

建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方 に関する検討委員会報告書

平成 28 年 3 月

建設業労働災害防止協会

はじめに

建設投資は平成 9 年度以降減少の一途をたどり、平成 22 年度にはピークであった平成 4 年度投資額の 50%までに減少したが、平成 23 年度には東日本大震災の復興需要や民間設備投資の増加により上昇に転じ、平成 26 年度にはピーク時の 61.6%まで回復するに至った。平成 27 年度は前年を下回る見込みであるが、2020 年東京オリンピック・パラリンピック開催に向けて、競技施設の建設や、首都圏を中心としたインフラ整備、再開発等、建設投資が増大すると予想されている。その反面、熟練労働者や現場管理者の不足等、建設業界には人手不足感が強まっている。

一方、建設業の就業者数は全産業の 8%であるが、労働災害による死亡者数は 35%を占めるなど、建設業にとって労働災害防止は極めて重要な課題であり、このため建災防においては、半世紀以上の間、災害防止を中心に様々な施策を展開してきたところである。

建設業が最近の建設投資の拡大基調を足掛かりに、今後、健全に発展していくには、労働災害のない安全な職場を確立するとともに、熟練労働者の確保や若年労働者の新規入職の促進により人材を確保する必要があるが、そのためには、建設現場が働く人々にとって魅力ある職場となることが必須である。

こうした状況の中、昨年の労働安全衛生法の改正により、ストレスチェック制度が義務化される等、建設業においてもメンタルヘルス対策を推進することが喫緊の課題となった。

しかしながら、建設業の労働者がストレスを受ける場である建設現場の特性に留意したメンタルヘルス対策の進め方について検討した事跡は、建災防にも、行政を含め他の機関においても見当たらない。

そこで、建設業の特性、すなわち建設現場は有期であること（工期がある）、構成員（作業員）が流動すること、複数の事業者が混在すること（重層請負構造）等の特性に留意した建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方について、建災防として検討することとした。

検討に当たっては、メンタルヘルス、産業保健、法律及び建設安全の専門家の参集を求めた検討委員会を設け、建設現場で実際に行える簡便で、分りやすく効果の上がる手法の開発を念頭に検討を進めた。

その結果、多くの建設現場に定着している安全施工サイクルを活用した健康 KY と無記名ストレスチェックを組み合わせて実施する方法が考案された。健康 KY は毎日実施、無記名ストレスチェックは工期内に複数回実施することを想定しており、前者は、メンタルヘルス不調の未然防止（個人としての一次予防）に、後者は職場環境の改善（組織としての一次予防）に資するもので、両者を合わせて実施することで、建設現場特有の課題である組織の構成員（作業員）の流動性に対応し、かつ、組織（建設現場全体）の職場環境の改善を図ることが可能となり、ストレスチェック制度本来の目的にも合致するものになったと考える。

建災防としては、今後さらに検討を進め、建設事業者が行う直雇労働者に対するストレスチェックと建設現場において元請け主導で行うこの健康 KY と無記名ストレスチェックを普及することで建設業におけるメンタルヘルス対策の進展を図り、これまでの労働災害防止対策に加え建設現場で働く人々の心身の健康を確保するとともに、作業環境や作業方法

だけでなく職場の人間関係や仕事のやりがい等も含めた職場環境全体の改善につながる対策を展開することにより、新 3K といわれる「給料がよく、休日が取れ、希望の持てる」魅力ある職場づくりを推進し、建設業の健全な発展に貢献することとしたい。

終わりに、櫻井委員長をはじめ各委員の皆様には、建設業におけるメンタルヘルス対策という初めての課題に対し、短期間のうちに集中的かつ熱心にご検討いただき、所期の目的を達成できましたこと、心より感謝申し上げますとともに敬意を表します。

とりわけ、田村和佳子委員には、判例の検索・解説、アンケート調査の企画・分析、試行結果の取りまとめ等多大なご尽力をいただきましたこと、あらためて御礼申し上げます。

また、調査にご協力いただきました建設労務安全研究会の会員の皆様、試行のご協力をいただきました東急建設㈱、鉄建建設㈱の現場の皆様に対しまして、重ねて感謝申し上げます。

平成 28 年 3 月
建設業労働災害防止協会

目 次

はじめに

序章	1
1 背景	1
2 検討経緯	2
(1) 委員会の設置	2
(2) 委員会での検討経緯	3
第1章 建設業におけるメンタルヘルス対策を取り巻く状況と課題	6
1 労災補償状況からみた状況	6
(1) 「過労死」等の労災補償状況	6
(2) 精神障害の労災補償状況	7
(3) 精神障害事案の労働時間	10
(4) 精神障害の出来事別支給決定状況	11
2 建設業におけるメンタルヘルス対策の現況と課題	13
(1) 平成25年度労働安全衛生調査（厚生労働省）からみた状況	13
(2) 「建設業におけるメンタルヘルス対策取組み状況に関する調査」からみた 現況と課題	20
3 民事裁判例からみた状況	50
(1) メンタルヘルスと法的責任	50
(2) 統括管理と安全配慮義務	51
(3) 精神障害事案と安全配慮義務	52
(4) 精神障害事案と統括管理	54
(5) まとめ	55
4 メンタルヘルス対策に関する主要施策の経緯	57
第2章 メンタルヘルス対策を進めるための基本事項	61
1 労働者の心の健康の保持増進のための指針	61
(1) 趣旨	61
(2) メンタルヘルスケアの基本的考え方	61
(3) 衛生委員会等における調査審議	61
(4) 心の健康づくり計画	61
(5) 4つのメンタルヘルスケアの推進	61
(6) メンタルヘルスケアの具体的進め方	62
(7) メンタルヘルスケアに関する個人情報の保護への配慮	62

(8) 小規模事業場におけるメンタルヘルスケアの取組みの留意事項	62
2 心理的な負担の程度を把握するための検査及び面接指導の実施並びに面接指導 結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針	62
(1) 趣旨	62
(2) ストレスチェック制度の基本的な考え方	63
(3) ストレスチェック制度の実施手順	63
(4) 衛生委員会等における調査・審議	64
(5) ストレスチェック制度の実施体制の整備	64
(6) ストレスチェックの実施方法等	64
(7) 面接指導の実施方法等	66
(8) ストレスチェック結果に基づく集団ごとの集計・分析及び職場環境の改善	66
(9) 労働者に対する不利益な取扱いの防止	67
(10) ストレスチェック制度に関する労働者の健康情報の保護	67
(11) その他の留意事項	68
3 過重労働による健康障害を防止するために事業者が講ずべき措置	69
(1) 趣旨	69
(2) 時間外・休日労働時間の削減	69
(3) 年次有給休暇の取得促進	70
(4) 労働時間等の設定の改善	70
(5) 労働者の健康管理に係る措置の徹底	70
4 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き	71
(1) 趣旨	71
(2) 職場復帰支援の流れ	72
(3) 職場復帰支援の各ステップ	72
(4) 管理監督者及び事業場内産業保健スタッフ等の役割	73
(5) プライバシーの保護	74
(6) その他職場復帰支援に関して検討・留意すべき事項	74
第3章 建設事業者に対するメンタルヘルス対策の必要性についての周知啓発	76
1 周知啓発の必要性	76
2 周知啓発する内容	76
3 周知啓発の方法	77
第4章 建設事業者としてメンタルヘルス対策を進めるうえでの留意点	79
1 メンタルヘルスケア推進に当たっての要点	79
(1) 労働災害防止活動と連動して実施することが効率的	79
(2) 実践的な具体的アプローチを提示することが有効	79
2 ストレスチェック制度の導入に当たっての留意点	81

3	メンタルヘルス対策推進体制の整備	81
4	相談体制の整備	83
5	教育研修の実施	84
第5章	統括管理下の建設現場におけるメンタルヘルス対策のあり方	86
1	建設現場におけるメンタルヘルス対策の必要性	86
2	建設現場におけるメンタルヘルス対策を進めるうえでの留意事項	87
3	建設現場における具体的対策について	87
(1)	「安全施工サイクル」を活用した「健康ＫＹ」の実施	87
(2)	無記名ストレスチェックの実施	90
第6章	安全施工サイクルを活用した健康ＫＹと無記名ストレスチェックの試行と評価	91
1	健康ＫＹと無記名ストレスチェックを合同実施する意義	91
2	試行実施	92
(1)	目的	92
(2)	試行ツール	92
(3)	試行手順	93
3	試行実施の概要及び結果	93
4	今後の展開	94
第7章	中小規模建設業が行うメンタルヘルス対策への支援	145
1	メンタルヘルス対策推進上の課題	145
2	メンタルヘルス対策推進へ向けた支援策	145
(1)	メンタルヘルス対策の必要性を認識するための働きかけ	145
(2)	事業場外資源の積極的活用の促進	145
3	事業場内におけるメンタルヘルス対策	146
(1)	中規模事業場（産業医選任事業場）の場合	147
(2)	小規模事業場（産業医非選任事業場）の場合	147
(3)	推進支援策との連動	148
4	事業場外におけるメンタルヘルス対策	150
5	メンタルヘルス対策への支援体制	151
6	助成金制度の拡充等への要望	151
第8章	建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方に関する提言	153
<参考資料>		155
「建設業におけるメンタルヘルス対策取組み状況に関する調査報告書」(建設労務安全研究会)		

序章

1 背景

第 12 次労働災害防止計画では、死亡災害の撲滅を目指して、平成 24 年と比較して、平成 29 年までに労働災害による死亡者数を 15%以上減少させることなどの目標とともに、平成 29 年までにメンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場の割合を 80%以上とすることも目標とされた。

建災防においても、この国が策定した第 12 次労働災害防止計画に基づき、平成 25 年度を初年度とする第 7 次建設業労働災害防止 5 ヶ年計画を策定し、計画期間中の労働災害による死亡者数を 20%以上減少させることを目標とするほか、計画における重点対策として、「労働者の過重労働による健康障害防止対策、メンタルヘルス対策の充実」を挙げ、健康管理の徹底や働き方・休み方の見直し等により過重労働対策の推進を図るとともに、メンタルヘルス不調者予防のための職場改善、ストレスへの気づきと対応対策、職場復帰対策等メンタルヘルス対策の充実を図ることとした。

一方、メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場の割合は、厚生労働省の調査（平成 25 年労働安全衛生調査（実態調査））によれば、平成 25 年では、全産業が 60.7%（平成 23 年 43.6%、平成 24 年 47.2%）に対し、建設業は 53.8%と全産業平均に比べ 6.9 ポイントも下回っている。

さらに、建災防が建設労務安全研究会（理事長土屋良直）に委託して、同研究会会員企業 34 社及びその協力会社各 10 社ずつの計 374 社を対象に行った「建設業におけるメンタルヘルス対策取組状況に関する調査」によれば、平成 27 年 9 月 1 日時点で、メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場の割合は 32.6%（総合工事業 54.7%、専門工事業 25.2%）と厚生労働省の調査結果を大幅に下回る結果となった。

このように、建設業の実態が 1 2 次防の目標と大きくかい離しており、目標を達成するには相当な努力が必要であることが判明する中、平成 27 年 6 月の労働安全衛生法の改正により、同年 12 月から労働者数 50 人以上の事業場においてはストレスチェック制度が義務付けられることになり、建設業においてもメンタルヘルス対策を可及的速やかに推進することが喫緊の課題となった。

然るに、建設業の主たる産業活動の場である建設現場の特性である有期性、労働者の流動性、重層請負構造に留意したメンタルヘルス対策の進めた方について検討した経緯は、建災防にも、行政を含め他の機関においても見当たらない。

このため、建災防本部に、メンタルヘルス、産業保健、法律及び建設安全衛生の専門家を構成員とする委員会を設け、建設業の特性に留意しつつ、建設事業者にも受け入れが可能で、建設現場でも実際に行える簡便で分かりやすく効果の上がるメンタルヘルス対策のあり方について検討することとした。

2 検討経緯

(1) 委員会の設置

① 委員会開催要綱

建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方に関する検討委員会開催要綱

1 趣旨・目的

労働安全衛生法の改正によりストレスチェックが義務化される等、建設業においてもメンタルヘルス対策を推進することは喫緊の課題となっており、建設業の特性に留意したメンタルヘルス対策のあり方については、行政や関係機関も含めた検討が求められている。

また、建設業における精神障害の労災支給決定件数は、他産業に比べても高く（総合工事業 5 位、職別工事業（設備工事を除く） 15 位）、職種別にみても高い（建築・土木・測量技術者 13 位、建設従事者（建設躯体工事従事者を除く） 14 位）が、メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業所割合は他産業に比べ低い状況（産業 60.7%、建設業 53.8%）となっている。

このため、建災防本部に、メンタルヘルス、産業保健、法律及び建設安全衛生の専門家の参集を求めた委員会を設け、建設業の実態を踏まえたメンタルヘルス対策のあり方について検討し、その検討結果に基づいた対策を普及・促進することにより、建設現場で働く労働者の健康を確保するとともに建設事業者の経済的損失を回避し、企業の生産性の向上に資することとする。

2 検討事項

- (1) 建設業におけるメンタルヘルスの実態
- (2) 雇用労働者のメンタルヘルス対策（事業者責任）
- (3) 請負人労働者のメンタルヘルス対策（統括管理）
- (4) 建設業におけるメンタルヘルス対策の具体的な進め方（関係機関との連携、実務上の支援体制）
- (5) その他

3 構成等

- (1) 本検討委員会は、建災防本部専務理事が別紙の専門家の参集を求めて開催する。
- (2) 本検討委員会には委員長を置き、委員長は委員会の議事を整理する。
- (3) 本検討委員会は、必要に応じ関係者からヒアリング等を行うことができるものとする。

4 その他

本検討委員会の事務は、建災防技術管理部計画課において行う。

② 委員名簿

建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方に関する検討委員会 委員名簿

櫻井 治彦	公益財団法人 産業医学振興財団 理事長
小山 文彦	東京労災病院 勤労者メンタルヘルス研究センター長
藤川 久昭	青山学院大学 法学部 教授
諏訪 嘉彦	東急建設株式会社 執行役員 住宅事業部長
細谷 浩昭	鉄建建設株式会社 安全推進室 安全品質環境部 担当部長
古山 善一	独立行政法人 労働者健康福祉機構 メンタルヘルス対策推進アドバイザー
田村 和佳子	さらしな人事労務オフィス代表 精神保健福祉士 特定社会保険労務士

<オブザーバー>

大淵 和代	厚生労働省 労働基準局 安全衛生部産業保健支援室 職業性疾病分析官
若林 和也	独立行政法人 労働者健康福祉機構 産業保健課長
宮澤 政裕	建設労務安全研究会 事務局長
岡本 一紀	中央労働災害防止協会 健康快適推進部長

<事務局>

本山 謙治	建設業労働災害防止協会 技術管理部長
由野 友規	建設業労働災害防止協会 技術管理部 計画課長・指導課長
佐藤 緋鶴	建設業労働災害防止協会 技術管理部 計画課課員
中尾 太樹	建設業労働災害防止協会 技術管理部 指導課課員

(2) 委員会での検討経緯

第1回委員会

日時 平成27年12月3日(木) 午後1時

場所 建設業労働災害防止協会7階会議室

議題

- (1) 検討委員会開催の趣旨説明
- (2) 建設業におけるメンタルヘルスを取り巻く状況
- (3) 「建設業におけるメンタルヘルス対策取組状況に関する調査」結果の概要
- (4) 建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方(討議)
 - ・直用労働者のメンタルヘルス対策(事業者責任)

- ・建設現場におけるメンタルヘルス対策（統括管理）
- ・建設業におけるメンタルヘルス対策の具体的進め方（関係機関との連携等）
- ・その他

● 配付資料

- 資料1 検討委員会設置要綱
- 資料2 委員名簿
- 資料3 建設業における労働災害発生状況
- 資料4 平成26年度「過労死等の労災補償状況」
- 資料5 平成25年「労働安全衛生調査（実態調査）」の結果
- 資料6 「建設業におけるメンタルヘルス対策取組状況に関する調査」実施結果
（中間報告）
- 資料7 メンタルヘルス対策（心の健康確保対策）に関する施策の概要
- 資料8 職場における災害時のこころのケアマニュアル
- 資料9 安全施工サイクル
- 資料10 メンタルヘルスケア対策相談機関リスト
- 資料11 建設業ハンドブック
- 資料12 ストレスチェック制度導入マニュアル

第2回委員会

日時 平成27年12月17日（木）午後2時

場所 建設業労働災害防止協会7階会議室

議題

- (1) 第1回委員会の取りまとめ（質疑応答）
 - (2) 建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方（討議）
- ・その他

● 配付資料

- 資料 No. 2-1 委員名簿
- 資料 No. 2-2 第1回委員会議事録キーワード
- 資料 No. 2-3 「建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方に関する検討委員会」
報告書骨子（案）
- 資料 No. 2-4 民事裁判例からみた状況
- 資料 No. 2-5 建設業施工管理体制イメージ図
- 資料 No. 2-6 健康K Y
- 資料 No. 2-7 げんき de ワーク～心とからだのリフレッシュ運動～
- 資料 No. 2-8 産業保健総合支援センター 地域産業保健センター 事業案内
- 資料 No. 2-9 産業保健総合支援センター ストレスチェック制度サポートリー
フレット
- 資料 No. 2-10 安全施工サイクル図

第1回建設KYと無記名ストレスチェックの試行

日時 平成28年1月26日（火）午前8時

場所 東急建設（株）銀座線渋谷作業所金王工区（東京都渋谷区渋谷）

第2回建設KYと無記名ストレスチェックの試行

日時 平成28年1月29日（金）午前8時

場所 鉄建建設（株）馬込建築作業所（東京都大田区中馬込）

第3回委員会

日時 平成28年2月8日（月）午後2時

場所 建設業労働災害防止協会7階会議室

議題

● 配付資料

資料No. 3-1 委員名簿

資料No. 3-2 「建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方に関する検討委員会」報告書骨子（第2次案）

資料No. 3-3 「建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方に関する検討委員会」報告書（第1次案）

資料No. 3-3 insomnia scoreについて

第4回委員会

日時 平成28年3月10日（木）午後2時

場所 建設業労働災害防止協会7階会議室

議題

● 配付資料

資料No. 4-1 委員名簿

資料No. 4-2 「建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方に関する検討委員会」報告書（第3次案）

資料No. 4-3 「建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方に関する検討委員会」報告書（第2次案）に対する各委員からの意見

第1章 建設業におけるメンタルヘルス対策を取り巻く状況と課題

1 労災補償状況からみた状況

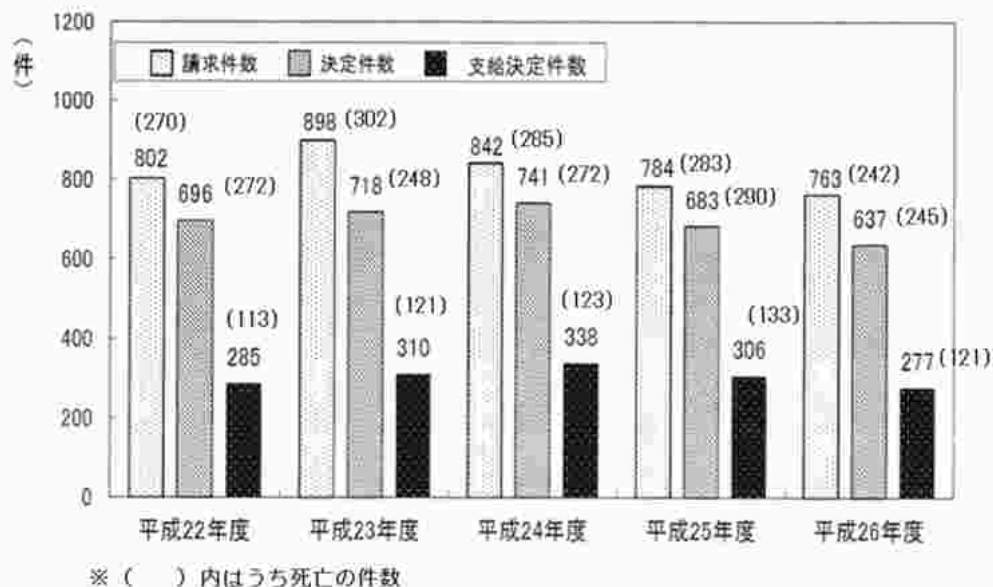
本章では、建設業のメンタルヘルスに係る様々な状況について、各種統計資料等を基に明らかにする。

まず、厚生労働省が平成27年6月に発表した「平成26年度 過労死等の労災補償状況」から、建設業における精神障害の労災補償状況等の現状を把握することとする。

(1) 「過労死」等の労災補償状況

図表1にあるとおり、脳・心臓疾患、いわゆる「過労死」等事案の労災補償状況をみると、請求件数、支給決定件数ともにピークを過ぎ、平成26年度では、請求件数は763件（対前年▲21件）で、支給決定件数は277件（対前年▲29件）であり、そのうち死亡が121件（対前年▲12件）となった。

図表1 脳・心臓疾患に係る労災請求・決定件数の推移



脳・心臓疾患等の労災支給決定件数を業種別にみると、図表 2 のとおり、建設業は 28 件で全体の 10%であり、他産業と比べ特段に多いという状況にはない。

図表2 脳・心臓疾患の業種別請求、決定及び支給決定件数

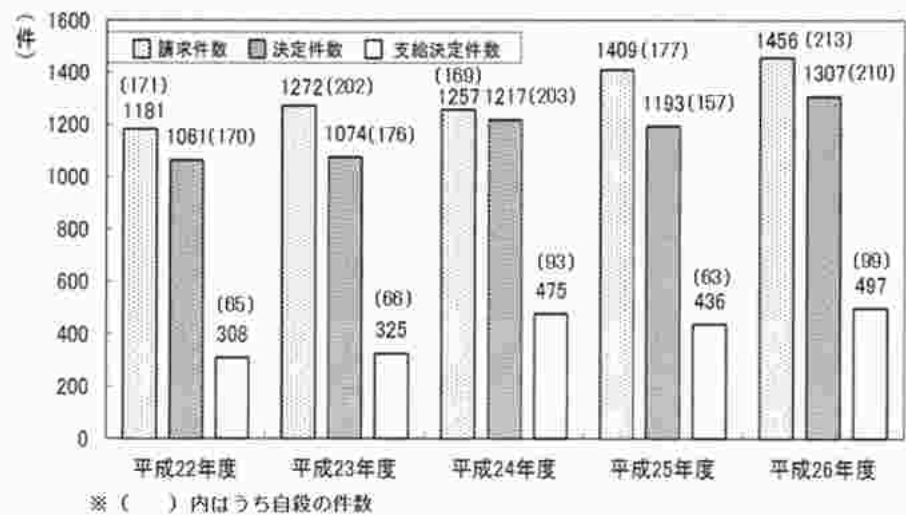
業種(大分類)	平成25年度			平成26年度		
	請求件数	決定件数	うち支給決定件数	請求件数	決定件数	うち支給決定件数
農業、林業、漁業、畜産業、石業、採石、採掘業	13	9	2	5(1)	10(1)	5(1)
製造業	103	86	36	77(4)	70(5)	31(2)
建設業	122	91	27	97(1)	88(0)	28(0)
運輸業、郵便業	182	167	107	168(3)	143(2)	92(1)
卸売業、小売業	110	104	38	126(21)	88(19)	35(5)
金融業、保険業	3	1	1	7(2)	7(1)	2(0)
教育、学習支援業	14	13	5	11(2)	13(4)	0(1)
医療、福祉	32	39	8	43(20)	27(11)	6(1)
情報通信業	28	19	7	21(1)	22(2)	9(1)
宿泊業、飲食サービス業	40	32	20	59(15)	44(9)	24(2)
その他の事業(上記以外の事業)	137	122	55	149(22)	125(13)	39(1)
合 計	784	683	306	763(92)	637(67)	277(15)

注 1 業種については、「日本標準産業分類」により分類している。
 2 「その他の事業(上記以外の事業)」に分類されているのは、不動産業、他に分類されないサービス業などである。
 3 ()内は女性の件数で、内数である。

(2) 精神障害の労災補償状況

図表 3 にあるとおり、脳・心臓疾患の労災請求件数がピークを過ぎたのに比べ、精神障害事案については、労災請求件数も支給決定件数も毎年上昇しており、平成 26 年度では、請求件数 1,456 件（対前年 47 件増）、支給決定件数 497 件（対前年 61 件増）といずれも過去最高となった。

図表3 精神障害に係る労災請求・決定件数の推移



精神障害事案の労災支給決定件数を業種別にみると、図表 4 のとおり、建設業は 37 件で全体の 7% となっており、大分類業種別では製造業 81 件、卸・小売業 71 件、運輸・郵便業 63 件、医療・福祉 60 件、宿泊・飲食サービス業 38 件よりも低い数値となっている。

図表 4 精神障害の業種別請求、決定及び支給決定件数

業種(大分類)	平成25年度			平成26年度		
	請求件数	決定件数	うち支給決定件数	請求件数	決定件数	うち支給決定件数
農業、林業、漁業、鉱業、採石業、砂利採取業	15	11	7	11 (1)	10 (2)	6 (1)
製造業	249	219	78	245 (56)	228 (51)	81 (17)
建設業	87	68	34	74 (3)	76 (4)	37 (3)
運輸業、郵便業	147	115	45	144 (25)	138 (27)	63 (13)
卸売業、小売業	199	180	65	213 (90)	197 (71)	71 (17)
金融業、保険業	34	42	15	54 (24)	38 (19)	7 (3)
教育、学習支援業	34	33	13	60 (32)	38 (18)	10 (4)
医療、福祉	219	167	54	236 (163)	202 (139)	60 (44)
情報通信業	76	60	22	73 (20)	80 (20)	32 (5)
宿泊業、飲食サービス業	67	51	24	55 (24)	60 (27)	38 (13)
その他の事業(上記以外の事業)	282	247	79	291 (113)	240 (84)	92 (30)
合 計	1409	1193	436	1456 (551)	1307 (462)	497 (150)

注 1 業種については、「日本標準産業分類」により分類している。
2 「その他の事業(上記以外の事業)」に分類されているのは、不動産業、他に分類されないサービス業などである。
3 () 内は女性の件数で、内数である。

ところが、この業種別を中分類（日本標準産業分類の中分類 99 業種）でみると、図表 5 のとおり、上位 15 業種の中に建設業は 2 業種（総合工事業 5 位、設備工事業を除く職別工事業 15 位）も入っており、精神障害の労災支給決定件数において建設業は他産業と比べても決して低くない状況にあるといえる。

図表 5 精神障害の支給決定件数の多い業種(中分類の上位15業種)

平成26年度			
	業種(大分類)	業種(中分類)	支給決定件数
1	運輸業、郵便業	道路貨物運送業	41 (5)
2	医療、福祉	社会保険・社会福祉・介護事業	32 (22)
3	医療、福祉	医療業	27 (22)
4	宿泊業、飲食サービス業	飲食店	25 (6)
5	建設業	総合工事業	18 (2)
6	情報通信業	情報サービス業	16 (3)
7	卸売業、小売業	飲食料品小売業	14 (5)
8	卸売業、小売業	各種商品小売業	13 (5)
8	製造業	食料品製造業	13 (4)
10	サービス業(他に分類されないもの)	その他のサービス業	12 (2)
10	卸売業、小売業	その他の小売業	12 (3)
10	学術研究、専門・技術サービス業	技術サービス業(他に分類されないもの)	12 (0)
10	製造業	金属製品製造業	12 (2)
10	学術研究、専門・技術サービス業	専門サービス業(他に分類されないもの)	12 (3)
15	サービス業(他に分類されないもの)	その他の事業サービス業	11 (3)
15	建設業	職別工事業(設備工事業を除く)	11 (0)
15	製造業	電気機械器具製造業	11 (2)
15	製造業	輸送用機械器具製造業	11 (4)
15	卸売業、小売業	機械器具小売業	11 (1)
15	宿泊業、飲食サービス業	宿泊業	11 (6)

注 1 業種については、「日本標準産業分類」により分類している。
2 () 内は女性の件数で、内数である。

同様に、精神障害の労災支給決定件数を日本標準職業分類の中分類（74 分類）で職種別にみると、図表 6 のとおり、上位 15 職種の中に建設関係が 2 職種（建築・土木・測量技術者 13 位、建設躯体工事従事者を除く建設従事者 14 位）も含まれており、これも他産業に比べ高い割合となっている。

図表6 精神障害の支給決定件数の多い職種(中分類の上位15職種)

平成26年度

	職種(大分類)	職種(中分類)	支給決定 件数
1	事務従事者	一般事務従事者	56 (26)
2	管理的職業従事者	法人・団体管理職員	39 (3)
3	販売従事者	商品販売従事者	34 (13)
4	生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品を除く)	31 (6)
5	輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	29 (2)
6	事務従事者	営業・販売事務従事者	25 (7)
7	サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者	19 (9)
8	専門的・技術的職業従事者	情報処理・通信技術者	18 (3)
9	専門的・技術的職業従事者	保健師、助産師、看護師	17 (17)
9	販売従事者	営業職業従事者	17 (2)
11	サービス職業従事者	介護サービス職業従事者	15 (11)
11	サービス職業従事者	その他のサービス職業従事者	15 (7)
13	専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者	13 (0)
14	専門的・技術的職業従事者	その他の専門的職業従事者	11 (2)
14	サービス職業従事者	飲食物調理従事者	11 (3)
14	建設・採掘従事者	建設従事者(建設躯体工事従事者を除く)	11 (0)

注 1 職種については、「日本標準職業分類」により分類している。
 2 ()内は女性の件数で、内数である。

(3) 精神障害事案の労働時間

労災支給決定された精神障害事案と脳・心臓疾患事案の時間外労働時間数（1 か月平均）を比較すると、図表 7 のとおり、精神障害では 20 時間未満が最も多いのに比べ、図表 8 のとおり、脳・心臓疾患では 80 時間以上 100 時間未満が最も多くなっている。

なお、この分析に関しては業種別の分類が行われていないため、建設業の実態は明らかにできない。

図表 7 精神障害の時間外労働時間数(1か月平均)別支給決定件数

区分	年度		年度	
	平成25年度	うち自殺	平成26年度	うち自殺
20 時 間 未 満	89	5	118 (67)	7 (0)
20 時間以上～40 時間未満	43	9	37 (9)	12 (0)
40 時間以上～60 時間未満	31	4	34 (11)	6 (0)
60 時間以上～80 時間未満	27	7	18 (2)	8 (0)
80 時間以上～100 時間未満	21	4	27 (4)	11 (0)
100 時間以上～120 時間未満	46	9	50 (12)	14 (1)
120 時間以上～140 時間未満	22	4	36 (6)	5 (0)
140 時間以上～160 時間未満	24	6	21 (0)	5 (0)
160 時 間 以 上	31	7	67 (4)	26 (0)
そ の 他	102	8	89 (35)	5 (1)
合 計	436	63	497 (150)	59 (2)

注 1 自殺は、決意をきむ特数である。
 2 その他の件数は、出来事による心理的負担が過度であると認められる事案等。労働時間を調査するまでもなく明らかに重傷と判断した事案の件数である。
 0 ()内は女性の件数で、内数である。

図表 8 脳・心臓疾患の時間外労働時間数(1か月平均)別支給決定件数

区分	年度		年度	
	平成25年度	うち死亡	平成26年度	うち死亡
45 時 間 未 満	0	0	0 (0)	0 (0)
45 時間以上～60 時間未満	0	0	0 (0)	0 (0)
60 時間以上～80 時間未満	31	16	20 (0)	10 (0)
80 時間以上～100 時間未満	106	50	105 (5)	50 (1)
100 時間以上～120 時間未満	71	28	66 (4)	27 (0)
120 時間以上～140 時間未満	21	8	32 (1)	14 (0)
140 時間以上～160 時間未満	22	8	23 (1)	7 (0)
160 時 間 以 上	34	13	20 (3)	8 (2)
そ の 他	21	10	11 (1)	5 (0)
合 計	306	133	277 (15)	121 (3)

注 1 その他の件数は、認定要件のうち、「異常な出来事への遭遇」又は「短期間の過重業務」により支給決定された事案の件数である。
 2 ()内は女性の件数で、内数である。

(4) 精神障害の出来事別支給決定状況

労災支給決定された精神障害 497 件のその原因となった出来事を図表 9 からみると、出来事の類型では「仕事の質・量」が最も多く 120 件、24%となっており、次いで「事故や災害の体験」が 115 件、23%、「対人関係」92 件、19%などとなっている。

また、さらに細かく具体的な出来事別にみると、「仕事の質・量」では「1 か月で 80 時間以上の時間外労働を行った」が 55 件、「事故や災害の体験」では「悲惨な事故や災害の体験、目撃」が 72 件、「対人関係」では「嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた」が 69 件など高い件数を示している。

図表9 精神障害の出来事別決定及び支給決定件数一覧

出来事の類型	具体的な出来事	平成25年度				平成26年度			
		決定件数	うち支給決定件数			決定件数	うち支給決定件数		
			うち自殺	うち自殺	うち自殺		うち自殺	うち自殺	うち自殺
1 事故や災害の体験	(重度の) 病気やケガをした	92	4	46	3	79 (20)	7 (0)	43 (5)	5 (0)
	悲惨な事故や災害の体験、目撃をした	82	0	49	0	101 (56)	0 (0)	72 (43)	0 (0)
2 仕事の失敗、過重な責任の発生等	業務に関連し、重大な人身事故、重大事故を起こした	5	2	3	1	4 (0)	0 (0)	2 (0)	0 (0)
	会社の経営に影響するなどの重大な仕事上のミスをした	19	6	9	4	40 (7)	19 (0)	17 (3)	9 (0)
	会社で起きた事故、事件について、責任を問われた	7	3	2	1	7 (0)	3 (0)	7 (0)	3 (0)
	自分の関係する仕事で多額の損失等が生じた	2	1	0	0	2 (0)	1 (0)	1 (0)	1 (0)
	業務に関連し、違法行為を強要された	5	0	1	0	15 (6)	0 (0)	1 (0)	0 (0)
	達成困難なノルマが課された	17	8	6	2	18 (1)	7 (0)	5 (0)	4 (0)
	ノルマが達成できなかった	5	0	1	0	5 (3)	2 (0)	0 (0)	0 (0)
	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった	11	5	3	1	4 (2)	2 (0)	1 (1)	0 (0)
	顧客や取引先から無理な注文を受けた	7	2	2	1	6 (2)	2 (0)	3 (1)	2 (0)
	顧客や取引先からクレームを受けた	22	3	8	1	35 (10)	8 (0)	17 (2)	6 (0)
	大きな説明会や公式の場での発表を強いられた	1	0	0	0	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	上司が不在になることにより、その代行を任された	0	0	0	0	2 (0)	1 (0)	0 (0)	0 (0)
3 仕事の量・質	仕事内容・仕事量の(大きな)変化を生じさせる出来事があった	127	27	55	14	129 (24)	39 (2)	50 (9)	20 (0)
	1か月に80時間以上の時間外労働を行った	64	10	34	5	89 (8)	24 (0)	55 (6)	13 (0)
	2週間以上にわたって連続勤務を行った	21	2	15	2	27 (7)	4 (0)	15 (4)	1 (0)
	勤務形態に変化があった	3	1	0	0	4 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	仕事のペース、活動の変化があった	0	0	0	0	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
4 役割・地位の変化等	退職を強要された	29	1	8	0	30 (7)	1 (0)	11 (3)	1 (0)
	配置転換があった	62	17	11	6	52 (15)	12 (1)	10 (1)	4 (0)
	転勤をした	10	2	3	1	10 (0)	5 (0)	4 (0)	2 (0)
	複数名で担当していた業務を1人で担当するようになった	6	3	1	0	3 (1)	1 (0)	1 (0)	0 (0)
	非正規社員であるとの理由等により、仕事上の差別、不利益取扱いを受けた	7	0	1	0	5 (3)	2 (1)	1 (1)	0 (0)
	自分の昇格・昇進があった	5	4	1	1	7 (3)	2 (1)	1 (0)	1 (0)
	部下が減った	1	0	0	0	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	早期退職制度の対象となった	1	0	0	0	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
5 対人関係	非正規社員である自分の契約満了が迫った	2	0	0	0	2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	(ひどい) 嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた	115	7	55	5	169 (70)	14 (5)	69 (26)	4 (0)
	上司とのトラブルがあった	231	27	17	5	221 (102)	13 (5)	21 (8)	4 (2)
	同僚とのトラブルがあった	32	2	3	1	40 (20)	3 (2)	2 (1)	0 (0)
	部下とのトラブルがあった	9	1	3	0	4 (3)	1 (0)	0 (0)	0 (0)
	理解してくれていない人の異動があった	2	0	0	0	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	上司が替わった	3	1	0	0	1 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された	0	0	0	0	3 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
6 セクシュアルハラスメント	セクシュアルハラスメントを受けた	52	0	28	1	47 (47)	2 (2)	27 (27)	0 (0)
7 特別な出来事 注2		73	8	71	8	61 (9)	19 (0)	61 (9)	19 (0)
8 その他 注3		63	10	0	0	84 (33)	16 (2)	0 (0)	0 (0)
合計		1193	157	436	63	1307 (462)	210 (21)	497 (150)	99 (2)

注 1 「具体的な出来事」は、平成23年12月26日付け基発1226第1号「心理的負担による精神障害の認定基準について」別表1による。

2 「特別な出来事」は、心理的負担が極度のもの等の件数である。

3 「その他」は、評価の対象となる出来事が認められなかったもの等の件数である。

4 自殺は、未遂を含む件数である。

5 () 内は女性の件数で、内数である。

なお、この出来事別の支給決定状況に関しては、業種別の分類は公表されていないが、建設業に限定して再集計した結果によれば、支給決定件数は 37 件で、その割合は「対人関係」32%を筆頭に「事故や災害の体験」27%、「特別な出来事」22%、「仕事の質・量」11%、「仕事の失敗、過重な責任の発生等」8%、「その他」0%、「役割・地位の変化」0%、「セクシャルハラスメント」0%となっている。これを全産業と比較すると、建設業では、「対人関係」で 13 ポイント、「事故や災害の体験」で 4 ポイント、「特別な出来事」では 10 ポイント高くなっているのが特徴的である。

2 建設業におけるメンタルヘルス対策の現況と課題

(1) 平成 25 年度労働安全衛生調査（厚生労働省）からみた状況

前節で建設業における精神障害事案に係る労災補償状況をみた結果、建設業は他産業に比べ精神障害発生の状況は決して低くなく、その発症の原因として、他産業に比べ、「対人関係」や「事故や災害の体験」による割合が高いなど特徴的な状況が把握できた。

そこで、次にこうした精神障害発生の状況の中、建設事業者がその対応として、メンタルヘルス対策にどのように取り組んでいるか、厚生労働省が平成 26 年 9 月に公表した「平成 25 年度労働安全衛生調査（実態調査）の結果」及び、建災防が建設業労務安全研究会（理事長土屋良直）に委託して実施した「建設業におけるメンタルヘルス対策取組状況に関する調査」をとおしてみることにする。

① リスクアセスメントの実施状況

「平成 25 年度労働安全衛生調査（実態調査）の結果」から、安全衛生対策の基本的取り組みの一つであるリスクアセスメントを実施している事業所の割合をみると、図表 10 のとおり、全産業が 53.1%に対し、建設業が 82.2%と 29.1 ポイントも高くなっており、建設業においてリスクアセスメントが積極的に実施されていることが分る。

また、その実施内容（複数回答）をみると、全産業が「作業に用いる機械による事故防止に関する事項」が 54.4%と最も高い割合を示しているのに対し、建設業では「熱中症予防に着目した暑い場所での作業に関する事項」が 79.0%と最も高く、建設業が屋外産業であることによる影響が大きく表れている。

図表 10 リスクアセスメントの実施の有無及び実施内容別事業所割合

区 分	事業所 計	リスクアセスメント を実施している	実施内容（複数回答）						リスクアセ スメントを 実施してい ない	不明	
			作業に用 いる機械に よる事故防 止に関する 事項	作業に用い る化学物質 の危険性・ 有害性に関 する事項	運輸のお よそのある 作業に関 する事項	熱中症予 防に着目し た暑い場 所での作 業に関する 事項	定時以外 の作業・業 務に関する 事項	不明			
平成25年 (事業所規模)	100.0	53.1	(100.0)	(54.4)	(15.4)	(35.9)	(48.7)	(42.7)	(0.4)	48.7	0.2
1,000人以上	100.0	72.2	(100.0)	(72.1)	(34.5)	(57.5)	(42.8)	(59.1)	(-)	27.8	-
500 ～ 999人	100.0	71.7	(100.0)	(66.4)	(40.4)	(45.5)	(38.7)	(59.0)	(-)	28.1	0.2
300 ～ 499人	100.0	75.1	(100.0)	(66.1)	(28.4)	(38.7)	(35.5)	(54.6)	(0.2)	24.9	-
100 ～ 299人	100.0	60.7	(100.0)	(69.0)	(28.2)	(48.1)	(39.5)	(45.3)	(0.0)	39.7	0.5
50 ～ 99人	100.0	62.2	(100.0)	(57.0)	(18.6)	(39.1)	(41.3)	(44.0)	(1.2)	37.8	0.4
30 ～ 49人	100.0	55.8	(100.0)	(57.4)	(12.4)	(37.0)	(47.1)	(39.2)	(-)	44.2	-
10 ～ 29人	100.0	49.5	(100.0)	(51.3)	(14.4)	(33.7)	(51.5)	(42.4)	(0.5)	50.5	0.2
(産業)											
農業、林業(林業に限る。)	100.0	78.1	(100.0)	(90.0)	(-)	(13.6)	(50.7)	(59.9)	(-)	21.9	0.9
鉱業、採石業、砂利採取業	100.0	74.5	(100.0)	(91.4)	(13.5)	(27.2)	(54.4)	(48.2)	(-)	25.5	-
建設業	100.0	82.2	(100.0)	(77.4)	(14.5)	(27.4)	(79.0)	(41.2)	(-)	17.8	-
製造業	100.0	60.4	(100.0)	(67.2)	(32.9)	(28.7)	(40.9)	(26.2)	(0.1)	39.6	0.3
電気・ガス・熱供給・水道業	100.0	60.4	(100.0)	(76.1)	(29.5)	(34.7)	(59.0)	(74.0)	(0.3)	39.6	-
情報通信業	100.0	48.3	(100.0)	(23.0)	(25.6)	(14.3)	(23.7)	(46.9)	(-)	51.7	-
運輸業、郵便業	100.0	78.7	(100.0)	(53.0)	(4.2)	(48.3)	(50.2)	(52.0)	(0.2)	21.2	0.1
卸売業、小売業	100.0	45.4	(100.0)	(50.9)	(12.2)	(44.3)	(52.8)	(31.6)	(0.5)	54.6	0.0
金融業、保険業	100.0	27.2	(100.0)	(9.7)	(0.1)	(14.7)	(18.0)	(24.5)	(-)	72.8	0.0
不動産業、物品賃貸業	100.0	39.1	(100.0)	(35.0)	(8.9)	(25.5)	(37.8)	(49.0)	(-)	60.9	-
学術研究、専門・技術サービス業	100.0	42.3	(100.0)	(55.7)	(35.0)	(20.4)	(54.7)	(46.7)	(-)	57.7	-
宿泊業、飲食サービス業	100.0	50.5	(100.0)	(48.4)	(13.0)	(26.9)	(42.7)	(51.0)	(2.6)	49.4	0.1
生活関連サービス業、娯楽業	100.0	38.7	(100.0)	(30.8)	(12.2)	(29.5)	(45.8)	(48.4)	(-)	61.3	-
教育、学習支援業	100.0	27.0	(100.0)	(36.4)	(15.0)	(20.0)	(48.9)	(48.6)	(-)	72.1	0.9
芸術、文化	100.0	56.4	(100.0)	(13.2)	(7.4)	(53.3)	(26.6)	(53.6)	(-)	43.6	0.6
総合サービス事業	100.0	37.8	(100.0)	(47.6)	(2.5)	(27.2)	(26.9)	(59.1)	(-)	62.2	-
サービス業(他に分類されないもの)	100.0	52.6	(100.0)	(62.1)	(18.8)	(38.7)	(51.6)	(43.6)	(-)	47.4	0.9
平成23年	100.0	46.5	...	...	...	...	...	...	...	53.5	-
平成22年	100.0	33.8	...	...	...	...	...	...	...	66.2	-

次に、リスクアセスメントの結果、「効果があった」とする事業所の割合をみると、図表 11 のとおり、全産業が 76.7%に対し、建設業では 86.3%と 9.7 ポイントも高くなっている。その効果の内容においては、「日常の安全衛生活動が活性化した」52.2%、「職場のヒヤリ・ハット体験の報告件数が減少した」42.2%、「職場のリスクが減少した」41.1%、「労働災害が減少した」37.7%となっており、建設業にとって、リスクアセスメントがしっかり定着し、安全衛生活動を活性化するための効果的なツールとなっていることが把握できる。

図表 11 リスクアセスメントの効果の内容別事業所割合

リスクアセスメントの実施状況(複数回答)												(単位:%)
区 分	リスクアセスメントを実施している事業所計	効果が あった	リスクアセスメントの効果の内容(複数回答)						効果が あったか わからない	不明		
			労働災害が 減少した	職場のヒヤリハット体験の報告件数が減少した	職場のリスクが減少した	安全衛生対策に関して費用対効果が改善した	日常の安全衛生活動が活性化した	外部機関等の研修が高くなった			その他	
平成25年	[53.1]	100.0	76.7	25.3	27.0	40.0	5.5	33.8	6.5	4.9	18.8	8.7
(事業所規模)												
1,000人以上	[72.2]	100.0	87.8	32.9	13.1	70.8	16.2	59.3	19.9	8.4	8.4	4.8
500～999人	[71.7]	100.0	90.7	31.9	17.7	68.5	5.5	52.7	9.5	6.4	8.2	1.1
300～499人	[78.1]	100.0	84.0	30.5	20.3	59.8	3.8	47.5	6.1	5.0	14.4	1.6
100～299人	[68.7]	100.0	87.0	32.4	25.6	56.6	5.4	40.3	6.6	6.6	10.3	2.7
50～99人	[62.2]	100.0	82.6	29.9	24.3	47.0	5.5	38.3	5.3	4.4	13.6	3.9
30～49人	[56.8]	100.0	77.5	27.2	25.8	40.1	4.1	33.1	8.0	2.5	15.9	6.6
10～29人	[49.5]	100.0	74.3	23.2	28.1	36.6	5.8	31.9	6.7	5.3	18.1	7.7
(産業)												
農業、林業(林業に限る。)	[78.1]	100.0	90.3	45.8	51.4	30.0	4.5	47.9	12.2	2.7	8.2	1.5
鉱業、採石業、砂利採取業	[74.5]	100.0	92.0	32.8	42.3	44.8	8.2	44.9	7.2	4.3	5.3	2.8
建設業	[82.2]	100.0	86.3	37.7	42.2	41.1	8.6	52.2	15.0	2.2	11.8	2.2
製造業	[60.4]	100.0	84.2	32.6	27.3	51.3	7.3	42.3	8.9	3.2	12.6	3.3
電気・ガス・熱供給・水道業	[80.4]	100.0	93.2	24.7	22.4	72.6	6.9	67.9	2.9	6.6	5.0	1.8
情報通信業	[46.3]	100.0	90.9	10.4	27.8	46.2	3.5	27.1	24.1	18.4	7.4	1.7
運輸業、郵便業	[78.7]	100.0	70.3	25.5	24.1	42.3	0.5	30.2	3.6	1.4	17.8	11.9
卸売業、小売業	[45.4]	100.0	70.3	24.4	26.1	31.6	1.5	22.7	1.2	7.3	21.7	8.0
金融業、保険業	[27.2]	100.0	76.8	7.5	9.8	29.3	4.5	30.7	0.3	17.8	20.7	2.5
不動産業、物品賃貸業	[39.1]	100.0	53.6	14.9	21.3	25.0	-	22.9	5.3	1.9	34.5	11.9
学術研究、専門・技術サービス業	[42.3]	100.0	78.8	17.5	24.8	41.5	5.8	46.2	9.6	9.2	18.9	4.5
宿泊業、飲食サービス業	[60.6]	100.0	80.2	27.3	21.0	35.8	15.2	29.5	5.7	6.3	8.2	11.8
生活関連サービス業、娯楽業	[38.7]	100.0	77.4	19.8	36.2	30.1	5.8	22.1	0.7	0.8	14.1	8.5
教育、学習支援業	[27.0]	100.0	69.5	9.6	18.0	32.9	0.6	40.5	3.9	4.9	15.4	15.1
医療、福祉	[56.4]	100.0	68.7	8.9	20.8	37.5	4.1	32.6	3.6	3.0	27.0	6.3
複合サービス事業	[37.6]	100.0	88.5	20.6	14.3	23.6	2.7	26.3	2.3	10.5	23.9	9.8
サービス業(他に分類されないもの)	[52.6]	100.0	83.3	30.4	29.3	47.5	3.3	34.8	12.8	4.3	14.9	1.8

注：[]は、全事業所のうち「リスクアセスメントを実施している事業所」の割合である。

② メンタルヘルス対策の取組状況

メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業所の割合についてみると、図表 12 のとおり、全産業が 60.7%に対し、建設業では 53.8%と 6.9 ポイントも低くなっており、上記①のリスクアセスメント実施割合と正反対の結果となっている。

メンタルヘルス対策に取り組んでいる内容をみると、「労働者への教育研修・情報提供」59.4%、「健康診断後の保健指導におけるメンタルヘルスカケアの実施」40.3%、「管理監督者への教育研修・情報提供」37.0%、「ストレスチェック」32.4%、「職場環境等の評価及び改善」26.2%などとなっている。

