

職場におけるメンタルヘルスの基礎知識



有限会社ヒューマンリエゾン 代表取締役
菊地 章彦

はじめに

働く人で、精神科疾患で休む人数が急増しています。(財)地方公務員安全衛生推進協会の統計によると、地方公務員における2009年の精神及び行動の障害を要因とする長期病休者は10万人率で1,148.8人です。これは10年前の4.22倍、5年前の1.94倍です。また、身体病との比較をみても約半分が精神及び行動の障害です。民間会社では統計が発表されていませんが、おおよそ同じと推測されます。また、日本の自殺者は1998年から12年間、3万人を超えています。ピークは2003年の34,427人(10万人あたり27人)です。2010年は31,690人と少し減少していますが、深刻な事態が続いています。OECD諸国で第2位、G8ではロシアに次いで第2位です。民間事業所の統計は10万人あたり13人ぐらいとの報告があります。

このように精神疾患の長期病休者の増加、自殺者が多い現状で、メンタルヘルス対策が極めて重要な課題となっています。

1. 職場のメンタルヘルスは三つの柱

一つ目は精神疾患の早期発見・治療・復職の援助・再発予防の健康管理です。一般的にメンタルヘルス対策二次予防、三次予防にあたります。管理者は職員のシグナルに早く気づき、治療へと結びつけて、復職にあたっては職員の職場適応を考慮して援助をしていく

ことです。

二つ目は職員の健康増進です。1988年に旧労働省は「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」を出しました。この背景には病気が従来の感染予防主体から生活習慣病対策へとシフトしていったことがあります。この取り組みは、トータル・ヘルスプロモーション・プラン (THP) といわれています。予防のために運動をすること、食生活のコントロール、そしてストレスコントロールがいわれ、心の問題が初めて取り上げられたといっ

てよいでしょう。健康保持増進のためのセルフケアです。これは一次予防対策です。

三つ目は職員の悩みへの援助です。労働生活が続ける中で職場での人間関係の悩みや家族の悩みを持ちます。そのような悩みの援助をしていこうとするものです。多くのところで、悩み相談室や電話相談などの活動をしていると思いますが、その活動にあたります。

2. 過労死問題とメンタルヘルス

過労死問題が社会問題となってきたのは1980年頃からです。過労死の多くの例は高血圧、高脂血症や糖尿病等の「私病」が背景にありました。労働者が在職中に脳卒中や心筋梗塞で死亡したときに、この私病と過重な労働が存在する場合の業務起因性をどう考えるかが問題となっていたのです。つまり、私病の自己責任と過重な労働負荷の事業者責任を

どう判断するかという問題です。医学的には「業務に直接起因しているとはいえないが、業務と密接な関係を有する健康障害」をどうみるかの問題でした。その頃、世界保健機関（WHO）では作業関連疾病（work related disease）という概念が導入されました。つまり、過重労働があれば私病も増悪する、労働と疾病が関連するという考え方を発表し、作業関連疾病を導入する合意がなされたのです。この流れの中で、日本も1996年に安全衛生法の一部が改正されて、「健康診断実施後の措置」としての「就業上の措置」の決定（第66条の5）は法定の健康診断で把握できる作業関連疾病にも、事業者は、従来よりきめ細かな配慮を求めるようになりました。その後、電通事件の最高裁判決では、私病について、事業者は労働者の心身の健康状態について常に把握し、問題がある場合には業務の負荷による健康状態の増悪を防ぐための措置をとらなければならないという考えを示しました。

3. 電通裁判での最高裁判決

この事件は1991年に起きました。当時24歳の電通社員、Oさんが自宅の風呂場で自殺した事件です。Oさんは入社以来、残業が多く帰宅が遅くなり、家族が心配をしていました。帰宅が深夜を過ぎることや、時には父親の事務所まで仮眠してすぐ出かけるようなことがたびたびあったのです。自殺の前には出張していました。出張から帰った朝に自宅で首吊り自殺をしたのです。両親が「長時間労働による過度の睡眠不足で、うつ病になったことが原因」として電通に損害賠償を求めました。裁判の争点は社員の勤務状態が社会通念上許される範囲を超えていたかどうか。過剰な労働

