

(提案9)

(案)

提言

これからの労働者の
心の健康の保持・増進のために



平成26年（2014年）〇月〇日

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

この提言は、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審議結果を取りまとめ公表するものである。

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

委員長	那須 民江	(第二部会員)	中部大学生命健康科学部教授、名古屋大学名誉教授
副委員長	磯 博康	(連携会員)	大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学教授
幹 事	小林 廉毅	(連携会員)	東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野教授
幹 事	村田真理子	(連携会員)	三重大学大学院医学系研究科環境分子医学教授
	春日 文子	(第二部会員)	国立医薬品食品衛生研究所安全情報部長
	青島 恵子	(連携会員)	医療法人社団継和会理事長・萩野病院長
	秋葉 澄伯	(連携会員)	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科疫学・予防医学教授
	大井田 隆	(連携会員)	日本大学医学部社会医学系公衆衛生学分野教授
	川上 憲人	(連携会員)	東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻精神保健学分野教授
	岸 玲子	(連携会員)	北海道大学環境健康科学研究教育副センター長・特任教授
	小林 章雄	(連携会員)	愛知医科大学医学部衛生学講座教授
	實成 文彦	(連携会員)	山陽学園大学副学長・山陽学園短期大学副学長
	下光 輝一	(連携会員)	公益財団法人健康・体力づくり事業財団理事長、東京医科大学名誉教授
	玉城 英彦	(連携会員)	北海道大学大学院医学研究科教授
	都築 和代	(連携会員)	独立行政法人産業技術総合研究所研究グループ長
	堀江 正知	(連携会員)	産業医科大学産業生態科学研究所産業保健管理学教授
	安村 誠司	(連携会員)	福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座教授
	矢野 栄二	(連携会員)	帝京大学大学院公衆衛生学研究科教授

提言の作成にあたり、以下の方に御協力いただきました。

五十嵐千代	東京工科大学医療保健学部・准教授、日本産業衛生学会産業看護部会部・会長
黒木 宣夫	東邦大学医学部精神神経医学講座（佐倉）・教授
島津 明人	東京大学大学院医学系研究科・准教授
堤 明純	北里大学医学部公衆衛生学・教授
錦戸 典子	東海大学大学院健康科学研究科看護学専攻・教授
廣 尚典	産業医科大学産業生態科学研究所・教授
森口 次郎	一般財団法人京都工場保健会産業保健推進部・部長

吉川	徹	公益財団法人労働科学研究所・副所長
三柴	丈典	近畿大学法学部・教授
長見	まき子	関西福祉科学大学・准教授
北居	明	大阪府立大学経済学部・教授

本件の作成に当たっては、以下の職員が事務を担当した。

事務局	中澤	貴生	参事官（審議第一担当）
	伊澤	誠資	参事官（審議第一担当）付参事官補佐（平成 26 年 3 月まで）
	渡邊	浩充	参事官（審議第一担当）付参事官補佐（平成 26 年 4 月から）
	井須	清夏	参事官（審議第一担当）付審議専門職付

要 旨

1 作成の背景

労働者の心の健康問題はなお増加の傾向にあり、これは精神障害等による労働災害請求件数が年々増加していることにも表れている。この背景として、近年の雇用労働環境や企業等の組織風土の変化が一因として挙げられる。日本学術会議からは労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会が、2011年に提言「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一」を発出し、働く人の健康や安全を、非正規雇用や中小零細企業の労働者も含めて全ての労働者に公平にもたらしめの方策について提言がなされた。今回の提言では、この提言を出発点としながら、近年の労働者の心の健康問題の要因分析と労働者の心の健康を増進する方法論に関する近年の研究の発展を踏まえて、わが国における労働者の心の健康の保持・増進を目指した取組のあり方について提言を行うものである。

2 研究の進展と今後の対策のあり方

職場の心理社会的要因の改善によるストレス対策については、労働者が改善プロセスに参加する労働者参加型の職場環境改善、および管理監督者向けのメンタルヘルス教育が有効な方法としてこれまでの研究で確認されている。これらの手法を企業に普及するとともに、組織要因にも着目すること、またPDCAサイクルに基づいた対策を行うことが効果的である。労働者がストレスに対処できるための教育・研修としては認知行動的技法、リラクゼーション法、身体活動を用いた労働者の心の健康づくりの効果が確認されている。また労働者のポジティブな心の健康の増進に関する研究が進展しており、労働者のポジティブな心の健康を視野に入れた対策が推進されることが期待される。こうした心の健康の保持・増進の枠組みとしては、世界保健機関（WHO）が提唱する健康職場モデルが有用である。

一方で、心の健康に問題を持つ労働者のケアおよび職場復帰の支援が課題となっている。オランダでは職場の専門家が中心となった休業中からの支援が、休業期間の短縮に効果的であるとする科学的根拠が示されているが、わが国ではこうした取組はまだ限られている。心の健康問題により休業した労働者に適した福祉サービスや、精神障害等による労働災害を認定された労働者の社会復帰支援策も不十分である。医療機関と職場との連携を促進し、心の健康問題を持つ労働者の職場復帰・職場適応を支援する方策が必要である。

労働者の心の健康づくりを一層推進するためには、経営の視点からこれに取り組むことを推奨していくことが必要である。また非正規雇用の労働者を含む不安定雇用者の心の健康の保持・増進には産業保健による対応だけでは不十分であり、地域保健との連携が必要である。さらに学校教育においても労働者の心の健康に関する知識を提供することが課題である。

労働者の心の健康づくりに関する科学的根拠の確立には一層の研究が必要であるが、労働安全衛生に関する研究費は減少している。また現在の労働者の心の健康づくりに関する

法的体系は複雑であり、これを整合性と実効性のあるものに再構築するための検討が必要である。

3 提言の内容

(1) 心理社会的な職場環境のリスクアセスメントと対策の推進

全ての事業場が、心理社会的職場環境（例えば職業性ストレス要因）をアセスメントし、その改善を計画、実施、評価・改善する一連の手順を実施することを、国が推進することを提言する。

(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

有効性に科学的根拠のある対策が、労働者の心の健康の保持・増進の実践に応用されるように、国や関連団体などが経営者、労働者および産業保健専門職に対して積極的に情報提供することが必要である。科学的根拠が明確な対策として、労働者参加型の職場環境改善、管理監督者向けの教育・研修に加えて、認知行動理論に基づく労働者向けの教育・研修、身体活動による労働者の心の健康増進プログラム、および休業中からの職場復帰支援プログラムが挙げられる。国は、一層の科学的根拠を蓄積するためにこの分野の研究を奨励すべきである。

(3) 経営としての労働者の心の健康づくりの推進

経営者が、労働者との積極的な対話の上で、労働者の心の健康の保持・増進を経営の一環として位置づけることを推進することが望まれる。経済産業省や自治体の産業振興部門等は、それぞれ厚生労働省や保健医療部門等と連携しながら、経営者が労働者の心の健康づくりに経営として取り組むことを推進することが望まれる。

(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医療の連携の推進

職場と医療機関とのコミュニケーションを円滑にし、心の健康問題を持つ労働者の治療や職場復帰を支援するための施策を推進することを提言する。例えば産業保健専門職と主治医との間での情報共有や意見交換を制度化することや、一定の知識を持った主治医が職場に対して適切で具体的な助言を行った場合に診療報酬に加算するよう診療報酬制度を改訂することが考えられる。

(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

うつ病など労働者に多い心の健康問題の特徴に合わせた職場復帰、社会復帰のための保健医療・福祉サービスを開発し、企業規模や地域による復職支援の格差を減らすために広く普及する必要がある。こうしたサービスを民間主導で事業化する試行のための特区の設置など、より多様な施策を国が行うことを提言する。

(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

近年の働き方の変化、および労働者の心の健康についての国民の理解の向上をはかる必要がある。中学校および高校の学校教育の中で、非正規雇用を含む労働雇用に関連した法制度および労働者の心の健康づくりについて学ぶ機会を設けることを提言する。

(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

産業保健と地域保健、NPO等の地域保健資源との連携を強化することで非正規雇用労働者を含む不安定雇用労働者に対して心の健康に関する情報提供や相談の機会が確保されるような体制を国や自治体が整えることを提言する。

目 次

1	労働者の心の健康問題の現状	1
(1)	労働者の心の健康問題の増加	1
(2)	増加する精神障害等による労働災害	1
(3)	労働者の心の健康の保持・増進を実施する事業場の現状と課題	1
(4)	法的なリスクをマネジメントするアプローチの限界	2
(5)	雇用労働環境の変化がもたらしたもの	2
(6)	国が行う労働者の心の健康づくり対策の動向	3
(7)	日本学術会議から発出された過去の関連提言と本提言の立脚点	3
2	労働者の心の健康の保持・増進に関する研究の進展	5
(1)	職場の心理社会的要因の改善による対策	5
①	研究の動向	5
②	企業の組織要因への注目	5
③	PDCAサイクルに基づく第一次予防対策	6
(2)	労働者個人に着目したストレス対策	7
①	研究の動向	7
②	労働安全衛生と健康増進を統合した労働者の心の健康づくり	7
(3)	労働者のポジティブな心の健康の推進	8
3	心の健康問題を持つ労働者のケアおよび職場復帰の支援	9
(1)	増加する心の健康問題による休業者への対策の課題	9
(2)	心の健康問題により休業した労働者の職場復職支援の研究の現状	9
(3)	心の健康問題により休業した労働者に適した福祉サービスの必要性	9
(4)	精神障害等により労働災害認定された労働者の社会復帰の支援	10
(5)	産業保健と医療との連携を促す施策の必要性	10
4	経営としての労働者の心の健康の保持・増進対策の推進	12
5	職場を超えた連携の必要性	13
(1)	不安定雇用労働者の心の健康づくり対策	13
①	非正規雇用の労働者の心の健康	13
②	不安定雇用者の心の健康	13
(2)	学校教育における労働者の心の健康に関する知識提供	14
6	労働者の心の健康に関する研究の一層の推進の必要性	15
(1)	労働者の心の健康づくりに関する研究基盤の課題	15
(2)	労働者の心の健康に関する法体系に関する研究の必要性	15
7	提言	16
	<用語の説明>	18
	<参考文献>	19
	<図表>	23

＜参考資料 1＞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 審議経過.....	30
＜参考資料 2＞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 公開シンポジウム.....	31

