



# 化学物質汚染のない世界をめざして EUの新しい化学物質規制 — REACH

2004年 11月23日(祝日) 13:00~16:30 (開場12:00)

東京芸術劇場 大会議室 (地図裏面)

池袋駅西口下車徒歩2分、東京都豊島区西池袋1-8-1、Tel.03-5391-2111

有害化学物質による人の健康や生態系への影響の問題は、日本のみならず世界中の最重要課題の一つです。各国で化学物質との関連が疑われる事例が数多く報告されているにもかかわらず、日本も含め一向に効果的な対応がなされていません。

しかし、いま欧州で予防原則を取り入れた画期的な化学物質規制案が検討されています。その略称を **REACH** (裏面に説明) と言い、欧州だけでなくこれからの世界中の化学物質管理のあり方を大きく変える内容を含んでいます。それだけに、化学業界や米国政府を筆頭に猛烈な攻撃や抵抗にさらされています。

本セミナーは、その **REACH** の議論の渦中において、**REACH** 策定プロセスに関わった欧州環境団体と欧州労連安全衛生部からゲストをお招きし、直接お話をうかがえる本邦初のひじょうに貴重な機会です。

化学物質汚染のない世界を願う多くの方のみなさんの参加をお待ちしています。

## 講師1



Nadia Haiama-Neuroh

ナディア・ハヤマさん

グリーンピース・インターナショナル  
政策担当シニア・オフィサー [ベルギー]

## 「REACHとは何か」

## 講師2



Laurent Vogel

ローラン・ボーゲル氏

ヨーロッパ労連 労働安全  
衛生部研究員 [ベルギー]

## 「REACHをめぐる議論と 今後の展望」

▶資料代：1,000円 / 逐次通訳

▶事前申込不要 先着100名

## 主催 国際市民セミナー実行委員会

有害化学物質削減ネットワーク  
化学物質問題市民研究会  
ダイオキシン・環境ホルモン対策国民会議  
WWF ジャパン グリーンピース・ジャパン  
全国労働安全衛生センター  
2004年世界アスベスト東京会議組織委員会

### 【連絡先】

有害化学物質削減ネットワーク  
〒136-0071 東京都江東区  
亀戸7-10-1 Zビル4階  
TEL・FAX 03-5836-4359  
<http://www.toxwatch.net/>

**特集／職場のメンタルヘルス対策**

# 職場のメンタルヘルス 対策を立てる

全国安全センター議長 天明佳臣 2

## 心の悩み相談ノート

カウンセラー・R 8

産業人メンタルヘルス白書	23
人事院「職員の心の健康づくりのための指針」	26
心の健康問題による休業者職場復帰支援手引き	28
労働者健康情報保護に関する検討会報告書	36

連載31—塩沢美代子

### 語りつぎたいこと

44

**ドキュメント**

## アスベスト禁止をめぐる世界の動き

国際社会保障協会の禁止勧告宣言	48
暫定PIC手続への包含再び阻止される	49

**各地の便り／世界から**

東京●八王子で職場のメンタルヘルス講座	52
東京●シンポ～メンタル～労働組合の課題	54
広島●CAD作業によるケイワン逆転認定	55
神奈川●シックハウス症候群で労災申請	59
大阪●過重労働による心臓突然死認定	61
モンゴル●建設業の参加型改善 WISCON	62
アメリカ●Safe jobs, Safe food! キャンペーン	65

# 職場のメンタルヘルス 対策を立てる

## 個人・事務所・グループによる対応

天明佳臣

全国安全センター 議長・(社)神奈川労災職業病センター 所長

メンタルヘルスの学習会依頼が増えている。とりあえず心の病気の理解も必要なので、精神科医のわかりやすい説明を聞くことは無駄ではないが、安全センターとしては、やはり職場で何をやるべきかという視点を欠かすわけにはいかない。そこで、所長の天明佳臣さんが学習会で話した内容に、さらに大幅に加筆。職場のメンタルヘルス対策基礎編ということで紹介する。

(社)神奈川労災職業病センター

### ストレッサーとストレス

私は、「職場のメンタルヘルス(心の健康)対策を立てる」ということの基本は、職場の作業ストレスを特定し、それをどのようにして弱めていくかということと同義だ」と考えています。この場合、ストレスを、ハンス・セリエという研究者のストレス学説に従って、ストレッサー(ストレス要因)とストレス(生理的緊張状態)に分けるとよいと思います。

ストレッサーには、次の4種類があります。

- \* 物理的ストレッサー…暑さや騒音など
- \* 化学的ストレッサー…栄養不足、薬物による刺激など
- \* 生物的ストレッサー…最も一般的なのは病原菌



天明佳臣さん

の侵入

- \* 心理社会的ストレッサー…表1参照

ここで問題にしなければならないのは、当然、心理社会的ストレッサー、とりわけ職場に関連するものです。最近の職場のストレス(要因)調査を見ますと、ほとんどの調査で、上位3つを占めるのは、「人間関係」、「仕事の量」、「仕事の質」です。人間関係の後に続く形容詞は、もともと「むずかしい」、「わず

表1 ストレスを引き起こす心理社会的要因

- a. 夫婦関係の問題—離婚、不和、婚約、結婚、その他
- b. 親子関係—親子間の葛藤など
- c. その他の対人関係問題—友人、同僚、上司との不和、その他
- d. 職業上の問題—配置転換、転職、失職、引退、学校での適応問題
- e. 生活環境上の問題—住居の移転、盗難、その他
- f. 経済問題—ローン、破産、相続
- g. 法律上の問題—訴訟、拘留
- h. 心身発達上の問題—閉経、中高年期、思春期
- i. 身体的な病気や外傷、事故、手術など
- j. 家庭内の問題—親子、夫婦、その他の軋轢
- k. その他—自然災害、交通事故、その他

らわしい」など、否定的な言葉が多いものです。それが、グローバル化した経済の下で、競争の激化を反映して、より希薄化している結果ではないかと想像できます。

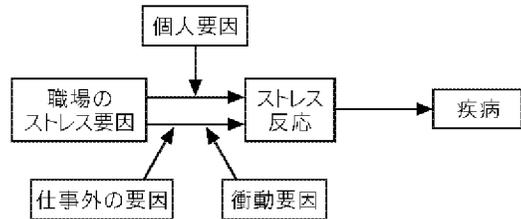
直接的に「会社の将来性」をストレスにあげる人も増えています。米国では、「サバイバル症候群」という、一種の不安神経症と思われる心の病気が、リストラされなかった人たちの間で問題になっています。リストラされた同僚と自分の違いは何だったのか、会社というのはこれほど冷たい組織なのかという、不安と不信に根ざす神経症でしょう。

また、「昇進」も、かつてのように、その不公平感がストレスになるばかりではありません。私たちの診療所でも、課長や係長に昇進したのですが、その責任に耐え切れず、抑うつ的になり、結局、元の地位に戻ったという患者さんがいました。「定年後の仕事、老後の不安」も、時代状況を反映して、ベスト10に入るストレスです。

さらに、ほとんどの調査で、80%前後の人が、以前よりもストレスが増えた、と答えています。私自身がそう考える一人なので、10%ぐらいのストレスをあまり感じていないという人は、どんな人なのだろうと思ってしまう。この点は後で触れます。

関連するデータとしては、自治体が実施している職員の「長期病休者の疾病分類割合」があります。神奈川県内のある政令市の場合の、3か月以上の

図1 職場のストレスの考え方  
(米国職業安全保健研究所が提案しているモデル)



病欠者の第1位は「精神及び行動の異常」で、30%を超えています。たまたま見る機会のあった、東北地方のある県でも、14日以上の病欠者のうちそれが過半数を越えてダントツになっていました。自治体労働者全体の2001年在职中死亡の第1位は、悪性新生物、ガンで、10万人対比57.5です。第2位は、心臓疾患や脳血管障害を抜いて、自殺がきます。10万人に対して19.6人という割合です。

日本全体でも、自殺者が交通事故死をはるかに上回る3万人を突破していることは、ご存知だと思います。自殺者一人に対して、10倍の自殺未遂者がいるとされていますし、自殺者の周囲にはそれによって精神的に打撃を受ける人が、5人いるとされています。最近の状況を見ると、実際には影響される方はもっと多いのではないかと考えてなりません。

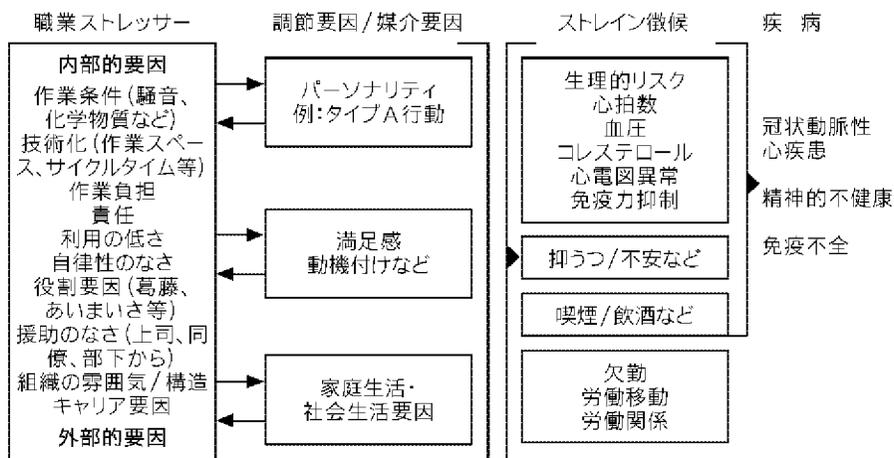
## ストレスの持続と恒常性維持の破綻

ここで、米国職業安全保健研究所(NIOSH)の「職場ストレスの考え方」(図1)とフレッチャーの「職場ストレスモデル(1988年)」(図2)を紹介します。

人間の身体は、ストレス(生理的緊張状態)になると、自律神経系、内分泌系、免疫系が働き、恒常性の維持を図ります。しかし、その状態が長く続くと、維持機能は破綻し、ほとんどあらゆる疾病を発症させます。代表的なのが、脳・心臓の循環器系疾病と精神障害、フレッチャーの指摘する「免疫不全」は、ガン発生とも関わっています。

最近、私たちはよく、「自律神経失調症」という診断書を目にします。私自身も書くことが少なくありません。これらはまず精神的な不調の第一歩と考えてよいでしょう。例えば、こんな例です。『ある朝、ど

図2 職場のストレスの考え方



うも少し熱があるようだ。計ってみると37度。市販の薬を内服して出勤し、会社で働いているうちに、熱は下がったようだ。ところが、数日すると、また同じように微熱があるので、病院に行った。まあ風邪(急性上気道炎)でしょうと診断されて、投薬を受ける。熱はすぐに下がったが、数日してめまいが出て、明らかな倦怠感もある。そこで、病院でいろいろな臨床検査を受けたが、どこの臓器にもはっきりとした異常所見はみつからない。心療内科に回されて、「自律神経失調症」と診断された。

自律神経失調症の典型的症状を挙げてみます。

- \* 全身症状…倦怠感、寝汗、微熱、睡眠障害など
- \* 身体局所症状…頭痛、背部痛、腰痛、肩こりなど
- \* 循環器呼吸器系…動悸、息切れ、血圧の変動など
- \* 消化器系症状…食欲不振、下痢、便秘、腹部不快など
- \* その他…めまい、多汗、かゆみなど

とくに日頃から弱い臓器があれば、例えば胃腸が弱い人は消化器系の症状が主で、それに全身症状のいくつか加わります。自分が受診した診療科が適切だったかどうかの判断は、結構難しいものです。ただ、あなたが自分の体調不良と仕事との関連を疑っている時に、仕事についてよく聴こうとしない医者は、あなたの味方になってくれる人とは思われ

ません。

## ストレスへの個人的対処とその限界

職場不適応(表2)という状態があります。自律神経失調症と診断がつくときも、職場での不満・不安と関連が強いなら、その一つと言えます。そうなる前に、まず個人的に対処したいですね。さまざまなストレス解消法—からだの緊張をときほぐす方法—は、試してみる価値はあります。しかし、主な要因のある職場の状況に変化がないかぎり、職場復帰を前提としている以上、当然ながら、不十分な対応策でしょう。

まず、自分の能力に対して、仕事・課題が適当な量・質かどうかを考えながら、以下のことを試みてください。

- ① 体調の変化に注意を払ってください。上記の自律神経失調症の症状がありませんか。そのために作業にムラがないでしょうか。
- ② ストレスがあることを認めましょう。ストレスに気が付けばそれなりに工夫をしますし、他の人のストレスにも気づきやすくなります。
- ③ 一人でストレスを背負い込まないでください。自分にかかっている負荷の状態を周囲に伝えます。そのためには、日頃のコミュニケーションが重要

表2 職場不適応現象

- 1 職場環境から見て、明らかに不適応状態を示す  
最近欠勤、遅刻、早退が多い  
仕事の能率や勤労意欲が低下してきた  
作業ミスが頻発する
- 2 身体面での反応＝さまざまな身体的な愁訴  
倦怠感(易疲労感)、発汗、不眠、食欲不振、  
心悸亢進、頭痛、腹痛、下痢など
- 3 精神、心理面での反応＝「内的不適応感」  
不安感、緊張感、無力感、抑うつ感、挫折感など

でしょう。

仲間意識が希薄化している現在の職場状況では難しいと思いますが、例えば、同僚たちの休憩時間の過ごし方に注意を払い、何か変化を認めたら声をかけてみてください。私の経験では、心と体の両方、あるいは片方でも不調があると、まず休憩時間の過ごし方に、普段との違いが出てくることが多いようです。この点をよりシステムとして考えれば、職場で示される微妙なサインを見逃さずに対応するのは、主任クラスの方の役割が重要でしょう。仕事を通じて部下の状況をよく把握できる立場にある人の役割の重要性は、いくら強調しても、し足りない、私は考えます。

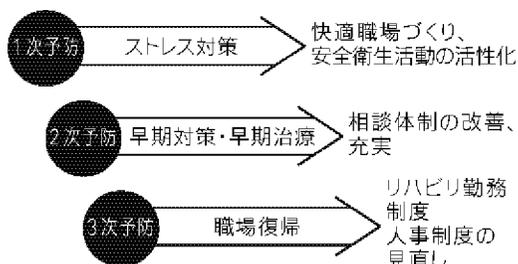
ところが、主任クラスの人がキーパーソンとしての役割を果たすためには、さらに上の管理職次第なのです。私にはこんな経験があります。数年前に30人前後の公的事業所に勤める主任さんが、診療所を受診しました。日常は雑用が多くて、土曜も日曜も職場に出ないと一番基本的な自分の仕事が片付けられない、そのために疲れがとれないと訴えました。この人を紹介してきた人によると、近頃どうも彼は他の人の視線を気にし過ぎていて、様子がおかしいと言う。ご本人からよく聴いてみると、現場に出る職員の様子は把握するようにしているが、上司が職員の残業が多くなっているとか、コピー用紙の使用量までチェックして、細かいことで注意される。その一方で、上司は第一線職員に対しては「無理するな」とか、優しい言葉をかけている。それで自分としては部下に対して、一層気を遣わなくてはならないのだという。上司のいいとこ取りのような具合です。このケース

は私どもの診療所の心療内科の医師の診療を受けてもらうと同時に、労働組合の役員とも相談して、労使で職場の労務管理の在りようをもういちど話し合っていました。

最近、労働安全保健関係の国際会議や学会に出ると、よく聞く言葉は「CEO」です。英語の辞書には会長とありますが、新聞などの定訳は、「経営最高責任者」です。CEOがメンタルの問題を含む安全衛生に、しっかりしたポリシーを持たない事業所はダメだと、しきりに強調する演者が増えているように思います。例えば、2002年にオーストリアのウィーンで開かれた世界労働安全保健会議で、合成繊維ばかりではなく、石油、天然ガスなどの会社を傘下に持つ、デュボン社の副社長は、同社が安全衛生活動に力を入れて、病欠・労働災害を減少させた、いまや労働衛生活動にどれだけ力を入れているかは、企業のステイタスシンボルになっていると、強調していました。残念ながら、実際の活動状況は述べられなかったのですが、メッセージだけはよく伝わりました。従業員規模で言えば、デュボン社の1000分の1、あるいはそれ以下の、私たちが関係する中小企業での経験で見ても、経営者が本気で取り組まないとダメです。安全衛生について、労働者がいくら良い提案をして、私たちがいくら良い助言をしても、改善の意志をしっかりと持たず、業績など目先の経済的なことばかりに頭が向いている経営者だと、事は進みません。

ここで初めてお話しした、「ストレスを感じないらしい10%ほどの人」について短い文章ですが、大変示唆に富む論説を読みましたので、紹介したいと思います。作家で精神科医でもあるなだいなださんの「職場の病原的雰囲気」(雑誌「労働の科学」58巻8号巻頭言2004年)です。精神的不健康について述べた後に、なださんは、次のように述べています。「精神的健康には、もう一つの要素がある。自分が病気でないと同時に、他者を病気にさせない、という要素である。こちらは一般には不健康と認識されないから、社会の中に健康そのものという顔でまかり通る。彼は職場でストレスを作り出す。あるいは組織では部下に圧力をかけて、精神的抵抗力の弱い人間を病気にしてしまう。だが、一般社会では彼らが人

図3 メンタルヘルスへの対応



格的に未熟であるという認識を持たないし、病気だという考えを持たない。だが、このような人間は考えられている以上に多い。「集団には集団の持つ雰囲気というものがある。一人の人間が病原的である場合に、集団の雰囲気が影響される場合もある」、「そのような個人で影響を及ぼす者がいなくても、職場の雰囲気そのものが病原的な場合もある。職場全体の無気力とか、極端な競争意識とか、である」、「精神的成熟の不足した管理者がいないか、お互いに足を引っ張り合うような職場の病原的な雰囲気はないか」、「治療者としてもそのような視点から、精神的病気や健康を見ていく必要があるだろう」。どうですか。引用がやや長すぎましたが、それだけの意味はあると私は考えます。

## メンタルヘルス対策をどう立てるか

疾病予防と言うと、まだ病気の早期発見・早期治療を思い浮かべる人が多いと思います。最初に二つの図を示します。図3は、自治労の安全衛生対策室の上野満雄医師が作られたものです。図4は、外国の学者の引用ですが、発表年度1958年に注目してください。私の目頭のメッセージは、まさに「一次予防」を指しています。今、ほとんどの大企業では、メンタルヘルスの相談体制(二次予防)は立ち上げています。電機連合では、労使による「メンタルヘルス対策ガイドライン」の中に、職場復帰(三次予防)のプロセスも明示しています。しかし、こうした企業はまだ圧倒的に少数でしょう。私たちの経験でも、職場復帰に成功した例は極めて少数です。さらに多くの経験に学び、私たちがも研究してゆかねばなりません。

表3 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について

別表1「職場における心理的負荷表」  
(労働省：平成11年9月15日)から

### 出来事に伴う変化等を検討する視点

- \* 仕事の量(労働時間等)の変化…所定外労働、休日労働の増加の程度
- \* 仕事の質・責任の変化…仕事密度の増加の程度
- \* 仕事の裁量性の欠如(他律的な労働、強制的等)…経験、適応能力との関係等
- \* 職場の物的・人的環境の変化…騒音、暑熱、多湿、寒冷等
- \* 会社の講じた支援の具体的内容、実施時期等…訴えに対する対処、配慮の状況

一次予防については、表3の旧労働省の「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の指針」(1999年9月)のうちの別表「職場における心理的負荷評価表」の、「出来事に伴う変化等を検討する視点」を見てください。これらの視点は、全ての職業病、作業関連疾患に共通しています。むしろ個別事案によって、職場ごとにチェックする視点を追加する必要はあります。例えば腰痛でも、職場によって、加えるべきチェック項目は違ってきます。

ちなみに、3点目の「裁量性の欠如」は、フレッチャーのストレス・モデルの職業ストレスのうちの、私がアンダーラインを引いた「自律性のなさ」と同じで、仕事の自由度といってもいいでしょう。これらでは、裁量性は、プラスの概念として提起されていますが、前述のウィーンの会議では、すでにマイナス概念になっていました。競争が激しくなると、裁量と言いつつ、実際には、仕事量などの天井がなくなってしまい、仕事の自由度など消し飛んでしまうのです。これが、1999年と2002年の違いです。

今年、台北で行なわれた過労死討論集会では、台湾では、「2人分の給与で3人雇い、4人分の仕事をさせるのが普通になっている」と言っていました。日本でも、それに近い状況があるのではないのでしょうか。

チェックの手法として、ここでは内容に立ち入って述べるゆとりはありませんが、やはり「労働安全衛

図4 疾病の自然史に対する予防手段の適用水準

(Leavell H.R. and Clark E.G., Preventive medicine for the doctors in his community (2nd edition), P.22 McGraw Hill Book Co.Inc, New York, Totont London, 1958 若干改変)

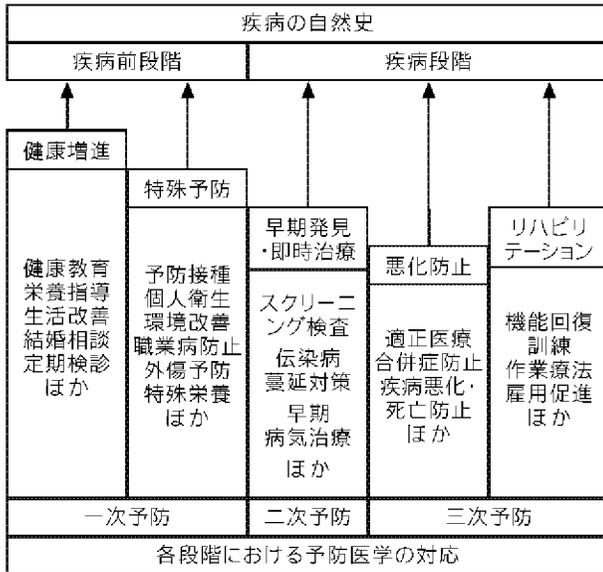
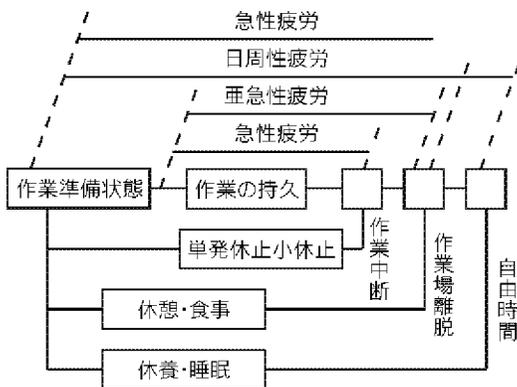


図5 休息要求からみた疲労の分類



生マネジメントシステム」が効果的です。厚生労働省の労働災害防止計画にも盛り込まれていますし、最近出された専門家の検討会報告書でも、盛んに取り上げられています。

その上で私が主張したいのは、ストレス対策として、「個人的な対応」と「事業所としての対応」、両者の境界を踏まえての「グループ対応」です。職場における仲間意識の希薄化については、既に述べました。

これは、「職場の解体」とも呼ぶべき状態だと思います。そこで、小グループによる「健康サークル」を立ち上げる。そして、疲労を語り合うのです。日頃のコミュニケーション不足を補う意味もあります。何より疲労を語るサークルです。

疲労とは何か。労働科学研究所の元所長の小木和孝さんの定義を引用させていただきます。疲労とは、「ある活動をそのまま続けていればやがてへばり、休めば回復すると予測できる形で起こる体内変化であって、それによって活動自体にもそれとわかる変化をとらえて、休息を求めている状態」、「休息によって回復するという意味で、容易に可逆的な、生理的な範囲の変化が疲労である。」

「休息要求から見た疲労分類」が図5です。どうすれば「慢性疲労」に陥らないで済むか、それを「健康サークル」で話し合うのです。職場の労使が決めたことでも、おそらく皆さんの

職場には、そんなのばかばかしいと、さっさと帰ってしまう人がいるでしょう。また、話し合いには加わずに、黙々と仕事をする人もいます。しかし、ともかくやってみないと、何も変わりません。

職場復帰の難しさは、大変なものです。当該の労働者、その家族、労使、主治医、産業医、カウンセラーが一体にならなければ、成功しません。中小零細企業では、適切な人材・組織を求めて、アウトソーシング(外部委託)しなければならないでしょう。きちんと機能している安全衛生委員会の中に、特別の対策委員会の設置が必要になると考えます。職場復帰の判断は、特に難しいものです。うつ病では、「がんばれ」は禁句とされています。自殺念慮、憂うつ感があれば、当然そういうこととなりますが、ある回復水準になれば、「(職場に)出てみなさい」と背中を押さなければ、患者は億劫感を乗り越えられません。職場復帰を決めるのは、上述の関係者のチームワークによるのが、最も理想的でしょう。しかし、それがなかなかスムーズに運んでいないのが現実です。私たちは、さらに試行錯誤を繰り返しながら、前進してゆくしかありません。



# 心の悩み相談ノート



## カウンセラー・R

カウンセリングルーム・アシスト所属

### 第1回

今回から何回かに分けて、心の悩み相談の現場で体験し感じてきたことを、事例を挙げながらご紹介してみたいと思います。みなさんの職場で心の悩みの問題に対処していく際のヒントにしていだければ幸いです。なお、プライバシーの問題が生じるのを避けるため、ペンネームとさせていただきます。事例についても曖昧な記述にならざるをえないことをご了承下さい。それでも、問題のエッセンス部分にはなんとかが伝わるのではないかと思います。

#### 話を整理することについて

まず始めに、うまく対応できなかった事例を紹介しましょう。

今から10年ほど前、ボランティアで、職場の悩み事相談に参加していた時のこと。相談に来られたのは中年の女性で、職場でみんなから精神的にいじ

められて非常に体調が悪くなったので会社を裁判に訴えるということを強く主張しておられました。はじめは別のボランティアが話を聞いていたのですが、その女性の訴えに非現実的で奇妙なところがあり、また、かなり興奮していて同じ話を繰り返すばかりで收拾がつかないということで、多少カウンセリングの心得があるということで私が助っ人として話に加わることになりました。最初に話を聴いたボランティアと私の二人で話を聴くというやや変則的な形の面接になりました。

私は、あらためて最初からその女性の話を聴き、彼女の非現実的で被害妄想的な部分を含む訴えを、あらためてひとつずつゆっくり確認しつつ聴いていきました。そうやって聴いていくと興奮がみだった女性は少し落ち着いたようです。さらに私は、彼女にとって何が当面の問題で、そのためにどういう方法があるかという方向に話を向け、話を整理していきました。そして、最終的には、1) 体調の悪さについては医療機関に行くこと、2) 会社の不当な扱いについては行政機関に相談してみることに、3) 裁判に訴えるなら弁

護士に相談してみることに、それぞれ具体的な方法があるが、その中で優先順位順番をつけるすれば、まずは症状について確認するためにとにかく医者にかかるのがいいのではないかとまとめました。彼女は、とりえず当初の興奮からは落ち着き「では医療機関にいつてみます」と言いつつ、しかし、どこか狐につままれたような表情を残して、面接室から帰って行きました。一回限りが前提の無料相談だったこともあり、その後どうなったかはわかりません。

この相談の際に私の念頭にあったのは、混乱している話をできるだけシンプルな項目にまとめ、現実的に解決可能な部分だけピックアップしてそこに集中してもらうことで、ぐちゃぐちゃした感情をおさめて現実に対処してもらおうという「効率的」な相談モデルでした。

さて、皆さんはこの事例の対応についてどんな感じを抱かれるのでしょうか？

## 心のリストラ？

その時、私は、困難な相談を持ち込まれて困っているボランティア仲間を援助し、それなりにうまく対処できたのではないかとある種の誇らしさを抱いていました。しかし、その一方で、帰りの彼女のどこか狐につままれたような表情のことも少し引っかかっていた。当時はちょっと心に引っかかるという以上にはよくわからなかったのですが、年月をおいて振り返ってみると、自分の「やっていたつもり」のことに「実際におこったこと」には差があったのではないかと考えるようになりました。私がやっていたことは、今流行りの言葉でいえば心に対する「リストラ」のようなものです。相手の知的な部分に働きかけることを中心にした「心のリストラ」は、確かにぐちゃぐちゃした心の混乱を切り切るにはいい方法という一面があるのは確かです。ぐちゃぐちゃした問題をリストラする過程で確かに相談者の女性は少し落ち着きました。カウンセラー自身は相手の心の問題をうまく整理できたという手応えを感じました。でも、それが本当に彼女にとって有用だったのでしょうか？

もう一度この事例を検討してみましょう。会社を訴えるという興奮していた彼女が落ち着いたのは、

よく考えてみると私が問題を整理した結果ではないのです。私が、彼女のぐちゃぐちゃした問題を整理したいという動機から「相手の話を一生懸命聴いた」結果として彼女は落ち着いたのです。「整理すること」という知的な作業ではなく、「一生懸命聴く」という関係があることで落ち着いたのです。とても微妙ですがここが重要なポイントだと思います。面接前半の「一生懸命聴く態度」がクライアントを落ち着かせたましたが、面接後半のカウンセラーによる論点の整理＝「心のリストラ」は、さほどの効果をもたらさず、だからこそ彼女は狐につままれたような表情になったのではないのでしょうか。相手の話をよく聴くことには明らかな効果があるが、その先の理路整然としたアドバイスには実はさほどの効果はない。このあたりには心の相談のポイントがあるように思うのです。

## 奇妙な話も訂正せずに聴く

この点に関連した別の事例を挙げてみます。

ある男性は、上司や同僚が、みんなで自分を退職させようとしてありとあらゆる陰謀を画策しているという思いにとらわれてパニックに陥っていました。訴える表情や雰囲気非常に不穏だったので、私は、余計なことを言ってさらにパニックになるリスクを避けるため、ただ話を聴いていました。現実的にはあり得ない妄想的な話でも、こちらが打ち消さずに一生懸命聴いていると、その背後に何か強い気持ちや事情があるのだろう、「わけあり」なのだろうと少しずつ感じられるようになります。そんな話を約1時間聴き、また続きを聴かせてくださいということで、面接を継続していくことになりました。年単位の時間はかかりましたが、彼は徐々にパニックから抜け出し、以前からの仕事を続けていくことができるようになりました。この面接で経験したのは、彼の妄想的な発言を一言訂正しないで受けとめていると、やがて「みんなが自分を追い出そうとしているに違いない」という確信的な強い言い方が「みんなが自分を追い出そうとしているように感じる」というマイルドな言い方に緩和されていくということでした。

