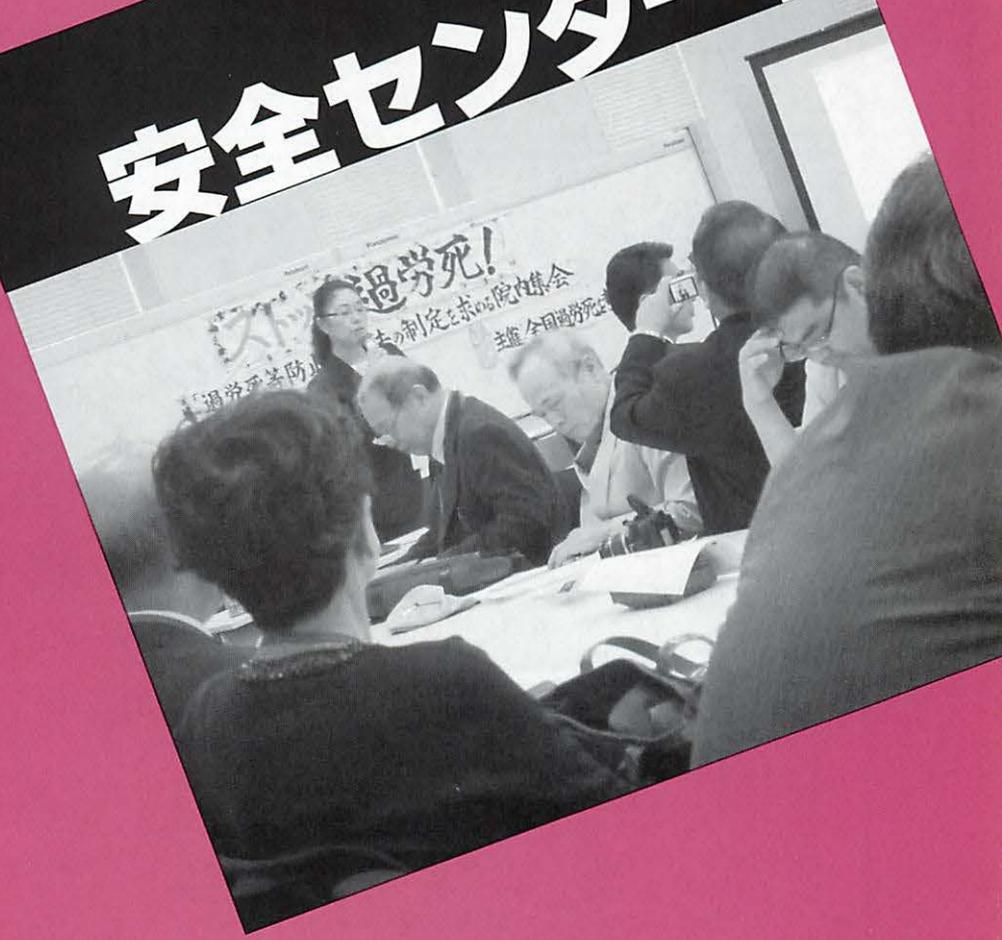


安全センター情報2010年12月号 通巻第378号
2010年11月15日発行 毎月1回15日発行
1979年12月28日第三種郵便物認可



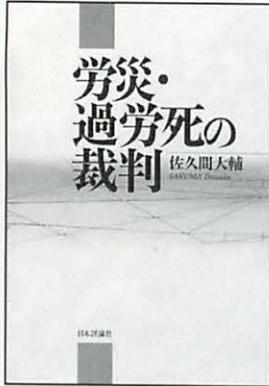
2010 **12**

安全センター情報



特集● 職場におけるメンタルヘルス対策

写真：家族の会が過労死等防止対策基本法を求め院内集会



被災労働者および遺族・家族の救済の法理を司法はどのように構築してきたか。行政訴訟・民事訴訟の裁判例を詳細に検証し、現在の過労死救済をめぐる判例の到達点と課題を明らかにする。

労災・過労死の裁判

【2010年7月発行】

著 佐久間大輔

定価 3,800円+税

発行 日本評論社

〒170-8474 東京都豊島区南大塚3-12-4

TEL (03) 3987-8621

URL <http://www.nippyco.jp>

〔第1部〕労災保険給付不支給処分取消行政訴訟

第1章 脳・心臓疾患

第2章 事例報告

第3章 精神障害・自殺

第4章 その他の疾病

〔第2部〕損害賠償

第1章 損害賠償をめぐる判例法理

第2章 過労死事案における民事損害賠償責任

第3章 脳・心臓疾患等事案における民事損害賠償責任の要件

第4章 過失相殺・素因減額

〔第3部〕管理職労働者と過労死

第1章 「管理監督者手前型」の労働者と過労死

第2章 管理監督者に対する労働時間把握および健康管理の責任の所在

第3章 労働基準法41条2号の管理監督者性を判断する要素

震災とアスベスト

編著 NPO法人ひょうご労働安全衛生センター
震災とアスベストを考えるシンポジウム実行委員会

定価 1,200円+税 【2010年9月発行】

発行 アットワークス

〒540-0012 大阪市中央区谷町1-7-3 天満橋千代田ビル8階

TEL (06) 6920-8626



はじめに…NPO法人ひょうご労働安全衛生センター 神田雅之

震災から見えてくるアスベスト対策…特定非営利活動法人東京労働安全衛生センター事務局長 飯田勝泰

被災地でのマスク配布の経験から…国連ハビタット大使 マリ クリスティーヌ

阪神淡路大震災とアスベスト飛散…独立行政法人国立環境研究所 寺園淳

阪神大震災で住民とボランティアが行ったこと…環境監視研究所 中地重晴

アスベスト濃度測定法の現状と課題…元兵庫県立公害研究所 小坂浩

既存建築物等における石綿障害予防規則レベル1及び2

石綿の調査・分析・管理・除去の促進 問題点と課題…中皮腫・じん肺・アスベストセンター 名取雄司

パネルディスカッション…中地重晴、名取雄司、小坂浩、寺園淳、西山和宏

地震・石綿・マスク支援プロジェクトの提案…中皮腫・じん肺・アスベストセンター事務局長 永倉冬史

アスベスト被害のない社会を！ 2010・1・16 震災から15年神戸宣言

おわりに…石綿対策全国連絡会議事務局長 古谷杉郎

特集／職場におけるメンタルヘルス対策

どんな議論が行われたのか 私たちはどう取り組むか？

厚生労働省の検討会と報告書をめぐって

東京労働安全衛生センター事務局長 飯田勝泰 2

職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書 23

過労死、過労自殺問題に どう取り組むか？

過労死弁護団全国連絡会議代表幹事 松丸 正 31

過労死等防止対策基本法制定を

全国過労死家族の会が国会院内集会 41

東京労働局：過労死・過労自殺等を発生させた
事業場に対する監督指導結果について 44

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

2023年までにアスベストのない欧州実現を 48

各地の便り/世界から

愛知●パニック障害発症、その後うつ病と診断 57

兵庫●不正行為告発後にうつ病、審査会で認定 59

千葉●中国人技能実習生の過労死の取り組み 60

群馬●日系ブラジル人の騒音性難聴に言葉の壁 62

東京●佐川急便集荷センターでまた頸肩腕障害 64

韓国●鉄道公社のアスベスト問題で調査を要求 66

どんな議論が行われたのか 私たちはどう取り組むか？

職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書

飯田勝泰

東京労働安全衛生センター事務局長

はじめに

今年5月31日、厚生労働省は「職場におけるメンタルヘルス対策検討会」（以下、検討会という）を設置し、労働者のメンタルヘルス不調を把握する方法について検討を開始した。検討会は7月14日までに都合6回開催され、9月7日に「職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書」が発表された。

7月14日第6回で検討会は終了となったが、厚生労働省が報告書を9月7日に発表するまで約1月半の時間を要した。ほぼ検討会の開催期間と同じ期間である。検討会での議論が沸騰したため、検討会終了後にも最終的に「メンタルヘルス対策の新たな枠組み」を提言する報告書にまとめるまで相当の調整作業が必要であったと考えられる。

全国から産業保健に関わる専門家、実務家を

招集し、また、各方面の専門家のヒアリングも行いながら、約1か月半という短期間に6回もの検討会を開いた。2週間に1回という常識では考えにくい急ピッチなスケジュールは、切迫した問題への対応というより、結論を急ぐ厚生労働省の意図ではなかったか。

それでも検討会では、毎回かなり白熱した議論が闘わされた。傍聴席も満席だった。傍聴は事前申込制だが、申し込みが多いと抽選が行われる。筆者も、1回抽選に外れて傍聴できなかった。この種の専門検討会に傍聴者が殺到し、抽選漏れがでるとするのはめずらしい。それだけ職場のメンタルヘルスへの関心は高く、検討会がどういう結論を出すのか注目されていたからであろう。実際に検討会は、回を追うごと議論が熱を帯び、この国で働く人びとのメンタルヘルスをどうすべきかという委員の切実な思いが傍聴者に伝わってきた。

本稿では、検討会の論点と議論の推移を委員の特徴的な意見を紹介しながら総括してみた。また、今後の職場のメンタルヘルス対策についての私見を述べた。

なお、本稿で引用した委員の発言は、筆者の要約であることをあらかじめお断りしておく。詳しくは厚生労働省のホームページの検討会の議事録を参照されたい。

1 長妻前厚生労働大臣の発言と清水康之氏の意見

この発端は、今年4月19日、長妻昭前厚労大臣が渋谷労働基準監督署を視察した際、「全国的にうつ病患者が増えている。健康診断の時に（症状を）チェックできないか。法改正が必要ならば検討したい」と発言し、メディアは「早ければ2011年度にも、労働安全衛生法の改正を目指す考えを示した」と報じた。

私たちは、うつ病のチェックを義務化するような長妻発言に強い危惧を持った。全国安全センターのメンタルヘルス対策局は、4月28日、「精神疾患と安全衛生法の定期健診はなじまない。個人の健診より職場の労働条件対策の義務づけを」とする要請書を厚労大臣宛てに送付（2010年7月号）。東京労働安全衛生センターとしても、「メンタルヘルス不調者を職場から差別・選別・排除する道具になる精神疾患の検査義務化に反対」を表明した（「安全と健康」2010年4月号）。

この時期、厚生労働省内に設置された「自殺・うつ病対策プロジェクトチーム」が、検討作業を進めており、5月28日に、「誰もが安心して生きられる、温かい社会づくりを目指して～厚生労働省における自殺・うつ病等への対策～」の報告書がまとめられた（2010年7月号）。

報告書には、今後の自殺防止のための厚生労働省の対策の5本柱が示され、そのなかの<柱3>「職場におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援の充実～一人一人を大切に作る職場づくりを進める～」では、①管理職に対する教育の促進、②職場のメンタルヘルス対策に関する情報提供、③

職場におけるメンタルヘルス不調者の把握及び方法、④メンタルヘルス不調者に対応できる産業保健スタッフの要請、⑤長時間労働の抑制等に向けた働きかけの見直しの促進、⑥配置転換後のハイリスク期における取組の強化、⑦職場におけるモニタリングの実施、が打ち出されている。

一方、2010年6月に閣議決定された「新成長戦略－雇用・人材戦略」においても、地域雇用創造とディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事の実現）」を実現するため、企業におけるメンタルヘルス対策を推進するとし、2020年までに、必要な労働者全てがメンタルヘルスケアに関する措置を受けられるようにするという目標が掲げられた。

現在の日本では、自殺者数が12年連続して3万人を突破するという異常事態が続いている。民主連立政権が、真正面から自殺・うつ病対策に取り組む姿勢を示したことは十分に評価でき、厚生労働省内に設置された自殺・うつ病対策プロジェクトチームが報告書をまとめ、具体的な政策を打ち出したことも歓迎すべきことであった。

政策を報告書にまとめるにあたり重要な役割を果たした内閣府参与の清水康之氏（NPO法人ライフリンク代表）は、「職場におけるメンタルヘルス不調者の把握及び対応」の枠組みを作るため、繰り返し「定期健康診断項目の追加検討が必要」という意見を表明していた。また、ある雑誌のインタビューに答えて、「報告書では、職場内でメンタル不調者を早期に発見し、問題解決につなげていく仕組みも検討することとした。そのために、職場の定期健康診断の活用も、ひとつの案として検討項目に挙げた。健診でのうつ病などのスクリーニングは難しいとしても、どういう方法があればメンタル不調者を職場内で把握できるのかを、専門家の方々に検討していただきたい」（「週刊東洋経済」2010.7.24）と述べている。定期健診項目にうつ病検査を追加すべきとまでは言っていない。が、清水氏の考えは、自殺・うつ病等PTによる提言の具体化として、職場でうつ病検査による早期発見、対応を図るための法改正を射程に入れたものである。

こうした動きに対し、産業保健の第一線で活動する専門職、実務者からは、うつ病検査の効用を

疑問視し、義務化は問題が多いと指摘する声が多かった。

2 5/31 第1回検討会

5月31日、第1回目の職場におけるメンタルヘルス対策検討会が開催された。委員の顔ぶれは別掲のとおり(30頁参照)だが、企業や大学、研究機関、労働衛生機関の産業保健の専門職(産業医、産業保健師、臨床心理士)や精神医学の専門家、法律研究者、弁護士、医師会や労働組合の代表などで構成された。厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課が事務局を務めた。

厚生労働省は、「検討会における具体的な検討内容」として、次の3項目をあげた。少し長くなるが引用する。

1 労働者のメンタルヘルス不調の把握方法について

労働安全衛生法に基づく定期健康診断において、労働者が不利益を被らないよう配慮しつつ、効果的にメンタルヘルス不調者を把握する方法について検討する。

2 把握後適切に対応するための実施基盤の整備について

メンタルヘルス不調者の把握後、事業者による労働時間の短縮、作業転換、休業、職場復帰等の対応が適切に行われるよう、メンタルヘルスの専門家と産業医を有する外部機関の活用、産業医の選任義務のない中小規模事業場における医師の確保に関する制度等について検討する。また、外部機関の質を確保するための措置についても検討する。

特に、メンタルヘルス不調者の把握及び対応においては、実施基盤の整備が必要であることから、これらについて十分な検討を行う。

3 その他地域と職域との連携の強化等について検討する。

要約すれば、①うつ病検査を定期健康診断に追加、②有所見者への事後措置の仕組みづくり、

③実施体制の整備ということであり、労働安全衛生法改正でうつ病検査の義務化の方向性が示されていた。

初回からうつ病検査ありきでは、何のための職場のメンタルヘルス対策を考える検討会なのか。そう考える委員は少なくないように思えた。出席した委員は、厚生労働省に検討会の趣旨の再確認を求めたうえで、それぞれ自説を率直に述べ合った。

会議の議事録は、厚生労働省のホームページで公開されている。ここでは、各回の検討会で特徴的な意見を取り上げながら、厚生労働省の当初の思惑を超えて議論の論点がどのように進展したのか報告する。専門職、実務家として産業保健活動や専門研究の第一線で実績を積んできた委員の議論は、この国の職場のメンタルヘルスの実状を知る上でたいへん貴重な内容を提起していると思われる。

■五十嵐:すべての労働者にメンタルヘルスを

私は、「自殺対策推進会議」の委員でもある。五十嵐氏は、「必要な労働者」ではなく、「すべての労働者に」メンタルヘルスが必要と述べた。厚生労働省は、勤務問題が自殺原因は2,500人としているが、健康問題のほとんどがメンタルヘルス疾患ではないか。職場環境の問題から、まず失業して生活苦から多重債務、うつ病、自殺がかなり多いのではないかと。無職者1万8,722人の多くは失業して自殺に至っている。2,500人の問題ではなく、その背景として多くの勤労者の自殺がある。メンタルヘルスが必要な労働者とか、何か病気があってケアするとかというのは、表面上は本当に一角に見えるが、一次予防から含めて、かなりその背景には働く人たちの自殺があり、メンタルヘルスの問題がある。

■岡田:10年かけて構築したストレス度チェックによる成果

大阪ガスでは、定期健康診断時に、職業性ストレス簡易調査表によるストレス度と心身反応のチェックを実施している。労組、人事部、産業医が話し合い、全員の必須項目とした。その結果

は事業主に見せないで、産業医だけ見ることが出来る。一定の基準を下回った場合は、産業保健スタッフが面談し、精神科医に相談するかどうか判断する。「管理職に対する教育・研修がまず必要だ。健康診断時にメンタルヘルス不調者を見つけた場合、とくに本人の了解を得たうえで、職場の上司と産業医が面談することが望ましい。こうした取り組みによって、この3年間でメンタルヘルス不調者が減少。健保の傷病手当金の支給額もかなり減っている。健康診断時にチェックすることで未然に把握ができる。大阪ガスでは、こうしたシステムを10年かかって構築した。かなり時間がかかる。どのように事業主に理解してもらうかということも含めて検討しない限り実現は難しい。外部の医療機関、健診機関でこれができるかとかは極めて大きな課題だ。

■川上:「結果を医師や看護職以外に知られたくない」が6割

地方公務員を対象にした意識調査では、うつ病のスクリーニングを受けたい人は50%だが、「結果を医師や看護職以外に知られたくない」が6割。スクリーニングを行うときに、その結果を見られる現在の定期健康診断の体制では難しい。また、スクリーニングだけやって予後がよくなるという科学的根拠はない。型どおりやっていると、うつ病ではない人も病院に行きなさいということが出てきてしまう。無駄な受診、治療が必要でない人も受診させてしまう可能性がある。

■中野:小規模事業場では不可能だ

小規模事業場の事業主は、社員の健康第一を考えるとすれば、当然ある程度の個人情報把握したいというのが出てくるのが実態だ。産業医がいて、産業保健スタッフがいて、きちんとできるなら問題はないが、小規模企業では不可能だ。

■三柴:個人情報の「保護」から「適正化」へ

現在は、労働契約法で法律上安全配慮義務が明記されている。個人情報保護法上も、「法令に基づく場合」として、実は個人情報の受け渡しが可能な前提があるという解釈も出てくる。労働省時代の行動指針や行政解釈では、労働

者の医療情報に対して、使用者は基本的に踏みこんではいけない、本人の同意があればいいが、聞くこと自体も慎重でなければならないとされていた。が、そのような強い権限はもう外れており、むしろ、適正化を図る段階に来ているのではないか。例えば、(うつ病検査)に関する項目を定期健診項目に入れるなりして収集すること、また、得られた情報をうまく活かすこと、必要な情報の取り扱い、実は一次予防にもつながる問題だ。

■五十嵐:スクリーニングでは異常者は見つけられない。職場のあり方こそ問題

早くから健康診断の中にメンタルヘルスチェックを診る問診票を入れたが、異常者を見つけることはほとんどなかった。あくまで健康診断は1年のうちの1日の様子に過ぎない。何かあったとき気軽に相談し、これが病気なのかどうか、いまの気持ちをきいてほしいといった窓口があってこそ初めてケアができる。そこに医療者がいることが大事だ。メンタルヘルス不調者を見つける二次予防で、次々とそうした人々が出るような職場のあり方に問題がある。その場合は、一次予防として、職場の管理者のマネジメントや組織のあり方にまで踏み込まないと、メンタルヘルスの根本的な解決に結びつかない。

今回の検討会のミッションのメンタルヘルス不調者の把握というのは、たんに病気の人をスクリーニングするだけではない。何か潜在的な問題がありそうな職場をいかに改善し、メンタルヘルス不調者を出さないところまで踏み込まないと、たんなるモグラ叩きに終わってしまう。

■栗原:労務管理がメンタルヘルス対策

私たちは、サービスを事業場でやるのは一次予防に軸足がある。はっきり言って事業場の実態を見れば、労務管理がメンタルヘルス対策だ。いま個人の健康をサポートできるのは、法律に基づいたなかで限られたことしかできない。なおかつ、健診機関としてのリスクをマネジメントできるのは主体的に来られる方のサポートに限られる。

簡易ストレス調査票を用いて、健康診断と一緒に問診票に代わるものとしてやるとすれば、コ

ストの問題等もからんでくる。ある程度のモデルを作り、助成をしながら、できるかどうか確認をしないと難しいところがある。

■椎葉:主体は職場側にある

いまの会社でメンタルヘルスチェックを10年間実施している。健康診断事後面接で保健師が全員必ず30分とり、健診のほか面談で業務や家族の状況を把握している。職場の状況や事業の状況を常日頃から把握し、何かあったら保健師が把握する体制にしている。

これまで取り組んできた結論として、専門職、医療職ではなく、主体は職場である。プライベートの問題であろうが職場の問題であろうが、最初に気づいているのは大体職場だ。そこが気づくか気づかないかが大きな問題で、そこが気づくようにするために、われわれはサポートをしているのだ。

■市川:小規模事業場には丁寧な対応が必要

中小事業場で働いた経験から、普通の定期健康診断を年1回やるのもいいほうだ。メンタルヘルス不調に対する事後対応は、中小企業などの場合は非常に難しい。大規模事業場なら少し休ませるとか、労働時間と人員の割り振りができるが、中小だと非常にタイトなので、結局は「仕方ない」で、不調の人も仕事をやっている例も実際ある。小規模の事業場に対しては、丁寧な対応が必要だ。

■生越:究極の不利益は解雇だ

私は、自殺・うつ病対策PTのなかで、労働者の不利益にならないようにという話をした。中小企業で労働者の究極の不利益は解雇だ。業務起因性のあるものないものも含めて、分かった途端に現実の中小企業は解雇する。不利益とは、具体的にそういうことではないか。

3 6/7 第2回目検討会

第2回目の検討会では、あらためて検討会の目的について議論された。うつ病のスクリーニングを健診項目に入れた場合の問題、とくに個人情報保護との関連で労働者の不利益につながる可能

性、法的な労働者と事業者の責任分担についても意見が出された。

■川上:職場におけるうつ病スクリーニングの課題

- ① 健康情報の取扱いには留意が必要（医師、看護師など保健医療スタッフだけがスクリーニング結果を閲覧等）
- ② 知識と経験のある専門家が二次面接を行う
- ③ 受けたくない約1割の労働者の意思をどうみるか
- ④ 薬物治療のメリットとデメリットについて本人に情報提供したうえで受診勧奨を行うことが必要
- ⑤ 過剰な受診を避ける工夫が必要（事業場が安全配慮義務を考慮しすぎることにより、軽度のうつ状態まで薬物治療を行う結果となることを避ける）
- ⑥ 対象者にストレス対処の教育を実施。職場のストレス対策による一次予防の推進

■栗原:基本的に一次予防をめざして活用する

健康診断機関として、メンタルヘルスチェックを健診の事業場で実施している。病気を探すより、①一人ひとりに「心の健康」に関する意識を高める、②メンタルヘルス改善に向けて組織的な課題に対応するように事業場にガイダンスしたい。チェックシートの結果は自宅に郵送。事業場には一切入れない。任意参加を前提にしているが、平均参加率は90%程度。1,000名規模の事業場でやって、産業医や保健師、看護師に出向くのは数ケースだ。必ずしも個人の医療行動につながるには至っていない。

組織への報告を一生懸命手がけている。組織のどんなところがストレスになっているかレポートを提出する。トップセミナーや管理監督者への報告会、オープン参加での報告会、従業員会等、事業場の要請にあわせて実施している。

メンタルヘルスを安全衛生法に定める健康診断に合わせて実施できるよう、法制化を期待する。メンタルヘルスが健康問題あることの認識が進むはず。健康診断自体は、「健康状態を確認し、必要な措置をとる」ことが事業場に求められており、メンタルヘルスについても同様の取り組

みになるべきだ。病人探しが目的ではない。

■岡田:効果が大い管理職研修

健康診断をすべてIT化している。画面帳票に過去4年分、計5回分の健診データが出てくる。異動状況も把握できる。前年度から10%以上の変化があれば全て異常所見ととらえ、正常範囲内であっても異常値として対応するよう教育している。

職業性ストレス簡易調査表を、2002年4月から全従業員に対し選択で実施していた。その後4年間で、これに答えたら不利益を受ける労働者が過去に見られないことを確認し、労働組合等とも協議して、2007年から必須項目とした。この情報は事業主にはいかない。すべて産業医との間でとまる。産業医と会社と労働組合がメンタルヘルス対策で合意したうえで、必須項目としたので法定外。回答拒否することも許容している。会社は、健康管理情報システムにはアクセスができない。

事後措置として、「ストレスチェック票」を別途作成し、一定のレベルの対象者に産業保健スタッフが約30分間ヒヤリングし、その結果を産業医と相談し、精神科の受診に結び付けるか、産業医が面接するかを決めている。もし、うつ病等が多く発生する事業場があれば、各組織から希望を募って、ストレス判定図を用いて組織風土の分析を行う。産業医が出向いて、職場環境を改善する対策を練る。

一番の効果は管理職研修だ。40人ずつ800人の管理職を、毎週水曜日に私たちがロールプレイする。過重労働で退職を申し出た従業員、途中で奇声を発したり、アルコール臭のある従業員など5つの事例を、私が従業員役をして、全管理職に徹底してロールプレイした。その次の年から休業日数が減った。ここ3年間、人数もずっと減っている。ケアにおける一番のキーパーソンは管理職だ。研修によって、管理職はここまでやるけれど、ここからは産業医、ここからは精神科医にお願いするというラインがはっきりわかるようになった。これからは安心してメンタルヘルス対策ができるというコメントをもらっている。

■五十嵐:保健師の仕事の多くがメンタルヘルス

私はかなり強く、「保健師の活用」と申し上げてきた。産業保健師の事業実態は、メンタルヘルス対策が主になっている。嘱託産業医のみの事業場の保健師が、ファーストライン・プロフェSSIONナルとして窓口的なものもやり、その後の対応も中心的に行っている。

日々の活動を通じた社員との関係性のなかで、社員が不調を気軽に話すなかで、保健師が異常に気づき、産業医や専門医と連携を図りながらスクリーニングしているという実態がある。嘱託産業医がいないところでは、メンタルヘルス対策においても、保健師が中心となっている。

■労働衛生課:労働者の健康管理情報の取り扱いの法的な整理

個人情報保護に関する法律に基づくものとして、「雇用管理に関する個人情報の適正な取扱いを確保するために事業者が講ずべき措置に関する指針(平成16年厚生労働省告示第269号)」、「雇用管理に関する個人情報のうち健康情報を取扱うに当たっての留意事項」(平成16年基発第1029009号)がある。

労働安全衛生法に基づくものとして、法第104条(健康診断等に関する秘密の保持)、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(平成18年指針公示第3号)には、メンタルヘルスに関する労働者の個人情報、健康管理情報を含むものであり、その取得、保管、利用等においてとくに適切に保護をしなければならないが、その一方で、メンタルヘルス不調の労働者に対応に当たっては、労働者の上司や同僚の理解と協力のため、当該情報を適切に利用することとなる場合がある。」となっており、(1)労働者の同意、(2)事業場内産業保健スタッフによる情報の加工、(3)健康情報の取扱いに関する事業場内における取り決め、が記載されている。

また、「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針(平成8年健康診断結果措置指針公示第1号)」にも、健康情報保護がある。

■三柴:求められるメンタルヘルス情報の適正化

個人情報保護の問題にからんでは、3つの視点が重要だ。要は労働者に本音でスクリーニングを受けてもらうには、第1にプライバシー保護、第2は不利益措置の禁止や抑制、最後に一次予防への連携がある。これらがあってはじめて安心できることになる。

これまでの行政指針等の流れでは、医療情報は取り扱い、流通自体を抑制してしまう。それが近年に至って、適正化という流れを持ってきていると理解している。メンタルヘルス情報は、その性質上保護の要請、必要性が高いが、アクセスや活用の必要性も高いという特徴を持っている。十分な適正化が求められるし、それが担保される限り、必要な情報の流通自体は促進されなければならない。信頼に足る専門家や法律上の守秘義務を課せられた第三者を利用するなど、いろいろな方法で適正化を図るのがよい。

■相澤座長: 目的の整理が必要

第1回の検討会でも目的や背景には説明があったが、国の責任についてどういったことをやるのか再度事務局からの説明をしてほしい。

■労働衛生課: スクリーニング自体が目的ではない

一般的には、法律の整備や各種の支援策を講じながら、その時代に必要な国の責務を果たしていくことである。第1回目の検討会では、論点を提示するほどの議論がなされていない。メンタルは、家庭の問題とかその他の問題とか、業務性に起因するものが簡単には選別できない。対象者は全員に仮定した場合、どういった目的だからこの部分は義務づけ、それに伴って生じてくる個人情報等の扱いについては、一般健康診断とは別の流れを作るべきではないか、という議論に後々なっていくかと思われる。そもそもメンタルヘルス不調、そのスクリーニング自体が必要かどうかとか、そういう目的を議論していただくのではなく、その後の流れも考え、どこに焦点を最終的に絞るべきかという意味である。

