

紹介

企業における健康問題への取り組みの視点

矢倉 尚典

(株式会社損保ジャパン・ヘルスケアサービス業務部長)

目次

- I はじめに
- II 労働者のストレスの現状
- III 行政施策
- IV 企業による取り組み
- V わが国企業における取り組みの特徴
- VI コンプライアンス、リスクマネジメントを越えて

I はじめに

わが国の自殺者数は13年連続して3万人を超えている。職場におけるストレス問題、過労死・過労自殺問題がクローズアップされてから久しく、行政も法令を整備し、各種の指針・ガイドラインを公表しているが、各企業における取り組みは普及してきたのだろうか。欧米の例も参考に、企業に求められる健康への取り組みの重要な視点を明らかにすることが本稿の目的である。

IIで労働者のストレスの現状を、IIIで行政の施策を概観し、企業を取り巻く状況を振り返る。IVで、そうした状況の中で企業がどのような取り組みを行っているのかを踏まえ、Vでわが国企業の取り組みの特徴を考えた上で、今、企業に求められる健康への取り組みの視点をVIで述べることにする。

II 労働者のストレスの現状

労働者の健康の実態に関する代表的な資料としては、厚生労働省が5年に1回実施する『労働者

健康状況調査』がある。本調査は全国の民営事業所から抽出された約1万4000事業所、およびこれらの事業所に雇用されている労働者約1万8000人を対象とし、事業所の状況を訊く事業所調査と労働者の状況を訊く労働者調査で構成されている。その最新の調査結果報告（平成19年調査）を基に、労働者のストレスの現状を概観する。

労働者調査における「精神的ストレス等の状況」の項目によれば、自分の仕事や職業生活に関して強い不安、悩み、ストレス（「仕事でのストレス」）が「ある」とする労働者の割合は58.0%で、前回調査（平成14年）の61.5%より幾分減少している。しかし、ストレスの内容別に見ると、表1の通り、「仕事の量の問題」「雇用の安定性の問題」「会社の将来性の問題」によるストレスがある労働者の割合は低下しているものの、「仕事の質の問題」「仕事への適性の問題」「職場の人間関係の問題」「昇進・昇給の問題」「配置転換の問題」「定年後の仕事、老後の問題」によるストレスがある労働者の割合は増加している点に留意する必要がある。

また、(財)日本生産性本部メンタルヘルス研究所が2年ごとに上場企業の人事部長を対象に実施しているメンタルヘルスの取り組みに関する企業アンケート調査では、「貴社において、ここ3年間の『心の病』の増減傾向はいかがですか。」という質問に対して、「増加傾向」「横ばい」「減少傾向」「わからない」の4つの選択肢で回答を求めている。最新版である2010年調査によると、

表1 仕事でのストレス有無および内容別労働者割合

(単位：%)

	平成19年度調査	変化	平成14年度調査
仕事でのストレスがある	58.0	-	61.5
仕事でのストレスの内容（3つ以内の複数回答）			
仕事の質の問題	34.8	+	30.4
仕事の量の問題	30.6	-	32.3
仕事への適性の問題	22.5	+	20.2
職場の人間関係の問題	38.4	+	35.1
昇進・昇給の問題	21.2	+	14.5
配置転換の問題	8.1	+	6.4
雇用の安定性の問題	12.8	-	17.7
会社の将来性の問題	22.7	-	29.1
定年後の仕事、老後の問題	21.2	+	17.2
事故や災害の経験	2.3		…
その他	9.3	+	7.7
不明	0.1	+	0.0

出所：厚生労働省（2008：第21表）より作成

増加傾向と回答した企業の割合は44.6%で、前回調査（2008年）の56.1%から減少している。増加傾向に歯止めがかかったとの見方もあるが、表2の通り、増加傾向+横ばいの合計では88.1%から90.0%へ増え、高止まりしており、収まりつつあるとの印象を持つ企業はごく限られていることがうかがえる。

表2 「心の病」の増減傾向別企業数割合

(単位：%)

	2010年調査	2008年調査
増加傾向	44.6	56.1
横ばい	45.4	32.0
減少傾向	6.4	4.5
わからない	2.8	5.6
増加傾向+横ばい 計	90.0	88.1

出所：(財)日本生産性本部 メンタルヘルス研究所（2010：図8-2）より作成

さらに、自殺者の状況も確認する。警察庁（2011）によれば、平成22年中の自殺者は3万1690人で、前年の3万2845人よりは減少したものの、平成10年より13年間連続して3万人を超えた。総数の減少とともに、職業別では「被雇用

者・勤め人」の自殺者も9159人から8568人に減少しているが、被雇用者・勤め人の自殺者を原因・動機別に見ると、精神疾患系の病気の悩み・影響の合計では2191人から2179人と微減に留まり、「仕事の失敗」「職場の人間関係」「職場環境の変化」「仕事疲れ」等の勤務問題の合計では、2185人から2229人へと増加している。

Ⅲ 行政施策

このような労働者の状況に対して、国が取ってきた行政施策等を簡単に振り返る。

1 精神障害等の労災認定

1984年2月21日、過労自殺が初めて労災認定された。これは、建設コンサルタント会社に勤務する設計技師が過重な業務に起因する精神障害から自殺を企て、両足切断の重傷を負った事案で、精神障害（反応性うつ病）および自殺未遂行為の双方が業務に起因する疾病と認定された。その後も過労自殺と業務の因果関係を認める判決が全国的に注目を集める中、労働省は1998年「精神障害等の労災認定に係る専門検討会」を発足させ、

