提言
働く女性の健康確保を支援するために

2018 年 8 月 1 日

公益社団法人　日本産業衛生学会
政策法制度委員会

提言「働く女性の健康確保を支援するために」の公表にあたって

公益社団法人　日本産業衛生学会
理事長　川上憲人

日本産業衛生学会政策法制度委員会による「提言：働く女性の健康確保を支援するために」をここに公表します。

日本産業衛生学会は、産業衛生に関する学術の振興と、勤労者の職業起因性疾患の予防及び健康保持増進を図り、もってわが国の学術と社会の発展に寄与することを目的とする、国内最大の産業保健に関する学術団体です。本学会は、すべての労働者が等しく健康に働くことができる社会をつくることに貢献すべく活動しています。働く女性の健康は、産業衛生の黎明期からの重要課題の１つです。2015 年に公表された国際連合の「持続可能な開発目標」では、働く女性の健康は３つの目標に関係しており（SDG3：すべての人に健康と福祉を、SDG5：ジェンダー平等を実現しよう、SDG8：働きがいも経済成長も）、国内および国際社会で優先順位の高い到達目標となっています。

本提言は、学会が諮問し、政策法制度委員会が作成されたもので、働き方が大きく変化する今日の社会で、働く女性の健康はどういう状況にあるのか、また働く女性の健康を確保するには何が必要かを、多面的な側面から検討しとりまとめていただいたものです。この提言が、女性の社会における活躍のための重要な基盤となる、働く女性の健康の保持・増進を考えていただく際の参考になり、ひいては性別を問わず、全ての労働者が健康で働きやすい雇用労働環境の実現につながることを期待しています。

2018 年 8 月

目　次

はじめに … 1

要旨 … 3

第１部　女性労働者(働く女性)の現状と課題、改善の方向性
1. 女性労働をめぐる政策・法制度 … 6
2. 世代、年代、ライフステージの視点 … 8
3. 雇用形態と女性労働者の健康 … 10
4. 生物学的性差と社会学的性差からみた日本の女性労働 … 12
5. 海外動向・グローバルな視点 … 15

第２部　女性労働者の労働環境と健康確保
1. 労働環境からみた女性労働者の健康
（１）長時間労働、不規則およびシフト勤務と女性労働者の疲労 … 18
（２）女性労働者とメンタルヘルス … 19
（３）女性労働者と作業関連性運動器障害 … 21
（４）VDT 作業と女性労働者の健康障害 … 23
（５）エルゴノミクスからみた働く女性の安全 … 25
（６）化学物質と健康障害 … 26
（７）労働と関係して母性に配慮を要する諸疾病の予防と対策 … 27
（８）医療・福祉産業と女性労働者の健康 … 28
2. 事業場(職場)における取組み … 30

提言　(改善の方向性) … 33
Ⅰ　国や行政への提言
Ⅱ　企業や事業所への要望
Ⅲ　学会への期待

最後に（まとめ） … 38

＜参考文献＞ … 39
＜参考資料＞政策法制度委員会、女性労働者の健康確保支援ワーキング … 47
グループ、協力者、活動・審議経過

はじめに

わが国では第２次大戦後、1947年に労働基準法に男女同一賃金、および女性と母性を保護する規定ができた。それをきっかけとして女性労働者に対して各種政策や法制度の整備が進められてきた。労働環境から女性と母性を保護するための女子保護規定として、時間外労働及び休日労働・深夜業の禁止、産前産後6週間の就労禁止などが含まれた。しかし、日本企業に特徴的な、終身雇用と年功序列賃金、企業別組合の拡大等の要因のもと、男性労働者の雇用は安定し収入が増える一方で、「職場は男性中心、家庭は女性中心で」という構造は、日本における女性の社会進出の機会を著しく削ぐことになった。

一方、1979年には国連において女子差別撤廃条約が採択され、1985年にはわが国でも批准された。それを受けて、男女の社会的役割や雇用の機会均等をはかるため男女雇用機会均等法が成立した。1986年には労働者派遣法が施行され、当初は限られた職種にのみ派遣が適用されたが、その後、日本経営者団体連盟(日経連、当時)が「新時代の日本的経営」（1995年）を公表、それ以降、正社員比率は大幅に下がり、非正規雇用が増加した。バブル景気の崩壊後は経済成長が鈍化し、企業が短期的経営判断をする傾向はさらに非正規雇用労働者の増加の要因となった。さらに非正規雇用やサービス業など女性比率の高い産業の拡大といった産業構造の変化を背景に、女性労働者が急増し、就業する職業領域の拡大、勤続年数の延長、出産後の就業希望など女性労働者の就業意識も変化していった。1992年には育児休業法（のちに育児介護休業法に改正）が、翌年にはパートタイム労働法が施行された。1997年には男女雇用機会均等法の改正で、ポジティブ・アクション（男女労働者の間に事実上生じている差を解消するための取り組み）が推進され、1999年には男女共同参画社会基本法が成立し、その流れで2015年8月、女性活躍推進法案が成立した。大企業や地方自治体などに女性登用の数値目標設定を義務付けることになった。人手不足が言われる中で、300人以下の企業にも、人材の確保や職場定着を図るため、これまでの働き方の見直しと、行動計画の策定や、その周知、情報公開などが努力目標としてあげられている。

これまで日本では高度経済成長期の男性中心の職場構造がそのままに、各職場における安全衛生対応の現場では長らく男性を中心にした対策が推進されてきた。この日本の正規労働者の状況を諸外国と比較すると、労働時間は長く、過重労働対策が長年進められてきたが、依然として過労死・過労自殺への対応やワーク・ライフ・バランスの重要性が指摘されており、先進国の中では特異的ともいえる状況である。この間、女性労働者に対するセクシュアルハラスメント防止も事業所によっては理解や一定の対策がとられるなどの進展があった。しかし本年3月以降、国会審議等で明らかになったように肝心かなめの中央官庁などでは未だハラスメントの定義も認識も浸透していないことが明白になる事態が引き起こされた。問題の根深さ、特に日本社会における女性の活動にふさわしい形での、働く女性のための環境整備や人権への配慮がまだまだ遅れていることを改めて思い知らされることになった。

国際的に見ると、ILO(国際労働機関)は1999年に、“decent work for all（すべての人に人間らしい働き甲斐のあるまともな仕事を）” を目標として掲げ、仕事の創出、社会的保護の拡充、社会対話の推進、仕事における権利の保障という4つの戦略目標を掲げた。ジェンダー平等は、その４つの戦略目標に横串のようにすべてに関わっている。さらに2011年の第100回総会では「社会正義の新時代」を掲げている。社会正義とはすべての人に平等と尊厳、権利を保障するという意味合いで「社会的公正」とも同義である。

しかし日本では女性が職場で活躍するために十分な労働安全衛生の環境整備がまだ行われているとは言えないのが現状である。そこで、日本産業衛生学会では、働く女性の安全衛生(健康障害の予防)に関わる重要な課題をとりあげ、新しい視点で現代の職場における女性の健康増進、健康管理についての課題と対策をまとめることになった。職場の安全衛生に関わる研究者、専門家、実務家からなる日本産業衛生学会の 8000 人に上る会員の叡智を上げてコンセンサスをまとめるため、政策法制度委員会のもとに産業医部会・産業看護部会・産業衛生技術部会・産業歯科保健部会や許容濃度等に関する委員会のほか、就労女性健康研究会、医療従事者のための産業保健研究会、産業心理技術研究会、VDT 作業研究会、産業疲労研究会、非正規雇用研究会、作業関連性運動器障害研究会から推薦を受けた各領域の専門家からなるワーキンググループを招集・立ち上げて、委員会提言の作成に向けた検討を重ねた。最終的には可能な限り科学的なエビデンスをもとに、特に日本の知見があるものを主体にして女性労働者と働く女性のための提言をまとめ、あるいは我が国では現時点でまだ十分な調査研究がないものはその点の指摘をした。なお、本提言で「働く女性」は、その中に女性経営者や自営業、フリーランスなどの請負社員の女性を含み、「女性労働者」は主として事業所で働く女性を指している。

わが国は先進国の中でも、今後、とりわけ人口減少・少子高齢化が著しく進むことが予測されている。近年、人手不足も進んでいる。従って働く女性の健康増進をはかること、および労働条件や労働環境を工夫して、女性が離職せず、働き続けられること、あるいは現在、就業していない女性が就労できるように環境を整備することは大企業、中小企業を問わず日本の産業界並びに社会に共通の重要な課題であり、国民全体の関心事とも言える。日本産業衛生学会は、女性労働者・働く女性の健康を確保するために、行政、関連機関と団体、及び学会員に対して、現状で考えられる実現可能な課題や取組み、新たな法制度のあり方についてここに積極的に提案する。この学会提言が少しでも現状の多様な課題の改善に役立ち、社会の長期的な発展を通して、多くの皆様がたのお役に立つことを希望している。

日本産業衛生学会　政策法制度委員会
委員長　岸　玲子

要　旨

第１部　女性労働者(働く女性)の現状と課題、改善の方向性

1. 女性労働をめぐる政策・法制度

1947 年の労働基準法では女性と母性を保護するための規定が設けられ、1985 年の国連の女子差別撤廃条約の批准など一定の政策や法制度の整備が進んだ。2015 年に「女性活躍推進法」が施行されたものの、現実には男女共同参画は未だ道半ばで、日本では雇用面の男女の格差がむしろ鮮明になってきた。日本では女性特有の問題や性差に着目した対策の強力な推進、労働環境の整備がともに課題である。政策の強化や労働の場に入る以前の学校教育での安全衛生教育も重要である。

2. 世代、年代、ライフステージの視点

育児休業や短時間勤務などの両立支援制度を活用することによって、女性正社員の就労継続が図られている現状にある。一方、育休取得状況は世代によって異なること、子育て期の男性労働者の家事時間は短いことなど、世代やライフステージ毎の課題があり、女性労働者が安心して出産・育児ができ、かつ就労継続や昇進・キャリア形成を目指せる具体的な施策が展開されるべきである。

3. 雇用形態と女性労働者の健康

女性では非正規雇用者の比率は高く、心理的負担が健康に悪影響を及ぼしていることが認められる。非正規雇用の労働者は職域健康診断や教育訓練の機会が限られ、収入も低く不安定であり、健康問題を契機に貧困が生じやすい。子どもの養育期や高齢期の自立生活など人生のさまざまな節目で長期的な悪影響が懸念される。専ら男性正規雇用者のみが基準の社会価値や制度を見直し、女性労働者が非正規雇用に転換する契機となる出産・育児期の保育など環境整備と、適切な税・保険負担のための社会保障制度の見直しが有効と思われる。

4. 生物学的性差と社会学的性差からみた日本の女性労働

女性労働者の健康確保のためには、生物学的性差と社会学的性差の両者を考慮した法制度の整備が必要であるが、性差の視点は男女両性にとって重要であることを認識する必要がある。有害業務などによる職業性疾患のみならず、職場内外の因子が関与する循環器疾患などの成人期の非感染症疾患（NCDs、いわゆる生活習慣病)、がん、メンタルヘルスなどに対しても、生物学的性差と社会的性差を配慮した対策が必要である。少子高齢化が進むなか、持続可能な社会のためには、リプロダクティブヘルスを含む生涯の健康確保および生産性の維持が重要であり、複数の関連部署（行政、事業者、保険者、労働者、労働組合、労働衛生機関および研究機関、医療機関、教育機関など）が性差を考慮したそれぞれの優先事項を推進すると同時に、女性の健康を統括的かつ専門的に扱う組織や法制度が必要である。

5. 海外動向・グローバルな視点

女性が健康で安全に働くために、男女の異なる産業安全保健ニーズに着目した改善活動の推進が欧州を中心に国際的な動向となっている。男女が平等に参画し、双方の健康安全改善

が共に進むような職場の仕組み作りが重要である。そのために、先行する成功事例から学び、職場評価・改善のための実践的なツールを広く活用する。同時に、職場での健康と安全の確保に関して、労働者各自の働き方の全体とワーク・ライフ・バランスを含めた総合的な視点から対策を考えることが重要である。

第 2 部　女性労働者の労働環境と健康確保

1. 労働環境からみた女性労働者の健康

（1）長時間労働、不規則およびシフト勤務と女性労働者の疲労

日本の女性労働者の疲労度は男性労働者より高いという研究報告がある。日本の女性労働者の働き方は男性労働者と同様に長時間労働の問題があり、「フレックスタイム」「短時間勤務」「在宅勤務」「勤務間インターバル」等の労働時間に関する諸制度の活用に課題がある。また、女性交代制勤務労働者は、勤務と家事労働の負担が不健康を及ぼすことが示唆されている。女性労働者の休息時間を保障し、仕事と生活の調和を図り、健康を保持するためには、労働時間に関する諸制度の改善や活用の推進が必要である。

（2）女性労働者とメンタルヘルス

女性労働者は職場内の人間関係や役割遂行の困難から強いストレスを感じる傾向がある。様々な「セクハラ」「悲惨な事故や災害」「ジョブストレイン」「努力－報酬不均衡」などが女性労働者のメンタルヘルスに関連することが示されている。今後は女性労働者の労働・生活実態及び心理・行動特性といった社会的要因を考慮し、うつ病等の発生を防ぐための職場環境の調整や復職支援、出産復帰後の支援、介護との両立のための支援が必要である。

（3）女性労働者と作業関連性運動器障害

作業関連性運動器障害(WMSD)の有病率は女性の方が男性よりも高い。労働負担に加え、家事・育児・介護負担、妊娠・月経・閉経なども、筋骨格系症状に関連している。頸肩腕障害は、古くから今日まで多職種の女性労働者に報告され、腰痛は、女性比率が高い介護・看護労働者で多発している。WMSD 予防対策として福祉機器等の導入を普及するためには、その「費用対効果」を検証して示すことが重要である。

（4）VDT 作業と女性労働者の健康障害

VDT 作業は現代の労働者の疲労の大きな要因で、かつ女性に対して健康や疲労への影響が大きい。今後 ICT 時代が進み「データ」の重要性が更に高まり、多種のディプレイ機器がますます増える中で、特にワークステーションの改善、作業の時間的管理の強化、眼科的対策（ドライアイや片頭痛の予防、屈折矯正）が重要な課題と考えられ、実効性と強制力を伴う新たな VDT 作業のガイドラインや施策、およびその実践を国および事業主に求めたい。

（5）エルゴノミクスからみた働く女性の安全

国際的には、女性用工具・作業場設計など作業者の身体特性との適正化を図る「身体人間工学」および作業組織・労働時間編成などの「組織人間工学」の両面から、女性労働に対する対応が進められている。国内においては未着手であり、性差分析を可能とする対策志向型

労災統計項目の標準化とオープンデータ化、良好実践事例の関連学会間での共有と展開、ジェンダー配慮型の人間工学教育プログラムの展開など、体系的な取り組みが必要である。

（６）化学物質と健康障害

化学物質に曝露される可能性のある女性労働者の健康確保では、母性保護の観点に留意した化学物質の適切な管理が求められる。労働基準法・女性労働基準規則や労働安全衛生法・特別規則の遵守のみならず、職場における自主的な化学物質のリスクアセスメントとその後の管理を推進する必要がある。生殖毒性の特殊性に配慮できるよう産業衛生スタッフの教育・研修機会を増やすとともに労働者の「知る権利」にも配慮することが求められる。

（７）労働と関係して母性に配慮を要する諸疾病の予防と対策

妊娠出産期のいわゆる狭義の母性健康管理は、法令により一定の水準が築かれつつある。しかし「不妊」から次世代を育てる社会的役割までを含む広義の母性を考えたとき、近年の就労環境の変化や拡大、雇用形態等が及ぼす心身への影響に対しその予防対策はいまだ十分とはいえない。特に労働負荷による妊娠やその合併症リスクに関するわが国の疫学研究はほとんどなく、子どもの健全な発育との関連について調査・研究の推進が望まれる。

（８）医療・福祉産業と女性労働者の健康

女性の産業別雇用者数は「医療・福祉」が最も多く、超少子高齢社会で需要が高まる一方、慢性的な人手不足が生じている。医療・福祉職に共通する健康問題は過労であり、妊娠・出産への影響、メンタルヘルス問題、筋骨格系障害、安全問題と関連する。職種により異なる作業関連性の健康課題があるが、実態把握は十分でない。医療・福祉産業の女性労働者の健康支援には、母性保護対策の強化、効果的な過労防止対策が必須である。

2. 事業場（職場）における取組み

女性労働者は多様な健康障害リスクを有し、その健康障害による事業者の経済的負担額は無視できない。事業者が専門家を活用して予防的な観点から性差を踏まえた自主的なアセスメントを実施し、女性労働者が働き続けられる職場づくりを進める必要がある。小規模事業場では実施困難なことも多いが、公的機関の活用促進により事業者への自主的取り組みの支援と共に労働者に性差を踏まえた健康教育を行うことは実現性の高い対策である。

第１部　女性労働者（働く女性）の現状と課題、改善の方向性

1.　女性労働をめぐる政策・法制度

【背景】

第 2 次大戦終結後、女性の参政権が認められ、1947 年の労働基準法では、男女同一賃金など女性の地位向上が推進された。過酷な労働環境から女性と母性を保護するための女子保護規定として、時間外労働及び休日労働・深夜業の禁止、産前産後 6 週間の就労禁止などが含まれた。終身雇用、年功序列賃金、企業別組合の拡大で、男性の雇用は安定し収入が増える一方で、女性の専業主婦化が進んだ。男性中心の職場、女性中心の家庭という構造は、女性の社会進出の機会を奪うことになり、女性が家事・育児・介護を担うという性別役割分業が定着する [1)]。1979 年に国連で女子差別撤廃条約が採択、1985 年のわが国での批准を受けて、雇用の場では男女の社会的役割や雇用管理の機会均等をはかるため男女雇用機会均等法が成立した。1986 年には労働者派遣法が施行され、当初は限られた職種にのみ派遣が適用されたが、その後、日本経営者団体連盟(日経連、当時)が「新時代の日本的経営」（1995 年）を公表、それ以降、正社員比率は大幅に下がり、非正規雇用が増加し、専業主婦は兼業主婦へと変化してきた [1)]。

バブル景気の崩壊後は経済成長が鈍化し、経済のグローバル化に伴う技術革新や製品開発のスピード化などにより、企業が短期的経営判断をする傾向は非正規雇用労働者の増加の要因となった [2)]。さらに非正規雇用やサービス業など女性比率の高い産業の拡大といった産業構造の変化を背景に女性労働者が急増し、職業領域の拡大、勤続年数の延長、出産後の就業希望など女性労働者の就業意識も変化していった [1)]。1992 年には育児休業法（のちに育児介護休業法に改正）が、翌年にはパートタイム労働法が施行された。1997 年には男女雇用機会均等法の改正で、ポジティブ・アクション（男女労働者の間に事実上生じている差を解消するための取り組み）の推進、セクシュアルハラスメント防止が新設された [3)]。1999 年には男女共同参画社会基本法が成立し、政府はポジティブ・アクションをより一層推進することとなる。

