

過労自殺をめぐる現状と施策の動向

吉岡 成子

参議院厚生労働委員会調査室 首席調査員

我が国の自殺者数は、1998年以降10年間連続して3万人を上回る状況が続いている。

その中で、長時間労働や仕事に伴うストレスにより自殺に追い込まれる、いわゆる「過労自殺」も後を絶たず、労災認定も急増している。本稿では、我が国における過労自殺や労災認定をめぐる現状を概観するとともに、過重労働による健康障害を防止するための取組、この間の法改正の動向等を見ることとした。

進む労働時間の長短二極化

経済のグローバル化、企業間競争の激化、企業における能力主義・成果主義の浸透等の中で、仕事や職業生活に関して「強い不安、悩み、ストレスがある」とする労働者は6割を超えている¹。同時に、非正規労働者が増加し、週労働時間が35時間未満の雇用者が増える一方で、60時間以上働いている雇用者も1割を超え、労働時間は長短二極化している。特に、35～44歳の男性就業者では60時間以上働く者の割合が2割を超えている²。

この結果、一般労働者の総実労働時間は、2,047時間（2007年度）とむしろ漸増傾向で、所定外労働時間も165.6時間と6年連続で増加した³。また、時間外労働が月100時間超の者がいる事業所の割合は、全体の1.1%、80時間超では2.8%、45時間超では14.8%であるが、事業所の規模が大きいほどその割合は増加し、301人以上の事業場ではそれぞれ

8.8%、20.2%、52.5%となっている⁴。

他方、厚生労働省の2003年度委託研究⁵によれば、2002年度までに労災認定された自殺（51件）のうち52.9%（27件）に100時間以上の時間外労働が認められ、86.3%（44件）に45時間以上の時間外労働があった。さらに、時間外労働時間が100時間以上と99時間以内のグループを比べると、出来事から発病までの期間、発病から死亡までの期間のいずれも、100時間以上のグループの方が有意に短かった。委託調査は、これら一連の調査結果から「長時間残業による睡眠不足が精神疾患発症に関連があることは疑う余地もなく、特に長時間残業が100時間を超えるとそれ以下の長時間残業よりも精神疾患発症が早まるとの結論が得られた。」と結論づけている。

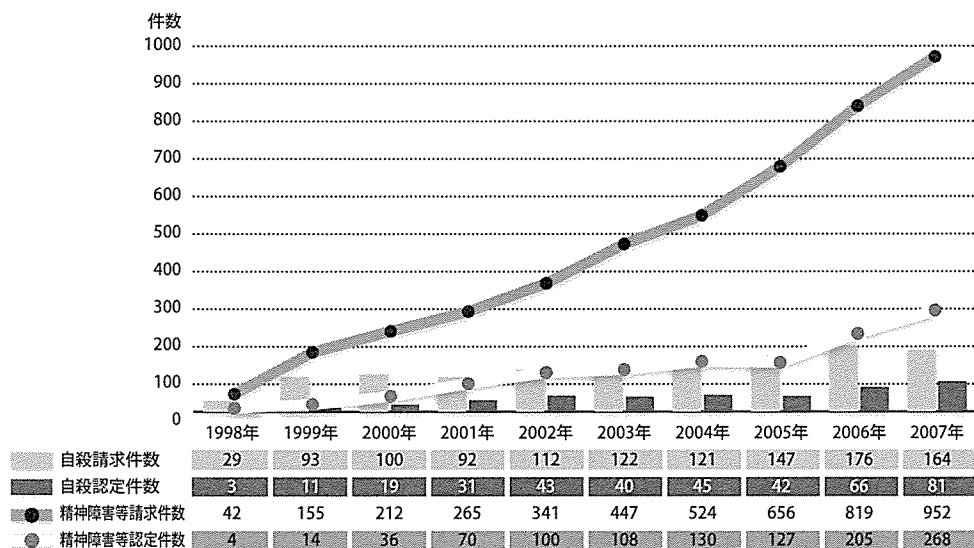
過労自殺の状況と労災認定

我が国の自殺をめぐる状況をみると、2007年の自殺者は33,093人と、過去最高の2003年に次ぐ高い水準となった。このうち「被雇用者・勤め人」は9,154人、27.7%を占める⁶。

さらに、自殺に至った原因、動機が遺書等から特定できる者について、その原因、動機をみると、仕事疲れ、職場の人間関係、仕事の失敗、職場環境の変化等の「勤務問題」が原因とされた者が全体で2,207人（被雇用者・勤め人では1,715人）となっている。

こうした中で、近年、自殺を含む精神障害等の労災

図 精神障害等に係る労災請求・認定件数の推移



出所・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について」より作成

認定が急増し、2007年度は、前年度3割増の268件となった。請求件数も952件とここ5年で倍増し、いわゆる過労死（脳血管疾患及び虚血性心疾患等）の請求件数（931件）を初めて上回った。また、このうち自殺（未遂も含む。以下同じ。）の認定件数も大幅に増加し、2007年度には過去最高の81件となった（図参照）。他方、自殺の労災認定率も年々高まり、2007年度は45.5%となった⁷。

年齢別にみると、精神障害等においては請求件数、認定件数とも30歳台が約4割と最も多く、脳・心疾患事案で50歳台が最も多いのと対照的である。他方、精神障害等に係る労災認定のうち自殺が占める割合は、30歳台が2割強に対し、40歳台は約1/3で、50歳台は6割以上に達している。

さらに、月平均時間外労働時間数では100時間以上が精神障害等の31.3%、自殺の45.7%、80時間以上は精神障害等の41.4%、自殺の59.3%を占めている。

労災認定をめぐる動向

我が国における精神障害等に対する労災認定は、過去において非常に限定的であった。1983年度か

ら1997年度の15年間の精神障害等に関する労災請求件数は134件、認定件数は11件であり、自殺の請求件数は79件、認定件数は6件にすぎない。

業務上と認定されるには、①十分な強度の精神的負担が業務と関連して存在し、②業務以外の精神的負担がない、③精神障害の既往歴がない等が十分な資料によって認められることが必要とされ⁸、統合失調症等原因の明らかでない機能性（内因性）精神障害は業務上の疾病の対象外とされてきた。また、自殺については、労災保険法第12条の2の第1項が故意に事故を生じさせたときには給付を行わない旨定めていることから、自殺時に「心神喪失の状態」にあり、自殺を認識しない場合にしか労災と認められず、遺書が残されている場合にはその状態ではなかったとして労災認定は困難であった。

しかし、過労自殺が社会問題化する中、旧労働省は、精神医学等の専門家による検討結果を踏まえ、1999年9月、「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」（以下「判断指針」という）を策定した。

