5.8 ±1.8	6.0 ±1.6	*	12-10	9-8	7-6	5-4	3	
					7.3%	18.2%	41.9%	22.4%	10.1%	
心理的な仕事の負担(質)	No.4+No.5+No.6	5.9 ±1.4	6.3 ±1.6	*	12-10	9-8	7-6	5-4	3	
					4.4%	19.9%	43.5%	26.3%	5.8%	
自覚的な身体的負担度	No.7	2.7 ±1.1	2.6 ±1.1			4	3	2	1	
						31.4%	39.7%	19.2%	9.8%	
職場の対人関係でのストレス	No.12+No.13+(5-No.14)	8.4 ±1.8	8.2 ±2.0		12	11-10	9-8	7	6-3	
					5.6%	24.6%	48.4%	11.6%	9.8%	
職場環境によるストレス	No.15	2.4 ±0.9	2.7 ±1.0	*		4	3	2	1	
						23.8%	36.9%	24.4%	14.9%	
仕事のコントロール度 ★	No.8+No.9+No.10	7.4 ±2.2	7.2 ±1.8	*	12-10	9	8-7	6-5	4-3	
					4.9%	18.4%	39.4%	30.0%	7.3%	
あなたの技能の活用度★	No.11	2.8 ±1.0	3.0 ±0.8	*	1	2	3	4		
					5.5%	24.1%	47.1%	23.4%		
あなたが感じている仕事の適性度★	No.16	2.5 ±0.8	2.4 ±0.8	*	4	3	2		1	
					5.9%	23.4%	55.6%		15.0%	
働きがい★	No.17	2.4 ±0.9	2.5 ±0.9	*	4	3	2		1	
					6.5%	23.8%	53.0%		16.8%	
【ストレスによっておこる心身の反応】										
活気★	No.1+No.2+No.3	5.4 ±1.7	6.0 ±1.8	*	3	4-5	6-7	8-9	10-12	
					10.4%	13.6%	43.0%	24.1%	8.9%	
イライラ感	No.4+No.5+No.6	8.3 ±2.3	7.2 ±2.2	*	3	4-5	6-7	8-9	10-12	
					10.8%	22.2%	39.2%	21.2%	6.7%	
疲労感	No.7+No.8+No.9	8.6 ±2.1	7.7 ±2.2	*	3	4	5-7	8-10	11-12	
					10.9%	12.8%	49.2%	21.3%	5.8%	
不安感	No.10+No.11+No.12	7.8 ±2.2	6.7 ±1.9	*	3	4	5-7	8-9	10-12	
					9.5%	16.5%	52.5%	15.9%	5.6%	
抑うつ感	No.13～No.18の合計	13.5 ±3.7	11.7 ±3.3	*	6	7-8	9-11	12-15	16-24	
					16.1%	22.4%	32.4%	21.7%	7.5%	
身体愁訴	No.19～No.29の合計	24.4 ±5.2	20.2 ±5.4	*	11	12-14	15-19	20-25	26-44	
					6.4%	24.3%	39.3%	22.2%	7.7%	
【ストレス反応に影響を与える他の因子】										
上司からのサポート★	No.1+No.4+No.7	8.0 ±1.9	8.7 ±1.8		12-11	10-9	8-7	6-5	4-3	
					5.8%	26.7%	33.2%	25.9%	8.4%	
同僚からのサポート★	No.2+No.5+No.8	7.1 ±2.1	7.1 ±1.9		12-10	9-8	7-6	5-4	3	
					5.4%	33.8%	40.3%	15.3%	5.2%	
家族や友人からのサポート★	No.3+No.6+No.9	5.3 ±2.0	5.2 ±2.1	*	12-9	8-7	6-5	4-3		
					5.8%	12.9%	34.8%	45.5%		
仕事や生活の満足度 ★	No.1+No.2	4.9 ±1.2	4.7 ±1.4	*	8-7	6-5	4	3	2	
					4.2%	32.3%	36.4%	18.3%	8.8%	

*: P<0.05

ストレス相談は特にストレスによって引き起こされる心身の反応には有効であると思われる。また、ストレスの原因と考えられる因子についてもある程度有効かと思われるが、職場の対人関係、仕事量、またその他のストレスに影響を与える上司や同僚からのサポートについてはストレス相談だけでは対処が難しく、職場全体としてのストレス対策つまり、メンタリングやメンタルヘルス教育、EAP 導入などを積極的に考えていくべきではないかと思われる。

一方、このようにストレス相談を実施し、その効果判定に簡易調査票を使用することは有効かと思われる。しかし、その効果判定の時期については、

相談の時期が様々であったこと、再調査は次の健康診断時に実施したことなど改善の余地はあると思われる。
以下、職場の反応も合わせて有効性と注意点について述べる。

D．結果有効性と注意点

１．社内でのストレス対策・メンタルヘルスの導入に際しての客観的基礎データの収集に有効と思われる。

実施感想より：その他の問診票に比べて質問項目が少なく、また労働との関係の問診項目があるため。

注意点：

① ストレス対策には、この調査票以外に仕事量を図る残業時間、シフトの仕方、標準的作業時間、更には生産性などの社内の情報の収集が必要となる。

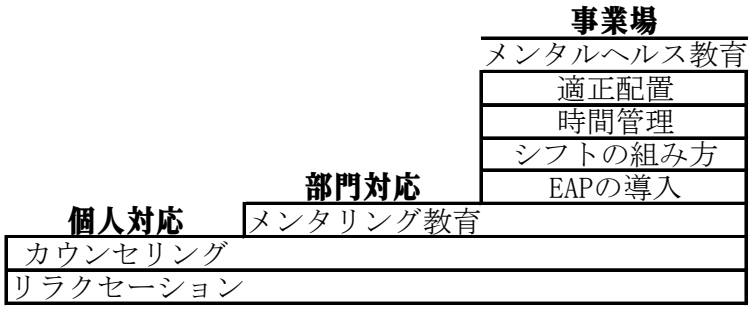
② 下記のように調査票の各項目には調査後のフォロー(メンタルヘルス教育、適正配置、時間管理、カウンセリング、リラクセーション等)が必要になる場合があるため、その後の対策・措置まで考えた計画が必要となる。

表６ 調査票項目とストレス対策

ストレス要因	リラクセーション 時間管理 シフトの組み方 適正配置
コントロール	EAP の導入
働きがい	カウンセリング 適正配置 アクティブリスニング
社会サポート	メンタリング教育 カウンセリング メンタルヘルス教育
不定愁訴・訴え	リラクセーション

③ 調査票実施後に生じた問題の対策･措置には労働者個人のレベルから会社全体に対するものまであり、社内のコンセンサス、産業医のコンセンサスを得る必要がある。

④ 調査票の質問項目の中には上司との関係、同僚との関係、仕事のやりがい、働きがいといった情報があり、事業場用として使用されると会社の不満分子としてみられる危険性もあり、こうした個人の健康情報の開示におけるプライバシーの保護には十分な配慮、さらには事業場としての取り決めが必要と思われる。



小規模事業場における注意点

導入に際し、事業主のメンタルヘルスに対する理解はかなり重要な部分となるが、小規模事業場の場合、これまでメンタルヘルス不全者の経験のない場合がある。その場合導入の意義のコンセンサスは得にく、リストラによる仕事量の増加、仕事のスタイルの変更などによるストレスの増大が考えられるケースにはその部分により導入を図るなどの工夫が必要である。

実際に、小規模事業場においては調査票実施にはメンタルヘルス不全者の経験があり、協力的であったが、仕事のスタイルが変更になり、仕事量が増えてきているため、再度調査票を利用したストレス対策への依頼もあった。

２．カウンセリングなど介入を実施した際の効果判定について有用である(前述)。

実施した感想より：訴え率の高かった社員の面談を実施したが、その後ストレスが解消されると訴え率は改善した。

注意点：

① 得点の悪い労働者だけの面談の実施だけでは不十分な場合もある。つまり、ストレス点が低くてもメンタルヘルス上の問題を抱えているケースがある。(以前からの継続面談者はカウンセラーとの人間関係ができているためか得点自身は正常者と変わらなかったなど)

② カウンセラーなどの資質(企業理解、カウンセリング技量など)の確保が必要となる。

３．事業場における労働者の仕事量、仕事のスタイルなどに変更が生じた場合、簡易調査票の実施はそのストレスを客観的にはかることについて有用性がある。

実施した感想より：調査票実施後に仕事量が増えたり、夜勤などに従事する労働者が増え、その調査票を利用したストレス対策の依頼があった。

注意点：１．と同様。

研　究　者：古木 勝也((財)京都工場保健会)

Ⅲ－３－５．精神神経科受診者に対する職業性ストレス簡易調査票の使用

Ａ．はじめに

１．勤労者に見られるストレス反応の身体面および精神面への現れ

職場のメンタルヘルスでは、精神医学的障害の早期発見は重要な役割である。これまでの職場の健康診断では、身体的な検査が中心に行われており、精神医学的障害を早期に見つけ出すことが難しく、状態が進行してから診察室を訪れる場合が多かった。14 カ国の一般診療科における心理的問題に関する WHO 国際共同研究で、精神医学的障害の有病率は各センターの平均で21%と高値を示している[1)]。さらに、うつ病患者の能力低下の程度は慢性の身体疾患を有する患者と同じかあるいはそれ以上であると報告されるように[2)]、精神疾患も身体疾患と同様、十分な対応をとるべき問題である。また、精神症状が慢性の経過をたどると患者の機能障害も慢性化する[3,4)]と言われており、精神面にあらわれるストレス反応(いわゆる心身症)の早期発見が課題となっている。

一方、身体愁訴が前面に出てくる身体表現性障害については、内科を転々と受診し、器質的な原因が見つからず、最終的に精神科にたどり着くケースが多くみられる。欧米では身体科を受診する患者のうち身体的異常では説明できない身体愁訴を訴える患者は 30～40%と報告されている[5)]。日本の内科初診患者における調査では 17.9%という報告がある[6)]。

このように一般診療では、ストレス反応は身体愁訴として現れることが多いことから、職場のメンタルヘルスのチェックでは、精神状態のみならず身体状態を的確に把握して対策を練ることが不可欠である。

２．身体愁訴と心理的ストレス反応の関連

身体愁訴とうつや不安障害の関係について、以前は、身体状態と精神状態は逆相関にあり、心理的ストレス反応が強く現れているときには身体愁訴が少なく、逆に身体愁訴が多いときには心理的ストレス反応が目立たないと考えられていた[7,8)]。しかし、Simon ら[9)]が 1991 年に２万５千人規模の調査を行って精神状態と身体状態は相関関係にあることを明らかにしたこともあって、身体愁訴が前景に出ている人でも精神的な苦悩が強いという可能性が支持されるようになっている。

また、精神的な悩みを抱えている人でも、精神的な訴えをすることには抵抗感があるために、身体状態の悩みを訴えることも多く、身体的な訴えをもとに精神的苦悩や精神疾患の存在の可能性を評価するのが有用であるという指摘もある。

たとえば、抑うつ感は、頭痛、肩こり、腰痛、胃痛、下痢、便秘など、さまざまな身体愁訴を伴っていることが多い。身体愁訴ばかりが前景に立って、

抑うつ感や気力の低下がすぐには明らかにならない「仮面うつ病」と呼ばれる状態はその典型である。うつは非常に多く認められる状態であり、たとえば社会機能が障害されるほどの抑うつ状態が存在するうつ病(大うつ病性障害)の生涯有病率は、女性で 10%から 25%、男性で 5%から 12%と非常に高い。また、地域標本での成人のうつ病の時点有病率は女性で 5%から 9%、男性で 2%から 3%とされている。こうした割合は、躁うつ病や慢性の軽うつ病はもちろん、軽度の抑うつ状態まで含めるときわめて高くなると考えられる。また、うつ病の再発率は高く、大うつ病性障害、単一エピソードの患者の約 50-60%が再発し、一度再発した患者の 70%が、二度再発した患者の 90%が再発するとされている[10)]。

不安症状もまた、気分障害と同様、産業現場で多く見られる精神的な問題である。これも自律神経を介して身体愁訴を伴うことが多く、たとえば漠然とした不安が続く全般性不安障害では、筋肉の緊張に伴うふるえや筋肉痛、手足やその他の身体部位の発汗、口渇、嘔気や下痢などの胃腸症状、頻尿、喉のつかえや嚥下困難などの症状が生じるとされている。

また、急激に不安が高まるパニック発作(不安発作)も産業場面で少なからず認められるが、これも、動悸、発汗、身体のふるえ、息切れ感や息苦しさ、喉が詰まる感じ、胸痛や胸部不快感、嘔気や腹部の不快感、めまい、身体の異常感覚、冷感や熱感などを伴うとされている[11)]。

なかでも、後述する身体表現性障害は身体愁訴を中心とする病像を呈するもので、気分障害・不安障害などとの生涯合併率が高いことも指摘されており、しかもこれらが合併する場合は身体表現性障害が先行する場合が多いといわれている重要な精神医学的障害である[12,13)]。しかし、その一方で、身体表現性障害と診断された患者の 2 年間のフォローアップ研究で、全体の 10%未満が、後に器質的な異常と診断された症例が含まれていたと報告されていることから[13)]、こうした状態を心身両面から的確に把握、理解することが必要であると考えられている。

こうした背景をふまえると、不安状態や抑うつ状態に適切に対処することは精神保健の実践においてきわめて重要であり、その主要を占める身体愁訴の的確な把握が不可欠である。

一方、労働省が中心になって進めている講習会などの啓蒙活動も手伝って、メンタルヘルスに対する一般の関心が高まり、社内の診療所はもちろん精神科を気軽に受診する人が増えてきている。班員の外来においても、仕事や学業のストレスが多く占めている。従って、精神科の受診は、ストレスを感じた勤労者の援助希求活動と考えることができる。そうした理解に基づいて、本調査では、大野外来を初診した受療者群を何らかの援助を必要とするストレス体験群とし、そうした行動を起こすに至っていない勤労者群と身体愁訴及び心理的ストレス反応の分布について比較検討した。

B．対象

精神･神経科外来初診受療者を対象に、「作業関連疾患の予防に関する研究」[14~17]の「ストレス測定法の開発」において開発した自己記入式簡易調査票の一部である心理的ストレス反応及び身体愁訴に関する質問紙を実施した。外来初診受療者群は、1998 年 4 月～1999 年 11 月、慶應義塾大学病院の精神･神経科初診受診者のうち同精神･神経科に所属する大野を受診した者 185 名(男性 69 名、女性 116 名)とし、その人数及び平均年齢を表 1 に示す。そのうち、現在就労している人数を参考のために記す。

表 1　外来初診受療者群の人数(98/4/3～99/11/5)

	人数	就労者	平均年齢(歳)
男性	６９	４３	36.2±14.7
女性	１１６	３１	34.3±15.7
合計	１８５	７４	35.0±15.3

外来初診受療者群について、DSM-Ⅳ (Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition)の診断基準に従って、外来初診時に分類した。

表 2　外来初診受療者群の診断分類(DSM-Ⅳによる)

	男性	女性	計
単極性気分障害	２３	４４	６７
摂食障害	1	２２	２３
適応障害	１１	8	１９
不安障害	9	9	１８
身体表現性障害	１０	8	１８
睡眠障害	4	6	１０
解離性障害	1	0	1
精神分裂病	4	8	１２
双極性気分障害	1	1	2
その他	5	１０	１５
合計	６９	１１６	１８５

この中で精神分裂病、双極性気分障害、痴呆などの症状のある者を除いた者 156 名(男性 59 名、女性 97 名)に簡易調査票を実施した。それらをストレス体験群とし、表 3 に人数及び平均年齢を示す。

表 3　ストレス体験群の人数(98/4/3～99/11/5)

	人数	就労者	平均年齢(歳)
男性	５９	４０	37.0±14.5
女性	９７	２９	34.8±16.3
合計	１５６	６９	35.6±15.7

さらに、表２の診断分類で人数の多かった単極性気分障害についても検討を行った。主要な訴えがうつ状態の群を抑うつ群とし、その人数と平均年齢を表４に示す。

表４　抑うつ群の人数(98/4/3～99/11/5)

	人数	就労者	平均年齢
男性	２３	１６	36.0±12.0
女性	４４	１１	41.0±17.2
合計	６７	２７	39.3±15.7

C．方法

上記の対象に対して以下の調査票を実施し、心理的ストレス反応および身体愁訴の両面から、ストレス体験群、勤労者群の結果を比較した。

調査票は、本研究により開発した自己記入式の簡易調査票であり、一ヶ月間の状態を、「0.ほとんどなかった」「１．ときどきあった」「２．しばしばあった」「３．かなりあった」の４段階で評価するようになっている。

身体愁訴については、世界保健機関 WHO 国際共同研究で用いている身体表現性障害スクリーニング質問票 Screener for Somatoform Disorders(SSD)[18,19] 及び、労働省班研究でその有用性を検討してきた心理的健康感尺度 Subjective Wellbeing Inventory (SUBI)[20,21] を参考にして、心身の疲労と関連の深い身体愁訴を項目化して身体状態を評価する質問 11 項目で構成される(表５を参照)。SSD および SUBI はともに WHO が開発した質問紙である。

表５　身体愁訴の質問項目(計 11 項目)

1.首筋や肩がこる
2.腰が痛い
3.体のふしぶしが痛い
4.目が疲れる
5.よく眠れない
6.頭が重かったり頭痛がする
7.めまいがする
8.便秘や下痢をする
9.胃腸の具合が悪い
10.食欲がない
11.動悸や息切れがする

心理的ストレス反応については、既に信頼性、妥当性が確立している気分プロフィール検査(POMS)[22~25]、Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(CES-D)[26,27]、State-Trait Anxiety Inventory(STAI)[28,29] から質問 18 項目を作成している(表６を参照)。

尺度の構成は、POMS を参考とし、ポジティブな心理的ストレス反応とし

て「活気」、ネガティブな心理的ストレス反応の尺度として「イライラ感」「疲労感」「不安感」「抑うつ感」の 5 尺度が選出されている。

表 6　心理的ストレス反応の質問項目(計 18 項目)

活気	1.活気がわいてくる
	2.元気がいっぱいだ
	3.生き生きする
イライラ感	4.怒りを感じる
	5.内心腹立たしい
	6.イライラしている
疲労感	7.ひどく疲れた
	8.へとへとだ
	9.だるい
不安感	10.不安だ
	11.落着かない
	12.気がはりつめている
抑うつ感	13.ゆううつだ
	14.悲しいと感じる
	15.気分が晴れない
	16.物事に集中できない
	17.仕事が手につかない
	18.何をするのも面倒だ

D．結果および考察

１．身体愁訴の合計得点

ストレス体験群(男性 59 人、女性 97 人)について、身体愁訴 11 項目(1 項目あたり 1～4 点)の合計得点を算出した。最低 11 点、最高 44 点となる。その分布を男女別に表 7,8 に示す。身体愁訴の合計得点について、男性では 16 点以上にストレス体験群の 80.8%が含まれ、23 点以上に 53.8%が含まれる。女性では、19 点以上にストレス体験群の 81.2%が含まれ、25 点以上に 54.1%が含まれる。

これらの分布を勤労者群(男性 10,089 人、女性 2,185 人)と比較すると、男性では 17 点以下に勤労者群の 56.8%が含まれ、21 点以下に 80.8%が含まれ、24 点以下に 90.6%が含まれる。女性では、19 点以下に勤労者群の 57.2%が含まれ、23 点以下に 80.6%が含まれ、26 点以下に 90.8%が含まれる。

抑うつ群(男性 23 人、女性 44 人)について、身体愁訴の合計得点を同様に算出し、その分布を男女別に表 9,10 に示す。身体愁訴の合計得点について、男性では 14 点以上に抑うつ群の 84.2%が含まれ、23 点以上に 52.6%が含まれる。女性では、19 点以上に抑うつ群の 80.6%が含まれ、26 点以上に 55.6%が含まれる。

表 7　ストレス体験群(男性)の身体愁訴の合計点(11～44 点)

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	11.00	3	5.1	5.8	5.8
	12.00	1	1.7	1.9	7.7
	13.00	3	5.1	5.8	13.5
	14.00	2	3.4	3.8	17.3
	15.00	1	1.7	1.9	19.2
	16.00	5	8.5	9.6	28.8
	18.00	1	1.7	1.9	30.8
	19.00	2	3.4	3.8	34.6
	20.00	2	3.4	3.8	38.5
	21.00	2	3.4	3.8	42.3
	22.00	2	3.4	3.8	46.2
	23.00	5	8.5	9.6	55.8
	24.00	5	8.5	9.6	65.4
	25.00	2	3.4	3.8	69.2
	26.00	3	5.1	5.8	75.0
	27.00	1	1.7	1.9	76.9
	28.00	1	1.7	1.9	78.8
	29.00	1	1.7	1.9	80.8
	30.00	2	3.4	3.8	84.6
	32.00	1	1.7	1.9	86.5
	33.00	2	3.4	3.8	90.4
	34.00	1	1.7	1.9	92.3
	35.00	1	1.7	1.9	94.2
	37.00	1	1.7	1.9	96.2
	39.00	1	1.7	1.9	98.1
	41.00	1	1.7	1.9	100.0
	合計	52	88.1	100.0	
欠損値	システム欠損値	7	11.9		
合計		59	100.0		

a. 性別 = 0

表 8　ストレス体験群(女性)の身体愁訴の合計点(11～44 点)

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	12.00	1	1.0	1.2	1.2
	13.00	2	2.1	2.4	3.5
	15.00	1	1.0	1.2	4.7
	16.00	1	1.0	1.2	5.9
	17.00	4	4.1	4.7	10.6
	18.00	7	7.2	8.2	18.8
	19.00	3	3.1	3.5	22.4
	20.00	2	2.1	2.4	24.7
	21.00	4	4.1	4.7	29.4
	22.00	6	6.2	7.1	36.5
	23.00	5	5.2	5.9	42.4
	24.00	3	3.1	3.5	45.9
	25.00	5	5.2	5.9	51.8
	26.00	3	3.1	3.5	55.3
	27.00	4	4.1	4.7	60.0
	28.00	3	3.1	3.5	63.5
	29.00	5	5.2	5.9	69.4
	30.00	4	4.1	4.7	74.1
	31.00	6	6.2	7.1	81.2
	32.00	3	3.1	3.5	84.7
	33.00	3	3.1	3.5	88.2
	34.00	4	4.1	4.7	92.9
	35.00	1	1.0	1.2	94.1
	38.00	1	1.0	1.2	95.3
	40.00	2	2.1	2.4	97.6
	41.00	1	1.0	1.2	98.8
	43.00	1	1.0	1.2	100.0
	合計	85	87.6	100.0	
欠損値	システム欠損値	12	12.4		
合計		97	100.0		

a. 性別 = 1

表 9　抑うつ群(男性)の身体愁訴の合計点(11～44 点)

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	11.00	2	8.7	10.5	10.5
	13.00	1	4.3	5.3	15.8
	14.00	1	4.3	5.3	21.1
	16.00	2	8.7	10.5	31.6
	18.00	1	4.3	5.3	36.8
	20.00	1	4.3	5.3	42.1
	21.00	1	4.3	5.3	47.4
	23.00	3	13.0	15.8	63.2
	24.00	2	8.7	10.5	73.7
	26.00	2	8.7	10.5	84.2
	33.00	1	4.3	5.3	89.5
	39.00	1	4.3	5.3	94.7
	41.00	1	4.3	5.3	100.0
	合計	19	82.6	100.0	
欠損値	システム欠損値	4	17.4		
合計		23	100.0		

a. 性別 = 0

表 10 抑うつ群(女性)の身体愁訴の合計点(11～44 点)

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	13.00	1	2.3	2.8	2.8
	15.00	1	2.3	2.8	5.6
	17.00	1	2.3	2.8	8.3
	18.00	4	9.1	11.1	19.4
	19.00	1	2.3	2.8	22.2
	20.00	1	2.3	2.8	25.0
	21.00	1	2.3	2.8	27.8
	22.00	2	4.5	5.6	33.3
	23.00	2	4.5	5.6	38.9
	24.00	1	2.3	2.8	41.7
	25.00	1	2.3	2.8	44.4
	26.00	3	6.8	8.3	52.8
	27.00	2	4.5	5.6	58.3
	28.00	1	2.3	2.8	61.1
	29.00	1	2.3	2.8	63.9
	30.00	4	9.1	11.1	75.0
	31.00	3	6.8	8.3	83.3
	33.00	1	2.3	2.8	86.1
	34.00	2	4.5	5.6	91.7
	38.00	1	2.3	2.8	94.4
	40.00	1	2.3	2.8	97.2
	43.00	1	2.3	2.8	100.0
	合計	36	81.8	100.0	
欠損値	システム欠損値	8	18.2		
合計		44	100.0		

a. 性別 = 1

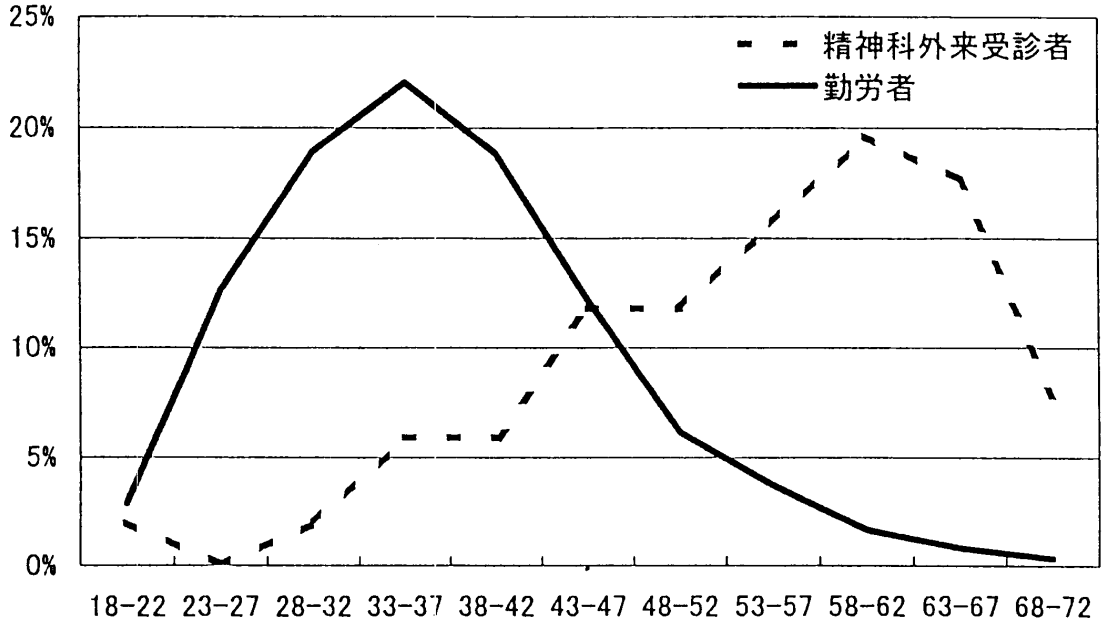
２．心理的ストレス反応の合計得点

ストレス体験群(男性 59 人、女性 97 人)について、心理的ストレス反応 18 項目(1 項目あたり 1～4 点)の合計得点を「活気」の項目(No.1,2,3)を逆転して算出した。最低 18 点、最高 72 点となる。その分布を男女別に表 11,12 に示す。心理的ストレス反応の合計得点について、男性では 45 点以上にストレス体験群の 80.4%が含まれ、56 点以上に 51.0%が含まれる。女性では、42 点以上にストレス体験群の 82.3%が含まれ、55 点以上に 52.9%が含まれる。

これらの分布を勤労者群(男性 10,089 人、女性 2,185 人)と比較すると、男性では 36 点以下に勤労者群の 52.2%が含まれ、44 点以下に 80.8%が含まれ、49 点以下に 90.3%が含まれる。女性では、36 点以下に勤労者群の 53.1%が含まれ、44 点以下に 81.3%が含まれ、49 点以下に 90.3%が含まれる。

抑うつ群(男性 23 人、女性 44 人)について、心理的ストレス反応の合計得点を同様に算出し、その分布を男女別に表 13,14 に示す。心理的ストレス反応の合計得点について、男性では 50 点以上に抑うつ群の 80.0%が含まれ、60 点以上に 50.0%が含まれる。女性では、51 点以上に抑うつ群の 83.3%が含まれ、57 点以上に 58.3%が含まれる。

男性



女性

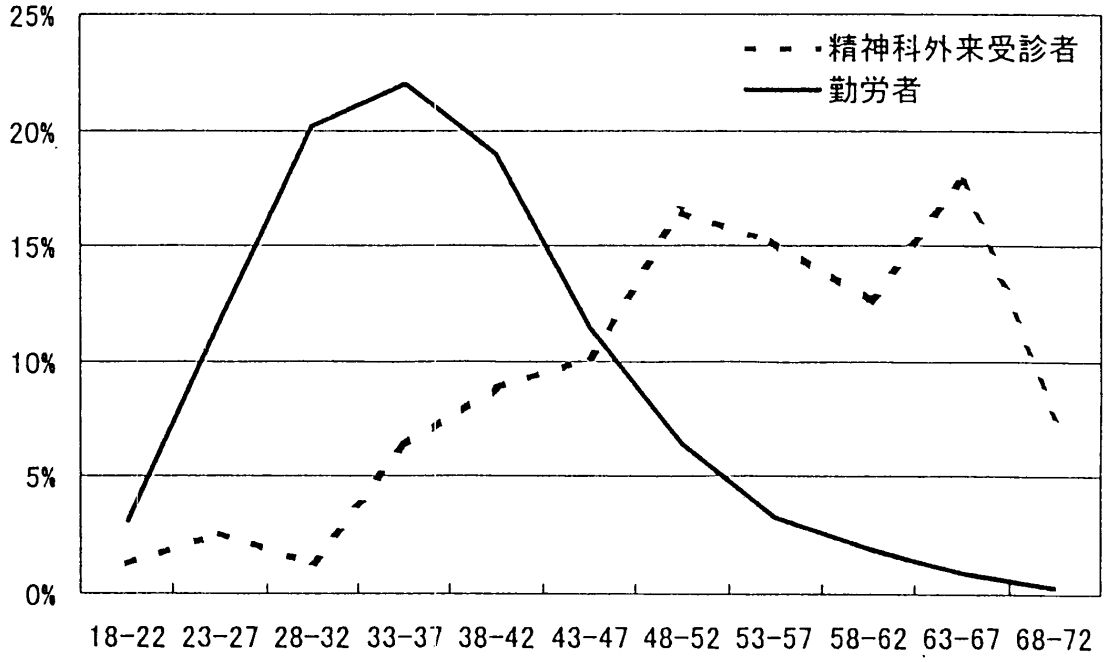


図１　心理的ストレス反応得点分布

表 11　ストレス体験群(男性)の精神的ストレス反応の合計点(18～72 点)

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	19.00	1	1.7	2.0	2.0
	26.00	1	1.7	2.0	3.9
	30.00	1	1.7	2.0	5.9
	31.00	1	1.7	2.0	7.8
	33.00	1	1.7	2.0	9.8
	36.00	1	1.7	2.0	11.8
	37.00	2	3.4	3.9	15.7
	40.00	1	1.7	2.0	17.6
	41.00	1	1.7	2.0	19.6
	42.00	1	1.7	2.0	21.6
	44.00	3	5.1	5.9	27.5
	45.00	1	1.7	2.0	29.4
	46.00	1	1.7	2.0	31.4
	47.00	3	5.1	5.9	37.3
	49.00	1	1.7	2.0	39.2
	50.00	1	1.7	2.0	41.2
	51.00	4	6.8	7.8	49.0
	53.00	3	5.1	5.9	54.9
	55.00	3	5.1	5.9	60.8
	56.00	1	1.7	2.0	62.7
	57.00	2	3.4	3.9	66.7
	58.00	2	3.4	3.9	70.6
	59.00	2	3.4	3.9	74.5
	60.00	1	1.7	2.0	76.5
	61.00	2	3.4	3.9	80.4
	62.00	2	3.4	3.9	84.3
	63.00	3	5.1	5.9	90.2
	64.00	1	1.7	2.0	92.2
	68.00	1	1.7	2.0	94.1
	69.00	3	5.1	5.9	100.0
	合計	51	86.4	100.0	
欠損値	システム欠損値	8	13.6		
合計		59	100.0		

a. 性別 = 0

表 12　ストレス体験群(女性)の精神的ストレス反応の合計点(18～72 点)

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	19.00	1	1.0	1.3	1.3
	21.00	1	1.0	1.3	2.5
	23.00	1	1.0	1.3	3.8
	28.00	1	1.0	1.3	5.1
	32.00	1	1.0	1.3	6.3
	33.00	1	1.0	1.3	7.6
	34.00	3	3.1	3.8	11.4
	36.00	3	3.1	3.8	15.2
	37.00	1	1.0	1.3	16.5
	38.00	1	1.0	1.3	17.7
	39.00	2	2.1	2.5	20.3
	40.00	2	2.1	2.5	22.8
	42.00	2	2.1	2.5	25.3
	43.00	3	3.1	3.8	29.1
	44.00	1	1.0	1.3	30.4
	45.00	1	1.0	1.3	31.6
	46.00	2	2.1	2.5	34.2
	47.00	1	1.0	1.3	35.4
	48.00	7	7.2	8.9	44.3
	49.00	2	2.1	2.5	46.8
	50.00	1	1.0	1.3	48.1
	52.00	2	2.1	2.5	50.6
	53.00	4	4.1	5.1	55.7
	54.00	5	5.2	6.3	62.0
	55.00	3	3.1	3.8	65.8
	56.00	1	1.0	1.3	67.1
	57.00	3	3.1	3.8	70.9
	58.00	2	2.1	2.5	73.4
	59.00	1	1.0	1.3	74.7
	60.00	4	4.1	5.1	79.7
	61.00	4	4.1	5.1	84.8
	62.00	2	2.1	2.5	87.3
	63.00	3	3.1	3.8	91.1
	64.00	1	1.0	1.3	92.4
	66.00	1	1.0	1.3	93.7
	67.00	2	2.1	2.5	96.2
	68.00	1	1.0	1.3	97.5
	69.00	2	2.1	2.5	100.0
	合計	79	81.4	100.0	
欠損値	システム欠損値	18	18.6		
合計		97	100.0		

a. 性別 = 1

表 13　抑うつ群(男性)の精神的ストレス反応の合計点(18～72 点)

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	19.00	1	4.3	5.0	5.0
	37.00	1	4.3	5.0	10.0
	42.00	1	4.3	5.0	15.0
	46.00	1	4.3	5.0	20.0
	47.00	1	4.3	5.0	25.0
	49.00	1	4.3	5.0	30.0
	51.00	1	4.3	5.0	35.0
	53.00	1	4.3	5.0	40.0
	55.00	1	4.3	5.0	45.0
	56.00	1	4.3	5.0	50.0
	57.00	2	8.7	10.0	60.0
	58.00	1	4.3	5.0	65.0
	59.00	1	4.3	5.0	70.0
	60.00	1	4.3	5.0	75.0
	62.00	1	4.3	5.0	80.0
	63.00	1	4.3	5.0	85.0
	68.00	1	4.3	5.0	90.0
	69.00	2	8.7	10.0	100.0
	合計	20	87.0	100.0	
欠損値	システム欠損値	3	13.0		
合計		23	100.0		

a. 性別 = 0

表 14

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	33.00	1	2.3	2.8	2.8
	34.00	1	2.3	2.8	5.6
	36.00	1	2.3	2.8	8.3
	40.00	1	2.3	2.8	11.1
	42.00	1	2.3	2.8	13.9
	45.00	1	2.3	2.8	16.7
	48.00	3	6.8	8.3	25.0
	50.00	1	2.3	2.8	27.8
	52.00	1	2.3	2.8	30.6
	53.00	4	9.1	11.1	41.7
	54.00	4	9.1	11.1	52.8
	55.00	1	2.3	2.8	55.6
	56.00	1	2.3	2.8	58.3
	57.00	1	2.3	2.8	61.1
	58.00	2	4.5	5.6	66.7
	60.00	4	9.1	11.1	77.8
	61.00	1	2.3	2.8	80.6
	62.00	2	4.5	5.6	86.1
	63.00	1	2.3	2.8	88.9
	64.00	1	2.3	2.8	91.7
	67.00	1	2.3	2.8	94.4
	68.00	1	2.3	2.8	97.2
	69.00	1	2.3	2.8	100.0
	合計	36	81.8	100.0	
欠損値	システム欠損値	8	18.2		
合計		44	100.0		

a. 性別 = 1

３．心理的ストレス反応の下位項目

心理的ストレス反応の 6 つの下位項目について、合計得点を算出した。「活気」「イライラ感」「疲労感」「不安感」は最低 3 点、最高 12 点、「抑うつ感」は最低 6 点、最高 24 点である。ストレス体験群についての分布を男女別に表 15～24 に示す。また、抑うつ群についての分布を男女別に表 25～34 に示す。

また、心理的ストレス反応の 6 つの下位項目と身体愁訴の合計得点について、勤労者群の分布に従って、「1.低い／少ない」「2.やや低い／少ない」「3.普通」「4.やや高い／多い」「5.高い／多い」の 5 段階に分類した。「3.普通」を平均点±0.5SD で分類し、「1.低い／少ない」及び「5.高い／多い」は平均点±1.5SD で区切っている。勤労者群、ストレス体験群、抑うつ群について、それぞれの分布のパーセンテージを男女別に表 35,36 に示す。

男性については、勤労者群では「活気」が「1.低い／少ない」は 10.1%、「疲労感」が「5.高い／多い」は 8.8%であった。ストレス体験群では「抑うつ感」が「5.高い／多い」は 66.7%、「活気」が「1.低い／少ない」は 50.9%、「疲労感」が「5.高い／多い」は 40.7%、「不安感」が「5.高い／多い」は 37.0%であった。抑うつ群では「抑うつ感」が「5.高い／多い」は 85.0%、「活気」が「1.低い／少ない」は 63.6%、「疲労感」が「5.高い／多い」は 50.0%、「不安感」が「5.高い／多い」は 42.9%であった。

ストレス体験群及び抑うつ群では「抑うつ感」「活気」「疲労感」「不安感」の訴えが多いのに対して、「身体愁訴」「イライラ感」については、分布の広がりが見られた。

女性については、勤労者群では「活気」が「1.低い／少ない」は 10.4%、「疲労感」が「5.高い／多い」は 10.1%、「不安感」が「5.高い／多い」は 10.0%であり、「身体愁訴」が「5.高い／多い」は 9.0%であった。ストレス体験群では「抑うつ感」が「5.高い／多い」は 63.2%、「活気」が「1.低い／少ない」は 46.7%、「疲労感」が「5.高い／多い」は 45.7%、「不安感」が「5.高い／多い」は 41.8%であり、「身体愁訴」が「5.高い／多い」は 44.7%であった。抑うつ群では「抑うつ感」が「5.高い／多い」は 80.0%、「疲労感」が「5.高い／多い」は 61.9%、「活気」が「1.低い／少ない」は 57.1%、「不安感」が「5.高い／多い」は 45.0%であり、「身体愁訴」が「5.高い／多い」は 47.2%であった。ストレス体験群及び抑うつ群では「抑うつ感」「疲労感」「活気」「不安感」「身体愁訴」の訴えが多いのに対して、「イライラ感」については、分布の広がりが見られた。

表15　ストレス体験群（男性）の活気の合計点（3～12点）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	3.00	29	49.2	50.9	50.9
	4.00	8	13.6	14.0	64.9
	5.00	5	8.5	8.8	73.7
	6.00	11	18.6	19.3	93.0
	7.00	2	3.4	3.5	96.5
	8.00	1	1.7	1.8	98.2
	9.00	1	1.7	1.8	100.0
	合計	57	96.6	100.0	
欠損値	システム欠損値	2	3.4		
合計		59	100.0		

a. 性別 = 0

表16　ストレス体験群（女性）の活気の合計点（3～12点）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	3.00	43	44.3	46.7	46.7
	4.00	7	7.2	7.6	54.3
	5.00	10	10.3	10.9	65.2
	6.00	17	17.5	18.5	83.7
	7.00	4	4.1	4.3	88.0
	8.00	3	3.1	3.3	91.3
	9.00	3	3.1	3.3	94.6
	10.00	1	1.0	1.1	95.7
	12.00	4	4.1	4.3	100.0
	合計	92	94.8	100.0	
欠損値	システム欠損値	5	5.2		
合計		97	100.0		

a. 性別 = 1

表17　ストレス体験群（男性）のイライラ感の合計点（3～12点）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	3.00	4	6.8	7.1	7.1
	4.00	3	5.1	5.4	12.5
	5.00	6	10.2	10.7	23.2
	6.00	13	22.0	23.2	46.4
	7.00	7	11.9	12.5	58.9
	8.00	6	10.2	10.7	69.6
	9.00	5	8.5	8.9	78.6
	10.00	3	5.1	5.4	83.9
	11.00	2	3.4	3.6	87.5
	12.00	7	11.9	12.5	100.0
	合計	56	94.9	100.0	
欠損値	システム欠損値	3	5.1		
合計		59	100.0		

a. 性別 = 0

表18　ストレス体験群（女性）のイライラ感の合計点（3～12点）

		度数	ﾊﾟｰｾﾝﾄ	有効ﾊﾟｰｾﾝﾄ	累積ﾊﾟｰｾﾝﾄ
有効	3.00	5	5.2	5.3	5.3
	4.00	6	6.2	6.3	11.6
	5.00	10	10.3	10.5	22.1
	6.00	18	18.6	18.9	41.1
	7.00	15	15.5	15.8	56.8
	8.00	10	10.3	10.5	67.4
	9.00	14	14.4	14.7	82.1
	10.00	5	5.2	5.3	87.4
	11.00	3	3.1	3.2	90.5
	12.00	9	9.3	9.5	100.0
	合計	95	97.9	100.0	
欠損値	ｼｽﾃﾑ欠損値	2	2.1		
合計		97	100.0		

a. 性別 = 1

表19　ストレス体験群（男性）の疲労感の合計点（3～12点）

		度数	ﾊﾟｰｾﾝﾄ	有効ﾊﾟｰｾﾝﾄ	累積ﾊﾟｰｾﾝﾄ
有効	3.00	3	5.1	5.6	5.6
	5.00	2	3.4	3.7	9.3
	6.00	3	5.1	5.6	14.8
	7.00	7	11.9	13.0	27.8
	8.00	6	10.2	11.1	38.9
	9.00	11	18.6	20.4	59.3
	10.00	2	3.4	3.7	63.0
	11.00	4	6.8	7.4	70.4
	12.00	16	27.1	29.6	100.0
	合計	54	91.5	100.0	
欠損値	ｼｽﾃﾑ欠損値	5	8.5		
合計		59	100.0		

a. 性別 = 0

表20　ストレス体験群（女性）の疲労感の合計点（3～12点）

		度数	ﾊﾟｰｾﾝﾄ	有効ﾊﾟｰｾﾝﾄ	累積ﾊﾟｰｾﾝﾄ
有効	3.00	2	2.1	2.1	2.1
	4.00	4	4.1	4.3	6.4
	5.00	10	10.3	10.6	17.0
	6.00	9	9.3	9.6	26.6
	7.00	11	11.3	11.7	38.3
	8.00	6	6.2	6.4	44.7
	9.00	9	9.3	9.6	54.3
	10.00	6	6.2	6.4	60.6
	11.00	12	12.4	12.8	73.4
	12.00	25	25.8	26.6	100.0
	合計	94	96.9	100.0	
欠損値	ｼｽﾃﾑ欠損値	3	3.1		
合計		97	100.0		

a. 性別 = 1

表21　ストレス体験群（男性）の不安感の合計点（3～12点）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	3.00	1	1.7	1.9	1.9
	4.00	1	1.7	1.9	3.7
	5.00	4	6.8	7.4	11.1
	6.00	4	6.8	7.4	18.5
	7.00	5	8.5	9.3	27.8
	8.00	8	13.6	14.8	42.6
	9.00	11	18.6	20.4	63.0
	10.00	3	5.1	5.6	68.5
	11.00	6	10.2	11.1	79.6
	12.00	11	18.6	20.4	100.0
	合計	54	91.5	100.0	
欠損値	システム欠損値	5	8.5		
合計		59	100.0		

a. 性別 = 0

表22　ストレス体験群（女性）の不安感の合計点（3～12点）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	3.00	2	2.1	2.2	2.2
	4.00	1	1.0	1.1	3.3
	5.00	9	9.3	9.9	13.2
	6.00	9	9.3	9.9	23.1
	7.00	9	9.3	9.9	33.0
	8.00	9	9.3	9.9	42.9
	9.00	14	14.4	15.4	58.2
	10.00	12	12.4	13.2	71.4
	11.00	11	11.3	12.1	83.5
	12.00	15	15.5	16.5	100.0
	合計	91	93.8	100.0	
欠損値	システム欠損値	6	6.2		
合計		97	100.0		

a. 性別 = 1

表23　ストレス体験群（男性）の抑うつ感の合計点（6～24点）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	6.00	1	1.7	2.0	2.0
	7.00	3	5.1	5.9	7.8
	9.00	1	1.7	2.0	9.8
	11.00	2	3.4	3.9	13.7
	12.00	3	5.1	5.9	19.6
	13.00	2	3.4	3.9	23.5
	14.00	5	8.5	9.8	33.3
	16.00	2	3.4	3.9	37.3
	17.00	4	6.8	7.8	45.1
	18.00	3	5.1	5.9	51.0
	19.00	4	6.8	7.8	58.8
	20.00	1	1.7	2.0	60.8
	21.00	2	3.4	3.9	64.7
	22.00	3	5.1	5.9	70.6
	23.00	8	13.6	15.7	86.3
	24.00	7	11.9	13.7	100.0
	合計	51	86.4	100.0	
欠損値	システム欠損値	8	13.6		
合計		59	100.0		

a. 性別 = 0

表24　ストレス体験群（女性）の抑うつ感の合計点（6～24点）

		度数	ﾊﾟｰｾﾝﾄ	有効ﾊﾟｰｾﾝﾄ	累積ﾊﾟｰｾﾝﾄ
有効	6.00	1	1.0	1.1	1.1
	7.00	3	3.1	3.4	4.6
	8.00	1	1.0	1.1	5.7
	9.00	1	1.0	1.1	6.9
	10.00	2	2.1	2.3	9.2
	11.00	2	2.1	2.3	11.5
	12.00	5	5.2	5.7	17.2
	13.00	5	5.2	5.7	23.0
	14.00	8	8.2	9.2	32.2
	15.00	4	4.1	4.6	36.8
	16.00	5	5.2	5.7	42.5
	17.00	1	1.0	1.1	43.7
	18.00	3	3.1	3.4	47.1
	19.00	11	11.3	12.6	59.8
	20.00	2	2.1	2.3	62.1
	21.00	6	6.2	6.9	69.0
	22.00	2	2.1	2.3	71.3
	23.00	10	10.3	11.5	82.8
	24.00	15	15.5	17.2	100.0
	合計	87	89.7	100.0	
欠損値	ｼｽﾃﾑ欠損値	10	10.3		
合計		97	100.0		

a. 性別 = 1

表25　抑うつ群（男性）の活気の合計点（3～12点）

		度数	ﾊﾟｰｾﾝﾄ	有効ﾊﾟｰｾﾝﾄ	累積ﾊﾟｰｾﾝﾄ
有効	3.00	14	60.9	63.6	63.6
	4.00	2	8.7	9.1	72.7
	5.00	1	4.3	4.5	77.3
	6.00	3	13.0	13.6	90.9
	7.00	1	4.3	4.5	95.5
	9.00	1	4.3	4.5	100.0
	合計	22	95.7	100.0	
欠損値	ｼｽﾃﾑ欠損値	1	4.3		
合計		23	100.0		

a. 性別 = 0

表26　抑うつ群（女性）の活気の合計点（3～12点）

		度数	ﾊﾟｰｾﾝﾄ	有効ﾊﾟｰｾﾝﾄ	累積ﾊﾟｰｾﾝﾄ
有効	3.00	24	54.5	57.1	57.1
	4.00	3	6.8	7.1	64.3
	5.00	7	15.9	16.7	81.0
	6.00	4	9.1	9.5	90.5
	7.00	1	2.3	2.4	92.9
	9.00	1	2.3	2.4	95.2
	12.00	2	4.5	4.8	100.0
	合計	42	95.5	100.0	
欠損値	ｼｽﾃﾑ欠損値	2	4.5		
合計		44	100.0		

a. 性別 = 1

表27　抑うつ群（男性）のイライラ感の合計点（3～12点）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	3.00	1	4.3	4.5	4.5
	4.00	3	13.0	13.6	18.2
	5.00	5	21.7	22.7	40.9
	6.00	4	17.4	18.2	59.1
	7.00	3	13.0	13.6	72.7
	8.00	2	8.7	9.1	81.8
	11.00	1	4.3	4.5	86.4
	12.00	3	13.0	13.6	100.0
	合計	22	95.7	100.0	
欠損値	システム欠損値	1	4.3		
合計		23	100.0		

a. 性別 = 0

表28　抑うつ群（女性）のイライラ感の合計点（3～12点）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	3.00	1	2.3	2.4	2.4
	4.00	1	2.3	2.4	4.8
	5.00	6	13.6	14.3	19.0
	6.00	11	25.0	26.2	45.2
	7.00	5	11.4	11.9	57.1
	8.00	5	11.4	11.9	69.0
	9.00	4	9.1	9.5	78.6
	10.00	2	4.5	4.8	83.3
	11.00	2	4.5	4.8	88.1
	12.00	5	11.4	11.9	100.0
	合計	42	95.5	100.0	
欠損値	システム欠損値	2	4.5		
合計		44	100.0		

a. 性別 = 1

表29　抑うつ群（男性）の疲労感の合計点（3～12点）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	3.00	1	4.3	5.0	5.0
	6.00	1	4.3	5.0	10.0
	7.00	1	4.3	5.0	15.0
	8.00	2	8.7	10.0	25.0
	9.00	5	21.7	25.0	50.0
	10.00	2	8.7	10.0	60.0
	11.00	1	4.3	5.0	65.0
	12.00	7	30.4	35.0	100.0
	合計	20	87.0	100.0	
欠損値	システム欠損値	3	13.0		
合計		23	100.0		

a. 性別 = 0

表30　抑うつ群（女性）の疲労感の合計点（3～12点）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	4.00	1	2.3	2.4	2.4
	5.00	5	11.4	11.9	14.3
	6.00	2	4.5	4.8	19.0
	7.00	2	4.5	4.8	23.8
	8.00	2	4.5	4.8	28.6
	9.00	4	9.1	9.5	38.1
	10.00	2	4.5	4.8	42.9
	11.00	8	18.2	19.0	61.9
	12.00	16	36.4	38.1	100.0
	合計	42	95.5	100.0	
欠損値	システム欠損値	2	4.5		
合計		44	100.0		

a. 性別 = 1

表31　抑うつ群（男性）の不安感の合計点（3～12点）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	3.00	1	4.3	4.8	4.8
	5.00	1	4.3	4.8	9.5
	6.00	2	8.7	9.5	19.0
	7.00	1	4.3	4.8	23.8
	8.00	2	8.7	9.5	33.3
	9.00	5	21.7	23.8	57.1
	10.00	2	8.7	9.5	66.7
	11.00	3	13.0	14.3	81.0
	12.00	4	17.4	19.0	100.0
	合計	21	91.3	100.0	
欠損値	システム欠損値	2	8.7		
合計		23	100.0		

a. 性別 = 0

表32　抑うつ群（女性）の不安感の合計点（3～12点）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	5.00	4	9.1	10.0	10.0
	6.00	3	6.8	7.5	17.5
	7.00	4	9.1	10.0	27.5
	8.00	6	13.6	15.0	42.5
	9.00	5	11.4	12.5	55.0
	10.00	4	9.1	10.0	65.0
	11.00	5	11.4	12.5	77.5
	12.00	9	20.5	22.5	100.0
	合計	40	90.9	100.0	
欠損値	システム欠損値	4	9.1		
合計		44	100.0		

a. 性別 = 1

表 33　抑うつ群（男性）の抑うつ感の合計点（6点～24 点）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	6.00	1	4.3	5.0	5.0
	14.00	2	8.7	10.0	15.0
	16.00	1	4.3	5.0	20.0
	19.00	3	13.0	15.0	35.0
	22.00	2	8.7	10.0	45.0
	23.00	5	21.7	25.0	70.0
	24.00	6	26.1	30.0	100.0
	合計	20	87.0	100.0	
欠損値	システム欠損値	3	13.0		
合計		23	100.0		

a. 性別 = 0

表34　抑うつ群（女性）の抑うつ感の合計点（6～24点）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	8.00	1	2.3	2.5	2.5
	11.00	1	2.3	2.5	5.0
	13.00	1	2.3	2.5	7.5
	14.00	3	6.8	7.5	15.0
	15.00	2	4.5	5.0	20.0
	16.00	1	2.3	2.5	22.5
	18.00	1	2.3	2.5	25.0
	19.00	6	13.6	15.0	40.0
	20.00	1	2.3	2.5	42.5
	21.00	2	4.5	5.0	47.5
	22.00	1	2.3	2.5	50.0
	23.00	8	18.2	20.0	70.0
	24.00	12	27.3	30.0	100.0
	合計	40	90.9	100.0	
欠損値	システム欠損値	4	9.1		
合計		44	100.0		

a. 性別 = 1

表35　男性の合計得点の分布（勤労者群との比較）

	素点計算法	1 低い／少い	2 やや低い／少い	3 普通	4 やや高い／多い	5 高い／多い
	質問項目	質問項目合計得点				
活気★	No.1+No.2+No.3	3	4-5	6-7	8-9	10-12
	勤労者群	10.1%	13.3%	43.5%	24.5%	8.6%
	ストレス体験群	50.9%	22.8%	22.8%	3.5%	0.0%
	抑うつ群	63.6%	13.7%	18.2%	4.5%	0.0%
イライラ感	No.4+No.5+No.6	3	4-5	6-7	8-9	10-12
	勤労者群	10.9%	21.9%	39.8%	20.8%	6.6%
	ストレス体験群	7.1%	16.1%	35.7%	19.7%	21.4%
	抑うつ群	4.5%	36.4%	31.8%	9.1%	18.2%
疲労感	No.7+No.8+No.9	3	4	5-7	8-9	10-12
	勤労者群	10.8%	13.1%	49.3%	18.1%	8.8%
	ストレス体験群	5.6%	0.0%	22.2%	31.5%	40.7%
	抑うつ群	5.0%	0.0%	10.0%	35.0%	50.0%
不安感	No.10+No.11+No.12	3	4	5-7	8-9	10-12
	勤労者群	9.2%	16.4%	53.5%	15.7%	5.3%
	ストレス体験群	1.9%	1.8%	24.1%	35.2%	37.0%
	抑うつ群	4.8%	0.0%	19.0%	33.3%	42.9%
抑うつ感	No.13～No.18の合計	6	7-8	9-11	12-15	16-24
	勤労者群	16.1%	22.6%	32.6%	21.4%	7.2%
	ストレス体験群	2.0%	5.8%	5.9%	19.6%	66.7%
	抑うつ群	5.0%	0.0%	0.0%	10.0%	85.0%
身体愁訴	No.19～No.29の合計	11	12-15	16-20	21-25	26-44
	勤労者群	6.3%	34.1%	35.8%	16.2%	7.6%
	ストレス体験群	5.8%	13.4%	19.3%	30.7%	30.8%
	抑うつ群	10.5%	10.6%	21.0%	31.6%	26.3%

表36　女性の合計得点の分布（勤労者群との比較）

	素点計算法	1 低い／少い	2 やや低い／少い	3 普通	4 やや高い／多い	5 高い／多い
	質問項目	質問項目合計得点				
活気★	No.1+No.2+No.3	3	4-5	6-7	8-10	11-12
	勤労者群	10.4%	16.6%	40.4%	26.4%	6.2%
	ストレス体験群	46.7%	18.5%	22.8%	7.7%	4.3%
	抑うつ群	57.1%	23.9%	11.9%	2.3%	4.8%
イライラ感	No.4+No.5+No.6	3	4-5	6-7	8-9	10-12
	勤労者群	10.4%	20.5%	39.1%	22.2%	7.8%
	ストレス体験群	5.3%	16.8%	34.7%	25.3%	17.9%
	抑うつ群	2.4%	16.6%	38.1%	21.5%	21.4%
疲労感	No.7+No.8+No.9	3	4-5	6-7	8-9	10-12
	勤労者群	8.4%	29.8%	31.7%	19.9%	10.1%
	ストレス体験群	2.1%	14.9%	21.3%	16.0%	45.7%
	抑うつ群	0.0%	14.3%	9.5%	14.3%	61.9%
不安感	No.10+No.11+No.12		3-4	5-6	7-9	10-12
	勤労者群		37.6%	35.3%	17.1%	10.0%
	ストレス体験群		3.3%	19.8%	35.1%	41.8%
	抑うつ群		0.0%	17.5%	37.5%	45.0%
抑うつ感	No.13～No.18の合計		6-8	9-11	12-15	16-24
	勤労者群		37.2%	33.5%	22.2%	7.0%
	ストレス体験群		5.7%	5.8%	25.3%	63.2%
	抑うつ群		2.5%	2.5%	15.0%	80.0%
身体愁訴	No.19～No.29の合計	11	12-16	17-21	22-26	27-44
	勤労者群	2.9%	30.9%	36.5%	20.5%	9.0%
	ストレス体験群	0.0%	5.9%	23.5%	25.9%	44.7%
	抑うつ群	0.0%	5.6%	22.2%	25.0%	47.2%

４．低得点の分布

ストレス体験群について、身体愁訴の合計得点が低い者の診断分類を表37に示す。また、心理的ストレス反応の合計得点が低い者の診断分類を表38に示す。軽度の気分障害や摂食障害などが多くみられ、それぞれについて面接時の訴えを検討した所、障害が軽度の場合や職場のストレスに直接的に影響していない場合など職場のストレスの軽減を目的とした介入の必要性が低いものであった。

表37　身体愁訴（計44点）の低得点の分布

得点	男性（人）		女性（人）	
11	3	単極性気分障害 2 解離性障害 1	0	
12～13	4	単極性気分障害 1 不安障害 1 身体表現性障害 1 適応障害 1	3	摂食障害 2 単極性気分障害 1
14～15	3	単極性気分障害 2 不安障害 1	1	単極性気分障害 1
16～17	5	単極性気分障害 2 強迫性障害 1 身体表現性障害 1 適応障害 1	5	摂食障害 3 睡眠障害 1 単極性気分障害 1

表38　心理的ストレス反応（計72点）の低得点の分布

得点	男性（人）		女性（人）	
18～28	2	単極性気分障害 1 不安障害 1	4	摂食障害 2 睡眠障害 1 身体表現性障害 1
29～38	6	身体表現性障害 3 不安障害 2 単極性気分障害 1	10	単極性気分障害 3 摂食障害 3 不安障害 1 睡眠障害 1 適応障害 1 身体表現性障害 1

E．おわりに

職場のメンタルヘルスを考えるに場合には、簡便に使用できる調査票を利用して、心理的ストレス反応に対していち早く対処することが有用と思われる。しかし、これまでの職場の健康診断では、身体的な検査が中心に行われており、精神的な要因から生じるストレス反応を早期に見つけ出すことが難

しく、状態が進行してから診察室を訪れることが多くみられた。このように一般診療では身体状態に目が向きやすく、職場のメンタルヘルスチェックでは精神状態のみに焦点があたりやすいため、身体状態、精神状態が別々に扱われることが多い。

こうしたことから本研究では、ストレス性健康障害を身体状態、精神状態の両面から簡便に評価できる調査票の開発を行ってきた。本調査では、大野外来を初診した受療者群を何らかの援助を必要とするストレス体験群とし、そうした行動を起こすまでに至っていない勤労者群と身体愁訴及び心理的ストレス反応の分布について比較検討を行った。

ストレス体験群と勤労者群では、身体愁訴及び心理的ストレス反応の分布に大きな違いがみられ、抑うつ群については、ストレス体験群よりさらに身体愁訴及び心理的ストレス反応の訴えが高かった。

従って、本調査票を用いることは、勤労者のストレス状況を把握するのに有用であり、職場におけるメンタルヘルスの問題を取り扱う場合には、社内の心療所及び一般診療科において身体状況だけでなく精神状況にも目を向ける必要性があると考えられる。また、このような身体愁訴と心理的ストレス反応の両面を評価できる簡便な調査票を利用することによって、心理的ストレス反応の早期把握が可能になってくると考えられる。

研　究　者：大野　裕(慶應義塾大学医学部精神・神経科)
研究協力者：田中暁子(慶應義塾大学医学部精神・神経科)

F．文献

1) Ormel J, VonKorff M, Ustun B et al：Common mental disorders and disability across cultures. JAMA 272:1741-1748,1994.
2) Wells KB, Steward A, Hays RD: The functioning and well-being of depressed patients. JAMA 264:914-919,1989.
3) Voncoff M, Ormel J, Karton W et al：Disability and depression among high utilizers of health care: a longitudinal analysis. Arch Gen Psychiatry 49:91-100,1992.
4) Ormel J, Voncoff M, Vanden Brink W et al：Depression, anxiety, and disability show synchrony of change. Am J Public Health 83:385-390,1993.
5) Janca A, Isaac M, Costa e Silva JA: World Health Organization international study of somatoform disorders-background and ratio nale. Eur J Psychiat 9:100-110,1995.
6) 大野裕,荒木信夫,石井留美他：内科初診患者の身体表現性障害の有病率:WHO国際共同研究から. 日本医事新報 3734:49-52,1995.
7) Barsky AJ：Patients who amplify bodily sensations. Ann Intern Med 91:63-70,1979.

8) Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS et al：The amplification of somatic symptoms. Psychosom Med 50:510-519,1988.
9) Simon G, VonKorff M ： Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic catchment area study. Am J Psychiatry 148:1494-1500,1991.
10) American Psychiatric Association：Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition. American Psychiatric Association, Washington DC,1994.
(高橋三郎,大野裕,染矢俊幸訳：DSM-Ⅳ 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院,東京,1996.)
11) Katon W ： Panic disorder and somatization: Review of 55 cases. Am J Med 77:101-106,1984.
12) Reif W, Schaefer S, Hiller Wet al ： Lifetime diagnoses in patients with somatoform disorders: Which came first? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 241:236-240,1992.
13) Rief W, Hiller W, Geissner E et al ： A two-year follow-up study of patients with somatoform disorders. Psychosomatics 36:376-386,1995.
14) 加藤正明他：労働の場におけるストレスおよびその健康影響に関する研究報告：労働省平成7年度「作業関連疾患の予防に関する研究」平成8年3月,1996.
15) 加藤正明他：労働の場におけるストレスおよびその健康影響に関する研究報告：労働省平成8年度「作業関連疾患の予防に関する研究」平成9年3月,1997.
16) 加藤正明他：労働の場におけるストレスおよびその健康影響に関する研究報告：労働省平成9年度「作業関連疾患の予防に関する研究」平成10年3月,1998.
17) 加藤正明他：労働の場におけるストレスおよびその健康影響に関する研究報告：労働省平成10年度「作業関連疾患の予防に関する研究」平成11年3月,1999.
18) Tacchini G, Janca A, Isaac M：Somatoform disorders schedule(SDS). World Health Organization, Geneva,1993.
19) Isaac M, Tacchini G, Janca A ： Screener for somatoform disorders(SSD). World Health Organization, Geneva,1994.
20) World Health Organization：Assessment of subjective wellbeing: The subjective wellbeing inventory. New Delhi, WHO regional of office for South-East Asia,1992.
21) 大野裕,吉村公雄,山内慶太他:心理的健康感と心理的不健康感の関係について:患者群と非患者群の比較. ストレス科学 10:273-278,1996.
22) McNair DM, Lorr M, Droppleman LF：Profiles of mood states. Educational Testing Service, San Diago,1971.
23) Pollock V et al ：Profiles of mood states: The factors and their physiological correlates. J Nerv Ment Disease 167:612-614,1987.
24) 横山和仁,荒記俊一,川上憲人他：POMS(感情プロフィール検査)日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討. 日本公衛誌37:913-918,1990.