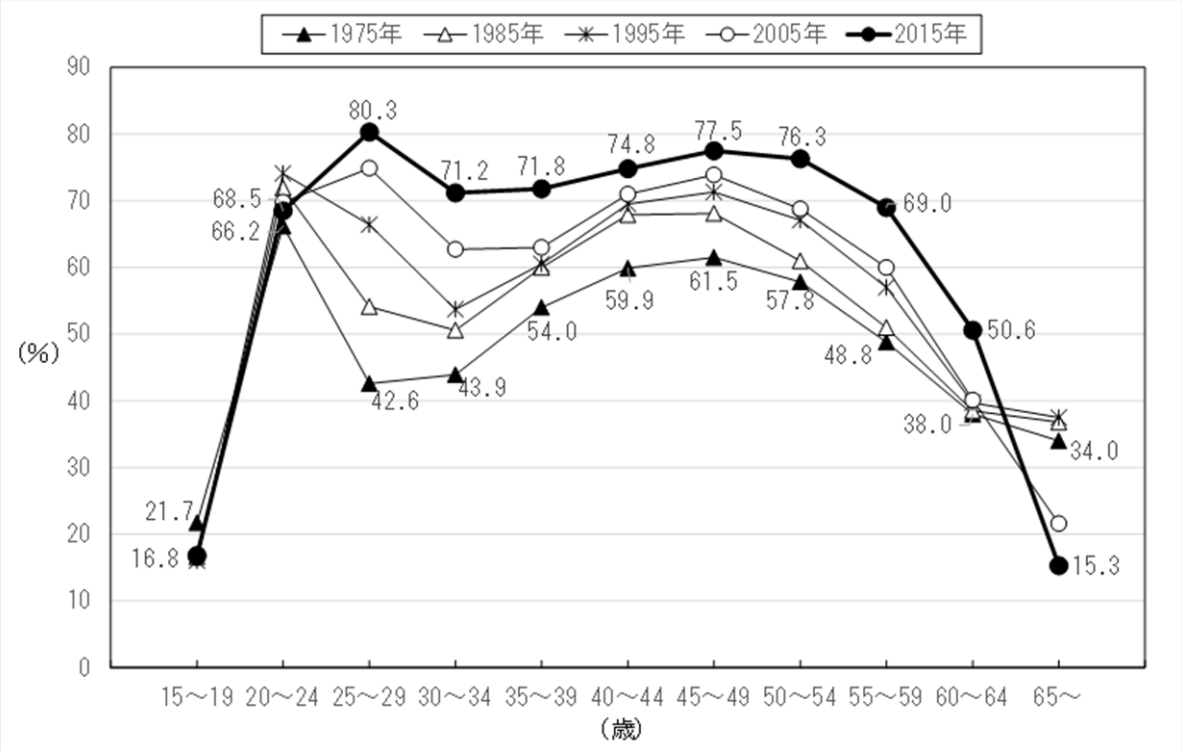
働く女性に関する中央省庁の動向・体制としては、1975 年に国際的な動向も受けて男女共同参画社会の実現に向けた女性の地位向上のための国内本部機構（ナショナルマシーナリー）として婦人問題企画推進本部が設置され、1994 年の改組により男女共同参画社会の形成の促進に関する施策の円滑かつ効果的な推進を図るため、内閣に全閣僚を構成員とする男女共同参画推進本部が設置となった。2001 年には国政上の重要課題の一つとして、「男女共同参画社会の形成の促進」の総合的な推進を担うため内閣府に新たに男女共同参画局が設置されている。労働分野に目を向けると 1947 年には労働省婦人少年局が誕生し、以後、婦人局、女性局、2001 年には厚生労働省の発足に伴い雇用均等・児童家庭局と名称を変えながら、働く女性の環境整備のための様々な施策が行われてきた。

【現状】

最近 15 年間の日本の労働力人口の推移をみると、男性の減少傾向に対し、女性では漸増している。2016 年には労働力人口総数に占める女性の割合は 43.4%で、労働力率は 50.3%と 15 歳以上人口の半数に達している。1970 年と 2014 年時点を比較すると、女性の平均寿命は 74.66 歳から 86.83 歳に伸び、平均初婚年齢が 24.2 歳から 29.4 歳へ、また平均第 1 子出生年齢が 25.6 歳から 30.6 歳と上昇し、時代の変化とともに晩婚化・晩産化が指摘されている [4)]。また女性の年齢階

級別労働力率の推移（図 1）を見ると、出産や育児を担う 25～29 歳および 30～34 歳で低下する「M 字型カーブ」を示してきた。日本は、近年、M 字型の底は上がってきてはいるものの、スウェーデン、フランス、ドイツ、米国のような「凹みのない状態」には至っておらず、25～39 歳の未婚者の労働力率が約 9 割に対し、既婚者は約 6 割にとどまっている。

図 1　女性の年齢階級別労働力率の推移（労働力調査より作成）



2016 年の非正規雇用者の割合は男性全体で 22.1%、女性全体で 55.9%と開きがあり、正規雇用者の約 7 割を男性、非正規雇用者の約 7 割を女性が占めている。特に非正規雇用者の多くは不安定な雇用とされ、正規雇用者と比較して賃金が低く、社会保険の適用などの課題も指摘されている。2016 年のジェンダー・ギャップ指数で日本は 144 カ国中 111 位と過去最低の水準となり、特に経済と政治の分野では議員や経営者、技術専門職などで女性の進出の遅れが指摘されている[5)]。2010 年の日本の相対的貧困率は、OECD34 カ国中 29 位の水準であり、日本は先進国の中でも所得格差が大きい。特に単身女性や母子家庭における貧困率の高さが指摘されている。2016 年賃金構造基本統計調査では一般労働者の正規雇用者の所定内給与額は、男性 100 対女性 75 である。

【課題】

女性労働をめぐる政策・法制度では、労働基準法や労働安全衛生法のように女性労働者の労働条件や安全・健康の確保の観点から対策が進められてきた。一方で安全衛生に関連するものにとどまらず、他領域の法令や社会制度全体の課題につながっているものも少なくない。そのため現在進められている男女共同参画に関する取り組みを強力に推進するために、例えば諸外国のように女性省の設置など、中央省庁における位置づけを強化する体制をつくり、とりわけ安全衛生に関連する対策についても抜本的かつ包括的に推進される必要がある。

2015 年の女性活躍推進法の成立を含め、女性の活躍推進に向けた施策、また社会情勢に合わせて必要な制度や法の整備が進められてきた。一方で長らく日本では、男性労働者を中心にした健康と安全対策が進められてきた背景があり、女性特有の問題や性差を踏まえた対策は十分とは言えない。伝統的な母性保護には労働基準法における妊産婦等の就業制限に関する規定、男女雇用機会均等法における母性健康管理措置などがある。しかし女性の社会進出、労働の幅や選択肢の広がり、働き方の多様化に伴い、配慮を要する業種や作業も多様化し、医学的性差（体力・筋力・心肺機能など）や物理的・化学的要因による母性への影響、女性特有のライフイベント（妊娠・出産・更年期など）とメンタルヘルス、過重労働等による健康障害については今後、課題に応じた法整備を中心に対策が必要となる [6]。

また女性労働者自身の安全衛生への意識を高めるために、初等中等教育の場で基礎的な意識を育てることが必要である。第 4 次男女共同参画基本計画ではライフステージ別の取り組みとして、性差による健康に関する事項について総合的な教育・普及啓発が挙げられているが [7]、基礎的な安全衛生の知識を得られる場も挙げるべきである。

【提言】

国は人口減少・少子高齢化が進むなか、多様な働き方を受け入れ、男女ともに働きやすい労働環境を確保すべきである。特に安全衛生では、女性特有の問題や性差に関する十分な知見を蓄積し、政策の強化と法制度の充実を図る必要がある。また働く女性の安全衛生に関する制度においては、中央省庁・研究機関・学協会の横断的な連携が図れる体制を強化し、今後は働く女性の健康を始め関連する課題に関して、省庁横断的に統括できる行政機関（省・庁など）、および関連の研究機関の設置を検討することを提案したい。

2. 世代、年代、ライフステージの視点

【背景】

女性労働者の能力開発の促進と、少子・高齢社会への対応という観点から、「育児休業等に関する法律」（育児休業法）が 1991 年に制定された。さらに、高齢化の進行に伴って、寝たきりや認知症の高齢者に対する介護が社会問題化し、家族の介護を行う労働者のために介護休業を制度化する必要に迫られた。そこで、1995 年に育児休業法が改正され、育児・介護休業法に改められた。さらに、1999 年 4 月から介護休業制度が義務化された。同法の特徴は、男性・女性双方の労働者に対して、共通の休業の権利を保障する点にある。

次世代育成支援対策推進法は、従業員数が 300 人（2011 年 4 月 1 日以降は 100 人）を超える企業の事業主に対して、一般事業主行動計画（仕事と育児の両立を支援するための雇用環境の整備等について事業主が策定する計画）を策定し、届け出ることを義務付けている。事業主は、一般事業主行動計画を公表し、かつ労働者に周知しなければならない。従業員数 300 人以下（2011 年 4 月 1 日以降は 100 人以下）の中小企業の事業主については、同様の努力義務が課されている。この他に、労働基準法による時間外労働・深夜業の制限や育児時間の規定も仕事と家庭生活の調和に寄与するものといえる [1]。

【現状】

女性労働者のライフステージでは、結婚・出産・育児の時期を考慮する必要があるが、女性の雇用者数の割合の低下が始まる年齢階級（30～34 歳）は昇進の増えはじめる時期と重なっている

[2]。出産を機に退職した女性労働者の約 4 分の 1 が、仕事を続けたかったが仕事と育児の両立が難しいという理由で仕事を辞めており、出産後の女性労働者の就労継続は依然として厳しいことがうかがえる[3]。「労働力調査」によると、子育て期にある 30 代男性労働者については、17.0%が週 60 時間以上の就業となっており、ほかの年代に比べ最も高い水準となっている。また、夫の休日の家事・育児時間が長いほど第 2 子以降の出生割合が高いという関係性がみられる。さらに、男性労働者が子育てや家事に費やす時間をみると、6 歳未満の子供を持つ夫の家事関連時間は 1 日当たり 67 分となっており、先進国の中で最低の水準にとどまっている[4]。

世代別の育休取得状況に目を向けると「1964 年以前生まれ」の集団では、女性労働者の大多数（81.5%）が「育休未取得者」である。「1965～1969 年生まれ」の集団では、「育休未取得者」の割合が 52.3%までに下がっている。「1970 年以降生まれ」の集団となると、「育休取得者」（そのほとんどは「12 ヶ月以内の育休取得」）が全体の 7 割以上を占めるようになった。「1969 年以前生まれ」は育休取得なしが標準である「育休未取得者世代」に対し、「1970 年代以降生まれ」は育休取得ありが標準である「育休取得者世代」であり、世代を背景とした意識の違いから制度を利用する割合が異なっている。従業員規模では、従業員数 100～299 人規模、300 人以上規模ともに、育児休業の取得や短時間勤務などの両立支援制度が従業員に周知されており、女性正社員の就労継続が図られている状況にある。特に、従業員数 300 人以上規模の小売業や金融保険業などは、育児休業の取得や短時間勤務などの両立支援制度を積極的に導入している[5]。

男女労働者の昇進システムの違いに関して企業の人事マイクロデータを分析した結果、男性労働者と異なり女性労働者のみが年間労働時間と昇進率の間に有意な正の関係がみられたとの指摘がある[6]。

【課題】

日本企業は長期勤続を前提とした同一企業内でのキャリア形成を重視し、平均的な勤続年数が男性労働者よりも明らかに短い女性労働者には男性型の育成システムを適用しないことが通常であった。また、女性労働者の昇進は仕事に費やす時間すなわち長時間労働が評価のポイントとされ、女性労働者は働きぶりによって仕事への意欲を示すことが求められてきた。

現在は、育児や介護にかかる両立支援策が充実してきており、育児休業制度や短時間勤務制度、在宅勤務制度などを活用することによってワーク・ライフ・バランスを図ることができるようになってきた。このような各種方策によって、女性労働者の役職者登用の障壁の一つであった出産・子育てによる離職が減少するなど、女性労働者の就労継続の効果がみられている。今後、育児休業や短時間勤務などの両立支援制度について、業種単位の普及・啓発を従業員規模にかかわらず行い、女性労働者の結婚・出産・育児・介護等のライフステージ毎の課題による離職を低下させ、意欲的に就労が継続できるようにすることが重要である。

【提言】

企業は、結婚・出産・育児・介護等のライフステージ毎の課題解決を支援することにより女性労働者の活躍を格段に進めるという明確な方針を新たに持ち、育児休業制度や短時間勤務制度、在宅勤務制度などの施策について、その内容を労働者に十分周知、啓発しつつ、業種や企業規模を問わずより積極的に普及させる必要がある。この実践においては女性の視点の活用や女性チームを組織することも有効である。また、その施策の受益者の昇進やキャリア形成が不当に損なわれないように、人事評価と人材育成の制度を再整備する必要がある。

国や行政は関連法令や制度の企業内での遵守、活用状況を監視し、違反や不履行には厳しく対

処する一方で、模範的な企業への支援やインセンティブ措置を積極的に行う必要がある。

3. 雇用形態と女性労働者の健康

【背景】

今日、日本の非正規雇用割合は 37.4%で増加傾向にある。同割合は男性 21.7%に対して、女性 56.6%と高い。日本では高等教育費用を親がほぼ負担するが、女子の大学進学率は男子に比べて依然低く、新卒採用時から女性は非正規雇用になりやすい。従来、主に中高年の主婦が家事・育児の傍ら家計補助のためにパート労働等の非正規雇用を自ら選ぶと考えられてきた。実際に女性の年齢別就業率は 30 歳前後で一旦低くなり、離職や転職も多い。

長らく定年制の終身雇用制度を維持してきた本邦の労働市場において、離職や転職は制度からの逸脱を意味し、昇給の機会を逃し、退職金・年金等の各種社会保険制度の恩恵を受けにくい。多くの企業が持つ昇給や退職金制度は年功累進制で勤続年数が長いほど有利である。企業等の被用者保険に加入できれば保険料納付の経済的負担は少なくて済む一方、いわゆる正社員でない場合、社会保障制度によるセーフティネットから漏れている割合も高い。日本特有の新卒一括採用の市場では、学校卒業時には良い条件で就職できるが、それ以外のタイミングでの就職で同程度の条件は保障されない。この仕組みは、非正規から正規雇用への転換の際に障害ともなる。

【現状】

非正規雇用の問題は、賃金の低さ、身分の不安定さ、また不本意就労（希望する条件の仕事や雇用が就業時に無かった）であるが、これらは健康へも影響する。

男性非正規雇用者のうつ･不安障害の発症率が有意に高いと報告される一方、本邦女性では「雇用との関連は明らかでない」と報告される [1)]。特に婚姻状態を層別化しない女性全体および既婚女性の場合は有意な差が示されない [2)]。経済事情や社会参加の効用を無視すれば、仕事をしない専業主婦が健康上は有利との報告もある [3)]。なお、女性であっても「未婚」であれば、諸外国の女性や本邦男性の研究と同様に非正規雇用は健康問題を生じやすく [2,4)]、女性労働者の特性ごとに注意深いモニターが必要である。

他方、日本では正規雇用は長時間過重労働を余儀なくされることから、正規雇用女性の健康維持は非正規雇用女性よりも困難で [3)]、ワーク・ライフ・バランスが実現しにくく健康を損なう状況が予想される。仕事と家庭の二重負担や多面的役割が女性就労者の健康を損なう可能性が、特に欧州の研究で指摘されている [5)]。年齢-コホート-時代分析では、本邦で非正規雇用の増加した 2000 年代に男性正規雇用者の健康状態が悪化するとされる [6)]。

非正規雇用の大多数を占めるパートタイム労働者（48.8%、2016 年労働力調査）の賃金はフルタイム労働者の 57%程度で（2013 年賃金構造基本統計調査）、この賃金の低さは貧困と関連する。女性一人親（シングルマザー）の貧困リスクは特に高く、平均年間就労収入（181 万円、2011 年度全国母子世帯等調査結果報告より）も、パート・アルバイトであれば 125 万円と下がり、ほぼ貧困とされるレベル（相対的貧困の基準：年間収入 122 万円未満、国民生活基礎調査 2013 年）にある。

今日では貧困と健康との関連をまとめ社会的包摂が不足している問題点が著されている（阿部彩「弱者の居場所がない社会：貧困・格差と社会的包摂」講談社 2011 年）。子供がいる非正規雇用の世帯、特にシングルマザー世帯や貧困世帯で健康保険等の各種社会保障制度からの脱落が認め

られることも詳細なデータからまとめられている（山野良一「子供の最貧国・日本」光文社新書 2008 年）。再就職時にパート・アルバイト等の非正規雇用に就く女性の約半数は「やむをえず」「育児がなければ正社員を希望した」など、不本意就労である。非正規雇用者に対して、健康維持管理の一助ともなる職域健康診断の機会が提供されないことは多く [7]、能力開発や事故防止の機会となる企業の教育訓練機会も少ない [8]。職場での意思決定過程への参加制限による疎外感による社会心理的影響や [9]、同じ集団内で収入格差によりメンタルヘルスの有病率が上がる等 [10]、非正規雇用による労働者全体の健康悪化が示唆される。

【課題】

本邦で女性の非正規雇用者に健康障害等が明確に示されないのは、多くの既婚・子持ち女性が低い収入（「被扶養」の）範囲内になるよう短時間で働き、配偶者の企業から福利手当て※1 や、税制・社会保障面での恩恵※2 を受けてきたためと考えられる。しかし、この企業福利や保護政策は縮小傾向にあり、また未・離婚率が増加し、男女共に若年者を中心にフルタイムの非正規雇用が増えているため、今後、恩恵を受ける機会は縮小すると思われる。

若年労働者を中心に次世代養育者が非正規雇用を不本意にも選択せざるを得ない場合、子の養育費用とともに保険料支払い等の経済負担は重く、万が一健康問題を生じた場合や高齢になり就労継続が出来なくなった場合は経済的に困窮する可能性は高い。超高齢社会の日本で非正規雇用の就業経験しかない多くの人々が老後を迎えた際、貧困率が急増する可能性もある。

EU では多くの国が、ILO パートタイム条約を批准している。また 1990 年代からパートタイム労働制度の導入に成功しているオランダ等を参考に、賃金や賞与等の付加給付に比例配分（平等の取扱）を取り入れ、年金や所得税制を家族単位ではなく、個人単位にするなど、収入や身分に対する安定や保障制度を社会全体で充実させることが必要と思われる。

