

【page 20】

V. プロセス：プログラムの着手と持続

健康職場づくりのプロセスは、さまざまな意味でその内容と同様に重要です。WHO のモデルは、有名な組織プロセスである「継続的改善」に根差したものです。同プロセスは、健康、安全および福祉に関するプログラムが確実に関係者すべてのニーズを満たし、長い期間継続するためのものです。この概念（5）が前提としている認識は、新たな試みが初めから完璧である可能性は低いということです。労働安全衛生のための「継続的改善」モデルは、1998年にWHO 西太平洋地域事務局によって策定されました。モデルはその後、専門家やILOなどの組織による修正を重ね、図3に示す現在の形になりました。プロセスの各段階を下図に示します。プロセスの基本原則は第6章で解説します。

<図3>

1. 動員

変化のために労働者や雇用者を動員する際に最初にすべきことは、人々のニーズ、価値観そして優先事項に関する情報を収集することです。人々はさまざまな価値観を持ち、異なる倫理的な枠組みで行動しています。労働者も雇用者も、行動の動機はさまざまです。データや科学であったり、理論、人情、道徳心や宗教的な信条の場合もあります。企業内の主なオピニオン・リーダーや影響力のある人物が誰であり、どのような問題が人々を動員させることができるのかを把握することは、行動やイニシアチブへの責任感を生み出す上で重要です。

【page 21】

2. 招集

鍵となるステークホルダーの動員に成功すると、彼らは「健康職場を目指すチーム」を組織してリソースを収集し、職場に変化をもたらすべく活動して、コミットメントを示せるようになります。企業内に安全衛生委員会が既に存在する場合は、その委員会がこの役割も担うことができるでしょう。

大企業の場合、安全衛生委員会には企業内の異なる地位や部門の代表者が含まれているはずで、また、安全衛生の専門家、人事担当者、技術者、そして企業内でサービスを提供する医療従事者が含まれている場合もあります。ILOでは、合同の安全衛生委員会には労使双方の代表者が等しく参加することを推奨しています。健康職場を目指すチーム等においては、メンバーの男女比も公平にすることも重要です（6）。

小規模企業の場合、専門家や組織外部からの支援要員の関与が有益かもしれません。例えば、近隣の大企業や地域の労働衛生機関の医療従事者、地元の産業別ネットワークや安全衛生機関の代表者等は非常に貴重な助けになるかもしれません。

3. 評価

評価は通常、健康職場を目指すチームが最初に取り組む作業で、さまざまなツールと評価基準を活用します。

まずは「基本データ」です。職場検査、事前の危険特定、リスク評価、安全衛生委員会議事録、従業員構成、離職率および生産性に関する統計、組合が受け付けた苦情件数（該当する場合）等に関するデータで、可能な限り文書化する必要があります。包括的な危険特定とリスク評価が未完成であれば、この段階で実施します。健康職場の実現手段の4分野に関する現在の方針や慣習も審査の上、一覧にします。

「労働者の健康」も評価の重要な要素です。これは、疾病休業率や、短期・長期障害を含む業務上傷病等の労働衛生データによって評価します。もう一つの重要な要素は、従業員個人の健康状態です。この情報は、守秘に配慮しながら調査します。会社規模が小さい場合は、担当者がチェックリストを片手に職場を歩いて確認するか、管理職、従業員そして理想的には医療専門家も同伴の上、対話形式で確認する方法が考えられます。

【page 22】

右ページ：

米国、シカゴでのビル建設。

1987 © ILO

企業および労働者の「望ましい未来」についても評価しなくてはなりません。大企業の場合、類似企業とのデータ比較を目的としたベンチマーキングを伴うかもしれません。また、推奨されるグッドプラクティス（良好実践事例）やケーススタディの研究のため、文献調査が重要になる場合もあります。労働者については、職場環境の改善や健康増進のために何をするか、そして企業がどのような支援ができると思うか、各個人の意見を求める必要があります。

小規模企業の場合、地元におけるグッドプラクティスを設定することが重要です。地元専門家の話を聞き、同じような状況に取り組んだ経験を持つ地元企業を訪問することは、「望ましい未来」に向けた取り組みや方法を探るのに役立ちます。

情報収集方法が何であれ、情報は女性からも収集し、男女別の問題集計ができるようにすることも重要です。

4. 優先順位の設定

優先順位を設定するための基準は、さまざまな要素を考慮する必要があります。また、業務上の危険にさらされる機会を制限する等、健康にとってより直接的な重要性を持つ優先事項もあるということを認識すべきでしょう。その他に考慮すべき基準には下記のようなものがあります。

- ・ 解決策の実行し易さ：「クイックウィン（素早い成果）」等は継続的な進捗の動機、促進材料となるかもしれません。
- ・ 労働者のリスク：危険の重大性や危険発生の確率
- ・ 状況変化の可能性：効果的な解決策の有無、雇用者の変化に対する準備、成功する見通しなど、職場の方針や政治に関連した問題
- ・ 問題を無視、放置した場合に発生するコスト
- ・ 職場当事者の主観的な意見と選好。当事者には管理職、労働者、労働者代表者を含みます。

5. 計画

次のステップは、保健計画の策定です。中小企業の計画は、少なくとも最初のうちは企業規模と複雑度に応じた簡素なものになるかもしれません。健康に最も不可欠と特定された優先事項のうち数項目と、容易に達成できる目標に専念するのが良いでしょう。この際、目標達成までの時間枠も設定します。