25) 赤林朗,横山和仁,荒記俊一他：POMS(感情プロフィール検査)日本語版の臨床応用の検討. 心身医学31:577-582,1991.
26) Radloff LS ： The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement 1:385-401,1977.
27) 島悟,鹿野達男,北村俊則他：新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学27:717-723,1985.
28) Spielberger CD, Gorsush RL, Lushene RE ： STAI manual. Consulting psychologist press,pp23-49,Palo Alto,1970.
29) Kendall PC, Finch AJJr, Auerbach SM et al ： The state-trait anxiety inventory: A systematic evaluation. J Consul Clin Psychol 44:406-412,1976.

Ⅲ－４．職業性ストレス簡易調査票使用マニュアル

１．はじめに

今日、職場におけるストレス問題とそれによるストレス性健康障害は、長期にわたる欠勤や過労死などとの関連性が報告されており、職場における健康管理上重要な問題となりつつあります。

したがって、事業者は従来の定期健康診断等を中心とした健康管理だけでなく、職場でのストレス状態を把握し、作業環境や作業との関連を検討することにより、労働者の健康障害を未然に防ぐことができるよう、適切に対処することが必要です。

職場には、質的または量的な労働負担、仕事の適性、仕事の コントロール、技術の活用度、対人関係、職場の物理的・化学的環境など、労働者自身だけでは取り除くことができないストレス要因が存在しています。

しかしながら、これまでこのように多岐にわたるストレスとそれによる健康障害を簡便かつ適切に評価する方法は、これまでありませんでした。

そこで、労働省作業関連疾患の予防に関する研究班―ストレス測定研究グループでは、労働省からの委託を受け、既存のストレスに関する質問票を検討し、現場で簡便に測定、評価することが可能であり、しかも信頼性があり妥当性の高い質問票**【職業性ストレス簡易調査票】**を開発いたしました。

２．職業性ストレス簡易調査票の特徴

職業性ストレス簡易調査票は、以下のような特徴をもっています。

１)従来のストレス反応のみを測定する多くの調査票と異なり、職場におけるストレス要因をも同時に評価できること

２)心理的なストレス反応の中でネガティブな反応のみでなくポジティブな反応も評価できること

３)身体的なストレス反応やストレス反応を緩和する要因も評価する多軸的評価法であること
４)労働現場で簡便に使用できるように質問項目は５７項目と少なく、約１０分で回答できること
５)あらゆる業種の職場で使用できる調査票であること
６)被験者本人が記入する自記式調査票であること
７)専門的知識がなくても評価判定できること
などです。

３．職業性ストレス簡易調査票の構成

簡易調査票は、①仕事のストレス要因(17 項目)、②ストレス反応(29 項目)、③ストレス緩和要因(社会的支援 9 項目、満足度 2 項目)の計 57 項目から構成されております。

仕事のストレス要因に関する尺度は、①量的労働負荷(項目 No.1,2,3)、②質的労働負荷(4,5,6)、③身体的労働負荷(7)、④コントロール(8,9,10)、⑤技術の応用(11)、⑥対人葛藤(12,13,14)、⑦職場環境(15)、⑧仕事の適性(11,16,17)で、項目数は合計 17 項目です。

ストレス反応については、心理的ストレス反応と身体的ストレス反応が測定出来るようになっております。心理的ストレス反応に関する尺度は、ネガティブな感情気分を測定する尺度である①緊張－不安、②怒り、③疲労、④抑うつと、ポジティブな尺度である⑤活気からなり、項目数は合計 18 項目(項目 No.1～18)です。また身体的ストレス反応(身体愁訴)に関する尺度は一つで、項目数は 11 項目(項目 No.19～29)です。

ストレス緩和要因としては、職場と家庭での支援〔「上司」「同僚」「家族・友人」〕(項目 No.1～9)を入れた 3 項目および職場と家庭に対する満足度の 2 項目(項目 No.1～2)があります。

被験者の作為を防ぐために２つの工夫がなされています。１つは、仕事のストレス要因に関する項目の中で、No.8,9,10,14,16,17 の項目およびストレス反応項目の No.1,2,3 の項目は、その他の項目と反対の回答を選択した方がスコアーが良くなる設問になっております。これは被験者に回答パターンを悟られないためです。もう１つは回答欄を４つの偶数にしてあり、中間の欄がないことです。これは被験者があたりさわりのない平均的な回答ができないようにするためです。

４．職業性ストレス簡易調査票の採点方法

簡易調査票の採点方法は２種類あります。１つは標準化得点を用いる方法(約 12,000 名のデータから算出)であり、もう１つは回答肢を二分割しチェック項目がいくつあったかを数える簡易採点法です。

1)標準化得点からの採点法

＊コンピュータを用いた採点方法

仕事のストレス要因からストレス緩和要因までの計 57 項目の各項目ごとに１から４の回答をコンピュータに入力し、作表プログラムでファイルを読み込むことにより、自動的にフィードバックのための図表(ストレス・プロフィール)２枚が出力できます。フィードバックのためのプログラム(Windows95 以上)は無償で提供します。

使用のてびき

職業性ストレス簡易調査票を施行することにより、産業医や看護婦・士は、労働者一人一人のストレスの状態を知り、同時に仕事に関連したストレス要因についての情報が得られます。そして、ストレス状態にある人を早期に見つけ、対処することが可能となります。また労働者個人が自分のストレスに気づき、ストレスに対する意識が高まることが期待できます。

①労働者に調査票を配布し、記入してもらいます。

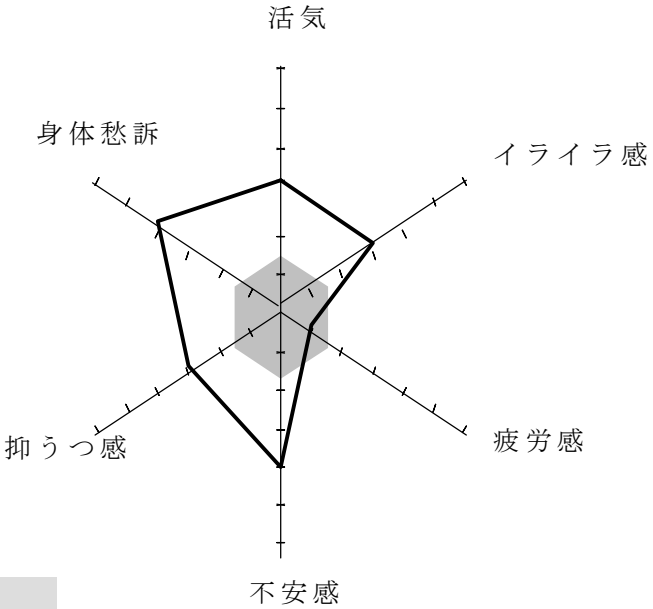
↓

②コンピュータで結果を出力します。

↓

③レーダーチャート中段の、**ストレスによっておこる心身の反応**が高い状態であるかを調べます

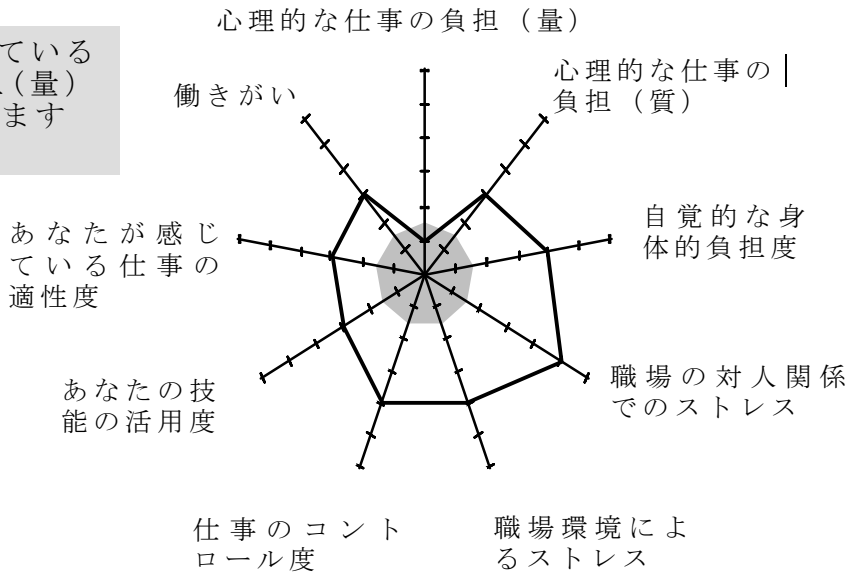
全体的にチャートが大きいほど心理的・身体的ストレス反応が低く、良好な状態であることを示します。チャートが小さくなり、特にグレーゾーンに入っている場合には、ストレス反応が高くなっている状態が疑われます。



例：グレーの部分に入っている疲労感が高いことがわかります。

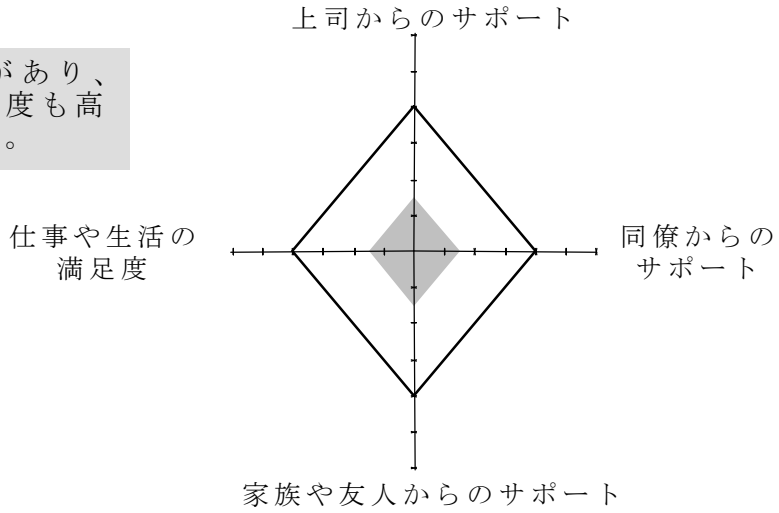
④回答者の仕事に関連した**ストレスの原因と考えられる因子**が高いかを調べます。

例：グレーの部分に入っている心理的な仕事の負担(量)が大きいと考えられます



⑤**ストレス反応に影響を与える他の因子**の程度をべます。

例：周囲からのサポートがあり、また仕事や生活の満足度も高いことを示しています。



⑥ストレス反応が高い状況にある場合は、④で仕事の原因と考えられる因子のチェックを行いましょう。グレーゾーンに入る軸が多い場合は、産業医、保健婦・士による面談を奨め早期に対策をたてましょう。

フリガナ	
氏名	

マークの仕方

良い例	悪い例			
●	細い	短い	こすれ	よみづら

マーク上の注意

・マークはHBの鉛筆で、はっきりマークしてください。
（ボールペン・サインペン等は不可）
・マークを消す時は、消しゴムで完全に消し、消しくずを残さないでください。

社員コード番号									
⓪	⓪	⓪	⓪	⓪	⓪	⓪	⓪	⓪	⓪
①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
②	②	②	②	②	②	②	②	②	②
③	③	③	③	③	③	③	③	③	③
④	④	④	④	④	④	④	④	④	④
⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤
⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥
⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦
⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧
⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨

←番号を右ヅメで記入してマークしてください

年齢	
	⓪
①	①
②	②
③	③
④	④
⑤	⑤
⑥	⑥
⑦	⑦
	⑧
	⑨

←年齢を記入してマークしてください

性別	
男	女
○	○

←男女どちらかにマークしてください

受診番号				
⓪	⓪	⓪	⓪	⓪
①	①	①	①	①
②	②	②	②	②
③	③	③	③	③
④	④	④	④	④
⑤	⑤	⑤	⑤	⑤
⑥	⑥	⑥	⑥	⑥
⑦	⑦	⑦	⑦	⑦
⑧	⑧	⑧	⑧	⑧
⑨	⑨	⑨	⑨	⑨

←番号を右ヅメで記入してマークしてください

あなたの仕事についてうかがいます。
最もあてはまるものをぬりつぶしてください。

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

最近１か月間のあなたの状態についてうかがいます。
最もあてはまるものをぬりつぶしてください。

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

あなたの周りの方々についてうかがいます。
最もあてはまるものをぬりつぶしてください。

	非常に	かなり	多少	全くない
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか				
1．上司	①	②	③	④
2．職場の同僚	①	②	③	④
3．配偶者、家族、友人等	①	②	③	④
あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？				
4．上司	①	②	③	④
5．職場の同僚	①	②	③	④
6．配偶者、家族、友人等	①	②	③	④
あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？				
7．上司	①	②	③	④
8．職場の同僚	①	②	③	④
9．配偶者、家族、友人等	①	②	③	④

満足度について

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

2)簡易採点法

コンピュータを用いた表の出力ができない場合や、調査票に回答してもらったと同時に判定評価を行い被験者にフィードバックしたい場合には、簡易採点法を用いて採点する事が可能です。

(1)ストレス反応総合得点による評価法

心理的ストレス反応の No.１～３の項目については、①ほとんどなかったを４点、②ときどきあったを３点、③しばしばあったを２点、④ほとんどいつもあったを１点とします。No.４～１８の項目については、①ほとんどなかったを１点、②ときどきあったを２点、③しばしばあったを３点、④ほとんどいつもあったを４点とします。そしてチェックしてあるところの点数を合計します。

身体的ストレス反応の No.１９～２９の項目については、①ほとんどなかったを１点、②ときどきあったを２点、③しばしばあったを３点、④ほとんどいつもあったを４点とします。そしてチェックしてあるところの点数を合計します。

これまでの研究結果(表１参照)から、心理的ストレス反応の総合得点が男女とも５１点以上の人は、心理的ストレス反応が高いと考えられます。同様に、身体的ストレス反応の総合得点が男性で２５点以上、女性で２７点以上の人は、身体的ストレス反応が高いと考えられます。

表１　ストレス反応総合得点の５段階評価

ａ)心理的ストレス反応

スコア	男　性（N=9,769）	
	人　数	(%)
１８～２３	417	(4.3%)
２４～３２	2,945	(30.1%)
３３～４１	3,694	(37.8%)
４２～５０	1,895	(19.4%)
５１～７２	818	(9.4%)

スコア	女　性（N=2,078）	
	人　数	(%)
１８～２３	95	(4.6%)
２４～３２	629	(30.3%)
３３～４１	768	(37.0%)
４２～５０	409	(19.7%)
５１～７２	177	(9.6%)

ｂ)身体的ストレス反応

スコア	男　性 (N=9,894)	
	人　数	(%)
	0	(0.0%)
１１～１５	4,004	(40.5%)
１６～２０	3,535	(35.7%)
２１～２４	1,426	(14.4%)
２５～４４	929	(9.9%)

スコア	女　性 (N=2,114)	
	人　数	(%)
１１	62	(2.9%)
１２～１６	651	(30.8%)
１７～２１	772	(36.5%)
２２～２６	434	(20.5%)
２７～４４	195	(10.4%)

さらにストレス反応の総合得点を簡易に算出する方法として、添付した透明シートを利用する方法があります。透明シートを図に示すよう調査票の上に合わせて置き、ストレス反応でグレーゾーンに入った項目数を数える方法です。

心理的ストレス反応については、グレーゾーンに入った数が男性では１８項目中１４項目以上、女性では１３項目以上ある場合は、総合点５１点以上に入る危険性がきわめて高いと判断できます。

身体的ストレス反応については、同様にグレーゾーンに入った数が男性では１１項目中５項目以上、女性では６項目以上ある場合は、総合得点男性では２５点以上、女性では２７点以上に入る危険性がきわめて高いと判断できます。

心理的または身体的ストレス反応の高い人については、産業医、看護婦・士あるいは心理相談担当者の面談をすすめるなどの対応を図る必要があるでしょう。

(２)仕事のストレス要因による評価法

添付した透明シートを図に示すよう調査票の上に合わせて置き、仕事のストレス要因(項目 No.１１と１５を除く１～１７)の内グレーのゾーンに回答した数を、①仕事の負担度、②コントロール度、③対人関係、④仕事の適合性、の質問グループごとに数える作業を行います。

最初の７項目(No.１～No.７)の回答でグレーゾーンに入るものが６つ以上あれば**仕事の負担度**「要チェック」とします。

次の３項目(No.8～No.10)でグレーゾーンに２つ以上あれば**コントロール度**「要チェック」とします。

No.12～No.14 の３項目も、グレーゾーンに２つ以上あれば**対人関係**「要チェック」とします。

また、No.16 と No.17 の２項目に関してグレーゾーンに２つ以上あれば**仕事の適合性**「要チェック」とします。

そして仕事の負担度、コントロール度、対人関係、仕事の適合性の４項目中「要チェック」がいくつあったかを数えます。

３項目が「要チェック」となった人は、チェックのない人と比較して、心理的ストレス状態(心理的ストレス反応総合得点５１点以上)の発現リスクが男性では 4.6 倍、女性では 5.6 倍になることがわかっています (表２参照)。同様に、身体的ストレス状態(身体的ストレス反応総合得点男性２５点以上、女性２７点以上)の発現リスクも仕事のストレス要因のチェック数に応じて高まることが、明らかになっています (表３参照)。

要チェック数が３つ以上となった人は、「ストレス問題が高い確率で疑われるケース」として、産業医、看護婦・士、心理相談担当者の面談をすすめたり、「要観察ケース」として、注意深いフォローが必要と考えられます。

表２　ストレッサー総合評価の回答者分布と心理的ストレス反応要チェック発現リスク

a）男　性

ストレッサーチェック数	人　数		心理的ストレス反応要チェック発現リスク		
			Odds 比	(95% CI)	
0	1,009	(10.7%)	1.00	(reference)	
1	3,784	(40.0%)	1.01	(0.72-1.41)	n.s.
2	3,302	(34.9%)	2.35	(1.71-3.24)	p<0.001
3	1,202	(12.7%)	4.61	(3.30-6.45)	p<0.001
4	168	(2.0%)	6.64	(2.82-7.63)	p<0.001

ｂ）女性

ストレッサーチェック数	人　数		心理的ストレス反応要チェック発現リスク		
			Odds 比	(95% CI)	
0	309	(15.9%)	1.00	(reference)	
1	758	(38.9%)	1.58	(0.84-2.96)	n.s.
2	604	(31.0%)	2.49	(1.34-4.64)	p<0.01
3	241	(12.4%)	5.59	(2.91-10.74)	p<0.001
4	37	(1.9%)	7.56	(2.86-20.00)	p<0.001

表３　ストレッサー総合評価の回答者分布と身体的ストレス反応要チェック発現リスク

a) 男　性

ストレッサーチェック数	人　数		身体的ストレス反応要チェック発現リスク		
			Odds 比	(95% CI)	
0	1,025	(10.7%)	1.00	(reference)	
1	3,832	(40.0%)	0.96	(0.73-1.27)	n.s.
2	3,344	(34.9%)	1.56	(1.20-2.04)	p<0.001
3	1,210	(12.6%)	2.58	(1.94-3.44)	p<0.001
4	168	(1.8%)	2.47	(1.52-4.01)	p<0.001

b) 女　性

ストレッサーチェック数	人　数		身体的ストレス反応要チェック発現リスク		
			Odds 比	(95% CI)	
0	307	(17.8%)	1.00	(reference)	
1	768	(44.4%)	1.16	(0.66-2.06)	n.s.
2	617	(35.7%)	2.22	(1.28-3.86)	p<0.01
3	247	(15.1%)	3.80	(2.01-6.93)	p<0.001
4	37	(2.1%)	4.70	(1.78-12.38)	p<0.01

(3)仕事の負担や職場内の支援状況による評価法

添付した透明シートを図に示すよう調査票の上に合わせて置き、仕事のストレス要因である①仕事の負担度、②コントロール度およびストレス緩和要因の③職場内支援度のグループごとに、グレーゾーンに入った項目数を数えます。

最初の７項目(No.１～No.７)の回答でグレーゾーンに入るものが６つ以上あれば仕事の負担度「要チェック」とします。

次の３項目(No.8～No.10)でグレーゾーンに２つ以上あればコントロール度「要チェック」とします。

右下ストレス緩和要因の No.1,2,4,5,7,8 の項目で、５つ以上グレーゾーンに入っていれば職場内支援度「要チェック」とします。

そして仕事の負担度、コントロール度、職場内支援度の３項目の中で、要チェックとなった数を調べます。

これまでの研究(表４・表５参照)では、要チェックとなる項目が３つの人は、チェックのない人と比較して、心理的ストレス反応要チェックの発現リスクが男性で 18.5 倍、女性では 12.5 になることがわかっています。

同様に、要チェックが３つの人はチェックのない人と比較して、身体的ストレス反応要チェックが男性で 5.5 倍、女性で 6.1 倍になります。

このことから、上記方法により簡易調査票をチェックし、３つに要チェックとなった人は「ストレス問題が高い確率で疑われるケース」として、産業医、看護婦・士の面談や、心理相談の受診をすすめたり、「要観察ケース」として、注意深いフォローが必要と考えられます。

表４　Demand-Control-Support 総合評価の回答者分布と心理的ストレス反応要チェック発現リスク

a) 男　性

チェック数	人　数		心理的ストレス反応要チェック発現リスク		
			Odds 比	(95% CI)	
0	3,306	(35.1%)	1.00	(reference)	
1	3,706	(39.3%)	3.04	(2.33-3.97)	p<0.001
2	1,949	(20.7%)	8.91	(6.87-11.57)	p<0.001
3	462	(4.9%)	18.46	(13.57-21.12)	p<0.001

b) 女　性

チェック数	人　数		心理的ストレス反応要チェック発現リスク		
			Odds 比	(95% CI)	
0	655	(33.9%)	1.00	(reference)	
1	735	(38.0%)	2.68	(1.58-4.52)	p<0.001
2	416	(21.5%)	6.02	(3.57-10.18)	p<0.001
3	128	(6.6%)	12.51	(6.73-23.22)	p<0.001

表 5　Demand-Control-Support 総合評価の回答者分布と心理的ストレス反応発現リスク

a) 男　性

チェック数	人　数		身体的ストレス反応要チェック発現リスク		
			Odds 比	(95% CI)	
0	3,353	(35.2%)	1.00	(reference)	
1	3,748	(39.3%)	1.74	(1.43-2.11)	p<0.001
2	1,969	(20.7%)	3.38	(2.77-4.12)	p<0.001
3	465	(4.9%)	5.53	(4.23-7.23)	p<0.001

b) 女　性

チェック数	人　数		身体的ストレス反応要チェック発現リスク		
			Odds 比	(95% CI)	
0	662	(33.8%)	1.00	(reference)	
1	742	(37.9%)	1.99	(1.26-3.14)	p<0.05
2	425	(21.7%)	4.29	(2.71-6.79)	p<0.06
3	130	(6.6%)	6.12	(3.40-11.02)	p<0.01

5．利用方法

1)自己チェック

被験者が自分のストレスに気づくことは重要です。この調査票を被験者自身で記入して自己判定することによって、気づきへの援助を行うことができます。社内イントラネットを利用すれば、希望者はいつでも簡単にセルフチェックできることになります。そして被験者に対しリラクセーションの方法やその効果を解説した対処法マニュアル等を配布してあげることが有効でしょう。さらに専門家のアドバイス希望者に対しては、社内の産業医、カウンセラー等に相談できる体制を整備する必要があります。このような体制を整備できない場合は、社外の専門機関や中小企業にあっては地域産業保健センターを活用すべきです。

2）健康診断時の問診および保健指導の補助としての利用

この調査票はストレスの状況を把握する目的で開発されたものであり、特定の疾患を早期に発見するための調査票ではありません。したがって、健康診断時に医師が行う問診の補助や健康診断結果に基づいて医師や看護婦・士等が行う保健指導の補助として利用することができます。そのためには健康診断の待ち時間に記入あるいは事前配布をして記入のうえ持参してもらう必要があります。その結果自己チェックと同様、気づきへの援助とストレス対処方法などのアドバイスを行うことができます。

３）ストレス対処後の評価に利用

本人の気づきに基づいて何らかのストレス対処を実行した場合、再度この調査票を利用し、その対処法が有効に機能したかどうかを判定することができます。

４）職場および職種間の評価に利用

職場あるいは職種間のストレス状況を把握することは、事業場のストレス対策を推進するうえで大変重要です。この調査を健康診断時に全員に実施した事業場では、衛生管理者等がそのデータを職場ごとあるいは職種ごとに集団として解析することによって、その集団のストレス状況が容易に把握できます。特定の時期に特定の集団だけを調査する場合は、調査目的などを十分に説明したうえで行う必要があるでしょう。

５）ＴＨＰ心理相談対象者の選定に利用

現在ＴＨＰの心理相談対象者は医師の判断および希望者となっていますが、この調査票を利用することによってより客観的に評価し選定することが可能になります。

６．利用上の注意点

１）家庭生活上のストレッサーは測定していない

この調査票では質問項目数の制約から、職場のストレッサーを測定する項目しか設けておりません。したがって、職場のストレッサーの得点が低いにも関わらずストレス反応得点が高い場合は、面談時に家庭生活上のストレッサーの有無等について確認する必要があります。

２）パーソナリティは把握していない

パーソナリティはストレス反応に大きな影響を与えますが、同様に質問項目数の制約からパーソナリティに関しては把握しておりません。ストレッサーとストレス反応の関係を詳細に検討する場合には、パーソナリティに関する調査票を併用するか、面談時にパーソナリティを把握する必要があります。

３）調査時点のストレス状況しか把握できない

ストレス反応は最近１ヶ月間の状態について質問しており、それ以前については把握できません。したがって、面談時等にその状態がいつから続いているのかなどを把握する必要があります。

４）プライバシーの保護

ストレスに関する調査結果は健康診断結果と同じですので、プライバシーの保護に十分留意する必要があります。調査を行って回答した調査票を回収する場合は、封筒による回収もしくは表紙をつけた形での回収が望ましいでしょう。

５）精神疾患を早期に発見するものではない

ストレス反応の総合得点が高い、あるいはグレーゾーンに入っている数が多い場合は、メンタルヘルスの観点から「要チェック」状態であり、必ずし

もうつ病などの精神神経疾患と診断することはできません。

6）定期診断結果の活用

身体的ストレス反応の総合得点が高い、あるいはグレーゾーンに入っている数が多い場合は、必ずしもストレスのみが原因とは限りません。定期健康診断の結果も考慮して、適切な対応をしてください。

研　究　者：中村　賢(北里大学医療衛生学部心理社会系医療学)、下光輝一(東京医科大学衛生学公衆衛生学)、大野　裕 (慶應義塾大学医学部精神神経科)、横山和仁(東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻公衆衛生学助教授)、原谷隆史(労働省産業医学総合研究所)

研究協力者：古木勝也((財)京都工場保健会産業保健部)、丸田敏雅(東京医科大学精神神経科),鈴木牧彦(北里大学医療衛生学部心理社会系医療学)、大谷由美子(東京医科大学衛生学公衆衛生学)、小田切優子(東京医科大学衛生学公衆衛生学教室)

Ⅲ－５．職業性ストレス簡易調査票の限界

A．目的

本研究は、ストレス測定班が開発した「職業性ストレス簡易調査票」を産業現場(小規模事業場を含む)で実際に活用するに当たり、活用上の限界を明らかにすることを目的としている。

B．対象と方法

労働省「作業関連疾患の予防に関する研究」班ストレス測定グループおよび健康影響評価グループが行った研究成果および文献を基に、簡易調査票活用上の限界について検討・考察した。

C．結果および考察

１．自記式調査票としての限界

被験者が調査票に自分で記入することを前提としているため、短時間で多人数に実施できる、面接者の技量に影響されない等の利点はあるが、被験者の精神状態、実施環境の影響を受けやすいし、被験者が回答結果により不利益を被ると感じた場合、作為的な回答を得る可能性があり、そのチェックも困難である。

小此木ら[1)]は自記式調査票である”Cornell Medical Index-Health Questionnaire” (CMI)を用いて健常群を対象に調査した結果、テスト目的が

「職場転換希望」の場合被験者はテスト結果を悪くみせようとするし、「入社時健康調査」の場合は良くみせようとすることを明らかにしている。

したがって、産業現場で簡易調査票を利用する場合は、目的やプライバシー保護について十分説明するとともに、本人の同意や労働組合の同意を事前に得る必要がある。

２．調査時点のストレス状況しか把握できない

簡易調査票のストレス反応の項目は最近１ヶ月間の状態を聴いており、それ以前の状態については把握していない。したがって、調査結果を評価する場合は、調査時期が会社の繁忙期であったか閑散期であったかを考慮した上で評価すべきである。また、労働者に常時高いストレス負荷がかかっているハイリスク職場においては、年間に複数回の調査を実施する必要がある。

３．簡易版であるが故の限界

産業現場でストレスの状況を簡易に測定するという目的から、簡易調査票は５７の質問項目から構成されている。原谷ら[2]によってこの調査票の信頼性と妥当性は確保されているため、川上ら[3]および横山ら[4]の調査において、簡易調査票による評価と被験者の自己評価あるいは上司の評価とがよく一致しているという結果が得られている。しかし調査項目の制約から、簡易調査票では家庭生活上のストレッサーおよびパーソナリティーは測定していない。

社会生活、職業生活および家族生活の各ストレッサーの総和が社会的ストレッサーとなっていることから[5]、被験者のストレス反応の結果を測定した職場のストレッサーのみで評価することは、誤った判断を下す可能性もある。

また、丸田ら[6]は某金融機関の調査から、ストレッサーの認知やストレス反応、ストレス・コーピングにおいて性格特性が密接に関与することを示唆する結果を得て、ストレス測定における性格評価の重要性を指摘している。

したがって、職場のストレッサーの得点が低いにもかかわらず心身のストレス反応得点が高い場合は、面談時に被験者の家庭生活に係わるストレス要因の有無やパーソナリティを考慮する必要がある。

４．疾病のスクリーニングを主目的としたものではない

大野ら[7]は外来患者の内、ストレス関連健康障害発症者を対象に簡易調査票を試用した結果、患者群のストレス反応得点が健常群と比較して高値を示す傾向がみられることを明らかにした。しかし、この調査は外来患者を対象とした調査であり、本研究班では簡易調査票が産業現場でスクリーニングに利用可能かどうかの検討は行っていない。また、産業現場には精神疾患を診断できるスタッフがほとんどいないことも、検討を行わなかった理由の一つである。

簡易調査票は職業性のストレス状況を把握する目的で開発されたものであり、上記の理由からこの調査票を産業現場でスクリーニングに活用すべきではない。

研　究　者：中村　賢(北里大学医療衛生学部心理社会系医療学)、下光輝一(東京医科大学衛生学公衆衛生学)、大野　裕(慶應義塾大学医学部精神神経科)、横山和仁(大学大学院医学系研究科社会医学専攻公衆衛生学)、原谷隆史(労働省産業医学総合研究所)、古木勝也((財)京都工場保健会産業保健部)、丸田敏雅(東京医科大学精神神経科)

D．文献

１)小此木啓吾、延島信也、重田定義、楠本昌子：心身医学における Cornell Medical Index の研究(その２)―記入動機、YG との相関、時間的変動性―精神身体医学、９：１１５－１２２，１９６９．

２)原谷隆史、岩田　昇、谷川　武：簡易ストレス調査票の信頼性と妥当性、労働省平成９年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその影響に関する報告書、１１６－１２４，１９９８．

３)川上憲人：「仕事のストレス判定図」の現場における有用性の検討、労働省平成１１年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその影響に関する報告書、１２－２６，２０００．

４)横山和仁、荒記俊一、丸田俊雅、飯森槇喜雄、木村　薫：職業性ストレス簡易調査票の使用に関する研究、労働省平成１１年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその影響に関する報告書、１７２－１７４，２０００．

５)石原邦雄、山本和郎、坂本　弘　編：生活ストレスとは何かーその理論と方法―垣内出版株式会社、東京、１３９－１４７、１９８５．

６)丸田俊雅、飯森槇喜雄、清水宗夫：職場におけるストレスと性格との関連―気分障害、軽度精神障害を中心として―労働省平成８年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその影響に関する報告書、１２１－１２５，１９９８．

７)大野　裕、田中暁子：精神神経科受診者に対する職業性ストレス簡易調査票の使用、平成１１年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその影響に関する報告書、１９０－２１６，２０００．

「ストレス対策」
研究グループ報告

Ⅳ－１．ストレス対策グループ研究成果の概要

5 年間の研究概要

ストレス対策グループでは、事業場規模を問わず実施可能なストレス対策方法の開発を５カ年研究の目的として研究事業を行った。平成７年度・８年度は従前のストレス対策方法に関してレビューを行い、職場のストレス状況・ストレス対策方法に関して調査を行った。平成９年度は、各種ストレス対策方法を実施して検討を加えるとともに、ストレス対策マニュアル原案の作成を行った。平成１０年度は、特に職業性ストレス簡易調査票の活用、リスナー教育・メンタリング教育、保健指導、運動習慣、イントラネットなどによるストレス対策に関して調査研究を行った。平成１１年度は、引き続いてストレス対策方法の実用性検討を行い、ストレス対策マニュアルを完成した。

平成 7 年度研究概要

従前の職場におけるストレス対策方法の文献レビューを行い、職場のストレス状況に関する調査研究を行った。

平成 8 年度研究概要

職場におけるストレス対策の効果評価指標に関する検討、作業関連疾患の一次予防としてのストレス対策方法などに関して検討を行った。

平成 9 年度研究概要

1. ストレス・メンタルヘルス教育（一般労働者・管理者）、リスナー教育、メンタリング教育、保健指導、メール相談などによるストレス対策について研究を行った。 2. 包括的なストレス対策の基礎となるマニュアル作成について検討を行った。

平成 10 年度研究概要

1. 職業性ストレス調査票の活用、リスナー教育・メンタリング教育、保健指導、運動習慣、イントラネットによるストレス対策などに関して調査研究を行った。 2. 管理監督者教育用マニュアル・リラクセーションマニュアルの作成を行った。

平成11年度研究概要

１．運動指導、保健指導、イントラネット法による職業性ストレス調査票の活用、メンタリングに関して調査研究を行った。 ２．セルフケア・ラインによるケア・産業保健スタッフ等によるケアの枠組みに沿って、ストレス対策マニュアルを完成した。

平成11年度研究の概要

平成11年度研究として、①保健指導、イントラネット法による職業性ストレス調査票の活用、メンタリングに関して調査研究を行った。②セルフケア・ラインによるケア・産業保健スタッフによるケアの枠組みに沿って、ストレス対策マニュアルを完成した。

平成11年度の調査研究項目と担当研究者

（１）ストレスマネージメントの一環としての運動指導

須藤班員、島班員、廣班員、協力者：武田 繁夫（三菱化学）、長谷川恵美子（東京大学大学院教育研究科）

（２）Web ﾍﾟｰｼﾞを用いたストレスチェック票の作成とその試用経験について

荒井班員、島班員、角田班員、廣班員、協力者：田中克俊（東芝）、原谷隆史（産業医学総合研究所）、北村尚人（三菱重工）

（３）ストレス対策における管理者教育

廣班員、協力者：森　晃爾、鈴木英孝（エッソ石油・ゼネラル石油）、小林祐一（HOYA）、深澤健二（ソニー）、田中克俊（東芝）、木村真紀（富士電機）

（４）保健指導におけるストレス対策

島班員、廣班員、協力者：遠藤俊子（ＮＴＴ東日本）、塩谷光子（日立）、富山明子（神奈川県予防医学協会）、錦戸典子（聖路加看護大学）、宮脇百合子（ソニー）、原谷隆史（産業医学総合研究所）

（５）メンターとしての適性に関する研究

渡辺班員、協力者：久村恵子（南山大学大学院経営学研究科）

最初にストレス対策の枠組みと策定について概要を説明する。

ストレス対策の枠組み（図１）

１）労働者は、ＨＰにあるストレスセルフチェックを用いることにより、ストレスへの気づきが促進され、自らストレス要因を除去もしくは減じるような対策を講じることが可能になる。またストレス反応が生じていると気づいた場合には、メールあるいは直接面接により、産業保健スタッフから保健指導を受けたり、リラクセーションの指導を受けることができる。このＨＰを作成し管理するのは産業保健スタッフである。なお、このストレスセルフチェックシステムの有用性に関しては、平成１０年度・平成１１年度の研究により確認されている。

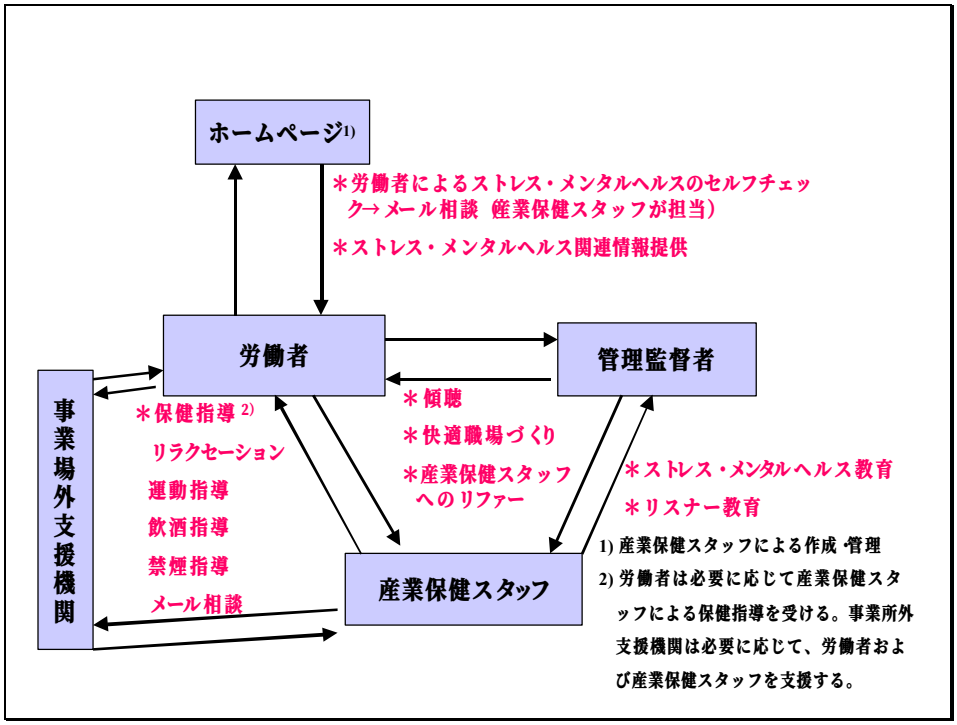


図１　ストレス対策の枠組み

２）ラインの管理監督者は、産業保健スタッフから、ストレス・メンタルヘルス教育やリスナー教育を受けることにより、ストレス状態にある部下に対して傾聴的態度がとれるようになり、また快適職場の形成が可能となる。必要に応じて部下を産業保健スタッフにリファーすることができる。
３）産業保健スタッフは、健康診断・健康測定・職場巡視などの機会、もしくは労働者の求めに応じて随時、保健指導を行う。この保健指導には、リラクセーション、運動指導、飲酒指導、禁煙指導などが含まれる。
４）事業場外支援機関は、必要に応じて労働者や産業保健スタッフに対して援助を行う。

事業場におけるストレス対策の策定（図２）

事業場におけるストレス対策は以下の手順に沿って行う。
１．ストレスの現状の把握
（１）事業者におけるストレスの現状の把握
（２）従業員個人におけるストレスの状態の把握
２．事業場におけるストレス対策の立案
３．事業場におけるストレス対策の実施とモニタリング
４．３の結果にもとづいてストレス対策法の修正を行って再度実施
この１から４を繰り返すことにより、事業場におけるストレス対策を推進する。

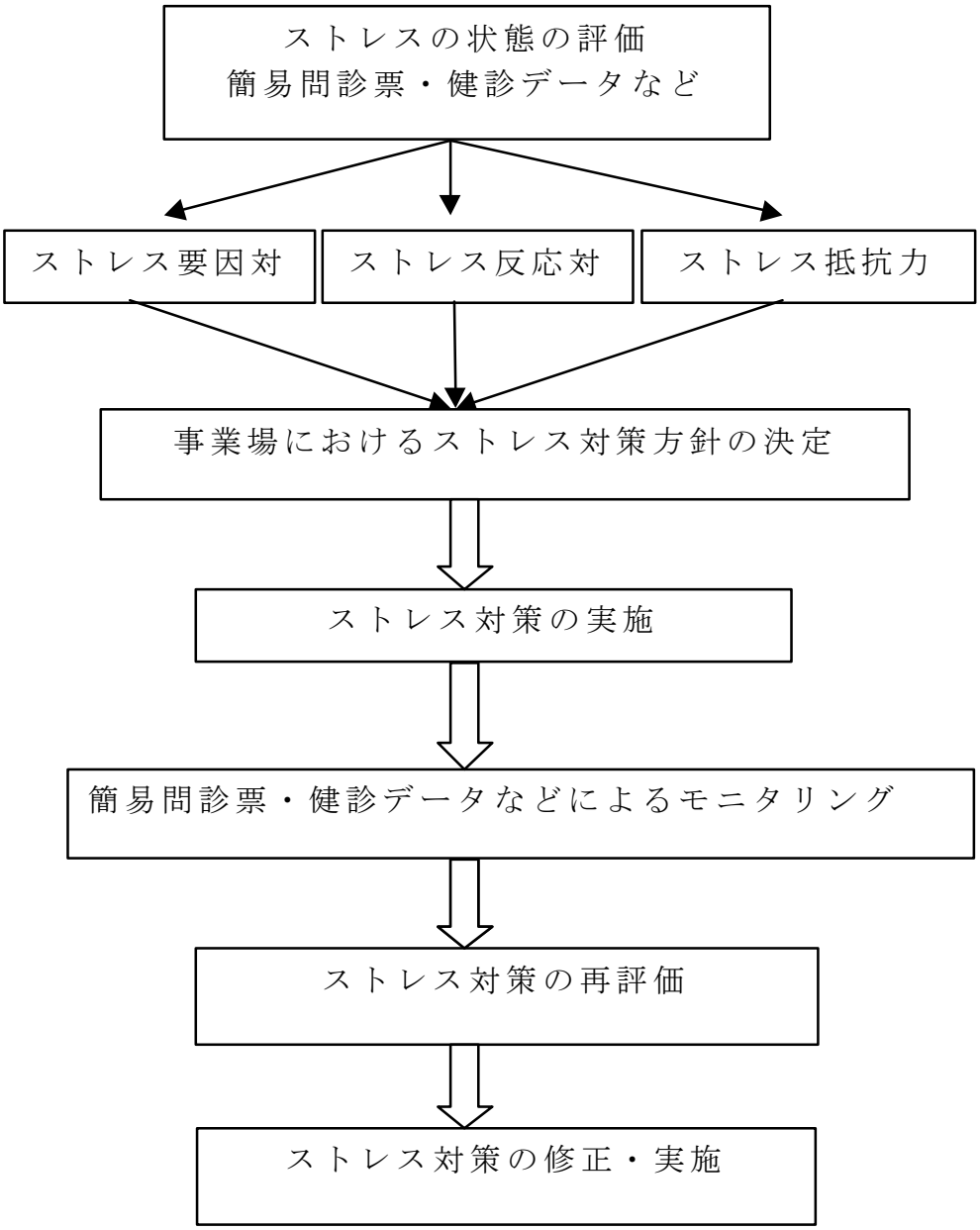


図２　ストレス対策の手順

主な研究成果の要約

１）ストレスマネージメントの一環としての運動指導

企業に従事する 20～59 歳の社員 12,447 名（男性 9,162 名、女性 3,285 名）を対象とした。精神健康度の指標として GHQ12 項目とストレスレベル、仕事の満足度および生活満足度について 10 段階区分した自己評価表を用いて調査した。また、運動習慣を有する者では運動頻度、強度、時間、種目などを、運動習慣がない者には運動をしない理由などについて問診票によって調査した。これらに基づき、精神健康度に及ぼす運動習慣の有無、運動種目や頻度などの影響を調べ、さらに精神健康度向上のための運動処方（運動種目、頻度等）を求めた。この結果、運動を定期的に実施している者は、全く運動しない者、たまにする者に比較し、仕事や生活満足度は有意に高く、ストレスレベルは低かった。運動種目と精神健康度との関連を調べた結果、男女ともいずれの運動種目においても GHQ 得点およびストレスレベルが運動しない群より低かった。97、98 年の２年間継続して回答が得られた 7640 名を対象に縦断的観点から検討した。まず、２年間継続して運動習慣を有する男性（運動継続群）は、GHQ 得点およびストレスレベルが有意に低く、仕事や生活満足度は有意に高かった。98 年に日常生活に運動を導入した者（運動導入群）は、98 年の調査時には生活満足度が向上し、ストレスレベルが低下する傾向を示した。逆に運動を中止した群（中止群）は運動導入群と逆の傾向を示した。2 年間とも運動習慣がない者（非運動習慣群）は、他群に比較し仕事や生活満足度が低く、ストレスベルは高かった。女性もほぼ同様であった。最も多くの者が実施している運動種目であるウォーキングであり、週２回以上の頻度でウォーキングをしている者の GHQ 得点およびストレスレベルが最も低かった。運動をしない理由として、「運動が嫌い」と回答した男性の GHQ 得点は低値であったが、「時間がない」と回答した者は有意に高値であり、「場所がない」と回答した者も高値の傾向を示した。女性では、運動をしない理由と精神健康度との間には一定の傾向を示さなかった。

本研究により、運動習慣を有する者の精神健康度が高く、日常生活の中に運動を導入することはストレス対策の１つとして有効であることが示唆されたので、マニュアルの作成を行った。また、運動種目による精神健康度への影響に差異はなかった。したがって、生活習慣病の合併がなく、単に精神・心理的効果を目指した場合には任意の運動を選択しても良いと思われる。最もポピュラーなウォーキングの場合は週２回以上実施することが好ましいと思われる。一方、「運動嫌い」な者に対して運動を強いることは一層のストレスとなる可能性があり、運動の必要性の啓蒙を介した自発的な運動の導入を待たねばならない。しかし、「時間がない」者や「場所がない」ために運動ができない者に対しては環境整備等の措置が必要と思われる。

この結果から、運動の有するストレス対策としての意義が示唆されたので、ストレス対策としての運動マニュアルの作成を行った。

２）Webﾍﾟｰｼﾞを用いたストレスチェック票の作成とその試用経験について

ストレスチェック票は、Webページ上に職業性ストレス簡易評価票の質問項目を配置し、それぞれの質問項目に対する回答をマウスでチェックすることによって、仕事のストレッサー、精神的ストレス反応、身体的ストレス反応の得点を算出し、その得点に応じたコメント(現在の状況や状態についての評価、対処行動についてのアドバイスなど)を提示するという仕組みになっている。精神的ストレス反応の下位尺度の中から疲労、抑うつを取り上げた。

Webページの試用公開の対象は、首都圏にある電機メーカーA社の本社と研究所に勤務する8200名とした。平成11年12月14日にWebページが各社サーバーにアップロードされ公開が開始された。アクセス件数はホームページにおけるログカウンターによって集計し、また本Webページに対しての感想を別途健康管理室のホームページ上で募集した。

この結果、Webページ公開時から平成12年3月15日までの間に合計1,208件のアクセスを認めた。この期間中、本Webページをきっかけとして産業医のもとを訪れたケースが7件確認された。健康管理室のページに寄せられた感想として、「Web 上だと気楽にセルフチェックが出来る」、「仕事のストレスや自分自身のストレス状態について客観的なコメントが得られて有用である」といった意見が寄せられた。

件数は実際にストレスチェックが行われた件数ではなく、ホームページへのアクセス件数であるが、短い試用期間ながら多くのアクセスが得られ勤労者の関心の高さがうかがわれた。

この研究により職業性ストレス簡易評価票を用いたWebﾍﾟｰｼﾞを用いたストレスチェック票は実用的で有用なストレス対策であることが確かめられたのでマニュアル作成を行った。

３）ストレス対策における管理者教育

実際に職場での健康管理に携わっている産業保健スタッフに、「平成 10年度労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書」の該当部分を配布し、実践での使用可能性、および改良すべき点について、書面による回答を求めた。マニュアルの使用可能性については、ほとんどが「そのままで使用可能」および「一部改良の上で使用可能」と、肯定的であったが、改良すべき点としては、「具体性を高める必要がある」、「もっと疾病対策よりストレス対策の視点を強調すべきである」の２点があげられた。この結果を踏まえて、マニュアルの構成を一部改変した。

この検討とあわせて、事業者向けに、管理者教育に関する啓発用パンフレット（見開き２ページ）を作成した。

４）保健指導におけるストレス対策

４名の産業保健婦・士（1名は企業外労働衛生機関に所属)、1名の産業医、1名の精神科医および1名の大学教員（産業保健婦・士経験あり）からなる検討会を各回約2.5時間、計5回開催し、健康診断およびその結果に基づいた保健指導の場におけるストレス対策のあり方を検討した。うち 2 回は 1 名の産業保健研究者にも参加してもらい、オブザーバーとしての意見を得た。

この結果、（１）労働者個々のストレスの程度や精神健康度を推し測るには、面接による問診が不可欠である。問診時間は、最低でも1人あたり5～10分程度必要である。（２）問診を効率よくすすめるには、質問票の使用が有効であるが、あくまで参考資料として活用するにとどめるのがよい。（３）保健指導の実効性を高めるには、個別面接を行うことが重要である。（４）健診結果に基づく保健指導と健康の保持増進を目的とする保健指導は、本来の意味からみれば別のものであるが、現実的には同時に行うことも考慮されてよい。（５）問診や保健指導にあたる産業医、看護職はストレスやメンタルヘルスに関する知識および技術を、研修等を通じて習得する(向上させる)べきである。こうした検討結果を踏まえて、保健指導において実施されるべきストレス対策のあり方と具体的な実践例およびそれらの理論的背景をまとめるとともに、事業主向けに啓発用パンフレット（見開き2ページ）を作成した。

５)メンターとしての適性に関する研究－メンターの性格特性とプロテジェ経験－

大阪・名古屋の民間企業9社に勤務する 487 人の男性管理職（係長以上）に質問紙を配布し回収した。被調査者の平均年齢は 45.5 歳（SD=7.4)、役職は、係長職が 104 名(21.4%)・課長職が 285 名（58.5%)・部長職以上が 98 名(20.1%)であった。質問項目は、①デモグラフィック変数（年齢、役職)、②メンタリングに関する変数、③心理学的特性（傾性）に関する変数である。変数間の相関係数を求めたところ、メンタリング行動と個人の心理学的特性及びプロテジェ経験との間に、1％水準で統計的に有意な弱いまたは中程度の相関(r=.19～.37,p<.01)のあることが確認された。メンタリング行動とプロテジェ経験(r=.37,p<.01)、自己効力感(r=.32,p<.01)、自己充実的達成動機(r=.31,p<.01)との間では統計的に有意な相関関係が確認された。メンタリング行動を従属変数としてステップワイズ法による階層的重回帰分析を行なった。Model１ではデモグラフィック要因（年齢、職位)、Model２ではプロテジェ経験、Model３では個人の心理学的特性（自己効力感、自尊心、ローカス・オブ・コントロール、競争的／自己充実的達成動機）を投入した。その結果、個人のプロテジェ経験(β=.308,p<.001)、自己充実的達成動機(β=.203,p<.001)、自己効力感(β=.150,p<.01)、年齢（β=.117,p<.05)の順で統計的に有意な標準回帰係数が確認された。また、各 Model 2(Adj.R2=.146)、

Model 3(Adj.R2=.253)において統計的に有意な自由度調整済み決定係数が確認されると共に、モデル間において統計的に有意な自由度調整済み決定係数の増加分(Model1-2 △Adj.R2=.136、Model2-3 △Adj.R2=.087)も確認された。

本研究の結果から、メンターの選抜にあたっては、メンター候補者の「自己充実的達成動機」、「自己効力感」、および「プロテジェ経験」を考慮することが必要であることが指摘できる。具体的には、①十分にメンタリングを受けてきた経験があること、②競争的ではなく、自己目標を達成しようとする動機が高いこと、③自分に自信を持ち、困難に打ち克てるという自信が強いこと、が良きメンターとして求められる要件となろう。この結果を踏まえて、マニュアル作成を行った。

今後の課題

今回開発したストレス対策法は、事業場の規模を問わず実施可能なものをという目的で開発したが、今後、包括的プログラムとして、事業場規模を違えてモデル事業を展開していく必要がある。このモデル事業の中で、包括的プログラムの効果評価を行って、改良を加えていくことが望ましい。

ストレス対策研究グループ連絡員　島　悟（東京経済大学経営学部）

Ⅳ－２．ストレスマネージメントの一環としての運動指導

A．緒言

労働者を取り巻く社会情勢や労働環境の多様化に伴い、精神的疲労を訴える者が増加してきた。平成９年度の労働省報告では、身体的・精神的疲労感を訴える者が急増し、企業でもストレス対策は重要課題の一つとなってきた。労働省では、委託研究「作業関連疾患の予防に関する研究」において職場で用いるストレスマネージメントマニュアルの中で「運動によるストレス解消法」を取り上げている。運動によるストレス解消に関する研究は多い。しかし、精神的疲労やストレス感などを客観的尺度に置換し、運動導入との関連を論じた報告は少ない。そこで、一万人を越える労働者を対象に、日常生活における運動実施状況や運動の習慣化の動機などとストレス感の大きさを数値尺度に置換した精神健康度との関連を調べ、ストレス対策としての運動の有用性を吟味し、さらに職場におけるストレス対策として運動を導入する際の指導マニュアル作成の資料を提供することにした。

B．対象と方法

企業に従事する 20～59 歳の社員 12,447 名（男性 9,162 名、女性 3,285 名）を対象とした。精神健康度の指標として GHQ12 項目を用い、0-1 法で評価した。さらに、ストレスレベル（ストレスを全く感じない状態を１、最も厳しく感じる状態を 10 とし、10 段階で評価した）、仕事の満足度および生活満足度（同様に満足度が最も低い状態を１、最も高い状態を 10 とした）について、10 段階区分した自記評価表を用いて調査した。次いで、「日常生活において運動をしているか？」の設問に対し、「定期的に行う」、「たまに行う」および「しない」の３種の回答を設定した。また、自分の体力レベルについて、「５．良い」、「４．まあ良い」、「３．普通」、「２．あまり良くない」および「１．良くない」の５段階の回答を設定し、「日常できるだけ身体を動かすようにしているか？」の設問には「はい」、「いいえ」の回答を設定した。運動習慣を有する者には、週間頻度、自覚的運動強度、一回の運動時間および運動種目などを調べた。一方、運動習慣がない者には「運動しない」理由などを調査した。これら運動習慣の有無や運動種目、頻度、強度などと精神健康度との関連を調べた。また、運動しない理由と精神健康度との関連も調べた。

なお本調査では、精神健康度の指標として GHQ12 項目版を使用し、本研究班で開発した職業性ストレス簡易評価票を用いなかった。これは経時的調査の開始段階では職業性ストレス簡易評価票が完成していなかったため職業性ストレス簡易評価票使用しなかったものであり、GHQ はあくまで例示として用いた。

調査結果は、すべて男女別に解析し、統計処理には SPSS を用い、一元配

置分散分析およびノンパラメトリック検定を行い、危険率５％を有意限界とした。

C．結果

１．運動習慣と精神健康度との関連（表１）

運動状況の設問に対し、「定期的に行う（Ａ群）」、「たまに行う（Ｂ群）」、「しない（Ｃ群）」と回答した群それぞれの仕事満足度、生活満足度、ストレスレベルおよびＧＨＱ得点を表１に示した。Ａ，Ｂ，Ｃ群の順に、仕事や生活満足度が高く、ストレスレベルやＧＨＱ得点は低値を示し、Ａ，Ｃ群間には有意差が認められた。

表１　運動習慣と精神健康度との関連

Q.運動実施状況

	男性										
		仕事満足度			生活満足度			ストレスレベル			GHQ	
	人数	Mean		SD	Mean		SD	Mean		SD	Mean	SD
定期的	2051	6.4		1.8	7.1		1.7	5.2		2.0	1.8	2.1
たまに	4223	6.4		1.7	6.7		1.8	5.4		1.9	1.9	2.1
しない	2888	6.1	a,b	1.9	6.3	a,b	2.0	5.6	a,b	1.9	2.2	2.4
合計	9162	6.3		1.8	6.7		1.8	5.4		1.9	1.9	2.2
	女性											
定期的	609	5.9		1.8	7.4		1.6	5.2		2.0	2.1	2.3
たまに	1393	6.0		1.9	7.1		1.8	5.5		2.6	2.0	2.3
しない	1283	5.7	b	2.1	6.7	a,b	2.9	5.6	a	1.8	2.2	2.4
合計	3285	5.9		1.9	7.0		2.3	5.5		2.2	2.1	2.4

一元配置分散分析、多重比較
a:p<0.05,「定期的」群との比較
b:p<0.05,「たまに」群との比較

２．自己の体力認識レベルと精神健康度との関連（表２）

自己の体力認識レベルと精神健康度との関連を表２に示した。体力レベルが高いと認識している者ほどストレスレベルやＧＨＱ得点は低く、仕事や生活に対する満足度が高いことが示された。

３．日常生活における身体活動意欲と精神健康度との関連（表３）

「日常できるだけ身体を動かすようにしていますか？」に対する回答と仕事や生活満足度、ストレスレベルおよびＧＨＱ得点との関連を表３に示した。日常生活における身体活動意欲の高い者ほど仕事や生活の満足度が高く、ストレスレベルやＧＨＱ得点は低かった。

表２　自己体力認識レベルと精神健康度との関連

Q.自己体力認識レベルは？

	男性											
		仕事満足度			生活満足度			ストレスレベル			GHQ		
	人数	Mean		SD	Mean		SD	Mean		SD	Mean		SD
良い	460	6.8		1.9	7.7		1.6	4.8		2.2	1.4		1.8
まあ良い	1618	6.6		1.7	7.1	a	1.7	5.1	a	2.0	1.5		2.0
普通	4102	6.3	a,b	1.7	6.8	a,b	1.7	5.4	a,b	1.8	1.8	a,b	2.0
あまり良くない	2475	6.0	a,b,c	1.8	6.2	a,b,c	1.9	5.7	a,b,c	1.8	2.4	a,b,c	2.5
良くない	460	5.7	a,b,c,d	2.1	5.8	a,b,c,d	2.2	5.9	a,b,c	2.1	3.1	a,b,c,d	2.8
合計	9115	6.3		1.8	6.7		1.8	5.4		1.9	1.9		2.2
	女性												
良い	140	6.4		1.7	7.7		1.7	5.2		2.2	2.0		2.2
まあ良い	424	6.2		1.9	7.5		1.6	5.3		2.0	1.8		2.1
普通	1354	6.0		1.9	7.1		1.7	5.3		2.6	1.8		2.1
あまり良くない	1074	5.6	a,b,c	2.1	6.7	a,b,c	3.1	5.7	c	1.8	2.5	b,c	2.6
良くない	253	5.6	a,b,c	2.0	6.4	a,b,c	2.0	5.9	a,b,c	2.0	2.8	a,b,c	2.6
合計	3245	5.9		1.9	7.0		2.3	5.5		2.2	2.1		2.3

一元配置分散分析、多重比較
a:p<0.05,「良い」群との比較
b:p<0.05,「まあ良い」群との比較
c:p<0.05,「普通」群との比較
d:p<0.05,「あまり良くない」群との比較

表３　日常生活における身体活動意欲と精神健康度との関連

Q.日常生活でできるだけ身体を動かすようにしていますか？

	男性					女性				
	はい(n=4475)		いいえ(n=4554)			はい(n=1667)		いいえ(n=1556)		
	Mean	SD	Mean	SD	p値	Mean	SD	Mean	SD	p値
仕事満足度	6.5	1.7	6.1	1.8	0.000	6.0	2.0	5.8	1.8	0.004
生活満足度	7.0	1.7	6.4	1.9	0.000	7.2	2.7	6.8	1.8	0.000
ストレスレベル	5.3	1.9	5.5	1.9	0.000	5.4	2.5	5.6	1.9	0.005
GHQ得点	1.7	2.0	2.2	2.4	0.000	2.0	2.3	2.3	2.4	0.000

Mann-Whitney検定

４．運動種目と精神健康度との関連（図１、２）

運動実施状況の設問に「定期的に運動を行う」または「たまに行う」と回答した者の運動種目を調査し、仕事や生活満足度、ストレスレベルおよびＧＨＱ得点との関連を図１（男性）、２（女性）に示した。男性の場合、「運動習慣のない者」に比較しほとんどの運動種目において仕事満足度や生活満足度が高く、ストレスレベルおよびＧＨＱ得点は低かった。女性の場合は男性ほど顕著ではないが、ほとんどの運動種目において運動習慣がない者に比較し生活満足度は有意に高く、ストレスレベルやＧＨＱ得点は低い傾向を示した。男女とも精神健康度に及ぼす運動種目よる明らかな差異は認められず、男性のダンス、女性の野球実施者数が少なかったために運動習慣がない群との間に有意差がみられなかった。

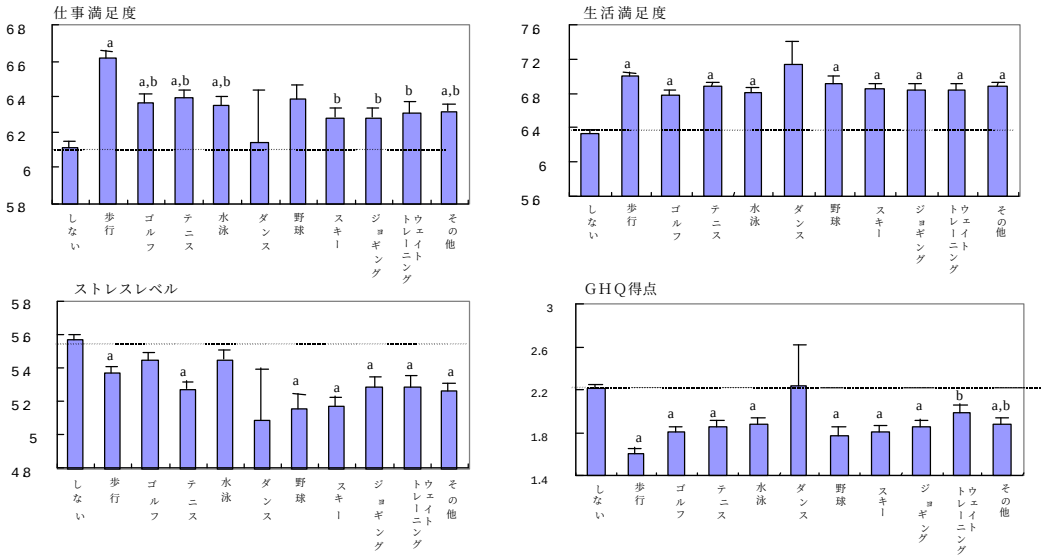


図 1. 男性の実施運動種目と精神健康度との関連

a:p<0.05、一元配置分析後、多重比較検定、運動しない群との比較
b:p<0.05、一元配置分析後、多重比較検定、歩行群との比較

図１　男性の実施運動種目と精神健康度との関連

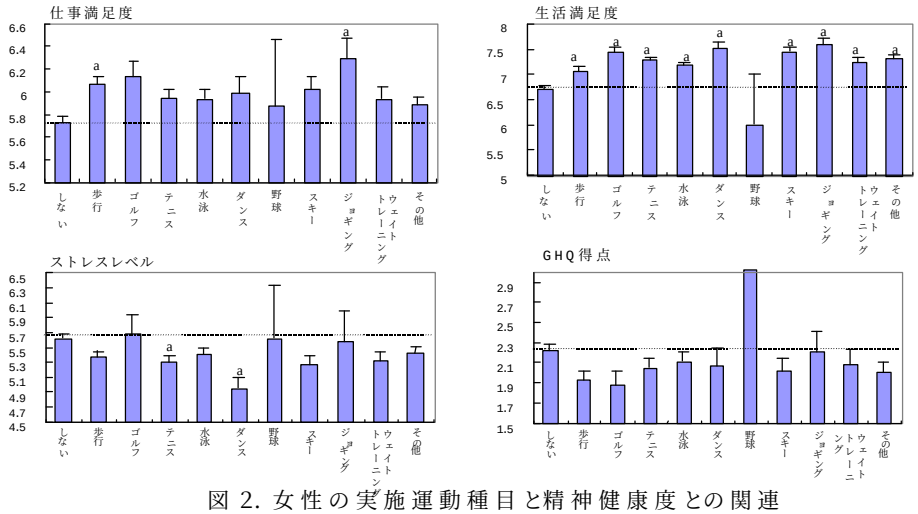


図 2. 女性の実施運動種目と精神健康度との関連

a:p<0.05、一元配置分析後、多重比較検定、運動しない群との比較

図２　女性の実施運動種目と精神健康度との関連

５．２年間の運動実施状況と精神健康度との関連（図３、４）

1997～1998 年の２年間連続して回答が得られた者 7640 名を対象に、２年間継続して定期的に運動した者（運動継続群）、２年間定期的な運動をしなかった者（非運動習慣群）、97 年度には定期的に運動を行い、98 年には中止した者（運動中止群）および 98 年度から初めて定期的に運動を行なった者（運動導入群）に分け、精神健康度を比較した。男性の場合、運動継続群は２年間とも生活満足度が他群に比較し有意に高く、ストレスレベルは低かった。一方、運動を中止した場合（中止群）、生活満足度が有意に低下し、ストレスレベルは有意に上昇した。逆に、運動を導入した場合、生活満足度が有意に上昇し、ストレスレベルは低下した。非運動習慣群は、2 年連続して生活満足度が最も低く、ストレスレベルは最も高かった。女性の場合は、ストレスレベルは一定の傾向を示さなかったが、生活満足度は男性と同様の結果を示した。