【提言】

非正規雇用による企業や社会からの待遇格差は、社会心理的な排除や貧困等を経由して健康に影響し、非正規の割合が男性の 2 倍以上である女性労働者に顕在・潜在的影響が大きい。男性正社員とその配偶者が前提である従来の世帯単位の課税や社会保障制度を見直し、個人の就労単位での賃金・手当と税・保険負担に転換し、あわせて非正規女性労働者の出産・育児等の公的補助を充実することがこの格差の解消に必要である。さらに、格差の固定化・拡大の一因であるわが国特有の新卒一斉採用制度等を修正し、非正規から正規雇用への再チャレンジを促進すべきである。

国は事業者を巻き込みながら上記の数多くの課題に取り組む必要があり、そのために働く女性の健康の確保と向上について諸政策立案に責任をもち、省庁横断的に「舵取り」の役割を果たせるような新たな行政機関（例えば“女性省”というような、省・庁レベルの司令塔的なものをイメージ）の設置について、今後、検討されるよう提言する。

＜注釈＞

※1：家族手当、配偶者手当、扶養手当など様々な名称で呼ばれる現金支給制度で、平成 28 年職種別民間給与実態調査（厚生労働省）によると約 77%の企業がこの制度をもち、うち 87%の企業は配偶者を対象とした手当を支給する。ほとんどの企業は、配偶者自身の収入を基準として制限を設けており、税法上の配偶者控除適用範囲もしくは社会保険制度の被扶養者適用範囲を用いている。

※2 : 税法上の配偶者控除適用範囲として、配偶者の年収が 150 万円以下の場合に最大限の所得控除（控除額 38 万円）が受けられる（なお、平成 29 年の終わりまでは 103 万円が限度額であった）。社会保険制度に関しては、サラリーマンや公務員など会社・組織の保険制度に加入している第 2 号被保険者の配偶者で、年収が 130 万円以下であるなどの扶養認定基準を満たす者（第 3 号被保険者）については、保険料を無料にして年金と健康保険へ加入できる仕組みがある。

4. 生物学的性差と社会学的性差からみた日本の女性労働

【背景】

ILO は 1999 年に「Decent Work for All」として、仕事の創出、社会的保護の拡充、社会対話の推進、仕事における権利の保障という 4 つの戦略目標を掲げた [1)]。ジェンダー平等[※1] は、横断的目標として、その全ての戦略目標に関わっている。更に 2013 年には、ジェンダー平等を推進するため労働安全衛生分野において 10 のガイドラインを作成している [2)]。OHSA Europe からは、十分にジェンダーに配慮し、労働市場の機能をより完全に理解するために、労働統計に関する要件が提言されている [3)]。

米国においては、1986 年アメリカ国立衛生研究所は、健康に関する調査研究に女性、少数民族を入れることを義務化、1990 年に女性の健康研究を推進する機関 Office of Research of Women's Health（ORWH）[※2] を開設した。1991 年には米国合衆国保健福祉省女性健康局[※3] が設立され、政策立案、一般教育、医療専門職の教育、健康増進の革新プログラム支援などに大きな成果を上げてきた。同局は女性の健康に関するポータルサイトを作成しており、ICT を用いた情報提供を推進している。また、米国労働安全衛生総合研究所[※4] は、女性のさまざまな職種の職務関連疾患に関する情報を提供している。1999 年に米国医学研究所[※5] は「セックス差とジェンダー差の生物学を理解するための委員会」を結成し、遺伝学的、生化学的、生理学的、物理学的、行動学的な「性」の知験とこれからの重要課題について報告書を発表した [4)]。それによれば、生殖器以外の臓器、例えば循環器、消化器、脳、呼吸器、内分泌、皮膚、筋骨格系疾患、免疫系、薬物代謝などにも性差があり、性は健康・疾病にとり重要な因子であると結論している。

【現状】

（1）我が国の男女労働者の差

我が国の男女労働者間で違いが見られるのは、年齢階級別労働力率、配偶関係別労働力率、業種、職種、雇用形態、学歴、職位、賃金、労働時間、世帯収入、産休取得、育休取得、介護休暇取得、結婚・家事・妊娠（不妊）・育児・介護による雇用形態の変化あるいは離職である [5)]。健康状況の性差としては、健康診断受診率、健康診断有所見率、喫煙率、飲酒率、長時間労働面談受診率、労働災害および業務上疾病、労災申請および認定、個別労働紛争（いじめ・ハラスメント）、などである [5,6)]。

（2）我が国の男女の生活時間、女性の健康状態

国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査によれば、生活時間では、女性は家事関連時間が男性よりも長く、睡眠時間が男性よりも少なかった。患者調査（2014）[7)]によれば、女性の疾患として多いのは、20~39 歳代では妊娠・出産、婦人科疾患、歯科疾患、精神疾患、貧血、甲状腺疾患、40~49 歳では歯科疾患、精神疾患、婦人科疾患、高血圧、乳がん、50~64 歳では、高血圧、脂質

異常症、糖尿病、精神疾患、筋骨格疾患などであった。

（３）我が国の労働関連疾患の性差

妊娠出産(労働時間、深夜労働、立位、物理化学物質)、月経障害（労働時間、深夜労働など）は女性のみの課題であるが、筋骨格系疾患(介護養護看護職、キーパンチャーなど女性に多い職種で腰痛、手根管症候群などが多い)、循環器疾患（DC モデル（Demand -Control model）,ERI モデル（Effort Reward Imbalance model）、で性差あり）、悪性腫瘍(海外では、乳がんと深夜労働の関係が示唆されているが、我が国における労働因子と乳がんの関連は不明)、メンタルストレス(ストレッサーおよびストレス反応両者に性差)などが報告されている。

（４）月経関連疾患、がんと労働損失について

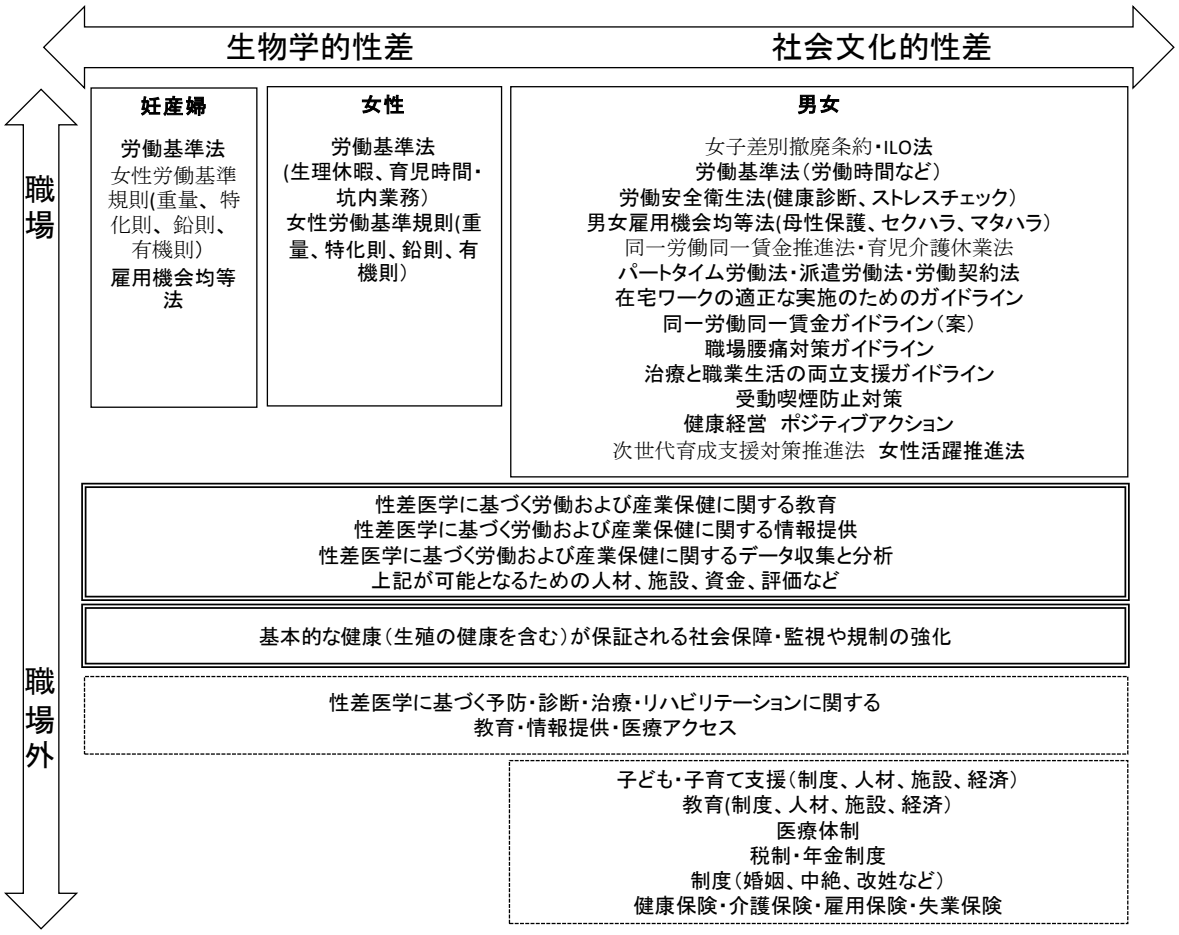
特定非営利活動法人 日本医療政策機構 2015 年の調査によれば、月経関連疾患・乳がん・子宮がんの医療費および労働損失は、それぞれ 1.42 兆円、4.95 兆円と推計されている[8]。また、仕事を持ちながら悪性新生物の治療をしている女性は 18.1 万人(男性 14.4 万人)と報告されている[9]。

【課題】

1982 年の WHO/ILO 合同専門委員会では、古典的職業病とともに、循環器疾患、筋骨格系疾患など労働者の素因や生活習慣に加え、労働因子が影響を及ぼす疾患を労働関連疾患とすると定義づけられており、その観点に立てば、婦人科関連疾患、悪性疾患なども対象疾患として考える必要がある。生物学的性差（遺伝子、性ホルモン、エピジェネティクス、細胞の受容体、酵素、結合タンパクの発現、体格や臓器の大きさ、代謝など）と社会文化的性差（男女の役割意識、教育、仕事、家庭、育児、介護、税制、法律、社会保障、医療へのアクセス、暴力、生活習慣など）の両者を含む調査研究、介入が求められる。また疾患予防として、性差に基づく生活習慣への介入、予防接種、がん検診、健康診断を行う必要がある。現行の法体制を生物学的性差・社会文化的性差および職場内外の関与により整理し、それぞれの関係部署が対策を講じる必要がある（図 1）[10]

図１　生物学的性差および社会文化的性差の関わり（概略）

実線枠が現行の体制であり、職場に必要なものを二重線枠、職場外でも必要であるものを点線枠とした



【提言】

労働安全衛生に関連する政策・法制度の策定、見直しの際には生物学的性差、社会文化的性差を考慮すべきである。国は、ILO のジェンダー主流化 10 のガイドライン※6 を参考に、我が国の労働衛生行政が国民の健康増進と強く関連している特殊性も考慮し、米国のように政府機関および研究機関に女性の健康を統括的かつ専門的に扱う部署を設置し、労働安全衛生の研究、ジェンダーの視点を取り込んだデータ集積や指標策定、体制の拡充・強化を推進することを提案したい。

＜注釈＞

※1　ジェンダー平等

人間には生まれついての生物学的性別（セックス／sex）があるが、社会通念や慣習の中には、社会によって作り上げられた「男性像」、「女性像」があり、このような男性、女性の別を「社会的・文化的に形成された性別」（ジェンダー／gender）という。ジェンダー平等とは、男性と女性が同じになることを目指すものではなく、人生や生活において、さまざまな機会が性別にかかわらず平等に与えられ、女性と男性が同様に自己実現の機会を得られるような社会の実現を目指すもの。またジェンダー主流化とは、あらゆる分野でのジェンダー平等を達成するため、全ての政策、施策及び事業について、ジェンダーの視点を取り込むことをいう。

※2　アメリカ国立衛生研究所：National Institute of Health(NIH)
Office of Research of Women’s Health (ORWH)
[cited 2018 June 29]; Available from: URL: https://orwh.od.nih.gov/

※3　米国合衆国保健福祉省女性健康局：
Department of Health and Human Services (HHS) Office on Women's Health (OWH) [cited 2018 June 29]; Available from: URL: https://www.womenshealth.gov/

※4　米国労働安全衛生総合研究所：
National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) [cited 2018 June 29]; Available from: URL: https://www.cdc.gov/niosh/topics/women/default.html

※5　米国医学研究所：Institute of Medicine (IOM)
(2015.7～米国医学アカデミー：National Academy of Medicine (NAM) に名称変更)

※6　ILO(2013 年). 10 Keys for Gender Sensitive OSH Practice: Guidelines for Gender-Mainstreaming in Occupational Safety and Health [Online]. 2013 [cited 2018 June 29]; Available from: URL: http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_324653/lang--en/index.htm

＜ILO 労働安全衛生における性差に配慮し、性差に基づく取組みを推進するためのガイドライン（労働安全衛生の実践に必要な 10 か条）＞

１：労働安全衛生法の見直しと開発の際には、ジェンダー主流化※のアプローチをとる
２：労働安全衛生の実践におけるジェンダー不平等を是正するための労働安全施策を開発・提供する
３：リスクマネージメントに性差の観点を取り入れる
４：労働安全衛生の研究において、性差を適切に考慮する
５：性別データに基づく労働安全衛生指標を開発する
６：すべての労働者に労働衛生サービスと保健医療への平等なアクセスを促進する
７：労働安全衛生対策、健康促進、意思決定に男女の労働者とその代表者の参加を確保する
８：ジェンダーに敏感な労働安全衛生情報、教育、訓練を開発・提供する
９：男性用と女性用の作業用具、工具、個人用保護具を設計する
１０：労働時間管理とワーク・ライフ・バランスを図る

5. 海外動向・グローバルな視点

【背景】

世界各国の産業安全保健活動において、身体的差異や母性保護の観点から生じる男女の異なるニーズに着目しながら、同時に男女が平等に参加して共に改善を図るアプローチが推進されている[1)]。背景として社会的な権利としての男女平等に対する意識が向上し、また実際に男女の参加を推進することでより幅広い安全保健リスクに効果的に対処できるという職場の理解が進んだことがある。産業安全保健活動における男女の平等な参加を促進するためのツールの開発と応用も進んできた。一方で、先進諸国では経済成長の鈍化により、また発展途上諸国では海外からの投資を呼び込むために、これまで達成されてきた安全健康に関する労働基準を緩和する方向での政策修正の動きも根強くある。

【現状】

男女が協力して双方にとって安全で健康的な職場を創るためのアプローチは、女性を社会的弱者と捉えて特別な保護策を供与するという考え方から、男女が平等の権利と責任を分かち合い共に安全で健康的な職場づくりを目指すという考え方へと変化してきた。こうした変化は、例えばILOの夜業条約（第171号、1990年）採択の議論に例を見ることができる[2)]。それ以前のILO夜業（女性）条約（第89号、1948年）では工業における女性の夜業は原則禁止されていた。しかし、女性にだけ夜業を禁止すれば女性の職場における平等な権利も失われる。一方で夜業は健康リスクであるため、男女共に禁止あるいは最低限に抑えるべきという方向性である。ただし、妊娠・出産等あるいは男女の身体的な差異に基づく安全保健ニーズに関しては特異的な対策が必要である。

もうひとつの重要な変化は、男女平等の考えに根ざした産業安全保健の課題を、作業時間・作業編成さらには家庭責任やワーク・ライフ・バランスとも連動して、ひとりひとりの働き方全体にまで広げて考えるアプローチである。一例として、長時間労働や残業の多い職場は、現状として家事や育児のために会社での長時間労働ができない女性労働者にとっては仕事における達成機会を妨げる。とはいえ女性のみの残業を制限するのでは、今度は男性の育児・家事への参加機会を縮小してしまう。男女ともに長時間労働を減らす方向での解決が重要である。

欧州における取り組みを見ると、重要なアプローチとして次のような点が挙げられる[1)]。第1に、職場改善に関わるすべての過程において、男女の代表が参加しており発言や意見表明の機会が平等にある。同時に労使代表が議論に加わり労使の共通課題として男女共に働きやすい職場づくりを進める。第2に、ウエブや冊子の作成を通した成功事例や現在進行中の改善活動に関する情報共有の推進である。これによりこれから活動を進めようという職場は実践的な参考事例に関する情報を迅速に入手できる。第3に、男女労使が自分たちで使用するために職種毎に工夫された職場評価ツールやチェックリストの開発である。第4に、行政からの支援および行政あるいは専門家自身の意識改革である。例えば、労働基準監督官を再トレーニングして自分たちがとった指導やアドバイスが、男女双方の職場改善に本当に役立っているかを自身で振り返ってもらう。こうした動きが進む背景には、男女の平等な参画を推進し男女ともに健康・安全で働きやすい職場を形成しようという強い社会的合意が根底にある。

一方で発展途上国の女性労働者の現状にも目を向ける必要がある[3)]。縫製業や電子機器産業など労働集約型の産業は女性労働者が多い職種であるが、海外からの投資を呼び込むため、あるいは生産コスト削減のために経営者の安全保健に対する義務が緩和されたり不履行であったりして、結果として多くの女性労働者が犠牲になる。一例として、2013年にバングラデシュの首都ダッカ郊外の商業用ビル「ラナ・プラザ」が崩壊して、ビルの中で操業していた縫製工場において1500名以上の男女労働者が命を落とした事件がある。原因は本来工場として設計されたのではない古い建物に縫製機械を多数据え付けて、先進国への輸出用の生産を行なっていたことにあった。大きな安全・健康リスクと向かい合いながら日々働いている途上国の女性をはじめとする労働者に対して、発注先である先進国の企業およびその製品の消費者である私たちがどのような行動を取るかも問われている。

【課題】

男女が共に健康で安全に働ける職場づくりの方法や成功事例の蓄積は徐々に進みつつある。各職場が先行する成功事例やその経験に関する情報を得てそこから学びながら、自身の職場毎の実際的な取り組みを推進することが重要である。同時に、大企業に比して充実した産業安全保健サ

ービスを受けにくい女性労働者が多い職場を支援して、その取り組みを強化することが重要である。一例として、中小零細企業で働く女性労働者、非正規雇用に従事する女性労働者への改善活動の推進が強く望まれる。

【提言】

男女の身体的差異や母性保護を踏まえつつ安全・健康における男女平等と共同参加を確立して女性の活躍を図る、という欧州の考え方を一つの範としてわが国にも普及・定着させるべきである。