これにより、機能性（内因性）を排除する取扱いとは改められ、①対象疾病に該当する精神障害を発病し

ていること、②発病前おおむね6か月の間に、客観的に当該精神障害を発病させるおそれのある業務による強い心理的負荷が認められること、③業務以外の心理的負荷及び個体側要因により当該精神障害を発病したとは認められないことの3要因を満たす場合には業務上と判断することとされた。

また、自殺についても、精神障害によって正常の認識、行為選択能力が著しく阻害されていた場合等は、「故意」には該当しないとされた。また、遺書についても、それ自体で正常な認識等が著しく阻害されていなかったと判断することは必ずしも妥当ではなく、その表現、内容等を把握の上、自殺に至る経緯に係る一資料として評価することとされた。

これを契機として労災認定は大幅に増加した。しかし、請求の増加に伴い業務外とされる件数も増大し、これを不服とする行政訴訟も増えている。このため、判断指針について、「慢性ストレス」に係る判断要件を明確化すべき、性格傾向が最も脆弱である者を基準に評価すべき、評価期間を発病前おおむね1年間まで拡大すべき等の指摘もなされている⁹。

過重労働による健康障害防止の取組

過労自殺を防ぐには、要因となる長時間労働の是正やメンタルヘルス対策が重要である。

厚生労働省は、2000年8月に「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（2006年3月「労働者の心の健康の保持増進のための指針」に改訂）を、翌12月に「職場における自殺の予防と対応」を作成し、2004年10月には「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」を公表する等、メンタルヘルス対策を進めてきた。

また、2002年2月には、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（以下「旧総合対策」という。）を策定し、時間外労働の削減、年次有給休暇の取得促進、健康診断の実施等労働者の健康管理に係る措置の徹底を柱とする「過重労働による健康障害を防止するため事業者が講ずべき措置等」を定めた。

他方、いわゆるサービス残業による長時間労働、賃金不払解消のため、2001年4月に「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関する基準」を、2003年5月に「賃金不払残業総合対策要綱」「賃金不払残業の解消を図るために講ずべき措置等に関する指針」を策定し、監督指導等を行っている。

さらに、最近では、十分な権限がないのに管理監督者という名目で労働基準法の労働時間等の規定の適用を除外するいわゆる「名ばかり管理職」問題が社会的関心を呼んだ¹⁰。厚生労働省も2008年4月、「管理監督者の範囲の適正化について」の通達を発出し、適切な監督指導の実施等を求めている¹¹。

労働法制の見直し等

過重労働に伴う健康障害の増加など労働者の生命や生活に関わる問題の深刻化を受け、2005年には、一定時間（100時間）を超える時間外労働等を行った労働者に対する医師による面接指導の事業者への義務づけ、労働者の健康と生活に配慮した「労働時間等の設定の改善に関する特別措置法」の制定等を内容とする「労働安全衛生法等の一部改正」が行われた（翌年4月施行）。これを受けて、2006年3月、厚生労働省は、「労働時間等改善指針」を策定するとともに、旧総合対策を廃止し、新たな「過重労働による健康障害防止のための総合対策」を策定し、事業者が行う長時間にわたる時間外・休日労働を行った労働者に対する面接指導等を盛り込んだ。

一方、労働者の就業意識の変化や働き方の多様化に伴い、経済団体を中心に、一定のホワイトカラー労働者について労働時間に関する一般的な規定の適用を除外する、いわゆるホワイトカラーエグゼンプションの導入を求める声が高まった。しかし、これに対しては長時間労働につながるとの反対意見も強く、導入を目指した政府も最終的に断念、この部分を除き、月80時間以上の時間外労働に対する割増賃金率を50%以上とする等を内容とする労働基準法の改正案を2007年3月、第166回国会に提出した。しか

し、同法案は衆議院で継続審議とされ、今日に至っている。

また、2007年秋に成立（翌年3月施行）した労働契約法においては、労働契約における仕事と生活の調和への配慮、使用者の安全配慮義務が明文化された。

自殺対策基本法と働き方の見直し

参議院厚生労働委員会の「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」（2005年7月）を契機として、総合的な自殺対策を求める機運が高まり、翌2006年6月、自殺対策基本法（参議院内閣委員長提出）が成立した（同年10月施行）。これに基づき、2007年6月、2016年までに2005年の自殺死亡률을20%以上減少させることを目標とする自殺総合対策大綱が閣議決定された。

また、「新健康フロンティアアクションプラン¹²」（2007年12月）では、うつを受診率を2017年度に40%まで高める（2007年度28%）との数値目標が示され、早期発見、早期治療、社会復帰が推進されることとなった。

さらに、同年12月には、関係閣僚、経済界、労働界、地方公共団体の代表、有識者からなる仕事と家庭の調和推進官民トップ会議による「仕事と生活の調和（ワーク・アンド・バランス）憲章」及び「仕事と生活の調和推進のための行動指針」（以下「行動指針」という。）が策定され、社会全体で働き方の見直しを進めていくこととなった。行動指針では、「健康で豊かな生活のための時間が確保できる社会」の実現のため、週労働時間60時間以上の雇用者の割合を現状の10.8%から5年後に2割減、10年後に半減させる等の数値目標が示されている¹³。なお、これを受け、本年3月、労働時間等設定改善指針は「労働時間見直しガイドライン」として見直された。

おわりに

政府は本年を仕事と生活の調和元年と位置づけ、自殺対策も本格化しようとしている。

「自殺実態白書2008」¹⁴によれば、自殺者は平均して4つの「危険要因」を抱えており、危険要因が、配置転換→過労+職場の人間関係→うつ病→自殺のように連鎖しながら「自殺の危機経路」を形成するという。WHOが明言するように、「自殺は、その多くが防ぐことのできる社会的な問題」であり、早い段階で危機経路の連鎖を断ち切る必要がある。