６．運動をしない理由と精神健康度との関連（図５、６）

運動習慣がない者の「運動をしない理由」とストレスレベルおよび GHQ 得点との関連を調べ、図５（男性）、６（女性）に示した。運動しない理由のうち「運動が嫌い」と回答した男性の GHQ 得点やストレスレベルは、「時間がない」と回答した者に比し有意に低値であった。また、「場所がない」、「やる気がない」などと回答した男性のＧＨＱ得点も高かった。女性は、男性とは異なり、「時間がない」や「場所がない」と回答した者のストレスレベルが高値傾向を示した。

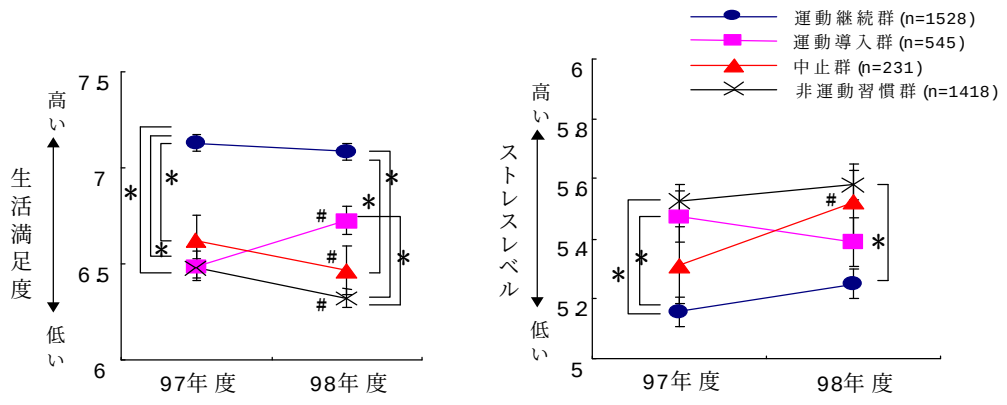


図 3. 2年間の運動実施状況と精神健康度との関連　(男性、n=3722)

＊:p<0.05、一元配置分析後、多重比較検定、　＃ :p<0.05、Wilcoxon 検定

図３　２年間の運動実施状況と精神健康度との関連（男性、n＝3722）

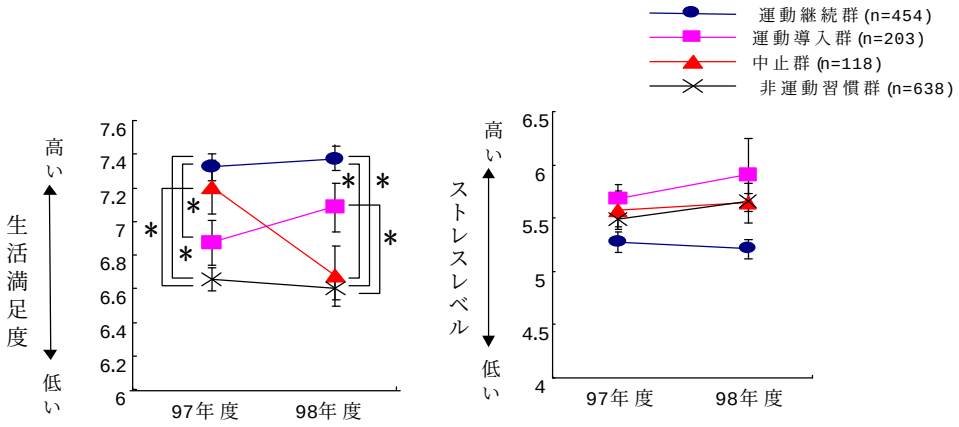


図 4. 2年間の運動実施状況と精神健康度との関連　(女性、n=1413)

＊:p<0.05、一元配置分析後、多重比較検定、　# :p<0.05、Wilcoxon 検定

図４　２年間の運動実施状況と精神健康度との関連（女性、n＝1413）

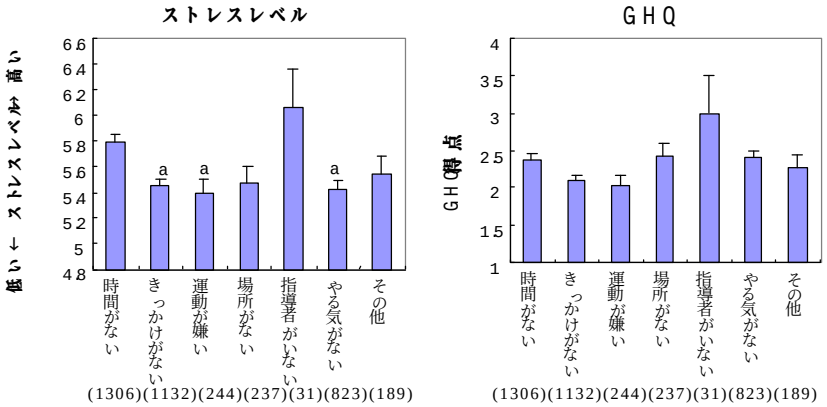


図 5. 男性の運動をしない理由とストレスレベルおよびGHQとの関連
(n=3962、Mean±SE)

a: p<0.05、一元配置分析後、多重比較検定、時間がない群との比較

図５　男性の運動をしない理由とストレスレベルおよび
GHQ 得点との関連（n＝3962、Mean±SE）

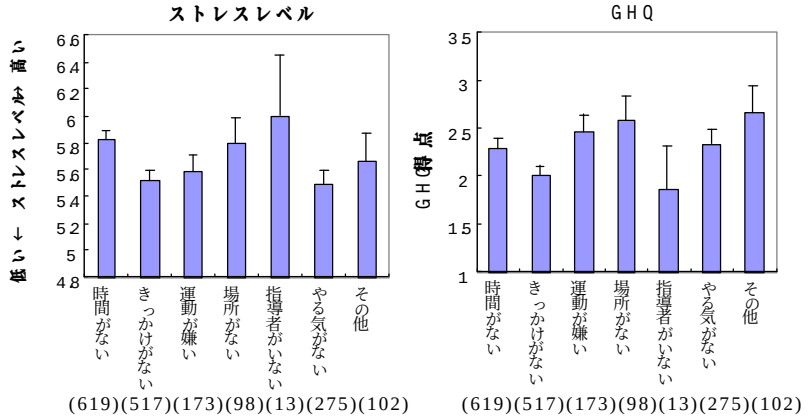


図 6. 女性の運動をしない理由とストレスレベルおよびGHQ得点との関連
(n=1797、Mean±SE)

図６　女性の運動をしない理由とストレスレベルおよび
GHQ得点との関連（n＝1797、Mean±S.E.）

D．考察

運動は一種のストレスであり、またストレスの解消にも貢献すると言われる。ストレスに対する運動実施の有用性を多くの労働者を対象に調べた報告は少ない。本研究では、12,447 人の労働者を対象に、運動習慣の有無や運動実施状況、自己体力の認識レベルや日常の身体活動意欲などと精神健康度との関連を調べた。その結果、運動習慣を有する者および体力の認識レベルが高い者は精神健康度も高かった。また、日常の精神健康度も高かった。身体活動意欲が高いということは、精神・心理的状態が良好であることの反映なのかもしれない。しかし、運動実施が精神健康度を高めるのか、精神健康度の高い者が運動実施可能な状況にあるのかは不明である。

一方、2 年間継続して運動を行なっていた者では図 3、4 にみられるように、生活満足度が高く、ストレスレベルは低かった。運動を途中で中止した者は生活満足度の低下、ストレスレベルの上昇を示し、逆に途中から運動を導入した者では生活満足度が上昇し、ストレス感が減った。これらの事実は、日常生活の中に運動を取り入れることが精神・心理的に望ましい影響をもたらすことを示していると思われる。

Sorensen たちは、41～50 歳の者 219 名を対象に有酸素運動を中心とした

運動療法を行ないＧＨＱ得点の低下を認め、特に運動プログラムを 70%以上遂行した者に顕著であったことを報告している。また、入江たちは 354 名の労働者を対象にブレスローの７つの生活習慣を吟味した結果、運動習慣の保持はストレス軽減効果を有することを報告し、Ezoe たちは、男性 2132 名および女性 668 名のカメラ製造業者を対象に、運動と精神的ストレスの関連を調べ、運動にはストレス解消効果があることを報告している。さらに、Steptoe たちは青年期の者を対象に、青木は高齢者を対象に調べ、運動が精神的健康状態を良好な状態に導くことを報告している。本調査結果や Sorensen たち、入江たち、Esoe たちおよび Steptoe たちの結果は、いずれの年代においても日常生活の中に運動を導入することはストレス対策として有効であることを示唆している。しかし運動によるストレス解消の機序に関しては、まったく未踏段階であり、今後の解明が待たれる。

さて、精神健康度に及ぼす運動種目の相違を調べた報告は見あたらず、本研究において調べたが、運動種目による影響に差はなかった。運動実施者の意志とは異なり、運動指導者に指定された種目を実施した場合の影響はともかく、生活習慣病の合併がなく、単に精神・心理的効果を目指した場合には運動実施者の任意の運動を選択するのが望ましいと思われる。

一方、「運動嫌い」な者に対し運動を強いることは一層ストレスとなる可能性があり、運動の必要性の啓蒙を介した自発的な運動の導入を待たねばならないだろう。しかし、「時間がない」者や「場所がない」ために運動ができない者に対しては環境整備等の措置が必要と思われる。女性では、運動する場所の提供や必要に応じて勤務時間内での運動指導などの特別措置も考慮する必要があるかもしれない。

運動によるストレス解消効果をアピールしていくことが必要と考え、これらの調査を基に、勤労者に対し、日常生活における身体活動実施の動機付けとなるリーフレットを作成した。労働現場において活用されたい。

Ｅ．まとめ

（１）運動習慣を有する者は、高い精神健康度を維持し、新たな運動の導入によって精神健康度の向上することが示唆された。

（２）精神健康度に対する運動種目の差異はなく、各個人の嗜好や条件にあった運動種目の選択によって目的が果たされることがわかった。

（３）運動ができない状況にある者に対する環境整備等の措置が必要と思われた。

研　究　者：須藤 美智子（ソニー(株) 健康開発センター）
研究協力者：武田 繁夫（三菱化学（株)鹿島事業場人事グループ）

F．文献

1) Sorensen M,Anderssen S, et al. The effect of exercise and diet on mental health and quality of life in middle-aged individuals with elevated risk factors for cardiovascular disease sports Science 17(5):369-377,1999.
2) 入江正洋、宮田正和ら．健康に関する認識およびライフスタイルとメンタルヘルス、産業衛生学雑誌　39(4): 107-115,1997.
3) Steptoe A, Butler N. Sports participation and emotional well-being in adolescents. Lancet　347(9018):1789-1792,1996.
4) Ezoe S, Morimoto K. Behavioral lifestyle and mental health status of Japanese factory workers. Preventive Medicine.23(1):98-105,1994.
5) 青木邦夫，健康指導教室参加高齢者の精神的健康の変化に関する要因．体育学研究　45：1-14，2000.

Ⅳ－３．Web ページを用いたストレスチェック票の作成とその試用経験について

A．目的

インターネットの拡がりや企業内イントラネットの整備に伴い、これらを職場のストレスマネージメントに利用しようとする動きがいくつかの企業で始まっている。その多くは、インターネットを使ってメンタルヘルスに関する知識の普及や相談窓口の広報を行うことを主な目的としているが、インターネットはそれ以外にも様々な利用方法を提供することができる優れたインターフェースとしての機能をもっている。本研究では、従業員のストレス状態への気づきを促しセルフケアに役立てるためのツールとして、Web ページ゛を用いたストレスチェック票を作成し、実際の試用によってその有用性を検討した。

B．方法

１．Web ページを用いたストレスチェック票の作成

ストレスチェック票は、Web ページ上に職業性ストレス簡易評価票 [1)2)]の中の、仕事のストレッサーとストレス反応についてのすべての質問項目を配置し、それぞれの質問項目に対する回答をマウスでチェックすることによって、仕事のストレッサー、精神的ストレス反応、身体的ストレス反応の得点を算出しその得点に応じたコメントを提示するという仕組みになっている。

各質問項目については、4 件法(0-3 点)で採点を行い、仕事のストレッサーについては、17 項目で計 51 点満点、精神的ストレス反応については 15 項目で計 45 点満点、身体的ストレス反応については 11 項目計 33 点満点で採点を行った。なお、精神的ストレス反応の下位尺度として抽出されている疲労と抑うつについても、疲労は 3 項目で 9 点満点、抑うつは 6 項目計 18 点満点で採点を行った。各尺度の合計点数に対して、便宜上それぞれ「要注意」、「やや注意」、「特に問題なし」の 3 種類の判定を行うこととし、先に本調査票を用いて行った研究 [3)4)]における得点分布や評価法に関する検討の結果を参考にしながら、判定のためのカットオフポイントを設定した。その結果、仕事のストレッサーでは、45%の人を「やや注意」と判定することが妥当と考えられ、その場合 21 点以上がカットオフポイントとなった。またさらに上位 25%の人を「要注意」と判定することとしたがその場合、27 点以上がそのカットオフポイントとして設定された。同様に、精神的ストレス反応については、15%の人を「やや注意」、5%の人を「要注意」と判定するため、そのカットオフポイントを、それぞれ 19 点以上、26 点以上と設定した。また疲労についても、40%の人を「やや注意」、20%の人を「要注意」と判定するため、それぞれ 3 点以上と 6 点以上を、抑うつについて 15%の人を

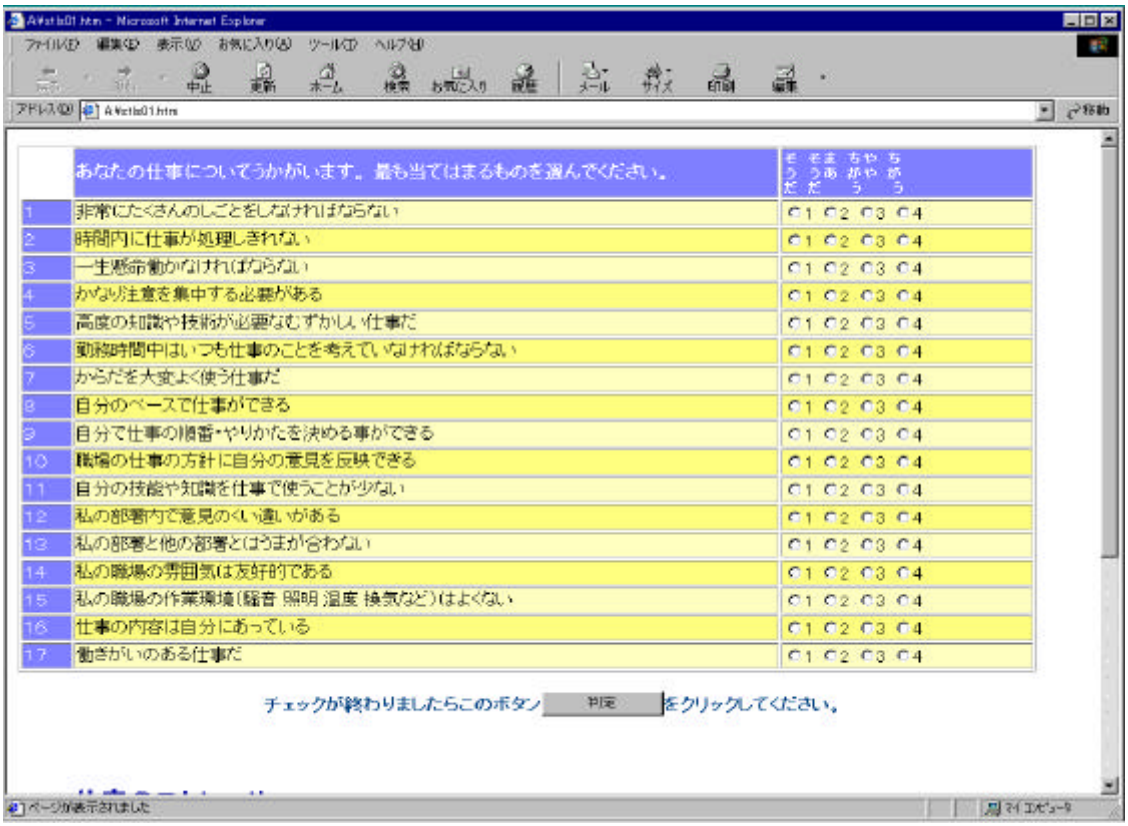
「やや注意」、5%の人を「要注意」と判定するためそれぞれ 7 点以上と 10 点以上をカットオフポイントとすることが妥当と判断した。身体的ストレス反応に関しては、15%の人を「やや注意」、5%の人を「要注意」と判定するとして、そのカットオフポイントは 10 点以上と 15 点以上に設定された。なお、今回のカットオフポイントの設定においては、男女による区別は行わなかった。また、Web 上では、「特に問題なし」「やや注意」「要注意」といった判定に合わせて緑色～黄色～赤色の帯グラフを作成し、自分の状態がどのあたりに位置するか一目でわかるようにグラフ上に自分の得点を反映したポインターが示されるようになっている。

各判定に対するコメントの内容は、現在回答者を取り巻く仕事上のストレッサーの程度や、精神的、身体的反応についての簡単な評価と、その結果に対応した対処行動などのアドバイスが中心となっている。例えば、「やや注意」の場合には、職場や同僚など回りのサポートを求めてみるよう促したり、「要注意」の場合にはこの状態が続くことの危険性を説明しながら一人で対処しようとせずに健康管理スタッフへの相談を積極的に勧めるといった内容となっている。

Web ページの作成に当たっては、今回は JavaScript を用いてプログラムの作成を行った。Perl 等の言語を使った CGI(Common Gateway Interface) によって処理を行った方がサーバー上にデータも保存されるため、後で回答結果の集計や解析等の作業を行うことが可能となるが、CGI を使用した場合には、各企業のサーバーへのアップロードや管理面において情報処理の専門家による煩雑な作業が必要となるという欠点がある。その点、JavaScript を用いたプログラムでは、データ処理は主にクライアント側の PC で行われ、データは Web サーバー上に保存されないものの、その分守秘性は高く、サーバーに対する負担も格段に少ない。また、各企業のイントラネットへのアップロードも 専門家でなくとも可能であり、カットオフポイントの再設定やコメント内容の変更等も簡単に行えるため、各事業場の特性や産業医の意見を反映させるといったことも可能となる。

２．Web ページの試用

Web ページの試用公開の対象は、首都圏にある電機メーカーA 社の本社と研究所に勤務する計 8200 名とした。対象者は全員社内イントラネット上の Web ページの閲覧が可能な環境にある。A 社では平成 11 年 12 月 14 日に Web ページをイントラネットのサーバーにアップロードし、同日より従業員に対しての公開が開始された。アクセス件数はホームページにおけるログカウンターによって集計し、また本 Web ページに対しての感想を別途健康管理室のホームページ上で募集した。



	あなたの仕事についてうかがいます。最も当てはまるものを選んでください。	そうだ	そうだあった	まったくちがう	ちがう
1	非常にたくさんのしごとをしなければならない	1	2	3	4
2	時間内に仕事が処理しきれない	1	2	3	4
3	一生懸命働かなければならない	1	2	3	4
4	かなり注意を集中する必要がある	1	2	3	4
5	高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	1	2	3	4
6	勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	1	2	3	4
7	からだを大変よく使う仕事だ	1	2	3	4
8	自分のペースで仕事ができる	1	2	3	4
9	自分で仕事の順番・やりかたを決める事ができる	1	2	3	4
10	職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	1	2	3	4
11	自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	1	2	3	4
12	私の部署内で意見のくい違いがある	1	2	3	4
13	私の部署と他の部署とはうまが合わない	1	2	3	4
14	私の職場の雰囲気は友好的である	1	2	3	4
15	私の職場の作業環境(騒音 照明 温度 換気など)はよくない	1	2	3	4
16	仕事の内容は自分にあっている	1	2	3	4
17	働きがいのある仕事だ	1	2	3	4

チェックが終わりましたらこのボタン 判定 をクリックしてください。

図１　仕事のストレッサー質問ページ

最近1ヶ月間のあなたの状態についてうかがいます。最も当てはまるものを選んでください。

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

チェックが終わりましたらこのボタン 判定 をクリックしてください。

ホームページへ戻ります| 仕事のストレスの質問ページ

図２　ストレス反応質問ページ

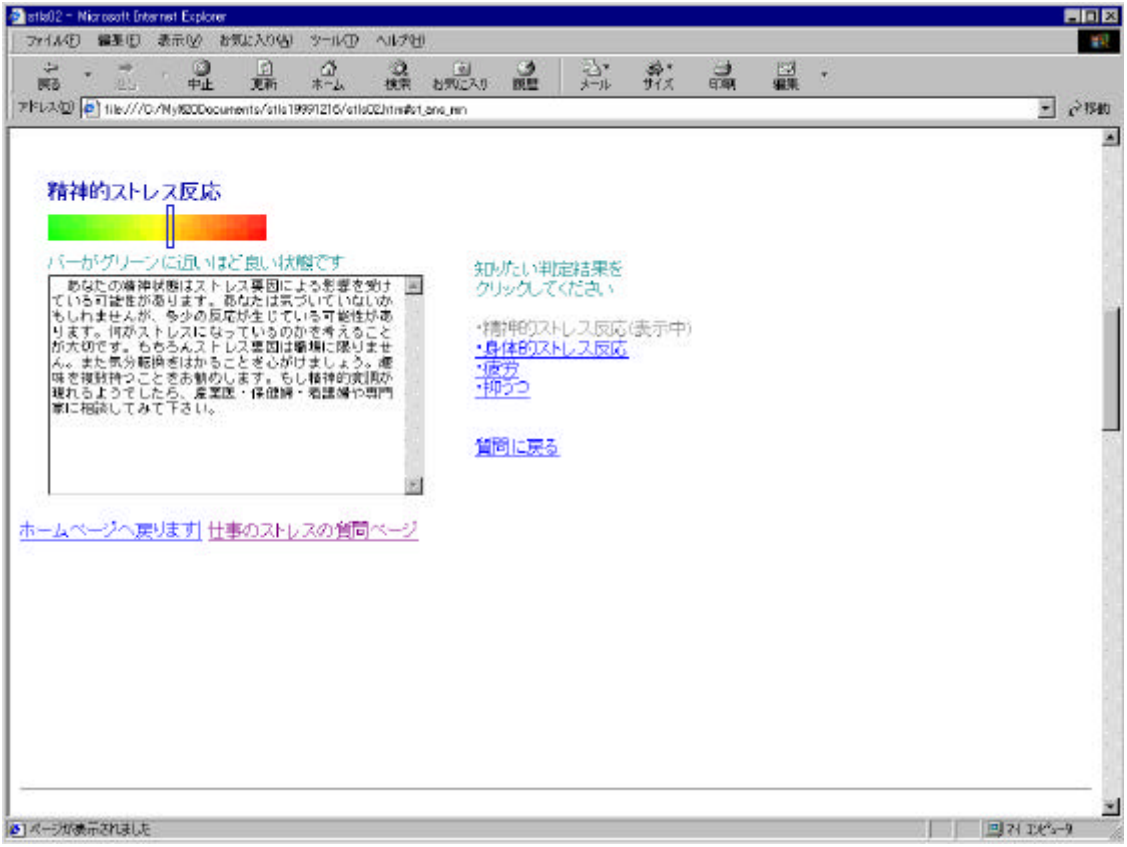


図３　コメント提示ページ

C．結果

Web ページ公開時から平成 12 年 3 月 15 日までの間に合計 1208 件のアクセスを認めた。この期間中、本 Web ページをきっかけとして産業医のもとを訪れたケースも 7 件確認された。

健康管理室のページに寄せられた感想として、「Web 上だと気楽にセルフチェックが出来る」、「仕事のストレスや自分自身のストレス状態について客観的なコメントが得られて有用である」といった意見が多く寄せられた。また、「実際、誰に相談に行けばよいのかなどより具体的な内容のコメントにして欲しい」、「(下位尺度の)それぞれの意味の違いがわかりにくい」などといった意見も寄せられた。

本 Web ページが契機となり産業医のもとを訪れた事例を紹介する。

【Ａさん、３２歳、男性】

数か月前から、どうもストレスを強く感じていたが、病院に行くほどではないと思っていたし、実際多忙で受診する時間がとれない状況であった。たまたま Web ページでストレスチェックのできることを知り、早速試してみた。その結果、自分で思っている以上にストレスの反応が出ていることが分かった。コメント文を読んで、取り合えず一度産業医に相談することにした。

以上のような経緯で健康管理室に相談に来られた。実際に話を伺ってみる

と、業務上のストレス要因が多く、ストレス反応が心身に多少あらわれていることが明らかになった。ストレスとストレスに関連した心身の病気についての説明を行うとともに、面接で明らかになった業務を処理するうえでの時間管理の問題、仕事を断れないという自己主張が不十分であるという問題などについて話し合った。また残業時間に関して当面減らすように努力することと、必要に応じて上司を含めて相談することも提案した。

面接時点では、直ちに治療は必要がない状態であると判断して、定期的に健康管理室でフォローして、職場状況および心身の健康に関してモニターすることとした。

このように、本例は、業務上のストレスにより心身の病気になる前に、Web ページでストレスチェックを行うことにより、早期の気づきから産業保健スタッフによる早期の介入（産業保健指導）が可能となった事例である。ストレス対策の枠組みにおける Web ページでストレスチェックシステムの有用性を示唆する例であると考えられる。

D．考察

件数は実際にストレスチェックが行われた件数ではなくホームページへのアクセス件数であるが、短い試用期間ながら多くのアクセスが得られ勤労者の関心の高さがうかがわれた。

自発的に寄せられた感想においても、その利用のしやすさや有用性を認めるものがほとんどであったが、本人に返すコメントについてはよりわかりやすく具体的なものにする必要があると思われた。今回は、A 社の本社と研究所の両事業場で利用できるようコメントの内容は一般的なものとしたが、コメントの内容は簡単に変更出来るため、実際に使用する際には、当該事業場の産業医や心理相談担当者のメールアドレスや連絡方法を記したり、他の支援窓口や外部相談機関の紹介を行うなどの工夫が必要だと思われる。

本 Web ページは、アップロードやコメントの変更等の簡便さを重視し、CGI でなく JavaScript を用いてプログラムを作成したため、データが Web サーバー上に保存されず今回の研究においても、回答内容の分析やストレスチェックによる気づきや対処行動の変化の有無、使用感についての意見の収集等についての情報は十分に得られていない。しかしながら、Web ページ上で気軽にストレスチェックができる今回作成したようなツールは、ストレスへの気づきや適切な対処行動に結びつけるための有効な手段として、今後多くの企業で活用されると思われる。

研　究　者：田中克俊((株)東芝安全保健センター)、荒井　稔(順天堂大学)、廣　尚典（NKK 鶴見保健センター）、島　悟（東京経済大学）、角田　透（杏林大学衛生学教室）
研究協力者：北村尚人（三菱重工健康管理センター）、原谷隆史（産業医

学総合研究所)、

E．文献

1) 下光輝一、横山和仁、大野裕ほか：職場におけるストレス測定のための簡便な調査票の作成．労働省平成9年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書，1998：107-115.

2) 原谷隆史：簡易ストレス調査票の信頼性と妥当性．労働省平成9年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書，1998：116-124.

3) 横山和仁：ストレス測定のための簡易問診票の検討－心理的ストレス反応の評価項目について－．労働省平成9年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書，1998：124-128.

4) 大野裕：ストレス測定のための簡易問診票の検討－身体愁訴の評価質問について－．労働省平成9年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書，1998：128-140.

Ⅳ－４．ストレス対策における管理者教育

A．はじめに

職場のストレス対策のひとつとして、ラインによるケアがある。そのなかで、管理者（管理職）の果たす役割は、ストレス要因の調整、ストレス関連疾患の早期発見、必要に応じた業務配慮やその他のサポートなど、多くの点で極めて重要である。したがって、ラインによるケアの推進のために、管理者の教育は不可欠であるといってよい。この教育の実務にあたるのは衛生管理者あるいは看護職の場合が多いと考えられるため、昨年彼らが管理者に対して行う教育のためのマニュアルを作成した。本年度は、そのマニュアルに関して、数多くの実務者から意見を聴取し、より効果的かつ実践的な内容にすべく改訂を行った。

B．方法

実際に職場での健康管理に携わっている産業保健スタッフに「平成 10 年度労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書」の該当部分を配布し、実践での使用可能性、および改良すべき点について、書面による回答を求めた。

C．結果

マニュアルの使用可能性について肯定的評価を受けた点は、（１）そのまま使用が可能であること、（２）平易な表現であること、（３）よくまとまっていることである。一方、問題点としては、（１）ポイントが絞り切れていないこと、（２）疾病に偏っていることが指摘された。

全体としては、ほとんどが「そのままで使用可能」および「一部改良の上で使用可能」と、肯定的であったので、以下の事項に関しては、変更の必要がないものと判断した。

（１）教育の時間は 60 分（1 回のみ）程度を想定する。
（２）メンタルヘルス活動の必要性の啓発を主眼とする。
（３）受講者に精神医学および心療内科学の予備知識を特に必要としないものにする。
（４）それのみで完結し、他に教材を準備しなくてよいような構成とする。
（５）内容は疾病管理よりもストレス対策、心身の健康の保持増進といった側面に力点をおく。
（６）医学、心理学などの専門用語は極力ひかえ、使用する場合には十分な解説を添える。

上述の指摘を踏まえて、マニュアルの構成（目次立て）を一部改変して、以下のように改めた。

（１）労働安全衛生法の要点とメンタルヘルス対策の重要性（5 分）
（２）安全配慮義務とプライバシーへの配慮（5 分）
（３）ストレスと健康の関係概説（10 分）
（４）ストレス対策における管理者の役割（15 分）
（５）事例提示（15 分）
（６）業務上疾病認定の新しい考え方（10 分）

なお60分という時間設定については、検討委員会での論議の結果、中小企業において実施することを踏まえた場合、この程度が妥当で、現実的であろうという結論に至った。また内訳は、あくまで「例示」であるが、委員会での議論を経たものである。

さらに管理者の役割としては、次の点を強調することとした。

（１）職場のコミュニケーションを良好にする。
（２）部下をよく観察し、必要に応じて個別面談などの場をつくる。
（３）ストレスの受け止め方やそれによる健康障害への陥りやすさには個人差があることを理解し、それに基づいた対応を図る。
（４）特に高ストレス下にある者に対しては、業務上の配慮をはじめとする支援を怠らない。
（５）必要に応じて、産業医をはじめとする産業保健スタッフと連携をとる
（６）プライバシーに対する配慮を十分に行う。

改訂したマニュアルの実物を次に付した。マニュアルは、上半分の枠内をOHP 用紙にコピーして示しながら、教育担当者が下半分の文章を読み上げる形で教育を行なえるように構成されている。説明が円滑に進むことを意図したため、一部上述した構成とは順序等が異なっている。また、事例については、字数が多くなり OHP による提示は不適当であると考えられたため省略してあるが、昨年作成したマニュアルに掲載したものが活用可能である。

なお、この検討とあわせて、事業者向けに、管理者教育に関する啓発用パンフレット（見開き２ページ）を作成した。

研　究　者：廣　尚典（NKK）
研究協力者：森　晃爾、鈴木英孝（エッソ石油・ゼネラル石油）、小林祐一（HOYA）、深澤健二（ソニー）、田中克俊（東芝）、木村真紀（富士電機）

職場におけるこころの健康づくり対策の意義

- 健康の保持増進対策の一環
  - 労働安全衛生法に基づく活動
- 労働の質の向上と職場の活性化
  - 従業員の充実感，生産性の向上に寄与
- 企業活動のリスクマネジメント
  - 従業員の休業，作業能力低下および事故の抑止

本日は、皆さん管理者の方々に、こころの健康づくりに取り組んでいただく、その全体像をお話するのですが、活動の意義としては主に３つの事柄があげられます。第一は、こころの健康づくり対策は、労働省が推進している健康の保持増進対策の重要な柱として位置づけられるものであるということです。最近職場では、以前のようにいわゆる職業病を防ぐだけでなく、従業員全般の健康を保持増進させる取り組みを求められており、労働安全衛生法の改正内容をみても、それが反映されています。第二に、こころの健康づくり対策は、従業員の仕事に対する充実感、満足感を高め、職場を活性化させることにつながるという点があります。これはひいては、生産性を向上させることにも寄与すると考えられます。欧米の報告には、これを裏付けるデータが数多くみられます。そして第三に、企業活動のリスク管理の観点でも、こころの健康づくりは重要性を増してきていることも見逃すことができません。こころの病気による休業は長期化することが多く、休みには至らない例でも、作業能力への影響が少なくないのが普通です。したがって、こころの病気は、多大な労働力の低下を招くといえます。そうすると今度は、その同僚など周囲に仕事量の増加をはじめとするしわ寄せが及び、職場の士気も低下しかねません。さらに危険を伴うような作業では、注意力や集中力の低下などによって、大きな事故を引き起こす恐れさえあるといって過言ではありません。こうしたリスクを極力回避するためにも、実効ある心の健康づくり対策が必要なのです。

業務上疾病の発生防止と安全配慮義務

- 心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針（1999, 9）
  - こころの病気が労災として認められる範囲を規定
- 安全配慮義務
  - 労働契約上の信義則にもとづくもの
  - 使用者としての労働者の生命，身体および健康を危険から保護するように配慮すべき義務
  - 危険予知義務，結果回避義務

活動の実際を紹介する前に、重要な二つの事柄に触れておきたいと思います。ひとつは、心の病気の労災認定をめぐる問題です。平成１１年（昨年）９月に「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」が、労働省から公表されました。職場のいろいろな安全衛生対策は、何も労働災害の防止だけを目的とするものではありませんが、活動の方向性を確認する意味では、十分に理解しておくとよいと言えるでしょう。この指針の中身は、最後の方で改めて解説します。もうひとつは、安全配慮義務という概念です。これは民事訴訟における最高裁の判例で示されたもので、言葉としては労働安全衛生法などの法律には登場しません。どういうものかというと、労働契約上の信義則に基づいて、使用者として労働者の生命および健康を保護するように配慮すべきであるという義務です。具体的には、労働時間、休日、休憩場所などについて適正な労働条件を確保したり、労働者の年齢や健康状態に応じて、従事する作業時間や作業内容を軽減したり、就労場所を変更するなどの適切な措置をとることをさしています。労働者が生命や健康を脅かされる恐れが高くないかどうかを知っておく義務を危険予知義務とも呼びます。また、もしそうであれば、何らかの必要な対策を高じて、その発生を防ぐことが必要となりますが、これを結果回避義務とも呼びます。したがって、安全配慮義務は、危険予知義務と結果回避義務の２つからなるということもできるでしょう。安全配慮義務は、労働契約についてくるものであり、労働協約や労使協定に入っていなくても自動的に事業者と労働者の間に成立するものであるということになります。こころの健康づくりにおいても、当然このことは踏まえておかねばなりません。

こころの健康づくり4つの対策

- セルフケア
  - 従業員みずからが行う活動
- ラインによるケア
  - 管理監督者などが行う活動
- 事業所内産業保健スタッフなどによるケア
  - 産業医や安全衛生担当などが行う活動
- 事業所外の専門家，機関を活用したケア
  - 労働省関連機関や地域の専門機関などを利用した活動

さて、それでは具体的にどういった活動を行うのかと言うと、大きく 4 つに分けることができます。それらを順にみていきたいと思います。まず第一にセルフケア。これは個々の従業員がストレスやこころの健康について理解し、みずからのこころの健康づくりをすすめていく活動をいいます。各々が自分自身のストレスに気づくことから始まり、それを上手に軽減できる方法を身につけたり、自発的に誰か適当な人に相談することができるようになることが大切です。(セルフケアを支援するために、多くの従業員の方が参加できるような研修の機会を設ける予定にしています。)

こころの健康づくり4つの対策

- セルフケア
  - 従業員みずからが行う活動
- ラインによるケア
  - 管理監督者などが行う活動
- 事業所内産業保健スタッフなどによるケア
  - 産業医や安全衛生担当などが行う活動
- 事業所外の専門家，機関を活用したケア
  - 労働省関連機関や地域の専門機関などを利用した活動

2 番目はラインによるケアです。これは、皆さん管理者に中心的な役割を果たしていただく対策です。主として、職場環境の改善、部下に対する相談そしてこころの健康問題をもつ部下への支援がこれにあたります。管理者は、まさしくこれらのキーパーソンです。この部分が今回知っていただく最重要ポイントとなります。詳しくは、のちほどまとめてお話しします。

こころの健康づくり4つの対策

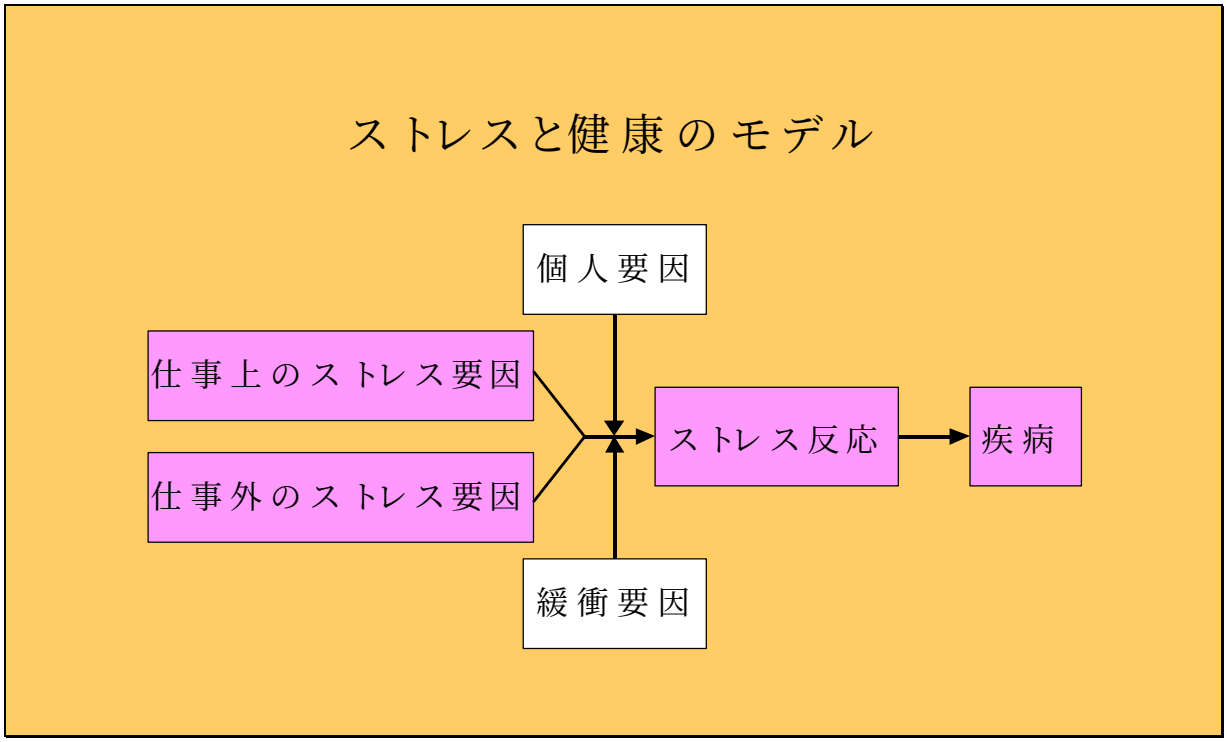
- セルフケア
  - 従業員みずからが行う活動
- ラインによるケア
  - 管理監督者などが行う活動
- 事業所内産業保健スタッフなどによるケア
  - 産業医や安全衛生担当などが行う活動
- 事業所外の専門家，機関を活用したケア
  - 労働省関連機関や地域の専門機関などを利用した活動

3番目は、産業医や看護職、（私共）衛生担当など、いわゆる社内の産業保健スタッフが行う活動です。皆さん管理者の方と協力して、職場環境を評価し必要な改善をすすめていったり、健康診断の機会や個別に相談を受けることを通して、従業員のセルフケアを支援することなどがこれにあたります。また、こうした研修の場を企画し、実施していくのも、我々の役割です。皆さんが部下のこころの健康問題で困ったことがあった場合にも、ぜひご相談いただきたいと思います。必要に応じて、社外の専門機関などへの紹介もできます。

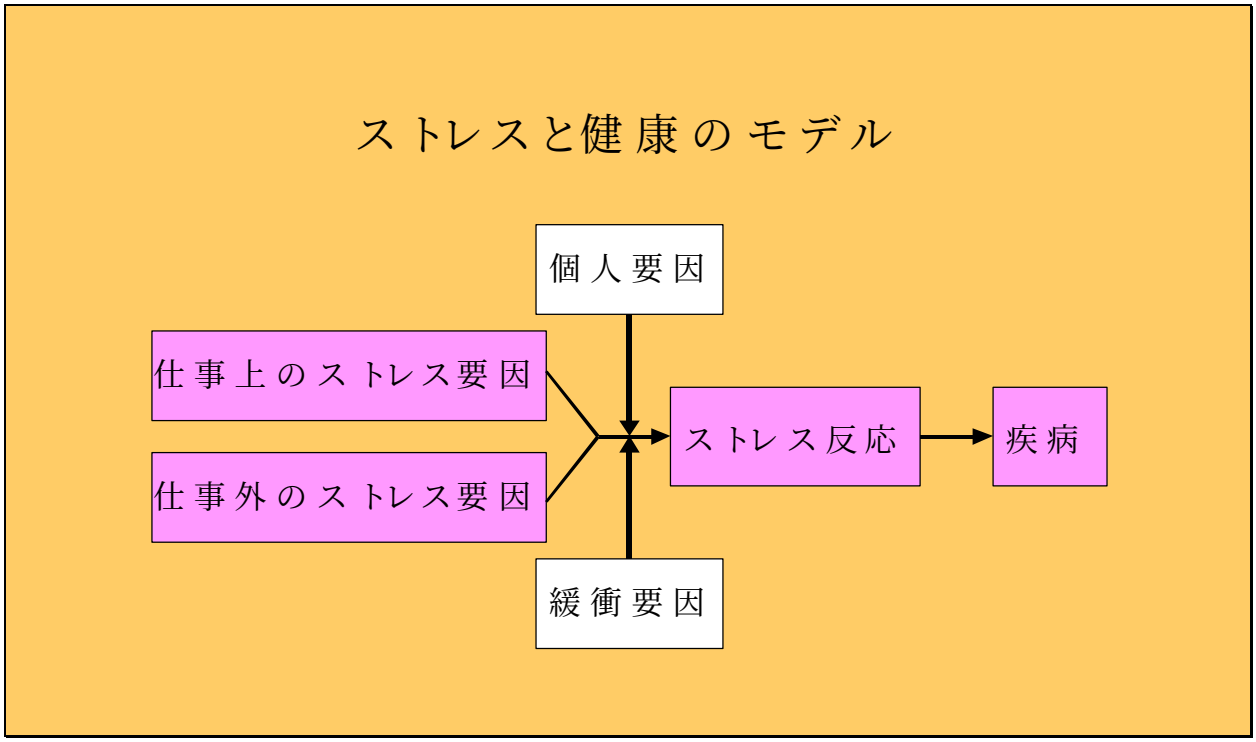
こころの健康づくり4つの対策

- セルフケア
  - 従業員みずからが行う活動
- ラインによるケア
  - 管理監督者などが行う活動
- 事業所内産業保健スタッフなどによるケア
  - 産業医や安全衛生担当などが行う活動
- 事業所外の専門家，機関を活用したケア
  - 労働省関連機関や地域の専門機関などを利用した活動

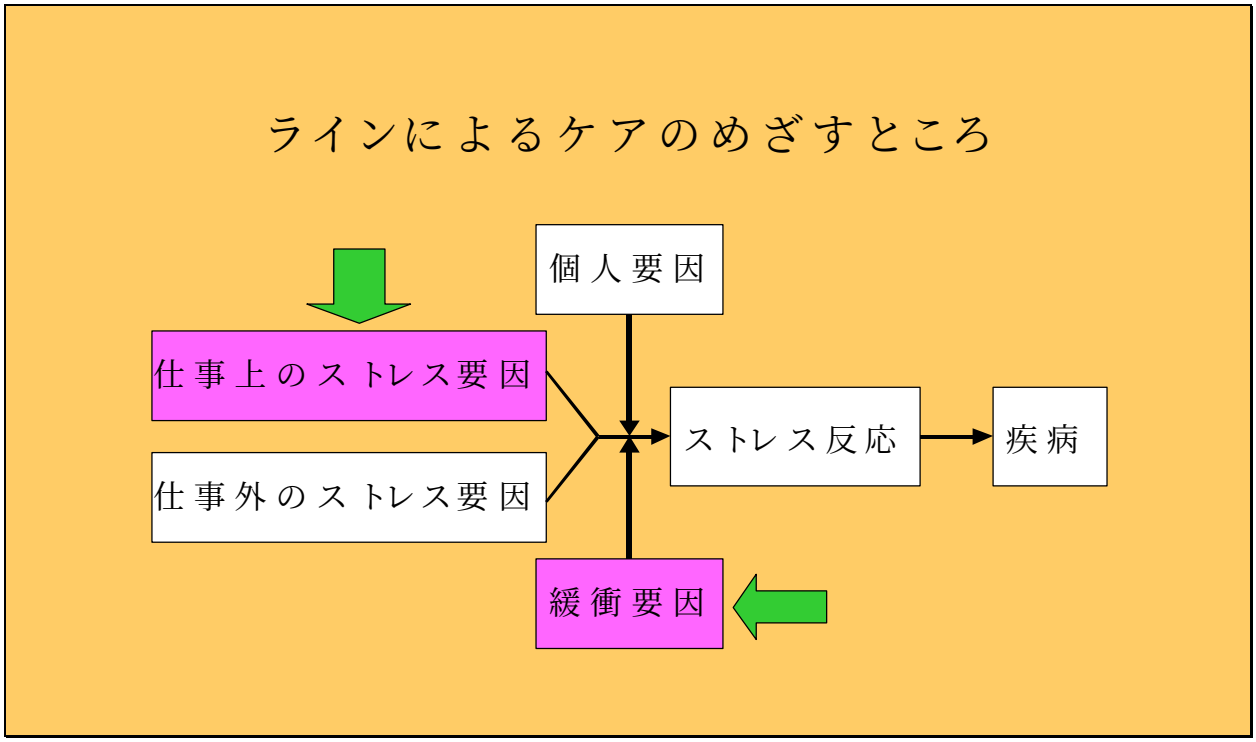
最後 4 番目は、社外の専門家や専門機関を利用した活動です。率直なところ、こころの健康づくり対策は、一部外部の専門機関を活用した方がうまくいくこともあります。最近は、利用できる関連専門機関も充実してきています。私共産業保健スタッフにご相談いただければ、適当なところを紹介できますので、ご活用ください。



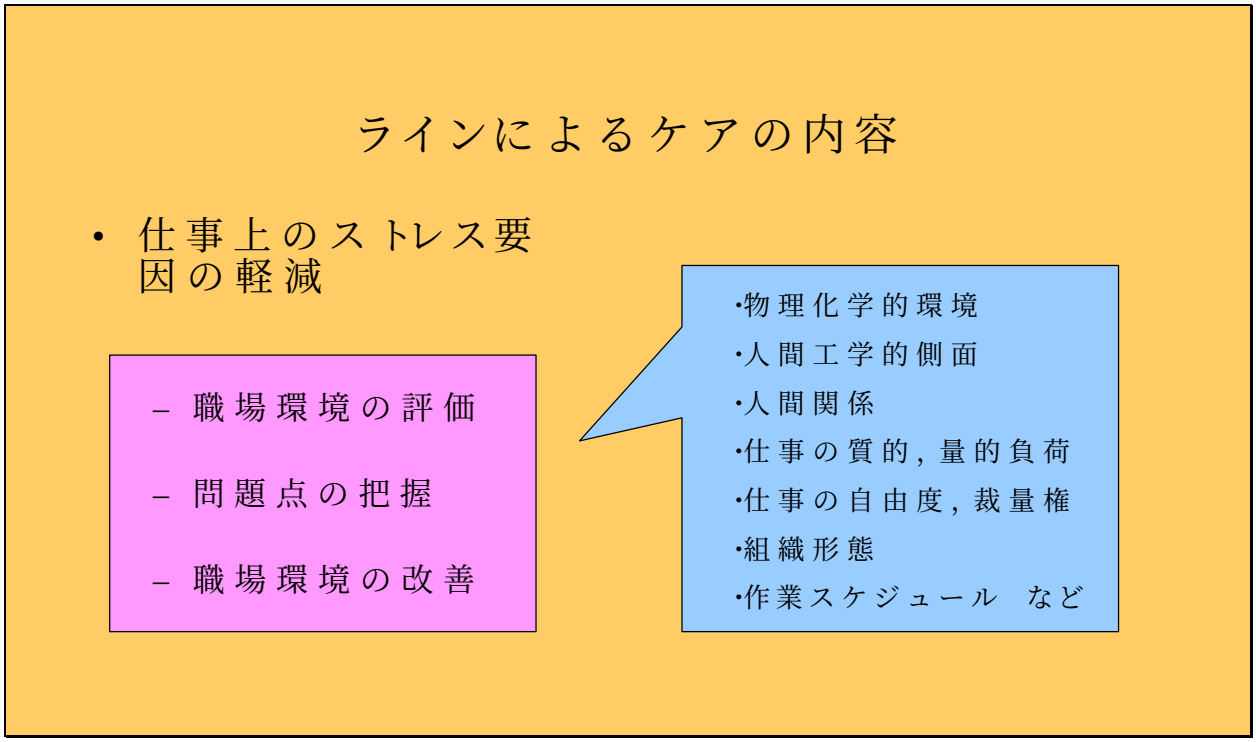
こころの健康づくり対策における、皆さん管理者の役割をよく理解してもらうために、ストレスと病気の関係について、簡単にまとめておきたいと思います。こころの病気にはストレスというものが強く関連している、このことは皆さんなんとなくご存知でしょう。ストレスとは一般的に「ゆがみ」とか「ひずみ」などと考えることができます。それの原因となるものをストレス要因と称します。例えば、深刻な悩み事を抱えていると、気分が沈みがちになる、体が重い感じがするといったことが起こる場合がありますね。この気分や体調の変化はストレスが表面化したものということができます。ストレス反応と言うこともあります。それを引き起こした深刻な悩みがストレス要因というわけです。もうひとつ例をあげましょう。仕事などでパソコンを使った作業を長時間していると、目が疲れたりしょぼしょぼしたりしますね。この目の症状がストレス反応、パソコン作業を長時間行うことがストレス要因というわけです。ストレス反応は言ってみれば、注意信号です。その段階で病気とは言えません。我々のこころや体はよくできていて、多少のストレスに対しては、持ちこたえられるようになっています。しかし、ストレス要因が非常に大きかったりいくつも重なったりすると、それに伴って、ストレスも大きくなり、ついには我々の健康状態は破綻をきたして、何らかの病気が生じることになります。その代表例としては、ある種のうつ病や心身症があげられます。心身症は、ストレスが体の病気として現れたものと言えるでしょう。図では、 これからの説明のために、ストレス要因を仕事上と仕事外の2つに分けてありますが、この総和がストレスを引き起こすのであることは、言うまでもありません。



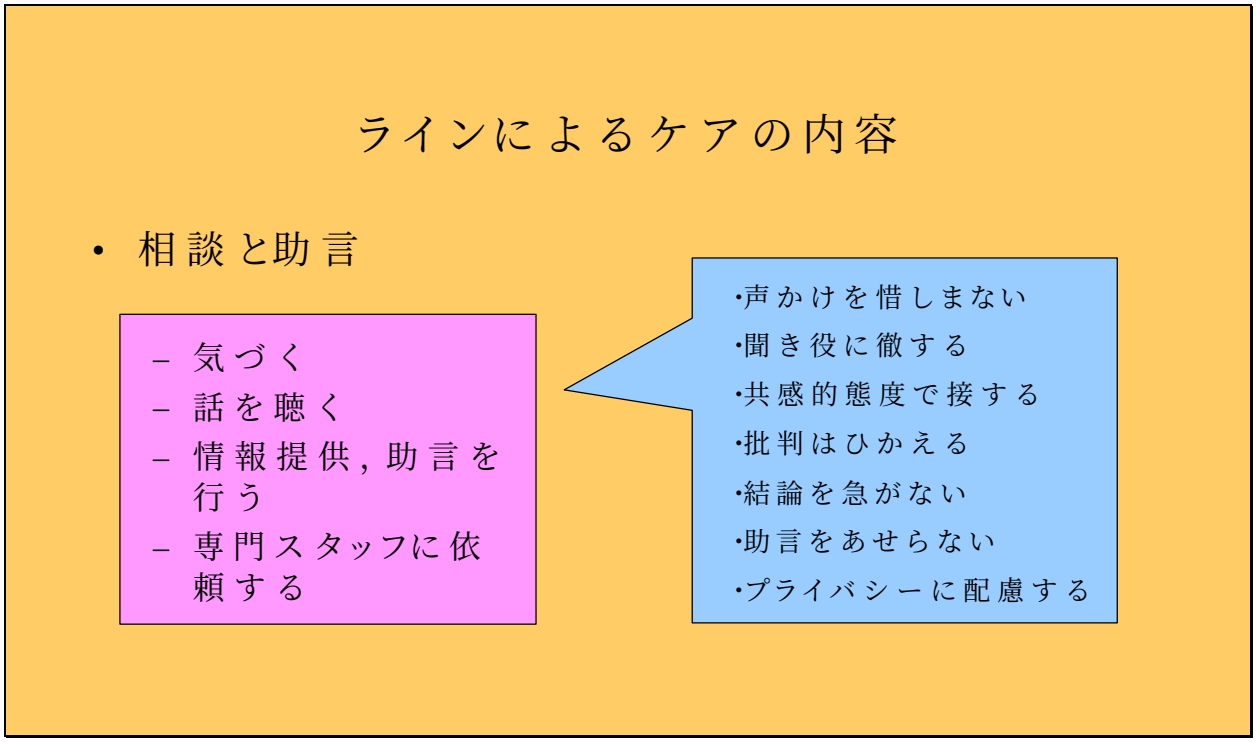
この流れに影響を与える要因が大きく分けて2つあります。ひとつは個人要因という言葉でひと括りにできるもの、もうひとつは緩衝要因と称されるものです。仮に全く同じストレス要因がかかったとしても、ひとによってストレス反応の大きさや病気になりやすさの度合いは異なります。「打たれ強さ」とか「脆弱性」の違いなどという言葉で表現してもよいかもしれません。その個人差は何処から来るかというと、性、年齢、遺伝的な素因、生育歴、性格傾向など多くの要因があげられます。これらをまとめて個人要因としているのです。個人要因には、本人の努力や注意で、変えることができるものと、そうでないものがあります。一方、緩衝要因とはストレス要因が引き起こすストレス反応を緩和する外部の要因をさします。この代表例は、上司、同僚、友人そして家族などによる支援です。支援の形は、自分にとって貴重なものや情報を提供してくれる、いわば物理的なものであったり、近くにいると気分が安らぐ、話をじっくり聴いてくれるといった情緒的なものであったり、さまざまです。緩衝要因を十分に持っている人とそうでない人とでは、やはりストレス反応の大きさや病気の起きやすさに差が出ます。このことは、数多くの大規模な研究で明らかになっています。



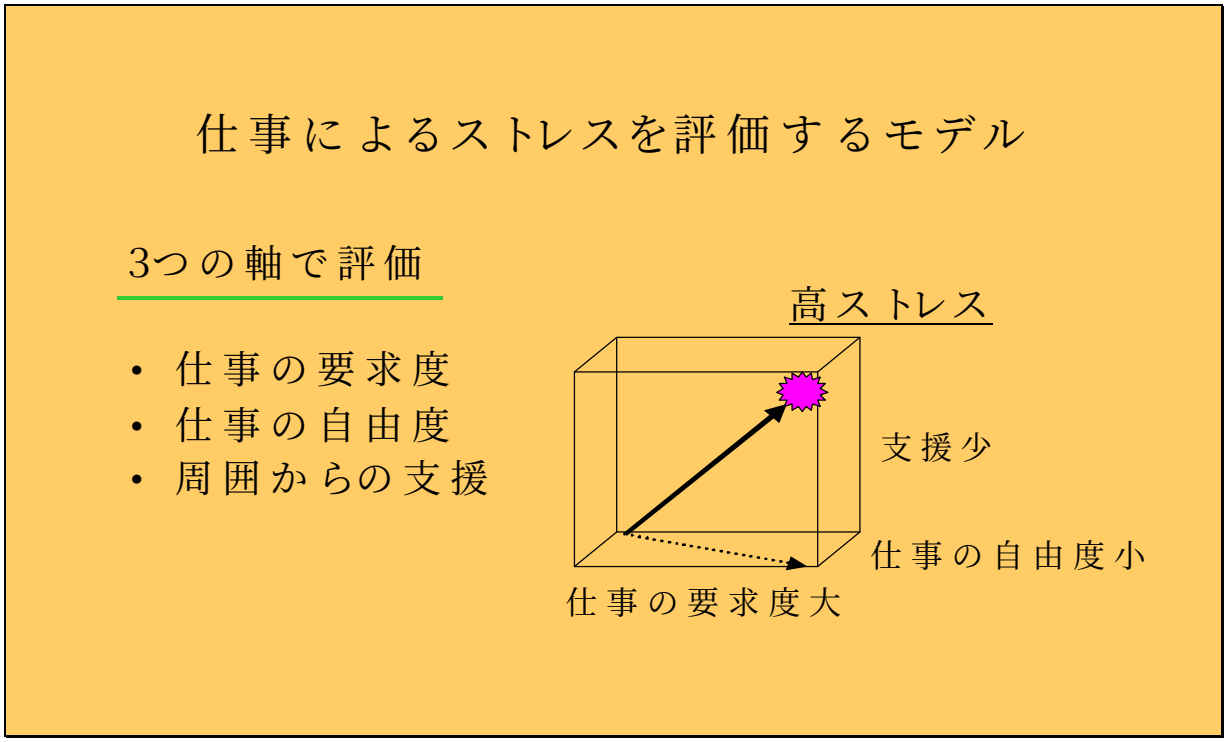
それでは、このモデルでラインによるケア、すなわち皆さん管理者が中心となってすすめる対策がどのような意義をもつのかを確認したいと思います。図をごらんください。さきほど述べたように、ラインによるケアは、主として仕事上のストレス要因を軽減、調整すること、そして緩衝要因を強化することが中心となります。この２つのそれぞれについて、少し詳しくみてみます。



まず、仕事上のストレス要因の軽減です。ストレス要因を軽減、調整するためには、その実態すなわち職場環境を的確に評価することから始めなければなりません。ここでいう職場環境は、広い意味をさしています。騒音だとか照明の程度、あるいは温度、湿度といった物理化学的環境はもちろんですが、作業スペースや作業姿勢、仕事の質的・量的内容、自由度、それから人間関係などを含みます。ちなみに、5年毎に労働省が行っている労働者健康状況調査の結果では、職場でもっとも多くの人が感じているストレス要因は、人間関係です。また、事業所、部署の組織形態も、ストレス要因のひとつと考えられます。次に、これらをひとつひとつ評価して、職場のストレス要因が主としてどういった点にあるのか、改善すべき、そして改善可能な問題は何かを整理することになります。そして、リストアップされた問題点に優先順位をつけて取り組んでいただきたいと思います。言うまでもなく、こうした職場環境は絶えず変化していますから、これを一通りやって完結ということにはなりません。継続的に、問題意識をもって行っていく必要があります。



次に、緩衝要因の強化です。これは具体的には、皆さん管理者が日頃から部下とのコミュニケーションをよくし、よい相談相手となることを意味しています。まず、部下のちょっとした変化に気づくことが大切です。それから、多忙の中で簡単なことではないと思いますが、できるだけ時間をとって直接話を聴く機会を設けてください。じっくり話を聴くと言うのはなかなか難しいものですが、それが上手になると、ただ聴いてあげるだけで、相手の気持ちを楽にしたり、ストレスを和らげたりすることができます。傾聴という言葉があります。自分の意見や感情を前面に出さず、相手に対して共感する態度で、できるだけ聴き役に徹することに心がけることが第 1 歩です。話の途中でやたらに批判したり、じれったくなって言いたいことの結論を急がせたりするのは、いただけません。話を進めていく中で、助言や情報提供を行える場面も多いかと思いますが、必ずしもそれは必要ありません。じっくり相手の思いを聴いてあげることが大切です。また、相手の抱えている問題がかなり深刻であったり、心身の病気が心配されるような場合には、（　）や（　）に相談することも考慮してください。（括弧内には、事業所の実情に応じて、産業医、看護職、衛生管理者などが入る）気になる部下への対応でどうしたらよいかなどについても、助言を得ることができるはずです。

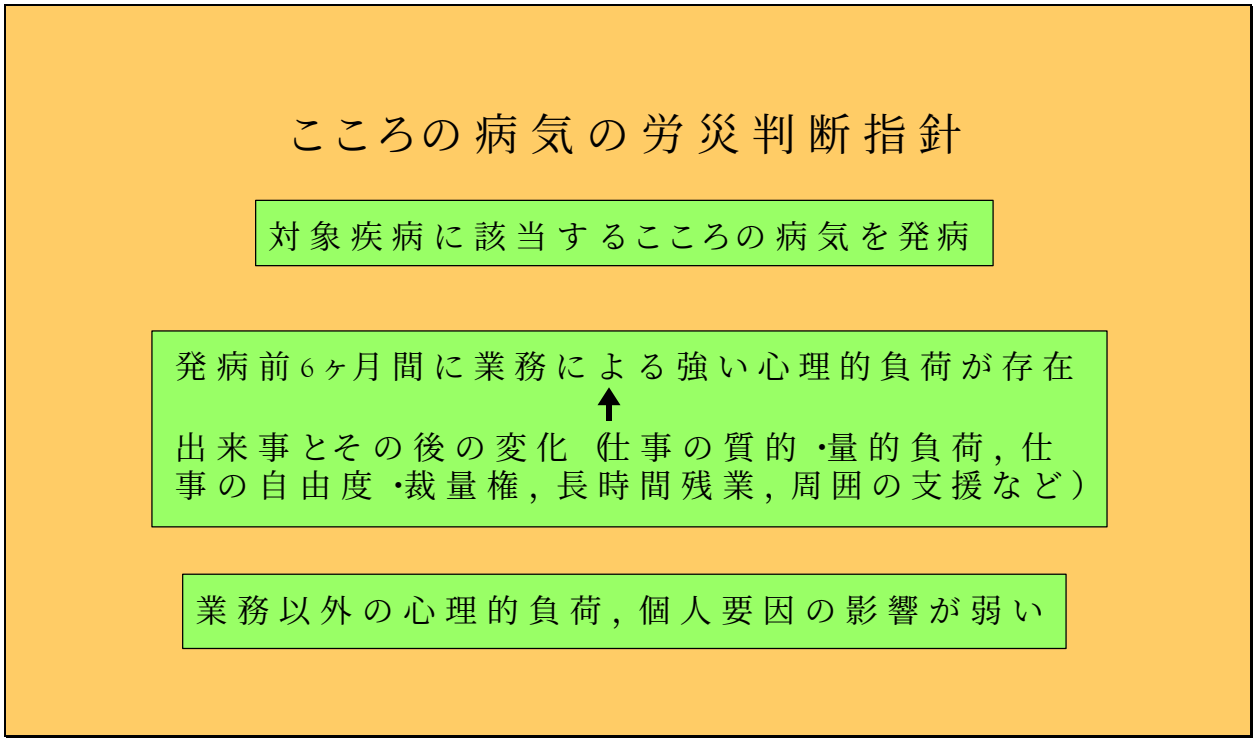


職場環境の評価という点で、ヒントのなるかと思われるモデルをひとつご紹介します。どういったときに特にストレスが大きくなるかを表した有名なモデルです。仕事に関する問題を 3 つの側面から評価します。ひとつは仕事の要求度。仕事の量や質など要求されているところの大きさです。ふたつめは仕事の自由度。そのくらい自分で仕事のペースが調節できるか、あるいは裁量権が与えられているかといったことです。そして、三つめがこのサポートです。仕事の要求度が大きく、仕事の自由度が小さく、さらに周囲からの支援が少ない場合に、仕事によるストレスは強くなってしまいます。そして、その状態が続くと、心身の健康が脅かされるといえるのです。一般的には、管理者は、部下の仕事に関して、この 3 つをある程度調整できる立場にあるはずです。少し言い方を変えてみます、例えば部下で、仕事の質的あるいは量的な負荷が大きく、自由度や裁量権もあまり与えることのできない方がいたとしましょう。そうした方には、いろいろな意味でのサポート面で十分な配慮をしていくことによって、少しでもストレスを緩和させることが期待できるわけです。

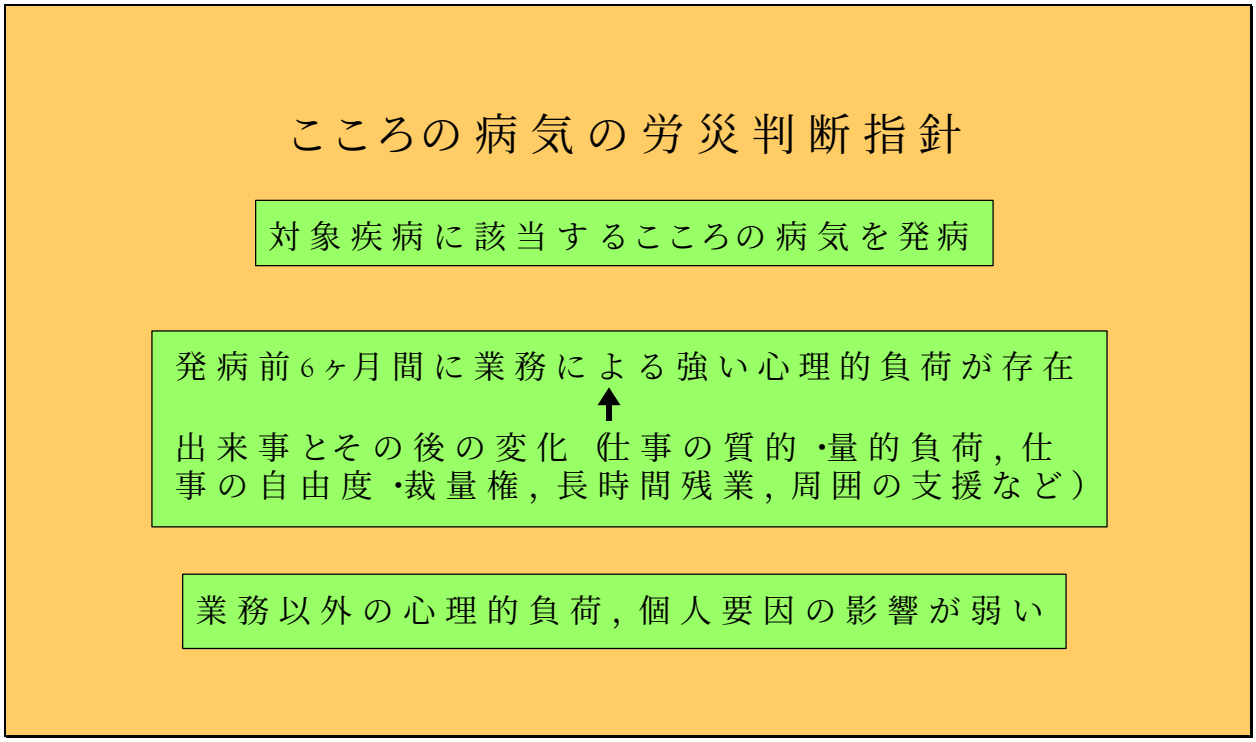
メンタルヘルス対策における管理者の役割

- 職場のコニュニケーションを良好にする.
- 部下をよく観察し, 必要に応じて個人面談などの場をつくる.
- ストレスの受け止め方や健康障害への陥りやすさの個人差を理解する.
- 高ストレス状態にある者に, 業務上配慮などの支援を怠らない.
- 必要に応じて, 専門スタッフと連携をとる.
- 十分にプライバシーに対する配慮を行う.

