

特集

メンタルヘルス不全・過労死の根絶を

メンタルヘルスの危機と ディーセントワークの課題

福地保馬

1 働く人びとのメンタルヘルスの 危機的状況

1990年代後半から、働くもののいのちと健康の危機が顕著になり、いまや、ますます深刻になってきている。以下に、その状況をメンタル不全関連のいくつかの調査に限定して取り上げるが、ただ、現在の働くもののいのちと健康の危機は、メンタル面に限ることは出来ない。脳心疾患（過労死）、職業がん（アスベスト、胆管がんなど）、重大災害、健康診断異常者の増大……などなど、労働者の心身の健康の全面的悪化がすすんでおり、それらの結節点として、人間の高次の精神活動までが侵されている事態であると捉えたい。

1) 働く世代の自殺の増加

警察庁の発表するわが国における自殺死亡者数が、1998年から一昨年まで14年連続して3万人を超えていたことは、多くの人の知るところである。「平成24年中における自殺の状況」によれば、昨年は、2万7858人と、かろうじて3万人を切ったが、依然として高いレベルであることに変わりない。

自殺死亡者数は、80年代前半に、それまで高度経済成長期の職場を支えてきた壮年層における増加で年間2万5000人を超える（1986年：2万5524人）山があったが、その後やや減少

し2万人台前半で経過していた。それが、1998年には3万2863人と急増し、それ以降高いレベルを維持したままで、2011年の3万0651人に至っている。

厚生労働省の「人口動態統計」でも、同様の傾向が明らかに認められる。自殺者の3分の2を占める男性について、年齢階級別の死亡率の70年以降10年ごとの推移（表1）をみると、2000年以後、20代から60代前半まで——つまり、働く年齢層で、死亡を増大させてきていることが分かる。

上述の警察庁調査で、死亡者の主な内訳をみると、総数2万7858人のうち、職業別では、いわゆる労働者（被雇用者・勤め人）が7421人、自営業・家族従業者が2299人、失業者が1404人となっており、これら3職種についての自殺の原因・動機をみると、「勤務問題」が2272人、経済・生活問題が3365人と、「仕事」や「雇用」と関連があると考えられる自殺が相当数にのぼると考えられる。また、原因・動機として、最も多い「健康問題」（3576人）についても、労働起因性の事例がかなりの数含まれると推察される。

2) 精神障害患者の増加

昨年11月に公表された厚生労働省の「患者調査」（3年ごとに実施）の推計（表2）によれば、2011年度の「精神障害者数」（注：表2

表1 年齢別自殺死亡率（人口10万対）の推移（男）

	15-19 歳	20-24 歳	25-29 歳	30-34 歳	35-39 歳	40-44 歳	45-49 歳	50-54 歳	55-59 歳	60-64 歳	65-69 歳
1970 年	8.7	18.8	22.0	18.3	19.3	16.4	18.1	22.9	29.7	35.9	45.7
1980 年	9.5	24.3	26.5	24.0	27.1	31.2	34.9	31.5	32.5	32.5	34.8
1990 年	4.8	14.2	17.5	19.5	20.4	22.4	30.4	33.8	33.8	31.1	32.7
2000 年	8.8	22.0	24.4	28.8	33.0	36.8	49.0	59.5	72.5	58.2	48.1
2010 年	9.7	31.4	33.0	32.1	34.9	40.1	46.4	52.8	53.7	47.1	41.7
2010/1970	1.11	1.67	1.50	1.75	1.81	2.45	2.56	2.31	1.81	1.31	0.91
2010/1990	2.02	2.21	1.89	1.65	1.71	1.79	1.53	1.56	1.59	1.51	1.28

資料：厚生労働省「人口動態統計」

表2 精神障害者数の推移

傷病分類	年度（単位：千人）						増加率（倍）	増加数（千人）
	1996 年度	1999 年度	2002 年度	2005 年度	2008 年度	2011 年度		
V. 精神及び行動の障害								
血管性及び詳細不明の認知症	91	121	138	145	143	146	1.60	55
アルコール使用（飲酒）による精神及び行動の障害	55	44	49	51	50	43	0.78	-12
その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	6	6	7	9	16	35	5.83	29
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	721	666	734	757	795	713	0.99	-8
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	433	441	711	924	1041	958	2.06	525
神経性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	466	424	500	585	589	571	1.23	105
その他の精神及び行動の障害	78	84	103	124	164	176	2.26	98
VI. 神経系の疾患								
アルツハイマー病	20	29	89	176	240	366	18.30	346
てんかん	317	235	258	273	219	216	0.68	-101
精神障害者数	2,181	2,041	2,584	3,028	3,233	3,201	1.48	1,020

