

労働環境改善政策の提言¹

労働由来の精神障害患者数を低減する

早稲田大学 須賀晃一研究会

松下優

佐久間恒成

園部将也

武富翔太郎

榎原慧史

深山祐衣

2014年11月

¹・本稿は、2014年12月13日、12月14日に開催される、ISFJ 日本政策学生会議「政策フォーラム 2014」のために作成したものです。本稿の作成にあたって、指導教員の須賀教授からは有益且つ丁寧なコメントを頂戴しました。謹んで感謝いたします。また、ゼミの先輩である栗原氏には分析にあたって多くのアドバイスをいただきました。心より感謝申し上げます。そして、中間カンファレンス、中間報告会においては、専修大学の兵頭淳史教授と独立行政法人労働政策研究・研修機構の高橋康二研究員、青山学院大学の白井邦彦教授に論文をご精読いただきました。心より感謝申し上げます。大阪商業大学 JGSS 研究センター、東京大学社会科学研究所の皆様からは、貴重な個票データをいただきました。謹んで感謝いたします。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものであります。

・日本版 General Social Surveys (JGSS) は、大阪商業大学 JGSS 研究センター（文部科学大臣認定日本版総合的社会調査共同研究拠点）が、東京大学社会科学研究所の協力を受けて実施している研究プロジェクトである。

・〔二次分析〕に当たり、東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センターSSJ データアーカイブから〔「連合生活アンケート調査,2004」(日本労働組合総連合会)〕の個票データの提供を受けました。

要約

近年では労働からくる精神障害の訴えが増加傾向にある。厚生労働省が平成 26 年 6 月 27 日に同省 Web サイトに掲載した「平成 25 年度『脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況』まとめ」²によれば、精神障害の労災請求件数は 1409 件(前年度比 152 件増)と過去最多であった。精神障害は労働者の生産性を下げる。また、他の身体的な病よりも再発性が高いため、長期的に仕事を休むことになってしまう。毎年多くの労働者が精神的に病み、生産性を下げたり長期的あるいは長期的に働けない状態になってしまったりすることは、社会的に大きな損失である。本稿では、これらの社会的損失を防ぐためにいかなる職場環境がメンタルヘルスに影響を与えるのかを分析し、それをもとに政策提言を行う。

労働において精神的疾患におかされてしまうとき、どのようなメカニズムが働いているのか。モデルとして、NIOSH（米国労働安全衛生研究所）のストレスモデルがよく知られている。職業性のストレス要因は、ただそれだけで精神疾患を引き起こすわけではない。このモデルでは、職業性のストレス要因は個人要因（家庭、地域の出来事など）、緩衝要因（人間関係など）、仕事外の要因（年齢、性別、性格など）の 3 種類の要因によって修飾されることで、急性のストレス反応を引き起こすとされている。急性のストレス反応が繰り返されると最終的に疾病に罹患する。したがって要因分析においては、労働の形式、内容、変化に加えて上記の 3 種類の要因も交えることになる。

分析については、「2004 連合生活アンケート」を利用した。被説明変数を、長期的なストレスと短期的なストレスの 2 種類としてそれぞれロジット分析を行った。説明変数は、NIOSH のストレスモデルに基づいて選定し、有意でないものを取り除いた。

結果としては、短期的なストレス要因として、教育年数、時間外労働、職場の不安の 4 つが有意に影響を与えることが分かった。職場に対する不安が高く、時間外労働が多いほどストレスが大きくなるというのは、モデルから見ても整合的であった。予想とは反して収入、教育年数が多くなるほどストレスが高いという結果が出た。これは収入や教育年数が上がるにつれて、地位が高くなり責任ある仕事を任せやすくなるためだと考えられる。

心理的な問題はどうしても主観的な指標に頼らざるを得ないため、メンタルヘルスに関する実証分析はまだ少ない。したがって、本稿はデータをもとに実証分析を行った点において意義があったと考えられる。

政策提言では、分析結果を基に産業医制度、人間関係についての提言を行った。産業医制度は分析結果の「過労による健康不安」「時間外労働の有無」に密接にかかわってくる。現行の制度では、主に中小企業においてメンタルヘルス対策が非常に弱い。また、精神、神経を専攻している産業医もかなり少なく、精神障害に対応できるかどうか疑問が残る。そこで、中小企業へのメンタルヘルス対策の支援をするとともに、企業内カウンセラーなどの利用を促進することとした。人間関係については、現在セクハラについて用いられている基準を、いじめなどに適用した法整備をおこなうこととした。

²厚生労働省「平成 25 年度『脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況』を公表」、
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000049293.html>、2014/10/30 最終アクセス

目次

はじめに

第1章 用語の確認

第2章 問題意識・現状分析

第1節 問題意識

第2節 現状分析

第3章 理論モデル

第1節 NIOSH のストレスモデル

第2節 カラセックの仕事の要求度—コントロールモデル

第3節 努力—報酬不均衡理論

第4章 先行研究

第1節 労働者の「心の健康」と労働生活—JGSS データによる実証分析—

第2節 メンタルヘルス対策に関する研究—対策事例・欧米の状況・文献レビュー・調査結果—

第3節 本論文の意義

第5章 分析

第1節 使用するモデル（ロジットモデル）

第2節 「長期的なストレス」を被説明変数にとった分析

第3節 「短期的なストレス」を被説明変数にとった分析

第4節 上記2分析の比較

第6章 政策提言

第1節 産業医、企業内カウンセラーについて

第2節 人間関係の不安の対策

先行論文・参考文献・データ出典

はじめに

1990年代以降、精神障害は社会の注目を集める問題の1つとなり、現在も多くの調査や研究がなされるなど、注目度は増してゆくばかりである。特に、労働分野においては人々の精神障害に対する認識の向上も影響し、労災請求数と認定件数は増加し続けている。

うつ病に代表される精神障害は、しばしば生産性の低下や退職による人材の喪失、場合によっては自殺の原因となることもあり、厚生労働省は早急かつ効果的な対策の整備を求められている。

労働者の精神障害を低減させるためには、精神障害がどのような要因により引き起こされるのかを知ることが不可欠である。精神障害要因は外生的なもの、内生的なもの等様々な要因があるが、その中でも労働者の置かれた環境によるところが最も大きい。本論文は、労働者の精神障害にはどのような環境要因があるのかを統計並びに計量経済学的手法を用いて分析し、その結果をもとに現行制度の欠点や補う余地のある点を挙げ、現状を改善するために打ち立てるべき政策を提言するものである。

本論文は以下のように構成される。第1章では、本論文における中心概念である「精神障害」並びにそれに付随する用語の定義について確認する。第2章では問題意識として、近年の精神障害による労災請求件数や認定件数、精神障害の再発性の高さ、精神障害による労働者の生産性低下をデータとともに示し、精神障害がいかに深刻なものであり、その解決はいかに意義があるかということを示す。第3章では労働者を取り巻く環境が精神障害を引き起こすメカニズムを示す、米国労働安全衛生研究所(NIOSH)のストレスモデルを紹介する。第4章では本論文を執筆する際に先行研究として参考にした、山岡、小林(2013)の『労働者の「心の健康」と労働生活—JGSS データによる実証分析—』並びに日本労働研究機構(2001)の『メンタルヘルス対策に関する研究—対策事例・欧米の状況・文献レビュー・調査結果—』の2つの研究を紹介する。第5章では第3章、第4章で紹介したモデル、先行研究を踏まえ、日本労働組合総連合会が行っている「2004 連合生活アンケート」のデータを使用し行った、「『長期的なストレス』を被説明変数にとった分析」と「『短期的なストレス』を被説明変数にとった分析」の手法、結果について述べる。第6章では、ここまでの分析の結果を踏まえ、職場環境を改善し、労働者の精神障害を低減するために有効であると考えられる、「疲労による健康不安を低減させる政策」と「人間関係の不安を低減させる政策」という2つの政策を提言し、その具体的な内容を紹介する。

第1章 用語の確認

本章では、労働由来の精神障害についての予備知識をまとめる。まず、精神障害について概要や発生するメカニズムを示した後、労働問題において精神障害がどのような位置づけにあるのか概説する。

精神障害(mental disorder)とは精神に作用する病のことである。2007 年に出版された「日本医学会日本医学用語事典第 3 版」³において精神障害に関する用語の編纂が 1 つのトピックとして挙げられたように、比較的最近研究の整理が行われるようになった病である。精神疾患(mental disease)という言葉も同様の意味で使われることがあるが、正式名称は精神障害である。そのため本論文においても「精神障害」を用いることとする。公益社団法人日本精神保健福祉士協会によれば、精神障害には統合失調症やアルコール・薬物依存による中毒性精神病、精神遅滞、うつ病に代表される「気分障害」といった症状がある。また、精神障害に関連する言葉として、精神的な健康状態を示す「メンタルヘルス」という用語も本論文で使用している。

ここで厚生労働省の精神障害についての記述を見てみる。なぜならば、本論文では政策提言を最大の目標としており、より現実的な政策提言をするためには担当省庁である厚生労働省の精神障害についての記述をふまえることは意義があるからである。厚生労働省の「精神障害の労災認定」⁴によれば、「精神障害は、外部からのストレス(仕事によるストレスや私生活でのストレス)とそのストレスへの個人の対応力の強さとの関係で発病に至る」とされている。また、厚生労働省の「働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト」⁵では、精神障害の代表的なものである「うつ病」について、「うつ病を引き起こす原因はひとつではない」としており、発生の要因として大きいものから「環境要因」「性格傾向」「遺伝的要因」「慢性的な身体疾患」であるとしている。これらの要因が引き金となり、脳のエネルギーの欠乏が起こり、それによって憂うつな気分や意欲の低下等と身体的な自覚症状が続く状態を「うつ病」という。さらに同サイトでは、うつ病が初発ならば「単一性」、再発ならば「反復性」と分類されており、「『反復性』の場合は、再発防止に対する対応が重要になって」くと述べている。すなわち、精神障害とは統合失調症やうつ病等の病であり、その発生メカニズムは様々であるものの、最大の要因は患者の周囲の環境の与えるストレスであり、そのストレスによって脳のエネルギーが欠乏状態に陥ること、そして 1 度患うと反復した症状が確認されることのある病であるといえる。

