

安全センター情報2015年8月号 通巻第429号  
2015年7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



2015 **8**

# 安全センター情報



特集● ストレスチェック指針・実施マニュアル

写真：許すな雇用破壊！5.14 ACTION

全国労働安全衛生センター連絡会議(略称:全国安全センター)は、各地の地域安全(労災職業病センター)を母体とした、働く者の安全と健康のための全国ネットワークとして、1990年5月12日に設立されました。

①最新情報満載の月刊誌「安全センター情報」を発行しているほか、②労働災害・職業病等の被災者やその家族からの相談に対応、③安全・健康な職場づくりのための現場の取り組みの支援、④学習会やトレーニングの開催や講師の派遣等、⑤働く者の立場にたった調査・研究・提言、⑥関係諸分野の専門家等のネットワーキング、⑦草の根国際交流の促進、などさまざまな取り組みを行っています。いつでもお気軽にご相談、お問い合わせください。

「労災職業病なんでも相談専用のフリーダイヤル:0210-631202」は、全国どこからでも無料で、最寄りの地域センターにつながります。

「情報公開推進局ウェブサイト:<http://www.joshrc.org/~open/>」

では、ここでしか見られない情報を掲載しているほか、情報公開の取り組みのサポートも行っています。

# セン

# 安全 センター 情報

## ◎ 「安全センター情報」をご購読してください

月刊誌「安全センター情報」は、運動・行政・研究など各分野の最新情報の提供、動向の解説、問題提起や全国各地・世界の状況など、他では得られない情報を掲載しています。

例えば、2014年度の特集のタイトルと特徴的な記事をあげてみれば、以下のとおりです。

- 2014年 4月号 特集/労働安全衛生法令の改正提案 欧州の職業病システム
- 5月号 特集/原発被ばく労働問題 労働安全衛生法改正案国会提出
- 6月号 総特集/学校アスベスト イギリス:学校アスベストをめぐる新展開
- 7月号 特集/全国安全センターの厚生労働省交渉 石綿健診事業化に向けモデル事業
- 8月号 特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災補償 外国人技能実習制度問題
- 9月号 特集/日本の労働安全衛生 最新労災職業病統計・行政通達一覧
- 10月号 特集/せき髄損傷の労災補償 欧州:女性の労働安全衛生:新たなリスクと傾向
- 11月号 特集/石綿疾患患者と家族の会10周年 堺市麻袋再生業石綿環境被害
- 12月号 特集/胆管がん、略式起訴・和解合意 泉南アスベスト国賠訴訟最高裁判決
- 2015年1・2月号 特集/過労死等防止対策推進法施行 石綿健康被害補償・救済状況の検証
- 3月号 特集/アジアのアスベスト禁止 2014 欧州:労災職業病の費用の推計

●購読会費(年間購読料):10,000円(年度単位(4月から翌年3月)、複数部数割引あり)

●読者になっていただけそうな個人・団体をご紹介下さい。見本誌をお届けします。

## ◎ 賛助会員になって活動を支えて下さい

全国安全センターの財政は、賛助会費と購読会費(購読料)、カンパで成り立っています。賛助会員には、私たちの活動の趣旨に賛同していただける個人・団体はどなたでもなることができ、賛助会費は年度単位で1口10,000円、1口以上何口でも結構です。賛助会員には、月刊誌「安全センター情報」をお届けしますので、あらためて購読会費を支払う必要はありません。

購読会費・賛助会費のお申し込みは、電話(03-3636-3882)・FAX(03-3636-3881)・Eメール(joshrc@jca.apc.org)で、氏名、送付先をご連絡のうえ、中央労働金庫亀戸支店(普)7535803、または、郵便払込口座00150-9-545940—名義はいずれも「全国安全センター」—にお振り込みください。

**特集 / ストレスチェック指針・実施マニュアル**

# ストレスチェック義務化を 活用して働きやすい職場を

検討会議事録から見えてくる論点と課題

神奈川県労災職業病センター 川本浩之 2

事業者が講ずべき措置に関する指針	16
ストレスチェック制度実施マニュアル	16

# 精神障害は過去最高を更新 脳・心臓疾患は連続して減少

過労死等防止対策推進法を受けたデータ充実に期待 41

**ドキュメント**

# アスベスト禁止をめぐる世界の動き

コレギウムラマツイーニの新たな石綿声明 56

**各地の便り/世界から**

兵庫●保育士の精神障害が一部公務災害認定	60
厚労省●最高裁判決を踏まえマタハラ防止対策	61
厚労省●パワハラ対策導入マニュアルを作成	63
兵庫●夜間時間帯にいじめ・パワハラ相談実施	64
大阪●過労死防止対策で産衛が地域交流集会	64
韓国●「感情労働による精神疾患」労災認定増	65

# ストレスチェック義務化を 活用して働きやすい職場を 検討会議事録から見えてくる論点と課題

川本浩之

神奈川労災職業病センター

2014年6月の労働安全衛生法改正を受けて、ストレスチェック制度を義務化するにあたって、厚生労働省は、同年夏から、「ストレスチェック項目等に関する専門検討会」、「ストレスチェックと面接指導の実施方法等に関する検討会」、「ストレスチェック制度に関わる情報管理及び不利益扱い等に関する検討会」、計3つの検討会を開催し、12月に合同の検討会を開いて「労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度に関する検討会報告書」（以下「報告書」という-2015年1・2月号参照）をまとめた。それらの検討会の議事録や資料が、今年の3月に、ようやくすべて公開された。そこでは、報告に至るまでの経過、議論が非常に興味深い内容を含む（なお、実際には議事録をすべての参加者に確認して、修正、構成している。誤解を招く表現や、言い間違いなどは修正されることになる。そのわりには誤植が目立つ）。

厚生労働省は今年4月に、省令、告示、「心理的な負担の程度を把握するための検査及び面接指導の実施並びに面接指導結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」（以下「指針」という）を、5月には、「ストレスチェック制度関係Q&A」と

「労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル」（以下「実施マニュアル」または「マニュアル」という）を作成し発表した。ここでは、必要に応じてそれらも紹介しながら、主に検討会での委員らの発言を紹介、解説するかたちで、職場での取り組みへの示唆としたい。

ちなみに実施マニュアルは、法的義務も努力義務も好事例も併せて実務的に詳細に解説している。このとおり実施できる会社が、一体どれくらいあるのだろうかと思うくらいにきちんと書かれてある。印象としては、心の病気で休業を余儀なくされた労働者の職場復帰の手引きと同じように、あまりにも「出来過ぎている」。ストレスチェック制度を会社に悪用させないために、労働組合関係者は、ぜひ有効に活用すべきである。ただし、きわめて膨大で複雑である。なぜこのような制度になったのかは、上記検討会の議論をたどると非常に理解しやすい。

## 1. ストレスチェック制度を、労働者を、「会社」がどう考えているか

「ストレスチェック制度に関わる情報管理及び不

利益扱い等に関する検討会」の第1回検討会で、ある委員は次のように述べた。

「今回私は使用者側の代表として参加しており、その点をまずお見知りおきいただければと思います」(増田将史・イオン(株)グループ人事部イオングループ総括産業医)。

同第3回検討会で、増田氏は、報告書案の「労働者にとって不利益な扱い」という表現に異論を唱えた。会社には、産業医に会いたくない、健康診断も受けたくないという労働者もいるのだから、受診勧奨までもが不利益な扱いだと拡大解釈されかねないなどと、「労働者にとって」という表現を削除するように意見を述べた。それに対して、連合の委員はもとより、他の委員も座長も、これでいいのではないかと言ったが、それでも「せつかくこちらは一生懸命やろうとしているにもかかわらず、逆手にとられることにつながりかねない」と食い下がる。

それに対して、ある委員が以下のとおり述べた。

○岡田邦夫委員(プール学院大学教育学部教育学科教授・元大阪ガスの産業医) それは、職場の環境の問題ではないのでしょうか。喜んで受ける、受けないというのは、職場の環境がどのように醸成されているかが一番問題で、受けたくないという環境であったら、もともとストレスチェックはする必要がない。もともとそこにストレスがあるわけですから、受けたくないというストレスが既に存在しているわけで、その職場の環境をまず醸成するところから、一次予防対策をすべきであって。

○増田委員 そのとおりですが、既に法改正でストレスチェックをやらなければいけないということになっていますから。

○岡田委員 だから、それは嘘を書くわけでしょ、結局は。受けたくない環境で受けざるを得ないということは、皆虚偽の申告をするわけで、それこそ投資の効果がまったくないわけですね。ですから、皆さんが喜んでということは、職場の環境が改善できるようなストレスチェックの回答をもらうように事業主が働きかけないといけないわけで、そうしない限りは職場の環境改善は図れない

いわけですから。いま先生がおっしゃったように、もし、健康診断を受けないとか、ストレスチェックを受けないとか、高ストレスであっても事業者に申告しないというような職場風土というのは、おそらくもう既に何か問題があるわけで、そこから管理職の研修などを始めて、改善していくことに意味があるように思うのです。もし、そういう方々がたくさんいらっしゃる場合は。

ですから、そこを問題点として、ストレスチェックがきちんと受けられるような職場環境を作っていく。これは、かなり時間はかかるのですが、それを積み上げていって、結果としていいストレスチェックの結果が出て、職場環境がより改善されるように結び付けていくというのが本来の、理想論ではありますが、ここへもっていかないと、まったく企業として、多額のお金をかけてストレスチェックをする意味がないと思うのですが、いかがですか。

○増田委員 先ほど申し上げたのは、普段、産業保健の現場にいる者が感じる観点です。いま、理想論とおっしゃられましたが、理想論まで持ち出されたら、ちょっとそれ以上反論のしようがありません。

この議論を紹介したのは、増田委員を批判するためではない。ある意味で、彼は発言のとおり、会社の素直な気持ちを代弁しているに過ぎない。労働者によっては、職場改善はおろか自分の健康すら気に留めない、なぜ使用者ばかりが義務を課せられるのか。こうした実態論に対して、岡田委員は、理路整然と自らの理想論をぶつけた。私たちが求められるのは、労働者や会社にだけ責任転嫁するのではなく、岡田委員が述べたような、少しでも働きやすい職場づくりをしていこうという「志」なのではないだろうか。

## 2. やはり職場改善を義務化しないのはおかしい

ストレスチェックの後の面接指導だけが義務化されて、集団的分析や職場改善が努力義務にとどまったことは、どう考えても理解しがたい。この点は、

「ストレスチェックと面接指導の実施方法等に関する検討会」で、相当の議論がなされた。

第2回検討会で厚生労働省産業保健支援室長は、「集団的分析については、必要だということでは、皆さん同意をいただいていると思っております。この集団的分析について、分析を実施し、これを活用した職場環境改善を行うように努めなければならないとしてはどうかと。努力義務というかたちにしてはどうかという御提案です」。これに対して、反対の意見が以下のとおり、多数出された。

- 羽鳥裕委員(日本医師会常務理事) ある集団でストレスチェックを受けられた方が、先ほどの全衛連[全国労働衛生団体連合会]の言葉で言えば、ほとんど不同意だった場合、これはどうやって解析するのか。集団的な分析が本来的には必要な組織が、上司からのチェックを恐れるあまりに皆が不同意となった場合など、職場の環境があまりに悪くて、何か書いたら大変なことを言われてしまうとせば、皆が不同意になってしまうだろう。逆に、働いている人たちが、あの上司を何とか辞めさせようと思えば、同意して、とんでもないことにチェックしてくるのではないかという気もします。難しいこととは思いますが、一定のルールが必要ではないかという気もします。
- 中村純委員(日本精神神経学会理事) 法の主旨を考えますと、やはり、集団的な評価というのは、絶対必要だろうと思います。
- 渡辺洋一郎委員(日本精神神経科診療所協会会長) 確認のための質問です。ここのいまの努力義務としたらどうかというのは、職場分析をすることから努力義務にするという意味ですか。それとも、職場分析は出すのだけれども、その後の職場環境改善を努力義務ということにするのか。
- 産業保健支援室長 これについては、分析から努力義務としてはどうかと考えております。
- 渡辺委員 では、会社にとっては、自分のところの会社がリスクがどのくらいあるかが分からないということですね。
- 産業保健支援室長 集団分析をしない場合で

すか。

- 渡辺委員 しないわけです。集団分析をしなければ、企業には何の返事も来ないわけです。個人にだけ行って、企業に何か返事は何も来ないということですよ。
- 産業保健支援室長 努力義務なので、しないところはあろうと。
- 渡辺委員 そういふことは、うちの健康リスクとか、そういふことを知りたくないという会社は、もうしないと。
- 中村委員 そういふようにすれば、この法律が一次予防と強調されている意味が、相当後退するのではないですか。
- 産業保健支援室長 先日の検討会の中で、義務付けについては、非常に否定的な御意見があったことを踏まえて、こういう記述にしているのですが、義務付けすべきということであれば、それはそれで、そういった最終的な報告にはなろうかと思えます。そのあたりは、論点として出しておりますので、議論していただければと思います。
- 千頭洋一委員(UAゼンセン神奈川県支部常任) 労働側としては、集団的分析を義務付けしていただきたいです。また、職場環境改善も、義務付けをしていただきたいです。
- 廣尚典委員(産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学教授・20年間日本鋼管で産業医) 職場環境改善を義務化する場合には、義務化することについて、総論で異論はないのですが、その場合には、必ずこのストレスチェックの結果だけではなくて、ほかの情報も併せて、総合的な判断の下に改善を行うことというかたちに、是非していただきたいと思えます。そうしないと、これは、全員のストレスチェックの結果のデータが得られるわけではないので、偏った情報の下に、職場改善を行わなければならないということになると問題です。ほかの情報も併せて、改善を行うとしていただきたいと思えます。
- 岩崎委員(産業医科大学作業関連疾患予防学講座非常勤助教) 集団的分析のところは、議論が大変難しいと思っております。私は努力義務で最初の段階ではいいのではないかと思って

おります。といいますのは、先行企業のような専属産業医のいるところでは、義務で全然大丈夫かと思うのです。何回か出ておりますが、今回法制化ということで、50人以上、すべて全国ということになりますと、やはり、嘱託の産業医の先生方からは、どうやると、まさに中村先生が御心配されたような意見も多数いただいております。それは、来年厚生労働省からマニュアル作りとか、研修会を全国的にやるというスケジュール感があったと思いますが、その中でいま出たようなことが提示されると思います。私としては努力義務で、ただ分析をしたら、当然改善の努力という部分もセットでは思うのですが、一足飛びにやるのは、これは職場環境改善の意義が少ないという意味ではありません。現実との兼ね合いで、そのほうがステップとしては、よろしいのではないかという意見です。

- 渡辺委員 その場合の努力義務は、分析自体も努力義務ですか。分析だけはして、その後の職場環境改善に関しては、努力義務でもないのですか。
- 岩崎委員 そういう意見もあるかと思えます。何となく、イメージとしては、職場環境の分析をして、その後の努力義務としないのであると、健康診断でいえば、健康診断だけ受けて、事後措置をやっていないみたいなイメージがあります。そこは、セットのほうがいいという意見です。
- 労働衛生課長 この点は前回もいろいろな御意見がありましたし、今回も分析と改善とセットなのか、別でよいのかなどの意見がありました。また、努力義務だとやらなくてもいいというメッセージになるのでは必ずしもなくて、規定の重みづけによって、いろいろなバリエーションがあります。さらに整理をさせていただきたいと思えます。

第3回検討会で、千頭氏は、「分析」と「それを活用した職場改善」の両方の義務化を強く主張。羽島氏も、両方義務化に賛成。岩崎氏は、分析は義務化、「職場改善」は努力義務を主張した。

一方で、下光輝一氏（東京医科大学医学部公衆衛生学名誉教授）は、片方を努力義務では中途

半端なのでという理由で、両方努力義務。

相澤好治座長（北里大学名誉教授）から発言を求められた渡辺委員は、以下のとおり述べた。

いまの現実から見ると、きわめて難しいということがよくわかるのです。

ただ、この法律の附帯決議に衆議院も参議院も両方も職場環境の改善を図る仕組みをつくることというのが入っているのですね。ある意味、すごい法律ができてしまったということなのです。現実からかなり離れたものができてしまったと。それができてしまったら、それをやる覚悟でやらなければいけないのではないかなというところがあると思います。確かに、難しいというのはわかるのですが、少なくともこの集団的分析自体は、やはりやるべきだろうと思います。確かに、人数の少ないところ云々ということ想定すると、ちょっと難しいというのはわかるのですが、逆にいわゆるブラック企業を頭に置きますと、むしろ、そういうところには必ずこれをやって、こういう結果ですよというのをやはり伝えるべきだろうと思います。

したがって、私は少なくともこの集団的分析の実施というのは、義務化にすべきではないかなと思います。そして、その職場環境改善の取り組みということに関しては、これは本来、最終的にはやはり義務化すべきなのですが、いま、実はそれだけのことができるマンパワーもスキルも、残念ながらまだまだおくられている現状があると思うので、義務化を目指してとりあえず努力義務とする。要するに2番ぐらいしかしようがないのかなと、いまのところ思っております。

最終的にはこの法律ができた以上は、両方も義務化でないと整合性がとれないと思います。

非常にわかりやすく、精神科医としての高邁な姿勢が感じられる。この後も議論が続くが、中村純氏（日本精神神経学会理事）は、努力義務にすると企業は何もしないのではないかと危惧する意見を述べたりした。羽島氏も、受動喫煙の件を持ち出して、同様の危惧を述べて、将来は義務化すると明記してほしいと述べた。

ところが、第4回の報告書案で厚生労働省事務局は、両方とも努力義務とする原案を提示。前回出席していない川上委員（東京大学大学院精神保健学分野教授）が、それでいいと発言。これに対して、千頭委員が、両方の義務化を再度主張した。事務局の産業保健支援室長が、普及が第一で、努力義務でも進んでいるものもあるなどいろいろと述べた。さらに、前回唯一両方努力義務を主張した岩崎委員も、賛成意見を述べる。すると、渡辺、中村両委員も、とりあえず賛成と言い出す。千頭委員も、それ以上何も言えない。

ちなみに最後の第5回検討会（合同）では、増田委員が「奮闘」して、集団的分析の努力義務自体にかみつく。「手法が確立・周知されている状況とは言い難い」のに、あたかも因果関係があるかのように努力義務が生じるというのは、違和感がある。さらに、「コストに見合った確実な成果が得られるのか」「法律の条文に書かれていないのに」などという主張。逐一反論される。

### 3. 高ストレス者の具体的基準は 労使合意で決めるべきだ

第2回「ストレスチェックと面接指導の実施方法等に関する検討会」で渡辺委員が、「非常に重要なのは、高リスク者でありながら手を上げなかった人というのは、一番大事だということ。こういう人たちに対する対応をきちんと決めることが非常に重要だと思います」と述べる。同じ第2回検討会のヒアリングで参加した公益社団法人全国労働衛生団体連合会は、高リスクという結果が出ながら受診がない場合の企業の安全配慮義務について質問されて、「企業として取り得る道は、やはり職場環境の改善なのではないかと思います」と答えた。

第5回検討会（合同）でもいろいろ議論となり、「心身のストレス反応」だけではなく、「仕事のストレス要因」や「周囲のサポート」まで判断基準となっている中で、面接指導の対象となる、高ストレス者の選定基準をどのように定めるかは、非常に難しく、経験も乏しいことがわかった。結論として、検討会の報告書では、「国が示すことが適当」、「国の示

す基準を参考としつつ、各企業が科学的な根拠に基づいて基準を定めることが適当」とされた。一部の委員も参加して、「実施マニュアル」を作成中ということで議論は深まらず、非常に不透明なままであった。

この点について、4月に発表された「心理的な負担の程度を把握するための検査及び面接指導の実施並びに面接指導の結果に基づき事業者が講ずべき指針」において、「実施者の意見及び衛生委員会等での調査審議を踏まえて、事業者が決定するものとする」となった。これでは、面接指導やその後の措置など適切に行う気がない事業者が、選定基準を高くすれば対象者が少なくなり、逆に低くしてしまうと多数の労働者が対象になってしまい、対応ができなくなってしまうかねない。職場によって状況などが異なるとはいえ、労働安全衛生法上の義務なのだから、残業時間規制の36協定のように労使の合意の上で基準を定めるべきである。

5月7日、上記の実施マニュアルが発表された。本文121頁、資料をあわせると171頁にのぼる膨大なものである。作成委員は検討会とはほぼ同じ人たちであり、12月～2月まで4回の作成委員会が開催されたそうだ。その議論はまったく公開されていない。こちらこそもっと公開して議論されるべきであり、何らの批判も受け付けられない非民主的かつ非科学的なやり方である。ちなみに、高ストレス者の具体的基準については、一定の基準をいくつか例示しつつ、やはり、「各企業において適切な基準を定めてください」とある。

ともかくにも、第5回検討会（合同）での有意義な議論を紹介しながら、若干のコメントを加える。

○下光委員（東京医科大学医学部公衆衛生学名誉教授） 少し意見を述べたいと思います。9頁の一番上の所で、「面接指導の対象となる高ストレス者を選定するための方法」というところの記述があります。まず、「高ストレス者を選定するための方法としては、最もリスクの高い者として『心身のストレス反応』に関する項目の評価点の合計点が高い者を選定することが適当。これに加えて、『心身のストレス反応』に関する項目の評

評価点の合計が一定以上であり、かつ、『仕事のストレス要因』及び『周囲のサポート』に関する項目の評価点の合計が著しく高い者についても選定することが適当」という記載がありますが、この後半部分について、できれば削除、あるいは難しい場合には、この最後の「適当」という文言を、例えば「望ましい」等に変更していただきたいということです。

ストレスチェック時の心身のストレス反応と職場環境に関連する項目の両方を使用してストレスチェック後の産業医面談への勧奨、候補者として抽出する方法については、いくつかの疑問点がありますということです。

1つは、「職業性ストレス簡易調査票」の57項目のこれまでの使用方法として、個人に対するアプローチとして、まず「心身のストレス反応」、とくに心理的なストレス反応の結果を中心として面談が実施され、そして、職場環境に対する対応は「仕事のストレス判定図」として、これは集団で集計した結果を用いて行われていました。ストレス反応と職場環境の組合せで面談勧奨者を選定する方法は、まだ具体的な施行例がないということ。すなわち、一度も試行トライされていないということが、ひとつ問題です。

数日前に実施マニュアルについて検討会が開かれましたが、提案があった面談勧奨者選定のためのカットポイントの決定法については、心身のストレス反応の29項目と職場環境28項目のそれぞれの総合点を算出し、その分布から上位の者を抽出するというきわめて粗い方法であります。この方法では各尺度の特性が考慮されずに、本来の「職業性ストレス簡易調査票」の特徴の利点が失われてしまう可能性がある。とくに「心身のストレス反応」については、抑うつ、不安、疲労などの心理的なストレス反応と、めまい、肩こり、動悸などの身体主訴、これをひとまとめにして総合得点を出しているということも、大変大きな問題です。そのことによって、抑うつ、不安などの識別性の高い尺度得点が、総合点の中に埋没してしまうおそれがあるというようなこともあります。

2点目は、5番目として、職場環境、特に周囲のサ

ポート、上司や同僚のサポートの項目を加えて面接対象者を選定するという点については、本来、心理的負担の強い労働者の一部が除かれてしまうということ。その代わりに、いわゆるクレイマーとかパーソナリティに問題があるような人たちが含まれてしまう可能性があるということもあって、その結果、現場の産業医の先生方に過大な負担が生じるということが危惧されるようなことがあります。

このような問題がある中で、この方法を国の推奨方法として提示することについては、非常に難があるというように考えております。法に基づいたストレスチェックの方法を検討するに当たっては、既に職場でよく使用され、その効果が評価されているものであって、かつ、その方法について十分に吟味された、そういうものでなければならぬというように思います。これまで一度も使用されていないような方法を、国の指針、あるいは推奨方法として公表することについては、混乱を招く可能性があり、危険であるというようにも考えます。委員会としても、やはり責任を取らなければいけないということも出てくるわけで、これについては、皆さんに考えていただきたいと思います。

ストレスチェック制度を始めるに当たっては、先行企業の手足を縛ることのないよう、また、事業場にある程度の裁量の自由を持たせるということも必要ではないかと思っております。

上記のとおり、下光委員は、あくまでも研究者、医師の立場から高ストレス者の選定方法を国が示すことに疑問を呈している。実施マニュアルは、厚生労働省が「総合健康推進財団」なる組織に委託して作らせたかたちをとっているが、実施手順を「例示」しているものであり、なによりもそれに至る議論はまったく秘密裏である。いわば法違反の基準を企業任せにしているようなもので、まったく納得できないし、ストレスチェック制度が悪用される恐れはますます強まったといえよう。下光委員の問題提起を受けた相澤座長は、なんとか行政的にまとめようと事務局に発言をふろうとするが、下光委員は議論が十分ではなかったと納得せず、他の委員にも発

言を求める。

- 相澤座長（北里大学名誉教授） 先生もお入りになった専門委員会等でずっと議論されて、一応、産業医にストレス要因と反応とサポート、これを項目として、ストレスチェック評価の中に入れるということは、議論がされて認められてきたことだと思いますが、その評価をするかということについて、先生の御疑問もあるわけですが、全体の流れとしては、一応、そういった議論になってきたと思いますけれども、事務局で何かありますか。
- 下光委員 まだ、あまり議論はそのへんについてはまだ、あまり議論はされていなかったのではないかと思いますので、まず、事務局の考えを聞いていただく前に、ほかの委員の先生方の御意見も少し聞いていただければと思います。
- 相澤座長 主に専門委員会でのやり方については議論されてきて、文言については、行政委員会でも何回か上がってきていると思いますが、先生もそれに入っておられたと思いますけれども、ほかの先生の御意見はありますか。
- 川上委員 私もこの点について、下光先生のお話を聞いていて考えるところがありますので、意見を述べさせていただきます。最初の項目の検討会のときに、確かに「適当」という文言で承認していますが、当時の検討会の目的はどちらかと言うと、行政、国に対して、適切な項目を推薦するという、そういう趣旨が多かったので、いま、走っているこの検討会が、少し「適当」の趣が違った感じがして、それが誤解を招いたのではないかという気がいたします。  
もう一度拝見すると、8頁で本来、その項目自体は、「法令に基づく基準として定めることは適当ではなく」ということで、各企業の選定を許すようなかたち、企業で項目を選ぶことを許可している、許容しているわけですので、ここでほかの検討会と同じレベルで「適当」、つまりこうすべきだという文言が、この判定方法に出てくるのは、少し違和感があるような気がいたします。ですので、私の考えでは、9頁の5行目の「選定することが適当」というのは、むしろ「選定する標準的な方法をマニ

アルで示すことが適当」とか、その「適当」の置き方が少し違うような気がするので、この部分の文言は検討いただくのがいいと思います。

また、この部分の判断ですが、どのような高ストレス者の選別がいいのかについては、やはり、心身のストレス反応が高い方は8、低い方は2とするとか、9と1にするとか、これはいま、研究とか科学的根拠に基づいて言えるものではなく、その企業ごとにどのような方を選定するかという価値観に基づくものになってきますので、ここで「適当」と書くことは、少し程度が大きいのかと思ひまして、下光先生の御意見をサポートするような意見をさせていただきます。

前にも言ったと思いますが、これは、きわめて現場では重いものなので、できることならば、1回何かやったとしても、何年か後には見直すということ、是非やってほしいことがひとつです。

それから、この場で新たにいろいろ変えていくことは非常に難しいのかもしれませんが、できることなら本当に現場でやりやすい仕組みで、そっとスタートしてほしいなあというのが希望です。

これだけ現場に混乱を持ち込むものを「そっとスタートしてほしいなあ」とは、「まったく無責任だなあ」と感じるのは私だけだろうか。それはそれとして、座長は労働衛生課長に発言を求め、実施マニュアルで決めて、見直しを約束するかたちで議論を終わらせようとするが、そうはならない。

- 相澤座長 労働衛生課長、お願いします。
- 労働衛生課長 議論の経過と書き方について、前の繰り返しになりますが、少し御説明いたします。  
いま、下光先生から御指摘がありましたところは9頁の一番上の○ですが、これは8頁の「具体的なストレスチェックの項目」の1つ目の○と、実は対応している項目になります。つまり、今度の制度では、具体的な項目自体は、最終的にはある程度企業の自主性に任せる部分がありますが、少なくとも守っていただきたいところとして、8頁の具体的な項目の1つ目にありますように、「仕事のストレ

ス要因」と「心身のストレス反応」及び「周囲のサポート」の3つの領域は必ず入っていること。そこはどのような項目を使おうが、必ず義務としようということになっています。いまは個人の評価の話をしていますが、3つを義務とするからには、個人の評価に当たって、その3つを当然加味しなければ、理屈として合わないということですので、義務とする領域は何らかのかたちで評価に使うということ、これまでそれが表裏一体であるということ、議論が進んできたと思います。

ただ、その際に、その3つを合わせてどのように評価をしていくかということについては、まだ十分な経験もないところですので、その細部は今後さらに、マニュアルを作る作業の中で議論していかなければいけません。領域を評価に使うという前提に立ったうえで、その中で一番大事なのは「心身のストレス反応」であると。下光先生がおっしゃったとおり「心身のストレス反応」であり、それプラス、「仕事のストレス要因」と「周囲のサポート」についても、一定の加味が必要であるということ、そういう方針を書いています。そのところは、これまでの議論を反映しているものだと考えております。

ただ、そのときに、一番最初の「心身のストレス反応」と、後ろの2つの項領域どのような重み付けにするのか。仮にその標準である項目を使ったときに、何点で切るのかという技術的な検討は、今後さらにマニュアル検討の場でなかで進めていきたいと思っています。

また、羽鳥先生から御指摘があったとおり、この制度、そもそも今回の安衛法の改正は、一定の期間の後の見直し規定というのが設けられていますので、その間、実際の運用がどうなっているかということについては、こちらとしても十分な情報収集をして、必要などころは見直しをしていく仕組みにしたいと思っています。

- 岩崎委員 いまの認識は私は違うところがありますので、いくつか意見を申し上げたいと思います。3分野を取り込んでやるというのは確かに議論の中でありました。それをストレスチェック制度として活用していると、それはそのとおりだと思

ておりますが、その中で高ストレス者を選定する基準について言えば、いままでの科学的根拠で言えば、やはり「心身のストレス反応」を主に拾い上げるということが主体だと思しますので、今後、何らか検討をされるとしても、そこに十分な科学的な根拠があるかということが非常に重要であろうと。となると、3領域で、簡易調査票を使って23項目なりでやった場合においても、評価に使われなかった項目がデッドストックになってしまうことが気になるのですが、実際、では、われわれがいままで現場でどのように実施してきたかと申し上げますと、ストレス反応で拾い上げた方の面談をさせていただく中で、ストレス要因であるとか周囲のサポートが、個別の方がどういう状況にあるかというかたちで活用しますので、評価に「適当」というかたちは、ほぼ義務というかたちになるというような議論が前回あったと思います。ですから、そこは表現を和らげるなり、私は思い切って削除するべきではないかという意見を持っております。それは、現場で10年間やってきた経験からのことです。

- 岡田委員 私も現場でやっておりますが、周囲のサポートを個人の評価にするときには、周囲に聞かないといけないという面倒さがあり、本当に周囲がそういう状況なのか、1人だけがそう思っているのかということで、職場全体がサポートをされていないのかという判断が非常に難しく、この時点で産業医が面談をして、サポートがないということ産業医が決め付けてしまうというのは、若干問題があります。少なくともヒアリングしてから、本当にサポートがないことを確認しておかないと、若干、高ストレスに関するリスクがあるのではないかということは危惧しております。そこだけは、少し考慮していただきたいと思います。以上です。

- 中村委員（日本精神神経学会理事） 私の理解では、最初、いわゆるメンタルヘルス不調の早期発見というように思っていて、「心身のストレス反応」ということで9項目、あるいは2項目が加わったと思います。その検討会の進行の中で、厚生

労働省から、これは一次予防だという話が出たと思います。そして、そういう結果から、「仕事のストレス要因」、「周囲のサポート」という項目が出てきて、むしろ心身のストレスよりは、仕事のストレスとか、周囲のサポートというのが、ほかの先生がおっしゃるように、評価は難しいかもしれませんが、御本人がそう取っているかどうかということのほうが、むしろ重要だ、これは一次予防だということをすごく強調されたように、私は理解しています。そして、この3項目を評価していくことは、技術的には下光先生のいままでの経験とか、産業医の経験からいうと、難しいとは思いますが、何か新しいことをやるということであれば、やはり、この項目は外せないのではないかと思います、いかがでしょうか。

- 三柴委員(近畿大学法学部教授) 私自身、統計学について専門ではないですが、いま、下光先生や川上先生の御尽力等で開発された仕組みが法制度化されるという段階に至り、初期に設計された仕組みと、政策として使われる仕組みとでは、少し考え分けないといけないところもあるのかと思います。例えば、このチェックリスト自体が一連の仕組みの中に組み込まれている。つまり、後で面接指導が少なくとも付いてくるわけです。だから、調整が後で可能な仕組みになっているのではないかとということがひとつです。それと、この仕組みを動かすときに、そもそもベースとして性善説に立つか性悪説に立つかという議論が必要でしょうけれども、極論ですが、性悪説に立ったら、この仕組みは多分成り立たないと思います。だから、どうやって性善説にいざなうかという発想に基づかなければいけないのかなというように思います。以上です。

三柴委員は法学者だから理解しているはずなのだが、労働安全衛生法は、「事業者は\*\*\*しなければならない」という構成になっており、ストレスチェック制度の該当条文も同様である。いわば事業者性悪説に立っていることは明らか。しかも、労働運動が十分な力を発揮できず、ブラック企業がはびこる現実と、人手が足りない労働基準監督行政

の中で、どのように「いざなうこと」ができるとお考えなのだろうか。ちなみに三柴委員が所属する近畿大学は、2003年に残業代不払いで是正勧告を受け、2008年には再び不払いがあり悪質として、法人と元人事部長が書類送検までされている。いまは改善されているだろうか。

