

日本労働年鑑 第73集 2003年版
The Labour Year Book of Japan 2003

特集 メンタルヘルス問題と職場の健康—その現状と対策

第四章 対策と取り組み

一 救済(労災認定)と予防

1 過労死の認定

労働者の健康障害への対策として、予防・治療と並んで大きな柱となるのは、労災認定による救済である。過労自殺と過労死は心と身体という違いはあるにせよ、過重労働による長期間の疲労からもたらされる点で共通する現象と考えられる。しかし、つい最近まで個人の側の因子、つまり脆弱性が問題にされ、業務上(公務上)の災害と認定されるのはごく少数で、大半が私傷病扱いとされた。

かつての認定要件が厳しかったのは、第一に、発病をもたらす負荷を発病の前日(六一年基準)もしくは七日間(八七年基準)の労働内容に限定したことである。短期間で致命的な結果をもたらす、あたかも災害のような出来事がなければ業務外となった。過労の蓄積、たとえば五ヵ月間にわたり毎月百数十時間の残業をしても、倒れる直前に異常な負荷(災害のようなもの)がなければ認定されなかったのである。事実、六一年の基準は「災害」という言葉で規定され、「災害主義の認定基準」と言われていた。第二に、古い基準では持病を持っていた被災者は、業務上の負荷が有力でないかぎり、極めて不利になるのが常であった。生活習慣病を治療しながら就業する労働者が一定数存在する現実から出発すると、これは不合理であった。

過労死の認定基準を歴史的にみると、救済される権利は決して与えられたものではなく、これを行使する運動(訴訟)なくして獲得されなかったことがわかる。戦後、労災保険法が施行され、〇一年一二月に新しい認定基準(基発第一〇六三号)が出るまでは、過労死が認定されるのは例外であった。とくに八七年までのおよそ四〇年間の認定件数は毎年ゼロから数件であった。認定基準が八七年と九四年に若干緩和されたが、請求件数に対する認定割合は八七年から九四年までは最大八%、九五年以降は最大一七%にすぎなかった。

業務外と認定された人々の多くは不服申し立てをしたが、棄却されるか、長期間判断が下りないのが常であった。そして少数の遺族・被災者が行政の不支給決定の取り消しを求める裁判を起こした。その結果、二〇年間で一〇〇件以上の不支給決定を取り消す判決がなされ、最高裁においても、七例の判決が前述の基準などが不合理であるとした。これを受けて、厚生労働省は〇一年一二月に画期的ともいえる新基準を打ち出したのである。その結果、認定数は〇一年度から急増し、〇二年度上半期の認定件数は一一五件にのぼり、過去最も多かった〇一年度を大きく上回るペースとなっている。

新基準の画期的な点は以下のとおりである。

(1)慢性の疲労による発病、文字通り過労死の存在を認めたこと。

(2)その基準として六ヵ月間の労働時間を明示したこと。すなわち時間内労働を週四〇時間とすれば、月の残業が四五時間未満では業務の関連性は弱いが、それを越えるほど関連性が強まる。とりわけ発症前一ヵ月では月一〇〇時間以上、二～五ヵ月の月平均では八〇時間以上の場合、業務との関連性が大きいとみなしたこと。

(3)不規則勤務、交代勤務、出張の多い勤務など質的な労働負担についても明示したこと。

(4)過重負担となる基準を、従来は「同年齢で同程度の経験年数をもつ健康な同僚にとっても過重なもの」としていた所を、基礎疾患があっても(例えば高血圧症で治療を受けていたとしても)日常業務を支障なく遂行できる者にとっても過重、と緩和したこと。

ただし、この新基準も最高裁の判断に比較すると制約がある点は否定できない。最高裁判例と認定基準の時間的な関係を示すと、前者が先行しているのが常である。最高裁判決から認定基準の今後の方向性を推測すると、過重な労働負担となる基準が被災した当の労働者にとって負担だったかどうかを問う、当該労働者基準説に近づいていくと思われる。事業所にとっては、さらに安全配慮義務が問われる時代になると考えられる。

