

## 提言 職場におけるこれからのメンタルヘルス対策のあり方について

平成 27 年（2015 年）6 月 1 日

日本産業衛生学会政策法制度委員会

### 要旨

職場のメンタルヘルスは依然として労働安全衛生の大きな課題であり、その対策の拡充が求められている。近年、日本学術会議からは職場のメンタルヘルスに関して 2 つの提言が出されている。2014 年 6 月には職場のメンタルヘルスと関連して、労働安全衛生法が改正され、過労死等防止対策推進法が公布された。こうした状況を受けて、日本産業衛生学会政策法制度委員会ではメンタルヘルスワーキンググループを設置し、職場におけるメンタルヘルス対策のあり方についてまとめられた草案をもとに本委員会で審議を重ね、本提言を作成した。内容は今後 10 年間を目途に、日本産業衛生学会および国・行政、労使（経営者・労働側）等が、労働者の心の健康を保持・増進するために考慮し改善すべき事項としてまとめたものである。

1. 国はストレスチェック制度と定期健康診断の問診等の他の制度との整合性について整理する。ストレスチェックの調査票や判定基準に関する科学的な検討を継続し、その結果をマニュアルなどにより公表する。
2. 労働者の心の健康づくりを積極的に推進するため、事業者が心理社会的な職場環境（職業性ストレス等）のリスクアセスメントを行い、労働者の危険または健康障害を予防するために必要な措置（対策）を講じることを義務化するよう労働安全衛生法を改正する。
3. 既に全労働者の約 4 割に達する非正規雇用労働者の心の健康の増進のために、非正規雇用労働者の権利を正規労働者に近づける。ILO（国際労働機関）で 1994 年に採択されているパートタイム労働に関する条約（第 175 号）の批准を進める。同時に国内関連法制度の改正においては、パートタイマー、派遣労働者など、非正規雇用労働者の保護と差別的扱い禁止の明確化を行うとともに、健康と安全をはかる視点で労働安全衛生法制度を整備する。
4. 国および労使（経営者・労働側）は依然として減らない長時間労働問題への一層の取組を推進する。労働時間に関して、労使が協定を結べば著しい長時間労働を可能にするいわゆる「36 協定」を見直し、連続最長労働時間、時間外労働の時間についての 1 日、1 週、1 月、1 年単位での上限を設定し、併せて最低休息時間制度を導入する。また、ILO の年次有給休暇に関する条約（第 132 号）の批准を目指し、最低 2 労働週の連続休暇の取得を推進する。いわゆるブラック企業の規制強化、違法行為摘発の為に労働基準行政職員、特に労働基準監督官の増員を含め、監督機能の強化を図る必要がある。労働基準法で労働時間の管理を受けない「高度プロフェッショナル労働制」の導入は慎重であるべきである。
5. 国は職場のハラスメント防止のためのガイドラインを策定する。
6. 国は「労働者の心の健康の保持増進のための指針」、「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」を今日的要請に対応するよう改定し、また保健師や心理職など専門職の活用を明記する。
7. 職場のメンタルヘルス対策において不足している科学的根拠を充足するため、研究に対する支

援を拡充強化する。

## I. はじめに

厚生労働省による職場のメンタルヘルスに関する指針が2007年に公表されて以来、事業場でのメンタルヘルス活動は急速に普及した。しかし、対策を実施している事業場はなお60%であり、中小規模事業場と大規模事業場との差は依然としてまだ大きい(2013年労働安全衛生調査(実態調査))。対策の進展にもかかわらず、メンタルヘルス不調者の増加を報告する事業場も少なくない。2012年の労働者健康状況調査では、仕事および職業生活について強い不安、悩み、ストレスを訴える労働者の割合およびメンタルヘルス不調で一ヶ月以上休業した者のいる事業場の割合は、2007年調査とくらべてやや増加した。精神障害等による労働災害の申請および認定件数はなお増加の一途をたどっているため、今後、さらに職場のメンタルヘルス対策を充実・推進していく必要がある。その一方で、メンタルヘルス不調による長期休業者・離職者の増加、職場におけるメンタルヘルス不調の病像の多様化などは、これまでのメンタルヘルス対策のあり方を根本的に見直し、再構築する必要性も示唆されている。

日本学術会議は、労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会の提言「労働・雇用と安全衛生に関わるシステムの再構築を一働く人の健康で安寧な生活を確保するために」(2011年4月)を発出し、長時間労働などの労務の過重性への対応を進めるとともに、労働者の人間的な成長や社会参加を含めた心の健康をめざした新しい第一次予防の枠組みを作ることが重要であると提言している。これを受けた日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会の提言「これからの労働者の心の健康の保持・増進のために」(2014年9月)では、科学的根拠に基づいた対策を企業に普及するとともに、職場の組織要因にも着目すること、また現場で「PDCAサイクル」に基づいた対策を行うことが重要とし、世界保健機関(WHO)が提唱する健康職場モデルによる対策を経営の視点から推進することを推奨し、以下の7つの具体的提言を行っている。(1) 職場のストレス要因のリスクアセスメントと対策の推進、(2) 科学的根拠に基づく労働者の心の健康の保持・増進の推進、(3) 経営としての労働者の心の健康づくりの推進、(4) 心の健康問題を持つ労働者のケアを支援するための産業保健と主治医との連携の推進、(5) 心の健康問題を持つ労働者の社会復帰のための多様な施策の推進、(6) 労働者の心の健康づくりについての国民の理解の向上、(7) 不安定雇用の労働者の心の健康の保持・増進のための施策の推進、