「外側から襲ってくるわけのわからない迫害される感じ」が、「自分の内側にある迫害される感じ」に

変化し、少し落ち着いてとらえられるようになったと考えられます。このケースの場合、奇妙な話でも訂正せずに年月をかけて聴きつづけることが、確実に彼を安心させる方向に働いたように思います。時間がかかって決して効率的ではありませんが、しかし、効率を求めて「心のリストラ」をはかっていたら恐らくうまくいかなかったと思います。

### 奇妙な話を聞くことの効果

もうひとつ関連する例をあげましょう。

ある女性は、近所の人とのさまざまなトラブルを抱えていました。彼女は、近所の人たちが自分の家を取り上げようとしてつるんでいるという強い被害感を抱いていると訴えていました。彼女にとっては、近所の人々が引っ越すこと、パトカーが通ること、間違い電話がかかること、庭の草花が猫に荒らされることなど、ありとあらゆることが自分を陥れるためのサインと受けとめられてしまいます。当初、私は、彼女に強い被害感をもちあわしているゆがんだ知覚を少しでも修正して安心感を抱いてもらおうと試みましたが、いくら試みても全くの徒労でした。「そんなに心配しなくていいですよ」と認識を修正しようとする、「でも先生…」と話がどんどん長くなって、約束の時間を越えても收拾がつかないという物理的に困難な事態に陥りました。そこで仕方なく、次の回からは修正することをあきらめ、「そういうこともあるんですね」と一切否定しないで話を聴くようになりました。そうすると、彼女の方から「そろそろお時間ですね」と適当なところで話をまとめ、約束の時間で切り上げてくれるようになるという発見がありました。時間の制約から仕方なく聴くだけにしたことが、かえっていい効果をもたらしたのです。

その後、数年のつきあいの間、この方は私に語る妄想的な部分はそのままで、従来の仕事と生活を続けておられます。近所との関係は、うまくいっているわけではありませんが、大きなトラブルにもなっていないようです。私との関係のなかで自分の中にある奇妙な観念を語る場を持つことで、奇妙な観念にもとづく行動をそれまでよりも実生活にあまり持ち込まずに済んでいるのではないかと考えられます。

### まず必要なのは安心

まとめです。

今回3つの事例で紹介した、彼や彼女とのやりとりを通じて体験的に言うことは、奇妙な考えを語る相手に対して「そんな風に考えずもっと現実的に」という対応よりも、「そうなんですね、大変なんですね」という対応の方がどうもいい効果をもたらすようだという事です。昔は、妄想をまともに聴くと余計に強めてしまうので、まともに聴かない方がいいというような教科書もあったようですが、今は、逆に妄想はあまり否定しない方がいいという風になってきているようです。よく聴くか、あるいは適当にあしらうか、いずれの対応がいいのかはケース・バイ・ケースで、一概に断言はできませんが、目の前のクライアントの様子をみながら、「どうすればこの人の考え方を変えられるか」ではなく、「どうすればこの人が安心できるのか」という観点を基準に、「丁寧に」対応していく必要があると思います。相談の場が、発見の場、考えを変える場になれば、それはそれで有意義でしょう。しかし、相手を変えようとするのは、相手にとっては不安をもたらすリスクを伴うものだという観点は持つておく必要があると思います。

### 奇妙な考え方と共存すること

今回は、わりとヘビーな相談ケースを紹介しました。われわれは奇妙な考え方や、奇妙な態度に遭遇すると、とても居心地が悪くなり、その状況を逃れようとしてつい粗雑な対応をしてしまいがちです。しかし、心の問題に対応するにあたっては、奇妙なものをもやみに恐れるのではなく、彼や彼女が訴える奇妙なものとなんとか「共存する」ということが求められるように思います。奇妙な考えを外から訂正しようとしてもあまりうまくいきません。むしろ、こちらが奇妙なものとうまくつきあうことで安心がうまれるように思います。

そもそも我々はみんな、多かれ少なかれ奇妙な部分を心の中に抱えて生きているのではないのでしょうか。ただ、その奇妙な部分と健康な部分がバラ

スよく共存できているのでやっつけているのではないのでしょうか。個性とはそういうものだと思います。人と人との関係においても、奇妙な人を職場や地域から排除したりせずになんとかバランスよく共存することが自然なのではないのでしょうか。この辺りについては、機会があればまたあらためて述べてみようと思います。

## 第2回

心の問題を抱えた人の回りには、家族、友人、同僚、上司等々、さまざまな立場で彼らを支える人たちがいます。身近に悩んでいる人がいれば、援助しようと思うのは健康な心のはたらきです。しかし、心の問題というのは一筋縄で行かないことが多く、援助しようと努力するのに空回りしたり悪循環に陥ったりして、援助しようとする人の方が強いストレスを感じるということをよく聴きます。心の問題を抱えた本人よりも、その傍にいる人の方が一時的にひどい精神状態に陥ってしまうことさえあります。今回は、いくつか例をあげながら、そのあたりのことについて考えてみたいと思います。なお、プライバシーを考慮し事例をあいまいに記述していることをご了承下さい。

### 他人事ではすまされないという気持ち

一見、とても明るい雰囲気をもっているある女性の例です。彼女はとても面倒見がよい人で、落ち込んでひきこもりがちな友人を、くよくよしないように叱咤激励していました。ところが、ある日その友人が自殺未遂をしてしまいます。さいわい命はとりとめました。その後、精神的なバランスを失ったまま、日常生活もままならなくなってしまいました。彼女は、自分のかけた言葉が友人を追い詰めてしまったと責任を感じ、友人宅に通って家事の面倒を見るようになりました。ところが、それが短期間では済まず、何年も何年も続いています。仕事もあり、家庭もあり、その上に友人の家の家事までするので大変です。睡眠不足に過労、そして、ストレスからくる過食傾向も出てきました。自分でも心身の限界を感じるのですが、ここで自分が見放したら友人がまた同じ事にな

るのが心配で世話を続けています。また、そのことでは他の誰にも助けを求める気になれないのだそうです。

彼女は、「回りのみんなは、私のことを明るくて社交的で前向きなタイプだと勝手に誤解してる。でも自分は本当はそんなタイプじゃないのに…」と語りながら、涙を流しました。昔から回りの期待に合わせて「いい子」を演じてきたとのこと。そして、ひとしきり涙を流した後に、自分がポロポロになってまでも友人の世話をすることの背景にあるさまざまな思いを聴いていくことになりました。

他人の面倒をみることは尊いことです。しかし、この場合、自分の健康とか家庭のことはすっかり無視されて、友人との関係の比重があまりにも大きくなりすぎ、バランスの悪い状態になっています。たとえ自分の一言がきっかけで大変なことになったとしても、きっかけはあくまでもきっかけであり、彼女に全責任があるわけではありません。頭では十分にわかっているのですが、それでも自分を犠牲にして頑張らざるを得ない。おそらく彼女の心のどこかに「自分を大切にしていけない」という心の事情があるのでしょう。しかし、友人の面倒をみるために自分を犠牲にして、結局、心や体がポロポロになってしまうということには大きな矛盾があります。なぜなら、その面倒や世話は一時的には有効でも、決して結局長続きしないからです。心の問題への関わりには長い時間がかかるのですから、本気で面倒をみようとするならば、自分自身もちゃんと癒される場を持って、長丁場をのりきる心身の安定を保っておくことこそが必要なのです。

### 手に余る問題をかかえこんでしまう

関連した例をあげましょう。

ある男性が、体調不良で色々検査したがどこも悪いところもなく、どうもストレス性のもののように思うということで相談に来られました。彼は労働組合の世話役をしています。役員経験の長い方で、回りから当てにされ、懸案事項を山のように抱えていました。そのたくさんの懸案について、どんな風を感じているかひとつひとつ聴いていくと、ひとつの問題が

特別に心の負担になっているということが明らかになりました。それは、ある心の問題を抱えた若い組合員が引き起こすトラブルにどう対処していいかわからないという問題でした。なだめたり、説得したり、会社にかけて職場の環境をかえたり、病院に行くように勧めたり、色々努力してみるのですが、うまくいきません。普通に話しかけているつもりなのに、妙な風に受けとめられていたりもします。どう関わればいいのかわからなくなり、それがとても苦痛だったことでした。

その役員さんは、若い者の面倒をととてもよく見てきました。その姿勢は、彼自身が家族のなかで「分に保護されずに育った」という体験から来ていました。家族の中でつらい思いをしてきたからこそ、自分は目下の者を保護し決して見捨てないでようこそしようと努力してきたのです。彼にとって目下の者を護ることは、かつて護られなかった幼い自分を護るというイメージと重なっていました。他人の世話をしつつ、同時に心の欠落を埋めていたのです。そして、その大切なイメージが壊れることを恐れるあまり、自分の手に余るような問題も抱え込み、体調を崩してしまったのです。

日頃は全般的な人間関係もうまくいっており、心の健康度の高い印象の方でも、ひとつの人間関係が強く作用して、心のバランスを崩してしまうということはよく起こります。そこには、その人自身の生い立ちが、自分で思うよりはるかに強力にからんでいることがよくあります。そのあたりが自分で理解できると、心のバランスをとる手だても見つかるものです。その後、その役員さんとは、彼ができることと私の方が協力できることと役割分担をしなから、協力してその問題に対処していくことになりました。

## 愛情だけではやっていけない

同じような問題は、親子関係のなかでよりハッキリとした形をとることがあります。

ある中年女性のケースを紹介しましょう。

この女性は、息子が学校を中退し、非行仲間と一緒にぶらぶらしていることに悩んでいました。自分も夫も一生懸命働いているのに、子供は学校に行か

ないだけでなく、盗難や暴力事件にかかわって警察沙汰になったり、次々と問題を繰り返すのです。彼女は、なんとかしようとして、教育心理学の本を一生懸命読んで勉強し、心理学の講演会にもでかけ、子供とコミュニケーションをとる努力を繰り返すのですがなかなかうまくいきません。むしろ、勉強すればするほど、母親としての自分の愛情が足らなかつたと非難されているように感じ、自分を責め、つらくなつていくばかりでした。

「私の育て方が悪かったのかも知れない」という彼女の気持ちを何回かにわたって聞いていくと、ある日、珍しく強い調子で、「子供に腹がたつ!」「あんな子は嫌い!もともと私と肌が合わない!」という思いを語り始めました。それまで抑えていたものが一度に噴き出してきたような感じでした。「親は子供を愛していなければならない」という一種のタブーを、言葉の上で破ってみたのです。面接の場でたまっていた気持ちを吐き出したことがひとつの転機になったようで、それ以降、彼女は自分の気持ちをよく語るようになり、やがて不安な感じが減って、落ち着いた印象に変わっていきました。不思議なことに、同じ時期、息子さんの方もアルバイトを始めたか、少しずつ落ち着いていったのです。彼女の方から何の働きかけもしないのに、自然にいい方向に向かったことでした。

このケースの場合、「母親だから子供を愛して当然」とか、「子供が非行に走るのは母親の愛情不足のせい」とか、そういう常識のしばりを一旦外して、子供に対する生理的な嫌悪感というものを言葉にしてみたことがよかつたようです。うらみ、つらみ、愚痴、そんなことを率直に吐き出せる場があると、それだけでややこしくもつれていた感情がほぐれることがあります。肩の力が抜けて日常の態度もすこしやわらかくなったのでしょう。その結果として、直接には何もなくても息子さんとの関係も改善したのではないかと考えられます。一見遠回りのようですが、お母さんに安定してもらうようにするということが、結果的に子供の問題解決に近いこともあるのです。

## カウンセラー自身のカウンセリング

今回ご紹介したみなさんのように、他人の面倒をみることができるほど心が健康な人たちの場合、比較的短期間でカウンセリングのはっきりした効果が期待できます。

同じように心の悩みのある人を援助する立場にある我々カウンセラーはどうしているのかということも説明しましょう。実は、カウンセラー自身がカウンセリング受けるということがとても重要視されています。百時間、二百時間と、教育的なカウンセリングを受けて、ようやく一人前と言われます。カウンセラーが自分自身を理解するという体験があつてはじめて、他の人の心に関わることができるということです。カウンセリングの研修生の中には、自分がカウンセリングや心理療法を人に「施す」のはいいが、自分自身がカウンセリングを受けるのには抵抗があるという方があります。一方的に援助する側に回りたいということなのですが、そういう偏った姿勢では、長期にわたって人の心を支えることはできないだろうと思います。

同じような意味で、私は、職場で相談にのる役割を担っている皆さん、心の問題を抱えた人のそばで面倒をみておられる皆さん、子供のことで悩んでおられる親御さんに、「まずご自身がカウンセリングを体験してみたいかがですか」とお勧めしています。心の病になった人に必要なのがカウンセリングと思われているようですが、実際やってみると、心の病の人を医師やカウンセラーなどの専門家とつなぐというのは結構骨の折れる大変なことです。無理強いたり、タイミングを誤ると逆効果になったりもします。回りにいらっしゃる方の支えとしてカウンセリングを利用するというのが、遠いようでかえって近道であったりします。面倒をみる側の心がある程度安定していると、おかしな行動や聞き難い話でも少しゆとりを持って受けとめることができるようになります。関わる側にゆとりがあれば、心に問題をかかえた方にも安心感が生まれ、いい効果をもたらすことになります。私自身も、教育的なカウンセリングを受け続けていますが、それがあつてはじめて人様の心の問題に関わるといつも感じています。

### 第3回

## 心の問題の専門家とは？

今回もまず、例をあげましょう。いつものように曖昧な記述にしてあることをご了承ください。

ある男性は、「子供の霊にとりつかれた」との訴えしました。家族で色々なことがあつた後、夜になると、いないはずの子供の霊が現れるようになり、たびたび睡眠を妨げられて非常な苦痛を味わうとのことでした。彼にはその子供の霊が実体としてはっきり感じ取れるということでした。その後、精神科の病院にも入院して治療を受けましたが、入院中も霊はたびたび現われ、消え去ることはありませんでした。霊が現れるのは夜だけなので、退院してなんとか職場復帰しました。1年ほどたった後、しばらくぶりでお会いすると、彼は非常にさっぱりした表情になっておられます。話を聞いてみると、霊媒師のような人にお祓いをしてもらった、それ以降、霊がまったく現われなくなって助かったということでした。

私は、どちらかという霊とか超心理学とかオカルトは苦手です。そういう分野についてあれこれ論ずる気になれません。しかし、彼の心の悩みにとっては、カウンセリングも精神医療も無力であり、唯一、霊媒師のお祓いだけが有効だったのです。この事例では、心の問題の解決とは何か、心の問題の専門家とは何なのかということについて、あらためて考えさせられました。心の問題を抱えたそれぞれの人にとって何が有効なのかは、実は結果論でしか語れないようなものなのかも知れません。

職場や地域で心の問題を抱えた人に出会い、どうも素人の手には負えないようだ判断すると、われわれは専門家にかかることを勧めます。紹介先としてまず思い浮かべるのが、精神科や心療内科であり、カウンセラーや各種セラピストになります。しかし、本人や家族を繰り返し説得し、職場での条件をととのえ、あらゆる努力をしてようやく専門家につなぐところまで漕ぎつけても、それで一件落着とはいかないことが多いのです。

## 心の問題はまだまだ未解明

「何度も何度も本人を説得して、ようやく病院に行かせた。薬も飲んでる。これでひと安心と思ってるのに、いつこうに症状がよくなる気配がない。以前よりひどくなったようにさえ思う」

「カウンセリングがいいというから行かせたが、ただ話を聞いてくれるだけで何もしてくれないといって、本人からカウンセリングをやめてしまった」

心の問題について、職場の担当者からこういう苦情が寄せられるのは珍しいことではありません。誤解を恐れずに言えば、すっかり治りましたという例の方が少数派かも知れません。なぜそうなるのでしょうか？ その理由は、心の問題あるいは脳の問題というのは、きわめて複雑であり、まだまだほんの一部しか解明されておらず、そもそもどういふプロセスでどうなることが病気で、どうなることが治ることなのか、ほとんどわかっていないところにあります。

かなり前の話になりますが、ある方が精神科で定期的に血液検査を受け、血中のリチウム濃度を調べ、薬でそのリチウム濃度を調整して症状を改善するということでした。この話をうかがった時、私は、あいまいな面の多い心の問題もいよいよ脳科学や生化学的なものとして解明されるようになった。心の病は「脳の故障」としてとらえられるようになるのだと感慨を覚えました。しかし、その後約20年たちますが、期待したほどに精神医学が劇的に発展することはありませんでした。確かに精神科領域で、薬や検査が飛躍的に発展してきたのは事実です。しかし、それともなつて心の問題を抱えている人が大幅に減ったかという、そんなことはありません。医学の進歩を裏切るかのように、薬の効果がみられないタイプの心の病は大きく増えているとさえ言う研究者もあります。

## 「必ず治る」という言い方の問題

マスコミなどで、「うつは必ず治る！」というようなスローガンめいた言葉を目にすることがありますが、私はいつも疑問を感じています。確かに、「うつは

治るもの」という期待を持って治療を動機づけるという意味はあるでしょう。しかし、自分がその「必ず治るうつ」なのかどうかは、どうやってわかるのでしょうか。それは、治ってみてはじめてわかるというような、とても曖昧なものに過ぎないのではないのでしょうか。「必ず治る」というのは、治療しても治らない人に対して「あなたはうつではなくてもっと重い病気だから治らないのだ！」と宣告するよううさんくささがあつても好きになれません。

悩みを抱えた方に付き添って病院に行ったり、入院に立ち会つたすることがよくありますが、医者にかつた段階で、「病院にまかせたからもう大丈夫」「入院したのだからあとは元気になって退院してくるだけだろう」とホッと一息つきたい気持ちになるのは人情というものです。しかし、そこで油断しないことが大切だと思います。精神医療にかかるとは、本人にとっては回りの人間が想像しているよりはるかに負担の大きなことだからです。

「もしかすると、自分は普通の人間から外れ、もう戻れなくなったのではないか！」

精神医療にかつた方は、強烈な恐怖、絶対的な孤立感を抱いている可能性があります。これが、通常の病気で医者にかかることとの大きなちがいです。そんな不安定な気持ちの時に、回りが、「もう病院に任せたら大丈夫」「あとは専門家に任せておこう」「薬を飲んでるから治るだろう」と、安心してちょっと距離をとることが、「みんなが離れていく」「自分は見捨てられた」と受けとめられてしまうことがあります。これが、専門家にまかせることに伴う「人間関係上の副作用」と私は考えています。

現実には、入院中の病院で治療上の必要から面会が制限されたり、本人の方から回りに対して拒絶的になってしまつたり、あれこれ言わずにそつとしておくことが何より大切だったり、色々な場合があります。しかし、信頼され、当てにされている身近な人間は、「決して見捨てていない」「孤立なんかさせない」という姿勢を維持しておく必要があります。専門家とつなぐ段階が決してゴールではありません。むしろ、人間関係上きわめてデリケートな対応を求められるタイミングです。このタイミングに、職場においては、たとえば異動や退職といった不安をもたらすよ

うな環境の変化はできるだけ避ける、手続きなど後回しにできることはできるだけ保留しておくというような配慮が大切だと思います。

## 医者という権威に対する 恐れを理解する

次に、また例をあげてみましょう。

精神科に通院し、並行してカウンセリングも受けながら働いている男性の話です。彼は、医者から処方された薬についての恐怖感を私に語ります。副作用でボーっとして感覚が鈍っている。このまま呆けてしまうのではないかと。薬をやめないと結婚できないと思う。もし結婚できても薬を飲んでいたら奇形児が生まれるのではないかと。いつになったら薬をやめられるのか。医者は一生飲む必要があると言っている。本当にそうなのか。医者は薬を出さないとお金にならないから出しているだけじゃないのか。医者の論文のためのモルモットにされているのではないかと…

彼は、カウンセリングのたびに、医者でもらっている薬についての不安、恐怖感をえんえんと語ります。さて、こんな話を繰り返して訴えられた時、皆さんならどう答えますか？

私は、最初のうちは、

「医者もあなたのために考えてくれていたはずだから、とにかく指示通り薬を飲み続けながら様子をみるのがいい」と説得していました。説得しながら、やがて薬を飲むことに慣れて、だんだん薬の効果も出てくるだろうと期待していました。ところが、副作用についての訴えは一向におさまりません。それどころか、呆けることや結婚についての不安は、おさまるところか高まるばかりです。医者に対する不信感もつるばかりで、今にも治療をやめてしまいそうな雰囲気さえ出てきました。

私は、危機的なものを感じ、それまでの自分の態度をもう一度見直してみました。よく考えてみると、私は、医者の薬による治療を正しいものとし、それに違和感を感じる彼の気持ちを間違ったものとして扱っていました。客観的に見て医者は正当な治療をして

いましたし、そのことが問題ではありません。問題なのは、それまで彼の心にずっと寄り添ってきたはずのカウンセラーが、彼の医者に対する不安や不信感には寄り添うことなく、医者という権威の側に立ってしまい、彼の気持ちを否定していたことでした。それが、彼の不安を促進していたのです。

私はそれまでの対応をあらため、彼の医療に対する不安や不信を積極的に受け入れるという方向に切り換えました。

「薬を飲み続けると呆けてしまうかもという心配は当然だね」「子供に影響がでないとは言えないね」「本当に一生薬を飲まなければならないかどうか、そこまで医者にわかるのか疑問だね」「薬なんて飲みたくないよね」

さらには、一歩踏み込んで、薬の分量や飲み続ける期間の目安などについて、納得がいくまで医者と交渉してみることも勧めました。医者に従っておくのが一番ということとは180度ちがう対応です。彼は薬についての疑問を箇条書きにしたメモをつくり、実際に医者との交渉も試みました。そんなことを続けて数か月、彼は、「薬には不安もあるけど、いつやめるか考えるより、最低限の量を一生飲みながら働いていく方と考える方が気がラク」と言うようになり、薬をめぐる不安は徐々に緩和していったのです。

## 医者との連携ということ

心を病んでいる人にとって、医者は、一面では薬を与え病気を治してくれる理想的な「救済者」です。しかし、その一方では、どうやったらよくなるかはっきりしない病気をいいことに、金儲けめあてに入院させたり、副作用のある毒を盛るかも知れない「怖い人」というイメージもあるのです。その怖さも受け入れる人間が一人くらいは側にいることも必要なのではないでしょうか。「ちゃんと医者にかかるといって」「ちゃんと薬を飲むように」というのは、誰でも言えることです。それに加えて、医者に対する不安や不満を聞ける人間がいることで、行き場のなかった過剰な不安が緩和されます。心の片隅に薬を飲まないという選択の余地も持つことが、かえって薬を飲まない場合のデメリットについても落ち着いて考えることにつ

ながったりもするのです。

「医者との連携」という大義名分のもとで、本人の頭越しで医者と連絡を取り、職場の対策を立てることは、そのことを本人が知った時のリスクの面の方が大きいと私は考えています。あまりいいたとえではないかもしれませんが、医者が権威ある「父親的存在」であるとするならば、父親を理解しつつも子供の気持ちもちゃんと理解する「母親的存在」もいる方がバランスがとれるのではないのでしょうか。

### ドクターショッピングについて

次の例をあげましょう。

ある鬱に悩む方の話です。彼は、私の紹介した医師を受診していました。受診しはじめの時期、彼は、診察室での話をとてもうれしそうに報告してくれました。医者を理想的な人物として心酔している感じです。しかし、そういう過剰な理想化はたいへん長くは続きません。やがて、ちょっとしたことをきっかけに彼は医者にひどく幻滅し、やがて通院もやめてしまいました。私はやむなく別の医師をさがし、また受診をすすめます。そこでも、また理想化がおこり、そして、幻滅が起こる。そんなことを2度3度繰り返すうちに、カウンセラーとの関係も疎遠になっていきました。

彼のように医者や治療者を次々と変えていくことを「ドクター・ショッピング」と言います。医者との関係が安定せず治療がうまくいかないという否定的な意味で使われます。では、こんなドクター・ショッピングを繰り返す方に、われわれはどのような対応をしたらいいのでしょうか？

このケースの場合、私が医者を変えたいくなる彼の気持ちに早い段階から十分寄り添えていたら、事態はちがったかも知れません。私が彼と医者との関係をアレンジし、彼がその関係を一旦理想化した後に幻滅し、また私が医者との関係をアレンジし、また彼がそれを台無しにする…というプロセスが繰り返されました。そして、彼が医者との関係に失敗するたび、私はガッカリし、彼の方は私の期待に応えられなかったという絶望感を味わっていたのかも知れません。私と医者が同盟し、その二人の期待に応えられなかった彼がいる。そんな図式が彼を追い込んでしまった

のかも知れません。

こんな経験をふまえ、私は最近、求められても医者を紹介しないようにしています。もちろん、通院をすすめますし、医者の探し方についての一般的な情報は提供します。しかし、病院までついていったり、主治医にカウンセリングの内容を伝えることは慎んでいます。もちろん、医者とカウンセラーで情報を共有した方が、より効果的な治療の可能性をひろげるという考え方もあるでしょう。しかし、医者とカウンセラーが裏でつながっているということがもたらす恐れによる「副作用」の方が心配です。医者とカウンセラーとは窓口を別々にして役割を分担しておく方が、病んだ心にとってはずっと安全だと私は考えています。

ドクター・ショッピングについては、そのこと自体の良し悪しをいうよりも、ドクターを変えざるをえなくなった彼がいかにか傷つき、いかにか絶望感を味わっているかということをもっと考えて欲しいと思います。心を病んだ人にとっては、頼りにしていた治療者と別れざるを得ない非常につらいことです。それでも別れざるを得ない何かがあつて別れるのです。彼を責めるのではなく、別れの絶望感を理解するという形で、悩む心を支え、次の出会いにつないでいくしかないのではないのでしょうか。

### 病名について

今回の最後に、医者でつけられる「病名」というものについて、少しでもコメントしておきたいと思います。

心の病について、本人はもとより回りの人間も病名ということに非常に気にします。はつきりしない病であるだけに、職場などでは必ず病名が問題になります。同僚から「さぼりでないならば病名をハッキリして欲しい」という意見が出てくることもあります。

しかし、経験的にいうと、心の問題についての「病名」というのは、さほどアテになるものではありません。もちろん、治療や投薬のプランを立てる上で病名は重要です。しかし、一人の人間が働き生活していくということとの関連で言えば、病名は副次的なものでしかありません。わざわざこんな当たり前のことを強調するのは、心の問題の場合、人格ではなくあ

たかも病名が服を着ているかのような語られ方をすることがあまりに多いからです。

そもそも、診断書に書かれる心の病の病名は、かなり融通無碍なものではないかと私は思っています。私の知る限り、心ある医者であればあるほど、それがどういう目的でどこに出されるかによって病名は融通無碍であるように思います。なぜ融通無碍かといえば、病名というものが、下手をすると一人歩きして患者を傷つけるリスクがあるからです。われわれもまた、診断書の病名だけをみて、苦しんでいる当の本人のナマの姿を見失うという本末転倒に陥らないように、気を付ける必要があるだろうと思えます。

## 第4回

前回まで、いくつか事例を紹介しながら、心の相談において聴くことが何より重要だということをお話ししてきました。では具体的にどうやったら話が聴けるか、そのコツについて書いてみたいと思います。今回は、聴く技術を身につけるためにわれわれカウンセラーが行うトレーニング法を紹介します。

トレーニングの基本は、自分が悩みを聴いてもらう側になり、相手の対応次第でどんな気持ちになるか、どういう時に話しやすく、どういう時に話しにくいかなんかを体験してみることです。悩みを聴いてもらう側の気持ちが少しわかってくると、相談を受ける時の対応の仕方もおのずから変化してきます。

### 犬やバラになってみる

私がよくやるのは、「悩み事を抱えた犬やバラになってみてカウンセラーに相談を受ける」という簡単なお芝居を使ったトレーニングです。相談のトレーニングですから、うつ状態の人とか、自殺を考えている人になってみるお芝居を用いて相談するという方法も考えられますが、実際にやってみるとあまりに生々しすぎて、基本のトレーニングには不向きです。むしろ、困っている人とかバラという他愛のないものになって相談するという設定の方が、他愛のない分だけ心の自由度が高まって、かえって心の動きを

よく味わえるというメリットがあるように思います。

以下、具体的な進め方を紹介します。いたって簡単なものなので、相談担当者同士で実際にやっていたかとよいかと思えます。

1人は悩みを抱えた犬や薔薇の役をやります。動物でも植物でも感情移入しやすいものなら何でもいいです。できるだけ役になりきってカウンセラーに悩み事を訴えます。

相談に応じるカウンセラー役の方は2人。全然違う2つのタイプのカウンセラーを演じます。1人2役でもかまいません。

1人目のカウンセラーは、相談に来た犬やバラの「考えを変えさせよう」と強く働きかけるタイプ。この方針で徹底して相談に応じてみます。

2人目のカウンセラーは、犬やバラの考えを「全然変えようとはせず」に、ただひたすら共感するタイプ。

この2人を相手に5分程度の相談を2回やります。それぞれスタートの一言だけは全く同じ言葉で始め、あとは流れにまかせて自由に相談を続けます。それぞれどんな話になっていくか、それを体験していきます。

以下、実況放送風に紹介しましょう。相談者は悩みを抱えた犬です。

#### パターン1:

##### 考えを変えさせようとするカウンセラー

カウンセラー(以下「カ」と略す):

「どうされました?」

悩んでいる犬(以下「犬」と略す):