時間が自殺の原因といえるかどうか、また、会社に社員の健康に配慮する義務を尽くさなかった過失があるかどうかで争われました。

2000年3月に最高裁判決が出ました。この判決が社会にかなりのインパクトを与えました。同年6月の差し戻し控訴審の東京高裁で和解が成立し、電通側が責任を認め、両親に陳謝したうえで1億6,800万円を支払うことになりました。

4. 最高裁判決内容

（1）安全配慮義務

最高裁は「使用者は、業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なうことがないように注意する義務がある」と判断しました。これは安全配慮義務について心身の健康を損なうことがないようにとしたことが注目されます。安全配慮義務は一般的呼称として健康配慮義務責任ともいわれています。これは1975年の自衛隊八戸事件の最高裁判決から使われるようになりました。その後、事業者は、支配管理下にある労働者の安全と健康に配慮しなければならないという「安全配慮義務」を負っているという判例が定着しています。労働契約に付随して、使用者が労働者に対する信義則上負う義務（債務）であるとされています。今まで、安全配慮義務は、判例法理として認められていました。しかし、2008年の労働契約法の改正で明文化されました。労働契約法の第5条は「使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする」となっています。5条では心身の安全配慮義務とはなっていませんが、最高裁判決

は判例法理となると考えられます。

(2) サービス残業

この会社は残業について自己申告制になっていました。Oさんは毎月45時間の残業を申請していました。会社側はOさんの申告した45時間が残業時間なのだと主張しました。裁判所は家族側が提出した社内巡察記録等を根拠にして、自殺した年の3月からの残業時間は月に148時間あったと認めました。この判断は画期的なものでした。日本の社会ではサービス残業は当たり前という考えが根付いています。最高裁は「Oは業務を所定の期限までに完了させるべきものとする一般的、包括的な業務遂行にあたっていたため、長時間にわたる残業をせざるをえない状況になっていたと解される」と実際に残って仕事をしていた時間を残業時間として認めました。これはサービス残業の考え方について社会に影響を与えました。その後の裁判では、妻の日記に残された帰宅時間の記録も証拠として認められるようになりました。この判決が出た後の2002年には「過重労働による健康障害を防止するための事業者が講ずべき措置等」で具体的な対策を示した通達が出ています。また、2006年の労働安全衛生法の改正につながっていきます。サービス残業についての画期的な判断でした。

(3) 病前性格

これまでは、過重労働が背景にあり、うつ病になって自殺した裁判は、本人の性格の問題により過失相殺されていました。うつ病になる人は几帳面、責任感が強い、仕事熱心等、いわゆるメランコリー性格があります。もと

もとのメランコリー性格があって発症すると、精神医学では考えられていました。それを根拠に過失相殺になっていたわけです。最高裁は「性格が個性の多様さとして通常想定される範囲をはずれない限り、その性格が損害の発生に寄与しても、そのような事態は使用者が予想すべきだ。労働者に対して業務上の指揮監督を行う者は、各労働者が従事すべき業務に適するか否かを判断して、その配置先、遂行すべき業務の内容などを定めるものであり、その際に、各労働者の性格も考慮することができるものである」との判断を示しました。管理監督者は労働者の性格も考慮して労働を命じなければなりません。心身の不調になった場合にすべて本人の問題であるのだという考えは通用しなくなりました。

(4) 管理監督者責任

Oさんは出張中に様子がおかしかったようです。上司が話し合いをしようと誘って、車で出かけているときに、車を蛇行運転したり、上司が話しかけたときにわけのわからないことをつぶやいていたりしていたことがあります。家族にしてみると、そんなに様子がおかしかったなら、そのときに医者に行くように勧めてくれなかったのかとの主張になります。しかし、会社は、管理監督者は専門家ではないし、判断できなかったのだと主張しました。Oさんは疲労困憊性うつ病と裁判では認められました。Oさんは病院を受診していないのにもかかわらず病気だったと認められたわけです。これも画期的なことでした。判決では「うつ病による自殺との間には因果関係があり、上司らは負担を軽減する措置をとらなかった過失がある。常軌を逸した長時間労働およ

