

産業保健学におけるワーク・ライフ・バランス

渡井 いずみ

はじめに

- 1 ワーク・ライフ・バランスとメンタルヘルス
- 2 労働者のメンタルヘルス悪化に関連する職業ストレス要因
- 3 労働者のワーク・ライフ・バランスに対する医療保健職の取り組み
- 4 産業保健分野から考える「働き方」の課題

おわりに

はじめに

産業保健（Occupational Health / Industrial Health）の目的は、国際労働機関（ILO）と世界保健機構（WHO）の合同委員会が「職業性疾病の予防などを通じて仕事と人間を適合（adaptation）させること」と定義されている。職場の健康障害因子の排除を主たる目的として最終的には「労働と健康の最適な関係」を追求する点が産業保健の大きな特徴である。産業保健活動を通して達成すべき目標は、①労働者の健康維持と作業能力の向上、②安全と健康の確保を目指す作業環境と作業の改善、③働きやすい職場風土の構築と生産性の向上、の3つに整理される。わが国では労働安全衛生法（以下、安衛法）によって事業者が取り組むべき対策が詳細に規定されており、この遵守が産業保健活動の基本である。歴史的には産業医学の視点から物理化学的有害物質等を要因とする職業病および作業関連疾患の予防を目的とした法令遵守を第一に考える「法令遵守型」の保健活動があり、さらに事業者が労働者の忠誠心を向上させる手段として産業保健を活用する「福利厚生型」があった。産業構造や職場環境の変化、疾病構造の変化に伴い、職場のリスク要因とは関係のない生活習慣病やメンタルヘルス疾患の予防も包含して労働者の健康づくりを目的とする「健康リスク対応型」の保健活動へと発展した。近年では、過重労働による循環器疾患や業務関連のストレスが引き起こした精神障害の事例が労働災害として認定されるケースが増え、過重労働対策も産業保健の重要課題となっている。さらに労働者の健康を経営資源の一つと捉え、生産性向上のために積極的に取り組む「健康経営型」の産業保健活動の考え方も提唱されており、産業保健の領域や課題は拡大し続けている⁽¹⁾。

(1) 上原正道、梶木繁之編（2013）『産業保健ストラテジーシリーズ第1巻 産業医ストラテジー』バイオコミュニケーションズ。

産業保健学分野における「ワーク・ライフ・バランス」関連と考えられる主なテーマを示す(表1)。本来の産業医学的視点でもっとも重要な健康課題は、過重労働による健康影響である。過重労働は脳卒中、心筋梗塞などの循環器疾患のリスク要因として国際的に知られており、日本はその対策の制度化を積極的に推進している。裏返せば過重労働による健康障害がそれだけ深刻とも言える⁽²⁾。次に慢性疾患や障害等を抱える労働者に対する治療と就労の両立支援に関するテーマがある。がんや難病、糖尿病、メンタルヘルスなど様々な疾患を抱える労働者の就業継続を推進し、企業側の理解を深めるために、2016年2月に厚生労働省から「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が公表された。2018年4月～2023年3月までの第13次労働災害防止計画においても「疾病を抱える労働者の健康確保対策の推進」が重点課題の一つとして位置づけられており⁽³⁾、産業保健分野における注目度は高い。対象となる労働者の個別の健康状態に配慮しつつ、治療と休養と就労の両立を図ろうとする点でワーク・ライフ・バランス上の課題と理解されている。最後に、女性労働力の拡大に伴い、育児や介護等の家族内役割を担う労働者における仕事と家庭の両立葛藤の健康影響や両立支援に関するテーマがある。

表1 産業保健学におけるワーク・ライフ・バランス関連の主なテーマ

1. 過重労働による健康影響
・脳・心臓疾患等の発症または憎悪リスク要因
・うつ病等の精神障害の発症または憎悪リスク要因
・健康障害予防のための対策(労働安全衛生マネジメントシステム、ガイドラインの開発)
・健康障害予防のための対策(過重労働者面談、健診の徹底と事後保健指導)
・健康障害予防のための対策(ストレスチェック、職場環境改善)
2. 治療と就労の両立支援
・がん、糖尿病等に罹患した労働者の就労との両立
・障害者雇用
・メンタルヘルスに不調をもつ労働者への支援
3. 仕事外役割との両立
・育児、介護を担う役割をもつ労働者のストレス要因としてのワーク・ライフ・バランス
・ワーク・ライフ・バランスと健康(身体的・精神的)との関連検討
・ワーク・ライフ・バランスと労働者のQOLや職務満足感等の経営指標との関連検討
・育児や介護との仕事との両立支援の推進

