

厚生労働省厚生労働科学研究費補助金
労働安全衛生総合研究事業

諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果と
わが国への適応可能性に関する調査研究

平成23年度 研究報告書

主任研究者 三柴 丈典

平成23(2011)年度

目 次

I.	総括研究報告書		
	諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果とわが国への適応可能性に関する調査研究		
		三柴 丈典	3
II.	分担研究報告書		
A.	法制度の調査結果		
1.	イギリスの産業精神保健法制度	三柴 丈典	49
2.	デンマークの産業精神保健法制度	井村 正己	147
3.	ドイツの産業精神保健法制度	水島 郁子	175
4.	フランスの産業精神保健法制度	勝亦 啓文	195
5.	アメリカ（障害者差別禁止法とメンタルヘルス）	長谷川 珠子	207
B.	関連領域の調査結果		
1.	精神医学		
	適応論的観点に基づくメンタルヘルス支援 ー産業精神健康活動の現場からの提言ー		
		白波瀬 丈一郎	233
	添付資料（原著論文） 適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援		
		白波瀬 丈一郎	239
2.	産業医学		
	産業保健実務者および産業医の視点からみた日本の職域メンタルヘルス対策 ー法令、行政規則・ガイダンス、公的支援体制、民間支援事業の効果と問題点および諸外国への訪問調査に関する提言ー		
		梶木 繁之	261

3.	経営学 企業経営におけるメンタルヘルス問題に関する調査研究 －人事管理の観点を中心に－	團 泰雄	275
III.	研究成果の刊行に関する一覧表		287
IV.	研究成果の刊行物・別刷		291
V.	資料：研究協力者の関係研究業績		305

I. 総括研究報告書

平成23年度厚生労働科学研究費労働安全衛生総合研究事業
「諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果と
わが国への適応可能性に関する調査研究」
総括研究報告書

諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果と
わが国への適応可能性に関する調査研究

主任研究者 三柴 丈典 近畿大学法学部・准教授（平成24年4月～同教授）

研究要旨

本研究の統一課題は、①諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果を解明し、②わが国への適応可能性を探ることにある。本年度と次年度の調査研究は、①を目的としているが、本年度は、イギリス、デンマーク、ドイツ、フランス、アメリカの関連法制度の調査を実施すると共に、その際必要となる視点について、関連領域の専門家から示唆を得た。

得られた結論を整理すると、以下の通り。

①諸外国の施策の結果をもうしばらく見守る必要はあろうが、国の産業精神保健法政策でも、いわば性能要件化（：一律的な規準への適合性審査ではなく、現場で実効性のあがる方策の許容と国の法政策への積極的な吸収）への発想の重点の移行ないし追加が求められている可能性がある。もとより、日本の安衛法政策でも、現在国会上程中の関連法案を含め、医師による個別面談や個別的な就業上の措置の勧告など、専門性に基づくオーダーメイド方策の基礎は提供されているが、個々の労働者とその所属組織の双方に対する、より包括的かつ継続的な措置を基礎づけるような法政策が求められている可能性はある。

要は、ヨコ（平均的人間像の現象面を前提とした一律的で強制的な対策）からタテ（個々の人物や組織の経緯や脈絡を踏まえた個別的で柔軟な対策）へ、定性的・定量的な実体規制から手続的理性（合理的な手続な設定と公正な運用）の履践の実質的な義務づけへ、重点の移行が求められている可能性がある。

この際、法は、基本原則の設定、使用者が果たすべき手続と目的の設定、専門家の育成と活用（選任）、予算措置の根拠付けを前提とした行政官など特定の授権者・受任者の活動の保障と活動範囲の設定、基金の設立と目的に即した活動を行う団体への助成措置の根拠付け、手続的理性を果たさない者への処罰、実効的な先駆的活動を行う者への褒賞の根拠付け、手続的理性を尽くしたにもかかわらず災害が生じた場合の免責の保障と免責規準の具体化（の支援）などの役割を担うこととなる。

諸外国の例を参考に、産業精神保健に関する合理的手続の細目を例示すれば、事例の

積み重ねと検証、専門家の関与、リスクのレベルによる分類を含めたリスク評価と対応上の優先順位の設定、リスク評価手続への労使の関与、手続の設定や運用全般に関わる労使の合意、職場内の法定議決機関（+公的な審査機関）による審査と議決、アクションプランの作成・周知と実施体制の整備、関係者への教育訓練などが挙げられよう。質問紙方式の職業性ストレス・チェックなども、こうした手続的理性の一環と解することもできる。科学的信頼性や妥当性のみではなく、合理的になすべきことを尽くす、という視点から、また記録を残すためにも、（法的にも）求められる措置の一環と解することができる。ただし、必要な手続（の細目）は、当該組織の性格などの前提条件や設定目標との関係で相対的に定まるものである。

②他方で、現代に即した、あるいは伝統的でありながら充分に対策が講じられて来なかった、ハラスメント対策などの基本的な人権侵害対策については、少なくとも、従前の労基法・安衛法上の最低基準と同レベルの強制性をもって規定する方向性が模索されても良いように思われる。その際、アメリカ型の差別禁止アプローチも、実際に精神障害者の雇用の維持増加に貢献するか否かとは別に、基本的な人権侵害対策としては機能する可能性があるため、参考に値しよう。

もともと、とりわけ産業精神保健において、①と②の対策は切り離し得ず、連続的に捉えられる必要がある。たとえば、①によるタテ方向の対策の運用を継続する過程で、各組織レベルのみならず、政策レベルでも P-D-C-A サイクルを回転させ、前提条件および問題と実効策の対応関係が一定程度明確化し、対応の必要性認識が社会的に高まるか、その重要性が客観的に認められた対策は、場合によっては、努力義務規定による「地ならし」や「観察」など、法政策的なステップを踏んだうえ、②のレベルで法規範化される必要があるろう。

そして、こうしたプロセスに客観性の担保を与え、定着を図るためにも、行政機関などが事業のメンタルヘルスへ介入する際に確認ないし記録すべき信頼に足る指標の開発が図られる必要がある。現段階では、デンマークなどが採用している、休業率、作業関連疾患罹患率（筋骨格障害 (musculoskeletal disorder) や心臓血管系疾患 (cardiovascular disease) など器質性疾患の罹患率を含む）、自発的離職率、職場の問題（：労働環境に関する問題）とこれらの指標との因果関係、職務満足感、業務パフォーマンス、守秘条件下での意見聴取の結果などの指標が参考になるように思われる。

③心理学の応用という観点では、叱る視点、縛る視点から、褒める視点、伸ばす視点への重点のシフトが求められている可能性がある。具体的には、行政ないしその関係機関が、法治行政の原則や監督行政のための公平性や威厳の枠内で、個々の組織の特質をよく理解し、その良い面を注視し、そのポテンシャルを最大限に引き出す工夫について、当該組織と共に考える姿勢を持てるような前提条件整備が法に求められることになろう。現在進められつつある、労働基準監督官と労働衛生専門官の連携関係の強化なども、そのような方向性の一環ないし萌芽と解され得るが、それに尽きるものではない。とり

わけメンタルヘルス対策では、イギリスの安全衛生行政の経験が示唆するように、中央政府と地方支局・支部ないし地方自治体の相互作用や連携という視点も求められている可能性がある。

④労使間の関係性の観点では、雇用平等やハラスメント対策などの基本的人権保護については、使用者に対する強制的規範の設定と、(適当な紛争解決機関を設定したうえで)労働者に対する対行政、司法・準司法、その他のADR関係での申告権の付与などの手続的な権利の設定が中心の方策となろうが、リスク管理のための手続の設定等に際しては、基本的な義務づけの対象を事業者ないし使用者としつつ、例えば現場の監督官の判断等により、必要に応じて労働者にも必要な措置を義務づけられるような法的根拠規定を設定する方途もあり得よう。いずれにせよ、継続的なリスク管理においては、たとえ最終責任が事業者にあるにせよ、必ずしも労使の利害対立の問題ではないことを前提に対策を設計する必要があると解される。

⑤狭義の安全衛生に囚われない総合的対策の観点では、第1に、転職市場の創成発展の支援が求められている可能性がある。この点については、既に職業能力開発施策の一環としてジョブカード制度などが開発されているが、政策による客観的な職業能力評価と業界ごとのピア・レビューの擦り合わせを含め、国の制度がより妥当性、実効性を増すような工夫が求められよう。第2に、疾病による(*疾病を主因とする)失業者に特化した雇用対策が求められている可能性がある。ここでは、保険給付期間、保険給付と連関する求職活動にかかる審査や、求職者支援のあり方等での配慮が求められよう。第3に、精神科医療のあり方に関する再検討が求められている可能性がある。障害年金などの社会保険給付にしろ、生活保護などの福祉給付にしろ、その判断決定に際して医師が重要な役割を果たす場面は多い。また、軽症段階などで受診した精神疾患罹患者や不調者に対する初期的な治療のあり方(診断・投薬のあり方など)にも、医師によりばらつきがあり、本人の復職の可否や時期が左右される場合も少なくない。単に産業精神保健の知見を伝えるカリキュラムの充実化のみならず、適正な精神科医療のあり方自体の再検討、仮にそれが困難でも、医師や医療機関ごとの治療方針など、クライアントによる適切な選択を促す十分な情報コミュニケーション、個々のクライアントに必要な分の手間暇をかけて治療に当たれる前提条件整備などが求められている可能性がある。

分担研究者

①井村 真己

沖縄国際大学法学部・教授

②水島 郁子

大阪大学大学院法学研究科附属法政実務

連携センター・准教授

(平成24年4月～同高等司法研究科・

教授)

③勝亦 啓文

桐蔭横浜大学法学部・准教授

④長谷川 珠子

福島大学行政政策学類・准教授

⑤白波瀬 丈一郎

慶應義塾大学医学部精神・神経科学教

室・専任講師

⑥梶木 繁之

産業医科大学産業医実務研修センター・

講師

(平成24年4月～同産業生態科学研究

所・産業保健経営学講座・講師)

⑦團 泰雄

近畿大学経営学部・教授

研究協力者

①鈴木 俊晴

早稲田大学大学院法学研究科・博士後期

課程

大東文化大学環境創造学部・非常勤講師

A. 研究目的

統一研究課題に記されている通り、①諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果を解明し、②わが国への適応可能性を探ることにあるが、本年度と次年度の調査研究は、①を目的としている。

B. 研究方法

法制度調査については、第1回班会議(平成23年4月23日)でのブレインストーミングを踏まえて研究代表者が作成、呈示した以下のフォーマット(「調査報告書の基本的な構成」)に即し、原則として第一次資料のレビューに基づいて必要事項を調査する方途を採用した。対象国には、公権力を用いた公的な作業関連ストレス対策を先駆的に実施しているイギリス、デンマークのほか、EUを代表する大国であるドイツ、フランス、この問題への対応を主に差別禁止アプローチにより図ってきたアメリカの5カ国を選定した。

ただし、各国の法事情に即し、研究目的に資する限りで、フォーマットの項目を変更した。

○調査報告書の基本的な構成

1 公法

1.1 法令、行政規則(ガイドラインなど)、計画など

・行政規則等については、法令との関係を明記する。

・ドイツのように、強制加入の法的な労災防止団体による労災防止規程が制定され、機能している国では、これらも国の法令と同列で整理する。

1.2 法の管轄機関・執行権限者

・法や行政規則等の運用に関わる行政官の権限・役割を描出する。

・行政官以外の者が執行権限を持つ場合、その権限・役割等

例) ドイツの技術監督官(労災防止規程の合法性監督を行う)など

1.3 ストレスマネジメントの具体的な方策(仕組み・流れ)

- ・1次予防面
- ・2次予防面
- ・3次予防面
- ・その他

留意点

ア 法令上求められるストレス調査、ストレスマネジメント、違法性の判断規準や方法などを捕捉する。

イ ストレス対策を直接的に規定して

いない場合にも、それと同様の効果を持つか、それに大きく寄与する規制は積極的に捕捉する（例えば、アメリカの障害を持つアメリカ人法や、メンタルヘルス・パリティ法など）。ただし、それが1次～3次予防の各側面にどのように寄与するのか、を可能な限り関連づけて論じる必要がある。

ウ 事業（運営）、企業風土の特質に応じた実効的なメンタルヘルス対策（MH対策）を促進する規制があれば、積極的に捕捉する。

エ 2次予防関係では、不調の把握と講じるべき対策の選択を促す規制のありようについて、可能な限り具体的に描出する。

オ 例えば日本では、産業精神保健に限らず、安全衛生管理全般について、事業者と比較的広い裁量を付与する代わりに、何か災害が生じれば重い責任を負わせる、という基本方針が採られてきた。他方、ドイツなどでは、予防研究・労使自治を積極的に促進し、疑わしきは予防規制に、という方針で予防規制中心の対応が図られてきた。

このように、事業者に予防策を義務づけたり、促すにしても、どの段階で、どの程度の強制性をもって図るべきかが問われるので、この点に関する調査対象国の事情を可能な限り捕捉する。

カ イギリスのように、地域の医療・保健が職域のMH対策に影響している国もあるので、職域に影響する地域保健法についても積極的に捕捉すると共に、両者の役割分担についても調査する。また、国によっては、精神保健福祉法制度が職域でのMH対策や労務管理等に影響している例が

あり得るので、それらも必要の限り捕捉する。

キ 国により強く意識されている典型的なストレス要因が異なるので、その背景まで調査のう え言及する必要がある。

1.4 専門家や専門機関の活用によるストレスマネジメント

・産業保健専門職（産業医・衛生管理者、産業保健職、心理職など）、従業員の家庭医など専門家の育成、関与のありようなどを積極的に捕捉する。

・外部専門機関等による事業所への産業精神保健サービスを予定する法令がある場合、その定めや解釈などを捕捉する。

・具体的な運用実態も可能な限り調査する。

1.5 雇用にかかる精神障害者差別禁止法

・こうした法制については1.4でも触れるが、ここでは簡潔にとどめ、独立項目をつくり、ここで詳細を論じる。

・その内容、射程、法的効果、実効性などを調査し、それが産業精神保健（予防）に、どのレベルでどのように寄与するかについて論じる。

・法律でなくても、行政規則レベル等に定めがある場合、それも捕捉する。ただし、その法的性格、違反の効果を明らかにする必要がある。

・他の障害類型（身体、知的）との法令上の取扱いの異動を可能な限り明らかにする。

・公法である場合、私法上の効果を明らかにする。私法である場合、2で独立項目

を立て、そこで論じる。

1.6 メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制

・メンタルヘルス情報の流通は、多分に1次予防の問題とリンクしているので、その取扱い規制のありようについて積極的に調査する。

・情報取扱い規制が厳しい国においては、情報の流通が阻害されながら、どのようにMH対策が図られているのか、を調査する。

1.7 法政策の背景

・法制定の背景、行政規則や計画等の策定の背景。特に科学的、疫学的根拠となる報告書、論文などがあれば、積極的にピックアップし、概要を明記する。

1.8 確認できる効果

・数値データ、データ以外の専門家による評価等。

・公的支出のほか、民間支出、司法判断等を経た損害賠償支出なども捕捉する。

1.9 関係判例

・公法上のストレスマネジメントに関連する判例などは、各項目ごとの整理に埋め込むことを原則とするが、その分量や質に応じ、独立した項目を作るのも可。

2 私法

2.1 根拠法

2.2 関係する判例

2.3 確認できる効果

・数値データ、データ以外の専門家による評価等。

・公的支出のほか、民間支出、司法判断等を経た損害賠償支出なども捕捉する。

留意点

・私法に関する調査では、賠償・補償法理がメインの対象となる。それは、そうした法理が、予防法（日常的な行為規範）として機能している国（典型例は日本）があることによる。

全体を通じた留意点

・3障害（精神、身体、知的）の間、とりわけ精神障害と他の障害の法的取扱いの異同がなるべく明らかになるようにする。

・内因性・器質性の（本人要因が強い）障害対策と、反応性（：外的な環境因子と個体側の性格因などにより生じる）の障害対策を区分できる場合、その点も明らかになるようにする必要がある。

・各産業や企業ごとの自主的な規制（協約、経営規則など）もできる限り捕捉する（そのため、経営者団体などを調査対象に加えることが望ましい）と共に、その法的性格、違反の効果について言及する必要がある。

他方、関連領域の専門家による調査については、第2回班会議（平成23年10月8日）の約1か月前の時点で、研究代表者

より以下の課題が示された。

○平成23年度における関連領域の専門家の調査課題

(1) 精神医学 (白波瀬)

ア 精神疾患・精神障害とその他の疾患との違い

・症状経過の不安定性？再発再燃可能性の高さ？

・結局、違いは相対的なものでしかない？

イ 現在、日本の職域で多くみられる精神疾患及び精神的な不調（以下、「疾患等」という）の種類、様相

ウ それらの疾患等の病態および発症要因についての科学的な解明の度合い、今後の解明の可能性

エ 精神医学的観点から、職域内外でどのような措置（介入）が講じられれば、それらの疾患等の発症の予防に貢献すると考えられるか

・また、既に発症した疾患等について、職域内外でどのような介入があれば、予後の改善が図られる可能性が高いといえるか。

オ 臨床精神医学と産業精神保健の異動について

・よく産業の現場で問題になる臨床医と産業医の診断ないし判断（の裏側にある常識や発想）の違いのみならず、より根本的な両者の学問的な出自や教育課程の違い

などに言及する。

・以上のような点について、現段階で判明している限りの知見を整理して頂く。また、適宜、白波瀬先生ご自身の私見（推論）もご提示頂く。

(2) 産業医学 (梶木)

ア 従来の日本のメンタルヘルスに関わる安全衛生法上の規制（長時間労働者面接指導など、拙稿「産業精神保健のために法ができること・なすべきこと」産業ストレス研究の1で整理したもの）の効果、有効性、問題点など

イ 従来の日本のメンタルヘルスに関する行政規則やガイダンス（メンタルヘルス指針、職場復帰手引きなど）の効果、有効性、問題点など

ウ 従来の日本の公的なメンタルヘルス支援体制（産業保健推進センター（労働者健康福祉機構）のメンタルヘルス推進事業や中災防の事業など）の効果、有効性、問題点など

エ 従来の日本の民間のメンタルヘルス支援事業（EAPなど）の効果、有効性、問題点など

オ 産業医学的観点からみて、既存の職域における自主的な（組織的、個人的）介入は奏功しているといえるか。奏功している例があるとすれば、どのような形態・性

質のもので、その本質はどのようなものと考えられるか

(3) 経営学 (團)

ア 現在の人事労務 (学問・実務) からメンタルヘルス問題はどうか捉えられているか

・手間とコストのかかる厄介な流行病？
単なる経営上のリスク？

・精神的に弱い人間が罹患する特殊な病の問題？あるいは、個々の企業では対応できない社会経済構造や文明論に関わる大きな問題？

・組織の活性化のヒントを得られる処方箋？

・捉え方に企業規模、業種等の属性による違いはあるか？

イ 現在の人事労務が講じているメンタルヘルス問題への対応 (法) の実情

・この点については、大まかな情報は厚生労働省や独立行政法人日本労働研究・研修機構の調査などでも出されているが、要は相談窓口の設置、EAPへの委託、外部講師を呼んでのメンタルヘルス教育の実施など、やや形式的な対応が多く、その詳細も明らかではない。

・最近の人事労務情報誌では、メンタルヘルス対策に比較的熱心な (／かに思われる) 企業の取り組み例などが紹介されることがあるが、実態が客観的かつ率直に示されているとは限らず、仮にそうであっても、そうした取り組みが、異なる規模や業種、性格 (体質・気質) の組織にどの程度

一般化しているのか、判然としない。

・よって、できる限り実態に踏み込んだレビューが求められる。

・特に、精神健康データが向上したところが、具体的にどのような施策を実施していたか、データを押し上げた本質的なポイントは何だった (と考えられる) か、その他、組織による個別の症例への対応の実状、嘱託精神科医の任用の有無、EAP選定の手続や基準、サービスの効果なども確認したい。

ウ 企業風土とメンタルヘルス問題の関係

・実証的な調査研究が非常に困難な課題と思われるが、亡島悟教授による研究など、主に産業保健領域で、質問紙などを活用した複数の調査研究があるので、文献レビューによる整理が求められる。その他、この両者の関係を (間接的に) 推定させるような調査研究があれば、その示唆を整理して頂きたい。

エ 現にメンタルヘルス対策に取り組んでいる組織 (経営者) をそうした取り組みに駆り立てた動機・契機

・組織内での不調者の発生や多発？
・実際の裁判経験または他の組織の裁判例に関する情報？
・労働組合からの要求？

オ 事業者や人事労務管理者は、本音では、どうすればメンタルヘルス問題が抑制されると考えている (と推察される) か

・いずれにせよ、通り一遍ではなく、人

事実務の実態を「えぐる」ような示唆を頂きたい。従って、情報の客観性、信頼性が担保される限り、研究論文的な資料のみでなく、適宜、ルポルタージュ的なものも積極的に調査対象に含めて頂きたい。

C. 結果

1. 法制度の調査結果（経過報告）

(1) イギリス

ア 背景

・1990年代以降、就労能力喪失者向けの就労不能給付（incapacity benefit（現在の雇用・支援給付（employment and support allowance））の受給者数が増加傾向を示しており、その原因の1つに職域でのメンタルヘルス問題があると指摘されて来ていた。

・2000年代に入り、以下のような官民の調査報告に基づいて、メンタルヘルス問題は、労働者の生産非効率、休業、離職などを招く等の認識が高まっていた。他方、国際競争など、組織をとりまく経済・経営環境が変化する中で、こうした問題への実効的対応の必要性認識が高まっていた。

①イングランドの生産年齢人口の約6分の1が、精神的不調（mental ill-health）に関連する兆候（不眠、疲労、易疲労感、強い不安感など）を経験していた（2001年の国立統計局の統計）。また、7名に1人の労働者が、その仕事が「かなり」または「過剰に」ストレスフルであると述べていた（2007年公表のHSEの統計）。

②イギリス全土の労働人口の20%が、抑うつ状態や不安に苛まれているとのデータがある（イギリス実地医家の統計）。

③ストレスに起因する休職は、他の作業関連疾患より長期に及ぶ傾向があり、1年間にストレス、抑うつ状態や不安により、約1100万労働日が失われている（2005年から2006年の労働力統計）。作業に関連する精神的不調（不安、抑うつ状態、ストレス状態と定義されるもの）により、毎年1050万日の逸失労働日数がもたらされ（2007年のHSEの統計）、作業に関連する傷病による逸失労働日数の約3分の1を占めるに至っている（2009年公表のHSEの報告書）。

④キャロル・ブラック卿がイギリスの労働年齢層の健康について実施した最近の調査に基づく試算によれば、不調及びそれに関連する疾病休業や失業を通じ、1000億ポンド（約12兆5000億円）を超える損失が発生しているとされているが、このうち約3分の1（30～40億ポンド（約3兆7500億円～約5兆円））が、精神的な不調による労働生産の喪失や健康保険現物給付（National Health Service (NHS)）の拠出による可能性がある（ただし、現在就労してはいるが、精神的な不調により、その者の潜在能力からすると労働生産性が低下している場合の付加的ないし顕在化しない費用は計上されていない）（2009年に公開された雇用年金省と保健省の共同文書「メンタルヘルスの改善へ向けた歩み」（Working Our Way to Better Mental Health））。

⑤作業関連ストレス要因の約70%が、ヒューマンエラー（人的過失）により生じた労働災害の潜在的な遠因となっている（2003年の海外勤務者対象のHSEの調査）。

⑥アブセンティズム (absenteeism : ※常習的な遅刻や欠勤による生産性の低下) により雇用者が負担する費用は 84 億ポンド (※日本円で約 1 兆 80 億円)、プレゼンティズム (presenteeism : ※疾病障害り患者の (無理な) 出勤による生産性の低下) により雇用者が負担する費用は 154 億ポンド (※日本円で約 1 兆 8480 億円) にのぼる (2007 年に公開されたセンズベリー・メンタルヘルス・センターの調査報告)。

・HSE が公表した自己申告による労災・作業関連疾患統計を 2003/04 年と 2009/2010 年のもので比較すると、作業関連ストレスにかかる推計逸失労働日数は、職種別に多寡や増減の傾向に相違がある。管理監督者の逸失労働日数は 03/04 年統計では多かったが、減少傾向にある。特筆すべきは技術士補その他技術者で、もともと逸失労働日数が多かったが、近年に至ってもむしろ増加傾向にある。専門職も高水準で推移している。その他、個人的なサービスの提供、とりわけ介護的業務の逸失労働日数が大幅に増加している。

・主に産業保健、公衆衛生疫学領域の権威ある学識者からも、作業関連ストレスがもたらす個別の組織等における経済・経営上の損失、多額の国家的損失について、関連するデータや推計が挙げられ、公衆衛生的観点や組織論的観点 (≠自然科学的観点) から、対策の重要性、必要性が説かれていた。

・労働安全衛生法政策において、世界をリードしてきた国家としての自負のほか、おそらくは、政策を推進する国家公務員を「女王陛下の官吏 (Her Majesty's Civil

Service)」として、また、政策の理念や枠組みづくりに貢献する学識経験者について、その学識の故に一定の権威を認めて尊重する気風がある。最近では、メンタルヘルス対策を含め、作業関連疾患対策全般について、雇用と健康の関係強化に着眼して論じたキャロル・ブラック卿の報告書が、関連施策の展開に大きく貢献していることがうかがわれる。

また、HSE という労働衛生専門機関があり、HSWA の執行機関として、種々の調査研究、政策立案上の基本方針の決定、個別具体的な政策の立案から運用までを一元的にカバーして来ていたことも、作業関連ストレス対策を労働衛生法政策の一環として実施する決定に大きく貢献したと解される。

イ 特徴

・イギリスの作業関連ストレス対策は、主に、MS (Management Standards : ストレス管理基準) と呼ばれるガイダンスを用いて、公権力の介入をもって図られてきた。

これは、職場の安全衛生および厚生水準の確保を罰則付きで義務づけるイギリス労働安全衛生法典 (HSWA) の一般的義務条項と、その具体化の役割と同時に、EC の 89 年「安全衛生の改善に関する基本指令 (枠組み指令) (89/391/EEC)」の国内法化の役割を持つ、労働安全衛生管理規則に基づき設計されたものである。

・MS の法的な位置づけは、以下の通り。

先ず、HSWA が上位の根拠法として存在し、その第 2 条第 1 項に「罰則の裏付けを伴う」職域の安全衛生および厚生水準確保を定めた一般的義務条項が置かれている。

その下に法律並の法的規範性（強制力）を持つ複数の規則（日本でいう安全衛生規則などの政省令）があり、これらがその具体化を図っているが、その制定改廃については、国務長官に大きな権限が与えられており、安全衛生における、現場対応的柔軟性、機動性、専門性の確保の要請を踏まえた選択と解される。MS との関係では、職場のリスク調査を義務づけた 99 年安全衛生管理規則第 3 条が、その直接的な根拠規定と解されている。

それより下位に、日本では大臣告示、局長通達などの行政規則（解釈例規）に当たる実施準則があり、これは、MS よりは一段上位の格付けに当たるものの、性格的にはガイダンスにとどまる。よって、名宛人は、その遵守を直接的に義務づけられるわけではなく、別の手段で同じ目的を達することも許されるが、その遵守により上位にある法規則の合法性が推認される点でも MS と類似する。HSWA やその下位にある安全衛生規則を含め、労働安全衛生に関する幅広い法規則の目的を達するために設けられるもので、制定改廃については、HSE（安全衛生庁）専門的行政機関に大きな権限が委ねられ、その専門性、網羅性、機動性が担保されているが、監督官による合法性監督に際しても違法性の判断規準として参照されるなどの意味で間接的、実質的な法的拘束力を持ち得ることなどから、制定改廃については、国務長官その他の行政機関との間での協議など、やや厳しい手続的規制が設けられている。MS をこれに格上げすべき、との主張もあるが、今のところ実現していない。

そして、位置づけ的にはこれらのルール

の更に下位にあるのが MS であり、これは、基本的な根拠を（遠縁の）法令に置きつつも、リスク調査と管理の手法をベースとしつつ、実効的なストレス対策のためにあるべき条件を掲げ、それと実際の職場との相違を確認させたうえで、理想的方向へ誘導しようとするガイダンスである。よって、実施準則と同様に、この手段を講じないことがただちに法違反を導くわけではなく、他の方法による法目的の実現ももちろん可能である。逆に、このシステムの活用はおおむね法遵守の推定を導くと考えられており、外部の EAP（Employee Assistance Program）などが、このアプローチに「貢献するもの」と記載する報告書もある。その制定改廃は HSE の専権事項とされており、そのことによって、専門性、網羅性、機動性の確保が図られているといえる。

実際に、HSE は、MSA の開始以後、イギリス国内での災害発生件数や作業関連ストレスの低減を図るため、数多くの国家レベルでの介入計画を策定して来た。これらの計画は、データ上、災害発生件数や作業関連ストレスが最も多い産業分野を対象として来た。そして、Web での公表を基本としたガイダンス、教育研修機会、国による無料の電話相談によるサポート、HSE の擁する専門家への労使双方のアクセスや、組織の取り組みの進捗状況を監視する監督プログラムの提供に至るまで、数多くのソフトな（：誘導的な）関連施策を実施して来た。

結論的に、MS にとって、上位にある法規則は、実質的に著しくパフォーマンスの悪い雇用者に対する公権力行使や予算の割当を裏付ける形式的意味しか持たないとも

いえ、現に、これまでのところ、MS に関する罰則の適用例は1件もないようである。もっとも、目標設定、手続、体制整備などの規定という点では、応分の意義が認められよう。

・MS の仕組みは、基本的に既存のリスク管理手法を応用するものだが、評価ツールとして、①職務上の要求、②裁量、③支援を要素とする「職務の内容」と、④職務上の人間関係、⑤役割、⑥変化を要素とする「職務の背景」を対象かつ指標とするストレス評価モデルを採用している。この仕組み（MS）は、その根拠となる法規定との関係からも、本来的に一次予防的な性格を有しており、「～せねばならない」、「～してはならない」といった要件や禁止事項を定めて強制する方式ではなく、個々の要素について理想的な条件を掲げ、それと実際の職場との乖離を自発的にチェックさせ、あるべき方向に誘導する方式を採っている。

ウ 効果

・結論的に、現段階では可視的な成果がナショナル・レベルで十分に認められる状況にはない。たしかに、2004年のMSA導入以後、ストレス関連の症例の推定発生件数が7%減少したとするデータは出ているが、説得的な値とは言えない。本文で示した2009年の心理社会的労働環境に関する調査報告（Psychosocial Working Conditions in Britain in 2009 HSE 2009）の結論も、以下の通り、はかばかしいものではなかった。HSE の委託によるデルファイ調査（専門家への聞き取り調査）でも、「理論的には機能しているが、実務的にはそうとも言い切れない」との結果が導かれ

ている。

「2004年から2009年にかけて行われた調査の結果からは、たしかに条件の変化及び上司のサポートの指標では大幅な向上傾向がみられるものの、この期間を通じて心理社会的労働条件が一般的に有意に変化したとまではいえない。2007年の報告では、全人口平均レベルでの改善傾向が顕れているといえるかもしれないが、2008年と2009年の調査結果では、そうした傾向は継続していない。仕事はかなりまたは過度にストレスになっていると答える被用者の数の減少傾向はもはやみられず、職場で積極的なストレス対策がなされていると認識したり、ラインの管理職とのストレス問題についての話し合いがあると報告する被用者の数にほとんど変化がみられない」。

・とはいえ、その効果を否定する材料にも乏しい。例えば、労災・作業関連疾患統計上、自己申告上のストレス、抑うつ状態、不安を原因とする推計逸失労働日数は、全産業で23%減少しているが、これにMSAが貢献した可能性は否定できないし、個別の組織でのMSの活用が多額のパフォーマンスをもたらしたことを示すデータも複数出されている。また、心理社会的労働環境に関する調査報告からは、一般的に、未だ雇用者側でできる努力が多々あることもうかがわれる。

エ 図られている対応

・ノッティンガム大学の研究グループなどのMS推進派は、従来のMSへの有力な批判（①基準の不明確性、②評価ツールの心理測定的特性の未開発、③リスク評価ツ

ールと基準の関係の不明確さ、④基準値にかかる科学的根拠の脆弱性、⑤介入の現実を想定した指針整備やその前提となる調査の不十分さなど）を要改善点として積極的に受け止めつつ、従来の Job-Demand-Control-Support モデル（職務上の要求・裁量・支援をストレス評価の主な尺度とするモデル）をベースとしたリスク管理モデルから、より積極的かつ包括的な職場環境改善へと視点をシフトさせていることがうかがわれる。

・すなわち、従前のモデルでは、組織にある問題点を一つ一つ調査して欠点として捉え、あるべき条件へ向けて個別的に改善を図っていくアプローチを予定していたが、今後は、当該組織の歴史や脈絡を重視しつつ、個々の組織にある良い点、優れた点に目を向けて伸ばしていく中で、問題点の解消も図っていくアプローチにシフトさせようということと解される。

・ただし、①そうした発想や方策で、知略を駆使して確信犯的に職場環境を悪化させている人物やグループに対応できるか、特に経営者自身の個性や考え方の偏りに根ざす問題や、当該組織の歴史や脈絡に根ざすいわゆる組織文化的な問題に対応できるか、また、②そうした経営コンサルティング的側面を持つ作用に公的支援を行ったり公権力を介入させることに正当性は認められるか、等が改めて問われよう。

・もともと、イギリスの労働安全衛生行政が、従前の作業関連ストレス対策に関する調査研究や実際の取り組みを経たうえで、「良い経営こそが、作業関連ストレス要因を管理する鍵である（‘Good management is the key to managing the causes of

work-related stress’）」と宣言していることは軽視できない。また、イギリスの産業精神保健法政策は、彼国固有の文脈のうえに成り立っていることにも留意する必要がある。

・いずれにせよ、イギリスの産業精神保健法政策が頓挫したと結論づけるのはまだ早い。個別の組織レベルでの成果は多数報告されているのに、ナショナル・レベルでの成果が十分に認められていないということは、”one size cannot fit all” の原則が妥当する可能性がある。つまり、国がモデルを示す意義は大きいですが、個人にしろ組織にしろ、その脈絡を十分に踏まえない対策は奏功し難いことを示唆している可能性は否定できない。

（２）デンマーク

ア 背景

・以下のような事情を背景に、政府が、1990年代後半からさまざまな行動計画（特に「クリーンな労働環境への行動計画（Action Program for the clean working environment 2005）」）や戦略を積極的に設定してきていた流れがあった。

①他国との比較で自殺率が高い（1980年には国民100,000人あたり35人）など、もともとメンタル不調を想定させる国民の割合が多かったこと、

②労働政策および社会保障政策において先進的な取り組みを行ってきたにもかかわらず、労働災害や労働を要因とする疾病休業が減少していないとの（政府の）認識があったこと、

③国際競争条件下で、人的資源にさほど

恵まれていないことからその積極活用を図らねばならないとの（政府の）認識があったこと、

④特に COPSOQ（コペンハーゲン心理社会調査：Copenhagen Psychosocial Questionnaire（COPSOQ））の開発の背景となった事情として、労働における心理社会的なストレス要因が、筋骨格障害（musculoskeletal disorder）、心臓血管系疾患（cardiovascular disease）、精神病、ストレス、燃え尽き症候群（burnout）、生活の質（quality of life）の低下、病気休暇（sick leave）、労働移動（labor turnover）、モチベーションと生産性の低下といったさまざまな問題を引き起こす要因となっており、労働者のみならず、企業および社会全体にとっても重大な問題となっているとの（政府や研究者などの）認識があったこと。

イ 特徴

・労働環境法（特に第15条 a）に基づき、PDCAサイクルを構築し、リスク評価と改善を実施することを使用者に義務づける、一次予防策中心の方策が採られている。

・その実施状況につき、労働環境監督署による臨検と認証により担保（根拠法の履行確保）を図る仕組みとなっている。

・労働環境法上の特定の義務違反については、労働環境局に過料決定の権限が与えられている。また、そのような権限を背景に、労働環境局が、企業に対して拘束力のある助言を与えることが可能とされている。

・2004年の法改正を契機に、4種類のスマイリーマークシステムが導入され、企業の労働環境状態が評価、区分され、W

E Bサイトで公開されることとなった。

・労働環境に関する法政策の構築と運用の双方にわたり、政府とソーシャル・パートナーの協働関係が構築されており、両者の距離の近さがうかがわれる。

例えば、労働環境法第72条 b1項において、労働協約に労働環境法に規定する法的義務と類似の義務が含まれる場合、労働環境監督署による行政的監督を受けず、協約当事者の自治に委ねられ得る旨規定されている。したがって、産業別の協約も重要な意味を持つ。

・セクハラを含めたいじめにつき、協約当事者にモデルを示しつつ、彼らに規制と監督処理の権限の委任する制度がある。

・労働環境法に基づく一次予防に重点を置いたリスク管理手法は、メンタルヘルスのみならず、彼国の労働安全衛生対策全般で採用されている。ただし、作業関連ストレスによる疾病休業者の増加傾向を背景に、心理社会的労働環境整備が重視されるようになって来た経過がある。

・2001年の行政命令96号が、使用者にメンタルヘルスを考慮した職場の設計を義務づけている。2004年の行政命令559号は、ECの89年「安全衛生の改善に関する基本指令（枠組み指令）（89/391/EEC）」を受け、労働環境改善のための予防原則を明記している。

・労働環境法第15条 a およびその関連行政命令を踏まえて、2002年に、職場におけるリスク評価を行うため、労働環境局により、直接的には法的拘束力を持たない「職場リスク評価の準備および評価に関するガイドライン」が作成・公表されている。

・リスク評価の結果は、従業員のアクセス可能な場所に掲示して公表することが義務づけられている。

・リスク評価は、3年ごとに実施され、改訂されることが義務づけられている。

・企業自身での自主的な取り組みを主眼として、行政機関によるガイダンスツールや調査票の提供、また外部のコンサルタントの利用を容易にするような施策が展開されている。

・リスク評価は、

①労働状態の把握および対応関係の作成、②問題の同定と評価、③疾病休業（者）への関与、④優先順位の設定と行動計画の策定、⑤フォローアップ

を循環させる形で行われる。

②では、労働環境に関する問題と労働者の病気休暇等との関連性も評価対象とされている。

・疾病罹患の原因は複雑多様であり、またバイアスがかかることを防ぐため、疾病罹患患者本人は職場のリスク評価に参画させられるべきでないとされている。

・開発されたガイダンスツールや調査票は、デンマークのみならず世界中で活用されるに至っている。

・心理社会面での職場のリスク評価のため、心理社会的知見を積極的に活用し、独自の調査票（コペンハーゲン心理社会調査：Copenhagen Psychosocial Questionnaire（COPSOQ））の開発が行われて来た。

・心理社会的労働環境に労働環境局を介入させる政策の背景として、1995年にソーシャル・パートナー、雇用担当大臣、労働環境局の代表により構成された委員会

が、詳細な調査のうえで雇用担当大臣に対して行った勧告が重要な意味を持っている。これによれば、心理社会的労働環境のリスク要因は、企業の経営上の決定に関連する要因（賃金、昇進、雇用の不安定性、職場におけるいじめ、ハラスメントなど）と被用者の労働状況に直接間接に関連する要因（反復労働、暴力のリスク、単独労働、シフト労働、バーンアウト）に分類され、前者は被用者や安全衛生の専門家と協力しつつ企業が自身で解決すべき要因だが、後者は労働環境局が介入すべき要因であるとされていた。

・上掲の「クリーンな労働環境への行動計画」に基づく労働環境改善のための経済的インセンティブ施策の一環として、一般安全衛生税や労災補償の拠出金に応じた税の制度を有していた時期があったが、その後廃止された。また、特に良好な労働環境にあるとの認証を受けた企業に対して、安全衛生費用の補助を行う制度があったが、これも廃止された経緯がある。

ウ 効果

・労働環境一般については良好さを維持している企業が多く、その意味で、デンマーク方式は有効に機能していることがうかがわれる。

・他方、メンタル不調に起因する疾病休業を取得する被用者数について目立った減少が見られるわけではない。具体的には、上司や同僚からの援助は、以前より期待可能な状況になっているが、感情的な要求の増大、意義ある労働と感じる労働者数の減少などがみられる。また2010年のデンマーク労働健康調査においても未だに多くの被

用者が社会心理的労働環境上の問題を抱えていることが明らかとなっている。

・なお、被用者の心理社会的労働環境と病気休暇取得の関連性に関する調査研究から、デンマークでは、感情的要求 (high emotional demands) と職務上の役割葛藤 (high role conflicts) が病気休暇取得の重要なリスク要因となっている可能性が指摘されており、COPSOQ II による社会心理的労働環境の調査は、個別被用者の健康状態把握のためにも利用できることが示唆されている。

エ 図られている対応

・最近のデンマーク政府および専門家の取り組みは、よりリスク要因の高い企業に対する査察を強化すると共に、疾病休業を取得した被用者の職場復帰へと政策の焦点を徐々に移行させているように見受けられる。

・また、最近、3次予防面、とりわけメンタルヘルス不調者の職場復帰の促進に焦点が置かれるようになり、近年 (2010年)、国立労働環境研究センターより「メンタルヘルス、疾病休業および職場復帰に関する調査報告および勧告 (Mental health, sickness absence and return to work)」が発せられている。

(3) ドイツ

ア 背景

・従前から疾病労働者の労働不能 (欠勤) 日数が重要な関心事の1つとなっていたが、近年は、精神疾患を理由の1つとする欠勤が増加傾向にあり (地区疾病金庫の統計で

は、99年以後の約10年間で約80%増加しており、労働不能の事由となった主要疾病の中で最も高い増加率)、また、他の疾病より欠勤日数が長い傾向にあり (2010年では平均23.4日であり、全体平均の11.6日を大きく上回る)、精神保健の必要性認識が高まっている。

・2008年の技術者疾病金庫が公表したレポート (同金庫の被保険者等である15~64歳までの労働能力がある者 (約246万人) を対象に、外来診療で ICD-10 第V章に該当する診断がなされた件数を調査したもの) では、就業者の5人に1人が、2006年中に少なくとも1回、精神障害の診断を受けたと記載された。

・連邦統計局の患者統計上、男性については、精神および行動の障害 (F00-99) のうち最も多い診断が精神作用物質使用による障害 (F1) であり、中でもアルコール依存が多いが、女性については、感情障害 (F3)、とくにうつ病が多い。

・地区疾病金庫の統計上、精神疾患の中では、うつ病エピソード (F32)、重度ストレス反応および適応障害 (F43)、身体表現性障害 (F45)、他の神経性障害 (F48) が上位にあがっており、産業分類では第3次産業に多く、特に看護助手や介護士の罹患率が高い。

・バーンアウト (労働不能の原因となり得る精神疾患ではないが、生活管理困難 (Z73) と位置づけられ、医師が精神疾患にかかる付加情報として診断できるもの) の診断事例の欠勤日数が2004年から2010年にかけて約9倍に増加した。

付加される精神疾患としては、うつ病エピソード (F32) と重度ストレス反応及び

適応障害（F43）が圧倒的に多い。

・メンタルヘルス不調者の増加は、企業の生産性や競争力の低下を招き、ひいては国の経済力を弱める可能性が高い。また、保険制度の仕組み上、医療保険財政、年金保険財政（特に稼働能力減退年金関係）への負担が現に大きくなっているか、その可能性が高いとの認識が拡大して来ている。

・労働者と失業者の比較では、労働者のほうが明らかに、精神障害を理由とする労働不能日数が少ない。

・総じて、精神疾患罹患者の増加とそれによる種々のマイナス効果は認められるものの、それが最近の働き方や職場環境の変化に直接影響を受けていることを示す証拠は見あたらなかった。むしろ、精神疾患に詳しい医師やセラピストの増加により精神疾患診断がされ易くなっていることを指摘する見解もある。

イ 特徴

・現段階で、産業精神保健法制度の枠組みが確立しているとはいえない。

・精神障害は、彼国の労災保険法（：社会法典）上、典型的な職業性疾病を定めた職業性疾病リスト（職業性疾病規則の別表1）に掲載されておらず、頭部外傷による外因性精神障害、重大事故（強盗や自殺など）の目撃によるトラウマなど、ごく例外を除いて業務上疾病とは捉えられていない（：私傷病と捉えられている）。

・労働保護法（Arbeitsschutzgesetz）上、人間らしい労働の実現を含めた最終目的のために求められる労働保護措置や、PDC Aサイクルの構築によるリスク管理の対象には、精神疾患にかかるものも含まれ得る

が、ディスプレイ作業命令（Bildschirmarbeitsverordnung）第3条の定めるVDT作業に伴う心理的負荷のリスク評価義務などの例外を除き、関係法令上明示されているわけではなく、事業所ごとの具体化は労使に委ねられている。

・しかし、疾病労働者には、罹患事由の業務上外を問わず、フルタイム・パートタイムを問わず、賃金継続支払法に基づき、4週間雇用継続の前提さえ充たせば、最長6週間の事業主の負担による有給疾病休暇が保障されているほか、医療保険制度上、医療費の自己負担分がかなり低額である（社会法典第5編第61条以下）、労働不能期間が6週間を超えた労働者には、社会法典第5編第44条に基づき医療保険から傷病手当金が支給される（通常賃金の70%（社会法典第5編47条）、同一の疾病につき3年間で最長78週まで（社会法典第5編48条））など、療養に専念し易い条件が整備されている。

・また、事業主は、障害者の労働参加等を規定した社会法典第9編において、障害によって新たな労働不能に陥り、雇用の喪失に至る事態の予防措置の一環として、疾病により1年間に6週間以上労働不能となった労働者に対し、事業所編入マネジメント（段階的な職場復帰や、労働能力や健康状態に応じた適職配置などにより、再発再燃防止や雇用維持を図る措置）の実施を義務づけられている。このような措置は、解雇回避努力との関係でも求められる。

すなわち、前掲の社会法典第9編は、ほんらい障害者（「身体的機能、知能もしくは精神的な健康状態が、高い蓋然性で6か月以上、その年齢に典型的にみられる状態か

ら逸脱しており、それゆえ社会生活への参加が妨げられる者)のリハビリテーションと参加を規定しており、ドイツ政府は、割当雇用制度を含め、特に重度障害者の労働生活への参加に重点的に取り組んで来た経緯がある。その第9編第84条は、第1項で、重度障害者等を対象に、雇用関係を脅かすおそれのある人物・行動や企業に原因のある問題を除去し、雇用関係を維持するための支援等を検討すべきことを使用者に義務づけており、前掲の事業所編入マネジメントに関する規定は、2004年になって第2項に追加された。これは、障害者に限らず、1年間に6週間を超えて疾病により労働不能状態に陥っている労働者全てを対象とするが、彼らが新たな労働不能に陥らず、雇用関係を維持できるよう、使用者に必要な予防措置の実施を義務づける点では、第1項と共通し、ドイツに特徴的な制度といえる。

・現段階で、こうした法的な保障について、精神障害と他の障害の間に区別はないが、これらの保障を受けるためには、疾病罹患の故の労働不能である旨の医師の診断書を提出せねばならず、単に精神的不調による労働不能というだけでは対象たり得ない。すなわち、①賃金継続支払の受給に際して、労働者は、労働不能が4日以上となるときは、使用者に、次の出勤日までに医師による労働不能の診断書を提出しなければならない(賃金継続支払法5条)。②傷病手当金の請求手続について法律上の規定はないが、実務上、労働者は、医師による疾病罹患による労働不能の証明を受け、それを疾病金庫に提出することが求められる。③事業所編入マネジメントは、労働者か

ら受益の申請をするものではなく、労働者の疾病罹患故の労働不能による欠勤期間が6週間を超える場合、事業者側に当然に措置義務が発生するものだが、労働者側は、その労働不能を裏付けるため、医師の診断書の提出を求められることになる)。

・よって、事業主としては、こうした保障にかかる抛出や負担を避けるためにも、疾病労働者の欠勤による経済的負担や労働意欲の減退などを避け、効率的で快適な企業運営を図るためにも、自主的に、あるいは労使協議(ないし共同決定)を通じ、「作業関連ストレス対策(≠業務上疾病対策)」を推進する必要に迫られている状況にあるといえる。

・そして、実務上は、精神疾患等に作用し得る労働上の要因については把握できると考えられるようになっている。

・国は、法規制や労働監督により、労働者の安全衛生全般について責任を果たすが、各事業所においてなすべき措置の具体化は、事業主ないし事業所ごとの自治に委ねられている。よって、事業主の危機認識その他の考え方や従業員代表委員会の積極性などに負うところが大きい。

・精神保健問題に関する認識は産業全体に高まっているが、以上の前提との関係でも、また、企業カルチャーの維持・尊重が重要と考える企業側の要求からも、法規制や労働監督がその問題について直接介入する方途はとられていない。

・ドイツで発刊されている、事業主が法的な安全衛生責任を果たすための実務書には、既に心理社会的調査票が掲載され、活用が推奨されているが、そこには、伝統的な労働安全衛生その他の労働基準の枠内に

包括され得るもののほか、企業理念や人事戦略などに関する人事労務管理的なことがらも含まれている。また、補償・賠償アプローチになじむマイナス要因の発見に加え、予防アプローチになじむプラス要因の維持の推奨の側面も持っている。

・労働保護法第5条に基づくリスク評価の仕組みを事業所協定を通じて心理的負荷の評価まで積極的に拡大し、他者にも影響を与えた例として、ダイムラー社の例があり、労使と専門家が参加する複数の会議体やチームがリスク評価に関わる仕組みとなっている。また、KarasekのJob-Demand-Controlモデルをベースとして、心理的負荷要素の危険な組み合わせ（「労働の複雑性」が低く、「集中の必要性」が高い場合など）などを測定ツールとして用いているが、国際的にみて先駆的な取り組みとまでは言い難い。

・ドイツでもハラスメント等を理由とする民事紛争が生じているが、今のところ、使用者の産業精神保健面での取り組みにさほど大きな影響を与えてはいない。

ウ 効果

不明

エ 図られている対応

不明

(4) フランス

ア 背景

・フランスの作業関連ストレス対策に関する法政策は、明らかにEUの法政策（とりわけEC指令）の影響を強く受けて来た。

・当初はセクハラ・モラハラなどが重視され、主にハラスメント対策の法制度が展開して来ていたが、EC指令のリスク管理が心身の両面に及ぶこと、作業関連ストレス対策にかかるEUレベルでの施策やソーシャル・ダイアログ（労使間の社会的対話）の展開も影響し、そもそも心身双方の健康を射程に収めていた国内法の解釈において、精神的健康確保対策全般が捉えられるようになってきている。また、2008年のフランス・テレコムでの従業員連続自殺の社会問題化も、自殺対策を含めた幅広いメンタルヘルス対策のための施策の展開を後押ししている。

より具体的な経過は以下の通り。

① 89年6月12日：ECの89年「安全衛生の改善に関する基本指令（枠組み指令）(89/391/EEC)」の国内法化

② 92年7月22日：セクハラ罪を新設し、職務権限濫用を他の性犯罪の刑の加重事由とする規定を含む新刑法典（人に対する重罪及び軽罪の禁止に関する刑法典の規定を改正する1992年6月22日法(n.92-6)）の制定

③ 92年11月2日：②を受けて雇用の枠内においてセクハラ被害者保護及び防止を図った92年11月2日法（労使関係における性的権限濫用に関し労働法典及び刑事訴訟法典を改正する1992年11月2日の法律(n.92-11)）の制定

④ 02年1月17日：先行するセクハラ防止規定や、雇用平等原則の進展を受けてモラルハラスメント防止規定（後掲）を設けた、「社会的近代化法」の公布（2002年1月17日）

⑤ 08年7月2日：04年10月8日欧

州枠組協定を国内規範化し、使用者によるストレス評価の取り組みの促進等を図った全国職際協定（*全国職際協定とは、フランスにおける3大使用者団体（MEDEF=フランス企業運動、UPA=手工業者連盟、CGPME=中小企業経営者総連盟）と、5大労組（CFDT=フランス民主労働同盟、CGT-FO=フランス労働総同盟・労働者の力、CFTC=フランス・キリスト教労働者同盟、CFE-CGC=管理職組合総同盟、CGT=フランス労働総同盟）によって締結される労使協定のこと（細川良：日本労働研究雑誌、580: 89, 2008））の成立

⑥ 10年5月26日：07年4月26日の欧州枠組み協定を国内規範化した、労働におけるハラスメントと暴力に関する全国職際協定の成立

・フランス・テレコム従業員連続自殺の前後にわたる政府による自殺対策には、①「労働における健康計画（Plan Santé au Travail）」（2005）、②「Plan National Santé Environnement」（2004～2008）、③2008年11月25日デクレ2008-1217号による「労働条件における方向性協議会（Conseil d'orientation sur les conditions du travail）」での心理社会的ストレスに関する分科会設置、④「労働における健康計画Ⅱ（Plan Santé au TravailⅡ）」（2010）などの施策がある。

イ 特徴

・労働安全衛生の関係者としては、使用者、労働者、安全衛生労働条件委員会、従業員代表、労働組合や組合代表、労働医等の医療サービス、国の労働監督や社会保障機関などが存在するが、使用者に対しては、

労働法典に基づき、労働者の「心身の健康」を維持するための措置が一般的に「義務づけられている」。

すなわち、労働法典 L.4121-1 条は、「使用者は、労働者の安全を確保し、身体的及び精神的健康を維持するために必要な措置をとらなければならない」とし、その具体的内容として、①「職業上のリスク及び労働の苦痛を予防する行動」、②「情報伝達及び研修のための行動」、③「組織と調整手段の設置」を列挙している。

また、労働法典 L.4121-2 条は、L.4121-1 条の履行に際して使用者が遵守すべき以下のような一般原則を示している。

①もとより「リスクを避けること」、②「不可避なリスクについて評価すること」、③「根源的なリスクに対処すること」、④「労働を人間に適応させること」、⑤「技術の発展状況を考慮すること」、⑥「危険のある状態を、危険がないか、より危険が少ない状態に転換すること」、⑦「技術、労働の組織編成、作業条件、社会関係及び特に L.1142-1 条に定められた精神的ハラスメントに関わるリスクを含む作業環境に影響する要因を統合的に考察した、全般的な予防計画を策定し実行すること」、⑧「個人レベルの保護措置よりも集団レベルの保護措置を優先して実施すること」、⑨「労働者に適切な指示を与えること」。

これらは EC の 89 年「安全衛生の改善に関する基本指令（枠組み指令）（89/391/EEC）」第 6 条をほぼそのまま継受したものであり、ドイツの労働保護法などにも同様の規定をみることができるが、L.1142-1 条にリンクする⑦が特徴的である。

・L.1142-1 条は、「いずれの労働者も、そ

の尊厳に関わる権利を毀損され、身体若しくは精神の健康を増悪させ、又はその職業における今後のあり方を危険にさらす可能性のある、労働条件の劣化を目的とするかその効果を有する、反復した精神的な嫌がらせ行為を被ることがあってはならない」として、精神的なハラスメントの防止を明定し、その違反は、雇用平等原則違反として、1年の拘禁刑および／あるいは3750ユーロの罰金の対象となることが明記されている。

また、「ア 背景」に掲げた刑法典において、「他人の権利もしくは尊厳を侵害し、その身体的もしくは精神的健康を害し、または職業生活に影響を及ぼすおそれのある労働条件の劣化を目的とするかその効果を有する反復した精神的な嫌がらせ行為」が禁止され、その違反につき1年の懲役および15000ユーロの罰金が定められている。

したがって、セクシュアル・ハラスメントやモラル・ハラスメントの加害者は、刑法典と労働法典の両罪によって刑事訴追され得る(大和田敢太: 労働関係における『精神的ハラスメント』の法理: その比較法的検討. 彦根論叢, 360: 79, 2006)。

これらの規定に代表されるように、フランスの法的なメンタルヘルス対策では、先ず精神的なハラスメントについての防止規定が整備され、その後、より広い範囲の対策に「解釈」ないし(特に労使間の)ルール形成上の焦点が拡充されていった経緯がある。

・その他、L4121条(使用者の一般的義務)関係では、L4121-3条で、事業活動の性格に応じたリスク評価を含め、リスク管理のためのPDCAサイクルの構築と、それ

を通じた安全衛生条件のスパイラルアップについて定めているほか、L4121-1条、同-2条がその取り組み状況の文書化と公表の義務を定め、さらにL4121-4条が、その文書の労働者、安全衛生労働条件委員会ないしその職務を担当する機関、従業員代表、労働医、労働監督官その他の機関への提出義務を定めており、個々の事業の性格に応じた安全衛生のリスク管理について、労働者(組織)の関与と外部評価が担保ないし促される仕組みとなっている。

これも、前掲のEC基本指令から継受した規定である。

・こうした使用者の義務の履行に深く関わる存在として、労働医(日本の産業医と類似の職)、安全衛生労働条件委員会、従業員代表制度などが重要な役割を果たしている。

・労使は、「ソーシャル・パートナー」として、(協定の締結を含めた)立法から現場運用に至るまで、法政策に深く関与している。

・法律上、個々の事業に設置される安全衛生労働条件委員会に強い権限が保障されており、実際上も、この組織がメンタルヘルス対策に果たしている機能が大きいと察せられる。

すなわち、L.4612-1条は、安全衛生労働条件委員会が、以下の基本的職務(権限)を有することを定めている。

①当該事業場の労働者や外部企業から配置された労働者(*派遣労働者等のことと解される)の「心身」の健康や安全の保護への貢献

②女性の労働条件を含めた労働条件一般の向上

③①②に関わる法規の遵守状況の監視

さらに、同・2条以下が、上記の基本的権限を展開し、以下のような個別的職務（権限）について規定している。

①労働者のばく露するリスクの評価分析（同・2条）

②リスク軽減に関する勧告（同・3条）

③事業場の巡視権限（同・4条）

④アンケートの実施権限（同・5条）

⑤監督官の臨検について使用者から伝達され、同人（監督官）にリスク分析の結果を伝えること（同・6条）

事業者の諮問機関と位置づけられている日本の安全・衛生委員会とは、かなり性格が異なることがうかがわれる。

・従業員代表委員会についても、L2313条が、雇い入れ、職業訓練、給与体系、配置、格付け、昇進、配置換え、契約更新、制裁、解雇に至る幅広い場面における人権侵害、身体・精神の侵害、職務の性格上正当化し得ず、達すべき目的と整合しない個人の自由の侵害について、確認次第、使用者に通告する権限を規定し、また、通告を受けた使用者側がしかるべき対応をしなかった場合、対応が不十分な場合等には、労働審判所に急速審理命令の申し立てを行う権限を規定しているなど、労働者のメンタルヘルスの保持増進に関わる活動について多くの法的保障がある（ただし、やはり精神的なハラスメントが主として念頭に置かれているように思われる）。

・事業主の諮問機関である企業委員会（L.2323-1条）も、企業の運営全般に関する事項が諮問事項とされている関係上、メンタルヘルス対策（作業関連ストレス対策）も、審議の対象とすることができる。

・労働医の権限も大きく、労使双方に対する勧告者として強い独立性と職場の監視権限や労働者の就業に関する措置の勧告権限を含めた産業保健に関わる広い権限を持ち、企業に対する指示・助言には、直接・間接に一定の法的な拘束力ないし意義を伴う場合が多い（詳細は、V.資料：研究協力者の関係研究業績を参照されたい）。安全衛生労働条件委員会とも協働して職務を遂行する。

・以上のうち労働法典の合法性監督の役割は、労働監督官が担っており、使用者に課せられた一般的義務の履行や個別労働者の権利保護の場面で、罰則（の威迫）をもって一定の作為や不作為を命じる権限を有している。

・その他、ARACT（地方労働条件改善所：1973年に設立され、労働者の年齢や性別、健康状態、スキル、地域的なデータに基づく企業の行動計画の作成支援や診断等を行う国立機関で、国立労働条件改善所（ANACT）を構成する25の地方支部のこと。作業関連ストレス対策を含めた種々の調査研究を実施しており、企業等への直接的なサービスを実施しているほか、国の政策へも大きな影響を与えている）やCARSAT（退職者・健康保険基金・旧CRAM<地方健康保険基金>）が、労使、従業員代表への情報提供やコンサルティングサービスを実施している。

・また、上掲の2008年7月2日の全国職協定に、職業上のリスク評価と予防義務（モラル・ハラスメント行為の防止義務や労働者の「身体的・精神的健康」の保護義務など）の一環として、職場における暴力及びハラスメントに併せ、作業上のス

トレスに対して使用者が必要な措置を講ずべき旨が定められた。これを受けて、ARACTとCARSATは、使用者による措置を支援するための評価シートを作成し、提供している。

・フランスでは、ドイツと同様、労働に起因する障害疾病については、原則として公的補給給付で補償され、それが使用者の *faute inéxcusable*（弁解の余地のない過失：重過失の中でも高度なものと解されてきた）による場合に限り、付加的な給付の請求ができることとされて来ていたが、近年の破棄院判決が、使用者にその予見可能性が認められる場合一般に *faute inéxcusable* の存在を認めるかのような解釈を示したこと、また、労働者の自殺やその未遂による後遺症について使用者の民事責任を認める判決も出て来ていることなどから、使用者の予防への取り組みに間接的な圧力がかかっている可能性も否定できない。

ウ 効果

・保健省管轄下の国立公衆衛生監視研究所 (L'Institut de veille sanitaire (InVS)) による調査が行われているとの情報があるが、調査未了。

エ 図られている対応

不明

(5) アメリカ

ア 背景

・アメリカでは、デンマークやイギリスのように、作業関連ストレス対策のための

法に基づく体系的な制度は存しない。

・しかし、世界で初めて包括的な障害者差別禁止法を制定した国として、その領域での法規定や法理を大きく発展させて来ており、メンタルヘルス不調者対策の一部（主として2次・3次予防面）をカバーするまでに至っている。

すなわち、同国の障害者差別禁止法は、1918年のスミス・シアーズ法 (Seare-Smith Veterans' Rehabilitation Act) に淵源を持ち、当時は傷痍軍人を対象に職業訓練や教育を提供することを主な目的としていたが、1920年のスミスフェス法 (Smith-Fess Act) により、身体障害を持つ全てのアメリカ人に対象が拡大され、43年の改正で精神障害者・知的障害者にも拡大された。しかし、障害者の職業訓練とカウンセリングを主な目的としていたため、むしろ社会的分離に繋がり易い面があった。

その後、公民権運動とそれを経て制定された1964年公民権法は、障害者の自立運動の拡大にも影響を及ぼし、1973年リハビリテーション法 (Rehabilitation Act of 1973) や、その後の1990年障害を持つアメリカ人法 (ADA) の制定にも一定の影響を及ぼした。

うち1973年リハビリテーション法は、連邦政府と同政府から財政補助を受ける計画や事業につき、適格性を持つ障害者の参加の自由の剥奪、利益の享受の否定、差別を禁止したほか（同法第504条）、連邦政府に対し、適格性を持つ障害者の採用、配置、昇進などにつき積極的差別是正措置 (Affirmative Action) を義務づけ（第501条）、さらに、連邦政府と1万ドルを超え

る契約を締結する民間企業に、適格性を持つ障害者の採用、昇進について積極的差別是正措置を義務づけた(第503条(a))が、その射程は非常に狭かった。

そこで、全米障害者評議会(NCH(現在はNCD))は、1986年に「自立に向けて」と題するレポートにより、包括的な障害者差別禁止法の制定に向けた提言を行い、1988年には、「自立の入口」と題するレポートにより、障害を理由とする差別の禁止と合理的配慮(reasonable accommodation)の義務づけ等の提言を行い、これらが草案となって1990年ADAが制定された。

また、ADAの制定過程では、障害者の隔離・差別の実態が再確認され、それらが、①数十億ドルの不要な国家的コスト負担、②貴重な労働力の喪失、等に繋がっていることと、それらへの対策の必要性が強調された経緯がある。

・メンタルヘルス対策に関連するその他の差別禁止立法として、2008年に、使用者が従業員・応募者の遺伝子情報を得ることを原則として禁止し、遺伝子情報に基づく差別を雇用の全局面において禁止する遺伝子情報差別禁止法(Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008)が制定されている。

・同じ2008年にADAが改正され、現在のADAは、2008年ADAとなっている。この改正は、1990年ADAの制定以後、裁判所が同法における障害者の範囲を狭く解釈する傾向に対して寄せられていた批判に対応することを主な目的としていた。

イ 特徴

・上記の経緯から、ADAの下では、メンタルヘルス不調者も、①労働力として活躍することが期待され、②その障害ゆえに職務遂行上支障がある場合には、その障害を取り除くための「合理的配慮」の提供が使用者に求められる。

・ADAおよび遺伝子情報差別禁止法の施行規則やガイドラインを策定し、差別の救済窓口となって実際に救済にあたるのは、雇用機会均等委員会(EEOC: Equal Employment Opportunity Committee)であり、議会上院の助言と承認を得て大統領の任命を受けた、各種の差別問題について専門的な知識経験を持つ5名の委員から構成されている。スタッフ数は約2400名で、ワシントンDCの本部のほか全米に53の支部を持つ。

・ADAの適用対象となる障害者の範囲について、同法は、90年法、08年法共に、第3条(1)において、(A)その人の1つ以上の主要な生活活動を実質的に制限する身体的又は精神的機能障害があること、(B)そのような機能障害の記録があること、(C)そのような機能障害をもつとみなされること、の「いずれか」を障害と定義して来た。

(C)から明らかのように、ここでは、実際の機能障害の有無にかかわらず、機能障害と認識された者も障害者と解され、したがって差別を禁止される。

・現行の08年法は、90年法とは異なり、「読むこと、集中すること、考えること、コミュニケーションをとること」などを主要な生活活動の一環と規定し(第3条(2)(A))、実質的にその範囲を拡大した。08年の法改正後に策定されたADA施行規

則 § 1630.2(1)(i)も、「座ること、手を伸ばすこと」と共に、「他者と交流すること」が主要な生活活動に含まれると規定した。また、法でも規則でも、これらはいくまで例示列挙に過ぎないと強調されている。

精神障害との関係では、これらの活動のほか、90年法時代から規定されていた「自分自身の世話をすること」、「話すこと」、「手作業をすること」のほか、08年法で加えられた「眠ること」などが実質的に制限される主要な生活活動に該当する可能性が高い。

・08年法は、90年法とは異なり、障害の定義について、第3条(4)で以下の解釈ルールを規定した。(A)障害の定義は広範囲の個人に有利となるよう、ADAの文言上許される最大限になされるべきこと、(B)「実質的に制限する」の解釈は、国家が差別をなくすための明確で包括的な命令を発する等の目的に沿うよう解釈されるべきこと、(C) (省略)、(D)時々生じるか寛解期にある機能障害でも、発症時に主要な生活活動を制限する以上、障害に該当すること、(E)軽減措置による改善効果(※精神障害の場合、服薬による(一時的な)症状緩和等の改善効果等が該当すると解される)を考慮しないこと。

また、新たなADA施行規則 § 1630.2(j)は、すべての機能障害が本法にいう障害に当たるわけではないが、一般人口の殆どの人びとの能力と対象者の能力を比較する際、科学的、医学的又は統計的な証拠を用いる必要はないことなどを規定している。

・EEOCの「精神障害ガイドライン」は、ADA第3条(1)(A)における精神的機能障害に該当する例として、以下のものを挙げて

いる。

①うつ (major depression)、②躁うつ (bipolar disorder)、③不安障害 (anxiety disorder) : パニック障害、強迫神経症、PTSD を含む、④統合失調症 (schizophrenia)、⑤パーソナリティ障害 (personality disorder)

ただし、違法な薬物使用による精神的な機能障害は、ADAの保護する障害の定義から除外されると解されていることから、文言解釈に法理論的な価値判断(*この場合は刑事法上の「原因において自由な行為」に類似する考え方)が介在することを看取できる。

また、これらの疾病類型に該当しても、それ(ら)によって1つ以上の主要な生活活動が実質的に制限されなければ同法にいう障害には該当しない。

「実質的な制限」の有無は、08年法と施行規則上、①制限の程度と②期間の長さを参考に判断されるとされており、EEOCのガイドラインでは、生活活動の制限が数ヶ月以上継続することが必要とされている。しかし、前掲の第3条(4)(D)との関係上、問われるのは症状の継続期間自体の長短ではなく、あくまで生活活動の制限の長短であることに留意する必要がある。

・EEOCのガイドライン(「精神障害ガイドライン」)に掲載されている精神障害に関わる生活活動ごとの判断規準は以下の通り。

①他者との交流：同僚や上司と仲が悪いのみでなく、常に敵対的関係にある、社会的引きこもりである、必要なコミュニケーションがとれない等の深刻な問題が必要。

②集中すること：長時間会議での疲労による一時的なものではなく、不安障害によ

り集中できず、細かいミスを繰り返し、注意を受けても改まらない等の状況が該当する。

③睡眠：精神的機能障害による場合にも、寝付きが悪い、時々十分な睡眠がとれないだけでは不十分であり、PTSDにより数ヶ月にわたり睡眠薬なしではわずかしか寝られない場合や、うつ病により数か月間1日に2、3時間しか寝られない場合等が該当する。

④自分自身の世話：平均人と比較して、起床、入浴、着替え、食事の用意と摂取などの基本的活動が困難な場合が該当し、うつ病により睡眠過多となり、基本的行動が取りにくくなる場合も含まれ得る。

・ADAにおいて差別禁止対象となるのは、合理的配慮があれば、あるいはなくても、職務の本質的機能を遂行できる個人（適格性を持つ障害者）（第101条(8)）に限られる。使用者が、学歴、熟練、経験等の職務に関連する基準を設定している場合、障害の有無にかかわらず、その基準を充たさなければ、適格性を欠くことになる。