「近頃、飼い主がちっとも散歩に連れて行ってくれないんです。それが悩みで」

カ: 「それで、あなたはどうしたいんですか?」

犬: 「前のように散歩に連れてって欲しいんです」

カ: 「あなたは飼い主にはつきりそう伝えましたか?」

犬: 「いいえ、お孫さんが産まれて忙しそうなので…」

カ: 「飼い主は忙しくて散歩は無理な状況なんですね」

犬: 「はい」

カ: 「それなら散歩はガマンするという選択肢しかないようですね」

犬：「でも、散歩に行かないと運動不足で体調も悪くなりそうで」  
 カ：「では、散歩以外の方法で運動することを考えたらどうですか？」  
 犬：「そうはいっても鎖でつながれてるし、散歩に出ないと気持ちもふさぐし、他のことではやる気がでないし…」  
 カ：「行けないという現実がある以上、気持ちの方を切り換えるしか手がないと思いますよ」  
 犬：「はあ、切り換えたらいいというのはよくわかるんですが、なかなか…」  
 カ：「くよくよすると、よけいふさぐばかりですよ。何事も前向きに考えないと」  
 犬：「前向きにですか？ でも私はしよせん飼われてる身だから、前向きといわれても自分ではどうしようもありません」  
 カ：「そういう風に考える時点でもう後ろ向きですね。だからつらくなる」  
 犬：「つらいのは私の後ろ向きな考え方に問題があるということなんですね…」  
 カ：「そうそう。他人は変えられない。他人をどうしようとするからつらくなる。自分の考え方の方を変えるしかない」  
 犬：「わかりました。色々教えていただいてありがとうございました」

\*\*\*

細かいところは省略してありますが、大体こんな感じのやりとりになることが多いようです。

## パターン2：

### ひたすら共感するカウンセラー

カウンセラー：  
 「どうされました？」  
 悩んでいる犬：  
 「近頃、飼い主がちっとも散歩に連れて行ってくれないんです。それが悩みで…」  
 カ：「近頃ちっとも散歩に連れていってくれないんですね」  
 犬：「ええ、以前はよく連れて行ってくれたんですけど」

カ：「以前はよく連れて行ってくれたんですね」  
 犬：「ええ、でも最近飼い主にお孫さんが生まれて忙しく、それで、私の散歩どころじゃないようで」  
 カ：「あなたの散歩どころじゃないという感じなんですね」  
 犬：「ええ、仕方がないとは思うんですけど」  
 カ：「仕方がないと思う、その一方で、散歩に連れて行って欲しいという気持ちと両方あるんですね」  
 犬：「ええ、別に散歩のことは仕方がないと思うんですけど…何か自分が無視されているようで…」  
 カ：「無視されてつらいんですね」  
 犬：「ええ、…でも、今だけかなとも思うんです。忙しいのが一段落したらと」  
 カ：「こういう状態は今だけかなとも思うんですね」  
 犬：「ええ、ずーっと一緒だったんですから。今はたまたま忙しいことが重なってるだけで、でもそれはいつまでも続くわけじゃないでしょうし」  
 カ：「ずーっと一緒だったのだから、一段落したら、またあなたのことを気に掛けてくれるだろうと期待してるんですね」  
 犬：「でも、その時になってみないとわからないですけどね。でも、そう信じたいです」  
 カ：「ずーっと一緒だったということを感じたいんですね」  
 犬：「そう、今は信じて待つしかないんですね」

\*\*\*

こちらのパターンの場合にはこんな感じで話が展開することが多いように思います。

さて、皆さんはこの2つのモデルを比べてみてどう思われますか？

ここで、私はどちらのやりとりがいいとか悪いとかを述べたいわけではありません。しかし、話を聴く側の対応の姿勢次第で、聴いてもらう方の気持ちの動きに明らかな違いが出てくるということは、知っておく価値があると思います。それを体験的に理解するのに、このような演劇仕立てのトレーニングがとてもいいと思っています。相談を担当されている方は、一度、実際にやってみることをお勧めします。

それでは、上記の2つのパターンのやりとりにおいて、一体何が起きているのか、細かくみていき

ましよう。

## 考え方を考えさせようとする

パターン1の「考えを考えさせようとするカウンセラー」の場合、カウンセラーの主導で、悩みごとを合理的に整理していく形で話し合いがすすめられます。

まず、カウンセラーは悩める犬に対し「あなたは どうしたいの?」と質問し、この場で何を話し合うのか主題を明確にしました。そして、犬が強い主に「散歩に連れて行ってほしい」という意志を伝えていないこと。飼い主が忙しくて散歩に連れていけないような状況にないことなどを確認していきます。さらに、現状でできることとして、ガマンするか、散歩に変わる別の方法で不満をやわらげるかという具体策を示して、犬に選択させようします。しかし、犬の方はカウンセラーの言うことをすんなり受け入れる気になれず、無力感を語ります。そこで、カウンセラーは、アプローチする方向を変え、犬の考え方の傾向に焦点をあて、「後ろ向きな考え方」ということを指摘していきます。犬の方は、最初、反発を感じて反論しようとしたのですが、カウンセラーは、犬の反論そのものが、まさに後ろ向きな考え方の悪循環をしめしているということを指摘します。犬は、結局、「くよくよしてもしょうがない」、「自分の考え方を考えるしかない」ということをカウンセラーから学んだと語り、話し合いが一段落します。

## 考え方を考えようとしな

パターン2の「ひたすら共感するカウンセラー」の場合、はどうでしょうか。こちらでは、カウンセラーはほとんど犬の言ったことをそのままなぞるだけです。「散歩に連れて行って欲しくないんですね」「以前は連れていって欲しかったんですね」「あなたの散歩どころじゃないんですね」。そして、犬の気持ちを中心に確認していきます。「仕方ない…散歩に連れて行って欲しいという気持ちと向方あるんですね」「無視されてつらいんですね」。感情に焦点を当てた話を続けると、犬の話す内容が少しずつ変化し、「今だけじゃないかと思う」「ざーっと 一緒だったことを信じたい」「信

じて待つしかない」というような話に展開して行きました。話の内容については、色々な展開が考えられますが、ここでのポイントは以下の2点です。ひとつは、カウンセラーの関心が、知的な整理ではなく気持ちに向けられていること。もうひとつは、話の主導権がカウンセラーではなく犬の方にあずけられているということです。

このやりとりで出てきた「信じて待つ」というのは、他愛のない結論のようにも思えます。待ったところで何の保証もありません。しかし、重要なのはその結論がカウンセラーから与えられたのではなく、自発的なものだったということです。ここがパターン1と違うところです。解決にはならなくても、悩みを話ながら自発的な結論を模索したという事実が今後の支えになってく可能性があります。

パターン1の方は、カウンセラーが「道を示してくれた!」ということで、一時的には強い支えになることもあります。しかし、無理して取り入れたものは身にならないということもあるのです。

悩める犬の相談にのるという突拍子のないことを紹介してきましたが、実際の相談場面を実験的にテープにとって後から文字にしてみると、ここは相談に来た方の話が主導になっているとか、ここからはカウンセラーの話が主導になっているとか、悩める犬のモデルとほぼ同じようなことが実際のやりとりでもおこっているのがわかります。

## 不満や愚痴は徹底的に聴いてみる

相談の場では、上司や同僚への不満や愚痴が話題となることがよくあります。不満や愚痴というのは、聞いている側にとっては気持ちのよいものではありません。延々と愚痴を語られると、「いい加減してくれ!」という気持ちもわき上がってきます。現実があまりに誇張されゆがめられていると感じられることもあります。もっと生産的な話へと方向転換したくなります。でも、不満や愚痴から話題を変えようとしてもなかなかうまく行きません。そんな時、どう対応したらよいでしょうか?

私は、強い不満や愚痴が出てきた時には、これは「一つのチャンス」だと思って、さえぎらず、あえて

くわしく語ってもらおうように心がけています。それでは不満や愚痴が延々とつづくばかりで、非生産的だと思われるかも知れません。確かにそういう場合もあります。しかし、経験的にみると、できるくわしく語っていただいた方が、結果的に話が落ち着くべきところに落ち着くという気がします。

上司や同僚に強い不満を抱くのは、その人たちに対して「無関心ではられない」ということを意味しています。無関心ならばそんなに強い感情を抱くはずがありません。むしろ、無意識に上司や同僚に強い期待や特定のイメージを抱いているがゆえ、非常に不満だったり愚痴を言いたくなったりしていることが多いように思います。自分を認めてくれる存在であってほしい、絶対に裏切らない仲間であってほしい、理想の存在であってほしい、自分を尊敬してほしい、そういうさまざま気持ちが背景にあるからこそ、強い不満を感じ、たくさん愚痴を言いたくなるのです。不満や愚痴を十分に言葉にしていくうちに、やがて、そのように感じざるをえない自分ということについての、自発的な探究が始まるのです。

## 第5回

連載の最後に、心の相談の場に自殺という問題が持ち込まれた時、われわれに何ができるのかということについて考えてみたいと思います。近年、特に中高年の自殺の急増が報じられ、経済的、社会的な角度、あるいは、文化的、心理学的な角度から論じられていますが、ここでは大局的な観点とは別に、私が出会ってきた人々との関係のなかで考えてきたことをご紹介します。

### 死にたいという気持ちと向き合う

「死にたい」「もう死ぬしかない」「生きていても意味が感じられない」「知っている人が一人も居ない所に行きたい」「この世から消えてしまいたい」「もう疲れ果てて何も残っていない」…

心の相談のなかでこんな言葉を聞くことはよくあります。そして、時には、

「先生は死にたいという気持ちが本当にわかりま

すか？」

「死にたいと思ったことありますか？」

「先生は何のために生きてるんですか？」

そんなドキッとする問いかけに戸惑ってしまうこともあります。私としては、

「うーん、難しいねえ」

としばらく黙って、とりあえず時間をつくってみるしかありませんでした。

実際のところ、人はどうして死にたいと思うのでしょうか？そして、どうして生きていけるのでしょうか？

ある方は、「生きていてもつらいばかりだ」といいます。「禁止薬物に頼ってしばらく生きのびてきたが、そんな自分に嫌気がさしている。もう生きていることに疲れ果てたから死にたい」と語ります。また、ある方は、「生きる気力を使い果たした感じで、もう疲れた」とおっしゃいます。あるいは、「自分がこの世に生きていること自体が周りの人間や地球環境にとってマイナスなだけで何の価値もないから、死んだ方が家族や世の中のためになる」と語る方もあります。

多くのケースを検討していけば「死にたい」とおっしゃる方に、色々な共通点を見出し何種類かのタイプに分類することもできるでしょう。しかし、今の私は「自殺するタイプ」について分類したり定義したりすることにあまり興味を持っていません。類型に気持ちを奪われることで、目の前にいる方が、それぞれの色々な事情で「死にたい」と思っているという事実から目をそらしたくないのです。必要なのは、自殺予防の技術的なマニュアルよりも、目の前の相手とちゃんと関わるという基本的姿勢だと考えています。

### コミュニケーションが命綱

我々の目の前にいる人間が「死にたい！」とか「死ぬしかない」と言い始めた時、すぐに何か手を打たなければとあわてるのは当然です。しかし、経験的にみて、「これは大ごとだ」という一点だけで行動することには落とし穴があるような気がします。まず呼吸おいて、目の前で「死にたい！」と言っているその気持ちに落ち着いてつきあってみるのがよいのです。どんなつらさがあるのか、どんな悔しさなのか、何かを喪失したのか、何に疲れたのか、わ

けのわからない衝動が働いているのか、その辺りをていねいに聴いてみましょう。

われわれに対して「死にたい」という言葉が投げかけられているという状況にはとても重要な意味があります。そこには、「死にたい」と口にすることができるコミュニケーションがまだ存在しているのです。そのコミュニケーションによって、彼や彼女は、まだなんとか生の世界とつながっているのです。

「死にたい」という言葉を受けとめてコミュニケーションするのは、別に自殺を認めようという意味ではありません。「死にたい」という相手の気持ちを受け入れて、そのことについてゆっくり話しあった上で生きてもらおうということです。

自殺について、別の言い方で「白決」とか「白裁」という表現があります。「白決」とは自分の生死を自分で決めること、「白裁」とは自らの存在を自分で裁くというような意味合いでしょうか。私は、一旦、気持ちの上で死を選択しようとしている「白決」「白裁」に至る思いを、もう一度再検討して、あらためて生の方向に「白決」「白裁」して欲しい、つまり、自分で生きることを選択して欲しい、そういう関わり方がなんとかできないものかと思っています。

「死にたい」「死ぬしかない」とおっしゃる方に対して、私は

「あなたの死にたいという思いはよくわかる。それを最終的に決めるのはあなただということは間違いない。けれど、私はこのことについてもっとあなたと話し合いたい。だから、とにかく、次の面接の日までは生きていて欲しい」と

約束していただくことがあります。死に至る思いを無理に変えさせようというのではなく、目の前の私との関係をちょっとした間つなぐという約束を結んでもらうのです。実際、そうやって、次回まで、また次回までと何度も約束を繰り返しながら、数か月、数年とつないでいくことが可能です。世間の中で生きていくことは絶望的に思っても、目の前のわれわれとのちょっとしたつながりのためならば生きのびることができるかも知れないのです。

## ゆるやかな自殺

アルコールで我を忘れること、非合法な薬物に依存すること、極端に食べたり食べなかつたりすること、そして、身体を壊すほど働きすぎること。それらは、自分の身体をみずから痛めつけるということで共通しています。そこには、「死にたい」という明確な意識はなくても、いわば「緩やかな自殺」と言えるのではないのでしょうか。

アルコールで問題を起こす方に酒をやめるように助言すると

「酒をやめるくらいなら死んだ方がましだ！」と反論されることがあります。「死んだ方がまし」とは誇張のようですが、しかし、ひよっとするとホンネなのかも知れないと思うことがあります。非合法な薬物に依存している方とお話すると、葉のせいでおかしくなったという結果論ではなく、一気に自殺するかわりに薬物を使ってゆるやかに死に向かっているのが真実のように思えることがあります。糖尿病が進行すると頭で十分わかっていても、ものすごい勢いで過食する人も同様の感じがします。また、休日の空しさに耐えられず、日曜日にも職場に出かけないではいられない人も同じような感じがします。

アルコールも、非合法な薬物も、摂食障害も、働き過ぎも、それが心身を損なうものであり、できるだけ早くそういう状態から脱していただくにこしたことはないのですが、しかし、同時に、それらの「悪癖」が、彼や彼女にとってとりあえず急激な死を免れるという役割を果たしているかも知れないという観点も持つ必要があります。本人の納得なしに、ただただ「悪癖」を除去すれば問題解決になるという発想のみで関わっていくと、いよいよ死ぬしか道がないという別リスクを負う可能性もあるのです。

「人間やめますか、クスリやめますか」

というキャッチフレーズがありますが、

「クスリはやめます、そして、人間もやめます」とならないための目配りも必要ではないでしょうか。

緩やかな自殺の傾向にあるのではないかと思われる方とお話をする時、私は

「あなたはもしかして死にたいと思っていないですか？」と尋ねてみることにしています。「死にたい」という気持ちが自分の心の奥にあることをみとめ、それを言葉として他人の前ではっきり口に出してみるどころか

ら、はじめて問題解決の糸口がみえてくるのではないかと考えるからです。

## 動かない支点となること

世間で生きていくことに絶望し、死にたいという言葉を通じて、ある日私は

「今はつらいだろうけれど、生きていけば、そのうちきっと道が開けることもあるんじゃないですか」と言ったことがあります。すると、彼女は急に怒りの表情になり

「先生、そんな世間の奴らみたいなこと言わないで！ 私は、先生ならわかってくれると思って話しているのに！」

と、猛烈に抗議しました。彼女は「死にたい」という気持ちや語っても、それを否定しないでふんふんと受けとめる「非常識な」カウンセラーとつながっていたのです。ところが、私が不用意に「常識的な」話をしたことによって、そのつながりが切れてしまうような気がして、ものすごく腹が立ったようでした。私は、彼女の絶望や死にたい気持ちに対する理解が足りず、安易な話をしてしまったことを詫言、なんとか関係をつなぎとめました。

また、ある方は

「先生がいるから私は生きているが、先生が歳をとって私より先に死ぬのではないかと考えたら、また死にたくなる」

と語ります。私に対してあたかも心中物のような恋愛心理の状態にあったようです。私は

「私が死ぬことを考えたら生きていけないと思うんですね。でも、まだ10年や20年は大丈夫だと思いますよ」

と答えました。このように極端に思われることはとても重荷です。しかし、そんな時には腹を決めてしばらくは重荷を背負い続けるしかありません。こちらが落ち着いていると、心中物のような極端な心理状態もゆっくりですが落ち着いていきました。

別に、専門家でなくとも、たとえば職場で親身づつて相談に応じていると、一時的にまるで恋愛関係や親子関係のような極端な形で頼られることはよくあります。なぜ極端になるかといえば、世間で生きてい

くことにすっかり絶望している時に、ちよつとちがう人間と出会ったことで、今までとはまったくちがう関係を見出そうと必死になるからです。たとえて言えば、われわれは、絶望の淵に沈みかけている時にすがる細い命綱を託されているようなものなのです。急に引き上げようとすれば細い綱は切れてしまう恐れがあります。大切なのは、そのつながりをできるだけ長く維持すること。極端に理想化されたり恋愛対象のように扱われたり、あるいは、その反動でひどく幻滅されたり罵られたりしても、こちらがなんとか落ち着いていることができれば、やがて、安定した関係を「支点」として自分の方で絶望の淵からはい上がってこれるのです。相手をこちらのいいと思う方向に導こうとしていたずらに動くと、この「支点」が不安定になります。半分泥沼につかっているような状態でも、とにかく安定した「支点」の役割を果たし続けることが何より大切だと思います。

## 言葉を交わしあうこと

一番困難なのは、死にたい気持ちが背景にあるのに、「死にたい」ということを一切言葉にして語れないという場合ではないかと思ひます。死にたい気持ちを他人に対する言葉として発しないまま、さまざま治療によって症状は改善し、問題も少なくなり、医者やカウンセラーからも治ったと太鼓判を押され、そして、ある日突然みずから死を選ぶというようなことも実際にあるのです。目に見える症状はいくらよくなっても、人とのつながりという生きる根本のところ切れてしまったら人は生きていけないのです。

たかが言葉、されど言葉。「死にたい」という言葉もふくめ、あるいはドロドロして聞き難い内容を含め、あるいは、重苦しい沈黙や妄想的な言葉を含め、語られる言葉は人と人をつなぐ役割を持つものだと思います。心の問題にかかわる時、相手の考え方や行動を変えるとか、なんらかの成果をあげることよりも、今ここで言葉を交わし合っているこの関係を、いかに細く長くつないでいけるかということが、一番大切なことだと私は思っています。

(了)

※「関西労災職業病」連載記事からの転載



# 「産業人メンタルヘルス白書」

## ～「メンタルヘルスの取り組み」に関するアンケート調査とJMI健康調査から～

平成16年8月20日発表

財団法人社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所

### I. 企業における「心の病」の実態～産業人を取り巻く状況は悪化～

1. 最近3年間の企業における「心の病」は、約6割の企業が「増加傾向」と回答。
2. 「心の病」による「1か月以上の休業者」は、66.8%の企業で存在。
3. 最も多い疾患は「うつ病」であると、85.8%の企業が回答。
4. 「心の病」が最も多い年齢層は、約半数の企業が「30代」と回答。

### II. メンタルヘルスへの取り組み～管理監督者の役割と機能を重視～

1. 具体的なメンタルヘルス施策は「管理者向け教育」が、62.3%とトップ。
2. 「4つのケア」(旧労働省指針)の企業における優先度では、「ラインケア」を重視。
3. 「管理監督者に相談しやすい雰囲気づくり」を期待している企業が、3割弱。
4. 「安全衛生委員会」で取り組みを推進している企業が、半数を超える。

### III. 施策と「心の病」との関係～不調者を増やさないアプローチが効果的～

\* 「心の病」の増減傾向が「横ばい」の割合が高いか、「増加傾向」の割合が低い企業の特徴

1. 「メンタルヘルスの取り組みの考え方・目的」では、「不調者・病人の早期発見・早期治療」より「労災・事故等の発生防止」「疾病予

防・健康の保持増進」が効果的。

2. 「4つのケア」優先度では、「ラインケア」重視の企業が、対策の効果を挙げる。
3. 「管理監督者に最も期待している役割」では、「業務内容(仕事の質)の管理」「能力発揮のための育成・指導」を求める企業が、不調者の増加抑制効果を回答。

### IV. 30代を取り巻く状況～JMI健康調査による年齢別分析より～

1. 30代を中心に「仕事への負担感のなさ」「将来への希望」「評価への満足感」が落ち込み、10年前との比較では、負担が増大し、評価満足感も急激に下降。
2. 項目応答率でも、30代の精神的負担感、定年後不安、処遇制度への不満が顕著に。  
\* 10年前との比較で、否定的な回答への応答率増加が30代で顕著である項目  
「仕事がつらくてとても疲れる」「職場にいるときは、いつも気持ちにゆとりがない」「定年後の生活に不安を感じている」「現在の待遇にとっても不満である」

### 「メンタルヘルスの取り組み」に関するアンケート調査概要

2002年に引き続き、全上場企業の人事労務担当者を対象に、企業のメンタルヘルスに関する実態を分析・解明することを目的に下記の通り調査を実施した。

調査名： 「メンタルヘルスの取り組み」に関するアンケート調査

実施時期： 2004年4月

実施方法： アンケート調査票郵送方式

調査対象： 全上場企業2,676社の人事労務担当者

回答企業： 268企業（回収率10.0%）

調査内容： (1) メンタルヘルスに関する考え方(2) 取り組みの現状(3) 今後の課題

## I. 企業における「心の病」の実態

1. 約6割(58.2%)の企業において、最近3年間の心の病(Q21)は「増加傾向」と回答している。2002年調査(以下、前回)では、「増加傾向」は48.9%であり、9.3ポイント増となっている。

これを従業員数規模別にみると、1,000人未満の企業では(前回34.6%→今回45.2%)、1,000人から2,999人の企業では(前回55.1%→今回65.7%)、3,000人以上の企業では(前回61.5%→今回71.2%)と、いずれも悪化しているとの認識が強まっており、産業界を取り巻く状況の厳しさが懸念される。

2. 66.8%の企業には、「心の病」で1か月以上休業している従業員(Q27)が存在する(前回58.5%)。さらに、3,000人以上の企業では実に95.9%にも上っている(前回89.7%)。
3. 「心の病」のうち最も多い疾患(Q23)は、「うつ病(気分障害)」(85.8%)が圧倒的であり、前回(72.3%)を13.5ポイントも上回っている。以下「心身症」(4.5%)、「神経症(ノイローゼ)」(2.6%)が若干みられる。

前回は、従業員数規模が増えるにつれて「うつ病」の回答が多く、「うつ病」は「大企業従業員症候群」であるとしたが、今回の調査においては、従業員数規模による差はみられなくなっており、一般化してきていることがうかがえる。

4. 「心の病」の最も多い年齢層(Q25)は、「30代」(49.3%)であり、次いで「40代」(22.0%)となっている。比率は、業種や従業員数規模に関係なく、「30代」がトップとなっている。また、「30代」を指摘する企業は、1,000人未満(40.0%)、1,000人から2,999人(50.0%)、3,000人以上(63.0%)と従業

員数規模が大きいほど、顕著な傾向である。

## II. メンタルヘルスへの取り組み

1. メンタルヘルスに関する具体的な施策(Q5)では、「管理職向けの教育」が62.3%を占めており、次いで「社内報などによるPR」(47.4%)、「一般社員向けの教育」(41.4%)が上位であり、教育・啓発活動が中心となっている。以下「社外の相談機関への委嘱」(40.3%)、「心の健康診断の実施」(38.8%)などとなっている。
2. 4つのケア(旧労働省2000年)の企業における優先度(Q6)では、今回は「ラインケア→セルフケア→事業場内ケア→事業場外ケア」となっており、前回の「セルフケア→ラインケア」の優先順位が逆転している。つまり、管理監督者によるラインケアをより重視する傾向がみられる。
3. 職場のメンタルヘルス対策として、管理監督者に最も期待していること(Q7)は、「管理監督者に相談しやすい雰囲気づくり」(28.0%)が第1位で、次いで「部下の不調への対応」(21.6%)、「労働時間管理」(16.4%)、「職場の人間関係の調整」(11.6%)の順である。特に「ラインケア」の優先度が高いと回答した企業では、「管理監督者に相談しやすい雰囲気づくり」(42.7%)を期待しているとの回答が突出しており、日頃からコミュニケーションをはかりやすい「場づくり」を重視している。
4. 安全衛生委員会でメンタルヘルスの取り組み(Q10)を「推進している」企業は、52.6%(前回45.4%)であり、7.2ポイント上回り、半数を超えている。逆に「推進していない」企業は2.3ポイント減少した(前回13.5%→今回11.2%)。「推進している」企業では、具体的な施策(Q5)も幅広く、取り組み対象者(Q4)の範囲も広がりがみられ、積極的な姿勢がうかがえる。

また、過去1年の労使協議では、メンタルヘルスの取り組みは61.9%の企業で議題となっており、労使共通の課題としてもクローズアップされている。

## III. 施策と「心の病」との関係

\* 「心の病」の増減傾向が「横ばい」の割合が高

いか、「増加傾向」の割合が低い企業の特徴

1. メンタルヘルスの取り組みの考え方・目的(Q2)と最近3年の「心の病」の増減傾向(Q21)のクロス分析では、「不調者・病人の早期発見・早期治療」(横ばい23.3%、増加傾向63.8%)よりも、「労災・事故等の発生防止」(横ばい35.3%、増加傾向47.1%)「疾病予防・健康の保持増進」(横ばい26.9%、増加傾向50.7%)のほうが、「心の病」の増加抑制への効果を挙げている。
2. 4つのケア(旧労働省2000年)の企業における優先度(Q6)と最近3年の「心の病」の増減傾向(Q21)のクロス分析では、「ラインケア→セルフケア→事業場内資源によるケア→事業場外資源によるケア」という優先順位で取り組んでいる企業は、不調者の増減傾向は「横ばい」(46.4%)、「増加傾向」(35.7%)と、対策の効果を挙げていることがうかがえる。
3. 管理監督者に最も期待している役割(Q7)と最近3年の「心の病」の増減傾向(Q21)のクロス分析では、「業務内容(仕事の質)の管理」(横ばい38.9%、増加傾向38.9%)や「能力発揮のための育成・指導」(横ばい25.0%、増加傾向40.0%)との姿勢を管理者に求めている企業は、不調者の増加が抑えられているとの認識が傾向としてみられる。
4. 以上のことから、不調者の増加を抑制させるためには、メンタルヘルス予防・保全、そして職場全体の健康レベルを向上させる姿勢の大切さが浮き彫りとなった。それを裏付けるように、ラインケアを中心とする施策の有効性が認識され、メンタルヘルス向上に管理職の果たす役割の大きさを印象付ける結果が現れている。また、日頃から部下の抱える仕事の難易度や業務の進捗を管理し、育成の視点で支える役割、日常の業務管理・職場管理の重要性がクローズアップされたといえよう。

#### IV. 30代を取り巻く状況～JMI健康調査による年齢別分析より～

上述の「メンタルヘルスの取り組み」に関するアンケート調査では、「心の病」の最も多い年齢層は、

「30代」(49.3%)であり、従業員数規模が大きいほど、顕著であった。

「30代の危機」に関しては、メンタル・ヘルス研究所では従前より指摘してきたが、30代の自殺率の伸び率(17.0%)の高さ、精神障害等(自殺含む)の労災認定件数の比率(36%)の高さなど近時の動向もあり、改めて30代を取り巻く環境を中心にJMI健康調査により浮き彫りにするため、2003年度と1993年度のデータを年齢別に比較分析し、考察した。

1. JMI健康調査の尺度において、30代に落ち込みがみられた尺度は、「将来への希望」(定年後も含めた今後の生活や将来に対する希望の程度)、「評価への満足感」(給与を含めた自分に対する評価への満足感の程度)、「仕事への負担感のなさ」(仕事の上での身体的、精神的、物理的な負担感の程度)が特に顕著である。

全般的にみると、2003年度と1993年度の比較では、この3つの尺度はどの年代においても、悪化の傾向にあるのだが、特に30代において落ち込みがみられる。

すなわち、将来への希望が持てなくなり、評価への不満は強まり、仕事の負担感が増しているのは、30代である。

2. 30代を中心とした落ち込みの内容を、JMI健康調査の項目応答率から2003年度と1993年度のデータより更に分析すると、以下のようにまとめることができる。

##### ① 仕事の負担感の内容

「仕事がつらくてとても疲れる」「職場にいるときは、いつも気持ちにゆとりがない」には、2003年度と1993年度の年齢別比較では、30代に大きな差が現れており、「今の仕事は肉体的に疲れる」には、大きな差はみられなかった。

すなわち、30代の仕事の負担感とは、物理的というよりは精神的な負担感であり、余裕のなさといったものであると考えられる。

##### ② 将来不安の内容

「定年後の生活に不安を感じている」は、2003年度と1993年度の比較では、30～34歳において25%も増えている。また、「今の会社は安定しており今後の生活に不安はない」には、40～45

歳で25%も増加している。

このことから、若い層は定年後を、高年齢層は会社の将来を、それぞれ心配している様子がかがえる。

### ③ 評価の不满の内容

「会社の昇進・昇給制度は公平に運用されている」と、「会社の給与制度は合理的にできている」は、2003年度と1993年度の比較では、それぞれ

に全体では8%不満を高めている。「現在の待遇にとっても不満である」は、全体としては10年の差はほとんどないものの、30代では若干(1.6%)不満に傾いている。

処遇制度の公平性、合理性が失われ、具体的な影響が30代に多く現れていると推察される。

※参考資料(\*「メンタルヘルスの取り組み」に関するアンケート調査結果)は省略

# 人事院「職員の心の健康づくりのための指針」について

平成16年3月30日発表  
人事院勤務条件局

人事院は、本日、「職員の心の健康づくりのための指針(勤務条件局長通知)」を発出した。

## I 趣旨

職員の心の健康づくりについては、昭和62年7月13日付け福祉課長通知「職場におけるメンタルヘルス対策について」により、その推進に努めてきたところである。

近年、公務において、自殺した職員の数が増加し、長期病休者中の職員のうち精神・行動の障害によるものの数が急増している。このため、専門家からなる「メンタルヘルス対策のための研究会」(座長：吉川武彦[きっかわたけひこ]中部学院大学大学院教授)を昨年10月に設置し、検討を行ったところである。