■五十嵐: スクリーニングを安易に健診に入れる危険性

私たちのミッションをどこに置くのか。清水康之

氏の、「定期健康診断項目で追加が必要」というのは、自殺対策でリスクの高い労働者をいかに拾い上げるかということと認識しているが、労働安全衛生法の性格上、事業者に情報が開示され、事業主責任が発生してくる場所に、安易に健康診断にボンと入れることに、委員の皆さんも躊躇している。スクリーニングは、労働者のケアの側面があるかもしれないが、労働安全衛生法に入れると、労働者の不利益に通じることにもなりかねない。どう整合性をとるか。定期健康診断は1年に1日の様子だ。1年を通して、なにか不調があったときにきちんと把握でき、フォローにつながられる産業医、保健師がいるところ、いないところもどう仕組みを作るか、一次予防も想定していかないと、成果にむすびつかない。そうでないと、スクリーニングの仕組みができたが、健診の煩雑さと費用の莫大さだけが残ってしまっはいけない。

■生越: 企業にもメリットがあるというメッセージ

企業がある種の自殺防止のゲートキーパーの役割を果たすこと、自殺を減らすことが、ひいては企業の社会的な責任を果たすことなのだという大枠のメッセージを発信する。企業にとっても実はメリットがある話ではないか。

■川上:モチベーションをあげることは難しい

長年続いてきた過労自殺裁判例を通じて、今の企業のスタンスは訴えられないミニマムをする方向へ、この10年でかなり傾いている。一般的に出せるメッセージは不明確なものしかできないことが多く、モチベーションを上げることは難しい。

■北村: 見落としが落ち度とされるのは辛い

プライベートなストレスで自殺に至ることは、人道的に企業としても防ぎたいのは当然だ。が、それを法律で義務づけられると、そのなかで実務をしている人間としては非常に辛い。見落としがあったことを落ち度とされるのは厳しい。うつ病をチェックして見つけろというのは辛い。

■三柴: 負うべき責任の公正妥当な切り分けが必要

必要なのは、負うべき責任についての公正妥当な切り分けだ。労働者の不調状態に気づけと

義務づけるような司法判断が出る一方で、労働者側はキャリアに悪影響が及ぶし、言いたくないというジレンマに陥っている問題がある。だから、これ以上は労働者の責任になる、これ以上は使用者にも責任をとって下さいという、責任の公正妥当な切り分けをすべきだ。

■労働衛生課：スクリーニングの位置付けをどうするか

スクリーニングをどう位置付けるか。いわゆる従来の健康診断として位置づけるのか。その機会をとらえた不調のシステムとして別途位置づけるのか。法令上の位置づけとしても、当然だが議論のあるところ。素材を提供して議論していただきたい。

■川上：スクリーニングの目的は健診ではない

うつ病のスクリーニングに限定した健康診断ないしスクリーニングをするのではなく、広くストレスチェックというかたちで、最終的には労働者のストレスマネジメントのためにする、あるいは、よい職場環境をつくるために資するという目的に限定すべきだ。

4 6/15 第3回検討会

これまで2回にわたる検討会を経て、厚生労働省はあらためて、「検討事項」として項目立てを行い、それぞれ現状とこれまでの意見をまとめた文書を提示した。議論は各項目に従って行われた。冒頭に（社）日本産業カウンセラー協会からのヒアリングを行った。

I 労働者のメンタルヘルス不調の把握方法について

- 1 労働者のメンタルヘルス不調把握の目的
- 2 メンタルヘルス不調の把握の具体的な手法
- 3 労働者のプライバシー保護及び不利益取扱いの防止
- 4 専門家の関与の方法

II 把握後適切に対応するための実施基盤の整備について

- 1 産業医の資質の向上と外部機関の活用

2 産業医選任義務のない中小規模事業場における実施体制

III その他

■原：企業への働きかけも重要な活動（日本産業カウンセラー協会専務理事）

日本産業カウンセラー協会は1960年に創立。産業カウンセラーの養成と企業内でカウンセリングを通じたメンタルヘルス支援活動の二つの事業が中心で、現在有資格者は4万人。協会の会員は2万人いる。2009年度の実績で、全国で延べ2,500人が活動し、企業数434企業。単純平均で1社平均週1回程度訪問している。基本的には大手が中心だ。

ある1万人規模の企業では、7年前から全従業員に簡単なセルフチェックを行い、10分程度のカウンセラーによる面接を行って、不調者を発見していくという取り組みをやっている。不調者の数が、この取り組みで急激に増えなくなっている、うつ病等の休職者の不調の期間が短縮されてきているという成果があった。カウンセラーを通じて、メンタルヘルス不調者を早期に発見していくことが重要と考えている。

また、1対1の相談だけではなく、企業の中で相談を受けることを通じて、改善しなければならない課題が明らかになったとき、きちんと会社に伝え、カウンセラーの立場で意見を申し上げる。企業への働きかけも、カウンセラーの役割としてあることを、最近強調している。

I-1 労働者のメンタルヘルス不調把握の目的

■堀江：職場の心理的ストレス軽減を目的とすべき

健康診断等の機会をとらえて、作業環境における心理的ストレスを評価して、それを軽減することを目的とした産業保健活動を検討するという考え方は共感できる。メンタルヘルス対策をする上で企業に責任があるのは、職場における心理的ストレスの軽減ではないか。もし、健康診断や保健指導のような場面で、何らかの指標が用いられて数値が出てくるとすれば、それを個人

の病気とか個人の課題とせずに、それらの職場や組織の単位で捉え、職場における心理的ストレスの大きさといったものを評価して、それを軽減するために役立てるのがよいのではないか。

I-2 メンタルヘルス不調の把握の具体的な手法

■椎葉:同じ質問票での精度管理はどうか

前回まで職業性ストレス簡易票が議論されていたが、毎年同じ質問票を使っていれば精度管理はどうか。段々慣れてくる。

■岡田:同じ質問でも経年変化をみる

同じ質問票でも、1年に1回では従業員は自分がどんな回答をしたかほとんど覚えていない。だから、去年の回答をコンピュータに残し、自分で去年との比較ができるようにしてある。去年のデータを残しておいて、それを上書きすることによって、いま自分がどんな状況にあるかが把握しやすくなっており、メリットがある。同じ質問でも、経年的に開かせることによって、効果があると判断している。

■堀江:調査票や質問項目を法令で規定すべきではない

国際的に、職場において労働者のうつやストレスを評価するための調査票のうち、どれが最も適当かコンセンサスは得られていない。日本も同様であり、この検討会でそれを決めるのは難しい。メンタルヘルス不調の労働者を把握するという意図であるとするれば、質問紙に感度、特異度の差はほとんどない。いずれかの調査票や質問項目を法令で規定すべきではない。むしろ重要なのは、その後の結果の使い方だ。いかに早く専門家につなげて、そこで正確な診断をし、効果的な治療ができるのか。そして、その後の経過をきちんとフォローアップするか。これが伴わないならば、メンタルヘルス不調の労働者を把握しても意味がない。

労働安全衛生法の健康診断は受診義務があり、事業者がその結果を見る体制になっている。メンタルヘルス不調であっても、ラベリング効果が起こり、一般の方が疾病と同じ扱いをしてしまうリスクが伴う。自覚症状を調べる調査の中に、

専門家に相談したいという労働者の意思表示だけを把握するようにはどうか。長時間労働の面接指導は、本人の申し出に基づいて実施している。メンタルヘルス不調も、申し出た方に面接指導することも一案だ。

I-3 労働者のプライバシー保護及び不利益取扱いの防止

■相澤座長の論点整理

メンタルヘルス不調を把握するための情報等に関して、労働者のプライバシーはどのように取扱うことが適当か。労働者のメンタルヘルス不調を把握し、健康以外の観点から評価され、人事、処遇で不利益を被らないようにはどのような対応が必要か。

■北村:事後措置とプライバシー保護は矛盾する

メンタルヘルス不調を発見した場合、事後措置が必要となる。そうすると、その人は職場の人に知られてしまう。プライバシーを保護することと事後措置を講じることは、どうやっても矛盾しており、両立しないのではないか。

■岡田:就業区分や健康管理区分なら会社は情報収集できる

私どもは、健康診断の結果は、事業主に生データは出さないというシステムを組んでいる。例えば、中小企業でも、外部も医療機関、健診機関が本人には生データを返すが、会社には就業上の区分判定、若しくは健康管理区分を返す。責任は重くなるが、そのようなかたちにすれば、メンタルが入っても、身体的疾患と精神的疾患に関して特に区別することなく、会社としては情報を収集できるようになる。

■堀江:健診個人票の生データは医療職が保存する

個人情報保護法ができたとき、労働安全衛生法に基づく健康診断における健康情報の取り扱われ方は特異的であるという議論が行われた。個人票は、事業者が記録保存しなければならない罰則付きの強制義務だ。

この際、健康診断の個人票に記載された生データは、医療職が保存することを検討してはど

うか。事業者に対しては、就業上の措置としてすべきことがあれば、就業上の措置の具体的な内容に関する個人情報だけを提供する。健診における検査結果の生データ、あるいは診断書の診断名などは、事業場の方が聞いても、医療職以上の判断が出るはずがない、意味のない資料だ。利用できない資料を渡す必要はないことを明確に打ち出すべきだ。

■労働衛生課：「勧奨」ではどうか

事後措置を希望制にしても、産業医としては放っておけないとき、「勧奨」という枠組みを作り、事後措置の流れに乗せるようにできないか。

■岡田：強制力のない勧奨は産業医にとってリスクーだ

労働安全衛生規則に、過重労働の面接希望をしない者で、産業医が勧奨するという項目が入っている。産業医にとって極めてリスクーな表現だ。勧奨したけど本人が希望せず、その後で過重労働に基づく健康障害が起こった場合、これはあとどう処理したらよいか、家族からどのような問題が提起されるのか、産業医は非常に不安感を持っている。それでは困るので、私どもは安全衛生委員会で、基本的に人事が責任を持って、人事部長名で40時間を超える、月100時間の時間外労働の場合は、全員にこれは受けさせなさいというかたちで規定を決めさせた。

希望制にして産業医は勧奨するといった場合、もし強制力がなければ、結果としては、いろいろな健康障害、メンタルヘルス不調の予防が本当に功を奏するか非常に大きな疑問が出てくる。勧奨は努力義務、強制ではない。

■堀江：医療職がからむことで解決につながる

個人情報保護法第16条に、目的外使用の禁止、第23条に第三者提供の禁止の規定がある。それぞれのなかに生命、身体又は財産の保護の目的であり、本人の同意を得ることが困難なときはやむを得ないという適用除外規定がある。法違反を恐れるばかりに生命を救うために必要な健康情報を開示しない、あるいは他の理由で取得した個人情報を健康の保護のために使わないといったことが企業の中で生じてしまっ

ならないという懸念がある。メンタルヘルスの課題には、このような個人情報の適切な取り扱いという課題が常に併存する構造になっている。

やはり、そこに医療職が絡むという仕組みが必要ではないか。法律の趣旨は違うが、労安法第68条に病者の就業禁止規定がある。これに基づく省令である労安則第61条の第2項に、もし病者の就業を禁止しようとする事業者は、産業医の意見を聴取しなければならないという規定がある。同様に、職場で気づいたメンタルヘルス不調者の情報については、産業医等に相談した上で、それを人事部署等に提供するという流れを作っておけば、気づき情報も活用できるようになるのではないか。

I-4 専門家の関与の方法

■五十嵐：職場へのフィードバックが大切

問題のある人をスクリーニングして病院につなげるだけでは、根本的な解決にはつながらない。スクリーニングや不調者をいかにピックアップしてフォローするかということと同時に、それを会社の働き方、人事・労務にもフィードバックしていくことを考えると、産業医だけでなく、それができる職種との関与が必要になってくる。

■石井：小規模事業場をどうするのか

産業保健サービスが提供されにくい小規模事業場の人たちが、実際にはとても多い。大きな企業でスタッフが十分そろって、事業場の中で完結できるような仕組みと、そうではなくて外部のいろいろな専門家が関与しなければならないケースとは明らかに違う。同一の場所で議論しても解決しない。二つを分けたかたちでないとうまくいかない。

■堀江：職場の環境や仕事を外部機関に説明する

産業医が非常勤で関与している事業場において、メンタルヘルス不調者を把握する際には、職場の環境や仕事の中身について、きちんと外部機関に説明することが重要だ。

■岡田：コストパフォーマンスが問題

健診にすごく時間がかかる。おそらく医療機

関にしたら、コストの問題が出てくる。そこを検討しないと、中小企業で外部の医療機関に健康診断をアウトソースしている場合、当然一人当たりの健診コストが上がってくる。そこをどうクリアするか。メンタルヘルスチェックを導入したとしても、事業主としてはなかなか納得してもらえないのではないか。

II 把握後、適切に対応するための実施基盤の整備について

II-1 産業医の資質の向上と外部機関の活用

■石井：地域産業保健センターの役割

地域産業保健センターについて、長時間労働者の面接指導自体も、まだまだ十分に行われているとは言えない。いままで全国で347の労働基準監督署単位で、地域の医師会が地産保センター事業を実施していたが、今年4月から都道府県単位で37の都道府県医師会が実施している。事業仕分け等で予算削減で地産保センターも半分、産業保健推進センターも3分の1に集約すると聞いている。メンタルヘルス対策は非常に重要と言いながら、そういうことが同時に起こるのは理解できない。医師会としても、メンタルヘルスについて全面的に協力したいという思いがある。

■堀江：韓国でのGOHSの先進的な産業保健活動

韓国では、労働者数50人以上300人未満の中規模事業場における産業保健活動を徹底するため、各地域に集団産業保健サービス(Group Occupational Health Service)という外部機関に、作業環境測定、健康診断の結果を踏まえた産業保健活動を担当させる仕組みを構築している。また、50人未満の小規模事業場における産業保健活動については、国が多額の予算をつけて、産業医や保健師等の職場訪問のための費用を補助している。わが国においても、いままでのやり方と少し違う発想で、かなり大掛かりな仕掛けを持ってこない、小規模事業場の問題は、まったく解決の方向に向かわな

いのではないか。

■堀江：「医師の意見聴取」を効果的なものにするべき

労安法第66条の4に、「医師の意見聴取」が規定され、第66条5に、「意見に基づく就業上の措置の実施」という規定がある。強制義務があるが罰則のない法律だ。これが導入された1996年からすでに14年が経過している。ところで、第66条4に関して、平成19年の健康状況調査に基づくと、健康診断で異常の所見があった労働者がいる所を100%とした場合に、健康管理等について医師又は歯科医に意見を聞いた事業場はなんと27.3%にとどまっている。強制義務がなかった規定が約10年たってもこんな状況だ。

たとえ、メンタルヘルス不調を健康診断で発見しても、事後措置が伴わなければ意味がない。既存の検査項目さえ27.3%。ここを何とかしない限り、健康診断の項目を増やしてもメンタルヘルス不調者となった職場の改善等がなされないままになってしまうという危惧がある。

■五十嵐：もっと保健師の活用を

産業医だけが職場にフィードバックできるという話になってくるが、現在の仕組みでは、メンタルヘルス対策が成果を出していない。保健師は、健康相談の中からメンタルヘルス不調者を見つけ、職場との調整も行っている。機能する職種をもっと活用してほしい。

労働安全衛生法には法律に乗らない以上、なかなか数が増えていかないということもあるので、そういった両面の部分で基盤整備するのであれば、保健師の法制化も考えてほしい。

■北村：スクリーニングから精神科医へ

保健師とか産業看護職の重要性は人一倍認識しているが、この検討会の目的には自殺防止もある。スクリーニングでひっかかった人には診断が必要となる。そうするとやはり、専門の精神科医でなければならない。

■堀江：地域ごとに産業保健専門職を

地域産業保健センターを利用する場合、その医師のほか登録している保健師に健康管理等を行わせることができる。50人未満の事業場

への産業保健サービスの供給体制について、例えば、個々の事業場に産業医の選任義務を課すのではなく、一定の地域においては、産業医以外の専門職を活用して、必ず面談の機会を持たせるような仕組みを作る。ただし、その場合であっても、その地域を担当する医師を1人選任しておき、その医師が医学的な責任を負う体制にしてはどうか。産業保健専門職のチームを地域ごとに作ってあげれば、ある程度、中小企業の中で個別には選任できない事業場をカバーできるのではないか。

■ 椎葉：保健師中心で新規発生ゼロの事業部も

私どもは、めずらしく保健師が中心になっている会社だ。保健師がファースト面接をやってチェックリストも使ってこれまで取り組んできて、新規発生がゼロになる事業部も出てきたという、めずらしい企業かもしれない。

Ⅲ その他—地域との連携

■ 石井：産業医と精神科医との連携

「地域との連携」では、産業医と精神科医との連携が大きな課題だった。産業保健の場と地域医療としての精神科医療との整合性をどうとるのか議論する場所がない。10年も前からお互いに連携、連携と言ってきて、あまり実効性のあるものはできていない。今回新たなテーブルを立ち上げて仕組みを作るのなら、産業保健の立場から、きちんとした連携の枠組み作りを提案すべきだ。

■ 堀江：小規模事業場と地域を担当する産業医

小規模事業場にまったく専門職がない。地域の診療医がメンタルヘルス不調の労働者を患者として診察し、原因が職場にあるという見方をした場合、職場の改善の手立てがない。地域と職域をつなげる肝心のルートがどこにも描かれていない。

地域医療において、どこの事業場に勤めている方がわかった場合、産業医がいない事業場ならその地域を担当する産業医が決まっている仕組みになれば、その医師に情報を入れてもらう。しかし、医師は個々の事業場を訪問できない

から、その場面で保健師が活躍するという絵が描けるような気がする。

5 6/21 第4回検討会

前回は、厚生労働省の検討項目について一通りの議論を行った。それを踏まえて、第4回目の検討会では、厚生労働省が、「職場におけるメンタルヘルス対策のあり方に係る主な論点」として、次のように論点整理を行った。

また、精神科医の立場から黒木宣夫氏（東邦大医療センター佐倉病院）、相模原地域産業保健センターから後藤昌弘氏（コーディネーター）からヒアリングを行った。五十嵐委員が「保健師に求められる役割と機能」等の資料を提供し説明を行った。

I 労働者のメンタルヘルス不調の把握方法について

論点1 労働者のメンタルヘルス不調の目的

論点2 メンタルヘルス不調の把握の具体的な手法

論点3 労働者のプライバシー保護及び不利益取扱い防止

論点4 専門家の関与の方法

II 把握後適切に対応するための実施基盤の整備について

論点1 産業医の資質向上と外部機関の活用

論点2 産業医の選任義務のない中小規模事業場における実施体制

III その他

論点1 地域との連携について

論点2 健康診断の対象労働者について

I 労働者のメンタルヘルス不調の把握方法

■ 三柴：産業医の権限を監査役レベルまで引き上げる

産業医療の位置づけと体制の見直しが必要だ。産業医の地位、役割、権限、責任、こうしたものを、例えば、監査役レベルまで引き上げて、監査法人に匹敵するような独立機関の創設など

も検討しながら、独立性と倫理性をより高めていく必要がある職域ではないか。場合によっては、ヨーロッパの投入時間制度とか、産業医等の選任、職務割当、解任とか、そうしたところに労働者が関与するという制度も参考にできるのではないか。

産業医の質・量の足りないところは、保健師、看護師、心理職を徹底して活用していく。やはり当事者意識と客観的な知識を持つ人間、その両方を持つ人間によるケアとかコミュニケーションによって、本音を引き出せるかがカギになる。

経営と人事労務との連携では、デンマークモデルが先駆的にある。日本型の展開を考えたときには、やはり、労働安全衛生マネジメントシステムを、メンタルヘルス不調対策にも活用できるのではないか。経営側にも、メリットを感じさせる税制とか労災保険料とかを含めて検討してもいいのではないか。現行の事後措置と制度とOSHMSとの整理統合も検討してよい。

■五十嵐：面談の仕組みによる二次予防

メンタルヘルス不調への対策として、ひとつは労働のあり方に、一次予防にいかに関与してフィードバックしてストレスのない職場にしていくこと。もうひとつは、何らかのかたちでタイムリーにメンタル不調者をきちんと把握して、医療機関につなげていくこと。一次予防と二次予防の両輪で進んでいかなければならない。

健康診断などの質問紙によるメンタルヘルスクリーニングには反対。それより労働状況により、相談形式によりタイムリーにメンタルヘルス不調をきちんと把握することが効果的だ。労働者が相談したいときにすぐに相談できるような体制作りが重要。問題が職場にある場合には、職場にフィードバックしていく仕組みを考えていく。管理者教育も行う。その中で、産業医、保健師の役割、そうした人がいない小規模などの事業場をどう構築していくか、議論に入った方がよいのではないか。

■労働衛生課：ストレス簡易調査表で事業所の状況を把握

メンタルの指針を行政として作成し、普及啓発に努めてきた。メンタルヘルス対策支援センターで体制作りの支援や、地産保センターでは具体的な労働者、事業者の相談などの定着も図ってきた。しかし、全体では3割程度の取り組み実施率に留まっている。

ストレス簡易調査票で事業所全体のストレスの負荷度の把握に使えないか。個人票に関しては個人に還元する。中小企業でも可能なもの考えることで、従来なかなか行政が普及啓発や間接的な支援で実施率が留っていたものを飛躍的に取り組みが拡大できるのではないか。

■堀江：事業場のストレス対策とメンタル不調の把握は異なる

実際に事業者には責任があり、事業場の労働衛生管理の中で対象にできるのは、「労働者のメンタルヘルス不調」のすべてではなく、職場における心理的ストレスの状況把握とその対策である。事業場のストレス対策の推進と労働者のメンタルヘルス不調の把握とは、似ているようだが本来異なる。きちんと分けて考えた方がすっきりする。

職場におけるメンタルヘルス対策は就業上の措置が重要な流れであり、職場でしか対処できない命題として、事業者がしっかり責任を持って行われなければならない。一方、労働者のメンタルヘルス不調に対する保健指導に関しては、なるべく医師や保健師等の保健指導から、必要に応じて精密検査等にいくよう支援する。

■栗原：心身の健康状態を把握するツールとして必要

「メンタルヘルス不調の把握」には抵抗を感じるが、やはり、心の健康状態を把握していく方法として考えていく必要がある。要は、健康診断の中に位置づけるということは、心身の健康状態を把握していく仕組みとして、こうしたツールがある意味必要だ。メンタル不調の把握というよりも、健康状態の確認のためにぜひ健診の中に位置づけてもらいたい。健診に位置づけないと事業者はそうした動きに至らないのも現実だ。

■労働衛生課：事業者のニーズとセルフチェック

の強化として

労働者健康状況調査でメンタルヘルス対策に取り組んでいない事業場の主な理由は、ノウハウ、スタッフの問題、それとニーズがないと認識していることだ。事業者にはニーズに気づいてもらう必要があるが、たんに啓発では難しい。自殺の数字を踏まえると、問題を認識してもらう時代にきているのではないか。一般定期健康診断の機会にこだわるわけではないが、相談体制を確保したところで、やはり、本人の認識が必要だ。セルフチェックを強化するためには、調査票などを年1回ぐらいやり、メンタルの面での気づきをもってもらおうという効果がある。

先進事例によれば、個人票は本人に直接郵送される。問診の一環としてやったものについても、所見のあり・なしが事業者には伝わらないことも可能。問診の中の一部ということにしまえば、具体的なことは事業者には伝わらないという方策もある。

■三柴：中小企業では事業主がツーカーで見る

最近も医師会で話をしたとき、フロアの方から、「中小企業ではチェックをしたら事業者はツーカーで見えてしまいますよ」という本音が出てくる。非常に悩ましいところだ。

■堀江：医療職が把握し、判断していく

健康情報は、その利用の仕方によって一歩間違えると非常に危険な情報だ。そういう情報は生命や健康を守るという倫理観の医療職がきちんと把握しておいて、いざ適正配置が必要な時は、そうした情報を基に判断していくことがよい。

小規模事業場の事業者に対し、いきなり、これまで見ることができた健康診断の生データを一切見てはならないという政策に転換するとなると相当混乱する。そうした小規模事業場にかかわっている産業保健職が全然いないところがたくさんある。この検討会では、長期的な方向性を示しておいて、今後できるところを検討することがよいのではないかと。

■五十嵐：小規模事業場にも保健師を

労働衛生チームとして考えた場合、産業医がない事業場や産業医が嘱託の事業場はその

役割を保健師が担っていて、産業医や医師と連携をとりながら業務を行うことになる。中小零細企業において、地産保センターの役割は大変大きいですが、そもそも平成の最初のころまでは、保健所が管轄内の小さな企業の健康診断や相談を請負っていた時期があった。民間の健診機関ができたり、入社時の診断書を公的機関から出さなくていいといったような理由から、保健所が全面的に労働の分野から手を引いてしまった経緯がある。地域と職域をつなぐコーディネーターが保健師であるとすれば、企業から保健所、地産保センター、ハローワークなどを活用し、将来的には開業した保健師などが中小零細企業をいくつかみっていくようなことも可能になってくる。

II 把握後適切に対応するための実施基盤の整備について

■相澤座長：産業医の専門性、中立性、独立性は

就業上の措置について医師が意見を述べる制度を図るべきではないか。産業医の多くがメンタルヘルスの専門家ではなく、十分な対応が困難な場合の対応をどうするか。メンタルヘルス不調者への対応に従事する産業医、医師の中立性や独立性をどう考えるか。

■栗原：産業保健師が嘱託産業医を動かしていく

私どもがお手伝いしている小規模事業場は産業医も十分備わっておらず、いても嘱託の産業医というパターン。保健師が産業医を動かしていく。そうしたチームワークを作り上げていくことが大きな課題だ。産業医制度が十分機能していないところは、産業看護職を上手に機能させていく必要が第1段階としてあるのではないかと。

■堀江：専属産業医の中立性・独立性

産業医はメンタルヘルスの専門家でないことが多いが、職場のストレス対策に関しては専門家であり、その役割を担っている。

専属の産業医を15年ほどやってきた。労使双方の立場からは独立しているが、若干労働者寄りと感じることが多い。労使関係ではどうしても労働者が弱い立場にある。加えて医師としての

倫理観もある。現行の法令及び現場の実態として、専属産業医の中立性・独立性が危ぶまれるという状況にはないと考えている。

Ⅲ その他

■川上:パートなどの短時間労働者も対象に

今後の議論として、パートなどの短時間労働者を含める必要があるのではないか。派遣労働者は、現在の定期健康診断であれば当然派遣元がするが、実際に働いている職場で押さえた方がよいのではないかと考えている。

6 7/18 第5回検討会

厚生労働省より、職場のメンタルヘルス対策の現状等とメンタルヘルス対策を促進するに当たっての基本的な方向(案)、新たな枠組みのイメージ(案)が示され、一般健康診断における「自覚症状の項目の明確化」及び「健診結果における個人情報保護等」に関して、新たに法令で明示する案が提案された。これをめぐって議論が行われたが、委員の大半が、一般健康診断項目にうつ病スクリーニングを追加することに疑念、反対を表明した。

また、精神科医の委員より、専門家の立場から、「メンタルヘルス不調」という考え方に対する根本的な疑念が示されたため、職場のメンタルヘルス対策における一次予防と二次、三次予防のあり方をめぐっても議論が行われた。

日本精神神経科診療所協会会長、日本精神病院協会の常務理事よりヒアリングを行った。

- 職場のメンタルヘルス対策の現状等
- 一般定期健康診断とストレス調査の現状等
- 産業保健スタッフの活動と外部支援機関の現状
- 健康診断における労働者の個人情報等の取扱い
- メンタルヘルス対策を促進するに当たっての基本的な方向
 - 1 労働者のプライバシーが保護されること。
 - 2 メンタルヘルス不調に関連する対応に要する

時間及び費用が過大な負担とならないこと。

- 3 ストレス調査の医学的エビデンスや、メンタルヘルス不調者の受入体制等の事後対応(リハビリを含む。)の現状を踏まえ、労働者本人による気づきが促進されるとともに、事後対応については基本的に事業場内の産業医・保健師等や地域産業保健センター等が対応し、必要な場合には専門家につなぐことができること。
- 4 事後措置が適切に行われるよう、専門的な知識を有する人材の確保や活用等の基盤整備が図られること。
- 5 上記の措置を講じることにより、労働者が、健康の保持に必要な措置を超えて、人事、処遇等において不利益を被らないこと。

