

提 言

労働・雇用と安全衛生に関わる
システムの再構築を
—働く人の健康で安寧な生活を確保するために—



平成23年（2011年）4月20日

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

この提言は、日本学術会議 労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会

委員長	岸 玲子	第二部会員	北海道大学環境健康科学研究教育センター・センター長 特任教授
副委員長	和田 肇	連携会員	名古屋大学法学研究科教授
幹 事	小林 章雄	連携会員	愛知医科大学医学部教授
幹 事	矢野 栄二	特任連携会員	帝京大学医学部教授
	吾郷 眞一	第一部会員	九州大学大学院法学研究院教授
	大沢 真理	第一部会員	東京大学社会科学研究所教授
	樋口 美雄	第一部会員	慶應義塾大学商学部 教授 (平成 21 年 7 月 31 日まで)
	春日 文子	第二部会員	国立医薬品食品衛生研究所 食品衛生管理部室長
	相澤 好治	連携会員	北里大学副学長医学部教授
	川上 憲人	連携会員	東京大学大学院医学系研究科教授
	實成 文彦	連携会員	山陽学園大学副学長
	清水 英佑	連携会員	中央労働災害防止協会 労働衛生調査分析センター所 長
	波多野睦子	連携会員	東京工業大学 理工学研究科電子物理専攻教授
	宮下 和久	連携会員	和歌山県立医科大学副学長医学部教授
	村田 勝敬	連携会員	秋田大学医学部教授
	五十嵐千代	特任連携会員	東京工科大学 医療保健学部 産業保健実践研究セン ター長・看護学科准教授
	井谷 徹	特任連携会員	労災保険情報センター専務理事 (平成 22 年 12 月 10 日まで)
	小木 和孝	特任連携会員	労働科学研究所主管研究員・国際産業保健学会 (ICOH) 会長
	草柳 俊二	特任連携会員	高知工科大学工学部社会システム工学科教授
	久永 直見	特任連携会員	愛知教育大学・保健環境センター教授
	宮本 太郎	特任連携会員	北海道大学法学研究科教授 (平成 22 年 12 月 10 日まで)
	森岡 孝二	特任連携会員	関西大学経済学部教授

提言作成にあたり以下の方たちにご協力いただきました。

堀江 正知	産業医科大学教授
酒井 一博	(財) 労働科学研究所所長

要 旨

1 背景

経済環境や社会構造の変化、とりわけ世界規模で進行している経済情勢の大きな変化は、働く人の生活と健康や安全、あるいはその家族の生活にかつてない厳しさをもたらし、地域社会など国民生活全体にも大きな影響を及ぼしている。OECDによれば、近年、日本の相対的貧困率は先進国中第2位とされるが、貧困の背景には、低賃金で働く非正規雇用の増大という雇用問題がある。他方、雇用が安定していると考えられている正規雇用労働者についても、過労死・過労自殺につながるような長時間労働は依然として続いている。多くの労働者が精神的ストレスを抱えており、職場でのメンタルヘルス（精神保健）対策が大きな課題になってきている。

2 労働者の健康・安全に関する現状と課題

過労死の労災申請件数はこの10年間で約2倍に、過労自殺の申請件数は約6倍に増加した。長時間労働は労働生活と家庭生活の調和（ワークライフバランス）を難しくさせる大きな要因ともなっている。一方で、非正規雇用者はこの20年で実数で約2倍になり、現在では全労働者の1/3以上が非正規雇用である。その多くが下請けや孫請け企業で働いており、外傷や健康障害の危険性が高い業務に従事させられているにもかかわらず、安全衛生サービスからは外れていることも多い。特に労働者のほぼ6割が働いている中小零細企業での労働・雇用環境の改善は重要な課題である。現行の産業保健サービスのあり方を見直し、すべての働く人に産業保健サービスを適用する方向と、職場での自主的な環境改善を支援する法制度の整備、産業医、産業看護職、産業技術職などの産業保健専門職の活用、人材の養成と教育訓練のための体制構築や研究体制の整備も急がれる。

3 提言の内容

(1) 国の健康政策に「より健康で安全な労働」を位置づけるとともに社会的パートナーである労使と協力して安全衛生システムの構築を図る

労働安全衛生を推進し、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。

使用者と労働者は社会的パートナーとしてそれぞれの職場、あるいは産業分野において安全衛生システムの構築を図り、予防活動を進めていくべきである。そのため、国は、国際協調の見地からも労使と協力して日本が国際標準からみて遅れている分野では、ILO未批准条約の批准と国内法制度の整備に向けて一層の努力が要望される。

(2) 労働・雇用および安全衛生にかかわる関連法制度の整備と新たなシステム構築に向けて

① 過重労働と過労死・過労自殺を防止するための法的な整備を行う

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。36協定などの制度を見直し、1日の最長労働時間、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。

② 非正規雇用労働者の待遇改善に向けて法制度を整備する

賃金や年金、社会保険などの基本的労働条件について、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第175号条約（パートタイム条約）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を作るべきである。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。

③ すべての就業者に安全衛生に関する法律・制度を適用する体制を強化する

これまで安全衛生サービス提供が不十分であった10人未満の零細な事業所の労働者や、自営業者、農業従事者、非正規雇用労働者など、すべての就業者に労働安全衛生対策が行き渡るよう、国は関連法制度の整備を行うべきである。そのためILO第155号条約（職業上の安全及び健康並びに作業環境に関する条約）とILO第161号条約（職業衛生機関に関する条約）、両条約の我が国における早急な批准が不可欠である。

④ 職場の危険有害環境を改善するために法制度の整備を図る

国は、職業性健康障害の発生状況を的確に把握し、実行ある予防体制を確立するため、作業環境測定結果の報告を義務付け、国が行う安全衛生調査に9人以下の小規模事業場と自営業を含めるなど行政データを一層利活用できる仕組みへと改善すべきである。自主的な労働安全衛生活動をするため、労働者が有害性を「知る権利」について、ILO第170号条約（化学物質条約）を批准し、関係国内法を整備すべきである。

⑤ 中小零細企業での労働安全衛生向上のための諸施策を充実させる

大企業と比べて格差の広がる中小企業にも実効性のある仕組みの構築が喫緊の課題である。国は、中小企業による労働安全衛生活動を支援するため、産業保健推進センターや地域産業保健センターなどの公的な機関が労使・専門職・地域保健との連携の中で十分に機能を発揮できるよう法的整備とシステム構築を一層進める必要がある。

⑥ メンタルヘルス対策のために有効な施策やプログラムの立案・普及を図る

国はメンタルヘルス確保のため、長時間労働などの労務の過重性への対応に加え、

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たな施策の立案を行い、職場の予防活動や支援機能を高める新しい有効な枠組みを作るために、各事業者、労働組合の積極的な参画を図るべきである。あわせて休業した労働者が円滑に職場に復帰するためのプログラムの普及とサービスの質の標準化を図るべきである。

⑦ 産業保健専門職による質の高い産業保健サービスを実施するための法制度を確立する

国は、産業保健専門職が、労働現場における多様な健康や安全の問題に対して、労使とは独立した立場からその専門性を発揮し、使用者および労働者に助言する責任をもつチームとして質の高い産業保健サービスを提供することができるよう、産業医、産業看護職、産業衛生技術職などの法的位置づけを明確にしたうえで、こうした専門職種の機能やサービス機関を発展させる新しい法制度を確立するべきである。

⑧ 安全衛生に関する研究・調査体制の充実を図る

国は大学・研究機関および産業界・労働界の参加を得て、国レベル、地域レベルで戦略課題を策定・改訂し、重点研究を効果的に推進するべきである。さらに国や地域レベルで、労働・雇用環境の実態を把握し、その結果を対策に活用するべきである。そのためには国が既に把握している労働安全衛生関係の特別調査、労働者死傷病報告、労災補償新規給付決定例等について、大学等の研究者が収集されたデータの十分な分析と利活用を行えるように制度化を図るべきである。

(3) 事業主および労働者、関係諸機関に求められる取り組み

① 事業主および労働者は自主的な安全衛生活動を推進する

事業主ならびに労働者は、職場における法規遵守の徹底および現場での自主的な安全衛生活動を一層推進し、安全と衛生の両面から包括的に職場の複合リスクを評価・管理する技術を開発・普及させ、災害や健康障害の根本的原因の解消を進める努力をすべきである。特に中小企業は、労働安全衛生マネジメントシステム（OSHMS）を積極的に導入し、自主的な労働安全衛生活動を推進するとともに、地域で業種別に共同グループ化を図るなど、より積極的な労働安全衛生活動を進めるべきである。

② 大学、研究機関、学協会等の活動を一層強化し、連携を図る

戦略課題を重点的、効果的に推進するために、中立的な立場から調査・研究を推進している大学・研究機関など諸機関の一層の充実が望まれる。同時に産業医、産業看護職、安全・衛生技術者の教育と、企業内で働く安全衛生専門実務者の育成のために、専門的な教育訓練を行う大学や研究機関は一層の教育体制の強化をすること、それらの機関と全国の大学や教育機関、学協会の連携など多様な取り組みが必要である。

目 次

1	はじめに.....	1
(1)	課題別委員会設立の背景.....	1
(2)	日本学術会議から出された過去の関連提言と本提言の立脚点.....	2
2	労働・雇用が人々の健康と安寧に及ぼしている問題.....	4
(1)	過重労働による健康問題.....	4
(2)	非正規労働者の安全・健康・権利.....	6
(3)	労働・雇用環境と家庭生活・健康.....	8
3	我が国における労働安全衛生の課題.....	10
(1)	職場の危険有害環境と働く人の健康や安全をめぐる課題.....	10
(2)	働く人のメンタルヘルス（心の健康）をめぐる課題.....	12
(3)	中小零細企業での安全衛生の課題.....	14
4	政策の中での働く人のより健康な労働の位置づけとそのための諸方策.....	16
(1)	労働関連疾患の予防と生活習慣病対策の関係について.....	16
(2)	政府機関、産業界、労働界、大学・研究機関の協働で労働安全衛生を進めるためのシステム構築を.....	16
(3)	今後の産業保健サービスのあり方.....	17
5	学術研究・調査体制の現状とその充実に向けての課題.....	20
(1)	大学や研究機関の現状と課題.....	20
(2)	政府統計、行政資料データの利活用の問題.....	20
(3)	今後の研究・調査体制の充実に向けての課題.....	21
6	提言.....	22
(1)	国の健康政策に「より健康で安全な労働」を位置づけるとともに社会的パートナーである労使と協力して安全衛生システムの構築を図る.....	22
(2)	労働・雇用および安全衛生にかかわる関連法制度の整備と新たなシステム構築に向けて.....	22
(3)	事業主および労働者、関係諸機関に求められる取り組み.....	24
	＜用語の説明＞.....	25
	＜参考文献＞.....	27
	＜参考資料 1＞ 図表.....	31
	＜参考資料 2＞ 労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会審議経過.....	39

1 はじめに

(1) 課題別委員会設立の背景

健康で安全な労働・雇用環境が確保され、家庭生活が安寧で豊かであることは、社会の健全な発展を支える不可欠な条件である。しかし、昨今の世界規模で進行する経済情勢の大きな変化は、働く人の健康と安全、あるいはその家族の生活にかつてない厳しさをもたらしている。

2008 年秋の米国のサブプライムローン危機とリーマンショックを契機に、失業と貧困が世界的な問題となっている[1]。失業に加え、我が国ではパートタイム労働者、アルバイト、派遣労働者、有期雇用の契約社員など非正規労働者の急増が、健康で安全な労働・雇用環境にとって大きな問題となっている。1987 年に全労働者の 19.7%であった非正規比率は 2007 年には 35.6%になり[2]、2010 年 7～9 月では非正規労働者は男性 558 万人（19.6%）、女性 1,216 万人（53.2%）に上っている[3]（＜参考資料 1＞の図 1、図 2、図 3 を参照）。OECD によれば、近年の日本の相対的貧困率^{1)*}はアメリカに次いで先進国中第 2 位とされるが[4]、貧困の背景には雇用問題がある。従来、我が国では、「官が産業や企業を守り、企業が終身雇用で男性稼ぎ手を守り、男性労働者が妻と子を守る」、いわゆる「日本型 3 重の構造」が機能し、社会保障や福祉の支出も比較的少なかった。しかし、その 3 重の構造から外れて低賃金で働く非正規雇用が増大し、社会保障の不十分さと相まって、非正規雇用労働者の失業、貧困の問題につながっている[5、6]。働く母子世帯で最も生活が厳しい状況があり[7]、さらに、2008 年末の「派遣村」開設にも象徴されるように、非正規雇用労働者が失業した際には、即、住居の喪失につながる等の事態も深刻化している[8]。

一方で、我が国の自殺者は過去 13 年間、年間 3 万人を越え、特に壮年期男性の自殺の比率が高くなっている[9]。その理由の一つには正規労働者における長時間労働がある。過労死や過労自殺といわれる業務上疾病の主たる原因は、異常なまでの長時間労働にある。また、不況や不安定雇用などの原因も無視できない。

このような労働・雇用環境の激変に伴い、職場でのメンタルヘルス対策は大きな課題である。さらに、労働・雇用環境の悪化は、労働者個人にとどまらず、家族や地域社会など国民生活全体に大きな影響を及ぼしている。政府は労働生活と家庭生活の調和（ワークライフバランス）やワークシェアリングを提唱しているものの、たとえば、男性の育児休暇取得比率は 2009 年現在で 1.7%に過ぎない[10]。子育て世代の 30 代・40 代前半の男性では他の年齢層に比較しても長時間労働が特に顕著であることが、その背景にあると推察される。

こうした問題を、一時的な経済危機に派生したものとして捉えるのではなく、我が国の労働・雇用環境のシステム構築のグランドデザインを視野に入れ将来にわたる課題解決の方策を考える必要がある。働く人の生活・健康・安全にかかわる労働・雇用環境の

*番号を付与した文言に関しては、25 ページよりの＜用語の説明＞を参照。

問題について、より多角的に検討することにより課題を整理し、具体的な提言を行うため、日本学術会議では、社会科学、医学・健康科学、工学等の広い分野から委員の参画を得て「労働・雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会」を設置し、審議を重ねた。