本日(3月30日)、その検討結果を踏まえ、新たに「職員の心の健康づくりのための指針」(以下「新指針」という。)を発出したものである。

## II 新指針のポイント

### 1 新指針の基本的考え方

#### (1) 役割の明確化

人事院、各省各庁の長、管理監督者、職員等の役割を明示し、それぞれが協力して積極的に取り組むことを推進する。特に、各省各庁の長は、組織全体の心の健康づくりに責任を持ち、人事院は、その支援と調査研究を行う。

#### (2) 三種類の対策

心の三つの状況に応じて、それぞれの対策が必要である。

(心の状況) (対策)

- ア 健康なとき : 心の健康の保持増進
- イ 不健康なとき : 早期対応
- ウ 回復したとき : 円滑な職場復帰と再発の防止

## 2 新指針の重点項目

### (1) 心の健康の保持増進の重視

心が健康なときの健康の保持増進を重視する。そのため、人事院はストレス対処法を備えたストレスチェック表等を作る。

### (2) 体系的な教育

心の健康づくりのための教育は体系的に実施する。そのため、各省各庁の長と人事院とが分

担して実施し、また、人事院はカリキュラム例、教材等を作成する。

### (3) 職務遂行能力の回復計画

職務復帰後の職務遂行能力の回復のためには、計画的に職務内容等を決定することが有効である。計画は、おおむね3か月以内として、各省各庁の長が決定する。

## III 新指針の概要

### 1 はじめに

職員の心の健康づくりは、職員やその家族にとって重要であるばかりでなく、国民に対して公務を効率的かつ的確に提供するという観点からも重要である。

### 2 指針の目的

職員の心の健康づくりに関し、各省各庁の長、管理監督者、職員本人等の役割の重要性を示し、それぞれが心の健康づくりに積極的に取り組むこと及び人事院が各省各庁を支援し、各省各庁と人事院との協力が促進され、心の健康づくりが効果的に行われることを目的とする。

### 3 基本的考え方

(1) 心の健康づくりは、職員の心の三つの状況に応じて、それぞれの対策がなされなければならない。

ア 心の健康の保持増進

イ 心の不健康な状態への早期対応

ウ 円滑な職場復帰と再発の防止

(2) 各省各庁の長は組織全体の心の健康づくりに責任を持ち、人事院は、その支援等を行う。

(3) 心の健康づくりのための教育は、各省各庁の長と人事院とが分担して、体系的に実施する。

ア 各省各庁の長は、職員の地位、職種等に応じた体系的な研修カリキュラムを作成し実施する。

イ 人事院は、カリキュラム例、教材等を作成し、各省各庁へ提供する。

ウ 人事院は、健康管理スタッフ及び医療スタッフを対象とした研修を実施する。

(4) 各省各庁の長と人事院は、職員の心の健康の状況及び心の健康づくりのための施策の状況の定期的把握、評価及び改善を行う。

(5) 各省各庁の長と人事院は、相談窓口を設ける。

また、相談窓口は、家族も利用できるようにする。

## 4 心の健康の保持増進

心の健康づくりは、心が不健康になった場合にだけ行うのではなく、心が健康な状態のときに行うことが必要である。

ア 各省各庁の長は、勤務環境の整備、啓発による職員への支援等を行う。

イ 管理監督者は部下のストレス状況の改善等を行う。

ウ 職員本人は心身の健康の積極的な保持増進やストレスのコントロール等を行う。

エ 人事院は、ストレス対処法を備えたストレスチェック表、医師等の専門家の確保のモデル例等を作成する。

## 5 心の不健康な状態への早期対応

心が不健康な状態になったときには治療など専門家に、よる早期の対応により、早期回復を期待できる。

ア 各省各庁の長は、専門家による対応が必要である可能性があると思われる職員がいる場合は、必要に応じ専門家の支援を得て対応する。

イ 管理監督者は、日常的に部下に接しており、部下の言動等の変化を早期に把握する。

ウ 職員は、積極的に相談窓口等を活用する。

エ 人事院は、早期対応のための職場内の体制のモデル例、具体的な早期対応の事例等を作成する。

## 6 円滑な職場復帰と再発防止

職場復帰の時期及び復帰後の職務内容等の受入方針は、適切なものでなければならない。

ア 各省各庁の長は、復帰前から職員本人の状況等を把握し、職員の職場復帰にあたっては、復職の時期、職務内容等に関し、事前に職員の意向、主治医の意見、健康管理医等の意見を聴取して具体的な受入方針を決定する。

イ 管理監督者は、復帰後の職員の状況等を把握し、必要に応じ仕事の内容等を調整する。

ウ 職員は、各省各庁の長等と十分連絡を取る。

エ 人事院は、受入方針のモデル例、職場復帰及  
(→43頁下へ続く)

# 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について

平成16年10月14日 厚生労働省発表

厚生労働省では、労働者のメンタルヘルス対策を推進するため、平成12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」を策定し、その周知徹底を行ってきたところである。

この対策の一環として、心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援のための事業場向けマニュアルとなるものを作成するため、平成14年度から中央労働災害防止協会に検討を委託していたところである。これを受け、中央労働災害防止協会においては、「職場におけるメンタルヘルス対策支援委員会職場復帰支援部会」（部会長：下光輝一東京医科大学衛生学公衆衛生学教室教授）を設置し、検討を重ねてきたところであるが、今般、「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」を別添のとおりとりまとめ、厚生労働省に報告があったところである。

厚生労働省としては、上記指針の周知徹底とともに、この手引きの周知を行い、労働者のメンタルヘルス対策の一層の推進を図ることとしている。事業場においては、この手引きを参考として、それぞれの事業場の状況に応じた職場復帰支援プログラムを策定し、職場復帰支援のための体制整備等を進めることが期待される。

(別添)

## 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

### 1 趣 旨

経営環境の厳しさが増す中、企業における組織の見直し等が進行し、業務の質的、量的変化等による心身の負担の一層の増加が懸念されている。また、心の健康問題により休業している労働者が増加しているという調査結果

もある。

平成12年に旧労働省により策定された「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」においては、事業場において事業者が行うことが望ましいメンタルヘルスケアが総合的に示されている。その具体的進め方の中で、心の健康問題により休業中の労働者の職場復帰について、事業場内産業保健スタッフ等は管理監督者及び事業場外資源と協力しながら指導及び支援を行うこととされている。

心の健康問題で休業していた労働者が円滑に職場に復帰し、業務が継続できるようにするためには、休業の開始から通常業務への復帰までの流れをあらかじめ明確にしておくことが必要であると考えられる。

心の健康問題で休業していた労働者の職場復帰支援においては、心の健康問題の特性に応じた対応が必要であるが、この手引きは、心の健康問題による休業者で、医学的に業務に復帰するのに問題がない程度に回復した労働者を対象としたものである。実際の職場復帰に当たり、事業者が行う職場復帰支援の内容について総合的に示しており、事業者は本手引きを参考にしながら衛生委員会等において調査審議し、産業医等の助言を受けながら個々の事業場の実態に即した形で、事業場の職場復帰支援プログラム（以下「事業場職場復帰支援プログラム」という。）を策定し、それが組織的かつ計画的に行われるよう積極的に取り組むことが必要である。さらに、職場復帰支援に関する体制や規程の整備を行い、定められた体制や規程については、教育等の実施により労働者への周知を図る必要がある。

また、事業場職場復帰支援プログラムの実施においては、労働者のプライバシーに十分配慮しながら、事業場内産業保健スタッフ等を中心に、労働者、管理監督者が互いに十分な連携を取るとともに、主治医との連携を図りつつ取り組むことが重要である。

## 2 職場復帰支援の流れ

本手引きによる職場復帰支援の流れは、病気休業開始から職場復帰後のフォローアップまでの次の5つのステップからなっている。(図参照)

### <第1ステップ>

病気休業開始及び休業中のケアの段階であり、「労働者からの診断書(病気休業診断書)の提出」、「管理監督者、事業場内産業保健スタッフ等によるケア」で構成される。

### <第2ステップ>

主治医による職場復帰可能の判断の段階であり、「労働者からの職場復帰の意思表示及び職場復帰可能の診断書の提出」で構成される。

### <第3ステップ>

職場復帰の可否の判断及び職場復帰支援プランの作成の段階であり、「情報の収集と評価」、「職場復帰の可否についての判断」、「職場復帰支援プランの作成」で構成される。

### <第4ステップ>

最終的な職場復帰の決定の段階であり、「労働者の状態の最終確認」、「就業上の措置等に関する意見書の作成」、「事業者による最終的な職場復帰の決定」、「その他」で構成される。

### <第5ステップ>

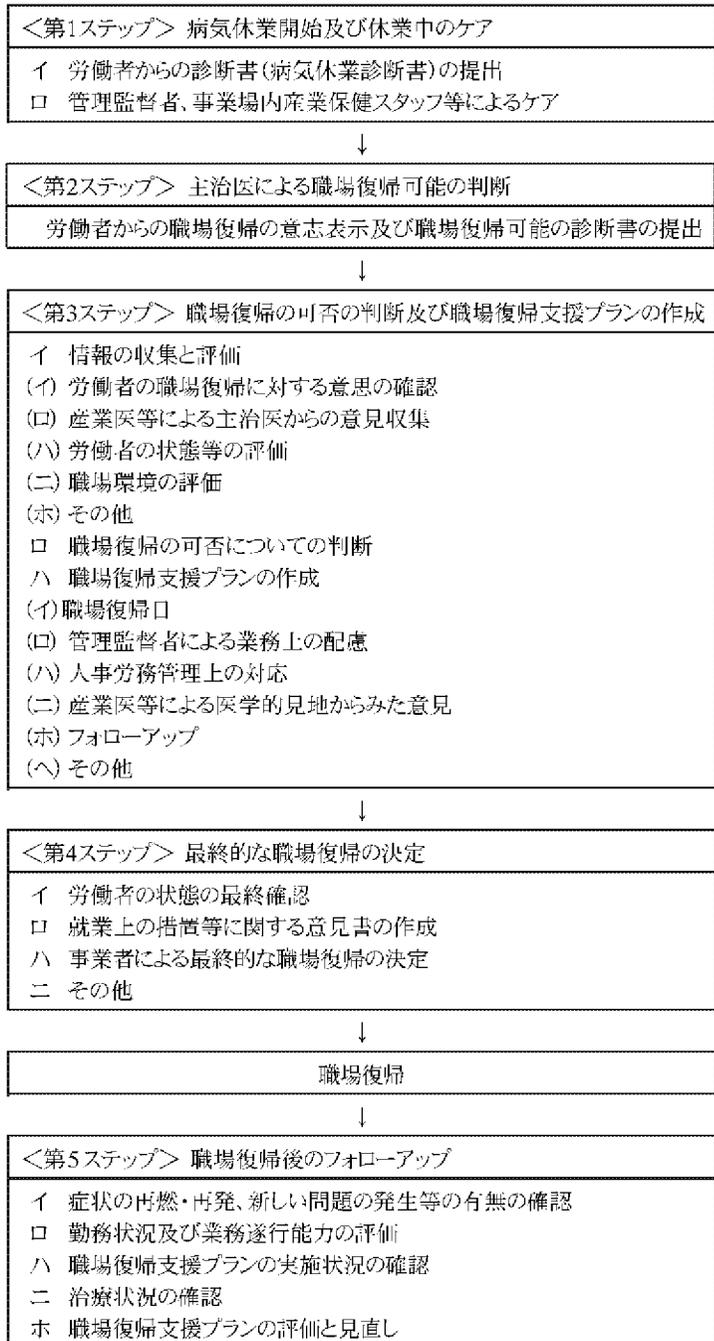
職場復帰後のフォローアップの段階であり、「症状の再燃・再発、新しい問題の発生等の有無の確認」、「勤務状況及び業務遂行能力の評価」、「職場復帰支援プランの実施状況の確認」、「治療状況の確認」、「職場復帰支援プランの評価と見直し」で構成される。

## 3 職場復帰支援の各ステップ

### (1) 病気休業開始及び休業中のケア <第1ステップ>

- イ 労働者からの診断書(病気休業診断書)の提出
- ロ 病気休業の開始においては、主治

図 職場復帰支援の流れ



医によって作成された診断書を労働者より管理監督者に提出してもらい、診断書には病気休業を必要とする旨の他、職場復帰の準備を計画的に行えるよう、必要な療養期間の見込みについて明記してもらいたい。

ロ 管理監督者、事業場内産業保健スタッフ等によるケア

管理監督者は、病気休業診断書が提出されたことを、人事労務管理スタッフ及び事業場内産業保健スタッフに連絡する。休業を開始する労働者に対しては、療養に専念するよう安心させると同時に、休業中の事務手続きや職場復帰支援の手順についての説明を行う。

管理監督者及び事業場内産業保健スタッフ等は、必要な連絡事項及び職場復帰支援のためにあらかじめ検討が必要な事項については労働者に連絡を取る。場合によっては労働者の同意を得た上で主治医と連絡を取ることも必要となる。

## (2) 主治医による職場復帰可能の判断

### <第2ステップ>

休業中の労働者から職場復帰の意思が伝えられると、事業者は労働者に対して主治医による職場復帰可能の判断が記された診断書(復職診断書)を提出するよう伝える。診断書には就業上の配慮に関する主治医の具体的な意見を含めてもらうことが望ましい。

なお、現状では、主治医による診断書の内容は、病状の回復程度を中心に記載されていることが多く、労働者や家族の希望が含まれている場合もある。

## (3) 職場復帰の可否の判断及び職場復帰支援プランの作成 <第3ステップ>

安全でスムーズな職場復帰を支援するためには、最終的な職場復帰決定の手続きの前に、必要な情報の収集と評価を行った上で職場復帰の可否を適切に判断し、さらに職場復帰を支援するための具体的なプラン(以下「職場復帰支援プラン」という。)を準備しておく必要がある。このプロセスは、本手引きにおける中心的な役割を果たすものであり、事業場内産業保健スタッフ等を中心に、管理監督者、当該労働者の間で十分に話し合い、良く連携しながら進めていく必要がある。

心の健康づくり専門スタッフが配置された事業場においては、これらの専門スタッフは、より専門的な立場から、他の事業場内産業保健スタッフ等をサポートすることが望まれる。

産業医が選任されていない50人未満の小規模事業場においては、人事労務管理スタッフ及び管理監督者等、又は衛生推進者もしくは安全衛生推進者が、主治医との連携を図りながら、また地域産業保健センター、労災病院

勤労者メンタルヘルスセンター等の事業場外資源を活用しながら検討を進めていくことが必要である。

ケースによっては、最終的な職場復帰の決定までのプロセスを同時にまとめて検討することも可能であるが、通常、職場復帰の準備にはある程度の時間を要することが多いため、職場復帰前の面談等は、実際の職場復帰までに十分な準備期間を設定した上で計画・実施することが望ましい。

職場復帰の可否及び職場復帰支援プランに関する話し合いの結果については、「職場復帰支援に関する面談記録票」(様式例2)等を利用して記録をまとめ、関係者がその内容を互いに確認しながらその後の職場復帰支援を進めていくことが望ましい。

### イ 情報の収集と評価

職場復帰の可否については、労働者及び関係者から必要な情報を適切に収集し、様々な視点から評価を行いながら総合的に判断することが大切である。情報の収集については、労働者のプライバシーに十分配慮することが重要なポイントとなる。情報の収集と評価の具体的内容を以下に示す。

#### (イ) 労働者の職場復帰に対する意思の確認

- a 労働者の職場復帰の意思及び就業意欲の確認
- b 事業場職場復帰支援プログラムについての説明と同意

#### (ロ) 産業医等による主治医からの意見収集

診断書に記載されている内容だけでは十分な職場復帰支援を行うのが困難な場合、産業医等は労働者の同意を得た上で、必要な内容について主治医からの情報や意見を積極的に収集する。この際には、「職場復帰支援に関する情報提供依頼書」(様式例1)等を用いるなどして、労働者のプライバシーに十分配慮しながら情報交換を行うことが重要である。

#### (ハ) 労働者の状態等の評価

- a 治療状況および病状の回復状況の確認
  - (a) 今後の通院治療の必要性、治療状況についての概要の確認
  - (b) 業務遂行に影響を及ぼす症状や薬の副作用の有無
  - (c) 休業中の生活状況
  - (d) その他職場復帰に関して考慮すべき問題点など
- b 業務遂行能力についての評価
  - (a) 適切な睡眠覚醒リズムの有無
  - (b) 昼間の眠気の有無
  - (c) 注意力・集中力の程度
  - (d) 安全な通勤の可否
  - (e) 業務遂行に必要な作業(読書やコンピュータ作業、軽度の運動等)の実施状況と、作業による疲労の回

## 復員合

- (f) その他ホームワーク等の遂行状況など
- c 今後の就業に関する労働者の考え
  - (a) 希望する復帰先
  - (b) 希望する業務上の配慮の内容や期間
  - (c) その他管理監督者、人事労務管理スタッフ、事業場内産業保健スタッフに対する意見や希望(職場の問題点の改善や勤務体制の変更、健康管理上の支援方法など)
- d 家族からの情報
  - 必要に応じて家庭での状態(病状の改善の程度、食事・睡眠・飲酒等の生活習慣など)について情報を収集する。

## (二) 職場環境の評価

- a 業務及び職場との適合性
  - (a) 業務と労働者の能力及び意欲・関心との適合性
  - (b) 職場の人間関係など
- b 作業管理、作業環境管理に関する評価
  - (a) 業務量(作業時間、作業密度など)や質(要求度、困難度など)等の作業管理の状況
  - (b) 作業環境の維持・管理の状況
  - (c) 時期的な変動や不測の事態に対する対応の状況
- c 職場側による支援準備状況
  - (a) 復帰者を支える職場の雰囲気やメンタルヘルスに関する理解の程度
  - (b) 実施可能な業務上の配慮(業務内容や業務量の変更、就業制限等)
  - (c) 実施可能な人事労務管理上の配慮(配置転換・異動、勤務制度の変更等)

## (ホ) その他

その他、職場復帰支援にあたって必要と思われる事項について検討する。また、治療に関する問題点や、本人の行動特性、家族の支援状況など職場復帰の阻害要因となりうる問題点についても整理し、その支援策について検討する。

## ロ 職場復帰の可否についての判断

イの「情報の収集と評価」の結果をもとに、当該労働者の職場復帰が可能と考えられるか否かについて判断を行う。この判断は、主に事業場内産業保健スタッフ等を中心に行われるが、職場環境等に関する事項については、管理監督者等の意見を十分に考慮しながら総合的に行われなければならない。産業医が選任されていない50人未満の小規模事業場においては、人事労務管理スタッフ及び管理監督者等、又は衛生推進者もしくは安全衛生推進者が、主治医及び地域産業保健センター、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等の事業場外資源による助言をもとにしながら判断を行う必要がある。

## ハ 職場復帰支援プランの作成

職場復帰が可能と判断された場合には、職場復帰を支援するための具体的なプランを職場復帰支援プランとして作成する。通常、元の就業状態に戻すまでにはいくつかの段階を設定しながら経過をみる。プラン作成にあたってはそれぞれの段階に応じた内容及び期間の設定を行う必要がある。労働者には、きちんとした計画に基づき着実に職場復帰を進めることが長期的、安定的な職場復帰等につながることを十分に理解させ、本人の希望のみによって職場復帰支援プランが決定されることがないようにする必要がある。

職場復帰支援プラン作成の際に検討すべき内容について下記に示す。

## (イ) 職場復帰日

復帰のタイミングについては、労働者の状態や職場の準備状況の両方を考慮した上で総合的に判断する必要がある。

## (ロ) 管理監督者による業務上の配慮

- a 業務サポートの内容や方法
- b 業務内容や業務量の変更
- c 就業制限(残業・交代勤務・深夜業務等の制限または禁止、就業時間短縮など)
- d 治療上必要なその他の配慮(診療のための外出許可)など

## (ハ) 人事労務管理上の対応

- a 配置転換や異動の必要性
- b フレックスタイム制度や裁量労働制度等の勤務制度変更の必要性

## (ニ) 産業医等による医学的見地からみた意見

- a 安全(健康)配慮義務に関する助言
- b その他、職場復帰支援に関する医学的見地からみた意見(産業医が選任されていない場合は主治医による意見)

## (ホ) フォローアップ

- a 管理監督者によるフォローアップの方法
- b 事業場内産業保健スタッフ等によるフォローアップの方法(職場復帰後のフォローアップ面談の実施方法等)
- c 就業制限等の見直しを行うタイミング
- d 全ての就業上の配慮や医学的観察が不要となる時期についての見直し

## (ヘ) その他

- a 職場復帰に際して労働者が自ら責任を持って行うべき事項
- b 試し出勤制度(リハビリ出勤制度)等がある場合はその利用についての検討
- c 事業場外資源が提供する職場復帰支援プログラム等の利用についての検討

(4) 最終的な職場復帰の決定 <第4ステップ>

職場復帰の可否についての判断及び職場復帰支援プランの作成を経て、事業者による最終的な職場復帰の決定を行う。この際、産業医等が選任されている事業場においては、産業医等が職場復帰に関する意見及び就業上の措置等についてとりまとめた「職場復帰に関する意見書」(様式例3)等をもとに関係者間で内容を確認しながら手続きを進めていくことが望ましい。

イ 労働者の状態の最終確認

症状の再燃・再発の有無、回復過程における症状の動揺の様子等について最終的な確認を行う。

ロ 就業上の措置等に関する意見書の作成

産業医等は、就業に関する措置等の最終的なとりまとめを行い、「職場復帰に関する意見書」(様式例3)等を作成する。

ハ 事業者による最終的な職場復帰の決定

上記の「職場復帰に関する意見書」等で示された内容について管理監督者、人事労務管理スタッフの確認を経た上で、事業者は最終的な職場復帰の決定を行い、労働者に対して通知するとともに、就業上の措置の内容についても併せて通知する。管理監督者、事業場内産業保健スタッフ等は、「職場復帰に関する意見書」等の写しを保管し、その内容を確認しながらそれぞれが責任を持って遂行するよう努めなければならない。

なお、職場復帰支援として実施する就業上の措置は、当該労働者の健康を保持し、円滑な職場復帰を目的とするものであるため、この目的に必要な内容を越えた措置を講ずるべきではない。

ニ その他

職場復帰についての事業場の対応や就業上の措置の内容等については、労働者を通じて主治医に的確に伝わることを望ましい。書面による場合は「職場復帰及び就業措置に関する情報提供書」(様式例4)等の書面を利用するとよい。こういった情報交換は、産業医等が主治医と連携を図りながら職場復帰後のフォローアップをスムーズに行うために大切なポイントである。

(5) 職場復帰後のフォローアップ <第5ステップ>

心の健康問題には様々な要因が複雑に重なり合っていることが多いため、職場復帰の可否の判断や職場復帰支援プランの作成には多くの不確定要素が含まれることが少なくない。また、たとえ周到に職場復帰の準備を行ったとしても、実際には様々な事情から当初の計画通りに職場復帰が進まないこともある。そのため職場復帰支援においては、職場復帰後の経過観察と臨機応変にプランの見直しを行うことがより重要となってくる。

職場復帰後は、管理監督者による観察と支援の他、事業場内産業保健スタッフ等による定期的または就業上の措置の更新時期等に合わせたフォローアップを実施する必要がある。フォローアップのための面談においては、下記の事項を中心に労働者及び職場の状況を労働者本人及び管理監督者から話を聞き、適宜職場復帰支援プランの評価や見直しを行っていかなければならない。

イ 症状の再燃・再発、新しい問題の発生等の有無の確認

フォローアップにおいては、症状の再燃・再発についての早期の気づきと迅速な対応が不可欠である。事業場内産業保健スタッフ等は管理監督者と連携しながら労働者の状態の変化について適切なタイミングで対応出来るよう日頃から連携を図っておく必要がある。

ロ 勤務状況及び業務遂行能力の評価

職場復帰の様子を評価するのに重要な視点であり、労働者の意見だけでなく管理監督者からの意見も合わせて客観的な評価を行う必要がある。

ハ 職場復帰支援プランの実施状況の確認

職場復帰支援プランが計画通りに実施されているかについての確認を行う。予定通り実施されていない場合には、関係者間で再調整を図る必要がある

ニ 治療状況の確認

通院状況や治療の自己中断等のチェック、現在の病状や今後の見直しについての主治医の意見を労働者から聞き、必要に応じて労働者の同意を得た上で主治医との情報交換を行う。

ホ 職場復帰支援プランの評価と見直し

様々な視点から現行の職場復帰支援プランについての評価を行う。何らかの問題が生じた場合には、関係者間で連携しながら臨機応変にプランの変更を行う必要がある。

4 管理監督者及び事業場内産業保健スタッフ等の役割

(1) 管理監督者

管理監督者は、事業場内産業保健スタッフ等と協力しながら職場における作業環境及び作業環境管理上の問題点を把握し、それらの改善を図ることで職場復帰支援における業務上の配慮を履行する。また、復帰後の労働者の状態についても事業場内産業保健スタッフ等と協力しながら注意深い観察を行っていく。人事労務管理上の問題については人事労務管理スタッフと連携して適切な対応を図っていく。

## (2) 事業場内産業保健スタッフ等

### イ 人事労務管理スタッフ

人事労務管理スタッフは、人事労務管理上の問題点を把握し、職場復帰支援に必要な労働条件の改善や、配置転換、異動等についての配慮を行う。職場復帰支援においては、産業医等他の事業場内産業保健スタッフ等と連携しながらその手続きが円滑に進むよう調整を行う。

### ロ 産業医等

産業医等は、職場復帰支援における全ての過程で、管理監督者及び人事労務担当者の機能を専門的な立場から支援し、必要な助言及び指導を行う。特に、労働者の診療を担当している主治医との情報交換や医療的な判断においては、専門的な立場から中心的な役割を担う。労働者や主治医から知り得た情報についてはプライバシーに配慮しながら、関係者間で取り扱うべき情報について調整を行い、就業上の措置が必要な場合には事業者に必要な意見を述べる。

### ハ 衛生管理者等

衛生管理者等は、産業医等の助言、指導等を踏まえて、職場復帰支援が円滑に行われるよう労働者に対するケア及び管理監督者のサポートを行う。また、必要に応じて人事労務管理スタッフや事業場外資源との連絡調整にあたる。また、50人未満の小規模事業場においては、衛生推進者又は安全衛生推進者は、労働者及び管理監督者と連携し、主治医及び地域産業保健センター、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等の事業場外資源による助言を求めながら、職場復帰支援に関する業務を担当する。

### ニ 保健師等

保健師等は、産業医等及び衛生管理者等と協力しながら労働者に対するケア及び管理監督者に対する支援を行う。

### ホ 心の健康づくり専門スタッフ

事業場内に精神科医、心療内科医、臨床心理士、産業カウンセラー、心理相談担当者等の心の健康づくり専門スタッフがいる場合には、これらの専門スタッフは他の事業場内産業保健スタッフ等をより専門的な立場から支援する。

## 5 プライバシーの保護

職場復帰支援において扱われる労働者の健康情報等のほとんどが、労働者のプライバシーに関わるものである。労働者の健康情報等は個人情報の中でも特に機微な情報であり、厳格に保護されるべきものである。とりわけメンタルヘルスに関する健康情報等は慎重な取り扱いが必要である。また、周囲の「気づき情報」は、当該提供者にとつ

ても個人情報であり慎重な取り扱いが必要となる。事業者は労働者の健康情報等を適正に取り扱い、労働者のプライバシーの保護を図らなければならない。

### (1) 情報の収集と労働者の同意等

職場復帰支援において取り扱う労働者の健康情報等の内容は必要最小限とし、職場復帰支援と事業者の安全配慮義務の履行を目的とした内容に限定するべきである。労働者の健康情報等を収集する際には、原則として、全て本人の同意を得なければならない。必要に応じて主治医や家族から情報を得る場合にも、利用目的を明らかにし、原則として本人の同意を得た上で情報の収集を行わなければならない。また、労働者の健康情報等を第三者へ提供する場合も本人の同意が必要である。

このような場合に備えて、あらかじめ衛生委員会等の審議を踏まえて、必要な情報の収集等を行うための労働者の同意の取り方やその基本的な項目や手続き等を定めておくことが望ましい。

### (2) 産業医等による情報の集約・整理

労働者の健康情報等はそれを取り扱う者及び権限を明確にし、職場復帰支援に関わる者がそれぞれの責務を遂行する上で必要な範囲の情報に限定して取り扱うことを原則とすべきである。特に、メンタルヘルスに関する健康情報等のうち、精神疾患を示す病名は誤解や偏見を招きやすいことから、特に慎重な取り扱いが必要である。このことから、情報が産業医等の手許に集中され、産業医等が就業上必要と判断する限りで集約・整理した情報が、事業場の中でその情報を必要とする者に伝えられる体制が望ましい。この場合、産業医等は専門的な立場から情報を集約・整理し、労働者のプライバシーが守られた状態で関係者間の情報交換が可能になるよう、調整役として上手く機能する必要がある。

しかしながら、現状では、産業医が非常勤である事業場や産業医の選任義務のない事業場も多い。このような事業場では、今後、健康情報等の取扱いに際し、産業医等が中心となるよう、その体制を備えていくことが望ましい。

### (3) 情報の漏洩等の防止

事業者は、労働者の健康情報等の漏洩等の防止措置を厳重に講ずる必要がある。また、健康情報等を取り扱う者に対して、その責務を認識させ、具体的な健康情報等の保護措置に習熟させるため、必要な教育及び研修を行う必要がある。さらに、事業場外資源である外部機関を活用する場合には、当該機関に対して、労働者のプライバシーの保護が図られるよう、必要かつ適切な方策を講じる必要がある。

#### (4) 情報の取り扱いルールの策定

事業者は、事業場職場復帰支援プログラムに関する規程及び体制の整備を図るにあたって、健康情報等の取扱いに関して、衛生委員会等の審議を踏まえて一定のルールを策定するとともに、関連する文書の書式、取り扱い並びに保管方法等について定めておく必要がある。

#### (5) 法令・指針等の遵守

プライバシーの保護に関しては、平成15年5月に個人情報保護に関する法律が成立し、平成17年4月から全面施行され、さらに、関連する法令・指針等の制定が進むなど、個人情報保護の取り組みへの要請は高まっている。事業者は労働者の健康情報等プライバシーの保護に関する法令・指針等の趣旨及び内容を十分に理解し、これらを守り、労働者の健康情報等の適正な取り扱いを図らなければならない。