1999年9月14日、労災認定基準にあたる「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」¹⁾を示した。精神障害の労災請求件数は1998年度までは年間0～42件であったが、1999年度には155件、それ以降も急激に増加し、2009年度には1136件となり、支給決定件数も年間200件を超える水準となっている。さらに、厚生労働省は、「職場における心理的負荷評価表の見直し等に関する検討会」の検討結果を受け、2009年4月6日「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の一部改正について」²⁾を发出し、職場における心理的負荷評価表への新たな出来事の追加、心理負荷の強度を修正する視点の修正、持続する状況に対する着眼事項の整理等、より多くの業務上の出来事を対象とし、公平な立場から個別事情に合わせて修正できるようにした。

2 労働安全衛生法に基づく健康づくりのための指針等

労働安全衛生法は、第69条第1項で、労働者の健康の保持増進を図るための必要な措置を講ずることを事業者（事業主、企業）に求め、同第70条の2で、その適切かつ有効な実施のための指針を厚生労働大臣が公表することとしている。1988年の改正³⁾において、第69条は現在の内容に改められ、第70条の2が追加された。

同年9月、上記第70条の2の規定に基づき、「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」⁴⁾が示され、事業者はこれに基づいて心身両面にわたる健康保持増進対策（トータル・ヘルスプロモーション・プラン：THP）を進めることとされた。労働者の健康の保持増進には、労働者自らの自主的・自発的な取り組みも重要であるが、労働者の働く職場には労働者自身の力だけでは取り除くことのできない健康障害要因、ストレス要因などが存在していることから、労働者の健康保持増進には、労働者の自助努力に加え、事業者による積極的推進が必要であるとの考え方が基本にある。

心の健康の保持増進としては、2000年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」⁵⁾が示された。2005年の労働安全衛生法の改正⁶⁾を受けて、この指針は廃止され、2006年3月31日、新たに第70条の2第1項に基づく健康保持増進のための指針公示第3号として「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が示された。

この指針では、その趣旨として、「本指針は、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）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に努めるべき労働者の心の健康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。」と述べられている。また、メンタルヘルスケアの基本的な考え方として、「ストレスの原因となる要因（以下「ストレス要因」という。）は、仕事、職業生活、家庭、地域等に存在している」ことから、「心の健康づくりは、労働者自身が、ストレスに気づき、これに対処すること（セルフケア）の必要性を認識することが重要である」ものの、「職場に存在するストレス要因は、労働者自身の力だけでは取り除くことができないものもあることから、労働者の心の健康づくりを推進していくためには、事業者によるメンタルヘルスケアの積極的推進が重要であり、労働の場における組織的かつ計画的な対策の実施は、大きな役割を果たすものである」とし、「事業者は、以下に定めるところにより、自らが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ことを表明するとともに、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。）において十分調査審議を行い、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、その問題点を解決する具体的な実施事項等についての基本的な計画（以下「心の健康づくり計画」という。）を策定し、実施する必要がある」としている。

また、上記の2005年の労働安全衛生法の改正

では、長時間労働者への医師による面接指導が事業者の義務とされた。経緯は次の通りである。過重労働に起因する脳血管疾患および虚血性心疾患など、あるいはこれらによる死亡については、2001年12月12日付基発第1063号「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の認定基準について」により、脳・心臓疾患の労災認定基準を改正し、疲労の蓄積をもたらす長期間の過重業務も、業務による明らかな過重負荷として新たに考慮することとした。さらに過重労働による健康障害の防止を目的とする行政指導通達として、2002年2月12日付基発第0212001号「過重労働による健康障害防止のための総合対策について」が示され、この通達の中で、長時間労働者に対する産業医等の面接による保健指導を事業者が実施すべきことが示された。その後も過労死等や精神障害等の労災請求件数、認定件数が増加しているなどの状況、安全配慮義務に基づく損害賠償請求事件の増加傾向その他の社会的動向から、過重労働対策（過労死等の予防対策）やメンタルヘルス対策の充実が必要となったこと等を背景に、面接による保健指導はメンタルヘルス対策としても行う必要があるとされ、2005年の労働安全衛生法の改正で、事業者の義務とされた。なお、上記の2002年の通達は2006年に廃止され、3月17日付基発第0317008号「過重労働による健康障害防止のための総合対策について」が示されている。

このように、事業場における労働者の心の健康保持増進対策の実施を事業者に求める指針や通達が示されるとともに、その実施方法を具体的に示す各種のツールも公表されている（参考1参照）。これらは厚生労働科学研究補助金等による研究成果であり、誰でも無償で活用できる。

【参考1】 研究成果例

- 事業場における心の健康づくりの実施状況チェックリスト
- 職業性ストレス簡易調査票
- 職業性ストレス簡易調査表を用いたストレスの現状把握のためのマニュアル——より効果的な職場環境等の改善対策のために

- 職場環境改善のためのヒント集——メンタルヘルスアクションチェックリスト
- メンタルヘルス対策に重点を置いた職場環境等の改善マニュアル——職場環境改善のためのヒント集の活用法
- メンタルヘルス対策に重点を置いた職場環境改善ファシリテータ（メンタルヘルスアクショントレーナー）の手引き——グループワークの進め方とファシリテータの心構え
- 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