産業保健分野における狭義の「ワーク・ライフ・バランス」概念は、この「仕事と家庭の役割バランス」である。明らかに職業関連要因である過重労働とは異なり、プライベートな要因と職業要因とが融合された健康課題である。つまり、拡大的な産業保健テーマとしてワーク・ライフ・バランスは扱われているように思う。ただ、産業保健外の学問領域では健康の回復に必要な睡眠時間な

(2) 本稿は、千葉大学公開シンポジウム「ワーク・ライフ・バランス概念の学際的再検討」(2018年2月13日、千葉大学)での報告を加筆したものである。

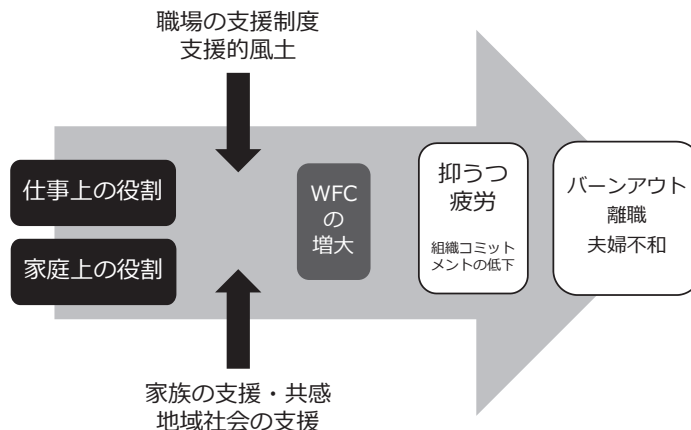
(3) 厚生労働省第13次労働災害防止計画(2018年度～2022年度) <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000197309.html> (2018年8月30日アクセス)。

ど休養や余暇の時間を確保できないほどの過重労働を「ワーク・ライフ・バランス」の問題と捉えていると考えられるため、本稿ではこれらのテーマも含めて広義のワーク・ライフ・バランスについて考察する。

1 ワーク・ライフ・バランスとメンタルヘルス

産業保健分野の中でも、特に産業組織心理学では、仕事と家庭の多重役割を持つ労働者のワーク・ライフ・バランスを職業性ストレスの一つとしてみなして欧米を中心に実証研究が重ねられている。婚姻状況、性、扶養家族の有無などでそれぞれの家庭役割の状況が異なるため、個々人のワーク・ライフ・バランスを客観的に評価することは難しい。そのため、ストレス研究では「仕事役割と家庭役割間の葛藤」の強さを測ることでワーク・ライフ・バランスを論じる。仕事役割と家庭役割間の葛藤はワーク・ファミリー・コンフリクト work-family conflict (WFC) と呼ばれ、信頼性妥当性の検証された尺度もいくつか開発されている。WFC を用いたストレス研究の主な知見を大まかに示した概念図が図1である。たとえば、仕事上の役割（フルタイムの女性労働者）と家庭上の役割（子どもの養育）を併せ持つ人を考えてみよう。仕事中に子どもが発熱したと保育園から連絡が入ることは乳幼児を育てる労働者はよく経験することだが、このように同時に異なる役割を期待された時にどちらの役割を優先させるか葛藤が起こる。また、家庭内のストレス（夫婦喧嘩など）のために職場にいても仕事に集中できないという状況もコンフリクトとなる。このように、どちらかの役割がもう一方の役割にネガティブな影響を与える場合に WFC は高くなる。職場のワーク・ライフ・バランス支援制度や支援的風土が乏しいと、仕事役割が軽減されないため WFC は増大する。家庭役割を支援する保育園等の地域資源や家族の支援が乏しいと家庭役割が軽減されないため、やはり WFC は増大する。WFC の高い状況が慢性的に続くと蓄積疲労や抑うつ状態になり、職場に対する愛着（組織コミットメント）も低下する。さらにその状況が未解決のまま続くと、バーンアウト、離職、夫婦不和などにつながっていく。