○新たな枠組みのイメージ(案)

- 1 自覚症状の項目の明確化
「自覚症状及び多角症状の有無の検査」において、現在は医師の判断にゆだねられている自覚症状の項目について、「脳神経に関する項目」、「呼吸器に関連した項目」、「循環器に関連した項目」、「ストレスに関連した項目」等のように法令等で明示する。
 - * ストレスに関連した項目として、実際どのような項目を確認するかについては専門家により検討し、他の項目を含めてガイドライン等で示す。
- 2 健診結果における個人情報保護等
自覚症状に関する所見については、所見の「有」、「無」のみを事業者に伝えることとする。その際、自覚症状の所見から、医師(健康診断を実施する医師)が必要と判断した場合には、医師等(就業上の措置について意見を述べる医師等)による面接を必要とする旨、「要面接」として健康診断個人票に記載することを新たに法令等で規定する。
 - * 「要面接」の対象となる自覚症状の所見には身体疾患による症状も含まれる。どのような場合に「要面接」と判断するかについては専門家により検討し、ガイドライン等で示す。
- 3 事後措置の推進

事業者は「要面接」とされた者について、労働安全衛生法第66条の4に基づき、事業者は、当該労働者の健康を保持するために必要な措置について医師等から意見を聴取することとし、その際には、意見を述べる医師等が面接を行うことを法令等で規定する。また、労働安全衛生法第66条の⑦の医師又は保健師による保健指導の努力義務規定も踏まえて、保健師による保健指導を行い、その結果を労働安全衛生法第66条の4に基づき意見を述べる医師が参考とすることについて指導する。

- * 事業者は意見を述べる医師等あらかじめ健診を受診する労働者に周知しておくことが望ましい旨を通達等で指導する。

■尾崎: 偏見の助長にならないように留意すべき

初めて検討会に出席した。うつ病学会の代表という立場で参加している。「労働者のメンタルヘルス不調の把握」について、①労働者のメンタルヘルス不調の把握が実施されること、決してそれが偏見の助長にならないように留意する。②情報の守秘を十分確保する体制の構築。③メンタルヘルス不調の診断・評価に当たっては、信頼性と妥当性ある方法をとる。④質問紙によるスクリーニングだけではなく、治療導入を踏まえた支持的・共感的な態度を持った診断・評価面接を実施する。⑤診断・評価から治療導入へのシステムを作り上げる。⑥治療導入が終わったあとも職場でサポートする。⑦職場復帰支援プログラムをきっちりシステムとして構築することが必要と考える。

■椎葉: 現場がきちんと取り組む風土がないと差別、偏見を助長する

私どもの会社は、2001年にできた。それから10年間メンタルヘルス対策に取り組んできた。現在出ている指針、ガイドライン、手引等と同じくらいの内容で、一次予防から三次予防まで取り組んでいる。特徴として、健診後の事後面接を検査結果の所見の有無にかかわらず全員にやり、某メンタルチェックツールを使って一人当たり30分

時間を設けて、公私にわたる状況を確認している。結果として、医療機関につなげるような例はほとんどない。

一次予防として社内研修も行い、管理職には安全配慮義務を中心とした活動もやっている。一方的に健康管理主体でやってもなかなか現場は動かない。人事・労務、現場の関係者で意識統一して取り組むことが必要で、採用から配属、業務配置、負荷、ライン、評価、育成、それを全部トータルで、現在取り組んでいる。復職制度も設けた。

専門職がいくら頑張っても、現場がそういうことに面と向かって取り組む姿勢がないといくらやってもうまくかず、モグラ叩きに終わってしまう。

今回、労働安全衛生法の法定項目にストレス疾患のスクリーニングという議題があるが、中途半端な職場の体制でそういうことに取り組むと、逆にかえって差別、偏見を助長するのではないかと、非常に危惧している。

何から取り組むのか。三次予防、職場復帰に関して取り組んでいくというところから、二次予防とか一次予防につながっていくというのが、これまで一番効果的な方法である。中小零細企業が一次予防からやるのは難しい。二次予防はまだ偏見があることを考えると、着手しやすいのは、職場復帰の部分からきっちりやれるよう、関係団体から支援を得られるようなかたちにするのが一番効果的ではないかと。

■三柴: 新たな枠組みのイメージ案に賛同する

新たな枠組みのイメージ案に示された対策の方向性は、就労者のプライバシーにも応分の配慮がなされており、かつ、メンタルヘルス不調の一次予防にもつながり、その結果、公労使すべての福利に貢献する現実的なものとして賛同する(当日は欠席のため文書による意見表明)。

職場のメンタルヘルス対策の現状

■尾崎: 「長時間労働、深夜労働により精神障害が発生する」は削除すべき

メンタルヘルス不調の要因で、「長時間労働、深夜労働等の労働により、精神障害が発生す

る」という点は明確化されているのか。明確なエビデンスに則って、この委員会の議論が進んできたのか。精神疾患と言っても多様。発症に非常に環境要因が強く関与するものから、非常に弱いものまである。長時間労働が、例えばうつ病の初発において、明確に関わっているという論文があるのか。

精神障害は、うつ病も統合失調症も、あるいは双極性障害も発達障害も含んでいる。長時間労働、深夜労働等が発症要因だということになる。その点に関して明確な証左は存じない。統合失調症や双極性障害、あるいは就労前から持っておられる発達障害の方がいる。そういう方への対応も是非考えてほしい。加えて就労上の負荷が、精神疾患発症後の病状を悪化させることも銘記しておきたい。

本検討会の発足には、自殺防止ということが非常に大きくかかわっていると認識している。自殺企図者の方々の統計によると、気分障害が日本においてもWHOにおいても3割ぐらい。その次は統合失調症の方で、20%~15%。そのこともぜひ知ってほしい。

産業保健スタッフの活動と外部の支援機関の現状

■市川: 中小零細には公的な機関の費用が必要

本格的に地産保センターを活用し、中小にもっとカバレッジを広げて拡大するとなれば、とても対応できないというのが、前回の藤沢市の地産保センターの報告だった。どうしても漏れてしまうのは、50人未満の小さなところ。中小ではなかなか費用がかけれないとすれば、公的な機関の費用ですべき。中小企業の負担にならないように、公的な機関を整備してということであれば、現状として足りていない。認知度が低い。必要性を強調すべき。

健康診断における労働者の個人情報等の取扱い

■堀江: 「雇用管理に関する健康情報の留意事項通達」も含めるべき

「雇用管理に関する個人情報のうち健康情報を取り扱うに当たっての留意事項」(平成16

年10月29日付け1029001号)には、「診断名、検査値等のいわゆる生データの取扱いについては、その利用に当たって医学的知識に基づく判断等を要することがあることから、医師や保健師等の看護職員に行わせること」、「産業保健従事者以外の者に健康情報を取扱わせるときには、利用目的の達成に必要な範囲に限定させるよう、必要に応じて健康情報を適切に加工した上で提供するなどの措置を講ずること」が書いてある。この二つが達成されれば、医師がからんだうで、精神科の専門医等とのパイプ役になって、事業所に対する措置が講じられる道筋ができるのではないかと。

メンタルヘルス対策を推進するに当たっての基本的な方向

■尾崎: 現時点では「二次予防、三次予防」が先決

一次予防には疑問を感じる。一次予防というのは、メンタルヘルス不調ではなく、精神疾患を予防する話だ。一次予防に資するような、何が発症原因なのかは、まだ十分に分かっていないのが現状だ。発症機転がわからない段階で、妥当性ある一次予防はできない。現時点では、二次予防、三次予防で、まずできることをやるのが先決だ。

■岡田: 企業には危険予知義務と結果回避義務がある

司法の判断では、業務に内在する危険性が現実化した時に賠償責任が発生してくる。だから、予見できる、推認できるならば、危険予知の義務があり、企業に結果回避の義務がある。これは、産業医の義務のひとつとしてやっている。エビデンスがあるかないかだけでなく、予見しうるものであれば、予防しなければならぬ立場に企業は置かれている。その結果として、1億、2億の賠償額が出ている。これは、働いている方にとっても不幸であり、企業にとっても問題がある。私たちは、その両方を予防するならば、疑わしいものに関しては、介入し予防していく。その立場でいかなければならない。

■五十嵐:一次予防なくしてメンタルヘルス対策はありえない

ここでいうメンタルヘルス対策は、病気の人を早く見つけて、早く医療機関につなげるということではなく、職場環境として、いかにストレス度を少なくして、みんなが生き生きと働ける職場に持っていかるところを、一次予防と呼んでいる。それなくして、メンタルヘルス対策はありえない。

■尾崎:精神疾患と混同すべきではない

それでは、すべてメンタル不調としてもらい、精神疾患は外すのが妥当だ。精神疾患と言われると非常に抵抗がある。精神疾患に関しては、一方できちんとしたエビデンスがある。精神疾患と混同してもらうと困る。精神科医にとって、「メンタルヘルス不調」という言葉は耳慣れず、その定義が曖昧に感じる。

一次予防はメンタルヘルス不調、精神疾患の二次予防と三次予防はきちんと実施することを決めてもらいたい。

■椎葉:会議がグルグル回っている

いつも会議でグルグル回っているようなイメージを持っている。この会議では、スクリーニングを法的根拠に入れるかどうかだった。ストレスでも精神疾患にしても、私は、法定項目にストレスに関連した項目を入れることには反対だ。

■堀江:日本産業衛生学会での意見

6月、日本産業衛生学会の一組織である産業精神衛生研究会から、学会理事会宛に要望書が出された。健診の中にうつ病のスクリーニングを入れることについての懸念が多角的に述べられていた。学会としても、まだ専門職のいない産業現場において、スクリーニングを実施するのは難しいと判断している。

精神障害について、産業保健で何かしようというのは無理がある。精神障害に対する対策ではなく、心理的なストレスに対する対策については、きちんと産業保健がやっていかなければならない。それを一次予防として理解して、ストレス対策をすることを、今後の対策の中に入れることには賛成である。

■尾崎:うつ病学会でも反対

うつ病学会でも、私の意見に関して、ワーキンググループで集約してこれを出している。方法論がまだ確立していない、人材がいない段階で進めるのは待って下さいということだ。ただし、メンタルヘルス対策をきちんとしていくことには賛成している。法定健診項目に入れることは、待ってほしい。

■石井:何をチェックするのか

疾患をチェックするのか、ストレスをチェックするのかによって、事後措置の内容も違ってくる。いままで健康診断の事後措置というのは、疾病に関するものだったので、意味合いが全然違ってくるし、不利益扱いしないというのも、全然状況が違ってくる。まず、何をチェックするかを決めなければ。

新たな枠組みのイメージ(案)

■相澤座長:自覚症状の項目の明確化

具体的なイメージとして、自覚症状の明確化の中で、ストレスに関連したような症状、あるいは体に対する症状を項目として入れていく。

■尾崎:法令化は反対

ストレスに対する気づきをすれば、精神疾患も入ってくる。これを法令等で明示するのは反対だ。

■岡田:過重労働の面接は法令化されている

過重労働の面接は、すでに労安法第66条の8で決まっている。過重労働が発生した時面接をして、ストレスの度合いをみて精神科医に紹介する。その枠組みでやっている部分については問題がないと考えるのか。

■尾崎:長時間労働と精神障害の発症

長時間労働が本当に精神障害発症のリスクファクターなのか、そのことに関する議論がなされないままスタートするのはいかがなものか。私が同意するのは、発症している人に過重労働をかけたら病状が悪化するという点だ。

■五十嵐:のんびりしている時間はない。できるところから一步一步進める

健康診断の中で、自覚症状をもっと丁寧にす

ることだ。睡眠、食欲、疲労をきちっと捉えて面談につなげていく。何かあった場合には、本人のフォローを含め、それが職場に起因する場合には、すでに調整なども健康診断の事後措置としてやっている。そこをもっと丁寧に、ストレスを念頭に置きながら実行していくというのは、何ら不思議なことではない。

誰とかかわれば、自分の健康、あるいは職場の調整につながっていくのかを、労働者が知ることがすごく大事だ。とくに中小零細企業の人たちは、「一体、そういう人たちはどこにいるんだろう」と言っている。フォローする基盤ができていない中で進めるのは危険というが、でも一歩踏み出さないことには、基盤整備につながっていかない。ここで何らかの合意がないと先に進めない。私は、内閣府の自殺対策からきているので、のんびりしている時間はない。できることから一歩一歩進めながらやっていくことだ。

■北村：労働者にも企業にも問題を生じる

この検討会では、最初から健康診断の中にチェック項目を入れることについては、問題が多いという意見がいっぱい出ている。これをあまり拙速にやってしまうと、現場はものすごく混乱する。労働者にも企業にも、大変困った問題が生じる。拙速に求めずに、慎重に検討すべきだ。

■市川：職場のメンタルヘルス対策で労働条件をよくする

職場のメンタルヘルス対策と言えば、例えば労働条件を良くする、労働時間を減らすなど、他にやることは本当はあるはず。ハラスメントの防止、日常のコミュニケーションの活発化なども必要。チェック項目を入れることありきの議論ではなく、もう少し職場環境をよくしようという大きな枠組みの中でまとめができればよい。

7 9/7 「職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書」発表

7月14日、第6回検討会では、厚生労働省より「職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書(案)」が提案された。出席委員より、報告書(案)

の文言、表現に削除、修正、追加がなされた。最終的な報告書の作成は座長に一任されることとなり、検討会は解散となった。

本稿の冒頭にも書いたが、「職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書」(以下、「報告書」)最終版が発表されたのは、約1か月半後の9月7日。夏休み時期を迎えていたとはいえ、この手の検討会報告書としては、最終公表まで時間を要している。

「報告書」の中で示された具体的な枠組みは、次のとおりである。

- 1 一般定期健康診断に併せて医師が労働者のストレスに関連する症状・不調を確認、必要と認められるものについて医師による面接を受けられる仕組みの導入

一般定期健康診断の実施に併せて、ストレスに起因する身体的・心理的な症状・不調などについて医師が確認し、医師が必要と認める場合には、労働者が医師の面接を受けられるようにする。

- 2 医師は労働者のストレスに関連する症状・不調の状況、面接の要否等について事業者に通知しない

個人情報保護の観点から、労働者のストレスに関連する症状・不調の状況及び面接の要否等については事業者には伝わらないようにする。

- 3 医師による面接の結果、必要な場合には労働者の同意を得て事業者に意見を提出

面接を行った医師は、労働者のストレスの状況などから必要と認める場合には、労働者の同意を得たうえで、事業者に対し時間外労働の制限、作業の転換等について意見を述べるものとする。

- 4 健康保持に必要な措置を超えて人事・処遇等において不利益な取扱いを行ってはならない

事業者が医師の健康を勘案し、時間外労働の制限等の措置を講じる場合には、①医師の意見の具体的内容によるものとする、②労働者の了解を得るための話し合いを実施すること、③医師の意見の内容を労働者に明示すること

ととする。また、事業者は健康確保に必要な措置を超えた不利益な取扱いを行ってはならないこととする。

第6回検討会における厚生労働省の報告書（案）には、「自覚症状に関する所見について、所見の「有」、「無」のみを事業者に伝えることとし、医師（健康診断を実施する医師）が必要と判断した場合には、医師等（就業上の措置について意見を述べる医師等）による面接を必要とする旨を、「要面接」などとして健康診断個人票に記載する」となっていた。

この点については、第6回検討会の中でも委員から突っ込んだ意見は出されていなかったが、初回からの検討会の議論の推移から、より妥当な方向に修正されたものと考えられる。

8 検討会を傍聴した感想について

職場におけるメンタルヘルス対策検討会は、当初、自殺・うつ病等対策PTから重点課題のひとつとされた「メンタルヘルス不調者の把握と把握後の適切な対応」について検討するために開催された。

長妻昭前厚労大臣や清水康之内閣府参与の発言がクロージングされたこともあり、メディアにもミスリードされたかたちで、検討会はスタートした。検討会では、定期健康診断にうつ病検査を加え、労働者に受診を義務づけることが、あらかじめ方向づけられているように思われた。

だが、実際に検討会での議論が始まってみると、そうした危惧は吹き飛んでしまった。

第1回目の検討会の議論から、大半の委員は、うつ病検査の義務化に反対の立場だった。たんなるメンタルヘルス不調の把握にとどまらず、職場のメンタルヘルス対策における一次予防の取り組み、職場のストレス対策や環境改善の重要性、小規模事業場のメンタルヘルス対策をどうするか、地域の精神医療と職域の産業医制度との連携、産業保健師等の活用など、多岐にわたる論点について議論が展開された。限りある時間のなかで、すべての論点について論じつくすことは到底不可

能だったが、それでも委員の熱意あふれる意見表明、白熱した議論は、今後の職場のメンタルヘルス対策を考えるうえで大変に参考になった。

第5回検討会に出席した精神科医の尾崎紀夫委員が、精神疾患にはうつ病だけでなく統合失調症や双極性障害、あるいは発達障害をもっている人がおり、職場でもそうした精神疾患を持っている人びとへの対応についても考えるべきだと述べた。議論の本筋ではなかったかもしれないが、私たちが三次予防に取り組む上で、貴重な指摘であったと思う。自殺企図者のなかでは、気分障害の次に統合失調症の方が多く現実をしっかりと受けとめるべきであろう。

個人情報保護をめぐる論点は、今後も議論を深めていかなければならない。「報告書」では、事業主に一切情報提供せず、労働者の同意を条件に、医師が事業者就業措置の意見を出すことにはなっていた。三柴氏が指摘するように、個人の健康情報について、保護と適用をどのように図っていくかは重要な課題だ。堀江氏が言うように、産業医等の専門職が収集・管理する体制が必要とも思われるが、小規模事業場の現実を見れば、直ちにそのような仕組みを期待することはできない。この点も、検討会の議論では十分尽くされているとはいえない。

産業保健師としての豊かな経験を通じて、産業保健師の活用を訴えた五十嵐氏の意見は、ある意味検討会の議論をリードしていたのではないかと思う。職場の実態からみれば、金と労力をかけてうつ病スクリーニングをやるより、身近で訴えをキャッチし、安心して相談できる産業保健師の存在の方がよほど頼もしく感じられる。とくに小規模事業場では、地域と職域をつなぐ産業保健師の役割が期待されると思う。

付け加えて、本稿では紹介できなかったが、第6回検討会で五十嵐氏が紹介したデンマークにおけるメンタルヘルス対策は、「報告書」の中にも、「欧州で実施されているような、心理社会的な観点から職場環境の改善を促進する対策等の先進的な取り組み事例も参考として対策を進めることが

望まれる」と盛り込まれた。じっくり勉強してみたいと思う。

岡田氏が専属産業医を務める大阪ガスは、大企業にふさわしい取り組みをしている。健康情報のIT化、産業医による情報管理、産業保健師による事後対応の体制も整備されている。産業保健活動のリソースが豊富だけではない。メンタルヘルスチェックの実施では、不利益者が出ないことを確認し、労組、事業者、産業医の協議によって全員必須とした。しっかりした検証と丁寧な合意形成が求められる。メンタルヘル스에管理職研修が効果的という報告は興味深い。産業医が演ずるロールプレイ研修が、管理職の意識向上に役立つという経験は示唆的である。

一方、肝心の当事者たる労働者の代表として参加した連合の市川氏には、もっと積極的に職場の実状を述べてもらい、厚生労働省はもとより、産業保健や精神医療の専門委員にどしどし意見や注文を出してもらいたかった。メンタルヘルス不調で職場を去らざるを得なかった仲間たちの悲痛な思いをも労働組合の代表は背負わねばならない。

報告書の発表を受けて、10月25日から労働政策審議会安全衛生分科会で職場のメンタルヘルス対策に関する審議が始まっている。9月～10月、厚生労働省は（独）労働政策研究・調査機構に「職場におけるメンタルヘルス対策に関する緊急調査」を実施させ、その中間集計の概要を資料として審議会に提出している。だが、検討会「報告書」はその一部のみが、資料文書の中に引用されているだけなのはどうか。厚生労働省は、「報告書」全文を審議会に資料文書として提出すべきであろう。いずれにしても、今後の労政策審議の議論に注目していかなければならない。

9 私たちはどう取り組むのか

最後に、私たち地域安全衛生センターが職場におけるメンタルヘルス対策にどう取り組むべきか、私見を簡単に述べて、本稿を終わりたい。

(1) メンタルヘルス不調に気づき、相談できる職場、地域の仲間づくり

職場で同僚や上司がメンタルヘルス不調に気づき、相談できるようになりたい。何より、職場のチームワーク、仲間意識をどう築いていくかにかかっている。職場に期待が持てなくても、地域にそのような相談機関や居場所があれば、支えになるはずだ。

(2) 日頃の安全衛生活動の中に、メンタルヘルス対策や職場のストレス対策を位置づけ取り組む

日常の安全衛生活動、安全衛生意識なくして、メンタルヘルス対策だけ取り上げてうまくいかないだろう。安全衛生委員会（なければ健康サークル的なもの）が中心的役割を果たすことは言うまでもない。

(3) 参加型活動で職場に潜在するストレス要因を洗い出し、職場改善に取り組む

安全衛生活動には参加型手法が不可欠だ。メンタルヘルス対策でも同様。職場のストレス要因の洗い出しは、職場性ストレス簡易票だけがツールではない。アクションチェックリストを活用して、多面的な職場改善に取り組むたい。

(4) 信頼できる産業保健スタッフとの連携を図る

身近でいつも相談できる産業医、産業保健師がいれば心強い。そうした専門職との連携もまた必要だ。

(5) 成功事例、良好実践の経験交流を図る

一次、二次、三次予防まで、成功事例、良好実践を、部署ごと事業場ごとでお互いに紹介しあい、経験交流しよう。

(6) 地域と職域の連携を進める私たちの役割

私たちは地域や職域での取り組みを支援する。地域の安全衛生センターがその役割を果たすことが問われていると考える。



職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書

平成22年9月7日

職場におけるメンタルヘルス対策検討会

1 はじめに

我が国の自殺を巡る状況を見ると、自殺者数は平成10年から12年連続で3万人を超える高水準で推移しており、人口10万人当たりの自殺による死亡率（自殺死亡率）も欧米の先進国と比較して突出して高い水準にあるなど極めて深刻な事態となっている。このような状況を踏まえ、厚生労働省では、平成22年1月、「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」を設置し、今後、厚生労働省が自殺対策に取り組む指針のとりまとめが行われた。

とりまとめにおいては、「職場におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援の充実」が重点対策の1つとされるとともに、今後の検討事項として、職場におけるメンタルヘルス不調者（注）の把握と、メンタルヘルス不調者の把握の後、適切な対応が行われることが盛り込まれた。

（注）メンタルヘルス不調：精神及び行動の障害に部類される精神障害や自殺のみならず、ストレスや強い悩み、不安など、労働者の心身の健康、社会生活及び生活の質に影響を与える可能性のある精神的及び行動上の問題を幅広く含むものをいう。

具体的には、

- ① 労働安全衛生法に基づく定期健康診断において、労働者が不利益を被らないよう配慮しつつ、効果的にメンタルヘルス不調者を把握する方法について検討する。

- ② メンタルヘルス不調者の把握後、事業者による労働時間の短縮、作業転換、休業、職場復帰等の対応が適切に行われるよう、メンタルヘルスの専門家と産業医を有する外部機関の活用、産業医の選任義務のない中小規模事業場における医師の確保に関する制度等について検討する。また、外部機関の質を確保するための措置について検討する。

などとされたところである。

また、新成長戦略（平成22年6月18日閣議決定）第3章（6）雇用・人材戦略においては、2020年までの目標の1つとして「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合100%」が掲げられている。

こうした経緯より、本検討会では、上記①に関して、先進的な取り組みの事例を基に、その具体的手順、使用されている調査票、産業保健スタッフの体制、個人情報の保護や不利益取扱いの防止対策、期待される効果等について実態を把握した上で、一般定期健康診断においてメンタルヘルス不調者を把握する仕組みの可能性や、解決すべき課題について検討を行った。

また、上記②に関して、事業場外の支援機関、精神科の臨床医等、様々な立場の方からその活動状況に関するヒアリングを行い、産業保健スタッフの確保等、必要な体制の整備について検討を行った。

2 職場におけるメンタルヘルスの現状等

(1) 労働者の状況等

労働者健康状況調査報告(平成19年)によると、「仕事や職業生活に関して強い不安、悩み、ストレスがある」とする労働者の割合は約58%にも上り、また、「過去1年間にメンタルヘルス上の理由により連続1か月以上休業又は退職した労働者がいる」とする事業場の割合は約8%となっている。

さらに、警察庁統計(平成21年)によると、我が国全体の自殺者は、平成10年以降12年連続して3万人を超えているが、このうち、「被雇用者・勤め人」は約9,000人(約28%)に上っており、また「勤務問題」が原因・動機の一つとなっている者は約2,500人となっている。

また、自殺対策支援センターライフリンク(特定非営利活動法人)が公表している「自殺実態白書2008」によると、自殺の危機経路は、被雇用者については、以下のように配置転換が危機経路の主な出発点となっているほか、昇進、職場のいじめなども挙げられている。

- ① 配置転換→過労+職場の人間関係→うつ病→自殺
- ② 昇進→過労→仕事の失敗→職場の人間関係→自殺
- ③ 職場のいじめ→うつ病→自殺

こうした状況の中で、精神障害等による労災請求件数は、平成17年度656件から平成21年度1,136件、労災支給決定件数は平成17年度127件から平成21年度の234件へと増加している。この要因としては、うつ病等に対する国民の理解が浸透したこと、厳しい経済情勢や職場環境の変化等が影響を与えていることが考えられる。このほか、職場における心理的負荷が原因でメンタルヘルス不調に至り自殺したなどとして、企業に高額な賠償が命じられた民事裁判の例もある。

(2) 事業場の取組状況

労働者健康状況調査報告によると、心の健康対策(メンタルヘルス対策)に取り組んでいる事業所の割合は、約24%(平成14年)から約34%(平成19年)へ増加しているが、未だ約7割の事業場

が取り組んでいない状況にある。

事業場が対策に取り組んでいない理由としては、「専門スタッフがいらない(約44%)」、「取り組み方が分からない(約42%)」、「必要性を感じない(約29%)」、「労働者の関心がない(約28%)」となっている。

こうした状況や前述の労働者の状況等を踏まえると、職場におけるメンタルヘルス対策を更に促進させるためには、産業保健スタッフの確保やメンタルヘルス対策のノウハウについて支援する体制の強化に加え、労働者の気づきを促進し、労働者自身がストレスに的確に対処していくとともに、事業者が職場環境の改善を行い、職場のストレス等の要因を減少させることにより、メンタルヘルス不調の発生や悪化を防止していくことが重要である。

(3) メンタルヘルス不調への対応等

労働者のメンタルヘルス不調については、職場の要因、家庭等の職場以外の要因によるものなど多様であり、また、これらの要因に対する反応の個人差も考えられ、これらが複雑に影響し合う場合が一般的とされている。また、長時間労働、深夜労働等の労働により、メンタルヘルス不調が悪化する場合もある。

労働安全衛生法は、労働災害防止のための危害防止基準の確立、責任体制の明確化及び自主的活動の促進の措置を講ずる等その防止に関する総合的計画的な対策を推進することにより職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な職場環境の形成を促進することを目的としているものである。

同法においては、長時間労働者に対する医師による面接指導のように、職業性因子のみに由来する職業病とは異なり、一般人にも見られる多原因性の疾病で、その発病の原因の一つに職業性因子のあるもの、職業性因子が原因にはならないが、増悪・促進の原因となるもの(脳・心臓疾患等)を対象とした健康障害防止措置を講じており、職場における労働者のメンタルヘルス不調についても、基本的には、こうした作業に関連する疾患と同様に対応すべき側面があると言える。

一方で、メンタルヘルス不調は、特に医療関係者以外の者には知られたいくないという要素もあり、個人情報等については慎重な対応が必要とされるため、従来とは異なった手法により取り組む必要がある。

(4) 今後の方向

これらのことから、従来実施してきた様々な取組に加えて、メンタルヘルス不調者を含めた労働者が職場環境から受ける様々なストレス等の要因に関して、早期に適切な対応が実施されるよう、健康管理に関する新たな枠組みを導入することにより、職場におけるメンタルヘルス対策の取組を促進すべきである。