出所：インターネット検索等により作成

3 健康障害による損害賠償請求

国（行政）の施策ということではないが、健康障害による損害賠償請求の法律的側面の理解も、企業による取り組みを理解する上で不可欠であるから、ここで概観しておく。

労働基準法は第8章で災害補償について定め、労働者が業務上負傷し、疾病にかかり、または死亡した場合の使用上の補償責任を規定している。この災害補償責任は使用者の無過失責任であり、労働者は、災害の発生が「業務上」のものであることを立証すれば、使用者に故意・過失がなくとも補償を請求することができる。このような使用者の災害補償責任の履行を確保するために、労働基準法とともに労働者災害補償保険法が制定された。労働者災害補償保険法は、政府を保険者とし使用者を加入者とする強制保険制度によって、労働災害の補償ができるだけ迅速かつ公正に実施されることを目的としている。

労災保険の給付は、企業側に故意・過失がなくとも支給されるものの、非財産上の損害に対する補償（いわゆる慰謝料に相当するもの）は対象外である等、補償内容は被災者たる労働者の被った損害の一部に限られる。その結果、企業に過失が認められる場合は、労災保険では給付されない損害部分の補償を求めて、従業員側から民事上の損害賠償請求訴訟を提起することがある。企業が民事上の損害賠償責任を負う根拠の代表的なものは不法行為責任（民法第709条）と債務不履行責任（民法第415条）である（参考2参照）。

【参考2】 民法

(債務不履行による損害賠償)

第415条 債務者がその債務の本旨にしたがった履行をしないときは、債権者は、これによって生じた損害の賠償を請求することができる。債務者の責めに帰すべき事由によって履行をすることができなくなったときも、同様とする。

(不法行為による損害賠償)

第709条 故意又は過失によって他人の権利又は法律上保護される利益を侵害した者は、これによって生じた損害を賠償する責任を負う。

従来は、不法行為責任として企業の損害賠償責任が追求されてきた。しかし、1975年2月25日の最高裁判決(通称 自衛隊八戸車両整備工場損害賠償)において、「安全配慮義務」という概念を初めて認めたのを契機に、債務不履行責任として企業の損害賠償責任を追及する事案が増加し、1990年代に入り安全配慮義務判決が続いた。

精神障害等による過労自殺で企業の損害賠償を求めた裁判でも、安全配慮義務が認められている。大手広告代理店における若手従業員の過労自殺事件(最高裁2000年3月24日判決)は、入社2年目の若手従業員がいわゆる長時間労働に従事した結果、うつ病にかかり、自殺に至ったという事案で、2000年3月、企業側の責任を認める最高裁判決が出され、これを受けて差戻審の東京高裁で同年6月に企業側が1億6800万円を支払うという内容の和解が成立し、決着した(参考3参照)。

【参考3】 2000年3月24日「過労自殺」最高裁判決文より

労働者が労働日に長時間にわたり業務に従事する状況が継続するなどして、疲労や心理的負荷等が過度に蓄積すると、労働者の心身の健康を損なう危険のあることは、周知のところである。労働基準法は、労働時間に関する制限を定め、労働安全衛生法65条の3は、作業の内容等を特に限定することなく、同法所定の事業者は労働者の健康に配慮して労働者の従事する作業を適切に管理するように努めるべき旨を定めているが、それは、右

のような危険が発生するのを防止することをも目的とするものと解される。

これらのことからすれば、使用者は、その雇用する労働者に従事させる業務を定めてこれを管理するに際し、業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷等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を負うと解するのが相当であり、使用者に代わって労働者に対し業務上の指揮監督を行う権限を有する者は、使用者の右注意義務の内容にしたがって、その権限を行使すべきである。

安全配慮義務という概念は、もともとわが国では実定法上明文の定めが存在していたものではなく、判例法理として認められてきたものであるが、2008年3月に施行された労働契約法第5条において明文化された(参考4参照)。

【参考4】 労働契約法

(労働者の安全への配慮)

第5条 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。

IV 企業による取り組み

1 『労働者健康状況調査』における事業所調査

ここでは、前出の『労働者健康状況調査』における事業所調査の結果をもとに企業による取り組みを概観する。

(1) 心の健康対策(メンタルヘルスケア)の取組状況

労働者数による事業所規模別に見ると、1000名以上の事業所では、心の健康対策に取り組んでいる事業所の割合は9割を超えているが、規模が小さくなるほど取り組んでいる事業所の割合が低下し、10~29人規模では、3割を切る。全体平均は33.6%であるが、前回調査の23.5%から増加している(表3参照)。

同表で取組内容(複数回答)をみると、実施率

の高い取組内容は、「労働者からの相談対応の体制整備」(59.3%)、「労働者への教育研修・情報提供」(49.3%)、「管理監督者への教育研修・情報提供」(34.5%)等である。一方、「メンタルヘルス対策について衛生委員会等での調査審議」(17.6%)、「メンタルヘルスケアに関する問題点を解決するための計画の策定と実施」(13.8%)、「職場環境等の評価及び改善」(20.5%)等、計画→実施→検証→改善のPDCAサイクルを着実に回す取組み内容のものの実施は相対的に低い。

(2) 心の健康対策（メンタルヘルスケア）の効果

心の健康対策に取り組んでいる事業所（全体の33.6%）のうち、「効果があると思う」とする事業所の割合は67.0%で、前回調査の61.3%から増加している（表4参照）。企業規模が小さくなると割合が下がる傾向が見られるが、300名未満の事業所でもすべての規模で6割を超えており、取り組んだ事業所は効果ありと感じていることが見て取れる。