### 6 その他職場復帰支援に関して検討・留意すべき事項

#### (1) 主治医との連携の仕方

主治医との連携に当たっては、事前に当該労働者への説明と同意を得ておく必要がある。また、主治医に対して事業場内産業保健スタッフ等や管理監督者それぞれの立場や役割、病休休業や職場復帰に関する会社の規則、プライバシーに関する事項等について十分な説明を行うことも必要である。その際、労働者本人の職場復帰を支援する立場を中心としながら必要な情報交換が行われるよう努めなければならない。必要な情報とは職場復帰支援に関して職場で配慮すべき内容が中心であり、またそのための理解を得るための必要最小限の病態や機能に関する情報である。必ずしも具体的な疾患名が必要とされるわけではない。特に産業医等は専門的な立場からより詳細な情報を収集出来る立場にあるが、主治医とスムーズなコミュニケーションが図れるよう精神医学、心身医学に関する基礎的な知識を習得していることが必要となる。

また、「職場復帰支援に関する情報提供依頼書」(様式例1)等を用いて主治医に情報提供を依頼する場合や、直接主治医との連絡や面会を行う場合、それに費用が要する場合の負担については、事前に各事業場で取り決めておく必要がある。

#### (2) 職場復帰可否の判断基準

職場復帰可否について定型的な判断基準を示すことは困難であり、個々のケースに応じて総合的な判断を行

わなければならない。労働者の業務遂行能力が職場復帰時には未だ病前のレベルまでは完全に改善していないことも考慮した上で、職場の受け入れ態勢と組み合わせながら判断しなければならない。職場復帰判定基準の例として、労働者が職場復帰に対して十分な意欲を示し、通勤時間帯に一人で安全に通勤が出来ること、会社が設定している勤務時間の就労が可能であること、業務に必要な作業(読書及びコンピュータ作業、軽度の運動等)をこなすことができること、作業等による疲労が翌日までに十分回復していること等の他、適切な睡眠覚醒リズムが整っていること、昼間の眠気がないこと、業務遂行に必要な注意力・集中力が回復していること等があげられよう。

次項に掲げる試し出勤制度(リハビリ出勤制度)が整備されている事業場や、事業場外の職場復帰支援サービス等が利用可能な場合には、これらを利用することにより、より実際の判断が可能となる。

#### (3) 試し出勤制度(リハビリ出勤制度)

社内制度として試し出勤制度(いわゆるリハビリ出勤制度)を設けている場合、より早い段階で職場復帰の試みを開始することが出来、結果として早期の復帰に結びつけることが可能となる。また、労働者自身が実際の職場において自分自身及び職場の状況を確認しながら復帰の準備を行うことが出来るため、より高い職場復帰率をもたらすことが期待される。しかし、この制度の運用においては、試し出勤の人事労務管理上の位置づけについて十分に検討しておく必要がある他、この制度が職場の都合でなく労働者自身の主体的な考えや判断にもとづいて運用されるよう留意すべきである。

#### (4) 「まずは現職へ復帰」の原則

職場復帰に関しては現職へ復帰させることが多い。これは、もしより好ましい職場への配置転換や異動であったとしても、新しい環境への適応にはやはりある程度の時間と心理的負担を要するためであり、そこで生じた負担が疾病の再発・再燃に結びつく可能性が指摘されているからである。これらのことから、職場復帰に関しては「まずは現職へ復帰」を原則とし、今後配置転換や異動が必要と思われる事例においても、まずは元の慣れた職場で、ある程度のペースがつかめるまで業務負担を軽減しながら経過を観察し、その上で配置転換や異動を考慮した方が良い場合が多いと考えられる。ただし、これはあくまでも原則であり、異動等を誘因として発症したケースにおいては、現在の新しい職場に上手く適応出来なかった結果である可能性が高いため、適応出来ていた以前の職場に戻すか、または他の適応可能と思われる職場への異動を積極的に考慮した方が良い場合がある。その他、職場要

因と個人要因の不適合が生じている可能性がある場合等においても、本人や職場、主治医等からも十分に情報を集め、総合的に判断しながら配置転換や異動の必要性を検討する必要がある。

#### (5) 職場復帰に関する判定委員会(いわゆる復職判定委員会等)の設置

職場復帰に関する判定委員会(いわゆる復職判定委員会等)が設置されている場合、職場復帰支援の手続きを組織的に進める等の利点があるが、委員会決議についての責任の所在の明確化、迅速な委員会開催のための工夫、身体疾患における判定手続きと異なることについての問題点等について十分に検討しておく必要がある。

#### (6) 職場復帰する労働者への心理的支援

疾病による休業は、多くの労働者にとって働くことについての自信を失わせる出来事である。必要以上に自信を失った状態での職場復帰は、健康及び就業能力の回復に好ましくない影響を与える可能性が高いため、周囲からの適切な心理的支援が大切となる。特に管理監督者は、労働者の焦りや不安に対して耳を傾け、健康の回復を優先するよう努め、何らかの問題が生じた場合には早めに相談するよう労働者に伝え、事業場内産業保健スタッフ等と相談しながら適切な支援を行っていく必要がある。

#### (7) 事業場外資源の活用

職場復帰支援における専門的な助言や指導を必要とする場合には、それぞれの役割に応じた事業場外資源を活用することが望ましい。中小規模事業場等で、専門的な人材の確保が困難な場合は、地域産業保健センター、都道府県産業保健推進センター、中央労働災害防止協会、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター、精神保健福祉センター等の事業場外資源の支援を受ける等、その活用を図ることが有効である。特に50人未満の小規模事業場では、事業場内に十分な人材が確保できない場合が多いことから、必要に応じ、地域産業保健センター、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等の事業場外資源を活用することが有効であり、衛生推進者又は安全衛生推進者は、事業場内の窓口としての役割を果たすよう努めることが必要となる。

#### (8) 職場復帰支援に関する体制の整備と教育による事業場職場復帰支援プログラムの周知

事業者は策定された事業場職場復帰支援プログラムが、事業場の実態に即した形で実施されるよう社内の規程及び体制の整備を図らなければならない。また、事業場職場復帰支援プログラムが労働者及び管理監督者、事業

場内産業保健スタッフ等に十分周知されるよう必要な教育を実施する必要がある。



### 付 記

#### 1 用語の定義

本手引きにおいて、以下に掲げる用語の定義は、それぞれ以下に定めるところによる。

##### (1) 産業医等

産業医その他労働者の健康管理等を行う医師をいう。

##### (2) 衛生管理者等

衛生管理者、衛生推進者又は安全衛生推進者をいう。

##### (3) 事業場内産業保健スタッフ

産業医等、衛生管理者等及び事業場内の保健師等をいう。

##### (4) 心の健康づくり専門スタッフ

心理相談担当者、産業カウンセラー、臨床心理士、精神科医、心療内科医等をいう。

##### (5) 事業場内産業保健スタッフ等

事業場内産業保健スタッフ及び事業場内の心の健康づくり専門スタッフ、人事労務管理スタッフ等をいう。

##### (6) 事業場職場復帰支援プログラム

個々の事業場における職場復帰支援の手順、内容及び関係者の役割等について、事業場の実態に即した形であらかじめ当該事業場において定めたもの。

##### (7) 職場復帰支援プラン

職場復帰をする労働者について、労働者ごとに具体的な職場復帰日、管理監督者の業務上の配慮及び人事労務管理上の対応等の支援の内容を、当該労働者の状況を踏まえて定めたもの。

#### 2 様式例について

後掲の様式例【省略】は、本手引きに基づいて職場復帰支援を行うために、各ステップで必要となる文書のうち要となる文書について、その基本的な項目や内容を例として示したものである。この様式例の活用にあたっては、各事業場が衛生委員会等の審議を踏まえて事業場職場復帰支援プログラムを策定し、必要な諸規程を整備し、事業場職場復帰支援プログラムを運用する過程において、これらの様式例を参考に、より事業場の実態に即したものを整備することが望ましい。

#### 3 本手引きの適用にあたっての留意点

本手引きは、心の健康問題による休業者で、医学的に業務に復帰するのに問題がない程度に回復した労働者を対象としたものである。本手引きの適用が困難な場合には、主治医との連携の上で、地域障害者職業センター等の外部の専門機関が行う職業リハビリテーションサービス等の支援制度の活用について検討することが考えられる。



# 労働者の健康情報の保護に関する検討会報告書

平成16年9月6日公表

## 労働者の健康情報の保護に関する検討会

### はじめに

- 労働安全衛生法(昭和47年法律第57号。以下「安衛法」という。)に基づき労働者に対して行われる健康診断の結果や、任意に事業者が労働者について得た健康に関する情報に対して、個人情報保護の観点から適切な措置を講ずることが必要であることから、「労働者の健康情報に係るプライバシーの保護に関する検討会」(以下、「検討会」という。)(座長:保原喜志夫・北海道大学名誉教授)が平成11年3月に設置され、平成12年7月に「中間取りまとめ」が行われた。
  - 本検討会は、その後、平成15年に個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。)が成立し、平成17年4月1日に全面施行されることから、同法を踏まえ、平成16年4月に改めて労働者の健康に関する個人情報(以下「健康情報」という。)の保護の在り方について検討を再開することとしたものである。
  - 個人情報の保護に関しては、私生活はみだりに公開されるべきでないという従来の伝統的なプライバシーの概念があり、さらに、近年の情報化の進展した社会においてその侵害を未然に防止する観点から、自己に関する情報の流れを自らが管理するという考え方が出てきている。労働者の健康情報は特に機微な情報であることから、この新たな考え方は非常に重要である。
- さらに、「中間取りまとめ」では将来的な課題とされた事項もあり、当検討会においては、これらの視点からも労働者の健康情報の保護の在り方についての検討を行った。

### 1. 労働者の健康情報の範囲について

- 「個人情報」とは、個人情報保護法において、「生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの(他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。)」(同法第2条第1項)とされている。
- 労働衛生の分野で、個人情報保護法にいう「個人情報」に該当するものは、安衛法に規定する、産業医が行う労働者の健康管理等を通じて得られる情報(同法第13条)、作業環境測定結果の評価に基づいて労働者の健康を保持するため必要があると認められる時に実施される健康診断の結果(同法第65条の2第1項)、一般健康診断、特殊健康診断、臨時健康診断の結果及びそれについて医師等から聴取した意見と就業上の措置(同法第66条～第66条の5)、保健指導の記録(同法第66条の7)、心と身体の健康づくり(トータル・ヘルスプロモーション・プラン:THP)を通じて得られた情報(健康測定結果、健康指導内容等)(同法第69条)、及び労働者災害補償保険法に規定する、労働者から提出された二次健康診断

等給付に関する情報(二次健康診断の結果、特定保健指導の記録等)(同法第26条、第27条)がある。

それ以外の健康情報としては健康保険組合が実施する保健事業(人間ドッグ等)を通じて得られた情報、療養の給付に関する情報(受診記録、診断名等)、医療機関からの診療に関するその他の情報(診断書等)等が挙げられる。

- 労働者の健康情報は、労働者の健康の保持増進を目的とする場合以外にも、安衛法第2条第3号に規定する事業者(事業を行う者で、労働者を使用するものをいう。以下「事業者」という。)によって収集される場合がある。例えば、労務管理のために疾病による欠勤の際に提出される原因疾病に関する届出等があり、こうした労働者の健康確保以外を目的として収集される健康情報であっても保護されるべき健康情報であることに変わりはない。

## 2. 労働者の健康情報保護 についての基本的な考え方

- 健康情報は、個人情報の中でも特に機微な情報であり、労働者の権利として、特に厳格に保護されるべきものであることから、事業者は、情報提供する範囲を必要最小限にするなどの配慮を行い、その適正な取扱いが図られなければならない。
- しかし、事業者は、安衛法やその他の関係法令により、労働者の安全と健康の確保のために必要な措置を講ずる責任を有するとともに、裁判における判例等によれば、民事上の安全配慮義務を果たすことを期待されているため、法の許す範囲で、労働者の健康状態、病歴に関する情報など医療上の個人情報を幅広く収集し、必要な就業場所の変更、労働時間の短縮等の措置、作業環境測定の実施や施設・設備の設置・整備等の措置を講ずるために活用することが求められている。
- 事業者は、以上のように労働者の健康を確保するために、健康診断等を実施し、労働者の健

康情報を取得するだけでなく、その結果に基づき適切な措置を講じるために、その健康情報を医師等のほか、必要に応じて関係者に対して提供し、対応を協議することが求められる場合もあり、その際に労働者のプライバシーに抵触する可能性がある。

- 以上のことから明らかなように、事業者が健康情報を取り扱う際には、労働者の健康保持のために健康状態を把握する義務と、不必要に労働者個人のプライバシーが侵害されないように保護する義務との間での均衡を図ることが求められている。
- こうした基本的考え方を具体化するため、検討会は、事業者が労働者の健康情報を取り扱う際に遵守すべき事項や方向性について引き続き検討を行った。

## 3. 労働者の健康情報を取り扱うに際しての事業者の義務等

### (1) 利用目的の特定とそれによる制限

#### ア. 利用目的の特定

- 個人情報の「利用の目的をできる限り特定しなければならない」という個人情報保護法第15条第1項の規定は、労働者の健康情報においても当然にあてはまる。その「できる限り特定」とは、抽象的、一般的な特定ではなく、具体的かつ個別的な特定である。
- 法定の健康診断は、その結果に基づき、事業者が適切な措置を講ずることにより、労働者が健康を確保しながら就業できるようにすることを目的としている。
- 法定外の健康診断やその他の健康情報の収集は、それぞれ目的が異なる場合があることから、それぞれ具体的かつ個別的にその目的を特定すべきである。そして、利用目的の特定は、事業者が策定したルールに従って行わなければならない。

#### イ. 利用目的による制限

- 個人情報保護法第2条第3項によると、個人情報取扱事業者とは、個人情報データベース等を

事業の用に供している者(1)国の機関、(2)地方公共団体、(3)独立行政法人等、(4)地方独立行政法人、(5)その取り扱う個人情報の量及び利用方法からみて個人の権利利益を害するおそれがないものとして政令で定める者を除く。)をいう。個人情報保護法施行令2条では「過去6か月以内のいずれの日においても、原則として、その事業の用に供する個人情報によって識別される特定の個人の数が5000を超えない事業者」は、同法に規定する個人情報取扱事業者にならないこととされている。

- 個人情報保護法第16条によると、個人情報取扱事業者は、1)法令に基づく場合、2)人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき、3)公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき、4)国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるときを除き、あらかじめ本人の同意を得ないで、特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱ってはならないこととされている。また、合併その他の事由により、他の個人情報取扱事業者から事業を承継することに伴って個人情報を取得した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、承継前における当該個人情報の利用目的の達成に必要な範囲を超えて、当該個人情報を取り扱ってはならないとされており、この原則は、事業者が労働者の健康情報を取り扱う場合にも適用されるべきである。

## (2) 事業者による収集

- 事業者は、労働者の健康情報を収集する際には、上記の個人情報保護法の趣旨にのっとり、1)法令に基づく場合、2)人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき、3)公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき、4)国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるときを除き、あらかじめ本人の同意を得ないで、特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱ってはならないこととされている。また、合併その他の事由により、他の個人情報取扱事業者から事業を承継することに伴って個人情報を取得した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、承継前における当該個人情報の利用目的の達成に必要な範囲を超えて、当該個人情報を取り扱ってはならないとされており、この原則は、事業者が労働者の健康情報を取り扱う場合にも適用されるべきである。

得ることが困難であるとき、4)国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき、等の特別な場合を除き、利用目的を明らかにした上で、本人の同意を得なければならない。

- 労働者から提出された診断書の内容以外の情報について医療機関から健康情報を収集する必要がある場合においても同様である。
- このような場合に備えて、事業者はあらかじめ衛生委員会等の審議を踏まえて、医療機関から必要な情報を収集するための本人の同意の取り方や基本的な項目と手続き等を定めておくことが望ましい。
- 安衛法では、事業者に対して健康診断の実施(同法第66条)、その結果の記録(同法第66条の3)とその結果に基づく必要な措置(同法第66条の5)を義務付けており、さらに、労働者に対しても受診義務(同法第66条第5項)が規定されているため、事業者に対して労働者の健康情報が当然に提供されることになっていることから、労働者に対する健康診断の受診の義務化について個人情報の保護の観点から検討を行う必要があるとの意見があった。
- すなわち、1)安衛法の趣旨・目的と労働者のプライバシーの保護や選択権とを比較した場合、労働者に対する健康診断の受診の義務化は妥当かどうか、2)仮に義務化は妥当であったとしても、現行制度の義務化の方策が妥当かどうか、についての以下のような議論があった。
- 労働者に健康診断受診を義務付けるという方向を変えるべきとの意見として
  - 1) 労働者に健康診断の受診義務を課して、その結果として個人情報の提供を義務化している現行の安衛法の規定は、個人情報保護の観点からは適当でなく、別個の方法を考えるべきではないか。例えば、一般健康診断に限り同法第66条第5項の労働者の受診義務を削除し、これと引き換えに事業者の健康診断の実施義務に対応する労働者の健康診断を受け

る権利を明確化することが考えられる。

- 2) 安衛法第66条第5項は、国が労働者に対して健康診断の受診を義務化したものであって、この規定に基づいて事業者は労働者に対して受診を命ずることはできないとの見解もあり、この見解によれば安衛法における労働者の受診義務の規定をはずし、就業規則等に明記することにより、事業者は労働者に対して直接受診を命ずることができるようになり、労働者の権利と義務が一層明確になるとともに、受診率との関係でも現在の法定健康診断の制度が実効化していくと言える。

といった意見があった。

- 労働者に健康診断受診を義務付ける方向を変えるべきでないとする意見として

- 1) 労働者の受診義務の規定をはずしても、事業者が健康診断を実施しなければならぬ義務が残ることから、労働者は自らの義務ではなく事業者の法遵守のために健康診断を受けなければならないこととなり、事業者として労働者に健康診断を受診させなければならない義務は重くなり、受診を望まない労働者への説得は難しくなる。その結果として、健康診断の受診率が上昇するとは考えにくく、むしろ低下する懸念がある。

- 2) 安衛法で労働者に義務付けられている一般健康診断には、個々の労働者の健康を確保する目的、労働者を集団としてとらえて健康を調査する目的、そして、伝染性の疾患、具体的には結核等の疾病の蔓延から職場を守る目的の三つがあり、労働者の受診義務をなくした場合、事業者はこれらの目的を果たすことが困難となる。

- 3) 過重労働による健康障害がなお存在するというわが国の現状から、現時点で労働者の健康診断の受診義務をはずすことには危険が大きすぎる。

などとする意見があった。

- この件に関しては、将来の課題であるなどの様々な意見が出されたが、結局現行制度を変更することには、現時点では消極的な見解が大勢

であった。

- しかし、このように国が労働者に対して健康診断の受診を義務付けている結果、本人の意思に関わらず、個人の特に機微な情報といわれる健康情報が事業者に把握されることから、その情報保護の措置も、国によって適切に講じられる必要があると考えられる。

- また、法定の健康診断において、国が健康診断の項目を定め、また事業者が検査値そのものを収集するよう運用している点をどのように考えるべきかとの議論もあり、

- 1) 健康診断の項目を国で定めなければ、事業者によって健康診断に格差が生じるので、現状どおり定期健康診断において、標準の項目を設けるべき。との意見が大勢であったが、一方で

- 2) 労働者が自らの権利として、事業者の費用負担により、一定の検査を受け、健康の維持に必要な情報を得るとの観点からすれば、国が健康診断の項目を義務付けるより、労使関係の問題として取り扱うべきではないか。

との見解も提示された。

### (3) 秘密の保持

- 安衛法においては、「健康診断の実施の事務に従事した者」に対して「その実施に関して知り得た労働者の心身の欠陥その他の秘密を漏らしてはならない」(同法第104条)とされている。

- 健康診断の結果以外にも、健康情報には、「1. 労働者の健康情報の範囲について」で述べたようなものがあり、これらの情報についても、適正に秘密が保持される必要がある。

- 健康診断をはじめとする労働者の健康確保については、産業医等(安衛法に規定する、産業医(同法第13条)及び労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識を有する医師(同法第13条の2)以下「産業医等」という。)の役割はもとより、産業看護職や衛生管理者・衛生推進者等の役割も大きい。また、健康診断の実施に関する業務の全部又は一部を、医療機関等の外部の健診機関に委託する場合もある。これらの者には適正に秘密を保持させる必要がある。ま

た、健康情報を記録したり、具体的な人事・労務上の権限等行使する者(安衛法第66条の3及び第66条の5)にも適正に秘密を保持させる必要がある。

#### (4) 情報の管理

##### ア. 安全管理体制の整備

○ 事業者は、その取り扱う労働者の健康情報が機微であり、労働者の権利として特に厳格に保護されるべきものであることに鑑み、漏えい、滅失又はき損の防止その他個人データの安全管理のために、人的、組織的、技術的な安全管理措置を厳重に講ずる必要がある。

○ 事業者は、健康情報の取扱いに当たって、個人情報保護の観点から利用目的に合致した情報の取扱いに関する安全保護措置等、一定のルールを策定しておく必要がある。

○ 事業者は、健康情報の管理責任者や健康情報を取り扱う者に対して、その責務を認識させ、具体的な健康情報の保護措置に習熟させるため、必要な教育及び研修を行う必要がある。

○ 事業者は、健康診断の実施に関する業務の全部又は一部を、医療機関等に委託したり、メンタルヘルスサービスを提供する民間機関を利用したりして、健康情報の取扱いを外部機関に行わせる場合には、契約に際して、健康情報の安全管理が図られるよう労働者のプライバシーの保護方策を盛り込む等、委託先に対する必要かつ適切な監督を行わなければならない。

##### イ. 取扱いについてのルールの策定

○ 事業者は、健康情報を取り扱う者及びその権限を明確にした上で、その業務を行わせなければならない。

また、健康情報の取扱いについて権限を与えられる者及びその取り扱う健康情報の範囲は最小限度とすべきである。具体的には、産業医・産業看護職や衛生管理者等の産業保健スタッフ、人事労務担当者・管理監督者等が、それぞれの責務を遂行するうえで必要な範囲の情報に限定して取り扱うことを原則とすべきである。

事業者は、このような取扱いについてのルールの策定において、あらかじめ労働者の意見を

聞く必要がある。

○ 「中間取りまとめ」で検討が必要とされた、労働者の健康情報の取扱いを産業医等が中心となつて行うことについては、労働者の健康情報に関する秘密保持や適正な取扱いを徹底するため、健康診断の結果である生のデータは、産業医等の手許に集中され、労働者の就業上必要と判断する限りで、加工されたデータが事業場の中でその情報を必要とする者に伝えられる体制が望ましいといえる。ただし、実際には月に1回職場を訪れる非常勤の産業医が多い中では、情報の伝達が滞る可能性があり、また、50人未満の産業医の選任義務がない事業場も多数存在することから様々な課題も指摘された。

○ 健康情報に基づく診断、医学的な判断により事業者へ意見を述べることなどは、産業医等が行わなければならない。

しかしながら、健康情報が記載された文書の授受・整理・保管などを行う者は、必ずしも産業医等である必要はなく、事業場の常勤職が関与することにより実務を滞りなく処理することができると考えられる。

○ 今後、事業場において健康情報を取り扱う際には、産業医等が中心となつて実施するような体制を備えた事業場が増えるよう取り組んでいく必要がある。

○ このほか、健康情報の取扱いに関して、法定の健康診断など特別な場合を除いて、収集の段階で本人の同意が必要であり、また、収集された情報の利用停止や廃棄についても、本人の意思が最大限尊重されなければならない。

このような取扱いについても、事業者は、労働者と合意した上で、ルールで具体的で実効的な対応方法を取り決めておく必要がある。

##### ウ. 労働者とのトラブル

○ 個人情報保護法は、「個人情報取扱事業者は、個人情報の取扱いに関する苦情の適切かつ迅速な処理に努めなければならない。」(同法第31条第1項)とし、さらに「個人情報取扱事業者は、前項の目的を達成するために必要な体制の整備に努めなければならない。」(同条第2項)としてい

る。労働者の健康情報に関しても、個人情報保護法の趣旨にのっとり、事業者はあらかじめ労働者との間で不適切な取扱いが行われた場合の苦情処理の方法等について合意しておく必要がある。

#### (5) 本人への開示

○ 安衛法上、一般健康診断については、健康診断の実施後にその結果を本人へ通知する義務が規定されているが(同法第66条の6)、特殊健康診断の結果についても、労働者の権利として同様の通知義務を規定するべきである。

#### (6) 事業者から第三者への提供

○ 事業者は、個人情報保護法の趣旨にのっとり、1)法令に基づく場合、2)人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき、3)公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき、4)国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるときを除き、あらかじめ本人の同意を得ないで健康情報を第三者に提供してはならないと考えられる。

○ 合併等事業承継に伴う労働契約の承継の場合には、労働契約から生じた安全配慮義務も引き継がれると考えられることから、健康情報だけを排除するというのは合理性がなく、この場合は、労働契約を包括して継承した者は第三者には当たらないと考えるべきである。ただし、労働者の一部のみを継続して雇用する場合は必ずしもこの包括承継には当たらず、また、健康情報を基に労働者を選別すること等は健康情報の目的外使用に相当することを事業者や人事担当者などに認識させておく必要がある。

#### (7) 特に配慮が必要な健康情報の取扱いの留意点

○ HIV感染症やB型肝炎等の慢性的経過をたどる感染症の感染状況に関する情報や、色覚検査

等の遺伝情報の取扱いは、特に慎重に検討を要する課題である。これらについては、事業者が就業上の配慮を行う必要性がない場合が多いので、職業上の特別な要求がある場合を除いて原則として収集すべきではないと考えられる。

○ HIV感染に関する情報は、感染者に対する社会的偏見と差別の契機となるおそれがあり、極めて秘密性の高い情報に属するものである。本人の同意を得てHIV検査を行う場合であっても、真に自発的な同意を得られるかの問題があり、本人の同意があっても検査は行わないことが望ましい。

○ また、労働者を海外に派遣する際に、渡航先からHIV感染の有無等、特定の感染症に関する個人の健康情報の提供を要求される場合には、労働者本人の任意の対応に委ねるべきである。具体的には、労働者の派遣にあたって、事前にこれらの健康情報を渡航先から求められることを周知した上で派遣の希望を確認することが望ましく、派遣を拒否したことにより、HIVに感染していることが疑われるような事態を生じることを避けるような配慮が望ましい。

○ その他の感染症情報については、それぞれの感染症の内容を考慮し、その情報の取扱いについて産業医・産業看護職・衛生管理者等の産業保健スタッフが協議した上で判断することが必要である。この場合、職場において感染する可能性の低い感染症に関する情報まで収集する必要性はないと考えられる。

○ 一方、結核など職場において感染し、職場に蔓延する可能性が高い感染症の情報については、感染の拡大を防止するために、本人の承諾を得ることなく情報を取り扱う場合も生じ得るが、その場合であっても、本人のプライバシーに配慮し、必要な範囲の対象者に必要な範囲の情報を提供することとすべきである。

○ メンタルヘルスに関する健康情報のうち、精神疾患を示す病名は誤解や偏見を招きやすいことから、特に、慎重な取扱いが必要である。

また、周囲の「気付き情報」の場合、当該提供者にとっても個人情報であり、当該提供者との信

信頼関係を維持する上でも慎重な取扱いが必要となる。

メンタルヘルスに関する情報の取扱い方が不適切であると、本人、主治医、家族などからの信頼を失い、健康管理を担当する者が必要な情報を得ることができなくなるおそれがある。

- したがって、メンタルヘルスに関する健康情報の収集や利用等その取扱いについては、産業医等がその健康情報の内容を判断し、必要に応じて、事業場外の精神科医や主治医等とともに検討することが重要である。

なお、メンタルヘルス不調の者への対応にあたって、職場では上司や同僚の理解と協力が必要であるため、産業医・産業看護職・衛生管理者等の産業保健スタッフは、本人の同意を得て、上司やその職場に適切な範囲で情報を提供し、その職場の協力を要請することも必要であると考えられる。

## 4. 労働者の健康情報の保護に向けた取組

### (1) 国の取組

#### ア. 基本的な考え方

- 労働者の健康情報については、特に機微な情報であることから、保有するデータ数によって対象となる事業者を区別することは適当でないと考えられる。
- 安衛法では、労働者の健康確保の責務を事業者に課しており、その一つとして健康診断の実施を義務付けているところから、その際に収集される情報に対して適正な保護が図られなければ、健康情報管理の問題で労働者の信頼を失うことになり、同法の目的を果たせなくなるおそれがある。このことから労働衛生分野において健康情報の性質を踏まえた仕組みを構築していくことが必要と考えられる。
- 個人情報保護法においては、「個人の権利利益の一層の保護を図るため特にその適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある個人情報」について、政府に対し「必要な法制上の措置その

他の措置」を講ずべきことを義務付けている(同法第6条第3項)。

- 国は、個人情報保護法の趣旨にのっとり、事業者が健康情報を取り扱うにあたって依拠すべき指針を示し、普及指導をはかる必要がある。
- しかし、国が一律に基準を示すことが難しい事項や、適当とは言えないような事項等、事業者と労働者の合意に委ねるほかないと考えられる事項もあり、こうした事項に関しては、事業者が労働者に事前に協議した上、収集・利用等その取扱いについて一定のルールを策定することが必要である。

#### イ. 小規模事業場への対応

- 小規模事業場であっても、労働者の健康情報は適正に保護されるべきである。特に、常時使用する労働者数が50人未満の小規模事業場においては、産業医及び衛生管理者を選任する義務がないため、どのように労働者の健康管理や健康情報を保護する体制を整備するかが課題となっている。
- そのため、複数の小規模事業場が産業医を共同して選任し、労働者の健康管理を行うことを推進し、充実させることが望ましい。また、地域産業保健センターを活用し、産業保健に関する情報(産業医名簿・健診機関名簿等)の提供を受けて、産業医等による健康管理や職場の巡視を行うことを通じて、労働者の健康情報を保護する体制の整備を進めたり、健康情報の適正な取扱いに関する教育・啓発、相談などを行うことも考えられる。