1 労働者の心の健康問題の現状

(1) 労働者の心の健康問題の増加

この20年間にわが国の職場では労働者の心の健康問題(いわゆるメンタルヘルス不調)が増加し続けてきた。仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスを感じる労働者の割合は、2007年まで低下する傾向にあったが、2012年には再び増加した[1](図1)。大阪府468企業における精神障害のための年間休業者数の統計では、2000年の337人から2004年には1190人と3倍になっている[2]。うち、うつ病による休業者は2000年の143人から2004年の703人へと5倍に増加している。メンタルヘルス上の理由により連続1ヶ月以上休業、または退職したケースのある事業場は2007年の7.6%から8.1%と増加している[1]。2012年12月に公表された公益財団法人 日本生産性本部の第6回「メンタルヘルスの取り組み」に関する企業アンケート調査結果では、全国の上場企業のうち最近3年間に「心の病」が横ばいとする企業は2002年から増加し最多の51.4%となっているが、なお増加傾向とする企業も37.6%ある[3]。メンタルヘルス不調の増加に歯止めがかかりつつあることは、これまでの国および企業における活動の一定の成果とも考えられる。しかしメンタルヘルス不調の労働者が増加したまま高止りとなっている企業に加え、なお増加傾向の企業も多い。こうした状況下で、事業場におけるメンタルヘルス不調の職場復帰(第三次予防)に対する負荷が増加している。一方で、企業ではメンタルヘルス不調の発症自体を予防する第一次予防(未然防止)への関心が高まっている[3]。

(2) 増加する精神障害等による労働災害

精神障害等による労働災害請求件数は年々増加しており、2013年には1,409件と過去最高となった[4](図2)。うち自殺による申請は177件である。2013年の精神障害等による労働災害認定件数は436件、うち自殺による認定は63件であった。労働災害認定理由の内訳では、2013年の認定事例436件のうち、出来事別の支給決定件数は、「仕事内容・仕事量の(大きな)変化を生じさせる出来事があった」と「(ひどい)嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた」がそれぞれ55件、「悲惨な事故や災害の体験、目撃をした」49件の順に多い(図3)。特に近年、職場の人間関係に関する理由が増加している。

(3) 労働者の心の健康の保持・増進を実施する事業場の現状と課題

2012年の労働者健康状況調査によると、職場のメンタルヘルス対策を実施する事業場の割合は2002年に23.5%、2007年に33.6%、2012年に43.6%と増加している[1]。しかしながら事業場規模による対策の格差はまだ大きい。大規模事業場における取組が100%近いのに対し、従業員数30~49人の事業場で56.0%、従業員数10~29人の事業場で38.9%と、事業場規模が小さくなるほど実施率は低い(図4)。またその効果については事業場規模が小さいほど明確ではないと回答している。わが国では従業員数50人未満の小規模事業場で働く労働者数が全体の約6割を占めることを考えると、職場でのメン

タルヘルス支援を受けられていない労働者はまだ多い。小規模事業場の支援機関とされている地域産業保健センターからのメンタルヘルス対策支援では、メンタルヘルス相談を実施する専門スタッフの不足の他、地域産業保健センター間のサービス格差、コーディネーターの経験・知識・技能の格差やマンパワーの不足が指摘されている[5]。

(4) 法的なリスクをマネジメントするアプローチの限界

わが国の労働者の心の健康の保持・増進対策は、1950年代後半からの黎明期、その後の停滞期を経て、1980年代半ばからの再興期を経て発展してきた。1999年に精神障害等の業務上外の判断指針が公表され、また2000年に過労自殺の民事訴訟に関する最高裁判断が出てから、労働者の心の健康の保持・増進対策は法的なリスクをマネジメントする時代へと移行した。精神障害等の労働災害や過労自殺の民事訴訟を未然に防止し、これによる企業の社会的評価の低下、金銭的損失を避けるという説明には説得力があり、多くの企業が労働者の心の健康の保持・増進を実施する動機づけとなった。これまでの10年間、法的リスクのマネジメントはわが国の労働者の心の健康の保持・増進対策の主要な推進要因であった。

しかしこの結果、労働者の心の健康の保持・増進において、企業がいかにこうした法的なリスクを回避するかということが強調されるようになった。法的なリスクのマネジメントでは長時間労働に焦点が当たりやすく、うつ病などとの関係がより強いこれ以外の職場のストレス要因[6]への対策は比較的軽視される傾向がある。また法的なリスクのマネジメントのために職場のメンタルヘルス対策において医師や法律家などの専門家の助言が必要という論調が進んでいる。本来なら経営者と労働者との対話によって進められるべきメンタルヘルス対策を、専門家に委託し、事業者側は見守るだけという状況が作り出される傾向にある[7]。

(5) 雇用労働環境の変化がもたらしたもの

いわゆる年功序列、終身雇用の雇用慣習が変化し、能力主義に移行する中で、1つの企業に定年まで勤めるという状況は必ずしも典型的な雇用形態ではなくなった。能力開発の主体が企業ではなく従業員個人の責任であるとする企業も増加している。他方、産業構造の変化（サービス業の増加）、働き方の変化（裁量労働制など）、情報技術の進歩により、仕事と私生活との境界があいまいになっている[8]。また1996年以降、わが国の共働き世帯は片働き世帯を上回り、その数はさらに増加している。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昨今では約3分の1にまで増加している[9]（図5）。個々の労働者が自らの望む仕事と個人生活のバランス（ワークライフバランス）を実現することが重要であるとの指摘もある。このような状況の変化の中で労働者の心の健康を保持・増進するためには、職場をベースとした対策に加えて、労働者一人ひとりが自分の健康を自分で守ることを支援することも重要となる。

(6) 国が行う労働者の心の健康づくり対策の動向

厚生労働省が2013年3月に公表した第12次労働災害防止計画では、2017年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%以上とするとの目標が掲げられている[10]。特に講ずべき施策として、(a) メンタルヘルス不調予防のための職場改善の取組を挙げ、管理監督者と労働者への教育研修・情報提供の推進、パワーハラスメント対策の推進に加えて、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している。また(b) ストレスへの気づきと対応の促進として、労働者のストレスへの気づきを促すようストレスチェック等の取組を推進するとともに、事業場内での相談体制の整備を推進する。(c) 取組方策の分からない事業場への支援として、事業者がこうした取組が行えるように、特に小規模事業場に対する支援措置を充実する。さらに(d) 職場復帰対策の促進として、職場復帰支援に係るモデルプログラムの広報、事業者に対する支援措置を挙げている。また別途、過重労働対策として、2017年までに週労働時間60時間以上の雇用者の割合を2011年と比較して30%以上減少させるとの目標を掲げている。

2014年6月19日には、「心理的負担の状況を把握するための検査等」の実施に従業員50人以上の事業場に義務づける労働安全衛生法改正案が成立した[11]。この法案では新しい制度として、①医師又は保健師およびその他省令により定められる者による労働者の心理的負担の状況を把握するための検査を行うことを事業者に義務付けること、②検査の結果は検査を行った医師又は保健師から労働者に対し通知されるようにすること、③検査の結果を通知された労働者が面接指導の申出をしたときは、医師による面接指導を実施することを事業者に義務付けること、④事業者は、面接指導の結果、医師の意見を聴き、必要な場合には、作業の転換、労働時間の短縮その他の適切な就業上の措置を講じなければならないことが盛り込まれており、公布から1年6ヶ月以内に施行されることとなっている。

また2014年度からは、独立して運営されていた産業保健三事業（産業保健推進センター事業、地域産業保健事業、メンタルヘルス対策支援事業）が一元化され、単年度事業を改めた安定・継続的な方式となった。これまで労働者の心の健康づくりに大きな役割を果たしてきた産業保健の三事業が一元化されることで、より一層効果的にその役割を果たすことが期待される。

(7) 日本学術会議から発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労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会が、2011年に提言「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一」を発出し、働く人の健康や安全を、非正規雇用や中小零細企業の労働者も含めて全ての労働者に公平にもたらすための方策について提案がなされている[12]。特にこの提言では、『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」ことを提唱している。その上で、過重労働と過労死・過労自殺の防止、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ことなどを含む、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を提言している。この中で、提言「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」では、「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、心の健康を目指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。」としている。

今回の提言では、上記の労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会提言を出発点としながら、さらに近年の研究の動向を整理し、わが国における労働者の心の健康を目指したより効果的な対策のあり方について提言を行う。特になお増加する労働者の心の健康問題の背景として、近年の雇用労働環境や企業等の組織風土の変化があることを認識し、近年の研究により明らかになった科学的知見に基づいて今後の対策の方向性について述べるものである。

2 労働者の心の健康の保持・増進に関する研究の進展

(1) 職場の心理社会的要因の改善による対策

① 研究の動向

労働者の心の健康の保持・増進、すなわち心の健康問題の第一次予防と心の健康の増進を進めるために、科学的に根拠のある効果的な方法論が必要である。これについては、近年その研究に大きな進展が見られた。国際労働機関(IL0)はすでに1992年の報告書で、職場レイアウトの改善、人間工学的改善、チームワークや小グループ活動の活性化、作業のローテーション化を含む職場環境の改善が有効であると提案していた。特に従業員が職場環境の改善対策の立案に参加する「従業員参加型」職場環境改善の有効性が事例として報告されていた。しかし心理社会的な職場環境を改善することで労働者の心の健康が改善するかどうかは、科学的に厳密には明らかになっていなかった。近年これを検証するための介入研究が多数実施され、その有効性が確認された。例えばわが国で実施されたクラスター無作為化比較試験[13]では、「職場環境改善のためのヒント集」を活用した、従業員参加型職場環境改善が実施された製造ライン作業員では、これを実施しなかった作業員と比較して、心理的なストレスが軽減することが確認された。こうした研究は、職場環境の改善、特に労働者が改善プロセスに参加する労働者参加型の職場環境改善が、労働者の心の健康の保持・増進に有効であることを示している。

わが国の労働者におけるストレスの原因のうち、最も高率なのは職場の人間関係である。職場の人間関係もまた重要な職場の心理社会的要因である。上司の部下に対する態度や行動は、部下の抑うつ・不安やストレスに関係している[14]。近年、管理監督者向けの教育が部下のストレスの改善に与える効果について、国内で1つの準実験研究、1つの比較対照試験、3つの無作為化比較試験が、また国外で2つの比較対照試験が実施された[15]。その結果、管理監督者向けメンタルヘルス教育もまた部下の心理的ストレス反応を軽減することが明らかにされた。管理監督者に対するメンタルヘルス教育もまた、科学的に根拠のある労働者の心の健康の保持・増進対策である。職場環境改善および管理監督者向けメンタルヘルス教育については科学的根拠に基づく対策のガイドラインも公表されており[16, 17]、職場で実施しやすい環境が整えられている。

② 企業の組織要因への注目

労働者の心の健康問題がなお増加の傾向にあることに対して、心の健康問題の原因の一つとして、新たに企業の組織要因が注目されるようになってきた。組織的公正は手続的公正(procedural justice)と対人的公正(interactional justice)から構成される組織要因である[18]。手続的公正は、企業における意思決定のプロセスやその際の手続きについての公正性のことである。一方、対人的公正は上司から部下への接

し方について感じられる公正性のことである。フィンランドの医療従事者を対象とした前向きコホート研究[19, 20]では、手続き的公正あるいは対人的公正が低いと感じている者は、高いと感じている者に比べてうつ病の発症リスクが高かった（図6）。2012年に公表されたILOのストレス対策チェックポイント[21]では、チェックポイントの1つに「仕事の公正」を取り上げて対策を促している。例えば、ストレス防止の方針および方策を立案し周知する、差別を禁止し、労働者を公正に扱う手続を確立する、管理監督者と労働者および労働者間のインフォーマルなコミュニケーションを促進する、労働者に関わる事項についてプライバシーを守り秘密にする、職場での問題が起きればただちに対応するなどが具体的なアクションとして記載されている。