注：1）精神障害者数は、「V. 精神および行動の障害」から「精神遅滞」を除外し、「VI. 神経系の疾患」の「アルツハイマー病」と「てんかん」を加えた合計。

2）総患者数は、傷病別に、調査当日の「推計患者数」に、性・年齢階級ごとの平均診療間隔を用いて算出した。

資料：厚生労働省「患者調査」（総患者数）

の注1を参照）は、320万人に上っている。1996年度に比べ、その後の15年間で約100万人増加し、約1.5倍になった。増加の中身は、うつ病などが含まれる傷病分類である「気分〔感情〕障害」が52.5万人増加し、増加分の過半を占めており、「神経性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」（10.5万人増加）と合わせ、業務と関連して発病する可能性がある代表的な精神障害の増加が著しい。

2011年度の「気分〔感情〕障害」の推計患者数（調査日当日に医療機関で受療した患者の

推計数）は、入院29.1千人、外来74.5千人（いずれも、東日本大震災の被災地である宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏、および、福島県を除く）で、15年前（1996年＝入院22.3千人、外来38.0千人、上記地区をふくむ）にくらべ、1.7倍（入院1.3倍、外来2.0倍）に増加している。とくに、外来患者の増加が目立っている。

総患者数（調査日現在において、継続的に医療を受けている者＝調査当日医療機関を受療しなかった患者を含む＝の推計数）で見ると、1996年には433千人だったのが、2008年には

1041 千人（2.4 倍）となり、2011 年にはやや減少しているが、958 千人（2.2 倍、上記地区を除く）と高い水準が継続している。

上述の「患者調査」は国民総体を対象としたものであるが、いわゆる「労働者」の実態を明らかにするために、山岡順太郎（「仕事のストレス、メンタルヘルスと雇用管理」文理閣、2012 年 9 月）は、「健康保険組合医療給付実態調査報告」をもとに、組合健保の被保険者本人である民間大企業労働者の、1976 年から 2003 年に至る精神疾患（傷病分類における「精神および行動の障害」）の分析をしている。それによれば、全体として、①労働者の精神疾患の受療率が毎年ほぼ連続して増加傾向にあること、②増加傾向が 90 年代後半から高くなっていることが確認され、2003 年の精神疾患による医療機関での受療者数は、労働者 1472 万人中 16 万 8000 人（労働者比 1.15%）、通院日数 32 万日で、直接の医療費は 22 億円を超えていることを明らかにしている。

3) 精神障害の労災申請・認定の激増

厚労省の「精神障害の労災補償状況」によれば、精神障害等の労災申請件数が、2009 年度は初めて 1000 件の大台を超え（1136 件）、2011 年度は、さらに増え 1272 件と過去最多になった。表 3 に見るように、1983 年度から 95 年度の労災申請（請求）件数は、13 年間をあわせてもわずか 78 件、年間平均して 5-6 件という状況であったのが、90 年代後半から年を追って増加に増加を重ね、20 年足らずの間に約 200 倍もの事案が労災申請されるようになった。2011 年度中には、1074 件が業務上外の決定をされ、うち「業務上」と認定され支給決定がされた件数は 325 件で、この数字も過去最多で、

83 - 95 年度に比べるとなんと、500 - 600 倍ということになる。しかし、認定率で見ると、これとて 30%とまったくの「狭き門」である。認定率の低さも問題だが、仮に、申請されたものが全て認定されたとしても、それらの数は、氷山の一角にすぎない。上に取り上げた諸調査の数字からも、近年の極めてストレスフルな職場においては、実際に、仕事が原因で精神障害に罹ったり、自殺に至る労働者は、桁違いに多いことが容易に推測できる。

厚生労働省は、2011 年 12 月に精神障害の「業務上外判断指針」を「労災認定基準」と名称を改め、それまで労働者・被災者等から要求のあった「複数の出来事の評価」や「長時間労働を『出来事』として評価」などのいくつかの改善をほどこしたが、依然として出来事中心主義堅持、慢性疲労の無視、評価期間などで、基本的枠組みは 2001 年の「判断指針」と変わらず、長時間労働の評価についても、とても妥当とは