今般打ち出された対策や数値目標によって過労自殺や過重労働の実態がどれだけ改善されるのか、その実効性が注目される。■

《注》

- 1 厚生労働省平成14年労働者健康状況調査の概況
- 2 総務省「労働力調査」
- 3 厚生労働省「毎月勤労統計調査」（事業所規模5人以上）
- 4 厚生労働省平成17年度「労働時間等総合実態調査結果」
- 5 黒木宣夫「労災認定された自殺事案における長時間残業の調査」平成15年度厚生労働省委託研究「精神疾患発症と長時間残業との因果関係に関する研究」（主任研究者 高田 昂）
- 6 警察庁「平成19年中における自殺の概要資料」
- 7 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について」
- 8 労働省労働基準局編著「業務災害及び通勤災害認定の理論と実際—下巻—」労務行政研究所発行平成5年
- 9 過労死弁護団「精神障害・自殺認定指針の抜本的改定を求める意見書」（2004.11）、全日本民主医療機関連合会精神医療委員会「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上の判断指針」に関する見解（2008.3）
- 10 日本マクドナルド事件（2008.1.28 東京地判）
- 11 「管理監督者の範囲の適正化について」（平成20.4.1 基監発第0401001号）
- 12 内閣官房、内閣府、文部科学省、厚生労働省、農林水産省、経済産業省「新健康フロンティア戦略アクションプラン」（2007年12月）新健康フロンティア賢人会議（内閣官房長官主宰）「新健康フロンティア戦略」（2007年4月）を受け策定。
- 13 このほか労働時間等の課題について労使が話し合いの機会を設けている割合（現状41.5%→5年後60%→10年後 全ての企業）、年次有給休暇取得率（46.6%→60%→完全取得）、メンタルヘルスケアに取り組んでいる事業所（46.6%→50%→80%）等の数値目標が示されている。
- 14 NPO法人自殺対策支援センターライフリンク「自殺実態白書2008」

過労死の予防と労災認定

上畑 鉄之丞

過労死・自死相談センター代表

過労死とは

過労死は、脳卒中や心臓病などの循環器疾患を発症した労働者の遺族が、仕事による過労が原因として労災認定運動で使用されるようになった社会医学用語である。過労死の用語は、1978年に初めて日本産業衛生学会で使用されたが、その後、70年代の第一次石油危機時の不況をきっかけに労災申請が増加、弁護士を中心とした「過労死110番」活動（88年）なども展開されるなかでマスコミにひろく紹介され、「カローシ」として海外にも知られるようになった。

筆者は、過労死を「過重な労働負担が誘因になり、高血圧や動脈硬化などの基礎疾患が悪化して脳血管疾患や心筋梗塞などの急性の循環器障害を発症、死亡や永久的労働不能に陥った状態」と定義している。近年、90年代後半以降の自殺死亡の急増のなかで、過労死の概念はひろがっている。川人博は98年、「仕事による過労・ストレスが原因となって自殺に至ることを『過労自殺』と呼ぶ。過労自殺は、過労死の一種であり、現代日本の職場の矛盾のあらわれ」として、自殺した労働者の救済を訴えた。他方、旧労働省も99年、「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針」を公表、自殺や精神疾患の業務起因性を認める方向を示した。また、喘息発作による死亡、肺塞栓（エコノミークラス症候群）な

ども、背景にある過重労働を理由に業務上認定される事例も出ている。

過労死事例の特徴

労災相談で取り上げられる過労死の特徴は以下のように要約できる。

（性、年齢、職種、生死）

男性が約9割を占めるが、90年代前半の雇用機会均等法の制定以降、管理職や専門職を中心に女性の過労死も徐々に増加している。発症年齢は、35-54歳の壮年期の労働者が多いが、20-30代の青年労働者の過労死事例も目立ってきている。職種は多様で、ホワイトカラーでは、営業販売職、専門技術職、記者・編集者、教員などに多く、ブルーカラーでは、深夜勤に従事する労働者やタクシー、トラック、バスなどの職業運転手、建設作業員などに多く、また、外食産業のチェーン店勤務など非正規雇用労働者の事例やシステムエンジニアなどIT関連職や医師の過労死も注目されている。

（疾病と生死）

脳血管疾患では、くも膜下出血、脳出血、脳梗塞の順に多い。心疾患では、心室細動などによる心臓性突然死、心筋梗塞の順に多く、その他大動脈瘤剥離がある。被災者の8割近くが発症24時間内の死亡、

いわゆる突然死（死後発見を含む）であるが、半身麻痺などの後遺症を残して生存する例も約1割にみられる。

（発症前の過重労働）

被災者のほぼ3分の2が、週60時間以上、月50時間以上の残業及び所定休日の半分以上の出勤などの長時間労働をほぼ日常業務としている。また、こうした長時間労働では、過大ノルマや仕事の過重責任などの精神的ストレス、深夜勤務や長距離運転、人手不足などの身体ストレスが複合している場合が多い。

過労死の労災認定基準

過労死の労災認定基準は、61年の制定以降、数回にわたって改訂されている。当初の基準は、発症当日もしくは24時間内の「災害的出来事」の存在」を要件としていたが、肉体労働から精神・神経労働への労働態様の変化とともに実態に合わなくなり、87年に「発症前1週間内の過重負荷の存在」を認定基準に追加した。しかし、業務上認定される事例は逆に減少し、96年にも「心臓性突然死」を病名に加えるなどの改訂をおこなったが、認定件数は90年代半ばまでは毎年30件程度、その後も80件程度に終始し、認定行政への批判から行政裁判で勝訴する事例が増加した。そして、99年には最高裁が旧労働省の認定基準の問題点を批判したことから01年12月、長時間労働による疲労蓄積を認める抜本改定がおこなわれた。

現在の「脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準」（基発1063通達）は以下のようなものである。

1. 疾病：脳血管疾患では、脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症。虚血性心疾患等では、一次性心停止、狭心症、心筋梗塞症、解離性大動脈瘤などをあげ、一次性心停止には、前述の心室細動をきたす疾患としてWPW症候群やブ

ルカタ病などがあげられている。

2. 業務上認定要件：①長期間の過重業務では、恒常的な長時間労働等の負荷が作用した場合は、「疲労の蓄積」が生じ、その結果として、脳・心臓疾患を発症させるおそれがあるとし、i) 発症前1か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね45時間を超える時間外労働が認められない場合は、業務と発症との関連性は弱いが、45時間を超えて長くなるほど発症との関連性が徐々に強まると評価できる。ii) 発症前1か月間におおむね100時間又は発症2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務との関連性が強いと評価できる。

②発症直前に極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等の精神的負荷、もしくは緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予測困難な異常な事態が存在すること、もしくは急激で著しい作業環境の変化が認められること。

③発症前の業務の過重性では、労働時間だけでなく、不規則勤務、長時間の拘束勤務、出張の多い業務、交替制・深夜勤務、温度環境・騒音・時差などの作業環境、精神的緊張をとまなう業務などに着目して判断することが求められている。

精神疾患の認定基準

99年の旧労働省の「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針」では以下のように述べている。

1. 業務による心理的負荷、業務以外の心理的負荷、及び個体側要因（精神疾患の既往歴等）を評価し、これらと発病した精神障害との関連を総合的に判断する。

2. 判断要件は、①該当する精神障害であること、②発病前6か月間に、発病に関与する業務上の強い心理的負荷が客観的に認められること、③業務以外の心理的負荷や個体側要因によって発病