【page 23】

「小規模企業の場合、地元におけるグッドプラクティス（良好実践事例）を設定することが重要です。地元専門家の話を聞き、同じような状況に取り組んだ経験を持つ地元企業を訪問することは、『望ましい未来』に向けた取り組みや方法を探るのに役立ちます」

【page 24】

下：

ミシン作業をする女性。韓国。2008年。

写真：Suvi Lehtinen、フィンランド。

インフォーマル・セクターの職場の健全化は、世界規模で取り組むべき課題です。

大企業の場合、保健計画はより複雑で、向こう3～5年を見越した大局的なアプローチになるかもしれません。優先順位の高い問題に取り組むための一般的な活動と、より長期的な時間枠を設定するのが良いでしょう。全体計画には、達成度を評価するための長期的な目標と目的を設定すべきです。長期計画の策定後は、優先順位に従って問題に取り組むための年次計画を策定します。

重要なことは、「他者から学ぶ」という原則を念頭に置き、問題解決策を探ることです。健康職場の実現手段の4分野を考慮に入れることも大切です。よくある失敗例は、物理的な職場環境の問題解決方法について、物理的なものでなくてはならないと考えることです。物理的な環境の問題であっても、教育訓練や職場行動の見直しで解決できるかもしれません。

策定した計画に所要の承認を得たら、具体的な行動計画の策定に移ります。ここでは、目標、予想される結果、スケジュール、役割分担を明確にします。健康教育プログラムで重要なのは、意識向上だけではなく、スキルアップと職場行動の見直しまで計画することです。また、必要予算や施設、資源に加えて、プログラムまたは方針の立ち上げ、マーケティング、促進から新方針に関するトレーニング、維持管理、評価方法まで計画します。計画やイニシアチブの各要点を明確化し、測定可能な目標と目的を設定すると、評価が容易になります。

【Page 25】

6. 実行

この段階は、「ただ実行するのみ」です。計画した行動それぞれを、実行チームの各メンバーに役割分担し、フォローアップも確実にいきます。

7. 評価

評価は、何が機能し、何が機能しなかったかを把握し、その原因を突き止める上で不可欠です。実行プロセスと成果を、それぞれ短期的、長期的に評価します。各イニシアチブの評価に加え、健康職場を目指すプログラム全体の成果を、3～5年後または経営体制の変更など大きな変化があった後に評価することも重要です。再調査の実施やベースラインで収集した各種データの見直しも、こうした全体評価に役立ちます。労働者の健康の変化と企業の生産性や収益の変化との間に因果関係が見つかる可能性は低いでしょう。しかし、こうした数字の推移を観察し、ベンチマークと比較することが重要です。

8. 改善

ここは最終段階であり、次の行動サイクルの最初の段階でもあります。評価結果に基づき、改善をします。改善作業により、実施済みプログラムの向上や構成要素の追加が可能になります。また、顕著な成果が上がった場合に重要なことは、成功を認識し、成果の達成に関わった人々を表彰し、関係者すべてが達成した成果を確実に意識できるようにすることです。

VI. 基本原則 - 成功への鍵

企業にはそれぞれ異なるニーズがあり、その置かれた状況も異なります。それでも、成功の確率を上げる鍵となる基本原則が健康職場プログラムにはあります。図4をご覧ください。

<図4>

1. 核となる価値観に基づく経営者の関与

この原則を左右するのは3つの要素です。第1は、健康職場プログラムを企業の経営目標や価値観に一致させなくてはなりません。そのためにも、ステークホルダーを動員し、彼らの責任感を引き出すことです。第2は、株主、経営幹部、そして労働組合幹部や非公式のリーダーから必要な許可、資源、支援を得ることです。取り組みに着手する前に、こうした関係者に関わってもらい、賛同を得ておくべきです。第3は、経営トップが署名した包括的な方針を策定、採用し、企業側の関与を示し、労働者全員に周知させるための重要な証拠を提供することです。こうした手順を取ることで、健康職場プログラムが企業のビジネス戦略の一部であることを明確に示します。

2. 労働者および労働者の代表者の関与

健康職場プログラムの効果に関する調査で一貫して示されていることは、プログラムの成功例には関係する労働者が企画から評価のすべての段階に関与しているという事実です。労働者やその代表者は、プログラム実行に関して単に「相談」や「通知」されるだけでなく、積極的にプログラムに関与し、意見やアイデアを求められ、それらがプログラムに反映されています。

労使関係に固有の力学ですが、労働者は組織化することで個人の場合より強い発言力を持ちます。労働組合への加入や各地域の労働者の代表者が代表することで、プログラムへの関与を積極化することができます。

3. ギャップ分析

ギャップ分析では、理想とする状況と比べた現状の評価と、現実と理想のギャップへの取り組みを行います。

4. 他者に学ぶ

健康環境のための特定の優先事項に対処する知識や手段については、労働安全衛生担当者も含め、すべての労働者が持っているわけではないことは理解しておくべきです。そこで重要なのが、地元の大学の研究者や労働安全衛生機関の専門家など、外部の協力を仰ぐことです。業務上の安全衛生に関する訓練を受けたことのある労働組合代表者や、地域の大企業の労働安全衛生の専門家を採用するのも良いでしょう。これらの専門家は、小規模企業に助言や支援を与えることができます。他社を訪問し、地元のグッドプラクティスを観察するのも、他