国は、安全衛生委員会への女性の参加を強く促す施策を設け、特に中小企業や非正規労働者に対してこれを支援する必要がある。また、女性に関わる職場改善の成功事例や評価・改善ツール等を収集・分析して広く発信し、あわせて労働基準監督官や産業保健専門職のトレーニングを強化し男女双方の職場改善のための意識改革と力量の向上を進める必要がある。

第 2 部　女性労働者の労働環境と健康確保

1. 労働環境からみた女性労働者の健康

（1）長時間労働、不規則およびシフト勤務と女性労働者の疲労

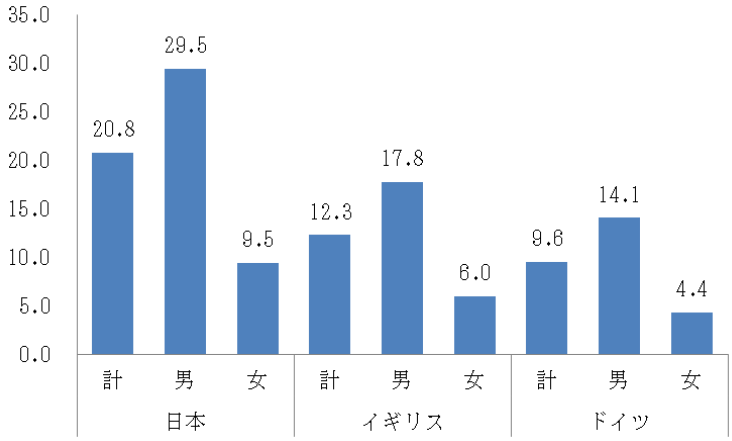
【背景】

ILO は「Decent Work for All」の実現を目指している。しかし、女性労働者の労働時間に関して、長時間労働や「フレックスタイム」「短時間勤務」「在宅勤務」「インターバル」等の制度活用方法に課題があり、休息時間の保障が確保されていない[1-3]。

【現状】

日本の製造・情報技術業の企業を対象に行った調査によると、女性労働者の疲労度は、男性労働者より高い結果が得られている。さらに、同調査では、家庭における家事育児介護時間は、女性労働者は男性労働者に比べ平日は約 95 分多く、休日は約 133 分多いとの結果が得られており、平日・休日ともに、女性労働者の家事育児介護時間は男性労働者よりも多い[4]。女性労働者の長時間労働に関して、2015 年の長時間労働者の割合を日本・イギリス・ドイツで比較すると、日本の男性労働者と同様に女性労働者の長時間労働者の割合も高い[5]（図 1）。女性労働者のシフト勤務者の健康リスクに関して、男女通常勤務者と男女交代制勤務者を合わせて約 8000 人を対象にしたデンマークの調査では、個人的なリスク要因（喫煙・体重・社会経済的グループ）を考慮に入れても交代制で働く女性労働者のうち 1/3 以上に不健康なために早期に障害年金を請求する傾向があると報告しており、女性労働者にかかる家事労働の負担の大きさによるものが示唆されている[6]。

図 1　長時間労働の割合（就業者）



資料出典：JILPT「データブック国際労働比較 2017」

（日本：総務省（2016.1）「労働力調査」より）

その他：ILOSTAT Database（http://www.ilo.org/ilostat/）2016 年 12 月現在

（注）ここでいう長時間とは, ILOSTAT の労働時間別就業者統計において, 上記掲載国に共通する最長の区分である週 49 時間以上を指す。原則, 全産業, 就業者を対象

【課題】

①長時間労働

労働時間に関する制度の活用方法について、女性労働者の勤務形態を日本、イギリス、ドイツで比較すると、フルタイム勤務は、日本で 91.4%、イギリスで 69.0%、ドイツで 61.2%である。同様に、フレックスタイム勤務は、7.1%、12.8%、31.7%であり、短時間勤務は、2.4%、22.7%、13.6%であり、在宅勤務は、0.0%、5.7%、5.5%である。日本の女性労働者の勤務スタイルは、始業時刻が、8 時台と 9 時台で 94.8%を占めているが、イギリスやドイツでは 6 時台や 7 時台の早い時間帯での始業割合が多く、10 時台以降も日本より多いなどの分散が大きい。ドイツでは、5 割近い女性労働者が 8 時よりも前に仕事を開始している。終業時刻は、労働時間の長さを反映し、日本の女性労働者は 19 時台以降が 14.3%となっている。ドイツの女性労働者は 57.7%が 17 時より前に仕事を終えている。労働時間を「減らしたい」と回答した割合を「過剰就業」とみなし、この比率を日本、イギリス、ドイツの女性労働者で比較すると、それぞれ 26.0%、18.2%、6.7%となっており、日本の女性労働者の約 4 人に 1 人が過剰就業の状態にあるといえる [7]。今後、情報システム等の導入による環境整備により、女性労働者による在宅勤務制度の活用が増加すると予測されるが、労働時間の管理方法を明確にする必要がある。

②不規則およびシフト勤務

卸売・小売業の変形労働時間制勤務者の生活習慣調査では、①夕食の摂取時刻では、男性労働者は変形労働時間導入後のずれが少ないが、女性労働者では夕食の摂取時刻が遅くなること、②女性労働者が男性労働者より、「摂取時刻の変化あり」、「食事内容の悪化」、「睡眠の悪化」を選択した割合が高かったとの報告があり、変形労働時間制勤務者のうち女性労働者に生活習慣の課題がみられた [8]。日本の交代勤務看護師の疲労回復調査の結果、交代勤務看護師の疲労回復のためには、個別性はあるものの、「インターバルの長さ」「タイミング」「休息のとり方」に課題がみられたと報告があった。そして、それぞれの課題に対し、「11 時間以上のインターバル確保」「夜勤後のインターバルの確保」「休息時間の過ごし方と裁量」が疲労回復のために効果的であると指摘している [9]。

【提言】

国は労働時間削減に加え、女性労働者のワーク・ライフ・バランスの実現のために、フレックスタイム、短時間勤務、在宅勤務等を効果的に活用できる政策を推進する必要がある。不規則およびシフト勤務ではインターバル制度の導入やインセンティブ措置など企業に対する支援を積極的に実施する必要がある。また企業はこれらの運用に必要な体制、情報システム等を早急に整備し、適切な労働時間管理ができる環境も整える必要がある。

（2）女性労働者とメンタルヘルス

【背景】

日本の女性労働の法政策に関する事項は、法律、経済・経営、人事労務領域で検討され、メンタルヘルス対策とは分けて取り扱われてきた。女性労働者に特化したメンタルヘルス対策や関係施策は、殆どみられない。

【現状】

国内の就業年齢において、女性は男性よりも気分障害で治療を受けている人口が 1.67 倍多い [1]。そこには身体・生物学的要因だけでなく、心理・社会的要因が絡んでいると考えられる [2]。

仕事や職業生活に関して強いストレスを感じる事柄についての調査では「対人関係（セクハラ・パワハラを含む。）」が、男性労働者では 5 位（26.3%）であるのに対して、女性は 3 位（36.7%）であった[3]。（表 1）

表 1　仕事や職業生活に関する強いストレスの有無および内容別労働者割合

（単位:%）

区　分	労働者計	強いストレスとなっていると感じる事柄がある		強いストレスの内容（3つ以内の複数回答）									強いストレスとなっていると感じる事柄がない	不明
				仕事の質・量	対人関係（セクハラ・パワハラを含む。）	役割・地位の変化等（昇進、昇格、配置転換等）	仕事の失敗、責任の発生等	事故や災害の体験	雇用の安定性	会社の将来性	その他	不明		
平成28年	**100.0**	**59.5**	**(100.0)**	**(53.8)**	**(30.5)**	**(26.8)**	**(38.5)**	**(2.0)**	**(14.0)**	**(22.2)**	**(11.6)**	**(0.3)**	**40.0**	**0.5**
（年齢階級）														
20歳未満	100.0	46.9	(100.0)	(46.8)	(19.7)	(5.1)	(47.7)	(−)	(6.4)	(3.9)	(30.1)	(−)	52.8	0.3
20～29歳	100.0	59.8	(100.0)	(53.1)	(32.2)	(15.2)	(48.7)	(1.5)	(13.2)	(17.9)	(12.8)	(0.2)	39.3	1.0
30～39歳	100.0	64.1	(100.0)	(56.6)	(32.1)	(31.7)	(41.5)	(1.1)	(13.2)	(19.8)	(9.8)	(0.0)	35.8	0.1
40～49歳	100.0	59.2	(100.0)	(56.9)	(30.5)	(29.1)	(36.3)	(2.6)	(15.5)	(24.0)	(10.8)	(0.2)	40.0	0.8
50～59歳	100.0	61.3	(100.0)	(51.2)	(30.8)	(25.8)	(33.3)	(2.4)	(13.3)	(29.1)	(12.9)	(0.7)	38.5	0.2
60歳以上	100.0	43.2	(100.0)	(38.2)	(19.0)	(29.5)	(27.4)	(1.6)	(15.8)	(11.4)	(13.9)	(0.6)	56.8	0.0
60～64歳	100.0	39.3	(100.0)	(54.1)	(29.9)	(19.7)	(27.7)	(1.2)	(19.6)	(12.2)	(11.5)	(1.1)	60.7	0.0
65歳以上	100.0	48.9	(100.0)	(19.7)	(6.2)	(40.9)	(27.0)	(2.1)	(11.4)	(10.5)	(16.8)	(−)	51.1	−
（性別）														
男	100.0	59.9	(100.0)	(57.5)	(26.3)	(30.7)	(39.1)	(2.9)	(14.3)	(27.5)	(10.3)	(0.1)	39.7	0.4
女	100.0	58.9	(100.0)	(48.5)	(36.7)	(21.1)	(37.5)	(0.6)	(13.7)	(14.5)	(13.4)	(0.5)	40.4	0.6
（就業形態）														
正社員	100.0	62.0	(100.0)	(56.7)	(31.6)	(30.5)	(39.1)	(2.3)	(10.5)	(24.8)	(10.5)	(0.1)	37.5	0.5
契約社員	100.0	59.2	(100.0)	(42.8)	(24.1)	(16.6)	(42.0)	(1.2)	(31.1)	(13.7)	(8.9)	(−)	40.8	0.1
パートタイム労働者	100.0	46.9	(100.0)	(45.8)	(28.3)	(12.8)	(32.7)	(0.2)	(16.8)	(13.5)	(20.9)	(1.7)	52.6	0.5
臨時・日雇労働者	100.0	40.5	(100.0)	(18.6)	(28.0)	(0.3)	(79.2)	(−)	(27.6)	(−)	(6.1)	(−)	59.5	−
派遣労働者	100.0	65.0	(100.0)	(35.4)	(25.6)	(5.7)	(31.0)	(0.6)	(68.1)	(8.8)	(7.9)	(−)	35.0	−
平成27年	100.0	55.7	(100.0)	(57.5)	(36.4)	(23.9)	(33.2)	(1.9)	(14.7)	(20.3)	(11.5)	(0.6)	43.6	0.7

（厚生労働省. 平成 28 年労働安全衛生調査第 29 表より）

また、「被雇用者・勤め人」における自殺の原因・動機の最多は男女ともに「健康問題―うつ病による悩み・影響」であるが、2 位、3 位は男性が「勤務問題－仕事の疲れ」、「経済・生活問題－負債」であったのに対し、女性は「家庭問題―夫婦や親子の不和」、「勤務問題―職場の人間関係」である[4]。

女性は職場以外にも家庭・地域など複数の領域において役割を担うことが多く、複数領域に跨る多重的な役割に伴う対人ストレスが女性労働者のメンタルヘルスの一つの特徴である[1]。しかし、これらの視点に立脚した研究知見は不十分である。

その他、上位職にある女性労働者は、努力－報酬の不均衡により、心理的健康リスクが高いことや[5]、高ストレイン状態にあるホワイトカラーや管理職にある女性は、低ストレイン状態と比べて脳卒中の発症リスクが 5 倍以上高いことが示されている[6]。精神障害に関する労災認定事案では、男性でも高頻度の「特別な出来事（心理的負荷が極度のもの等）」「（ひどい）嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた」のほかに、「セクハラを受けた」「悲惨な事故や災害の体験、目撃をした」が多いことが特徴である。

労働安全衛生法に基づいたストレスチェック制度において、職場環境改善が注目されている。しかし、職場環境改善は女性労働者には十分な効果が認められていないとする報告がある[7]。

【課題】

女性労働者のメンタルヘルス対策には性差を意識した研究および実践のさらなる蓄積が必要である。特に、多様で多重な役割およびそれにともなう対人ストレスに着目すると良いと考えられる。

女性労働者のワーク・ライフ・バランス対策の推進には、画一的な方策ではなく、女性の労働・生活実態を踏まえたうえでの、個々の生活状況や心理・行動特性に応じた対応を要する。職場環境改善についても、その手法や効果については性差を意識し慎重に検討するべきである。

ハラスメントについては、女性労働者が被害者となるケースが多く、その対策も重要である。ハラスメント防止のためには、具体的な行為の明確化や、正しい知識と認識の啓発、加害者を対

象とした再発防止に努めていくことが不可欠である。法整備が進んでいるセクハラやマタハラと同様に、パワーハラスメント（以下、パワハラ）についても法制度の整備が求められる。管理監督者においては、パワハラ防止のために、職場内の対立を緩和するコミュニケーション能力や人間関係を調整する能力の向上が課題である。

また多重な役割の遂行によるストレスを抱えやすいことから、個別の多様なニーズに対応するために、公的機関を含め、外部機関（EAP や地域産業保健センター）への紹介や連携が必要になる。加えて、ハラスメント対策における組織の取組みの実施率が低い中小規模の事業所の実施率を上げることや、そうした事項を相談しやすい体制を整えることが課題である[8)]。

【提言】

女性のメンタルヘルスの要因は男性と異なるため、労働・生活実態及び心理・行動特性を踏まえ女性に焦点を当てた対策が求められる。国は、判断基準の明確化などパワハラに関する法制度の整備、ストレスチェック制度において女性労働者に対する、①職場環境改善の有効性の検証と必要な改善、②面接指導の拡充を進める必要がある。事業者は産業保健専門職と協力して、介護・育児など個々の生活状況を重視したワーク・ライフ・バランス対策を推進し、パワハラ抑止のため管理監督者の人間関係の調整力を向上させ、さらに職場復帰に際し女性に対する配慮を強化する必要がある。

（3）女性労働者と作業関連性運動器障害

【背景】

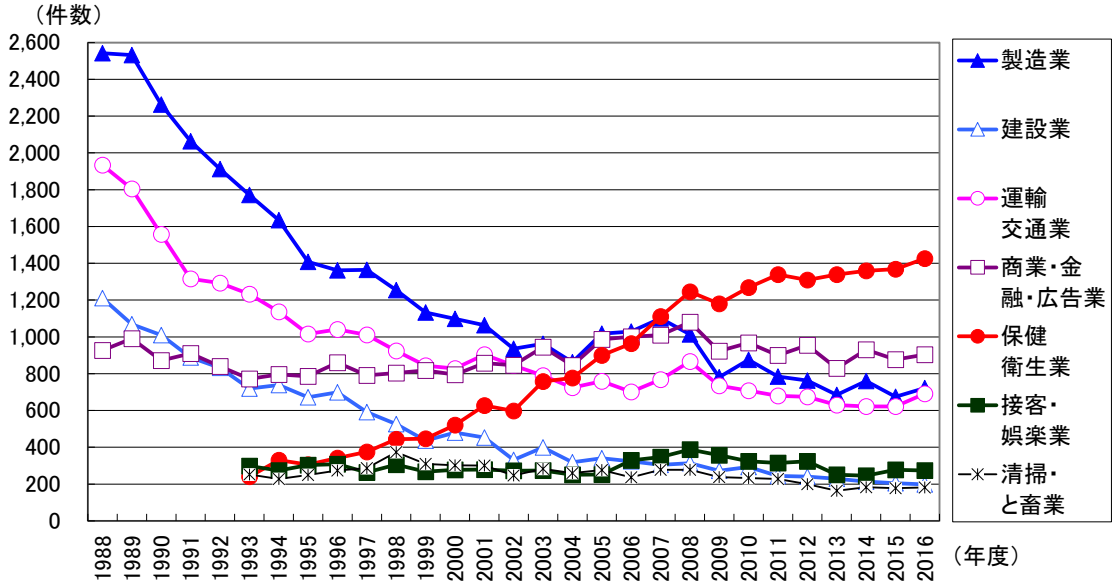
WMSD (Work-related Musculoskeletal Disorders)の有病率は、女性の方が男性よりも高いとされる。男女差の説明として、①人体測定学的要因（身長、四肢の長さ、肩幅など）、②筋力、③筋線維タイプの構成（僧帽筋の Type1 fibers の構成比が女性＞男性）、④耐疲労性、⑤ストレス要因などが挙げられている[1)]。

労働による筋負担に加え、女性が担うことの多い家事・育児・介護による負担と疲労回復阻害は、WMSD 発症・増悪に関わる。また、非正規雇用やハラスメントなどによる心理社会的なストレスは、痛みの訴えに影響を及ぼす可能性がある。さらに、妊娠による体形変化、授乳姿勢による筋負担、女性ホルモンの周期及び閉経前後の変化、閉経後の骨密度低下といった女性特有の事象は、筋骨格系症状と関連し、労働生活の質への影響が懸念される。

【現状】

頸肩腕障害は、わが国で 1950 年後半～1970 年代に、キーパンチャーやタイピスト、金銭登録作業者、電話交換手などの女性事務労働者に多発した職業性疾患である。以降も、製造ライン作業者、ピッキング・サッキング作業者、縫製作業者、看護師、保育士、障害児施設職員、給食調理員、理美容師、手話通訳者、介護労働者、顕微鏡作業者、歯科医、VDT 作業者など、上肢の反復作業や中空保持作業、頸部の拘束姿勢が多い様々な職種に発生している。また、業務に起因する腰痛は、全業務上疾病の約 60%を占め、最も大きい労働者の健康問題である。休業 4 日以上の業務上腰痛の件数は（図 1）、女性労働者の占める比率の高い保健衛生業（高齢者・障害児者介護、保育、医療など）で右肩上がりに増加している。

図１　主要業種別の業務上腰痛件数（休業４日以上）



（厚生労働省「業務上疾病発生状況等調査」より北原作成）

職業別に見て最多（女性雇用者総数の 29%）の事務作業者は、VDT 作業を伴うことが多い。仮に男性と同じ作業負荷であっても、不適切な作業環境（机・椅子・デバイス等との不適合、寒冷）や長時間の座位姿勢による WMSD 発症リスクは、女性の方が高いと考えられる。