(3) 心の健康対策（メンタルヘルスケア）に取り組んでいない理由及び今後の取組予定

心の健康対策に取り組んでいない事業所（全体の66.4%）について、取り組んでいない理由（複数回答）をみると、「専門スタッフがいない」(44.3%)「取り組み方が分からない」(42.2%)とする事業所の割合が高い（表5参照）。次いで、事業所として「必要性を感じない」ので取り組んでいない、または、「労働者の関心がない」ので取り組んでいないとする事業所が3割弱存在しており、51.9%の事業所は今後も「取り組む予定はない」と答えている。

2 企業のCSR報告書における安全衛生・産業保健活動の記述

企業は、消費者、取引先、投資家、地域社会、従業員など様々な利害関係者と関わり合いを持ちながら事業活動を展開している。企業に対する評価（企業価値）を向上させるためには、そのような利害関係者からの期待に応えることが重要なポイントであると考えられる。従業員は利害関係者のひとりであり、企業にとって「人（従業員）」はその根幹をなす経営資源である。従業員の働き

表3 心の健康対策（メンタルヘルスケア）の取組の有無及び取組内容事業所別割合

(単位：%)

区分	事業所計	心の健康対策（メンタルヘルスケア）に取り組んでいる	取組内容（複数回答）														心の健康対策（メンタルヘルスケア）に取り組んでいない		
			メンタルヘルスケアに関する問題点を解決するための計画の策定と実施	メンタルヘルス対策について衛生委員会等での調査審議	メンタルヘルスケアの実務を行う担当者の選任	労働者への教育研修・情報提供	管理監督者への教育研修・情報提供	事業所内の産業保健スタッフへの教育研修・情報提供	職場環境等の評価及び改善	労働者からの相談対応の体制整備	接プログラム（職場復帰支援）の策定を含む	地域産業保健センターを活用した対策の実施	都道府県産業保健推進センターを活用した対策の実施	医療機関を活用した対策の実施	他の外部機関を活用した対策の実施	その他		不明	
平成19年	100.0	33.6 (100.0)	(17.6)	(13.8)	(19.4)	(49.3)	(34.5)	(12.1)	(20.5)	(59.3)	(18.0)	(4.2)	(1.7)	(15.8)	(20.4)	(7.5)	(0.1)	66.4	
(事業所規模)																			
500人以上	100.0	100.0 (100.0)	(58.2)	(85.3)	(74.6)	(100.0)	(100.0)	(80.6)	(42.4)	(93.0)	(100.0)	(1.7)	(17.5)	(55.8)	(62.1)	(7.7)	(—)	—	
1000~4999人	100.0	95.5 (100.0)	(49.2)	(59.7)	(59.7)	(80.0)	(82.5)	(63.6)	(36.6)	(91.6)	(72.5)	(6.0)	(5.7)	(33.9)	(46.8)	(3.0)	(—)	4.5	
300~999人	100.0	83.0 (100.0)	(35.6)	(24.6)	(36.9)	(58.3)	(61.1)	(36.3)	(20.4)	(75.3)	(46.6)	(6.1)	(6.6)	(21.3)	(29.7)	(4.1)	(—)	17.0	
100~299人	100.0	64.1 (100.0)	(32.7)	(16.0)	(27.5)	(49.4)	(44.1)	(20.1)	(19.2)	(65.6)	(30.5)	(2.7)	(2.6)	(19.6)	(22.0)	(3.8)	(0.2)	35.9	
50~99人	100.0	45.2 (100.0)	(26.2)	(14.1)	(21.1)	(51.2)	(42.1)	(16.4)	(20.3)	(61.4)	(19.4)	(3.2)	(3.2)	(14.6)	(17.2)	(3.4)	(0.3)	54.8	
30~49人	100.0	36.8 (100.0)	(18.2)	(10.6)	(17.0)	(44.4)	(30.0)	(10.8)	(18.7)	(55.8)	(19.1)	(3.4)	(1.7)	(21.2)	(19.4)	(6.2)	(0.3)	63.2	
10~29人	100.0	29.2 (100.0)	(13.1)	(13.7)	(17.8)	(49.6)	(31.8)	(9.6)	(21.0)	(58.2)	(14.6)	(4.7)	(1.1)	(14.0)	(20.5)	(9.1)	(—)	70.8	
(メンタルヘルスケアのための専門スタッフ)																			
専門スタッフ有	(100.0)	(28.3)	(23.9)	(31.1)	(52.7)	(40.1)	(18.5)	(19.1)	(69.3)	(25.3)	(5.5)	(2.7)	(22.0)	(26.8)	(4.9)	(0.1)	...
専門スタッフ無	(100.0)	(6.0)	(2.9)	(6.7)	(45.7)	(28.5)	(5.3)	(22.0)	(48.4)	(10.0)	(2.8)	(0.6)	(9.1)	(13.4)	(10.3)	(0.1)	...
平成14年	100.0	23.5 (—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	76.5

注：取組内容は、平成14年調査と大幅に変わっていることから比較できない。

出所：厚生労働省（2008：第12表）

表4 心の健康対策（メンタルヘルスケア）の効果別事業所割合

(単位：%)