・ADA第102条(a)は、「いかなる適用対象事業体も、応募手続き、労働者の採用、昇進、解雇、報酬、職業訓練、並びにその他の雇用上の規定、条件及び特典に関して、適格性を有する人を障害を理由として差別してはならない」と定め、雇用の全局面における差別を禁止している。ADA施行規則§1630.2(1)も、同法により禁止される行為には、「採用拒否、降格、休職命令、解雇、ハラスメント、その他の労働条件に関する不利益取扱い等」が含まれるとしている。

・ADA第102条(b)は、同条(a)が規定する差別に該当する例として、以下の7例

（要約）を列挙している。

(1)障害を理由として、応募者や労働者の地位や機会に不利となる方法で制限、分離又は分類すること。

(2)適格性を持つ障害者を差別するような契約その他の取り決めや関係に参加すること。

(3)障害者等の差別につながったり固定化させる管理上の基準、判断規準、方法を用いること。

(4)適格性を持つ個人が関わっている個人が障害を持っていること（の認識）を理由に、その者（適格性を持つ個人）に均等な職務や特典（付加給付等）を付与しないこと。

(5)(A)労働者または応募者であって、（そうした制約がなければ適正に業務を遂行できるという意味で）適格性を持つ、認識された（known）障害者の身体的または精神的制約に対して合理的配慮を行わないこと、ただし、その配慮の提供が、使用者の事業の運営にとって過度の負担を課すことを使用者が証明できる場合はこの限りではない。(B)合理的配慮を提供する必要があることを理由に、適格性を持つ障害者である応募者や労働者の雇用機会を否定すること。

(6)障害者やその集団を排除するような適格性審査基準、試験等の選考基準を用いること。ただし、業務上の必要に基づくこと等を事業側が証明できる場合は該当しない。

(7)感覚、手作業、発話機能等の障害を持つ労働者などを対象とする試験の実施に際して、測定を目的とする技能、適性などの要素が最も効果的に測定されるような方法を用いないこと。

・以上の第102条(b)(1)～(7)のうち、(1)

～(4)と(7)がいわゆる直接差別（≒差別的取扱い（disparate treatment））、(6)がいわゆる間接差別（≒差別的インパクト（disparate impact））に関する規定と解されている。また、以上のうち(5)が、(実質的に)使用者に合理的配慮の提供を義務づけると共に、過度な負担による免責を認める規定と解されている。

・ADA 施行規則 § 1630.4(b)は、障害のない人による逆差別の申し立てを認めない旨規定している。

・ADA の定める合理的配慮は、もとは1972年の公民権法第7編改定時に、従業員の宗教上の行為に安息日を付与するなど、積極的な配慮をなすべき定めが設けられたところに法律上の起源があるが、そこでは最小限のコストの範囲内を超えるものは過度な負担と解されていた。しかし、ADAの下では、最小限以上のコストを課す概念として再構成された。

・ADA 第101条(9)では、(A)にバリアフリー等の施設上の物的な配慮が規定され、(B)に「職務の再構成、労働時間の短縮、勤務割の変更、空席の職位への配置転換、機器や装置の購入・改良、試験・訓練材料・方針の適切な調整・変更、資格をもつ朗読者や通訳の提供、および個々の障害者に応じた他の類似の配慮」が例示列挙として規定されている。

・合理的配慮の要請は、原則として応募者や労働者側からなされねばならないが、根拠法や意味づけ（*合理的配慮として）を伝える必要はなく、理由と要望事項を端的に伝えることで足りる。ただし、精神障害者の場合、自身の障害について認識がなかったり、合理的配慮の必要性や如何を使

用者に伝達することが困難な場合もあるので、使用者側に精神障害罹患に関する認識がある場合、使用者側に「相互関与プロセス（interactive process）」の中で措置内容を特定するなどの積極的な働きかけを求める判例もある。

・合理的配慮は、現実に障害を持つ人（ADA 第3条(1)(A)）と、障害の記録を持つ人（ADA 第3条(1)(B)）であって、適格性を持つ人に対して求められるが、障害を持つとみなされた人（ADA 第3条(1)(C)）に対しては求められない。

・使用者が指定医への受診を求めることは、職務関連性と業務上の必要性がある場合にのみ許される。

・ADA の定める過度な負担は、「著しい困難又は費用を要する行為」を指し、配慮の性質及び費用、使用者の財政状況、従業員数、使用者の事業の種類等、多様な基準により判断される（ADA 第101条(10)）。

・合理的配慮のコストに対する直接的な公的援助の制度はないが、企業規模により、年間5000ドル以内の税額控除などの優遇措置制度がある。

・精神障害者に対する典型的な合理的配慮について、EEOCの精神障害ガイドラインには、以下のような例が記載されている。

①労働時間の短縮、勤務スケジュールの変更、休暇の付与

有給休暇や追加的な無給休暇の付与、服薬等で午前中の集中力が低下する場合の出勤時間の遅めの時間への変更など。

②職場環境・設備の変更

個室やパーテーションの付与、ヘッドフォンの着用を認めること、集中力を欠く者には会議の際に録音を認めることなど。

③職場のルールの修正

水分補給のための短時間の休憩を1時間に1回認めることなど。

④ジョブコーチの提供

一時的にジョブコーチを障害者に付けることなど。

⑤配置転換

配置転換が合理的配慮となるのは、現職での合理的配慮が使用者にとって過度の負担となるか不可能な場合に限られる。また、使用者が配転義務を負うのは、配転先が空席の場合に限られる。

・精神障害者の服薬管理は職場特有のバリアを取り除くことに当たらず、合理的配慮とはいえない。

・ADAと予防理論（1次予防から3次予防）の関係を整理すると、以下のように言える。

①1次予防との関係：障害者の有無にかかわらず、従業員や職場全体に対して講じられるものである限り、ADAと直接的な関係はない（合理的配慮にも当たらない）。

②2次予防との関係：たとえ使用者が従業員の利益のために不調（者）ないし障害（者）の有無を調査し、発症を予防しようとする場合にも、そのような調査は、業務上の必要性や職務遂行上の必要性がない限り、ADAの禁止する差別に該当する可能性がある。

③3次予防との関係：ADAが予定する障害を持つと判明した者に対して当該障害に応じた合理的配慮を尽くす枠組みは、3次予防と親和的である。ADAでは、発症（事由）の業務上外を問わず、障害を持つと判明した者に対して、差別とみなされることを避けるために3次予防的措置として合理的

配慮の提供を求められるが、たとえ本人の健康に資する場合でも、配転による降格や、労働時間短縮による賃金減額などは、逆に差別的取扱いに当たる可能性もあるため、労使間の協議が求められることになる。

・情報の取扱いについて、ADAは、基本的に、医学的検査や障害に関する調査について規制を加え、職務の本質的機能のみを調査の対象とすることを促して来た。具体的には、①採用前、②採用後・配置（就労）前、③雇用期間中、の三段階に分けて規制しており、①では、応募者に対する医学的検査や障害に関する調査（質問を含む）を差別として禁止する一方、②では、一定の条件（全応募者に同じ検査を受けさせること、検査結果情報の適正管理が行われること等）の下に、採用者への医学的検査の義務づけ又は医学的検査の結果をもって（遡って）採用の条件とすることを認め（調査や検査後に採用を取り消した場合、障害者差別に当たるかが改めて審査されるが、職務に関連し業務上の必要性に合致することが立証されれば、許容される）、③では、やはり、職務に関連し業務上の必要性に合致することを立証できる限り、障害に関する質問や医学的検査を実施できる（以上、ADA第102条(d)）。

・EEOCは、情報取扱いについて、採用前調査ガイドラインと採用後調査ガイドラインを公表しており、そこには、「障害に関する調査に該当する質問例」、「使用者が自由に労働者に問える質問例」、「医学的検査に該当する例」「・・・しない例」などが詳細に記載されている。この中で、MRIや病気・遺伝情報を明らかにするための血液・尿・唾液・毛髪検査はむろん、精神的不調

や精神的機能障害を確認するために作成された心理テストも、医学的検査に該当する例に含められている。しかし、職務能力を測るための身体的な敏捷さの検査、同じく読解力や認識力の能力検査、正直さ・好み・癖などの個性を図る心理テスト、うそ発見器による検査等は、医学的検査には該当しないとされている。

ウ 効果

・障害者の就業率についての調査では、ADA 制定前後で、悪化したか変化なしとする結果が出されている。

・ADA 制定前後で、賃金水準に変化はなかったが、雇用水準については、21～39歳範囲で障害者の水準が低下したとする研究が発表されている。

・ただし、以上は身体・精神障害者の双方を含む調査結果であり、アメリカでは、制度や統計上、障害の種別や程度による分類が存しないため、精神障害者に特徴的な結果が生じているかの確認には極めて困難を伴う。

エ 図られている対応

不明

2. 関連領域の調査結果（法制度調査への示唆）

（1）精神医学

ア 精神疾患における病態およびその発症要因の科学的な解明の度合いと今後の解明の可能性について

・精神疾患は、疾患単位としての要件（同一の原因、症状、経過、転帰、病理組織変化を持つもの）を充たしていないことが多

く、そのほとんどは、個人の準備性と環境要因との相互関係によって発症すると考えられている以上に（科学的）解明は行われておらず、現時点では今後も解明される可能性は低い。

イ わが国の職域において多くみられる精神疾患の類型および様相について

・大企業での調査データに基づく、外因性精神疾患の中の中毒性精神病に含まれる①アルコール症のほか、②いわゆる神経症（不安障害や身体表現性障害が含まれる）やパーソナリティ障害との鑑別が困難な軽症のうつ病、③不安障害、④身体表現性障害、⑤パーソナリティ障害などが多くみられる。

②～⑤は、環境と個人の不適合により生じる心因性精神疾患と言える。

・非定型のうつ病では、病気と性格の区別をつけにくい例が多い。他方、中村と行正（2007）（中村純、行正徹：気分障害. 日本産業精神保健学会（編）：産業精神保健マニュアル：307-311. 中山書店）は、こうした典型的でないうつ病は、ストレス関連疾患としての職場不応症に代表されるとしている。

ウ 職域における精神疾患の発症予防の効果について

・現在行われている従業員全体への一次予防策の試みについて、ハイリスク群への介入を除き、うつ病の発症防止の効果は確認されていない。他方、二次予防、三次予防に当たる介入では、職域内外で治療効果、再発防止効果が数多く認められている。

エ 適応論的観点に基づく措置（介入）の可能性について

・職域でストレス関連疾患が多いことを踏まえると、人と環境の関係性を「適応」の観点で捉える適応論的観点に基づく措置（介入）が有効に働く可能性があり、それは、場合によっては環境への働きかけ（*職場の管理監督者への指導や職場異動など）となる（ことが適当な）場合もあれば、罹患者自身の振り返りを通じた成長課題の発見と課題達成への介入となる（ことが適当な）場合もある。いずれにせよ、この観点を採ると、発症要因は労働者の成長を促す機会となり得る。

・ただし、適応論的介入は企業（組織論）的な価値基準に干渉ないし支配されることとイコールではないので、精神保健活動には（一定の）独立性が求められる。しかし、人事労務管理と産業保健活動の相互交流は必要であり、その実現のためには、相互に尊重し合う姿勢が求められる。

オ 臨床精神医学と産業精神健康の違いについて

・小比木（1985）（小比木啓吾：精神健康と適応・不適応. 小比木啓吾他（編）：産業精神医学 臨床産業医学全書 7:27-33. 医歯薬出版株式会社）が言うように、「産業医学の実践では、患者または症例としての個々人を扱うだけでなく、その個々人が適応すべき環境側とその相互関係をも診断し、治療するという方法論が特徴的である」。

・産業精神医学の出自の1つに軍隊精神医学があり、特にイギリスのビオン（Bion, WR（1961））らの精神分析医のグルー

プがノースフィールドのホリームア病院で、精神疾患のために前線から本国に後送された兵士の治療にあたり実施した取り組み（ノースフィールド実験）が有名である。ここでは、戦闘という過酷なストレス状況による有害な影響に対する兵士の耐性を高めることが目的とされていた。視点を変えれば、有害な影響のもとで兵士が酷使され続けるのに手を貸すことになる危険性を孕んでいた。

・この流れを汲む産業精神医学は、1960年代から1970年代にかけて現れた反精神医学の立場からの以下のような批判に晒された。

「精神衛生の名のもとに差別を合理化する動きさえでています。大企業で注目してきている産業精神衛生がそれです。そこになされていることは、精神衛生的な職業環境の整備などよりは、精神障害者を企業から排除しようということ、そのためにあやしげなチェック・リストがいくつもつくられています。職場に不満をもつことも、精神障害と見なすような項目をそれは含んでいます。さらには、組合活動家に精神障害のレッテルを貼って追い出すようなことも、産業精神衛生の名で行われています」（岡田靖雄，小坂英世：市民の精神衛生. 勁草書房，1970）。

・現状でも、（既に多くの論者から指摘されている通り、）臨床精神医学では精神医学的判断を通じて患者の利益（病状の快復等）を実現することを最優先にするが、産業精神健康ではその判断が相対化され、企業利益等も勘案したうえで、「落としどころ」が模索される傾向がある。その結果、疾病休業者の職場復帰等の際、同人の職務上の生

産性を考慮する必要が生じたりする。また、未だに診断名のみで処遇を決めたり、採用時にパーソナリティ障害や発達障害を見分け、それらを排除するための方法を精神科専門医に求めたりする企業が存在するとの情報も側聞する。そして、企業の精神科医がいかにか良心的に、精力的に活動しても、その企業のポリシーの限界を超えることは極めて困難との現実はある。

しかし、「精神科医が企業に関与しないよりはしている方が、精神障害者の利益に叶っている（小西輝夫：企業のなかの精神衛生．精神医学，13(12)：1163-1167）」との考えをもとに、ベターな方策を懸命に模索していくのが産業精神医学の本来的な営みではなかろうか。

カ 「鍛え育てる」という視点の妥当性について

・適応論的観点に基づいた措置（介入）は、労働者を取り巻く環境の調整と共に、労働者の適応能力の成長を図ることを重視するが、企業が配慮できる限界と労働者が発揮し得る生産性に乖離があるような場合には、解雇や退職措置を含めた不利益措置を排除しないため、批判を受けることがある。しかし、労働者保護を強調する方策のみでは、労使双方にとってベターな結果に至り難い。近年、うつ病が市民権を得たという状況がある反面、保護を強調する考え方の蔓延もあり、実は本当の意味では多くの者がその問題に触れがたい状況が生まれている。結局、精神疾患を持つ労働者に対応する人びとは、それに伴う痛みを重く受け止めたうえで、固定観念によって決定的なルールや立場に拠る姿勢を排し（：力動

的視点に立ち）、個人と個人をとりまく環境の双方を対象として、「悩みながら」、適応論的観点に基づく措置（介入）の整備改良に努めていく必要がある。

・その際、ビオン（Bion, WR: *Experiences in group and other papers*. Routledge, 1961）の説く集団力動的な集団分析理論（全ての集団には生産的に実働を果たす作業集団（work group）と何らかの幻想（非合理的発想）に囚われて生産的実働に至らない基底的理想集団（basic assumption group）の両面があり、心理的重圧に曝されると後者の面が活性化するとして、後者をさらに①依存集団、②逃走逃避集団、③つがい集団に分類して説明する考え方）などを参考にして、①基底的理想集団という現象の普遍性に関する認識の集団内での共有、②集団での話し合い、③心理的重圧感などの情緒の開示と共有などの手段を通じ、集団的に対策を練り上げることや、心理的重圧による基底的理想集団的側面の活性化と対策の立案・実践による課題集団的側面の回復というプロセスを経ることが、個人と集団双方の成長にとって有効に働くことも多いと解される。

（２）産業医学

ア 政府による公的な職域メンタルヘルス対策の効果について

・政府による関係法整備を含めた公的な職域メンタルヘルス対策の効果を直接的かつ客観的に評価できる指標は存しないが、政府が主導ないし支援する公的サービス事業では、受益者の満足度等を指標とする調査が行われ、その点では比較的高い値を示

して来た。

なお、労働者健康福祉機構のメンタルヘルス対策支援センター事業では、受動的な相談・情報提供サービスと能動的な訪問支援サービスの双方で、比較的中小規模事業所の利用件数が多いこと、両サービス共に満足度調査の値が高いことは特筆されるべきであろう。

また、中央労働災害防止協会のメンタルヘルス関連セミナーのアンケートでも、参加者の5割以上が中小規模事業所に所属していたことは注視されるべきであろう。

イ 民間の EAP 機関の活動の効果について

・WEB 調査等による限り、民間の EAP 機関の効果に関する公的な調査結果等は現段階で存在せず、それらが開設している WEB ページ上、客観的に検証可能な効果を明示した例も見あらず、おおむねサービス内容の概要を示すにとどまっていた。

ウ 個々の事業所で実際に実施されているメンタルヘルス対策とその効果について

・実際に事業所が取り組んでいるメンタルヘルス対策に関する労働者健康状況調査によれば、労働者からの相談対応体制の整備や、労働者や管理監督者への教育研修等を実施したり、産業医、衛生管理者・衛生推進者、カウンセラー、保健師・看護師等の専門スタッフを配置している事業所が一定割合あり、そうした取り組みにつき、「効果があると思う」と回答した事業所の割合は7割近くにのぼっている。他方、労働者対象の調査によれば、「健康管理やストレス

解消のために会社に期待することがある」とする労働者の割合も7割近くに達しており、回答された具体的な措置の中には、「休養施設・スポーツ施設の整備、利用の拡充」（特に若年層）や「健康診断の結果に応じた健康指導の実施」（特に中高年層）のほか、「施設整備等の職場環境の改善」も含まれていた。

同じく独立行政法人・労働政策研究・研修機構が平成23年6月23日に結果報告を行った「職場におけるメンタルヘルスケア対策に関する調査」によれば、メンタルヘルス対策への取り組みとメンタルヘルス不調者の復職状況との関係について、前者があると後者における完全復帰の割合が高かった。また、メンタルヘルス不調による休職・退職者がいる事業所の方が、いない事業所よりも、復職に関する手続ルールが整備されている割合が多かった。

エ 諸外国の関連法制度調査等を行う際に注視すべき事項等

(略)

(3) 経営学

ア 日本企業によるメンタルヘルス対策の実状

・独自に何らかのメンタルヘルス対策を講じている企業は増加傾向にあり、EAPの導入、相談窓口の設置、一般職や管理職に対するメンタルヘルス教育などが多く実施されている（最近、セルフケアよりラインケアが重視される傾向を示唆する調査結果もあり、個々人の問題というより職場組織全体の問題と捉える傾向とも解され得る）。

イ 日本企業がメンタルヘルス対策の必要性を感じるようになった主な理由

・人事管理論でメンタルヘルス問題が注目されるようになったのは、ごく最近のことである。

・企業などがメンタルヘルス対策の必要性を感じるようになった主な理由と解されるものは、以下の通り。

①CSR との関係

正社員を中心とした長期雇用慣行が実質的に残存する中で、経営環境の変化を背景とする長時間労働や賃金低下等が生じ、かつ自発的労働力移動も困難なため、企業が雇用者として対応すべきとの考え方が広まったこと。

②リスクマネジメントとの関係

労災訴訟、従業員の離職、パフォーマンス低下などのリスクがあること。

③人事管理上のメリットとの関係

従業員の新規採用、新規育成より、休業者を復職させた方がコストがかからないなど、人事管理上のメリットがあること。

④職場組織の風土・快適性との関係

メンタルヘルス不調者の増加の背景に、職場でのコミュニケーション機会や助け合いの減少や個人作業の増加などを挙げる人事担当者が増えており、有効なメンタルヘルス対策は、職場組織の風土・快適性に貢献する可能性があることと解されていること。

ただし、いずれも具体的かつ明確なデータに基づいた論理ではない。

ウ 経営学的観点から考えられるメンタルヘルス不調者増加の日本的背景

・以下のような指摘がなされてきた。

①日本的雇用慣行がもたらす曖昧な職務構造（：分担範囲の不明確性）により、職場全体で仕事を行う際、欠勤が周囲に直接迷惑をかけるなど、個々のメンバーの働きぶりが相互に影響し合うこととなる。休職者の復職時にも、勤務軽減のさせ方を決めるににくいなどの問題が生じやすい。

②同様に、人事考課において情意考課を重視する傾向から、労働者がメンタルヘルス不調を上司に知らせることに不安を感じやすい。

③他方、90年代に広まった成果主義的人事管理は、個人の職務の切り分けに貢献したが、逆に孤立感の深まりなど新たな問題を生んだ（コミュニケーション（多）＋周囲からのプレッシャー（多）→コミュニケーション（少）＋孤立感（多）へ）。こうした急激な変化に労働者の適応が追いついていない。

④①～③に共通する背景として、自発的な労働力移動の困難がある。「転職しにくいこと＝自身の就労環境を変えにくいこと」との事情が作用している可能性がある（もっとも、世代ごとに転職のしやすさ等が異なることから問題が異なる可能性もある）。

・もっとも、近年、人事管理の特徴は、企業が活動している国や社会に規定されるのではなく、産業（業種）や職種に規定されるものとの主張もなされている。例えば、仕事上他者との接触が少ない職種や、職務上自律性を発揮しづらい職場で問題が多いと指摘もある。

エ 対策の効果及び考えられる理由

・上掲のような、これまで実施されて来た対策に著しい効果が見られたとする調査結果は、現段階では見あたらない。

・その理由の1つとして、対策の中身よりも対策を実施しているという形式が重視されている可能性も否めない。また、EAPを利用している組織には、対策を丸投げしてしまっていたり、必要な連携、EAPによるサービスから判明した事柄の社内へのフィードバック等を充分に行い得ていないところも少なくない。組織がセルフケア教育を重視することで、却って利用率の向上を妨げている可能性もある。

・メンタルヘルス対策が本来的に個別的な性格を持つが故の問題もある。策定した制度を一律に適用するのみでは実効的対策になり難い反面、運用を個別化すれば処遇の不公平に繋がりがかねない。

オ 現在よく行われている新たな取り組み

・先進事例から学ぼうとの機運は見られる。そうした事例からは、①継続的支援の実施が復職率の向上に貢献する可能性があること、②トップの理解と関与が実効的対策にとって重要であること、③管理者同士の意見交換等により個々の管理者の孤立化を避ける必要があることなどが示されている。

ただし、客観的に分析をするには、未だ事例の集積が不足している。

カ 経営学的観点からの提言～求められる対応～

・経済主体たる企業は効率性の原理を重視せざる得ず、なおかつ労働者に対して強い立場に立ち易い構造があるため、その抑制手段が必要。考えられるものとして、以下のものが挙げられる。

①法規制

ただし、他国の法制度も参考に、受益者、規制のあり方等を検討する必要あり。

②労働組合

組合は、ほんらい従業員の細かなニーズを汲み取り得る存在である。

③ワークライフバランスの視点に立った企業活動

出産・育児などとも、休復職の過程を経る場合が多いこと、失敗、成功の影響などで共通する。

D. 考察

・以上の調査結果が示唆する通り、積極性に濃淡こそあれ、調査対象国のいずれにおいても、それぞれの国の個性、法制度展開の脈絡に見合ったアプローチでこの問題に取り組んできた（*結果的に、各国の労働・社会保障政策、とりわけ安全衛生法政策のノウハウのエッセンスが凝縮されているような様相を呈している）が、確たる成果を挙げているとまではいえない。より正確に言えば、一定の成果が出ている可能性もあるが、講じた対策との因果関係が（少なくとも政策レベルでは）明確になっていない。

相撲に喩えれば、①「正体のしれない初顔合わせの相手に従来の成功体験を踏まえ

た得意の型を多少アレンジして積極的に勝負を挑んで来た」(イギリス、デンマーク)、②「そもそも相手の存在を認め切れておらず、仮に認めるにしても従来の取り口でそれなりに対応できているように思えるので、改めて正面から挑むべきか否か迷っている、または流行の取り口の受け売りで済ませている」(ドイツ)、③①②の中間(アメリカ、フランス)、のいずれかの状態にあり、たとえば積極的な勝負をして来た力士でも、結局、「効いている技もあるようだが、相手に土俵を割らせてはおらず、そもそも技がしっかりかかっているのか、空を切っているのか定かでない」といったところであろう。

・そもそも「メンタルヘルスは科学たり得るか」との命題を立てれば、イギリスの調査報告が応えている通り、公衆衛生疫学的なアプローチは可能だが、自然科学的なアプローチは困難な課題ということになる。精神障害だけをみても、精神医学の報告が示唆する通り、そもそも疾患単位を充たしておらず、外因性精神障害を除き、発症要因や病態も未解明である。よって、どこか雲を掴むような課題とならざるを得ないが、イギリスでもドイツでも、職種別では介護職や看護職などの心身のハードワークにおいて作業関連ストレスにかかる逸失労働日数や精神障害罹患率が多いといった傾向が見られるなど、業務上の疲労やストレスによる健康影響を含めた負の影響を否定することもできない。

・別に問われるべきそもそも論として、各国の法制度が対策の射程に捉えている問題の何如があるが、デンマークやイギリスでは、作業関連ストレスによる休業や業務遂行能力の低下などを捉えているので、日

本でいうメンタルヘルス不調(厚生労働省『『職場におけるメンタルヘルス対策検討会』報告書(平成22年9月7日公表)1頁)と同様に、精神疾患・障害以外の問題が幅広く捉えられていると解される。フランスでは、ハラスメント対策や雇用平等対策では、精神疾患・障害はおろか不調の存在すら問われていないが、EUのリスクマネジメント政策を継受した対策では、デンマークやイギリスと同様に、広くメンタルヘルス不調全体が捉えられていると解される。ドイツでは、既存の法制度の枠組みでは、業務上と捉えられる精神疾患・障害の範囲が極めて狭いうえ、たとえば私傷病(ないし制度上労災とは扱われないもの)として賃金継続支払法による有給疾病休暇制度や、社会法典所定の社会補償給付や事業所編入マネジメント制度の適用を受ける場合にも、実質的には疾病罹患の故に労働不能である旨の医師の診断書の提出が要件とされているので、その射程はかなり狭い。しかし、おそらくは、私傷病でも受けられる保障が厚い(裏を返せば、企業側の負担が大きい)ことも一助となり、また、従業員の休業、生産性などさまざまな人事管理上の問題への対策のため、一部では、事業主自身または従業員代表委員会との協議等を通じて、メンタルヘルス不調レベルの問題への対策も図られるようになって来ている段階と解される。アメリカでは、障害者差別禁止法の枠組みの中で、雇用主が合理的な配慮さえ提供すれば職務の本質的機能を果たせるレベルの障害者が、救済の対象とされて来た。もっとも、障害者の定義自体、同法の性格や機能を決する大問題であり、多くの議論を生み、法改正の契機ない

し要目ともなって来た。そして現段階では、必ずしも医科学的裏付けがなくても、他者とのコミュニケーションや、仕事への集中、睡眠や自身の世話などに生活を実質的に制限するような機能的な障害が現にあるか、そのような記録があるか、そのように認識される事情がある限り、同法の適用を受けるなど、同法の趣旨目的の実現に資するような、比較的広い解釈基準が確立されている。

・さらに別の切り口（関連法制度の趣旨・性格による区分法）からみると、大別して、アメリカは精神障害者の雇用対策については差別禁止アプローチを採用しているので、その延長で、結果的にメンタルヘルス対策の実体まで規制の具体化が図られることとなっているが（もっとも、細部の細部がガイドラインや労使間協議に委ねられざるを得ない事情はヨーロッパ型の手続的アプローチの場合と変わらない）、ヨーロッパでは、フランスのハラスメント対策など最低基準としての基本的な人権侵害対策を別として、EC 指令の定めるリスク評価と管理の仕組み、すなわち手続的アプローチを基本に制度展開が図られてきたので、対策の実体は、心理学や組織論を活用して国が示したガイドラインを参考に各事業組織ごとに決定されて来た（もっとも、ハラスメント対策等でも、リスク管理的な手続的アプローチとの融合は進んでいるように見受けられる）。

しかし、いずれも明らかに奏功していると言える状況にはない。なお、ドイツの場合には、そもそも私傷病でも事業主や社会保障による給付がなされる仕組みと事業主（ないし労使）による自主的取り組みが中心で、政府による本格的な予防対策は充分

でないので、効果を問う前提に欠ける。これは、彼国でそうした問題自体が少ないことを示唆しているとも考えられるが、（精神科医など精神問題の専門家等の人数の増加や、彼らによる意図的な操作がない限り、）精神疾患罹患率自体は増加しているほか、産業精神保健に関する問題認識は拡大しているとのことなので、そうとも言い切れない。

・もっとも、積極的な取り組みをしている国では、それぞれの試行錯誤の過程で、（たとえマクロレベルではなくても）個別的な成功・失敗事例の集積が図られて来ており、これらを今後の実効的な対策モデルの形成へ向けた萌芽と見ることはできる。そして、そのうち成功例はおおむね、一定の標準を踏まえつつ、個々の事業の個性や脈絡を踏まえたオーダーメイドの取り組みであることがうかがわれる。

仮にその通りであれば、国の産業精神保健法政策でも、いわば性能要件化（：一律的な規準への適合性審査ではなく、現場で実効性のあがる方策の許容と国の法政策への積極的な吸収）への発想の重点の移行ないし追加が求められることになる。要件となる性能の指標としては、現段階では、デンマークなどが採用している、休業率、作業関連疾患罹患率（筋骨格障害（*musculoskeletal disorder*）や心臓血管系疾患（*cardiovascular disease*）など器質性疾患の罹患率を含む）、自発的離職率、職場の問題（：労働環境に関する問題）とこれらの指標との因果関係、職務満足感、業務パフォーマンス、守秘条件下での意見聴取の結果などが参考になろう。もとより、日本の安衛法政策でも、現在国会中程中の法

案を含め、医師による個別面談や個別的な就業上の措置の勧告など、専門性と協議に基づくオーダーメイド方策の基礎は提供されているが、個々の労働者とその所属組織の双方に対する、より包括的かつ継続的な措置を基礎づけるような法政策が求められている可能性はある。

・また、「欧」「米」いずれの手法も、たとえ現段階で予防への貢献が十分にみられないとしても、少なくともわが国における補償・賠償上の責任の切り分けに貢献する可能性はある。すなわち、欧米で法政策上講じられているような合理的な対策を積極的に講じた事業主には、科学的に原因の不明な災害が生じた場合にも、手続的理性を尽くしたとみなされ、民事上の過失責任が免責ないし減責されるケースが増加する可能性はあるように思われる。そして、民事上の賠償責任ルールの具体化は、組織の日常的な行動を促進する可能性が高いため、至局、予防文化の拡大に繋がる可能性もある。

・加えて、予防効果が科学的に確認できるか否かにかかわらず、基本的人権の保護の観点から、ハラスメント防止や雇用平等の充実化を図る必要はある。たとえば、フランスでは、「労働における差別禁止法」の改正（2001年11月16日法）により、差別を定義する労働法典（L122-45条）の適用範囲が拡大され、実質的に賃労働者の訴訟上の立証責任が軽減されることとなったが、これは、従来の差別事由（出身、性別、家族内の地位、民族・国民・人種への所属など）に、肉体的外観（身長・体重・美容など）、姓名、性的志向、年齢を追加するものであった。そして、2005年秋に

は、青年を主とした「暴動」事件を契機に、履歴書「匿名化」立法（2006年3月9日法）が制定され、従業員50人以上の企業では、履歴書に年齢・性別・氏名・住所・写真を記述、記載させてはならないこととなるなど、差別としての救済範囲の拡大により、精神面に関わる基本的人権の保護が図られている（大和田敢太：労働関係における『精神的ハラスメント』の法理：その比較法的検討. 彦根論叢, 360: 77, 2006）。アメリカのADAの枠組みも、労働力の積極活用を趣旨を基底に置きつつ、相当範囲の差別を対象とし、実効的な救済を図ろうと努めていることがうかがわれる。

この面でも、欧米のアプローチに参照価値を見出すことはできるように思われる。

・ただし、諸外国のアプローチを踏まえると、さらに、以下のような点について検討しておく必要があると思われる。

第1は、強制的方策と誘導的方策のいずれが適切か、第2は、医学的アプローチと心理学的アプローチのいずれが適切か、第3は、いわば真正精神障害者に対する差別禁止や社会的包摂のアプローチと仮性精神障害者・不調者に対する一般に一次～三次予防で包括されるメンタルヘルス対策のアプローチの関係をどう捉えるか、である。

現段階で若干の考察を加えれば、以下のように言える。

ア 強制的方策と誘導的方策のいずれが適切か

この課題は第2の課題とも関わっているが、ここでは強制策を採る前提として科学的知見が不足していることのほかに、精神障害の特質を踏まえる必要がある。たとえば、精神障害者に対する合理的配慮は、身

体障害者に対するバリアフリー建築などの一律的措置ではなく、相性の良い人物との隣接配置、フレックスタイム制など、医学等の専門所見を踏まえつつ、本人希望と会社都合を調整する個別的な措置が求められる。これは、アメリカのADAからも示唆されるし、そもそも人間の心理的反応から主観性を排除できないことから導かれ得る事理であり、実のところ、ビオンのいう基底的想定集団などの不健全な状態に陥った組織の改善でも同様・同類のことが妥当する可能性はある。

要するに、メンタルヘルス対策の本質として、ヨコ（一律）からタテ（オーダーメイド）への流れを促進する必要性を説く趣旨だが、かといって、全てを当事者の任意に委ねる誘導的方策が適当とは言い切れない。タテの対策を促進するためにも、一律的・強行的な最低基準のほか、ヨコの権威や信用力が求められる。たとえば精神科医などの精神問題の専門家も、個々人の脈絡を組織に説くべき存在として機能し得るが、一般的な権威や信用力を失えば、その役割すら果たし得なくなる危険性もある。

イ 医学的アプローチと心理学的アプローチのいずれが適当か

多くの国の公的・私的メンタルヘルス対策で用いられている質問紙方式のストレス関連調査測定ツールを代表として、メンタルヘルス対策では、どうしても心理学的特性を伴う。また、精神医学でも、診断や投薬などの純然たる医療行為以外に、心理療法など心理職との境界が曖昧な作用と不可分な面はあるし、組織の人事労務管理でも、集団統制や職場秩序の維持増強から個別交渉の場面に至るまで、心理的手法を駆使す

ることはある。しかし、心理学には心理学の特性があり、本年度の調査でも、特にイギリスの法制度調査から、以下のような特徴的態度が看取された。

①そもそも自然科学は、人間心理の実相や作用を捉え切っていない。生理学的検査なども進展しつつはあるが、心理的側面へのアプローチは困難で、捕捉できる事象があっても極めて限られている。

②心理学的な事実は、そもそも百面相であり、相対的なものにとどまる。心理学的調査研究では、介入のあり方自体の個別性が高いことから、基本的に確証性の高い前向き・大規模・横断的コホート調査などは極めて困難である。

③たとえ同じ事実についても、捉えどころ、表現・伝達方法により、相手方への伝わり方が変わる可能性が高い。個人や組織の中には、事実に関する客観的な指摘や批判に耐えられない者が多いことも、こうした理解を支援する。

したがって、科学的な事実検証を多少放棄しても、結果志向（「結果オーライ」の態度）で臨むべきであり、組織の心理学的診断などでも、その対象設定から診断結果の分析・評価、伝達に至るまで、このような姿勢が容認されるべきではないか、と。

仮にこうした理解が正しいとすれば、その妥当性（ないし妥当する範囲）に加え、正当性が問われるが、現段階では、報告者が関連知識に疎いこともあり、未だ回答を持ち得ていない。ただ、たとえ産業精神保健に非科学的な面があるとしても、的確で客観的な現状認識が、対策の出発点になること、よって、少なくとも事業主自身、管理職層、産業（精神）保健の専門家等は、

上掲した当該事業組織における休業率等の客観的データその他の関連情報を的確に把握することが適切な対策の前提条件になることは、国内外の個別組織における個別的政策の転帰からも明らかと考えている。

ウ 健常者ないしそれに準じる者として特別な配慮を受けずに就労した経験を持たない、いわば真正精神障害者に対するアプローチと、そうした経験を有する仮性精神障害者・不調者に対するアプローチの関係をどう捉えるか

アメリカやイギリスの例からは、両者を連続的に捉える必要性がうかがわれる。とりわけ精神的な問題への対策では、真正精神障害者の就労環境の改善は、仮性精神障害者・不調者のみならず健常者の就労環境の改善にも貢献し得るし、逆もまた然りと解されることが理由の1つである。もっとも、仮に対応の基本理念に通底する面があるとしても、遺伝を含めた内因的な素因や疾患を有し、職業・日常生活面での機能障害が前提となる真性障害者への対策では、回復の可能性や回復のゴール設定をはじめ、多くの点で対応に違いが生じ得るので、最終的な回答は、次年度以後の検討課題としたい。

E. 結論

①諸外国の施策の結果をもうしばらく見守る必要はあろうが、国の産業精神保健法政策でも、いわば性能要件化（：一律的な規準への適合性審査ではなく、現場で実効性のあがる方策の許容と国の法政策への積極的な吸収）への発想の重点の移行ないし追加が求められている可能性がある。もと

より、日本の安衛法政策でも、現在国会上程中の関連法案を含め、医師による個別面談や個別的な就業上の措置の勧告など、専門性に基づくオーダーメイド方策の基礎は提供されているが、個々の労働者とその所属組織の双方に対する、より包括的かつ継続的な措置を基礎づけるような法政策が求められている可能性はある。

要は、ヨコ（平均的人間像の現象面を前提とした一律的で強制的な対策）からタテ（個々の人物や組織の経緯や脈絡を踏まえた個別的で柔軟な対策）へ、定性的・定量的な実体規制から手続的理性（合理的な手続な設定と公正な運用）の履践の実質的な義務づけへ、重点の移行が求められている可能性がある。

この際、法は、基本原則の設定、使用者が果たすべき手続と目的の設定、専門家の育成と活用（選任）、予算措置の根拠付けを前提とした行政官など特定の授権者・受任者の活動の保障と活動範囲の設定、基金の設立と目的に即した活動を行う団体への助成措置の根拠付け、手続的理性を果たさない者への処罰、実効的な先駆的活動を行う者への褒賞の根拠付け、手続的理性を尽くしたにもかかわらず災害が生じた場合の免責の保障と免責規準の具体化（の支援）などの役割を担うこととなろう。

諸外国の例を参考に、産業精神保健に関する合理的手続の細目を例示すれば、事例の積み重ねと検証、専門家の関与、リスクのレベルによる分類を含めたリスク評価と対応上の優先順位の設定、リスク評価手続への労使の関与、手続の設定や運用全般に関わる労使の合意、職場内の法定議決機関（+公的な審査機関）による審査と議決、

アクションプランの作成・周知と実施体制の整備、関係者への教育訓練などが挙げられよう。質問紙方式の職業性ストレス・チェックなども、こうした手続的理性の一環と解することもできる。科学的信頼性や妥当性のみではなく、合理的になすべきことを尽くす、という視点から、また記録を残すためにも、(法的にも) 求められる措置の一環と解することができる。ただし、必要な手続(の細目)は、当該組織の性格などの前提条件や設定目標との関係で相対的に定まるものである。

②他方で、現代に即した、あるいは伝統的でありながら充分に対策が講じられて来なかった、ハラスメント対策などの基本的な人権侵害対策については、少なくとも、従前の労基法・安衛法上の最低基準と同レベルの強制性をもって規定する方向性が模索されても良いように思われる。その際、アメリカ型の差別禁止アプローチも、実際に精神障害者の雇用の維持増加に貢献するか否かとは別に、基本的な人権侵害対策としては機能する可能性があるため、参考に値しよう。

もつとも、とりわけ産業精神保健において、①と②の対策は切り離し得ず、連続的に捉えられる必要がある。たとえば、①によるタテ方向の対策の運用を継続する過程で、各組織レベルのみならず、政策レベルでもP-D-C-Aサイクルを回転させ、前提条件および問題と実効策の対応関係が一定程度明確化し、対応の必要性認識が社会的に高まるか、その重要性が客観的に認められた対策は、場合によっては、努力義務規定による「地ならし」や「観察」など、法政策的なステップを踏んだうえ、②のレベル

で法規範化される必要があろう。

そして、こうしたプロセスに客観性の担保を与え、定着を図るためにも、行政機関などが事業のメンタルヘルスへ介入する際に確認ないし記録すべき信頼に足る指標の開発が図られる必要がある。現段階では、デンマークなどが採用している、休業率、作業関連疾患罹患率(筋骨格障害(musculoskeletal disorder)や心臓血管系疾患(cardiovascular disease)など器質性疾患の罹患率を含む)、自発的離職率、職場の問題(:労働環境に関する問題)とこれらの指標との因果関係、職務満足感、業務パフォーマンス、守秘条件下での意見聴取の結果などの指標が参考になるように思われる。

③心理学の応用という観点では、叱る視点、縛る視点から、褒める視点、伸ばす視点への重点のシフトが求められている可能性がある。具体的には、行政ないしその関係機関が、法治行政の原則や監督行政のための公平性や威厳の枠内で、個々の組織の特質をよく理解し、その良い面を注視し、そのポテンシャルを最大限に引き出す工夫について、当該組織と共に考える姿勢を持てるような前提条件整備が法に求められることになろう。現在進められつつある、労働基準監督官と労働衛生専門官の連携関係の強化なども、そのような方向性の一環ないし萌芽と解され得るが、それに尽きるものではない。とりわけメンタルヘルス対策では、イギリスの安全衛生行政の経験が示唆するように、中央政府と地方支局・支部ないし地方自治体の相互作用や連携という視点も求められている可能性がある。

④労使間の関係性の観点では、雇用平等

やハラスメント対策などの基本的な人権保護については、使用者に対する強制的規範の設定と、(適当な紛争解決機関を設定したうえで)労働者に対する対行政、司法・準司法、その他のADR関係での申告権の付与などの手続的な権利の設定が中心の方策となろうが、リスク管理のための手続の設定等に際しては、基本的な義務づけの対象を事業者ないし使用者としつつ、例えば現場の監督官の判断等により、必要に応じて労働者にも必要な措置を義務づけられるような法的根拠規定を設定する方途もあり得よう。いずれにせよ、継続的なリスク管理においては、たとえ最終責任が事業者にあるにせよ、必ずしも労使の利害対立の問題ではないことを前提に対策を設計する必要があると解される。

⑤狭義の安全衛生に囚われない総合的対策の観点では、第1に、転職市場の創成発展の支援が求められている可能性がある。この点については、既に職業能力開発施策の一環としてジョブカード制度などが開発されているが、政策による客観的な職業能力評価と業界ごとのピア・レビューの擦り合わせを含め、国の制度がより妥当性、実効性を増すような(更なる)工夫が求められよう。第2に、疾病による(*疾病を主因とする)失業者に特化した雇用対策が求められている可能性がある。ここでは、保険給付期間、保険給付と連関する求職活動にかかる審査や、求職者支援のあり方等での配慮が求められよう。第3に、精神科医療のあり方に関する再検討が求められている可能性がある。障害年金などの社会保険給付にしる、生活保護などの福祉給付にしる、その判断決定に際して医師が重要な役

割を果たす場面は多い。また、軽症段階などで受診した精神疾患罹患者や不調者に対する初期的な治療のあり方(診断・投薬のあり方など)にも、医師によりばらつきがあり、本人の復職の可否や時期が左右される場合も少なくない。単に産業精神保健の知見を伝えるカリキュラムの充実化のみならず、適正な精神科医療のあり方自体の再検討、仮にそれが困難でも、医師や医療機関ごとの治療方針など、クライアントによる適切な選択を促す十分な情報コミュニケーション、個々のクライアントに必要な分の手間暇をかけて治療に当たれる前提条件整備などが求められている可能性がある。

F. 健康危険情報

該当せず

G. 研究発表

(1) 論文発表

三柴 丈典:産業精神保健のために法ができること・なすべきこと～産業精神保健法の構想～、産業ストレス研究18:309-317,2011.

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当せず

II. 分担研究報告書

A. 法制度の調査結果

厚生労働科学研究費補助金

分担研究報告書

イギリスの産業精神保健法制度

分担研究者 三柴 丈典 近畿大学法学部・准教授

研究要旨

イギリスでは、職場の安全衛生や厚生水準の確保を罰則付きで義務づけるイギリス労働安全衛生法典（HSWA）の一般的義務条項及びその下においてリスク管理の実施を罰則付きで義務づける安全衛生管理規則に基づき、MS（Management Standards：ストレス管理基準）と呼ばれるガイダンスを用いて、公権力の介入する作業関連ストレス対策（MSA）が図られてきた。

その背景には、①政府の財政支出（福祉給付）を減らすことを主要な目的の1つとする「福祉から就労へ」政策、②世界をリードする安全衛生法政策を展開してきた伝統に関する自負と、多額の国家的損失を生み出している（とされる）作業関連疾患対策を同法政策の一環として行う必要性認識の高まり、③国際競争など組織をとりまく経済・経営環境が変化する中で休業率上昇や生産効率低下への対応の必要性認識の高まりなどがあつたと解される。

具体的な仕組みとしては、基本的に既存のリスク管理手法を応用するものだが、評価ツールとして、職務上の要求、裁量、支援を要素とする職務の内容と、職務上の人間関係、役割、変化を要素とする職務の背景を対象かつ指標とするストレス評価モデルを採用している。また、この仕組み（MS）は、その根拠となる法規定との関係からも、本来的に一次予防的な性格を有しているが、（だからこそ）「～せねばならない」、「～してはならない」といった要件や禁止事項を定めて強制する方式ではなく、個々の要素について理想的な条件を掲げ、それと実際の職場との乖離を自発的にチェックさせ、あるべき方向に誘導する方式が採られている。現に、これまでのところ、MSに関する罰則の適用例は1件もないようであり、法規定の根拠は、行政官による介入と予算措置の裏付けという実質にとどまっているように思われる。

問題は、かような方策の実際の効果だが、結論的に、現段階では可視的な成果がナショナル・レベルで十分に認められる状況にはない。たしかに、2004年のMSA導入以後、ストレス関連の症例の推定発生件数が7%減少したとするデータは出ているが、説得的な値とは言えない。本文で示した2009年の心理社会的労働環境に関する調査

報告（Psychosocial Working Conditions in Britain in 2009 HSE 2009）の結論もはかばかしいものではなかった。とはいえ、その効果を否定する材料にも乏しい。例えば、労災・作業関連疾患統計上、自己申告上のストレス、抑うつ状態、不安を原因とする推計逸失労働日数は、全産業で23%減少しているが、これにMSAが貢献した可能性は否定できないし、個別の組織でのMSの活用が多額のパフォーマンスをもたらしたことを示すデータも複数出されている。また、上掲の心理社会的労働環境に関する調査報告からは、一般的に、未だ雇用者側でできる努力が多々あることもうかがわれる。

MSの開発は、作業関連ストレスという定性的、定量的評価の困難な心理的課題を直接的な対象とすることから、心理社会学者や産業保健学者を中心とする研究グループに委ねられてきた経緯があり、もとより純粋な自然科学ではなく、主に公衆衛生疫学的な知見をベースとしてきたと解される。その意味でも、確たるデータ上の成果が認められないことにやむを得ない面はあろうが、（おそらくは）多額の公的資金を得てMSを開発推進してきた研究者らに、可視的な成果や、それが認められないならばその理由と今後の具体的展望の呈示が求められている事情はうかがわれる。

対してノッティンガム大学の研究グループなどのMS推進派は、従来のMSへの有力な批判を要改善点として積極的に受け止めつつ、従来のJob-Demand-Control-Supportモデル（職務上の要求・裁量・支援をストレス評価の主な尺度とするモデル）をベースとしたリスク管理モデルから、より積極的かつ包括的な職場環境改善へと視点をシフトさせていっていることがうかがわれる。すなわち、従前のモデルでは、組織にある問題点を一つ一つ調査して欠点として捉え、あるべき条件へ向け、バンソコを貼るようにその改善を図っていくというアプローチを予定していたが、今後は、当該組織の歴史や脈絡を重視しつつ、個々の組織にある良い点、優れた点に目を向けて伸ばしていく中で、問題点の解消も図っていくアプローチにシフトさせようということである。要するに、「～がいけない」とか「～してはいけません」と叱るより、「～ができて立派だね～」と褒めるほうが、個人・組織を問わず長所の伸張と欠点の改善に役立つ、という発想であろう。仮にそうならば、その限りで一理ありそうだが、そうした発想や方策で、知略を駆使して確信犯的に職場環境を悪化させている人物やグループに対応できるか、特に経営者自身の個性や考え方の偏りに根ざす問題や、当該組織の歴史や脈絡に根ざすいわゆる組織文化的な問題に対応できるか、等の疑問は残る。また、そうした経営コンサルティング的側面を持つ作用に公的支援を行ったり公権力を介入させることの正当性も改めて問われよう。

もっとも、イギリスの労働安全衛生行政が、従前の作業関連ストレス対策に関する調査研究や実際の取り組みを経たうえで、「良い経営こそが、作業関連ストレス要因を管理する鍵である（‘Good management is the key to managing the causes of work-related stress’）」と宣言していることは軽視できない。また、イギリスの産業精神保健法政策は、彼国固有の文脈のうえに成り立っていることにも留意する必要がある。

うち第1は、行政の権威である。繰り返しになるが、イギリス安全衛生法は、職場の安全衛生と厚生水準の確保を罰則付きで雇用者に義務づけ、さらに下位の規則によって安全衛生に関するリスク管理を義務づけている。こうした解釈に裁量余地の大きい一般条項などに罰則を付すことは、けっきょく、現場を巡る監督官の裁量・権限の拡大に繋がる。周知のように、イギリスの国家公務員は、伝統的に **Her Majesty's Civil Service**（「女王陛下の官吏」）と解されており、こうした行政の権威の背景には彼らの頂点に君臨する女王陛下（**Her Majesty the Queen**）の権威の存在を見ざるを得ないが、報告者の能力の限界を超えるので、ここでその真偽や実際の詳細には立ち入らない。

第2は、貴族や学者の権威である。イギリスの安衛法典（**HSWA**）は、そもそもその制定に際してローベンス卿の報告書を礎とし、近年のメンタルヘルス対策（：作業関連ストレス対策）を含めた作業関連健康問題対策の推進へ向けた政策展開に際してブラック卿の報告書の影響を大きく受けて来た。また、**MS**の開発から展開まで心理社会学者や産業保健学者が大きく貢献して来たことも既述の通りである。（自然）科学的な研究の蓄積や開発を重視する傾向はイギリスに限らないだろうが、ここで重視すべきは、学者、とりわけ貴族階級にある学者に一定の権威を認めている点であろう。権威となれば、たとえ（自然）科学的にいまいち不明確なことでも、「～が述べているから」という理由が公的にも力を持つことになる。

いずれも一長一短あろうが、彼国で公的なメンタルヘルス対策を進めるうえではプラスに作用してきたように思われる（それだけに、現在、その精算の時期を迎えているのかもしれない）。

いずれにせよ、イギリスの産業精神保健法政策が頓挫したと結論づけるのはまだ早い。個別の組織レベルでの成果は多数報告されているのに、ナショナル・レベルでの成果が十分に認められていないということは、やはり、この問題については特に、” **one size cannot fit all**” ということを示しているのではなかろうか。つまり、国がモデルを示す意義は大きいですが、個人にしる組織にしる、その脈絡を十分に踏まえない対策は奏功し難いことを示唆している可能性は否定できない。

A. 研究目的

統一研究課題に記されている通り、①諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果を解明し、②わが国への適応可能性を探ることにあるが、本年度と次年度の調査研究は、①を目的としている。

B. 研究方法

第1回班会議（平成23年4月23日）でのブレインストーミングを踏まえて研究代表者が作成、呈示したフォーマット（「調査報告書の基本的な構成」）に即し、原則として第一次資料のレビューに基づいて必要事項を調査する方途を採用した。ただし、イギリスの法事情に即し、研究目的に資する限りで、フォーマットの項目を変更した。

なお、イギリスの調査に際しては、公的な作業関連ストレス対策の法政策的背景について、厚生労働省職業安定局派遣・有期労働対策部企画課課長補佐の石津克己氏（元在英国日本国大使館書記官）、公的な作業関連ストレス対策を支援する心理社会的調査研究動向について、ノッティンガム・トレント大学心理学系上級講師（senior lecturer）の Maria Karanika-Murray 氏より資料の紹介を含めて多くの情報提供を受けた。

C. 研究結果

イギリスでは、HSWA（イギリス労働安全衛生法）の一般条項等を根拠として、MS（Management Standards：ストレス管理基準）というシステムを構築して、専門性を持つ行政機関に一定の権限・裁量を委ねる方途により作業関連ストレス対策が図られており、デンマーク、オランダなどと並

んで、世界的にも進んだ政策展開が図られ、またその前提として、先駆的な政策志向の調査研究が進められている。その調査研究では、心理社会学（psychosociology）や産業保健（industrial health）などの専門家が中心的な役割を果たしており、医学、法学などの研究者とも協働しながら、政策をリードする研究が行われている。

日本にもこれに類似した枠組み自体は存在するが、イギリスの制度の特徴の1つは、HSWAの一般条項が刑事罰に裏付けられた強制規範とされている点である。これにより、現場の監督官（や彼らを指揮する行政官庁）には法運用にかかる大きな裁量・権限が委ねられることになり、上掲の研究者らも、間接的かつ緩やかながら、こうした（強制）法規の創造に深く関与することになる。また、一般条項の性格上、必然的に1次予防に重点が置かれることとなり、少なくとも法の強制的関与という観点では2次予防対策以後に重点が置かれがちな現在の日本の法政策とは、発想を異にする。

なお、日本では民事裁判例が事業者にならざる過重ストレス対策のモチベーションをもたらして来た経緯があるが、イギリスでも、産業ストレス被害にかかる補償・賠償の制度は存在する。もともと、一次予防を原則とする予防法とは異なり、基本的には個人の関心事項と解されており、日本と同様、個人による申請されるほか、労働組合によっても請求される¹。

C. 研究結果目次	
1 公法	56
1.1 HSWA の一般的義務条項と安全衛生に関する規則	57
1.1.1 HSWA 第2条	57
1.1.2 HSWA 第3条	60
1.1.3 HSWA 第7条	61
1.1.4 HSWA 第18条	62
1.1.5 HSWA 第20条	65
1.1.6 HSWA 第33条	68
1.1.7 附則第3A条	69
1.2 安全衛生規則	69
1) 1999年労働安全衛生管理規則（略称：管理規則）	72
2) 1992年職場の安全衛生及び厚生水準に関する規則（Workplace(Health, Safety and Welfare)Regulations 1992）	75
3) 1993年コンピュータの画面表示機器に関する安全衛生規則（The Health and Safety(Display Screen Equipment)Regulations 1992）	75
1.3 実施準則	75
1.4 MS（ストレスマネジメント基準）	78
1.4.1 概要	78
1.4.2 背景	81
1.4.2.1 背景思想	81
1.4.2.2 データ・学術的背景	82
1.4.2.2.1 HSE 自身による説明～ストレスの定義とストレスが及ぼす負の影響にか かる一般論～	82
1.4.2.2.2 HSE 自身による説明～ストレスがもたらす負の影響に関する社会調査デ ータ等～	83

1.4.2.2.3 雇用問題研究所らのグループによる報告書の示唆～精神的不調がもたらす 経済的損失の指摘～	84
1.4.2.2.4 ノッティンガム大学の研究グループによる報告書の示唆～公衆衛生疫学・ 組織論的観点の重要性の指摘～	84
1.4.2.3 (法) 政策的背景	86
1.4.2.3.1 国内事情	86
1.4.2.3.1.1 「福祉から就労へ」政策との関係	86
1.4.2.3.1.2 労働安全衛生政策としての展開	86
1.4.2.3.1.2.1 MSA 開始以前の動向	87
1.4.2.3.1.2.2 MSA 開始以後の動向	87
1.4.2.3.1.2.2.1 2010年以後の国家労働安全衛生戦略	87
1.4.2.3.1.2.2.2 ブラック報告	89
1.4.2.3.1.2.2.3 メンタルヘルスと雇用に関する国家戦略	94
1.4.2.3.2 国際事情	97
1.4.3 具体的内容	97
1.4.3.1 仕組み	97
1.4.3.1.1 5段階の管理プロセス	97
1.4.3.1.2 評価ツール (Indicator Tool)	98
1.4.3.2 流れ	99
1.4.4 法的位置づけ及び法的効力	99
1.4.5 確認できる効果	100
1.4.5.1 ノッティンガム大学の研究グループによるデルファイ調査の示唆	100
1.4.5.2 Daniels らによる最新著作の示唆	102
1.4.5.3 政府による統計調査の示唆	103
1) 産業別データ	103

2) 職種別データ	103
3) 事業場規模別データ	103
1.4.5.4 HSE が示す個々の組織レベルでの改善例	104
1) Bradford and Bingley 社の例.....	104
2) Hinchingsbrooke 国民保健サービス基金の例	105
3) Somerset 地区協議会の例.....	106
4) Nortfork 地区協議会の例.....	106
1.4.6 問題点、発展可能性と克服すべき課題.....	106
1.4.6.1 指摘されている問題点	106
1.4.6.1.1 Kompier の示唆する総合的な問題点	106
1.4.6.1.2 Daniels らによる最新著作の示唆	107
1.4.6.1.2.1 実務面	107
1.4.6.1.2.2 理論面	110
1.4.6.1.3 ノッティンガム大学の研究グループによるリスク管理手法に関する批判の整理	110
1.4.6.2 今後の発展可能性と課題	111
1.4.6.2.1 踏まえるべき環境条件の変化.....	111
1.4.6.2.2 一般論	112
1.4.6.2.3 中小企業への適用可能性.....	113
1.4.6.2.4 不調者の復職を含めた個別事例管理への適用可能性	113
1.5 法の管轄機関・執行権限者	113
1.5.1 HSWA の関連規定	113
1.5.1.1 HSWA 第 11 条	113
1.5.1.2 HSWA 第 12 条	114
1.5.1.3 HSWA 第 13 条	114

1.5.1.4 附則第2条.....	115
1.5.1.5 HSWA 第14条.....	119
1.5.2 MSを用いた監督指導の実際.....	120
1.5.2.1 概要.....	120
1.5.2.2 問題点と講じられた対策.....	121
1.5.3 MSの浸透を支援する民間の専門機関.....	122
1.6 雇用にかかる精神障害者差別禁止法.....	122
1.7 メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制.....	122
1.8 関係判例.....	122
2 私法.....	122
2.1 根拠法.....	122
2.2 関係判例.....	122
2.3 確認できる効果.....	122
3 その他の重要な個別的論点.....	122
3.1 アブセンティズムとプレゼンティズム.....	122

1 公法

イギリス (UK) における作業関連ストレス対策は、主に MS を用いたアプローチ (MSA) 手法によって実施されて来た。イギリスにおける MSA 開発の法的な立脚点は、1974年に制定されたイギリス労働安全衛生法：The Health and Safety at Work etc Act 1974：HSWA) 及び1999年に発令された労働安全衛生管理規則 (The Management of Health and Safety at Work Regulations 1999) にあり、このうち後者は、1989年に EU (EC) のローマ条約第118条(a)に基づき発令された

「安全衛生の改善に関する基本指令（枠組み指令）(89/391/EEC)」の国内法化の要請に基づくものである。

これらの規制に基づき、雇用者は、職域の危険源 (hazards) について適当かつ十分なリスク調査を行うと共に、被用者の安全衛生へのストレス関連の影響を最小化するための適切な措置を講じる責任を負う。Cox、Cox らによれば、そこで重点となるのは、心理社会的、または労働組織的な観点に照らした労働、労働の制度及び組織の設計と管理を通じた一次予防である²。

1.1 HSWA の一般的義務条項と安全衛生に関する規則

1974年に制定された HSWA は、労務従事者（persons at work）の安全衛生及び厚生水準（welfare）の確保と共に、彼らの活動に関連して生じる安全衛生上のリスクから彼ら以外の者を保護することを目的として定められたものであり、作業関連ストレスを一因とする不調（ill health）も、その適用対象に含まれている。

同法は、以下のように構成されている³。

まず、本法の目的が、①労務従事者の安全衛生及び厚生水準を確保すること、②労務従事者の活動に起因もしくは関連して生じる安全衛生上の危険から労務従事者以外の者を保護すること、③爆発性もしくは着火性その他の危険性のある物質の保存や使用、違法な取得、所有、使用を管理すること、④本章に規定された施設からの有害または不快感を与える物質の 대기への排出を管理することであることを宣言する（第1条）。

次に、雇用者等が負う一般的義務を規定する（第2～9条）。

第3に、立法に携わる機関であり、行政機関でもある HSE（イギリス安全衛生庁：Health and Safety Executive）の構成、機能、権限等を規定する（第10～14条）。

第4に、安全衛生規則及び実施準則の制定と効力について規定する（第15～17条）。

第5に、関係法令の履行確保のための機関、その構成員の任命、権限、その措置に対する不服申立等につき規定する（第18～26条）。

第6に、罰せられる行為、訴追、証明責

任等、刑罰について規定する。

HSWA は、わが国の安衛法と同様、雇用者のみならず、有害物質管理者、職場で使用する物の製造者、設計者、設置者、輸入者、被用者等さまざまな者を義務規定の主体としているが、それによる保護の対象として被用者以外の者を一般的に規定している点で特徴的である（もっとも、日本の安衛法でも、事業者以外の者を義務の主体とする規定は、特定の事業者の労働者（≡被用者）以外の者を保護対象としているとも言える。とりわけ同法第3条第3項、第29条、第30条、第30条の2、第31条などは、関係請負人の労働者など、特定の事業者と直接雇用関係にない労働者を保護対象としている（うち、第3条第3項以外はその旨を明記している））。

以上の規制は、いずれもメンタルヘルス対策と密接に関係するが、特に重要な意味を持つのが、雇用者に、被用者がその職務の過程において健康状態を維持できる条件の確保について、罰則の裏付けをもって一般的な義務を負わせる HSWA 第2条及び第3条である。

1.1.1 HSWA 第2条

HSWA 第2条の定めは以下の通り。

(試訳)

(1) It shall be the duty of every employer to ensure, so far as is reasonably practicable, the health, safety and welfare at work of all his employees.

雇用者たる者は全て、合理的に実行可能な限り、その被用者の就労上の安全衛生及び厚生水準を確保する義務を負う。

(2) Without prejudice to the generality of an employer's duty under the preceding subsection, the matters to which that duty extends include in particular—

前項に基づく雇用者の義務の一般性を前提として、その義務の適用範囲内には、特に以下の事柄が含まれる。

(a) the provision and maintenance of plant and systems of work that are, so far as is reasonably practicable, safe and without risks to health;

生産施設及び作業システムの設置及び維持について、合理的に実行可能な限り、安全で衛生的な条件を確保すること、

(b) arrangements for ensuring, so far as is reasonably practicable, safety and absence of risks to health in connection with the use, handling, storage and transport of articles and substances;

物品や物質の使用、取扱い、貯蔵及び輸送に関連して、合理的に実行可能な限り、安全衛生を確保するための条件整備を行うこと、

(c) the provision of such information, instruction, training and supervision as is necessary to ensure, so far as is reasonably practicable, the health and safety at work of his employees;

被用者の労働安全衛生を確保するため、合理的に実行可能な限り、それに必要な情報、指示、教育訓練及び監督を提供すること、

(d) so far as is reasonably practicable as regards any place of work under the employer's control, the maintenance of it in a condition that is safe and without risks to health and the provision and maintenance of means of access to and egress from it that are safe and without such risks;

雇用者の支配下にある全ての作業場所が、合理的に実行可能な限り、安全で衛生的な条件に保たれると共に、その場所への出入りの手段が安全かつ衛生的に設置及び維持されていること、

(e) the provision and maintenance of a working environment for his employees that is, so far as is reasonably practicable, safe, without risks to health, and adequate as regards facilities and arrangements for their welfare at work.

その被用者のための労働環境の整備及び保全が、合理的に実行可能な限り、安全かつ衛生的であり、設備や作業上の厚生水準のための条件整備の観点で十分なものとなるようにすること、

(3) Except in such cases as may be prescribed, it shall be the duty of every employer to prepare and as often as may be appropriate revise a written statement of his general policy with respect to the health and safety at work of his employees and the organisation and arrangements for the time being in force for carrying out that policy, and to

bring the statement and any revision of it to the notice of all of his employees.

特に定める場合を除き、雇用者たる者は全て、労働安全衛生に関する基本方針及び当該方針を実施するための組織体制及び有効期限を明文化した声明を策定し、適宜改訂すると共に、その被用者に対し、当該声明及びその改訂につき周知する義務を負う。

(4) Regulations made by the Secretary of State may provide for the appointment in prescribed cases by recognised trade unions (within the meaning of the regulations) of safety representatives from amongst the employees, and those representatives shall represent the employees in consultations with the employers under subsection (6) below and shall have such other functions as may be prescribed.

国務長官の制定した規則は、特定のケースについて（当該規則が定義する）承認された組合による被用者代表の指名を規定することができ、その代表は、本条第6項に基づく使用者との協議について被用者を代表すると共に、規則の規定があれば、それに沿ったその他の役割を付与されるものとする。

(5).....

(6) It shall be the duty of every employer to consult any such representatives with a view to the making and maintenance of arrangements which will enable him

and his employees to co-operate effectively in promoting and developing measures to ensure the health and safety at work of the employees, and in checking the effectiveness of such measures.

雇用者たる者はすべて、自身及びその被用者が被用者の労働安全衛生を確保するための措置を促進、発展させると共に、そうした措置の効果を確保するうえで効果的に協働できる条件を維持するため、被用者の代表と協議を行う義務を負う。

(7) In such cases as may be prescribed it shall be the duty of every employer, if requested to do so by the safety representatives mentioned in subsection (4) above, to establish, in accordance with regulations made by the Secretary of State, a safety committee having the function of keeping under review the measures taken to ensure the health and safety at work of his employees and such other functions as may be prescribed.

雇用者たる者は全て、特に定めのある場合、本条第4項に定める安全衛生代表の求めがあった場合、国務長官の制定した規則に従い、その被用者の労働安全衛生の確保のために講じるべき措置の見直しを継続する役割及びその他規則に規定された場合にはその役割を有する安全衛生委員会を設置する義務を負う。

繰り返しになるが、本条最大の特徴は、一般的義務規定でありながら、罰則の裏付

けを得た強制規範であることである。これは、労災の背景には、働き方の習慣を含め、さまざまな脈絡を持つ複雑多様な現場実態が反映している場合が多いこと、また職場の立ち入り検査を行う監督官に法規則違反と併せ、そのような現場実態に関心を抱かせる必要があることを指摘したうえで、素人にも分かり易い具体的な条項で、具体的な法規則違反が見出されない場合にも監督官の判断で労災防止のために適当な措置を強制し得るよう規制を図るべきとしたローベンス報告を受けたものと解されている⁴。

1. 1. 2 HSWA 第3条

HSWA 第3条は、以下の通り、雇用者や自営業者が自身の雇用する被用者以外に対して負う安全衛生上の義務等について定めている。これは、「リスクを作り出す者こそが、最善の安全管理者たり得る」との発想に基づいており、彼国において伝統的な労働者参加施策も、この発想の延長線上にあると解される⁵。

(試訳)

(1)It shall be the duty of every employer to conduct his undertaking in such a way as to ensure, so far as is reasonably practicable, that persons not in his employment who may be affected thereby are not thereby exposed to risks to their health or safety.

雇用者たる者は全て、合理的に実行可能な限り、自身と雇用関係にはないが、彼が運営する事業に関わる者が、その事業の故に安全衛生上のリスクにばく露することのないよう事業運営を行う義務を負う。

(2)It shall be the duty of every self-employed person to conduct his undertaking in such a way as to ensure, so far as is reasonably practicable, that he and other persons (not being his employees) who may be affected thereby are not thereby exposed to risks to their health or safety.

自営業者たる者は全て、合理的に実行可能な限り、彼及びその他の者（彼の被用者でない者）であって、彼が運営する事業に関わる者が、その事業の故に安全衛生上のリスクにばく露することのないよう事業運営を行う義務を負う。

(3)In such cases as may be prescribed, it shall be the duty of every employer and every self-employed person, in the prescribed circumstances and in the prescribed manner, to give to persons (not being his employees) who may be affected by the way in which he conducts his undertaking the prescribed information about such aspects of the way in which he conducts his undertaking as might affect their health or safety.