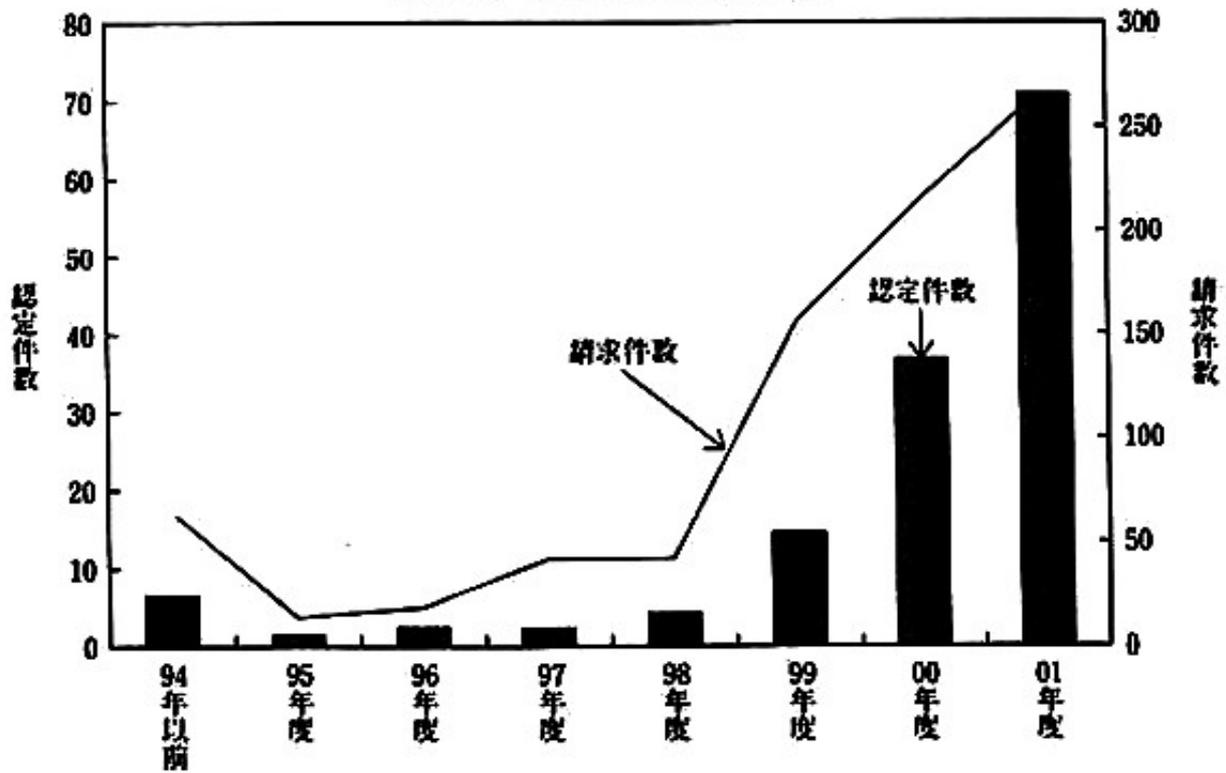
2 過労自殺、精神的疾患の労災認定

旧労働省は九九年九月に、メンタルヘルスにかかわる労災認定の指針として「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針について」(基発第五四四号通達)を発表した。この指針の基本的な考え方は、業務による心理的負荷、業務以外の心理的負荷および個体側要因を総合的に評価して業務上と認められるか否かを判断するものである。

同指針は、(1)対象疾病に該当する精神障害を発病していること、(2)対象疾病の発病前おおむね六ヵ月の間に、客観的に当該精神障害を発病させるおそれのある業務による強い心理的負荷が認められること、(3)業務以外の心理的負荷及び個体側要因により当該精神障害を発病したとは認められないことなどを挙げ、これらの要件をすべて満たす精神障害については業務上の疾病として取り扱うこととなった。なお、(2)の「精神障害を発病させるおそれのある業務による強い心理的負荷」は、同指針に付属の「職場における心理的負荷評価表」で判断する。