ソーシャル・キャピタルは「信頼・規範・ネットワークといった社会組織の特徴であり、人々の協調行動を促進することにより社会の効率を高めるもの」[22]とされている。職場のソーシャル・キャピタルは、職場組織における助け合い、相互理解、信頼から構成される[23]。特に、旧来の派閥、村社会型のグループのように排他的で、構成メンバーの同質化を求める「内部結合型」のソーシャル・キャピタルではなく、メンバーの多様性を尊重しつつ、職場のチーム形成を促す「橋渡し型」のソーシャル・キャピタルが重要とされる。フィンランドの地方公務員の前向きコホート研究[24, 25]では、職場のソーシャル・キャピタルが低い職場や個人で、新規のうつ病の発症が高かった（図6）。

わが国でも、組織要因である職場の助け合いやコミュニケーションが労働者のメンタルヘルスに影響している可能性を示すデータがある。平成19年版国民生活白書[26]に引用された財団法人 社会経済生産性本部（2006）の企業調査の結果では、コミュニケーションが減った、助け合いが減った、組織・職場のつながりを感じにくくなったと回答した企業では、そうでない企業に比べて、心の病気が増加傾向と回答する割合が高かった（図7）。職場のソーシャル・キャピタル、平易な言葉で言い換えれば職場の一体感やチームワークを高めることが労働者の心の健康の増進に役立つ可能性がある。

③ PDCAサイクルに基づく第一次予防対策

欧州では、労働者の心の健康の保持・増進対策に大きな進展がみられる。英国では、政府機関である健康安全省（HSE）が職業性ストレスに対する職場での対策指針 Management standards for work-related stress を公表している[27]。この指針では職場で6つの心理社会的環境（仕事の要求度、個人の裁量度、職場の支援、職場環境、職場における役割、組織変革）を調査し、その結果に基づき①危険因子の特定、②健康被害にあっている個人の特定とその発生機序、③健康被害への危険度の評価とそれに対する具体的な活動、④結果の記録、⑤結果の評価と組織の取組の再検討という Plan-Do-See-Act（PDCA）の手順で対策を行うことが推奨されている。

欧州に共通した労働者の心の健康の保持・増進対策の枠組みを確立するために、欧州機関の助成を受けて実施された European Framework for Psychosocial Risk

Management (PRIMA-EF) プロジェクト(2007-2008)では、企業の活動の中で職場の心理社会的リスク要因を改善するために、(i) リスクアセスメントおよび既存の活動の監査、(ii) 計画の策定、(iii) リスクの軽減(計画の実施)、(iv) 結果の評価、⑤組織学習という PDCA サイクルによる手順が提案されている[28] (図8)。PRIMA-EF に基づいて、イタリアなど欧州各国が労働者の心の健康づくりに取り組んでいる。また英国規格協会はPRIMA-EF をもとに英国規格の前段階に当たる PAS1010 標準を作成し公表している。PDCA に基づく職業性ストレス対策は、労働者の心の健康保持・増進対策の国際標準となりつつある。

(2) 労働者個人に着目したストレス対策

① 研究の動向

労働者がストレスに対処できるための教育・研修を通じた労働者の心の健康づくり対策に関する研究は最も数が多く、かつ一貫した効果が報告されている。無作為化比較試験を複数集めて統合するメタ分析では、個人向けのストレス対策が、仕事の質、心理的資源(自己効力感や自尊心の向上など)、生理的反応(心拍や血圧など)、精神症状の改善に有効であることが報告されている[29]。個人向けストレス対策のうちでは、認知行動的手法とリラクゼーション法およびその組み合わせを用いたものが効果的であった。わが国でも認知行動的手法あるいはリラクゼーション法の効果が示されている。またこれらの手法をグループ討議と組み合わせた場合に効果がより観察される傾向にある。これまでの研究をレビューして作成された科学的根拠に基づく個人向けストレス対策のガイドラインも公表されている[30]。

また身体活動については、複数の無作為化比較試験およびメタアナリシス[31, 32]により、抑うつや不安の発生を予防したり、これらの症状を改善することが明らかになってきた。身体活動もまた科学的根拠に基づく労働者の心の健康の保持・増進のための方法論であると考えられる。しかしわが国では身体活動に着目した労働者の心の健康づくり活動はまだ多くない。

② 労働安全衛生と健康増進を統合した労働者の心の健康づくり

労働者を取り巻く社会経済状況の変化は、職場要因のみならず、個人要因も含めた対策へと労働者の心の健康づくり対策の視野を拡大する必要性を示している。労働者の心の健康づくりでは、心理社会的職場環境の改善を一層推進するとともに、労働者一人ひとりの強み、成長、ポジティブな心の健康の増進を促す対策も併せて行う必要がある[8]。また職場内の環境だけでなく、職場外要因である疲労からの回復、睡眠、ワーク・ライフ・バランスなどにも注目した対策を推進することが必要である。

世界保健機関(WHO)の健康職場モデル(The WHO healthy workplace model)は、職業性の物理的および心理社会的なリスクだけでなく、健康な行動の促進や支援、より広い社会的・環境的要因にも注目し、労働者の健康を統合的に増進する考え方に基づいている[33] (図9)。健康職場モデルは、WHO が 2007 年に作成した「労働者の健康の

ための世界行動計画」(Global Plan of Action on Workers' Health) 2008-2017 の達成を推進するものと位置づけられている。WHO 健康職場モデルは、ILO での安全衛生の取組と、アルマアタ宣言やオタワ憲章から始まるヘルスプロモーションの流れを統合し、労働安全衛生と健康増進活動との統合による、心の健康を含めた労働者の健康増進枠組みとして有用であると考えられる。しかしわが国では WHO 健康職場モデルの普及や実践は進んでいない。

(3) 労働者のポジティブな心の健康の推進

ポジティブ心理学[34]の影響を受けて、労働者の心の健康にもポジティブな考え方が導入されるようになった。オランダのシャウフェリ教授が提唱したワーク・エンゲイジメントもその1つである[35]。それまで労働者のメンタルヘルスの重要な研究対象であったバーンアウト（燃え尽き）に対して、ワーク・エンゲイジメントとは、仕事に誇り（やりがい）を感じ、熱心に取り組み、仕事から活力を得ていきいきしている状態である[35]。ワーク・エンゲイジメントとは、「活力」「熱意」「没頭」の3つの要素から構成される、仕事と関連した比較的持続するポジティブな気分状態ということができる。ワーク・エンゲイジメントが高まると心身の健康が良好で、生産性も向上することが報告されている[36]。

英国の国立医療技術評価機構(NICE)は、2009年に公衆衛生ガイダンス No. 22「生産的で健康な職場環境による心の健康の推進：雇用者向けガイダンス」を公表した。このガイドラインでは、ポジティブな心の健康を”mental well-being”と呼び、「個人が自分の可能性を高め、効率的・創造的に働き、他人と強い良好な関係を築き、地域社会に貢献するダイナミックな状態」のことに定義している[37]。こうしたポジティブな心の健康の増進が、労働者および経営活動の双方にとって重要であるとして、これを目標とした職場のメンタルヘルス活動を提唱している。

平成21～23年度厚生労働科学研究費労働安全総合研究事業「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」では、労働者の心の健康づくりに関するさまざまな関係者（ステークホルダー）を招いて、定期的に会議を開催し、わが国の心の健康づくりのあり方について議論を進めた[38]。会議の参加者は、経営団体代表者、労働組合代表者、産業保健スタッフ（産業医、産業看護職、臨床心理士、衛生管理者）、産業保健の教育研究機関の代表などである。この会議からは、精神障害の労働災害や過労自殺の民事訴訟に関して法を遵守する観点からの普及策がなお有効であるものの、一方で新しい目標が必要になっているとの意見が出された[39]。特に、労働者がいきいきと働き、生産性や創造性を発揮する、労働者の「いきいき」を支援すること、また労働者が「いきいき働ける」職場を形成することが重要であるとされた。この会議からは、労働者が健康にいきいきと働き、職場としての信頼や助け合いがなされる職場を、「健康いきいき職場」と名付け、新しい職場のメンタルヘルス活動の目標とすることが提案されている。こうした新しい労働者の心の健康の保持・増進活動がより推進される必要がある。

3 心の健康問題を持つ労働者のケアおよび職場復帰の支援

(1) 増加する心の健康問題による休業者への対策の課題

労働者の心の健康問題が増加し、これにともなう休業者が増加しており、心の健康問題で休業した労働者の復職支援体制の充実も急務である。心の健康問題により休業した労働者の復職支援については、地域障害者職業センターおよび民間医療機関によるリワークプログラムが普及しはじめている[40]。しかしこれらのプログラムは提供施設数や定員数も限られており、プログラムの内容や質にもばらつきがある[41]。メンタルヘルス対策支援センターの支援事業も十分には行き届いていない。精神科医療機関が乏しい地域では、事業場と精神科医や心療内科医との連携がそもそも困難である。中小企業では、設定している休業期間が短いといった就業に関する制度設計が大企業と異なっている場合も多い。そのため、企業規模および地域による労働者の復職支援の格差が広がっている可能性もある。また事業場外の機関によるリワークプログラムが強調されることにより、本来職場側が産業保健活動として行うべき職場復帰支援活動がなおざりにされることも懸念される。

(2) 心の健康問題により休業した労働者の職場復職支援の研究の現状

オランダでは、心の健康問題による疾病休業が増加したことを背景に、プライマリケア医や産業医さらにその他の専門職が関わり、心の健康問題による休業者に対して休業中からの復職支援の効果についての研究が進んでいる[42]。例えば、産業医をトレーニングし、適応障害による休職者に段階的な認知行動療法によるストレスマネジメントを行うプログラムの無作為化比較試験による効果評価では、ケアを行った群（介入群）では通常のケア群（対照群）と比べて復職までの期間が有意に短かった。うつ病あるいは身体表現性障害による休職者に対する無作為化比較試験でも、3ヶ月後の復職率は介入群で有意に良好であった。うつ病、不安障害やバーンアウトを理由として休業中の自営業者に対する復職支援の研究では、①社会保険労務士(labor specialist)が認知行動療法によるストレスマネジメントと仕事への助言を労働者に提供した場合、②外部の心理専門職が認知行動療法を実施した場合、および③一般医が通常ケアを行った場合が比較された。その結果、最初の群が、他の群と比較して早く短時間勤務に復職できていた。これらの研究からは、産業医や社会保険労務士などの職場の専門家が中心となって、休業中から支援を行うことが、心の健康問題で休業した労働者の休業期間の短縮に効果的と考えられる。しかしわが国では、前述のリワークプログラムの科学的効果評価もまだこれからであり、またこうした休業中からの復職支援を行っている事業場も少ないのが状況である。