図表 12 メンタルヘルス対策の取組の有無及び取組内容別事業所割合

業 種	事業所割合	取り組んでいる	取組内容(複数回答)																	取り組んでいない	不明																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
			メンタルヘルス対策に関する取組の有無	メンタルヘルス対策に関する取組の内容	メンタルヘルス対策に関する取組の内容	メンタルヘルス対策に関する取組の内容	メンタルヘルス対策に関する取組の内容	メンタルヘルス対策に関する取組の内容	メンタルヘルス対策に関する取組の内容	メンタルヘルス対策に関する取組の内容	メンタルヘルス対策に関する取組の内容	メンタルヘルス対策に関する取組の内容	メンタルヘルス対策に関する取組の内容	メンタルヘルス対策に関する取組の内容	メンタルヘルス対策に関する取組の内容	メンタルヘルス対策に関する取組の内容	メンタルヘルス対策に関する取組の内容	メンタルヘルス対策に関する取組の内容																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
平成25年 (事業所規模)	100.0	60.7	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(

注:平成25年調査及び平成24年調査の「取組内容(複数回答)」は、平成25年調査と一貫するため、花括弧には注意が必要である。

次に、メンタルヘルスに取り組んでいない理由としては、図表 13 のとおり、「該当する労働者がいない」50.7%、「必要性を感じない」18.3%、「取り組み方が分からない」17.2%などとなっており、「該当する労働者がいない」が全産業より 11.7 ポイント高く、「必要性を感じない」、「取り組み方が分からない」がそれぞれ全産業より 3.5 ポイント、8.1 ポイント低くなっていることが特徴的である。

今後の取組み予定をみると、「予定がある」が 0%、「検討中」19.4%、「予定はない」が 71.7%となっており、建設業界においてメンタルヘルス対策への今後の取組み姿勢は消極的であることがうかがえる。

図表 13 メンタルヘルス対策に取り組んでいない理由及び今後の取組み予定別事業所割合

区 分	メンタルヘルス対策に取り組んでいない事業所割合	取り組んでいない理由(複数回答)									今後の取組予定			
		取り組む方が分からない	経費がかかりすぎる	必要性和を感じない	労働者の関心がない	専門知識・スキルがない	該当する労働者がいない	その他	不明	予定がある	検討中	予定はない	不明	
平成23年	[39.1]	100.0	25.2	2.0	21.8	7.1	15.4	35.0	12.5	6.0	1.7	12.9	72.0	6.4
(事業所規模)														
1,000 人以上	[2.0]	100.0	75.4	-	-	-	85.9	-	20.8	-	8.5	36.1	7.4	-
500 ～ 999 人	[2.7]	100.0	40.2	-	3.7	-	23.2	7.1	51.1	-	-	81.2	26.8	-
300 ～ 499 人	[5.2]	100.0	16.5	1.0	8.8	0.8	34.9	42.4	5.6	6.4	2.6	47.4	43.8	6.4
100 ～ 299 人	[11.8]	100.0	30.1	3.5	12.0	3.5	42.0	36.8	21.5	3.2	1.8	51.2	42.9	3.3
50 ～ 99 人	[22.2]	100.0	25.8	4.9	17.5	5.2	39.7	29.2	14.4	6.7	0.5	29.5	62.7	6.9
20 ～ 49 人	[36.1]	100.0	24.9	2.8	26.8	11.9	23.9	28.9	19.9	4.1	1.2	22.3	71.8	4.7
19 ～ 29 人	[44.8]	100.0	24.6	1.6	21.5	6.2	17.5	36.9	18.5	6.3	1.9	18.3	72.2	6.7
(産業)														
無業・林業(林業に限る。)	[53.0]	100.0	19.3	1.7	26.9	7.8	16.9	55.6	12.8	3.1	1.7	25.3	87.3	5.7
鉱業、採石業、砂利採取業	[44.8]	100.0	17.4	-	28.3	16.7	23.8	45.0	15.1	6.4	-	20.6	69.8	9.6
建設業	[46.2]	100.0	17.2	5.0	18.3	7.9	8.3	50.7	8.4	9.0	0.0	19.4	71.7	9.0
製造業	[45.3]	100.0	21.2	2.5	24.8	10.8	15.8	42.0	22.1	4.2	1.8	21.7	72.6	5.1
電気・ガス・熱供給・水道業	[14.4]	100.0	23.5	1.8	27.8	5.5	21.2	51.4	15.7	-	1.8	12.4	78.8	-
情報通信業	[19.8]	100.0	7.3	4.3	21.2	6.2	3.2	86.7	22.8	-	7.5	12.4	80.1	-
運輸業、郵便業	[28.9]	100.0	20.4	0.4	28.0	6.7	21.4	43.0	14.1	4.3	-	15.7	78.4	5.9
卸売業、小売業	[39.9]	100.0	31.4	1.0	19.1	5.7	23.5	32.9	13.9	8.7	1.2	22.0	88.0	8.7
金融業、保険業	[8.2]	100.0	12.4	1.4	13.7	1.4	35.8	40.8	19.2	6.5	0.8	11.0	81.7	6.5
不動産業、物品賃貸業	[42.8]	100.0	24.4	4.8	25.1	6.4	16.1	36.9	29.8	3.1	-	15.5	77.4	3.1
学術研究、専門・技術サービス業	[32.4]	100.0	7.8	-	35.8	12.1	18.4	32.5	24.5	1.9	-	13.8	85.1	1.9
宿泊業、飲食サービス業	[41.9]	100.0	26.7	0.1	17.2	6.4	18.8	36.0	22.7	6.8	6.8	12.2	73.6	6.5
生活関連サービス業、娯楽業	[54.8]	100.0	18.0	0.1	23.6	2.3	24.3	52.1	17.0	1.9	3.4	19.0	75.6	1.9
教育、学習支援業	[49.1]	100.0	17.0	6.2	26.2	3.5	26.9	41.1	16.8	3.2	0.1	24.5	69.9	5.1
医療、福祉	[37.2]	100.0	21.2	1.0	17.7	3.4	12.4	32.2	32.2	5.0	-	22.8	70.7	6.4
複合サービス事業	[11.8]	100.0	11.8	-	32.9	17.1	25.9	12.1	15.5	8.1	2.1	18.3	71.6	8.1
サービス業(他に分類されないもの)	[41.5]	100.0	22.1	3.4	20.4	7.5	23.8	37.4	15.6	5.0	0.7	23.7	70.0	5.8
平成24年	[52.8]	100.0	21.6	5.5	31.0	17.5	22.4	...	15.5	-	0.5	23.0	76.5	-
平成23年	[56.4]	100.0	20.1	5.4	48.4	15.6	22.1	...	26.3	0.6	-	...	...	-

注:1)「」は、全事業所のうち「メンタルヘルス対策に取り組んでいない事業所」の割合である。

2)平成23年調査と平成24年調査は、平成23年調査と選択肢の一致が高いため、比較には注意が必要である。

③ メンタルヘルス不調による休業または退職した労働者の状況

上記②に述べたとおり、建設業におけるメンタルヘルス対策は他産業に比べ進んでいない状況が明らかになったが、メンタルヘルス不調者の状況についてみると、図表 14 のとおり、「過去 1 年間にメンタルヘルス不調により連続 1 か月以上休業又は退職した労働者がいる事業場」の割合は、全産業 10.0%に対し建設業 6.9%と 3.1 ポイント少なくなっている。

また、連続 1 か月以上休業又は退職した労働者階級（人数）をみると、建設業では 1 人が 73.0%と最も多く、全作業の 61.9%より 11.1 ポイント上回っている。このように、建設業ではメンタルヘルス不調により休業や退職する労働者の割合は、他産業に比べ高くはない状況といえる。

図表 14 過去 1 年間ににおけるメンタルヘルス不調により連続 1 か月以上休業又は退職した労働者数階級別事業所割合
(単位%)

(単位:%)													
区 分	事業所 数	0人 (該当 なし)	該当あり	連続1か月以上休業又は退職した労働者数階級									不明
				1人	2人	3人	4人	5人	6～9人	10～29人	30人以上		
平成25年 (事業所数推計)	100.0	89.8	10.0	(100.0)	(61.9)	(18.6)	(9.0)	(2.8)	(1.8)	(4.3)	(1.8)	(0.2)	0.1
1,000人以上	100.0	10.2	88.4	(100.0)	(2.2)	(4.4)	(5.8)	(8.5)	(2.5)	(21.7)	(44.9)	(12.0)	1.4
500～999人	100.0	18.7	81.2	(100.0)	(17.4)	(15.8)	(18.2)	(9.8)	(8.9)	(19.1)	(13.5)	(1.3)	0.1
300～499人	100.0	35.0	64.8	(100.0)	(29.1)	(27.4)	(15.1)	(11.7)	(6.2)	(8.0)	(2.4)	(-)	0.5
100～299人	100.0	66.5	33.2	(100.0)	(51.6)	(24.6)	(10.2)	(8.0)	(4.2)	(2.8)	(0.5)	(-)	0.3
50～99人	100.0	84.3	15.3	(100.0)	(73.1)	(15.4)	(6.7)	(3.7)	(0.5)	(0.5)	(-)	(-)	0.4
30～49人	100.0	88.5	11.3	(100.0)	(84.7)	(24.0)	(5.5)	(1.5)	(0.7)	(0.8)	(2.6)	(0.3)	0.2
10～29人	100.0	94.1	5.9	(100.0)	(70.8)	(14.1)	(9.8)	(-)	(0.2)	(5.5)	(-)	(-)	0.0
(産業)													
農業、林業(林業に限る。)	100.0	94.6	4.3	(100.0)	(90.7)	(5.2)	(4.1)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	0.9
鉱業、採石業、砂利採取業	100.0	96.3	2.3	(100.0)	(93.8)	(7.3)	(7.3)	(-)	(-)	(21.6)	(-)	(-)	1.4
建設業	100.0	93.1	6.9	(100.0)	(73.0)	(9.1)	(13.0)	(2.4)	(0.7)	(0.7)	(1.1)	(-)	-
製造業	100.0	89.4	11.5	(100.0)	(56.1)	(23.3)	(7.5)	(4.0)	(1.9)	(2.7)	(3.2)	(0.2)	0.1
電気・ガス・熱供給・水道業	100.0	71.6	28.2	(100.0)	(61.7)	(15.3)	(6.7)	(4.0)	(3.8)	(5.9)	(2.1)	(0.6)	2.3
情報通信業	100.0	71.5	28.5	(100.0)	(59.8)	(9.4)	(6.4)	(5.9)	(7.6)	(9.6)	(3.1)	(1.3)	-
運輸業、郵便業	100.0	90.8	8.9	(100.0)	(47.5)	(38.2)	(10.2)	(1.3)	(1.2)	(0.6)	(0.4)	(0.1)	0.3
卸売業、小売業	100.0	90.1	9.8	(100.0)	(59.6)	(20.0)	(18.3)	(2.5)	(0.5)	(0.5)	(0.4)	(0.1)	0.1
金融業、保険業	100.0	83.4	16.6	(100.0)	(71.5)	(16.2)	(4.2)	(2.2)	(0.6)	(3.0)	(1.3)	(0.9)	0.0
不動産業、物品賃貸業	100.0	89.0	11.0	(100.0)	(76.0)	(14.2)	(4.3)	(1.1)	(2.0)	(2.0)	(0.2)	(-)	-
学術研究、専門・技術サービス業	100.0	84.2	15.7	(100.0)	(73.7)	(13.9)	(4.0)	(4.0)	(1.1)	(1.5)	(1.6)	(0.2)	0.2
宿泊業、飲食サービス業	100.0	95.8	4.2	(100.0)	(66.6)	(3.4)	(1.0)	(0.7)	(0.1)	(29.5)	(8.4)	(-)	0.2
生活関連サービス業、娯楽業	100.0	95.7	4.3	(100.0)	(89.9)	(16.5)	(17.0)	(-)	(-)	(0.2)	(0.3)	(-)	-
教育、学習支援業	100.0	91.2	8.7	(100.0)	(60.5)	(8.9)	(5.2)	(2.0)	(0.7)	(2.0)	(2.4)	(0.2)	0.0
医療、福祉	100.0	87.7	12.3	(100.0)	(82.6)	(20.5)	(5.3)	(2.2)	(0.4)	(7.9)	(0.7)	(0.2)	0.1
複合サービス事業	100.0	77.1	22.9	(100.0)	(56.4)	(13.5)	(8.7)	(8.1)	(3.7)	(8.1)	(0.1)	(-)	0.0
サービス業(他に分類されないもの)	100.0	90.2	9.8	(100.0)	(67.4)	(19.2)	(4.4)	(2.1)	(5.2)	(1.2)	(0.5)	(-)	0.2
平成24年	100.0	91.9	8.1	(100.0)	(69.7)	(16.0)	(6.0)	(2.5)	(1.1)	(2.1)	(2.3)	(0.3)	0.0
平成23年	100.0	90.7	9.0	(100.0)	(67.3)	(16.2)	(5.7)	(2.8)	(1.3)	(3.0)	(1.4)	(0.4)	0.2

次に、メンタルヘルス不調者の職場復帰への取組についてみると、図表 15 のとおり、「メンタルヘルス上の理由により休業した労働者の職場復帰に関する職場のルールの有無」については、「職場のルールはない」の割合が、全産業 28.5%に対し建設業 37.0%と 8.5 ポイントも高くなっている。また、ルールがあるとした事業場においても、建設業では「明文化されていないが、その都度相談している」が 34.6%で、「明文化された職場のルールがある」15.7%の 2.4 倍となっている。このことは、①で述べたように建設業では、メンタルヘルス対策が他産業に比べ進んでいない状況、とりわけ、図表 12 の「職場復帰における支援」割合が 12.9%と全産業の 17.5%より 4.6 ポイント下回っている状況と合わせて考えると、メンタルヘルス不調者の職場復帰支援においても建設業はその取り組みが遅れているといえる。

図表 15 メンタルヘルス上の理由により休業した労働者の職場復帰に関する職場ルールの内容別事業所割合

区 分	事業所計	（単位：%）				
		明文化された職場のルールがある	明文化されていないが、職場のルールがある	明文化されていないが、その都度相談している	職場のルールはない	不明
平成25年	100.0	18.2	8.2	39.8	28.5	7.4
（事業所規模）						
1,000人以上	100.0	58.8	7.6	21.1	9.6	1.6
500～999人	100.0	56.8	12.2	23.8	4.9	2.4
300～499人	100.0	45.4	11.8	39.1	4.9	1.8
100～299人	100.0	35.4	8.6	40.0	13.0	3.0
50～99人	100.0	21.1	6.6	43.4	21.8	5.1
30～49人	100.0	22.3	5.3	38.5	25.3	7.6
10～29人	100.0	15.2	5.6	39.5	31.6	8.0
（産業）						
農業・林業（林業に限る）	100.0	6.0	2.3	34.1	48.8	4.7
鉱業、採石業、砂利採取業	100.0	11.0	3.5	33.8	39.4	12.4
建設業	100.0	15.7	4.3	34.6	37.0	8.3
製造業	100.0	14.2	4.2	33.8	36.9	6.9
電気・ガス・熱供給・水道業	100.0	60.7	2.3	20.4	13.6	3.0
情報通信業	100.0	30.5	7.3	45.3	14.4	2.5
運輸業、郵便業	100.0	21.6	3.0	45.5	22.9	6.9
卸売業、小売業	100.0	15.2	8.8	45.9	21.2	8.9
金融業、保険業	100.0	48.2	6.2	32.7	9.8	3.1
不動産業、物品賃貸業	100.0	19.6	7.8	30.4	23.9	6.3
学術研究、専門・技術サービス業	100.0	24.3	9.7	30.6	33.3	2.0
宿泊業、飲食サービス業	100.0	18.4	7.6	37.2	27.6	6.2
生活関連サービス業、娯楽業	100.0	23.0	9.0	32.4	22.9	2.9
教育、学習支援業	100.0	12.0	1.4	45.4	36.4	5.8
医療、福祉	100.0	13.2	2.6	37.6	38.5	7.9
複合サービス事業	100.0	43.8	6.0	28.4	14.3	6.8
サービス業（他に分類されないもの）	100.0	14.5	6.3	36.6	35.3	7.2
平成24年	100.0	15.3	5.6	34.1	44.9	6.0

④ まとめ

以上、「平成 25 年度労働安全衛生調査（実態調査）の結果」からみた建設業のメンタルヘルス対策の状況は、他産業に比べ進んでいないことが判明したが、産業全体で見た場合、図表 12 にあるとおり、メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場の割合は、事業所規模が 300 人以上では 9 割を超えているのに対し、事業所規模が小さくなるにつれ、その割合は大きく下がっている。規模別の建設業の数値は示されていないが、同様の傾向であろうと推察される。

このため、今後、メンタルヘルス対策を普及・定着させていくには、中小規模事業所へのメンタルヘルス対策の取組みを活性化させることが必要であるといえる。

一方、建設業においてメンタルヘルス対策に取り組んだ事業場において、その取組内容をみると「労働者への教育研修・情報提供」が 59.4%、「管理監督者への教育研修・情報提供」が 37.0%となっており、メンタルヘルス対策への取組内容において、「教育研修・情報提供」に重点をおいていることがわかる。

メンタルヘルス対策に取り組む建設事業者を増やすためには、企業の自助努力に任せるだけではなく、建災防も含め行政機関等が積極的に支援を行い、とりわけ中小規模の建設事業者に対するメンタルヘルス対策に関する教育研修を充実させ、メンタルヘルス対策への取組み手法を周知する等の施策を展開していくことが求められているといえる。

（２）「建設業におけるメンタルヘルス対策取組み状況に関する調査」からみた現況と課題

① 労研調査結果

建災防では、本検討委員会を設置するに際し、建設業におけるメンタルヘルス対策の実態について把握するため、建設労務安全研究会（理事長土屋良直、以下「労研」という）に委託して標記調査を実施した。

労研では、次の要領でアンケート方式の実態調査を行った。

○「建設業におけるメンタルヘルス対策の進め方検討会」の開催

下表の委員を構成員とする検討会を次のとおり開催し、アンケート調査票を作成した。

- ・第１回 平成 27 年 7 月 27 日（労研会議室）
- ・第２回 平成 27 年 8 月 6 日（労研会議室）

建設業におけるメンタルヘルス対策の進め方検討会 参加者名簿	
諏訪 嘉彦	東急建設株式会社（建設労務安全研究会）
執行役員 住宅事業部長	
細谷 浩昭	鉄建建設株式会社（建設労務安全研究会）
安全推進室 安全品質環境部 担当部長	
古山 善一	独立行政法人 労働者健康福祉機構
メンタルヘルス対策推進アドバイザー	
田村和佳子	さらしな人事労務オフィス代表
精神保健福祉士 特定社会保険労務士	
宮澤 政裕	建設労務安全研究会 事務局長
本山 謙治	建設業労働災害防止協会 技術管理部長
佐藤 緋鶴	建設業労働災害防止協会 技術管理部 計画課員

○調査の実施

- ・調査対象 労研会員企業 34 社及びその協力会社各 10 社、計 374 社
- ・調査機関 平成 27 年 9 月 1 日現在、調査締め切り同月 30 日
- ・調査方法 無記名選択式回答によるアンケート方式（自由回答欄含む）
- ・調査結果 有効回収数 346 社、有効回答率 92.5%

○調査の結果

巻末参考資料 「建設業におけるメンタルヘルス対策への取組状況に関する調査報告書」
のとおり

② 労研調査結果の分析と課題の抽出

建災防では、本検討委員会での検討に資するため、労研に委託して実施した「建設業におけるメンタルヘルス対策への取組状況に関する調査」の結果について、必要に応じたクロス集計等の方法による詳細な分析及び課題の抽出を本検討委員会の田村和佳子委員に依頼した。同委員による分析及び課題の抽出結果は次頁以降に示す「建設業におけるメンタルヘルス対策取組み状況に関する調査結果（建設労務安全研究会）の分析」のとおりである。

建設業におけるメンタルヘルス対策取組み状況に関する調査結果（建設労務安全研究会）の分析

建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方に関する検討委員会 委員 田村 和佳子

I 建設業におけるメンタルヘルス対策取組み状況に関する調査の概要

1 調査の目的

本調査の目的は、労安衛法改正によりストレスチェック制度が義務化される等、建設業においてもメンタルヘルス対策が重要となる中、建設事業各社が行うメンタルヘルス対策の実施状況の実態を把握し、今後の取組みを推進するために、建設業が抱える課題を明らかにすることである。さらに、本調査結果に基づき、実務上いかなる対策を講ずるべきかを検討するための基礎資料とするものである。

2 調査の実施方法

本調査は、建設業労働災害防止協会が建設労務安全研究会に対し、前記事項を目的として調査委託したものである。その名称を「建設業におけるメンタルヘルス対策取組み状況に関する調査」とし、無記名の選択式回答によるアンケート方式によって実施された。調査対象期間は2015年9月1日現在とし、同年9月に実施された。アンケートは、対象企業の担当者にメール添付のうえ調査用紙を配布し回答を依頼する方法によって行われた。本調査に先立ち、建設労務安全研究会メンタルヘルス調査特別委員会において、その目的及び調査概要の説明が行われ、同委員会の協力を得て実施することとされた。

3 調査の対象

調査対象は、建設労務安全研究会の会員企業34社及びその協力企業10社の総計374社である。

4 調査の質問項目

質問項目は、直近の厚労省調査¹との比較を検討するため、厚労省調査の質問項目を全て含めた上で、建設労務安全研究会メンタルヘルス調査特別委員会において検討された質問項目を加え、作成されたものである。本調査における質問項目は、次の4項目に大別される。

4.1 対象企業の属性

本調査の対象企業について、労働者数、労働者の雇用形態、総合工事業又は専門工事業の選別と専門工事業である場合の業種分類を質問している。この項目は、建設工事業者の業種の特性並びに統括管理体制における総合工事業者と専門工事業者との関連を捕捉するために設けられた

¹大臣官房統計情報部雇用・賃金福祉統計課賃金福祉統計室「平成25年労働安全衛生調査（実態調査）」（2014）

ものである。

4.2 メンタルヘルス対策の取組み状況

対象企業におけるメンタルヘルスの具体的取組み状況を知るために、取り組みの有無を問うた上で取り組んでいる場合と取り組んでいない場合に分け、それぞれの現状を選択回答にて質問している。ここでは、建設事業者ごと企業単位の取組み状況を把握するため、建設現場における統括管理を除く旨の但書を設けている。まず、取り組んでいる場合として、①メンタルヘルス対策を主管する部署、②専門スタッフの配置状況、③メンタルヘルス対策に取り組むきっかけ、④メンタルヘルス対策の具体的活動内容、⑤メンタルヘルス対策取組み後の変化、⑥現在、抱えている課題の6項目を掲げた。このうち、④については、さらにストレスチェック、職場復帰における支援、過重労働防止対策、パワーハラスメント防止対策の4項目にフォーカスした子細な質問項目を設けている。次に、取り組んでいない場合については、①メンタルヘルス対策に取り組んでいない理由、②今後の取組み予定、③総合工事業者からの助言指導の有無の3項目としている。

4.3 職場におけるメンタルヘルスの実態

対象企業におけるメンタルヘルス不調者の発生状況を把握するため、次の7項目を設けている。①メンタルヘルス不調者の増減傾向、②メンタルヘルス不調者の多い雇用形態、③メンタルヘルス不調者の多い役職階層、④メンタルヘルス不調者の多い年齢層、⑤メンタルヘルス不調者が発生する原因、⑥メンタルヘルス不調により休業又は退職した者の有無、⑦メンタルヘルス不調により休業した者のうち職場復帰をした割合である。

4.4 統括管理におけるメンタルヘルス対策

統括管理におけるメンタルヘルス対策として、総合建設業者と専門工事業者にそれぞれメンタルヘルス対策の取組みを問うている。ここでは、総合建設業者が特定元方事業者として下請事業者である専門工事業者に対してメンタルヘルス対策の取組みを指導しているか、他方、専門工事業者には特定元方事業者である総合工事業者から指導を受け、メンタルヘルス対策を実施しているかについて質問している。これは、建設事業者が集会的に関与する現場の統括管理体制の中で、いかなる取組みが行われているかを把握するために設定したものである。

4.5 その他

建設業におけるメンタルヘルス対策を推進する上で、上記質問項目には表れない対象企業からの自由な意見を得るために、フリー回答欄を設けている。

Ⅱ 調査結果の集計と分析

本調査の集計及び分析は、全数について質問項目ごとの回答を単純集計し、必要に応じてクロス集計することによって行った。有効回収数は346件であり、92.5%の有効回収率となった。

1 対象企業の属性

企業の常用労働者数をみると、「10～29人」（24.8%）が最も高く、50人未満の企業がおよそ半数（46.1%）を占める。次いで、50人以上300人未満の企業が4割弱（38.8%）、300人以上が2割弱（15.2%）となっている。（表1）総合工事業と専門工事業の構成比は1：3であり、8割弱（75.0%）が専門工事業である。（表7）総合工事業と専門工事業ごと業態別に労働者の就業形態をまとめると、正社員割合が高いものは、総合工事業で「1000人以上」（23.3%）、専門工事業で「10～29人」（34.9%）となっている。契約社員、パートタイム労働者、臨時・日雇労働者では、総合工事業、専門工事業いずれも「0人」がおよそ半数以上に達している。これは、派遣社員についても同様のことがいえる。（表2～表6）

表1 （Q1*Q4 クロス集計）

常用労働者数			
	全体	総合工事業	専門工事業
10～29人	24.8%	8.1%	30.4%
30～49人	21.3%	19.8%	21.8%
50～99人	23.6%	16.3%	26.1%
100～299人	15.2%	17.4%	14.4%
300～999人	8.5%	14.0%	6.6%
1000人以上	6.7%	24.4%	0.8%

表2 （Q2*Q4 クロス集計）

派遣労働者数			
	全体	総合工事業	専門工事業
0人	77.0%	55.4%	84.0%
1～9人	12.7%	10.8%	13.3%
10～29人	1.8%	3.6%	1.2%
30～49人	2.1%	6.0%	0.8%
50～99人	1.5%	6.0%	0.0%
100～299人	2.7%	9.6%	0.4%
300～999人	1.5%	4.8%	0.4%
1000人以上	0.9%	3.6%	0.0%

表3 (Q3*Q4 クロス集計)

就業形態別労働者数 [正社員]			
	全体	総合工事業	専門工事業
0人	2.1%	0.0%	2.7%
1～9人	7.9%	2.3%	9.8%
10～29人	29.0%	11.6%	34.9%
30～49人	17.9%	18.6%	17.6%
50～99人	17.6%	15.1%	18.4%
100～299人	12.9%	17.4%	11.4%
300～999人	6.2%	11.6%	4.3%
1000人以上	6.5%	23.3%	0.8%

表4 (Q3*Q4 クロス集計)

就業形態別労働者数 [契約社員]			
	全体	総合工事業	専門工事業
0人	55.6%	43.4%	59.9%
1～9人	16.5%	7.2%	19.8%
10～29人	10.8%	8.4%	11.6%
30～49人	4.8%	7.2%	3.9%
50～99人	3.5%	9.6%	1.3%
100～299人	5.4%	14.5%	2.2%
300～999人	3.2%	8.4%	1.3%
1000人以上	0.3%	1.2%	0.0%

表5 (Q3*Q4 クロス集計)

就業形態別労働者数 [パートタイム労働者]			
	全体	総合工事業	専門工事業
0人	59.7%	58.5%	60.1%
1～9人	33.5%	25.6%	36.4%
10～29人	2.6%	4.9%	1.8%
30～49人	1.6%	4.9%	0.4%
50～99人	1.9%	4.9%	0.9%
100～299人	0.6%	1.2%	0.4%
300～999人	0.0%	0.0%	0.0%
1000人以上	0.0%	0.0%	0.0%

表6 (Q3*Q4 クロス集計)

就業形態別労働者数 [臨時・日雇労働者]			
	全体	総合工事業	専門工事業
0人	85.1%	90.4%	83.2%
1～9人	7.8%	2.4%	9.7%
10～29人	4.2%	2.4%	4.9%
30～49人	1.9%	4.8%	0.9%
50～99人	0.6%	0.0%	0.9%
100～299人	0.3%	0.0%	0.4%
300～999人	0.0%	0.0%	0.0%
1000人以上	0.0%	0.0%	0.0%

表 7 (Q4 単純集計)

業態別構成比	
	全体
総合工事業	25.0%
専門工事業	75.0%

専門工事業を業種区分でみると、「とび・土木工事業」(32.6%)、「土木工事業」(19.9%)が過半数を占める。(表 8)

表 8 (Q4-1 単純集計)

専門工事業における業種区分	
業種	割合
土木工事業	19.9%
建築工事業	2.3%
大工工事業	9.2%
左官工事業	2.7%
とび・土木工事業	32.6%
石工事業	0.4%
屋根工事業	0.8%
電気工事業	5.0%
管工事業	0.8%
タイル・れんが・ブロック工事業	1.1%
鋼構造物工事業	1.9%
鉄筋工事業	10.7%
ほ装工事業	0.0%
しゅんせつ工事業	0.8%
板金工事業	0.0%
ガラス工事業	1.5%
塗装工事業	1.9%
防水工事業	1.5%
内装仕上工事業	3.1%
機械器具設置工事業	0.0%
熱絶縁工事業	0.0%
電気通信工事業	0.0%
造園工事業	0.0%
さく井工事業	0.0%
建具工事業	0.8%
水道施設工事業	0.0%
消防施設工事業	0.0%
清掃施設工事業	0.0%
その他	3.1%

2 メンタルヘルス対策の取組み状況

メンタルヘルス対策に「取り組んでいる」企業の割合は約 3 割 (32.6%) であり、業態別にみると、総合工事業 5 割強 (54.7%)、専門工事業 3 割弱 (25.2%) となっている。これは、厚労省

調査結果²（産業計 60.7%、建設業 53.8%）より低い数値であり、業界全体として取組みが進展していないことを表すものである。（表 16）

以下、同対策の取組みの有無によって、その傾向を捉える。

2.1 メンタルヘルス対策に取り組んでいない企業の状況

まず、メンタルヘルス対策に取り組んでいない企業の割合であるが、業種全体では 7 割弱（67.4%）、総合工事業が約半数（45.3%）、専門工事業が 7 割強（74.8%）となっている。総合工事業に比べ、専門工事業における未着手率が高い。その理由としては「取組み方がわからない」（50.9%）、「専門スタッフがいらない」（41.4%）が高い傾向を示している。この点は、業態別にみても大差が認められない。但し、専門工事業では「経費がかかりすぎる」（13.0%）、「必要性を感じない」（20.7%）が総合工事業に比べて高値であり、費用面での問題やメンタルヘルスに対する意識を醸成する支援策が望まれる。他方、前掲厚労省調査³との比較によれば、「取組み方がわからない」（厚労省 17.2%、本調査 50.9%）、「専門スタッフがいらない」（厚労省 8.5%、本調査 41.4%）、「該当する労働者がいない」（厚労省 50.7%、本調査 16.8%）の項目において差異が認められる。これは、専門スタッフが不在である等を理由として、その取組み方法がわからず同対策に着手できない企業が一定数存することを表すと考えられる。（表 9）

表 9 （Q6-7*Q4 クロス集計・M.A）

メンタルヘルス対策に取り組んでいない理由	厚労省調査		本調査		
	産業全体	建設業	全体	総合工事業	専門工事業
取り組んでいない	39.0%	46.2%	67.4%	45.3%	74.8%
取組み方がわからない	25.3%	17.2%	50.9%	53.8%	50.3%
経費がかかりすぎる	2.0%	5.0%	12.1%	7.7%	13.0%
必要性を感じない	21.8%	18.3%	19.0%	10.3%	20.7%
労働者の関心がない	7.1%	7.9%	15.5%	17.9%	15.0%
専門スタッフがいらない	19.4%	8.5%	41.4%	46.2%	40.4%
該当する労働者がいない	39.0%	50.7%	16.8%	15.4%	17.1%
その他	18.5%	8.4%	14.7%	17.9%	14.0%

上記、未着手企業の今後の取組み予定については「予定がある」、「検討中」を合わせ、6 割（60.9%）の企業が取組みへの積極的な姿勢を見せる。他方、4 割弱（39.1%）の企業では取り組む考えのないことを示しており、とりわけ専門工事業（42.8%）に、この傾向が顕著に見られる。厚労省調査⁴との比較によれば、「予定がない」が 32.6 ポイント減少しているが、これは本調査が改正労安衛法施行直前に実施したものであることに起因すると考えられる。（表 10）

²大臣官房統計情報部雇用・賃金福祉統計課賃金福祉統計室・前掲注 1

³大臣官房統計情報部雇用・賃金福祉統計課賃金福祉統計室・前掲注 1

⁴大臣官房統計情報部雇用・賃金福祉統計課賃金福祉統計室・前掲注 1

表 10 (Q6-8*Q4 クロス集計)

今後の取組み予定	厚労省調査		本調査		
	産業全体	建設業	全体	総合工事業	専門工事業
取り組んでいない	39.0%	46.2%	67.4%	45.3%	74.8%
予定がある	1.7%	0.0%	9.0%	20.5%	6.7%
検討中	19.9%	19.4%	51.9%	59.0%	50.5%
予定はない	72.0%	71.7%	39.1%	20.5%	42.8%

メンタルヘルス対策に取り組んでいない企業のうち専門工事業者に限定し、協力関係にある総合工事業者からメンタルヘルス対策に関する助言指導があるか否かを問うたところ、8割強（82.8%）の専門工事業者が「ない」と回答している。前記取り組んでいない理由との関連で見ると、「取り組み方がわからない」（48.8%）、「専門スタッフがいらない」（39.6%）と回答する企業が多く、総合工事業者の助言指導がないがゆえに同対策に着手できないと考えていることがわかる。この傾向は「ある」と回答した場合も同様であることから、総合工事業者の助言指導があったとしても、その指導内容が十分浸透していない可能性が指摘できる。また、「ある」（17.2%）と回答した企業では「ない」に比べ、「経費がかかりすぎる」（17.6%）とした割合が高い。これは、専門工事業者単独でメンタルヘルス対策に取り組むことへの困難さを示すものであると考えられる。他方、助言指導の有無による比較においてみると、「ない」と回答した企業については「必要性を感じない」（22.6%）が助言指導「あり」とした企業に比べ高率となっている。総合工事業者からの助言指導がないために、その必要性を理解できずにいるものと推察される。（表 11）

表 11 (Q6-7 単純集計, Q6-7*Q6-9 クロス集計・M.A)

総合工事業者からの助言指導の有無								
	助言指導の有無	取り組んでいない理由						
		取り組み方不明	経費	必要性なし	労働者関心なし	専門スタッフいない	該当労働者いない	その他
ある	17.2%	50.0%	17.6%	11.8%	14.7%	38.2%	20.6%	14.7%
ない	82.8%	48.8%	11.6%	22.6%	14.6%	39.6%	16.5%	12.8%

2.2 メンタルヘルス対策に取り組んでいる企業の状況

既にメンタルヘルス対策に着手している約3割（32.6%）の企業につき、いかなる体制の下にこれを推進しているのかについて見ていく。

メンタルヘルス対策を主管する部署としては、「人事部門」が6割弱（58.4%）、「安全部門」が約3割（31.9%）となっている。この傾向は総合工事業に顕著にみられ、専門工事業では主管部署が「安全部門」であると回答する企業が4割（39.4%）となっている。この内訳⁵をみると、7割弱（65.4%）が常用労働者数「100人未満」の企業である。一般に、メンタルヘルス対策は

⁵主管部署が「安全部門」と回答した専門工事業の常用労働者数の内訳は、次のとおりである。「10-29人」23.1%、「30-49人」0.0%、「50-99人」42.3%、「100-299人」15.4%、「300-999人」19.2%、「1000人以上」0.0%。

人事、総務部門が主管するものであるが、ここでは建設業の特殊性が反映された結果となった。とりわけ、労働者数の少ない専門工事業者については同結果を踏まえ「安全」の切り口から施策への導入を図ることが有効であると考えられる。(表 12)

表 12 (Q6-1*Q4 クロス集計)

メンタルヘルス対策を主管する部署			
	全体	総合工事業	専門工事業
人事部門	58.4%	72.3%	48.5%
安全部門	31.9%	21.3%	39.4%
その他	9.7%	6.4%	12.1%

担当スタッフについては、「産業医」(50.9%)、「衛生管理者・衛生推進者」(34.8%)の関与度が高い。これを常用労働者数によって区分⁶すると、ほぼ全て(96.5%)が「50人以上」の企業であることがわかる。こうした産業医選任義務のある企業では、メンタルヘルス対策を進めるにあたり、いかに産業医と連携しうるのが課題といえる。一方、「専門スタッフがいらない」ながらも、取組みを推進する企業が4割弱(38.4%)存する。この傾向は、専門工事業(44.6%)において顕著に見られる。加えて、総合工事業では1割強(14.9%)の企業において産業看護職が関わっており、予防活動への貢献が期待される。他方、専門スタッフがいらない場合は社内の推進役となる衛生管理者又は衛生推進者を育成する仕組みが求められる。(表 13)

表 13 (Q6-2*Q4 クロス集計・M.A)

専門スタッフの配置			
	全体	総合工事業	専門工事業
産業医	50.9%	53.2%	49.2%
産業医以外の医師	3.6%	6.4%	1.5%
保健師・看護師	7.1%	14.9%	1.5%
衛生管理者・衛生推進者	34.8%	46.8%	26.2%
その他	8.0%	12.8%	4.6%
専門スタッフはいない	38.4%	29.8%	44.6%

メンタルヘルス対策に取り組んだきっかけとして高値を示すものは「メンタルヘルス不調者又は休業者の発生」(43.8%)、「労働安全衛生法の改正」(38.4%)、「行政機関からの周知・啓発」(38.4%)である。組織において人間関係上のトラブルが発生したことを契機に対策導入へと移行する傾向が認められるとともに、外部からの働きかけが取組み促進に寄与していることがわかる。とりわけ、専門工事業では「行政機関からの周知・啓発」(44.6%)によって対策に着手する傾向が高いことから、いかに行政機関が発する情報を効率的に提供していくかが重要といえる。(表 14)

⁶専門スタッフの配置につき、「産業医」を挙げた企業の常用労働者数の内訳は、次のとおりである。「10-29人」0.0%、「30-49人」3.5%、「50-99人」31.6%、「100-299人」14.0%、「300-999人」26.3%、「1000人以上」24.6%。

表 14 (Q6・3*Q4 クロス集計・M.A)

メンタルヘルス対策に取り組んだきっかけ			
	全体	総合工事業	専門工事業
メンタルヘルス不調者または休業者の発生	43.8%	63.8%	29.2%
ハラスメント等、職場環境に関する問題の発生	3.6%	4.3%	3.1%
労働基準監督署からの指導	7.1%	6.4%	7.7%
行政機関からの周知・啓発	38.4%	29.8%	44.6%
労働安全衛生法の改正	38.4%	42.6%	35.4%
その他	8.9%	4.3%	12.3%

なお、2015年12月から施行された改正労安衛法のストレスチェック制度の義務化について認識の程度を確認したところ、全体では7割弱(69.7%)が「知っている」と回答している。これを業態別にみると、約9割(91.8%)の総合工事業が「知っている」とするのに対し、専門工事業では約6割(62.4%)に留まる。前記取組みのきっかけを踏まえれば、専門工事業の4割弱(35.4%)が「労働安全衛生法の改正」を契機としてメンタルヘルス対策に着手していることから、同制度の義務化が推進への後押しとなると考えられる。(表 15)

表 15 (Q5*Q4 クロス集計)

ストレスチェック制度に対する認識			
	全体	総合工事業	専門工事業
知っている	69.7%	91.8%	62.4%
知らない	30.3%	8.2%	37.6%

2.3 メンタルヘルス対策の具体的な取組み状況

メンタルヘルス対策に着手している企業が具体的にどのような取組みを行っているのか。その内容を見てみると、「長時間労働削減等、過重労働対策の実施」(53.6%)が最も高く、「労働者への教育研修・情報提供」(52.7%)が続き、その他「メンタルヘルス対策の実務を行う担当者の選任」(38.4%)、「安全衛生大会等へ出席してメンタルヘルスに関する情報を収集」(33.9%)、「事業所内での相談体制の整備」(32.1%)、「メンタルヘルス対策について安衛委員会等での調査審議」(32.1%)の順となっている。これを業態別にみると、総合工事業では「長時間労働削減等、過重労働対策の実施」(74.5%)、「労働者への教育研修・情報提供」(63.8%)、「メンタルヘルス対策について安衛委員会等での調査審議」(51.1%)、「職場復帰における支援(職場復帰支援プログラムの策定を含む)」(48.9%)、「管理監督者への教育研修・情報提供」(46.8%)、「事業所内での相談体制の整備」(46.8%)の実施率が高い。

他方、専門工事業において実施率が高いものは「労働者への教育研修・情報提供」(44.6%)、「安全衛生大会等へ出席してメンタルヘルスに関する情報を収集」(38.5%)、「長時間労働削減等、過重労働対策の実施」(38.5%)、「メンタルヘルス対策の実務を行う担当者の選任」(36.9%)、「職場復帰における支援(職場復帰支援プログラムの策定を含む)」(33.8%)となっている。

いずれの業態においても特徴的なことは、メンタルヘルス対策に取り組んでいる企業では、積極的な過重労働対策を推進している傾向が顕著である(53.6%)。これは、メンタルヘルス不調

の原因を問うた企業意識及びフリー回答の結果とリンクしており、労働時間の削減を中心とした取組みがメンタルヘルス対策としても重要であると認識していることが読み取れる。また、社内における相談体制の整備につき、総合工事業（46.8%）に比して専門工事業（21.5%）の取組みが低調である。これは労働者数に影響する⁷と考えられるが、外部機関を活用した取組みをみると、それらの活用度も低い（地産保センター・全体 4.5%、専門工 6.2%、産保センター・全体 0.0%、専門工 0.0%）。この点、専門工事業における専門スタッフの不在を解決する策として、行政機関によるサービスの活用を再考する必要があると考えられる。

また、厚労省調査⁸との比較においてみれば、「メンタルヘルス対策について安衛委員会等での調査審議」（厚労省 18.1%、本調査 32.1%）、「メンタルヘルス対策に関する問題点を解決するための計画の策定と実施」（厚労省 11.8%、本調査 19.6%）、「メンタルヘルス対策の実務を行う担当者の選任」（厚労省 19.6%、本調査 38.4%）、「職場復帰における支援（職場復帰支援プログラムの策定を含む）」（厚労省 12.9%、本調査 40.2%）の4項目について厚労省調査より高値を示している。これらは、メンタルヘルス指針に明記される主たる取組みであり、同指針に基づく施策が浸透していることを表すものと考えられる。但し、これを業態別にみた場合、いずれの項目においても総合工事業と専門工事業との間に格差があり、専門工事業では同指針の周知が進んでいないと推察される。他方、「健康診断後の保健指導におけるメンタルヘルス対策の実施」（厚労省 40.3%、本調査 22.3%）では厚労省調査より低値である。この点、総合工事業における実施率が低くなっており（17.0%）、ここからは社内に人的資源を抱えながら予防活動としての保健指導が徹底されていない、或いは本調査回答者が保健指導の実施状況について知らない（産業保健スタッフと他の社内スタッフの連携不足）等の背景事情が読み取れる。（表 16）

⁷社内相談窓口を設置していると回答した専門工事業の常用労働者数は次のとおりである。「10-29 人」0.0%、「30-49 人」28.6%、「50-99 人」35.7%、「100-299 人」21.4%、「300-999 人」7.1%、「1000 人以上」7.1%

⁸大臣官房統計情報部雇用・賃金福祉統計課賃金福祉統計室・前掲注 1

表 16 (Q6*Q4 クロス集計,Q6-4*Q4 クロス集計・M.A)

メンタルヘルス対策の取組み状況	厚労省調査		本調査		
	産業全体	建設業	全体	総合工事業	専門工事業
取り組んでいる	60.7%	53.8%	32.6%	54.7%	25.2%
メンタルヘルス対策について安衛委員会等での調査審議	20.7%	18.1%	32.1%	51.1%	18.5%
メンタルヘルス対策に関する問題点を解決するための計画の策定と実施	10.6%	11.8%	19.6%	25.5%	15.4%
メンタルヘルス対策の実務を行う担当者の選任	21.0%	19.6%	38.4%	40.4%	36.9%
労働者への教育研修・情報提供	46.0%	59.4%	52.7%	63.8%	44.6%
管理監督者への教育研修・情報提供	37.9%	37.0%	38.4%	46.8%	32.3%
事業所内の産業保健スタッフへの教育研修・情報提供	12.8%	11.1%	11.6%	12.8%	10.8%
安全衛生大会等へ出席してメンタルヘルスに関する情報を収集	-	-	33.9%	27.7%	38.5%
職場環境等の評価および改善	23.2%	26.2%	20.5%	14.9%	24.6%
健康診断後の保健指導におけるメンタルヘルス対策の実施	32.0%	40.3%	22.3%	17.0%	26.2%
労働者のストレスの状況などについて調査票を用いて調査（ストレスチェック）	26.0%	32.4%	23.2%	31.9%	16.9%
職場復帰における支援（職場復帰支援プログラムの策定を含む）	17.5%	12.9%	40.2%	48.9%	33.8%
長時間労働削減等、過重労働対策の実施	-	-	53.6%	74.5%	38.5%
パワーハラスメント防止対策の実施	-	-	30.4%	40.4%	23.1%
事業所内での相談体制の整備	41.8%	27.7%	32.1%	46.8%	21.5%
地域産業保健センターを活用したメンタルヘルス対策の実施	4.1%	3.6%	4.5%	2.1%	6.2%
都道府県産業保健総合支援センターを活用したメンタルヘルス対策の実施	2.2%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%
医療機関を活用したメンタルヘルス対策の実施	13.6%	11.2%	7.1%	4.3%	9.2%
他の外部機関を活用したメンタルヘルス対策の実施	15.5%	13.7%	14.3%	21.3%	9.2%
厚生労働省ポータルサイト「こころの耳」の活用	-	-	8.0%	12.8%	4.6%
その他	5.9%	8.3%	4.5%	6.4%	3.1%
取り組んでいない	39.1%	46.2%	67.4%	45.3%	74.8%

メンタルヘルス対策取組み後の変化を問うたところ、「変化なし」（31.3%）が最も高く、「メンタルヘルス不調による休業者が退職することなく復職した」（24.1%）、「職場におけるコミュニケーションの改善」（24.1%）、「労働者のモチベーションの向上」（22.3%）が上位に挙がっている。取組みの効果を実感できない企業が約3割（31.3%）を占めており、効果が認められない以上、継続的な推進を断念する企業も少なからず存在すると考えられる。他方、効果を実感している企業では、円滑な職場復帰が進められているとともに、メンタルヘルス対策が組織と個人にプラスの影響を与え、双方に好循環を生み出していることが読み取れる。こうした効果を企業の垣根を超え、いかに波及させるかが推進のポイントであると考えられる。但し、これを業態別にみた場合、専門工事業では総合工事業に比べ、不調者の減少（総合工 10.6%、専門工 6.2%）、休業者の復職（総合工 34.0%、専門工 16.9%）の点について効果を実感しにくい傾向が認められる。一方、労働者のモチベーション向上に同対策が有効であると認識している割合が総合工事業よりも高い（総合工事業 17.0%、専門工事業 26.2%）ことから、不調者の発生抑制を目的とするよりも労働者がより良く働くために必要なものであるとのポジティブアプローチによって同施策を展開することが有益であると考えられる。（表 17）

表 17 (Q6-5*Q4 クロス集計・M.A)

メンタルヘルス対策取組み後の変化			
	全体	総合工事業	専門工事業
メンタルヘルス不調者、メンタルヘルス不調による休業者の減少	8.0%	10.6%	6.2%
メンタルヘルス不調による休業者が退職することなく復職した	24.1%	34.0%	16.9%
職場におけるコミュニケーションの改善	24.1%	23.4%	24.6%
労働者のモチベーションの向上	22.3%	17.0%	26.2%
その他	16.1%	14.9%	16.9%
変化はない	31.3%	31.9%	30.8%

さらに、メンタルヘルス対策を進める上で7割強（74.1%）の企業が課題を感じており、「メンタルヘルス対策の効果が実感できない」（25.0%）が最も高い。これは前記取組み後の変化を実感できないとする回答とリンクする。次いで「ストレスチェック制度義務化への対応方法がわからない」（15.2%）、「事業所内における担当者間の連携不足」（16.1%）の順となっている。ここからは、労安衛法改正に伴うストレスチェック制度の施行へ向け、混乱する職場の状況が見てとれる。さらに、社内で支援体制が整備されていても、いざメンタルヘルス上の問題が発生したときに関係者間の連携が取れず、翻弄するケースがあるのではないかと思われる。また、業態別では、いずれも「効果が実感できない」（総合工 27.7%、専門工 23.1%）が最も高いほか、総合工事業は「産業医等の専門家との連携不足」（19.1%）を、専門工事業では「ストレスチェック制度義務化への対応方法がわからない」（21.5%）とするものが次点となっており、これへの解決策を検討することも併せて必要となる。（表 18）

表 18 (Q6-6*Q4 クロス集計・M.A)

