

# 女性のキャリア形成とメンタル・ヘルス

——女性の労働市場参加と留意すべき課題<sup>1</sup>——

## Women's Occupational Stress and Mental Health

お茶の水女子大学教員 篠塚英子

Since the Law of Equal Opportunity and Treatment between Men and Women in Employment took effect 20 years ago, equality of the sexes has been established as a social ideal. Naturally, there are now more places for women to succeed in the labor market. Another social issue has emerged, however, from this situation, that of mental health. This paper analyzes from a gender perspective the serious problem of emotional disorders (mental health) in the workplace arising from the intensification of international economic competition. Methods used for analysis are (1) collection of statistical data; (2) analysis of data by gender; (3) proposing ways of reducing cases of mental health problems in women.

**Key words :** Mental health Occupational stress Gender  
キーワード: 心の病 職業上のストレス ジェンダー

## 1. 問題の所在

### 1.1 戦後初めて経験する長期不況

1975年、国連女性会議を契機に、女性の社会参加を支援する全世界規模の運動が起きて以来、約30年が経過した。この間、日本においても女性の地位を高めるさまざまな政策が実施された<sup>2</sup>。それによって、経済、労働の分野では女性の被雇用労働者が増大し、社会的にも経済的にもその存在が無視し得ない重要性をおびてきた。

しかしわが国では90年初のバブル経済崩壊後、戦後初めて経験する深刻な長期不況に入り、90年代後半からは「失われた10年あるいは15年」という表現にあるような停滞期に直面した。その結果、経済構造の大変革の強行により、日本の労働市場を根底から変えるような変貌をもたらされた。これまで「日本的雇用慣行」として海外から賞賛されたこともあった長期安定型の労使慣行は一転して根底から崩れ、経済全般を「市場競争原理」で見直すことこそ、日本経済再興の鍵であるという意見が広く流布した。この背景には、労働のみならず、あらゆる分野を「構造改革」することなくしては、この傷んだ日本経済の復興はない、というスローガンのもとに例外なき改革が小泉前首相(任期2001～06年)の下で執行されたことがある。

### 1.2 過去30年間女性をめぐる労働市場の激変

女性労働者をめぐる環境は、この約30年、まさに経済変化と軸を同じくして展開されたが、とくに雇用されて働く女性にとっては激動の30年間であった。当初、女性は男性に“遅れて雇用労働市場に参加した”ため、社会的関心は当然もっぱら人数(量)が増えることに注目が集まった。ある程度、人数が達成されると、次に労働の質の問題、すなわち女性はどのような分野で、どのような形態で働いているのか、あるいは男性と対等に働いているのか、そしてキャリア(職歴)を継続しているのか等々、質的面に関心がシフトした。

そもそものきっかけは、1975年国連主導による女性会議にあった。これは世界中の女性の地位を高めるための画期的な運動であっ

た。しかし30年に及ぶ歴史と経験蓄積により、女性の社会参加を支援することは国際社会メンバーとしての共通理念になっていた。その結果、政治、経済、教育、文化などあらゆる分野の政策決定の場に、女性を登用することが、社会構築にとっても有益である、という思想が世界の共通課題になった。こうしてわが国においても、政府主導のもとに、ようやくその理念を達成する法的基盤が整った。1999年男女共同参画基本法が施行され、現在に至っている。

こうした女性労働者の量的、質的变化は、女性に対する期待と同時に、女性労働者にとって過酷な競争社会への航海の出航を意味した。すでに経済成長は緩やかな安定成長期に入っており、国際競争は一段と厳しさを増していた。とくにバブル経済崩壊後の長期不況期に入ると、労働市場も激変の中、日本的雇用慣行は崩れ、男性労働者の雇用も不安定化してきた。男女ともに厳しい競争的な労働市場の到来である。

すなわち、キャリアを志向する総合職女性だけが厳しさに直面したのではない。男性も、さらにキャリアコースから外れた一般の女性労働者も、すべてが職場における精神的苦痛と隣り合わせの競争的な職場環境が増えてきた。労働者に精神的な苦痛をもたらす要因は多種多様である。いじめ、セクシャル・ハラスメント、人間関係、昇進昇格をめぐるトラブルなどは、これらは精神面にもたらす病を引き起こす原因にもなる。ここにメンタル・ヘルス、いわゆる心の病の問題が、職場において発生していることに対して、ゆっくり人々に認識されるようになってきた。

### 1.3 身体の病から精神の病へ

これまで長い間、労働者の企業に対する関心や要求は、労働組合を通じた賃金や労働時間短縮を含めた労働条件による生活改善が主力であった。しかし肉体的苦痛以上に精神的苦痛による健康侵害が長期間の療養を要すること、仕事を継続できないため経済的逼迫におちいるなどの症例が明らかになるにつれ、賃金上昇や労働時間短縮など目に見える効果以外に対して社会的関心が高まった。

その背景にはこの30数年における産業構造の激変、とくに労働者の安全を守る労働組合という支援組織が衰退したこと<sup>3</sup>、そして市場経済の激化が労働者に一段の競争を強いていること、などがあげられる。とくに女性については、男性よりも雇用労働者の経験が浅く、かつ急速な量的、質的变化が、女性特有の負担である出産・育児との両立で対応できないことからくるストレスの事例が、多くあげられている(藤本・荒賀・東:1996)。だがこうしたメンタル・ヘルス問題を抱えている人たちの実態把握ですら、まだ日本では西洋諸国に比べて大きな遅れをとっている。

すでに競争原理が他の先進諸国に先んじているアメリカでは、メンタル・ヘルスの対処でもわれわれの数歩先を歩んでいる。とくにケアの必要な人たちの介助の視点から書かれたテキストとしてパラド&パラドが1965年に初版しており、30年を経て新装されたものが2005年に出版されている(パラド&パラド:2005)。日本ではこうした分野の研究面で、とくに女性に視点をおいたものは少ない。しかし最近の書物では、河野(2005)が幅広く女性のメンタル・ヘルス支援の視点に立った情報をまとめている。