び健康状態の悪化をしながら、その労働時間を軽減させるための具体的な措置をとらなかった過失が会社にある」としました。管理監督者は日頃から労働時間や健康についての目配りが必要になってきます。その後の裁判では、労働者の勤務実態が把握できていること、勤務に過重性がある場合はそれを軽減するための措置がとられていることが問われています。管理監督者は、労働者の勤務状況、健康状態を把握し、その問題を処理するための具体的な措置を求められているといひでしょう。特にうつ病についても受診を勧める等の配慮が必要となってきます。知らなかったでは済まされないことになります。

5. 最高裁判決後の動向

(1) 労働災害・公務災害認定状況

労働災害（公務員は公務災害）の認定が変わってきています。1973年に労災保険法が制定されていますが、「故意の死傷病は認定対象外」という原則でした。医学的証明を厳格に求めていたのです。しかし、自殺者の多くは生前に精神科の診察を受けておらず、死後の立証は極めて困難でした。1999年に厚生労働省の「精神障害等の労災認定に係る専門検討会」は、過労自殺などの労災を認める場合の基準を新たに策定しました。労災認定の対象とする自殺時の精神障害の範囲を拡大して、心身喪失状態でなくても、精神障害によって正常な認識、行為選択、自殺を思いとどまる抑制力が著しく阻害されている状態でもよい」としました。この労災認定基準の改正により、精神障害の労災認定は1983年から96年までの14年間で9人でしたが、1999年には認定件数が14人（自殺・未遂11人）になりました。最

高裁判決後では2001年には70人（自殺・未遂31人）、その後、認定件数は増加して、08年には269人（自殺・未遂66人）となっています。

公務員の公務災害認定件数は2001年には2人（死亡災害2人）、06年には12人（死亡災害6人）となっています。

(2) 心の健康保持増進のための指針

電通事件の最高裁判決の5か月後の8月に「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」が出ました。この指針は行政指導用の文書として作成されたものです。安全衛生法上の根拠を持つものではありませんでした。2006年4月に安全衛生法の一部改正がありました。その直前に「事業場における労働者の心の健康保持増進のための指針」が出されました。これは同法の70条の2に基づく指針として公示され、職場のメンタルヘルス対策の推進が、事業者の労働安全衛生法に基づく努力義務として位置づけされました。

今回の指針のポイントは三つあります。第一は「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」が衛生委員会の付議事項（労働安全衛生規則第22条）になったことです。第二は過重労働に関し、厚生労働省令で定める要件に該当する者に対して、医師の面接指導を行うことが事業者の義務となりました（労働安全衛生法第66条の8、第66条の9）。医師はメンタルヘルスにも十分配慮した面接を行い、事業者が適切な措置を行えるようにすることとされました。面接時の確認事項として、勤務状況、疲労の蓄積の状況、心身の状況の3項目があげられています（労働安全衛生規則第52条の4）。

第三は、医師による面接指導の結果及びそ

れを受けて事業者が行った就業上の措置について衛生委員会に報告すること、委員会の議事概要を適切な方法で労働者に開示することです（労働安全衛生規則第23条第3項）。

(3) 指針の概要

事業者は衛生委員会等において十分調査審

議を行い「心の健康づくり」の策定が求められて、「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」の四つを実行することが求められています。以下、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（2006年3月）の概要です。

労働者の心の健康の保持増進のための指針（概要）

1 趣旨

本指針は、労働安全衛生法第70条の2第1項の規定に基づき、同法第69条第1項の措置の適切かつ有効な実施を図るための指針として、事業場において事業者が講ずるよう努めるべき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。）が適切かつ有効に実施されるよう、メンタルヘルスケアの原則的な実施方法について定めるものである。