区 分	心の健康対策 (メンタルヘルスケア)に 取り組んでいる事業所 計		心の健康対策の効果			
			あると思う	あると 思わない	分からない	不明
平成19年 (事業所規模)	[33.6]	100.0	67.0	1.5	31.4	0.2
5000人以上	[100.0]	100.0	100.0	—	—	—
1000～4999人	[95.5]	100.0	85.2	0.7	13.3	0.8
300～999人	[83.0]	100.0	75.8	0.4	23.2	0.6
100～299人	[64.1]	100.0	64.3	1.0	34.6	0.0
50～99人	[45.2]	100.0	64.8	0.7	34.5	0.0
30～49人	[36.8]	100.0	64.6	0.5	34.9	—
10～29人	[29.2]	100.0	67.9	1.9	29.9	0.2
(メンタルヘルスケアの ための専門スタッフ)						
専門スタッフ有	[…]	100.0	78.2	0.7	21.1	0.0
専門スタッフ無	[…]	100.0	54.9	2.3	42.5	0.2
平成14年	[23.5]	100.0	61.3	1.2	37.5	—

注：[]は、全事業所のうち「心の健康対策（メンタルヘルスケア）に取り組んでいる事業所」の割合である。

出所：厚生労働省（2008：第15表）

表5 心の健康対策（メンタルヘルスケア）に取り組んでいない理由及び今後の取組予定別事業所割合

(単位：%)

区 分	心の健康対策（メンタルヘル スケア）に取り組んでいない 事業所計		取り組んでいない理由（複数回答）						今後の取組予定				
	取り組む方が 分からない	経費がかかる	必要性を感じ ない	労働者の関心 がない	専門スタッフ がいない	その他	不 明	取り組む 予定である	検討中	取り組む 予定はない	不明		
平成19年 (事業所規模)	[66.4]	100.0	42.2	12.1	28.9	27.7	44.3	17.5	0.7	4.4	42.8	51.9	0.8
5000人以上	[—]	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1000～4999人	[4.5]	100.0	34.5	21.0	6.2	17.6	50.3	23.2	—	32.6	47.6	19.8	—
300～999人	[17.0]	100.0	38.1	16.9	10.6	16.3	50.0	22.9	1.9	9.5	63.3	26.1	1.1
100～299人	[35.9]	100.0	39.9	11.6	17.3	23.9	53.5	17.8	0.5	10.4	54.8	34.5	0.3
50～99人	[54.8]	100.0	38.9	12.5	19.0	31.5	52.9	14.7	1.6	7.7	50.2	40.9	1.2
30～49人	[63.2]	100.0	40.3	17.8	24.3	29.4	48.9	17.3	0.2	4.8	45.8	49.2	0.2
10～29人	[70.8]	100.0	42.9	11.1	31.0	27.3	42.4	17.7	0.8	3.9	41.2	54.0	0.9
平成14年	[76.5]	100.0	39.9	19.9	26.9	30.2	46.1	7.9	—	4.2	36.3	59.5	—

注：[]は、全事業所のうち「心の健康対策（メンタルヘルスケア）に取り組んでいない事業所」の割合である。

出所：厚生労働省（2008：第16表）

方に十分な考慮を払い、かけがいのない個性や能力を活かせるようにしていくことは、企業にとって本来的な責務であり、従業員に対して責任ある行動を積極的にとる企業は、消費者や投資家等から高い評価を受けることになると考えられる。

丸山ほか（2006）は、CSR（Corporate Social Responsibility）における安全衛生・産業保健活動の位置づけに関する研究として、東証一部上場企業1661社について、CSR報告書の公開の有無、労働安全衛生に関する記述の有無等を調査している。この調査によると、報告書を公開している企業は30.7%（510社）で、そのうち、メンタルヘルス対策に関する記述が含まれていた報告書の割合

は38.2%であった。

V わが国企業における取り組みの特徴

Ⅲで述べたとおり、厚生労働省が示す指針においても、「職場に存在するストレス要因は、労働者自身の力だけでは取り除くことができないものもあることから、労働者の心の健康づくりを推進していくためには、事業者によるメンタルヘルスケアの積極的推進が重要」であることが強調されている。にもかかわらず、メンタルヘルスケアに取り組んでいる企業が約1/3に留まっていることも前節で示したとおりである。わが国では、メン

タルヘルスケアの必要性をどのように捉えているのであろうか。

労働基準法等は、最低の労働条件基準を定める取締法規であり、労働安全衛生法はその第1条において、「労働災害の防止」「労働者の安全と健康の確保」が目的と規定されている。企業はその事業活動におけるコンプライアンスの基本として法令遵守が求められる。企業にとって、メンタルヘルスケア推進の動機づけとして、法令遵守という側面が考えられる。

企業内で過労自殺や過労死を発生させるに至った場合、企業としては、高額な損害賠償責任を負担するほか、企業内のモラルの低下、対外的な企業イメージの低落など、甚大な損失を被ることになる。したがって、企業にとって、メンタルヘルスケア推進の動機づけとして、リスクマネジメントという側面が考えられる。

なすべきことは法令等で明らかにされており、具体的なやり方についても指針やガイドライン等が公開されている。にもかかわらず、「取り組み方が分からない」という企業が多いのは何故か。周知の仕方が不十分なのか、それとも企業側が聞く姿勢になっていないのか。「専門スタッフがいない」ことを理由として挙げる企業も多い。専門スタッフでなくとも出来ることから実施しようという行動につながらないのは何故か。事業所として取り組む「必要性を感じない」とする企業も多い。上述の行政施策の動向の周知が不十分なのか、それとも十分承知しているがそれでも必要性を感じないというのだろうか。