者から学ぶ素晴らしい方法です。ILO、WHO および各地の WHO 労働衛生協力センターのホームページ等、インターネットからも豊富な資源と情報が得られます。

【Page 27】

下：

家電メーカーの事務所、中国、杭州市。

© ILO

5. 持続可能性

健康職場プログラムが孤立した作業グループではなく、企業全体の戦略的ビジネスプランの一部として機能するためにも、評価と継続的改善は大切です。

6. 統合の重要性

大規模な組織で働く労働者は、勤続年数を重ねて専門性を高めていきます。そうした企業の多くでは、労働安全衛生の専門職に従事する者は一つの部署に勤務し続け、同様に福祉担当の専門家も、人事の専門家も、同じように一つの部署に勤務します。こうした部署は、経営陣に関する業務から、人材開発、心理社会的な職場環境等、さまざまな問題を扱いますが、生産量の増強や品質の向上に力を注ぐ経営部門とは切り離された存在です。そして、労働者の健康は生産性や製品の品質と同様に重要であるにも関わらず、経営部門の活動は多くの場合、労働者の健康と両立せず、むしろ相反することがあります。

【Page 28】

こうした相反する側面をどう統合するのか、以下に例を挙げます。

- ・ 戦略的計画には、組織の財務的な側面以外の人間的な側面を取り入れます。Kaplan と Norton が 1992 年に考案した「バランスト・スコアカード」という概念は、経営および統合された経営に関する手法です (7)。この概念によると、企業の長期的な成功には、財務的な視点だけではなく、顧客の視点、企業内部の業務プロセスの視点、そして従業員の学習と成長の視点から業績を評価するのが望ましいとされています。
- ・ 意思決定に際しては、労働者の健康、安全、福祉という「フィルター」を通す仕組みを構築し、経営陣の了承を得ます。
- ・ いかなる問題に対処する時も、健康職場の構成要素を考慮します。例えば、終日ミシンを操作する職場で筋骨格系障害が多発したとしたら、人間工学的に作業状況を調査し、物理的に危険な状態を修正するのが一般的な（かつ適切な）措置です。しかし、作業量や納期のプレッシャー等の心理社会的な要因も、問題の原因である可能性もあります。また、体力的な問題や肥満といった作業員個人の健康も、問題の原因かもしれません。職場のある地域にプライマリ・ヘルス・ケアの施設がなければ、痛みが出始めた段階で診断や治療を受けることもできないでしょう。問題のありとあらゆる側面を調べ、効果的な解決方法を幅広く見つけ出すことが、統合的アプローチです。

付録

- 望ましい行動を促進します。成果達成までのプロセスは問わずに、成果の有無だけを評価する業績管理システムでは、労働者が手っ取り早い方法や決して健康とは言えない対人技術に依存するのを助長してしまいます。一方で、業績管理システムが生産目標だけでなく行動基準も設定していれば、望ましい行動が増え、またそうした行動や態度を取る従業員を認めることにもなり、結果的に健康な職場文化の形成につながります。
- 機能横断型チームやマトリックスを活用し、作業グループの孤立を防ぎます。組織に労働安全衛生委員会と職場健康委員会がある場合には、両方の委員会に属するメンバーを設定することで、各委員会が孤立するのを防ぎ、相互の活動を意識し、参加するよう促進できます。

VII. 地域の状況およびニーズへの適応

本書が定めた健康職場モデルは、各国の労働衛生の専門家が収集、分析した、世界中で利用可能な最善の知識と経験を統合したものです。

モデルは、特に雇用者、労働者とその代表者が協調して取り組む際の、職場レベルの行動に関する指針を提供しています。しかし、職場は、より大きな文脈の中に置かれています。政府、国や自治体の定める法令や基準、市民社会、市況、プライマリ・ヘルス・ケア制度が、職場や職場に関わる当事者が達成しうる成果に対して、好むと好まざるとに関わらず大きな影響を与えます。

これらの相互関係は極めて複雑で、本書3ページで言及した背景資料でさらに詳しく述べています。さまざまな関係者を健康職場プログラムに直接関与させるには、指針や手順の策定も必要です。労働衛生の促進に関するニーズや課題は、発展途上国と先進国とでも、中小企業と大企業とでも異なります。背景資料では、大企業と中小企業それぞれについて、モデルの実行方法例や、さまざまな状況下で何が機能し、何が機能しないかというケーススタディも盛り込まれています。リンク集や資料は、雇用者、労働者、政策担当者や実務者がここに記した原則を個別の状況に適用する上で役に立つでしょう。また、世界行動計画（GPA）が進展すれば、WHO、WHO加盟国、協力センター、その他の専門家が提供する指針も、よりの的を絞った実践に即したものとなるはずですが、そのため、企業や雇用者、労働者が関与を継続的に改善するための原則に沿いつつ、本書で示した原則をさまざまな文化、業種、職場に適用するのに役立つことでしょう。

「ニーズや課題は、発展途上国と先進国とでも、中小企業と大企業とでも異なります」

【Page 30】

参考文献

- (1) ILO, Facts on safety at work、2005年4月。
- (2) ILO・WHO 共同プレスリリース。「業務上の傷病、増加の一途。ILO・WHO が予防戦略への参加を呼びかけ」、2005年4月28日。
- (3) Prüss-Ustün A, Corvalan C., “Preventing disease through health environments: towards an estimate of the environmental burden of disease”, ジュネーブ、WHO、2006年。
- (4) http://www.issa.int/aiss/content/download/43103/824949/file/2Seoul_Declaration.pdf
- (5) 継続的改善は、1950年代に Edward Deming ら社会学者の間で最初に広まった概念。Deming は PDCA モデルの提唱者。同モデルは科学的手法「仮説、実験、評価」から発想を得ている。
- (6) ILO 「1981年の職業上の安全及び健康に関する条約第155号に関する勧告第164号」1981年レビューNo.82(2)、pp.52-63.
- (7) Kaplan RS, Norton DP. 「新しい経営指標“バランスト・スコアカード”」、ハーバード・ビジネス・レビュー、No.82(2)、pp.52-63.