ここからは、精神障害の労働問題の中における位置づけについて述べていく。労働由来の精神障害は、大分類として労災に含まれる。労災とは「労働災害」の略称で、労働者の負傷、疾病、障害又は死亡を指す。労働災害の下位には労働者の業務中に起こる「業務災害」と通勤中に起こる「通勤災害」が存在する。「業務災害」には「業務上の負傷」と「業務上の疾病」が含まれる。業務上の疾病は労働基準法別表第 1 の 2 に表記のある 10 の具体的な疾病とその他の症状計 11 疾病である。「精神障害」は第 9 項目の疾病として記載されており、「人の生命にかかわる事故への遭遇その他心理的に過度の負担を与える事象を伴う業務による精神及び行動の障害又はこれに付随する疾病」と定義づけられている⁶。「精神障害」の項目は平成 22 年 5 月に追加されたものである⁷。

³ 日本医学会医学用語管理委員会編(2007)『日本医学会日本医学用語事典第 3 版』南山堂

⁴ 厚生労働省「精神障害の労災認定」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken04/120427.html>

⁵ 厚生労働省、「こころの耳：働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト」、<http://kokoro.mhlw.go.jp/about-depression/002.html>、2014/10/30 最終アクセス

⁶ 労働基準法別表第 1 の 2 (最終改正：平成 25 年 9 月 30 日)、<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S22/S22F03601000023.html>

⁷ 厚生労働省「労働基準法施行規則別表第 1 の 2 が改正されました」(2010)、<https://kokoro.mhlw.go.jp/brochure/supporter/files/100519-1.pdf>

第2章 問題意識・現状分析

第1節 問題意識

本項では、労働由来の精神障害と精神障害の中でも特にうつ病への問題意識を述べる。

労働由来の精神障害の訴えは近年増加傾向にある。厚生労働省が平成 26 年 6 月 27 日に同省 Web サイトに掲載した「平成 25 年度『脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況』を公表」⁸では、「精神障害の労災請求件数が 1409 件(前年度比 152 件増)と過去最多」と副題に上げられている。同レポートでは業務上疾病である脳・心臓疾患と精神障害がそれぞれまとめられているが、前者は請求件数が 784 件で前年度比 58 件の減少、2 年連続の減少というように、後者の増加と対比されている。このことから、業務上疾病において対策を検討すべきなのが精神障害であることが伺える。

労災認定された精神障害の具体的な病名として、最も多いのはうつ病だ。「精神障害にかかるストレスと発症時期等に関する調査研究」(黒木、2008)⁹では 2007 年度の労災認定事案を分析している。7 年前のデータの分析であるが、参考として上げることとする。分析によれば、2007 年度の「うつ病」発症は 62 件であり、精神障害事案 99 件の内 62.6% を占めていた。

うつ病には 2 つの問題点がある。1 つ目は再発性が高いといううつ病特有の症状で、2 つ目は生産性の低下という負の外部性があることである。

うつ病は再発性の高い病である。ジョン・ポトカー等が「最新うつ病治療ハンドブック」¹⁰に上げたデータによれば、約半数が 5 年以内に、約 9 割が 25 年以内に再発すると報告されている。新規精神障害患者が反復性のうつ病を発症する確率と、先に挙げた精神障害患者の増加傾向を踏まえれば、将来的に精神障害の患者数は積み上がっていくことが予測される。

表 1 うつ病の再発性の高さ

10 ヶ月	5 年	10 年	15 年	25 年
40%	41%~75%	58%	85%	80%~88%

ジョン・ポトカー/マイケル・テーズ 「最新うつ病治療ハンドブック」(2004)日本評論社 p.112

うつ病は労働者個人の問題にとどまらず負の外部性がある。労働者が精神障害を患うことで生産性が低下する。北里大学の和田耕治¹¹らによれば、「うつ病・不安又は情緒不安定」の慢性疾患をもつ労働者は労働障害指数が高い傾向にあるという。和田らは「慢性疾患による仕事の生産性への影響を調査するため」、「労働障害指数と欠勤による損失労働時間を測定した」。調査期間は 2006 年 4 月から 6 月にかけてであり、調査対象は関東地方にある 4 つの製造業の事業場における労働者 544 名である。調査方法として Stanford Presenteeism Scale (SPS)の翻訳版を用いて調査対象者から回答を集めた。SPS には 12

⁸厚生労働省「平成 25 年度『脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況』を公表」、
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000049293.html>、2014/10/30 最終アクセス

⁹黒木宣夫(2008)「精神障害にかかるストレスと発症時期等に関する調査研究」、
<http://joshrc.org/~open/files2008/20090399-001.pdf>、pp5-28.

¹⁰ジョン・ポトカー/マイケル・テーズ「最新うつ病治療ハンドブック」(2004)日本評論社 p.112

¹¹和田耕治和田耕治等「関東地区の事業場における慢性疾患による仕事の生産性への影響」、『産業衛生誌』2007; 49: pp.103-109

の質問項目があり、質問 1 では、直近の 4 週間に影響を与えた疾患について該当するもの全てとの中で最も影響を与えた疾患を選択させ、質問 2 から 12 にて質問 1 で最も影響を与えた疾患が仕事の生産性に影響を与えた頻度について尋ねた。質問 2 から 12 についての回答は「いつも」から「全然ない」の 5 件法で集計されている。これらの総計を労働障害指数 (Work Impairment Score, WIS) として障害の程度を示した。WIS の値が大きいほど労働に悪影響を与えていることを意味する。以下の表 2 が疾患と指数をまとめたものである。

表 2 慢性疾患における労働障害指数と損失労働時間(2004-2006)

症状名	労働障害指数中央値	損失労働時間中央値	損失労働時間合計
アレルギー	21.3	5	298.3
関節炎	25.4	4.3	35.1
ぜんそく	n.a.		n.a.
背中・首の不調	23.8	4.9	209.1
うつ病	34.7	12.4	154.8
糖尿病	22.6	2.4	21.6
難聴	27.6	6	16
心臓疾患	18.8	0.1	12
偏・慢性頭痛	31.3	3.3	75.8
視覚障害	26.9	3.8	28.7
肌の疾患	28.6	2.4	45.5
胃腸炎	25.6	4.6	44.3
その他	33.5	7.7	37.6

和田耕治等「関東地区の事業場における慢性疾患による仕事の生産性への影響」、『産業衛生誌』2007; 49: pp.103-109 より作成

表 2 によれば、「うつ病・不安又は情緒不安定」の WIS が最も大きいことが分かる。業務上の病として「精神障害」と共に労災法に明記がある「心臓疾患」と比べると、約 2 倍の数値となっている。労働損失時間についても「うつ病・不安又は情緒不安定」が比較的大きい数値を示している。よって、精神障害は企業活動の生産性の面において悪影響を与える要素となる。

つまり、うつ病は精神障害の中でもとりわけ再発性が高く、企業活動に悪影響を与えるということが分かる。現状を維持すれば今後日本人口に占めるうつ病患者数は益々増加し、企業活動及び日本経済に悪影響が及ぼされることが予測される。

第2節 現状分析

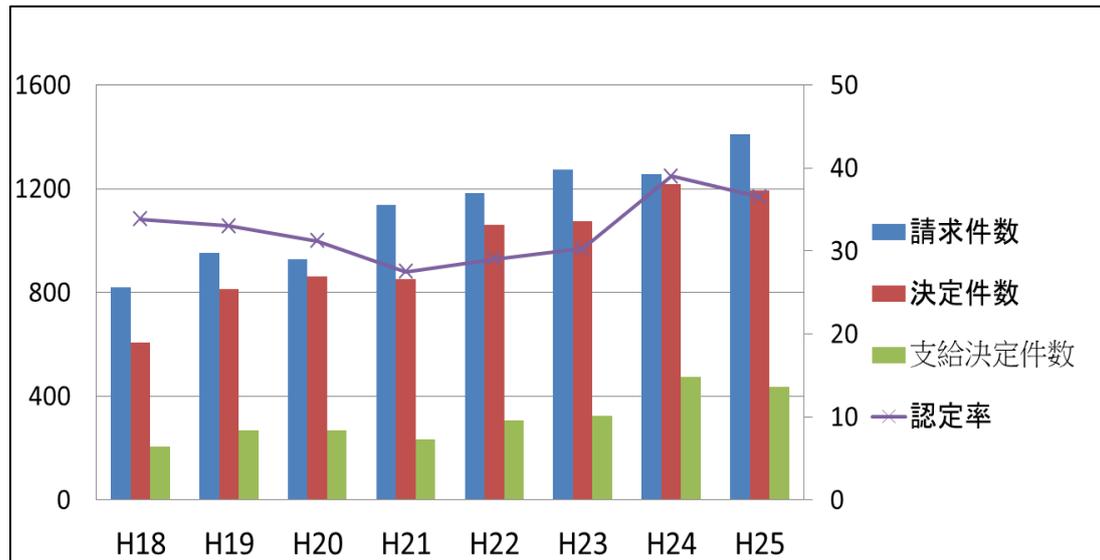
現在、精神障害の患者数は増加傾向にある。平成 11 年に約 204 万人であった患者数は、平成 23 年には約 320 万人となり、12 年で 1.5 倍以上になっている¹²。その中でも、うつ