(2) 日本学術会議から出された過去の関連提言と本提言の立脚点

日本学術会議からは、1965年に勧告『産業安全衛生に関する諸研究の拡充強化について』[11]が出され、労働災害の多発に対して有効な対策を講じるための多面的な研究の必要性が説かれている。また、1980年に出された要望『労働衛生の効果的推進について』[12]は、技術革新に対応できるような職場での安全衛生を確保するために、労働者の健康実態を正確に把握する疫学調査と、職場関係者の不断の教育・研修の必要性が提案されている。その後2009年に提言『経済危機に立ち向かう包摂的社会政策のために』[13]が、また2010年には日本の展望の委員会の下で、提言『誰もが参加する持続可能な社会を』[14]、および提言『リスクに対応できる社会を目指して』[15]が出され、それぞれ労働・雇用、社会保障にまたがる提案がなされている。しかし働く人の健康や安全については、その重要性が増しているにもかかわらず、この約30年間にそれを直接取り上げた提言等を出されてこなかった。

労働・雇用環境と働く人の健康や安全については、国などの関係機関、企業や労働組合、研究者や学術機関などそれぞれに大きな責任が課されている。国際的には、既に様々な取組みが行われてきている。日本も原加盟国であるILO（International Labour Organization；国際労働機関）は、90年以上にわたり一貫して、社会正義を目指した活動、とりわけ国際労働基準設定をおこなってきており、最近ではdecent work for all（すべての人に働きがいのある人間らしい労働を）という目標を優先課題の一つに掲げ、就労の場における基本的権利の保護、差別の排除、社会的保護、社会的対話を推進してきた。ILOが設定する国際労働基準である条約および勧告は、全加盟国の政労使が平等に参加して2/3以上の多数で採択して作り上げる国際標準であり、社会正義の達成のみならず公正競争の見地からも全世界が一致して批准、実施して行くことが望まれる基準である。加盟国が条約を批准すると国内法的にも効力が生じるが、日本では憲法の定めるところによっては直接国内法としての有効性を持つ。2011年3月現在、我が国では48の条約が批准されているが、フランス123、英国86、ドイツ83など欧州の国々と比べて批准数の遅れが目立つ[16]（なお米国は批准数が14と極端に少ないが、それは連邦制の下ですべての州を拘束する労働法を連邦議会が制定できないことが理由である）。したがって今後、我が国においては、国際労働基準に対しては、働く人たちの安全・健康を確保するために、また、国際的な義務の履行という意味においても政府をはじめとして社会的パートナーである労使の系統的な取組みが喫緊の課題と言える。

今、より積極的な対処がなされないならば、我が国でこれまで積み上げてきた従来からの安全衛生活動の維持さえも困難になり、職業性の健康障害の増加や新しい健康障害

の発生に至るおそれ大きい。さらに正規雇用と非正規雇用の分断が広がり、社会の持続性が損なわれるであろう。本委員会では、近年の労働・雇用環境における諸問題を踏まえて現状と問題、解決のための方策を明らかにし、提言としてとりまとめた。

本文は以下の構成としている。第2章では昨今の労働・雇用形態の大きな変化、長時間労働が働く人自身の健康に及ぼしている影響を、その原因であり結果でもある非正規・不安定雇用などの著しい増加との関連で述べ、さらにそれらが家族の生活と健康の問題に対してどのように波及しているかについて検討する。第3章では最近の現状を踏まえながら、我が国における労働安全衛生の課題を述べる。具体的には職場の危険有害業務、メンタルヘルス対策など働く人の心身の健康と安全に関わる課題、併せて長年、指摘され続けながらも改善が容易でなかった中小零細企業での労働安全衛生の問題について述べる。第4章ではそれらの諸課題の解決で最も基本となる国の政策や行政機関、労使に要望される役割、産業保健サービスのありかた、強化すべき取り組み内容を指摘する。最後に第5章では関連分野における学術研究体制充実について述べる。

2 労働・雇用が人々の健康と安寧に及ぼしている問題

(1) 過重労働による健康問題

① 過労死・過労自殺の現状と問題

厚生労働省の「脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況」[17]における 1999 年度から 2007 年度までの推移を見れば、過労死（脳・心臓疾患等）に係る労災請求件数は約 2 倍、認定件数は約 5 倍（うち死亡は約 3 倍）に、また、過労自殺（精神障害等による自殺）に係る労災請求件数は約 6 倍、認定件数は約 19 倍（うち死亡は約 7 倍）に増加している（＜参考資料 1＞の表 1 を参照）。過労自殺に係る労災認定件数（2009 年）は、職業別にはホワイトカラーが全体の 68%を占め、年齢別には 20～39 歳が全体の 56%を占めている。

過労死と過労自殺では異なる原因もあるが、両者に共通する最も大きな要因は、長時間労働にある。2011 年 1 月の調査では、週 35 時間以上の全労働者（役員を含む）3,902 万人の 13.6%に当たる 530 万人が週 60 時間以上働き、過労死の認定基準[18]である月 80 時間以上の残業をしている[19]。また 2007 年の調査では、男性正規労働者（2,380 万人）のうち、年間 250 日以上働く者が 57.3%、そのうち週 60 時間以上働く者が 25%を占め、ことに 25～39 歳では 29.1%に上っている[2]。従来から IT 技術者など専門技術職の過重労働は指摘されてきたが、近年は医師（勤務医）・教員で週平均が 60 時間を超える実態が報告されている[20]。全労働者の平均労働時間は、1990 年代以降、見かけは減少してきた。しかしそれは、女性を主力とするパートタイム労働者（アルバイトや派遣をも含む週 35 時間未満の短時間労働者）の増加によるところが大きく、フルタイム労働者あるいは正社員の労働時間はほとんど変化していない。2006 年の調査では、男性正社員（正規雇用）は週平均 52.5 時間、年間ベースで約 2,700 時間働いている[21]。我が国の女性の労働時間は男性に比べるとかなり短いが、同調査によると、女性正社員（正規雇用）の週労働時間は 44.9 時間で、EU（欧州連合）諸国の女性フルタイム労働者と比べると 5 時間～8 時間長い[22]。なお、ワークライフバランスの観点からは、家事労働時間を含めると、日本では女性労働者の合計労働時間が男性労働者よりも長くなっていることも無視できない。

我が国の労働者の働きすぎは、年次有給休暇の取得率の著しい低さにも表れている。1980年に61%であった取得率は、2004年に過去最低の46.6%まで下がり、その後低水準で推移している。2009年に企業が付与した有給休暇日数は、1人平均17.9日で、そのうち実際に取得した日数は8.5日、取得率は47.1%にすぎない[23]。EU諸国では、年間で30日前後の有給休暇が付与され、そのほぼ9割が消化されている上に、2週間以上の連続休暇が一般化している[24、25]。また、年間3労働週の年休と、2労働週の連続休暇を定めたILO第132号条約（有給休暇条約）を批准している国は36ヶ国にのぼっている。厚生労働省も「労働時間等見直しガイドライン」（労働時間等設定改善指針、平成20年厚生労働省告示第108号）を改正し、既に2週間程度の連続休暇の取得促進を謳っている。なお、我が国は欧米に比べて祝祭日が多いと言われているが、厚労

省「平成21年就労条件総合調査」によれば、祝日を含めた平均年間休日数は105日（有給休暇を除く）で、祝日数が多いからと言って、年間休日数が諸外国に比べて多いわけではない。これは、完全週休2日制の実施企業の割合が58%（規模30人以上）に留まることと、労働者の多くは、祝日に休むとは限らず、企業独自のカレンダーで出勤していることを意味している。

② 過労死・過労自殺を予防するための課題と対策

過重労働による労働者の健康障害対策は長年、政労使で取り組まれてきたが、根本的な予防対策は遅れている。労働者の健康や安全を確保するため、何よりも長時間労働を解消する方策を講じることが、焦眉の課題といえる。特にホワイトカラーについてはいわゆるサービス残業（賃金不払残業）の解消が急がれる。こうした課題については、現場を熟知している労使の取組みが重要であることは言うまでもない。しかし、我が国の労働組合の多くが企業内組合であることから、全労働者に向けた政策の実現が困難であるという限界、あるいは約9割の事業場に労働組合が存在しないという現実から、立法の役割が依然として大きい。その際に、長時間労働による過労死や過労自殺が社会問題となっていない他の先進国の基準・制度は参考になる。

労働基準法は、第32条で1週40時間・1日8時間の原則を定めているが、同法36条では労使協定（いわゆる36協定²⁾）の締結を前提として時間外や休日労働を許している。しかも、協定において定められる時間外労働に関する上限規制は、強行性がない非常に緩やかなものであり、これをはるかに超える協定も多く存在している。同37条の時間外労働や休日労働に対する賃金の割増率は、限定的に引き上げられたが、長時間に及ぶ時間外労働を規制するには十分ではない。また、同39条では年次有給休暇の定めがあるが、年休日数や付与・取得方法から見て、先進国の基準からはかなり低い水準に止まっている。したがって、労働基準法におけるこうした規制を大幅に改めることが、長時間労働の解消にとっては有効でかつ不可欠であり、以下の施策を実行に移すことが必要である。

すなわち、長時間労働の解消には、時間外労働を含めた1日の最長労働時間を設定すること、1日の仕事の終了から翌日の仕事の開始までに一定の休息時間を設けること（直接的規制方式）、時間外労働や休日労働に対する賃金の割増率を大幅に引き上げること（間接的規制方式）、あるいはこれらを組み合わせた規制を実施することが求められる。直接規制では、現行の法定労働時間規制を空洞化させている、36協定の制度を改め、時間外労働について、1日、1ヵ月、1年の単位での厳格で法的拘束力を持つ限度時間を設定することが有効である。休息時間については、EUにおいて最低連続11時間の休息時間を付与することが行われているが、この休息制度を我が国でも導入することが望ましい。また、健康で文化的な労働生活を送るためには、年間で平均18日付与されている年次有給休暇の完全取得が必要であるが、それを推進するためには、年休の計画的な付与を使用者に義務づけること、2労働週（10労働日）の連

続休暇を規定したILO第132号条約の批准を視野に入れ、国内で大企業のみならず中小企業を含む種々の産業でどのような課題があるのかを整理し、既にモデルとなっている企業の経験に学ぶなど、有休のあり方などを含めて、今後のより健康で文化的な労働生活について国民的な議論を進め諸環境の整備を図ることが必要である[26]。

(2) 非正規労働者の安全・健康・権利

① 非正規雇用の現状と問題

1980年代前半には非正規雇用(パートタイム、有期雇用、労働者派遣、アルバイト等)の全労働者中に占める割合は15%前後であったが、昨今では35%強にまで増加している[2](<参考資料1>の図1、図2、図3を参照)。非正規雇用労働者は、性別や年齢階級別で割合が異なっており、女性では25歳から34歳で若干低下しているが、各年齢層に分布しているのに対して、男性では若年者と高齢者に集中している(<参考資料1>の表2、表3を参照)。

非正規雇用が増えてきた最大の理由は、人件費コストの切り下げである。主要国では日本だけが名目平均賃金が長期的に低下しており、パート労働者の比率が上昇していることにその主たる原因がある(<参考資料1>の図4を参照)。2009年の調査では、男性正規職員の平均収入を100とした時、女性正規職員のそれは約70であるのに対し、非正規の男性は57、非正規の女性は42と極端な差があり、この開きはOECD諸国内でも極めて大きい[27]。また、非正規雇用はその大半が有期雇用であり、景気の調整弁として「派遣切り」や「雇い止め」につながりやすいことも看過できない。同時に社会保険の面でも種々の不利益があり、厚生年金加入が、現行では正社員の3/4以上の労働時間なら対象になるものの、それ以外のものは該当しないなどの問題があり、将来の無年金・低年金者を作り出してしまう危惧がある。

製造業では、非正規雇用は下請けや孫請け企業に多い。非正規の労働者は怪我や健康障害の可能性の高い危険・有害業務に従事させられ[28、29]、健康障害の危険性が高いにもかかわらず、職場での安全衛生対策が十分に講じられていない。正規労働者に比べて非正規労働者に対しては、安全衛生教育が不十分である。また、健康診断が行われても業務や作業の状態と対応しないことが多い。福利厚生サービスや、制度化されている安全衛生サービスも、受けにくい実態にある。このため、上司や同僚は、非正規労働者の心身の不調・異常に気づきにくく、サポートもしにくくなっている。また、派遣労働者においても派遣先での対策が不可欠であるにもかかわらず、それが講じにくい仕組みになっている。

我が国ではこれまで健康・安全衛生面からの非正規労働者に対する本格的な研究や調査は、ほとんど行われていない。海外の調査では、非正規労働者は正規労働者と比べて死亡率や労働災害による傷病率が高いことが報告されている[30]。また、このような状態と呼応して、非正規労働者は正規雇用の労働者より精神的健康状態に問題が

あるが、正規の職を得ることである程度改善するという報告[31、32]があり、非正規雇用が精神的健康の面でも、悪影響を与えていることが考えられる。

医療へのアクセスの点においても、医療保険への加入率が低いなどの要因からか、非正規労働者の医療サービス利用が少ない傾向や、休むことが雇用契約の継続に影響することをおそれてか、正規労働者と比べて病気による休職や欠勤が少なくなる傾向が認められる[33]。派遣労働者に対しては労働者派遣法第45条により、労働安全衛生法で規定する事業者には課せられた多くの責務が、派遣先の事業者にも同様に課せられている。しかし、派遣先は派遣労働者の健康問題を認識しても責任がないと考えて対処しない場合が多く、また、派遣元は労働者に日常的に接しないために問題を把握していないため、結果として派遣労働者の安全衛生対策は、ないがしろにされている[34]。

② 非正規雇用の安全衛生対策への課題

安全衛生に関する法律・制度からは、多くの非正規労働者が排除され、とりわけ派遣労働において、この問題が顕著に現れている。安全衛生対策の第一歩は、対象者の把握であるので、事業所内で働くすべての労働者について、雇用形態の違いに関係なく管理責任を果たすことが、事業者には義務付けられるべきである。

業務を指示する事業者は、そこで勤務するすべての労働者を把握し、個々の労働者に確実に保護が与えられるような運用体制を作らなければならない。厚生労働省は、労働安全衛生法に基づき、労使が一体となって労働災害の防止に取り組むための安全衛生委員会の設置を一定規模以上の事業場に促している。しかし、非正規労働者は安全衛生委員会のメンバーとなっていないことが多い。各事業所における現在の委員会の構成を再検討し、すべての労働者の利益・意見を代表するシステムを構築する必要がある。

非正規労働者については、職場での安全衛生面に限らず、労働条件一般において正規労働者との間に大きな格差がある。その中には正規労働者と同じような働き方をしている労働者も多い。現在全労働者の約1/3を占める非正規労働者の雇用改善は、以前にも増して重要な課題となっている。