メンタルヘルス対策を進める上での課題			
	全体	総合工事業	専門工事業
メンタルヘルス対策の効果が実感できない	25.0%	27.7%	23.1%
ストレスチェック制度義務化への対応方法がわからない	15.2%	6.4%	21.5%
メンタルヘルス不調者への対応方法がわからない	13.4%	10.6%	15.4%
職場の人間関係に関するトラブルに対応する方法がわからない	3.6%	4.3%	3.1%
産業医等の専門家との連携不足	13.4%	19.1%	9.2%
事業所内における担当者間の連携不足	16.1%	14.9%	16.9%
その他	12.5%	19.1%	7.7%
課題はない	25.9%	21.3%	29.2%

2.4 メンタルヘルス対策の具体的な取組み内容

以下、具体的な取り組みとして「労働者のストレス状況を把握するための調査の実施（ストレスチェック）」、「職場復帰における支援」、「過重労働対策」、「パワーハラスメント防止対策」を行っているとは回答した企業に対し、それぞれの取組みのより子細な活動状況を尋ねた。

(1) 労働者のストレス状況を把握するための調査の実施（ストレスチェック）

メンタルヘルス対策に取り組んでいる企業のうち、ストレスチェックを実施している企業は2割弱（23.2%）に及ぶ。その時期については8割弱（77.8%）の企業が「定期健康診断以外の

機会に実施」とすると回答している。ここからは定期的に実施しているのか、問題発生時に実施しているのか定かではないが、同対策に着手している企業のおよそ1／4が既にストレスチェックを自主的に進めており、こうした企業におけるノウハウの蓄積を踏まえ、法施行後、業界全体の展開として繋げていくことが期待される。(表 19)

表 19 (Q7*Q4 クロス集計)

ストレスチェックの実施時期			
	全体	総合工事業	専門工事業
定期健康診断の機会に併せて実施	22.2%	13.3%	33.3%
定期健康診断以外の機会に実施	77.8%	86.7%	66.7%

ストレスチェック実施に関するルールについては、5割弱(48.1%)の企業が何某かのルールがあると回答し、「職場のルールはない」(25.9%)を大きく上回る。但し、そのルールは明文化されていないとするものが5割強(51.8%)を占めており、改正労安衛法施行後は新たな仕組み⁹を構築する等、その対応を迫られる可能性があると考えられる。(表 20)

表 20 (Q8*Q4 クロス集計)

ストレスチェック実施に関するルール			
	全体	総合工事業	専門工事業
明文化したルールがある	22.2%	20.0%	25.0%
明文化はされていないが、職場のルールがある	25.9%	26.7%	25.0%
明文化はされていないが、その都度やり方を決めている	25.9%	33.3%	16.7%
職場のルールはない	25.9%	20.0%	33.3%

ストレスチェック実施後の面接指導では、約6割(60.7%)の企業が医師等による面接指導を行っている。面接指導へ移行する受検者の割合は5%未満(42.9%)とするものが多く、どのような基準で面接指導へと繋げているのか明らかではないが、いずれにせよ、面接指導実施者たる専門家との密な連携の下、実施していることが窺える。また、8割(80.0%)の総合工事業が面接指導を実施しているとし、他方、専門工事業では4割弱(38.5%)に留まる。これは、産業医の関与の程度に少なからず影響している¹⁰ものと思われる。(表 21)

⁹厚生労働省「心理的な負担の程度を把握するための検査及び面接指導の実施並びに面接指導結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」(平成27年4月15日心理的な負担の程度を把握するための検査等指針公示第1号)

¹⁰ストレスチェック実施後の面接指導の実施主体を「産業医」と回答した企業の常用労働者数は次のとおりである。総合工事業では、「10-29人」0.0%、「30-49人」0.0%、「50-99人」0.0%、「100-299人」12.5%、「300-999人」12.5%、「1000人以上」75.0%。専門工事業では、「10-29人」0.0%、「30-49人」20.0%、「50-99人」60.0%、「100-299人」20.0%、「300-999人」0.0%、「1000人以上」0.0%。

表 21 (Q9*Q4 クロス集計)

ストレスチェック実施後の面接指導を受けた労働者の割合			
	全体	総合工事業	専門工事業
実施した	60.7%	80.0%	38.5%
80%以上～100%まで	0.0%	0.0%	0.0%
60%以上～80%未満	0.0%	0.0%	0.0%
40%以上～60%未満	0.0%	0.0%	0.0%
30%以上～40%未満	0.0%	0.0%	0.0%
20%以上～30%未満	0.0%	0.0%	0.0%
10%以上～20%未満	0.0%	0.0%	0.0%
5%以上～10%未満	7.1%	0.0%	15.4%
5%未満	42.9%	66.7%	15.4%
不明	10.7%	13.3%	7.7%
0%（実施していない）	39.3%	20.0%	61.5%

面接指導の実施主体としては、「産業医」が8割弱（76.5%）を占め、次いで「事業所内の保健師・看護師」（23.5%）、「産業医以外の医師（外部の医師）」（11.8%）となっている。前記面接指導の実施状況を踏まえれば、産業医を中心としてストレスチェックが行われていることが推察される。また、専門工事業の4割（40.0%）が地域産業保健センターを活用しており、産業医選任義務のない企業における同センターの有効活用が期待される。（表 22）

表 22 (Q9-1*Q4 クロス集計・M.A)

ストレスチェック後の面接指導実施主体			
	全体	総合工事業	専門工事業
産業医	76.5%	66.7%	100.0%
産業医以外の医師（外部の医師）	11.8%	0.0%	40.0%
事業所内の保健師・看護師	23.5%	33.3%	0.0%
衛生管理者・衛生推進者	11.8%	16.7%	0.0%
地域産業保健センター	11.8%	0.0%	40.0%
健康診断機関	0.0%	0.0%	0.0%
その他の機関	0.0%	0.0%	0.0%

面接指導後の措置では、8割強（82.4%）の企業が「時間外労働の制限」を行っており、その他「仕事内容の変更」（35.3%）、「就業場所の変更」（29.4%）、「就業の禁止（休暇・休養の指示）」（29.4%）の順となっている。これを業態別にみると、総合工事業では専門工事業に比べ、前記措置の他、「短時間勤務」、「出張制限」等、段階的な配慮措置を行っていることがわかる。（表 23）

表 23 (Q9-2*Q4 クロス集計・M.A)

面接指導等実施後の措置	全体	総合工事業	専門工事業
時間外労働の制限	82.4%	50.0%	100.0%
所定労働時間の短縮（短時間勤務）	17.6%	8.3%	40.0%
変形労働時間制または裁量労働制の対象から除外	0.0%	0.0%	0.0%
就業の禁止（休暇・休養の指示）	29.4%	25.0%	40.0%
就業場所の変更	29.4%	8.3%	80.0%
仕事内容の変更	35.3%	25.0%	60.0%
深夜業の回数の減少	0.0%	0.0%	0.0%
昼間勤務への変更	0.0%	0.0%	0.0%
出張の禁止・制限	11.8%	16.7%	0.0%
その他	23.5%	33.3%	0.0%
講じなかった	5.9%	8.3%	0.0%

(2) 職場復帰における支援

職場復帰における支援では、取組み企業の4割(40.2%)が行っていると回答している。まず、支援体制であるが、就業規則上、休職期間の上限を定めている企業が9割弱(88.1%)あり、「2年～3年未満」(23.8%)、「6か月～1年未満」(16.7%)、「1年6か月～2年未満」(16.7%)と続く。これを期間別にまとめると、1年未満が3割弱(26.2%)、2年未満が約3割(31.0%)、2年以上が約3割(30.9%)となる。業態別にみると、専門工事業では「上限なし」(21.1%)、「1年～1年6か月未満」(21.1%)が高く、就業規則等の定めによらず個々のケースにより対応している企業と傷病手当金の受給時期を勘案し、その時期を計画的に設定している企業との二極化が認められる。(表 24)

表 24 (Q10*Q4 クロス集計)

メンタルヘルス不調による休職期間の上限	全体	総合工事業	専門工事業
3か月未満	2.4%	0.0%	5.3%
3か月～6か月未満	7.1%	4.3%	10.5%
6か月～1年未満	16.7%	21.7%	10.5%
1年～1年6か月未満	14.3%	8.7%	21.1%
1年6か月～2年未満	16.7%	17.4%	15.8%
2年～3年未満	23.8%	34.8%	10.5%
3年以上	7.1%	8.7%	5.3%
上限なし	11.9%	4.3%	21.1%

職場復帰のルールについては、4割強(42.2%)の企業がルール化を進めており、「明文化はされていないが、その都度、相談してやり方を決めている」(42.2%)、「明文化したルールがある」(33.3%)が高値を示す。業態別の特徴としては、5割強(52.2%)の総合工事業は一定の職場

していないことがわかる。他方、厚労省調査¹¹との比較によれば、職場復帰の非ルール化傾向が21.4ポイント下がり、全体としてはルール化が進展していると考えられる。(表 25)

表 25 (Q11*Q4 クロス集計)

メンタルヘルス上の理由により休業した労働者の職場復帰に関する職場のルールの有無					
	厚労省調査		本調査		
	産業全体	建設業	全体	総合工事業	専門工事業
明文化したルールがある	18.2%	15.7%	33.3%	43.5%	22.7%
明文化されていないが、職場のルールがある	6.2%	4.3%	8.9%	8.7%	9.1%
明文化はされていないが、その都度相談してやり方を決めている	39.8%	34.6%	42.2%	43.5%	40.9%
職場のルールはない	28.5%	37.0%	15.6%	4.3%	27.3%

職場復帰における復職可否判断の基準が設定されているか否かでは、約3割(33.4%)の企業で基準を設定しているとし、「明文化はされていないが、その都度、相談している」が3割強(33.3%)と最も高くなっている。これに「職場独自の基準はなく、医師の指示に従う」(26.7%)を合算すると6割(60.0%)に達し、個々のケースに応じて復職可否判断の基準を変えている実態が読み取れる。とりわけ、この傾向は専門工事業(その都度相談 36.4%、基準なし・医師の診断 36.4%)において顕著に見られる。(表 26)

表 26 (Q12*Q4 クロス集計)

メンタルヘルス不調者の職場復帰に関する復職可否判断			
	全体	総合工事業	専門工事業
明文化したルールがある	26.7%	34.8%	18.2%
明文化はされていないが、職場のルールがある	6.7%	13.0%	0.0%
明文化はされていないが、その都度、相談して決めている	33.3%	30.4%	36.4%
職場独自の基準はなく、医師の診断に従う	26.7%	17.4%	36.4%
基準はない	6.7%	4.3%	9.1%

復職後のフォロー体制については、9割超(97.8%)の企業が面談を実施しているとし、面談の実施者として産業医等の専門家が関与すると回答したものは6割弱(55.5%)に上る。メンタルヘルス不調による休業の場合、復職後、症状の動揺が出現しやすいことからフォロー体制が重要となるが、そうした事情を踏まえた対応が行われていると推察される。但し、この傾向は総合工事業に限り認められるものであり(一定期間 39.1%、必要に応じて 30.4%)、専門工事業では社内の担当者が対応している傾向が強い(54.5%)。(表 27)

表 27 (Q13*Q4 クロス集計)

メンタルヘルス不調による休職者の復職後の面談方法			
	全体	総合工事業	専門工事業
明文化したルールに従い、一定期間、産業医等が面談を行う	24.4%	39.1%	9.1%
明文化はされていないが、必要に応じて産業医等が面談を行う	31.1%	30.4%	31.8%
明文化はされていないが、必要に応じて上司、人事労務担当者が面談を行う	42.2%	30.4%	54.5%
面談は行っていない	2.2%	0.0%	4.5%

¹¹大臣官房統計情報部雇用・賃金福祉統計課賃金福祉統計室・前掲注 1

職場復帰に関する試し出勤制度の有無では、8割弱（78.3%）の企業が試し出勤制度を設けているとし、「明文化はされていないが、その都度相談している」（50.0%）が最も高い。試し出勤制度は職場の取決め如何によって自由に設定できるものであるが、正式に復職決定された後に実施される場合と休業中にこれを行う場合とでは労働者の処遇が異なる¹²。したがって、一定の取決めなくして試し出勤制度を行う場合、労使トラブルの火種を孕むこととなるから、これへの対応を早急に行う必要があると考えられる。（表 28）

表 28 （Q14*Q4 クロス集計）

メンタルヘルス不調による休職者の職場復帰に関する試し出勤制度			
	全体	総合工事業	専門工事業
明文化したルールがある	21.7%	34.8%	8.7%
明文化はされていないが、職場のルールがある	6.5%	8.7%	4.3%
明文化はされていないが、その都度相談して決めている	50.0%	43.5%	56.5%
「試し出勤」制度はない	21.7%	13.0%	30.4%

（３） 過重労働対策

過重労働対策については、メンタルヘルス対策取組み企業の5割強（53.6%）がこれを実施している。その内容としては「長時間労働者に対する医師の面接指導制度の実施」（70.0%）を行う企業の割合が最も高く、次いで「管理監督者への教育研修・情報提供」（41.7%）、「労働時間管理の徹底（残業許可の厳格化等）」（41.7%）、「長時間労働削減等の対策について、安衛委員会等での調査審議」（41.7%）、「作業分担、業務プロセス、人員配置の見直し」（38.3%）、「人員の増員、補充」（38.3%）、「時間単位年休制度、計画的付与制度等、多様な休暇制度の導入」（38.3%）が高い。業界にとって大きな課題となっている過重労働の解消については、労基法及び労安衛法所定の措置を中心に対策を講じるとともに、その担い手である管理監督者に対する教育指導にも注力していることがわかる。但し、専門工事業では、総合工事業に比して教育研修及び情報提供の実施率が低い（総合工 48.6%、専門工 32.0%）。体系的な教育指導システムを有しない小規模企業は、行政機関等を有効に活用し、これを進められるよう対策を講ずるべきである。また、総じて事業所内外における相談窓口の設置に関する取組みが低調である（全体・事業所内 8.3%、事業所外 3.3%）。メンタルヘルス不調の予防的観点からは相談体制の強化が望まれる。（表 29）

¹²職場復帰前の休業中に試し出勤を行った場合、原則として休業している限りにおいて賃金の支払義務、労災保険の適用はない。しかしながら、この場合であっても使用者が業務に関する指揮命令を行ったと評価されると労基法が適用となる。以上は、私傷病による休業の場合にいえることであり、業務上災害の場合は労働者の賃金請求権は失われない。

表 29 (Q15*Q4 クロス集計・M.A)

過重労働防止対策			
	全体	総合工事業	専門工事業
長時間労働削減等の対策について、安衛委員会等での調査審議	41.7%	57.1%	20.0%
長時間労働削減等の対策に関する問題点を解決するための計画の策定と実施	31.7%	37.1%	24.0%
長時間労働削減等の対策の実務を行う担当者の選任	15.0%	20.0%	8.0%
労働者への教育研修・情報提供	31.7%	37.1%	24.0%
管理監督者への教育研修・情報提供	41.7%	48.6%	32.0%
事業所内の産業保健スタッフへの教育研修・情報提供	6.7%	8.6%	4.0%
長時間労働者に対する医師の面接指導制度の実施	70.0%	77.1%	60.0%
労働時間管理の徹底（残業許可の厳格化等）	41.7%	45.7%	36.0%
フレックスタイム制、短時間勤務制度、テレワーク制度、在宅勤務制度の導入	11.7%	17.1%	4.0%
定時退社日の設定、朝型の働き方への変更	36.7%	45.7%	24.0%
作業分担、業務プロセス、人員配置の見直し	38.3%	37.1%	40.0%
人員の増員、補充	38.3%	31.4%	48.0%
時間単位年休制度、計画的付与制度等、多様な休暇制度の導入	38.3%	42.9%	32.0%
持病を持つ労働者等に対し長時間残業や深夜残業に従事させないような健康上の配慮	36.7%	28.6%	48.0%
事業所内の長時間労働削減等に関する相談窓口の設置	8.3%	11.4%	4.0%
事業所外の長時間労働削減等に関する相談窓口の設置	3.3%	2.9%	4.0%
その他	0.0%	0.0%	0.0%

(4) パワーハラスメント防止対策

メンタルヘルス対策に取り組んでいる企業のうち、3割（30.4%）の企業がパワーハラスメント防止対策を進めている。しかしながら、全体の有効回答数から算出すれば、「取り組んでいる」と回答した率が全体の1割（9.9%）に満たない。とりわけ、専門工事業では実施率が極めて低い（5.8%）。建設業の精神障害にかかる労災事案の状況を踏まえれば、同対策は早急に対処すべき課題であるにもかかわらず、対策が立ち遅れていることがわかる。

その活動としては「管理監督者への教育研修・情報提供」（67.6%）が最も高く、次いで「労働者への教育研修・情報提供」（58.8%）、「就業規則等でパワーハラスメントに関するルールを定めている」（52.9%）、「事業所内のパワーハラスメント相談、解決のための窓口を設置」（52.9%）の順となっている。厚労省の報告書¹³によれば、パワーハラスメントに関する企業の取組みとして予防的措置¹⁴及び事後的措施¹⁵を講ずることが望ましいとされる。これに照らせば、予防的措置を中心として報告書に準じた対策を講じていることがわかる。但し、これは総合工事業が進める流れであり、専門工事業の場合、圧倒的に対応が遅れていることが指摘できる。（表 30）

¹³厚生労働省「職場のいじめ・嫌がらせ問題に関する円卓会議ワーキング・グループ報告」平成24年1月30日

¹⁴前掲注13・当該報告書では、予防的措置として、経営トップによるメッセージの発信、就業規則等に規定を設ける、予防・解決に関する方針やガイドラインの作成、労働者アンケートによる実態把握、教育研修の実施、当該取組みの周知・啓発を挙げている。

¹⁵前掲注13・報告書では、事後的措施として、相談や解決の場の設置、外部機関との連携、行為者に対する再発防止研修の実施を挙げている。

表 30 (Q16*Q4 クロス集計・M.A)

パワーハラスメント防止対策	厚労省調査		本調査		
	産業全体	建設業	全体	総合工事業	専門工事業
取り組んでいる	56.0%	45.7%	9.9%	22.1%	5.8%
パワーハラスメント事案について、苦情処理委員会等での調査審議	18.2%	13.0%	23.5%	26.3%	20.0%
パワーハラスメント防止対策の実務を行う担当者の選任	21.9%	17.4%	26.5%	31.6%	20.0%
労働者への教育研修・情報提供	45.6%	42.3%	58.8%	73.7%	40.0%
管理監督者への教育研修・情報提供	44.8%	43.6%	67.6%	73.7%	60.0%
事業所内の産業保健スタッフへの教育・情報提供	70.0%	12.9%	8.8%	10.5%	6.7%
就業規則等でパワーハラスメントに関するルールを定めている	39.3%	28.2%	52.9%	42.1%	66.7%
事業所内のパワーハラスメント相談、解決のための窓口を設置	55.0%	43.6%	52.9%	73.7%	26.7%
事業所外のパワーハラスメント相談、解決のための窓口を設置	19.1%	16.0%	26.5%	31.6%	20.0%
パワーハラスメント行為者に対する再発防止研修の実施	7.5%	11.2%	17.6%	21.1%	13.3%
その他	8.2%	15.6%	2.9%	5.3%	0.0%
取り組んでいない	35.0%	49.1%	90.1%	77.9%	94.2%

3 職場におけるメンタルヘルスの実態

職場におけるメンタルヘルス上の問題につき、次の質問によってその発生状況と不調者の特徴を捕捉した。

3.1 メンタルヘルス不調者の状況

メンタルヘルス不調者の増減を3年前との比較においてみた場合、8割弱（75.4%）の企業が「横ばい」と回答している。増減の割合を比べると、改善傾向を示すものが2割弱（小幅、大幅を合算して16.7%）となっており、悪化傾向を上回る。とりわけ、総合工事業において「小幅な悪化傾向」（15.5%）が全体平均を大きく上回っていることは注目すべき点といえ、その背景を考察したい。（表 31）

表 31 (Q17*Q4 クロス集計)

3年前との比較におけるメンタルヘルスの状況			
	全体	総合工事業	専門工事業
大幅な改善傾向	2.1%	1.4%	2.4%
小幅な改善傾向	14.6%	11.3%	16.0%
横ばい	75.4%	71.8%	76.9%
小幅な悪化傾向	7.5%	15.5%	4.1%
大幅な悪化傾向	0.4%	0.0%	0.6%

メンタルヘルス不調者の雇用形態では、「正社員」が5割弱（46.7%）と最も多く、その他の雇用形態は「契約社員」、「日雇い・臨時労働者」の順となっている。但し、「非該当」が全体の半数（48.9%）に上ることから、非正規労働者については各企業において未把握の程度が高く、ここから非正規労働者の実態を把握するのは困難といえる。（表 32）

表 32 (Q18*Q4 クロス集計)

メンタルヘルスに問題のある労働者の雇用形態			
	全体	総合工事業	専門工事業
正社員	46.7%	68.0%	38.5%
契約社員	2.6%	2.7%	2.6%
パートタイム労働者	0.4%	0.0%	0.5%
日雇い・臨時労働者	1.5%	1.3%	1.5%
派遣労働者	0.0%	0.0%	0.0%
該当者はいない	48.9%	28.0%	56.9%

メンタルヘルス不調者の役職階層としては、「店社勤務者」、「総合工事業の現場勤務者」、「専門工事業の現場勤務者」いずれも「役職なし」(17.4%、16.0%、17.8%)が最も高く、次いで「係長職」、「課長職」といった中間管理職クラスが高い。年齢層との関連でみると、「30歳代」以下の年齢層が2割強(「10～20歳代」、「30歳代」を合算して23.7%)、「40歳代」が2割弱(18.0%)となっている。ここから、30歳代以下の役職を持たない若年層と40歳代の中間管理職クラスに不調者の発生率が高いことがわかる。この点、業態別による大きな差異は認められない。(表 33、表 34)

表 33 (Q19*Q4 クロス集計)

メンタルヘルスに問題のある労働者の役職階層			
	店社勤務者	現場勤務者	
		総合工事業	専門工事業
役職なし	17.4%	16.0%	17.8%
係長職、課長・主任、職長	4.5%	9.9%	11.7%
課長職、副所長、所長	8.5%	0.0%	4.2%
部長職、所長・現場代理人	5.4%	4.9%	-
役員	0.9%	-	-
該当者はいない	63.4%	69.1%	66.4%

表 34 (Q20*Q4 クロス集計)

メンタルヘルスに問題のある労働者の年齢層			
	全体	総合工事業	専門工事業
10～20歳代	11.1%	16.2%	9.1%
30歳代	12.6%	20.3%	9.6%
40歳代	18.4%	25.7%	15.5%
50歳代	8.0%	9.5%	7.5%
60歳代	1.5%	2.7%	1.1%
該当者はいない	48.3%	25.7%	57.2%

3.2 メンタルヘルス不調が発生する原因（企業の意識）

メンタルヘルス不調が発生する原因については、「本人の性格の問題」(34.6%)、「職場の人間関係」(32.0%)、「仕事量・負荷の増加」(29.7%)、「上司・部下間のコミュニケーション不足」(22.4%)が上位を占める。ここから、対象企業が人間関係、仕事の量的・質的变化に伴う負担

増を主な原因として捉えていることがわかる。他方、「本人の性格の問題」とする回答が最も多くなっているが、これは職場におけるメンタルヘルス不調の発生機序等を理解していないことの表れと見ることもでき、メンタルヘルスに対する無理解及び同対策への関心の低さが読み取れる。なお、「長時間労働」については1割程度（13.7%）に留まるが、休日労働及び年休取得に関する回答を合算すれば2割強（24.2%）を超えることから、労働時間についても深刻な問題として捉えていることが指摘できる。（表 35）

表 35 （Q21*Q4 クロス集計・M.A）

メンタルヘルス不調になる原因	全体	総合工事業	専門工事業
本人の性格の問題	34.6%	47.7%	30.2%
家庭の問題	20.1%	30.2%	16.7%
仕事量・負荷の増加	29.7%	47.7%	23.6%
高度な仕事への負担	10.8%	20.9%	7.4%
長時間労働	13.7%	24.4%	10.1%
連続した休日出勤	7.0%	11.6%	5.4%
年休取得の困難さ	3.5%	7.0%	2.3%
職場の人間関係	32.0%	43.0%	28.3%
上司・部下間のコミュニケーション不足	22.4%	31.4%	19.4%
より成果を求められる風潮	4.7%	3.5%	5.0%
相談しにくい環境	9.6%	12.8%	8.5%
その他	0.9%	0.0%	1.2%
該当者はいない	26.2%	19.8%	28.3%

3.3 過去1年間にメンタルヘルス不調により1か月以上休業等をした労働者の状況

過去1年間にメンタルヘルス不調により連続して1か月以上休業又は退職した労働者がいた企業は2割（21.9%）を超え、そのうち「1人」（42.6%）と回答した割合が最も高くなっている。休業者を人数別にみると、5人以下の割合が8割強（83.6%）を占め、いずれの企業も少なからずメンタルヘルス不調による労働損失を発生させている実態が見てとれる。さらに、これを業態別にみると、半数近く（47.4%）の総合工事業において休業者が発生しているとし、その該当人数は「1人」（30.6%）が最も高い。反面、「10人以上」と回答している企業も2割（19.5%）に及ぶ。他方、専門工事業では「該当あり」が1割（12.3%）となっており、総合工事業に比して休業者等の発生率が低い。休業者等の発生率は企業規模に比例するものと思われるが、常用労働者数別にその傾向を捉えれば、専門工事業では「50人未満」の企業の発生率が総合工事業より高値¹⁶であり、小規模企業であっても当該対策を疎かにはできないと考えられる。また、厚労省調査¹⁷との比較によれば、「該当あり」とする率が15.0ポイント上昇している。該当人数を「1人」とする傾向が高いのは同様であるが、「4人」以上とする回答では差異が認められる（「4人」

¹⁶過去1年間にメンタルヘルス不調により1か月以上休業等をした労働者の状況につき、常用労働者の人数別に区分すると、次の結果となる。総合工事業では、「10-29人」0.0%、「30-49人」11.1%、「50-99人」2.8%、「100-299人」11.1%、「300-999人」22.2%、「1000人以上」52.8%。専門工事業では、「10-29人」2.7%、「30-49人」10.8%、「50-99人」21.6%、「100-299人」5.4%、「300-999人」27.0%、「1000人以上」32.4%。

¹⁷大臣官房統計情報部雇用・賃金福祉統計課賃金福祉統計室・前掲注1

につき厚労省 2.4%、本調査 11.5%)。とりわけ、該当者 10 人以上の比率が、本調査では厚労省調査より 12.0 ポイント高い (厚労省 1.1%、本調査 13.1%) 点に注目すべきである。(表 36)

表 36 (Q22*Q4 クロス集計)

メンタルヘルス不調により連続 1 か月以上休業又は退職した労働者の状況					
	厚労省調査		本調査		
	産業全体	建設業	全体	総合工事業	専門工事業
0人 (該当者なし)	89.9%	93.1%	78.1%	52.6%	87.7%
該当あり	10.0%	6.9%	21.9%	47.4%	12.3%
1人	61.9%	73.0%	42.6%	30.6%	60.0%
2人	18.5%	9.1%	11.5%	8.3%	16.0%
3人	9.0%	13.0%	9.8%	13.9%	4.0%
4人	2.8%	2.4%	11.5%	8.3%	16.0%
5人	1.6%	0.7%	8.2%	13.9%	0.0%
6～9人	4.3%	0.7%	3.3%	5.6%	0.0%
10～29人	1.6%	1.1%	8.2%	13.9%	0.0%
30人以上	0.2%	-	4.9%	5.6%	4.0%

前記休業者のうち 8 割弱 (73.8%) の企業が職場復帰をしたと回答している。最も高いのは「100% (全員)」(32.3%) であり、およそ半分以上が職場復帰したとする企業は、全体の約 7 割 (69.3%) を占める。これを業態別にみると、約 9 割 (86.8%) の総合工事業で「復職した」と回答し、その復職率は「100% (全員)」(26.3%)、「40～60% (半分程度)」(26.3%) となっている。総合工事業を中心に職場復帰体制が整備され、円滑な復職が進められていることが推察される。他方、専門工事業では、「復職した」(55.6%) と「復職した者がいない (休業中)」(44.4%) が拮抗している。復職率は「100% (全員)」(40.7%) が最も高く、専門工事業の場合、休業後の労働者の処遇には完全復職と退職の二極化傾向が認められる。(表 37)

表 37 (Q23*Q4 クロス集計)

過去1年間にメンタルヘルス不調により1か月以上休業した労働者のうち職場復帰した者の割合			
	全体	総合工事業	専門工事業
復職した	73.8%	86.8%	55.6%
100% (全員)	32.3%	26.3%	40.7%
90%台	12.3%	15.8%	7.4%
70～80%台	6.2%	10.5%	0.0%
40～60%台 (半分程度)	18.5%	26.3%	7.4%
20～30%台	3.1%	5.3%	0.0%
10%台	1.5%	2.6%	0.0%
復職した者がいない (現に休業中を含む)	26.2%	13.2%	44.4%

4 統括管理におけるメンタルヘルス対策の実態

以上、企業単位によるメンタルヘルス対策の取り組み実態をみてきたが、建設業の場合、複数企業が集合し、その協働によって労務提供を行うことが常態であるため、企業の枠を超えた現場レベルにおいていかなる取り組みが行われているかについて、回答を求めた。

4.1 総合工事業者の現場における取組み状況（総合工事業者の認識）

建設現場での関係請負人に対するメンタルヘルス対策の指導については、「指導していない」が7割強（73.8%）を占め、現場における取組みが進展していない状況がわかる。但し、約7割（71.7%）の企業が今後取組みを「予定」、「検討する」と回答していることから、現場における対策導入の必要性自体は感じているものと推察される。他方、「指導している」と回答した企業の具体的な取組み内容としては、「安全大会等へ出席しメンタルヘルスに関する情報収集を進める」（42.9%）、「教育研修資料の提供・配布」（38.1%）が高い。これはメンタルヘルス対策を現場における安全教育の一環として捉え、情報提供等、簡便な方法で取り組む実態を表すものと考えられる。（表 38）

4.2 専門工事業者の現場における取組み状況（専門工事業者の認識）

建設現場においてメンタルヘルス対策を進めるにあたり、特定元方事業者との共同によって行っているかについては、9割（90.0%）が「行っていない」と回答している。前記総合工事業者の認識と比較すれば、16.2 ポイント高い結果となった。この点、やや総合工事業者と専門工事業者との間に認識の乖離があることが見てとれる。また同様に、今後の取組みについては6割弱（57.1%）の専門工事業者が「予定がある」、「検討中である」と回答しており、総合工事業者、専門工事業者双方が取組みの必要性について共通認識を持っていることが窺える。なお、「行っている」（10.0%）場合の具体的取組みについては、前記総合工事業者と一致する回答となった。とりわけ、専門工事業者の場合、安全大会への参加による情報収集の比率が高い（76.0%）。その実施主体は明らかではないが、建設業者が一堂に会する機会を捉え、有効な情報提供を行うことが望まれる。（表 38）

表 38 （Q24,Q24-1,Q24-2,Q25,Q25-1,Q25-2*Q4 クロス集計・M.A）

統括管理におけるメンタルヘルス対策の実態			総合工事業	専門工事業
指導している又は行っている			26.3%	10.0%
取組み 内容	教育研修資料の提供・配布		38.1%	60.0%
	講習会の周知、参加		19.0%	36.0%
	外部機関を利用した相談窓口の設置		4.8%	8.0%
	安全大会等への出席し、メンタルヘルスに関する情報収集を進める		42.9%	76.0%
	その他		9.5%	0.0%
指導していない又は行っていない			73.8%	90.0%
今後の 取組み	予定がある		7.5%	9.3%
	検討中		64.2%	47.8%
	予定はない		28.4%	42.9%

5 その他

フリー回答では、45件の回答が得られた。これを集約すると、次のように整理できる。

最も多い意見は、建設業におけるメンタルヘルス不調が発生する原因に関するものである。その原因を長時間労働、パワーハラスメント、コミュニケーション不足と捉える企業が14件に上

り、自らの課題を十分認識しながらも決定打となる対策を打ち出せずにいる状況がわかる。

次点では、専門工事業を中心に「メンタルヘルス対策は大企業（総合工事業）が行うものであり、中小企業（専門工事業）には必要がない」という意見が散見される。専門工事業においては、小規模組織である特性を活かし、日頃から親密なかかわりをもつため、新たな施策としてメンタルヘルス対策を導入する必要性を感じていないものと考えられる。また、建設業が業界全体としてメンタルヘルス対策を推進することへの違和感、批判も並列して述べられていることから、その背景には元請・下請間のパワーバランスによって抑圧された専門工事業者の葛藤が読み取れる。

さらに、メンタルヘルス対策を推進するにあたり行政等への支援を要望する回答が全体のおよそ2割（17.8%）を占めている。これは、その必要性を感じながらも取組み方法が分からず、又は費用面での負担から着手できずにいる企業が一定程度存在することを示すものであると推察される。（表 39）

表 39

回答内容	回答数
建設業におけるメンタルヘルス不調の主たる要因は長時間労働、パワーハラスメント、コミュニケーション不足である。	14
メンタルヘルス対策は大企業（総合工事業）が行うものであり、中小企業（専門工事業）には必要がない。	9
どのような取組みを行うべきか、行政の支援を期待する。	8
その他	14

Ⅲ 課題の抽出

以上のアンケート調査結果から判明した建設業におけるメンタルヘルス対策の課題を、業界全体、業態別企業単位、現場単位で抽出する。

1 建設業全体の課題

メンタルヘルス対策の実態を、厚労省調査¹⁸の比較においてみれば、建設業全体として 21.2 ポイント低い数値となっており、産業全体ではおよそ半数（厚労省調査 60.7%、本調査 32.6%）の実施率に留まる。これは他業種に比べ、著しく取組みが遅滞していることを示すものである。その背景の 1 つとして「取組みの効果が実感できない」、「取組みの必要性を感じない」といった企業認識があり、これが阻害要因となっている可能性がある。そして、職場におけるメンタルヘルス上の問題は「横ばい」の状況が続いており、これへの対応策を企業ごと独自に講じてはいるが有効打となっていない、或いは問題を放置している状況にあると推察される。したがって、各企業が抱える事情は様々であるが、業界全体としていかにメンタルヘルスへの意識を高め機運を醸成するか、その手法を検討する必要がある。さらに、「取り組んでいない」企業のうち 6 割（60.9%）が今後の取組み姿勢を示しており、これは厚労省調査の結果（産業全体 21.6%、建設業 19.4%）を大きく上回るものである。取り組んでいない理由及びフリー回答の結果を踏まえれば、企業の自助努力に終始させるのではなく、行政機関等が積極的に支援を行い、取組み手法を周知する等してメンタルヘルス対策を展開していくことが求められる。この点、労安衛法の改正及び行政機関等からの周知指導が取組みの契機となっていることから、改正労安衛法施行前後が時機として最適であると考えられる。

また、メンタルヘルス対策に関する取組みの特徴として「過重労働対策」、「パワーハラスメント防止対策」の実施率が低調であることが挙げられる。確かに、メンタルヘルス対策に取り組んでいる企業の実施割合でみた場合、5 割強（53.6%）、3 割（30.4%）となっているが、全体の有効回答数から算出すると 1～2 割（過重労働 17.4%、パワハラ 9.9%）に留まり、その内容も形骸化しているおそれがある。この点、メンタルヘルス不調者が多い役職及び年齢層の結果に照らすと、過重労働の被災労働者、パワーハラスメントの被害者及び加害者が多い年齢層と重なるのではないかと推察される。こうした不幸な事態によって貴重な人材が喪失することは、業界にとって大きな損失である。これらは、企業の認識及びフリー回答の意見にも表されているとおり、建設業におけるメンタルヘルス不調の最たる原因でもあることから、早急に対処すべき課題といえる。

2 企業業態別の課題

総合工事業と専門工事業の業態別による課題は、次のように整理できる。

まず総合工事業では、メンタルヘルス対策の実施率は半数（54.7%）を超え、概ねメンタルヘ

¹⁸大臣官房統計情報部雇用・賃金福祉統計課賃金福祉統計室・前掲注 1

ルス指針¹⁹に基づく取組みが実践されている。これは、企業規模が大きく、経営的にも人的にも余裕のある総合工事業であるからこそ進められる取組みといえる。しかしながら、総合工事業では専門工事業に比べ、取組み実施率が高いにもかかわらず、2割弱（15.5%）の企業においてメンタルヘルス上の問題が「小幅な悪化傾向」にあるとされる。さらに、メンタルヘルス対策の効果実感につき、6割（59.6%）の総合工事業が「効果なし」（27.7%）、「変化なし」（31.9%）と回答していることを踏まえれば、同対策が機能不全に陥っている可能性が指摘できる。この点、「産業医等の専門家との連携不足」（19.1%）を課題としている割合が高いことから、社内制度の仕組み、専門スタッフの配置等、ハード面における整備がなされていても、産業医を含めた関係者間の連携に不具合が生じる等、ソフト面における運用に支障を来していると思われる。産業医選任義務のある企業では、いかに産業医の協力を得てメンタルヘルス対策を進めるかが実効性の観点からも重要であり、運用面での不具合を産業医が中心となって再検討する必要がある。

次に、専門工事業であるが、実施率は3割弱（25.2%）に満たず、総じて取組みが進んでいない。また労安衛法改正に基づくストレスチェック制度の認知度も6割強（62.4%）に留まり、同法規定の義務化対象企業以外は、今後の取組みにも否定的な姿勢をみせる²⁰。これは総合工事業に比べ、50人以下の小規模事業場が大半を占めること²¹に由来するものと考えられる。すなわち、フリー回答でも述べられているように、家族的環境の下、労使間において親密な関係性を構築し得るゆえに特段、企業施策としてメンタルヘルス対策に取り組む必要性を感じていないものと推察される。他方、その必要性を感じながらも費用面での負担等から着手できずにいる企業も一定数見受けられる。また、未実施企業の8割強（82.8%）が元請人である総合工事業者からの助言指導がないと回答していることを踏まえれば、専門工事業者に対する取組み促進のカギは、総合工事業者がいかにして専門工事業者を支援していけるかに係っているといえよう。さらに、メンタルヘルス対策に取り組んでいない理由として挙げられた「取組み方がわからない」（50.3%）、「専門スタッフがいらない」（40.4%）との結果から行政機関等によるサービスの積極的活用が対応策として考えられるが、それらの活用率が著しく低い（地産保センター・専門工 6.2%、産保センター・専門工 0.0%）。この点に関する周知啓発を含めた活用方法を再考する必要があると考えられる。

3 建設現場における課題

建設現場における統括管理体制の下、メンタルヘルス対策を実践する割合が極めて低く（総合工 26.3%、専門工 10.0%）、元方事業者（元請人）の安全衛生管理措置の一環として同対策が取り組まれていないことを示すものである。また、この点、総合工事業と専門工事業との間に認識の乖離が認められ、元請人の先導により当該対策が実施されていたとしても、下請人にその内容

¹⁹「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（平 18・3・31 健康保持増進のための指針公示 3 号）

²⁰メンタルヘルス対策に関する今後の取組み予定につき、「予定はない」と回答した専門工事業の常用労働者人数による区分は次のとおりである。「10-29 人」47.0%、「30-49 人」31.3%、「50-99 人」15.7%、「100-299 人」4.8%、「300-999 人」1.2%、「1000 人以上」0.0%。

²¹前掲表 1

が浸透せず、実効性のないものとなっている可能性が指摘できる。さらに、今後の取組みを「予定」又は「検討」と回答している割合（総合工 71.7%、専門工 57.1%）を踏まえれば、統括管理体制下において同対策推進の必要性を感じているものと推察される。そのような認識を有しながら同対策に着手しないのは、おそらく既存のメンタルヘルス対策の枠組みでは対応できない建設現場の特殊性が背景にあると考えられる。統括管理体制の下でいかなる取組みを実施すべきかについては、理論、実務ともに先行研究が見当たらない。したがって、重層請負構造という建設現場に特徴的な事情を考慮した取組みのフレームワークをいかに構築するかが最大の課題である。それが建設業全体の安全衛生管理体制を実効性ある盤石なものとするために不可欠なことといえる。

3 民事裁判例からみた状況

(1) メンタルヘルスと法的責任

昨今、職域におけるメンタルヘルス上の問題の増加に比例して、使用者に対する損害賠償請求訴訟も急増している。労働契約法第5条には「労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう必要な配慮」を行う旨の規定が置かれ、使用者に対し、安全配慮義務を課している。メンタルヘルスに関する訴訟は、およそ使用者の安全配慮義務違反に基づき、労使の事後的な金銭解決を図るために提起されるものであるが、使用者が敗訴した場合（安全配慮義務違反が認定された場合）、莫大な損害賠償金額を負担することとなる。こうしたリスクを回避するためには、使用者自らが建設業の現状を把握し、裁判例が示唆する使用者責任の内容を理解する必要があると考える。そこで、以下、精神障害発症に関し、使用者の安全配慮義務違反が問題となった判例及び裁判例を取り上げ、使用者が留意すべきポイントを整理する。

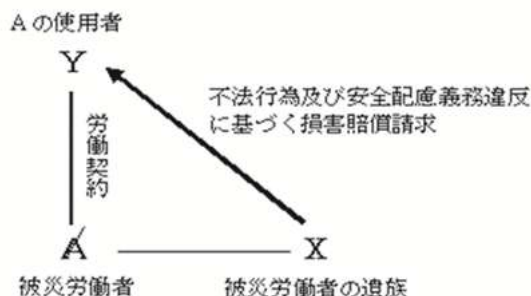
● 電通事件（最判二小平 12・3・24 民集 54 卷 3 号 1155 頁）

① 事案の概要

本件は、A（被災労働者）が社会通念上許容される範囲をはるかに超えた過重な長時間労働に従事させられた結果、うつ病を発症し自殺したと主張して、Aの遺族Xら（原告）がY（被告）に対し、不法行為及び安全配慮義務違反に基づき損害賠償を請求した事案である。

Aは、大学卒業後の平成2年4月、Yに入社しラジオ局ラジオ推進部に勤務していた。Aは同部署への配属後から長時間にわたる残業を行うことが常況となっていた。平成3年に入ると、休日、平日を問わない長時間残業の状態がさらに悪化し、同年7月には元気がなく顔色が悪くなる等の外見上の異変や睡眠障害の症状が出現した。これに対し、上司らはAの徹夜残業が恒常化し、勤務実態と労働時間の申告状況に大きな乖離が生じていること、Aの健康状態が悪化していることを知りながら、労働時間を軽減させる等の具体的な措置をとらなかった。入社1年5か月後の平成3年8月、Aは自宅で自殺した。

図表 16



② ポイント

本件は、労働者の過労自殺につき、使用者責任（民 715 条）に基づく損害賠償を認めた初めての最高裁判決である。本判決後、差戻控訴審においてYはXらに対し、本件和解金とし

て約 1 億 6800 万円の支払義務があることを認める等とする和解が成立している。

本判決の特徴は、(a)安全配慮義務の具体的内容として、使用者には「業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷等が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なうことがないように注意する義務」があることを明示したこと、(b)労働時間の実態把握につき、労働時間管理簿ではなく「監理員巡察実施報告書」を基準として業務の過重性を認定したこと、(c)使用者の履行補助者である上司が業務量を適切に調整する等の具体的措置を取らなかった点に過失を認めたこと、(d)健康状態を悪化させるに足る勤務実態ないし健康状態の悪化に対して、使用者が認識していたか、認識できる可能性があった場合、予見可能性を認めていること、(e)労働者個人の性格特性につき「個性の多様さとして通常想定される範囲を外れないものである限り」過失相殺を斟酌することはできないとしていることである。

本判決で判示された労働者の心身の健康を損なわないように注意する義務（不法行為上の注意義務）は、その後、安全配慮義務が争われた裁判例の多くに援用され、精神障害事案のリーディングケースとなっている。そして、当該注意義務は、業務上の指揮監督権限を有する管理監督者に帰属し、注意義務の内容に即した権限行使を求めている点が非常に意義深い。こうした判示から、部下を直接、指揮監督する管理者の日常的な対応が重要であることがわかる。

（２） 統括管理と安全配慮義務

重層的請負構造下において業務遂行がなされる建設現場では、事実上、元請事業者の指揮命令に基づき下請労働者の労務提供が行われる場合がある。安全配慮義務は、本来、労使間の労働契約関係に付随して生じる使用者の義務であることから、そもそも労働契約関係が存しない元請事業者と下請労働者の間に安全配慮義務は成立しないが、次の最高裁判決が提示する要件を充足する場合、安全配慮義務の成立が認められることがある。

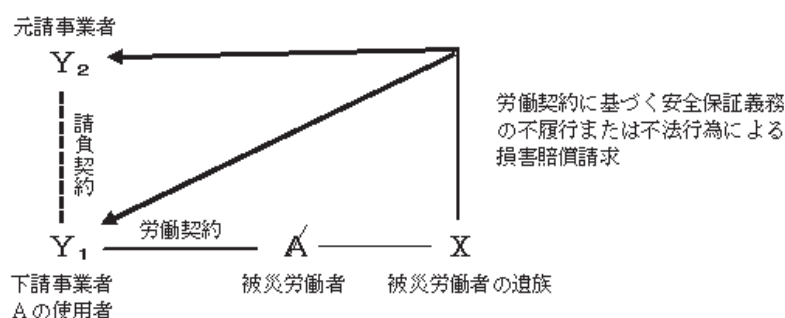
● ○塗装・K建設事件（最判一小昭 55・12・18 民集 34 卷 7 号 888 頁）

① 事案の概要

本件は、製鉄所の軽炉工場建設工事のうち鉄骨塗装工事を下請したY₂の労働者であるAが、作業中、地上 31 メートルの高所から墜落死亡した事故につき、Aの遺族であるXらが、元請事業者Y₂及びY₁に対し、労働契約に基づく安全保証義務の不履行または不法行為による損害賠償を求めた事案である。

Aは、Y₁（被告・被控訴人・被上告人）において塗装工として勤務していた。Y₁は、訴外B（発注者）から軽炉工場建設工事のうち鉄骨塗装工事を請け負うY₂（被告・被控訴人・被上告人）の下請業者であった。昭和 43 年 1 月、亡Aは当該軽炉工場の鉄骨塗装工事現場において作業中、地上 31 メートルの高所から墜落し即死した。本件工事現場には、鉄骨からチェーンで吊り下げ、直角に組まれた鉄製パイプの下に足場板が置かれ、その上に養生網と呼ばれる金網が敷かれていたほか、各人に命綱の着用が促されており、塗装工の転落は二重に防止される対策がとられていた。しかしながら、Aが命綱を外したこと、養生網の繋ぎ目部分に開口部が存したことが原因となり、本件災害が発生した。

図表 17



② ポイント

本件は、陸上自衛隊八戸車両整備工場事件最高裁判決（最三小判昭 50・2・25 民集 29 巻 2 号 143 頁）で示された「特別な社会的接触の関係」における安全配慮義務の成立を、私企業の労働関係に肯認し、さらに元請事業者と下請労働者間に安全配慮義務が存在すると明示した初めての最高裁判決である。

本判決の特徴は、元請事業者と下請労働者間に事実上の使用従属関係を存在する場合、「雇傭契約ないしこれに準する法律関係」が認められ、直接に契約関係のない元請事業者に安全配慮義務の適用を肯定していることである。

ここでいう法律関係とは、「発注者、請負人間の請負契約を媒介として事実上、発注者から、作業につき、場所、設備、器具類の提供を受け、且つ発注者から直接指揮監督を受け、請負人が組織的、外形的に発注者の一部門の如き密接な関係を有し、請負人の工事実施については両者が共同してその安全管理に当り、請負人の労働者の安全確保のためには、発注者の協力並びに指揮監督が不可欠と考えられ」る関係（控訴審判決）を指す。すなわち、元請事業者と下請労働者が前記関係に達している場合、請負関係において安全配慮義務が肯定されることがあることを示している。

建設現場では、元請事業者から関係請負人に対する指揮監督の実態如何により、統括管理体制の先順位者（元請事業者等）は下請労働者に対し、安全配慮義務を負う場合があることに留意すべきである。

（３） 精神障害事案と安全配慮義務

建設業において、業務に起因し精神障害を発症したとして、使用者に対する安全配慮義務違反を争った事案は現在までに 6 件確認できるが、このうち最も建設業に特徴的な示唆を含むケースが、次の裁判例である。

● K 電工事件（福岡地裁平 21・12・2 労判 999 号 14 頁）

① 事案の概要

本件は、Y（被告）の安全配慮義務違反により長時間労働等の過重な業務に従事させられた結果、うつ病を発症して自殺したと主張して、A の遺族 X ら（原告）が Y に対し、不法行為及び安全配慮義務違反に基づき損害賠償を求めた事案である。

Aは、平成10年4月、電気通信工事等を業とするYに入社し、福岡支店空調管技術部において現場監督業務に従事していた。Yは、Zから、工期を平成15年8月1日から平成16年7月31日までとするビル新築工事に関する空調設備工事及び衛生設備工事を受注した。平成15年8月、Aは本件工事の現場施工管理者として配置されたが、業務経験が乏しいこと等から同年9月中旬以降、BおよびCが現場施工管理の主担当として配置された。本件工事におけるAの業務は、主として作業工程の管理・調整、安全・品質管理（現場巡視）、施工図の作成・修正であった。大手企業が元請となる現場を担当することが初めてであったAは、元請事業者Zの現場担当者である課長からよく叱られ、対応に苦慮していた。またZの要求度が高く、施工図の内容を何時間も掛けてチェックする等していた。