¹² 厚生労働省「精神疾患のデータ—知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス総合サイト」、<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/specialty/data.html>、2014/10/30 最終アクセス

病に関しては約 44 万人から約 96 万人と、2 倍以上の増加を見せている。この増加は、背景として人々の精神障害への認識の高まりなども考えられ、実質的な患者数の増加とは一概に言えないが、精神障害の問題が社会における重要度を増していることの 1 つの指標とはなると考えられる。

精神障害の労災請求件数と認定件数が平成 18 年度以降共に増加傾向にある(図 1)。問題意識でも述べたとおり、平成 25 年度は精神障害の労災請求件数が過去最多となっている。

図 1 精神障害の労災補償状況



厚生労働省「平成 25 年度『脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況』まとめ」¹³

労働者の健康を増進する方策は、労働安全衛生法で定められている。名古屋大学教授の和田肇によれば、同法は「1988 年改正によって、同法第 7 章の表題が『健康管理』から『健康の保持増進のための措置』に改められ、同法の目的が消極的な健康管理から積極的な健康の保持増進に転換した」¹⁴という。同法では健康診断の実施が事業所に、受けることが労働者に義務付けられており、さらに産業医制度の選任なども示されている¹⁵。しかし、厚生労働省が定める健康診断の項目を見てみると、精神面に関する項目がない。しかも、産業医の要件や職務について見てみると、健康相談など広義の意味でのカウンセリングはあるが精神面のケアに特化したものは求められていない。これらの点に関しては政策提言の章で詳しく述べるが、政策面や企業の自主性などの面から見ても精神障害への対策は十分とは言えないのが現状である。

政府は精神障害に関する労災請求の増加を受け、対策の検討を始めた。精神障害への対策の仕方は、厚生労働省が平成 25 年度から平成 29 年度の中期目標として掲げた「第 12 次労働災害防止計画」¹⁶で言及している。計画書の中で、「メンタルヘルス対策」は「重点とする健康確保・職業性疾病対策」に位置付けられている。対策の方針は 2 本の柱からなっている。「不調者の早期発見・早期治療」のような精神障害罹患者の救済のための事後対策、そして「メンタルヘルス不調になりにくい職場環境への配慮」のような精神障害

¹³厚生労働省「平成 25 年度『脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況』を公表」、<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000049293.html>、2014/10/30 最終アクセス

¹⁴和田肇「安全（健康）配慮義務論の今日的な課題」『日本労働研究雑誌』（2010）、pp37-45.

¹⁵電子政府の総合窓口 e-Gov「労働安全衛生法」、<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S47/S47H0057.html>、2014/10/23 データ取得

¹⁶厚生労働省「第 12 次労働災害防止計画」（2012）<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzenisei21/dl/12-honbun.pdf>、p.11、2014/10/30 最終アクセス

未罹患の労働者を救済する予防対策である。厚生労働省は具体的な数値目標として平成 29 年度までに「メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場の割合を 80%以上にすることを挙げ、具体的な政策案として「職場改善」のために管理雇用者と労働者への教育研修・情報提供の推進やストレスのリスクアセスメントの導入を、「ストレスへの対応」のために事業場内相談体制の整備を、また「取組方策の支援」のために特に取組が進んでいない小規模事業者に対する支援の強化を挙げている。

法律の整備も進んでいる。平成 18 年に労働安全衛生法の一部を改正する法律が施行された。¹⁷既存の労働安全衛生法では、第 18 条第 4 項において事業者が労働者の健康維持について政府機関に調査審議させ、事業者に対し意見を述べさせるための衛生委員会を開くこと、そして第 22 条第 10 項で労働者の健康維持には「労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策の樹立に関すること」が含まれると制定されていた。平成 18 年の改正では、第 18 条で述べられた衛生委員会の付議事項として「労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策の樹立に関すること」を第 22 条第 10 項とは別に明記した。つまり、精神障害の対策としてできることを検討する体制が整ったのである。

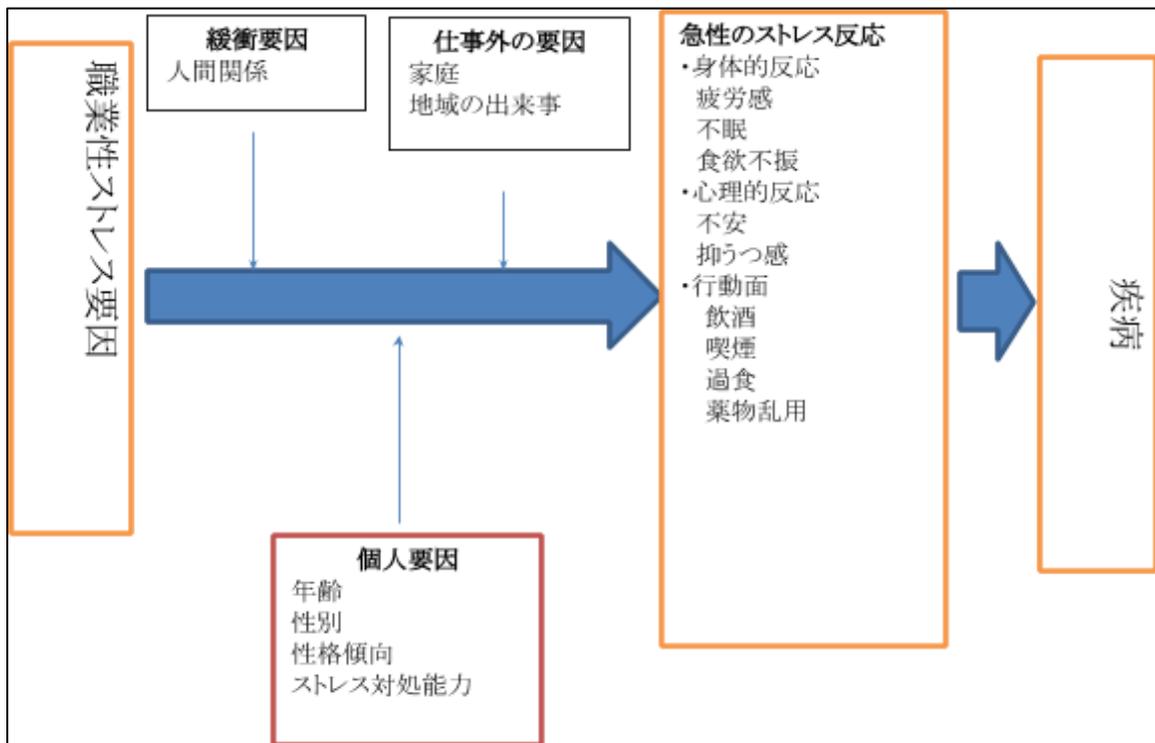
¹⁷厚生労働省「職場における心の健康づくり」(2007)<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/101004-3.pdf>、p.5 最終アクセス 2014/10/30

第3章 理論モデル

第1節 NIOSH のストレスモデル

まず、米国労働安全衛生研究所（NIOSH）のストレスモデルがある。このモデルでは、仕事のストレス要因が労働者に影響を与え、ストレス反応を生じさせる。その時に、仕事のストレス要因は個人要因、仕事外の要因、緩衝要因などによって修飾されるのである¹⁸(図 2)。ストレス反応は、身体的反応、心理的反応、行動面の反応の 3 つに分けることができる。身体的反応とは、疲労感、不眠、食欲不振などである。心理的反応は不安、抑うつ、職務不満足感などを指す。行動面の反応としては、飲酒、喫煙、過食、薬物乱用、欠勤、事故などがあげられる。仕事のストレス要因は業種、職種によってさまざまである。表 3 は大原社会問題研究所が旧労働省の平成 11 年『作業関連疾患の予防に関する研究』に基づいて作成した分類である。

図 2 NIOSH の職業性ストレスモデル



産業医学振興財団発行『メンタルヘルス実践ガイド』より作成

¹⁸ 産業医学振興財団発行『メンタルヘルス実践ガイド』

表 3 仕事のストレス要因

(1) 労働の形式によるもの
長時間労働、不規則な勤務時間（変形労働時間制）、拘束時間の長い勤務、出張の多い勤務、単身赴任、交代制、作業環境（物理、化学、人間工学的）そのもの問題
(2) 労働の内容によるもの
仕事の要求度が高く、裁量度が低い仕事、努力と報酬がつりあわない仕事、上司・同僚の支援が少ない仕事
(3) 仕事の上の出来事によるもの
事故・災害や仕事上のミスなど通常とは異なった出来事
(4) 地位・身分・労働の変化
昇進・降格、子会社などへの出向・転籍・配置転換