- 渡辺委員 下光先生が先ほどおっしゃった点は、確かに私も経験してそう思うところがありました。それで、7月のストレスチェック項目などに関する専門検討会のときに、いままでは心身の反応だけから選んでいて、それ以外のアとかウから選ぶことは非常に大変ですが、本当にこれをやるのでしようかということが議題になって、そのときの検討会で、今回の趣旨に鑑みて、やはりアとウからも選ばないと駄目ですねという結論になって、話が進んできたという経緯があります。

いま、これをもう一回議題にして、覆すということを検討するのかどうか、先に決めていただきたいと思います。もう一回これを検討するとなると、7月時点に戻っての検討ということになるとと思います。座長に決めていただかないとまずいかなという気がします。

- 相澤座長 これは行政委員会等、あるいは専門委員会、その前にも議論してきて、この件をいまおっしゃるように、この場でやり直すことはかなり難しいので、マニュアルをいま作っていますので、そこでそのやり方を、いままで成功例もありますし、十分な経験もありますので、それを参考にしながら、一番実現可能な政策として、ストレスチェックをスムーズに導入する方法をお示しすることが、一番適当ではないかと私は思います。ここで議論を始めると、延々と始まってしまいますし、ある程度コンセンサスを得られて、ストレスチェックに項目としては3つを入れようということで、一次予防のためには入れなければいけないということで、それは皆様お認めだと思いますが、その評価をどのようにするかということは、少しテクニカルなこともありますし、統計的なこともありますし、経験的なこともありますので、ここで議論をすると難しい問題になります。先生もマニュアル

の検討の場にも入っておられ、川上先生も岡田先生も入っておられますので、そこで何か良い解決策を作っていくということではいかがでしょうか。

以上のとおり、いろいろな意見は実施マニュアル検討委員会でまとめることにして、発言された委員もそれに入っているからいいではないですかというのが座長のまとめである。そもそもの問題を提起された下光委員は、必ずしも納得されなかったのか、下記のとおり述べている。

○下光委員 これまで前の委員会できちんと議論されたかという点とそうとはいえない。私たち（東京医大）はいろいろなデータを持っていますので、厚生労働省から分析を依頼され確かに分析を行いやりました。それは先ほど言ったような総合点での評価で、ストレス要因、サポート、ストレス反応の、こういう組合せでの評価はどうかということで、その分析をして提出しましたが、それが良いとか悪いとかという議論はなかったかと思えます。今後どうなっていくかと思っていましたら、段々このような流れになったということです。まあ言い訳かもしれませんが、そういう流れがあって、やはり一番根幹のところの、どのようにやって勧奨者を選定ピックアップするかということについては、十分な議論がなされていたとは思いません。ただ、ここまでできていますので、今後マニュアルの検討ということもありますが、その中でどれだけディスカッションできるのかということもあります。それから、マニュアル委員会はこの最終報告の下に、そのマニュアルを作っていくわけですから、やはりひっくり返すかどうかという議論よりも、この最終報告案がこれでいいのかということ、私は問うているわけです。これまでディスカッションがいろいろあったかと思えますが、様々なディスカッションをしていく中で危惧がもたれてきますし、先ほど申し上げたようないろいろな問題が現場で起こってくる可能性がありますので、それについては、われわれとしては、きちんと対応しないとイケないと思っています。ここでこのような結果になってもなれば、私もマニュアル委員会での検討に協力いたし

ますが、それについてはしっかり申し上げておきたいと思えます。以上です。

この後も細かい議論が続くのだが、省略する。検討会のまとめはいつものことだが、下記のとおり、座長預かり（議長は誤植）である。座長がなにを言いたいのかいまひとつわからないが、高ストレス者の選定について、「実績があまりない」し、「ひとつの方法であるかな」といった程度のものしか、これだけの専門家が、何度議論しても示しようがないというのが、歴然たる事実である。繰り返しになるが、私は、各委員の発言の責任追及や揚げ足取りを目的にしているのではない。あくまでもストレスチェック義務化を無理矢理に行おうとしている厚生労働省のひどさを認識しつつ、労使できちんと協議し、本当の意味で働きやすい職場をつくるためのストレス対策を推進していきたいだけである。労働組合はもとより、多くの安全衛生関係者の議論と実践を強く希望する。

○相澤座長 先ほども申し上げましたが、そこへ戻すつもりはないのですけれども、この3つの要素で評価することは理想的には正しいことなのですが、現在の状態では、そういった実績が余りない、まったくないわけではないと思えますが。そういう状況でスムーズにこの制度をスタートさせるには、いままでのやり方もきちんとやった上でのプラスアルファとしてやるということも、ひとつの方法であるかなということ、マニュアルにそういった記載をするということ、この報告書に明示すること、文言については、いますぐというわけにはいきませんので、もし差し支えなければ、議長預かりということにさせていただければと思えますが、いかがですか。下光先生、よろしいでしょうか。先生もよろしいですか。それでは、そのようにさせていただきます。どうもありがとうございました。

#### 4. 産業医のキャパシティについて

面接指導とその後の意見を述べることは非常に

難しい。精神科医だから、産業医だから可能というわけでもないといった指摘があった。第3回「ストレスチェックと面接指導の実施方法等に関する検討会」では、以下のようなやりとりになった。

○渡辺委員 私がなぜこだわるかという、この面接指導は、本当にやることを考えたら、とても難しいのです。

高リスク者であって、しかも手を挙げた事業者の人にきちんとものを言うという方ですから、この人の意見を聞いて、それなりに職場に勧告をしなければいけないわけですから、ものすごく大変な面接だと思います。これは相当な覚悟を持った人でないとできない。見識と覚悟が要ると思いますので、少なくとも医者なら誰でもいいとは言えないかなと思います。

長時間労働のときも、あれは当然産業医ですよ。長時間労働のときを面談するというのは、結果的にその職場の産業医ですよ。

○産業保健支援室長補佐 一応、義務づけにはなっていない、産業医以外の医師でも認めています。恐らく、職場、特に過重労働面接は、50人未満も含めて全部義務化されていますので、その要は現実的にできるかどうかという点も含めて限定しなかったということもあると思うのですけれども、なので、今回も産業保健の現場の方の御意見もおうかがいしたいという気持ちもあるのですけれども、実施可能性ということを含めて、議論する必要があるかなと思っています。

○岩崎委員 この「また」から後の外部の医師に委託する場合の留意する事項はあるかというのは、ちょっと私の理解で産業医であればいいのでしょうけれども、産業医資格を持った医師であったとしても、例えば、委託するときに、事業場の状況をその医師なり、産業医資格を持っている医師でも、持っていなくてもいいのですけれども、伝えないと、中の選任された産業医であれば、当然ある程度知っているという前提に立つわけですから、そういうことを留意する事項として挙げてほしいという意味かなと思っていたのですけれども、だとすれば、そういう職場の状況もあわせ

て伝えるということかもしれないですね。

○相澤座長 留意する事項として、それも挙げたほうがいいということですね。それは確かですね。資格についても。

○中村委員 ただ、産業医の先生の中でも、精神科の疾患に対する理解が余りない先生もたくさんいらっしゃるわけですね。それで、ある私も知っている大企業は、精神科の、例えば東京などでは、ある私立の教授などは、コンサルタントみたいなかたちで、恐らく産業医資格を持っていないのに、2週間に1回とか、行かれている人がおられるわけですね。だから、そういう現実からすると、少なくとも産業医学のほうに渡辺先生がおっしゃったように理解がある精神科医とか、そういう人が現実的には案外こういう面接をされるのかなとイメージしたのです。あるいは、産業医の先生の中でも、メンタルヘルスに理解がある人は、積極的にやられるでしょうけれども、あるいはEAPなどでも、やはりいろいろな人がいますので、その中でも精神医療に対する研修とか、そういうものはもちろん、一方で準備しないといけないだろうと思います。

ですから、必ずしも産業医だけというのは、ちょっと無理があるのではないかなと思いました。

○渡辺委員 現実的に考えると、確かにそういう面があると思うのです。ただ、私が一番気になるのは、ここが一番の難しいところで、一番の法律の肝になるところなので、この医者というのは、相当なやはり見識とスキルが必要なのだろうと思うのです。

少なくとも、いわゆる健診で来られる先生が、そのままこの制度をやって、そこで、私、面接やりますというのでは済まないだろうという想定が、頭の中にあります。

○相澤座長 何らかの研修が必要なことは確かですね。

○労働衛生課長 ここは、医師の要件として、精神医学と産業保健と両方の素養が必要だという御議論だったと思いますので、そういう状況だから、研修等を充実するように、先生方から御意見があったということを書かせていただくことでいか

がでしょうか。

- 相澤座長 よろしいですか。  
（「異議なし」と声あり）
- 相澤座長 ありがとうございます。  
それでは、2番目の面接指導の時期で、申し出があったとき、速やかに面接指導を行うものとする。これは、速やかにというのは、一般的にはだいたいどのぐらいなのですかね。
- 産業保健支援室長 長時間面接では、おおむね1か月ということを通達で示しております。
- 相澤座長 はい。1か月ぐらい。
- 渡辺委員 これこそ一番現実的なのところの問題になると。例えば、999人までの事業所では、産業医が1月に1回来ればいいと。だいたい2時間ぐらいですよ。1月に1回しか来ないところへ、例えば何十人もの面接希望者があったときに、1回の面接に、1日に数人しかできないと10か月ぐらいかかってしまうということも起こり得ると思うのですが、このあたりは本当にちょっと現実的な問題も絡んでくると思うのです。  
もし1か月としたら、もうこれは現実的には普通の産業医ではまず無理なのではないかなという気がします。一応、目標としては1か月ということにするわけですね。  
どうでしょうか、羽鳥先生。999人のところまでの産業医を想定して。
- 羽鳥委員 産業医の実情は渡辺先生のおっしゃるとおりですが、この事業が始まれば高ストレスの判定の方からこなしていくことになると思いますが、厚生労働省も産業医活動の実情を勘案して、業務見直しなど簡略化できるところを示して欲しいと思います。
- 下光委員 産業医の先生方に、いろいろ講演会などで質問を受けているのですが、そういう嘱託の産業医、先生がおっしゃったように、月に1回だけ2時間勤務という先生方は、職場巡視もやり、それから健診のデータのチェックもやり、健診後の事後措置も行う。それでもう時間がいっぱいになってしまうのですよ。  
ですから、この10%の人たちに面接指導をやるということになると、プラスアルファの時間が必要で

す。いまの嘱託産業医のキャパシティから言ったら、オーバーすることは間違いないと思うのです。専属の常勤産業医であれば可能と思いますが、そのへんの全体の体制をやはりしっかりと考えていただいて、フォローできるようなシステムにさせていただかないと、本当に「絵に描いた餅」になってしまう可能性があります。速やかに面談をと言っても、3か月後とか、4か月後になる可能性があるのかなと、ちょっと危惧しておりますので、よろしく願いいたします。

- 渡辺委員 私が言いたいのは、1か月にしろ、3か月にしろ、相当大変なのです。したがって、産業医はそれだけの覚悟でやってくださいということがひとつと。

それから、産業医が1月、3か月でやろうと思ったら、月に1回では到底できないので、ある月には5回も6回も出務しなければいけない。そういう覚悟を持って産業医はこれからやっていただき、同時にその分のペイを企業が払うということも確保していただきたい。それだけの法律ですよということを、産業医も企業も認識していただかないといけないと思います。

当然、企業はものすごくお金がかかりますという認識でかかわっていただかないと、これはまったく絵に描いた餅で、まったく機能しないということになると思います。

- 岩崎委員 もちろん、コストに見合った効果が得られることが確実にあれば、コストは出てくると思いますけれども、その部分だと思うのです。これは確認ですけども、ここにも書いてあるとおり、速やかには労働者から申し出があった場合ですよ。なので、10%という議論がございましたけれども、それは、あなたは高ストレスですよ。どうしますかではなくて、面談したほうがいいですよと推奨される中なので、それにはいろいろな事情から来る高ストレスというのがございますので、やはり、産業医に相談してみようと思われる方、10%のうち全部だというわけではございませんので、そのへんは逆に、ストレスチェック制度に類する制度を導入している企業は大きな企業が多いですけれども、積極的な嘱託の産業医がいっぱや

る中小規模の事業所でやっているところがございまして、実際、どんな感じなのかというのからすれば、莫大なというと、ちょっとゆっくりしませうけれども、そんな感じでもないかなと。申し出の人がミニマムラインですよということにしてあるということであればと思いますけれども、ただ、そこは一番の心配であることは確かです。

- 渡辺委員 おっしゃるのはわかるのです。ただ、いままでの議論でも出たように、できるだけ手を挙げる人を手を挙げやすくすることが大事なわけですから、10%高リスク者があつたら、面談希望者が10%に近づけなければいけないということなのですよ。

ですから、そのつもりでやらなければいけないので、例えば1,000人のところであれば、高リスク者が100人であれば、面接する人が20人、30人、40人となってこないといけないと思います。

そうすると、必然的に1日に面談できる人というのは3~4人ですから、少なくとも5回、6回という出務が必要になってきます。それは、当然コストがかかることだと思います。

したがって、中小企業の経営者の方々にとっては、かなりコスト感、お金がかかるものである。ただし、その結果をきちんと出すというだけの産業医の見識とスキルが必要だということだと思います。

第4回「ストレスチェックと面接指導の実施方法等に関する検討会」検討会でも、羽鳥氏から、コストの問題が提起された。現場ではコスト削減で身を削る思いを労使ともに行っているのだが、法律を施行する結果生じるであろう100万円レベルの話を、「民民の話」と逃げる行政担当者や、「説得していただいて」などと言える専門家は気楽なものである。

- 羽鳥委員 産業医をやっているらっしゃる何人かの先生に聞いたのですが、多分、いまこれを始めると、身体医学の産業医にとっては、慣れるまで数年間は、業務内容が2倍から3倍になるだろうと想定されていて、もし外部委託しないとすればそうなると思いますし、外部委託しても2倍

ぐらいの業務内容だと思います。その費用負担というかコストの負担について、産業医が事業主に値上げを求めていいのでしょうか。どういうふうに関渉したらいいのでしょうか。仕事の内容で行く回数も増やさなければいけないでしょうし、そういうことを、厚生労働省として担保して下さるのでしょうか。

- 労働衛生課長 個々の産業医と会社の契約は民民の話ですので、行政から何か言う話ではないと思っています。かかった時間に依りて支払われているケースが多いとかがついています。それから今回、先ほどもちょっと申しましたけれども、なるべく簡便に実施することもできるように調査票はすぐ使えるものを用意するとか、簡易な集計ソフトを用意するというところで、なるべく導入に関しての手間を減らすこともできるように、工夫していきたいと思っています。

- 羽鳥委員 例えば、外部委託したら年間に100万円かかる所もあるわけですね。そうしたときに、その100万円分を産業医1人でやったら、それぐらいはもらえるかどうか交渉してもいいということですね。

- 渡辺委員 私も前回、似たようなことで、これは産業医の仕事が非常に増えてしまうと、それなりの費用がかかることを、産業医も企業も覚悟しなければいけないという話をしました。ただ、言いたかったのは、ここは一次予防のところですから、ここにお金をかければ病気になる人が減るとか、あるいは企業の生産性向上にもつながるということで、最終的には企業の利益につながるものだろうと思っています。そういった意味で言うと、最初のお金はコストというより投資と考えていただくほうが、いいのではないかと考えています。

- 相澤座長 そのへん、説得していただいて。

- 岩崎委員 そのへんは、この制度を実際にそれだけの価値あるものに育てなければいけないわけですが、それが本当にどうかは、やってみなければ分からない部分もないわけではありませぬので、そういうかたちで労使双方と産業医が納得できるかたちが望ましいと思いますから、投資する価値がある制度にすることが重要です。

## 5. 職場でどのように対応すべきか

この間、全港湾中央本部の安全衛生担当者会議、自治労神奈川本部の学習会にお招きいただき、解説するとともに、参加された方々からの質問や意見をうかがった。それに基づいて、いくつか提案したい。

### ①労使共にストレス対策に熱心に取り組む姿勢を持っている場合

ストレスチェック制度の義務化を積極的に活用し、職場改善に取り組むために、どのようにすればよいか。まずはストレスチェックの項目を、あくまでも個人のチェックではなく、職場の分析、改善を中心にすべきである。そこまではできなくとも、少なくとも集团的分析と職場改善は絶対に実施させるべきである。手順や分析方法などは、実施マニュアルにいろいろ紹介されている。集团的分析と職場改善を会社が拒否するのなら、労組もストレスチェックを拒否しよう。それでも面接指導に沿った個人の対策は、まったくないよりはあった方がよいという考え方もある。個人として自分がストレスを感じていれば、あるいは仲間の様子が気になるのであれば、こんな複雑な制度を採るまでもなく、労働組合や当センターに相談してもらい、会社に改善を要求していけばよいはずだ。

なお、先進的な職場では、すでに個人のメンタルチェックが実施されているところがある。しかし、その効果には首をかしげざるを得ない。例えば、実際にメンタル不調で休む人が見つかることは多くないようである。また、産業医の多くは精神科医ではないので、結局職場の状況にあまり詳しくない精神科医への受診勧奨以上のことはなされていないことが多い。

### ②会社があまり熱心に取り組もうとせず、労使に信頼関係がない場合。

会社に情報を提供することに何ら意味を見出せない場合は、堂々とストレスチェックが拒んだ方がよかろう。ただし、現実的に拒むことが難しい、拒める

ことを周知しない会社もあるだろう。会社から目を付けられかねない場合もある。適当に書いてごまかすしかない場合もあろう。

一方で、本当のところは自分や信頼できる仲間内で、労働組合で実施して、自分たちで分析することもできる。やはり、実施マニュアルには詳細にやり方が書いてある。それらに基づいて、職場改善を会社に要求していくことを目指そう。

厚生労働省が、ストレスチェック制度に関して作成したポスター、リーフレット、Q&A、実施マニュアルなどの資料は下記のサイトに掲載、入手できるので、ぜひご確認を。[16頁以下に、事業者が講ずべき措置に関する指針と実施マニュアル(上述のとおり分厚なものだが、そのなかの解説的記述の部分のみ)の対照を試みたものを掲載したが、これだけですまらずに、原資料も確認していただきたい。]

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/>

### 追記

今年も昨年度の脳心臓疾患と精神障害の労災認定状況が発表された(41頁参照)。160時間以上の時間外労働のケースが、一昨年度の31件から、67件と倍増している。ストレス労災を減らすためには、複雑きわまるストレスチェックなどよりも、きちんとした労働時間規制こそが第一歩であることはきわめて単純なことではないかと感じる。

また、「精神障害の出来事別決定及び支給決定件数一覧」によると、心理的負荷の「出来事の類型」で、「嫌がらせ、いじめ、または暴行を受けた」が、決定件数が一昨年度の115件から169件に増加している。そして、「上司とのトラブルがあった」を合わせると、昨年度の決定件数は390件。なんと全体1,307件のほぼ3割を占めている。労災請求に至るという事は、社内での解決能力の欠如を示す。

これについては、各労働局にパワハラ相談専門窓口を設けることを、全国安全センターメンハラ局が何年も前から労働局に求めてきた。実効性が疑われるストレスチェックよりもずっと簡単だと思



うのは私だけであろうか。

事業者が講ずべき措置に関する指針	ストレスチェック制度実施マニュアル
<p><b>1 趣旨</b></p> <p>近年、仕事や職業生活に関して強い不安、悩み又はストレスを感じている労働者が5割を超える状況にある中、事業場において、より積極的に心の健康の保持増進を図るため、「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日付け健康保持増進のための指針公示第3号。以下「メンタルヘルス指針」という。）を公表し、事業場における労働者の心の健康の保持増進のための措置（以下「メンタルヘルスケア」という。）の実施を促進してきたところである。</p> <p>しかし、仕事による強いストレスが原因で精神障害を発病し、労災認定される労働者が、平成18年度以降も増加傾向にあり、労働者のメンタルヘルス不調を未然に防止することが益々重要な課題となっている。</p> <p>こうした背景を踏まえ、平成26年6月25日に公布された「労働安全衛生法の一部を改正する法律」（平成26年法律第82号）においては、心理的な負担の程度を把握するための検査（以下「ストレスチェック」という。）及びその結果に基づく面接指導の実施を事業者が義務付けること等を内容としたストレスチェック制度が新たに創設された。</p> <p>また、この新たな制度の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）の趣旨を踏まえ、特に労働者の健康に関する個人情報（以下「健康情報」という。）の適正な取扱いの確保を図る必要がある。</p> <p>本指針は、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号。以下「法」という。）第66条の10第7項の規定に基づき、ストレスチェック及び面接指導の結果に基づき事業者が講ずべき措置が適切かつ有効に実施されるため、ストレスチェック及び面接指導の具体的な実施方法又は面接指導の結果についての医師からの意見の聴取、就業上の措置の決定、健康情報の適正な取扱い並びに労働者に対する不利益な取扱いの禁止等について定めたものである。</p> <p><b>2 ストレスチェック制度の基本的な考え方</b></p> <p>事業場における事業者による労働者のメンタルヘルスケアは、取組の段階ごとに、労働者自身のストレスへの気付き及び対処の支援並びに職場環境の改善を通じて、メンタルヘルス不調となることを未然に防止する「一次予防」、メンタルヘルス不調を早期に発見し、適切な対応を行う「二次予防」及びメンタルヘルス不調となった労働者の職場復帰を支援する「三次予防」に分けられる。</p> <p>新たに創設されたストレスチェック制度は、これらの取組のうち、特にメンタルヘルス不調の未然防止の段階である一次予防を強化するため、定期的に労働者のストレスの状況について検査を行い、本人にその結果を通知して自らのストレスの状況について気付きを促し、個々の労働者のストレスを低減させるとともに、検査結果を集団ごとに集計・分析し、職場におけるストレス要因を評価し、職場環境の改善につなげることで、ストレスの要因そのものを低減するよう努めることを事業者に求めるものである。さらにその中で、ストレスの高い者を早期に発見し、医師による面接指導につなげることで、労働者のメンタルヘルス不調を未然に防止することを目的としている。</p>	<p>はじめに〔省略〕</p> <p><b>1 ストレスチェック制度の趣旨・目的</b></p> <p><b>ストレスチェック制度の趣旨・目的</b> 労働者のメンタルヘルス不調の未然防止（一次予防）が主な目的です</p> <p>近年、仕事や職業生活に関して強い不安、悩み又はストレスを感じている労働者が5割を超える状況にある中、事業場において、より積極的に心の健康の保持増進を図るため、「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日付け健康保持増進のための指針公示第3号。以下「メンタルヘルス指針」といいます。）を公表し、事業場におけるメンタルヘルスケアの実施を促進してきたところです。しかし、仕事による強いストレスが原因で精神障害を発病し、労災認定される労働者が、平成18年度以降も増加傾向にあり、労働者のメンタルヘルス不調を未然に防止することが益々重要な課題となっています。</p> <p>こうした背景を踏まえ、平成26年6月25日に公布された「労働安全衛生法の一部を改正する法律」（平成26年法律第82号）においては、心理的な負担の程度を把握するための検査（以下「ストレスチェック」といいます。）及びその結果に基づく面接指導の実施等を内容としたストレスチェック制度（労働安全衛生法第66条の10に係る事業場における一連の取組全体を指します）が新たに創設されました。</p> <p>この制度は、労働者のストレスの程度を把握し、労働者自身のストレスへの気付きを促すとともに、職場改善につなげ、働きやすい職場づくりを進めることによって、労働者がメンタルヘルス不調となることを未然に防止すること（一次予防）を主な目的としたものです。</p>

## 事業者が講ずべき措置に関する指針

事業者は、メンタルヘルズ指針に基づき各事業場の実態に即して実施される二次予防及び三次予防も含めた労働者のメンタルヘルズケアの総合的な取組の中に本制度を位置付け、メンタルヘルズケアに関する取組方針の決定、計画の作成、計画に基づく取組の実施、取組結果の評価及び評価結果に基づく改善の一連の取組を継続的かつ計画的に進めることが望ましい。

また、事業者は、ストレスチェック制度が、メンタルヘルズ不調の未然防止だけでなく、従業員のストレス状況の改善及び働きやすい職場の実現を通じて生産性の向上にもつながるものであることに留意し、事業経営の一環として、積極的に本制度の活用を進めていくことが望ましい。

### 3 ストレスチェック制度の実施に当たっての留意事項

ストレスチェック制度を円滑に実施するためには、事業者、労働者及び産業保健スタッフ等の関係者が、次に掲げる事項を含め、制度の趣旨を正しく理解した上で、本指針に定める内容を踏まえ、衛生委員会又は安全衛生委員会（以下「衛生委員会等」という。）の場を活用し、互いに協力・連携しつつ、ストレスチェック制度をより効果的なものにするよう努力していくことが重要である。

- ① ストレスチェックに関して、労働者に対して受検を義務付ける規定が置かれていないのは、メンタルヘルズ不調で治療中のため受検の負担が大きい等の特別の理由がある労働者にまで受検を強要する必要はないためであり、本制度を効果的なものとするためにも、全ての労働者がストレスチェックを受検することが望ましい。
- ② 面接指導は、ストレスチェックの結果、高ストレス者として選定され、面接指導を受ける必要があると実施者が認めた労働者に対して、医師が面接を行い、ストレスその他の心身及び勤務の状況等を確認することにより、当該労働者のメンタルヘルズ不調のリスクを評価し、本人に指導を行うとともに、必要に応じて、事業者による適切な措置につなげるためのものである。このため、面接指導を受ける必要があると認められた労働者は、できるだけ申出を行い、医師による面接指導を受けることが望ましい。
- ③ ストレスチェック結果の集団ごとの集計・分析及びその結果を踏まえた必要な措置は、労働安全衛生規則（昭和47年労働省令第32号。以下「規則」という。）第52条の14の規定に基づく努力義務であるが、事業者は、職場環境におけるストレスの有無及びその原因を把握し、必要に応じて、職場環境の改善を行うことの重要性に留意し、できるだけ実施することが望ましい。

### 4 ストレスチェック制度の手順

ストレスチェック制度に基づく取組は、次に掲げる手順で実施するものとする。

### 3 ストレスチェック制度の実施に当たっての留意事項

実施に当たっては、産業保健スタッフは以下の点に特に留意して取り組むことが求められます。

- 1 安心して受検してもらう環境づくりに努めること。  
ストレスチェックの結果は労働者の同意がなければ事業者には提供してはならないことや、検査の実施の事務に従事した者の守秘義務が規定されているといった労働者のプライバシーへの配慮を求めた法律の趣旨を踏まえる必要があります。  
また、ストレスチェックは、自記式の調査票を用いて行うため、労働者が自身の状況をありのままに答えることのできる環境を整えることが重要です。安心して答えられる環境にないと、労働者によって回答が操作され、労働者や職場の状況を正しく反映しない結果となるおそれがあることに留意しなければなりません。
- 2 検査を受ける受検者以外の方にも配慮すること。  
例えば、ストレスチェックを受けた労働者の所属部署の責任者にとっては、そのストレスチェック結果は責任者としての人事労務管理・健康管理能力の評価指標として用いられる可能性があるため、そうした責任者に不利益が生じるおそれにも配慮する必要があります。
- 3 安心して面接指導を申し出られる環境づくりに努めること  
面接指導の申出がしやすい環境を整えないと、高ストレスの状況にある労働者がそのまま放置されるおそれがありますので、労働者が安心して医師の面接を希望する旨申し出られるように配慮する必要があります。

### 4 ストレスチェック制度に基づく取組の手順

レ ストレスチェック制度の実施責任主体は事業者であり、事業者は制度の導入方針を決定・表明します。

事業者が講ずべき措置に関する指針	ストレスチェック制度実施マニュアル
<p><b>ア 基本方針の表明</b>                      事業者は、法、規則及び本指針に基づき、ストレスチェック制度に関する基本方針を表明する。</p> <p><b>イ ストレスチェック及び面接指導</b></p> <p>① 衛生委員会等において、ストレスチェック制度の実施方法等について調査審議を行い、その結果を踏まえ、事業者がその事業場におけるストレスチェック制度の実施方法等を規程として定める。</p> <p>② 事業者は、労働者に対して、医師、保健師又は厚生労働大臣が定める研修を修了した看護師若しくは精神保健福祉士（以下「医師等」という。）によるストレスチェックを行う。</p> <p>③ 事業者は、ストレスチェックを受けた労働者に対して、当該ストレスチェックを実施した医師等（以下「実施者」という。）から、その結果を直接本人に通知させる。</p> <p>④ ストレスチェック結果の通知を受けた労働者のうち、高ストレス者として選定され、面接指導を受ける必要があると実施者が認めた労働者から申出があった場合は、事業者は、当該労働者に対して、医師による面接指導を実施する。</p> <p>⑤ 事業者は、面接指導を実施した医師から、就業上の措置に関する意見を聴取する。</p> <p>⑥ 事業者は、医師の意見を勘案し、必要に応じて、適切な措置を講じる。</p> <p><b>ウ 集団ごとの集計・分析</b></p> <p>① 事業者は、実施者に、ストレスチェック結果を一定規模の集団ごとに集計・分析させる。</p> <p>② 事業者は、集団ごとの集計・分析の結果を勘案し、必要に応じて、適切な措置を講じる。</p> <p><b>5 衛生委員会等における調査審議</b></p> <p><b>(1) 衛生委員会等における調査審議の意義</b>                      ストレスチェック制度を円滑に実施するためには、事業者、労働者及び産業保健スタッフ等の関係者が、制度の趣旨を正しく理解した上で、本指針に定める内容を踏まえ、互いに協力・連携しつつ、事業場の実態に即した取組を行っていくことが重要である。このためにも、事業者は、ストレスチェック制度に関する基本方針を表明した上で、事業の実施を統括管理する者、労働者、産業医及び衛生管理者等で構成される衛生委員会等において、ストレスチェック制度の実施方法及び実施状況並びにそれを踏まえた実施方法の改善等について調査審議を行わせることが必要である。</p> <p><b>(2) 衛生委員会等において調査審議すべき事項</b>                      規則第22条において、衛生委員会等の付議事項として「労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策の樹立に関すること」が規定されており、当該事項の調査審議に当たっては、ストレスチェック制度に関し、次に掲げる事項を含めるものとする。</p> <p>また、事業者は、当該調査審議の結果を踏まえ、法令に則った上で、当該事業場におけるストレスチェック制度の実施に関する規程を定め、これをあらかじめ労働者に対して周知するものとする。</p>	<p>○ストレスチェック制度の実施に先立って、労働者への通知ならびにストレスチェック制度の実施体制の確立が重要な課題です。事業者は、ストレスチェックを円滑に実施する体制の整備並びに個人情報保護等も含めた対応について労働者へ十分な説明をする必要があります。その際、事業者がストレスチェック導入についての方針等について事業場内で表明することが必要です。事業者の表明に続いて、衛生委員会の審議や体制の整備、個人情報保護などの対応が検討され、円滑な実施に向けてスタートすることになります。安全衛生（健康）計画や新年度に向けての経営陣の経営方針と同時に発表することが効果的といえます。事業場においては年度毎に安全衛生（健康）方針を定めて周知しているところもあることから、その安全衛生（健康）方針の中にストレスチェック制度の内容等を含めて周知することも一つの方法です。ストレスチェック制度の流れは次の図のとおりです。〔省略〕</p> <p><b>5 衛生委員会等における調査審議</b></p> <p>レ 事業者は、ストレスチェックの実施前に、事業場の衛生委員会等で実施体制、実施方法等を審議・決定し、社内規程を定めます。</p> <p>レ 事業者は、ストレスチェックの実施の趣旨・社内規程を労働者に周知します。</p> <p>レ ストレスチェック実施後には、実施状況やそれを踏まえた実施方法の改善等について調査審議し、次の実施に活かします。</p> <p><b>衛生委員会等における調査審議の意義</b></p> <p>○新たにストレスチェックを導入する場合、ならびに従来からストレスチェックを独自に実施している場合においても、今般法制化されたストレスチェ</p>

事業者が講ずべき措置に関する指針	実施マニュアル
<p>① ストレスチェック制度の目的に係る周知方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ストレスチェック制度は、労働者自身のストレスへの気付き及びその対処の支援並びに職場環境の改善を通じて、メンタルヘルス不調となることを未然に防止する一次予防を目的としており、メンタルヘルス不調者の発見を一義的な目的とはしないという趣旨を事業場内で周知する方法。</li> </ul> <p>② ストレスチェック制度の実施体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ストレスチェックの実施者及びその他の実施事務従事者の選任等ストレスチェック制度の実施体制。</li> </ul> <p>実施者が複数いる場合は、共同実施者及び実施代表者を明示すること。この場合において、当該事業場の産業医等が実施者に含まれるときは、当該産業医等を実施代表者とするのが望ましい。</p> <p>なお、外部機関にストレスチェックの実施の全部を委託する場合は、当該委託契約の中で委託先の実施者、共同実施者及び実施代表者並びにその他の実施事務従事者を明示させること（結果の集計業務等の補助的な業務のみを外部機関に委託する場合にあっては、当該委託契約の中で委託先の実施事務従事者を明示させること）。</p> <p>③ ストレスチェック制度の実施方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ストレスチェックに使用する調査票及びその媒体。</li> <li>・調査票に基づくストレスの程度の評価方法及び面接指導の対象とする高ストレス者を選定する基準。</li> <li>・ストレスチェックの実施頻度、実施時期及び対象者。</li> <li>・面接指導の申出の方法。</li> <li>・面接指導の実施場所等の実施方法。</li> </ul> <p>④ ストレスチェック結果に基づく集団ごとの集計・分析の方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・集団ごとの集計・分析の手法。</li> <li>・集団ごとの集計・分析の対象とする集団の規模。</li> </ul> <p>⑤ ストレスチェックの受検の有無の情報の取扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業者による労働者のストレスチェックの受検の有無の把握方法。</li> <li>・ストレスチェックの受検の勧奨の方法。</li> </ul> <p>⑥ ストレスチェック結果の記録の保存方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ストレスチェック結果の記録を保存する実施事務従事者の選任。</li> <li>・ストレスチェック結果の記録の保存場所及び保存期間。</li> <li>・実施者及びその他の実施事務従事者以外の者によりストレスチェック結果が閲覧されないためのセキュリティの確保等の情報管理の方法。</li> </ul> <p>⑦ ストレスチェック、面接指導及び集団ごとの集計・分析の結果の利用目的及び利用方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ストレスチェック結果の本人への通知方法。</li> <li>・ストレスチェックの実施者による面接指導の申出の勧奨方法。</li> <li>・ストレスチェック結果、集団ごとの集計・分析結果及び面接指導結果の共有方法及び共有範囲。</li> <li>・ストレスチェック結果を事業者へ提供するに当たっての本人の同意の取得方法。</li> <li>・本人の同意を取得した上で実施者から事業者へ提供するストレスチェック結果に関する情報の範囲。</li> <li>・集団ごとの集計・分析結果の活用方法。</li> </ul>	<p>ク制度の実施に備えて、法令で定めた一定の要件を満たしているかどうか確認することが必要です。本人の同意など個人情報の取扱いや不利益取扱いの有無等について検討し、円滑にストレスチェック制度が実施できるよう準備を進めなければなりません。問題があれば事前に検討し改善しておく必要があります。</p> <p>○心の健康に関する情報は機微な情報であることに留意し、実施方法から記録の保存に至るまでストレスチェック制度における労働者の個人情報適切に保護されるような体制の構築が必要です。ストレスチェックに関する産業保健スタッフならびに事務職についても個人情報保護等についての教育啓発を怠ってはいけません。どのような方法で教育啓発するのかも検討しておく必要があります。</p> <p>ストレスチェックの受検の有無、ならびに対象者が同意した場合に事業者へ提供される結果内容、高ストレスと判定された場合の面接指導の申し出等に対して不利益な取扱いが発生しないよう審議しておくことが重要です。</p> <p><b>衛生委員会等において調査審議すべき事項</b></p> <p>○ストレスチェック制度導入についての労働者への周知が求められます。ストレスチェックがどのような形で実施されるのか、またどのような結果が通知されるのか等についても事前に十分に教育啓発し、一人でも多くの労働者が安心して受検できるよう周知を図らなければなりません。なお、ストレスチェックは、事業者には課せられた義務ですが、労働者において受検は強制ではないこと、ただしなるべく全ての労働者に受けていただくことが望ましいことを周知することが重要です。派遣労働者においては、派遣元ならびに派</p>