有益なサイトへのリンク

WHO 労働衛生ホームページ：

www.who.int/occupational_health

WHO 健康職場ホームページ：

http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/index.html

WHO 協力センター：

http://www.who.int/occupational_health/network/en/

ILO ウェブサイト：www.ilo.org

WHO 健康職場に関する背景資料：

http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/index.html

【Page 31】

謝辞

主執筆者

Joan Burton, BSc, RN, MEd, strategy advisor for the Industrial Accident Prevention Association, Canada.

本書カバーおよび 2、3 ページの写真は、WHO アメリカ地域事務局および全米保健機構 (PAHO) が 2010 年に初めて主催した写真コンテスト「私の仕事、私の健康」における受賞作品です。

プロジェクト作業部会

Evelyn Kortum, Global project coordinator, Department of Public Health and Environment, World Health Organization, Geneva, Switzerland

PK Abeytunga, Canadian Centre for Occupational Health & Safety, Canada

Fernando Coelho, Serviço Social da Indústria, Brazil Aditya Jain, Institute of Work, Health and Organisations, United Kingdom

Marie Claude Lavoie, World Health Organization, AMRO, USA

Stavroula Leka, Institute of Work, Health and Organisations, United Kingdom

Manisha Pahwa, World Health Organization, AMRO, USA

査読者

Said Arnaout, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean Region (EMRO), Cairo, Egypt

Janet Asherson, International Employers Organization, Switzerland

Linn I. V. Bergh, Industrial Occupational Hygiene Association, and Statoil, Norway

Joanne Crawford, Institute of Occupational Medicine, UK

Reuben Escorpizo, Swiss Paraplegic Research (SPF), Switzerland

Marilyn Fingerhut, National Institute for Occupational Safety & Health, USA

Fintan Hurley, Institute of Occupational Medicine, UK Alice Grainger Gasser, World Heart Federation, Switzerland

Nedra Joseph, National Institute for Occupational Safety & Health, USA

Wolf Kirsten, International Health Consulting, Germany

Rob Gründemann, TNO, The Netherlands

Kazutaka Kogi, International Commission on Occupational Health

Ludmilla Kožená, National Institute of Public Health, Czech Republic

Wendy Macdonald, Centre for Ergonomics & Human Factors, Faculty of Health Sciences, La Trobe University, Australia

Kiwekete Hope Mugagga, Transnet Freight Rail, South Africa

付録

Buhara Önal, Ministry of Labour and Social Security, Occupational Health and Safety Institute, Turkey
Teri Palmero, National Institute for Occupational Safety & Health, USA
Zinta Podneice, European Agency for Safety and Health at Work, Spain
Stephanie Pratt, National Institute for Occupational Safety and Health, USA
Stephanie Premji, CINBIOSE, Université du Québec à Montréal, Canada
David Rees, National Institute of Occupational Health, South Africa
Paul Schulte, National Institute of Occupational Safety & Health, USA
Tom Shakespeare, Disability Task Force, World Health Organization, Geneva, Switzerland
Cathy Walker, Canadian Auto Workers (retired), Canada
Matti Ylikoski, Finnish Institute of Occupational Health, Finland

【Page 32】

労働者の健康、安全、福祉は、世界中に何億人という働く人々の重大な関心事です。こうした問題が影響を及ぼすのは、働く個人やその家族だけではありません。企業の生産性や競争力、持続可能性にとっても、さらには国や地域経済にとっても最重要事項です。

現在、労働災害および業務上の傷病による死亡者数は、年間推定 200 万人に上ります。また、非致命的な業務災害が 2 億 6,800 万件、新規の業務上疾病が 1 億 6,000 万件、毎年発生しています。さらには、うつ病に起因する疾病の 8%は、職業上のリスクが原因です。

本書は、職場における健康の保護と促進に必要な関与の計画、実施および評価に関する国際的な枠組みを提案するものです。

Dr Maria Neira

WHO 公衆衛生環境部門ディレクター

www.who.int/occupational_health/

世界保健機関 (WHO)