これまでお話してきたことから、メンタルヘルス対策における皆さん管理者の主な役割をまとめてみたいと思います。まず、職場のコミュニケーションをよくし、風通しのよい働きやすい職場づくりに心がけることです。平素から、職場環境をストレス要因という観点からもよく評価し、部下に対して気配り、声かけを惜しまないことが大切です。ひとりひとりをよく観察して、表情や態度、仕事ぶりが気になる場合には、堅苦しくない形での個人面談などの場を持つことも望まれます。話の聴き方については、先ほどのとおりです。また、「ストレスと健康モデル」を思い出してください。ストレスの受け止め方や健康障害への陥りやすさには個人差があります。このことを理解した上で、仕事の与え方や支援の仕方について、個別の配慮をお願いしたいと思います。これは、何も一部の部下を特別扱いしろということではありません。それが高じると、職場に不満が高まったり、士気が低下したりする恐れがあります。これとは別に、前の図でお示しした「仕事によるストレスを評価するモデル」などを参考にして、高いストレス状態にあると考えられる部下に対しては、早めに適切な対応を図ってください。必要に応じて（　）や（　）と連携することも忘れないください。そして、これも非常に重要なことです。プライバシーに関する配慮を十二分に行ってください。このように話をしてきますと、メンタルヘルス対策に取り組むのは、大変負担が増すことだと感じる方もいるかもしれません。しかし、こうした活動の効果が上がれば、普段の仕事の効率が上がり、職場の雰囲気もよくなって、管理者として仕事がしやすくなることも十分に期待できます。
(この後、時間があれば、事例提示を行う)



最後になりましたが、始めの方で触れたこころの病気の労災認定について、少し解説しておきます。従来は、労災と言うと、一部の職業病を除いて、もっぱら工場や工事現場での事故、怪我が対象であったかと思います。ところが、最近ではいわゆる過労死の問題が出てきて、さらに過労自殺という言葉も耳にするようになっています。こうした中で、平成 11 年 9 月に労働省からこころの病気を労災として認めるための判断指針が公表されました。これを満たせば、こころの病気が労災と認定されるわけです。指針では、労災認定には 3 つの項目に当てはまることが必要であるとされています。その第一は、発病したこころの病気が、対象疾病に該当するということです。つまり、こころの病気のすべての種類が認められるわけではないのです。しかし、その対象疾病の範囲をみると、非常に幅が広く、成人で発病する主なこころの病気は大方含まれていると言って過言ではありません。第二は、発病前 6 ヶ月間の間に、強い仕事に関するストレス要因があったことです。労災が認められる大前提は、仕事と関連があることですから、これは当然だと言えますね。6 ヶ月という期間は、過去の研究成果をもとに決められたようです。どういったことが強い負荷に相当するかというと、指針には別表がつけられていて、それを参考にします。別表では、仕事の関連で起きる様々な出来事が列挙されており、それぞれの負荷の程度が 3 段階評価されています。例えば、「重大な労働災害の発生に直接関与した」という出来事は、一番重いⅢにランクされています。これを目安にして、出来事を取り巻く諸事情を勘案した上で、負荷の程度を判定するのですが、重要なことがあります。



それは、出来事が起きた後、本人のおかれた立場、仕事などがどのように変化したかが評価の対象となることです。仕事の量、特に長時間労働、仕事の質、責任、裁量権、物的・人的環境の変化、会社が講じた支援の具体的内容などが問われることになります。たとえ出来事そのものの負荷の強度が中くらいのⅡであったとしても、その後の本人にかかる負荷が大きければ、仕事による強い心理的負荷すなわちストレスが存在したと判断されるわけです。このようにして、２つめの項目に当てはまるかどうかが判断されます。第一項目をみたし、第二項目にも当てはまると考えられた場合には、第三項目が検討されます。第三項目は、仕事以外に明らかな心理的負荷がないことと個人要因に顕著な問題がないことです。仕事以外の心理的負荷については、これも三段階評価の別表が用意されています。個人要因では、過去にこころの病気があったかどうか、過去からの社会適応状況はどうだったか、アルコールなどの依存はなかったか、社会生活に影響するような性格の偏りはなかったかなどが問題となります。この第三項目めもみたした場合に、その事例は業務上疾病すなわち労災認定の対象と判断されることになります。なお、仕事以外の心理的負荷と個人要因のどちらか、あるいは双方が明らかに存在する場合には、総合的な評価によって決定されることになっています。これが、判断指針の概要です。（詳細につき興味のある方は、資料を差し上げますので、申し出てください。

Ⅳ－５．保健指導におけるストレス対策

１．保健指導と労働者をめぐる社会的背景

A．労働者をめぐる社会的背景と課題

昭和 47 年労働安全衛生法が労働基準法から独立したが、当時の産業保健は労災や職業病の予防とそのための作業環境の改善に主眼がおかれていた。しかしコンピューターシステムの開発を始めとする科学技術の進展により、1980 年頃から、労働態様は分業化・高密度化し、それと共に急速な経済成長ももたらされた。同時に人々のワークスタイル・ライフスタイルも大きく変化するなど、急速な社会変化がもたらされた。

わが国の人口全体は高齢化し、労働者の高齢化に伴う生活習慣病等への対策が課題となる一方で、労働環境の大きな変化による労働者のメンタルヘルス不全の増加に対する社会的解決が迫られている。

このような状況における、労働者のストレス対策における保健指導に関連する施策の動向を以下に示す。

B．労働安全衛生法改正に伴う法的位置づけ

労働者の高齢化に伴う生活習慣病の増加に対し、昭和６３年には改正労働安全衛生法が制定され、健康診断の充実強化と、心とからだの健康づくり（ＴＨＰ）が示された。しかし、一般健康診断の結果では、その後も 39.5％（平成 10 年度）の労働者に何らかの所見が認められる等、平成元年以来、有所見者の上昇が続いている。また、仕事や職場生活で不安、悩み、ストレスを感じる労働者の割合が増加し、さらに「過労死」が大きな社会的問題になっている。

このような状況により、平成８年には労働安全衛生法が再び改正され、①労働安全衛生管理体制の充実、②職場における労働者の健康管理の充実が図られることになった。そこでは、「事業者は一般健康診断の結果に基づいて必要な労働者に対して医師または保健婦・士等による保健指導を行うよう務めなければならない」「労働者は通知された一般健康診断の結果および保健指導を利用してその健康の保持に努めるものとすること」等、事業者と労働者の努力義務が示された。更に、健康管理の充実のために保健指導が挙げられ、「健康診断の結果、特に健康の保持に努める必要があると認める労働者に対し、医師、保健婦・士又は保健士による保健指導を行うように努めなければならない。」（労働基準局長通達　基発第５６６号 第 66 条の５ 参照）と示されており、初めて保健婦・士による保健指導が条文に表現された。

≪　参考　≫
労働基準局長通達　基発第566号　平成8年9月13日
保健指導等（第66条の5関係）

（1）保健指導の方法としては、面接による個別指導、文章による指導等の方法があること。

（2）保健指導の内容としては、日常生活面での指導、健康管理に関する情報の提供、再検査または精密検査の受診の勧奨、医療機関で治療をうけることの勧奨等があること

（3）第一項の「特に健康の保持に努める必要があると認める労働者」には、健康診断の結果、異常な所見を有すると判定された労働者等であって、医師等が必要と認めるものであること。

（4）その他、保健指導に当たっては、指針を十分に考慮して行うべきこと。

C．ＴＨＰ

昭和63年労働安全衛生法の改正により、働く人の健康作りに事業者の努力義務が具体的に規定された。第７０条の２を受けて「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」、通称「心とからだの健康づくり（ＴＨＰ）」が示された。

生活習慣病や心身の機能の低下は、生活に運動や食生活を中心に適切な生活習慣を維持し、またストレスを自己コントロールすることにより、かなり予防できることが明らかにされている。ＴＨＰでは、そのための積極的働きかけとして、健康測定・運動指導・運動実践・心理相談・産業栄養指導・産業保健指導の分野の保健専門職を位置付け、ライフスタイルの偏りにより将来起きる可能性のある健康障害に対し予防的に働きかけることに意義がおかれている。

中央労働災害防止協会ではＴＨＰ運動を、研修の実施や、働く人の健康増進、企業の活性化を補助金を伴う国の援助のもとに推進している。

D．快適職場づくり

平成4年5月に労働安全衛生法が改正され、快適職場づくりが事業者の努力義務とされた。第71条の3の規定により「事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針」（快適職場指針）が労働大臣から公表されている。

快適職場指針の目指すものは「仕事による疲労やストレスを感じることの少ない、働き易い職場づくり」である。そこでは快適な職場環境の形成についての目標に関する事項の一つに「労働者の心身の疲労の回復を図るための施設・設備の設置・整備」の項目があげられ「労働により生ずる心身の疲労をできるだけ速やかに回復させるため、休憩室等の施設の設置・整備を図る

こと」が努力目標とされている。

快適な職場環境の形成を図るために事業者が構ずべき措置の内容に関する事項としては、「作業に従事することによる労働者の疲労の回復を図るための施設・設備の設置・整備」があげられ、「疲労やストレスを効果的に癒すことができるように、臥床できる設備を備えた休憩室等を確保すること」「職場における疲労やストレスに関し、相談に応ずることができるよう相談室等を確保すること」等が事業者の努力目標とされている。

また快適な職場環境の形成のための措置の実施に関し、考慮すべき事項として「継続的かつ計画的な取組み」「安全衛生委員会活用等労働者の意見の反映」「年齢等個人差を配慮した必要な措置」「職場に生活の場としての潤いを持たせ、緊張をほぐすよう配慮すること」があげられている。

E．健康づくり10ヵ年計画（「健康日本２１」厚生省）

厚生省（保健医療局）は、少子・高齢化の進行、生活習慣病の増加、要介護高齢者の増加、医療費の増大等を背景として、全ての国民が健康で生活できる社会を実現するために、＊壮年死亡の減少、＊寝たきり、痴呆の期間の短縮（健康寿命の延伸）等の基本的理念に基づく「健康日本２１」を策定し、平成１２年から計画を実施する。（公衆衛生審議会での審議を経て、平成１２年１月に公表。）これでは、病気の早期発見や治療に留まらず、健康を増進し発病を予防する「一次予防」の重視と高度な生活の質の確保・維持が必要であるとしている。

計画は数値目標を含むかなり具体的なものである。栄養・食生活、運動・身体活動、休養・こころの健康、アルコール、歯科の観点からの生活習慣の改善による病気の危険因子の低減、および循環器・がん・糖尿病・歯科の側面からの検診の充実により疾病（循環器）等の減少、がん死亡や糖尿病の発症の減少、自殺者の減少、歯の健康を目指すものとする。

F．精神障害等の労災認定に係る専門検討会（労働省）

労働省は平成 11 年 9 月 14 日に、働く人の精神障害や過労自殺についての労災認定基準に関し「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」を示した。報告書では ICD10 診断基準に基づき疾患を分類し、労働者の業務による出来事について、当該精神障害の発病に関与したと認められる業務による心理的負荷の強度の評価を判定する客観的な判断基準を示している。そこには業務以外の心理的負荷および個体側要因（心理面の反応性、脆弱性）の評価も含まれている。

G．労働安全衛生マネージメントシステム（OHSMS）

健康診断における有所見者の増加、高年齢労働者の増加等に伴って、労働者の健康の増進及び快適な職場環境の形成の促進を求め、労働省は平成 11

年４月 30 日「労働安全衛生マネージメントシステムに関する指針」（労働省告示第 53 号）を公表した。この指針は、労働安全衛生法に基づく労働安全衛生規則第 24 条の２に根拠を置く指針であり、労働安全衛生法の体系の中で位置付けられている。

労災の減少率が落ちている傾向の中で、労働安全衛生管理を「計画―実施―評価―改善」の一連の過程の中で組み立て、生産管理等と一体で推進していくことを骨子としている。

≪参考≫
労働安全衛生規則（第８節の２）自主的活動の促進のための指針
（第 24 条の２）労働大臣は、事業上における安全衛生の水準の向上を図ることを目的として事業者が一連の過程を定めて行う自主的活動を促進するための指針を公表することができる。

（遠藤俊子（NTT 東日本首都圏健康管理センタ））

２．保健指導の基本とストレス対策への適用

A．保健指導の概要と特徴

１）保健指導の定義と範囲

保健指導は、一般的には次のように定義されることが多い。「個人または各集団の健康を保持･増進し、疾病を予防管理するために、保健医療従事者が、その専門性を生かし助言と援助を与えること。健康診断や健康相談による問題の発見、個別指導（ケースワーク）や集団指導（グループワーク）による問題の改善、家庭訪問・看護、衛生教育、生活指導など対象者の属する集団の社会環境、生活環境の改善ならびに組織の育成などが活動内容となる。」（衛生･公衆衛生学用語辞典）

すなわち、個人～集団、相談～教育など、多岐にわたる健康支援活動全体を包含したものとして、保健指導という用語が用いられることが一般的である。

しかし、健康診断時あるいは事後に、健診結果に基づく受診指導ならびに生活指導を行うことを、特に保健指導と呼ぶ狭義の用いられ方もあり、どちらの意味で使われているのかを区別して理解しておくことが必要である。

労働安全衛生法第 66 条の 5 第 1 項では、健康診断の結果必要が認められた労働者に対し、医師または保健婦・士による保健指導を行うことが定められている。この場合の保健指導は、前述の 2 種類の定義のうちの後者、すなわち健診結果に基づく受診ならびに生活指導という狭義の意味で用いられていると考えられる。

２）保健指導の担い手

保健指導を行う職種として、保健婦・士、助産婦、医師、歯科医師などがあり、その法的根拠としては、以下のようになっている。

・保健婦・士：保健指導に従事（保助看法第２条、1948、1993 一部改正）
・助産婦：助産又は妊婦、じょく婦もしくは新生児の保健指導（保助看法第３条、1948）
・医師：医療および保健指導（医師法第１条、1948）
・歯科医師：歯科医療および保健指導（歯科医師法、1948）

これらのうち、保健婦・士は、その業務を専ら「保健指導に従事」と定義されているのが特徴的であり、保健指導を本務とする職種であると考えられる。

産業保健においては、上記の保健婦・士、産業医のほか、看護婦・士が常勤職として事業場に雇用されているケースが多く[1)]、主にこの３つの職種が職域での保健指導の担い手として活動している。この他、衛生管理者も労働者の安全または衛生のための教育（労働安全衛生法第 10 条第１項）など、特に労働衛生教育の面で保健指導の一翼を担っている。また、歯科医師が常勤または非常勤で雇用され、歯科に関する保健指導にあたる例も、徐々に増えている。

３）保健指導の内容と特徴

これまで述べてきたように、保健指導の定義を広義にとるか狭義にとるか、またその担い手がどの職種であるかにより、保健指導の内容と特徴は異なってくると思われる。ここでは、保健指導を本務とする保健婦・士の行う保健指導（広義）について、内容と特徴を整理する。

保健指導には、少しずつニュアンスの異なる次のような内容が含まれると言われている[2)]。

保健－指導（Health）
- 案内（guidance）
- 紹介（orientation）
- 指示（instruction）
- 相談（counseling）
- 助言・指導（consultation）
- 教育・研修（education）
- 訓練（training）

すなわち、広義の保健指導の中には、健康の保持増進や疾病予防のための情報提供や健康教育から、健康に関する悩みや問題意識を持ったクライアントが自分から相談を持ちかける健康相談、健診時の問診や健診結果の説明やアドバイスのための面談など、多岐にわたる活動が含まれている。

これらの一連の活動を通して、保健婦・士や看護婦・士の行う保健指導には、看護の理念である「相手を全人的にとらえ気持ちや生きがいを尊重し、対象との人間関係を通じて生活適応への支援をする」という特質から、次のよう

な特徴があると考えられる。

（１）対象者の生活の視点で、問題把握と支援を行う

対象者の健康状態や疾病の有無だけに着目するのではなく、生活そのものの質をどのように高めるかに着目して、支援を行う。勤労者であれば、職場での生活を中心に、家庭での生活を含めて、食事・運動・睡眠・ストレス状況・生きがいなど、生活の様々な側面にわたって、対象者自身が振り返り改善していけるよう、支援する。

（２）あらゆる健康レベルを対象とする

疾病を持つ人やその予備軍だけでなく、全ての人々を対象とした支援を行う。

全ての人々への支援を充実させることは、問題が起こる以前からの一次予防活動の推進に通じ、生活の質や働き甲斐の向上とあいまって、職場全体の活性化に通じる。

（３）全人的な支援を行う

１人の人を、食事面、運動面、ストレス状況面などに分割して指導するのではなく、それらを統合したトータルな存在として、支援する。例えば，ストレスからの生活リズムの乱れ・飲酒量の増加・夜遅くの食事・運動不足などの生活背景を持つ人には、しばしば血中脂質の増加や肝機能の低下が観察されるが、それぞれの問題点を個別に指摘・指導するだけでは、本人の反発・混乱を招く結果に終わる杞憂がある。人の生理的・心理的反応や生活行動は一連のものであり、それぞれの分野だけ切り出してアプローチするより、統合的なアプローチが望ましい。

その際、身体面・心理面・生活面にわたり全人的支援を行う看護的なアプローチは、極めて有用と考えられる。

（４）対象の self efficacy を高め、self care 力を育てる支援を行う

生活習慣の改善や生きがい・働きがいの問題は、あくまで本人が主体的に取り組むことが基本である。従って、保健指導の最終目標も、本人が自立的・主体的に self care を行えるようにすることであり、対象者本人の意欲や self care 能力を高めるよう、継続的にアプローチしていくことが大切である。

（５）潜在的ニーズを引き出し、気づきを促す

現在は表面に現れておらず、対象者自身が気づいていないニードについても、きめ細かく対象者の生活状況を把握するとともに、把握した内容を対象者に投げかけ、対象者自身の気づきを促すことが、生活指導場面では有用である。指示・指導的なアプローチではなく、対象者との対等な信頼関係に基づくカウンセリング的なアプローチにより、本人の深い納得を伴った気づきとなり得る。

４）保健指導の形態、機能、プロセス

保健指導には、教育的対応と相談的対応があり、相互補完的に用いられる

[3]。また、同様に、目的や場合に応じて、個別指導と集団指導のどちらかの形で実施される。

（１）形態

保健指導のうち、個別指導の形態としては、面談で行うのが最も一般的である。電話相談もよく用いられ、また最近では電子メールのやりとりで保健指導を行えるような環境も増えてきている。しかし、電話や電子メール等では、相手の表情が観察できず、的確なアセスメントや信頼関係の構築にやや難があるので、初回の保健指導にはやはり面談が適していると言える。その後のフォローや連絡等には、気軽に利用できる電話や電子メールも補助的に用いることで、より密度の高い保健指導が可能となろう。

集団指導の形態としては、講義や参加型学習、グループワークなどがある。単に話を聞くだけでは、知識の伝達に留まってしまい、主体的な気づきや生活改善への動機付けに繋がらない可能性が強い。参加型学習やグループワークなどを適宜取り入れて、対象者の主体性を尊重しつつ自己決定を引き出していく手法が、今後ますます必要になると思われる。

（２）機能

保健指導の機能としては大別すると以下の 4 点が挙げられる。

①アセスメント機能　：対象者が自らの健康や生活をとりまく様々な要素について振り返り、問題がもし存在するのならその本質を明らかにすることを支援する。

②カウンセリング機能：対象者の不安・思いを内面から受け止めて、心情を理解し相手が自ら状況に気付き、受容し、解決を図る姿勢を獲得することを支援する。

③問題解決支援機能：

＜知識・情報の提供＞対象者のニーズに応じて、適切な健康知識や情報、あるいはそれらの入手方法を提示する。

＜コーディネーション＞問題解決のために職場内または職場外の保健医療専門職に紹介したり、本人の同意を得た上で上司や人事部門との調整（職務内容や就業時間・職場の人間関係の調整、配置転換等）を行う。家族の協力を得ることや地域の保健・医療・福祉資源の活用を含めて、広い視点でのコーディネーションが必要である。

④セルフケア力ならびにサポートネットワークの育成支援機能（エンパワーメント）：

対象者が自ら主体的に状況に対処していく力を獲得するために、支持的に関わりながら、セルフケア能力の向上やサポートネットワークの組織化を支援する。

これらのうち、対象者のニーズや状況に応じて、適切な機能が提供されることが望ましい。実際には、どれか１つの機能だけではなく、これらを適切に組み合わせて実施することが多い。さらに、もう１つの機能として、

保健指導の機会は、個々の対象者への深い関わりを通じて、対象集団の生活状況やヘルスニーズを把握する大切なコミュニティアセスメントの機会ともなることを、挙げておく。

（３）プロセス

他の保健活動と同様に、保健指導も次のようなプロセスで展開される。

①アセスメント：対象の生活状況および健康支援ニーズを担当者側が把握するとともに、対象者が自らそれに気づけるような働きかけを行う。

②計画：ニーズに応じてどのような機能を提供するか対象者とともに検討･判断し、その提供方法について計画する。また、担い手として別の職種が適していると判断された時は、紹介･引継ぎを行って、より専門性を生かした支援が行えるよう配慮する。

③実施：計画に沿って、個人指導または集団指導を行う。いずれも、専門職からの一方的な知識の押し付けにならないよう、対象者の準備状態や感情面にも配慮して、対象者自身が主体的に健康改善に取り組めるよう、アプローチすることが大切である。

④評価：保健指導をしたら必ず評価することが大切である。評価の種類としては、プロセス評価、結果評価、経済的評価などがある。

⑤記録・報告・事後措置：一連の保健指導のプロセスについて、必ず記録する。どのようなニーズに基づいて、どのような支援を行い、どのような結果になったのか、という１回毎の保健指導のプロセスをきちんと記録することで、継続的な評価が可能となる。また複数の専門職が関わる場合や、担当者が交代する場合にも、記録は ケアの一貫性を保つ上で、大変貴重な資料となる。スタッフ間の報告や、他の機関への紹介･連携などの事後措置も、必要に応じて行う。

B．産業保健における保健指導の主な内容とストレス対策への適用

ここでは、産業保健における主な保健指導場面である、健診時の問診と事後指導、健康教育、健康相談の３つについて、その主な内容とストレス対策にどのように適用できるかを整理する。次章以降では、労働安全衛生法により定められた健康診断における保健指導場面でのストレス対策事例を紹介することになるが、前述したように、保健指導については一連の流れを持つ活動として理解しておく必要があるため、ここでは健康教育ならびに健康相談におけるストレス対策についても、簡単に触れておくことにする。

１）健診の事後指導

労働安全衛生法にあるように、健康診断はすべての労働者が年１回以上受ける必要があり、精神面も含めた健康状態を確認・見直しをするよい機会となる。

労働安全衛生法第 66 条の 5 第１項では、健康診断の結果必要であるとみとめられた場合に保健指導（事後指導）を行うことが定められている。適切

な事後指導があってこそ、健康診断を実施する意義があるといっても過言ではない。健診後の保健指導の担い手としては、医療的指導が必要な対象者に関しては医師があたり、その他の生活指導に関しては、保健婦・士または看護婦・士があたる場合が多い。形態としては、面談による指導、文書による指導などの方法がある。全員に面談することはマンパワーの面から難しい場合が多く、通常は健診データや生活習慣に問題点がある対象者のみに面談による保健指導する場合が多い。その場合も、緊急度にもよるが、画一的で一方的な指導に終始しないよう、相手の生活様式や価値観を尊重し、対象者が自分自身で問題意識が持てるようなアプローチ法が、長い目でみて有効である。但し、対象者の性格や状況によって、適切な対応法が異なる場合もあるので、的確なアセスメント～評価のプロセスを繰り返して適宜軌道修正していく柔軟な姿勢が望まれる。

これらの健診後の事後指導の有効性や関連要因についての実践的な検討が、この数年始められている。健康診断データやライフスタイルの改善のためには、文書のみの指導より有所見者との面談を組み合わせた保健指導を行った方が効果が高い可能性が指摘されている[4)－7)]。健診時の問診および健診後の事後指導の所要時間についても、各々の現場で検討が行われており[8)9)]、職場の状況にもよるが、概ね健診時に５－１５分、健診後に１５－３０分くらいの面談が実施できることが望ましいと考えられる。また、対象者の健康意識[10)11)]や主観的健康観[12)]、および職業性ストレス[13)]などと保健指導のあり方との関連に着目した検討も、試みられている。

今後の更なる実践的な知見の積み重ねにより、保健指導の効果やその望ましい内容・方法等に関する技術的な根拠が確立していくことが期待される。

さて、健診後の保健指導にストレス対策としての役割をどのように適用していくかについては、大きく２つのアプローチが考えられる。１つは、身体面の問題に対する精神的ストレスの影響に配慮した保健指導を行っていくことである。身体的な所見であっても、その要因をたどると仕事上のストレスから飲酒量が増えていたり、食事が不規則になったり、睡眠不足になったりなど、精神的ストレスの影響を受けている場合も多々見られる。したがって、保健指導にあたっては、受診や精密検査などの必要な医療上の事後措置を受ける支援はもとより、生活面での振り返りと気づきの支援を行っていく。問診の場合と同様、気づきが得られることによって自助力の発揮が期待されるので、一方的な指導ではなく、対象者に十分に語らせ、対策を共に考えていくことが大切である。

もう１つは、メンタルヘルス上の問題、例えばやる気の減退とか、抑うつ傾向などが認められた場合の対処である。この場合も、対象者とともに考えていく基本的なスタンスは同じである。問題の程度に応じて、以下のような主に３通りの対処が考えられる。

①鑑別診断や治療が必要と判断された場合には、専門医療機関を受診する

よう勧奨する必要がある。すでに通院をしている労働者には、服薬が主治医の指示通り行われているかどうかを確認するなど、適切な受療を支援するような働きかけを行う。

②高ストレス状態にあったり、大きな悩みをかかえているような例では、健康状態が悪化しないように、適切な支援が必要である。高ストレス状態にあっても自分自身がそれに気づかないと、適切な対応がとられず健康の保持増進は望めない。まずは、対象者の気づきを促す支援を行っていく。また、高ストレス状態の原因の大半が仕事上の諸問題にある場合には、本人とよく話し合った上で、職制や人事担当などの関係部署にも働きかけて、何らかの業務上の配慮を検討することが必要な場合もある。

③特に精神面の健康に問題が認められなかった労働者に対しても、生活習慣の偏りなどがみられる場合にはその適正化をすすめたり、よりポジティブな生きがいや働きがいの形成につながる支援を行うことによって、各々の健康レベルが高まり、明るく健康な職場形成の実現に寄与できることが期待される

２）健康教育

健康的な生活習慣の確立に関する一般的な健康教育（年齢層毎に行われる場合も多い）や、糖尿病教室など同じ疾患傾向を持つ人たちへの健康教育など、職場では様々な健康教育が展開されている。その主たる担い手は、産業医や保健婦・士、看護婦・士 である。 一方、作業関連疾患の予防のための労働衛生教育に関しては、衛生管理者やラインの管理者を中心に行われている。また、ＴＨＰの一環としての健康教育に関しては、運動指導担当者や、栄養指導担当者、心理相談担当者なども加わることがある。

ストレスやメンタルヘルスに関する健康教育についても、近年盛んに実施されている。その担い手としては、産業医や保健婦・士、看護婦・士、およびカウンセラーや臨床心理士・精神科医などの精神心理面の専門家などがあたることが多い。内容としては、ストレスへの自己対処を促すための基礎的な知識と技術（精神健康への理解、ストレスの気付き、自己対処の方法など）と、職場のメンタルヘルス向上のための知識と技術（メンタルヘルス不全例の早期発見と対処、管理職の役割、傾聴訓練など）について行われることが多い。対象が管理職か一般職かにより、どの内容に重きを置くかが変わってくる。管理職に対するメンタルヘルス教育については、本書の別項を参照してほしい。

３）健康相談

健康相談は、対象者が相談への動機付けを持っている点が特徴的であり、何よりも対象者のニーズに沿うことが基本となる。メンタルヘルスに関する相談は職場の人間関係や職務内容に関連するものが多く[14)]、それらに適切に対応することにより、心身の健康と充実した職業生活を送ることへの支援につながる。一方、家庭生活での心の悩みに関する相談も少なくないが、全

人的な支援を考える際、家庭生活と職業生活は切り離すことはできない問題であり、それらの相談に関しても適切な対処が望まれる。健康相談の来談経路としては、自発相談、健康診断からの流れ、疾病管理からの流れ、上司や人事からの依頼（職場側のニーズ)、家族からの相談などがある。前述の健康診断時の問診と事後指導、および健康教育の場面で、基本的なストレスへの気づきの支援ならびに担当者との良好な人間関係づくりができていると、比較的軽微な症状や悩みの段階での相談が増えて大事に至る前の対応が可能となり、職場全体のメンタルヘルスの向上に通じる。

従って、これまで述べてきた健康診断時の問診と事後指導、健康教育、および健康相談などの保健指導の各場面間の有機的な連携・循環を図ることは、事業場のストレス対策の根幹とも言うべき大切なポイントの１つである[15)]。また、これらの円滑な連携・循環を図る上で、これらすべての保健指導場面を通して対象者に一番身近な専門職として関わっていくことのできる保健婦・士、看護婦・士の役割は大きく[16)]、一層の活用が期待される。

（錦戸典子（聖路加看護大学地域看護学研究室))

C．文献

１）健康管理事業等に携わるスタッフに関する調査結果の概要（平成４年調査)、健康保険組合連合会、1993.

２）健康保険組合 保健婦活動指針(改訂第３版） 健康保険組合連合会、1991.

３）平山朝子：保健指導論、第３版 公衆衛生看護学大系１、日本看護協会出版会、1999.

４）鈴木美恵子、西内恭子：健康診断結果に基づく保健指導の有効性、産業衛生学雑誌 41巻、ｐ.522、1999.

５）長沢澄雄、他：健保組合における保健指導によるライフスタイルの変容（第４報)、産業衛生学雑誌 40巻 ｐ.370、1998.

６）安達邦子、他：健保組合における保健指導によるライフスタイルの変容（第３報)、産業衛生学雑誌 39巻 ｐ.ｓ273、1997.

７）安達邦子、他：健保組合における保健指導によるライフスタイルの変容（第２報)、産業衛生学雑誌 38巻 ｐ.ｓ101、1996.

８）大園裕、他：某事業場における保健指導内容と所要時間、産業衛生学雑誌 40巻 ｐ.635、1998.

９）平井祐美子、他：個人に対する健康支援活動－定期健康診断受診後の保健指導－、産業衛生学雑誌 39巻 ｐ.ｓ351、1997.

10）忠津佐和代、他：職場における保健指導の行動科学的検討、産業衛生学雑誌 41巻 ｐ.195、1999.

11）朝枝哲也、他：健康意識に基づく健康指導支援システムの開発、産業医学 35巻 ｐ.ｓ195、1993.

12）竹熊美和、服部健司：保健指導における主観的健康観の意義、産業衛生

学雑誌 39巻 p.s388、1997.
13）赤尾ますみ、他：職業性ストレスと保健指導プログラム参加意志との関連性の検討、産業衛生学雑誌 40巻 p.157、1998.
14）平成9年度「労働者の健康状況調査報告」、労働省、1998.
15）錦戸典子：産業看護職による精神保健活動の流れ－健康づくり～早期発見・対処～再適応の支援－、保健の科学 41巻 p.670-676、1999.
16）錦戸典子、他：職場のストレス対策における産業看護職の役割とそのための能力育成に関する基礎的研究、労働省平成１０年度「作業関連疾患の予防に関する研究」「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書」（班長：加藤正明）、1999、386-413.

３．保健指導に必要な能力と育成

A．はじめに

高齢化や疾病構造の変化により慢性疾患やメンタルヘルスに関連する支援が主体となってきた今日、保健相談指導の重点は生活の中での不健康因子に気付き、健康的な生活習慣を確立する過程への支援や、対象者の心理的側面に触れる精神保健相談におかれている。働く人々の日常や労働の様子、職場内人間関係等の生活世界をよく把握している保健婦・士の相談指導の場で果たす役割は大きく、保健相談指導は保健婦・士の役割の中でも、もっとも期待されている職務であるともいえる。

保健指導はその目的により教育、指導、相談等の機能に分けられるが、いずれもアセスメント、計画、実施、評価の各プロセスの循環により成り立ち、保健婦・士には各プロセスにおける的確な動きが期待される。

B．保健指導に必要な理解

ストレス対策として保健婦・士が行う活動としては、作業や作業環境におけるストレッサーを見出し、快適職場維持形成のための支援、個人のストレスへの気づきの促進とストレス耐性を高めるための健康教育、職務ストレスによる不適応等に対するケア等があげられる。[1] 保健婦・士はそれらの活動の中で個人や集団・組織等を対象として保健指導の方法や技術を用い対象支援を行う。

職場のストレス対策としての保健指導を適切なものとするためには、以下の事柄が十分理解されていることが必要と考えられる。

１）企業における健康保持増進活動の意義

労働者の健康の保持増進には労働者の自助努力に加えて、事業者の行う心身両面にわたる継続的・計画的健康管理の積極的な増進が必要である[2)]。

２）予防精神保健の重要性

労働の場でのニーズやメンタルヘルスの課題を読み取り、ストレスへの気付きと対処等、メンタルヘルス不全の予防に向けた働きかけの重要性を理解する。

３）人間発達の原理

労働者の各年齢層を人間発達の原理に照らし理解し、そこでのメンタルヘルスの課題を引出し援助に結び付ける。

４）対象の置かれた場と心理･社会的状況の的確な把握

保健指導の対象である労働者を生活者として全人的に把握するために、時代状況における対象（個･集団）の精神的健康状態を的確に理解する。そのためには支援対象の背景にある産業社会の構造や状況の理解、労働の場の把握、適応および適応不全の概念理解、個人･集団･社会の相互関係の理解等が重要である。

５）職業性ストレスの理解

職業性ストレスの概念や評価法を理解し、援助対象の職業生活におけるストレッサーとストレス反応に気付き、マネージメントの方法を探る。

６）精神医学・心身医学・精神看護学の正確な知識

個人や集団の示す精神病理現象を労働の場での心的ストレスからの観点を含み、多岐的視点から保健婦・士として正確に把握し、適切な援助に向けることが大切である。

７）自己理解と他者（援助対象等）との関係性

ストレス対策のみならず保健指導ではさまざまな方法やアプローチの視点を学びながら、自己理解と他者（援助対象）との関係性等を知識や経験と関係付けながら、専門的に築く技法の獲得が重要となる。

対象の個々の有り様を尊重しながら、対象者が自分らしく生きていくことをサポートするカウンセリングの技術等が取り入れられる。

８）ソーシャル・サポート・ネットワーク

産業精神保健チームにおける医師等専門職との役割分担を明確にし、それぞれの専門職の立場から得た情報の共有化を図る。援助に必要なソーシャル・サポート・ネットワークの構築をメンバーと共働する。

そのための精神保健福祉行政の理解や、人的物的社会資源に関しての情報を多く収集すること等が必要である。

９）産業保健専門職の倫理

産業精神保健活動に必要な記録やデータ等の情報を管理し、また専門職として職業上知り得た企業や個人の秘密を保持する。また専門職としての立場と、企業の一員としての立場等の成熟した均衡を図る。

C．能力と育成

職場のストレス対策を効果的に進めていく上で、保健婦・士等の能力育成システムを整えていくことは、重要な課題である。

１）保健指導のための能力

看護職が職場のストレス対策上の役割を果たしていくために必要な能力として、文献・インタビュー両調査により、「対象理解能力」「対象者のセルフケア力を高める能力」「現状把握・分析能力」「基本的支援技術」「メンタルヘルス支援のための知識・技術」「組織・社会的リソースの活用能力」「自己形成力」の７つがあげられている。さらにインタビュー調査からはプレゼンテーション能力、研究能力、企業人としての能力があげられている。

ストレス対策に固有の能力としては、メンタルヘルス支援のための知識・技術があげられその内容としては精神・心理学の基礎知識と、メンタルヘルス教育技術が抽出され、ストレスについての理論やリラクセーションスキルを始めとして、職場で良く見られる適応障害やそれに伴ううつ状態などの問題とその対処法等について理解し、労働者に教育して
いくことのできる能力が必要であることが示されているといえる[3)]。

産業精神保健活動における保健指導の場では看護の原則に立ち、対象の表現する事柄から重要なメッセージを聴き取って援助的関わりに結び付ける能力を備える必要がある。対象の言葉にならない感情を理解し、そこに応答を返せるセンスとスキルが現場で重要となる。特に対象が自己の方向性を独力で見出し、歩んでいけるよう、対象への共感的理解に根ざした関りが重要である。そのために看護職が行うカウンセリングについては、人間の心理や精神の構造や成り立ち等精神・心理学の基礎知識およびカウンセリングの基礎的演習や理論学習等による保健面接技術を応用することで対応が可能である。

さらに産業看護職の置かれた立場からの、対象の生活の場である企業およびその背景やストレス状況を理解し易い企業人としての能力もある。またストレス対策支援のための組織や環境等、働きかけの場や方法を理解していることも大きなメリットであり、その活用能力が期待される[3)]。

２）産業保健婦・士等の育成

経済の発展に伴い労働内容の高度化、高密度化が増し、働く人々には高い労働への能力や幅の広い知識が要求される。そのような時代や社会状況を適切に読み取り、状況や対象のニーズにふさわしい専門的保健指導サービスが提供できるよう保健婦・士の資質を整えることが必要である。

保健婦・士の専門性を高め社会的ニーズに応えるためには、専門職としての知識・技術ならびに問題解決能力が求められる。最近は看護教育機関のカリキュラム等で、精神看護学、産業看護学も重きをおかれるようになっている。しかし産業保健の場での必要条件を満たすには学校教育機関での学習（卆前教育）だけでは不十分である。

産業保健の場はその応用のフィールドであり、現場での育成ではそれらの看護理論から有効な部分を引き出し、実践の場につなぐ作業が繰り返し必要になる。特に学校で学んだ看護の基礎知識と企業の特性に沿った保健活動をリンクさせていけるような体系立てた育成が必要である。また保健専門職として質の高いケア・サービスを提供できるよう、保健・看護のみならず人間・環境工学や法律等の広範囲な基礎的学習も必要とされる。

さらに保健指導における職場のストレス対策の展開にあたっては、産業看護一般の能力をきちんと身につけることを基本に据えた上に、メンタルヘルス支援のための知識技術を積み重ねていくことが必要である。

具体的には社内外の学習機会を活用して、講習会・研修会の受講、事例検討、体験学習、スーパービジョンをうける、ＯＪＴ、産業看護職間や多職種間の交流、研究会・自主学習会への参加、研究活動、自己学習などにより学習を進めていくことが望ましいと考えられる。特にストレス対策としての保健指導を効果的に行っていくためには、事例検討会の活用や、実践から生じた問題や課題解決をスーパーバイザー等の適切な支援を得ながら進めていくことが大切であると思われる[3)]。

継続教育の例としてアメリカ産業看護婦協会（American Association of Occupational Health Nurse : AAOHN）では、健康相談（health counseling）を産業における看護婦活動の主要なものとして提示している。そのため看護活動にカウンセリングスキルが要求される頻度は高く、産業精神看護のための継続教育でも、1960 年代には行動力学の理解、コミュニケーション能力の開発、効果的介入能力の増強を主とした育成プログラムが組まれている。

また 1970 年代には NIOSH(National Institute of Occupational Safety and Health)を中心に「産業ナースと労働者精神保健」という自己学習をベースとした 26 ユニットからなる継続教育プログラムを作成した。修士・博士課程レベルの高等教育は ERCs(NIOSH Education Resource Center;1993 年は 14 ヶ所)で提供されている[4)]。

D．産業精神保健活動を行う保健婦・士等の育成の場

産業精神保健活動に従事する保健婦・士等の育成の場は徐々に整えられている。最近は研修会・講習会として開催されているものは単発的なものを含め数多くあるが、保健婦・士等の育成のために組織的に開催されている主なものを以下にあげる。

産業保健指導専門研修・心理相談専門研修（中央災害防止協会）

労働安全衛生法の一部改正（1988 年）により THP を目指し総合的労働衛生管理体制が示された。その結果、中央災害防止協会の主催する産業保健指導担当者、心理相談担当者の研修受講を多くの保健婦・士が行うようになった。

産業看護講座基礎コース（日本産業衛生学会・日本看護協会・産業保健推進センター）

日本産業衛生学会産業看護部会では教育・資料委員会を中心に産業看護職の専門性を高め業務のレベルアップを図ることを目的に「産業看護講座」を継続してきたが、平成9年より、新たに構築された「産業看護職継続教育システム」に則り、毎年「産業看護基礎コース」を実施してきている。また日本看護協会・産業保健推進センター等も徐々に同様の研修実施に参画を初めている。

産業カウンセラー養成講座（日本産業カウンセラー協会）

日本産業カウンセラー協会は1960年に設立され産業カウンセラーの養成や資格試験を実施している。産業カウンセラーの技能資格（1991年12月27日付労働省告示第2号）が認定されるにいたり、今後も産業保健婦・士に資格取得希望者が増えるものと予想される。保健指導におけるカウンセリングマインドを醸成するための基礎研修として理解したい。また「日本産業カウンセラー協会ナースの会」では対象が産業精神保健活動における保健婦・士との関係性を通して自己実現していく援助のあり方を、プロセスの検討とスーパービジョン等を中心に学習している。

E．おわりに

労働安全衛生法の一部改正〈1988年〉により心身両面からの健康作り（THP）を目指し総合的労働衛生管理体制が示されて以来、単に心身概念としてだけでなく、生活概念としての健康の理解に基づいた保健サービスの提供者として保健婦・士に課された役割には大きいものがある。しかし産業精神保健活動の場にふさわしい援助を実現していくための、保健婦・士等の継続的育成はまだ十分に整備されているとはいえない。保健指導におけるストレス対策支援のための育成プログラムの整備・体系化により、能力の高い産業看護職の育成を急ぐとともに、固有の能力であるメンタルヘルス支援のための知識・技術についての教育・学習システムをさらに整えていく必要がある[3)]。また全国レベルでの参加が可能になるような具体的研修の場の構築も今後の課題と思われる。

（遠藤俊子（NTT東日本首都圏健康管理センタ））

F．文献

１）原谷隆史：職場のメンタルヘルスとストレス対策．日本産業衛生学会特別研修会、1995

２）心理相談員養成研修テキスト「心とからだの健康づくり」（THP）労働省中央労働災害防止協会

３）錦戸典子，他：職場のストレス対策における産業看護職の役割とそのための能力育成に関する基礎的研究．労働省平成10年度「作業関連疾患

の予防に関する研究」「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書」（班長：加藤正明）．14-15、1999
４）関戸好子：アメリカにおける産業看護、産業精神保健ハンドブック，中山書店，1998

５．保健指導におけるストレス対策の実際

A．労働衛生機関におけるメンタルヘルスへの支援

労働衛生機関とは、特定の企業に所属しないで、労働衛生の専門的な技術と情報を提供する機関である。労働衛生機関、健康診断機関の会員で組織されている全国労働衛生団体連合会（通称：全衛連）では、労働省の指導により優良な健康診断機関、労働衛生機関を目指している。全衛連では労働省の委託事業として健康診断の精度を向上させ優良な機関を目指すための総合精度管理事業が昭和６３年に開始され、それぞれの機関が、職種別に事業に参加している。保健婦・士、看護婦・士は、健康診断全般にわたる基本的事項、および健康診断の事後措置としての保健指導に重点がおかれている。また、それぞれの機関では、昭和６３年健康保持増進サービス機関としての機能を備え、メンタルヘルスケアに対応する心理相談担当者が健康指導に対応している。

Ｋ機関では、健康診断の事後措置としての保健指導、メンタルヘルスケアへの対応は保健婦・士が医師との連携のもとで事業場にかかわっている。かかわり方の基本としては、心身両面からの健康づくりを目標に、ストレスに焦点をあて事業場の健康管理体制に応じニードに対応している。また、職場、仕事を少しでも理解して指導、相談にのぞめるようにストレス状況、職場風土等の予備知識をうけて、職場見学をおこなう。

B．事業場の健康管理体制分類とメンタルヘルスケアにおける個別対応

１）従業員数５０人未満では

全員または有所見者を対象に、健康診断結果通知、保健指導、健康相談時に健康調査票を用い、個人のストレス状況の把握と対処について確認することを重視しフォローによる確認が必要な場合はＫ機関がおこなう。

２）従業員５０人以上～１、０００未満では

（１）事業場に保健婦・士、看護婦・士がいる場合

・メンタルヘルスケアでの体制（産業医、精神科、臨床心理士との連携）、取り組み（管理、監督者教育、従業員教育、疾病への対応）のなかで相互の役割分担やフォロー方法を確認し、ストレス状況、職場風土等の予備知識を受けて個別対応をする。健康調査票は事業場の看護職と共同で作成する。

・フォローが必要と判断したときは、担当保健婦・士、看護婦・士の再面談の了解を本人に求め、拒否の場合はＫ機関での面談をおこなう。

（２）事業場に保健婦・士、看護婦・士がいない場合

担当者を通じて産業医との連携をもち、５０人未満の従業員数の対応をする。

面談時間：健康診断における問診でのヒヤリングの場合は５分から１０分
ＴＨＰ、健康診断における保健指導では、約２０分
メンタルヘルスが中心の場合は、３０～４０分

保健婦・士稼働数：従業員数と面談時間によって決める

Ｃ．職場のストレスと保健指導

職場のメンタルヘルスは、仕事の過重や不愉快な職場環境などのストレス要因を取り　除き、働く人達の心身の健康保持をすることです。一方働く人達も自分でつくるストレスがないかどうかも知ることが必要であり、また、ストレスをコントロールする方法を身に付けることが必要である。

働く人達は、同じストレス要因にさらされていても、個人ごとにストレス状態は異なっている。ストレス要因やストレス状態を把握することが必要である。またストレス要因に対処するための生活習慣の把握やストレスに対する対処方法が必要であり、それを支える支援体制（相談窓口を中心としたサポートシステム）が欠かせない。

保健指導では、秘密の保持、プライバシーの保護、基本的人権の尊重などに十分配慮しながら、同じストレス要因に対する反応は個人によって大きく違っていることを重視し、個人の特性を大切にすることが必要である。また。相手の性格や生活習慣、ストレス要因、ストレス状態、ストレス解消法の有無、支援体制の有無など総合的に検討しながら、相談に応じていくことが必要である。

職場のストレスに取り組む場合、簡単に把握することができる「ストレスチエック表」を活用する。ここで、ストレスチエック表に基づく自己チエックのもつ意義、活用する場合の注意点に留意し、保健指導では慎重に取り扱うことが必要である。

①心身の健康保持増進として積極的で主体的な健康づくりをするために、自分のストレス要因、状態、支援体制を知ることが必要である。またなぜ自己チエックが必要なのか理解していることが必要である。

②「ストレスチエック表」から仕事でのストレス要因（１７項目）、最近のストレス状態（２９項目）、自分の周囲の相談者の有無（９項目）、仕事、家庭生活での満足度（２項目）の自己チエック状況を把握し、相談に応ずる。

③自己チエックは、自分の状態についてストレスについて評価するので、主観的評価方法と呼ばれる。その問題点に留意した保健指導をすすめることが必要である。

＊より良く評価されたいという気持ちが潜んでいると、実際とは異なった回答をすることがある。本人の気持ちを大切に取り上げながら、事実を把握していく努力が必要であり回答について慎重に扱うことが重要である。
＊状態を実際より強く評価したり、弱く評価していることもあります。状態の程度を労働者と相談者とで確認し、今の状態を把握することが必要となる。特に仕事との関係や職場での人間関係等に焦点を合わせた検討が大切である。場合によつては職場や仕事の理解のための行動も必要となる
＊すべての質問に同じ答えをしている労働者もいるので、答え方によつては、対話による再評価が必要となる。
＊評価したあとで、行動や思い、状態が変わることがあるので、評価した時点から状態の軽減程度を確認することが必要となる。

（富山明子（神奈川県予防医学協会））

D．事例

【事例１　全員の健康診断結果への保健相談とメンタルヘルスへの対応】

事業場：研修機関
従業員数：２３人、平均年齢：51.9 歳
健康相談導入目的：平均年齢が高く、若年者と高齢者との人間関係、また少人数での人間関係の難しさがある。遠距離通勤者が多いことから疲労の蓄積も考えられる。メンタルヘルスを取り入れた保健指導を希望。
《保健相談方法》
（1）初回なので事業場が希望していることを、担当者、責任者と話し合い、保健指導が活用されていくようなスタートをする。
　保健相談終了後は、担当者とその上司に印象、感想を伝え、報告書が必要な場合は、保健相談者氏名の報告だけとする。また個人への職場配慮が必要な場合は、報告することを事前に本人に了解を求めておく。
（2）保健相談の目的は、健康相談結果の説明と指導、ストレスを含めたライフスタイルの検討とセルフケア力を高められるように支援する。
・面談時間一人２０分　保健婦・士稼動数１．５日
・面談場所はプライバシーに配慮できる場所であり、雰囲気を確認しておく
・保健相談日程、スケジュールは、担当者が計画し各個人に通知する。このとき保健相談の職場への連絡は、保健指導の場のイメージが少しでも描けるような案内文を事業場担当者と検討する。
（3）次年度計画に向けての情報交換をして終了となる。
《保健相談結果の感想》
（1）１年目の感想
・「３分診療」の時代に、２０分も時間をとるので自分のことが分かってもらえるような気がする。

・少人数職場で気を使って話せないことも多いので、２～３か月に１度くらい外部の人が相談に乗ってくれるとよい。

（2）２年目の感想

・人間関係によるストレスは前年度と同様に続いている。「少人数であるが故に、一つの関係が崩れるとすぐ全体に波及してしまう。そのために外部の保健指導は安心できる」

２年目を終了して、従業員が自分のことを話す時間としての相談に慣れてきた。２年目からは、３０分の相談時間となり、相談内容も健診結果、生活、仕事、人生観と幅広く話す人が多くなってきている。当初保健相談の導入目的であった人間関係によるストレスへの対応となってきているということで、保健相談が毎年２回となる。

【事例２　ＴＨＰとしてのメンタルヘルス】

《健康保持増進でのメンタルヘルスー健康指導のなかでのストレス対策》

事業：電機産業の研究職、システムの研究・開発

従業員数：３００人の関連企業

産業保健スタッフ：産業医週１回、看護婦・士１名、衛生管理者

《メンタルヘルス対策》

（1）メンタルヘルス不全者には、看護婦・士が中心になって外部の専門機関（精神科医、カウンセラー）との連携で対応している。産業医は職場との調整役、看護婦・士は専門機関と連携しながら、事例の相談役と関係者との連携、フォローアップをおこなっている。

（２）従業員への相談窓口が常設されているが、どちらかというとメンタルヘルス不全者への対応が中心になっている。事業場としてストレス対策が、全体の取り組みになっていない。

（３）管理監督職への教育・研修は、臨時に実施しているが計画的な実施にまで至っていない。

《健康保持増進の導入と経過》

（1）研究職の多い職場であり、健康づくりが必要であるとのことで導入された。健康保持増進におけるメンタルヘルス対策として実施された。

（2）３０歳、３５歳以上を対象に健康度測定（医学的検査、運動機能検査、ストレス、ストレス対応を含めた生活状況調査）の結果にもとづき、栄養、ストレスを含めた健康指導と運動指導をおこなう。3年間継続するなかで健康保持増進への意識が浸透する。

（3）中間管理職から、対象外の若い人の健康管理が気掛りであるとの声があがり、全員に生活状況調査に基づく健康指導を、希望者には運動指導を行った。

《健康指導方法》

（1）ＴＨＰ指針では、心理相談必要者には心理相談担当者が指導することになっていたが、事業場としてストレス対策に組織的な取り組みが不十分な場合特別視されることを避けるため、保健婦・士が保健指導、心理相談の担当者となり、ストレス、ストレス対応調査項目を重視した全員を対象とした健康指導をおこなった。

（2）研究職が対象なので、仕事の質・量、研究の見通し等を傾聴することを重視し、生活時間の使い方、家族関係、職場の人間関係に重点をおいた食事、運動、ストレスの対処方法の生活習慣の見直しを図ることを支援した。

（3）１回の面談は２０分なので、２０分で終了できないと判断するときは、看護婦・士へつなげるか、Ｋ機関にくるのか本人の選択で決めている。健康指導前と後は看護婦・士とカンファレンスをおこない継続した活動につなげている。

【事例３　健康診断と健康保持増進の組み合わせ
－健康診断事後措置としてのストレス対策】

事業：電機産業
従業員数：７０人、関連企業
産業保健スタッフ：事務担当

《メンタルヘルス対策》

（1）本部には、メンタルヘルス対策があり、産業医も常勤しているが、関連企業では独自に事業を展開するようになっている。但し健康診断の方法は統一しており、健康診断時に生活習慣状況調査（食生活、運動、ストレス状況等）の調査をおこない、健康管理区分として検査と生活習慣状況調査を基に産業医からの指示がだされる。方針としては、積極的な健康づくりをするために、定期健康診断とＴＨＰを組み合わせた方法で、保健指導は全員対象とし、希望者に対しては、運動機能測定・運動指導をおこなうことになっている。

（2）全員対象の保健指導なので、健康管理区分に応じた指導をおこなうが、要受診者要精検者には、受診の必要性、確認の支援を重点に支援し、要注意者、要観察者には、健康保持増進の側面に重点をおいた保健指導をおこなう。保健指導では、ストレスを含めた生活習慣状況調査結果を使用するので、健康診断結果の事後指導としてストレス状況や対処状況を確認する。

（3）従業員の相談窓口がないので、Ｋ機関を相談窓口として活用するよう従業員に勧める。

（4）メンタルヘルス教育は、おこなわれていない。

《健康診断と健康保持増進を組み合わせた保健指導の導入》

（1）本部の方針、気長に楽しく継続できる心身の健康づくりを関連企業が

取り組むことになる。
（2）全員の保健指導は、Ｋ機関の保健婦・士が訪問し事業場でおこない、希望者の運動機能測定・運動指導、保健指導はＫ機関でおこなう。
《健康診断実施後の保健指導方法》
（1）健康管理区分に応じた保健指導をするため、事務担当者を通じて産業医の指示の確認ができるように依頼する。
（2）１人の面談時間を２０分として、事務担当者は呼び出しスケジュールを起案し従業員に周知を図る。場所の関係上１日に保健婦・士が２人稼働し必要日数事業場に訪問する。
（3）保健指導当日は、健康診断結果、生活習慣状況調査結果を活用し、メンタルヘルス的対応を図る。そのため年代別課題、職位別課題等念頭においてストレス状況を把握し相手の話しを傾聴しつつ対処方法を共に考えていく。
（4）相談窓口が事業場に設置されてないので、継続相談、フォローが必要だと判断するときは、Ｋ機関にくるようにすすめるか、電話でのフォローの了解、面談担当者の名刺を渡すなどの工夫をして、対象者とのつながりを維持できるように努める。継続相談支援の必要な対象者全員の保健指導を次年度面談までのフォローとして継続する。

【事例４　健康診断時の面談によるストレス状態の把握】

事業：サービス業
従業員数：７００人
産業保健スタッフ：産業医週１回、臨床心理士週１回、保健婦・士１名、事務担当１名
《保健相談導入目的》
（1）保健婦・士は一人で従業員の健康管理を担当している。
（2）メンタルヘルスについては、臨床心理士とのチームでおもに精神疾患患者のケアと相談に応じている。従業員全員への対応が不可能であり、また健康診断時の訴えの詳細が保健婦・士まで伝わってこない。後日呼び出しが難しいので、健康診断時の場面を有効活用したいということで、健康診断時健康調査票を活用した保健婦・士面談が導入された。
《保健相談方法》
（1）健康診断は４日間集団健診方式で行う。そのために保健婦・士面接は、健康診断の流れでは最終工程になる。そこで流れがスムースに行えるよう保健婦・士は３～４人稼動する。
（2）保健婦・士面接当日
・事業場保健婦・士から面談のためのオリエンテーションを受ける。人間関係によるストレスに注目したい職場、残業が多い職場の従業員の疲労の

実態の確認、職場のニーズを知りたいなど

・保健婦・士面談時間５～７分、健康調査票は担当者と共同作成したものを活用し、事前配布による自記入である。健康調査票はＡ４、１枚、質問項目は１１項目である

・面接場所には、担当保健婦・士の紹介資料、健康相談室の案内パンフレットを準備してもらい、面談と担当保健婦・士活動への連携を図る

・事業場保健婦・士は、保健相談会場の調整役となっている。健診時面談で担当保健婦・士の面談が必要な場合は、バトンタッチする。また健診時面談で完結した方がよいと判断した場合は、面接時間が長くなるので健診時面談を担当保健婦・士が担当する

《健診時面談終了後》

取り決めた次の基準によって申し送りするためのカンファレンスは必ず持つ

Ａ　フォローしない

Ｂ　症状や問題があるが自分で解決できるであろう
　　面談の場で解決できた。フォローは不要

Ｃ　自己解決できるか心配、健診結果によりﾌｧﾛｰを希望する
　　担当保健婦・士に伝えることを本人に言っておく

Ｄ　…の理由で緊急あるいは必ず面談を希望する
　　担当保健婦・士より呼び出しがあるということを本人に伝えておく

（富山明子（神奈川県予防医学協会））

《健診時の問診を重視した例》

年一回は必ず全従業員が受ける健康診断に看護職の面談を組み込むことは、多くの従業員との面識が出来その後のシステムを運びやすくするとともに、そこにＴＨＰの基本を取り入れることで、心身両面の個人の健康度を継続的に観察したり、問題や課題の早期発見、更には日常生活を振り返り、本人の気づきを高め、対応能力の向上を支援していくよい機会となり得る。

そのためには健診時に看護職が個人と向き合う充分な問診時間を確保することが必要であり、問診時間を中心として健診の流れを組むことがのぞましい。しかし、現実には川の流れを少し塞き止める形で問診を組みこまざるを得ない場合もある。そのような状況でも問診票の工夫と、面談技術を向上することで最大限に問診を有効にすることが出来る。問診票は、健診を外部機関に委託する場合でも、事業場のニーズに合わせてオリジナルなものを作り、内容は、身体面のみでなく、ストレスに対応出来る項目を加えるなどが考えられる。面談技術というと巾広いが、「今本人がどんな気持ちでいるのか（何か言いたそう、楽しそう、怒っている、愛想よく付き合っている、緊

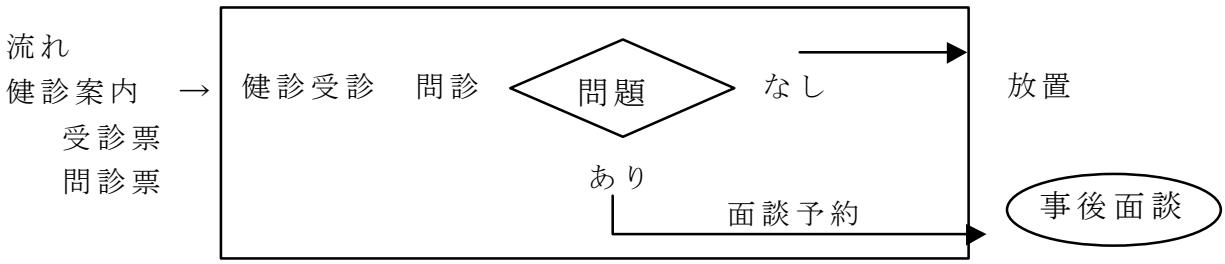
張している、焦っている 等）を感じとり、その人のペースに合わせて一言聞いてみる。また、単にここだけの関わりではなくこれからも関係をもって行く人だという意識を持ち、関心を持って対面する」ことを心がける。その事が、短時間の問診でも事後のシステムに有効につながっていくと思われる。