3 一般定期健康診断におけるメンタルヘルスに関連した取組の現状

(1) 現行の健康診断項目

労働安全衛生法第66条第1項に基づく一般定期健康診断には「自覚症状及び他覚症状の有無の検査」などの項目が規定されている（労働安全衛生規則第44条）。「自覚症状及び他覚症状の有無の検査」にはメンタルヘルス不調から生じる症状も含む場合があるが、その具体的な手法は医師の判断に委ねられている。なお、その他の項目においては、メンタルヘルスに関連した事項は規定されていない。

(2) 一般定期健康診断の機会を活用した労働者のストレス程度等の把握と職場環境の改善の事例

先進的な企業においては次のような取組が行われている。

- ① 一般定期健康診断に併せて、ストレスの程度等の把握を実施することに同意した労働者を対象にストレス調査を行い、労働者個人のみならず当該調査の結果を通知して個人の健康管理に役立たせるとともに、リスクの高い労働者に対して専門家による面談を行い、事業者に対しては当該事業場全体の状況及び職場環境の改善方

法を示している事例

- ② 一般定期健康診断に併せて、ストレスの程度等の把握を実施することに同意した労働者を対象にストレス調査を行い、産業医等の産業保健スタッフによる面談、医療機関への受診勧奨等必要な指導等を実施、事業者は個人の情報を入手できない仕組みとしている事例

こうした事例においては、労働者の同意を得て調査を実施し、専門的知識を有する者による面談が行われており、労使が協力して適切な対応が実施できる体制がとられている。

4 一般定期健康診断実施後の対応の仕組み

(1) 就業上の措置

労働安全衛生法において、事業者は、健康診断の項目に異常の所見があると診断された労働者について、当該労働者の健康を保持するために必要な措置について医師の意見を聴取し、当該意見を勘案し、その必要があると認めるときは、労働者の実情を考慮して、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮等の措置を講じるとされている。

また、「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」（平成8年10月1日健康診断結果措置指針公示第1号）では、医師の意見聴取に際し、健康診断の結果のみでは労働者の身体的又は精神的状態を判断するための情報が十分でない場合は、事業者は意見を聴く医師に対し労働者との面接の機会を提供することが適当であるとされている。なお、産業医の選任の義務のある事業場においては、産業医が労働者個人ごとの健康状態や作業内容、作業環境について把握しうる立場にあることから、事業者は産業医から意見を聴くことが適当であるとされている。

(2) 保健指導

労働安全衛生法においては、事業者は、健康診断の結果、特に、健康の保持に努める必要があると認める労働者に対して、医師又は保健師によ

る保健指導を行うよう努めなければならないとされている。

また、事業場に所属する保健師の多くが、メンタルヘルス教育やメンタルヘルス不調者への対応の職務にも関わっている。

(3) メンタルヘルス不調等に対応している人材・体制等の現状

ア 産業保健スタッフ

労働者健康状況調査報告(平成19年)によると、メンタルヘルス対策に取り組んでいない事業場の割合は約7割、その最大の理由は「専門スタッフがいない(約44%)」であり、人材の確保が重要な課題となっている。

メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場のうち、メンタルヘルスの専門スタッフがいるとした事業場は約5割であり、その内訳は、「産業医」が約57%、「衛生管理者又は衛生推進者等」が約31%、「保健師又は看護師」が約23%、「産業医以外の医師」が約10%となっている。

嘱託産業医において専門としている診療科は、内科及び外科が大部分を占め精神科は少数である。医療施設に従事する医師(平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査)は約27万人であり、このうち、精神科は約5%、心療内科は約0.3%などとなっている。

また、産業保健スタッフの資質の向上のためにメンタルヘルスに関する研修が様々な団体等で行われている。

イ 外部の支援機関

(ア) メンタルヘルス対策支援センター

メンタルヘルス対策支援センターは、地域において職場のメンタルヘルス対策を支援する中核的機関として全国47カ所に設置されている。同センターでは、メンタルヘルス不調の予防から、早期発見、早期対応、休業者の職場復帰に至るまで、職場のメンタルヘルス対策の体制づくり等について、事業者に対する総合的な支援を実施している。

(イ) 地域産業保健センター

労働安全衛生法により、産業医の選任義務のない50人未満の事業場については、事業者は医

師等に労働者の健康管理を行わせるように努めなければならないとされているが、こうした事業場においては、独自に医師を確保し、労働者に対する産業保健サービスを提供することが困難な状況にある。

このため、事業者、労働者に対し、産業医に代わって産業保健サービスを提供するための機関として地域産業保健センターが設置されており、同センターに登録された医師等が活動を行っている。

また、企業を退職したベテランの保健師、看護師等から構成されるチームによるメンタルヘルスに関する相談の実施、工業団地、商工会議所、健康診断機関等の協力によるメンタルヘルスセミナーの開催等、地域の特色を踏まえた取組が行われている。

しかしながら、サービスの対象となる事業場の総数に対し、サービスを利用している事業場の数が2割程度に留まっていること、また、相談員の人数が不足していること等の状況が認められる地域もある。

5 メンタルヘルスに関する調査票

メンタルヘルスに関する調査票には、厚生労働省が作成した「職業性ストレス簡易調査票」があるが、うつ病等の早期発見を目的としたものではなく、自覚症状に早期に気づくこと、職場環境を含めストレスの要因を総合的に把握すること等により、メンタルヘルス不調の発生防止(一次予防)に活用することを目的として作成されている。このほか「うつ病対策推進方策マニュアル調査票」、「セスディー(CES-D)」、「一般健康調査票(GHQ-12)」などはメンタルヘルス不調のスクリーニングに一定の精度を有していると評価されているが、調査票で陽性となった者にはメンタルヘルス不調でない者が多く含まれること、また、適切な対応が行われない場合には、十分な効果が期待できないことに留意すべきである。

6 健康診断における労働者の個人情報等の取扱い

労働者の健康情報の取扱いは、労働安全衛生法第104条において、健康診断等の事務に従事した者は、その実施に関して知り得た労働者の秘密を漏らしてはならないとされており、刑法及び保健師助産師看護師法においても、医師、保健師等に守秘義務が課されている。

また、「雇用管理に関する個人情報のうち健康情報を取り扱うに当たっての留意事項について」（平成16年10月29日基発第1029009号）においては、健康診断の結果のうち診断名、検査値等のいわゆる生データの取扱いについて、産業医や保健師等の看護職員に行わせることが望ましいこと、産業保健業務従事者以外の者に健康情報を取り扱わせる時は、利用目的の達成に必要な範囲に限定されるよう、必要に応じて健康情報を適切に加工した上で提供する等の措置を講ずることなどとされている。

さらに、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（平成18年3月31日健康保持増進のための指針公示第3号）においては、産業医が労働者の個人情報を事業者等に提供する場合には、提供する情報の範囲と提供先を必要最小限とすること、提供する場合は情報を適切に加工することなどを求めている。

労働者にとっては家庭の問題等を原因とするメンタルヘルス不調等、特に医療関係者以外の者には知られたくない事項もあり、その取扱いは慎重にすべきものと考えられる。

心の健康問題には、これ自体に対する誤解や偏見等解決すべき問題が存在しており、うつ病であることが分かった途端に解雇される事例も見られている。

このため、「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」において、事業者は就業上の措置を決定する場合には、あらかじめ当該労働者の意見を聴き、十分な話し合いを通じてその労働者の了解が得られるよう努めること、また、健康の保持に必要な措置を超えた措置を講ずるべきではなく、医師等の意見を理由に、安易に解雇等をする事は避けるべきことを規定している。

また、うつ病のスクリーニングが職場で実施され

ることを希望する労働者は約5割、また、うつ病のスクリーニングで重要な点として、医師や看護師以外の者に自分の書いた内容が見られないことを挙げる労働者は約6割との調査結果もある。これは、上述のように法令等により健康情報の保護が行われているものの、スクリーニングの結果が事業者知られ、不利益を被ることに不安を感じる労働者がいることも原因の一つと考えられる。

7 メンタルヘルス対策を促進するに当たっての基本的な方向

(1) 基本的な方針

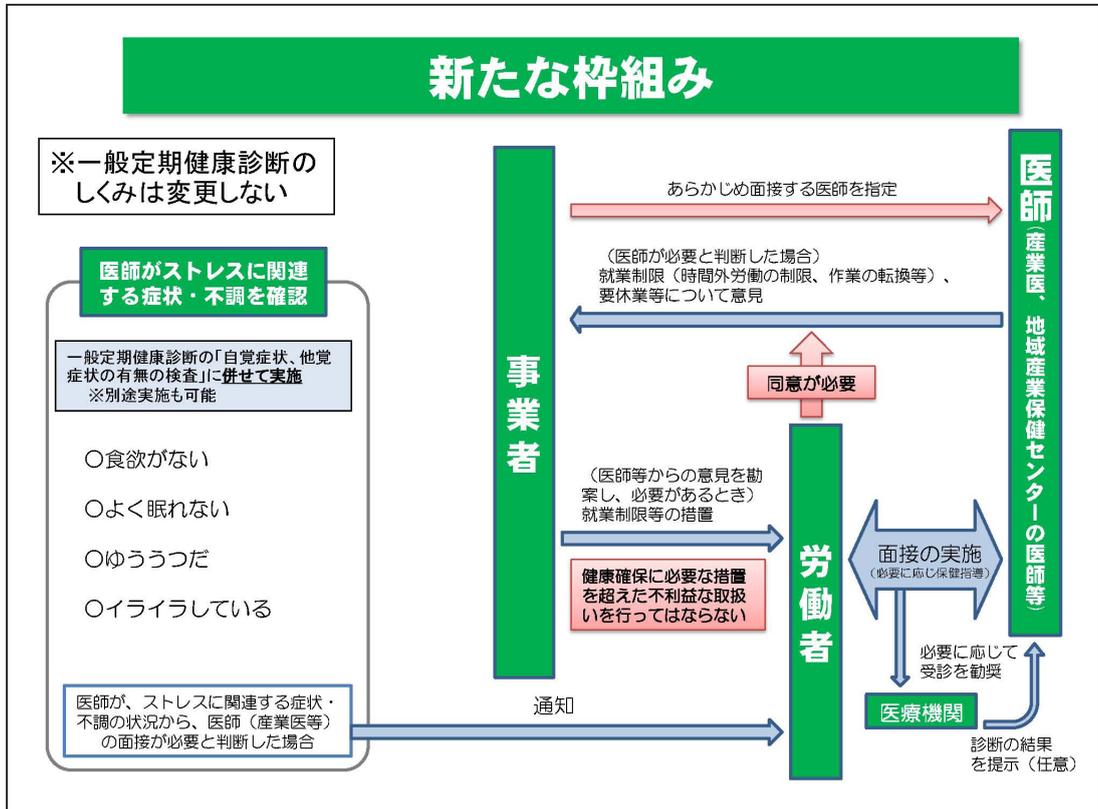
これまで述べてきたような現状等を踏まえると、一般定期健康診断においては、①健康診断結果は事業者へ通知されること、②事業者においてメンタルヘルス不調に対する理解が十分でない場合には、労働者にとって不利益な取扱いが行われるおそれがあること、③調査票を活用してメンタルヘルス不調を把握する場合には専門家の関与が必要であり多大なコストも要すること等から、現時点において、全ての職場において調査票を用いて精神疾患を早期に発見するという方法をとることは様々な困難を伴う。

したがって、メンタルヘルス不調に影響を与える職場におけるストレス等の要因について、産業保健スタッフにより適切な対応が実施されるためには、労働者のストレスへの気づきを促すとともに、職場環境の改善につなげるための、一般定期健康診断とは別の新たな枠組を導入することが適当である。また、その際には次のような方針に基づき対応することが必要である。

ア 労働者の個人情報が事業者等に提供される場合には、提供する情報の範囲と提供先を必要最小限とすること等、労働者のプライバシーが保護されること。

イ 事業者にとって容易に導入できるものであること、また、労働者にとって安心して参加できるものであること。

ウ 必要な場合には、メンタルヘルス不調者を適



切に専門家につなぐことができること。

エ 専門的な知識を有する人材の確保や活用等の基盤整備が図られること。

オ 労働者が健康の保持に必要な措置を超えて、人事、処遇等において不利益を被らないこと。

カ メンタルヘルスに関する啓発活動が実施され、職場においてメンタルヘルスに関する正しい知識の普及が図られること。

(2) 具体的な枠組み

ア ストレスに関連する症状・不調の確認

一般定期健康診断における「自覚症状及び他覚症状の有無の検査」（問診票の使用も含む。）に併せて、例えば、食欲がない、よく眠れない等の身体的な症状・不調や、ゆううつだ、イライラしている等の心理的な症状・不調等、ストレスに関連する症状・不調（職場だけでなく家庭等によるものも含む。）について、医師が適切に確認するようにする。

イ 医師（就業上の措置について意見を述べる医師）による面接

医師（ストレスに関連する症状・不調の確認を行った医師）は、労働者の症状・不調の状況から、医師（就業上の措置について意見を述べる医師）による面接が必要と判断した場合には、当該労働者にその旨を通知し、労働者は医師（就業上の措置について意見を述べる医師）による面接を受けることができるようにする。なお、事業者は医師（就業上の措置について意見を述べる医師）をあらかじめ指定するようにする。

ウ 個人情報の保護

医師（ストレスに関連する症状・不調の確認を行った医師）は、個人情報の保護の観点から労働者のストレスに関連する症状・不調の状況及び面接の可否等について事業者には伝えないこととする。

エ 就業上の措置等

医師（就業上の措置について意見を述べる医

師)が労働者と面接を行った結果、事業者に対し就業上の措置について意見を述べる場合には、その内容を示した上で労働者の同意を得るものとする。なお、面接において医師が必要と認める場合には、労働者に対し医療機関への受診勧奨、保健指導等を行う。

また、就業上の措置等を踏まえ、メンタルヘルス不調に影響を与える職場におけるストレス等の要因の改善が継続的に行われるよう事業者に対して指導する。

(3) 新たな枠組みへの対応

ア ストレスに関連する症状・不調の確認項目

ストレスに関連する症状・不調として確認することが適当な項目について、職場の実態も踏まえたものとなるように、産業医、精神科医等による検討を行うことが必要である。

イ 不利益取扱いの防止のための措置等

労働者がメンタルヘルス不調であることのみをもって、事業者が客観的に合理的な理由なく労働者を解雇すること等の不利益な取扱いを行うことはあってはならないものである。

事業者は、医師の意見を勘案し就業上の措置を講じる場合には、健康管理の観点から適切な手順・内容を踏まえて実施されるよう、①「医師の意見」の具体的な内容によるものであること、②あらかじめ労働者の意見を聴き、労働者の理解を得るための話し合いを実施すること、③当該話し合いにおいては、医師の意見の内容を労働者に明示することが必要である。

また、事業者は健康保持に必要な措置を超えた不利益な取扱いを行ってはならないこととする必要がある。

また、メンタルヘルス不調に関する啓発活動が実施され、職場においてメンタルヘルス不調に関する正しい知識の普及が図られることが必要である。

ウ 事業場に対する支援体制の整備

(ア) 小規模事業場における対応

労働者数50人未満の事業場においては、就業上の措置に関する意見を述べる医師の確保及び当該医師が事業場の状況を十分に把握すること

ができるようにすることが必要である。

労働者数50人未満の事業場においては、労働者の健康管理等を行う医師の選任、地域産業保健センター事業の利用等に努めることとされている。小規模事業場において独自に医師を確保し、労働者に産業保健サービスを提供することが困難な事業場においては、その利用が効果的であることから、地域産業保健センターへの事業場の登録を推奨する必要がある。また、地域産業保健センターが小規模事業場に優良な産業保健サービスを提供できるようその機能の拡充・強化を図るため、産業医、保健師等の登録を進めるとともに、その資質の向上及び業務の調整を行うコーディネーターの活動の充実等を図る必要がある。

(イ) 事業場外の組織(外部専門機関)の育成等

産業医は、労働者の健康管理等において、医学専門的知識を必要とする職務を行うとされ、また、定期健康診断の有所見者に対する医師からの意見聴取においても、作業場の巡視等により職場環境等を熟知した産業医が意見聴取を行うことが適当とされるなど重要な役割を担っている。しかし、メンタルヘルスに対応できる産業医の数は十分でないなど、当該分野に精通した者の確保、活用が課題となっている。

また、産業医のメンタルヘルス対策への対応について、①研修等により必要な知識等を得て職務を行うことが必要ではあるが、嘱託産業医は専ら産業医の業務を行っていない状況等を踏まえると十分な対応が困難な場合もあること、②精神保健分野等様々な分野の複数の産業医を選任した場合に、それぞれの産業医が月1回以上の職場巡視が必要となる場合があること、また、その場合には多くの経費を要することなど、必ずしも実態に合わない状況もある。

このため、メンタルヘルスに対応できる産業医等で構成される事業場外の組織(外部専門機関)を整備・育成し、メンタルヘルス不調者への対応等に関する産業医の職務を効率的かつ適切に実施可能とすることを検討することが必要である。

エ 先進的事例の普及

大企業においては、労働者の同意の下、労働

者を対象にストレス調査を行い、労働者個人への結果の通知やリスクの高い労働者への面接を実施して個人の健康管理に役立たせるとともに、職場単位でストレスの状況を把握して職場環境の改善に役立たせている事例があり、メンタルヘルス対策支援センター等を通じて、こうした先進的な事例の普及を図るとともにその効果について検証を行う必要がある。

また、欧州で実施されているような、心理社会的な観点から職場環境の改善を促進する対策等の先進的な取り組み事例も参考として対策を進めることが望まれる。

オ 人材の確保

メンタルヘルス不調者に適切に対応できるよう、産業医、意見を述べる医師等に対して、関係の団体等とも協力して職場におけるメンタルヘルス対策等に関する研修を実施し、必要な知見等を付与するとともに、必要な場合には適切に専門医につなげることができるようにすることが必要である。また、先進的な取組を行っている事業場においては、保健師等が重要な役割を担っており、こうした取組の普及を図るためには、今後、これらの人材の確保が必要である。

カ 健康診断の対象労働者の拡大

メンタルヘルス不調に影響を与えるストレス等の要因への対応が幅広く実施されるようにするため、健康診断の対象となる非正規労働者の範囲の拡大について別途検討が必要である。

キ 地域保健との連携

メンタルヘルス対策の推進において、地域産業保健センターに登録された医師、保健師等を地域と職域の連携において活用すること、保健所等が実施する地域の自殺・うつ病対策と連携することなどにより、全ての労働者に産業保健サービスが行き届くよう地域と職域との連携の強化等を図っていくことが必要である。

8 おわりに

本検討会では、「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」のとりまとめにおいて今後の検討事項と

された事項を中心に、職場におけるメンタルヘルス対策として新たに取り組むべき方策等について検討を行い、労働者のストレスへの気づきを促すとともに、職場環境の改善につなげるための新たな枠組を導入することが適当との結論を得た。

今後、本報告書の内容が実行に移されるとともに、その実施状況や効果等を把握し、その有効性を検証して必要に応じて見直しを行うなど、より効果的な対策の実施に向けた取組が望まれる。



職場におけるメンタルヘルス対策検討会 参集者名簿

- ◎相澤 好治 北里大学医学部長
- 五十嵐千代 東京工科大学産業保健実践研究センター長
- 石井 正三 社団法人日本医師会常任理事
- 石井 妙子 太田・石井法律事務所弁護士
- 市川 佳子 日本労働組合総連合会総合労働局雇用法制対策局局長
- 岡田 邦夫 大阪ガス株式会社人事部健康開発センター統括産業医
- 生越 照幸 四方・生越法律事務所弁護士
- 川上 憲人 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野教授
- 北村 尚人 三菱重工業株式会社人事部健康管理センター主席衛生部員
- 栗原壯一郎 社団法人オリエント労働衛生協会
- 椎葉 倫代 新日鉄ソリューションズ株式会社人事部健康・厚生グループシニア・マネージャー保健師
- 下光 輝一 東京医科大学主任教授
- 中野 義和 株式会社ギャラクシイ管理部長
- 三柴 丈典 近畿大学法学部准教授
- 堀江 正知 産業医科大学産業生態科学研究所所長
- 三柴 丈典 近畿大学法学部准教授

(敬称略、五十音順、◎座長)

過労死・過労自殺問題に どう取り組むか？

検証結果の救済法改正への反映必要

松丸 正

過労死弁護団全国連絡会議代表幹事

はじめに

私はいま過労死・過労自殺の事件しか扱っていません。その件数はあわせて約45件にも上ります。北は北海道から南は沖縄まで、各地の過労死・過労自殺の事件を担当しています。

過労死・過労自殺の問題というのは、一番自分のハートに近い問題だと感じています。この問題は一生の問題として、依頼者がいる限りは、野垂れ死にするまでやろうと思っています。そうしたことを、今日はお話をしたいと思います。

私が過労死の事件に初めて出会ったのは、弁護士になって5、6年のときに、日本交通というタクシー会社の運転手の奥さんからのご相談でした。当時は過労死という言葉もありませんでした。奥さんが、「あれだけ減茶苦茶な勤務をしたのだから、労災にならないのはおかしい」とご相談に来られたのです。

私も一生懸命取り組み、労災認定が取れました。大阪西労働基準監督署で通知を受け、外に出たときにちょうど夕立が降ってきて、ずぶ濡れにな

りながら、奥さんと一緒に喜びを分かち合ったことが忘れられません。そのときの経験、労災の認定を取ったときの喜びは、何事にも代えがたいものです。国に勝った、国に認めさせたという喜びです。

いまは「大阪過労死問題連絡会」という名前になりましたけれども、その当時は過労死という言葉がありませんから、1981年に「大阪急性死等労災認定連絡会」を、医者・弁護士・労働組合そして遺族でつくり、それ以来ずっと、この問題に取り組んでいます。

「過労死問題」のとらえ方

「過労死問題」をどう考えればいいのか、いろいろな面からみることができると思います。当初は、労働現場のきわめて特殊な問題であり、個別な問題であるとよく言われました。あいつは酒を飲んでいたからとか、食生活が悪かったとか、基礎疾患を持っていたとか、特殊個別な問題とみられていました。

それを変えてくれたのが、1988年に行った「過労死110番」です。受付時間の10時になると、電話



が鳴り続けました。当時の相談表をみると、全部奥さんからの相談です。いまは、息子の親からの相談とか、あるいは兄弟からの相談とか、そういう相談も増えましたが、その当時は、みんな奥さんからの相談でした。年代は40代から50代です。その内容は、過労死の労災認定問題がほとんどでした。そしてその職種は、あらゆる分野からでした。これは、労働現場の単に特殊な個別の問題ではなくて、一般的、普遍性のある問題だと気づいたのです。

そこで、全国の弁護士に呼びかけて、「全国過労死弁護団のネットワーク」をつくり、それがいまでも続いている「過労死110番」運動の原点なのです。

過労死問題は生き方の問題

過労死問題というのは一見、労働現場だけの問題にみえます。私は、労働者の問題、労働現場の問題以上に、家庭の問題でもあると思いま

す。死ぬほど働いている夫がいる家庭はどうか、そこをちゃんとみつめる必要があると思います。子どもや奥さんがおり、その家庭がどういう状況なのか、外で働けない奥さんは家庭の中で家事をするしか仕方がない。そういういびつな男と女の関係をつくりあげているという問題になります。

さらに言えば、働く人自身の生き方の問題といえます。「社畜」という言葉がよく使われますが、まさに会社を離れては生きていけない存在になってしまうのか、そうではなくてもっと自立した存在になるのか、そういう働く人自身の生き方の問題も考えさせるのが、過労死問題だと思います。

同時に、過労死問題がどんどん分野を広げてきています。はじめは労災認定の問題でした。それがいまは、労災認定と同時に企業賠償責任の問題に移っています。過労死を生み出したことの責任の問題、これを問うことなしには、過労死問題を理解することはできません。そして、さらに過労死をなくすため、まさに「ノーモア過労死」というこ

とを実現するためには何をすればいいのか。その問題も後で語りたいと思います。

そして、過労死といえは、脳・心臓疾患の問題から始まって精神障害の問題です。それがいまでは自殺の問題に広がってきているのです。

認定まであきらめない

10年ほど前、神戸のある商社のバイヤーが1週間程の予定で、韓国・台湾・マレーシア・シンガポール、そして最後に、香港に行く途中の飛行機の中で十二指腸潰瘍穿孔、つまり、腸に穴があく病気になりました。原因はストレスです。

社長とイギリスのお客さんを連れ、みんな会話は英語で行いながら、しかも、1週間の間に5か国まわるのです。香港の病院で治療を受けたけれども、治療費がなんと800万円かかり、それを労災申請し、認定されるという案件がありました。

もちろん、監督署の段階、行政の段階では認定されません。最高裁までいきました。もう私は意地になっていましたから、最高裁に持っていき、ようやく認められたのでした。ですから、消化器系の疾患についても、過労死の対象になるのです。

最近では、「てんかん」も扱いました。ある60代の警備員の方が、昼間の勤務、朝8時から夕方6時までの勤務を終えて、そのまま夜8時から翌日の朝6時までの勤務につき、さらにその当日は、朝8時から12時まで仕事を行い、12時に「てんかん」の大きな発作が起き、そのまま亡くなりました。

亡くなった方の息子さんが相談に来られました。私は医者にも2人当たりましたが、2人とも「無理や」と言われました。「過労とは関係ない」、「発作はいつ起きるかわからない」と言うのです。しかし、3人目の医者がようやく意見書を書いてくれました。僕は医者を用意していません。自分の結論に合ってくれる医者を見つけるまでは探し出します。そんな都合のいい(笑)医者がどこかに必ずいます。ですから、むずかしい事件だとあきらめないで、過重な業務さえ実証すれば、医学的な結論は後からついてきます。

例えば、こんなケースがあります。これも最高裁までいった事件ですけれども、高校の先生がバレボールをしている最中に心筋梗塞を発症して亡くなりました。冠動脈、心臓の筋肉に送る動脈が3つあるのですが、解剖してみるとそのうち2つは完全に閉塞し、最後に残った1本も90%狭窄していたのです。動いていたのは3本のうちの1本、しかも10%です。最高裁の考え方は、「基礎疾患があったとしても、自然に増悪して悪くなって発症する直前にまで至ってない限りは、過重な業務がある。労災認定される」という考え方です。裁判所というのは、誤解されやすいのですが、過重な業務さえあれば、基本的には労災認定されます。

医者が難しい、という事案から過労死・過労自殺の取り組みははじまったのです。決してそれにひるむことなく、過労を根拠づけてくれる弁護士なり医者を探し出すことが大事です。

娘のコンサートの2日前に

私が過労死の問題をやって、いちばん印象に残っている事件は、最初に110番を実施した1988年の相談です。「うちの夫は45歳で、ペーパリング工場の班長をやっていました。朝8時から夜8時までの12時間の勤務が1週間続きます。そして、翌週は夜勤です。夜8時から朝8時までの12時間の勤務がまた1週間です」と、「土日は休みなんですか?」と聞くと、「休みじゃないんですよ。土曜日は8時に行って、日曜日の朝5時くらいまで仕事をやっています」とのこと。この会社は24時間操業なのです。しかも、2組しかないのです。2組だから、休みのときに誰か社員が休んだら、班長が機械を動かすしかないのです。だから彼の場合、労働時間が年間4,000時間を越えていました。

私は、当然その職場には労働組合がないものと思っていましたが、驚いたことにあるのです。奈良県ではいちばん大きな組織でした

そういうお父さんの勤務をみかねて、音楽大学に通っていた娘さんが、亡くなる1週間ほど前に、「お父さん、コンサート一緒に行って。寝てるだけでもいいから、一緒に行こう」と、切符を買って用

意していたのです。でもお父さんは、「仕事行かんとかかん」と、切符を買ってあるのに仕事に行ったのです。そして、コンサートの2日後に心筋梗塞で亡くなりました。息子さんが監督署に申請したとき、「お父さんが期待していた労働組合が死んでいたのが悔しい」と言ったそうです。まさに「死んでいた」労働組合なのです。会社は労災認定が出たときに、「彼の死は、会社が強いたものではない。自分の意思で過労になったものだ」と、新聞に堂々とそういうコメントを出していました。当然、損害賠償の裁判を起しました。これは、大阪でいちばん最初の過労死の損害賠償の裁判でした。5,500万円を請求して、5,000万円の和解で解決しました。当時としては、画期的な解決でした。

「ぼわっとした時間が欲しい…」

過労死の問題でも、うひとつお話しします。これは、カルビーの技術者で30代の方です。カルビーの「かつぱえびせん」の包装が、それまでのセロハンじゃなくて、アルミ箔になりました。中身が真空で新鮮なままになった状態を保つ、画期的な包装技術を開発し、何度も社長賞をもらった方だったのですが、「いろんな仕事につけるよう」と、次から次にいろんな資格を取り、合わせて20くらいの資格を持っていました。その彼が、心臓疾患で亡くなりました。