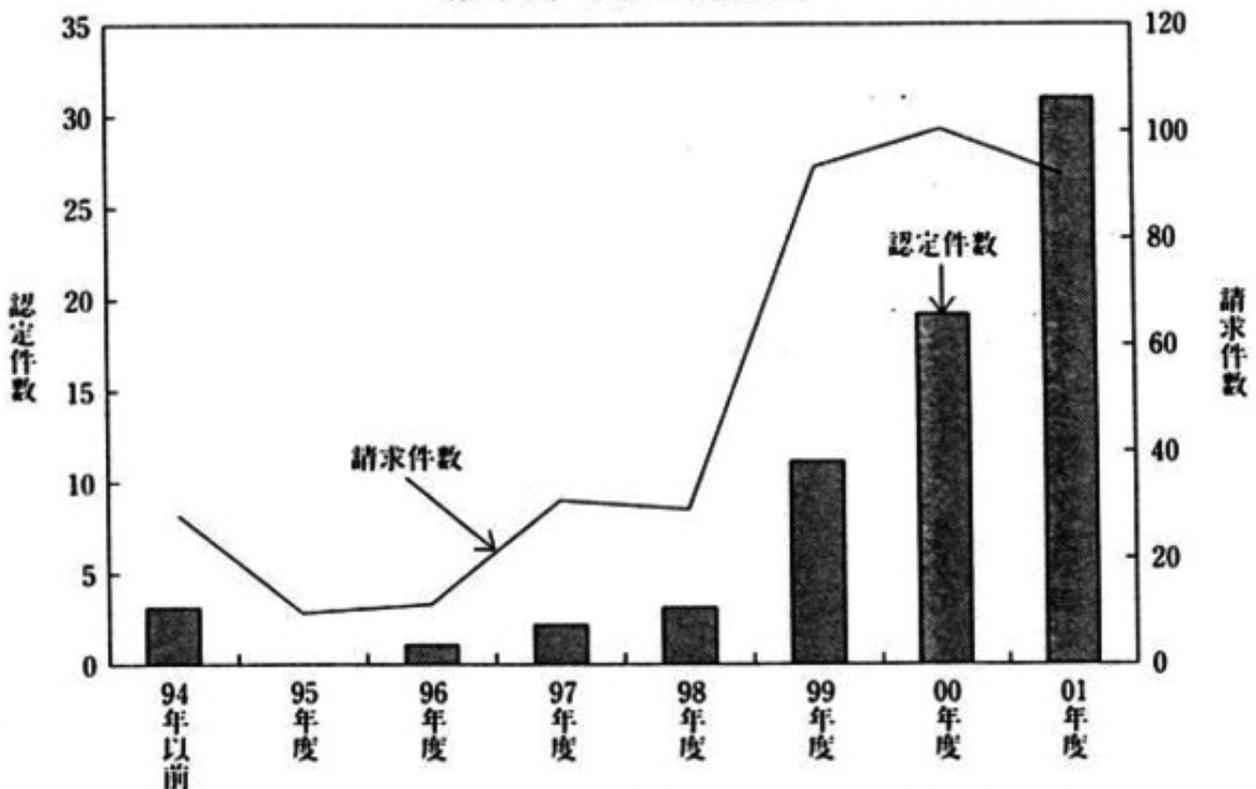
厚生労働省の発表によると、八三年度から二〇〇一年度までの一九年間に精神障害に関する労災請求件数は八〇八件であった。うち自殺および自殺未遂に関するものは三九三件で、とくに二〇〇〇～〇一年度についてみると一九二件と増加している。一方、労災認定された件数は精神障害については八三～〇一年度の間で一三五件あり、うち自殺および自殺未遂に関するものは七〇件で、二〇〇〇～〇一年度についてみると五〇件となっている(第3、4図)。自殺の労災認定の推移は九七年度の二件から、〇一年度は三一件に急増し(第4図)、〇二年度上半期の過労自殺の認定も二〇件と多い。精神障害の年齢別認定件数をみると〇一年度では二〇歳から三〇歳代という若い世代に多い(第5図)。

第3図 精神障害等の労災認定



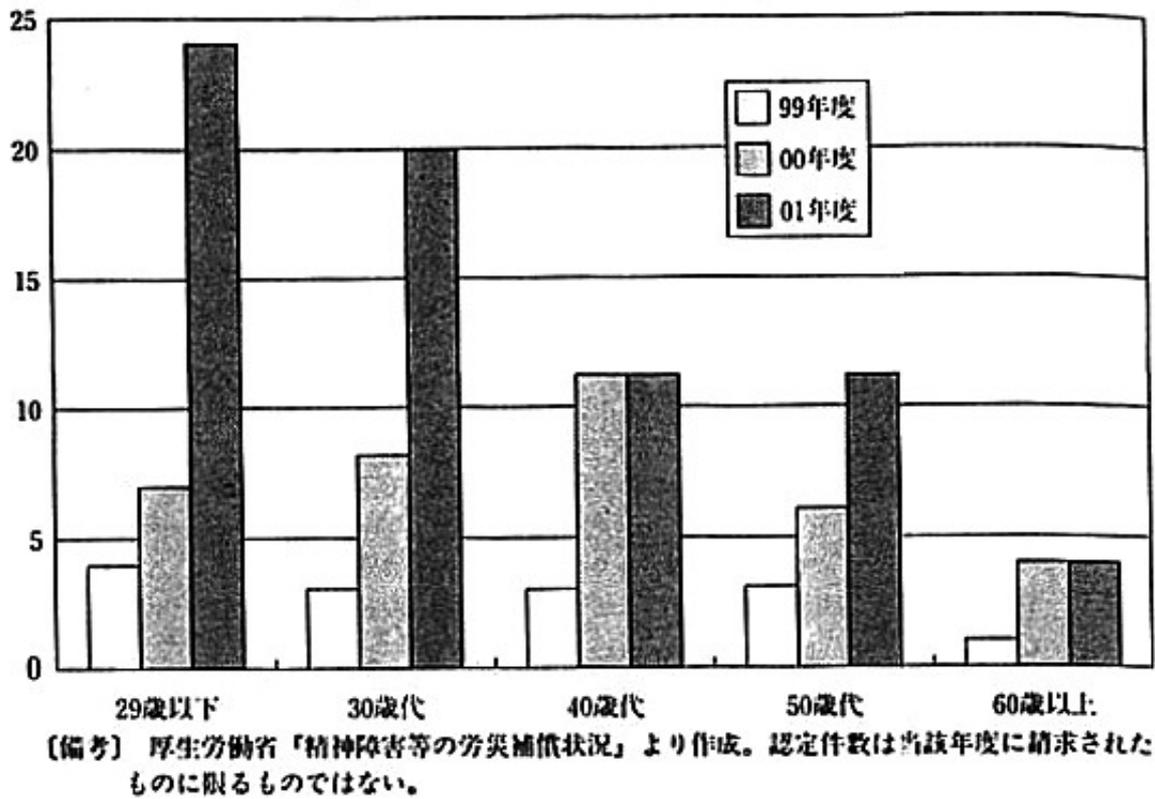
〔備考〕 厚生労働省「精神障害等の労災補償状況」より作成。認定件数は当該年度に請求されたものに限るものではない。