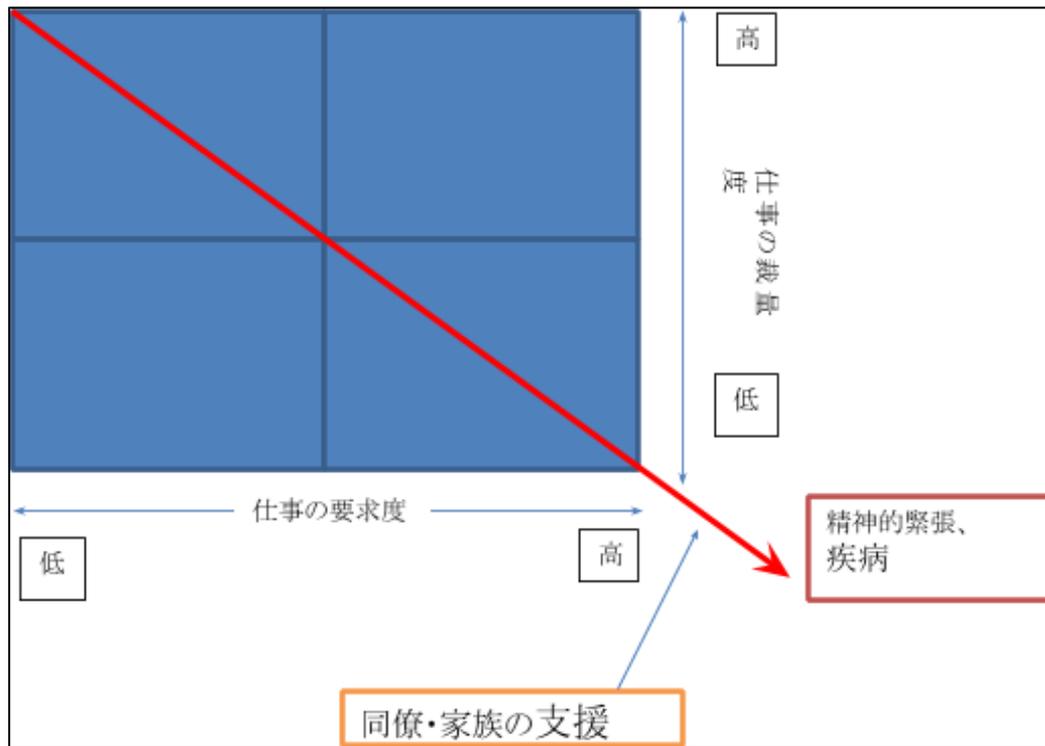
労働省『作業関連疾患の予防に関する研究』（1999）より作成

第2節 カラセックの仕事の要求度—コントロールモデル

R.A.Karasek は、仕事のストレスを 3 つの要因を用いて表現した¹⁹。その 3 つの要因とは、仕事の要求度と仕事の裁量度、そして上司や同僚のサポートの程度である。表 3 であらわされた職業性ストレスのうち、労働の内容面を分析する場合によく用いられる。図 3 からわかるように、仕事の要求度が高く、仕事の裁量度が低いときに精神的緊張をもたらし、心身の不調をきたしやすくなる。仕事の要求度というのは「質的な難易度が高い」「仕事の量が多い」などと主観的に感じる程度を示す。裁量度は「どのような仕事に取り組むのか、自分で決められる」「仕事の段取りを自分で決められる」と感じられる程度を言う。

¹⁹ R.A. Karasek, Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign, *Administrative Science Quarterly*, 24(2) (1979), pp. 285-308

図3 カラセックの仕事の要求度-コントロールモデル



産業医学振興財団発行『メンタルヘルス実践ガイド』より作成

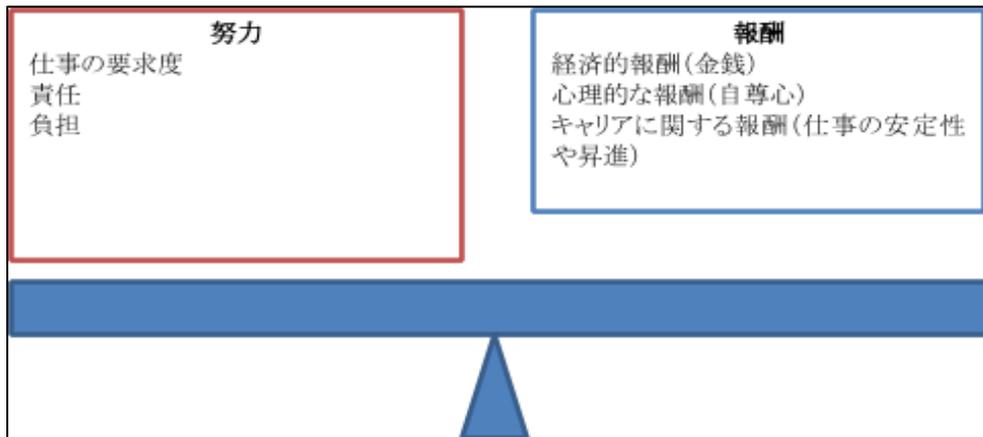
第3節 努力-報酬不均衡理論

努力-報酬不均衡モデルとは、ドイツの社会学者 Siegrist らが唱える、職業性ストレスモデルである。職業生活における「努力」と「報酬」の2つの軸を用いてストレスを表現しており(図4)以下のように定義される。²⁰

状況特異的な要因として測定される「努力」という構成概念は仕事の要求度、責任、負担を測定する項目から構成される。一方、「報酬」は労働者が仕事から得られるもの、もしくは期待されるものとして経済的な報酬(金銭)、心理的な報酬(セルフ・エスティーム)およびキャリアに関する報酬(仕事の安定性や昇進)を測定する項目からなる。近年の厳しい経済事情を反映して、キャリアに関する報酬の重要性が強調されている。本モデルは「職業生活において費やす努力と、そこから得られるべき、もしくは得られることが期待される報酬が釣りあわない」高努力/低報酬状態をストレスフルとする。仕事量が多いのに不安定な仕事、昇進の見通しや適当な報酬が与えられることなく高レベルの業績を求められる仕事、一生懸命やっているのに正当に評価されない状況、などが努力-報酬不均衡状態の例として挙げられる。

²⁰ 「日本語版努力-報酬不均衡モデル調査票のページ」 <https://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/ERI/manual.htm>、2014/10/30 最終アクセス

図 4 努力—報酬不均衡理論



「日本語版努力—報酬不均衡モデル調査票のページ」より作成

以下、分析結果を基にした政策提言を述べる。

第4章 先行研究

労働環境が心の健康に与える影響を考えるうえで、2つの論文を先行研究とする。それぞれ大学と機構が監修したものであるが、今後のメンタルヘルス対策について提言しているものである。

第1節 労働者の「心の健康」と労働生活 —JGSS データによる実証分析—

1つ目は、山岡・小林(2014)「労働者の『心の健康』と労働生活—JGSS データによる実証分析—」²¹である。日本の労働者の精神疾患受療率が1990年代から急速に高まり、よりいっそう深刻化する「心の健康」問題を解決するために作成された。労働者が働く労働環境と、労働者個人の精神状態との間にはどのような関係があるのか、実証分析によってその仕組みを理解しようとした論文である。

実証分析を行うにあたり、この論文では日本版 General Social Surveys 2010 年度版(以下、JGSS2010)²²の個票データが使用された。日本版 General Social Surveys は、文部科学省大臣から日本版総合的社会調査共同研究拠点として認定されている大阪商業大学 JGSS 研究センターが、東京大学社会科学研究所の協力を受けて実施したものである。そのなかで JGSS2010 は 2010 年 2 月から 4 月にかけて実施されたアンケートである。無作為に抽出された 20 歳から 89 歳の全国に居住する男女 9000 人を対象に調査され、その結果がまとめられた。JGSS2010 は、論文が執筆された時点で最新のデータとなる。労働者が働く労働環境と、労働者個人の精神状態との関係を調べたこの論文では、以下のものが変数として使用された。まず、説明変数としては 17 の変数が用いられた。内訳は、調査前の 1 週間の残業を含む労働時間、住まいから職場までの片道の通勤時間、職場の連帯感の有無、5 段階で評価した仕事満足度、女性ダミー、年齢ダミー、有配偶ダミー、学歴ダミー、対数化した収入、職長・班長ダミー、課長・部長ダミー、経験年数、企業規模、労働組居合加入の有無、11 種に分けた産業ダミー、11 種に分けた職種ダミーである。被説明変数としては、山岡・小林が新たに創出した心の健康下位尺度得点を使用している。JGSS2010 の中には、過去 1 カ月間に、「おちついて、おだやかな気分でしたか」、「おちこんで、ゆううつな気分でしたか」という 2 つの質問がある。それぞれの質問に対し、被験者は「1 いつも」、「2 ほとんどいつも」、「3 ときどき」、「4 まれに」、「5 ぜんぜんない」の中から答えを選ぶ。山岡・小林は、この 2 つの質問に対する被験者の答えを数値化し、心の健康下位尺度得点としている。この指標は数字が大きいほどいい状態であることを示している。

分析の結果、以下の 3 点が明らかになった。1 つ目は、労働時間、通勤時間が増加すると心の健康状態が低下するということである。労働により拘束される時間が増加すると精神的な疲労だけではなく生活習慣の乱れを誘発し、心身の回復過程が阻害される。このことは、労働に関わる時間の抜本的な見直しが必要であることを示唆している。2 つ目は職場の連帯感や仕事満足度が心の健康に有意な影響を及ぼすことである。職場におけるメンタルヘルス対策が重要であることが分かった。3 つ目は労働環境が心の健康に与える影響には、性別による差があるということである。女性の仕事へのストレスが高いとし、まだ

²¹神戸大学大学院経済学研究科・経済学部「労働者の『心の健康』と労働生活—JGSS データによる実証分析—」

<http://www.econ.kobe-u.ac.jp/activity/publication/dp/pdf/2014/1402.pdf>、2014/10/28 最終アクセス