20, Avenue Appia

CH - 1211 Geneva 27

電話 : +41 22 791 2111

Fax : +41 22 791 3111

www.who.int

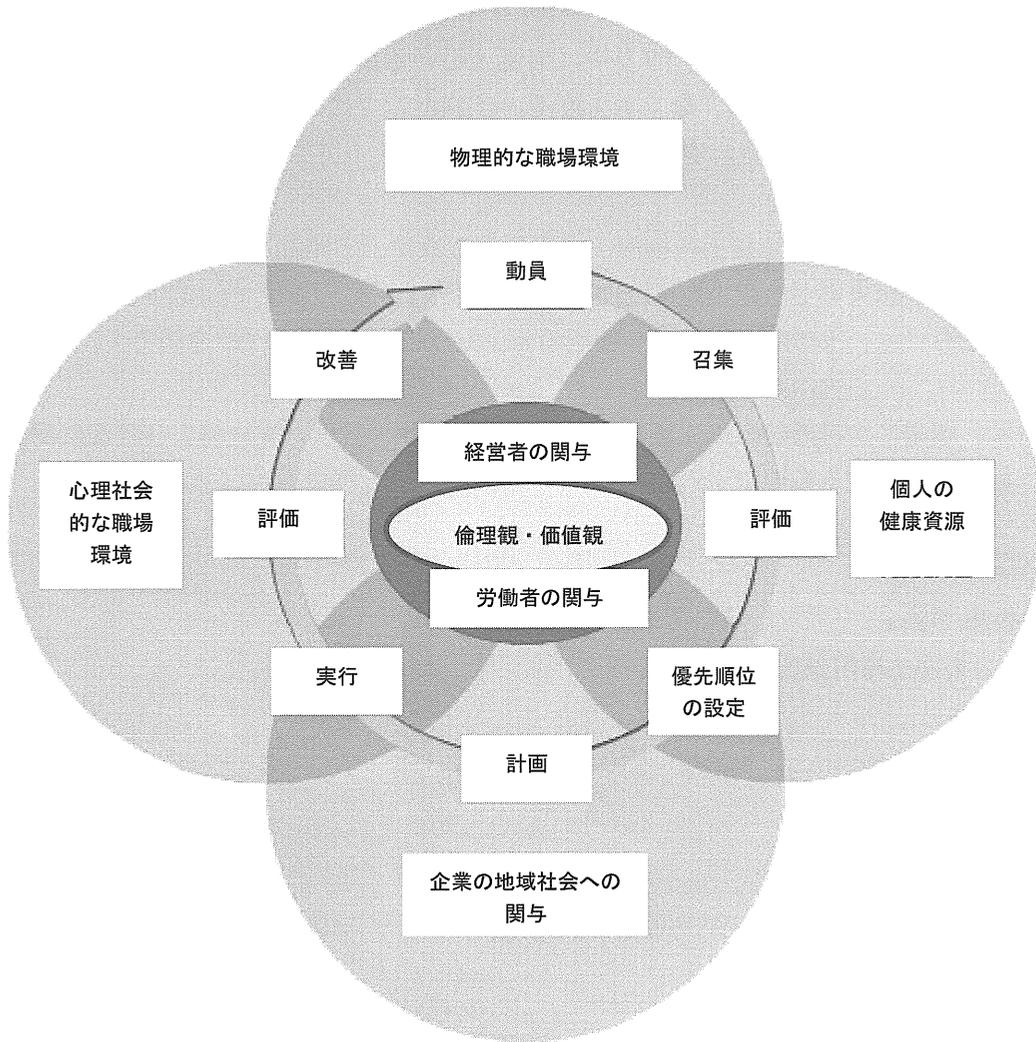


図1 WHOの健康職場モデル。手段、プロセスおよび主要原則

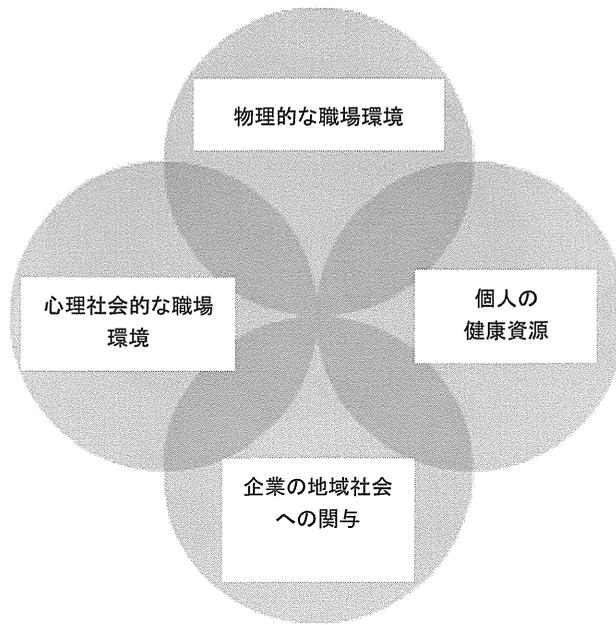


図2 健康職場の実現手段

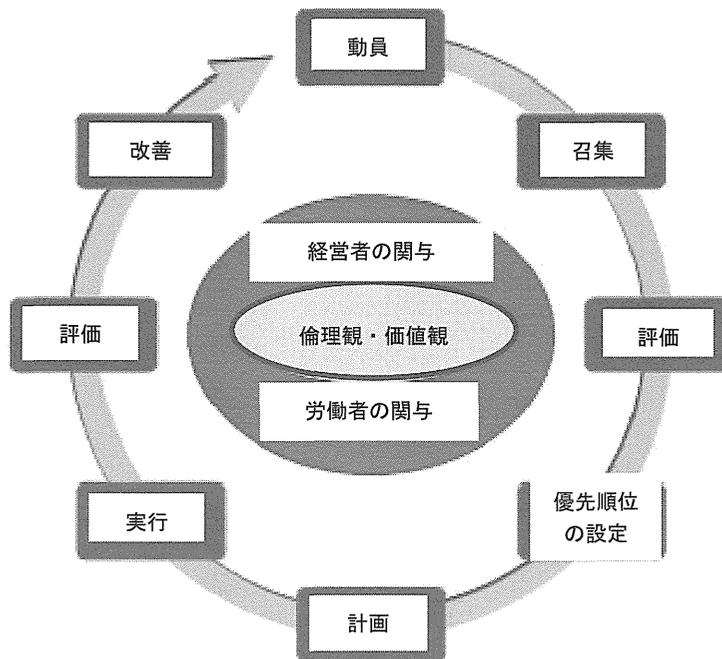


図3 WHOの健康職場に向けた継続的改善モデル

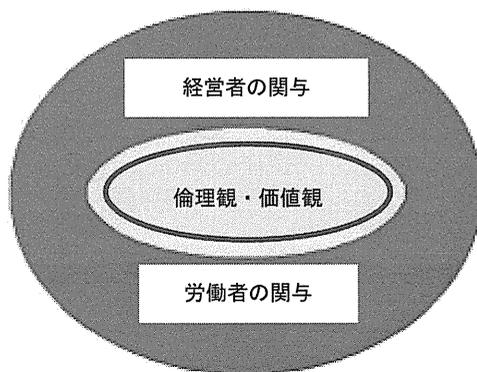


図4 基本原則 - 成功への鍵

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業
「事業場におけるメンタルヘルス対策を促進させるリスクアセスメント手法の研究」
(H25-労働-一般-009) 主任：川上憲人
分担研究報告書

中小規模事業場におけるメンタルヘルス対策について
－ ステークホルダー会議による検討 －

分担研究者 小田切優子（東京医科大学公衆衛生学講座講師）
研究協力者 川上 憲人（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野教授）
島津 明人（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野准教授）
森口 次郎（一般財団法人京都工場保健会医療部長）
五十嵐千代（東京工科大学医療保健学部看護学科准教授）
錦戸 典子（東海大学健康科学部看護学科教授）
吉川 徹（財団法人労働科学研究所副所長）
堤 明純（北里大学医学部公衆衛生学教授）
時田 征人（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）

研究要旨：職業性ストレスの一次予防として、職場ストレスのリスクアセスメントに基づいた対策が世界標準となりつつあることを受け、このリスクアセスメント手法を中小規模事業場を中心として日本でも展開していくことが可能か否か、またその際の具体的な留意点や手法について検討することを目的に、日本の中小規模事業場の現状を知る事業者、労働組合、専門職（産業保健スタッフ、社会保険労務士など）と研究者によるステークホルダー会議を開催した。中小規模事業場の現状について参加者で意見交換を行って認識を共有した結果、地域産業保健推進センター等の一層の周知や活用、社会保険労務士との連携などが提案された。来年度以降のマニュアル作成やモデル事業を展開するにあたっての貴重な情報が得られた。今後、実効性のある一次予防対策の展開の枠組みに本成果を生かすことが重要と考えられる。