表 3 精神障害等労災補償状況の推移

年度	請求件数	認定件数	うち自殺
83～95	78	7	3
96	18	2	1
97	41	2	2
98	42	4	3
99	155	14	11
00	212	36	19
01	265	70	31
02	341	100	43
03	447	108	40
04	524	130	45
05	656	127	42
06	819	205	66
07	952	268	81
08	927	269	66
09	1,136	234	63
10	1,181	308	65
11	1,272	325	66

注：「認定件数」とは、支給決定された件数をいう。

当該年度に請求されたものとは限らない。

資料：厚生労働省労働基準局

考えられない値が採用されていることなど、大幅な認定促進の改善にはつながりそうもない。

4) 仕事によるストレスの増大

このように精神障害や自殺が増える基礎には、ふつうに働いている多くの労働者のメンタルヘルスの悪化がある。厚生労働省が5年ごとに実施している「労働者健康状況調査」(対象: 常用労働者10人以上の事業所)の2007年の調査では「職業生活で強い不安・悩み・ストレスがある」とするものは58.0%で、前回の調査(61.5%)よりは少しは改善しているが高水準である。ストレスの要因としては、「職場の人間関係」(38.4%)、「仕事の質」(34.8%)、「仕事の量」(30.6%)が3大ストレスとしてあげられており、たまにしかない特別な出来事(ライフ・イベント)よりは、このような日常的な仕事のあり方こそが問題と考えられる。

独立行政法人・労働政策研究・研修機構の「平成21年度・日本人の就業実態に関する総合調査」(2010年2-3月実施)によれば、ふだんの仕事で「身体の疲れ」、「仕事上の不安や悩み・ストレス」、「けがをする危険」、「病気になる危険」を感じる程度は、実労働時間が長くなるにしたがって「とても感じる」および「やや感じる」率が大きくなっていることが認められている(たとえば、「仕事上の不安・悩み・ストレス」では、週実労働時間19時間以下: 43.3%、20-34時間: 60.6%、35-59時間: 72.7%、60-79時間: 84.2%、80時間以上: 92.2%)。

5) 職場にパワー・ハラスメントの拡がり

近年、多くの職場に、暴力、暴言、脅迫や仲間外れといったハラスメント行為が急増し、仕事への意欲や自信を失い、心身の健康やいのち

が脅かされる事態が拡がりを見せていることが目立つ。

厚生労働省の「個別労働紛争解決施行状況」によれば、「いじめ・嫌がらせ(職場でのパワーハラスメントを含む)」に関する民事上の個別労働紛争に関わる相談が年々増加し、2002年度は、約6600件であったのが、2011年度は7倍の4万5939件(前年度比+16.6%)にのぼっている。全国各地の労働相談センターや働くもののいのちと健康をまもるセンターにも、メンタルヘルス事案、なかでも最近はとくに、パワーハラスメントに関する事案の相談が激増している状況が報告されている。

昨年12月厚生労働省が、国として初となるパワーハラスメントに関する実態調査を受託事業(委託先: 東京海上日動リスクコンサルティング、企業調査: 正社員30人以上の企業に郵送調査、4580社回答、従業員調査: 全国の20-64歳の企業・団体勤務者9000名にインターネット調査)により実施した結果を発表した。企業調査では、回答企業の70.7%が従業員の相談窓口を設置しているが、相談内容としては、①「メンタルヘルス」(32.7%)、②「パワーハラスメント」(22.0%)、③「セクシャルハラスメント」(14.3%)の順に多かった。従業員調査では、過去3年間に「パワハラを受けたことがある」(25.3%)、「勤務先で、パワハラを見たり、相談を受けたことがある」(28.2%)など、職場でのパワーハラスメントがかなりの拡がりを見せていることがうかがえる。

2 働くもののいのちと健康危機の背景

労働者の健康状態は基本的には「労働」のあり方によって規定されており、このことは、労

働者の健康状態に関与するおもな要因は働き方や職場環境のなかに存在するという点でもある。この点を認識することは、労働者のいのちと健康をまもる対策の最も重要な視点である。上で見たような現代の労働者の健康は、まさに、現代の労働の産物なのである。