平成16年3月19日、工事関係車両の搬出入に関するトラブルが生じ、Aは現場事務所でZの課長から顔を激しく殴打する暴行を受けた。しかし、同日中、同課長から謝罪を受けたことから従前どおり業務を続けることとなった。平成16年3月以降、Aは「自殺でも保険金が支払われるのか」、「月曜日は嫌だ」と述べるようになり、同年4月以降は出勤前に嘔吐を催す、早朝覚醒、動悸、食欲減退等の身体症状を訴えるようになった。しかし、Xは精神科受診をためらい、Aに受診を勧奨することはなかった。平成16年9月6日、Aは自宅マンションから投身自殺した。

図表 18



② ポイント

本判決は、被災労働者には認定基準の「特別の出来事」に該当する「極度の長時間労働」（自殺前8か月間の時間外労働は月平均150時間を超えている）があったことを認め、使用者の安全配慮義務違反ないし不法行為責任を肯認した。

なお、本件では、控訴審においてYはXに対し、本件和解金として約8000万円の支払義務があることを認める等とする和解が成立した。

本判決の特徴は、(a)業務起因性の判断にあたり行政の取扱い（認定基準）を斟酌していること、(b)安全配慮義務の具体的内容として46通達を引用し、使用者の労働時間把握義務を説示していること、(c)个体側に脆弱性（メランコリー親和型気質）が認められるが、それを个体要因として相当因果関係の判断の修正材料とせず、さらに過失減殺もしていないことが挙げられる。

とりわけ、本判決で注目すべきは使用者の労働時間管理義務懈怠を厳しく断じた点であ

り、自己申告制を採用することの多い建設現場では46通達に基づく管理がなされているか、改めて確認することが求められる。さらに、本件被災労働者は自殺の6か月以上前から、うつ病の前駆症状を呈しているにもかかわらず、職場の上司・同僚等、異変認識がなかったとされる。また、Zの元請社員による暴行の事実も認められ、ここからも、現場におけるメンタルヘルス対策およびハラスメント対策の重要性が指摘できる。

(4) 精神障害事案と統括管理

ここまでの裁判例から明らかなように、建設業では建設現場における実質的指揮監督関係の如何によって元請・下請関係に安全配慮義務が肯定される可能性があり、なおかつ他の業種同様、労働者の精神障害発症に関し、使用者に対する安全配慮義務違反ないし不法行為責任が認定される事案が少なくない。精神障害事案の多くは、雇用契約に基づき使用者に対する責任追及を行うことが一般的であるが、次の事案のように建設現場で業務に従事していた下請労働者が元請事業者及び発注者に対し、安全配慮義務違反ないし不法行為責任を求めた事案が登場した。

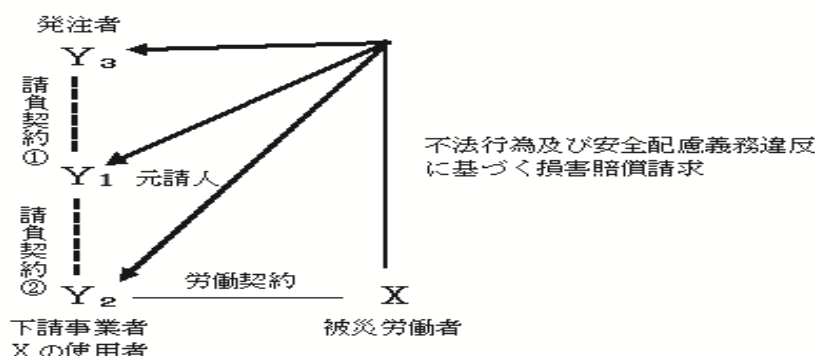
● N建設ほか事件（東京地裁平22・3・19判時2078号57頁）

① 事案の概要

本件は、Y₃（被告）を発注者、Y₁（被告）を元請事業者、Y₂（被告）を下請事業者とする発電所の新設工事につき、これに携わったY₂の従業員X（原告）が、同工事作業中に感電災害に遭って受傷し、外傷後ストレス障害等の後遺障害が生じたとして、Y₁らに対し、安全配慮義務違反を理由とする債務不履行ないし不法行為に基づき、損害賠償の支払を求めた事案である。

Y₃は、Y₁との間で神流川発電所新設工事のうち土木工事の請負契約を締結した。Y₁は、本件工事をY₂へ下請発注した。Xは、Y₂の従業員として平成13年6月4日頃より本件工事の現場に入り、Y₁の従業員であった工事事務所長の指揮の下、作業に従事していた。同年7月21日、Xはハンマードリルを用いてコンクリート吹付面に穿孔する作業に従事していたところ、ハンマードリルに付属する電気ケーブルの被覆損傷から感電し、「感電及びそれに伴う全身打撲」の傷害を負った。同月26日、Xは甲病院を受診し、「自律神経失調症（心身症）、不眠症、抑うつ状態、頸椎捻挫、電撃症」等と診断され、同日から同年10月27日までの間入院し、退院した後も通院治療を続けた。その後、Xは3か所の病院を受診し、平成14年5月30日、乙病院において「外傷後ストレス障害」と診断され、同病院を含む3か所の病院で入院及び通院治療を受けた。

図表 19



② ポイント

本件は、元請・下請関係において発生した労災事故に起因し精神障害を発症したとして、元請事業者及び発注者の安全配慮義務が問われた初めての事案である。

本判決では、下請労働者の転倒事故の原因を感電によるものと認め、元請事業者及び下請事業者に対する安全配慮義務違反及び共同不法行為上の過失を肯定した。発注者に対しては雇用関係に準ずる法律関係が認められないとして、これを否定した。なお、本件事故による精神障害（PTSD）の発症自体は否定されている。

本件では、控訴審において、Y₁およびY₂はXに対し、本件和解金として 435 万円の支払義務があることを認める等とする和解が成立している。

本判決の特徴は、(a)下請労働者との労働契約関係がない元請事業者及び発注者の安全配慮義務違反につき、前掲 O 塗装・K 建設事件最高裁判決を引用し特別関係論の適否を検討していること、(b)安全配慮義務の内容について、使用に供する工具の安全性を点検しこれを確保する義務と、それらが実際に使用に供されるようになった後にも、適宜その安全性を確保する等の措置を講ずべき義務として提示していることである。

前記のとおり、本件では精神障害の発症が否定されたが、現在のところ、労災事故に起因して精神障害を発症したとして訴えを提起した事案が少なくとも 5 件存在する。現時点では行政訴訟に留まるものの、今後は労災事故に起因する精神障害の発症に基づき、使用者に対して安全配慮義務違反ないし不法行為責任を問う民事訴訟が提起される可能性は極めて高いと考えられる。

また、こうした民事訴訟にまで発展しないとしても労災事故が発生させた場合、その補償は労災保険によって賄われるが、労災保険料率が引き上げられることがあることを付言する。

（５） まとめ

メンタルヘルス対策は、労働者が業務によって心身の健康を害することのないよう予防すること、或いは健康状態が悪化した場合、さらなる増悪を回避するよう措置を講ずることを目的とする。こうした対策の法的意義は、以上に触れた安全配慮義務（労契 5 条）に見出

されるが、職域におけるメンタルヘルス上の問題は同義務の範疇だけに留まるものではない。すなわち、休職・退職、解雇の有効性、適正配置義務、プライバシー、ハラスメント、未払残業代等、多くの法的争点を内包している。したがって、使用者は、こうした争点を踏まえ、人事労務管理の観点からも真摯に自らが講ずべき措置について検討する必要がある。

4 メンタルヘルス対策に関する主要施策の経緯

前節までに建設業のメンタルヘルスを取りまく状況として、労災補償の状況、メンタルヘルス対策の状況、さらには民事裁判例から見た状況を概観したが、こうした状況に対し、そもそも国は建設業も含む職域に係るメンタルヘルス対策に関してどのような施策をもって臨んできたか、その主要な経緯を時系列に整理する。

その経緯は別表の通りだが、平成 59 年 2 月の過労自殺に係る労災認定が端緒となり、過労死、過労自殺問題が社会的に大きな関心を集めることになった。こうしたことから、昭和 60 年にメンタルヘルス研修が産業医学振興財団で開始され、それを発展させるべく、昭和 63 年に労働安全衛生法を改正し、「事業場における労働者の健康保持増進のための指針（THP 指針）」が公示され、政策的にメンタルヘルス対策が始動することとなった。

その後、平成 11 年に「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」が示され、翌平成 12 年には「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」が策定された。

平成 15 年の第 10 次労働災害防止計画ではメンタルヘルス対策の強化が謳われ、翌平成 16 年には「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」が示され、メンタルヘルスケアの三次予防の観点が明確化された。

平成 18 年には、平成 12 年指針を改正した「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が示され、平成 20 年には各都道府県に「メンタルヘルス対策支援センター」が設置された。

平成 21 年に「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」が一部改正され、平成 23 年に「心理的負荷による精神障害の認定基準」が制定されたことをもって、判断指針は廃止された。

平成 26 年 6 月に労働安全衛生法が改正され、平成 27 年 4 月には同改正法に基づく「心理的な負担の程度を把握するための検査及び面接指導の実施並びに面接指導結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針（通称：ストレスチェック指針）」が制定され、現在メンタルヘルス対策は大きな転換点を迎えている。

メンタルヘルス対策に関する施策の経過

年月日	施策の内容	備考
昭和60年度(1985)	メンタルヘルスケア研修(昭和60年度にメンタルヘルスケア企画運営委員会設置、講師養成研修会開催。(財)産業医学振興財団。昭和61～63年度に全国で研修会)	昭和59年2月の初めての過労自殺労災認定が端緒
昭和63年(1988)	労働安全衛生法の改正に基づき「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」公示	9月1日健康保持増進のための指針公示第1号
平成7～11年度(1995～1999)	労働省の研究班が作業関連疾患(ストレス)について調査研究	
平成11年(1999)9月	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について →平成23年の「心理的負荷による精神障害の認定基準」により廃止	9月14日付け基発第544号 通達
	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の運用に関する留意点等について 精神障害に係る自殺の取扱いについて	9月14日付け事務連絡第9号 9月14日付け基発第545号
平成12年(2000)8月	事業場における労働者の心の健康づくりのための指針 →平成18年に労働安全衛生法に基づく指針の策定により廃止	8月9日付け基発第522号通達
平成14年(2002)3月	職場における自殺の予防と対応(中央労働災害防止協会の委員会、平成22年8月改訂)	公表資料
平成16年(2004)1月	地域におけるうつ対策検討会報告書	
平成16年(2004)8月	過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会報告書	
平成16年(2004)10月	心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き(平成24年7月改訂) →手引中の様式例1～4(ワードファイル)	公表資料
平成16年(2004)12月	労働政策審議会が「今後の労働安全衛生対策について」を建議	

年月日	施策の内容	備考
平成17年(2005)11月	労働安全衛生法改正(面接指導の義務化ほか)	平成18年4月(50人以上)と平成20年4月(50人未満)施
平成18年(2006)3月	労働者の心の健康の保持増進のための指針	事業場における労働者の健康保持増進のための指針第3【パンフレット】
平成19年(2007)12	労働契約法制定	
平成20年(2008)10月	各都道府県にメンタルヘルス対策支援センターを設置→平成26年4月「産業保健活動総合支援事業」に一元化されたことで事業終了	
平成21年(2009)3月	当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について	3月26日付け基発第0326002号通達
平成21年(2009)4月	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の一部改正について →平成23年の「心理的負荷による精神障害の認定基準」により廃止	4月6日付け基発第0406001号通達
平成21年(2009)10月	働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」を開設	
平成22年(2010)5月	労働基準法施行規則の一部を改正する省令にて精神障害が業務上疾病として明記	平成22年5月7日厚生労働省令第69号
平成22年(2010)9月	「職場におけるメンタルヘルス対策検討会」の報告書取りまとめ	
平成22年(2010)12月	労働政策審議会が「今後の職場における安全衛生対策について」建議	
平成23年(2011)10月	「産業保健への支援の在り方に関する検討会」報告書の取りまとめ	
平成23年(2011)12月	「労働安全衛生法の一部を改正する法律案」を国会に提出→平成24年11月廃案	法律案の概要
平成23年(2011)12月	心理的負荷による精神障害の認定基準について	12月26日付け基発1226第1号 【パンフレット】
平成24年(2012)1月	職場のいじめ・嫌がらせ問題に関する円卓会議ワーキング・グループ報告	平成24年9月10日地発0910第5号・基発0910第3号
平成24年(2012)3月	職場のパワーハラスメントの予防・解決に向けた提言取りまとめ	【パンフレット】
平成24年(2012)7月	「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」の周知における留意事項について	7月6日付け基安労発0706第1号 (参考1) 質問主意書 (参考2) 答弁書 【パンフレット】
平成24年(2012)9月	職場のパワーハラスメント対策の推進について	平成24年9月10日地発0910第5号・基発0910第3号

年月日	施策の内容	備考
平成25年(2013)6月	「産業保健を支援する事業の在り方に関する検討会」報告書の取りまとめ	
平成25年(2013)12月	労働政策審議会が「今後の労働安全衛生対策について」建議	
平成26年(2014)3月	「労働安全衛生法の一部を改正する法律案」を国会に提出	●法律案の概要 ●法律案要綱
平成26年(2014)4月	これまでの3事業（地域産業保健事業、産業保健推進センター事業、メンタルヘルス対策支援事業）を一元化し「産業保健活動総合支援事業」を開始	産業保健総合支援センター、地域窓口（地域産業保健センター）の提供する各種支援サービス（独立行政法人労働者健康福祉機構）
平成26年(2014)6月	「労働安全衛生法の一部を改正する法律」が公布	●法律の概要 ●条文 ●新旧対照表 ●通達 (平成26年6月25日付け基発第0625第4号)
平成27年(2015)4月	改正労働安全衛生法に基づく「ストレスチェック制度」に関する省令・告示・指針	●省令 ●告示 ●指針

(以上、厚生労働省ホームページより抜粋)

第2章 メンタルヘルス対策を進めるための基本事項

わが国のメンタルヘルス対策は、現在、平成18年に策定された「労働者の心の健康の保持増進のための指針（事業場における労働者の健康保持増進のための指針第3号）」（以下、「メンタルヘルス指針」）を軸として展開されている。本章では、建設事業者がメンタルヘルス対策を推進するにあたり、必要となる主な通達、指針等のあらましを以下にまとめた。これら行政が定める基本的な枠組みを理解した上で、メンタルヘルスに関する諸活動を進めることが望ましいと考えられる。

1 労働者の心の健康の保持増進のための指針（事業場における労働者の健康保持増進のための指針第3号）（通称 メンタルヘルス指針）

（1）趣旨

本指針は、労働安全衛生法第70条の2第1項の規定に基づき、同法第69条第1項の措置の適切かつ有効な実施を図るための指針として、事業場において事業者が講ずるよう努めるべき労働者の心の健康の保持増進のための措置（以下「メンタルヘルスケア」という。）が適切かつ有効に実施されるよう、メンタルヘルスケアの原則的な実施方法について定めたものである。事業者は、本指針に基づき、各事業場の実態に即した形で、メンタルヘルスケアの実施に積極的に取り組むことが望ましい。

（2）メンタルヘルスケアの基本的考え方

事業者は、事業場におけるメンタルヘルスケアを積極的に推進するため、衛生委員会等において十分調査審議を行い、「心の健康づくり計画」を策定するとともに、その実施に当たっては、関係者に対する教育研修・情報提供を行い、「4つのケア」を効果的に推進し、職場環境等の改善、メンタルヘルス不調への対応、職場復帰のための支援が円滑に行われるようにする必要がある。

また、事業者は、心の健康問題の特性、個人の健康情報の保護への配慮、人事労務管理との関係、家庭・個人生活等の職場以外の問題等との関係に留意する必要がある。

（3）衛生委員会等における調査審議

メンタルヘルスケアの推進に当たっては、事業者が労働者の意見を聴きつつ事業場の実態に即した取組を行うことが必要である。「心の健康づくり計画」の策定はもとより、その実施体制の整備等の具体的な実施方策や個人情報保護に関する規程等の策定等に当たっては、衛生委員会等において十分調査審議を行うこと。

（4）心の健康づくり計画

事業者は、メンタルヘルスケアに関する事業場の現状とその問題点を明確にするとともに、それぞれの事業場の実態と必要性に応じて、その問題点を解決する具体的な取組事項等についての基本的な計画（「心の健康づくり計画」）を策定すること。

（5）4つのメンタルヘルスケアの推進

メンタルヘルスケアは、「セルフケア」、「ラインによるケア」、「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」及び「事業場外資源によるケア」の「4つのケア」が継続的かつ計画的に行われることが重要である。

なお、事業者は、メンタルヘルスクエア推進の実務を担当する事業場内メンタルヘルス推進担当者を選任するよう努めるものとする。

(6) メンタルヘルスクエアの具体的進め方

① メンタルヘルスクエアを推進するための教育研修・情報提供

事業者は、4つのケアが適切に実施されるよう、それぞれの職務に応じ、メンタルヘルスクエアの推進に関する教育研修・情報提供を行うものとする。

なお、労働者や管理監督者等に対する教育研修を円滑に実施するため、事業場内に教育研修担当者を計画的に育成することも有効である。

② 職場環境等の把握と改善

事業者は、職場環境等の改善に積極的に取り組むとともに、管理監督者等や事業場内産業保健スタッフ等に対し、職場環境等の把握と改善の活動を行いやすい環境を整備するなどの支援を行うものとする。

③ メンタルヘルス不調への気づきと対応

事業者は、個人情報の保護に十分留意しつつ、労働者、管理監督者等、家族等からの相談に対して適切に対応できる体制を整備するものとする。さらに、相談等により把握した情報を基に、労働者に対して必要な配慮を行うこと、必要に応じて産業医や事業場外の医療機関につないでいくことができるネットワークを整備するよう努めるものとする。

④ 職場復帰における支援

メンタルヘルス不調により休業した労働者が円滑に職場復帰し、就業を継続できるようにするため、事業者は、その労働者に対する支援を適切に行うものとする。

(7) メンタルヘルスに関する個人情報の保護への配慮

メンタルヘルスクエアを進めるに当たっては、健康情報を含む労働者の個人情報の保護に配慮することが極めて重要である。

事業者は、健康情報を含む労働者の個人情報の保護に関し、個人情報の保護に関する法律及び関連する指針等を遵守し、労働者の健康情報の適正な取扱いを図るものとする。

(8) 小規模事業場におけるメンタルヘルスクエアの取組みの留意事項

小規模事業場においては、事業者は、セルフケア、ラインによるケアを中心として、実施可能なところから着実に取組みを進めるとともに、地域産業保健センター等の事業場外資源の提供する支援等を積極的に活用することが望ましい。

2 心理的な負担の程度を把握するための検査及び面接指導の実施並びに面接指導結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針（平成27年4月15日心理的な負荷の程度を把握するための検査等指針第1号）（通称 ストレスチェック指針）

(1) 趣旨

メンタルヘルス指針の公表以降、当該指針に基づき、事業場におけるメンタルヘルスクエアが推進されてきたが、仕事による強いストレスが原因で精神障害を発病し、労災認定される労働者は、その後も増加傾向にあり、労働者のメンタルヘルス不調を未然に防止する

ことが益々重要な課題となっている。こうした背景を踏まえ、平成 26 年 6 月 25 日に公布された「労働安全衛生法の一部を改正する法律」（平成 26 年法律第 82 号）においては、心理的な負担の程度を把握するための検査（以下「ストレスチェック」という。）及びその結果に基づく面接指導の実施を事業者に義務付けること等を内容としたストレスチェック制度が新たに創設されたものである。

（２） ストレスチェック制度の基本的な考え方

ストレスチェック制度は、メンタルヘルス指針に定める 3 つの予防的取組みのうち、特にメンタルヘルス不調の未然防止の段階である一次予防を強化するため、定期的に労働者のストレスの状況について検査を行い、本人にその結果を通知して自らのストレスの状況について気付きを促し、個々の労働者のストレスを低減させるとともに、検査結果を集団ごとに集計・分析し、職場におけるストレス要因を評価し、職場環境の改善につなげることで、ストレスの要因そのものを低減するよう努めることを事業者を求めるものである。さらに、その中で、ストレスの高い者を早期に発見し、医師による面接指導につなげることで、労働者のメンタルヘルス不調を未然に防止することを目的としている。

事業者は、メンタルヘルス指針に基づき各事業場の実態に即して実施される二次予防及び三次予防も含めた労働者のメンタルヘルスクアの総合的な取組の中に本制度を位置付け、メンタルヘルスクアに関する取組方針の決定、計画の作成、計画に基づく取組の実施、取組結果の評価及び評価結果に基づく改善の一連の取組を継続的かつ計画的に進めることが望ましい。

（３） ストレスチェック制度の実施手順

ストレスチェック制度に基づく取組みは、次に掲げる手順で実施するものとする。

ア 基本方針の表明

イ ストレスチェック及び面接指導

- ① 衛生委員会等において、ストレスチェック制度の実施方法等について調査審議を行い、その結果を踏まえ、規程として定める。
- ② 医師、保健師又は厚生労働大臣が定める研修を修了した看護師若しくは精神保健福祉士（以下「医師等」という。）によるストレスチェックを行う。
- ③ 当該ストレスチェックを実施した医師等（以下「実施者」という。）から、その結果を直接本人に通知させる。
- ④ ストレスチェックの結果通知を受けた労働者のうち、高ストレス者として選定され、面接指導を受ける必要があると実施者が認めた労働者から申出があった場合、医師による面接指導を実施する。
- ⑤ 面接指導を実施した医師から、就業上の措置に関する意見を聴取する。
- ⑥ 医師の意見を勘案し、必要に応じて、適切な措置を講じる。

ウ 集団ごとの集計・分析

- ① 実施者に、ストレスチェック結果を一定規模の集団ごとに集計・分析させる。
- ② 集団ごとの集計・分析の結果を勘案し、必要に応じて、適切な措置を講じる。

(4) 衛生委員会等における調査・審議

ストレスチェック制度に関し、調査審議するに当たっては、次に掲げる事項を含めるものとする。また、事業者は、当該調査審議の結果を踏まえ、法令に則った上で、当該事業場におけるストレスチェック制度の実施に関する規程を定め、これをあらかじめ労働者に対して周知するものとする。

- ① ストレスチェック制度の目的に係る周知方法
- ② ストレスチェック制度の実施体制
- ③ ストレスチェック制度の実施方法
- ④ ストレスチェック結果に基づく集団ごとの集計・分析の方法
- ⑤ ストレスチェックの受検の有無の情報の取扱い
- ⑥ ストレスチェック結果の記録の保存方法
- ⑦ ストレスチェック、面接指導及び集団ごとの集計・分析の結果の利用目的及び利用方法
- ⑧ ストレスチェック、面接指導及び集団ごとの集計・分析に関する情報の開示、訂正、追加及び削除の方法
- ⑨ ストレスチェック、面接指導及び集団ごとの集計・分析に関する情報の取扱いに関する苦情の処理方法
- ⑩ 労働者がストレスチェックを受けないことを選択できること
- ⑪ 労働者に対する不利益な取扱いの防止

(5) ストレスチェック制度の実施体制の整備

ストレスチェック制度は事業者の責任において実施するものであり、事業者は、実施に当たって、実施計画の策定、当該事業場の産業医等の実施者又は委託先の外部機関との連絡調整及び実施計画に基づく実施の管理等の実務を担当する者を指名する等、実施体制を整備することが望ましい。

(6) ストレスチェックの実施方法等

ア 実施方法

① ストレスチェックの定義

法第 66 条の 10 第 1 項の規定によるストレスチェックは、調査票を用いて、規則第 52 条の 9 第 1 項第 1 号から第 3 号までに規定する次の 3 つの領域に関する項目により検査を行い、労働者のストレスの程度を点数化して評価するとともに、その評価結果を踏まえて高ストレス者を選定し、医師による面接指導の要否を確認するものをいう。

- a) 職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目
- b) 心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目
- c) 職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目

② ストレスチェックの調査票

事業者がストレスチェックに用いる調査票は、前記①の 3 つの領域に関する項目が含まれているものであれば、実施者の意見及び衛生委員会等での調査審議を踏まえて、事業者の判断により選択することができるものとする。なお、事業者がストレスチェックに用いる調

査票としては、「職業性ストレス簡易調査票」を用いることが望ましい。

③ ストレスの程度の評価方法及び高ストレス者の選定方法・基準

次の a) 又は b) のいずれかの要件を満たす者を高ストレス者として選定するものとする。この場合において、具体的な選定基準は、実施者の意見及び衛生委員会等での調査審議を踏まえて、事業者が決定するものとする。

- a) 調査票のうち、「心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目」の評価点数の合計が高い者
- b) 調査票のうち、「心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目」の評価点数の合計が一定以上の者であって、かつ、「職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目」及び「職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目」の評価点数の合計が著しく高い者

イ 実施者の役割

実施者は、ストレスチェックの実施に当たって、当該事業場におけるストレスチェックの調査票の選定並びに当該調査票に基づくストレスの程度の評価方法及び高ストレス者の選定基準の決定について事業者に対して専門的な見地から意見を述べるとともに、ストレスチェックの結果に基づき、当該労働者が医師による面接指導を受ける必要があるか否かを確認しなければならないものとする。

ウ 受検の勧奨

事業者は、実施者からストレスチェックを受けた労働者のリストを入手する等の方法により、労働者の受検の有無を把握し、ストレスチェックを受けていない労働者に対して、ストレスチェックの受検を勧奨することができるものとする。なお、この場合において、実施者は、ストレスチェックを受けた労働者のリスト等労働者の受検の有無の情報を事業者に提供するに当たって、労働者の同意を得る必要はないものとする。

エ ストレスチェック結果の通知及び通知後の対応

① 労働者本人に対するストレスチェック結果の通知方法

事業者は、規則第 52 条の 12 の規定に基づき、ストレスチェック結果が実施者から、遅滞なく労働者に直接通知されるようにしなければならない。

② ストレスチェック結果の通知後の対応

a) 面接指導の申出の勧奨

ストレスチェックの結果、高ストレス者として選定され、面接指導を受ける必要があると実施者が認めた労働者のうち、面接指導の申出を行わない労働者に対しては、規則第 52 条の 16 第 3 項の規定に基づき、実施者が、申出の勧奨を行うことが望ましい。

b) 相談対応

日常的な活動の中で当該事業場の産業医等が相談対応を行うほか、産業医等と連携しつつ、保健師、看護師若しくは精神保健福祉士等が相談対応を行う体制を整備することが望ましい。

オ ストレスチェック結果の記録及び保存

ストレスチェック結果の事業者への提供について、労働者から同意を得て、実施者から

その結果の提供を受けた場合は、規則第 52 条の 13 第 2 項の規定に基づき、事業者は、当該ストレスチェック結果の記録を作成して、これを 5 年間保存しなければならない。

(7) 面接指導の実施方法等

ア 面接指導の対象労働者の要件

規則第 52 条の 15 の規定に基づき、高ストレス者として選定された者であって、面接指導を受ける必要があると実施者が認めた者に対して、労働者からの申出に応じて医師による面接指導を実施しなければならない。

イ 実施方法

面接指導を実施する医師は、規則第 52 条の 17 の規定に基づき、面接指導において次に掲げる事項について確認するものとする。

- a) 当該労働者の勤務の状況（職場における当該労働者の心理的な負担の原因及び職場における他の労働者による当該労働者への支援の状況を含む。）
- b) 当該労働者の心理的な負担の状況
- c) b) のほか、当該労働者の心身の状況

ウ 面接指導の結果についての医師からの意見の聴取

法第 66 条の 10 第 5 項の規定に基づき、事業者が医師から必要な措置についての意見を聴くに当たっては、面接指導実施後遅滞なく、就業上の措置の必要性の有無及び講ずべき措置の内容その他の必要な措置に関する意見を聴くものとする。

エ 就業上の措置の決定及び実施

法第 66 条の 10 第 6 項の規定に基づき、事業者が労働者に対して面接指導の結果に基づく就業上の措置を決定する場合には、あらかじめ当該労働者の意見を聴き、十分な話し合いを通じてその労働者の了解が得られるよう努めるとともに、労働者に対する不利益な取扱いにつながらないように留意しなければならないものとする。

オ 結果の記録及び保存

規則第 52 条の 18 第 2 項の規定に基づき、事業者は、面接指導の結果に基づき、記録を作成し、これを 5 年間保存しなければならない。

(8) ストレスチェック結果に基づく集団ごとの集計・分析及び職場環境の改善

ア 集団ごとの集計・分析の実施

事業者は、規則第 52 条の 14 の規定に基づき、実施者に、ストレスチェック結果を一定規模の集団ごとに集計・分析させ、その結果を勘案し、必要に応じて、当該集団の労働者の実情を考慮して、当該集団の労働者の心理的な負担を軽減するための適切な措置を講じるよう努めなければならない。

イ 集団ごとの集計・分析結果に基づく職場環境の改善

事業者が措置の内容を検討するに当たっては、ストレスチェック結果を集団ごとに集計・分析した結果だけではなく、管理監督者による日常の職場管理で得られた情報、労働者からの意見聴取で得られた情報及び産業保健スタッフによる職場巡視で得られた情報等も勘案して職場環境を評価するとともに、勤務形態又は職場組織の見直し等の様々な観点から職場環境を改善するための必要な措置を講ずることが望ましい。このため、事業

者は、次に掲げる事項に留意することが望ましい。

(9) 労働者に対する不利益な取扱いの防止

事業者が、ストレスチェック及び面接指導において把握した労働者の健康情報等に基づき、当該労働者の健康の確保に必要な範囲を超えて、当該労働者に対して不利益な取扱いを行うことはあってはならない。このため、事業者は、次に定めるところにより、労働者の不利益な取扱いを防止しなければならないものとする。

ア 禁止されるべき不利益な取扱い

次に掲げる事業者による不利益な取扱いについては、一般的に合理的なものとはいえないため、事業者はこれらを行ってはならないものとする。

- ① 労働者が受検しないこと等を理由とした不利益な取扱い
 - a) ストレスチェックを受けない労働者に対して、これを理由とした不利益な取扱いを行うこと。
 - b) ストレスチェック結果を事業者に提供することに同意しない労働者に対して、これを理由とした不利益な取扱いを行うこと。
 - c) 面接指導の要件を満たしているにもかかわらず、面接指導の申出を行わない労働者に対して、これを理由とした不利益な取扱いを行うこと。
- ② 面接指導結果を理由とした不利益な取扱い
 - a) 解雇すること。
 - b) 期間を定めて雇用される者について契約の更新をしないこと。
 - c) 退職勧奨を行うこと。
 - d) 不当な動機・目的をもってなされたと判断されるような配置転換又は職位（役職）の変更を命じること。
 - e) その他の労働契約法等の労働関係法令に違反する措置を講じること。

(10) ストレスチェック制度に関する労働者の健康情報の保護

ストレスチェック制度において、同制度に関する労働者の健康情報の保護が適切に行われることが極めて重要であり、事業者がストレスチェック制度に関する労働者の秘密を不正に入手するようなことがあってはならない。このため、法第66条の10第2項ただし書の規定において、労働者の同意なくストレスチェック結果が事業者には提供されない仕組みとされている。このほか、事業者は、次に定めるところにより、労働者の健康情報の保護を適切に行わなければならないものとする。

ア 実施事務従事者の範囲と留意事項

規則第52条の10第2項の規定に基づき、ストレスチェックを受ける労働者について解雇、昇進又は異動に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者は、ストレスチェックの実施の事務に従事してはならない。

なお、事業者が、労働者の解雇、昇進又は異動の人事を担当する職員（当該労働者の解雇、昇進又は異動に直接の権限を持つ監督的地位にある者を除く。）をストレスチェックの実施の事務に従事させる場合には、次に掲げる事項を当該職員に周知させなければならないものとする。

- a) ストレスチェックの実施事務従事者には法第 104 条の規定に基づき秘密の保持義務が課されること。
- b) ストレスチェックの実施の事務は実施者の指示により行うものであり、実施の事務に関与していない所属部署の上司等の指示を受けてストレスチェックの実施の事務に従事することによって知り得た労働者の秘密を漏らしたりしてはならないこと。

イ ストレスチェック結果の事業者への提供に当たっての留意事項

事業者は、ストレスチェックの実施前又は実施時に労働者の同意を取得してはならないこととし、同意を取得する場合は次に掲げるいずれかの方法によらなければならないものとする。

- a) ストレスチェックを受けた労働者に対して当該ストレスチェックの結果を通知した後に、事業者、実施者又はその他の実施事務従事者が、ストレスチェックを受けた労働者に対して、個別に同意の有無を確認する方法。
- b) ストレスチェックを受けた労働者に対して当該ストレスチェックの結果を通知した後に、実施者又はその他の実施事務従事者が、高ストレス者として選定され、面接指導を受ける必要があると実施者が認めた労働者に対して、当該労働者が面接指導の対象であることを他の労働者に把握されないような方法で、個別に同意の有無を確認する方法。

なお、ストレスチェックを受けた労働者が、事業者に対して面接指導の申出を行った場合には、その申出をもってストレスチェック結果の事業者への提供に同意がなされたものとみなして差し支えないものとする。

ウ 集団ごとの集計・分析の結果の事業者への提供に当たっての留意事項

集団ごとの集計・分析を実施した実施者は、集団ごとの集計・分析の結果を事業者に提供するに当たっては、当該集団の労働者個人の同意を取得する必要はない。ただし、集計・分析の単位が 10 人を下回る場合には、集団ごとの集計・分析を実施した実施者は、集計・分析の対象となる全ての労働者の同意を取得しない限り、事業者に集計・分析の結果を提供してはならないものとする。

(11) その他の留意事項

ア 産業医等の役割

① ストレスチェック制度における産業医等の位置付け

産業医は、事業場における労働者の健康管理等の取組の中心的役割を果たすことが法令上想定されている。このため、産業医がストレスチェック及び面接指導を実施する等、産業医が中心的役割を担うことが適当である。

② 産業医の具体的な役割

- a) ストレスチェックの実施
- b) 面接指導の実施
- c) 事業者による医師の意見聴取

イ 派遣労働者に関する留意事項

集団ごとの集計・分析については、派遣先事業者において派遣労働者も含めた一定規模の

集団ごとにストレスチェック結果を集計・分析するとともに、その結果に基づく措置を実施することが望ましい。

ウ 外部機関にストレスチェック等を委託する場合の体制の確認に関する留意事項

ストレスチェック又は面接指導は、事業場の状況を日頃から把握している当該事業場の産業医等が実施することが望ましいが、事業者は、必要に応じてストレスチェック又は面接指導の全部又は一部を外部機関に委託することも可能である。

エ 労働者数 50 人未満の事業場における留意事項

常時使用する労働者数が 50 人未満の小規模事業場においては、ストレスチェックの実施は努力義務とされている。ストレスチェック及び面接指導を実施する場合は、産業保健総合支援センターの地域窓口（地域産業保健センター）等を活用して取り組むことができる。

3 「過重労働による健康障害を防止するために事業者が講ずべき措置」（過重労働による健康障害防止のための総合対策・平成 18 年 3 月 17 日付基発第 0317008 号）

（１）趣旨

長時間にわたる過重な労働は疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられ、さらには、脳・心臓疾患の発症との関連性が強いという医学的知見が得られている。当該知見を踏まえると、労働者が疲労を回復することができないような長時間にわたる過重労働を排除していくとともに、労働者に疲労の蓄積を生じさせないようにするため、労働者の健康管理に係る措置を適切に実施することが重要である。本措置は、このような背景を踏まえ、過重労働による労働者の健康障害を防止することを目的として、事業者が講ずべき措置を定めたものである。

（２）時間外・休日労働時間の削減

ア 時間外労働は本来臨時的な場合に行われるものであり、事業者は、36 協定の締結に当たっては、労働者の過半数で組織する労働組合又は労働者の過半数を代表する者とともにその内容が「労働基準法第 36 条第 1 項の協定で定める労働時間の延長の限度等に関する基準」（平成 10 年労働省告示第 154 号。以下「限度基準」という。）に適合したものとなるようにするものとする。

- ① 限度基準第 3 条ただし書又は第 4 条に定める「特別の事情」（限度時間を超える一定の時間まで労働時間を延長することができる事情）を定めた 36 協定については、この「特別の事情」が臨時的なものに限るとされていることに留意する。
- ② 月 45 時間を超えて時間外労働を行わせることが可能である場合であっても、事業者は、実際の時間外労働を月 45 時間以下とするよう努める。
- ③ 事業者は、休日労働についても削減に努めるものとする。

イ 事業者は、「労働時間の適正な把握のための使用者が講ずべき措置等に関する基準について」（平成 13 年 4 月 6 日付け基発第 339 号）に基づき、労働時間の適正な把握を行うものとする。

ウ 事業者は、裁量労働制対象労働者及び管理・監督者についても、健康確保のための責務があることなどに十分留意し、当該労働者に対し、過重労働とならないよう十分な

注意喚起を行うなどの措置を講ずるよう努めるものとする。

(3) 年次有給休暇の取得促進

事業者は、年次有給休暇を取得しやすい職場環境づくり、計画的付与制度の活用等により年次有給休暇の取得促進を図るものとする。

(4) 労働時間等の設定の改善

労働時間等の設定の改善に関する特別措置法（平成4年法律第90号）第4条第1項に基づく、労働時間等の設定の改善に適切に対処するために必要な事項を定める労働時間等設定改善指針に留意しつつ、必要な措置を講じるよう努めるものとする。

(5) 労働者の健康管理に係る措置の徹底

ア 健康管理体制の整備、健康診断の実施等

① 健康管理体制の整備及び健康診断の実施

事業者は、労働安全衛生法に基づき、産業医や衛生管理者、衛生推進者等を選任し、その者に事業場における健康管理に関する職務等を適切に行わせるとともに、衛生委員会等を設置し、適切に調査審議を行う等健康管理に関する体制を整備するものとする。なお、事業場が常時50人未満の労働者を使用するものである場合には、地域産業保健センターの活用を図るものとする。

② 自発的健康診断受診支援助成金の活用等

事業者は、自発的健康診断受診支援助成金制度や二次健康診断等給付制度の活用について、労働者への周知に努めるものとするとともに、労働者からこれらの制度を活用した健康診断の結果の提出があったときには、その結果に基づく事後措置についても講ずる必要があることについて留意するものとする。

イ 長時間にわたる時間外・休日労働を行った労働者に対する面接指導等

① 面接指導等（医師による面接指導及び面接指導に準ずる措置をいう。以下同じ。）の実施等

事業者は、労働安全衛生法等に基づき、労働者の時間外・休日労働時間に応じた面接指導等を次のとおり実施するものとする。

- a) 時間外・休日労働時間が1月当たり100時間を超える労働者であって、申出を行ったものについては、医師による面接指導を確実に実施するものとする。
- b) 時間外・休日労働時間が1月当たり80時間を超える労働者であって、申出を行ったもの（a)に該当する労働者を除く。）については、面接指導等を実施するよう努めるものとする。
- c) 時間外・休日労働時間が1月当たり100時間を超える労働者（a)に該当する労働者を除く。）又は時間外・休日労働時間が2ないし6月の平均で1月当たり80時間を超える労働者については、医師による面接指導を実施するよう努めるものとする。
- d) 時間外・休日労働時間が1月当たり45時間を超える労働者で、健康への配慮が必要と認めた者については、面接指導等の措置を講ずることが望ましいものとする。

事業者は、労働安全衛生法等に基づき、面接指導等の実施後の措置等を次のとおり実施するものとする。

- a) ①の a)の医師による面接指導を実施した場合は、その結果に基づき、労働者の健康を保持するために必要な措置について、遅滞なく医師から意見聴取するものとする。また、その意見を勘案し、必要があると認めるときは、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少など適切な事後措置を講ずるものとする。
- b) ①の b)から d)までの面接指導等を実施した場合は、a)に準じた措置の実施に努めるものとする。

② 面接指導等を実施するための手続等の整備

事業者は、①の面接指導等を適切に実施するために、衛生委員会等において、以下の事項について調査審議を行うものとする。また、この結果に基づく必要な措置を講ずるものとする。

- a) 面接指導等の実施方法及び実施体制に関すること。
- b) 面接指導等の申出が適切に行われるための環境整備に関すること。
- c) 面接指導等の申出を行ったことにより当該労働者に対して不利益な取扱いが行われることがないようにするための対策に関すること。

③ 常時 50 人未満の労働者を使用する事業場の対応

常時 50 人未満の労働者を使用する事業場においても、①及び②の措置を実施する必要があるが、①については、事業者自ら医師を選任し、面接指導を実施することが困難な場合には、地域産業保健センターの活用を図るものとする。

ウ 過重労働による業務上の疾病を発生させた場合の措置

事業者は、過重労働による業務上の疾病を発生させた場合には、産業医等の助言を受け、又は必要に応じて労働衛生コンサルタントの活用を図りながら、原因の究明及び再発防止の徹底を図るものとする。

4 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き（改訂平成 24 年 7 月）

（1）趣旨

ア 趣旨

平成 18 年の改正労働安全衛生法令に基づき、職場におけるメンタルヘルス対策の推進が図られてきたところであるが、心の健康問題により休業している労働者が増加しているとする調査結果や休業後の職場復帰支援がスムーズに進まないという調査結果等もあり、職場復帰支援に関する社会的関心が高まっている。このようなことから、より円滑な職場復帰を支援するために事業者によって行われることが望ましい事項等について検討がなされ、「手引き」の改訂が行われた。

イ 職場復帰支援の基本的考え方

心の健康問題で休業している労働者が円滑に職場に復帰し、業務が継続できるようにするためには、休業の開始から通常業務への復帰までの流れをあらかじめ明確にしておく必要がある。

事業者は本手引きを参考にしながら衛生委員会等において調査審議し、産業医等の助言を受け、個々の事業場の実態に即した形で、事業場職場復帰支援プログラム（以下「職

場復帰支援プログラム」という。)を以下の要領で策定し、それが組織的かつ計画的に行われるよう積極的に取り組むことが必要である。

- ・ 職場復帰支援プログラムには、職場復帰支援の標準的な流れを明らかにするとともに、それに対応する手順、内容及び関係者の役割等について定める。
- ・ 職場復帰支援プログラムを円滑に実施するために必要な関連規程等や体制の整備を行う。
- ・ 職場復帰支援プログラム、関連規程等及び体制については、労働者、管理監督者及び事業場内産業保健スタッフ等に対し、教育研修の実施等により十分周知する。

(2) 職場復帰支援の流れ

本手引きによる職場復帰支援の流れは、病気休業開始から職場復帰後のフォローアップまでの次の5つのステップからなっている。

<第1ステップ>

病気休業開始及び休業中のケアの段階であり、「労働者からの診断書(病気休業診断書)の提出」、「管理監督者によるケア及び事業場内産業保健スタッフ等によるケア」、「病気休業期間中の労働者の安心感の醸成のための対応」及び「その他」で構成される。

<第2ステップ>

主治医による職場復帰可能の判断の段階であり、「労働者からの職場復帰の意思表示と職場復帰可能の判断が記された診断書の提出」、「産業医等による精査」及び「主治医への情報提供」で構成される。

<第3ステップ>

職場復帰の可否の判断及び職場復帰支援プランの作成の段階であり、「情報の収集と評価」、「職場復帰の可否についての判断」及び「職場復帰支援プランの作成」で構成される。

<第4ステップ>

最終的な職場復帰の決定の段階であり、「労働者の状態の最終確認」、「就業上の配慮等に関する意見書の作成」、「事業者による最終的な職場復帰の決定」及び「その他」で構成される。

<第5ステップ>

職場復帰後のフォローアップの段階であり、「疾患の再燃・再発、新しい問題の発生等の有無の確認」、「勤務状況及び業務遂行能力の評価」、「職場復帰支援プランの実施状況の確認」、「治療状況の確認」、「職場復帰支援プランの評価と見直し」、「職場環境等の改善等」及び「管理監督者、同僚等への配慮等」で構成される。

(3) 職場復帰支援の各ステップ

ア 病気休業開始及び休業中のケア<第1ステップ>

病気休業開始時、労働者から診断書(病気休業診断書)の提出を受けた管理監督者等は、人事労務管理スタッフ及び事業場内産業保健スタッフに連絡する。休業を開始する労働者に対しては、療養に専念できるよう安心させると同時に、休業中の事務手続きや職場復帰支援の手順についての説明を行う。

イ 主治医による職場復帰可能の判断<第2ステップ>

休業中の労働者から職場復帰の意思が伝えられると、事業者は労働者に対して主治医による職場復帰可能の判断が記された診断書（復職診断書）を提出するよう伝える。診断書には就業上の配慮に関する主治医の具体的な意見を含めてもらうことが望ましい。

ウ 職場復帰の可否の判断及び職場復帰支援プランの作成<第3ステップ>

安全でスムーズな職場復帰を支援するためには、最終的な職場復帰決定の手続きの前に、必要な情報の収集と評価を行った上で職場復帰の可否を適切に判断し、さらに職場復帰支援プランを準備しておくことが必要である。このプロセスは、本手引きで示す職場復帰支援の手続きにおいて中心的な役割を果たすものであり、事業場内産業保健スタッフ等を中心に、管理監督者、当該労働者の間で十分に話し合い、よく連携しながら進めていく必要がある。

エ 最終的な職場復帰の決定<第4ステップ>

職場復帰の可否についての判断及び職場復帰支援プランの作成を経て、事業者としての最終的な職場復帰の決定を行う。また、職場復帰の可否の決定に当たっては、労働者にとってもきわめて重要なものであり、また、私法（契約法）上の制約を受けることにも留意の上、社内手続きに従い、適正に行われるべきである。

オ 職場復帰後のフォローアップ<第5ステップ>

職場復帰後は、管理監督者による観察と支援の他、事業場内産業保健スタッフ等による定期的又は就業上の配慮の更新時期等に合わせたフォローアップを実施する必要がある。フォローアップのための面談においては、下記のアからキまでに示す事項を中心に労働者及び職場の状況につき労働者本人及び管理監督者から話を聞き、適宜職場復帰支援プランの評価や見直しを行っていく。

（４） 管理監督者及び事業場内産業保健スタッフ等の役割

ア 管理監督者

管理監督者は、事業場内産業保健スタッフ等と協力しながら職場環境等の問題点を把握し、それらの改善を図ることで職場復帰支援における就業上の配慮を履行する。また、復帰後の労働者の状態についても事業場内産業保健スタッフ等と協力しながら注意深い観察を行っていく。人事労務管理上の問題については人事労務管理スタッフと連携して適切な対応を図っていく。

イ 人事労務管理スタッフ

人事労務管理スタッフは、人事労務管理上の問題点を把握し、職場復帰支援に必要な労働条件の改善や、配置転換、異動等についての配慮を行う。職場復帰支援においては、産業医等や他の事業場内産業保健スタッフ等と連携しながらその手続きが円滑に進むよう調整を行う。

ウ 産業医等

産業医等は、職場復帰支援における全ての過程で、管理監督者及び人事労務担当者の果たす機能を専門的な立場から支援し、必要な助言及び指導を行う。特に、労働者の診療を担当している主治医との連携を密にし、情報交換や医療的な判断においては、専門的立場から中心的な役割を担う。労働者や主治医から知り得た情報についてはプライバシーに

配慮しながら、関係者間で取り扱うべき情報について調整を行い、就業上の配慮が必要な場合には事業者に必要な意見を述べる立場にある。

エ 衛生管理者等

衛生管理者等は、産業医等の助言、指導等を踏まえて、職場復帰支援が円滑に行われるよう労働者に対するケア及び管理監督者のサポートを行う。また、必要に応じて人事労務管理スタッフや事業場外資源との連絡調整にあたる。

メンタルヘルス指針に基づき「事業場内メンタルヘルス推進担当者」を選任している場合は、当該者にこれらの職務を行わせることが望ましい。また、50人未満の小規模事業場においては、衛生推進者又は安全衛生推進者は、労働者、管理監督者及び主治医と連携し、地域産業保健センター、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等の事業場外資源を活用しながら、職場復帰支援に関する業務を担当する。

オ 保健師等

保健師等は、産業医等及び衛生管理者等と協力しながら労働者に対するケア及び管理監督者に対する支援を行う。

(5) プライバシーの保護

職場復帰支援において扱われる労働者の健康情報等のほとんどが、労働者のプライバシーに関わるものであり、これを適正に取り扱い、労働者のプライバシーの保護を図らなければならない。

(6) その他職場復帰支援に関して検討・留意すべき事項

ア 主治医との連携の仕方

主治医との連携に当たっては、事前に当該労働者への説明と同意を得ておく必要がある。また、主治医に対し、職場復帰支援に関する事業場の規則、プライバシーに関する事項、事業場で本人に求められる業務の状況等について十分な説明を行うことが必要である。

イ 職場復帰可否の判断基準

職場復帰可否について個々のケースに応じて総合的な判断を行わなければならない。労働者の業務遂行能力が職場復帰時には未だ病前のレベルまでは完全に改善していないことも考慮した上で、職場の受け入れ制度や態勢と組み合わせながら判断する。

職場復帰判断基準の例として、次のものがある。

- ・労働者が職場復帰に対して十分な意欲を示し、通勤時間帯に一人で安全に通勤ができること
- ・会社が設定している勤務日に勤務時間の就労が継続して可能であること、業務に必要な作業（読書、コンピュータ作業、軽度の運動等）をこなすことができること
- ・作業等による疲労が翌日までに十分回復していること等の他、適切な睡眠覚醒リズムが整っていること
- ・昼間の眠気がないこと
- ・業務遂行に必要な注意力・集中力が回復していること等

ウ 試し出勤制度等

- ① 模擬出勤：職場復帰前に、通常の勤務時間と同様な時間帯において、短時間又は通常の勤務時間で、デイケアに参加したり図書館などで時間を過ごす。
- ② 通勤訓練：職場復帰前に、労働者の自宅から職場の近くまで通常の出勤経路で移動を行い、そのまま又は職場付近で一定時間を過ごした後に帰宅する。
- ③ 試し出勤：職場復帰前に、職場復帰の判断等を目的として、本来の職場などに試験的に一定期間継続して出勤する。