お父さんはまだお腹の中にいました。亡くなった後に息子さんが生まれたのですが、亡くなる1か月ほど前に、こんな手記を残しています。仕事のノルマを達成できない悩みとか、あるいは管理者レポートの提出が遅れている、ということを書き、「自分は頭が悪いから、人の2倍も3倍も時間をかけて学習しないと人並みにはならない。日曜も学習するように努力しています」と書いているのです。この言葉がいまでも耳から離れません。

これは、日記帳みたいなものだったのですが、彼は、「家庭に団欒の時間がないということです。私は、私に与えられた時間を最大限に利用して、会社に家庭にと努力しているつもりです。しかし、妻には私とふたりのぼわっとした時間ももっとたくさ

ん必要なんでしょう。ぼわっとした時間、何もしない時間、ゆとりがほしいんだと思いますが、私にはその時間もったいなくて仕方がありません。私はもっとたくさんの時間がほしい」という手記を、亡くなる前に書いていました。

彼は、会社の中では社長大賞なんかを取るエリートクラスの方です。だけでも彼の手記の中では、「自分は頭が悪いから2倍も3倍も頑張らないと人並みにはならない」、と書いているのです。企業の中の競争原理というのは、まさに落ちこぼれないための競争ですが、トップでエリートであるはずの人物でも、そういう意識を持って必死に競争しているということが、この手記からうかがえます。

労災補償の充実と認定基準の変化

労災認定の問題に入っていきたいと思います。

過労死の認定基準は、発症前の1か月間で100時間を超える時間外労働があるかどうかです。この場合の基準は、週40時間労働です。この場合の基本的なカウント方法ですが、亡くなる前、倒れる前の当日か前日から始めて1週間を数え、1週間の労働時間が何時間かを計算します。土曜日・日曜日も関係ありません。形式的に何時間か。そこから法定労働時間の40時間を差し引いた時間が時間外労働です。そして、それが1か月で100時間を超えれば、基本的に認定されます。いまの過労死の認定については、まったくの「労働時間主義」です。監視・断続労働など労働密度が特に低いものでない限り、業務の質、内容を問いません。逆に言えば、これを超えればどんな業務であろうと認定されます。

私が担当した最近のケースでは、寮の管理人さんの例があります。住み込みで管理人をやっていますが、朝6時半にゲートを開けます。そして、夜の11時に閉めます。その間ずっと断続的に働き、1週間ずっと入っています。会社の方からこういう仕事をやれということで、時間割りでずっと決められているのです。それも全部労働時間ですので、認定されました。

どんなに「これは過重な仕事だ」と訴えても、監

監督は労働時間で考えます。例外として、夜勤交替制や「質的な過重性の問題」などがありますが、監督署段階で質的な過重性を言っても、「蛙の面にシヨンベン」の世界です。うちの基準は100時間です、の一点張りです。

また、発症前1か月間に100時間に足りなくても、2か月間で平均して80時間を超えていけばいいのです。だから、倒れる前には50時間しか時間外労働がなかったけれども、倒れる前の2か月目は110時間の時間外労働をしていたら、両方合わせたら平均で80時間になります。それでもダメなときは、3か月間で計算するのです。それでもダメなら4か月。それでもダメなときは6か月間まで計算し、どこかで80時間を超えていけばOKです。だから、2ないし6か月というのは、そういう意味です。6か月間で80時間超えているという趣旨ではないのです。2か月、3か月、4か月、5か月、6か月間のいずれかの期間で80時間ということなのです。

認定基準は遺族の闘いの歴史

この基準に達するまでには、ご遺族の裁判での闘いというのは大変なものがありました。私が弁護士になってこの問題に取り組んだときには、「災害主義」という基準でした。発症の当日ないし前日に、災害的な出来事がなければダメ。もう慢性疲労とか蓄積疲労とか、こんなものは過労死の原因にならない。わかりやすく言うと、工場が火事になったら、消火器かついで必死になって消火活動やっている途中に倒れた。これは、認定される。100時間であろうが、200時間であろうが、時間外労働をやって倒れたものはダメ、という世界だったのです。

それはおかしいじゃないかということで、裁判を起こして、最高裁でようやく認定基準が1987年に、「発症前1週間だけ考えましょう」となったのです。その「1週間主義」に変わったときに、いちばん最初に認定を勝ち取ったのは、全港湾のフェリーターミナルで働いていた方でした。神戸・摩耶のフェリーターミナルでの事件でした。それが、発症前1週間主義の第一番の認定の事件になりました。当時マスコミが大きく取り上げました。

さらに、それでもおかしいと、遺族が裁判を進めるなかで、認定基準も変わっていきます。蓄積的な疲労、まさに過労死ということをちゃんと認めるような判決が重なり、最高裁でも勝訴し、ようやく2001年に認定基準が変わったのです。

だから、遺族が裁判で闘って、そして、それを労働組合等が支援する、その闘いがある、行政の基準が変わる。その基準もおかしいところをさらに遺族が闘って、行政を変えてきたという歴史があるのです。私は、戦後の労働運動の中でも、遺族なり労働組合の運動が行政を動かした、労働行政を動かした、数少ない分野のひとつだと思います。

「見えない労働時間」について

過労死の認定をするときには、「見えない労働時間」をどう立証するかがポイントになります。いま、タイムカードがある職場はほとんどありません。おおかた自主申告になっています。会社側には労働時間の把握義務があるにも関わらず、です。タイムカード以外にも働いている、「見えない労働時間」があるのです。職場だけで働いているわけではないのです。

例えば、家庭の中における労働時間があります。3週間ほど前、大阪地裁でこんな判決を勝ち取りました。あるゼネコンの社員が、会社から言われ、技術士の試験を受けさせられました。技術士の試験というのは難しい試験です。彼は、必死に受験勉強をしました。裁判所は、家で受験勉強したその時間も、労働時間として認めたのです。だから、「労働時間」と言ったとき、職場だけでみては絶対ダメです。

そして、この基準に合わない事件もあります。私が扱った事件で最近の判決では、国立循環器病センターの23歳の看護師の過労死事件です。くも膜下出血で亡くなりました。時間外労働はどう調べても50時間以上出てこない。勤怠管理表によれば、病院で認めている時間は25時間です。彼女だけじゃなくて、その職場の人はみんな25時間。25時間以上認められないから、みんな25時間なのです。そういう時間管理が、「しっかり」されてい

過労死・過労自殺問題にどう取り組むか

たのです。

そうすると、どこで認定させようかとなります。いまの厚生労働省の認定基準は、夜勤交替制の質的な過重性は基本的には認めていません。これは、ものすごくけしからんことです。

裁判所はどの点で認めたかというと、時間外労働はたしかに50時間を超える程度です。夜勤交替制の質的な過重性も認めていません。しかし、日勤一深夜という交替制は負担が大きい。日勤が夕方5時から6時に終わり、それから深夜業務に入るまでの間がすごく短い。5時間あるかないかです。

それから、準夜一日勤。これも、同じようにせいぜい4、5時間くらいしか時間がありません。その間に仮眠を取って、女の子だから化粧をしたり、お風呂入ったりするわけで、とても寝る時間がない。しかも、引き継ぎの時間は、残業しなければならぬ。短い時間しかインターバルがない勤務シフトが、身体に過重性があるということを認めています。

この看護師さんのように、過労死の基準に達しないケースについては、どういう質的な過重性かその勤務にあるかどうかということ、監督署段階で認めさせるのは非常に難しく、裁判まで持っていないとなかなか勝てません。しかし、50時間しかなく、基準にあてはまらないからダメ、とは決して言わないでください。「ダメ」は、一番最後に言えばいいわけです。

判決の影響

いままで説明した「認定基準」は、行政による基準です。これを裁判所がどう判断するのかと言えば、やっぱり量的な過重性と業務の質的な過重性に言及します。例えば、トラックの運転手ならば、いつも精神的な緊張があります。勤務時間が仮に短くても拘束時間が長い。行政でも、拘束時間は裏基準になっています。トラックの運転手というのは、手待ち時間があるわけです。現場に行ったら、積み込みまでの時間を2時間待つのですが、私は、これを休憩時間とは思いません。積み込みのために順番に並んでいるので、前の車が動くの

を待って、徐々に動いていく。これは、完全に労働時間です。手待ち時間でさえない、これは、実際の時間です。

だけど、監督署は、そういう時間は休憩時間にするケースが多いのです。しかし、休憩時間を含めた拘束時間は、トラックの運転手の場合は総じて長いのです。ということで、厚生労働省は裏マニュアルを作って、月300時間を超える拘束時間がある場合は認めましょう、ということにしています。そして、認められたのが、大阪の近鉄バスの運転手です。発症前1か月間に300時間以上の拘束時間があった。労働時間じゃなくて、「拘束時間基準」もチェックすべきだと思います。

裁判所は、そういう量的な過重性だけに捉われていません。質的な過重性も合わせて評価し、判断している。だから、行政でダメでも、裁判に行ったら認定されているケースが沢山あるのです。裁判で争っているケースで、少なくとも30%から40%は勝っています。だから、行政でダメだということであきらめないで、そういう人たちに運動団体がちゃんと手を差し伸べ、すべての過労死・過労自殺の遺族が、支援団体の下で闘えば、もっともって認定の率は上がるはずですよ。

過労自殺の問題点

精神障害、自殺の判断について説明します。行政の認定基準ですけれども、2009年4月3日付けで改定されています。行政の考え方はまず、業務による過重な心理的負荷がかかったこと、これがまず絶対必要です。過重な業務があった、ということと同じです。精神障害・自殺のときには、特殊な問題として、それによって精神障害を発症したということを示す必要がなければいけません。

精神障害を発症したかどうかというのは、一緒に生活している家族でも結構わからない場合が多いのです。特にそういう人は、本当に几帳面でまじめな方だから、家族には見せまい、ましてや職場には見せまい、ということで自分を自制します。また、ご遺族も監督署から聞き取りがあったときに、「いや、うちの夫はおかしかった」とは言いたくないの

です。自分の夫を蔑むような気持ちになるので、「うちの夫はしんどいしんどいと言っていたけど、特に精神的におかしいところはありませんでした」と言ってしまうわけです。すると、そこを取られてしまう。

また、職場の方に聞いても「いや、職場の中でも何でもありませんでしたよ」とみんな言うわけです。会社は責任を迫られる恐れがあるから、「おかしいところはどこもなかった」と、みんな異口同音に口裏合わせて言います。すると発症がなかった、覚悟の自殺だからダメ、とされる事案が最近目立っています。

そして、例えば仕事上のミスをした、ミスをして上司から叱責された。そういう出来事の後で労働時間が伸び、そして自殺したとすると、ご遺族は、「上司から叱責されて、その時点で発症していた。あのときに落ち込んだ感じがあったから、あれで発症したのだと思います」と言ってしまうのです。

するとどういふ問題が起きるか。発症したあとの出来事、長時間労働になった、これが無視されてしまうのです。つまり、「発症した後は、業務に対処能力がなくなってしまっている、業務に長時間かかってしまった」と監督署に解釈され、長時間労働は業務による結果ではなく、発症した結果なのだ、とあげ足取りをされるのです。

だから、過労自殺の事案を聞いたときは、いつの時点で発症したということや位置づけた上で、対処しなければいけません。発症の原因は何で決められるかということ、ほとんどの人は医者や診断を受けていませんから、ご遺族が症状について、監督署に話した内容で決まってしまうのです。

だから、どんな小さな変化でも監督署にちゃんと言うことが大事です。そして、その出来事についてこういう結果になった、発症するような出来事が全部生じた時点で発症したというふうな位置づけないと、発症時期を早めてしまい、それ以後の出来事が全部飛んでしまいます。いまの認定基準がおかしいと言うのはそういうことなのです。増悪過程の出来事は評価せず、という基準なのです。

そして、精神障害を発症したとしたら、自殺については、もう自動的につながっています。その因果関係を何も立証する必要はありません。だからい

ま、過労自殺を認定させるのに大事なものは、精神障害が過重な業務によって発症したということや立証すればいいのです。

新認定基準について

このたび新しい認定基準が定まりました。その中で注目されるのは、「達成困難なノルマを課された」というのがひとつ加えられました。負荷をちゃんと評価するようになったということは、いろんな事件で使えると思います。

ぜひ行政とやるときには、行政の認定基準をしっかりつかんで、向こうはいろんな落とし穴を作っていますが、その落とし穴にはまらないようにこっちはよく勉強し、どこを強調すれば行政が認定をする方向に動いてくるのか、考えなければなりません。

それから、精神障害、自殺の事件を考えると、当事者がおかれた個別的な具体的な状況がものすごく大事です。同じ問題、例えばノルマでも、新入社員としてそれが課された場合と、ベテランの人が課された場合では全然違います。あるいは、あるプロジェクトならそのプロジェクトの責任者という立場にあったのか、あるいは、単なる一員として参加したか、それによっても全然重みが違います。

今回、それはちゃんと評価することになっていきますから、その時点の出来事の中で、当事者や本人がどういう立場にあったかということや、よく調べるのも大事な点です。

過労死、過労自殺をなくすために

労災認定の状況について、認定基準が変わったのが2001年です。表を見ると一気に件数が増えています(2010年7月号参照)。認定基準を変えるという運動が、すごく大事だということの証左です。救済を飛躍的に伸ばすためには、認定基準を変えなければなりません。もちろん、裁判で闘えば認定できるケースもたくさんあるわけです。

だから逆に言えば、この増えた分というのは、それまでは、認定されなかったケースです。2001年以降、急に職場の業務が過重になったということ

過労死・過労自殺問題にどう取り組むか

はあり得ないと思いますから、それまで救済されなかったものが、救済されるようになったということです。そこまで切り捨てられてきた人たちが、どれだけいるかを物語っています。

精神障害・自殺は、昔はまったく無視されていたわけです。それが1999年に認定基準が定められ、さらに判断指針ができることによって救済されるようになりました。これも、それまでに、これだけ多くの人が切り捨てられてきたということを見る必要があります。

そして、過労死・過労自殺の企業責任の問題です。昔は認定されればそれで一件落着、ということで終わったわけですが、企業賠償責任をちゃんと追及すること、これが、本当に過労死を取り組むためには大事な点です。こういうときにも武器になるのは、最高裁の判決です。企業の賠償責任を過労死で取り上げるときに出てくるのが、電通の過労自殺の判決です。企業賠償責任については、過労死じゃなくて過労自殺の判決が先行しています。

これは、2000年の判決ですが、過労死問題に取り組んでいる弁護士でさえ、最高裁がここまで言うのかと驚きました。「疲労や心理的負荷が過度に蓄積すると、労働者の心身の健康を損なう危険のあることは周知の事実である」。要するに、長時間労働によって疲労や心理的負荷が蓄積したら、過労死したり自殺することがあるんだよ。こんなこと誰でも知ってなくちゃいけないんだよ、ということです。そして、労働基準法とか、労働安全衛生法が疲労や心理的負荷を過度に蓄積しないように注意する義務を定めているから、使用者はそれを守る義務がある、それを怠ったときには、安全配慮義務を怠ったということで、会社の責任があるんだということを言ったわけです。

裁判所としての危機感のあらわれ

この過労自殺判決の画期的な点は、損害賠償額にもらわれました。高裁の判決は、3割減額していました。それは、親と一緒に生活していたのなら、親の方でも注意することができたのではない

か、あるいは、本人の仕事のやり方によっては、もっと労働時間を減らすこともできたのではないか、そういうことで3割減額されていたのです。それが、最高裁は、そういうことは減額の理由になりませんよ、としたのです。

こういう判決が、なぜ2001年に出たのか、私も考えました。私たちは、こうした見解はまだ5年とかだいたい先にしか出ない判決だと思っていたのです。なぜだと思いませんか。私は、いまの労働現場がそこまで壊れてしまっていることに対する、裁判所としての危機感のあらわれだと思います。

私は経済学部出身ですが、社会政策という学問の中で、昔、大河内理論というのがあり、労災を含めた社会保障などの社会政策は総労働が一定の量と質を持った労働力を確保するための政策である、というふうに言われました。だから、一定の量と質を持った労働力の確保というのは、これは総資本にとっても必要なのです。それを損なうような事態が、いまの労働現場で生まれている。まさにその典型が、過労死・過労自殺なのです。

企業が一企業の利益だけを考えて、一定の量と質の労働力を確保することもできないような事態まで生まれている。それに対していま、総労働の力が弱くなっているなかで、規制できていない。それに対して、裁判所が危機感を表明したのかな、とさえ感じました。それは、裁判所に対する幻想かもしれませんけれども、根底にはそういう意識があったと思います。

使用者責任と過労死

過労死について企業に責任を問う場合の問題点として、基礎疾病があります。健康診断で異常所見がある労働者や、あるいは、うつ病をすでに発症している労働者に対する、安全配慮義務があります。基礎疾病を持っている労働者に対して、使用者にどういう注意義務があるか、これはまた別の問題です。そういう基礎疾病があるということ为前提で、どういう労働条件を措置しなくてはいけないかという、使用者としてのもっと重い責任が出てきます。

健康診断というのは、単なる健康診断で統計を取るためにやるわけではありません。異常所見があった場合は、労働安全衛生法で、使用者は医師の意見を聞く義務があります。例えば血圧がこれだけ高いという異常所見が出た場合、まず、医師に意見を聞く。医師に意見を聞いた上で、就業上の措置はどうしたらいいですか、と聞かなくてはいけません。これだけ血圧高いから、そしたら残業は控えるようにとか、あるいは36協定をしっかり守って45時間以内にしっかり限定するように、特別条項の対象にしないように、という形で就業上の措置を会社として責任を持たなくてはならないのです。

例えば、高脂血症と高血圧と糖尿病の3大疾病を持っている労働者に対しては、それだけ高い注意義務が課されるわけですから、月に36協定を超えて時間外労働をさせたとなれば、それだけで責任が問われる可能性は十分あります。

うつ病にかかっている労働者について、過重な責任が生まれるような業務につけたとしたら、同じ問題が出てきます。いまでしたら、うつ病になった労働者に対する復職のときにいろんなガイドラインがありますから、そのガイドラインを無視したようなかたちで、復職条件をしたために自殺に至ったということになれば、また、その問題も出てきます。ですから健康診断後、あるいは、基礎疾病を持っている労働者についても事後措置、就労制限に基づく責任という問題も、重視していく必要があると思います。

私がやった事件では、拡張型心筋症があります。拡張型心筋症というのは、心臓移植しないと治らない病気です。そういう病気にかかっている方が、長時間労働をやって倒れたケースについて、会社の責任が認められ、7割の賠償責任が課せられました。ですから、うつ病を発症した労働者に対しても同じ問題があって、うつ病の労働者の場合だと、とくに職場復帰についての条件というのが非常に重要になってきます。

証拠保全—レンタカーの領収書

過労死の事件に取り組むときに、皆さん一番感

じるのは、資料はみんな会社の壁の向うにある、ということだと思います。資料を入手するのにいちばん簡単なのは、証拠保全という方法です。私も証拠保全という方法を昔は知らなくて、退職した方を探して、退職者会に話を聞きに行くとか、あるいは職場を終わった人からココソと喫茶店で話を聞いて、そういうデータを集めたりしたのです。よく考えれば、職場に入り込めば、みんなデータはあるのです。ということで、証拠保全というのを裁判所と一緒にいきます。ドヤドヤと行きますから、会社の方は、何か悪いことやったという意識ありますので、大抵おとなしく出します。

私が最近扱った事件ですが、インドネシアの国民車の開発のために、ある自動車メーカーから現地に行った技術者の方が、過労死で亡くなった事件です。インドネシアでの業務時間、労働時間がどうやって判りますか？ わからないのです。会社の人間に聞いたって、一緒に行った人はまともなこと言ってくれないし、「いやあ、彼はそんなに長く働いていなかった」と言いました。ところが、たった1枚、インドネシアで借りたレンタカーの記録が残っていたのです。

東南アジアの国々では、たいていの会社は、安全のことを考え、ホテルに車で迎えに行き、仕事が終われば、ホテルに送ってくれるのです。インドネシアだと、運転手つきのレンタカーです。安いから、それをずっと借りっぱなしにするのです。そうすると、ホテルを出た時間が書いてあります。そして、帰った時間もちゃんと書いてあるのです。それがタイムカードの代わりになる、ということに気づいたのです。出張記録には必ず、費用の清算のために、領収書がついているはずだと思い、会社へ証拠保全に行ったのです。すると、向こうでの労働時間がしっかり記録されており、労災認定されました。

「36協定」の問題点—特別条項

次に、予防の問題です。どうしたら予防できるのか。簡単です。労働基準法を守ればいいのです。だって、労働基準法では1日8時間ないし週

40時間、これが基準です。それ以上働かせようと思ったら、「時間外労働・休日労働に関する協定書（36協定）」を、使用者と労働者あるいは労働組合が締結しなければならないのです。労働組合がしっかりしていたら、過労死しない範囲、少なくとも厚生労働省がガイドラインで言っている月45時間、年間360時間、これ以上の時間外労働はやらせないという協定をしっかりと結ぶべきです。そして、ちゃんと労働時間の管理をすることが大事です。

「36協定」はしっかりしたものがあるけれども、労働時間管理を全然やっていなく、過労死ラインの労働がはびこっている職場はいくらでもあります。逆に、「36協定」があるがゆえにサービス残業がある、そういう職場も一方ではあります。「36協定」を超えないように、みんなサービス残業にしましょう。形だけの労働組合があるところでは、よくそういう管理が行われています。労働組合が36協定を守るために、45時間ではなく35時間で運動を進めるということで、35時間以上に申告させないように、職場の中では申告させてしまっている職場もあるのです。

けれども、「36協定」というのは、厚生労働省の基準があるから、月45時間以上はダメなはず。だから私も、神戸の富士通の子会社の過労死事件で証拠保全に行ったとき、「あなたの会社では、こんな長時間だったから、当然、『36協定』違反になっている」と言ったら、向こうは胸張って、「いや、うちは『36協定』を超えていません」と言うのです。そこの「36協定」には特別条項があり、特別条項で月100時間となっているのです。100時間超えていいということなのです。それでは、「36協定」違反じゃありません。

労働基準法を当たり前を守る

私は、この特別条項こそ日本の労働現場、職場の長時間労働を生み出す大きな問題ではないかという問題意識を持ち、「36協定」についての情報公開訴訟というのをやりました。裁判で認められ、「日経500社」という、日本を代表する企業の「36協定」を見ることができました。

日本を代表する500社のうち、過労死ラインである月80時間の時間外労働を超える、特別条項を定めた企業がほぼ半分ありました。関電も入っているし、パナソニックも入っていますが、日本を代表する企業が、過労死ラインを超えるような長時間労働を認める現状にあります。これをちゃんと暴露して変えなければいけません。日本の労働者の命と健康を守るために、こんな人を殺してもいいような労働条件を作り上げていいのか、日本を代表する企業がこんなことをしていいのかという運動を作り上げることがすごく大事だと思います。

今年、日本経団連の会長と副会長企業の「36協定」を開示させました。キャノン、トヨタ、新日鉄、新日本石油、三菱商事、パナソニック云々。日本経団連会長、副会長企業は合計16社です。16社のうち、過労死ラインである月80時間を超える時間外労働を、特別条項で認めているのは何社あると思います？ 逆に言えば、認めていない80時間未満でとどまっている会社は、わずか3社だけです。他の13社は、キャノンをはじめ、みんな過労死ラインを超える特別条項を持っているのです。そして、この労働組合が唯々諸々とその協定を結んでいるのです。

私はチャンスがあれば、過労死の問題が起きたとき、その企業の責任と同時に「36協定」を結んだ労働組合の責任を問えないものかと思っています。さらに言うならば、そんな「36協定」を受理した監督署と国の責任を問えないものかとまで考えています。

関経連の会長、副会長企業に対しても、情報公開を求めています。同じような傾向が出てくると思います。過労死、過労自殺をなくするのは簡単です。労働基準法が当たり前なら守られていれば、そして、労働組合が職場の規制力になっていれば、過労死・過労自殺のない日本になると確信しています。

* 本稿は、ひょうご労働安全衛生センター第4回通常総会における、松丸弁護士による記念講演「過労死、過労自殺の法的問題点」を編集したものです。



ストップ過労死! 過労死等防止対策基本法制定を

全国過労死家族の会が初の国会院内集会

全国過労死家族の会は10月13日、衆議院第一議員会館第1会議室において、「ストップ過労死! ~「過労死等防止基本法」制定を求めて~院内集会」を開催した。同会の20余年の歴史のなかで初めての院内集会とのことであったが、過労死弁護士全国連絡会議共催、内山晃、中根康浩、長尾敬3名の民主党衆議院議員事務所の協力で全国各地の会員68名、国会議員関係33名等、合計177名が参加した(表紙写真)。

川人博弁護士、松丸正弁護士、上畑鉄之丞医師から、この間の経験から明らかになった様々な問題点と「過労死等防止基本法」の必要性について述べられ、また、同会の6名の会員から、夫や息子の過労死・過労自殺に至った労働実態と、遺族之体験からの訴えがなされた。参加した国会議員もひとりずつ問題意識や今後の取り組みについて語り、参加者による意見交流も行われ、最後に玉木一成弁護士がまとめを行って終了した。

以下は、全国過労死を考える家族の会代表世話人の寺西笑子さんの文章である。

私ども過労死を考える家族の会は結成以来20年余、過労死の根絶を願い、認定基準の改善と防止をもとめて関係省庁へ要請に行ったり集会を開いたりして、社会に向けて警鐘を鳴らしてきました。

日本は、労働基準法で「使用者は、原則として、1日8時間、1週40時間を超えて労働させてはならない」と定めています。しかし、現実の社会はどうでしょうか。長時間過重労働が蔓延し、サービス残業が当たり前になっていて、労働基準法がまったく守られていないのが、日本の働く社会の実態です。

私たちは、疲労の極に達している家族を見て、

「いつか倒れるのではないか」そんな不安を抱き続けながら、「まさか」が「事実」となり、過労死・過労自殺で大切な家族を失いました。遺族はその衝撃と喪失感、そして大切な命を救えなかった自責の念で苦悩の日々を送ります、そんな心の傷を抱えながらも真面目に働いて死んでいった人の名誉を守りたい一心で労災認定闘争、企業責任を問う民事訴訟へと闘っていくのです。

その中でいちばん困難とされるのは、申請者側に過重労働と発症との因果関係を立証する責任があることです。仕事の証拠はすべて職場にあるために、家族が立証することは至難の技です。証拠隠滅、箝口令などにより遺族は厚い壁に阻まれます。蟻が象に立ち向かうようだ」と例えられるほどに、国や企業の大きな力の前では、遺族は何もなす術がありません。認定基準の高いハードルと重なり、ほとんどの遺族は泣き寝入りをしています。あきらめずに闘っている遺族は氷山の一角にすぎません。家族の会は、そうした仲間を支えています。

そこで、現在以下の4本を柱に、家族の会は活動しています。

1. 過労死等防止基本法(過重労働対策基本法)制定を求める。
2. 過労死事件を発生させた企業名の公表を求める。
3. 労災・公務災害の認定基準の見直しを求める。
4. 原告の勝訴判決を尊重し、控訴しないことを求める。

ご参集の皆さん、これまで多くの過労死・過労自殺で逝った人の命を無駄にしないために、遺族の

過労死・過労自殺問題にどう取り組むか

痛切な訴えを心で受け止めてください。また国会議員の皆さんには、過労死問題への認識を深めることで、人間の命を大切にする政治に力を尽くしてくださることを切望します。労働者の命を使い捨

てにし、利益優先の企業の姿勢を「法」に拠って正してください。

私たちは心から「過労死等防止基本法」制定を願ってやみません。



なぜ過労死等防止対策基本法を求めるのか

過労死弁護団全国連絡会議代表幹事 弁護士 松丸正

過労死・過労自殺、そしてそれを生み出す過重労働によって働く人の命と健康が奪われ、ライフワークバランスが失われている。この労働現場を改善することは、国、行政、事業主、さらには国民にとって大切な課題であることは言うまでもありません。

しかし、過労死事件の認定や、損害賠償の事件を担当するなかで見えてくる労働現場には、心身の健康を損ねることが明らかな過重労働が蔓延しています。過労死は、過労・ストレスに満ちた労働現場の「炭坑のカナリア」です。