したとは認められないこと、

3. 業務による心理的負荷の評価は、①発病前6カ月の発病に関与する出来事存在、及びその出来事（イベント）に伴う変化を「職場における心理的評価表」でおこなう。「出来事に伴う変化」は、仕事の量、質、責任、職場の人的・物的環境、支援・協力体制等のほか、恒常的な長時間労働が精神障害発病の準備状態を形成する要因になる可能性が高いことを考慮する。②判断は、i) 総合評価が「強」の場合とし、具体的には、ii) 出来事の心理的負荷が強度「Ⅲ」で、出来事に伴う変化が「相当程度過重」の場合、iii) 出来事の心理的負荷が強度「Ⅱ」で、出来事に伴う変化が「特に過重」な場合、などとする。③「生死にかかわる事故への遭遇等心理的負荷が極度のもの」、「業務上の傷病により療養中の者の極度の苦痛等病状の急変」「生理的に必要な最小限度の睡眠時間を確保できないほどの長時間労働」などの特別な状況の場合の総合評価は「強」とする。
4. 業務以外の心理的負荷の評価は、「業務以外の心理的負荷評価表」によっておこない、出来事の心理的負荷が強度「Ⅲ」の場合は、内容を調査して精神障害を発病させる程度のものか否かを検討する。また個体側の心理面の反応性、脆弱性では、①精神障害の既往歴、②生活史（社会適応状況）、③アルコール等依存状況、④性格傾向などによって評価する。
5. 業務上の判断は、①業務による心理的負荷以外には特段の心理的負荷、個体側要因がなく、業務上の心理的負荷の総合評価が「強」である場合。②業務による心理的負荷の総合評価が「強」で、業務以外の心理的負荷や個体側要因が認められる場合は、イ. 業務以外の心理的負荷が極端に大きくない場合、ロ. 個体側に顕著な問題がない場合、などを業務上とする。なお、精神疾患の認定基準は、あいまいで客観性に乏しい反面、他方で、個人の精神や身体の脆弱性

を強調することで業務外とする傾向が大きいとの指摘がある。

最近の過労死の労災認定件数

過労死の労災申請件数は、07年で931件で、03年に比較して約200件増加している。また、精神疾患の申請件数は、07年には952件と初めて900件を超え、03年と比較して2倍以上に増加し、過労死の申請件数を上回った。ただ、精神疾患のうち、自殺の申請件数は07年で164件であり、03年と比べても51件の増加に留まっている。

これに対して、過労死の業務上認定件数は07年は356件で、決定件数（その年度に処理した件数）に対する救済率は45.8%に留まり、この割合はここ5年間ほぼ同様である。また、精神疾患の07年の認定件数は268件であり、救済率は33.0%とここ数年30%台に留まり、過労死の救済率より約10%低い。このうち、自殺の認定件数は、06年66件、07年81件とやや増加しており、救済率も03年当時の30%台から40%台になっている。

過労死予防を目的とした国の対策

過労死の労災認定基準の改定にともなって、厚生労働省は02年2月、過労死予防の最も重要な対策を長時間残業の削減と位置づけ、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」通達を出した。そして、過労死の労災認定基準を踏まえて、

1. 月に45時間を超えて時間外労働をおこなっている労働者の健康診断と事後措置の確実な実施。
2. 月に100時間を超えて時間外労働をおこなっている場合、もしくは2カ月間ないし6カ月間にわたって1カ月あたり80時間を超える時間外労働をおこなっている労働者への産業医による保健指導や助言指導の強化。
3. 過労死などの業務上疾病を発生させた事業所

での原因究明と再発防止措置の徹底。

などの通達を出している。また、過労死防止のための保健対策のなかには、高血圧、糖尿病、高脂血症、肥満の所見を同時に有するいわゆるカルテット症候群患者に、精密検査費用を労災保険から給付する制度なども創設した。

さらに、長時間労働の多くを占めるサービス（賃金不払い）残業を根絶するため、匿名の告発があっても違法企業への立ち入り調査をおこなうなど積極的な対応をおこなうようになった。実際、違法なサービス残業を強いた結果、不払い賃金の是正勧告を受ける企業は多く、その支払総額は、7000社以上、金額で1千億円を超えている。そして、産業保健活動でのもうひとつの課題であるメンタルヘルス対策の指針と合わせて、06年度は「過重労働対策」を盛り込んだ労働安全衛生法の改正をおこない、月残業時間が100時間を超える労働者が希望した場合には、産業医は保健にかかわる面接指導を実施するとともに、申し出がない労働者でも面接指導の勧告をすることになっている。

今後の課題

過労死の発症モデルは、Karasekらが提唱するwork characteristic modelとの関連がしばしば議論される。Karasekモデルは、D (Demand) -C (Control) modelともいわれ、仕事の要求度が高いグループは低い群に比し、また、裁量の自由度の低い群は高い群に比較して、虚血性心疾患徴候の発症率が高いこと、仕事の支援度 (social support)を加えた場合は、裁量の自由度にかかわらず、要求度が高く、かつ低い支援度の群に虚血性心疾患の発症率が高

いとしている。このモデルは、過労死事例にもよく適合しており、著者らは、D-C Model プラス長時間労働が「過労死モデル」であり、わが国の過重労働の特徴と考えている。なお、過労死の予防では、日本産業衛生学会の循環器疾患の作業関連要因検討委員会が、95年と98年の2回にわたって「職場の循環器疾患とその対策」を公表している。提言では、労働条件・労働環境の改善を通じた対策と労働者の健康づくりの支援をあげ、労働者の健康に有害な作業環境、作業内容、労働時間、労働組織の改善を使用者の責務とするとともに、中小企業での予防活動を支援するための法整備の必要性を強調している。また、長時間労働の改善と制限、夜勤労働の改善と制限、仕事のストレス緩和対策の3つをあげ、長時間労働対策では、①月50時間以上の残業、週60時間以上の長時間労働の原則禁止、②行政指導や啓蒙活動を通じてサービス残業をなくしていく社会的コンセンサスの確立、③バス、ハイタク、長距離トラックなどの長時間労働が常態の職種での時間外労働の禁止、(ハ)救急、警察、保安業務などでのやむを得ない時間外労働での代替え休日や時間の保証、(ニ)休日労働での代休の確実な保証と休日の買い上げ行為の禁止、などを提言している。■