本論では、とくにキャリア志向の女性が增大している現状における女性のメンタル・ヘルスの実態把握を、第1の狙いとした。そのうえで、第2に、なによりも実態把握のためには統計整備が必要であることを整理し、そして第3に、とくに女性のキャリア形成にとってメンタル・ヘルスの問題が投げかける課題は何か、という視点から分析する。

## 2. 社会問題を切り取る統計の必要性

### 2.1 国民の健康に関する調査

これまで国の経済政策にとって、人口・労働の実態に関する統計は、とくに財政規模を確定する根幹となるものに限られ、また国民生活を把握し政策に不可欠であるために、もっとも重視されてきた。国で定めた統計法には、国税をつかって作成されるいわゆる指定統計があり、人口・労働分野では主に総務省が担当し、大きく3つに分けられる。

第1は、5年後ごとに実施され、日本に在住するすべての人びとが対象となる悉皆調査の「国勢調査」で、これは各種統計に対する母集団情報を提供する重要な役割を果たしている。第2は、月次調査(その結果は年次調査に集計される)としての「労働力統計調査」で、就労の動態調査としての役割をもち、失業率など景気変動を表す統計として関心が高い。第3は、5年後ごとに実施される「就業構造基本調査」で、ふだんの就業・不就業状態の構造変化を捉える役割を担っている。

しかしこうした人口・労働の統計に比べて、国民の健康状態を就業関係との関連でクロス分析することの政策的関心はあまり見られない。その背景には第2次世界大戦の敗戦後、経済的・社会的損失の大きかった日本においては、まず国民の栄養状態の回復に重点がおかれ、身体的な健康状態把握の統計が最優先とされたからであろう。当時の日本の世界における経済的・社会的地位を考えれば、政策順位としては妥当な選択であったと理解できる。その担当官庁は、旧厚生省で、現在の厚生労働省(以下厚生労働省と称す)である。

現在、国民の健康調査として重要なものは厚生労働省「国民生活基礎調査」である。毎年実施されているが、実際は予算制約上、3年毎の大規模調査と、中間の隔年は世帯の基本的事項の調査に限定した小規模簡易調査との合体になっている。ここでいう調査とは国民全員を把握する膨大な費用のかかる悉皆調査ではなく、調査対象者数

を選定した標本調査の意味である。

本調査が現在の形になったのは、昭和61年(1986)からで、本来これまで個別に実施されていた4つの健康に関する調査を、ひとつの体系に整備統合したものである<sup>4</sup>。

### 2.2 メンタル・ヘルスの調査事項

2006年現在、最新の大規模調査としての「国民生活基礎調査」は、平成16年(2004)実施のもので、これは13年(2001)調査を大幅改訂しており、全部で10問からなる。ここではメンタル・ヘルスの傷病に関して把握できる箇所は、通院分野の基本的な傷病調査事項以外は、問8の「悩みやストレス」のある者だけを対象にした、問8-1で、悩みやストレスの内容を聞いているところである。それが2004年調査ではメンタル・ヘルスの重要性が認識され、問8-2が追加事項となったのである(図1参照)。

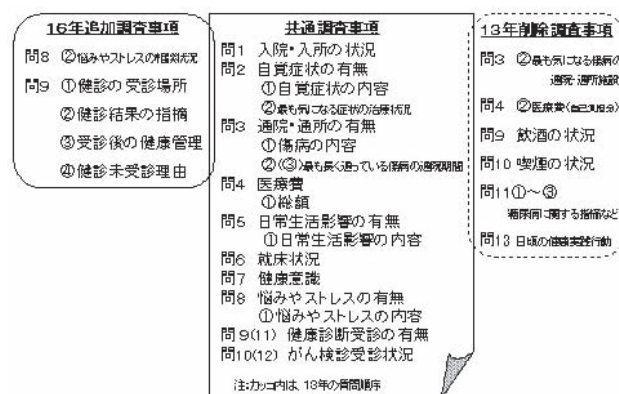


図1 平成16年国民生活基礎調査：健康票の調査事項

出所 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/05/s0530-8h.html>

この問8の追加事項の流れは、質問8「現在、日常的に悩みやストレスがありますか?」の設問に対し、「ある」と答え場合に、補問8-1の「それはどのような原因によるのか?」の設問となり、29ケースの選択肢に進む。29ケースの選択肢は、性的問題、結婚、妊娠、進学、いじめ、セクシャル・ハラスメント、収入など、ストレスの原因が列挙してある。

追加された補問8-2の内容は、「悩みやストレスをどのように相談しているか?」の設問になり、相談相手に関する選択肢が11あり、病院・診療所を始め、職場の人、民間相談機関などになる。この設問を厚生労働省のホームページから貼り付けた図2を参照されたい。

現在、政府統計にあるメンタル・ヘルスの調査事項はこれのようになりかなり限定されたものである。この背景にはこの分野に対する人々の関心がさほど高くない時点において、国民の税金をつかってまで心の病を統計として把握することの重要性が、まだ認識されていなかったからであろう。

### 2.3 社会問題を先取りする

こうした統計調査事項の変更を見るにつけても、統計とは常に新たな社会現象の発生から数歩遅れて、後追いで作成されるということが分かる。このことは各分野で先端の情報を察知している専門家たちが先頭に立ち、統計の必要性を先取りして社会に発信していく責任がある、ということを意味しよう。

ところで、平成19年度(2007)の国民生活基礎調査の改定計画が

質問8 あなたは現在、日常生活で悩みやストレスがありますか。(12歳以上の方のみ)