²²東京大学社会科学研究所附属社会調査・アーカイブ研究センターSSJ アーカイブから入手可能。

解明しきれていないこの分野において、なぜ性別による差が生まれるのかというさらなる研究を求めた。

以上の結果を踏まえ、労働が心の健康に与える影響についてさらなる研究を進めていく必要がある。

第2節 メンタルヘルス対策に関する研究—対策事例・欧米の状況・文献レビュー・調査結果—

2 つ目は、「メンタルヘルス対策に関する研究—対策事例・欧米の状況・文献レビュー・調査結果—」（日本労働研究機構、2001）²³ である。これは日本労働研究機構が厚生労働省から要請された、「職場におけるメンタルヘルス対策と管理職の役割」という研究プロジェクトの結果をまとめたものである。これまでの理論やモデルに基づいて研究を行い、「HRM (Human Resource Management) チェックリスト」という職場の状況やストレス反応を測定するツールを用いて、データの分析、検討を行っている。

この研究では、HRM チェックリストの分析により、性差、職種差、職位差、年齢差の4 つがストレスに有意な影響を及ぼすことが明らかになった。加えて、メンタルヘルス対策に関して以下の5 点が述べられている。

第 1 に情報提供の充実である。社員にとって有効な情報が、社内の案内冊子、または社内インフラにより広く活用されている。第 2 に積極的な利用のきっかけ作りである。社内にカウンセリング・サービス等の仕組みを整えるだけでなく、それを積極的に利用するためのきっかけ作りが必要だとしている。第 3 にきっかけ作りとしての定期的なチェックである。産業医を設けることの他に、外部に委託するなどして定期的なチェックを行うことも有効な手段の1 つとしている。第 4 に対策の効果に対する検討の必要性である。直接会社の利益に結び付くとはいえないメンタルヘルス対策は費用削減の対象になりやすい。仕組みの導入効果を明確に示すことが求められる。最後に企業を超えた対策の必要性である。メンタルヘルス対策は1 企業のみでは実施できない場合がある。グループ企業、または業界団体単位で仕組みを整備する必要がある。

第3節 本論文の意義

以上の2 つの研究により、労働環境要因による精神障害について具体的なモデルを見ることができた。第 3 章で述べた理論モデルにあるように、労働時間や職場の連帯感など、職場性ストレス要因がメンタルヘルスに与える影響が負であることが分かった。これらの研究を踏まえ、さらなる調査を進めていく必要がある。

また本論文の意義としては、職場性要因が健康に対しどのような影響を与えているかを実証分析している論文が少ないということも挙げられる。その理由は、ストレスの程度は個人の感じ方によって異なるものであり、客観的な指標が得にくいからだと考えられる。しかし現代の社会では、職場における健康への影響が注目されている。実際に時間外労働の割増賃金導入や裁量労働制導入などの検討が進み、特に近年、この問題に対する世間の注目度というものが上昇傾向にある。その時代背景を踏まえ、本論文で職場性要因による精神障害への影響を調査することは重要である。なぜなら、本論文によって職場におけるス

²³労働政策研究・研修機構「メンタルヘルス対策に関する研究—対策事例・欧米の状況・文献レビュー・調査結果—」
<http://db.jil.go.jp/db/scika/2001/E2001110017.html>、2014/10/28 最終アクセス

トレス要因が精神障害に及ぼす影響を示すことができれば、精神障害、ひいてはうつ状態などその先にある健康への影響についても未然に防ぐことができるからである。

第5章 分析

第1節 使用するモデル（ロジットモデル）

本節では実際に分析を行った結果を報告する。前述した現状分析、理論モデル、先行研究を考慮したうえで行ったものである。

本論文で使用するデータは「2004 連合生活アンケート」²⁴である。連合生活アンケートは 1998 年から隔年で実施されており、春季生活闘争の方針や要求を決める際に参考にされている。1 回の調査での対象者は連合組合員の 21000 人であり、マイクロデータ（個別データ）となっている。調査項目としては組合員の「ゆとり、豊かさ、社会的公正」の現状とその実感できない場合の理由、組合員の生活スタイルの方向などとしている。調査主である日本労働組合総連合会では「職場生活における不満・不安の所在」「賃金」「賃金・処遇待遇」「時間外労働時間と不払い残業」「健康」「家庭生活」「家計」「公的年金と 60 歳以降の生活」「組合員のライフスタイル」「労働組合の活動」の 10 点を調査結果として報告している。

さまざまな指標がある中で、第 3 章第 1 節で述べた NIOSH のストレスモデルに基づき説明変数、被説明変数の選定を行った。説明変数については、「教育」「時間外労働」「職場における不安」（合算値）「賃金」（対数化したもの）を選択した。また被説明変数としては「仕事上で精神的なストレスを感じるものの有無」への回答とした。この問いに関する回答としては「常に感じている」「感じるが多い」「時々感じている」「あまり感じていない」「全く感じていない」「無回答」である。ここでまず、判別できない「無回答」は分析の対象から外した。次にストレスの持続性に対する影響の違いを見るために、2 つの分析を行った。1 つは「常に感じている」「感じるが多い」を「ストレスあり」とした「長期的なストレス」への影響度を調べた分析である。これは本章第 2 節で述べる。もう 1 つ上記 2 つの回答に「時々感じている」を加えた「短期的なストレス」を「ストレスあり」とした分析である。これは本章第 3 節で述べる。

本論文における分析では、ロジットモデルを使用した。ロジットモデルとは、ある複数の説明変数に対し、被説明変数が 2 値となる分析モデルである。本分析を数式化すると、以下ようになる。

$$\begin{aligned} & (\text{stress 1 } \{0, 1\}, \text{長期的なストレス}) \\ & = \beta_1 \text{educ} + \beta_2 \text{overwork} + \beta_3 Q6DFGI(\text{anxiety}) + \beta_4 \ln \text{wage} + u \end{aligned}$$

短期的なストレスについても同じモデルである。

$$\begin{aligned} & (\text{stress 2 } \{0, 1\}, \text{短期的なストレス}) \\ & = \gamma_1 \text{educ} + \gamma_2 \text{overwork} + \gamma_3 Q6DFGI(\text{anxiety}) + \gamma_4 \ln \text{wage} + u \end{aligned}$$

²⁴ 本論文を執筆するにあたり、東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センターより「2004 連合生活アンケート」の使用の許可を得た。

第2節 「長期的なストレス」を被説明変数にとった分析

まず、被説明変数を長期的なストレスにして分析を行った場合について報告する。説明変数は、理論に基づき「教育」「時間外労働」「職場における不安」（合算値）、「賃金」（対数化したもの）とした。その際、欠損値があった場合には分析に入れていない。被説明変数は仕事上のストレスを感じるのとの有無を問う質問から、「常に感じている」「感じる事が多い」をストレスあり、「時々感じている」「あまり感じていない」「全く感じていない」をストレスなしとして分析を行った。被説明変数、説明変数をまとめると表4のようになる。

表 4

被説明変数	仕事上のストレスを感じることの有無(stress 1)
説明変数	教育(educ)
	時間外労働(overwork)
	職場における不安(Q6DFGI)
	賃金(lnwage)

統計ソフト「SPSS」を使用し分析を行うと、表5の結果が求められた。

表 5

	係数	標準誤差	自由度	有意確率
educ	0.153	0.024	1	0.000
overwork	0.013	0.001	1	0.000
Q6DFGI	0.496	0.013	1	0.000
lnwage	0.185	0.074	1	0.012
定数	-5.280	0.283	1	0.000

表5から、どのような変数がどのような影響を与えるのかを知ることができる。今回の分析においては、全ての変数がストレスに対しプラスに影響することが分かった。一つ一つの変数を詳しく見ていく。係数が最も大きい「職場における不安」（合算値）は、理論モデルにおいても確認されている。変数間で単位が違うため必ずしも大きな影響をもたらしているとは言えないが、統計的に有意なことが示された。「時間外労働」についても先行研究に同じく、長期的なストレスにプラスの影響をもたらすことが明確となった。

1つ疑問となったのは、「教育」「賃金」（対数化したもの）に関することである。この結果は、理論モデルと整合しているかと言われれば疑問だ。一般的に、教育や賃金はストレスに対してマイナスのイメージを持つと考えられる。理由は、教育や賃金が増えることで、仕事への満足度ややりがいの増加を見込めるからである。しかし逆に、教育や賃金が増えればそれだけ仕事に対する責任を持ち、ストレスを感じるのかもしれない。重要な責任を持つ役職につくことで、ストレスの大きさが増す可能性がある。

第3節 「短期的なストレス」を被説明変数にとった分析

上節に引き続き、今節でも「2004 連合生活アンケート」を使用した分析を報告する。先ほどと異なる点は、被説明変数を「短期的なストレス」とした点である。2 つの分析を行うことによって、同じ変数間でストレスに与える時間的影響の違いを観察することができる。

被説明変数は仕事上のストレスを感じるものの有無の答えに対し、「常に感じている」「感じるが多い」「時々感じている」と回答したものをストレスありとし、「あまり感じていない」「全く感じていない」をストレスなしとした。説明変数は本章第 2 節で行った分析と同じく、「教育」「時間外労働」「職場における不安」(合算値)、「賃金」(対数化したもの)である。被説明変数、説明変数をまとめると、表 6 のようになる。

表 6

被説明変数	仕事上のストレスを感じるものの有無(stress 2)
説明変数	教育(educ)
	時間外労働(overwork)
	職場における不安(Q6DFGI)
	賃金(lnwage)

「長期的なストレス」を被説明変数としたときと同様に、統計ソフト「SPSS」を使用して分析すると表 7 の結果が得られた。

表 7

	係数	標準誤差	自由度	有意確率
educ	0.089	0.027	1	0.001
overwork	0.012	0.001	1	0.000
Q6DFGI	0.505	0.016	1	0.000
lnwage	0.161	0.080	1	0.045
定数	-3.015	0.307	1	0.000