【事例５ 短時間の問診で対応した事例】

Ａさん 男性 ３３歳 開発 残業２０時間 学卒

《健康診断問診時》

健診会場はいつものように保健婦・士の問診の前だけ用意した椅子もなくなり長蛇の列になっていた。順番が来て保健婦・士の前に座られたＡさんはあまり記憶に残っていない人だった。「すみませんね、随分待たれましたでしょう」と持参された健診会場で配られる個人票と事前に記入して来てもらったストレス調査票を受け取りながら声をかけた。答えはなく、本人は悪いことでもしたような感じで小さくなっておられるような印象を受けた。顔色も悪いし、もう少し立ち入ってみたいと思い、個人票をぱらぱらめくりながら「本社からこられたんですねぇ」「あまり健診では今までは問題なかったようですねぇ」と語りかけながら、本人が何か話してくれるのを待っていた。問診票の情報も特に問題なさそうだし、お酒も適量、たばこもすわない、残業時間も多くはない。しかし、何か気になる。本人もさっさとこの場を切り上げたいという風でもないので、また「この事業場は如何ですか」と問い掛けてみた。本人から「出先の職場に一人なのでめいってしまう。本来上司と二人職場だが殆ど出張でいない、自分は精神的に強いと思っていたが...」という話が始まった。「そうなんですか、ご苦労があるんですね。ところで、ごめんなさいね、もっとお話しを聞きたいのですが、ここではきちんと聞けないので後日健康相談室にこられませんか」と、本人の意志を確認し、その場で面談日（出来るだけ早い日に設定）を事前に記入した約束票を渡して後日につないだ。



《事後面談》

健診会場で面談の約束をした方には、およそ１時間の時間を取っている。約束の時間にきちんとこられたＡさんは、健診会場であった時よりもゆとりを感じた。面談室はドアを閉めて、周りを気にせず話せる環境にした。本人

からの話しは「不安が続き、自殺までは考えないがどうしようもない気持ちになる。一月前から症状強くなる。最近仕事の責任が重くなった。職場は一人でいることが殆どで、一日全く誰とも話さない日が多い。症状はコミュニケーションがないこと、仕事の負担が増えたことから強くなってきた」と振り替える。更に聴いていくと上司との関係も良くない。疲れの色が表面に出ていたので何らかの対策の必要性を感じ、今後のことを話し合った。その中で現状把握のために職場訪問を提案し、またストレス対処法の指導を行った。

職場訪問により、本人の置かれている環境に問題があることがわかり（一人職場、孤立)、上司に感想を伝え、グループの見直しが行われた。

その後、本人は仕事の相談者も身近に出来、元気をとりもどされた。

《まとめ》

これは「おや？」思う感じをおろそかにしないで関わり、職場巡視等による情報収集の段階で、問題となっている条件が改善され解決につながった事例である。傾聴はもちろん面談をする看護職の敏感な感受性を磨く事と、本人をとりまく環境を看護職自身の目で見る事の重要性を感じた。

【事例６　問診票を活用した事例】

Ｂさん　女性、１９歳、高卒、ストレス得点　４４点

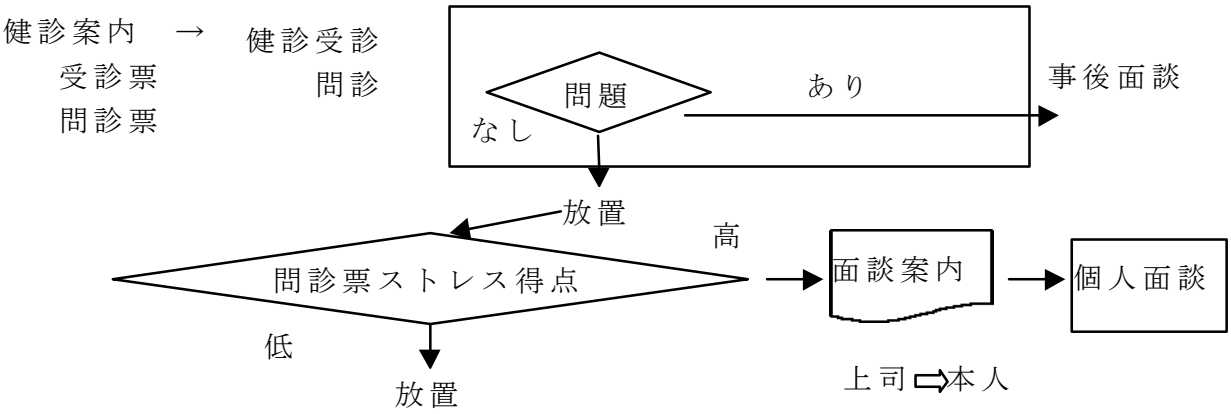
《健康診断問診から個人面談まで》

Ｂさんは、一年前に入社。入社時の教育や、入社後６ヶ月後の面談で会っているために、顔見知りであった。性格も明るく人なつこい感じのする人だった。健診には何人かの職場の人と一緒に来て、待ち時間も楽しく会話をはずませていた。順番が回って来た時は、「やあ、この頃どう？」という会話から始まった。「最近忙しくて肩がこるんですよ」と、相変わらずにこにこ話されるのに、うっかり表面にとらわれて、パンフレットを渡し、「じゃあ、またね」と終わってしまった。

健診後に健診時に持参された問診票を機会集計しストレスの評価を行い、高得点者には個人面談を実施するが、Ｂさんの得点は面談対象範囲に入っており、上司経由の面談案内を送り個人面談を実施した。

《個人面談》

高得点者の面談は、上司を通じて案内し、３０分の時間をとっている。二人っきりでの面談では、遠慮深げではあるが、明確に自分の困った現状を語った。内容は「仕事がどんどん増え帰りも遅くなり疲れが溜まって、いろいろ心配な症状があり誰かに相談したかったが、他の人は自分よりもっと忙しいので、自分も頑張らなくてはいけないと思い誰にも言えなかった。頑張ってはいるがだんだん仕事の先が見えなくなり気持ちが重く、益々はかどらなくなってきた。最近、足が重くなり歩きずらくなったり、視力が朝も回復しなかつたり、食事も何を食べているのか分からなくなり、疲れているのに眠れない日も多くなった。」ということだった。「こんなこと言っていいのかな、わがままかな。」と言われるＢさんに「とても、私にはわがままとは思えな



いよ、体が今の状態を何とかしてよと言っているように思えるよ」と伝え、産業医の面談を進めた。

産業医より、仕事のペースダウンをすすめられ、職場に対しては本人がよい仕事のペース配分を保てるように「就業制限」を出した。本人は少し休養をとるとともに、先輩と仕事の再見直しをして優先順位を決めて取り掛かることが出来、症状は消えていった。

《まとめ》

これは、問診票の点数化で問題のある人が表面化され、産業医の措置で対策につながった事例である。健診の問診において色々な手段をとりいれ、タイムリーな産業医との連携の必要性を改めて感じるものであった。

（塩谷光子（日立通信健康管理センタ）

Ⅳ－６．メンターの選抜要件に関する研究

Ａ．問題

メンター制度を導入する上で大きな問題となることのひとつに、「どのような人をメンターとして選抜すればよいか」というメンターの選抜要件に関する議論がある。本研究では、個人のパーソナリティ、動機、態度といった心理学的特性とメンタリング経験に焦点を当て、良きメンターとしての要件についてアプローチする。

1980年以降、メンタリング研究では、「メンターとはどのような役割を果すのか」、「メンタリングとはどのような行動なのか」といったメンタリングの機能と、「メンタリングはメンターやプロテジェに対してどのような利益をもたらすのか」といったメンタリングの効果に主な関心が寄せられてきた（Aryee,Chay,& Chew,1996)。その結果、メンタリングの機能については、プロテジェのキャリア発達を促すための支援である「キャリア的機能」と、企業人／社会人として心身共に成熟した人間への成長を促すための支援である「心理・社会的機能」の２機能が明らかにされてきた（e.g.,Burke,1984;Kram,1985;Noe,1988)。

一方、メンタリングの効果に関しては、メンターやプロテジェのキャリア発達・満足・サクセスの向上をはじめ、学習の促進、職務業績・満足・意欲や組織コミットメントの向上、組織社会化の成功などの効果が確認されてきた（e.g.,Phillips-Jones,1982;Hunt & Michael,1984;Burke,1984;Kram,1985;Fagenson,1989;Dreher & Ash,1990)。

近年、このようなメンタリングの持つ様々な効果を、経営組織において人為的に活用しようとする機運が高まってきている。米国企業(e.g., Motorola, AT&T, IBM)を中心に、本来人間関係の中で自発的に生じるメンタリング（非公式メンタリング）を、組織からの介入により人為的に生じさせ（公式メンタリング)、メンタリングの効果を活用するプログラム（メンタリング・プログラム）が開発されてきている。メンタリング・プログラムそのものの具体的利用目的は多様である。しかしその手続きに関しては、組織がメンタリングを行うメンターを確保、訓練し、メンタリングを必要とする人々（プロテジェ）に提供し、その実施をモニタリングするという一連のプロセスという面で共通している。

公式メンタリングの活用を前に、組織はメンターとしての役割の受容を希望する人々の中から良きメンターとなるべき人材を、より多くかつ適切に選抜する必要に迫られてきている。この、「いかに良きメンターとなりうる人を選ぶのか」という問題は、とりもなおさず、良きメンターとしての「適性」を判断する際の基準／要因を確立する問題に帰結できる。

メンターとしての適性に関しては、これまで、個人の①職務及び組織・産

業に関する技術的・専門的能力・知識・スキルの熟練度、②地位・権力や尊敬・信頼といった公式／非公式な評価、③人間性（例：寛大さ、柔軟性、人好き、世話好き等)、を重視すべきであるとされてきた。しかし、現実の選抜においては、①と②に示される、個人の地位や権力に関連するキャリアサクセスの程度や技術的・専門的能力／知識の程度が重視され、③の個人のパーソナリティ、動機、態度といった心理学的特性についてはあまり重視されない傾向がある(Myers & Humphreys,1985)。

メンタリングの概念や先行研究(e.g.,Halatin & Knotts,1982 ; Myers & Humphreys,1985 ; McKeen & Burke,1989)の結果から見ても、メンターにとって、様々な領域に関する豊かな知識や技術的・専門的能力は必要条件であり、企業や社会でのより高い地位や影響力の保有も必要条件であると考えられる。しかし一方で、「良きメンターとして要件はこのような知識・スキルや地位・影響力のみで十分なのか」という疑問があることも事実である。組織市民行動やメンタリングなどに代表される向社会的行動は、人々の安定的な性格特性に影響を受けると指摘されている(George & Brief,1992;Aryee,Chay,& Chew,1996)。さらに、個人の性別、年齢、人種、地位といったデモグラフィック要因を中心に展開されてきたメンタリングに対するメンターの影響要因についての研究においても、僅かながらではあるが、メンターの内的要因やメンタリングの経験の及ぼす影響が検証されている。ローカス・オブ・コントロール(Allen,et al.,1997)、愛他主義やポジティブな情動(Aryee,Chay,& Chew,1996)、達成動機(久村,1996)、メンター／プロテジェとしてのメンタリング経験(Ragins & Cotton, 1993;Fagenson & Amendola,1993;Allen,et al.,1997;久村,1996)は、メンタリングの実施やその意欲に対してポジティブな影響を及ぼすことが確認されてきている。

このような研究結果を踏まえると、メンターとしての適性について、個人の知識・スキルや地位・権力という物理的・客観的要因のみに依存して議論することは不十分であり、むしろ個人のパーソナリティや動機といった心理学的特性や、人々のメンタリングへの認識に影響を及ぼすメンタリング経験といった要因を重視し議論を進めることが必要ではないかと考えられる。

B．目的

本研究では、メンターとしての適性を判断する際には、個人の心理学的特性とメンタリング経験についても考慮すべきであろうという問題意識の上に立って、人々が行っているメンタリング行動と個人の心理学的特性およびプロテジェとしてのメンタリング経験との関係性を検証することを目的とした。具体的には、自己の中核的評価(Judge, et al.,1998)を構成する傾性(disposition)のうち三つの傾性―ローカス・オブ・コントロール、自尊心、自己効力感―と、メンタリング行動への影響が確認されてはいるがより一層

の検証を必要とする達成動機を個人の心理学的特性変数として採用し、プロテジェとしてのメンタリング経験変数と共に、現在行っているメンタリング行動との関係性について検証を行なうこととした。

C．方法

１．手続きおよび回答者

大阪または名古屋に本社を置く 9 社に勤務する人々を対象に質問紙調査（記名式）を実施した。調査時期は 1998 年 8 月下旬から 9 月下旬であり、質問紙は各企業の人事関連部署を通じて配布、956 部を回収した。本研究では、経営組織におけるメンタリング行動の中には、少なくとも権限や地位(主任・係長以上)を得なければ行うことができない行動が含まれているという指摘を考慮し（久村,1997)、管理職、すなわち係長職以上の 498 名のデータを選択し採用することにした。この回答者 498 名のうち、年齢・性別の記載がない 3 名と、8 名以外がすべて男性であったことから 8 名の女性データを削除した。その結果、最終的な分析の対象である 487 名の構成は、平均年齢が 45.46 歳(SD＝7.37)、係長職が 104 名(21.4%)・課長職が 285 名(58.5%)・部長職以上が 98 名(20.1%)であった。

２．分析に用いた変数

分析では、デモグラフィック変数（年齢、性別、役職）の他に、以下の変数を用いた。

１）メンタリングに関する変数

Kram(1985)によるメンタリングの 2 機能を前提に、Noe(1998)、Dreher & Ash(1990)、Ragins & McFarlin(1990)の項目に日本企業の状況を加味した久村(1996)の尺度を参考に、メンタリング行動（＝現在行っているメンタリング行動）全 9 項目(α=.81)―キャリア的機能 5 項目(α=.73)、心理・社会的機能 4 項目(α=.67)―と、プロテジェ経験（現在受けているメンタリング行動）全 9 項目(α=.92)―キャリア的機能 5 項目(α=.86)、心理・社会的機能 4 項目(α=.85)―を作成した。

２）心理学的特性に関する変数

① 達成動機：堀野(1987)によって開発された項目を参考に、自己充実的達成動機 4 項目(α=.60)と競争的達成動機 5 項目(α=.83)を作成した。

② 自尊心：Rosenberg(1965)の尺度を参考に作成した（6 項目、α=.67)。

③ 自己効力感：Judge, et al.(1998)の“Generalized Self-Efficacy 尺度”を参考に作成

した 6 項目、α=.81)。

④ ローカス・オブ・コントロール： Levenson(1981)の“Internality, Powerful Others, and Chance”尺度を参考に作成した（7 項目、α=.65)。

D．結果

１．メンタリング行動と各変数間の関係に関する分析結果

現在行っているメンタリング行動と個人の心理学的特性およびプロテジェとしてのメンタリング経験との関係についての概要を見るために、単相関係数を算出した（表１）。

その結果、全体的には、メンタリング行動と個人の心理学的特性及びプロテジェ経験との間に、１％水準で統計的に有意な弱いまたは中程度の相関関係(r=.19～.37,p<.01)が確認された。特に、プロテジェ経験(r=.37,p<.01)、自己効力感(r=.32,p<.01)、自己充実的達成動機(r=.31,p<.01)との間に統計的に有意な相関関係が確認された。さらにメンタリング行動を機能別に見た場合、特に、メンタリング行動のキャリア的機能はプロテジェ経験(r=.33,p<.01)との間に、心理・社会的機能は自己充実的達成動機(r=.34,p<.01)、プロテジェ経験(r=.32,p<.01)、自己効力感(r=.30,p<.01)との間に、統計的に有意な相関関係が確認された。

２．メンタリング行動に対する個人の心理学的特性／プロテジェ経験の影響

現在行っているメンタリング行動に対する個人の心理学的特性およびプロテジェ経験の影響力を検証するため、階層的重回帰分析を実施した(表２)。具体的には、メンタリング行動を従属変数とし、Model１にデモグラフィック要因（年齢、職位)、Model２に個人のプロテジェとしてのメンタリング経験、Model３に個人の心理学的特性（自己効力感、自尊心、ローカス・オブ・コントロール、競争的／自己充実的達成動機）を投入した。また、メンタリング行動を各機能別に従属変数とした分析も実施した(表２)。

メンタリング行動全体に対する重回帰分析の結果、個人のプロテジェ経験(β=.308,p<.001)、自己充実的達成動機(β=.203,p<.001)、自己効力感(β=.150,p<.01)、年齢（β=.117,p<.05)の順で統計的に有意な標準回帰係数が確認された。また、各 Model 2(Adj.R^2=.146)、Model 3(Adj.R^2=.253)において統計的に有意な自由度調整済み決定係数が確認されると共に、モデル間において統計的に有意な自由度調整済み決定係数の増加分(Model1-2 △Adj.R^2=.136、Model2-3 △Adj.R^2=.087)も確認された。すなわち、現在行っているメンタリング行動に対して、弱いながらも年齢の影響力は確認されたが、それ以上に個人のプロテジェとしてのメンタリング経験および自己充実的達成動機、自己効力感が影響を及ぼしていることが確認された。

機能別メンタリング行動に対する重回帰分析の結果、キャリア的機能については、個人のプロテジェ経験(β=.303,p<.001)、自己充実的達成動機(β=.128,p<.01)、自己効力感(β=.149,p<.05)、年齢（β=.132,p<.05)、職位(β=.108,p<.05)の順で統計的に有意な標準回帰係数が確認された。また、各 Model 2(Adj.R^2=.143)、Model 3(Adj.R^2=.201)において統計的に有意な自由度調整済み決定係数が確認されると共に、モデル間において統計的に

表１　メンタリング行動と個人の心理学的特性およびプロテジェ経験変数間の相関分析結果

	平均	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. メンタリング行動（全体）	26.23	4.14	1.00												
2. メンタリング行動（キャリア）	14.52	2.59	.92**	1.00											
3. メンタリング行動（心理・社会）	11.70	2.04	.86**	.59**	1.00										
4. プロテジェ経験（全体）	24.75	6.28	.37**	.33**	.32**	1.00									
5. プロテジェ経験（キャリア）	13.78	3.58	.35**	.33**	.28**	.97**	1.00								
6. プロテジェ経験（心理・社会）	10.96	2.97	.35**	.31**	.32**	.95**	.83**	1.00							
7. 競争的達成動機	18.63	3.33	.19**	.15**	.20**	.17**	.17**	.16**	1.00						
8. 自己充実的達成動機	16.37	1.92	.31**	.23**	.34**	.16**	.14**	.15**	.41**	1.00					
9. 自己効力感	17.80	2.61	.32**	.27**	.30**	.15**	.14**	.15**	.24**	.31**	1.00				
10. 自尊心	16.22	2.44	.20**	.17**	.19**	.08	.07	.08	.20**	.18**	.64**	1.00			
11. ローカス・オブ・コントロール	20.52	2.55	.25**	.19**	.26**	.18**	.18**	.15**	.10*	.29**	.50**	.33**	1.00		
12. 年齢	45.46	7.37	.05	.10*	-.03	-.11*	-.14**	-.05	-.19**	-.15**	-.11*	-.06	-.22**	1.00	
13. 職位1)	.79	.41	.11*	.15**	.03	-.05	-.06	-.04	-.07	-.04	-.01	.02	-.06	.55**	1.00

*　p<.05　**　p<.01　　1）係長職＝０、課長職以上＝１

表２　メンタリング行動に対する個人の心理学的特性およびプロテジェ経験の影響（階層的重回帰分析結果）

	1. 従属変数：メンタリング行動（全体）			2. 従属変数：メンタリング行動（キャリア）			3. 従属変数：メンタリング行動（心理・社会）		
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 1	Model 2	Model 3	Model 1	Model 2	Model 3
年齢	-.022	.029	.117*	.019	.067	.132*	-.069	-.028	.066
職位1)	.130*	.121*	.078	.148**	.140**	.108*	.072	.066	.021
プロテジェ経験		.374***	.308***		.354***	.303***		.309***	.239***
自己効力感			.150**			.149*			.119*
自尊心			.030			.012			.041
ローカス・オブ・コントロール			.073			.041			.094
競争的達成動機			.029			.037			.009
自己充実的達成動機			.203***			.128**			.250***
Adj. R2	.010*	.146***	.253***	.021**	.143***	.201***	.000	.093***	.217***
△Adj. R2		.136***	.087***		.122***	.058***		.093***	.124***

p<.05　**　p<.01　***p<.001　　1）係長職＝０、課長職以上＝１

有意な自由度調整済み決定係数の増加分(Model1-2 △Adj.R^2=.122、Model2-3 △Adj.R^2=.058)も確認された。すなわち、現在行っているメンタリング行動のキャリア的機能に対して、弱いながらも年齢および職位の影響力が確認されたが、それ以上の影響力が個人のプロテジェとしてのメンタリング経験および自己充実的達成動機、自己効力感において確認された。一方、心理・社会的機能については、個人の自己充実的達成動機(β=.250,p<.001)、プロテジェ経験(β=.239,p<.001)、自己効力感(β=.119,p<.05)の順で統計的に有意な標準回帰係数が確認された。また、各 Model 2(Adj.R^2=.093)、Model 3(Adj.R^2=.217)において統計的に有意な自由度調整済み決定係数が確認されると共に、モデル間において統計的に有意な自由度調整済み決定係数の増加分(Model1-2 △Adj.R^2=.093、Model2-3 △Adj.R^2=.124)も確認された。すなわち、現在行っているメンタリング行動の心理・社会的機能に対しては、年齢や職位といったデモグラフィック変数からの影響力は確認されず、むしろ個人の自己充実的達成動機、プロテジェとしてのメンタリング経験および自己効力感が影響を及ぼしていることが確認された。

E．考察

本研究では、メンターとしての適性、即ち良きメンターとなりうる人を判断する要因ついて議論するために、従来の技術的・専門的能力／知識や地位・権力といった要因ではなく、人々のパーソナリティや動機といった心理学的特性やメンタリング経験といった要因に焦点を当て、管理職におけるメンタリング行動に対する個人の心理学的特性およびプロテジェとしてのメンタリング経験の影響について検証を行なった。

その結果、メンターの選抜を行なう際には、個人の心理学的特性やメンタリング享受経験といった要因を考慮すべきであるという結論が得られた。特に、現在行っているメンタリングに対する影響力が確認された「自己充実的達成動機」と「自己効力感」、および「プロテジェとしてのメンタリング経験」を考慮することが必要であると指摘できる。具体的には、①過去に十分なメンタリングを受けてきている経験があること、②自己充実的達成動機が高いこと、③自己効力感が高いこと、が良きメンターとして求められる要因として指摘できよう。

一方、本研究においても、メンタリング行動、特にキャリア的機能に関しては、年齢や職位からの影響が確認されており、メンターとしての適性を判断する際に個人の年齢や職位といった要因も考慮することが必要であるといえよう。しかし、本研究において、年齢と職位を統制した上でもメンタリング行動に対してプロテジェ経験と心理学的特性―自己充実的達成動機・自己効力感―が影響を及ぼしていること、さらに心理・社会的機能に対しては年齢と職位が影響を及ぼしていないことが確認されていることより、公式・非公式を問わず、メンターをキャリア・サクセスの程度や技術的・専門的知

識／能力の程度によって選ぶ傾向が強いという現状は、メンタリングのより有効かつ効果的な活用の限界に繋がると考えられる。主にキャリア的機能を期待してメンターを選抜する際には、個人の心理学的特性やプロテジェ経験といった要因の他に、年齢や職位といった個人のキャリア・サクセスや権限の程度を考慮することが必要である。しかし、心理・社会的機能を期待してメンターを選抜するのであれば、個人のキャリア・サクセスや権限の程度のみでは十分とは言えない。つまり、プロテジェに対してキャリア的側面（キャリア的機能）と心理・社会的側面（心理・社会的機能）の両側面への支援を実施することがメンタリングの本質と考え、それをメンターに求めるのであれば、個人の技術的・専門的能力／知識やキャリア・サクセスの程度のみならず、個人のパーソナリティや動機といった心理学的特性や過去、現在に問わずどのようにメンタリングと関わってきたかという個人のメンタリングに関する経歴についても考慮すべきであろう。

本研究の結果を見るかぎり、メンターの選抜要因として、メンター候補者の心理学的特性やメンタリング経験により多くの関心を払うことの重要性が指摘できる。しかし、メンタリング行動とメンターの心理学的特性やメンタリング経験との関係についての実証研究の蓄積は極めて少なく、本研究結果を踏まえたとしても、メンターの選抜要因を明確に提示することは不可能である。今後は、本研究で取り上げた以外の心理学的特性や、また個人のメンタリング享受経験以外の、より直接的な個人のメンタリングへの認識（例えば重要性や必要性など）といった変数についての吟味が必要である。さらには、本研究で採用した「どの程度メンタリング行動を行っているか」といった量的基準からメンタリング行動を捉えるだけでなく、「行なわれたメンタリングはプロテジェに対して意義あるものなのか」といった質的基準からメンタリングを把握し、メンタリングに関わる諸要因を検証する必要もあろう。

F．メンタリングの位置づけについて

本研究班では、今年度を含めて５年間にわたり、メンタリングに関して、そのストレス対策の手法としての検討を行ってきた。

平成９年度、１０年度の研究から示唆されているように、メンタリングは、「提供する側」にも「受ける側」にもストレス低減作用（メンタルヘルス向上作用）を有することが示唆されている。したがって、ストレス対策における一つのオプションとしては有用であると考えられる。しかしながら、メンタリングは、労働衛生・産業保健の枠組みと人事・労務管理の枠組みにまたがる手法であり、現時点では、労働衛生・産業保健の中心的な手法として位置づけるのではなく、むしろ人事・労務管理における人材育成教育の中に位置づけることが妥当であると考えられる。その中で、メンタリングはストレス対策（メンタルヘルス対策）としての意味も有することを強調することが

望ましい。

研　究　者：渡辺直登（慶應義塾大学大学院経営管理研究科）
研究協力者：久村恵子（南山大学大学院経営学研究科）

G．文献

１）Allen,T.D.,Poteet,N.L.,Russell,J.E.A.,& Dobbins,G.H. 1997 A field study of factors related to supervisors' willingness to mentor others. Journal of Vocational Behavior, 50, 1-22.
２）Aryee,S.,Chay,Y.W.,&Chew,J. 1996 The motivation to mentor among managerial employees. Group & Organization Management, 21 (3), 261-277.
３）Burke, R.J. 1984 Mentors in Organizations. Group & Organization Studies, 9 (3), 353-372.
４）Dreher, G.F. & Ash, R.A. 1990 A comparative study of among men and women in managerial, professional and technical positions. Journal of Applied Psychology, 75, 539-546.
５）Fagenson, E.A. 1989 The mentor advantage : Perceived career / job experiences of proteges vs. non-proteges. Journal of Organizational Behavior, 10, 309-320.
６）Fagenson, E.A. & Amendola, K.L. 1993 TQM - Total Quality Mentoring ″; Factors influencing mentoring functions provided and received. Academy of Management Best Paper Proceedings, 58-62.
７）George,J.M. & Brief,A.P. 1992 Feeling good-doing good : A conceptual analysis of the mood at work-organizational spontaneity relationship. Psychological Bulletin, 112, 310-329.
８）Halatin,T.J. & Knotts,R.E. 1982 Becoming a mentor : Are the risk worth the rewards? Supervisory Management, February, 27-29.
９）堀野緑 1987 達成動機の構成概念の再検討. 教育心理学研究, 35, 148-154.
10）Hunt, D.M. & Michael, C. 1983 Mentorship : A career development training tool. Academy of Management Reviw, 8, 475-485.
11）Judge,T.A.,Kluger,A.N.,Locke,E.A. & Durham,C.C. 1998 Dispotional effects on job and life satisfaction : The role of core evaluations. Journal of Applied Psychology, 83 (1), 17-34.
12）Kram, K.E. 1985 Mentoring at work : Developmental relationships in organizational life. Glenview, IL : Scott, Foresman.
13）久村恵子. 1996 経営組織におけるメンタリング行動の研究. 南山大学大学院経営学研究科修士論文.
14）久村恵子. 1997 メンタリング行動と組織内キャリアに関する研究―質問紙による横断的研究結果をもとに―.産業・組織心理学会第 13 回大会発表論文集,

66-68.
15) Levenson,H. 1981 Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H.M.Lefcourt (Ed.), Research with the locus of control construct, 15-63, NY : Academic Press.
16) McKeen, C.A. & Burke, R.J. 1989 Mentor relationships in organizations : issues, strategies and prospects for women. Journal of Management Development, 8, 33-42.
17) Myers,D.W. & Humphreys,N.J. 1985 The caveats in mentorship. Business Horizons, July-August, 9-14.
18) Noe, R.A. 1988 An investigation of the determinants of successful assigned mentoring relationships. Personnel Psychology, 41, 457-479.
19) Phillips-Jones, L. 1982 Mentors and Proteges. New York : Arbor House.
20) Ragins, B.R & Cotton, J.L. 1993 Gender and Willingness to mentor in organizations. Journal of Management, 19 (1), 97-111.
21) Rosenberg,M. 1965 Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ : Princeton University Press.

「産業メンタルヘルスシステム」
研究グループ報告

Ｖ－１.産業メンタルヘルスシステムグループ研究成果の概要

研究の目的

平成９年度から研究グループが置かれ、実際の社会のなかで産業メンタルヘルスの取り組みを進めていくシステムについて研究を行った。

過去2年間（平成9-10年）の研究の概要

１．平成９年度研究の概要

3グループに分かれ、①産業メンタルヘルスシステムの現状に関する全国調査、②事業場のメンタルヘルスシステムの聞き取り調査、③アンケートまたは聞き取りによる利用者の立場から見たメンタルヘルスシステムのあり方についての調査を行った。研究結果の概要は次のとおりである。

（１）産業メンタルヘルスシステムの現状に関する全国調査

ａ.産業メンタルヘルスの取り組みは大規模事業場ほど実施率が高かった。

ｂ.システム導入に積極的な事業場は約４分の１で大規模事業場に多かった。

（２）事業場のメンタルヘルスシステムの聞き取り調査

事業場におけるメンタルヘルスシステムの創設や維持に関する聞き取り調査を11事業場に行い、事業場でシステムづくりを進める方策について次のとおり整理した。

ａ．メンタルヘルスに関する組織診断の強化、技術開発

ｂ．職制上、重要な存在である管理者教育の充実

ｃ.事業場におけるメンタルヘルスシステム開発を援助する専門機関や人材の育成

ｄ.システムづくりを指導できる産業医の確保等による産業保健システムの活性化

ｅ．産業保健専門職等の職場をこえた交流の推進

ｆ．実践事例集づくりと情報提供

ｇ．事業場を越えて共に利用できる地域システムづくり

（３）利用者の立場から見たメンタルヘルスシステムのあり方

サポート資源と健康度、職場適応感について健康調査の解析を行ったところ、次のことが明らかになった。

ａ．相談相手をもたない人は、身体健康度、精神健康度、職場適応に問題が多い（サポート資源を持たない人たちへの支援が課題である）。

ｂ．身近な上司との関係性が職場適応感に大きく影響する。このため上司のマネジメント教育が重要である。

２．平成 10 年度研究の概要

９年度の研究成果を踏まえて 3 グループで研究を進めた。各グループの研究は、①事業場における産業メンタルヘルスシステムのあり様を、規模別・業種別に全国調査すること、②事業場、行政、産業保健推進センター、地域産業保健センター、健診機関、精神保健福祉センター等に聞き取り調査を実施し、産業メンタルヘルスシステムを地域のなかのシステムとして描き出すこと、③メンタルヘルスサポートシステムの利便性について、利用者側の調査を行うことであった。研究結果の概要は次のとおりであった。

（１）産業メンタルヘルスシステムのあり様の規模別・業種別の全国調査

ａ．メンタルヘルス対策の実施率は企業の規模と大きく関わりがあるが、業種別には一定の傾向は認められなかった。

ｂ．システム導入上の困難を 37.5％の事業場が表明していることから、ノウハウを提供することによってシステム導入が進むと考えられた。

（２）産業メンタルヘルスシステムに関する聞き取り調査

メンタルヘルスシステムに関連する、さまざまな機関の役割について現状と将来の可能性を検討し、各機関の役割について述べたうえで、次のまとめを行った。

ａ．産業メンタルヘルスをシステムとして根付かせていくためには、産業保健と地域保健が互いの特徴を発揮しながら協力する取り組みを進めていく必要がある。

ｂ．メンタルヘルスは「不適応者対策」「疾病対策」と誤解されることが多い。このためＣＳ（顧客満足）をキーワードにするなど、メンタルヘルスが健全な企業活動を支える重要な要素であるという理解を、経営者に広める必要がある。

ｃ．衛生管理者を、産業保健スタッフの重要な一員と認識する必要がある。

ｄ．研修や情報アクセスの向上等によって、個々の事業場が主体的にシステムづくりに取り組む機会を増やす必要がある。

（３）メンタルヘルスサポートシステムの利便性に関する調査

勤労者にメンタルヘルスサポートシステムの利用に関する意識や希望を調査したところ、社外の専門家に相談したいという希望を半数以上が持っていた。

平成 11 年度研究の概要

１．研究の目的

2 年間の研究に加えて、産業保健推進センターにおける調査研究や追加的な聞き取り調査、研究会における検討をもとに、事業場の規模別に見たメンタルヘルスシステムのあり方について検討した。

２．研究結果

研究は、①全国の産業保健推進センターの発行した研究報告書の要約を作

成し、産業メンタルヘルスのシステムづくりに重要な情報を抽出すること、②これまでの聞き取り調査で情報が不十分なところについて補充的な聞き取り調査を行うこと、③これまでの研究で重要な意見を得ることのできた研究協力者を加えて研究会を開催し、事業場の規模別に見たメンタルヘルスシステムのあり方について検討することであった。この結果、メンタルヘルスの取り組みを進めるには、①事業場規模に応じた社内システム、②地域資源の活用を進めるシステムとは、個人情報の守秘は当然のこととして、勤労者が事業場外の相談機関や医療機関を利用するときの利便性を高めること、事業場がシステムづくりを行うときに協力を得やすい環境づくりを目的とするもので、事業場の規模別に分けてシステムづくりの概要をチャートに整理した（図 1-3）。

（１）事業場規模に応じたシステムづくり

ａ．社内にメンタルヘルスシステムを持つ大規模事業場ではシステムづくりの情報交換の場が重要である。

ｂ．中小・零細事業場では社内にシステムを持つことが困難であり、地域保健機関が産業保健機関に協力できるシステムづくりが必要である。

ｃ．事業場の規模に関わりなく、社内システムにおける衛生管理者の役割は重要であり、メンタルヘルスにおける役割の明確化を図る必要がある。

（２）地域資源の活用を進めるシステムづくり

ａ．　産業保健推進センターに精神保健福祉センターが技術協力を行い、両者の共同によって、産業保健と地域保健の結びつくことでメンタルヘルスに取り組む技術基盤の整備を図る必要がある。

ｂ．産業保健推進センターには、①システムづくりを支える人材や支援機関についての情報提供、情報のデータベース化、②事業場等へのシステムづくりへの継続支援と情報提供、③研修会や研究会の開催による産業メンタルヘルスに関する地域ネットワークづくりの支援が求められている。

ｃ．労災病院は産業医等への研修等を行うとともに、メンタルヘルスセンターを充実させ、心の健康相談を希望する勤労者のニードに応えていく必要がある。

ｄ．中小・零細事業場のメンタルヘルス推進には、地域産業保健センター・保健所・市町村などの地域保健機関が協力し、勤労者の健康づくりとして地域保健のなかに根付かせていく必要がある。

３年間の研究成果

産業メンタルヘルスの取り組みをすすめるには、産業保健に地域保健が共同できる連携組織づくりが必要であり、産業保健推進センターと精神保健福祉センターの協力体制のもとに、その整備をすすめることが実践的であることを提案した。今後の課題として、産業保健の共同によるパイロット事業が

進むよう、研究や情報提供でバックアップする体制の整備が望まれる。また研究結果のフィードバックとして、産業保健推進センターにおける研究概要集と各都道府県の産業メンタルヘルスの資源をＣＤ－ＲＯＭにおさめたものを作成した。

産業メンタルヘルスシステム研究グループ連絡員
吉川武彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）

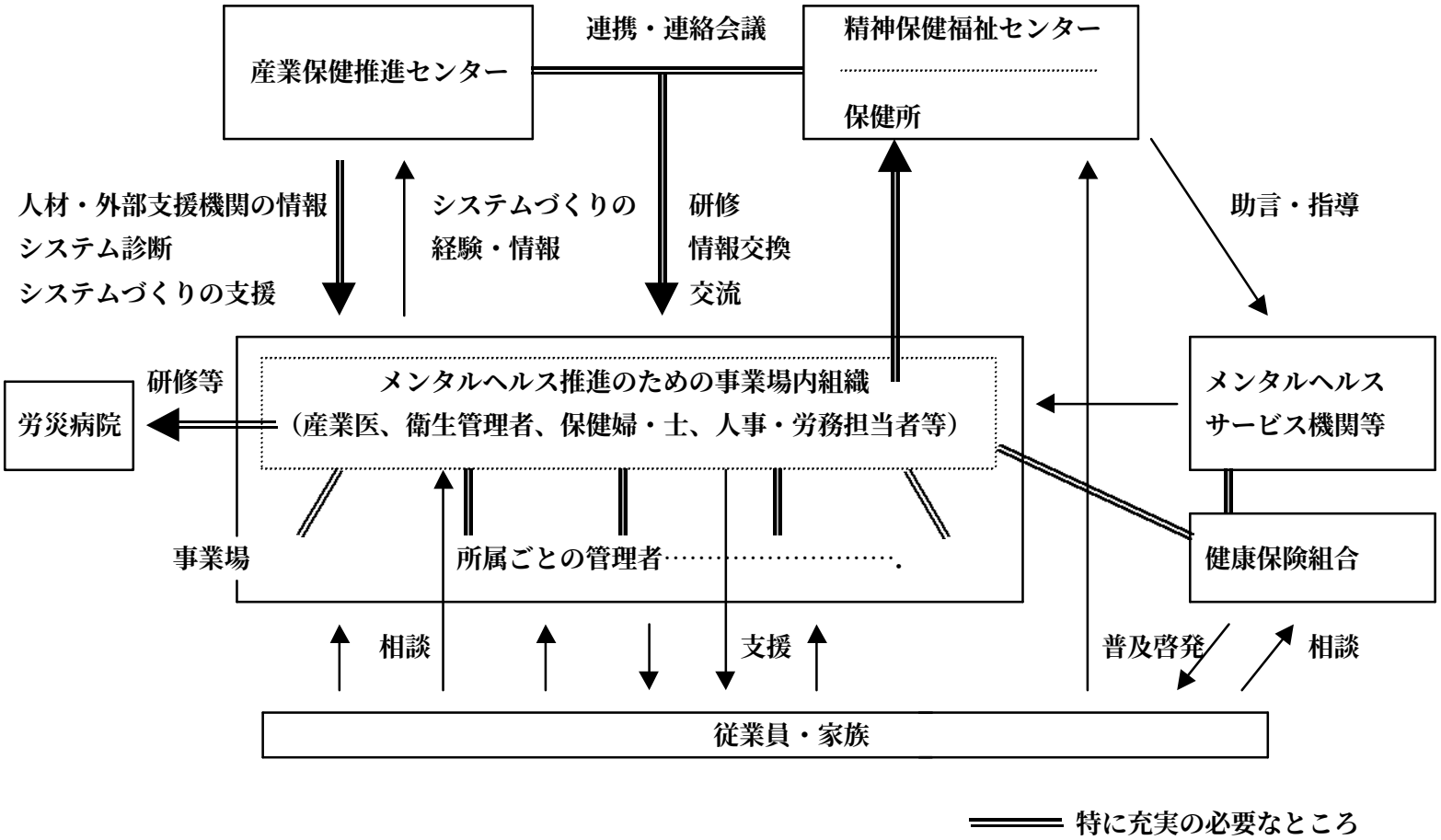


図１　大規模事業場におけるメンタルヘルスシステム

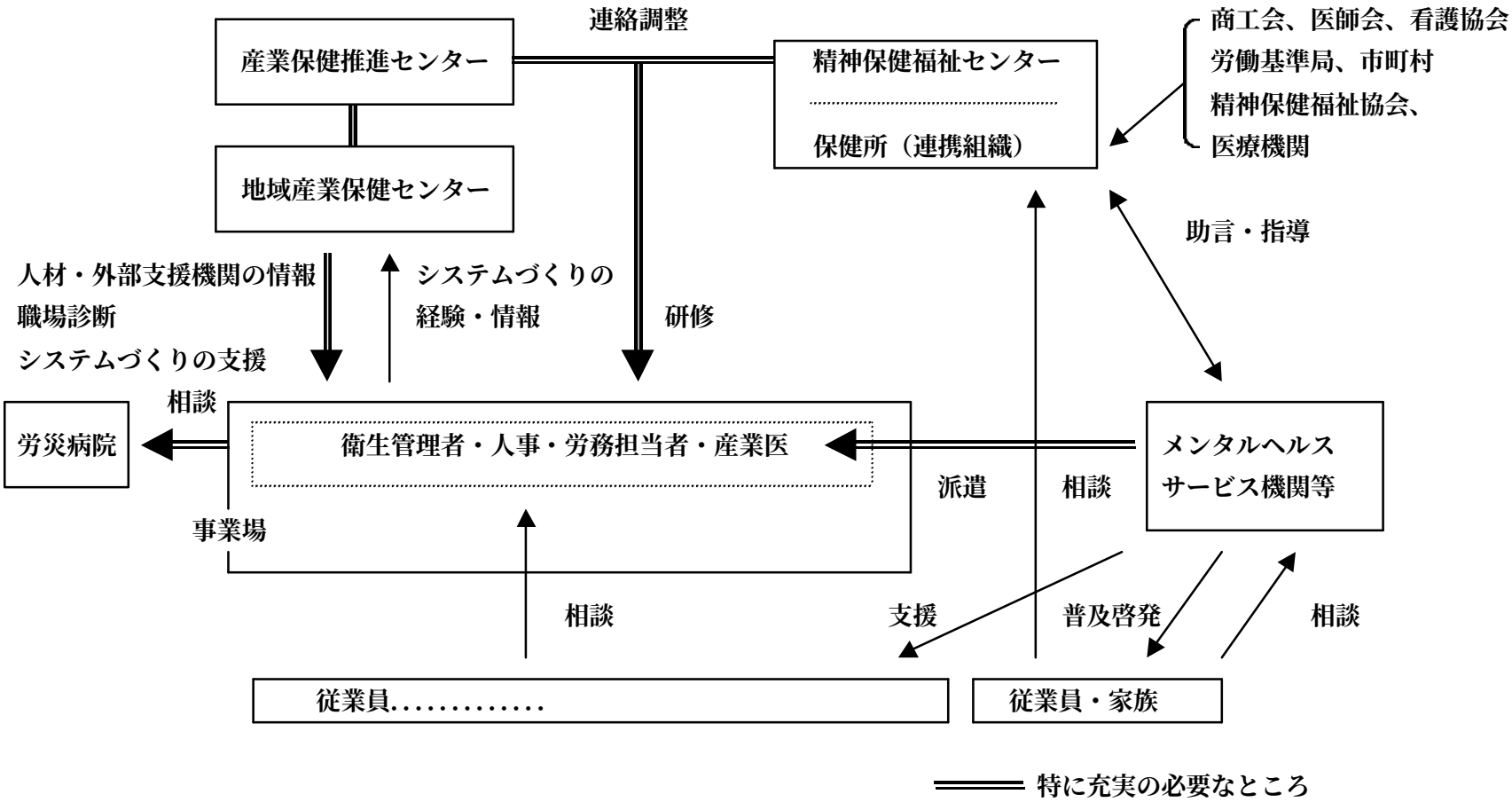


図２　中小規模事業場におけるメンタルヘルスシステム

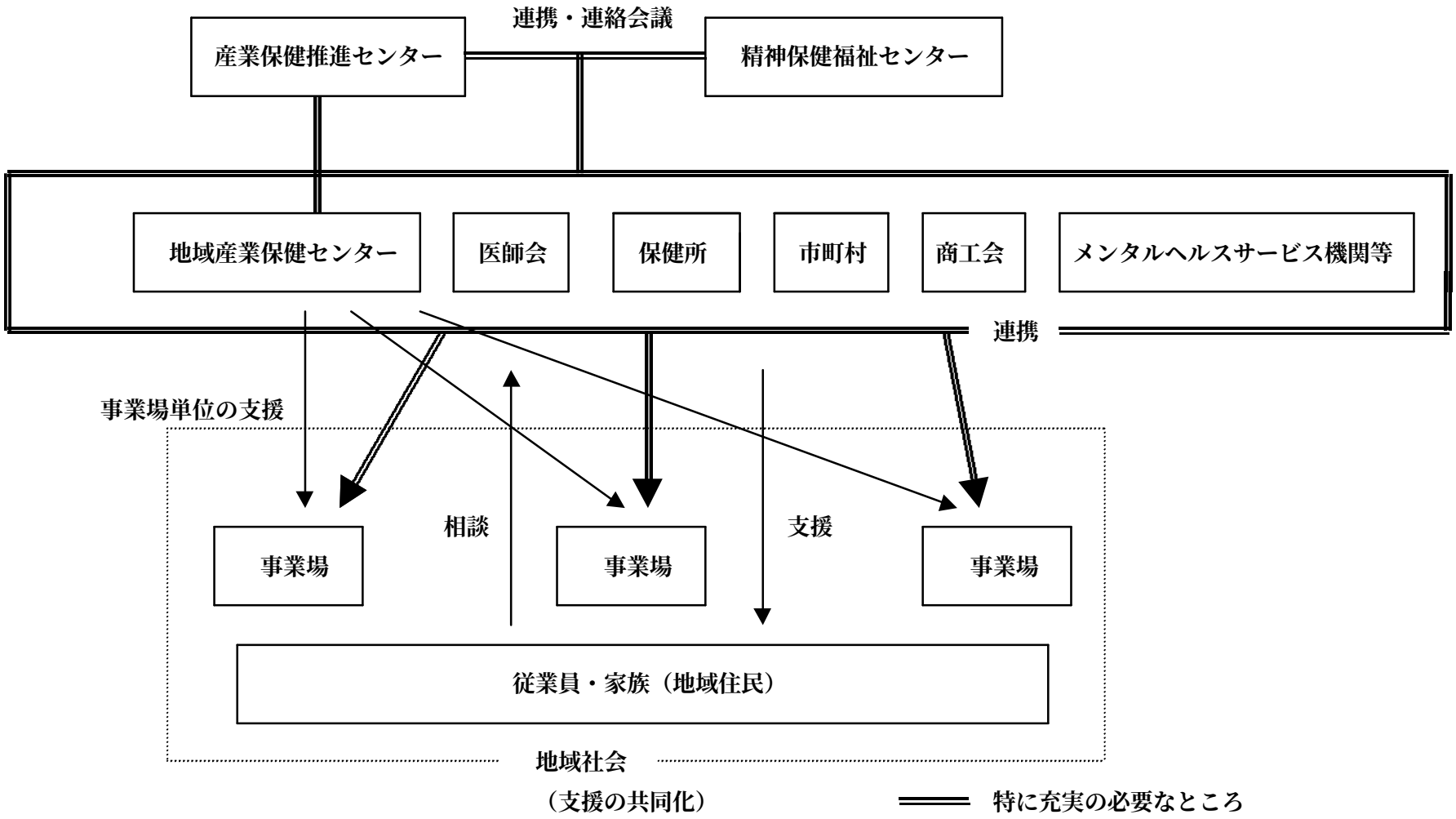


図３　零細事業場におけるメンタルヘルスシステム

平成11年度研究の目的

産業メンタルヘルスシステム研究グループの目的は、勤労者の精神健康の保持増進に役立つメンタルヘルスシステムの検討を行うことであった。

平成9年度は3グループに分かれ、①産業メンタルヘルスシステムの現状に関する全国調査、②聞き取り調査による企業内メンタルヘルスシステムの現状分析、③メンタルヘルスシステムのあり方についての利用者の立場から見たアンケートと聞き取りによる調査を行った。

平成10年度も3グループに分かれ、①産業メンタルヘルスシステムのあり様についての規模別・業種別調査、②産業メンタルヘルスシステムを総合的に描き出すことを目的とした、企業、行政、産業保健推進センター、地域産業保健センター、健診機関、精神保健福祉センター等への聞き取り調査、③メンタルヘルスサポートシステムの利便性に関する利用者側の調査を行った。

平成11年度は2年間の研究成果を踏まえ、産業保健推進センターにおける調査研究報告からの情報収集と追加的な聞き取り調査を経て、研究会における検討をもとに事業場の規模別に見たメンタルヘルスシステムについてまとめた。また、研究成果の活用を図るため、産業保健推進センターの行った研究報告の概要集作成と、都道府県単位の産業メンタルヘルスに関する社会資源マップのCD-ROM作成を行うこととした。

平成11年度の研究方法

本研究の目的は、勤労者の精神健康の保持増進に役立つ産業メンタルヘルスシステムのあり方を検討することである。平成11年度の研究においては、これまでの研究成果を踏まえ、施策に直接反映できるメンタルヘルスシステムを具体的に提示することを目的に、次の過程で研究を進めた。

① 労働福祉事業団の協力を得て、全国の産業保健推進センターの発行した研究報告書から、メンタルヘルスシステムの検討に役立つと思われる研究報告書の送付を受け、要約作成を行って重要な情報を抽出した。

② 産業メンタルヘルスシステムづくりについて聞き取り調査を行った。聞き取り調査を行った機関は、事業場3ヶ所、産業保健推進センター1ヶ所、労災病院1ヶ所、精神保健福祉センター2ヶ所であった。聞き取り調査の結果は、これまでの研究結果と合わせてメンタルヘルスシステムにおける各機関の役割としてまとめた。

③ 労働省のメンタルヘルス対策に関する検討会の状況と、①と②から得られた情報を踏まえ、3年間の研究の重要な情報提供者であった者を含めた研究会を3回開催し、事業場の規模別の産業メンタルヘルスシステムのあり方についてまとめた。

主要な研究結果

１．産業保健推進センターの研究情報から

労働福祉事業団の協力を得て、全国の産業保健推進センターから産業メンタルヘルスのシステムづくりの検討に活用できる研究報告書の提供を受け、報告書１冊についてＡ4 用紙１枚以内に要約作成を行った。

産業保健推進センターから提供を受けた研究報告書は 93 冊で、テーマ別の分類では、「産業保健活動、地域産業保健センターの活動実態と活性化に関する調査等」22 件、「産業保健従事者の活動状況、関係者の連携に関する調査」9 件、「事業場における健康管理、作業環境の改善に関する調査」4 件、「労働衛生管理の現状および衛生管理者に関する調査」7 件、「産業保健活動の経済的評価」3 件、「労働者の健康管理と健康診断の活用に関する研究」2 件、「欠勤やアルコール問題など、労働者の不適応行動と対策」3 件、「ＴＨＰなどの健康増進活動に関する調査」8 件、「勤労者のストレスとメンタルヘルスの取り組み」20 件、「マニュアル、チェックリストまたは評価指標の開発および活用に関する研究」12 件であった（表１）。しかし個々の研究報告書の内容は、必ずしもテーマのとおりに明確に区分できるものでなかったため、研究報告書から得られた重要な情報を、産業保健全体に関わること、メンタルヘルスシステムに関わることの２つにまとめた。

表１　産業保健推進センターの研究報告

１）産業保健活動、地域産業保健センターの活動実態と活性化に関する調査等（22 件）

(1) 山形県における産業保健活動の状況とその活性化に関する研究－産業保健に関するアンケート調査から－
(2) 山形県における小規模事業場の産業保健の現状と地域産業保健センターの活性化を支援するための方策に関する調査研究
(3) 山形県内各地域における小規模事業場の産業保健の現状と特に地域特性に応じた地域産業保健センター事業活性化を支援するための調査研究
(4) 保健婦・士、看護婦・士のいる事業場における産業保健活動に関する研究
(5) 宇都宮地域の産業保健活動を支援する方策立案に関わる調査研究
(6) 産業保健活動を支援するための方策に関する調査研究（真岡地区）
(7) 産業保健活動を支援するための方策立案に関する調査研究（大田原地区）
(8) 愛知県の中小企業における産業保健の現状について実態調査報告書
(9) 産業保健活動の実態に関する調査研究報告書
(10) 中小規模事業場における産業保健活動の実態とその活性化方策に関する調査研究
(11) 大阪府における産業保健活動の実態とその活性化に関する研究
(12) 大阪府における産業保健活動の実態とその活性化に関する研究報告書（事業場規模 50 人未満の産業保健活動の実態）
(13) 岡山県における産業保健の現状と産業保健推進センターの支援活動の活性化に関する研究

(14) 広島県における産業保健実態調査結果の概要
(15) 産業保健サービスの需要調査結果－50 人未満の事業場と地域産業保健センター－
(16) 産業保健活動の実態とその活性化方策に関する研究報告書
(17) 香川県における産業保健活動の状況とその活性化に関する研究　その２－高齢化問題と健康情報管理－
(18) 中小企業における産業保健活動の阻害因子と促進因子に関する研究
(19) 熊本県における産業保健活動の実態と問題点
(20) 産業保健活動計画作成の理論と実践
(21) 鹿児島県内小規模事業場における産業保健活動の現状とその活性に関する調査研究報告書－労働者 30 人以上 50 人未満の事業場における産業保健活動の実態を把握し、今後の産業保健活動の活性化を図るための基礎的調査研究報告書－
(22) 離島における産業保健活動への効果的支援に関する調査研究報告書－鹿児島県の離島地域にある事業場における産業保健活動の実態を把握し、今後の活動への効果的支援策を明らかにするための基礎的調査研究報告書－

２）産業保健従事者の活動状況、関係者の連携に関する調査（9 件）

(1) 産業保健関係者の連携等に関する実態について
(2) 認定産業医研修新規受講者の産業医活動に関する調査研究報告書
(3) 改正労働安全衛生法施行後の健康診断、健康管理に対する千葉県の産業医の対応の比較
(4) 労働安全衛生法一部改正後における産業医の職務状況・意識調査に関する調査研究
(5) 大阪府下における事業場で働く保健婦・士、看護婦・士の実態に関する調査
(6) 保健指導における県内企業の保健婦・士等、看護婦・士の連携システム作りのための調査研究
(7) 産業医活動の実態（認定産業医の意識と実践）に関する調査研究報告書
(8) 産業医活動の現状と課題、その有効な展開の模索－安衛法改正をめぐっての香川県下の実状－
(9) 鹿児島県における産業保健スタッフ（特に産業医、保健婦・士及び看護婦・士）の活動阻害要因の解明とその支援対策に関する調査研究－鹿児島県の事業場における産業保健スタッフ（特に産業医、保健婦・士及び看護婦・士）の実態を把握し、今後の産業保健活動の発展への効果的支援策を明らかにするために実施した基礎的調査研究報告書－

３）事業場における健康管理、作業環境の改善に関する調査（4 件）

(1) 北海道における中小企業の健康管理と環境改善の現状と今後の課題
(2) 宮城県における零細企業の健康管理とその活性化について
(3) 作業環境測定結果の活用状況の実態について
(4) 中小企業における作業環境及び健康管理の改善に関する調査研究

４）労働衛生管理の現状および衛生管理者に関する調査（7 件）

(1) 北海道における衛生管理者の労働衛生管理に対する取り組みに関する実態調査
(2) じん肺防止のための労働衛生管理手法のあり方に関する研究－中小鋳物製造業におけるじん肺防止対策の実態－
(3) 産業医より見た事業場の労働衛生に対する認識に関する調査研究（栃木県上都賀群南部地区）

(4)　栃木県における衛生管理者の職務実態に関する調査
(5)　中小企業の衛生（安全衛生）委員会の活性化に関する調査研究
(6)　兵庫県下における労働衛生管理実態調査結果報告（健康づくり推進のために）
(7)　熊本県における健康と安全の維持向上に関する職場改善事例の収集と解析

5）産業保健活動の経済的評価（3 件）

(1)　産業医活動の費用－効果に関する調査研究報告書
(2)　産業保健活動のコスト分析
(3)　産業保健活動の経済学的評価－高血圧対策について－

6）労働者の健康管理と健康診断の活用に関する研究（2 件）

(1)　個人健康情報を媒体とする健康異常者の就業態様調査に基づく継続管理に関する研究
(2)　健康診断の重要性と労働者の健康管理に関する研究（特にガン検診について）

7）欠勤やアルコール関連問題など労働者の不適応行動と対策（3 件）

(1)　勤労者の absenteeism ～若年勤労者を中心とした調査研究～
(2)　職場におけるアルコール問題へのアプローチに関する研究
(3)　機械製造事業場におけるアルコール依存と関連問題の実態

8）ＴＨＰなどの健康増進活動に関する調査（8 件）

(1)　北海道におけるＴＨＰの取り組みについて－１サービス機関から見たＴＨＰ－
(2)　事業場におけるＴＨＰ活性化対策について
(3)　栃木県下の事業場における健康支援の実態とその方策に関する検討
(4)　「心とからだの健康づくり運動」に関する調査研究報告書―1986 および 1995 年の調査結果の比較による評価―
(5)　ＴＨＰにおける運動及び余暇活動の実態
(6)　ＴＨＰを指向した労働態様と睡眠に関する研究
(7)　ＴＨＰによる健康増進の効果と生活習慣病の予防に関する調査研究報告書
(8)　職場におけるライフスタイルと健康づくりに関する研究－肥満を中心として－

9）勤労者のストレスとメンタルヘルスへの取り組み（20 件）

(1)　職場における心身ストレス対処行動と生きがい意識の関連－世代間比較－
(2)　職場のメンタルヘルスと生活習慣の関連について
(3)　職場におけるストレス問題への事業場と産業医の取り組み－健康状況調査票から－
(4)　茨城県内の職域におけるメンタルヘルス問題の実態調査
(5)　群馬県における職場ストレスと鬱状態のリスクに関する疫学研究報告書
(6)　熟年労働者のメンタルヘルスに関する実態について
(7)　千葉県内の職域におけるストレスと循環器疾患との関連性についての研究報告書
(8)　千葉県労働者における精神健康度と作業実態との関連に関する調査研究
(9)　腰痛対策におけるメンタルヘルス要因に関する研究
(10)　石川県の事業場におけるストレスの実態とメンタルヘルスケアの取り組みについて
(11)　岐阜県における情報処理事業場における従業員の精神健康調査
(12)　中規模事業場におけるメンタルヘルスの支援方法に関する研究
(13)　職場のメンタルヘルスに関する実態調査報告書
(14)　勤労者のストレスとその影響に関する調査研究報告書
(15)　職場におけるストレス要因と各世代間の生きがいについての調査研究報告書

(16) 阪神大震災「心の相談室」の実態についての調査研究報告書
(17) 長期間にわたる職場のメンタルヘルス活動の成果について
(18) 職場のストレス要因とメンタルヘルス向上対策に関する調査研究結果の報告
(19) 職場のストレスとメンタルヘルスー男性と女性の違いー
(20) 職場におけるストレス問題とその効果的支援に関する研究

10）マニュアル、チェックリスト、または評価指標の開発および活用に関する研究（12 件）

(1) 各種企業におけるA 型行動歴等を用いたメンタルヘルスの評価方法
(2) 神奈川県下の各種企業におけるメンタルヘルスの評価方法
(3) 小規模事業場の産業保健サービスの向上を図る産業医活動マニュアル
(4) 健康相談マニュアルの開発に関する研究
(5) 地域産業保健センターの活性化のための評価指標の開発と応用
(6) 大阪府下の産業保健活動活性化のための評価指標の開発による総合評価
(7) 評価指標の活用による大阪府下の産業保健活動の活性化
(8) 職場の精神保健対策へのＳＤＳ（自己評価式抑うつ性尺度）活用に関する調査研究
(9) 職場の精神保健対策へのＳＴＡＩ（状態・特性不安検査）の活用
(10) 徳島県における産業医のための業務マニュアル作成に関する研究
(11) 病院における職場巡視チェックリストの開発に関する研究
(12) 職域におけるヘルス・プロモーションの展開に関する実証的研究ー産業保健活動の客観的評価方法の作成ー

11）データベース化に関する研究（3 件）

(1) 産業保健関連事例のデータベース化システムの開発研究
(2) 地域の産業保健事例データベース作成・活用に関する調査研究
(3) 地域の産業保健データベース作成およびオンライン利用活用環境の検討

１）産業保健全体に関わること

(1) 衛生管理者の調査では、その半数以上が産業保健推進センター等の支援機関についての情報を持たず、労働衛生管理者協議会への参加についても関心のある者は少なかった。このため衛生管理者に対する情報伝達と啓発が重要である。

(2) 事業場の調査では、THP の継続に重要な要素は「健診に対する理解度が高いこと」であって、事業場の求めているのは、病欠日数の低減や医療費の低下など、成果が目に見えることである。

(3) 零細事業場の調査では、健康づくりに取り組むことの困難な理由は、時間が取れない、人手不足、経済的困難である。

(4) 小規模事業場の調査では、勤務者が安全衛生や健康について相談する機会は少なく、地域産業保健センターの利用を進めるためには、相談窓口の開設時間を工夫することが必要である。

(5) 保健婦・士等を対象にした調査によると、産業保健活動の阻害要因は「保健婦・士等の職場での位置づけが低いこと」「保健婦・士等の知識、

経験の不足」「保健婦・士等の業務の大半を健康管理が占め、作業環境管理に関与する時間が少ないこと」「事業場に勤務する保健婦・士等の交流が少ないこと」である。

(6) 「中高年齢労働者の健康づくり運動」の縦断的な評価を行ったところ、健康づくり運動が活発でないと評価する事業場からは、事業場トップの理解と、推進組織の強化が重要という意見が得られた。

(7) 医師会員の調査では、約 4 割が産業保健推進センターの存在を知らなかった。また産業医をしている医師会員の調査では、衛生委員会への出席は半数以下であり、職場巡視を 2-3 ヶ月に 1 回以上行うものは 3 分の 1 強であった。

(8) 事業場の調査を行ったところ、50 人未満の事業場の回答率が低く、調査の趣旨が理解されていないと考えられた。このため、50 人未満、特に 10 人未満の事業場における産業保健活動の改善には、事業者に産業保健活動の目的・意義・活動の周知徹底を図る必要がある。

(9) 300 人以上の事業場の調査では、産業保健スタッフの研修については、「近くて短時間、単発の研修」が事業譲渡して派遣しやすいという答えが多かった。そのような研修を産業保健推進センターで強化する必要がある。

(10) 産業保健推進センターは、専門家等によるアドバイス、研修会の開催のほか、有用な情報を整理し、利用しやすい形で提供するシステムを構築することが求められている。

(11) 産業保健の実務担当者の教育には、実際の事例を用いた教育が有用であるが、似通った背景を持つ事業場での問題改善について、産業保健推進センター間でデータベースを整備し、共有化を進める必要がある。

(12) 中小規模事業場の調査では、「衛生管理者の選任のあり方の問題」「労使ともに産業保健への関心が低い」「保健婦・士等の専門職がいない」等の多くの困難があり、事業場単独での取り組みはきわめて困難と報告されている。

２）メンタルヘルスシステムに関わること

(1) 事業場の調査では、メンタルヘルスに取り組んでいる事業場は少数で、取り組んでいない理由は「対応が困難」「相談員がいない」ことが挙げられていた。

(2) 産業医・事業場・精神科専門機関の連携に関して、それぞれの立場から調査した。多くの産業医はメンタルヘルスに積極的に関わっておらず、ほとんど専門機関に任せていて、三者間で有効な連携は取られていなかった。

(3) 事業場の調査で、メンタルヘルス対策の取り組み率に比して、効果についての評価の実施率は低いという報告があった。

(4) 勤務者を対象にした調査では、問題飲酒者の割合に比べて、アルコー

ルの問題について産業医や専門医に相談することを希望する者が少なかった。

(5) 50人以上の事業場の調査では、職場でメンタルヘルスの取り組みが必要と考えている事業場は6割以上であるが、実際に「心の健康教育」を実施しているのは2割以下で、産業保健推進センターがこれらの事業場にどのように支援を行っていくかが課題である。