#### ウ. 個人情報保護についての啓発

- 労働者自らも、事業場内で自己の健康情報がどのように取り扱われているのかについて関心を持ち、健康情報の保護の必要性について認識を持つべきである。また、事業者も、事業場で取り扱っている健康情報すべてが、労働者の個人情報であることに留意し、その保護の必要性を認識する必要がある。
- このため、国は、関係者に対して労働者の健康情報保護の必要性について啓発を行うことが重要である。具体的には事業者及び労働者双方への啓発や産業医・産業看護職・衛生管理者等

の産業保健スタッフに対して、健康情報の取扱いの在り方等を研修等を通じて周知させ、さらに、外部の健診機関に対して、各種の健康情報の保護の重要性を周知させる必要がある。

## (2) 事業者によるルール策定の策定

### ア. 取扱いのルール策定とその策定への労働者の参画

- 国の示す指針に依拠しつつ、事業者が健康情報の取扱いについてのルールを策定するに際しては、産業医、衛生管理者及び労働者等が参画する衛生委員会等で審議される必要がある。
- 事業者は、事業場で取り扱う健康情報の保護の必要性や、事業者が必要とする健康情報は必ずしも検査値や病名そのものではなく、就業上の措置や適正配置の観点から必要最小限の情報であることを理解し、健康情報の取扱いについてのルールを策定する必要がある。

イ. ルールに盛り込まれるべき事項として、以下のようものが考えられる。

- ・ 保護されるべき健康情報のレベルに対応した、適切な担当者の選任
- ・ 利用目的の通知方法
- ・ 労働者の同意の取り方
- ・ 労働者への健康情報の開示、訂正及び削除の方法

- ・ 健康情報の安全な管理・保管体制
- ・ 廃棄等に関すること
- ・ 苦情の処理方法



## 「労働者の健康情報の保護に関する検討会」

### 参集者名簿

- |         |                                     |
|---------|-------------------------------------|
| 荒井 稔    | 日本私立学校振興・共済事業団<br>東京臨海病院精神科部長       |
| 井上 温    | 日本ビクター株式会社人事総務部<br>安全健康管理センター長      |
| 加藤 隆康   | トヨタ自動車株式会社安全衛生<br>推進部部長             |
| 鳥井 弘之   | 東京工業大学原子炉工学研究所<br>教授(元・日本経済新聞社論説委員) |
| 中桐 孝郎   | 日本労働組合総連合会総合労働<br>局雇用法制対策局長         |
| 中嶋 士元也  | 上智大学法学部教授                           |
| 藤村 伸    | 日本医師会常任理事                           |
| ○保原 喜志夫 | 天使大学教授                              |
| 堀江 正知   | 産業医科大学教授                            |
| 松本 恒雄   | 一橋大学教授                              |
| 楠木 孝上   | 医療法人崇孝会北摂クリニック<br>理事長               |

○:座長(50音順)(敬称略)

(→27頁下から続く)

び再発の防止に関する具体的事例を作成する。

## 7 自殺防止

自殺を防止するためには、職員の身近にいる管理監督者、同僚、家族等が、健康管理医等の助言を得ながら、各省各庁の長と協力・連携して対応することが必要である。

ア 各省各庁の長は、関係者の弊発と協力・連携を促進し、職務が精神的肉体的に過重な状況にある職員については、配置換することも考慮する。

イ 管理監督者は、職員の状況に注意し、相談等に真摯に対応し、必要に応じ仕事の分担の変更、勤務環境の改善等を行う。

ウ 職員は、一人で悩まずに積極的に家族、友人

等に相談する。

エ 人事院は、自殺防止のための具体的対応例等を作成する。

## 8 職務遂行能力の計画的な回復

心の健康の問題により長期間休んでいた職員が職場に復帰した際に、職務遂行能力が全面的に回復していることは少ない。職務遂行能力の順調な回復を図るためには、職務復帰後の一定期間計画的に職務内容等を決定していくことが有効である。

ア 計画は、各省各庁の長が、職員、主治医、管理監督者、健康管理医等の意見を聴取して決定する。

イ 計画は、おおむね3月以内とし、勤務内容の段階毎に期間を定める。



連載第31回

# 語りつぎたいこと —日本・アジアの片隅から—

## 講師料・原稿料での暮し

塩沢美代子

### パートで働く機会逸す

“結婚退職後の私たち”という岩波新書は、内容がユニークだったせいか、日本でも新聞の書評などで紹介され、それからは労働講座などに、講演依頼が舞いこむようになった。

その頃の私の関心事は、これからは新たな低賃金労働として、主婦のパートタイマーが増加するだろうということだった。それで実際にパートで働いてみたいと思っていた。

こういうことを考えたのは、それまでずっと労働問題に関わりながら、自分が労働の現場で働いた経験が全くないことが、心のなかで、つねにひけめになっていたからである。

パートなら、あまり経歴を詮索されないで、雇ってもらえるだろう。労働組合で働いていた経歴を隠すと、履歴書に約20年間のブランク

ができるが、そこは女性の都合のいい点で、長患いの家族の看病で、外で働くことができなかったが、亡くなったので働きたい。しかし、この年では正規の就職はできなかったとでもいえば通るだろう。40代で独身なもの、戦争独身の多い世代だから不自然ではないなどと考えていた。しかしパートの賃金では、ひとり暮らしの生活もなり立たないから、少しお金をためることが先決だと思い、講演や原稿の依頼に応じているうちに、パートで就職する機会を逸してしまった。

仕事はやっていると次々とくるものである。例えばある労政事務所で講演をすると、その後には東京都にある8か所の労政事務所のすべてを廻ることになった。電機労連の全国婦人集会で基調講演をすると、その後は、地方支部や傘下組合の婦人部から、次々と講師を頼

まれた。ただしこの時は、私に声をかける組合と、そうでない組合とは歴然と別れており、その組合の体質をあらわしていた。

このように、仕事は次々とするのだが、日本では、個人で労働力を切り売りするのは、いかにもむづかしいかを知ることにもなった。

原稿にしる講演にしる、依頼するさいに原稿料や講師料について、決して話してくれない。いわなければ、私がきいて受けるかどうかを決めるべきなのだが、それがなかなかいえない。それに私が依頼を受けるテーマは、私としても書いたりしゃべったりして世に問いたいことなので、つきかずに受けてしまう。また私への依頼主は、労働団体がキリスト教団体が多いため、前者は運動なんだから、後者は奉仕の精神でというつもりか、ボランティア精神で当然と思っているらしく、お車代と称してわずかな金額であることが多かった。かつて日本一低賃金の製糸労働者の労組で14年も働いて以来、貧乏暮らしのベテランだった私は、こんな状況でも何とか暮していたが、ついに前代未聞のことをやってのけた。

## 原稿と引き換えの支払いを要求

それはれっきとした出版社から、共著の単行本の原稿依頼を受けたときだった。若い女性と中年の男性がきて、女性に話をさせた。彼女は求めている原稿の内容をくどくどと話す、原稿料には一切ふれない。私は相手が商売として本を出しているのだから、この際原稿料をきかねばと思ってたずねた。すると中年の男性が慌てて、“失礼しました。400字くらいです。”と答えた。それで私は書いたのだが、本が発行されて3か月たっても支払いがない。私はその頃固定収入は全くないので、今月の家賃は、この講演料で払えるかな、光熱費はこの原稿料で大丈夫かな、という暮しぶりだったから、出

版社になんども電話してやっと支払いを受けた。

その半年後くらいに、彼からまた原稿依頼があった。そのテーマも書いた方がいいかなと思ったが、前回の原稿料の支払いの遅れで生活に支障をきたしたのを思い出し、私はいつ支払いがあるかわからない原稿料で、依頼に応じられる経済的身分ではないので、残念ながらお引き受けできません。世の中では、何を買うにも品物と現金は引きかえです。出版界ではそうではないようなので、私には無理ですという、彼はなんと“私が責任をもって、原稿と引きかえに稿料をお支払いしますから、ぜひとも書いて下さい”といった。その人は信頼できそうに思ったので、“本当ですね”と念を押して引き受けた。

原稿ができて彼と会って渡すと、翌日の同じ時刻に、彼は原稿料を現金で渡してくれた。

私は、やはり信頼できる人だったとしか思わなかったが、後に大手の有名出版社に勤めている友人に、この話をすると、おどろき呆れていた。彼は、“有名な作家などならいざ知らず、君の原稿と原稿料を引きかえに渡すなんて、考えられない。”といていた。

## 労働組合にストライキ宣言

もうひとつ異例な行動は、私が労働組合に対して、ストライキ宣言をしたことだった。

大洋労組の上部団体だった食品労連は、さまざまな種類の食品メーカーの労組が所属する連合体で、菓子・パン製造や水産加工、醤油の製造現場などに、女性労働者が多かった。

加盟組合の体質は、御用組合として有名な労組もあれば、大洋労組に準じるくらいの民主的労組もあり、1970年代前半は、労連本部は民主的労組がイニシアティブをとっていた。大洋労組時代に、私も労連の青年婦人部の

会合などに出ていたの、存在は知られていた。それで食品労連傘下の労組の婦人部などから、ときどき講師として呼ばれるようになった。

大洋労組を退職してから、食品労連では、私を“お抱え講師”という意味で、婦人部関係の文書に、“常任講師”と記した。労連との雇用契約はもちろんのこと、きまった嘱託手当のようなものは一切なかったが、私もそれを求めもしなかった。その文書が出てからある単組に講師として呼ばれたが、講師謝礼は一切なく、お菓子をおみやげをもらっただけだった。私もその場では、そのことをいいそびれ、後で食品労連の青年婦人部担当の役員に問いあわせてもらった。すると常任講師ということだから、食品労連で専従に準じた報酬が出ているものと思込み、講師謝礼を、依頼した組合で支払うものとは知らなかったという話だった。その時期は、活発に活動している労組では、女子組合員の関心を高めようと、職場の婦人部の学習会や大手労組では、全国婦人集会を開くなど、私への講師依頼がたくさん来ているときだった。そのことは張合いがあり嬉しいことだったが、これがみなボランティアでは、私は干上ってしまう。旅費もどこが払うのかははっきりしない。

それで私は青婦部担当の役員に、委員長や書記長、総務部長などと一緒に、労連傘下の組合が依頼した仕事をするさいの、報酬をいくらにするか、旅費も含めて、どこが支払うのか、それをきめて、すべて依頼先の組合が支払うのなら、その基準を傘下組合に、文書できちんと知らせてほしい。その件で早急に話しあいをもってほしいと頼んだ。

ところが、なかなかその話しあいの機会をつくってくれない。みな忙しいのはわかるが、ひとりの人間の生活権は考えてくれないのかと、いらいらしながら待っていた。しかしいつまで待っても話しあいの場を設定してくれないうち

に、依頼された仕事のスケジュールの込んだ時期が近づいてきた。これではストライキ宣言をするしか手はないと思い、担当役員と委員長・書記長に、この話しあいが、いついつまでに開かれないときは、すでにお受けした各組合での仕事を、すべてキャンセルさせていただきますと手紙を出した。これにはさすがにおどろいたらしく、間もなくその話しあいがもたれ、私が生活を維持していくのに必要な程度の報酬が保証されるようになり、受けていた仕事はちゃんとやることができた。その頃は、総評で働く組合雇用の書記たちが、書記の組合をつくり、労働条件について役員と交渉しはじめていたらしいが、個人が労働組合を相手どって、ストライキ宣言をしたのは私ぐらいかなと思う。

### “ただ働き”させる金銭感覚

私はフリーランサーになっても、自分を労働運動をする人間として位置づけていたから、報酬なしにはどんな仕事にも応じないという気は全くなかった。ただ事前に、ボランティアかどのくらいの報酬があるのかを知りたかったのである。

ところで、大洋労組を退職してから、大学でサラリーをもらうようになるまで、固定収入のない15年間に、実にさまざまな仕事をしたが、その時期に、ある共通点に気付いた。お金がなくて苦勞している人たちは、私に話を頼むとき、貧しい予算からめいっばいの謝礼を用意し、お金に全く不自由していない人たちは、平然と私に“ただ働き”をさせるということだった。

例えば、争議中の組合の集会に呼ばれたときなど、謝礼どころか、こちらがカンパをしてこようと思うような場面で、ちゃんと謝礼を渡される。そういうときは、“これはいただいた上で、改めてカンパします”とっておいてくることが多かった。

その逆のケースで、あまりにも頭に来たので、いまだに覚えている経験がある。1970年代のはじめ頃だから、キャリアウーマンなる女性が、きわめて少ない時代に、大手新聞社の記者や著名な評論家など、当時の女性としては、最高の収入があったであろう人たち10人あまりの懇談会のようなものに話を頼まれた。主催はエリート女性たちの、フェミニスト運動の機関誌だった。私のスケジュールの点で、たいへん困難な日時だったが、私としては、例外的なこの種の会合なので、無理してやることにした。岩波新書によって私の存在を知ったらしいので、エリート女性たちに下積みの女性たちの、実情を知ってもらうことが大切だと思ったのと、お金が必要なときだったからである。こんな高収入の女性たちの会合なら、まともな講師謝礼がもらえるかと思った。ところが実際はお車代すら出ない、全くのただ働きだったのである。しかし依頼を受けたとき、私ができることを確かめていないから仕方がなかった。それでもその会に出て、こういう人と知りあえてよかったとも思えば、まだよかったのだが、“エリート女性たちは、鼻持ちならない人たちで、私とは肌があわない”としか感じなかったもので、尚更のこと後味がわるかった。

## 美濃部都政との関わり

ときは遡るが、1967(42)年に東京都知事に美濃部亮吉氏が当選した。名古屋時代にうつ病になっていた私が、回復したのは大洋労組の活動によるものだと記したが、加えてこの都知事選挙があった。私の憂鬱の種が、社会党と共産党がつねに争っていて、いかなる運動も分断され、共通の闘いの相手にぶつけるべきエネルギーを失っていることだった。ところが珍しく社・共が共闘して美濃部支持の選挙をやることになった。このとき私は大洋労組と

しての活動の他に、“美濃部さんを支持するキリスト者の会”の行動に参加して、休日はすべてこの活動にあて、全力投球した。そして革新知事の誕生は、この上なく嬉しかった。

この選挙のさい、戦前から婦人参政権運動をしてきた市川房枝さんが、強力で美濃部支持で活動された。市川さんは婦人有権者同盟の会長だったが、この団体は婦人に有権者としての意識を啓発するのが目的で、党派性をもたないという原則だったので、この職を辞して、美濃部支持の選挙運動をされた。それで美濃部さんは、知事就任後に市川さんに東京都の参与という、相談役のような立場をお与えになった。

市川さんは、活動拠点として婦人会館をもっており、私はそこで開かれた講座で、婦人労働について講演したことがあった。そのとき後ろのほうにだいぶご年配の方がいるなど思っていたのが、市川さんだったのである。それから、私を評価して下さったらしく、東京都の参与になってから、労働局の関係者に、塩沢を活用するようにと話されたらしく、都の依頼による仕事が次々と舞いこんで忙しかった。

そして都の労働審議会の第三者委員に、指名されたが、第三者委員には女性はまだ初めてということだった。

美濃部知事になってから、都が行う調査なども、下積みの人々が対象となることが多くなった。同窓で当時は母校の教授だった一番ヶ瀬康子さんと一緒に、“戦争独身の婦人たちの生活実態の調査”や“婦人パート労働の実態調査”などを、若い人たちとチームを組んで行った。

前者については、たいへん深刻な実態だったので、調査提出後も、私としては、さらにつこんで取りくむべき課題を、与えられた



ドキュメント

# アスベスト禁止をめぐる世界の動き



## ISSA：2004年北京 アスベストに関する宣言

Internatinal Social Security Association, Beijing, 2004.9.16

国際社会保障協会 (ISSA) 第28回総会に際して、9月28日に北京において開催された同協会の予防特別委員会は、アスベスト生産国の政府に対して以下のアピールを発する。

- ・アスベストは、自然の鉱物である。疫学研究の結果は、クリソタイルを含め全ての種類の採取、形質転換及び利用において、全ての種類のアスベスト繊維粉じんが、人間に対して発がん性があることを示している。アスベスト関連疾患（石綿肺、肺・喉頭がん、中皮腫）に関する統計の外挿によれば、職場におけるアスベスト曝露の結果として毎年世界中で数十万人の人々が病にかかっている。現在まで、これらの疾病のよって数千人の人々が死亡している。
- ・20世紀を通じて、アスベストは、多種多様な製品の製造に使用されてきた。いかなる形質転換がこの物質になされたとしても、その有害な特性はなお潜在し続ける。
- ・何億USドルもがすでに補償の支払いに費やされてきた。数多くの企業が、圧倒的な数の補償請求に直面して、破産申請をしてきた。
- ・それが人々の命と健康に及ぼす破壊的影響や、

それが引き起こす迫り来る経済的脅威にも関わらず、今なお、毎年およそ250万トンのアスベストが生産されている。

- ・多くの先進国において、アスベスト及びアスベスト含有製品の製造及び使用の包括的な禁止のための、30年の長々とした努力と適切な代替物質の出現を必要とした。これら諸国は今では、解体、改修及びメンテナンスの間のみ、アスベストの取り扱いを許している。
- ・最初のアスベスト曝露から関連疾患の症状の出現までの間には、いまだアスベストが禁止されていない全ての諸国において公衆衛生上の時限爆弾の引き金を引くまでに、数十年が経過してしまいかもしれない。

ISSA 予防特別委員会は、全てのアスベスト生産国に対して、可及的速やかに、全ての種類のアスベスト及びアスベスト含有製品の製造、貿易及び使用を禁止するよう強く勧告する。



※ISSA 第28回総会は、9月12-28日、中国・北京で開催された。ISSA ウェブサイト：<http://www.issa.int/engl/homef.htm>

# 暫定PIC手続への包含再び阻止される

Earth Negotiation Bulletin, Vol.15, No.100, 2004.9.20

国際貿易における一定の有害化学物質及び農薬の事前の情報に基づく同意(PIC)手続の適用に関する、法的拘束力を持つ国際文書のための政府間交渉委員会の第11回会合(INC-11)が、9月18日、ジュネーブで開かれた。開会挨拶と事務的な手続の後、参加者は、暫定PIC手続にいくつかの化学物質を追加することについて討論を行った。

## ● 開会

INC議長Maria Celina de Azevedo Rodrigues(ブラジル)が、全権委員による会議として召集された、会期一日のINC-11セッションの参加者に歓迎の言葉を述べ、最初の発言者たちを紹介した。国連環境計画(UNEP)副事務総長Shafqat Kakakhelは、INC-11で審議される化学物質は、人間の健康及び環境に対するその悪影響がよく知られていると指摘した。国連食糧農業機関(FAO)事務総長補佐Louise Frescoは、暫定期間中における条約の執行手順の開発、国際的及び国レベルにおける方針の首尾一貫性の強化、及びとりわけUNEPとFAOの間における、諸機関間の協力のなかで学んだ教訓に焦点をあてた。

## ● 議題の採択

参加者は、議題(UNEP/FAO/PIC/INC.11/1)を修正なしに採択した。

## ● 議事の体制

全権委員による会議運営規則に基づき、参加者は、過去10回のINCを手引きしてきた運営規則を採用した。

## ● 暫定PIC手続への化学物質の包含手順に関する決議

ロッテルダム条約暫定書記局の合同事務総長Jim Willis(UNEP)が、INC-11において討議される、暫定PIC手続への追加の化学物質の包含のための手順に関する決議案(UNEP/FAO/PIC/INC.11/2)を提出した。彼は、暫定協定に関する決議(UNEP/FAO/PIC/CONF/5付録1)によって、同条約の発効に伴い、新たな化学物質を追加するINCの権限が消滅することから、本決議は、INC-11に暫定PIC手続に化学物質を追加する権限を付与するものであると指摘した。アメリカは、この決議が暫定協定に関する決議第8項を補足するものであることを明らかにするという修正を提案した。決議は、アメリカによる修正をいれて承認された。

## ● 暫定PIC手続の執行

### ICRC-5 報告書:

暫定化学物質レビュー委員会(ICRC)委員長Reiner Arndtが、ICRC-5報告書(UNEP/FAO/PIC/INC.11/3)を提出した。彼は、化学物質dimefox、endrin、endosulfan、mevinphos及びvinclozolinに関する最終的規制行動の通知を受けとったが、それらの通知が付録IIの全ての要求事項を満たさないことから、同委員会はそれらの暫定PIC手続への包含を提案しないことを決定したと述べた。彼は、ICRC報告書付録IIに含まれる、「リスク評価」に関する注釈をICRCが用意したことと言及し、この検討をCOP-1にまわすよう参加者に求めた。欧州共同体(EC)は、注釈をCOP-1にまわすことを支持した。INCは、この文書(UNEP/FAO/PIC/COP.1/27/Add.1)をCOP-1に回送することを承認した。多数の諸国とともに議長de Azevedo Rodriguesは、ICRCの貴重な貢献と委員長Arndtの作業に謝意を表明した。

## ● 暫定PIC手続への化学物質の包含

### バラチオン:

国連食糧農業機関 (FAO) の Bill Murray が、バラチオンに関する ICRC の書信及び決定手引文書 (DGD: Decision Guidance Document) 案 (UNEP/FAO/PIC/INC.11/4) を提出した。INC は、バラチオンを暫定 PIC 手続の対象にするという ICRC の勧告に同意し、DGD を承認した。

### 四エチル鉛及び四メチル鉛:

暫定書記局の Sheila Logan が、四エチル鉛及び四メチル鉛を暫定 PIC 手続に含めることに関する ICRC-5 の勧告及び DGD 案 (UNEP/FAO/PIC/INC.11/5) を提出した。INC は、四エチル鉛及び四メチル鉛を暫定 PIC 手続の対象にするという ICRC の勧告に同意し、DGD を承認した。

### クリソタイル・アスベスト

Logan が、化学物質 [としての] クリソタイル・アスベストを暫定 PIC 手続に含めることに関する ICRC-5 の書信及び DGD 案 (UNEP/FAO/PIC/INC.11/6) を提出した。彼女は、INC-10 では、この問題に関して決定に至ることができなかったことを指摘した。ロシア連邦は、リスクのレベル、関連する閾値及び人間に対する健康影響に関する科学的データの不足に焦点を当て、暫定 PIC 手続へのクリソタイル・アスベストの包含を支持することはできないと述べ、ウクライナ、カザフスタン、キルギスタンがこの意見を支持した。議長 de Azevedo Rodrigues は、INC-11 は、科学的問題を議論するのにふさわしい場ではなく、クリソタイル・アスベストを暫定 PIC 手続に包めるかどうかを決定するためのものであることを、参加者に注意した。チリは、ロシア連邦の覚え書き (UNEP/FAO/PIC/INC.11/CRP.1) にあるチリの通知の特徴づけに反対しながら、暫定 PIC 手続へのクリソタイル・アスベストの包含を支持する発言をした。彼は、[チリの] 通知及びチリが提出した背景文書は、ICRC によって確認されていることを強調した。カナダは、国内及び国際的にこの物質の管理使用を提唱していることを指摘して、現時点では、暫定 PIC 手続へのクリソタイル・アスベストの包含を支持することはできないと表明した。インドネシア、ジンバブエ、コロンビア、メキシコ、イラン、ガーナ、イン

ド及び中国は、クリソタイル・アスベストの包含に反対であることを明らかにした。EC は、この物質の国際的禁止を意味するものではないことを指摘しつつ、包含を強く支持した。彼は、クリソタイル・アスベストを含めないことは、ロッテルダム条約の将来に否定的な前例を残すことになるかと主張した。エジプト、ノルウェー、ニュージーランド、タンザニア、アルゼンチン、ガンビア、ジャマイカ、コンゴ及びギニアは、暫定 PIC 手続へのクリソタイル・アスベストの包含を支持する発言を行った。世界自然保護基金 (WWF) は、付録 III の目的は、物質を制限したり、禁止することではなく、単に政府に当該物質に関して警告をすることであると述べた。彼は、クリソタイル・アスベストをリストに載せる決定をしないことは、追加の化学物質を含めるための条件に関連するロッテルダム条約の諸条項を深刻に受け止める必要はないというシグナルを送ることになるかもしれないと述べた。世界保健機関 (WHO) は、アスベストの健康影響及び代替物質に関する、国際化学物質安全性計画 (IPCS) によるさらなるアセスメントが、2005 年までに見込まれていることを指摘した。INC-11 の報告書の中でクリソタイル・アスベストに関する合意が得られなかったことをどのように反映させるかという議論のなかで、アスベスト禁止国際書記局 (IBAS) は、アスベスト被災者たちがこの問題についての自国の代表の姿勢を知ることができるようにするために、クリソタイル・アスベストの問題に関する全ての参加者の発言を報告書に含めるべきだと述べた。INC は、クリソタイル・アスベストの包含に関して合意に達することができず、書記局が、INC-11 の最終報告書には、合意の欠如を示す一文のみを含めると述べた。

### ● 技術支援の必要性に関する調査結果の発表

Logan が、技術支援の必要性に関する書記局の調査結果を提出した (UNEP/FAO/PIC/INC.11/INF/1)。地域レベルでのニーズに優先順位をつける必要性に焦点をあてて、ナイジェリアは、技術支援は、開発途上国と先進国との間の架け橋となり、また、関係者が条約の様々な義務を満たすことができるようにするだろうと述べた。INC は、報告書に同意し

た。

### ● 参加者の資格審査報告

Bernard Made (カナダ) が、全権委員による会議のための資格審査委員会の報告書を発表した。参加者は、資格審査委員会から直接の説明を求めると、及び、INC-11の報告書にその手続の結果を含めることに同意した。

### ● 報告書の採択

合同事務総長 Jim Willis が、COP-1 に提出する INC-11 報告書の概要を口頭で提供した。数か国が、議長 de Azevedo Rodrigues、書記局、ICRC 及び INC のホスト国に対する参加者の感謝の意を報告書に反映させるよう求めた。参加者は、報告書を承認した。

### ● 閉会

閉会にあたって、合同事務総長 Jim Willis (UNEP) 及び Niek van der Graaf (FAO) が、感謝の言葉を述べて、議長 de Azevedo Rodrigues 及び ICRC 委員長 Arndt に記念品を贈った。議長 de Azevedo Rodrigues は、午後 4 時 15 分に会議が閉会したことを宣した。

### ● 議場の外で

INC-11 は、その議題に、暫定 PIC 手続リストへのクリソタイルの掲載という、ただひとつの係争課

題をもった。クリソタイルを含めないという午前中の決定を受けて、数人の参加者は、経済的利害に基づいてある化学物質のリスト掲載を阻止するということは、とくにクリソタイル・アスベストに関する通知が包含のための全ての要求事項を満たしているという条件のもとで、条約のプライオリティと矛盾しないかという疑問を呈した。幾人かの参加者はまた、条約の履行及び一部の関係者にとって大きな利害関係のあるような追加の化学物質のリスト掲載に対してもつ可能性のある含みについて、懸念を表明した。ICRC の作業が無視されたことを避難する立場ではないと強調しながら、クリソタイル・アスベストの包含に反対する参加者たちは、条約は、ある化学物質をリストに掲載するかどうかの最終判断にあたって、経済的及び社会的検討を考慮に入れることを許していると主張した。しかし、他の者たちは、PIC 手続へのある化学物質の包含は禁止と同等であるという思い違いが広まっているように見えることを残念に思っている。彼らは、条約の守備範囲が、貿易される一定の化学物質に関する情報の共有に限定されていることを、COP において明解にさせる必要性を強調した。この独特の問題に対する合意の不足にもかかわらず、参加者たちは、COP が開始されることに伴って、条約が、議長 de Azevedo Rodrigues の首尾よいリーダーシップを維持することを可能にするであろうと期待していた。



※原文は、<http://www.iisd.ca/vol15/enb15100e.html> で入手可能。

# 2004年世界アスベスト東京会議

## Global Asbestos Congress 2004 in Tokyo

**GAC** 2004 TOKYO 2004年11月19-21日  
早稲田大学国際会議場

2004年世界アスベスト東京会議組織委員会  
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階  
TEL (03) 3636-3882 FAX (03) 3636-3881  
ウェブサイト: <http://park3.wakwak.com/~gac2004/>

「写真展●静かな時限  
爆弾＝アスベスト被  
害」から 写真：今井明



# 職場のメンタルヘルス講座

## 東京●八王子労働安全衛生ネットワーク

6月26～27日、八王子労働安全衛生ネットワーク主催による、「2004年労働安全衛生学校」が、府中市生涯学習センターにおいて行われた。このネットワークは、三多摩労災職業病センターと八王子勤労者市民センター(旧八王子地区労働組合協議会)が、三多摩地域における地域の労働者市民が考える労働安全衛生ネットワークを共同で立ち上げたもの。安全衛生学校は、2002年から神奈川も参加して3回目となる。

× × ×

今回は、職場のメンタルヘルス講座を事前に勉強したうえで、実際に職場の同僚との接し方について具体的、実践的に学ぼうと企画された。参加者は23名。福祉職場からの参加者が多く、実際に精神疾患を発症した被災者の方も参加されていた。

### ● 第1日目

第1セッションでは、「発症から職場復帰までの経過」というテーマで事例報告があった。まず、復帰できた事例と復帰できなかった事例が八王子市職から紹介された。次に、被災者本人が報告。

質疑応答をはさみ、第2セッションでは、「発症の要因」についてグループ討論し、発表した。発症の原因はどこにあるのか、どうしたら

防げたのか、職場内・職場外ではどうだったのかなど、さまざまな意見が出た。たとえば、職場内では同僚や上司と上手くコミュニケーションがとれていたか、同僚と無理につきあっていたか、本人自身に病識があったか、過労や労働時間はどうだったか、同僚の干渉がひどかったのではないかなど。職場外では、家庭環境や性格、親子や友人関係の問題などがあげられた。発症を防ぐ方法としては、結婚など生活環境の変化、親の病気に対する認識や本人の自立、また、上司は部下を信頼し、組合が情報を伝えることや、職場における仲間づくりが必要だと言う声もあがった。外部からの情報を得ることも大切だという意見もあった。

続いて、「職場復帰のあり方」についてのセッションがあった。発症後の勤務内容や、配置転換後のフォロー、回復過程における組合と医療機関との連携、具体的な職場復帰プログラム、また、本人に病気だということを自覚させるためにどのようにアプローチするのか、配置転換ができなかった場合どうするか、本人が相談できる体制や、相談を持ちかけられた場合どう対応すれば良いかなど、具体的な問題点が上げられた。時間が足