産業別に見て最多（女性雇用者総数の 23%）の「医療・福祉」業では、介護・看護労働者に WMSD が多発しており、その予防対策は、超少子高齢社会のわが国で喫緊の課題である。人手不足による業務集中、抱え上げや不良姿勢の多い作業態様及びヒューマンケア労働特有の精神的ストレスは、WMSD の主なリスク要因であり、また、夜勤・交代制勤務による蓄積疲労や過労は、リスクをさらに高める。こうした実情を踏まえ 2013 年に改訂された「職場における腰痛予防対策指針」[2)]では、重量物の取扱いに関して、女性の持ち上げ筋力は男性の 60%程度としている。人については「原則として人力による抱えあげは行わせない」（ノーリフティング原則）とし、介助される人と労働者双方のアセスメントに基づき、残存機能を活かした介助や、福祉機器の積極的な活用が求められている。海外では、リフトの導入など労働環境の改善による経済効果が試算されているが[3)]、わが国ではこうした「費用対効果」の検討は皆無である。

【課題】

雇用形態や労働時間、作業内容などの男女差を考慮した WMSD に関する大規模疫学調査は、ほとんど見あたらない。また腰痛予防対策指針で示された医療・福祉職場におけるリスクアセスメント及びノーリフティング原則の導入など、具体的な対策実施が不十分である。事業所での対策実施を支援するために、WMSD による労働力損失を数値で示し(休業日×報酬、労災補償費、求人費用等)、かかる費用とその効果を検証して示すことが必要である。

【提言】

国は指針に沿った対策を積極的に推進し、学会・研究会及び研究者は、WMSD 予防対策実施による「費用対効果」を検証し、現場での対策導入を支援する必要がある。事業者とその管理者は産業保健専門職と協力し、女性の特性に配慮した作業管理・作業環境管理（適切な一連続作業

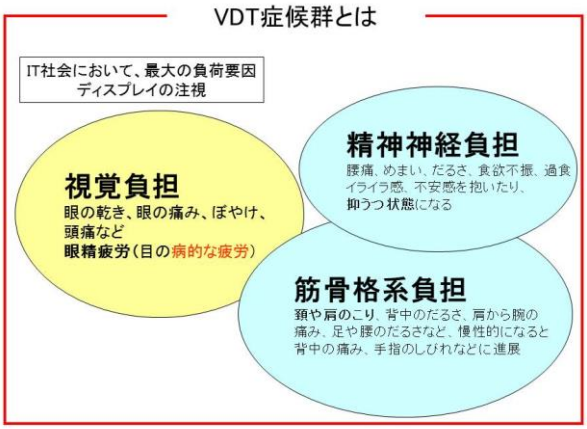
時間、人間工学的対策、ストレス対策など)、及び作業内容や方法が心身に及ぼす影響を知り、労働者自身が症状軽減対策に取り組むための教育を実施して、その効果を検証する必要がある。

(4)VDT 作業と女性労働者の健康障害

【背景】

VDT 作業における身体的疲労は、様々な職場環境や作業態様における視覚、筋骨格系および精神神経系の負担により出現する(図 1)。IoT※1 や多種多様な方法・機器によって収集・生成されたビッグデータを AI(人工知能)が分析し、その結果を活用するというように社会経済活動における「データ」の重要性が高まっている。今後、 PC、タブレット、スマートフォン, ウエアラブル端末などのディスプレイ機器は益々増えつづけることが予想され、労働者への健康影響、疲労の予防と生産性の向上のために ICT 時代に合致した対策が必要である。

図 1　VDT 症候群とは



【現状】

「技術革新と労働に関する実態調査(表 1)」[1)]によれば、身体的な疲労や症状を持つ VDT 作業者は 68.6%で、このうち痛みや疲労の症状部位の内訳は多い順に、眼(90.8%)、首・肩(74.8%)、次いで腰、頭部、背中であり、また男性より女性に疲労や症状が出るケースが多い。また、多種の電子末端機器の普及に伴う長時間の VDT 作業は、現代の労働者の疲労や負担の最大の要因である(図 2)[2)]。

表 1　身体的な疲労や症状を持つ VDT 作業者

(単位:%)

区　分	コンピュータ機器を使用している労働者計	VDT作業で身体的な疲労や症状がある		疲れの部位(複数回答)									VDT作業で身体的な疲労や症状がない	不　明
				頭　痛	目の疲れ・痛み	首、肩のこり・痛み	腕、手、指の疲れ・痛み	背中の疲れ・痛み	腰の疲れ・痛み	足の疲れ・痛み	その他	不　明		
合　計	100.0	68.6	(100.0)	(23.3)	(90.8)	(74.8)	(17.4)	(22.9)	(26.9)	(8.3)	(1.7)	(0.0)	29.5	1.8
29歳以下	100.0	67.9	(100.0)	(25.3)	(92.1)	(75.5)	(14.8)	(24.8)	(33.9)	(14.4)	(3.0)	(0.2)	31.5	0.6
30～39歳	100.0	69.7	(100.0)	(28.7)	(90.0)	(76.7)	(19.9)	(25.4)	(30.3)	(7.6)	(1.5)	(−)	28.1	2.2
40～49歳	100.0	69.7	(100.0)	(22.9)	(89.2)	(77.3)	(17.7)	(20.7)	(23.7)	(5.9)	(1.4)	(−)	28.2	2.1
50～59歳	100.0	67.0	(100.0)	(15.5)	(93.0)	(69.2)	(15.4)	(21.0)	(20.1)	(6.3)	(0.5)	(−)	30.6	2.4
60歳以上	100.0	64.4	(100.0)	(2.6)	(89.7)	(60.9)	(18.0)	(15.3)	(12.9)	(5.0)	(5.5)	(−)	34.6	1.0
男性計	100.0	64.5	(100.0)	(17.4)	(90.6)	(67.6)	(14.9)	(18.7)	(27.4)	(5.5)	(1.9)	(−)	33.6	1.9
女性計	100.0	73.5	(100.0)	(29.3)	(90.9)	(82.2)	(19.9)	(27.3)	(26.5)	(11.1)	(1.5)	(0.1)	24.8	1.7
一般正社員	100.0	70.3	(100.0)	(23.7)	(91.0)	(74.6)	(17.8)	(23.5)	(27.7)	(8.2)	(1.4)	(0.0)	28.3	1.4
パートタイマー	100.0	48.9	(100.0)	(18.9)	(85.6)	(73.2)	(15.3)	(16.9)	(19.0)	(5.7)	(2.3)	(−)	47.7	3.5
派遣労働者	100.0	86.0	(100.0)	(25.6)	(93.8)	(83.6)	(15.4)	(25.8)	(31.2)	(12.8)	(1.0)	(−)	13.0	1.0
その他	100.0	71.6	(100.0)	(20.9)	(91.6)	(75.8)	(15.0)	(20.1)	(21.9)	(10.3)	(6.4)	(−)	23.2	5.2

技術革新と労働に関する実態調査(平成20年労働安全衛生特別調査)

図２　仕事で負担やつらさを感じること

【課題】

VDT 作業の環境を改善し、作業の時間的管理を強化するとともに、健康管理面（特に眼科）での対策をとる。(1)ワークステーション：一般にわが国のオフィス環境（机，椅子，ディスプレイ等）は海外と比較し貧弱で，小画面のノート PC で長時間作業する等の状況が頻繁に見られる。更に女性の体格に合わせた配慮がなされることが少ない。これは筋骨格系（首，肩，腰等）や眼の障害および疲労等の根本的な要因と考えられる。「VDT 作業における労働衛生管理のためのガイドライン（平成 14 年、厚生労働省）」には机、椅子等に関する推奨事項があるが、コスト面の負担が伴うこともありなかなか実現されていない実情である。特に女性の体格に合った椅子、フットレスト・アームレストの活用、外付けディスプレイの使用、下方視を重視した画面の配置、適切なマウスの使用、モニターの輝度調整等を進める必要がある。(2)作業の時間的管理：「VDT 作業における労働衛生管理のためのガイドライン」では、①一日の VDT 作業時間、②連続作業時間の制限（１時間を超えない）、③連続作業間の休止時間（10～15 分）、④連続作業時間内での小休止（1～2 回程度）を推奨しているが、これらは一般に普及、定着しているとは言い難くその実効性を高める必要がある。(3)ドライアイ：Osaka study では[3]、ドライアイ確定群が 11.6%，疑い群が 54.0%，非ドライアイ群が 34.4%とドライアイは全体の 65%以上を占めていた。その内訳として女性のドライアイ確定群（18.7%）は男性（8.0%）の 2 倍と多く、ドライアイ発症の危険因子は，性（女性），年齢（30 歳以上），VDT 作業時間 8 時間以上と解析された。(4)頭痛：片頭痛の患者は日本人約 1 千万人以上と言われ、有病率は男性 3.6%・女性 12.9%と女性が男性の 3.6 倍と圧倒的に多い。また緊張型頭痛の有病率は男性 18.1%、女性 26.4%[4]であり、VDT 作業にともなう女性の頭痛率も高い[1]。さらに VDT 作業では 6 時間を境に頭痛頻度が増える。また、室内 LED 照明の普及に伴い「光過敏性頭痛」のために照明の変更を余儀なくされる事例が見られる[5]。(5)屈折矯正：厚生労働省の人口動態統計によれば団塊の世代（1947-49 年生まれ）に次い

で人口が多い団塊ジュニア（1971-74 年生まれ）の多くは「老視世代」となった。 VDT 作業での眼精疲労、身体的疲労の防止のために老眼鏡等による適切な矯正を啓発する必要がある。

【提言】

VDT 作業は労働者の疲労や負担の大きな要因で、特に女性に対する影響が大きい。今後多種なディスプレイ機器がますます増える中で、特にワークステーションの質の向上、作業の時間管理の強化、眼科的対策（ドライアイや頭痛の予防、屈折矯正）が重要な課題と考えられる。女性の VDT 作業者がより働き易い環境を作るために、国は実効性と強制力を伴う新たな VDT 作業のガイドラインや施策を整備し、また事業主は作業環境向上のための投資や作業管理を積極的に実践する必要がある。

＜注釈＞

※1: Internet of Things

モノのインターネット。多くのモノがネットワークで繋がり大量の情報をやり取りする仕組み。

（5）エルゴノミクスからみた働く女性の安全

【背景】

国際労働機関(ILO)では、毎年約 230 万人の男女労働者が作業関連の事故や疾病で命を落とし、そのうち 36 万件は重大事故によるものと推定している [1)]。今日では世界の労働人口の 40%以上を女性が占め、作業関連リスクに関する性差に関心が高まりつつある。

【現状】

(1) 労働災害統計にみる女性労働の安全

国内の労災統計では性別データが未公表のため女性労働の事故実態の把握は困難だが、国際動向として労災発生リスクは女性よりも男性が高いことが各国共通の統計で示されている。スウェーデン・デンマークでは事故発生率の男女差は 1.1 倍程度に対し、オーストリアでは 3.3 倍、ルーマニアでは 3.8 倍である [2)]。これら労災発生率の男女比は、ジェンダー・ギャップ指数・ジェンダー不均等指数のような労働条件における男女格差を示す代理指標として集計されている。労災統計にみる女性労働の特徴としては、①男性の事故発生率は年齢と共に低下するが、女性の事故発生率は各年代とも一定であること [2),3)]、②教育・保健衛生業・飲食業・清掃業などを含む第三次産業に従事する割合が高いこと [4)]、③非正規労働・パートタイム労働従事者の割合が多く、労災リスクが過小評価されている可能性があること [5)]、などがあげられる。また主な労働安全上の課題としては、①建設業における女性労働の死亡災害、②飲食業等における強盗関連による死亡、③全産業に共通して発生する転倒・転落事故 [2)]、④陸上貨物運送・タクシー・宅配業などの自動車事故などが取り上げられている。

(2) 人間工学領域における女性労働への対応

女性労働の人間工学的対応については、スイスの労働環境局が国家規模で先駆的に取り組み、成果を上げている [6)]。2011 年以降、女性の労働環境に人間工学的な知識の獲得を促すことを目的に「Ergonomics in women’s work environment」プログラムを開発、製造業等を対象にツールの普及教育や職場巡視などを当局が主導して展開している。女性の身体特性に合わせた工具、保護具、ワークステーション設計などの生物学的性差への人間工学的対応にとどまらず、社会文化的性差（社会・組織文化的慣習により暗黙的に形成されている性別役割や社会認識）を是正する

ために、組織人間工学視点による系統的な作業組織・作業環境マネジメント教育の実施など、包括的な取り組みが行われている。

学術的には、Ergonomics 誌 55 巻 2 号(2012 年)において、特集「Gender, Women's Work and Ergonomics」が組まれている。その他、2015 年に開催された国際人間工学会において「A Symposium on gender perspectives on musculoskeletal health at work – a Swedish initiative」が企画され、主に女性の筋骨格系障害の予防をテーマとして組織内の性差・社会文化的性差による不平等やリーダーシップなどの組織人間工学課題、作業負担・心理社会要因などの身体人間工学に関する知識と良好経験を共有するシンポジウムが開催された。

【課題】

生物学的性差（身体寸法特性、筋力などの生体力学特性など）と社会文化的性差への身体・組織人間工学的対応が国際的にも注目され、議論され始めているが、国内においては研究・実践ともほとんど未着手である。

【提言】

国は、対策志向型の労災リスクの性差分析・事故分析を可能とする労災統計調査項目の標準化とオープンデータ化を推進する必要がある。また、ジェンダー配慮型労働安全衛生プログラムとして、日本版「Ergonomics in women’s work environment」を次期労働災害防止計画の重点施策のひとつとして展開することを提案したい。関連学会は、主導または連携して生物学的／社会文化的性差へ配慮した人間工学グッドプラクティス事例を収集し、普及・啓発活動を展開する必要がある。

（6）化学物質と健康障害

【背景】

少子化が進む日本では、生殖能を正常に保つことや胚・胎児等、働く女性に加えて次世代のための健康確保の重要度が増している。化学物質による健康障害防止の原則は男女で大きく異なるものではないが、母性保護の観点から化学物質の適切な管理が求められており、生殖毒性を有するものには注意が必要である [1)]。

【現状】

日本産業衛生学会（以下学会）の許容濃度等の勧告では、平成 25 年度から生殖毒性物質を「根拠の確からしさ」を基準に第 1 群～第 3 群に分けて示しており、現在 41 物質が掲載されている [2)]。女性労働基準規則（以下女性則）には、母性保護の観点から有害物質に関する就業規制が含まれているが、平成 24 年の改正で対象が一般的な有害物質から生殖毒性を有する 26 物質となった。労働安全衛生法（以下安衛法）では、平成 28 年に安全データシート（SDS）交付が義務とされる 640 物質 について、事業者によるリスクアセスメントが義務化されたが、その他の物質については努力義務にとどまっている。化学物質取扱い職場では、このような規制の枠組みや科学的情報に準拠した管理が求められる [3)]。

【課題】

産業化学物質のうち、生殖毒性が判明しているものは一部である。国が行う安全衛生に係る調査は、生殖毒性物質の把握においても貴重な情報源になりうるが、性別の結果が非公開の例も多い。国は、諸調査結果の性別分析・公開を実施し、生殖毒性の把握・解明のための研究を強化す

る枠組みを設けるべきである。

学会の生殖毒性物質リストでは、いくつかの物質について、妊娠期など高感受性を示す時期があり，それらの物質については、現行の許容濃度や生物学的許容値以下の曝露レベルでも注意が必要との注意喚起がなされている。女性則では、作業環境測定で第 3 管理区分の作業場での就業制限を定めているが、そもそも管理区分決定基準となる管理濃度は生殖毒性の特殊性を考慮したものではない。また、生殖細胞変異原性を示す物質では、次世代影響の考慮が必要だが、無影響レベルの把握が困難なことやヒトでデータが乏しいこと等から､許容濃度の設定には困難が伴う。さらに、母体毒性発現による胎児影響に配慮が必要な場合（血液毒性による酸素供給能低下等）もある。以上を考慮すると、母性保護を視野にいれた健康リスクの評価と管理を適切かつ簡便に実施するためのガイドライン作成は容易ではない。現実的な対応として、①法令遵守、②リスク評価の実施、③産業衛生スタッフの教育、④労働者への情報提供、を着実に行うべきである。女性則の対象となった生殖毒性物質等は安衛法・特別規則の対象でもあり、リスク管理の確実な励行が求められる。事業者によるリスク評価は義務でない場合も努力義務とされている。学会の生殖毒性物質リストに含まれる物質や SDS で生殖毒性や生殖細胞変異原性を示された物質については、職場の衛生スタッフが有害性に応じた合理的対応をとることも重要である。労働者には、曝露の可能性のある化学物質の有害性を周知する必要がある。なお、職域における受動喫煙も、有害性が明白な化学物質への曝露[4)]として扱うことが必要である。

【提言】

国は、すべての安全衛生統計情報の性別公開をし、化学物質曝露労働と母性に関する研究を強化する必要がある。事業者は、母性保護のためにすべての化学物質の健康リスクの評価と管理を適切に実施する必要がある[3)]。これに際しては、リスク評価は定量的に行うことを基本に高感受性期の存在など生殖毒性の特殊性に配慮し、それらに関する産業衛生スタッフの研修の機会を増やす。あわせて、労働者の知る権利を守り、かつ職場での受動喫煙防止対策を適切に実施することに留意する。

（7）労働と関係して母性に配慮を要する諸疾病の予防と対策

【背景】

平成 27 年国立社会保障・人口問題研究所の調査では、結婚前後の就業継続率は 73%、うち第１子出産後の就業継続者は 38.3%と近年上昇傾向で、一方、不妊を心配する夫婦は 35%、不妊検査や治療を受ける夫婦も 6 組に 1 組と上昇している。母性とは、妊娠期に関わる生物学的特質という狭義の概念のみならず、どの年代にも存在する次世代を育てる社会的役割までを含む広義の概念で考えられている。また母子保健法第 2 条では、母性はすべての児童が健やかに生まれかつ育てられる基盤であるとされ、従って就労女性の母性保護は、単に妊娠合併症や産後母児の疾病予防だけがゴールではない。就労女性が母親となり、次世代を担う子育てが出来ること、すなわち｢子供が心身共に健全に育つ｣ことまでを視野に検討する必要がある。

【現状】

我が国では、近年の労働負荷による妊娠合併症のリスクに関する疫学的研究報告はほとんどなく、厚生労働省委託事業「働く女性の身体と心を考える委員会」の通信調査やヒアリング調査に基づき、業界団体ごとの配慮事項や代替作業の提案がわずかに進められているところである。諸