1994年に採択されたILO第175号条約(パートタイム労働条約)を受けて、EU諸国では、フルタイム労働者とパートタイム労働者、あるいは無期雇用労働者と有期雇用労働者の均等待遇のための立法が早期から模索され、実現してきた。このことが雇用の保護・保障を伴った多様化(フレキシキュリティ)やワークシェアリングを可能にしてきた。こうした状況を考慮すると、我が国においても、労働契約法第3条2項やパートタイム労働法を改正するなど、正規労働者と非正規労働者の合理性のない差別の禁止や均等待遇(比例的な処遇も含む)を義務づける法制度を早急に整備する必要がある。そのためには、雇用形態の違いのみならず性別による賃金差別の解消にも資する

同一価値労働同一賃金の原則³⁾の導入に向けた検討が必要である。

この原則については、従来は日本型賃金体系等との関係で導入が困難であるとされてきたが、男女の賃金差別を禁止している労働基準法第4条においてこの原則が既に採用されており、最近では政府の政策文書において、男女共同参画の推進や雇用形態間の差別の解消のために同原則の導入に向けた検討が積極的に進められようとしている。また、使用者団体もこの原則についての検討を開始している[35、36]。ただし、同原則の内容、職務分析・評価の手法、同原則の実現方法については、国によっても（職務分析を労働協約で行っている国、訴訟において第3者機関利用する国等）、あるいは対象（性別間、雇用形態間）によっても内容が異なっていることもあり、その点も含め関係者間での早急な調整や検討がなされるべきである。

(3) 労働・雇用環境と家庭生活・健康

① 労働・雇用環境と家庭生活・健康の現状と問題

OECD 諸国の中では、我が国は合計特殊出生率、女性の労働力参加率がともに低い群に属するが[37]（＜参考資料1＞の図5を参照）、仕事と家庭の両立度が低いことが大きな原因である。たとえば、認可保育所に入れない待機児童は48,356人（2011年3月8日現在）にのぼり[38]、子どもを預けて働きたくても働けない現状がある。また、育児休業取得率は女性85.6%、男性1.7%にすぎず（2009年度）[10]、育児のための休業制度が十分に機能しているとはいえない。これに加え、我が国では女性が出産、育児などで一時的な離職をすると、その後の就労において以前と同様な職に就くことが困難であることも少子化の促進に関連している。一方長時間労働が、パートナーとの質的・量的な交流の機会を少なくする[39]とともに、父親である男性が子育てと仕事の両立を果たすことを困難にし、夫婦関係の満足度や出産意欲を低下させて少子化の促進要因になっている。

一方で、親の労働・雇用環境の不安定さは、子どもの生活の安寧にも大きく影響する。児童虐待として通告された事例の1/3の家族において「経済的困難」が虐待につながる要因と判断されている[40]。母子家庭等のひとり親世帯における経済的困難は、特に顕著であり、たとえば母子家庭の約7割が年間就労収入200万円未満である[41]。これは、育児との両立等の理由により、選べる職種が臨時・パート等非正規雇用が多くなりがちであることなどによる。厳しい労働条件と職場のストレス、低所得の中で子育てを一人で担う生活状況は、親の抑うつ感、労働と家庭生活の多重負担感を増大させ、結果的に児童虐待につながりかねない。

親の仕事が安定していない、働き方に自由度が少ない、育児休暇が充実していないなどの要因は子どもの情緒に影響を与え、行動上の困難を高めること、親の仕事の質と子どもの問題とは親のメンタルヘルスを介して関連すると考えられることから、親の健康的な働き方は、子どもの心身の健全な発育・発達にとって不可欠である[42]。

また、子どもの良好な知的能力や健康状態は、単に親の就労が確保されていることにとどまらず、その仕事の質が健康と安全の観点から一定の保障がされ、ワークライフバランスが保たれることなどにより保証されるものであり、そのための種々のサポートが得られることが必要である。

父親が育児を分担しないで母親任せにし、休暇を活用しない場合には、子どもの発達上の問題が多くなる一方、父親の育児関与レベルが高いほど乳幼児の安全や心身の発達が促される[43]ことから、より一層の父親の育児参加が必要である。しかし、我が国の男性の育児休業取得率は 1.7%と低く[10]、家庭生活における家事・育児の分担は極めて少ない[44]（＜参考資料 1＞の図 6 を参照）。また、思春期を含めた子どもの成育過程における「父親の不在傾向」も大きな課題である。厚生労働省は、男性の子育て参加や育児休業取得の促進等を目的とした「イクメンプロジェクト」を始動させ、働く男性が育児休業を取得できる気運の醸成を図っているが、男性の家事・育児への参加の最大の阻害要因は、父親の長時間労働にある。労働時間が 60 時間を超えると、父親の育児参加の度合いが大きく低下し[45]、帰宅時間が 21 時以降になると父親の育児協力度は大きく低下することから、育児期にある男性の働き方の見直しがまず必要である[46]。

② ワークライフバランスと家庭生活・健康の向上に向けた課題

若年成人の恒常的な長時間労働は、パートナーとの交流や男性の家事・育児への参加を阻害している。国は、残業時間を含む最長労働時間を法的に規制し、ワークライフバランスを推進して、男女がゆとりをもって育児参加できるようにするべきである。

女性労働者については、出産後も継続して就労するために、育児などの理由により短時間勤務を望む女性が短時間正社員となることを法的に保障するべきである。一方、男性労働者に関しては、育児休業の活用を一層促すため、企業は育児休業の取得がキャリア形成上の不利益とならないように配慮するべきである。また、育児休業の期間とその間の所得補てん率の組み合わせについて労働者が柔軟に選択できるような工夫が必要である。さらに企業も、育児休業法、雇用機会均等法、男女共同参画社会基本法、次世代育成対策支援法などに関する企業の遵守状況について自主的に情報を公開し、企業の社会的責任が確認できるようにする必要がある。

また、低所得と長時間労働という二重の負担の中にいるひとり親を支援するためには、国は育児相談、保育などの社会的なサポートやサービスが容易に受けられるよう、関係諸機関の連携をはかって対応することが望まれる。企業も、ひとり親が子育てしながら就労するのに負担の少ない働き方を支援することが必要である。

3 我が国における労働安全衛生の課題

労働安全衛生には、働く人の心身の健康と安全に関わる課題として、（１）負傷や疾病のおそれがある危険有害業務への対策、（２）職場のストレスに対するメンタルヘルス問題などが含まれる。

(1) 職場の危険有害環境と働く人の健康や安全をめぐる課題

① 職場の危険有害環境の現状と問題

職場には、従事している業種によって、墜落・転落、はさまれ・巻きこまれ、崩壊、爆発火災などが発生しうる危険な環境や、粉じん、化学物質、騒音、振動、放射線や重量物取扱い、反復動作などによる健康障害が発生しうる環境等、種々の環境リスクが伴う。厚生労働省の調査によると、労災保険新規受給者数（休業４日以上）は、最近１０年は横ばい状態が続いている。しかし、その一方で、一時に３人以上が死傷する重大災害は、１９８５年以降再び上昇している〔４７、４８〕（＜参考資料１＞の図７を参照）。過去の長い曝露歴と、近年の社会的関心の高まりを背景に、石綿によるがんの労災補償は、２００５年 ７１５人、２００６年 １, ７８４人と急増し、２００８年には １, ０６２人である。今後とも建物解体等での新たな石綿曝露が続くものと想定される〔４９〕。また、最も多い業務上疾病である腰痛をみると、近年は介護労働を含む医療福祉分野での増加が著しく、２００９年には １, １８０人で、建設業の４倍に上っている〔５０〕。

こうした職場における危険有害環境の問題の背景にはまず、最も重要な法定の最低基準すら遵守されない事業所、あるいは自主的安全衛生活動に消極的な事業場があり、労働災害の多発を許している現状がある。さらに近年は、システム要因による重大な危害対策の不備、ヒューマンエラーによる災害防止対策の緊急性、新規有害物質による障害予防策の解明などを喫緊の課題として挙げることができる。我が国では諸外国と比較して職業性疾病が十分に把握対処されていないことも問題である。こうした現状を抜本的に改めていくためには、単に危害発生の原因を解明するのみでなく、災害を未然に予防するための一次予防に力点を置き、早期発見・早期治療を行う二次予防、その後の社会復帰のための機能低下防止・治療・リハビリテーションを行う三次予防と組み合わせた体系的な予防システムの構築が急務であり、その研究・普及体制をどう確立するかが問われている。

法的な面では、我が国では有機溶剤中毒予防規則などで決められている作業環境測定や特殊健康診断（職業に起因する疾病に関する健康診断）の対象物質が少ない上、作業環境測定の実施義務はあるが結果報告の義務がない。特に中小企業での法制度整備には問題が残っており、労働者 ５０人未満の事業場には定期健康診断結果の報告義務がないこと、労働者 ９人以下の事業場と自営業は、国の安全衛生関係の調査の対象外であることなどが、危険有害要因の早期把握や評価を困難にしている。

また職場環境での有害物曝露を抑え、外部への放出も防ぐための、低コストの排気装置や集じん・除害装置など工学的対策技術の開発・普及が、十分ではない。さらに、新材料・新技術に起因する労働災害を予防するための対策が十分には確立されていない。1979年～2009年の新規化学物質の輸入製造の届け出は2万件を超えるが、それらの届け出に必要な法定の有害性調査項目は変異原性またはがん原性のみである。さらに我が国では許容濃度設定のための有害性情報が不足しており、国が作業環境の管理濃度を定めた物質は未だ85個に過ぎない。一方で、働く人に対する有害物質情報の周知も不足している。2006年の労働環境調査結果によれば、有害物に関する特殊健康診断が要る労働者中63%は、有害物を安全に取り扱うために必要な情報を記載した化学物質等安全データシートの存在を知らない[51]。有害性情報の乏しい新規化学物質の職場への導入も多く、職業がんや職業性アレルギー等の疾病が発生する可能性もある。

② 職場の危険有害環境を改善するために

以上に挙げた種々の危険有害環境に基づく健康や安全の問題を改善するためには、従来とは異なる予防体制が緊急かつ広範に必要である。まず法規遵守と現場の自主的活動が必要であり、それらの対策を通じて根本的原因の解消に向かうことが必要である。特に訓練・教育、環境改善事例の収集と普及ならびに労働者と機械・設備を一つのシステムとみなしてリスク評価をし、それに基づいてリスク管理の技術やツールを開発し普及させることが、重要である。加えて個々の事業場単位では改善が難しく、当該産業全体の安全体制に関わる解決策が必要な危険有害環境については、現場対応のみならず国の政策的な解決策の提示までを示すような学際的研究が求められる。職場での自主的取り組みを支援する法制度を含む枠組作りも必要になる。1990年に採択されたILO第170号条約（化学物質条約）⁴⁾は、労働者が事業場で使われる化学物質の有害性を「知る権利」を定めているが、日本はこれを批准し法制度に取り入れるべきである。なお、システム要因などに関連して発生し多岐にわたり重大な被害を招く災害の可能性のある事業においては、災害規模の予測に基づく備えと、発生時における被害を最小化する組織的取り組みの体制を事前に整備しておく必要がある。

新規ならびに既存の物質の危険有害性の把握と事業場、労働者への伝達を図るためには、危険有害性に関する国内外の情報を国の安全衛生研究機関や大学等が積極的に収集し、関連の研究を展開する必要がある。さらに、職業性健康障害の発生状況を的確に把握する体制を全産業にわたって確立することが急務である。労働安全衛生法第108条の2に規定された疫学的調査を国がより積極的に行うことも不可欠である。

全国の職場の危険有害環境に起因する労働災害、職業性疾病の発生状況に関する報告体制を整備し、産業現場で活用する仕組みが必要である。休業3日以内も含めた労災補償申請状況、労働者私傷病報告等の国が把握しているデータを開示して就労条件別の発生原因解明に役立てるべきである。さらに、環境測定結果報告ならびに小規模事業所の健康診断の結果報告の義務化に加え、国が行っている安全衛生関連調査の対

象に9人以下の小規模事業場と自営業を含める必要がある。これらのデータを、個人情報保護の上で危害発生状況の解明および一次予防に力点を置いた予防システムの構築などに役立てるべきである。また、機器や化学製品などを産業現場で安全に使用できるよう、メーカーに情報の提供を義務づけることも重要である。健全な職場環境の確保は、安全衛生を一体化して取り組むことによって実現できるからである。

(2) 働く人のメンタルヘルス（心の健康）をめぐる課題

① 職場のメンタルヘルスの現状と問題

2000年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（「事業場における労働者の心と健康づくりのための指針」）が公表されて以来、この10年間で職場のメンタルヘルス活動は急速に普及してきた。メンタルヘルス対策を実施する事業場の割合は2002年から2007年にかけて、23.5%から33.6%に増加した[52]（＜参考資料1＞の図8、図9を参照）。しかし、2012年度までに目標とする50%にはなお不足しており、さらに事業場規模による対策の格差はむしろ拡大傾向にある。

また対策の進展にも関わらず、職場における心の健康障害はなお高い水準で継続・増加傾向にある。2007年の調査では、仕事や職業生活での強い不安・悩み・ストレスがある労働者の割合は58%であり、1997年の63%からはやや減少しているがなお高い[53]。2009年度に申請のあった精神障害等による労働災害補償請求の件数は1,136件であり、これまでの最高件数を記録した。うち157件は自殺による請求である。2009年に自殺した全労働者数は9,154人であり、1998年から高い水準で推移している[54]。

EUでは、「職場で働く人々の安全と健康を向上させるための推進策の導入に関する欧州理事会枠組み規則」（89/391/EEC）の下、労働者のメンタルヘルスに関連する合意である「職業性ストレスに関する枠組み合意」（2004）および「職場におけるハラスメントと暴力に関する枠組み合意」（2007）がその後公表され、これらの枠組みに従い、欧州各国で対策が進められてきた。たとえば英国の健康安全省によるマネジメントスタンダードアプローチやデンマークの労働基準署による職場環境の行政査察などがその好例である[55、56]。2008年にはEuropean Framework for Psychosocial Risk Management (PRIMA-EF)プロジェクトにより、職場のメンタルヘルスの第一次予防対策について欧州共通の枠組みが提案された[57]。英国国立医療技術評価機構が公表したガイドラインは、労働者の人間成長や社会参加を含めた心の健康を目指した対策を重視している[58]。我が国でも、こうした新しい国際動向と調和をとりながら、メンタルヘルスのあり方について検討することが求められる。

また今日、事業者と雇用者の関係の変化、成果主義の導入などを背景として、目標に向かっての協働、人材育成、所属感の醸成など、職場の基本機能の低下が指摘されている[59]。職場のコミュニケーションや助け合う雰囲気低下がメンタルヘルスに影響を与えている可能性を指摘するデータも公表されている[60]。こうした新しい職場のメンタルヘルスの課題に対しては、長時間労働などの労務の過重性への対応に加