こうしたことを考え合わせると、従業員の健康問題に対する企業の取り組みについて、わが国企業では「nice to have」と捉えられているということではないだろうか。欧米においてもわが国同様、企業にコンプライアンスの意識やリスクマネジメントの認識は存在するだろうが、欧米では、どのように認識されているのだろうか。欧米の例から、企業にとっては「nice to have」ではなく、本来的に必要な取り組みであるという視点を次節で紹介する。

VI コンプライアンス、リスクマネジメントを越えて

わが国と異なり、現役世代を対象とした公的医療保険制度がない米国では、企業は民間保険等を活用して従業員に医療保険を提供している。医療の高度化に伴い高騰する従業員の医療費は直接的に企業財務を圧迫する。企業は当初、医療保険料のうちの会社負担分を減らして従業員負担分を増やすという負担の転嫁をはかったが、医療費高騰のペースには到底追いつかなかった。様々な試行錯誤が重ねられてきたが、健康管理プログラムに1ドル投資すると3.27ドルの医療費抑制効果が得られたとする Baicker *et al.* (2010) の研究も発表されている。要するに、従業員の不健康な生活習慣に企業が健康管理プログラムを提供する等で積極的に関与して、予防や早期治療にお金をかけた方が、結果として医療費は少なく済むということである。医療費の高低は、企業が活用する民間保険の保険料等の高低に直結しているため、米国企業では医療コストの制御が喫緊の経営課題とまず認識され、従業員の健康問題に取り組まれたのであるが、さらに最近では、より健康な従業員はそれだけ生産性も高く企業業績にも貢献できるという側面も大きく注目を集めている。

健康を害すると仕事に影響する。従業員個人の仕事に生じた支障は企業・職場に影響を与える。うつ病を例にとると、「うつ病は職業的・社会的機能への影響が大きく、職場では、欠勤や休職、離職となって表れる。また、出勤できている場合でも、集中力や意欲が十分でなく、作業能率の低下や見落としなどのミスを増加を呈する」⁷⁾とされている。すなわち、離職率が高まったり、休職が発生したり、通院・体調不良等による偶発的欠勤が増えたり（アブゼンティーイイズム）、出勤していても仕事の能率が低下する（プレゼンティーイイズム）といった様々な影響が職場に及ぶ。そこで、医療費・薬剤費に加えて、アブゼンティーイイズム・プレゼンティーイイズムの生産性コストも含めて評価して、企業の取り組むべき課題を認識するという考え方も成立し得る。それでは、アブセ

ンティーイズムやプレゼンティーイズムが企業経営に与えるインパクトはどの程度に大きいのだろうか。米国の研究成果があるので、紹介する。

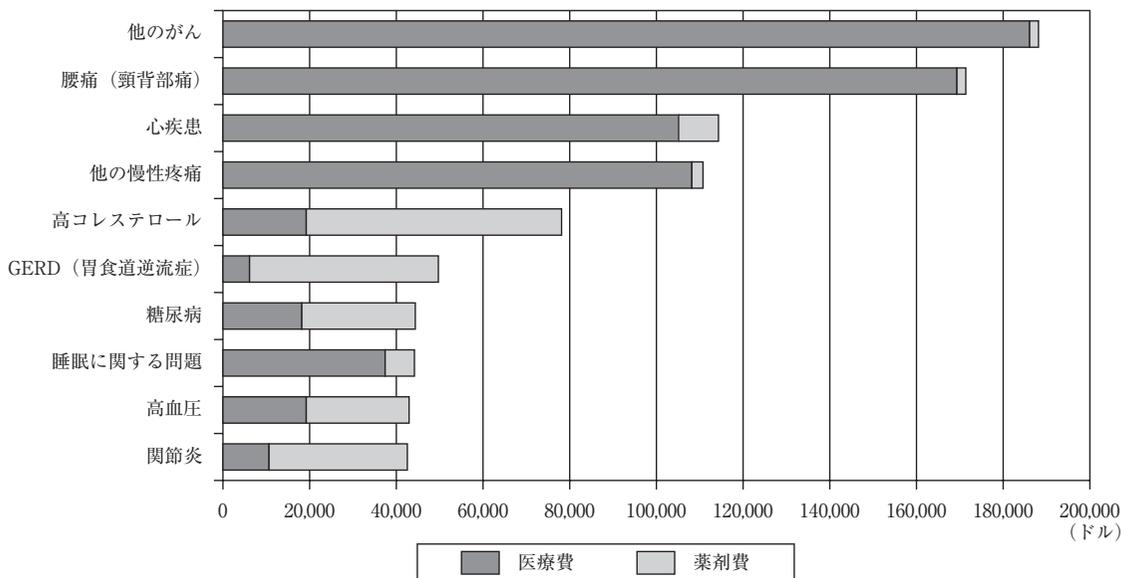
Leoppke *et al.* (2007) は、米国の4企業5万7666名の従業員を対象とし、主要な慢性疾患ごとの医療費・薬剤費、アブセンティーイズム・プレゼンティーイズムの大きさを調査している。図1は医療費と薬剤費の合計金額で評価した上位10疾患を示しており、図2は医療費+薬剤費+アブセンティーイズム+プレゼンティーイズムの合計金額で評価した上位10疾患を示している。「医療費+薬剤費」に比して、生産性コスト（アブセンティーイズム+プレゼンティーイズム）が如何に大きいか理解できる。腰痛にかかる医療費+薬剤費は2番目に大きい（図1参照）、腰痛にまつわる生産性コストはその2倍を上回る大きさである（図2参照）。うつ病は医療費+薬剤費では上位10疾患に入らないが、生産性コストを含めて評価すると2番目に金額の大きな疾患であり、生産性コストの金額は医療費+薬剤費の金額の10倍近くと推計される。企業経営にとって、いかに重大な課題であるかが一目瞭然となる。