A. はじめに

事業場におけるメンタルヘルス対策の国際動向において、職業性ストレスの評価、対策の計画立案、実施、評価と改善というPDCAサイクルにのっとった対策が標準になりつつある。日本でも、第12次労働災害防止計画において、「職場環境の改善・快適化を進めることにより、メンタルヘルス不調を予防するという観点から、職場における過度のストレスの要因となるリスクを特定、評価し、必要な措置を講じてリスクを低減するリスクアセスメントのような新たな手法を検討する」こととなっている。

本研究班は、リスクアセスメントの手法、特に中小規模事業場での活用、展開の可能性について検討し、モデル事業を行うなかで、事業場に対する支援強化の方法を探ることを目的としている。この研究成果を活用し、真に意義のあるものとして一次予防

対策を広く浸透させていくためには、対策を展開していく際に関わるさまざまな立場の関係者（ステークホルダー）による意見交換や合意形成、対策実施のための社会的枠組みの整備が重要である。

先に行われた厚生労働科学研究「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」において、このステークホルダー会議を実施する取り組みがなされ、様々な意見を研究実施の過程で取り込みながら成果をまとめることができた。そこで今回もステークホルダー会議を開催し、研究の目的と今後の展開に関して、情報の共有と意見交換を行うこととした。

B. 方法

本研究班では、特に中小規模事業場でのリスクアセスメント手法の活用、展開の可能性について検討するため、中小規模事業

場の現状を良く知る関係者に会議への参加を依頼することとした。事業者側の代表としては東京都中小企業団体中央会、東京経営者協会、東京商工会議所、労働者側団体としては、東京地方労働組合評議会、連合東京等に依頼した。また中小規模事業場で社員への対応を実際に行っている担当者や社会保険労務士にも参加を依頼した。最終的に協力が得られた参加者は資料①のとおりである。

研究初年度の本年は、中小規模事業場でのメンタルヘルスの現状について、分担研究者が関わっている産業医学振興財団研究や東京都産業労働局主催のシンポジウム活動も含め、また本年度に行った主任研究者や分担研究者らによる中小規模事業所の見学会から得られた情報を共有するところから会議をスタートし、その後、意見交換を進め議論を行い、本研究班の今後の活動への示唆を得ることとした。会議は平成25年12月12日(木)に東京大学において行われた。