えて、職場のコミュニケーションや一体感など、職場の支援機能を高めるための新しい対策の枠組みが必要になると考えられる。

2008 年の調査ではうつ病を含む気分障害で治療を受けている者は 104 万人であり、1999 年の 44 万人から倍以上に増加しており[61]、労働者においても罹患者やそのための休業者が増加している可能性がある。うつ病などの精神障害により休業した労働者の円滑な復職を支援する体制の整備も急務である。事業場の職場復帰支援プログラムを作成している事業場はわずかに 6 % であり[62]、さらに一層の普及の推進が必要である。また現在、独立行政法人や民間医療機関により、事業場外の職場復帰支援サービス（いわゆる「リワークプログラム」）等が提供されているがその施設数や定員数は限られており、プログラムの内容や質にもばらつきがある。

② 職場のメンタルヘルスを向上させるために

国際的動向を見据えながら、新しい職場のメンタルヘルスの方向性を確立するために、行政、労使代表、関連する研究者および産業保健専門職が参画する場を設け、職場のメンタルヘルスの具体的な枠組みの確立に向けての積極的な議論が早急に開始されるべきである[63]。この議論には、労働者の人間的成長や社会参加・社会貢献などのポジティブな側面の促進も含めた新しいメンタルヘルスの目標、事業場ごとの職業性ストレスのモニタリングと改善の推進方策が課題として含められる必要がある。

こうした対策をすべての事業場、およびその労働者に普及・提供するために、日常の経営活動の中で労働者のメンタルヘルスを実現すべきである。すなわち、経営者、人事労務担当者、管理監督者などが日常の企業および職場の運営の中に、労働者のメンタルヘルスを保持・増進する要素を意図的に取り入れるべきである。このために、経営者、人事労務担当者、管理監督者などが人材マネジメントと労働者のメンタルヘルスとの関係を理解する必要がある。そのためには、メンタルヘルスに関する知識を、産業保健スタッフに加えて経営者、人事労務担当者、管理監督者などが学ぶことができる機会を戦略的に増やすことが必要である。こうした取組みには、専門的な教育を提供する拠点機関を設置すること、経営者団体等が経営者向けの教育機会を増やす取組みを行うこと、職場のメンタルヘルスの基礎知識を明確にした上でこれを管理監督者の職能教育や資格認定の一部に含めることなどが期待される。

また、うつ病などの精神障害により休業した労働者が円滑に職場復帰することを支援するために、職場復帰支援プログラムの普及を推進する必要がある。休業した労働者の職場復帰支援には一定の知識や経験が必要となる。そのため事業場の活動を支援する事業場外機関の整備・充実が求められるが、労働者が直接利用するリワークプログラム等については、労働者が容易に利用できるようにするための施設数の確保や費用設定の検討、サービスの質の標準化、より有効なプログラムの開発とその効果の科学的検証に関する研究の推進が求められる。

(3) 中小零細企業での安全衛生の課題

① 中小零細企業における安全・衛生の現状と問題

中小企業基本法において中小企業とは、事業雇用する労働者数が製造業・建設業・運輸業では300人以下、卸売業・サービス業では100人以下と、規定されている。2006年の統計によれば、300人未満の事業場が、全事業場の99.8%（586万カ所）、全従業員の87.3%（4,956万人）を占め、自営業を含む50人未満の事業場は全事業場の96.8%（568万カ所）、全従業員の62.0%（3,518万人）を占める[64]。

一般的に中小企業になるほど、労働衛生への取組みが低率である。これは、大企業に比べ、中小企業では必ずしも経営が安定せず余裕がないこと、企業によって異なるとはいえ一般に労働衛生に対する関心度が低い等の理由による。大企業の傘下に大企業の仕事を請負う多くの関連企業が存在し、親会社の下に、子会社、孫会社、ひ孫会社という下請け構造があり、その中でリスクの高い有害・危険作業が大企業から中小に下請けされている現状がある。労働災害や職業性疾病が中小企業に多く発生し易い状況にあると推察される[65]（＜参考資料1＞の図10を参照）。

労働安全衛生法では、従業員50人以上の事業場では、労働安全衛生法により産業医の選任が義務付けられており、健康診断の実施、作業環境の管理と改善、健康相談、月一回の職場巡視などの産業保健活動に従事している。多くの事業場では、産業医は産業看護職・産業衛生技術職・臨床心理士等とともに、産業保健チームを組み、産業保健活動を行っている。

事業者が整えるべき労働衛生管理体制としては、法定の有害危険要因に対する作業主任者選任が全事業所に課せられている。また50人以上の事業所には産業医・衛生管理者の選任と安全衛生委員会の設置が、10人以上50人未満の事業場には安全衛生推進者の選任が求められているが、10人未満の事業場にはなんら規定がない。

また、労働安全衛生法による事業者の安全配慮義務として、全事業場に、法定の有害・危険要因の測定、特殊健康診断の実施と結果の労働基準監督署への報告、法定の有害・危険業務に対する作業主任者による従事労働者への安全衛生教育、危険有害性の調査に関する努力義務、過重労働への対策が義務付けられているが、労働者数50人未満の事業場には、夜勤等に係わる定期健診を含む定期一般健康診断結果の労働基準監督署への報告義務がない。このような背景から、職業に起因する疾病（職業病）に関する健康診断として法的に定められている特殊健診すら実施していない小規模事業場の労働者が多いのが実態である。

② 中小零細企業における安全・衛生を改善するために

小規模事業所における労働安全衛生活動を困難にする要因としては、法規制の問題がまず挙げられるが、そのみならず、安全衛生を進めていく人・費用・時間・情報の不足がある。資源の少なさを補い、人材育成を推進していくための方策が求められ

る。小規模事業場は安全衛生にかかる費用も捻出することが困難な場合も多いため、中小企業に対しては、産業保健サービス全般を包括的に提供し支援する質の高い公的な外部機関の活用が求められる。外部機関による産業保健サービス支援のしかたとしては、都道府県の産業保健推進センターおよび地域産業保健センター⁵⁾と中小企業が連携することにより、地域産業保健センターを通じて医師および保健師が中小企業（あるいはそのグループ）と契約し、訪問支援などの産業保健サービスを展開することが望まれる。地域のすべての中小企業の安全衛生をあらゆる角度から支援するシステムの構築が急務である。

さらに、中小企業が業種別の共同グループ化（関連の企業が協同組合をつくり、ともに安全衛生活動を進めるなど）をはかり、産業・業種に共通するリスクについて経験・情報等の共有を行う一方で、労働衛生機関・産業医・保健師等の専門職などサービス提供側もネットワークを形成し、両者が協働することにより、産業保健推進センターや地域産業保健センターが労使・専門職・地域保健等との連携の中でリーダーシップを執り、機能を発揮できるようにするシステムづくりも、必要である。

国はすべての事業場において、労働安全衛生マネジメントシステム（OSHMS : Occupational Safety and Health Management System）⁶⁾を推進していくことを図っているが、現実的には全く不十分と言わざるをえない。中小企業でOSHMSが進まない理由として、OSHMS そのものものの認知度が低いこと、内容が複雑であること、OSHMSを進めていく人材教育がされていないことなどがある。そのためには、小規模事業場で容易に導入できるような教育プログラム、アクションチェックリスト、改善事例集、その他安全衛生に関する問題に対処する際のアクセス方法などを提供すべきである。また、経営者・労働者の啓発教育による能力の向上と育成、推進者選任の徹底、条件付推進者選任免除、衛生管理者の共同選任などの体制整備、安全衛生委員会などの事業場内の体制を確立するべきである。

4. 政策の中での働く人のより健康な労働の位置づけとそのための諸方策

(1) 労働関連疾患の予防と生活習慣病対策の関係について

1976 年、WHO 総会で提唱され、1982 年に設置された WHO・ILO 合同専門委員会で採択された報告では、それまでのじん肺や化学物質による中毒・振動病など労働との関連が明確な古典的な職業病の予防とともに、循環器疾患や筋骨格系疾患など働く人の素因や生活習慣とも関連があるが労働条件や作業が疾病の発症を早めたり増悪させたりする可能性のある疾患を work related diseases（労働関連疾患、あるいは作業関連疾患と訳される）と定義付け、その予防の重要性が示された。同報告は職場に広がるさまざまなリスク要因と健康障害との関連性を疫学研究によって明らかにし、働く人の疾病の予防対策に生かすことの重要性を世界的に明らかにしていると言える。これまでの内外の研究では心血管障害やメタボリックシンドロームのリスクとなる血圧、高脂血症、肥満と仕事のストレスや労働時間、シフトワークの関連性が指摘されている。

しかし、その後の我が国の政策をみると、21 世紀の国民健康づくり政策として取り組まれた「健康日本 21」や、最近のメタボリックシンドローム対策としての「特定健診」など、いずれの健康政策の中にも、働く人の労働条件や労働環境の改善は、ほとんど位置づけられていなかった。「より健康な職場づくり（労働時間など安全衛生を目的とした環境改善対策）」よりも「職場での健康づくり（個々の生活習慣病対策）」が主題となり、各職場では栄養指導や運動指導が中心になされてきたからである。長時間労働などの労働実態を踏まえた労働関連疾患に対する予防対策がなされなかった結果、「健康日本 21」の中間評価においても、肥満や運動習慣など 20 項目の成績はむしろ悪化し、結果として、成人期の循環器疾患や糖尿病の増加をくいとめることは容易ではない状況になっている。省庁を挙げて取り組まれているワークライフバランスが個人あるいは 1 企業の努力や取り組みでは限界があるように、働く人、一人一人が健康で豊かになることを目指す日本の 21 世紀の国づくりの理念を明確にし、国の健康政策全体の中で働く人のより健康な労働生活の優先順位を現在より上位に位置づける必要がある[66]。

(2) 政府機関、産業界、労働界、大学・研究機関の協働で労働安全衛生を進めるためのシステム構築を

我が国は、ILO 第 187 号条約（職業上の安全および健康促進枠組条約、2006 年採択）を、2007 年に世界で最初に批准した。この条約は、職業上の安全と健康ならびに作業環境に関する国内政策と、計画や制度の策定を定めており、安全で健康的な労働環境をすべての労働者に対して確保していく国の施策と制度を確立していく上で重要な基盤となる。この条約では、代表的な使用者団体および労働者団体と協議して国の制度を確立し国内計画を実施していくこと、事業場において経営者と労働者またはその代表間の協力により職場の安全と健康を促進することが国際基準として示されているが、それを既に批准したので、今後、我が国においても具体的に政府・使用者・労働者が安全で健康的な労働環境の確保に積極的に参加し、危険有害環境に対する予防策を優先的に講じて

いくシステムを構築し、3者の協力による実効あるプログラムを推進していくことが強く求められている。

加えて、今後、労働安全衛生の国内の状況を的確に把握し、進展の指標を定めて労働者の安全と健康を確保する労働環境を漸進的に達成する方策を計画的に講じていくためには、特に、地域においては、労使と、第一線で働く労働基準監督官など労働行政と、職域保健の専門職の協働作業が重要である。それにより地域での産業保健活動が一層進む実効ある組織になりうるであろう[67]。

(3) 今後の産業保健サービスのあり方

① すべての働く人に産業保健サービスを提供するために

これまで述べてきたように、現在、我が国では非正規労働者に対しては、産業保健サービスが提供されにくい状況にある。また、第一次産業従事者、自営業者、国家公務員に対しても、明文化した法規定が整備されてないために、その提供が不十分である。今後、10人未満の零細な事業所の労働者、自営業者、農業などの第1次産業従事者、国家公務員などを含め、産業保健サービスがすべての労働者に提供されるよう、産業保健サービスの対象者、制度、活動内容を見直し、拡大する必要がある。

我が国では、ILO第161号条約、いわゆる職業衛生機関に関する条約（1985年採択）を未だ批准していないが、「職業衛生機関」とは、労使から独立性を保ち、職場での安全かつ健康な作業環境の確立と維持、および労働者の健康を考慮してその能力に作業を適合させることについて、使用者および労働者に助言する責任をもつ機関のことである。条約は、一般原則で、加盟国は最も代表的な労使団体と協議して、職業衛生機関に関する一貫した国の政策を策定、実施かつ定期的に見直すとともに、公共・民間両部門の全労働者のために、全産業、全企業において、こうした機関を発展させることを求めている。同じくILOの安全衛生に関する基幹条約で50ヵ国が批准しているILO第155号条約（職業上の安全及び健康並びに作業環境に関する条約）⁷⁾の批准により、すべての職場の働く人の労働安全と健康障害の予防が図られるシステムが作られるので採択から既に4半世紀過ぎた両条約の我が国における早急な批准が必要である。

② リスクマネジメント型の自主対応型産業保健活動を強化する

国際的に産業保健サービスの中心であるリスクマネジメント型で、かつ自主対応型の産業保健活動については、我が国では未だその導入が部分的であり、その法的根拠、普及方策は国として定められていない。そこで産業保健活動の内容についても再検討する必要がある。我が国では、法により規定された活動体系の中では、健康診断、特に一般定期健康診断の実施と事後措置が大きな比重を占めており、一般定期健康診断を制度化していない国際的な産業保健の動向とは大きく異なる。

特に健康診断の実施義務が事業者にあることと関連して、健康診断による個人の健康情報を事業者が閲覧するという個人情報保護上の問題がある。我が国の産業保健サービスを国際水準に引き上げるためには、現行の健康診断制度に偏った内容を見直し、現場の労使の能力を強めるような形の自主対応型の労働安全衛生活動を重視する産業保健サービスへ戦略的に転換する必要がある。一方、現在実施されている健康診断の有効性などは科学的根拠に基づいて内容や頻度を見直すとともに、労働と健康との関連性をモニタリングする形で健康診断の活用を図る必要がある。同時に労働者の健康情報の保護の強化なども、大幅な見直しに向けて検討が行われるべきである。

③ 事業所での地道で自主的な産業保健活動の取組みを支援する

事業者に対しては、労働安全衛生法、労働基準法などの法律遵守を求めるとともに労使が日常の企業活動の中で一層、自主的に労働者の健康と安全を実現することが期待される。労使がこのような役割を果たすためには、小規模事業場も含めて、事業場が地道にかつ戦略的に労働安全衛生活動を推進することが重要である。労働者の安全衛生活動への参加を担保するための安全衛生委員会の充実、労働者への安全衛生情報の積極的提供がすべての事業場で推進されるべきである。労働局などの監督行政の重要性は論を待たないが、今後は労使が自主的な労働安全衛生活動を推進するような働きかけを強めるとともに、事業場の自主的労働安全衛生活動に対して認証し、法的優遇策などのインセンティブを与える等、新しい行政施策を取る必要がある。