別に定める場合において、雇用者および自営業者たる者は全て、彼の事業運営に関わる（彼自身の被用者ではない）者に対し、彼らの安全衛生に影響可能性を持つような事業方法に関する別に定める情報を、別に定める条件において、別に定める手段により、提供する義務を負う。

本条は、雇用者及び自営業者に対し、自

身の被用者ではないが、その事業運営に関わる者に安全衛生上のリスクが及ばないよう事業運営する義務等を課したものであり、例えば建設現場の下請・孫請企業の労働者や一人親方、いわゆる出入り業者等の工場訪問者、工場の爆発により被害を受ける近隣住人などが対象に含まれる⁶。

義務の主体としてあえて自営業者が規定されているのは、ローベンス委員会が、特に自営業者の不注意な振る舞いにより労働者が危険にさらされているケースが多いと認識していたことによる⁷。

「リスクを作り出す者こそが、最善の安全管理者たり得る」との発想に基づいた規定には、本条以外にも以下のようなものがある。

①事業所やそこへの出入り口等の占有者・所有者⁸が、その場所やそこにある工場や物質等を、そこで就労する自身の被用者以外の者にとって、合理的に実施可能な限り安全な状態に保つ一般的義務などを定めた第4条。

②施設管理者が、有害または不快感を与える物質の 대기への排出を抑制するために実施可能な最良の手段を用い、排出される物質を可能な限り無害で不快感を与えないものとする一般的義務などを定めた第5条⁹。

③職場で用いられる物品や移動遊具関係の機材を設計、製造、輸入、供給する者が、合理的に実施可能な限り、それらの物品等が設置、使用、清掃その他のメンテナンスに際して、いついかなる場合にも安全で衛生上のリスクのない条件が保たれるよう設計、構築する一般的義務、その一般的義務を果たすために必要となる検査の実施義務、物品等の提供を受ける者にそれらの用途・用法、安全で衛生的な状態を保つための条

件など必要な情報を提供する義務、当該物品等の提供を受ける者に安全衛生上深刻なリスクをもたらす事態が認識されつつある場合、合理的に実施可能な限り、彼らに更新された情報が提供されるよう必要な措置を講じる義務などを定めた第6条¹⁰など。

1.1.3 HSWA 第7条

HSWA 第7条は、日本の安衛法と同様に、被用者側の義務を定めている。同条の定めは以下の通り。

(試訳)

It shall be the duty of every employee while at work—

全ての被用者は、就業に際して以下の事柄を行う義務を負う。

(a) to take reasonable care for the health and safety of himself and of other persons who may be affected by his acts or omissions at work; and

自己およびその作為もしくは不作為の影響を受ける可能性のある他者の安全衛生に合理的な配慮をなすこと

(b) as regards any duty or requirement imposed on his employer or any other person by or under any of the relevant statutory provisions, to co-operate with him so far as is necessary to enable that duty or requirement to be performed or complied with.

雇用者もしくはその他の者に対して関連法規により課された義務もしくは法的要件に関して、同人による当該義務もしくは要件の履行のため必要となる場合、雇用

者に協力すること

日本法では、使用者側の措置への協力の努力義務を一般的に定めた第4条のほか、第26条、第32条第6項、第66条の7第2項、第66条の8第2項、第69条第2項、第79条（その他、一定の事業者による法規規定上の指示に従うべきことを定めた第29条第3項、第32条第7項）などが労働者の義務を定めているが、このうち刑事罰が設けられているのは第26条と第32条第6項の2か条のみである（法第120条）。

他方、本条は、①被用者自身及び関係者への安全衛生上の配慮と②雇用者の安全衛生上の法的義務の履行への協力¹¹という2つの側面にかかる被用者の一般的義務を定めたものでありながら、その違反には最高12か月の自由刑という重い刑が規定されている（附則第3A条）点の一つの特徴がある¹²。

1.1.4 HSWA 第18条

HSWA 第18条は、HSWA 関連法規の管轄機関について規定している。同条の定めは以下の通り。

（試訳）

(1)It shall be the duty of the Executive to make adequate arrangements for the enforcement of the relevant statutory provisions except to the extent that some other authority or class of authorities is by any of those provisions or by regulations under subsection (2) below made responsible for their enforcement.

HSE は、本法の条項もしくは次条に基づく規則により、他の機関が当該法規の執行につき管轄責任を委ねられない限り、本法の関連法規の執行のため十分な条件整備をなす義務を負う。

(2)The Secretary of State may by regulations—

國務長官は、規則により、以下の事柄を行う権限を持つ。

(a)make local authorities responsible for the enforcement of the relevant statutory provisions to such extent as may be prescribed;

規則に定める限りにおいて、地方公共団体に関連法規の執行の管轄責任を委任すること。

(b)make provision for enabling responsibility for enforcing any of the relevant statutory provisions to be, to such extent as may be determined under the regulations—

(i)transferred from the Executive to local authorities or from local authorities to the Executive; or

(ii)assigned to the Executive or to local authorities for the purpose of removing any uncertainty as to what are by virtue of this subsection their respective responsibilities for the enforcement of those provisions;

and any regulations made in pursuance of paragraph (b) above shall include provision for securing that any transfer

or assignment effected under the regulations is brought to the notice of persons affected by it.

関連法規のうちいずれかの規定の執行の管轄責任を、規則に定める範囲内で、

(i)HSE から地方公共団体へ、もしくは地方公共団体から HSE へ移行させる、

または、

(ii)法規の執行にかかる各機関の管轄責任の所在に関する不確実性を解消するため、HSE か地方公共団体のいずれかに割当を行う、

ための規定を設けること。

ただし、本項に基づいて設けられる規定には、規則に基づく移行や割当が、その影響を受ける者に通知されるよう保障する規定が盛り込まれなければならない。

(3)Any provision made by regulations under the preceding subsection shall have effect subject to any provision made by health and safety regulations . . . in pursuance of section 15(3)(c).

前項に基づく規則により設けられる規定は、本法第15条(3)(c)項所定の安全衛生規則により設けられた規定と同等の効果を持つ。

(4)It shall be the duty of every local authority—

地方公共団体は、以下の義務を負う。

(a)to make adequate arrangements for the enforcement within their area of the relevant statutory provisions to the

extent that they are by any of those provisions or by regulations under subsection (2) above made responsible for their enforcement; and

(未了)

(b)to perform the duty imposed on them by the preceding paragraph and any other functions conferred on them by any of the relevant statutory provisions in accordance with such guidance as [F2the Executive] may give them.

(未了)

(4A)Before the Executive gives guidance under subsection (4)(b) it shall consult the local authorities.

(未了)

(4B)It shall be the duty of the Executive and the local authorities—

(未了)

(a)to work together to establish best practice and consistency in the enforcement of the relevant statutory provisions;

(未了)

(b)to enter into arrangements with each other for securing cooperation and the exchange of information in connection with the carrying out of their functions with regard to the relevant statutory provisions; and

(未了)

(c)from time to time to review those arrangements and to revise them when they consider it appropriate to do so.

(未了)

(5)Where any authority other than . . . , the Executive or a local authority is by any of the relevant statutory provisions ... made responsible for the enforcement of any of those provisions to any extent, it shall be the duty of that authority—

(未了)

(a)to make adequate arrangements for the enforcement of those provisions to that extent; and

(未了)

(b)except where that authority is the Office of Rail Regulation,]to perform the duty imposed on the authority by the preceding paragraph and any other functions conferred on the authority by any of the relevant statutory provisions in accordance with such guidance as the Executive may give to the authority.

(未了)

(6)Nothing in the provisions of this Act or of any regulations made thereunder charging any person in Scotland with the enforcement of any of the relevant statutory provisions shall be construed as authorising that person to institute

proceedings for any offence.

(未了)

(7)In this Part—

(未了)

(a)“enforcing authority” means the Executive or any other authority which is by any of the relevant statutory provisions or by regulations under subsection (2) above made responsible for the enforcement of any of those provisions to any extent; and

(未了)

(b)any reference to an enforcing authority’s field of responsibility is a reference to the field over which that authority’s responsibility for the enforcement of those provisions extends for the time being;

(未了)

but where by virtue of subsection (3) of section 13 the performance of any function of ... the Executive is delegated to a government department or person, references to ... the Executive (or to an enforcing authority where that authority is the Executive) in any provision of this Part which relates to that function shall, so far as may be necessary to give effect to any agreement under that subsection, be construed as references to that department or person; and accordingly any reference to the field of

responsibility of an enforcing authority shall be construed as a reference to the field over which that department or person for the time being performs such a function.
(未了)

1. 1. 5 HSWA 第 20 条

(試訳) (未了)

(1) Subject to the provisions of section 19 and this section, an inspector may, for the purpose of carrying into effect any of the relevant statutory provisions within the field of responsibility of the enforcing authority which appointed him, exercise the powers set out in subsection (2) below

(2) The powers of an inspector referred to in the preceding subsection are the following, namely—

(a) at any reasonable time (or, in a situation which in his opinion is or may be dangerous, at any time) to enter any premises which he has reason to believe it is necessary for him to enter for the purpose mentioned in subsection (1) above;

(b) to take with him a constable if he has reasonable cause to apprehend any serious obstruction in the execution of his duty;

(c) without prejudice to the preceding

paragraph, on entering any premises by virtue of paragraph (a) above to take with him—

(i) any other person duly authorised by his (the inspector's) enforcing authority; and

(ii) any equipment or materials required for any purpose for which the power of entry is being exercised;

(d) to make such examination and investigation as may in any circumstances be necessary for the purpose mentioned in subsection (1) above;

(e) as regards any premises which he has power to enter, to direct that those premises or any part of them, or anything therein, shall be left undisturbed (whether generally or in particular respects) for so long as is reasonably necessary for the purpose of any examination or investigation under paragraph (d) above;

(f) to take such measurements and photographs and make such recordings as he considers necessary for the purpose of any examination or investigation under paragraph (d) above;

(g) to take samples of any articles or

substances found in any premises which he has power to enter, and of the atmosphere in or in the vicinity of any such premises;

(h)in the case of any article or substance found in any premises which he has power to enter, being an article or substance which appears to him to have caused or to be likely to cause danger to health or safety, to cause it to be dismantled or subjected to any process or test (but not so as to damage or destroy it unless this is in the circumstances necessary for the purpose mentioned in subsection (1) above);

(i)in the case of any such article or substance as is mentioned in the preceding paragraph, to take possession of it and detain it for so long as is necessary for all or any of the following purposes, namely—

(i)to examine it and do to it anything which he has power to do under that paragraph;

(ii)to ensure that it is not tampered with before his examination of it is completed;

(iii)to ensure that it is available for use as evidence in any proceedings for an offence under any of the relevant statutory provisions or any proceedings

relating to a notice under section 21 or 22;

(j)to require any person whom he has reasonable cause to believe to be able to give any information relevant to any examination or investigation under paragraph (d) above to answer (in the absence of persons other than a person nominated by him to be present and any persons whom the inspector may allow to be present) such questions as the inspector thinks fit to ask and to sign a declaration of the truth of his answers;

(k)to require the production of, inspect, and take copies of or of any entry in—

(i)any books or documents which by virtue of any of the relevant statutory provisions are required to be kept; and

(ii)any other books or documents which it is necessary for him to see for the purposes of any examination or investigation under paragraph (d) above;

(l)to require any person to afford him such facilities and assistance with respect to any matters or things within that person's control or in relation to which that person has responsibilities as are necessary to enable the inspector to exercise any of the powers conferred on him by this section;

(m)any other power which is necessary for the purpose mentioned in subsection (1) above.

(3)The Secretary of State may by regulations make provision as to the procedure to be followed in connection with the taking of samples under subsection (2)(g) above (including provision as to the way in which samples that have been so taken are to be dealt with).

(4)Where an inspector proposes to exercise the power conferred by subsection (2)(h) above in the case of an article or substance found in any premises, he shall, if so requested by a person who at the time is present in and has responsibilities in relation to those premises, cause anything which is to be done by virtue of that power to be done in the presence of that person unless the inspector considers that its being done in that person's presence would be prejudicial to the safety of the State.

(5)Before exercising the power conferred by subsection (2)(h) above in the case of any article or substance, an inspector shall consult such persons as appear to him appropriate for the purpose of ascertaining what dangers, if any, there may be in doing anything which he proposes to do under that power.

(6)Where under the power conferred by subsection (2)(i) above an inspector takes possession of any article or substance found in any premises, he shall leave there, either with a responsible person or, if that is impracticable, fixed in a conspicuous position, a notice giving particulars of that article or substance sufficient to identify it and stating that he has taken possession of it under that power; and before taking possession of any such substance under that power an inspector shall, if it is practicable for him to do so, take a sample thereof and give to a responsible person at the premises a portion of the sample marked in a manner sufficient to identify it.

(7)No answer given by a person in pursuance of a requirement imposed under subsection (2)(j) above shall be admissible in evidence against that person or the spouse or civil partner of that person in any proceedings.

(8)Nothing in this section shall be taken to compel the production by any person of a document of which he would on grounds of legal professional privilege be entitled to withhold production on an order for discovery in an action in the High Court or, as the case may be, on an order for the production of documents in an action in the Court of Session.

1. 1. 6 HSWA 第 3 3 条

(試訳) (未了)

(1) It is an offence for a person—

(a) to fail to discharge a duty to which he is subject by virtue of sections 2 to 7;

(b) to contravene section 8 or 9;

(c) to contravene any health and safety regulations F1. . . or any requirement or prohibition imposed under any such regulations (including any requirement or prohibition to which he is subject by virtue of the terms of or any condition or restriction attached to any licence, approval, exemption or other authority issued, given or granted under the regulations);

(d) to contravene any requirement imposed by or under regulations under section 14 or intentionally to obstruct any person in the exercise of his powers under that section;

(e) to contravene any requirement imposed by an inspector under section 20 or 25;

(f) to prevent or attempt to prevent any other person from appearing before an inspector or from answering any question to which an inspector may by virtue of section 20(2) require an answer;

(g) to contravene any requirement or prohibition imposed by an improvement notice or a prohibition notice (including any such notice as modified on appeal);

(h) intentionally to obstruct an inspector in the exercise or performance of his powers or duties or to obstruct a customs officer in the exercise of his powers under section 25A;

(i) to contravene any requirement imposed by a notice under section 27(1);

(j) to use or disclose any information in contravention of section 27(4) or 28;

(k) to make a statement which he knows to be false or recklessly to make a statement which is false where the statement is made—

(i) in purported compliance with a requirement to furnish any information imposed by or under any of the relevant statutory provisions; or

(ii) for the purpose of obtaining the issue of a document under any of the relevant statutory provisions to himself or another person;

(l) intentionally to make a false entry in any register, book, notice or other document required by or under any of

the relevant statutory provisions to be kept, served or given or, with intent to deceive, to make use of any such entry which he knows to be false;

(m)with intent to deceive, to forge or use a document issued or authorised to be issued under any of the relevant statutory provisions or required for any purpose thereunder or to make or have in his possession a document so closely resembling any such document as to be calculated to deceive;

(n)falsely to pretend to be an inspector;

(o)to fail to comply with an order made by a court under section 42.

(2)Schedule 3A (which specifies the mode of trial and maximum penalty applicable to offences under this section and the existing statutory provisions) has effect.

(3)Schedule 3A is subject to any provision made by virtue of section 15(6)(c) or (d).

(5)Where a person is convicted of an offence under subsection (1)(g) or (o) above, then, if the contravention in respect of which he was convicted is continued after the conviction he shall (subject to section 42(3)) be guilty of further offence and liable on summary

conviction to a fine not exceeding £100 for each day on which the contravention is so continued.

(6).....

1.1.7 附則第3A条

別添（附則第3A条）参照。

1.2 安全衛生規則

HSWA 第15条は、国務長官の制定する安全衛生規則につき、以下の定めを置いている。

（試訳）

(1)Subject to the provisions of section 50, the Secretary of State . . . shall have power to make regulations under this section for any of the general purposes of this Part (and regulations so made are in this Part referred to as “health and safety regulations”).

国務長官は、本法第50条の規定に従い、本章の定める一般的な目的のため、本条の定めに基づいて規則を制定する権限を持つ（そして、そのように策定された規則を、本章において「安全衛生規則」と呼称する）。

(2)Without prejudice to the generality of the preceding subsection, health and safety regulations may for any of the general purposes of this Part make provision for any of the purposes mentioned in Schedule 3.

前項の定める目的の一般性を前提として、安全衛生規則は、本章の定める一般的

な目的のため、別表3に記載された目的に沿う規定を設けることができる。

(3)Health and safety regulations—

安全衛生規則は、

(a)may repeal or modify any of the existing statutory provisions;

現行の法規定のいずれをも改廃することができる。

(b)may exclude or modify in relation to any specified class of case any of the provisions of sections 2 to 9 or any of the existing statutory provisions;

分類された特定のケースとの関係で、本法第2条から第9条の規定、または現行の法規定についても、その適用を除外もしくは修正することができる。

(c)may make a specified authority or class of authorities responsible, to such extent as may be specified, for the enforcement of any of the relevant statutory provisions.

関連する法規定の執行について、特定された一定範囲内で責任を持つ特定の公的機関か、分類された公的機関を創設することができる。

(4)Health and safety regulations—

安全衛生規則は、

(a)may impose requirements by reference to the approval of the Executive or any other specified body or person;

HSE（法第10条第5項参照）その他特

定の団体や個人による同意を参考に、要件を課すことができる。

(b)may provide for references in the regulations to any specified document to operate as reference to that document as revised or re-issued from time to time.

特定の文書が改訂又は再版された際に、規則を参照すればそのことが分かるように、当該規則の中に特定の文書への参照を付すことができる。

(5)Health and safety regulations—

安全衛生規則は、

(a)may provide (either unconditionally or subject to conditions, and with or without limit of time) for exemptions from any requirement or prohibition imposed by or under any of the relevant statutory provisions;

関連する法規定により課されたか、それに基づく要件や禁止事項からの適用除外を、（無条件か、または時間制限ありもしくはなしで一定条件を付したうえで）定めることができる。

(b)may enable exemptions from any requirement or prohibition imposed by or under any of the relevant statutory provisions to be granted (either unconditionally or subject to conditions, and with or without limit of time) by any specified person or by any person authorised in that behalf by a specified authority.

関連する法規定により課されたか、それに基づく要件や禁止事項からの適用除外が、特定の人物か特定の公的機関に代理権限を与えられた者により実施され得るようにすることができる。

(6)Health and safety regulations—

安全衛生規則は、

(a)may specify the persons or classes of persons who, in the event of a contravention of a requirement or prohibition imposed by or under the regulations, are to be guilty of an offence, whether in addition to or to the exclusion of other persons or classes of persons;

関連する法規定により課されたか、それに基づく要件や禁止事項に反する事態が生じた場合に、犯罪者として処罰されるべき人物もしくは人物の類別、または除外されるべき人物または人物の類別を特定することができる。

(b)may provide for any specified defence to be available in proceedings for any offence under the relevant statutory provisions either generally or in specified circumstances;

一般的にもしくは特定された条件下でなされた、関連する法規定の下での違反行為に対し、訴訟手続で活用できる特定された抗弁を規定することができる。

(c)may exclude proceedings on indictment in relation to offences

consisting of a contravention of a requirement or prohibition imposed by or under any of the existing statutory provisions, sections 2 to 9 or health and safety regulations;

現行法規定、本法第2条から第9条もしくは安全衛生規則により課されたか、それに基づく要件や禁止事項の違背から成る違反に関わる起訴手続を排除することができる。

(d)may restrict the punishments (other than the maximum fine on conviction on indictment) which can be imposed in respect of any such offence as is mentioned in paragraph (c) above.

前号で示された類の違反について科せられ得る（起訴手続後の有罪判決にかかる最高刑以外の）制裁に制限を加えることができる。

(7)Without prejudice to section 35, health and safety regulations may make provision for enabling offences under any of the relevant statutory provisions to be treated as having been committed at any specified place for the purpose of bringing any such offence within the field of responsibility of any enforcing authority or conferring jurisdiction on any court to entertain proceedings for any such offence.

本法第35条の趣旨を損ねることなく、安全衛生規則は、関連法規の違反を、執行機関の管轄範囲内に置くか、そうした類の違反にかかる訴訟維持の管轄権をいづれ

かの裁判所に委譲することを目的として、当該違反が特定の場所で行われたとみなす旨の規定を設けることができる。

(8) Health and safety regulations may take the form of regulations applying to particular circumstances only or to a particular case only (for example, regulations applying to particular premises only).

安全衛生規則は、特定の条件または特殊な事例にのみ適用される形式（例えば、特定の施設のみを適用対象とするなど）を採用することもできる。

(9) If an Order in Council is made under section 84(3) providing that this section shall apply to or in relation to persons, premises or work outside Great Britain then, notwithstanding the Order, health and safety regulations shall not apply to or in relation to aircraft in flight, vessels, hovercraft or offshore installations outside Great Britain or persons at work outside Great Britain in connection with submarine cables or submarine pipelines except in so far as the regulations expressly so provide.

本法第84条第3項に基づき、本条がイングランド（イギリス本国）以外にある人、施設または作業に適用またはそれらに関連して適用される旨を定める枢密院令が発令された場合であっても、安全衛生規則は、その適用について定める同規則上の明文規定がない限り、イングランド以外にある飛行中の航空機、船舶、ホバークラフト、

沖合施設や、海中ケーブルや海中パイプラインに関連してイングランド以外で作業に従事する人物に適用またはそれらに関連して適用されない。

(10) In this section “specified” means specified in health and safety regulations.

本条において、「特定された」とは、安全衛生規則において特定されたことを指す。

このように、国務長官（行政）の制定する安全衛生規則には、法律並み又はそれ以上の強大な法的効力が付与されている。これは、安全衛生における、現場対応的柔軟性、機動性、専門性の確保の要請を踏まえた選択と解することができる¹³。

かかる規定に基づき、HSEは、作業関連ストレスにかかる被用者の安全衛生の確保のため、現段階で以下のような規則の活用を図っている。なお、以下には直接作業関連ストレスに関係しないものも含まれているが、作業関連ストレスは、安全衛生問題全てと密接に関係しており、これらの規則をすべからず遵守しなければ、被用者がストレス要因にばく露したり、作業関連ストレスに苛まれる可能性は高まる¹⁴。

1) 1999年労働安全衛生管理規則（略称：管理規則）

日本の安衛法は、使用者によるリスクアセスメントを努力義務にとどめているが（法28条の2）、イギリスの労働安全衛生管理規則は、雇用者にリスクアセスメントの実施を義務づけている。その適用対象は、

5名以上の被用者を雇用する雇用者に限られるが、これに該当する限り、リスクアセスメントによる重要な結果を記録し、あらゆる必要な対策が講じられるよう手配（arrangements）し、適任な人物を選任し、適切な情報提供を行い、被用者に対する教育訓練を実施する必要がある¹⁵。

リスクアセスメントの基本規定であり、以下で詳述する MS（ストレスマネジメント基準）の法的根拠とされている同規則第3条は、以下のように定める。

（試訳）

(1) Every employer shall make a suitable and sufficient assessment of—
 雇用者たる者は全て、該当する法令および1997年の防火（職場）規則第2編に基づき課される要件および禁止事項を遵守するために講じるべき措置を特定するため、以下の事柄につき、適切かつ十分な調査を行わなければならない。

(a) the risks to the health and safety of his employees to which they are exposed whilst they are at work; and
 彼が雇用する被用者が、就労中にばく露する安全衛生上のリスク、および

(b) the risks to the health and safety of persons not in his employment arising out of or in connection with the conduct by him of his undertaking,
 彼の事業活動に起因または関係して、彼と雇用関係にない者に及ぶ安全衛生上のリスク

for the purpose of identifying the

measures he needs to take to comply with the requirements and prohibitions imposed upon him by or under the relevant statutory provisions and by Part II of the Fire Precautions (Workplace) Regulations 1997.

(2) Every self-employed person shall make a suitable and sufficient assessment of—

自営業者たる者は全て、該当する法令に基づき課される要件および禁止事項を遵守するために講じるべき措置を特定するため、以下の事柄につき、適切かつ十分な調査を行わなければならない。

(a) the risks to his own health and safety to which he is exposed whilst he is at work; and

彼自身が就労中にばく露する安全衛生上のリスク、および

(b) the risks to the health and safety of persons not in his employment arising out of or in connection with the conduct by him of his undertaking,

彼の事業活動に起因または関係して、彼と雇用関係にない者に及ぶ安全衛生上のリスク

for the purpose of identifying the measures he needs to take to comply with the requirements and prohibitions imposed upon him by or under the relevant statutory provisions.

(3) Any assessment such as is referred to in paragraph (1) or (2) shall be reviewed by the employer or self-employed person who made it if—

第(1)項および第(2)項に規定する調査を実施した雇用者または自営業者は、以下の場合において、その見直しを行わねばならない。

(a) there is reason to suspect that it is no longer valid; or

その有効性が疑われる理由がある場合、または、

(b) there has been a significant change in the matters to which it relates; and where as a result of any such review changes to an assessment are required, the employer or self-employed person concerned shall make them.

それが前提としていた関連事項に重大な変化が生じた場合。また、そうした見直しの結果、調査の変更自体が必要となる場合、雇用者または自営業者は、それを実施せねばならない。

(4) An employer shall not employ a young person unless he has, in relation to risks to the health and safety of young persons, made or reviewed an assessment in accordance with paragraphs (1) and (5).

雇用者は、彼らに及ぶ安全衛生上のリスクについて、本条第(1)項および第(5)項に基づく調査の実施または見直しを行わない限り、若年者を雇用してはならない。

(5) In making or reviewing the assessment, an employer who employs or is to employ a young person shall take particular account of—

若年者を雇用し、もしくは雇用しようとする雇用者は、調査の実施または見直しに際し、以下の点に特に留意しなければならない。

(a) the inexperience, lack of awareness of risks and immaturity of young persons;

若年者の未経験、リスク認識の欠如および未熟さ

(b) the fitting-out and layout of the workplace and the workstation;

職場およびワークステーションの装備およびレイアウト

(c) the nature, degree and duration of exposure to physical, biological and chemical agents;

物理的、生物学的、化学的な物質へのばく露の性格（危険性）、程度および期間

(d) the form, range, and use of work equipment and the way in which it is handled;

作業機器の型式、範囲、使用およびその取扱い方法

(e) the organisation of processes and activities;

作業工程や活動の構成

(f) the extent of the health and safety

training provided or to be provided to young persons; and

若年者に現に提供されているか、される予定の安全衛生教育の程度

(g)risks from agents, processes and work listed in the Annex to Council Directive 94/33/EC(1) on the protection of young people at work.

若年者の労働保護に関する E C 理事会指令 (94/33) 付属文書に挙示された物質、工程、作業によるリスク

(6) Where the employer employs five or more employees, he shall record—

5名以上の被用者を雇用する雇用者は、以下の事項を記録しなければならない。

(a)the significant findings of the assessment; and

調査の結果判明した重要な事実、および、

(b)any group of his employees identified by it as being especially at risk.

調査の結果、特に高いリスクに晒されていると特定された被用者集団。

2) 1992年職場の安全衛生及び厚生水準に関する規則 (Workplace(Health, Safety and Welfare)Regulations 1992)

この規則は、職場に特化した規制であり、十分な換気、温度、照明、作業空間、座席、厚生施設が各組織の職場内で確保されることなど、安全衛生及び厚生水準に関する基本的な問題を幅広くカバーしている¹⁶。

3) 1993年コンピュータの画面表示機器に関する安全衛生規則 (The Health and Safety (Display Screen Equipment) Regulations 1992)

この規則は、コンピュータ画面を見ながら行われる作業について遵守されるべき基準を提供している¹⁷。

1.3 実施準則

HSWA 第16条は、実施準則について定めている。

実施準則とは、制定法による規制の具体化がもたらす弊害を低らし、制定法には基本原則の規定の役割を委ねる一方、直接的な法的効力を持たず、かつ技術革新や予防科学の進展に合わせた柔軟な規制を行うことを目的に発案された法政策上の技術である¹⁸。

現在のところ、HSE (イギリス安全衛生庁) による MSA (ストレスマネジメント基準によるアプローチ) に直接的には関わらないが、基本的には共通の発想に基づき、現に専門家の一部からは MS (ストレスマネジメント基準) をこれに格上げすべき、との主張もなされる¹⁹など一定の関わりを持っていることから、ここで取り扱う。

第16条の定めは次の通り。

(試訳)

(1)For the purpose of providing practical guidance with respect to the requirements of any provision of any of the enactments or instruments mentioned in subsection (1A) below, the Executive may, subject to the following subsection.

次項 (第1(A)項) に記された法令また

は法的文書の規定上の要件の履行にかかる実務的なガイダンスを提供するため、HSE は、以下の各号に従い、所定の措置を講じることができる。

(a)approve and issue such codes of practice (whether prepared by it or not) as in its opinion are suitable for that purpose;

(HSE が起案したものであるか否かを問わず) 実施準則を承認し、公布すること

(b)approve such codes of practice issued or proposed to be issued otherwise than by the Executive as in its opinion are suitable for that purpose.

HSE 以外の機関により公布されたか、公布の提案がなされ、HSE がその目的に適合すると認める実施準則を承認すること

(1A)Those enactments and instruments are—

ここで法令及び法的文書とは、以下のものを指す。

(a)sections 2 to 7 above;

本法第2条（※上記の雇用者の一般的義務条項など）及び第7条（※被用者側の自他の安全衛生にかかる注意義務など）

(b)health and safety regulations, except so far as they make provision exclusively in relation to transport systems falling within paragraph 1(3) of Schedule 3 to the Railways Act 2005; and

2005年鉄道法に即し、別表3の1(3)章に定める鉄道輸送システムに関する規定をそれに対象を絞って設ける場合を除き、安全衛生規則

(c)the existing statutory provisions that are not such provisions by virtue of section 117(4) of the Railways Act 1993.

1993年鉄道法第117条第4項に定める規定を除く現行法規定

(2)The Executive shall not approve a code of practice under subsection (1) above without the consent of the Secretary of State, and shall, before seeking his consent, consult—

HSE は、国务長官の同意なくして前項に基づき実施準則を承認してはならず、また、同人の同意の獲得に先んじて、以下の者と協議しなければならない。

(a)any government department or other body that appears to the Executive to be appropriate (and, in particular, in the case of a code relating to electromagnetic radiations, the Health Protection Agency); and

HSE が協議相手として適当と判断する省庁・部局（及び、特に電離放射線に関する準則については、健康保護局 (HPA) ²⁰⁾

(b)such government departments and other bodies, if any, as in relation to any matter dealt with in the code, the Executive is required to consult under this section by virtue of directions given

to it by the Secretary of State.

実施準則が取り扱う問題に関わり、国務長官が指図を与えることとの関係上、本条のもとで HSE が協議することが求められる省庁・部局その他の機関があればそれら

(3)Where a code of practice is approved by the Executive under subsection (1) above, the Executive shall issue a notice in writing—

本条第 1 項に基づいて HSE による実施準則の承認が行われた場合、HSE は、以下の事柄につき、文書により通知を行わなければならない。

(a)identifying the code in question and stating the date on which its approval by the Executive is to take effect; and

該当する実施準則を特定し、HSE による承認の発効日を明示すること

(b)specifying for which of the provisions mentioned in subsection (1) above the code is approved.

当該準則が、第 1 項の示す規定のうちいずれに対して承認されたものかを特定すること

(4)The Executive may—

HSE は、以下の事柄を行うことができる。

(a)from time to time revise the whole or any part of any code of practice prepared by it in pursuance of this section;

策定された実施準則の全てまたは一部

を、本条に基づいて適宜改定すること

(b)approve any revision or proposed revision of the whole or any part of any code of practice for the time being approved under this section;

実施準則の全部または一部の修正または修正提案を、正式な承認に必要な期間中、本条に基づいて暫定的に承認すること

and the provisions of subsections (2) and (3) above shall, with the necessary modifications, apply in relation to the approval of any revision under this subsection as they apply in relation to the approval of a code of practice under subsection (1) above.

本条第 2 項及び第 3 項は、それらが第 1 項に基づき実施準則の承認に適用されるのと同様に、必要な修正に伴い、本項に基づく修正の承認にも適用される。

(5)The Executive may at any time with the consent of the Secretary of State withdraw its approval from any code of practice approved under this section, but before seeking his consent shall consult the same government departments and other bodies as it would be required to consult under subsection (2) above if it were proposing to approve the code.

HSE は、いつ何時でも、国務長官の同意を得て、本条に基づき承認された実施準則についてその承認を撤回することができる。ただし、国務長官に同意を求めるより前に、第 2 項に基づき承認の提案の際に

協議が求められる省庁・部局及びその他の機関との間で、改めて協議を行わなければならない。

(6) Where under the preceding subsection the Executive withdraws its approval from a code of practice approved under this section, the Executive shall issue a notice in writing identifying the code in question and stating the date on which its approval of it is to cease to have effect.

HSE が、前項に基づき、本条のもとで承認された実施準則につき、その承認を撤回する場合、該当する準則を特定し、その承認の効力が停止される期日を明示する通知を、文書で発行しなければならない。

(7) References in this Part to an approved code of practice are references to that code as it has effect for the time being by virtue of any revision of the whole or any part of it approved under this section.

本章において承認された実施準則とは、本条に基づき承認された準則の全てまたはどこか一部の修正により暫定的に発効している準則を指す。

(8) The power of the Executive under subsection (1)(b) above to approve a code of practice issued or proposed to be issued otherwise than by the Executive shall include power to approve a part of such a code of practice; and accordingly in this Part “code of practice” may be

read as including a part of such a code of practice..

HSE が、本条第 1 (b)項に基づいて、HSE 以外の機関により公布されたか、公布の提案がなされた実施準則を承認する権限には、そのような実施準則の一部を承認する権限も含まれる。したがって、本章において「実施準則」とは、そのような準則の一部も含まれると解することができる。

このように、HSE には、HSWA や安全衛生規則その他労働安全衛生に関する現行法規則の目的に資する準則につき、策定、承認・公布から改定、改定準則の暫定承認、承認の撤回に至る大きな権限が付与されている。しかし、規定上ガイダンスにとどまるはずの当該準則について、承認や承認撤回に際しての国務長官による同意の獲得、適当な省庁・部局との協議の義務づけなど、即応性を損ねない範囲で、やや厳しい手続的規制が設けられている。ガイダンスとはいえ、監督官による合法性監督に際しても違法性の判断規準として参照されるなどの意味で、日本の解釈例規とも重複する性格を持つことの証左といえよう。すなわち、HSE は、少なくとも法律並に強い法的効力を持つ安全衛生規則に併せ、即応性、網羅性に加え、実質的な法的効力を有する実施準則のコントロール権限を付与されている、ということになる。

1.4 MS (ストレスマネジメント基準)

1.4.1 概要

HSE は、職域における作業関連ストレス問題対策として、他の利害関係者の関与を得て、ストレスマネジメント基準 (MS) を

用いたアプローチ手法を開発し、その普及促進を図っている。これは、職場内で遵守することで、高レベルの健康、厚生水準と組織的なパフォーマンスの実現が図られるような一連の条件を設定したものである。要は、一般の法令のように、要件（～をせねばならない）や禁止事項（～してはならない）を定めて強制するのではなく、ストレス管理の観点で理想的な条件を列挙し、実際の条件との乖離、適合状況を自主的にチェックしてその結果を対策に活用するサイクル（手続）を構築させることにより、少しでも列挙された理想条件に近づけようとする仕組みである。

この基準を用いた取り組みを MSA (Management Standards approach) といひ、それを通じ、組織内で、作業関連ストレスに起因する災害疾病の予防や、組織と個人双方の健康と厚生水準の促進の役割を担う者への支援となるよう設計されている²¹。

この基準が重点を置いているのは、以下のことがらである。

- 1) リスク調査アプローチ
- 2) 質の高いストレス管理
- 3) 治療より予防
- 4) 個人的アプローチから集団的アプローチへのシフト
- 5) 活用可能な最良の証拠 (the best available evidence) に基づくこと²²

MSA には、2つの基本的側面がある。1つは、リスク管理の方法論としての側面、もう1つは、リスク調査のモデルとしての側面である。このうちリスク調査モデルは、

6つの領域 (domain) または尺度 (dimension) として機能するよう主要な心理社会的危険源を列挙した体系的分類の形式を採っている²³。先述した通り、6つの危険源の類型は、リスク管理プロセスを通じて達成されるべき望ましい状態を示す一連の基準という形式で示されてきた。とはいえ、この基準をもって、当該組織が今現在講じている措置の有効性を測定したり、その効果を調査する指標たり得るかについては議論がある²⁴。

MSA は、HSE が提供するストレス対策のための「工具箱 (toolbox)」の中でも主軸をなしている。この工具箱は、いまや、組織の人事管理能力、個別的なメンタルヘルス対策に関するその他の取り組みを含むところまで、その機能を拡大してきている。こうした機能拡大により、MSA の機能は、既の実現している1次予防戦略に、2次予防や3次予防戦略を加えるところまで拡大するとの予測も示されている²⁵。

HSE のMS計画は、これまでに、全国的に3段階で展開されて来た。第1は、「戦略的な実施計画 (SiP1)」の段階、第2は、「健康な職場づくりのための問題解決 (SiP2)」の段階、第3は、「より幅広い実施計画 (SiP3)」の段階である。この過程を通じ、既に大量の関連情報が蓄積されている^{26 27}。

なお、HSE は、Webサイトを通じて、組織内の作業関連ストレスに関するリスクアセスメントの実施責任者向けの情報を盛り込んだMSの実施手引き (toolkit) を提供している。加えて、MSAを通じて組織の支援を行うためのツール (①HSE版評価ツール[The HSE indicator tool]、②HSE版分

析ツール[The HSE analysis tool]。両ツールには、ユーザーマニュアルが添付されている)やケーススタディ、ガイダンスも Web サイトで提供している²⁸。

なお、2012年6月発刊予定の Daniels らによる最新著作²⁹の第1節では、MS について以下のように説明されている。

・WHO (World Health Organization)、ILO (International Labour Organization)、EU (European Union) は、イギリスが MSA を実施する以前から、ストレス要因を調査し、それを根源的に除去するための予防措置を実施する必要性を強調するガイダンスを公表していた (ETUC、ILO、Leka ら³⁰)。このガイダンスには既に、職務の性格に関わる問題 (adverse job characteristics) は、職場における不快感 (poor well-being) や不調のリスク要因となる、との考え方が盛り込まれていた (MacKay ら³¹)。例示されたものの中には、①高レベルの要求、②低レベルの裁量、③同僚からの低水準の支援と、④役割の不明確さが含まれている (Cousins ら³²)。こうした職務の性格に関する問題は、ストレス関連問題のリスク要因とみなされて来たため、心理社会的な危険源と認識されるようになっていく。そうした職務の性格は、まるで労働環境の客観的な特徴であるかのように取り扱われてきた (Mackay ら³³)。仕事上の性格を労働環境の客観的側面として取り扱うことで、そうした問題がリスクマネジメントの対象となるその他の安全衛生上のリスクと同様に扱われ得ることとなる (Cox ら³⁴)。

このようなストレス管理手法は、極めて洗練された手法を政策として実現させた。それが作業関連ストレスを対象とした MS である (HSE、Mackay ら³⁵)。国家レベルでそのような取り組みを実施した例は珍しく、その先駆性のゆえに、・・・手続き上の問題も生じる。MS は、6つの心理社会的な危険源 (①仕事上の要求、②仕事上の裁量、③支援、④職場の人間関係、⑤役割の明確性、⑥変化の管理) の規制を行うおうとするものである。MS は、①使用者が労働者にかかる心理社会的危険源を調査するための質問紙 (評価ツールと呼ばれる (<http://www.hse.gov.uk/stress/standards/pdfs/indicatortool.pdf>))、②危険源が特定された際に講じるべき手続、③評価ツールで指標化された達成されるべき目的を提供している (Cousins ら、Mackay ら³⁶)。もっとも、MS を遵守することと HSE の評価ツールの活用は必ずしも一致せず、他の調査ツールの活用も、同じ目的と効果が見込まれる限り許される。MS は、法的強制力をもたない。その根拠となる規制の枠組み (が要件としているの) は、職場の諸要素から生じるリスクを調査し、そのリスクから生じ得る効果を低減することに限られている。MS は、リスク調査を組織的な行動へと移行させるための段階的かつ参加型の問題解決手法である³⁷。

MSA は、イギリス本土において、2004年末に開始された。MSA の普及および組織による作業関連ストレス対策を推進するため、様々な介入が試みられた。3年間にわたり、作業関連ストレスは国家としての優先的な計画の対象とされ、複数の

実験・実施計画が実行された。HSE が MS の導入に際して設定した目的は、各組織が作業関連ストレス対策（すなわちストレスに関連する事件や疾病休業を減少させること）に際して優れた管理を実践できるように支援することであった³⁸。

MS には、数多くの長所がある。その第 1 は、最新の科学的証拠のレビューに基づいた基準の開発であり（Rick ら³⁹）、第 2 は、支援（care）的要素、第 3 は、細部への注目、第 4 は、運用への多様な利害関係者の関与である（Cousins ら⁴⁰）。その他、MS には、組織が国内・EU の精神衛生や厚生水準にかかる安全衛生規制を遵守することを容易にする面、診断（：調査による問題の特定）をベースとし、問題解決志向であり、かつ参加型である等の面がある（Kompier⁴¹）⁴²。

MS の良し悪しを評価するには、3つのレベルがあり得る。第 1 は、MS に関連する政策の進展や全国統計を尺度とするもの、第 2 は、MS の運用に伴う実務家の経験の調査結果を尺度とするもの、第 3 は、MS の基礎となる仮説の検証結果を尺度とするものである⁴³。

1.4.2 背景

1.4.2.1 背景思想

MSA は、HSE により、労働者が遭遇ないし愁訴する作業関連ストレスを低減するために開発されたものであり、その一般的な目的は、ストレス関連疾患により休業する労働者やストレスに晒された経験から十分な職務遂行を果たし得なくなる労働者の数を減少させることにある。MSA の役割は、管理者に対してそれを達成するのに必要な

情報、手続、ツールを提供することにある。また、証拠に基づき、かつリスク管理手法を活用し、（管理者とその他の被用者間の）協働作業を通じた問題解決による労働衛生管理の模範的な実践モデル（good practice）を示す意図で採用されたアプローチである⁴⁴。

HSE が 2001 年に公刊した「リスク軽減、被災防止」と称する報告書（Reducing Risks, Protecting People (R2P2) , 2001）には、HSE による健康上のリスク管理手法の基底にある思想が示されている⁴⁵。すなわち、R2P2 は、HSE が自ら策定する規則を実効的かつ妥当なものとするために設置した規則改善専門委員会（Better Regulation Task Force）が示した以下の 5 原則に従っている。

- 1) 開放性と透明性
- 2) 結果についての説明責任
- 3) 均衡性
- 4) 一貫性
- 5) 明確な目標の設定

そしてその中心的な目的は、HSE が（HSC⁴⁶に代わって）リスク管理措置に関する決定を行う際の手続と基本原則を明らかにすることにある⁴⁷。

R2P2 は 3 部構成となっており、第 1 部にはその目的が記載されている。第 2 部では、HSWA 導入以後に蓄積されたリスク及びリスク管理に関する知見についてレビューされており、特に、以下のことがらについて議論が展開されている。

- 1) 人びとのリスクに関する認識の拡大、個人的な懸念（個人が察知する危害）

及び社会的な懸念（強い恐怖感をもたらすリスク、ふだんなじみのないリスク、現実化すると多数の犠牲者をもたらしたり、特に脆弱性の強い特定の人びとに危害が及ぶようなリスクに対する社会政策的な対応）

2) (国際化、多様化、「リスク」の意味に関する法的判断などの) 規定的な環境変化

3) 事業状況の変化

4) 社会における指向性、価値観、期待の変化

第3部では、HSC および HSE を対象に決定・判断の枠組みを提供している。これは以下の6つの反復的なステージによって構成されており、利害関係者は、その全ての段階に積極的に関与する仕組みとなっている。

1) HSC および HSE が扱うべき問題か否かを決定する

2) 問題を定義し、特徴を描出する

3) 問題に対応し得る方策の選択肢とそれを採用するメリットを精査する

4) 問題に対する一連の対応策を採用する

5) 決定事項を実施する

6) 採用した措置の効果を評価し、必要に応じて当初の決定を見直す

このうち4)のステージの適正化は、特に重要と解されている。R2P2には、その適正化の鍵は、あるリスクが、①受け入れ不可能か、②何とか堪え得る範囲か、③おおむね可能か、の判断規準に関する理解の

ありようにある、と記載されている。この、「リスクへの対応能力」の判断規準は、そもそも1988年にHSEが公刊した出版物（「原子力発電所におけるリスクへの対応能力」(The Tolerability of Risk from Nuclear Power Stations)）で示されたものである。

HSEの長官は、R2P2が公刊された2001年に、全職員に向けて、以上の枠組みが職務上確実に遵守されるよう通達している。また、R2P2は、HSCおよびHSEの意思決定に一貫性の確保を求めているので（むろん、R2P2は細部にわたり厳格な指示を与えるものではなく、あくまで枠組みにすぎないので、両者の判断が完全に一致する必要はない）、やむを得ない事情がない限り、上記プロセスの遵守が当然に期待される条件となっている⁴⁸。

1.4.2.2 データ・学術的背景

本報告書内の白波瀬報告でも述べられているように、とりわけ環境因や心因と精神疾患との関係については自然科学的な解明が不十分であり、メンタルヘルスにかかる1次予防への投資と回収効果の関係について不明瞭な事情はイギリスでも変わらない。

そこで、そうした条件下、同国では、どのような論理・論法で公的なストレス対策が基礎づけられてきたのかについて、以下で整理する。

1.4.2.2.1 HSE自身による説明～ストレスの定義とストレスが及ぼす負の影響にかかる一般論～

HSEは、まず、ストレスの定義において、相対的に心理学的な知見を採用した。例え

ば、HSE が 2007 年に公刊したガイダンスには、ストレスについて、以下のように定義されている。

すなわち、「過重負荷（excessive pressures）や当該人物にかかるその他の要求に対する人間の負の反応（adverse reaction）であり、興奮をもたらし、よってモチベーションを向上させ得るような負荷と、負荷が過剰にわたる際に生じ得るストレスの間には明確な違いがある」、と⁴⁹。

周知の通り、ストレスに関するこのような理解は、Nature 誌に掲載された Selye の生理学・心理学的なストレス学説⁵⁰（の説く定義）を端緒とし、Lazarus らによる心理学的側面を強めた学説⁵¹の定義を経て、確立されてきたものである。

ガイダンスは、かような理解のうえに立ち、以下のように述べている。

HSE が MSA を開始した背景には、作業関連ストレスが、職業性疾病、生産性の低下、ヒューマンエラーの主要な原因であるばかりでなく、病気休職、職員の頻繁な入れ替わり、パフォーマンスの低下や、ヒューマンエラーによる災害の増加すら招きかねない、との認識があった⁵²。

すなわち、調査結果によれば、作業関連ストレスは、次の観点で組織に負の影響をもたらすことが明らかにされている⁵³。

- 1) 被用者の職務への従事
- 2) 職員のパフォーマンスや生産性
- 3) ヒューマンエラーに起因する労働災害
- 4) 職員の入れ替わりや休業
- 5) 勤怠水準
- 6) 職員の採用活動や定着
- 7) 顧客満足

8) 組織のイメージや評価

9) 訴訟リスク

また、誰かが作業関連ストレスに関わる疾病で長期間にわたって職場を離れると、周囲の者の作業負荷やモラル（志気）に大きな影響を及ぼしかねないことも認識されていた⁵⁴。

さらに、現在では、作業関連ストレスを含め、長期間にわたる連続したストレスは、負の健康影響をもたらすことについても、説得的な証拠が示されている。調査研究成果からは、ストレスと以下のことがらとの強い関係が示されている⁵⁵。

①心臓病、腰痛、頭痛、胃腸の障害の他、様々な軽度の疾病

②不安、抑うつ状態、集中力の喪失や判断力の低下などの心理的効果

その他、ストレスは、社会的な引きこもり（social withdrawal）や、攻撃的行動、アルコールや薬物の濫用、摂食障害、長時間労働といった心身両面の健康や厚生水準に負の影響を及ぼし得る行動を導く可能性もある⁵⁶。

1.4.2.2.2 HSE 自身による説明～ストレスがもたらす負の影響に関する社会調査データ等～

HSE のガイダンスには、作業関連ストレスがもたらす負の影響を示す具体的なデータについて、以下のような記載がある⁵⁷。

1) 7名に1名の割合で、その仕事が「かなり」または「過剰に」ストレスフルであると述べている（Psychological working conditions in Britain in 2007⁵⁸）。

2) 2005年から2006年にかけて

の1年間で、イギリス本土において、50万人弱の者が、自ら疾病に発展すると考えるレベルの作業関連ストレスに苛まれているとの報告があった。

3) 『イギリス実地医家 (UK General Practitioners:GPs)』によれば、ストレスに関連する愁訴のうち最もよくみられるものが、抑うつ状態 (depression) や不安 (anxiety) であり、イギリス全土の労働人口の20パーセントがこのような不調に苛まれているとされている。

4) ストレスが休職に発展した場合、病気休業期間の平均は30.1日である (Labour Force Survey 2005/06⁵⁹)。この数値は、作業関連疾患一般による疾病休業期間の平均日数 (21.2日) をはるかに凌いでいる。

5) 2005年から2006年にかけての1年間に、ストレス、抑うつ状態や不安により、トータルでほぼ1100万の労働日が失われている。

6) 2003年に海外勤務について行われたHSEの調査⁶⁰の結果、作業関連ストレス要因の約70パーセントが、ヒューマンエラー (人的過失) により生じた労働災害の潜在的な遠因となっていることが判明した。

1.4.2.2.3 雇用問題研究所らのグループによる報告書の示唆～精神的不調がもたらす経済的損失の指摘～

雇用問題研究所 (The Institute for Employment Studies) がHSEに提出する目的で作成し、2009年に公刊された報告書⁶¹には、以下の通り、MSAの開始前後のイギリスでの精神的不調の状況と、そ

れがもたらす経済的損失が示されている。

Lelliotら⁶²に掲載された2001年の国立統計局 (Office for National Statistics) の統計によれば、どの時点でも、イングランド (イギリス本国) の生産年齢人口の6分の1が、精神的不調 (mental ill-health) に関連する兆候を経験していた。これには、人間の生活機能に影響を及ぼし得る、および/または休業をもたらし得るような、不眠 (sleep problem)、疲労 (fatigue)、易怒性 (irritability)、強い不安感 (worry) が含まれる。作業に関連する精神的不調 (不安、抑うつ状態、ストレス状態と定義されるもの) は、毎年1050万日の逸失労働日数をもたらし、当該不調に罹患した個人の平均的な逸失労働日数は30.1日と試算されている⁶³。

職業性ストレス (Occupational Stress) は、イングランドの労働人口にとって最も一般的な作業に関連する精神衛生問題と認識されてきた⁶⁴。精神的不調が個々の労使双方にもたらす費用的負担は甚大であり、アブセンティズム (absenteeism: ※常習的な遅刻や欠勤による生産性の低下) により雇用者が負担する費用は84億ポンド (※日本円で約1兆80億円)、プレゼンティズム (presenteeism: ※疾病障害患者の (無理な) 出勤による生産性の低下) により雇用者が負担する費用は154億ポンド (※日本円で約1兆8480億円) にのぼると試算されている。

1.4.2.2.4 ノッティンガム大学の研究グループによる報告書の示唆～公衆衛生

疫学・組織論的観点の重要性の指摘～

ノッティンガム大学の研究グループは、HSE の委託研究を積極的に実施しており、MSA の推進に積極的な立場で、MSA の学術的背景としての公衆衛生疫学・組織論的観点の重要性について、以下のように指摘している。

科学雑誌では、MSA が採用した調査モデルを支える理論とリスク管理の成功事例を水平展開する手法の双方を一般的に支持する多くの研究が公表されているが、当該方法論を具体的に特定して、その有効性 (validity) と利便性 (usefulness) を直接調査したものは殆どない。僅かに存在するものの殆どは、Cox ら⁶⁵によりイギリス (UK) ノッティンガムで実施された開発作業か、Kompier ら、Jansen ら⁶⁶によりオランダで実施された作業関連ストレスへの段階的取り組み (stepwise approach) に関連するものである。

2004年にMackay ら、Cousin ら⁶⁷による2編の論文が関連する解説書(特筆すべきものとして、Kompier ら⁶⁸およびMSAによる公式の紹介が挙げられる)と共に公表されて以降、その科学的根拠、適応性及び利便性の観点からMSAの問題点を指摘する論文が蓄積されてきている⁶⁹。

近年、心理社会的危険源へのばく露とストレス反応および健康影響の間の関係について、いくつもの権威あるレビューが発表されている(例えば、Cox、Cox ら⁷⁰など)。そして、こうした変数集団の間には有意な、時には本質的な関係があることが明らかになっている。しかし、よく論文等

でも指摘されるいくつかの概念上、方法論上の理由から、その関係の本質や、何らかの因果関係が示唆するものを特定することは困難である(Mackay ら、Kasl ら、Cox ら、Karanika⁷¹)。

仮にそこに因果関係が存しない場合、心理社会的なばく露への介入が集団の健康改善という効果をもたらさない可能性が高いため、因果関係が不明であることは軽視できないとの主張がある(Macleod ら⁷²)。しかし、この主張に十分な根拠があるともいえない。公衆衛生的観点(McPherson⁷³)と組織論的観点(Griffiths、Cox ら⁷⁴)の双方から、この主張を支える自然科学的な認識体系(パラダイム)は、組織への介入(方法)を特定し評価するうえで最も適切な方法ではないと示唆されている。公衆衛生領域に「金科玉条的な基準(gold standard)」がないことは、適切な措置を講じないことの言い訳にはならない(HM Treasury⁷⁵)。

組織における生活の複雑さや流動的な性格を前提にすれば、自然科学的な認識体系に基づくデータを文字通りに受け取ることにはできず、修正も可能であろう。また、人為的操作のない変数集団において、線形(≒連続的なもの)、非線形(≒非連続的なもの)を含めて有意な相関関係を示すことは可能であった。こうした状況は、作業に関連した健康状態に関する確率的な多因子アウトカムモデルとも共通する。むしろ、関連性の指摘は、介入を基礎とする共同的問題解決手法にとっては十分な根拠となろうが、組織横断的な比較の結果を容易に導くには至らないであろう。したがって、組織の全メンバーに適用できる簡便化

された質問紙方式のツール（ポピュレーション・アプローチ）は、実務的な考慮によって支持される。しかし、それが最適の戦略であるか否かには未だ疑問が残る。そのような取り組みは、挑戦的なものとならざるを得ず、組織や部門を横断する基準の「意義」にかかる問題から、HSE の6つの領域にわたる調査モデルの信頼性、有効性、実務的な利便性についての疑問が即座に生じるし、他のモデルが存在し得ないかなどの疑問も避けられず、現に特定の部門において幾つかは既に示されている（Griffiths ら⁷⁶）。

このように、MSA の推進に好意的な立場の研究者からも、その自然科学的根拠が不十分なこと自体は認められている。しかし、HSE は、MS の開発に際して活用可能な最良の証拠（the best available evidence）に基づくことを基本方針の1つとしており⁷⁷、学術的根拠付けを放棄することはできない。そこで、現段階では、公衆衛生的観点や組織論的観点、とりわけ疫学的観点に拠ることでその実現が図られているが、依然として克服すべき課題があるということであろう。例えば、HSE による最近の試算では、ストレス、不安、抑うつ状態が、作業に関連する傷病による逸失労働日数の3分の1を占めており、新規疾病罹患者については、その3分の1を超えているという⁷⁸。こうしたデータも、職域ストレス対策推進の説得材料とはなり得るが、異論を許さないといった性格のものではない。

1.4.2.3 （法）政策的背景

1.4.2.3.1 国内事情

1.4.2.3.1.1 「福祉から就労へ」政策との関係

1.4.6.2 で後述する通り、イギリスでは、2000年代になると、メンタルヘルス問題は、労働者の生産非効率、休業、離職などを招くほか、労働者の安全面での労働災害の遠因となるとの調査報告⁷⁹が出されるようになり、MSA を中心とするメンタルヘルス対策が積極的に進められるようになったが、こうした動向の背景の1つに、「福祉から就労へ（welfare-to-work）」政策があった。

すなわち、彼国の福祉給付は、主に、①失業者向けの求職者給付、②生活困窮者向けの生活扶助（所得扶助）、③就労能力喪失者向けの就労不能給付（incapacity benefit）（現在の雇用・支援給付（employment and support allowance））から成るが、うち①は、1992年から2008年に至る経済成長により歴史的低水準に至り、②は、労働党政権による一人親支援策などにより、緩やかな減少傾向を示していた。他方、③については、1990年代以降、受給者数が増加傾向を示しており、その原因の1つに職域でのメンタルヘルス問題があると指摘されて来ていた⁸⁰。

1.4.2.3.1.2 労働安全衛生政策としての展開

もともと、周知の通り、イギリスは、労働安全衛生については、古くは工場法（1833年制定）、その後はHSWA 制定の土台となったローベンス報告（1972年）などに遡る世界に先駆ける伝統を持ってお

り、彼国におけるメンタルヘルス対策も、こうした政策的流れを汲んでいる。

そこで以下では、この領域での政策的展開について述べる。

1.4.2.3.1.2.1 MSA 開始以前の動向 (未了)

1.4.2.3.1.2.2 MSA 開始以後の動向

別添図1 参照。

1.4.2.3.1.2.2.1 2010年以後の国家労働安全衛生戦略

トニー・ブレア労働党政権下、MSA が開始された2004年に公表された「2010年以後の国家労働安全衛生戦略（A strategy for workplace health and safety in Great Britain to 2010 and beyond）」は、メンタルヘルス対策に直接言及してはいないが、まさに世界をリードする安全衛生対策の実施を宣言すると共に、作業関連疾患対策の重要性や、労働者の健康が社会的な利害得失に与える幅広い影響を指摘していた。

その概要は以下の通り。

序章

1) 設定目標

我々の目標は、安全衛生は文明社会の基礎であるとの認識を共有すると共に、その認識に基づいて、世界をリードする労働安全衛生の成果を成し遂げることにある。

2) 機関の使命

HSC および HSE の使命は、地方公共団

体と協働し、変化する職場に内在するリスクの適切な管理を通じ、人びとの安全衛生を守ることにある。

①HSC および HSE の継続的目標

国民への情報やアドバイスの提供、国による規制（法律・規則および行為準則など）における目標設定の促進およびその確保、調査の実施や促進、必要に応じ、法の強制を通じて人びとを保護すること。

組織に高い安全衛生水準の採用と実効的対策がもたらす社会経済的便益の認識を促すこと。

災害危険を伴う主要な産業における重大災害を防止するために、民間事業と協働すること、また、これらの使命や目標を達成するため、保有する資源活用の最適化を図ること。

②HSC および HSE の新たな目標

変容する経済情勢の下で、効果的な安全衛生を確立・維持するための手法を開発し、全ての雇用者がその責任を重く受け止め、労働者の完全参加、リスクの適切な管理が果たされるようにすること。

新しい、もしくは新たに顕在化する作業に関連した健康問題への取り組みを強化すること、また、安全衛生は、現代の競争的な民間事業や公共部門の双方にとって不可分の要素であり、社会正義や社会的包摂への貢献であるという、高いレベルの認識と敬意を獲得すること、そして、まずは公共部門において、保有する資源の最適な活用例を示すこと。

第1章 連携関係の強化

1) 他者との連携により可能となる幅広い目的への貢献

我々は、適切に計画・実施された安全衛生システムが、安全衛生を超えた、より広い課題にもたらす貢献について、完全な認識の共有を図ると共に、目指す目的のために、他の領域の方々の協力を得たい。

我々は、我々自身の体制やその作用について精査し、効果的な共同作業に悪影響を及ぼしている事情が認められれば修正する。

我々は、以下の目的への貢献を拡大するため、より緊密な戦略的協働関係の展開を図る。

- ・雇用と生産性（手段：就業者の健康と就労の維持）
- ・教育（手段：早い時期からのリスク管理についての適切な理解の促進）
- ・健康とリハビリ（手段：国民の健康と厚生水準への貢献、健康格差対策）
- ・公共サービス改革（手段：公共部門の疾病の削減および同部門のサービスの拡大）

2) HSE と地方公共団体の協働

我々は、地方公共団体と HSE の間の執行責任の分担及び各業務の実情について、詳しく観察してきたが、現時点で両者を区分する実質的意味はないと言って良い。こうした重複構造は、複雑で分かり難く、事業や労働者の実際的な必要性よりも、監督取締側の都合による境界や取り組みに沿ったものである。こうした構造は、HSE と地方公共団体の協働の潜在能力を完全に引き出すものではなく、我々は、その両者が地方の取り組みと中央の取り組み双方の価値について相互に理解し合い、緊密な協働関係を築くことを望んでいる。特定

の産業や大規模組織であれば、中央で立案された計画を通じてもたらされる国レベルの取り組みから利益を得られるであろう。例として、HSE が主導する建設業安全衛生対策（the construction programme）への地方公共団体の協力や、全国展開する大規模小売店舗に対する地方公共団体の働きかけの中央による調整などが挙げられよう。その他の産業ないしそこに内在する全ての問題については、地方同士の共同計画、共同的意思決定ないし協働がマッチするであろう。その結果、地方公共団体と HSE は、より理性的で相互理解のある執行領域と合意された枠組み内での合意された目標へ向けて、協働できるようになるだろう。

この新たな協働関係は、互いの姿勢と文化の変容によって進展する。この関係の模範を示すため、HSE と地方公共団体は、現段階での成功事例の拡大を図ると共に、教育訓練および知識経験の共有化のための仕組みの開発を行う予定である。

この新たな共同関係は、地方公共団体の首長、HSE、HSC の署名を得た最高レベルの文書で表明される予定である。我々は、「HSE と地方公共団体間の運営連携委員会（HELA）」を含め、現段階における HSE と地方公共団体の連携の枠組みの効果と価値について、それらが新たな志に沿ったものとなるよう適宜点検する予定である。

看取できる特徴は以下の通り。

- ①イギリスが、国家の威信をかけて労働安全衛生政策に取り組む旨の強い決意が示されている。その際、「安全衛生は文明社会

の基礎であるとの認識」がベースとなることが示されている。

②変容する経済情勢の下での新たな安全衛生対策の手法の開発の必要性が示されている。その際、雇用者の責任意識、労働者の完全参加、リスクの適切な管理が第1条件となることが示されている。

③②に関連して、作業関連疾患対策の強化の必要性が示されている。そこでは、安全衛生は、官民双方にとっての重大事であり、社会正義や社会的包摂への貢献である、との理解がベースとなることが示されている。また、その模範を公共部門が率先して示すべきとされている。

④直接的にメンタルヘルス対策に言及してはいないが、安全衛生対策は、狭義の安全衛生のみならず、雇用と生産性、国民の健康、教育、公共サービス改革など幅広い課題に貢献することが示されている。

⑤以上の理念を達成するため、HSE や HSC といった中央機関と地方公共団体間の縦割り行政から、戦略的な協働関係の構築が必要となることが示されている。ただし、どちらかが他方（の機能）を吸収する方途ではなく、あくまで双方の長所についての理性的な相互理解を前提とした協働関係が前提とされている。

1.4.2.3.1.2.2.2 ブラック報告

この戦略の公表後、保健省と雇用年金省、HSE は、それを具体的に実施に移す狙いもあって、2005年に「健康、労働と厚生水準～私達の未来を考える～」（Health, Work and Well-Being –Caring for Our Future）と題する報告書を公表すると共に、「健康、労働と厚生水準戦略」（Health,

Work and Well-Being Strategy）をスタートさせた（現在も active であり、専用の Web サイト（<http://www.dwp.gov.uk/health-work-and-well-being/>）に最新の活動状況を含めた関連情報が掲載されている）。

この戦略は、保健省、雇用年金省、HSE、ウェールズ議会政府、スコットランド政府間の横断的なパートナーシップであり、産業保健に国民の注目を充分に向けさせ、より多くの人びとが幸福で健康的に就労でき、雇用の条件や機会の改善により、不調や障害を抱える者も恩恵を受けられるようにすることを目的とするものであった。

本戦略の一環として、雇用年金省と保健省は、共同して、産業保健の専門家であり、この戦略の推進責任者（the National Director for Health and Work）でもあったキャロル・ブラック卿（Dame Carol Black）に、（メンタル・ヘルス対策を含め）イギリスの産業保健政策に関する見直し案の策定を委嘱し、同卿は、（ゴードン・ブラウン労働党政権下の）2008年3月17日付けで、両大臣に対して「もっと健康な明日のために」（Working for Healthier Tomorrow）と題する報告書（以下、「ブラック報告書」という）を提出した。

この報告書は、導入部分で、労働自体が労働者の心身の健康に与える正の影響、疾病による社会的排除、貧困が子どもの健康に与える影響、労働衛生の改善が社会全体（経済成長、社会正義を含む）に与える正の影響などを指摘したうえ、イギリス国民全てが享受すべきベースラインとして、以下の3つの視点を提示している。

①疾病の予防と健康及び厚生水準の増進

②健康状態の快復を図る者への早期介入

③失業者の健康の改善（就労可能性を持つ全ての者が、必要な支援を受けられるようにすること）

その他、概要は以下の通り。

1) イギリスは長寿化しているが、主観的な健康状態は必ずしも連動していない。雇用率は相対的に高い水準にあるが、依然約7%が就労不能給付を受給し、3%は疾病により休業している。疾病は休業に至らなくても労働生産性を低下させる。

2) 喫煙率は低下傾向にあるが、依然22%が喫煙している。他方、肥満は急増しており、現在のペースでいくと、2050年には男性の約9割、女性の約8割が肥満状態となる。

3) たしかに、生活習慣病罹患者が増えているが、休業・失業の主因ではなく、それらの主因は、メンタルヘルス問題や筋骨格系障害である。これは、タイムリーで適切な診断や治療の機会の喪失とも連動している。給付費用、保健にかかる追加費用、税による補助などによる納税者負担は600億ポンド（約7兆5000億円）にのぼり、その他、不調に関わる疾病休業や失業による国の経済的な損失は、1000億ポンド（約12兆5000億円）に達し、これは保健省の年間予算より大きく、ポルトガル1国の予算に匹敵する。

4) よって、労働力人口全体の健康と厚生水準を改善する、すなわち健康的で活動的な退職を確保し、社会的な包摂（取込）を促進し、個人、雇用者及び国家全体に富と繁栄をもたらすための取り組みは、極めて有益である。

5) 現在求められているのは、労使双方が、不調の予防の重要性のみでなく、職場が健康や厚生水準を増進するために果たし得る役割を認識する、という考え方のシフトである。国レベルでの大規模なアンケート調査（Responses to the Call for Evidence）によれば、多くの雇用者が健康・厚生水準の増進のための職場での取り組みに投資して来たが、投資の事業面での効果については、未だ不透明な面があるとされていた。しかし、本報告のためになされた調査からは、健康・厚生水準増進計画が全業種、全事業規模において経済的利益をもたらすことを示す多くの証拠が判明している。言い換えれば、「良い健康状態こそが良い経営をもたらす (good health is good business)」ということである（※下線は報告者が添付した）。

6) 雇用者の健康・厚生水準増進への投資効果を示す具体的なモデルができれば、雇用者の事業面での理解を促すことができ、安全衛生スタッフや労働組合の安全衛生代表が存在するところでは、その役割も拡大するであろうし、民間の専門支援機関もその活動の幅を上げられ、各企業（ごとの事情）にカスタマイズされたサービスを行うこととなり、特に中小企業には大きな意味を持つであろう。

7) 健康や厚生水準は、単に医療的な問題ではない。被用者の従事する職務の性質は、職務満足感、（物心両面にわたる）報酬、裁量の観点からも非常に重要な意味を持つ。ライン管理職の役割も鍵になる。優れたライン管理は、良好な健康、厚生水準およびパフォーマンスの改善をもたらし得る。ライン管理職は、職責を果たすうえ

で支援を必要とする者を特定し、実際に支援する役割、必要に応じてその職責を調整する（：就業上の措置を講じる）役割も持っている。

8) 健康状態の回復を図る者に対する就業上の支援の改善に際しては、作業への適合性をめぐる一般的認識の本質的な変化が求められる。すなわち、100%の適合性が保証されない前提での労働は不適切であり、そのような状態の者が通常の労働に従事することは、その回復を妨げることになる。雇用者は、疾病休業者の早期復職を促進するうえで、大きな鍵を握る。休業期間中、早い段階からの、定期的で、繊細さを備えたコンタクトは、早期復帰を促進する重要な要素となり得る。にもかかわらず、4割もの組織が、休業管理方針を一切持っていない。

9) 疾病障害の問題に正面から取り組むことは、健康に問題を抱える人びとを職に結び付け、定着させる上での鍵となる。このことは、メンタルヘルス不調の状態にある者に特に当てはまるが、実際には、多くの組織が自身にできる貢献の価値を十分に認識し得ていない。

10) 関係者の認識を変えるには、健康への取り組みがもたらす効用（の調査や情報提供）について公がより大きな関与を果たしたり、働きがいのある仕事（good job）を創出する要素や、健康に問題を抱える人びとが就労を継続したり休業状態から復職したりするために求める支援についての期待値を高める必要がある。

労働と患者の健康の関係について理解が不足していたり、産業保健スタッフの教育研修においてその点に関するエビデン

スの伝達を怠ると、たとえ意欲自体は充分に持っていたとしても、彼らが患者に与える就業に関するアドバイスも自然に慎重なものとなり、結局、長期的には患者の利益にならないということになりかねない。

11) 産業保健専門職のリーダー達によって署名された先駆的な合意文書には、働きがいのある仕事と良好な健康の関係促進により深く関与すべきことが示されている。また、この宣言は、産業保健スタッフが労働者に対して職務適応に関するアドバイスを提供するための支援をより充実化させることが前提となるとしている。

12) これまで紙媒体で残っていた疾病記録（カルテ）を電子媒体（電子カルテ）に代えることは、こうした取り組みに貢献することになる。また、人びとができないことよりできることに着目することや、おそらくは、雇用者と臨床医（患者の主治医）とのコミュニケーションを改善することも同様の効果をもたらすであろう（※下線は報告者が添付した）。