第4図 自殺の労災認定



〔備考〕 厚生労働省「精神障害等の労災補償状況」より作成。認定件数は当該年度に請求されたものに限るものではない。

第 5 図 精神障害の年齢別認定件数



精神的疾患の労災認定の要件(3)は、過労死の基準と対比すると厳しい。過労死の認定基準が認定を求める訴訟によって緩和されていったように、精神的疾患の認定基準の将来をみるうえで、今後の最高裁判決は注目に値する。

3 三つの予防と費用対効果

うつ病の対策として労災認定などの救済だけでなく、予防の観点も重要である。うつ病は長い休業期間を必要とするうえ、再発が多いため、労働者個人、家族、職場に及ぼす影響は大きい。いったん発病すると、二〇年間に五～六回繰り返すともいわれている。したがって、再発を防ぐためには、職場環境の改善と年余にわたる治療に加えて家族や職場のサポートが必要となる。しかし、これは現実の職場ではきわめて難しく、早期発見・早期治療(病人探し)という戦略だけでは根本的なメンタルヘルス対策にはなりえない。また労働者個人の病気を診断し治療するという方法は効率的でないため、個別の企業にとっては予防という戦略がより重要になってくる。

もっと深く考えると、うつ病になりやすい性格傾向そのものが事業活動にとって不可欠ともいえるから、悪いところを治療、予防するという戦略では不十分である。最終的には、健康な職場を構築するという健康生成的なアプローチが求められてくる。うつ病の予防には以下の三つがあり、それぞれについて個人と組織による対策が求められる。

(1) 一次予防—病気の発生を防ぐこと(保健)労働条件の改善(労働時間の短縮、配置転換への配慮)、教育(講演やセミナー、広報活動)、危機介入(ストレスが大きくなっている人への介入、受診勧告)、各種相談の充実(心の電話相談、いのちの電話相談)

(2) 二次予防—早期発見と早期治療(医療)いっそうの悪化(自殺)を防ぐこと、質問紙法を用いた健康診断、自殺防止プログラムの実施

(3) 三次予防—再発や後遺症を防ぐこと(福祉)段階的な職場復帰、内服の継続、適正配置(必要

に応じた適切な配置転換)

産業医学の立場からみると、労働者の疾病への対策として一次予防、とりわけ個人よりも組織への対策であるほど費用対効果が良く、効果の持続も長いとされている。逆に、個人向けの対策であればあるほど、効果は一時的で費用もかかる。

二 個人的な予防策について

同時に、職業生活を維持するために、個人のレベルで予防策を講ずることも重要である。最近では、労働組合主催のメンタルヘルス講演会が開催され、職場におけるストレスへの「気づき」の促進、ストレス解消法などを受講者に教育している。また、自律訓練法をはじめとしたリラクゼーション法も普及しつつある。

「いのちの電話」など、自殺を考えている人が二四時間相談できる専用の電話相談は非常に重要で、自殺を考えている人を思いとどまらせ自殺予防に寄与している。相談活動の広報自体も、国民に対する自殺予防についての普及・啓発効果を持つため、効果的であると考えられる。

三 労働行政の予防推進策

1 メンタルヘルス対策指針

二〇〇〇年に旧労働省から「事業場における心の健康づくりのための指針」(基発第五二二号の二通達。以下、「指針」と略す)が発表された。そこには以下の「四つのケア」にもとづく対策が盛り込まれている(第3表)。