事業者が講ずべき措置に関する指針	ストレスチェック制度実施マニュアル
<p>⑧ ストレスチェック、面接指導及び集団ごとの集計・分析に関する情報の開示、訂正、追加及び削除の方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・情報の開示等の手続き。</li> <li>・情報の開示等の業務に従事する者による秘密の保持の方法。</li> </ul> <p>⑨ ストレスチェック、面接指導及び集団ごとの集計・分析に関する情報の取扱いに関する苦情の処理方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情の処理窓口を外部機関に設ける場合の取扱い。</li> </ul> <p>なお、苦情の処理窓口を外部機関に設ける場合は、当該外部機関において労働者からの苦情又は相談に対し適切に対応することができるよう、当該窓口のスタッフが、企業内の産業保健スタッフと連携を図ることができる体制を整備しておくことが望ましい。</p> <p>⑩ 労働者がストレスチェックを受けないことを選択できること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・労働者にストレスチェックを受検する義務はないが、ストレスチェック制度を効果的なものとするためにも、全ての労働者がストレスチェックを受検することが望ましいという制度の趣旨を事業場内で周知する方法。</li> </ul> <p>⑪ 労働者に対する不利益な取扱いの防止</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ストレスチェック制度に係る労働者に対する不利益な取扱いとして禁止される行為を事業場内で周知する方法。</li> </ul>	<p>遣先においてストレスチェックの位置付けについて明確にしておくことが望ましいといえます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ストレスチェックの実施方法については、質問紙による調査票、もしくはICTを活用するのかが選択(併用可)し、その実施方法についての具体的な注意点を整理しておく必要があります。また、集団ごとの分析を実施して職場環境の改善に活用するための方法等についても予め定めておくことが望ましいといえます。</li> <li>○ストレスチェック結果をどのような方法で本人に通知するのかわいて、個人情報保護の視点を考慮して定めておくことが必要です。面接指導の対象となったことが対象者の不利益にならないよう、その結果通知の方法には工夫が必要です(P46 [26頁]参照)。</li> <li>○個人のストレスチェック結果の事業者への提供に当たっての、同意の取得方法としては、対象となる労働者全員に対して個別に同意を取得する必要があり、衛生委員会等での合議による包括的な同意は認められません。また、個人のストレスチェック結果は事業者には提供しない取扱いとすることも可能です。</li> <li>○ストレスチェックに関して個人情報の漏えいや不利益取扱いが発生した場合には、再発を防止するためにその対策等を調査審議しなければなりません。</li> </ul> <p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○労使の定期的な調査審議の場である衛生委員会を活用して、各事業場においてストレスチェック制度が適切に実施されていることを確認、点検し、より適切で有効な仕組みとなるようPDCAサイクルにより評価、改善を行うことが重要です。</li> <li>○なお、衛生委員会の議事については、規則第23条に基づき、開催の都度議事の概要を労働者に周知し、重要なものに係る記録を3年間保存することとされているので、留意しましょう。</li> </ul> <p>&lt;具体例&gt;事業場における心の健康づくり計画及びストレスチェック実施計画(例) [省略]</p>
<p>6 ストレスチェック制度の実施体制の整備</p>	<p>6 ストレスチェックの実施方法等</p>
<p>ストレスチェック制度は事業者の責任において実施するものであり、事業者は、実施に当たって、実施計画の策定、当該事業場の産業医等の実施者又は委託先の外部機関との連絡調整及び実施計画に基づく実施の管理等の実務を担当する者を指名する等、実施体制を整備することが望ましい。当該実務担当者には、衛生管理者又はメンタルヘルス指針に規定する事業場内メンタルヘルス推進担当者を指名することが望ましいが、ストレスチェックの実施そのものを担当する実施者及びその他の実施事務従事者と異なり、ストレスチェック結果等の個人情報を取り扱わないため、労</p>	<p>(1) ストレスチェック制度の実施体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>レ 事業者は事業場の労働衛生管理体制等を整備の上、実施者等を選定します。</li> <li>レ 事業場の状況を日頃から把握している者(産業医等)が実施者となることが望まれます。</li> <li>レ 実施者は、ストレスチェックの企画と結果の評価に関与します。</li> <li>○事業者は実務担当者(ストレスチェック制度担当者)を指名します。実務担当者は、ストレスチェック結果等の個人情報を取り扱わないため、実施事務従事者と異なり、人事課長など人事権を持つ者を指名することもできます。</li> <li>○事業場又は委託先の外部機関の、医師、保健師、一定の研修</li> </ul>

事業者が講ずべき措置に関する指針	ストレスチェック制度実施マニュアル
<p>働者の解雇等に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者を指名することもできる。</p>	<p>を受けた*看護師、精神保健福祉士の中からストレスチェックの実施者を選定します。</p> <p>※ストレスチェック制度が施行される日の前日である平成27年11月30日現在において、労働者の健康管理業務に3年以上従事した経験のある看護師、精神保健福祉士については、研修の受講が免除されます。</p>

- 事業場で選任されている産業医が実施者となるのが最も望ましいでしょう。また、産業医として選任されていなくても、当該事業場の産業保健活動に携わっている精神科医、心療内科医等の医師、保健師、看護師など、日頃から事業場の状況を把握している産業保健スタッフも実施者として推奨されます。
- ストレスチェック制度の実施体制のイメージは次のとおりです。[省略]
- ストレスチェックの実施を外部機関に業務委託する場合にも、産業医等の事業場の産業保健スタッフが共同実施者として関与し、個人のストレスチェックの結果を把握するなど、外部機関と事業場内産業保健スタッフが密接に連携することが望まれます。
- ※産業医が共同実施者でない場合には、個人のストレスチェックの結果は労働者の個別の同意がなければ産業医が把握することができず、十分な対応を行うことが難しくなる可能性があります。
- ストレスチェック結果が労働者の意に反して人事上の不利益な取扱いに利用されないようにするため、当該労働者について解雇、昇進又は異動(以下「人事」という。)に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者は、ストレスチェックの実施の事務(ストレスチェックの実施を含む)に従事してはいけません。
- なお、「解雇、昇進又は異動に関して直接の権限を持つ」とは、当該労働者の人事を決定する権限を持つこと又は人事について一定の判断を行う権限を持つことをいい、人事を担当する部署に所属する者であっても、こうした権限を持たない場合は、該当しません。
- 人事に関する直接の権限(人事権)の有無により、ストレスチェックの「実施の事務」に従事可能かどうかを整理すると次のとおりです。[省略]
- 人事に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者が従事することができない事務は、ストレスチェックの実施に直接従事することと、労働者の健康情報を取扱う事務であり、従事することができない事務と、従事することが出来る事務を整理すると以下のようになります。

#### ストレスチェックの「実施の事務」

##### (人事に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者が従事できない事務)

労働者の健康情報を取扱う事務をいい、例えば、以下の事務が含まれます。

- ① 労働者が記入した調査票の回収\*、内容の確認、データ入力、評価点数の算出等のストレスチェック結果を出力するまでの労働者の健康情報を取扱う事務。
- ② ストレスチェック結果の封入等のストレスチェック結果を出力した後の労働者に結果を通知するまでの労働者の健康情報を取扱う事務。
- ③ ストレスチェック結果の労働者への通知\*の事務。
- ④ 面接指導を受ける必要があると実施者が認めた者に対する面接指導の申出勧奨。
- ⑤ ストレスチェック結果の集団ごとの集計に係る労働者の健康情報を取扱う事務。

※封筒に封入されている等、内容を把握できない状態になっているものを回収又は通知する事務を除く。

##### その他の事務

##### (人事に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者が従事できる事務)

労働者の健康情報を取扱わない事務をいい、例えば、以下の事務が含まれます。

- ① 事業場におけるストレスチェックの実施計画の策定。
- ② ストレスチェックの実施日時や実施場所等に関する実施者との連絡調整。
- ③ ストレスチェックの実施を外部機関に委託する場合の外部機関との契約等に関する連絡調整。
- ④ ストレスチェックの実施計画や実施日時等に関する労働者への通知。
- ⑤ 調査票の配布。
- ⑥ ストレスチェックを受けていない労働者に対する受検の勧奨。

事業者が講ずべき措置に関する指針	ストレスチェック制度実施マニュアル
<p>7 ストレスチェックの実施方法等</p> <p>(1) 実施方法</p> <p>ア ストレスチェックの定義</p> <p>法第66条の10第1項の規定によるストレスチェックは、調査票を用いて、規則第52条の9第1項第1号から第3号までに規定する次の3つの領域に関する項目により検査を行い、労働者のストレスの程度を点数化して評価するとともに、その評価結果を踏まえて高ストレス者を選定し、医師による面接指導の要否を確認するものをいう。</p> <p>① 職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目</p> <p>② 心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目</p> <p>③ 職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目</p> <p>イ ストレスチェックの調査票</p> <p>事業者がストレスチェックに用いる調査票は、規則第52条の9第1項第1号から第3号までに規定する3つの領域に関する項目が含まれているものであれば、実施者の意見及び衛生委員会等での調査審議を踏まえて、事業者の判断により選択することができるものとする。</p> <p>なお、事業者がストレスチェックに用いる調査票としては、別添〔省略-4月号11頁等参照〕の「職業性ストレス簡易調査票」を用いることが望ましい。</p>	<p>(2) ストレスチェックの実施方法</p> <p>レ 事業者は、1年以内ごとに1回、ストレスチェックを実施します。</p> <p>レ ストレスチェック調査票を選定し、質問紙またはICTを用いて調査票を労働者に配布・記入させます。</p> <p>ア ストレスチェックの実施頻度と対象者</p> <p><b>実施頻度</b></p> <p>○1年以内に複数回実施することや、一般にストレスが高まると考えられる繁忙期に実施することに関しては、衛生委員会等での調査審議により、労使で合意すれば可能です。</p> <p><b>対象となる労働者</b></p> <p>○ストレスチェックの対象者となる「常時使用する労働者」とは、次のいずれの要件をも満たす者をいいます（一般定期健康診断の対象者と同様です）。</p> <p>① 期間の定めのない労働契約により使用される者（期間の定めのある労働契約により使用される者であって、当該契約の契約期間が1年以上である者並びに契約更新により1年以上使用されることが予定されている者及び1年以上引き続き使用されている者を含む。）であること。</p> <p>② その者の1週間の労働時間数が当該事業場において同種の業務に従事する通常の労働者の1週間の所定労働時間数の4分の3以上であること。</p> <p>なお、1週間の労働時間数が当該事業場において同種の業務に従事する通常の労働者の1週間の所定労働時間数の4分の3未満である労働者であっても、上記の①の要件を満たし、1週間の労働時間数が当該事業場において同種の業務に従事する通常の労働者の1週間の所定労働時間数のおおむね2分の1以上である者に対しても、ストレスチェックを実施することが望まれます。</p> <p>※派遣先事業場における派遣労働者の扱いは、後述「12(2) 派遣労働者に関する留意事項」(P114〔38頁〕)を参照してください。</p> <p>※ストレスチェックの実施時期に休職している労働者については実施しなくても差し支えありません。</p> <p>&lt;具体例・様式例&gt;【ストレスチェック実施時の文例;Web実施版】〔省略〕</p>

労働時間数の4分の3未満である労働者であっても、上記の①の要件を満たし、1週間の労働時間数が当該事業場において同種の業務に従事する通常の労働者の1週間の所定労働時間数のおおむね2分の1以上である者に対しても、ストレスチェックを実施することが望まれます。

※派遣先事業場における派遣労働者の扱いは、後述「12(2) 派遣労働者に関する留意事項」(P114〔38頁〕)を参照してください。

※ストレスチェックの実施時期に休職している労働者については実施しなくても差し支えありません。

<具体例・様式例>【ストレスチェック実施時の文例;Web実施版】〔省略〕

イ ストレスチェックの定義と調査票

**実施方法**

○ ストレスチェックは、調査票に労働者自ら記入又は入力してもらう方法で行うことを基本とします。ただし、調査票への記入又は入力に加えて、補足的に面談も行うことで、より具体的に個々の労働者のストレスの状況を把握するという方法もありますので、それぞれの事業場の実情に応じて、適切な方法を選択してください。

**具体的なストレスチェックの項目**

- ストレスチェックの調査票は、実施者の提案や助言、衛生委員会の調査審議を経て、事業者が決定します。
- 法に基づくストレスチェックは次の3領域を含むことが必要です。
  - ① 仕事のストレス要因: 職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目をいいます。
  - ② 心身のストレス反応: 心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目をいいます。
  - ③ 周囲のサポート: 職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目をいいます。
- ストレスチェックの項目(調査票)としては、以下に示す「職業性ストレス簡易調査票」〔省略〕を利用することが推奨さ

れます。また、これを簡略化したストレスチェック項目(調査票)の例(簡略版(23項目))も以下に示します[省略]。ただし、これらは、法令で規定されたものではありませんので、各事業場において、これらの項目を参考としつつ、衛生委員会で審議の上で、各々の判断で項目を選定することができます。

※ただし、各事業場において、独自の項目を選定する場合にも、規則に規定する3領域に関する項目をすべて含まなければなりません。また、選定する項目に一定の科学的な根拠が求められます。

※上記「職業性ストレス簡易調査票」は3領域を含んでおり、Aが「仕事のストレス要因」、Bが「心身のストレス反応」、Cが「周囲のサポート」に当たります。

注)「職業性ストレス簡易調査票」の標準版(57項目)と簡略版(23項目)は、巻末資料に掲載[省略]するとともに、厚生労働省ホームページで無償で提供していますので、ご利用ください。

<http://kokoro.mhlw.go.jp/>(工事中)

#### 調査票の利用方法

○ストレスチェック調査票を対象労働者に記入してもらいます。調査票の用紙を配布し記入してもらう方法と、社内のイントラネットなどICTを利用して回答を入力してもらう方法がありますが、それぞれの留意点は以下のとおりです。(紙を配布して記入してもらう場合の留意点)

・調査票の用紙を配布する場合、配布は誰が行っても差し支えありませんが、回収の際は、記入の終わった調査票が周囲の者の目に触れないよう、封筒に入れてもらうなどの配慮が必要です。

(ICTを利用して実施する場合の留意点)

・インターネットまたは社内のイントラネットなどICT [Information Communication Technology] を利用してストレスチェックを実施する場合は、以下の3つの要件が全て満たされている必要があります。

① 事業者及び実施者において、個人情報保護や改ざんの防止(セキュリティの確保)のための仕組みが整っており、その仕組みに基づいて実施者又はその他の実施事務従事者による個人の検査結果の保存が適切になされていること。

② 本人以外に個人のストレスチェック結果を閲覧することのできる者の制限がなされている(実施者以外は閲覧できないようにされている)こと。

③ 6(1)の実施者の役割(調査票の選定、評価基準の設定、個人の結果の評価等)が果たされること。

・ICTを活用した場合の情報管理については、事業者が留意すべき事項として、健康診断結果と同様に、記録の保存に関して「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参照するようにしてください。

#### ストレスチェックに含めることが不適当な項目

レ ストレスチェックとして行う調査票に、「性格検査」「希死念慮」「うつ病検査」等を含めることは不適当です。

○ストレスチェックは「性格検査」や「適性検査」を目的とするものではないことから、労働安全衛生法に基づくストレスチェックと銘打って、「性格検査」や「適性検査」そのものを実施することは不適当です。

○「希死念慮」や「自傷行為」に関する項目は、背景事情なども含めて評価する必要性がより高く、かつこうした項目から自殺のリスクを把握した際には早急な対応が必要となることから、企業における対応の体制が不十分な場合には検査項目として含めるべきではありません。

○事業者独自の項目を設定する場合には、上記のほか、ストレスチェックの目的はうつ病等の精神疾患のスクリーニングではないことに留意して項目を選定する必要があります。

#### ストレスチェックと一般健康診断の自覚症状の有無の検査との関係

レ 一般健康診断で心身両面の間診を行うことは、原則、これまでどおり可能です。

(基本的な考え方)

○一般定期健康診断の自覚症状の有無の検査(いわゆる医師による「問診」)は、労働者の身体症状のみならず、精神面の症状も同時に診ることにより、総合的に心身の健康の状況を判断するものであり、問診に含める検査項目について、事業場における労働者の健康管理を目的とするものであれば、原則として制限されません。

しかし、このような問診を行ったことをもって、ストレスチェックに替えることはできません。

○一方で、法第66条第1項において、ストレスチェックは健康診断から除くこととされたため、健康診断の間診の中で法に基づくストレスチェックをそのまま実施することはできません。

### (具体的な例)

- 健康診断の問診において「仕事のストレス要因」「心身のストレス反応」及び「周囲のサポート」の3領域にまたがる項目について点数化し、数値評価する方法でストレスの程度を把握することは、仮に「職業性ストレス簡易調査票」とは異なる項目を使用したとしても、法に基づくストレスチェックに該当するものを健康診断として実施することとなるため、不適当です。
- 一方、例えば「イライラ感」、「不安感」、「疲労感」、「抑うつ感」、「睡眠不足」、「食欲不振」などについて数値評価せずに問診票を用いて「はい・いいえ」といった回答方法で該当の有無を把握し、必要に応じて聞き取りをするような方法は、法に基づくストレスチェックには該当せず、問診として実施できる例として整理することが可能です。
- 特殊健康診断の検査項目の一部には、精神面の自覚症状が含まれているものがありますが※、これはストレスの程度を把握するためのものではなく、有害物質による症状を把握するためのものですので、ストレスチェックとは全く異なるものであり、その検査結果は従来どおり事業者へ通知し、必要に応じて事後措置等を行う必要があります。  
※例えば、鉛健康診断における「鉛による自覚症状又は他覚症状と通常認められる症状の有無の検査(易疲労感、倦怠感、睡眠障害、焦燥感)」

### ウ ストレスの程度の評価方法及び高ストレス者の選定方法・基準

#### (ア) 個人のストレスの程度の評価方法

事業者は、ストレスチェックに基づくストレスの程度の評価を実施者に行わせるに当たっては、点数化した評価結果を数値で示すだけでなく、ストレスの状況をレーダーチャート等の図表で分かりやすく示す方法により行わせることが望ましい。

#### (イ) 高ストレス者の選定方法

次の①又は②のいずれかの要件を満たす者を高ストレス者として選定するものとする。この場合において、具体的な選定基準は、実施者の意見及び衛生委員会等での調査審議を踏まえて、事業者が決定するものとする。

- ① 調査票のうち、「心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目」の評価点数の合計が高い者
- ② 調査票のうち、「心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目」の評価点数の合計が一定以上の者であって、かつ、「職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目」及び「職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目」の評価点数の合計が著しく高い者

実施者による具体的な高ストレス者の選定は、上記の選定基準のみで選定する方法のほか、選定基準に加えて補足的に実施者又は実施者の指名及び指示のもとにその他の医師、保健師、看護師若しくは精神保健福祉

### ウ ストレスの程度の評価方法及び高ストレス者の選定方法・基準

ストレスチェック結果の評価方法、基準は、実施者の提案・助言、衛生委員会における調査審議を経て、事業者が決定しますが、一方、個々人の結果の評価は実施者が行うことになります。

#### 本人の気づきを促すための方法

- 本人のストレスへの気づきを促すため、ストレスチェックの結果を本人に通知する際に用いる評価方法としては、個人のストレスプロフィールをレーダーチャートで出力して示すなど、分かりやすい方法を用いるのがよいでしょう。
- 「職業性ストレス簡易調査票」を用いる場合には、「職業性ストレス簡易調査票を用いたストレスの現状把握のためのマニュアル」に示されている標準化得点を用いた方法によることが適当です。

#### 高ストレス者を選定するための方法

- 高ストレス者を選定する場合には、まず、心身の自覚症状があり対応の必要な労働者が含まれている可能性の高い、「心身のストレス反応」の評価点数が高い者を選ぶことが必要ですが、「心身のストレス反応」の評価点数の合計が高い者だけを選ぶと、自覚症状としてはまだそれほど顕著な症状は現れていないけれども、仕事の量が非常に多い労働者や、周囲のサポートが全くないと感じている労働者など、メンタルヘルス不調のリスクがある者を見逃してしまう可能性があります。このため、上記のとおり、「心身のストレス反応」の評価点数の合計が一定以上の者であって、かつ、「仕事のストレス要因」及び「周囲のサポート」の評価点数の合計が著しく高い者についても、高ストレス者として選定するようにしましょう。
- 「職業性ストレス簡易調査票」を使用する場合の考え方や具体的な基準は以下に示しますが、独自の項目を用いる場合においてもこれを参考としつつ、各企業において適切な基準を定めて下さい。

<具体例・様式例>職業性ストレス簡易調査票を用いる場合の個人結果の計算・出力方法/高ストレス者を選定するための方法/調査票に面談を併用する場合[省略]

一般定期健診との同時実施[編注：6(2)アから移動]



事業者が講ずべき措置に関する指針	ストレスチェック制度実施マニュアル
------------------	-------------------

士又は産業カウンセラー若しくは臨床心理士等の心理職が労働者に面談を行いその結果を参考として選定する方法も考えられる。この場合、当該面談は、法第66条の10第1項の規定によるストレスチェックの実施の一環として位置付けられる。

**エ 健康診断と同時に実施する場合の留意事項**

事業者は、ストレスチェック及び法第66条第1項の規定による健康診断の自覚症状及び他覚症状の有無の検査（以下「問診」という。）を同時に実施することができるものとする。ただし、この場合において、事業者は、ストレスチェックの調査票及び健康診断の間診票を区別する等、労働者が受検・受診義務の有無及び結果の取扱いがそれぞれ異なることを認識できるよう必要な措置を講じなければならないものとする。

**(2) 実施者の役割**

実施者は、ストレスチェックの実施に当たって、当該事業場におけるストレスチェックの調査票の選定並びに当該調査票に基づくストレスの程度の評価方法及び高ストレス者の選定基準の決定について事業者に対して専門的な見地から意見を述べるとともに、ストレスチェックの結果に基づき、当該労働者が医師による面接指導を受ける必要があるか否かを確認しなければならないものとする。

なお、調査票の回収、集計若しくは入力又は受検者との連絡調整等の実施の事務については、必ずしも実施者が直接行う必要はなく、実施事務従事者に行わせることができる。事業者は、実施の事務が円滑に行われるよう、実施事務従事者の選任等必要な措置を講じるものとする。

○ ストレスチェックを一般定期健康診断と同時に実施する場合は、ストレスチェックには労働者に検査を受ける義務がないこと、検査結果は本人に通知し、本人の同意なく事業者には通知できないことに留意し、

- ① ストレスチェックの調査票と一般定期健康診断の間診票を別業にする
- ② 記入後、ストレスチェックに係る部分と一般定期健康診断に係る部分を切り離す
- ③ ICTを用いる場合は、一連の設問であっても、ストレスチェックに係る部分と一般定期健康診断に係る部分の区別を明らかにするなど、受検者がストレスチェックの調査票と一般定期健康診断の間診票のそれぞれの目的や取扱いの違いを認識できるようにする必要があります。

○ ストレスチェックは集団的な分析を行うことから、少なくとも集計・分析の単位となる集団について同時期に行うことが望まれます。このため、定期健康診断を一斉実施としていない（例えば誕生日に実施する場合や複数の健診機関に委託して実施している場合）事業場では、検討が必要でしょう。

**[実施者] [編注：6(1)から移動]**

○ 実施者は、ストレスチェックに関して具体的には次に掲げる事項を直接行う必要があります。

- ① 事業者がストレスチェックの調査票を決めるに当たって、事業者に対して専門的な見地から意見を述べること。
- ② 事業者が高ストレス者を選定する基準や評価方法を定めるに当たって、事業者に対して専門的な見地から意見を述べること。
- ③ 個人のストレスの程度の評価結果に基づき、医師による面接指導を受けさせる必要があるかどうか判断すること。

○ また、実施者は、必要に応じて他の実施事務従事者に指示して、次に掲げる事項も行うようにします。

- ① 規則の規定に基づき、個人のストレスチェック結果について記録を作成すること。（規則第52条の11）
- ② 規則の規定に基づき、個人のストレスチェック結果を当該労働者に通知すること。（規則第52条の12）
- ③ 個人のストレスチェック結果を集団的に分析し、その結果を事業者に提供すること。
- ④ 高ストレスであって面接指導が必要と評価された労働者に対して、医師による面接指導の申出を行うように勧奨すること。

○ これらの事項のほか、実施者は次に掲げる事項も行うことが望ましいでしょう。

- ① 高ストレスであって面接指導が必要と評価された労働者であって、医師による面接指導の申出を行わない者に対して、相談、専門機関の紹介等の支援を必要に応じて行うこと。

○ 事業者は、ストレスチェックの実施に当たっては、実施者のほか、実施者の事務を補助するために、実施事務従事者を選び、ストレスチェックの実施の実務に従事させることができます。ストレスチェックを受ける労働者に対して直接的な人事権を有する者は実施事務従事者になれませんが、事業場の人人体制等の状況によっては、人事担当の部署の従業員（人事権のない者に限る。）が実施事務従事者になることは可能です。ただし、この場合は特に情報の取扱いに気を付ける必要があり、後述の「11 ストレスチェック制度に関する労働者の健康情報の保護」（P104 [35頁]）の

留意事項を参照し、適切に対応してください。

### (3) 受検の勧奨

自らのストレスの状況について気付きを促すとともに、必要に応じ面接指導等の対応につなげることで、労働者がメンタルヘルス不調となることを未然に防止するためには、全ての労働者がストレスチェックを受けることが望ましいことから、事業者は、実施者からストレスチェックを受けた労働者のリストを入手する等の方法により、労働者の受検の有無を把握し、ストレスチェックを受けていない労働者に対して、ストレスチェックの受検を勧奨することができるものとする。なお、この場合において、実施者は、ストレスチェックを受けた労働者のリスト等労働者の受検の有無の情報を事業者に提供するに当たって、労働者の同意を得る必要はないものとする。

### (4) ストレスチェック結果の通知及び通知後の対応

#### ア 労働者本人に対するストレスチェック結果の通知方法

事業者は、規則第52条の12の規定に基づき、ストレスチェック結果が実施者から、遅滞なく労働者に直接通知されるようにしなければならない。この場合において、事業者は、ストレスチェック結果のほか、次に掲げる事項を通知させることが望ましい。

- ① 労働者によるセルフケアに関する助言・指導
- ② 面接指導の対象者にあつては、事業者への面接指導の申出窓口及び申出方法
- ③ 面接指導の申出窓口以外のストレスチェック結果について相談できる窓口に関する情報提供

レ 法に基づく面接指導以外にもストレスチェック結果に関する労働者からの相談対応を充実することが望ましいでしょう。

#### ア 労働者本人に対するストレスチェック結果の通知方法

##### ストレスチェック結果の通知に当たっての留意点

- ストレスチェックの結果は、ストレスチェック実施後、実施者又はその他の実施事務従事者から遅滞なく受検者本人に通知します。
- ICTを利用して実施した場合であつて、入力終了と同時に個人のストレスプロフィールや高ストレス者の該当の有無などのストレスチェック結果が表示される場合には、受検した労働者がこの結果を自ら出力、保存できるようになっているか、又はいつでも閲覧できるようになっていれば、改めて実施者から労働者に結果を通知する必要はありません。ただし、実施者は必ず高ストレスと評価された労働者を含む全ての受検者の結果を確認し、高ストレスと評価された労働者について医師による面接指導を受けさせる必要があるかどうかを確認し、面接指導が必要と認めた労働者については、改めてその旨当該労働者に通知する必要があります。
- 実施者から受検した労働者にストレスチェック結果を通知する際には、他の者に見られないよう、封書又は電子メール等で労働者に個別に直接通知しなければなりません。
- 面接指導の要否が他の者に類推されないよう配慮してください。例えば、面接指導の対象者にのみ職場で封書を配布するなどの方法では類推される可能性があります。電子メールで通知する、自宅に封書で郵送する、全員にストレスチェック結果を封書で通知する際に併せて面接指導の対象者である旨の通知文も同封して通知するなどの配慮が必

### (3) ストレスチェックの受検の勧奨

レ 事業者は、労働者個々人がストレスチェックを受けたか否かを把握し、労働者に対し受検を勧奨することが可能です。

- 事業者による個々の労働者の受検の有無の把握と受検勧奨については、受検しない労働者に対する不利益取扱いが行われないことを確保した上で、実施することが可能です。ただし、ストレスチェックを受検すべきことを就業規則に規定し、受検しなかったことをもって懲戒処分の対象とすることは、受検の強要や受検しない労働者に対する不利益取扱いに当たる行為であり、行ってはいけません。
- 業務命令のような形で強要するようなことのないよう、受検勧奨のやり方については衛生委員会等とよく話し合い、労働者に周知しておく必要があります。
- 実施者又はその他の実施事務従事者が自ら受検の勧奨をすることも可能です。

<具体例・様式例>【ストレスチェックの受検を実施者から催促する場合の文例:Web実施版】〔省略〕

### (4) 面接指導対象者の確認

(2)ウ(P35[24頁])で選定された高ストレス者を含むすべての受検者について医師による面接指導を受ける必要があるかどうか、実施者が確認します。

### (5) ストレスチェック結果の通知と通知後の対応

- レ 実施者は、個人のストレスチェック結果を、労働者に直接通知します。
- レ 実施者は面接指導対象者に対して、医師による面接指導を受けるように勧奨します。

要です。

- 労働者の個別の同意がなければ、事業者には通知することは禁止されています。また、第三者に結果を漏らすことも法律で禁じられています。労働者の同意取得の方法などの留意事項は後述のP93[省略]を参照してください。

#### 通知する内容

- 実施者から労働者に対し、以下の事項を通知します。このうち、ア①～③については、必ず通知しなければならないものであり、イ及びウは通知することが望ましいものです。

##### ア 個人のストレスチェック結果

- ① 個人のストレスプロフィール（個人ごとのストレスの特徴や傾向を数値、図表等で示したものの。次の3つの項目ごとの点数を含むことが必要。）

- ・ 職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目
- ・ 当該労働者の心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目
- ・ 職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目

- ② ストレスの程度（高ストレスに該当するかどうかを示した評価結果）

- ③ 面接指導の対象者か否かの判定結果

注1) ストレスチェックの目的や結果の見方についても改めて説明するとよいでしょう。

注2) 検査結果は概ね検査前の1か月間の状況を示したものであり、本人の自覚に基づく評価であること、ストレス反応自体は多かれ少なかれすべての労働者が示すものであり、高ストレスであること自体が必ずしも心身の健康障害を意味しているわけではないことも説明するとよいでしょう。

注3) 面接指導の対象者については、面接指導を受ける意義などについて説明するとよいでしょう。

##### イ セルフケアのためのアドバイス。

##### ウ 事業者への面接指導の申出方法（申出窓口）。

※ アで面接指導の対象とされた者に限る。

注1) 以下のことについて説明するとよいでしょう。

- ・ 面接指導を申し出た場合には、ストレスチェック結果を事業者には提供することに同意したものとみなされること、面接指導の結果、必要がある場合は就業上の措置（時間外労働の制限、配置転換など）につながる可能性があること。
- ・ 面接指導を申し出たことに対して不利益な取扱いをすることは法律上禁止されていること。
- ・ 面接指導に要する費用は事業者が負担しなければならないが、労働者が負担する必要はないこと。

注2) 面接指導の申出がしやすくなるように、事業者に出る際の窓口を産業医などの産業保健スタッフとすることや外部機関とすることも可能です。その場合、申出のあった旨を事業者に伝えることをあらかじめ労働者に伝えておきます。

- 上記のほか、必要に応じて以下の事項についても通知するとよいでしょう。

- ・ 面接指導の申出窓口以外の相談可能な窓口に関する情報提供（社内の産業保健スタッフ、社外の契約機関の相談窓口、公的な相談窓口等の紹介）。

- ・ 結果通知時に、結果の事業者への提供についての同意の有無を確認することになっている場合は、そのための文書。

<具体例・様式例①>○ストレスチェック結果通知シートの例[省略]

<具体例・様式例②>○結果の説明文書例[省略]

<具体例・様式例③>○セルフケアのアドバイスの記載例（受検者全員に配布する場合の例）[省略]