13) 昨今、多くの対象者にとって、早期介入が短期間疾病休業の長期化や失業への発展を防ぐのに役立つことを示す証拠がどんどんと出て来ている。よって、仮に現在計画中の新しい職務適応支援サービス（事例対応型、学際的アプローチに基づくサービス）が実現すれば、疾病休業に入ってから早い時期にある人びとに向けた個別対応、アドバイス、ガイダンスを提供することができるようになるだろう。現実には、医療適応でない者も多いことを考えれば、職務適応支援サービスに所属するケース・マネージャーが、これまでとは異なる、様々な種類の支援サービス機関（理学

療法（physiotherapy）やカウンセリング（talking therapy）のような伝統的な保健サービスはもちろん、経済・住宅など社会的な問題に対するアドバイスや支援を含んだサービスを実施する機関）に紹介することもできるようになるだろう。

14) 実際には、多くの雇用者が産業保健を被用者に利用させる機会を提供せず、結果として納税者や国家経済にかかるコスト負担が嵩み、保健省が以上のような産業保健の介入の提供に取り組む上での強い根拠が生じている。本報告書での分析から、効果的な職務適応支援サービスがもたらす経済的便益は、税収の増益、職場の生産性向上、保険給付額の減少、保健省の費用の削減を含め、相当額に達し得ることが示唆される。この便益は、これらの支援サービスの設置及び運営にかかる費用をはるかに上回る。

15) 職務適応支援サービスのパイロット事業は、介入のタイミングや公共・民間・ボランティアなどサービス提供者の組み合わせといった面で、様々な形態のサービスの提供を試みるべきである。そして、当然のことながら、そうした事業の効果が評価されるべきである。仮にその効果が認められる場合、職務適応支援サービスは、イギリス全土において、より効果の認められないサービスより優先活用され、一部の者に独占されるのではなく、全労働者の利用が可能な条件が整備されねばならない。

16) この報告書に示された調査研究は、イギリスに存する全労働力人口の健康と厚生水準を支援するための新たなアプローチを示すものである。この変化の実現は、現在および今後生じるニーズに見合う

サービスを提供し得る産業保健スタッフの質量を確保できるか否かにかかってくるであろう。そのため、彼らには適正な技能、証拠に基づく業務、組織的な構成が求められる（※下線は報告者が添付した）。

17) 仮に我々が労働力人口を構成する人びとの健康を支援する方法を本質的に変えようと望むならば、産業保健を今現在のような状況に直面させている数多くの課題に取り組みねばならない。これには、現在主流となっている健康管理、すなわち作業中の健康管理のみに着目する姿勢、不規則性、質のムラ、学問的基礎の後退に伴う作業の質量の低下（diminishing workforce）や質の高いデータの欠如といった状況からの歴史的な転回が含まれる。

18) 労働力人口への統一的なアプローチを進展させるには、産業保健を健康管理業務の主流とする必要がある。臨床医（かかりつけ医）も、全ての労働力人口のニーズをマッチングさせるうえで、公衆衛生（予防医療）、一般診療、職業リハビリテーションとより緊密に協働せねばならない。これは、明確な業務計画（ロードマップ）、明確な基準及び全てのサービス提供者による公式の参加表明により実施されねばならない。

こうした取り組みは、産業保健や職業リハビリテーション領域の専門家による労働力人口を構成する人びとの健康支援における積極的な協働の拡大へ向けたリーダーシップを含むものでなければならない。

19) これらの取り組みに際しては、労働力人口の健康に関わる調査や支援を提供する上で求められる学問的根拠の発展

を支えるに十分な質量の要員の確保が必要となる。そして彼らには、政策立案や健康管理サービスへの委託に際して必要な情報を提供させるためにも、全国、地方、地域レベルでの体系的なデータ収集と分析のための条件が付与されねばならない。

20) 本報告書は、労働力人口の健康に関わる全ての者の積極的取り組みがあって初めて成し遂げ得る産業保健への新たなアプローチを示すものである。

個々人は、自身の健康を保持する基本的な責任を負っている。他方、雇用者は、単に既存の法的義務を果たすのみではなく、被用者と協働して、現在の職場の性格を変え、健康と労働力の生産性の両者を確保せねばならない。労働組合は、職場の健康と厚生水準を擁護する機会を積極的につかみ取らねばならない。

産業保健スタッフは、患者に対し、可能な限り、職務にとどまるか、復職することの重要性をアドバイスせねばならない。政府は、早期介入へ向けた新規開発的な取り組みや、公共部門を模範例とする取り組みを通じて長期的な変化を促進するための基金（財政措置）を設定せねばならない。

以上の通り、本報告書からは、以下の特徴を看取できる。

①メンタルヘルスに関する問題と対策をかなり重視している。

②とはいえ、基本的には主観的な職務満足感や客観的な労働生産性を含めた仕事の充実度合いと健康一般の関係、すなわち労働と健康の関係（職務適応）一般に焦点を合わせているので、メンタルヘルスのみではなく、他の作業関連疾患ないしそれ以外

の様々な疾患も広く射程に捉えている。

③健康問題がもたらす社会的性格を重視し、疾病障害や不調がもたらす社会的損失（7兆円を超える納税者負担や12兆円を超える国家経済にかかる損失など）、その改善がもたらす社会的利益を、個々の組織における生産性から税収、医療・社会保険給付、行政コストの低減、社会的包摂、生活の質に至るまで多角的に捉えている。

その他、

④有効な対策として、快適職場形成（職場の性格の変容・改善）、労働者の職務適応等の本質的対策（いわゆる1次予防）が最も重要としつつ、早期発見・早期介入（いわゆる2次予防）の重要性も指摘している。また、公的支援を受けた健康増進投資の「見える化」（：モデル化）の重要性も指摘している。

⑤関係者の協働などのため、事業者と臨床医（かかりつけ医）とのコミュニケーションや、電子カルテ化の必要性が説かれている。また、より大きなレベルでの臨床医療と予防医療、職業リハビリテーション等の連携の必要性も説かれている。

⑥医療適応でない段階の者に対する職務適応支援サービスによるカウンセリングや理学療法等の保健サービスや、経済・住宅・社会的問題等の解決支援などの重要性が説かれている。

⑦産業保健スタッフの質量の確保は、新たな産業保健アプローチにとって決定的に重要な意味を持つと解され、その技能の向上、業務の科学的裏付けの強化のほか、組織的構成（チーム編成）の重要性などが説かれている。

⑧現在の産業保健の問題点として、作業

中の健康管理ばかりに着目する傾向、不規則性、質のムラ、学問的基礎の不充分さによる業務の質量の低下、質の高いデータの欠如といった問題が指摘されている。

⑨労働者の健康支援には、学問的な調査研究を支える十分な質量の要員確保と彼らによるデータ収集への公的な支援が必要となることが指摘されている。

1.4.2.3.1.2.2.3 メンタルヘルスと雇用に関する国家戦略

やはりゴードン・ブラウン労働党政権下の2008年11月25日、雇用年金省と保健省は、ブラック報告書に対する政府の対応方針を示す文書として、「健康と労働の改善のために～生活の変革～」(Improving Health and Work: Changing Lives)を公表し、この中で、2009年春に、「メンタルヘルスと雇用に関する国家戦略」(National Strategy for Mental Health and Employment)を公表予定であることを明記した。

その後、省庁横断的戦略(Cross-Governmental Strategy)の体制が整えられ(その中にメンタルヘルス部門も設定され)、やはりブラウン政権下の2009年12月7日になって、(a)保健省など「新たな地平線～メンタルヘルスのための共通見解～」(New Horizons: a shared vision for mental health)、(b)雇用年金省、保健省「メンタルヘルスの改善へ向けた歩み」(Working Our Way to Better Mental Health)、(c)パーキンスら「志を形に～メンタルヘルス不調者に対する就労支援の改善～」(Realizing Ambitions: Better Employment Support for People with a

Mental Health Condition)、(d)イギリス中央政府「労働、健康の回復と包摂～外部専門機関の利用者に対する就労支援～」(Work, Recovery & Inclusion: Employment Support for People in Contact with Secondary Mental Health Services)という4つの関係重要文書が公表されたが⁸¹、このうち雇用とメンタルヘルスの関係を正面から取り扱った政府の政策宣言(雇用年金省と保健省が議会に宛てた文書)に当たる(b)の概要(要約)は以下の通り。

1) メンタルヘルス不調が一般化している。どの時点をとっても、労働力人口の3分の1は、何らかの種類のストレスに苛まれ、抑うつのような状態にあるとされている。圧倒的多数は、幸いにも早期に回復する。しかし、かなり多くの者が、長期の疾病休業や失業状態に至る。

2) 精神的不調は、いまや、(※就労不能給付などの(※三柴添付))健康関連給付の最多申請事由であり、86パーセントが3か月を超えて受給している(他の事由による申請者の場合、76パーセント)。また、労働市場から離れる期間が長いほど、職務への復帰が困難となるとするデータもある。

3) この問題は、国際的な経済問題が世界中で失業者数を押し上げている現在、より一層深刻である。我々は、過去の不況から、短期的な雇用の喪失が永続的な失業へと転化する現実の危険があることを学んでおり、二度と同じ過ちを繰り返すまいと誓っている。

4) 雇用とメンタルヘルス間に相関関係

があることは、絶対的に明白である。人間は、職にあるとメンタルヘルスが良好となることは、調査上示されている。対照的に、離職状態が長くなるほど抑うつや不安に苛まれ易くなる。すなわち、労働は、人間の厚生水準やメンタルヘルスの改善にとって決定的な役割を果たし得る。

5) メンタルヘルス不調が個人と家族に甚大な影響を与えることは言うまでもないが、そのことで国にかかる費用負担も相当に大きい。キャロル・ブラック卿が実施したイギリスの労働年齢層の健康に関する最近の調査が示した試算によれば、不調及びそれに関連する疾病休業や失業を通じ、1000億ポンド（約12兆5000億円）を超える損失が発生しているという。

6) そして、我々の試算では、このうち約3分の1（30～40億ポンド（約3兆7500億円～約5兆円））が、精神的な不調による労働生産の喪失や健康保険現物給付（National Health Service (NHS))の拠出による可能性がある。もともと、ここには、現在就労してはいるが、精神的な不調により、その者の潜在能力からすると労働生産性が低下している場合の付加的ないし顕在化しない費用は計上されていない。

7) 現在の経済情勢は、こうした個人的能力の無駄や高い福祉コストを容認するような状況にはない。我々は、現在就労している人びとの支援と共に、就労を離れた者が早期に復職して職務を遂行し、報酬を得られるようにするため、より一層の取り組みを果たす決意である。

8) 「メンタルヘルスの改善へ向けた歩

み」は、メンタルヘルスと雇用の関係に関する初めての国家的な枠組みであり、こうした費用や無駄を解消するための省庁横断的な取り組みの確立を図るものである。この枠組みの開発は、「健康、労働と厚生水準戦略」の推進責任者であり、メンタルヘルス不調を抱える人びとはもちろん、メンタルヘルス問題の専門家、ベテランの研究者、経営者や第3セクターの代表との協議を重ねてきたキャロル・ブラック卿との協働で行われた。

また、ラカエル・パーキンス（Rachel Perkins）ら3名の学識者が雇用年金省に宛てた政府のメンタルヘルス不調者支援の改善に関する建議的文書に対する政府の基本的な対応方針を記した(d)「労働、健康の回復と包摂」⁸²の概要（要約）は、以下の通り。

1) 「労働、健康の回復と包摂」は、高いレベルの将来構想と、外部専門機関の利用者の復職支援のための一連の取り組みを提示するものである。

2) 「労働、健康の回復と包摂」における最も重要なメッセージは、働くことは就労中の労働者のメンタルヘルスに貢献するだけでなく、不調状態にある者の回復にも正の影響をもたらすということである。

3) 我々の設定した長期視点での将来構想は、2025年までに、こうした状態（：不調状態）にある人びとの就労者数を劇的に増やすこと、及び彼らの雇用率と障害者一般の雇用率の差異を縮小すること（：障害者一般の雇用率をその程度まで向上させること）にある。

4)「労働、健康の回復と包摂」には、外部専門機関の利用者の雇用機会の改善への取り組みが含まれる。これには、労働市場で競えるだけの技能を身につけるための訓練の支援措置や、直接的な就職支援措置のほか、労使双方が雇用維持を図るよう支援するための措置が含まれている。

もともと、これらの文書が、2010年5月の政権交代を経て、保守党・自民党政権によってどれほど尊重されて来たかは定かではない。

上記(a)は、保健省主導で策定された文書であり、保守党・自民党政権下で、「メンタルヘルスなくして健康なし～メンタルヘルスの改善に関する省庁横断的国家戦略～」

(No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages) に上書きされる形で継承されたが、比較的時の政権との関わりが深かった(b)～(d)の文書は、2005年の発足後、政権を跨いで現在まで運営されている「健康、労働と厚生水準戦略」(Health, Work and Well-Being Strategy)のWEBページのリソース欄 (<http://www.dwp.gov.uk/health-work-and-well-being/resources/>) に一切掲載されていないことから、保守党・自民党政権下において、あまり尊重されていない可能性が高い。

他方、ブラック報告書は政権を跨いで尊重され、その実現へ向け、予算措置に基づく各種の取り組みが実施された。現在は、その殆どがトライアル（試行作業）や政府補助による支援期間を終えているが、ブラック報告書に記載された提言の多くは、ブ

ラック計画として、イギリス政府が運営する「健康、労働と厚生水準戦略」(Health, Work and Well-Being Strategy)に統合された。そして、ごく最近の2011年2月17日にも、雇用年金省が、その計画のうちの幾つかに1200万ポンド（約15億円）の追加補助を行う旨を発表した。この中には、職務適応支援サービスや労働衛生電話相談サービスも含まれている。政府は、これらの業務は、既に雇用者と疾病休業初期段階にある被用者個々人の双方への支援において高い効果をあげていると認めたということである⁸³。

このうち、職務適応支援サービスの促進策は2009年10月に公表されたもので、その中には11の地域で2011年3月を期限に実施された、中央政府による一時的な刺激策としての補助金の支給も含まれていた。このサービスの目的は、人びとの職務定着や疾病休業後の早期復職、健康の保持増進や障害の克服などを支援することにある。このサービスの具体的内容は、その規模や条件によって異なるが、健康づくり、治療、労働市場能力、その他借金、人間関係、住宅など広範な問題に関わる支援サービスをカバーする。2011年2月の雇用年金省による公表の後、現段階で、従前補助を受けていた11のサービス地域のうち7つ（の地域）が2013年3月を期限とする追加補助を受けている。

その他、主な提言の帰趨は以下の通り⁸⁴。

1) 雇用年金省のウェブサイトに掲載された「健康、労働と厚生水準」政策の推進者 (Coordinator) は、2010年より9つのイギリスの地域 (region) とスコット

ランド、ウェールズで活動を開始している。彼らの役割は、「健康、労働と厚生水準」をまもり、それに関する事柄をリードすると共に、各地域レベルで健康と雇用へむけた統一的な取り組みを促進することにある。

2) 「職場の厚生水準測定ツール (The Workplace Wellbeing Tool)」は、雇用者が被用者の不調状態が事業に与えるコストや対策の結果の指標化を支援するものであり、2010年3月9日に運用が開始された（※下線は報告者が添付した）。

3) 労働党政権は、ブラック卿の提言の殆どについて、その全てまたは一部を採り入れたが、その重要な要素の一つ（新たなビジネス主導型の健康・厚生水準に関するコンサルティング）についてはあえて実施しなかった。また、2つ目の勧告（「健康、労働と厚生水準」基金）にかかる施策は、予算的制約を理由に正式に廃止された。この基金は、中小企業やローカル・パートナーシップ（※地方公共団体等に有効な支援をもたらすことにより公益の実現を図る民間組織）に対して、被用者の健康や厚生水準に関する革新的な計画を支援するため、1000ポンド（約12万5000円）から50,000ポンド（約625万円）の範囲で授与されるものである。その第1段階は2010年4月に開始され、第2段階の公募受付は同年9月に開始される予定だったが、雇用年金省が、「必要な財源が確保され次第、2011年から2012年の間に実施の可能性を検討する」と約束し、延期した。しかし、結局廃止を公表す

るに至った。

1.4.2.3.2 国際事情 (未了)

1.4.3 具体的内容

先述した通り、2004年に初めて公表されたMSは、要件や禁止事項の設定による規制的なアプローチより、ガイダンスとしての活用を予定したものであり、国内の雇用者に実務的なモデルを示すことを目的としている⁸⁵。

1.4.3.1 仕組み

繰り返しになるが、HSEによるMSAは、作業関連ストレスをゼロにするのではなく、それによる悪影響を最小化することを目的とするものであり、被用者やその代表によるそうした問題への理性的対応を支援するものである。そのため、MSは、先ず、その活用に組織の現状と理想的条件とのギャップを認識させ、その後、そのギャップを埋める支援が行われるよう設計されている⁸⁶。

1.4.3.1.1 5段階の管理プロセス

HSEは、MSAの一環として、組織内の管理者に作業関連ストレスを低減する手続と手段を提供するため、5段階のリスク管理プロセスを開発した。このプロセスは、管理者とその他の被用者が、証拠に基づく共同的な問題解決手法によって労働衛生管理を行えるよう、模範的な実践モデルを示そうとするものである。HSEの報告書には、この管理プロセスを活用したMSAやそれ

に準じる取り組みを履行した組織は、自身に課された法的義務を履行したとみなされることになろう（would be deemed）、と記されている⁸⁷。この手法が焦点を当てているのは、特定の部署や作業工程、就業管理だが、このアプローチの力点は、予防および組織的な統制手法にあり、専門家からは、ポピュレーション・ベースのアプローチと捉えられてきた（Mackay ら⁸⁸）⁸⁹。

遵守されるべき段階は、以下の通り。

（別添図2参照）

Cox、Cox らの分析では、ここで示された5段階は、①一連のリスク調査、②リスク調査結果の管理・介入計画への反映（translation）、③当該計画の実行、④記録、⑤評価に集約される⁹⁰。リスク調査とそれに続く介入の焦点は、心理社会的な危険源、すなわち作業の設計や管理、システムや組織にある。

1.4.3.1.2 評価ツール（Indicator Tool）

イギリスでも、大規模な組織の中には、MSA が導入される前から、心理社会的要因の調査をリスク管理手続に組み込んでいたところもあったが（Jordan ら⁹¹）、殆どの組織はそこまでは行っていなかった。その理由として指摘されていたのが、情報や支援の不足、リスク調査にふさわしい手続やツールの不足などであった。そこで HSE は、調査ツールとその実施手順を併せた評価ツールの開発を含め、MSA の実施に前向きな組織を支援するための段階的取り組みを開始した（Cousins ら⁹²）。その結果、評価ツ

ールは、MSA の主軸となるに至った⁹³。

評価ツールは、MS の現場運用に基づいて編み出された測定手段である。6つの項目にわたって被用者の回答をはかる自記式の質問用紙の形式を採っている。個々の項目のそれぞれが心理社会的な尺度（dimension）であり、共同的に1つの調査モデルを形成している。この尺度は、HSE の委託により実施された、作業上のストレス要因と健康の関係に関する調査研究の最新のレビューに基づき選択されたものである（Rick ら⁹⁴）。このレビューで調査対象となった労働条件は、

- ①仕事量、仕事のスケジュール、作業計画、身体的環境その他の要求（demand）
- ②作業の手段に関する裁量、決定権限その他の裁量（control）
- ③支援、いじめ（bullying or harassment）であった。

MSA の開始後比較的早い時期に被用者を対象に実施された Cousins らの調査⁹⁵によって、6つの尺度から成るこのモデル（の適正さ）が支持され、MSA の実践的性格も一定の評価を受けた⁹⁶。

以下の通り、6つの尺度のうち3つは職務の内容を反映し、他の3つはその背景を示している。

（別添図3参照）

実のところ、以上の6区分は、労働心理学（の文献）では伝統的な区分法である。職務内容を示す3つの尺度は Karasek and Theorell（1990）⁹⁷にいう Job Demands-Control モデル（DC モデル）や、（要求、裁量、支援を尺度とする）Cox ら（Cox、Cox ら、Cox ら⁹⁸）の評価モデル（Job Demands-Control-Support モデル：

DCS モデル) のような最近の作業関連ストレスに関する理論と一致している。DC モデルは、MS の評価ツールを開発する際の基礎として用いられたし、職務の背景を示す3つの尺度は、主にミシガン州立大学社会科学部の研究に基づく(役割、人間関係、変化を尺度とする)理論を支柱としている。すなわち、6つの尺度は、心理社会的な不調や疾病休業に影響する作業関連要因に関する体系的なレビューを反映させたものである(Michie ら⁹⁹)。評価ツールを活用して収集されたデータから各領域ごとに特定の集団の平均スコアが示される(HSE¹⁰⁰)。

評価ツールは、一律的な国の基準とは異なり、作業関連ストレス管理に関する組織のパフォーマンスを測定する「方法の1つ」として提供されたものである。そこに示された基準値(threshold)を達成すれば、当該組織の管理は、作業関連ストレスの発生防止について、模範例に準ずる範囲内にあると推認される¹⁰¹。

1.4.3.2 流れ

(未了)

1.4.4 法的位置づけ及び法的効力

先述した通り、MS は、あくまでガイダンスとして設計されたものであり、少なくとも現段階では、それ自体が直接的に法的拘束力を持つわけではない。もっとも、組織が HSWA の一般的義務条項を履行したというためには、作業関連ストレスについて適切かつ十分なリスクアセスメントを実施したことを証明せねばならず、それを怠れば、強制措置(enforcement)を招くこともある¹⁰²。その意味では、間接的な強制

性を持つとはいえよう。

また、HSE が Web と紙媒体で公表している MS のガイダンスには、当該ガイダンスについて以下の記載がある¹⁰³。

「このガイダンスの遵守は義務ではないので、他の手段を採用するのも自由です。しかし、このガイダンスを遵守すれば、通常は、十分に法令遵守を果たしたことになります。安全衛生監督官は、その職分として法令遵守の確保を求めますが、その一環として模範例を示す際、このガイダンスを参考に挙げることになるでしょう」。

MS の法的な位置づけを改めて整理すれば、以下の通り。

まず、HSWA が上位の根拠法として存在し、その第2条第1項に「罰則の裏付けを伴う」職域の安全衛生および厚生水準確保を定めた一般的義務条項が置かれている。

その下に法律並の法的規範性(強制力)を持つ複数の規則(日本でいう安全衛生規則などの政省令)があり、これらがその具体化を図っているが、その制定改廃については、国務長官に大きな権限が与えられており、安全衛生における、現場対応的柔軟性、機動性、専門性の確保の要請を踏まえた選択と解される。MS との関係では、職場のリスク調査を義務づけた99年安全衛生管理規則第3条が、その直接的な根拠規定と解されている。

それより下位に、日本では大臣告示、局長通達などの行政規則(解釈例規)に当たる実施準則があり、これは、MS よりは一段上位の格付けに当たるものの、性格的にはガイダンスにとどまる。よって、名宛人は、その遵守を直接的に義務づけられるわけではなく、別の手段で同じ目的を達する

ことも許されるが、その遵守により上位にある法規則の合法性が推認される点でも MS と類似する。HSWA やその下位にある安全衛生規則を含め、労働安全衛生に関する幅広い法規則の目的を達するために設けられるもので、制定改廃については、HSE（安全衛生庁）専門的行政機関に大きな権限が委ねられ、その専門性、網羅性、機動性が担保されているが、監督官による合法性監督に際しても違法性の判断規準として参照されるなどの意味で間接的、実質的な法的拘束力を持ち得ることなどから、制定改廃については、国務長官その他の行政機関との間での協議など、やや厳しい手続的規制が設けられている。MS をこれに格上げすべき、との主張もあるが、今のところ実現していない。

そして、位置づけ的にはこれらのルールの下位にあるのが MS であり、これは、基本的な根拠を（遠縁の）法令に置きつつも、リスク調査と管理の手法をベースとしつつ、実効的なストレス対策のためにあるべき条件を掲げ、それと実際の職場との相違を確認させようという、理想的方向へ誘導しようとするガイダンスである。よって、実施準則と同様に、この手段を講じないことがただちに法違反を導くわけではなく、他の方法による法目的の実現ももちろん可能である。逆に、このシステムの活用はおおむね法遵守の推定を導くと考えられており、外部の EAP（Employee Assistance Program）などが、このアプローチに「貢献するもの」と記載する報告書もある¹⁰⁴。その制定改廃は HSE の専権事項とされており、そのことによって、専門性、網羅性、機動性の確保が図られているといえる。

実際に、HSE は、MSA の開始以後、イギリス国内での災害発生件数や作業関連ストレスの低減を図るため、数多くの国家レベルでの介入計画を策定して来た。これらの計画は、データ上、災害発生件数や作業関連ストレスが最も多い産業分野を対象として来た。そして、Web での公表を基本としたガイダンス、教育研修機会、国による無料の電話相談によるサポート、HSE の擁する専門家への労使双方のアクセスや、組織の取り組みの進捗状況を監視する監督プログラムの提供に至るまで、数多くのソフトな（：誘導的な）関連施策を実施して来た¹⁰⁵。

結論的に、MS にとって、上位にある法規則は、実質的に著しくパフォーマンスの悪い雇用者に対する公権力行使や予算の割当を裏付ける形式的意味しか持たないともいえるが、目標設定、手続、体制整備などの規定という点では、応分の意義が認められよう。

1.4.5 確認できる効果

1.4.5.1 ノッティンガム大学の研究グループによるデルファイ調査の示唆

MSA の効果に関する専門家の評価については、ノッティンガム大学労働衛生・産業組織研究所の研究班が HSE の委託を受けて実施したデルファイ調査（専門家を対象とする反復的な聞き取り調査をベースとした将来予測）¹⁰⁶が、最も詳細に論じていると思われるため、以下に該当箇所を引用する（以下、斜字部分は、聞き取り調査を受けた専門家の発言を指す）。

「回答者には、MSA が総じてうまく機能していると思うか、と問われた。幸い、実務的な経験不足のために回答できなかった者は殆どいなかった。おおむね意見の一致をみたのは、MS は、作業関連ストレスを管理するうえで、現実のニーズがあり、革新的かつシンプルで、実務的な包括的アプローチではあるが（「MS は、まさに前向きかつ積極的なもの。現存する問題をそのままにとどめるより、その克服に努め、予防的措置による積極介入を図るものである」（J 氏へのインタビューによる）、実施上の重要な問題がある、ということである。たしかに、MSA は、特に中小企業にとっては（「MS は、おそらくヨーロッパ全土で重大な関心を持たれているであろう中小企業にとっては、最も抜本的かつシンプルな出発点である」（U 氏へのインタビュー）、理解も実施もし易い優れた包括的枠組みである（「ストレスを理解し、概念化するための枠組みとして、雇用者は両者（※MS による測定結果とストレス）の関連づけをうまく行えているように思われる。MS が採用した6つのストレス要因の類型は、彼らの理解と合致している。つまり彼らは、もしあなた方がここに挙げられた6つの類型を侵せば、『ストレス』と呼ばれるものを見ることになることになるという、その理由をちゃんと理解している。MS は、まさに枠組みとして機能している」（F 氏へのインタビューによる）。

しかし、専門家の一致した見解として、MS には更に改善の余地がある（「それは、決して MS が機能していないということではない。その適用実績が、未だその潜在能力を全て示すに至っていないというに

過ぎない」（P 氏へのインタビューによる）。たしかに、MS のリスク・アセスメントの要素はよく出来あがっているが、組織が MS を実施する方法やその要求を達成するために求められるスキルやコンピテンシー（適格性）（「ラインの管理職は、現実に MS で求められるアドバイスやガイダンスを行うスキルや知識を欠いている。私の考えでは、このことは、メンタルヘルス問題のみならず、その他の労働安全衛生上の問題に広く当てはまるのではないか」（Q 氏へのインタビューによる）の観点では、まだ残された課題がある。組織は、リスクを削減するための介入の際か、その後に多くの問題に直面する（「私としては、MS が、組織が問題解決のためになすべきことを的確に捉えているか、確信が持てない。おそらく、少々規範的介入が行き過ぎているのではなからうか」（L 氏へのインタビューによる））。回答者の一人は、MS の効果をあげるためには強制的要素は必要だろう、と述べたが、その他複数の回答者は異なる見解を述べた。また、MS は、既に作業関連ストレスを管理するための包括的なシステムやプログラムを構築している大規模な組織には何の意味も持たない、との意見もあった。

ヨーロッパ諸国では、全体に労働衛生管理が進んでいるが、特定の問題の管理については他の国々より進んでいる国もあり、その意味で、HSE の MSA は、「他のヨーロッパ諸国にはない興味深い管理の取り組みである（G 氏へのインタビューによる）」。また、MSA は、今現在作業に関連する健康管理に本気で取り組もうとしているヨーロッパの国々の幾つかに、一定の

先例的枠組みを提供する役割を果たしている、との見方もある（「現在、多くのヨーロッパの国々が、HSEがMSAを用いて実施している取り組み—どのように定義され、どのように実施されているかなど—に注目している。MSAは、我々が既に持っている知識を現場に適用するシステムを構築するための最も実践的なアプローチではなかろうか」（K氏へのインタビューによる）。ただし、仮にMSが他のヨーロッパ諸国に採用される場合にも、文化的な相違については考慮される必要がある。

以上の通り、MSが実務的または理論的に機能しているか、との問いへの回答は明らかである。合意の到達点は、理論的には機能しているが、実務的にはそうともいい切れない、ということになる¹⁰⁷。

1.4.5.2 Danielsらによる最新著作の示唆

MSAの効果を推定させる数値については、2012年6月発刊予定のDanielsらによる最新著作が最も詳細かつ具体的に論じていると思われるため、以下に該当箇所¹⁰⁸を引用する。

2009年に公表されたデータでは、国全体レベルにおいて、自己申告による作業関連疾患の調査から、2004年にMSAが導入されて以来、ストレス関連の症例の推定発生件数が7%減少した¹⁰⁹ことが示唆されている。他方、労働力人口における自己申告に基づく作業関連ストレス、抑うつ状態、不安の保有・発生率は、2001/02年から08/09年にかけて、0

1/02年の数値が例外的に08/09年に比べて著しく高かったことを除き、おおむね横ばいであった¹¹⁰。ストレス、抑うつ状態、不安による推定逸失労働日数も、上記の保有・発生率とほぼ同様の傾向を示してきた。すなわち、01/02年から08/09年にかけて、06/07年の数値が例外的に08/09年に比べて著しく高かったことを除き、おおむね横ばいであった¹¹¹。

ストレスレベルの動向は、2004年から2009年の6年間、イギリスで行われた心理社会的労働環境調査の結果からもうかがわれる¹¹²。その最初の調査は、MS導入の直後に完了したので、初期的な条件を示すものといえる。調査結果からは、「(労働条件の)変化の管理」および「上司による支援」において積極的な変化が見られたが、「要求」、「裁量」、「同僚の支援」、「人間関係」や「役割の明確化」については、6年間を通じて有意な変化は見られなかった¹¹³。

2007年に実施された、公共部門に勤務し、HSEが主催したMSAの実施方法に関する教育研修ワークショップに参加した500名の人事労務管理・労働衛生スタッフへの調査によれば、①(彼らの所属する)組織は、それまでの時点で既にストレス対策に関する内部の方針や手続を改善していたこと、②(研修機会を通じて)ストレスや休業の問題に注目し直したこと、③研修の受講者は、こうした問題への対応およびストレスのリスク調査の実施について、より自信を持ったことなどが明らかにされている¹¹⁴。

組織の中には、事例検討で示されたスト

レス軽減努力を継続し、その結果、休業日数やストレス関連問題の発生件数が相対的に減少したと報告した例もあるが¹¹⁵、克服すべき多くの障害に直面し、実効を挙げられなかった例もあった。要するに、統計分析上は、職場において何らかのストレス対策を講じる例が増加しているものの、組織による MS の実施を実効的に支援するには、相当程度の政策上の支援やガイダンスが必要とされることが示唆されよう¹¹⁶。

1.4.5.3 政府による統計調査の示唆

その他、報告者の調べによれば、MSA との直接的な因果関係は定かではないが、それを推定させるような政府による統計調査の結果がある。

すなわち、HSE が公表した自己申告による労災・作業関連疾患統計（Self-Reported Work-Related Illness and Workplace Injuries in 2003/04 and 2009/2010: Results from the Labour Force Survey HSE 2005 and 2011）から、MSA が開始される直前の 2003 年から 2004 年にかけての 1 年間、最近の 2009 年から 2010 年にかけての 1 年間の作業関連ストレスにかかる推計逸失労働日数のデータを比較してみると、以下のように整理できる。

なお、より正確に言えば、下掲の数値は、調査時点より過去 12 か月間に、現在または最近の仕事に起因するか、それによって増悪した、自己申告上のストレス、抑うつ状態、不安を原因とする推計逸失労働日数（※単位 1000）（および労働者一人あたりの平均逸失労働日数）を現している。

1) 産業別データ
別添（産業別データ）参照

2) 職種別データ
別添（職業別データ）参照

3) 事業場規模別データ
別添（事業場規模別データ）参照

ここから読み取り得る傾向は、以下の通り。

1) トータルでの逸失労働日数は、明らかに減少している（約 23 パーセント）。

2) 産業別では、公共・防衛、保健・社会事業の逸失労働日数が相対的にかなり多い。うち前者は減少傾向にあるが、後者は増加傾向にある。

3) 職種別では、管理監督者の逸失労働日数が多かったが、減少傾向にある。経営・秘書も大幅に減少している。特筆すべきは技術士補その他技術者で、もともと逸失労働日数が多かったが、近年に至ってもむしろ増加傾向にある。専門職も高水準で推移している。また、03/04 年調査では、単純作業でも逸失労働日数が多かった。その他、個人的なサービスの提供、とりわけ介護的業務の逸失労働日数が大幅に増加していることが注目される。

4) 事業場規模別では、09/10 年でみると、意外なことに、中規模より大規模のほうが絶対数、一人当たり平均逸失労働日数、減少率共に多い/大きい。また、03/04 年、09/10 年の双方で、大規模は、小規模と比べても、一人当たり平均逸失労働日数が多い。

他方、HSE が 2009 年に公表した心理社会的労働環境に関する調査報告（Psychosocial Working Conditions in Britain in 2009 HSE 2009）には、以下のような調査結果が記されている。

「2004 年から 2009 年にかけて行われた調査の結果からは、たしかに条件の変化及び上司のサポートの指標では大幅な向上傾向がみられるものの、この期間を通じて心理社会的労働条件が一般的に有意に変化したとまではいえない。2007 年の報告では、全人口平均レベルでの改善傾向が顕れているといえるかもしれないが、2008 年と 2009 年の調査結果では、そうした傾向は継続していない。仕事がかかりまたは過度にストレスになっていると答える被用者の数の減少傾向はもはやみられず、職場で積極的なストレス対策がなされていると認識したり、ラインの管理職とのストレス問題についての話し合いがあると報告する被用者の数にほとんど変化がみられない」。

この資料は、HSE が 2004 年から毎年実施している心理社会的労働条件調査の 2009 年版であり、同調査は、①仕事上の要求度合い（Demand）、裁量の程度（Control）、上司によるサポート（Managerial Support）、同僚によるサポート（Peer Support）（いわゆる D-C-S モデル）や、②役割（Role）、③人間関係（Relationships）、④条件の変化（Change）の観点からみた心理社会的労働条件の変化をモニターすることを目的に開始されたもので、これらの要素は、HSE がまさに使用

者による MSA の実施を通じて改善を図ろうとしてきた労働条件である。

その意味では、イギリスにおける公的ストレス対策の限界が示されているともいえるが、良心的に解釈すれば、MSA の有効性自体が否定されているとまではいえず、雇用者サイドの実施努力により結果が改善される可能性は認めているともいえる。

1.4.5.4 HSE が示す個々の組織レベルでの改善例

上述の通り、今のところ、全国レベルでのデータ上、MSA の効果が有意に認められる状況にあるとはいえないが、HSE のガイダンスには、個々の組織レベルにおいて、MS を参考にした積極的な作業関連ストレス対策により、1.4.2.2.1～1.4.2.2.3 で述べたような負の影響を回避または最小限にとどめることに成功した例が数多くあると記されている¹¹⁷。

以下で、当該ガイダンスに掲載されている 4 例を、原文試訳形式で紹介する。

1) Bradford and Bingley 社の例¹¹⁸

この会社のストレス対策の取り組みは、職員の申告を受けた地方環境衛生監視官（EHO: Environmental Health Officer）による査察をきっかけに開始された。査察の結果、強制措置がとられるには至らなかったが、会社は EHO の助けを得つつ、ストレス管理体制の改善のためのアクションプランの策定に取り組んだ。

会社は、データ分析から聞き取りに至る種々の情報源を活用して同社にあるストレス問題の範囲の特定を図り、これを MS

に照らして図式化した。こうした情報源の分析からは、作業関連ストレスに繋がるような体系的（制度的）な問題は認められなかったが、仕事上の要求（Demands）や条件の変化（Change）といった基準の周囲に集中する問題が数多く認められた。

そこで、そうした問題の解決のためのアプローチでは、同社の実情に合ったストレスマネジメント計画の構築とその運用に携わる管理者全てを対象とした教育研修に焦点が置かれた。新たなマネジメント体制の基礎として、各部門の管理者がストレスの潜在的要因を特定し、適切な対応手段を見出せるよう、新たなリスクアセスメントツールが採用された。

たしかに、同社のストレス管理の取り組みは、これから始まる長期的な取り組みの第一歩に過ぎないともいえる。しかし、設定目標、長時間労働、組織的な変化を含めた問題群に対しては、即時に可能な介入が数多くある。

最初の取り組みから1年経った時点で、同社のプロジェクトは、既に事業面で明らかかな利益をもたらしていた。すなわち、（逸失労働時間で計った）ストレスに関連する休業は、ピーク時の75パーセント減となり、逸失賃金のみでも25万ポンド（※日本円で約3125万円）分の損失の削減を同社にもたらした。結果として、この組織は、ほとんどコストをかけずに生産性において1パーセントの利益をあげたことになる。

2) Hinchingsbrooke 国民保健サービス基金の例¹¹⁹

この組織では、2003年にストレス関連疾患の罹患者が増加し、国民保健サービスの年次職員調査の結果、職員が受けている作業負荷が、全国国民保健サービス基金の上位2割にランクされた。そこで同基金は、HSEのMSの評価ツールを活用した調査を実施した。その調査の結果、2つの基準、すなわち仕事上の要求度合い（Demands）と、それほどには至らないものの、裁量の程度（Control）についても問題が指摘された。

これを受け基金は、2004年の秋、6か月間にわたる「職員の価値向上（Valuing Staff）」キャンペーンを導入した。このキャンペーンには、以下を含む9つの領域での改善策が盛り込まれていた。

①管理者対象の教育研修の改善

②現場の要請をよりの確に予測して、その要請に見合う人材配置を可能にするような方策（formula）の導入

③様々なレベル・方向におけるコミュニケーションの改善

④休業管理システムの導入

このキャンペーンは、その実施に要した費用を超える測定可能かつ有意義な（measurable）結果をもたらした。

①職員の疾病休業が、2003年10月に6パーセントあったが、2005年10月には3.8パーセントにまで減少した。これは、当該機関において実に50万ポンド（※日本円で約6250万円）もの損失が削減されたことを意味する。

②疾病休業が減る一方で、産業保健部門（Occupational Health）にストレスに苛まれていると愁訴する職員の数が増加した。これは、職員の側に、疾病休業に至る

前段階で支援を求めようとする意識が広がったためと解される。

③この基金では、2003年時点において、消化されない長期休暇（vacance）が随分とあったが、2005年までに、対象者の選抜システムをパスした申込者が待機する状態にまで至った。このことから、当該病院（基金）の雇用者としてのイメージが改善したことが窺われる（※下線は報告者が添付した）。

④生産性はかなりの程度向上した。患者の待ち時間が減り、患者の数が増えた。

3) Somerset 地区協議会の例¹²⁰

この機関は、もとより疾病休業問題の存在を認識しており、その中には作業関連ストレスに関係するものもあった。そこで、2001年の秋に「職業生活の質（Quality of Working Life）」と題するプロジェクトを立ち上げることにより、この問題に対処することとした。この計画には、この問題に関わる重要な職員を理事会メンバーに参加させる、徹底したストレス測定を実施する、その結果を介入に活用する、こうした活動の費用対効果を監視する、といった策が盛り込まれた。

その結果、疾病休業水準が低下し（2001/02年の10.75日が2004/05年には7.2日へ）、2年間で約157万ポンド（※日本円で約1億9625万円）の損失削減が実現した。

4) Nortfork 地区協議会の例¹²¹

この協議会は、約6500名の教員を雇用しており、ストレスは休業や職員入れ替わりの代表的要因であると認識していた。そこで、HSEの作業関連ストレスにかかるリスクアセスメント手法を基礎に、学校対象の快適化計画を開発し、運用を開始した。

その結果、教員の作業関連ストレスに起因する疾病による逸失勤務時間は、2005年の夏学期には、2004年の夏学期との比較で40パーセントも減少した。

1.4.6 問題点、発展可能性と克服すべき課題

1.4.6.1 指摘されている問題点

1.4.6.1.1 Kompierの示唆する総合的な問題点

ノッティンガム大学の研究グループが執筆したHSE発刊の報告書でも詳しく採り上げられているように¹²²、MSAに関する幾多の批評の中でも、最も説得的なもの1つに、2004年に公刊されたKompier¹²³がある。彼は、リスク管理の変形ともいえるMSAについて、(その当時)以下の5つの問題点を指摘した。

1) 基準の不明確性

Cousins et al.には、初期の開発検討会において、「達成されるべき条件」のいくつか、すなわちその基準自体が、非常に一般的で曖昧に過ぎると捉えられていたと記されている。好例は、基準内で繰り返し使われている「個人が苦情を申し立てるシステムが存在する」との要件である。このような要件では、肯定も否定も困難であろう。

2) 評価ツールの心理測定的特性の未開発

評価ツールには高いレベルの表面的妥当性 (face validity) があるが、実務で活用されるためには、その心理測定的特性がさらに開発されるべきと感じられる。この問題は、Main¹²⁴を含め、他の学者からも度々指摘されてきた。

3) リスク評価ツールと基準の関係の不明確さ

過去の様々な報告を踏まえると、この点が十分に明確でない。また、個々の基準値がやや恣意的で、意思決定ルールによる十分な裏付けがないようにも感じられる¹²⁵。

4) 基準値 (threshold) にかかる科学的根拠の脆弱性

たしかに、組織の成長支援を可能にする尺度を基準に採ることが最も有効な可能性が高いが、その科学的根拠が脆弱であることは否めない。もっとも、そうした基準値に関する疑問は心理社会的危険源に特有のものではなく、その決定は社会的パートナー間の合意に基づいてなされるべきである (それが共同的問題解決手法とも一貫する) (※下線は報告者が添付した)。

5) 介入の現実を想定した指針整備やその前提となる調査の不充分さ

MSA 開始直後の論文 (Cousins ら、Mackay ら¹²⁶) に徴する限り、組織がリスク調査を行い、その結果を基準や達せられるべき条件と比較することによって、確たる介入指針が十分に得られるかが明らかでない。この点は、未だ臨床的に精査されていない。22の企業が実験的な調査対象とされた経緯があるものの、実際に介入

が実施されたか否か (仮に実施された場合、どのような類のものが、どのように実施されたか) も、介入の結果も判明していない。

1.4.6.1.2 Daniels らによる最新著作の示唆

2012年6月発刊予定の Daniels ら¹²⁷には、MSの問題点について、実務・理論の両面にわたり、以下のような記載がある。もっとも、基本的にはMSAに肯定的な立場に立っており、問題点というより改善課題の抽出という性格が強い。

1.4.6.1.2.1 実務面

MSAの手続上の問題点については、その導入初期に社会奉仕団体での実験で調査されていたが¹²⁸、その後、これら以外での機能を評価するため、9つの事例検討と500の組織調査からデータが収集された (Broughton ら¹²⁹)。

その結果特定されたMSA実施上の障害要素 (barriers) は、前者の実験的調査結果とほぼ一致していた。すなわち、①資源、情報、教育訓練の不足、②改革実施への意欲の欠如、③上級管理職 (senior management) の協力の欠如、④ストレス状況に関する開示性の欠如が含まれていた。逆に、その促進要素 (enablers) の中には、①ストレスや休業問題に関する方針の存在、②管理職の関与および改革実施への主体的な参加 (commitment)、③予防的取り組み、④的確なデータの収集、⑤(外部支援を含め) 支援体制の整った環境が含まれていた。その他、(国内 (UK) や EU

の政策立案者、研究者、実務家を含めた MS に関する専門家の見解や、彼らの認識する MS の有益性や現場適応性を整理した研究もある（HSE¹³⁰）。

本書の中では、Bourbonnais らが、MS に関する調査から明らかとなった介入上の阻害要素と促進要素を論証しているが¹³¹、そこでは、矯正施設（correctional establishment）における介入調査の結果が引用され、①上級管理職による支援、②相応の財政的、人的資源の存在および割当、③（関係情報の）開放性、④信頼関係、⑤自主的な関与、⑥意思疎通に加え、⑦先例のデータ収集を含めた確実な根拠に基づく方法論の重要性が強調されている。また、この例だけでなく、その他の産業や施設における同様の調査を踏まえて研究者や実務家が発する提言は、現場での介入の成否には、一定範囲における何らかの手續や背景が関係している、という点ではほぼ一致しているように思われる。

そこで以下では、MSA の実施に際しての阻害要素のいくつかを4つの見出し（①組織的背景（organizational context）、②資源（resource）、③実施手續の支援（implementation）、④適格性（competence））に集約して論じる。

1) 組織的背景

HSE の評価ツールは、作業関連ストレスを対象とする MS の一部として、6つのストレス要因（①仕事上の要求、②仕事上の裁量、③支援、④職場の人間関係、⑤役割の明確性、⑥変化の管理）を調査するために開発された35項目の質問紙から成るが、その焦点がわずか6つの心理社会的な危険源に絞られてしまったことから、調

査の感度（sensitivity）や、調査の結果なされる組織的背景に対する介入の可否や方法等の決定に問題が生じることとなった。例えば、専門家からは、密接な意思疎通、支援、参加、フィードバックがあり、フォーカスグループ（※情報の収集を目的に作られる少人数のグループ（三柴注））の実施が容易な小規模組織に対しては、より焦点を絞った、シンプルな、質問紙を用いないアプローチが求められる可能性が指摘されてきた¹³²。要は、1つのモデルが全てのリスク調査や管理に適合するとは限らないということである。リスク管理は、むしろ、異なる組織的ニーズ、環境、資源に適応し得るものでなければならない。既に指摘されているように、組織の中には、従前の取り組みの枠内で MSA に適応するための最善の方法について困惑するところも少なくないであろう。そうしたところは、MS に組織的に従うことができなくなるか、特定のニーズに形だけ合わせる結果になりかねない（Cox ら、HSE、Tyers ら¹³³）。MS の手續は、予防的（preventative）にも事後対応的（reactive）にもツールとして用いられ得るものだが、その程度もまた、組織により異なる（Broughton ら¹³⁴）。柔軟で適応性の高い手續であれば、より効果的であり、かつ事業主や組織の「学び」を促進できるであろう。

2) 資源

第2に、介入段階で様々な障害に直面する組織も少なくない（HSE、Tyers ら¹³⁵）。この実務上典型的な障害は、欧州レベルの事例検討でも確認されている（例えば、European Agency for Safety &

Health at Work, 2009¹³⁶)。MS の実施を複雑で困難にするような要素は数多く、その中には、資源の不足、組織の規模や構造、モチベーション維持の難しさ、MS の手続の伝達の難しさなどが含まれる (Cox ら、HSE、Tyers ら¹³⁷)。

3) 実施手続の支援

第3に、実務家の多くが、MS の手続を支援するための柔軟で包括的な「道具箱 (toolbox)」が開発されることが望ましいと指摘してきた (Cox ら¹³⁸)。そうした道具箱は、組織的背景やニーズに適応でき、補完的な調査ツール、ガイダンス、実例や、MS を実施するために必要なスキルや適格性 (competence) の向上を支援する (組織的な) 意思決定ルールを含むことが望まれる。模範的な実践モデルや過去の経験をクローズアップすることにより、知識の蓄積や組織による学びを支援することは十分に可能であろう。

4) 適格性

第4に、MS の実施・機能状況を評価するための調査において、組織内の人的・物的資源、役割、適格性と業務遂行能力の形成に関する問題が、たびたび指摘されてきた (Broughton ら、Cox ら、HSE、Tyers ら¹³⁹)。上級管理職の主体的参加は、リスク調査の成功にとって鍵となる重要な要素ではあるが、実際の作業担当者が MS を実施し、上級管理職に関連する情報を報告するうえで必要な経験や適格性を欠いていることも少なくないであろう。したがって、管理者の主体的参加や実務担当者の適格性を育むことは、組織の MS に関する業務遂行能力の形成にとって最優先課題であり、それらはその組織で実効性を持つ

統一的な方針によってカバーされ得る。また、MS 導入の初期には、組織が利用できる外部支援機関があつて、多くの組織が活用していた。そうした専門家の介入サービスや専門知識の提供による支援の継続は、とても重要であり、好意的に受け止められる可能性が高い (HSE¹⁴⁰)。組織の業務遂行能力を育成するその他の方法として、外部の労働衛生サービスを増強する、すなわちリスク調査よりも各組織における職務の設計 (job design)、教育、高いレベルの意思決定などの本質的対策へと機能を拡大させることや、彼ら (: 外部労働衛生サービス) に必要なスキル、適格性、知識を身につけさせるなどの方法が挙げられる。これには、組織・健康管理面でのスキルのみならず、交渉や分析のスキルも含まれる可能性がある (Broughton ら¹⁴¹)。

以上を整理すると、結論的に、MS が利便性の高い枠組みを提供し (Tyers ら¹⁴²)、優れた衛生管理の原則や組織管理の取り組みを体現していること (HSE¹⁴³) については一般的なコンセンサスを得られている。しかし、実務家間では、「MSA は、理論的にはうまく機能しているが、実務的にはそうもいきれない」、との意見が大勢を占めている (HSE¹⁴⁴)。既に述べたように、MSA は、ストレス問題や、その問題の特定や対策への積極的取り組みへの意識を高めること、ストレスが被用者に与える影響や管理者教育 (の重要性) についての理解に大いに貢献した (Tyers ら¹⁴⁵)。一方で、実務家的視点からは、実施の質、その実施を支えるための資源、スキル、適格性という点で、未だ克服すべき課題が残っている (Cox ら、

HSE¹⁴⁶）。

1.4.6.1.2.2 理論面

MSは、その開発作業の直後から盛んに行われた作業関連ストレスに関する調査の取り組みを受けて発展してきた経緯がある（Rickら¹⁴⁷）。この調査の取り組みは、1960年代から組織調査において支配的だったものだが、今現在も専門文献を席卷している。この取り組みは、職務の性格に関する調査に基づいているが、その調査は、まるで労働者から独立した存在かのように、さまざまな厚生水準やストレス関連問題の指標との関係を対象としている。この関係は、時に「人格」のような労働者の個人的性格に関する統計的管理により調査されたり、労働者の個人的性格との統計的な相関関係により調査されることもある。Daniels(2011)¹⁴⁸は、MSの科学的根拠を支える4つの主要な前提を列挙し、それらの妥当性に疑問を呈している。

うち第1は、職務の性格は、客観的かつ比較的安定的な要素だという前提である。たしかに、この前提がなければ、一定期間内の一時点における職務の負の性格への労働者のばく露を調査し、将来の一定期間内の一時点でそれを最小化するための手続を開発することは不可能となるだろうし、このことは、同じ職務に従事している他の労働者にも同様に当てはまる。しかし、エビデンスの示唆に徴する限り、職務の性格は、客観的でも安定的でもない。この点に疑問を呈する見解の中には、職務の性格について、自己申告式の調査が広く活用されていることを指摘するものがあり

（Daniels¹⁴⁹）、現に、MSの評価ツールは自己申告式である。その代替的方法も、何の工夫もないとか、従来の考え方の延長に過ぎないとして批判されて来た（Daniels¹⁵⁰）。

とはいえ、・・・・（未了）・・・・。

1.4.6.1.3 ノッティンガム大学の研究グループによるリスク管理手法に関する批判の整理

先述の通り、ノッティンガム大学の研究グループは、基本的にMSAの推進に積極的な立場にあると解されるが、MSが採用するリスク管理手法への批判についても、以下のように整理している¹⁵¹。もっとも、いずれも反論可能か今後の克服課題であって、MSAの土台を揺るがすものではないと捉えられている。

今や、多くの応用心理学者や安全衛生の専門家が、ストレスに関するものを含め、職場の健康問題へのリスク管理手法の活用の有効性を認めているが、中にはそれを不適切とする者もいる。

例えば、Rick&Briner¹⁵²は、ストレスのプロセスが本質的に心理学的な性格を持つこと、危険源と（健康）障害の関係が不明確なことを理由に、（当初は身体的な危険源を念頭に開発された）リスク管理手法は適切でないと示唆している（※下線は報告者が添付した）。リスク管理手法の活用に対する反対の立場を代表するこの見解には、支えとなるポイントがある。それは、リスク管理手法には1つの形態しかなく、ひとたび身体的な危険源での活用を想定して開発されると、何ら修正されることもなく

心理社会的危険源にも活用される、という暗黙の主張である。しかし実際には、リスク管理にも危険源の種類に応じて多様性があり、それこそが各職場における安全衛生上の基本方針（philosophy）または枠組み（framework）に他ならない。

とはいえ、MSAに関連してHSEが開発したリスク管理手法には有力な批判がある。主なものの1つは、リスク調査およびリスク低減の背景依存（context-dependency）、ならびに既存の方法論を要求されることに向けられている。（MSAを含めた）ほとんどのリスク管理の方法論は、定義づけられた特定の職場もしくはシステム、作業集団に焦点を絞るか、既存の設備や手続主導になっている。これは、危険源の性格、それに応じて必要となる管理手段が、そのレベルで特定されるからである。これらはやはり背景依存であり、その背景依存は、リスクに基づく特定の労働衛生のアプローチとそれより広いポピュレーション・アプローチに区別される。この際、後者は、作業に関連する健康問題を管理するには不適切であり、誤った適用がなされると、当事者個人にさらなる被害をもたらす可能性もある（Adamsら¹⁵³）。

MSAが抱える核心的な問題の1つは、「1つのモデルが全てのケースに適合するのか（does one size fit all?）」、あるいは、そもそもその調査モデルやツールを個々の作業の背景や集団に適合させることが適当なのか、という点にある（※下線は報告者が添付した）。これに対しては、これまでに2つの主張が提起されて来た。うち第1は、主要な心理社会的危険源は、作業

集団、組織のレベル、業種といった属性を問わず、ほとんどの形態の作業に共通して存在することを示唆する高いレベルの分析結果があるので、「レベルの高い」モデルやツールであれば、あらゆる形態の作業に適用可能（すなわち、one size can fit all）というものである。第2は、背景依存を許容すると、あまりに複雑になりすぎ、組織内での簡便な活用が困難な手続を生み出してしまふ、という実務上の懸念である。

1.4.6.2 今後の発展可能性と課題

1.4.6.2.1 踏まえるべき環境条件の変化

ノッティンガム大学の研究グループは、HSEの委託調査報告書において以下のよう述べて、今後のMSAの発展には、個々の組織における労働安全衛生とその組織の経済・経営事情に加え、それらを取り巻くマクロレベルでの経済情勢との関係を重視することが必要と説いている。その限りでは当然の理とも言えるが、グローバルな自由市場の競争条件を前提に、個人の健康に関する組織の責任という保護的・消極的姿勢から、組織的行動管理の進展による個人・組織レベルでのパフォーマンスの向上という自立的・積極的姿勢への転換を説いている点に斬新さ（と一種の危うさ¹⁵⁴）を認めることができる。

組織的な安全衛生環境は、旧来の概念や認識への挑戦を伴う経済的考慮に影響される度合いが大きくなってきている。このような考え方の変化は、EU法に顕在化して来ている。今や、組織レベルでは、経済的な議論が、労働安全衛生に関する意思決

定において、以前より大きな役割を果たすようになっている。結果的に、衛生管理に関する措置を講じる際には、以前より事業の実情に注目する必要性が生じている。こうした議論は、ブラック報告の説くところとも一致する。また、グローバルな自由市場の競争条件下にある組織の思考をより良く理解する必要性を説くものでもある。このような労働衛生管理をめぐる現実の変化は、世界中で生じている現象である¹⁵⁵。

現在の経済環境下において、組織に対し、被用者がばく露する長期的な危険源を減らし得るという口上のみで法令や法令外の施策 (instruments) の遵守を説得することは、ますます困難になって来ている

(※下線は報告者が添付した)。少なくともいくつかの業種では、組織の考え方が、継続的改善ではなく、「充たすべき最低条件としての安全状態のいかん」や、安全衛生措置がもたらす「実際のパフォーマンス」、そしてそれらの措置が最低基準の達成にどう貢献するかの評価に焦点が置かれるようになってきていることが、証拠上示されている。こうした考え方の変化は、おそらく、個々人の健康に対する組織の配慮

(concern) や責任から、組織的行動管理や個人・組織のパフォーマンスへと議論の対象が変化してきていることを示しているように思われる。また、個人がばく露する危険源を組織が排除・低減するという発想から離れるという根本的な変化をも示していると解される (※下線は報告者が添付した)¹⁵⁶。

1.4.6.2.2 一般論

ノッティンガム大学の研究グループの手による HSE の委託調査報告書によれば、MS が採用するリスク管理のアプローチは、作業に関連する筋骨格系障害を代表とする他の労働衛生上の問題の管理とも共通項が多いことが判明して来ているため、今後、理論面、実務面の双方で統合を進めることなどにより、アブセンティズム (absenteeism：常習的な遅刻や欠勤による生産性の低下傾向) やプレゼンティズム (presenteeism：疾病障害り患者の無理な出勤による生産性の低下傾向) の管理のほか、組織的なパフォーマンスを測る指標にも転用可能なツールとして、大きなパフォーマンスを生む可能性があると考えられる¹⁵⁷。

そして、それを実現し、ひいては目下の経済環境にも対応できる組織形成を図るための条件として、以下の3点が挙げられている¹⁵⁸。

①HSE による労働衛生管理の取り組みが、理論的にも実務的にも、より統一的で一貫したものとされること

この点に関しては、以下のような事柄が問われる。

ア MS の手法は、作業関連ストレス対策の手段として真に有用で実務的なものか？

イ それは、一般的な労働衛生上の問題にも役立つか？

ウ 一般に、何が健康を脅かし、それを職場で管理するにはどうすればよいのか？

エ 統一的な取り組みを実施すれば、本当に費用対効果は高まるのか？

また、労働衛生管理に関する現在および将来の組織的な意思決定に大いに注目する必要がある。

②HSE によるアプローチの経済的、法的背景（脈絡）について、より広く深く理解されること

③イギリス（UK）における考え方の展開を、EU のモデルや政策展開の中に位置づけること

1. 4. 6. 2. 3 中小企業への適用可能性
（未了）

1. 4. 6. 2. 4 不調者の復職を含めた個別事例管理への適用可能性
（未了）

1. 5 法の管轄機関・執行権限者

1. 5. 1 HSWA の関連規定

1. 5. 1. 1 HSWA 第 11 条

（試訳）（未了）

(1)It shall be the general duty of the Executive to do such things and make such arrangements as it considers appropriate for the general purposes of this Part.

(2)In connection with the general purposes of this Part, the Executive shall—

(a)assist and encourage persons concerned with matters relevant to those purposes to further those purposes;

(b)make such arrangements as it considers appropriate for the carrying out of research and the publication of

the results of research and the provision of training and information, and encourage research and the provision of training and information by others;

(c)make such arrangements as it considers appropriate to secure that the following persons are provided with an information and advisory service on matters relevant to those purposes and are kept informed of and are adequately advised on such matters—

(i)government departments,

(ii)local authorities,

(iii)employers,

(iv)employees,

(v)organisations representing employers or employees, and

(vi)other persons concerned with matters relevant to the general purposes of this Part.

(3)The Executive shall submit from time to time to the Secretary of State such proposals as the Executive considers appropriate for the making of regulations under any of the relevant statutory provisions.

(4)In subsections (1) to (3)—

(a)references to the general purposes of this Part do not include references to the railway safety purposes; and

(b)the reference to the making of regulations under the relevant statutory provisions does not include a reference so far as the regulations are made for the railway safety purposes.

(5)It shall be the duty of the Executive—

(a) to submit to the Secretary of State from time to time particulars of what it proposes to do for the purpose of performing of its functions;

(b) to ensure that its activities are in accordance with proposals approved by the Secretary of State; and

(c) to give effect to any directions given to it by the Secretary of State.

(6) The Executive shall provide a Minister of the Crown on request—

(a) with information about its activities in connection with any matter with which the Minister is concerned; and

(b) with advice on any matter with which he is concerned, where relevant expert advice is obtainable from any of the officers or servants of the Executive, but which is not relevant to the general purposes of this Part.

1. 5. 1. 2 HSWA 第 1 2 条

(試訳) (未了)

(1) The Secretary of State may approve any proposals submitted to him under section 11(5)(a) with or without modifications.

(2) The Secretary of State may at any time give to the Executive—

(a) such directions as he thinks fit with respect to its functions, or

(b) such directions as appear to him requisite or expedient to give in the interests of the safety of the State.

(3) The Secretary of State may not under subsection (2) give any directions with

regard to the enforcement of the relevant statutory provisions in any particular case.

(4) The reference to directions in subsection (2)(a)—

(a) includes directions modifying the Executive's functions, but

(b) does not include directions conferring functions on the Executive other than any functions of which it was deprived by previous directions given under subsection (2)(a).

1. 5. 1. 3 HSWA 第 1 3 条

(試訳) (未了)

(1) Subject to subsection (2), the Executive shall have power to do anything which is calculated to facilitate, or is conducive or incidental to, the performance of its functions, including a function conferred on it under this subsection.

(2) The power in subsection (1) shall not include the power to borrow money.

(3) The Executive may make agreements with a government department or other person for that department or person to perform any of its functions, with or without payment.

(4) Subject to subsections (5) and (6), the Executive may make agreements with a Minister of the Crown, with a government department or with a public authority to perform functions exercisable by that Minister, department or authority, with or

without payment.

(5)The functions referred to in subsection (4)—

(a)in the case of a Minister of the Crown, include functions not conferred by an enactment;

(b)shall be functions which the Secretary of State considers can be appropriately performed by the Executive; and

(c)do not include any power to make regulations or other instruments of a legislative character.

(6)The Executive may provide services or facilities, with or without payment, otherwise than for the general purposes of this Part, to a government department or public authority in connection with the exercise of that department's or authority's functions.

(7)The Executive may appoint persons or committees of persons to provide it with advice in connection with any of its functions and, without prejudice to subsection (8), it may remunerate these persons.

(8)The Executive may, in connection with the performance of its functions, pay to any person—

(a)travelling and subsistence allowances, and

(b)compensation for loss of remunerative time.

(9)Any amounts paid under subsections (7) and (8) shall be such as may be determined by the Secretary of State,

with the approval of the Minister for the Civil Service.

(10)The Executive may—

(a)carry out, arrange for, or make payments for the carrying out of, research into any matter connected with its functions, and

(b)disseminate or arrange for or make payments for the dissemination of information derived from this research.

(11)The Executive may include, in any arrangements made for the provision of services or facilities under subsection (6), provision for the making of payments to the Executive, or any person acting on its behalf, by other parties to the arrangements and by persons using those services or facilities.

1. 5. 1. 4 附則第2条

(試訳) (未了)

THE HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE

1The Executive shall consist of—

(a)the Chair of the Executive, and

(b)at least seven and no more than eleven other members (referred to in this Schedule as “members”).

2(1)The Secretary of State shall appoint the Chair of the Executive.

(2)The Secretary of State shall appoint the other members of the Executive according to sub-paragraph (3).

(3)The Secretary of State—

(a)shall appoint three members after consulting such organisations

representing employers as he considers appropriate;

(b) shall appoint three members after consulting such organisations representing employees as he considers appropriate;

(c) shall appoint one member after consulting such organisations representing local authorities as he considers appropriate; and

(d) may appoint up to four other members after consulting, as he considers appropriate—

(i) the Scottish Ministers,

(ii) the Welsh Ministers, or

(iii) such organisations as he considers appropriate, including professional bodies, whose activities are concerned with matters relating to the general purposes of this Part.

(4) Service as the Chair or as another member of the Executive is not service in the civil service of the State.

(5) The Secretary of State, with the approval of the Chair, may appoint one of the other members appointed under sub-paragraph (2) to be the deputy chair of the Executive.

TERMS OF APPOINTMENT OF THE EXECUTIVE

3 Subject to paragraphs 4 and 5, a person shall hold and vacate office as the Chair or as another member according to the

terms of the instrument appointing him to that office.

4 The Chair or any other member of the Executive may at any time resign his office by giving notice in writing to the Secretary of State.

5 The Secretary of State may remove a Chair or other member who—

(a) has been absent from meetings of the Executive for a period longer than six months without the permission of the Executive;

(b) has become bankrupt or has made an arrangement with his creditors;

(c) in Scotland, has had his estate sequestrated or has made a trust deed for creditors or a composition contract;

(d) has become incapacitated by physical or mental illness; or

(e) is otherwise, in the opinion of the Secretary of State, unable or unfit to carry out his functions.

REMUNERATION OF MEMBERS

6 (1) The Executive shall pay to each member such remuneration and such travelling and other allowances as may be determined by the Secretary of State.

(2) The Executive shall pay to, or in respect of, any member, such sums by way of pension, superannuation allowances and gratuities as the Secretary of State may determine.

(3) Where a person ceases to be a member otherwise than on the expiry of his term

of office, and the Secretary of State determines that there are special circumstances which make it right that he should receive compensation, the Executive shall pay to him such amount by way of compensation as the Secretary of State may determine.

PROCEEDINGS OF THE EXECUTIVE

7(1)The Executive may regulate its own procedure.

(2)The validity of any proceedings of the Executive shall not be affected by any vacancy among the members or by any defect in the appointment of a member.

(3)The Executive shall consult with the Secretary of State before making or revising its rules and procedures for dealing with conflicts of interest.

(4)The Executive shall from time to time publish a summary of its rules and procedures.

STAFF

8(1)The Executive shall, with the consent of the Secretary of State, appoint a person to act as Chief Executive on such terms and conditions as the Secretary of State may determine.

(2)The Executive shall appoint such other staff to the service of the Executive as it may determine, with the consent of the Secretary of State as to numbers of persons appointed and as to the terms and conditions of their service.

(3)The Executive shall pay to the

Minister for the Civil Service at such times as that Minister may direct, such sums as the Minister may determine in respect of any increase attributable to this paragraph in the sums payable out of monies provided by Parliament under the Superannuation Act 1972.

(4)A person appointed to the staff of the Executive may not at the same time be a member of the Executive.

(5)Service as a member of staff of the Executive is service in the civil service of the State.

PERFORMANCE OF FUNCTIONS

9(1)Subject to sub-paragraphs (2) to (4), anything authorised or required to be done by the Executive (including exercising the powers under this paragraph) may be done by—

(a)such members of the Executive or members of staff of the Executive as the Executive considers fit to authorise for that purpose, whether generally or specifically; or

(b)any committee of the Executive which has been so authorised.

(2)Sub-paragraph (1)(b) does not apply to a committee whose members include a person who is neither a member of the Executive nor a member of staff of the Executive.

(3)The Executive—

(a)shall authorise such of its members of staff as it considers fit to authorise for

that purpose, to perform on its behalf those of its functions which consist of the enforcement of the relevant statutory provisions in any particular case; but

(b) shall not authorise any member or committee of the Executive to make decisions concerning the enforcement of the relevant statutory provisions in any particular case.

(4) The Executive shall not authorise any person to legislate by subordinate instrument.

(5) The Executive shall publish any authorisations which it makes under this paragraph.

ACCOUNTS AND REPORTS

10(1) It shall be the duty of the Chief Executive—

(a) to keep proper accounts and proper records in relation to the accounts;

(b) to prepare in respect of each accounting year a statement of accounts in such form as the Secretary of State may direct with the approval of the Treasury; and

(c) to send copies of the statement to the Secretary of State and the Comptroller and Auditor General before the end of November next following the accounting year to which the statement relates.

(2) The Comptroller and the Auditor General shall examine, certify and report on each statement referred to in sub-paragraph (1)(c) and shall lay copies

of each statement and his report before each House of Parliament.

(3) As soon as possible after the end of the accounting year, the Executive shall make to the Secretary of State a report on the performance of the Executive's functions during the year.

(4) The Secretary of State shall lay the report referred to in sub-paragraph (3) before each House of Parliament.

(5) In this paragraph, “accounting year” means the period of 12 months ending with 31st March in any year; but the first accounting year of the Executive shall, if the Secretary of State so directs, be of such other period not exceeding 2 years as may be specified in the direction.

SUPPLEMENTAL

11 The Secretary of State shall not make any determination or give his consent under paragraph 6 or 8 of this Schedule except with the approval of the Minister for the Civil Service.

12(1) The fixing of the common seal of the Executive shall be authenticated by the signature of the Chair or some other person authorised by the Executive to act for that purpose.

(2) A document purporting to be duly executed under the seal of the Executive shall be received in evidence and shall be deemed to be so executed unless the contrary is proved.

(3) This paragraph does not apply to Scotland.