(3) 心の健康問題により休業した労働者に適した福祉サービスの必要性

労働者の職場復帰・社会復帰のための支援サービスは、公的、民間いずれもまだ数が

少ない。しかし重症の慢性精神障害を持つ者を対象としてきた従来の精神保健福祉制度ではこれらの労働者にうまく対応できない。例えば、事業場と福祉関係組織との間で情報の共有がほとんどなされていない、現状の福祉サービスでは休業中の労働者に対する就労支援について経験が限られている、福祉給付を受給している労働者の就労意欲をどのように維持するかについての方策が明確でないなどの問題点があげられる[43]。さらにパーソナリティや発達面の問題を背景に心の健康問題を生じた休業者や離職者の復職、社会復帰を支援するサービスや医療福祉の体制は不十分である。心の健康問題により休業した労働者に適した新しい福祉サービスを創設する必要がある。

(4) 精神障害等により労働災害認定された労働者の社会復帰の支援

労働災害認定される精神障害は、業務上の疾病の範囲を定めた労働基準法施行規則別表第1の2（第35条関係）第9号において「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」とされている。精神障害等による労働災害認定の請求件数および認定件数は右肩上がりに増加している。しかし労働者が円滑に社会復帰を果たしているかどうかについてはほとんど情報がない[44]。これらの者に対する特別な社会復帰支援制度もない。

労災保険の障害給付と社会保険（厚生年金・国民年金など）の障害給付では、各々の保険制度で年金給付と一時金給付が定められている。社会保険の障害給付の場合は、遅くとも傷病の初診日から1年6ヶ月が経過した日に障害認定されるが、労災保険の障害給付の場合は、原則としてその傷病が治癒しない限り障害認定はされない[43]。症状固定（治癒）の判断は、治療者（主治医）の判断に委ねられている。しかし被災労働者の自覚症状が消失しない限り、治療者（主治医）が労災保険法上の症状固定（治癒）と判断することが困難であると予想される。主治医ではない第三者の評価・判断が必要となるかもしれない。労災保険法上の症状固定（治癒）に至らない精神障害の現状を調査・分析し、その要因を整理して、労災保険制度の本来の目的である被災労働者の社会復帰を促進する制度への改善する手がかりを得る必要がある。

(5) 産業保健と医療との連携を促す施策の必要性

心の健康問題を持つ労働者の治療や職場復帰において、適切な診断や治療方針、あるいは復職にあたっての留意事項や業務遂行能力の評価において、産業保健専門職と主治医との連携は重要である。しかしこれは、必ずしもうまくいっていない[41]。特に治療を担当する主治医は患者の病状の回復に注力する一方で、職場復帰後に再発を防ぐために職場がどのようなことに配慮すべきかについては助言することが少ない。この理由として、主治医が職場での業務内容について情報を持たず、また業務遂行性の回復の評価について知識や経験を持たないことが挙げられる。英国では、80年の歴史を持つ休業診断書を、“Fit Note”と呼ばれる、患者が働けるかどうか、働けるとしたらどんな配慮があればいいかを書く形式に変更し、労働者の職場復帰を支援している[45, 46]。またこの“Fit Note”を主治医が作成できるように医師の教育訓練を行っている。このような方法

は、医療機関と職場との連携の現状を改善し、心の健康問題を持つ労働者の円滑な治療や職場復帰に有効な方策となるかもしれない。

4 経営としての労働者の心の健康の保持・増進対策の推進

WHO 健康の社会的決定要因委員会は、その最終報告書で、健康および健康の格差には、所得、雇用などの社会的要因が大きく関与していることを指摘し、健康の社会的決定要因の改善が必要であるとしている[47]。健康の社会的決定要因に対処するためには、保健医療の専門家が、保健分野とは異なる領域（ノンヘルスセクター）の要因や施策の健康への影響の大きさを認識し、ノンヘルスセクター分野における施策の意思決定者にアプローチしてゆくことが必要である。このアプローチは「全ての政策の中に健康を」(Health in All Policies) と呼ばれ、WHO および南オーストラリア州政府による Adelaide 2010 Health in All Policies 国際会議において宣言として採択されている[48]。

WHO 健康の社会的決定要因委員会の報告[47]は、健康の社会的決定要因の1つとして、公平な雇用と人間らしい労働(fair employment and decent work)を挙げている。すでに述べたように、労働者の心の健康に影響を及ぼしている可能性のある組織的公正、職場のソーシャル・キャピタルを含む職場風土、さらには企業の人材育成・人事評価方針などの要因に対処するには、ノンヘルスセクターである経営や人事労務部門などにアプローチし、その施策の中に健康への視点を含めてもらう必要がある。

一方、経営学でも個人の心理的側面へのアプローチが盛んになっている[49, 50]。その1つであるポジティブな心理的資本(positive psychological capital)は、労働者が持ち、その生産性に役立つ心理的な資源を定義したものであり、自己効力感（仕事達成に必要な努力をつぎ込めるという自信）、楽観主義（現在と将来の成功に対するポジティブな考え方）、希望（目標に向かう忍耐力および目標達成方法を柔軟に変更できること）、回復力（挫折からの回復力）から構成される[51]。ポジティブな心理的資本が高ければ、労働者のパフォーマンスと仕事満足が増加し、経営者が提供する支援的な労働・キャリア環境が労働者のパフォーマンスにつながりやすくなり、また組織変革の際に労働者が効率的、合理的に行動しやすくなり、また疾病休業が減少する。従って労働者のポジティブな心理的資本を育成するような活動を行うことは、経営にもメリットがある。これは労働者の心の健康づくりとも一致する考え方であり、労働者の心の健康づくりを一層推進するためには、経営の視点から労働者の心の健康づくりに取り組むことを推奨してゆくことが必要である。こうした活動の好事例として、東京都産業労働局が2013, 2014年度事業として行っている「”ポジティブメンタルヘルス”で経営力アップ!」の活動や公益財団法人 日本生産性本部の「健康いきいき職場づくりフォーラム」などの経営者向けの啓発活動がある。

5 職場を超えた連携の必要性

(1) 不安定雇用労働者の心の健康づくり対策

国際競争や雇用の流動化の結果として、不安定雇用(precarius work)、すなわち雇用の継続が不安定で、しばしば低い社会保障や低賃金といった労働条件にある者が世界的に増加している。労働者、不安定雇用から失業者に至るまでの広い範囲のスペクトル上にある者に対する健康と安全の増進を統合してその対策を考えることが重要である。

① 非正規雇用の労働者の心の健康

わが国でもパートタイムや契約社員などの非正規雇用の労働者では、正規雇用の労働者に比べて抑うつ・不安が高いことが報告されている[52]。非正規雇用労働者では、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。1つの職場内で「格差」が生じることが、正規社員、派遣社員、パート・アルバイトなどの異なった労働者の間での人間関係の問題を生み出し、職場にいる全ての労働者の心の健康を低下させることが懸念されている。現在の雇用制度改革は、より多様な労働形態を推進する方向で進められているが、一方で新しい格差を生む可能性も否定できない。労働者間の格差を生まない制度・環境づくりを同時に考慮することが重要である。例えば社会保障の最低水準を高めたり、同一職務内容同一給与水準の原則をより強力に進めたり、また組織や職場において多様な雇用形態を含めた個人を尊重する管理運営が行われることが期待される。

また非正規雇用の労働者の中には短時間のパート労働者のように産業保健の恩恵を受けにくい立場の者がいる。非正規雇用労働者は一般に不安定な雇用関係にあり、失職することで産業保健の対象から外れたり、企業から企業へ頻繁に転職することで一貫した健康管理の対象から外れやすい。産業保健と地域保健との間隙を埋め、両者が連携することが非正規雇用労働者の心の健康の支援に必要である。

法制度の急激な変化も非正規雇用労働者の立場をさらに流動的にしている。2012年3月には労働者派遣法の改正、同年8月には労働契約法と高齢者雇用安定法の改正が行われた。こうした法律の改正により非正規雇用の労働者の権利が守られる側面もあるが、一方で派遣労働の範囲の大幅な拡大や、「限定正社員」などの新しい働き方の提案がなされるなど制度の変化が大きく、事業者と労働者双方の理解が追いつかないという問題がある。複雑で変化する雇用関連法制度について事業者および労働者の理解を推進する施策が求められる。

② 不安定雇用者の心の健康

失業者は自殺リスクの高い集団である[53]。職を失ったものは、パートやアルバイトを含む非正規雇用として再就職し、再度失職することもある。雇用の安定性というスペクトラムの軸上に失業者から就労中の者を位置づけるとこうした不安定雇用にある労働者の持つ問題を統一的に把握することができる。これらの労働者は、程度の違

いはあれ、社会保障や産業保健サービスの恩恵を受けにくい状態にある。現在、労働者の心の健康づくりを含めた産業保健は就労中の者に対して提供されているが、これを拡大し、失業者から就労者までを対象にできないか検討するべきである。

(2) 学校教育における労働者の心の健康に関する知識提供

労働者の心の健康についての情報を広く国民に知らせることが、労働者の心の健康づくりの推進につながると期待される。この方法として学校教育の力が大きい。2013年度から施行されている高等学校学習指導要領の科目「保健」における『社会生活と健康』の項目には、「労働災害と健康」、「働く人の健康の保持増進」、の見出しが含まれており、また解説として「ストレスに対する気付きへの援助、リラクセーションの指導など、メンタルヘルスケアが重要視されていることにも触れるようにする」と記載されている。高校や大学などの就労前の段階で、非正規雇用を含む雇用労働の法制度に関する教育が行われることも求められる。また若年労働者の発達障害や職場不適応が近年社会問題になっており、思春期・青年期からのメンタルヘルスに関する教育の必要性が指摘されている。前述の高等学校学習指導要領の科目「保健」の『現代社会と健康』の項目に、「精神の健康」の見出しと「ストレス対処」の細目があるが、解説はごく一般的で概念的な内容にとどまっている。またこれらに関する知識を持っている高校教師は少なく、授業の実施自体が学校の裁量に任される部分もあるため、教育の機会の実質的にはきわめて限られていると推測される。労働者の心の健康づくりのために、働くことや労働者の心の健康に関する理解の向上のために、教師の知識や技術の向上が不可欠である。教員養成課程の学習カリキュラムに関連する学習内容を導入し、力量を持つ教員人材を養成し、また大学の一般学部、高校等のカリキュラムの充実強化を図る必要がある。

6 労働者の心の健康に関する研究の一層の推進の必要性

(1) 労働者の心の健康づくりに関する研究基盤の課題

わが国の現状を見ると、労働者の心の健康づくりに関する科学的根拠が不足しており、施策の科学的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、心の健康問題の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も限られている。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総予算額の推移を見ると、2012 年度は前年より若干の増額が認められるものの、2009 年度以降おおむね予算額が減少傾向にある。さらに、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厚生労働科学研究費の総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。独立行政法人日本医療研究開発機構（いわゆる日本版 NIH）の創設にともなう医療分野の研究開発予算の再配分の中で、労働者の心の健康づくりを含めた労働安全衛生の推進のための研究予算が減額されることがないように留意する必要がある。