一方、日本産業衛生学会政策法制度委員会では、日本産業衛生学会が学術的側面からいわゆる“Evidence Based Health Policy”の理念をもって根拠にもとづく政策提案を目指して審議を進めてきた。一方、2014年6月には第186回国会で労働安全衛生法の一部を改正する法律が成立し、労働者数50人以上の事業場におけるストレスチェック実施が義務化された。また、同国会では過労死等防止対策推進法が成立し、2014年11月から施行されたところである。そこでこの間、日本産業衛生学会政策法制度委員会ではメンタルヘルス・ワーキンググループを設置し、職場のメンタルヘルスのあり方について検討を加えてきた。このワーキンググループは、多様化する職場のメンタルヘルスの課題およびこれからの職場のメンタルヘルス対策のあり方について幅広い視点から分析し、整理した。本提言はこの分析の上に立って、これから10年の間において日本産業衛生学会および国・行政が労働者の心の健康を保持・増進するために考慮し検討すべき事項を述べるものである。

## II. 現状分析と提言

### 1. 改正労働安全衛生法によるストレスチェック制度について

2014年6月に国会で成立した労働安全衛生法の一部を改正する法律により、労働者数50人以上の事業場において心理的な負担の程度を把握するための検査（ストレスチェック）制度の義務化が決まった。この制度についてはすでに日本産業衛生学会労働衛生関連政策法制度検討委員会（現、政策法制度委員会）の「労働衛生法令の課題と将来のあり方に関する提言」（2013年4月）、政策法制度委員会メンタルヘルスワーキンググループによる「事業場におけるストレスチェック制度の義務化に関する検討結果（中間報告）」（2013年8月、

[http://www.sanei.or.jp/images/contents/269/InterimReport\\_MHWG\\_stress\\_check.pdf](http://www.sanei.or.jp/images/contents/269/InterimReport_MHWG_stress_check.pdf)）で制度の課題について分析し、国への提言を行ってきた。

特に後者では、1) 法改正による義務化ではなく、通達でガイドラインや好事例を示すことにとどめ、将来的には職場の心理社会的環境（職業性ストレスなど）を事業場ごとに評価し、その対策の立案、実施、改善を行ってゆくリスクアセスメントを推進する制度への展開が望ましい。2) 次善の案として「健康診断から精神的健康の状況に関する項目を除外するという法律改正は行わない」こと（注：当時の法案では、第66条を「事業者は、労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による健康診断（精神的健康の状況に係るものを除く。以下この条及び次条において同じ。）を行わなければならない。」と修正することとなっていた）。3) ストレスチェック制度を導入するのであれば、これを効果的なものとするために、（1）実施における事業場および産業保健スタッフの関わりを促すこと、（2）ストレスチェックを第一次予防につなげるという方針の明確化、（3）ストレスチェックに関する科学的根拠および技術の蓄積、（4）5年をめぐとした制度の評価と見直し、（5）ストレスチェック制度の運用では産業医およびこれと連携する多様な職種を含む産業保健チームが係わることを望ましいことを提言した。

その後の労働政策審議会における審議では、これらの提言のうち（1）以外の多くの点が考慮され、ストレスチェック制度は大幅に改善されたものになったと考えられる。ストレスチェックの実施にあっても、第一次予防を趣旨とすること、産業医の関与が推奨され、集団分析を行いその結果を踏まえて職場環境を改善することが努力義務化されるなど、リスクアセスメントを推進する制度への展開が一部含まれる結果となった（厚生労働省、2014）。

しかしながら、当該の労働安全衛生法改正では、心理的負担についての検査を定期健康診断の問診から除くと規定された。ストレスチェック制度に関する行政検討会では、ストレスチェックは「仕事のストレス要因」、「心身のストレス反応」及び「周囲のサポート」の3領域を全て含み数値評価を行うものの、定期健康診断の問診は「はい」「いいえ」などで、数値評価を伴わないものと整理された。しかし心理的負担についての検査と健康診断の問診項目の異同については曖昧な点が残っている。さらに、従来のTotal Health Promotionの健康測定、長時間労働者への医師による面接指導の項目との関係も整理されていない。また、ストレスチェックの項目は、国としては「職業性ストレス簡易調査票（57項目）」を推奨するものの、高ストレス者の判定方法や、より短縮された調査票については科学的根拠が十分とはいえず、科学的にも実務的にもさらに解決すべき課題がある。

提言1-1：国はストレスチェック制度と定期健康診断の問診等の他の制度との整合性について整理し、指針を公表する。

提言 1-2：国はストレスチェックに推奨する調査票、高ストレス者の判定基準、制度の効果評価などについて科学的な検討を継続し、その結果をストレスチェック制度のマニュアルなどに反映する。

## 2. 職業性ストレスのリスクアセスメントと対策の推進のための法制度の必要性

世界的に見ると、既にWHOのガイドラインおよび欧州、カナダなどの諸外国の法体系において、職場環境の心理社会的な要因を評価し対策するリスクアセスメントが職場のメンタルヘルスの標準的な手法となっている。特に、オランダ、デンマーク等ではそれが事業者の義務として位置づけられている。わが国でも、職場のメンタルヘルスのための職場環境等の改善に関するこれまでの研究では、職場の心理社会的な環境を測定し、これをもとに労働者が参加しながら職場環境等の改善を進めることが有効であるとの科学的根拠がわが国の研究からも示されている(Tsutsumi et al, 2009)。

2013年4月に公表された第12次労働災害防止計画において「職場環境の改善・快適化を進めることにより、メンタルヘルス不調を予防するという観点から、職場における過度のストレスの要因となるリスクを特定、評価し、必要な措置を講じてリスクを低減するリスクアセスメントのような新たな手法を検討する。」との方向性が明記されている。