C. 結果

本ステークホルダー会議の概要を以下に記す。

1) 中小規模事業場のメンタルヘルス対策の現状やニーズについて

情報共有のために3件の発表とそれに関する意見交換が行われた。

① 小規模零細事業場におけるメンタルヘルスの現状把握とメンタルヘルス対策の普及・啓発方法の開発の紹介(産業医学振興財団研究概要報告)(森口分担研究者担当)

小規模零細企業における経営者のメンタルヘルスに関する知識や考え方、事例対応の実際等、メンタルヘルス対策の取り組みの有無や外部機関に希望する支援内容について、アンケート調査を行った研究。事業場規模2~9人の零細企業では、メンタルヘルス不調者がいるという回答は10%にも満たず、現在休職中という回答も少なく、経営者として困っていることも無いという回答が多かった。カウンセリングや専門職との連携は少なく、声掛けなどの日常的にできることを行っているという状況が明らかとなった。今後行いたい取り組みとしてレクリエーションを挙げている事業場が最

も多く、外部機関に希望するサービスとして、カウンセリングに次いで経営者自身の研修が2位であった。メンタルヘルスの取り組みに支出できる費用はゼロ円が37%という結果であり、半数近くを占めた無回答の事業場でも低予算であることが推察されるため、零細企業ではメンタルヘルス向けの予算が乏しいことがうかがわれ、それを配慮する必要がある、という知見を共有した。

意見交換では、本年度前半で大田区の中規模事業場を訪問した際に得た情報では、経営者向けの研修を実施しても誰も来ないという話があったが、この調査結果と乖離しているのだろうかとの質問があった。これに対して、当該研究での経営者自身の研修とは、専門職が事業所に来てくれたらありがたいといった意味での研修として解答していると思われるとのことであった。後述の相談付きの研修会のようなことを行う(東京都のメンタルヘルス対策シンポジウムでの形式)ことが求められているのかもしれないと思われる。

また今後行いたい取り組みたいとして挙げているレクリエーションは、旅行といった大げさなものというより、昼食時間の有効活用のような小さいことを希望していると考えられるとのことであった。

② 中小規模事業場訪問から得られた情報の提供(小田切分担研究者担当)(資料②)

大田区京浜島および京都市の中規模事業場訪問から得られた知見を報告した。訪問した事業場は、訪問を受け入れているという事情もあり、他社ではまねできない技術とその伝承を大事にしている比較的自信のある事業場が多かった。従業員同士の仲が良いことも大事であるし従業員の家族も含めて“家族”という意識がある。一人一人が中央のモーター部分につながっている感がありアイデアを上申しやすいし取り入れてもらいやすい利点がある。一方、人数が少ないことで休暇の制度を十分に活用できない(事業場側とするとさせられない)事情もあることが報告された。

また事業所見学を設定した森口分担研究者と五十嵐分担研究者からも意見が寄せられた。事業場を訪問して感じられたこととして、経営者はコミュニケーションをとって

いると言うものの、コミュニケーション＝（経営者の）一方的な情報発信、という印象があり、社員の話を（実際に、本当に）聴いている時間は少ないようで、またそのことに気づいていない印象を受けたことから、中小規模事業場向けの（経営者含む）研修では、コミュニケーションとは相手の話を聴くことも含めてコミュニケーションなのだということを伝えようとしているとのことであった。また、訪問した事業場はいずれもメンタルヘルスを特別重視してはいないものの人材育成が重要だという視点が共通していること、社長がの目がひとりひとりに届いていること、社長の下に参謀役のような社員がいてうまく社内の調整できていること、経営が上手くいっていると社員も元気という様子が見えること、中小規模事業場ならではの目配りややりがいを感じられ、経営者にも win、従業員にも win の様子がうかがえたとのことであった。

③ 東京都産業労働局により「職場のメンタルヘルス対策シンポジウム」の報告（島津分担研究者）（資料③）

東京都産業労働局の主催で開催されたシンポジウムの概要が報告された。島津分担研究者が当日のコーディネイトと司会を行い、当日のパネリストをつとめた社会保険労務士の中辻めぐみ氏、主催者側の産業労働局雇用就業部の山田裕之課長も本ステークホルダー会議に出席が得られていた。本シンポジウムは参加者から大変好評であり、来年以降も開催する予定となっているとのことであった。

当日行われた無料相談の内容や内訳については、合計で 24 社から相談があり、比較的大きめな企業（300 人）からも 10 人規模の事業場からの相談もあったとのことであった。メンタルヘルスの不調者への対応についてなど現実的な問題に関する相談が多かったとのことであった。

2) 中小規模事業場におけるメンタルヘルスの対応の例

次に、事業場で実際にメンタルヘルスの問題が発生し、その対応を経験した事業場の担当者より、その経験をお話しいただいた。

当該事業場は従業員 38 名の会社であり、さいたま県某市の工場に 23 名、東京都内に

13 名が在籍する。機械の製造と輸入・仕入れ・卸販売等をしている。会社の事情としてリーマンショックの影響がかなり大きく、なんとか対応しないと倒産してしまう懸念もあり、（あとから考えると）管理職を中心に厳しく対応していたともいえる状況であった。そしてリーマンショックから 2 年ほどして管理職 2 名がうつ病を発症した。

大手企業では人材が豊富かもしれないが、中小企業ではやっとのことで採用した人材であり、働くことができないからまた新しい社員を採用するというわけにはなかなかいかない事情がある。