(2) 労働者の心の健康に関する法体系に関する研究の必要性

現在の労働者の心の健康づくりに関する法的な背景となっている事後的な民事賠償・補償、雇用保障、職場復帰支援に関する考え方は、必ずしも明文化されたものではなく、状況ごとに曖昧な側面を多く含んでおり、事業者や労働者にとって予測がたちにくい[43]。使用者側がどのように対処すべきかが分からず、敗訴リスクを抱える一方、実効的対策も進み難い。人事労務管理、人材育成、精神的な快適職場形成などの本質的対策が進み難くなる。一方、最低限の規制に関する法体系には、実効性の観点で実態に沿わないものもある。例えば欧州で認められている休息时间（私生活時間）の保障や、嫌悪感に基づくハラスメントからの保護などは、日本の職場ではまだ確立されていない。労働者の心の健康に関する情報の取り扱いについては、ルール同士が矛盾していたり、多層的で複雑すぎるなどの故に、適正な取り扱いが困難になっている。

労働者の心の健康に関する法体系を整合性と実効性のあるものに再構築することが必要である。例えば、契約法上の安全衛生配慮義務や不法行為法上の注意義務については、現状や将来の予測に基づき、そのあり方が再検討される必要がある。このような結果重視の考え方に対して、労使の協議や専門家の助言により、事業場が自主的に目標を設定し合理的な対策を推進することを必要要件として規定することも考えられる。あるいは一般性があり、社会的にも適切と認められる最低基準を設定することも考えられる。

7 提言

- (1) 全ての事業場が、心理社会的職場環境（例えば職業性ストレス要因）をアセスメントし、対策を計画、実施、評価・改善する一連の手順を実施することを、国が推進する。第12次労働災害防止計画に記載された関連する計画を推進し、欧州等の先進事例を参考としながら、事業場がそれぞれの状況や資源・人材に応じてこの手順を実施するように法制度として確立する。この際に科学的根拠が明確になっている労働者参加型職場環境改善などの手法を普及する。
- (2) 科学的根拠が明確な対策の方法論が労働者の心の健康づくりに活用されるように、国や関係諸団体が、経営者、労働者および産業保健専門職に積極的に情報提供することが必要である。科学的根拠が明確である対策として、労働者参加型の職場環境改善、管理監督者向けの教育・研修に加えて、認知行動理論に基づく労働者向けの心の健康づくりの教育・研修、身体活動による労働者の心の健康増進プログラム、および休業中からの職場復帰支援プログラムが挙げられる。実践においてはこれらの活動をWHO健康職場モデルの中で推進することが推奨される。また、これらのプログラムを現場に合わせて提供するために、産業保健に知識と経験を持つ臨床心理士等の育成、および産業保健専門職の教育研修が必要であり、これを国が支援するべきである。大学などの教育機関、学協会はこれに協力する。また労働者の心の健康の保持・増進・回復の支援の手法の科学的根拠の研究を国として一層奨励するべきである。
- (3) 経営者、労働者との積極的な対話の上で、労働者の心の健康の保持・増進を、経営の一環として位置づけ、特に労働者のポジティブな心の健康を目標とした活動に取り組むことを推進すべきである。経済産業省や自治体の産業振興部門等は、それぞれ厚生労働省や保健医療部門等と連携しながら、経営者の取組を推進することが望まれる。経営者団体は、労働者の心の健康づくりの重要性を経営者が認識し、これに積極的に取り組むよう、情報提供などの支援を行う。
- (4) 職場と医療機関とのコミュニケーションを円滑にし、心の健康問題を持つ労働者の治療や職場復帰を支援するための施策を推進すべきである。例えば、英国の”Fit Note”制度のように、産業保健専門職と主治医との間での情報共有や意見交換を制度化することが考えられる。また、産業保健に一定の知識を持つ主治医が、患者が復帰する予定の職場および業務内容について患者の病態および業務遂行能力の双方から評価し、職場に対してその回復のための適切で具体的な助言を行った場合に診療報酬に加算するよう診療報酬制度を改訂することが考えられる。
- (5) 心の健康問題を持つ労働者の職場復帰・社会復帰のためのより多様な施策を行う。うつ病など労働者に多い心の健康問題の特徴に合わせた職場復帰、社会復帰のための

保健医療・福祉サービスを開発し、企業規模や地域による復職支援の格差を減らすために広く普及する必要がある。こうした新しい福祉サービスを民間主導で開発するための特区の設置など、国が支援策を打ち出すことが期待される。増加する精神障害等による労働災害認定を受けた労働者については、その経過やニーズを詳細に把握し、適切な社会復帰サービスを提供できるように、国（労働基準局補償課）が調査研究を実施する。また労働者の心の健康に関する法体系を整合性と実効性のあるものに再構築する研究や検討が、法学者のみならず、事業者や労働者の代表、保健医療専門職が参加した場で推進される必要がある。

- (6) 近年の働き方の変化、および労働者の心の健康づくりについての国民の理解の向上をはかる。まず中学校および高校の学校教育の中で、非正規雇用を含む労働雇用に関連した法制度および労働者の心の健康づくりについて学ぶ機会を設ける。このために国が、自治体の教育委員会と協力しながら、教員養成課程ならびにその卒後教育カリキュラムに関連する内容を盛り込み教育できる人材を育成するべきである。労働者の心の健康づくりについての国民全体の理解の向上に関しては、内閣府が関連省庁に働きかけて、省庁横断的な対策を進める体制をつくる。
- (7) 不安定雇用労働者の心の健康の保持・増進のために、産業保健と地域保健との連携を促す多様な施策を積極的に推進する。産業保健と地域保健との連携を一層強化することで非正規雇用労働者を含む全ての労働者への心の健康づくりの情報提供や相談の機会が確保されること、地域保健やNPOなどの民間機関がより積極的に失職者の心の健康の保持・増進に関わるよう促す。またパネルデータを用いて、法制度の変化が労働者の心の健康にどのように影響を及ぼすかを経年的にモニタリングし、政策決定に反映する。

＜用語の説明＞

職場の心理社会的要因：

労働場面において労働者に心理的負担を生じさせる可能性のある要因のことであり、過大な仕事量、これに対応するための情報や権限の不足、職場で上司や同僚から得られる支援、仕事の安定性や生来の見込みなどが例としてあげられる。広義には労働者の持つ心理社会的な特性を含めることもあるが、この提言では、職場の心理社会的な環境要因という意味で用いている。

第一次予防：

疾病などを未然に防止すること。公衆衛生学や予防医学の分野では、予防を第一次予防、第二次予防、および第三次予防に区分しており、それぞれ、疾病の未然防止およびリスクの低減、疾病の早期発見と早期ケア、および疾病によって生じた障害の回復や軽減および社会復帰を対応させている。

第三次予防：

疾病によって生じた障害を回復させたり軽減すること、および社会復帰を促進すること。機能回復のためのリハビリテーションや障害を持つ者が社会参加できる環境づくりが含まれる。

メンタルヘルス不調：

メンタルヘルス不調とは、「精神および行動の障害に分類される精神障害や自殺のみならず、ストレスや強い悩み、不安など、労働者の心身の健康、社会生活および生活の質に影響を与える可能性のある精神的および行動上の問題を幅広く含むものをいう」（厚生労働省．労働者の心の健康の保持増進のための指針，2012）。本提言では、心の健康問題と同義として扱った。

リスクアセスメント：

リスクアセスメントは、職場の潜在的な危険性又は有害性を見つけ出し、これを除去、低減するため手法である。狭義のリスクアセスメントは、リスクを評価するまでであり、リスクの低減措置等は含まれていない。しかし2006年（平成18年）の労働安全衛生法改正（第28条の2）では、機械などの危険性又は有害性等に関する調査として、リスク低減策の実施を含むリスクアセスメントが努力義務化されている（厚生労働省．危険性又は有害性等の調査等に関する指針，2006年）。2014年現在、職場の心理社会的要因（職業性ストレス要因等）については、リスクアセスメントは義務化されていない。

<参考文献>

- [1] 厚生労働省大臣官房統計情報部、平成 19 および 24 年労働者健康状況調査
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h24-46-50.html>
- [2] 労働者健康福祉機構大阪産業保健推進センター、『「休職からの職場復帰体制の現実と課題」調査研究報告書』、2006.
<http://www.osakasanpo.jp/research/h18.pdf>
- [3] 公益財団法人 日本生産性本部、『第 6 回「メンタルヘルスの取り組み」に関する企業アンケート調査結果』、2012.
<http://activity.jpc-net.jp/detail/mhr/activity001359/attached.pdf>
- [4] 厚生労働省労働基準局労災補償部、『平成 25 年度「脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況」 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000049293.html>
- [5] 永田頌史（代表）『中小規模事業場におけるメンタルヘルス対策の進め方に関する調査研究最終報告書』、財団法人産業医学振興財団、東京、2010.
- [6] 井上彰臣、川上憲人、『第 1 章 C. 仕事のストレスによって精神疾患は発症するか？』、日本産業精神保健学会(編)、ここが知りたい職場のメンタルヘルスケアー精神医学の知識&精神医療との連携法ー. 8-12, 東京, 南山堂. 2011.
- [7] 守島基博、『大内伸哉. 人事と法の対話ー新たな融合を目指して』、有斐閣, 2012.
- [8] 島津明人、川上憲人、『これからの職場のメンタルヘルス：産業保健心理学からの二つの提言』、学術の動向 2014；19(1)：60-65.
- [9] 総務省、『平成 19 年就業構造基本調査』
<http://www.stat.go.jp/data/shugyou/2007/>
- [10] 厚生労働省、『平成 12 年労働災害防止計画』、2013 年 2 月
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei21/dl/12-honbun.pdf>
- [11] 第 186 回国会（常会）提出法律案『労働安全衛生法の一部を改正する法律案』、2014 年 3 月 13 日提出
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/186.html>
- [12] 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
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t119-2.pdf>
- [13] 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;51(5):554-63.
- [14] 川上憲人、『職業性ストレスに対する組織的対応 管理職者教育プログラムの効果と今後の展開』、ストレス科学 2011；26(1)：21-30.
- [15] Tsutsumi A. 『Development of an evidence-based guideline for supervisor

