

## タイトル

外部委託型産業保健体制のもとで高リスク職場介入と良好事例展開を同時推進した  
全国製造事業場の取組

## 業種・規模

製造業(情報機器保守・検査)／従業員約 3,000 名／全国拠点展開

## 主要課題

高ストレス者面接申出率の低さ、集団分析活用不足、高リスク職場介入方法未確  
立、制度形骸化懸念

## 実施方法

外部産業保健スタッフ(産業医・保健師・カウンセラー)委託＋段階的職場介入モデル  
構築

## 改善施策

リスク別介入モデル、面接勧奨強化、動画解説付き結果返却、良好事例収集・展開、  
KPI 管理

---

## 導入

本事例の企業は、情報機器の保守・検査を担う全国展開の製造企業である。従業員  
は約 3,000 名。事業場は全国に分散し、同一企業内でも職場環境・繁忙期・管理体  
制が拠点ごとに異なる構造を持っていた。

産業保健体制は外部委託型であり、産業医 2 名、保健師 3 名、カウンセラー 1 名とい  
った専門職が外部事業者側に配置され、社内側では衛生担当者が管理職を含め約  
5 名で制度運用を支えていた。ストレスチェックは毎年 1 回、外部事業者のグループ  
会社へ委託して実施し、集団分析の集計・分析までを外部に委ねていた。職場介入  
や高ストレス者面談等の実施は、産業保健スタッフ配置を委託している事業者と連携  
して進める設計であった。

制度導入のきっかけは法定義務である。ただし同社は、法定上の義務対象ではない  
50 人未満の事業場についても一律に実施対象とし、グループ全体で制度を揃える方

針を採っていた。背景には、過去にメンタル不調者が一時的に増加した経験や、健康経営度調査の開始など、幹部にも必要性を説明しやすい外部要因が重なっていた。法令対応から始まった制度は、健康経営推進と実務課題の双方を受け、位置付けが少しずつ更新されていった。

実施形態は、基本は Web である一方、直接員(約 100 名程度)には紙で実施していた。Web 実施は即時に PDF 返却、紙実施は社内便で返却するなど、全国分散・勤務形態の多様性に合わせた運用を既に持っていた。

受検率は例年 90%を超えていた。衛生担当者は回答率を 100%に近づけたいという意識を持ち、メールでのリマインドや PC ポップアップによる呼びかけを粘り強く行っていた。外部専門職から見ても、社内側のフォローが細やかであるという評価につながっていた。

制度は「実施する」こと自体は安定していた。  
ただし、その安定運用が「実効性」まで担保しているわけではなかった。

---

## 課題

運用が定着するにつれ、制度の弱点が明確になった。特に問題として大きかったのは、個人支援と職場改善の双方が「制度としてはあるが、行動の型が揃っていない」状態だったことである。

まず、面接指導の申出率が低かった。高ストレス者割合は 9%未満で推移しており、これは企業 KPI として「9%未満」が設定されるほど、組織として意識されていた。ところが、本人の申出による医師面接指導の実施割合は平均 5%程度に留まっていた。年度により 1%から 10%程度まで変動し、人数感としては 10 人未満程度という体感であった。高ストレス者が一定数存在しても、専門職面談につながらない状況が継続していた。

次に、集団分析結果の活用不足があった。集団分析は部・課単位で返却されていたが、職場改善につながる事例は限定的だった。結果が返ることと、職場が動くことの間には距離が残っていた。全国 150 程度の職場が存在し、課単位・部単位の二層集計という枠組みはあるものの、結果を受け取った側が「次に何をすべきか」を揃えられない状況があった。

さらに、高リスク職場への対応方針が未確立だった。総合健康リスク値が高い職場が毎年存在していること自体は分かっていたが、統一的な介入の考え方が整備されていなかった。結果として、職場側の受け止め方や上長の関心により対応がばらつき、制度が「測る」ことに偏り、「変える」仕組みに至っていないという懸念が生じた。

この状況は、制度形骸化のリスクを伴った。受検率を維持し、結果を返却しているだけでは、制度は徐々に「やることが目的」の状態に近づく。社内外の担当者には、その兆候が課題として認識されていた。

---

## 転機

見直しは「集団分析の返し方」から始まった。ここで意図したのは、分析結果を職場側に「理解できる形」で渡し、理解を起点に行動の選択肢を揃えることである。

まず、結果返却の方法が統一された。部・課単位で結果をメール返却し、結果の見方を解説する動画リンクを必ず添付した。加えて、結果に応じたリスク別アドバイス文をメール本文へ定型文として含めた。送付先によって文面を変えることはせず、標準化を優先した。さらに部長には、紐づく各課の結果も同時返却する設計とし、部内で課ごとの状況を俯瞰できるようにした。

この統一は、単なる文書整備ではない。全国分散型の組織では、結果を受け取る側の解釈がばらつくと、対応は必ずばらつく。解説動画と定型アドバイスを同梱することで、「理解の最低ライン」を揃える狙いがあった。

次に、高リスク職場の抽出基準が設定された。総合健康リスク 110 以上（運用上は 110～120 あたりを想定）または高ストレス者 15%以上をカットオフとし、該当職場には別途個別メールで状況確認を行う体制を整備した。これにより、「悪い結果が出たら何となく気にする」状態から、「基準に該当したら必ず確認する」状態へ変わった。