#### イ ストレスチェック結果の通知後の対応

##### (ア) 面接指導の申出の勧奨

ストレスチェックの結果、高ストレス者として選定され、面接指導を受ける必要があると実施者が認めた労働者のうち、面接指導の申出を行わない労働者に対しては、規則第52条の16第3項の規定に基づき、実施者が、申出の勧奨を行うことが望ましい。

##### イ ストレスチェック結果の通知後の対応

##### 面接指導の申出の勧奨

- ストレスチェックの結果、面接指導が必要とされた労働者に対しては、結果通知に合わせて面接指導の申出窓口等を知らせること（P46 [26頁]）となっていますが、なるべく面接指導を申し出るよう、面接指導の対象者を把握している医師等の実施者が、以下に掲げる方法により申出の勧奨を行いましょう。

- ① 実施者が個人のストレスチェック結果を本人に通知する際に、面接指導の対象者であることを伝え、面接指導を受けるよう勧奨する方法。
  - ② 個人のストレスチェック結果の通知から一定期間後に、実施者が封書又は電子メールで本人にその後の状況について確認し、面接指導の申出を行っていない者に対して面接指導を受けるよう勧奨する方法。
  - ③ 面接指導の申出の有無の情報を、事業者から提供してもらい、すでに事業者に対して申出を行った労働者を除いて勧奨する方法。
- 面接指導の申出を行わない労働者に対して、実施者以外の者が勧奨を行うことについては、ストレスチェックの実施事務従事者に限って可能です。
- 本人の同意により面接指導が必要であるという評価結果を事業者が把握している労働者に対しては、必要に応じて、申出の強要や申出を行わない労働者への不利益取扱いにつながらないように留意しつつ、事業者が申出を勧奨することも可能です。
- 面接指導を受けるかどうかは、あくまで勧奨を受けた本人の選択によりますが、制度の実効性を増すためには、事業場において面接指導が必要と判断された労働者ができるだけ面接指導を申し出るような環境づくりが重要です。
- 事業場では、特に以下の点に留意する必要があります。
- ① 情報の流れの明確化  
労働者が安心感をもてるよう、図表などのわかりやすい方法により、個人情報保護に関連する事項、即ちストレスチェックの結果（個人のストレスプロフィールやストレスの程度の評価結果）、面接指導の必要性の有無、面接指導の内容などが、どのような経路でどの範囲に伝えられるのかを明らかにしましょう。
  - ② 手続きの簡素化と秘匿化  
面接指導を勧奨された労働者が面接を申し出る際には、できるだけ簡単な手続きで申し込めるようにしましょう。申し込み手続きは周囲の者に知られることなく完了できるように配慮しましょう。窓口を明確化し混乱のないようにしましょう。また、面接指導のため労働者が職場を離れることが想定されるため、面接指導の実施日時等の情報は労働者の上司と共有しておく必要があります。
  - ③ メンタルヘルス教育  
メンタルヘルス指針にあるように、日頃よりメンタルヘルスケアについて正しい知識を付与することが、労働者からの面接指導の申出の割合を高め、周囲の者の理解を得るのに役立ちます。例えば、産業医等面接指導を実施する医師が、メンタルヘルス教育の一部を担当すれば、労働者により親しみやすくなるでしょう。
- 実施者は、面接指導を申し出なかった人も相談できるよう、相談対応、専門機関の紹介などの支援を必要に応じて行いましょう。

### <具体例・様式例>

○面接指導の勧奨文書例①～ストレスチェック受験者の皆様へ～[省略]

○面接指導の勧奨文書例②産業医からのお知らせ[省略]

### 相談対応

#### (イ) 相談対応

事業者は、ストレスチェック結果の通知を受けた労働者に対して、相談の窓口を広げ、相談しやすい環境を作ることで、高ストレスの状態で放置されないようにする等適切な対応を行う観点から、日常的な活動の中で当該事業場の産業医等が相談対応を行うほか、産業医等と連携しつつ、保健師、看護師若しくは精神保健福祉士又は産業カウンセラー若しくは臨床心理士等の心理職が相談対応を行う体制を整備することが望ましい。

- 医師による面接指導を希望する旨事業者に申し出た場合、ストレスチェック結果が事業者提供されることなどから、高ストレスであり面接指導が必要であると評価されても申出を行わない労働者もいると考えられます。このため、面接指導の申出という正式な手続き以外でも、日常的な活動の中での産業医による相談対応のほか、気軽に保健師、看護師、精神保健福祉士や産業カウンセラー、臨床心理士等の心理職等に相談できる窓口を用意し、高ストレス者が放置されないよう取り組むことが大切です。
- 相談対応の中で保健師等が情報を把握した場合については、産業医と連携しつつ対応することになりますが、原則として労働者本人の意向に沿って情報の管理・提供がなされる必要があります（事業者提供する場合には本人の同意が必要です）。

事業者が講ずべき措置に関する指針	ストレスチェック制度実施マニュアル
<p>(5) ストレスチェック結果の記録及び保存</p> <p>ストレスチェック結果の事業者への提供について、労働者から同意を得て、実施者からその結果の提供を受けた場合は、規則第52条の13第2項の規定に基づき、事業者は、当該ストレスチェック結果の記録を作成して、これを5年間保存しなければなりません。</p> <p>労働者の同意が得られていない場合には、規則第52条の11の規定に基づき、事業者は、実施者によるストレスチェック結果の記録の作成及び当該実施者を含む実施事務従事者による当該記録の保存が適切に行われるよう、記録の保存場所の指定、保存期間の設定及びセキュリティの確保等必要な措置を講じなければなりません。この場合において、ストレスチェック結果の記録の保存については、実施者がこれを行うことが望ましく、実施者が行うことが困難な場合には、事業者は、実施者以外の実施事務従事者の中から記録の保存事務の担当者を指名するものとする。</p> <p>実施者又は実施者以外の実施事務従事者が記録の保存を行うに当たっては、5年間保存することが望ましい。</p> <p>なお、ストレスチェック結果の記録の保存方法には、書面による保存及び電磁的記録による保存があり、電磁的記録による保存を行う場合は、厚生労働省の所管する法令の規定に基づく民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する省令（平成17年厚生労働省令第44号）に基づき適切な保存を行う必要がある。</p> <p>また、ストレスチェック結果の記録は「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の直接の対象ではないが、事業者は安全管理措置等について本ガイドラインを参照することが望ましい。</p>	<p>(6) ストレスチェック結果の記録と保存</p> <p>レ 個人のストレスチェックの結果の記録は、事業者が実施事務従事者に保存させるよう必要な措置を講じます。</p> <p>レ 労働者の同意により、実施者から事業者に提供された結果の記録は、事業者が5年間保存しなければなりません。</p> <p>○労働者の同意がなく、事業者に提供されない個人のストレスチェック結果の記録の保存は、実施者又は事業者が指名した実施事務従事者が行うこととなりますが、これは実施者等が個人で保管場所を確保して管理することを意味するものではありません。保存方法、保存場所などは、事業場の衛生委員会等で調査審議した上で事業者が決定し、それに基づいて事業者が管理する事業場内の保管場所（結果が紙の場合）、企業内ネットワークのサーバー内（結果がシステム上のデータの場合）、委託先である外部機関の保管場所等で保管することも可能です。ただし、この場合、当該実施事務従事者が責任をもってセキュリティの管理（システムへのログインパスワードの管理、キャビネット等の鍵の管理など）を行い、個人のストレスチェック結果が事業者を含めた第三者に見られないように厳密な管理を行うことが必要です。</p> <p>○嘱託の産業医が実施者である場合や外部機関にストレスチェックの実施を委託する場合は、契約書の中に保存に関する事務についても含めておきましょう。</p> <p>○保存が必要な個人のストレスチェック結果の記録の内容は</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 個人のストレスチェックのデータ <ul style="list-style-type: none"> <li>個人ごとの検査結果を数値、図表等で示したものの。調査票の各項目の点数の一覧又は、個人のストレスプロフィールそのものでも差支えない。</li> </ul> </li> <li>② ストレスの程度（高ストレスに該当するかどうかを示した評価結果）</li> <li>③ 面接指導の対象者か否かの判定結果 <ul style="list-style-type: none"> <li>であって、受検者が記入・入力した調査票原票は必ずしも保存しておく必要はありません。</li> </ul> </li> </ol> <p>○結果の記録の保存は、紙媒体と電磁的媒体のいずれの方法も可能です（電磁的媒体の場合は「厚生労働省の所管する法令の規定に基づく民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する省令について」（平成17年3月31日付基発第0331014号）を参照してください）。</p> <p>○ストレスチェック結果だけでなく、事業者への提供の同意に係る書面又は電磁的記録についても、事業者が5年間保存するようにしてください。</p> <p>実施者又はその他の実施事務従事者による結果保存の例[省略]</p>
<p>8 面接指導の実施方法等</p> <p>(1) 面接指導の対象労働者の要件</p> <p>規則第52条の15の規定に基づき、事業</p>	<p>7 面接指導の実施方法等</p> <p>レ 事業者は、面接指導の申出をした労働者が、面接指導対象者に該当するかを確認します。</p>

事業者が講ずべき措置に関する指針	ストレスチェック制度実施マニュアル
<p>者は、上記7(1)ウ(イ)に掲げる方法により高ストレス者として選定された者であって、面接指導を受ける必要があると実施者が認めた者に対して、労働者からの申出に応じて医師による面接指導を実施しなければならない。</p> <p><b>(2) 対象労働者の要件の確認方法</b></p> <p>事業者は、労働者から面接指導の申出があったときは、当該労働者が面接指導の対象となる者かどうかを確認するため、当該労働者からストレスチェック結果を提出させる方法のほか、実施者に当該労働者の要件への該当の有無を確認する方法によることができるものとする。</p> <p><b>(3) 実施方法</b></p> <p>面接指導を実施する医師は、規則第52条の17の規定に基づき、面接指導において次に掲げる事項について確認するものとする。</p> <p>① 当該労働者の勤務の状況（職場における当該労働者の心理的な負担の原因及び職場における他の労働者による当該労働者への支援の状況を含む。）</p> <p>② 当該労働者の心理的な負担の状況</p> <p>③ ②のほか、当該労働者の心身の状況</p> <p>なお、事業者は、当該労働者の勤務の状況及び職場環境等を勘案した適切な面接指導が行われるよう、あらかじめ、面接指導を実施する医師に対して当該労働者に関する労働時間、労働密度、深夜業の回数及び時間数、作業態様並びに作業負荷の状況等の勤務の状況並びに職場環境等に関する情報を提供するものとする。</p> <p><b>(4) 面接指導の結果についての医師からの意見の聴取</b></p> <p>法第66条の10第5項の規定に基づき、事業者が医師から必要な措置についての意見を聴くに当たっては、面接指導実施後遅滞なく、就業上の措置の必要性の有無及び講ずべき措置の内容その他の必要な措置に関する意見を聴くものとする。</p> <p>ア 下表〔次頁掲載〕に基づく就業区分及びその内容に関する医師の判断</p> <p>イ 必要に応じ、職場環境の改善に関する意見</p> <p><b>(5) 就業上の措置の決定及び実施</b></p> <p>法第66条の10第6項の規定に基づき、事業者が労働者に対して面接指導の結果に基づく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</p>	<p>レ 面接指導を行う医師を決定し、面接指導の日時・場所を調整します。</p> <p>レ 医師による面接指導を行います。</p> <p>レ 面接指導結果の報告を受け、必要に応じ就業上の措置を講じます。</p> <p><b>(1) 面接指導の対象労働者の要件</b></p> <p><b>(2) 対象労働者の要件の確認方法</b></p> <p>○面接指導の申出をした者が面接指導の対象者かどうかを事業者が確認する方法についても、衛生委員会等で調査審議を行い、あらかじめ社内規程として定め、労働者に周知しておきましょう。</p> <p>○基本的には、申し出をした労働者から、ストレスチェック結果を提出させることとするのがよいでしょう。</p> <p>○事業者への申出の手続きを行わず、通常の産業保健活動を通じて、実質的にストレスチェックを踏まえた医師による面接指導を行った場合、その結果について事業者が情報提供し、記録し、意見を述べるなどの必要があれば、この制度に基づく面接指導に切り替えることが可能ですが、その場合は切り替えの前にその旨労働者の了解を得る必要があります。</p> <p><b>(3) 面接指導を実施する医師と実施時期</b></p> <p><b>面接指導の申出方法</b></p> <p>○面接指導を受けることを希望する旨の申出は、書面や電子メール等で行い、事業者は、その記録を5年間残すようにしてください。</p> <p><b>面接指導の考え方</b></p> <p>○ストレスチェックは、自記式調査票によって実施されるため、その時点での労働者の自覚の範囲での評価となるという限界があります。ストレスチェック後の面接指導は、こうした自覚のある労働者が事業者に申し出た場合に、ストレス反応に対する対処行動（ストレスコーピング）の手助けとなり、ストレスによる健康影響を少なくする（あるいは未然に防止する）効果が期待されます。一方で、面接指導対象者に対して、直ちに専門医の受診を勧奨するものではないことに留意しなければいけません。</p> <p>○ストレスチェックにより面接指導の対象者とされた者に対する面接指導では、医師は、ストレスチェックの結果を精査し、ストレスの要因について聴取して、対応を検討することが求められます。</p> <p>○面接指導においては、業務外の出来事がストレスの原因となっていることもあることを考慮しつつ、高ストレス状況では、一般的には、職場や職務への不適応などが問題となりうることから、面接実施者は、基本的には、ストレスの要因が職場内に存在することを想定して、まずは高ストレスの原因について詳細に把握して職場内で実施可能な対応を優先して</p>

事業者が講ずべき措置に関する指針

ストレスチェック制度実施マニュアル

者の了解が得られるよう努めるとともに、労働者に対する不利益な取扱いにつながらないように留意しなければならぬものとする。なお、労働者の意見を聴くに当たっては、必要に応じて、当該事業場の産業医等の同席の下に行うことが適当である。

事業者は、就業上の措置を実施し、又は当該措置の変更若しくは解除をしようとするに当たっては、当該事業場の産業医等と他の産業保健スタッフとの連携はもちろんのこと、当該事業場の健康管理部門及び人事労務管理部門との連携にも十分留意する必要がある。また、就業上の措置の実施に当たっては、特に労働者の勤務する職場の管理監督者の理解を得ることが不可欠であることから、事業者は、プライバシーに配慮しつつ、当該管理監督者に対し、就業上の措置の目的及び内容等について理解が得られるよう必要な説明を行うことが適当である。

また、就業上の措置を講じた後、ストレス状態の改善が見られた場合には、当該事業場の産業医等の意見を聴いた上で、通常の勤務に戻す等適切な措置を講ずる必要がある。

(6) 結果の記録及び保存

規則第52条の18第2項の規定に基づき、事業者は、面接指導の結果に基づき、次に掲げる事項を記載した記録を作成し、これを5年間保存しなければならない。なお、面接指導結果の記録の保存について、電磁的記録による保存を行う場合は、7(5)の電磁的記録による保存を行う場合の取扱いと同様とする。

- ① 面接指導の実施年月日
- ② 当該労働者の氏名
- ③ 面接指導を行った医師の氏名
- ④ 当該労働者の勤務の状況
- ⑤ 当該労働者の心理的な負担の状況
- ⑥ その他の当該労働者の心身の状況
- ⑦ 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の医師の意見

促す観点で面接指導に当たることが望ましいでしょう。

- 労働者が既に専門医を受診している場合でも、高ストレスの原因となるストレス要因が職場に内在しているものである場合には、医療のみで解決することが極めて難しいと言わざるを得ません。職場内で解決可能な問題があるかどうかについて職場の環境を熟知している産業医が対応することが解決の糸口になる可能性が高いと言えます。
- 医師による面接指導の費用は、事業者が負担すべきものであり、保険診療で行うものではないことに留意しましょう。

面接指導を実施する医師

- 面接指導を実施する医師としては、当該事業場の産業医又は事業場において産業保健活動に従事している医師が推奨されます。また、面接指導の実施を外部の医師に委託する場合にも、産業医資格を有する医師に委託することが望ましいでしょう。
- 産業医の選任義務のない労働者数50人未満の事業場で面接指導を実施する場合は、産業医資格を有する医師のいる産業保健総合支援センターの地域窓口（地域産業保健センター）を利用することが可能です。
- 面接指導は精神疾患の診断や治療を行うものではありませんので、必ずしも精神科医や心療内科医が実施する必要はありませんが、労働者の状況によっては、専門医療機関への受診勧奨の要否も判断する必要がある場合があるため、メンタルヘルスに関する知識や技術を持つておくことが望ましいでしょう。厚生労働省では、産業保健総合支援センターにおいて、医師に対するメンタルヘルスに関する研修を無料で実施していますので、そうした機会も積極的に活用しましょう。

実施時期

- 面接指導は申出があつてから概ね1月以内に実施する必要がありますので、面接指導を実施する医師とも調整のうえ、実施日時の設定を行います。
- 面接指導は原則的には就業時間内に設定しましょう。日時の設定に関しては、曜日や時間帯を柔軟にして、対象者が面接指導を受けやすい環境を整える配慮が必要です。また、就業時間内に面接指導を受ける際には、必ずしもその理由を伝える必要はありませんが、労働者の上司等の理解

就業区分		就業上の措置の内容
区分	内容	
通常勤務	通常の勤務でよいもの	—
就業制限	勤務に制限を加える必要のあるもの	メンタルヘルス不調を未然に防止するため、労働時間の短縮、出張の制限、時間外労働の制限、労働負荷の制限、作業の転換、就業場所の変更、深夜業の回数の減少又は昼間勤務への転換等の措置を講じる。
要休業	勤務を休む必要のあるもの	療養等のため、休暇又は休職等により一定期間勤務させない措置を講じる。

を得ておくことも重要です。さらに、面談での聴取、評価とセルフケアをはじめとする指導が1回では実施できない場合もあり、複数回の面接指導となる場合の労務管理上の取扱いもあらかじめ取り決めておく必要があります。

#### (4) 実施方法

○面接指導においては、ストレスチェックの3項目(※)に加えて、以下に掲げる事項について医師が確認しましょう。

- ① 当該労働者の勤務の状況
  - ・当該労働者の労働時間、業務の内容等について予め事業者から情報を入手します。
  - ・ストレス要因となりうる職場の人間関係や前回検査以降の業務・役割の変化の有無等について把握します。
  - ・他の労働者による当該労働者への支援の状況について確認します。
- ② 心理的な負担の状況
  - ・ストレスチェック結果をもとに、抑うつ症状等について把握します。必要に応じて、CES-Dなどのうつ病のスクリーニング検査や構造化面接法を行うことも考えられます。
- ③ その他心身の状況の確認
  - ・過去の健診結果や現在の生活状況の確認を行います。
  - ・必要に応じてうつ病等や一般的なストレス関連疾患を念頭においた確認を行います。

(※)ストレスチェックの3項目は次のとおりです。

- ・職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目
  - ・当該労働者の心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目
  - ・職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目
- なお、この3項目の確認については、当該労働者のストレスチェック結果を確認することで足りります。

○面接指導においては、以下の事項について医師が労働者に対して医学上の指導を行います。

- ① 保健指導
  - ・ストレス対処技術の指導
  - ・気づきとセルフケア
- ② 受診指導(※面接指導の結果、必要に応じて実施)
  - ・専門機関の受診の勧奨と紹介

<具体例・様式例>面接指導の具体的な進め方と留意点[省略]

#### (5) 面接指導の結果についての医師からの意見の聴取

##### 意見を聴く医師

○面接指導を実施した医師(当該事業場の産業医が望ましい)から意見を聴取することが適当です。なお、当該医師が、事業場外の精神科医や心療内科医である場合など事業場で選任されている産業医以外の者であるときは、必ずしも労働者の勤務状況や職場環境など、当該事業場の状況を把握していないことも考えられるので、事業場で選任されている産業医からも、面接指導を実施した医師の意見を踏まえた意見を聴くことが適当です。

##### 意見を聴く時期

○面接指導を実施した後、遅滞なく意見を聴く必要があり、遅くとも1月以内には聴くようにしましょう。ただし、労働者のストレスの程度等の健康状態から緊急に就業上の措置を講ずべき必要がある場合には、可能な限り速やかに意見聴取が行われる必要があります。

##### 意見の内容

- 医師は、意見を述べるに当たっては、就業上の措置だけにとどまらず、必要に応じて、作業環境管理、作業管理、健康管理の徹底、セルフケアやラインケアに関する労働衛生教育の充実、過重労働対策やメンタルヘルスケア体制の確立等、労働安全衛生管理体制の見直しなどについても含めることが望ましいでしょう。
- 職場環境の改善に関する意見は、人事労務管理に関わるものが多いため、人事労務担当者や管理監督者とも連携して対応することが重要です。また、上司のパワーハラスメントなど、職場の人間関係に問題があることも考えられますので、情報管理も含め人事労務担当者や連携した慎重な対応が必要になります。

#### (6) 就業上の措置の決定と実施

ストレスチェックから事後措置までの流れ[省略]

## (7) 結果の記録と保存

- 面接指導結果の記録の作成に当たっては、面接指導を実施した医師は、当該労働者の健康を確保するための就業上の措置を実施するため必要最小限の情報に限定して事業者へ情報を提供する必要があり、診断名、検査値、具体的な愁訴の内容等の生データや詳細な医学的な情報は事業者へ提供してはいけません。
  - 面接指導結果の記録は、規則第52条の17各号及び第52条の18第2項各号の事項(上記①～⑦の事項)が記載されたものであれば、面接指導を実施した医師からの報告をそのまま保存することで足りる。
  - 面接指導の結果に基づく記録の作成についての様式は任意です。
- <具体例・様式例>面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書(例) [省略]

## 9 ストレスチェック結果に基づく集団ごとの集計・分析及び職場環境の改善

### (1) 集団ごとの集計・分析の実施

事業者は、規則第52条の14の規定に基づき、実施者に、ストレスチェック結果を一定規模の集団ごとに集計・分析させ、その結果を勘案し、必要に応じて、当該集団の労働者の実情を考慮して、当該集団の労働者の心理的な負担を軽減するための適切な措置を講じるよう努めなければならない。このほか、集団ごとの集計・分析の結果は、当該集団の管理者等に不利益が生じないようその取扱いに留意しつつ、管理監督者向け研修の実施又は衛生委員会等における職場環境の改善方法の検討等に活用することが望ましい。

また、集団ごとの集計・分析を行った場合には、その結果に基づき、記録を作成し、これを5年間保存することが望ましい。

### (2) 集団ごとの集計・分析結果に基づく職場環境の改善

事業者は、ストレスチェック結果の集団ごとの集計・分析結果に基づき適切な措置を講ずるに当たって、実施者又は実施者と連携したその他の医師、保健師、看護師若しくは精神保健福祉士又は産業カウンセラー若しくは臨床心理士等の心理職から、措置に関する意見を聴き、又は助言を受けることが望ましい。

また、事業者が措置の内容を検討するに当たっては、ストレスチェック結果を集団ごとに集計・分析した結果だけではなく、管理監督者による日常の職場管理で得られた情報、労働者からの意見聴取で得られた情報及び産業保健スタッフによる職場巡視で得られた情報等も勘案して職場環境を評価するとともに、勤務形態又は職場組織の見直し等の様々な観点から職場環境を改善するための必要な措置を講ずることが望ましい。このため、事業者は、次に掲げる事項に留意することが望ましい。

- ① 産業保健スタッフから管理監督者に対し職場環境を改善するための助言を行わせ、産業保健スタッフ及び管理監督者が協力しながら改善を図らせること。
- ② 管理監督者に、労働者の勤務状況を日常的に把握させ、個々の労働者に過度な長時間労働、疲労、ストレス又は責任等が生じないようにする等、労働者の能力、適性及び職務内容に合わせた配慮を行わせること。

## 8 ストレスチェック結果に基づく集団ごとの集計・分析及び職場環境の改善

### 集団ごとの集計・分析の実施

○一次予防を主な目的とする制度の趣旨を踏まえ、労働者本人のセルフケアを進めるとともに、職場環境の改善に取り組むことが重要です。ストレスチェックの結果を職場や部署単位で集計・分析することにより、高ストレスの労働者が多い部署が明らかになります。この結果、当該部署の業務内容や労働時間など他の情報と合わせて評価し、事業場や部署として仕事の量的・質的負担が高かったり、周囲からの社会的支援が低かったり、職場の健康リスクが高い場合には、職場環境等の改善が必要と考えられます。集団ごとの集計・分析及びその結果に基づく対応は、規則に基づく事業者の努力義務とされていますので、職場のストレスを低減させるため、できるだけ実施するようにしましょう。

### 集団ごとの集計・分析の方法

- 集団ごとの集計・分析の具体的な方法は、使用する調査票(ストレスチェック項目)により異なりますが、国が標準的な項目として示す「職業性ストレス簡易調査票」(57項目)又は簡略版(23項目)を使用する場合は、「職業性ストレス簡易調査票」に関して公開されている「仕事のストレス判定図」によるものが適当です。
- 独自の項目を用いる場合には、「仕事のストレス判定図」を参考としつつ、これまでの研究や実践事例を参考としながら各企業において適切な集計・分析方法を定めるようにしてください。
- 集団ごとの集計・分析結果は、個人ごとの結果を特定できないため、労働者の同意を取らなくても、実施者から事業者へ提供して差し支えありません。ただし、集計・分析の単位が10人を

下回る場合には個人が特定されるおそれがあることから、集計・分析の対象となる労働者全員の同意がない限り、集計・分析結果を事業者に提供してはいけません。

- 「一定規模の集団」とは、職場環境を共有し、かつ業務内容について一定のまとまりをもった部、課などの集団であり、具体的に集計・分析を行う集団の単位は、事業者が当該事業場の業務の実態に応じて判断します。

※集団ごとの集計・分析を行う際の下限人数の10人は、在籍労働者数ではなく、実際の受検者数(有効なデータ数)でカウントするものとし、例えば、対象とする集団に所属する労働者の数が10人以上であっても、その集団のうち実際にストレスチェックを受検した労働者の数が10人を下回っていた場合は、集団的な分析結果を事業者に提供してはいけません。こうした場合は、より上位の大きな集団単位で集計・分析を行うなど工夫しましょう。

ただし、集団ごとの集計・分析の方法として、例えば職業性ストレス簡易調査票の57項目の全ての合計点について、集団の平均値だけを求めるなど、個人特定につながらず得ない方法で実施する場合に限っては、10人未満の単位での集計・分析を行うことは可能ですが、あらかじめ衛生委員会での調査審議が必要です。

### 集団ごとの集計・分析結果の保存

- 集団ごとの集計・分析結果は、経年変化をみて職場のストレスの状況を把握・分析することも重要であることから、事業者が5年間保存することが望ましいでしょう。

### 集団ごとの集計・分析結果に基づく職場環境の改善

- 集団ごとの集計・分析の手法として、国が標準的な項目として示す「職業性ストレス簡易調査票」に関して公開されている「仕事のストレス判定図」を用いた場合、部・課・グループなどの分析対象集団が、これまでの研究成果から得られている標準集団に比べて、どの程度健康リスクがあるのかを判定することができます。こうしたことを踏まえ、事業者は産業医と連携しつつ、集団ごとの集計・分析結果を、各職場における業務の改善、管理監督者向け研修の実施、衛生委員会における具体的な活用方法の検討などに活用しましょう。

- 措置を講ずるに当たっては、医師、保健師等の実施者やその他の有資格者、産業カウンセラーや臨床心理士等の心理職から意見を聴くとよいでしょう。

- 一方で、集団ごとの集計・分析の結果は、集計・分析の対象となった集団の責任者にとってはその当該事業場内における評価等につながらず得る情報であり、無制限にこれを共有した場合、当該責任者等に不利益が生じるおそれもあることから、事業場内で制限なく共有することは不適當です。集団ごとの集計・分析の方法、分析結果の利用方法(集団ごとの集計・分析結果の共有範囲を含む。)等については、衛生委員会で審議した上で、あらかじめ各事業場での取扱いを社内規程として策定することが必要です。

<具体例・様式例>〔省略〕

## 9 実施状況報告〔省略〕

### 10 労働者に対する不利益な取扱いの防止

事業者が、ストレスチェック及び面接指導において把握した労働者の健康情報等に基づき、当該労働者の健康の確保に必要な範囲を超えて、当該労働者に対して不利益な取扱いを行うことはあってはならない。このため、事業者は、次に定めるところにより、労働者の不利益な取扱いを防止しなければならないものとする。

#### (1) 法の規定により禁止されている不利益な取扱い

法第66条の10第3項の規定に基づき、事業者は、労働者が面接指導の申出をしたことを理由とした不利益な取扱いをしてはならず、また、労働者が面接指導を受けていない時点においてストレスチェック結果のみで就業上の措置の要否及び内容を判断することはできないことから、事業者は、当然に、ストレスチェック結果のみを理由とした不利益な取扱いについても、これを行ってはならない。

### 10 労働者に対する不利益な取扱いの防止

- 個人のストレスチェック結果に基づく面接指導の結果を踏まえて事業者が講じる措置の中には、労働者にとって不利益となりうるものの、それ以上に労働者の健康確保の必要性が高いなど、措置の内容によっては合理的な取扱いである場合も考えられます。

この場合、事業者が、面接指導の結果を踏まえて何らかの就業上の措置を講じるに当たっては、その面接指導の結果に基づき、必要な措置について医師の意見を聴取するという法定の手続きを適正に取った上で、措置を講じる必要があり、こうしたプロセスを経ずに就業上の措置を講じてはなりません。

このため、以下の行為は不適當です。

- ・本人の同意により事業者に提供された個人のストレスチェック結果をもとに、医師の面接指導を経ずに、事業

事業者が講ずべき措置に関する指針	ストレスチェック制度実施マニュアル
<p>(2) 禁止されるべき不利益な取扱い</p> <p>次に掲げる事業者による不利益な取扱いについては、一般的に合理的なものとはいえないため、事業者はこれらを行ってはならないものとする。なお、不利益な取扱いの理由がそれぞれに掲げる理由以外のものであったとしても、実質的にこれらに該当するとみなされる場合には、当該不利益な取扱いについても、行ってはならないものとする。</p>	<p>者が配置転換等の就業上の措置を講じること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>個人のストレスチェック結果をもとに、保健師、看護師若しくは精神保健福祉士又は産業カウンセラー若しくは臨床心理士等の心理職による相談対応等を行った場合に、その結果をもとに、医師の面接指導を経ずに、事業者が配置転換等の就業上の措置を講じること。</li> </ul>

**ア 労働者が受検しないこと等を理由とした不利益な取扱い**

- ① ストレスチェックを受けない労働者に対して、これを理由とした不利益な取扱いを行うこと。例えば、就業規則においてストレスチェックの受検を義務付け、受検しない労働者に対して懲戒処分を行うことは、労働者に受検を義務付けていない法の趣旨に照らして行ってはならないこと。
- ② ストレスチェック結果を事業者に提供することに同意しない労働者に対して、これを理由とした不利益な取扱いを行うこと。
- ③ 面接指導の要件を満たしているにもかかわらず、面接指導の申出を行わない労働者に対して、これを理由とした不利益な取扱いを行うこと。

**イ 面接指導結果を理由とした不利益な取扱い**

- ① 措置の実施に当たり、医師による面接指導を行うこと又は面接指導結果に基づく必要な措置について医師の意見を聴取すること等の法令上求められる手順に従わず、不利益な取扱いを行うこと。
- ② 面接指導結果に基づく措置の実施に当たり、医師の意見とはその内容・程度が著しく異なる等医師の意見を勘案し必要と認められる範囲内となっていないもの又は労働者の実情が考慮されていないもの等の法令上求められる要件を満たさない内容の不利益な取扱いを行うこと。
- ③ 面接指導の結果を理由として、次に掲げる措置を行うこと。
  - (a) 解雇すること。
  - (b) 期間を定めて雇用される者について契約の更新をしないこと。
  - (c) 退職勧奨を行うこと。
  - (d) 不当な動機・目的をもってなされたと判断されるような配置転換又は職位(役職)の変更を命じること。
  - (e) その他の労働契約法等の労働関係法令に違反する措置を講じること。

**11 ストレスチェック制度に関する労働者の健康情報の保護**

ストレスチェック制度において、実施者が労働者のストレスの状況を正確に把握し、メンタルヘルス不調の防止及び職場環境の改善につなげるためには、事業場において、ストレスチェック制度に関する労働者の健康情報の保護が適切に行われることが極めて重要であり、事業者がストレスチェック制度に関する労働者の秘密を不正に入手するようなことがあってはならない。このため、法第66条の10第2項ただし書の規定において、労働者の同意なくストレスチェック結果が事業者には提供されない仕組みとされている。このほか、事業者は、次に定めるところにより、労働者の健康情報の保護を適切に行わなければならないものとする。

**(1) 実施事務従事者の範囲と留意事項**

**11 ストレスチェック制度に関する労働者の健康情報の保護**

**(1) 労働者の健康情報の保護の重要性**

- ストレスチェック制度を効果的に運用できるかどうかは、事業者と労働者の信頼関係が基本にあることはいうまでもありませんが、ストレスチェック結果等の労働者の健康情報が適切に保護されるかどうかは極めて重要な要素になります。
- ストレスチェック制度に関わる産業保健スタッフを中心とする関係者は、自ら適切な健康情報の保護に努めるとともに、事業者による不適切な取扱いがなされることのないよう、十分に留意することが必要です。