- training in promoting mental health: literature review.』 J Occup Health. 2011;53(1):1-9.
- [16] 吉川徹, 吉川悦子, 土屋政雄, 小林由佳, 島津明人, 堤明純, 小田切優子, 小木和孝, 川上憲人、『科学的根拠に基づいた職場のメンタルヘルスの第一次予防のガイドライン 職場のメンタルヘルスのための職場環境改善の評価と改善』産業ストレス研究 2013; 20(2): 135-145.
- [17] 堤明純、『科学的根拠に基づいた職場のメンタルヘルスの第一次予防のガイドライン 職場のメンタルヘルスのための管理監督者教育のガイドライン』産業ストレス研究 2013; 20(2): 121-126.
- [18] 井上彰臣, 土屋政雄, 川上憲人、『国内外の産業医学に関する文献紹介-企業における組織的公正とその健康影響』産業医学ジャーナル. 31(2): 132-135, 2008.
- [19] Ylipaavalniemi J, Kivimäki M, Elovainio M, Virtanen M, Keltikangas-Järvinen L, Vahtera J、『Psychosocial work characteristics and income of newly diagnosed depression: a prospective cohort study of three different models』Social Science and Medicine, 61(1): 111-122, 2005.
- [20] Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J, Keltikangas-Järvinen L, Virtanen M, 『Sleeping problems and health behaviors as mediators between organizational justice and health』Health Psychology, 22(3): 287-293, 2003.
- [21] International Labour Office 『Stress prevention at work checkpoints - Practical improvements for stress prevention in the workplace』International Labour Office, Geneva, 2012.
- [22] Putnam RD, Leonardi R, Nanetti R, 『Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy』Princeton University Press, Princeton, NJ, 1993 (河田潤一訳『哲学する民主主義—伝統と改革の市民的構造』、NTT 出版, 東京、2001)
- [23] 江口 尚、『職域におけるソーシャル・キャピタルと健康影響』産業医学ジャーナル 34 (2): 94-99, 2011.
- [24] Oksanen T, Kouvonen A, Vahtera J, Virtanen M, Kivimäki M, 『Prospective study of workplace social capital and depression: are vertical and horizontal components equally important?』J Epidemiol Community Health, 64 (8): 684-9, 2010.
- [25] Kouvonen A, Oksanen T, Vahtera J, Stafford M, Wilkinson R, Schneider J, 『Low workplace social capital as a predictor of depression: the Finnish Public Sector Study』Am J Epidemiol, 167 (10): 1143-51, 2008.
- [26] 内閣府、『平成 19 年版国民生活白書』内閣府, 東京, 2007, pp127-132.
http://www5.cao.go.jp/seikatsu/whitepaper/h19/01_honpen/index.html
- [27] Health and Safety Executive, 『Research Report 553 - Management competencies for preventing and reducing stress at work - Identifying and developing the management behaviours necessary to implement the HSE Management Standards』

- Prepared by Goldsmiths, University of London for the Health and Safety Executive, 2007 <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr553.pdf>
- [28] Leka S, Cox T (editors), 『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<http://www-sdc.med.nagasaki-u.ac.jp/gcoe/publicity/prima2009.pdf>
 - [29] Van der Klink JJL, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJ, 『The benefits of interventions for work-related stress』 *Am J Public Health* 91: 270-76, 2001.
 - [30] 島津明人, 『科学的根拠に基づいた職場のメンタルヘルスの第一次予防のガイドライン 職場のメンタルヘルスのためのセルフケア教育のガイドライン』 *産業ストレス研究* 2013; 20(2): 127-133
 - [31] Brown HE, Pearson N, Braithwaite RE, Brown WJ, Biddle SJ, 『Physical activity interventions and depression in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis』 *Sports Med.* 2013; 43(3):195-206.
 - [32] Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, McMurdo M, Mead GE, 『Exercise for depression』 *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;9:CD004366.
 - [33] World Health Organization, 『Healthy workplaces: a WHO global model for action』 World Health Organization, Geneva, 2010. http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/
 - [34] Seligman MEP, 『Positive psychology: an introduction』 *American Psychologist*, 55(1): 5-14, 2000.
 - [35] Schaufeli WB, Salanova M, Gonzalez-Romá V, Bakker AB, 『The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmative analytic approach』 *Journal of Happiness Studies*, 3: 71-92, 2002.
 - [36] 島津明人, 江口尚, 『ワーク・エンゲイジメントに関する研究の現状と今後の展望』 *産業医学レビュー*, 25: 79-97, 2012.
 - [37] 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.
 - [38] 川上憲人, 『平成 23 年度厚生労働科学研究費労働安全総合研究事業「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」(H21-労働一般-001) 総合報告書』 2012. <http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/jstress/NBJSQ/労働安全衛生総合研究一次予防班 H23 総括分担研究報告書.pdf>
 - [39] 小田切優子, 川上憲人, 下光輝一, 『職場のメンタルヘルスの新しい日本型枠組み ステークホルダー会議の成果から』 *産業精神保健*, 20(3): 187-193, 2012.
 - [40] 五十嵐良雄, 『医療機関におけるリワーク活動とうつ病リワーク研究の発展、今後の展望』 *最新精神医学* 2011; 16(2): 133-140.
 - [41] 廣 尚典, 『産業保健としてのメンタルヘルスを再考する』 *学術の動向* 2014; 19(1):

76-79.

- [42] 時田征人, 川上憲人、『メンタルヘルス不調により休業した労働者への復職支援：オランダにおける効果評価研究』産業医学ジャーナル 2012; 35(2): 108-111.
- [43] 三柴丈典、『産業精神保健法学の狙い』学術の動向 2014; 19(1): 70-75.
- [44] 黒木宣夫、『精神障害の労災認定と職場復帰を巡る諸問題』学術の動向 2014; 19(1): 80-84.
- [45] Dame Carol Black、『Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population. Working for a healthier tomorrow』London: TSO, 2008
<http://www.workingforhealth.gov.uk/documents/working-for-a-healthier-tomorrow-tagged.pdf>
- [46] UK Department for Work and Pensions、『The fit note: guidance for patients and employees』UK Department for Work and Pensions, 2013.
<https://www.gov.uk/government/publications/the-fit-note-a-guide-for-patients-and-employees>
- [47] World Health Organization Commission on Social Determinants of Health、『Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health』Geneva, World Health Organization, 2008
- [48] World Health Organization、『Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being』World Health Organization, Geneva, 2010.
http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf
- [49] 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.
- [50] 守島基博、『「職場寒冷化」と働く人のメンタルヘルス —経営学の視点から—』学術の動向 2014; 19(1): 66-69.
- [51] Luthans F, Youssef CM、『Human, social, and now positive psychological capital management: Investing in people for competitive advantage』Organizational Dynamics, 33 (2): 143-160, 2004.
- [52] Inoue A, Kawakami N, Tsuchiya M, Sakurai K, Hashimoto H、『Association of occupation, employment contract, and company size with mental health in a national representative sample of employees in Japan』J Occup Health 52(4): 227-40, 2010.
- [53] 金子善博、『統計資料から考える自殺対策』、本橋 豊 (編). ライブ総合自殺対策学講義. 秋田医学叢書 No.1. 秋田魁新報社, 2009, pp. 109-134.

<図表>

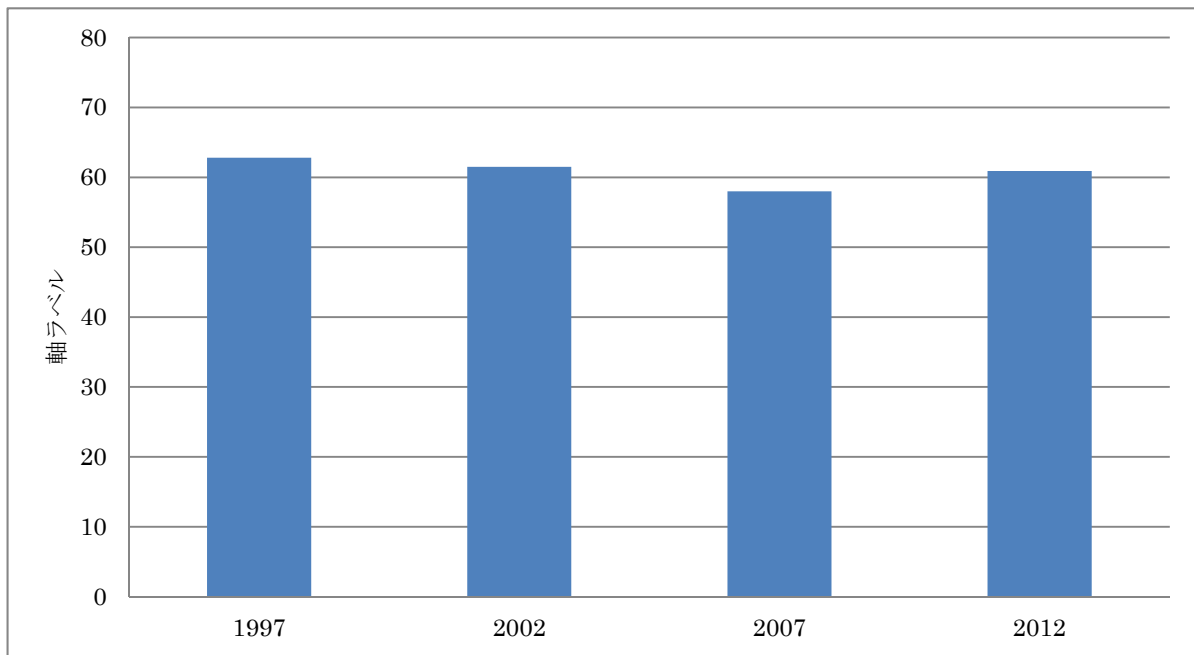


図1 仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスを感じる労働者の割合の年次推移

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成24年労働者健康状況調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h24-46-50.html>

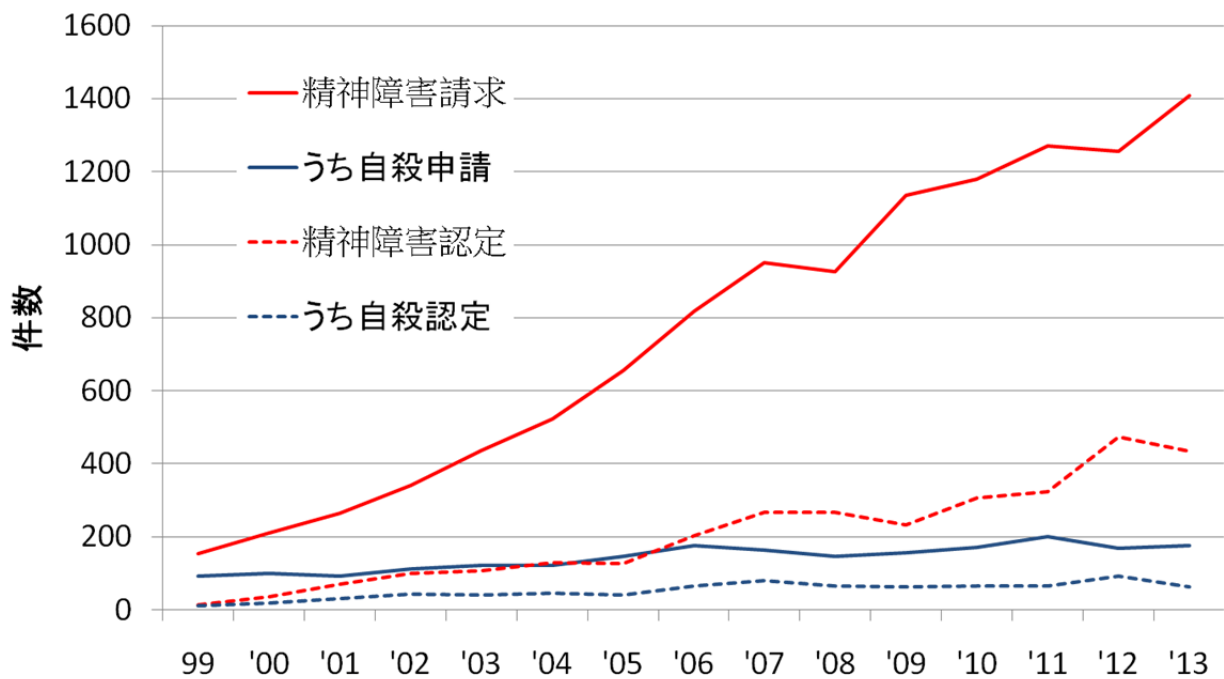


図2 精神障害等による労働災害請求および認定件数の年次推移

出典：厚生労働省労働基準局労災補償部. 平成25年度「脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況」 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000049293.html>