りなくなり、1日目はこれで終了した。

夜は、懇親会が行われ、互いに交流を深めた。

### ● 第2日目

前日の報告発表の後、「ストレス及び職場のメンタルヘルスケア」というテーマで、永田耕司先生(活水女子大学教授・長崎大学医学部講師)の講演があった。永田先生は、現在、長崎県庁の産業医でもあり、ご自身の経験談も交えながらお話し下さった。

自殺者が多い昨今、周りに問題を抱えた人がいる場合、利害関係のない人がカウンセリングマインドをもって関わるのが大事であり、誰もがカウンセラーになれるということで、実際にロールプレイを行なうことになった。

まず、問題を抱えている人に応答するための具体的方法を考えてみた(右表を参照)。参加者は、1～5の応答別に挙手した。筆者は5を選んだが、正解は3だった。4や5は、Aさんがもしかしたら言うかもしれない「答え」をカウンセラーが言ったことにより、Aさんは自分から答えを言うことができなくなるということだった。実は、4や5を選んだのは、労働組合の人が多かった。

相談者の気持ちを汲んで理解するには、同じ色の球を投げ返す、つまり、赤い球(回答)を投げ返すのではなく、相談者が白い球を投げてきたら、白い球を投げ返す(応じる)ことが大事だということだった。先生の講演を聞いて、日々の相談業務の中で、つい回答してしまっている自分に気づき、今までの対応を振り返ることができた。

次に、三人一組になって傾聴訓練のロールプレイを行なった。

- ・ 観察役を一人決める。
- ・ クライアント役はカウンセラー役に二分間話す。
- ・ 今朝、起きてから研修に来るまでにしたこと。
- ・ 昨日の出来事、普段ストレスに感じていること。
- ・ この1か月間で心に残っていること(嬉しかったこと、嫌だったこと)。
- ・ 観察役が、カウンセラー役の聴き方や声かけについて、1分間感想を言う。
- ・ 役を交代して同じことをやる。
- ・ 難しかった点、うまくいったコツ等について、グループで討議する。
- ・ 最後に、先生を含め全体で「振り返り」の時間を持った。

このロールプレイにより、相談を受けても、必ずしも無理して価値(答え)を出さなくても良いこと、また、改めて「聴く」ことの大切さを学んだ。

最後に永田先生は、働く人の心や身体が健康でないと働けないこと、心の問題は誰もが抱え得るので、職場の皆で考えることが大事であると締めくくった。まとめとしては別表の通り(注:自治体職場向

24歳女性職員Aさんがあなたに訴えてきました。どのように応答しますか？

「今、一番嫌なことは、Bさんとうまくいっていないということなんです。Bさんは挨拶してもそっぽを向いているんです。私も気が短いのかも知れませんが、本当に腹が立ちます。仕事の時、私たちはBさんの指示に従わなければなりません。でも、Bさんは、私にははっきり指示をしてくれません。もっとはっきり指示をして欲しいという、にらみつけたり、少しでも間違っているとネチネチといやみを言います。だから、私も反抗したくなるんです。こんなBさんと仕事するのは嫌なんですけど…自分が選んだ仕事だし、最近は就職難だし…毎日我慢をしているんです。」

応答1: そういうBさんだったら、他の人も嫌がっているでしょうね。他の人も何か言ってますか？

応答2: あなたはBさんのために毎日嫌な思いをしているでしょうが、Bさんはあなたをいじめようとしているのでしょうか？あなたの方で、何かBさんに対して先入観を持っているのではないのでしょうか？

応答3: あなたとしては、Bさんがあなたをよく思っていないような態度をとるので、ひどく反抗したいような気持ちになってしまうのですね。

応答4: ずいぶんひどい人ですね。まあそういう人は、どこにでも入るものですからね。大変でしょうが、しばらく我慢するしかないでしょうね。様子見て、それでもどうにもならないようでしたら、また相談してください。なんとか対応策を考えましょう。

応答5: おそらくBさんとしても何か事情があって、不機嫌になっているのでしょうね。いろいろなことがあるでしょうから、その気持ちを察してあげて、むやみに反抗的にならないようにできないものではないでしょうか？

以上の応答から、カウンセリング対応はどれだと思いますか？

け)。これを逐一守ろうということではなく、自分たちの職場に活かせる項目はないか参考にして欲しいとのことだった。

筆者にとって、いつでも相談で

きる、話し相手になる心構えを—から学ばせていただいた貴重な2日間であった。



(神奈川労災職業病センター

池田理恵)

## 【別表】まとめ

### A 職場復帰に関して

1. 復帰前の試し勤務など就労期間を設けること。復帰後の慣らしを取り入れること。
2. 復帰の手順をルール化する。職場復帰に関する審査会について、所管課は職員課が望ましい。
3. 復帰後も産業医や嘱託医が当分の間、面談を行う。
4. 本人にとって、最も良い方法を一緒に考えていく(異動、転職、早期退職など)。元の職場に戻ることが本人

にとって必ずしもハッピーでないこともある。

### B 業務上で検討すること

1. 仕事が偏らないような業務分担の見直し。やれる人にどうしても業務が偏る。
2. 上司から部下への評価だけでなく、部下から上司への無記名式の評価体系を作る。
3. 異動して業務を引き継いでも戸惑わないように、可能なら文書化しておく。異動のルール化。
4. 無駄な会議はしない。何が大切であるか、優先順位

を職場で決めていく。

### C 規模の小さい職場での対策

1. 誕生月や干支でグループ分けして、「職員がよりハッピーに仕事や生活をしていくためには、どのようなことをしていけばよいですか？」などで、1か月間の間と期間を決めて各グループで話し合いを持ってもらう。
2. ○○運動など、全職員で取り組めるものを導入する。小集団活動などを行い、グループ単位毎に話し合いをもつ。
3. スポーツ、レクリエーション活動など、職員同士で汗を流せるものを取り入れる
4. 外の民間クリニックとの契約（これは自治体でやるか、組合がやるか検討する必要）
5. いくつかの企業や町村会（市町村合併予定自治体同士など）とタイアップして、広域相談体制を作る。いくつかの自治体や組合で、非常勤のスタッフ（カウンセラーなど）を出前研修やストレス相談を行う。最初は来談者が少ないので、健診での要精検者や要受診者との面談から始める。
6. 講演を依頼した専門家に、今後、対応法など相談できる関係を作っておく。

### D 職場内のまわりの対応

1. 腫れ物に触るようには接しないこと。普通に接することが大切。白い球で投げ返すコツ
2. サポーター制度など職場内の上司や同僚以外で、気軽に相談できるようなキーパーソンづくり

### E 職場の上司の対応

1. 普段からの声かけやコミュニケーションが大切である。「そうか、なるほど」「それはきつかったね」「これまでよくやっているね。もう少し、この辺について少しやってみようか」「頑張っているね。」の声かけから。

2. 上司のほうから自分の事を腹を割って話すと相手も本音で話してくることがある。（上司は認められたいから、から元気している人が多い。そのような人が心配な人が多い。向上心がない人も問題ではあるが…）
3. 上司自身のストレスマネジメントが大切である。（ストレスがたまっていると、部下の話を聴く余裕が持てない）

### F その他メンタルヘルスがうまくいくコツ等

1. 家族の相談（親の介護の問題、子供の不登校相談等）、さまざまな相談経路（メール相談や電話相談を行う）
2. 可能であれば訪問したり、時間外でも相談を受けるなどの体制を整える。必要ならば配置転換等の環境調整も行う。
3. 安全衛生係を他の職員課と話す。安全衛生係を昇格させ、人事課から独立させる。

### G メンタルヘルス対策を勧めるうえでのスタンス

1. 信頼関係が最も大切であること。信頼関係がないと、どんなメンタルヘルス対策を講じてもうまくいかない。メンタルヘルス対策よりも信頼関係づくりのほうが先。じっくり時間をかけてやっていくこと。
2. メンタルヘルスが増えてきたのは、業務の量や質のストレスが増えたこと、また業務量の適正配分がなされていないこと（やっている人とやっていない人との格差が出てきている）、業務に対して人が適正配置されていないこと、嘱託職員やアルバイトなど雇用形態が多様化してきたことなどが要因として出てきている。そのためメンタルヘルス対策と同時に業務内容の改善などの対策を可能なかぎり講じて行く必要がある。一人ひとりがストレスとの上手なつき合いの方法をいくつか持っていて、時には誰かに相談したり、必要があれば気軽に専門家に相談するなどが大切である。



## メンタル～労働組合の課題

### 東京●職場改善から復帰まで

東京管理職ユニオンは9月18日、東京・新宿でシンポジウム「メンタルヘルスケアに対する労働組合の課題～職場改善から復帰まで～」を開催した。このシンポジウ

ムは、東京管理職ユニオンが、昨年春にメンタルヘルス研究会を立ち上げ、他労組、弁護士、医師などの協力を得ながら、研究・意見交換などを重ねてきた成果を踏ま

えて開催したもの。コーディネーターを東京管理職ユニオン副委員長の山崎洋道氏が務め、パネラーに精神科医の天笠崇氏、弁護士の中野麻美氏、毎日新聞記者の東海林智氏の3氏を招いて行われ、約60人が参加し、パネラーの話に熱心に耳を傾けていた。

シンポジウムでは、まず天笠氏が、メンタルヘルス対策関連情勢や精神疾患発生のメカニズム、うつ病を例にした職場改善と復帰対策などについて解説。このうち、復



職対策については、「職場要因で休職の場合種々の手続は家族が仲介」「まず心身ともに休める環境づくり」などからなる「復職に向けた工夫10カ条」を示し、「医師、本人、企業の三者で情報を共有することが大切」と述べた。そして、「在宅プラン」として、「1日8000歩、半日のデスクワーク5日間をやり、2日休んで疲れを持ち越さなければ復職を考えるようにしたほうがよい」などとした。

中野氏は、ILO・EUのレポートなどをもとに「グローバル化による競争促進・情報化といった仕事や職場の環境変化とともにハラスメントが顕著に増加している」と述べ、「ハラスメントによる失業が増加すれば納税額が減り、国家的な損失につながる」とし、「均等待遇と職場の暴力をセットで考えて法整備が必要」と訴えるとともに、「職場の人間関係も労働条件の問題として捕らえていくべき」と述べた。さらに「ハラスメントにより傷つけられた自信と誇りを取り戻すことが必要。そのためには被害者は悪くないことを強調することが大切で、交渉ペー

スでの安易な妥協はなじまない。行為をきちんと糾弾して、加害者に責任を取らせることで、本人が許せるようになることが大切」と語った。

東海林氏は、うつ病で休職中の者に対して、産業医が「会社に迷惑がかかっているの、よく考えたほうがいい」などの心ない発言を行っていた事例を紹介。「産業医が、会社と一体になって職場から病気で苦しんでいる労働者を排除

しようとする行為はあまりにもひどすぎる」と述べた。さらに「このケースでは、会社の規定で休職期間が3か月となっていたため、産業医の発言もあり無理に出勤し、症状が悪化してしまった」と語り、「うつ病の場合では休職期間3か月は身近すぎる。もっと柔軟に休職期間を設け、さらに労働時間を身近くしたり、出勤日数を少なくしたりハビリり社などが必要」と訴えた。そして「うつ病になる労働者がいる職場には“ストレスの雨が降っている”といわれる。職場環境を見直し、対策を講じなければ、次々と犠牲者がでる」と語った。

その後、会場からの質疑応答、東京管理職ユニオンに加入し、現在、うつ病の罹患について会社の責任を問う裁判闘争を行っている原告本人からの会場発言などが行われ、復帰に向けた職場改善や復職のための支援の必要性や重要性などを改めて考えさせられたシンポジウムとなった。

## CAD作業によるケイワン

### 広島●審査請求で逆転労災認定

マツダ（広島県安芸郡）の社内下請会社R社で、ワイヤーハーネス設計（自動車内部の電線の配線設計業務、たとえば、<http://www.sei.co.jp/seiworld/2001/03/0103.pdf>など参照）に従事していた女性Yさんが、1日3～4時間の残業という過重業務によって頸肩腕障害

を発症したため、広島中央労働基準監督署に労災請求したところ不支給とされ、審査請求していた件で、7月初めに、原処分取消決定が行われ、業務上認定されることになった。

決定は、労基署が、「仕事自体が上肢等に負担のかかる業務で

はなく、過重な業務もなく、疾病的にも頸椎症である」などと、Yさん側の主張をすべて否定していたのに対して、「負担作業であり、過重性が認められる」と判断を変更した。しかし、主治医・田島隆興医師の「頸肩腕障害」という診断に対して、局医の「診断」である「頸椎症」を採用し、その既存疾病の増悪として業務上とした。患者の診察もせず、職場実態も知らない局医の意見を偏重し、「既存疾病の増悪」として認定するという誤りを犯した、きわめて不十分な内容である。

Yさん側からの主治医意見の再調査要請を無視し、決定するという重大な問題を残したが、とりあえず業務上認定をかちとることができた。今後、労基署に未請求分の提出し、その中で主治医の意見を尊重し、実態に即した労災補償を行わせていきたい。

Yさんは、労基署段階、審査段階と申立書を提出し、これが大きな力になった。田島診療所の協力はもちろん、田島診療所の労災患者でつくるひまわり労災被災者交流会の応援もあって、今回の業務上決定につながった。

### ● 明らかな原因

Yさんは、2002年5月からR社に勤務した(採川時32歳)。その5年前から、コンピュータを使用した3次元CAD作業に従事してきた。VDT作業が中心で、以前から頸肩腕障害とみられる症状を感じるがあったが、今回のような症状となったのははじめてだった。

R社では、特にリアハーネス(別名ボディハーネス。天井部・床部・

車体脇部といった前部座席からトランク部にわたる配線システム)の設計を担当した。未経験なため、入社時面接で経験者の下で教育を受ける環境であることを確認したが、7月はじめにベテランが退職した後は、Yさんともうひとりの未経験者が残され、悪戦苦闘が加速することになった。業務改善を上司に頼んでも、らちがあかなかった。

7月は、休日出勤3日を含んで25日間働き、時間外労働時間は112.6時間、8月は、休日出勤2日間、時間外労働88時間、9月に入ると、連日の深夜に至る残業が続いたため、嘔吐が止まらなくなってしまった。そして、9月中旬から休業することになった。

Yさんの仕事は、具体的には次のようなものだった。

基本的には、マツダの要求に基づいて製品を設計し、2D(2次元)/3D(3次元)図面を作成して、フィリピン・セブ島にあるR社工場に製造指示し、完成した製品をマツダ車両に取り付けてチェックする、このとき不具合があれば、設計図面を変更しながら、製品の質を高めていくという流れである。

その過程で、実車内でのチェック作業で、うつむく、のぞき込む、見上げるという不安定姿勢での作業を行う。不具合が出た場合は、ディスプレイ上での長時間チェックを行い、そのあとでプリントアウトされた大図面にむかい、何時間もうつむいたままの注視、記入作業を行う。同時に、パソコン上でエクセルを用いて設計図面を作成する。そのほか、各種の資料作成、

メールの読み書きなど、長時間のVDT作業を行う。受信するメールは、英文も含めて相当な量にのぼる。

デスクトップとノートタイプの2種類のパソコンを使用し、キーボードやマウスを使用し、入力作業を行う。スペースが限られるため、足元に荷物を置かなければならず、拘束的な姿勢を強いられる。たとえば、設計図の点検は、右側の低い机に設計図を広げて、体を右側にねじった状態でうつむくという作業姿勢になる。

こうした作業態様によって、目が極度に疲れ、首、肩、頭の痛みが強くなり、嘔吐までする状態になった。激しい頭痛、嘔吐、首・肩の筋肉の緊張と痛み、頭がボーッとする、手、腕がしびれる、数十分うつむいていると、気分が悪くなる、目が痛み開けているのがつらい、といった症状が慢性化していった。嘔吐で早退することもあった。

9月7日に、午前2時まで残業した後、激しい頭痛、嘔吐が断続的に数日間続き、止まらなくなり、ついに、病院にかかることになったのだった。

### ● 認定基準と解釈に問題

労基署の不支給理由は、次のような内容だった。

- 1) 業務白休が、手指・手・前腕を早く動かす作業とは認められず、上肢の反復動作の多い作業ではないと判断される。
- 2) パソコンや机下の荷物は、施設として固定されていないので、姿勢は、拘束される作業ではない。

- 3) 発症までの作業従事期間が4か月で、認定基準の6か月に満たない。
- 4) 業務量が、他の労働者と比較して10%以上の増加が認められず、過重な業務だとは認められない。
- 5) 局医(地方労災医員)が、「頸椎症性変化が年齢の割に決して軽度ではない、非生理的な姿勢での作業という負荷があったとしても業務は過重ではなかった」と、業務との相当因果関係を否定する意見を述べている。頸肩腕障害を含む上肢作業障害の認定基準は、「上肢作業に基づく疾病の業務上外の認定基準について(平成9年2月3日付け基

発第65号)」と「上肢作業に基づく疾病の業務上外の認定基準の運用上の留意点について(平成9年2月3日付け事務連絡第1号)」に示されている。

1)、2)は、認定基準で類型化された例示作業の中に、Yさんの行った作業があてはまるかどうかを労基署として検討したが、どれも該当しない、と判断しました、ということの意味している。この点について決定書では、Yさんの申立書等をもとに、「ある程度の作業負荷として上肢への負担が認められ、認定基準が定める「上肢等に負担のかかる作業を主とする業務と認められる」と判断した。

「実態から上肢負担作業かどう

かを判断する」という基本を忘れてしまい、「認定基準上の例示作業のどれかに当てはまるかどうかだけを考えてしまう」という誤りを、労基署は犯していたのである。

3)については、認定要件の中で、業務に「相当期間」従事した後発症したものであること、という項目があり、この「相当期間」について、「1週間とか10日間という極めて短期的なものではなく、原則として6か月程度以上をいう」、「原則として6か月程度以上としたが、腱鞘炎等については、作業従事期間が6か月程度に満たない場合でも、短期間のうちに集中的に過度の負担がかかった場合には、発症することがあるので留意する

はじめに、労災認定に至る長い道のりを暖かく支え励まして下さった関西労働者安全センター、田島診療所、ひまわり労災被災者交流会の皆様、この場をお借りしてお礼を申し上げます。

私が皆様のお世話になるようになったのは、原因不明の嘔吐・激しい頭痛が断続的に続き不安になり、精密検査を受けようと休職していたときに、偶然目にした関西労働者安全センターによる「電話での労働相談会」(←でしたっけ?)の新聞記事がきっかけでした。その頃は退職を考え、「運が悪かったと思ってあきらめよう」、「命があるだけでもラッキーだ」と自分に言い聞かせ、前向きに気持ちを切り換えようとしながらも、どこか釈然としない、やり場のない思いをひとり抱え込んでいる時期でした。安全センターの方にお話を聞いていただき、田島診療所で検査を受け、通院することになりました。

労災申請はどこか後ろめたさのようなものがあり、申請すべきか否か大変悩みましたが、通院し始めて半年後の昨年4月に、申請しました。アドバイスを受けながら、作業内容や作業環境の詳細を記載した申立書(A4・5枚)を作成し、提出しました。6月に、労働基準監督署による聴取(1人で面接)、7月・10

月・11月に電話による聴取があり、どれだけ酷い環境で作業を続けていたのかを訴えました。そして、今年の1月に決定通知のはがきが届きましたが、まさかの不支給決定でした。

月平均80時間、多い時には100時間を超える残業があり、過労死していても不思議ではない環境です。私と同時期に同部署に配属された男性2人のうち1人は、幻覚を見たり、目が見えなくなったりして体調を崩し、3か月後に退職しています。もうひとりも、半年あまりで耐えきれずに職場を去っています。その様な環境の中で体調を崩した者に対し、労災を認めないはずがないと考えていましたので、ただただ不支給決定には驚き、不思議でなりませんでした。

通知のはがきには決定理由が書かれていません。問い合わせても詳しくは教えてもらえません。簡単に受けた説明によると、「頸椎症という既存疾病によるもので業務の過重性も認められず業務外認定である」とのことでした。つまり、「もともと体が悪く通常業務で悪化した」、「君の体が弱いんや」ということです。「月100時間を超える残業をしても過重業務にならないのですか」と訊ねると、「他の人もしているじゃないですか」と、長時間労働を是認するよ

こと」と記されている。

労基署は、Yさんの場合は、「発症が入社4か月後」であり、「腱鞘炎ではない」ことをもって機械的に判断したとみられるが、あまりに稚拙というほかない。

4)については、認定基準は、「過重な業務」とは、「原則として」4)のような条件を示しているが、一方で、「過重な業務」の判断に当たっては、業務量の面から過重な業務とは直ちに判断できない場合であっても、通常業務を超える一定の負荷が認められる場合には、それらの要因も総合して評価すること。「通常業務」とは、当該事業

場における所定労働時間における所定の業務をいうものである」と記している。

決定書では、この記載に照らし、Yさんの総平均労働時間が所定労働時間(8時間)を超えていることや作業実態を踏まえて、「監督署長は、請求人が従事した当該作業の業務量を労働時間数に置き換えて本件疾病の業務起因性を判断している。請求人の作業従事時間は1日当たり11.4時間と会社の所定労働時間(8時間)と比較するに多いものである。その作業態様は、請求人自らが述べているように、この作業時間のすべてを上肢

に過度の負担のかかる業務に費やしていたとは認められないが、総合的に評価するに「過重な業務」に相当すると判断する。」とした。

### ● 局医「診断」偏重

問題は、5)の点である。審査官は、労基署段階で意見をきかれた局医と同一人物に意見をとっている。「先生の頸椎症という診断を前提にしても、請求人が過重な業務に従事していたとすると、その基礎疾患の増悪とは考えられませんか?」という趣旨の質問を局医に行い、「労働時間数を業務量に置き換えて判断しているのであれば、

うな労働基準監督署からの発言もありました。

これは二次災害ではないでしょうか。他の理山もとうい納得いくものではありませんでしたので、3月に審査請求を行いました。4月には、安全センターの方と一緒に、広島まで不支給決定の理山を確認しに行きました。驚くほど稚拙な報告に基づいて下された決定だということが分かりました。形式的に申立書を預かり、聴取はするけれども、その内容に基づいて何か調査を行うということはない。

担当事務官、そして、その報告を認めた監督署長に対し、今でも腹立たしく思います。彼らは、自らの報告・決定に責任を持つべきです。「不支給決定は取消します。すみませんでした。」の一言で済ませられては不愉快です。広島から戻り、不支給決定理山に対しての申立書を作成しました。アドバイスをいただきながら、認定基準と照らし合わせ、徹底的に異議をまとめていきました(A4・5枚)。そして6月に審査官からの聴取があり、安全センターとひまわり労災被災者交流会の方々と共に抗議をしました。その結果、7月によろやく労災認定されました。

「頸肩腕障害」に対しての労災申請を行ったにもかかわらず、最後まで「頸肩腕障害」であるか否かに全く触れなかった論点のずれた決定には疑問を感じます。ですが、ここに至るまで1年3か月の期間

を費やすことになってしまいましたが、振り返ってみると、背中を押していただきながら、おかしいことをおかしいと叫ぶ勇氣を持たせたこと、やり場のない気持ちを吐き出すことができたことで救われた思いです。

今回の経験をおして一番感じたことは、労災に関して何の知識もない人間がひとり、労働基準監督署相手に状況を必死に訴えるだけでは、動いてくれないのではないかとということです。やはり、知識を持った人と一緒に相手を攻め立てて、はじめて動いてくれるのではないかと。悲しいことですが、そして、申立書も「攻め」のスタンスで作成する必要があるようです。時間外労働賃金が未払いの場合は、実際の労働時間を管理したもの、就業規則や雇用契約書、できればPCメールの送受信記録などがあれば、話はスムーズに進みやすいでしょう。

「他の人も(長時間労働)しているじゃないですか」と私が労働基準監督署に言われたように、みんなが我慢しているのだから、私も我慢しなければならない、みんながサービス残業しているから、私もしなければならないというのは間違っています。おかしいものはおかしいのです。小さな声でもそれが増えてゆけば、状況は変わってゆくはず。今回の労災認定が一石を投ずるきっかけとなってくれることを望んでいます。



この既存疾病は業務により増悪したものとするのが相当である。」という回答を得て、これをもとに、頸椎症という既存疾病の増悪として、Yさんの疾病を業務上認定した。

審査官に対しては、労基署段階と同じ局医に聴くのはぜひやめてもらいたい、頸椎症という判断は主治医の診断と判断と異なるので、再度主治医の意見を聴いてもらいたいと要請していたが、無視されたかたちとなった。

こうした調査方法は、明らかに不適切であった。

### ● あってはならないこと

以上のような、認定基準の適用・解釈や不十分な調査内容とともに、本件の審査請求でYさん側が問題にしたのは、労基署の基本姿勢だった。

Yさんの労災請求において武器になったのは、Yさんが残っていた労働時間を記録したパソコン上のファイルだった。これは、R社が労働時間管理のために各社員に提出させていたもので、これにより正確な労働時間が把握できた。

はじめにYさんの相談を安全センターが受けたとき、ここに記録された時間外労働賃金が支払われていないとのことだった。労災課への労災請求と同時に、Yさんは、安全センターのアドバイスを受けながら、自力で賃金不払い是正の申告を監督課に対して行った。申告に基づいて監督課は、R社の調査、指導を実施、Yさんを含む大量の賃金不払いを発見し、是正させるという大きな「成果」をあげる

こととなった。(また、R社は、Yさんの労災請求に対して事業主証明を拒否したが、事業場のある広島で労災保険加入手続をしなければならぬにもかかわらず、これを怠っていたことが発覚、R社は加入手続をさせられた。)

Yさん自身も決して少なくない是正分を受領できて、あとは、労災課からの業務上認定の知らせを待つだけだと思っていたら、思いもかけない不支給決定だった。

Yさんは、不支給の理由を直接聴くために、安全センター事務局とともに広島に足を運んだ。不支給決定を行った当事者である署長、次長、課長、担当者はすべて直前の人事異動でおらず、後任者から説明を受けたが、その内容は、耳を疑う、ずさんな内容だった。

R社の賃金未払い大量摘発に関する最大の功労者であるYさん

の労災請求を不支給にするとは何事なのか、しかも、こんなずさんなやり方で…。

いったい何を考えて労働行政をやっているのか、と強く抗議するとともに、不支給決定の見直しを求めたが、労基署は、「審査請求してくれ」と言うばかりであった。

審査官に対してと同様の申し入れをしたことは言うまでもないが、結果は、原処分が取り消されたとはいえ、呆れる中途半端な内容だった。

ともあれ今回の決定を受け、広島中央労基署は、Yさんに対する完全な労災補償を実態に基づいて行う責任があるのは当然として、なによりも、Yさんにとんでもない迷惑をかけたことに関して猛省を求めたい。



(関西労働者安全センター)

## シックハウス症候群労災申請 神奈川●(財)地球環境戦略研究機関

さる6月14日、(財)地球環境戦略研究機関(略称IGES)で働いていた女性労働者(31歳)のKさんが、「シックハウス症候群」で横須賀労働基準監督署に休業補償請求をした。これまでの経過を報告する。

Kさんは1999年10月に、IGESで研究秘書として勤務し始めた。米国の大学を卒業後、研究秘書として働いてきたが、帰国して初めて

入ったのがIGESである。Kさんは、自分にとっても勉強になると考えて、一生懸命働いた。ある研究者からは、「ここまでやってくれる人は見たことがない」と言われたことも。IGESの研究秘書は、形式的には1年契約であるが、3年ごとに研究プロジェクトを見直すことになっている。その区切りが2000年4月であった。ただし、秘書は、プロジェクトごとではなく、IGES全体で

採川されるのであり、Kさんも2002年4月からは2つのプロジェクトの秘書を兼務するようになった。一層忙しくなって、残業や休日勤務を余儀なくされていた。

IGESは、地球環境問題に関する環境省所管の外郭研究機関である。2002年6月に、葉山町の湘南国際村に本部研究施設が新設された。IGESは自らホームページで以下のように説明している。

「IGESは新たな地球文明のパラダイム構築を目指して、地球環境問題についての戦略的な研究を行う研究機関であり、持続可能な開発のための革新的な政策手法の開発、及び環境対策のための政策的、実践的研究を行い、その成果を様々な主体の政策決定に具現化し、地球規模、特にアジア、太平洋地域の持続可能な開発の実現をはかることを目的としている」。

「この研究施設は、このようなIGESに相応しい、快適な研究環境を創出することによってレベルの高い研究成果の創出に資することを目的として計画された」。

「設計にあたっては、高度な研究を将来にわたって完全にサポートしていける快適な研究環境の創出を第1の目標としたが、恵まれた敷地のポテンシャルを最大限活用しつつ、施設自体をIGESの研究内容に相応しい、環境親和型建築のプロトタイプとすることも設計の大きなテーマの1つと考えた」。

この仰々しい文章と全く相反する事態が進行するとは、あまりにも皮肉な現実である。

2002年6月9日、Kさんは引越

し担当者として休日出勤したが、強烈な悪臭が漂っていた。設計上窓の開閉ができないようになっていて、だんだん頭が痛くなってきた。実は工期が遅れていて、入所後も、工事が残っている部分もあった。当時は、ちょうど連日夜の9時や10時まで残業があり、めまい、目の刺戟感、皮膚のかゆみ、不眠などの症状に悩まされるようになる。

他の同僚の中にも、同様の症状を訴える人が出始めた。7月には、2名が化学物質過敏状態ということで、東京勤務となった。7月末、IGESは、ホルムアルデヒド、トルエンなどの濃度測定を実施した。このとき、ホルムアルデヒドの値は、0.078ppmである。厚生労働省が定めている指針値は0.08ppmで、それにかかなり近い濃度である。もちろん0.08ppmのホルムアルデヒドを吸うと、必ず病気になるわけでもないし、逆に0.08ppm未満だと、全く問題がないということではない。しかし、建築物衛生法でも、これを限度基準値としており、労災認定基準でもかなり参考にされているようである。3か月後の11月の測定では、0.008ppmまで下がっている。一般にホルムアルデヒドは揮発性が高いので、一気に下がって、後は安定する。6月の入所当初は、かなり高濃度であったと推測される。