(1)セルフケアー労働者によるストレスへの気づきとストレスへの対処

(2)ラインによるケアー管理監督者による職場環境等の改善と個別の指導・相談等

(3)事業場内産業保健スタッフによるケアー産業医、衛生管理者等による職場の実態の把握、個別の指導・相談等、ラインによるケアへの支援、管理監督者への教育・研修

(4)事業場外資源によるケアー事業場外資源による直接サービスの提供、支援サービスの提供、ネットワークへの参加

この指針のポイントは以下の点である。

(1)疾病の自己責任論にとどまらず、ラインのケアとして管理監督者による組織レベルの対策、主として職場環境の改善が示されたこと。

(2)既存の事業場内組織、社会資源を有効活用し有機的に結びつけた点。

(3)個人と組織の役割を明示したわかり易い内容であること。

この指針はいわば国家基準であり、各事業所の産業保健スタッフはこれにもとづいてメンタルヘルス対策を策定することが求められている。

2 自殺の予防

自殺の七五％は精神疾患に関係して起こるものであるから、その予防、治療を積極的に行えば防止できる可能性がある。事実、わが国の内外で自殺予防対策が取り組まれ、成果があがっている。

自殺死亡率の高いスウェーデンでは、九三年に「国立自殺と心の病に関する研究・防止対策センター」が設置され、政府による心の病に対する理解の促進と予防活動、積極的な自殺予防対策が推進された。その結果、男性の自殺死亡率は九〇年の人口一〇万人当たり二五から、二〇〇〇年には二〇まで低下した。

また、わが国でも、新潟県松之山町で八六年から高齢者の自殺予防対策が取り組まれた。一〇年間の取り組みの結果、人口一〇万人当たりの自殺率は取り組み前の四三四・六から、一二三・一まで激減した。

これらの経験を受けて、厚生労働省も自殺防止対策有識者懇談会を設置し、〇二年の一二月に「自殺予防に向けての提言」を発表した。自殺の危険の高い人に対する対策(ハイリスクアプローチ)に加えて、国民全体への働きかけ(ポピュレーションアプローチ)も含まれる非常に体系的な提言で、その実施のための十分な予算化が望まれる。

職場における自殺の予防について厚生労働省は、緊急性の高い課題として、すでに〇一年一二月に『職場における自殺の予防と対応』をまとめた。そこでは、企業が労働者のメンタルヘルス問題に取り組むべき理由として、労働者にメンタルヘルス問題が発生すると、(1)業務に集中することが困難となり、(2)遅刻・欠勤や作業能率の低下といった問題が起こり、(3)最悪の場合には精神障害による自殺が発生し、その結果として企業の信用の低下、収益の減少といった事態につながることも限らないことを挙げている。また同文書は、二〇〇〇年三月の電通過労自殺事件の最高裁判決に明示された安全配慮義務の意義を以下のように解説している。

恒常的長時間残業がわかっていながら、ただ単に注意・指導するだけでは労働者の心身の健康に配慮したとは言えず、労働者の心身の健康状態が悪化していることに気づいた場合、使用者や上司はその労働者の健康状態に合わせた業務上の措置を講ずるべきであったとの見解が示されたのです。この見解は、使用者や上司が労働者の心身の健康状態の悪化に対応できる十分なメンタルヘルスケアの体制を準備していなかったときにも、使用者の作為・不作為が注意義務(又は安全配慮義務)に反するものと評価される可能性が生まれることを示唆しています。

3 職場におけるメンタルヘルス対策の事業者等支援事業

厚生労働省の委託を受けて、中央労働災害防止協会が、メンタルヘルス対策に意欲のある事業所を対象に、メンタルヘルスケアの具体的な取り組みを指導・支援する事業を行っている。最長半年間にわたって専門家の指導・支援が得られるが、残念ながら毎年度、各都道府県に一事業所と数が少ないのが現状である。

四 経営サイドの取り組み

1 大企業の取り組み調査

メンタルヘルス対策の多くは「指針」にもとづいて策定されているが、ここ一、二年、過労自殺における企業の責任を問う判決も出てきており、リスク管理の点からも対策が強調されることが多い。大

企業におけるメンタルヘルス対策の取り組み状況は、社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所が〇二年に発表した「産業人メンタルヘルス白書」に詳しい調査結果が記されているので、要約(同研究研のコメントも含めて)を以下に引用する。

実施している職場環境の改善(一次予防)策として、「仕事の配分の適正化」(五八・五%)、「長時間労働、休日出勤の減少」(五四・六%)、が上位にきている。具体的な施策としては、「健康診断時の問診」(六二・八%)、「心の病に関する情報提供」(四九・六%)、「ストレス解消法の紹介」(三八・二%)、「心に関する健康診断」(二八・四%)の順になっており、規模が大きい企業ほどこれら全ての施策率が高くなっていた。

また、メンタルヘルスの取り組みの主管は「人事・厚生」が四八・六%と最も多く、安全衛生委員会がメンタルヘルスの取り組みを推進している企業ほど、取り組みの範囲が広がっていた。メンタルヘルスに関する講演会、教育・研修等の対象は「管理監督者にたいして」が五八・五%、「一般社員にたいして」(三七・六%)、「特に行っていない」(三二・三%)の順であった。