外国では、胎内発育遅延（SGA）は、重い肉体労働、週 50 時間以上の勤務、しゃがむ仕事、通勤に 1 時間以上かかる場合、精神的に高度な仕事でリスクが上昇するとの報告[1]がある。早産については、ヨーロッパの大規模調査で、週 42 時間以上の勤務、1 日 6 時間以上の立ち仕事、満足度の低い仕事をしている女性においてリスク上昇が報告されている[2]。また長時間労働や立ち仕事が妊娠合併症のリスク上昇に関わるとのレビューもある[3]。我が国では、就労女性において、外食機会が多いこと、職場の喫煙環境や心身のストレス等が、切迫早産や妊娠高血圧症候群に関連する可能性が報告されている[4,5]。一方、就労と流産の関連については結果が分かれている[6]。就労ストレスの育児への影響では、職場における対人ストレスや職場環境ストレスが就労女性の仕事と家庭の両立を困難にするとの報告[7]、職場のソーシャルサポートが就労する母親の育児ストレスを軽減するとの報告[8]、育児女性における職場環境に対するストレス認知が児童への身体的虐待につながるとの報告[9]、妊娠期から 1 歳 6 か月までの母親の精神的健康の変化が児童虐待リスクに関連するとの報告[10]がある。しかし、妊娠、育児女性のストレスやソーシャルサポートや、子どもの健全な成長に関する妥当性・信頼性の高い評価指標が開発されておらず、十分なエビデンスに乏しい。また晩婚化による女性の出産年齢の上昇と共に、母体の健康状態や妊孕性低下による妊娠への影響、不妊治療に伴う肉体的・精神的・経済的負担、欠勤・不妊離職などの労働損失など、職場における不妊治療への理解と両立支援に関する研究もいまだ乏しい現状である。

【課題】

現在、労働基準法、労働安全衛生法と男女雇用機会均等法による規制は、妊娠合併症管理、すなわち狭義の母性管理の点から見る限りは従来のエビデンスとは矛盾しない。しかし、かつては女性が従事しなかった業種等への就業が拡大しており、就労環境の変化が母体に及ぼす影響や、必要な配慮などについての詳細な研究が今後望まれる。不妊治療への理解と両立支援も母性健康管理の一環として法制度等の整備が望まれる。子どもの健全な成長の定量的評価指標の開発、妊娠・子育てストレスの信頼性の高い評価指標の開発も今後の課題である。広義の母性に関わるハラスメント防止対策と同時にストレスチェック、ソーシャルサポート評価が必要である。また妊娠出産への配慮や育児の重要性について男女労働者への教育と、保育士などの子育て専門家によるサポート体制強化とその育成などの具体的な支援を行っていく必要がある。

【提言】

妊娠、出産、育児を経つつ就労を望む女性労働者（片親家庭含む）の広義の母性を守るために、国は不妊治療への両立支援について法制度等を整備し、保育士などの子育て専門家によるサポート体制を強化する必要がある。また、近年多様化している女性の就業環境の各種要因と、母性に関する健康障害および子どもの健全な発育との関係について調査・研究を進め、その結果に基づき職場環境の改善や教育・研修等の導入を検討する必要がある。

(8) 医療・福祉産業と女性労働者の健康

【背景】

女性の産業別雇用者数（2015 年）は「医療・福祉」が女性雇用者総数の 23%と最も多く、近年さらに増加傾向にある。また雇用者数に占める女性比率が 77%と最も高く、看護師・歯科衛生士の女性比率は 9 割以上である。また日本は世界でも類をみない超少子高齢社会であり、医療・

福祉職の需要が高まる一方、慢性的な人手不足が生じている。2007 年の「新人材確保指針」[1]では、社会福祉事業における人材確保のために「労働環境の整備の推進」が挙げられ、特に腰痛、メンタルヘルス及び感染症の対策が必要とされているが、これらの対策に、働く女性の視点は組み込まれていない。

医療、介護、教育、福祉、保育といった「ヒューマンサービスケア労働」では、対象である患者、高齢者、障害者、子どもに対して労働者が献身的に働きかける。こうした職種に共通する健康問題の一つは身体的及び精神的な過労であり、妊娠・出産への影響、メンタルヘルス問題、筋骨格系障害、安全問題（事故、ミス）などが関連している。

【現状】

医療・福祉産業における業務上の危険要因は、心理社会的要因（仕事のストレス、ハラスメント、うつ、バーンアウト等）、生物学的要因（血液の曝露、感染性病原体への曝露）、化学的要因（有機溶剤、消毒薬、抗癌剤、ラテックス等）、物理的要因（紫外線、赤外線、電離放射線等）、人間工学的要因（重量物の取扱い・長時間の同一姿勢・不適切な作業姿勢による腰痛、交代勤務）等がある。

様々な医療・福祉職のうち、看護師は国内外ともに調査報告が多い。日本医療労働組合連合会が 2013 年に実施した看護職員の労働実態調査[2]では、3 万 2372 人の看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師、うち女性は 91.4%）の 4 人に 3 人は仕事を辞めたいと回答している。理由は「人手不足で仕事がきつい」44.2%が最も多く、「賃金が安い」33.9%、「思うように休暇が取れない」33.1%、「夜勤がつらい」31.6%の順であった。離職意向の上位 4 項目が仕事に対する過重負担とその対価としての賃金が十分でないという理由であった。看護職員の離職意向は高い状況下でさらに、結婚、妊娠、出産という要素が加わると、実際に離職へとつながる。

また「切迫流産」は 29.8%、「流産」は 9.2%が経験しており、1988 年の調査と比較し、いずれも 5.5 ポイント増加していた。さらに、「生理休暇は全くとれていない」が 87.9%、妊娠時に「夜勤・当直を免除されていない」が 34.5%であった。支援措置を受けた内容には「時間外免除」、「時差通勤」、「つわり休暇」、「通院休暇」、「軽度な仕事への配置転換」があるが極めて低率にとどまる。女性看護職員の切迫流産が 3 人に 1 人、流産が約 1 割という実態は、職場環境の改善と十分な支援措置が喫緊の課題である。女性看護職員に対する母性保護対策を強化していく必要がある。さらにわが国では海外の文献で指摘されている夜勤に伴う乳がん等、特定の疾病発生率の増加についての調査研究の報告はなく、明確なエビデンスは得られていない。このように業務特性を考慮した研究の推進とともに、他の医療・福祉産業に携わる女性労働者の実態も明らかにするべきである。

交代制勤務者の約 23 人に 1 人が、月 60 時間を超える時間外勤務をしており、全国で約 2 万人の看護職が、過労死危険レベルの勤務をしている[3]。看護職員の慢性疲労は 73.6%と高率[2]、その背景に、時間外労働の問題がある。看護職員の 1 カ月の時間外労働で過労死ラインと言われる「60 時間以上」は、2008 年は 4.3%、2013 年には 0.8%と減少を認めるものの、過労死の危険が解消されたとはいえない。

かつて圧倒的に男性が多かった医師も、近年は働き盛り世代の 3 割を女性が占め[4]、出産や育児と医師業務を両立させている女性が増えている。一方で、女性勤務医の 4 人に 1 人が月 80 時間以上の超過勤務をしており[5]、過労による健康障害が懸念される。

高齢者・障がい者の日常生活支援を担う介護労働者では、移乗・排泄・入浴介助などの身体的

負担の大きな作業、利用者やその家族との深い関わり、長時間夜勤を伴う二交代勤務があり、小規模事業所が多く安全衛生体制が不十分、非正規雇用、中高年労働者の就労など、医療従事者とは異なる作業態様や労働環境がある。そうした中、腰痛や転倒災害の多発、メンタル不調が利用者への危険行為に及ぼす影響など、様々な安全衛生上の課題が存在している[6)]。

歯科衛生士では、業務中の筋骨格系の疼痛・不快感は 90%以上にみられるが、作業関連筋骨格系疾患に関する認知が低く、ストレッチ等の対応は 26%程度[7)]という現状である。

【課題】

医療・福祉職における健康問題は、「休業・離職による労働力損失によって、ケアが行き届かなくなり、患者等の健康・安全が損なわれる」事態になりかねず、社会への影響も甚大となる。様々な有害要因が職場に存在する一方で、医療・福祉職場の安全衛生体制は不十分である。医療機関を対象とした調査[8)]では、衛生委員会の毎月開催は 80%、職場巡視の毎月実施は 42%と低いことが指摘されている。2014 年に厚生労働省は改正医療法に基づき、各医療機関が PDCA サイクルを活用して計画的に勤務環境改善に取り組む仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設した。こうしたシステムの普及が、今後医療及び福祉領域で強力に進められれば、医療・福祉分野で働く女性の安全・健康の確保、そして人材の確保に繋がりうる。

時間外労働については、日本看護協会が労働環境の整備に取り組み、また、厚生労働省が医師の労働時間規制[9)]を検討しているが、女性が育児・家事を担っている現状において、女性が過労に陥ることなく働き続けられる環境整備が課題である。

また、国の施策として在宅医療が推進される中、訪問看護師やホームヘルパーが訪問先で受ける暴力が問題となっている。「一人で訪問」が前提とされている現行の制度を見直し「複数対応」を基本とすれば、ハラスメント・暴力のリスクのみならず、腰痛のリスクも減り、また、不測の事態が起きたときの対応が可能になる。

【提言】

国は、医療・福祉産業に従事する女性労働者の作業関連疾患に関する現状を把握し、その予防対策に関する情報提供を行う必要がある。また、健康支援のために、女性労働者の多い職場での母性保護対策の強化、多重役割を担う女性労働者の効果的な過労防止対策の検討が必要である。

2. 事業場（職場）における取組

【背景】

我が国では女性活躍推進法が制定され、「えるぼし認定企業」や「なでしこ銘柄」など企業へのインセンティブの付与等、女性が働き続けるための環境整備と女性人材の活用が積極的に推進されつつある。しかし女性が働き続けるためには女性が健康を維持できることが前提となるため、さらなる事業場での産業保健の取り組みが必要である。

【現状】

女性の生殖機能に基づく月経前症候群、月経随伴困難症、月経困難症、さらに更年期障害などの症状は労働の質にも影響し、月経症に関連した作業効率の低下や医療費も含めた事業者の経済的負担額は 6830 億円と推定される[1)]。さらに妊娠時のつわりによる事業者の経済的負担額は直接、間接費用も含めて 1 年間に 17 億ドルと推定される[2)]。女性労働者には体格、筋力等の性差に基づく要因、妊娠、出産、育児、更年期といった時間軸で変化する要因、職場の対人ストレス

や雇用形態等に代表される心理・社会的要因といった多種多様なリスク要因がある。
日本では女性労働者は非正規雇用の割合が多く、非正規雇用者の健康管理は不十分であることが指摘されている[3]。

20～50 代前半では、男性よりも女性にがん患者が多い。手術や抗がん剤治療後にフルタイム勤務ができるまでの期間は臓器別に異なり、女性特有のがんはその他のがんよりも長期間に及んでいる[4]。時短勤務の場合、フルタイム出勤と比較して職場復帰までの期間は半分以下である 4)。2015 年の雇用均等基本調査では、母性保護制度利用中に賃金支給がある事業所割合は、産前産後休業、育児時間、生理休暇ともに、2007 年の調査より減少している。濱耕子らによれば出産を機会に退職する人に比べて、産後に再就業する人は産前休業を取らないが、その理由は、職場環境、周囲の意見や気兼ねであった。伊藤智子らによれば育児休業は、収入が減るため利用しにくいことも報告されている。一方、男性労働者の育児休暇取得率も 3.16%（2016 年雇用均等基本調査）と 2020 年までの数値目標の 13%に程遠い。最初の妊娠中の病気休業は、男女間の病気休業差の 25%を生じている[5]。

スイスでの調査では産休の長さと母親の精神的健康と母乳育児期間との間には関連性が見られる[6]。EU の「欧州メンタルヘルス対処方針」(2008 年)では、リスクアセスメントによるストレス要因排除プログラムと早期予防対策等の必要性が述べられている。

英国では職場安全衛生管理規則により、子供を産む可能性の有る年代の女性を雇用する企業での妊産婦に影響を及ぼす恐れがある作業のリスクアセスメントを定めている。しかし日本では、2015 年の法改正により化学物質のリスクアセスメントが実施義務化されるに留まり、その他の有害要因に対しては、指針・ガイドラインの中でリスクアセスメントを促しているものの、事業場では法的な規制遵守が優先され、自主的なアセスメントが推進できにくい。また産業医の選任率は 87%、産業医の委員会の参加は 34.8%（2010 年 労働安全基本調査）と低く、専門家の関与不足がリスクアセスメントを推進できない理由の一因となっている。労働者の健康障害防止対策を調査審議する衛生委員会に出席参加したことがある女性は男性の約 1/2 に留まっており（2015 年 労働安全調査）、性差を踏まえた検討の妨げになっている可能性がある。

【課題】

女性労働者が働き続けられる職場づくりのために、事業場では性差に着目した自主的なアセスメントを進める必要があるが、事業場では法的な規制遵守が優先されている。

日本産業衛生学会就労女性健康研究会及び労働衛生国際協力研究会が作成した「男女労働者のための健康職場づくりチェックリスト」や織田らの「女性労働者の快適職場環境作りのための産業保健活動支援チェックリスト」、杉原らの「職場ドック」などを、性差に配慮した職場環境のアセスメントに使用することが望ましい。無意識の性差別（ジェンダーバイアス）をも排除した女性労働者が働き続けられる職場づくりを進める上で専門家の活用や衛生委員会への女性の参加を推進すべきである。健康管理を経営的視点から戦略的に実践する「健康経営」[7]の考えは女性労働者の健康問題の悪化による企業の経済損失の抑止や生産性の向上に役立つ可能性があるが、性別に関わらず特に 50 人未満の小規模事業場や非正規雇用の労働者の健康確保対策は難しく、母性保護期間や仕事と治療の両立等に必要な制度の恩恵を受けることが困難である。

中小企業・小規模事業場の事業者が、その効果が指摘されている[8]事業者の方針表明のもとで、教育を行うことは健康に大きく影響を与えるものであり[9]、すべての労働者へ性差を配慮した健康教育を実施することは、事業場規模や雇用形態に関わらず実現しうる対策である。産業保健総

合支援センターやその地域窓口などの公的機関は利用しやすいが、公的機関の認知度や利用率が低いため[10]、今後公的機関の広報や利用方法の工夫が必要と思われる。

【提言】

事業者は、女性労働者の健康確保に対し、労働者の健康への投資として取り組むべきである。事業者のリーダーシップの元、専門家を活用し、性差を踏まえ予防的にリスクアセスメントを実施し、仕事と女性労働者の健康の両立をめざして女性労働者が働き続けられる職場づくりを進める必要がある。特に小規模事業場では、外部支援として公的機関を利用した事業者への自主的取り組みの支援と共に労働者への健康教育に性差に関連した内容を盛り込む必要がある。

提　言（改善の方向性）

ここではこれまで各部で細項目毎に論じた内容のうち、「提言」の部分のみを宛先ごとにまとめた。各「提言」の裏付けとなる個々の背景や現状の課題については、第１部、第２部の各項目に遡ってご参照いただきたい。また、再構成し、ここに改めて再掲するのは国や行政政策への期待、企業努力へのお願い、学会などへの要請をそれぞれ全体にまとめてわかりやすくしたためである。その点をご理解いただきたい。

Ⅰ　国や行政への提言

国や行政には「第１部　女性労働者（働く女性）の現状と課題」に基づき、改善の方向性として以下の点を特に前向きに検討いただきたい。

１．政策・法制度の視点では、わが国が先進国の中でも、今後、とりわけ人口減少・少子高齢化が著しく進むことが予測されているなかで、女性労働をめぐる政策・法制度の改革は、社会が多様な働き方を受け入れ、「男女ともに働きやすい労働環境を確保する」うえで重要な点と考える。特に労働安全衛生では、女性特有の問題や性差に関する十分な知見を蓄積し、政策の強化と法制度の充実を図る必要がある。

雇用形態と女性労働者の健康など、働く女性の現状と課題について、国は事業者を巻き込みながら、広範囲な課題に取り組む必要があり、そのためには省庁横断的に「舵取り」の役割を果たせるような新たな行政機関（省・庁など）の設置について検討を始めることを提言する。特に女性と次世代の子どもについて、省庁横断的に統括できる行政機関（たとえば仮称・「女性子ども省」など）で、さらには、これまでの“局レベル”に留まらない、“省レベル・庁レベル”など）の新設が望ましい。その理由は女性に多い非正規雇用による企業や社会からの待遇格差は、社会心理的な排除や貧困等を経由して健康に影響する上、非正規の割合が男性の２倍以上である女性労働者に顕在的・潜在的影響が大きく、加えて働く女性の雇用や健康の問題が、その家族や次世代の子どもたちの生活や健康、教育に関しても相互の関係が非常に強い。M 字型の就労カーブは改善されつつあるが、日本では、いわゆる（保育園に入れない）待機児がいまだ解消されず、そのため働きたくても雇用の場につけない女性も多い。世界経済フォーラムによれば、経済活動への参加と機会、教育達成、健康と生存率、政治的発信力からみた「ジェンダーギャップ（男女の差）」を見ると、世界の中で日本の女性活用の現状は世界 144 か国中、114 位の低い位置にあり、近年さらに順位をさげている。一方、世界的に見れば先進国の中で少子化対策に成功している国では、乳幼児教育の充実と無償化が進んでいる。女性は日本人口の半分以上を占めている。そのうえ、国内の少子化、高齢化による人口構成と労働環境の変化に注目すれば、いったん家庭に入った女性が 5 年、10 年のブランクがあっても、最新の教育や再訓練を受けて必要とされる職場に復帰・入職できるようにすることは日本の将来にとって重要な政策である。従って、女性活躍を真剣に取り上げるとすれば、少なくとも中央省庁・研究機関・学協会の横断的な連携が図れる体制を強化すること、および関連の研究部門や機関、組織の整備を提案したい。加えて 1992 年からは男女共同参画を担当する大臣が、2014 年からは新たに女性活躍担当大臣が内閣に置かれた経過があり、働く女性の健康支援においては非常に重要な位置づけにある。しかし現状のように女性活躍

担当大臣と総務大臣の２つの重要な仕事を、一人の大臣が兼任であるのは、各省庁にまたがる課題の大きさ、複雑さ、そして喫緊の改革の必要性を考えると不十分であると思われる。今後、女性活躍担当大臣には女性活躍と働く女性の健康支援におけるプレゼンスのさらなる向上とともに、強力なリーダーシップの発揮を期待したい。

より具体的な政策としては、女性の一層の活躍を推進するためには、男性正社員とその配偶者である主婦もしくはパートタイマーが前提である従来の世帯単位の課税や社会保障制度を見直し、個人の就労単位での賃金・手当と税・保険負担制度に転換し、あわせて非正規女性労働者の出産・育児等の公的補助を充実することが格差の解消とサステイナブルな年金制度の維持に必要である。さらに、正規・非正規の格差の固定化・拡大の一因であるわが国特有の新卒一斉採用制度等の雇用の仕組みを修正するなど、女性や一部男性も含め、途中採用されやすい制度や、非正規から正規雇用への再チャレンジ等、柔軟な人材育成の仕組みづくりを促進すべきである。