事業者は、本指針に基づき、各事業場の実態に即した形で、メンタルヘルスケアの実施に積極的に取り組むことが望ましい。

2 メンタルヘルスケアの基本的考え方

事業者は、事業場におけるメンタルヘルスケアを積極的に推進するため、衛生委員会等において十分調査審議を行い、「心の健康づくり計画」を策定するとともに、その実施に当たっては、関係者に対する教育研修・情報提供を行い、「4つのケア」を効果的に推進し、職場環境等の改善、メンタルヘルス不調への対応、職場復帰のための支援が円滑に行われるようにする必要がある。

また、事業者は、心の健康問題の特性、個人の健康情報の保護への配慮、人事労務管理との関係、家庭・個人生活等の職場以外の問題等との関係に留意する必要がある。

3 衛生委員会等における調査審議

メンタルヘルスケアの推進に当たっては、事業者が労働者の意見を聴きつつ事業場の実態に即した取組を行うことが必要である。「心の健康づくり計画」の策定はもとより、その実施体制の整備等の具体的な実施方策や個人情報保護に関する規程等の策定等に当たっては、衛生委員会等において十分調査審議を行うこと。

4 心の健康づくり計画

事業者は、メンタルヘルスケアに関する事業場の現状とその問題点を明確にするとともに、それぞれの事業場の実態と必要性に応じて、その問題点を解決する具体的な取組事項等についての基本的な計画（「心の健康づくり計画」）を策定すること。

5 4つのメンタルヘルスケアの推進

メンタルヘルスケアは、「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」及び「事業場外資源によるケア」の「4つのケア」が継続的かつ計画的に行われ

ることが重要である。

なお、事業者は、メンタルヘルスケア推進の実務を担当する事業場内メンタルヘルス推進担当者を選任するよう努めるものとする。

6 メンタルヘルスケアの具体的進め方

(1) メンタルヘルスケアを推進するための教育研修・情報提供

事業者は、4つのケアが適切に実施されるよう、それぞれの職務に応じ、メンタルヘルスケアの推進に関する教育研修・情報提供を行うものとする。

なお、労働者や管理監督者等に対する教育研修を円滑に実施するため、事業場内に教育研修担当者を計画的に育成することも有効である。

(2) 職場環境等の把握と改善

事業者は、職場環境等の改善に積極的に取り組むとともに、管理監督者等や事業場内産業保健スタッフ等に対し、職場環境等の把握と改善の活動を行いやすい環境を整備するなどの支援を行うものとする。

(3) メンタルヘルス不調への気づきと対応

事業者は、個人情報の保護に十分留意しつつ、労働者、管理監督者等、家族等からの相談に対して適切に対応できる体制を整備するものとする。さらに、相談等により把握した情報を基に、労働者に対して必要な配慮を行うこと、必要に応じて産業医や事業場外の医療機関につないでいくことができるネットワークを整備するよう努めるものとする。

(4) 職場復帰における支援

メンタルヘルス不調により休業した労働者が円滑に職場復帰し、就業を継続できるようにするため、事業者は、その労働者に対する支援を適切に行うものとする。

7 メンタルヘルスに関する個人情報の保護への配慮

メンタルヘルスケアを進めるに当たっては、健康情報を含む労働者の個人情報の保護に配慮することが極めて重要である。

事業者は、健康情報を含む労働者の個人情報の保護に関し、個人情報の保護に関する法律及び関連する指針等を遵守し、労働者の健康情報の適正な取扱いを図るものとする。

8 小規模事業場におけるメンタルヘルスケアの取組みの留意事項

小規模事業場においては、事業者は、セルフケア、ラインによるケアを中心として、実施可能なところから着実に取組みを進めるとともに、地域産業保健センター等の事業場外資源の提供する支援等を積極的に活用することが望ましい。

〔出典：厚生労働省報道発表資料（2006年3月31日）〕

6. 労働安全衛生法の改正（2006年4月施行）

電通事件の最高裁判決が、メンタルヘルス対策に影響を与えたことをこれまで述べてきました。中でも、2002年に出された「過重労働

働による健康障害を防止するための事業者が講ずべき措置等」は事業者への具体的な対策を示した通達でした。その後、その通達を基本にして、2005年の162回通常国会で労働安全衛生法の一部改正が行われました。過重労