ただし、この制度の導入に当たっては、この間の処遇や災害が発生した場合の対応、人事労務管理上の位置づけ等について、あらかじめ労使間で十分に検討しておくとともに、一定のルールを定めておく必要がある。

エ 職場復帰後における就業上の配慮等

就業上の配慮の個々のケースへの適用に当たっては、どのような順序でどの項目を適用するかについて、主治医に相談するなどにより、慎重に検討するようにすることが望ましい。

オ 事業場外資源の活用等

職場復帰支援における専門的な助言や指導を必要とする場合には、それぞれの役割に応じた事業場外資源を活用することが望ましい。特に 50 人未満の小規模事業場では、必要に応じ、地域産業保健センター、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等の事業場外資源を活用することが有効であり、衛生推進者又は安全衛生推進者は、事業場内の窓口としての役割を果たすよう努めることが必要となる。

第3章 建設事業者に対するメンタルヘルス対策の必要性についての周知啓発

1 周知啓発の必要性

第1章でみたとおり、建設業においてメンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場の割合は、厚生労働省の調査によると、平成25年時点で53.8%と全産業平均に比べ6.9ポイントも下回っており、さらに、労研に委託して実施した調査では、ストレスチェック制度が施行になる直前の平成27年9月時点でも、32.6%と厚生労働省の調査結果を大幅に下回る結果であった。これらの数値は、第12次労働災害防止計画に定める「平成29年までにメンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場の割合を80%以上とする」という目標にほど遠く、このまま何も手を打たず推移するならば、国の目標を達成することを建設業が大きく足を引っ張る事態となることが危惧される。

また、ストレスチェックを事業場が実施する場合は、その前提として、ストレスチェック制度を実施する心の健康づくり計画の策定、衛生委員会での審議、ストレスチェック実施者の選定及び面接指導を担当する医師の確保等、メンタルヘルス対策を推進する体制を整備する必要があるが、建設業の現状では、それらの事項を全く行っていない事業場が7割近くに上っている。こうした事実を踏まえたうえで、その改善を図る取り組みを実施することが急務となっている。

ただし、その一方で、労研の調査によると、メンタルヘルス対策未着手事業場の今後の取組予定については「予定がある」、「検討中」を合わせると、60.9%になり、6割以上の事業場が今後の取組に積極的姿勢を見せている。

また、労働者数50人以上の事業では、平成27年12月1日から平成28年11月30日までの間に、労働者に対して少なくとも1回はストレスチェックを実施しなければならない義務が課されたことから、建設事業者を含め、社会的にもストレスチェック制度やメンタルヘルス対策に対して大きな関心が集まっている。

このため、メンタルヘルス対策の導入について、かつてないほど機運が高まっている今この時期に、メンタルヘルス対策の必要性についての的確かつ積極的な周知・啓発を行えば、取り組みが大きく遅れている建設業においてもメンタルヘルス対策に取り組む契機になると考えられる。

2 周知啓発する内容

事業者が行うべきメンタルヘルス対策については、第2章にあるとおり、「メンタルヘルス指針」をはじめ、法令や通達において、具体的かつ詳細に定められている。建設事業者に対してメンタルヘルス対策の必要性について周知啓発する際には、まずこれらの法令・通達の周知を図ることが第一義であると思われるが、残念ながらこれらの法令等には建設業の特性に配慮した内容が見当たらず、建設事業者が積極的にメンタルヘルス対策に取り組もうとするような機微に触れる記述が少ない。

建設業は、メンタルヘルス対策について他産業に遅れをとっている面はあるものの、第1章で見たように、例えばリスクアセスメントを実施している事業場割合は、建設業では82.2%もあり、全産業平均より29.1ポイントも高い等、労働災害防止活動は極めて積極的に

行われている。そしてその対策のネットワークは、建設事業者の企業内組織はもとより、安全協力会等企業系列の組織、業界団体や地域の組織等を通じて縦横に張り巡らされており、労働安全衛生に関する災害事例や対策の好事例等有意な情報の共有化を図る社会的システムは、建設業の場合、すでに構築され、有効に機能している。

また、建設現場では、「メンタルヘルス」という意識を持って取り組んでいるわけではないが、第6章の事例にみるように、KY活動時の指差呼称の際に、安全帯の確認等と合わせ、「顔色は良いか」という問いかけを行うほか、「職長会」主導でレクレーション活動を行うなど現場内のコミュニケーションを図るための様々な取り組みがなされるなど、災害防止活動の一環として言えばメンタルヘルスカの一次予防的な職場環境の改善はすでに多くの建設現場で実施されている。

このように、建設事業者がすでに現実的に行っている災害防止活動、そのネットワーク活動、そしてメンタルヘルスカにも通じる職場改善活動の取組に沿った形でメンタルヘルス指針等に定めるメンタルヘルスカ対策の内容を示し得れば、建設事業者の機微に触れ、意識的にメンタルヘルスカ対策に取り組む機運が醸成されると思われる。

また、メンタルヘルスカ対策を行う意義は、労働者の「うつ」などのメンタル不調を予防し心身の健康を確保するとともに精神障害や自殺を防止することが第一であるが、第1章の労災補償状況や民事裁判例からみたように、民事上の損害賠償責任等法的リスクを回避し企業の経済的損失を回避する側面もある。

このため、建設事業者に直接メンタルヘルスカ対策の必要性を訴える場合は、労働者の心の健康を確保することの意義とともに、労働者の業務に起因した精神障害事案が発生した場合は安全配慮義務違反により民事上の損害賠償責任を負うことがあるなど、企業経営上からの必要性についても周知することが要諦である。

3 周知啓発の方法

建設事業者にメンタルヘルスカ対策の必要性を周知するには、(2)で述べたとおり、建設事業者が様々なネットワークを通じて行っている災害防止活動等を活用して周知することが効果的で効率的である。

例えば、次のような周知啓発の方法が考えられる。

① 全国労働衛生週間の活用

全国労働衛生週間（毎年9月1日から9月30日までを準備期間、10月1日から7日までを本週間）を活用して、例えば「安全施工サイクルの9月の活動はストレスチェックを実施する」という取り組みを建設業全体で行うことを呼びかけるなど、具体的かつ分かりやすい取り組みを行う。

② 全国建設業労働災害防止大会の活用

毎年、5000名を超える建設業の安全衛生担当者が参集する全国建設業労働災害防止大会の場で、メンタルヘルスカに関する講演、シンポジウムを開催することにより建設業におけるメンタルヘルスカ対策の必要性・進め方について理解を促す。その際、建設業の安全衛生担当者のみならず産業保健関係者の参加も促し、相互の交流を図ることも意味があると思わ

れる。

③ 事業主セミナーの開催

上記（２）のとおり、メンタルヘルス対策の実施は企業経営にも重要なかわりがあることから、メンタルヘルスに係る医学的側面のみならず法的側面、人事管理的側面について事業主に直接訴えることにより、建設業のメンタルヘルス対策の普及定着を図る。

④ 安全衛生担当者への周知

メンタルヘルス対策は企業の人事、総務部門が主管することが一般的であるが、第１章の（２）の②で見たとおり労研の調査結果によれば、建設業の場合、中小規模の専門工事業では安全部門が担当している割合が４割（39.4%）あることから、安全衛生担当者にメンタルヘルスに関する知識を付与することも重要である。

⑤ 産業保健総合支援センターとの連携

産業保健総合支援センターが行う産業保健スタッフへの支援、情報の提供等を利用して建設事業者に対しても周知啓発を行うとともに、地域産業保健センターを活用してメンタルヘルス対策の助言・指導や労働者への面接指導等のサービスの提供を受けられるよう連携を深める。

第4章 建設事業者としてメンタルヘルス対策を進めるうえでの留意点

1 メンタルヘルスカケア推進に当たっての要点

(1) 労働災害防止活動と連動して実施することが効率的

第3章で見たとおり、建設業は他産業以上に労働災害防止活動を積極的に行っており、メンタルヘルスカケアの一次予防的な職場環境改善の活動においてもすでに多くの建設現場で実施されている。このため、こうした活動に対して、「メンタルヘルス」という新たな観点をもって活動の再構築を行っていけば比較的スムーズにメンタルヘルス対策が進むのではないかと考えられる。

例えば、仕事上の連携を高めるために行われている職長会主導によるレクリエーション活動に対して、建設業におけるメンタル不調の原因は「対人関係」が最も多い（第1章の1参照）ということを確認したうえで、特に新規入場者等に細やかな配慮を行いつつコミュニケーションを図るように対応することで、メンタルヘルスカケアの一次予防としての職場環境改善活動の一環となり得ると思われる。

また、事業者としてメンタルヘルス対策を効果的に進めるためには、第2章で見たとおり「メンタルヘルス指針」で示されているようにメンタルヘルスカケアの具体的な進め方に関して、安全衛生委員会等において十分調査審議を行い、「心の健康づくり計画」を策定する必要がある。その際、この計画を単独で作成するよりもすでに建設業界に定着している毎年策定する「店社安全衛生計画」及び工事を受注した際に策定する「作業所安全衛生計画」に取り込んで策定することが、策定にあたっての労力も少なく、かつ、その計画を周知、実行する段階においても効果的、効率的に進めることが可能になると思われる。

以上のように、建設業においては、すでに行っている労働災害防止対策とメンタルヘルス対策を有機的に関連付けて実施することで、労働者に対するメンタルヘルスカケアもスムーズかつ効果的に進めることができると考えられる。

なお、両対策の関連付けに当たっては、社内の安全衛生担当部門とメンタルヘルスを担当している人事・総務部門の緊密な連携が必要であるとともに、産業医等産業保健スタッフと安全衛生担当者が綿密な打ち合わせを行い、日ごろから連絡を密にしておくことが肝要である。

(2) 実践的な具体的アプローチを提示することが有効

メンタルヘルスカケアを進めるに当たっては、前述のとおり「心の健康づくり計画」を策定し、その実施に当たっては、安全衛生部門、人事・総務部門が連携を図りつつ関係者に対する教育研修、情報の提供を行い、「4つのケア」（第2章の1参照）を推進し、職場環境の改善（1次予防）、メンタル不調への対応（2次予防）、職場復帰のための支援（3次予防）を行う必要があるが、教育研修や情報提供を行う際には、「職場の人間関係とメンタルヘルスカケア」に十分留意する必要がある。

職場の人間関係によるストレスは、メンタルヘルス対策を進めるうえで、重要な課題であり、とりわけ建設現場においては、次節で述べるように複数の事業者が混在しており、しかも作業員の流動性が高いことから労働者がストレスフルになる状況が現出しやすいため、最も留意しなければならない課題である。

特に、職場において嫌がらせ、いじめ、パワハラ、セクハラ等のハラスメントによる精神障害の労災認定は増加傾向（第1章の1参照）にあることから、これらの防止には具体的かつ効果的な方法で臨む必要がある。

そこで、これらを防止するための教育研修や情報提供を行う際には、理論や感情論を示すだけでなく、例えば、次のようなパワハラ6類型を示す等、具体的な行動パターンをわかりやすく提示し行動の変容を促すことが重要である。



図表 20

2 ストレスチェック制度の導入に当たっての留意点

労働者数50人以上の事業場には、平成27年12月1日から、常時使用する労働者に対してストレスチェックが義務付けられ、平成28年11月30日までの間に少なくとも1回はストレスチェックを実施しなければならない。また、50人未満の事業場においても努力義務が課されており、同様にストレスチェックを実施することが望まれている。

このため、建設業においてもストレスチェック制度を導入するための環境整備を早急に進め、ストレスチェックを実際に実施する必要性に迫られている。

ストレスチェック制度の目的は、第2章の2で述べたとおり、労働者のストレスの程度を把握し、労働者自身のストレスへの気付きを促すとともに、職場改善につなげ、働きやすい職場づくりを進めることによって、労働者がメンタル不調となることを未然に防止すること、すなわちメンタルヘルスの1次予防にあるが、建設業では、この職場改善については、「メンタルヘルス」の観点ではないが、「労働災害防止」の観点から様々な取り組みが現実的に行われており、その取り組みはメンタルヘルスにも有効であるということはすでに述べた。そして、こうした取り組みはメンタルヘルスの1次予防のツールとして実効性もあることから、メンタルヘルスの観点についても明確に認識したうえで、今後とも継続・発展させていくことが重要である。

一方で、建設事業者の多くにとっては、労働者のメンタル不調を未然に防止するための労働者のストレスの状況について検査を行い、本人にその結果を通知して自らのストレス状況について気付きを促すというストレスチェックの試みはかつて経験したことがないと思われる。

このため、ストレスチェックの実施に当たっては、事業主をはじめ関係者がその意義・目的を十分認識したうえで、労働者が安心して受験できる環境を整備したのち、実施することが肝要である。

なお、実施に当たっては、ストレスチェック指針を理解するとともに、厚生労働省が作成した「労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル」（平成27年5月）を参考にすることが有効である。

同マニュアルはストレスチェック実施に当たっての詳細な手順、個人情報等の情報管理についてのその目的、実際の管理方法等きめ細かに対応方法を記載されているので、これを参照しつつストレスチェックを実施することを勧める。

また、ストレスチェックが努力義務とされている労働者数50人未満の事業場においては、ストレスチェック後の面接指導において地域産業保健センターを活用でき、さらに、小規模事業場が集団を形成し取り組む場合は助成金制度もあるので、活用が望まれる。（第7章参照）

3 メンタルヘルス対策推進体制の整備

メンタルヘルス対策は、一次予防、二次予防、三次予防の各フェーズにおいて関係者が有機的な連携をとり、情報共有することが必要となる。いかなる体制を整備すべきかについては、メンタルヘルス指針に触れられているところであるが、ここでは建設事業者が事業場内

外において、いかなる連携を図り体制を構築すべきかを論ずる。

まず、事業場内においては、安衛法規定の衛生委員会又は安全衛生委員会といった合議体を中心に衛生管理体制が推進されることとなる。当該合議体は、労使、産業医、衛生管理者等によって構成され、衛生に関する付議事項の調査審議がなされる。メンタルヘルスについては、安衛則に「労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策の樹立に関すること」の定めがあり、これに基づき、心の健康づくり計画の策定、推進体制の整備、ストレスチェックを含むメンタルヘルス諸活動の具体的実施方法、個人情報保護等について審議を行うこととなる。

事業場内においてメンタルヘルス対策の実務を担う者は、衛生委員会又は安全衛生委員会の構成員に限らず、人事労務担当者、産業保健スタッフ、所属長等、多岐にわたる。それぞれの主な役割は、以下のとおりである。

経営者・統括安全衛生管理者	メンタルヘルス対策に関する方針表明、衛生管理者等の事業場内担当者の統括管理など。
産業医	メンタルヘルス対策全般に関する専門的助言・指導、ストレスチェック及び面接指導の実施、教育研修の実施、セルフケア・ラインケアへの支援、就業上の配慮が必要な場合の意見具申、専門的治療を要する場合の事業場外資源との連絡調整など。
衛生管理者等 (安全管理担当者)	ストレスチェック制度担当者として実施計画の策定、産業医の助言指導を踏まえた教育研修の企画・実施、相談体制の整備、職場環境改善の評価と改善、事業場外資源との連絡調整など。
保健師等	産業医等と連携して行うストレスチェックの実施、教育研修の実施、セルフケア・ラインケアへの支援、労働者等からの相談対応、職場環境改善の評価と改善、保健指導など。
人事労務担当者	適正労働配置、適正労働条件、作業環境等への配慮など。
所属長（管理監督者）	ラインケア（「いつもと違う」部下の把握、相談対応、復職支援等）の実施など。

図表 21

以上のように、事業場内では多様な人材がメンタルヘルス対策に関与することとなる。とりわけ、建設業では労働災害防止の観点からメンタルヘルス対策に通じる活動が従前より営まれてきた背景を踏まえれば、安全管理担当者も含めて体制を整備することが有用であろう。そして、これらのスタッフはそれぞれ事業場内における立場が異なることから、予め関係者間のネットワークを構築し、様々な意見を集約した上でメンタルヘルス諸活動に反映させることが肝要である。

また、未然防止の観点からは、事業場内で常日頃から相互に接点を持ち、相談しやすい雰囲気醸成することの必要性が指摘されている。これは、ストレスチェック実施によって労働者の気づきを促進し、早期対応を行う上においても不可欠なものといえる。こうした環境

を形成するための牽引役として、それぞれのメンタルヘルスに関与する社内担当者がその役割を実践することが求められる。

さらに、第1章2（2）の調査から全体の2割（16.1%）が「メンタルヘルス対策を進める上での課題」として「産業医等の専門家との連携不足」を挙げていることを踏まえれば、既存の体制のどこに連携の不具合が生じているか等、その原因を検討し、改善の方策を講ずることも併せて必要であろう。

次に、事業場外資源についてであるが、メンタルヘルス対策を推進するにあたっては、事業場内の担当者だけでは対応し得ないケースがままあることから、専門的知識を有する事業場外の資源を活用することが有効である。以下、主な事業場外資源を列挙する。

産業保健総合支援センター	事業場内産業保健スタッフ等に対し、産業保健全般に関する相談対応、研修等のサービスを提供する。 http://www.johas.go.jp/shisetsu/tabid/578/Default.aspx （※平成28年4月以降）
地域産業保健センター	産業医選任義務のない労働者数50人未満の小規模事業場の労働者及び事業者に対し、産業保健サービスの提供を行う。 http://www.johas.go.jp/sangyouhoken/tabid/333/Default.aspx （※平成28年4月以降）
中央労働災害防止協会	労働災害防止を目的として設立した団体。メンタルヘルスに関し、事業場内スタッフ等に対する教育研修や情報提供、助言等のサービスを提供する。 http://www.jisha.or.jp/

図表 22

とりわけ、事業場内に人的資源が乏しい中小規模事業場は、積極的にこれら外部の資源を利用することが必要である。この点については、第1章2（2）の調査からは、地産保センターないし産保センターの活用率が低く、中小規模事業者において外部資源が未活用である実態から、第7章において詳述することとする。

事業場外資源を活用するに際して重要となるのは、事業場内担当者と事業場外資源とのネットワークを構築するだけでなく、労働者全員に対して効果的な事業場外資源の情報提供を行うことである。事業場内担当者は、それぞれの事業場外資源のサービス内容、利用方法等について、わかりやすく周知啓発することが望まれる。

4 相談体制の整備

前掲厚労省調査では、メンタルヘルス対策の上位取組みに「相談体制の整備」（41.8%）が挙げられているが、建設業においては、この点の実施率（32.1%）が低調であることが第1章2（2）の調査から明らかとなった。前記3で述べたとおり、事業場内に気兼ねなく相談できる雰囲気を醸成することは高ストレス者のセーフティネットの役割を果たし、ストレス

チェック制度施行後はますます、その必要性が高まると考えられる。したがって、社内外における相談窓口を設置する等して、早急に相談体制を整備することが求められる。

相談窓口の設置については、社内外の資源を活用し進められることになる（第7章参照）が、ここで留意すべきは、労働者が「気軽にいつでも」利用できる窓口とすることである。この点、企業規模、職場風土等の実態を踏まえて構築すべきものであるが、具体例としては次のものが考えられる。

産業医選任義務のある中・大規模事業場では、産業医による巡視活動の一環の中で面談の時間を設定する、社内ポータル・イントラネットを利用した相談、対面、メール、電話等、相談方法のバリエーションを増やした対応等が挙げられる。他方、小規模事業場については第7章で触れることとするが、事業場外の資源を効果的に活用することが基本となろう。

5 教育研修の実施

第1章2（2）の調査から、建設業におけるメンタルヘルスに関する教育研修は、全産業並み又はそれを上回る実施率であることが判明した。メンタルヘルス教育は、労働者に対するセルフケア、管理監督者に対するラインケア、事業場内スタッフに対するケアの3つに大別される。

労働者	メンタルヘルスに関する事業場の方針、メンタルヘルスに関する基礎知識、ストレスへの気づきと対処法、自発的な相談の必要性、相談先に関する情報提供など。
管理 監督者	メンタルヘルスに関する事業場の方針、メンタルヘルス対策の必要性、ラインケアの内容・役割、職場環境の評価、改善の方法、部下からの相談対応など。
事業場内 スタッフ	メンタルヘルスに関する事業場の方針、心の健康づくり計画の策定・体制整備、メンタルヘルス対策の必要性、事業場内スタッフによるケアの内容・役割、職場環境の評価、改善の方法、労働者からの相談対応、職場復帰支援の方法、事業場内外における関係者との連携、教育研修、健康情報等、個人情報への取扱いなど。

図表 23

いずれの教育を行う場合も、年に1回定期的に実施する等、計画的かつ継続的に行うことが望ましい。

以下、労働者および管理監督者への教育につき、建設事業者が留意すべきことについて若干の補足を行う。

まず、セルフケアでは、ストレスチェックの実施を前提として、ストレスへの気づき、ストレスへの対処と自発的な相談を内容とする知識、技法の習得が推奨される。これはストレスチェックの実効性を高めるものであり、ストレスチェックの実施時期等を踏まえ、行うことが有用であると考えられる。その他、前記のとおり、建設現場では作業員の流動性が高いことを背景としてディスコミュニケーションが生じやすい等、現場特有のストレスサーが表明化しやすい傾向にあると考えられる。したがって、教育の内容は、こうした点も加味し

構成することが望ましい。昨今はポジティブメンタルヘルスの観点から、職域においても働きがい、レジリエンスを高める教育が盛んに取り入れられており、多様な角度から、労働者が自らの健康に目を向ける機会を設定し、実施することが望まれる。

次に、ラインケアであるが、管理監督者はメンタルヘルス対策の実務上の支柱となって活動するキーパーソンであることからして、「いつもと違う」部下の把握と対応、部下からの相談対応、職場環境改善等に関する最低限の知識を習得することが求められる。それとともに、管理監督者は安全配慮義務の履行主体でもあることから、前記パワハラ6類型、労災事故の事例、認定基準を引用する等して具体例を挙げ、管理監督者の法的責任を明示する内容も併せて取り入れることが望ましい。

その他、現行の安全教育にメンタルヘルスの項目を盛り込む、職場において望ましい行動パターンを明示する等の体感的アプローチを取り入れる等、建設業の業種特性に適合した工夫を教育研修の内容にも反映させる必要があると考えられる。

第5章 統括管理下の建設現場におけるメンタルヘルス対策のあり方

1 建設現場におけるメンタルヘルス対策の必要性

メンタルヘルス対策に関する国の主要施策の推移及び同対策を進めるための基本的事項については、それぞれ第1章の4及び第2章で詳しく見た。ただし、これらの施策や実施すべき基本的事項の措置義務者はあくまで事業者であり、かつ、その対象は直接雇用関係のある労働者である。また、それらには建設業の特性に配慮した内容は見当たらないことから、建設業の特性に留意したうえで雇用関係のある労働者に対する事業者責任としてのメンタルヘルス対策の進め方について、前章で検討した。

しかしながら、建設業、とりわけ日本の建設業の特性として、その生産拠点である建設現場では重層下請け関係で工事が行われており、同一の場所で複数の事業者の労働者が混在して作業を行っている。このため、こうした混在による労働災害を防止するため、労働安全衛生法では「統括管理」の考え方により労働安全衛生に関し事業者責任と合わせ、元方事業者に対しても種々の安全衛生に関する措置を行うよう規定している。

すなわち、同法第15条において、建設業等特定事業を行う特定元方事業者（請負契約のうち、最も先次の請負契約における注文者）は、その労働者及び関係請負人の労働者が同一の場所で作業を行うことによって生ずる労働災害を防止するため、一定規模以上の現場では「統括安全衛生責任者」を選任し、同法第30条第1項各号の事項を統括管理しなければならない、と定めている。また、同法第30条第1項では、特定元方事業者が講ずべき措置として、①協議組織の設置・運営、②作業間の連絡・調整、③作業場所の巡視、④関係請負人が行う安全または衛生のための教育に対する指導・援助等の事項を定めている。

さらに、同法第31条では、特定事業を自ら行う注文者の責任として、足場や架設通路等の「建設物等」を請負人に提供して使用させるときは、労働災害を防止するための必要な措置を義務付けるなど元方事業者としてのさまざまな安全管理措置を定めている。

こうしたことから、我が国の建設現場では、それぞれの請負人の事業者責任としての安全衛生管理に加え、元請け、とりわけ特定元方事業者による安全衛生管理がきめ細かく行われており、現実的には、法が定める以上に元請け（特定元方事業者）の主導による安全衛生管理が徹底して行われている。このことが建設現場における安全衛生管理はすべて元方事業者にあるというような意識を一般的に浸透させることにもつながっている。

一方、第1章の3でみたように、民事裁判では、昭和55年のO塗装・K建設事件（最高裁判決）以降、建設現場における労災事故に関して、元請け企業と下請け労働者間の安全配慮義務について争われる事案が増え、精神障害事案についても訴えが提起された。本事案では精神障害の発症は否定されたが、今後は下請け労働者の精神障害事案について事業者のみならず実質的指揮監督関係にある元請け等に対しても安全配慮義務違反を問う民事訴訟が提起される可能性は高いといわれている。

労働安全衛生法による「統括安全衛生管理」と民事訴訟上の実質的指揮監督関係にある「安全配慮義務」とは、もともとその概念は異なるものであるが、現実の建設現場において元請けが下請け労働者の安全や健康の確保に対して責務を負ったり、配慮するという点においては同様である。このことは、労働災害防止の点だけでなく、精神障害防止、すなわち

メンタルヘルスケア対策についても同様であると考えられる。

そして、建設労働者の多くは建設現場で働いており、実際に建設労働者がストレスを受ける場も建設現場であることから、建設現場においても、労働災害防止と同様にメンタルヘルス対策について積極的に取り組む必要があるのではないかと考えられる。

2 建設現場におけるメンタルヘルス対策を進めるうえでの留意事項

建設現場では、これまでいわゆる「ブラック企業」といわれるような過労自殺等に関して社会的に大きな問題となった事案はほとんどない。しかしながら、第1章の1で見たように、建設業における精神障害の労災支給決定件数は他産業に比べても高く、精神障害事案に係る民事訴訟も相当数提起されている。したがって、こうした問題が社会的に顕在化していないとはいえ、そのリスクは潜在しており、建設業界全体がこの問題を真正面から受け止め、対応を考える時期に来ているといえる。

一方、大幅に減少しているとはいえ他産業に比べ多発している建設業における労災事故において、その原因が「不安全行動」に分類されるような労災事故の背景に、集中力、注意力の低下が認められ、その遠因に睡眠不足等によるメンタル不調(ストレス脆弱性理論など)があるケースがあるのではないかとされている。

このため、建設業におけるメンタルヘルス対策を進めるに当たっては、建設現場特有の社会的、法的観点に留意しつつ、災害防止にも寄与するという観点も踏まえて具体的な対策を検討していく必要がある。

さらに、精神障害に係る労災補償状況や民事訴訟の状況を見ると、その対象者が現場代理人自身や元請け職員であるケースが多いという点についても留意する必要がある、その対応に際しては、建設現場と建設店社の連携を十分に図らなければならない。

また、建設現場においてメンタルヘルス対策を進めるに際しては、労働災害防止対策と同様、元請け、下請け双方の協力体制なくしてその推進は困難であることにも留意する必要がある。

3 建設現場における具体的対策について

(1)「安全施工サイクル」を活用した「健康 KY」の実施

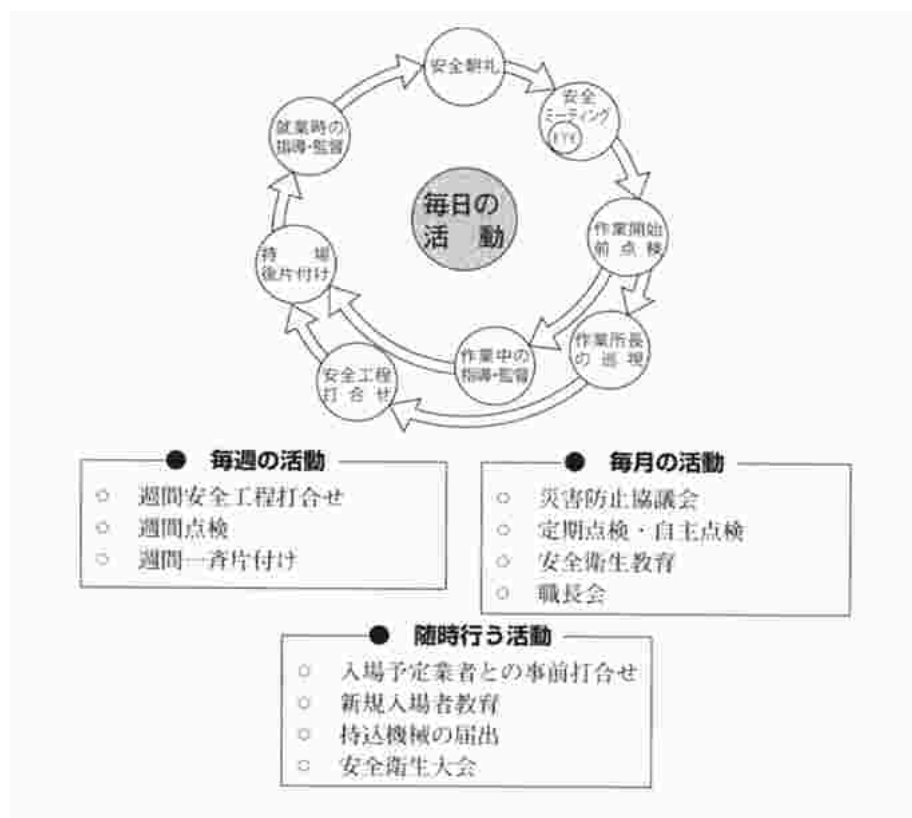
建設現場の多くは屋外であり、季節や天候の影響を受け、さらにその特性として、有期事業であり、作業員の流動が激しく、複数の事業者の労働者が混在しているということを考慮すると、建設現場におけるメンタルヘルス対策は現場で実際に行える簡便で分かりやすく、かつ効果的な手法とする必要がある。

そこで、災害防止の観点から、建災防が主導し多くの建設現場に定着している「安全施工サイクル」(図表 24 参照)を活用した手法とすることが分かりやすく、末端の作業員にまで浸透しやすいと思われる。

一方で、中災防が中心となってその普及を図っている危険予知訓練の一環である「健康 KY」を活用することで、現場でも容易にメンタルヘルスも含め健康チェックが可能である。

この健康 KY は図表 25～27 のとおり、健康自己チェック(10 項目)、健康観察(5 項目)

及び健康問いかけ（10 項目）の 3 ステップから成り立っており、とりわけこの健康問いかけを安全施工サイクルの「安全ミーティング」で行われている KYK（KY 活動）の中で合わせて実施することで簡単にメンタル面も含めた健康チェックが可能になると考えられる。



図表 24：安全施工サイクル

安全施工サイクルは、建設現場で元請と協力業者が一体となって行う毎日、週、月等の基本的な安全衛生活動を定型化、サイクル化して実施する活動。

健 康 K Y

図表 25：健康自己チェック 10 項目

1. 頭痛がする
 2. めまいがする ふらつく 耳なりがする
 3. 手足にしびれ・けいれん・筋肉痛がある 腰が痛い
 4. 腹が痛い 下痢している 便秘している
 5. 胃の具合が悪い 胃痛・はきけがある
 6. 熱がある
 7. 心臓の具合が悪い どうき・不整脈がある
 8. 出血している
 9. 咳 くしゃみ 鼻水がでる
 10. だるい ねむい
- その他（自覚症状）

図表 26：健康観察（監督者→作業員） 5 項目

1. 姿勢 シャンとしているか うなだれていないか
 2. 動作 キビキビしているか ダラダラしていないか
 3. 顔・表情 イキイキとしているか 明るいかな むくんでいないか
 4. 目 キリッと澄んでいるか 血走っていないか
 5. 会話 ハキハキとしているか 大きさは 声のハリは
- その他 必要があれば体温・脈拍・呼吸数を検査（体操前、体操後など）

図表 27：健康問いかけ 10 項目

1. よく寝たか？ よく眠れたか？ すっきり起きたか？
2. どこか痛いか？ どこかだるいか？
3. 食欲はどうか？ メシはうまいか？ 普通に食べたか？
4. 熱があるか？ 脈拍はどうか？
5. 医者にかかったか？ みてもらったか？
6. 薬をのんでいるか？
7. 腹具合はどうか？ 便通はあったか？ 便秘していないか？
8. 夜ふかししたか？ 疲れはとれたか？ めまいはしないか？
9. 飲んだか？ 飲みすぎてないか？
10. どんな具合か？ 症状は？

出典：ゼロ災実践シリーズ 危険予知訓練（発行：中央労働災害防止協会）

(2) 無記名ストレスチェックの実施

メンタルヘルス対策として喫緊に行われなければならないのが、ストレスチェックであるが、この実施者は法令上あくまで事業者であり、その対象者は雇用関係のある労働者である。したがって、建設現場において統括管理の下で元請け事業者が下請け労働者を対象にこのストレスチェックを実施する義務はなく、個人情報の管理の面からも現実的に実施することは極めて困難である。

しかし、ストレスチェックは労働者のメンタルヘルス不調の未然防止と職場環境改善の大きく二つの目的があり、建設現場においても、このストレスチェックを適切に利用すれば、職場環境の改善に有効活用できると思われる。

そこで、メンタル不調の未然防止については、(1) の健康 KY で担保することとし、職場環境の改善だけを目的にストレスチェックを活用することが考えられる。その際、ストレスチェックを記名式で実施する必要はなくなることから、「無記名のストレスチェック」の実施を提案する。

無記名であれば、個人情報の管理の問題が発生せず、建設現場において、混在する複数の事業者の労働者を対象に実施することが可能となる。

また、この無記名ストレスチェックにおいても、安全施工サイクルの中で実施することにより、容易かつ効率的に実施可能となると思われる。

そのさい、無記名ストレスチェックは安全施工サイクルの中の安全朝礼（図表 24 参照）で実施するのが現実的であろう。

以上、建設現場における具体的メンタルヘルス対策として、安全施工サイクルを活用した健康 KY と無記名ストレスチェックの実施を提案したが、これの実施可能性と意義について次章で改めて検討することとする。

第6章 安全施工サイクルを活用した健康 KY と無記名ストレスチェックの試行と評価

1 健康 KY と無記名ストレスチェックを合同実施する意義

労働安全衛生法の改正により義務付けられたストレスチェックは、事業者責任で行うべきものであり、その対象は直接雇用関係のある労働者である。建設事業者が自ら雇用する労働者である本社、支店、営業所の事務職、技術職、営業職等の同一場所で継続勤務する者に対して行うストレスチェックは、一般的な業種と同様に実施することは可能である。しかしながら、建設労働者の多くは、建設現場で働いており、実際にそういう建設労働者がストレスを受ける場合は建設現場であるが、その建設現場において労働安全衛生法に定めるストレスチェックをそのまま実施することは極めて困難である。建設現場の特性として、建設現場は有期であること（工期がある）、構成員（作業員）が流動すること、複数の事業者が混在すること（重層請負構造）が挙げられるが、法令で定めるストレスチェックをそのまま実施することは、①有期であるため1年に1回程度の実施では職場改善につなげられない、②作業員の入れ替わりが高頻度のためチェック後のフォローができない、③複数の事業者の労働者が混在しているため記名式のストレスチェックでは個人情報の保護・管理が困難、といった理由で現実的には難しい。

このため、建設現場においてストレスチェック等メンタルヘルス対策を進めるには、建設現場の特性に留意したうえで、建設現場で実際に行える簡便で、分りやすくかつ効果の上がる手法を考案する必要がある。

このことを念頭に委員会で検討した結果、第5章にあるとおり、建設業で実施するストレスチェックは、多くの建設現場に定着している安全施工サイクルに組み込んで実施することが有効であることから、同サイクルの中の安全朝礼の場で無記名ストレスチェックを行い、現地 KY 活動の中で健康 KY を実施する方法が有効であると結論された。

健康 KY は毎日実施し、無記名ストレスチェックは工期内に複数回実施することを想定しており、前者は、メンタルヘルス不調の未然防止に、後者は職場環境の改善に資するもので、両者を合わせて実施することで、建設現場特有の課題である組織の構成員の流動性に対応しつつ、建設現場全体の職場環境の改善を図ることが可能となり、ストレスチェック制度本来の目的にも合致するものと考えられる。

実施の面においても、安全朝礼は、当日の仕事始めに当該現場の作業員全員が集合した中で行われるものであり、その場で、無記名ストレスチェックを一斉に行うことは、短時間で効率よく現場の負担も少なく実施することが可能であり、無記名であることから、個人情報の管理も容易である。

また、現地 KY は、職長（班長）が中心となって同一事業場の同一職種の作業員のグループで行われ、現場が異なっても同一のメンバーで毎日行われており、一人一人の心身の状態の変化は容易に把握できる状況にある。このため、健康 KY において数語の声掛けを行うことで「いつもと違う」状態は把握でき、毎日実施することで、作業員の入れ替わりが激しい現場においてもストレスフルの労働者の把握が可能となることから、

メンタルヘルス不調の未然防止に効果があると思われる。

以上、安全施工サイクルを活用して健康 KY（毎日実施）と無記名ストレスチェック（工期内複数回実施）を組み合わせることは、メンタルヘルス対策が遅れている建設業においても、メンタルヘルスケアの取組への敷居を低くし、これまで行われてきた災害防止活動とシンクロすることで、建設現場においても容易かつ効果的にメンタルヘルス対策が進められることが期待される。

2 試行実施

（１） 目的

本試行実施は、本委員会で考案された健康 KY および無記名ストレスチェックを建設現場 2 か所において実施することにより当該取組みの現場への適応とその効果を検証するために行うものである。そして、試行実施によって露見した課題を精査し、「健康 KY と無記名ストレスチェック」の手法を確立することを目的とする。

（２） 試行ツール

ア 実施にかかる主要ツール

「健康 KY と無記名ストレスチェック」には、それぞれに用いる主要ツールを決定することが必要となる。本試行実施にあたっては、次のツールを用いることとした。

① 健康 KY

健康 KY は、安全施工サイクル中の現地 KY において実施するものである。当該取組みの原則的手法は、第 5 章 3（１）記載のとおり中災防が提示する自己チェック、健康観察、健康問いかけの 3 ステップに分けられるが、建設現場においてこれを実施する場合、5 分程度の時間内に完了できるものであることが求められる。かかる時間的制約を踏まえ、中災防提示のプロセスを簡略化し、「健康問いかけ KY」を行うこととした。第 5 章の図表 26 にある健康観察 5 項目についても問いかけ時にみるポイントとした。さらに、同 KY には第 5 章 3（１）で示したように別添 1 の「健康問いかけ 10 項目」の例示があるが、前記理由から 10 項目では分量が多いと想定され、このうちのメンタルヘルスに関連する次の 6 項目に絞ることとした。①朝の目覚めは？、②夜更かししたか？、③ご飯は美味しいか？、④お酒を飲みすぎていないか？、⑤薬を飲んでいるか？、⑥今日の調子は？。これらの質問項目は、それぞれ睡眠の状態（①および②）、食欲（③）、アルコール（④）、持病の有無、心身の健康状態（⑤、⑥）の把握を意図して選択したものである（別添 2）。

② 無記名ストレスチェック

無記名ストレスチェックは、安全施工サイクル中の安全朝礼において実施するものである。ストレスチェックに用いる調査票はストレスチェック指針において「職業性簡易ストレス調査票」が推奨されている。ここでも健康 KY と同様、時間の制約があり、朝礼時間のうちの 10 分程で完了することが求められることから、別添 5 の簡易版 23 項目を用いることとした。なお、ストレスチェック実施マニュアルには、同調査票を用いる場合「仕事のストレス判定図」による集団分析を行うことが適当であるとの記載があることから、これに従うこととした。

イ 実施にかかる運用補助ツール

本試行実施に際しては、その運用を効率化させるため、次の補助ツールを用いることとした。

① 事前準備

本試行実施前、現場所長らに対し、趣旨および手順を説明するため、説明用資料を作成した。資料は別添 3 の所長用と別添 4 の職長用とにそれぞれ別に作成し、所長に対しては建設現場におけるメンタルヘルス対策の必要性和本取組み（健康 KY と無記名ストレスチェック）の意義を強調した内容とし、他方、職長に対しては健康 KY の進め方を中心に簡潔に示した。

② 健康 KY

前記のとおり、本試行実施に際しては予め現場所長らに対する説明を行うこととしたが、健康 KY 実施時の問いかけ項目の周知を徹底させるため、別添 2 の問いかけ項目を作成し配布することとした。

③ 無記名ストレスチェック

無記名ストレスチェックは、作業員が立ったまま調査票を回答することが想定されたため、回答用紙を厚紙とした。また、筆記具は大人数に対する配布時間の短縮を考慮し、差し込み式鉛筆を用いることとした。調査票回収にあたっては、筆記具同様、短時間で回収できるよう別添 6（写真のみ）の回収箱を用意した。

（3） 試行手順

試行実施は、次の手順によって行うこととした。

① 試行実施前日

予め現場所長に対し、本試行実施の意義および進め方について説明を行い、当該取組みへの協力と理解を求めることとした（前掲所長らに対する説明用資料）。さらに、各チーム（会社）を監督する職長に対しては直接、本委員会メンバーによる説明を行う時間的猶予がないことから現場所長より説明を行ってもらうこととした。

② 試行実施当日

- ・ 安全朝礼において現場所らが本試行実施の趣旨および手順を説明。（所要時間 2 分）
- ・ その後、作業員全員に対して無記名ストレスチェックを実施。（所要時間 10 分）
- ・ チーム（会社）ごとに行われる現地 KY において健康 KY を実施。（所要時間 5 分）

3 試行実施の概要及び結果

試行実施は、以下の 2 現場にて実施した。

- ① 1 月 26 日（火）東急建設㈱ 銀座線渋谷作業所金王工区
- ② 1 月 29 日（金）鉄建建設㈱ 馬込建築作業所

試行実施の概要及び結果は、東急建設㈱（別添 7）、鉄建建設㈱（別添 8）の試行実施結果報告書のとおり。

4 今後の展開

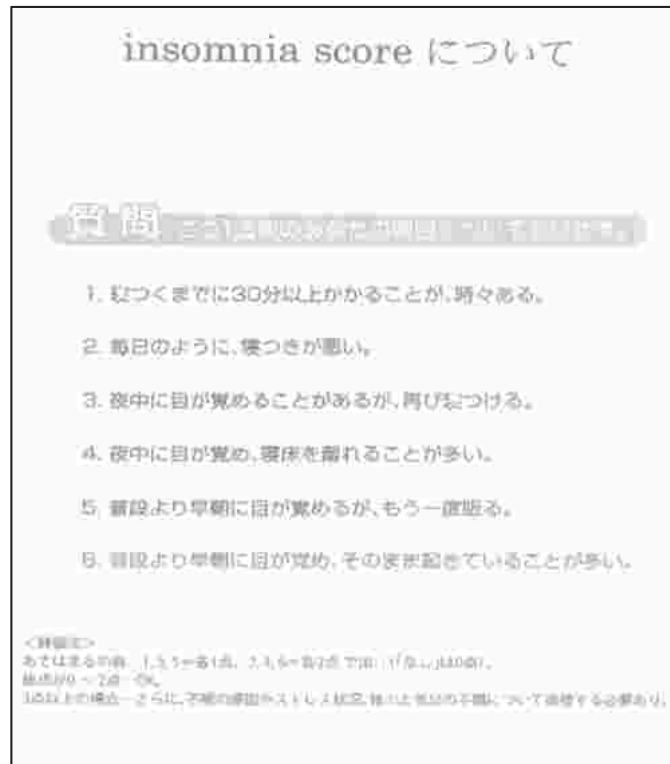
今回の試行実施により、現実の建設現場において、健康 KY と無記名ストレスチェックを実施することは、現場の時間的負担、事務的負担、作業員の参加意識等の面から見ても十分実施可能であり、その結果の評価・活用の面でも有用であることの確信を得た。

今後、健康 KY の質問項目、無記名ストレスチェックの質問項目及び建設現場用のストレスチェックの標準値（平均値）等について検討を深め、それぞれを確定していくことにより、この手法は建設現場特有の課題である組織の構成員（作業員）の流動性に対応しつつ、メンタル不調の未然防止（個人としての一次予防）及び建設現場の職場環境改善（組織としての一次予防）を図るうえで、欠かせないツールになるであろうと考える。

なお、試行実施後、現場所長等からヒアリングを行っていた際、健康 KY によってメンタルヘルス不調かどうか判断できないが通常と様子が異なる作業員についての情報が職長から上がってきたとき、元請けとしてできることは予め把握している相談機関等への紹介か、当該作業員が所属する下請け事業者の担当者へ連絡することであろうとのことであった。

（第7章別添「中小企業建設事業場のメンタルヘルス対策への支援モデル図」、②及び②'参照）また、その場合、連絡するかどうかの判断をするにはもう少し具体的な基準があれば健康 KY の活用がさらに進むのではないかとの意見があった。

この点について、本検討委員会で検討した結果、「睡眠不足と抑うつには相関があり、睡眠状態を調べるインソムニアスコア（IS:Insomnia Score）3点以上の労働者では IS が高いものほど前頭葉背側の血流量が明らかに低下しているとの研究もあることから、現場で所長等が相談機関等への紹介を行う際に IS を活用することが可能になるかもしれない。」とされ、今後健康 KY と無記名ストレスチェックの詳細を検討するときに、この点も併せて検討することが望まれるとされた。



(小山文彦著「ココロブルーと脳ブルー」より)

そこで、建災防においては、こうした点も踏まえ、健康 KY と無記名ストレスチェックの進め方を検討し、この手法を仮に「建災防方式健康 KY と無記名ストレスチェック」と名付ける等して、広く普及することが、建設業界全体のメンタルヘルス対策を促進し、心身ともに健康で、働きやすい安全な職場づくりに貢献するものとする。

普及に際しては、次の事項について計画性をもって推進することが望まれる。

I 建設現場に求める具体的実施事項の明確化

(1) 建設現場メンタルヘルス推進体制の整備

- ① 現場における心の健康づくり計画の策定・周知
- ② 現場メンタルヘルス推進責任者の選任
- ③ 現場メンタルヘルス推進担当者の選任
- ④ ストレスチェック実施者との契約
- ⑤ 事業場外資源との連携によるメンタルヘルスに関する相談窓口の設置

(2) 建災防方式健康 KY と無記名ストレスチェックの実施

- ① ストレスチェック実施者による実施方法の指導
- ② 健康 KY の実施（毎日）
- ③ 無記名ストレスチェックの実施（工期内複数回）
- ④ ストレスチェック結果に基づく集計・分析

- ⑤ ストレスチェック実施者による職場改善指導
- ⑥ ③～⑤を繰り返し実施

(3) メンタルヘルスに関する教育の実施

- ① ラインケアに関する管理監督者教育
- ② セルフケアに関する労働者教育

II 上記 I を実現するために建災防が行うことが望まれる事項

(1) 「建災防方式健康 KY と無記名ストレスチェック」の確立

- ① 健康 KY の質問項目の確定
 - ② 無記名ストレスチェックの項目の確定
 - ③ 上記①、②確定後の試行実施
 - ④ 労研会員の現場での建災防方式健康 KY と無記名ストレスチェックの実施
 - ⑤ 無記名ストレスチェックの標準値作成
- ※⑤の作成については、別途専門委員会を設置し検討する。

(2) 「建災防方式健康 KY と無記名ストレスチェック」の実施

- ① マニュアル本の作成
- ② 無記名ストレスチェックのデータ収集（建災防実施、労研委託）

(3) 教育研修事業

- ① 一般実施者（医師、保健師、看護師、精神保健福祉士）への研修
- ② 現場メンタルヘルス推進担当者養成研修

(4) 普及啓発事業

- ① 「建設業におけるメンタルヘルス対策の進め方」テキスト作成
- ② 「建設業における精神障害にかかる労災認定と民事訴訟」テキスト作成
- ③ 上記①、②のテキストを活用した経営者向けセミナーの開催
- ④ (2) ②に基づく無記名ストレスチェックの標準値の更新
- ⑤ 職場環境改善好事例の収集および当該情報の提供
- ⑥ ポスター、リーフレット作成
- ⑦ 全国大会におけるシンポジウム開催
- ⑧ マスコミ等（建設の安全、産業保健 21 を含む）の活用

(5) その他関連事項

- ① 中小建設事業者が行うメンタルヘルス対策（第 7 章参照）への支援
- ② ①に関して中災防との連携
- ③ 無記名ストレスチェックの助成金対象への働きかけ

健康問いかけ 10 項目（再掲）

1. よく寝たか？ よく眠れたか？ すっきり起きたか？
2. どこか痛いか？ どこかだるいか？
3. 食欲はどうか？ メシはうまいか？ 普通に食べたか？
4. 熱があるか？ 脈拍はどうか？
5. 医者にかかったか？ みてもらったか？
6. 薬をのんでいるか？
7. 腹具合はどうか？ 便通はあったか？ 便秘していないか？
8. 夜ふかししたか？ 疲れはとれたか？ めまいはしないか？
9. 飲んだか？ 飲みすぎてないか？
10. どんな具合か？ 症状は？

出典：ゼロ災実践シリーズ 危険予知訓練（発行：中央労働災害防止協会）

健康 K Y の問いかけ項目

日頃の健康状態をしっかり把握！

監督者（職長等）による問いかけ

- ① 朝の目覚めは？
- ② 夜更かししたか？
- ③ ご飯は美味しいか？
- ④ お酒を飲みすぎていないか？
- ⑤ 薬を飲んでいるか？
- ⑥ 今日の調子は？