(6) 医療機関の調査では、「精神科医はもっと会社の組織や管理体制についてよく知っておくべきである」「患者の治療がうまく進むためには会社の協力が不可欠である」と答えながら、一方では、会社からの問い合わせに対して「プライバシーの問題があり困難を感じている」ことが問題としてあがっていた。

(7) 労働者数100-299人の中規模事業場の事業者調査では、管理監督者にメンタルヘルス教育を実施しているのは約3分の1で、こころの健康不調者が1割以上いると考えている事業場は2割以上であった。

(8) 産業医のアンケートでは、回答のあった106事業場のうち約4割に過去3年間にメンタルヘルスの問題があり、内容はうつ病、職場不適応、心身症が多かった。発症契機は職場の人間関係、配置転換、仕事量増加等、職場要因が大半を占めていた。

(9) 看護婦・士に調査したところ、「1人で働いている」者が4割以上で最も多く、今後取り組みたい課題としては「メンタルヘルス」が最も多くあげていた。

(10) 事業場の調査では、産業保健推進センターをよく知っていたのは1割以下であった。また相談したい内容は、健診事後措置、メンタルヘルスの導入方法等で、データベース化を希望する情報内容は、教育に関する教材と産業保健活動の取り組み事例であった。

これらの要約から、産業保健システムの課題がそのままメンタルヘルスシステムのあり方に大きく影響しており、それにメンタルヘルス固有の問題が重なっているものと考えられた。研究報告書から得られた重要な情報は、聞き取り調査結果に加えて、産業メンタルヘルスシステムの検討に活かすこととした。

２．聞き取り調査等から

平成10年度に産業メンタルヘルスシステム研究グループで行った調査に、平成11年度に行った調査を含め、聞き取り調査を行った機関は計34機関であった（表2)。10年度の研究報告で述べたとおり、中小あるいは零細事業場を含めた産業メンタルヘルスシステムのあり方を考えるとき、地域保健と産業保健の連携は重要な課題である。このため、次の作業を経て研究成果をまとめることとした。

表２　聞き取り調査の対象機関

種別	対象機関	
国の労働行政機関	労働基準局	2
都道府県行政機関	職員厚生課	3
	精神保健福祉センター	5（2）
	労働福祉主管課	2
	健康政策課	1
	自治研修所	1
	警察本部	1
産業保健関連機関	産業保健推進センター	2（1）
	医師会または産業保健センター	2
	労災病院	1（1）
	健診機関	1
	産業医学センター・診療機関	1
	大学公衆衛生学教室	1
事業場	百貨店	1
	銀行	1
	電力会社	1
	製造業	8（3）
	コンピューター、電気、製紙	
	機械工業、建設機械、通信、情報	
計		３４（７）

カッコ内は平成 11 年度研究で聞き取り調査を実施した機関の内数

① 産業メンタルヘルスシステムを利用する事業場の立場から「システムを持つところ」「システムを持たないところ」「健康保険組合」に分けて論点を整理する。

② 産業保健の代表的な機関である産業保健推進センターと地域産業保健センターについて、各機関の基本的な役割を踏まえて、各機関の実践や課題をもとにシステムづくりの方向を整理する。また労災病院やメンタルヘルスサービス機関の役割と課題についても整理する。

③ 地域保健の代表的な機関である精神保健福祉センターと保健所について、各機関の基本的な役割を踏まえて、各機関の実践や課題をもとにシステムづくりの方向を整理する。

④ 上記の過程を踏まえ、事業場の内部システムとメンタルヘルス資源の連携についてまとめる。

１）事業場・健康保険組合の取り組み

事業場のメンタルヘルスシステムの有り様は、事業場の規模等によって多

様である。ここでは事業場内部に「システムを持つ事業場」「システムを持たない事業場」に分けて、産業メンタルヘルス取り組みの好事例・ヒントになる情報を整理する。ここでシステムを持つ事業場とは、産業保健スタッフが配置されている事業場である。

(1)　システムをもつ事業場

a. 保健婦・士が、産業メンタルヘルス研究会の会員となり、研究会への参加をとおして社外メンタルヘルス資源の情報を得て、顔と顔のつながった形で自社に必要な情報収集に取り組んでいた。また会社も保健婦・士が研修等に参加することや、産業メンタルヘルス研究会に参加することの必要性を理解し、勤務上の配慮を行うなど、保健婦・士の資質向上を支援していた。(11 年度聞き取り)

b. 産業メンタルヘルス研究会で得た資料をもとに、保健婦・士がメンタルヘルス関連機関に関するリストづくりを進めていた。リストに挙げられた機関は、精神保健福祉センター、保健所、精神科救急情報センター、児童相談所、いのちの電話、エイズ電話相談、産業保健推進センター、福祉事務所、女性相談所、身体障害者更正相談所、知的障害者更正相談所等であった。リストは、それらの連絡先が掲載されてチャートになっており、従業員だけでなく、家族の問題でも利用できるよう、従業員の生活に密着した情報提供を目指していた。(11 年度聞き取り)

c. 保健婦・士が職場巡回や健康相談等をとおして、職場や個々の職員の状況を継続的に把握するよう努めていた。得られた情報のうち、個人情報についてはプライバシーを守り、集団としての情報は人事・労務担当者とも情報を共有し、健康づくりに活かすよう努力していた。このような個人情報と集団としての情報の区分によるプライバシーの保護は、保健婦・士の息の長い努力によって、人事・労務担当者や上層部に理解されてきたものである。(9 年度聞き取り)

d. 自殺や過労死に労災認定が適用される事例が増えるなか、企業の安全配慮義務における対応の充実が求められている。このため法的な背景を踏まえた人事教育用のハンドブックの編集を進めている事業場があった。項目は、①健康に関する基本的な考え方、②事業者・産業医・就業者の関係（責任と権限)、③企業内サポート体制の概要、④予防的対応（事例研究)、⑤組織的対応（対個人への具体的対応として、記録の作成、具体的なアプローチの方法、家族との関係のつくり方等)、⑥人事担当者のためのＱandＡ等であった。この編集過程においてメンタルヘルスの重要性が社内に浸透していくものと思われる。(11 年度聞き取り)

e. 百貨店で、産業保健の取り組み充実とＣＳ（Customer Satisfaction 顧客満足）を結びつけ、経営と結びついた形でメンタルヘルスを含む健康づくりを目指している事業場があった。この事業場では、保健婦・士がＣＳ推進室に配置され、販売営業の第一線を巡回し、安全衛生が営業現場に

密着していた。（10 年度聞き取り）

f. 保健婦・士等の産業保健スタッフが、従業員へのストレスやこころの健康についての教育のために、賞品付きの簡単なアンケートを配布集計し、その結果を従業員や管理者にわかりやすい形で伝えていた。（9-11 年度聞き取り）

g. 保健婦・士、福利厚生担当者、人事・労務担当者がともに衛生管理者の資格を取り、衛生管理者という共通の基盤のもとに、共同で産業保健活動の推進に当たっている事業場があった。（11 年度聞き取り）

h. 産業保健推進センターの研究報告にもあるように、衛生管理者の制度は必ずしも有効に活用されているとは言えない。しかし衛生管理者の役割をより明確にすることによって、産業保健スタッフと衛生管理者の共同作業が進み、産業メンタルヘルスの取り組みを深めることができるという意見があった。（10-11 年度聞き取り、研究報告書）

(2)　システムを持たない事業場

a. 中小規模事業場では、衛生管理者の選任のあり方と事業場での位置づけ、労使双方の産業保健への関心の低さ、保健婦・士等の配置がない等の多くの困難があり、事業場単独での取り組みはきわめて困難という報告があった。（10-11 年度聞き取り、研究報告書）

b. 中小規模事業場では、メンタルヘルスに取り組もうとしても、事業主と従業員双方の関心が低く、産業保健スタッフも配置がなく、情報に接する機会も少ない。中小規模事業場にメンタルヘルスの取り組みの浸透を図るには、事業者への啓発が最も重要という報告があった。（10-11 年度聞き取り、研究報告書）

c. 50 人規模以上の、産業医の配置のある事業場においても、メンタルヘルスに関する産業医の知識・経験の不足、保健婦・士等の専門職の配置が十分でない等、スタッフの知識・経験に課題がある事業場が多いと報告されている。（9-10 年度調査、研究報告書）

d. 労働者の多くは 50 人未満の事業場に勤務している。対象数の多さを考えると、地域で働いている開業医等の地域資源を含めたシステムづくりが必要という意見があった。また地域産業保健センターの活動が始まった頃から、医師会員の産業保健への関心は高まりつつあるという。（10-11 年度聞き取り）

e. 地域の保健所にとっては、事業場の従業員は地域住民の一員でもある。中小零細事業場の従業員にとっては、産業保健サービス機関よりも保健所などの地域保健サービス機関の方が、より身近に感じるという報告もある。高知県では、医科大学公衆衛生学教室の後援のもとで、地域の保健所、市町村、医師会、労働基準監督署、地域産業保健センター、商工会議所等が「勤労者健康づくり推進協議会」を設置し、お互いの得意な部分で

人的・物的資源を出し合い、広範な支援体制を整備するよう進めている。（10 年度聞き取り、11 年度研究会）

f. 衛生管理者は 50 人以上の事業場で選任の必要がある。その位置づけを明確にすることで、中小規模事業場など、保健婦・士等の配置の無い事業場においても、メンタルヘルスの取り組みを進めることができるという意見があった。（10 年度聞き取り）

(3)　健康保険組合

健康保険組合は、被用者医療保険に関する事務事業を行う。被用者全体の健康状態が良好であれば、健康保険の財政も健全化されることから、最近は健康増進やメンタルヘルスへの関心が高まっている。行政的には、健康保険組合は厚生省の所管であり、事業場の産業保健は労働省の所管である。このため両者の持つ情報の埋め合わせが重要になる。健康保険組合の産業メンタルヘルス取り組みの好事例・ヒントになる情報を整理したところ、次のとおりであった。

a. 健康保険組合が、メンタルヘルスサービス機関に委託して、職場の健康調査、マネジャークラスの研修、自律訓練法の導入等を行い、その結果、健康保険の財政改善が実現されたという報告があった。健康保険組合で、保健婦・士等の産業保健スタッフの配置がないところでも、メンタルヘルスサービス機関との連携があれば取り組みを進めることができる。（11 年度研究会）

b. 健康保険組合の事業は、必ずしも従業員が参加しやすい曜日や時間帯に実施されているとは限らない。事業場とよく連携を取って、健康保険組合の事業を従業員が参加しやすい時間帯に実施することが必要という意見があった。また健康保険組合においても顧問医を積極的に活用することが重要という意見があった。（10 年度聞き取り、11 年度研究会）

好事例となった事業場に共通していたのは、保健婦・士等の産業保健スタッフの有無にかかわらず、担当者の抱え込みにならない態勢をつくり、プライバシーに配慮しながらも、相互の意見交換を重視していたことである。

また常時50人以上の労働者を使用する事業場では、事業場の規模に応じて衛生管理者を選任しなければならないが、実際には、事業者が衛生管理者の役割を十分に理解して積極的に活用している事業場は多くないと思われる。しかし聞き取り調査から判断すると、衛生管理者は事業場内のメンタルヘルスシステムにおいて重要な存在である。衛生管理者は、その研修にメンタルヘルスを位置づけ、その役割と責任を明確にすることでシステムづくりに大きな役割を発揮すると考えられる。

２）産業保健機関の取り組み

(1)　産業保健推進センター

産業保健推進センターの役割は、産業医等や地域産業保健センターが活動

するに当たって、その機能を十分に発揮できるよう専門的技術やノウハウを提供することである。業務内容は、①地域産業保健センターに対する支援、②産業保健に関する専門的相談、③産業医等に対する研修及び支援の実施、④産業保健情報の収集提供、⑤産業保健に関する広報啓発等であって、全国に 33 カ所設置されている（平成 11 年 9 月現在）。聞き取り調査等から得られた、産業保健推進センターにおける取り組みの好事例・ヒントになる情報は次のとおりであった。

a. 産業メンタルヘルス研究会開催の支援を行っていた。この研究会の目的は「働く人々の心の健康を保持増進するため、事業場のメンタルヘルス活動を推進すること」であり、精神科医療機関、精神保健福祉センター、事業場等が個人、団体で会員になっている。この研究会をとおして、事業場の産業保健専門スタッフと精神科医療機関のスタッフ等の間に交流が広がり、顔と顔のつながったネットワークがつくられている。（11 年度聞き取り）

b. 産業保健推進センターが精神保健福祉センター、精神保健福祉協会と共同で研修会を開催していた。この県では、産業保健推進センターの開設される前年から精神保健福祉センターが「メンタルヘルス講座」で職場のメンタルヘルスに取り組んでいたが、産業保健推進センターの持つ「事業場と地域産業保健センターの直近のコンサルタントとしての固有の力」との連携によって、包括的なメンタルヘルス体制構築の手がかりが得られてきたという。（11 年度聞き取り）

c. 事業場におけるメンタルヘルスの取り組みが進むよう、産業保健推進センターで、嘱託産業医や地域産業保健センターのコーディネーター向けの研修に取り組んでいた。産業保健推進センターの研究報告書においても、メンタルヘルスに関する産業医の知識・経験の不足等が指摘されており、重要な取り組みと考えられる。（10 年度聞き取り）

d. 常時 50 人以上の労働者を使用する事業場においては、安全衛生委員会を毎月 1 回以上開催しなければならないが、実際は定期開催が困難な事業場も多い。嘱託医の参加が少ないこと、衛生事業が審議されることが少ないことなども指摘されており、安全衛生委員会の運営の活性化について現場で活用できる情報の提供が求められている。（研究報告書）

e. 事業場の聞き取り調査では、産業保健推進センターに望むこととして、メンタルヘルスに関連する情報をわかりやすく提供すること、事業場でシステムづくりを進めていくときに起こる疑問や課題に継続的に対応していくことがあげられていた。（10-11 年度聞き取り）

f. メンタルヘルスについての関心が高まるにつれて、事業場のメンタルヘルスシステムを外部委託で引き受ける事例（メンタルヘルスサービス機関等）が増加している。しかしメンタルヘルス相談を外部委託するだけでは社内のシステムづくりは進まないし、委託によって、社内の問題が解

決されないばかりか、社内の産業保健推進体制の過剰な縮小を来たす恐れもある。事業場がメンタルヘルスサービス機関等を活用する場合、それぞれの事業場に適した選択が可能になるよう、メンタルヘルスサービス機関等についての情報を事業場に提供するためのデータベースの整備が求められていた。(10-11 年度聞き取り調査、11 年度研究会、研究報告書)

(2) 地域産業保健センター

労働者数 50 人未満の小規模事業場に対して、保健指導、保健相談等の産業保健サービスを提供している。実施機関は郡市区医師会で、全国 347 カ所に設置され、地域の開業医が産業保健に関与する機会を広く提供している。聞き取り調査等から得られた、地域産業保健センターにおける取り組みの好事例・ヒントになる情報は次のとおりであった。

a. 地域産業保健センターは、労働者数 50 人未満という産業構造の最も脆弱な部分を対象としており、地域産業保健センター単独では事業の効果があがりにくい。このため、地域産業保健センターのコーディネーターを産業保健と地域保健の双方で支えていくことで、取り組みの浸透が期待できるという意見があった。(10 年度聞き取り、11 年度研究会、研究報告書)

b. 規模の小さい事業場ほど、メンタルヘルスに限らず産業保健全般への労使の関心が低く、産業保健専門スタッフの配置も少ない。また衛生管理者の役割についてもよく理解されていない。このためメンタルヘルスに取り組む場合も、衛生管理者等役割について事業場の認知を明確にすることが課題という報告があった。(9-11 年度聞き取り調査、研究報告書)

(3) 労災病院の取り組み

労災病院は労働災害等における勤労者の医療確保を目的に設置されたが、労働災害の減少とともに、メンタルヘルス等の新たな課題への対応を模索している段階にある。労災病院は全国で 39 ヶ所設置されているが、そのうち 4 ヶ所(平成 11 年度末現在)にメンタルヘルスセンターが設置され、12 年度に新たに 2 ヶ所設置されることとなっている。聞き取り調査等から得られた、労災病院における取り組みの好事例・ヒントになる情報は次のとおりであった。

a. 心療内科を受診する患者数の増加を受けて、労災病院内にメンタルヘルスセンターを設置し、メンタルヘルス相談、ストレスドック、心理テスト等に取り組んでいる病院がある。メンタルヘルスセンターの責任者は、将来は、企業との個別契約によるメンタルヘルスサービスの提供、情報センター機能、産業医や保健婦・士の産業保健スタッフの臨床研修や教育等、メンタルヘルスに関する中核機関としての役割を目指しているという。この構想の具体化には産業保健推進センターとの役割分担等を整理する必要があるが、産業医や保健婦・士の産業保健スタッフの臨床研修や教育等は、

労災病院の重要な役割と考えられる。（11 年度聞き取り）

b. 事業場の求めるメンタルヘルスの事例は、精神科の診療を必要とする者、心療内科の診療を必要とする者が混在しているが、事例に応じて受診先を紹介できる場所は少ない。また心療内科についての診療情報を提供できるところは少なく、労災病院のメンタルヘルスセンターが、メンタルヘルスセンターの利用を直接希望する者に対応するだけでなく、心療内科についての診療情報を広く提供することができれば、事業場と労働者の求めに大きく応えることになると思われた。（11 年度聞き取り）

(4) メンタルヘルスサービス機関等

ここでメンタルヘルスサービス機関等とは、事業場から委託を受けて、メンタルヘルス相談、ストレスチェック、事業場の診断、教育研修等のメンタルヘルスサービスを提供する機関や人材、またＴＨＰに基づく事業を実施する健診機関等をいう。メンタルヘルスサービス機関等がサービスを行うことによって、自前のシステムを持たない事業場や健康保険組合においても、メンタルヘルスの取り組みが可能になる。また自前のシステムを持つ事業場においても、メンタルヘルスの取り組みを充実する重要な資源になる。しかし単に外部委託するだけでは、事業場内部のメンタルヘルスシステムの充実には寄与しない場合もある。ここでは聞き取り調査等から得られた、メンタルヘルスサービス機関における取り組みの好事例・ヒントになる情報について整理したい。

a. 衛生管理者や保健婦・士等、産業保健の現場をよく知っている者が地域産業保健センターのコーディネーターをつとめることが、事業場個々の状況を理解した指導が行えて実践的であるという意見があった。しかし、そのような人選が行われる事例は少ないという意見があった。（11 年度研究会）

b. 産業現場で経験の豊富な保健婦・士が、退職後に非常勤で事業場の健康管理に携わっている事例があった。このような人材情報を、産業保健推進センターや地域産業保健センターが、医師会や看護協会等と連携して事業場に提供することが重要と考えられた。（9 年度聞き取り、11 年度研究会）

c. 定期健診で健診機関を利用する事業場は多い。この事実を捉えて、プライバシーの保護、サービスの品質管理と助言指導を行う体制が確保することができるのなら、健診機関がメンタルヘルスチェックや相談等をとおして事業場のメンタルヘルス活動を支援することも可能と考えられた。（10 年度聞き取り）

事業場が自己の必要性に適したメンタルヘルスサービス機関等を選択できるだけの情報に接することは困難である。このため、メンタルヘルスサービス機関等の利用について、産業保健推進センターが情報提供と相談を行うことが求められている。

３）地域保健機関の取り組み

(1)　精神保健福祉センター

精神保健福祉センターは、医療、福祉、労働、教育、産業等の精神保健福祉関係諸機関との密接な連携をもとに、精神保健および精神障害者の福祉に関する総合的技術センター（地域精神保健福祉活動の中核）として活動する機関である。現在、全国の都道府県 47 に対して 49 ヶ所（東京のみ 3 ヶ所）、政令指定都市 12 に対して 5 ヶ所設置されている（平成 11 年 4 月 1 日現在）。精神保健福祉センター運営要領には、①企画立案、②技術指導及び技術援助、③教育研修、④普及啓発、⑤調査研究、⑥精神保健福祉相談、⑦組織育成の７つの業務が示されているが、その組織体制は都道府県・政令指定都市によって大きく異なる。また精神保健福祉センターは、平成 11 年精神保健福祉法改正によって、平成 14 年度から通院医療費公費負担や精神保健福祉手帳の審査や精神医療審査会の事務局を担当することになっている。

精神保健福祉センターにおける産業メンタルヘルスの取り組みは、①技術指導及び技術援助としての講演や講師派遣への協力、②産業保健スタッフを対象とした教育研修の実施や協力、③精神保健福祉協会や産業保健推進センターとの共同による普及啓発や調査研究、④勤労者や事業場からの相談の求めへの対応、⑤ストレスドックの取り組み等の報告がある。

聞き取り調査等から得られた、精神保健福祉センターにおける産業メンタルヘルス取り組みのための好事例・ヒントになる情報は次のとおりであった。

a. 精神保健福祉センターの医師が産業保健推進センターの専門相談を担当し、必要に応じて精神保健福祉センターで相談を引き継ぎ、そのことによって両者の連携が進んだ事例がある。この事例では、精神保健福祉センターの医師が産業保健に関心が高かったこと、産業保健推進センターの専門相談に技術支援を行っていたことが、連携の進んだ大きな理由であるが、その普遍化の方法について検討する必要がある。（11 年度聞き取り）

b. 精神保健福祉センター医師が、産業看護研究会の運営を企画面で支援し、産業医や看護協会も、この医師を活用することによって、県レベルの産業メンタルヘルス活動の活性化につながっている事例があった。（11 年度聞き取り）

c. 精神保健福祉センターが、県のこころの健康プランを背景に、心の健康づくりの「メンタルヘルス講座」のなかで職場のメンタルヘルスに取り組んだ事例がある。この事例では、精神保健福祉センターの働きかけによって、数年のうちに、産業保健推進センターと精神保健福祉協会との共催が実現している。産業保健と地域保健の共同による「勤労者の心の健康づくり」の取り組みとして評価できるものである。（11 年度聞き取り）

d. 精神保健福祉センターは、こころの健康相談に応じているため、一般住民や職域からアクセスしやすい。また精神保健福祉センターには、医師、保

健婦・士、心理職等、大規模事業場の産業保健スタッフと共通したスタッフが配置されており、専門職としての横の連携が取りやすい。また、これらのスタッフは中小規模事業場には配置されておらず、産業保健スタッフのいない事業場からのメンタルヘルス相談に対応している。このように、これまで産業メンタルヘルスの取り組みを行っていない精神保健福祉センターにおいても、その取り組みを行う準備性は有している。（10-11 年度聞き取り）

e. 精神保健福祉センターにおける産業メンタルヘルスに関する取り組みでは、職員の業務負担は高くなく、事例 a と b に挙げた精神保健福祉センターにおいても現在の組織体制で取り組むことは十分可能と考えられた。（11 年度聞き取り）

(2)　保健所の取り組み

保健所は地域住民の健康の保持及び増進に係る企画、調整、指導及びこれらに必要な業務を行う機関であって、全国に 641 ヶ所設置されている（平成 11 年 4 月 1 日現在）。保健所の精神保健福祉業務運営要領には、①企画調整、②普及啓発、③研修、④組織育成、⑤相談、⑥訪問指導、⑦社会復帰及び自立と社会参加への支援、⑧入院及び通院医療関係事務、⑨ケース記録の整理及び秘密の保持等、⑩市町村への協力及び連携が挙げられている。平成 11 年の精神保健福祉法改正に伴い、平成 14 年からは精神障害者による福祉サービス利用の調整は市町村を中心に行われることとなっており、通院医療関係事務も市町村が窓口になるなど、保健所の精神保健福祉業務にも大きな変化が予測されている。聞き取り調査等から得られた、保健所における産業メンタルヘルス取り組みのための好事例・ヒントになる情報は次のとおりであった。

a. 勤労者の健康づくりに保健所で取り組むよう、準備を進めている事例があった。この県では、労働科学研究所と医科大学の協力を得て、保健所職員を対象にした職域保健研修プログラムを平成 10-12 年に実施し、職域保健事業を幅広く展開できる人材育成、環境づくり等、基盤整備に取り組んでいる。職域保健研修プログラムでは、①産業保健トレーニングマニュアルの作成、②作業環境評価や人間工学的なアドバイス等の知識・技術的能力の向上、③地域における市町村、商工会議所、医師会、労働基準監督署、地域産業保健センターの連携の場をつくることが課題にあげられている。この取り組みが進めば、産業保健専門スタッフのいない中小規模事業場・零細事業場への普及啓発や地域産業保健センターの活動推進、市町村が勤労者の健康づくりを支援する基盤づくり等の大きな力になると思われた。（10 年度聞き取り、11 年度研究会）

b. 保健所が地域産業保健センターに連携をアプローチした事例、保健所と職場で連携してアルコール関連問題対策を行った事例が報告されている。（学会報告等による）

c. 中小規模事業場は自前の産業保健システムを持つことが難しいため、メンタルヘルスの取り組み推進には、地域の医療機関や保健機関との密接な連携が必要と報告されている。また聞き取り調査においても、産業医や事業場の保健婦・士から、保健所に、2次医療圏等の広域で産業保健と地域保健の連携を図る機会を持つことが求められていた。(11 年度聞き取り)

このように、精神保健福祉センターや保健所等の地域保健機関は、産業保健推進センターや地域産業保健センターと連携して、地域保健と産業保健の間に連携をつくるとともに、メンタルヘルスに関する技術基盤を支えることが求められている。

４）事業場の内部システムとメンタルヘルス資源の連携

平成 10 年度の研究において、勤労者にメンタルヘルスサポートシステムの利用に関する意識や希望を調査したところ、「悩みごとを一番相談する相手」は、家族が 42.9%で最も多く、職場の上司・同僚等は合計で 18.7%であった。また相談室の設置場所は、51.7%が社外設置を望み（社内設置は 11.5%、どちらでもよい 36.8%)、カウンセラーについては社外 51%（社内 10%、どちらでもよい 38.8%）であった。また相談の利用で心配することでは「秘密がもれると困る」「人事考課に反映する恐れがある」の合計で 30%を越えていた。このように社外の専門家に相談することを希望する者は多い。このため事業場における対応と社外のメンタルヘルス資源の連携が大きな課題となり、プライバシーの問題を避けて通ることはできない。このことに関して、聞き取り調査等から次のような報告が得られた。

(1)　課題発見と対応、専門スタッフの役割

a. 健康相談、健康診査、ストレスチェック等を行った場合、その統計的な全体像は産業保健専門スタッフ、安全衛生担当者で共有されるが、個人情報については、特定の産業保健専門スタッフに留め置かれ、個人のプライバシーは保護されなければならない。これについては、人事・労務担当者もよく理解するようになった。(９年度聞き取り)

b. 衛生管理者は個別の情報を知りうる立場にあるため、業務上の必要性が無い場合は口外しないよう、その責任を明確にする必要がある。しかし、本人のために必要と考えられる場合は、産業医等に相談して、本人のセルフケア、ラインによるケア、産業保健スタッフによるケアの調整がうまく進むよう、適切な対処に努めなければならない。(11 年度研究会)

c. 社外のメンタルヘルス資源との連携においては、産業医や保健婦・士等が窓口となり、本人の了解を得たうえで社内関係部署との調整を担当することが適切と考えられる。(10-11 年度聞き取り)

d. 事業場の内部産業保健スタッフは、カウンセラーや専門医等が、事業場全体を視野に入れたメンタルヘルス活動に取り組むよう、従業員の全員面接や事業場巡回への誘導に努める必要がある。(9-10 年度聞き取り、11 年度

研究会）

(2)　介入を行う場合の本人の了解について

プライバシーの確保はメンタルヘルス対策の普及にきわめて重要であり、産業保健スタッフや衛生管理者の、プライバシー保護の義務を事業者が明確にするよう検討する必要がある。またメンタルヘルス不全者について、その支援のため外部機関と連絡を行う場合は、本人の了解を得るという原則を普及させる必要がある。（11 年度研究会）

事業場の規模別に見た産業メンタルヘルスシステム

これまでの研究結果から、事業場が自前のシステムを持っているか否か、つまり事業場の規模が産業メンタルヘルスシステムのあり方を考えるうえで重要であることがわかっている。研究のまとめとして、事業場の規模別に見た、事業場の内部システムとメンタルヘルス資源の関係をチャートに示す。

１．大規模事業場について（図 1）

大規模事業場においては、産業医や保健婦・士等の産業保健スタッフ、人事・労務担当者、福利厚生担当者等が、メンタルヘルス推進のための中核を形成する。この中核メンバーがシステムづくり、従業員のメンタルヘルスの評価、相談やケアにわたって基本的な計画を立て、分担して事業や相談を進める。

保健婦・士等の専門職は個別相談に、人事・労務担当者、福利厚生担当者は、事業や計画と評価に責任を持ち、産業医は全体を統括する。また事業の企画に当たっては、健康保険組合と連携を取り、従業員や家族が利用しやすい配慮を行う。

社内にシステムを持つ大規模事業場においても、他の事業場とメンタルヘルスシステムの情報交換を行うことは、自社のシステムを成長させるためにも大きな意義がある。このような事業場間の交流は、産業保健推進センターと精神保健福祉センターの連携のもとに展開することが報告されている。社外のメンタルヘルス資源の利用については、単独の事業場では困難なことにも取り組めるので有意義であるが、個々の事業場に必要な情報を収集することが重要になる。

産業保健推進センターは、事業場に「人材・メンタルヘルスサービス機関に関する情報」「事業場や従業員集団のメンタルヘルス診断」「メンタルヘルスシステムの診断」「システムづくりの助言指導」を行う。また精神保健福祉センター等と連携して、さまざまな地域資源を含めた、勤労者メンタルヘルスの取り組みを進めやすくするネットワークを構築する。メンタルヘルスサービス機関に対しては、その情報を収集してデータベースを構築するとともに、活動のあり方について助言指導を行う。

精神保健福祉センターは、産業保健推進センターと連携してネットワークを構築するとともに、メンタルヘルスの取り組みが進むよう、情報提供、企

画立案、教育研修等の支援を行う。

労災病院はメンタルヘルスの取り組みを充実強化する必要がある。労災病院全体としては産業保健スタッフの臨床研修を含めた教育研修に積極的に取り組み、メンタルヘルスセンターでは、心身医学や精神科領域の診療や相談を実際に行うだけでなく、事業場や労働者等に診療情報の提供を行う。また情報センター機能を充実させ、産業保健推進センターに広域的なバックアップを行うことが求められる。

２．中小規模事業場・零細事業場について（図 2、3）

中小規模事業場や零細事業場がメンタルヘルスの取り組みを進めるには、産業保健推進センターと精神保健福祉センターの連携のもとに、産業保健機関と地域保健機関の協力による連携組織づくりを進める必要がある。この連携組織には、事業場を中心に、保健所、労働基準監督署、地域産業保健センター、市町村、商工会、医師会、看護協会、精神保健福祉協会、メンタルヘルスサービス機関等が参加する。これらの機関が組織団体の連携をつくり、そのもとに実務担当者を軸にした横のつながりを育てていくことが望ましい。

産業保健推進センターと精神保健福祉センターは連携のための屋根をつくり、保健所はメンタルヘルス相談に対応するほか、連絡会や研修会の形で、勤労者の健康づくりのための産業保健と地域保健の広域的な地域ネットワークの場を設ける。また産業保健推進センター等では、産業医、衛生管理者及び、保健婦・士等の（産業保健スタッフ）研修を行うとともに、メンタルヘルス資源についての情報提供を行う。中小規模事業場等はメンタルヘルスサービス機関等についての情報を得て、人材派遣を受け、また相談を委託することによって、事業場のメンタルヘルスの取り組みを進める。

零細事業場においては自前のシステムを持つことは不可能であり、事業場自体が地域のなかにとけ込むように存在している。このため地域保健と密接な連携を持たない限りシステムは成り立たないと考えられる。市町村は地域住民に身近な対人保健サービスを総合的に提供するものであり、勤労者の健康づくりを地域保健の一環として取り組むことが求められる。

中小規模、零細事業場における産業メンタルヘルスの取り組みについては、労働省と厚生省の統合が、従来の地域保健と産業保健の枠組みにも影響し、両者の連携がさらに進む可能性も考慮しながら、産業保健と地域保健の共同によるパイロット研究事業の検討が必要と思われる。

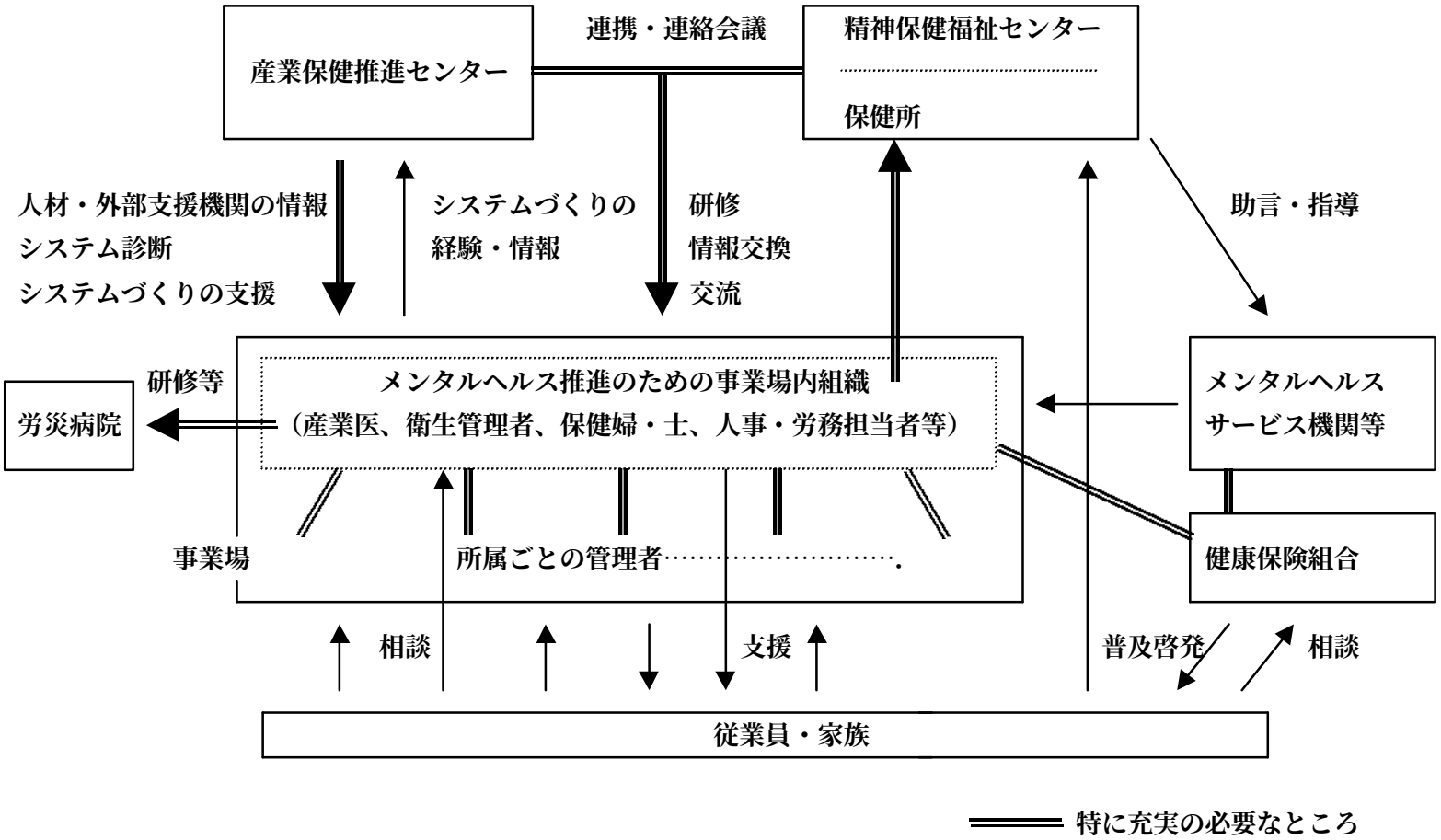


図１　大規模事業場におけるメンタルヘルスシステム

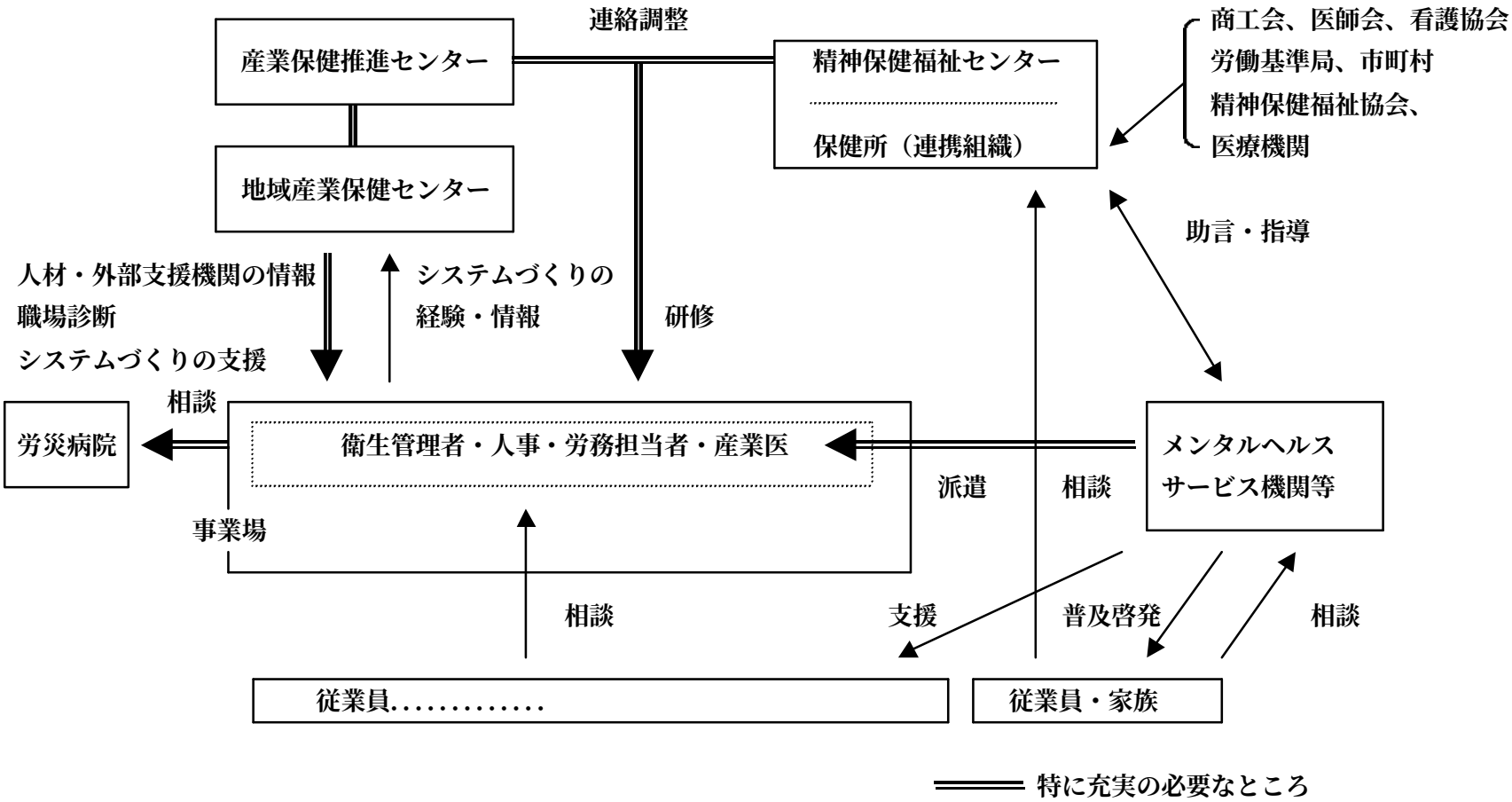


図２　中小規模事業場におけるメンタルヘルスシステム

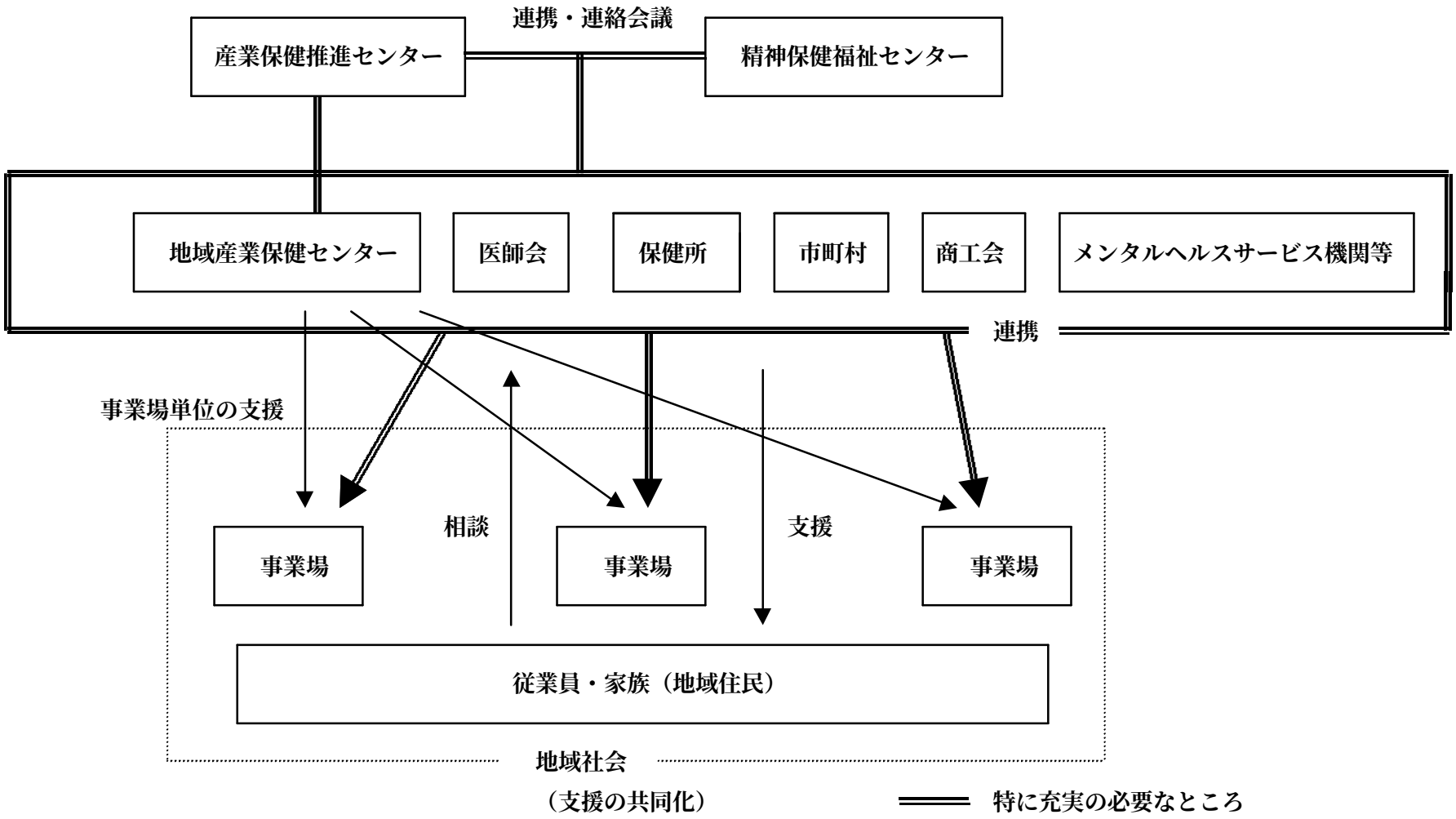


図３　零細事業場におけるメンタルヘルスシステム

まとめ

平成 11 年度研究は、①全国の産業保健推進センターの発行した研究報告書の要約を作成し、産業メンタルヘルスのシステムづくりに重要な情報を抽出すること、②これまでの聞き取り調査で情報が不十分なところについて補充的な聞き取り調査を行うこと、③これまでの研究で重要な意見を得ることのできた協力者を加えて研究会を開催し、事業場の規模別に見たメンタルヘルスシステムのあり方についてまとめることを行った。この結果、メンタルヘルスの取り組みを進めるには、①事業場規模に応じた事業場内のシステム、②地域資源の活用を進める産業保健と地域保健の共同ネットワークが重要であり、事業場の規模別にシステムづくりの概要をチャートに整理した。

(1)　事業場規模に応じたシステムづくり

a. 社内にメンタルヘルスシステムを持つ大規模事業場ではシステムづくりの情報交換がきわめて重要である。

b. 中小・零細事業場では社内にシステムを持つことが困難であり、地域保健と産業保健の共同によるシステムづくりと支援が必要である。

c. 事業場の規模に関わりなく、社内システムの一員として衛生管理者の役割は重要であり、メンタルヘルスにおける役割の明確化を図る必要がある。

(2)　地域資源の活用を進めるシステムづくり

a. 産業保健推進センターに精神保健福祉センターが技術協力を行い、両者の共同によって、産業保健と地域保健の連絡組織をつくり、相互の連携を進める必要がある。

b. 産業保健推進センターには、①システムづくりを支える人材や支援機関についての情報提供とデータベース化、②事業場等へのシステムづくりの継続支援と情報提供、③研修会や研究会の開催による、事業場と組織団体、産業保健と地域保健スタッフや医療機関等の担当者相互の顔と顔のつながったネットワークづくりが求められている。

c. 保健所には圏域レベルの地域保健と産業保健の連携組織づくりに役割を持つことが期待されている。

d. 中小・零細事業場のメンタルヘルス推進は、勤労者の健康づくりとして、産業保健だけで取り組むことなく、地域保健も共に取り組む体制づくりが必要で、パイロット研究の実施が望まれる。

産業メンタルヘルスの取り組みを進めていくには、産業保健と地域保健の共同作業が必要であり、産業保健推進センターと精神保健福祉センターの協力体制のもとに実践研究的な取り組みを進めていく必要がある。このためには、全国レベルで情報提供や研究面でバックアップする体制の整備が望まれる。また、システムづくりには産業保健と地域保健双方の経験のある人材がきわめて重要であり、そのような人材の発掘・育成に努める必要がある。

最後に、研究結果のフィードバックとして、産業保健推進センターにおける研究概要集と、各都道府県の産業メンタルヘルスの資源をおさめた CD－

ROMの作成を行ったことを報告する。

平成11年度「産業メンタルヘルスシステム」研究グループ（研究体制）

研究者（連絡員）：吉川　武彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）
分担研究者：後藤　　敕（社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所）
　　児玉　隆治（東京学芸大学保健管理センター）
　　高塚　雄介（早稲田大学学生相談センター）
　　竹島　　正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
　　丸山　　晋（淑徳大学社会福祉学科）
研究協力者：大久保靖史（千葉大学医学部衛生学教室）
　　堀江　正知（日本鋼管病院京浜保健センター）
　　森　　晃爾（エッソ石油・ゼネラル石油医務産業衛生）

研究協力者（研究報告書作成）
　　大久保靖史（千葉大学医学部衛生学教室）
　　織田　弘子（ＴＤＫ）
　　數川　　悟（富山県心の健康センター）
　　甲田　茂樹（高知医科大学公衆衛生学教室）
　　後藤　　敕（社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所）
　　＊竹島　　正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
＊編集担当

研究協力者（要約集作成・CD-ROM作成）
　　小田　泰宏（国立精神・神経センター精神保健研究所）
　　川村　香織（日本女子大学卒）
　　木沢由紀子（日本女子大学大学院）
　　佐野　光正（全国精神保健福祉センター長会）
　　別所　晶子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
　　＊竹島　　正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
＊ 編集担当

成 果 物

「健康影響評価」研究グループ成果物

１．事業場におけるストレス対策計画マニュアル
２．「仕事のストレス判定図」マニュアル

事業場におけるストレス対策計画マニュアル

Ⅰ．仕事のストレスとその影響

１．仕事のストレスとは

仕事のストレス（職業性ストレス）とは、仕事の心理社会的な特徴によって引き起こされる身体的・精神的な反応のことである。「ストレスは人生のスパイス」といわれるように、困難な状況を乗り越えた経験は人に満足と成長をもたらす。しかし「ストレス」では問題が過度に困難だったり、自分の力では解決できなかったり、解決のための手段や助力がなかったりして状況を改善することができず、疲労感や絶望感が持続する。こうした状況が職場の健康保持増進において注目しなくてはいけない仕事上のストレスである。

仕事のストレスの原因となる諸要因	
作業内容および方法	①仕事の負荷が大きすぎる。あるいは少なすぎる。 ②長時間労働である。あるいはなかなか休憩時間がとれない。 ③仕事上の役割や責任がはっきりしていない。 ④労働者の技術や技能が活用されていない。」 ⑤繰り返しの多い単純作業ばかりである。 ⑥労働者に自由度や裁量権がほとんど与えられていない（仕事のコントロールが低い）。
職場組織	①上司・同僚からの支援や相互の交流がない。 ②職場の意志決定に参加する機会がない。 ③昇進や将来の技術や知識の獲得について情報がない。
職場の物理化学的環境	①重金属や有機溶剤などへの暴露 ②換気、照明、騒音、温熱。 ③作業レイアウトや人間工学的環境。

２．仕事のストレスの影響

・仕事のストレスは、労働者の健康に大きな影響を与えている。
・仕事のストレスは労働コストの損失、医療費の増加など事業場に経済的な影響を与えている。
・仕事のストレスは、ミスの増加など労働生産性も低下させている可能性がある。

３．事業場におけるストレス対策

仕事のストレス対策は、以下の目的のために重要な労働安全衛生活動である。

仕事のストレスが関係する健康問題

重症度が高く、職業性ストレスとの関連が比較的強いもの	虚血性心疾患 脳血管疾患 自殺 仕事上の事故災害 交通事故
頻度が高く、仕事および生活の質への影響が大きく、職業性ストレスと関連があるもの	高血圧 不整脈 肥満 高脂血症 糖尿病（耐糖能異常） 脂肪肝 胃・十二指腸潰瘍 アルコール関連障害 腰痛、頚肩腕痛 うつ病

事業場におけるストレス対策：３つの目的

- 労働者の健康の保持増進－ストレスを考慮した労働者の健康保持増進活動を推進する。
- 生産的で活気のある職場組織づくり－ストレスを対策して、より生産的で想像的な職場組織を実現する。
- 事業主の安全配慮義務の遂行－ストレスによる労働災害や事故を防ぐ。

Ⅱ．事業場ごとにストレス対策を計画・実施する

ステップ１．事業場としてのストレス対策を計画する

事業場ごとにストレス対策を計画し、実施することが必要である。そのためにまず、事業場として労働者のストレス・メンタルヘルス対策に積極的、継続的に取り組むことを表明することが大事である。

ステップ２．ストレス・メンタルヘルス対策のための組織づくりを行う

労働者、管理監督者、事業場内産業保健スタッフ［産業医、衛生管理者・衛生推進者、保健婦・士、等］の役割をそれぞれ定めるとともに、事業場外の専門機関との連携体制をつくるようにする。例を下に示す。

- **労働者：自らのストレスへの気づきと対処を行う。**
- **管理監督者：職場環境のストレス要因の改善や部下のサポートを行う。**
- **産業保健スタッフ：職場環境の評価、個別の相談・指導、従業員や管理監督者の教育・研修を行う。**
- **事業場外の専門機関：事業場のストレス対策について助言、指導や情報提供をしてもらう（産業保健推進センター、保健所・精神保健福祉センター、民間のメンタルヘルスサービス機関など）。専門的な相談や治療をしてもらう（医療機関やカウンセラーなど）。**

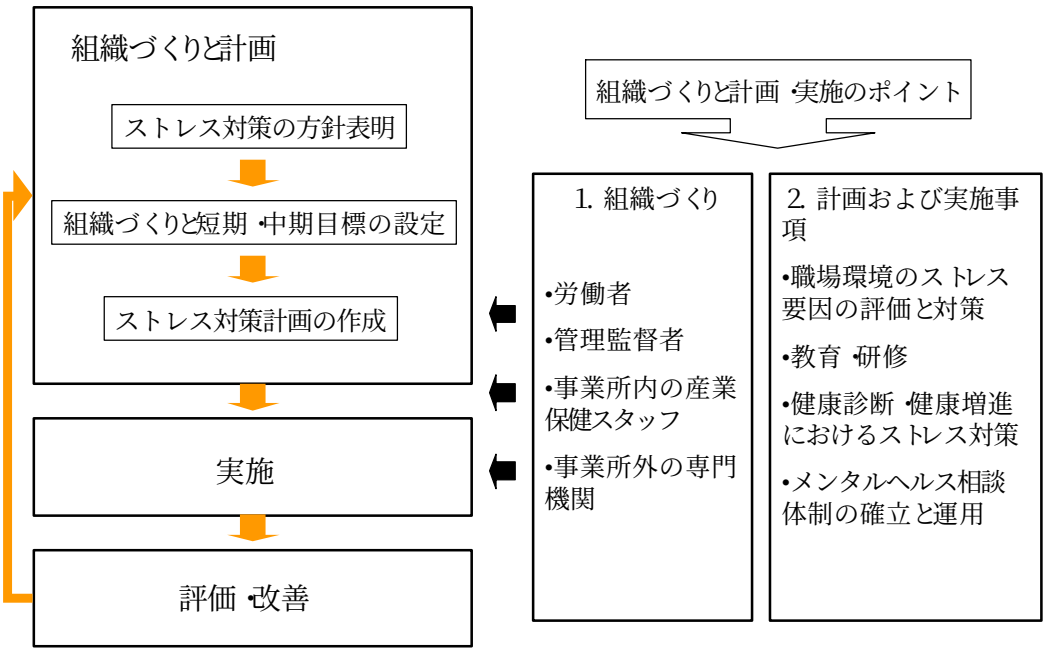


図　自主的労働安全衛生活動としてのストレス対策の進め方

ステップ３．ストレス対策の目標を設定する

事業場の現状やニーズを考慮して、短期（年間）および中長期（数年間）の対策の目標を設定する。目標はできるだけ具体的にたてるようにする。短期目標の例としては、管理監督者全員にストレスの教育研修を実施するなどがある。中長期の目標の例としては、ストレスの訴え率を10％減らす、ストレス性疾患による疾病休業を現在の半分にするなどがある。

ステップ４．ストレス対策の計画をたてる

ストレス対策には４つの活動がある。これら４つがバランスよく実施できるように計画をたてるのがよい。

１）職場環境のストレス要因の評価と対策

- **職場環境、作業方法、職場の組織におけるストレス要因を職場ごとに評価する（⇒「仕事のストレス判定図」）。**
- **職場環境、作業方法、職場の組織などの改善によって職場のストレス要因を対策する。**
- **対策によってストレス要因が改善されたかどうかを評価する。**

２）ストレスに関する教育・研修

- **管理監督者に対する教育・研修を実施する（⇒「管理監督者教育マニュアル」）。**
- **労働者に対する教育・研修の機会を設ける（⇒「リラクセーション法マニュアル」）**
- **産業保健スタッフに教育・研修の機会を与える。**

３）健康診断・健康増進におけるストレス対策

- **健康診断などの機会を活用して労働者のストレスを把握する工夫をする（⇒「職業性ストレス簡易調査票」）**
- **ストレスに対する事後指導や保健指導を行なう（⇒「保健指導マニュアル」、「運動指導マニュアル」、「リラクセーション法マニュアル」）。**
- **健康増進活動の中で個人向けのストレス対策を充実する（⇒同上）**

４）メンタルヘルスの相談体制の確立と運用

- **労働者が相談しやすい悩みやメンタルヘルスの相談窓口や経路を設ける（⇒「産業メンタルヘルスシステムマニュアル」）。**
- **メンタルヘルス相談体制を周知し、その活用のための教育・研修を実施する（⇒「管理監督者教育マニュアル」）。**
- **外部の専門機関・医療機関との連携方法を日頃から定めておく。**

ステップ５．ストレス対策を実施し、評価・改善する

労働者、管理監督者、産業保健スタッフがそれぞれの役割を果たしながら、相互に、また社外の専門機関と協力してストレス対策を実施する。ストレス対策の進め方については必ず見直しを行い、不具合を改善し、また不足な点を追加するなどして、ストレス対策をより効果的で充実したものになるよう継続的に努力する。

Ⅲ．労働者の特性にあわせたストレス対策を計画する

事業場や労働者の特性に合わせて、ストレス対策を計画・実施することで効率的な対策が実施できる。以下にそれぞれの労働者に対するストレス対策のポイントについて述べる。

○性差に配慮したストレス対策

性差に配慮したストレス対策を行うことが必要である。職場への進出の歴史の短い女性に対する配慮が必要で、次のような対策が必要と思われる。

1. 女性労働者の心理を理解する管理職の育成－管理職の教育・研修に女性のストレスの理解と対応に関する内容を加える。
2. 中高年女性労働者の能力開発事業－社会的、心理的に不安定になりやすい中高年女性労働者の能力開発、心理的健康教育事業を行う。
3. SOHO (Small Office Home Office)の推進－情報ネットワークシステムを使って、家庭あるいは自宅に近い小規模な職場で仕事に従事することを可能にし、妊娠、出産、育児、介護に伴う離職・復帰によるストレスを軽減する。

○年齢別のストレス対策

1. 20～30代の若年層では、役割葛藤や職務への不満足からストレスを生じやすい。役割をはっきりさせ、役割を変えるとき相互に了解するようにする。職務への不満は積極的に聞き、改善できるものは改善する。
2. 40～50代の中高年層は、対人面でストレスを感じやすい。対人面の問題は、個人的に処理させるのではなく、積極的に相談するように働きかける。個人が相談しやすい職場をつくるとともに、相談窓口、それを支える事業場内の組織の確立が重要である。
3. 世代間のギャップは、上司や管理職が若年層とどうかかわるかを中心に埋めることが重要である。研修会や講演会を通し啓蒙・教育を行い、一部若年層に合わせたやり方で関係をつくっていく。

○職種ごとのストレス対策

A．管理職のストレス対策のポイント

1. 管理職に多い「職場の人間関係」や「サポート不足」のストレスについて管理職自身が知り、自己管理能力を向上するための教育研修が必要である。
2. 管理職の労働量を把握することが必要である。
3. 事業主や経営者がストレス対策に関する目標や方針を明確化し、管理職に徹底する必要がある。

B．事務職のストレス対策のポイント

1.長時間労働は職場ストレスの大きな要因である。上司による適切な管理と従業員自らの意識づくりが必要である。
2.職場環境（温度、騒音、換気、椅子、レイアウト等）の改善にも配慮し、快適な職場づくりを心がける。
3.VDT 作業に関する衛生教育や対話型の VDT 健診を行う。
4.事務職ではさまざまな労働者が働いているため、日頃から職場内で相互にサポートする雰囲気づくりが重要である。

C．製造組み立て従事者のストレス対策のポイント

1.作業内容や手順の決定・変更にあたっては，労働者の意見を反映できるようにし，自主的な参加を促す。
2.管理・監督者がストレスについての理解を深め，上司としての支援が高まるようにする。
3.新しい不慣れな作業に従事することのストレスを緩和するため、仕事の進め方について，充分な教育・トレーニングを行う。
4.物理化学的および人間工学的作業環境が快適なものとなるよう努める。

D．運輸従事者のストレス対策のポイント

1.長時間労働や不規則交代制勤務による負担を軽減するため，ゆとりを持たせたスケジュール管理や休憩時間の確保を徹底する．
2.運転作業者の孤立化を防ぐため、的確な指示を与えたり相談にのれるような支援システムを 充実し，コミュニケーションなどの場を提供する．
3.人間工学的手法を用いて運転作業による負担の軽減を図る。
4.運転の健康への影響や休憩時間の大切さなど健康についての自己管理意識を高める。

E．ソフトウェア技術者のストレス対策のポイント

1.フレキシビリティが高く、働きやすい人事・労務管理制度を工夫する－仕事量の変動を配慮した休暇制度（忙しい時に働き、繁忙期が過ぎたら連続休暇を取り、メリハリをつける)、コアタイムを工夫した（コアタイムの拘束をなくするなど）フレックスタイム制度、裁量労働制などを導入する。
2.ソフトウェア技術者や管理者を対象に、プロジェクトチームとして働く際のサポート・スキル、コミュニケーション・スキルなどを教育・研修に取り入れる。また、管理者に対するメンタルヘルスの助言や支援を産業保健スタッフおよび人事管理スタッフが連携して行う。
3.ストレス教育に加え、ソフトウェア技術者としてのキャリアカウンセリングを含んだ教育を、人事管理担当者、健康保険組合、業界団体などが協力して実施する。

F．医療関係者のストレス対策のポイント

1.医療職自身がストレスに耐えられる能力や資質の向上を目的とした教育、対人関係の技術を修得できる研修を実施する。特にバーンアウトがおきやすい新卒３年目までを対象に、ストレス教育や喪失体験に対する教育を、管理者を対象に職場におけるストレス対策立案のための研修を実施する。 また個人の専門性を活かしたキャリア開発のための研修、教育プログラムを現場で設定する。

2.労働条件の改善（時間外労働時間の短縮、夜勤体制、休憩時間や休暇の取得など）に対する対策を充実する。

3.医療関係者間で話し合う時間と場を設け、体験を共有し、医療チームとして総合的な支援体制を確立する。

○中小規模事業場のストレス対策

1.地域産業保健センター、都道府県産業保健推進センターのほか、保健所など地域保健機関と連携する。

2.複数の中小規模事業場がグループとして(同一企業に所属するなら企業全体として、これ以外なら企業団地、同業者組合、事業団体、健康保健組合連合など）ストレス対策を計画・実施する。

3. まずできるところ、身近なところからはじめる。「明るい職場づくり」を目標としたり、労働者に対する啓蒙教育、職場環境の改善や休憩室の設置など快適職場づくりに類する活動、あるいは運動会やハイキングなどレクリエーション活動の開催からもストレス対策はスタートできる。

○リストラ、アウトソーシングが進む事業場のストレス対策

1.「公平性」の重視－人員削減を実施する際には、「何故行うのか」「対象者はどのように選出されるのか」について、トップ・マネジメントの職位にある役職者から説明を行う。退職者の選出に際しては、できるだけ不公平感を抱かせないように留意する。また、退職者に対して、再就職支援や退職割増金の支給等による支援を実施するとともに、その旨を退職者以外の残留する従業員に対してもきちんと告知する。

2.上司のメンタリング機能の強化－人員削減実施後は、企業に残った従業員の同僚間関係、上司－部下関係が悪化しやすいので注意が必要である。特に、仕事の量的負荷の増加によるストレスや、自分自身の将来に対する不安感が高まりやすいので、上司は部下に対して、メンタリングなどを通じた心理的支援とキャリア的な支援を行うことが必要である。派遣社員に対しても、指揮命令件を持つ派遣先の管理者として適切な配慮を行うことが、職場環境を向上につながる。

3.個人のキャリアデザイン力の強化（中長期的な対策として）－自分のキャリアを会社まかせにしないよう、個人が自分自身でキャリアデザインをできるよう従業員を支援する。特に、雇用関係が不安定な登録型の派遣社員については、派遣元企業の主導により、各個人のエンプロイヤビリティ（雇用可能性）の向上をはかる。

Ⅳ．ストレス対策の成功事例

- ある電機メーカーでは、生産ラインの人間工学的デザインを女性のサイズに合わせて見なおしたところ、女性労働者の疲労や自覚症状が減少し、生産性がアップした。
- ある半導体製造ラインでは、夜勤から日勤への引継ぎが十分できるように交替勤務のスケジュールを改善したところ、労働者の仕事の負担感が低下し疾病休業日数が減少した。
- ある製造組み立てラインでは、マシントラブルに細かく対応できるように小グループごとに権限をもったサブリーダーを設置したところ、労働者の疲労やストレスの自覚症状および疾病休業日数が減少した。
- ある通信機器メーカーでは、管理監督者向けメンタルヘルス教育・研修を全管理職に実施したところ、労働者の疲労やストレスなどの自覚症状が減少し、上司からのサポートが増加した。
- ある重機メーカーでは、管理監督者全員に心理相談担当者が部下の精神的問題への気づきと対処法、社内の相談窓口への相談方法について教育・研修を実施し、うつ病の早期発見を行っている。

Ⅴ．事業場におけるストレス対策の進め方のチェックリスト

事業場におけるストレス対策の進め方のチェックリストを以下に示した。事業場で実施している項目にチェックをつけることで、現在までに何ができているか、今後何をすべきかについて整理することができる。