④ 産業保健専門職の位置づけと役割

現状の産業医の活動は多岐にわたり、長時間労働者への医師面接、メンタルヘルス不調の労働者の職場復帰、今後導入される事業場でのストレスチェックの義務化など、産業医の業務は拡大し、これらの業務に追われる状況も多い。事業所側が専門性を有する産業医の活動に見合った相応の処遇をしていない事例も従前から指摘されているが、その一方で、産業医の中には労働安全衛生法で定められた安全衛生委員会への参加、月1回の職場巡視の実施など最低限の活動を行っていない事例も見受けられる。また近年、著増するメンタルヘルス不調への対応など事業場からの諸ニーズに一人の産業医がすべての技能を有して対応するのは容易でない。

したがって、今後の産業保健サービス向上のための方策として、我が国の産業医や産業医制度がこれまで現場で果たしてきた大きな役割を高く評価し、産業医の教育訓練の機会と質の向上を一層図るとともに、今日、労働現場で生じている多様な健康問題に対応するために、産業保健専門職がチームとして質の高い産業保健サービスを提供できる体制をつくること、その際、ILO 第 161 号条約に示されているように、職場の健康安全の課題について、労使とは独立した立場から特に予防的対策や職場環境への取組への改善策を提供することのできる制度の検討を開始すべきである。また、産

業保健をチームとして実施する場合、産業医以外のその他の職種の法的な位置づけは曖昧であるので、産業医、産業看護職、産業衛生技術職などの法的位置づけを明確にし、合わせて、より質の高い産業医や産業保健専門職の養成とそのための方策の見直しが必要である。

5 学術研究・調査体制の現状とその充実に向けての課題

(1) 大学や研究機関の現状と課題

先進国における安全衛生研究の計画策定を俯瞰すると[68]、重大労働災害の発生に対する有効な対策、職場の健康障害要因による職業性疾病発生への幅広い予防策、安全衛生管理における実効性あるリスク管理体制の重視などについて共通点が見られる。また諸外国では、政府機関、大学・研究機関、産業界、労働界の協働により戦略的に課題の策定が図られている。

一方、我が国では、ライフスタイルと労働衛生の関係、健康影響のメカニズム解明、労働安全衛生活動の評価と管理などについて主として研究がなされているが、大多数の労働者が働いている中小企業に関する研究は必ずしも十分といえない。中小企業の労働衛生管理の実態や労働者の健康状態の正確な把握、労働衛生管理における成功事例や失敗事例の蓄積、労働衛生管理の問題点を明らかにすることが必要である。しかし労働・雇用環境をめぐる最近の学術研究の動向については、大きな問題が生じている。すなわち労働環境衛生の研究に携わる研究者数は著しく減少し、多くの医科系大学での産業保健研究は低調と言わざるを得ない。労働安全衛生に関する学術面をこれまで牽引してきた医学部衛生学、公衆衛生学教室において労働安全衛生を主たる課題とする研究室は非常に少なく、研究ならびに人材育成機能の低下が懸念される。その一方で、労働・雇用環境と健康や安全の課題は多様に存在しているので、今後は働く人々の安全で健康な生活のための労働安全衛生研究や人材育成を担う専門職大学院など今後の制度設計を含めて、これらの課題に取り組む仕組みと戦略の再構築が喫緊の課題である。

働く人の健康・生活・安全に関する研究では研究機関の寄与も極めて大きい。我が国には、労働安全衛生分野の研究機関として、独立行政法人労働安全衛生総合研究所、産業医科大学産業生態科学研究所、財団法人労働科学研究所などがあり、また唯一の労働政策を専門とした調査研究機関として労働政策研究・研修機構（JILPT）がある。本来、国民にとって必要で充実せねばならない労働安全衛生に関わる研究機関については、今後、中長期的な計画と実績の評価が重要である。また労働安全衛生における多様な課題を考えると労働科学研究所など民間機関の存在意義も大きい。

(2) 政府統計、行政資料データの利活用の問題

労働保健医療分野における政府統計、行政資料データについても、一層の利活用が望まれる。我が国は労働安全衛生法の下で、毎年、世界に類を見ない一般健康診断データや、職場での有害要因曝露データが豊富に収集されているにもかかわらず、有効に蓄積・利用されていない。具体的には、一般定期健康診断や特殊健康診断の結果および、いわゆる業務上疾病発生状況については、概数が公表されているのみで、業種別、事業所規模別等詳細は公表されていない。また、多くの統計では、その労働者の従事した職業の詳細、従事年数、原因となった具体的有害要因と曝露歴、その事例でみられた症状と経過等、概数の背景となる事業場の規模、業種等についての細目、業務上疾病の事例

については一部を除いて、全く公表されていない。また、政府統計は詳細が公表されないため、それに基づく科学的な分析がほとんどなされていない。過去から現在に至る労働衛生上の統計解析による事業場規模、業種別等の問題把握、ならびに個別の職業病事例についての事業場規模、業種別、従事年数、原因となった具体的有害要因と曝露歴、その事例でみられた症状と経過等の詳細に関する科学的な分析、それに基づく対策等、エビデンスに基づく労働衛生対策を進めるために、その有効活用を可能にする体制作りが重要かつ不可欠である。既に日本学術会議からは 2008 年に提言『保健医療分野における政府統計、行政資料データの利活用について―国民の健康と安全確保のための基盤整備として』[69]が出されている。本提言の趣旨に基づき、労働衛生に関する政府統計の収集蓄積体制を整備するとともに、収集された資料の詳細をより積極的に公開すべきである。

(3) 今後の研究・調査体制の充実に向けての課題

職場での安全衛生の重要性に鑑みると、労働・雇用環境における安全衛生研究の国家戦略のあり方について政府機関、大学・研究機関、産業界、労働界の参加による合意形成を基に戦略課題を策定・改訂し、重点研究を効果的に推進する必要がある。こうした中で、とりわけ中立的な立場から調査・研究を推進している大学など諸機関の充実が欠かせない。そこで、大学・研究機関における産業保健研究の推進と人材育成を支援する必要がある。また、労働衛生に関する政府統計資料について、研究や政策実現にとって有益な形で充実させていくこと、研究者などが利活用が可能な形でデータを公表していくことが望まれる。同時に産業医、産業看護職、安全・衛生技術者の教育と、企業における安全衛生専門の実務者の育成のために、国際的に通用する高いレベルの専門的な教育訓練を行う大学や研究機関では一層の教育体制の強化をすること、それらの機関と全国の大学・教育機関、学協会の連携など多様な取り組みが必要である。

6 提言

以上、労働・雇用環境の現状を踏まえて、働く人の健康と安全を確保するための課題と解決のための方策を明らかにした。これに基づいて以下のような提言を行う。

(1) 国の健康政策に「より健康で安全な労働」を位置づけるとともに社会的パートナーである労使と協力して安全衛生システムの構築を図る

すべての職場で労働安全衛生を推進し、それにより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、「健康日本21」などの重要な健康政策の中に職場環境の改善を位置づけるべきである。

さらに、使用者と労働者は社会的パートナーとして責任を負うそれぞれの職場、あるいは産業分野において安全衛生システムの構築を図り、予防活動を進めていくべきである。そのため、国は、国際協調の見地からも労使と協力して日本が国際標準からみて遅れている分野では、ILO 未批准条約の批准と国内法制度の整備に向けて一層の努力が要望される。

(2) 労働・雇用および安全衛生にかかわる関連法制度の整備と新たなシステム構築に向けて

① 過重労働と過労死・過労自殺を防止するための法的な整備を行う

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。具体的には、36協定などの制度を見直し、1日の最長労働時間、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 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。

② 非正規雇用労働者の待遇改善に向けて法制度を整備する

賃金や年金、社会保険などの基本的労働条件について、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 第175号条約（パートタイム条約）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を作るべきである。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。

③ すべての就業者に安全衛生に関する法律・制度を適用する体制を強化する

明確な法規定が整備されてないために、これまで安全衛生サービス提供が不十分で

あった10人未満の零細な事業所の労働者や、自営業者、農業従事者、非正規雇用労働者など、すべての就業者に労働安全衛生対策が行き渡るよう、国は関連法制度の整備を行うとともに行政指導を通じてその徹底を図るべきである。そのためILO第155号条約（職業上の安全及び健康並びに作業環境に関する条約）とILO第161号条約（職業衛生機関に関する条約）、両条約の我が国における早急な批准が不可欠である。

④ 職場の危険有害環境を改善するために法制度の整備を図る

国は、全産業にわたって職業性健康障害の発生状況を的確に把握し、実行ある予防体制を確立するため、作業環境測定結果についてはその報告を義務付け、国が行う安全衛生関係の調査に9人以下の小規模事業場と自営業を含めるなど行政データを一層利活用できる仕組みへと改善すべきである。職場で自主的な労働安全衛生活動をするためにも、労働者が化学物質や放射線等の有害性を「知る権利」について、ILO第170号条約（化学物質条約）を批准し、関係国内法を整備すべきである。

⑤ 中小零細企業での労働安全衛生向上のための諸施策を充実させる

大企業と比べて格差の広がる中小企業にも実効性のある仕組みの構築が喫緊の課題である。国は、中小企業による労働安全衛生活動を支援するため、産業保健推進センターや地域産業保健センターなどの公的な外部機関が労使・専門職・地域保健との連携の中で十分に機能を発揮できるよう法的整備とシステム構築を一層進める必要がある。

⑥ メンタルヘルス対策のために有効な施策やプログラムの立案・普及を図る

国はメンタルヘルス確保のため、長時間労働などの労務の過重性への対応に加え、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たな施策の立案を行うとともに、職場の予防活動や支援機能を高める新しい有効な枠組みのために、経営者団体および各事業者、労働組合の積極的な参画を図るべきである。休業した労働者が円滑に職場に復帰するためのプログラムの普及とサービスの質の標準化を図るべきである。

⑦ 産業保健専門職による質の高い産業保健サービスを実施するための法制度を確立する

国は、産業保健専門職が、労働現場における多様な健康や安全の問題に対して、労使とは独立した立場からその専門性を発揮し、使用者および労働者に助言する責任をもつチームとして質の高い産業保健サービスを提供することができるよう、産業医、産業看護職、産業衛生技術職などの法的位置づけを明確にしたうえで、こうした専門職種の機能やサービス機関を発展させる新しい法制度を確立するべきである。

⑧ 安全衛生に関する研究・調査体制の充実を図る

国は大学・研究機関および産業界・労働界の参加を得て、国レベル、地域レベルで戦略課題を策定・改訂し、重点研究を効果的に推進するべきである。さらに国や地域レベルで、労働・雇用環境の実態を把握し、その結果を対策に活用するべきである。そのためには国が既に把握している労働安全衛生関係の特別調査、労働者死傷病報告、労災補償新規給付決定例等について、大学等の研究者が収集されたデータの十分な分析と利活用が行えるように制度化を図るべきである。

(3) 事業主および労働者、関係諸機関に求められる取り組み

① 事業主および労働者は自主的な安全衛生活動を推進する

事業主ならびに労働者は、職場における法規遵守の徹底および現場での自主的な安全衛生活動を一層推進し、安全と衛生の両面から包括的に職場の複合リスクを評価・管理する技術を開発・普及させ、災害や健康障害の根本的原因の解消を進める努力をすべきである。特に中小企業は、労働安全衛生マネジメントシステム（OSHMS）を積極的に導入し、自主的な労働安全衛生活動を推進するとともに、地域で業種別に共同グループ化を図るなど、これまで以上により積極的な労働安全衛生活動を進めるべきである。

② 大学、研究機関、学協会等の活動を一層強化し、連携を図る

戦略課題を重点的、効果的に推進するために、中立的な立場から調査・研究を推進している大学・研究機関など諸機関の一層の充実が望まれる。同時に産業医、産業看護職、安全・衛生技術者の教育と、企業内で働く安全衛生専門実務者の育成のために、専門的な教育訓練を行う大学や研究機関は一層の教育体制の強化をすること、それらの機関と全国の大学や教育機関、学協会の連携など多様な取り組みが必要である。

＜用語の説明＞

1) 相対的貧困率

OECD による定義は、等価可処分所得（世帯の可処分所得を世帯員数の平方根で割った値）が、全国民の等価可処分所得の中央値の半分に満たない国民の割合を指す。これによると 2000 年半ばの日本の相対的貧困率は 14.9% で、当時の OECD 加盟国の平均は 10.6% であり、メキシコの 18.4%、トルコの 17.5%、米国の 17.1% に次いで 4 番目に高かった。逆に、西欧諸国は大半が 10% 以下であり、全調査国中もっとも低いスウェーデンとデンマークの 5.3% を筆頭に、北欧諸国の貧困率が低い（OECD Growing Unequal 2008）。最新の統計では、日本の相対的貧困率は 2006 年の時点で 15.7% である（厚生労働省、「相対的貧困率の公表について」2009 年 10 月 20 日発表）。

2) 36（さぶろく）協定

労働基準法第 36 条の規定からとった略語。労働時間は 1 日 8 時間、1 週間 40 時間を超えて労働させることは禁止されているが、例外として、この三六協定を提出した事業場は、オーバーワークさせた場合でも刑罰が免がれる。三六協定を締結かつ届出をせず、残業や休日労働をさせると労働基準法違反となる。

3) 同一価値労働同一賃金の原則

同一の価値を有する労働に対して同一の賃金（報酬）を支払うべきであるという原則をいう。ILO 第 100 号条約（男女同一価値労働同一賃金原則条約）、同 175 号条約（パートタイム労働条約）等は、この原則を採用している。日本は、労働基準法 4 条があることから、前者の条約を批准しているが（1967 年）、後者については未批准である。いずれも比較可能他対象者との平等処遇を内容としているが、前者の場合は比較が男性であるのに対して、後者の場合はフルタイム労働者であり、賃金等については時間比例の扱いとなる。原則導入に関して、問題は「職務分析・職務評価」の手法であり、厚生労働省はパートタイム労働法 8 条・9 条を受けて、「職務分析・職務評価実施マニュアル」（2010 年 4 月）を公表している。この点を含めて学問的にもようやく検討が開始された段階であり（森ます美・浅倉むつ子編、『同一価値労働同一賃金原則の実施システム』、有斐閣、2010 年）、今後の研究の進展が望まれる。

4) ILO 第 170 号条約（化学物質条約）

化学物質について、健康に及ぼす本質的危険性の種類や程度による分類または危険性の有無の決定に必要な関係情報を評価するため、権限ある機関またはその許可した機関によるシステムと基準の設定。すべての化学物質にその正体を示すマーク付けと分類・安全予防措置などを示すラベル付けを行う。有害化学物質については、より詳細な化学物質安全データシートを事業者提供に提供する。この他、供給者責任、事業者の責任、輸出国の責任などが規定されている。