うつ病を発症した一人の社員は工場勤務であったが、ある時から、休んだり来たり、休んだり来たり、を繰り返し、そして会社に来なくなった。2-3 ヶ月様子をみていたが、これは対応が必要と思い、本社勤務の当該担当者自身が事情を聴くようにし面談を行った。そこでドクターショッピングをしている状況であったが、社会保険労務士にかかわってもらい、主治医となる医師を紹介してもらい患者に対する説明や治療がすすみ症状が好転した。その後、主治医と相談しながら職場復帰をすすめていった。当初、リハビリ通勤という方法も考えたが、本人が納得しなかったこと、元の工場勤務は当初大変であろうとの配慮で当該担当者のいる本社に通勤してもらい、半日、1 日と勤務時間をのばし、一ヶ月後くらいに工場へ出勤することができるようになった。残業をしない、業務負荷をかけない、車の運転はしない、出張はなしという条件内容を 1 年間継続することとしていて、現在、半年が経過したところとの説明があった。

もう一人の社員は本社の営業担当の管理職であるが、家族にメンタルヘルス関連疾患の人がいたことから自ら気づいて受診をし、休職したものの 2~3 か月で職場復帰した。この社員についても、前述社員と同様の条件内容で 1 年経過したところとのことであった。

もう 1 名、新しい事例で休職中の社員については営業の負荷がかかった様子とのことである。このほか、技術職の社員で、睡眠障害を発症している社員がいる。新しい技術が必要ということで、難しい内容が求められ、負荷がかかったことが関係している。不眠、睡眠剤の使用、翌日覚醒できな

い、それによる不安といった事情が生じ、睡眠導入剤の調整を行っているが、一方で社会保険労務士が勤務（休日をとる日）についての提案を行うなどして対応している。比較的フレキシブルな対応が可能であることが、中小規模事業場特有の良い点であるとのことであった。

このように、中小規模事業場の一例として、当該担当者は、事例の対応に迫られて、予防という観点での活動はなかなかできていないのが現状とのことであった。

また初めに紹介された工場の社員の場合、復職にあたり、ほかの社員から復職について反対があったとのことであった。その理由は復職する社員に対する対応をどうして良いのか、という（経験や知識の無さからくる）不安が原因であったとのことで、担当した社会保険労務士が社員の不安や不満を聴きに行き、会社全体に対してメンタルヘルスに関するセミナーを開催し、その中で遅刻や欠勤等がみられるようになったら連絡をするようにとお願いし、日ごろの声掛けが大切であることを説明するなどしたとのことで、そのような対応をとることによって復職がスムーズにいったとのことであった。

中小規模事業場ではなかなかメンタルヘルス対策への対応がうまくいかない中で、丁寧な対応ができたこと理由として、担当者が社長とは別の立場として関わったこと、すなわち社長は業績を上げるために社員を叱咤激励する立場が必要であり、メンタルヘルスの問題例に対して特別な対応が難しい立場であるため、別の者（特に本報告例は人事担当者）がメンタルヘルスの件について担当することにより調和がとれていると思われること、また、担当者自身が人材の重要性を認識しており、さらに事例が重なったことでメンタルヘルスに対する関心や知識が高まったことが挙げられた。

3) 中小規模事業場で働く人々からのメンタルヘルスに関する相談例

以上の報告をうけて、会議参加者から追加の情報提供と質疑応答が行われた。

東京都労働相談センターでは、年間2000-3000件の相談を受けている。パワハラ・セクハラが内容として多く、400件ほどにのぼる。職場の人間関係の問題が多い。

精神障害の労働災害の認定の要件にパワハラに関することが明記されたところから相談件数が増えている。福祉・医療・運送関係の事業場で、事業規模が大きいところのケースが多い。

仕事の効率化を進めるために業務がマニュアル化しており、それに馴染めないと叱責を受ける、そのことが精神的負担になる。そのような労働者を事業所が抱えるということができなくなってきた、解雇に発展してしまうケースが多い。例えば、労働実態の一つを紹介すると、都内ラブホテルの従業員の例では、3人で1年間、毎日24時間の勤務を交代で行っている。休憩時間もはっきりしないような勤務体制で、1人休むとシフトが回らない。そのような環境下でうつ病になったケースがある。

中小規模事業場では、利益を上げるために単価を下げる、納期を短縮するという対応を迫られていて、突発的な事態に対応できない。そのような状況では、過重な労働で自死をするケースも見られる。こういった労働実態の中でどのような対応が可能なのかと考える。

ひとつには経営者の意識や努力が重要である。労働者と経営者の間で、心の健康が重要であることを認識すること。メンタルヘルス指針に示されている内容ではあるが、例えば衛生委員会をもっているところも少ないし、50人を超えている事業場でも機能していないところも多い。そのような事業場に対して、状況を聴いたり意見交換をする場を作っていく必要があるのではと思われるが、具体的にそのような機会をどうつくっていくのか、が課題と思われる。

働くもののいのちと健康を守る東京センターでも、中小規模事業場の社員への対応をおこなっている。大田区には過去には10000社以上の企業があったが、今は4000社を切っている。訪問を受け入れた事業場は比較的元気があるが、消えていった事業所が多くある。生き残っている事業所でも、多くは下請けで納期のプレッシャーが厳しいし、単価引き下げ要求も大きい。そのような状況下では、相対的にメンタルヘルスを取り上げる余裕がない、まったくないといってもいいのではないか。メンタルヘルスの対策が、中小企業の経営に結びつくということ、それを伝えてコンセンサスをど