分析結果から読み取れることは、4 つの変数全てが「短期的なストレス」に対しプラスの影響を持っているということである。その解釈としては、本章第 2 節の分析と同じようになる。初めに、「職場における不安」(合算値)については、第 3 章第 1 節に述べた理論モデルでもプラスの影響が示されているうえに、実証的にも有意であることが判明した。次に、「時間外労働」についても、先行研究などにあるように正の相関が確認された。「教育」「賃金」(対数化したもの)はプラスの相関であるが、これは教育、賃金が増えるごとに仕事における役職が重くなるということや、責任感が増すということが考えられると解釈する。

第4節 上記 2 分析の比較

2 つの分析結果では同じ説明変数が仕事上のストレスに影響するということが確認された。ここで、それぞれの説明変数がストレスに対しどのような時間的影響の差を持つかを

比較する。同じ説明変数間の係数を比較することで、その差異が分かる。「教育」「時間外労働」「賃金」（対数化したもの）の 3 つの変数は、被説明変数に「長期的なストレス」をとったときの方が「短期的なストレス」をとったときよりも数値が高くなっていることが読み取れる。教育レベルが上がることで、賃金があがって責任の重い役職につくこと、時間外労働の時間数が積み重なることなどが、より長期的にストレスへの影響を持つことが分かった。「職場における不安」（合算値）に関しては、「長期的なストレス」に対してよりも「短期的なストレス」に対しての方に大きな影響を及ぼすことが分かった。

第6章 政策提言

以下、分析結果を基にした政策提言を述べる。分析では「職場における不安」（合算値）「時間外労働」「教育」「賃金」（対数化したもの）がストレスに対して悪影響を持つことが分かった。この結果から考えられる政策は複数存在する。例としては既に政策として取り上げられているように、時間外労働の賃金割増を行うことである。その中で、「職場における不安」（合算値）への対策を考察した。考慮した不安のうち少なくとも 1 つへの対策を高めることができれば、ストレスへの影響は減るはずである。

第1節 産業医、企業内カウンセラーについて

産業医とは、各企業において労働者の健康管理などを行う医師のことである。産業医制度は質問項目「過労による健康不安」「時間外労働の有無」に密接にかかわってくる。政策提言として以下の 3 点を挙げる。

- ① 30 名以上の事業所において産業医の選任を義務化する。
- ② 産業保健センターの認知と設置個所増加、業務の拡大
- ③ 産業医の認可資格にメンタルヘルスについての研修を必修化し、現在すでに産業医として働いている医師にも講習を受けることを義務化する。

政策について詳しい説明を加える前に、現行の産業医制度について述べる。

まず職務について。労働安全衛生規則第 14 条において、事業者は、産業医に労働者の健康管理および以下のことを行わせることが義務付けられている。

- 一 健康診断及び面接指導等の実施並びにこれらの結果に基づく労働者の健康を保持するための措置
- 二 作業環境の維持管理
- 三 作業の管理に関すること。
- 四 前三号に掲げるもののほか、労働者の健康管理
- 五 健康教育、健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るための措置
- 六 衛生教育
- 七 労働者の健康障害の原因の調査及び再発防止のための措置

また同規則第 15 条において、少なくとも毎月 1 回作業場等を巡視し、作業方法又は衛生状態に有害のおそれがあるときは、直ちに労働者の健康障害を防止するため必要な措置を講じることが義務付けられている。

次に選任について。事業所は、産業医を選任しなければならない事由が発生した日から、14 日以内に産業医を選任しなくてはならない。50 名以上の従業員を抱える事業者は、少なくとも 1 人の産業医を選任しなくてはならない。人数や取り扱う業務によって、選任しなくてはならない産業医の人数や、専属か否かが定められている。以下の表 8 にそれをまとめる。

表 8 事業所規模と産業医の選任義務

労働者数	有害業務に 500 人以上従事	その他
1～49	義務なし	義務なし
50～499	産業医 1 名（嘱託可）	産業医 1 名（嘱託可）
500～999	産業医 1 名（専属）	
1000～2999		産業医 1 名（専属）
3000 以上	産業医 2 名以上	

『労働安全衛生規則』より作成

表 8 からわかるとおり、50 人以下の従業員を抱える事業所については産業医の選任が義務付けられていない。また、常時 3000 人を超える事業所については、選任義務は一律で 2 人となっている。

そして、産業医の資格については、厚生労働省令で要件が以下のように定められている。

(1) 第 13 条第 1 項に規定する労働者の健康管理等（以下「労働者の健康管理等」という。）を行うのに必要な医学に関する知識についての研修であって厚生労働大臣の指定する者（法人に限る。）が行うものを修了した者 (2) 産業医の養成等を行うことを目的とする医学の正規の課程を設置している産業医科大学その他の大学であって厚生労働大臣が指定するものにおいて当該課程を修めて卒業した者であって、その大学が行う実習を履修したもの (3) 労働衛生コンサルタント試験に合格した者で、その試験の区分が保健衛生であるもの (4) 学校教育法による大学において労働衛生に関する科目を担当する教授、准教授又は講師（常時勤務する者に限る。）の職にあり、又はあつた者 (5) 前各号に掲げる者のほか、厚生労働大臣が定めるもの。

産業医の業務を見てわかったとおり、産業医の仕事は健康管理から作業、作業環境管理まで非常に広範囲に及ぶ。昨今においては、健康管理の中でもメンタルヘルスは注目を集めているが、精神科を専門とする産業医は全体のわずか 1.8% しかいない²⁵。

産業医の選任義務のない、従業員 50 名以下の事業所のために、地域ごとに「産業保健センター」というものが設置されている。こちらは、従業員 50 名以下の労働者を対象として、(1)長時間労働者への医師による面接指導の相談(2)健康相談窓口の開設(3)個別訪問による産業保健指導の実施(4)産業保健情報の提供 などを無料で行っている。しかしこちらは産業医と比べると業務がかなり減っており、企業の認知度もあまり高くない。

事業所規模別のメンタルヘルス対策の有無を見てみる。表 9 からわかるように、明らかに中小企業においてメンタルヘルスへの対策が薄くなっていることがわかる。

²⁵財団法人産業医学振興財団「産業医に関する調査報告書」（1991）

表 9 メンタルヘルスケアに取り組んでいる事業所の割合

事業所規模	メンタルヘルスケアに取り組んでいる事業所の割合
5,000 人以上	99.1
1,000 ～ 4,999 人	98.0
500 ～ 999 人	96.4
300 ～ 499 人	92.8
100 ～ 299 人	83.1
50 ～ 99 人	71.4
10 ～ 49 人	41.8
30 ～ 49 人	56.0
10 ～ 29 人	38.9

厚生労働省 「労働者健康状況調査(2010年)」より作成

問題点を整理すると、まず、産業医の選任義務のない、小規模事業所のメンタルヘルス対策が遅れていること、そして産業保健センターがその代わりとしてうまく機能していないこと。精神、神経を専攻する産業医が少なく、メンタルヘルスに関して対応できるのか疑問が残る、ということである。ここで、最初に挙げた政策をもう一度見直してみる。

①30名以上の事業所において産業医の選任を義務化する。

現在、産業医の選任が義務化されているのは、従業員 50 名以上の事業所である。これを、30 名以上の事業所まで拡大する。資金の面で苦しい部分は、「小規模事業場のための産業医共同選任助成金」などの助成金を利用してもらう。

②産業保健センターの認知と設置個所増加、業務の拡大

30 名以下の事業所については、産業保健センターを利用してもらう。今までの業務は上記の 4 点に加え、産業医と同じように労働者の健康管理、作業環境管理、作業管理の 3 つの業務を行う。さらに月に一度の巡回も行う。各事業所には地域の産業保健センターに登録することを義務付ける。現在産業保健センターは認知度が低いため、積極的な広報活動を行う。業務が増えると当然現在の産業保健センターの施設や職員では対応できなくなるため、施設を増設し、人員を強化する。

③産業医の認可資格にメンタルヘルスについての研修を必修化し、現在すでに産業医として働いている医師にも講習を受けることを義務化する。

先にも述べたように、メンタルヘルス対策が注目されている中、精神病について専門的な知識を持っている医師は少ない。そこで、産業医を認可する際に全員にメンタルヘルス対策に関する講習を受けてもらう。現在すでに産業医として活躍している医師にも、期限を設けて講習に参加してもらう。

産業医制度の充実の他にも、労働者の過労による健康不安への有効な対策として、企業内カウンセラー制度の整備が有効であると考えられる。企業内カウンセラーを社内に置き、産業医と共同で労働者の健康に対処することで、身体面と精神面の両面からのケアが可能になり、包括的に労働者の健康不安を取り除くことが可能となると考えられる。

具体的な方策としては、企業内カウンセラーの設置を産業医と同様に義務化することが有効であると考えられる。労働安全衛生法第 69 条²⁶には、「事業者は、労働者に対する健康教

²⁶電子政府の総合窓口 e-Gov 「労働安全衛生法」 <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S47/S47HO057.html> 2014/10/23 データ取得

育及び健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るため必要な措置を継続的かつ計画的に講ずるように努めなければならない。労働者は、前項の事業者が講ずる措置を利用して、その健康の保持増進に努めるものとする。」との記述がある。しかし、現在産業医の要件にカウンセリング資格などの精神ケアの能力に関する規定がないこと²⁷や、健康診断の必須項目にカウンセリングがないこと²⁸をかんがみても、精神的健康問題に対する対策に関してはいまだ不十分だと言わざるを得ない。精神障害が企業にもたらす不利益が身体的疾病によるものと同程度深刻になっている現代において、精神的健康問題への対策も義務付けられてしかるべきであると考ええる。