従って、事業場において職場環境等に関する調査票等により定期的に職場の心理社会的な環境を評価し、これを用いて職場環境等の改善の計画立案、改善・評価を行う継続的、自主的な活動を推進することが望まれる。具体的には、現場でこの手法の検討を加速し、職場環境等の改善を普及するための一層の好事例の収集、研究の推進、マニュアルの作成などが進められる必要がある。また使いやすいガイドラインの作成、産業保健スタッフの研修や事業場外部からの支援体制についても強化がはかれるべきである。

2014年6月に改正された労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度に関しては、その後の指針において集団としての分析を行い職場環境等の改善を行うことが努力義務とされたが、この制度をさらに拡充して、ヨーロッパ先進国で行われているような職業性ストレスのリスクアセスメントにもとづく職場環境等の改善を促す法制度に移行すべきである。

例えば2014年の労働安全衛生法改正では、労働安全衛生法に基づく労働安全衛生規則や特別規則の対象となっていない化学物質のうち、一定のリスクがあるものについては職場でリスクアセスメントを実施することが義務化された。この制度を職業性ストレスについても適用することを検討することが望まれる。

提言 2：労働安全衛生法を改正し、事業者が心理社会的な職場環境（職業性ストレス等）の危険性又は有害性等を調査し労働者の危険又は健康障害を防止するため必要な措置を講ずることを義務化する。

## 3. 非正規雇用労働者のメンタルヘルス対策の推進

総務省が発表した労働力調査によれば、2014年11月の非正規労働者数は初めて2000万人を超え、前年同月比では、非正規雇用が48万人増加した一方、正規雇用は29万人の減少であり、(役員を除く)雇用に占める割合は38%を超えた。女性では57.2%が非正規雇用である。年齢階級別にみると15-24歳が50.5%で、(65歳以上の高齢層を除けば)最も高い。最近では初職が非正規雇用である若年者が増加し正

社員になれずやむを得ず非正規での就業を選ぶ、不本意型非正規雇用者が増加している。1996年以降の労働市場改革で派遣法改正などを経て、多くの企業が非正規労働者雇用に切り替えていったためである。

年収200万円以下のワーキングプア(働く貧困層)は8年連続1000万人に達する。2014年の国民生活基礎調査によれば、「貧困線(等価可処分所得の中央値の半分の額)」とされる年収122万円以下の世帯は16.1%と過去最悪で、中でも18歳以下の子どもの貧困率は16.3%に上る。この調査で生活意識が「苦しい」とした世帯は59.9%だった。長引くデフレ経済下で子育て世帯の所得が減少したことや母子世帯が増加する中で働く母親の多くが非正規雇用であることも影響したと分析されている。国際比較でみると日本は先進国の中ではアメリカに次ぐ高い相対貧困率である(OECD経済協力開発機構)。「世界賃金報告(ILO 2014-15年度)」によれば、2013年になっても日本では実質賃金はリーマンショック前を下回り、2007年に100とすると98.7である。また超富裕層が増加している一方で、中間層の減少や格差の拡大と固定化も危惧されている。

非正規雇用労働者のメンタルヘルスの課題は、その労働条件の改善に関係した側面が多い。日本公衆衛生学会モニタリング・レポート委員会が指摘しているように、非正規雇用の健康や安全に関する先行研究を概観すると、非正規雇用者のメンタルヘルスは、正規雇用者に比して概ね悪い傾向にあり、雇用の不安定性、賃金などの処遇の低さ、組織内での孤立など、非正規雇用であることの不利な点が影響していると考えられる(日本公衆衛生誌, 2014)。既に日本学術会議からも前述の労働雇用と労働者の健康安全に関する2011年の提言の中で同様の指摘がなされている。

ILOでは、約20年前の1994年には既にパートタイムに関する条約(第175号条約)を採択している。この条約の特徴は、団結権、団体交渉権、労働者代表として行動する権利、労働安全衛生、雇用及び職業における差別の禁止といった労働者にとって基本的な権利に関しては、(パートタイム労働者にとって比較可能な)フルタイム労働者と同一の保護を与えるとともに、基本給、職業活動に基づく法定社会保障制度、母性保護、雇用の終了、年次有給休暇と有給公休日、疾病休暇に関しても、同等の条件を与え、さらにフルタイム・パートタイム間の自発的な相互転換に向けた措置をとることなどを求めている。一方、我が国では非正規雇用と正規雇用間の待遇の格差が大きいことが指摘されている。その背景として、長年、パートタイマー就業形態は主婦の片手間労働と位置付けられ、その待遇は(男女ともに非正規雇用が増え、労働者全体の4割近くに達しても)一向に改善が進んでこなかった。これが今日の非正規雇用の正規雇用との間の理不尽な格差、経済的な貧しさ、将来展望のなさを引き起こしているともいえる。

このような状況のもと、2012年には改正労働契約法、改正労働者派遣法により、有期雇用契約者の無期雇用転換、日雇派遣の原則禁止等が定められた。しかし、その後、2013年12月には労働者派遣法を改正し派遣労働を拡大する方針が労働政策審議会で結論された。社員の勤務地などの勤務条件を限定して働く「限定正社員」に関する雇用ルールを検討も厚生労働省で開始されるなど、非正規雇用をめぐる法制度は流動的である。

しかし、いずれにしても、非正規雇用に代表される我が国における貧困と格差の拡大は、社会の公平さを損なうばかりでなく、国内経済的にも否定的な結果をもたらし、さらにはアメリカやイギリスで報告されているような人々の心身の健康への悪影響を招く(Norman Daniels, Bruce P. Kennedy and Ichiro Kawachi, *Is inequality bad for our health?* 他)可能性があるため、待遇の改善は非正規雇用労働者のメンタルヘルスの改善にとって喫緊の課題といえる。