働対策が法的な枠組みとして具体化されたとい
ってよいでしょう。改正のポイントは「長
時間労働者への医師の面接指導の実施」です。
すべての事業場は1か月の残業時間が100時間
を超え、かつ疲労の蓄積が認められるときは、
労働者の申し出を受けて、医師による面接指
導を行わなければなりません。医師は、労働
者の勤務状況、疲労の蓄積の状況、その他の
心身の状況（メンタルヘルス面も含む）につ
いて確認し、労働者本人に必要な指導を行う。
事業者は、面接指導を実施した労働者の健康
を保持するために必要な措置について、医師
の意見を聞かなければなりません。事業者は
医師の意見を勘案して、就業場所の変更、作
業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の
減少等の措置を講じるほか、衛生委員会に報
告します。また、面接に従事した者の守秘義
務も課せられています。以上が今回改正になっ
た、労働安全衛生法の第66条の8、第66条の9、
第104条です。

7. 職場復帰支援

現在、精神障害で休務する人が増加してお
ります。そのような職員が職場復帰するとき
に、これまでの身体疾患の場合の職場復帰に

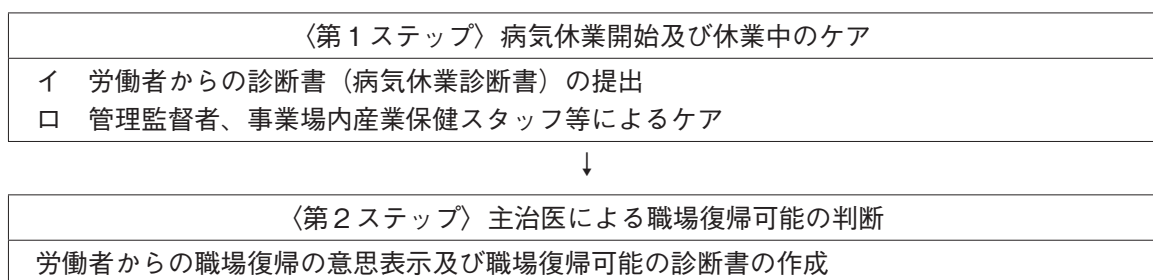
比べ「完治」や「治癒」での復職は比較的少
なく、復職後に服薬を継続していたり、再発・
再燃したりすることがあります。そのことを
含めて、職場としてどのように職場復帰プラ
ンを考えたらいのか、具体的な手引きが、
2004年10月に厚生労働省から公表されました。