5) 地域産業保健センター

厚生労働省が各地域の医師会に委託して実施している制度で、常時使用する労働者数が 50 人未満で産業医の選任義務のない小規模事業場に働く労働者への産業保健サービスを充実させることを目的として、職場の事業主や従業員の皆様に対し、健康相談・保健指導のサービスを無料で行っている。

6) 労働安全衛生マネジメントシステム (OSHMS : Occupational Safety and Health Management System)

事業者がその責任において労働者の協力の下に一連の過程を定めて、継続的に行う自主的な安全衛生活動を促進し、事業場の安全衛生水準の向上に資することを目的としたもので、リスクアセスメントの結果を基に、PDCA (Plan:計画、Do:実施、Check:評価、Act:改善) サイクルを繰り返し実施することをいう。

7) ILO 第 155 号条約 (職業上の安全及び健康並びに作業環境に関する条約)

条約はその政策が対象とすべき主要分野を定め、国の段階および企業の段階でとるべき、かなり具体的な内容も規定している。たとえば、生命や健康に切迫した重大な危険のある場合、労働者はその状況を直ちに直接の監督者に報告する。使用者が是正措置をとるまで、労働者はこのような危険な職場に戻ることを求められない。こうして緊急避難した労働者はそのために不当な取扱を受けないよう保護される。使用者は、適当な応急手当を含む緊急時の対策 を定めておかなければならない。また、管理下にある作業場、機械、装置などが安全であり、健康への危険がないようにすべきである。などである。

<参考文献>

- [1] ILO、『仕事の世界報告書 2010 年版：一つの危機から次の危機へ？』、2010 年 9 月.
- [2] 総務省、『平成 19 年(2007 年)就業構造基本調査』、2008 年 7 月.
- [3] 総務省、『平成 22 年(2010 年) 労働力調査詳細集計』、2010 年 11 月.
- [4] OECD、Growing Unequal, 2008.
- [5] 岸玲子・宮本太郎、「人間らしい労働と健康で安寧な生活を確保するためのシステム構築」、学術の動向 2010 年 10 月号、p. 59-64.
- [6] 湯浅誠、『反貧困』、岩波書店、2008 年.
- [7] 宮本太郎、『生活保障 排除しない社会へ』、岩波新書、2009 年.
- [8] 厚生労働省、『平成 21 年版厚生労働白書』.
- [9] 内閣府、『平成 22 年版自殺対策白書』、2010 年 6 月.
- [10] 厚生労働省、『平成 21 年度雇用均等基本調査結果』、2010 年 7 月.
- [11] 日本学術会議、勧告『産業安全衛生に関する諸研究の拡充強化について』、1965 年 12 月 15 日.
- [12] 日本学術会議、要望『労働衛生の効果的推進について』、1980 年 11 月 21 日.
- [13] 日本学術会議 社会学委員会 経済学委員会合同 包摂的社会政策に関する多角的検討分科会、提言『経済危機に立ち向かう包摂的社会政策のために』、2009 年 6 月 25 日.
- [14] 日本学術会議、日本の展望委員会 社会の再生産分科会、提言『誰もが参加する持続可能な社会を』、2010 年 4 月 5 日.
- [15] 日本学術会議、日本の展望委員会 安全とリスク分科会、提言『リスクに対応できる社会を目指して』、2010 年 4 月 5 日.
- [16] 吾郷眞一、「我が国における ILO 条約の批准状況と雇用に関する CSR の意義」、学術の動向 2010 年 10 号、p. 50-53.
- [17] 厚生労働省、『平成 21 年(2009 年)度における脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況』、2010 年 6 月.
- [18] 厚生労働省、『脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の認定基準（「脳・心臓疾患の認定基準」）の改正』、2001 年.
- [19] 総務省、「労働力調査』、2010 年 1 月.
- [20] 森岡孝二、「働く人々の労働時間の現状と健康への影響」、学術の動向 2010 年 10 号、p. 10-14.
- [21] 総務省、『平成 18 年(2006 年)社会生活基本調査』、2007 年 7 月.
- [22] OECD、Average usual weekly hours worked on the main job, January, 2011.
- [23] 厚生労働省、『平成 21 年(2009 年)年就労条件総合調査結果』、2010 年 7 月.
- [24] エクスペディアレポート、『有給休暇調査、2010』、2010 年.

- [25] Ray R., & Schmitt J., No - vacation nation USA: a comparison of leave and holiday in OECD countries, European Economic and Employment Policy Brief No. 3, 2007.
- [26] 和田 肇、「労働法から見た過労死・過労自殺問題」、学術の動向2010年10号、p. 16-19.
- [27] 厚生労働省、『賃金構造基本統計調査』.
- [28] 総務省、『平成 21 年労働力調査』.
- [29] 厚生労働省、『平成 21 年労働災害動向調査』.
- [30] Kivimäki M., Vahtera J., Virtanen M., Elovainio M., Pentti J., & Ferrie J., Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *Am J Epidemiol*, 2003.
- [31] Virtanen P., Vahtera J., Kivimäki M., Liukkonen V., Virtanen M., & Ferrie J., Labor market trajectories and health: A four-year follow-up study of initially fixed-term employees. *Am J Epidemiol*, 161, 840-846, 2005.
- [32] Virtanen M., Kivimäki M., Elovainio M., & Vahtera J., Selection from fixed term to permanent employment: prospective study on health, job satisfaction, and behavioural risks. *J Epidemiol Community Health*, 56, 693-699, 2002.
- [33] Virtanen M., Kivimäki M., Elovainio M., Vahtera J., & Ferrie J., From insecure to secure employment: changes in work, health, health related behaviours, and sickness absence. *Occup Environ Med*, 60, 948-953, 2003.
- [34] 矢野榮二、「非正規雇用と健康」、学術の動向 2010 年 10 号、p. 20-23.
- [35] 男女共同参画会議基本問題・計画専門調査会、『第 3 次男女共同参画基本計画の策定に向けた中間整理』、2010 年 4 月.
- [36] 日本経済団体連合会、『2011 年版経営労働政策委員会報告』、p. 58.
- [37] OECD(2009) (編) : 高木郁朗監訳、『国際比較：仕事と家族生活の両立』、OECD、ベイビー&ボス総合報告書、明石書店、2009 年.
- [38] 厚生労働省、2010 年 9 月 6 日発表.
- [39] 玄田有史、『人間に格はない 石川経夫と 2000 年代の労働市場』、ミネルヴァ書房、2010 年.
- [40] 松本伊知朗(編)、『子ども虐待と貧困 「忘れられた子ども」のいない社会をめざして』、明石書店、2010 年.
- [41] 内閣府、『男女共同参画白書平成 22 年版』、2010 年 6 月.
- [42] Strazdins L., Shipley M., Clements M., Obrien LV., & Broom D. H., Job quality and inequality: Parents' jobs and children's emotional and behavioural difficulties. *Social Science & Medicine*. 70, 2052-2060, 2010.
- [43] Fujiwara T., Okuyama M., & Takahashi K., Paternal involvement in childcare and unintentional injury of young children: a population-based cohort study in Japan. *International Journal of Epidemiology*. Apr;39(2), 588-97, 2010.

- [44] 内閣府、『平成 18 年版少子化社会白書』、2006 年 12 月。
- [45] 厚生労働省、『第 1 回 21 世紀出生児縦断調査』、2003 年 5 月。
- [46] 小林章雄、「労働態様が家族の生活と健康に与える影響と課題」、学術の動向 2010 年 10 号、p. 45-49.
- [47] 厚生労働省、『平成 21 年における死亡災害・重大災害発生状況等について』、2010 年 5 月。
- [48] 草柳俊二、「建設プロジェクトにみる労働環境改善への新たな動向—指示される活動から、自ら取組む改善活動への転換、」学術の動向 2010 年 10 号、p. 32-35.
- [49] 久永直見、「労働環境衛生対策の過去・現在・未来—石綿を例として—」、学術の動向 2010 年 10 号、p. 24-27.
- [50] 中央労働災害防止協会、『労働衛生のしおり平成 22 年版』、2010 年。
- [51] 厚生労働省、『平成 18 年(2006 年)労働環境調査』、2007 年 9 月。
- [52] 厚生労働省、『平成 19 年(2007 年)労働者健康状況調査』、2008 年 7 月。
- [53] 厚生労働省、『平成 20 年(2008 年)労働者健康状況調査』、2009 年 7 月。
- [54] 警察庁、『平成 21 年中における自殺の概要資料』、2010 年 5 月。
- [55] 柳田亜希子、「産業ストレスの第一次予防の国際標準 —イギリスにおける職業性ストレス予防のためのリスクマネジメントへの取り組み」、産業ストレス研究 16(4)、p. 223-227、2009 年。
- [56] 小田切優子、Bogehu RM、「産業ストレスの第一次予防の国際標準 —デンマークにおける産業ストレス対策」、産業ストレス研究 16(4)、p. 217-222、2009 年。
- [57] Leka S, Cox T (eds.) The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF. WHO, Geneva, 2008. 邦訳: 『欧州における労働危機管理体制の手引: 雇用者と労働者のための助言』、2009 年。
<http://www-sdc.med.nagasaki-u.ac.jp/gcoe/publicity/prima2009.pdf> (最終アクセス日 2010/9/23)
- [58] UK National Institute for Health and Clinical Excellence. Promoting mental wellbeing through productive and healthy working conditions: guidance for employers. Public Health Guidance No. 22, 2009. <http://www.nice.org.uk/PH22> (最終アクセス日 2010/9/23)
- [59] 守島基博、『人材の複雑方程式—日経プレミアシリーズ』、日本経済新聞出版社、2010 年。
- [60] 内閣府、「第 3 章 職場でのつながり」、『平成 19 年版国民生活白書』、p. 127-132、2007 年。
http://www5.cao.go.jp/seikatsu/whitepaper/h19/01_honpen/index.html (最終アクセス日 2010/11/29)
- [61] 厚生労働省、『平成 20 年(2008 年)患者調査』、2009 年 12 月。

- [62] 厚生労働省、『平成 19 年(2007 年)労働者健康状況調査』、2008 年 10 月.
- [63] 川上憲人、「働く人のうつと自殺の予防:海外の取組みと我が国の問題解決の方向性」、学術の動向 2010 年 10 号、p. 28-31.
- [64] 総務省、『平成 18 年(2006 年)事業所・企業統計調査』2006 年 10 月.
- [65] 平田衛、「中小企業で働く人々の安全衛生とこれからの保健サービス」、学術の動向 2010 年 10 号、p. 36-39.
- [66] 岸玲子編、「「人間らしい労働」と生活の質の調和—働き方の新しい制度設計を考える」、労働科学研究所出版部、2009 年.
- [67] 宮下和久、「地域に根ざした産業保健活動 —政府統計の利活用等を含めて今後の課題について」、学術の動向 2010 年 10 号、p. 40-44.
- [68] 小木和孝、「海外の労働安全衛生への取り組みから見た日本の学術研究の方向性と課題」、学術の動向 2010 年 10 号、p. 54-58.
- [69] 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『保健医療分野における政府統計、行政資料データの利活用について—国民の健康と安全確保のための基盤整備として』、2008 年 8 月 28 日.