相談機能を社内に持つ企業は五四・六%(社内のみと社内外の合計)、外部機関と契約している企業は三六・二%(社外のみと社内外の合計)、社内外に相談機能を併せ持つ企業も一七・四%ある半面、相談機能の全くない企業は二五・二%と全体の四分の一に及んでいた。カウンセラーを雇用している企業は二四・一%(三〇〇〇人以上の企業では四割)で、精神医学関連の専門医がいる企業は一九・九%であった。

メンタルヘルスの悪化が企業に及ぼす影響として、「生産性の低下」(五三・九%)、「労災・事故などのリスクの発生」(二七・三%)、従業員満足度の低下(一〇・六%)などの回答が上位となった。メンタルヘルスの取り組みの考え方に近いものとしては、「不調者・病人の早期発見・早期治療のため」(四一・八%)、「疾病予防・健康の保持増進のため」(二九・四%)となり「従業員・組織の生産性向上」は一五・二%であった。つまりメンタルヘルスの悪化は生産性の低下をもたらすという認識を持ちながらも、実際には不調者・病人探しを中心という二次予防中心の姿があらわれており、問題の認識と問題解決手段の認識にズレがみられた。

また、人事労務担当者が考える心の病の原因は、本人の問題(二八%)、「仕事の問題」(二七・七%)、「職場の人間関係」(二三・四%)にあるとみている。従業員に対するメンタルヘルスの取り組みの基準として、「基準を置いていない」が四四・七%と最多で、「職場の中で平均的な人」が一四・二%で、「職場の中で最もストレスに弱いと思われる人」を基準とした回答は一〇・三%に過ぎなかった。「労働時間管理」を基準とした回答も七・八%と少数であった。

2 早期発見(兆候管理)の課題

二次予防というのは、早期発見のことであり、産業保健スタッフあるいは上司が労働者のメンタルヘルスの不調の兆候に気づき、受診もしくは専門家の相談を受けることを勧めるものである。これを兆候管理といい、多くの企業では専門家によるメンタルヘルスの講演会を行い、知識を普及させている。しかし、大多数の講演会は管理職に限定されており、肝心の労働者に対してはコストの点から、広報誌や社内メールによる情報提供というレベルにとどまっている。しかし、内科医であつてもうつ病を見落とすこともあり、医療の専門家ではない管理職に部下への対処を求めることには無理があるといえる。

対策が進んだ事業所では、産業保健スタッフが質問紙法による心理テストを実施して、リスクの高い従業員に対して受診や相談の勧告を行い、早期発見、早期治療をめざしている。それに対して、一步間違えると真面目で几帳面な労働者を職場から排除することになり、事業所にとっても損失になりかねないという意見もある。

メンタルヘルスへの偏見が多く人事考課も厳しい事業所では、労働者にとっては相談や受診が不利になり、相談室が利用されにくくなる。このため生産性本部メンタル・ヘルス研究所の小田晋所長は、社員がきちんと医療を受ける場合、その期間の人事評価は猶予＝モラトリアムとし(責任ある寛容の原則)、その後も、医療を受けたことを理由に不利な処遇をされない、あるいは本人の希望を考慮して適正配置を行うべき原則(不利なき正義の救い)を企業に対して提案している。

3 職場復帰の課題

この領域の課題は極めて多い。復職は、主治医の診断書一枚でなされるものではない。すでに述べたように、精神疾患の治療には月単位の長期間の休業が必要となる。休養を徹底すると、ゴロ寝や、せいぜい軽い散歩程度の日常生活となる。ある程度回復した時点で、スポーツや趣味に取り組むことを勧めるが、患者の多くは趣味を持っていないのが現状である。その結果、身体的な体力が低下し、原因は不明だが、起床、就寝の規則的な生活パターンが乱れてくる。したがって、復職には入念なウォームアップと段階的な手順が不可欠となるが、これらの知識は事業所の現場にはあまり普及していない。

うつ病は休養と服薬によって治りうるが、再発することも多い。職場復帰の半年以内に二五%、二年以内に三〇～五〇%が再発し、再発を繰り返す人ほど職場復帰が困難になってくる。しかし職場復帰に関係するのは、病気の予後だけでなく、復帰への意欲、家族の協力など労働者側の因子と、職場における人間関係や産業保健スタッフによるサポートの有無など職場側の因子である。上司や同僚に復職イコール服薬不要、治癒すなわち職場適応という誤解があると職場復帰に支障が生じる。とりわけ上司の疾病への理解が、予後を左右するために重要である。