２．世代、年代、ライフステージの視点では、国や行政は、関連法令や制度の企業内での遵守、活用状況を監視し、違反や不履行には厳しく対処する一方で、模範的な企業への支援やインセンティブ措置を積極的に行う必要がある。

安全衛生委員会への女性の参加を強く促す施策を設け、特に中小企業や非正規労働者に対してこれを支援する必要がある。また、女性に関わる職場改善の成功事例や評価・改善ツール等を収集・分析して広く発信し、あわせて労働基準監督官などのトレーニングを強化し男女双方の職場改善のための意識改革と力量の向上を進める必要がある。

３．海外動向・グローバルな視点からは、次の点を提言する。生物学的性差と社会学的性差から日本の女性労働を考えると、労働安全衛生に関連する政策・法制度の策定、見直しの際には生物学的性差、社会文化的性差を考慮すべきである。従って、国際労働機関（ILO）の“ジェンダー主流化（あらゆる分野での「ジェンダー平等」を達成するための手段)”を 10 のガイドラインを参考に、さらに我が国の労働衛生行政が国民の健康増進と強く関連している特殊性も考慮し、以下のように欧米の進んだ面を日本も取り組むべきである。第 1 に、米国のように政府機関および研究機関に女性の健康を統括的かつ専門的に扱う部署を設置し、労働安全衛生の研究、ジェンダーの視点を取り込んだデータ集積や指標策定、体制の拡充・強化を推進することを提案する。第 2 に、男女の身体的差異や母性保護を踏まえつつ安全・健康における男女平等と男女共同参加を確立して女性の活躍を図る、という欧州の考え方や政策の流れを一つの範としてわが国にも普及・定着させるべきである。

次に第 2 部「労働環境からみた女性労働者の健康」についての諸検討から、国に対してより具体的な以下の点を提言する。このような具体的な諸活動は必ずしも国のみの責任ではなく、地方自治体を含む行政、各事業所の労使、産業保健の専門家・研究者がそれぞれの立場でともに課題に取り組み、重要な改革を前に進めるべきである。

１．長時間労働、不規則およびシフト勤務による女性労働者の疲労の面を考慮し、労働時間削減に加え、女性労働者のワーク・ライフ・バランスの実現のために、フレックスタイム、短時間勤務、在宅勤務等を効果的に活用できる政策を推進すべきである。不規則およびシフト勤務ではイ

ンターバル制度の導入やインセンティブ措置など企業に対する支援を積極的に実施する必要がある。

２．メンタルヘルスについては、女性のメンタルヘルスの要因は男性と異なるものも多いため、労働・生活実態及び心理・行動特性を踏まえ女性に焦点を当てた対策が求められる。パワハラに関する判断基準の明確化など法制度の整備、ストレスチェック制度において女性労働者に対する、①職場環境改善の有効性の検証と必要な改善、②面接指導の拡充を進めるべきである。

３．作業関連性運動器障害については、「職場における腰痛予防対策指針」に沿った対策を積極的に推進し、現場での対策導入を支援するためには、「費用対効果」を検証する必要がある。

４.VDT 作業については、近年新しい端末の導入や作業環境も大きく変化している。女性の VDT 作業者がより働き易い環境を作るために、国は 2002 年「VDT 作業における労働衛生管理のためのガイドライン」早急に改訂し実効性と強制力を伴う新たな VDT 作業のガイドラインや施策を整備する必要がある。

５．エルゴノミクスからみた安全について、ジェンダー配慮型労働安全衛生プログラムとして、日本版「Ergonomics in women’s work environment」を次期労働災害防止計画の重点施策のひとつとして展開することを提案する。さらに対策志向型の労災リスクの(男女)性差分析・事故分析を可能とする労災統計調査項目の標準化（改善）と、オープンデータ化（データの公開と活用）を推進する必要がある。

６．化学物質管理について、すべての安全衛生統計情報の(男女)性別公開をし、化学物質曝露労働と母性に関する研究を強化する必要がある。事業者は、母性保護のためにすべての化学物質の健康リスクの評価と管理を適切に実施する必要がある。これに際しては、リスク評価は定量的に行うことを基本に高感受性期の存在など生殖毒性の特殊性に配慮し、それらに関する産業衛生スタッフの研修の機会を増やす。あわせて、労働者の知る権利を守り、かつ職場での受動喫煙防止対策を適切に実施することに留意する。

７．母性に配慮を要する諸疾病(不妊や妊娠合併症、胎児発育不全など)の予防と対策のためには、妊娠を望み、出産育児へと就労継続を望む女性労働者（片親家庭含む）の広義の母性を守ることが必要である。具体的には①近年の労働環境関連要因と心身の健康障害および子どもの健全な発育との関連に関するエビデンスの集積。②上記エビデンスに基づく職場環境改善や男女労働者へのストレス軽減対策と教育研修の導入。③育児環境に及ぼす就労条件改善等の重要性の啓発、④保育士などの子育て専門家によるサポート体制強化とその育成などを、国および事業所、学会や関連研究者・専門家が努力するべきである。

８．医療・福祉産業と女性労働者の健康については、国(行政)は、医療・福祉産業に従事する女性労働者の作業関連疾患（腰痛など）に関する現状を把握し、その予防対策に関する情報提供を行う必要がある。また、健康支援のために、女性労働者の多い職場での母性保護対策の強化、仕事と家庭、子育てなど多重役割を担う女性労働者の効果的な過労防止対策の検討が必要である。

Ⅱ　企業や事業所への要望

企業や事業所等に対しては、以下の点を特に要請する。

それぞれの職場で、労使は工夫して男女の人材育成、確保に取り組むことが期待されている。女性活用は、長期的に見るとダイバーシティの視点から企業の競争力を高めること、健康経営は

先行投資であることにも留意して改善を進めるべきである。社会的パートナーである労使間の対話が重要である。**グローバルな視点では、**「企業は男女の身体的差異や母性保護を踏まえつつ安全・健康における男女平等と共同参加を確立して女性の活躍を図る」という欧州企業の方向性を踏まえて、取り入れられる企業では男女共同参画の理念や考え方を普及・定着をさせるべきである。

世代、年代、ライフステージの視点から、企業は、結婚・出産・育児・介護等のライフステージ毎の課題解決を支援することにより女性労働者の活躍を格段に進めるという明確な方針を新たに持ち、育児休業制度や短時間勤務制度、在宅勤務制度などの施策について、その内容を労働者に十分周知、啓発しつつ、業種や企業規模を問わずより積極的に普及させる必要がある。この実践においては女性の視点の活用や女性チームを組織することも有効である。また、その施策の受益者の昇進やキャリア形成が不当に損なわれないように、人事評価と人材育成の制度を再整備する必要がある。

雇用形態と女性労働者の健康・安全については、各企業は、正規と非正規の格差の縮小と、非正規から正規雇用へ，正規雇用から非正規への再チャレンジを促進すべきである。

事業者に対しては、特に以下のような個別の課題ごとの対応を各企業に対して要請する。

１．長時間労働、不規則およびシフト勤務による女性労働者の疲労対策の推進、ワーク・ライフ・バランスの実現のために、(フレックスタイム、短時間勤務、在宅勤務等を効果的に活用できる政策の推進を行うことに合わせて)、企業は、それらの運用に必要な体制、情報システム等を早急に整備し、適切な労働時間管理ができる環境も整える必要がある。

２．メンタルヘルス対策では、事業者は産業保健専門職と協力して、介護・育児など個々の生活状況を重視したワーク・ライフ・バランス対策を推進し、パワハラ抑止のため管理監督者の人間関係の調整力を向上させ、さらに職場復帰に際し女性に対する配慮を強化する必要がある。

３．作業関連性運動器障害予防のために事業者とその管理者は、産業保健専門職と協力し、女性の特性に配慮した作業管理・作業環境管理（適切な一連続作業時間、人間工学的対策、ストレス対策など）、及び作業内容や方法が心身に及ぼす影響を知り労働者自身が症状軽減対策に取り組むための教育を実施して、その効果を各企業は検証していく必要がある。

４．VDT 作業の健康障害予防については、VDT 作業は労働者の疲労や負担の大きな要因で、特に女性に対する影響が大きいことから、特にワークステーションの質の向上、作業の時間管理の強化、眼科的対策（ドライアイや頭痛の予防、屈折矯正）が重要であるので、女性の VDT 作業者がより働き易い環境を作るために、事業主は作業環境向上のための投資や作業管理を積極的に実践する必要がある。今後多種なディプレイ機器がますます増える中で、特にワークステーションの質の向上、作業の時間管理の強化、眼科的対策（ドライアイや頭痛の予防、屈折矯正）を各職場で整備・実施すべきである。

５．エルゴノミクスからみた働く女性の安全について、各企業は、関連学会とは、主導または連携して生物学的／社会文化的性差へ配慮した人間工学グッドプラクティス事例を収集し、普及・啓発活動を展開する必要がある。

６．化学物質による健康障害予防について、事業所では化学物質曝露労働と母性ならびに性差に関する注意を怠らず、対策を強化する必要がある。あわせて、国際的なスタンダードで ILO(国際労働機関)の化学物質管理の条約にもある「労働者の知る権利」を守るべきである。合わせて職場

での受動喫煙防止対策を適切に実施することに留意する。

７．労働と関係して母性に配慮を要する諸疾病の予防と対策については、企業は、妊娠を望み、出産育児へと就労継続を望む女性労働者（片親家庭含む）の広義の母性を守るために、①近年の労働環境関連要因と心身の健康障害および子どもの健全な発育との関連に関するエビデンスに基づく職場環境改善や、②男女労働者へのストレス軽減対策と教育研修の導入を図るべきである。合わせて③育児環境に及ぼす就労条件の重要性を理解することを提言したい。

８．医療・福祉産業と女性労働者の健康について、医療機関や企業等は、医療・福祉産業に従事する女性労働者の作業関連疾患に関する現状を把握し、その予防対策をはかる必要がある。また、健康支援のために、女性労働者の多い職場での母性保護対策の強化、妻や母として多重役割を担う女性労働者の効果的な過労防止対策の検討が必要である。

９．具体的な各事業場(職場)における取組みとしては、事業者のリーダーシップの元、産業保健専門家を活用し、性差を踏まえ予防的にリスクアセスメントを実施し、仕事と女性労働者の健康の両立をめざして女性労働者が働き続けられる職場づくりを進める必要がある。安全衛生委員会への女性の参加、女性比率の増加を強く促すべきである。事業者とその管理者は産業保健専門職と協力し、女性の特性に配慮した作業管理・作業環境管理（適切な一連続作業時間、人間工学的対策、ストレス対策など）、及び作業内容や方法が心身に及ぼす影響を知り、労働者自身が症状軽減対策に取り組むための教育を実施して、その効果を検証する必要がある。また女性に関わる職場改善の成功事例や評価・改善ツール等を応用・分析して広く社会に発信して欲しい。特に小規模事業場では、外部支援として公的機関を利用した事業者への自主的取り組みの支援と共に労働者への健康教育に性差に関連した内容を盛り込む必要がある。

Ⅲ　学会への期待

特に日本産業衛生学会を始めとする関連学会に対しては、関連研究の一層の推進を図るとともに、医師、看護職、並びに産業保健技術職など、産業保健専門職のトレーニングを強化し男女双方の職場改善のための意識改革と専門職としての力量の向上をはかるべきであることを指摘し、提言する。関連学会は、学会が主導して、あるいは企業と連携して生物学的／社会文化的性差へ配慮した人間工学・環境改善グッドプラクティス事例の収集など、現場での普及活動・啓発活動をより一層展開する必要がある。具体的には①近年の労働関連要因と心身の健康障害の予防、および②育児環境に及ぼす就労条件改善等の重要性の啓発、子どもの健全な発育との関連に関するエビデンスの集積、③上記エビデンスに基づく職場環境改善や男女労働者へのストレス軽減対策、④保育士などの子育て専門家によるサポート体制強化とその育成、⑤専門職に対する最新の教育研修プログラムの導入を国および事業所、学会や関連研究者・専門家が努力するべきである。

最後に（まとめ）

以上のように、日本産業衛生学会・政策法制度委員会は、すべての働く女性と女性労働者の健康を確保し、その活躍を支援するために、国・行政、関連機関や団体、事業者、および学会会員と産業保健専門職に対して、新たな法制度のあり方や現状で考えられる実現可能な課題や取組みを提案する。

ここで最後に一つ強調したいことは、働く女性の健康に関する研究の推進である。本提言の執筆の初稿の段階では、各部・項目の専門家である各執筆者から、働く女性の健康に関するデータや証拠（エビデンス）のわが国での不足を訴える声が相次ぎ、「エビデンスを集めるための研究促進の提言」も多かった。政策法制度委員会としては、研究の重要性を認識しながらも、現状における差し迫っている諸課題の解決を少しでも推進するために、「現時点の情報に基づき行政や事業者などに具体的な行動として提言できる事項」に重点を置くよう各執筆者に再度依頼し、その観点から本文書を取りまとめた経緯がある。従って、ここでは改めて学会会員、および関連の研究を行う全ての研究者に対して、働く女性の健康の確保と向上に関して、一層の研究の推進とエビデンスの集積を提言したい。また、国、公的研究機関、高等教育機関などに対しては、これらの研究を行うための研究組織や体制の拡充を提言したい。女性の健康に関する研究は、因果関係を証明する要因と関係性の経路に複雑さがある。例えば働く女性は家族、生活状況、ライフステージなど職域外からの影響を男性以上に受け易い。従って、研究の進め方にはこれら複合する諸因子（交絡要因等）に関して十分な注意が必要と考えられる。また、わが国における調査・研究が十分でないため、特に個別の職業に特有の女性の健康問題、例えば航空機キャビンアテンダントや看護職の夜勤やシフト勤務による健康影響、殊に乳がんなど特定のがんリスクとの関係、および百貨店などの美容部員等の腰痛の問題などについても日本では十分な検討ができていないことが指摘された。既に様々な労働分野に女性が進出していることから、女性の具体的な労働環境や条件などと健康や職業性疾患との関係についてもさらに研究を進めていく必要がある。

この学会提言は①働く女性、②健康や安全の問題、③政策法制度をキーワードに作成を進めてきた。労働条件や労働環境、および周囲からの支援策等を整備・改善して、女性が健康で継続して就労でき、並行してライフステージを通じて女性の役割を全うできるようにすることは、わが国の持つ潜在的な人的資源を十全に活用するための重要な課題であり、産業界にも大きな利益をもたらすものである。さらには、女性労働者の健康の確保は男性を含む労働者全体の健康確保に波及することから、今後は男女両性を見据えた広い視点から、男女がともに健康に働くことができる労働環境を目指していくことが重要であり、これにより多くの国民の福利を高め、国の活力を維持、発展させることができる。

働く女性の健康に関して多様な課題がある現状を背景として、この学会提言が、法・社会制度の発展、人々の認識・行動の変容、産業保健専門職の能力の伸展などを通し、それら課題の改善に少しでも役立つことを希望している。

＜参考文献＞

第１部　女性労働者(働く女性)の現状と課題、改善の方向性

1. 女性労働をめぐる政策・法制度

1) 丸山総一郎. 女性労働者のストレス問題とメンタルヘルス対策－法政策の歴史的変遷と生物学的視点を含めて－. 産業ストレス研究 2015; 22: 183-195.

2) 厚生労働省. 平成 25 年版　労働経済の分析　－構造変化の中での雇用・人材と働き方－ 第 3 章労働市場における人材確保・育成の変化　第 2 節日本的雇用システムと今後の課題 [Online]. 2013 [cited 2018 June 29]; Available from: URL:http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/roudou/13/dl/13-1-5_02.pdf

3) 厚生労働省. 平成 27 年版働く女性の実情　III　男女雇用機会均等法成立 30 年を迎えて [Online]. 2016 [cited 2018 June 29]; Available from: URL: http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/josei-jitsujo/dl/15d.pdf

4) 内閣府男女共同参画局. 平成 28 年版　男女共同参画白書 特集　多様な働き方・暮らし方に向けて求められる変革　第 1 節　女性を取り巻く社会情勢 [Online]. 2016 [cited 2018 June 29]; Available from: URL: http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h28/zentai/html/honpen/b1_s00_01.html

5) 内閣府男女共同参画局総務課. TOPICS Part1 世界経済フォーラムが「ジェンダー・ギャップ指数 2016」を公表. 共同参画 97; 10: 2017

6) 岸-金堂玲子・森岡孝二. 健康・安全で働き甲斐のある職場をつくる. ミネルヴァ書房. 2016 : 134-142.

7) 内閣府男女共同参画局　第 4 次男女共同参画基本計画（平成 27 年 12 月 25 日閣議決定） II　安全・安心な暮らしの実現　第 6 分野　生涯を通じた女性の健康支援 [Online]. 2015 [cited 2018 June 29]; Available from: URL: http://www.gender.go.jp/about_danjo/basic_plans/4th/index.html

2. 世代、年代、ライフステージの視点

1) 厚生労働省ホームページ　女性活躍推進法特集ページ [Online]. 2016 [cited 2018 June 29]; Available from: URL: http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000091025.html

2) 内閣府男女共同参画局　第 1-特-31 図年齢階級別雇用者の対人口割合と役職者人数 [Online]. 2013 [cited 2018 June 29]; Available from: URL: http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h25/zentai/html/zuhyo/zuhyo01-00-31.html

3) 三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング　「両立支援に係る諸問題に関する総合的調査研究」2008

4) 内閣府ホームページ　少子化対策の現状と課題より [Online]. 2015 [cited 2018 June 29]; Available from: URL:

http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2015/27webhonpen/html/b1_s1-1-4.html
5) JILPT 調査シリーズ No. 119　男女正社員のキャリアと両立支援に関する調査結果（2）－分析編－独立行政法人 労働政策研究・研修機構　2014
6) Kato, T., Kawaguchi,D. and Owan,H. “Dynamics of the Gender Gap in the Workplace: An Econometric Case Study of a Large Japanese Firm” RIETI Discussion paper 13-E-038.