1) 現代の労働者の健康危機の要因

現代の労働者の健康の危機の直接的な要因として、①一日8時間労働制が破壊され、時間外労働・不払い残業、超長時間労働、有休不消化などが常態化している、②職場内外の競争・成果至上主義で、労働者が分断され、協同・共感・助け合いがなく、ハラスメントがはびこっている、③「24時間社会」「IT社会」のなかで、夜間労働、休日労働、仕事の持ち帰りをはじめ、仕事外生活への仕事の「侵略」がおこなわれている、④非正規雇用が増大し、雇用不安・無権利の中、劣悪・危険な労働を担わされている、⑤入社後の「選抜」や「使い捨て」のために、超過重労働やハラスメントを用いる「ブラック企業」の横行、などがある。そしてさらに、これら労働の量的増大と質的悪化の上位要因として、⑥グローバリズム、新自由主義のもとに進められた規制緩和、労働時間・雇用法制の変質の政策によって、8時間労働制の破壊、雇用の破壊、重層下請け構造の深化、社会保障の悪化などがある。

また、労働者のいのちと健康の危機は、これらの要因の影響発現に対する抵抗力の弱さや支援度の低さによってもたらされている。すなわち、⑦職場における労働安全衛生活動が不十分～形骸化、とくに、小零細事業場、非正規労働者においては、ほとんどまともに行われていない、⑧労働組合運動が圧倒的多数の働くもの

の結集に成功していない上に、労組の労働安全衛生活動もまた不十分、⑨労働と健康の関連を重視する医療や、被災者を救済する社会保障制度が貧困であること、などである。

2) 長時間労働の健康影響

これらのなかでも、最悪のものの一つは、8時間労働制を無視した働かされ方といえる。わが国における長時間労働は、①法定時間外労働があたりまえになっている、②週60時間以上におよぶ超長時間労働者が多い、③有給休暇消化率がきわめて低い（半分以下）、など、世界的に見ても、きわめて遅れている特徴を持っている。

「長時間労働」は、どのような労働者にとっても、普遍的な健康障害要因である。長時間労働によって、労働の負担それ自体が心身の負担を増大させ、疲労を生じさせ、作業能率を低下させ、ミスを生じさせる。また、職場に存在する他の有害要因（有害物質・粉じん・たばこ煙、VDT・不良照明・騒音・不良作業姿勢など）への曝露時間を増大させ、影響の発現を強めたり早める。

そのうえ、長い労働時間が、労働以外の生活時間を圧迫し、本来、休養や睡眠など、疲労の回復やリフレッシュのための時間をなくしたり、短縮し、その結果、疲労回復が不十分になり、疲労の蓄積～慢性疲労～疲弊状態、免疫機能の崩壊などが惹起される。また、社会的・文化的・家庭的時間の貧困化、ワーク・ライフバランスの崩れを招き、「生活習慣病」のような持病が悪化し、「過労死」や「精神障害」に至るなど、心身の疾病の悪化を招くこともよく知られている。

3) すすむ労働時間法制の変質と崩壊

わが国において「8時間労働制」が崩壊し、法定労働時間を遙かに超えるような日常的長時間労働がはびこった背景には、度重なる労働時間法制の変質・改悪の歴史がある。

財界の「労働時間の弾力化」要求によって、1987年に労働基準法が改定され、1週40時間労働が第1原則となり、1日8時間労働原則は、週40時間の割り振りの基準に後退させられた。同時に、変形労働時間制の拡大、見なし労働時間制（事業場外見なし労働時間制・専門業務型裁量労働制）・フレックスタイム制が導入された。これを機にはじまった労働時間法制の変質は、その後、裁量労働の対象業種の拡大と要件緩和（1992年、1997年、2002年）、18歳以上の女性の残業規制の撤廃（1997年）、企画業務型裁量労働制の導入（1998年、2003年）、「時短促進法」の廃止（2005年）とつづく。2007年、ホワイトカラー・エグゼンプション法案の国会上程が労働者の強い抵抗にあって見送られたが、政府・財界は、この制度の導入を決してあきらめてはいない。