この方策に関するさらに詳細な内容として、以下のことを提案する。まず、企業内カウンセラー選任に関する規定だが、これに関しては仮設的に産業医に関するものと同様に規定するものとする。つまり、労働者数 30 名以上 3,000 以下の規模の事業場に関しては 1 名以上選任、労働者数 3,001 人以上の規模の事業場に関しては 2 名以上選任を義務付ける。この人数規定は科学的根拠に基づくものではないが、産業医と同じ規定を設定することで制度を新たに設定するコストが抑えられる。実施後、仮にこの規定が現実にそぐわない場合には、改正などで対応することもできるであろう。

次に、企業内カウンセラー資格の基準に関して、産業カウンセラーの資格を応用することを提言する。企業内カウンセラーと産業カウンセラーは混同されやすい概念であるが、前者が企業において労働者のカウンセリングをする者一般を指すのに対し、後者は一般財団法人である日本産業カウンセラー協会が実施する資格試験を合格した者を指す言葉である。日本産業カウンセラー協会によると、産業カウンセラーは「心理学的手法を用いて、働く人たちが抱える問題を、自らの力で解決できるように援助することを主たる業務として」いる。企業内カウンセラー義務化の際に産業カウンセラー資格を要件とすることで、彼らのノウハウを以て労働者の心理的健康問題に対処し、過労による健康不安の解消に大きく貢献できると考えられる。また、既存の資格を応用するで、制度設定のコストも抑えることができる。

表 10 事業所規模ごとの産業医選任状況

事業所規模	産業医を選任している割合(%)
1,000 人以上	99.8
500～999 人	98.7
300～499 人	99.3
100～299 人	95.8
50～99 人	80.9

厚生労働省(2010)「労働安全衛生基本調査」をもとに作成

しかし、企業内カウンセラー選任の義務化は中小企業にとっては経済的負担を増加させ、中には選任が困難な企業もでてくることが予測される。参考までに厚生労働省が 5 年に 1 度行っている「労働安全衛生基本調査」において産業医の選任状況²⁹をみると、従業員が少数(50～99 人規模)である事業所においては選任率の低さが特に目立つことがわかる。産業医ですら選任できない事業所は企業内カウンセラーについても選任が困難であり、仮に企業内カウンセラー義務化を施行したとしても、産業医と同様かさらに深刻な状況が

²⁷ 厚生労働省「産業医について」 <http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen%20/080123-1.html>
2014/10/20 データ取得

²⁸ 厚生労働省「健診、保険指導のあり方」 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/seikatsu/
2014/10/22 データ取得

²⁹ 厚生労働省(2010)「労働安全衛生基本調査」 p1

生まれることが予測される。従って、この政策の効果を十分に波及させるには、特に選任が困難であると考えられる中小企業への何らかの支援が不可欠である。

中小企業への支援としては、以下の 3 点を提案する。

第 1 に、中小企業への助成金の支給である。これは、企業内カウンセラーを選任した企業に対して一定額の資金的支援をするものである。資金の出所としては、現在厚生労働省が既に行っている「中小企業労働環境向上助成金」を応用するのが有効であると考えられる。

「中小企業労働環境向上助成金」は厚生労働省が、企業における評価・処遇制度、研修体系制度、健康づくり制度などの雇用管理制度を援助するために行っている資金的援助であり、平成 26 年には約 350 億円³⁰が予算として計上されている。この中には、「健康づくり制度」という助成対象項目があるが、「法定の健康診断以外の健康づくりに資する制度」という説明をみても企業内カウンセラー選任への補助には十分に応用可能であろう。企業内カウンセラーの義務化に伴い申請件数が増加し、政府の支出も一定額の増加が予測されるが、既存の助成金制度を応用することで制度設計のコストを抑えることができる点もこの対策の強みと言えよう。

第 2 に、産業医と企業内カウンセラーの統合も有効な手段として挙げられる。これは、既に産業医の資格を有している者に産業カウンセラーの資格取得を推奨し、いわば「1 人 2 役」が可能な産業医の数を増やし、資金的に産業医と企業内カウンセラーの両方を選任するのが困難な企業の負担を減らすというものである。中小企業は、心身両方の問題について専門知識を持った者を 1 人選任することで、より低コストで選任義務を遵守できるようになり、産業医と企業内カウンセラーの選任率の向上を狙うことができる。より具体的な方策としては、産業医の産業カウンセラー資格取得を推奨するキャンペーンや援助を行い、産業医と産業カウンセラーの両資格を持った者を優先的に中小企業に推薦する制度などが考えられるであろう。厚生労働省は日本産業カウンセラー協会と協力関係にあり、この体制をより強化することで上に述べたことの実現可能性は向上すると考えられる。

第 3 に、健康診断の必須診断項目にカウンセリングを組み込むことを提案する。現在、厚生労働省が企業の義務としている健康診断には、カウンセリングをはじめとする精神的なケアは含まれていない。この点に注目し、資金的に企業内カウンセラーを選任する余裕がない企業においては、健康診断にカウンセリングを折り込むことで代替させる。カウンセリングの機会が一定期間に一度の健康診断に限定されるため、企業内カウンセラーの選任ほどの効果は見込めないものの、一定の成果は得られるであろうし、コスト面に関しても負担を大きく軽減することができる。

以上、企業内カウンセラーの義務化とそれに伴って必要となる中小企業への支援について述べた。この制度設計はコストを客観的な数値で算出することが困難なため、費用対効果などの面において検証が不十分であり、本論文では考えられる方策の内容を述べるに留めることとする。しかし、ここに挙げた方策は基本的に既存の制度を利用するものであり、政府支出に関しては大幅な増加は考える必要がない。また、個々の企業に関しても負担増加をできるだけ小規模に留めるべく助成金などの補助的制度も設計した。企業内カウンセラーの選任義務化によって精神面における健康への不安が軽減し、労働者の精神障害を予防することになるのなら、十分に有意義な制度であると考えられる。

³⁰厚生労働省(2014) 「平成 26 年度厚生労働省特別会計歳入歳出予算額各目明細書」 p36

第2節 人間関係の不安の対策

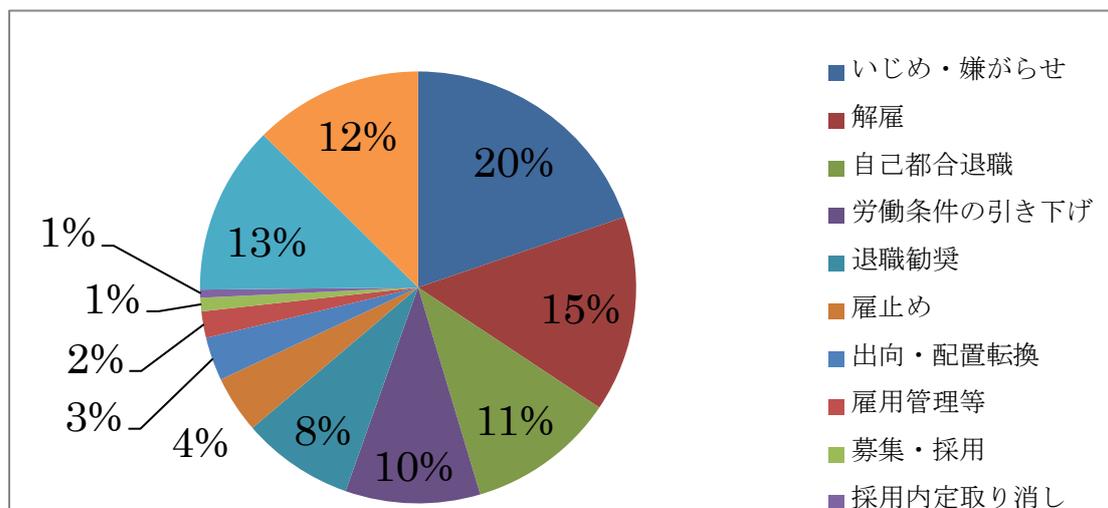
人間関係の不安の対策では、「いじめ・嫌がらせ」による不安を軽減させる政策提言を行う。労働基準法 89 条の「就業規則」に関する法律を改正することで、男女雇用機会均等法第 11 条で企業に義務付けられている「セクシュアル・ハラスメント」の取り組みを「いじめ・嫌がらせ」の取り組みに応用するというものである。具体的には、「いじめ・嫌がらせ」対策として①事業主の労働者に対する方針の明確化②事業所内に相談窓口の開設③被害者のケアと加害者の罰則を事業主に義務付ける。

人間関係の問題の一部は労働問題として既にその地位を確立している。それが「性的嫌がらせ」つまり「セクシュアル・ハラスメント」(以下セクハラ)である。セクハラ対策は平成 19 年度より「雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律」(通称：男女雇用機会均等法)第 11 条で事業主に措置を義務付けている。具体的な措置として 3 ステップが厚生労働省告示 615 号で提言された。それは①事業主の労働者に対する方針の明確化②事業所内に相談窓口の開設③被害者のケアと加害者の罰則と具体的な構成となっている。また、対策を行わなかった事業主の「企業名公開」、そして派遣者が被害者の場合は雇い主だけでなく派遣先にも責任があることを明文化するなど、対策実施のインセンティブを高める法制が敷かれている。また、労働者に対しては加害者の懲戒・配置転換といった処分を明確化することでセクハラを抑止力が働くことを期待された。