《参考文献》

- 1) 上畑鉄之丞、過労死、医学のあゆみ、1989;150:33
- 2) 上畑鉄之丞、何類、いわゆる過労死の背景、総合臨床、1991: 40 (6), 1024-1026
- 3) 上畑鉄之丞、過労死の労災認定基準改訂と予防対策、公衆衛生、2002;66:837-842
- 4) 日本産業衛生学会、循環器疾患の作業関連要因検討委員会報告、産衛誌、1999;41:A9-14

電機連合「ハートフルセンター」の活動について

石本 秀彦

電機連合労働調査部専門部長

事業構造改革、グローバル競争の激化など、経済・社会情勢の変化にともない、勤労者の就業意識の変化や働き方の多様化など、職場を取り巻く環境は大きく変わりつつあります。また、職場における人間関係の希薄化の傾向も指摘されてきているところです。経済的成長を背景とした「モノ」の豊かさを追求してきた時代から、より精神的な満足感、充足感を求める時代に変化しています。また、人々の行動の拠り所となるべき社会道徳や規範意識の低下がますます進んでいることが指摘されています。

成果主義的な評価制度が企業の従業員の処遇制度において一般的に行われるようになったことは、一人ひとりが能力を発揮し、成果をあげた人を報いるしくみがひろがる一方、能力やスキルの一層の自立を求められることになり、職場におけるコミュニケーションの低下など企業における従業員のメンタルヘルスケアの重要性が増しています。企業にとっては、企業の結果責任や配慮義務の観点だけでなく、さらにメンタルヘルスの状態を向上させることは、職場全体のモラルや生産性向上の視点からも重要な課題となっていることが認識されています。また、私たちが日々生活をしていく中で、心身ともに健康な状態を維持していくことは同時に、家族や同僚も、生き生きと充実した日常生活を営むという重要な意味があります。

電機連合のメンタルヘルスの取り組み

(1) ハートフルセンターの開設

電機連合では、1999年1月から「こころの健康

相談センター」を設置し、独自のメンタルヘルスサポート体制を整えました。機能は大きく分けて二つあります。ひとつは、フリーダイヤルでの電話相談の活動、もうひとつは、精神科医・心療内科・カウンセラーなどの専門家や相談・医療機関を紹介する機能です。

1つ目の「フリーダイヤルの電話相談」では、「ハートフルセンター」という名称をつけ、組合員とその家族の方に利用いただいています。利用できるのは、月曜日から金曜日(祝・休日を除く)の16時～20時の受付時間で、4人のカウンセラー体制で「心の相談」に対応しています。電話での対応は、精神科医・カウンセラー(臨床心理士・保健士・看護師・産業カウンセラー)などの心の相談に携わってきた経験豊富な方ばかりにご協力を頂いております。特徴的には、緊急な判断や専門性を求められる事態への対応として相談時間に精神科医を常駐させています。組合員に対しては、年数回パンフレットを発行したり、組合の新聞・機関紙などを利用してPR活動を行っています。二つ目の「専門家の紹介」では、電話相談の状況に応じて、面接相談や診療・治療を受けていただけるよう、電機連合独自に確立した専門家によるネットワークを構築しています。

電機連合からハートフルセンターの案内・紹介をした直後には相談件数が相当増加する傾向が見られ、職場組合員は「悩みを相談したい気持ちはありながらも、なかなか相談できない」状況にあり、潜在的な相談ニーズは大きいと考えられます。

こうして概ね10年間の活動を続けてきていますが、相談件数は年間1,400件程度に及んでいます。

年度別・カテゴリー別相談件数

	2004 年度		2005 年度		2006 年度		2007 年度	
	人	%	人	%	人	%	人	%
職業生活の問題	296	24.8	355	24.0	383	26.6	331	25.2
家庭生活の問題	285	23.8	352	23.8	347	24.1	311	23.6
社会生活の問題	237	19.8	281	19.0	299	20.7	293	22.2
精神症状	317	26.5	441	29.8	363	25.2	340	25.8
身体症状	61	5.1	52	3.5	49	3.4	41	3.1
計	1196	100.0	1481	100.0	1441	100.0	1316	100.0

年度別・年代別相談件数

	2004 年度		2005 年度		2006 年度		2007 年度	
	人	%	人	%	人	%	人	%
10代	0	0.0	8	0.5	11	0.8	3	0.2
20代	83	6.9	101	6.8	100	6.9	144	10.9
30代	515	43.1	650	43.9	607	42.1	560	42.6
40代	247	20.7	338	22.8	371	25.7	325	24.7
50代	219	18.3	258	17.4	239	16.6	200	15.2
60代以上	23	1.9	23	1.6	28	1.9	9	0.7
不明	109	9.1	103	7.0	85	5.9	75	5.7
計	1196	100.0	1481	100.0	1441	100.0	1316	100.0

相談内容では、職場生活の問題や家庭生活の問題が多くなっています。その内訳を見ると(表参照)、「職場生活の問題」では、「上司・同僚との人間関係の不調・トラブル」、「家庭生活の問題」では、「夫婦の不和・離婚、子育てに関する問題」が断然多く、「社会生活の問題」でも、「近隣・知人との交際問題」で悩んでおり、いわゆる人間関係の問題が圧倒的な相談内容になっています。また、精神的な問題についても相当数に及んでいます。年代別に見ると働き盛りの30代、40代の方の相談が多いのが特徴的となっています。会社では中堅社員として上司や部下に挟まれ、家庭においては子育ての真最中で、夫婦間の軋轢が最も大きくなる世代に当たり、地域的・社会的にも様々な問題・課題に直面するなど、「心の悩み」という観点では一番難しい年代であるといえます。

ハートフルセンターでは、スムーズな運営ができ

るよう、運営委員会を設置してチェック&フォローを行っています。運営委員のメンバーは、精神科医・臨床心理士・保健士・産業カウンセラー・有識者・電機連合事務局などで構成しています。また、各組合の研修会や労使の安全衛生委員会などで活用いただけるよう、出前研修会を開催しています。講師としては、運営委員会や専門医にご協力をいただき、「メンタルヘルス対策」の研修会に対応できるような体制も整えています。研修会などの内容は、「職場のメンタルヘルスについて」「なぜ今メンタルヘルスなのか?」「職場のストレス対策」「職場で見られる心の不調—早期発見と職場の対応—」「積極的傾聴法」「職場復帰支援について」など様々なテーマを用意しています。各単組から年間、平均で15件程度の依頼があり、活発に利用いただいています。