図1 ワーク・ライフ・バランスの健康への影響モデル



わが国では子育て期の女性の労働力率は30代を底辺とするM字型カーブを特徴としており、その原因として家事育児負担が大きいことが知られている。ストレス研究の知見からは、仕事を辞めるというアウトカム（離職）に至るプロセスとして慢性的な高WFC状態があり、それがメンタルヘルスの低下や職場へのコミットメント低下につながり最終的に離職という決断に至っていると解釈できる。日本を含むアジア圏は欧米の個人主義とは異なる全体主義が文化的価値観の主流であるため、女性は家庭役割を優先すべきという社会的規範が強いことも指摘されている⁽⁴⁾。フィンランド、英国、日本の公務員を対象としたWFCと健康関連の比較研究では、日本の女性が3国でもっともWFCが高くメンタルヘルスが悪いと報告されており⁽⁵⁾、わが国の女性労働者はワーク・ライフ・バランスを保つことが難しくメンタルヘルス低下に陥りやすいと考えられる。

2 労働者のメンタルヘルス悪化に関連する職業ストレス要因

労働者健康状況調査によると、強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者の割合は昭和50年代から増加し、平成9年以降はほぼ6割前後で推移している⁽⁶⁾。循環器系疾患にとどまらず、極度の長時間労働や強い心理的負荷となる時間外労働が心理的負荷（ストレス）として労働災害における精神障害の認定基準項目にあげられるなど（次頁図2）⁽⁷⁾、過重労働がメンタルヘルス悪化をもたらすことは広く認識されている。平成29年に仕事によるストレスが原因で精神障害を発病したと労災認定された労働者は506件と過去最多である。

一方で、実際に企業内でメンタルヘルスに失調をきたした労働者と面談する保健スタッフは、必ずしも仕事要因や職場環境要因だけではメンタルヘルス失調の説明がつかない事例に多く直面している。同じような職業ストレスに暴露されても発症するかどうかはストレス対処能力に左右され、個人差が大きい。個人特性としてストレスがメンタルヘルスに影響しやすいパーソナリティや認知の歪みがある。中にはうつ病の発症からもともと発達障害のあることが判明した事例もある。非正規労働者の場合には労働時間や仕事の質だけでなく雇用不安の影響も無視できない。そして、育児や介護など仕事外の要因もメンタルヘルスには影響している。しかし、WFCとメンタルヘルスとの関連と同様に、職業ストレスが高くても上司の理解や支援的態度があり、家族や地域の支援が手厚いとメンタルヘルスへの影響が軽減される。これらの要素の関連を示したのが、米国国立労働安全機構 National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) が提唱した職業ストレスモデル（次頁図3）である。このモデルでは、職場でのストレス要因がどのような経路で抑うつなどのメンタルヘルスや病欠勤などの行動変化に至るかを示しており、個人要因と仕事外要因、さら

(4) Aline D. Masuda (2013) "Work-life policies and practices across countries", Debra M. Major eds. *Handbook of work-life integration among professionals*, Edward Elgar Publishing Limited.

(5) Chandola, T., Marttilainen, P., Bartley, M., et al. (2004) "Does conflict between home and work explain the effect of multiple roles on mental health? A comparative study of Finland, Japan, and the UK." *International Journal of Epidemiology*, 33, 884-893.