1 ある 2 なし → 質問9へ

補問8-1 それは、どのような原因ですか。あてはまるすべての原因の番号に○をつけてください。その中で最も気になる原因の番号を番号記入欄に記入してください。

01 家族との人間関係	13 別居家族の介護	24 自分または配偶者の就業(転職、失業等)に関すること
02 家族以外との人間関係	14 恋愛	25 自分または配偶者の仕事に関すること(24を除く)
03 断捨離がない	15 結婚	26 自分の学業・受験・進学
04 生きがいに関する事	16 離婚	27 いじめ
05 することがない	17 性に関する事	28 セクシュアル・ハラスメント
06 自由にできる時間がない	18 妊娠・出産	29 収入・家計・借金
07 将来・老後の収入	19 育児	30 身近な人の死
08 自分の老後の介護	20 仕事の子どもの世話	31 住まいや生活環境(公害、騒音及び交通事情を含む)
09 自分の健康・病気	21 子どもの教育	32 通勤・通学(距離、時間がかかる等)
10 別居家族の健康・病気	22 子どもの仕事に関する事	33 その他
11 別居家族の健康・病気	23 家事	34 わからぬ
12 同居家族の介護		

最も気になる悩みやストレスの番号記入欄 → 番

補問8-2 悩みやストレスを、どのように相談していますか。あてはまるすべての番号に○をつけてください。また、最も気になる悩みやストレスについてどのように相談していますか。あてはまる番号の主なもの3つまで番号記入欄に記入してください。

01 家族に相談している	08 病院・診療所の医師に相談している
02 友人・知人に相談している	07 テレビ、ラジオ、新聞等の相談コーナーを利用している
03 職場の上司、学校の先生に相談している	08 01~07以外で相談している(職場の相談窓口等)
04 公的な機関(保健所、福祉事務所、精神保健福祉センター等)の相談窓口(電話での相談を含む)を利用している	09 相談したいが誰にも相談できない
05 民間の相談機関(悩み相談所等)の相談窓口(電話での相談を含む)を利用している	10 相談したいがどこに相談したらよいかわからない
	11 相談する必要はないので誰にも相談していない

最も気になる悩みやストレスの相談状況の番号記入欄 →   番

図2 国民生活基礎調査:健康票16年質問8「悩みやストレスのある場合」出所 図1に同じ

2006年9月から総務省統計審議会(実際の審議は「国民生活・社会統計部会」)に諮問され、11月に答申が出された。本論の執筆時点(2006年12月末)ではまだ正式な改定案はホームページに掲載されていない。しかし、専門家の医師2人が部会委員として参加され積極的な討論を戦わせた結果、19年度改定にはさらに充実したメンタル・ヘルスに関する調査事項を追加することに至った。その部会には筆者も委員の一人として参加していたので、この件は本論の結びで簡単に触れる予定である。

### 3. 性別にみたメンタル・ヘルスの実態

#### 3.1 通院者は女性が男性より7割強多い

本節では前節でみた「国民生活基礎調査」2004年版を用いて、日本の男女の心の病をもつ人たちの実態をみていく。まず「心の病」を持っている人を何で把握するかが問題である。人々の病はひとつの傷病だけでは限らない。通院した場合には病院の複数の診療科を訪問するであろう。そう考えて本統計では、複数の診療を受けているにかかわらず、本人が「主な傷病」と思っているものひとつに○を付した傷病名をとることにした。

その結果「主な傷病」を「精神・神経系」と回答したものをここでは「心の病」として扱う。本統計ではこの精神・神経系に4項目が含まれているが、そのうち、痴呆を除いた3項目、①精神病(躁うつ病、統合失調症(精神分裂病など))、②神経症、③自立神経失調症、の3つをとり、これを本論対象の「心の病」とした。痴呆(現在は認知症と改称)を除外したのは、本論の狙いがキャリア女性とメンタル・ヘルスに主眼をおいているため、相対的に高齢期に多く発生する認知症は当面分析からはずしてもよいであろうと判断した。

表1 心の病の基礎データ:性別通院者数(2004年)

最も気になる傷病	通院者数			うち仕事あり		仕事有の割合%	
	女性:千人	男性:千人	性比(男=1)	女性:千人	男性:千人	女性	男性
精神病(躁うつ病・統合失調症等)	274	221	1.24	72	90	26.3	40.7
神経症	198	134	1.48	56	58	28.3	43.3
自立神経失調症	289	97	2.98	108	60	37.4	61.9
合計	761	452	1.68	236	208	31.0	46.0

出所:厚生労働省「国民生活基礎調査」平成16(2004)年版  
注:傷病は最も気になる傷病一つを選択。年齢15歳以上:第66表より篠塚作成

その結果の「心の病」に該当する実数が表1であり、通院者全数の中から全数と有業者を区分して掲げた。さらに表1の有業者については図3として別途図示した。

通院者全数では全年齢が対象である。女性76万人、男性45万人で男女合計すると約120万人になる。女性のほうが男性より7割弱多くなっている。これは女性の平均寿命が男性より約7歳も長いことによる年齢構成の違いによるものである。他方、有業者(15歳以上)に限定すると、女性は約23.6万人に対し、男性は約20.8万人となり、有業の通院者数は男女計44.4万人(2006年)であった。有業者でみた心の病の患者は、女性のほうが男性より13%多いということは、有業者総数が女性よりも男性の方が4割強も多い実態を考慮すると、ここには明らかにジェンダー・ギャップが存在している。

#### 3.2 有業女性がよりストレス負荷になる背景

実際、2004年時点の有業者数を総務省統計局『労働力調査』から雇用者数でチェックすると、女性2626万人、男性3713万人であるから、働く人数の性比は1対1.4倍と男性のほうが4割も多い。そこで労働市場の現場では有業数のより少ない女性のほうが、なんらかのストレスを男性より多く抱えていると想像される。