労働時間さえ把握されず、その下ではびこる残業代不払労働、過労死の認定基準が発症の危険ありとする月80時間を超える時間外労働を容認する36協定（時間外労働の延長についての労基法36条に基づく労使協定）、トップも含めた事業者の労働時間管理、労働者の健康管理についての認識不足などが、過労死・過重労働の背景にあります。「労働者が人たるに値する生活を営むための必要を満たす」最低基準である労基法が壊れたところに、過労死・過労自殺が生じています。

最高裁は平成12年3月に下した判決で、「労働

者が労働日に長時間にわたり業務に従事する状況が持続するなどして、疲労や心理的負荷等が過度に蓄積すると、労働者の心身の健康を損なう危険のあることは周知のところである」としたうえ、使用者は労働基準法等を遵守して、「業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なうことがないように注意する義務を負う」と断じています。

最高裁判決が述べている安全配慮義務は、その後の過労死・過労自殺の判決の全てが認めたものとなっています。

この安全配慮義務が事業場ではないがしろにされているところから、過労死・過労自殺が生じています。

「ノーモア・カローシ」を実現し、ライフワークバランスを持って働ける事業場づくりをすすめるためには、過労死や過重労働を許さない国としての基本的立場を明らかにした基本法を制定することが不可欠です。

それは、大切な人を失った遺族のみならず、働く人々・国民全体の望みです。



「過労死防止基本法」制定を求める集会に寄せて

過労死・自死相談センター代表 上畑鉄之丞

かねてから過労死防止を求める法律の制定を求める過労死家族の会や法律家の声があると聞

いていましたが、詳細についての情報がなく、今回初めて集会参加の要請を受けました。

「過労死・自死相談センター」は、5年前に設立されたボランティアの会です。それ以前には、弁護士・研究者・労働組合活動家を中心に「ストレス疾患労災研究会」が約20年間活動していましたが、その解散を機会に、保健師やカウンセラーなどの職種も参加する運営委員会を設立、今回まで活動を続けています。ニュース・レター「健康と安全」（1992年発刊）と年数回の学習会の開催を中心に、日常的には過労死や自死の労災認走のためのサポート活動をおこなっています。

私自身が、過労死労災に取り組んだのは1970年代なかごろですが、昨年逝去された田尻俊一郎先生が、大阪・関西を中心に過労死された被災者の労災意見書に取り組まれていた時期に、私自身は、東京・関東を中心に労災支援活動に取り組んでいました。職場の関係で、取り組みが中断した時期もありましたが、ニュース・レターの発行や学会での取り組みを含めて、今日まで継続した活動を続けています。

過労死とは、文字どおり「脳卒中や心臓病など循環器疾患を発症し、死亡したり半身不随になった労働者やその家族が、仕事による過労が原因として労災認定を求める運動のひろがり」のなかで用いられるようになった言葉です。今日では、英語のKaroshiも含めて、国際的にもよく知られた言葉にもなっており、その範囲も循環器疾患だけでなく、自死をはじめ、喘息などの呼吸器疾患、胃潰瘍などの消化器疾患での死亡でも使用されています。

過労死の労災認定をめぐる家族たちの運動は、70～80年代の「暗黒」時代から、90年代の「裁判闘争」時代、そして21世紀冒頭の疲労の蓄積と過労死発症を部分的に認めた認定基準改定以降の今日の運動へと継続してきています。

過労死が毎年どれくらい発生しているのかの正確な統計はありませんが、その中心になっている20～60歳未満の男性の死亡統計でみると、2008年だけで約1万6千人強の方が循環器疾患で亡くなっていることがわかります。死亡だけでなく、最近では医療の進歩で生存例も増えていますので、働き盛りの女性も加えらるともっと多くの発症があるはずです。このなかで「過重労働」が原因と考え、

労災認定を希望する家族などは数千人にもなると予想されますが、実際は、毎年の申請数は千人にも満たず、認定数にいたっては300人程度です。また、この10年以上は「自殺3万人時代」が続くなかで、自死労災の認定を求める運動もひろがっています。ちなみに、2008年での20～60歳未満の男性の自殺死亡は約1万4千人弱で、ほぼ同年代男性の循環器疾患死亡に拮抗しており、由々しい問題になっていることは、ご承知のとおりです。

幸いなことに、過労死の労災認定数は近年増加しています。70～80年代が毎年30件前後、90年代後半には80件前後だったのが、21世紀には毎年300件程度にと増加しました。これは、長い継続した家族たちの労災認定を求める運動の成果でもあります。また、前述の循環器疾患の死亡者数も、80年の2万5千人から、85年の2万4千人、95年の2万人、2008年には1万6千人代へと減少し、とくに21世紀になってからの減少が大きいと考えています。

こうした成果には、循環器疾患治療の進歩とともに、過労死予防を意識した職場の健康管理の推進も一定の役割を果たしているはずですが。国のここ10年くらいの過労死防止対策には、認定内容の見直し、残業賃金未払い職場での監督署の指導強化、あるいは月60時間以上の残業の割増率アップなどの試みなどがありますが、いずれも不十分とはいえ、一層の成果が期待されているところです。さらに、労災認定要件でも、長時間残業でも月45時間を超える場合の関与にも積極的に取り組むだけでなく、長時間拘束、出張の多い労働、深夜・交代制勤務や温熱・騒音・時差など環境が激変する勤務、残業は少なくとも精神的緊張の大きい勤務などの問題でも、具体的な認定基準を示すべきと考えます。

私は、1992～98年にかけて、日本産業衛生学会が設立した「循環器疾患の作業要因検討委員会」に参加し、職場の循環器疾患対策のあり方を検討した経験がありますが、今回、家族の会などが要求されている過労死防止を求める法律の制定には、法律になじむかどうかの問題もありますが、そんな内容も盛り込んではどうか思います。

過労死・過労自殺など過重労働による健康障害を発生させた事業場に対する監督指導結果について

平成22年8月26日 東京労働局発表

東京労働局(局長 東明洋)は、管下18の労働基準監督署(支署)が平成21年度に実施した、過労死・過労自殺など過重労働による健康障害を発生させた事業場に対する監督指導結果の概要を以下のとおり取りまとめました。

この監督指導においては、臨検した労働基準監督官が、確認された法令違反については是正勧告を行い、早期の改善を指導しましたが、東京労働局では、これらの事業場の多くに基本的な労働時間管理、健康管理の不備等が認められたことを重くみて、長時間労働の抑制及び過重労働による健康障害防止に向け、今後一層積極的に監督指導を実施することとしています。

また、東京労働局においては、毎年9月を「過重労働による健康障害防止推進月間」と定め集中的な啓発活動を実施していますが、本年度は、来る9月3日に「産業保健フォーラム IN TOKYO 2010」(九段会館)を開催し、関係労使にとどまらず広く国民一般に対し労働者の健康の確保について意識啓発を行うこととしています。

【監督指導結果の概要】

1 監督指導時における違反状況

監督指導を実施した72事業場(うち過労死19事業場、過労自殺7事業場)のうち、67事業場(93%)に何らかの法令違反が認められ是正勧告を行った。

違反率が高かった事項は、

(1) 労働基準法では、労働時間(同法第32条)に関する違反が最も高く50事業場(違反率69%)であった。

(2) 労働安全衛生法では、衛生管理者又は衛生推進者の選任(同法第12条・第12条の2)に関する違反が最も高く20事業場(違反率33%)であった。

2 被災労働者に係る健康管理状況

監督指導を実施した72事業場のうち、

(1) 19事業場(26%)では、過重労働による健康被害を受けた労働者(以下「被災労働者」という。)に対し、発症前の1年間に健康診断を受診させていなかった。

(2) 22事業場(31%)では、発症前に受診した健康診断で何らかの所見が認められた被災労働者に対し、健康診断の事後措置を講じていなかった。

(3) 44事業場(61%)では、被災者が発症した時期に、医師による面接指導等の制度を導入していなかった。

3 以上のとおり、過重労働による健康障害を発生させた事業場については、法令違反の比率が高く(一般の監督指導における違反率約69%)、かつ、被災労働者に係る健康管理体制の不備が少なからず認められた。

1 監督指導の概要

(1) 実施時期

平成21年4月1日～平成22年3月31日

(2) 目的

過労死・過労自殺など過重労働による健康障害を発生させた事業場に対し、問題点を明らかにし、再発防止対策を徹底させること。

(3) 対象事業場

不適切な労働時間管理・健康管理を原因として、過労死や過労自殺など過重労働による健康障害を発生させ、労働基準監督署長が労災認定を行った72事業場。(うち過労死19事業場、過労自殺7事業場)

2 対象事業場の概要

(1) 業種別内訳(表1)

「本社事務所等」が最も多く21事業場、次いで「建設業」の11事業場、「卸・小売業」「接客娯楽業」の10事業場の順となっている。

(2) 規模別内訳(表2)

規模別では、「10～49人」が最も多く31事業場、次いで「10人未満」の12事業場、以下、「300～999人」、「100～299人」の順となっている。

(3) 被災労働者の従事業務別内訳(表3)

管理的な立場にある者(労働基準法第41条の管理・監督者に該当しない管理職を含む。)は19人で、これらの役職にない一般労働者は53人であった。

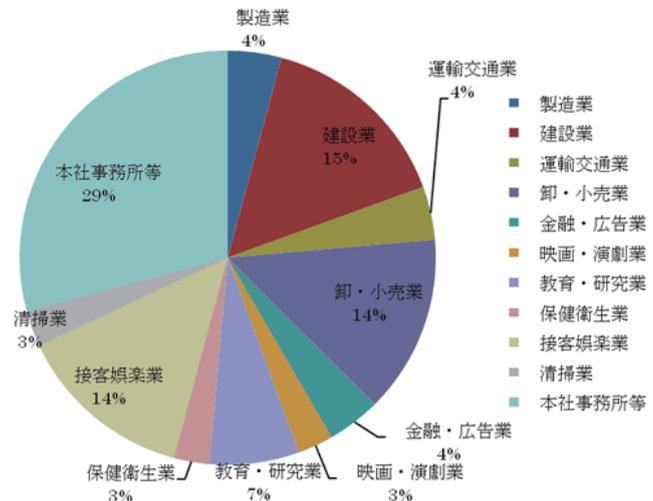
一般労働者の業務内訳は、営業・販売に従事する者が8人と最も多く、次いで技術職7人、施工監理6人、設計・デザイン6人、調理師5人、システムエンジニア5人の順となっている。

3 監督指導結果(表4の1、2)

監督指導を実施した72事業場のうち、67事業場(違反率93.1%)におい

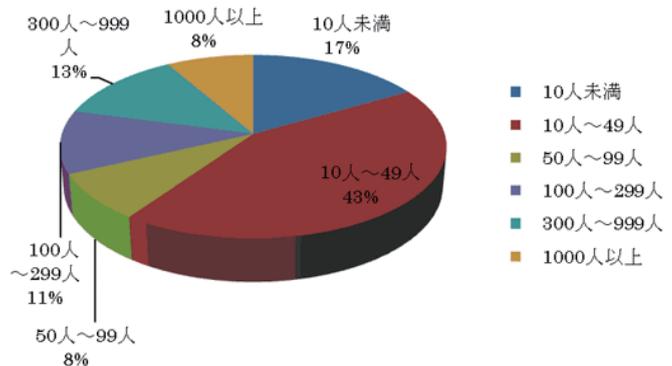
(表1) 業種別内訳

業種	事業場数	比率(%)	業種	事業場数	比率(%)
製造業	3	4.2	教育・研究業	5	6.9
建設業	11	15.3	保健衛生業	2	2.8
運輸交通業	3	4.2	接客娯楽業	10	13.9
卸・小売業	10	13.9	清掃業	2	2.8
金融・広告業	3	4.2	本社事務所等	21	29.2
映画・演劇業	2	2.8	合計	72	100.0



(表2) 規模別内訳

規模	事業場数	比率(%)	規模	事業場数	比率(%)
10人未満	12	16.7	100～299人	8	11.1
10～49人	31	43.1	300～999人	9	12.5
50～99人	6	8.3	1000人以上	6	8.3
			合計	72	100.0



過労死・過労自殺問題にどう取り組むか

(表3) 業務別内訳

従事業務等					
管理的な立場にあった者					19
一般労働者					
営業・販売職	8	設計・デザイン	6	自動車運転者	4
技術職	7	調理師	5	店舗管理	3
施工監理	6	システムエンジニア	5	その他*1	9

*1 その他の9人は、事務職、警備員、看護師等の労働者である。

(表4の1) 法違反の状況(労働基準法関係)

労働基準法違反	違反事業場数	違反率
労働時間(法32条1項2項)	50	69.4%
割増賃金(法37条)	36	50.0%
労働条件明示(法15条1項)	17	23.6%
就業規則(法89条1項)	13	18.1%
休日(法35条1項)	11	15.3%
賃金台帳(法108条)	5	6.9%
法令等の周知(法106条1項)	4	5.6%

(表4の2) 法違反の状況(労働安全衛生法関係)

労働安全衛生法違反	違反事業場数	違反率
衛生推進者の選任(*法12条の2)	15	48.4%
衛生委員会の設置(*法18条1項)	6	20.7%
衛生管理者の選任(*法12条1項)	5	17.2%
健康診断の結果報告(*安衛則52条)	5	17.2%
健診結果に係る意見聴取(法66条の4)	11	15.3%
深夜業務従事者の健診(安衛則45条)	9	12.5%
定期健康診断(安衛則44条1項)	8	11.1%

※印は事業場規模10~49人に適用。

*印は事業場規模50人以上に適用。

(表5) 被災労働者の健康診断及び事後措置の実施状況

実施事項等	事業場数	比率(%)
被災労働者の所属事業場数	72	-
被災労働者に健康診断を受診させなかった	19	26.4%
被災労働者に健康診断を受診させた	53	73.6%
所見が認められなかった	21	39.6%
所見が認められた	32	60.4%
事後措置*1を講じた	10	31.3%
事後措置を講じなかった	22	68.7%

*1 有所見者に対する事後措置

て労働基準法、労働安全衛生法等の法違反が認められ、法違反が認められなかった5事業場の全てに対しても、労働時間の適正管理、過重労働による健康障害防止等について、文書による改善指導を実施した。

(1) 指摘した違反項目を違反率でみると、労働基準法で

は、時間外・休日労働の届出なく又は協定の範囲を超えて時間外労働をさせていたもの(同法第32条違反)が50事業場(同69.4%)と最も高く、次いで時間外手当等の未払(同法第37条)が36事業場(同50.0%)で、不適切な労働時間管理が多く認められた(表4の1)。

(2) 労働安全衛生法では、衛生推進者の未選任が15事業場(同48.4%)と最も多く、次いで衛生委員会を設置していなかったものが6事業場(同20.7%)、衛生管理者未選任(同法第12条)、健康診断結果報告未提出(安全衛生規則第52条)が5事業場(同17.2%)あり、衛生管理体制の不備が少なからず認められた(表4の2)。

4 対象事業場における管理状況

(1) 被災労働者に対する健康診断の実施及び事後措置の状況(表5)

被災労働者に対して発症前の1年間に健康診断(採用後1年未満の者は雇入時の健康診断を含む)を受診させていなかった事業場は19事業場(26.4%)であった。

健康診断を受診した被災労働者44人中、何らかの所見が認められた者は32人(受診者の60.4%)であったが、これら有所見者に対し事後措置*1を講じた事業場は10事業場(31.3%)で、22事業場(68.7%)は講じていなかった。

① 医師等からの意見聴取

労働者の就業上の措置に関しその必要性の有無、講ずべき措置の内容に係る意見を聴取

② 勤務軽減措置

医師等の意見を勘案し、必要があると認められるときは、その労働者の実情を考慮して、就業場所の変更、作業転換、労働時間の短縮深夜業の回数減少等の措置を講じる

③ 保健指導の実施

医師、保健師による保健指導実施

(2) 労働時間の把握状況

被災労働者について、労働時間の把握を行っていなかった事業場は6事業場(8.3%)であった。

なお、労働時間の把握を行っていた事業場について、把握方法の内訳は、自己申告による事業場は32事業場(44.4%)、タイムカードは15事業場(20.8%)、IDカードは6事業場(8.3%)、日報は3事業場(4.2%)、これらの併用等は8事業場(11.1%)であった。

(3) 過重労働による健康障害防止対策の実施状況

過重労働による健康障害を発生させた時期に、医師による面接指導制度^{*1}を導入していなかった事業場は44事業場で、全体の61.1%であった。

^{*1} 事業者は、長時間労働により疲労が蓄積し健康障害のリスクが高まった労働者について、その健康の状況を把握し、これに応じて本人に対する指導を行うとともに、その結果を踏まえた措置を講じなければならないとされており、本人の申出に基づき、

- ① 時間外・休日労働が1月当たり100時間を超え、かつ、疲労の蓄積が認められる者については実施義務
- ② 時間外・休日労働が1月当たり80時間を超える場合、事業場が定めた基準(例えば1月100時間又は2～6か月平均で1月80時間を超える、1月45時間を超える等)については努力義務となっている。

5 過重労働による健康障害防止対策に関する東京労働局の取組について

(1) 平成21年の東京における労働者1人平均年間総実労働時間は、1,789時間(所定1,635時

間、所定外154時間)と前年に比べ65時間減少したが、労働力調査による週労働時間別の雇用者の分布によると、依然として「労働時間分布の長短二極化」の状況にある。

(2) このような状況において、過重労働による健康障害が依然として後を絶たず、脳・心臓疾患や精神障害等の労災請求件数も高水準で推移していることから、東京労働局では、平成22年度においても「過重労働による健康障害防止のための総合対策」(平成18年3月17日付け基発第0317008号)等に基づき、

- ① 長時間労働の抑制に向けた取組の推進
改正労働基準法の規定の履行確保、適正な時間外労働協定の締結・届出について指導を行うこと
- ② 労働者の健康管理に係る措置の徹底
健康診断と健康診断実施後の措置、保健指導等の実施、長時間労働者に対する医師による面接指導等の実施、メンタルヘルス対策推進の指導を行うこと
- ③ 労働時間管理、健康管理等に関する法令の遵守徹底のための監督指導等
過重労働による健康障害を発生させるおそれのある事業場に対する監督指導を強化し、労働基準関係法令違反には、厳正に対処していくこと
- ④ 過重労働による健康障害防止運動の推進
本運動の推進月間である9月を中心に労使による過重労働防止対策の自主的促進を図るため、来る9月3日に産業保健フォーラム IN TOKYO2010(九段会館)(別添リーフレット参照-省略-)を開催するほか、各署で開催する労働衛生週間説明会等あらゆる機会をとらえ集中的な周知啓発を行うこと
など積極的に対策を推進することとしている。

全国安全センター情報公開推進局ホームページ

<http://www.joshrc.org/~open/>

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



2023年までにアスベストのない欧州を

欧州建設林産労連, 2010

登録、よりよい労働条件、労働者のトレーニング、アスベスト関連疾患の認定とその補償に関する提案

本文書の内容は、特別のEUの行動計画にすべて含まれる必要のある具体的な課題である。

本文書は、31か国の75労働組合を組織する欧州建設林産労連（EFBWW）によって用意・提出されたものである。EFBWWは、建設・林産・家具部門の欧州社会パートナーとして認められている。

欧州2023年—アスベスト・フリー

よりよい労働条件、労働者のトレーニング、アスベスト関連疾患の認定とその補償に関する具体的提案

はじめに

アスベストは致死的な物質として残っており、広範な禁止及びそれを除去する広範な努力にも関

わらず、いまなお欧州の至るところにある。実際、アスベストは多数の様々なところ、とりわけ公共及び民間の建物のその存在がしばしば知られていないところで見つけることができる。船舶、列車、魔法瓶などの日用品にも見つけることができる。

今後数十年間、欧州中で毎年10万の人々がアスベスト関連疾患で死亡し続けるだろう。これらの疾患の多くは製造過程におけるアスベスト曝露によるものであるが、修理や改造、解体作業等への従事の結果として病気になる人々のきわめて深刻な危険が残されている。

欧州に残されているアスベストのすべてを除去することに狙いを定めた、包括的な計画の緊急の必要性がある。この種の計画は、労働条件、安全トレーニング、既存アスベストの発見及び記録、職業病の認定と補償の確保など、幅広い問題をカバーする、多面的なものでなければならない。

欧州アスベスト・フリー計画は、「2023年にアスベストのない欧州」という最終目標に誰もが貢献することができるようにするために、具体的な諸目標を設定するという利点を持つ。この目標を達成するためには、諸目標とそこに至る間の中間段階を

持った、国の計画表を伴った欧州計画表が最も重要である。

このような計画は、関係者、被災者や各国の労働組合が世論の支持を得て、関係機関や政党、団体がその内容及び実行計画表を徹底的に議論して合意に達した場合にのみ、現実のものとなることができる。

しかし、欧州レベルでのキャンペーンは、ゼロから始めるべきではない。最近制定された、アスベスト曝露に関連するリスクからの労働者の防護に関する基本指令（元指令83/477/ECC、現指令2009/148/EC）が、国及び欧州双方のレベルにおける取り組みのための法的基礎を提供している。

多くのEU諸国及び世界の被害者団体は、アスベストに関するあらゆる問題に関する知識と資料、経験を身につけている。

同様に、労働組合や各国の予防団体は、何十年間もよりよい労働条件のために活動しており、また最近では、いくつかのEU加盟国では新たなキャンペーンに精力的に取り組んでいる。この点では、2006年の上級労働監督官委員会（SLIC）のキャンペーンにもふれなければならない。SLICは、アスベスト曝露のリスクを最小化するための実践的の手引きや労働監督官のトレーニング計画を開発してきた。

しかし、すべての努力にも関わらず、このはじめにの冒頭で述べたように、危険性は今なお存在し、誰をも襲う可能性がある。それゆえ、さらなる行動が緊急に必要なものであり、数多くの関係者の経験を背景にして、EFBWWは、この提案が価値あるものであるということに楽観的である。

われわれは、5つの分野に関して、行動、最低限の要求事項及び基準を提案する。

I. 登録、届出及び医学的サーベイランス

どこにアスベストが存在しているかを知ることは、労働者と居住者双方のよりよい防護のための最初のステップである。特別の諸登録制度へのすべてのアスベストの包括的な登録が、全体的目標である。

また、それらの企業が当該作業を行うことができ

る資格ごとに、アスベスト作業を許可された企業を登録することも同様に重要である。

この分野のみつつ目の側面は、常にまたは、時おりアスベスト作業を行う労働者の登録である。これは、可能性のある疾病の発見のために、またしたがってその補償のためにも、最も重要なことである。

II. 安全な労働条件

欧州の、また、それに続く各国の、労働条件に関する法令の枠組みが悪いものでなかったとしても、現実の労働条件は悪いことはきわめてしばしばある。これには多くの原因（例えば許し難い雇用形態）があるが、法令の適用が適当でないことは、主要な理由のひとつである。

緊急に必要なことは、可能性のある様々な作業（補修、解体、改造または廃棄物処理など）、それらの実施方法（用いられる技術や排気装置など）、環境保護に関する具体的な要求事項である。

III. 労働者のトレーニング

誰にもまして建設労働者は、きわめてしばしば自らの責任において行動している。作業現場は一時的なものであり、それらの姿は常に変わっている。したがって、労働者は優秀な資格を必要としている。彼らは、アスベスト含有製品・物質、それらの物質が使われた時期、安全な作業手順や一定の範囲の他の問題についての知識が必要である。

欧州レベルで必要なことは、アスベストを扱う労働者の資格に関する最低基準だけでなく、故意ではなくアスベストに曝露する可能性のある労働者についての一定の資格も必要である。

IV. アスベスト関連疾患の認定

アスベスト曝露といくつかの疾病との関連は明確に証明されているのであるから、労働者の立場からすれば、これらの疾病が今なおいくつかの国においてしばしば認定されないことは、まったく受け入れ難いことである。石綿肺はすべての国で石綿肺であり、個々の被害者に同じ致命的な結果

をもたらしている。

われわれはそれゆえ、すべてのEU加盟国における、すべてのアスベスト関連疾患の認定を要求する。

V. アスベスト関連疾患の認定手続と補償

いくつかの国の制度構造のために、認定手続がうまくいくのが今なお非常に困難である。したがって、とりわけアスベスト労働者の国の登録がようやく最近できた国では、認定手続を容易にすべきである。

アスベスト関連疾患の補償に関して、状況は一層悪い。人々が自律的な生活を維持できるように、4つの主要なアスベスト関連疾患の補償について、要求事項を最小にするよう求める。

EFBWWは、2007年と2009年の欧州議会の二つの重要な決議に注目している。ひとつは、労働安全衛生に関する共同体の新たな戦略、もうひとつは、REACH指令を扱ったものである。両方の決議において、欧州議会はアスベスト問題について、明瞭な言葉を示している。われわれは、これらの基礎の上に、また労働・生活条件を改善する共通の関心の観点から、実りある共同作業を開始することができるかと信じている。

I. 登録、届出及び医学的サーベイランス

提案する諸措置の一義的な目的は、すべてのアスベストの処分に向けた道を敷くことである。アンフィボルとクリソタイルどちらのアスベストの発がん影響についても、閾値の証拠はないということ、また、非常に低い曝露レベルの集団にもがんリスクの増加がみられていることに留意すれば、アスベスト関連疾患を根絶する最も有効な方法は、すべての種類のアスベストへの曝露の可能性をなくすことである。

労働者、消費者、市民は、アスベストに曝露する可能性がある。

長年にわたって、屋内のアスベスト含有物質を封じ込め、または密閉することが、普通のやり方であった。その元になる議論は、すべてのアスベ

ストを除去するのは、費用がかかりすぎるというものだった。しかし最近では、これはまったく十分でないことが示されている。封じ込めは、問題を先延ばしするだけである。

唯一の解決方法は、問題を孫の時代に残すのではなく、われわれのまわりからすべてのアスベストを除去することである。欧州は、建物、船舶、列車…いずれの場所からも、すべてのアスベストを除去する必要がある。

登録

すべてのアスベストの源の包括的な登録を持つことは、最も重要なことである。アスベストは数十年間にわたって使用されてきた。それは、公共建築物、工場の建物、学校あるいは居住用建物のなかにあるだろう。

これらすべての建物は、過去に売却され、また、将来売却される可能性がある。

多くの加盟国には、これらの建物におけるアスベストの存在を確立することに関する、ひとつまたは複数の規則があるにも関わらず、十分と言うには程遠い。

以下の側面に関して、EULEVELからの、より精密な指令が必要である。

a) 建物におけるアスベスト源の登録

—あらゆる種類の建物におけるアスベスト源に関して、登録制度が必要である。

—地方レベルでの登録及びそれに加えて国登録制度への登録

—必要とされる情報:物質の種類、アスベストの種類、アスベストの概算量

—建物の建設時期

b) 専門企業の登録

—結合状態のもろいアスベスト製品の解体及び改造作業は、能力のある機関によって当該作業を行うことを認可された、専門企業によってのみ行われるかもしれない。

—登録された企業は、能力のある人員が十分な数そろっていることを証明しなければならない。

—それらは、下請業者に対して責任を負う。

c) 常に、または、(補修、改造作業、解体または廃棄物処理の間に)ときおりアスベスト作業を行う労働者は、地方及び中央の登録制度に各々通知されなければならない。

データは、少なくとも50年間保存されなければならない。

d) 指令89/391/EC第6条に対応するリスク分析の記録は、少なくとも50年間保存される必要がある。このような説明は、指令89/391/EC及び指令2009/148の今後の改訂の対象とされるべきである。

e) 労働者とその代表、労働組合、被害者の代理人となる弁護士は、諸措置のすべての結果にアクセスできなければならない。

届出

届出は、公共機関や労働機関が適切な措置を講じるための重要な前提条件であり、さらに、上述したような諸活動の適切な登録にとっても必要不可欠なものである。

届出手続に含まれるべき様々な種類の作業活動は、少なくとも以下のとおりである(II章も参照のこと)：

考えられる作業の種類

- 解体作業
- 改造作業
- 補修作業
- 廃棄物処理

最低限のものとして、アスベスト作業を含む作業活動の届出は、以下の情報を含まなければならない。

- 事業所の住所
- アスベスト含有製品の種類/名称及び量
- 実施される作業
- 現場の専門知識を有する者の氏名
- アスベスト作業に従事する労働者の数
- 作業の開始時期及び予想期間
- 廃棄物処理の手順/場所

c) 労働条件を評価するために、使用者は最初に、解体、改造及び補修作業の開始前に、労働者がアスベスト含有有害物質を扱う作業を行

うかどうか、あるいは、そのような物質が当該作業中に飛散するかどうかを確認しなければならない。

d) 知識のある者によって、作業に関連した状態のもとで、リスクアセスメントが実施されなければならない。リスクアセスメントは、文書化され、法的機関に提出されなければならない。労働者と労働者代表は、リスクアセスメントと文書化各々の結果へのアクセスが与えられなければならない。

e) 上述の事項に加えて、欧州のあらゆる場所の者も、手ごろな料金で、特定の物質/製品がアスベストを含有しているかどうか検査を受けることができるように、欧州レベルでの分析機関のネットワークが設置されるべきである。