1. 5. 1. 5 HSWA 第 1 4 条

(試訳) (未了)

(1) This section applies to the following matters, that is to say any accident, occurrence, situation or other matter whatsoever which the Executive thinks it necessary or expedient to investigate for any of the general purposes of this Part or with a view to the making of regulations for those purposes; and for the purposes of this subsection

(a) those general purposes shall be treated as not including the railway safety purposes; but

(b) it is otherwise immaterial whether the Executive is or is not responsible for securing the enforcement of such (if any) of the relevant statutory provisions as relate to the matter in question.

(2) The Executive may at any time—

(a) investigate and make a special report on any matter to which this section applies; or

(b) authorise another person to investigate and make a special report into any such matter.

(2A) The Executive may at any time, with the consent of the Secretary of State, direct an inquiry to be held into any matter to which this section applies.

(3) Any inquiry held by virtue of subsection (2A) above shall be held in accordance with regulations made for

the purposes of this subsection by the Secretary of State, and shall be held in public except where or to the extent that the regulations provide otherwise.

(4) Regulations made for the purposes of subsection (3) above may in particular include provision—

(a) conferring on the person holding any such inquiry, and any person assisting him in the inquiry, powers of entry and inspection;

(b) conferring on any such person powers of summoning witnesses to give evidence or produce documents and power to take evidence on oath and administer oaths or require the making of declarations;

(c) requiring any such inquiry to be held otherwise than in public where or to the extent that a Minister of the Crown so directs.

(5) In the case of a special report made by virtue of subsection (2), or a report made by the person holding an inquiry by virtue of subsection (2A), the Executive may cause the report, or so much of it as the Executive thinks fit, to be made public at such time and in such manner as it thinks fit.

(6) The Executive—

(a) in the case of an investigation and special report made by virtue of subsection (2) above (otherwise than by an officer or servant of the Executive), may pay to the person making it such remuneration and expenses as the Secretary of State may, with the

approval of the Minister for the Civil Service, determine;

(b) in the case of an inquiry held by virtue of subsection (2A) above, may pay to the person holding it and to any assessor appointed to assist him such remuneration and expenses, and to persons attending the inquiry as witnesses such expenses, as the Secretary of State may, with the like approval, determine; and

(c) may, to such extent as the Secretary of State may determine, defray the other costs, if any, of any such investigation and special report or inquiry.

(7) Where an inquiry is directed to be held by virtue of subsection (2A) above into any matter to which this section applies arising in Scotland, being a matter which causes the death of any person, no inquiry with regard to that death shall, unless the Lord Advocate otherwise directs, be held in pursuance of the Fatal Accidents and Sudden Deaths Inquiry (Scotland) Act 1976.

1.5.2 MS を用いた監督指導の実際

1.5.2.1 概要

HSE の安全衛生監督官 (inspectors) は、調査に当たって監督ツールを用い、作業関連ストレスの観点から組織的なパフォーマンスの評点 (score) を行う。この監督ツールは、以下の2つの要素から成る。

- ・ 問題解決志向の備忘録 (an aide memoire)

- ・ パフォーマンス評価指標 (A set of

performance indicators) ¹⁵⁹

監督指導の実際については、厚生労働省の石津克己氏（元在英国日本国大使館書記官、現職業安定局派遣・有期労働対策部企画課課長補佐）の2010年3月時点での調査から、以下の事柄が判明している。

1) メンタル・ヘルス対策を目的とした監督の方法は、現時点においては、メンタル・ヘルスの維持向上の観点から職場の環境を整備していくよう事前に指導するという方法によっている。具体的には、安全衛生監督官が事業場を臨検し、上述の法令の規定に関連してMSに沿って、職場のリスク調査を行うよう指導し、これに従わない雇用者に対しては改善命令 (improvement notice) を発し、改善報告の提出を求めるとともに、一定期間経過後に事業場を再度臨検し、改善措置を確認するという手順になる。

2) MS を利用した臨検及び指導は、2004年から2009年までの5年間で延べ約1,600事業所に及ぶが、そのうち半分の約800件は2009年に行われている。また、実際に臨検した事業所数は、約1,000事業所である。

3) 雇用者がリスク調査を怠った事実が確認された場合、その事実のみを以てHSA第2条第1項違反に該当する事件として検察官に送致し（つまり事前送致し）、刑法犯として処罰する可能性も、法的には否定されていない。

4) しかし、HSE は、現段階では、より多くの事業主に対してメンタル・ヘルス対策の重要性に関する認識を持たせていく段階であり、特定少数の雇用者に対して刑事罰を課すことは不相当との認識の下、同人

への措置を改善命令にとどめており、事前送致を行った例はない。

5) また、雇用者がメンタルヘルス対策を怠ったことが原因となり労働者の不調が発生したという因果関係を証明する法的証拠を監督官が収集し、事件として検察官に送致することも、現時点では実務上困難である。そのため、2010年3月末時点において、事後送致の例も英国では存在しなかった。

1.5.2.2 問題点と講じられた対策

イギリス (UK) では、1833年の工場法の制定期以来、事務所や商店は、労働保護を要するリスクがさほど大きくなく、地方の環境衛生行政に委ねるほうが効率も良い、ということで、国法の規制対象は、工場などに限られてきた。この傾向は、1949年のILO第88号条約(労働監督条約)の批准、1974年のHSWA制定によっても変わることはなく、「リスクに応じた役割分担」という呼び声で慣行化してきた。その背景には、博士号取得者を含め、関係領域の専門家を擁し、高い専門性に基づいて施策を立案、遂行する中央機関と、少ない人員で多領域の職務をカバーする地方機関の間の信頼関係の壁も寄与してきたと解される。しかし、同じ業種でも事業場内の些細な違いにより管轄が決まること(例えば、小売業の商店の場合、店主の居住用家屋との一体性の程度により中央の監督になることもあれば、地方の監督になることもある)や、家内労働は、一般に労働保護上のリスクが低いにもかかわらず国の管轄となることなどの弊害が指摘されていたうえ、メンタルヘルス対策が実施されるとなると、

旧来の管轄区分は、いよいよ現実的妥当性を失うこととなり、「歴史的事故」(historic accident)として、自嘲的となっていた。

そこで同国では、両者のパートナーシップを強化すべく、様々な対策が講じられてきた。

例えば、2003年には、HSEが、「衛生安全庁と地方公共団体の関係の見直し」(Review of the relationship between the Health and Safety Executive and Local Authorities)と題する文書を公表し、①地方公共団体に一元化する、②HSEに一元化する、③現行の分担体制を維持する、④業種別分担から事業場規模別分担に改める、⑤労働安全衛生に関する監督を他の政策分野(例えば食品安全)と統合する、⑥労働安全衛生に関する自主規制団体を設け、行政機関による監督は例外的に行う、という6種類の案を提示して意見を募集した。しかし、多く(殆どは地方公共団体からのもの)は③を支持する意見であった。その後、HSCは、「2010年以降の英国における労働衛生安全戦略」(Strategy for workplace health and safety in Great Britain to 2010 and beyond)を公表し、再度意見を募集したが、やはりその能力面や全国展開企業への対応の必要性などから、地方公共団体への権限委譲について懸念する意見が多く出された。

2004年には、HSEと地方公共団体規制行政調整機構(Local Authorities Coordinators of Regulatory Services; LACORS)が、制度的見直しに先んじて、現行制度の下での運用の見直しを進めるべき旨の共同声明を発表し、その後、政府は、500万ポンド(当時の為替レート(1ポ

ンド＝約200円）で換算すると約10億円）の基金を造成するとともに、約30設置されている地方事務所（Regional Offices）に対して管轄区域内の地方公共団体と共同で研修プログラムを策定、実施させた。これは、地方公共団体ごとに大きく異なっていた監督官の能力向上を図ることを主眼とするもので、中央と地方の両者からおおむね好意的な評価を受けた。

しかし、以上の取り組みは、結局国と地方の旧来的な管轄区分が抱える問題（「歴史的事故」）を本質的に解消するものではなかった。けれども、2005年に至り、とある地方公共団体の監督官の機転がきっかけで、監督官相互任命制度（Flexible Warrant Scheme）という制度ができあがり、地方の監督官が管轄権限を有する市町村（District）と中央の監督官がほんらい管轄権限を有する国（実際には、全国に約30ある地方事務所の管轄区域内で活動している）の中間に位置する県（County）レベルで運用されることとなった。この制度は、HSEは地方公共団体の監督官に中央政府の監督官の権限の一部を付与し、地方公共団体はHSEの監督官及び隣接する地方公共団体の監督官に対して同様の措置を執ることを通じて、1人の監督官に業種横断的及び地域横断的な権限を付与し、監督の効率を上げようとするものである。実際には、HSEの地方事務所が音頭を取り、管轄区域内の県ごとに市町村と協議を行って覚書（Memorandum of Understanding）を作成し、実際に権限を付与し合う監督官の氏名リストを交換し、それぞれHSE長官及び市町村の責任者に報告する。これを踏まえ、HSE長官と市町村の責任者は、それぞれの

監督証票を相手方に交付する。この制度は、全国一律的な強制より、地域ごとの信頼関係の醸成による方が却って効果的との考えに則って運用されているが、既に首都ロンドンの一部でも試行されており、全国的な拡大が見込まれている。

1.5.3 MSの浸透を支援する民間の専門機関

（未了）

1.6 雇用にかかる精神障害者差別禁止法

（未了）

1.7 メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制

（未了）

1.8 関係判例

（未了）

2 私法

（未了）

2.1 根拠法

2.2 関係判例

2.3 確認できる効果

3 その他の重要な個別的論点

（未了）

3.1 アブセンティズムとプレゼンティズム

（未了）

D及びE. 考察及び結論

以上の通り、イギリスでは、職場の安全衛生や厚生水準の確保を罰則付きで義務づけるイギリス労働安全衛生法（HSWA）の一般的義務条項及びその下においてリスク管理の実施を罰則付きで義務づける安全衛生管理規則に基づき、MS（Management Standards：ストレス管理基準）と呼ばれるガイダンスを用いて、公権力の介入する作業関連ストレス対策（MSA）が図られてきたが、その背景には、①政府の財政支出（福祉給付）を減らすことを主要な目的の1つとする「福祉から就労へ」政策、②世界をリードする安全衛生法政策を展開してきた伝統に関する自負と、多額の国家的損失を生み出している（とされる）作業関連疾患対策を同法政策の一環として行う必要性認識の高まり、③国際競争など組織をとりまく経済・経営環境が変化する中での休業率上昇や生産効率低下への対応の必要性認識の高まりなどがあつたと解される。

具体的な仕組みとしては、基本的に既存のリスク管理手法を応用するものだが、評価ツールとして、職務上の要求、裁量、支援を要素とする職務の内容と、職務上の人間関係、役割、変化を要素とする職務の背景を対象かつ指標とするストレス評価モデルを採用している。また、この仕組み（MS）は、その根拠となる法規定との関係からも、本来的に一次予防的な性格を有しているが、（だからこそ）「～せねばならない」、「～してはならない」といった要件や禁止事項を定めて強制する方式ではなく、個々の要素について理想的な条件を掲げ、それと実際の職場との乖離を自発的にチェックさせ、あるべき方向に誘導する方式が採られている。

現に、これまでのところ、MSに関する罰則の適用例は1件もないようであり、法規定の根拠は、行政官による介入と予算措置の裏付けという実質にとどまっているように思われる。

問題は、かような方策の実際の効果だが、結論的に、現段階では可視的な成果がナショナル・レベルで十分に認められる状況にはない。たしかに、2004年のMSA導入以後、ストレス関連の症例の推定発生件数が7%減少したとするデータは出ているが、説得的な値とは言えない。本文で示した2009年の心理社会的労働環境に関する調査報告（Psychosocial Working Conditions in Britain in 2009 HSE 2009）の結論もはかばかしいものではなかった。とはいえ、その効果を否定する材料にも乏しい。例えば、労災・作業関連疾患統計上、自己申告上のストレス、抑うつ状態、不安を原因とする推計逸失労働日数は、全産業で23%減少しているが、これにMSAが貢献した可能性は否定できないし、個別の組織でのMSの活用が多額のパフォーマンスをもたらしたことを示すデータも複数出されている。また、上掲の心理社会的労働環境に関する調査報告からは、一般的に、未だ雇用者側でできる努力が多々あることもうかがわれる。

MSの開発は、作業関連ストレスという定性的、定量的評価の困難な心理的課題を直接的な対象とすることから、心理社会学者や産業保健学者を中心とする研究グループに委ねられてきた経緯があり、もとより純粋な自然科学ではなく、主に公衆衛生疫学的な知見をベースとしてきたと解される。その意味でも、確たるデータ上の成果が認

められないことにやむを得ない面はあろうが、（おそらくは）多額の公的資金を得て MS を開発推進してきた研究者らに、可視的な成果や、それが認められないならばその理由と今後の具体的展望の呈示が求められている事情はうかがわれる。

対してノッティンガム大学の研究グループなどの MS 推進派は、従来の MS への有力な批判を要改善点として積極的に受け止めつつ、従来の Job-Demand-Control-Support モデル（職務上の要求・裁量・支援をストレス評価の主な尺度とするモデル）をベースとしたリスク管理モデルから、より積極的かつ包括的な職場環境改善へと視点をシフトさせていっていることがうかがわれる¹⁶⁰。すなわち、従前のモデルでは、組織にある問題点を一つ一つ調査して欠点として捉え、あるべき条件へ向け、バンソコを貼るようにその改善を図っていくというアプローチを予定していたが、今後は、当該組織の歴史や脈絡を重視しつつ、個々の組織にある良い点、優れた点に目を向けて伸ばしていく中で、問題点の解消も図っていくアプローチにシフトさせようということである。要するに、「～がいけない」とか「～してはいけません」と叱るより、「～ができて立派だね～」と褒めるほうが、個人・組織を問わず長所の伸張と欠点の改善に役立つ、という発想であろう。仮にそうならば、その限りで一理ありそうだが、そうした発想や方策で、知略を駆使して確信犯的に職場環境を悪化させている人物やグループに対応できるか、特に経営者自身の個性や考え方の偏りに根ざす問題や、当該組織の歴史や脈絡に根ざすいわゆる組織文化的な問題に対応できるか、等の疑問は

残る。また、そうした経営コンサルティング的側面を持つ作用に公的支援を行ったり公権力を介入させることの正当性も改めて問われよう。

もっとも、イギリスの労働安全衛生行政が、従前の作業関連ストレス対策に関する調査研究や実際の取り組みを経たうえで、「良い経営こそが、作業関連ストレス要因を管理する鍵である（‘Good management is the key to managing the causes of work-related stress’）¹⁶¹」と宣言していることは軽視できない。また、イギリスの産業精神保健法政策は、彼国固有の文脈のうえに成り立っていることにも留意する必要がある。

うち第1は、行政の権威である。繰り返しになるが、イギリス安全衛生法は、職場の安全衛生と厚生水準の確保を罰則付きで雇用者に義務づけ、さらに下位の規則によって安全衛生に関するリスク管理を義務づけている。こうした解釈に裁量余地の大きい一般条項などに罰則を付すことは、けっきょく、現場を巡る監督官の裁量・権限の拡大に繋がる。周知のように、イギリスの国家公務員は、伝統的に Her Majesty's Civil Service（「女王陛下の官吏」）と解されており、こうした行政の権威の背景には彼らの頂点に君臨する女王陛下（Her Majesty the Queen）の権威の存在を見ざるを得ないが、報告者の能力の限界を超えるので、ここでその真偽や実際の詳細には立ち入らない。

第2は、貴族や学者の権威である。イギリスの安衛法典（HSWA）は、そもそもその制定に際してローベンス卿の報告書を礎とし、近年のメンタルヘルス対策（：作業

関連ストレス対策)を含めた作業関連健康問題対策の推進へ向けた政策展開に際してブラック卿の報告書の影響を大きく受けて来た。また、MSの開発から展開まで心理社会学者や産業保健学者が大きく貢献して来たことも既述の通りである。(自然)科学的な研究の蓄積や開発を重視する傾向はイギリスに限らないだろうが、ここで重視すべきは、学者、とりわけ貴族階級にある学者に一定の権威を認めている点であろう。権威となれば、たとえ(自然)科学的にいまいち不明確なことでも、「～が述べているから」という理由が公的にも力を持つことになる。

いずれも一長一短あろうが、彼国で公的なメンタルヘルス対策を進めるうえではプラスに作用してきたように思われる(それだけに、現在、その精算の時期を迎えているのかもしれない)。

いずれにせよ、イギリスの産業精神保健法政策が頓挫したと結論づけるのはまだ早い。個別の組織レベルでの成果は多数報告されているのに、ナショナル・レベルでの成果が十分に認められていないということは、やはり、この問題については特に、“one size cannot fit all”ということを示しているのではなかろうか。つまり、国がモデルを示す意義は大きいですが、個人にしる組織にしる、その脈絡を十分に踏まえない対策は奏功し難いことを示唆している可能性は否定できない。

以上が、本年度、MSに焦点を当てて報告者が実施した調査研究から判明した事柄の概要だが、本文で未了と記した部分を含め、今後託された主な調査課題は以下の通り。

第1は、彼国のMSを含めた公的な作業関連ストレス対策の具体的な射程の解明である。基本的には健常者として通常勤務ができていた者が不調状態に陥ったか、陥る手前の段階を主な対象としているように思われるが、彼国の最近のメンタルヘルス対策に関する公的文書では、「社会的に排斥された成人のための公共サービス協定(PSA 16)」との一体化の必要性を説くものもあり、そもそも就業経験が乏しい者なども射程に捉える流れが出来てきている可能性もある。

第2は、彼国で作業関連ストレス対策に貢献している他の法制度やその背景にある文化の解明である。法制度としては、解雇保護法制度、失業者保護法制度、障害者差別禁止法制度など、背景文化としては、転職市場の発達などが考えられるが、いずれにせよ、改めて彼国の労働法制度全体を視界に捉えたうえでの調査が求められよう。

第3は、彼国の精神障害に関する労災補償や民事損害賠償請求訴訟の仕組みと動向の解明である。

その全てを予定年限内に調査することには困難が予想されるが、できる限り完遂したいと考えている。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当せず。

2. 学会発表

該当せず。

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

該当せず。

2. 実用新案登録

該当せず。

3. その他

該当せず。

H. 引用文献

（英語文献）直接参照文献

Briner, R.B. (Birkbeck College), Amati, C & Lardner R. (The Keil Centre): Development of Internal Company Standards of Good Management Practice and a Task-Based Risk Assessment Tool for Offshore Work-Related Stressors RR107 HSE

Books(<http://www.hse.gov.uk/research/rrhtm/index.htm>),2003 (Briner et al., 2003)
Daniels, K., Karanika-Murray, M., Mellor, N.,Veldhoven M., Moving Policy and Practice Forward:Beyond Prescriptions for Job Characteristics. 1-19, In Biron,C.,Karanika-Murray,M., Cooper,C.(Eds.). Organizational Stress and Well-being Interventions:Addressing Process and Context.Routledge, 2012

(Daniels et al., 2012; Forthcoming)

HSE: A Strategy for Workplace Health and Safety in Great Britain to 2010 and beyond, 2010 (HSE, 2010)

HSE: Developing the Management Standards Approach within the Context of Common Health Problems in the Workplace, 2009 (HSE, 2009a)

HSE: Organisational responses to the HSE management standards for work-related stress, 2009 (HSE, 2009b)

HSE: Managing the Causes of Work-Related Stress(2d edition), 2007 (HSE, 2007)

HSE: The Secretariat Paper to Advisory Committee on Dangerous Pathogens: Reducing Risks, Protecting People: HSE's Decision Making Process(ACDP/72/P12), 2002 (HSE, 2002)

WHO Profile Report 2009: Overview of Occupational Health and Safety, United Kingdom, 2009

（英語文献）間接参照文献

Adams, J., & White, M.: When the population approach to prevention puts the health of individuals at risk. International Journal of Epidemiology, 34: 40-43, 2004 (Adams et al., 2004)

Broughton, A., & Tyers, C. : Managing stress and absence: Evaluating the impact of Health & Safety Executive initiatives. Paper presented at the Institute of Work Psychology international conference Work, Well-being and Performance: New

- Perspectives for the Modern Workplace, 18-20 June 2008, Sheffield, UK., 2008 (Broughton et al., 2008)
- Broughton, A., Tyers, C., Denvir, A., Wilson, S., O' Regan, S. : Managing stress and sickness absence. Progress of the Sector Implementation Plan - Phase 2. Research Report RR694. HSE books, 2009 (Broughton et al., 2009)
- Cousins, R., MacKay, C.J., Clarke, S.D., Kelly, C., Kelly, P.J., & McCaig, R.H.: 'Management Standards' work-related stress in the UK: Practical development. *Work & Stress*, 18: 113-136, 2004 (Cousins et al., 2004)
- Cox, T.: *Stress*. Houndmills: Macmillan Press, 1978 (Cox, 1978)
- Cox, T., & Mackay, C.J.: A transactional approach to occupational stress. In E.N. Corlett & J. Richardson (Eds.), *Stress, Work Design and Productivity*. Chichester: Wiley & Sons, 1981 (Cox et al., 1981)
- Cox, T.: *Stress research and stress management: Putting theory to work*. Sudbury: HSE Books, 1993 (Cox, 1993)
- Cox, T., & Griffiths, A.J.: The assessment of psychosocial hazards at work. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology*. Chichester: Wiley & Sons, 1996 (Cox et al., 1996)
- Cox, T., Griffiths, A.J., Randall, R.: A risk management approach to the prevention of work stress. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology*. 191-206, Wiley Chichester, 2003 (Cox et al., 2003)
- Cox, T., Griffiths, A., Rial-Gonzalez, E : *Work-related Stress*. Luxembourg: Office for official Publications of the European Communities (<http://europa.eu.int>), 2000 (Cox et al., 2000)
- Cox, T., Karanika, M., Griffiths, A., & Houdmont, J.: Evaluating organizational-level work stress interventions: Beyond traditional methods. *Work & Stress* 21: 348-362, 2007 (Cox et al., 2007a)
- Cox, T., Karanika, M., Mellor, N., Lomas, L., Houdmont, J., & Griffiths, A.: Implementation of the Management Standards for work-related stress: Process evaluation. Report to the Health & Safety Executive. Nottingham: Institute of Work, Health & Organisations, University of Nottingham, 2007 (Cox et al., 2007b)
- Cox, T., Randall, A., & Griffiths, A.: *Interventions to Control Stress at Work in Hospital-based Staff*. Sudbury: HSE Books, 2002 (Cox et al., 2002)
- Daniels, K. : Stress and well-being are still issues and something still needs to be done: Or why agency and interpretation are important for policy and practice. In G. P. Hodgkinson and J. K. Ford (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (Vol. 25). Chichester: Wiley, 2011 (Daniels, 2011)

- Daniels, K. : Rethinking job characteristics in work stress research. *Human Relations* 59: 267-290, 2006 (Daniels, 2006)
- Economic and Social Research Council, Mapping the public policy landscape: health and well-being of working age people, ESRC Seminar Series, Economic and Social Research Council, 2006 (Economic and Social Research Council, 2006)
- ETUC. Framework agreement on work-related stress. Brussels: European Trade Union Confederation, 2004 (ETUC, 2004)
- European Agency for Safety & Health at Work: Assessment, elimination and substantial reduction of occupational risks. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009 (European Agency for Safety & Health at Work, 2009)
- Griffiths, A.: Organisational interventions: Facing the limits of the natural science paradigm. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 25(6): 589-596, 1999 (Griffiths, 1999)
- Griffiths, A., Cox, T., Karanika, M., Khan, S., & Tomás, J.M. : Work design and management in the manufacturing sector: Development and validation of the Work Organisation Assessment scale. *Occupational & Environmental Medicine*, 63(10): 669-675, 2006 (Griffiths et al., 2006)
- HM Treasury.: 2004 Spending review - Stability, security and opportunity for all: Investing for Britain' s long-term future. Retrieved from http://www.hm-treasury.gov.uk/spending_review/spend_sr04/report/spend_sr04_repindex.cfm, 2004 (HM Treasury, 2004)
- HSE: Self-Reported Work-Related Illness 2005/6(<http://hse.gov.uk/statistics/tables/0506/swit1.htm>), 2007 (HSE Statistics, 2007)
- HSE: HSE Management Standards Analysis Tool. Retrieved from www.hse.gov.uk/stress/standards/pdfs/analysistoolmanual.pdf (September 2008) (HSE, 2008)
- HSE: Business Solution Case studies. <http://www.hse.gov.uk/stress/casestudies.htm>. Accessed on 25 May 2010 (HSE, 2009c)
- HSE: <http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh0809.pdf>. Accessed on 25 May 2010 (HSE Statistics, 2009)
- ILO. Guidelines on occupational safety and health management systems. Geneva: International Labor Office, 2001 (ILO, 2001)
- Jansen, I., Kompier, M., & Taris, T.: IMF-Study into stress prevention - Final Report. IMF, 2005 (Jansen et al., 2005)
- Jordan, J., Gurr, E., Tinline, G., Giga, S., Faragher, B., & Cooper, C.: Beacons of excellence in stress prevention. Sudbury: HSE Books, 2003 (Jordan et al., 2003)

- Karanika, M.: An appeal to reality: Modelling non-linear work-health relationships in the context of risk management. Unpublished doctoral dissertation. University of Nottingham, UK., 2006 (Karanika, 2006)
- Karasek, R., & Theorell, T.: Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990 (Karasek et al., 1990)
- Kasl, S.V., & Cooper, C.L.: Stress and health: Issues on research methodology. Chichester: Wiley, 1987 (Kasl et al., 1987)
- Kompier, M.A.J.: New systems of work organization and workers' health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32: 421-430, 2006 (Kompier, 2006)
- Kompier, M.A.J.: Does the 'Management Standards' approach meet the standard? *Work & Stress*, 18: 137-139, 2004 (Kompier, 2004)
- Kompier, M.A.J., Cooper, C.L., & Geurts, S.A.E.: A multiple case study approach to work stress prevention in Europe. *European Journal of Work & Organisational Psychology*, 9: 371-400, 2000 (Kompier et al., 2000)
- Kompier, M.A.J., Geurts, S.A.E., Grundemann, R.W.E., Vink, P. & Smulders, P.W.G.: Cases in stress prevention: The success of a participative and stepwise approach. *Stress Medicine*, 14: 155-168, 1998 (Kompier et al., 1998)
- Lazarus, R.S.: Psychological stress and the coping process, New York: McGraw-Hill, 1966 (Lazarus, 1966)
- Lazarus, R.S., & Folkman, S.: Stress, appraisal and coping, New York: Springer, 1984 (Lazarus et al., 1984)
- Leka, S., Cox, T. PRIMA-EF: Guidance on the European framework for psychosocial risk management. A resource for employers and worker representatives. Geneva: World Health Organization, 2008 (Leka et al., 2008)
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. Work organization and stress: Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives. Geneva: World Health Organization, 2003 (Leka et al., 2003)
- Lelliot P, Boardman J, Harvey S, Henderson M, Knapp M, Tulloch S: Mental Health and Work, A Report for the National Director for Work and Health, Royal College of Psychiatrists, 2008 (Lelliot et al., 2008)
- Mackay, C.J., Cousins, R., Kelly, P.J., Lee, S., & McCaig, R.H.: 'Management Standards' and work-related stress in the UK: policy background and science. *Work & Stress*, 18: 91-112, 2004 (Mackay et al., 2004)
- Mackay, C.J., & Cooper, C.L.: Occupational stress and health: Some current issues. In C.L. Cooper & I.T. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial & Organizational Psychology*, Vol. 11. Chichester: Wiley, 1986 (Mackay et al., 1986)
- Macleod, J., & Davey Smith, G.:

- Psychosocial factors and public health: A suitable case for treatment? *Epidemiol Community Health*, 57: 565-570, 2003 (Macleod et al., 2003)
- McPherson, K.: Are disease prevention initiatives working? *Lancet*, 357: 1790-1792, 2001 (McPherson, 2001)
- Main, C., Glozier, N., & Wright, I.: Validity of the HSE stress tool: An investigation within four organizations by the Corporate Health and Performance Group. *Occupational Medicine*, 55: 208-214, 2005 (Main et al., 2005)
- Michie, S., & Williams, S.: Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational & Environmental Medicine*, 60: 3-9, 2003 (Michie et al., 2003)
- Packham, C., & Webster, S.: Psychosocial Working Conditions in Britain in 2009. Statistics Branch. Health and Safety Executive, 2009 (Packham et al., 2009)
- Rick, J., Thomson, L., Briner, R., O' Regan, S., & Daniels, K.: Review of existing scientific knowledge to underpin standards of good practice for key work-related stressors - phase 1. Sudbury: HSE Books, 2002 (Rick et al., 2002)
- Rick, J., & Briner, R.B.: Psychosocial risk assessment: Problems and prospects. *Occupational Medicine*, 50: 310-314, 2000 (Rick et al., 2000)
- Selye, H.: A syndrome produced by diverse nocuous agents, *Nature* 138: 32, 1936 (Selye, 1936)
- Tyers, C., Broughton, A., Denvir, A., Wilson, S., & O' Regan, S.: Organisational responses to the HSE management standards for work-related stress. Progress of the Sector Implementation Plan - Phase 1. Research Report 693. HSE Books.) , 2009 (Tyers et al., 2009)
- (邦語文献)
- 石津克己（厚生労働省職業安定局派遣・有期労働対策部企画課課長補佐（元在英国日本国大使館書記官））：英国の労働安全衛生～課題・政策・組織～。（未定稿）,1-8, 2010
- 小畑史子：労働安全衛生法規の法的性質(2). *法学協会雑誌*,112:377-425, 1995
- 斎藤瑞希,菅原正和：ストレスとストレスコーピングの実行性と志向性（I）.岩手大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要,6:231-243, 2007
- 柳田亜希子：イギリスにおける職業性ストレス予防のためのリスクマネージメントへの取り組み. *産業ストレス研究*, 16(4): 223-227, 2009
- 【本調査研究の実施に際しては、厚生労働省職業安定局派遣・有期労働対策部企画課課長補佐の石津克己氏（元在英国日本国大使館書記官）、ノッティンガム・トレント大学心理学系上級講師（senior lecturer）の Maria Karanika-Murray 氏より多くの協力を賜った。この場を借りて謝意を表す。】

○別添（附則第3A条）

（試訳）（未了）

<i>Offence</i>	<i>Mode of trial</i>	<i>Penalty on summary conviction</i>	<i>Penalty on conviction on indictment</i>
An offence under section 33(1)(a) consisting of a failure to discharge a duty to which a person is subject by virtue of sections 2 to 6.	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding £20,000, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.
An offence under section 33(1)(a) consisting of a failure to discharge a duty to which a person is subject by virtue of section 7.	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding the statutory maximum, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.
An offence under section 33(1)(b) consisting of a contravention of section 8.	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding £20,000, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.
An offence under section 33(1)(b) consisting of a contravention of section 9.	Summarily or on indictment.	A fine not exceeding £20,000.	A fine.
An offence under section 33(1)(c).	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding £20,000, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.
An offence under section 33(1)(d).	Summarily only.	A fine not exceeding level 5 on the standard scale.	
An offence under section 33(1)(e), (f) or (g).	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding £20,000, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.
An offence under section 33(1)(h).	Summarily only.	Imprisonment for a term not exceeding 51 weeks (in England and Wales) or 12 months (in Scotland), or a fine not exceeding level 5 on the standard scale, or both.	

An offence under section 33(1)(i).	Summarily or on indictment.	A fine not exceeding the statutory maximum.	A fine.
An offence under section 33(1)(j).	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding the statutory maximum, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.
An offence under section 33(1)(k), (l) or (m).	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding £20,000, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.
An offence under section 33(1)(n).	Summarily only.	A fine not exceeding level 5 on the standard scale.	
An offence under section 33(1)(o).	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding £20,000, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.
An offence under the existing statutory provisions for which no other penalty is specified.	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding £20,000, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.

2(1) This paragraph makes transitional modifications of the table as it applies to England and Wales.

(2) In relation to an offence committed before the commencement of section 154(1) of the Criminal Justice Act 2003 (general limit on magistrates' court's powers to imprison), a reference to imprisonment for a term not exceeding 12 months is to be read as a reference to imprisonment for a term not exceeding six months.

(3) In relation to an offence committed before the commencement of section 281(5) of that Act (alteration of penalties for summary offences), a reference to imprisonment for a term not exceeding 51 weeks is to be read as a reference to imprisonment for a term not exceeding six months.

○別添（産業別／職業別／事業場規模別データ）

1) 産業別データ

	2003/04年	2009/2010年
全産業	12803 (0.56)	9830 (0.42)
公共・防衛	2043 (1.28)	1137 (0.71)
保健・社会事業	1490 (0.61)	2325 (0.82)
製造	1297 (0.37)	542 (0.20)
金融仲介・不動産（仲介・賃貸等）	1120 (0.30)	1193 (0.28)
卸売・小売業 （自動車修理、オートバイ、個人・家庭用グッズ）	1068 (0.32)	953 (0.24)
教育	985 (0.56)	1173 (0.56)

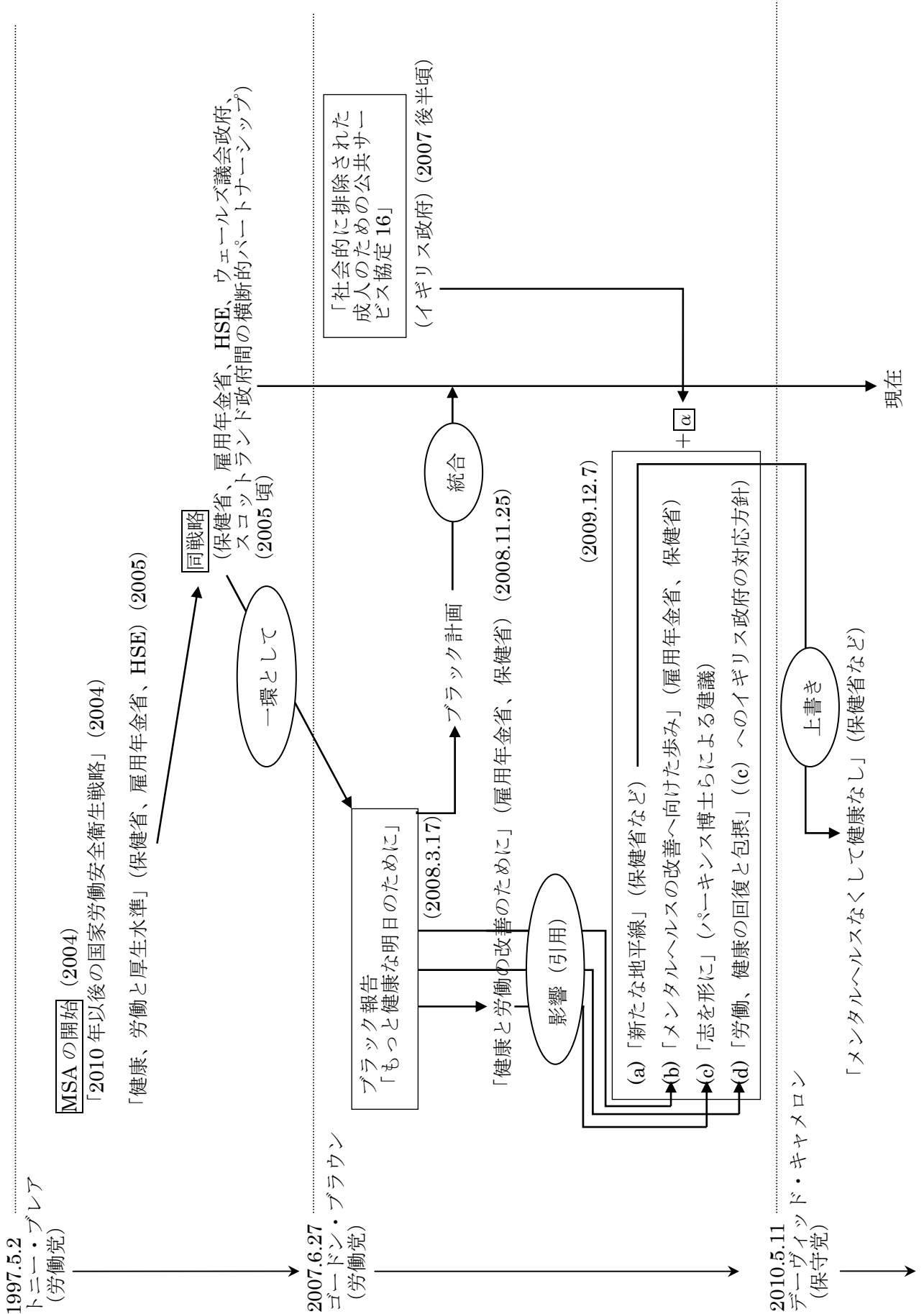
2) 職業別データ

	2003/04年	2009/2010年
全職種	12803 (0.56)	9830 (0.42)
管理監督者	1931 (0.49)	1088 (0.26)
技術士補その他技術者	1922 (0.58)	2201 (0.62)
経営・秘書	1614 (0.62)	634 (0.27)
うち経営管理者	1277 (0.65)	594 (0.32)
専門職	1372 (0.46)	1511 (0.43)
単純作業	1075 (0.49)	不明
個人的なサービスの提供	702 (0.48)	1383 (0.79)
うち介護的業務	504 (0.47)	1135 (0.83)
営業・接客	559 (0.41)	不明
スキルを要する取引	564 (0.18)	841 (0.30)

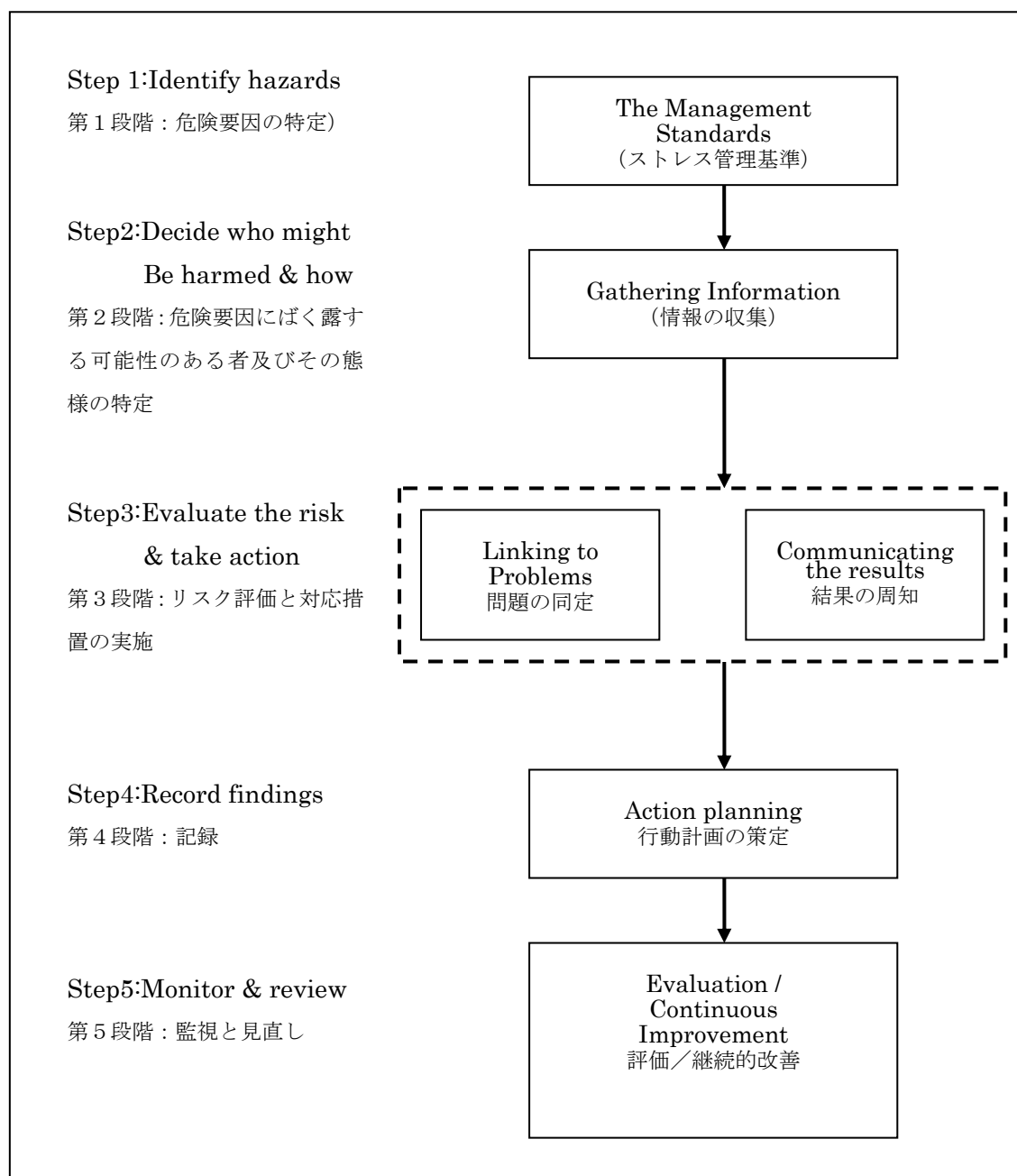
3) 事業場規模別データ

	2003/04年	2009/2010年
全産業	12803 (0.56)	9830 (0.42)
小規模 （被用者数50人未満）	4546 (0.37)	4196 (0.34)
中規模 （被用者数50～249人）	2933 (0.62)	1749 (0.37)
大規模 （被用者数250人以上）	2969 (0.57)	2611 (0.48)

(図 1)



(図2)



Management Standards Approach: Risk Management

(図3)

○イギリスのストレス管理基準（MS：Management Standard）のストレス評価指標

<p>職務の内容</p>
<p>要求 (Demands)</p> <p>これには仕事量、作業の型（パターン）、作業環境が含まれる。</p> <p>基準：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被用者が、課せられた職務に対応できると述べているか。 ・個々人の苦情にその場所ごとに対応できる体制が整っているか。 <p>達せられるべき事柄／状態</p> <ul style="list-style-type: none"> ・組織が、被用者に対して、<u>所定労働時間との関係で充分かつ達成可能な要求を与えている。</u> ・その者のスキルや能力と仕事上の要求が見合っている。 ・職務が<u>被用者の許容能力範囲内</u>で設計されている。 ・被用者の作業環境に関する<u>苦情が申し立てられている。</u>
<p>裁量 (Control)</p> <p>仕事のやり方についてどれだけ意見を述べられるか。</p> <p>基準：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被用者が、仕事のやり方について発言権を持っていると述べているか。 ・個々人の苦情にその場所ごとに対応できる体制が整っているか。 <p>達せられるべき事柄／状態</p> <ul style="list-style-type: none"> ・可能な場面において、<u>被用者自身が作業のペースを決定</u>できる。 ・被用者が、職務遂行にあたり、<u>保有するスキルを活用</u>したり、積極性を発揮することが奨励されている。 ・可能な限り、被用者が新しく挑戦的な仕事を遂行できるようになるような新たなスキルの習得が奨励されている。 ・被用者がその<u>スキルを高めることが組織的に奨励</u>されている。 ・被用者が休憩をとるタイミングについて発言権を持っている。 ・被用者が、<u>実施する作業の型（パターン）</u>について<u>協議</u>することができる。
<p>支援 (Support)</p> <p>これには組織、ラインの管理職および同僚による励まし、援助、資源の提供が含まれる。</p> <p>基準：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被用者が、十分な情報と同僚や上司からの支援を受けていると述べているか。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 個々人の苦情にその場所ごとに対応できる体制が整っているか。 <p>達せられるべき事柄／状態</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 組織が、被用者を十分に支援できるだけの<u>方針や手続</u>を策定している。 ・ <u>管理者が部下を支援</u>することが可能となり、奨励されるような<u>体制</u>がある。 ・ <u>被用者が同僚を支援</u>することが可能となり、奨励されるような<u>体制</u>がある。 ・ <u>被用者が</u>、どのような<u>支援を活用</u>でき、いつどのようにそれを得られるかを知っている。 ・ 被用者が、その職務遂行に必要な資源を得る方法を知っている。 ・ 被用者が、定期的で建設的なフィードバックを受けている。
--

<p>職務の背景</p>
<p>人間関係 (Relationship)</p> <p>これには紛争を避けるための積極的な取り組みの促進や、受け入れがたい行為への対応が含まれる。</p> <p>基準：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 被用者が、職場でのいじめなどの受け入れがたい行為に侵されていないと述べているか。 ・ 個々人の苦情にその場所ごとに対応できる体制が整っているか。 <p>達せられるべき事柄／状態</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>組織が</u>、<u>紛争を避け</u>、<u>公正さを確保</u>するため、職場での<u>ポジティブな行動を促進</u>している。 ・ <u>被用者が</u>、<u>作業に関する情報を共有</u>している。 ・ 組織が、受け入れがたい行動を回避し、解決するための<u>方針や手続</u>を策定している。 ・ 管理者が受け入れがたい行為に対応することが可能となり、奨励されるような体制がある。 ・ <u>被用者が受け入れがたい行為を報告</u>することが<u>可能となり</u>、<u>奨励される</u>ような体制がある。
<p>役割 (Role)</p> <p>就労者が組織内での自身の役割を理解しているか、就労者が役割葛藤に陥らない状態を組織が確保しているか。</p> <p>基準</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 被用者が、自身の役割や責任を理解していると述べているか。 ・ 個々人の苦情にその場所ごとに対応できる体制が整っているか。 <p>達せられるべき事柄／状態</p>

- ・組織が、被用者に課される異なる役割の間で、できる限り調和がとれるようにしている。
- ・組織が、被用者が自身の役割と責任を理解できるだけの情報を提供している。
- ・組織が、被用者に課される役割が、できる限り明確になるようにしている。
- ・被用者がその役割や責任に関する不明確さや葛藤について、苦情を申し立てることが可能となり、奨励されるような体制がある。

変化（Change）

（大小を問わず）組織的な変化が、当該組織内でどのように管理され、伝達されているか。

基準

- ・被用者が、組織的な変化に遭遇する際には組織の支援がなされていると述べているか。
- ・個々人の苦情にその場所ごとに対応できる体制が整っているか。

達せられるべき事柄／状態

- ・組織が、被用者に対して、予定された変化の理由を理解させられるだけの時機に叶った情報を提供している。
- ・組織が、変化に関して被用者と十分に協議し、その予定について被用者の意見を反映させる機会を提供している。
- ・被用者が、変化がその職務に与える可能性の高い影響について認識している。また、必要に応じて、その職務上の変化に応じた支援のための教育訓練の機会が提供されている。
- ・被用者が、変化のスケジュールを認識している。
- ・被用者が、変化の過程でそれに関連する支援を受けられる。

¹ WHO Profile Report 2009: Overview of Occupational Health and Safety. United Kingdom, 2009（以下、WHO Profile Report 2009 と略称する） at 39.

² HSE: Developing the Management Standards Approach within the Context of Common Health Problems in the Workplace, 2009（以下、HSE, 2009a という） at 7.

なお、ここでは以下の参考文献が挙げられている（以下、間接参考文献は、一括して文献一覧に記載し、本文・脚注では文献一覧に掲げた略語のみを記載する）。

Cox, 1993; Cox et al., 2000; Cox et al., 2003.

³ 小畑史子:労働安全衛生法規の法的性質(2).法学協会雑誌,112:381-382,1995 を参考にしつつ、現行規定に基づいて報告者が整理した。

⁴ 小畑前掲論文 383 頁を参照した。

⁵ HSE: A Strategy for Workplace Health and Safety in Great Britain to 2010 and beyond, 2010（以下、HSE, 2010 という） at 2.

⁶ 小畑前掲論文 383 頁を参照した。

⁷ 小畑前掲論文 384 頁。

⁸ 典型は、さまざまな会社に店舗を貸している 1 ブロックの商店街の所有者などである（小畑前掲論文 385 頁）。

⁹ 本規定は、まさに一般公衆の安全衛生も目的に含めた規定である。この規定のもとに規則や附則（schedule）が策定され、有害物質の取扱いにライセンス・登録が要求されている（小畑前掲論文 385 頁）。

¹⁰ 日本の安衛法でも、第 3 条第 2 項（努力義務、罰則なし）、第 5 章第 1 節（機械等に関する規制）、同第 2 節（危険物及び有害物に関する規制）などに同様の規制がある。

うち第 5 章第 1 節の規定に付された罰則は以下の通り。

・第 3 7 条第 1 項、第 4 4 条第 1 項、第 4 4 条の 2 第 1 項：1 年以下の懲役又は 1 0 0 万円以下の罰金（第 1 1 7 条）

・第 5 3 条（第 5 3 条の 3 から第 5 4 条の 2 までにおいて準用する場合を含む。）、第 5 4 条の 6 第 2 項の規定による業務停止命令違反：当該違反者たる登録製造時等検査機関等の役員又は職員に対して 1 年以下の懲役又は 1 0 0 万円以下の罰金（第 1 1 8 条）

・第 3 8 条第 1 項、第 4 0 条第 1 項、第 4 2 条、第 4 3 条、第 4 4 条第 6 項、第 4 4 条の 2 第 7 項：6 か月以下の懲役又は 5 0 万円以下の罰金（第 1 1 9 条第 1 号）

・第 4 3 条の 2 の規定による命令に違反した場合：当該違反者に対し同上（第 1 1 9 条第 2 号）

・第 4 0 条第 2 項、第 4 4 条第 5 項、第 4 4 条の 2 第 6 項、第 4 5 条第 1 項若しくは第 2 項：5 0 万円以下の罰金（第 1 2 0 条第 1 号）

・第 4 4 条第 4 項又は第 4 4 条の 2 第 5 項の規定による表示をせず、又は虚偽の表示をしたとき：当該違反者に対し同上（第 1 2 0 条第 3 号）

・第 4 9 条（第 5 3 条の 3 から第 5 4 条の 2 までにおいて準用する場合を含む。）の規定による届出をせず、又は虚偽の届出をしたとき：当該違反者たる登録製造時等検査機関等の役員又は職員に対し 5 0 万円以下の罰金（第 1 2 1 条第 1 号）

その他、製造時等検査、性能検査、個別検定又は型式検定の業務に従事する登録製造時等検査機関、登録性能検査機関、登録個別検定機関又は登録型式検定機関の役員又は職員
の収賄等については、懲役刑の定めが設けられている（第 1 1 5 条の 2）。

他方、第 5 章第 2 節の規定に付された罰則は以下の通り。

・第 3 7 条第 1 項、第 4 4 条第 1 項、第 4 4 条の 2 第 1 項：1 年以下の懲役又は 1 0 0 万円以下の罰金（第 1 1 7 条）

・第 5 5 条：3 年以下の懲役又は 3 0 0 万円以下の罰金（第 1 1 6 条）

・第 5 6 条第 1 項：1 年以下の懲役又は 1 0 0 万円以下の罰金（第 1 1 7 条）

・第 5 6 条第 3 項もしくは第 4 項、第 5 7 条の 3 第 5 項、第 5 7 条の 4 第 5 項：6 月以

下の懲役又は50万円以下の罰金（第119条第1号）

・第56条第5項の規定による命令に違反した場合：当該違反者に対し同上（第119条第2号）

・第57条第1項の規定による表示をせず、もしくは虚偽の表示をし、又は同条第2項の規定による文書を交付せず、もしくは虚偽の文書を交付した場合：当該違反者に対し同上（第119条第3号）

・第57条の3第1項：50万円以下の罰金（第120条第1号）

・第57条の4第1項の規定による命令又は指示に違反した場合：当該違反者に対し同上（第120条第2号）

¹¹ 「協力」義務は工場法等既存の労働安全衛生立法には規定されておらず、HSWA で初めて設けられた義務であったという（小畑前掲論文 385 頁）。

¹² もっとも、本条違反は、使用者が第2条所定の義務を果たしていたことが明らかにされた場合にのみ問題とされるのが通例であるという（小畑前掲論文 385 頁）。

¹³ HSWA 立法の土台となったローベンス報告の示した方向性の中には、事後的な補償の仕組みの構築による間接的なインセンティブよりも、専門性を持つ履行確保措置の担当機関に禁止命令や改善命令の発令権限など、法の運用にかかる大きな権限を与えることとともって、実効的な労災予防を図る方策が含まれていた（小畑前掲論文 379 頁）。

¹⁴ WHO Profile Report 2009 at 39.

¹⁵ Id. at 39-40.

¹⁶ Id. at 40.

¹⁷ Id. at 40.

¹⁸ 小畑前掲論文 379 頁。

¹⁹ HSE: Managing the Causes of Work-Related Stress(2d edition), 2007（以下、HSE, 2007 という） at 2.

²⁰ 英国健康保護局（HPA）は、同国政府により2003年に設立された独立機関であり、公衆を感染症や環境上の危険から保護することをその目的としている。その主な方法は、公衆一般、医師・看護師等の衛生専門職、国・地方政府へのアドバイスの提供である。ロンドンを含め計4か所にセンターを持ち、2012年には、英国保健省に新たに設置される英国公衆衛生庁（Public Health England）に組み込まれる予定である。

²¹ WHO Profile Report 2009 at 39; HSE, 2007 at 1.

²² WHO Profile Report 2009 at 40.

²³ HSE, 2009a at 7.

ここでは以下の参照文献が挙げられている。

Cousins et al., 2004; Mackay et al., 2004.

²⁴ HSE, 2009a at 7.

²⁵ Ibid.

²⁶ Ibid.

ここでは以下の参照文献が挙げられている。

Cox et al., 2007b; Broughton et al., 2008.

²⁷ このうち健康な職場づくりのための問題解決（SiP2）については、ストレスに関するMSAと公共部門の疾病休業管理プログラムのMSとの連携が図られてきた。しかし、この連携の試みは、「いささか性急になされ、たしかにメッセージとして聞こえはよいが、いささか原理論的に過ぎる」と指摘されている。このような事態を招いた原因の一部には、ストレスと疾病休業間の特別な関係についての理解不足があったが、のみならず、ブラック報告書が勧告していた「健康と労働の関係性の認識と強化（health and work）」へ向けた一体的取り組みを支える概念的なモデル、知識、姿勢が未成熟であったことも指摘されている（HSE, 2009a at 8）。作業関連ストレス－健康－労働の三者関係に関する専門家を含めた関係者の理解や、そうした理解に基づく関係強化のための概念づくりや仕組みづく

りが進まなければ、実効的な対策が困難なことをうかがわせるが、逆に、そうした取り組みの充実化が望ましい結果を担保するかは定かでない。

²⁸ WHO Profile Report 2009 at 41.

²⁹ Daniels, K., Karanika-Murray, M., Mellor, N., Veldhoven M., Moving Policy and Practice Forward: Beyond Prescriptions for Job Characteristics. In Biron, C., Karanika-Murray, M., Cooper, C. (Eds.). *Organizational Stress and Well-being Interventions: Addressing Process and Context*. Routledge, 2012 (未刊。2012年6月発刊予定。以下、Daniels et al., 2012: Forthcoming: Forthcoming といい、ページ数には報告者が Karanika-Murray 博士から得た生原稿のページを記載する)。

本稿は、イギリスの国家的ストレス対策について新たな方向性を打ち出している。すなわち、これまでの施策は、MSを含め、Job-D (Demand) C (Control) S (Support) モデルを活用したリスク調査・管理を中心としており、これらはいわば欠点を見つけ出してバンソコを貼るような個別的、治療的な改善方式であったが、今後は、より積極的に理想的な職場環境が持つ条件 (competence) を類型化し、現実の条件をそれに沿わせていくことで、良好な職場環境形成を包括的に実現していく改善方式 (proactive approach) の方が有効と考えるようになって来ている。喩えれば、西洋医学的アプローチから東洋医学的アプローチへ、と形容することもできるであろう。

³⁰ ETUC, 2004; ILO, 2001; Leka et al., 2008; Leka et al., 2003 (Daniels et al., 2012: Forthcoming: Forthcoming at 1 に掲載された間接参照文献)。

³¹ Mackay et al., 2004 (Daniels et al., 2012: Forthcoming: Forthcoming at 1 に掲載された間接参照文献)。

³² Cousins et al., 2004 (Daniels et al., 2012: Forthcoming: Forthcoming at 1 に掲載された間接参照文献)。

³³ Mackay et al., 2004 (Daniels et al., 2012: Forthcoming: Forthcoming at 1-2 に掲載された間接参照文献)。

³⁴ Cox et al., 2000 (Daniels et al., 2012: Forthcoming: Forthcoming at 2 に掲載された間接参照文献)。

³⁵ HSE, 2007; Mackay et al., 2004 (Daniels et al., 2012: Forthcoming: Forthcoming at 2 に掲載された間接参照文献)。

³⁶ Cousins et al., 2004; Mackay et al., 2004 (Daniels et al., 2012: Forthcoming: Forthcoming at 2 に掲載された間接参照文献)。

³⁷ Daniels et al., 2012: Forthcoming: Forthcoming at 2.

³⁸ Ibid.

³⁹ Rick et al., 2002 (Daniels et al., 2012: Forthcoming at 2 に掲載された間接参照文献)。

⁴⁰ Cousins et al., 2004 (Daniels et al., 2012: Forthcoming at 2 に掲載された間接参照文献)。

⁴¹ Kompier, 2004 (Daniels et al., 2012: Forthcoming at 2 に掲載された間接参照文献)。

⁴² Daniels et al., 2012: Forthcoming at 2.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ HSE, 2009a at 7.

ここでは以下の参照文献が挙げられている。

Cox et al., 2007b; Broughton et al., 2008.

⁴⁵ HSE, 2009a at 7.

⁴⁶ HSC (Health and Safety Commission) は、従前は、HSWA に基づき創設された、いずれの省庁にも属さないイギリス (UK) の独立国家機関であり、HSE の上位にある雇用年金省の外局だったが、2008年にHSE内部の役員会となった。委員長と公労使を代表する6~9名の委員から構成され、いずれも国務長官—現在は雇用年金大臣—により任命される。その職務は、①HSWAの運用に携わる要員を支援すること、②そうした業務に関連

する調査や出版、教育訓練や情報提供を実施・支援すること、③そうした問題について、政府の省庁・部局、雇用者、被用者、両者がそれぞれ組織する団体などが必要な情報の提供を受け、またアドバイスを受けられるような条件を整えること、④規則を提案することなどである。また、従前は、国務長官に自身の立案する計画について報告し、長官の政策との整合性を維持する義務を負い、国務長官は、HSC に対して指令（direction）を与える権限を持っていた。

⁴⁷ HSE: The Secretariat Paper to Advisory Committee on Dangerous Pathogens: Reducing Risks, Protecting People: HSE's Decision Making Process(ACDP/72/P12), 2002（以下、HSE, 2002 という） at 1.

⁴⁸ Id. at 2.

⁴⁹ HSE, 2007 at 7.

⁵⁰ Selye, 1936 (斎藤瑞希,菅原正和:ストレスとストレスコーピングの実行性と志向性 (I)). 岩手大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要,6:231-243, 2007 などに掲載された間接参照文献) .

⁵¹ Lazarus, 1966; Lazarus et al., 1984 (斎藤,菅原前掲論文などに掲載された間接参照文献) .

⁵² HSE, 2007 at 1.

⁵³ Id. at 7.

⁵⁴ Id. at 8.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ HSE, 2007 at 7.

⁵⁸ Psychosocial Working Conditions in Britain in 2007 HSE 2007, <http://www.hse.gov.uk/statistics/pdf/pwc2007.pdf>.

⁵⁹ Self-Reported Work-Related Illness and Workplace Injuries in 2005/06: Results from the Labour Force Survey HSE 2007, <http://www.hse.gov.uk/statistics/lfs/lfs0506.pdf>.

⁶⁰ Briner et al., 2003.

⁶¹ HSE: Organisational responses to the HSE management standards for work-related stress, 2009（以下、HSE, 2009b という） .

⁶² Lelliot et al., 2008（HSE, 2009b at 2 に掲載された間接参照文献） .

⁶³ HSE Statistics 2007 年（HSE, 2009b at 2 に掲載された間接参照文献） .

⁶⁴ Economic and Social Research Council, 2006（HSE, 2009b at 2 に掲載された間接参照文献） .

⁶⁵ Cox et al., 2000; Cox et al., 2002; Cox et al., 2003（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献） .

⁶⁶ Kompier, 2006; Kompier et al., 2000; Jansen et al., 2005（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献） .

⁶⁷ Mackay et al., 2004; Cousins et al., 2004（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献） .

⁶⁸ Kompier, 2004（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献） .

⁶⁹ HSE, 2009a at 14.

⁷⁰ Cox, 1993; Cox et al., 2000（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献） .

⁷¹ Mackay et al., 1986; Kasl et al., 1987; Cox et al., 2007a; Karanika, 2006（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献） .

⁷² Macleod et al., 2003（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献） .

⁷³ McPherson, 2001（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献） .

⁷⁴ Griffiths, 1999; Cox et al., 2007a（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献） .

⁷⁵ HM Treasury, 2004（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献） .

⁷⁶ Griffiths et al., 2006 (HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献) .

⁷⁷ WHO Profile Report 2009 at 40; HSE, 2009b at 2.

⁷⁸ HSE, 2009b at 2.

⁷⁹ このうち労災との関係を指摘する文献として、Briner, R.B. (Birkbeck College), Amati, C & Lardner R. (The Keil Centre): Development of Internal Company Standards of Good Management Practice and a Task-Based Risk Assessment Tool for Offshore Work-Related Stressors RR107 HSE

Books(<http://www.hse.gov.uk/research/rrhtm/index.htm>),2003 (以下、Briner et al., 2003 という) .

⁸⁰ 石津克己 (厚生労働省職業安定局派遣・有期労働対策部企画課課長補佐 (元在英国日本国大使館書記官)) : 英国の労働安全衛生～課題・政策・組織～. (未定稿。ページ数には生原稿のページを記載する) ,1,2010.

⁸¹ (a)は保健省が中心となって作成した100頁にわたるガイダンスであり、後に保守党・自民党連立政権下で新たに上書きされた。上書き後のタイトルは、「メンタルヘルスなくして健康なし～メンタルヘルスの改善に関する省庁横断的国家戦略～」(No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages) と命名されている。(c)はラカエル・パーキンス (Rachel Perkins) 、ポール・ファーマー (Paul Farmer) 、ポール・リッチフィールド (Paul Litchfield) の3名の学識者が雇用年金省に宛てた、政府のメンタルヘルス不調者支援の改善に関する建議的な文書であり、次の3つの視点を基本としている。

①メンタルヘルス不調状態にある人びとのニーズによりの確に答えられるような基盤を増大させると共に、現行の仕組みの中にある神話（：できもしないことをさもできるかのように言うこと）を排除すること。

②より充実した支援モデル～イギリス本国の歴史的な文脈の中での「個人の就職支援 (Individual Placement and Support(IPS))」～

③取り組みの成果の効果的な監視及び修正実行のためのシステムの確立

そして、(d)は(c)に対する政府の基本的対応方針を記した文書である。

⁸² この文書と併せて、「社会的に排斥された成人のための公共サービス協定 (PSA 16)」(Socially excluded adults Public Service Agreement (PSA 16)) も公表されている。これは、中央政府、地方公共団体、両者の関係にまたがる優先的な共通指標を整理した協定・戦略の一環として策定されたもので、8つの指標とガイドライン・ノートから成っている。その目的は、社会的に排斥された成人 (犯罪者、保護の必要性がありながら遺棄された者、メンタルヘルス不調者、知的障害者など) に対し、サクセスフルな生活への道筋を付けさせるための調整を図ると共に、雇用・教育訓練機会を提供しようとする点にある。メンタルヘルス不調者に対しては、外部支援機関への橋渡しが主な調整措置と位置づけられている。

⁸³ Health and Safety: The State of Play:XpertHR, Source: Health and Safety Bulletin Issue: 403 Date: 01/11/2011 Publisher: LexisNexis Butterworths.

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ HSE, 2009b at 2.

⁸⁶ HSE, 2007 at 1.

⁸⁷ HSE, 2009a at 12.

⁸⁸ Mackay et al., 2004 (HSE, 2009a at 12 に掲載された間接参照文献) .

⁸⁹ HSE, 2009a at 12.

⁹⁰ Cox, 1993; Cox et al., 2000 (HSE, 2009a at 12 に掲載された間接参照文献) .

⁹¹ Jordan et al., 2003 (HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献) .

⁹² Cousins et al., 2004 (HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献) .

⁹³ HSE, 2009a at 13.

-
- 94 Rick et al., 2002 (HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献) .
- 95 Cousins et al., 2004 (HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献) .
- 96 HSE, 2009a at 13.
- 97 Karasek et al., 1990 (HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献) .
- 98 Cox, 1978; Cox et al., 1981; Cox et al., 1996 (HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献) .
- 99 Michie et al., 2003 (HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献) .
- 100 HSE, 2008 (HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献) .
- 101 HSE, 2009a at 13.
- 102 WHO Profile Report 2009 at 40.
- 103 HSE, 2007 at 2.
- 104 Id. at 49.
- 105 Id. at 41.
- 106 HSE, 2009a.
- この調査に際しては、並行して科学・政策関連論文や関連する灰色文献（政府や公的機関による調査報告書など学者のピアレビューに付されていないもの）のレビューが実施され、デルファイ調査の解釈分析に活用された。
- 107 HSE, 2009a at 26-27.
- 108 Daniels et al., 2012:Forthcoming at 2-3.
- 109 HSE Statistics, 2009 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 2-3 に掲載された間接参照文献) .
- 110 HSE, Statistics 2009 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 3 に掲載された間接参照文献) .
- 111 Ibid.
- 112 Packham et al., 2009 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 3 に掲載された間接参照文献) .
- 113 Daniels et al., at 3.
- 114 Broughton et al., 2009 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 3 に掲載された間接参照文献) .
- 115 HSE, 2009c (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 3 に掲載された間接参照文献) .
- 116 Daniels et al., 2012:Forthcoming at 3.
- 117 HSE, 2007 at 8.
- 118 Id. at 9.
- 119 Id. at 10.
- 120 Id. at 10.
- 121 Id. at 11.
- 122 HSE, 2009a at 15-16.
- もっとも、ここで Kompier の指摘する問題点は、いずれも致命的なものではなく、克服可能な課題として肯定的に捉えられている。
- 123 Kompier, M.A.J.: Does the 'Management Standards' approach meet the standard? *Work & Stress*, 18: 137-139, 2004 (Kompier, 2004) .
- 124 Main et al., 2005 (Kompier, 2004 に掲載された間接参照文献) .
- 125 この点について、HSE, 2009a at 15 は、「ただし、HSE が 2004 年に基準値やフィルター (filters) の考え方を放棄したことは銘記されるべきであろう」との注釈を付している。
- 126 Cousins et al., 2004; Mackay et al., 2004 (Kompier, 2004 に掲載された間接参照文献) .
- 127 Daniels et al., 2012:Forthcoming at 3-4.

-
- 128 Cox et al., 2007b (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 3 に掲載された間接参照文献).
- 129 Broughton et al., 2009 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 3 に掲載された間接参照文献).
- 130 HSE, 2009a (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 3 に掲載された間接参照文献).
- 131 未刊のため確認不可能。
- 132 HSE, 2009a (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 4 に掲載された間接参照文献).
- 133 Cox et al., 2007b; HSE, 2009a; Tyers et al., 2009 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 4 に掲載された間接参照文献).
- 134 Broughton et al., 2009 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 4 に掲載された間接参照文献).
- 135 HSE, 2009a; Tyers et al., 2009 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 4 に掲載された間接参照文献).
- 136 European Agency for Safety & Health at Work, 2009 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 4 に掲載された間接参照文献).
- 137 Cox et al., 2007b; HSE, 2009a; Tyers et al., 2009 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 4 に掲載された間接参照文献).
- 138 Cox et al., 2007b (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 4 に掲載された間接参照文献).
- 139 Broughton et al., 2008; Cox et al., 2007b; HSE, 2009a; Tyers et al., 2009 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 5 に掲載された間接参照文献).
- 140 HSE, 2009a (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 5 に掲載された間接参照文献).
- 141 Broughton et al., 2008 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 5 に掲載された間接参照文献).
- 142 Tyers et al., 2009 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 5 に掲載された間接参照文献).
- 143 HSE, 2009a (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 5 に掲載された間接参照文献).
- 144 HSE, 2009a at 27 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 5 に掲載された間接参照文献).
- 145 Tyers et al., 2009 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 5 に掲載された間接参照文献).
- 146 Cox et al., 2007b; HSE, 2009a (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 5 に掲載された間接参照文献).
- 147 Rick et al., 2002 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 5 に掲載された間接参照文献).
- 148 Daniels, 2011 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 5 に掲載された間接参照文献).
- 149 Daniels, 2006 (Daniels et al., 2012:Forthcoming at 6 に掲載された間接参照文献).
- 150 Ibid.
- 151 HSE, 2009a at 14-15.
- 152 Rick et al., 2000 (HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献).
- 153 Adams et al., 2004 (HSE, 2009a at 15 に掲載された間接参照文献).
- 154 報告者は、ここにイギリスがMSAの開発に関連して多額の予算を計上し、主な支援の対象としてきた心理社会学(者)の発想の斬新さと危うさが凝縮的に同居しているように感じる。メガ・コンペティション等の時代情勢を背景に、職場の健康管理についても後ろ向き・保護的発想より前向き・自立的発想が求められるとの論旨に特段の異論はないが、不調者の再生や職務適応には、時期や場面によっては、後ろ向きの発想を正面から受け止め、手厚い保護の下で安心して休息できる環境条件を職域ないし職場内で形成することも不可欠と解されるからである。例えば、日本の安衛法第62条や安衛則第61条第2項なども、疾病の治療や管理を全て個人の私生活に委ねる発想は採用していない。たしかに、イギリスの安全衛生法は、安全衛生のみならず、厚生水準の確保をも罰則付きで義務づけ

ている一方、国自体として、EU の労働・社会規制からの自律性を確保しようという動きもあるようなので、日本と同じ文脈では論じられないであろう。しかし、各国の法令や法理論は、一定程度時代の影響を受けはするものの、それなりの歴史や脈絡を踏まえて形成されている以上、そうした前提を捨象し、軽視されるべきものではない。

¹⁵⁵ HSE, 2009a at 8.