これが本人固有の原因なのか、雇用環境によるのか、この統計からだけでは明確な結論をえることができない。そこで次に、心の病の傷病について、ジェンダー・ギャップの視点から性別の患者数をみたのが図3である。すると女性は自立神経失調症でより多発しているが、神経症では性差がなく、逆に精神病では男性が相対的に多くなっている。

有業者の最近の雇用状況は一般に男女ともに同程度に厳しさを増している。心の病が際立って女性にのみ負荷しているとはいえない。

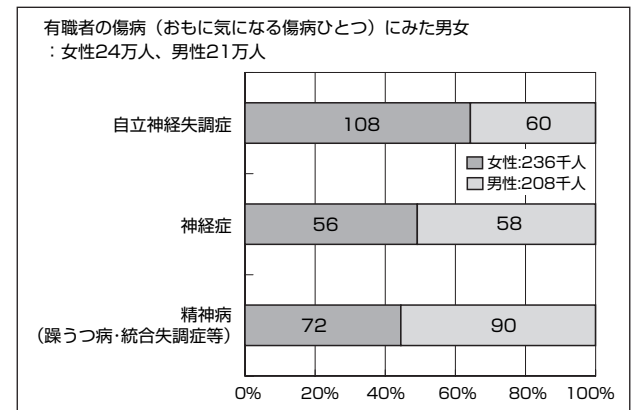


図3 有業者の傷病別・性別 心の病の通院者(単位:1000人) 出所 表1に同じ

むしろ表1および図3からは、過去30年におよぶ女性の労働市場進出によって、男性優位であった労働市場に優秀な女性が参入することで、男性からみた競争が一層厳しくなったとも考えられる。また、女性自身は男女雇用機会均等法施行後の約30年を経て、男女対等に雇用の場で競争を強いられた結果、出産、育児との両立、昇進へのプレッシャーなどに加え、これまでに経験したことのない職場でのストレスも加わり、家庭内でのストレスを併発していたと思われる。

藤本・荒賀・東(1996:p176)では病症例を紹介しつつ、「フルタイムで働く高学歴女性に、スーパーウーマン・シンドロームが広がりつつあり、今後中年期女性でメンタルヘルスが上がるのが予想される」と指摘する。さらに重要な点は、職場での出来事を原因として、抑うつ症状や心身症状になり、出勤できなくなる「職場不適応症」について、次のような言及がある。

「10数年まえまでは男性の事例がほとんどであったが、近年は女性例が増えてきたこと(中略)女性の職場不適応症の特徴は、男性では主として職務内容を引き金にしているのに対し、女性にみられる不適応症はむしろ職場内での対人関係のトラブルが引き金になることが多い」(藤本・荒賀・東1996:p125)。

さらに仕事をしている女性の場合、結婚、妊娠、出産、子育ては男性には相対的に少ない負担が、一段と母親としての女性の肩のしかかる。明らかにこのストレス発生はジェンダー・ギャップそのものといえよう。

### 3.3 どんな業種で心の病が多く発生しているか

そこで次に心の病の傷病を抱えている人は、どの職業分野で多いのかを見よう。女性の傷病者は先にみたように23.6万人であった。この人たちの職業分布を、①専門的・技術的・管理的職業、②事務・販売的職業、③サービスの職業、④農林漁業・運輸・生産工程、⑤その他、に5区分してみる。また比較のために全女性労働者がこの5区分ではどのような就業構成になっているのかも検討する。そうすることで心の病の発生が、単なる人口構成上の違いによるものではなく、職業と心の病の間に関連があるかどうかを探ることができるからである。

図4はこれまでと同じ『国民生活基礎調査』健康票から、女性の有業者で心の病を主な傷病としている人たちの職業構成と、女性雇用者全体の職業構成を対比した。この図から次のことがわかる。

第1に、全女性雇用労働者2626万人に対し、心の病で通院して

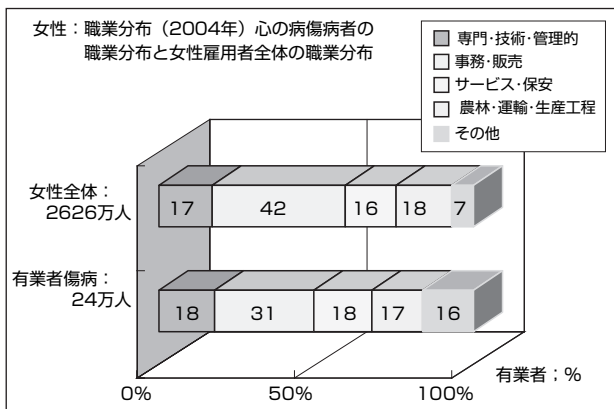


図4 有業女性の職業分布：心の病の通院者と有業女性全体の比較  
出所 有業傷病者は表1と同じ。女性全体は総務省「労働力調査」における女性雇用者総数を100とした職業分布

いる女性約24万人は約1%にあたること、第2に、女性全体の職業分布と、心の病をもつ傷病者の職業分布はほぼ比例関係にあること、第3に、その中にあって女性労働者の割合の最も高い事務・営業職では人口構成比より10ポイント傷病率が低いこと。この最後の点は女性の心の病は、事務・営業という比較的、技術や熟練を要しない職種では発生率が低いこと、逆に専門・技術・管理的職業の人口分布と傷病分布では、メンタル・ヘルス障害発生とほぼ一致していることを指摘しておこう。メンタル・ヘルスに関するジェンダー分析に必要な政府統計情報はこの『国民生活基礎調査』健康票だけである。だがこれではあまりに現状を説明するには不足しているといわざるをえない。