医学的サーベイランス

とりわけ閾値が確認されていないという事実、及び潜在的に潜伏期間が非常に長いことから、定期的な医学的サーベイランスは、労働者の健康にとって最も重要なことである。

この分野における基本的な要求事項は、以下のとおりである。

- アスベスト作業を行うことが予想されるすべての労働者は、作業を開始する前に検査されるべきである。
- 常に、または、ときおりアスベストに曝露する労働者に対する毎年の医学検査。
- 医学的サーベイランスは、アスベストに関する必要な知識を有した専門の医師によってなされるべきである。
- 医学的サーベイランスに関しては、使用者及び労働者とその代表双方とも扱いやすい手引きが必要である。この点に関して、2006年にSLICによって出版された手引きが有用な情報を提供している。

II. 安全な労働条件

アスベストはいまもなお存在しており、この物質を処理することが避けられないことから、安全な作業

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

条件がきわめて重要である。この点に関して、われわれは、アスベスト曝露からの労働者の防護に関するEU指令（2009/148/EC）がガイドになると考えている。とりわけ、各国の法律に転置されたこの指令の諸規定が、現実に行われているとはいえないことを知っているからである。それゆえ、欧州の行動計画に関するわれわれの提案は、この指令の第14条によって導かれる。この条文の表現は、以下のとおりである。

「第14条

1. 使用者は、アスベストまたはアスベスト含有物質からの粉じん曝露するか、または曝露するおそれのあるすべての労働者に対して、適切なトレーニングを提供しなければならない。かかるトレーニングは、定期的に、労働者に費用をかけることなく、提供されなければならない。
2. トレーニングの内容は、労働者が容易に理解できるものでなければならない。それは、彼らが、予防及び安全、とりわけ以下の点に関して、必要な知識及び能力を習得できるようにするものでなければならない。
 - (a) アスベストの特性及び、喫煙との相乗効果を含めた、その健康影響
 - (b) アスベストを含有している可能性のある製品または物質の種類
 - (c) アスベストを曝露させる可能性のある作業及び曝露を最小化するための予防的管理の重要性
 - (d) 安全な作業慣行、管理及び防護機器
 - (e) 呼吸保護具の適切な役割、選定、選択、限界及び使用
 - (f) 緊急時の手順
 - (g) 除染の手順
 - (h) 廃棄物の処理
 - (i) 医学的サーベイランスの要求事項
3. アスベスト除去作業労働者のための実際のガイドラインが、共同体レベルで開発されなければならない。」

われわれは、以下の種類の作業に重点が置かれなければならないと考える。

- 解体作業
 - 再建及び改造成業
 - 維持管理作業
 - 廃棄物処理
 - 付随作業
- 付随作業には、例えば以下が含まれる。
- アスベスト粉じん汚染された室内への入場
 - 試料（物質試料、大気測定）採取
 - アスベスト粉じん汚染されたクリーニングルーム
 - アスベスト粉じんの飛散を防止することが不可能な建設現場の組み立て
 - アスベスト粉じん汚染された部屋または対象物の清掃
 - アスベスト含有有害物質の社内移動及び保管

一般的義務

- a) リスク分析
リスク分析は、知識のある者によって、作業に関連した条件のもとで行われなければならない。この点に関しては、以下の点が考慮されなければならない。
 - 吸入の可能性のある曝露の規模及び期間
 - 作業機器及びアスベスト製品の量を含めた、作業条件および工程
 - 必要とされる防護機器
 - とられる防護措置の有効性チェックに関連した仕様
 - リスク・アセスメント及び評価は文書化されなければならない。
 - 疑われる場合には、物質の資料が適切な場所で検査されなければならない。
- b) 作業指示
作業指示は、少なくとも以下に関する情報を含まなければならない。
 - 作業場で生ずるアスベスト含有有害物質と健康リスク
 - 労働者が自らの防護及び作業場の他の労働者の防護のために実施しなければならない、適切な予防的手はず及び措置

これには、とりわけ以下が含まなければならない。

- 衛生的措置
- 曝露を低減する措置に関する情報
- 防護機器及び衣服の持ち運び及び使用に関する情報
- 作業遂行上の障害、事故及び緊急事態の場合にとらなければならない措置及び応急措置
- 生じたアスベスト廃棄物の適切な取り扱い及び除去
- 作業指示は、作業条件に重要な変更が生じるたびに更新されなければならない。

c) 労働者の指示

使用者は、生じるリスク及びそれに対する防護措置について、作業指示に言及しながら、口頭による指示を与えなければならない。指示のなかでは、とりわけ以下のことを教えなければならない。

- アスベストの特性及び喫煙の相乗効果を含めたその健康影響、適切な場合には医師が関与しなければならない。
- 当該作業に特有なアスベスト含有製品
- アスベスト曝露が生じる可能性のある行動及び曝露を低減するためにとるべき措置の重要性
- 安全措置及び個人保護具の適切な使用
- 作業手順が乱れた場合にとるべき措置
- 適切な廃棄物の処理
- 労働衛生的ケア

d) 作業スケジュール

使用者は、アスベストに関わる解体、改造及び補修作業及び廃棄物処理を開始する前に、作業スケジュールを策定しなければならない。作業スケジュールは、以下を含まなければならない。

- アスベスト及びアスベスト含有物質の除去、及び、危険個所で働く労働者及び他の者のための防護及び除染設備を設置する場合にとられるべき手順及び作業技術
- 個人保護具に関する指示
- 解体、改造及び補修作業終了後に、内部の

部屋の作業区画にもはやアスベスト・リスクが存在していないかどうかのチェック

- 用意された適切な廃棄物処理に関する指示
- 作業スケジュールは、重要な変更があった場合には更新されなければならない。
- 作業スケジュールは、リスクアセスメントと結び付けて策定されるべきである。

e) 組織的措置

解体作業を開始する前に、アスベスト含有製品は最新の条件にしたがって除去され、適切に処理されなければならない。作業現場でのアスベスト含有有害物質に関わる作業の場合には、とりわけ以下の措置がとられなければならない。

- 関係する作業区画内の労働者の数は、可能な最少人数に減らさなければならない。
- アスベスト含有有害物質に関わる作業が行われる作業区画は、他の作業区画から明確に隔離されなければならない、そこへの立ち入りは、作業または一定の任務を行うためにそこに入らなければならない労働者だけに許可される。認められていない者の立ち入りは、「止まれ、立入禁止」の禁止表示を掲げることによって防止しなければならない。

—パーティションで仕切られたアスベスト含有有害物質に関わる作業が行われる作業区画は、適切な警告及び安全マーク、「喫煙禁止」及び「飲食禁止」の表示が掲げられなければならない。

—アスベスト含有有害物質を含んだ廃棄物は収集、保管、移動されて、適切な容器内に処理されなければならない。

—すべての部屋、装置及び設備が定期的に清掃されることを確保しなければならない。

—使用者は、アスベスト繊維が他の作業場に到達し、アスベスト・フリー区域に侵入し、または大気中に流出しないよう確保しなければならない。

f) 安全措置

作業プロセスは、最新の条件にしたがって可能な限り、アスベスト繊維が飛散せず、アスベスト粉じんの拡散が防止されるように調整されな

ければならない。

とられるべき措置にしたがってもアスベスト繊維の飛散を防ぐことが不可能な場合には、人間の健康及び環境にいかなる危険も引き起こさず最新の条件にしたがって、排出口または発生源で捕集され、その後処分されなければならない。

抽出された大気は、アスベスト繊維が他の労働者が呼吸する大気に流入しないような方法で、誘導または浄化されなければならない。

十分な外気(新鮮な空気)のある作業室が提供されるよう確保しなければならない。

g) 個人保護具

使用者は、適切な着用性をもった効果的な個人用保護具を提供し、すぐに使用でき、衛生的かつ問題のない状態に維持し、当該労働者が、作業手順のために本当に必要な限りにおいて、また、健康防護が確保される場合にだけ、作業をすることを確保しなければならない。

労働者は、提供された個人保護具を使用しなければならない。

作業を開始する前に、使用者は、どの個人保護具を使用すべきかを決定しなければならない。

特別の義務

解体作業

建築物または建築物の一部を解体または広い区画にわたって改装しなければならない場合には、広範囲にわたる作業が行われることになる。例えば、以下のようなものがある。

- 屋根トラス、壁及び天井または同様のものの結合状態のもろいアスベスト製品の除去
- 結合状態のもろいアスベスト製品の固化及び塗装

作業区画(ブラック・エリア)は、防じん式に、最新の条件にしたがって(隔壁仕切り)、周囲の区画から隔離されなければならない。隔壁仕切りは、安定し、負圧力その他の張力に対して抵抗力のあるものでなければならない。再利用できる隔壁を使用すべきである。作業区画は、可能な限り小さく維持されなければならない。隔壁は、繊維が飛散

しないような方法で組み立てられなければならない。隔壁仕切り計画が作成されなければならない。

排気フィルター付きの適切なサイズの排気装置の使用は、作業区画がアスベスト繊維濃度を低減するために十分に喚起されることを確保しなければならない。

物の除染設備(マテリアル・エアロック)が設置されなければならない。

清掃及び排気作業が終了する前に、関係のない第三者が、部屋(作業区画)に入らない。

作業区画は、アスベストに関わる作業が終了した後、認証された型式の真空掃除機で、徹底的に清掃され、湿式でふかれなければならない。

廃棄物処理

アスベスト含有廃棄物は、再補充を避けるやり方で、作業現場において適切な容器内に収集されなければならない。

アスベスト含有廃棄物を、除去されるまでの間、中間保管場所に置いておかなければならない場合には、湿潤化または適切な物質でカバーされ、あるいは密封容器内に保管され、かつ許可されていない者のアクセスを防ぐ措置が講じられなければならない。

アスベストまたはアスベスト含有物質及び廃棄物は、移送中または荷降ろし中にアスベスト繊維が飛散しないような方法での移送が確保されなければならない。

アスベストまたはアスベスト含有物質及び廃棄物は、アスベスト繊維の飛散が回避されるような方法で、特別に承認された処分場に預けられなければならない。

III. 労働者のトレーニング

幅広い知識は、首尾よい予防の基礎である。50年も前に使われたかもしれない隠れた物質や材料に関しては、なおさらである。いま建設業に雇い入れられる人々は、過去の製品、その特性や用途についてほとんどわかっていない。したがって、新世代の労働者は、ゼロからアスベストについて学ばなければならない。建設労働者及びとりわけ

補修労働者は、しばしば相対的にみずからの作業について自己裁量を有している。これに関連して、彼らは、各自の作業環境を評価するための包括的な能力及び知識が必要である。有資格者のための特別なトレーニングのほかに、意図的にアスベストを取り扱う作業を行う労働者のグループ、及び、非意図的にアスベスト含有物質又は製品に直面する労働者のグループのためのトレーニングが必要である。また、新たな技術、装置、物質及びその適切な活用の能力も、作業条件の改善のために重要である。

この点に関して、労働者が特定の作業を行う資格についての、よい最低基準が必要である。以下の諸側面は、包括的なものではないが、関連する労働者グループのトレーニング活動の核となるべきものである。

意図的にアスベストを取り扱う職種の労働者のためのトレーニング

内容、期間及び反復に関する最低要求事項は、以下のとおりである。

- 様々な種類のアスベスト及びそれらの健康有害性に関する情報
- 「文化的背景」、すなわち、どの用途に、どの期間、アスベストが使われたか。それらの製品はどのように見えるか。
- 可能性のあるリスクの評価方法に関する基本的知識
- 換気及び排気、適切な装置についての必要事項に関する詳細な情報
- その隔離を含めた作業場の設置
- 様々な種類の個人保護具、その使用及びどの状況にどの種類が適切かについての知識
- 作業技術及び様々な作業に必要とされる道具
- 一般的に、トレーニングは3年ごとに反復されるべきである。

若年及び移住労働者に対しては、特別なトレーニングが提供されなければならない。

後者については、情報資料は彼らの母国語で提供されなければならない。

トレーニング活動の反復についての特別な要求事項も必要である。

- 技術の変化
- アスベスト作業場の設置に用いられる新たな装置及び道具
- アスベスト曝露の状況に関する新たな知識
- よりよい予防のための新たなよい実践例

アスベスト作業を行うことを許される企業と同様に、労働者に対するトレーニング・コースを実施する事業も認証を受ける必要がある。それらは、知識、教育能力及びそのトレーニングの適切さを証明しなければならない。

意図的にアスベストを取り扱うのではない職種の労働者のためのトレーニング

内容、期間及び反復に関する最低要求事項は、以下のとおりである。

- アスベストの種類及びそれらの健康有害性に関する情報
- 「文化的背景」、すなわち、どの用途に、どの期間、アスベストが使われたか。それらの製品はどのように設置されているか。
- どのような状況（作業活動、建設デザイン、他の職種との協同）においてアスベストに直面する可能性があるか
- 可能性のあるリスクの評価方法に関する基礎知識
- その隔離を含めた作業場の設置
- 様々な種類の個人保護具、その使用及びどの状況にどの種類が適切かについての知識
- 様々な作業のための技術
- また、このグループの労働者のトレーニングは、新たな科学、技術に関して、数年ごとに反復されるべきである。

IV. アスベスト関連疾患の認定

すでに本文書のはじめにのなかで、アスベスト関連疾患のために毎年亡くなっている人々の数についてふれた。この数は多かれ少なかれ、今後も同様のまま続く。アスベストとの因果関係はもはや

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

論争的ではないが、被害者がその疾病の認定を得るのはしばしば困難なままである。したがって、すべての欧州諸国において、認定に関する調和のとれた最低基準が必要である。

以下の4つの疾病は、どこでも職業病として列挙されなければならない。

- 石綿肺
- 肺がん
- 中皮腫
- 胸膜プラーク

しかし、さらにいくつかの種類のがんがアスベスト曝露に関連していると考えられており、この点に関する新たな科学的証拠がある（EUROGIP報告書を参照）。これらの疾病を欧州職業病リストに追加することも検討されるべきである。

認定の方法

すべての欧州諸国は、認められた職業病のリストをもっている。これらのリストは、被害者が疾病と有害因子との因果関係を立証しなくてもよいことから、認定の手續を大いに促進している（例外は、手續が一般的に被害者が因果関係を立証しなければならないことを求めているスウェーデン及びドイツ）。

認定のための主要な条件を簡単に述べる。

石綿肺—各国は、明確な大量のアスベスト粉じんへの曝露を求めている。最低期間にふれられていることもある（10～15年）。

肺がん—著しい曝露が証明されるか、または、疾病が石綿肺と関連しているかのどちらか。いくつかの国では、喫煙が認定請求の拒絶につながる。

中皮腫—確認するのが容易でない。必要条件は穏やかである。数週間のための曝露であっても、この疾病を誘発するのに十分な場合がある。

胸膜プラーク—診断はX線写真に基づき、あまり多くないアスベスト粉じんへの曝露でも十分である。

胸膜プラークは、アスベスト曝露の兆候であるが、人体に直接の害を引き起こさないという事実のために、特別である。オーストリア及びスペインでは、いまだに職業病として認められていない。ドイツ、ベルギー、デンマーク、フィンランド、フランス、ノ

ルウェー、ポルトガル及びスイスでは、認定がある。現在、補償はフランスでのみ可能である。

主要な疾病が職業病として認められているとはいえ、被害者が認定を得るのはしばしば容易ではない。こうした手續において、人々を助けるために、もっと何かが必要とされるべきである。法的手續に関する要求事項が簡潔で、情報資料が入手可能であるべきである。EU諸国の大部分において、被害者団体が設立されており、彼らは被害者を支援している。こうした団体が今後の取り組みに関与させられるべきであり、その支援活動に対して金銭的措置が提供されるべきである。さらに、人々には、アスベスト含有物質または製品を取り扱う作業を含む最後の雇用から少なくとも40年後に行動を起こし、請求を行う権利が必要である。

V. 補償

アスベスト関連疾患の補償は、欧州諸国の間で大いに異なっている。補償には、中心的な要素としての月次年金または一時金とは別に、葬祭料、遺族である妻に対する月次年金または唯一の遺族である子どもに対する月次年金が含まれる場合もある。

被害者である者に対する補償が必要である。悲しみを補償することはできないが、人々が日常生活していく手はずの助けにはなる。補償は、金銭的及び医療的双方の援助で構成されるべきである。

前の章と同様、いくつかの最低条件が満たされるべきであり、すなわち以下のとおりである。

- アスベスト関連疾患の補償についての欧州最低基準
- 簡潔な法的手續
- 専門医療機関及び被害者団体に対するリンクを含んだ情報資料
- 被害者に対する包括的な医療援助
- 被害者支援に対する国の基金

※<http://www.efbww.org/default.asp?Issue=Asbestos%20Campaign&Language=EN>



パニック障害審査請求で認定 愛知●仕事で発症、その後躁うつ病と診断

Kさんの奥さんから初めて相談の電話があったのは、2009年の3月末日のこと。相談の内容は、「仕事でパニック障害を発症し、その後躁うつ病と診断された。症状が悪化し、作事中に倒れたので労災申請をしたが、2週間前に名古屋南労働基準監督署が労災申請を却下した。審査請求をしたいが、どうやれば逆転できるか」というものだった。

Kさんご夫妻は、名古屋南労基署から不支給になった説明がある程度は受けているようだったが、正確な理由を知ることが必要なので、まず愛知労働局に対して情報開示請求を行い、不支給になった正確な理由を確認することを勧めた。その後、Kさんご夫妻との面談を行ったところ、おふたりがさかんに口にしたのは、社長からのパワハラや長時間労働、そして名古屋南労基署に相談した際のあまりにも酷い対応についてだった。

Kさんご夫妻はご自身で、情報開示請求と審査請求（2009年4月8日付）を行い、6月中旬には情報開示がされた。Kさんご夫妻からの聞き取りと情報開示された復命書等の資料から、次のことがわかった。

Kさんは、車両引き揚げの代行

会社で、車両引き揚げ等の業務に従事していたが、2004年6月頃から社長が病気になり、入院を繰り返すようになったので、社長が行っていた取引先との折衝やオークション等の業務を兼任するようになった。Kさんは、2005年5月頃より胸が苦しいといった症状が出現するようになり、同年7月、会社の事務所で倒れて、救急車で病院に搬送された。同年8月には精神心療科を受診し、「パニック障害」と診断された。

業務繁忙のため、翌日からも出勤しながら通院加療をしていたが、社長の理解が得られず、やむを得ず治療を中断せざるを得なかった。2006年3月には、再び胸が苦しいと訴えて近所の医者へかかり、症状が悪化したので大学病院の精神科を受診したところ、「パニック障害」による通院加療を再開することになった。2007年4月には、「躁うつ病」と診断され、療養を継続していたが、2008年1月、症状がさらに悪化し、亜昏迷に近い状態となり、休業を開始した。

Kさんご夫妻は、2008年5月に仕事が原因で精神障害を発症したとして、名古屋南労基署に労災申請をしたが、2009年3月、名古屋南労基署は、Kさんの「パ

ニック障害」は業務上には該当しないとして、労災不支給の決定をした。不支給の主な理由は、社長は請求人に限らずどの社員に対しても、日常的に叱責を行っていたので厳しいものではなく、恒常的な長時間労働もなかったというものだった。

ここから、Kさんご夫妻との長い取り組みが始まった。最初に壁になったのは、恒常的な長時間労働の証明だった。名古屋南労基署は、Kさんの携わっていた車両引き揚げの業務には、貸金業法の規定があることを根拠に、Kさんの長時間にわたる深夜残業を一切認めていなかった。しかし、名古屋南労基署が認めたKさんの1日の就業時間は8時30分～21時で、平均して90時間の時間外労働も認められており、なかには100時間に達する月までであったことから、意見書を作成し、この部分を丁寧に主張した。

次に壁になったのは、社長からのパワハラだったが、これについては恒常的な長時間労働も含めて、元同僚の協力を得ることができた。労基署による調査段階でも元同僚に対して聞き取りを行っていたが、情報開示ではその部分は黒塗りされており、回答内容まではわからなかった。しかし、元同僚がその聴取書をコピーしていたことから、元同僚に対する聴取内容がまったく採用されていないことがわかったので、あらためて元同僚に聴き取りを行った。

また、これらの取り組みと同時

各地の便り

に、主治医にも協力を求め、こちらが考えていた以上に力強い意見書を書いていただくことや、当時の取引先の方の証言も得ることができた。その他にも、この間メンタルヘルス・ハラスメント対策局の活動に参加するなかで共有してきた経験を参考にしたり、資料を利用したりもした。そういった一つひとつの作業を積み重ねた結果、2010年7月14日付けで愛知労働者災害補償保険審査官により、「パニック障害」は業務上疾病に該当するとして、名古屋南労基署が行った労災不支給処分を取り消す旨の決定がなされた。

決定の具体的な内容について、労災申請時の判断と審査請求時の判断の違いを簡単にまとめたのが別表である。事実認定について、労災申請時と審査請求時とを比較すると、まったく正反対の判断がされている。これは審査請求にあたり、あらためて検討され直した結果だが、これだけ判断が異なるということを考えれば、労災申請時における名古屋南労基署の調査が適

切でなく、不十分だったが故に労災の不支給処分がなされた事を意味していることは明らかである。Kさんご夫妻がさかんに、労基署に相談した際のあまりにも酷い対応について口にしていたことは冒頭にも書いたが、調査においても一体どのような調査がされていたのか疑問である

現在愛知県での審査請求の状況は、正式な調査が開始されるまでに1年を要している。Kさんが労災申請をしたのが2008年5月のことで、不支給処分になったのが2009年3月、審査請求をしたのが同年4月で、今回の決定が2010年7月。労災申請から数えて2年以上の時間を要している。最初にKさんに症状が現われた2005年5月から数えると、今回の決定までに5年以上の時間が経過している（今回の決定がされたのは7月14日だが、くしくもKさんが最初に倒れて、病院に運ばれたのも7月14日だった）。

この間のKさんご夫妻の心労は、並大抵のものではなかった。名古屋南労基署は今回の決定を真摯に受け止め、その何分の

1でも汲み取っているだろうか。現在審査請求によって精神障害における労災不支給処分の取り消しがされるのは、その多くが自殺案件であり、自殺案件以外での労災不支給処分の取り消しは非常に稀である。

「ひっくり返りました!」と伝えたときのKさんの奥さんの声や、あとから聞いたそのときのKさんの様子は、いまでも忘れられない。相談や支援を行なうなかで、いつもおふたりで行動していたKさんご夫妻。今回の結果は、そんなふたりの絆があったからだと思わずにはいられない。

最後に、今回の決定をあらためて見直すと様々なことが浮かんでくる。Kさんは、2008年1月に症状が更に悪化し、亜昏迷に近い状態となったことで休業を開始したが、Kさんご夫妻は、この時点を労災の起点だと考えて労災申請した。しかし、名古屋南労基署段階の調査で起点とされたのは、2005年7月の時点である。

Kさんご夫妻は、もともとあった病気が悪化したので労災申請したが、現在の精神障害におけ

	労災申請時の判断	審査請求での判断
具体的な出来事	上司とのトラブルがあった	上司が不在になることにより、その代行を任された
心理的負荷の強度	「Ⅱ」を「Ⅰ」に下方修正	「Ⅰ」を「Ⅱ」に上方修正
社長の代行	1年以上前の事なので関係ない	責任が大きいものと容易に推測できる
裁量権の有無	あり	なし
会社の支援・協力	あり	なし
社長からの叱責	社長は、請求人に限らずどの社員に対しても、日常的に叱責を行っていたので、厳しいものではない	社長からは厳しい叱責がたびたび繰り返されていた
平均90時間の時間外労働	恒常的な長時間労働ではない	恒常的な長時間労働である

る労災の認定基準や運用では、増悪を一切認定しないという問題がある。今回のケースで忘れてはならないのは、Kさんには、「パニック障害」による療養の継続が必要だったにもかかわらず、社長がそれに理解を示さなかったことで、Kさんはやむを得ず療養を中断せざるを得なかったということである。

仮に今回のケースで、2005年7月の時点の発症が業務とは関係ないものだったとしても、社長のそのような酷い対応がKさんの症状を悪化させたとしたら、それは業務上と判断するべきではないだろうか。そのようなケースで労災認定されなかった人や、労災申請を断念した人が全国には大勢いるはずである。

逆に、今回の決定で最も評価できるのは、名古屋南労基署が

1年以上前のことなので精神障害の発症には関係ないとした出来事（社長の代行）が、今回の決定では責任が大きいものと容易に推測できると判断されたことである。現在の精神障害における労災の認定基準や運用では、精神障害の発症の前6か月間前後の間に起きた出来事しか評価しないという問題があるが、今回の決定で、1年以上継続していた出来事が適切に評価されたということは非常に意味のあることであり、他に及ぼす影響は計り知れないものがあると考えられる。これからの社会が、仕事で精神障害を発症した人が必要以上に苦しまなくてもいい社会になっていく、今回の決定がそのひとつのきっかけになればと強く思う。



名古屋労災職業病研究会

不正行為の内部告発後にうつ

兵庫●労働保険審査会で逆転認定

三菱重工神戸造船所に勤務する西村さん（以下、請求人とする）。大規模工事の現場を統括する「監理技術者」資格の不正取得を内部告発した後、仕事を取り上げられ体調を崩したとして、神戸西労働基準監督署に労災申請を行ったが不支給処分とされ、審査請求においても棄却。そのため、再審査請求を行っていたが、7月14日、労働

保険審査会は、不支給処分を取り消す裁決を行った。

請求人は、2004年4月に電気設計課に配置換えとなり、勤務するようになったのであるが、複数の社員が虚偽の実務経験証明書を国土交通省の外郭団体に提出して、監理技術者資格証を不正取得していたことが判明し、同年7月にコンプライアンス委員会に投書した。そのため、同

年10月の課内チームの統合に伴い、報復として請求人の担当業務は全くなくなってしまい、同じく10月頃から職場内で無視されるように感じるようになった。

その後、2005年1月初旬、眉毛の脱毛や頭痛等を自覚するようになり、同年2月22日に心療内科を受診したところ「脱毛症、うつ状態、自律神経失調症」との診断を受けた。

兵庫地方労災医員協議会精神障害等専門部会（以下、専門部会とする）は、請求人の労災申請に対して、2004年4月の人事異動後の同年10月に課内チームの統合が行われたことを、心理的負荷評価表に基づき「配置転換があった」（心理的負荷「II」）に該当すると判断した。

そのうえで、客観的に評価できるいじめやトラブルが確認されないとして心理的負荷を「I」に修正し、過大な責任や恒常的時間外労働の発生もなく、業務も補助業務から開始しており、「事業場の支援が講じられた」として、総合評価を「弱」とした。

審査会は、請求人が主張する、①2004年10月から担当業務がまったくなくなった、②2004年10月頃から職場内で無視されるように感じるようになった、③内部告発したことにより緊張感をもった、の3点について検討を行っている。

まず、①については、10月の人事異動により、請求人が本来業務に携わる余地がなくなったことを認め、心理的負荷評価表の「仕事の内容・仕事量の大きな

変化を生じさせる出来事があった」に該当するとして、心理的負荷は「Ⅱ」であると判断した。さらに、請求人の担当業務が、カタログ管理や安全用具管理など、請求人の専門分野とはかけ離れた雑務というべき補助的業務の担当にされ、他の社員が忙しくする中で仕事はほとんどない状態に置かれており、心理的負荷は「Ⅲ」に修正すべきと判断している。

次に、②については、具体的なエピソードがないため、客観的にみて、当該事実があったと認めることはできないと判断している。

最後の③については、請求人がコンプライアンス委員会に投書し、その後委員会側とメールをやり取りしていることが認められ、「上司とのトラブルがあった」を類推適用し、心理的負荷は「Ⅱ」と判断している。