<参考資料 1> 図表

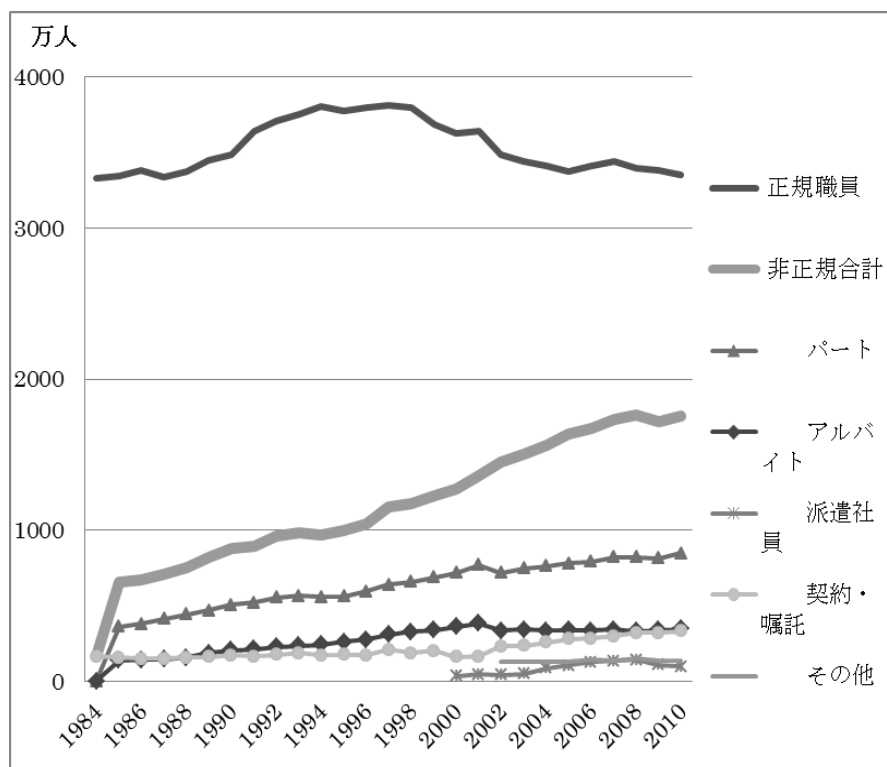


図1 雇用労働者数の推移

出典：総務省統計局労働力調査

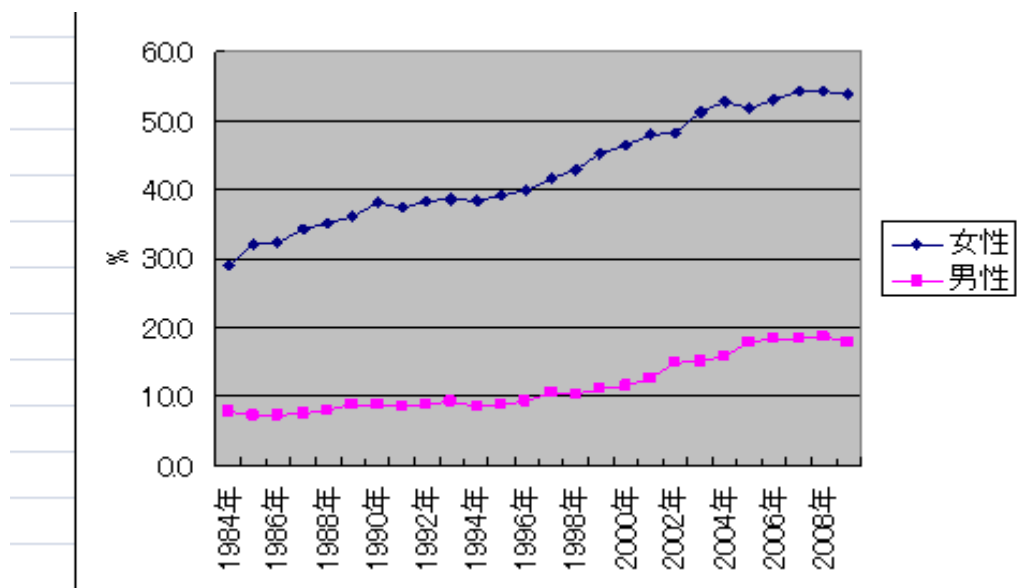


図2 非正規の職員・従業員の割合の推移（役員を除く雇用者のうち）

総務省統計局労働力調査(特別調査および詳細集計)を基に作成

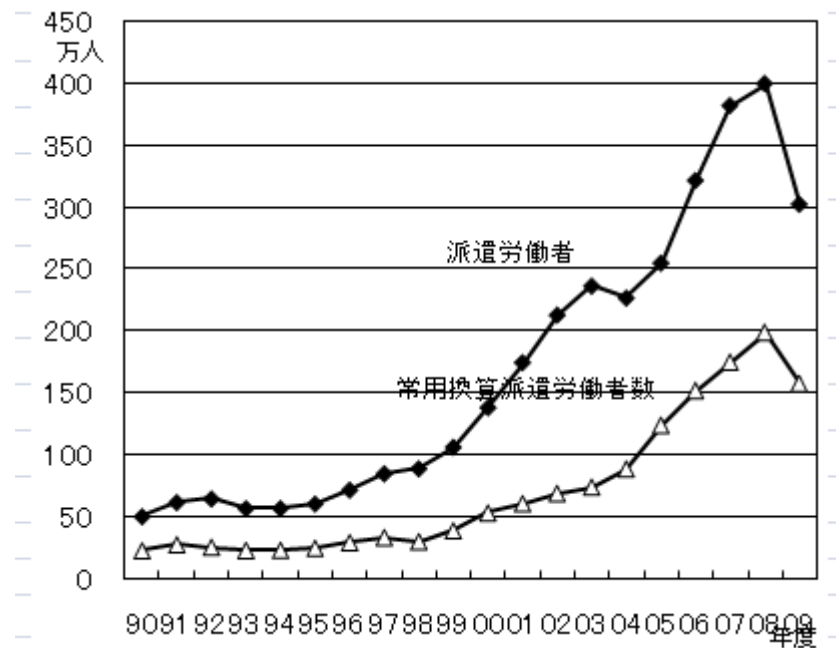


図3 派遣労働者数の推移

出典：厚生労働省「労働者派遣事業報告集計結果」

表1 過労死・過労自殺の労災請求と認定の推移

年度		1999	2000	2001	2002	2003	2004
脳・心臓疾患等	請求件数	493	617	690	819	742	816
	認定件数	81	85	143	317	314	294
	うち死亡	48	45	58	160	158	150
精神障害等	請求件数	155	212	265	341	447	524
	認定件数	14	36	70	100	108	130
	うち自殺	11	19	31	43	40	45
			2005	2006	2007	2008	2009
			869	938	931	889	767
			330	355	392	377	293
			157	147	142	158	106
			656	819	952	927	1136
			127	205	268	269	234
			42	66	81	66	63

出典：厚生労働省「脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況」

表 2 年齢階級別の非正規の職員・従業員の比率（％）：女性（役員を除く雇用者のうち）

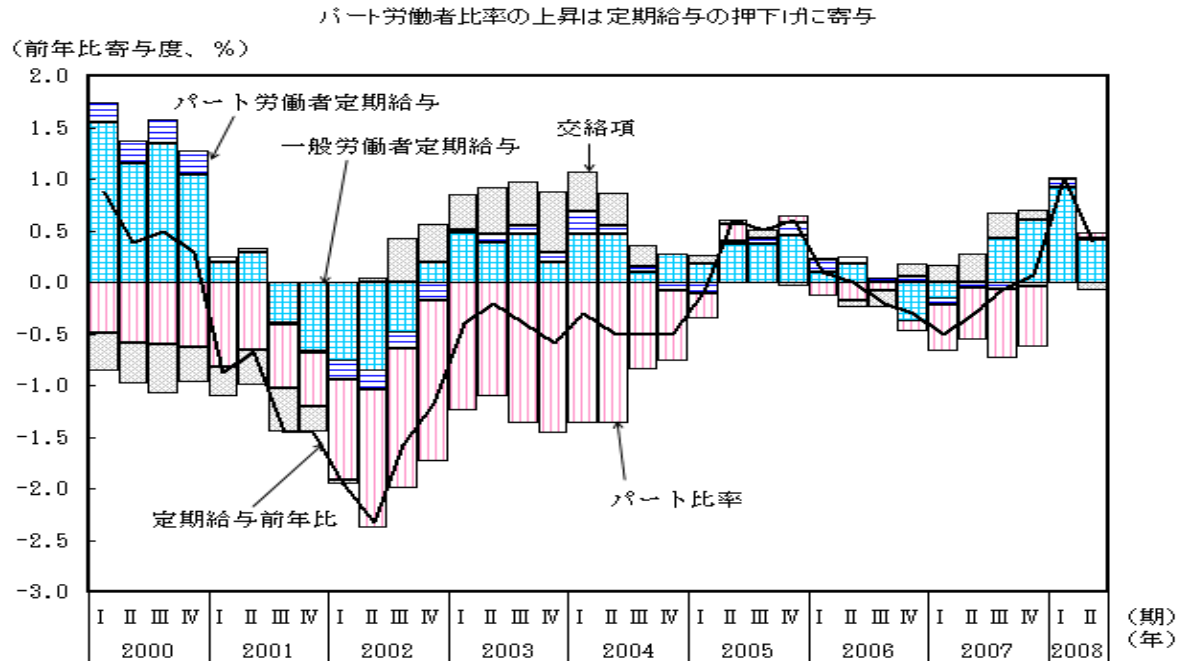
女性	1990 年	1995 年	2000 年	2005 年	2010 年
15－24 歳	20.7	28.3	42.3	51.3	49.8
25－34 歳	28.2	26.8	32.0	38.3	41.6
35－44 歳	49.7	49.0	53.3	54.4	51.1
45－54 歳	44.8	46.9	52.0	56.7	58.0
55－64 歳	45.0	43.9	55.9	61.4	64.0
65 歳以上	50.0	51.4	59.6	70.8	70.2

総務省統計局労働力調査（特別調査および詳細集計）を基に作成
 注）1990 年、1995 年、2000 年の数値は労働力調査特別調査の各年 2 月の数値であり、2005 年の数値は労働力調査詳細集計の 1－3 月平均の数値である。2000 年 8 月からの統計では、15－24 歳について「在学中を除く」という数値も掲載されているが、ここでは 15－24 歳の総数から算出している。

表 3 年齢階級別の非正規の職員・従業員の比率（％）：男性（役員を除く雇用者のうち）

男性	1990 年	1995 年	2000 年	2005 年	2010 年
15－24 歳	19.9	23.7	38.6	44.6	41.2
25－34 歳	3.2	2.9	5.7	13.2	13.2
35－44 歳	3.3	2.4	3.8	7.1	8.2
45－54 歳	4.3	2.9	4.2	9.1	7.9
55－64 歳	22.7	17.8	17.7	27.8	27.4
65 歳以上	50.9	50.6	54.7	65.6	69.7

総務省統計局労働力調査（特別調査および詳細集計）を基に作成
 注）1990 年、1995 年、2000 年の数値は労働力調査特別調査の各年 2 月の数値であり、2005 年の数値は労働力調査詳細集計の 1－3 月平均の数値である。2000 年 8 月からの統計では、15－24 歳について「在学中を除く」という数値も掲載されているが、ここでは 15－24 歳の総数から算出している。