また、上に述べたような、労働時間法制の変質は、雇用構造の破壊とともに進められた。1995年に、日経連が「新時代の『日本的経営』」を発表、雇用形態を①長期蓄積能力活用型（管理職・総合職・技能部門の基幹職、期間の定めのない雇用、月給または年俸制）②専門能力活用型（企画・営業・研究開発等の専門部門、有期雇用、年俸制・業績給・昇給なし）③雇用柔軟型（一般職・技能部門・販売部門、有期雇用、時間給制、職務給、昇給なし）に分け、有期雇用契約（非正規雇用）の飛躍的拡大を図るというもので、これによって、総人件費の大幅な削減を意図していた。

これ以後、労働法制改変が、ほぼこの日経連方針を実現する方向に進められていく。すなわち、翌96年には、労働者派遣法の「改正」による対象業務の拡大をはじめ、原則自由化（99年）、女子保護規定の撤廃（97年）、裁量労働制の新設（97年）と拡大（03年）、有期雇用の上限規制緩和（98年、03年）と、従来の雇用原則がみるみるうちに崩されていった。

民主党政権下の2012年3月の国会では、登録型派遣、製造業務派遣を原則禁止とするはずだった「労働者派遣法」の改定を、自公と取引し、「原則禁止」条項を政府案から削除するという「骨抜き」修正をした上で、ほとんどまともな審議もせず成立させた（2012年10月施行）。また、同年8月には、有期契約労働者が5年を超えて契約更新された場合、労働者の申し出があれば期限の定めのない雇用に転換できるとする「改正労働契約法」を衆参両院あわせてわずか5時間ほどの審議で成立させたが、かえって5年を前に会社が契約を打ち切ることを促進する恐れがあるものといえる（本年4月1日施行）。

昨年暮れ自民党安倍晋三政権に代わるやいなや、本年2月には、新自由主義論者で固めた「政府規制改革会議」（議長：岡素之・住友商事相談役）を再スタートさせ、会議に派遣労働・労働時間・解雇制限の一層の緩和や「混合診療」の拡大などの検討課題を提示した。そのうち、雇用面では、○企画業務型裁量労働制の対象業務・労働者の拡大、○事務系、研究開発系労働者の働き方に適した労働時間制度創設（ホワイトカラー・エグゼンプションなど）、○フレックスタイム制見直し、労働条件変更規制の合理化、○医療関連業務における労働者派遣拡大、○解雇規制の明確化（解雇をめぐる労使紛争の金銭解決など）などが課題にのぼっている。第

1 次安倍内閣が労働者・国民の強い批判と反対で強行できなかった「ホワイトカラー・エグゼンプション」のリベンジなど、8時間労働制を打ち砕こうとするさらなる「規制緩和」がもくろまれている。

こうして、雇用破壊と労働時間法制の同時進行が、日本の職場と働き方を大きく変え、労働者のいのちと健康を脅かす事態を生み出してきたといえる。

3 職場・働き方の変革と ディーセントワークの実現を

ILO 報告「職場のメンタルヘルス」(2000 年)は、メンタルヘルスとは、「心の病気がないという状態とみるべきではない。人が困難に対処し、生活を上手にコントロールして、人生のより高い目標にチャレンジでき、自分の課題を達成できることなどによって充実感が感じられる状態であり、精神状態をうまく発揮することによって、様々な人間活動を生産的にし、他人との関係を維持し、環境の変化に適応し、逆境に対処できる状態を『心の健康＝メンタルヘルス』という」と定義している。

このようなメンタルヘルスの状況の達成は、基本的には、上で見たような働かされ方を改めさせ、健全な労働と職場を確立させられるかに懸かっている。

1) ディーセントワークの実現に向けて

健全な労働・職場確立の課題は、ILO が提唱した「ディーセントワーク」のわが国における実現と展開にむけて労働政策を転換させる活動の推進であろう。メンタルヘルス対策においても、第2次予防対策（メンタルヘルス不全の早期発見、早期医療、労災・公災認定など）、

および、第3次予防対策（職場復帰、リワーク、再発防止など）を充実させることは不可欠であるが、第1次予防対策（発生要因の発見と排除、労働条件の改善、職場環境・人間関係の改善、メンタル不全の発生防止など）によって、ディーセントワークと本来の「メンタルヘルス」が確立した職場づくりを対策の第一義の課題とすべきである。