アブセンティーイズムは欠勤・休業であるから、企業は従業員の出勤記録等で把握すること

ができるが、出勤していても仕事の能率が低下している部分であるプレゼンティーイズムについては、その測定手法を工夫する必要がある。特に、産業保健活動においてその成果を定期的に把握し、PDCAサイクルを回していくためには、実用的な方法が必要である。上記のLeoppke *et al.* (2007) では、該当する時間数を自己申告させ、それに平均給与を乗じて金額に換算する手法が取られている（表6参照）。

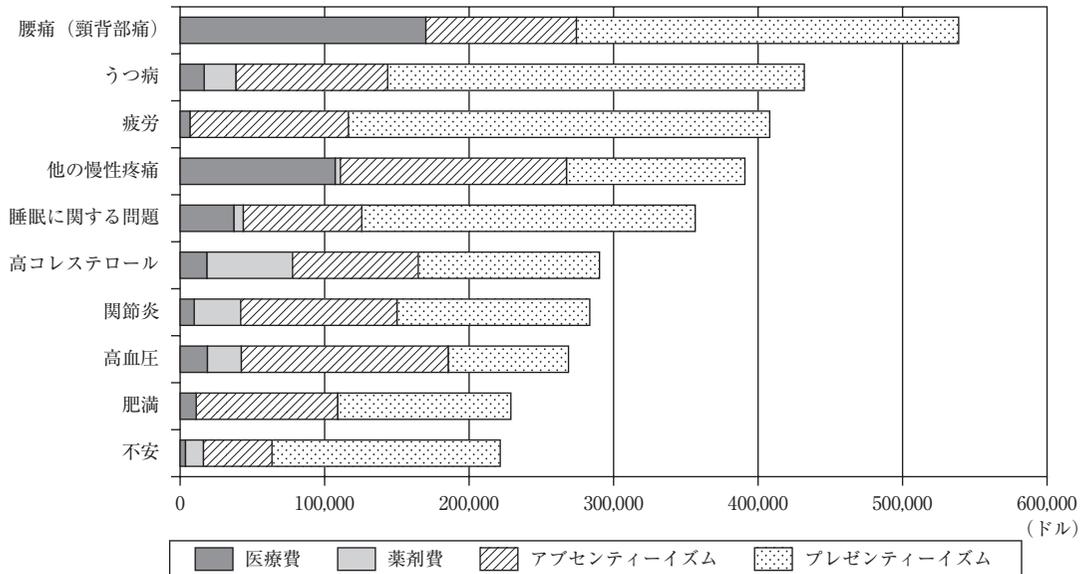
このような時間数そのものの自己申告以外の方法論も開発されている。米国タフツ・メディカル・センターのDebra Lernerらが開発したWork Limitations Questionnaire (WLQ) と呼ばれる調査票もその一例である。この調査票では、過去2週間において仕事上どのような支障が生じていたかを、メンタル・対人関係、時間管理、仕事の成果、身体活動能力の4分野計25問で問うものである。例えば、「この2週間の間、身体的な健康状態や心の問題によって、（就業規則等で）決められた時間、仕事をする」が困難であったかどうかを問い、「すべての時間困難だった、ほとんどの時間困難だった、ある程度の時間困難だった、わずかな時間困難だった、困難な時間はなかった」の5つの選択肢で自己申告させる。さら

図1 常勤従業員千人当たり医療費・薬剤費合計金額の上位10疾患



出所：Loeppke *et al.* (2007) の Fig.1 より和訳して作成

図2 常勤従業員千人当たり医療費・薬剤費・生産性コスト合計金額の上位10疾患



出所：Loeppke *et al.* (2007) の Fig.2 より和訳して作成

表6 プレゼンティーズムの評価例

- 健康状態 (慢性疾患) を申告させる
- アブセンティーズム：病気等で勤務を休んだ日について、勤務しなかった時間数を申告させる
- プレゼンティーズム：勤務した日において、健康状態のために失われた生産的な労働時間数を申告させる
- それぞれの時間数合計を8で除して日数に換算する
- この日数に1日当たりの平均給与を乗じて金額に換算する
- 疾患別の喪失時間数の把握に当たっては、そうした健康上の問題を持たない従業員に生じた喪失時間数 (ベースラインとなるアブセンティーズム・プレゼンティーズム) を上回る部分を計算対象とする

出所：Loeppke *et al.* (2007) より要約して作成

に、この25問の質問に対する回答結果を用いて、生産性が低下している割合を推計する換算式が開発されている。

Lerner *et al.* (2004) では、WLQを用いて、うつ病による生産性の低下を推計している (表7参照)。大うつ病の通院治療しながら勤務を続けている場合の生産性の低下 (プレゼンティーズム) の平均値は11.4%であった。比較対照群たる、健康に特段の問題を持たない群の平均値は2.6%であった。この数値に平均給与等を乗じることによって金銭単位でのインパクトの大きさの評価につなげることも可能である。