**(2) 実施事務従事者の範囲と留意事項**

- 中小規模事業場など、産業保健スタッフの体制が十分でない事業場においては、人事労務管理部門の職

事業者が講ずべき措置に関する指針	ストレスチェック制度実施マニュアル
<p>規則第52条の10第2項の規定に基づき、ストレスチェックを受ける労働者について解雇、昇進又は異動に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者は、ストレスチェックの実施の事務に従事してはならない。</p> <p>なお、事業者が、労働者の解雇、昇進又は異動の人事を担当する職員（当該労働者の解雇、昇進又は異動に直接の権限を持つ監督的地位にある者を除く。）をストレスチェックの実施の事務に従事させる場合には、次に掲げる事項を当該職員に周知させなければならないものとする。</p> <p>① ストレスチェックの実施事務従事者には法第104条の規定に基づき秘密の保持義務が課されること。</p> <p>② ストレスチェックの実施の事務は実施者の指示により行うものであり、実施の事務に関与していない所属部署の上司等の指示を受けてストレスチェックの実施の事務に従事することによって知り得た労働者の秘密を漏らしたりしてはならないこと。</p> <p>③ ストレスチェックの実施の事務に従事したことによって知り得た労働者の秘密を、自らの所属部署の業務等のうちストレスチェックの実施の事務とは関係しない業務に利用してはならないこと。</p> <p><b>(2) ストレスチェック結果の労働者への通知に当たっての留意事項</b></p> <p>規則第52条の12の規定に基づき、事業者は、実施者にストレスチェック結果を労働者に通知させるに当たっては、封書又は電子メール等で当該労働者に直接通知させる等、結果を当該労働者以外が把握できない方法で通知させなければならないものとする。</p> <p><b>(3) ストレスチェック結果の事業者への提供に当たっての留意事項</b></p> <p><b>ア 労働者の同意の取得方法</b></p> <p>ストレスチェック結果が当該労働者に知らされていない時点でストレスチェック結果の事業者への提供についての労働者の同意を取得することは不相当であるため、事業者は、ストレスチェックの実施前又は実施時に労働者の同意を取得してはならないこととし、同意を取得する場合は次に掲げるいずれかの方法によらなければならないものとする。ただし、事業者は、労働者に対して同意を強要する行為又は強要しているとみなされるような行為を行ってはならないことに留意すること。</p> <p>① ストレスチェックを受けた労働者に対して当該ストレスチェックの結果を通知した後に、事業者、実施者又はその他の実施事務従事者が、ストレスチェックを受けた労働者に対して、個別に同意の有無を確認する方法。</p>	<p>員がストレスチェックの実施の事務（調査票の配布・回収、データの入力、面接指導対象者への勧奨など）に携わることも考えられますが、こうした場合にも、法第104条の規定に基づき秘密の保持義務が課されることから、その職員に情報管理の重要性を認識させ、情報が上司や事業者を含めた第三者に漏れることのないよう、細心の注意を払う必要があります。</p> <p><b>(3) ストレスチェック結果の労働者への通知に当たっての留意事項</b></p> <p><b>(4) ストレスチェック結果の事業者への提供に当たっての留意事項</b></p> <p>○衛生委員会の調査審議の結果、事業者による個人個人のストレスチェックの結果の把握は行わない（集団ごとの分析結果の活用は行う）こととした場合は、労働者からの同意取得の手続きは不要となります。</p> <p>○この場合でも、労働者から医師による面接指導の申出がなされた場合については、事業者へのストレスチェック結果の提供の同意がなされたものとみなすことができます。</p> <p><b>事業者への提供に当たっての労働者の同意取得方法</b></p> <p>○事業者への結果の通知に関する同意の取得は、ストレスチェック結果を把握している実施者が、労働者への結果通知時又は通知後に別途、個人ごとに同意の有無を確認することが望ましいでしょう。</p> <p>○事業者への結果の通知に関する同意の取得は、労働者が個々に同意したことの証拠を残し、後で客観的に確認できる必要があるため、書面又は電磁的記録によって行う必要があります。</p> <p>○また、同意の取得に係る書面又は電磁的記録は、事業者が5年間保存するようにしてください。</p> <p>○包括同意（例えば衛生委員会等で労働側代表の同意を得ることで、労働者全員の同意を得たとみなす方法）やオプトアウト方式による同意取得（全員に対して、期日までに不同意の意思表示をしない限り、同意したものとみなす旨通知し、意思表示のない者は同意したものとみなす方法）は認められません。</p> <p>○同意の取得は、実際に事業者提供される情報の中身（自分のストレスプロフィール及び評価結果）を労働者本人が知った上で行う必要がありますので、その情報が労働者に提供されていないストレスチェック実施前又は実施時の同意取得や、あらかじめ同意した労働者だけを対象にストレスチェックを実施することは不相当です。</p> <p>○同意しないと意思表示した労働者に対して、事業者が同意を働きかけることは強要や不利益取扱いにつ</p>

事業者が講ずべき措置に関する指針	ストレスチェック制度実施マニュアル
<p>② ストレスチェックを受けた労働者に対して当該ストレスチェックの結果を通知した後に、実施者又はその他の実施事務従事者が、高ストレス者として選定され、面接指導を受ける必要があると実施者が認めた労働者に対して、当該労働者が面接指導の対象であることを他の労働者に把握されないような方法で、個別に同意の有無を確認する方法。</p> <p>なお、ストレスチェックを受けた労働者が、事業者に対して面接指導の申出を行った場合には、その申出をもってストレスチェック結果の事業者への提供に同意がなされたものとみなして差し支えないものとする。</p> <p><b>イ 事業者に提供する情報の範囲</b></p> <p>事業者へのストレスチェック結果の提供について労働者の同意が得られた場合には、実施者は、事業者に対して当該労働者に通知する情報と同じ範囲内の情報についてストレスチェック結果を提供することができるものとする。</p> <p>なお、衛生委員会等で調査審議した上で、当該事業場における事業者へのストレスチェック結果の提供方法として、ストレスチェック結果そのものではなく、当該労働者が高ストレス者として選定され、面接指導を受ける必要があると実施者が認めた旨の情報のみを事業者に提供する方法も考えられる。ただし、この方法による場合も、実施者が事業者に当該情報を提供するに当たっては、上記アの①又は②のいずれかの方法により、労働者の同意を取得しなければならないことに留意する。</p> <p><b>ウ 外部機関との情報共有</b></p> <p>事業者が外部機関にストレスチェックの実施の全部を委託する場合（当該事業場の産業医等が共同実施者とならない場合に限る。）には、当該外部機関の実施者及びその他の実施事務従事者以外の者は、当該労働者の同意なく、ストレスチェック結果を把握してはならない。なお、当該外部機関の実施者が、ストレスチェック結果を委託元の事業者の事業場の産業医等に限定して提供することも考えられるが、この場合にも、緊急に対応を要する場合等特別な事情がない限り、当該労働者の同意を取得しなければならないものとする。</p> <p><b>エ 事業場におけるストレスチェック結果の共有範囲の制限</b></p> <p>事業者は、本人の同意により事業者に提供されたストレスチェック結果を、当該労働者の健康確保のための就業上の措置に必要な範囲を超えて、当該労働者の上司又は同僚等に共有してはならないものとする。</p> <p><b>(4) 集団ごとの集計・分析の結果の事業者への提供に当たっての留意事項</b></p>	<p>ながらおそれがあることから、してはいけません。</p> <p>○面接指導の申出をもって、同意とみなす取扱いをする場合には、結果の通知の際に当該取扱いについて労働者に知らせておくトラブルにならないでしょう。</p> <p><b>外部機関との情報共有</b></p> <p>○ストレスチェックの実施を外部機関に委託する場合においてやむを得ず事業場の産業医が共同実施という形をとらない場合にも、あらかじめ外部機関とのやりとりに係る窓口の役割を産業医等の産業保健スタッフに担わせ、本人の同意を得て、外部機関から事業者個人に個人のストレスチェック結果を提供する際には、当該産業保健スタッフを通じて事業者に提供することが望まれます。なお、この場合において、外部機関から、事業者ではなく当該産業保健スタッフだけに個人のストレスチェックの結果を提供する際には、特別な事情がない限り、本人の同意を必須とします。</p> <p><b>ストレスチェック結果の共有範囲</b></p> <p>○本人の同意により事業者に提供されたストレスチェック結果の共有範囲や利用方法については、あらかじめ衛生委員会等で調査審議を行い、事業場のルールを決めて、周知しておきましょう。</p> <p>&lt;具体例・様式例&gt;</p> <p>※面接指導の勧奨と同時に、面接指導の申出をもってストレスチェックの結果（高ストレス判定）を事業者に通知することについて同意とする旨を通知する例。〔省略〕</p> <p><b>(5) 集団ごとの集計・分析の結果の事業者への提供に当たっての留意事項</b></p> <p>○集団ごとの集計・分析を行う際の下限人数の10人は、在籍労働者数ではなく、実際の受検者数（データ数）でカウントするものとし、例えば、対象とする集団に所属する労働者の数が10人以上であっても、その集団のうち実際にストレスチェックを受検した労働者の数が10人を下回っていた場合は、集団的な分析結果を事業者提供してはいけません。こうした場合は、より上位の大きな集団単位で集計・分析を行うなど工夫しましょう。（再掲）</p> <p>ただし、集団ごとの集計・分析の方法として、例えば職業性ストレス簡易調査票の57項目の全ての合計点について、集団の平均値だけを求めるなど、個人特定につながり得ない方法で実施する場合に限っては、10人未満の単位での集計・分析結果を事業者提供することは可能ですが、あらかじめ衛生委員会での調査審議が必要です。</p> <p>○集団ごとの集計・分析結果の共有範囲や利用方法については、あらかじめ衛生委員会等で調査審議を行</p>

事業者が講ずべき措置に関する指針	ストレスチェック制度実施マニュアル
<p><b>ア 集団ごとの集計・分析の最小単位</b></p> <p>集団ごとの集計・分析を実施した実施者は、集団ごとの集計・分析の結果を事業者に提供するに当たっては、当該結果はストレスチェック結果を把握できるものではないことから、当該集団の労働者個人の同意を取得する必要はない。ただし、集計・分析の単位が少人数である場合には、当該集団の個々の労働者が特定され、当該労働者個人のストレスチェック結果を把握することが可能となるおそれがあることから、集計・分析の単位が10人を下回る場合には、集団ごとの集計・分析を実施した実施者は、集計・分析の対象となる全ての労働者の同意を取得しない限り、事業者に集計・分析の結果を提供してはならないものとする。ただし、個々の労働者が特定されるおそれのない方法で集計・分析を実施した場合はこの限りでないが、集計・分析の手法及び対象とする集団の規模について、あらかじめ衛生委員会等で調査審議を行わせる必要があることに留意すること。</p> <p><b>イ 集団ごとの集計・分析の結果の共有範囲の制限</b></p> <p>集団ごとの集計・分析の結果は、集計・分析の対象となった集団の管理者等にとっては、その当該事業場内における評価等につながり得る情報であり、無制限にこれを共有した場合、当該管理者等に不利益が生じるおそれもあることから、事業者は、当該結果を事業場内で制限なく共有してはならないものとする。</p> <p><b>(5) 面接指導結果の事業者への提供に当たっての留意事項</b></p> <p>面接指導を実施した医師は、規則第52条の18第2項に規定する面接指導結果に関する情報を事業者に提供するに当たっては、必要に応じて情報を適切に加工することにより、当該労働者の健康を確保するための就業上の措置を実施するため必要な情報に限定して提供しなければならないこととし、診断名、検査値若しくは具体的な愁訴の内容等の生データ又は詳細な医学的情報は事業者に提供してはならないものとする。</p> <p>なお、事業場の産業医等ではなく、外部の医師が面接指導を実施した場合、当該医師は、当該労働者の健康を確保するために必要な範囲で、当該労働者の同意を取得した上で、当該事業場の産業医等に対して生データ又は詳細な医学的情報を提供することができるものとする。</p> <p><b>12 その他の留意事項等</b></p> <p><b>(1) 産業医等の役割</b></p> <p><b>ア ストレスチェック制度における産業医等の位置付</b></p>	<p>い、事業場のルールを決めて、周知しておきましょう。</p> <p><b>(6) 面接指導結果の事業者への提供に当たっての留意事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○面接指導の実施を外部の医師に委託する場合は、外部の医師とのやりとりの窓口の役割を産業医に担わせ、外部機関から事業者に面接指導の結果を提供する際には、当該産業医を通じて事業者に提供することが望まれます。</li> <li>○面接指導結果の取扱い（利用目的、共有の方法・範囲、労働者に対する不利益取扱いの防止等）については、あらかじめ衛生委員会等で調査審議を行い、事業場のルールを決めて、周知しておきましょう。</li> </ul> <p><b>12 その他の留意事項</b></p> <p><b>(1) 産業医等の役割</b></p> <p><b>(2) 派遣労働者に関する留意事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○派遣先事業者が、ストレスチェック結果について派遣労働者も含めた集団ごとの集計・分析を行うためには、派遣先事業者においても、派遣労働者に対するストレスチェックを実施する必要があります。このため、派遣労働者は、法に基づく義務として派遣元が実施するストレスチェックと、集団ごとの集計・分析のために派遣先が実施するストレスチェックの両方を受けることになります。派遣労働者は、通常の労働者よりも受検の回数が増えることになりますが、職場環境の改善のためには派遣先のストレスチェックを受けていただくことも重要なので、労働者に対して趣旨を十分に説明し、理解を得るようにしましょう。</li> <li>○派遣労働者を対象とした派遣先事業場でのストレスチェックの実施においては、派遣元事業者と協議し目的や手順について合意すること、安全衛生委員会などで個人情報の取扱い方針を定めることが必要です</li> <li>○派遣先で実施する派遣労働者に対するストレスチェックは、個人対応ではなく、集団ごとの集計・分析のために行うものであるため、             <ul style="list-style-type: none"> <li>① 無記名で行う</li> <li>② 「仕事のストレス判定図」を用いる場合は集団分析に必要な「仕事のストレス要因」及び「周囲のサポート」についてのみ検査を行うなどの方法で実施することも考えられます。</li> </ul> </li> <li>○個人のストレスチェック結果に基づき、医師による面接指導を実施した場合は、医師の意見を聴取し、その意見を勘案して、必要に応じ、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮等の就業上の措置を講じるこ</li> </ul>

事業者が講ずべき措置に関する指針	ストレスチェック制度実施マニュアル
------------------	-------------------

け  
産業医は、法第13条並びに規則第13条、第14条及び第15条の規定に基づき、事業場における労働者の健康管理等の職務を行う者であり、そのための専門的知識を有する者である。また、規則第15条の規定に基づき、事業者は、産業医に対し、労働者の健康障害を防止するための必要な措置を講じる権限を与えなければならないこととされている。このように、産業医は、事業場における労働者の健康管理等の取組の中心的役割を果たすことが法令上想定されている。

このため、産業医がストレスチェック及び面接指導を実施する等、産業医が中心的役割を担うことが適当であり、ストレスチェック制度の実施責任を負う事業者は、産業医の役割についてイのとおり取り扱うことが望ましい。

なお、事業場によっては、複数の医師が当該事業場における労働者の健康管理等の業務に従事しており、その中で、産業医以外の精神科医又は心療内科医等が労働者のメンタルヘルスケアに関する業務を担当している場合等も考えられるが、こうした場合においては、ストレスチェック制度に関して、当該精神科医又は心療内科医等が中心的役割を担うことも考えられる。

**イ 産業医等の具体的な役割**

**① ストレスチェックの実施**

ストレスチェックは当該事業場の産業医等が実施することが望ましい。なお、ストレスチェックの実施の全部を外部に委託する場合にも、当該事業場の産業医等が共同実施者となり、中心的役割を果たすことが望ましい。

**② 面接指導の実施**

面接指導は当該事業場の産業医等が実施することが望ましい。

**③ 事業者による医師の意見聴取**

事業者は、法第66条の10第5項の規定に基づき、医師から必要な措置についての意見を聴くに当たって、面接指導を実施した医師が、事業場外の精神科医又は心療内科医等である場合等当該事業場の産業医等以外の者であるときは、当該事業者の事業場の産業医等からも面接指導を実施した医師の意見を踏まえた意見を聴くことが望ましい。

**(2) 派遣労働者に関する留意事項**

**ア 派遣元事業者と派遣先事業者の役割**

派遣労働者に対するストレスチェック及び面接指導については、法第66条の10第1項から第6項までの規定に基づき、派遣元事業者がこれらを実施することとされている。

一方、努力義務となっている集団ごとの集計・分析につ

ととされています。  
派遣労働者については、法令上、派遣元事業者に就業上の措置の義務が課されていますが、以下の留意点があることも踏まえて、就業上の措置の実施に当たっては、必要に応じて派遣先と連携しつつ、適切に対応することが求められます。ただし、派遣先との連携に当たっては、契約更新の拒否など不利益取扱いにつながることはないよう、十分に配慮する必要があります。

- ① 労働者派遣契約では、あらかじめ業務内容、就業場所等が特定されており、派遣元が一方的にそれらを変更するような措置を講じることは困難であること。
- ② 就業場所の変更、作業の転換等の就業上の措置を実施するためには、労働者派遣契約の変更が必要となるが、派遣先の同意が得られない場合には、就業上の措置の実施が困難となるため、派遣先の変更も含めた措置が必要となる場合もあること。

○なお、定期健診の取扱いと同様に、派遣元から派遣先への依頼（契約による委託）により、派遣元事業者の負担で派遣先事業者が実施するストレスチェックを派遣労働者に受けさせることを制限するものではありませんが、この場合、労働者にとって受検の機会が一度で済むというメリットがある一方、誰が事業者への結果提供の同意を取るのか、結果を派遣先の実施者から派遣元にどうやって提供するのか、誰がどこで結果を保存するのかなど、派遣元と派遣先との間で複雑な情報のやりとりや取り決めが必要となるため、特に情報管理の観点から留意が必要です。

派遣労働者に対するストレスチェック等〔省略〕

**(3) 外部機関にストレスチェック等を委託する場合の体制の確認に関する留意事項**

○事業者は、ストレスチェックや面接指導を外部機関に委託する場合には、予め、当該機関が適切にストレスチェックや面接指導を実施できる体制にあるかどうか、情報管理が適切になされるかどうかなどにつき、以下のチェックリストを参考にして、事前に十分な確認を行いましょ。

外部機関にストレスチェック及び面接指導の実施を委託する場合のチェックリスト例（委託する内容に応じて関連する部分を利用すること）〔省略〕

**(4) 労働者数50人未満の事業場における留意事項**

○国においては、独立行政法人労働者健康福祉機構及び医師会と協力し、各都道府県ごとに産業保健総合支援センターを設置するとともに、地域ごとに地域窓口（地域産業保健センター）を設置し、小規模事業場

事業者が講ずべき措置に関する指針	ストレスチェック制度実施マニュアル
<p>いては、職場単位で実施することが重要であることから、派遣先事業者においては、派遣先事業場における派遣労働者も含めた一定規模の集団ごとにストレスチェック結果を集計・分析するとともに、その結果に基づく措置を実施することが望ましい。</p> <p>イ 派遣労働者に対する就業上の措置に関する留意点</p> <p>派遣元事業者が、派遣労働者に対する面接指導の結果に基づき、医師の意見を勘案して、就業上の措置を講じるに当たっては、労働者派遣契約の変更が必要となること等も考えられることから、必要に応じて派遣先事業者と連携し、適切に対応することが望ましい。</p> <p>(3) 外部機関にストレスチェック等を委託する場合の体制の確認に関する留意事項</p> <p>ストレスチェック又は面接指導は、事業場の状況を日頃から把握している当該事業場の産業医等が実施することが望ましいが、事業者は、必要に応じてストレスチェック又は面接指導の全部又は一部を外部機関に委託することも可能である。この場合には、当該委託先において、ストレスチェック又は面接指導を適切に実施できる体制及び情報管理が適切に行われる体制が整備されているか等について、事前に確認することが望ましい。</p> <p>(4) 労働者数50人未満の事業場における留意事項</p> <p>常時使用する労働者数が50人未満の小規模事業場においては、当分の間、ストレスチェックの実施は努力義務とされている。これらの小規模事業場では、産業医及び衛生管理者の選任並びに衛生委員会等の設置が義務付けられていないため、ストレスチェック及び面接指導を実施する場合は、産業保健スタッフが事業場内で確保できないことも考えられることから、産業保健総合支援センターの地域窓口(地域産業保健センター)等を活用して取り組むことができる。</p> <p>※原資料の入手先          省令・告示・指針  <a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000082587.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000082587.html</a>          実施マニュアル・Q&amp;A等  <a href="http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzen/eisei12/">http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzen/eisei12/</a>          2014年労働安全衛生法改正  <a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/anzen/an-eihou/index.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/anzen/an-eihou/index.html</a></p>	<p>に対して産業保健のサービスを無料で提供しています。ストレスチェック制度に関しては、労働者数が50人未満の小規模事業場が制度を導入する場合に、産業保健総合支援センターが個別に事業場を訪問して支援するほか、小規模事業場がストレスチェック結果を踏まえた面接指導を行う場合に、地域産業保健センターにその実施を依頼することができますので、ご利用下さい。</p> <p>おわりに</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○これまで見てきたように、今回の法改正により創設されたストレスチェック制度は、個人情報の管理と産業保健活動の間の均衡を図りながら、従来にも増して様々なことに配慮しつつ進めていくことが求められています。</li> <li>○ストレスチェック制度の導入を、法令順守にとどめるだけでなく、メンタルヘルス指針に示されている総合的なメンタルヘルス対策の中に位置づけ、実効ある活動を通じて、1人ひとりの労働者が生き生きと働ける職場の実現を目指しましょう。</li> <li>○メンタルヘルス指針に示されている教育研修・情報提供を様々な機会を通じて提供し、労働者及び事業者の日頃からメンタルヘルスケアについて正しい認識を持たせることは、メンタルヘルス対策として有効であるのみならず、ストレスチェックを受けた労働者からの面接指導の申出の割合を高めて、早期の対応につなぐことにも役立ちます。例えば、産業医等の面接指導を実施する医師が、メンタルヘルス教育の一部を担当すれば、面接指導が労働者にとって敷居の低いものとなり、面接指導の効果が高まることが期待されます。</li> <li>○職場のメンタルヘルスケアはどのように進めればよいでしょうか。ラインによるケアのためにはまず、日ごろの気配りが重要です。何気ない挨拶や世間話の中で、普段と違ったところに気付くものです。次に声掛けです。悩んでいる人に相談のきっかけを作るようにしましょう。そして、傾聴です。その後、ストレスや不安の問題点が整理されたら、職場の上司と産業保健スタッフが連携を密にしながら対応していきます。ストレスチェックはこのようなラインによるケアを進めるきっかけともなり、また、メンタルヘルス教育はラインによるケア体制の構築につながるものです。</li> <li>○メンタルヘルス教育に限らず、職場環境改善や職場復帰支援など、他のメンタルヘルス活動、さらに産業保健活動全般を日ごろから活発に進めることによって、労働者がより自然にストレスチェックや面接指導を受けることができる職場づくりをめざしましょう。</li> </ul>

# 精神障害は過去最多を更新 脳・心臓疾患は連続して減少 過労死等防止対策推進法を受けたデータ充実に期待

厚生労働省は2015年6月25日に、2014年度分の「過労死等の労災補償状況」を公表した (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000089447.html>)。

昨年度までは、「脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況」とされていたが、過労死等防止対策推進法の施行を踏まえて変更した模様。「過労死等」とは、同法第2条において、「業務における過重な負荷による脳血管疾患若しくは心臓疾患を原因とする死亡若しくは業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡又はこれらの脳血管疾患若しくは心臓疾患若しくは精神障害をいう」と定義されている、と注記している。

同省自身が指摘する2014年度の特徴は、以下のとおりである。

## ■ 脳・心臓疾患に関する事案の労災補償状況

- ① 請求件数は763件で、前年度比21件の減となり、3年連続で減少した。
- ② 支給決定件数は277件（うち死亡121件）で、前年度比29件の減となり、2年連続で減少した。
- ③ 業種別（大分類）では、請求件数は「運輸業、郵便業」168件、「卸売業、小売業」126件、「建設業」97件の順で多く、支給決定件数は「運輸業、郵便業」92件、「卸売業、小売業」35件、「製造業」31件の順に多い。

中分類では、請求件数、支給決定件数ともに「運輸業、郵便業」の「道路貨物運送業」120件、77件が最多。

- ④ 職種別（大分類）では、請求件数は「輸送・機械運転従事者」149件、「サービス職業従事者」125件、「専門的・技術的職業従事者」102件の順で多く、支給決定件数は「輸送・機械運転従事者」88件、「専門的・技術的職業従事者」44件、「管理的職業従事者」37件の順に多い。

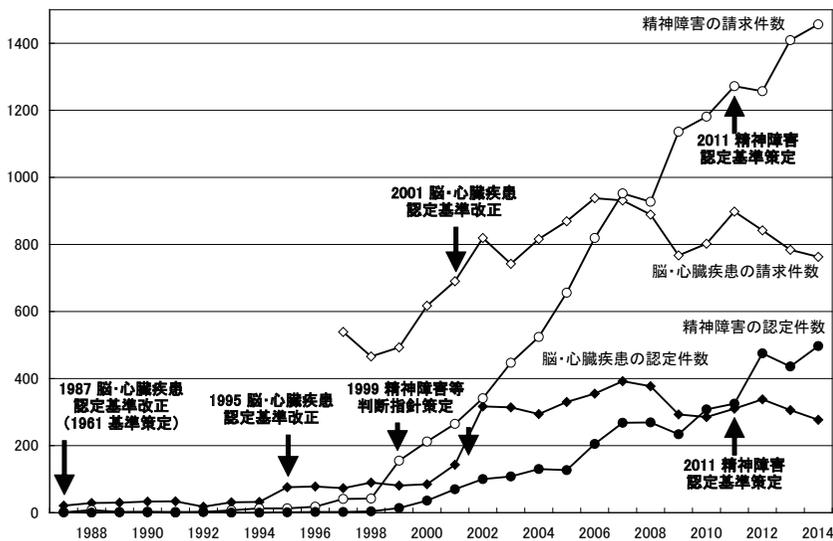
中分類では、請求件数、支給決定件数ともに「輸送・機械運転従事者」の「自動車運転従事者」143件、85件が最多。

- ⑤ 年齢別では、請求件数は「50～59歳」251件、「40～49歳」222件、「60歳以上」198件の順で多く、支給決定件数は「50～59歳」111件、「40～49歳」93件、「30～39歳」39件の順に多い。

## ■ 精神障害に関する事案の労災補償状況

- ① 請求件数は1,456件で、前年度比47件の増となり、過去最多。
- ② 支給決定件数は497件（うち未遂を含む自殺99件）で、前年度比61件の増となり、過去最多。
- ③ 業種別（大分類）では、請求件数は「製造業」245件、「医療、福祉」236件、「卸売業、小売業」213件の順に多く、支給決定件数は「製造業」81

図1 脳・心臓疾患及び精神障害の労災補償状況



件、「卸売業、小売業」71件、「運輸業、郵便業」63件の順に多い。

中分類では、請求件数は「医療、福祉」の「社会保険・社会福祉・介護事業」140件、支給決定件数は「運輸業、郵便業」の「道路貨物運送業」41件が最多。

- ④ 職種別（大分類）では、請求件数、支給決定件数ともに「専門的・技術的職業従事者」347件、110件、「事務従事者」336件、99件、「サービス職業従事者」193件、63件の順に多い。

中分類では、請求件数、支給決定件数ともに「事務従事者」の「一般事務従事者」210件、56件が最多。

- ⑤ 年齢別では、請求件数、支給決定件数ともに「40～49歳」454件、140件、「30～39歳」419件、138件、「20～29歳」297件、104件の順に多い。

- ⑥ 出来事別の支給決定件数は、「悲惨な事故や災害の体験、目撃をした」72件、「(ひどい)嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた」69件の順に多い。

本誌では、今回発表されたデータだけでなく、過去に公表された関連データを統合して紹介する。脳・心臓疾患及び精神障害等については、2001年の脳・心臓疾患に係る認定基準の改正を受けて、

2002年以降毎年5～6月に、前年度の労災補償状況が公表されるようになっていたが、公表内容は必ずしも同じものではなく、表1及び表2の空欄は、公表されなかった部分である。

2010年5月7日からわが国の「職業病リスト」（労働基準法施行規則別表第1の2(第35条関係)）が改正されている。それまで、包括的救済規定と呼ばれる「第9号

＝その他業務に起因することの明らかな疾病」として扱われてきた脳・心臓疾患及び精神障害が、「業務との因果関係が医学経験則上確立したもの」として、各々新第8号、新第9号として、以下のように例示列挙されたものである。これに伴い、旧第9号は第11号へと変更された。

新第8号 長期間にわたる長時間の業務その他血管病変等を著しく増悪させる業務による脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症、心筋梗塞、狭心症、心停止(心臓性突然死を含む。)若しくは解離性大動脈瘤又はこれらの疾病に付随する疾病

新第9号 人の生命に関わる事故への遭遇その他心理的に過度の負担を与える事象を伴う業務による精神及び行動の障害又はこれに付随する疾病

脳・心臓疾患については、「第1号＝業務上の負傷に起因する疾病」として扱われるものもあることから、過去に公表された2001年度以前分については、第1号と旧第9号を合わせた件数、及びそのうちの旧第9号の内数が示されていたのであるが、2002年度分以降の公表は、旧第9号(2010年度以降は新第8号)に関するものだけになっている。表

表1 脳・心臓疾患の労災補償状況

年度	脳血管疾患及び虚血性心疾患等											
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 死亡	認定率② 死亡
		内死亡		内死亡		内死亡		内死亡				
2000	617				85	(45)			13.8%			
2001	690				143	(58)			20.7%			
2002	819	(355)	785	(379)	317	(160)	468	(219)	38.7%	40.4%	45.1%	42.2%
2003	742	(319)	708	(344)	314	(158)	394	(186)	42.3%	44.4%	49.5%	45.9%
2004	816	(335)	669	(316)	294	(150)	375	(166)	36.0%	43.9%	44.8%	47.5%
2005	869	(336)	749	(328)	330	(157)	419	(171)	38.0%	44.1%	46.7%	47.9%
2006	938	(315)	818	(303)	355	(147)	463	(156)	37.8%	43.4%	46.7%	48.5%
2007	931	(318)	856	(316)	392	(142)	464	(174)	42.1%	45.8%	44.7%	44.9%
2008	889	(304)	797	(313)	377	(158)	420	(155)	42.4%	47.3%	52.0%	50.5%
2009	767	(237)	709	(253)	293	(106)	416	(147)	38.2%	41.3%	44.7%	41.9%
2010	802	(270)	696	(272)	285	(113)	411	(159)	35.5%	40.9%	41.9%	41.5%
2011	898	(302)	718	(248)	310	(121)	408	(127)	34.5%	43.2%	40.1%	48.8%
2012	842	(285)	741	(272)	338	(123)	403	(149)	40.1%	45.6%	43.2%	45.2%
2013	784	(283)	683	(290)	306	(133)	377	(157)	39.0%	44.8%	47.0%	45.9%
2014	763	(242)	637	(245)	277	(121)	360	(124)	36.3%	43.5%	50.0%	49.4%

年度	脳血管疾患											
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 死亡	認定率② 死亡
		内死亡		内死亡		内死亡		内死亡				
2000	448				48				10.7%			
2001	452				96				21.2%			
2002	541				202				37.3%			
2003					193							
2004					174							
2005					210							
2006	634	(123)			225	(51)			35.5%		41.5%	
2007	642	(141)			263	(54)			41.0%		38.3%	
2008	585	(112)			249	(65)			42.6%		58.0%	
2009	501	(91)	442	(82)	180	(26)	262	(56)	35.9%	40.7%	28.6%	31.7%
2010	528	(112)	437	(110)	176	(48)	261	(62)	33.3%	40.3%	42.9%	43.6%
2011	574	(110)	470	(97)	200	(48)	270	(49)	34.8%	42.6%	43.6%	49.5%
2012	526	(96)	466	(89)	211	(39)	255	(50)	40.1%	45.3%	40.6%	43.8%
2013	468	(88)	396	(97)	182	(43)	214	(54)	38.9%	46.0%	48.9%	44.3%
2014	475	(84)	387	(79)	166	(38)	221	(41)	34.9%	42.9%	45.2%	48.1%

年度	虚血性心疾患等											
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 死亡	認定率② 死亡
		内死亡		内死亡		内死亡		内死亡				
2000	169				37				21.9%			
2001	238				47				19.7%			
2002	278				115				41.4%			
2003					119							
2004					122							
2005					120							
2006	304	(192)			130	(96)			42.8%		50.0%	
2007	289	(177)			129	(88)			44.6%		49.7%	
2008	304	(192)			128	(93)			42.1%		48.4%	
2009	266	(146)	267	(171)	113	(80)	154	(91)	42.5%	42.3%	54.8%	46.8%
2010	274	(158)	259	(162)	109	(65)	150	(97)	39.8%	42.1%	41.1%	40.1%
2011	324	(192)	248	(151)	110	(73)	138	(78)	34.0%	44.4%	38.0%	48.3%
2012	316	(189)	275	(183)	127	(84)	148	(99)	40.2%	46.2%	44.4%	45.9%
2013	316	(195)	287	(193)	124	(90)	163	(103)	39.2%	43.2%	46.2%	46.6%
2014	288	(158)	250	(166)	111	(83)	139	(83)	38.5%	44.4%	52.5%	50.0%

# 脳・心臓疾患、精神障害の労災補償

表2 精神障害の労災補償状況

年度	精神障害											
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率①	認定率②
		内自殺		内自殺		内自殺		内自殺			自殺	自殺
2000	212	(100)			36	(19)			17.0%		19.0%	
2001	265	(92)			70	(31)			26.4%		33.7%	
2002	341	(112)	296	(124)	100	(43)	196	(81)	29.3%	33.8%	38.4%	34.7%
2003	447	(122)	340	(113)	108	(40)	232	(73)	24.2%	31.8%	32.8%	35.4%
2004	524	(121)	425	(135)	130	(45)	295	(90)	24.8%	30.6%	37.2%	33.3%
2005	656	(147)	449	(106)	127	(42)	322	(64)	19.4%	28.3%	28.6%	39.6%
2006	819	(176)	607	(156)	205	(66)	402	(90)	25.0%	33.8%	37.5%	42.3%
2007	952	(164)	812	(178)	268	(81)	544	(97)	28.2%	33.0%	49.4%	45.5%
2008	927	(148)	862	(161)	269	(66)	593	(95)	29.0%	31.2%	44.6%	41.0%
2009	1,136	(157)	852	(140)	234	(63)	618	(77)	20.6%	27.5%	40.1%	45.0%
2010	1,181	(171)	1,061	(170)	308	(65)	753	(105)	26.1%	29.0%	38.0%	38.2%
2011	1,272	(202)	1,074	(176)	325	(66)	749	(110)	25.6%	30.3%	32.7%	37.5%
2012	1,257	(169)	1,217	(203)	475	(93)	742	(110)	37.8%	39.0%	55.0%	45.8%
2013	1,409	(177)	1,193	(157)	436	(63)	757	(94)	30.9%	36.5%	35.6%	40.1%
2014	1,456	(213)	1,307	(210)	497	(99)	810	(111)	34.1%	38.0%	46.5%	47.1%