従って今後の職場におけるメンタルヘルス対策を考えると次のような改善が望まれる。

第一に、非正規雇用では雇用が不安定で生活が安定せず所得が正規雇用に比べて著しく低いことから、非正規雇用労働者の賃金や年金、社会保険などの基本的労働条件について、待遇の抜本的な改善を行う必要がある。日本学術会議提言（2011年）に掲げられているように、我が国もILOのパートタイムに関する条約（第175号条約）を批准し、雇用形態や性別による差別を禁じるための法制度に代えていくべきである。同時に世界的に見ても著しく低く、生活保護に比べても低いとされる我が国の最低賃金水準を見直すことも必要である。また、非正規雇用労働者の抜本的な待遇改善のために、行政や労使は「同一価値労働同一賃金の原則」の導入に向けて、それぞれの産業や職種で「職務評価手法の開発」など具体的に解決すべき諸課題の整理・検討を積み重ねるべきである。

第二に、日雇い派遣の原則禁止に関して、特定団体の例外規定（60歳以上など）に根拠がなくこの規定があることにより逆に多くの労働者から雇用を奪う結果となっている現状を見ると、例外規定について見直す必要がある。直接雇用か間接雇用かを問わずニーズのある日雇い労働を全面的に禁止することが現実的でないなかで、雇用側の都合で労働を日雇いなどに「切り売り」する等の雇用契約を禁止することが望まれる。

第三に、労働政策審議会による派遣法改正案のひとつ「3年の上限と個人単位の期間制限」に関して、改善法案がたとえ派遣であっても長期間の労働を望む労働者にとっては不利がある点への配慮が必要である。

第四に、短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律（通称：パートタイム労働法）において、現行でも、パート労働者であることを理由に正社員と異なる労働条件で就労させることは禁止されているが、その対象は「①正社員と職務内容が同一」「②人事活用の仕組み・運用が同じ」「③無期雇用あるいは実質無期雇用」の3要件を満たすパートに限られ、同条が適用される労働者は全体の1.3%に過ぎなかった。改正案では、3要件のうち③が削除されるため、対象者の範囲が拡大されることが予想される。しかし差別撤廃に関しては、労働契約法の「不合理な労働条件の禁止（第20条）」で既に規定されている。一方改正案では、有期契約のパート労働者も差別的扱い禁止の対象になるが、彼らには労働契約法も適用される。両法の運用を明確にし、非正規雇用労働者の不利益を小さくする方向の改革が望まれる。

これらの取組により、非正規雇用にかかわる職場でのストレスや社会での生きづらさ等が軽減される方向性が生まれ、労働者としての貴重な人的資源の確保と日本社会全体の持続的な発展に向けて、今後、多くの好循環の動きが出てくることが期待される。

提言3-1：賃金や年金、社会保険などの基本的要件について、非正規雇用労働者の待遇の抜本的な改善を行うために、ILOのパートタイムに関する条約（第175号条約）を批准し、我が国も雇用形態や性別による差別を禁じるための法制度に代えていくべきである。

提言3-2：非正規雇用労働者の抜本的な待遇改善のために、行政や労使は同一価値労働同一賃金の原則の導入に向けて、それぞれの産業や職種で職務評価手法の開発など具体的に解決すべき諸課題の整理・検討を早急に開始すべきである」

提言3-3：法制度の基本（理念）をいわゆる「常用代替防止」（正規労働者の保護）を根本とする従

来の在り方におくのみならず、派遣労働者など非正規雇用労働者を保護する視点をも取り入れ、派遣労働者の安全と健康（労働安全衛生確保）をより重視すべきである。

提言 3-4：現在あるパートタイム労働法第 8 条では「差別的扱い禁止」の範囲を明確化する。

#### 4. 長時間労働問題解決への一層の取組を推進

我が国の自殺者は過去 10 数年年間 3 万人近くで推移してきており、その近年の増加は男性の自殺者数増加によるところが大きい。その理由として、非正規雇用など不安定雇用の増加問題や、依然として減らない正規労働者の過重労働の問題が指摘されてきた。非正規雇用労働者の増加と正規労働者の過重労働は裏腹の関係にあるともされる。

日本学術会議は前述の「労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全に関する課題別委員会の提言（2011 年）においては、「適正な労働時間短縮と労働生産性の向上の両立ができ、また国を挙げて進めているワークライフバランスと男女共同参画が達成できるように、国は「より健康で安全な労働生活」を政策の上位理念とし、それを「健康日本 21」などの重要な健康政策の中に位置づけるべきである」とした。

その後、現在国が進めている「健康日本 21（第 2 次）」には、長時間労働などの社会環境要因が取り入れられ、数値目標も加えられたのは評価できる。また同提言には、「国は過重労働対策基本法を制定し、過重労働対策の基本を定め、過重労働に起因する労働者の健康被害の実態を把握し、過労死・過労自殺等の防止を図る」ことが掲げられた。その後、過労死遺族の会や弁護士等を中心とした運動と超党派国会議員らの努力により、過重労働対策基本法が全会一致で成立し、2014 年 11 月には、過労死等防止対策推進法が施行され、過労死等の防止のための対策に関する大綱の作成、過労死等の防止のための対策（調査研究等、啓発、相談体制の整備等、民間団体の活動に対する支援）、過労死等防止対策推進協議会の設置が行われるようになった。しかし今後も、国際的にみれば著しく長い労働時間の一層の短縮、過労による脳血管疾患や心臓疾患、精神障害等の発生予防のための取組が必要である。