WLQは、結果としての喪失時間数を問うのではなく、直接的な健康上の問題により、仕事に必要な基本的な活動のうち、どの分野にどの程度の困難 (障害) があつたのかを問う形態のもので、

確認された各労働者の状況に対する改善策の立案に役立てることのできる情報として収集していることに大きな特徴があり、その有用性は高いと考えられる。メンタルヘルスケアの対策実施の前後で計測する等、定期的な計測を継続することにより、施策が想定した成果に結びついているのか等を生産性の指標で確認し、取組内容を改善していくことにも活用できる。WLQのオリジナルは英文で作成された質問票であるが、著者の所属する企業グループでは、開発者の承認を受けた質問票の日本語訳の開発を完了し、商用ライセンスを取得して、わが国企業にサービス提供している。

企業における従業員の健康問題は、コンプライアンスやリスクマネジメントの側面も重要であるが、従業員が最重要な経営資源のひとつであることから、その生産性は企業業績に直接的に大きな

表7 うつ病による生産性低下割合

	比較対照群（健康に特 段の障害を持たない者）	気分変調症	大うつ病	左記二つの 重複事例	P 値
N=389	143	64	89	93	
健康問題で仕事の妨げとなった 時間の割合（%） （WLQ の 4 分野別スケール）					
メンタル・対人関係の平均	10 (7-12)	26 (21-31)	42 (38-46)	37 (34-41)	<.001
身体活動能力の平均	8 (5-11)	18 (13-26)	21 (16-25)	19 (15-24)	<.001
時間管理の平均	10 (7-12)	27 (22-33)	40 (35-45)	37 (33-41)	<.001
仕事の成果の平均	8 (6-11)	23 (18-28)	44 (39-49)	40 (35-46)	<.001
勤務中の生産性喪失率の平均 （WLQ 指標）（%）	2.6 (2-3)	6.6 (6-8)	11.4 (10.4-12.5)	10.1 (9.1-11.2)	<.001
欠勤					
喪失日数	0.6 (0.4-0.9)	1.4 (0.9-2.0)	2.2 (1.7-2.7)	1.7 (1.3-2.2)	<.001
欠勤に伴う生産性喪失率（%）	7.4 (4.7-10.1)	13.6 (9.0-18.2)	28.4 (19.9-36.9)	22.0 (15.1-28.7)	<.001

注：カッコ内は 95%信頼区間

出所：Lerner *et al.* (2004: Tab. 3) より和訳して作成

影響を持つ重要な経営課題である。本小論が、真に企業経営における課題の大きさを正確に認識され、各企業が取組方針および具体的取組計画を策定し、大きな成果を手に入れることに少しでも役立てば、望外の喜びである。

- 1) 基発第 544 号。
- 2) 基発第 0406001 号。
- 3) 昭和 63 年法律第 37 号。5 月 17 日公布。
- 4) 1988 年 9 月 1 日労働省公示第 1 号。
- 5) 2000 年 8 月 9 日付基発第 522 号。
- 6) 平成 17 年法律第 108 号。11 月 2 日公布、2006 年 4 月 1 日施行。
- 7) 最新医学別冊『新しい診断と治療の ABC 9 精神 1 躁うつ病』最新医学社、2003 年、p.239。

参考文献

- 警察庁 (2011) 「平成 22 年中における自殺の概要資料」。
- 厚生労働省 (2008) 「平成 19 年 労働者健康状況調査結果の概況」。
- 日本生産性本部 メンタルヘルス研究所 (2010) 「第 5 回「メンタルヘルスの取り組み」に関する企業アンケート調査結果」
- 日本生産性本部 メンタルヘルス研究所編『産業人メンタルヘルス白書 2010 年版』第 1 部第 2 章、日本生産性本部 生産性労働情報センター、pp.21-101。

- 丸山崇、亀田高志、永田智久、長倉竜士、河下太志、吉野俊美、池田友紀子、下久保奈々、森晃爾 (2006) 「CSR における安全衛生・産業保健活動の位置づけに関する研究 (6) 東証一部上場企業の CSR 報告書における安全衛生・産業保健活動の記述に関する縦断調査」『産衛誌』48 巻、2006、p.399。
- Baicker, Katherine; Cutler, David; Song, Zirui (2010) “Workplace Wellness Programs Can Generate Savings,” *Health Affairs* 29, No.2 (2010).
- Lerner, Debra ; Adler, David A.; Chang, Hong; Berndt, Ernst R.; Irish, Julie T.; Lapitsky, Leueen; Hood, Maggie Y.; Reed, John; Rogers, William H. (2004) “The Clinical and Occupational Correlates of Work Productivity Loss among Employed Patients with Depression,” *J Occup Environ Med.* 46, 2004, S46-S55.
- Loeppke, Ronald; Taitel, Michael; Richling, Dennis; Parry, Thomas; Kessler, Ronald C.; Hymel, Pam; Konicki, Doris (2007) “Health and Productivity as a Business Strategy,” *J Occup Environ Med.* 49, 2007, pp.712-721.

やくら・なおのり 株式会社損保ジャパン・ヘルスケアサービス業務部長。最近の主な論文に、“Retrospective Cohort Study for the Evaluation of Life-Style Risk Factors in Developing Metabolic Syndrome under the Estimated Abdominal Circumference” *Asian Pacific Journal of Disease Management*, Vol.1 (2007), No.2, pp.55-63。経済学、健康マネジメント学専攻。