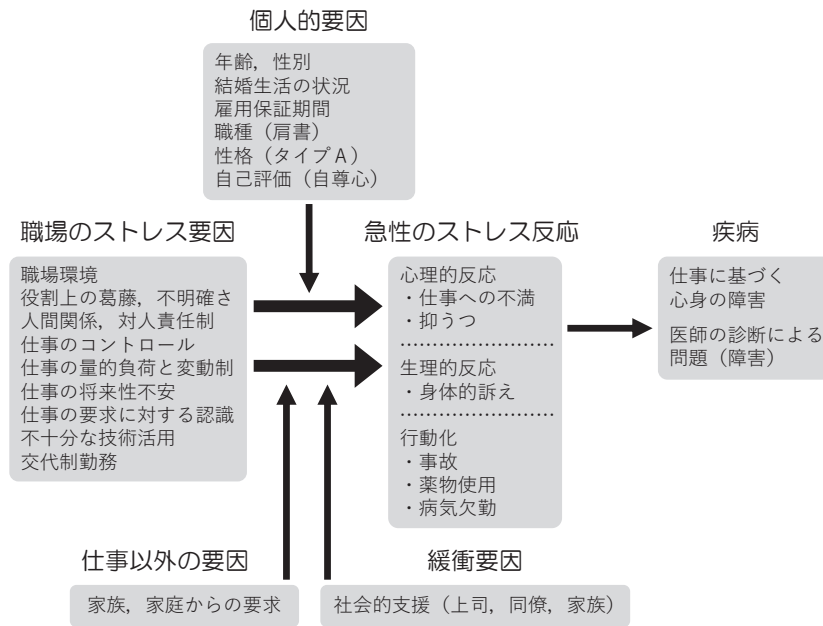
(6) 厚生労働省「労働者健康状況調査」。

(7) 平成30年度(2018)『労働衛生のしおり』の図15「心理的負荷による精神障害の認定基準の概要」より、中央労働災害防止協会。

図2 心理的負荷による精神障害の認定基準の概要

評価方法	出来事 + 出来事後の総合評価	1段階による評価
特別な出来事 具体例	「極度の長時間労働」を月160時間程度の時間外労働と明示 「心理的負荷が極度のもの」に強姦やわいせつ行為等を例示 「強」「中」「弱」の心理的負荷の具体例を記載	
	労働時間	強い心理的負荷となる時間外労働時間数等を記載 ・発病直前の連続した2ヶ月間に、1月当たり約20時間以上 ・発病直前の連続した3ヶ月間に、1月当たり約100時間以上 ・「中」の出来事後に、月100時間程度等
評価期間	セクシュアルハラスメントやいじめが長期間する場合には6ヶ月を超えて評価	
複数の出来事	具体的な評価方法を記載 ・強 + 中または弱 → 強 ・中 + 弱 → 中 ・中 + 中 → 強または中 ・弱 + 弱 → 弱 近接の程度、出来事の数、その内容で総合判断	
発病者の悪化	発病後であっても特に強い心理的負荷で悪化した場合は労災対象とする	

図3 NIOSHの職業ストレスモデル



に職場や家庭の社会的支援が促進要因や緩衝要因となることが明示されている。興味深いことに、このモデルの構成要素に基づく NIOSH 職業性ストレス調査票は日本語版も開発されているが、その過程でワーク・ライフ・バランスを図る「仕事外要因」の7項目の α 係数が0.44と極端と低かったため内的整合性が得られなかったとして、この項目を抜いて信頼性と妥当性が検証されていた⁽⁸⁾。

(8) 原谷隆史 (1998) 「質問紙による健康測定 第8回 NIOSH 職業性ストレス調査票」『産業衛生学雑誌』公益社団法人日本産業衛生学会, 第40巻第2号, A31-32。

日本語版尺度の開発者に尋ねたところ、日本語版の開発にあたり調査協力を依頼した労働者をフルタイムに限定したため男性の回答者が多く、当時の社会情勢や欧米との生活スタイルや性別役割分担の相違を考えると「仕事に行く前に食器乾燥機に食器を並べなければならないストレス」などを問うような質問項目が対象者の日常生活にフィットしなかったのではということであった。

3 労働者のワーク・ライフ・バランスに対する医療保健職の取り組み

職場におけるメンタルヘルス対策も年々強化されている。平成18年には安衛法に「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が示され、事業者は心の健康づくり計画を策定するとともに、その実施にあたっては「4つのケア」（セルフケア、ラインによるケア、事業場内産業保健スタッフ等によるケア、事業場外資源によるケア）を効果的に推進し、ストレスチェック制度の活用や職場環境等の改善（一次予防）、メンタルヘルス不調への対応（二次予防）、職場復帰のための支援（三次予防）を円滑に実施することが求められている。また、平成27年の安衛法改正では「心理的な負担の程度を把握するための検査およ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構すべき措置に関する指針」が示され、事業者には労働者に対するストレスチェックの実施が義務づけられた。