メンタルヘルスガイドライン

〈事業主が行なう取り組み〉	〈労働組合が行なう取り組み〉	〈労使で行なう取り組み〉
メンタルヘルスクアを行なう姿勢 とメンタルケア・システム構築 管理監督者によるケア 健康管理スタッフの配置 事業場内部および事業場外部の 相談窓口の設置 事業場外部医療機関・相談機関の 整備・評価	相談窓口の設置 労働組合役員に対するメンタルヘ ルス対策教育 従業員に対するメンタルヘルス対 策教育 医療機関・相談機関に関する情報 提供	事業場内資源の評価と強化 セルフケア、ストレスへの気づき セルフチェックシステムの導入 リラクゼーションなどのストレス対策 従業員への教育研修、啓発活動 健康診断の拡充 内部資源と外部資源の定期的会議の開催 復職支援システムの構築 メンタルヘルス対策マニュアルの作成

(2) メンタルヘルス対策ガイドラインの策定

労働安全衛生法にあるように、労働者の健康の確保は事業主の責任として明記されていますが、とりわけ2000年8月に、「事業場における労働者のこころの健康づくりのための指針」が発表されて以来、労働者のメンタルヘルスクアにおける事業主の責任および役割が一層明らかになっています。このような状況を踏まえ、電機連合として、メンタルヘルス対策の取り組みについて、個人・家庭レベル、職場レベル、企業レベルにおける日常的な予防・啓発、相談窓口の設置など、企業労使における体制づくりのための「メンタルヘルス対策ガイドライン」を2002年に確立しました。

このガイドラインでは、1. メンタルヘルスクアの基本的考え方と労使の役割、2. メンタルヘルスクアづくりの体制、3. メンタルヘルスクアの推進の3本立になっています。特に3番目の「メンタルヘルスクアの推進」では、企業として取り組むべきこと、労働組合で取り組むべきこと、労使で取り組むべきことを整理して提起しています。具体的には、上記の内容となっています。

今後の課題

メンタルヘルス対策で現在課題となっていることは、休職者の復職支援のあり方についてです。心の病に罹り休職した労働者は復職にあせり、休職復職を繰り返すケースもあります。一度心の病に罹った

労働者が完治できるよう十分に安心して休職できるしくみを作ることや、自らの能力を発揮できる復職環境の整備は重要な取り組みです。電機連合として加盟組合の復職の成功事例を集め、最適な復職支援のあり方について研究・検討を深め、メンタルヘルスガイドラインに反映していきたいと思います。今後も労使で連携して取り組むことが重要です。

ストレス社会の中で、心の病になることはおかしなことではなく、今後も電機連合として、「こころの風邪を引いた時、そんな時は相談することで、気持ちか軽くなる」というようなPRを続けて行きたいと考えています。そして、ハートフルセンターのさらなる充実や各加盟組合への情報提供や指導など、行なっていきたいと思います。

また労働組合の役割も大きなものがあります。組合リーダーは組合の窓口です。組合リーダーが職場の世話役的な活動を担っていくうえでも、メンタルヘルスに関する理解を深めることは今後ますます重要になっていきます。組合リーダーは、組合員の職場生活(と家庭生活)に少しでもサポートできるようリスナー(悩みを傾聴する人)になり、悩みを解決できる適切なアドバイスをおこなっていくスキル向上が必要です。組合リーダーがこの機会を活用してリスナーになり、アドバイスを行なうことによって、職場が「明るく活気のある、風通しのよい職場」となり、みんなが生きいきと職場生活が送れる第一歩になると思います。電機連合としてスキル向上につながる支援を引き続き行なっていきます。■

学校現場における多忙化の現状とその対策

四牟田 修三

日教組・生活局次長

はじめに

2006年10月に、労働科学研究所による「教職員の健康調査結果」が発表され、2007年5月には、文部科学省による「教員勤務実態調査」が公表された。「教職員の健康調査結果」によると、健康状態に不調を訴える教職員の比率が全職業平均の約3倍で、7割以上の教職員が家庭・余暇生活を犠牲にしているという結果だった。また、9割の教職員が「もっと子どもたちと一緒に時間が欲しい」、「授業の準備の時間が不足している」と答えている。さらに、文部科学省の調査結果でも、小中の教員の平均超過勤務時間は、持ち帰り仕事も含めると、月平均46時間（9月）から55時間近く（7月）にもものぼっているなど、多忙化・長時間労働の実態が裏付けられる結果となった（高校も同様の傾向にあるとしている）。

二つの調査の結果から、学校の多忙化の状況は想像以上に深刻化しており、教職員の健康実態は極めて劣悪な状況にあると言わざるを得ない。日教組は、教職員が心身の健康を取り戻し、その力量を十分に発揮し生き生きと仕事を続けることが、子どもたちの豊かな学びと育ちを保障することになると確信している。教職員のワーク・ライフ・バランスは、子どもたちにゆきとどいた教育を行うための喫緊の課題である。

増大する休職者と精神疾患

長時間労働に従事する教職員は疲労し、その蓄

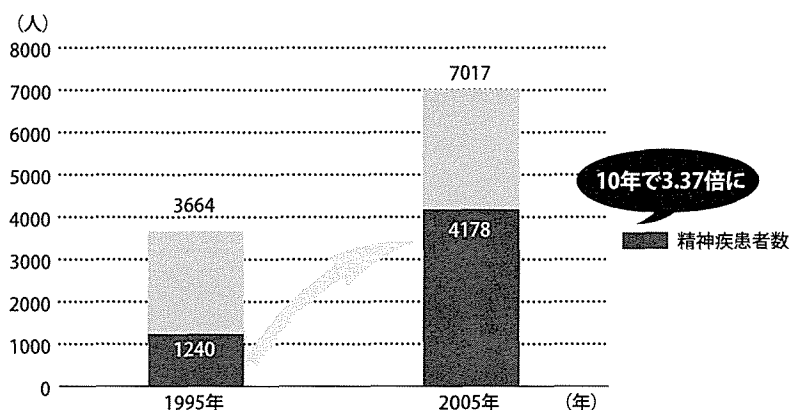
積が健康破壊をもたらす。休職者は2006年度に7665人と1996年度の2倍になり、その内、精神疾患による休職者は2006年度4675人と1996年度の3.4倍にも増大している（図1参照）。他の地方公務員職との比較においても、教職員の精神疾患を理由にした休職者の比率は著しく高い（図2参照）。

これらの原因に学校の多忙化・過重労働があることは言うまでもなく、一人ひとりの子どもにそくしたきめ細やかな対応や保護者や地域社会からの要請と期待への対応が原因となっている。少人数教育を推進するために必要な教職員定数は改善されないままである。多忙化に一層拍車をかけるものとして、直接的な子どもとの関わりとは違う業務（複雑化・多様化する保護者や児童生徒への対応など）も増えている。また、学校外の主催の行事や研究会活動の多さ、部活動の過熱なども原因の一つとなっている。