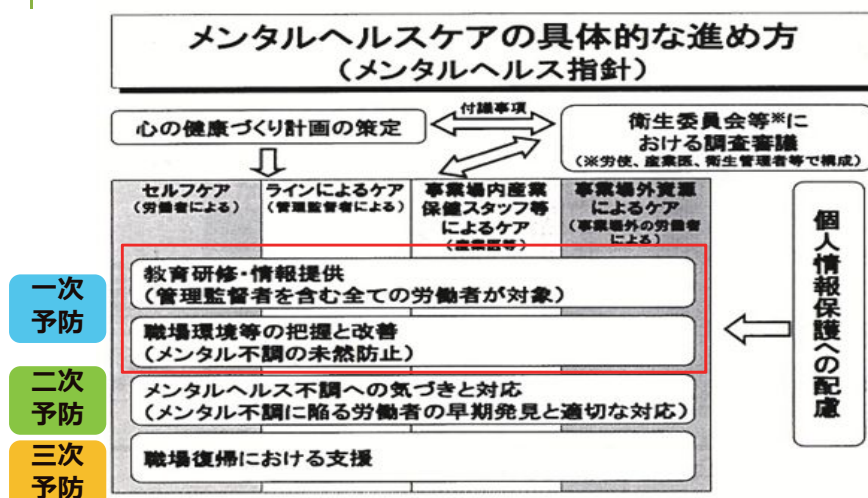
建設現場における メンタルヘルスケア

安全施工サイクルを活用した
健康KYと無記名ストレスチェック

建設業労働災害防止協会

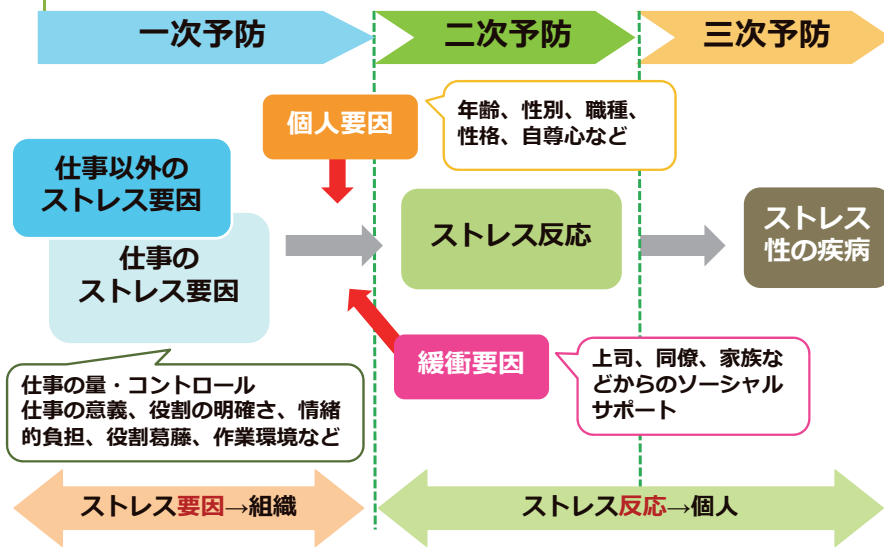
職場における メンタルヘルス対策の基本

2



「労働者の心の健康の保持増進のための指針」事業場における労働者の健康保持増進のための指針第3号、2006年3月

職業性ストレスモデル

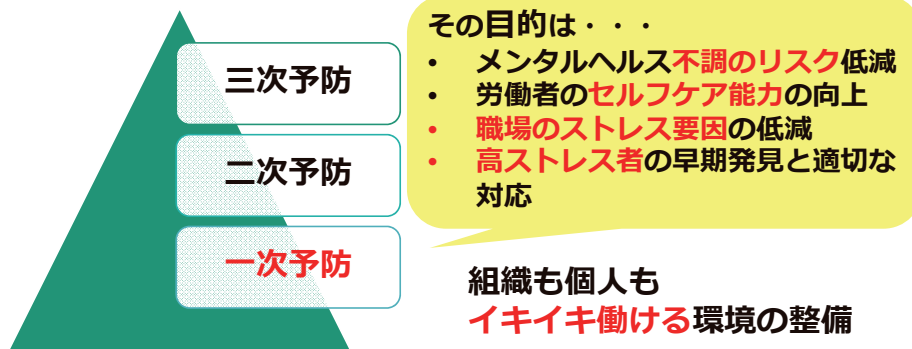


出典：「事業場におけるストレス対策の実践—ストレスの把握から職場環境等の改善まで」，中央労働災害防止協会，2010年7月，一部改変

ストレス チェック制度

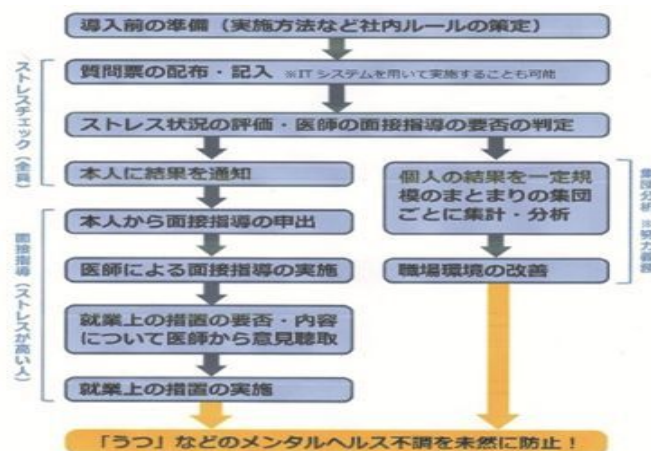
ストレスチェック制度

- 改正労働安全衛生法（2014年6月25日公布）
同法66条の10、13条、18条、104条
- ストレスチェック指針
(平成27年4月15日心理的な負担の程度を把握するための検査等指針公示第1号)
- 施行通達（平成27年基発0501第3号）



一般用ストレスチェック制度の 実施フロー

2015年12月改正安衛法施行に基づき、
従業員数50人以上の事業場に義務づけられました

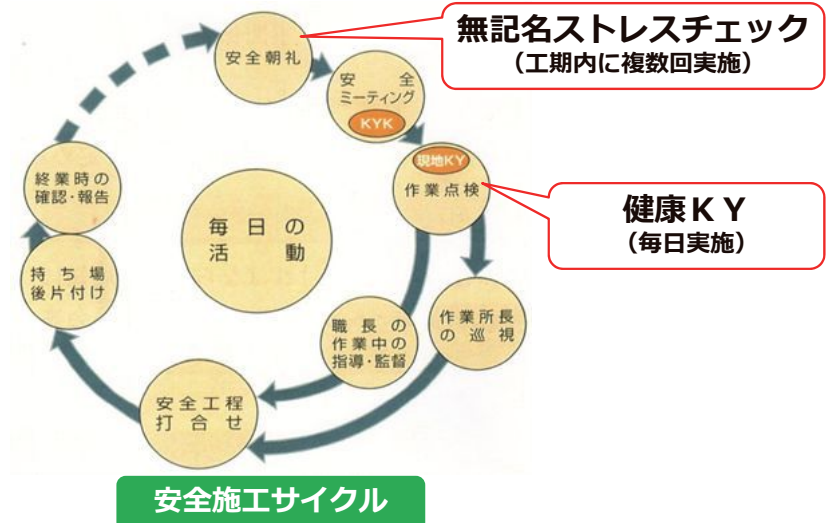


出典：「ストレスチェック制度導入マニュアル」厚生労働省、2015年7月

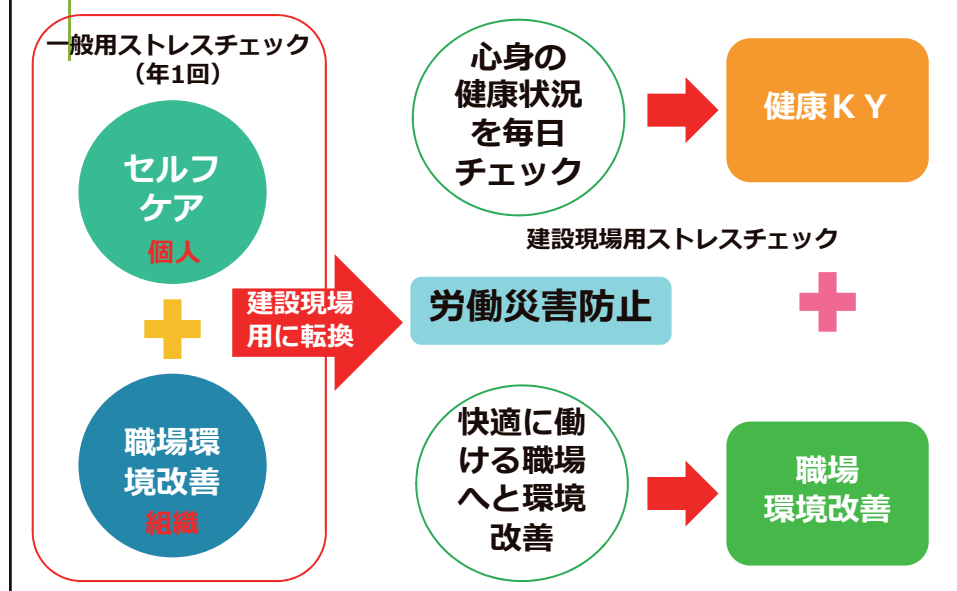
建設現場用 ストレス チェック

建設現場用ストレスチェック

自主的取り組み⁸



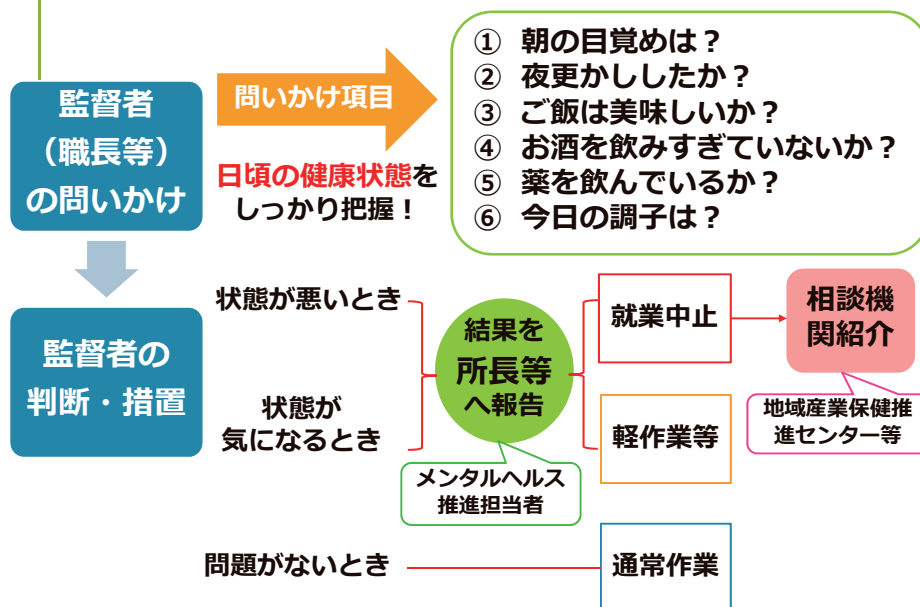
建設現場用ストレスチェック



健康K Y

健康K Yの進め方

11



問いかけ時にみるポイント

12

 いつもと違う 様子に注意！	姿勢	シャんとしているか？
	動作	ダラダラしていないか？
	表情	イキイキしているか？
	目	血走っていないか？
	会話	ハキハキしているか？

出典：『ゼロ災害実践シリーズ 危険予知訓練』中央労働災害防止協会，2015年6月

健康 K Y 実施の確認

本日の現地 K Y 活動

従前使用している K Y 活動記録
用紙に健康 K Y 実施の記録を
残しておきましょう！



健康 K Y の実施	有	無
所長等への報告	有	無
報告後の措置		
備 考		

無記名ストレ
スチェック

「職業性ストレス簡易調査票」（簡易版23項目）

15

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

	そ う だ	そ ま う だ	ち や 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
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

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

	な ほ か と つ た と	と き あ ま た き	し ば あ ま た は	ほ い つ と あ つ た
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. 落ち着かない	1	2	3	4
13. ゆううつだ	1	2	3	4
14. 何をやるのも面倒だ	1	2	3	4
16. 気分が晴れない	1	2	3	4
27. 食欲がない	1	2	3	4
29. よく眠れない	1	2	3	4

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

	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

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

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聞いてくれますか？

7. 上司	1	2	3	4
8. 職場の同僚	1	2	3	4

出典：「労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル」，厚生労働省，平成27年5月

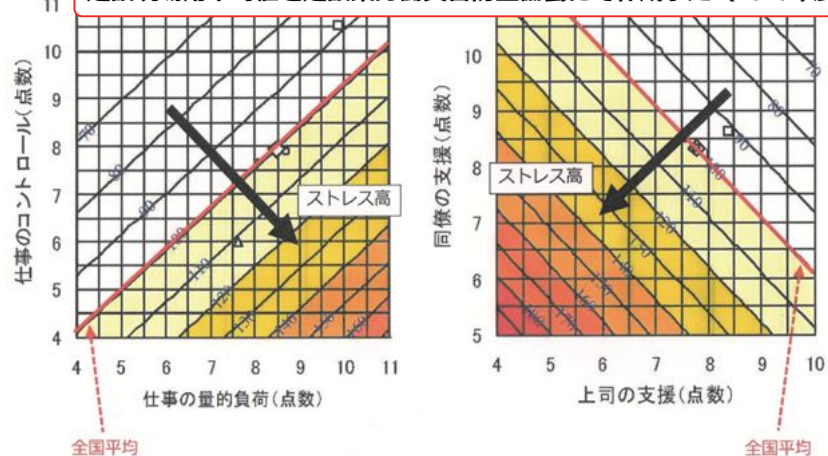
集団ごとの集計・分析結果のイメージ

16

「職業性ストレス簡易調査票」に基づく「仕事のストレス判定図」による集団分析例

※全国平均と職場ごとの平均を比較して、問題の有無を把握

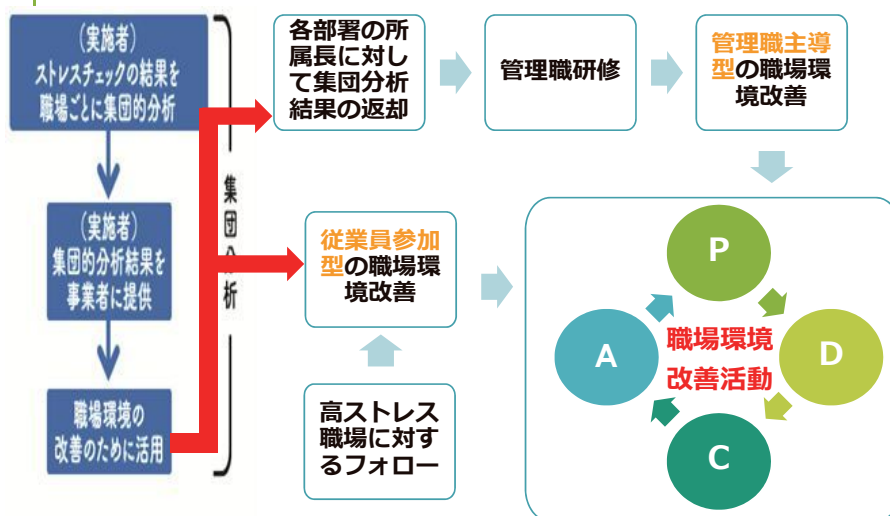
建設現場用平均値を建設業労働災害防止協会にて作成予定（2016年度）



出典：「労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル」，厚生労働省，平成27年5月

職場環境改善

職場環境改善－快適職場を目指して－



職場環境改善のためのヒント集¹⁹

作業計画への参加 と情報共有

- ・チーム間での裁量範囲、作業量の調整、情報共有

勤務時間と 作業編成

- ・繁忙時の業務調整、休暇・休日の確保、時間外労働の削減

円滑な作業手順

- ・物品の取扱い、情報入手、作業ミスの防止

作業場環境

- ・相談しやすさ、チームワークづくり、仕事の評価

職場内の相互支援

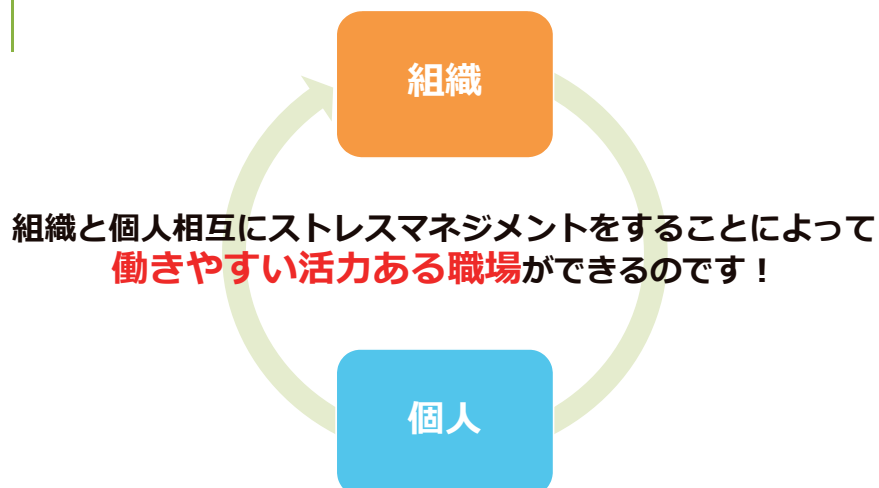
- ・4Sの徹底、温熱・音・有害物質の対応、受動喫煙防止、休憩時間の確保

安心できる職場の しくみ

- ・相談対応、教育研修、機会の公平化

出典：職場環境等改善のためのヒント集（メンタルヘルスアクションチェックリスト），平成16年度厚生労働科学研究費補助金「職場環境などの改善方法とその支援方策に関する研究」アクションチェックリスト作成ワーキンググループ，2005年3月

最後に・・・



職長等による 健康 K Y の問い合わせ項目

- ①朝の目覚めは？
- ②夜更かししたか？
- ③ご飯は美味しいか？
- ④お酒を飲みすぎているか？
- ⑤薬を飲んでいるか？
- ⑥今日の調子は？

日頃の健康状態を
しっかり把握！

いつもと
違う様子
があれば



結果を
所長等へ
報告

問い合わせ時にみるポイント



いつもと違う
様子に注意！

姿勢

シャンとしているか？

動作

ダラダラしていないか？

表情

イキイキしているか？

目

血走っていないか？

会話

ハキハキしているか？

出典：『ゼロ災害実践シリーズ 危険予知訓練』中央労働災害防止協会，2015年6月

職業性ストレス簡易調査票
(簡易版23項目)

実施日	
所属会社名	
性別	男 ・ 女

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

	そう だ	ま あ そう だ	や ち や 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
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

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

	ほ な か ん ど た	と き あ つ た き	し あ ば あ つ た ば	ほ い つ も ど あ つ た
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. 落ち着かない	1	2	3	4
13. ゆうつだ	1	2	3	4
14. 何をするのも面倒だ	1	2	3	4
16. 気分が晴れない	1	2	3	4
27. 食欲がない	1	2	3	4
29. よく眠れない	1	2	3	4

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

	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

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

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

※ご協力いただきありがとうございました

アンケート回収箱



東急建設株式会社における
安全施工サイクルを活用した
健康K Yと無記名ストレスチェックの
試行結果について

2016 年 2 月 8 日

建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方に関する検討委員会

報告者 田村 和佳子

本稿は、2016 年 1 月 26 日、「建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方に関する検討委員会」（建設業労働災害防止協会設置）が東急建設株式会社の現場において行った安全施工サイクルを活用した健康 K Y と無記名ストレスチェックの試行結果についてまとめたものである。

1 試行実施の概要

本試行実施の概要は次のとおりである。

実施日時	2016 年 1 月 26 日 8 時～
現場所在地	銀座線渋谷作業所金王工区 東京都渋谷区渋谷
調査者	小山委員、諏訪委員、細谷委員、宮沢オブザーバー、委員会事務局、田村
現場作業人員 (当日)	53 名（所長を含む）
現場の施工体制	元請 1 社、一次下請 6 社、二次下請 5 社 (別添 1-1・施工体系図)
工種	土木

2 試行実施手順

本試行実施は、次の手順によって行われた。

①ラジオ体操

元請の作業所長からの挨拶の後、全体朝礼の冒頭において作業員全員が集合しラジオ体操を行う。

No.1



②協力業者による当日の作業内容およびその際の安全注意事項の発表

No.2



③無記名ストレスチェックの実施

元請よりストレスチェック実施の目的、記入時の留意事項がアナウンスされた後、全作業員に調査票が配布された。回収に至る時間はおよそ 10 分程度。

No.3



④危険予知活動（KY）の実施

ストレスチェック終了後、各チーム(会社)に分かれ、KY活動が行われた。

No.4



No.5



⑤職長等による健康K Yの実施

職長主導によって健康K Yが行われた。

No.6



3 試行結果

(1) 健康K Y

本現場における健康K Yは、各チーム（会社）の作業場が広範囲にわたることから調査者の視察は予め選抜した2チームに限定し、その他のチームについては各作業場において実施することとした。視察したチームでは、外観上当該活動を行っているチームと行っていないチームが存在した。この点、視察していないチームについても「安全衛生ミーティング日報」をみる限り、同様の傾向が認められる（別添1-2・安全衛生ミーティング日報）。さらに、当該活動を行っている場合であっても「問いかけ項目」すべてを網羅的に行うのではなく、職長の判断によって質問項目の一部を抜粋し作業員各自に問いかけを行っていた。

(2) 無記名ストレスチェック

無記名ストレスチェックは、作業員全員が集合する安全朝礼において実施された。外観上は回答に苦勞している者が一部見受けられたが、配布から回収までおよそ10分程度で完了することができた。

後日、本調査票の回答に基づきストレス判定図を用いて集団分析を行った。調査票の有効回収数は51となった。本分析はストレス判定図に示される全国全産業平均（東京大学大学院医学研究科精神保健学・看護学分野作成。以下「全国平均」という）と本現場平均（元請・下請すべてを含む）との比較によって行ったものである。この点、同判定図は本来、同一企業に属する職場ごとに判定を行うものであるところ、本現場は企業の集合体であり、これを全国平均と比較することは適当でないと思われるが、この点については委員会で別途検討していただくこととする。今回は試行実施の便宜上、当該方法による分析を行うこととした。また、本分析ではチーム（会社）ごと個別の検討は行わない。

本分析では、次のことが判明した（別添1-3・ストレス判定図）。

- ① 仕事のストレス要因（量的負担と裁量権のバランス）について（別添・ストレス判定図上段）
 - ・ 本現場の平均と全国平均を比較すると、本現場は仕事の量的負担、裁量権ともに全国平均を下回るが、双方のバランスは全国平均と変わらない。
 - ・ 本現場における健康リスクは99であり、全国平均（100）と近似の値を示してい

る。

- ・ 高ストレスを示すチーム（会社）は 6 社あり、一次下請、二次下請ともに 3 社ずつとなっている。下請の順位による特徴は、特段認められない。
 - ・ 本現場に所属するチーム（会社）の分散をみると、仕事の量的負担、裁量権ともにチーム間の振幅が大きい。
- ② ソーシャルサポートの状況（上司の支援と同僚の支援のバランス）について（別添・ストレス判定図下段）
- ・ 本現場は全国平均と比べ、上司、同僚の支援ともに高く、とりわけ上司の支援状況が良い。双方のバランスについても全国平均より良好であるといえる。
 - ・ 本現場における健康リスクは 90 であり、全国平均（100）よりも低い値を示しており、良好な結果となっている。
 - ・ 高ストレスを示すチーム（会社）は 5 社あり、一次下請が 3 社、二次下請が 2 社となっている。下請業者の順位による特徴は、特段認められない。
 - ・ 本現場に所属するチーム（会社）の分散をみると、上司、同僚の支援ともにチーム間の振幅が大きい。

③ まとめ

上記分析から、現場全体としてみた場合、仕事のストレス要因、ソーシャルサポートの状況ともに全国平均並みまたは高水準を示しており、良好な職場環境であることが認められる。他方、チーム（会社）ごとの状況をみると、個別に抱える問題に大きな差が認められることから、今後の職場環境改善にあたってはチーム（会社）への個別介入および支援が必要であると考えられる。

（３） 試行実施後のミーティング

本試行実施後、所長および下請業者の担当者の 2 名に対し面接を行った。

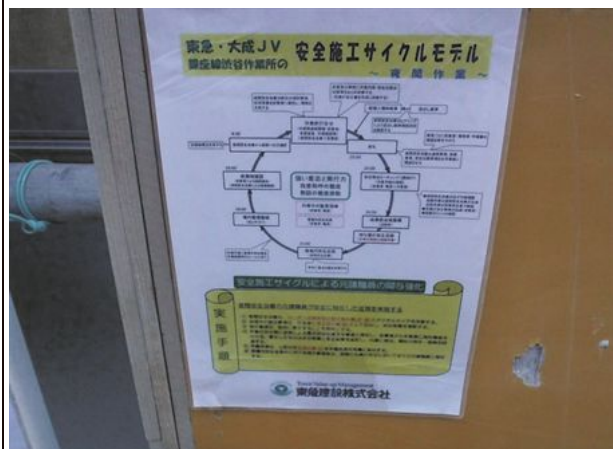
まず、所長のヒアリングからは本現場をマネジメントするに際し、仲間同士の団結を重視している点が聞かれた。本現場は 1 日におよそ 100 名が出入りすることから会社ごとの縦割りではなく、現場全体で相互に仲間意識を醸成できるように心掛けているという。こうした所長の方針は現場の随所に反映されている。その例として挙げられるものを次の表に示す。

①安全施工サイクルモデルの掲示

安全施工サイクルのモデル図を事業所用、現場用に分け、わかりやすく解説している。



No.7
事業所用



No.8
現場用

②安全標語の掲示

本現場において安全標語を募集し、入選作品を掲示している。



No.9

③声掛け運動啓発ポスターの掲示

あいさつだけでなく作業時も含め、現場における声掛けを励行している。

No.10



④安全十則のポスター掲示および朝礼時の唱和

東急建設の安全十則を現場に掲示し、朝礼時に作業員全員で唱和を行っている。このうち「声掛けは仲間を救う命綱」との訓示が特徴的であり、安全とコミュニケーションの重要性とを関連づけて捉えていると考えられる。こうした方針が前掲写真No.4として具体化されていると推察される。

No.11



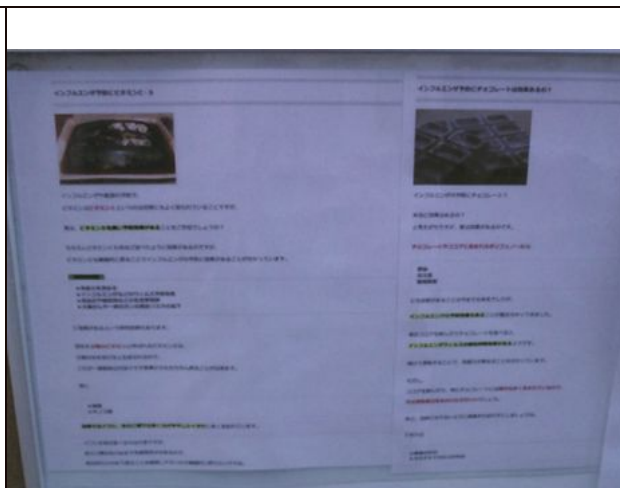
No.12



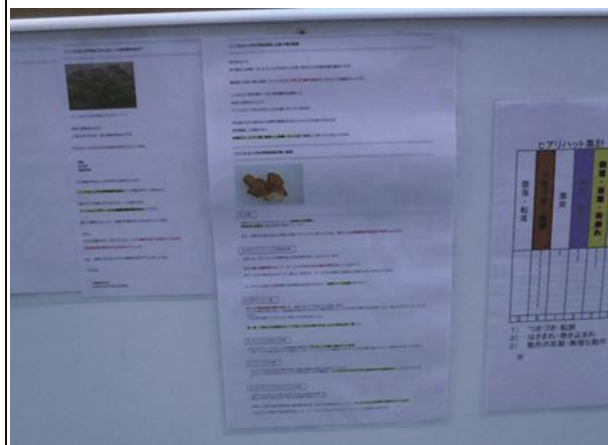
⑤インフルエンザ対策記事の掲示および当該対策用食品の配布

現場所長が季節ごとの健康情報をオリジナル作成し発信している。12月～2月の冬季期間はインフルエンザの予防月間として注意喚起を行うとともに、当該疾病予防に役立つ食品を、その成分、効能を明示し紹介している。例えば、チョコレートは高ポリフェノール含有食品であることから免疫力を高め、インフルエンザ予防に役立つなど。

No.13



No.14



前掲写真No.7 およびNo.8のうち、インフルエンザ予防対策食品としてチョコレートの摂取を勧奨している。右写真上のチョコレートは毎週定期的に各チームに配布しているものであるが、当該配布自体が本現場の行事となり、チーム間のコミュニケーションツールとしても機能している。これにより各チームのヨコの繋がりが密になったという。

No.15



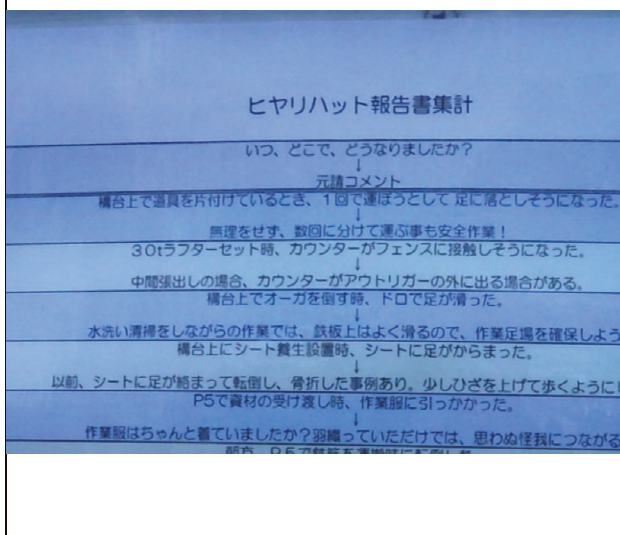
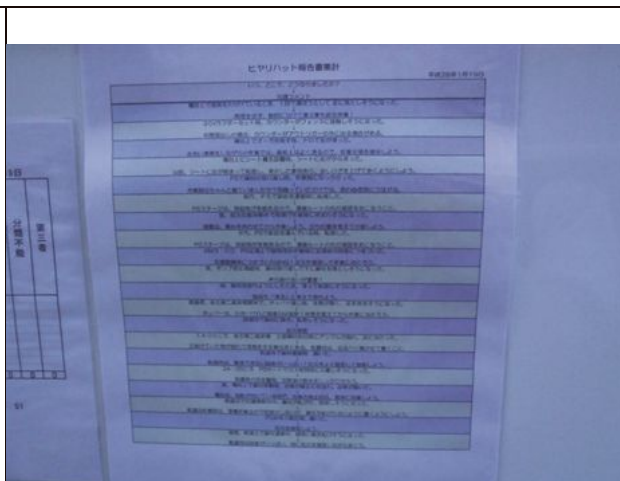
⑥現場におけるヒヤリハット事例の 揭示

現場で発生した事例に対し、いかなる対策をとることが適切であったかを事例ごと元請のコメントを付した上で、一斉揭示を行っている。元請においてヒヤリハット事例を単に収集するに留まらず、適宜下請へのフィードバックを行うことによって元請・下請相互間のラインによるコミュニケーションを重要視している。

No.16

また、ヒヤリハット事例に限らず、作業遂行中問題が発生した場合、現場に常駐する元請の社員（所長を含む）に対し、直ちに報告するよう徹底されている。報告を受ける元請担当者はチームごと固定化せず、元請の社員であれば誰でもよいこととなっている。こうした手法を採用することによって即時の問題対応が可能となるという。

No.17



また、協力業者の担当者からは自社におけるメンタルヘルス対策の取組み状況について説明がなされた。現在、ストレスチェック制度の法施行を契機として産業医に協力を仰ぎ、当該実施に向けた準備を進めているという。

（４） 現場の特徴

本件現場の特徴は、工期が長く、着工から竣工まで固定した協力会社によって作業遂行がなされる。他の現場同様、作業人員の頻回な出入りは認められるものの、長期にわたり同一企業が顔を合わせることによって、企業の垣根を超えた関係性が構築できると推察される。さらに、風通しのよい職場環境づくりが安全遵守の基盤であるとの所長の意向が現場全体に浸透し、友好的な雰囲気が醸成されていると考えられる。

（５） 課題

本試行実施における課題を整理する。

- ① 試行実施までの準備が不十分であったことから、所長以下監督者に本取組みの趣旨を十分浸透させることができなかった。それが健康ＫＹの実施状況に影響を及ぼしたものと推察される。この点、監督者に対し当該取組みの意図を理解してもらう工夫が必要であると考えられる。
- ② 健康ＫＹにつき、ＫＹ活動を行う時間が限られており、本試行実施において用いた問いかけ項目では分量的に多いと考えられる。その内容も含め再検討すべきと思われる。また、宮沢オブザーバーからＫＹ記録用紙に予め問いかけ項目を記載しておくスムーズに進行できるのではないかと意見があった。
- ③ 無記名ストレスチェックについては、実施状況をみる限り、本試行実施に用いたツール（職業性簡易ストレス調査票 23 項目）の分量、内容ともに適当であると考えられるが、建設現場に特化したストレス要因を捕捉するに際し、本ツールが妥当であるか等、今後、委員会で検討していただくこととする。また、本取組みは職場環境改善を目的とするものであるが、当該調査票を回答することによって個体側の気づきを促進することも併せて行いたいと考える。そうした目的を達するために必要な工夫を再度、検討したいと考える。

（６） 所感

本試行実施時に、小山委員からまず行動することによって当該活動の現場定着を図っていくことが有効であるとの指摘があった。確かに、建設現場がもつダイナミックな体質は思考よりも行動にフォーカスした取組みがマッチする。この点を念頭に、さらなるブラッシュアップを重ねてゆくことが重要であると再認識したところである。

以上.

所有者名	東京地下鉄株式会社	工期	自 平成25年 9月 4日
名称	銀座線池袋駅金王工区土木工事		至 平成30年 2月 3日

会 長	職務安全衛生責任者	元方安全衛生管理者
副会長		書記

俾 安 工 事	企 社 名	
	現場責任者	
	主任技術者	
	専門技術者 (指図書工事内務)	
契約	25年0月7日～28年0月30日	

切 断 工 事	会社名	〃
	安全衛生責任者	〃
	主任技術者	〃
	専門技術者 (附属工事内勤)	〃
開始	27年2月16日～28年2月20日	

基礎工事	会社名	
	安全衛生責任者	
	主任技術者	
	専門技術者	
	(担当工事内容)	
期約	27年4月1日～28年3月31日	

ク レ ー ン 工 事	会社名	
	安全衛生責任者	
	主任技術者	
	専門技術者	
	(附属工事内容)	
実施	25年10月7日～26年4月30日	

依頼 電気 工事	会社名	
	安全衛生責任者	
	主任技術者	
	専門技術者	
契約	(組込工事内容)	
	25年10月1日～25年12月31日	

軌道 工事	会社名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	安全衛生責任者	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	主任技術者	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	専門技術者 (雇員工事内勤)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
発注	2016年5月21日～2016年5月31日	

測量工事	会社名	
	現場責任者	
	主任技術者	
	専門技術者	
	(関係工事内容)	
要約	25年0月11日～27年11月0日(仮設新道)	

土木 工事	倉持者	
	安全衛生責任者	
	主任技術者	
	専門技術者	
	(関係工事内務)	
契約	07年6月8日～08年4月21日	

杭 打 工 事	会 社 名	
	安全衛生責任者	
	主任技術者	
	専門技術者	
	(担当工事内容)	

土木工事	会社名	
	安全衛生責任者	
	主任技術者	
	専門技術者 (担当工事内容)	
期日	25年10月7日～28年3月31日	

土木 工事	会社名	
	安全衛生責任者	
	主任技術者	
	専門技術者 (附属工事内務)	
期日	25年10月7日～28年3月31日	

主 事	金 扶 名	
	安全衛生責任者	
	主任技師者	
	専門技師者	
工 事	(指施工工事内)	
要約	25年10月7日～26年3月31日	

土木 工事	会社名	〃
	安全衛生責任者	〃
	主任技術者	〃
	専門技術者	〃
	(監理工事内務)	
契約	2015年10月7日～2016年3月31日	

重 機 工 事	登社名	
	安全衛生責任者	
	主任技術者	
	専門技術者 (副班工事内留)	
契約	27年5月11日～28年3月31日	

軌道工事	会社名	〇〇〇〇〇〇
	現場責任者	〇〇〇〇〇〇
	主任技術者	〇〇〇〇〇〇
	専門技術者	〇〇〇〇〇〇
	(指施工事内容)	
備考	2016年5月21日～2016年1月31日	

建築工事	会社名	〇〇〇〇〇〇〇〇
	安全衛生責任者	〇〇〇〇〇〇〇〇
	主任技術者	〇〇〇〇〇〇〇〇
	専門技術者 (附属工事内容)	
契約	2006年〇月〇日～2008年1月31日	

切 断 工 事	会社名	
	安全衛生責任者	
	主任技術者	
	専門技術者	
	(関係工事内容)	
実施期	97年10月1日～98年1月31日	

杭 打 工 事	企 社 名	██████████
	安全衛生責任者	██████████
	主任技術者	██████████
	専門技術者	██████████
	(指定工事内留)	

鉄 筋 工 事	会社名	〇〇〇〇〇〇
	安全衛生責任者	〇〇〇〇〇〇
	主任技術者	〇〇〇〇〇〇
	専門技術者 (指第三事項)	
期日	2016年10月27日～2016年11月31日	

職 務	安全衛生責任者	
	主任技術者	
	専門技術者	
	(担当工事内容)	
期 間	25年10月7日～25年3月31日	

任 接 工 事	安全衛生責任者	
	主任技術者	
	専門技術者	
	(関係工事内部)	
契約	25年10月7日～26年3月31日	

型 枠 工 事	金 社 名	
	安全衛生責任者	
	主任技術者	
	専門技術者	
	(担当工事内容)	
期日	25年10月7日～25年10月31日	

左 冒 工 事	会社名	
	安全衛生責任者	
	主任技術者	
	専門技術者	
	(専任工事内容)	
期別	25年1月17日～28年3月31日	

工事件名: 銀座線渋谷駅金王工区土木工事

※リスクレベル分け(労働災害のリスクの程度)

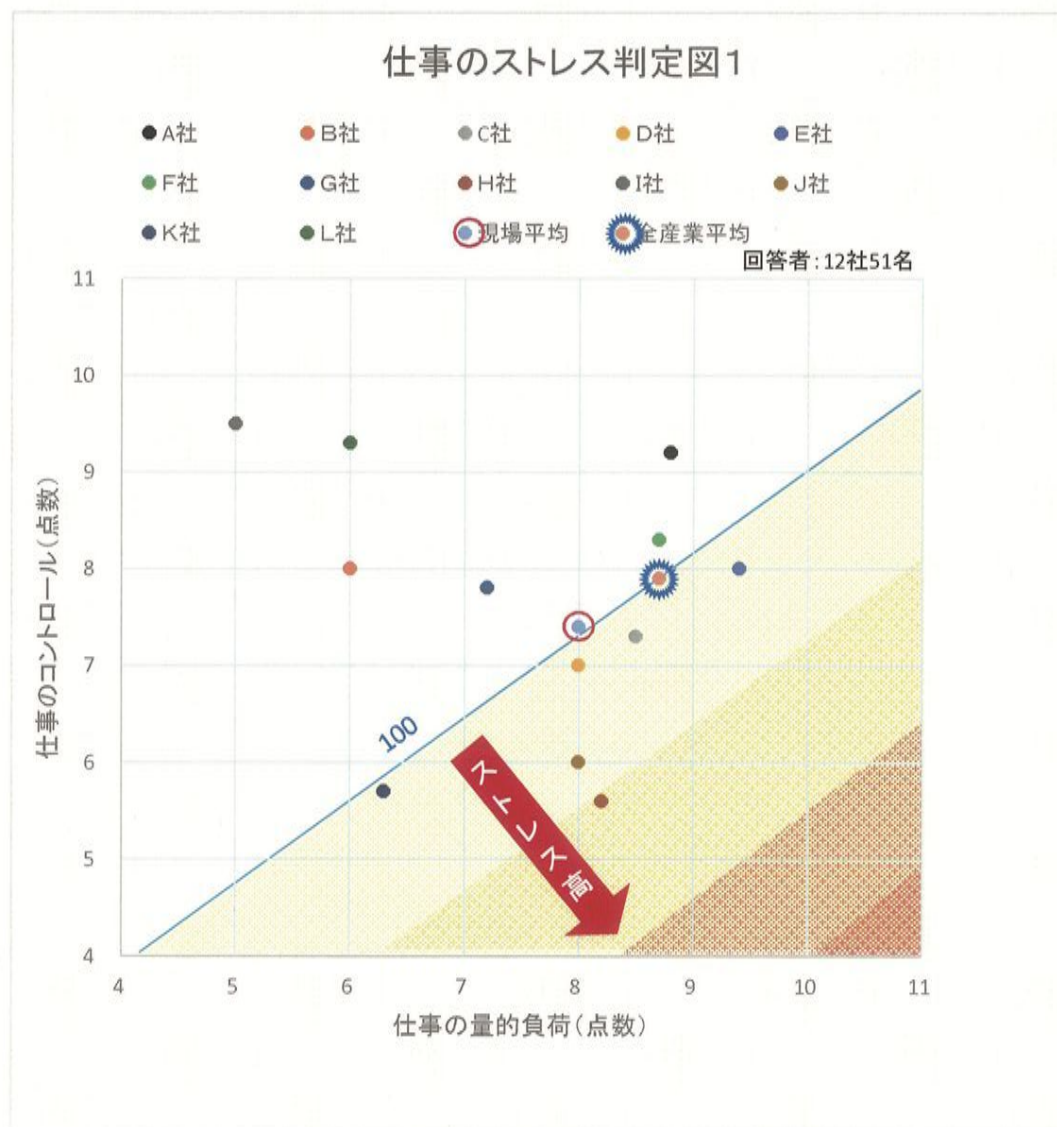
※リズレハルガリ(湖質現象のリスノ程度)	軽大性	軽大(2)	軽大(3)	中程度(4)	重大(5)	極めて重大(6)

[illegible]

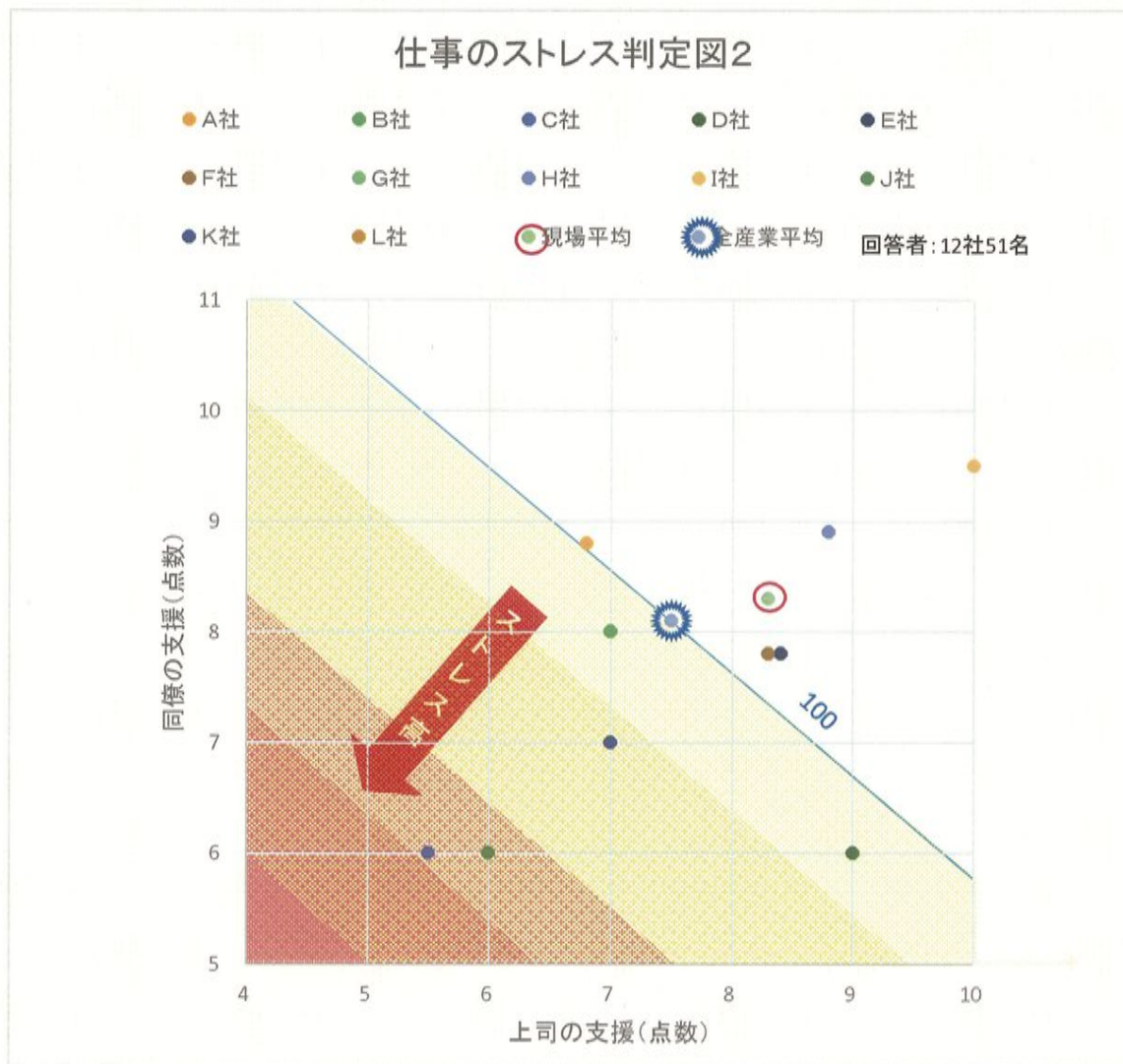
※営業の可能性(度合)

※被害の重大性(重篤度)

東急建設(株) 無記名ストレスチェック実施結果(1/2)



東急建設(株) 無記名ストレスチェック実施結果(2/2)



鉄建建設株式会社における
安全施工サイクルを活用した
健康K Yと無記名ストレスチェックの
試行結果について

2016 年 2 月 8 日

建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方に関する検討委員会

報告者 田村 和佳子

本稿は、2016年1月29日、「建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方に関する検討委員会」（建設業労働災害防止協会設置）が鉄建建設株式会社（以下「鉄建」という）の現場において行った安全施工サイクルを活用した健康KYと無記名ストレスチェックの試行結果についてまとめたものである。

1 試行実施の概要

本試行実施の概要は次のとおりである。

実施日時	2016年1月29日 8時～
現場所在地	馬込建築作業所 東京都大田区中馬込
調査者	小山委員、細谷委員、宮沢オブザーバー、委員会事務局、田村
現場作業人員 (当日)	254名（所長を含む）
現場の施工体制	元請1社、下請32社
工種	建築

2 試行実施手順

本試行実施は、次の手順によって行われた。

①ラジオ体操および肩たたき体操

元請の作業所長のあいさつの後、全体朝礼の冒頭において作業員全員が集合しラジオ体操および肩たたき体操が行われた。

No.1



肩たたき体操は鉄建現場オリジナルのものである。各チーム（会社）が1列となり、前列の者の肩を揉み叩く。ここには女性作業員も含まれるが、特段、抵抗感はないという。作業員同士の助け合いの精神、強い仲間意識が存在するゆえにセクシャルな意味での抵抗感が薄いと推察される。また、女性作業員には固定の世話役（メンター）が配置される等、女性が働きやすい環境整備を行っている。

No.2



②無記名ストレスチェックの実施

元請よりストレスチェック実施の目的、記入時の留意事項がアナウンスされた後、全作業員に調査票が配布された。回収までに要する時間はおよそ 10 分程度。

No.3



元請の職員が回答の状況を確認し、適宜フォローしていた。

No.4



③協力業者による当日の作業内容及びその際の安全注意事項の発表

3 班に分かれて実施。当初は全体で行っていたが、協力業者からの時間短縮の要望を受け、改善されたものである。

No.5



No.6



④危険予知活動（KY）の実施

協力業者による作業内容等の発表終了後、各チーム（会社）に分かれ、現地KYが行われた。

No.7



No.8



⑤職長等による健康K Yの実施

職長主導によって健康K Yが行われた。進め方については、職長ごと異なるものの、健康K Yの趣旨説明を熱心に行っていた職長が多く見受けられた。

No.9



No.10



3 試行結果

(1) 健康K Y

本現場における健康K Yは、チーム（会社）ごとで行う現地K Yの中で行われたものである。外観したところ、健康K Yの趣旨説明に時間を割いていた職長が多く見受けられた。全体朝礼時に元請の社員から毎日実施するK Y活動として位置づけるようアナウンスされていたことからして、予め各職長に対し、健康K Yの意義を十分説明し現場全体として取り組む方針を元請が明示していたものと推察される。また「問いかけ項目」については、すべての項目につき確認を行っていたチームもあれば、1 作業員に対し1 項目の問いかけを行っていたチームもあった。K Y記録用紙への記載については特段の明示は見られない（別紙 2-1・危険予知活動）。