表3 脳・心臓疾患の審査請求事案の取消決定等による支給決定状況

区分	年度	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013
		脳・心臓疾患	支給決定件数	4	4	4	8	16	10	11	13	3
	うち死亡	4	3	3	5	8	6	6	9	1	8	0

表4 精神障害の審査請求事案の取消決定等による支給決定状況

区分	年度	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013
		精神障害等	支給決定件数	1	5	10	15	22	13	15	20	34
	うち自殺	1	4	8	10	11	11	7	10	15	5	10

1の「脳血管疾患」「虚血性心疾患」も、旧第9号＝新第8号に係るもののみの数字である。

なお、2011年12月26日に「心理的負荷による精神障害の認定基準」が策定され、1991年9月14日付けの「心理的負荷による精神障害等の業務上外に係る判断指針」は廃止された。ここで、「判断指針の標題は『精神障害等』となっており、『等』は自殺を指すものとされていたが、従来より、自殺の業務起因性の判断の前提として、精神障害の業務起因性の判断を行っていたことから、この趣旨を明確にするため『等』を削除した」が、「実質的な変更はない」とされた(2011年12月26日付け基労補発1226第1号)。以降の厚生労働省の公表文書等においても、「精神障害等」から「精神障害」に変更されている。本誌もこれにしたがった。

2014年度の特徴は、精神障害が請求・認定件数

双方とも過去最多を更新した一方で、脳・心臓疾患は請求・認定件数とも連続減少していることである。とくに請求件数では3年連続の減少である(図1)。

本誌では、「認定率」について、以下のふたつの数字を計算している。

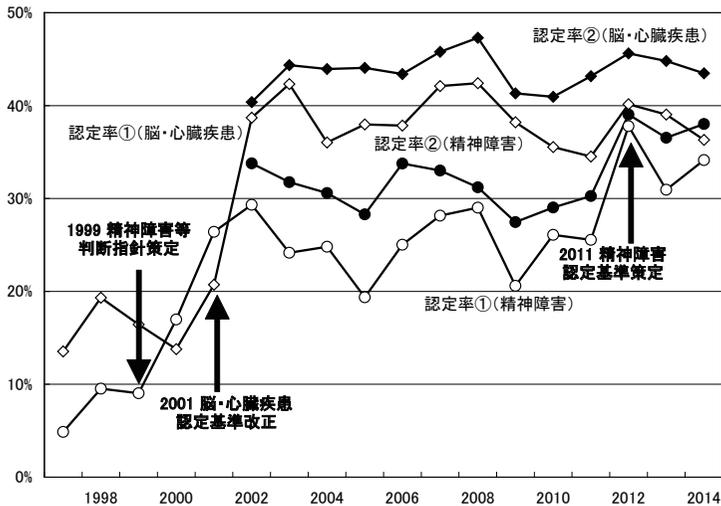
$$\begin{aligned} \text{認定率①} &= \text{認定(支給決定)件数} / \text{請求件数} \\ \text{認定率②} &= \text{認定(支給決定)件数} / \text{決定件数(支給決定件数 + 不支給決定件数)} \end{aligned}$$

もちろん認定率②の方が本来の「認定率」にふさわしいわけだが、これを計算できるデータは、2002年度以降分しか公表されていない(表1及び表2)。

次頁図2に、脳・心臓疾患及び精神障害に係るふたつの認定率を示した。

ここでも、精神障害の認定率がともに増加した(過去最高ではないが)一方で、脳・心臓疾患の認

図2 脳・心臓疾患及び精神障害の認定率の推移



定率はともに減少している。2009年度分以降については、脳血管疾患及び虚血性心疾患各々についての認定率②も計算できるようになったが、2014年度は、虚血性心疾患ではわずかに増加しているものの、脳血管疾患の減少が上回った(表1)。

2004年度分以降、「審査請求事案の取消決定等による支給決定状況」も公表されており、表3及び表4に示したが、審査請求によるものは、表1及び表2の支給決定件数には含まれていない。

表5及び表6には、業種別、職種別、年齢別、生死/自殺別のデータを示した。請求件数・決定件数についても示されるようになってきているが、本誌では、支給決定件数についてのデータのみを示した。年度の「合計」欄には、脳・心臓疾患については1996年度から、精神障害については1999年度から、2014年度までの合計値を示してある。

業種・職種の区分名称は公表時期によって多少異なっている。業種区分は2003年度分から、「林業」、「漁業」、「鉱業」がひとくくり(現在は「農業・林業・漁業・鉱業・採掘業・砂利採取業」)になり、「電気・ガス・水道・熱供給業」の区分がなくなり、「その他の事業」が「情報通信業」、「飲食店、宿泊業」、「上記以外の事業」に細分されるようになっている。「上記以外の事業」に分類されているのは、「不動産業、他に分類されないサービス業などである」

とされている。また、2009年度分から、「運輸業」は「運輸業・郵便業」とされている。

職種別では、区分名称の若干の変更に加えて、2010年度分から、「技能職」→「生産工程・労務作業員」とされていた区分が、「生産工程従事者」、「運搬・清掃・包装等従事者」、「建設・採掘従事者」の3つに区分されるようになったが、表5及び表6では、「技能職」の表示で、上記3区分の合計値を掲載している。

また、2009年度分からは、請求件数・支給決定件数の

多い業種・職種(中分類・上位15)が示されるようになったが、本誌では、表7及び表8に支給決定件数についてのデータのみを示した。空欄は、当該年度に上位15に該当しなかったためにデータがないことを意味しており、一部の表では紙幅の都合から、過去上位15に該当したもので掲載できていない業種・職種もあることに注意していただきたい。

上位を占める業種・職種が特定してきているようにもみえるが、より詳細な分析を可能にするデータの公表も求めていきたい。

2007年度分からは、「1か月平均の時間外労働時間数別支給決定件数」が公表されており、表9及び表10に示した。「合計」欄には、2007年度から2014年度までの合計値を示してある。このデータは決して、業務上の脳・心臓疾患及び精神障害発症の実態を示しているものではなく、認定基準の運用の実態を示すものとしてとらえるべきである。

また、「就業形態別決定及び支給決定件数」も2009年度分から公表されており、表11及び表12に示した。「合計」欄には、2009年度から2014年度までの合計値を示してある。

さらに、前出の精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会に2009年度分データが提供された「精神障害の出来事別決定及び支給決定件数」の公表が継続されている(表13)。

図3 日本・韓国・台湾における脳・心臓疾患労災認定件数の推移

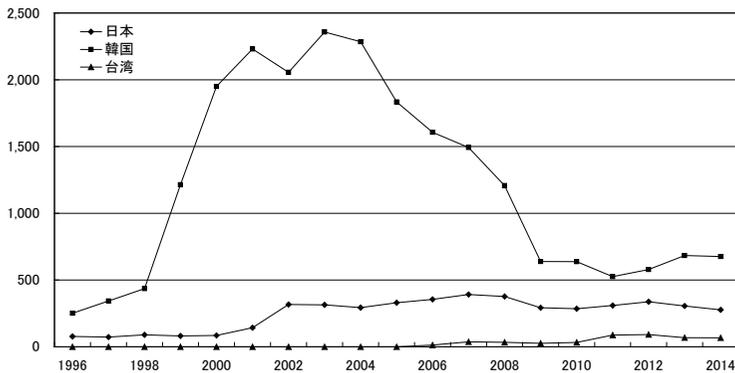
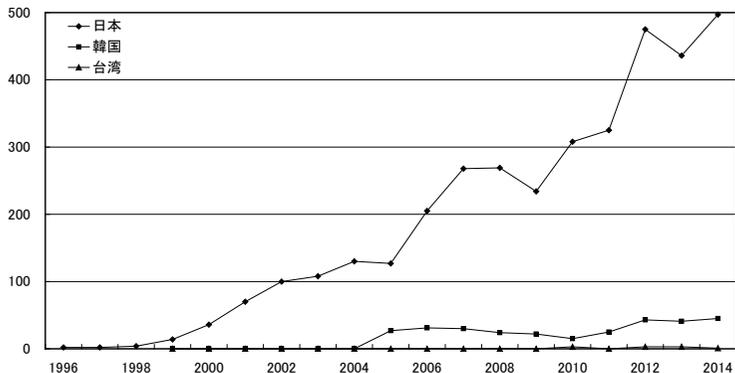


図4 日本・韓国・台湾における精神障害労災認定件数の推移



都道府県別のデータについては、表14～16を参照されたい。支給決定件数の「合計」欄には、2000年度から2014年度までの合計値を示してある。都道府県別の決定件数が2009年度分から公表されるようになっていたため、2009年度以降について認定率②を計算して示した。認定率②の「平均」は、2009～2014年度の平均認定率である。

この間、全国安全センターでは、都道府県別の認定率のばらつき=認定率の低い都道府県における改善の必要性を提起しているところである。

一方で、脳・心臓疾患は1996年度から、精神障害は1999年度から、2002年度までの分については、性別及び疾患別のデータも公表されていたのだが、公表されなくなってしまっていた。今回、脳・心臓疾患、精神障害ともにすべてのデータに「女性の内数」が示された〔本誌では未掲載〕。過労死等

防止対策推進法の趣旨を踏まえた公表情報の一層の改善が期待されるところである。

行政手続法で定めることを義務付けられている標準処理期間については、新第9号=精神障害に係る療養補償給付、休業補償給付、遺族補償給付及び葬祭料に関しては8か月とし、これ以外は他の疾病（包括的救済規定に係るものを除く）に係る標準処理期間と同様に6か月とすることとされている（包括的救済規定に係るものに関しては「定めない」と定められている）（2010年5月7日付け基発0507第3号）。

2011年11月8日に公表された「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会報告書」は、「今回の報告に基づく運用の改正により、認定の公正を確保した上で、審査が迅速化され、現在の約

8.6か月という審査期間が、他の疾病と同様に6か月以内に短縮されることを期待するものである。あわせて、どのような場合に労災認定がなされるかが分かりやすくなることを通じて、業務により精神障害を発病した労働者から労災請求が行われ、認定の促進が図られることを期待する」とした。フォローアップできるように、平均処理期間等の情報の公表も望みたい。

図3・4では、日本・韓国・台湾における脳・心臓疾患、精神障害労災認定件数を比較した。2012年8月号ではじめて紹介したデータに、出典論文の著者たちから入手した最新データを加えたもの。台湾の精神障害は、2010-3件、2012-3件、2013-3件、2014-1件のみである。なお、労災保険適用労働者数は大雑把に、韓国が日本の3分の1、台湾は5分の1くらいである。



表5 脳・心臓疾患の認定事例の分析(年度「合計」は1996～2014年度分の合計)

1 業種別

年度	林業	漁業	鉱業	製造業	建設業	運輸・郵便業	電気・ガス・水道・熱供給業	卸売・小売業	金融・保険業	教育・学習支援業	医療・福祉	情報通信業	飲食店・宿泊業	上記以外の事業	合計
2002	0	1	1	57	33	72	0	60	4	4	4			81	317
2003			5	50	32	82	0	62	6	5	8	8	11	45	314
2004			3	64	29	71		48	3	5	3	10	13	45	294
2005			4	60	35	85		57	3	5	4	5	22	50	330
2006			0	39	37	97		74	4	8	9	8	19	60	355
2007			3	74	50	101		65	1	9	15	6	21	47	392
2008			2	48	42	99		62	2	5	15	11	39	52	377
2009			1	32	30	85		46	2	2	9	9	21	56	293
2010			4	35	22	78		53	3	6	10	15	19	40	285
2011			3	41	37	93		48	3	1	10	5	26	43	310
2012			7	42	38	91		49	1	5	11	15	24	55	338
2013			2	36	27	107		38	1	5	8	7	20	55	306
2014			5	31	28	92		35	2	6	6	9	24	39	277
合計			47	725	496	1,246	1	763	45	77	130			1,208	4,738

注) 業種については、「日本産業分類」により分類。

2 職種別

年度	専門技術職	管理職	事務職	販売職	サービス	運輸・通信職	技能職	その他	合計
2002	41 12.9%	71 22.4%	57 18.0%	20 6.3%	17 5.4%	62 19.6%	34 10.7%	15 4.7%	317 100.0%
2003	40 12.7%	63 20.1%	32 10.2%	29 9.2%	29 9.2%	80 25.5%	34 10.8%	7 2.2%	314 100.0%
2004	53 18.0%	53 18.0%	20 6.8%	26 8.8%	17 5.8%	74 25.2%	42 14.3%	9 3.1%	294 100.0%
2005	44 13.3%	62 18.8%	33 10.0%	38 11.5%	23 7.0%	82 24.8%	34 10.3%	14 4.2%	330 100.0%
2006	44 12.4%	53 14.9%	49 13.8%	37 10.4%	25 7.0%	90 25.4%	44 12.4%	13 3.7%	355 100.0%
2007	71 18.1%	51 13.0%	33 8.4%	43 11.0%	29 7.4%	93 23.7%	57 14.5%	15 3.8%	392 100.0%
2008	59 15.6%	51 13.5%	42 11.1%	41 10.9%	40 10.6%	98 26.0%	39 10.3%	7 1.9%	377 100.0%
2009	36 12.3%	30 10.2%	37 12.6%	37 12.6%	26 8.9%	85 29.0%	35 11.9%	7 2.4%	293 100.0%
2010	40 14.0%	30 10.5%	44 15.4%	30 10.5%	28 9.8%	69 24.2%	31 10.9%	13 4.6%	285 100.0%
2011	37 11.9%	32 10.3%	27 8.7%	30 9.7%	32 10.3%	89 28.7%	49 15.8%	14 4.5%	310 100.0%
2012	62 18.3%	26 7.7%	30 8.9%	39 11.5%	36 10.7%	86 25.4%	43 12.7%	16 4.7%	338 100.0%
2013	37 12.1%	27 8.8%	26 8.5%	38 12.4%	27 8.8%	95 31.0%	47 15.4%	9 2.9%	306 100.0%
2014	44 15.9%	37 13.4%	15 5.4%	26 9.4%	30 10.8%	88 31.8%	28 10.1%	9 3.2%	277 100.0%
合計	683 14.4%	722 15.2%	548 11.6%	453 9.6%	374 7.9%	1,174 24.8%	591 12.5%	193 4.1%	4,738 100.0%

注) 職種については、「日本標準職業分類」により分類。

3 年齢別

年度	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	合計	生存	死亡	合計
2002	19 6.0%	49 15.5%	90 28.4%	128 40.4%	31 9.8%	317 100.0%	157 49.5%	160 50.5%	317 100.0%
2003	13 4.1%	52 16.6%	83 26.4%	132 42.0%	34 10.8%	314 100.0%	156 49.7%	158 50.3%	314 100.0%
2004	16 5.4%	48 16.3%	78 26.5%	121 41.2%	31 10.5%	294 100.0%	144 49.0%	150 51.0%	294 100.0%
2005	15 4.5%	49 14.8%	95 28.8%	143 43.3%	28 8.5%	330 100.0%	173 52.4%	157 47.6%	330 100.0%
2006	11 3.1%	64 18.0%	104 29.3%	141 39.7%	35 9.9%	355 100.0%	208 58.6%	147 41.4%	355 100.0%
2007	16 4.1%	54 13.8%	115 29.3%	163 41.6%	44 11.2%	392 100.0%	250 70.4%	142 40.0%	355 100.0%
2008	8 2.1%	62 16.4%	116 30.8%	142 37.7%	49 13.0%	377 100.0%	219 58.1%	158 41.9%	377 100.0%
2009	11 3.8%	57 19.5%	90 30.7%	87 29.7%	48 16.4%	293 100.0%	187 63.8%	106 36.2%	293 100.0%
2010	5 1.8%	38 13.3%	96 33.7%	104 36.5%	42 14.7%	285 100.0%	172 60.4%	113 39.6%	285 100.0%
2011	7 2.3%	29 9.4%	95 30.6%	119 38.4%	60 19.4%	310 100.0%	189 61.0%	121 39.0%	310 100.0%
2012	9 2.7%	56 16.6%	113 33.4%	118 34.9%	42 12.4%	338 100.0%	215 63.6%	123 36.4%	338 100.0%
2013	13 4.2%	43 14.1%	92 30.1%	108 35.3%	50 16.3%	306 100.0%	173 56.5%	133 43.5%	306 100.0%
2014	7 2.5%	39 14.1%	93 33.6%	111 40.1%	27 9.7%	277 100.0%	156 56.3%	121 43.7%	277 100.0%
合計	180 3.8%	740 15.6%	1,425 30.1%	1,824 38.5%	569 12.0%	4,738 100.0%	2,666 56.3%	2,072 43.7%	4,738 100.0%

4 生死別

# 脳・心臓疾患、精神障害の労災補償

表6 精神障害の認定事例の分析(年度「合計」は1999～2014年度分の合計)

## 1 業種別

年度	林業	漁業	鉱業	製造業	建設業	運輸・郵便業	電気・ガス・水道・熱供給業	卸売・小売業	金融・保険業	教育・学習支援業	医療・福祉	情報通信業	飲食店・宿泊業	上記以外の事業	合計
2002	0	1	0	15	13	18	2	8	7	4	3			29	100
2003			1	27	10	9	0	11	3	3	11	9	7	17	108
2004			0	33	20	11		20	4	1	20	1	6	14	130
2005			0	26	12	15		16	9	2	13	10	6	18	127
2006			2	38	19	20		20	5	7	27	13	10	44	205
2007			0	59	33	24		41	13	8	26	11	6	47	268
2008			3	50	22	23		48	11	12	26	17	14	43	269
2009			2	43	26	23		36	10	4	21	12	15	42	234
2010			1	50	20	33		46	8	11	41	22	22	54	308
2011			5	59	35	27		41	8	11	39	13	25	62	325
2012			7	93	22	52		66	12	13	52	35	30	93	475
2013			7	78	34	45		65	15	13	54	22	24	79	436
2014			6	81	37	63		71	7	10	60	32	38	92	497
合計			37	675	327	372	3	504	116	100	409			1,059	3,602

注) 業種については、「日本産業分類」により分類。

## 2 職種別

年度	専門技術職	管理職	事務職	販売職	サービス	運輸・通信職	技能職	その他	合計
2002	21 21.0%	18 18.0%	19 19.0%	4 4.0%	13 13.0%	9 9.0%	11 11.0%	5 5.0%	100 100.0%
2003	29 26.9%	14 13.0%	9 8.3%	10 9.3%	12 11.1%	8 7.4%	24 22.2%	2 1.9%	108 100.0%
2004	43 33.1%	9 6.9%	14 10.8%	16 12.3%	11 8.5%	12 9.2%	24 18.5%	1 0.8%	130 100.0%
2005	40 31.5%	14 11.0%	17 13.4%	10 7.9%	13 10.2%	12 9.4%	20 15.7%	1 0.8%	127 100.0%
2006	60 29.3%	24 11.7%	34 16.6%	14 6.8%	17 8.3%	16 7.8%	33 16.1%	7 3.4%	205 100.0%
2007	75 28.0%	18 6.7%	53 19.8%	29 10.8%	10 3.7%	22 8.2%	60 22.4%	1 0.4%	268 100.0%
2008	69 25.7%	22 8.2%	45 16.7%	33 12.3%	27 10.0%	20 7.4%	51 19.0%	2 0.7%	269 100.0%
2009	65 27.8%	22 9.4%	40 17.1%	32 13.7%	14 6.0%	16 6.8%	44 18.8%	1 0.4%	234 100.0%
2010	73 23.7%	29 9.4%	61 19.8%	44 14.3%	35 11.4%	24 7.8%	39 12.7%	3 1.0%	308 100.0%
2011	78 24.0%	21 6.5%	59 18.2%	40 12.3%	38 11.7%	18 5.5%	64 19.7%	7 2.2%	325 100.0%
2012	117 24.6%	26 5.5%	101 21.3%	54 11.4%	57 12.0%	33 6.9%	82 17.3%	5 1.1%	475 100.0%
2013	104 23.9%	18 4.1%	86 19.7%	42 9.6%	51 11.7%	30 6.9%	90 20.6%	15 3.4%	436 100.0%
2014	110 22.1%	49 9.9%	99 19.9%	53 10.7%	63 12.7%	31 6.2%	86 17.3%	6 1.2%	497 100.0%
合計	916 25.4%	312 8.7%	650 18.0%	394 10.9%	367 10.2%	257 7.1%	643 17.9%	63 1.7%	3,602 100.0%

注) 職種については、「日本標準職業分類」により分類。

## 3 年齢別

年度	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	合計	自殺	自殺以外	合計
2001	24 34.3%	20 28.6%	11 15.7%	11 15.7%	4 5.7%	70 100.0%	31 44.3%	39 55.7%	70 100.0%
2002	25 25.0%	25 25.0%	23 23.0%	20 20.0%	7 7.0%	100 100.0%	43 43.0%	57 57.0%	100 100.0%
2003	25 23.1%	40 37.0%	21 19.4%	19 17.6%	3 2.8%	108 100.0%	40 37.0%	68 63.0%	108 100.0%
2004	26 20.0%	53 40.8%	31 23.8%	16 12.3%	4 3.1%	130 100.0%	45 34.6%	85 65.4%	130 100.0%
2005	37 29.1%	39 30.7%	25 19.7%	20 15.7%	6 4.7%	127 100.0%	42 33.1%	85 66.9%	127 100.0%
2006	39 19.0%	83 40.5%	36 17.6%	33 16.1%	14 6.8%	205 100.0%	66 32.2%	139 67.8%	205 100.0%
2007	67 25.0%	100 37.3%	61 22.8%	31 11.6%	9 3.4%	268 100.0%	81 30.2%	187 69.8%	268 100.0%
2008	71 26.4%	74 27.5%	69 25.7%	43 16.0%	12 4.5%	269 100.0%	66 24.5%	203 75.5%	269 100.0%
2009	56 23.9%	75 32.1%	57 24.4%	38 16.2%	8 3.4%	234 100.0%	63 26.9%	171 73.1%	234 100.0%
2010	78 25.3%	88 28.6%	76 24.7%	54 17.5%	12 3.9%	308 100.0%	65 21.1%	243 78.9%	308 100.0%
2011	74 22.8%	112 34.5%	71 21.8%	56 17.2%	12 3.7%	325 100.0%	66 20.3%	259 79.7%	325 100.0%
2012	107 22.5%	149 31.4%	146 30.7%	50 10.5%	23 4.8%	475 100.0%	93 19.6%	382 80.4%	475 100.0%
2014	113 22.7%	138 27.8%	140 28.2%	86 17.3%	20 4.0%	497 100.0%	99 19.9%	398 80.1%	497 100.0%
合計	834 23.2%	1,168 32.4%	887 24.6%	555 15.4%	158 4.4%	3,602 100.0%	987 27.4%	2,615 72.6%	3,602 100.0%

## 4 自殺事例

表7-1 脳・心臓疾患の支給決定件数の多い業種(中分類、上位15業種、2011年度以前は一部省略)

業種(大分類)	業種(中分類)	2014年度		2013年度		2012年度		2011年度		2010年度	
		順位	件数								
運輸業、郵便業	道路貨物運送業	1	94	1	94	1	71	1	75	1	57
建設業	総合工事業	2	13	2	13	2	22	2	24	3	14
サービス業(他に分類されないもの)	その他の事業サービス業	2	13	2	13	3	18	4	18	3	14
宿泊業、飲食サービス業	飲食店	4	12	4	12	4	16	3	19	3	14
運輸業、郵便業	道路旅客運送業	5	9	5	9	5	15	5	14	2	17
建設業	設備工事業	6	8	6	8	6	13	6	11		
卸売・小売業	各種商品小売業	6	8	6	8	7	11				
卸売・小売業	その他の小売業	6	8	6	8	12	6	6	11	7	11
宿泊業、飲食サービス業	宿泊業	6	8	6	8	12	6	11	6		
卸売・小売業	飲食料品卸売業	10	7	10	7			11	6		
学術研究、専門・技術サービス業	専門サービス業(他に分類されないもの)	10	7	10	7						
建設業	職別工事業(設備工事業を除く)	12	6	12	6					13	6
医療、福祉	医療業	12	6	12	6	9	8	11	6		
サービス業(他に分類されないもの)	その他のサービス業	12	6	12	6						
学術研究、専門・技術サービス業	技術サービス業(他に分類されないもの)	12	6	12	6	12	6				
製造業	食料品製造業					8	10	11	6	13	6
製造業	電気機械器具製造業					9	8	8	8		
卸売・小売業	飲食料品小売業					9	8	10	7	6	12
情報通信業	情報サービス業					9	8				
情報通信業	映像・音声・文字情報制作業					12	6				
卸売・小売業	機械器具卸売業					12	6				
サービス業(他に分類されないもの)	職業派遣・労働者派遣業					12	6				

表7-2 脳・心臓疾患の支給決定件数の多い職種(中分類、上位15職種)

職種(大分類)	職種(中分類)	2014年度		2013年度		2012年度		2011年度		2010年度	
		順位	件数								
輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	1	85	1	93	1	83	1	85	1	65
管理的職業従事者	法人・団体管理職員	2	24	9	8	14	7	6	11	5	17
販売従事者	営業職業従事者	3	14	2	21	2	21				
サービス職業従事者	飲食物調理従事者	4	13	6	11	6	14	4	15	6	12
販売従事者	商品販売従事者	5	12	3	16	3	18	2	19	2	23
管理的職業従事者	その他の管理的職業従事者	6	11	3	16	4	17	2	19	7	11
事務従事者	一般事務従事者	7	8	6	11	4	17	8	10	3	21
専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者	7	8			10	10	11	8	11	8
サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者	7	8					11	8	8	10
建設・採掘従事者	建設従事者(建設躯体工事従事者を除く)	10	7	5	13	7	11	11	8	12	7
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発を除く)	10	7	8	9	14	7	15	6		
専門的・技術的職業従事者	その他の技術者	12	6								
サービス職業従事者	その他のサービス職業従事者	13	6	11	7	7	11	15	6		
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品を除く)	14	5	11	7	10	10	8	10	15	4
事務従事者	営業・販売事務従事者	14	5	9	8	7	11	5	12	4	20
運搬・清掃・包装等従事者	運搬従事者			11	7					12	7
保安職業従事者	その他の保安職業従事者			14	6	10	10	6	11	10	9
専門的・技術的職業従事者	その他の専門的職業従事者			14	6						
専門的・技術的職業従事者	情報処理・通信技術者					10	10	11	8	8	10
販売従事者	営業職業従事者							10	9	15	4
建設・採掘従事者	土木作業従事者							15	6		
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発)									14	5
専門的・技術的職業従事者	教員									15	4

# 脳・心臓疾患、精神障害の労災補償

表8-1 精神障害の支給決定件数の多い業種(中分類、上位15業種、2012年度以前は一部省略)

業種(大分類)	業種(中分類)	2014年度		2013年度		2012年度		2011年度		2010年度	
		順位	件数								
運輸業、郵便業	道路貨物運送業	1	41	2	24	2	32	6	11	4	15
医療、福祉	社会保険・社会福祉・介護事業	2	32	1	32	1	33	2	19	1	20
医療、福祉	医療業	3	27	3	22	6	18	2	19	1	20
宿泊業、飲食サービス業	飲食店	4	25	7	17	6	18	4	15	6	12
建設業	総合工事業	5	18	5	19	9	12	1	22	8	10
情報通信業	情報サービス業	6	16	6	18	3	25	9	9	3	16
卸売・小売業	飲食良品小売業	7	14	9	13						
卸売・小売業	各種商品小売業	8	13	11	11			13	7	10	9
製造業	食料品製造業	8	13					13	7	5	13
サービス業(他に分類されないもの)	その他のサービス業	10	12								
卸売・小売業	その他の小売業	10	12	8	14	4	20	8	10	8	10
学術研究、専門・技術サービス業	技術サービス業(他に分類されないもの)	10	12								
製造業	金属製品製造業	10	12			9	12	9	9		
学術研究、専門・技術サービス業	専門サービス業(他に分類されないもの)	10	12	10	12					12	7
専門サービス業(他に分類されないもの)	その他の事業サービス業	15	11	4	20	4	20	13	7		
建設業	職別工事業(設備工事業を除く)	15	11								
製造業	電気機械器具製造業	15	11					6	11		
製造業	輸送用機械器具製造業	15	11	11	11	8	14	9	9		
卸売・小売業	機械器具小売業	15	11							12	7
宿泊業、飲食サービス業	宿泊業	15	11			9	12			12	7
運輸業、郵便業	道路旅客運送業			14	10	13	11	13	7	6	12
建設業	設備工事業			11	11			5	12	10	9
製造業	化学工業			14	10						
金融・保険業	保険業(保険媒介代理業、保健サービス業を含む)			14	10						

表8-2 精神障害の支給決定件数の多い職種(中分類、上位15職種)

職種(大分類)	職種(中分類)	2014年度		2013年度		2012年度		2011年度		2010年度	
		順位	件数								
事務作業	一般事務従事者	1	56	1	50	1	65	1	39	1	36
管理的職業従事者	法人・団体管理職員	2	39					4	13	4	16
販売従事者	商品販売従事者	3	34	2	26	3	29	2	22	2	33
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品を除く)	4	31	6	18	7	18	15	8	9	11
輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	5	29	3	26	4	28	4	13	3	20
事務従事者	営業・販売事務従事者	6	25	4	21	6	21	9	11	5	15
サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者	7	19			11	15	8	12	12	9
専門的・技術的職業従事者	情報処理・通信技術者	8	18	7	17	2	30	4	13	7	13
専門的・技術的職業従事者	保健師、授産師、看護師	9	17	9	16	12	13	4	13	5	15
販売従事者	営業職業従事者	9	17	10	15	5	24	3	17	9	11
サービス職業従事者	介護サービス職業従事者	11	15	11	13	15	9	9	11		
サービス職業従事者	その他のサービス職業従事者	11	15	11	13	7	18			15	6
専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者	13	13					11	10	11	10
専門的・技術的職業従事者	その他の専門的職業従事者	14	11	7	17						
サービス職業従事者	飲食物調理従事者	14	11	14	11	15	9	14	9	13	8
建設・採掘従事者	建設従事者(建設躯体工事従事者を除く)	14	11	14	11			11	10		
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品)			4	21	10	16	11	10		
管理的職業従事者	その他の管理的職業従事者			11	13	7	18	15	8	8	12
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発)					13	11	15	8		
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発を除く)					14	10				
専門的・技術的職業従事者	社会福祉専門職業従事者									14	7

表9 脳・心臓疾患の時間外労働時間数(1か月平均)別支給決定件数(年度「合計」は2007～2014年度の合計)

区分	2010年度		2011年度		2012年度		2013年度		2014年度		合計	割合	死亡 合計	割合
	うち死亡		うち死亡		うち死亡		うち死亡		うち死亡					
45時間未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.0%	0	0.0%
45時間以上～60時間未満	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4	0.2%	3	0.3%
60時間以上～80時間未満	18	6	20	8	20	4	31	16	20	10	175	6.8%	81	8.0%
80時間以上～100時間未満	92	36	105	43	116	50	106	50	105	50	909	35.3%	389	38.2%
100時間以上～120時間未満	84	36	58	24	69	28	71	28	66	27	618	24.0%	229	22.5%
120時間以上～140時間未満	31	12	46	17	50	14	21	8	32	14	298	11.6%	114	11.2%
140時間以上～160時間未満	13	4	16	5	16	9	22	8	23	7	174	6.7%	65	6.4%
160時間以上	20	10	21	4	31	9	34	13	20	8	203	7.9%	63	6.2%
その他	26	8	43	19	36	9	21	10	11	5	196	7.6%	73	7.2%
合計	285	113	310	121	338	123	306	133	277	121	2,578	100.0%	1,017	100.0%

表10 精神障害の時間外労働時間数(1か月平均)別支給決定件数(年度「合計」は2007～2014年度の合計)

区分	2010年度		2011年度		2012年度		2013年度		2014年度		合計	割合	自殺 合計	割合
	うち自殺		うち自殺		うち自殺		うち自殺		うち自殺					
20時間未満	56	5	63	4	97	3	89	5	118	7	580	20.6%	39	6.5%
20時間以上～40時間未満	13	1	19	2	25	3	43	9	37	12	172	6.1%	38	6.4%
40時間以上～60時間未満	18	6	15	4	29	8	31	4	34	6	153	5.4%	42	7.0%
60時間以上～80時間未満	11	6	15	4	26	13	27	7	18	8	137	4.9%	56	9.4%
80時間以上～100時間未満	27	8	29	9	32	7	21	4	27	11	197	7.0%	61	10.2%
100時間以上～120時間未満	43	14	38	15	66	17	46	9	50	14	337	12.0%	117	19.6%
120時間以上～140時間未満	25	9	28	9	46	15	22	4	36	5	218	7.8%	63	10.6%
140時間以上～160時間未満	12	2	8	5	24	6	24	6	21	5	122	4.3%	34	5.7%
160時間以上	20	6	21	7	46	14	31	7	67	26	230	8.2%	78	13.1%
その他	83	8	89	7	84	7	102	8	89	5	666	23.7%	68	11.4%
合計	308	65	325	66	475	93	436	63	497	99	2,812	100.0%	596	100.0%

表11 脳・心臓疾患の就業形態別決定及び支給決定件数(「支給決定件数合計」は2009～2014年度の合計)

区分	年度	2012年度				2013年度				2014年度				支給決 定件数 合計	割合	うち 死亡 合計	割合
		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数					
		うち死亡															
正規職員・従業員	655	248	322	120	591	257	286	124	549	216	264	114	1,696	94.0%	680	94.8%	
契約社員	8	2	2	0	18	8	5	1	12	3	1	0	14	0.8%	4	0.6%	
派遣労働者	6	3	3	1	7	2	1	1	11	3	1	1	10	0.6%	4	0.6%	
パート・アルバイト	32	8	3	0	32	10	7	3	25	4	0	0	28	1.6%	9	1.3%	
その他(特別加入者等)	40	11	8	2	35	13	7	4	40	19	6	6	56	3.1%	20	2.8%	
合計	741	272	338	123	683	290	306	133	637	245	272	121	1,804	100.0%	717	100.0%	