労安体制が遅れている学校現場

これまで、学校現場における教職員の労働安全衛生活動は、他業種に比して最も遅れをとっていたと言っても過言ではないだろう。「学校保健法」のみによって規定されているかのような誤解や、大部分の小中学校等が、衛生委員会等の設置義務の枠外に置かれてきていることなどから、民間職場からも、一般の公務職場からも比べても遅れていたのである。言うまでもなく、労働者の安全と健康に関する事業者責任については労働安全衛生法に規定があり、地方公務員もその対象とされている。労働安全衛生法は

図1 病気休職者数における精神疾患患者の割合



刑事罰を伴う法律であり、事業場には民事上の「安全健康配慮義務」が課せられている。

このように労安体制が遅れていた学校現場であったが、改正労安法等によってようやく推進委員会の設置や安全衛生推進者の選任等が学校現場で進み出している。文部科学省は2006年4月、2007年12月、2008年5月と相次いで通知を出し、各都道府県教育委員会、各指定都市教育委員会に対し公立学校における労働安全衛生管理体制の整備促進について万全を期すようにと述べている。特に、その通知文書の中で「体制の整備は、教職員が意欲と使命感を持って教育活動に専念できる適切な労働環境の確保に資するものであり、ひいては、学校教育全体の質の向上に寄与する観点からも重要なものです」と述べ、また、「平成20年4月より、常時50人未満の労働者を使用する事業場も含め、すべての事業場に面接指導等の実施が義務付けられたことから、すべての学校において、面接指導を実施できるような体制の整備を行う必要があります。」としている。更に、国会の付帯決議で「平成20年4月の改正労働安全衛生法の完全実施に当たっては、管理者による過重労働の対策に万全を期すこと」とされたことも引用し、それぞれの所管の学校及び市町村教育委員会への周知徹底も指示している。

日教組の方針と具体的取り組み

日教組は2007年度の定期大会において、次のような2年間の基本方針を決定した。

すべての職場への衛生委員会の設置と活性化にむけたとりくみを推進する。単組・支部での学習会などを開催し、労働安全衛生体制確立に向けて共通理解をはかる。

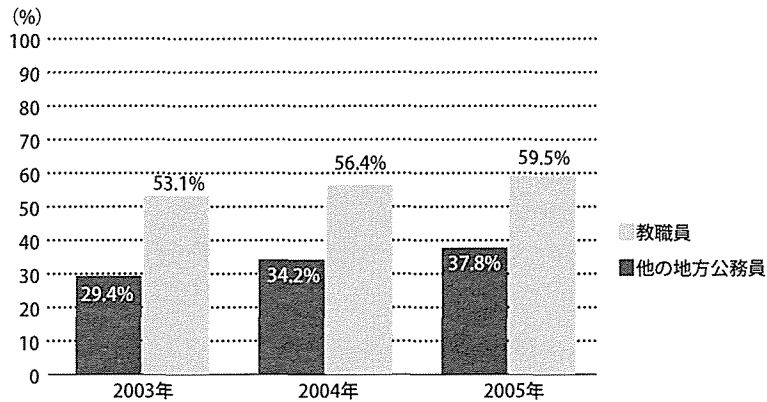
2008年4月までの労安体制確立とその定着を目的として、「日教組労働安全衛生月間」の設定など、全国的な取り組みを展開する。

公務災害・労働災害認定に関わっては、災害発生段階から組織的に対応をできる体制を整えとりくむ。また、認定基準の改善や補償内容の充実を求めていく。

アスベストが社会問題化している状況から、学校の枠にとどまらない広範な運動展開として、連合や関係団体としてとりくむ。

また、2008年6月の中央委員会においては、この間の活動の経過を確認し、今後の具体的なとりくみを決定した。「改正労安法に伴う適正な労働時間管理のとりくみを強めるとともに、全国一斉にとりくんだ

図2 病気休職者のうち精神疾患による率の他の地方公務員（教員・警察職員以外）との比較



労安体制の職場チェック結果を発信した。また、法の周知・徹底を促すために、文科省が実施した労働安全衛生に関する調査結果の早期の公表及び、医師による面接指導も含めた再通知を行うよう求めた、「改正労安法の4月施行に伴い、適正な労働時間管理・長時間及び過重労働の抑制を実効あるものとするよう、教育委員会への交渉・協議並びに校長交渉を強化する。」

現在、文科省が7月に公立学校等における労働安全衛生管理体制の整備状況についての調査を予定していることを受け、日教組は各県の教職員組合に対して、現在のとりくみ状況の報告を求めている。特に、文科省通知が都道府県教育委員会・指定都市教育委員会は言うに及ばず、各市町村教育委員会・学校まで周知され、趣旨が徹底しているかを調査しているところである。

問題点と課題

学校現場における問題点は前述したように、民間職場や一般の公務職場から遅れていたことに起因して、労働安全衛生に対する知識や意識が不十分であり、教育委員会そのものが十分に対応できていないのが実態である。特に、学校現場においては、校長・教頭などの管理職が十分に理解できていないこと

に大きな問題点があると言わざるを得ない。

文科省の通知の中でも「平成19年5月1日現在の調査結果によれば、衛生管理者等の選任、衛生委員会等の設置のいずれに関しても、未だ十分に設置されていない状況」と認めている。また、衛生委員会が設置されていても、開店休業中のような状態であったり、中身の十分な論議ができず衛生委員会としての機能が十分に発揮できていないのが実情である。従って、日教組にとっての課題は、いかに労働安全衛生活動を理解し、学校現場に定着させるかが重要な課題となっている。9月には、各県の教職員組合の労安担当を集め、現在、行っている調査結果を基に、現場での定着化に向けたとりくみを強めていく予定である。そのために、「労働安全活動の基本」のような具体的な資料を準備して、衛生委員会が実際に機能していくような手立てを検討している。

格差是正とワーク・ライフ・バランスの実現は連合の最重点課題である。日教組としても多忙化する学校現場をふまえ、今こそ、増大する休職者や精神疾患をストップさせるこのとりくみを強めていく。

組合員の生活と命を守るために、組合員自身の意識化をはかる中で、労働安全衛生活動を積極的に進めて行きたい。■

自治体職場における健康破壊の実態と対策

西田 一美

自治労労働局長

自治体の職場や仕事の在り方、内容は近年、高度情報化の進展や市町村合併による自治体の統合などにより変化してきました。また、公共サービスニーズの拡大、地方分権のもとでの事務事業移管や行政改革の進展で、仕事の質の変化、過密・長時間労働など、職場には多くの負荷がかかっています。同時に、市民から寄せられる自治体労働者へのニーズも多様化し、一人ひとりに求められる責任も明確化、細分化されてきました。また、近年、指定管理者制度や独立行政法人等新しい制度が導入され、自治体運営の在り方も大幅に変化を遂げてきました。