(2) 無記名ストレスチェック

無記名ストレスチェックは、安全朝礼の体操終了後に実施された。まず、元請から無記名ストレスチェックの趣旨と回答の注意事項が説明された。元請の社員が調査票配布から回収までの間、作業員の状況を巡回し、適宜フォローしていた。それゆえ、外観上は回答に苦慮する者はさほど見受けられず、およそ 10 分でストレスチェックの全工程が完了した。

後日、本調査票の回答に基づきストレス判定図を用いて集団分析を行った。調査票の有効回収数は 227 となった。本分析はストレス判定図に示される全国全産業平均（東

京大学大学院医学研究科精神保健学・看護学分野作成。以下「全国平均」という）と本現場平均（元請・下請のすべてを含む）との比較によって行ったものである。この点、同判定図は本来、同一企業に属する職場ごとに判定を行うものであるところ、本現場は企業の集合体であり、これを全国平均と比較することが適当でないと思われるが、この点については委員会で別途検討していただくこととする。今回は試行実施の便宜上、当該方法による分析を行うこととした。また、本分析ではチーム（会社）ごと個別の検討は行わない。

本分析では、次のことが判明した（別紙 2-2・ストレス判定図）。

- ① 仕事のストレス要因（量的負担と裁量権のバランス）について（別添・ストレス判定図上段）
 - ・ 本現場の平均と全国平均を比較すると、本現場は仕事の量的負担についてはほぼ同値であるが、裁量権は全国平均を上回る。
 - ・ 本現場における健康リスクは 94 であり、全国平均（100）よりも低い。
 - ・ 高ストレスを示すチーム（会社）は 9 社あり、下請の順位による差異は不明である。
 - ・ 本現場に所属するチーム（会社）の分散をみると、仕事の量的負担、裁量権ともに全国平均および現場平均周辺に偏在する。
- ② ソーシャルサポートの状況（上司の支援と同僚の支援のバランス）について（別添・ストレス判定図下段）
 - ・ 本現場は全国平均と比べ、上司、同僚の支援ともに高値を示す。
 - ・ 本現場における健康リスクは 86 であり、全国平均（100）を下回り、良好な結果となっている。
 - ・ 高ストレスを示すチーム（会社）は 7 社あり、下請の順位による差異は不明である。
 - ・ 本現場に所属するチーム（会社）の分散をみると、上司、同僚の支援ともに 3/4 のチームが全国平均を上回る。

③ まとめ

上記分析から、現場全体としてみた場合、仕事のストレス要因、ソーシャルサポートの状況ともに全国平均を上回り、極めて良好な職場環境であることが認められる。他方、チーム（会社）ごとの状況をみると、仕事のストレス要因では過度な高ストレス群は認められないが、ソーシャルサポートでは一部のチームに問題が生じていると推察される。今後の職場環境改善にあたっては高ストレス群に該当するチーム（会社）への個別介入および支援が必要であると考えられる。

（３） 試行実施後のミーティング

本試行実施後、本現場の元請である所長、副所長、建築部長外 1 名の 4 名に対し面接を行った。

まず、所長および副所長のヒアリングから 1 日の作業人員が 250 名を超える大所帯を円滑に機能させるためには、作業現場における良好な雰囲気醸成することが必要である旨の意見が聞かれた。本現場は協力会社の職長によって構成する「職長会」が活発であり、職長会の要望により現場広場におけるバーベキュー大会やゴルフコンペの開催等、様々なレクリエーション活動が行われている。また、現場内にゴルフ練習場を設ける等して休憩時にも企業の垣根を超えた交流が行われている。これらの活動を通して、

職長や作業員同士のヨコの繋がりが密になり、作業遂行にも良い影響が表れているという。ここにおいて元請たる所長らはあくまで側面的支援に徹し、職長会の自主性を尊重した関与を行っていることが印象的である。こうした元請の方針は次の表に見られるとおり現場の随所に反映されている。

①現場事務所内のポスター掲示

メンタルヘルス施策の一環として作成されたポスターを掲示している。

No.11



2011年の心の健康づくり計画策定時に自社オリジナルのキャラクター（てっくん、みさきちゃん）を用いたストレスケアのポスターを作成。各現場事務所に掲示している。ここではメンタルヘルスの文言を用いず、ストレスコーピングの方法をわかりやすく表現しているのが特徴的である。

その他鉄建建設㈱では、メンタルヘルス対策として別紙2-3の取組みを行っている。

No.12



②失敗を繰り返さない十カ条ポスターの掲示、周知

右写真中、「七.上司、同僚、部下とのコミュニケーションを密にしよう」「九.仲間のミスをカバーするチームワークをもとう」との文言からも鉄建において現場のコミュニケーションを重視している姿勢が見てとれる。

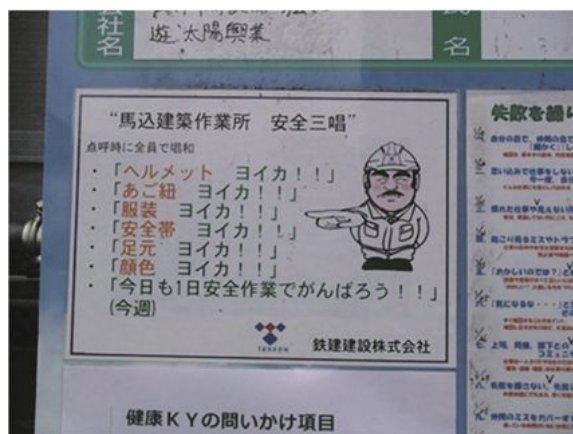
No.13



③安全唱和の取組み

毎日の朝礼時に作業員全員で安全唱和を行っている。唱和する言葉は右写真の6項目から3つを選択し、週単位でその言葉を変えて行く。

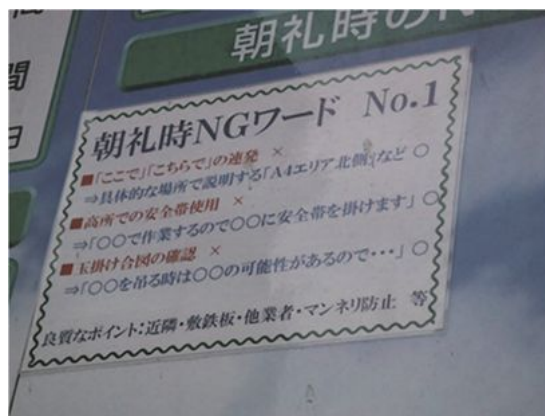
No.14



④朝礼時のNGワードの掲示

朝礼時に行う協力会社による作業内容等の発表の際の注意事項を掲げる。抽象的なワードは避け、具体的にどこで、どのような作業を行う場合に危険が潜んでいるか考えさせる効果を狙っているという。その他、当該発表につき、過去には当日ランダムに発表者を決定する方法を採用していた。これにより全作業員が真摯に作業の安全を考えるようになったと思われるが、協力会社から過度にプレッシャーがかかるとの意見もあり、現在は取りやめている。

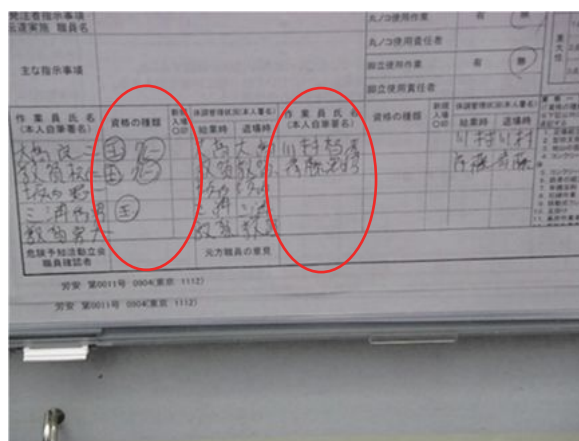
No.15



⑤危険予知活動表（KY）による始業時及び退場時の体調確認

始業時および退場時において作業員各自の体調に関し、自署にて確認を行っている。

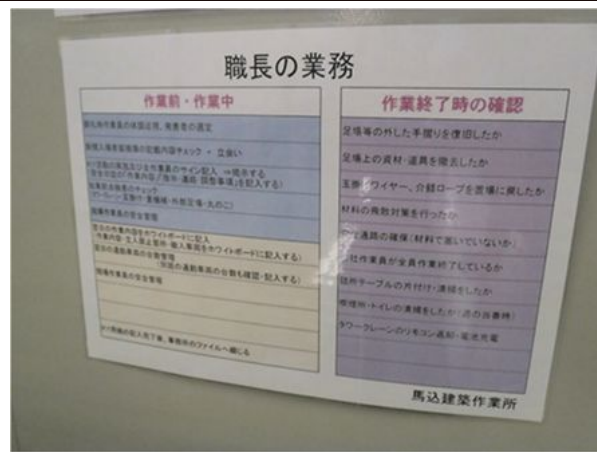
No.16



⑥職長業務の掲示

作業前、作業中、終了時における職長が行うべき業務内容を掲示し、職長のスキルアップを図っている。

No.17



⑦新規入場時の確認

新規入場者に対しては、就業上の必要な知識の習得だけでなく、就業態度についても指導を徹底している。また新規入場に際し、高血圧、腰痛、糖尿病、てんかんの持病の有無、既往歴等の申告を併せて求めている。これは就業時に健康上の問題が発生した場合に備えて行うものであるという。さらに、新規入場者には顔写真付き書類の提出を求め、入場時点と現在の様子を比較する等して作業員の体調を適宜確認している。

No.18



また、ヒアリングでは本試行実施の内容につき、面接者から次の意見が出された。

① 健康KYについて

- ・ 健康 KY を継続実施するにつき、「問いかけ項目」を指差呼称のように簡潔な言葉を用いた方が現場に浸透しやすい。指差呼称は目で見て口で発することによって状況確認を行うものであり、健康KYにおいて意図するところと合致する。
- ・ 「問いかけ項目」として顔色はよいか、気力、活力は充実しているかという項目を追加するとよい。

② 無記名ストレスチェックについて

- ・ 現場においてストレスチェックを行うことは必要であると考えるが、職長を含む現場作業員は常時体を動かしていることから、上手にストレスを発散することができていると思われる。
- ・ 無記名ストレスチェックにつき、本現場は工期の進捗状況により業者が大幅に入れ替わることから、実施時期の設定に苦慮することが予想される。
- ・ ストレスチェックの質問項目につき、職長の上司が誰であるか判断に迷うと考えられる。

③ 健康K Yおよび無記名ストレスチェック実施後の措置について

- ・ 本取組みの結果、不調者を発見した場合、職長から元請に対し、その旨の報告を行わせるが、その後に取り得る元請の措置としては、不調者が所属する会社とその旨を伝えるほか行政機関を含む相談機関、医療機関の紹介程度に留めたい。なぜならば、不調者対応の責任者は当該不調者が所属する事業者であると考えからである。

(4) 現場の特徴

本現場は、1日に200～300名程の作業人員が出入りする流動性の高さに特徴づけられる。建築の現場であることから、躯体作業時は業者が固定しているが、仕上げ段階には業者の入れ替わりが頻回となる。元請においては、新規に入場する業者がスムーズに職長会に受け入れられるよう配慮を行っているという。また、住宅地の現場であることから、近隣住民との取り決めによって18時以降、現場作業を行うことができないこととなっている。したがって、協力会社の作業員の深夜残業等の問題は特段生じない。

(5) 課題

本試行実施における課題を整理する。

- ① 健康K Yの問いかけ項目、実施方法につき、所長等の意見を踏まえ、より現場の実態に即したものとブラッシュアップさせる必要がある。
- ② 健康K Yおよび無記名ストレスチェック実施後の措置につき、現段階では明確なルートを用意できていない。所長等から出された意見を参酌し検討を深めたい。
- ③ 無記名ストレスチェックの集団分析につき、本試行実施では「仕事のストレス判定図」を用いたが、全国平均と現場平均および各チーム（会社）を比較することは、対象が異なるため適当でない面もあると思われる。可能であれば、建設現場独自の標準値を作成し、これに基づく分析を行うことが望まれる。

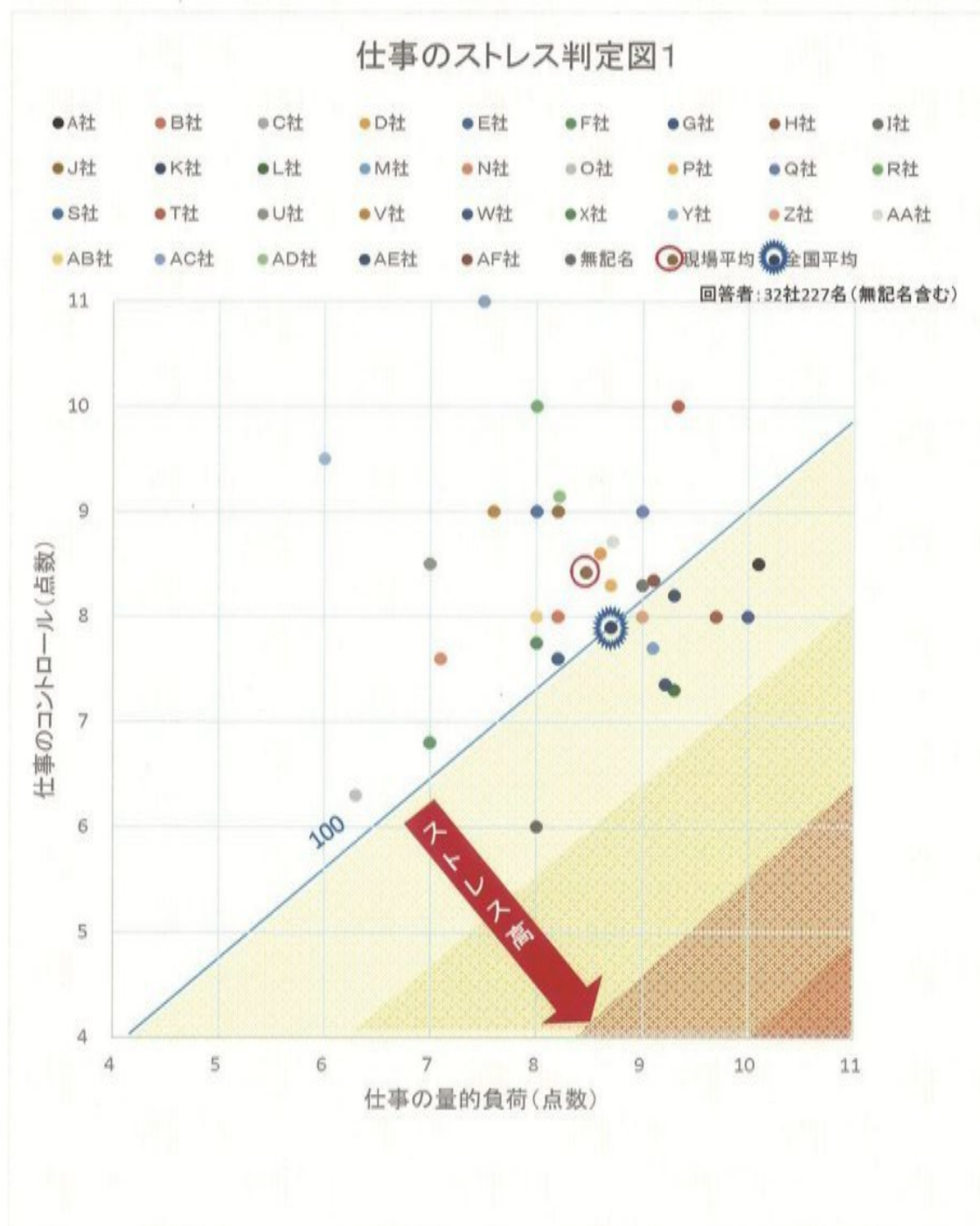
(6) 所感

本現場は、前記のとおり、所長以下元請社員の現場におけるコミュニケーションを重視した姿勢が貫かれており、安全とコミュニケーションの重要性とが密接に結びついている。さらに、健康への関心度が高く、現場全体にストレスケアを含む健康維持の認識が根づいていると推察される。それゆえに、本試行のような初めての取組みであっても比較的スムーズに行うことができたと考えられる。当然ながら、すべての現場に本現場のごとき風土が存在するとは考えられず、快適な職場環境の形成に関心をもたない現場において、いかに理解を促し活動を定着させるかも併せて考察する必要があると考える。

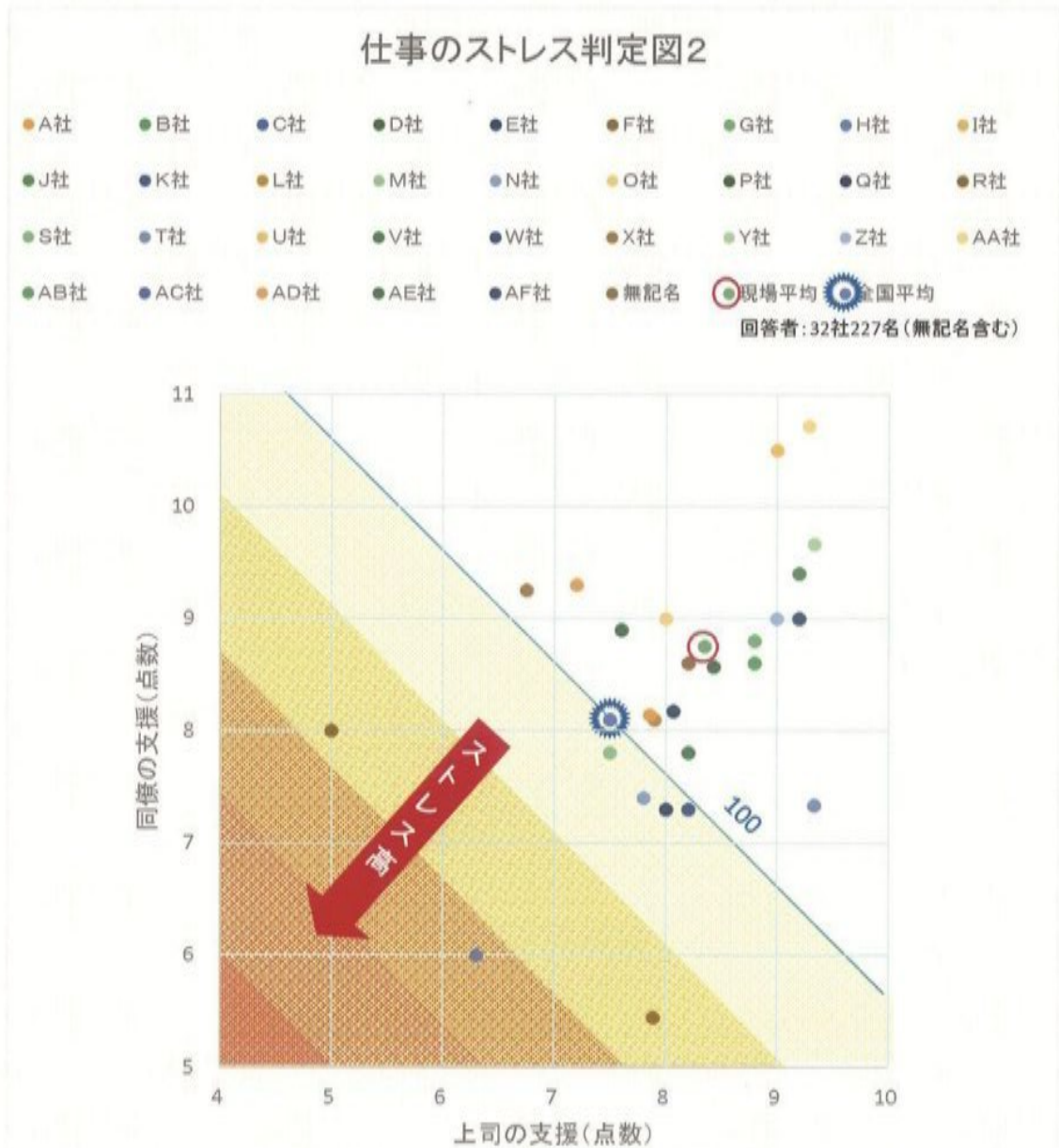
以上.

ベルギー端部では舟スズに安全帯をかけること。

鉄建建設(株) 無記名ストレスチェック実施結果(1/2)



鉄建建設(株) 無記名ストレスチェック実施結果(2/2)



心の健康づくり計画

1 心の健康づくり活動方針

本計画は、当社「労務安全管理規程」に基づき、厚生労働省「労働者の心の健康の保持増進のための指針」に従って、当社の心の健康づくり活動の具体的推進方法を定めもって社員の心の健康づくり及び活気のある職場づくりに取り組むためのものである。

2 心の健康づくり推進体制

社員、箇所長(本社においては、部長、支店においては、部長及び作業所長を含む)、産業保健スタッフ、安全衛生委員会の役割を以下のとおりとする。

ア 社員

社員はストレスや心の健康について理解し、定期的にセルフチェック(中央労働災害防止協会ホームページ等)を実施し、自分自身のストレスや心の健康に気づき、自分にあった健康法やストレスの解消法を実践し、ストレスの予防、低減に努める。また、必要に応じて社内外のメンタルヘルス相談を利用する。

イ 箇所長

箇所長は、職場の管理監督者として、会社が実施するメンタルヘルスについての教育・研修を受け、職場環境等の改善を通じたストレスの軽減、部下からの相談への対応を行う。また、箇所長自身も必要に応じて社内外のメンタルヘルス相談を利用する。

ウ 産業保健スタッフ

箇所長を含む社員の活動を支援する。

(ア) メンタルヘルス推進担当者

原則として衛生管理者がその役割を担うものとし、産業医の助言を得ながら、心の健康づくり計画の企画、立案、評価・改善、教育研修等の実施、関係者の連絡調整などの実務を担当し、事業場の心の健康づくり活動を中心に推進する。

(イ) 産業医

- ・心の健康づくり計画の企画・立案及び評価への協力
- ・社員、箇所長からの相談への対応と保健指導
- ・職場環境等の評価と改善によるストレスの軽減
- ・社員、箇所長に対する情報提供及び教育研修
- ・外部医療機関との連絡
- ・就業上の配慮についての意見

エ 安全衛生委員会

安全衛生委員会は、メンタルヘルス推進担当者を中心に心の健康づくり計画の策定に関わる。また、計画どおり心の健康づくりが進められているか評価を行い、継続的な改善を図る。

3 心の健康づくりの目標

社員の心の健康は、社員とその家族の幸福な生活のために、また生産性及び活気のある職場づくりのために重要な課題であることを認識し、メンタルヘルスケアだけでなく、職場でのコミュニケーションの活性化などを含めた広い意味での心の健康づくりに取り組む。

具体的には以下の目標を平成 24 年までに達成する。

- ① 箇所長を含む社員全員が心の健康問題について理解し、心の健康づくりにおけるそれぞれの役割を果たせるようになる。
- ② 円滑なコミュニケーションの推進により活気ある職場づくりを行う。
- ③ 箇所長を含む社員全員の心の健康問題を発生させない。

4 問題点の把握及び外部資源を活用したメンタルヘルスケアの実施

(1) 職場環境等の把握と改善

ストレスを軽減し、明るい職場づくりを推進するために職場環境等の把握と改善を実施する。

ア 箇所長による職場環境等の把握と改善

箇所長は、日常の職場管理や社員の意見聴取を通じて当該職場における社員のストレス要因を把握し、その改善に努める。

イ 産業保健スタッフによる職場環境等の把握と改善

産業保健スタッフは、必要に応じて職業性ストレス簡易調査票などの調査票等を用いて職場環境等を評価する。また、その結果をもとに箇所長に職場環境等の改善について助言し、その実行を支援する。

(2) ストレスチェックの実施

セルフケアの推進のため、ストレスチェックの機会を提供する。

- ① 社員は、産業保健スタッフが提供するストレスチェック(中央労働災害防止協会ホームページ参照)を利用して、自らのストレスを適宜チェックする。
- ② 社員は、自らのストレスチェックの結果に応じて、産業医等によるストレスに関する保健指導を受ける。

(3) 心の健康づくりに関する教育研修・情報提供

メンタルヘルス推進担当者は心の健康づくりの推進のために、関係者に対して教育研修を実施する。

ア 社員向けの教育研修・情報提供

セルフケアを促進するため、箇所長を含む全ての社員に対して、教育研修・情報提供を行う。

イ 箇所長への教育研修・情報提供

箇所長によるケア(ラインによるケア)を促進するため、箇所長に対して教育研修・情報提供を行う。

ウ 産業保健スタッフへの教育研修・情報提供

産業保健スタッフによるケアを促進するため、産業保健スタッフに対して外部団体が実施する研修等への参加を含めて教育研修・情報提供の機会を設ける。産業保健スタッフの職務に応じて専門的な事項を含む教育研修、知識修得の機会の提供を図る。

(4) 外部団体を活用した心の健康に関する相談の実施

心の健康に関する相談体制は以下のとおりとする。

ア 箇所長への相談

社員は、心の健康に問題や不調を感じた場合には箇所長に相談することができる。箇所長は、社員の相談に対応し、必要に応じて産業医、総務人事部担当、あるいは全国土木建築健康保険組合相談窓口等に相談するよう勧める。

イ 産業医への相談

社員は自らの心の健康問題について産業医に相談することができる。箇所長は部下である社員の心の健康問題について、産業医に相談することができる。

ウ 全国土木建築健康保険組合の相談窓口等への相談

社員及び箇所長は、全国土木建築健康保険組合が実施している「心とからの健康相談」窓口及び公共機関が実施している相談窓口に相談することができる。相談に当たっては、別紙を参考にする。

エ メンタルヘルス推進担当者への相談

必要な場合には、社員及び箇所長は自らの心の健康問題について、メンタルヘルス推進担当者に相談することができる。メンタルヘルス推進担当者は、箇所長、産業医と相談しながら、社員や箇所長に対して助言や指示を行う。本社メンタルヘルス推進担当者は、相談者本人や箇所長が相談した場合にはその当該社員に相談したことによって不利益が発生しないよ

う配慮する。

5 個人のプライバシーへの配慮

箇所長及びメンタルヘルス推進担当者は、相談対応に当たって、社員のプライバシーに配慮し、社員から知り得た個人の健康情報を含む個人情報については原則、本人の了解を得た上で他に伝える。

産業医は、社員本人や箇所長及びメンタルヘルス推進担当者に対して助言や指示を行う。産業医は、法令及び社内規程に基づく守秘義務に従って相談者の秘密を守って対応する。

6 心の健康づくりのための目標及び評価

効果的な心の健康づくりを進めるために、長期目標を設定し、これを実現するために年次目標・具体的な進め方を設定するとともに、その目標の達成状況について評価を行う。

附則 この計画は平成23年5月1日から施行する。

「心の健康づくり」の推進について

厚生労働省の労働者健康状況調査によると、仕事に対して強い不安、ストレスを感じる労働者は6割を超えています。ストレスがたまり無理を重ねると、心と体に不調をきたし、更に進むと心の病になり、誰しもが罹りうる身近な病気となっています。

当社の財産は、皆さん方社員です。「家族に誇れる働きがいのある企業」になることを目指すためにも、社員の「心の健康の維持・増進」と「快適な職場環境の形成」が重要です。

当社は「心の健康づくり計画」を策定し、心の健康問題について正しい知識を共有できる風土作り、心の健康に影響を与える心身ともに健康で安心して働ける快適な職場づくりに取り組み、継続的・計画的に改善を行っていきます。

各支店、作業所においては、身近に心の健康について相談できる仕組みと雰囲気を作ってください。また、お互いに声を掛け合える身近な関係を築いてください。

皆さん一人一人も、ストレスや心の健康について理解し、定期的にセルフチェックを実施し、早期に自分自身の不調に気づき、自分にあった健康法やストレス解消法を実践し、ストレスの低減に努めてください。

鉄建は、皆さんが毎日健康で明るく働いていただけるよう「心の健康づくり」を全社で積極的に推進していきます。

平成23年5月1日



鉄建建設株式会社

代表取締役社長

橋口 誠之

日常生活でストレスを発散しよう！

気軽なおしゃべり
歌うこと、踊ること
社交的・エンタテインメント好きの方におすすめ



花や緑と親しむ
ウォーキング

ナチュラル派の
あなたにおすすめ



ジョギング
サイクリング
得意なスポーツ活動

アウトドア派・
スポーツ好きな
あなたにおすすめ



過剰にたまってしまったストレスは、
日常生活の中で趣味や余暇を通して発散していきましょう。
さまざまな方法がありますが、
自分に合った解消法を見つけて長く続けることが大切です。



信用と技術の

鉄 建

いきいき働くための メンタルヘルス・セルフケア・ガイド

どんなことに
ストレスを
感じますか？



ストレスを
ためにくい
生活スタイルとは



ココ

coco navi

ナビ

【監修】山本晴義

横浜労災病院 勤労者メンタルヘルスセンター長

困ったときは
こう考える



あなたは
ストレスに強い？
弱い？



鉄 建

ストレスに気づく

セルフコントロールする

心の疲れがとれないとき

第7章 中小規模建設業が行うメンタルヘルス対策への支援

1 メンタルヘルス対策推進上の課題

第1章2(2)の調査結果から中小規模の建設業では全体としてメンタルヘルス対策推進への意識が希薄であり、モチベーションも低いことが明らかとなった。その要因として大規模事業場に比べ、人的・資金的に十分な余力がないこと、少ない人員ゆえに日常的に意思疎通を図っていることから取って同対策に着手する必要性を感じていないことが窺える。その一方で、必要性を感じつつも事業場内に専門スタッフを確保できない、或いは具体的な取組み内容そのものが不明であるとの事情から取組みを行えずにいる事業場が存在する。

こうした実態を踏まえれば、中小規模建設事業者がいかなる対策を講ずべきかにつき、具体的かつわかりやすい明示を行うことが必要であると考えられる。そこで、本章では中小規模建設事業者が行う取組みを、事業場内、事業場外に分け、それぞれにおいて実施する内容を明らかにする。実施内容の提示にあたっては、まず中小規模事業者が抱える課題をクリアするための方策を探り、それを踏まえた上で中小規模建設事業者が行う対策のフレームワークを示すこととする。

2 メンタルヘルス対策推進へ向けた支援策

前記中小規模建設事業者の課題は、主として必要性の認識および人的・資金的問題という2点に要約することができる。これに対して取り得る方策を以下に示す。

(1) メンタルヘルス対策の必要性を認識するための働きかけ

現状、情報提供を受ける機会が少なく、メンタルヘルス上の問題に対する経営トップや管理監督者層の意識が高まりを見せない。したがって、次の方法による周知啓発、情報提供が有効であると考えられる。

- ① 中小規模事業場向けツール、マニュアルの開発および普及
- ② メンタルヘルス推進担当者の育成
- ③ 安全大会等における情報提供
- ④ 協力関係にある元請等からの情報提供
- ⑤ 建災防による総合的支援

(2) 事業場外資源の積極的活用の促進

中小規模事業場におけるメンタルヘルス対策の担い手の不足を解消するためには事業場外資源を積極的に活用していくことが望ましいと考えられる。

- ① 産業保健総合支援センター
- ② 地域産業保健センター
- ③ 中央労働災害防止協会
- ④ その他の機関・団体等

無料の外部相談窓口として活用できる機関を次の表にまとめた。

相談内容	相談機関
病気	・ 全国保健所 ・ 市町村（保健センター） ・ 都道府県精神保健支援センター ・ 健保組合等 ・ こころほっとライン（厚生労働省）
生活	・ 法テラス（日本司法支援センター）
人生	・ いのちの電話（日本いのちの電話連盟） ・ いきる・ささえる相談窓口（自殺予防総合対策センター） ・ こころの健康相談統一ダイヤル（各都道府県・政令指定都市） ・ 定例電話相談（日本臨床心理士会） ・ いのちと暮らしの相談ナビ（NPO法人ライフリンク） ・ よりそいホットライン（社会的包摂サポートセンター）
仕事の人間関係	・ 働く人の悩みホットライン（日本産業カウンセラー協会）
過重労働・職場のいじめ・労災補償など	・ 総合労働相談コーナー（都道府県労働局） ・ 労働条件相談ホットライン（厚生労働省委託事業） ・ 職場のトラブル相談ダイヤル（全国社労士会連合会） ・ 労災保険相談ダイヤル（労働基準局労災補償部） ・ 労働基準監督署 ・ 都道府県労政事務所
職場復帰	・ 障害者職業センター

図表 28

以上、中小企業建設事業者が抱える課題への対応策を提示したが、これらをいかにして事業者が行う対策に組み入れるかが運用上大きなポイントとなる。したがって、この点を念頭に置きながら、事業者が取り組むメンタルヘルス対策を考察することとする。

3 事業場内におけるメンタルヘルス対策

事業者が行うべきメンタルヘルス対策については、第2章1で触れたとおりメンタルヘルス指針において、その推進方法が示されている。しかしながら、ここには実務に即した具体的内容の例示がなされておらず、中小規模事業者が単独でこれらの対策を推進するにはやや困難な面があると推察される。そこで、中小規模事業者がスムーズに当該取組みに着手できるよう、事業場規模別にその取組み内容を示すこととする。なお、ここでいう規模は産業医選任の有無によって分別する。

(1) 中規模事業場（産業医選任事業場）の場合

- ① 衛生委員会等での調査審議
- ② 事業場における実態の把握
 - ・ 安衛法に基づくストレスチェックの実施
 - ・ 同一職種間のヨコの繋がりによる情報の共有
 - ・ 職場環境改善活動
- ③ 心の健康づくり計画の策定
- ④ 事業場内における体制の整備
 - ・ メンタルヘルス推進担当者の選任
 - ・ 相談窓口担当者の選任
 - ・ 社内外における相談窓口の設置
 - ・ 産業医との連携
- ⑤ 教育研修の実施
 - ・ 管理監督者向け研修（ラインケア）
 - ・ 労働者向け研修（セルフケア）
 - ・ 社内においてメンタルヘルスを担当する者に対する研修
- ⑥ 労働者の健康情報の管理
 - ・ 健康情報管理の社内ルール作成

(2) 小規模事業場（産業医非選任事業場）の場合

- ① 衛生委員会等での調査審議
 - ・ 安全衛生に関して協議が行われている経営会議、職長会、互助会等を衛生委員会の代替機関として活用する。
- ② 事業場における実態の把握
 - ・ 簡易ストレスチェックの実施
 - ・ 職場環境改善活動
- ③ 心の健康づくり計画の策定
 - ・ 安全衛生年間計画にメンタルヘルスに関する活動項目を盛り込む。
 - ・ メンタルヘルスに関する経営トップの方針表明によって社内周知の徹底を図る。
- ④ 事業場内における体制の整備
 - ・ メンタルヘルス推進担当者の選任
 - ・ 社内外における相談窓口の設置。外部については行政機関等を活用する。
 - ・ 産業医が選任されていない場合、地産保センター等の相談機関を活用する。
- ⑤ 教育研修の実施
 - ・ 研修の代替として労働者に対し行政機関等が無料公開しているパンフレット等を配布する。
 - ・ メンタルヘルス推進担当者が外部の研修を受講し、その内容を全体朝礼等においてアナウンスする。
- ⑥ 労働者の健康情報の管理

- ・ 健康情報管理の社内ルールを作成する。

(3) 推進支援策との連動

以上の活動を前記2に示した方策といかに連動させればよいか。対策の導入から定着に至るプロセスにおいてこれを検討する。

① 対策の導入

前記(1)および(2)の①から⑥までの活動を導入するにあたっては、まずメンタルヘルス対策の必要性に関する経営トップ等の理解を促進する必要がある。これは同対策を推進する上でのカギとなり得るものであり、安全大会等の場や協力関係にある元請等からの情報提供によって積極的に進められるべきである。

その上で、事業場内におけるメンタルヘルス対策の基盤づくりを進めることとなる。ここで活用できる外部資源としては、産保センターと中災防が挙げられる。産保センターでは、無料の相談業務が行われている。具体的には、メンタルヘルス対策の基盤となる体制づくりについて専門家からの助言が得られるとともに、前記⑤の管理監督者および社内メンタルヘルス推進担当者に対する無料の教育研修や情報提供が行われている。同センターのサービスはメンタルヘルス対策推進の入り口として活用できると考えられる。他方、中災防では有料となるが、個々の事業場に適した導入支援サービスが行われている(下のコラム参照)。

中災防ストレスチェックサービス (ヘルスアドバイスサービス)

中災防では、平成14年からヘルスアドバイスサービスとして職業性ストレス簡易調査表を活用したストレスチェックを開始し、これまでに100万人以上の実施実績がありますが、平成27年12月からはこれを改正労働安全衛生法に対応するものとなりました。

【1】ストレスチェックの導入からサポート

ヘルスアドバイスサービスには、改正労働安全衛生法に対応したストレスチェック版と、これに食習慣、運動習慣、喫煙・飲酒、生活リズム、口腔保健等についての生活状況調査を追加した総合版があります。

【2】ヘルスアドバイスサービスの特徴

(1) きめ細かいコメントを付して結果を返却

個人リポートは結果をレーダーチャートで示し、総合評価や仕事のストレス、周囲のサポートに加え、ストレス反応の各項目については個別にわかりやすいコメントを付して、専用封筒に密封して返却します。

(2) スタッフ向けのリポートを提供

高ストレス者リストを提供し、面接指導対象者の選定を支援します。

(3) 集団集計リポートは同業種平均との比較も可能

グループ集計リポートの提供により、仕事の負担や職場の支援に基づく健康リスクについて全国平均との比較ができます。

さらに、ストレス判定図の同業種平均との比較は、中災防がオリジナルに収集した 40 万件のデータをもとに算出したものです。これらの結果を用いて職場環境改善を支援します。

なお、中災防では「ストレスチェック相談室」を設置して、ストレスチェック制度を導入しようとする企業のために、実施体制の整備から、計画作成、実施までについて徹底した相談対応を行うとともに、実施後には職場環境の評価・改善、社内研修の実施までをお手伝いをします。

また、各種の人材養成研修も実施しており、企業のストレスチェックの実施を総合的にサポートします。

問合せ先

〒108-0014

東京都港区芝5-35-2 安全衛生総合会館6階

中央労働災害防止協会（中災防）

健康快適推進部ストレスチェック相談室

TEL 03-3452-6403

FAX 03-3453-0730

E-mail : kenko@jisha.or.jp

ホームページ <http://www.jisha.or.jp/>

さらに、建設業における元請・下請間の強固な関係性を踏まえれば、対策導入に際し、協力関係にある元請業者から取組み事例を聴取した上でこれを自社用アレンジするという手法も考えられる。

なお、中小規模事業場は社内に専門の産業保健スタッフが常駐していないことから、日頃の産業保健活動を支援する嘱託産業医（中規模）や地産保センター等の相談機関（小規模）と密な連携を導入段階から図っておく必要がある。

地産保センターは、労働者数50人未満の事業場に対し、長時間労働者への医師による面接指導の相談、健康相談窓口の開設、個別訪問による産業保健指導の実施、産業保健情

報の提供などのサービスを無料にて提供する機関である。小規模事業場にとっては、利用回数の制限はあるものの活用可能な相談機関の1つであると考えられる。

② 対策の実施

中小規模事業場が前記（１）および（２）①から⑥までの活動を展開していく上で重要となるのは、社内のキーパーソンとなるメンタルヘルス推進担当者の選任である。当該担当者は労働者の相談対応、管理監督者および労働者に対する教育研修、産業医および地産保センター等の相談機関、建設現場の所長等、外部との連携役など、社内におけるメンタルヘルス対策を主導する役割を担うこととなる。したがって、当該担当者は前掲事業場外資源が実施する無料の教育研修等の機会を捉えてスキルアップを図っていくことが望ましい。

さらに、メンタルヘルス指針中でも指摘されるとおり、部下たる労働者と日常的に接し、その異変を早期に察することが可能な管理監督者も重要な存在である。管理監督者については、推進担当者から情報提供を受ける等して、不調への早期対応や部下への指導、相談対応の方法等を身につけることの他、問題が発生した場合、推進担当者とスムーズな連携がとれるよう協力関係を深めておくことが望まれる。

他方、前掲のとおり外部には相談窓口として活用し得る資源が多く存在する。これらの情報を労働者にわかりやすく提示することによって、メンタルヘルス不調の一次予防として活用することができると考えられる。

③ 対策の定着

メンタルヘルス対策は、問題発生時の即時対応に留まることなく継続性をもって推進されることが求められる。したがって、対策が定着した後も安全大会や元請等から新たな情報発信を行うとともに、社内のメンタルヘルス対策推進担当者は自らも情報収集に努めることによって同対策の継続的推進を行うことが望ましい。

4 事業場外におけるメンタルヘルス対策

建設業に従事する労働者の多くは建設現場を就業地とする。かかる実態に鑑み、事業場内の取組みでは網羅できない部分を、建設現場における対策として具体化したものが第6章の「健康KYと無記名ストレスチェック」である。

当該取組みは所属企業の枠を超え、同一の現場に就労する労働者全員を対象として行われるものであるが、健康KY、無記名ストレスチェックのいずれも所属企業の職長を中心に実践される活動である。したがって、これを主導する職長に対し、心身の健康を保持することは作業の安全遂行に不可欠なものであるとの認識を定着させることが求められる。

さらに、健康KYや無記名ストレスチェックでは、実施の結果、労働者の健康上の問題を発見した場合、職長から所長または所長が指名する者（以下「所長等」という）に対する報告に基づき、所長等が当該労働者の所属する事業場担当者や地産保センター等の相談機関と連携を図りながら対応してゆくルートを想定している。ここにおける職長の役割は当該取組みによって速やかに二次予防の対応へと繋げることであり、そのためには所属労働者

の異変に気づくことができる素養を身につけることも併せて必要となろう。この点、現場を統括する元請らによる情報提供、協議会や現場職長会を利用する等した外的アプローチが有用であると考えられる。

また、前記不調者発生時の対応のみならず、広く建設現場における産業保健活動をフォローするため、現場がある地域を担当する地産保センター等の相談機関と早期に連携を図っておくことも必要である。

5 メンタルヘルス対策への支援体制

以上、中小規模建設事業場のメンタルヘルス対策は、事業場内における取組みだけでなく、現に労働者が就労する建設現場における取組みも併せ、実施されることが必要となる。これらの取組みが中小規模事業場にとって実効性あるものとして機能するためには、相互の取組みが有機的な関連性をもって展開されなければならない。そこで、これらの関係を次のモデル図として整理した（別添「中小規模建設事業場のメンタルヘルス対策への支援モデルー建災防による総合的支援（普及・指導）」）。

同モデル図は、建設現場で行われる健康ＫＹおよび無記名ストレスチェックを、その実施結果に基づき、いかに事業場内の取組みへと連動させるかを主題として作成されたものである。当該取組み実施の結果、労働者の健康上の問題を発見した場合、まず職長から所長等に対する報告を行い、これに基づき、所長等が当該労働者の所属する事業場担当者へ連絡をし、さらに事業場担当者から嘱託産業医へと繋げる方法と、所長等が現場地域を担当する地産保センター等の相談機関と連携を図る方法等を用いて早期対応を図ってゆくことを想定している。これらが円滑に機能するには、現場所長等と個々の事業場担当者との関係性が重要であり、日頃からこの点を踏まえた連携を密に行われることが求められよう。

そして、当該図に示した中小規模事業場に対する支援全般を、建災防において普及促進し、必要に応じて指導を行う等、総合的な取組みを進めるものである。

6 助成金制度の拡充等への要望

本委員会では、建設業の業種特性に鑑み、建設現場におけるメンタルヘルス対策推進の重要性を確認し、ストレスチェック制度の趣旨に立脚した「建災防方式健康ＫＹと無記名ストレスチェック」による取組みを構想した。この新たな取組みは、前記のとおり建設現場レベルに留まらず事業者責任によるメンタルヘルス対策と関連性をもって展開してゆくことを想定している。

しかしながら、当該取組み後の措置は各事業者の責任において行わなければならない、人的・資金的余力に乏しい中小規模建設事業者の負担が大きいと推察される。とりわけ、産業医が選任されていない小規模事業場では、地産保センター等の相談機関の活用を縷々提案してきたが、当該取組み後の支援までを包括的に同センター等の相談機関において行うことは現時点において不可能であると考えられる。したがって、健康ＫＹ実施後の相談援助、無記名ストレスチェック実施にかかる専門家の支援（職場環境改善活動を含む）等、健康ＫＹおよび無記名ストレスチェック実施にかかる助成金制度の創設等が望まれる。

事業場外



第8章 建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方に関する提言

本検討委員会では、建設業におけるメンタルヘルス対策のあり方に関して、建設業における現在の状況、将来のあるべき方向性等様々な角度から検討を重ね、建設現場においても受け入れが可能で簡易だがメンタルヘルス不調予防及び職場環境の改善に資すると考えられる手法を提案し試行も行った。

この手法は、建設業がこれまで叡智を絞って積み上げてきた労働災害防止の取組を活用するもので、建設現場においても広く普及することが可能と考えるが、いまだこの手法の詳細が定まっているものではない。

そこで、本委員会としては、建設業におけるメンタルヘルス対策が一層進展し、建設現場で働く人々の心身の健康が確保され、魅力ある職場となることを期待して、次の事項について提言する。

提 言

- 1 本委員会で提案した「健康 KY と無記名ストレスチェック」の手法を実効あるものとするよう今後さらに検討を進めること。
- 2 メンタルヘルス対策の取組の必要性について建設業の経営層に向けて訴えかけを行うこと。
- 3 中小規模の建設事業者に対して関係機関等と連携し実効ある支援の枠組みを検討すること。
- 4 職場環境を改善した好事例を収集し、取りまとめ普及することにより広く改善の進展を図ること。
- 5 メンタルヘルス対策を進めるために必要な書籍、資料を作成し、教育・研修を行うこと。
- 6 建設事業者が進めるメンタルヘルス対策について助言できる体制を作ること。

< 参 考 資 料 >

建設業におけるメンタルヘルス対策取組み状況に関する
調査報告書

平成28年1月

建設労務安全研究会

1. 調査目的

建設業労働災害防止協会の委託を受け、建設労務安全研究会会員事業所及びその協力会社事業場のメンタルヘルス対策への取り組み状況をアンケート形式による調査を行い、その結果を取りまとめて報告する。

2. 調査方法

メンタルヘルス調査特別委員会を設置して調査項目を検討のうえで調査票を作成し、それに基づく調査を行った。

3. 調査対象企業

建設労務安全研究会会員企業 34 社及びその協力会社を対象とした。

4. 調査項目・内容

別添 1 「建設業におけるメンタルヘルス対策取り組み状況に関する調査票」 参照

5. 調査期間

平成 27 年 8 月から平成 27 年 9 月

6. 調査結果

別添 2 「建設業におけるメンタルヘルス対策取り組み状況に関する調査集計」 参照

建設業におけるメンタルヘルス対策取り組み状況に関する調査

ご記入にあたってのお願い

- この調査でご記入いただいた内容は統計的に処理され、研究目的のみに利用されます。貴企業の名称や個別の回答内容を公表することはありませんので、事実をありのまま記入してください。
- この調査票は、全部で11頁あります。
- 特にことわりのない場合、平成27年9月1日現在の状況について記入してください。
- ご回答は、当てはまる番号に○印をつけていただくものと、 に記入していただくものがあります。
- ご回答の内容によって、次に回答する設問の順番が変わることがあります。当てはまる番号に○印をつけてから、矢印に沿って進んでください。
- 調査票の提出は、平成27年9月30日（水）までをお願いします。

I 企業に関することについてお聞きします。

Q1. 貴企業の常用労働者＜注1＞は何人ですか（○印は1つ）。

☆「企業」とは、この調査票が送付された貴事業所のほか、本社、支店、作業所、営業所などすべての事業所を合わせたものをいいます。

10～29 人	30～49 人	50～99 人	100～299 人	300～999 人	1000 人以上
1	2	3	4	5	6

Q2. 貴企業の派遣労働者＜注2＞（人材派遣会社から受け入れている者）は何人ですか。（人数を記入）

☆派遣労働者を受け入れていない場合は「0（ゼロ）」を記入してください。

派遣労働者数	人
--------	---

Q3. 貴企業に勤務する者のうち、次の就業形態に当てはまる労働者はそれぞれ何人ですか。（人数を記入）

正社員＜注3＞	人
契約社員＜注4＞	人
パートタイム労働者＜注5＞	人
臨時・日雇労働者＜注6＞	人

＜注1＞「常用労働者」とは、①期間を決めずに雇われている者、②1か月を超える期間を定めて雇われている者、③臨時又は日雇労働者で7月及び8月の各月にそれぞれ18日以上事業所に雇われた者のいずれかに該当する者をいいます。ここには他社から受け入れた出向者、転籍者も含まれます。

＜注2＞「派遣労働者」とは、平成27年9月1日時点で貴企業が労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律に基づく労働者派遣事業を行う事業所から派遣労働者として受け入れている者のうち、7月及び8月の各月にそれぞれ18日以上就労している者をいいます。

＜注3＞「正社員」とは、フルタイム勤務で雇用期間の定めのない者をいいます。

＜注4＞「契約社員」とは、フルタイム勤務で1か月を超える雇用期間の定めのある者をいいます。

＜注5＞「パートタイム労働者」とは、一般社員（フルタイム勤務で基幹業務を行う社員）より1日の所定労働時間が短い、又は1週の所定労働時間が少ない者で、雇用期間の定めがない又は1か月を超える期間を定めて雇われている者をいいます。