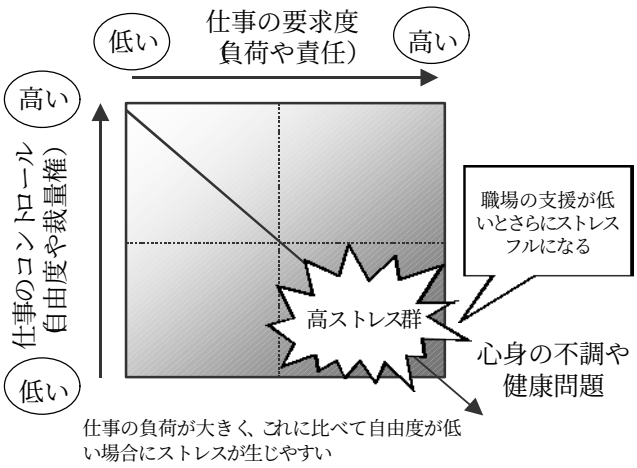
１．事業場としての労働安全衛生計画にストレス対策が考慮されているか。
□　事業場としてストレス対策に積極的、継続的に取り組むことを表明しているか。
□　短期（年間）および中長期の目標と計画には立てられているか。
□　ストレス対策の実施のために必要な社内外の組織づくりがなされているか（産業医が選任されている事業場では産業医が参画しているか、事業場外の支援機関との連携はどうか、など）。
２．職場環境の改善によるストレスの対策が実施されているか。
□　職場環境のストレス要因の評価が計画・実施されているか。
□　職場環境のストレス要因の改善が計画・実施されているか。
□　改善の効果評価がなされているか。
３．ストレス対策のための教育・研修が実施されているか。
□　管理職の教育・研修が計画・実施されているか
□　従業員の教育・研修が計画・実施されているか
□　産業保健スタッフの教育・研修が計画・実施されているか。
４．健康診断とその事後措置および健康保持増進におけるストレス対策が実施されているか。
□　健康診断等の機会を活用して従業員のストレスを把握する工夫がなされているか。
□　ストレスを考慮した健康診断の事後措置や保健指導が実施されているか。
□　健康保持増進においてストレス対策が考慮されているか。
５．メンタルヘルスの相談体制の確立と運用がなされているか。
□　従業員が利用しやすい相談経路や窓口が確立されているか。
□　事例への気づきや対応について管理職・従業員の教育・研修が実施されているか。
□　社外の専門機関との連携が円滑にできるよう計画されているか。

「仕事のストレス判定図」マニュアル

労働省「作業関連疾患の予防に関する研究」班健康影響評価グループ

１.「仕事のストレス判定図」とは

「仕事のストレス判定図」は、職場や作業グループなどの**集団を対象として目にみえない仕事上のストレス要因を評価し、それが労働者の健康にどの程度影響を与えているかを判定**するために開発されたツールである。



「仕事のストレス判定図」では、健康との関係が深いことがわかっている４つのストレス要因－「仕事の量的負担」、「仕事のコントロール」（裁量権や自由度のこと）、「上司の支援」および「同僚の支援」－を所定のストレス調査票で測定し、その結果にもとづいて、職場のストレス要因の程度や健康問題の起きやすさ（健康リスク）の程度を知ることができる。

２．仕事のストレス判定図の特徴

・特別な専門知識がなくても、誰でも簡単に使用できる。
・最小で12問の質問の回答を合計するだけで判定ができる。
・ある職場のストレスの大きさを、全国２.５万人の労働者の平均とくらべて判定することができる。
・ストレスの大小だけでなく、そのための健康リスクも知ることができるため対策の必要性が判断しやすい。

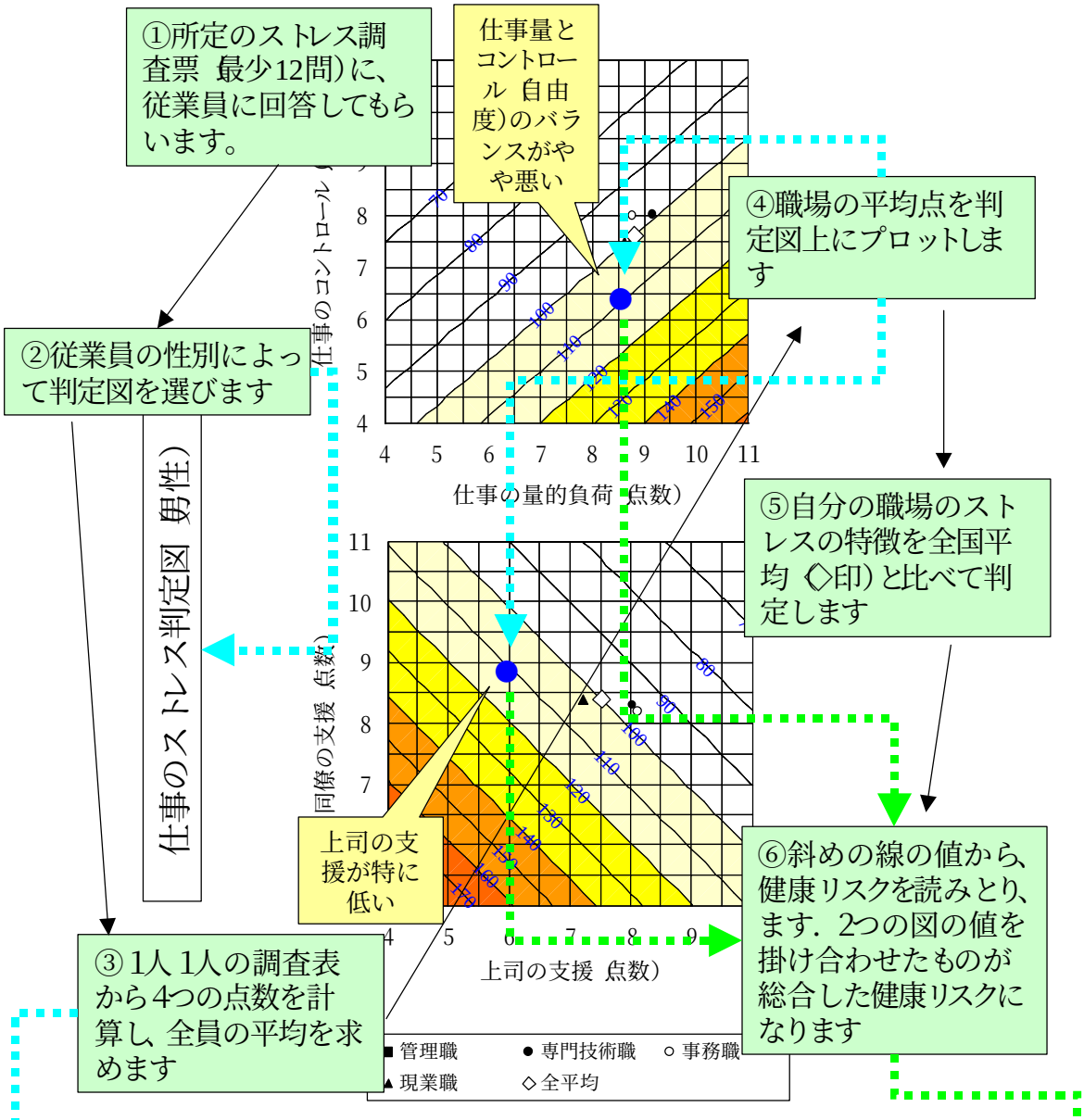
３．仕事のストレス判定図の活用場面

・体調を崩す者や事故が多いなどストレスが高いことが疑われる職場に対する調査
・職場ごとに仕事上のストレスを定期的に評価したい場合

・新しい機械の導入などの変化にともなうストレスの増加を評価したい場合
・ストレス対策の効果評価をしたい場合

４．結果からストレスの対策へ
・対策が必要かどうか判断する。健康リスクが120-130以上の職場ではいろいろなストレス問題が顕在化している場合が多い。
・仕事のストレス判定図の結果からその職場のストレスの特徴に見当をつける。
・職場巡視や労働者からの聞き取りを行い、具体的にどんな問題によって起きているのかを調べ、これをリストアップする。
・関係者が集まってリストアップされた問題を検討し、改善のための計画をたてる。
・改善を実施しその進捗状況を記録する。実施中は労働者からの意見などに基づいて適宜計画の見なおしを行う。
・改善後は、仕事のストレス判定図を再度実施するなどによりその効果を評価する。改善の効果が不充分であればその理由を検討し、計画を見なおす。

図解：仕事のストレス判定図の使用方法



職場名	対象者数（人）	主な作業内容
経理課	20人	事務、伝票処理
尺度名	平　均　点	読みとった健康リスク
仕事の量的負担	８．５	(A)　１０８
仕事のコントロール	６．４	
上司の支援	６．０	(B)　１１２
同僚の支援	８．８	
総合した健康リスク［=(A)x(B)/100］		１２１

この職場では仕事のストレスにより健康リスクが通常の20%増加と推定

５．使用上の注意

１）できるだけ産業保健スタッフと連携して職場のストレス評価を実施すること。

２）ストレスの評価と対策においては、「仕事のストレス判定図」にとりあげられていないこの他のストレス要因についても考慮に入れること。

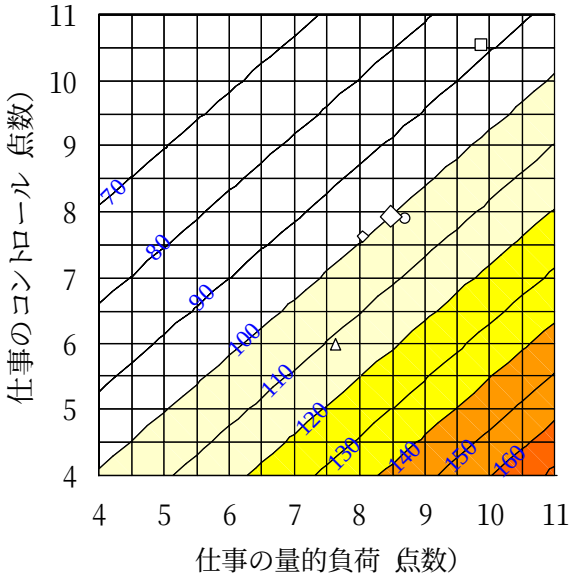
３）仕事の量的負担については、過小な場合にもストレスとなることがあることに注意する。

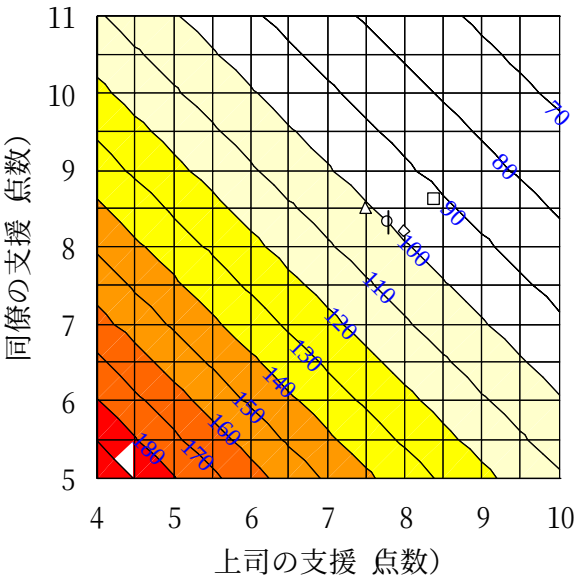
４）職場環境のストレスの評価には、「仕事のストレス判定図」の他、健康診断データの職場比較や年次推移、職場巡視による観察、労働者や職場上司からの意見の聞き取りなど他の情報源も活用すること。

５）労働者に調査票に記入を求める際には調査目的を明確に伝え、個人の回答が秘密にされることを保証すること。調査は無記名式で実施してよい。

仕事のストレス判定図（職業性ストレス簡易調査票用）

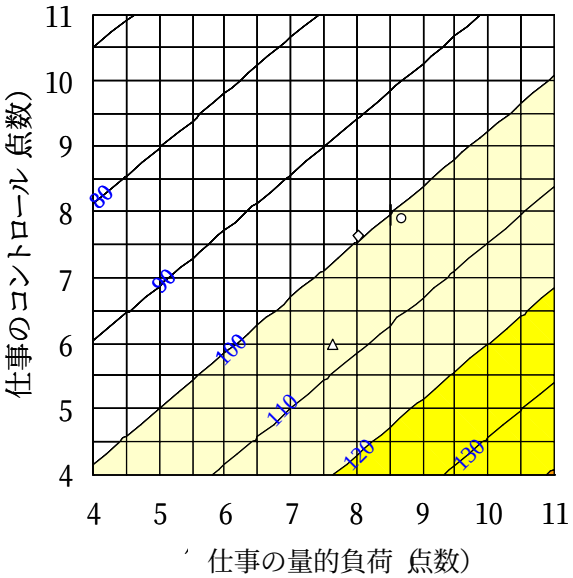
男性

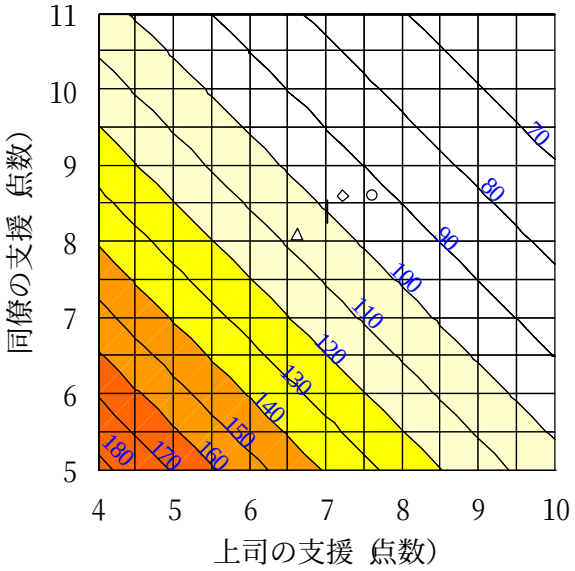




□ 管理職　○ 専門技術職　◇ 事務職
△ 現業職　◇ 全平均

女性





○ 専門技術職　◇ 事務職
△ 現業職　◇ 全平均

職場名	対象者数（人）	主な作業内容
尺度名	平　均　点	読みとった健康リスク
仕事の量的負荷		(A)
仕事のコントロール		
上司の支援		(B)
同僚の支援		
総合した健康リスク ［=(A)x(B)/100］		

付録：仕事のストレス判定図を使用するための質問票*

あなたの 性別は（いずれかに○）	1 男性　　2 女性

あなたのお仕事についてうかがいます。最もあてはまる回答の欄に○を記入して下さい。				
	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
(1)一生懸命働かなければならない				
(2)非常にたくさんの仕事をしなければならない				
(3)時間内に仕事が処理しきれない				
(4)自分のペースで仕事ができる				
(5)自分で仕事の順番・やり方を決めることができる				
(6)職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる				

あなたの周りの方々についてうかがいます。最もあてはまる回答の欄に○記入して下さい。					
		非常に	かなり	多少	全くない
次の人たちとはどのくらい気軽に話せますか？	(7)上司				
	(8)職場の同僚				
あなたが困ったとき、次の人達はどのくらい頼りになりますか？	(9)上司				
	(10)職場の同僚				
あなたの個人的な問題を相談したら、次の人達はどのくらい聞いてくれますか？	(11)上司				
	(12)職場の同僚				

○得点の計算方法：問１～６は、そうだ=4点、まあそうだ= ３点、ややちがう= ２点、ちがう= １点を与える。問７～12は、非常に= ４点、かなり= ３点、多少=2点、全くない= １点を与える。以下の式に従って各得点を計算する：仕事の量的負荷＝問１＋問２＋問３、仕事のコントロール＝問４＋問５＋問６、上司の支援＝問７＋問９＋問11、同僚の支援＝問８＋問10＋問12。

* この調査票は、職業性ストレス簡易調査票から必要部分を抜粋したものである。

「ストレス測定」研究グループ成果物

職業性ストレス簡易調査表使用マニュアル

はじめに・・

今日、職場におけるストレス問題とそれによるストレス性健康障害は、長期にわたる欠勤や過労死などとの関連性が報告されており、職場における健康管理上、重要な問題となりつつあります。

したがって、従来の定期健康診断等を中心とした健康管理だけでなく、職場でのストレス状態を把握し、作業環境や作業との関連を検討することにより、労働者の健康障害を未然に防ぐことができるよう、適切に対処することが必要です。

そこで、労働省「作業関連疾患の予防に関する研究班」―ストレス測定研究グループでは、労働省からの委託を受け、既存の多くのストレスに関する質問票を検討し、現場で簡便に測定・評価することが可能であり、しかも信頼性・妥当性の高い**職業性ストレス簡易調査票**を開発いたしました。

職業性ストレス簡易調査票の特徴は・・

職業性ストレス簡易調査票は以下のような特徴を持っています。

１）従来のストレス反応のみを測定する多くの調査票と異なり、職場におけるストレス要因をも同時に評価できること、

２）心理的なストレス反応の中でネガティブな反応だけでなくポジティブな反応も評価できること、

３）身体的なストレス反応や修飾要因も評価する多軸的評価法とであること、

４）労働現場で簡便に使用可能とするために質問項目は 57 項目と少なく約 10 分で回答できること

５）あらゆる業種の職場で使用できる調査票であること、

６）被験者本人が記入する自記式調査票であること、

などです。

職業性ストレス調査票は、仕事のストレス要因（17 項目）、ストレス反応（29 項目）、修飾要因（社会的支援 9 項目、満足度 2 項目）の計 57 項目からなります。

仕事のストレス要因に関する尺度は量的労働負荷（項目 No.1,2,3）、質的労働負荷（4,5,6）、身体的労働負荷（7）、コントロール（8,9,10）、技術の低活用（11）、対人問題（12,13,14）、職場環境（15）、仕事の適性（16,17）で、項目数は合計 17 項目です。

ストレス反応については、心理的ストレス反応と身体的ストレス反応について測定出来るようになっています。心理的ストレス反応のネガティブ尺度として、「緊張－不安」、「怒り」、「疲労」、「抑うつ」、また、ポジティブな尺度として「活気」の計 18 項目（項目 No.1～18）、身体的ストレス反応（身体愁訴）に関しては 11 項目（項目 No.19～29）からなります。

修飾要因としては、職場と家庭での支援〔「上司」「同僚」「家族・友人」〕（項目 No.1～9）を入れた 3 項目および職場と家庭に対する満足度の 2 項目（項目 No.1～2）があります。

フリガナ

氏名

マークの仕方

良い例	悪い例			
●	細い	短い	うす	はみだし

（マーク上の注意）
・マークはHBの鉛筆で、はっきりマークしてください
　ボールペン・サインペン等は不可
・マークを消す時は、消しゴムで完全に消し、消しくずを残さないでください。

社員コード番号 ←番号を右ヅメで記入してマークしてください

年齢 ←年齢を記入してマークしてください

性別　男　女 ←男女どちらかにマークしてください

受診番号

あなたの仕事についてうかがいます。
最もあてはまるものをぬりつぶしてください。

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

最近1か月間のあなたの状態についてうかがいます。
最もあてはまるものをぬりつぶしてください。

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

あなたの周りの方々についてうかがいます。
最もあてはまるものをぬりつぶしてください。

	非常に	かなり	多少	全くない
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか				
1．上司	①	②	③	④
2．職場の同僚	①	②	③	④
3．配偶者、家族、友人等	①	②	③	④
あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？				
4．上司	①	②	③	④
5．職場の同僚	①	②	③	④
6．配偶者、家族、友人等	①	②	③	④
あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？				
7．上司	①	②	③	④
8．職場の同僚	①	②	③	④
9．配偶者、家族、友人等	①	②	③	④

満足度について

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

職業性ストレス簡易調査票の採点方法は・・

職業性ストレス簡易調査票の採点方法は２種類あります。１つは標準化得点を用いる方法（約 10,000 名のデータから算出）であり、もう１つは回答肢を二分割しチェック項目がいくつあったかを数える簡易採点法です。

１）標準化得点からの採点法

コンピュータを用いた採点方法

仕事のストレス要因から修飾要因までの計 57 項目に対する１から４の回答肢をコンピュータ入力し、作表プログラムでデータファイルを読み込む事により、自動的にフィードバックのための図表２枚が出力できます。フィードバックのためのプログラム(Windows95 以上)も作成されており、結果を簡単に出力することが出来ます。

２）簡易採点方法

コンピュータを用いた表の出力ができない場合や、調査票に回答してもらったと同時にその結果をフィードバックして判定評価を行いたい場合には、簡易採点法を用いて採点する事が可能です。

具体的には、採点部分を指示した透明シートを調査票にあわせ、グレーのゾーンに回答した数を、質問のグループごとに数える作業を行います。

仕事のストレス要因からストレス反応までの、要チェックとなった数を調べます。

仕事のストレス要因である、仕事の負担度、コントロール度、対人関係、仕事の適合性のいずれかが要チェックとなる数が１つの人は、チェックのない人と比較して、心理的ストレス状態の発現リスクが男性では 3.4 倍、女性では 4.4 倍、チェック数が２つの人は、男性では 7.7 倍、女性では 11.8 倍、３つ以上の人は男性では 26.7 倍、女性では 31.3 倍になることがわかっています。同様に、身体的ストレス状態の発現リスクもストレス要因のチェック数に応じて高まることが、明らかになっています.

要チェック数が３つ以上となった人は、「ストレス問題が高い確率で疑われるケース」として、産業医、保健婦・士の面談や、心理相談の受診をすすめたり、「要観察ケース」として、注意深いフォローが必要と考えられます。

簡易採点用シート

フリガナ
氏名

マークの

良い例

マーク上の注意
・マークはHBの鉛筆で、はっきりマークしてください
（ボールペン・サインペン等は不可）
・マークを消す時は、消しゴムで完全に消し、消しくずを残さないでください。

ード番号

番号を右ツメで記入してマークしてください

年齢

年齢を記入してマークしてください

性別

男 女

男女どちらかにマークしてください

受診番号

番号を右ツメで記入してマークしてください

あなたの仕事についてうかがいます。
最もあてはまるものをぬりつぶしてください。

	そうだ	そうだ	ちがう	ちがう
1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない	①	②	③	④
2. 時間内に仕事が	①	②	③	④
3. 一生懸命働	①	②	③	④
4. かなり注	①	②	③	④
5. 高度の知識や 事だ	①	②	③	④
6. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	①	②	③	④
7. からだを大変よく使う仕事だ	①	②	③	④
8. 自分	①	②	③	④
9. 自分 できる	①	②	③	④
10. 職場 できる	①	②	③	④
11. 自分 少ない	①	②	③	④
12. 私の部署内で意見のくい違いがある	①	②	③	④
13. 私の部署	①	②	③	④
14. 私の職場	①	②	③	④
15. 私の職場の など) はよくない	①	②	③	④
16. 仕事	①	②	③	④
17.	①	②	③	④

No.1～7
仕事の負担度
6コ以上

No.8～10
コントロール度
2コ以上

No.12～14
対人関係
2コ以上

No16,17
仕事の適合性
2コ以上

最近 について うかがいます。
最もあてはまるものをぬりつぶしてください。

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

No.1-18まで
心理的ストレス反応
14コ以上

No.19～29
身体的ストレス反応
6コ以上

あなたの周りの方々についてうかがいます。
最もあてはまるものをぬりつぶしてください。

	非常に	かなり	多少	全くない
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか				
1.	①	②	③	④
2.	①	②	③	④
3.	①	②	③	④
あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？				
4. 上司	①	②	③	④
5. 職場の同僚	①	②	③	④
6. 配偶者、家族、友人等	①	②	③	④
あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらいきいてくれますか？				
7. 上司	①	②	③	④
8. 職場の同僚	①	②	③	④
9. 配偶者、家族、友人等	①	②	③	④

No.1,2,4,5,7,8
職場内支援度
5コ以上

満足度について

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

職業性ストレス簡易調査票の使用法

- 職場の定期健康診断などで簡単に使用できる、職業性ストレスの調査票です。
- 特徴は、ストレス反応だけでなく、その原因と考えられる仕事上のストレス要因や、ストレスを緩和する因子の有無を測定できる多軸的な調査票であることです。

使用方法

① 職場で労働者に配布します。
② 封筒に入れてもらって回収します。
③ コンピュータに入力し、結果を出力します。
④ 表ではグレーゾーンに入っている○の数が多いほど、またレーダーチャートでは範囲が狭い程、好ましくない状況を示します。

活用方法

① 職場の定期健康診断等の機会に施行する事で、労働者のメンタルヘルスチェックに使用できます。
② 事業所の作業環境の改善や、管理･監督者へのストレス教育などの前後に使用する事により、その効果の判定に使用できる可能性があります。

使用にあたっての注意点

① 調査票への回答は各労働者のプライバシーにかかわるので、封筒による回収もしくは表紙をつけた形での回収が望ましい。
② グレーゾーンに入っている数が多い場合は、メンタルヘルスの観点から「要チェック」状態であり、必ずしもうつ病などの精神神経疾患と診断する事はできません。
③ 身体愁訴がグレーゾーンに入っている場合には、必ずしもストレスのみが原因とは限りません。定期健康診断の結果に基づいた適切な対応を考慮してください。

本調査票は、職場におけるこころの健康管理の補助的資料として使用すべきものであり、ストレス状態の診断は必ず労働者本人との面談によって行ってください。

使用のてびき

職業性ストレス簡易調査票を施行することにより、産業医や保健婦・士は、労働者一人一人のストレスの状態を知り、同時に仕事に関連したストレス要因についての情報が得られます。そして、ストレス状態にある人を早期に見つけ、対処することが可能となります。また労働者個人が自分のストレスに気づき、ストレスに対する意識が高まることが期待できます。

①労働者に調査票を配布し、記入してもらいます。

↓

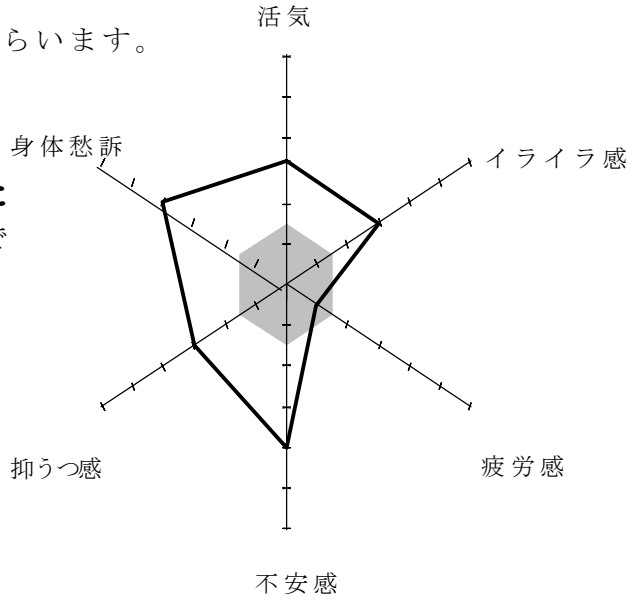
②コンピュータで結果を出力します。

↓

③レーダーチャート中段の、**ストレスによっておこる心身の反応**が高い状態であるかを調べます

全体的にチャートが大きいほど心理的・身体的ストレス反応が低く、良好な状態であることを示します。チャートが小さくなり、特にグレーゾーンに入っている場合には、ストレス反応が高くなっている状態が疑われます。

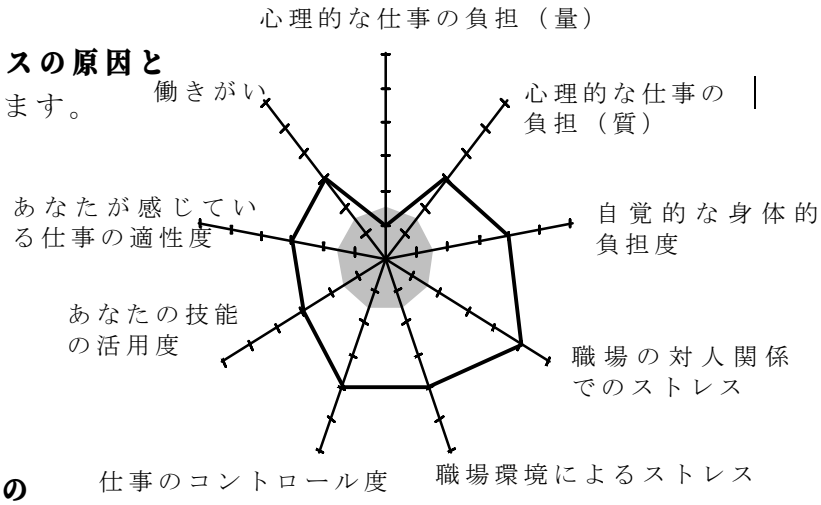
例：グレーの部分に入っている疲労感が高いことがわかります。



↓

④回答者の**仕事に関連したストレスの原因と考えられる因子**が高いかを調べます。

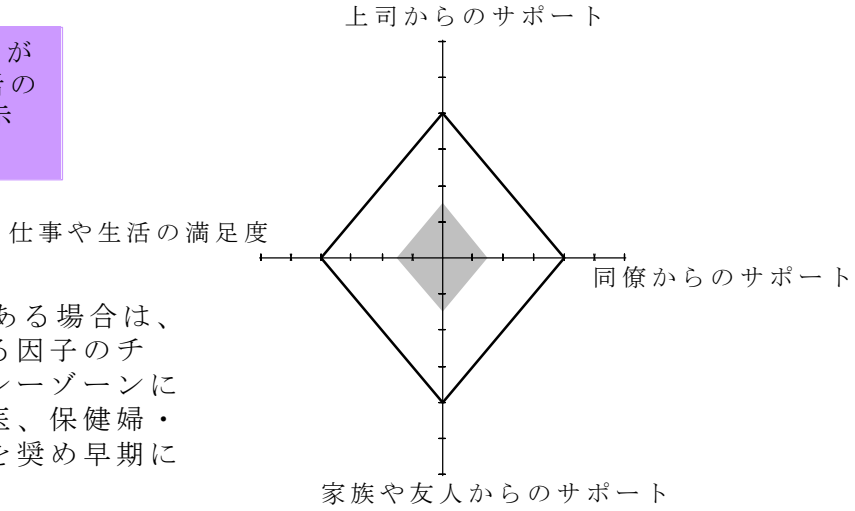
例：グレーの部分に入っている心理的な仕事の負担(量)が大きいと考えられます



↓

⑤**ストレス反応に影響を与える他の因子**の程度を調べます。

例：周囲からのサポートがあり、また仕事や生活の満足度も高いことを示しています。



↓

⑥ストレス反応が高い状況にある場合は、④で仕事の原因と考えられる因子のチェックを行いましょう。グレーゾーンに入る軸が多い場合は、産業医、保健婦・士、看護婦・士による面談を奨め早期に対策をたてましょう。

簡易ストレス調査票の利用方法は・・

１）セルフチェック

調査票を労働者自身で記入・採点したり、社内イントラネットを使用して自己判定することがストレスの気づきへのきっかけとなります。ストレス軽減のためのリラクセーション法やその効果を解説した対処法マニュアル等を配布してあげることも有効でしょう。また、社内の産業医、カウンセラー等に相談できる体制を整備することが望まれます。このような体制を整備できない場合は社外の専門機関や中小企業にあっては地域産業保健センターを活用するとよいでしょう。

２）健康診断時の問診および保健指導の補助としての利用

この調査票はストレスの状況を把握する目的で開発されたものであり、特定の疾患を早期に発見するための調査票とは異なります。健康診断時に医師が行う問診の補助や健康診断結果に基づいて医師や保健婦・士等が行う保健指導の補助として利用することができます。

３）ストレス対処後の評価に利用

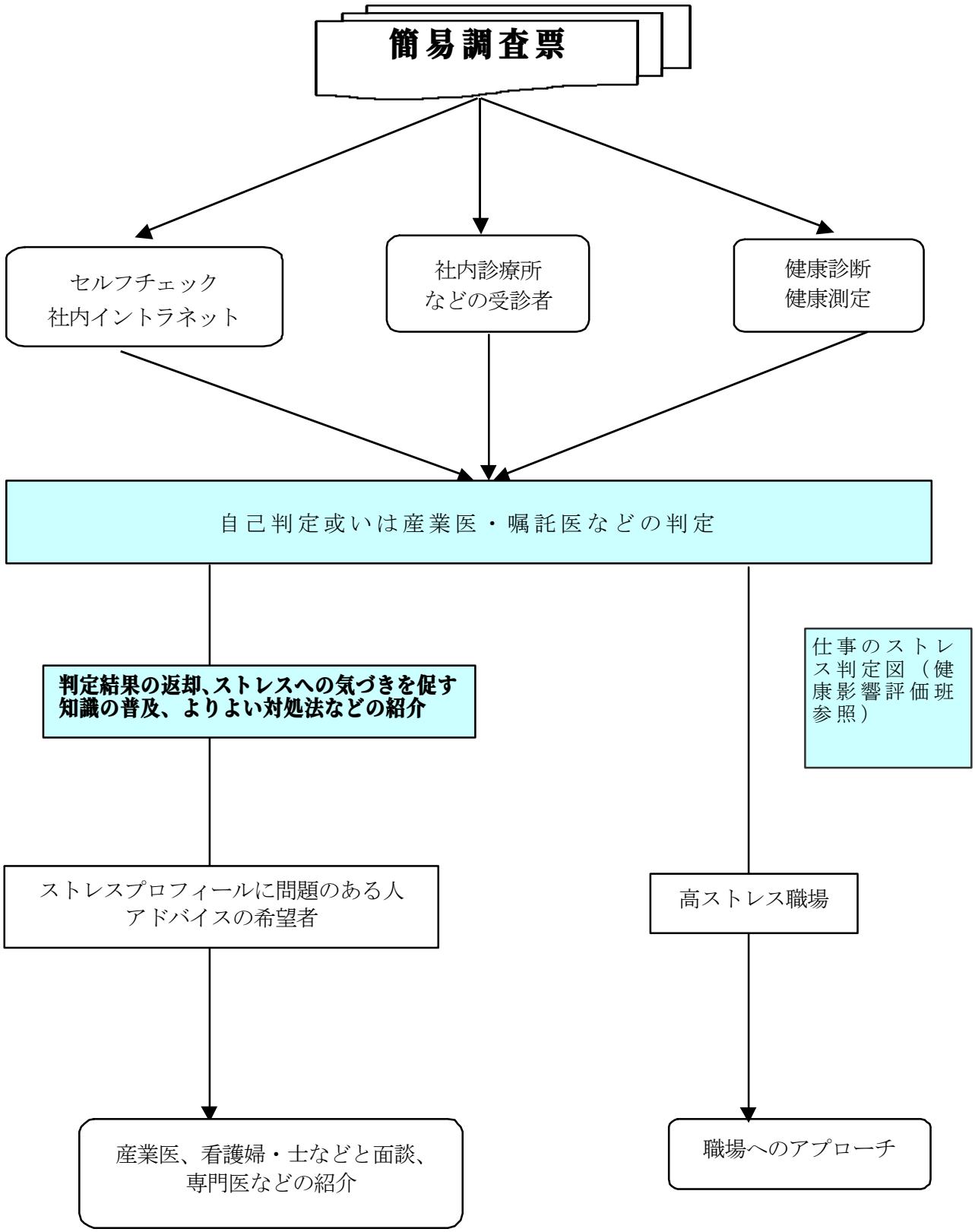
本人の気づきに基づいて何らかのストレス対処を実行した場合、再度この調査票を利用し、その対処法の有効性について判定することができます。

４）職場および職種間の評価に利用

職場あるいは職種間のストレス状況を把握することは、事業場のストレス対策を推進するうえで大変重要です。データを職場ごとあるいは職種ごとに集団として解析することによって、その集団のストレス状況が容易に把握できます（仕事のストレス判定図マニュアル参照）。

５）健康測定（ＴＨＰ）心理相談対象者の選定に利用

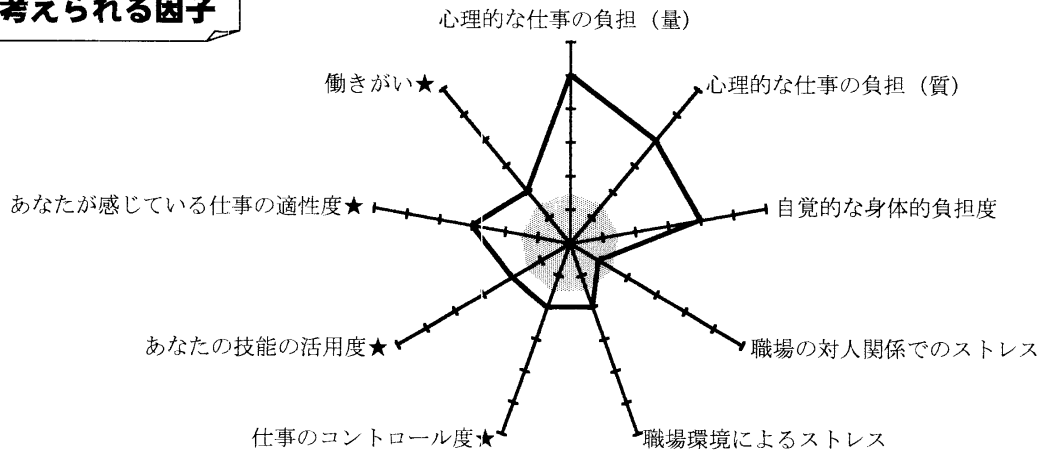
現在ＴＨＰの心理相談対象者は医師の判断および希望者となっていますが、この調査票を利用することによってより客観的にストレス状況を評価し、相談対象者を選定することが可能になります。


簡易調査票
セルフチェック
社内イントラネット
社内診療所
などの受診者
健康診断
健康測定
自己判定或いは産業医・嘱託医などの判定
判定結果の返却、ストレスへの気づきを促す
知識の普及、よりよい対処法などの紹介
仕事のストレス判定図（健康影響評価班参照）
ストレスプロフィールに問題のある人
アドバイスの希望者
高ストレス職場
産業医、看護婦・士などと面談、
専門医などの紹介
職場へのアプローチ

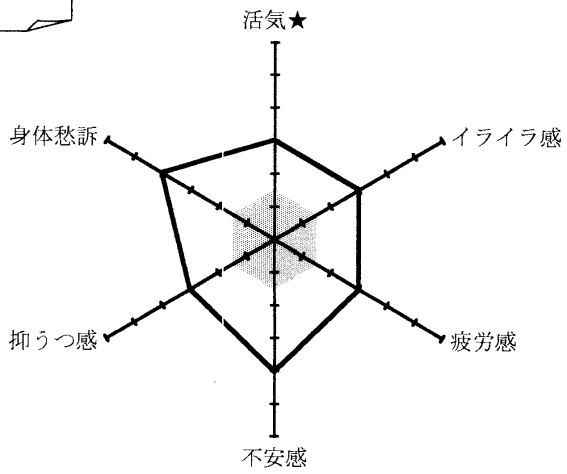
○○○○ 殿
4

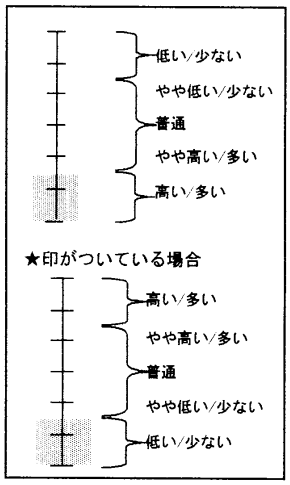
あなたのストレスプロフィール

ストレスの原因と考えられる因子

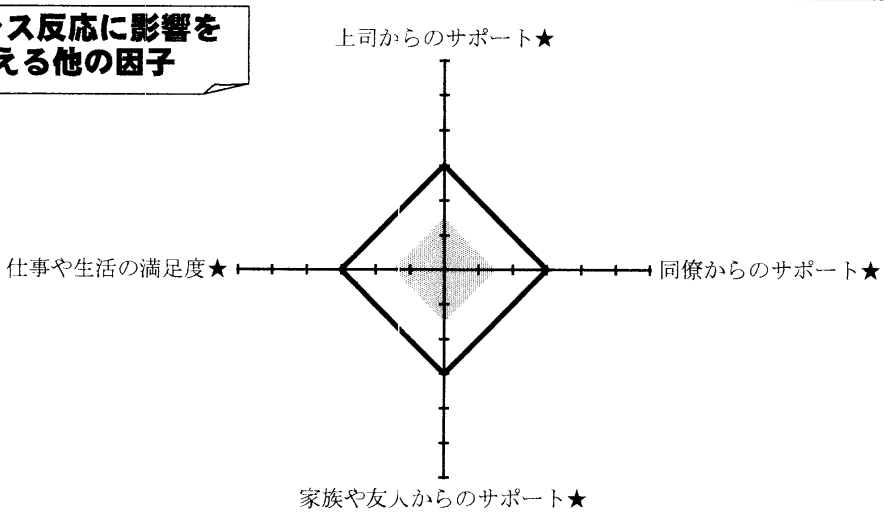


ストレスによっておこる心身の反応





ストレス反応に影響を与える他の因子



あなたのストレスプロフィール

○○　○○ 殿

4

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

利用上の注意点・・

１）家庭生活上のストレス要因は測定していません

したがって、職場のストレス要因の得点が低いにもかかわらずストレス反応得点が高い場合は、家庭生活上のストレス要因がある可能性があります。そのような場合はプライバシーに留意しながら、面談時にその有無等について配慮する必要があります。また、職場のストレス要因、家庭生活上のストレス要因ともに無く、ストレス反応が高い場合もありうるので、そのようなケースでは面談をかさね経過観察していくことが必要です。

２）パーソナリティは考慮されていません

パーソナリティに関しては測定しておりません。ストレス反応得点が高いケースを、即、ストレス状態であると決め付けることは出来ません。面談時にパーソナリティを考慮する必要があります。また、ストレス反応が高いケースでは、それがストレス状態と判断できる場合もありますが、同時にパーソナリティも考慮される必要があります。パーソナリティの考慮には、面談が必要であり、時に専門家の支援が必要とされます。

３）調査時点のストレス状況しか把握できません

ストレス反応は最近１ヶ月間の状態について質問しており、それ以前については把握できません。

４）プライバシーの保護が必要です

ストレスに関する調査結果は健康診断結果と同じです。プライバシーの保護に十分留意する必要があります。

５）結果が必ずしも常に正確な情報をもたらすとは限りません

職業性ストレス調査票は、上記１～４のような限界が有り、また自記式調査票であることから、ありのままの状態を記入していないなどの可能性があり、必ずしも常に正確な情報を示しているとは限りません。労働者のストレスは調査票のみで判断するのではなく、面談を含め、労働者の声をきくことにより判断する必要があるでしょう。

ストレス対策研究グループ成果物
ストレス対策の概念図

ストレス対策の概念図

事業所においてストレス対策を策定するにあたって、以下の点に沿って考える必要があります。

（１）ストレスの現状の把握

①　事業者におけるストレスの現状の把握

このためには、簡易ストレス問診票が有用です。この問診票は多数例を対象として、その信頼性・妥当性が確認されたものです。この問診票を用いることにより、簡便に当該の事業所におけるストレスの現状が把握可能です。また安全衛生委員会での議論や職場巡視もストレスを把握するうえで重要です。

②　従業員個人におけるストレスの状態の把握

簡易ストレス問診票を用いることにより、個人のストレスの状態を把握することが可能になります。健康診断による情報の活用も有用です。

（２）事業所におけるストレス対策の立案

（１）の結果をもとにして、職場におけるストレス対策の立案を行います。この場合、事業所全体に対する対策と従業員個人に対する対策を分けて考えることが肝要です。

①　ストレスの要因が多いと判定された場合には、ストレス要因を減らすために事業所としての対策を講じます。詳細は当該の項目を参照して下さい。

②　従業員個人におけるストレスに対する抵抗力を増すためには、ＴＨＰにもとづいた健康づくりを行うことが有用です。具体的な方法は当該の項目を参照して下さい。

③　従業員においてストレスによる心身の反応がみられる場合には、健康管理の中で対策を講じることになりますが、事業所の規模によって具体的な方法は異なってきます。当該の項目を参照して下さい。

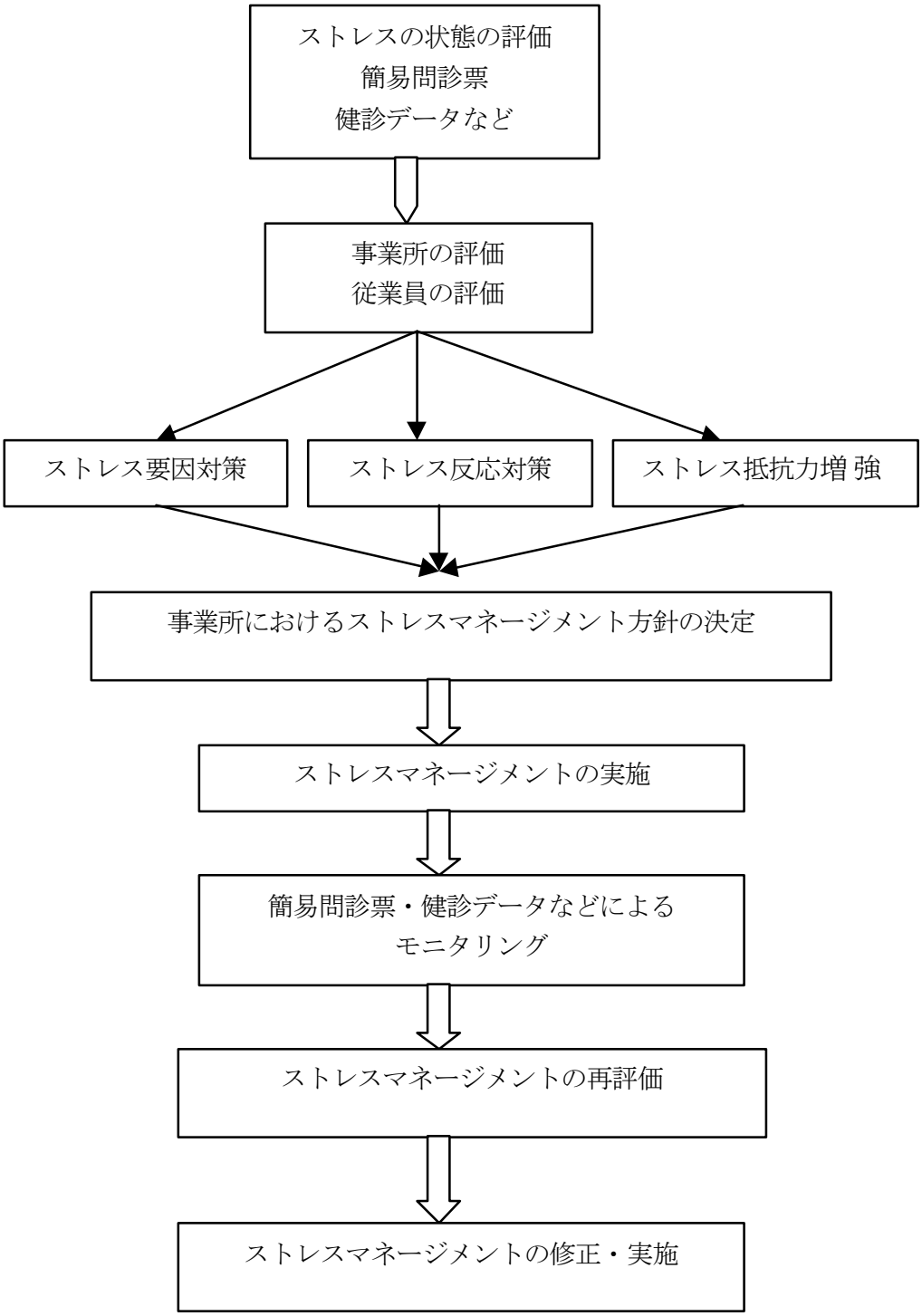
（３）事業所におけるストレス対策の実施とモニタリング

ストレス対策を実施に移しますが、定期的にモニタリングをする必要があります。この場合簡易ストレス問診票が有用です。また健康診断による情報もこの目的で利用できます。このモニタリングにより、ストレス対策の効果を測定してストレス対策法の有用性の確認を行います。

（４）（３）の結果にもとづいてストレス対策法の修正を行って再度実施に移します。

この（１）から（４）を繰り返すことにより、事業所におけるストレス対策を推進します。

ストレスマネージメントの流れ



職場のストレス対策に関わる担当者の役割

職場のストレス対策を、効率よく有効に行うためには、ストレス対策に関わる方々を適正に配置するとともに、それぞれの役割分担を明確にすることが大切です。このためには、（１）労働者自身によるストレス対策、（２）ラインによるストレス対策、（３）健康管理資源によるストレス対策、（４）外部資源によるストレス対策、に分けて考えることが便利です。

（１）労働者自身によるストレス対策

労働者自身がストレスについて理解し、積極的に自らのストレス要因を予防、除去（軽減）、あるいはこれに対処できることが重要です。

（２）ラインによるストレス対策

ラインの管理監督者には、快適な職場環境の形成、個々の労働者に対する支援、指導・助言および相談において中心的な役割を果たすことが求められています。職場の物理的環境を改善して、作業内容を人間工学的観点から改善します。また労働者の労働状況を日常的に把握し、労働が過度な精神的負担や困難を生じないように個々の労働者に合わせた調整を行います。

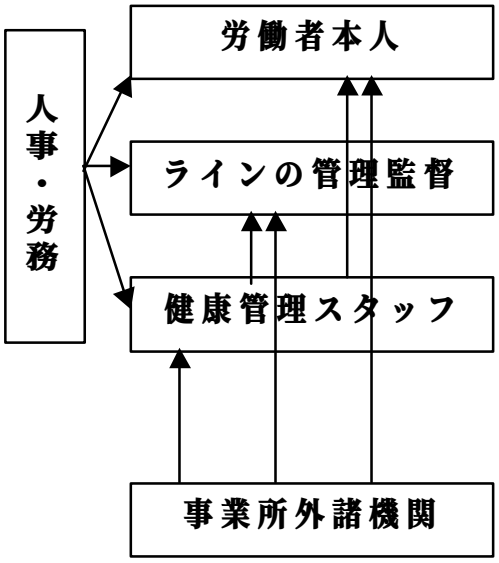
（３）事業場内健康管理スタッフによるケア

産業医、保健婦・士、看護婦・士、衛生管理者などの事業場内健康管理スタッフは、本人、ライン、組織全体が行うストレス対策に対して助言・勧告、支援および実行を行う役割を担っています。健康診断、健康測定や職場巡視の場面を活用して、ストレスに関する個別教育・個別指導を行います。また衛生管理者や衛生推進者は、労働者自身およびラインによるストレス対策を健康管理スタッフと協力しながら支援します。なお人事・労務管理スタッフは、事業場のストレス対策の計画立案に参加し、その実施に協力します。

（４）外部資源によるストレス対策

事業場のストレス対策を有効に機能させるためには、事業場外の諸機関との連携が重要です。事業場と外部の諸機関とのネットワークの形成を推進することによって、ストレス対策を推進します。

職場のストレス対策に関わる担当者の役割



＊ストレス源の予防・除去
＊ストレス対処

＊快適職場形成
＊労務管理によるストレス対策

＊健康診断・健康測定・職場巡視
　におけるストレス対策
＊本人・ラインへの支援

＊専門的ストレス対策技術支援

ストレス対策と管理者教育

１．管理者教育の重要性

職場のストレス対策をすすめるにあたっては、管理者教育が必要不可欠であると言っても過言ではありません。その理由は、以下の点にあります。

①　職場ストレスの程度は管理者によって左右される

平成９年に労働省が実施した労働者健康状況調査の集計結果によると、職場における主なストレス要因としては、人間関係、仕事の質、仕事の量、仕事の適性などがあげられます（表１をご参照ください）。これらの中には、管理者が適切な心配りや注意深い配慮を行うことによってある程度軽減できるものが少なくありません。

②　管理者は精神不健康者の早期発見のキーパーソンである

身体の不調はもとより、精神面の不調もまた、職場での言動や業務効率の低下などの面に影響を及ぼすことが知られています。したがって、日頃から職場内のコミュニケーションをよくし、職場全体をよく観察していれば、管理者は早期のうちに精神不調者を発見することが可能であるといえます。精神面の不調も、早期のうちに適切な対応を行うことによって、それだけ速やかな回復が期待できます。

２．管理者教育に求められる事柄

管理者は、心の健康の専門家ではありませんから、医学あるいは心理学的な専門知識をもつ必要はありません。次のような役割を認識してもらうことが重要です。

①　職場のコミュニケーションを良好にすること

②　部下をよく観察し、必要に応じて個別面談などの場をつくること

③　ストレスの受け止め方や心の不調への陥りやすさには個人差があることを理解し、それに基づいた対応を図ること

④　特に高ストレス下にある者に対しては、業務上の配慮をはじめとする支援を怠らぬこと

⑤　必要に応じて、産業医をはじめとする産業保健スタッフと連携をとること

⑥　プライバシーに対する配慮を十分に行うこと

また、教育をすすめるにあたって、管理者がこうした注意や心得を苦痛と感じないように工夫すべきです。実際に、上記のような対応を管理者が適切に行うことができれば、明るく働きやすい職場の形成が実現でき、管理者としての仕事もやりやすくなるはずなのです。

３．管理者教育の実施

管理者教育の担当者としては、産業医、衛生管理者、ＴＨＰ（トータルヘルス・プロモーション・プラン）の心理相談担当者などがあげられます。教育の効果を高めるには、教育担当者が、各種研修等を通じて、従来の労働衛生の知識だけでなく、精神面の健康に関する考え方や技法などに習熟することが望まれます。

教育内容は、上に掲げた①～⑥に関する点を中心とすべきですが、事例などを織り交ぜて、できるだけわかりやすい実践的なものにした方がよいでしょう。所要時間は、最低60分程度は必要であると考えられます。

表2には、管理者教育プログラムの一例を示しました。

なお、事業所の内部に適当な教育担当者がいない場合には、地域産業保健センターや産業保健推進センターなどを活用することもできます。

表１　仕事や職業生活での強い不安，悩み，ストレスの主な内容

人間関係	仕事の質	仕事の量	仕事への適性
46.2％	33.5％	33.3％	22.8％

平成９年労働者健康状況調査報告より

表２　管理者教育プログラムの一例

労働安全衛生法の要点	5 分
安全配慮義務と事業者責任	5 分
ストレスと健康との関係概説	10 分
ストレス対策における管理者の役割	15 分
事例検討	15 分
業務上災害認定の新しい考え方	10 分

保健指導におけるストレス対策

健康診断はすべての労働者が年１回は受ける必要があり、こころの面も含めた健康状態を確認し、必要な支援を行うよい機会となります。

健康診断においてこころの健康状態を的確にチェックするためには、面接による問診が重要な意味をもちます。肝臓の機能などと異なり、血液検査などでこころの健康度を測定できる簡便な方法はないからです。この問診には、少なくとも 5～10 分程度の時間をかけることが必要です。問診を効率よく行うには、よく吟味された質問票を活用することもすすめられます。

健康診断によって、さらに時間をかけた面接を行うことが望ましいと判断された場合や、本人が希望した場合には、改めて保健指導の形で面接の場が設定されるようにしてください。

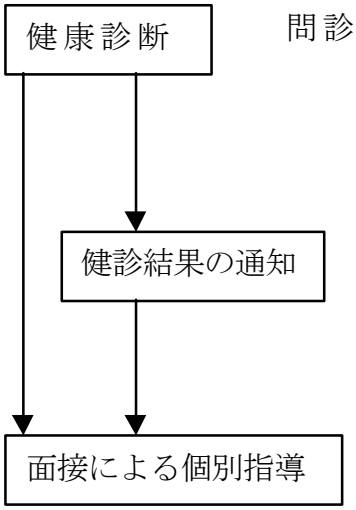
労働安全衛生法では、健康診断の結果必要であるとみとめられた場合に保健指導を行うことが定められています。保健指導を行うのは、医師または保健婦・士であり、面接による個別指導、文書による指導などの方法があります。しかし、保健指導をより実効性の高いものにするためには、面接による個別指導を行うことが重要であるといえます。

この過程で、高ストレス状態にあったり、大きな悩みをかかえていると判断された例では、健康状態が悪化しないように、適切な支援がなされるべきです。高ストレス状態にあっても自分自身がそれに気づかないと、適切な対応がとられず健康の保持増進はままなりません。自分のストレス状態に対する気づきを高めるような助言や指導が効果的です。また、高ストレスの原因の大半が仕事上の諸問題にある場合には、本人とよく話し合った上で、職制や人事担当などの関係部署がかかわって、何らかの業務上の配慮を検討する余地もあるでしょう。一部の例では専門医療機関を受診するよう勧奨する必要があるかも知れません。すでに通院をしている労働者には、服薬が主治医の指示通り行われているかどうかを確認するなど、適切な受療を支援するような働きかけを行いたいものです。

一方、精神面の健康に特に留意する必要がないと判断された労働者に対しても、ライフスタイルの偏りなどがみられる場合には、その適正化をすすめることによって、各々の労働者の健康レベルが高まり、明るく健康な職場形成の実現に寄与できることが期待されます。

右には、健康診断をもとにしたメンタルヘルス活動の進め方を例示しました。

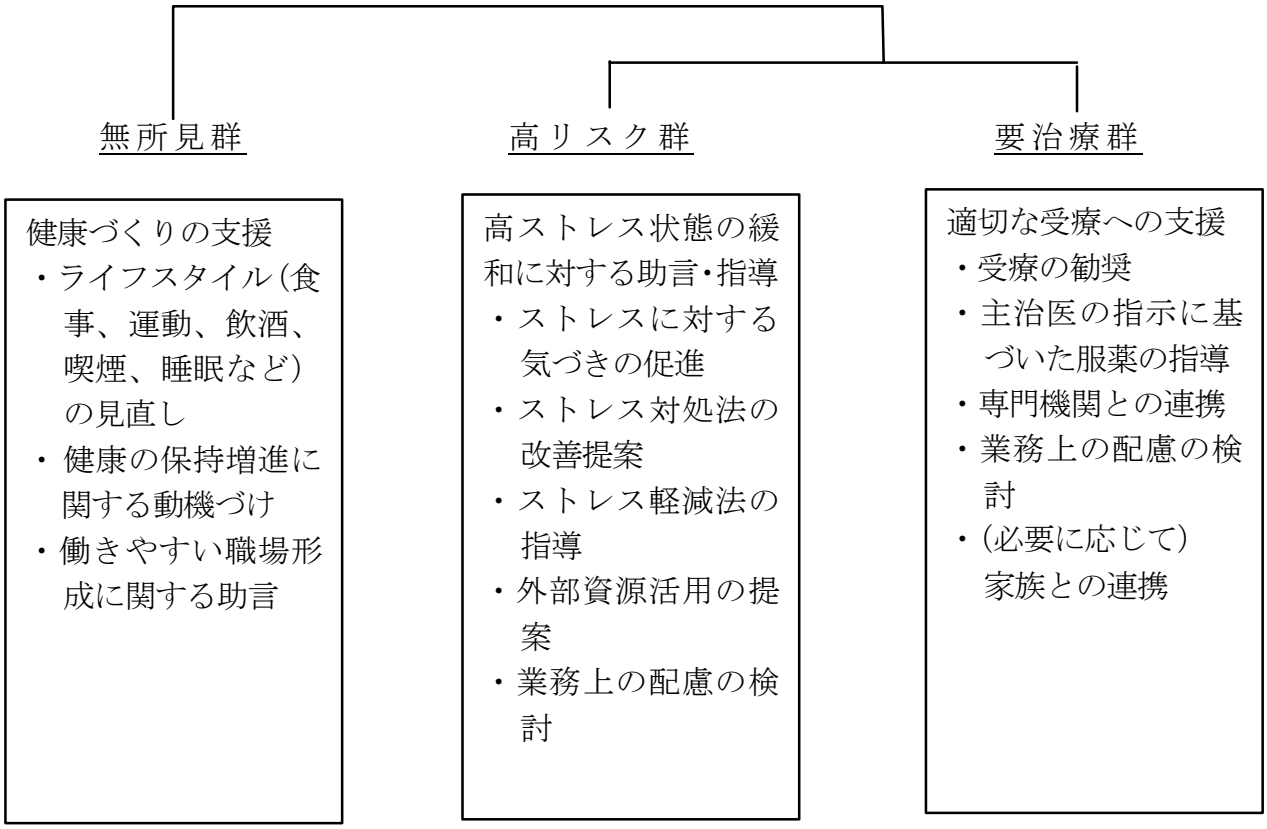
問診で精神面の健康度を推し測ったり、適切な助言をするには、ストレスやこころの健康に関する一定の知識と技術が必要です。健康診断の問診、その後の保健指導に携わる医師や保健婦・士は、研修等を通じて、それらを習得することが望まれます。



問診：心身の不健康状態のチェック、治療状況の確認
ライフスタイルなどの問題点の把握
職場適応状態などの確認
（質問票の活用）

文書による助言・指導：
結果のフィードバック、面接のすすめ
健康の保持増進への気づきを促すコメントなど
新規受療、受療継続に関するコメントなど

詳細な問診とその結果に応じた指導・助言



健康診断をもとにしたストレス対策のすすめ方（例）

管理監督者に求められるリスナーマインド

急激な雇用調整や裁量労働制の導入等、雇用形態の大きな転換期の中、働く人々のストレスは増加し、心身の不調、問題飲酒、過労自殺、更には事故災害をも引き起こす結果となっています。働く人自身には自己のメンタルヘルス確保の意識が求められますが、企業には組織としてメンタルヘルスに対する具体的対策を積極的推進する必要があります。働く人が疲労やストレスを溜めず、職務に励める「物理的環境、人的環境、作業環境や作業方法などの諸側面」での働きやすさ（快適性）を追求し、作業負荷の軽減と疲労回復策を取り入れる等、職場ストレス因の軽減と対処資源対策を含めたストレスマネージメントの実践が求められます。具体的には、職場メンタルヘルス活動を労務管理、リスクマネージメントであるとの視点に立った管理監督者によるリスナー活動が有効です。

リスナーとはActive Listening（積極的傾聴）から生まれた言葉ですが、リスナー教育では作業関連疾患や職場不適応現象（部下の心身の変調・不調や問題行動）に対する理解を深め、部下の心身の変調・不調に対して医療の対象として関わる以上に、対人関係を含めた職場環境や職務や作業態様の変化、仕事の質・量等に焦点を当て、部下の問題解決に係わる姿勢を育みます。部下（個人）が抱える問題は職場（組織）の問題でもあると捉えて、職場におけるストレスの改善・調整に努める視点を身に付けます。

管理監督者をリスナーとして養成するのは　『①働く人の苦しみ、悩み、迷い等は作業行動、勤務状況、日常の態度 に現れる　②それゆえ、部下のストレス等による困惑や「ついうっかり… 」などの日常的な心の動揺に対する援助者としての役割は第一線の管理監督者が最適である　③管理監督者には部下に対する安全配慮義務がある　』からです。リスナーとしての職場活動の実践にあたって、具体的なポイントは以下の通りです。

先ず第一は日常の職場生活での部下への「気配り」です。部下の微妙な変化に「気づき」、気づいたことには「声かけ」をします。 声かけに対してその際どの様な反応(応答)が見られるかを観察し、気づいた問題に対しては回答するというよりは全身で応ずる姿勢を示します。この様な日々の***『 気配り ⇒ 気付き ⇒ 声かけ ⇒ 応答（⇒リスニング）』***のコミュニケーションを繰り返すことが、部下との良好な人間関係や信頼感を育み、その結果、職場・作業に内在する問題や対人関係（職場風土）を含めた環境を正確に把握することが出来るようになるのです。