自殺者と長期病欠者の増加

こうした状況の中で、自治体労働者の心身の健康についても深刻な事態が生まれています。地方公務員安全衛生推進協会の「地方公務員健康状況等の現況（約77万人対象）」（2007年11月）によれば、2006年中の在職職員の精神及び行動の障害を理由とした1か月以上の長期病欠者は7,428人で、長期病欠者合計18,141人の40.9パーセント、2.4人に1人という高い割合になっています。また、自殺者は154人で在職職員の死亡者合計848人中18.2パーセント、5.5人に1人で、がんに続き在職死亡原因の第2位となっており、自治体職場におけるメンタルヘルス問題がとんでもない状況になっている現実が浮かび上がっています。また、年々、地方公務員数が減少する中、公務災害認定件数が2006年度で28,195件あり、毎年高い水準で推移しています。

日本の自殺者は1998年以降10年連続して3万人

を超えています。厚生労働省の患者調査によれば、うつ病などの感情障害患者数は1996年には43万人でしたが、2002年の統計では71万人へと飛躍的に増加しています。わが国の安全衛生の課題として、メンタルヘルス対策はこの間もつとも取り組みが急がれる課題となっているのは周知のところ です。

上にみた地方公務員安全衛生推進協会の調査対象人数を、地方自治体職員全体推計人数300万人に置き換えれば、毎年500～600人の自殺者がいると推定されます。1か月以上の長期病休者の第1位は心の不調によるものです。自治体職場のストレスは増加しています。自治労が2000年4月に実施した調査によると、85%の職場でストレスが増加していると回答し、ストレス要因として、「業務の量」が79%、「業務の質」77%、「人員の削減」69%、「職場の人間関係」51%など、自治体職場における変化を敏感に反映した結果となっています。

ところが、メンタルヘルス対策の取り組みについては、実施している職場は20%にとどまり、実施していない職場は実に80%にのぼっています。実施はしていても、成果として表れていると回答している職場はわずか5%にすぎず、逆にあまり成果がないと回答している職場が39%もありました。こうした結果を踏まえるならば、対策の遅れに労使ともに危機感をもって対処すべき段階にきているといえます。

いうまでもなく職場の管理責任は当局にあり、労働安全衛生法では事業者の責務として労働災害の防止措置、快適な職場環境の整備、労働条件の改善、そして法令の遵守を定めています。その意味でメンタルヘルス対策では管理職の責務と役割は重要です。安

全・健康の管理者として「事業者の安全衛生配慮義務」を積極的に履行しなければなりません。管理職の業務の配慮としては、業務サポート、業務内容や業務量の変更、就業制限（残業、休日出勤、交替勤務、深夜業務等の制限又は禁止、就業時間短縮）、診療のための外出許可などがあります。

安全衛生配慮義務の根拠は、労働安全衛生法第3条（事業者等の責務）、第65条の3（作業の管理）、第66条の5（健康診断実施後の措置）、第68条（病者の就業禁止）、第71条の2（快適な職場環境形成のために事業者の講ずる措置）に規定されています。とりわけ「快適な職場環境の形成のための指針」いわゆる「快適職場指針」は、安全衛生配慮義務として徹底すべきであり、とくに初期対応、継続対応を重視したものにすることを旨とすることがあります。

自治労の取り組み

自治労では2006年度に「自治労メンタルヘルズ指針」を策定しました。これを参考に、一次予防（職場の民主化・活性化、参加型安全衛生活動によるストレス・過労対策・快適職場づくり、厚生施設の整備・充実やサークル支援など福利厚生活動の充実、地域社会活動参加の推進と支援）、二次予防（早期対策・早期治療のための利用しやすい相談体制の工夫・改善、リスナー・カウンセリングマインド研修等実践的な研修の実施）、三次予防（リハビリ勤務、慣らし勤務等による復帰のための猶予期間の保障、カウンセリング体制の継続など職場復帰・再発防止対策）に取り組み、ケアシステムの整備を進めてきました。

また、厚生労働省が2006年3月には職場におけるメンタルヘルズ・ケアの適切かつ有効な実施のために「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を改定しました。こういった指針を活用しながら、職場でメンタルヘルズ対策に取り組み、快適な働きやすい職場を整備することが求められています。

市町村合併や地方分権による権限移譲により、自治体における業務は増大し続け、一方では人件費削減の流れ中で、超過勤務時間が増え続けています。2006年自治労調査（8000人対象、回収率63%）では、

1ヶ月50時間以上の回答が15.2パーセントという結果が現れています。また、そのうちの5割が健康の不安を訴えています。

過重労働防止のためには、何よりも労働時間に関わる問題についての予防対策が図られなければなりません。休憩・休息時間問題も含めた労働時間問題は時間外労働の縮減を基本に改善が必要です。08年3月には、厚生労働省「過重労働による健康障害防止のための総合対策について」が改訂されました。この対策は、医学的知見を踏まえ、過重労働による脳・心臓疾患の発症防止を目的としています。事業主に対し、長時間にわたる過重労働の排除と健康管理対策の強化、疾病が発生した場合の再発防止措置の徹底を求めていくことが大切です。今回の改訂では、労働時間等の設定については、「仕事と生活の調和」「仕事と生活の調和推進のための行動指針」の趣旨を生かし、ワーク・ライフ・バランス推進に留意した改善を求めています。あらためて、労働時間の見直し、働き方の見直しを生活者の視点で行なっていく必要があります。

自治労は、安全衛生体制の確立と快適職場づくりをめざして、毎年7月を「安全衛生月間」と位置づけ全職場で安全衛生点検活動を進める取り組みを行なっています。また、全国での取り組みを持ち寄り共有化するため、自治労安全衛生集会を開催しています。更に2年に一度労働安全衛生講座を開催し職場改善アドバイザーを養成してきました。

労働者が、安心して働き続けられる職場とは、労働者としての尊厳、人間としての尊厳をどう守っていくかという基本に立ち返ることが必要です。

「尊厳を守る」「人権保障」とは、誰もが「安心して」「安全に」「自由に（選択肢）」生きていくことができることです。今一度、私たち一人ひとりの命の大切さについて、又働き方や環境の違いなど、個々それぞれのあり方に左右されない尊厳について考えていかねばなりません。

ひとりの自殺者の背後には10人の未遂者がいると言われています。こういったことを、常に意識しながら、今なにか必要なのかを考え、職場のみんなで思いを共有してメンタルヘルズの不調者を出さない職場づくりのための対策を講じていかねばなりません。■