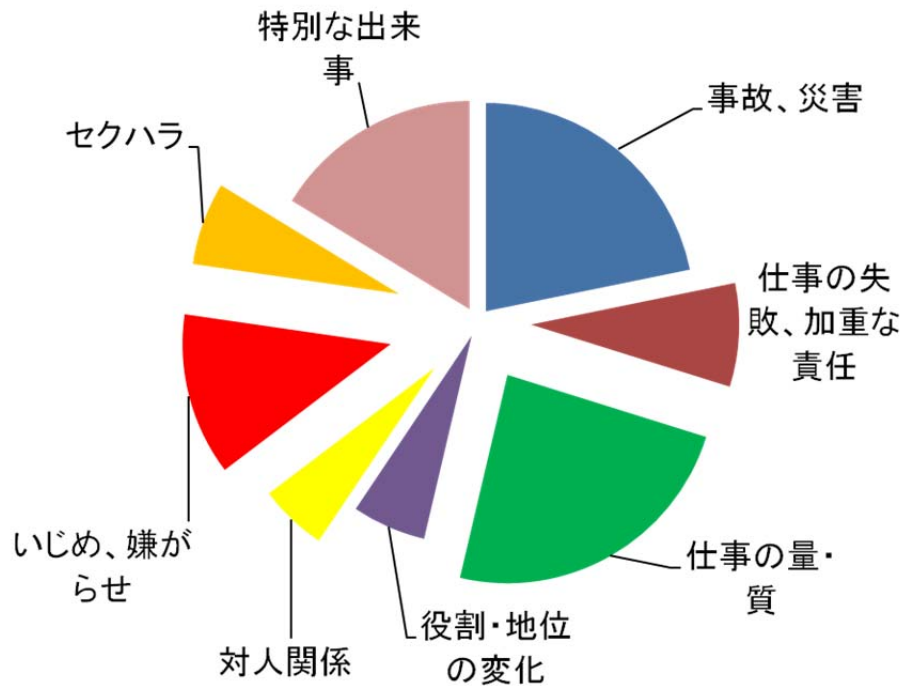


図3 2013年度の精神障害・自殺による労働災害認定436例の出来事類型

出典：厚生労働省労働基準局労災補償部。平成25年度「脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況」 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000049293.html>

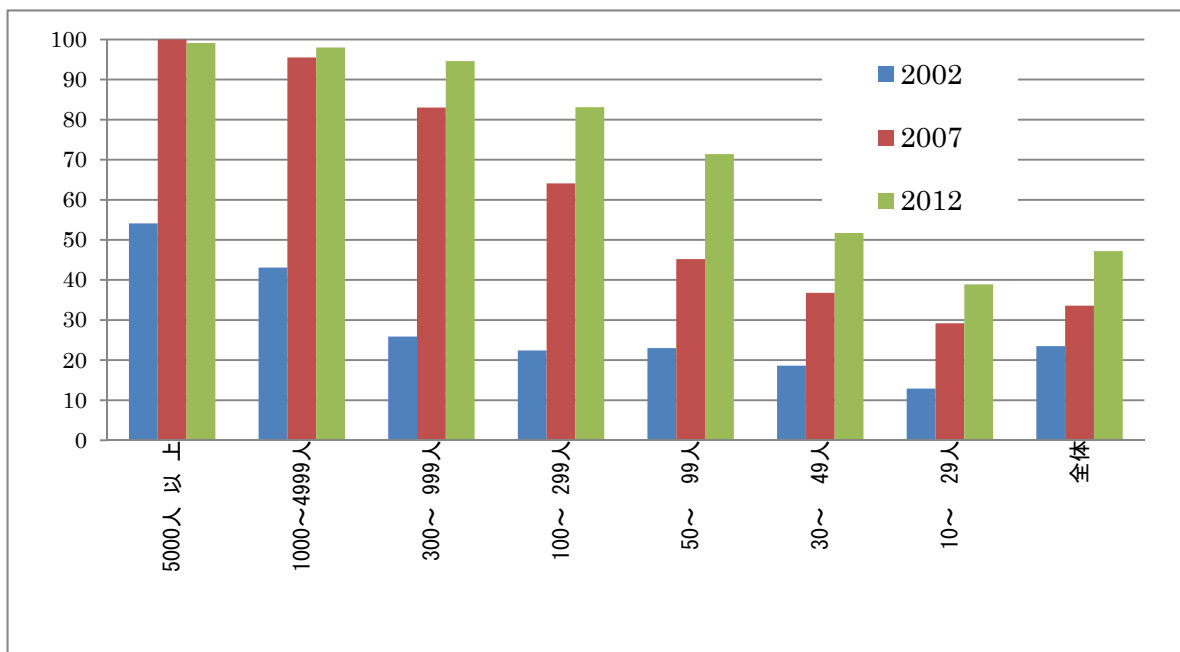


図4 「心の健康づくり」活動の推進状況 (%)

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部。平成24年労働者健康状況調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h24-46-50.html>

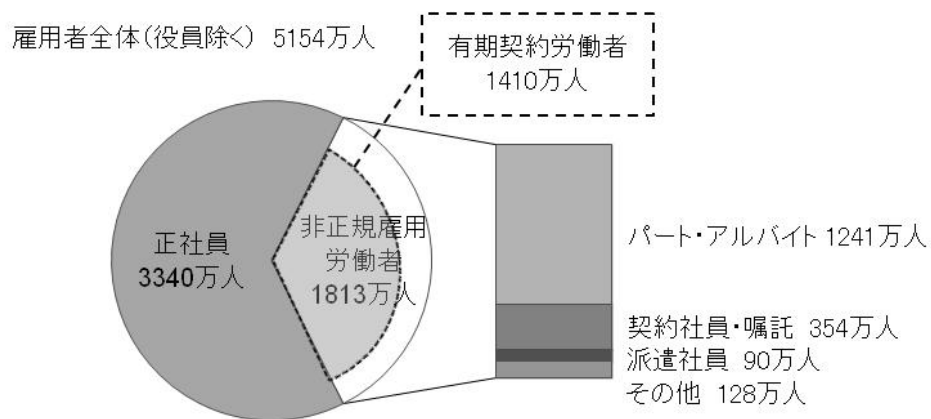
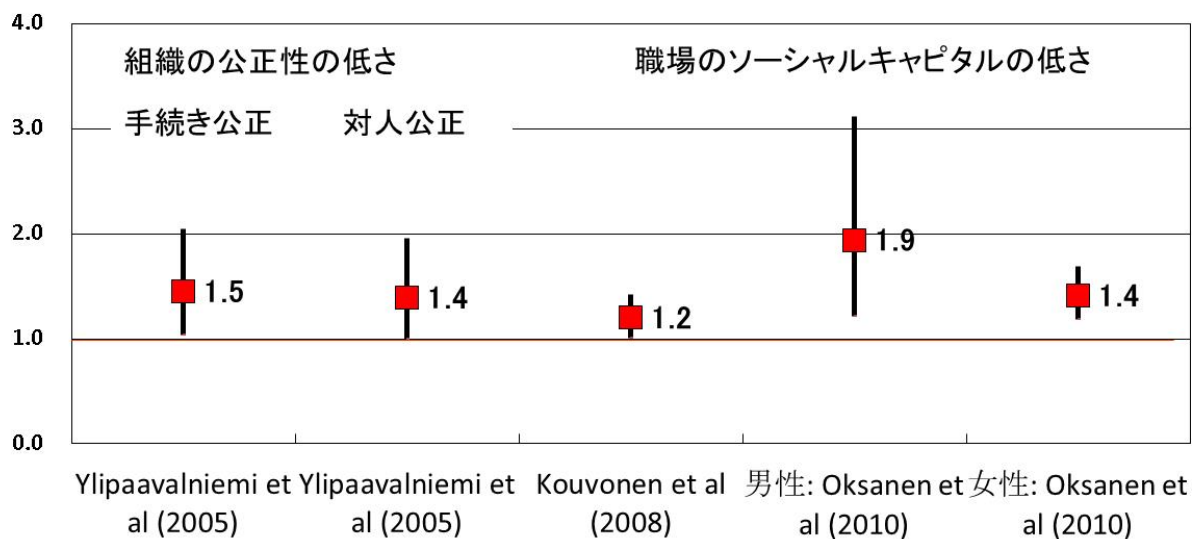


図5 平成24年における雇用形態別の労働者数

注) 非農林業雇用者について集計した。

出典：総務省「労働力調査(詳細集計)」(平成24年平均(速報))および総務省「労働力調査(基本集計)」(平成25年1月分(速報))