過重労働対策について、我が国では ILO の労働時間や休暇に関する条約のほとんどを批准していない。こうしたことが長時間労働や働きすぎを招いており、健康を害し精神疾患（うつ病など）や過労死、過労自殺に至る労働者が後を絶たない原因とも考えられる。日本学術会議の委員会提言「労働・雇用と安全衛生に関わるシステムの再構築を一働く人の健康で安寧な生活を確保するために」（2011）では、労使が協定を結べば著しい長時間労働を可能にするいわゆる「36 協定」制度を見直し、連続最長労働時間や時間外労働の時間についての 1 日、1 週、1 月、1 年単位での上限を設定し、併せて最低休息時間制度を導入し、時間外労働等の賃金割増率を引き上げるべきであるとしている。さらに、日本は有給休暇に関する ILO 第 52 号を批准しておらず、その後改正された第 132 号条約をも批准していないので、ILO 第 132 号条約の批准を目指し、最低 2 労働週の連続休暇の取得を推進するための諸条件の検討を開始すべきであるとされている。日本産業衛生学会としても働く人の健康と家族と過ごす時間の確保や、長い職業生活を全うするために、今一度、労働基準法が定める 1 日 8 時間労働の意味や、休息、休暇の意味を考えなおす必要がある。

しかし最近、第 122 回労働政策審議会労働条件分科会（2015 年 1 月 16 日）では、「新たな労働時間制度」として一定以上の年収にある者において「労働時間の長さ」と賃金のリンクを全面的に切り離す」（労

働時間規制の原則を適用除外とする)ことが結論された。この「特定高度専門業務・成果型労働制(高度プロフェッショナル労働制)」は、時間外・休日・深夜の割増し賃金の支払い義務の適用が除外されることから、メディアでは「残業代ゼロ」法案と報道されているが、その該当する業務については為替ディーラーなどが挙げられているものの、具体的には法案成立後に省令で定めるとされている。この制度が導入されると、「残業」という概念が全くなくなるので、使用者は労働基準法の「36協定」を締結して時間外・休日労働を命じることなく労働者を働かせることが可能になる。

こうした新しい働き方については、労働者の健康を確保するための条件を注意深く制度設計することが強く求められる。特定高度専門業務・成果型労働制・従事者への「医師による面接指導」も対策としてあがっているが、そもそも産業保健は予防医学が柱であることを鑑みれば過重労働対策の基本は環境改善にこそ比重を高くするのが疾病や健康障害予防の本来の姿である。このように新しい制度設計においては医学的な側面から学術的な調査研究を行い、面接指導の対象となる業務における健康リスクを明確にした上で、必要な対策を十分に検討されてからの導入が必要である。

特に、日本の長時間労働の特色として従来からIT産業などにおけるシステムエンジニアなど専門技術職の長時間労働とメンタルヘルスの関係が本学会でも種々報告されてきた。加えて、近年は、医師、特に当直を伴う勤務医の労働時間が他の産業や職種に比べても極めて長いことが種々の調査や統計で指摘されている。これらを背景に近年、医師や教員などを含めた広く、専門職や管理職の長時間過重労働による健康影響が指摘されている。実際に政府統計を用いた疫学研究で、専門職、管理職では全死亡、がん(全がん、消化器がんなど個別のがん)による死亡のSMR(年齢標準化死亡比)がその他の職階級に比べて2001年以降、有意に高かったなど、過重労働の影響が健康リスク面に疫学的に認められたことが報告されている(Wada et al., 2012)。今後、さらに追跡的な解析調査で職業・職位と健康リスクの関係を明らかにしていく必要がある。過重労働による健康影響については最近のシステムチックレビューで長時間労働(シフトワークを含まない)と虚血性心疾患、うつ状態、不安、睡眠障害の4項目があげられている(Bannai et al., 2014)。今後、「高度プロフェッショナル労働制」の導入により、時間外・休日労働協定の締結や時間外・休日・深夜の割増賃金の支払義務等の適用を除外されることが予想されるが、我が国では男性30-49歳の週労働時間をみると60時間を超える比率は17%を超えているので、働き過ぎによる種々の健康影響が一層深刻化する懸念がある。特に管理職や裁量労働制の労働者はもともと労働時間など実態の把握が課題であると指摘されている。従って法制化に対しては十分な注意が必要である。

一方で、外食産業や小売り産業などで「ブラック企業」の問題が噴出している。若者を大量に採用し、長時間過重労働や違法労働によって使いつぶし、次々と離職に追い込み自殺者も出た結果、有名企業が告発され、注目されている。私生活が崩壊するような長時間労働を強い、なおかつ若者を使い捨てる場所に「ブラック」といわれるゆえんがある。これまでブラック企業問題の被害者は主に正社員であったが、近年では学生アルバイトに過重労働をさせるというブラックバイトという派生語も生まれている。ブラック企業問題は我が国における労使関係に適切なルールがない働かせ方が背景にあるとも言えよう。

激しい企業間競争が労働者の長時間労働を生んでいる現実もある一方で、業界における主要各社が協力して長時間労働を改善するプログラムを実施し、ノー残業デーなどの増加や残業時間の短縮に成功した企業事例もみられる。こうした産業ごとや企業間における取組、あるいは個別企業のグッドプラクティスの推進、普及が労働時間に関するILO条約の批准や、先進国に学ぶ取組みとともに、今後我が国



では重要である。

提言 4-1：労働時間規制に関する ILO 条約を批准するとともに、我が国は 36 協定などの制度を見直し、連続最長労働時間や時間外労働時間についての 1 日、1 週、1 月、1 年単位での上限を設定し、併せて最低休息時間制度を導入し、時間外労働等の賃金割増率を引き上げるべきである。また、ILO の有給休暇に関する条約（第 132 号）の批准を目指し、最低 2 労働週の連続休暇の取得を推進するための諸条件の検討を開始すべきである。