一方で、セクハラ以外の職場の人間関係の問題に対する法制度整備は成されていない。セクハラ以外の人間関係の問題として次に対策すべきなのが「いじめ・嫌がらせ」である。図 5 は、「平成 25 年度個別労働紛争解決制度施行状況」³¹を元に各都道府県労務局の管理する総合労働相談コーナーに寄せられる労働者・雇い主の「総合労働相談」の内訳を示したものである。平成 25 年度は「いじめ・嫌がらせ」が最も多い 59,197 件で、相談の内訳の 20%を占めている。図 6 は主な紛争内容の相談件数を年度毎に観察したものである。

「いじめ・嫌がらせ」は過去 2 年間で最多となっている。このことから、人間関係の問題の 1 つである「いじめ・嫌がらせ」の悩みを抱える労働者・雇い主は相対的に多数であることが分かる。さらに、59,197 件の「いじめ・嫌がらせ」の悩みはあくまでも相談の形で表面上に表れた件数であり、その悩みのポテンシャルはさらに多いと考えられる。社会のあるべき姿を「最大多数の最大幸福」と捉えた場合、いじめや嫌がらせの不安を取り除く政策を行うことで、最大多数の労働者を精神障害のリスクから回避させ社会の効用を高めることができる。

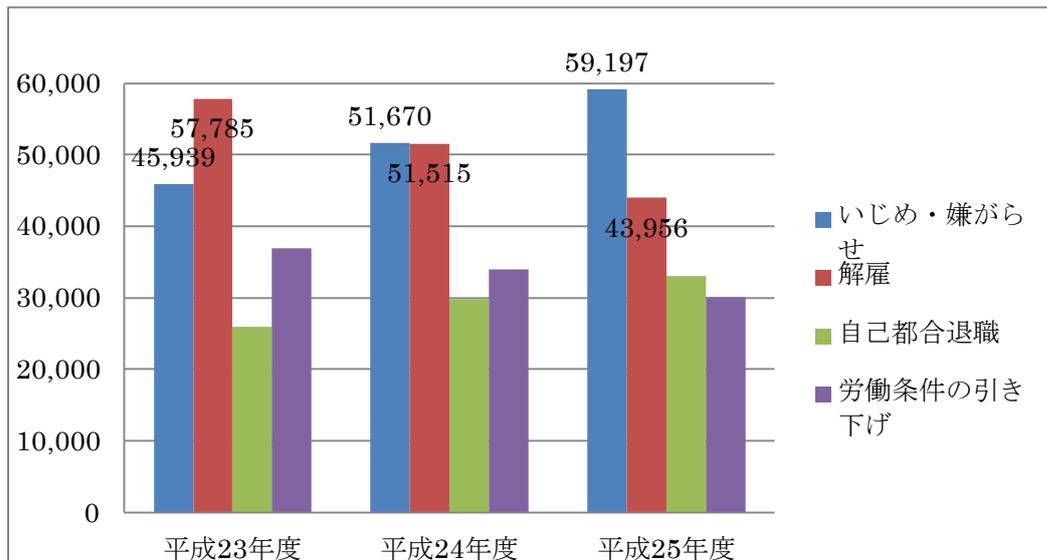
図 5 平成 25 年度民事上の個別労働紛争相談の内訳



³¹ 厚生労働省(2014)「平成 25 年度個別労働紛争解決制度施行状況」 p.3 <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10401000-Daijinkanbouchihouka-Chihouka/0000047216.pdf> 2014/10/22 データ取得

平成 25 年度個別労働紛争解決制度施行状況

図 6 最近 3 カ年の主な紛争の動向（民事上の個別労働紛争に係る相談件数）



平成 25 年度個別労働紛争解決制度施行状況

いじめ問題についても、セクハラ対策同様の法整備を導入することを提言する。この政策の独自性は、慣習法でしかなかった「いじめ・嫌がらせ」対策を法整備化したことである。実現可能性は費用面から見て高いといえる。本政策には直接費用がほとんどいない。「雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律」と同じく「企業名公開」というインセンティブを付与することで企業に自主的な動きをさせることができる。相談窓口の開設については、現行のセクハラ相談窓口と役割を兼ねさせることができるであろう。直接費用は職員の教育費用のみとなり、これは現代の ICT 技術を用いることでコストを最小限まで抑えられるであろう。

ただし、機会費用として、各企業が相談窓口職員に労働力を割くことで生産性が低下することが考えられる。機会費用を最小限とするために現行のセクハラ相談窓口職員に役割を兼ねさせることで追加の人員の必要性は排除されるものの、窓口職員の負担増大のリスクがある。また、東京都が実施した「東京都男女雇用平等参画状況調査」によれば、現状でセクハラ防止への取組が「既に十分」と従業員が回答した企業は 3 割であり、窓口を開設するといっても容易でないことが伺える³²。

³² 厚生労働省「職場におけるハラスメント防止・対応方法」p.33、<https://www.hataraku.metro.tokyo.jp/equal/siryu/03.pdf>

先行研究・参考文献・データ出典

- ・ R.A. Karasek, Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign, *Administrative Science Quarterly*, 24(2) (1979), pp. 285-308
- ・ 朝日新聞 2014 年 7 月 24 日朝刊
- ・ うつ病ドリル、<http://u-drill.jp/>
- ・ 大阪商業大学 JGSS 研究センター『労働者の「心の健康」と労働生活』（山岡・小林、2014）
- ・ 公益社団法人日本精神保健福祉士協会「精神障害ってなんだろう？」
<http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20110219-kenri/20-23.pdf>
- ・ 厚生労働省「健診、保険指導のあり方」、
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/seikatsu/、
2014/10/22 データ取得
- ・ 厚生労働省「こころの耳」、<http://kokoro.mhlw.go.jp/>、2014/10/23 データ取得
- ・ 厚生労働省「産業医について」、<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/080123-1.html>、2014/10/20 データ取得
- ・ 厚生労働省「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」
https://www.google.com/url?q=http://www2.mhlw.go.jp/kisya/kijun/20000809_02_k/20000809_02_k_shishin.html
- ・ 厚生労働省「精神疾患のデータ—知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス総合サイト」、<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>、2014/10/30 最終アクセス
- ・ 厚生労働省「精神障害の労災認定」、
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/rousaihoken04/120427.html>
- ・ 厚生労働省(2014)「中小企業労働環境向上助成金(個別中小企業助成コース)のご案内」
- ・ 厚生労働省「働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト」、<http://kokoro.mhlw.go.jp/>
- ・ 厚生労働省「平成 24 年度『脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況』まとめ」、
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000034xn>
- ・ 厚生労働省「平成 24 年 労働者健康状況調査」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h24-46-50.html>
- ・ 厚生労働省(2014)「平成 26 年度厚生労働省特別会計歳入歳出予定額各目明細書」
- ・ 厚生労働省「毎月勤労労働調査 平成 26 年度 5 月分」、
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/monthly/26/2605r/2605r.html>
- ・ 厚生労働省(2010)「労働安全衛生基本調査」
- ・ 産業医学振興財団発行『メンタルヘルス実践ガイド』
- ・ 財団法人産業医学振興財団「産業医に関する調査報告書」(1991)
- ・ ジョン・ポトカー/マイケル・テーズ『最新うつ病治療ハンドブック』日本評論社 2004 年、
p.112
- ・ 総務省「平成 24 年情報通信白書」、
<http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h24/html/nc112120.html>
- ・ 電子政府の総合窓口 e-Gov「労働安全衛生法」、<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S47/S47HO057.html>、2014/10/23 データ取得
- ・ 電子政府の総合窓口「労働者災害補償保険法」、
<http://law.egov.go.jp/htmldata/S22/S22HO050.html>
- ・ 東京大学社会調査研究所「連合生活アンケート調査」
- ・ 東京都労働相談情報センター「職場のメンタルヘルス」、<http://www.kenkou-hataraku.metro.tokyo.jp/mental/index.htm>
- ・ 統計局「人口推計(平成 25 年 10 月 1 日現在)-全国:年齢(各歳)、男女別人口・都道府県:年齢(5 歳階級)、男女別人口-」、<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2013np/>
- ・ 統計局「労働力調査(詳細集計)平成 26 年(2014 年)1-3 月平均(速報)結果」、
<http://www.stat.go.jp/data/roudou/sokuhou/4hanki/dt/>

- ・日本医学会医学用語管理委員会「医学用語の標準化をめざして—『日本医学会医学用語事典(英和)』第3版の編集方針—」、<http://jams.med.or.jp/dic/136010139.pdf>
- ・日本カウンセラー協会「一般社団法人 日本産業カウンセラー協会」、<http://www.counselor.or.jp/about/about.html>、2014/10/25 データ取得
- ・「日本語版努力—報酬不均衡モデル調査票のページ」
<https://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/ERI/manual.htm>、2014/10/31 アクセス
- ・日本労働組合総連合会、<http://www.jtuc-rengo.or.jp/>
- ・日本労働研究機構(2001)、「メンタルヘルス対策に関する研究—対策事例・欧米の状況・文献レビュー・調査結果—」
- ・法政大学大原社会科学研究所『日本労働年鑑』(2003) 旬報社
- ・森信繁等「うつ病の新たなメカニズム—エビジェネティクス—」精神雑誌(2010)112 巻 10 号,pp986-991.
- ・労働政策研究・研修機構(2009)「労働時間に関する調査」
- ・労働政策研究・研修機構(2010)「職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査」
- ・労働政策研究・研修機構(2013)「我が国のメンタルヘルス対策の現状と課題」
- ・和田耕治等「関東地区の事業場における慢性疾患による仕事の生産性への影響」、産衛誌 2007; 49: pp.103-109
- ・和田肇「安全(健康)配慮義務論の今日的な課題」『日本労働研究雑誌』(2010)、pp37-45.

- ・Web ページで記載のないものは、2014/8/30 最終アクセス