そして、当該の出来事後の状況が継続する程度について検討が加えられ、「元々従事していた現場での業務がなくなり、自分の技能や知識を仕事で使うことが全く要求されなくなった」、「請求人が課長に何も仕事がないので現地工事の業務をさせてもらうよう申し出たにもかかわらず、会社はこれに何らの対応もせず」、「請求人に仕事はほとんどない状態を知りながらこれを改善しようとする積極的な動きを何ら取らなかった」として、「相当程度過重であった」と認めた。

そのうえで、「本件疾病発症前おおむね6か月間における業務に関連する出来事としては、心

理的負荷の強度Ⅲ及びⅡの二つの出来事が認められ、出来事の内容に対する会社側の支援が全くなかったことから、総合評価を「強」と判断したのであった。

業務に関連する出来事をどうとらえるかによって、総合評価が「弱」から、一転して「強」へと変わったのである。請求人は、配置転換そのものよりも、担当業務がなくなってしまったことが心理的負荷の原因になったと主張していたにもかかわらず、出来事を「配置転換があった」として評価したことが、原処分庁及び専門部会の誤りである。

たしかに配置転換はあったのであるが、そのことに伴う仕事の内容及び仕事量の変化を軽視した誤りである。しかも、「請求人が主張する出来事には、請求人の被害的ともいえる思い込み、とらわれ執着、こだわり等に関連している」と切り捨てており、この

対応はあまりにも酷い。

それに対して審査会は、不正行為を告発したことにより仕事を取り上げられた事実、そして、仕事がないことによる心理的負荷を正当に評価したのであった。請求人が監督署及び審査官の聞き取りに対して、一連の出来事に伴う苦労や苦痛を丁寧に話し込んだ内容が資料として残っているが、審査会の審理までこの資料が活かされなかったことが残念である。

請求人は、「内部告発後の会社の対応に問題があった点を認めてもらい、本当にうれしい」と話されていた。

それにしても、当たり前の主張が「思い込み」として切り捨てられ、審査会での審理を待たないと認められないというのも非常に残念なことである。



ひょうご労働安全衛生センター

中国人技能実習生の過労死

千葉●遺品のタイムカードが認定の決め手

事件の概要と弁護団の取組み

初めて相談の電話があったのは、2008年6月17日の夕方だった。

同年6月6日に亡くなった蔣曉東さんの遺族が、たまたま日本に留学していた親戚を通じて、指宿昭一弁護士に相談の電話をかけたのである。

相談の内容は、受入先の協同組合から、蔣さんは病気で亡くなったと説明を受けたが信用できない、蔣さんが生前に電話で、「週半日しか休めず、忙しい」「仕事の時間が長く、とても疲れる」と話していたので、過労死ではないか調べてほしいということだった。

蒋さんは、1976年9月6日に中国の江蘇省で生まれ、2005年12月10日に外国人研修生として妻と幼い娘らを残して来日し、茨城県潮来市内の、有限会社フジ電化工業で働いていた。2006年12月10日からは技能実習生となり、2008年6月6日に死亡した当時、まだ31歳の若さだった。

遺族の委任を受けた指宿弁護士が、警察やフジ電化工業と交渉した結果、2008年7月2日に蒋さんの解剖が行われ、蒋さんの死因が過労死の典型疾患である、急性心機能不全であることが明らかとなった。

また、フジ電化工業から遺族に引き渡された遺品のなかに、蒋さんが亡くなる前年の11月分のタイムカードが発見された。そのタイムカードからは、同月の蒋さんの総労働時間は約350時間、残業時間にして約180時間もの長時間労働をしていたことが明らかとなった。これらの事実は、いずれも蒋さんの過労死を裏付けるものであった。

これを受けて弁護士が結成され、蒋さんと同じ協同組合を通じて蒋さんと一緒に来日した他の技能実習生らからの聴き取りや、水戸地方裁判所麻生支部への申し立てを経て、2009年6月19日にフジ電化工業でのタイムカードや賃金台帳等の証拠保全を行った。

その結果、判明したのは、蒋さんが、1年目の研修生の期間から月に100時間程度の残業をしており、2年目以降の技能実習生の期間には月に150時間程度

の残業を続け、休みは月2日程度しかなかったという長時間労働の実態であった。加えて、フジ電化工業が、実際よりはるかに少ない残業時間を記載したタイムカードを作成して、違法な長時間労働の事実を隠蔽していること、残業が20時間を超えた場合には、最低賃金を下回る時給400円の残業代しか支払っていなかったこと等も判明した。

そこで、遺族は、2009年8月7日、鹿島労働基準監督署に対して、蒋さんの過労死について労災申請を行った。

そして、本年7月2日、鹿島労基署が蒋さんの過労死を認定する方針と報道されるに至った。外国人研修生・技能実習生の過労死が認定されるのは、全国で初めてである。また、同日、フジ電化工業及び同社の社長が、違法な長時間労働、残業代不払い、タイムカード等の不当破棄等の労基法違反により、水戸地方検察庁土浦支部に書類送検された。

労基署の過労死認定を受けて、蒋さんの妹は、「無邪気な表情で義理の姉に、『お父さんはいつ帰ってくるの』と聞く姪を見ると悲しくてたまりません」「母はつい最近脳癌で亡くなりました。母が若くして急死したことは、兄の死に大きなショックを受けたことと関係あるではないかという思いがしてしまいます」「私たち遺族は、兄の死が日本にいる研修生、あるいはこれから日本に行く研修生の一人でも救えることができれば、兄の死は無意味の

死ではないと信じたいです」。「日本政府による研修生制度の抜本的な見直しと研修生の労働環境の改善、人権の尊重は私たち遺族の切なる願いです」と話している。

日本で過酷な長時間労働をさせられ、残業を拒否することもできず、転職することも帰国することもできずに、31歳の若さで妻と6歳の長女を残したまま異国の地で亡くなった蒋さんに、深く哀悼の意を表する。

今後、弁護士は、蒋さんを過労死させた安全配慮義務違反を理由とする損害賠償請求訴訟を提起し、受入機関の責任を追及していく予定である。

研修生・実習生の過労死

財団法人国際研修協力機構（JITCO）の発表によれば、2008年度の研修生・技能実習生の死亡者数34名の内、脳心臓疾患によって亡くなった者は、蒋さんを含めて16名に及ぶ。研修生・技能実習生は、20代・30代の若くて健康な者が大半を占めていることを考えれば、同世代の日本人と比較しても、死亡原因の約半数が脳心臓疾患という結果は、異常に高い発生率である。

また、蒋さんの過労死認定報道直後の本年7月5日、JITCOは、2009年度の研修生・技能実習生の死亡者数を発表した。これによれば、死亡者数27名の内、脳心臓疾患によって亡くなった者は9名であった。いわゆるリーマン・ショック後の世界的な不景気の影響で、研修生・技能

実習生の労働時間も減少したためか、脳・心臓疾患死者数自体は前年に比べれば減少したが、それでも、死亡原因の約3分の1が脳心臓疾患という結果は、依然きわめて高い発生率と言わざるを得ない。

研修生・技能実習生の実態が低賃金労働者であり、その違法な長時間労働が入国管理局に数多く不正行為として認定されていること、脳心臓疾患が過労死の典型疾患であること、そして、今回まさに2008年度に脳心臓疾患で亡くなった16名の内の1名が過労死と認定されたことに照らせば、本件は、一部の不心得な受入機関による例外的な事件などではなく、まさに氷山の一角に過ぎないといえよう。

これまで過労死が認定されなかったのは、研修生・技能実習生が脳心臓疾患によって死亡したとしても、遺族には死因の正確な連絡も調査する方法もなく、受入機関等によって大部分が闇から闇に葬られてきたからに他ならない。現に、蒋さんのケースでも、たまたま蒋さんが、「仕事の時間が長く、とても疲れる。」等と訴えていたことから家族が過労死を疑い、たまたま遺族の親戚が日本に留学しており研修生問題に取り組む弁護士に出会い、たまたま蒋さんの遺品の中から長時間労働を裏付けるタイムカードが見つかったという多くの偶然が重なった結果、ようやく過労死認定に至ったのである。逆に言えば、これだけの偶然が重ならない限り、中国にいる遺族は、死

亡した研修生・技能実習生の真の死因にはたどりつけないというのが現状である。

蒋さんのケースでは、蒋さんが中国の送出機関に対し、中国での年収の約1年分に相当する保証金1万円を預けていたうえ、受入機関にパスポートを保管されていたことや、受入機関が蒋さんを金属プレス加工の研修・技能実習をすべく受入れたにもかかわらず、実際には、メッキ加工の業務にしか従事させなかったことも判明している。

これらの事実からは、受入機関の研修は名ばかりで、蒋さんは、低賃金労働者として受入機関に違法な長時間労働に従事させられ、送出機関の保証金没収等を恐れて、受入機関に逆ら

うこともできずに過労死にいたったという本件の経緯が浮き彫りとなる。

蒋さんの事件に限らず、研修・技能実習制度下では、研修生・技能実習生に対する実習実施機関による最低賃金法違反・賃金未払・長時間労働等の労働関係法違反や、パスポート・通帳の取上げ等の人権侵害行為が横行しているのである。

このような奴隷的労働と人権侵害の温床となっている、研修・技能実習制度について、国は、真摯な実態調査と制度廃止を含めた抜本的見直しを速やかに開始すべきである。



綱取孝治法律事務所
弁護士 高井信也

日系ブラジル人の騒音性難聴

群馬●「言葉の壁」無視した検査で不支給

日系ブラジル人労働者の新海三枝子さん(61歳)は、2004年9月から派遣労働者として、群馬県伊勢崎市内のS製作所でスポット溶接の仕事をはじめました。工場では、クボタの農業機械の部品などを製造しており、構内には大型のプレス機械が数台あり、たえず大きな騒音を発していた。新海さんは、派遣先の担当者に「耳栓」を頼んだが、「耳栓をすると話し声が聴こえないから、しなくていい」と言われ、支

給してもらえなかった。

工場での勤務は、午前8時から午後5時。毎日2時間以上の残業があり、繁忙期には土曜日に休日出勤し、1か月の時間外労働時間は約70時間になった。

2008年3月末、新海さんは突然、派遣元会社から解雇された。納得できなかった新海さんは、埼京ユニオン(嘉山将夫委員長)に相談し、会社と団体交渉を行うことにした。

新海さんの夫は、彼女の聴力

が低下していることに気づいて
いた。日常会話でも、耳の近く
で声を上げないと十分聴き取れ
ない。近くの耳鼻科医院を受診
したところ、仕事での騒音が原
因による「騒音性難聴」と診断
された。新海さんは組合の支援
を受け、2008年6月、太田労働
基準監督署に、騒音性難聴によ
る障害補償給付を請求した。

太田労働基準署は、新海さんに4
回の聴力検査（標準純音聴力
検査）を受けさせたが、1年以上
経っても決定を出そうとせず、
ふたたび前橋市内の専門医院
で、語音による聴力検査（標準
語音聴力検査）を受けるよう指
示した。この検査は、被検者
が機器が発する語音を聴き取
り、紙面に記入しなければなら

ない。日本語が十分理解でき
ない新海さんには、最初から無
理な検査であり、担当医も、「ポ
ルトガル語の機器がないので
正確な検査ができない」と労基
署に報告せざるをえなかった。

埼京ユニオンから支援要請
を受けた東京労働安全衛生セ
ンターは、新海夫妻と嘉山將夫
委員長ともに、2009年8月、太田

皆様、こんにちは、私は新海三枝子と申しま
す。今回の決定について、最終的に私の権利、
主張が認められたと非常に喜んでます。

しかしながら、ここまでの2年以上にもなる道
のりは、決して簡単なものではなく、苦勞、辛抱、
苦難そして忍耐の連続でした。

皆様もすでにご存じだとは思いますが、私の
両親は70年前移民としてブラジルへと渡った日
本人です。当時、遠い外国である移住地での
両親の苦勞、苦難こそ想像を絶するもので
あったと聞いておりますが、幸いおおらかで温
かく友好的なブラジル人たちに支えられ、交流
を深めながら私たち兄弟を育て、成功を成し
遂げた者の一例となりました。そして16年前、
今度は私が日系外国人就労者として家族と共
に父母の国である日本を訪れました。それか
ら正当な理由もなく派遣元E株式会社ではほぼ
3年前に解雇されるまでの間、様々な会社、工
場、現場で働き経験を積みましたが、どこも例外
無く労災補償、社会保険、雇用保険、有給休
暇、通勤手当等を与えられない不法勤務条件、
また、騒音、悪臭、予防具無し、空調施設無し
の明らかに健康を害する劣悪な労働環境、そ
の上発注が減れば解雇、増えれば何時間もの
残業、休日出勤といった、一労働者というよりも
企業の生産構造の調整弁の一つといった、只
の部品に過ぎない存在という扱いでした。

また、上記の悪条件の他に先輩、上司のい

じめ、パワーハラスメントといった外国人に対す
る差別問題あり、私自身も最期の職場となった
派遣先のS製作所でT某という女性上司に怒
鳴られたり、暴言を吐かれたり、汚い作業を命
じられたりといったいじめを受けたのもです。

以上、精神的、肉体的な障害を受けない方
がおかしいといった条件の中で疾患をもった私
の健康状態について、今回正当な判断、決定
がなされたわけですが、これもすべて私の正義
を信じて諦めない気持ちと、これまで支援し
て下さった埼京ユニオン、その他の支援団体、
嘉山様、協力を惜しまずともに戦ってくれた多く
の皆様方のおかげだと思っています。

なお、今回の件を基に全国の似たような労働
問題で悩んでいる同胞労働者たちにも、泣
き寝入りをせず、諦めず、自分の権利、主張を
求めて戦ってほしいと同時に、全国の派遣元
業者にも外国人労働者に対する差別、丸投
げ、ことなかれ主義、非人間的扱いといったこ
れまでの慣例をあらため、思いやり、共生、共
存を中心にした合法的、理想的な経営理念を
進めてほしいと思います。

私は今後も、E社との労働裁判という問題
を抱えています。勝訴を信じて頑張っていきたい
と思います。

今日は本当にありがとうございました。



2010年5月28日

群馬県庁の記者クラブにて新海三枝子

労基署に対する申し入れを行った。工場内の騒音環境、騒音曝露歴、純音聴力検査の結果から判断すれば騒音性難聴は明らかであり、早急に認定するよう要請した。

ところが、太田労基署が翌9月に出した決定は、障害等級非該当による不支給処分だった。その理由は、①工場の騒音が82.7デシベル(単位:db(A))であり、認定基準の85db(A)に達していない。②騒音曝露期間が5年に満たない。③機能性障害の可能性があるというもの。

私たちは埼京ユニオンとともに、審査請求に向けた取り組みを開始し、11月11日、北関東ユニオンネットワークの群馬総行動で群馬労働局との交渉を行い、日系ブラジル人に対する差別的な不当決定に対する再調査を要請するとともに、12月9日、太田労基署に対する抗議行動に取り組んだ。

審査請求では、①騒音性難聴の認定基準は「おおむね85db(A)」としており絶対値ではない。太田労基署が測定した構内は、請求人が就労していた当時の作業環境ではなく、スポット溶接作業をしながら測定したものでもない。②請求人の騒音曝露期間が3年4か月としても、請求人は毎日2時間残業し、繁忙期には休日出勤をしており、騒音曝露時間は相当程度長時間であった。③局協力医は、「騒音下就労歴であることにより、騒音性難聴の存在は否定できないが、検査結果を総合すると、機能性難聴

が加味されている疑いがある」とし、聴性定常反応検査(ASSR)を施行して聴力障害を判断することが望ましいと述べていた。そもそも鑑別診断が必要であれば、早期に専門的検査を大病院で受けさせるべきであった。日本語を十分理解できない請求人に、標準語音聴力検査を命じた挙げ句、検査不能のまま業務外としたのは、太田労基署の判断ミスと調査怠慢である、という意見書を群馬労災審査官に提出した。

新海さんは、群馬大学付属病院の耳鼻咽喉科でのASSR検査を受け、「両側感音性障害で騒音の作業環境から『騒音性難聴』の判断は妥当である」との意見書が出された。

群馬労災審査官は、2010年4月、原処分庁の障害補償給付不支給処分支給処分の取り消

しを決定し、「両耳の平均純音聴力レベルが40db以上であり、かつ、最高明瞭度が70%以下のものは、両耳の聴力が1メートル以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの」で、第10級の3の2と認定した。

たくさんの南米出身の日系労働者が、自動車や電機関連の製造場で働いている。騒音がひどい職場も多いと推測されるが、日系労働者のなかで騒音性難聴となり、労災認定されたのは新海さんが初めてではないかと思われる。

新海さんは現在、不当解雇や騒音性難聴の損害賠償裁判を前橋地裁に提訴し闘っている。今回の認定を勝ち取ったことで裁判闘争にも大きな弾み



になると思う。
東京労働安全衛生センター

また日系ペルー人頸肩腕障害

東京●佐川急便宅配集荷センター

日系ペルー人のPさんは、2007年11月頃から左肩の痛みを感じはじめていた。

Pさんは、頸肩腕障害、腰痛、頸椎症など、複数の人が作業関連の疾病を発症し、業務上認定を受けている江東区内の佐川急便の宅配集荷作業の現場で働いていた。年末年始、痛みは徐々に強くなり、兄弟から分けて

もらったペルーの痛み止めの薬を飲んで仕事を続けていたが、肩だけでなく左手指から左前腕にしびれが広がり、3月には肩が上からなくなってしまった。

仕方なく3か月ほど休職した後、夏に復職した。荷の仕分けは、左肩の負担の少ないラインに仕事を回してもらったものの、左をかばって右を使うので、間もな

く右にも痛みは広がった。8月、トラックからの荷下ろし作業中に、トラックにかけた板上を滑り落ちてきた荷が痛めている左肩とあばらに当たってしまい、半月ほど休業。医者には今の仕事は止めた方がと言われたが、子どもの学費などの支払いなど、経済的な事情で9月に仕事に戻った。

トラックの荷下ろしは外してもらったもの、その後も痛みのため仕事をしばしば休むことが多くなった。痛みと痺れは、左右の指先から前腕、上腕へと広がって、特に左腕を使う作業はかなり難しくなりました。

2009年4月、イグナチオ教会で開かれたカトリック東京国際センター（CTIC）、下町ユニオン、東京労働安全衛生センターの緊急相談会に、たまたま群馬に住む弟と参加していたPさんは、後

日、労災の後遺症に悩む弟とともに亀戸に相談にきた。

Pさんは、ひまわり診療所を受診し、頸肩腕障害と診断されたが、「できるだけ仕事を続けてくれ」と会社から言われているので、その後も治療だけは受けながら、仕事を無理して続けていた。6月、取り扱う荷の量が多くスピードも要求される集荷場に転属となり、9月、ついにこれ以上の痛みには耐えられないと休職した。

会社に労災請求に協力してくれるように頼みにいくたびに、「何を企んでいるんだ!」と2時間も3時間も責められた。Pさんは、「そんなに言うなら、一緒に先生に会いに行こう。病気のことを説明してくれるから」と言ったが、結局会社はPさんの言葉には応えず、労災に協力してくれなかった。

Pさんは、元々働き者で、ウォーキングやサイクリングが大好きだったが、それもあまりできなくなってしまう。

ここ数年の間に、同じ佐川の現場では作業関連筋骨格系の労災認定者が4名も出ている。いずれもセンターがサポートしており、Pさんの認定も明らかだった。

認定まで1年近くかかりその間、ずいぶん経済的に苦しい時期もあった。「もう故国に帰ってしまおうか」と思うこともしばしばあったようだが、今年6月、亀戸監督署が業務上疾病と認定。いまは、安心して鍼灸治療を受けるたび、金曜相談会の会場に顔を出しては、「バルーは美しくいいところだよ」と、故郷の自慢を楽しそうに話してくれている。

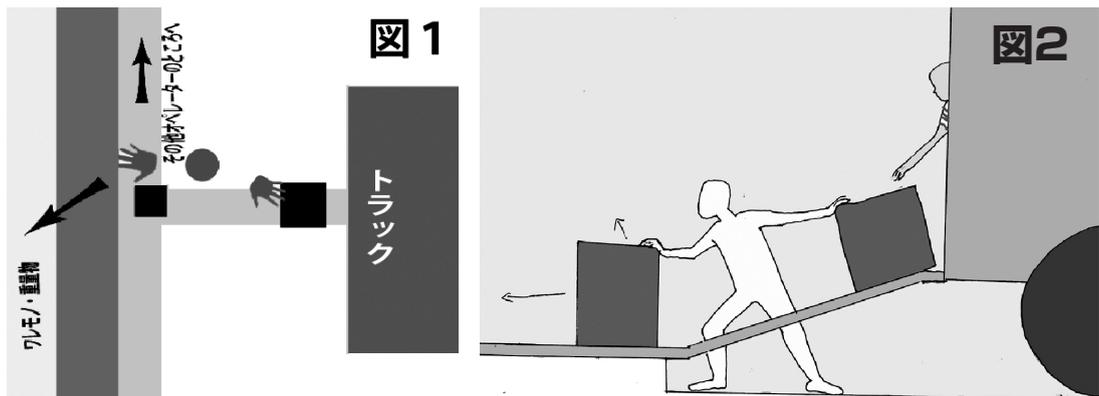


東京労働安全衛生センター

【Pさんが毎日数時間担当したトラック荷下ろし作業手順】

夕方7時に仕事場に行き、トラックの荷下ろしをする。

早い時間は小型のトラックが多いが、夜10時をすぎると長距離の12tクラスのトラックが翌日未明まで続々と入ってくる。荷下ろしは、7時から11時半あるいは12時くらいまで絶え間なく行う。その後は、1階の降ろし場で、朝まで荷の仕分けを行う。



【作業様態】

荷下ろしは、傾斜台を滑り落ちてくる荷を左手で押さえながらスピードを調整し、右手でワレモノ・重量物か、そうでない物とで、それぞれのコンベアのラインに押す(図1)。

左腕は荷を支えるので、脇から離し、上げて保持するため、肩への負担の大きい状態である。重い荷などは、勢い余って傾斜台を落ちてきてしまうので、肩や腕、あばらなどをぶつけることもある。(図2)

鉄道公社のアスベスト問題

韓国●労働市民団体が隠蔽批判・調査要求

■鉄道公社、600の駅舎の石綿実態調査まとめる/鉄道労組「職員が働く5千余の鉄道施設も調査せよ」

ソウルと首都圏の国有鉄道の駅舎数十か所余りで、発がん性物質の石綿が検出されたことが確認された。鉄道労組は、「600の鉄道駅舎だけでなく、鉄道労働者が利用する5千余りに達する鉄道施設に対する石綿実態調査も実施しなければならない」と要求した。

8月15日、鉄道労使によると、韓国鉄道公社（コレイル）が昨年12月、専門機関に依頼して首都圏広域電鉄（国鉄）の117の駅舎を対象に、環境有害物質実態調査を実施した結果、59%に当たる69駅で石綿が検出された。とくに古くなった1号線の95の駅では、半分以上を越える49駅で石綿が出てきた。富平駅では80か所を越える地点で石綿が検出された。

石綿が検出された場所は、乗り場の天井とキップ売場の前、便所、休憩室などと様々だった。石綿は繊維質の鉱物として、昔は建築材料や防火材・絶縁材などによく使われた。石綿の粉じんを呼吸して吸い込むと、長い潜伏期を経て肺がんなどを誘発

することが明らかになり、世界保健機構（WHO）が石綿を1級発がん物質と指定した。現在40か国余りで使用を禁止している。わが国は、石綿の有害性が知られ始めた1997年から順次使用を制限し始め、昨年に石綿資材の使用を全面禁止した。

公社は昨年、石綿管理対策に17億ウォンの予算を確保し、日産・果川線の15駅舎と盆唐線の15駅舎で石綿解体作業を始めている。また、京釜線を中心にした594駅舎に対する石綿実態調査も、今年中に終える計画を立てている。

一方、鉄道労組は、「駅舎だけでなく、鉄道の労働者が仕事をしたり休憩する5千か所余りの鉄道施設にも石綿含有資材が使われている」として「公社はこれらに対する調査計画を立てていないのが実情」と批判した。労組は、今回石綿が検出された駅舎に対する対策作りと共に、職員の勤務場所の石綿管理対策を公社側に要求した。

2010.8.16 毎日労働ニュース

■共同声明/「首都圏電車区から石綿検出、分かって隠蔽」と批判

労働市民団体が8月16日、「韓

国鉄道公社（コレイル）は首都圏の電車区駅舎117か所のうち、59%（69か所）で石綿が検出された事実を把握したが、公開もしなかった」と批判を始めた。公社が発表した石綿実態調査によると、数百万人の鉄道を利用する市民が1級発がん物質である石綿に曝露し、公社はこれに手を拱いた。

韓国労総・鉄道労組・韓国石綿追放ネットワーク・環境保健市民センターは、「今回石綿問題が確認された駅舎は、首都圏の広域電車網のうち地下駅を除いた117の地上駅舎で、コレイルが管理・運営を行ってきた」。「報告書によれば1105か所（21%）で白石綿が2～15%の濃度で検出された」と明らかにした。

これらは、「2千万人以上の首都圏の市民が使う広域電車網の半分以上を越える駅舎で石綿が検出されたのに、これを公開せず、迅速な安全措置も取ろうとしないコレイルの安全不感症は、非難を受けて当然だ」とし、「調査結果を直ちに公開し、各該当駅舎に注意警告を出すように」要求した。

さらに、「乗り場と待合室など、市民が直接使う空間と、駅事務所と事務室など職員が使う空間に、緊急の石綿飛散防止措置が必要だ」とし、「また、精密な補完調査を実施し、駅舎ごとに石綿地図を作成・公開し、市民の生命を脅かす首都圏の電車区の石綿問題の解決を急がなければならない」とした。

2010.8.17 毎日労働ニュース

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

URL: <http://www.joshrc.org/> <http://www.joshrc.org/~open/>

- | | |
|--|--|
| 東京 ● NPO法人 東京労働安全衛生センター | E-mail center@toshc.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 三多摩医療生協会館内 | 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 |
| 群馬 ● ぐんま労働安全衛生センター | E-mail qm3c-sry@asahi-net.or.jp |
| 〒370-0846 高崎市下和田町5-2-14 | TEL (027)322-4545 / FAX (027)322-4540 |
| 新潟 ● 財団法人 新潟県安全衛生センター | E-mail KFR00474@nifty.com |
| 〒950-2026 新潟市西区小針南台3-16 | TEL (025)265-5446 / FAX (025)265-5446 |
| 静岡 ● 清水地域勤労者協議会 | |
| 〒424-0812 静岡市清水小芝町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 |
| 三重 ● みえ労災職業病センター | E-mail QYY02435@nifty.ne.jp |
| 〒514-0003 津市桜橋3丁目444番地 日新ビル | TEL (059)228-7977 / FAX (059)225-4402 |
| 京都 ● 京都労働安全衛生連絡会議 | E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp |
| 〒601-8015 京都市南区東九条御霊町64-1 アンビュス梅垣ビル1F | 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 大阪市中央区区内本町1-2-13 ばんらいビル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 a4p8bv@bma.biglobe.ne.jp |
| 〒660-0802 尼崎市長洲中通1-7-6 | TEL (06)4950-6653 / FAX (06)4950-6653 |
| 兵庫 ● 関西労災職業病研究会 | |
| 〒660-0803 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協気付 | 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 hyogounion@rouge.plala.or.jp |
| 〒650-0026 神戸市中央区古湊通1-1-17 西浦ビル2階 | TEL (078)382-2118 / FAX (078)382-2124 |
| 広島 ● 広島労働安全衛生センター | E-mail hirosshima-raec@leaf.ocn.ne.jp |
| 〒732-0825 広島市南区金屋町8-20 カナヤビル201号 | TEL (082)264-4110 / FAX (082)264-4123 |
| 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 npo_eoshc@yahoo.co.jp |
| 〒793-0051 西条市安知生138-5 | TEL (0897)47-0307 / FAX (0897)47-0307 |
| 高知 ● 財団法人 高知県労働安全衛生センター | |
| 〒780-0011 高知市薊野北町3-2-28 | TEL (088)845-3953 / FAX (088)845-3953 |
| 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 秋津レクタウンクリニック | 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 | E-mail OITAOSHC@elf.coara.or.jp |
| 〒870-1133 大分市宮崎953-1(大分協和病院3階) | TEL (097)567-5177 / FAX (097)503-9833 |
| 宮崎 ● 旧松尾鉾山被害者の会 | 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 |
| 沖縄 ● 沖縄労働安全衛生センター | |
| 〒900-0036 那覇市西3-8-14 | TEL (098)866-8906 / FAX (098)866-8955 |
| 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 |