＜注6＞「臨時・日雇労働者」とは、1か月以内の期間を定めて雇われている者をいいます。

Q 4. 貴企業は、総合建設業ですか。(○印は1つ)

はい	1
いいえ	2

→Q 5. へお進みください。

→Q 4-1 へお進みください。

Q 4. で (2 : いいえ (専門工事業)) と回答された方は、Q 4-1 についてお答えください。

Q 4-1 貴企業は、次のいずれの業種に当てはまりますか。主たる業種をお答えください。(○印は1つ)

土木工事業	建築工事業	大工工事業	左官工事業	とび・土木工事業
1	2	3	4	5
石工事業	屋根工事業	電気工事業	管工事業	タイル・れんが・ ブロック工事業
6	7	8	9	10
鋼構造物工事業	鉄筋工事業	ほ装工事業	しゅんせつ工事業	板金工事業
11	12	13	14	15
ガラス工事業	塗装工事業	防水工事業	内装仕上工事業	機械器具設置工事業
16	17	18	19	20
熱絶縁工事業	電気通信工事業	造園工事業	さく井工事業	建具工事業
21	22	23	24	25
水道施設工事業	消防施設工事業	清掃施設工事業	その他	
26	27	28	29	

Q 5. 労働安全衛生法改正により平成 27 年 12 月 1 日から労働者 50 人以上の事業所に対してストレスチェック制度が義務づけられることを知っていますか。(○印は1つ)

☆ ストレスチェック制度とは、労働者の心身のストレス状況を把握するために行う質問紙による検査をいいます。

知っている	1
知らない	2

II 貴企業におけるメンタルヘルス対策の取組み状況についてお聞きします (建設現場における統括管理に関するものは除きます)。

☆ メンタルヘルス対策とは、職場における心の健康を保持増進するために行う対策のことで、具体的にはQ 6-4 のような取組みをいいます。

Q 6. メンタルヘルス対策の取組みを行っていますか。(○印は1つ)

取り組んでいる	1
取り組んでいない	2

→Q 6-1～Q 6-6 へお進みください。

→Q 6-7～Q 6-9 (4 頁) へお進みください。

Q 6. で (1 : 取り組んでいる) と回答された方は、Q 6-1～Q 6-6 についてお答えください。

Q 6-1 事業所内でメンタルヘルス対策を主管する部署は、どこですか。(○印は1つ)

人事部門	1
安全部門	2
その他 []	3

Q 6－2 メンタルヘルス対策のための専門スタッフを配置していますか。(複数回答可・但し、6 の場合は○印は1 つ)

産業医	1
産業医以外の医師	2
保健師・看護師	3
衛生管理者・衛生推進者	4
その他〔 〕	5
専門スタッフはいない	6

Q 6－3 メンタルヘルス対策に取り組んだきっかけは、何ですか。(複数回答可)

メンタルヘルス不調者または休業者の発生	1
ハラスメント等、職場環境に関する問題の発生	2
労働基準監督署からの指導	3
行政機関からの周知・啓発	4
労働安全衛生法の改正	5
その他〔 〕	6

Q 6－4 現在、取り組んでいるメンタルヘルス対策として、どのようなことを行っていますか。(複数回答可)

メンタルヘルス対策について安衛委員会等での調査審議	1
メンタルヘルス対策に関する問題点を解決するための計画の策定と実施	2
メンタルヘルス対策の実務を行う担当者の選任	3
労働者への教育研修・情報提供	4
管理監督者への教育研修・情報提供	5
事業所内の産業保健スタッフへの教育研修・情報提供	6
安全衛生大会等へ出席してメンタルヘルスに関する情報を収集	7
職場環境等の評価および改善	8
健康診断後の保健指導におけるメンタルヘルス対策の実施	9
労働者のストレスの状況などについて調査票を用いて調査(ストレスチェック)	10
職場復帰における支援(職場復帰支援プログラムの策定を含む)	11
長時間労働削減等、過重労働対策の実施	12
パワーハラスメント防止対策の実施	13
事業所内での相談体制の整備	14
地域産業保健センターを活用したメンタルヘルス対策の実施	15
都道府県産業保健総合支援センターを活用したメンタルヘルス対策の実施	16
医療機関を活用したメンタルヘルス対策の実施	17
他の外部機関を活用したメンタルヘルス対策の実施	18
厚生労働省ポータルサイト「こころの耳」の活用	19
その他〔 〕	20

→Q 7.～Q 9. (5～6頁)をお答えください。

→Q 10.～Q 14. (6～7頁)をお答えください。

→Q 15. (7頁)をお答えください。

→Q 16. (7頁)をお答えください。

Q6-5 メンタルヘルス対策に取り組んだ後、どのような変化がありましたか。(複数回答可・但し、6の場合は○印は1つ)

メンタルヘルス不調者、メンタルヘルス不調による休業者の減少	1
メンタルヘルス不調による休業者が退職することなく復職した	2
職場におけるコミュニケーションの改善	3
労働者のモチベーションの向上	4
その他〔 〕	5
変化はない	6

Q6-6 メンタルヘルス対策を推進するにあたって、現在、抱えている課題はありますか。(複数回答可・但し、8の場合は○印は1つ)

メンタルヘルス対策の効果が実感できない	1
ストレスチェック制度義務化への対応方法がわからない	2
メンタルヘルス不調者への対応方法がわからない	3
職場の人間関係に関するトラブルに対応する方法がわからない	4
産業医等の専門家との連携不足	5
事業所内における担当者間の連携不足	6
その他〔 〕	7
課題はない	8

Q6.で(2 取り組んでいない)と回答された方のみQ6-7～Q6-9についてお答えください。

なお、Q6-9は、専門工事業者の方のみお答えください。

Q6-7 メンタルヘルス対策に取り組んでいない理由は、何ですか。(複数回答可)

取り組み方がわからない	1
経費がかかりすぎる	2
必要性を感じない	3
労働者の関心がない	4
専門スタッフがいない	5
該当する労働者がいない	6
その他〔 〕	7

Q6-8 今後、メンタルヘルス対策に取り組む予定はありますか。(○印は1つ)

予定がある	1
検討中	2
予定はない	3

→専門工事業者の方以外、Q6.の回答はここで終了です。

Q7.(5頁)以降へお進みください。

Q6-9 貴社が専門工事業者の場合、元請である総合工事業者からメンタルヘルス対策について指導・助言を受けたことはありますか。(○印は1つ)

ある	1
ない	2

Q7. ストレスチェックをどのような機会に実施しましたか。(○印は1つ)

Q8. ストレスチェック実施に関するルールを定めていますか。(〇印は1つ)

Q9-1 面接指導等を行ったのは、誰またはどのような機関ですか。(複数回答可)

— 163 —

Q 9－2 面接指導等の結果を踏まえて、どのような措置を講じましたか。(複数回答可・但し、11 の場合は○印は1つ)

時間外労働の制限	1
所定労働時間の短縮（短時間勤務）	2
変形労働時間制または裁量労働制の対象から除外	3
就業の禁止（休暇・休養の指示）	4
就業場所の変更	5
仕事内容の変更	6
深夜業の回数の減少	7
昼間勤務への変更	8
出張の禁止・制限	9
その他〔 〕	10
講じなかった	11

Q 6－4で（11：職場復帰における支援（職場復帰支援プログラムの策定を含む））と回答された方は、Q. 1 0～Q 1 4.についてお答えください。

Q 1 0. メンタルヘルス不調による休職期間の上限は、どれくらいですか。（勤続年数によって異なる場合は最も上限が長い期間についてお答えください）（○印は1つ）

3 か月未満	1
3 か月～6 か月未満	2
6 か月～1 年未満	3
1 年～1 年 6 か月未満	4
1 年 6 か月～2 年未満	5
2 年～3 年未満	6
3 年以上〔 〕	7
上限なし	8

Q 1 1. メンタルヘルス不調による休職者の職場復帰に関するルールについて定めていますか。（○印は1つ）

明文化したルールがある	1
明文化されていないが、職場のルールがある	2
明文化はされていないが、その都度相談してやり方を決めている	3
職場のルールはない	4

Q 1 2. メンタルヘルス不調者の職場復帰にあたって、復職可否を判断する基準が定められていますか。（○印は1つ）

明文化したルールがある	1
明文化はされていないが、職場のルールがある	2
明文化はされていないが、その都度、相談して決めている	3
職場独自の基準はなく、医師の診断に従う	4
基準はない	5

Q 1 3. メンタルヘルス不調者が復職した後、どのような方法で面談を行っていますか。（○印は1つ）

明文化したルールに従い、一定期間、産業医等が面談を行う	1
明文化はされていないが、必要に応じて産業医等が面談を行う	2
明文化はされていないが、必要に応じて上司、人事労務担当者が面談を行う	3
面談は行っていない	4

Q 1 4. メンタルヘルス不調者の職場復帰にあたって、短時間勤務から段階的に勤務を始める等の「試し出勤」制度のルールが設けられていますか。(○印は1つ)

明文化したルールがある	1
明文化はされていないが、職場のルールがある	2
明文化はされていないが、その都度相談して決めている	3
「試し出勤」制度はない	4

Q 6－4で(12：長時間労働削減等、過重労働防止対策の実施)と回答された方は、Q 1 5.についてお答えください。

Q 1 5. 現在、長時間労働削減等、過重労働防止対策として、どのようなことを行っていますか。(複数回答可)

長時間労働削減等の対策について、安衛委員会等での調査審議	1
長時間労働削減等の対策に関する問題点を解決するための計画の策定と実施	2
長時間労働削減等の対策の実務を行う担当者の選任	3
労働者への教育研修・情報提供	4
管理監督者への教育研修・情報提供	5
事業所内の産業保健スタッフへの教育研修・情報提供	6
長時間労働者に対する医師の面接指導制度の実施	7
労働時間管理の徹底(残業許可の厳格化等)	8
フレックスタイム制、短時間勤務制度、テレワーク制度、在宅勤務制度の導入	9
定時退社日の設定、朝型の働き方への変更	10
作業分担、業務プロセス、人員配置の見直し	11
人員の増員、補充	12
時間単位年休制度、計画的付与制度等、多様な休暇制度の導入	13
持病を持つ労働者等に対し長時間残業や深夜残業に従事させないような健康上の配慮	14
事業所内の長時間労働削減等に関する相談窓口の設置	15
事業所外の長時間労働削減等に関する相談窓口の設置	16
その他〔 〕	17

Q 6－4で(13：パワーハラスメント防止対策の実施)と回答された方は、Q 1 6.についてお答えください。

Q 1 6. 現在、パワーハラスメント防止対策として、どのようなことを行っていますか。(複数回答可)

パワーハラスメント事案について、苦情処理委員会等での調査審議	1
パワーハラスメント防止対策の実務を行う担当者の選任	2
労働者への教育研修・情報提供	3
管理監督者への教育研修・情報提供	4
事業所内の産業保健スタッフへの教育・情報提供	5
就業規則等でパワーハラスメントに関するルールを定めている	6
事業所内のパワーハラスメント相談、解決のための窓口を設置	7
事業所外のパワーハラスメント相談、解決のための窓口を設置	8
パワーハラスメント行為者に対する再発防止研修の実施	9
その他〔 〕	10

III 貴企業における労働者の心の健康問題（メンタルヘルス）の現状について教えてください。

Q 1 7. メンタルヘルスに問題を抱えた労働者の状況について、3年前と比べてどのような傾向が見られますか。（○印は1つ）

大幅な改善傾向	1
小幅な改善傾向	2
横ばい	3
小幅な悪化傾向	4
大幅な悪化傾向	5

Q 1 8. メンタルヘルスに問題を抱えた労働者のうち、最も多い雇用形態は何ですか。（○印は1つ）

正社員	1
契約社員	2
パートタイム労働者	3
日雇い・臨時労働者	4
派遣労働者	5
該当者はいない	6

Q 1 9. メンタルヘルスに問題を抱えた労働者のうち、最も多い役職階層は何ですか。（A、B、Cの各欄で○印は1つ）

A 店 社 勤 務 者		役職なし	1
		係長職	2
		課長職	3
		部長職	4
		役員	5
		該当者はいない	6
現 場 勤 務 者	B 総 合 建 設 業	役職なし	7
		課長・主任	8
		副所長	9
		所長・現場代理人	10
		該当者はいない	11
	C 専 門 工 事 業	役職なし	12
		職長	13
		所長	14
		該当者はいない	15

Q 2 0. メンタルヘルスに問題を抱えた労働者のうち、最も多い年齢層は何ですか。（○印は1つ）

10～20 歳代	1
30 歳代	2
40 歳代	3
50 歳代	4
60 歳代	5
該当者はいない	6

Q 2 1. メンタルヘルス不調になる原因は、何だと思いますか。（複数回答可・但し、13の場合は○印は1つ）

本人の性格の問題	1
家庭の問題	2
仕事量・負荷の増加	3
高度な仕事への負担	4
長時間労働	5
連続した休日出勤	6
年休取得の困難さ	7
職場の人間関係	8
上司・部下間のコミュニケーション不足	9
より成果を求められる風潮	10
相談しにくい環境	11
その他〔 〕	12
該当者はいない	13

Q 2 2. 過去 1 年間に於いてメンタルヘルス不調により連続して 1 か月以上休業または退職した労働者は何人いますか。
(○印は 1 つ)

0 人 (該当者なし)	1
1 人	2
2 人	3
3 人	4
4 人	5
5 人	6
6～9 人	7
10～29 人	8
30 人以上	9

→Q 2 2. の回答はここで終了です。Q 2 4. 以降へお進みください。

→Q 2 3. へお進みください。

Q 2 2. で (2 : 1 人～9 : 30 人以上) と回答された方は、Q 2 3. についてお答えください。

Q 2 3. 過去 1 年間に於いてメンタルヘルス不調により連続して 1 か月以上休業した労働者のうち職場復帰をした労働者の割合は、どのくらいですか。(○印は 1 つ)

100% (全員)	1
90%台	2
70～80%台	3
40～60%台 (半分程度)	4
20～30%台	5
10%台	6
復職した者がいない (現に休業中を含む)	7

IV 建設現場（統括管理）におけるメンタルヘルス対策についてお聞きします。

Q 4. で（1：はい（総合建設業））と回答された方は、Q 2 4についてお答えください。

Q 4. で（2：いいえ（専門工事業））と回答された方は、Q 2 5へお進みください。

Q 2 4. 特定元方事業者として、関係請負人に対するメンタルヘルス対策の指導を行っていますか。（○印は1つ）

指導している	1
指導していない	2

→Q 2 4－1へお進みください。

→Q 2 4－2へお進みください。

Q 2 4. で（1：指導している）と回答された方は、Q 2 4－1についてお答えください。 Q 2 4－1 現在、どのようなメンタルヘルス対策の取組みを行っていますか。（複数回答可）

教育研修資料の提供・配布	1
講習会の周知、参加	2
外部機関を利用した相談窓口の設置	3
安全大会等への出席し、メンタルヘルスに関する情報収集を進める	4
その他〔 〕	5

Q 2 4. で（2：指導していない）と回答された方は、Q 2 4－2についてお答えください。

Q 2 4－2 今後、メンタルヘルス対策の指導を行う予定はありますか。（○印は1つ）

予定がある	1
検討中	2
予定はない	3

Q 4. で（2：いいえ（専門工事業））と回答された方は、Q 2 5についてお答えください。

Q 2 5. 特定元方事業者の協力の下、メンタルヘルス対策を行っていますか。（○印は1つ）

行っている	1
行っていない	2

→Q 2 5－1へお進みください。

→Q 2 5－2へお進みください。

Q 2 5. で（1：行っている）と回答された方は、Q 2 5－1についてお答えください。

Q 2 5－1 現在、どのようなメンタルヘルス対策を行っていますか。（複数回答可）

教育研修資料の提供・配布	1
講習会の周知、参加	2
外部機関を利用した相談窓口の設置	3
安全大会等への出席し、メンタルヘルスに関する情報収集を進める	4
その他〔 〕	5

Q 2 5. で（2：行っていない）と回答された方は、Q 2 5－2についてお答えください。

Q 2 5－2 今後、メンタルヘルス対策に取り組む予定はありますか。（○印は1つ）

予定がある	1
検討中	2
予定はない	3

V 建設業におけるメンタルヘルス対策についてご意見・ご要望がありましたら、ご記入ください。

--

調査は、以上で終わりです。ご協力いただき、ありがとうございました。

建設業におけるメンタルヘルス対策取組み状況に関する調査集計

I 企業に関するについてお聞きます。

【Q1 常用労働者数】

Q1. 貴企業の常用労働者は何人ですか

#	回答	人数	割合
1	10～29人	85	25%
2	30～49人	73	21%
3	50～99人	81	24%
4	100～299人	52	15%
5	300～999人	29	8%
6	1000人以上	23	7%
合計		343	100%

【Q2 派遣労働者数】

Q2. 貴企業の派遣労働者<注2>（人材派遣会社から受け入れている者）は何人ですか。

#	回答	人数	割合
1	0人	261	77%
2	1～9人	43	13%
3	10～29人	6	2%
4	30～49人	7	2%
5	50～99人	5	1%
6	100～299人	9	3%
7	300～999人	5	1%
8	1000人以上	3	1%
合計		339	100%

【Q3 就業形態別労働者数】

Q3. 貴企業に勤務する者のうち、次の就業形態に当てはまる労働者はそれぞれ何人ですか。

[正社員]

#	回答	人数	割合
1	0人	7	2%
2	1～9人	27	8%
3	10～29人	99	29%
4	30～49人	61	18%
5	50～99人	60	18%
6	100～299人	44	13%
7	300～999人	21	6%
8	1000人以上	22	6%
合計		341	100%

[契約社員]

#	回答	人数	割合
1	0人	175	56%
2	1～9人	52	17%
3	10～29人	34	11%
4	30～49人	15	5%
5	50～99人	11	3%
6	100～299人	17	5%
7	300～999人	10	3%
8	1000人以上	1	0%
合計		315	100%

[パートタイム労働者]

#	回答	人数	割合
1	0人	185	60%
2	1～9人	104	34%
3	10～29人	8	3%
4	30～49人	5	2%
5	50～99人	6	2%
6	100～299人	2	1%
7	300～999人	0	0%
8	1000人以上	0	0%
合計		310	100%

[臨時・日雇労働者]

#	回答	人数	割合
1	0人	263	85%
2	1～9人	24	8%
3	10～29人	13	4%
4	30～49人	6	2%
5	50～99人	2	1%
6	100～299人	1	0%
7	300～999人	0	0%
8	1000人以上	0	0%
合計		309	100%

【Q4 総合工事業に該当するか】

Q4. 貴企業は、総合建設業ですか。

#	回答	企業数	割合
1	はい	86	25%
2	いいえ	258	75%
合計		344	100%

【Q4-1 専門工事業における業種区分】

Q4.で(2:いいえ(専門工事業))と回答された方は、Q4-1についてお答えください。

Q4-1 貴企業は、次のいずれの業種に当てはまりますか。主たる業種をお答えください。(○印は1つ)

#	回答	企業数	割合
1	土木工事業	52	20%
2	建築工事業	6	2%
3	大工工事業	24	9%
4	左官工事業	7	3%
5	とび・土木工事業	85	33%
6	石工事業	1	0%
7	屋根工事業	2	1%
8	電気工事業	13	5%
9	管工事業	2	1%
10	タイル・れんが・ブロック工事業	3	1%
11	鋼構造物工事業	5	2%
12	鉄筋工事業	28	11%
13	ほ装工事業	0	0%
14	しゅんせつ工事業	2	1%
15	板金工事業	0	0%
16	ガラス工事業	4	2%
17	塗装工事業	5	2%
18	防水工事業	4	2%
19	内装仕上工事業	8	3%
20	機械器具設置工事業	0	0%
21	熱絶縁工事業	0	0%
22	電気通信工事業	0	0%
23	造園工事業	0	0%
24	さく井工事業	0	0%
25	建具工事業	2	1%
26	水道施設工事業	0	0%
27	消防施設工事業	0	0%
28	清掃施設工事業	0	0%
29	その他	8	3%
合計		261	100%

【Q5 ストレスチェック制度に関する認識】

Q5. 労働安全衛生法改正により平成27年12月1日から労働者50人以上の事業所に対してストレスチェック制度が義務づけられることを知っています

#	回答	企業数	割合
1	知っている	237	70%
2	知らない	103	30%
合計		340	100%

Ⅱ 貴企業におけるメンタルヘルス対策の取組み状況についてお聞きます（建設現場における統括管理に関するものは除きます）。

【Q6 メンタルヘルス対策取組みの有無】

Q6. メンタルヘルス対策の取組みを行っていますか。

#	回答	企業数	割合
1	取り組んでいる	112	33%
2	取り組んでいない	232	67%
合計		344	100%

【Q6-1 メンタルヘルス対策を主管する部署】

Q6.で(1:取り組んでいる)と回答された方は、Q6-1～Q6-6についてお答えください。

Q6-1 事業所内でメンタルヘルス対策を主管する部署は、どこですか。

#	回答	企業数	割合
1	人事部門	66	58%
2	安全部門	36	32%
3	その他	11	10%
合計		113	100%

【Q6-2 専門スタッフの配置】

☆

Q6-2 メンタルヘルス対策のための専門スタッフを配置していますか。(M・A)

#	回答	企業数	割合
1	産業医	57	35%
2	産業医以外の医師	4	2%
3	保健師・看護師	8	5%
4	衛生管理者・衛生推進者	43	26%
5	その他	9	5%
6	専門スタッフはいない	43	26%
合計		164	100%

【Q6-3 メンタルヘルス対策に取り組んだきっかけ】

☆

Q6-3 メンタルヘルス対策に取り組んだきっかけは、何ですか。(M・A)

#	回答	企業数	割合
1	メンタルヘルス不調者または休業者の発生	49	31%
2	ハラスメント等、職場環境に関する問題の発生	4	3%
3	労働基準監督署からの指導	8	5%
4	行政機関からの周知・啓発	43	27%
5	労働安全衛生法の改正	43	27%
6	その他	10	6%
合計		157	100%

【Q6-4 メンタルヘルス対策の取組み内容】

☆

Q6-4 現在、取り組んでいるメンタルヘルス対策として、どのようなことを行っていますか。(M・A)

#	回答	企業数	割合
1	メンタルヘルス対策について安衛委員会等での調査審議	36	7%
2	メンタルヘルス対策に関する問題点を解決するための計画の策定と実施	22	4%
3	メンタルヘルス対策の実務を行う担当者の選任	43	8%
4	労働者への教育研修・情報提供	59	11%
5	管理監督者への教育研修・情報提供	43	8%
6	事業所内の産業保健スタッフへの教育研修・情報提供	13	2%
7	安全衛生大会等へ出席してメンタルヘルスに関する情報を収集	38	7%
8	職場環境等の評価および改善	23	4%
9	健康診断後の保健指導におけるメンタルヘルス対策の実施	25	5%
10	労働者のストレスの状況などについて調査票を用いて調査(ストレスチェック)	26	5%
11	職場復帰における支援(職場復帰支援プログラムの策定を含む)	45	8%
12	長時間労働削減等、過重労働対策の実施	60	11%
13	パワーハラスメント防止対策の実施	34	6%
14	事業所内での相談体制の整備	36	7%
15	地域産業保健センターを活用したメンタルヘルス対策の実施	5	1%
16	都道府県産業保健総合支援センターを活用したメンタルヘルス対策の実施	0	0%
17	医療機関を活用したメンタルヘルス対策の実施	8	1%
18	他の外部機関を活用したメンタルヘルス対策の実施	16	3%
19	厚生労働省ポータルサイト「こころの耳」の活用	9	2%
20	その他	5	1%
合計		546	100%

【Q6-5 メンタルヘルス対策取組み後の変化】

★

Q6-5 メンタルヘルス対策に取り組んだ後、どのような変化がありましたか。(M . A)

#	回答	企業数	割合
1	メンタルヘルス不調者、メンタルヘルス不調による休業者の減少	9	6%
2	メンタルヘルス不調による休業者が退職することなく復職した	27	19%
3	職場におけるコミュニケーションの改善	27	19%
4	労働者のモチベーションの向上	25	18%
5	その他	18	13%
6	変化はない	35	25%
合計		141	100%

【Q6-6 メンタルヘルス対策を進める上での課題】

★

Q6-6 メンタルヘルス対策を推進するにあたって、現在、抱えている課題はありますか。(M . A)

#	回答	企業数	割合
1	メンタルヘルス対策の効果が実感できない	28	20%
2	ストレスチェック制度義務化への対応方法がわからない	17	12%
3	メンタルヘルス不調者への対応方法がわからない	15	11%
4	職場の人間関係に関するトラブルに対応する方法がわからない	4	3%
5	産業医等の専門家との連携不足	15	11%
6	事業所内における担当者間の連携不足	18	13%
7	その他	14	10%
8	課題はない	29	21%
合計		140	100%

【Q6-7 メンタルヘルス対策に取り組んでいない理由】

★

Q6-7で(2 取り組んでいない)と回答された方のみQ6-7～Q6-9についてお答えください。

なお、Q6-9は、専門工事業者の方のみお答えください。

Q6-7 メンタルヘルス対策に取り組んでいない理由は、何ですか。(M . A)

#	回答	企業数	割合
1	取り組み方がわからない	118	30%
2	経費がかかりすぎる	28	7%
3	必要性を感じない	44	11%
4	労働者の関心がない	36	9%
5	専門スタッフがいない	96	24%
6	該当する労働者がいない	39	10%
7	その他	34	9%
合計		395	100%

【Q6-8 メンタルヘルス対策に関する今後の取組み予定】

Q6-8 今後、メンタルヘルス対策に取り組む予定はありますか。

#	回答	企業数	割合
1	予定がある	21	9%
2	検討中	121	52%
3	予定はない	91	39%
合計		233	100%

【Q6-9 総合工事業者からの助言指導の有無】

専門工事業のみ

Q6-9 貴社が専門工事業者の場合、元請である総合工事業者からメンタルヘルス対策について指導・助言を受けたことはありますか。

#	回答	企業数	割合
1	ある	34	17%
2	ない	164	83%
合計		198	100%

Q6－4で(10:労働者のストレスの状況などについて調査票を用いて調査(ストレスチェック))と回答された方は、Q7.～Q9.についてお答えください。

【Q7 ストレスチェックの実施時期】

Q7. ストレスチェックをどのような機会に実施しましたか。

#	回答	企業数	割合
1	定期健康診断の機会に併せて実施	6	22%
2	定期健康診断以外の機会に実施	21	78%
合計		27	100%

【Q8 ストレスチェック実施に関するルール】

Q8. ストレスチェック実施に関するルールを定めていますか。

#	回答	企業数	割合
1	明文化したルールがある	6	22%
2	明文化はされていないが、職場のルールがある	7	26%
3	明文化はされていないが、その都度やり方を決めている	7	26%
4	職場のルールはない	7	26%
合計		27	100%

【Q9 ストレスチェック実施後の面接指導を受けた労働者の割合】

★

Q9. ストレスチェックを受けた労働者のうち、医師等の専門家による面接指導等を実施した労働者の割合は何%ですか。

#	回答	企業数	割合
1	80%以上～100%まで	0	0%
2	60%以上～80%未満	0	0%
3	40%以上～60%未満	0	0%
4	30%以上～40%未満	0	0%
5	20%以上～30%未満	0	0%
6	10%以上～20%未満	0	0%
7	5%以上～10%未満	2	7%
8	5%未満	12	43%
9	不明	3	11%
10	0%(実施していない)	11	39%
合計		28	100%

Q9.で(1:80～100%～9:不明)と回答された方は、Q9－1～Q9－2についてお答えください。

【Q9-1 ストレスチェック後の面接指導実施主体】

★

Q9－1 面接指導等を行ったのは、誰またはどのような機関ですか。(M . A)

#	回答	企業数	割合
1	産業医	13	57%
2	産業医以外の医師(外部の医師)	2	9%
3	事業所内の保健師・看護師	4	17%
4	衛生管理者・衛生推進者	2	9%
5	地域産業保健センター	2	9%
6	健康診断機関	0	0%
7	その他の機関	0	0%
合計		23	100%

【Q9-2 面接指導等実施後の措置】

★

Q9－2 面接指導等の結果を踏まえて、どのような措置を講じましたか。(M . A)

#	回答	企業数	割合
1	時間外労働の制限	14	35%
2	所定労働時間の短縮(短時間勤務)	3	8%
3	変形労働時間制または裁量労働制の対象から除外	0	0%
4	就業の禁止(休暇・休養の指示)	5	13%
5	就業場所の変更	5	13%
6	仕事内容の変更	6	15%
7	深夜業の回数の減少	0	0%
8	昼間勤務への変更	0	0%
9	出張の禁止・制限	2	5%
10	その他	4	10%
11	講じなかった	1	3%
合計		40	100%

【Q10 メンタルヘルス不調による休職期間の上限】

Q10. メンタルヘルス不調による休職期間の上限は、どれくらいですか。(勤続年数によって異なる場合は最も上限が長い期間についてお答えください)

#	回答	企業数	割合
1	3か月未満	1	2%
2	3か月～6か月未満	3	7%
3	6か月～1年未満	7	17%
4	1年～1年6か月未満	6	14%
5	1年6か月～2年未満	7	17%
6	2年～3年未満	10	24%
7	3年以上	3	7%
8	上限なし	5	12%
合計		42	100%

【Q11 メンタルヘルス不調による休職者の職場復帰のルール】

Q11. メンタルヘルス不調による休職者の職場復帰に関するルールについて定めていますか。

#	回答	企業数	割合
1	明文化したルールがある	15	33%
2	明文化されていないが、職場のルールがある	4	9%
3	明文化はされていないが、その都度相談してやり方を決めている	19	42%
4	職場のルールはない	7	16%
合計		45	100%

【Q12 メンタルヘルス不調者の職場復帰に関する復職可否判断基準】

Q12. メンタルヘルス不調者の職場復帰にあたって、復職可否を判断する基準が定められていますか。

#	回答	企業数	割合
1	明文化したルールがある	12	27%
2	明文化はされていないが、職場のルールがある	3	7%
3	明文化はされていないが、その都度、相談して決めている	15	33%
4	職場独自の基準はなく、医師の診断に従う	12	27%
5	基準はない	3	7%
合計		45	100%

【Q13 メンタルヘルス不調者復職後の面談方法】

Q13. メンタルヘルス不調者が復職した後、どのような方法で面談を行っていますか。

#	回答	企業数	割合
1	明文化したルールに従い、一定期間、産業医等が面談を行う	11	24%
2	明文化はされていないが、必要に応じて産業医等が面談を行う	14	31%
3	明文化はされていないが、必要に応じて上司、人事労務担当者が面談を行う	19	42%
4	面談は行っていない	1	2%
合計		45	100%

【Q14 メンタルヘルス不調者の職場復帰に関する試し出勤制度】

Q14. メンタルヘルス不調者の職場復帰にあたって、短時間勤務から段階的に勤務を始める等の「試し出勤」制度のルールが設けられていますか。

#	回答	企業数	割合
1	明文化したルールがある	10	22%
2	明文化はされていないが、職場のルールがある	3	7%
3	明文化はされていないが、その都度相談して決めている	23	50%
4	「試し出勤」制度はない	10	22%
合計		46	100%

Q6－4で(12:長時間労働削減等、過重労働防止対策の実施)と回答された方は、Q15.についてお答えください。

【Q15 過重労働防止対策の具体的取組み内容】

☆

Q15. 現在、長時間労働削減等、過重労働防止対策として、どのようなことを行っていますか。(M、A)

#	回答	企業数	割合
1	長時間労働削減等の対策について、安衛委員会等での調査審議	25	8%
2	長時間労働削減等の対策に関する問題点を解決するための計画の策定と	19	6%
3	長時間労働削減等の対策の実務を行う担当者の選任	9	3%
4	労働者への教育研修・情報提供	19	6%
5	管理監督者への教育研修・情報提供	25	8%
6	事業所内の産業保健スタッフへの教育研修・情報提供	4	1%
7	長時間労働者に対する医師の面接指導制度の実施	42	14%
8	労働時間管理の徹底(残業許可の厳格化等)	25	8%
9	フレックスタイム制、短時間勤務制度、テレワーク制度、在宅勤務制度の導	7	2%
10	定時退社日の設定、朝型の働き方への変更	22	7%
11	作業分担、業務プロセス、人員配置の見直し	23	8%
12	人員の増員、補充	23	8%
13	時間単位年休制度、計画的付与制度等、多様な休暇制度の導入	23	8%
14	持病を持つ労働者等に対し長時間残業や深夜残業に従事させないような体	22	7%
15	事業所内の長時間労働削減等に関する相談窓口の設置	5	2%
16	事業所外の長時間労働削減等に関する相談窓口の設置	2	1%
17	その他	0	0%
合計		295	100%

Q6－4で(13:パワーハラスメント防止対策の実施)と回答された方は、Q16.についてお答えください。

【Q16 パワーハラスメント防止対策の具体的取組み内容】

☆

Q16. 現在、パワーハラスメント防止対策として、どのようなことを行っていますか。(M、A)

#	回答	企業数	割合
1	パワーハラスメント事案について、苦情処理委員会等での調査審議	8	7%
2	パワーハラスメント防止対策の実務を行う担当者の選任	9	8%
3	労働者への教育研修・情報提供	20	17%
4	管理監督者への教育研修・情報提供	23	20%
5	事業所内の産業保健スタッフへの教育・情報提供	3	3%
6	就業規則等でパワーハラスメントに関するルールを定めている	18	16%
7	事業所内のパワーハラスメント相談、解決のための窓口を設置	18	16%
8	事業所外のパワーハラスメント相談、解決のための窓口を設置	9	8%
9	パワーハラスメント行為者に対する再発防止研修の実施	6	5%
10	その他	1	1%
合計		115	100%

Ⅲ 貴企業における労働者の心の健康問題（メンタルヘルス）の現状について教えてください。

【Q17 3年前との比較における労働者のメンタルヘルスの状況】

Q17. メンタルヘルスに問題を抱えた労働者の状況について、3年前と比べてどのような傾向が見られますか。

#	回答	企業数	割合
1	大幅な改善傾向	5	2%
2	小幅な改善傾向	35	15%
3	横ばい	181	75%
4	小幅な悪化傾向	18	8%
5	大幅な悪化傾向	1	0%
合計		240	100%

【Q18 メンタルヘルスに問題のある労働者の雇用形態】

Q18. メンタルヘルスに問題を抱えた労働者のうち、最も多い雇用形態は何ですか。

#	回答	企業数	割合
1	正社員	126	47%
2	契約社員	7	3%
3	パートタイム労働者	1	0%
4	日雇い・臨時労働者	4	1%
5	派遣労働者	0	0%
6	該当者はいない	132	49%
合計		270	100%

【Q19 メンタルヘルスに問題のある労働者の役職階層】

Q19. メンタルヘルスに問題を抱えた労働者のうち、最も多い役職階層は何ですか。

#	回答	企業数	割合
1	店社 役職なし	39	7%
2	店社 係長職	10	2%
3	店社 課長職	19	3%
4	店社 部長職	12	2%
5	店社 役員	2	0%
6	店社 該当者はいない	142	24%
7	現場 総合建設 役職なし	26	4%
8	現場 総合建設 課長・主任	16	3%
9	現場 総合建設 副所長	0	0%
10	現場 総合建設 所長・現場代理人	8	1%
11	現場 総合建設 該当者はいない	112	19%
12	現場 専門工事 役職なし	38	6%
13	現場 専門工事 職長	25	4%
14	現場 専門工事 所長	9	2%
15	現場 専門工事 該当者はいない	142	24%
合計		600	100%

【Q20 メンタルヘルスに問題のある労働者の年齢層】

Q20. メンタルヘルスに問題を抱えた労働者のうち、最も多い年齢層は何ですか。

#	回答	企業数	割合
1	10～20歳代	29	11%
2	30歳代	33	13%
3	40歳代	48	18%
4	50歳代	21	8%
5	60歳代	4	2%
6	該当者はいない	126	48%
合計		261	100%

【Q21 メンタルヘルス不調になる原因】

☆

Q21. メンタルヘルス不調になる原因は、何だと思えますか。(M・A)

#	回答	企業数	割合
1	本人の性格の問題	119	16%
2	家庭の問題	69	9%
3	仕事量・負荷の増加	102	14%
4	高度な仕事への負担	37	5%
5	長時間労働	47	6%
6	連続した休日出勤	24	3%
7	年休取得の困難さ	12	2%
8	職場の人間関係	110	15%
9	上司・部下間のコミュニケーション不足	77	10%
10	より成果を求められる風潮	16	2%
11	相談しにくい環境	33	4%
12	その他	3	0%
13	該当者はいない	90	12%
合計		739	100%

【Q22 過去1年間にメンタルヘルス不調により1か月以上休業した労働者のうち職場復帰した者の割合】

Q22. 過去1年間にメンタルヘルス不調により連続して1か月以上休業または退職した労働者は何人いますか。

#	回答	企業数	割合
1	0人(該当者なし)	218	78%
2	1人	26	9%
3	2人	7	3%
4	3人	6	2%
5	4人	7	3%
6	5人	5	2%
7	6～9人	2	1%
8	10～29人	5	2%
9	30人以上	3	1%
合計		279	100%

Q22.で(2:1人～9:30人以上)と回答された方は、Q23.についてお答えください。

【Q23 過去1年間にメンタルヘルス不調により1か月以上休業した労働者のうち職場復帰した者の割合】

Q23. 過去1年間にメンタルヘルス不調により連続して1か月以上休業した労働者のうち職場復帰をした労働者の割合は、どのくらいですか。

#	回答	企業数	割合
1	100%(全員)	21	32%
2	90%台	8	12%
3	70～80%台	4	6%
4	40～60%台(半分程度)	12	18%
5	20～30%台	2	3%
6	10%台	1	2%
7	復職した者がいない(現に休業中を含む)	17	26%
合計		65	100%

Ⅳ 建設現場(統括管理)におけるメンタルヘルス対策についてお聞きします。

【Q24 関係請負人に対してメンタルヘルス対策の指導を行っているか】

総合工事業

Q24. 特定元方事業者として、関係請負人に対するメンタルヘルス対策の指導を行っていますか。

#	回答	企業数	割合
1	指導している	21	26%
2	指導していない	59	74%
合計		80	100%

【Q24-1 現在行っているメンタルヘルス対策の取組み】

☆

Q24.で(1:指導している)と回答された方は、Q24-1についてお答えください。

Q24-1 現在、どのようなメンタルヘルス対策の取組みを行っていますか。(M・A)

#	回答	企業数	割合
1	教育研修資料の提供・配布	8	33%
2	講習会の周知、参加	4	17%
3	外部機関を利用した相談窓口の設置	1	4%
4	安全大会等への出席し、メンタルヘルスに関する情報収集を進める	9	38%
5	その他	2	8%
合計		24	100%

Q24.で(2:指導していない)と回答された方は、Q24-2についてお答えください。

【Q24-2 メンタルヘルス対策の取組み予定】

Q24-2 今後、メンタルヘルス対策の指導を行う予定はありますか。

#	回答	企業数	割合
1	予定がある	5	7%
2	検討中	43	64%
3	予定はない	19	28%
合計		67	100%

Q4.で(2:いいえ(専門工事業))と回答された方は、Q25についてお答えください。

【Q25 特定元方事業者の協力を得てメンタルヘルス対策を推進しているか】

専門工事業

Q25. 特定元方事業者の協力の下、メンタルヘルス対策を行っていますか。

#	回答	企業数	割合
1	行っている	25	10%
2	行っていない	224	90%
合計		249	100%

Q25.で(1:行っている)と回答された方は、Q25-1についてお答えください。

【Q25-1 現在行っているメンタルヘルス対策の取組み】

☆

Q25-1 現在、どのようなメンタルヘルス対策を行っていますか。(M・A)

#	回答	企業数	割合
1	教育研修資料の提供・配布	15	33%
2	講習会の周知、参加	9	20%
3	外部機関を利用した相談窓口の設置	2	4%
4	安全大会等への出席し、メンタルヘルスに関する情報収集を進める	19	42%
5	その他	0	0%
合計		45	100%

Q25.で(2:行っていない)と回答された方は、Q25-2についてお答えください。

【Q25-2 メンタルヘルス対策の取組み予定】

Q25-2 今後、メンタルヘルス対策に取り組む予定はありますか。

#	回答	企業数	割合
1	予定がある	21	9%
2	検討中	108	48%
3	予定はない	97	43%
合計		226	100%

V 建設業におけるメンタルヘルス対策についてご意見・ご要望がありましたら、ご記入ください。

総合建設業

1	メンタルヘルス疾患の要因は複数の出来事が絡み合っていることが多いが、特に建設業でのメンタルヘルス疾患は、長時間労働やセクシャルハラスメント・パワーハラスメントと密接に関連していると考えられるため、これらの対策が必要と考えている。
2	対話の必要性を感じています。
3	ストレスチェックについては、今回の法制化の前から取り組んでおり、不調者に対する適切なフォローを行ってきたが、今回の法制化により、細かい点まで法律で縛られているため、(例えば、面談の希望者は会社に通知される、面談は医師が行う必要があり、電話は不可 等)、新しい制度は社員にとって必ずしも良い制度にならないように感じている。
4	メンタルヘルス対策についてはよくわかりません。各社の対応他、職人(下請)への指導他、今後よろしくご指導願います。
5	様々な立場の人が同一事業場で働く環境はメンタル不全のリスクは大きいと考える。特に、コミュニケーション不足の現場に起こりやすいことを踏まえ、管理者への教育が優先課題である。
6	過重労働から発生するメンタルヘルス不調対策のため、適正な金額と工期での工事を請け負う必要がある。また、遠隔地や少人数の作業所の従業員に対して、コミュニケーションをしっかりとる必要がある。
7	当社のように全国展開している建設業においては、店内と店外勤務者に分かれており、店外勤務者においては、全国各地で業務に励んでいることから、メンタルヘルスにおける対応策が難しい。また、当社のような中小企業においては、支店・営業所があるものの、本社管轄のみ産業医を設置しており、また、産業医の規模も小さいことから、全社的にメンタルヘルス対策をしていただくことが、厳しい状態である。
8	少人数なので、メンタルヘルスがあれば、その都度、対処している。
9	中小企業において「メンタルヘルス対策」に取り組むのは大変難しいと思います。事業主、人事責任者の思いやメンタルヘルスに強い医師等の環境が整わないと実施できません。政府においても中小企業目線の情報をもっと提供して頂きたいと思います。
10	工事現場における安全衛生教育・活動の範囲をメンタルヘルスまで拡大するについて、個人の人格や個人情報に配慮して、教育・活動を行う必要がある。それは、元方事業主がどこまで下請労働者に関与するかの問題になり、元方事業主と直接雇用事業主の役割を明確に分担することが重要と考える。
11	50人以上の事業所においては2015年12月から義務付けされるという事ですが、内容がいまいち理解できない所があるのでそれまでに研修会を開いてほしい。

専門工事業

1	建設業全体をととして、長時間労働が多いことから、労働時間を緩和できる仕組み作りをおこなってもらいたい。
2	従業員がうつ病などにかかった場合、プライバシー保護厳守のもとで、臨床心理士などの専門家が、パソコンサイト、電話、面接によりさまざまな角度からアドバイスできる制度を■■■■■■と契約しており、連絡先等を従業員に周知している。まずはSOSに気づく社内体制が大事であることを会議等でも伝達している。不定期ではあるが、メンタルを含めて、健康管理をテーマに話し合っている。
3	該当者がいないので特に必要と関じない。
4	元請けだけでなく専門業種組合である■■■■■■工業会からも厚労省・建専連本部からの通達や資料を頂き、その都度弊社の安全衛生協議会等で2次協力会社も含め情報を共有しています。しかしながら、非常にセンシティブな問題である為、異常と認められる基準の判断、また、具体的な改善策をどのように講じるかといった課題に対して今のところ組織としてしっかりと向き合えているとは言えません。「会社としてはまずは何をすれば良いのか」「そろえるべきものや設備は何かあるのか」というように、ステップ・バイ・ステップで指導して頂ければ大変有り難いです。
5	元請け職員の減少、派遣職員増加や、職員の技能・技術の低下により、下請け企業の負担が多くなり、源が担当者や職長の職務が増加し負担が大きくなったことや、支払いの面で請求通りに支払われず、パワハラを受ける事があり、そういった事で悩みを抱える社員が居る。こんな事がなくなる様にもっと大々的にメンタルヘルスについての話題を取り上げてほしい。
6	現在、メンタルヘルス対策に対しての方法を検討中です
7	建設労働者のうち技術者とそうでない単純労働者(雑工)がおりますが、その内の雑工、土工の労働者に対する様々なケアも重要と思います。
8	正直職人の会社ですので、あまり深く考えたことはありません。安全第一を掲げ、問題が発生したときは、その都度担当部署、関係者で処理をしてきました。大変失礼ですが、一時下請けの専門業者ではまだそのレベルまでたっていないように思われます。
9	・メンタルヘルス不調の要因の一つである、長時間労働、休日(土曜も含む)労働を減らすことを業界として考えていただきたい。
10	中小専門工事業者でのメンタルヘルス対策対処はまだ難しいとおもいます。
11	ここ数十年の景気の落ち込みで、受注競争は厳しく、なかなか利益は上がらず、それにより年収減 工期の短縮で土曜・祝日等の休暇も取れず、心と体に余裕というものが感じられない。
12	心の余裕を得るためにも、休日の増加は、必要不可欠。週休2日制は、もちろんだが、まず、日曜、祭日の作業所の完全閉所の実現。
13	これから検討を行います但し取り組む予定でいます。
14	メンタルヘルスという言葉を知ってからもう数年がたちました。弊社のような労働者が数人しかいない会社では、しっかりと対策及び取り組みをしなくてはならないことが大きい企業より少ないように思われます。指揮系統などで経路することもなく、全職員が顔を見ながら話ができるので、「ちょっとした態度の変化」「言葉の受け取り方」等の感じ方を受け取れ易い状況になっています。また、その他の部分でも「1人の仕事がオーバーワークにならない」「問題事項を抱えずに済む」など、周りの人が感じ取りやすい環境を作っているように思われます。ただ、予防なども考慮し、資料の回覧、相談できる窓口の案内は今後していきたいと思っています。

15	当社は専門工事業です。毎年、若干の新規採用(ほとんど高校卒)を行っております。採用するに当たり事前に建設現場を見学したり、仕事の内容を説明はしておりますが、入社して実務に着くとギャップを感じる人が多いのが実情です。3Kと呼ばれる建設現場での環境改善の第一歩は適正な工期の確保です。業界全体で無理な工期を排除すべく発注者側に取り組んで頂きたい。
16	中小企業ではこうした対策は現時点では行われていないでしょうし、今後どのように取り組むのかは大きな課題だと思われます。どこからやればいいのか分からない、という中小企業が多いのが現実ではないでしょうか。
17	特になし。心は健康。。
18	当社は、事業規模30人未満の専門工事業者です。今迄メンタルヘルス不調と思われる休職・退職者は居りませんでした。特別な対策(活動)は行っていないませんが、懇親会などを開催してストレスが溜まらないようコミュニケーションを取るようにはしています。
19	専門工事業者レベルでは、メンタルヘルス対応は、今のところ難しいと思われます。
20	メンタルヘルス対策の担当者向けの教育研修など、もっと実施してほしい。
21	現場の職長さんより体調、管理、健康診断にて本社に報告有り、会社の上司が各現場を回ります。また未然に防止するために、周りがサポートするよう努めるように、社員全員に周知しております。「報告、連絡、相談」→上司、部下で常に連絡を取り合いしております。
22	当社では12月1日施工に向けて動き出したところで過去においての統計は取っていません。
23	長時間労働が建設業の管理者に大きな問題となっています。建設現場を土日完全週休2日制にするなど業者としての対応が必要と考えております。
24	専門工事業(大工工事業)であり、グループ別で就労しており、グループ長等の情報により、その都度、個別に対応し、解決を図っている。
25	建設現場における代理人の過重労働は常態化していますが、元方事業者からの要求は増えるばかりです。以前、貴社で取り組まれていた土曜全休のような取り組みがゼネコン各社に広がることを望みます。
26	今現在、弊社ではメンタルヘルス対策が必要とは思いませんが、今後情報がありましたら頂きたいです。
27	大中企業での事と思います。日本全体を占める小規模、零細業者の日常業務では当該対策に替わる「仕事への和」が強く、今、建設業にとって必須の事とは思いません。
28	会社、社員が少ない為、比較的社内では会話がしやすいです。会社役員が相談しやすい雰囲気を作る事、オープンにすることが大事なと思います。社員、作業員の多い会社ほどメンタルヘルスが必要だと思われます。
29	当社では、勤務時間は40時間の労働時間を超えない範囲で、従業員の自由にしている。常に正道を歩み、社会の信頼を得るよう指導しているが、あとは自主性に任せている。何か困ったことがあればいつでも相談にのっている。従業員が仕事にストレスは無いという以上メンタルヘルス対策が必要とは思わない。
30	常用職人50人以下なのですが、どのようなことをどうしたら良いのか教えてほしいです。

31	現状では50人以上事業所は無いので努力義務ではありますが、現状でも2名の休職者がおり、近いうちに50人以上の規模となる現場もありますので、早急に社内におけるメンタルヘルス対策を行っていかねばと思っています。
32	本人の仕事の能力が一番大事だと思います。次に人間関係が付いてくるように思います。
33	制度導入の具体的手順や、模範となる事例などをご指導いただけると幸いです。
34	派遣先事業所での長時間労働が多く見受けられる。このため、他の派遣スタッフを増員するか、交替で休日を取らせたり、時間外労働時間を減らすなどの対策を講じて欲しい