提言 4-2：ブラック企業の厳罰化、違法行為摘発の為に労働基準行政職員、特に監督署監督官の増員を含む、監督機能の強化を図る必要がある。

提言 4-3：労働時間規制がもともと十分でない我が国の現状を鑑みて、高度プロフェッショナル労働制の導入は労働者への健康影響等の配慮から慎重であるべきである。

## 5. 職場におけるハラスメント対策

2001 年 10 月から実施されている個別労働紛争解決制度における、全国の労働局の労働相談センターに寄せられた相談内容の内訳では、2012 年度には 5.8%であった「いじめ・嫌がらせ」の事案の割合は 2013 年度には 19.7%に増え、制度開始から 10 年以上が経つにも関わらず未だ年々増加している（厚生労働省、2014）。また、精神障害・自殺に関する労働災害の認定ケースの中でも、ハラスメントの比重が増している。例えば、2010 年・2011 年ともに年間 40 件程度、2012 年・2013 年には年間 55 件が「(ひどい)嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた」を理由に労災認定されており、この項目は、2013 年に支給が決定された精神障害に関する労災の中でも、「特別な出来事」に続いて 2 番目に支給決定の多い件数である（厚生労働省、2014）。

2011 年度には厚生労働省によって職場のいじめ・嫌がらせ問題に関する円卓会議ならびにワーキング・グループが立ち上げられ、初めて公的にパワハラ定義が示された（厚生労働省、2012）。しかしながら、職場のいじめやパワハラがメンタルヘルスに悪影響を及ぼすことは認知されているものの、こういった問題を防止するために何をしたら良いのかはあまり知られておらず、試行錯誤の状況が続いている。また、日本では対策を進める上で根拠となりうる健康影響や組織への影響に着目した科学研究もまだまだ少ない。一方海外では、例えばスウェーデンやノルウェーでは 90 年代にいじめ対策法が制定され、オーストラリアでは国や自治体で「いじめ防止ガイドライン」が作成され、デンマークでは日本と言う労働基準監督署がいじめ対策状況を含む職場の心理社会的要因を査察し、結果をインターネット上で公開するなど、各国で様々な対策がなされている。

我が国においても、いじめ・嫌がらせ等のハラスメントがないことを健康指標の一つとして位置づけ、ハラスメント防止ガイドラインを策定し、企業や組織が現在の対策状況の過不足を確認できるようなチェックリストを策定することで、対策の具体的な実施を促進すべきである。「ハラスメントがないこと」を組織における健康指標の一つとして位置づけ、広く周知することも必要である。

提言 5：対策実施状況を確認できるチェックリストを含めたハラスメント防止のためのガイドラインを策定する。

## 6. 指針および手引きの改訂に関すること

### 1) 労働者の心の健康の保持増進のための指針の改訂の必要性

「新型うつ」、発達障害、双極性障害（Ⅱ型）などの疾病（あるいは疾病に関連する）概念が職場においても関心が高まり、それらへの適切な対応をめぐる混乱（議論）がみられている。職場で労働者に変調や問題行動等がみられた場合に、安易にそれらの疾病概念を当てはめる、いわゆるレッテル貼りや、個別の検討を疎かにしたまま、特定の画一された対応パターンを当てはめよう（型にはまった対応で済ませよう）とする動き（「新型うつ」だから〇〇すればよい、など）が広がっていくことが懸念される。「労働者の心の健康の保持増進のための指針」において事業場内産業保健スタッフ等とリワークなど外部機関の役割について整理が必要である。

またメンタルヘルス情報の取扱いに関するルールが複雑になり、多々矛盾もおきてきている。現場での十分な理解に基づく運用が困難になっている事例もある。「労働者の心の健康の保持増進のための指針」にこの点を加筆する必要がある。

さらにストレスチェック制度や、今般、再編された産業保健総合支援センターの役割についてもその機能が高まるように、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」に記述を追加、更新する必要がある。

提言6-1：「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を改訂し、事業所と「外部機関」との役割分担、個人情報の取扱いを加筆するとともに、その他の法制度の変更を反映する。

### 2) 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改訂の必要性

精神医療の領域でリワークプログラムが開発され、それが洗練されている一方で、それらの利用可能性に関して少なからぬ企業、地域間格差が目立ってきている（大木他，2013；加賀，2013）。また、精神科領域の薬剤の副作用に関して、社会的な関心が高まっている。リワークプログラムへの過度の期待とともに、それに復職支援の多くを委ね、職場改善などの取組が軽視されるような風潮が高まることも懸念されることから、職場が行うべき対応（職場改善、精神医療との連携のあり方の見直しなど）を明確に再整理することが求められている。現行の手引きに関して、産業保健スタッフの充足していない事業場、中小規模事業場などでは活用しづらいという声が多い。他方、日本産業衛生学会等の学術組織に報告される良質な復職支援の知見も蓄積されてきている。第12次労働災害防止計画においても、職場復帰支援の推進が記載されている。「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」は2004年に第一版が、2009年に改訂版が出されて以来、変更されていない。こうした動向を踏まえて、再改訂の時期にあると考えられる。

また平成25年4月から精神障害者を新たに含む障害者の法定雇用率の引き上げ、平成28年4月より改正障害者雇用促進法の施行による障害者に対する差別の禁止・合理的配慮の提供義務、さらには平成30年4月から精神障害者雇用義務化と、精神障害者雇用促進の施策が拡充してきた。今後も一層企業において精神障害者の雇用対策に取り組むことは重要な課題であり、企業への支援が適切に実施される必要がある。精神障害者に対する雇用上の配慮は、施設・設備のようなハード面より人的支援や職場のマネジメントなどのソフト面が重要であり、障害特性に合わせた配慮が適切に実施される必要がある。企業内の人材では専門性の面から適切な配慮を行う事が困難であり、方針や具体的な方法とポイント等を指針として公表することが求められる。