復職をサポートする事業所側の制度として、欠勤・休職制度の規定、復職手続き、復職判定スタッフ、適性配置の基準、訓練的就労措置などが重要である。しかし、労働者の復職という局面だけをとりだせば一定のコストがかかるため、大多数の事業所ではメンタルヘルス不全者の職場復帰を前提とした諸制度が確立しておらず、あっても企業の規模による格差がある。

訓練的就労には、作業の質的な軽減と労働時間の制限という量的なものがあるが、その間の賃金をどうするかという課題がある。一部の自治体では、休業期間中に「試し出勤」と称して一～二時間程度の出勤を求め、上司や産業保健スタッフに回復状況を点検させているところもある。その場合、休業中であるため出勤に関連して何か事故があったとしても労災や通勤災害は適応されない旨を、患者およびその家族に署名捺印をさせ承認させている自治体が多い。

進んだ民間の事業所では、産業保健スタッフ(産業医、産業保健師)のチームが生まれ、人事部門と上司の間との連携を保ちながら職場復帰の判定と支援を行っている。しかし、この方式も、(1)復職後の支援が労働者にとって管理と映り抵抗がある、(2)職場(上司、人事、同僚)での情報の共有が必要となり、プライバシー管理が大変である、(3)主治医の参加がないため職場内の産業保健スタッフが診断治療を把握できない、(4)コスト面の問題などの課題を抱えている。

4 小規模事業所の取り組み

小規模事業所のメンタルヘルス対策は、大企業ほど進んでいないのが現状である。池田智子らによる従業員五〇人未満の二六三事業場を対象とした調査によると、小規模事業主の六九・五％がメンタルヘルス対策の必要性を感じ、六二・五％がメンタルヘルス対策に取り組みたいと回答している。

しかし、現実には、九五％近くが取り組んでいない。その要因として、「相談者、カウンセラーが得られない」(四四・八％)、「時間的余裕がない」(四三・一％)、「プライバシーの確保が困難」(三六・二％)、「経済的余裕がない」(三〇・二％)などの回答があった。

五 EAP(従業員支援プログラム)

EAPとはEmployee Assistance Programの略である。これは米国で普及しているプログラムで、元来は職場のアルコール依存者への対策として導入された。現在ではメンタルヘルスだけでなく、経済的問題、家族問題、法律問題などがかかえた従業員に対するカウンセラーやソーシャルワーカーによる援助、医療機関や自助グループの紹介、二四時間電話相談などのサービスを提供するシステムとなっている。

企業内にEAPを設ける場合と、外部のEAP専門会社に委託する場合とがあるが、米国では後者が多い。ユーザー企業はEAPサービス機関(企業)と契約し、その費用として年間従業員一人あたり約三〇～五〇ドルを企業が支払う。また、EAPを受けたことを理由に人事に不利があってはならないとされている。米国ではこのEAPが非常に普及し、島悟らによれば一万二〇〇〇社以上のEAPサービス機関があり、大手企業の五〇〇社の九五％以上がEAPプログラムを利用している。

最近わが国においても、事業場外資源によるケア・支援としてのEAPに対する関心が高まっている。その理由として、(1)従業員にとってはプライバシーが保たれること、(2)経営サイドにとってはメンタルヘルス対策の部分的な外注化がなされること、(3)産業精神保健スタッフのマンパワーに乏しい中小事業所に対しても適切なサービスを提供できることが挙げられる。現在わが国には一〇社ほどのEAPがあるが、その多くはここ数年発足したものである。

多くのEAPは質問紙法により個人ごとに健康度のチェックをして、個人に対するアドバイス(カウンセリングや相談機関への勧め)を行い、ストレス解消法(主としてリラクゼーション法)を教育したり、上司に対して傾聴法の訓練を行うなどの取り組みをしている。社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所も一種のEAPで、五〇〇項目余りの質問紙によるJMI健康調査(心の健康診断)を実施し、個人に対する診断結果の返送だけでなく、職場組織向けの対策を提案することにも力を注いでいる。

EAPのあり方の日本的な問題として、産業保健スタッフの人件費を削減する目的でメンタルヘルス対策のアウトソーシングがなされるという面がある。企業内の産業保健スタッフが減ると、EAPのサービスを個別企業、個別事業所の現状にあわせて応用し具体化するという側面が弱まり、機能が十分発揮されない恐れが指摘されている。

さらに、日本では、EAP自身の収益性が乏しく単独では利益が上がらず、医療機関・検診機関との併設や出版事業が母体となっているところが多い。また、都道府県の産業保健推進センターや精神保健福祉センターは無料あるいは極めて安価な精神保健サービスを提供している。これらはコンサ

ルーション活動が主体で、EAPとは異なるものの、あまりにも安価なサービスは事業としてのEAPの発展の障害にもなりかねない点が指摘されている。EAPや産業精神保健サービスが普及するためには、相応しい内容とともに、その適切な対価についても理解される必要がある。