¹⁵⁶ Ibid.

¹⁵⁷ Ibid.

¹⁵⁸ Ibid.

¹⁵⁹ WHO Profile Report 2009 at 40.

¹⁶⁰ 本文で示した HSE, 2009a や Daniels et al., 2012: Forthcoming からもうかがわれるが、より直接的な情報は、報告者がノッティンガム・トレント大学心理学系上級講師 (senior lecturer) である Maria Karanika-Murray 氏との交信から得た。

¹⁶¹ HSE, 2007 at 7.

厚生労働科学研究費補助金

分担研究報告書

デンマークの産業精神保健法制度

分担研究者 井村 真己 沖縄国際大学法学部・教授

研究要旨：デンマークにおける産業精神保健法制度は、労働環境法を中心として、いわゆる PDCA サイクルに準じた形で心理社会的労働環境 (psychosocial working environment) に関する職場リスク評価とその改善という 1 次予防を中心として進めていくことを企業に義務づける形で発展してきた。その上で、企業の労働環境改善の実施状況を労働環境局による予告なしの査察および認証を通じて法の履行を確保するところに制度としての特徴を見ることができる。

デンマークの法政策の背景としては、他国との比較で自殺率が高いなど元々メンタル不調を想定させる国民の割合が多かったこと、また労働政策および社会保障政策において先進的な取り組みを行ってきているにも関わらず、労働災害や労働を要因とする疾病休業が減少していないこと、人的資源にさほど恵まれていないことからその活用を図っていかなければならないことなどが挙げられよう。デンマーク政府は、1990 年代後半からさまざまな行動計画や戦略を積極的に設定してきており、メンタルヘルス対策を含む労働環境の改善は、デンマークにとって重要な政策課題となっているということができる。

労働環境法に基づく職場のリスク評価は、労働状態の認識および対応関係の作成、問題の記述と評価、疾病休業への関与、優先順位と行動計画、フォローアップという循環的な形で行われるものである。企業自身で取り組むことを主眼として、行政機関によるガイダンスツールや調査票の提供、また外部のコンサルタントの利用を容易にする方策が展開されている。また、この職場リスク評価のために独自の調査票 (COPSOQ) の開発を行うなど、心理社会的労働環境の知見を積極的に活用している点は注目に値すると思われる。

このようなデンマーク政府の取り組みに対する具体的効果であるが、現時点では、良好な労働環境を維持している企業が多く、その意味では労働環境法に基づく職場リスク評価と査察制度は一定の効果を上げているものということができるが、これはあくまでも労働環境全体に対する評価であって、メンタル不調に起因する疾病休業を取得する被用者数について目立った減少が見られるわけではなく、また 2010 年のデンマーク労働健康調査においても未だに多くの被用者が社会心理的労働環境上の問題を抱えていることが明らかとなっている。

こうした状況を受けて、最近のデンマーク政府および専門家の取り組みは、よりリスク要因の高い企業に対する査察を強化すると共に、疾病休業を取得した被用者の職場復帰へと政策の焦点を徐々に移行させているように見受けられるが、これまでの 15 年間で展開されてきた政策に対する

評価にはもう少し時間が必要なのではないかとされる。

A. 研究目的

統一研究課題に記されている通り、①諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果を解明し、②わが国への適応可能性を探ることにあるが、本年度と次年度の調査研究は、①を目的としている。

B. 研究方法

基本的には、第1回班会議（2011年4月23日）でのブレインストーミングを踏まえて研究代表者が作成、呈示したフォーマット（「調査報告書の基本的な構成」）に即し、原則として第一次資料のレビューに基づいて必要事項を調査する方途を採用した。本研究の対象国であるデンマークに関しては、基本的に上記のフォーマットに即して研究を行っている。

C. 研究結果

デンマークは、人口約554万人ほどの小国であるが、労働政策¹、社会保障政策の領域においては先進的な取り組みを行っている国として知られている。デンマークにおける産業精神保健法制度は、基本的にはわが国と同様に労働における安全衛生確保という枠組の中で行われているが、デンマークの場合は、いわゆるPDCAサイクルに準じた形で心理社会的労働環境（psychosocial working environment）の職場リスク評価とその改善という1次予防を中心として進めていくことを企業に義務づけた上で、その実施状況を労働環境局による予告なしの査察および認証を通じて法の履行を確保していこうとするところにその特徴をみることができる。この職場リスク評価は、メンタルヘルス対策に特

化したものではなく、むしろ労働安全衛生全般を対象として予防を図ろうとするものであるが、近年のストレスによる病気休暇の増加傾向を受けて、よりメンタルヘルス対策としての側面を強めている。

また、企業が職場リスク評価を行うにあたって、さまざまなガイダンスツールや調査票に関する研究が積極的に行われており、その成果はデンマークのみならず世界各国で利用されるに至っている。

1. 公法

1.1. 法令、行政規則（ガイドラインなど）、計画など

1.1.1. 労働環境法（Working Environment Act, デンマーク語：Arbejdsmiljøloven）

デンマークにおける産業精神保健法制度は、労働安全衛生に関する一般的規制を定める法制度である労働環境法（Working Environment Act, デンマーク語：Arbejdsmiljøloven）がその中心となっている。労働環境法の目的は、社会における技術的社会的発展に調和した安全かつ健康な労働環境を創設することであるが、それを労働環境局による行政的監督のみならず、労使間の協約にも同等の効力を認めた上で、これらによって労働環境に関する問題の解決を図ろうとするところに特徴があるといえる（1条）。このことは、72条b1項において、労働協約において労働環境法に規定する法的義務と類似の義務を含む場合には、労働環境局による行政的監督を受けず、協約当事者の自治に委ねられる旨規定されている。この規定に従って、2004年11月25日行政命令1156号および2005年8月のガイダンスにより除外対象

となる規定が定められている²。したがって、デンマークにおけるメンタルヘルス対策は、労働環境法のみならず、各産業における労働協約も重要な役割を果たしているものと考えられるが、本報告では、ひとまず立法上の規制内容を明らかにすることに主眼を置くことにする。

デンマークにおけるメンタルヘルス対策は、心理社会的労働環境（Psychosocial Working Environment）を改善するといういわゆる1次予防を中心とするが、労働環境法の規定上重要なのは、使用者に対して職場リスク評価を義務づける15条aである。同規定は、以下のように定めており、使用者は、事業における労働の性質、手段、プロセス、規模に留意しつつ、事業場における労働安全衛生の状態について書面で職場リスク評価を行い、それを被用者がアクセスできる場所に掲示しなければならない義務を負うとしている。さらに、職場リスク評価は、3年ごとに改訂が義務づけられているため、職場における労働環境の直近の問題点を洗い出して対応することが必要となっている。

1.1.2. 行政命令 559 号（2004 年 6 月 17 日）

行政命令（Executive Order, デンマーク語:Bekendtgørelse）559 号は、労働安全衛生の改善を促進するための施策の導入に関する1989年6月12日EU指令6条2項に掲げられている予防原則³を前提としつつ、デンマークにおける労働環境の改善のための規則を定めている。

1.1.3. 行政命令 96 号（2001 年 2 月 23 日）

行政命令96号6条では、職場に関して、メンタルヘルスへの影響を考慮してデザインしなければならないとしている。

1.1.4. 職場リスク評価の準備および評価に関するガイドライン（Guidelines to preparation and review of workplace assessments, D.1.1）（2002 年 11 月制定、2010 年改訂 2 版）

労働環境法15条aおよびその関連行政命令を踏まえて、職場におけるリスク評価を行うためのガイドラインとして、「職場リスク評価の準備および評価に関するガイドライン」が2002年に労働環境局によって作成されている⁴。このガイドライン自体は法的な拘束力を持つものではないが、法律および規則を遵守するに当たっては、このガイドラインに基づく職場リスク評価を行うことが必要となる。ガイドラインの詳細については、後述の1次予防の項目において扱う。

1.2. 法の管轄機関・執行権限等

労働環境法の執行に関する最高責任者は、雇用担当大臣（Minister of Employment）であり、労働における安全衛生に関する行政上の権限を有する（労働環境法69条）。労働環境局は、雇用担当大臣の援助の下で実際の査察等を担当する（デンマークにおける労働安全衛生にかかる枠組については、図を参照）。また、デンマークの特徴として、労働環境法において雇用担当大臣の諮問機関として労使の代表により構成される労働環境評議会（Working Environ-

ment Council) が設置されており、労働安全衛生分野における法政策形成に大きな役割を果たしている。

1.2.1. 労働環境局 (Working Environment Authority; WEA デンマーク語 : Arbejdstilsynet)

労働環境局は、中央組織と地方の監督官 (regional inspectorates) により構成されており、その権限については、労働環境法 72 条 1 項に定められている。デンマークにおける労働環境への査察制度は、72 条 a に規定されているが、この部分は、2011 年 6 月の改正⁵により、リスクベースによる監督 (risk-based supervision) が導入されるに至っている。この改正は、後述する 2011 年 3 月の与野党合意を反映したものであり、労働環境についてもっとも問題のある企業への査察を確保すること、また 2 名より多くの正社員を雇用しているすべての企業および 1 名または 2 名の正社員を雇用している約半数の企業へ 2019 年度末までに労働監督官が訪問することを確保することをその目的とし、特にメンタルヘルス対策に特別な焦点を合わせたものと説明されている。

1.2.2. その他の当事者

直接的な法の執行権限を有するわけではないが、メンタルヘルスに関する法政策の形成や企業がメンタルヘルス対策を行っていく上で重要な役割を果たしている機関として、労働環境法に基づき設定されている労働環境評議会や、私企業による労働安全衛生コンサルタントが挙げられる。

1.2.2.1. 国立労働環境研究センター

国立労働環境研究センター (National Research Centre for Working Environment;

NRCWE, デンマーク語 : Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø) は、それまでの国立安全衛生機構 (National Institute of Occupational Health, デンマーク語 : Arbejdsmiljøinstituttet) を 2006 年に改組して設立されたものであり、健康および安全に関する学術的なハブとして、雇用担当大臣やソーシャル・パートナー、企業や労働安全衛生コンサルタントなどが健康や労働状態に関する専門的知見を提供する機関として設置されており、所属する研究者が、Scandinavia Journal of Public Health、Scandinavia Journal of Work, Environment & Health といった北欧系の学術雑誌に最新の研究成果を発表している。

1.2.2.2. 労働環境評議会

労働環境評議会 (Working Environment Council) は、労働環境法第 12 章以下の規定において、労働組合や使用者団体の中央組織、および政府関係者の参加により設置されている機関であり、その主な権限は、

(1) 労働環境に関する目標および優先順位、(2) 労働環境評議会、産業別労働環境評議会 (現在建設業、重工業、小売業、農業、サービス業、福祉業など 11 種の産業について設立されている)、国立労働環境研究センター間で、68 条に規定された基金の分配、(3) 労働環境の問題について雇用担当大臣に対して助言を行い、必要に応じて勧告を行うことである (法 66 条 1 項)。

また、評議会は、労働環境に関して重要な問題につき討議を行うことができ、またその問題に関する意見を雇用担当大臣に提出することができる。評議会は、その目的のために、学際的な性格をもつ開発あるいは分析活動を開始することや (同条 2

項)、法の改正および新規立法に関する意見や提案、法に基づく規則の草案作成に関与することができる（同条3項）。

このように、労働環境法は、労使参加による評議会を通じて、法政策決定前に三者間での協議を行うように規定されており、労使が法の具体的内容に関して大きく関与する余地があるといえることができるが、これはメンタルヘルス対策に限らず、デンマークの労働・社会保障関係の立法における一つの特徴であるといえよう。

1.2.2.3. 労働安全衛生コンサルタント

労働安全衛生コンサルタントは、労働環境に関する分析を行い、職場の具体的なデザインを提案することを通じて企業を援助する私企業である。使用者が、その内部に必要な労働安全衛生に関する専門家が存在していない場合、労働安全衛生コンサルタントに職場の労働環境について援助を受けることができるが、法違反の是正に関してはコンサルタントからの援助が義務づけられる場合がある（法12条・13条）。

1.3. ストレスマネジメントの具体的な方策

1.3.1. 1次予防面

労働環境局による査察により労働環境の評価・改善のサイクルを通じて、企業による心理社会的ストレス対策の取り組みを進めることを目的としており、危険因子（労働量、速度、感情負担、夜勤・交替制勤務、暴力・脅威、いじめ・ハラスメント）ごとにガイドラインツールの活用により問題点を洗い出した上で、その改善のための対策を行っていくことが求められる。

ガイドラインは、職場リスク評価を行っ

てより良い労働環境を構築することによる利点を以下の4点に集約している。

- 事故および職業上の疾病に起因するコストの削減
- 病気休暇の削減
- (病気等による)被用者の配置転換の削減
- ・労働満足度、モチベーション、および生産性の向上

1.3.1.1. 職場リスク評価の要件

ガイドラインによれば、企業が職場リスク評価を遂行するに当たって必要となるのは以下の点である。

- 職場リスク評価は書面によらなければならない。
- 職場リスク評価は、管理職、被用者および労働監督官が読むことのできる場所に掲示されていなければならない。
- 職場リスク評価のプロセスに関しては、通常5つのフェーズから構成されており、各企業は、その中からもっともよく作用すると考える手法およびツールを選択しなければならない。
- 管理職および被用者は、職場リスク評価のプロセスにおいて協働しなければならない。

職場リスク評価のプロセスについては、労働環境法に基づいて設置が義務づけられている安全衛生委員会が関与することになる。このプロセスには、計画、編成、監視および評価を含むものである。安全衛生委員会の設置が義務づけられていない企業においては、被用者の代表が同様に関与しなければならない。

1.3.1.2. 職場リスク評価の5つの要素

職場リスク評価を機能させるためには、以下の5つの要素を含む形で職場リスク評価を行わなければならないものとされている。

1.3.1.2.1. 労働条件の認識および対応関係の作成

職場リスク評価のプロセスは、事業のすべての面における労働環境がどのようになっているかを位置づけなくてはならない。この場合、事業場外での労働についても同様に評価しなければならない。この位置づけに関して具体的な要件は定められていないが、少なくとも、被用者への面談、円卓会議、満足度調査（Trivselsundersøgelser）、質問票の配布、労働監督官によるチェックリストの利用、労働環境評議会による資料の活用などを通じて行わなければならない。問題がある場合、それは場合に応じてエルゴノミクス、バイオテクノロジー、化学、物理、社会心理に関して記述する必要がある。

1.3.1.2.2. 問題の記述と評価

問題の認識と位置づけによって、安全に関する問題が明らかとなった場合、当事者は、当該問題について記述し、どのように解決するかを評価しなければならない。この場合、企業が当該問題の本質、重大性およびその範囲について記述することが重要となる。同様に、問題の要因およびその最適な解決策について記述することも重要である。解決策については、問題の再発の回避、問題の源に向けられていること、被用者がより適切な方法で労働を行うことができるものであること、危険有害な状態について、より安全／ストレスの少ない

／有害でない状態に置き換えること、できる限り多くの被用者を保護すること、必要に応じて被用者への教育訓練を行うこと、などが求められる。

1.3.1.2.3. 病気休暇への関与

安全かつ健全な労働環境は、被用者の長期欠勤を回避させるということは、逆に言うところ労働環境に問題があれば、長期欠勤が増えるということである。したがって、職場リスク評価においては、企業の労働環境と病気休暇との関連性について明らかにすることが重要となる。この場合の評価の目的は、病気による休暇を減少することができるか否かである。病気休暇が問題となっていない場合でも、企業は労働環境が全体としての病気休暇とどのように関連しているかについて評価を行わなければならない。病気の要因は多くの場合複雑かつ個別的であるため、病気休暇を取得している被用者は職場リスク評価に関与すべきではない。

1.3.1.2.4. 優先順位とアクションプラン

安全に関する問題は早急に解決されるべきであるため、企業は、安全に関する問題を把握した場合、その解決のために最良の方法を明らかにしなければならない。このアクションプランは、問題の概略および解決策の概略を記載することが求められる。職場リスク評価によって、健康に関する問題に被用者の安全衛生に喫緊の脅威が含まれている場合、企業は、即座に当該危険を除去するか受け入れ可能なレベルまで減少するための手段を執らなければならない。

1.3.1.2.5. フォローアップ

最後に、企業がアクションプランをどの

ようにフォローアップするかについてガイドラインを確立しなければならない。アクションプランを実施するのに誰が責任を持つのかを明らかにしなければならず、解決策がいつどのように機能しているか見定めた上で、必要に応じてアクションプランの改定を行わなければならない。

1.3.2. 2次予防面

（この項未了）

1.3.3. 3次予防面

1.3.3.1. メンタルヘルス、疾病休業および職場復帰に関する調査報告および勧告（Mental health, sickness absence and return to work）

6

（この項未了）

1.4. 専門家や専門機関の活用によるストレスマネジメント

デンマークにおけるメンタルヘルス対策は、上述のように労働環境に対する職場リスク評価とその改善が中心となっている。実際に政策を展開していくにあたっては、国立労働環境研究センターによるさまざまな研究に基づく専門的知見が利用されてきているが、そうした知見の中でも特に重要なのは、労働環境の職場リスク評価に関する標準的調査票として開発されたコペンハーゲン心理社会調査（Copenhagen Psychosocial Questionnaire; COPSQ）ではないかと思われる。以下、その背景と概要について述べる。

1.4.1. コペンハーゲン心理社会調査（COPSQ）

1.4.1.1. COPSQ 開発の背景と目標

COPSQ は、デンマークの労働環境の

専門家や研究者のために、広範囲な心理社会的要素を包含した標準的かつ有効な調査票として 1997 年に開発された⁷。その背景には、労働における心理社会的なストレス要因が、筋骨格障害（musculoskeletal disorder）、心臓血管系疾患（cardiovascular disease）、精神病、ストレス、燃え尽き症候群（burnout）、生活の質（quality of life）の低下、病気休暇（sick leave）、労働移動（labor turnover）、モチベーションと生産性の低下といったさまざまな問題を引き起こす要因となっており、それは労働者のみならず、企業にとっても社会にとっても重大な問題となっているとの認識が存在している。

COPSQ に関する研究は、1990 年代半ばに当時のデンマーク国立労働衛生機構に心理社会部門が設立されたことを契機としており、労働衛生サービスや労働環境局、労働衛生クリニックなどから労働環境の専門家の知見を得て作成されている。COPSQ は、調査票の長さに応じて、研究者向けとして詳細版、労働環境の専門家向けとして中間版、職場での簡易調査向けとして簡易版という 3 種類により構成されており、目的に応じて利用することができるようになっている⁸。

COPSQ が目標としているのは、(1) 労働における心理社会的要素の評価のための有効かつ妥当な手法の展開、(2) 国内的および国際的な比較を可能とすること、(3) 介入の評価を改善すること、(4) サーベイランスおよびベンチマーキングの促進、(5) 利用者にとって難解な概念および理論を理解しやすくすること、である。その上で、COPSQ における調査票は、(1)

理論をベースとするが特定の理論に固執するものではないこと、(2) 様々な分析レベル（組織、部門、職種、人と労働の界面（person-work interface）、個人）に関連した次元により構成されていること、(3) 職責（worktasks）、組織労働、労働における内部的人間関係、協働、リーダーシップに関連した次元を包含していること、(4) 潜在的な労働へのストレスのほか、サポート、フィードバック、コミットメント、良好な健康状態のようなリソースを含めること、(5) 包括的であること、(6) 労働市場におけるすべての産業部門（産業のみならず、サービス部門、保健福祉部門、コミュニケーション部門など）に適用可能であるという意味で一般的であること、(7) 調査票のうち、中間版および簡易版については、労働環境の専門家や被回答者（被用者）にとってユーザーフレンドリーであること、といった原則により作成されている⁹。

1.4.1.2. COPSQ II

今日では、COPSQ は労働環境における心理社会的状況を把握するためのツールとして、特に労働環境法上定められている職場リスク評価を行う際の標準的な調査票として利用されるようになっている。COPSQ は、その後のフィードバックや心理測定学的分析（psychometric analyses）を利用することを可能とするために、現在では、COPSQ II へと発展を遂げている¹⁰。

（この項未了）

1.4.2. COPSQ 調査に見るデンマークの労働環境の現状

COPSQ の調査票による労働環境の現状測定は、デンマークのみならず、調査票

が各国語に翻訳されるなど世界各国において利用されるようになってきている。また、その調査内容も、職種を区別しない一般的な調査から、女性労働者、福祉サービス労働者、看守、看護師など特定の労働者を対象として、その労働環境の調査が行われてきている¹¹。

また、デンマーク国内においては、国立労働環境研究センターによって、2004 年から 2005 年にかけて、COPSQ II を利用した心理社会的労働環境の全国調査が行われている。これは、無作為抽出により 20 歳から 60 歳までのデンマーク国内に居住する 8,000 人に対して、COPSQ によるアンケート調査を行い、賃金労働者である 3,517 人から得られた回答をベースとしてデンマークの被用者の社会心理的労働環境の現状を示したものである¹²。これを基礎データとして、さまざまな研究が国立労働環境研究センターを中心として展開されてきている。以下にそのうちの主要な研究の概要を述べる。

1.4.2.1. デンマークにおける被用者の心理社会的労働環境の推移に関する研究

Pejtersen らによる研究は、上記 2004 年から 2005 年に行われた COPSQ II による調査結果を、1997 年調査と比較してデンマークにおける心理社会的労働環境の状況の推移を分析したものである¹³。デンマークの被用者の心理社会的労働環境は、上記の期間中全体として悪化していると結論づけており、特に攻撃的なふるまい（offensive behavior）については、仕事上の葛藤（conflicts at work）や中傷・陰口（slander and gossip）などが増加している

と指摘している。

1.4.2.2. 心理社会的労働環境と病気休暇の連関性に関する研究

Rugulies らによる研究は、COPSOQ 調査により測定された心理社会的労働環境の状況をベースとして、調査後 1 年以内に 3 週間以上の病気休暇を取得した被用者の心理社会的労働環境を健常者と比較して、被用者の心理社会的労働環境の状態と病気休暇取得との関連性を調べたものである¹⁴。それによれば、デンマークにおいては、特に高度の感情的要求（high emotional demands）および高度の役割葛藤（high role conflicts）が病気休暇取得に関する重要なリスク要因となっており、これらの状態を把握することにより、COPSOQ II による社会心理的労働環境の調査は、個別被用者の健康状態把握のためにも利用できることを示唆している。もっとも、この研究における調査対象の被用者の病気休暇測定は、デンマーク全国社会移転支出公報（Danish National Regsiter of Social Transfer Payments, DREAM）から病気休暇給付の取得の有無を調査するという形で行われているため、当該被用者の具体的な病名については明らかではない。したがって、メンタルヘルス対策として、上記の要素について特に重視すべきということにはならないものの、労働環境が被用者の健康に与える影響の予測について COPSOQ が利用できるという示唆は、メンタルヘルス対策にも重要な意義を有するものであるといえよう。

1.5. 雇用にかかる精神障害者差別禁止法

1.5.1. 雇用差別禁止法

（この項未了）

1.6. メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制

1.6.1. 被用者データ保護法

（この項未了）

1.7. 法政策の背景

デンマークは、1980 年には国民 100,000 人あたり 35 人が自殺するという世界で多数の自殺率の高さが社会問題となっていることが指摘できる¹⁵。この数値自体は年々減少傾向にあるものの¹⁶、今日でも毎日 2 名から 3 名のデンマーク人が自殺しているとされ、未遂も含めればほかのヨーロッパ諸国との比較では未だに高く、自殺者対策は、デンマーク社会にとって喫緊の課題となっている。こうした自殺率の高さの要因は必ずしも自明ではないものの、自殺を試みようとすること自体が何らかのメンタル不調を抱えている可能性を強く示唆するものであるといえよう。このことを裏付けるように、上記「メンタルヘルス、疾病休業および職場復帰に関する調査報告および勧告」では、デンマークにおける成人人口のうちメンタルヘルス問題を抱える人の比率は、他のヨーロッパ諸国と比較して 12% から 27% ほど高いことが指摘されており¹⁷、メンタルヘルスの問題は、過去 20 数年にわたってデンマーク社会における一つの大きな課題であり続けているといえよう。

以上のようなデンマーク社会の一般的な状況を前提として、デンマークにおけるメンタルヘルス対策が、なぜ心理社会的労働

環境の改善を目標とし、それを職場における職場リスク評価とその結果に対する法的介入という形での法政策を展開してきたのか、その背景について政府機関により公表されている報告書・白書を通じて検討していく。

1.7.1. 「クリーンな労働環境への行動計画（Action Program for the clean working environment 2005, デンマーク語：Handlingsprogram for et rent arbejdsmiljø år 2005）」

この行動計画は、1996年4月に雇用担当大臣、労働環境局がソーシャル・パートナーと協力して、2005年までの10年間における安全衛生の改善に関する枠組とその具体的な行動計画を設定したものである¹⁸。デンマークにおいて安全衛生に関して包括的な行動計画について合意したのは今回が初めてである。

このような行動計画を策定した背景として、デンマークは、労働に関する安全性は他国と比較して高く、労働災害を回避するための努力を続けているにもかかわらず、1994年の段階で47,500件以上の労働災害および15,500件の職業上の疾病が報告されており、労働環境の状態が良好とはいえないという状況が指摘されていた¹⁹。こうした問題を受けて、「すべてのデンマーク企業は、その将来像として人々を第一としつつ持続可能な発展のための競争的基礎として、(労働の)創造性、質、生産性のための安全で健康的で刺激的な枠組を提供しなければならない」として、労働事故や危険・有害物による健康障害、重量物運搬等に伴う筋骨格系障害、労働における心理社会的危険に起因する健康障害の

減少・排除のために必要な施策について設定した。

また、本行動計画策定にあたっては、1995年4月にソーシャル・パートナー、雇用担当大臣、労働環境局の代表により構成された委員会が、心理社会的労働環境に関して、労働環境局の役割と方法に関して詳細な調査を行い、雇用担当大臣に勧告を行っている。この委員会では、企業、使用者、労働組合、労働監督署など労働環境の領域に関与する当事者が、心理社会的労働環境に関連する問題をいかに取り扱うべきかについての提案がなされている²⁰。それによれば、心理社会的労働環境のリスク要因は、企業の経営上の決定に関連している要因（賃金、昇進、雇用の不安定性、職場におけるいじめ、ハラスメントなど）と被用者の労働状況に直接間接に関連している要因（反復労働、暴力のリスク、単独労働、シフト労働、バーンアウト）とに分類し、前者については、被用者や安全衛生の専門家と協力しつつ、企業が自身で解決すべき要因であり、後者については、労働環境局が介入すべき要因であるとしている²¹。

本行動計画により、労働環境法をはじめとする関連立法についてさまざまな改正が行われた。行動計画の報告書に示された法改正の概要は以下の通りである²²。

1997年：

- すべての企業に書面での職場リスク評価を義務づけ
- 5名以上の被用者を雇用する企業に安全衛生委員会の設置を義務づけ
- 安全衛生の専門家のための37時間の新しい訓練モデルの策定

- 労働安全衛生コンサルタントに関する質的な保証制度の導入
- 労働安全衛生コンサルタントに関するテストスキームと評価の導入
- 産業別安全衛生評議会（branchesikkerhedsrådene, BSR）を11の産業別労働環境評議会（branchearbejdsmiljøråd, BAR）へと改組
- 労働環境基金（Arbejdsmiljøfondets）の任務を産業別労働環境評議会と労働環境評議会へと再割当
- 単一の組織としての労働環境局の編成
- 新しい苦情申立制度の導入
- 独立した研究機関として国立安全衛生機構の設立

2000年～2001年：

労働環境改善のための努力を強化するために企業に対して経済的インセンティブを与えるための包括的パッケージの構築が行われた。パッケージの内容は、以下の通り。

- 常勤被用者数を基礎とした一般安全衛生税（arbejdsmiljøafgift）および労災委員会（Arbejdsskadestyrelsen）により課された補償および損害賠償を基礎とした税金の導入（Act No. 1247 of 20/12/2000）
- 特に良好な労働環境であることを証明した安全衛生認証を受けた企業については、当該企業が一般的安全衛生上の義務のために費やした金額を補助金として受け取れる可能性を認めるという認証および補助金制度の導入（Act No. 442 of 07/07/2001）

- 特に多忙な産業部門における労働環境の監督のために手数料徴収制度の導入

2001年には労働環境の改善のための法改正が行われた。

- 社会心理的労働環境を含む労働環境上の主要領域における法違反に対する過料決定の権限を労働環境局に与える（Act No. 442 of 07/06/2001）
- サービス提供事業者が労働環境法の下で有する義務について提供者責任（Udbyderansvar）の肯定（Act No. 331 of 16/05/2001）
- 建造物所有者の責任の厳格化
- 労働安全衛生コンサルタントが健康促進のために行うことのできる範囲の拡大。2001年財政法により、4年間でデンマークのすべての企業へ安全衛生コンサルタントを展開することが決定された

2002年：

- 一般安全衛生税の廃止（Act No. 435 of 10/06/2002）
- 一般労働安全税に対する補助金の廃止（Act No. 436 of 10/06/2002）
- 10名未満の被用者を雇用する企業に対して安全衛生委員会の設置義務の廃止
- 手数料徴収による監督制度の廃止
- いじめに関する労働協約モデルを作成し、セクシュアル・ハラスメントを含む職場でのいじめの事例を監督し処理する権限を当事者に与える労働協約の交渉を当事者へ許可する
- 私宅における非営利的性質の労働に対する監督権限の限定

2004年：

「被用者と企業にとっての良好な労働環境（Et godt arbejdsmiljø for medarbejdere og virksomheder）」と題して、以下のような労働環境法の改正が行われた（Act No. 425 of 09/06/2004）。

- どの企業が労働環境局による監督を必要とするか決定するために、被用者を雇用するすべての企業は、今後7年の間に査察を受けること
- 労働安全に関する援助を必要とする企業に対して、労働安全衛生コンサルタントの利用義務づけを含む強制的コンサルティング制度の創設
- 4年をメドに企業内安全衛生サービス義務の段階的廃止
- 労働安全衛生コンサルタントについて労働大臣による認可制度の創設
- 労働監督署のウェブサイト上で3種のスマイリーによる企業の労働環境の状態の表示
- 建設業の領域における労働安全衛生のコーディネイターのための安全衛生教育の強化
- 労働環境局が企業に対して拘束力のある助言を与えることを可能とする
- 企業における職場リスク評価に病気休暇を含める

1.7.2. 「将来の労働環境に関する報告書（Report in Future Working Environment 2010）」

上記の行動計画に伴う法改正により、デンマークにおける現在の労働環境改善に関する制度枠組が構築されたことを受けて、デンマーク政府は2005年12月に「将来の労働環境に関する報告書」を発表し、2005

年から2010年までの5年間における労働環境改善のための優先順位を設定した²³。この報告書は、労働環境に関して焦点を当てるべき問題を明らかにした労働環境局、国立安全衛生機構、労働災害全国委員会（National Board of Industrial Injuries, デンマーク語：Arbejdsskadestyrelsen）の三者によって2005年5月に発表された「将来の労働環境（Fremtidens Arbejdsmiljø）」を技術的な面における基礎とし、労働環境評議会による「2010年度までのデンマークにおける全体的労働環境の優先順位に関する新国家行動計画に関する報告書（Oplæg til ny national handlingsplan og prioriteringer for den samlede arbejdsmiljøindsats i Danmark frem til udgangen af 2010）」と題する勧告により政策の優先順位と数値目標が定められ、労働環境専門家を対象とした公聴会開催による意見聴取を経て作成されたものである。

この報告書においても、労働環境局が毎年40,000件以上の労働災害と約12,500件の労働に関連した健康問題の報告を受けていること、また労働災害全国委員会でも毎年13,000件から14,000件の労働災害および2,000件から3,000件の職業関連の疾病の報告を受けていることから、依然として労働環境に起因する問題が解決していないことが指摘されている。また、優先順位の設定にあたっては、グローバリゼーションと国際的競争の拡大、サービス産業の成長、急速な技術発展、高齢化、移民人口の増加など現在のデンマーク労働市場における発展傾向と既知の労働環境の問題の継続性、伝統的な生産関連の労働環境問題により影響を受ける職種の減少、座業に

よる職種の増加、肉体的負担のある職種の増加、職場の人員構成の変化、技術発展により発生している新しいリスク要因の可能性といった労働環境の発展傾向を考慮すべきであるとしている。

こうした考察を踏まえて、政府は、労働災害、心理社会的労働環境、騒音、筋骨格系障害の4つの労働環境問題について優先課題として数値目標を設定した。このうち、メンタルヘルス対策にとって重要な心理社会的労働環境の改善については、病気休暇の10%削減が数値目標として設定されている。

1.7.3. 「2020年までの労働環境へのエフォートに関する戦略(A Strategy for working environment efforts up to 2020)」

上記のように1990年代後半から展開されている心理社会的労働環境のリスク要因の把握とその改善を労働環境局の査察により担保していくというデンマークの1次予防を中心としたメンタルヘルス対策は、さらなる展開を必要としている。この点に関して2011年3月22日に政府(デンマーク自由党、保守人民党)と野党(社会民主党、デンマーク人民党、社会自由党)との間で、2012年から2020年の労働環境に関する政策目標に関する合意がなされている²⁴。心理社会的労働環境に関しては、2014年と2017年の中間評価を経て2020年までに心理的に過負荷となっている被用者数の20%減少を達成すべき目標として設定されている。

また、この合意においては、19項目の新しいイニシアティブが掲げられているが、中でもメンタルヘルス対策との関連で

重要と思われるのは、労働環境局による査察について、二段階のリスク対応方式

(risk-based inspections in two tiers)により行われるべきとしている点である²⁵。これが意味するところは、もっとも深刻な安全衛生問題を抱えている企業に対しては、現在行われているよりも詳細な査察を行う権限を労働環境局に与えるということである。また、このことと関連して、2名以上の常勤被用者(Full-Time Employees, FTE)を使用するすべての企業に対して査察を行うべきこと、また2名未満の被用者を使用するの半数についても同様に査察を行うべきこと、について合意されており、かかる合意に即した法改正もすでに行われている。

(この項未了)

1.7.4. まとめ

(この項未了)

1.8. 確認できる効果

デンマークに限らず、メンタルヘルス対策について確認できる効果を測定することはそれほど容易ではない。しかし、デンマークの場合は、心理社会的労働環境の職場リスク評価とその改善を通じて被用者のメンタル不調を阻止していくという1次予防が中心となっていること、また政策目標として疾病休業の削減を掲げていることから、これらの点について効果がどのようなものであるかを俯瞰していく。

1.8.1. 労働環境局による査察の結果

労働環境局による各企業に対する査察結果は、労働環境局のウェブページ(<http://arbejdstilsynet.dk/da/>)にスマイリーとして表示されている。本報告書の執筆時点(2012年3月5日)における各スマイリーの

取得状況は、クラウンスマイリー：3,322、グリーンスマイリー：87,125、イエロースマイリー：4,552、レッドスマイリー：747となっており、労働環境に問題のある企業（イエロースマイリー・レッドスマイリーの合計）の割合は、査察を受けた企業全体の5.5%となっている。この数値をどう見るかについては評価が分かれようが、デンマーク国内における企業数は2009年時点で299,248であり²⁶、査察を受けた企業の割合が全体の3分の1程度にすぎないことに留意が必要であろう。

1.8.2. 2010 年度デンマーク労働健康調査 (Work and health in Denmark 2010)

2005年調査からの改善として、上司や同僚によるメンタルヘルス問題への援助がより期待できるようになっていることが挙げられている。

悪化した点としては、労働における感情的な要求の増大、意義ある労働と感じる労働者数の低下などが挙げられている。

また、上記「メンタルヘルス、疾病休業および職場復帰に関する調査報告および勧告」によれば、メンタルヘルス問題にかかる直接・間接費用の総計が550億デンマーククローネであり、医療に関する直接費用は全体の10%を占めていると推計されている。間接費用は、早期退職、長期疾病休業、個人の生産性の低下などが挙げられている²⁷。

2. 私法

(この項未了)

DおよびE. 考察および結論
デンマークにおける産業精神保健法制度

は、労働環境法を中心として、いわゆるPDCAサイクルに準じた形で心理社会的労働環境 (psychosocial working environment) に関する職場リスク評価とその改善という1次予防を中心として進めていくことを企業に義務づける形で発展してきた。その上で、企業の労働環境改善の実施状況を労働環境局による予告なしの査察および認証を通じて法の履行を確保するところに制度としての特徴を見ることができる。

デンマークの法政策の背景としては、他国との比較で自殺率が高いなど元々メンタル不調を想定させる国民の割合が多かったこと、また労働政策および社会保障政策において先進的な取り組みを行ってきたにもかかわらず、労働災害や労働を要因とする疾病休業が減少していないこと、人的資源にさほど恵まれていないことからその活用を図っていかなければならないことなどが挙げられよう。デンマーク政府は、1990年代後半からさまざまな行動計画や戦略を積極的に設定してきており、メンタルヘルス対策を含む労働環境の改善は、デンマークにとって重要な政策課題となっているといえることができる。

労働環境法に基づく職場のリスク評価は、労働状態の認識および対応関係の作成、問題の記述と評価、疾病休業への関与、優先順位と行動計画、フォローアップという循環的な形で行われるものである。企業自身で取り組むことを主眼として、行政機関によるガイダンスツールや調査票の提供、また外部のコンサルタントの利用を容易にする方策が展開されている。また、この職場リスク評価のために独自の調査票

（COPSOQ）の開発を行うなど、心理社会的労働環境の知見を積極的に活用している点は注目に値すると思われる。

このようなデンマーク政府の取り組みに対する具体的効果であるが、現時点では、良好な労働環境を維持している企業が多く、その意味では労働環境法に基づく職場リスク評価と査察制度は一定の効果を上げているものということができるが、これはあくまでも労働環境全体に対する評価であって、メンタル不調に起因する疾病休業を取得する被用者数について目立った減少が見られるわけではなく、また 2010 年のデンマーク労働健康調査においても未だに多くの被用者が社会心理的労働環境上の問題を抱えていることが明らかとなっている。

こうした状況を受けて、最近のデンマーク政府および専門家の取り組みは、よりリスク要因の高い企業に対する査察を強化すると共に、疾病休業を取得した被用者の職場復帰へと政策の焦点を徐々に移行させているように見受けられるが、これまでの 15 年間で展開されてきた政策に対する評価にはもう少し時間が必要なのではないかと思われる。

以上が、今年度の調査において判明した事実の概要であるが、本文中に未了となっている項目を含めて、今後は、以下の点について焦点を当てて研究を進めていくことにする。

第一に、デンマークの法政策全般から見たメンタルヘルス対策の歴史的展開についてである。元々自殺者が多いというところからさまざまなメンタルヘルス対策が行われてきたという背景があるため、労働

者に限らずメンタルヘルス対策の全体的な枠組の中で労働環境改善が果たしている役割の抽出が必要になると思料しており、その点を踏まえた調査を進めていきたい。

第二は、3 次予防に関して、疾病休業からの復帰をどのように進めているのか、その政策および専門家による研究内容の解明である。また、このような 3 次予防がこれまで展開されてきた 1 次予防とどのように接合していくのかについても明らかにしていきたい。

第三に、デンマークにおける精神障害に関する労災補償や民事損害賠償請求訴訟の仕組みと動向の解明である。

その全てを予定年限内に調査することには非常に困難であると考えているが、できる限り完遂したいと考えている。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当せず。

2. 学会発表

該当せず。

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

該当せず。

2. 実用新案登録

該当せず。

3. その他

該当せず。

H. 引用文献

（英語文献）

Agreement between the Danish government (Denmark's Liberal Party and the Conservative People's Party), the Social Democratic Party, the Danish People's Party and the Social Liberal Party, A strategy for working environment efforts up to 2020, 22 March 2011.

Aust B, Helverskov T, Nielsen MBD, Bjerne JB, Rugulies R, Nielsen K, Sørensen OH, Grundtvig G, Andersen MF, Hansen JV, Buchardt HL, Nielsen L, Lund TL, Andersen I, Andersen MH, Clausen AS, Heinesen E, Mortensen OS, Ektor-Andersen J, Ørbæk P, Winzor G, Bültmann U, Poulsen OM, The Danish national return-to-work program – aims, content, and design of the process and effect evaluation, Scand J Work Environ Health – online first. doi:10.5271/sjweh.3272.

Danish Government, Report on future working environment 2010 - new priorities for the working environment, December 2005.

Directorate-General for Health and Consumer Protection, Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories (2nd Edition 2004)

EU-OSHA, European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks, 2010.

Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V, The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. Scand. J. Work Environ. Health 2005;31:438-49

NRCWE, Mental Health, sickness absence and return to work - Summary, main conclusions and recommendations, April 2010.

Pejtersen JH, Kristensen TS, Borg V, Bjerne JB, The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Scand. J. Public Health 2010; 38:8-24

Pejtersen JH, Kristensen TS, The development of the psychosocial work environment in Denmark from 1997 to 2005. Scand. J. Work Environ. Health 2009;35(4):284-293.

Rugulies R, Aust A, Pejtersen JH, Do psychosocial work environment factors measured with scales from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict register-based sickness absence of 3 weeks or more in Denmark? Scand. J. Public Health 2010; 38:42-50.

（デンマーク語文献）

Arbejdstilsynet, 10 År med Handlingsprogrammet Rent arbejdsmiljø år 2005. February 2007.

Arbejdstilsynet, Handlingsprogram for et rent arbejdsmiljø år 2005, April 1996.

Ole Hasselbalch, Arbejdsbetinget stress i arbejdsretlig belysning, (Jurist- og Økonomforbundets Forlag 2010).

（日本語文献）

小田切優子、Mette Bøgehus Rasmussen 「デンマークにおける産業ストレス対策」産業ストレス研究（Job Stress Res.）, 16, 217-222 (2009).

日本労働研究機構欧州事務所「デンマークの労働事情とデンマークモデル」（特別レポート No.7）2003年3月

<http://www.jil.go.jp/mm/kaigai/pdf/20030314.pdf>

¹ いわゆる「デンマークモデル」と称されるデンマーク独自のフレキシビリティ制度に関しては、日本労働研究機構欧州事務所「デンマークの労働事情とデンマークモデル」（特別レポート No.7）2003年3月を参照。

² AT-vejledning F.0.8 af august 2005.

³ Council Directive 89/391/EEC of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work.

⁴ Guidelines to preparation and review of workplace assessments, D.1.1.

⁵ Act No. 597 of 14/06/2011. 本改正は、2012年1月1日より施行されている。

⁶ NRCWE, Mental Health, sickness absence and return to work - Summary, main conclusions and recommendations, April 2010, at 5, http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~media/B_oeger-og-rapporter/summary---mental-health--sickness-absence-and-return-to-work.pdf

⁷ Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V, The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand. J. Work Environ. Health* 2005;31:438-49.

⁸ 英語版の調査票は、<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/en/publikationer/spoergeskemaer/psykisk-arbejdsmiljoe> からダウンロードすることができる。

⁹ Kristensen, *supra* note 7 at 438-439.

¹⁰ Pejtersen JH, Kristensen TS, Borg V, Bjorner JB, The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scand. J. Public Health* 2010; 38:8-24. なお、COPSOQ IIの開発により、それ以前のもはCOPSOQ Iと称されている。

¹¹ *Id.* at 9.

¹² 項目ごとの調査結果については、職種別、産業別に以下のWebページにまとめられている。

<http://data.arbejdsmiljoforskning.dk/Nationale%20Data/3DII.aspx?lang=da>

¹³ Pejtersen JH, Kristensen TS, The development of the psychosocial work environment in Denmark from 1997 to 2005. *Scand. J. Work Environ. Health* 2009;35(4):284-293.

¹⁴ Rugulies R, Aust A, Pejtersen JH, Do psychosocial work environment factors measured with scales from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict register-based sickness absence of 3 weeks or more in Denmark? *Scand. J. Public Health* 2010; 38:42-50.

¹⁵ Directorate-General for Health and Consumer Protection, Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories (2nd Edition 2004), at 55.

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_a02_30_en.pdf.

¹⁶ *Id.* 自殺率は、1980年のピークを境に減少傾向にあり、2001年では100,000人辺りの自殺者が14名と約60%減少している。その理由として、自殺手段に対する対策、デンマーク社会における社会的文化的な安定性の増大、電話でのカウンセリングや精

神科に関する緊急窓口の利用の増加などが仮説としてあげられている。

¹⁷ NRCWE, *supra* note 6 at 5.

¹⁸ Handlingsprogram for et rent arbejdsmiljø år 2005,

http://www.amr.dk/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2FFiler%2FAMR%2FArkiv%2FHandlingsplaner%2FHandlingsprogram_for_et_rent_arbejdsmiljo_ar_2005.pdf&ei=O3NUT8q5LcWNmQX6spiQCg&usg=AFQjCNFprQujbfiHnGVm1ahhJvB-rbkbSA&sig2=dH1yXKBB0izBi8kDSBbccQ

¹⁹ *Id.* at 1.

²⁰ *Id.* at 14

²¹ *Ibid.*

²² Arbejdstilsynet, 10 År med

Handlingsprogrammet Rent arbejdsmiljø år 2005. February 2007, at 5-7

<http://arbejdstilsynet.dk/~media/at/at/07-arbejdsmiljoe-i-tal/03-overvaagning/10-aar-med-handlingsprogrammet/rapport%20pdf.ashx>

²³ Danish Government, Report on future working environment 2010- new priorities for the working environment. December 2005, <http://arbejdstilsynet.dk/~media/AT/at/Engelsk-pdf/Andre-informationsmaterialer/Future-working-environment%20pdf.ashx>

²⁴ Agreement between the Danish government (Denmark's Liberal Party and the Conservative People's Party), the Social Democratic Party, the Danish People's Party and the Social Liberal Party, A strategy for working environment efforts up to 2020, 22 March 2011. <http://arbejdstilsynet.dk/~media/at/at/12-engelsk/rapporter/2020%20engelskpdf.ashx>

²⁵ *Id.* at 5-6.

²⁶ FRA DANMARKS STATISTIK Nr. 538, 17 November 2011, <http://www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2011/NR538.pdf> なお、この数値自体は前年度から約3.9%の減少している。

²⁷ NRCWE, *supra* note 6 at 5.

資料 1 : 労働環境法（試訳）（抜粋）

第 1 章 目的および範囲

Kapitel 1 Formål og område

1 条 本法の規定は、以下を創設することを目的とする。

- 1) 社会における技術的社会的発展に調和した安全で健康な労働環境および
- 2) 使用者団体および労働組合によるガイドラインと労働環境局 (Working Environment Authority; WEA) によるガイドラインと監督の下で健康と安全に関する問題を解決するための基礎

§ 1. Ved loven tilstræbes at skabe

- 1) et sikkert og sundt arbejdsmiljø, der til enhver tid er i overensstemmelse med den tekniske og sociale udvikling i samfundet, samt
- 2) grundlag for, at virksomhederne selv kan løse sikkerheds- og sundhedsspørgsmål med vejledning fra arbejdsmarkedets organisationer og vejledning og kontrol fra Arbejdstilsynet.

第 2 章 労働安全衛生における協力

Kapitel 2 Samarbejde om sikkerhed og sundhed

5 条 個別事業者における労働安全衛生は、使用者、監督者およびその他の被用者の間での協力を通じて実施されなければならない。

§ 5. Sikkerheds- og sundhedsarbejdet i den enkelte virksomhed varetages gennem samarbejde mellem arbejdsgiveren, arbejdslederne og de øvrige ansatte.

第 4 章 一般的義務

Kapitel 4 Almindelige pligter

15 条 a 1 項 使用者は、事業において適用される労働の性質、労働の手段および労働のプロセスのみならず事業組織の規模にも適切な関心を取りながら、事業場における労働安全衛生の状態に関して書面での職場リスク評価の準備を確実に行わなければならない。職場リスク評価は、事業場に掲げた上で、職場リスク評価の査察を行う労働監督署のみならず、事業場内の管理者、被用者が利用可能なものでなければならない。職場リスク評価は、労働、労働の手段、労働のプロセスなどの変化に応じて改訂されなければならない。職場リスク評価は、労働安全衛生にとって重要でなければならない。職場リスク評価は、少なくとも 3 年ごとに改訂されなければならない。

§ 15 a. Arbejdsgiveren skal sørge for, at der udarbejdes en skriftlig arbejdspladsvurdering af sikkerheds- og sundhedsforholdene på arbejdspladsen under hensyntagen til arbejdets art, de arbejdsmetoder og arbejdsprocesser, der anvendes, samt virksomhedens størrelse og organisering. Arbejdspladsvurderingen skal

forefindes i virksomheden og være tilgængelig for virksomhedens ledelse, de ansatte og Arbejdstilsynet, som fører tilsyn med arbejdspladsvurderingen. En arbejdspladsvurdering skal revideres, når der sker ændringer i arbejdet, arbejdsmetoder og arbejdsprocesser m.v. og disse ændringer har betydning for sikkerhed og sundhed under arbejdet, dog senest hvert tredje år.

2 項 職場リスク評価は、事業場における労働安全衛生に関する問題およびこれらの問題が労働安全衛生法規に規定された予防原則に則して以下に解決されるかを含むものでなければならない。評価には以下の要素が含まれていなければならない：

1. 企業における労働安全衛生の状態の認識および位置づけ
2. 企業における労働安全衛生問題の記述および評価
3. 企業における労働安全衛生問題を解決するための優先順位およびアクションプラン
4. アクションプランをフォローアップするためのガイドライン

Stk. 2. En arbejdspladsvurdering skal omfatte en stillingtagen til virksomhedens arbejdsmiljøproblemer, og hvordan de løses, under iagttagelse af de forebyggelsesprincipper, der er angivet i arbejdsmiljølovgivningen. Vurderingen skal indeholde følgende elementer:

- 1) Identifikation og kortlægning af virksomhedens arbejdsmiljøforhold.
- 2) Beskrivelse og vurdering af virksomhedens arbejdsmiljøproblemer.
- 3) Prioritering og opstilling af en handlingsplan til løsning af virksomhedens arbejdsmiljøproblemer.
- 4) Retningslinjer for opfølgning på handlingsplanen.

3 項 使用者は、1 項および 2 項に規定された職場リスク評価の計画、組織、編成およびフォローアップについて、労働安全委員会または被用者に関与しなければならない。

Stk. 3. Arbejdsgiveren skal inddrage arbejdsmiljøorganisationen eller de ansatte i planlægningen, tilrettelæggelsen og gennemførelsen af samt opfølgningen på arbejdspladsvurderingen, jf. stk. 1 og 2.

4 項 雇用担当大臣は、第 1 項から第 3 項における義務に関してより詳細な規則を策定することができる。

Stk. 4. Beskæftigelsesministeren fastsætter nærmere regler om arbejdsgiverens pligter efter stk. 1-3.

5 項 雇用担当大臣は、被用者の健康診断に関連して、労働衛生調査について責任を有する医師、産業保健診療所、衛生当局による企業の職場リスク評価へのアクセスを確保するための使用者の義務に関してより詳細な規則を策定することができる。

Stk. 5. Beskæftigelsesministeren kan fastsætte nærmere regler om arbejdsgiverens pligt til at sikre, at læger, arbejdsmedicinske klinikker og sundhedsmyndigheder med ansvar for arbejdsmedicinske undersøgelser har adgang til virksomhedens arbejdspladsvurdering, når det er relevant for helbredscontrollen af de ansatte.

16 条 使用者は、労働が安全かつ健康への危険なしに履行されることについて効果的な監督を確保しなければならない。

§ 16. Arbejdsgiveren skal sørge for, at der føres effektivt tilsyn med, at arbejdet udføres sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt.

72 条 1 項 労働環境局は、以下の責務を有する：

1) 企業、産業別労働環境評議会、被用者並びに労働組合、および一般公衆に対して、労働安全衛生のすべての問題に関するガイダンスの提供

2) 4 名以下の被用者を使用する企業に対して、前号に定めるよりも多くのガイダンスの提供

3) 本法に基づく規則の策定準備に関して、雇用担当大臣の援助

4) 雇用担当大臣の名の下で規則の策定

5) 労働環境における労働安全衛生の促進のための活動を改善するという見地から、技術的社会的発展への認識の堅持

6) 労働のプロセス、作業場、技術装置など並びに物質・材料、および法または行政規則に基づくライセンスの発行に関する計画の精査

7) 法 17 条 a-c を除いて、本法に基づき規定された法律およびその規則への遵守の確保

§ 72. Arbejdstilsynet har til opgave at

1) vejlede virksomheder, branchearbejdsmiljøråd, arbejdsmarkedets organisationer og offentligheden om arbejdsmiljømæssige spørgsmål,

2) yde virksomheder med 1-4 ansatte yderligere vejledning end den, der er nævnt i nr. 1,

3) bistå Beskæftigelsesministeriet med forberedelse af regler i henhold til loven,

4) udstede forskrifter i henhold til bemyndigelse fra beskæftigelsesministeren,

5) holde sig orienteret om den tekniske og sociale udvikling med henblik på forbedring af arbejdet for sikkerhed og sundhed i arbejdsmiljøet,

6) behandle planer for arbejdsprocesser, arbejdssteder, tekniske hjælpemidler m.v. samt stoffer og materialer og meddele tilladelser i henhold til loven eller administrative regler,

7) påse, at loven og de forskrifter, der gives med hjemmel i loven, overholdes, bortset fra §§ 17 a-c.

2 項 (省略)

72 条 a 1 項 72 条 1 項 7 号に基づく査察の任務の一部として、労働環境局は、被用者を使用する企業に対してリスク対応の査察を行わなければならない。

§ 72 a. Som led i tilsynsopgaven efter § 72, stk. 1, nr. 7, gennemfører Arbejdstilsynet risikobaserede tilsyn på virksomheder med ansatte.

2 項 雇用担当大臣は、労働安全衛生状態の記録を有している企業が 1 項に基づく査察から除外さ

れるためより詳細な規定を策定することができる。

Stk. 2. Beskæftigelsesministeren kan fastsætte nærmere regler om, at virksomheder, der kan dokumentere et godt arbejdsmiljø, fritages for screening.

72 条 b 1 項 雇用担当大臣は、行政機関または使用者団体を一方当事者とし、労働者団体を他方当事者として締結された労働協約が本法に基づく規制と類似の義務を包含している場合、労働環境局は本法に基づいて策定された規則遵守を確保する責務を負わないことを規定する規則を策定することができる。

§ 72 b. Beskæftigelsesministeren kan fastsætte regler om, at Arbejdstilsynet ikke har til opgave at påse overholdelsen af regler, der udstedes i medfør af denne lov, når en tilsvarende forpligtelse er dækket af en kollektiv overenskomst, hvor aftaleparterne er landsdækkende myndigheder eller organisationer på den ene side og en landsdækkende lønmodtagerorganisation på den anden side.

2 項 使用者は、1 項の労働協約によって包含される類似の義務を記録しなければならない。

Stk. 2. Arbejdsgiveren skal dokumentere, at en tilsvarende forpligtelse er dækket af en kollektiv overenskomst, jf. stk. 1.

3 項 1 項の規定にもかかわらず、労働協約の当事者が、第 1 項の労働協約によって包含される義務への違反に対する紛争解決手続の開始を意図していない場合には、労働環境局は、規則遵守の確保を行う義務を負う。

Stk. 3. Uanset stk. 1 har Arbejdstilsynet til opgave at påse overholdelsen af reglerne, hvis den faglige aftalepart ikke agter at iværksætte fagretlig behandling for overtrædelse af forpligtelser, som er dækket af en kollektiv overenskomst, jf. stk. 1.

4 項 1 項の規定にもかかわらず、労働監督署は、労働協約の適用範囲に含まれない被用者に関連して、規則遵守の確保を行わなければならない。

Stk. 4. Uanset stk. 1 har Arbejdstilsynet til opgave at påse overholdelsen af reglerne i forhold til ansatte, som ikke er dækket af en kollektiv overenskomst.

5 項 1 項ないし 4 項の規定は、7 条 1 項、7 条 a 2 項、17 条 c、および 55 条の規定により締結された協定に対しては適用されない。

Stk. 5. Stk. 1-4 gælder ikke for aftaler indgået i henhold til § 7, stk. 1, § 7 a, stk. 2, § 17 c og § 55.

資料 2：行政命令 559 号（2004 年 6 月 17 日）（試訳）（抜粋）

第 2 章 労働に関する計画および組織

Kapitel 2 Planlægning og tilrettelæggelse af arbejdet

4 条 労働は、すべての側面において、労働者の安全衛生状態を保障するために計画されまた組織されなければならない。労働に関する計画および組織は、附則 1 に規定された予防原理を考慮に入れなければならない。労働の履行に関連して健康または安全を危険にさらすかその他侵害するようなデザイン、計画、詳細な解決策または労働手法がないことが規定されるかまたは用いられていることを確保しなければならない。さらに、労働環境における全体的なインパクトが短期またはより長期にわたって被用者の健康と安全を脅かすことがないことを確保しなければならない。

§ 4. Arbejdet skal i alle led planlægges og tilrettelægges således, at det kan udføres sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt. Planlægningen og tilrettelæggelsen af arbejdet skal ske under hensyntagen til de forebyggelsesprincipper, der er angivet i bilag 1. Det skal iagttages, at der ikke foreskrives eller forudsættes anvendt konstruktioner, planudformninger, detailløsninger og arbejdsmetoder, der kan være farlige for eller i øvrigt forringe sikkerhed eller sundhed ved arbejdets udførelse. Endvidere skal det sikres, at de samlede påvirkninger i arbejdsmiljøet på kort eller lang sigt ikke forringer de ansattes sikkerhed eller sundhed.

第 3 章 労働の履行

Kapitel 3 Arbejdets udførelse

7 条 1 項 労働は、すべての側面において、個別的査定および短期またはより長期にわたって被用者の肉体的または精神的健康に影響する労働環境の肉体的、人間工学的、および心理社会的状態の全体的査定の両方について、健康と安全を確保するために履行されなければならない。

§ 7. Arbejdet skal i alle led udføres sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt ud fra både en enkeltvis og samlet vurdering af de fysiske, ergonomiske og psykosociale forhold i arbejdsmiljøet, som på kort eller lang sigt kan have indvirkning på den fysiske eller psykiske sundhed.

2 項 短期またはより長期にわたって肉体的または精神的に有害かストレスフルである労働の場合、労働環境局（Arbejdstilsynet）は、特別な職業的健康予備安全診断を実行することを求めることができる。かかる診断は、特別な福祉診断および疾病、疲労、事故などの予防のために必要な職業的健康および安全診断である。

Stk. 2. Ved arbejde, som virker fysisk eller psykisk skadeligt eller belastende på kort eller lang sigt, kan Arbejdstilsynet stille krav om, at særlige arbejdsmiljømæssige foranstaltninger skal gennemføres. Sådanne foranstaltninger kan være særlige velfærdsforanstaltninger og andre arbejdsmiljømæssige foranstaltninger, som er nødvendige for at forebygge sygdom, nedslidning, ulykker m.v.

9 条 労働の履行に関連して、以下のエフォートが確保されなければならない。

- 1) 短期またはより長期にわたって肉体的または精神的損傷の危険を内在している単純作業は、回避または制限されるようにすること
- 2) 労働の速度が短期またはより長期にわたって肉体的または精神的な健康を危険にさらすことがないようにすること
- 3) 肉体的または精神的健康の損傷の危険の要因となる孤立した労働は、回避または緩和されるようにすること

§ 9 Ved udførelsen af arbejdet skal det tilstræbes

- 1) at ensidigt belastende arbejde, som medfører fare for fysisk eller psykisk helbredsforringelse på kort eller lang sigt, undgås eller begrænses,
- 2) at arbejdstempoet er således, at det ikke medfører fare for fysisk eller psykisk helbredsforringelse på kort eller lang sigt og
- 3) at isoleret arbejde, som kan medføre fare for fysisk eller psykisk helbredsforringelse, undgås eller begrænses.

第9条 a 労働の履行に関連して、労働が、セクシュアル・ハラスメントを含む暴力の結果として健康へ肉体的または精神的損傷の危険を内在しないように確保すること

§ 9 a. Ved arbejdets udførelse skal det sikres, at arbejdet ikke medfører risiko for fysisk eller psykisk helbredsforringelse som følge af mobning, herunder seksuel chikane.

特別規定

Særlige krav

11 条 1 項 被用者が、労働のプロセスに関与する唯一の人間であり、かつそのことが当該個人に関連する明白な危険を内在する場合には、労働は、かかる危険を予防するために組織されなければならない。かかる危険が予防できない場合、被用者は労働自体を許されるべきではない

§ 11. Hvis den ansatte går alene ved en arbejdsproces, og dette kan medføre en særlig fare for den pågældende, skal arbejdet tilrettelægges således, at denne fare imødegås. Kan faren ikke imødegås, må den ansatte ikke arbejde alene.

資料 3：行政命令 96 号（2001 年 2 月 23 日）（試訳）（抜粋）

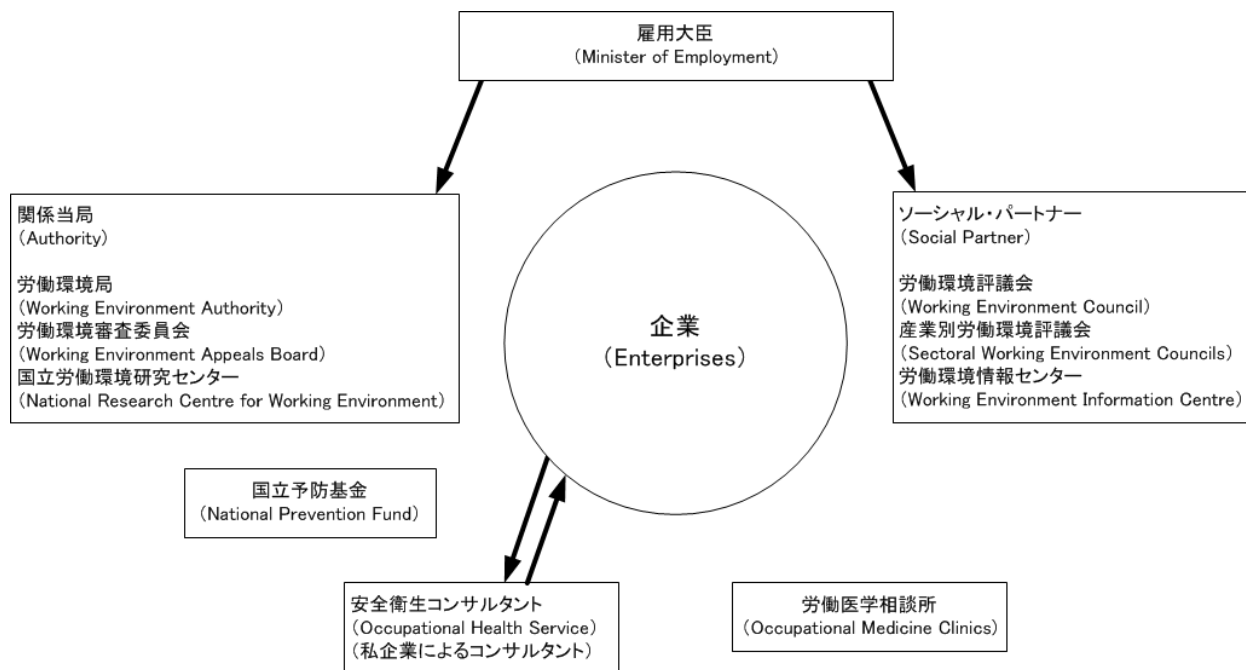
第 2 章 職場における立案とデザイン

Kapitel 2 - Planlægning og indretning af arbejdsstedet

6 条 職場は、短期またはより長期にわたって被用者の肉体的精神的健康に影響を与える労働環境条件の個別のおよび全体的評価の両面を基礎として、安全および健康に関して完全に適切でなければならない。

§ 6. Arbejdsstedet skal indrettes sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt ud fra både en enkeltvis og samlet vurdering af de forhold i arbejdsmiljøet, som på kort eller lang sigt kan have indvirkning på den fysiske eller psykiske sundhed.