3. 雇用形態と女性労働者の健康

1) Tsurugano S, Inoue M, Yano E. Precarious employment and health: analysis of the Comprehensive National Survey in Japan. Ind Health 50(3): 223-235, 2012.
2) Kachi Y, Otsuka T, Kawada T. Precarious employment and the risk of serious psychological distress: a population-based cohort study in Japan. Scand J Work Environ Health 40(5): 465-472, 2014.
3) Nishikitani M, Nakao M, Tsurugano S, Yano E. The possible absence of a healthy-worker effect: a cross-sectional survey among educated Japanese women. BMJ Open 2(5):e000958(1-10), 2012.
4) 井上まり子，錦谷まりこ，鶴ヶ野しのぶ，矢野栄二：総説　非正規雇用者の健康に関する文献調査．産業衛生学雑誌 53:117-139, 2011.
5) Lahelma E, Arber S, Kivelä K, Roos E. Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. Soc Sci Med 54(5): 727-740, 2002.
6) Nishikitani M, Tsurugano S, Inoue M, Yano E. Effect of unequal employment status on workers’ health: Results from a Japanese national survey. Soc Sci Med 75:439-451, 2012.
7) Inoue M, Tsurugano S, Nishikitani M, Yano E. Full-time workers with precarious employment face lower protection for receiving annual health check-ups. Am J Ind Med 55(10):884-892, 2012.
8) 原ひろみ：非正規社員の企業内訓練についての分析．　日本労働研究雑誌 607: 33-48, 2011.
9) Inoue A, Kawakami N, Tsuno K, Tomioka K, Nakanishi M. Organizational justice and psychological distress among permanent and non-permanent employees in Japan: a prospective cohort study. Int J Behav Med 20(2):265-276, 2013.
10)Eibner C, Sturn R, Gresenz CR. Does relative deprivation predict the need for mental health services? J Ment Health Policy Econ 7(4):167-275, 2004.

4. 生物学的性差と社会学的性差からみた日本の女性労働

1) DECENT WORK 第 87 回 ILO 総会（1999 年）事務局長報告
2) ILO （2013 年）. 10 Keys for Gender Sensitive OSH Practice: Guidelines for Gender-Mainstreaming in Occupational Safety and Health [Online]. 2013 [cited 2018 June 29]; Available from: URL:

http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_324653/lang--en/index.htm
3) OSHA.europa.　Checklist of good practices for mainstreaming gender in labour statistics [cited 2018 June 29]; Available from: URL: https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/mainstreaming-gender-into-occupational-safety-and-health-practice
4) Institute of Medicine. 2001. Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter?. Washington, DC: The National Academies Press
5) 平成27年度版働く女性の実情　[Online]. 2016 [cited 2018 June 29]; Available from: URL: http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/josei-jitsujo/15.html
6) 平成24年　労働者健康状況調査 [Online]. 2013 [cited 2018 June 29]; Available from: URL: http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h24-46-50.html
7) 平成26年　患者調査 [Online]. 2014 [cited 2018 June 29]; Available from: URL: http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubyo/
8) 特定非営利活動法人　日本医療政策機構　働く女性の健康増進調査結果　[Online]. 2016 [cited 2018 June 29]; Available from: URL:https://hgpi.org/lecture/475.html
9) 厚生労働省がん患者の就労や就労支援に関する現状 [Online]. 2014 [cited 2018 June 29]; Available from: URL:http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000037517.pdf
10) 働く女性と労働法　東京都産業労働局 [Online]. 2017 [cited 2018 June 29]; Available from: URL:http://www.hataraku.metro.tokyo.jp/sodan/siryo/zenbun2017.pdf

5. 海外動向・グローバルな視点

1) European Agency for Safety and Health at Work. Mainstreaming gender into occupational safety and health practice. 2014.
2) ILO第171号夜業に関する条約、1990年
3) 川上剛、佐野友美.グローバル化と産業保健.公衆衛生vol.80, No.4, 2016年4月

第2部　女性労働者の労働環境と健康確保

1. 労働環境からみた女性労働者の健康

（1）長時間労働、不規則およびシフト勤務と女性労働者の疲労

1) DECENT WORK 第87回ILO総会（1999年）事務局長報告
2) 梶川敦子, 日本の労働時間規制の課題　長時間労働の原因をめぐる法学的分析, 日本労働研究雑誌, 2008;575 June:17-26
3)　厚生労働省　諸外国の労働時間制度の概要 [Online]. 2005 [cited 2018 June 29]; Available from: URL:http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/05/s0520-7a.html

4) 独立行政法人労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所プロジェクト研究
（平成 26～29 年度）「労働者の疲労回復を促進する対策に関する研究」
（研究代表者：高橋正也）
5) JILPT「データブック国際労働比較 2017」
[Online]. 2017 [cited 2018 June 29]; Available from: URL:
http://www.jil.go.jp/kokunai/statistics/databook/2017/documents/Databook2017.pdf
6) Tuchsen F, Christensen KB, Lund T , Feveile H, A 15-year prospective study of shift work and disability pension, Occup Environ Med 2008;65:283-285.
7) 武石恵美子, 働く人のワーク・ライフ・バランスを実現するための企業・職場の課題, 2011 ; RIETI Discussion Paper Series 11-J-029
8) 槇本宏子ほか, 変形労働時間制勤務者の生活習慣調査, 産衛誌, 2006; 48 : 824
9) 久保智英ほか, 生活活動と交代勤務スケジュールからみた交代勤務看護師の疲労回復, 産衛誌, 2013; 55 (3): 90-102

（2）女性労働者とメンタルヘルス

1) 厚生労働省. 平成 26 年（2014 年）患者調査の概況.
[Online]. 2015 [cited 2018 June 29]; Available from:
URL:http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/
2) 水野康弘, 張賢徳. 働く女性のうつ病と自殺. 産業精保健 2015; 23(特別号): 50-55.
3) 厚生労働省. 平成 28 年労働安全衛生調査(実態調査)結果の概況. [Online]. 2017 [cited 2018 June 29]; Available from: URL:http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h28-46-50_gaikyo.pdf
4) 厚生労働省. 平成 27 年中における自殺の状況　第 2 章　平成 27 年中における自殺の内訳.
[Online]. 2016 [cited 2018 June 29]; Available
from:URL:http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/h27kakutei-2syou_2.pdf
5) Umeda et al. Does an advantageous occupational position make women happier in contemporary Japan? Findings from the Japanese Study of Health, Occupation, and Psychosocial Factors Related Equity (J-HOPE). SSM -Population Health 1 (2015) 8-15.
6) Tsutsumi et al. Impact of occupational stress on stroke across occupational classes and genders. Social Science & Medicine 72 (2011) 1652-1658.
7) Watanabe et al. Improvement of the Work Environment and Work-Related Stress: A Cross-Sectional Multilevel Study of a Nationally Representative Sample of Japanese Workers. JOEM-16-6023 (2017) 1-9.
8)三木明子. 働く女性が被る暴力・ハラスメントの被害実態と問題解決のための課題. 産業精保健 2015; 23(特別号): 17-21.

（3）女性労働者と作業関連性運動器障害

1) Côté JN. A critical review on physical factors and functional characteristics that may

explain a sex/gender difference in work-related neck/shoulder disorders. Ergonomics 2012; 55(2): 173-182.
2) 厚生労働省. 職場における腰痛予防対策指針（基発 0618 号）. 2013.
3) Collins JW, Wolf L, Evanoff B. An evaluation of a “best practices” musculoskeletal injury prevention program in nursing homes. Injury Prevention 2004; 10: 206-211.

（4）VDT 作業と女性労働者の健康障害

1) 厚生労働省「技術革新と労働に関する実態調査結果の概況（平成 20 年）」 [Online]. 2009 [cited 2018 June 29]; Available from: URL:http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/08/
2) 週間週刊ダイヤモンド「疲労度 3000 人」アンケート: 第 104 巻 44 号,2016
3) Uchino M, Yokoi N, Uchino Y et al. Prevalence of dry eye disease and its risk factors in visual display terminal users: the Osaka study. Am J Ophthalmol. 156:759-66,2013
4) Takeshima T, Ishizaki K, Fukuhara Y, Population-based door-to-door survey of migraine in Japan: the Daisen study. Headache 44:8-19, 2004
5) 原　直人. 光過敏性片頭痛に対する遮光レンズ抑制効果. 日頭痛会誌 41:106:2014

（5）エルゴノミクスからみた働く女性の安全

1) ILO, Providing safe and healthy workplaces for both women and men, [Online].2009 [cited 2018 June 29]; Available from: URL: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_105060.pdf
2) Eurostat, Accidents at work statistics, [Online].2014 [cited 2017 Mar 20]; Available from: URL: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Accidents_at_work_statistics#Analysis_by_gender [Access denied 2018 June 29]
(同翻訳サイト：中央労働災害防止協会技術部国際センター, EU 労働災害統計（2014 年を中心として）, [Online].2014 [cited 2018 June 29]; Available from: URL: https://www.jisha.or.jp/international/topics/pdf/201706_01_01.pdf)
3) Laberge M, et al., Safe and healthy integration into semiskilled jobs: does gender matter? Work. 41 2012; Suppl 1:4642-9. doi: 10.3233/WOR-2012-0102-4642.
4) European Parliament's Committee on Employment and Social Affairs, Occupational Health and Safety Risks for the Most Vulnerable Workers, [Online].2011 [cited 2018 June 29]; Available from: URL: http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201108/20110829ATT25418/20110829ATT25418EN.pdf
5) European Agency for Safety and Health at Work, Risks and Trends in the Safety and Health of Women at Work, [Online].2013 [cited 2018 June 29]; Available from: URL:

http://focus.formez.it/sites/all/files/women_at_work-summary.pdf
6) Swedish Work Environment Authority, Women’s Work Environment 2011-2014, [Online].2015 [cited 2018 June 29]; Available from: URL: https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/rapporter/womens-work-environment-2011-2014-knowledge-compilation-rap-2015-6-eng.pdf

（6）化学物質と健康障害

1) 宮川宗之・奥田裕計　生殖毒性を有する産業化学物質の評価と管理　産業医学レビュー 29:75-110 (2016)
2) 日本産業衛生学会　許容濃度等の勧告　産業衛生学雑誌 59:153-185 (2017)
3) 日本産業衛生学会政策法制度委員会　提言　産業現場におけるこれからの化学物質管理のあり方について.　産業衛生学雑誌 57:A106-A111 (2015)
4) 厚生労働省・喫煙の健康影響に関する検討会報告書　喫煙と健康（たばこ白書）(2016)

（7）労働と関係して母性に配慮を要する諸疾病の予防と対策

1) Hanke W, et al. Heavy physical work during pregnancy - A risk factor for small-for-gestational age babies in Poland. Am J Ind Med 36: 200-205, 1995
2) Saurel-Cubizolles MJ, et al. Environment, working conditions and preterm birth: Result from the Europop case-control survey. J Epidemiol Community Health 58: 395-401, 2004
3) Seguin RE. Pregnancy and the working woman: A review. J Ark Med Soc 95: 115-118, 1998
4) 安達知子. 有職女性のヘルスケア. 新女性医学体系 11 リプロダクティブヘルス. 中山書店、東京： 89-97、2001
5) Umesawa M, Kobashi G. Epidemiology of hypertensive disorders in pregnancy: Prevalence, risk factors, predictors and prognosis. Hypertens Res 2016 Sep 29. doi: 10.1038/hr.2016.126. [Epub ahead of print]
6) 柏村正道. 働く女性の母性管理. 周産期医学 31：766-777、2001
7) 山崎恭子 他. 乳幼児を養育する父親と母親のワーク・ファミリー・コンフリクトと職業性ストレスとの関連. お茶の水医学雑誌 63：81-89、2015
8) 酒井　厚 他. 就労する母親の育児ストレスと精神的健康：職場も含めたソーシャルサポートとの関連から. 小児保健研究 73：316-323、2014
9) 小山嘉紀 他. 共働き世代の両親の育児・仕事関連 DH に対する認知と育児行動の関係. 厚生の指標 60：32-41、2013
10) 小銭寿子. 妊娠期から 3 歳児健診まで精神的健康調査票を用いた健康状態の変化. 厚生の指標 60：12-16、2013

（8）医療・福祉産業と女性労働者の健康

1) 社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針　平成 19 年厚生労

働省告示第 289 号
2) 日本医療労働組合連合会. 看護職員の労働実態調査報告書. 医療労働 2014: 10-84. [Online]. 2014 [cited 2018 June 29]; Available from: http://irouren.or.jp/research/労働実態調査.pdf
3) 日本看護協会. 2008 年時間外勤務, 夜勤・交代制勤務等緊急実態調査[Online]. 2009 [cited 2018 June 29]; Available from: https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/jikan/kaeru.html
4) 厚生労働省. 医師・歯科医師・薬剤師調査. 2014 [Online]. 2015 [cited 2018 June 29]; Available from: http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/14/index.html
5) 日本医師会男女共同参画委員会、日本医師会女性医師支援センター. 女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書. 2017 [Online]. 2017 [cited 2018 June 29]; Available from: http://www.med.or.jp/joseiishi/h29wd_survey.pdf
6) 全国労働組合総連合. 2014 年版「介護施設で働く労働者のアンケート」と「ヘルパーアンケート」報告集. [Online]. 2014 [cited 2018 June 29]; Available from: http://static.tumblr.com/jt8s7wz/pRQni3qy8/2014report.pdf
7) 小原由紀, 杉本久美子, 遠藤圭子, 近藤圭子, 品田佳世子, 俣木志朗. 歯科衛生士における作業関連筋骨格系障害の実態. 日本歯科衛生学会雑誌 2012; 7: 35-41.
8) 大津真由美, 和田耕治. 医療機関における産業保健活動の実態調査. 日本医事新報 4699, 38-43, 2014.
9)厚生労働省. 第 6 回医師の働き方改革に関する検討会 資料 4-2 医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組 [Online]. 2018 [cited 2018 June 29]; Available from: http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000191032.html

2. 事業場(職場)における取組み

1) Tanaka E, Momoeda M, Osuga Y, et al. Burden of menstrual symptoms in Japanese women: results from a survey-based study. Journal of Medical Economics 2013;16(11):1255-66.
2) Piwko C, Koren G, Babashov V, et al. Economic burden of nausea and vomiting of pregnancy in the USA. Journal of population therapeutics and clinical pharmacology = Journal de la therapeutique des populations et de la pharamcologie clinique 2013;20(2):e149-60.
3)「千葉県の企業における非正規雇用者の健康管理の実態と課題」. 千葉産業保健推進センター, 2009.
4) Endo M, Haruyama Y, Takahashi M, et al. Returning to work after sick leave due to cancer: a 365-day cohort study of Japanese cancer survivors. Journal of Cancer Survivorship 2016;10:320-29.
5) Ariansen AMS, Mykletun A. Does Postponement of First Pregnancy Increase Gender Differences in Sickness Absence? A Register Based Analysis of Norwegian Employees in 1993-2007. PLoS ONE 2014;9(3):e93006.
6) Staehelin K, Bertea PC, Stutz EZ. Length of maternity leave and health of mother and child-a review. International journal of public health 2007;52(4):202-9.

7) 岡田邦夫. 「健康経営」推進ガイドブック: 経団連出版, 2015.
8) 日本産業衛生学会政策法制度委員会. 中小企業･小規模事業場で働く人々の健康と安全を守るために一行政、関係各機関、各専門職に向けての提言: 日本産業衛生学会, 2017.
9) Egerter S BP, Sadegh-Nobari T, Grossman-Kahn R, Dekker M. Education matters for health. Exploring the social determinants of health: Robert Wood Johnson Foundation;, 2011.
10) 産業保健・賃金援護部産業保健課. 平成 27 年度利用者以外調査結果. In: 独立行政法人労働者健康安全機構産業保健・賃金援護部, ed. 平成 27 年度産業保健活動総合支援事業アウトカム調査報告書, 2016:110-35.

＜参考(委員と審議経過等)＞

◆日本産業衛生学会　政策法制度委員会（５０音順、敬称略、◎委員長、○副委員長）
　五十嵐　千代、伊藤　昭好、上原　正道、梶原　隆芳、加藤　元、川上　憲人、◎岸　玲子、斉藤　政彦、柴田　英治、菅原　保、中川　秀昭、○橋本　晴男、久永　直見、廣　尚典、
　松井　春彦、森口　次郎、矢野　栄二、和田 耕治

◆政策法制度委員会　女性労働者の健康確保支援ワーキンググループ
（５０音順、敬称略、◎リーダー、* 政策法制度委員会委員）
　荒木　葉子（就労女性健康研究会）、彌冨　美奈子（産業医部会）、上原　正道*、梶原　隆芳*、
　岸　玲子*、北原　照代（作業関連性運動器障害研究会）、小橋　元（就労女性健康研究会）、
　品田　佳世子（産業歯科保健部会）、塚田　月美（産業疲労研究会）、
　長井　聡里（就労女性健康研究会）、錦谷　まりこ（非正規雇用研究会）、
　野原　理子（就労女性健康研究会）、橋本　晴男*、原　直人（VDT 作業研究会）、
　◎松井　春彦*、松浦　真澄（産業心理技術研究会）、
　三木　明子（医療従事者のための産業保健研究会）、宮川　宗之（許容濃度等に関する委員会）

◆協力者（50 音順、敬称略）
　榎原 毅（名古屋市立大学環境労働衛生学）、川上剛（ILO 南アジアディーセントワークテクニカルサポートチーム、ニューデリー）

◇政策法制度委員会およびワーキンググループ活動・審議経過
2016 年
　4 月 16 日　理事会にて男女共同参画推進委員会の設置、女性労働者健康確保支援ガイドライン作成が提案・承認され、女性労働者の健康確保支援ガイドライン等の作成について政策法制度委員会への諮問が決定
　5 月 24 日　理事会の諮問を受けて第 144 回政策法制度委員会（福島）でＷＧ立ち上げ決定
　8 月 21 日　第 1 回女性労働者の健康確保支援 WG（東京）を開催
　9 月　9 日　第 145 回政策法制度委員会（京都）で審議
　9 月 24 日　理事会でＷＧ進捗報告
2017 年
　1 月 22 日　第 2 回女性労働者の健康確保支援 WG（東京）を開催
　1 月 29 日　第 146 回政策法制度委員会（東京）でガイドライン案の審議
　4 月 15 日　理事会でＷＧ進捗報告
　5 月 10 日　第 147 回政策法制度委員会（東京）で提言案の審議
　5 月 11 日　第 90 回日本産業衛生学会
　　フォーラム 1「女性労働者の健康確保支援のためのガイドライン」の開催
　11 月 23 日　第 148 回政策法制度委員会（高知）で提言案の審議
2018 年
　2 月 25 日　第 149 回政策法制度委員会（東京）で提言案の審議

4 月 14 日　理事会へ提言案を提出
5 月 17 日　第 150 回政策法制度委員会・WG 合同会議（熊本）で提言案の審議
5 月 18 日　第 91 回日本産業衛生学会　政策法制度委員会フォーラム
「女性労働者の健康確保を支援するために（学会からの提言）」の開催
7 月 21 日　理事会で最終案の審議（7 月 31 日最終案の承認）

以上