提言 6-2：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を改訂する。

提言 6-3：労働安全衛生法第 70 条の 2 に基づき、労働者が精神障害があっても安全・健康に就労するための措置に関し、その適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を作成し公表する。

### 3) 職場のメンタルヘルスを支援する専門職の人材確保のための措置

労働安全衛生法改正によるストレスチェック制度では、高ストレスの通知を受けた労働者が希望した場合は、医師が面接を実施しなければならない。嘱託産業医からはメンタルヘルスの事例への対応に不安の声があり、産業医の資質向上のための事例検討などメンタルヘルスに関わる認定産業医研修の強化、精神科医との合同勉強会の開催などが要望されている (Moriguchi et al, 2013)。産業保健総合支援センターや医師会はメンタルヘルスに関わる産業医研修を強化すべきである。

産業看護職である保健師・看護師は、産業精神保健チームの一員として、また労働者の身近な存在として、労働者の心身の健康情報を多く持っているのと同時に、対象を多面的包括的に捉えながら健康支援をおこなうことができるという特徴から、産業保健職としてその役割が期待されている。平成 18 年 7 月に日本産業衛生学会「職場のメンタルヘルス対策における産業看護職の役割」に関する報告書が提出されているが、その中では、産業看護職の役割を大きく取り上げている。諸外国においても心身の不調からの職場復帰支援において看護職など多職種の間接的関与が有効であることが示されている (Shaw et al, 2008; 森口, 2007; 武藤, 2012)。特に 50 人未満の事業場では、保健師、看護師がメンタルヘルスの推進役となり、必要に応じて産業医や精神科医と連携する産業保健チームによる取組が考慮されるべきである。地域産業保健センターや労働衛生機関は、小規模事業所の産業保健活動に、産業看護職などを含む多職種産業保健チームによる取組を検討すべきである。

さらに心理職に関しては、「事業場における労働者の健康づくりのための指針」において「心の健康づくり専門スタッフ」として記載がなされた。しかし心理職は事業場内産業保健スタッフを構成する心の健康づくり専門スタッフの一員という位置づけであり、その独自の専門性が強調されていない。心理職の中でも特に専門性の高い臨床心理士は、学校教育法に基づいた大学・大学院で得られる高度な心理学的知識と技能を用いて、①心理査定、②臨床心理面接、③コンサルテーション、④研究調査等を行うことが業務である。「事業場における労働者の健康づくりのための指針」において心理職の役割・活用が明記されるべきである。心理職の活躍を促進するには、心理職の国家資格化と平行して、産業衛生学会において心理専門職の養成のための系統的な教育研修システムの構築およびカリキュラム開発を行い、その修了者に「産業衛生心理士」の学会認定の資格を付与することも考えられる。

提言 6-4：労働安全衛生規則第 15 条の 2 及び平成 23 年 2 月 10 日付け基安労発 0210 第 1 号「地域産業保健事業の運営について」に示されている、労働者の健康管理等を行うのに必要な知識を有する保健師の活用を義務付け、産業医、メンタルヘルスに対応可能な医師など多職種の連携を明記する。

提言 6-5：「事業場における労働者の健康づくりのための指針」において、心理職の役割・活用が明記されるべきである。

## 7. 研究の推進

労働衛生政策も科学的根拠(エビデンス)に基づくものであることが求められる。しかるに、わが国の現状を見ると、予防全般に関するエビデンスが不足しており、施策の裏づけが希薄である。とくに職場のメンタルヘルス対策については、予防対策の方法論は全般に未確立であり、費用対効果を含む施策の効果評価に関する知見や研究と実務のギャップを埋める努力も求められる。厚生労働科学研究費の予算の推移を見ると、平成 24 年度は前年より若干の増額が認められるものの、平成 21 年度以降減額している。さらに、その成果が職場のメンタルヘルス対策に係る労働衛生政策に反映される労働安全衛生総合研究が予算額に占める割合は最低で、わずか 0.3 パーセントを占めるに過ぎない(厚生労働省, 2014)。労働衛生政策策定の根拠となる科学的知見が乏しい要因のひとつに、関連分野の過小な研究費に起因する研究人口の不足が推察される。積極的に研究を勧奨する施策により、労働衛生施策の立案に資する知見の活発な創出を可能とする基盤を構築する必要がある。

本学会は日本公衆衛生学会、日本衛生学会と合同で、「日本医療研究開発機構」設立に伴い、医療イノベーションに直接かかわらないという理由で食品衛生、労働安全衛生、健康安全・危機管理等の分野の研究が削減の傾向にある状況を懸念して、厚生労働大臣あてに緊急提言を 2014 年 9 月 4 日付けで公表した。労働安全衛生、食品衛生、生活環境における化学物質管理、健康安全・危機管理等の国民の健康と安全に直接かかわる分野に今後も十分な予算をつけて必要な研究推進を可能にする等の環境整備を要望している。本提言で述べたように、職場のメンタルヘルスの対策においても不足している科学的根拠を充足するために厚生労働科学研究費等による研究支援が必要である。

提言 7：職場のメンタルヘルス対策全般において不足しているエビデンスを充足するため、研究支援を拡充させる。

## III まとめ

職場のメンタルヘルスにおいては関連法制度の改正や改訂が今後急速に進む可能性がある。また労働雇用環境や職場のメンタルヘルスの課題も急速に変化、多様化している。こうした状況を踏まえて、日本産業衛生学会は継続的に、職場のメンタルヘルスの法制度や指針の見直しについて継続的に提言を行っていく必要がある。