表12 精神障害の就業形態別決定及び支給決定件数(「支給決定件数合計」は2009～2014年度の合計)

区分	年度	2012年度				2013年度				2014年度				支給決 定件数 合計	割合	うち 自殺 合計	割合
		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数					
		うち自殺		うち自殺		うち自殺		うち自殺		うち自殺		うち自殺					
正規職員・従業員	1,067	196	433	92	999	146	375	57	1,099	195	435	93	2,033	89.6%	429	95.5%	
契約社員	36	1	11	0	66	1	20	1	70	6	16	3	65	2.9%	5	1.1%	
派遣労働者	31	2	10	0	32	4	11	2	30	0	4	0	35	1.5%	4	0.9%	
パート・アルバイト	68	2	17	0	85	3	26	2	90	4	36	0	115	5.1%	3	0.7%	
その他(特別加入者等)	15	2	4	1	11	3	4	1	18	5	6	3	21	0.9%	8	1.8%	
合計	1,217	203	475	93	1,193	157	436	63	1,307	210	497	99	2,269	100.0%	449	100.0%	

# 脳・心臓疾患、精神障害の労災補償

表13 精神障害の出来事別決定及び支給決定件数一覧(年度「合計」は2009～2014年度の合計)

出来事の種類	具体的な出来事 注1	2012年度				2013年度				2014年度				合計		
		決定件数		うち支給		決定件数		うち支給		決定件数		うち支給		決定件数	うち支給決定	認定率
		自殺	自殺	自殺	自殺	自殺	自殺	自殺	自殺							
1 事故や災害の体験	(重度の)病気やケガをした	97	4	45	3	92	4	46	3	79	7	43	5	480	184	38.3%
	悲惨な事故や災害の体験、目撃をした	93	2	51	2	82	0	49	0	101	0	72	0	508	289	56.9%
2 仕事の失敗、過重な責任の発生等	業務に関し、重大な人身事故、重大事故を起こした	4	0	2	0	5	2	3	1	4	0	2	0	37	16	43.2%
	会社の経営に影響するなどの重大な仕事上のミスをした	21	11	7	4	19	6	9	4	40	19	17	9	120	44	36.7%
	会社で起きた事故、事件について、責任を問われた	11	2	5	1	7	3	2	1	7	3	7	3	67	25	37.3%
	自分の関係する仕事で多額の損失等が生じた	4	3	0	0	2	1	0	0	2	1	1	1	25	10	40.0%
	業務に関し、違法行為を強要された	7	0	2	0	5	0	1	0	15	0	1	0	45	8	17.8%
	達成困難なノルマが課された	9	4	3	2	17	8	6	2	18	7	5	4	64	29	45.3%
	ノルマが達成できなかった	7	2	2	0	5	0	1	0	5	2	0	0	47	11	23.4%
	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった	4	1	2	1	11	5	3	1	4	2	1	0	48	22	45.8%
	顧客や取引先から無理な注文を受けた	5	1	2	1	7	2	2	1	6	2	3	2	32	14	43.8%
	顧客や取引先からクレームを受けた	35	6	13	4	22	3	8	1	35	8	17	6	160	60	37.5%
	大きな説明会や公式の場での発表を強いられた 上司が不在になることにより、その代行を任された	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	8	1	12.5%
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	8	1	12.5%	
3 仕事の量・質	仕事内容・仕事量の(大きな)変化を生じさせる出来事があった	125	34	59	19	127	27	55	14	129	39	50	20	830	362	43.6%
	1か月に80時間以上の時間外労働を行った	59	17	32	8	64	10	34	5	89	24	55	13	218	124	56.9%
	2週間以上にわたって連続勤務を行った	28	8	17	7	21	2	15	2	27	4	15	1	78	48	61.5%
	勤務形態に変化があった	1	1	0	0	3	1	0	0	4	0	0	0	18	1	5.6%
	仕事のペース、活動の変化があった	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	21	0	0.0%
4 役割・地位の変化等	退職を強要された	31	3	8	0	29	1	8	0	30	1	11	1	159	45	28.3%
	配置転換があった	63	10	12	4	62	17	11	6	52	12	10	4	297	51	17.2%
	転勤をした	18	11	4	2	10	2	3	1	10	5	4	2	131	29	22.1%
	複数名で担当していた業務を1人で担当するようになった	7	0	3	0	6	3	1	0	3	1	1	0	43	15	34.9%
	非正規社員であるとの理由等により、仕事上の差別、不利益取扱いを受けた	3	0	0	0	7	0	1	0	5	2	1	0	33	5	15.2%
	自分の昇格・昇進があった	9	2	1	0	5	4	1	1	7	2	1	1	57	8	14.0%
	部下が減った	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0.0%
	早期退職制度の対象となった	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0.0%
非正規社員である自分の契約満了が迫った	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	5	0	0.0%	
5 対人関係	(ひどい)嫌がらせ、いじめ又は暴行を受けた	99	15	55	10	115	7	55	5	169	14	69	4	552	274	49.6%
	上司とのトラブルがあった	213	22	35	6	231	27	17	5	221	13	21	4	1,188	115	9.7%
	同僚とのトラブルがあった	42	9	2	1	32	2	3	1	40	3	2	0	202	9	4.5%
	部下とのトラブルがあった	8	3	4	2	9	1	3	0	4	1	0	0	33	10	30.3%
	理解してくれていた人の異動があった	3	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0.0%
	上司が替わった	2	1	1	0	3	1	0	0	1	0	0	0	25	2	8.0%
	同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された	3	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	11	0	0.0%
6 セクシュアルハラスメント	セクシュアルハラスメントを受けた	45	0	24	0	52	0	28	1	47	2	27	0	204	97	47.5%
7 特別な出来事 注2		84	16	84	16	73	8	71	8	61	19	61	19	338	336	99.4%
8 その他 注3		71	13	0	0	63	10	0	0	84	16	0	0	592	30	5.1%
合計		1,217	203	475	93	1,193	157	436	63	1,307	210	497	99	6,704	2,275	33.9%

注1 「具体的な出来事」は、平成23年12月26日付け基発1226第1号「心理的負荷による精神障害の認定基準について」別表第1による。

注2 「特別な出来事」とは、心理的負荷が極度のもの等の件数である。

注3 「その他」は、評価の対象となる出来事が認められなかったもの等の件数である。

注4 自殺は、未遂を含む件数である。

表14 脳血管疾患の労災補償状況(都道府県別) (年度「合計」は2000～2014年度の合計)

											認定率②						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	合計	2009	2010	2011	2012	2013	2014	平均
北海道	8	13	8	11	4	7	10	9	9	111	68.8%	40.0%	41.2%	58.8%	64.3%	47.4%	53.8%
青森	3	1			3	3	1		1	16		100.0%	100.0%	50.0%	0.0%	100.0%	80.0%
岩手	3		2		1	2	4	1	1	15	0.0%	50.0%	100.0%	50.0%	25.0%	100.0%	50.0%
宮城	1	2	6	2	7	12	6	9	3	67	16.7%	38.9%	60.0%	75.0%	52.9%	42.9%	47.6%
秋田			2	1	1	1		1	1	10	50.0%	100.0%	50.0%		100.0%	50.0%	62.5%
山形	1	1	1			4		3	1	18	0.0%		66.7%	0.0%	60.0%	100.0%	42.1%
福島	4	1	1	4	1	3	3	3	1	30	57.1%	33.3%	50.0%	27.3%	75.0%	25.0%	42.9%
茨城	2	6	8	1	5	1	6		3	51	14.3%	71.4%	16.7%	50.0%	0.0%	37.5%	34.8%
栃木	4		6		1	5	1	1	2	30		100.0%	83.3%	100.0%	20.0%	100.0%	66.7%
群馬	7	3	1	5	2	4	5		2	38	83.3%	40.0%	44.4%	50.0%	0.0%	33.3%	46.2%
埼玉	12	12	5	7	4	4	6	12	7	121	46.7%	23.5%	30.8%	28.6%	48.0%	41.2%	37.0%
千葉	8	13	7	10	2	7	9	9	3	87	55.6%	16.7%	43.8%	52.9%	81.8%	17.6%	44.0%
東京	36	41	50	32	33	23	39	20	26	457	41.0%	45.2%	36.5%	51.3%	35.7%	48.1%	43.3%
神奈川	19	22	18	16	11	20	15	12	16	205	42.1%	35.5%	50.0%	42.9%	35.3%	45.7%	42.3%
新潟	2	6	3	1			3		1	29	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	33.3%	27.8%
富山	5		2			5	1	1	1	24		100.0%	100.0%	33.3%	100.0%	80.0%	
石川	1	2	2	1	2	1		1	3	15	50.0%	33.3%	50.0%	0.0%	100.0%	75.0%	47.1%
福井	2		1			3	1	3		13	0.0%		60.0%	100.0%	75.0%		58.3%
山梨			1		1	1			1	12	0.0%	100.0%	25.0%	0.0%	0.0%	100.0%	25.0%
長野	4	1	5	1	1	2			3	21	20.0%	25.0%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%	31.8%
岐阜	2	1	1	3	1		2	2		25	50.0%	33.3%	0.0%	40.0%	40.0%	0.0%	30.0%
静岡	4	10	4	4	2	5	4	4	3	55	80.0%	33.3%	62.5%	44.4%	66.7%	75.0%	57.9%
愛知	9	8	10	6	10	9	11	7	10	116	30.0%	45.5%	37.5%	44.0%	43.8%	62.5%	43.1%
三重		2	2	2	2	1	1		2	32	25.0%	33.3%	25.0%	14.3%	0.0%	40.0%	23.5%
滋賀	3	7	3	1	3	5	2	3	2	46	20.0%	75.0%	100.0%	50.0%	42.9%	100.0%	59.3%
京都	9	10	4	4	8	5	7	3	8	85	15.4%	36.4%	21.7%	36.8%	37.5%	57.1%	31.3%
大阪	23	32	28	17	19	18	20	16	15	280	33.3%	35.2%	40.9%	38.5%	38.1%	29.4%	35.7%
兵庫	11	8	7	7	9	4	6	9	7	117	35.0%	47.4%	16.7%	33.3%	69.2%	36.8%	37.2%
奈良	2	2	2	2	2	3	3	2	1	28	66.7%	28.6%	100.0%	60.0%	66.7%	20.0%	50.0%
和歌山	4	1	1	2	1	3		2	4	30	50.0%	100.0%	60.0%		50.0%	80.0%	63.2%
鳥取		1	2	2			2	1	1	14	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	75.0%
島根			1	1	1	1			1	8	100.0%	100.0%	100.0%			100.0%	100.0%
岡山	3	3	4	2	1		2	1	1	31	50.0%	25.0%	0.0%	33.3%	33.3%	50.0%	33.3%
広島	3	11	14	6	6	1	5	7	10	87	50.0%	46.2%	8.3%	50.0%	63.6%	62.5%	47.3%
山口	1	3	2	2	2	2	1			17	40.0%	40.0%	50.0%	25.0%	0.0%	0.0%	31.8%
徳島	1	2	1	1	4		2	2	2	27	33.3%	57.1%	0.0%	66.7%	50.0%	28.6%	40.7%
香川	3	4	2	2	1	1	1	3		23	100.0%	50.0%	33.3%	33.3%	75.0%	0.0%	47.1%
愛媛	2	2	1	2	1	6	4	6		32	40.0%	25.0%	100.0%	50.0%	75.0%	0.0%	52.8%
高知	2	1	6	1	1	5	1	2		31	100.0%	16.7%	100.0%	50.0%	50.0%	0.0%	52.6%
福岡	9	10	7	4	6	9	9	10	5	115	44.4%	46.2%	64.3%	60.0%	50.0%	41.7%	51.8%
佐賀	2	1	2	1	2	1	1	5		17	33.3%	40.0%	100.0%	50.0%	100.0%	0.0%	58.8%
長崎	1	6	3	2	2	3	4		1	36	100.0%	33.3%	42.9%	57.1%	0.0%	20.0%	41.4%
熊本	4	4	4	4	6	1	3		1	47	40.0%	46.2%	9.1%	60.0%	0.0%	33.3%	33.3%
大分	2	4	2	2	2	3	5	1	2	30	100.0%	40.0%	37.5%	100.0%	16.7%	50.0%	50.0%
宮崎		2	1	1		4		3		17	20.0%	0.0%	80.0%	0.0%	50.0%	0.0%	38.1%
鹿児島		2	3	2	3	1	5	6	3	34	50.0%	75.0%	25.0%	55.6%	75.0%	50.0%	57.1%
沖縄	3	2	3	5	2	1		2	2	25	62.5%	40.0%	33.3%	0.0%	50.0%	22.2%	38.7%
合計	225	263	249	180	176	200	211	182	166	2,775	40.7%	40.3%	42.6%	45.3%	46.0%	42.9%	42.9%

## 脳・心臓疾患、精神障害の労災補償

表15 虚血性心疾患等の労災補償状況(都道府県別)(年度「合計」は2000～2014年度の合計)

											認定率②						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	合計	2009	2010	2011	2012	2013	2014	平均
北海道	7	4	2	2	4	4	3	4	9	64	40.0%	44.4%	57.1%	27.3%	33.3%	64.3%	44.8%
青森		1		1	2	1	3			10		66.7%	100.0%	60.0%			63.6%
岩手	1				1				4	7	0.0%	100.0%			66.7%	71.4%	
宮城	3	3	2	3	1	6	3	4	1	39	42.9%	20.0%	60.0%	37.5%	40.0%	50.0%	42.9%
秋田	1	1	2		1	1		1		9		100.0%	100.0%	0.0%	100.0%		60.0%
山形		2	1	1	1		1	1		11	0.0%	100.0%	0.0%	25.0%	50.0%		40.0%
福島	1	1	1	1	2	5	1		1	27	33.3%	66.7%	71.4%	33.3%	0.0%	14.3%	41.7%
茨城	2	3	3	2	1	3	5	2	1	31	66.7%	20.0%	60.0%	62.5%	40.0%	50.0%	50.0%
栃木		3		0	1	1	2	1	1	16		33.3%	100.0%	66.7%	20.0%	50.0%	42.9%
群馬	1	4	4	3	3	1		1	1	34	75.0%	50.0%	50.0%	0.0%	33.3%	100.0%	45.0%
埼玉	7	4	8	7	5	5	3	7	8	74	46.7%	41.7%	45.5%	33.3%	43.8%	50.0%	44.3%
千葉	3	3	6	4	4	1	1	4	6	52	40.0%	40.0%	10.0%	25.0%	80.0%	42.9%	37.7%
東京	18	19	23	13	23	14	28	18	14	253	37.1%	47.9%	45.2%	63.6%	48.6%	41.2%	48.0%
神奈川	10	9	14	14	7	10	8	4	4	107	50.0%	41.2%	55.6%	42.1%	23.5%	21.1%	39.8%
新潟	2	2	1	2	1	3		2	2	19	50.0%	0.0%	75.0%	0.0%	50.0%	40.0%	45.5%
富山		1		2	1	1	3	1	1	16	50.0%	0.0%	100.0%	75.0%	100.0%	50.0%	69.2%
石川	2				1	1	1	3	2	13		50.0%	50.0%	50.0%	100.0%	66.7%	66.7%
福井	1			1	1	2			2	7	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%		100.0%	75.0%
山梨	4		3	2	3		2			17	0.0%	75.0%	0.0%	40.0%		0.0%	50.0%
長野	3	1			1		2			10	0.0%	20.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	15.8%
岐阜		2	1			1	2			13	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	17.6%
静岡	1	3	3	2	1		3		2	26	50.0%	33.3%	0.0%	75.0%	0.0%	40.0%	40.0%
愛知	5	7	10	5	2	6	5	5	9	82	41.7%	25.0%	75.0%	50.0%	50.0%	69.2%	52.5%
三重	3		1	1	1		2	3		17	50.0%	100.0%	0.0%	66.7%	42.9%	0.0%	35.0%
滋賀	2	4	3	2	2	2		4	3	28	28.6%	100.0%	66.7%	0.0%	50.0%	100.0%	54.2%
京都	3	5	2	3	5	3	2	4	6	53	33.3%	55.6%	30.0%	28.6%	80.0%	75.0%	47.9%
大阪	15	14	10	7	8	13	16	15	9	153	25.0%	25.0%	41.9%	37.2%	35.7%	42.9%	34.5%
兵庫	7	7	7	5	6	5	3	8	2	78	41.7%	54.5%	62.5%	27.3%	53.3%	25.0%	44.6%
奈良		2	1		1	2	1	2		14	0.0%	100.0%	40.0%	33.3%	100.0%	0.0%	35.3%
和歌山	1	1	1	2	1		1	1		17	28.6%	33.3%	0.0%	33.3%	100.0%	0.0%	31.3%
鳥取	1	1					1	1	1	11		0.0%	0.0%	50.0%	100.0%	50.0%	42.9%
島根			1			1	1	2		5			33.3%	100.0%	100.0%		66.7%
岡山	2	1	1	2	3		1	5	2	26	50.0%	60.0%	0.0%	33.3%	71.4%	66.7%	48.1%
広島	4	4	3	2		5	4	2	8	51	40.0%	0.0%	50.0%	100.0%	25.0%	66.7%	48.8%
山口	3	3	1	1	1	2	3	3	2	25	33.3%	50.0%	100.0%	100.0%	75.0%	100.0%	75.0%
徳島			1	1		2	1	1		12	100.0%	0.0%	50.0%	50.0%	33.3%		38.5%
香川	1	1	1	1			1	3	1	17	100.0%	0.0%	0.0%	50.0%	100.0%	100.0%	60.0%
愛媛	2		2		2	1		1	1	23	0.0%	100.0%	33.3%	0.0%	20.0%	25.0%	29.4%
高知	1	1		1					1	7	100.0%			0.0%	0.0%	100.0%	50.0%
福岡	4	5	4	6	2	2	7	3	3	61	75.0%	25.0%	22.2%	87.5%	25.0%	30.0%	41.8%
佐賀			2	2		2				12	66.7%		100.0%		0.0%	0.0%	57.1%
長崎		2		1			2	2		12	25.0%	0.0%	0.0%	66.7%	66.7%	0.0%	31.3%
熊本	2	2	1	5	1	3	2	1	1	24	83.3%	50.0%	60.0%	33.3%	50.0%	25.0%	52.0%
大分	1	2		1	2	1	1	2		12	100.0%	66.7%	16.7%	50.0%	28.6%	0.0%	35.0%
宮崎	2			2	3		1	1	1	15	40.0%	0.0%	0.0%	25.0%	33.3%	33.3%	38.1%
鹿児島	3		2	2	1		1	1	1	19	50.0%	25.0%		100.0%	50.0%	50.0%	46.2%
沖縄	1	1		1	3			1	1	10	33.3%	75.0%		0.0%	25.0%	33.3%	40.0%
合計	130	129	128	113	109	110	127	124	111	1,639	42.3%	42.1%	44.4%	46.2%	43.2%	44.4%	43.8%

表16 精神障害の労災補償状況(都道府県別)(年度「合計」は2000～2014年度の合計)

											認定率②						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	合計	2009	2010	2011	2012	2013	2014	平均
北海道	10	10	17	11	28	18	27	18	31	187	34.4%	48.3%	36.7%	55.1%	39.1%	48.4%	44.6%
青森	1		1		1	1	3	2	7	19	0.0%	25.0%	25.0%	60.0%	40.0%	70.0%	46.7%
岩手	1	3	2	2	3	1	5	6	10	38	0.0%	27.3%	25.0%	41.7%	85.7%	58.8%	50.9%
宮城	1	6	7	12	13	22	22	12	12	122	60.0%	50.0%	57.9%	68.8%	41.4%	31.6%	50.8%
秋田		2	2	3	5	3	1	3	2	30	75.0%	38.5%	27.3%	25.0%	60.0%	33.3%	39.5%
山形		4	6	1	5	2	6	2	5	34	0.0%	50.0%	33.3%	66.7%	66.7%	41.7%	44.7%
福島	2	4	4	3	3	6	11	10	5	55	25.0%	37.5%	42.9%	52.4%	58.8%	41.7%	45.2%
茨城	3	2	6	3	13	13	11	6	7	77	30.0%	56.5%	46.4%	61.1%	27.3%	33.3%	43.4%
栃木	2	5	3	1	5	3	4	2	4	32	25.0%	100.0%	50.0%	66.7%	40.0%	44.4%	54.3%
群馬	5	5	4	3	3	2	3	2	5	39	60.0%	42.9%	20.0%	30.0%	22.2%	31.3%	31.6%
埼玉	6	12	0	5	5	4	6	8	22	87	20.0%	20.0%	14.8%	13.3%	23.5%	44.9%	24.4%
千葉	3	10	16	11	15	8	9	13	19	115	50.0%	34.9%	19.0%	22.0%	27.7%	51.4%	32.3%
東京	33	50	40	33	40	42	90	80	91	575	23.2%	21.6%	28.8%	39.6%	37.7%	38.9%	32.8%
神奈川	26	26	18	15	19	34	46	30	33	301	20.3%	23.2%	33.7%	47.4%	31.6%	28.2%	31.3%
新潟	4	1	10	4	5	4	4	9	10	60	66.7%	0.0%	44.4%	44.4%	42.9%	52.6%	47.4%
富山			1		3		2	6		4	0.0%	60.0%	0.0%	40.0%	85.7%	0.0%	42.3%
石川	4	3	1		2	1	2	2	5	21	0.0%	66.7%	50.0%	33.3%	33.3%	50.0%	40.0%
福井	4	5	2	2	4	3	7	1	5	40	0.0%	40.0%	60.0%	70.0%	25.0%	41.7%	45.8%
山梨	1	1		1	2	2	4	7	4	26	0.0%	25.0%	25.0%	30.8%	58.3%	57.1%	38.5%
長野	4	2	2	4	4	4	4	9	5	47	57.1%	44.4%	20.0%	30.8%	60.0%	33.3%	38.0%
岐阜	1	4	3	6		4	6	5	7	40	50.0%	0.0%	23.5%	60.0%	41.7%	36.8%	37.8%
静岡	1	4	7	8	6	9	7	6	14	68	44.4%	40.0%	47.4%	41.2%	35.3%	43.8%	42.4%
愛知	7	6	10	14	5	7	19	10	17	116	20.6%	7.1%	12.7%	22.9%	19.6%	33.3%	19.0%
三重	2		3	3	2			2	6	17	16.7%	15.4%	0.0%	0.0%	15.4%	50.0%	16.3%
滋賀	7	8	4		5	6	8	3	5	60	0.0%	55.6%	46.2%	53.3%	42.9%	71.4%	45.8%
京都	6	12	10	12	12	14	18	8	15	121	29.3%	28.6%	31.1%	36.7%	24.2%	35.7%	31.3%
大阪	22	23	22	26	21	21	36	44	40	311	21.7%	15.6%	17.2%	26.1%	30.1%	28.6%	23.5%
兵庫	8	11	13	11	13	19	24	35	31	217	28.2%	37.1%	43.2%	45.3%	54.7%	45.6%	43.9%
奈良		2	5	4	4	5	1	6	1	36	57.1%	40.0%	38.5%	20.0%	37.5%	11.1%	35.0%
和歌山			4	1	3	1			4	16	25.0%	25.0%	20.0%		0.0%	66.7%	28.1%
鳥取	3					3	2	3		3	0.0%	0.0%	75.0%	50.0%	75.0%	0.0%	47.1%
島根	1		1		2	1	1		1	7		100.0%	50.0%	50.0%	0.0%	20.0%	41.7%
岡山	2	2	2	6	3	7	4	3	6	41	46.2%	21.4%	35.0%	40.0%	18.8%	46.2%	33.7%
広島	4	2	11	2	5	8	16	16	12	87	12.5%	17.2%	21.6%	44.4%	41.0%	36.4%	31.1%
山口	1	4	1	2	4	5	4	5	5	35	66.7%	80.0%	62.5%	57.1%	38.5%	45.5%	53.2%
徳島	1		3	1	2		1	2	1	8	20.0%	40.0%	0.0%	50.0%	50.0%	14.3%	24.1%
香川	1	4	3	1	1	2	3		4	22	20.0%	25.0%	50.0%	37.5%	0.0%	66.7%	36.7%
愛媛	1	1	3	1	3	2	7	4	2	32	12.5%	42.9%	40.0%	41.2%	28.6%	14.3%	29.2%
高知	1				3	4	6	7	3	7	0.0%	37.5%	40.0%	60.0%	50.0%	50.0%	46.9%
福岡	8	10	4	7	8	10	16	29	13	134	31.8%	34.8%	34.5%	47.1%	42.0%	43.3%	40.1%
佐賀	1	3	2	2	3	6	2	4	1	26	33.3%	37.5%	66.7%	50.0%	50.0%	20.0%	45.0%
長崎	1	2	3	1	2	1	12	2	7	35	20.0%	28.6%	25.0%	66.7%	20.0%	43.8%	41.7%
熊本	8	9	4	2	9	3	3	2	4	60	40.0%	52.9%	20.0%	18.8%	25.0%	30.8%	31.1%
大分	1	2	1	2	2	3	3	2	5	32	25.0%	50.0%	23.1%	20.0%	50.0%	41.7%	33.3%
宮崎	1	4	5	3	4	7	3	3	2	38	27.3%	0.0%	46.7%	31.4%	37.5%	18.2%	31.9%
鹿児島	4	1	1	2	2	1	1	4	5	27	28.6%	18.2%	20.0%	33.3%	44.4%	31.3%	29.4%
沖縄	2	3	2	3	6	3	5	3	4	35	27.3%	50.0%	25.0%	83.3%	75.0%	30.8%	41.4%
合計	205	268	269	234	308	325	475	436	497	3,540	27.5%	29.0%	30.3%	39.0%	36.5%	38.0%	33.9%

ドキュメント

# アスベスト禁止をめぐる世界の動き



## 石綿及び石綿関連疾患のグローバルヘルスの側面

Collegium Ramazzini, 2015.6.24

コレギウムラマツィーニは、産業医学・環境医学の重要課題を検討し、疾病予防と健康増進に寄与することを目指す国際的な学術団体である。コレギウムは「産業医学の父」と称せられ、1700年代にモデナ、パドヴァ大学で医学の教授であったベルナルディノ＝ラマツィーニの名を冠している。コレギウムを構成するのは選出により会員となった35か国の臨床医・科学者180名である。本会は商業的利害関係を排除している。

《要約》コレギウムラマツィーニ (CR) は、クリソタイル＝白石綿＝を含むあらゆる種類の石綿の採掘と使用を禁止することが責任ある公衆衛生上の行動であるという従来の立場を再確認する。本声明は、石綿及び石綿関連疾患 (ARD) の「グローバルヘルス」＝世界的な医療課題＝の側面に焦点を当て、CRIによるこれまでの関連の声明を更新する。ARDの流行は、ほとんどの先進国では最低十年間、途上国では数十年間はそのピークを越えることはないと思込まれる。石綿とARDは産業医学や公衆衛生、さらに臨床研究や臨床実務でも課題となり続けるため、グローバルヘルスの課題になった。既に先

進国の中で石綿禁止に移行した国は、多くの教訓、ノウハウや経験を蓄積しているが、それらを、いままさに石綿禁止に移行しようとする途上国で展開する価値は大きい。すなわち先進国が培った経験や技術を資産として活用し、ARD根絶のためのグローバルキャンペーンを通じて多くの国と共有を図るべきである。

### 背景

採掘されたアスベスト繊維一本一本は容易に破壊されないという性質をもつため、そのライフサイクルの間—すなわち石綿鉱石の採掘と抽出、石綿含有製品の製造、さらにその使用、修理、解体、廃棄に至るまで—多くの人が曝露する。1993年以来、コレギウムラマツィーニは、石綿のあらゆる採掘、製造、使用の世界的禁止を求めてきた。最も広く使用されているクリソタイルを含むあらゆる種類の石綿が中皮腫や肺がんのようながんを引き起こし、さらに曝露の安全限界はないという証明済みの科学的根拠に基づき、コレギウムは、この立場をとり続けている。また、石綿産業が喧伝しているクリソタイルのいわゆる「管理使用」の誤謬を非難し、それは実

現不可能であると主張し続けている。残念ながらこうした懸念や科学的証拠には事欠かないにも関わらず、近年のクリソタイルの世界的使用は年間およそ二百万トンで高止まりしている。しかも、現在の使用量のほとんどは、低及び中所得の国々に集中している。

コレギウムは、より安全で費用効果の高い代替品の利用可能性が周知の事実である以上、責任ある公衆衛生上の行動とは、石綿のあらゆる採掘と使用を禁止することであると立場を再確認する。その際、石綿の撤去と廃棄には、最先端の技術を駆使しなくてはならない。本声明は、石綿及び石綿関連疾患（ARD）のグローバルヘルス=国際保健医療=の側面に焦点を当て、これまでの声明を更新する。

## 国連機関

世界保健機関（WHO）は2006年にARDを根絶すべきことを宣言、その中で、ARD根絶にはあらゆる種類の石綿の使用中止が必要であるとの立場を明言した。同声明は2014年に更新され、クリソタイルが広域で使用され続けていることに対抗して出版された「クリソタイルアスベスト」と題するWHO文書に添付された。同声明は国際がん研究機関（IARC）による最近の評価と軌を一にして、クリソタイルを含むあらゆる種類の石綿が、肺、喉頭及び卵巣のがん、及び中皮腫と石綿肺を引き起こすことを強調した。また、2014年版の声明では、再びARD根絶のための世界規模のキャンペーンが呼びかけられている。こうした取り組みについては、国際労働機関ILOや国連環境計画UNEPを含む他の国連機関も協調行動をとっている。ロッテルダム条約の化学物質検討委員会は、同条約に添付された有害物質の付表にクリソタイル石綿を掲載することを繰り返し勧告し、それにより輸出国が輸入国の事前の情報に基づく同意（PIC）を得ることを課そうとしている。この勧告にはいくつかの国が反対してきたため、基本的な安全確保は果たされていない。コレギウムは、ロッテルダム条約のすべての締約国に対して、クリソタイル石綿の付表掲載を支持するよう呼びかける。

## ARDのグローバルな疾病負担

石綿の職業曝露により世界で毎年10.7万人が死亡していることが推定されている。これらの死亡は石綿関連肺がん、中皮腫及び石綿肺によるものである。ARDのタイプ別の検討では、石綿関連肺がんが4.1万人、中皮腫が4.3万人から5.9万人、石綿肺が7千から2.4万人となっている。石綿関連の喉頭がんや卵巣がんの死亡数は推定されていない。石綿は中皮腫よりも肺がんを起しやすいため、ARD全体の疾病負担は石綿関連肺がんの推定値によって大きく違ってくる。WHOは最近、クリソタイル曝露による肺がん対中皮腫のリスク比を6:1とした。これらの推定値は異なる手法に基づいて得られていることから、様々な適用手法の相互検証を行うことで、不一致をなくせる可能性がある。いずれにせよ、ARDは過少診断と過少報告が起きやすいことは周知の事実であるから、ARDの疾病負担は過大評価ではなく過少評価のほうが問題となる。

## 国段階の禁止措置

1983年にアイスランドが初めてあらゆる種類の石綿の禁止措置を導入して以降、50か国以上が同じような禁止措置を実行している。しかしながら、この十年間で各国の禁止措置の導入のペースは落ちている。実際、いくつかの途上国では政府が禁止措置を撤回したり、禁止まで長い期間をかけたっている。この背景には、外国または国内のクリソタイル・ロビーによる汚職の影響があると考えられる。石綿産業ロビーは、「製品擁護」を目的とする科学を動員し疑念を助長することで、途上国にゆさぶりをかけている。残念ながら、この遅延作戦は何度となく成功してきた。世界で人口の最も多い10か国のうち9か国はいずれも、大量の石綿を過去に使い、または現在も使い続けており、禁止を実現できていない。このため、禁止の恩恵に浴しているわずかの人口は、先進国に限られている。

## 石綿の代替品

石綿を禁止した国では、より安全で価格効率のよい代替品の導入に成功している。屋根、内壁、

## アスベスト禁止をめぐる世界の動き

天井に使われる石綿繊維セメント製の平板や波板のような建材では、ポリビニルアルコール繊維やセルロース繊維により石綿を代替できる。ブラジルでは石綿繊維製品内の石綿をポリプロピレン繊維やセルロース繊維によって代替化している。石綿繊維セメントシートの石綿代替品であるポリマー繊維やセルロース繊維は直径が10ミクロン以上あるため肺胞内に吸入されない。僻地の屋根材としてはセメント、砂、バラスを使用した軽量コンクリートタイル、またオプションとしては、ジュート、麻、サイザル麻、ヤシの実、ココヤシ皮の繊維、ケナフ、木材パルプ等の地元でとれる植物繊維を使用できる。亜鉛メッキした鉄の屋根材や粘土タイルも代替品となる。石綿セメントパイプの代替品としては可鍛铸铁管、高密度ポリエチレン管、金属ワイヤ強化コンクリートパイプ等がある。これらの材料は、石綿よりも安全とされているが、取り扱う労働者を守るために最適な作業方法を守る必要がある。

### ARD流行のパターン

石綿を使用し続ける国は、石綿使用の程度に応じて後々ARDの疾病負担を背負うことになる。石綿を禁止した国やほとんど使用しなくなった国ではいずれもARDの流行が続いている。ほとんどの先進国で中皮腫の年齢調整死亡率は増加中で、数十年も前に石綿使用の削減を開始した少数の国でのみ死亡率の増加が鈍化している。よく知られているように、石綿と喫煙の間には相互作用があることから、喫煙率が高く石綿使用が続く途上国の多くは、石綿関連肺がんの疾病負担が大きくなると予想できる。ARDの流行は、ほとんどの先進国では最低十年間、途上国では数十年間はそのピークを越えることはない。それゆえ、石綿とARDは産業医学及び公衆衛生、さらに臨床医学の研究と実践の分野で課題であり続けるであろう。よって、石綿とARDは、「グローバルヘルス」課題=世界的な医療課題=と言える。