産業医療保健職はこれらの法的義務をそれぞれの企業の実情に合わせて制度化する支援を行い、その枠組みに沿って保健活動を行う。その使命は個々の労働者の健康状態を丁寧にかつ正確に把握し、必要に応じて医療機関への受診、専門家による保健指導を実施して重大な健康障害を引き起こさないようにすることである。過重労働やワーク・ライフ・バランスが個々の労働者に与える健康影響を判断する科学的根拠の一つとして「睡眠時間」があげられる。労災判定の基準となる時間外労働時間の基準は、1日の睡眠時間が6時間未満になると循環器系疾患の発症リスクが高まるという知見から逆算して定めたものである。施策として時間外労働時間の基準を作ることは必要だが、実際の睡眠時間は労働時間だけで規定されるわけではなく、通勤時間や時間外労働（家事・育児等の無償労働）にも左右されるし、夜勤を伴う交代勤務者では良質な睡眠の確保が難しいことも明らかになっている。医療職には、過重労働者やストレスチェックで高ストレスとされた労働者個人個人からこれらの要因を丁寧に聞き取り、健康診断の項目の数値や自覚症状と合わせて総合的に健康リスクを判断して最善の働きかけを行うという個別対応が求められる。

NIOSHのストレスモデルと並び有名な職業性ストレスの理論的モデルとして、仕事の要求度—コントロールモデル（Job-demands-control model, 以下JD-Cモデル）がある。このモデルでは労働時間や仕事の質などの要求度が高くても、どのように仕事を進めるかという自己裁量権が高ければ、メンタルヘルスへの影響は軽減されることを示しており、仕事役割が中心の男性労働者ではあてはまりが良いと実証されている。また、努力—報酬不均衡モデル（Effort/Reward Imbalance Model, 以下ERIモデル）では、仕事の遂行のために行われる努力（Effort）に対して、その結果として得られる報酬（Reward）が少ないと感じられた場合に、より大きなストレス反応が発生するというモデルである。このモデルは金銭的報酬ややり甲斐、達成感を得られにくい非正規雇用者の多い女性に比較的あてはまるとされている。これらの理論の基本的知識をもとに、それぞれの労

働者の見極めと働きかけ方を工夫することも必要である。

4 産業保健分野から考える「働き方」の課題

労働基準法の改正案に対して、産業保健という視点から個人的な見解を述べると、「残業上限時間」の設定は必要だろう。健康を維持する上で生理的に必要な睡眠時間の目安が1日6時間以上であるから、これを法的に確保して労働者の健康を護ることは重要である。「裁量労働の拡大」についてはJD-Cモデルでも示したとおり労働者のストレスを軽減する効果があるので上手く使えば好ましいと考える。まだ若く裁量権が少ない労働者や育児・介護等の家族役割を担う女性労働者にとって、裁量権の拡大は有効なワーク・ライフ・バランス支援となるだろう。ただ、裁量労働の拡大と引き換えに仕事量の増加や労働時間の拡大を想定しているならば、その効果は相殺されてしまい意味がなくなると考える。経営的なメリットばかりが優先されすぎないように注意が必要である。「高度プロフェSSIONAL制度の導入」については、健康課題というより経営的な必要性から導入が検討されているものであり、産業保健の視点から意見を述べることは難しい。ただ基本的な考え方は裁量労働制の導入と同じであり、仕事の自由度裁量度を高める点では健康にポジティブな影響をもたらすと思われるが、この制度の導入が過重労働の促進や睡眠時間・生活時間の減少につながる可能性が高いなら、それは産業保健の目指す目的と相反することになる。

日本看護協会では、看護職の離職防止と職場への定着を目的として、病院管理者向けに協会本部と都道府県の看護協会が連携して積極的にワーク・ライフ・バランスを推進している。これらの制度改革が医療機関全体の安全衛生体制の構築や産業保健スタッフの配置など産業保健の視点を盛り込んだ「働き方改革」につながることを願う。これは一般企業にも応用できるものである。

おわりに

産業保健分野における制度上の課題として、雇用不安が大きい非正規労働者や請負事業者、派遣労働者に対しては、事業者が責任主体となって産業保健活動を提供するわが国の仕組みに限界があることが指摘されてきている。ワーク・ライフ・バランス支援も企業努力に依存するかが、職場格差は拡大するであろう。労働者が働く事業場の規模や働き方にかかわらず、産業保健の専門家にアクセス可能で、かつ健康が維持できる社会制度や働き方を国が保証する、北欧のような体制や制度も参考にした制度の再構築が必要と考える。

（わたい・いずみ 名古屋大学大学院医学系研究科准教授）