## 4. 民間提供のメンタル・ヘルス調査の活用

### 4.1 メンタル・ヘルス研究所の調査

最近、民間企業では自社の従業員のメンタル・ヘルスについて強い関心を持つ傾向が表われてきている。たとえば緊急にインターネットを通じて実体調査を行ったのが独立行政法人労働政策研究・研修機構(2005)であり、『Business Labor Trend』(12月号)詳細な結果報告がある<sup>5</sup>。この調査からは、企業がメンタル・ヘルスに関心を持つ背景として、これを放置しておくこと企業の生産性の低下を招き、ひいては経済的損失に結びつくという危惧をいっている、ということも判明した。

他方、財団法人・社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所(2006)では、どこよりも先駆けて、メンタル・ヘルス調査を実施して、今回調査は3回目であった。しかし残念なことに、両組織ともまだ性別の調査に至っていない。調査実施当事者には労働現場におけるメンタル・ヘルスとジェンダー分析の関連性、重要性がまだ認識されていないのが現状である。

しかしこれらの最新の民間調査からきわめて有用なメンタル・ヘルス情報をえることができる。特に「メンタル・ヘルスの取り組み」を発表しているメンタル・ヘルス研究所では、2002年、2004年に次いで今回2006年が3回目の調査であり、時系列変化を利用できる強みがある。

調査実施時期は2006年4月、アンケート調査票郵送方式で、調査対象は上場企業2,150社の人事労務担当者である。しかし回答企業が218企業(回収率10.1%)と少ないことも、やはりまだメンタル・ヘルスに対する企業全般の関心の低さを示しているようである。

### 4.2 いくつかの発見された実態

ここではメンタル・ヘルス研究所(2006)の調査結果から得られた知見を確認しておきたい。第1は、心の病を持つ従業員が過去3年間で増減したかどうかを企業の人事労務担当者に聞いた質問に対して、過去2回の調査と比較すると、「増加傾向」と回答した割合が6割に達した(図5)。「わからない」とする企業が近年で減少しているの対照的である。この点は「メンタル・ヘルスの問題をそれほど認識していなかった企業が自社の現状に初めて明確な認識を持ち始めたのではないかと報告書では分析している。

他方、心の病にかかる年齢層については、30歳代が最も多く、時系列的にも増加を示しており、しかも時系列的にももっとも増加した2006年には、6割に達した。30歳代はもっとも働き盛りで、人生における結婚や家族形成の時期にあたり、又仕事面でも過酷な状態で、ストレスが負荷していると思われる(図6)。

第2に、こうした心の病が増加する背景には職場での仕事の形態

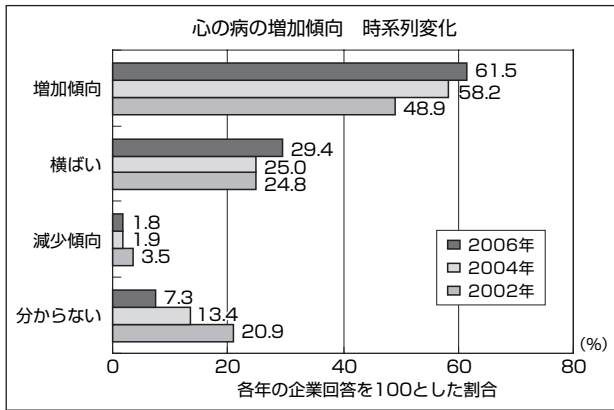


図5 心の病をもつ従業員の時系列変化、年齢別  
出所 財団法人・社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所(2006)