資料 4：デンマークにおける労働安全衛生の枠組（Framework for occupational health and safety in Denmark）



出典：デンマーク労働環境評議会 Web サイト
 <<http://www.amr.dk/Default.aspx?ID=1052>>

厚生労働科学研究費補助金

分担研究報告書

ドイツの産業精神保健法制度

分担研究者 水島 郁子 大阪大学大学院法学研究科・准教授

研究要旨

ドイツでは近年、労働関係において精神保健への関心が高まっている。2008年に公表されたあるレポートによれば、就業者の5人に1人が2006年の1年間に精神障害の診断を受けたとされている。労働関係において精神疾患に罹患した労働者とどのように関わっていくかは、喫緊の課題である。

ドイツにおけるこのような状況は、日本の状況に一見類似する。しかし、産業精神保健へのアプローチや取り組みは、日本のそれとかなり異なる。その背景には日本と異なる事情がある。

第1に、ドイツでは疾病労働者に対する保障が充実している。労働者が疾病を理由に労働不能となった場合、その疾病が業務上のものであるか私傷病であるかを問わず、労働者は最長6週間にわたり、賃金継続支払法に基づき、使用者から賃金が継続支払いされる。いわば、最長6週間の有給の病気休暇が、労働者に保障されている。このように疾病時の所得保障が充実しているため、疾病労働者は安心して欠勤することができる。もちろんそれが私傷病であれば、労働者は医療費の自己負担分を支払うことになる。ただ、ドイツの医療保険における自己負担額は非常に低額であるため、自己負担額が大きな負担になることはなく、疾病労働者が医療アクセスに躊躇することはほとんどない。このように所得保障・医療保障が充実しているため、疾病労働者は安心して欠勤して療養に専念することができる。

他方で、このような労働者に対する保障は、使用者にとってはマイナスに働きかねない。疾病労働者の欠勤により経済的負担が生じるうえ、労働者がしばしば欠勤することは労働意欲を減退させ事業所内のモチベーションを低下させることにつながりうる。そこで使用者の多くは、効率的で快適な企業運営のために労働者の欠勤を少なくしたいと考える。そのためには労働者の健康に留意し、必要な措置を講じるべきであると、使用者は考えるのである。実際に使用者が、労働者の健康に関してどの程度配慮し、どのような措置を講ずるかはさまざまであるが、それは企業の業種や規模だけでなく、企業のカルチャーが大きく影響するという。

使用者のこのような配慮の必要は、法的規制とも関係する。労働保護法は、使用者に、

労働における安全衛生に関して必要な労働保護措置を講じることを義務づける。労働が労働者の健康を害することがないように、使用者は対処すべきことになる。実務上、精神疾患等に作用しうる労働上の要因については把握できると考えられており、企業の適切な対処が求められる。さらに使用者には、別の角度からも法的義務が課されている。社会法典第9編は、1年間に6週間以上疾病による労働不能となった労働者に関して、使用者に事業所編入マネジメントの実施を義務づける。事業所編入マネジメントは、労働者が再び労働不能に陥ることがないように、ひいては職を失うことがないように、使用者に対策を求めるものである。具体的な内容として、段階的な職場復帰や業務変更に伴う教育訓練があげられる。事業所編入マネジメントに参加すれば、疾病労働者は自分の労働能力に適した職務に就き、雇用が維持される可能性が高まる。事業所編入マネジメントを適切に実施したか否かは、使用者が疾病を理由として労働者を解雇できるか否かの法的判断に、大きく影響する。

疾病労働者に対するこのような使用者による配慮ないし措置が法律で定められ、事業所の従業員代表委員会と協力して実行されていることが、第2の背景事情である。なお、これらの法律上の規制は疾病労働者全般に関わるものである。精神保健に限定した法規制は現在のところ存在しない。

第3に、労働者の精神疾患は基本的に私傷病であると理解されている点である。精神疾患が業務上と判断される例は、労働者が強盗に遭遇したなど特定の場面に限定されている。もちろん精神疾患の原因が業務になく、労働者の私傷病であるとしても、使用者は労働者の職場における健康を確保するために、心理的負荷を与えるような労働上の要因を軽減ないし排除すべきである。使用者が精神疾患罹患者に対応を行うのはこのような意味であり、業務上災害を理由とする賠償・補償リスクを避けるためというわけではない。

これらの背景事情も踏まえてドイツの産業精神保健法制度の特徴をまとめると、①国は法規制や労働監督により労働者の安全衛生全般について責任を果たすが、その詳細を国が決めてしまうのではなく、具体的措置は使用者に任せているということ、②使用者は従業員代表委員会と協力して、労働者の安全衛生・健康の問題に積極的に取り組んでいること、③使用者の積極的な取り組みは、使用者の法的責任を果たすためでもあるが、それ以上に、企業の経済的効率性や企業カルチャーの維持・尊重が重要であるとの意識が強いことを、指摘できる。

A. 研究目的

統一研究課題に記されているとおり、研究目的は①ドイツの産業精神保健法制度の背景・特徴・効果を解明し、②わが国への適応可能性を探ることにあるが、初年度である本年度はまず、①を目的とした。

B. 研究方法

本年度は、文献調査と訪問調査を実施した。

文献調査については、研究代表者が作成、呈示した「調査報告書の基本的な構成（フォーマット）」に即し、文献資料等のレビューに基づいて必要事項を調査した。なお、研究要旨に記したとおり特有の背景事情がドイツには認められることから、フォーマットの項目を一部変更している。

訪問調査については、平成 23 年 11 月上旬にベルリン市で行った。訪問先等は、以下のとおりである。

H23. 11.2. (水)	ドイツ使用者連盟 Herr Norbert Breutmann 社会保 障局担当官 Frau Anne Schloz (社会保障担 当) Frau Julia Kaute (国際関係担当)
同上	ドイツ法定労災保険組合 Herr Dirk Scholtysik 局長 Frau Dr. Marlen Hupke 労災保険 労働衛生研究所員
11.3. (木)	ドイツ労働組合総同盟 Herr Dr. Hanns Pauli 社会政策専 門員
11.4. (金)	連邦労働安全衛生所 Herr Prof. Dr. Hans Martin Hasselhorn 労働衛生局長

Frau Dr. Gabriele Freude メンタ ルヘルスと認知能力グループ長
--

各訪問先では、レクチャー、質疑応答、資料等によって、多くの情報提供を受けた。訪問調査に際しては、在ドイツ連邦共和国日本国大使館一等書記官渡辺正道氏（厚生労働省）に多大なご協力をいただいた。ティーテン礼子氏には通訳の労をとっていただいた。

C. 研究結果

ドイツでは従来から、疾病労働者の労働不能（欠勤）日数が重要な関心事の 1 つであり、近年は疾病の中でも精神疾患を理由とする欠勤が増加傾向にあることから、精神保健の必要性が高まっている。国や社会保険の各保険者もこの問題に対して関心を持ってはいるが、現段階では使用者による対応が産業精神保健の中心をなしているようにみえる。

以下では、ドイツにおける「1 問題状況」を明らかにしたうえで、「2 公法的規制」として、まず「2. 1 労働安全衛生法制」をとりあげる。ドイツは安全衛生制度や監督の仕組みは整備されているが、精神疾患に特有な仕組みが設けられているわけではない。実際には労働関係においてこれらの制度が労使によってどのように具体化されるかが鍵となる。これについては、「3 労働関係における労働保護法の具体化」で紹介する。ドイツの「2. 2 労災保険法制」の歴史は古いが、現在に至るまで、精神疾患は基本的に私傷病であると理解されている。したがって、労働関係における精神疾患に関する取り組みは業務上疾病対策として行われるわけではなく、労働

上の要因が労働者に心理的負荷を与えうるかといった観点から、措置を講じることになる。

精神保健の問題は、「4 障害者法制」とも関連する。ドイツでは、社会法典第9編（障害者のリハビリテーションおよび参加）において、障害者、とりわけ重度障害者の労働生活への参加に重点的に取り組んでいる。社会法典第9編には、疾病労働者に対する事業所編入マネジメントも規定されている。事業所編入マネジメントは、疾病労働者が再び労働不能に陥ることがないように、ひいては職を失うことがないように、使用者に対策を求めるものである。事業所編入マネジメントの適用対象は、障害者に限定されず、一定期間疾病により労働不能の状態にある労働者がすべて対象となる。事業所編入マネジメントについても、近年精神疾患に罹患した労働者のケースが増加している。

なお、日本では民事裁判例が少なからず使用者の産業精神保健面での取り組みに影響を与えているが、ドイツでも、たとえばハラスメントを理由とする民事紛争が生じている（「5 民事上の解決」）。もっとも、その影響力は未だ大きいものではない。

1 問題状況

1.1 精神障害の診断に関する統計調査

近年、ドイツの労働関係においても精神保健は重要な問題となっている。2008年に技術者疾病金庫¹が公表したレポートには、就業者の5人に1人が、2006年中に少なくとも1回、精神障害の診断を受けた、と記された²。これは全国民を対象とした統

計調査ではなく、以下の方法から推計されたものである。同金庫は、2006年1月1日に同金庫の被保険者等である15歳から64歳までの労働能力がある者(246万2933人)を対象として、外来診療において2006年中にICD10第V章に該当する診断がなされた件数を調べた。女性の32.9%（修正後32.1%）、男性の16.1%（修正後15.0%）が、少なくとも1回、ICD10第V章に該当する診断を受けていた。これを全人口にあてはめて換算すると22.1%となることから、就業者の5人に1人が精神障害の診断を受けたと判断された。

就業者のメンタルヘルスに関する全国レベルの統計調査はなく、各疾病金庫が行う統計調査か（ただし、勤労世代のメンタルヘルス統計が各金庫で行われているとは限られない）、連邦統計局の患者統計によることになる。また、上述の技術者疾病金庫によるレポートではICD10第V章という大枠での件数調査のため、日本の労働関係でイメージされるメンタルヘルスとは必ずしも一致しない。連邦統計局の患者統計によれば、退院した慢性患者のうち、精神および行動の障害（F00-99）を有する者の約3割はアルコールによる精神障害である³。この傾向は男性に強く、男性が、精神および行動の障害（F00-99）のうち、もっとも多く診断されるのは、精神作用物質使用による障害（F1）であり、なかでもアルコール依存が多い⁴。ちなみに女性に多いのは感情障害（F3）、とくにうつ病である。

最近では、就業者の約半数近くが精神不調を訴えているとも言われるが、それを直接示す統計調査はない。

1. 2 疾病を理由とする労働不能に関する欠勤統計 — 地区疾病金庫の統計を例として

ドイツでは、疾病を理由とする労働不能による欠勤についての統計がとられており、参考になる。以下では、地区疾病金庫⁵の統計を用いる。同統計によれば、欠勤が多くみられる疾病は、筋・骨疾患（24.2%）、負傷（12.9%）、呼吸器疾患（12.0%）に続き、精神疾患（9.3%）は4番目に多い⁶。精神疾患は他の疾患と比較して次の特徴がある。すなわち、1999年以降の約10年間で、精神疾患を理由とする欠勤日数は約80%増加した。前年との比較でも9.5%増加しており、これは労働不能主要疾病の中で最も高い増加率である。2010年の欠勤日数は11.6日であるが、精神疾患の日数は平均23.4日であり、他の疾病と比べて欠勤が長い傾向が見られる。さらに、6週間を超える労働不能が見られるケースも、筋・骨疾患（20%）、負傷（13%）に次いで、精神疾患（10%）に多く見られる。これらの統計からは、精神疾患を理由とする欠勤は、傷病を理由とする欠勤の中でもっともポピュラーなものであるとは言えないにしても、件数の増加傾向や日数の長期化傾向を見ると、今後の重要な欠勤原因となるであろうことがうかがえる。

精神疾患の中では、うつ病エピソード（F32）、重度ストレス反応および適応障害（F43）、身体表現性障害（F45）、他の神経性障害（F48）が上位にあがっている⁷。同統計からはアルコール依存の者が多いか否かはわからない。

産業分類別に見ると、精神疾患による欠勤事例は第3次産業に多く見られ、とくに、

サービス業（12.9%）、公務・社会保険分野（12.3%）、銀行・保険業（12.0%）に多い⁸。サービス業の中では、看護助手（17.0%）や介護士（16.9%）に比較的多い。欠勤日数の多さという点では、この2つの職業に加え、看護師や運転手が上位になる。

さて、ドイツではバーンアウトやバーンアウト症候群の語を目にすることが多いが、バーンアウト自体は生活管理困難（Z73）として位置づけられ、労働不能の原因となりうる精神疾患として診断されるわけではない⁹。医師は精神疾患にかかる付加情報としてバーンアウトの診断を行うことができる。バーンアウトの診断事例の欠勤日数は、2004年の8.1日から2010年には72.3日と、約9倍に増加した。欠勤日数は男女間の差が大きく、女性が平均101.9日であるのに対して、男性は49.7日にとどまる。バーンアウトについても精神疾患の場合と同様に、医療・介護分野の労働者の欠勤日数が非常に多くなっている。バーンアウトの診断が付加される精神疾患としては、うつ病エピソード（F32）と重度ストレス反応及び適応障害（F43）が圧倒的に多い。

1. 3 社会に与える影響

労働者の労働不能の原因となる精神疾患は、労働関係だけでなく、経済や社会保険財政に影響を与えうる。

労働者が精神不調に陥ったり、精神障害を発症したりすると、就業中の労働効率低下、あるいは欠勤により、企業の経済効率性が損なわれうる。後述のとおり疾病を理由とする欠勤は有給である（使用者が欠勤期間中の賃金を支払う）ので（1.4参照）、欠勤による企業の損失は日本におけるもの

より大きい。また、労働者の精神不調の原因が職場環境にあるような場合には、そのこと自体が生産性や競争力を低下させる可能性もある。企業の生産性や競争力の低下は、国の経済力を弱めることにつながる。

医療保険においては、問題はより深刻である。患者の増加は、保険給付の増加につながるからである。後述のとおり精神疾患が業務上であると認められることはほとんどないため（2.2参照）、精神疾患にかかる医療給付はもっぱら医療保険が行うことになる。また、治療の一環として行われるセラピーは医療保険の対象であるが、精神疾患罹患者のセラピーにかかる費用が医療財政に負担をかけている可能性がある¹⁰。

年金保険にも影響を与えている。精神疾患を理由とする稼働能力減退年金の支給決定件数は、1995年には55,000件で、その後はほぼ横ばいに推移していたが、2010年には71,000件に増加した¹¹。精神疾患は、同年金の支給原因の第1位となっている。支給決定件数の増加に加え、精神疾患が原因の受給者の受給開始年齢がやや低い（48.3歳）ことは、国民経済や社会保障システムへの影響も懸念されている¹²。また、年金保険による入院リハビリテーションの内訳は、筋・骨等疾患（32%）に次いで、精神疾患（20%）が多い¹³。筋・骨等疾患に対するリハビリテーションが、10年前と比べると減少しているのに対して、精神疾患に対するリハビリテーションは増加している。このことも、年金保険財政に影響を与えうる。

また、労働者と失業者を比較すると、労働者の方が明らかに、精神障害を理由とする労働不能日数が少ない。この事実からは、

精神障害の原因が必ずしも仕事にないことを明らかにするものであるとか、失業や失業に対する不安が精神障害の重要な原因となることを示すものであるとかといった解釈がなされうるが、ここでは精神障害を有する失業者の求職がうまくいかず失業手当の受給期間が長くなり、雇用保険等からの給付が増加する可能性のみ、指摘しておく。

1. 4. 小括と補足

文献調査（統計調査）、訪問調査のいずれからも、精神疾患罹患者が増加していること、そして産業精神保健対策の重要性が年々増していることが確認できた。

しかし、最近の働き方や職場環境の変化がその直接の原因であるとするものは、見受けられなかった。むしろ、以前と比べて精神疾患に詳しい医師やセラピストが増え精神疾患の診断が多くなされるようになったとか、患者はバーンアウトの「診断」結果を受け入れやすい（仕事を一生懸命したという満足感、恥ずべき行為でないという意識）といった意見や、精神疾患の原因は、プライベートの交友関係、家族関係、本人の性格など多様であり、かつ複数の要素が影響していることもあり、労働関係による対策（だけ）では精神疾患罹患を避けられない、といった意見があった。

また、精神疾患は基本的に業務上認定されない（後述2.2参照）。訪問調査でも、精神疾患は（例外的事例を除いて）私傷病であるという見解で一致していた。労働に原因があるかもしれない精神疾患が私傷病として取り扱われることは、一見、労働者の不利益が非常に大きいように思われるが、ドイツでは労働者の私傷病に関する保障は、

日本よりも手厚い。

労働者が疾病を理由に労働不能となった場合、労働者の欠勤にかかわらず、使用者は通常の賃金を支払わなければならない（賃金継続支払法 3 条）。この賃金継続支払の対象となるのは、少なくとも当該使用者のもとで 4 週間雇用されていた労働者に限られるが、それ以外はとくに制限がない。フルタイム・パートタイム労働者を問わず、賃金継続支払請求権がある。また、労働者の疾病が、業務上であるか私傷病であるかは問われないし、精神疾患も当然含まれる。労働者の労働不能による欠勤中、労働者には最長 6 週間にわたり賃金が継続支払いされる。労働者の労働不能が 6 週間を超える場合には、以降の期間は医療保険から傷病手当金が支給される（社会法典第 5 編（公的医療保険）44 条）。傷病手当金の額は通常賃金の 70% で（社会法典第 5 編 47 条）、同一の疾病につき 3 年間で最長 78 週まで支給される（社会法典第 5 編 48 条）。

このように、労働者は欠勤しても賃金を喪失しないので、疾病により労働不能となった場合には、安心して欠勤することができる。賃金の継続支払いを受けるために、労働不能が 4 日以上となるときは、労働者は使用者に、次の出勤日までに医師による労働不能の診断書を提出しなければならない（賃金継続支払法 5 条）。この場合の労働不能とは、単なる精神不調による労働不能では足りず、疾病に罹患していること故の労働不能でなくてはならない。

次に、労働者は治療にあたり医療保険を使用するわけであるが、自己負担は、通院の場合は 3 カ月ごとに 1 回、初診時に 10 ユーロを負担し、薬剤等については 10%

（その大半は上限が 10 ユーロとされている）等と、自己負担はきわめて軽い（社会法典第 5 編 61 条以下）。

精神疾患は基本的に私傷病として取り扱われるが、私傷病時の所得保障も医療保障も、ドイツは日本と比べて充実している。

2 公法的規制

2. 1 労働安全衛生法制（未了・次年度）

2. 1. 1 労働安全衛生法制の概要

ドイツの労働安全衛生法制の歴史は古いが、現行法の中心となるのは 1996 年制定の労働保護法（Arbeitsschutzgesetz）である¹⁴。労働保護法は、1989 年の労働安全衛生の改善を促進するための施策の導入に関する EU 理事会指令に適合させるために制定されたものであるが、同時にそれまで各法に分散していた労働安全衛生法制を体系的にした。労働保護法は、労働安全衛生法制の基本法として位置づけられる。

労働保護法の特徴は、一般規定を中心に構成されている点にある。柔軟な枠組み規定が置かれ、労働保護措置の計画、遂行、効果の審査や改善については、企業の裁量に任せられている。労働保護法の適用対象は、ほとんどすべての組織にわたり、適用対象者も労働者だけでなく労働者類似の者等にも広く及ぶ（労働保護法 1 条、2 条）。

労働保護法には、使用者の責任、そして使用者と並んで責任を負う者が明示されているが（労働保護法 3 条、14 条）、そのうち使用者の義務は、同法 3 条 1 項において次のように記されている。「使用者は、就業者の労働における安全衛生に影響する条件に配慮しつつ、必要な労働保護措置をとる

べき義務を負う。使用者は、その効果について審査し、必要であればその他の臨機応変な対応をしなければならない。その際に使用者は、就業者の安全衛生の改善に努めなければならない。」使用者がとるべき労働保護措置は、同法 2 条 1 項において「人間としてふさわしい労働を具体化するための措置をも含む、労働災害と労働に関係した健康上の危険を防止するための措置」と定義されている。同法 3 条 1 項の使用者の基本的義務に加えて、同法 5 条は使用者にさらなる義務を課す。すなわち同法 5 条 1 項において「使用者は、労働と結びついている労働者に対する危険性を評価することにより、労働保護にいかなる措置が必要であるかを調査しなければならない」とし、使用者が労働者の労働条件等から労働上の危険性を評価すべき義務を課している。危険性評価の結果は文書化することが義務付けられている（同法 6 条）。

労働保護措置や労働上の危険性評価の対象には、精神疾患にかかるものも含まれるが、法律上それが明示されているわけではない。また上述のとおり、労働保護法自体は枠組みを呈示するものであるので、労働関係における具体化は、労使に任せられているといえる（後述 3 参照）。

心理的負荷に言及している法規に、ディスプレイ作業命令（Bildschirmarbeitsverordnung）がある。同命令 3 条は次のように規定する。「労働保護法 5 条により労働条件を評価する際に、使用者は、ディスプレイ作業場の安全・健康にかかる条件を、とくに視力に対する、また身体上の問題ならびに心理的負荷となりうる危険の観点から、調査し評価しなければならない。」同命

令 3 条は、労働保護法 5 条に基づく危険性評価の対象として、身体的負荷の観点のみならず心理的負荷の観点からも調査することを義務づける。

- 2. 1. 2 事業場における安全衛生体制
- 2. 1. 3 監督行政
- 2. 1. 4 小括と補足

2. 2 労災保険法制

2. 2. 1 労災保険の概要

労災保険制度は、社会法典第 7 編（公的災害保険）において定められている。同編（公的災害保険）の適用対象は、労働者のほか、障害者作業所等で就労する障害者、家内労働者とその配偶者、医療福祉施設のボランティア、さらには、事故災害救助者（救助活動が対象）、学生・生徒（修学活動が対象）など、広範囲に及ぶが（社会法典第 7 編 2 条）、以下では労働者について述べる（そのため以下では「公的災害保険」の語を用いず、「労災保険」とする）。労災保険の保険者は、産業・業種別に設立される労災保険組合である。

労災保険の保険事故は、労働災害と職業性疾病である（社会法典第 7 編 7 条 1 項）。いずれも労働者に健康侵害が生じたことが前提となるが、この健康侵害には精神障害も当然含まれる。しかし精神障害については業務上と判断されるケースは、きわめて限られている。

2. 2. 2 労働災害

労働災害とは、補償対象となる活動における被保険者の事故のことであり、ここで事故とは、時間的に限定された、外部から身体に作用する、健康侵害もしくは死亡をもたらす出来事をいう（社会法典第 7 編 8

条 1 項)。精神障害が労働災害と認定されるには、時間的に限定された外部から身体に作用する出来事、すなわち具体的事故が必要である。精神障害が労働災害と認められるケースは、頭部外傷を原因として精神障害を発症した場合や、重大事故の目撃や体験により精神障害を発症した場合に、限定される。連邦社会裁判所も、精神障害を事故によるものと認めるためには、その精神障害が ICD10 や DSMIV といった国際的な診断基準に該当する疾病であることをまず必要とし、さらに通常の因果関係（業務と事故との間の因果関係、事故と健康障害との間の因果関係）に加え、現在の医学的知見により事故もしくは事故の結果が当該精神障害を引き起こすと一般的にいえる場合に限り、労働災害として認めるという判断枠組みを示している¹⁵。精神障害については、事故との因果関係がより慎重に判断される。

2. 2. 3 職業性疾病

職業性疾病は、連邦政府が連邦参議院の同意を得て、職業性疾病規則（Berufskrankheiten-Verordnung）により定める（社会法典第 7 編 9 条 1 項）。同規則の別表 1（職業性疾病リスト）に、職業性疾病が列挙されている。職業性疾病リストに入れられる疾病は、①医学的な見識に基づくもので、②特別な作用によりもたらされるものであり、かつ、③特定のグループに、その活動を通じて、他の人々よりも非常に高い程度で生じるものである（社会法典第 7 編 9 条 1 項）。現在、職業性疾病リストに精神障害は含まれていない。

職業性疾病リストそれ自体は限定列挙である。しかし、これに登載されていない

疾病であっても、災害保険の保険者は、新しい医学的知見に基づき 1 項の要件を充たす疾病があれば、それを職業性疾病として承認しなければならない（社会法典第 7 編 9 条 2 項）。したがって、職業性疾病リストに登載されていない疾病も、新たな医学的知見が得られれば職業性疾病として認められる可能性がある。しかし、精神障害について、1 項の要件のうち③の要件が充たされるケースは想定しにくい。精神障害に罹患した者が、自己の精神障害と業務との間の因果関係を医学的に立証できたとしても、それだけでは職業性疾病として認めるに足りず、職業グループに特有な原因が存在し、かつ個別事例においても精神障害と業務との間の因果関係が肯定されるときに限り、職業性疾病として認められるのである。そのため 2 項適用によっても、精神障害が職業性疾病と認められる可能性はきわめて低い。

下級審では、PTSD を 2 項の意味での職業性疾病と認めた例がある。バーテン・ヴェルテンベルク州社会法裁判所は、開発途上国援助のソーシャルワーカーとして長年、西アフリカ諸国で働いていた者の PTSD について、要件の③の特定のグループとして、「開発途上国の援助に従事する者」を措定し、PTSD を引き起こす作用がこれらの者の活動には十分ありうるとして、PTSD が職業性疾病にあたることを認めた¹⁶。しかし、連邦社会裁判所（上告審）は手続法上の理由から原判決を取り消した¹⁷。連邦社会裁判所は当該事案についての判断を行っていないものの、判断枠組みとして 1 項の要件を充たさなければならないこと、とくに要件の②の特別の作用は、抽象的・一般

的に疾病の重要な原因であることが学術的に示されなければならないとし、慎重な態度を示している。

2. 2. 4 小括と補足

精神障害を職業性疾病として認めることは、法制度上困難である。連邦社会裁判所もこれまで、精神障害を職業性疾病として認めていない。訪問調査からも、精神障害は職業性疾病として認められないという実務上の理解を確認できた。

したがって、精神障害について労災保険給付支給が認められるとすれば、それは労働災害の場合に限られる。労働災害として認められるケースは、極度の心理的負荷による外傷を伴わない精神的な外傷(トラウマ)と、身体的外傷後に生じる精神的障害とがある。訪問調査では、まず前者について、当該精神的な外傷が労働災害によるものと意識されないこともあり、当該疾病と極度の心理的負荷を与えた事故（強盗事件や自殺者の目撃など）との因果関係の判断に時間を要することがあるとの問題を聞きとれた。ちなみに、このような事故に遭遇するリスクの高い業種では、使用者等が対策を講じているとのことである。後者については、病院では身体的外傷の治療が優先され、精神的な外傷に注意がはらわれないことがしばしばあり、そのことが精神障害を悪化させることがあるとの問題が指摘された。

3 労働関係における労働保護法の具体化

3. 1 実務書における質問票の例

使用者が労働法上の義務を履行するために、実務書が手助けとなることがある。使用者が、労働保護法上義務づけられた、事

業所内の安全や労働者の健康を保護する責任を果たすために、参考となりうる実務書が出版されている。たとえば、Haufe 社から出版されている *Mustermappe Arbeitsschutz im Büro* (オフィスの労働保護モデルファイル) には、労働安全衛生に関する情報や知識とともに、様式例（労働者向け文書、質問票やチェックリストなど）が掲載されている。以下では、心理的負荷に関する質問票を紹介する。

表1は、従業員に対する質問票の項目である。この質問票では、従業員に直接質問を行い、従業員は匿名で、質問項目1~16につき、自分の職場の精神面での実状を5段階で（1-いつも、2-ほとんどいつも、3-しばしば、4-たまに、5-ない）評価し、回答する。質問項目17は、自由記述回答となっている。回答結果の分析評価は、事前に決められた利益代表者が行うものとされている。

表1：質問票－労働者の職場の実状について〔質問項目のみ抜粋〕¹⁸

1.	自分の仕事は、いつも、通常の労働時間内に終わらせることができる。
2.	自分の仕事は、自分の能力に見合っている。
3.	自分の仕事は、自分のチーム／部課全体の成果に重要な貢献をしていると思う。
4.	自分の仕事は、楽しく変化に富んでいる。
5.	自分の仕事におけるルーティンの程度に満足している。
6.	自分の仕事の予定〔期日・納期〕は、はっきりと明らかになっている。

7.	自分の仕事を、自分の責任でやりくりできる。
8.	周りの人とうまく仕事をしていると思う。
9.	自分の仕事について、同僚や上司と話し合うことができる。
10.	自分の仕事に邪魔をされることは、ほとんどない。
11.	仕事の質について、フィードバックされている。
12.	ミスの原因は客観的に調べられる。
13.	自分の仕事と関連する、全体の見通しがある。
14.	他の仕事や休憩をすることにより、ディスプレイ機器を用いた自分の仕事を、自分で中断できる。
15.	仕事に際して、自分の意見や考えを述べることができる。
16.	何かをする体調にある（余力がある）と、仕事の後に感じるものがしばしばある。
17.	とくに負担となっているのは：

表2の質問票は、産業医、安全衛生担当者や人事担当者など広義の労働安全衛生従事者が評価・調査するためのものである。従業員には間接的に質問することになる。各項目について「はい」もしくは「いいえ」で回答する。「いいえ」と回答された項目については、何らかの措置が必要と考えられる。質問票の「はい」、「いいえ」の回答欄の横には、備考欄が設けられている。

表2：質問票－ 精神面での労働の実状の評価 [質問項目のみ抜粋] 19

1	仕事の課題
---	-------

1.1	仕事の課題が明確に提示されている
1.2	仕事の課題が完全に示されている
1.3	ルーティン作業は多くない
1.4	仕事の課題が見通せる
1.5	指示
2	労働体制
2.1	時間的拘束がない
2.2	柔軟な労働時間
2.3	残業がない
2.4	交替制労働
2.5	休憩の定め
2.6	邪魔をされない
3	仕事の裁量
3.1	決定についての裁量
3.2	具体化についての裁量
3.3	自分の責任
4	〔資格〕評価
4.1	評価が〔仕事の〕課題にあわせられている
5	コミュニケーション／協力
5.1	仕事の結果についてのフィードバック
5.2	課題処理にあたっての支援
5.3	事業所内の情報伝達システムへの組入れ
6	技術的な労働手段／ソフトウェア
6.1	労働手段が適切におかれている
6.2	講習会
6.3	技術の〔故障・障害〕耐性
6.4	相談担当者
6.5	短期間での問題解決
7	労働環境
7.1	推奨基準に適合した室内環境〔温度等〕
7.2	推奨基準に適合した騒音レベル
7.3	推奨基準に適合した照明

7.4	推奨基準に適合した部屋の区分
8	仕事の形成
8.1	身体作業
8.2	混合した作業
9	全般
9.1	ポジティブな事業所環境

表1、表2の質問票は、モデル例ではあるが、労働関係において想定されている心理的負荷の内容や、使用者の精神疾患の問題に対するアプローチを、ある程度読み取ることができる。

これらの質問項目は、大きく2つのグループに分けられる。第1のグループは、労働安全衛生や労働条件に関わるものである。労働体制（表2-2、表1-1,10,14,16）や労働環境（表2-7、表1-14）に関する質問項目がこれに該当する。労働時間や休憩が適切に定められ、必要な休息を自ら取ることができ、推奨基準に適合した労働環境下での労働が、労働者に保障されるべきである。これらが保障されない場合、とくに最低基準を下回るようなことになれば、労働者にストレス（心理的負荷）を与えることは十分に予測できる。

注目されるのは第2のグループである。ここに分類されるのは、労働者の仕事に対する意識や満足度（表1-3,4,5）、労働者に示された課題（表2-1、表1-5,6,13）、労働者に与えられた裁量（表2-3、表1-7,15）などで、これらは企業理念や人事戦略とも関係する労務管理に関わるものである。自分の仕事が所属部署や企業に重要な貢献をしているか、自分の仕事は楽しく変化に富んでいるか（単調ではないか）、仕事の課題が明確に示されているかといった

質問項目は、労働者が自分の仕事に意義を見出して働くことができているかを問うものでもある。労働者が自分の仕事を意義があるものにとらえ、満足して働くことができれば、心理的負荷は緩和されよう。もう1つのポイントは、労働者に仕事の裁量が与えられているかである。労働者が、企業において歯車としてではなく、自律した人間らしい働き方ができているかは、心理的負荷に影響しうる。

さて、職場における心理的負荷に着目して、労働者の働き方を見直したり、必要な措置を講じたりすることは重要である。その際、心理的負荷を与えるマイナス要因を探し出す方法もあるが、表1、表2はそのような方法を取っていないようにみえる。表1、表2は、労働者に心理的負荷がかからないためのプラス要因をあげている。これは、この質問票ひいてはドイツ労働関係における産業精神保健のアプローチの特徴を示すものであると考える。すなわち、前者の方法（マイナス要因の発見）は補償・賠償法アプローチに、後者（プラス要因が維持されているかの確認）は予防法アプローチに馴染みやすい。表1、表2は、予防ないし問題の早期発見のために心理的負荷を見つけ出そうとするものであるが、このような方法は、使用者が行う労務管理マネージメント、すなわち使用者がいかに労働者の労働能力や労働意欲を引き出すかということと矛盾するものではない。むしろ近い関係にあり、このようなアプローチは使用者に受け入れられやすいと考える。

3. 2 ダイムラー社における危険性評価（未了・次年度）

3. 2. 1 危険性評価に関する事業所協定

労働保護法 5 条が使用者に義務づける危険性評価に関し、ダイムラー社と同社の総従業員代表委員会²⁰は、2005 年 12 月 15 日に「ダイムラー株式会社における労働保護法に基づく危険性評価の具体化に関する全体事業所協定」を締結した。その後、この危険性評価の構成要素に「心理的負荷」を加えることは、心理的負荷の観点から労働条件を評価することを容易にし、それは労働者の労働安全保護のさらなる発展につながるとの考えから、ダイムラー社と同社の総従業員代表委員会は、2008 年 5 月 23 日に「心理的負荷の評価に関する方法」について合意し、同年 6 月 30 日に両者間で協定が締結された。

ダイムラー社はドイツを代表する大企業であり、従業員総数は約 26 万人である²¹。そのため同協定の実施による効果が期待できるが、その効果は同社にとどまらず、関連産業を中心に、他社でもダイムラー社の方法の導入が進められているとのことである。

3. 2. 2 危険性評価

3. 2. 2. 1 プロセス

ダイムラー社では、危険性評価のプロセスを 7 つのステップで構成する。①危険性の調査、②危険性の評価、③措置への誘導、④措置の具体化（開始）、⑤記録、⑥情報委託、⑦実効性の検証、である。①、②は労働保護法 5 条 1 項の危険性評価義務、⑤は労働保護法 6 条の文書化義務を履行するものといえる。

3. 2. 2. 2 組織

ダイムラー社の協定によれば、危険性評

価に関係するのは、以下の 3 つの組織である。

まず、労働安全法 11 条に基づき設置される労働安全委員会である。労働安全委員会は、事業所の責任者（使用者）、産業保健責任者、安全責任者、計画責任者、社会法典第 7 編 22 条に基づく安全管理者、従業員代表委員会の代表者 2 名から、構成される。

次に、「危険性評価のための定期的なコミュニケーション会議」である。同会議は、危険性評価の問題を調整するために、定期的に（たとえば 6 週間ごとに）開催される。同会議は、労働安全委員会の構成員である安全責任者と従業員代表委員会からの 1 名、あわせて 2 名を核として、必要に応じて、産業保健や計画その他の専門家や従業員代表委員会委員を、メンバーとする。同会議では、危険性分析のスケジュール、分析の委託（場所、方法、分析の範囲の決定等）、分析チームが実施した危険性評価の評価、措置の種類やスケジュールおよびその具体化、実効性の検証時期やその基準および実施等が、合意・決定される。これは、危険性評価の実施にあたり、その計画や内容が、事業所における労働安全衛生の必要（利益）と従業員代表委員会により代表される労働者の利益を勘案して、決められることを意味する。

分析チームは、「危険性評価のための定期的なコミュニケーション会議」の委託を受けて設置される。分析チームは、安全専門員、産業医、専門領域の管理職、専門領域の安全管理者、従業員代表委員会委員に、必要に応じて従業員や専門家を加えて、構成される。分析チームは、危険性の分析を

行い、評価について提案し、判断について同種の職場をまとめ、措置ならびに具体化された計画を提案する。

3. 2. 2. 3 構成要素

危険性評価は、各構成要素の危険性評価を通じて行われる。従来の構成要素は、「安全教育」、「予防検診」、「防火検査」、「爆発予防記録」、「通行許可」、「火気作業許可証」、「安全巡視」、「労働手段に関する危険性評価」などであった。2008年に、「心理的負荷」と「分析チームによる特別な危険性評価」が構成要素に追加された。

2005年の協定により、危険性評価の制度は作られていたが、それは心理的負荷の要素を欠くものであった。2008年に追加された2つの構成要素により、心理的負荷の観点からも危険性評価が行われるようになった。

3. 2. 3 心理的負荷に関する危険性評価

3. 2. 3. 1 心理的負荷に関する危険性評価の概要

心理的負荷に関する危険性評価は、職場に関する一般的なデータ調査（たとえば労働時間がどのように規制されているか）、従事者の職務の内容の調査、負荷要因ないし要求因子の調査の、3つから構成される。

心理的負荷に関する危険性評価に特徴的なのは、3つ目の負荷要因である。負荷要因として調査されるのは、労働の複雑性、行動の裁量、可変性、時間についての裁量、責任の範囲、労働の中断、集中の必要性、協働の必要性の8つである。

心理的負荷に関する危険性評価は、心理的負荷を与えうるこれらの要因の(危険な)組み合わせに関して、労働条件を客観的に

調べようとするものである。

分析を行うのは、労働安全衛生や産業保健の従事者ならびに従業員代表委員会委員から構成された専門家チームであり、これらの者は事前に訓練を受ける。この専門家チームに、管理職と当該領域の従業員代表委員会委員が加わって、分析チームが構成される。さらに専門家が加わることもある。分析結果は、所定の分析フォームに記載される。

分析により危険な組み合わせが適示された場合には、まずは職場の管理職が、続いて当該部門で働く労働者が、心理的負荷を回避・軽減するために適切な措置を講ずるか、適切な対処方策をとる措置の遂行の責任は管理職が負う。

3. 2. 3. 2 調査・評価の方法

心理的負荷に関する危険性評価は、1979年に Karasek が提唱した要求・指揮監督モデルを基礎としている。同モデルは、「仕事に対する要求」と「行動の裁量」の2つのベクトルを使用する。

表3：要求・指揮監督モデル

(多)	「あまり負荷を受けない活動」	「積極的な活動」
(少)	「消極的な活動」	「強い負荷を受けた活動」
(少) 仕事に対する要求 (多)		

表3で示すように4通りに分類されるが、左上から右下に進むにつれて、健康に作用する負荷が大きくなる。

仕事に対する要求が高いこと、たとえば責任の度合いが高いことそれ自体に、危険

性があるわけではない。このような例として、医師やパイロット、マネージャーの仕事が指摘される。それに対して、責任の度合いが高く、行動の裁量がわずかにしか認められない場合（たとえば敗戦したら解任されるサッカーの監督）には、適切でない負荷がかかる。

このことを踏まえて、心理的負荷に関する危険性評価では個々の要因に着目するのではなく、負荷要因となる危険な組み合わせを評価するという方法を採用している。

3. 2. 3. 3 プロセス

心理的負荷に関する危険性評価のプロセスは、基本的に危険性評価のプロセス（前述3. 2. 2. 1参照）にしたがうが、危険な組み合わせが生じているか否かによって、ステップ数が異なる（表5、表6参照）。まず、危険な組み合わせを表4に示す。

表4：危険な組み合わせ

労働の複雑性 ↑	行動の裁量 ↓
	時間の裁量 ↓
	労働の中断 ↑
	協働の必要性 ↑
労働の複雑性 ↓	集中の必要性 ↑
行動の裁量 ↓	責任の範囲 ↑
	労働の中断 ↑
可変性 ↑	責任の範囲 ↑
	労働の中断 ↑
	集中の必要性 ↑
可変性 ↓	集中の必要性 ↑
時間の裁量 ↓	責任の範囲 ↑
	労働の中断 ↑
	集中の必要性 ↑
	協働の必要性 ↑
責任の範囲 ↑	集中の必要性 ↑

	協働の必要性 ↑
労働の中断 ↑	集中の必要性 ↑
	協働の必要性 ↑

危険な組み合わせが生じていない場合のプロセスは、表5で示すように3つのステップで行われる。

表5：心理的負荷に関する危険性評価の分析プロセスⅠ

①危険性の調査	職場の分析を行う。
②危険性の評価	分析を評価し、危険な組み合わせを検討する。
⑤記録	記録し、記録結果を労働安全部に保存する。

これらは、所定のフォームを用いて行われる。

それに対して、危険な組み合わせが見られる場合には、表6のとおり、6つのステップとなる。

表6：心理的負荷に関する危険性評価の分析プロセスⅡ

①危険性の調査	職場の分析を行う。
②危険性の評価	分析を評価し、危険な組み合わせを検討する。
③措置への誘導	危険な組み合わせに対しては、原則として心理的負荷を除去ないし克服するための措置に導く。
④措置の具体化	
⑤記録	記録し、記録結果を労働安全部に保存する。

⑥実効性の検証	措置の実効性を、検討・評価する。
---------	------------------

措置や実効性の検証にあたっては、個別事例ごとに対応することになる。

3. 2. 3. 4 役割

3. 2. 4 小括と補足

4 障害者法制

4. 1 障害者差別禁止法制（未着手・次年度）

4. 2 障害者雇用法制（未了・次年度）

4. 2. 1 障害者雇用（労働生活参加）法制の概要

社会法典第9編（障害者のリハビリテーションおよび参加）は、障害者に対するリハビリテーション、労働生活参加のための給付、社会生活参加のための給付等に加え、障害者の参加について定める。

障害者とは、身体的機能、知能もしくは精神的な健康状態が、高い蓋然性で6カ月以上、その年齢に典型的にみられる状態から逸脱しており、それゆえ社会生活への参加が妨げられる者をいう（社会法典第9編2条）。障害の程度の認定は、10ごとの単位で、20から100の間でなされる（社会法典第9編69条）。障害の程度が50以上の者は重度障害者であり、障害の程度が30もしくは40の者は一定の要件のもとで重度障害者と同等に取り扱われる（社会法典第9編2条）。

このうち、重度障害者ならびに重度障害者と同等に取り扱われる者（以下、重度障害者等とする）に関して、使用者にさまざま

な義務が課されている（社会法典第9編68条以下）。

その1つが割当雇用制度である。20以上の雇用ポストを有する使用者は、少なくともその5%について重度障害者等を雇用しなければならない（社会法典第9編71条）。その際、とくに女性障害者に配慮するものとする。例外として、雇用ポストが40未満の使用者は1名、60未満の使用者は2名の重度障害者等を雇用すれば足りる。雇用率を達成できない使用者には、調整金の支払が義務づけられる（社会法典第9編77条）。調整金の額は雇用率に応じて定められており、雇用ポスト1つにつき105ユーロ（達成雇用率3%以上）、180ユーロ（同2%以上3%未満）もしくは260ユーロ（同2%未満）である。調整金制度は、使用者に重度障害者等の雇用を喚起するとともに、使用者間でのコスト調整としての機能がある。

さらに使用者は、雇用ポストに空きが出た場合に、重度障害者等、とくに雇用エージェンシーに求職登録をしている失業中もしくは求職中の重度障害者等を、雇用できるか否かを審査すべき義務を負う（社会法典第9編81条1項）。審査にあたり使用者は、重度障害者代表を参加させ、意見を聴取することが義務づけられる。同条は使用者に審査義務を課すにとどまり、雇用を義務づけられるわけではないが、審査過程に重度障害者代表を参加させることによって、雇用ポストについての適性がある重度障害者等の雇用可能性は大きくなる。さらに割当雇用制度における雇用義務を果たしていない使用者の決定に関し、重度障害者代表等の同意が得られない場合には、使用者はなぜそのように決定したかの理由を説

明しなければならない。このように法は、使用者が形式的に審査をするだけでなく、真摯に実質的な審査をすることを、強く求めている。

そのほか、重度障害者等は使用者に対して、自己の能力と知識に適した就労を求め権利を有しており、それに対応して使用者は義務を負う（社会法典第9編81条4項）。使用者が重度障害者等を解雇する場合には、事前に統合局の同意を得なくてはならない（社会法典第9編85条）。この手続きにおいても、重度障害者代表等が関与する。

このように、重度障害者等については労働生活参加のための状況が整えられている。これは障害の種類にかかわらず、重度障害者等に妥当する制度である。したがって、精神障害者もこの制度の適用を受けるが、精神障害者について当該制度がどれほど機能しているかは、文献調査、訪問調査のいずれによっても把握できなかった。精神保健のテーマについては、むしろ次に述べる事業所編入マネジメントがきわめて重要であることが、訪問調査から明らかになった。

4. 2. 2 事業所編入マネジメントの位置づけと意義

事業所編入マネジメントは、社会法典第9編において、予防として位置づけられている（社会法典第9編84条）。同条1項は使用者に、雇用関係を脅かすおそれのある人物・行動や企業に原因のある問題を除去し、雇用関係を維持するような支援等を検討することを義務づけている。同条項は、重度障害者等の雇用関係を維持するために必要な予防対策をするよう使用者に義務づ

ける。

事業所編入マネジメントの規定は、2004年に同条2項に追加された。これは、一定の労働不能の状態にある就業者が、新たな労働不能に陥ることなく、雇用関係を維持できるよう、使用者に予防対策を求めるものである。同条項の対象は重度障害者等に限定されておらず、障害の有無にかかわらず、該当するすべての就業者に適用される。

同条2項の規定は、次のとおりである。「就業者が、1年間に中断することなくもしくは繰り返して、6週間を超えて労働不能である場合に、使用者は第93条に基づく管轄の利益代表者ならびに、重度障害者については重度障害者代表者と、当該者の同意と関与のもとで、どうすれば労働不能ができるだけ克服されるのか、そしてどのような給付や支援によって新たな労働不能を防ぎ、雇用ポストを維持できるのか、それらの可能性を明らかにする（事業所編入マネジメント）。必要であるならば、工場医もしくは産業医の助言が求められる。当該者もしくはその法定代理人にはあらかじめ、事業所編入マネジメントの目的ならびに、そのために収集・使用されるデータの種類と範囲が示される。労働生活に参加するための給付やそれに伴う支援が問題となる場合に、地域の共通サービス機関、もしくは重度障害の就業者については統合局の助言が使用者により求められる。これらは、必要な給付もしくは支援が遅滞なく申請され、第14条第2項第2文の期間内に履行されるよう努める。第93条に基づく管轄の利益代表者ならびに、重度障害者については重度障害者代表者は、説明を求

めることができる。これらの代表者は、この規定により課せられた義務が使用者が履行するよう、監視する。」

さらに同条 3 項は、「リハビリテーション機関と統合局は、事業所編入マネジメントを導入する使用者に報奨金もしくは奨励金による助成を行うことができる。」と規定する。

このような規定が設けられた背景には、次のような事情があった。疾病、とくに慢性疾病は、労働者の労働不能（欠勤）を引き起こすことがある。なかでも労働不能（欠勤）日数の増加は、長期疾病（6 週間を超えて労働不能をもたらす疾病）が大きな原因となっている。長期疾病が悪化すると障害の状態に至ることもある。実際に障害の原因の 8 割以上は疾病が原因である。さて、労働者の労働不能の期間が長くなると、医療保険者や事業所の負担は大きくなる。疾病による労働者の欠勤については最初の 6 週間は使用者が賃金を継続支払いし、その後は医療保険が傷病手当金を支給する。労働者の労働不能は生産力の低下につながり市場に悪影響をもたらす。そのため、長期疾病労働者は労働市場から排除されやすくなる。長期疾病労働者は疾病を理由に解雇されるかもしれないが、再就職にも困難が予想される。そうすると、その後の生活は、失業手当を受給するか、あるいは早期年金を受給するか、いずれにせよ社会保障給付に頼らざるを得なくなるであろう。このような事態は、国・社会にとって、将来の労働力の減少と社会保障システムにかかる負担という問題をかかえることになる。もちろん、長期疾病者が労働市場から排除され社会保障給付に依存することなく、そして

何よりも健康に生活できることが望ましいことはいうまでもない。そこで、労働者の健康改善強化のための措置が検討された。

4. 2. 3 関係当事者

4. 2. 4 プロセス

4. 2. 5 精神障害事例

4. 2. 6 個人情報保護

4. 2. 7 解雇との関係

4. 2. 8 使用者に対する援助

4. 2. 9 評価

4. 2. 10 小括と補足

5. 民事上の解決（未着手、次年度）

D および E. 考察および暫定的結論

ドイツにおいて、産業精神保健法制度という枠組みが確立しているとは言い難い。産業精神保健へのニーズや関心が高まっているものの、独自の法制度を樹立するのではなく、既存の労働安全衛生法制の枠組みの中で制度が実施されている。

またドイツでは従来から、疾病労働者の労働不能（欠勤）が重要な関心事であった。疾病労働者に対する手厚い保障を行う一方で、使用者も国も、いかにして労働者の健康を保持するかに苦慮してきた。長期疾病罹患患者や障害者の労働生活への参加を促すことは、これらの者が社会から疎外されないようにするためでもあるが、同時に、企業や社会保障制度に大きな負担がかかることが危惧されるからでもある。疾病労働者に対する保障や処遇の問題は、ドイツの労働関係における 1 つの重要なテーマであり、精神保健の問題が生じて初めて注目されたわけではない。1 年間に 6 週間以上疾病による労働不能になった労働者に実施されう

る事業所編入マネージメントは、ドイツの1つの特徴を示す制度であるが、これも疾病一般に対する問題関心から導入された制度であり、精神疾患罹患者を念頭に置いて作られた制度ではない。

現在は、既存の枠組みや制度を利用しつつ、それを精神疾患事例にうまく適合させる方法が模索されている段階であるように思われる。

産業精神保健法制度というよりは、産業保健法制度全般の特徴ではあるが、以下の3つの特徴を指摘して、暫定的なまとめをしたい。第1に、国は法規制や労働監督により労働者の安全衛生全般について責任を果たすが、その詳細を国が決めてしまうのではなく、具体的措置は使用者に任せていることである。第2に、使用者は従業員代表委員会と協力して、労働者の安全衛生・健康の問題に積極的に取り組んでいることである。労使の協働が見られるわけであるが、労働側の当事者が労働組合ではなく従業員代表委員会であることが注目される。第3に、使用者の積極的な取り組みは、使用者が自らの法的責任を果たすためでもあるが、それ以上に、企業の経済的効率性や企業カルチャーの維持・尊重が重要であるとの意識が強いことである。

F. 研究発表

無

G. 知的所有権の取得状況

無

H. 引用文献

文末脚注参照

¹ 技術者疾病金庫は、公的医療保険の代替金庫の1つであり、医療保険の保険者である。同金庫は、毎年、医療レポート（Gesundheitsreport）を公表しているが、2008年のテーマが精神障害であった。

² Techniker Krankenkasse, Gesundheitsreport 2008, S.20.

³ Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2010, S.245.

⁴ Hibbeler, Mehr psychische Erkrankungen, Deutsches Ärzteblatt 2011 108(37), A1884.

⁵ 地区疾病金庫は、公的医療保険の重要な保険者の1つであり、公的医療保険の加入者の約3分の1をカバーする。

⁶ Meyer/Stallauke/Weirauch, Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2010, in Badura/Ducki/Schröder/Klose/Macco(Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2011, 2011, S.223ff.

⁷ Meyer/Stallauke/Weirauch(Anm. 6), S. 251.

⁸ Meyer/Stallauke/Weirauch(Anm. 6), S. 261.

⁹ Meyer/Stallauke/Weirauch(Anm. 6), S. 266f. もっともこれは、医療保険の保険者の見解であることに留意する必要がある。民間保険契約の事案であるが、バーンアウトを業務疾病と認めた下級審裁判例も存在する。LG München vom 22.3.2006, I Az 25 O 1979803. 同地裁判決は、控訴取下げにより、確定した。

¹⁰ 2011年11月6日付 Berliner Morgenpost の記事によれば、精神疾患者に対する誤ったセラピーに、少なくとも年間50億ユーロが支払われているという。セラピーにより、4人に1人は病状が改善せず、10人に1人はむしろ悪化しているという。同記事は、不要なセラピーも多く行われていると、指摘する。

¹¹ BDA, Erfolgsfaktor Psychische Gesundheit (kompakt), 2010, 2011.

¹² しかし他方、受給者が若年者や女性の場合、実際に支給される年金額がわずかでありそれでは生活できないといった問題も、訪問調査から得られた。なお精神疾患罹患

者は、他の疾病と比べると若年者に多く、男女間では女性に多い。

¹³ Hibbeler(Anm. 4), A1884.

¹⁴ 労働保護法の詳細は、三柴丈典『労働安全衛生法論序説』（信山社、2000年）137頁以下を参照。

¹⁵ BSG vom 11.5.2006, NZS 2007, 212.

¹⁶ LSG Baden-Württemberg vom 14.5.2009.

¹⁷ BSG vom 20.7.2010 (juris).

¹⁸ Schurr(Hrsg.), Mustermappe Arbeitsschutz im Büro, 2011, S. 297.

¹⁹ Schurr(Anm. 19), S. 298f.

²⁰ 従業員代表委員会は、法律により労働者数5人以上の事業所に設置が義務づけられている、労働者の利益を代表する組織である。1つの企業に複数の従業員代表委員会がある場合に、総従業員代表委員会が設置される。ドイツでは一般に、労働組合が産業別に組織されるため、従業員代表委員会は企業内の利益代表として重要な役割を担っている。産業精神保健に関する課題には、産業全体というよりも、各企業ないし事業所ごとに取り組むべきであると考えられており、従業員代表委員会の果たすべき役割は大きい。

²¹

<http://nachhaltigkeit.daimler.com/reports/daimler/annual/2011/nb/German/6020/beschaeftigung.html>

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

フランスの産業精神保健法制度

分担研究者 勝亦 啓文 桐蔭横浜大学法学部・准教授

研究要旨

フランスの産業精神保健制度においては、労働法典に基づく使用者の義務に加え、その義務と連接する形で、労働医、従業員代表制度が機能している。労使が「社会的パートナー」として、立法レベルと現場レベルにおいて、その具体化に取り組んでいることが、フランスの制度の特徴であろう。

他方、国の取り組みは、監督行政だけではなく、社会保障部門を中心に、対策に関わる調査研究を行い、事業主および労働者に対する情報提供や援助を行うことで、相互補完的にメンタルヘルスの問題に取り組んでいる。

本報告は、こういった枠組みの中でどのような取り組みが有効に機能し、あるいは問題があるのかを検証する研究のための基礎的調査である。

A. 研究目的

統一研究課題に記されている通り、①諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果を解明し、②わが国への適応可能性を探ることにあるが、本年度と次年度の調査研究は、①を目的としている。

B. 研究方法

第1回班会議（平成23年4月23日）での議論を踏まえて研究代表者が作成、呈示したフォーマット（「調査報告書の基本的な構成」）に記された必要調査事項について文献調査を実施した。ただし、フランスでは、産業精神保健法制度が確立しておらず、その詳細を体系的に整理した文献がないこと、時間上の制約に加え、彼国で産業精神保健に大きな役割を果たしている労働医に関する詳細な調査は、研究協力者の鈴木俊明氏に委ねられていることなどから、本年度の調査対象は、関連法制度の基本的枠組みにとどめた。

C. 研究結果

1 公法

1.1 法令、行政規則（ガイドラインなど）、計画など

産業精神保健の分野では、労働法典において、モラル・ハラスメントの防止の観点からの規制と、身体的な安全に加えた精神面での安全の確保という観点からの、労働安全衛生の一環としての精神的ストレスの防止および対応に関する使用者の義務が定められている。

労働法典 L. 4121-1 は、使用者の義務について、以下のように定めている。

L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Ces mesures comprennent :

- 1° Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ;
- 2° Des actions d'information et de formation ;
- 3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

訳：

使用者は、労働者の安全を確保し、身体的及び精神的健康を維持するために必要な措置をとらなければならない。

この措置は次のものを内容とする。

- 1° 職業上のリスク及び労働の苦痛を予防する行動
- 2° 情報伝達及び研修のための行動
- 3° 組織と調整手段の設置

使用者は環境の変化を考慮し、また既存の状況の改善を目指して、これらの手段を採用するよう努めるものとする。

これを具体化するものとして、同 L. 4121-2 条は、次のような一般的義務を使用者に課している。

L'employeur met en oeuvre les mesures prévues à l'article L. 4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :

- 1° Eviter les risques ;
- 2° Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- 3° Combattre les risques à la source ;
- 4° Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- 5° Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- 6° Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- 7° Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L. 1152-1 ;
- 8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;

9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs.

訳 :

使用者は、以下に関する予防についての一般原則に基づき、L. 4121-1 条に定める措置を実施するものとする。

- 1° リスクを避けること。
- 2° 不可避なリスクについて、評価を行うこと。
- 3° 根源的なリスクに対処すること。
- 4° 労働を人間に適応させること。特に労働のポスト、並びに労働の設備及び労働と生産の手法の選択にかかわる事項について、単調な労働を制限し、その労働が健康な耐える効果を軽減するよう、特に留意すること。
- 5° 技術の発展状況を考慮すること。
- 6° 危険のある状態を、危険がないか、より危険が少ない状態に転換すること。
- 7° 技術、労働の組織編成、作業条件、社会関係及び特に L. 1152-1 条に定められた精神的ハラスメントに関わるリスクを含む作業環境に影響する要因を統合的に考察した、全般的な予防計画を策定し実行すること。
作業環境に影響する要因を首尾一貫して考察した
- 8° 個人レベルの保護措置に優先して、集団レベルの保護措置を実施すること。
- 9° 労働者に適切な指示を与えること。

ここであげられる労働法典 L. 1152-1 は、次のような規定である。フランスにおいては、まずモラル・ハラスメントについて使用者の防止義務が制定された後で、一般的

なメンタルヘルス対策が使用者に課されてきた経緯がある（1-7 参照）。

Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.

訳：

いずれの労働者も、その尊厳に関わる権利を毀損され、身体若しくは精神の健康を増悪させ、又はその職業における今後のあり方を危険にさらす可能性のある、労働条件の低下を目的とし、又はその効果を有する、反復した精神的な嫌がらせ行為を被ることがあってはならない。

次いで、L. 4121-3 条は次のように定める。

L'employeur, compte tenu de la nature des activités de l'établissement, évalue les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, y compris dans le choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, dans l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations et dans la définition des postes de travail.

A la suite de cette évaluation, l'employeur met en oeuvre les actions de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Il

intègre ces actions et ces méthodes dans l'ensemble des activités de l'établissement et à tous les niveaux de l'encadrement.

訳：

使用者は、事業場の活動の性格を考慮して、労働者の健康及び安全に対するリスクを評価するものとする。これには、製造工程、労働における設備、化学物質、又はその材料の選択、労働の場所又は設備の設置の向上若しくは改善、並びに労働のポストにおける評価を含む。

評価の終了後、使用者は予防措置の実地並びに、労働者の健康と安全を保護するためにより優れた水準を確保できる労働及び生産の方法を実行する。使用者は、事業場の活動全体および部門構成のすべてのレベルにおいて、この行動と措置を実施するものとする。

以上が使用者の一般的義務であるが、使用者は、この取り組みの内容について、年に一度文書を作成して公表する義務が課されており（R. 4121-1 条、同-2 条）、この文書を労働者、安全衛生労働条件委員会ないしその職務を担当する機関、従業員代表、労働医、労働監督官その他の機関に提出する義務を負っている（R. 4121-4 条）。

同時に、労働組合支部や従業員代表の関与（図表 1 参照）による各企業内における具体的取り組みの具体化が図られる。

安全衛生労働条件委員会の権限について、労働法典 L. 4612-1 条は以下のように定めている。

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission :

- 1° De contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure ;
- 2° De contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité ;
- 3° De veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

訳 :

安全衛生労働条件委員会は、次の職務を行う。

- 1° 事業場の労働者及び外部の企業により配置された労働者の身体及び精神の健康、並びにその安全を保護することに貢献する。
- 2° 労働条件の向上に貢献すること。特に、女性がすべての雇用にアクセスすることを容易にし、母性に関わる問題に対応するための措置。
- 3° これらの事項に関わる法規の遵守状況の監視。

この基本的権限を前提に、労働者が曝されるリスクおよび労働条件の分析(同-2条)、使用者への事業場におけるリスク軽減に関する勧告(同-3条)、事業場の巡察(同-4条)、アンケートの実施(同-5条)、所管の労働者に不快な影響を与える近隣事業場長への苦情申立(同-6条)、監督官の臨場を使用者から通知され、その分析を伝

える(-7条)といった権限が付与されている。

従業員代表委員の権限に関する一般規定は、L.2313-条である。

Si un délégué du personnel constate, notamment par l'intermédiaire d'un salarié, qu'il existe une atteinte aux droits des personnes, à leur santé physique et mentale ou aux libertés individuelles dans l'entreprise qui ne serait pas justifiée par la nature de la tâche à accomplir, ni proportionnée au but recherché, il en saisit immédiatement l'employeur. Cette atteinte peut notamment résulter de toute mesure discriminatoire en matière d'embauche, de rémunération, de formation, de reclassement, d'affectation, de classification, de qualification, de promotion professionnelle, de mutation, de renouvellement de contrat, de sanction ou de licenciement.

L'employeur procède sans délai à une enquête avec le délégué et prend les dispositions nécessaires pour remédier à cette situation.

En cas de carence de l'employeur ou de divergence sur la réalité de cette atteinte, et à défaut de solution trouvée avec l'employeur, le salarié, ou le délégué si le salarié intéressé averti par écrit ne s'y oppose pas, saisit le bureau de jugement du conseil de prud'hommes qui statue selon la forme des référés.

Le juge peut ordonner toutes mesures propres à faire cesser cette atteinte et assortir sa décision d'une astreinte qui sera liquidée au

profit du Trésor.

訳：

従業員代表委員が、特に労働者を介して、人権の侵害、身体及び精神の侵害、又はその遂行する職務の性格から正当化しえず、達成すべき目的とも整合しない個人の自由の侵害を確認したときは、それを使用者に直ちに通告する。特に、この侵害は、雇入れ、職業訓練、給与体系、配置、格付け、昇進、配置換え、契約の更新、制裁、又は解雇の領域におけるすべての差別的措置から生じる。

使用者は遅滞なく代表委員への聴取を実施し、その状況を解消するための必要な措置を講ずる。

使用者がその侵害の実情に応じた義務を履行せず、又は見解が異なったとき、及び使用者との解決がなしえなかったときは、当該労働者、又は当該労働者が書面により反対しないことを示した場合に代表委員は、労働審判所に急速審理命令の申し立てを行う。

裁判官は、その侵害を停止させるために必要なあらゆる措置を命じ、又は国庫に帰属する制裁金の支払いを命じることができる。

また企業委員会は、事業主の諮問対象機関であるが、企業の運営全般に関わる事項がこの委員会への諮問対象とされており（L. 2323-1）、メンタルヘルス対策、ストレス対策も、この諮問の対象となる。

1.2 法の管轄機関・執行権限者

労働監督官が、労働法典にかかわる規制

監督をおこなっている。監督官は、使用者に対して一般的な義務の履行や個別労働者の権利保護の場面で、一定の作為や不作為を命じ、罰則を伴う権限をもってそれを命じることができる。

一方で、各企業の取り組みに対して、ARACT（地方労働条件改善所）と CARSAT（退職者・健康保険基金・旧 CRAM<地方健康保険基金>が、使用者および労働者、従業員代表への情報の提供やコンサルティングサービスをおこなっており、国の社会保障部門による労使への援助の役割は大きいとされる。

1.3 ストレスマネジメントの具体的な方策（仕組み・流れ）

実際の企業内の取組みにおいて、一義的に実行主体が定められているわけではなく、また、体系的な組織があるわけでもないため、各当事者が、それぞれの責任の範囲内で、その実行を担っている。

労働安全衛生の関係者として、たとえば、Loïc Lerouge は、1. 使用者、2. 労働者、3. 従業員代表、4. 労働医を中心とする医療サービス、これに加えて労働監督官や国の労働・社会保障機関等の企業外の機関をあげている（1）。

また、P-Y. Verkindit は、1. 労働者本人、2. 従業員代表、3. 安全衛生労働条件委員会、4. 外部機関を挙げているのに対し（2）、Y. grasset らは、1. 使用者、2. 労働者、3. 従業員代表と組合代表、4. 労働監督官をあげている（3）。

しかし、企業内の取組みの枠組みを設定するという点では、2008年7月2日の全国職協定（1-7 参照。2009年4月23日に拡

張適用）によって、職業上のリスク評価と予防義務の一環として、職場における暴力及びハラスメントと同様に、労働が与えるストレスに対して使用者が必要な措置を取ることが定められた（図表2）。

これについては、ARACT（地方労働条件改善所）と CARSAT（退職者・健康保険基金、旧 CRAM〈地方健康保険基金〉）が、そのための評価シートを作成し、提供することとされた。

なお全国労働条件改善所（ANACT）の評価キットが、インターネットでも配布されている（“Kit méthodologique. Prendre en compte les risques psychosociaux dans le Document Unique”

http://www.anact.fr/web/actualite/essentiel?p_thingIdToShow=23389598#form）

1.4 専門家や専門機関の活用によるストレスマネジメント

フランスの労働医は、従業員代表の合意を得て選任され、独自の権限を付与されて、独立して、労働者の安全衛生に必要な措置を使用者に助言できるほか、労働安全衛生委員会等に出席し、意見を述べることができる。労使双方に対するアドバイザーとして重要な役割を果たしている。企業の労働環境、労働条件につき、使用者および CHSCT に助言し（R. 4624-1 条以下）、労働者の心身の状況を配慮して、適切な措置を提案する権限が与えられており、労働の場を監視することができる（R. 4623-1 条）。

この権限の中で行われるストレスマネジメントについては、次年度、研究協力者である鈴木俊晴氏から報告される予定である。

1.5 雇用にかかる精神障害者差別禁止法

次年度調査予定。

1.6 メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制

次年度調査予定。

1.7 法政策の背景

心理社会的（risque psychosocial）なリスクの分類としては、1) 嫌がらせ（harcèlement）、2) 苦悩（souffrance）、3) ストレス（stress）がありうるが、法領域では、1) と 3) への対処が主眼であるとされる（4）。

立法の進展を見てみると、1989年6月12日の職業上のリスク排除・縮減に関するEU指令の国内法化、1992年7月22日法、同11月2日法 セクシュアル・ハラスメントに対する罰則付与、2002年1月17日法 社会近代化法によるモラル・ハラスメント規制と精神的健康の保護、2008年7月2日の全国職際協定 使用者のストレス評価に対する取り組みの促進（2004年10月8日欧州枠組協定の国内規範化）、2010年5月26日の全国職際協定 労働におけるハラスメントと暴力に関する全国職際協定（2007年4月26日の欧州枠組協定の国内規範化）が、メンタルヘルスに対する取り組みを促進してきた。

フランスの場合、メンタルヘルス対策は、EU指令が牽引してきたこと、その実現において、労使団体による職際交渉が牽引してきたこと、ハラスメント対策から精神的健康の確保への拡大がみられる。

もともと、労働関係法領域におけるルー

ル設定において、労使が全国レベルで交渉し、その結果を立法に反映させることは、この問題に限らず、フランスの労働立法の特徴である。

また、社会的には、2008年にフランステレコムでの従業員連続自殺が社会問題化した中で、ハラスメントの禁止と予防という観点を超えて、メンタルヘルス一般に対する措置の義務化に対する社会的な理解、関心は高まってきた。

政府も、自殺対策として、「労働における健康計画（Plan Santé au Travail）」（2005）、「Plan National Santé Environnement」（2004～2008）、2008年11月25日デクレ2008-1217号による「労働条件における方向性協議会（Conseil d'orientation sur les conditions du travail）」での心理社会的ストレスに関する分科会設置、「労働における健康計画Ⅱ（Plan Santé au TravailⅡ）」（2010）などの政策を進展させてきた。

1.8 確認できる効果

保健省管轄下の国立公衆衛生監視研究所（L'Institut de veille sanitaire (InVS)）による調査研究がおこなわれている、次年度調査予定。

2 私法

2.1 根拠法

社会保障法典に基づき、労働に起因する障害、疾病については、CPAM（医療保険一次金庫）による労災認定が行われた場合は、公的保険給付でその補償がおこなわれることになる。

しかし、その障害・疾病が使用者の *faute inexcusable*（弁解の余地のない過失、重過失の中でも、高度なものと解されてきた）によるものである場合には、最終的には加害行為者が負担する付加給付を請求できるとされている（社会保障法典 L. 452-2 条、-3 条）。

2.2 関係する判例

破毀院社会部 2002 年 2 月 28 日判決が、アスベストによる疾病と死亡につき、「使用者は、労働者が曝されていた危険に気づいており、または気づくべきであったときであって、その危険を除去するために必要な措置を講じていなかったときは、」この弁解の余地のない過失が認められるとした（5）。また、すぐその後の破毀院社会部 2002 年 4 月 11 日判決とあわせ（6）、付加給付の請求要件に関する従前の解釈を緩和したと解されている。

労働者の自殺ないしその企てによる後遺症について使用者の責任を認める例も出てきていることから、民事責任の面からの使用者の取り組みへの強制が作用している可能性もある。

2.3 確認できる効果

次年度調査予定。

D及びE. 考察及び結論

フランスの場合、国は産業精神保健制度の大枠を設定して、直接的には行政監督により、また間接的には民事損害賠償による予防効果により、使用者にその義務の履行を諮る一方で、国は調査研究と労使双方に対する情報の提供や援助を行うことにより、

産業精神保健制度を構築している。メンタルヘルス対策は、この基本枠組みの中で、特にここ10年間において、その取り組みが強化されてきたといえる。

ただし、フランスが先進的かつ独自のこのような取り組みを行ってきたというわけではなく、メンタルヘルス対策自体は、EU指令を国内法化する形で実現してきた。

また、国内規範の設定の場面と、各企業内における取り組みの実質化の場面で、従業員代表（ただし、労働組合支部が存在する場合、実質的には、労働組合支部がその運営に大きな影響を与えるし、組合代表委員は、労働者の個人的苦情について使用者に交渉申し入れができる）が大きな役割を果たしている。

これらは、CHSCT（安全衛生労働条件委員会）を除けば安全衛生に特化した代表でなく、企業の運営への参加と、労働条件一般に対する意見表明の機会を保障するための制度である。この点で、ただちに日本におけるメンタルヘルス対策においてこの方式をそのまま導入できるものではないが、メンタルヘルス対策のための企業内での体制に従業員が参加する場合に、必要な視点、支援内容を考える上で、参考になるだろう。

最後に次年度の調査研究への展望について述べる。

「B. 研究方法」で述べた事情から、本年度は、関連法制度の基本的な枠組みに関する文献調査（の一部）を実施するとどめたが、1)国による取り組みの具体的内容（実態や成果、その検証の実際など）、2)全国および地方レベルでの労使交渉での決定内容（協定など）、3)各企業における実際の取り組みの内容などに関する詳細な調

査は、次年度の課題として残されている。

特に、1. InVSによる調査研究の内容、2. ARACTおよびCARSATによる労使に対する援助措置の内容、3. 従業員代表及び労働組合支部の取り組みの具体的内容、4. 労働医の具体的取り組み内容などにつき、資料収集、ヒアリング等を行い、企業レベルで実際に行われている取り組みの内容・程度について、詳細な調査研究を行う必要があると考えている。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし。次年度以降に公表予定。

2. 学会発表

なし。

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

H. 引用文献

- 1) Loïc Lerouge, La Reconnaissance d' un droit à la protection de la santé mentale au travail, L. G. D. J, 2005, p. 304 et s.
- 2) P-Y. Verkindit, Droit du travail, 3^e ed., 2011
- 3) Y. Grasset et autres, Risque

psychosocial au travail, 2011

4) P-Y.Verkindit ,Droit du travail ,3^e
ed. , 2011, p. 576. 》

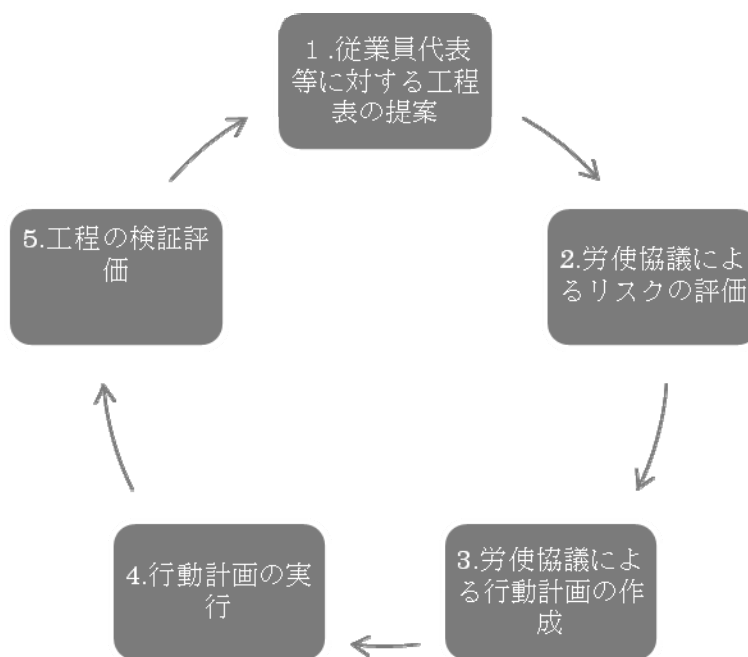
5)Soc.,28 fév.2002 ,29,RJS 2002,n°81.

6) Soc.,11 avr.2002 ,Bull.civ.V, n°127.