・把握した問題は整理し、後刻、生ずると予測される影響、支障を未然に予防して、快適で安全な職場づくりを進めて行きます。

・問題を個人の要因（パーソナリテー面、生育歴、学歴、能力）と共に、組織の問題（職場風土、職務内容、人事方針、経営政策、昇進、配置転換、出

向、地位、役割）としても捕らえて改善を図ります。
・そのためには職場と健康管理部門と人事労務部門の三位一体となった関わりが不可欠です。
　以上がリスナーとしてのメンタルヘルス支援活動のキーポイントですが、このことは職場生活で当然必要とされるマネージメントの知識とパーホーマンスに他ならないのです。ラインリスナー教育を通して、管理監督者はリスナー・マインドの重要性を認識し、 従来の上意下達のコミュニケーションから、部下と相補性、双方向性で関わる支援態度を獲得し、日々のマネージメントの中で部下の業務能力、適応能力を把握し、職場環境に潜むストレッサーを考察することの重要性を認識します。その結果は職場の能率改善、生産性の向上として反映されて行くことになります。
　ストレスマネージメントを労務管理の一環に位置づけたリスナー教育はその意味からも従業員個人と組織の両面への健康アップの有効手法であるといえます。
　リスナー活動の基本『***気配り ⇒ 気付き ⇒ 声かけ***』のコミュニケーションは、管理監督者の日常実務として不可欠と言えましょう。

メンタリングによるストレス対策

従業員が精神健康を維持・向上させるためには、職場におけるストレス対策が不可欠です。ストレス対策には大きく分けて 2 つの種類があります。第 1 の対策は、心に病を抱える人を発見し治療し、職務に復帰させるという治療的な対策です。この対策には、専門医や産業カウンセラーなどの持つ専門的な知識や技法が極めて重要な役割を果します。第 2 の対策は、ストレスが原因で従業員が身体面・精神面において不健康な状態に陥るのを未然に防ぐ予防的な対策です。この対策には、専門的な知識や技法を持たない人でも十分に関わることができます。この第 2 の対策の中で、最近注目されているのが「メンタリング」の理念と技法を用いた対策です。

メンタリングとは、「知識や経験の豊かな人々（＝メンター）が、まだ未熟な人々（＝プロテジェ）に対して、キャリア的側面と心理・社会的側面から一定期間継続して行う支援」のことです。キャリア的側面からの支援とは、プロテジェのキャリア形成やキャリア発達を促すことを目的としたメンターの支援行動を意味します。一方、心理・社会的側面からの支援とは、社会や企業におけるプロテジェ自身の立場、役割、アイデンティティについての理解を向上させ、一人のより成熟した人間としての成長を促す支援を意味します。

職場で自発的に多くのメンタリングが実施されていれば、たとえ過度なストレスに直面している人がいたとしても、職場のより身近な人々によって身体・精神面での不健康な症状に陥る前に発見されたり、日常的に必要かつ適切なキャリア的支援や心理的支援を受けることができるのです。つまり、メンタリングによるストレス対策とは、職場で働く人々が主体となって繰り広げられるストレスによる身体・精神的不健康状態の早期発見・予防策と言えましょう。

では、このメンタリングが職場の中で行われるようにするには、どのようにしたらよいのでしょうか。メンタリングは本来、職場で働く人々によって自発的に行われるべき性質ものでありますが、これを職場に根づかせるためには、ある程度の制度的なバックアップが必要です。具体的には、各組織や職場の理念、制度や慣行・風土を考慮し計画的に設計されたメンタリング・プログラムを導入し、まずは人為的な形で人々の間で行われるメンタリングを促していくのが効果的です。一般的なメンタリング・プログラムは、以下の 7 つのステップから成り立っています。すなわち、①プログラムの実施準

備、②プログラム告示と参加者公募、③メンター／プロテジェの選抜、④メンターとプロテジェに対する訓練とオリエンテーション、⑤メンターとプロテジェのマッチング、⑥実施とモニタリング、⑦評価と修正、です。

このように十分に設計されたメンタリング・プログラムを活用することによって、組織内に潜在する自発的なメンタリングを誘発し、人々のメンタリング・マインドと組織のメンタリング風土の形成を促進し、働く人々の心に優しい職場づくりの実現が期待できます。

身体活動・運動によるストレス解消

身体活動や運動によるストレス解消に対する効果は、理論的に解明されているわけではない。しかし、多くの肯定的な報告があることも確かである。

世界保健機構は１９９６年８月に「高齢者の身体活動を促進するためのハイデルベルグ指針」を公表したが、この指針の中で適当な身体活動は即効的な効果としてストレスと不安の軽減を図るとともに、リラクセーションを誘発するとしている。また、長期的な効果として、うつ病や心身症をはじめいくつかの精神疾患に対して治療的効果があるとしており、一般に身体活動や運動のストレス解消効果は、認知されているところである。

労働省の「労働者健康状況調査報告(1997)」でも、労働者に対する「あなたの疲労・ストレス解消法は何ですか」という問いかけに、男性の 35.1%、女性 20.7%がスポーツと答えており、多くの労働者が身体を動かすことを肯定的にとらえていることがわかる。

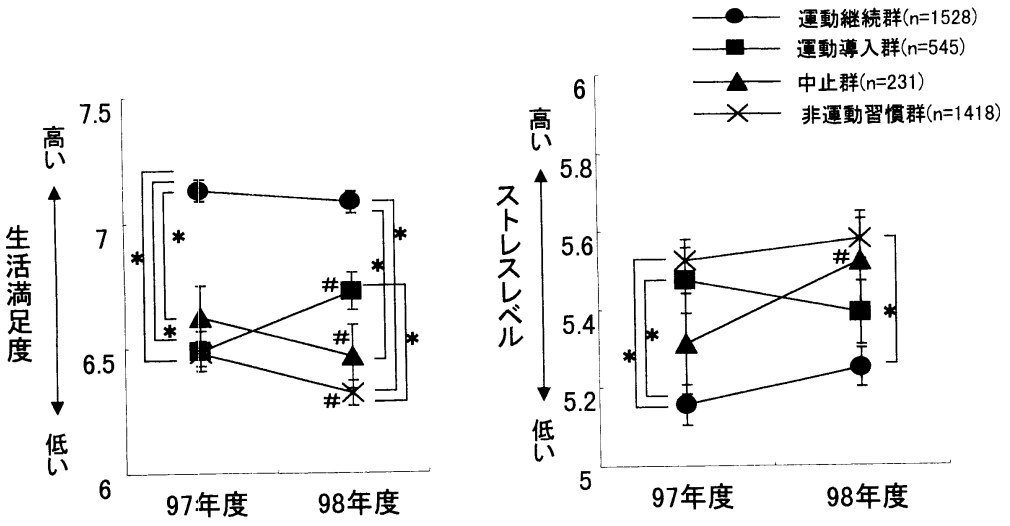
運動を定期的に実施している者は、全く運動をしない者や、たまにしか運動を行わない者に比べ、仕事や生活満足度が高く、ストレスレベルは有意に低かった。（表参照）

表　「Ｑ．運動をしていますか？」に対する回答と精神健康度

性	頻度	人数	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD
男性	定期的	2051	6.4	1.8	7.1	1.7	5.2	2.0	1.8	2.1
	たまに	4223	6.4	1.7	6.7 a	1.8	5.4 a	1.9	1.9	2.1
	しない	2888	6.1 a,b	1.9	6.3 a,b	2.0	5.6 a,b	1.9	2.2	2.4
	合計	9162	6.3	1.8	6.7	1.8	5.4	1.9	1.9	2.2
			仕事満足度（p=0.000）		生活満足度（p=0.000）		ｽﾄﾚｽﾚﾍﾞﾙ（p=0.000）		GHQ（p=0.000）	
女性	定期的	609	5.9	1.8	7.4	1.6	5.2	2.0	2.1	2.3
	たまに	1393	6.0	1.9	7.1	1.8	5.5	2.6	2.0	2.3
	しない	1283	5.7b	2.1	6.7 a,b	2.9	5.6	1.8	2.2	2.4
	合計	3285	5.9	1.9	7.0	2.3	5.5	2.2	2.1	2.4
			仕事満足度（p=0.005）		生活満足度（p=0.000）		ｽﾄﾚｽﾚﾍﾞﾙ（p=0.002）		GHQ（p=0.084）	

(p)：一元配置分散分析、a：多重比較，p<0.05,「定期的」群との比較、b：多重比較，p＜0.05,「たまに」群との比較

また、図に示したように、男性では２年間の運動を継続した者は、ＧＨＱ得点、ストレスレベルは有意に低かった。運動開始群は、生活満足度が向上し、ストレスレベルが低下しており、運動中断群は逆の傾向を示している。女性でも同様の傾向が見られる。



＊：p＜0.05、一元配置分析後、多重比較検定、＃：p＜0.05、Wilcoxon 検定

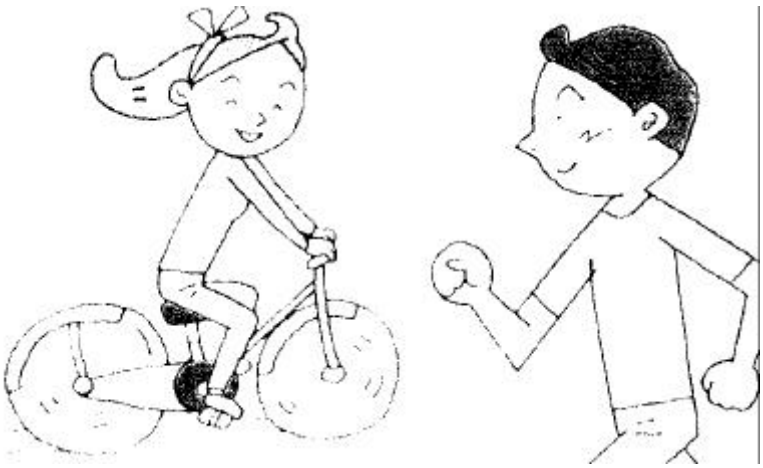
図　２年間の運動実施状況と精神健康度との関連（男性、n=3722）

なお、身体活動や運動はストレスへの解消効果が認められるが、それ自体も大きいストレッサーとなりうるので、リーフレットでは呼吸や筋弛緩法など日常生活に取り組みやすい活動や身体の不快感を解消するための活動を取り上げたり、あるいは自然と親しむと言った日常生活の延長線上で行えるような活動も取り上げている。

また、基礎体力を向上させるとストレスへの抵抗性が増すと言われており、健康確保推進活動や従業員が自主的にいろいろな運動に取り組む機会を増やす意味で、軽スポーツメニューの提供、イベントの開催、運動施設の設置、外部施設の利用契約なども重要な施策となる。

からだを動かし

リラックス！



からだを動かしてリラックスしませんか

いろいろなストレス解消法がありますが、適度にからだを動かしてリラックスする方法もあります。職場でも簡単に取り入れられるので、ぜひ試してみてください。

からだを動かして、緊張したからだをときほぐしたり、ストレスの原因から少し離れてみる、別の自分を見つける、さらにストレスに対する抵抗力を高めるなど、からだを動かすことで、ストレスとうまくつきあうことができます。

ストレス解消のためにからだを動かす方法には、決まったルールはありません。気が向いたときに、自分が楽める活動に取り組んでみてください。

ただし、ほかのストレス解消法と同じように、あうかあわないか人それぞれ違います。むりに勧めることは避けてください。

１．まず呼吸から

からだが緊張してくると、呼吸が浅く、早くなってきます。

大きく深呼吸をするだけでも、緊張が少しときほぐされていきます。また、ゆっくりと長い息を吐くと、リラックスすることも知られています。中国には、こういった呼吸を蚕がゆっくりと細い絹を吐いていく様子にたとえて、「春蚕吐糸綿々不断」という言葉で表すことがあります。こんな、イメージでゆっくりと細い息をできるだけ長く吐いてみてください。

２．からだの緊張をやわらげる

緊張すると筋肉が収縮して自然とからだがこわばってきます。でも、緊張した筋肉のこわばりをときほぐすと、こころもリラックスすることができます。

筋肉をゆるめようとしても、なかなかゆるんできません。そこで、少しだけ筋肉に力を入れてから力を抜くと、筋肉の緊張はずっとゆるみやすくなります。

肩がこわばったときは、肩をぎゅっと縮めて１０秒ぐらい保ってから、力を抜いてみましょう。

ほぐれた所に血行が戻り、あたたかくなるのが感じられましたか？筋肉が緊張した感じと、ゆるんでいく感じを、いろいろな場所で確かめて下さい。

３．瞑想にふける

トランス体操と言いますが、体操といっても決まった動きがあるわけではありません。

床にあぐらをかいたり楽な格好をして、自分の好きな音楽を流しながら、からだに任せて上半身を自由に動かします。何も考えずに最初は首や腕などをゆっくりと動かしてみましょう。

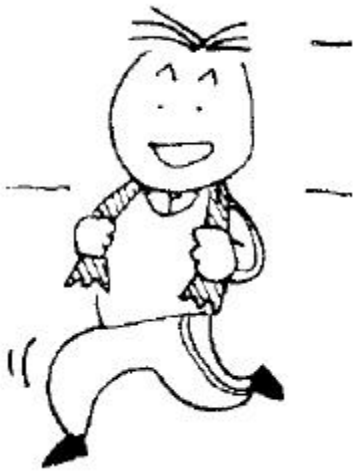
４．自然と親しむ

郊外をのんびりと歩いたり、自転車に乗ってみる、ちょっと本格的にハイキングに出かける、あるは、花を植えたり釣りをするなど、自然にふれてすごしてみませんか。

夏は海水浴、冬はスキーというように、季節に応じた活動も楽しんで下さい。

カヌー教室や、探鳥会、星を見る催しなどが開かれていれば、そういったところに出かけてみませんか。新しい発見があるかも知れません。

５．いろいろなスポーツにトライアル



からだの調子が悪いと、ちょっとしたことでも気になったり、他の人に対してゆとりを持って接することができなくなったりします。逆に体調がよいと、少しくらいストレスがかかっても、あまり影響を受けなくてすますことができます。

また、ふだんからスポーツしている人は、ストレスレベルが低いことが知られています。

ですから、スポーツがそれほど嫌いでなければ、何かスポーツに挑戦してみませんか。

マイペースで行なえるウォーキングやジョギング、水泳、いろいろな人たちとコミュニケーションを楽しみながら行うテニスや野球といった球技など、自分で楽しめるスポーツがあればぜひ取り組んで見てください。

公共施設やスポーツクラブなどの、初心者向けの教室に参加するのも良いでしょう。

ただし、昔経験したスポーツを再開するときは要注意。初心に戻って、まずゆっくりとペースを落として、少しずつなれていってください。

インターネットの活用によるメンタルヘルス活動

最近、メンタルヘルスの分野でもインターネットの利用が盛んになってきました。中でも、ホームページを用いた教育・啓蒙活動や電子メールを使った相談活動は、すでにいくつかの企業で定着し有効に活用されています。

ホームページによる情報提供の長所として、多くの情報を様々な方法で表現できること、一度に多くの人に情報を提供でき、比較的簡単に情報の更新が行えることなどがあげられます。このためやや難解になりがちなメンタルヘルスのこともわかりやすく説明できますし、従業員全員に対して新しい情報をタイミングよく提供することが可能になります。他に、右図に示す「職業性ストレス簡易評価ホームページ」などを使って仕事上のストレスや健康状態をチェックしたり、ストレスへの対処方法を提示してもらうといった使い方も役に立つでしょう。また色々な悩みに対する専門家からのアドバイスをまとめたサイトや、様々な事例に対し管理者はどのように対処すべきかシュミレーションするサイトなど、すでに公開されている人気サイトにリンクさせて従業員教育や管理者教育に利用するのも効果的です。

今や電子メールは一般的なコミュニケーションツールの一つとなっていますが、場所や時間に制約されず守秘性が高いといったその特徴はメンタルヘルス相談においても大きな利点となります。わざわざ健康管理室や専門機関に足を運ばなくても自分の机からメールで相談できるようになると、その気軽さからより多くの人がより早い段階で悩みを寄せるようになり、心身の不調に対する早期発見と早期介入が可能となります。もちろんメール相談ですべて解決されるわけではないため、面接によるカウンセリングや専門医への受診を勧められるケースも多いわけですが、その場合でも事前にメール相談で正確な知識や的確なアドバイスが得られればスムーズに受療行動に結びつくことが期待されます。電子メールを使った相談では、何度かメールをやりとりする手間やセキュリティー管理等の問題もありますが、気軽に相談してもらえるということは何よりも大きなメリットであり、メンタルヘルス相談の窓口の一つとして重要な役割を果たしていくと思われます。最近ではいくつかの機関でインターネットを使ったメンタルヘルスサービスの提供が始まっていますが、自社内でのシステム運用や相談担当者の確保が難しい場合にはこれらの外部機関を利用するのも一つの方法かもしれません。

今後もインターネットを利用したメンタルヘルス活動はさらに拡がっていくと思われます。しかし、その優れたインターフェースとしてのメリットは生かしながらも、同時に機密の保持や利用範囲などについてのきちんとしたルール作りを行っていくことが不可欠なのは言うまでもありません。

図「職業性ストレス簡易評価ホームページ」

	あなたの仕事についてうかがいます。最も当てはまるものを選んでください。	そうだ / そうだあ / ちがう / ちがう
1	非常にたくさんのしごとをしなければならない	1 2 3 4
2	時間内に仕事が処理しきれない	1 2 3 4
3	一生懸命働かなければならない	1 2 3 4
4	かなり注意を集中する必要がある	1 2 3 4
5	高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	1 2 3 4
6	勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	1 2 3 4
7	からだを大変よく使う仕事だ	1 2 3 4
8	自分のペースで仕事ができる	1 2 3 4
9	自分で仕事の順番・やりかたを決める事ができる	1 2 3 4
10	職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	1 2 3 4
11	自分の技能や知識を仕事で使うことが少ない	1 2 3 4
12	私の部署内で意見のくい違いがある	1 2 3 4
13	私の部署と他の部署とはうまが合わない	1 2 3 4
14	私の職場の雰囲気は友好的である	1 2 3 4
15	私の職場の作業環境(騒音 照明 温度 換気など)はよくない	1 2 3 4
16	仕事の内容は自分にあっている	1 2 3 4
17	働きがいのある仕事だ	1 2 3 4

チェックが終わりましたらこのボタン 判定 をクリックしてください。

仕事のストレッサー

バーがグリーンに近いほど良い状態です

ホームページへ戻ります| 最近一ヶ月のストレスの質問ページ

最近1ヶ月間のあなたの状態についてうかがいます。最も当てはまるものを選んでください。

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

チェックが終わりましたらこのボタン 判 定 をクリックしてください。

ホームページへ戻ります| 仕事のストレスの質問ページ

精神的ストレス反応

バーがグリーンに近いほど良い状態です

知りたい判定結果を
クリックしてください

・精神的ストレス反応(表示中)
・身体的ストレス反応
・疲労
・抑うつ

質問に戻る

ホームページへ戻ります| 仕事のストレスの質問ページ

身体的ストレス反応

バーがグリーンに近いほど良い状態です

知りたい判定結果を
クリックしてください

・精神的ストレス反応
・身体的ストレス反応(表示中)
・疲労
・抑うつ

質問に戻る

ホームページへ戻ります| 仕事のストレスの質問ページ

疲労

バーがグリーンに近いほど良い状態です

知りたい判定結果を
クリックしてください

・精神的ストレス反応
・身体的ストレス反応
・疲労(表示中)
・抑うつ

質問に戻る

ホームページへ戻ります| 仕事のストレスの質問ページ

抑うつ

バーがグリーンに近いほど良い状態です

知りたい判定結果を
クリックしてください

・精神的ストレス反応
・身体的ストレス反応
・疲労
・抑うつ(表示中)

質問に戻る

ホームページへ戻ります| 仕事のストレスの質問ページ

「産業メンタルヘルスシステム」
研究グループ成果物

1　メンタルヘルスとは

2　メンタルヘルスのシステムをつくる

3　セルフケアの支援

4　事業場の取り組み

5　社会のなかの取り組み

6　主な資源リスト

1　メンタルヘルスとは

人間は心を持ち、また意識的・理性的に考える。これを精神機能と呼ぶ。精神機能の主役である脳は、感覚器から間断なく情報を受け取り、思考や判断など高次の活動を休む間もなく行っている。「昼に何を食べるか」「きょう何を着ていくか」といった日常のことから、人生にとって重要なことがらに至るまで、私たちは休む間もなく判断を繰り返している。もし眠れない日が続き、翌日に悩みや考えごとが持ち越されるとしたら、脳も身体も疲れる。そして睡眠は障害され、心の健康は損なわれていく。

職場がらみでいえば、納期の迫った仕事、先の読めない仕事、自由度の低い仕事、協力のない職場、板挟み、昇進の遅れ、早すぎる昇進、業績不振、過重労働など、心の健康の低下する要因は枚挙に暇がない[1)]。

それなのに私たちは、心の健康にあまりにも無頓着であることに注意する必要がある。身体健康のためには、毎年１回健康診断を受け、血液検査や消化器の X 線検査を受けるにもかかわらず、職場の人間関係がもたらすストレスには、ほとんど個人的な努力で解決することを求める。しかし人間は心と身体を合わせ持つ存在であって、その有り様も変わっている。

社会環境が激しく変わってきたにもかかわらず、心の健康の問題にあまりにも注意を怠ってきたこと、心の健康の問題を精神障害者や不適応者など、限られた者だけの問題と捉えてきたことが、最近の未成年による重大犯罪や、勤労者の過労自殺などに現れているように思われる。

メンタルヘルスとは、人間を心身の総合的存在ととらえ、勤労者の健康を心の面から守り育てる活動である。

2　メンタルヘルスのシステムをつくる

メンタルヘルスは決して「こころの病（精神障害）」を持つ人の職場適応を援助することだけではない。最も重要な目的は、勤労者の心身の健康づく

りをとおして、勤労者の健康を保持増進し、明るく働きやすい職場づくりを行い、その結果として事業場全体の生産性向上を実現することである。

財団法人社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所が蓄積してきた 180 万人の勤労者のデータによると、「病気というわけではないが、ストレスをためこんで半健康の状態にある者」が 10%もいるという[1)]。この半健康の段階で、何らかの援助の手が打てれば、本人は病気にならずに済むし、事業場も貴重な人材を失うことなく、生産性を向上させることができる。まずメンタルヘルスの取り組みが、人的資源（Human Resource）を活かすという生産性向上の根幹にかかわるものという認識を持っていただきたい。

ところでメンタルヘルスの取り組みは、勤労者だけの努力でも、事業者だけの努力でも達成されない。職場環境を良好に保つこと、問題が発見されたときに適切な対応を取ることは事業者の努力なしには不可能である。また事業者が努力をしても、勤労者がそれを利用しなければ効果はない。つまり「勤労者の心の健康づくり」が成果をあげるには、事業者と勤労者の共同作業が大切である。

メンタルヘルスにおける勤労者の役割はセルフケアである。

事業者の役割は、勤労者がセルフケアをすすめる環境を整えることであり、これは上司-部下といったラインによるケアや、産業保健スタッフによるケアで実現されるが、これは「事業所の取り組み」にまとめることができる。

また中小規模の事業場では産業保健スタッフを事業場内に確保することはできないし、大規模の事業場においても、メンタルヘルスの取り組みに必要なすべての資源を事業場内に確保できるわけではない。また勤労者も相談や診療の必要な場合に外部資源を利用することがある。

このため、「セルフケア」「事業場の取り組み」「社会のなかの取り組み」の 3 つが相互にうまく働き合うようにすることが「メンタルヘルスのシステムをつくる」ことである。

このレポートでは、個人が、事業場の組織が、外部資源を含む地域社会が、互いに協力して勤労者の心の健康を守り育てるシステムをつくるためのヒントになる情報と事例を紹介する。

3　セルフケアの支援

勤労者のセルフケアを高めるには、心の健康を身近なものととらえるための啓発と、必要なときに利用できる資源についての情報提供が重要である。セルフケアの支援のための基本的な視点といくつかの事例を提示する。

１）勤労者全員を対象としたアプローチ

勤労者全員を対象としたアプローチには、パンフレット配布、健康相談（健康診断などを利用しての全員面接、職場を巡回しての健康相談、電子メールを利用しての相談など）、ストレスチェック、外部の相談診療機関についての情報提供などがある。これらは勤労者が自らのストレスに気づき、適切な

対処を取れるようにすることを目的としている。

２）従業員研修

従業員研修はセルフケアについての情報を提供する重要な機会である。

新規採用者には、雇い入れ時研修の一環としてメンタルヘルス研修を実施する。研修で取り上げる内容は、①産業保健スタッフの役割とその紹介、②人間関係トレーニング、③入社後の健康管理（講義）などが考えられるが、事業場によっては入社一定期間後に全員面接を行うところもある。

管理者研修は、管理者が委ねられた職場の心の健康づくりに直接関与し、心の健康の問題をかかえた勤労者が職場にいる場合は直接対処する立場にあること、また管理者自身も心身ともに多忙な立場あることをとらえた研修内容とする。管理者研修でよく取り上げられる内容は、①メンタルヘルスから見た部下の扱い方（リスナー教育）、②管理職自身のメンタルヘルス、③心の健康についての医学的・心理学的基礎知識、④事例を用いてのグループワークなどである。

３）健康増進的な視点から心の健康についての関心を高める

「子育てや子供の学校生活」「職場のストレス」「退職後の生活」「高齢者の介護」など、心の健康についての関心はライフサイクルに応じて変化することが知られている。勤労者の生活は、職場だけでなく、家庭、地域を含めたなかにあることから、生活のなかにある話題を自然に取り上げることが大切である。このような、疾病対策的でなく健康増進的な視点からの取り組みが、相談や診療が必要な場合になったときの勤労者の心理的抵抗を少なくする。

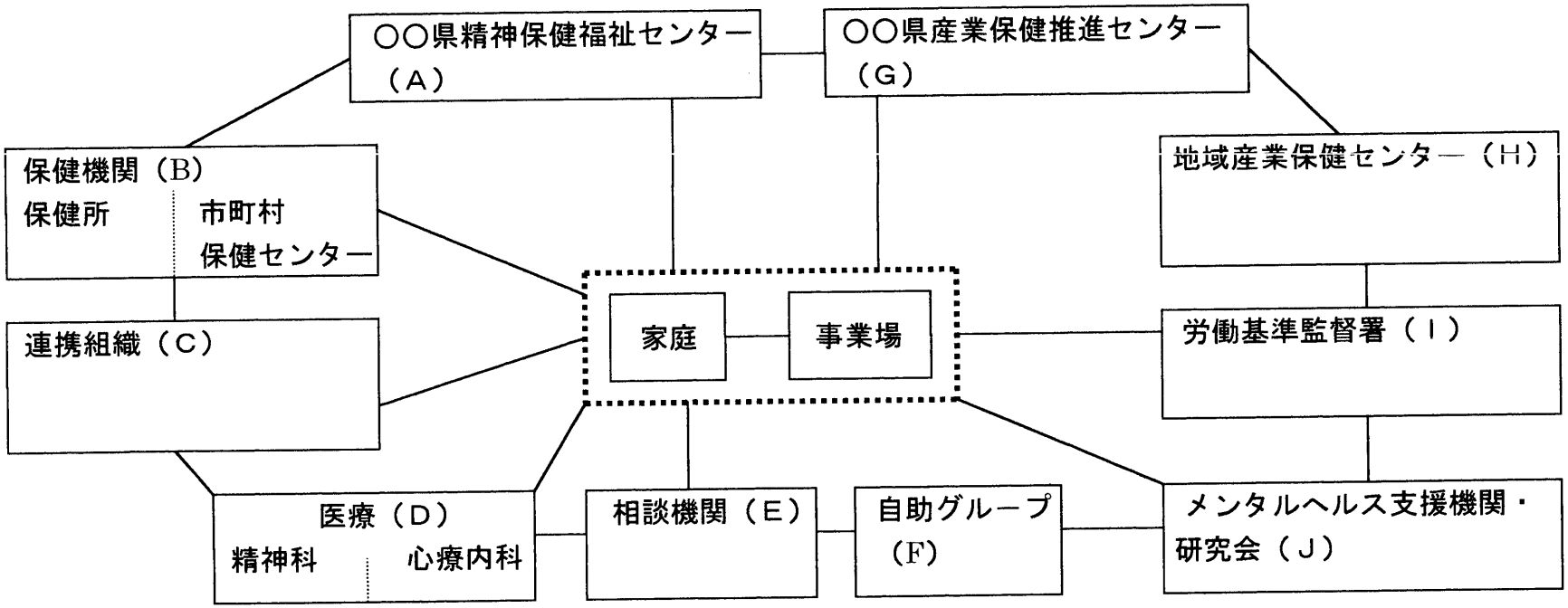
事例１

勤労者の生活に密着した情報提供[2)]

Ａ社では、産業メンタルヘルス研究会に参加した看護婦・士が、そこで得た資料をもとに、メンタルヘルス関連機関に関するリストづくりを進めていた。リストに挙げられた機関は、精神保健福祉センター、保健所、精神科救急情報センター、児童相談所、いのちの電話、エイズ電話相談、産業保健推進センター、福祉事務所、女性相談所、身体障害者更正相談所、知的障害者更正相談所等であった。リストは、それらの連絡先が掲載されたチャートになっており、従業員だけでなく、家族の問題でも利用できるよう、従業員の生活に密着した情報提供を目指していた。（資料１にカテゴリー表にしたものを示す）　（事例１おわり）

資料１

○○県　勤労者の心の健康づくり資源チャート



A　精神保健福祉センター

B　保健機関
保健所と市町村保健センター

C　連携組織
精神保健福祉協会、精神保健福祉連絡協議会など、勤労者の心の健康づくりのことが取り組まれている、または取り組まれる可能性のある組織・活動

D　医療
実際の診療の専門性から精神科、心療内科に分け、主要な機関をリストしてください。特に、都道府県内の診療機関を紹介できるところ、救急診療を行えるところは必ずあげる

E　相談機関
このカテゴリーは勤労者と家族の相談に応じることのできる機関である。たとえば子供の教育や育児不安、親のぼけの心配、障害をもつ子供の相談など、勤労者と家族が安心して暮らせるための支援機関と考えられるもの行政では児童相談所、女性相談所、民間ではいのちの電話など

F　自助グループ等
精神障害者家族会、断酒会、登校拒否の子を持つ親の会、痴呆老人をかかえる家族の会などの当事者を中心とした組織、活動

G　産業保健推進センター

H　地域産業保健センター

I　労働基準監督署

J　メンタルヘルス支援機関・研究会
勤労者の心の健康づくりに関する事業を請け負う機関、また産業メンタルヘルス研究会等、勤労者の心の健康づくりについて情報と交流の場を提供する機関

資料 2

〈私のヘルスケア・アンケート〉と〈タバコ・アルコールご意見・体験談〉

世の中に、健康に勝るものはありません。毎年 11 月に「健康に関する意識調査」を行っております。みなさんのご協力をお願いします。

〔1〕「ヘルスケア・アンケート」です。毎年同じ質問ですが、全員が 7 つの質問全部にお答えください。(該当するものの記号に○をつけてください)

Q1	朝食を食べますか？		A	毎朝食べる	B	時々食べる	C	ほとんど食べない
Q2	食べ物に気を配っていますか		A	非常に気を配っている	B	時々気を配る	C	ほとんど気を配らない
Q3	アルコール類を飲みますか		A	ほとんど毎日飲む	B	時々飲む	C	ほとんど飲まない
Q4	定期的に運動をしていますか		A	毎日のようにしている	B	時々している	C	ほとんどしていない
Q5	タバコを吸いますか		A	1 日 20 本以上吸う	B	1 日 19 本以内吸う	C	ほとんど吸わない
Q6	1 日の平均睡眠時間はどれくらいですか		A	7 時間以上	B	ほぼ 6 時間	C	6 時間未満
Q7	自分の健康度はどの程度と思いますか		A	健康である	B	ふつう	C	健康でない

〔2〕「タバコとアルコールについてのご意見・体験談」を募集します。
「その功罪」「つきあい方」「やめ方」などについて何でもお書きください。

タバコについて	アルコールについて

ご協力ありがとうございました。この用紙は職場ごとにまとめて 11 月 30 日までに各事業部人事担当に提出してください。

ワイン20本をプレゼントします

この用紙を提出した人の中から抽選で 10 名、そして〔2〕の「タバコ・アルコールご意見・体験談」の中から『これはすばらしい、ユニークだ』というものを書いてくれた 10 名を選び、合計 20 名にワインを 1 本ずつプレゼントします。

所属		氏名	

事例２

勤労者の心の健康づくりへの関心を高める[3)]

Ｂ事業場では、保健婦・士等の産業保健スタッフが、勤労者のストレスやこころの健康について関心を高めるために、賞品付きの簡単なアンケートを配布し、その集計結果を絵入りのパンフレットのまとめ、従業員や管理者にわかりやすい形で伝えていた。取り上げられた内容は、職場の人間関係、アルコールの摂取量、睡眠時間、食事の時間や内容、休暇のすごし方など、生活のなかで心の健康を考えるという方向で取り組んでいた。（資料２に作成されたヘルスケアアンケートを示す）　　（事例２おわり）

４　事業場の取り組み

事業場における取り組みは産業保健スタッフの配置の有無で異なる。産業保健スタッフの配置の有無は事業場の規模と密接に関係している。

Ｃ百貨店ではＣＳ（Customer Satisfaction 顧客満足）経営指針として掲げられ、産業保健の取り組みもＣＳを結びつけ、経営と結びついた形でメンタルヘルスを含む健康づくりを目指していた。この事業場では、保健婦・士がＣＳ推進室に配置され、販売営業の第一線を巡回し、安全衛生が営業現場に密着していた[4)]。

一方、Ｄ産業保健推進センターの行った調査研究によると、「中高年齢労働者の健康づくり運動」の縦断的な評価を行ったところ、健康づくり運動が活発でないと評価する事業場からは、事業場トップの理解と、推進組織の強化が重要という意見が得られている[5)]。

これらの事例や情報からわかることは、事業者の健康づくりやメンタルヘルスに対する考え方が、事業場内の取り組みに密接に反映する。

事例３は内部にシステムを持つ事業場の活動経過である。この事例の中に、事業場内のシステムづくりにメンタルヘルス研究会などの外部資源を活用した経過や、事業場内部で産業保健スタッフと人事・労務担当者などが協力して作成したマニュアルの内容が紹介されており、産業保健スタッフの力を事業場がうまく活用していった例として興味深い。この事業場では、保健婦・士、福利厚生担当者、人事・労務担当者がともに衛生管理者の資格を取り、衛生管理者という共通の基盤のもとに、共同して産業保健活動の推進に当たったという。

事例３

「Ｔ社のメンタルヘルスシステム」[2)]

産業メンタルヘルスシステムの研究をすすめるなかでのＴ社の取り組みについて紹介したい。自社では、従業員のメンタルヘルス相談の窓口として

平成 7 年 3 月に健康管理室の一角に相談室を開設した。設置場所については、産業看護業務に支障をきたさない為と従業員の入りやすさを重視した。ピーアールは、2ヶ月に 1 度発行される社内報のみである。

最初は、従業員個人の相談が多かった。例として、職場の人間関係の悩み、家族の病気や子供の不登校、親の介護、伴侶を亡くした悲しみなどである。

日が経つにつれ、職場の上司や人事からの職場不適応者や出社困難者の相談が多くなってきた。相談を受けているなかで外部専門機関、特に精神科への紹介が必要と思われるケースにいきあたるようになってきた。しかし当初は精神科との連携が困難でその方法を模索している状況だった。

平成 8 年 5 月、千葉県産業メンタルヘルス研究会が発足した。筆者は発足と同時に入会した。研究会では精神疾患の知識の修得や、精神疾患が関与して出社困難な状況となっている従業員への対応方法などが修得できた。またメンタルヘルス不全に陥った従業員の精神科への紹介が必要な場合、直接コンタクトの可能な精神科医と出会うことができた。

そして、さらに従業員や家族を含め職場以外での様々な相談の対応が求められるようになってきた。そこで精神科にとどまらず社外専門機関との連携が必要となった。その為、従業員や家族の相談にも対応できる県内専門機関のリストづくりの必要性がでてきた。

リストの内容は、県内の精神保健福祉対策の概要、保健所管轄区域と出先機関等の一覧、精神障害者社会復帰施設一覧、精神科医療施設案内、保健所一覧などである。他に世代別の相談窓口案内や電話相談案内などが掲載されている。このリストは従業員への相談窓口の情報提供に非常に役立っている。

なかでも社外における従業員の家族問題の対応には地域保健所の相談窓口が多く利用されていることがわかってきた。各種電話相談も気軽に利用できることから役立っている。

研究会では、平成 10 年度から「事業体と相談・保健・医療機関との連携について」のテーマに取り組んでいる。このテーマは「産業メンタルヘルスシステム」と重複する部分がある。企業外との連携は看護婦・士の企業での役割の重要な部分でもある。連携において人事担当者との話し合いや、具体的な動きがメンタルヘルスシステムに関わってくる。

システムのなかで看護婦・士であり衛生管理者でもある筆者は安全衛生管理者と人事の衛生管理資格者と同じ目的意識をもって従業員個人のメンタルヘルスに関わっていくことができる。企業における健康管理は、労働安全衛生法に基づいた健康診断実施など従業員の健康管理対象が身体を中心としていることがその基本となっていた。

しかし、近年、企業が行う健康管理の範囲に対する考え方が拡大されてきた。例えば、業務負担による精神障害の発症例により、企業の安全配慮義務に不足があったとして、企業側に損害賠償責任を認める判決もでてきた。

このような傾向は従来型の健康管理の考え方を、精神の領域にまで踏み込

んだ管理へと管理ポイントを変えていく必要性を示唆している。

看護婦・士や人事担当者として精神障害をもつ従業員に接する場合、安全配慮義務など関連法令について必要充分な理解と認識をもって適切な対応が出来なければならない。

その対応いかんによっては、安全配慮義務違反を生じる可能性もある。その為に安全配慮義務をふまえた対処方法や考え方をできるだけわかりやすく、実用的に活用できるように人事担当者の為に自社独自のメンタルヘルスハンドブックを平成 11 年に作成した。メンタルヘルスに関する予防的措置および発生事例に対し、ハンドブックに沿った対応を検討しなければならない。特に人の心を取り扱う領域であることから、関係者は誠意をつくした対応に心がけなければならないことを明記している。内容の概略を紹介する。

1．T 社の健康に関する基本的な考え

1）社員にとって心身の健康は、生涯にわたる人生設計実現のための必要かつ重要な資源である。

2）T 社にとっても社員の健康は、その能力を充分に発揮し、企業活動に貢献するうえでの必要かつ重要な資源である。

3）健康は、自らが維持管理し、自分自身で守るものであるが、会社はその活動の一部を支援する。

2．事業者、人事担当者、職場の管理職、産業医、看護婦・士、従業員の役割（省略）

3．企業内サポート体制の概要

レベル	症例	対応者および内容
第 1 次ケア	・本人が悩んでいる場合 ・他人が気づく場合	職場管理者によるリスニング
第 2 次ケア	職場管理者が対応しきれなかった場合 本人が自発的に来談してきた場合	産業医、看護婦・士、カウンセラーによるリスニング
第 3 次ケア	健康障害を伴う症例の場合	産業医・嘱託精神科医によるリスニングおよび医療ケア
第 4 次ケア	入院や内服治療を要する場合 法律・福祉などが必要な場合	専門精神科医、弁護士、行政（保健所等）による医療ケア

4．予防的対応（管理職研修）

管理職は部下にメンタルヘルス問題が発生した場合、医療担当者の患者に対する守秘義務の関係から、症状についての全てを把握することができない場合がある。だからといって、部下が精神疾患に罹患した場合に主治医任せにして全くかかわらなくて良いということではない。現在どのような病気で

どのような治療をうけているのか、いつまでこの状態が続くことが予想されるかなど、管理職として職場管理の責任上最低限の状況把握と対応を行う必要がある。職場のメンタルヘルスの予防する上で、管理職はキーパーソン的役割を担うことが多く、メンタルヘルスの予防的対応の一つとして、部下への対応とその際の注意点を盛り込んだ研修が必要となる。基本的な項目を参考例とする。

１）管理職に必要なメンタルヘルスの基礎知識

・ストレスと疾患形成との関係

・メンタルヘルス症例の知識

２）キーパーソンとしての基本的行動知識

・シミュレーション（事例を紙上で体験する）による対応パターンの研究

５．組織的対応（対個人への具体的対応）

１）記録の作成（発生内容・発生時期・対応者・対応内容・記録者）

専門医へ受診の際の資料、回復後の部署決定の資料、退職後の企業対応に関するリスク回避の資料なので大切に保管すること。その際、プライバシーに関する記録なので保管にあたっては十分な注意が必要である。

２）医療を受けさせるまで

職場で同僚や上司がメンタルヘルス不全に陥った従業員を早期発見できたとしても、適切なタイミングで精神科医への受診に繋げなければ、本人の人格を傷つけたり、後でトラブルを起こすこともある。その為十分な注意が必要である。そして本人の同意を得なければ専門医への受診を行うことはできない。専門医が診察することで初めて医学的に的確な診断がなされる。受診させるまでには職場関係者の協力体制が必要となる。

３）本人へのアプローチの前に

職場における状況、言動、態度など、事実を細かく観察し、記録をつくる。記録にもとづいて専門家と相談し、本人との対応の仕方、アドバイスの仕方、家族との連絡の仕方などの助言を受ける。本人をだまして医者につれていくことは絶対にしない。だまして医者に連れていくと、本人との信頼関係を失うなど後々の対応に悪い影響を与えることが多くなる。

４）具体的なアプローチ方法

メンタルヘルス不全者と認められる従業員へのアプローチは、本人の立場上、職場の上長が対応するのが好ましい。しかし、上長と本人の信頼関係に問題があるような場合は、信頼関係にある先輩や同僚の協力を得るなど、臨機応変に適切な対応が望まれる。最初の切り出し方は、本人に自分自身の疲れ、不調さ、具合の悪さを自覚させる。例えば「最近、少し疲れているように見えるけど…」「何か考えごとをしているような感じだが、不安なことでも…」「この頃、元気がないようだけど、食欲や睡眠はどう…」などのアプローチをして、こちらから決めつけるような言い方は絶対にしない。こちら

からの問いかけに応じ始めたら、絶対に反論、説教、言い聞かせをしない。よく耳を傾け、聴くこと。「相手が話し始めた時が話せるとき」と考え、時間を区切らない、話を中断しない、後回しにしない等を徹底する。

自分の状態を自分で判断して、自分自身の意志で専門医の診断を受けるようになるのが理想だ。しかし、それでもためらう場合には、自分の困っている問題を、自分一人で解決することには無理があること。専門医に相談し、助言を求める方が、より合理的で効果的な結論が得られることをすすめる。

５）家族との関係のつくり方

本人との話し合いがうまくいかない場合、家族ないし保護者と連絡をとり、職場での不適応行動や、勤務状況の実際を伝え早期治療の必要性を十分説明する。そして家族の責任で本人を専門医へ受診させるように指導する必要がある。

緊急の場合以外は、善意であっても、職場の者が、家族の意志を無視したり同意のないままに強引に専門医に受診させたり、入院させたりすることは、人権上の問題を起こしたり、感情的なしこりをのこすことが多いので慎重を要する。

本人が単身者で寮などで生活していて家族が遠方にいる場合でも、家族とじゅうぶんに連絡を取り、本人の保護と治療のために家族を呼び寄せる努力をしなければならない。

家族が本人に対する認識と理解を欠き、受診を拒否したり、同意しない場合、例えば「うちの子にかぎって」「うちでは何も変わったことはない」ということが意外と多いので、誠意を尽くして状況を説明すると共に、家族が日常生活で本人の変化に気づくように促すことが大切である。

また、近年メンタルヘルスケアを進めるにあたっての「事業体と相談、保健、医療機関との連携」をテーマとした事例検討会も多くなっている。事例発表に際しても看護婦・士としての倫理を守り従業員個人と企業に不利益をかけない配慮が必要となる。留意点を箇条書きにしてみる。

・事例検討会では、連携において個人のプライバシー、人権への配慮、守秘義務が個人と企業体においても配慮され確保されなければいけない。
・メンタルヘルス不全者を医療に結びつける場合、本人の自己認知と判断力が弱いので、本人了解のうえ家族とも接触し勤務状況を説明するなど上司、衛生管理者の協力が必要になる。
・休職後の復職時、リハビリテーション出勤を治療者側が要請した時職場も了解・協力してくれる体制が望まれる。しかし仕事の質や量、対人関係の調整など困難な部分も多い。
・企業体から相談や医療への紹介は事例により困難度が異なるが、担当者の判断と適切な動きが相談受領の鍵になる。
・企業体と相談医療機関両者が、顔見知りの関係にあり、守秘義務や、実際

的な動き方が相互に理解されていると、双方が信頼感の上に事例の対応を進めることができる。このことは再出勤の場合にも当てはまる。

・連携がスムーズにいくためには、企業内のメンタルヘルス教育などで相談の受けやすい企業風土づくりが必要となる。

以上、企業のメンタルヘルスシステムについてのまとめと私感を述べる。製造業においては、現代の厳しい経済不況と社会情勢の不安のなかで、世界競争のただ中に立たされているといっても過言ではない。そのなかで企業の安全配慮義務を従業員のメンタルヘルスにまで拡大してきた。しかし企業の生産性を上げ、活性化をはからなければ世界競争には生き残れないのである。個人の心の健康とともに企業体として世界競争に生き残るためのメンタルヘルスの強化が求められている。その為に両者の利害が共存していく為にできることは何かがメンタルヘルスの取り組みにも問われていると思う。メンタルヘルスシステムは外部の相談機関や相談窓口を利用することによって企業のメンタルヘルス不全者の将来を見据えた対応が可能になる。人間の一生を通じて、企業の中で生きる部分は限られている。だからこそ家族・地域・行政を視野に入れたメンタルヘルスのシステムづくりが求められている。「産業メンタルヘルスシステム」研究者の一員に加わったことで企業体以外の専門機関の様々なメンタルヘルスシステムの取り組みを知ることができた。今後、産業メンタルヘルスシステムが企業の中に浸透することによって、メンタルヘルス不全者の予防とメンタルヘルスの増進に役立つことを願っている。　　（事例３おわり）

5　社会のなかの取り組み

E産業保健推進センターによる中小規模事業場の調査では、「衛生管理者の選任のあり方の問題」「労使ともに産業保健への関心が低い」「保健婦・士等の専門職がいない」等の多くの困難があり、事業場単独での取り組みはきわめて困難と報告されている[5)]。また 労働者の多くは50人未満の事業場に勤務している。対象数の多さを考えると、地域で働いている開業医等の地域資源を含めたシステムづくりが必要という意見があった[3)]。

富山県では、心の健康センター（精神保健福祉センター）が県のこころの健康プランを背景に、心の健康づくり事業の「メンタルヘルス講座」で職場のメンタルヘルスに取り組んだ。その後、精神保健福祉センターの働きかけによって、平成８年から産業保健推進センター（設立は平成６年）と精神保健福祉協会（平成６年に産業部会を設置）との共催が実現している。産業保健産業保健推進センターの持つ「事業場と地域産業保健センターの直近のコンサルタントとしての固有の力」との連携によって、包括的なメンタルヘルス体制構築の手がかりが得られてきたという。産業保健と地域保健の共同に

よる「勤労者の心の健康づくり」の取り組みとして評価できるものである。また心の健康センターでは、平成9年の新築移転を機にストレスドックに取り組み、平成10年から共済組合による集団利用が始まっている[6)]。

中小規模事業場や零細事業場は単独ではメンタルヘルスの取り組みはなかなか困難である。このため、まずは産業保健機関としての産業保健推進センターと地域産業保健センターに、地域保健機関としての精神保健福祉センターと保健所が協力することによって、メンタルヘルス取り組みのための連携組織をつくり、そのもとで産業保健の一環としてメンタルヘルスに取り組んでいく必要がある。ここでは産業保健推進センターの設置がなく、また中小規模あるいは零細事業所の多い高知県における、産業保健と地域保健の連携によるネットワークづくりを紹介する。

事例4

高知県における勤労者の健康づくり支援活動に向けた取り組み[7)]

はじめに

小規模事業所で働く勤労者の健康問題をどのように支援していくのかは依然として大きな課題である。産業保健の分野では、企業規模が小さいほど労働災害や業務上疾病の発生状況も高く、勤労者の安全や健康を脅かす課題が多いとされてきた。平田ら[8)]は、小規模事業所の労働衛生管理上の問題点として、①投資が少ない、②要員が少ない、③経営者や労働者に時間的余裕がない、④改善のための技術が乏しい、⑤情報収集の遅れ、⑥単一業種であるため健康上問題のある労働者の配置転換が困難である、⑦現行労働安全衛生法では法的要求事項が少ないなどを挙げている。そのような課題を克服するためには、従来の産業保健の資源やマンパワーのみを活用するのでは限界のあることは以前より指摘されてきており、地域の中で活用できる様々な保健機関が協力していくことが期待されている。

1994年に地域保健法が制定され、保健所の業務内容の見直しが進み、いくつかの業務が徐々に市町村に移行していった。それに伴って、保健所には、精神保健や難病対策への取り組みを強化するだけでなく、より広域的な保健活動や取り組みの不十分であった領域への保健活動を展開することが期待されている。そこで、高知県では、1994年より高知県地域保健問題検討会が発足し、ライフステージを通じた健康づくりを推進するために、具体的に職場と学齢期における健康づくりを取り組むことの重要性が強調されてきた[9)]。

地域保健と職域保健の連携の取り組み

高知県の勤労者は卸・小売業やサービス業、しかも中小零細企業に従事している割合が高く、従来の労働行政では法的な制約や人的・物的資源の制限

などから十分な職域保健サービスが提供されているとは言い難い状況にある。このような状況に対応すべく、1990 年より高知県商工労働部労政訓練課を事務局として、保健環境部の担当部局、県医師会、高知労働基準局、商工会議所連合会などによる「勤労者健康づくり推進協議会」をつくり、職域保健活動の実態把握のためのアンケート調査や健康づくりのための教育・啓蒙活動などの様々な事業を展開してきた。しかし、保健所の職域保健への関与を引き出すまでには至らなかった。この協議会は、地域保健法の施行に伴って、1996 年より地域保健推進重点強化事業として「高知県勤労者健康づくり推進協議会」と名称も改め、市町村もその構成員として参加することとなった。この段階で、行政的には担当課が健康福祉部健康政策課に変わったことで、保健所の職域保健への関与がより現実的な検討課題としてあがってきた。しかしながら、多くの保健所職員は職域保健サービスを提供するという立場から事業所に赴いたことは少なく、知識及び技術的な研修の欠如や事業所の対応などへの不安などから、保健所職員の職域保健サービスの経験が培われその能力が向上するような、研修を行う必要が生じてきた。そこで、職域保健の分野では豊富な経験と実績のある労働科学研究所の協力を得て、県内の 5 保健所と高知市保健所の職員を対象に職域保健研修プログラムを 1998 年から実施してきた。

職域保健研修プログラムの実際について

保健所職員を対象とした職域保健研修プログラムのねらいは、従来より持っている専門性をいかし、実際に事業所に赴いて勤労者の健康問題に影響を与える要因を評価し、健康づくり支援のための改善や対策などをアドバイスする知識や技術、能力を養成することに置かれた。そのため、研修プログラムは ILO が提案する「実行しながら学ぶ」という研修者が実際に参加する方式（参加型研修プログラム）[10,11]を採用し、対象職種も医師、獣医師、薬剤師、保健婦・士、検査技師、事務職など幅広く設定した。研修対象者を医師や保健婦・士以外の幅広い職種に設定したのは、提供する職域保健サービスも健康診断などに限定されることなく、作業環境や作業方法などの事業所の抱える幅広い課題に対応できるようになると考えたからである。

職域保健研修プログラムは、講義と実習、グループワークが主体となる前期（２日間）及び後期研修（１日間）と、実際に事業所に赴く実施研修に分けて行われた。前期研修では、あらかじめ協力の得られた事業所に実際に赴き、改善・対策を提案するアクション型チェックリスト [12]を用いて人間工学的な課題や作業環境面での有害要因の評価などを行い、事業所に提案する対策や改善の提案を少人数のグループワークとしてまとめた。前期研修の経験をもとにして、実地研修では各保健所が管内の事業所に赴き、対策や改善などのアドバイスをまとめた報告書を作成することを目標にした。後期研修では、各保健所がその報告書をもとに実施した職域保健サービスを発表し、その内容や課題などについて相互に討議した。

研修初年度の訪問事業所は、保健所業務に関連した事業所が多くなっていたが、2つの保健所が独自に地域の事業所へと赴いて産業保健サービスを提供することに成功した。次の年度の実地研修では、さらに多くの保健所が食品業のように本来の権限が及ぶ事業所以外の製造業などの事業所を訪問している。この研修を通じて参加したすべての保健所が実際の事業所を訪問し、なんらかの報告書を作成したことは大きな成果であった。

職域保健事業が成功した事例の特徴と課題

初年度の研修を通じて各保健所の取り組みを概括すると、全ての保健所が事業所に赴き報告書を提出できたが、職域保健事業の内容や継続的な関係という点では、全てでうまくいったとは評価できない。そこで、最もうまくいっている高幡保健所の職域保健事業を通して成功事例の特徴を考察することにする。高幡保健所では、以前よりあった管内の市町村との協力体制を基盤に、前述した協議会活動について、モデル地区として「高幡地区勤労者健康づくり推進協議会」が 1994 年に設置された。この協議会には、管内の市町村、商工会議所／商工会、地区医師会、地域産業保健センター、労働基準監督署、労働基準協会が組織されている。

県内の他の保健所と同様に、高幡保健所では従来より中小零細事業所の労働者の健康診断に係わってきたが、この事業が始まって以降、各組織との連携のもとに事業所での個別疾患の健康教育（保健所と地域産業保健センターの共催）、事業所ＴＨＰ事業（保健所、事業所と町の共催）、健康づくり研修会や講演指導（保健所、労働基準監督署、地域産業保健センター、町の共催）等を行い、関係機関とのネットワークづくりを行ってきた。

今回の職域保健研修プログラムの実地研修の事業所を選定するにあたっては、「高幡地区勤労者健康づくり推進協議会」であらかじめ協議を行い、訪問を希望する事業所を対象にした。しかしながら、今までの事業は産業保健活動の三管理の中の健康管理であるため、事業所の職場巡視や作業環境管理や作業管理に属する実際の知識や評価については不慣れであるため、高知医科大学公衆衛生学教室の教官と共に事業所へ赴くことにした。具体的には一つの事業所に３～４回赴き、その都度、訪問する目的と作業を設定し、作業環境評価や人間工学チェックリストの作成と評価、報告書をもとにした事業主との話し合いや職長クラスへの教育・指導を実施した。その結果、最終的には事業所より自発的な改善計画を導き出すまでになった。高幡保健所では、今後、この自信と経験をもとに、管内で事業所環境診断サービス事業として展開していく予定である。

高幡保健所がこのようにうまくいった要因をまとめると、

①地区を組織する「勤労者健康づくり推進協議会」が存在していた

②人間工学チェックリストをうまく活用した職場診断が事業所に受け入れられた

③専門的な作業環境診断を実施するための知識や技術に対する大学・研究所の支援体制が存在した

④保健所長が産業保健活動への関心が高かった

⑤事業所側が意欲的に対策や改善に取り組んだ

⑥職域保健研修プログラムの参加者が職域へのアプローチにある程度慣れてきた

などが挙げられる。

さらに、訪問した事業所からは継続した職場へのアドバイスの依頼が保健所になされ、今後の職域保健活動におけるパイプ役としての保健所の位置が確立しつつあるように思える。このような職域保健への関与をきっかけにして、事業所と保健所との信頼感が生まれ、アクセスビリティー（相談のしやすさ）が芽生えることで、職場における健康づくりやメンタルヘルスなどの保健指導の面でも保健所の活躍は充分に期待できる。

その反面、今回の研修で積極的な職域保健活動を引き出すには至らなかった保健所では、その主な原因として管内に「勤労者健康づくり推進協議会」の存在しなかったことが挙げられるが、やはり、縦割り行政の中で、保健所が職域保健に関与することに抵抗があったものと考える。そのため、多くの保健所が積極的に職域保健に関与できるように働きかけるためには、厚生省ないしは県レベルからの行政的な指導や法的な根拠をより明確にする必要があるだろう。

職域保健事業の確立にむけた職域保健研修プログラムの展開と課題

高知県の職域保健研修プログラムの取り組みは現在進行中であるが、これまでの保健所の職域保健事業を評価し、今後の恒常的な職域保健事業の確立に向けた課題をあげると、

①産業保健以外の保健従事者が職域保健活動に精通するための「職域保健トレーニングマニュアル」を作成する

②職域保健研修プログラムを継続的に実施し、研修修了者を増やすことで保健所内で課間を越えた職員間の協力体制をはかる

③作業環境評価や人間工学的なアドバイスなどに関わる知識・技術的能力の向上を図り、旧式の作業環境測定機器などを更新していく

④地域における市町村、商工会議所、医師会、労働基準監督署、地域産業保健センターなどの他機関との連携を協議する場を設定する

などが重要になってくる。

地域の保健所にとっては、事業所の労働者は地域住民の一員でもある。労働安全衛生法施行以来、大規模事業所における産業保健サービス活動や提供する体制は整ってきたが、中小零細企業における産業保健サービスは依然として不十分な状態にある。地域産業保健センターを各労働基準監督署管内に

整備されたが、医師会が具体的な運営を実施しているため、時間的にも制約のある臨床医が健康診断や保健指導以外の職域保健活動を提供することには困難がある。中小零細企業の労働者にとって、産業保健サービス機関より、保健所などに代表される地域保健サービス機関の方が、より身近に感じるとも報告されてきた[8,13,14]。そこで、地域の保健所、市町村、医師会、労働基準監督署、地域産業保健センター、商工会議所などが「勤労者健康づくり推進協議会」を設置し、お互いの得意な分野で人的・物的資源を出し合い、職域保健活動を提供できる広範な支援体制を整備することが重要となる。その際には、保健所には医師や保健婦・士、薬剤師など幅広い職種が存在し、また、母子保健や老人保健において各種機関のコーディネイトを行ってきた経験も有するため、地域における職域保健活動を展開する中心的な存在として大きな期待が寄せられる。

高知県の計画では、2000年度までこの職域保健研修プログラムを継続し、県内で職域保健事業が幅広く展開できる人材育成、環境づくりや基盤整備に取り組んでいく予定である。（事例４おわり）

6　主な資源リスト

事業場のメンタルヘルスの取り組みをすすめるためには、事業場外の産業保健機関や地域保健機関の連携が必要であるため、重要ないくつかの機関を紹介する。

１）産業保健推進センター

産業保健推進センターの役割は、産業医等や地域産業保健センターが活動するに当たって、その機能を十分に発揮できるよう専門的技術やノウハウを提供することである。業務内容は、①地域産業保健センターに対する支援、②産業保健に関する専門的相談、③産業医等に対する研修及び支援の実施、④産業保健情報の収集提供、⑤産業保健に関する広報啓発等であって、全国に33カ所設置されている（平成11年９月現在）。

２）地域産業保健センター

労働者数50人未満の小規模事業場に対して、保健指導、保健相談等の産業保健サービスを提供している。実施機関は郡市区医師会で、全国347カ所に設置され、地域の開業医が産業保健に関与していく機会を広く提供している。

３）労災病院

労災病院は労働災害等における勤労者の医療確保を目的に設置されたが、労働災害の減少とともに、メンタルヘルス等の新たな課題への対応を模索している段階にある。労災病院は全国で39ヶ所設置されているが、そのうち4ヶ所（平成11年度末現在）にメンタルヘルスセンターが設置され、12年度に新たに2ヶ所設置されることとなっている。

４）メンタルヘルスサービス機関等

メンタルヘルスサービス機関等とは、事業場から委託を受けて、メンタル

ヘルス相談、ストレスチェック、事業場の診断、教育研修等のメンタルヘルスサービスを提供する機関や人材をいう。メンタルヘルスサービス機関等がサービスを行うことによって、自前のシステムを持たない事業場や健康保険組合においても、メンタルヘルスの取り組みが可能になる。また自前のシステムを持つ事業場においても、メンタルヘルスの取り組みを充実する重要な資源になる。しかしメンタルヘルスの事業を外部委託するだけでは、事業場自体のかかえるメンタルヘルスの問題は解決しない場合もあるので、利用に当たっては産業保健推進センターなどに相談することが望ましい。

５）精神保健福祉センター

精神保健福祉センターは、医療、福祉、労働、教育、産業等の精神保健福祉関係諸機関との密接な連携をもとに、精神保健および精神障害者の福祉に関する総合的技術センター（地域精神保健福祉活動の中核）として活動する機関である。現在、全国の都道府県47に対して49ヶ所（東京のみ3ヶ所）、政令指定都市12に対して5ヶ所設置されている（平成11年4月1日現在）。精神保健福祉センター運営要領には、①企画立案、②技術指導及び技術援助、③教育研修、④普及啓発、⑤調査研究、⑥精神保健福祉相談、⑦組織育成の７つの業務が示されているが、その組織体制は都道府県・政令指定都市によって大きく異なる。また精神保健福祉センターは、平成11年精神保健福祉法改正によって、平成14年度から通院医療費公費負担や精神保健福祉手帳の審査や精神医療審査会の事務局を担当することになっている。

６）保健所

保健所は地域住民の健康の保持及び増進に係る企画、調整、指導及びこれらに必要な業務を行う機関であって、全国に641ヶ所設置されている（平成11年4月1日現在）。保健所の精神保健福祉業務運営要領には、①企画調整、②普及啓発、③研修、④組織育成、⑤相談、⑥訪問指導、⑦社会復帰及び自立と社会参加への支援、⑧入院及び通院医療関係事務、⑨ケース記録の整理及び秘密の保持等、⑩市町村への協力及び連携が挙げられている。平成11年の精神保健福祉法改正に伴い、平成14年からは精神障害者による福祉サービス利用の調整は市町村を中心に行われることとなっており、通院医療関係事務も市町村が窓口になるなど、保健所の精神保健福祉業務にも大きな変化が予測されている。

文献

１）　後藤敕．産業メンタルヘルスシステムづくりへの提言．東京：財団法人社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所．2000年．

２）　織田弘子．T企業のメンタルヘルスシステム．千葉：ＴＤＫ（株）成田工場．2000年（未発表）．

３）　労働省11年度「作業関連疾患の予防に関する研究」産業メンタルヘルスシステムグループ．聞き取り調査から．1999年．

４）　竹島正、後藤敕、他．実践的なメンタルヘルスシステムの構築をめざしてー聞き取り調査をもとにー．千葉：労働省平成10年度「作業関連疾患の予防に関する研究」第４班産業メンタルヘルスシステム研究グループ．1999年．

５）　労働省11年度「作業関連疾患の予防に関する研究」産業メンタルヘルスシステムグループ.産業保健推進センター研究報告要約集ー産業メンタルヘルスシステムの検討ー．千葉．2000年．

６）　數川悟．産業精神保健活動の連携ー富山県における模索ー．産業精神保健．1999;7(3):234-236.

７）　甲田茂樹.高知県における勤労者の健康づくり支援活動に向けた取り組み．高知：高知医科大学公衆衛生学教室．2000年（未発表）．

８）　平田衛、熊谷信二、田渕武夫、他．50人未満小規模事業所における労働衛生管理の実態（第１報）ー労働衛生管理体制と健康管理およびニーズー．産衛誌．1999;41:190-201.

９）　高知県地域保健問題検討委員会編．地域保健の先進県をめざして．高知：高知県地域保健問題検討委員会．1996年．

１０）ILO・スウェーデン合同産業安全審査会編著（小木和孝・天明佳臣監訳）．安全、衛生、作業条件トレーニング・マニュアル．川崎：労働科学研究所．1990年．

１１）青山英康、小木和孝、天明佳臣、中桐伸五監修．職場改善のための安全衛生実践マニュアル．川崎：労働科学研究所．1999年．

１２）小木和孝訳．人間工学チェックポイントー安全、健康、作業条件改善のための実際的で実施しやすい対策ー（ILO編集、IEA協力）．川崎：労働科学研究所．1998年．

１３）杉本寛治、石橋冨和、中村清一、他．大阪府下における小規模製造業事業所の健康管理に関する訪問実態調査.産業医学.1987;29:510-518.

１４）二塚信、永野恵、南龍一．地方都市における中小零細企業の健康管理に関する実態．産衛誌．1996;38:262-266.

労働省「作業関連疾患の予防に関する研究」
労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する
研究報告書

平成 12 年 3 月発行

発行者「作業関連疾患の予防に関する研究」研究班
班長　加藤正明

発行所　東京医科大学　衛生学公衆衛生学教室
〒160-8402　東京都新宿区新宿 6-1-1
電話　03-3351-6141　内線 237
e-mail prev-med@tokyo-med.ac.jp