## 文献

1. 日本学術会議労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会、提言「労働・雇用と安全衛生に関わるシステムの再構築を一働く人の健康で安寧な生活を確保するために」、2011 年 4 月 20 日。
2. 日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会、提言「これからの労働者の心の健康の保持・増進のために」、2014 年 9 月 11 日。
3. 労働衛生関連政策法制度検討委員会「労働衛生法令の課題と将来のあり方に関する提言」2013 年 4 月
4. 労働衛生関連政策法制度検討委員会メンタルヘルスワーキンググループ「事業場におけるストレスチェック制度の義務化に関する検討結果(中間報告)」2013 年 8 月

5. 厚生労働省労働基準局安全衛生部. 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検討会報告書, 2014年12月17日 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000069013.html>
6. Tsutsumi A, Nagami M, Yoshikawa T, Kogi K, Kawakami N. Participatory intervention for workplace improvements on mental health and job performance among blue-collar workers: a cluster randomized controlled trial. *J Occup Environ Med.* 2009 May;51(5):554-63.
7. 厚生労働省. 第12次労働災害防止計画 2013年2月25日  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei21/>
8. 日本公衆衛生学会公衆衛生モニタリング・レポート委員会. 非正規雇用と健康 現状分析と今後のモニタリングおよび対策の方向性. *日本公衆衛生雑誌* 61(8): 396-405, 2014.
9. Wada K, Kondo N, Gilmour S, Ichida Y, Fujino Y, Satoh S, Shibuya K, Trends in cause specific mortality across occupations in Japanese men of working age during period of economic stagnation, 1980-2005: retrospective cohort study, *BMJ* 2012; 344 :e1191
10. Bannai A and Tamakoshi A. The association between long working hours and health: a systematic review of epidemiological evidence, *Scand J Work Environ Health* 40(1): 5-18, 2014
11. 大木洋子, 他: メンタルクリニックにおけるリワークプログラムの治療構造とアウトカム. *精神医学* 55, 761-768, 2013.
12. 加賀信寛: 地域障害者職業センターのリワーク支援. *精神医学* 55, 777-784, 2013
13. Moriguchi J, et al. Activities of private clinic- or hospital-based occupational physicians in Japan. *Industrial Health* 2013, 51, 326-335.
14. 日本産業衛生学会. 職場にメンタルヘルス対策における産業看護職の役割」に関する報告書; 「職場のメンタルヘルス対策における産業看護職の役割, 2004
15. Shaw W, et al. A Literature Review Describing the Role of Return-to-Work Coordinators in Trial Programs and Interventions Designed to Prevent Workplace Disability. *J Occup Rehabil* 2008, 18, 2-15.
16. 森口次郎. オランダにおける産業保健サービスについての訪問調査研究に基づく日本の小規模事業場向け産業保健の新たな戦略についての検討. 働く人すべてに過重労働対策を含む産業保健サービスを提供するための諸条件の整備に関する研究. 2007, 103-125.
17. 武藤孝司. ベルギーの産業保健制度. *産業医学ジャーナル.* 2012, 35, 71-75.
18. 厚生労働省第82回科学技術部会、『平成26年度 厚生労働省科学技術関係経費予算案について』, 2014年2月18日.  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagaku/0000038000.pdf>

日本産業衛生学会政策法制度委員会（◎は委員長、○は副委員長）

五十嵐 千代  
加藤 元  
川上 憲人  
◎岸 玲子  
齊藤 政彦  
柴田 英治  
武田 繁夫  
橋本 晴男  
久永 直見  
廣 尚典  
○堀江 正知  
松井 春彦  
矢野 栄二  
吉川 徹

政策法制度委員会メンタルヘルスワーキンググループ（50音順、敬称略、◎委員長）

五十嵐 千代\*  
◎川上 憲人\*  
岸 玲子\*  
島津 明人  
堤 明純  
錦戸 典子  
廣 尚典\*  
堀江 正知\*  
森口 次郎  
吉川 徹\*  
三柴 丈典  
\* 政策法制度委員会委員

協力者（50音順、敬称略）

安藤 絵美子（東京大学大学院医学系研究科・院生）  
今村 幸太郎（東京大学大学院医学系研究科・特任研究員）  
北居 明（大阪府立大学経済学部・教授）  
黒木 宣夫（東邦大学医学部精神神経医学講座（佐倉）・教授）  
関屋 裕希（東京大学大学院医学系研究科・特任研究員）

津野 香奈美 (和歌山県立医科大学医学部衛生学教室・助教)

長見 まき子 (関西福祉科学大学・教授)

## 政策法制度委員会およびメンタルヘルスワーキンググループ活動経緯

- 2013年2月16日 第134回政策法制度委員会にて検討方針を審議
- 2013年5月15日 第135回政策法制度委員会にてワーキンググループメンバーおよび検討方針を審議
- 2013年5月16日 第68回日本産業衛生学会（松山）日本学術会議（基礎医学・健康・生活科学委員会パブリックヘルス分科会）・日本産業衛生学会共催 市民公開シンポジウム6「職場のメンタルヘルスのグランドデザインを考える（市民公開）」
- 2013年8月1日 事業場におけるストレスチェック制度の義務化に関する検討結果（中間報告）を理事長に提出
- 2013年9月11日 第1回会合（東京大学）
- 2013年10月13日 第2回会合（東京大学）
- 2013年11月 担当者から提言原稿を収集
- 2013年12月15日 提言第1稿を作成
- 2014年2月1日 第137回政策法制度委員会（東京）にて提言第2稿を審議。
- 2014年5月21日 第138回政策法制度委員（岡山）にて提案リスト（案）を審議
- 2014年9月29日 第139回政策法制度委員会（金沢）にて修正方針を報告
- 2015年1月25日 第140回政策法制度委員会（東京）にて提言第3稿を審議
- 2015年4月18日 理事会へ提言（案）を提出
- 2015年5月13日 第141回政策法制度委員会（大阪）で委員会提言（案）を審議