### 途上国

途上国の多くは石綿使用を削減するスピードが遅く、禁止に至ってはなおさら腰が重い。これに働

く複数要因としては、石綿が廉価で容易に入手できることのほか、新興経済の建設需要、医療社会資源の不足、石綿産業や利害関係団体による強力なプロパガンダ等が含まれる。これらの要因は各国で相互に作用し合い、各国固有の状況を生み出すため関係者には重大な難問となる。例えば、アジアのいくつかの新興工業国や旧ソ連諸国は、現在石綿の使用かつ/または生産が高水準であるが、労働者を守る最低限の対策もとられていない。ARDを診断し報告するための専門性と資源が決定的に不足している。さらに、石綿の輸入国(輸出国ではない!)の中には前述のロッテルダム条約の事前の情報に基づく同意PICに関する手続きにクリソタイルを含めることに反対した国もある。このような例は、石綿産業による汚職の影響、さらには、石綿輸出国の容赦ない貿易圧力の証左となっている。石綿禁止派は、それに反対する関係者の躊躇、否定、敵対に打ち克つ努力が求められる。

### 先進国

ARDを減らすための最優先事項は一次予防である。すなわち、石綿使用が合法的な国ではその使用を禁止し、歴史的使用があったすべての国では残存石綿への曝露を防止することである。先進国では、数多くの学校、家屋、商業ビルにおける過去の建設手法の遺物として大量の石綿が残存している。また、様々な工業用途としても大量の石綿が残存している。建物や工業品に含まれる残存石綿を記録し標識をつけることは重要であり、そのことによって、メンテナンス、修理、解体の際に起きる曝露を防止できる。製品等が老朽化、劣化、破損し、または動力工具によって裁断される際、石綿繊維が飛散し、空気、土壌、水を汚染するため、地域社会にとっての曝露源となる。政策や法規に基づき、石綿含有の構造物の撤去やその結果生じる廃棄物の取り扱いに携わる労働者を守り、特別の訓練や資格を与えるための仕組みを講じる必要がある。

先進国では、二次予防及び三次予防もまた重要性を増している。とくに、現在または過去の職業を通じて石綿に曝露した労働者を同定、登録し、健康モニタリングとサーベイランスを行うために追

跡する必要がある。これらの国々で出現しつつあるARDの流行は、基礎医学や臨床医学でコストのかかる課題となっている。臨床医学分野で言えば、中皮腫の早期発見のためのバイオマーカー開発や有効な治療法などが含まれる。ARD患者やその家族のための公正な補償制度を立案し運用することは、とくに重要課題である。また、先進国は、石綿とARDに関連する事項について、途上国支援を行うべきである。

石綿禁止を達成した国、また、未だ使用を続ける国においても、過去の曝露によってARD、とくに肺がんと中皮腫に罹患する高いリスクを抱える労働者は多数存在する。過去に曝露した人の多くは、一般の人たちに紛れて健康モニタリングを受ける機会をなくしてしまっている。コレギウムは、各国に対し、過去及び現在の石綿曝露労働者を同定し、曝露を定量的に評価し、登録し、継続的な健康サーベイランスと二次予防のための国家戦略を練るべきことを勧告する。もし、労働者が石綿を家に持ち帰る可能性があるなら、労働者の他に家族もモニタリングに加えるべきである。

## 国際協力

ARDを根絶するためのグローバルキャンペーンを通じ、先進国が蓄えた経験と技術を国際的に共有すべきである。先進国は、一次、二次、三次の各予防の段階で経験を有しているが、ある先進国がARD流行のどの段階にあるかによって、その国のもつ強みは違ってくる。これらの経験から生じた知識や技術的進歩は、石綿を使い続ける国に大きな便益をもたらす可能性がある。国際産業保健学会(ICOH)が公表した石綿に関する声明は、予防の三段階における各段階の様々な取り組みを述べている。最適な効果を得るには、先進国が持つ資源を受益者となる国のニーズに合わせ、組み合わせることである。科学的専門性は、共有を図れる重要資源であり、例えば、能力開発やARDのサーベイランスを含めるべきである。グローバルな段階での課題は一様でないことから、リージョナルな段階での取り組みを進めることはとくに意義深い。

石綿禁止への移行を果たした先進国は苦い教訓を学び、ノウハウと技量(すなわち「ソフト」技術)を蓄えており、禁止への移行を開始した途上国にそれを展開すれば大きな価値を生むと考えられる。先進国と途上国の間の協力を先導すべきは、国際機関、科学界、草の根NGO等であり、実務家、研究者、行政官、市民代表を巻き込むべきである。例えば、国際的なワークショップや会議の場を利用して、禁止を達成した国がどのように禁止を実行し得たかなどの概略を示すことができるし、現在石綿を使用している国に対して、どのようにすれば禁止へ舵を切ることができるかなどの、実際の助言を与えることができる。

## 結論 グローバルヘルスの必要性

いまや石綿とARDは、グローバルヘルス=国際的医療課題=として浮上している。石綿使用の歴史を有するあらゆる国はARDの流行を経験しつつある。ある国のARD流行の段階は、その国の過去の石綿使用の関数として決定され、禁止の有無や時期、禁止未達成であれば、石綿使用のレベルと言った変数などが関係してくる。人的資源や保有技術に関する国の間の格差を埋めるには、国際協力が必須である。短期目標となるのは、途上国においては禁止国の拡大、先進国においてはARDの疾病負担の削減である。長期目標としては、ARDが百パーセント予防可能な疾患であることから、最終的には、ARDの新規発生ゼロを目指さなくてはならない。ARDパンデミックは、公衆衛生分野の関係者にとって、喫緊の国際的優先事項になったと言える。



## 参考文献[省略]

2015.06.24原文公表/2015.06.27仮訳  
※[http://www.collegiumramazzini.org/download/18\\_EighteenthCRStatement\(2015\).pdf](http://www.collegiumramazzini.org/download/18_EighteenthCRStatement(2015).pdf)  
このコレギウムラムァツィーニ新しい声明については、2015年5月24日付け毎日新聞でも報じられている。高橋謙・産業医大教授に日本語仮訳を提供していただいた。

## 保育士の精神障害公務災害 兵庫●保護者からの暴言・脅威等を受け

2007年6月29日、保育士のAさんが、乳児用トイレのオムツ交換台にてオムツを交換中、子供から目を離した際に、子供が交換台から落下し負傷する事故が発生した。この事故を契機に、保護者から人格や人間性を否定されるような嫌がらせを受け、加えて市当局より落下事故の責任を厳しく問われるという出来事が次々と継続して起きた。事故後Aさんは、所長から保育業務を外され掃除等の雑用を指示されたほか、事故にあった子供の保護者への謝罪を本人ひとりでの対応とされた。

受診した心療内科で「心的外傷」と診断され療養することになった。約2か月後に職場に復帰したものの、相変わらず、保護者から罵倒・脅迫を受け、保護者から被害届が出されたため警察・検察での取り調べを受け、さらには職場で上司から叱責等のパワハラ行為が続き、体調を崩し「不安抑うつ状態」と診断され再び休職することとなった。

保護者が届け出た被害届は不起訴処分となったが、市はAさんに対して戒告処分を発令し、マスコミに発表した。戒告処分は、過去の事故等に対する処分発令に比べ、あまりにも重い処分

であったため、家族や友人の協力により公平委員会に対する不服申し立てを行うことになった。その結果、公平委員会より同処分は取り消されたが、市は再び訓告処分を発令した。

休職していたAさんに戒告処分が発令されたのは2008年8月。処分理由書には、「安全ベルトの使用ができないことを知っていたにもかかわらず、乳児から目を離し…事故を起こした。事故の発生状況についても、当初誤った報告をしたため…市民に行政に対する不信感を抱かせる原因となった」と書かれていた。

しかし、この処分理由には事実誤認があり、公平委員会へ処分の取り消しを求め不服申立を行った。2009年5月、公平委員会は「オムツ交換台のどこにも使用禁止の張り紙は貼られていなかった」とし、設備上の不備を知りながら放置した当局の嘘を明快に認定し、「戒告処分取り消し」の裁決を出した。

ところが翌2010年2月、公平委員会で取り消された戒告処分の代わりに、「訓告」処分が発令された。しかも処分理由は、前回の戒告処分と同様のものだった。

休職しているにも関わらず、次々と精神的に負荷のかかる出

来事が次々と引き起こされたなかで、2012年3月、地方公務員災害補償基金兵庫支部に、公務災害認定請求を行った。

誤って園児を落下させてしまった事故を契機に、Aさんは、保護者から「警察に言う」「やろうと思えば保育士の免許を取り上げることができる」「子供の前で手錠をかけてもらう」といった脅迫をうけた。そして、保護者が警察への刑事告訴を行ったため、生まれて初めて警察及び検察での取り調べを受けた。

また所長からは、「公務員だから(事故を起こしても)働いているのよ」と非難され、歩き方や姿勢などを細かく指摘され、ついには言葉で話しかけることなく、机をパンパンと叩いてにらみつけながら指示をされるようになった。人事課からAさんにかかってきた電話を伝えるのに、言葉でなく机をパンパンと叩いて知らされるなどの行為がとられた。

そして、市から戒告処分を受け、市が誤ったマスコミ発表を行ったため、「うそつきの不良保育士」として社会的にレッテルを貼られた。他にも、保護者との対応に関しても、姫路市からは「自分で考えろ」と言われるだけで、すべてAさん一人に対応させられ、精神的な負担となった。

基金支部は、本年3月26日付け通知書で、「一部公務災害」と認定した。「施設上の暇庇があることを知りながら、本人に対して一人で保護者に対して複数回、数時間にわたり説明等の対応をさせ、当該指示以外に、職場か

ら本人に対する支援等があったことは確認できないことから、相当程度の精神的負荷があったと考えられる」との判断で、認定要件を満たすとしている。

ただし、認定された期間は2007年6月から翌2008年の4月までとされ、それ以降の出来事については「休業中の出来事であり、公務に従事したことによる精神的負荷ということとはできない」と判断された。

厚生労働省が2011年12月に「心理的負荷による精神障害の認定基準」を新たに定めたことを受け、公務災害においても2012年4月より「精神疾患等の公務災害の認定について」に基づく運用が開始された。

今回の誇求においては、事務連絡で積極的に活用するようにとされている「業務負荷の分析表」に則り、「保護者から人格や人間性を否定するような嫌がらせを受けた」「上司等からの業務指導等の範囲を逸脱し、人格や人間性を否定するような嫌がらせ、いじめを受けた」「業務に支障を生じさせる失敗をした。失敗の責任を厳しく問われた」との項目に関する詳細な申し立てを行った。

基金支部は「一部公務災害」と判断したものの、5年間に及び精神的負荷は一連のものであるとする主張は認めなかった。しかも、「休業中の出来事は、公務に従事したことによる精神的負荷ということとはできない」との判断は、あまりにも形式的過ぎるといえ、休業中の出来事に関する評価

を避けたことは大変残念である。

とはいえ、今回の公務災害認定の意義は、Aさんが発症した疾病の発端は業務によるもので

あると認めたことである。Aさんの一日も早い回復と職場への復帰を願う次第である。

(ひょうご労働安全衛生センター)

## マタニティハラスメント防止を

### 厚生労働省●最高裁判決踏まえた取り組み

6月は「男女雇用機会均等月間」である。

厚生労働省は第30回目の「男女雇用機会均等月間」に「職場のマタハラでつらい思い、していませんか?～「妊娠したから解雇」は違法です。雇用均等室にご相談下さい!～」をテーマに、①妊娠・出産などを理由とする不利益取扱い禁止に関する周知徹底のための広報活動の実施、②事業主に対する妊娠・出産などを理由とする不利益取扱い禁止の徹底・指導の集中的実施、を行う。

近年、マタニティハラスメントという言葉がよく使われるようになったが、行政を動かす契機となったのは、昨年10月の妊娠による降格を違法とした最高裁判決である。それを受けて、厚生労働省はこの1月、男女雇用機会均等法の解釈通達を改正した。

#### ●最高裁判決

2014年10月23日の最高裁判決は、降格が、男女雇用機会均等法第9条第3項に違反し、無効であるとした。

上告人は、広島市の理学療

法士で、生活協同組合で管理職である副主任として働いていた。第2子の妊娠で軽易な業務への転換を求めたところ、身体的負担が軽いと思われる施設へ異動が行われ、その後、異動先で上告人より経験の長い職員がすでに主任を務めることから、協同組合は、上告人を副主任より降格した。その後、上告人は、産前産後休暇、育児休暇を終えて、業務軽減前の所属場所へ職場復帰したが、すでに別の労働者が副主任に任じられていたため、上告人は元の副主任に任じられなかった。これを不服として、管理職手当の支給と損害賠償を求めて提訴した。ちなみに、第1子の妊娠時にすでに副主任であったが、その際には降格はされず、産休・育休を取得後、職場復帰している。

原審判決は、「上告人の同意を得た上で、人事配置上の必要性に基づいてその裁量権の範囲内で行われ」男女雇用機会均等法第9条第3項に違反しないとした。

第9条第3項とは、「事業主は、

その雇用する女性労働者が妊娠したこと、出産したこと、労働基準法第65条第1項の規定による休業を請求し、又は同項若しくは同条第2項の規定による休業をしたこと（注：産前休業の請求、産前産後の休業）その他の妊娠又は出産に関する事由であって厚生労働省令で定めるものを理由として、当該女性労働者に対して解雇その他の不利益な取り扱いをしてはならない」としている。

それに対して、最高裁判決は明らかな法令違反があったとした。その理由は、おおよそ以下のよう内容である。

まず、第9条3項に違反しないとするためには、当該労働者の自由な意思に基づいて降格を承諾したと認めるに足りる合理的理由が客観的に存在し、降格せずに軽易業務させることに業務運営や人員の適正配置の確保など業務上の必要性から支障があり、その内容、有利又は不利な影響の程度が同項の趣旨及び目的に違反しないと認められる特段の事情が存在することし、その上で、この件に関して以下のように述べた。

本件では、降格によって業務負担の軽減が図られたか否か明らかでなく、本件措置によって受けた有利な影響が明らかでない、他方、措置によって非管理職になり、かつ管理職手当を受けられなくなるなどの不利な影響を受けた。また、職場復帰後も副主任に復帰することができず、一連の経緯から、本件措置は軽易業務への一時的な転換でなく、復

職後も副主任への復帰を予定していない措置としてなされたものとみるのが相当である。

また、降格の措置をとることなく軽易業務へ転換することに業務上の支障があったのか明らかでない一方、管理職の地位と手当の喪失という不利な影響は重大であり、副主任への復帰も予定していない、上告人の意に反するものだった。

つまり、協同組合の行った降格には合理的な理由が認められず、それによって上告人が受けた恩恵は不明で、反対に不利益は重大だった。かつ、協同組合は事前に措置による利益、不利益について十分説明して承諾を得ているなどの特段の事情がなく違法である、ということだ。

しかも、最高裁判決には桜井龍子裁判長からの補足意見がつき、そこで復帰後に副主任に戻さなかったことに関しても、特段の理由がなく、「育児休業・介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」（以下、「育児・介護休業法」）第10条の「事業主は、労働者が育児休業申し出をし、又は育児休業をしたことを理由として、当該労働者に対して解雇その他の不利益な取り扱いをしてはならない」に違反するとした。

### ●解釈通達改正

厚生労働省はこの判決を受けて、2つの解釈通達「改正雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保に関する法律の施行について」と「育児休業・介護休業等育児又は家族介

護を行う労働者の福祉に関する法律の施行について」を一部改正した。

男女雇用機会均等法の通達に加えられた解釈とは、簡単に言うと、法に違反しない場合の条件として、①措置による内容が不利益な取り扱いの内容を上回る特段の事情があるとき、または、②措置による有利な影響が不利な影響を上回りかつ適切な説明がなされ、一般的な労働者であれば同意するような合理的な理由があるとき、とした。さらに、妊娠・出産等の事由を契機として不利益取り扱いが行われた場合は、原則として妊娠・出産等を理由として不利益取扱がなされたことと解されるものであること、「契機として」については、基本的に事由が発生している期間と時間的に近接して不利益取り扱いが行われたか否かを持って判断する、となっている。

つまり、妊娠を知らせたすぐ後などに不利益取り扱いがあった場合、基本的に妊娠が理由と解し、特段の事情や合理的理由が認められなければ違法であるということになる。

育児・介護休業等が理由の場合も同じ取り扱いに改正された。詳しくは、通達を参照されたい。

[http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidou)

[11900000-Koyoukintoujidou kateikyoku/0000071927.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidou-kateikyoku/0000071927.pdf)

女性の年齢別労働力率をグラフにすると、20歳代で盛り上がった線が30歳前後で一旦下がり、40歳代でまた上がるM字カーブ

を描くことが知られている。妊娠で退職を余儀なくされる女性は多く、この事例のように産休や育休を取得できる環境であったとしても、不利益な取り扱いを受けることも多い。通達改正によって、事業主側により理解が深まることを期待したい。

### ●いじめ嫌がらせも多い

マタニティハラスメントには、最高裁で争ったような不利益取り扱いのような組織的な問題以外に、上司や同僚による不適切な発言や扱いといったセクシュアルハラスメントと重なる内容も含まれる。そのようなマタニティハラスメントを含む実態調査が、最近発表された。

マタニティハラスメント対策ネットワークは今年3月発表した「マタハラ白書」でマタハラ被害者へのネット調査結果を報告した。20歳から45歳までの186人が回答し、うち7割が正社員で3割は非正規社員。企業規模は10人～100人が32%、100人～50人が19%、1000人以上が13%でマタハラは規模に関係ないとしている。また、長時間労働現場が44%でマタハラの温床になっており、有給休暇の取得率も低い。

加害者については、直属男性上司30.1%、人事部と男性経営幹部が13.4%、直属女性上司12.5%、女性同僚10.3%だった。人事部に法律知識がない場合や、違法と知りながらの悪質なケースも存在するという。女性からのマタハラも意外に多く、いじめや心ない発言があった。

このような調査結果や当セン

ターに持ち込まれる相談からも、妊娠は、けがや病気よりも自己責任という認識が強く、長時間労働の職場などでは、業務をフォローする同僚からもマタハラが起りやすくなることがうかがわれる。

パワーハラスメントとは違い、妊娠・出産を理由とした不利益取扱いは男女雇用機会均等法という法規制がある。その点ではマタニティハラスメントは取り締まり、指導がしやすいと言える。ただし、個別のケースが今回改正された解釈に当てはまるかどうかと

いう判断は、まだまだ難しそうだ。

また、無事職場復帰できたとしても、出世コースを外れざるを得ないという組織内の仕組みの問題もある。

ただはつきり言えることは、女性労働者が妊娠・出産で、産休、育休を取る権利、職場復帰する権利が保障され、育児・介護で時短で働こうとキャリアを積むことが可能な職場が、男性労働者も含め全体が働きやすい職場



(関西労働者安全センター)

## パワハラ対策導入マニュアル

### 厚生労働省●全国で支援セミナーを開催

2015年5月15日厚生労働省発表「パワーハラスメント対策導入マニュアル」を初めて作成しました～マニュアルを活用したパワーハラスメント対策支援セミナーを7月から全国で開催します～

厚生労働省は、このたび、職場のパワーハラスメントの予防・解決に向けた取組を推進するため、企業の中でパワーハラスメント対策に取り組む際の参考になるよう、「パワーハラスメント対策導入マニュアル～予防から事後対応までサポートガイド～」を初めて作成しました。また、7月から、今回のマニュアルを活用した「パワーハラスメント対策支援セミナー」を全国約70か所で無料

開催します。

パワーハラスメントについては、80%以上の企業が「職場のパワハラ対策は経営上の重要な課題である」と考えていますが、予防・解決のための取組を行っている企業は全体の45.4%です。特に、従業員数100人未満の企業では18.2%に留まり、約20%の企業が「現在は行っていないが取組を検討中」と回答しています。（「職場のパワーハラスメントに関する実態調査」平成24年度）

このため、パワーハラスメント対策に取り組みたいと考える企業が参考にできるよう、6か月で一通りのメニューが導入できるモデルプラン（下記1～7）の実施を

20社の企業にご協力いただきました。そのフィードバックを参考に作成したのが今回のマニュアルです。なお、そのモデルプランのメニューごとにポイントを解説したのがマニュアルの主要部分となります。また、マニュアルには、従業員アンケート調査のひな形、研修用資料、パワハラ相談対応者が使える相談記録票など、参考資料も豊富に収録しています。

### 【モデルプランの内容】

1. 企業トップからのメッセージの発信
2. ガイドラインや就業規則などの社内ルールの作成
3. 従業員アンケートによるパワハラの実態把握
4. 管理職研修・従業員研修の実施
5. 会社の方針についての社内周知
6. 相談窓口や対応責任者を決めるなどの相談・解決の場の設置
7. 行為者に対する再発防止研修

このパワハラ対策導入マニュアルは、5月中旬以降、都道府県労働局や労働基準監督署、労使団体など、全国で5万部を配布する予定のほか、ポータルサイト「あかるい職場応援団」からも無料でダウンロードできます。

また、厚生労働省では、7月から、今回のマニュアルを活用した「パワーハラスメント対策支援セミナー」を全国約70か所で無料開催します（委託先：株式会社東京海上日動リスクコンサルティング）。このセミナーは、企業の人

事担当者を対象に開催するもので、パワーハラスメント対策担当者を養成し、企業におけるパワーハラスメント対策の導入に直結させるため、企業がパワーハラスメント対策を実施する必要性、マ

ニュアルの活用方法についての解説や、グループワークを内容とする企業の人事担当者向け研修を行います。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000084876.html>



## 初めて夜間時間帯の相談実施

### 兵庫●いじめ・パワハラ相談ホットライン

いじめ。パワハラ問題に関しては、国の指針が設けられるなど社会的にも関心が高まっている。2014年度に厚生労働省の総合労働相談に寄せられた「いじめ・嫌がらせ」に関する件数は59,000件となっており、対策は急務である。

当センターや個人加盟の労働組合であるユニオンには、職場のいじめ・パワハラに関する相談が寄せられているが、最近とはくに増加傾向にある。その原因は様々であろうが、ひとつには人権意識の高まりがあり、職場での嫌な出来事を我慢せずに訴える傾向が強くなったことがあると考えられる。もうひとつは、職場で滅茶苦

茶などんでもないことが起きており、人間扱いされない労働環境の劣悪化が影響し、やむを得ず声を上げざるを得ない状況が生まれていると考える。

そうしたなかで、行政の相談窓口が閉まる夜間の時間帯に相談を受け付ける「職場のいじめ・パワハラ相談ホットライン」を、5月18日から22日までの5日間、ひょうごユニオンとともに開設した。夜間専門の相談対応は初めての試みだったが、昼間の時間帯では相談することのできない方々から、計52件（後日分も含む）の相談が寄せられた。



（ひょうご労働安全衛生センター）

## 過労死防止で地域交流集会

### 大阪●産業衛生学会で専門家と交流

5月15日、大阪市北区で開催さ

れた第88回日本産業衛生学会

で、「過労死を防止するために—産業保健に期待すること」をテーマに地域交流集會が開かれ、学会外からパネリストとして3月に発足したばかりの「過労死防止大阪センター」の幹事らが出席、産業医や労働衛生学研究者等と交流した。

パネリストとして報告したのは、全国過労死を考える家族の會代表世話人の寺西笑子さん、過労死弁護団で過労死等対策推進協議会の専門家委員でもある岩城穰さん、それに過労死防止大阪センター事務局長の柏原英人さん。それに学会側からは、三井化学本社健康管理室で産業医の土肥誠太郎さんが報告した。

昨年6月に過労死等防止対策推進法が成立して以降、全国での取り組みが進められてきたが、企業内での具体的な過労死防止へ向けた産業保健の取り組みが求められているところだ。しかし、産業保健の側からの対策としては、労働安全衛生法にもとづく医師の面接指導などの対策が決められているものの、具体的な防止策といったものが話題になったことは少なかった。

今回の取り組みを機会として、産業医学の専門家と過労死防止対策に取り組む様々な活動が密接なつながりを持つこと



が期待されている。  
(関西労働者安全センター)

慌障害など、精神疾患を労災と認定する比率が、最近大幅に増えていることが明らかになった。

シム・サンジョン正義党議員が勤労福祉公団から取り寄せて公開した「精神疾患の労災申請と判定件数」を見ると、各種の精神疾患を理由に労災を申請した労働者は、2010年の89人から昨年の137人に増え、これが認められる比率も23.6% (21人) から34.3% (47人) に増加した [この数字は46頁の数字と異なっている]。

産業構造の高度化によってサービス業の比重が次第に高まる傾向と連動して、身体的な被害だけでなく、精神疾患も働く過程では起こり得るという認識がひろがったことに伴う変化である。最近では、職場内でのセクハラやの被害者や、お客さんの暴言・暴行の被害を受けた労働者に対する使用者の不適切な対処によるうつ病なども、労災と認められる傾向である。

しかし、外国と比較すれば、精神疾患を理由に労災を申請したり、認められる人数は依然として少数にとどまっているというのが専門家の指摘である。労働環境と健康関連の社会団体である「仕事と健康」のハン・インイム事務局長は、「日本は韓国より労働者の数で2倍多いが、精神疾患関連の労災申請件数は25倍にもなる」とし、「労働者が仕事のために憂うつだったり不安になっているのに、労災なのかどうかよくわからなかったり、精神科的な問題は隠そうとする韓国社会の特性も作用していると思われる」と

## 「感情労働による精神障害」労災

### 韓国●労災申請件数・認定率とも増加

「感情労働による精神疾患」、労災認定が増加／申請の34.3%が認定…4年間で11%増加

昨年春、ソウル市内のあるデパートの免税店で、売り場の管理者として働いた40代初めのBさんは、一人のお客さんとの間で揉め事が起こった。お客さんが化粧品を買ったり返品したりを繰り返す中で、買い換えが思い通りにいかないときたまちぞんざいな言葉で悪口を言い、販売台にあった広告看板を蹴飛ばして什器が壊れた。そのお客さんは何日間かずっと売り場を訪れ、電話

をかけてきたりした後、Bさんを見つけて抗議した。上司はBさんに、引き続きお客さんと応対するように言った。

ついにBさんは、誰か人に会うと深刻な不安を感じるなど、恐慌障害になった。勤労福祉公団は「業務上のストレスによる一時的な不安障害」という医師の診断書によって、Bさんが申請した産業災害を認め、2か月の療養を承認した。

Bさんのように仕事をしながら感情労働に苦しめられたり、暴言・ストレスから生じたうつ病、恐

話した。

精神疾患の予防対策を強化する一方で、精神疾患は労災と認められにくい制度を改善しなければならぬという声も強い。シム・サンジョン議員は「未だに業務上の精神疾患を事前に予防し、起こった場合に加害者を処罰できる方法が準備されていない」として、「『業務上の精神的ストレスが原因になって発生した疾病』も労災と認められるように、具体的な法律の改正案を真剣に検討しなければならない」と話した。

2015年4月22日  
ハンギョレ新聞

### サムソン「白血病被害者の補償を先に」VSパノリム「再発防止策も同時に」

白血病の被害者対策に関して、サムソン電子は「先補償・後再発防止対策」を提案し、一方、「半導体労働者の健康と人権守り」パノリムは同時解決を主張し、来月に予定されている調停委員会の調停案を導き出すまでには陣痛が予想される。

5月18日「サムソン電子半導体など事業場での白血病など疾患発病に関する問題解決のための調停委員会」(調停委)は、6月

に三つの議題(謝罪・補償・再発防止)を総合した調停案を出すと明らかにした。

キム・ジヒョン調停委委員長(前大法官)は、「ハンギョレ」との電話で「意見差をどのように狭めるかが大きな宿題」とし、「三つの議題はそれぞれ独立した議題というよりは、互いに関連性があるので(調停案は)議題を網羅しなければならないようだ」と話した。昨年5月14日、権オヒョン・サムソン電子代表理事の謝罪を契機に本格的に始まった交渉でも異見を狭められないとして、昨年12月に調停委が構成されたものである。

調停案の内容が注目される中で、サムソン電子が4月に、「補償と謝罪の議題を先ず決着させよう」という考えを調停委に提出したことが最近確認された。

サムソン電子は「謝罪と補償、予防の内のどれかひとつに軽重を仕分けできないが、緊急な議題と、異見が狭まった議題を先に解決し、さらに多くの検討が必要な議題は十分な議論によって最終妥結を引き出す『段階的アプローチ』方式を取ればよい」と明らかにした。

「早期合意」を主張して被害者とその家族の一部が作った

『サムソン職業病家族対策委員会』(家対委)も同じ考えであるとわかった。

しかし、補償対象を調整に参加しない被害者にまで拡大し、第三者が参加する再発防止対策作りを要求したパノリムは、反対の立場を明確にした。パノリムは、「サムソン電子の職業病問題の社会的解決のために、三つの議題をすべて包括した勧告案を出すという調停委の趣旨が後退しないことを願っているので、予防対策の議論を先送りしようというサムソンの提案は遺憾である」として、「被害の補償が急がれるように、現職の労働者のための予防対策も先送りできない緊急な問題」という立場を、15日に調停委に伝えた。

3月までにパノリムに情報提供したサムソン半導体・LCDの職業病情報提供者の数は196人(死亡69人)であり、昨年同期の136人(死亡50人)から60人も増えている。

これに対するサムソン電子と家対委の意見を聞こうとしたが、両者は「調整が進んでいるので、個別的な考え方は明らかにはできない」と話した。

2015年5月19日  
ハンギョレ新聞

## 全国安全センター第26回総会福島・いわき開催

日時:2015年10月10日(土)13:30~11日(日)12:00

会場:いわき産業創造館 宿泊:いわき新舞子ハイツ

10月11日(日)午後には希望者によるオプションルツアーも予定

# 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://joshrc.info/> <http://www.joshrc.org/~open/> <http://ameblo.jp/joshrc/>

- 北海道 ● NPO法人 北海道勤労者安全衛生センター  
〒060-0004 札幌市中央区北4条西12丁目ほくろビル4階 E-mail safety@rengo-hokkaido.gr.jp  
TEL (011) 272-8855 / FAX (011) 272-8880
- 東京 ● NPO法人 東京労働安全衛生センター  
〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 E-mail center@toshc.org  
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 ● NPO法人 神奈川労災職業病センター  
〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーポ豊岡505 E-mail k-oshc@jca.apc.org  
TEL (045) 573-4289 / FAX (045) 575-1948
- 群馬 ● ぐんま労働安全衛生センター  
〒370-0045 高崎市東町58-3 グランドキャニオン1F E-mail qm3c-sry@asahi-net.or.jp  
TEL (027) 322-4545 / FAX (027) 322-4540
- 長野 ● NPO法人 ユニオンサポートセンター  
〒390-0811 松本市中央4-7-22 松本市勤労会館内1階 E-mail ape03602@go.tvm.ne.jp  
TEL (0263) 39-0021 / FAX (0263) 33-6000
- 新潟 ● 一般財団法人 ささえあいコープ新潟  
〒950-2026 新潟市西区小針南台3-16 E-mail KFR00474@nifty.com  
TEL (025) 265-5446 / FAX (025) 230-6680
- 愛知 ● 名古屋労災職業病研究会  
〒466-0815 名古屋市昭和区山手通5-33-1 E-mail roushokuken@be.to  
TEL (052) 837-7420 / FAX (052) 837-7420
- 三重 ● みえ労災職業病センター  
〒514-0003 津市桜橋3丁目444番地 日新ビル E-mail QYY02435@nifty.ne.jp  
TEL (059) 228-7977 / FAX (059) 225-4402
- 京都 ● 京都労働安全衛生連絡会議  
〒601-8015 京都市南区東九条御霊町64-1 アンビシャス梅垣ビル1F E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp  
TEL (075) 691-6191 / FAX (075) 691-6145
- 大阪 ● 関西労働者安全センター  
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-11 ウタカビル201 E-mail koshc2000@yahoo.co.jp  
TEL (06) 6943-1527 / FAX (06) 6942-0278
- 兵庫 ● 尼崎労働者安全衛生センター  
〒660-0802 尼崎市長洲中通1-7-6 E-mail a4p8bv@bma.biglobe.ne.jp  
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 E-mail npo-hoshc@amail.plala.or.jp  
TEL (06) 6488-9952 / FAX (06) 6488-2762
- 兵庫 ● ひょうご労働安全衛生センター  
〒650-0026 神戸市中央区古湊通1-2-5 DAIIEビル3階 E-mail npo-hoshc@amail.plala.or.jp  
TEL (078) 382-2118 / FAX (078) 382-2124
- 岡山 ● おかやま労働安全衛生センター  
〒700-0905 岡山市北区春日町5-6 岡山市勤労者福祉センター内 E-mail oka2012ro-an@mx41.tiki.ne.jp  
TEL (086) 232-3741 / FAX (086) 232-3714
- 広島 ● 広島労働安全衛生センター  
〒732-0825 広島市南区金屋町8-20 カナヤビル201号 E-mail hirosshima-raec@leaf.ocn.ne.jp  
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 E-mail info@tokushima.jtuc-rengo.jp  
〒682-0803 倉吉市見田町317 種部ビル2階 労安センターとっとり TEL (0857) 22-6110 / FAX (0857) 37-0090  
/ FAX (0858) 23-0155
- 徳島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター  
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内 E-mail info@tokushima.jtuc-rengo.jp  
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  
〒793-0051 西条市安知生138-5 E-mail npo\_eoshc@yahoo.co.jp  
TEL (0897) 47-0307 / FAX (0897) 47-0307
- 高知 ● NPO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  
〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レークタウンクリニック TEL (096) 360-1991 / FAX (096) 368-6177
- 大分 ● NPO法人 大分県勤労者安全衛生センター  
〒870-1133 大分市宮崎953-1 (大分協和病院3階) E-mail OITAOSHC@elf.coara.or.jp  
TEL (097) 567-5177 / FAX (097) 568-2317
- 宮崎 ● 旧松尾鉱山被害者の会  
〒883-0021 日向市財光寺283番地25 E-mail aanhyuga@mnet.ne.jp  
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  
〒899-5215 始良郡加治木町本町403有明ビル2F E-mail aunion@po.synapse.ne.jp  
TEL (0995) 63-1700 / FAX (0995) 63-1701
- 沖縄 ● 沖縄労働安全衛生センター  
〒902-0061 那覇市古島1-14-6 TEL (098) 882-3990 / FAX (098) 882-3990
- 自治体 ● 自治労安全衛生対策室  
〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階 E-mail sh-net@ubcnet.or.jp  
TEL (03) 3239-9470 / FAX (03) 3264-1432