相対危険度*



* 縦のラインは95%信頼区間。

図6 組織の公正性および職場のソーシャルキャピタルとうつ病の発症

出典：文献18, 19, 22, 23より作図。

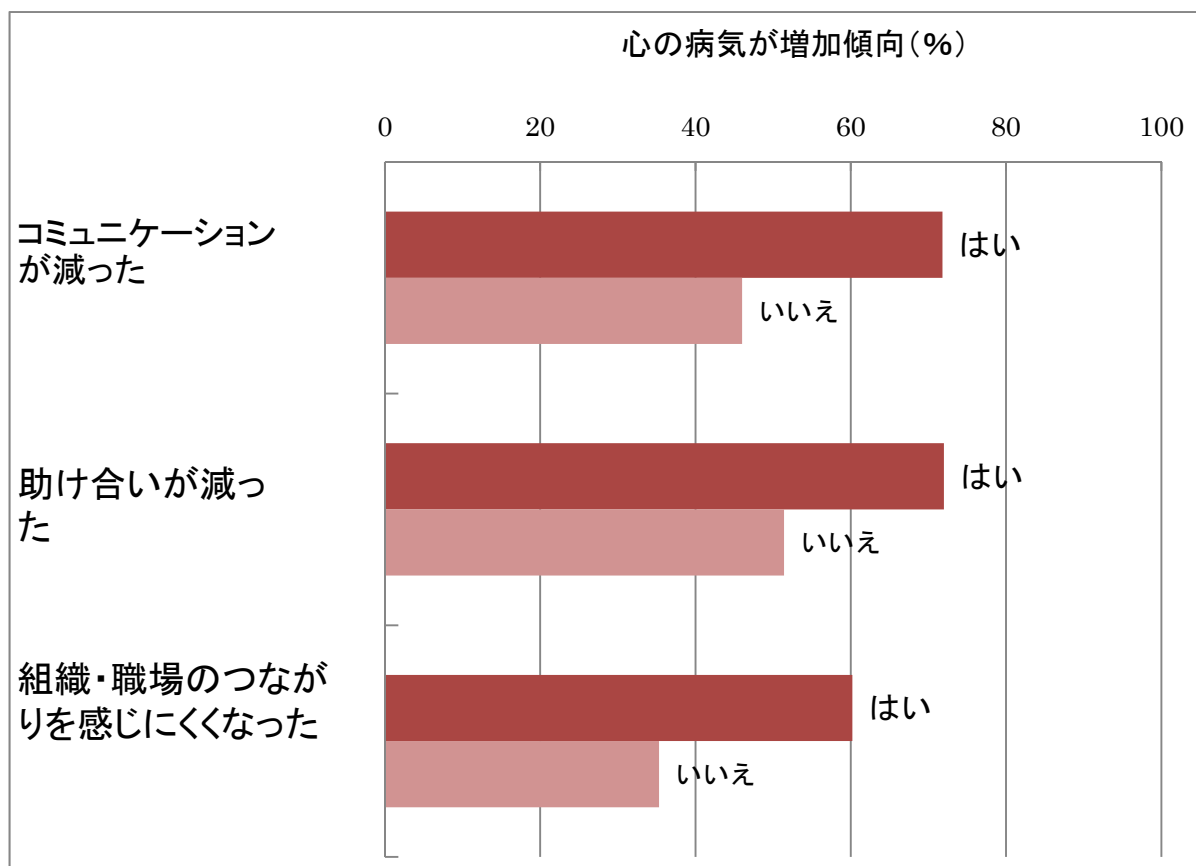


図7 職場のコミュニケーション、助け合い、つながりと心の病気の増加傾向

出典：平成19年版国民生活白書から抜粋し作図。元データの出典は財団法人社会経済生産性本部（2006）。

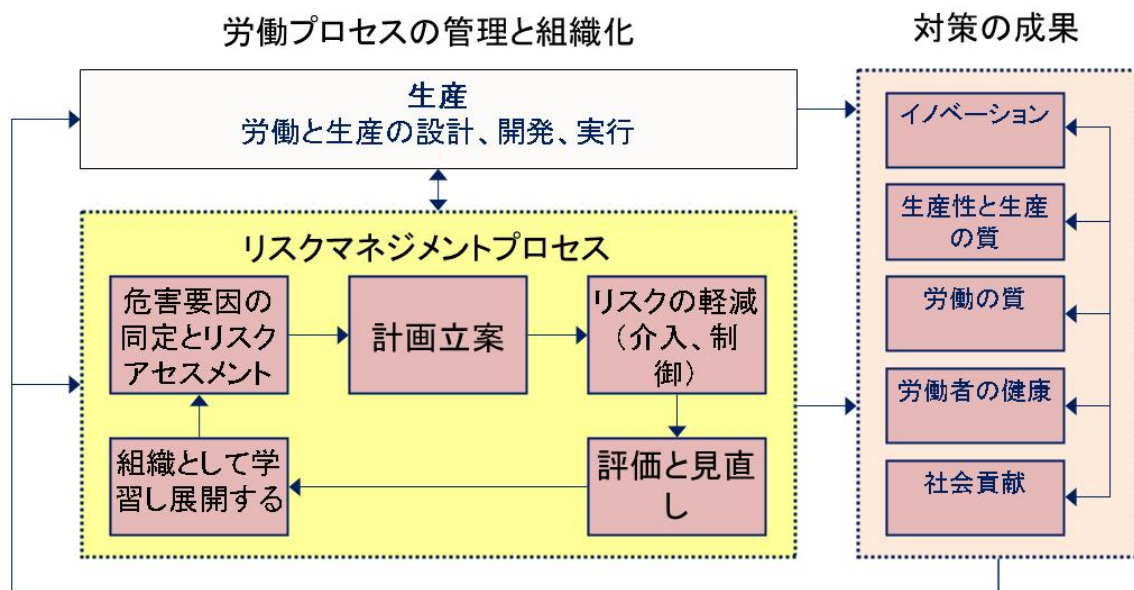


図8 欧州における労働危機管理体制の手引：雇用者と労働者のための助言における心理社会的要因に対するリスクマネジメントの手順

出典 Leka S, Cox T (eds.). The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF. WHO, Geneva, 2008. (用語は、わかりやすく意識したもので、正式な翻訳ではない。)

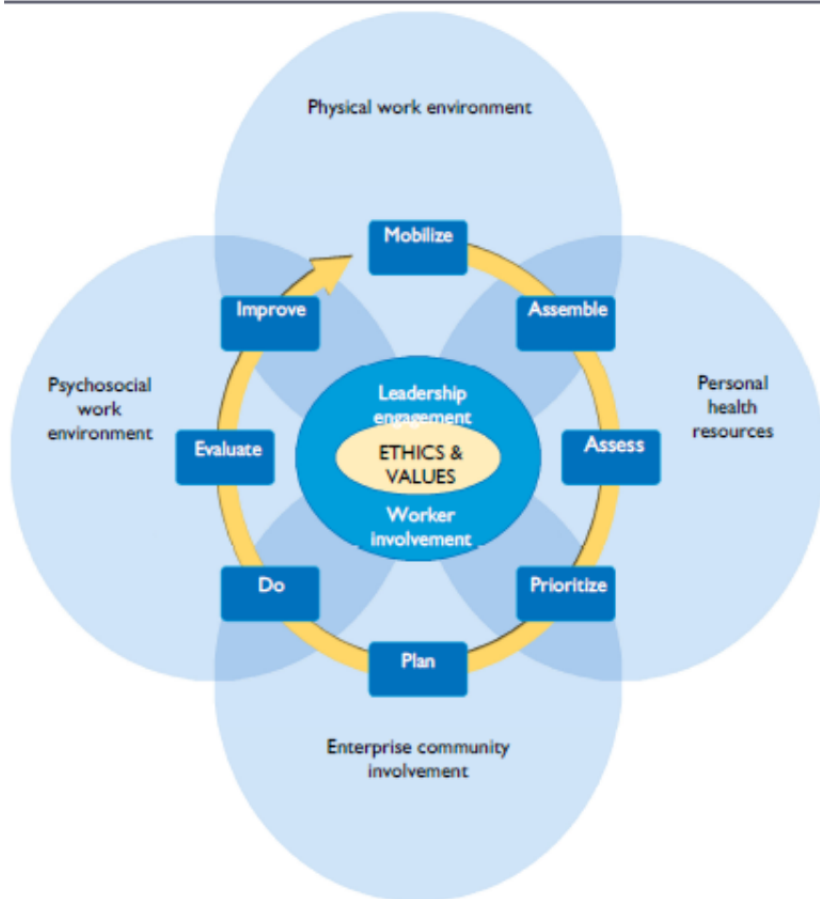


図9 WHO 健康職場モデル

出典：WHO. Healthy workplaces: a WHO global model for action. WHO: Geneva, 2010.
http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/

＜参考資料 1＞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
審議経過

2012 年（平成 24 年）

- 2 月 25 日 パブリックヘルス科学分科会（第 1 回）
○委員長、副委員長、幹事の選出について、第22期活動方針について
- 5 月 1 日 パブリックヘルス科学分科会（第 2 回）
○第22期活動方針について
- 5 月 24 日 パブリックヘルス科学分科会（第 3 回）
○公開シンポジウムについて（メール審議）
- 6 月 21 日 パブリックヘルス科学分科会（第 4 回）
○第 2 2 期提言等について
- 10 月 25 日 パブリックヘルス科学分科会（第 5 回）
○公開シンポジウムについて
- 11 月 1 日 パブリックヘルス科学分科会（第 6 回）
○公開シンポジウムについて（メール審議）
- 12 月 25 日 パブリックヘルス科学分科会（第 7 回）
○公開シンポジウムについて

2013 年（平成 25 年）

- 2 月 25 日 パブリックヘルス科学分科会（第 8 回）
○平成 25 年活動方針について
- 6 月 19 日 パブリックヘルス科学分科会（第 9 回）
○第 2 2 期提言等のまとめの方向性について
- 9 月 5 日 パブリックヘルス科学分科会（第 10 回）
○これからの労働者のメンタルヘルスのあり方に関する提言について

2014 年（平成 26 年）

- 3 月 3 日 パブリックヘルス科学分科会（第 11 回）
○これからの労働者のメンタルヘルスのあり方に関する提言案について
- 〇〇月〇〇日 日本学術会議幹事会（第〇回）
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」について承認

＜参考資料２＞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 公開シンポジウム

○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）」

日時 平成 25 年 5 月 16 日（木）

場所 第 68 回日本産業衛生学会（愛媛県松山市）

企画の趣旨

2000 年に国による職場のメンタルヘルスに関する指針が公表されて以来、この 10 年あまりの間に職場のメンタルヘルス対策は普及してきた。しかし職場における心の健康問題はなお高い水準で継続するか、あるいは増加傾向にあり、また一方で複雑化してきている。例えば、雇用形態の多様化を含めた雇用者と従業員の関係の変化、成果主義の導入など人事評価制度の変化などが従業員のメンタルヘルスに影響を与えている。増加するメンタルヘルス不調は、日本の企業活力にも重大な影響を及ぼしている。経営層・人事労務部門がより積極的に職場のメンタルヘルスに取り組むことを推進することが必要である。わが国では事業場規模により職場のメンタルヘルス対策の実施には大きな格差がある。諸外国、特に欧州でも職場のメンタルヘルスが急速に進展しつつある。こうした世界的な潮流に対応して、国際調和をも考慮する必要がある。こうした課題や動向から、わが国の次の 10～20 年を見据えた新しい職場のメンタルヘルスの日本型枠組みが必要となってきた。このシンポジウムでは、それぞれの視点や立場から職場のメンタルヘルスのグランドデザインについて演者の考えをお話いただき、産業衛生学会会員および一般市民と議論することで、これからの職場のメンタルヘルスのあり方についての日本学術会議からの提言の方向性を見いだしたいと考えている。

演者およびテーマ（敬称略）：

座長：川上憲人（東京大学大学院医学系研究科教授、日本学術会議連携会員）

下光輝一（公益財団法人 健康・体力づくり事業財団 理事長、日本学術会議連携会員）

演者およびテーマ

1. 基調講演：日本学術会議の方向性

那須民江（中部大学生命健康科学部客員教授、日本学術会議会員、日本学術会議パブリックヘルス科学委員会委員長）

2. 近年の社会経済状況と職場のメンタルヘルス：産業保健心理学からの示唆

島津明人（東京大学大学院医学系研究科准教授）

3. 経営学からみた職場のメンタルヘルス

北居 明（大阪府立大学経済学部教授）

4. 産業精神保健法学の狙い

三柴丈典（近畿大学法学部教授）

5. 産業保健としてのメンタルヘルス対策を再考する

廣 尚典（産業医科大学教授、日本産業衛生学会産業精神衛生研究会代表世話人）

6. 指定発言 11:15-11:30

五十嵐千代（東京工科大学医療保健学部准教授、日本産業衛生学会産業看護部会部会長）