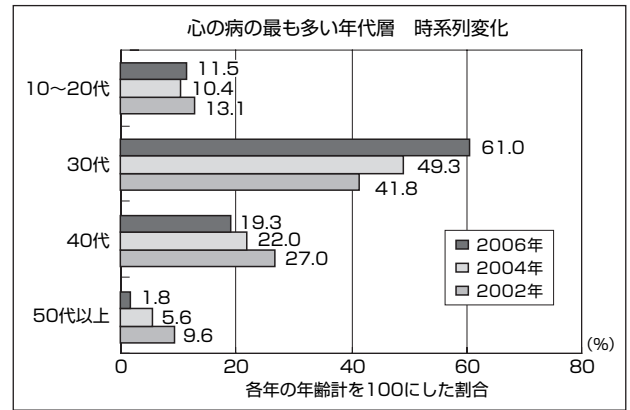


図6 年齢と心の病  
出所 図5と同じ

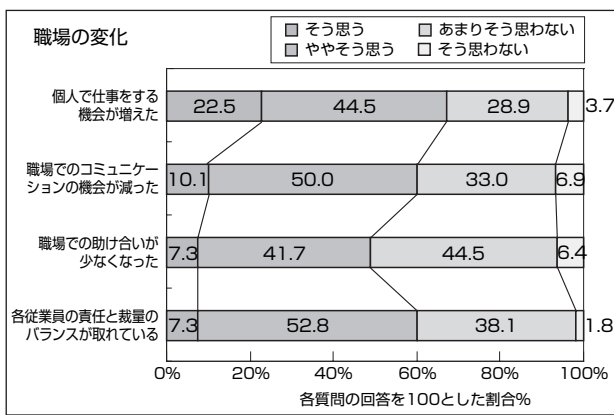


図7 一人で仕事をする 것과メンタル・ヘルスの関連  
出所 図5と同じ

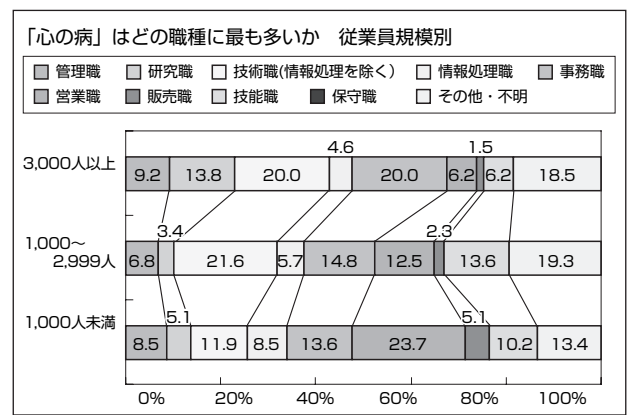


図8 企業規模と職種による心の病  
出所 図5と同じ

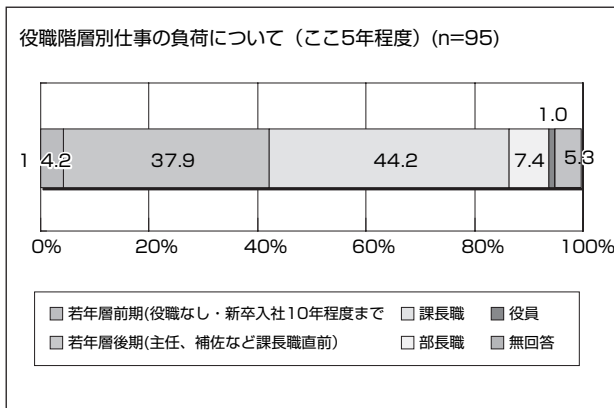


図9 仕事の負担度の高い役職  
出所 図5と同じ

に変化が起きたことがあげられる。図7がそれを示している。長引くデフレ経済によって職場の人間関係は悪化した。特にリストラや企業統合などの続発も従来の日本的雇用慣行を緩やかに変形しつつ、仲間と強調してやる仕事より一人で仕事をする競争型の部署が増えてきた。正規雇用と非正規雇用の対立なども職場での孤立化を強め、仲間同士助け合うゆとりがなくなった。この背景にはグローバル化の中核を占める情報通信機器の存在が無視できないであろう。こうしてストレスや悩みを抱えた労働者にとって厳しい状況が進行している。

第3は、心の病の発生する職業のうち、専門的・技術的・管理的職業などは、従業員規模の大きい企業ほど発生する割合が高いが、営業職では逆に規模が小さいほど発生する割合が高い(図8)。また事務職においては、大企業ほど心の病が多く発生している。ここから性別の状況を類推すると、専門的・技術的・管理的職業を目指す総合職女性ほど大企業志向が多いから、厳しい競争の中で男性と同様にストレスのある職場環境で這い上がっていきと予想される。こうした職場環境はタフな人間には刺激のかつ魅力あるものであるが、そうでない人間には辛い状況と化す。

最後に管理的地位についている場合のストレスの負担についてみたのが図9である。

ここ5年程度について役職階層別に仕事の負担の程度をみたものである。もっともストレスが負担しているのは課長職で、次いでこれと遜色がないのが主任・補佐など課長職直前のポストである。この2つのポストで仕事の負担の程度は約8割強を占める。部長職や役員に上り詰めるとストレスはむしろ少なくなる。女性労働者の視点からみると、女性管理者数はまだまだかなり少なく、課長職にいたる直前にとどまっているクラスが非常に多い。こうしたポジションはもっともストレスの多い状態にあるといえよう。

#### 4.3 雇用の場で個別紛争は増加

民間組織の調査によって働く男女のメンタル・ヘルスが危険な状況になっている現状をみてきた。こうした調査結果から当然のように現実の労働現場でのトラブルが危惧される。最後にこの紛争の状

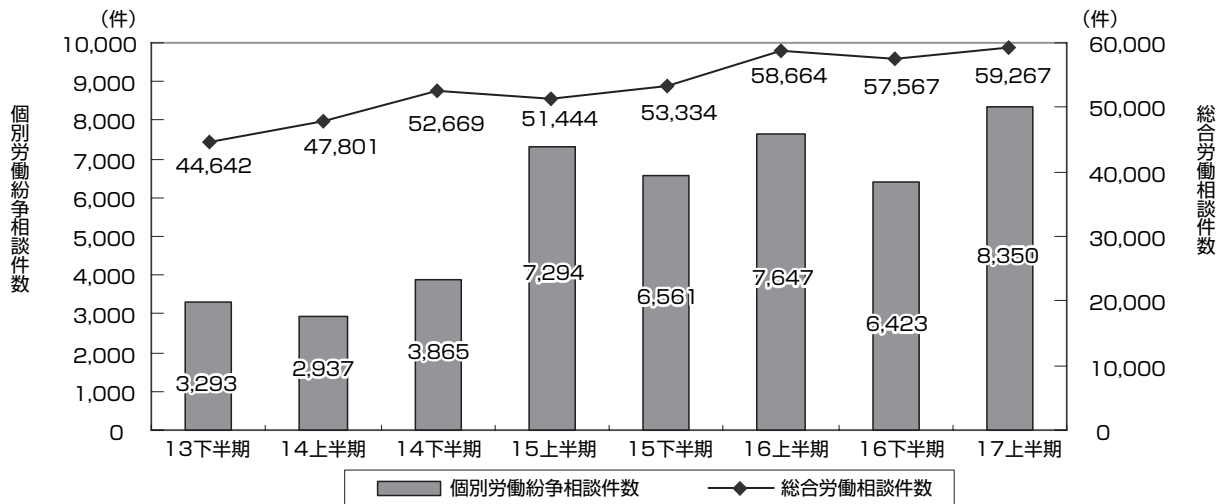


図10 東京労働局にみる個別紛争に関する件数

出所 東京労働局平成17年11月8日個別労働紛争解決制度実施状況 <http://www.roudoukyoku.go.jp/news/2005/20051108-funso/20051108-funso.html#a>