(備考) 1. 厚生労働省「毎月勤労統計調査」により作成。
2. 2008年第Ⅱ期は4、5月の平均値の前年比。2008年5月の値は速報値。

図4 定期給与の変動要因

出典：平成20年度年次経済財政報告

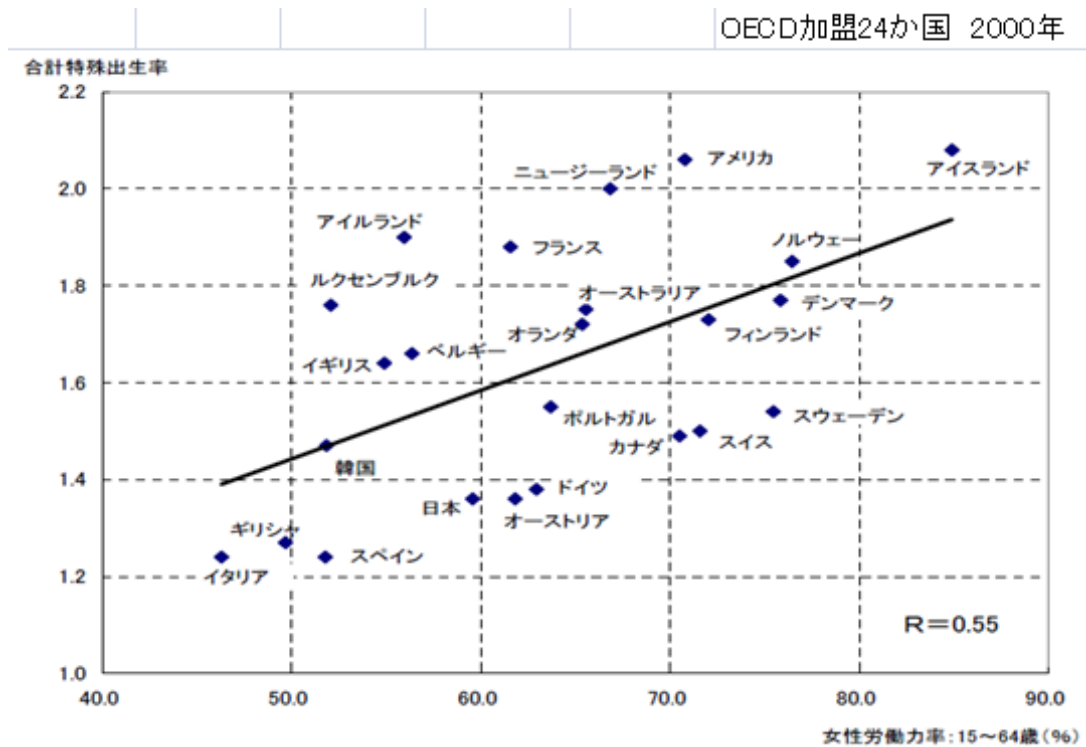


図5 女性労働力率と合計特殊出生率

出典：内閣府「少子化と男女共同参画に関する社会環境の国際比較報告書」平成17年

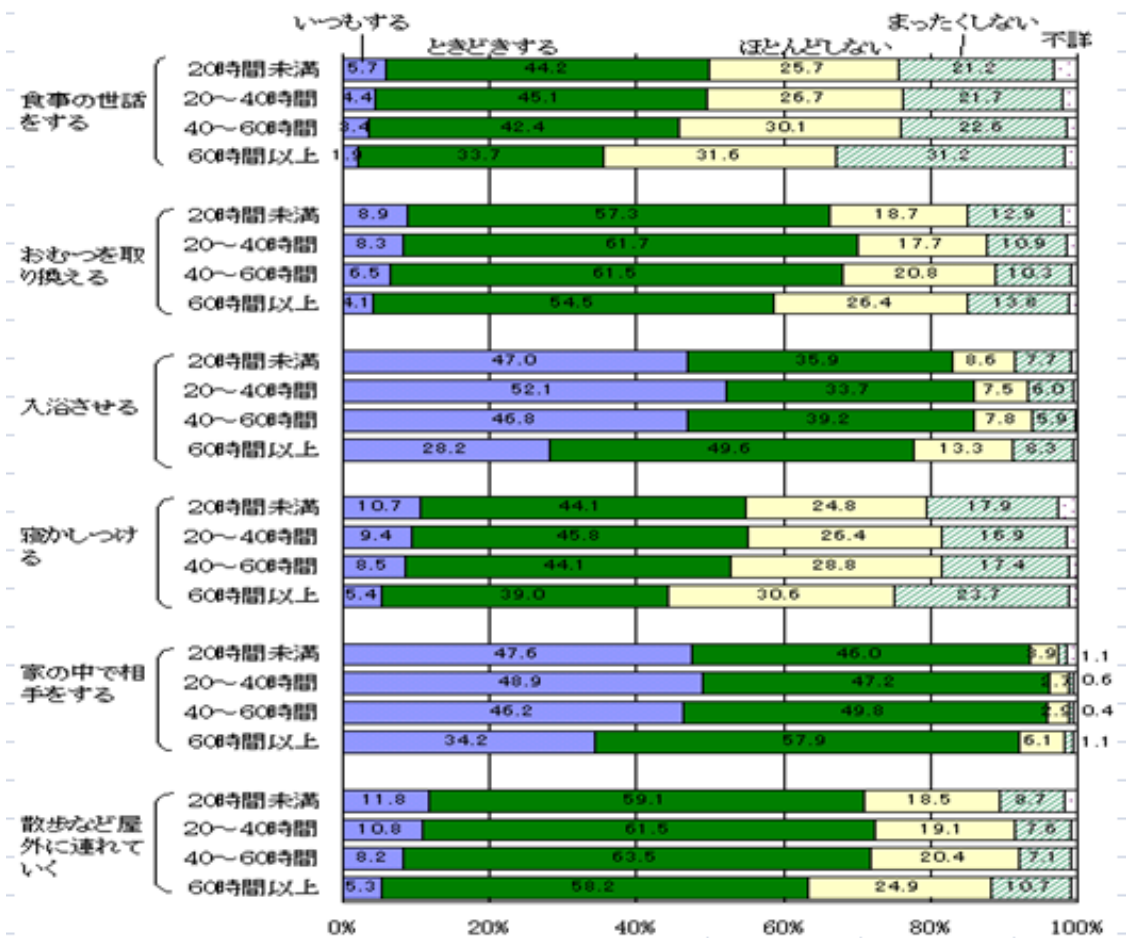


図6 父親の1週間の労働時間別にみた育児の状況

出典：厚生労働省「第1回21世紀出生児縦断調査」

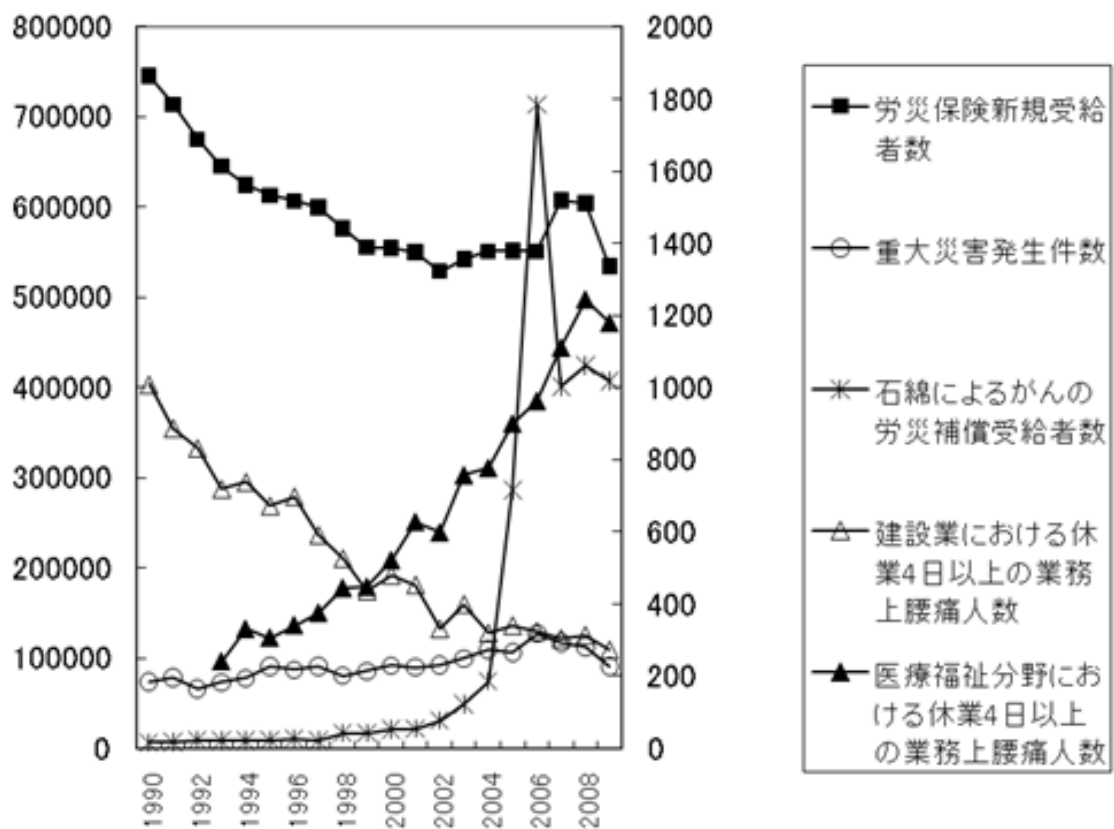


図7 最近20年の労働災害の変化

厚生労働省「平成21年における死亡災害・重大災害発生状況等について」を基に作成

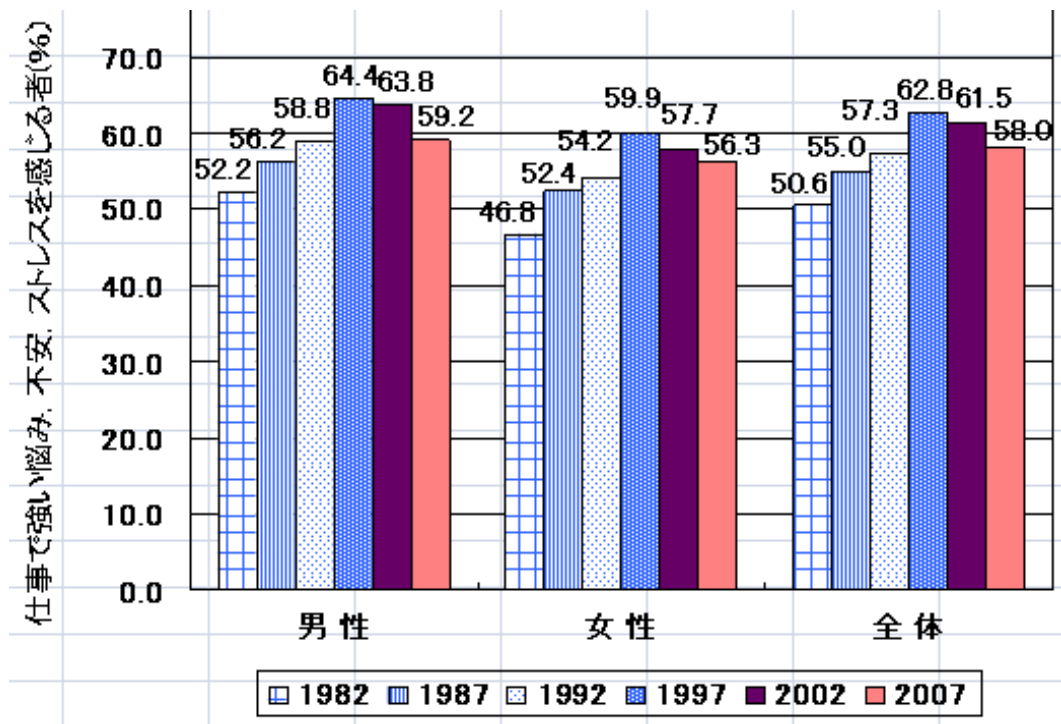


図8 自分の仕事や就業生活での強い不安、悩み、ストレスがある
労働者の割合の年次推移

厚生労働省「平成 19 年労働者健康状況調査の状況」を基に作成

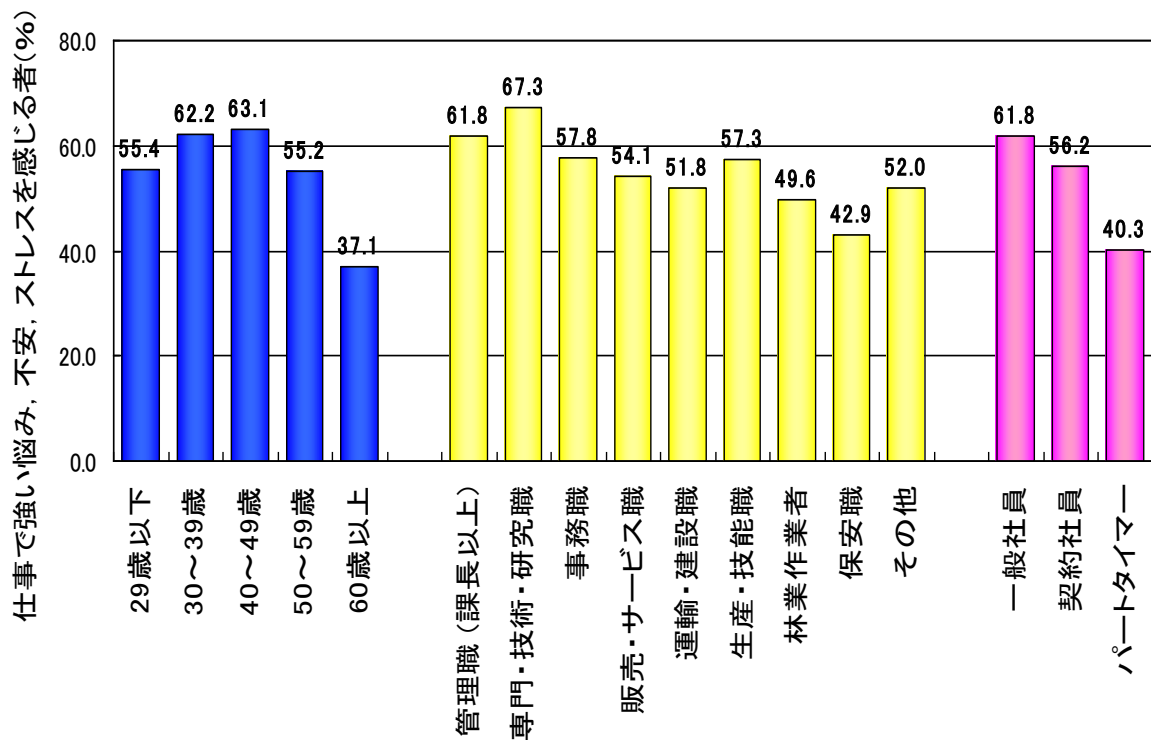


図9 年齢・職種・就業形態別に見た、仕事や職業生活での
強い不安、悩み、ストレスの内容別労働者割合

出典：厚生労働省「平成 19 年労働者健康状況調査の状況」

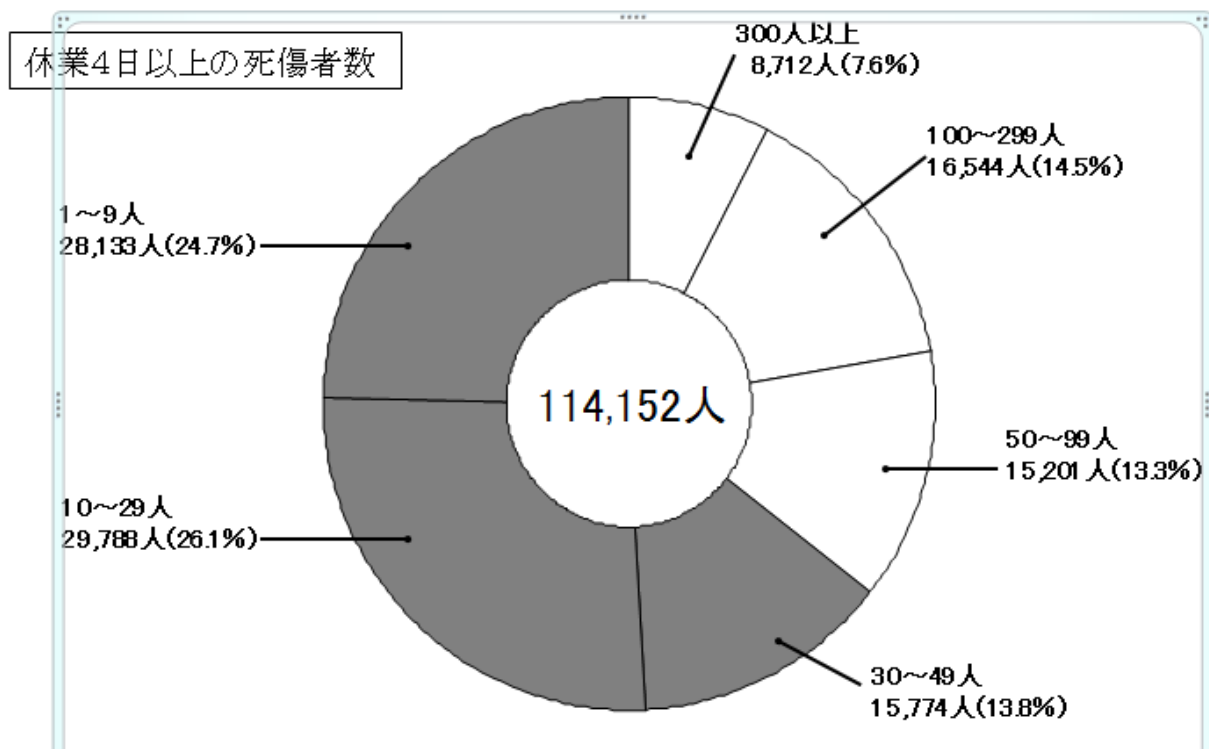


図 10 事業場規模別の死傷災害発生状況(平成 21 年)

出典：厚生労働省「平成 19 年労働者健康状況調査の状況」

＜参考資料２＞ 労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会審議経過

平成 21 年	4 月 6 日	日本学術会議幹事会 ○「労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会」設置
	7 月 31 日	委員会（第 1 回） ○今後の審議の進め方
	9 月 15 日	委員会（第 2 回） ○現状と課題について委員の専門的見地からの報告 （過労死・過労自殺の現況と課題、物理的要因による健康障害、 地方における動向）
	11 月 17 日	委員会（第 3 回） ○現状と課題について委員の専門的見地からの報告 （労働時間の二極分化と過労死について、中小企業の現状と課 題、非正規雇用と労働者の健康、リストラにおける健康－革新的 アプローチと政策勧告について、労働安全衛生の国家戦略にかか わる国際動向）
	12 月 11 日	委員会（第 4 回） ○現状と課題について委員の専門的見地からの報告 （雇用環境転換の展望－政権交代をふまえて、職場における安全 衛生と労働 CSR）
平成 22 年	2 月 12 日	委員会（第 5 回） ○シンポジウムについて ○今後の審議の進め方
	3 月 19 日	委員会（第 6 回） ○現状と課題について委員の専門的見地からの報告 （日本の IL0 条約の批准状況およびディーセントワークの問題 点） ○今後の審議の進め方
	5 月 28 日	委員会（第 7 回） ○現状と課題について委員の専門的見地からの報告 （労働安全衛生条件改善に向けた IL0 の取組み）
	同 日	○シンポジウム 第 83 回日本産業衛生学会との共催市民公開シンポジウム「雇用 労働環境と労働者の健康・生活・安全」開催
	8 月 24 日	委員会（第 8 回） ○現状と課題について委員の専門的見地からの報告 （産業看護職の問題、産業医制度の現状と展望、産業安全保健分 野の中核人材の育成活用）

- 9月7日 委員会（第9回）
○行政の立場での最近の施策と今後の計画等についてヒアリング
○報告書（案）について
- 10月29日 委員会（第10回）
○現状と課題について委員の専門的見地からの報告
（逆機能する生活保障システム：いかに機能を回復するか）
○ヒアリング報告（連合）について
○報告書（案）について
- 同 日 ○シンポジウム
日本公衆衛生学会との合同公開シンポジウム
「非正規雇用と働く人の生活・健康・安全」
- 11月16日 委員会（第11回）
○現状と課題について委員の専門的見地からの報告
（産業保健をめぐる動き、雇用労働と安全衛生関連研究機関の今後のあり方について）
○報告書（案）について
- 12月3日 委員会（第12回）
○現状と課題について委員の専門的見地からの報告
（JILPTの今後について）
○報告書（案）について
- 12月5日 委員会（第13回）
○報告書（案）の作成について
- 12月10日 委員会（第14回）
○報告書（案）の最終文案整理について
- 平成23年 1月9日 委員会（第15回）
○報告書（案）の加筆修正について
○公開講演会と公開シンポジウムについて
- 3月10日 委員会（第16回）
○査読後の報告書（案）の加筆修正について
○公開講演会
- 4月5日 ○日本学術会議幹事会
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―」について承認