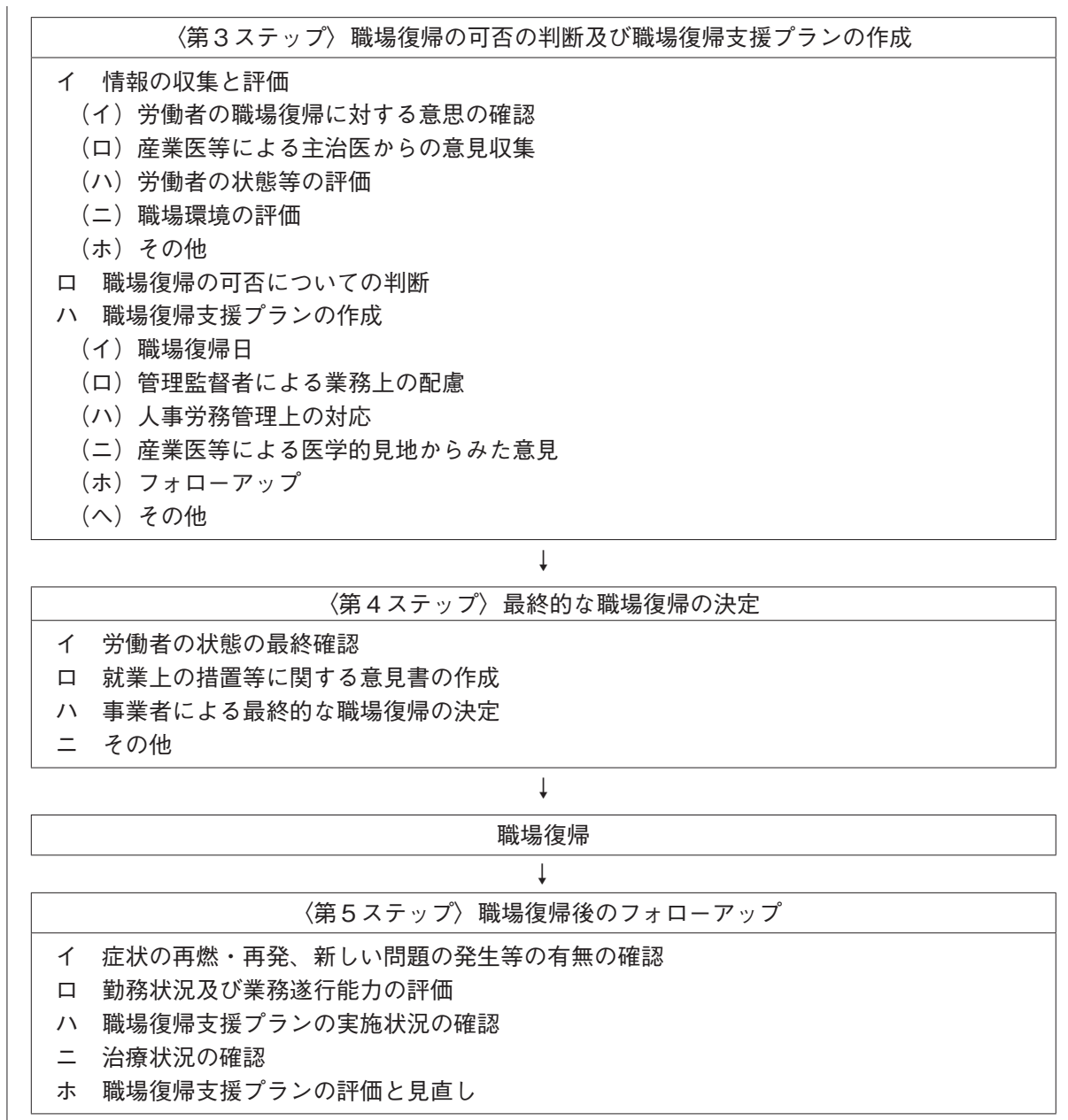
今回の手引きでのポイントの一つは職場復
帰前の「試し出勤制度」が提案されているこ
とです。試し出勤は「リハビリ出勤」とか「試
み就労」ともいわれています。これは、身分
は休職のまま、本人の申し出により行う制度
です。長期に休務していたために、生活のリ
ズムや通勤、出勤の疲れを馴れさせていかな
ければなりません。このようなりハビリを目
的として、職場という「場所」を利用しても
らうことになります。この制度は、多くは就
業規則等に定められていません。労働災害発
生が起きた場合等も考慮して、この制度の人
事管理上の位置づけを十分検討しておく必要
があります。労働者側が主体的に利用する制
度でありながら職場の都合が優先され、病状
回復に役にたたない事態も起きています。

以下、厚生労働省から公表された職場復帰
支援の概要を載せておきます。

心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き（概要）

職場復帰支援の流れ





[出典：厚生労働省報道発表資料（2004年10月14日）]

おわりに

労働者の健康問題は感染予防から始まり、昭和50年代後半からは生活習慣病問題とシフトし、さらに、心の健康問題もテーマになってきています。特にうつ病で休む人の増加が顕著です。精神疾患での休務者の7割くらいがうつ病という診断名です。時代の流れとともにうつ病の見方も大きく変化し、労働行政も変化しています。今回は時代の流れに沿っ

てメンタルヘルス対策についての基礎的なことを書かせていただきました。

著者略歴：

菊地 章彦（きくち・あきひこ）
 NTT東京中央健康管理センター相談室カウンセラー
 東芝青梅営業所健康支援センターカウンセラー
 三井化学健康管理室カウンセラー
 ライオン健康管理室カウンセラー
 埼玉県庁相談室カウンセラー