況をみよう。

個別労働紛争解決制度は、平成13年(2001)10月に施行された。個別労働関係紛争の解決促進をする法律に基づいて、地方自治体が紛争の相談、調停の役割を果たすことになっている。こうした制度導入の背景には「失われた10年あるいは15年」といわれた時期、労働市場では企業のリストラが構造改革にとって避けて通れないというお墨付きを政府が発信した結果登場したものである。人事労務管理の個別化等、雇用形態が激変した厳しい経済・雇用情勢等を反映し、全国約300カ所の総合労働相談コーナーには、多くの民事上の個別労働紛争に係る相談が寄せられた。平成15年(2003)全国ベースで14万件を超える個別紛争相談件数が上がった。紛争以外も含めると73万件を超えた。また、このうち助言・指導申出受付件数は4千件、あっせん申請受理件数は5千件を超えるなど、制度の利用が進んだ。

図10には東京労働局を事例に個別紛争の時系列の推移をみた。制度試行の平成15年から紛争が増加しているのが読み取れる。上期に増加するのは、年度初めに、採用、昇進、昇格、配転などが集中する時期だからであろう。こうした紛争相談に対する法的対処もまた、一段と雇用市場が厳しくなってきたこと示す材料になろう。同時に、心の病が受けやすくなる背景でもある。

全国ベースでみた個別紛争相談14万件(2003年)の相談内容を見ると、最も多いのが解雇の29.8%、次いで労働条件の引き下げ15.8%、その他の労働条件18.6%と続き、いじめ・嫌がらせ7.4%になり、その他に退職勧奨、出向・配点、セクハラなどが続く。

働く男女にとってメンタル・ヘルスの負担となる経済環境を示す貴重な資料のひとつであろう。こうしたなか、前述したように安倍首相のもと経済財政諮問会議がリーダーシップをとり、一段と労働市場に市場原理を導入する「労働ビッグバン」改革を押し進める計画が進行している。労働者が自由に移動できるようにさまざまな規制緩和を図ることを狙っているという。これもまた新たに男女のメンタル・ヘルスを一段と脅かす材料になるであろう<sup>6</sup>。

## 5. 学際的研究の必要

### 5.1 これまでの要約

以上を要約するとつぎのようになる。

1. 産業構造の激変による男女雇用者の職場でのストレスは高まっている。
2. 有業者のメンタル・ヘルス疾病約44万人を性別にみると、就業構造の人口では男性が4割多いのに比べて、女性の病いのほうが1割強多く発生している。
3. 男女均等の職場である専門的職種におけるメンタル疾病は、性差が小さい。だが、事務・販売では性差が大きい。すなわちメンタル・ヘルス・ケアでは性差に注目すべきである。傷病は課長職を中心に主任、係長、課長補佐へと広がっており、全体の85%に至る。
4. 企業でのメンタル・ヘルスへの関心の高まりは、企業の生産性低下を危惧するという、経済的損失面に関心が大きい。
5. 身体的疾病より精神的疾病のほうが原因追求が複雑であり対処は困難である。相談内容も医学、経済学、臨床心理学、法律などの見識が求められるためジェンダー学際的研究が必要である。
6. 適切な処方には正確な各種政府および民間の統計が必要で、医学分野のジェンダー統計への関心が求められる。なによりもまず実態把握のための充実した統計作成が必要である。

### 5.2 キャリア女性とメンタル・ヘルスの意味

女性のキャリア形成にとってこれまでみてきたメンタル・ヘルスはどのような意味合いで解釈できるのであろう。ひとつのヒントは最近のキャリア女性のインタビュー記事から得ることができる<sup>7</sup>。

日本IBM専務執行役員内永ゆか子氏は民間企業で女性役員としてトップの座を守り、走り続けている女性キャリアのロール・モデルである。内永氏は「1年に4回も部署が変わる体験はプレッシャーが大きかったが、チャンスをつかむためにはできないこともできるということが必要。キャリアの階段を上るのは楽でないが、上に行けば麓で見たのとは違う風景が広がる。『できないなんて絶対じゃないよ!』と撒を飛ばす。

結論はこうである。こうしたキャリア女性にはメンタル・ヘルスの心配は無用である。政策決定の場をめざしてキャリア形成に励む女性にはジェンダー・ギャップの世界と無縁でジェンダー・イコールの領域に突入している。しかし、メンタル・ヘルスに陥るケースの女性の場合なにが起きたのか。それは、キャリア女性と同じに

「出来ないことを出来ない」と言わなかったのではないか?その結果、背伸びをして押し潰されるのであろう。出来ないことを「出来ない」と言える社会も重要である。出来ないことを出来るようにしてしまえる女性はまだ少数だからである。そこで日本ではまだ当分ジェンダー・ギャップに悩む女性の数は減りそうもない。増える一方であるからこそ、メンタル・ヘルスの研究がこれから必要とされるのである。

### 5.3 メンタル・ヘルスを把握する努力

医療現場のメンタル・ヘルスを示す統計不足に加えて、研究者の学問領域を超えた学際的研究の不足もまた、このテーマの問題の深さと対処への手がかりの困難さを示している。医療関係者と経済学者、そして心理学、法律の分野の研究者が一堂に会して、学際的研究発表によって政策提言をしていく必要が一段と高まっている。

本論2節で、厚生労働省『国民生活基礎調査』健康票の平成19年実施にむけた統計調査実施の諮問および答申について触れた。統計審議会「国民生活・社会統計部会」においてメンタル・ヘルスに関する新たな調査事項を追加できたのである。それは審議会部会メンバーに医師、経済学者、労働組合専門家、統計専門家、行政官とそれぞれ学際的なメンバーによる活発な議論ができたことによる貢献が大きい。