「ディーセント・ワーク」は、1999 年に ILO (国際労働機関) が提唱したもので、ILO が、基本的文書（「ILO 憲章」、「フィラデルフィア宣言」、「労働における基本原則及び権利に関する ILO 宣言とそのフォローアップ」、「公正なグローバル化のための社会正義宣言」）と、設立された 1919 年以来現在までに採択された 189 の条約と 202 の勧告（2012 年 6 月現在）の持っている価値を全部集約する形で、その実現を世界に呼びかけた概念であるといえる。

全労連が、2010 年から「ディーセントワークデー」を設定して、その実現のための運動に取り組んでいることを見ても、日本の労働運動の現実的課題として掲げられるようになり、その意味や意義が、はたらく人びとの間で少しずつ理解され始めた。

ディーセントワークの実現への活動で重要なことは、第1に、ディーセントワークを、労働者の単なる「願望」としてでなく、全てのはたらく人びとの「人権」と位置づけてすすめることである。さらに、労働者は、「ディーセントワーク」という人権を享受する側に立つだけにとどまらず、その人権の意味内容を理解し、憲法およびその下にある労働基準法をはじめとした労働諸法に保障された人権の実現を求めていく主体として育つことが重要」（西谷敏「人権としてのディーセントワーク」旬報社、2011 年）で

あろう。

第2に、ディーセントワークの実現を、単なる活動の「旗」として掲げるだけでなく、実現のための具体的、実践的な内容・課題を提示し豊かにしていくこと、そして、それらを、国会に、政府に、地方自治体に、企業等への要求・提言として組織していくことが求められる。

その活動の一つとして、働くもののいのちと健康をまもる全国センターでは、2009年12月の第12回総会において、それまでに全国・地方センターや産別・単産労組が行ってきた政策・制度の要求を集約した「いのちの健全国センター政策・制度要求」（「働くもののいのちと健康」No.44, 2010.7に全文と解説を掲載）をまとめ、加盟団体とともに、厚労省、各地の労働局、地方自治体などに要請活動をしてきた（現在、改訂作業中）。さらに、「過労死防止基本法」制定要求運動、ILO条約の批准・国際的労働基準レベルの実現への運動（労働時間の上限・勤務間隔時間の規制、休日取得、ジェンダー平等、同一労働・同一賃金など）の協同運動の推進が当面の課題として重要と考えられる。

これらの運動を進めるの第一歩として、職場におけるディーセントでない（インディーセントな）仕事を見つけ出し、その解消をはかる活動－職場における働き方を見直すことがまず必須である。なかでも、現代の日本の労働者の働き方の中で、最もインディーセントな労働であり、解消すべき重大な課題は、「常態化した長時間労働の解消」といえる。

「ディーセント・ワーキングタイム」の実現は、ディーセント・ワークを構成する重大な要素である。ILOは、ディーセント・ワーキングタイムの内容として、①労働者の健康により労働時間、②家族にフレンドリーな、家族とともにま

とみな生活が過ごせる労働時間、③男女平等をすすめる労働時間、④労働者が疲弊するのではなく、はつらつとした仕事ができる生産的な労働時間、⑤労働時間の長短や働く時間帯を労働者が決定できる権利が保障される労働時間を挙げている（牛久保秀樹：「働くもののいのちと健康」、No.45, 2010. 10）。

2) ディーセントワークを闘いとる力

いまや、労働者の多くは、現在の社会や職場での矛盾を実感し、変革を期待しているといえる。また、未組織労働者や非正規労働者たちの行動もはじまっている。このような状況は、正規労働者だけでなく、正規の労働市場の外側で働いている非正規労働者、規制の適用のない賃金労働者、農・漁民、自営業者および家内労働者、外国人労働者、ホームレス、失業者など、すべての働く人びとを対象にし、すべての働く人びとの要求に依拠した活動を展開するチャンスといえる。

しかし、すべての働く人びとの働き方を変え、「ディーセントワーク」を実現させるためには、なによりも、職場で、労働組合で、地域で、ディーセントワークの実現に向かって、人間らしい、健全な職場と労働づくりに取り組む主体の強固な力と行動をつくっていくことが不可欠であろう。近年、労働組合の組織率が低下し、職場内外での運動が弱体化してきた傾向があったことや、労働者のいのちと健康をまもる運動を推進してきた活動家がリタイアの時期を過ぎようとしている。ディーセントワーク実現に向かう活動を担う「力」の育成は、待ったなしのわれわれの課題といえる。

（ふくち やすま・会員・働くもののいのちと健康をまもる全国センター理事長）