IGESは、8月には職員にアンケート調査を行ったり、設計者や県(研究施設そのものは県住宅供給公社が無償で貸与している)とも相談して、対策についての検討専門委員会を開くなどした。10月に

は、検査費川の負担と共に、北里研究所病院を紹介する通知を全職員に出した。Kさんも、早速同病院を受診、「シックハウス症候群」と診断される。この月には11名、11月にはさらに7名が診断されて、2003年3月までには、なんと26名が、シックハウス症候群(疑いも含む)と診断されることになった。

IGESは、シックハウスと診断された人のために、別の建物を借りることにした。Kさんも診断書があればそちらに移れると聞いていた。しかし、具体的な別棟勤務のための措置はなかなかなされず、実際に別棟で勤務することができたのは、11月22日になってからであった。しかも、やはり本部の建物に入らざるを得ないことも少なくなくて、12月にはかなり症状が悪化。自分を責めてしまう、物忘れが激しいなどの精神的な症状が出るようになった。翌年1月に北里研究所病院を再受診したところ、早急な改善、休業を指示される。ところが、「精神的症状はシックハウスと関係がないはずだ」という、法人事務局長の心ない発言もあった。結局すぐには休むことができず、実際に休職に入ったのは、1月20日からであった。Kさん以外にも、4人が休職、1人が自宅勤務、3名が別棟勤務、さらに1人は3月で退職した。

IGESの就業規則が、県職員の規則に準拠しており、休職中の賃金は100%保障された。治療費もIGESが負担してきた。前述の通り、1年契約であったが、Kさんも他の秘書も、2003年4月に契約は更新された。Kさんは実家に帰って、

療養に専念することにしたが、なかなか症状は改善しない。

2004年2月、IGESは、3年ごとの研究プロジェクトの見直しということで、研究秘書に対しても試験を実施、公募もした。まだKさんは試験を受けたり、勤務のできる状態ではなかった。3月になって、IGESに派遣されてシックハウス症候群になったTさんの問題(2003年12月号参照)に、神奈川労災職業病センターが取り組んでいることを知り、相談に訪れる。早速、よこはまシティユニオンに加入し、団体交渉を申し入れた。

IGESの雇用は、形式上1年契約であるが、実質的には労働基準法違反の3年契約であり、期限のない雇用とみなすべきである。そして休業中の労災職業病患者の解雇は違法である。そのような主張に対して、IGESは、あくまでも1年契約であり、契約が切れた以上、治療費も賃金も払わないという回答。

同時期にやはりIGESに雇い止めされた研究秘書のMさんがいる。Mさんは、試験の成績は悪くないが、協調性がないなどという理由で更新を拒否に相談し、団体交渉を重ねたが、やはりIGESは雇い止めということで復帰を拒否。現在、横浜地方裁判所で仮処分裁判を闘っている。要するに、IGESは、今回の契約更新で、職業病患者や出産を控えている人を「厄介払い」したとしか思えない。

団体交渉では、当時の事実関係をきちんと認識させることが重要である。ところが、IGESの法人事務局を担うのは、県や環境省から

の出向者。いずれもKさんの休職後に派遣されてきており、当時の状況を全く把握していない。さらに、Kさんの休業補償の請求書で平均賃金を算定するのであるが、その残業代はゼロ。基本給に19時間分入っていると言うのだが、どうも労働時間を全く把握していないようだ。

新聞記事によると、シックハウスと診断された27人中、すでに21

人が退職したと言う。わずか60人余の研究機関で、約3分の1が退職するということでは、良い研究成果があがるはずはないだろう。地球環境戦略を研究するのもいいが、まずは職場環境で起きた事態に、きちんとした責任、つまり労災補償、雇用責任を取り、原因究明を行うべきである。そして、環境省や県の責任も含めて、徹底的に追及することが必要である。

## 心臓突然死で労災認定 大阪●過労による「急性心筋炎」

財団法人の職員Aさんは40歳の若さで、帰らぬ人となった。妻と幼い子どもたち3人を残しての突然の死だった。死因は解剖の結果、「急性心筋炎」とされた。

Aさんは、2年前の財団の合併により2つの事業の責任者となり、また人手不足で休めない状態が続いていた。亡くなる2か月前にはリニューアル工事のために多忙をきわめ、休日は月に2～4日で直前19日間は休みなし、自宅へ持ち帰っての仕事、残業、休日出勤で、時間外労働時間は、約100時間におよんだ。あまり仕事のぐちを言わないAさんが、「しんどい」とこぼすのを聞いていた妻は、もちろん過労による死であると労災を請求した。

奥さんが関西労働者安全センターに相談に来られ、労災請求に当たって、一緒にAさんの直前6

か月の仕事と労働時間を調査した。作成した表には、前述したように相当の過重労働が見受けられた。しかしながら、タイムカードにはすべてが記録されてはおらず、財団が労働基準監督署に提出した直前1週間の就労状況にも、実態の一部しか記載されていなかった。そばで彼を見ていた同僚たちは、奥さんの要請に応じて積極的にAさんの労働実態を証言してくれた。請求を受けた労基署の担当者は、Aさんのパソコンから膨大な量の作業データを回収し、奥さんから提出した就労実態の裏付け調査に当たった。

過重労働については、順調に調査が進む様子であったが、もう一つ問題点があった。死亡した病名が「急性心筋炎」とされた点だ。Aさんは、もともと心臓に「先天性エプシュタイン奇形」があるための

不整脈があった。無理はできない体ではあったが、通常の就労には問題はなかった。Aさんは亡くなる日、体調が悪く職場を早退し、近所の医院にかかり夏風邪との診断を受けたが、その午後に呼吸停止して救急車で病院へ運ばれた。風邪と言われたのがなぜ亡くなったのか、解剖をした結果、「急性心筋炎」という病名が見ついた。労災の過重労働による心臓疾患の中にはない病名で、この病名で労災として認定されるのか、という問題があった。

細菌、ウィルスなど種々の原因による感染症によって心筋が炎症性変化を起こし、重篤になれば不整脈や心不全、ショックを呈して突然死するというのが解剖医の説明である。この解剖医は、当初からAさんの妻に「過労と関係があり労災申請しては」とすすめた。請求後もこの医師は協力的で、心筋炎と過労の関係について、「過労が免疫機能の低下につながることは、一般的に認められた相当因果関係があるものであり、過労と感染症の関係については概ね認められた因果関係がある」とし、Aさんは、「T細胞系、B細胞系のリンパ球の機能低下」すなわち免疫系の調節系に異常を来していたという意見書も提出してくれた。

認定まで2年半あまりかかったが、労基署は過重労働があったと認め、また、病名については、「過労による心臓突然死」として業務上とした。

この間、3人のお子さんを抱え苦勞して生活を支えながら、労災請求に積極的に行動された奥さん

の苦勞が報われたことはなによりも喜ばしい。また奥さんにとっては、やはり「仕事が原因だった」とはつきりさせることは、気持ちの上で重要なことであった。奥さんにとって

は夫、子どもたちにとっては父親であったAさんは戻ってはこないが、遺族年金をもらえることで経済的な負担がへることは4人



## 建設業で参加型改善活動

### モンゴル●ILO開発のWISCON

#### 【7度目のモンゴルへ】

今年8月、モンゴルの労働組合を対象とした、ILO(国際労働機関)が提供する建設労働者向けの参加型現場改善トレーニングWISCON(Work Improvements in Small Construction Sites)の初回導入トレーニングが、首都ウランバートルで開催され、東京労働安全衛生センターから外山がILOの外部協力者として派遣された。

この企画を統括するのは、東京安全センターとはPOSITIVE(労働組合による参加型安全衛生改善活動)とWIND(農村での生活改善活動)でおなじみのILOアジア太平洋総局の川上剛さん。労働組合はCMTU(モンゴル労働組合連合)傘下のモンゴル建設労働組合で、CMTUはすでにPOSITIVEを導入しており、今回は、建設産業に特化したトレーニングの開催を希望してWISCONの導入となった。私自身は1998年8月のPOSITIVE導入から関わったことでCMTUとは旧知で、数えてみると7回目のモンゴル訪問となった。

8月22日深夜、すでに初秋を迎

えたウランバートルに着く。CMTU国際局長のツクバートルさんが迎えてくれた。POSITIVEもWISCONも安全衛生企画なのだが、当初から受け入れの責任者は国際局長が引き受けてきたため、ツクバートルさんとは6年来の付き合いになる。民主化後の混乱の中では多くのモンゴル人が困窮したが、当時の彼もまた、再入学した大学生で、結婚して間もなく、生まれたばかりの長男を抱えて、配給の列に深夜まで並んだ経験を持つ。苦しい状況だったが、あきらめず大学を終えてCMTUに入り国際的に活躍するようになる。体も大きく強そうだが、“心優しいインテリ”という印象だ。

それは、国際局という名前は派手だが、実際には海外団体との企画やその調整に明け暮れる日常業務の中で、能力が高いゆえに単なる調整役を越えてついつい安全衛生やその他の主体を担ってしまい、結果的に成果は本来の部署に譲ってしまうようなお人好しさがあるからだ。空港の雑踏で、そのツクバートルさんの笑顔、そして

「トヤマサン、ゲンキデシタカ?」と日本語の挨拶に迎えられて、長旅の疲れは癒えた。秋風に吹かれながら、ツクバートルさんの車で市街へ向かう。

### 【WISCON準備】

翌朝、夏の雨雲が低く垂れる下、当面の仕事場となるCMTUのツクバートルさんの事務所を訪ね、スタッフと挨拶の後、すぐに仕事が始まった。トレーニングは8月26日から28日の3日間、川上さんとは25日合流するので、それまでに現場の良い事例を集めて教材を作成すること、参加者とプログラムの確定等々のトレーニングの準備しなければならない。早速、モンゴル建設労働組合委員長の部屋を訪ねて、今回のトレーニングの趣旨を説明し、モンゴルの建設現場についての解説を聞き、事前にお願ひしていた建設現場見学に同行していただいた。建設労組委員長のゴンボさんは60歳の少し手前、モンゴルの大地の風骨に耐えてきた風情の厳格な容姿で、少し怖そうだ。恐るおそる、中小建設現場を焦点にした今回の参加型トレーニングについて、そして日本の建設労組の同様の活動についても少し話した。そしてモンゴルの建設事情について解説していただいた。モンゴルには現在約26,000人の建設労働者がいるといわれているが、さらに約9,000人の臨時や季節労働者がいると推定されている。組合は約1万人を組織しているが、それは前者の正規労働者のみで、今後は臨時、季節労働者も組織したいと語った。言葉は少ないが、簡潔で的を得た解説が印象的だっ

た。トレーニングへの全面的な協力も約束していただいた。

その日の午後と翌日は、ゴンボ委員長自らと事務局のバトゥシェリさんの案内で建設現場をまわり、好事例の収集に努めた。ウランバートルは変わりつつあった。街は新築工事であふれている。中心部の空き地にビルが建ち、周辺部では木造や鉄筋の建物が草原を埋めて広がってゆく。街道沿いに建設中のビルが数棟並んでいる光景も見られた。夏季なので、冬にはできないコンクリート工事が多い。見学した現場では、10人程度の労働者が鉄筋を溶接し、コンクリート型枠を組み上げていた。

好事例が多いことにも驚かされた。ビルの建築現場では事務所兼休憩室の棟が置かれている。ある現場では、日本で見かけるプレハブよりも上等で、寒さしのびず、清潔快適だった。休憩室には、ロッカーやテーブル、椅子もあり、安全衛生の解説やポスターが貼られている。建設現場はフェンスで囲まれている。様々な作業床や椅子を自作している。足場を躯体に固定している。ヘルメット、安全帯を使っている。トイレもある。感銘を受けたのは、タイルを電動工具で切断する際にペットボトルの蓋に小さい穴を開け、水を流して粉じんを抑える改善だった。2日間で7つの現場を訪ね、数百枚の写真を撮り、最終的に64もの好事例をトレーニングで示すことができた。

よくモンゴル人は「豪快だが繊細さに欠ける」と評されることがあるが、実際には現場での細やかな改善がたくさん発見される。そもそ

も労働者が生活の糧を得ている生産現場には、長年の間の工夫改善が多くあるのが当然であって、そのような工夫改善を再確認することが参加型トレーニングの基本でもある。モンゴルの現場を回りながら、始めて日本の建設現場を見学したときにも同じ感慨を受けたことを思った。建設労働者と会い現場を見るまでは「建設現場一がさつな男たちの職場」と考えていたが、仕事をより良く仕上げ、安全に働くために、実に多くの細やかな改善がすでに行なわれていること、そのあたりまえのことを発見したときのことだった。

8月25日、川上さんと合流。すぐに、準備していたトレーニングでのプレゼンテーション用のスライドを検討した。川上さんの持ってきたアジアの他の国の好事例も使って、5つのセッションについて各50枚ほどのスライドが完成した。モンゴル語もツクバートルさんが翻訳してくれた。今頃メコンデルタでは皆で騒々しくトレーニングの準備をしているのだらうと、少々わびしく感じるが、旧知の仲間3人で、明日は新たな参加者たちとどのようなセッションになるのか、などと思ひながら過ごすウランバートルの夜は、それはそれで楽しく得がたい経験であった。

### 【WISCONトレーニング】

8月26日から28日の3日間、WISCON初回導入トレーニングコース開催。参加者は27名で過半数の14人は女性。モンゴルは社会主義の時代を経て、男女同権が浸透している。前日の建設現場見学でも半数以上の現場で女性

の現場監督が活躍していた。これはこの国の優れた点の一つだ。参加者のほとんどは現場監督か技術者で、本当の意味での現場作業とは少し異なるらしいが、初回としてはやむをえない。ゴンボ委員長とバトウシェリさんも参加者として参加してくれた。

チェックリスト実習では、ウランバートル中心部、国営デパート隣の一等地に建設中の鉄筋4階地下1階のアパートを訪ねた。1階部分の鉄筋コンクリート作業中で10人ほどの労働者が働いており、大きなクレーンも動いていた。参加者は全員建設の専門家で、訪問した現場の監督さんへの質問コーナーでは、危険箇所を指摘する場面もあったが、全員とても真剣にチェックリストに記入していた。

トレーニングの基本セッションは5つ(物の運搬と保管、高所作業と機械の安全、作業姿勢、有害環境、福利厚生と作業編成)で、モンゴルと他のアジアの国のたくさんの改善事例と好事例を示しながら、楽しく進めることができた。その他に私が日本の建設労働組合の参加型活動紹介と川上さんがILOの支援する安全衛生活動について発表した。以上を初めの2日間で行った。日本の参加型活動では全建総連東京都連の現場改善委員会の活動を紹介して、参加者の共感を得たと感じた。現場は確かにつながっている。最終日はセッション・プレゼンテーションの練習を参加者がおこない、最後に今後の計画を討論した。

参加者がすぐに自分の現場で応用できるように、実践的なトレー

ニングをめざして、様々な工夫をしてきたが、今回はプレゼンテーション練習をおこなった。参加者を5グループに分け、5つの基本セッションを割り当て、各OHPシートを配布してプレゼンテーションを体験してもらった。各セッション毎に参加者の意見を求め、良い点と改善提案を出し合い、参加者同士のコミュニケーションにより改善する手法である。最後のグループ討論では、活動を広げるための3つの提案を討論して決定した。現場労働者を含めてトレーニング活動を継続する。建設業の様々な職種用のトレーニングを開発する。モンゴルの建設現場の写真を使ったトレーニングを実施する。CMTU内にトレーナー会議を設立する。等の具体的な提案がなされた。

素晴らしいのは、参加者の集中力だった。参加者全員が最後まで集りて熱心に討論に参加した。討論の結果としての提案が具体的に的を得ていた。建設産業は民主化の過程で、非常に困難な時期を経ており、労働者は4分の1以下に減った。今は再生の時期である。厳しい経験があったからこそ、良い現場を創ろう、という強い意欲が参加者から感じられた。ゴンボ委員長の参加も素晴らしい。トレーニングの全てに参加しただけでなく、自分が前面に立つことなく、常に参加者に気を配りサポートしてくれた。

これまでに払われた多くの努力の結果としての建設現場の好事例、参加者の熱意、そして組合トップの理解と協力という3点に支えられて、初回WISCONは成功裏

に終わった。

### 【フォローアップ】

ILOへ提出した報告書では、今後へ向けて、第1に建設現場で働く労働者向けのトレーニングを開催して、未熟でも何でもその活動を続けること、第2にCMTUがセンターとなりトレーナーを支援すること、それは大げさなことではなく単にトレーナー間の交流を保持するだけでも良いこと、第3に早期にILOがこれら活動のフォローアップを実施することを要請した。

参加型改善活動は確実に広がっている。日本の全建総連東京都連の活動はモンゴルの建設労働者の共感を得て更に進んでゆくだらう。近い将来、両者が直接出会う場を作りたいと願っている。モンゴルのWISCONと時を同じくして開催されたメコンデルタ2004もまた、今後の展開への希望を誰もが確信しながら成功裏に幕を閉じた。POSITIVEはベトナムへの導入をこの秋に予定している。これによりベトナム全体の状況が参加型へ傾斜するだろう。

ウランバートルを訪ね、労働者と労働現場に対して真摯な情熱を持つ人々と出会い、貴重な時間を共にした。それは彼の国の夏のように瞬く間ではあったが、夏の雨雲がもたらす慈雨が長らく大地を潤すように、出会った私たち全てにとってその経験が、その後の前向きな変化の兆しとなり、期間は様々であってもいずれは結実することを願っている。



(東京労働安全衛生センター  
外山尚紀)

# Safe jobs, Safe food!

## アメリカ●タイソン・フーズの労働組合

この7月、米国産牛肉の輸入再開をめぐる日米政府協議が山場を迎えるなか、世界最大の食肉加工会社であるタイソン・フーズ社の労働組合の代表者が日本にやってきた。

7月19日、来日したのは、チームスターズ・ローカル556のメルキア・デス・ペレイラ委員長とラファエル・アギラー組合員の2名。たった5日間の日本滞在中、農林水産省での記者会見、消費者団体や労働組合との交流、芝浦と場の見学、街頭キャンペーン行動、米国食肉加工労働者を囲む集いなど、超過密なスケジュールをこなした。

来日行動への支援を呼びかけた一人として、チームスターズ・ローカル556の「Safe jobs, Safe food!」キャンペーン行動の取り組みを報告したい。

まず、チームスターズ・ローカル556の関心の背景事情について、組合のファクト・シートと呼ばれる資料をもとに説明する。

タイソン社は、世界最大の牛肉、豚肉、鶏肉の生産会社である。昨年の売り上げは245億ドル。ワシントン州のマブソンで米国初のBSE感染牛が発見されるまで、車で1時間ほどの場所にあるパスコの工場は、日本向けの牛肉を生産する基幹工場だった。ここで生産

される牛肉の15～20%が日本に輸出されていた。

労働組合の調査によると、パスコ工場は、全国でも最も非衛生的な食肉加工工場としてランクされているという。工場内では労働安全衛生規則が守られず、2002年には500人以上の労働者が労働災害にあい、重傷災害の被災率が同等規模の工場の全国平均の3倍近くにのぼっている。また、人道的な畜解体の規則に違反しており、牛がまだ生きていた間にと畜解体工程に送られている。タイソン社は、こうした事実を否定し、BSEの全頭検査も必要ない、として反対している。

タイソン社は、全米に100以上の工場を持つが、労働組合がある工場はたった9つにすぎない。パスコ工場には、チームスターズ・ローカル556があり、1,500名の労働者を組織している。組合員の90%以上がメキシコ系の移民労働者であり、ベトナム、ラオス等のアジア系移民も働いている。

ところで、ローカル556では、6年前にチームスターズの改革派が執行部を握った。それまで本部の役員は、会社と交渉するだけで、工場に来たことはなかった。あまりに劣悪な工場の職場環境、過酷な労働条件に怒った現場の組合

員が自主的な山猫ストに立ち上がったのをきっかけに、チームスターズの改革派が、ローカルの執行部を握った。

米国で初めてBSE感染牛が発見されてから、米国産牛肉は日本に輸出できなくなった。その影響で、パスコ工場の組合員は、労働時間と賃金が減らされた。輸出再開のためには、日本の消費者がタイソン社の牛肉の安全性に信頼をもつことが必要不可欠である。ローカル556は、様々な消費者団体と連合して、タイソン社が職場を安全にし、安全な牛肉を提供するよう求めるキャンペーン「Safe jobs, Safe food!」キャンペーン運動を始めた。6月14日、組合は、全ての食肉加工業者がBSE検査を行うよう農務省に要求するとともに、タイソン社がBSE全頭検査への反対をやめ、消費者の期待に添う安全な食品を確保するよう求めるよう決議をあげた。これに対し、タイソン社は組合否認の攻撃を強めている。今年5月から始まった労働協約改定交渉では、組合費のチェックオフを被棄し、組合員に組合脱退工作を行っている。

以上のようなバックグラウンドのなか、ローカル556はペレイラとアギラー両氏を日本に送ることを決定したのである。

来日したペレイラ委員長とアギラー組合員の目的は、タイソン社の工場と畜解体に従事する労働者の立場から、現場の実態を日本の政府関係者、消費者、労働者に伝えることにある。7月20日午後2時、農林水産省の記者クラブで2人は記者会見に臨んだ。

彼らの動きを事前に察知したタイソン社は、姑息にも記者クラブに「タイソンフーズはBSE検査に関するチームスターズ556の見解に合意しません」という声明文を配布した。

ペレイラとアギラーは準備した声明を読み上げ、農林水産大臣宛の書簡を公表した。ペレイラは、「私たちは、科学者でもありませんし、BSEの専門家でもありません。しかし、私たちは、タイソン社については専門家です。私たちの組合員は、タイソン社が日本に牛肉を輸出したいと考えているその工場の中で、毎日、働いているのです」と述べた。アギラーは、パスコ工場での食品の安全、労働者の安全、人道的な畜解体について具体的な証言を行った。農林水産大臣宛の書簡では、工場の実態を詳細に記述し、労働者との直接の対話を呼びかけ、日本政府代表をパスコ工場に招待すると提案した。2人にとって、記者会見はたいへんなプレッシャーだったと思うが、初日の大仕事を見事やり遂げた。夕刻、早稲田にある日本消費者連盟の事務局を訪問し、水原博子事務局長と懇談した。水原さんは、ローカル556のキャンペーンに理解をしめし、BSEの検査と米国産牛肉の輸入再開に関する日消連の立場も聞くことができた。

7月21日は、早朝から品川区の芝浦と場と食肉資料館を見学し、全芝浦と揚労組との交流を持った。芝浦と場の職場環境やと畜解体作業などを見て、彼らは驚きを隠さなかった。ラインのスピードが桁違いに緩やかだ。パスコでは、1時

間300頭以上の処理頭数を、芝浦では1日でやっている。作業者の判断でラインを止めることができ、チームによる組作業が行われている。日米のあまりの格差に、アギラーは「芝浦と場は天国のようだった」と語っていた。

7月22日は、正午に行楽町で街頭キャンペーン行動を行った。急な行動だったが、全統一労組、神奈川シティユニオン、全国一般東京南部、中小労組政策ネットワーク、下町ユニオン、東京争議団などの仲間が駆けつけ、ピラをまきと牛の着ぐるみでのパフォーマンスを行った。その夜、渋谷勤労福祉会館での「Safe jobs, Safe food! ー米国食肉加工労働者を囲む集い」には50名を超す人びとが参加し、2人の発言を交えて、活発な議論を行った。

7月23日には、チームスターズ労組ローカル556来日行動反省会・お別れ会が開催された。当該のおふたりと、日本の受け入れ側の10人が参加した。わずか5日間の日本滞在だったが、盛りだくさんだった日程・行動を振り返り、日米双方からの反省点を出し合おうという企画であった。

ところが、当該からは何も反省することなどない、満点以上の成果だった、というお話であった。チームスターズ本部からの支援がないので、ナショナルセンターや国際産別を通じての国際的なつながりがなく、組合費のチェックオフが止められお金もなく、不安ながらもとにかく来日してみた。来てみると小さいながらも支援の組織ができており、同じ仕事をしている日本の仲

問たちも出迎え、消費者団体とも話し合い、マスコミにも取り上げられた。期待していた以上の成果であり、日本側の受け入れに感謝したいということであった。

日本側には、消費者団体との連絡が当初うまくいかなかったり、いろいろと細かい反省点があった。しかし、今回、来日したのが職場にいる草の根の改革派の活動家だということもあり、直ぐに通じ合うものがあり、国際交流連帯にありがちなもどかしさを感じなかった。この反省会に出席した日本側10人の内、5人が在日外国人であったことも、今回の受け入れ態勢の特徴を示していた。スペイン語と英語の通訳もうまくいったし、何よりも、日本の受け入れ側の中心として米国側とやりとりしたのが、滞日中の米国の組合運動活動家であったことが、成功の要因だったことは間違いない。以前のホテル・ニューオータニやプリジストン・ファイアストンの来日の時から比べると、国際連帯の深まりを感じた反省会・お別れ会であった。

タイソン社に対する「Safe Jobs, Safe food!」キャンペーン行動はアメリカのワシントン州から日本へ、そして韓国へと広がろうとしている。タイソン社は世界一の食肉加工会社であり、しかも悪質な会社なので、このキャンペーンはすぐには解決しそうにない。今後とも当該組合の闘いを見守りながら、情報交換を続け、日本側として何ができるか考えていき



東京労働安全衛生センター

飯田勝泰

# 全国労働安全衛生センター連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 TEL (03)3636-3882/FAX (03)3636-3881  
E-mail joshrc@jca.apc.org HOMEPAGE <http://www.jca.apc.org/joshrc/>

- 東京 ● NPO法人 東京労働安全衛生センター E-mail etoshc@jca.apc.org  
〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 TEL (03)3683-9765 /FAX (03)3683-9766
- 東京 ● 三多摩労働安全衛生センター  
〒185-0021 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5 TEL (042)324-1024 /FAX (042)324-1024
- 東京 ● 三多摩労災職業病研究会  
〒185-0012 国分寺市本町4-12-14 三多摩労災協会の館内 TEL (042)324-1922 /FAX (042)325-2663
- 神奈川 ● 社団法人 神奈川労災職業病センター E-mail k-oshc@jca.apc.org  
〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーポ豊岡505 TEL (045)573-4289 /FAX (045)575-1948
- 新潟 ● 財団法人 新潟県安全衛生センター E-mail KFR00474@nifty.ne.jp  
〒951-8065 新潟市東堀通2-481 TEL (025)228-2127 /FAX (025)228-2127
- 静岡 ● 清水地域勤労者協議会  
〒424-0812 清水市小柴町2-8 TEL (0543)66-6888 /FAX (0543)66-6889
- 愛知 ● 名古屋労災職業病研究会 E-mail roushokuken@be.to  
〒466-0815 名古屋市昭和区山手通5-33-1 TEL (052)837-7420 /FAX (052)837-7420
- 京都 ● 京都労働安全衛生連絡会議  
〒601-8432 京都市南区西九条東島町50-9 山本ビル3階 TEL (075)691-6191 /FAX (075)691-6145
- 大阪 ● 関西労働者安全センター E-mail koshc2000@yahoo.co.jp  
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-13 びんぼろビル602 TEL (06)6943-1527 /FAX (06)6942-0278
- 兵庫 ● 尼崎労働者安全衛生センター E-mail jh31012@msf.biglobe.ne.jp  
〒660-0803 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協気付 TEL (06)6488-9952 /FAX (06)6488-2762
- 兵庫 ● 関西労災職業病研究会  
〒660-0803 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協長洲支部 TEL (06)6488-9952 /FAX (06)6488-2762
- 兵庫 ● ひょうご労働安全衛生センター E-mail a-union@triton.ocn.ne.jp  
〒651-0096 神戸市中央区雲井通1-1-1 212号 TEL (078)251-1172 /FAX (078)251-1172
- 広島 ● 広島労働安全衛生センター E-mail hirosima-azcenter@cronos.ocn.ne.jp  
〒732-0827 広島市南区稲荷町5-4 山田ビル TEL (082)264-4110 /FAX (082)264-4110
- 鳥取 ● 鳥取県労働安全衛生センター  
〒680-0814 鳥取市南町505 自治労会館内 TEL (0857)22-6110 /FAX (0857)37-0090
- 徳島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター E-mail rengo-tokushima@mva.biglobe.ne.jp  
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内 TEL (088)623-6362 /FAX (088)655-4113
- 愛媛 ● NPO法人 愛媛労働安全衛生センター E-mail eoshc@mx81.tiki.ne.jp  
〒792-0003 新居浜市新田町1-9-9 TEL (0897)34-0900 /FAX (0897)37-1467
- 愛媛 ● えひめ社会文化会館労災職業病相談室  
〒790-0066 松山市宮田町8-6 TEL (089)941-6065 /FAX (089)941-6079
- 高知 ● 財団法人 高知県労働安全衛生センター  
〒780-0011 高知市薮野北町3-2-28 TEL (0888)45-3953 /FAX (0888)45-3953
- 熊本 ● 熊本県労働安全衛生センター E-mail awatemon@eagle.ocn.ne.jp  
〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津パークタウンエニッ TEL (096)360-1991 /FAX (096)368-6177
- 大分 ● 社団法人 大分県勤労者安全衛生センター  
〒870-1133 大分市宮崎953-1 (大分協和明確3階) TEL (097)567-5177 /FAX (097)503-9833
- 宮崎 ● 旧松尾鉱山被害者の会 E-mail aanhyuga@mnet.ne.jp  
〒883-0021 日向市財光寺283-211 長江団地1-14 TEL (0982)53-9400 /FAX (0982)53-3404
- 鹿児島 ● 鹿児島労働安全衛生センター準備会 E-mail aunion@po.synapse.ne.jp  
〒899-5215 姶良郡加治木町本町403 有明ビル2F TEL (0995)63-1700 /FAX (0995)63-1701
- 自治体 ● 自治体労働安全衛生研究会 E-mail sh-net@ubcnet.or.jp  
〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階 TEL (03)3239-9470 /FAX (03)3264-1432  
(オブザーバー)
- 福島 ● 福島県労働安全衛生センター  
〒960-8132 福島市東浜町6-58 福島交通労組内 TEL (0245)23-3586 /FAX (0245)23-3587