同時に、良好職場への視点が導入された。総合健康リスク 90 以下の職場を対象に、状況をヒアリングし全社展開する企画が開始された。制度が問題対応だけに閉じず、「うまくいっている職場の再現」に広がる転換点となった。

---

## 実践

## 面接勧奨の強化(個人支援の詰め)

面接申出率の低さは、制度の入口で躓いていることを示していた。そこで申出のない高ストレス者に対して、衛生担当者から受診勧奨のリマインドを実施し、面談を希望しないがストレス反応が一定程度高い者には法定外相談の案内も行った。面談は対面を基本とし、遠方の場合は Teams で遠隔面談を選択肢とした。

ここでの工夫は、「申出がない＝支援不要」とは捉えず、申出のハードルを下げる接点を増やした点にある。申出率を上げるためのアプローチを、制度の中に組み込んでいった。

---

## リスク別介入モデル(職場支援の骨格)

次に、職場介入を制度化するため、職場を三つに区分するモデルが導入された。高リスク職場は積極介入、中リスク職場はヒアリング中心、良好職場は好事例収集の対象とした。

この区分の価値は、限られたマンパワーを前提に「何をどこまでやるか」を決められる点にある。全国 150 程度の職場すべてへ同水準の介入は現実的ではない。セグメント化により、分析結果から行動への道筋が明確化された。

---

## 高リスク職場への介入(介入の中身を揃える)

高リスク職場には、外部専門職と連携して段階的に介入した。実施内容は、全従業員を対象とした面談、部長および課長職を集めた意見交換会、管理職対象のリラクゼーション(セルフケア研修)、従業員向け疲労対策ミニ講座、そして高リスク職場を集めて自職場の強み・弱みを出し合う討論会である。

この並びには意図がある。個人の状態把握(全員面談)と、管理側の認識合わせ(意見交換会)、管理職自身のセルフケア、従業員側の疲労対策、そして職場の強み弱みの言語化へと、対象と焦点を段階的に移しながら職場を動かす構造になっている。結果として、介入が単発の講話で終わらず、職場内で共有される材料が増えていく。

追加講座の費用は、講座開講の場合に 1 回約 35,000 円とされ、必要に応じて追加予算を立てて外部事業者へ依頼した。衛生担当としては、メンタルヘルス対策に必要

な投資であれば許容されるという理解があり、専門性の高いスタッフの助言があったことが実行を後押しした。

---

### 良好事例の収集(問題対応から成熟へ)

一方で、制度を「悪い職場を直す」だけに留めない方針が明確になった。総合健康リスク 90 以下の職場に対しヒアリングを行い、良好事例として全社展開する企画が始まった。

この取り組みは、制度の成熟度を上げる。高リスク職場の改善は重要だが、組織が前向きに学べる材料がなければ、制度は“指摘される仕組み”として受け止められやすい。良好事例を収集し、再現可能な形で共有することで、制度は「改善の学習システム」へ広がっていく。

---

### 運用上の工夫と葛藤(現実の制約を組み込む)

運用には障害もあった。慢性的なマンパワー不足は、どうしてもハードルになる。特にストレスチェック後の 12 月頃は職場側の繁忙期と重なりやすく、介入のタイミング設計が難しい。そこで繁忙期への配慮を行い、柔軟な運用を前提とした。

また、高ストレス職場であることを「悪いこと」と表現したくないという配慮があり、できる限り職場側の要望に対応しながら進めた。これは表現上の問題に留まらない。職場が防衛的になると介入は進まないため、用語や伝え方の配慮は実行可能性に直結する。

希望する職場に対しては、委託カウンセラーや保健師と一緒に結果解説の場を設けた。希望職場は多くないが毎年 3~5 職場程度あり、特に結果が極端に悪いか良い場合に希望が出やすい傾向があった。こうした「希望が出たときに深掘りできる窓口」を持つことも、全国組織でのばらつきを埋める役割を果たした。

---

### 変化

これらの取り組みにより、制度は次の段階へ移行した。第一に、介入フローが確立された。リスク別区分とカットオフ基準により、分析結果から次のアクションを選べるようになった。第二に、外部連携が強化された。外部専門職が介入設計・説明・講座・面談など実行面を補完し、社内衛生担当者は全体設計と現場調整に集中しやすくなった。

評価については、次年度のストレスチェック結果との比較を開始した。体系的評価はまだ発展途上である一方、高ストレス職場については不調者状況を定性的に定期フォローする運用を行っている。

制度が「測る」中心から、「測って・分けて・動く」へ移行し、さらに「良い職場から学ぶ」へ拡張され始めた段階と整理できる。

---

## 示唆

本事例の教材的要点は、全国分散型・外部委託型の制約下で、制度の実効性を上げるための“標準化”と“セグメント化”を同時に実装した点にある。

1. **外部専門職は実行力を補完する**: 面談・講座・結果解説など実務の厚みを担い、社内側の負担を分散できる。
2. **結果返却の標準化は理解のばらつきを抑える**: 動画解説と定型アドバイスは全国組織に適する。
3. **セグメント化は実施可能性を高める**: 高・中・良好の区分により、限られた資源で介入優先順位を決められる。
4. **成功事例展開は制度成熟を促す**: 良好職場ヒアリングを組み込むことで、制度が学習装置になる。
5. **KPI は継続の軸になる**: 高ストレス者 9%未滿を KPI として持ちつつ、次年度比較の評価を開始することで、運用が続く理由を明確化できる。