19年度(2007)に新たに追加される予定の調査事項とは、米国CDC(疫病管理予防センター)での調査のために、ハーバード大学医学部健康政策学Kessler教授の開発した「こころの健康を測る指標の追加」であり、教授の頭文字をとりK6(ケー・シックス)と呼んでいる。ここではメンタル・ヘルスに関する設問事項が無回答を除き6項目追加され、それぞれ心の状態を、どの程度の頻度で感じるかを聞くものである<sup>8</sup>。

K6の1項目である「神経過敏にかんじましたか?」の設問に対して、いつも、たいてい、ときどき、少しだけ、まったくない、無回答、の6択中から○を採択するように設計されている。

この項目にあるようなメンタル・ヘルスに関する設問6項目について、6択の選択肢に○を付すことで、将来的には個人の心の不安定度を点数化し指数化することもできるという。このK6はすでに国際的に採用され、いくつかの国で実用化しているという。そこで一気にわが国も政府統計にメンタル・ヘルスの設問項目として採用することができたのである。

19年度調査でこの新たなK6をもちいた調査が実施される。初めての調査がうまく人々のメンタル・ヘルスを把握できるかどうか、やってみなくてはわからない。調査結果の精度や回収率などを検討した上で、ジェンダー視点の分析がK6により明らかにされることが期待される。K6の分析によって男性と女性の心の病の大きさの違いを指数化して、その発生の背景をキャリアとの関係から明らかになる時代が、目前に迫っている。

### 文献

- ・河野貴代美編著(2005)『女性のメンタルヘルスの地平』コモンズ。
- ・(財)社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所(2006)「メンタル・ヘルスの取り組み」。
- ・パラド・H・J/L・G・パラド編、河野貴代美訳(2003)『心的外傷の危機介入—短期療法による実践』金剛出版、原著はHaward J.Parad & Libbie G.Parad Editors(1990,1999) *Crisis Intervention Book2*, Manticore Publishers.
- ・藤本修・荒賀文子・東牧子(1996)『女性のメンタルヘルス』創元社。
- ・労働政策研究・研修機構(2005)『Business Labor Trend』「職場のメンタルヘルス対策」12月号。

### 注

- <sup>1</sup> 本論は2006年9月9日、女性精神医学研究会主催、第3回ウイメンズ・メンタル・ヘルス・ケア研究会(会場:日本教育会館)の学会において招待発表した報告を元に書き下ろしたものである。精神医学関係者との活発な討論は筆者にとって初めての経験であり、貴重な意見交換ができたことを心から感謝したい。また当日の座長であった河野貴代美氏(お茶の水女子大学客員教授)には、経済学と精神医学との異分野の議論について軽妙な橋渡しをしていただいた。さらに複数の関連文献の利用上の便宜をいただき、厚くお礼を申し上げたい。しかし本文のありうる誤りはすべて筆者にある。
- <sup>2</sup> 1975年国連の主導の下、世界中の女性の地位向上を狙った「国連女性会議」がもたれ、その後の10年間を「国連女性の10年」と定めた。そこではあらゆる分野における女性の地位向上を阻害する法制度および文化・慣習の撤廃を図ることを目標に、「性差別撤廃条約」を各国が運動期間中に批准することが計画された。すなわち男女平等の社会を作る世界規模の運動である。日本においては運動最終年の1985年に批准締結をし、それによって条約に抵触する女性差別につながるあらゆる法制度の見直しなどが実行された。とくに経済分野では「男女雇用機会均等法」導入をめくり、日本では国論が真二つに割れるような大論争が起きた。一連の流れは詳しくは内閣府男女共同参画局「男女共同参画白書」およびそのホームページなどを参照。
- <sup>3</sup> 労働組合組織率は1970年35.4%から、最近では2006年18.2%にまで低下した。雇用労働者の5人に1人という惨状である。政府の経済財政諮問会議で民間委員として参加している八代尚宏氏(国際基督教大学教授)は、現在、労働市場を一段と競争原理で貫徹すべし、という「労働ビッグバン」改革論の先鋒者である。その政府主導の会議には学者、産業界、政治家(首相はじめ主要閣連大臣)であり、労働側代表は入らない。その理由として、5人に1人弱になった労働組合組織では労働者の代表とはなりえないのではないか、と指摘している(2006年11月30日第27回経済財政諮問会議議事録要旨などを参照。http://www.keizai-shimon.go.jp/minutes/2006/1130/agenda.html)。
- <sup>4</sup> もともとの調査は厚生行政基礎調査(昭和28~同60年)、国民健康調査(昭和28~同60年)、国民生活実態調査(昭和37~同60年)、保健衛生基礎調査(昭和38~同60年)の4調査を昭和60年(1985)に一つに統合することで、世帯の状況が総合的に把握でき、しかも地域別に観察できるようになり、現在にいたっている。調査票は、世帯票、健康票、介護票、所得票、貯蓄票の5つよりなる。現在標本数は、世帯票と健康票は平成12年国勢調査から層化無作為抽出した5,280地区内すべての世帯約28万世帯、世帯員約75万人、所得票と貯蓄票は、同じ5,280地区から抽出した約4万世帯、約10万人を調査客体としている。
- <sup>5</sup> 調査期間は2005年9月30日~10月18日、労組で実施。回収企業95社。対象企業は従業員規模で見ると、100~299人3.2%、300~999人12.6%、1000~9999人50.5%、1万人以上33.7%と圧倒的に大企業中心である。
- <sup>6</sup> 経済財政諮問会議議事録2006年11月30日を参照。http://www.keizai-shimon.go.jp/
- <sup>7</sup> 日本経済新聞2006年12月25日付朝刊19面「私の苦笑い」
- <sup>8</sup> K6の6項目は、①神経過敏に感じたか、②絶望的だと感じたか、③そそわ落ち着かなく感じたか、④気分が沈みこんで、何が起きても気が晴れないように感じたか、⑤何をしても骨折りと感じたか、⑥自分は価値のない人間だと感じたか、を暫定的にあげている。