現時点では、わが国におけるEAPの効果について十分検証されていない。すなわちEAP導入後の長期効果に関するデータが乏しい。

六 自治体の取り組み

地方自治体のレベルでは、〇一年三月に『地方公務員メンタルヘルス対策研究会報告書』（地方公務員安全衛生推進協会）が出されている。同報告書は、主として、(1)労働安全衛生法にもとづいてメンタルヘルス対策を取り組むことに関する事業者としての責務や産業医の役割が述べられている総論、(2)人事・サービス制度、復職時等における勤務条件の設定のありかたの解説、(3)メンタルヘルス対策の組織整備、スタッフの配置状況のあり方の解説、(4)調査資料、から構成されている。

(4)の調査資料には、都道府県、市町村レベルにおける対策の現状が示されている。例えば復職判定の審査機関がある割合は、都道府県(四七団体)では四〇%、政令指定都市(一二団体)では八三%であるのに対して、政令指定都市を除く県庁所在市および人口三〇万人以上のすべての市(六八団体)では一三%、人口五万人以上一〇万人未満の市(四七団体)では四%、人口一万人以上二万人未満の町村(四七団体)では二%となっている。規模による取り組みの差が示されていると同時に、都道府県レベルでの対策の遅れが懸念される。

七 労働組合の取り組み

一次予防の観点から、セミナーや講演会を主催してメンタルヘルスの教育・広報活動に取り組む労働組合が増えつつある。筆者はこの三年間で、延べ三二の単産、ローカルセンターで講演したが、メンタルヘルス問題への関心は極めて大きかった。それらの取り組みには事業所の管理職も招かれており、この問題における労組のリーダーシップも感じられた。

進んだところでは、労働安全衛生委員会でメンタルヘルス問題を取り上げ、管理者を促して実態調査をしている労組もある。生協労連は、使用者と協力して生産性本部メンタル・ヘルス研究所の心の健康調査を受けて、その結果を職場の労働環境改善に役立てることで二次予防に努めている。あくまでも印象の範囲ではあるが、メンタルヘルスに関心を持っている労組役員は、組合員の現状をより把握しているように思えた。

現在、電話相談を実施している民間労組として有名なのは電機連合である。メンタルヘルス対策の一環として電話相談窓口「ハートフルセンター」を開設し、相談窓口には常時三～四人のカウンセラーと一人の専門医を配置している。。平日の午後四時から九時まで組合員とその家族からの電話相談を全国各地からフリーダイヤル(無料)で受け付け、必要に応じて各地域のカウンセラーや精神科医の紹介もしている。月平均で一五〇件ほどの電話が寄せられ、組合員からのものが七五%、残りの二五%は家族から寄せられる相談だという。このような電話相談を、かつて北九州市職が実施していたが、コスト面での負担と発病者が減少しないことを理由に、三年程度で中止した。

労組が主催してメンタルヘルス以外のテーマ(子育てや教育)で電話相談を行うと、結果的にメンタルヘルス相談となる場合もある。

第一章で述べたように、メンタルヘルスの悪化には身体症状が伴うため、精神科以外の内科医、家庭医を受診することが多い。これら一般医には精神疾患に対する診断・治療能力の向上が求められる。うつ病等の対策に関するマニュアルや研修等を活用し、自らの知識・技術の向上をはかるべきである。このため、医師会等が中心となって生涯教育を推進する取り組みが進みつつある。

七一年に発足した社会福祉法人「いのちの電話」は、電話による相談活動だけでなく、日本自殺予防学会と協力してシンポジウムの開催や研究の交流をはかり、自殺予防の重要性を各方面に訴えている。五〇の地域に配置されている合計八〇〇〇人の相談員は、医師も含めたボランティアである。東京地域の二〇〇〇年における相談数は二万六〇〇〇件で、自殺の訴えは全体で一九〇〇件、七～八%であり、発足当初に比べると一〇倍以上になっている。

あしなが育英会は交通事故をはじめとして、災害、病気、自死(自殺)などによって親を亡くした遺児たちの心のケアと奨学金の貸与を行い、自助・自立に向けての歩みを支えてきた。最近では、この活動に企業や労働組合の賛同が得られつつある。また、働き盛りの親を亡くした自死遺児の実態調査は、警察庁や厚労省が発表する統計よりもリアルに遺児の厳しい状況を描いている。

日本労働年鑑 第73集

発行 2003年6月25日

編著 法政大学大原社会問題研究所

発行所 旬報社

2006年8月4日公開開始

■ ←前のページ 日本労働年鑑第73集【目次】 次のページ → ■
日本労働年鑑【総合案内】

法政大学大原社会問題研究所(<http://oisr.org>)