図表 1 従業員代表組織

組合代表委員	従業員代表委員	企業委員会	安全衛生労働条件委員会
代表的組合が指名	11 人以上を雇用する事業場で選挙により選出	50 以上を雇用する事業場または企業で選挙により選出	50 以上を雇用する事業場または企業で選挙により選出
団体交渉、苦情提出	従業員の個人的および集団的な苦情の申し立て	使用者からの情報提供と諮問を受ける	安全衛生に関する諮問を受ける

図表 2 職業上のリスクに対する対応



* ANACT の評価キット、Fiche.1 の図表を参照して作成

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

アメリカ（障害者差別禁止法とメンタルヘルス）

分担研究者 長谷川 珠子 福島大学行政政策学類・准教授

研究要旨

アメリカでは、障害者差別禁止法（障害をもつアメリカ人法（Americans with Disabilities Act、ADA））が障害者の雇用にとって非常に重要な役割を果たしており、本研究課題の主要テーマである「メンタルヘルス対策」にとっても障害者差別禁止法が一定の役割を果たしているといえる。

例えば、ADA のもっとも重要な概念の一つである「合理的配慮」（reasonable accommodation）とは、障害者が障害ゆえに職務遂行上の支障がある場合、そのバリアを取り除くものであり、そのような合理的配慮を提供しないことが障害を理由とする差別に該当する。精神障害者に対する合理的配慮としては、労働時間の短縮、勤務スケジュールの変更、職場における各種のルールの修正、配置転換などが考えられるが、これらの合理的配慮は、実際に精神疾患に罹患した従業員に対する「3次予防」的な側面を有すると考えられる。

しかし、ADA は、使用者が応募者や従業員に対して障害に関連する調査をすることや医学的検査を行うことを原則として禁止しているため、2次予防として従業員のなかにメンタルヘルスの不調者がいないかどうかを調査することが差別に該当するおそれがある。同時に、精神障害者が望まない対応が使用者が行った場合には、それが労働者の健康のために行われたものであったとしても、差別に該当するおそれが生じる。

これらは、障害に対する偏見や差別を解消するという差別禁止法の趣旨には適する制度設計といえるが、労働者が健康を害することを事前に防ぐというメンタルヘルスケア対策の点からは、問題があると考えられる。日本でも、労働者のプライバシー保護と使用者の安全（健康）配慮義務の関係が議論されているが、今後は、アメリカにおいて労働者の健康確保のための措置が、差別禁止法とどのような関係にあるのかについて検討したいと考えている。

A. 研究目的

統一研究課題に記されている通り、①諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果を解明し、②わが国への適応可能性を探ることにあるが、本年度と次年度の調査研究は、①を目的としている。

示したフォーマット（「調査報告書の基本的な構成」）に記された必要調査事項に対応する法令、行政のガイドライン及び裁判例について調査を実施した。ただし、アメリカでは障害者差別禁止法が主たる調査対象となるため、適宜フォーマットの項目や順番を変更した。

B. 研究方法

第1回班会議（平成23年4月23日）での議論を踏まえて研究代表者が作成、呈

C. 研究結果目次

1 私法	209
1.1 障害者差別禁止法	209
1.1.1 障害者差別禁止法制定における背景と問題の所在.....	209
1.1.2 ADA の概要	211
1.1.3 施行規則及びガイドライン.....	212
1.2 ADA の管轄機関と実施機関	213
1.3 ストレスマネジメントの具体的な方策	213
1.4 専門家や専門機関の活用によるストレスマネジメント.....	213
1.5.1 規制対象.....	214
1.5.2 保護対象 - 「障害」 (disability) の定義 -	214
1.5.2.1 ADA における障害の基本的定義と ADA 改正法の要点	214
1.5.2.2 「主要な生活活動」とは.....	214
1.5.2.3 「機能障害をもつとみなされること」とは.....	215
1.5.2.4 障害の定義に関する解釈ルール	215
1.5.2.5 適格性 (qualified) 要件.....	216
1.5.3 ADA の禁止する障害を理由とする差別.....	219
1.5.4.1 合理的配慮概念の誕生と ADA における合理的配慮の規定.....	220

1.5.4.3	精神障害者に対する合理的配慮.....	222
1.5.4.4	ストレスマネジメントの具体的な方策－合理的配慮との関連において－ ...	223
1.6	メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制 - ADA における障害関連調査と医学的検査の取扱い－.....	224
1.7	法政策の背景.....	227
1.8	確認できる効果.....	227
1.9	関連判例.....	227

1 私法

アメリカは、世界で初めて包括的な障害者差別禁止法を制定した国であり、この障害者差別禁止法が障害者の雇用にとって非常に重要な役割を果たしていることは、既に広く知られているところである。さらに、本研究の主要テーマである「メンタルヘルス対策」にも、同法が一定の役割を果たしている。そこで本分担研究報告書では、差別禁止法アプローチによるメンタルヘルスへの取り組みについて検討する（労働安全衛生法などによるアプローチについては、次年度、他の分担研究者により実施される予定である）。なお、本年度においては、障害者差別禁止法とそれに関連する法制度がメンタルヘルス対策にどのような形で関与・寄与し得るのかを中心的な研究課題とし、同法に基づき、具体的に企業においてどのようなメンタルヘルス対策が行われ、どのように労働者のメンタルヘルスの維持・改善につながっているのかといった実態的な側面については、来年度実施予定の現地調査等を踏まえ、来年度以降の研究に

委ねる。

1.1 障害者差別禁止法

1.1.1 障害者差別禁止法制定における背景と問題の所在

アメリカにおいて、障害を理由とする差別が連邦法として最初に禁止されたのは、1973年の「リハビリテーション法 (Rehabilitation Act of 1973)」¹である。このリハビリテーション法は、もともと、アメリカにおける障害をもつ人々の生活全般（教育、職業訓練、就労、医療等）に関係する多様な施策を規定する法律として存在していたが、1973年の同法改正によって、連邦政府及び連邦政府から財政補助を受けるすべてのプログラム及び事業について、適格性を有する障害者に対し、参加の自由を奪うこと、利益の享受を否定すること、又は差別をすることを禁止する条項が追加された（リハビリテーション法 504 条）。さらに同法 501 条は、連邦政府に対して、適格性を有する障害者の採用、配置及び昇進などについて積極的差別是正措置 (Affirmative Action) のためのプログラムを計画・実施す

ることを義務付けるとともに、同法 503 条 (a) によって、連邦政府と 10,000 ドルを超える契約を締結する民間企業に対し、適格性を有する障害者の雇用及び昇進について積極的差別是正措置をとるよう義務付けている²。

しかしながら同法の規制を受けるのは、主として連邦政府であり、一般の民間企業については、上述したように、連邦政府と一定額（10,000 ドル）以上の契約を締結した民間企業に限定されていた。そのため、保護の対象となる者も、連邦の公務員や上記要件を満たす、ごく一部の民間企業の従業員のみであった。そこで 1980 年代以降、障害者団体を中心に、障害を理由とする差別の禁止を一般のすべての民間企業にまで拡大することが強く求められるようになった。NCH（National Council on Handicapped、全米障害者評議会（現在は NCD（National Council on Disability）。以下「NCD」という）³は、1986 年に「自立に向けて (Toward Independence)」⁴と題するレポートを提出し、包括的な障害者差別禁止法の制定に向けた提言を行った。さらに NCD は、1988 年に、障害を理由とする差別の禁止と合理的配慮（reasonable accommodation）の提供を義務付けること等を内容とする「自立の入口 (On the Threshold of Independence)」⁵と題するレポートを提出した。これが、1990 年に制定された「障害をもつアメリカ人法」（Americans with Disabilities Act with Disabilities Act of 1990、以下「ADA」という）⁶の草案となったものである。ADA 法案は 1988 年 4 月に第 100 回連邦議会に提出されたが、審議時間が足りず見送られ、翌第 101 回連邦議会に再提出された。当初の法案はいくつかの修正を受けたものの、1990 年 7 月に下院及び上院にお

いて賛成多数で可決され、同月 26 日、当時の George Bush 大統領による署名を受けて、成立した。ADA は、一部を除き、1991 年 7 月から施行されている。

リハビリテーション法は、もともと傷痍軍人を対象とした職業訓練や教育を提供すること、すなわち「職業リハビリテーション」をその目的としていた⁷。その対象は、1920 年の「スミスフェス法」(Smith-Fess Act) によって、傷痍軍人だけではなく身体障害をもつすべてのアメリカ人に拡大され、さらに、1943 年の法改正によって身体障害者だけでなく、精神障害者や知的障害者にも拡大されたが、それでもなお、職業訓練とカウンセリングを主要な目的とするものであり、このようなアプローチが、障害者をむしろ社会から「分離」させる結果につながったといわれている。つまり、支援を受けるための条件が障害者の働こうとするインセンティブを妨げ、障害者はプログラムに依存するようになり、そのことが障害者を社会から分離するという方向に働く、という悪循環に陥ってしまった。

このような状況のなか、1950 年代後半から 1960 年代前半にかけてアメリカで広がった「公民権運動」の影響を受けて、障害者の自立生活を求める草の根運動が拡大していくこととなる。公民権運動は、人種、皮膚の色、性、宗教又は出身国を理由とする差別を禁止した 1964 年の公民権法 (Civil Rights Act of 1964) の制定という成果を達成する。確かに、障害を理由とする差別は公民権法には取り入れられることはなかったが、同法の制定がその後の障害者運動の方向性に大きな影響をもたらしたといえる⁸。

1973年のリハビリテーション法改正による差別禁止条項の追加や、その後の1990年のADAの制定の背景には、このような公民権運動を契機に活発となった障害者の自立運動の拡大がある。これに加え、ADAの制定過程においては、障害者が隔離・差別され、社会的又は経済的に劣位な立場におかれていることが改めて確認され、このような差別によって、①障害者が社会参加の機会を失い、社会福祉プログラムに依存せざるを得ず、結果としてアメリカ合衆国全体として不必要な数十億ドルのコスト負担につながっていること、②障害者の活用が進まず、貴重な労働力の喪失につながっていることが強調された⁹。つまりADAは、障害を理由とする差別を禁止することにより、①障害者の福祉プログラムへの依存による社会保障費等の増大を回避し、②障害者を労働力として活用することを目指して、制定されたものといえる。ADAは、精神障害者もその保護対象としており、本研究との関係では以下のことが指摘できる。精神障害を抱える人に対して、使用者はその障害を理由として差別することは許されず、ADAの下では、原則として、メンタルヘルス不調者も、労働力として活躍することが期待されているといえる。労働者の雇用の維持のために、ADAでは、障害者がその障害ゆえに職務遂行上支障がある場合には、その障壁を取り除くための「合理的配慮」(reasonable accommodation)を提供することを使用者に求めている。つまり、メンタルヘルス不調者は、職務内容の軽減や労働時間の短縮、配置転換等の合理的配慮の提供を受けつつ、就労を継続することが可能となる。ただし、①ADAの下での「障害

者」の定義や、②合理的配慮の内容・程度によって、メンタルヘルスの不調者がADAによって保護される範囲は大きく影響を受ける。したがって、ADAの基本的枠組みのなかで、メンタルヘルス不調者が保護される境界を明らかにすることが重要となる。

なお、メンタルヘルスと関連する差別禁止法として、ADAのほかに、2008年に制定された「遺伝子情報差別禁止法」(Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008、以下「GINA」という)¹⁰がある。同法は、従業員及び応募者の遺伝子情報を得ることを原則として禁止し、遺伝子情報に基づく差別を雇用の全局面において禁止する。同法は2009年11月から施行されている。GINAについても、メンタルヘルスと関わりのある範囲において、検討対象とする。

1.1.2 ADAの概要

1990年に制定されたADAは、法の目的や用語の定義を設けた「総則」、「雇用における差別の禁止」を定めた第1編、「地方公共団体、州、連邦政府などの公共サービス及び公共交通機関によるサービスの提供における差別の禁止」を定めた第2編、「民間企業によって運営される施設及びサービス提供における差別の禁止」を定めた第3編、「テレコミュニケーション」について定めた第4編、及び、「雑則」を定める第5編から構成される包括的な障害者差別禁止法であり、ADAによって、生活全般における障害を理由とする差別が禁止されている。以下では、「雇用差別」についてのみ検討の対象とし、特に断らない限りADA第1編をADAとする。

ADAが1990年に制定されて以降、2008

年に一度改正されている。ADA 制定後、裁判所が「障害」の範囲を狭く解釈する傾向にあったことから、ADA の起草者や障害者団体を中心に批判が高まり¹¹、2008 年に ADA が改正された（Americans with Disabilities Act Amendments Act of 2008、以下「ADA 改正法」という）^{12 13}。詳細は後述するが、2008 年改正では、障害の定義について、従来の定義をそのまま踏襲しつつ、障害の範囲が狭く解釈される余地がなくなるようにするために、その内容が明確化された¹⁴。

1. 1. 3 施行規則及びガイドライン

ADA の施行規則を作成する権限を有する EEOC¹⁵は、ADA 改正法制定後、同法の施行規則の改定作業に取りかかり、暫定版を作成するとともに、各地で公聴会を開くなどして意見を集めた。その結果、EEOC は、2011 年 3 月 25 日に ADA 改正法施行規則を実施するための最終版となる規則（29 C.F.R. Part 1630 Regulations to Implement the Equal Employment Provisions of the Americans with Disabilities Act, as Amended、以下、「ADA 改正法施行規則」という）を発行し、その内容を反映させる形で、2011 年 7 月 1 日に、ADA 施行規則を改定した（29 C.F.R. Part 1630 Regulations to Implement the Equal Employment Provisions of the Americans with Disabilities Act、以下、「ADA 施行規則」又は「施行規則」という）¹⁶。さらに、この ADA 施行規則には、「第 1630 部の付録 - 障害を持つアメリカ人法第 1 編の解釈ガイダンス」（29 C.F.R. Appendix to Part 1630 - Interpretive Guidance on Title I of the Americans with Disabilities Act）がついて

おり、ADA 第 1 編についての詳細な解釈がなされている（以下、「ADA 解釈ガイダンス」という）。

EEOC は、さらに詳細なガイドラインを作成している¹⁷。ガイドラインの数は多数あるため、本研究との関連があると思われるものに限って紹介する¹⁸。

- ADA における合理的配慮と過度の負担（Undue Hardship）についてのガイドライン〔改訂版〕（2002 年 10 月）（Revised Enforcement Guidance: Reasonable Accommodation and Undue Hardship Under the Americans With Disabilities Act
- 採用前の障害に関連する調査と医学的検査についてのガイドライン（1995 年 10 月）（ADA Enforcement Guidance: Preemployment Disability-Related Questions and Medical Examinations、以下「採用前調査ガイドライン」という）
- ADA における従業員に対する障害に関連する調査と医学的検査についてのガイドライン（2000 年 7 月）（Enforcement Guidance on Disability-Related Inquiries and Medical Examinations of Employees Under the Americans with Disabilities Act（ADA）、以下「採用後調査ガイドライン」という）
- 労働災害補償と ADA についてのガイドライン（1996 年 9 月）（EEOC Enforcement Guidance: Workers' Compensation and the ADA）
- ADA と精神障害についてのガイドライン（1997 年 3 月）（EEOC Enforcement Guidance on the Americans with Disabilities Act and Psychiatric Disabilities、以下「精神障害ガイドライン」という）

なお、裁判所は、施行規則をはじめとして EEOC の各種のガイドラインの内容には拘束されないが、使用者はガイドラインを順守することによって無用な訴訟を回避することができる可能性が高くなることから、企業の行動に対する実質的な効果は大きいと評価されている。

1.2 ADA の管轄機関と実施機関

ADA を管轄するのは、連邦の労働省 (United States Department Labor) である。このなかの障害者雇用政策局 (Office of Disability Employment Policy、以下「ODEP」という)¹⁹が、障害者差別禁止法をはじめとする、障害者の雇用全般に関わる連邦の様々な施策を実施している。ODEP は、障害者の雇用機会拡大のために国家的なリーダーシップを発揮することを目的として、2001 年に労働省内に設置された機関である。ただし、労働省の 2001 年度予算の中で ODEP を設置する予算が組まれたもので、ODEP の設立根拠となる立法はない。

ADA に関し、施行規則やガイドラインを作成し、雇用差別の救済窓口となるのは、雇用機会均等委員会 (Equal Employment Opportunity Committee、以下「EEOC」という) である。EEOC は、連邦の雇用差別禁止法の実効性を確保することを目的として、1964 年の公民権法制定と同時に、連邦政府の独立機関として創設された機関である (公民権法 705 条)²⁰。現在、EEOC が扱う連邦の雇用差別禁止法は、ADA 及びリハビリテーション法の差別禁止規定のほか、1963 年の「同一賃金法」(Equal Pay Act

of 1963)、1964 年の「公民権法第 7 編」(Title VII of the Civil Right Act of 1964)、1967 年の「雇用における年齢差別禁止法」(Age Discrimination in Employment Act of 1967)、1991 年公民権法第 7 編及び GINA である。EEOC は、これらの連邦の雇用差別禁止法について施行規則や各種のガイドラインを作成する権限と、行政上の救済機関としての権限をもつ。

EEOC は、上院の助言と承認を得て、大統領によって任命される 5 名の委員から構成される。5 名はそれぞれ、各種の差別問題について専門的知識・経験をもつ人々で構成されている。本部はワシントン DC にあり、全米に 53 の支部をもつ。スタッフ数は、2,400 名程度であり、予算は 367,303 ドルである (2010 年)。

1.3 ストレスマネジメントの具体的な方策

1.4 専門家や専門機関の活用によるストレスマネジメント

1.3 ストレスマネジメントの具体的な方策及び、1.4 専門家や専門機関の活用によるストレスマネジメントについて、下記 1.5.4.3 において、ADA の下での合理的配慮との関連で触れることとし、差別禁止の枠組みを超える部分については、来年度の研究対象とする。

1.5 雇用にかかる精神障害者差別禁止法

ここでは、ADA について精神障害者差別に焦点を当て、さらに詳しく検討する。

1.5.1 規制対象

ADA の規制対象である「適用対象事業体」(covered entity) には、使用者 (employer)、雇用斡旋機関 (employment agency)、労働団体 (labor organization) 又は労使合同委員会 (joint labor management committee) が含まれる (ADA101 条(2))。使用者とは、当年又は前年において 20 週以上の各労働日に 15 人以上の従業員を使用する者で、州際通商に影響を与える産業に従事するものをさす (同条(5)(A))²¹。従業員数の算定は、事業所ごとではなく、企業ごとに行われる。規制対象を定めた規定は、人種、皮膚の色、宗教、性、又は出身国を理由とする雇用差別を禁止した公民権法第 7 編の規定を ADA にも利用したものであり、従業員数の要件が定められている理由は、ごく小規模な企業では同族的経営が多いことに配慮されたものであるとされている²²。

なお、使用者には、アメリカ合衆国、アメリカ合衆国政府が完全所有する法人又はインディアン部族は含まれない。アメリカ合衆国及び同政府が完全所有する法人は、リハビリテーション法により類似の規定の適用を受ける (ADA101 条(5)(B)(i))。

1.5.2 保護対象 - 「障害」(disability) の定義 -

1.5.2.1 ADA における障害の基本的定義と ADA 改正法の要点

ADA における障害とは、以下のいずれかをさす (ADA3 条(1))。

(A) その人の一つ以上の主要な生活活動 (one or more major life activities) を実質的に制限する (substantially limits) 身体的又は精神的機能障害 (a physical or mental

impairment)。

(B) そのような機能障害の記録 (record)。

(C) そのような機能障害をもつとみなされること (being regarded)。

この定義は、1990 年の ADA 制定当初から規定されていたもので、ADA 改正法においてもこの基本となる定義はそのまま踏襲されている。ただし、ADA 改正法では、①ADA3 条(2)に「主要な生活活動」の内容が追加され、②上記 ADA3 条(1)(C)に「第(3)項参照」との一文が加えられ、ADA3 条(3)として、「そのような機能障害を持つとみなされること」についての説明が加えられている。さらに、③ADA3 条(4)として、「障害の定義に関する解釈ルール」が設けられた。ADA の障害の定義は、これらの追加項目に従って解釈されなければならない。

1.5.2.2 「主要な生活活動」とは

連邦最高裁判所は、2002 年の Toyota Motor Mfg., Ky., Inc. v. Williams 事件判決²³において、職務のなかのある特定の種類の職務を遂行できないことは、「主要な生活活動」の制限ではないとの判断を下した。連邦最高裁判所は、ADA の障害の定義のなかの「主要な生活活動に対する実質的な制限」であるというためには、「ほとんどの人々の日常生活にとって中心的な重要性をもつ活動」を妨げ、あるいは、極めて制限する機能障害を有することであると判示した。

ADA 改正法以前、この「主要な生活活動」については、ADA の法文上ではなく、施行規則にその具体的内容が記載されていた。それによると、主要な生活活動とは、「自分

自身の世話をすること、手作業を行うこと、歩くこと、見ること、聞くこと、話すこと、呼吸すること、学ぶこと、働くこと」であった。しかし、連邦最高裁判所の狭い解釈を受け、ADA 改正法では、「主要な生活活動」の内容を法文上明記し、かつ、その内容を拡充している。すなわち、新設された ADA3 条(2)(A)では、主要な生活活動とは、「自分自身の世話をすること、手作業を行うこと、見ること、聞くこと、食べること、眠ること、歩くこと、立つこと、持ち上げること、かがむこと、話すこと、呼吸すること、学ぶこと、読むこと、集中すること、考えること、コミュニケーションをとること、及び、働くことを含み、かつ、これに限定されない。」とされている。また、主要な生活活動には、主要な肉体機能 (bodily function) の働きも含まれるとし、これには、「免疫システム、通常の細胞成長、消化器官、膀胱、神経、脳、呼吸器、循環器、内分泌機能、及び、生殖機能が含まれ、かつこれに限定されない」とされる (ADA3 条(2)(B))。

ADA 改正法後に作られた ADA 施行規則 § 1630.2(1)(i)には、ADA の内容に加え、「座ること、手を伸ばすこと、他者と交流すること」が主要な生活活動に含まれると定められている。ADA3 条(2)(A)や ADA 施行規則を作成するに当たっては、使用者側や障害者側から様々な意見が出された結果、現在の規定となっている。ADA 改正法施行規則において強調されていることは、これらの主要な生活活動の例は、あくまでも例示列挙であって、限定列挙ではない点である。

1.5.2.3 「機能障害をもつとみなされること」とは

新たに追加された ADA3 条(3)(A)は、どのような場合に「そのような機能障害をもつとみなされ」たことになるのかを明記し、原告（障害者）側の立証すべき内容を明らかにした。すなわち、「個人が、実際の又は知覚された (actual or perceived) 身体的又は精神的機能障害を理由として、本法の下で禁じられた行為を受けたことを証明できた場合には、その機能障害が主要な生活活動を実際に制限したかどうかにかかわらず、又は、制限すると思われていたかどうかに関わらず、そのような機能障害をもつとみなされているとの要件を満たす」。ただし、続く ADA3 条(3)(B)において、「ADA3 条(1)(C)は、一時的あるいはささいな (minor) 機能障害には、適用されてはならない。」と定められ、その一時的な機能障害とは、「実際の又は予想される存続期間が 6 か月以下のものをさす。」とされた²⁴。

ADA 施行規則 § 1630.2(l)によれば、本法の下で禁じられた行為とは、「採用拒否、降格、休職命令、解雇、ハラスメント、その他の労働条件に関する不利益取扱い等」が含まれる。

1.5.2.4 障害の定義に関する解釈ルール

ADA 改正法は、今後、裁判所によって再び障害の定義が狭く解釈されることのないよう、ADA3 条(4)に、障害の定義に関する 5 つの解釈ルールを定めた。すなわち、(A)本法における障害の定義は、本法の下で対象となる広範囲の個々人が有利となるよう、本法の用語により許される最大限の範

囲において解釈されなければならない。

(B)「実質的に制限する (substantially limits)」という用語は、2008 年 ADA 改正法の事実認定と目的²⁵に従って解釈されなければならない。

(C)障害の有無を決するという目的においては、主要な生活活動の一つを実質的に制限する機能障害は、他の主要な生活活動を制限する必要はない。

(D)時々生じる又は寛解期にある (episodic or in remission) 機能障害は、その症状があらわれた際に、主要な生活活動を実質的に制限するのであれば、障害に該当する。

(E)機能障害が主要な生活活動を実質的に制限するかどうかは、軽減措置 (mitigating measure) による改善効果に関わらず、決定されなければならない²⁶。

これにより、ADA における障害の定義は、上記のルールに従って解釈されなければならないこととなった。

EEOC は、この解釈ルールを受けて、施行規則のなかの障害の定義に関する項目について改定を行った。改定内容は多岐にわたるため、以下では、大幅な改定が加えられた「実質的な制限」(substantially limits)に関する施行規則を紹介する。

旧施行規則 § 1630.2(j)(1)は、実質的な制限とは、「①一般人口のなかの平均的な人であれば実行できるような主要な生活活動を実行できないこと、又は、②特定の主な生活活動を実行する際の条件、方法又は持続性に関して、一般人口における平均的な人が同じ主要な生活活動を実行する際の条件、方法又は持続性に比較して著しく (significantly) 制限されていることをいう。」と説明していた。これに対し、改定さ

れた施行規則 § 1630.2(j)では、「(1)(i)『実質的に制限する』という文言は、ADA の用語により許される最大限の範囲内において、広範囲の個人が有利となるよう解釈されなければならない」としたうえで、「(ii)一般人口におけるほとんどの人と比較して、ある人が主要な生活活動を遂行する能力を機能障害が実質的に制限するのであれば、それは障害となる。実質的な制限かどうかを判断する際に、機能障害がその人の主な生活活動を行うことを、妨害、又は著しく (significantly) 又は厳しく (severely) 制限する必要はない。とはいえ、すべての機能障害が本法の下での障害になるわけではない。」と説明している。また、一般人口のほとんどの人々の能力と、その人の制限とを比較する際には、多くの場合、科学的、医学的又は統計的な証拠を用いる必要はないこと、生活活動への機能障害の制限具合を検討するに際し軽減措置の改善効果は考慮しないこと等、詳細に用語の説明がなされている。

1.5.2.5 適格性 (qualified) 要件

ADA において差別禁止の対象となるのは、あくまで、合理的配慮があれば、あるいはなくとも、当該労働者が、職務の本質的機能 (essential functions of the employment position) を遂行できる場合に限られる。ADA は、職務の本質的機能が遂行できる者を「適格性をもつ個人」(qualified individual) として定める (ADA101 条(8))。使用者が、学歴、熟練、経験等の職務に関連する基準を設定している場合、障害をもつかどうかに関わらず、その基準を満たしていなければ、適格性を

欠くことになる。たとえば、連邦政府が定める視力要件を満たしていないトラック運転手が、適格性を欠くと判断された裁判例がある²⁷。

この「適格性要件」は、公民権法第7編には定められていないが、障害がある場合、その障害ゆえに職務遂行能力に影響を与える蓋然性が高いことから、あえてADAの法文上明記されているものであると考えられる。したがって、ADAにおいても使用者は職務能力をもつ者を平等に取扱うことを義務付けられているのであって、職務能力の低い障害者を特別扱いするよう使用者に求めるものではない。ただし、職務のうちの本質的機能を遂行できればよいことから、周辺的（marginal）な職務を遂行できないとしても、適格性判断には影響しない²⁸。また、本質的職務を遂行できる場合には、それを行う時間の変更やその方法を変更するといった合理的配慮が求められることもある。

1.5.2.6 ADAにおける精神障害

以下では、EEOCの「精神障害ガイドライン」に基づき、ADAにおける精神障害の範囲について解説する。

ADA3条(1)(A)における精神的機能障害（mental impairment）には、以下のものが含まれる。

- ・ うつ（major depression）
- ・ 躁うつ（bipolar disorder）
- ・ 不安障害（anxiety disorder）：パニック障害、強迫神経症、PTSDを含む
- ・ 統合失調症（schizophrenia）
- ・ パーソナリティ障害（personality disorder）²⁹

これらの精神的な機能障害がある場合、その状態が自動的に障害となるわけではない。上述したように、そのような機能障害が、その人の一つ以上の主要な生活活動を実質的に制限することになってはじめて、障害のレベルに達することになる。

精神的機能障害によって制限されうる主要な生活活動は、人によってさまざまであるが、典型には、「学ぶこと、考えること、集中すること、他者と交流すること（interact with others）、自分自身の世話をすること、話すこと、手作業をすること³⁰、眠ること」などが含まれる。

実質的に制限するかどうかは、上述したADA改正法及び施行規則に基づいて、①制限の程度と②その期間によって判断されることになる。存続期間については、ADAの中では明記されていないが、EEOCの精神障害ガイドラインによれば、生活活動を制限する期間が少なくとも数か月以上³¹継続することが必要であるとされている。ガイドラインでは、以下の例が示されている。

例1：激しい孤独感、出勤すること以外の社会的引きこもり状態、深刻な不眠及び集中できないという問題を抱え、うつ状態が1年以上継続していた従業員の例。この場合、この従業員は、他者との交流、睡眠、集中という能力に対し、機能障害（うつ病）が深刻な制限をもたらしていたということがいえる。そのため、機能障害による影響は、実質的な制限とという程度に深刻であり、存続しているといえることができる。

例2：数か月間、躁うつ病の投薬治療を受

けている従業員の例。投薬を受ける前は、症状が深刻で、躁と鬱が頻繁に繰り返され、次第に社会的に引きこもりがちとなり、自分自身の世話をすることが困難となっていた。投薬によって症状は落ち着いたが、医師によれば、彼の躁鬱病は不安定であり、長期に存続する可能性があった。この従業員の機能障害（躁うつ病）は、投薬の影響を考慮に入れなければ、他者との交流と自分自身の世話という主要な生活活動に対し、深刻な制限をもたらしているといえる。

例3：恋人との別れにより、悲しみに打ちひしがれている従業員の例。彼は日常生活はこなしていたものの、仕事において動揺することが時折みられ、この状態が一か月ほど継続していた。カウンセラーによれば、彼の症状は「適応障害」（adjustment disorder）であるが、症状は恋人との別れの件に起因するものであって、長期にわたって継続することはないとされた。この場合、彼は適用障害という機能障害を抱えていたものの、短期間だけのものであり、その間も主要な生活活動を実質的に制限したとまではいえない。したがって、この従業員は、ADAにおける障害をもつとはいえない。

なお、慢性（chronic）のものであれ、一時的なものであれ、また、寛解期にあるものであれ、その精神的機能障害の症状があらわれたときに、主要な生活活動を実質的に制限する場合には、ADAにおける障害となる（ADA 3条(4)(D)参照）。

以下では、ADA が、どのような場合に、

主要な生活活動への実質的制限となるととらえているのかを知るため、主要な生活活動の類型ごとの判断枠組みを紹介する。原則として、各種の生活活動において実質的な制限をもつかどうかは、平均的な一般人との比較で判断される³²。

①他者との交流

同僚や上司と仲が悪いというだけでは、不十分である。常に敵対的関係にある、社会的引きこもりである、又は必要があるにも関わらずコミュニケーションが取れない、などの深刻な問題がある場合に限って、主要な生活活動への実質的制限であると判断される。

②集中すること

関連のないものが視野に入ってくる、雑音・騒音が耳に入ってくる、又は関連のない考えが頭に浮かぶ等によって、容易にかつ頻繁に気が散る場合、集中するという主要な生活活動への実質的制限となりうる可能性がある。より具体的には、例えば、不安障害のため集中できず、細かい仕事でミスを繰り返し、叱責された後も同様のミスを繰り返すという場合、障害となる可能性がある。他方で、長時間の会議で疲れ、集中力が続かないというような場合は、多くの人がそうなることが予想されるため、たとえその人が慢性的なうつ病を抱えていたとしても、会議に集中できないということだけをもって、主要な生活活動への制限ということとはできない。

③睡眠

例えば、PTSD のために何か月もの間、

睡眠薬なしには、ごくわずかにしか眠ることができないという場合、又は、うつ病のため数か月間 1 日に 2、3 時間しか眠ることができないといった場合には、睡眠という生活活動への実質的制限となりうる。他方、精神的機能障害により、寝つきが悪い、あるいは、時々十分な睡眠がとれないというだけでは不十分である。

④自分自身の世話

例えば、機能障害があるために、平均的な人と比べて、朝に起床すること、風呂に入ること、衣服を着替えること、食事を用意して食べることなどの基本的な活動を行うことができない場合、主要な生活活動への実質的な制限となりうる。うつ病の場合、睡眠過多となることが多く、それにより自分自身の世話が十分にできなくなることが考えられる。

1.5.3 ADA の禁止する障害を理由とする差別

1.5.3.1 差別禁止事項

ADA は、「いかなる適用対象事業体も、応募手続き、労働者の採用、昇進、解雇、報酬、職業訓練、並びにその他の雇用上の規定、条件及び特典に関して、適格性を有する人を障害を理由として差別してはならない。」と定め、雇用の全局面における差別を禁止している（ADA102 条(a)）。施行規則 § 1630.4(a)(1)には、これらの項目に関する差別禁止のほかにも様々な差別禁止事項が定められている³³。

なお、ADA 改正法を受けて改定された施行規則では、§ 1630.4(b)として「障害がないことの申立」という項目が追加され、障

害のない人が提供してもらえない配慮を、障害者が得られることを含めて、障害のない人が障害がないことを理由として差別を受けることに関する申立に、本規則は何ら根拠を与えないことが定められた。これは、障害のない人が障害者よりも不利に取扱われたという、いわゆる逆差別が ADA においては成立しないことを明記したものである。

1.5.3.2 ADA の禁止する差別の種類

ADA102 条(a)の「障害を理由とする差別」には以下を含むとして、ADA102 条(b)において、7 種の差別が列挙されている。

(1)応募者又は労働者を、その障害を理由として、その応募者又は労働者の機会又は地位に不利な影響を及ぼす方法で制限、分離又は分類すること。

(2)使用者が、その使用者の応募者又は労働者である適格性をもつ障害者を差別の対象とする契約その他の取り決め又は関係に関与すること。

(3)障害を理由とする差別を引き起こす、又は、共通の管理下にある他の人々の差別を永続的にする管理上の基準 (standards)、判断規準 (criteria)、方法 (methods) を用いること。

(4)適格性をもつ個人が関係をもっている又は交際をしている (relationship or association) ことが知られている者が既知の障害を有していることを理由として、その適格性をもつ個人に対し、均等な職務又は特典を排除し、又は、否定すること。

(5)(A)応募者又は労働者であるその他の点では適格性をもつ障害者の既知の身体的又は精神的機能障害に合理的配慮を提供しないこと。ただし、その配慮を提供すること

が、使用者の事業の運営にとって過度の負担を課すことを使用者が証明できる場合はこの限りではない。(B)労働者又は応募者の身体的又は精神的機能障害に合理的配慮を提供する必要があるという理由によって、適格性をもつ障害者である応募者又は労働者の雇用機会を否定すること。

(6)障害者又は障害者集団を排除する又は排除する傾向のある (tend to) 適格性基準、試験、その他の選考項目を用いること。ただし、当該基準、試験又は選考項目が当該職務に関連し、業務上の必要性に合致することを、適用対象事業体が証明できる場合は、この限りではない。

(7)感覚、手作業又は発話技能が損なわれた障害をもつ応募者又は労働者に試験を実施する際に、その試験が測定することを目的としている技能、適性、その他の要素を、結果が正確に反映されるようにするのに最も効果的な方法によって、雇用に関する試験を選択したり実施したりしないこと。

アメリカでは、直接差別を「差別的取扱い」(disparate treatment)、間接差別を「差別的インパクト」(disparate impact)と呼ぶが、上記で示したように、ADAの条文上はこれらの用語を用いた形で差別の禁止規定が置かれている訳ではない。ただし、ADA施行規則 § 1630.15 において、差別的取扱いと差別的インパクトの訴えに対する抗弁について説明されている。

それによると、ADA § 102(a)、同条(b)(1)～(4)及び同項(7)並びに ADA503 条（報復差別）に基づく「差別的取扱い」の訴えに対して、使用者は、「訴えられた行為は適法であり、非差別的な理由により正当化され

る」という抗弁が可能である。

他方で、「差別的インパクト」とは、一律に適用された基準が、特定の障害をもつ人に不利な影響を及ぼすこと、又は障害者の集団に不均衡な不利な影響を及ぼすことをいうとされ³⁴、ADA102 条(b)(6)にその根拠をもつ。このような差別的インパクトの訴えに対しては、使用者は、適用された資格基準、試験又は選考基準が職務に関連し、業務上の必要性があること、及び合理的配慮によっては問題が解決されないことを証明する必要がある。

1.5.4 合理的配慮 (reasonable accommodation)

ADA102 条(b)(5)が定めるように、ADAは、適格性をもつ障害者に対し、合理的配慮を提供しないことが差別に該当すると定める。以下では、ADAにおける合理的配慮について解説し、その後、ストレスマネジメントとの関連に焦点を当てて検討する。

1.5.4.1 合理的配慮概念の誕生とADAにおける合理的配慮の規定

合理的配慮は、障害者差別の文脈で初めて登場したものではなく、宗教差別の場面で 1960 年代後半から登場していた概念である。宗教的信念や戒律を労働者が守ることができるよう使用者が一定の配慮をすべきかどうか（例えば、安息日に労働義務を免除すること）が問題となり、この問題の解決のために、1972年に公民権法が改正され、「宗教という文言には、合理的な配慮を要する宗教的儀礼や慣行を含む」という文言を第7編に明記することになった。これにより、使用者は単に消極的に差別を禁止

されるだけでなく、過度の負担とならない範囲で、従業員の宗教上の行為に、「合理的な配慮」を図るべき積極的な義務を負うこととされた。ただし、その後の裁判例等で、宗教差別における合理的な配慮については「最小限のコストを超えるものは、過度の負担となる」との判断がなされており、宗教差別の文脈における使用者の合理的配慮義務はそれほど高度の責任ではない。

これに対し ADA における合理的配慮は、宗教差別の場面と比べても、使用者により大きな負担を求めるものであり、最小限以上のコストを課すものであることが連邦最高裁判所によって確認されている³⁵。

ADA では、以下のものが合理的配慮の具体例として列挙されている。すなわち、ADA101 条(9)は、合理的配慮に含まれるものとして、「(A)従業員が使用する既存の施設を障害者が容易に利用もしくは使用できるようにすること。」「(B)職務の再編成、労働時間の短縮、勤務割の変更、空席の職位への配置転換、機器や装置の購入・改良、試験・訓練材料・方針の適切な調整・変更、資格をもつ朗読者もしくは通訳の提供、および障害者への他の類似の配慮。」を挙げている。これらは、あくまでも例示列挙であり、限定列挙ではないことに注意しなければならない。

障害をもつ応募者又は従業員が合理的配慮を必要とした場合、原則として応募者や従業員側から使用者に合理的配慮の必要性を伝えなければならないが、その際に、「『ADA』に基づいて必要である」ということや、「『合理的配慮』として必要である」という言葉を用いることは必要ではなく、例えば、「うつ病のために労働時間を短縮し

てほしい」といった平易な言葉で伝えればよい³⁶。また、労働者本人ではなく、その家族、友人又は専門家等の本人以外の者が合理的配慮の必要性を使用者に伝えることも可能である。これらの要求は書面である必要はなく、口頭で伝えるだけでもよい。ただし、使用者が、当該労働者が障害者であるかどうか、合理的配慮が本当に必要なかどうか、あるいは、どのような合理的配慮が必要なかを判断するために、労働者に書面の提出を求めることができる。使用者の指定する医師の診断を受けるよう労働者に求めることは、職務関連性がありかつ業務上の必要性がある場合にのみ許される。その際、診断にかかった費用は使用者が負担するものとされている。

1.5.4.2 合理的配慮に対する抗弁－過度の負担 (undue hardship) 等－

使用者が適格性を有する障害者に合理的配慮を提供しなかった場合、差別が成立しうるが、使用者が、当該合理的配慮を提供することが「過度の負担」(undue hardship)となることを証明できた場合には、この責任を免れる (ADA102 条(b)(5)(A))。過度の負担とは、「著しい困難又は費用 (significant difficulty or expense) を要する行為」を指し、配慮の性質及び費用、使用者の財政状況、従業員数、使用者の事業の種類等、多様な基準によって判断される (ADA101 条(10))。ADA の制定過程においては、過度の負担の判断基準があいまいで、使用者が混乱するとの懸念が示され、従業員の年収の 10%を超えるものを過度の負担としてはどうかとの議論があった。しかし、過度の負担の判断は事例ごとに判

断されるべきであり、一律の基準を設けるべきではないとの考えから、年収の10%のという基準は取り入れられていない。

また、合理的配慮を提供してもなお、当該障害者が職務の本質的機能を遂行できない場合には、使用者は配慮をする必要はない。

アメリカでは、合理的配慮に要するコストを直接的に政府が給付する仕組みはない。ただし、企業規模によって税制上の優遇措置が設けられている。まず、企業の総利益が100万ドル以下又はフルタイムの従業員が30人未満の企業では、障害者雇用に要したコストについて、年間5,000ドルを上限に税額控除される。それ以上の規模の企業については、建物の改築や交通・移動手段に関するバリアを取り除くために係ったコストを対象として年間15,000ドルの所得控除が受けられる。

1.5.4.3 精神障害者に対する合理的配慮

精神障害者への合理的配慮も、身体障害者への合理的配慮と同様、非常に多種多様であり、個々の事案ごとに判断されなければならない。典型的には、職場のルールや手続き、慣習等の変更、あるいは職場環境や職場施設の変更が、精神障害者への合理的配慮となる。どのような合理的配慮が適切なかが不明の場合、メンタルヘルス専門家の助言や指導を受けることができる。以下、具体的な合理的配慮の例について紹介する³⁷。

①労働時間の短縮、勤務スケジュールの変更、休暇の付与

当該企業で一般的に認可されている有給休暇を付与することや、追加的な無給休暇を与えることはそれが過度の負担を課さない限り、合理的配慮となる³⁸。また、精神障害の場合、服薬等で午前中の集中力が低下することが多いため、勤務時間をずらすこと（例えば、午前9時から午後5時までの勤務時間を、午前10時から午後6時にずらす）は、精神障害者にとって有効な合理的配慮となる。

②職場環境・設備の変更

精神障害者にとって、余計な物が視界に入ってくることや、騒音・雑音が職務遂行の妨げとなることが多い。したがって、個室を与えることやパーテーションで区切ること、あるいは、騒々しい場所から席を移動させること、電話の音量を下げることも又はヘッドホンの着用を認めることなどが、有効な合理的配慮となる。また、障害のために集中力に欠ける場合には、訓練や会議の際にテープレコーダーの私用を認めることも合理的配慮といえる。

③職場のルール（workplace policy）の修正

職場のルールを変更することも合理的配慮となりうる。例えば、職場のルールとして職場での飲食が禁止されており、休憩時間も限られている場合であっても、服薬のため非常にのどが渇き、1時間に1回の水分補給が必要な従業員に対しては、既存の飲食禁止のルールを修正する必要がある。例えば、職場での水分補給を特別に許可することや、水分補給のための短時間の休憩を1時間に1回認めることなどが、合理的配慮となる。

④ジョブコーチの提供

一時的にジョブコーチを障害者に付けることも、合理的配慮となる。ジョブコーチを雇うためのコストは、民間又は公的な団体からの補助をうけられる³⁹。

⑤配置転換

配置転換が合理的配慮となるケースは、現職での合理的配慮が使用者にとって過度の負担となるか、現職において合理的配慮を行うことが不可能な場合に限られる。また、配置転換先が空席である場合にのみ、使用者はその空席に障害をもつ労働者を配置転換する義務を負う。空席がない場合には、下位のポジションに空席があるかどうかを検討し、空席がある場合には下位のポジションへ配置転換することが合理的配慮となるが、下位のポジションも空席がない場合には、これ以上の合理的配慮は不可能となる。

なお、精神障害者にとって、きちんと服薬することは非常に重要であるが、服薬をきちんとしているかどうかを確認することは、職場に特有のバリアを取り除くものではないため、合理的配慮とはいえない。

1.5.4.4 ストレスマネジメントの具体的な方策—合理的配慮との関連において—

ADAにおいては、自身が障害者であること、及び、それゆえに合理的配慮が必要であることは、原則として労働者の側から使用者に伝える必要があると考えられている⁴⁰。このことは、使用者が労働者に対し障

害に関する調査や健康診断をすることが厳格に制限されていることや（詳細は後述）、合理的配慮を提供する義務が「既知の」（known）障害に対してのみ生じる（ADA102条(b)(5)(A)参照）ことから導かれる。

したがって、メンタルヘルスの不調者を出さないための条件づくりという意味での「1次予防」的対応は、障害をもつ・持たないに関わらず、従業員全員に対して、あるいは職場全体で行われるものであるため、ADAにおける差別には該当しないと考えられる。ただし、これらの一次予防的対応は、ADAの文脈においては合理的配慮等の一環として使用者に義務づけられるものではなく、使用者が任意で行うことは許容されるものと整理できる。

次に「2次予防」とは、従業員のなかにメンタルヘルス不調者がいないかどうかを調べ、精神的な疾患に罹患する前に事前に予防しようとするものであり、不調者の調査が後述する障害に関する調査に該当する恐れがある。たとえ使用者が、不調者に該当した従業員を不利益に取扱うつもりはなく、当該従業員の利益のためにそのような2次予防を行ったとしても、障害をもつかどうかを判明させるような調査を使用者が行うことはADAの禁止する差別に該当する恐れがある。ただし、業務上の必要性がある調査や職務遂行上必要な調査は許容される場合があるため、この点については後ほど検討する。

労働時間の短縮や勤務割の変更、職場環境の変更等、精神障害者に対する合理的配慮として考えられている使用者の対応は、実際に障害をもつに至った後の対応である

し、医学的検査を行ったり障害についての調査をすること（障害をもつかどうか又は障害の程度や種類について質問すること）が禁止されている。これらの調査又は検査を行った場合、障害を理由とする差別となる。ただし、職務遂行に関連する応募者の能力に関する調査を行うことは許される（ADA102条(d)(2)）。

職務遂行能力に関連する調査とは、一定の重さの物を持ち上げる能力があるか、梯子を上ることができるかといった身体的な職務要件に関する質問、学歴・職歴・免許等の医学的要素をもたない能力に関する質問、実際に職務をさせてみるなどが含まれる。

②採用後、配置前診断

採用決定後、就労前の期間においては、
①障害の有無にかかわらず採用されるすべての応募者が同じ検査を受け、かつ、②応募者の健康状態や病歴に関して得られる情報が、個別の書式で個別の医療ファイルに収集・保管され、秘密の医療記録として扱われる場合に限り、使用者は応募者に医学的検査を義務づけ、又はそのような医学的検査の結果を採用提示の条件にすることができる（ADA102条(d)(3)）。この段階における調査は、採用前のように職務に関連するものである必要はない。使用者がこの調査や検査の後に当該応募者の採用を取り消した場合には、取消しが調査又は検査の結果に基づいて行われたかどうかを細かく調べることになる。もしも、調査又は検査が障害者を排除するものであった場合には、使用者は、当該取消の理由が職務に関連し業務上の必要性に合致するものであること

を証明しなければならなくなる。

③雇用期間中診断

就労開始後の雇用期間中においては、職務に関連し業務上の必要性に合致したものであると証明できる場合に限り、使用者は従業員に対し、障害に関連する質問や医学的検査を実施することができる（ADA102条(d)(4)）。その際得られた情報については、第2段階と同様の形で扱われなければならない。

「障害に関連する調査」とは、障害に関する情報を引き出す可能性のある質問を意味する。

【障害に関連する調査に該当する質問の例】

- ・ 労働者に対し、障害をもつか（かつて有していたか）どうか、どのようにして障害を負ったのか、障害の性質や程度を問うこと。
- ・ 障害に関する医療情報を提出するよう労働者に求めること。
- ・ 労働者の障害について、当該労働者の同僚、家族、医師、その他の者に問うこと。
- ・ 労働者の遺伝子情報について尋ねること。
- ・ 労災補償を受けたことがあるかどうか問うこと。
- ・ 何らかの処方薬を現在服用しているかどうか（過去に服用していたかどうか）を問うこと、及び、そのような服薬をしているか監視すること。

【使用者が自由に労働者に問うことができる質問の例】

- ・ 「元気ですか」などの一般的な問いかけをすること、疲れて見える労働者に対し「大丈夫ですか」と問うこと、鼻をすすったり咳をしている労働者に対し「風邪ですか」又は「アレルギーですか」と問うこと、近親者の死や離婚等を経験した労働者に対して「大丈夫か」と問うこと。
- ・ 障害に結びつかない機能障害（骨折等）について問うこと。
- ・ 飲酒しているかどうか問うこと。
- ・ 現在、違法な薬物使用をしているかどうか問うこと。
- ・ 妊娠している労働者に対して、具合はどうか、又は、いつ出産するのかを問うこと。

「医学的検査」とは、個人の身体的又は精神的機能障害や健康状態についての情報を求める手続き及び検査を意味する。

【当該手続きや検査が ADA の定める「医学的検査」に該当するかの判断要素】

以下の要素を総合的に考慮して判断される。

- ・ 検査がヘルスケアの専門家によって実施されるかどうか。
- ・ 検査がヘルスケアの専門家によって解釈されるかどうか。
- ・ 検査が機能障害や身体的又は精神的な健康状態を明らかにするために作成されたかどうか。
- ・ 体内に器具を挿入させるような検査かどうか。

- ・ 検査が労働者のパフォーマンスを測るものかどうか。
- ・ 検査が通常の医療現場で用いられているものかどうか。
- ・ 医療器具を用いるかどうか。
- ・

【医学的検査に該当する例】

- ・ 視力検査。
- ・ アルコールを検出するための血液・尿・呼気検査
- ・ 病気や遺伝情報を明らかにするための血液・尿・唾液・毛髪検査
- ・ 血圧検査及びコレステロール検査
- ・ 神経の状態を測る検査
- ・ 筋肉の強さや機能を測るための運動能力検査
- ・ 肺活量検査
- ・ 精神的不調や精神的機能障害を確認するために作成された心理テスト
- ・ MRI 等

【医学的検査に該当しない例】

- ・ 現在の違法な薬物使用を明らかにするための検査
- ・ 実際の職務能力を測るための身体的な敏捷さの検査
- ・ 実際の職務遂行の能力を測るための読解力や認識力の能力検査
- ・ 正直さ、好み、癖などの個性を測るための心理テスト
- ・ うそ発見器による検査 等

ADA は、障害者に対する偏見や差別を防ぐことを目的として、障害に関連する調査・検査を厳格に規制している。確かに、応募者又は従業員の能力を、障害を考慮に

入れずに、中立的に判断するという点では、これらの規制は重要といえる。しかし、雇用期間中の従業員に対して障害に関連する調査・検査が禁止されていることは、メンタルヘルス対策としての2次予防の点からは大きな問題といえる。

1. 7 法政策の背景

法政策の背景については、1.1.1 参照。

1. 8 確認できる効果

ADA の制定前後における障害者の就業率の推移については、様々な調査がなされているが、いずれの調査によっても ADA の制定によって障害者の就業率が悪化した、又は変化なしとの結果がみられている⁴¹。Cornell 大学が行った、1980 年から 2008 年までの障害をもたない人と障害をもつ人の就業率の推移に関する調査によっても、障害者の就業率が 1990 年の ADA 制定以降低下していることが明らかとなっている⁴²。この調査では、就業年齢（21 歳から 64 歳）にある者に対し、「健康問題や障害により、働くことができないか？あるいは、労働時間や業種の面で一定の制約を受けるか？」という問いにより、障害者か、障害者ではないかを振り分け、それぞれの就業率を調査したものである。1980 年に 24.2%（73.9%）であった障害者の就業率は、1990 年に 28.4%（78.4%）まで上昇したが、その後、1995 年 24.6%（79.6%）、2000 年 24.1%（81.7%）、2005 年 18.6%（79.5%）、2008 年 17.7%（79.7%）と低下している（カッコ内は、障害のない者の就業率）。障害がない者の就業率には大きな変化がないなかで、障害者の就業率だけが、ADA 制定後低

下していることがみてとれる。

上記の調査内容は、身体障害者、知的障害者及び精神障害者を含むものであるため、精神障害者に関して特徴的な結果が生じているかどうかについては、来年度以降の検討対象とする⁴³。

1. 9 関連判例

ADA に関連する裁判例については、本文中に挙げた。2008 年 ADA 改正以降の裁判例については、来年度以降の研究対象とする。

¹ Pub. L. 93-112, 87 Stat. 394.

² リハビリテーション法の下における差別禁止規定の導入の背景や内容の変遷については、中川純「障害者に対する雇用上の『便宜的措置義務』とその制約法理—アメリカ・カナダの比較研究（一）」北学研究 39 巻 2 号（2003 年）185 頁以下、リチャード・K・スコッチ（竹前栄治監訳）『アメリカ初の障害者差別禁止法はこうして生まれた』（2000 年、明石書店）66 頁以下に詳しい。また、アメリカにおける障害者施策の歴史的背景・経緯については、障害者職業総合センター編『資料シリーズ No.58 欧米の障害者雇用法制及び施策の現状』（2011 年）113 頁以下〔長谷川珠子執筆部分〕参照。

³ 障害者施策に関して、独立した立場から総合的な評価及び提言を行うために 1978 年に設立された機関

（<http://www.ncd.gov/>）。

⁴ National Council on the Handicapped, *Toward Independence: An Assessment of Federal Laws and Programs Affecting Persons with Disabilities with Legislative Recommendations*, Feb. 1986.

⁵ National Council on the Handicapped, *On the Threshold of Independence*, Jan. 1988.

⁶ Pub.L. 101-336, 104 Stat. 327.

⁷ 1918 年の「スミスシアーズ法」

（Seare-Smith Veterans' Rehabilitation Act）。

⁸ Jonathan R. Mook ed., *Americans with*

Disabilities Act: Employee Right & Employer Obligations 1.31 (2002), citing Scotch, *From Good Will to Civil Rights: Transforming Federal Disability Policy 2* (Temple Univ. Press 1984).

⁹ S. Rep. No. 116, 101st Cong., 1st Sess. at 6 (1989) (Senate Committee on Labor and Human Resources).

¹⁰ Pub. L. 110-223, 122 Stat. 881.

¹¹ Chai R. Feldblum, *Definition of Disability Under Federal Antidiscrimination Law: What Happened? Why? And What Can We Do About It?*, 21-1 Berkley. J. Emp. & Lab. L. 91, 160 (2000).

¹² Pub. L. 110-325, 122 Stat. 3553.

¹³ ADA 改正法は、2008年9月25日に、当時の George W. Bush 大統領により署名され、2009年1月1日より施行されている。

¹⁴ ADA 改正法の内容は、1990年 ADA に組み込まれている。

¹⁵ EEOC については、次節で説明する。

¹⁶ 29 C.F.R. Part 1630 Regulations to Implement the Equal Employment Provisions of the Americans with Disabilities Act (2011) (hereinafter cited as 29 C.F.R. § 1630).

¹⁷ 各種のガイドラインについては、以下の HP 参照

(http://www.eeoc.gov/laws/types/disability_guidance.cfm)。

¹⁸ 障害の定義を狭く解釈する1999年の連邦最高裁判所の判決を受けて、EEOC は、1999年12月に Instructions for Field Offices Analyzing ADA Charges After Supreme Court Decisions Addressing "Disability" and "Qualified" を作成したが、2008年の ADA 改正を受けて、これを廃止している。

¹⁹ ODEP(<http://www.dol.gov/odep/>).

²⁰ EEOC(<http://www.eeoc.gov/>).

²¹ ADA 施行日 (1992年7月) 以降の2年間は、従業員数25人以上の規模の使用者が対象とされていた。

²² 中窪裕也『アメリカ労働法 [第2版]』(弘文堂、2010年) 196頁。

²³ 534 U.S. 184 (2002).

²⁴ この6か月の存続期間は、あくまで「み

なされた障害」を認定する場合に問題となるものであって、通常の「障害」の成立要件ではない。

²⁵ ADA 改正法2条(a)において、障害の定義が連邦最高裁判所により誤って解釈されていること、その影響により下級審裁判所においても誤った判断がなされていること等の「事実認定」をしたうえで、同条(b)において、連邦最高裁判所が用いた理論構成や解釈を拒否し、「差別をなくすための明確かつ包括的な国家的命令を設けること」及び「差別に対処するための明確かつ一貫性のある施行可能な基準を設けること」という ADA の目的を実現するために、ADA 改正法を制定することが明記されている。

²⁶ 軽減措置として挙げられているものは、(i)薬剤、医療用品、機器又は器具、弱視用機器 (通常の眼鏡やコンタクトレンズは含まない)、義手・義足、補助具を含む補装具、補聴器等の聴覚補助具、移動補助具等、(ii)支援技術の資料、(iii)合理的配慮、補助手段又はサービス等である。

²⁷ *Albertson's Inc. v. Kirkingbrug*, 527 U.S. 555 (1999).

²⁸ 当該職務が本質的かそうでないかの判断は、個々の事案ごとに判断されなければならないが、当該職務を取り除くと、その雇用上の地位の性質を変えてしまうような場合には、本質的なものであると判断されることになる (*Davidson v. America Online, Inc.*, 337 F.3d (10th Cir. 2003) .

²⁹ ただし、違法な薬物使用による精神的な機能障害は、ADA における障害から除外される。

³⁰ 働くことは、主要な生活活動の一つではあるが、働くことができる場合でも、精神的機能障害により他の生活活動に相当程度の制限が生じている場合には、障害を構成しうる。

³¹ ただし、ADA の文言上は、機能障害の存続期間又は存続予想期間についての定めはおかれていない。

³² 精神障害ガイドライン参照。

³³ 詳しくは、障害者職業総合センター・前掲注2、120頁参照。

³⁴ ADA 解釈ガイダンス § 1630.15(b)(c)。

³⁵ *US Airways, Inc. v. Barnett*, 122 S. Ct.

1516 (2002).

³⁶ 以下、精神障害ガイドライン参照。

³⁷ 精神障害ガイドライン参照。

³⁸ 以下の記述では、「使用者に対し過度の負担を課さない限り」との留保は付さないが、上述したように、合理的配慮を提供する義務が生じるのは、当該合理的配慮を提供することが使用者にとって過度の負担とならない場合に限られる。

³⁹ ジョブコーチの提供に限らず、各種の合理的配慮が使用者が実施する際に、どのような支援制度が設けられているかについては、ストレスマネジメントの具体的な方策との関連で重要と思われるため、来年度以降の研究対象とする。

⁴⁰ ただし、精神障害者は、身体障害者と異なり、自らに障害があることの認識がない場合や、合理的配慮の必要性やどのような合理的配慮が必要かを使用者に適切に伝えることが困難である場合が少なくない。そのため裁判例の中には、使用者が、当該従業員に精神的障害があると認識している場合には、使用者から積極的な働きかけを行うよう要請するものもある。例えば、**Bultemeyer v. Fort Wayne Cmty. Schs.** 事件判決（100 F.3d 1281 (7th Cir. 1996)）では、重度の精神障害をもつ、学校の用務員であった原告が、精神疾患を理由とする休業明けの配置転換に際し、何ら合理的配慮をされなかったために結果的に解雇された事案において、第7巡回区控訴裁判所は、合理的配慮を提供する際の「相互関与プロセス」(interactive process)が重要であることを強調し、特に労働者の障害が精神疾患である場合には、当該労働者が合理的配慮を必要とする旨を適切に伝えることが困難であるとして、使用者は障害者と話し合いをもつことにより、その内容を特定する義務を負うとした。他方で、原告が自らの障害の状況と、それに伴って必要とされる合理的配慮について、使用者に適切に伝えていなかったこと等を理由に、原告の訴えを退けた裁判例もある（**Reed. V. LePage Bakeries, Inc.** 事件判決（244 F.3d 254 (1st Cir. 2001)）。躁うつ病に罹患していた原告が、セラピストから、ストレスを軽減するような合理的配慮を使用者に要請するよう

助言されたものの、そのような要請を使用者に対して行わず、結果として原告が使用者に暴言を吐くなどして解雇された事案）。

⁴¹ ADA 制定前後において、障害をもたない労働者と障害をもつ労働者の賃金水準と雇用水準の変化を検討した結果、賃金については変化がみられないものの、雇用水準については、特に21歳から39歳の範囲の労働者について、障害をもつ労働者の雇用水準が下がったことについて報告した論文として、Daron Acemoglu and Joshua D. Angrist, *Consequence of Employment Protection? The Case of Americans with Disabilities Act*, 109 J. Pol. Econ. 915 (2000)がある。また、同様の結果を示した論文として、Thomas DeLeire, *The Wage and Employment Effects of the Americans with Disabilities Act*, 35 J. Hum. Resources 693 (2000)。

⁴² Melissa J. Bjelland et al., *Progress Report on the Economic Well-Being of Working-Age People with Disabilities*, Cornell University ILR School (2009)。この調査を紹介した論文として、所浩代「アメリカの障害者雇用政策－障害者差別禁止法(ADA)の成果と課題－」海外社会保障研究171号(2010年)62頁以下。

⁴³ ただし、アメリカでは、日本のように機能障害の種類と程度によって、身体・精神・知的に障害の種類とその重度が分類されているわけではなく、また、日本のような障害者手帳制度も存在しないため、精神障害者のみに対する効果を測ることは容易ではない。

B. 関係領域の調査結果

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援

－産業精神健康活動の現場からの提言－

分担研究者 白波瀬 丈一郎 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室・講師

研究要旨

臨床精神医学と産業精神健康の双方で現場活動を行って来た精神医学者としての立場で、文献情報と報告者自身の現場経験等を踏まえた内省・整理を行い、今後の産業精神健康活動の望ましいあり方について一定の指針を得ることを目的として、わが国の産業精神健康活動の現状と歴史的経緯、報告者自身の現場活動等から得られた知見を整理した。その結果、次のことが明らかになった。①職域においてはストレス関連疾患が多い。②それらに対して、一次予防として効果が確認されたものはない。③二次予防および三次予防では、治療効果、再発予防という点で効果的な介入方法が認められている。

これらの結果より、適応論的観点に基づいた措置（介入）が有効であると考えられた。この措置（介入）を有効にするためには、企業の人事労務管理と産業保健活動との間で互いの独立性を担保しつつ相互交流を維持する努力および枠組みが必要である。さらに、「鍛え育てる」という視点も有用であると考えられた。

A. 研究目的

法学者が諸外国の法制度調査を実施するうえで基礎となる精神医学的な知識および視点を提供するため、臨床精神医学と産業精神健康の双方で現場活動を行って来た精神医学者としての立場で、文献情報と報告者自身の現場経験等を踏まえた内省・整理を行い、今後の産業精神健康活動の望ましいあり方について一定の指針を得ること。

B. 研究方法

第1に、準備作業として、わが国の産業精神健康活動の現状と歴史的経緯に関する文献情報、報告者自身の現場活動等から得られた知見を整理し、適応論的観点に基づく産業精神健康活動の重要性について論じた（添付資料（原著論文））。第2に、主任研究者から示された課題（総括研究報告書に記載された「関連領域の専門家の調査課題」）に即した回答を試みた（本報告書）。

C. 研究結果

1. 精神疾患における、病態およびその発症要因の科学的な解明の度合と、今後の解明の可能性について

精神病理学者クレペリン Kraepelin, E (1896)¹⁾は、同一の原因、症状、経過、転帰、病理組織変化をもつものを「疾患単位 disease entity」と定義づけたが、精神疾患・精神障害と、その他の一般身体疾患との端的な違いは「疾患単位」であるか否かである。一般身体疾患に比べて精神疾患・精神障害は、原因不明であったり、器質的な病理組織変化を伴わない機能的

疾患であったりすることが多く、そのため疾患単位としての要件を満たしていないことが多い。ヤスパース Jaspers, K (1913)²⁾は、精神疾患は疾患概念の理念には「無限に遠い未来にあっても到達できない」と記している。

精神疾患のほとんどは、個人の準備性と環境要因との相互関係によって発症すると考えられており、それ以上の科学的解明は行われておらず、現時点では今後も解明される可能性は低いと考えられる。

2. わが国の職域において多くみられる精神疾患の類型および様相について

精神疾患は、その病因から外因性精神疾患、内因性精神疾患、心因性精神疾患に分類され、職域においてはそのいずれもが認められうる。

しかし、職域においては年齢的な意味でも労働できているという意味でも、外因性精神疾患に含まれる、身体疾患に基づいて生じる症状性精神病や器質性精神病の発生は少ない。唯一、外因性精神疾患の中毒性精神病に含まれるアルコール症は、古くから産業精神保健の3Aの一つに数えられている。因みに、あとの二つは常習欠勤 absenteeism と事故頻発 accident である。

統合失調症および躁うつ病が含まれる内因性精神疾患の発症率は、一般人口における発症率よりも低く1,000～1,500人に1人程度といわれている³⁾。

職域で多くみられる精神疾患としては、先アルコール症に加えて、うつ病、不安障害、身体表現性障害、そしてパーソナリティ障害がある^{4), 5), 6), 7)}。うつ病は

内因性精神疾患に含まれる重症例は少なく、軽症のものが多く、神経症と呼ばれる病態（不安障害や身体表現性障害が含まれる）やパーソナリティ障害との鑑別が困難な場合が少なくない⁶⁾。最近、現代型うつ病などと呼ばれて注目されている典型的でないうつ病は、典型的なうつ病に比べて、どこまでが病気でどこまでが性格かはっきりしないことが多い。

こうした職場で多くみられる病態は、環境と個人との間の不適合により生じる精神疾患を表す心因性精神疾患としてまとめることができる。表現を変えれば、職域ではストレス関連疾患が多いということも可能である。

3. 職域における精神疾患の発症予防の効果について

現在、うつ病を中心にいくつかの一次予防の試みが行われているが、ハイリスク群に対する介入を除けば、一般人口や職員全体に対する介入でうつ病の発症を低下させる効果が確認されているものは認められない。一方、二次予防、三次予防に関しては、職域内外で治療効果、再発予防効果という点で効果的な介入法が数多く認められている。したがって、現状では二次予防および三次予防が貢献の期待できる介入方法である。

D. 考察

1. 適応論的観点に基づいた措置（介入）の可能性について

職域においてはストレス関連疾患が多いことを踏まえると、人と環境との関係性を適応という視点で捉える、適応論的観点

に基づいた措置（介入）が有効である可能性がある。職域はストレス関連疾患が生じたまさに現場であり、それはつまり、原因解決のためにさまざまなアプローチが存在する場所であるという捉え方ができる。原因によっては環境に働きかけること（職場管理監督者への指導、あるいは職場異動など）で解決を図ることが可能である。また、労働者が不適應に陥った状況を彼らとともに振り返り、そこから彼らの成長課題を見だし、彼らがその課題を達成できるような措置（介入）を行うことで、再発を防ぐことも可能である。その意味で、発症要因は労働者にとって人としてあるいは企業人としての成長を促す機会となりうるのである。

しかしながら、適応論的観点には不可避免地に価値観が含まれるために、企業としての価値基準が精神健康活動の中に入り込み混同される危険性を孕むことになる。これは、産業精神健康活動に携わる精神科医等が知らぬ間に企業利益の代理人となる危険性としてしばしば指摘されてきた点である。したがって、職域において適応論的観点に基づいた措置（介入）を実施する際には、その措置（介入）が精神保健活動としての独立性を担保できる対策を併せて講じる必要がある。ただし、こうした対策は、組織的な整備や、守秘義務とか個人情報保護といった法的な規制だけでは硬直的になりがちで不十分なことが多い。何故なら、そうした対策はともすれば、企業の人事労務管理と産業健康活動を隔絶することになるからである。つまり、それらを如何に運用するかという視点が重要になるのである。適応論的観点に基づいた措

置（介入）が有効性を発揮するためには、人事労務管理と産業保健活動との間で互いの独立性を担保しつつ相互交流を維持する努力が必要であり、そこには互いに対等であるという認識や、互いの違いを認め尊重する態度などが含まれてくる。

2. 臨床精神医学と産業精神健康との違いについて

臨床精神医学においては、精神医学的判断に基づいて患者の利益を最大限実現することを旨とする。就業が精神疾患の悪化につながる可能性が低ければ就業を許可し、病状悪化につながる可能性がある場合には業務負荷を制限するよう企業に求めるといった具合である。一方、産業精神健康の場面においては、精神医学的判断の価値は相対化される。企業の利益や職場の利益も勘案されて、最大公約数的な利益、つまり「落とし処」が模索される。たとえば、精神疾患により休業した労働者が職場復帰する際には、就業が病状悪化をきたさないことだけでなく、企業が求める生産性のある程度発揮できることも求めるといった具合である。

3. 「鍛え育てる」という視点の妥当性について

産業精神健康活動の一つである適応論的観点に基づいた措置が企業利益の代理人となる危険性を孕んでおり、この点の対策の重要性は既に述べたとおりである。そのため、こうした危険性を十分認識し、人事労務管理との間で互いの独立性を担保しつつ連携する関係性を構築した上で、一つずつ手続きを踏みながら労働者と成長

促進に取り組むことが重要であるし、さらにその過程を管理監督する仕組みも必要かもしれない。しかしながら、こうした対策を講じたとしてもなお、適応的観点に基づいた措置を非難する声がある。たとえば、そのやり取りの結果が、企業が配慮しうる限界と、労働者が発揮しうる生産性との間に埋めがたい解離が存在していることが明らかになった場合などである。こうした労働者にとって苦痛や苦難となる結果だったことが、労働者に対して「やさしくない」とか「保護的でない」とされるのである。確かに、この結果は退職などにつながる可能性もあり、労働者だけでなくその家族にも大きな不利益をもたらしかねない。適応論的観点に基づいた措置を実践する者は、そのことは重く受け止めなければならない。とはいえ、産業精神健康に関わる問題（精神疾患に伴う休業だけでなく、出勤していても生産性の上まらない労働者の問題など）は企業の体力を奪い、競争力の低下をもたらす要因となっている現状が存在することもまた事実である。こうした現状は少なくとも部分的には、精神疾患をもつ労働者に対応する人々が上述の非難や重い結果を回避し続けてきた結果であるといえる。この現状を改善していくには、精神疾患をもつ労働者に対応する人々すべてが適応論的観点に基づいた産業精神健康活動の必要性とその痛みを実感した上で、その整備に努めることが重要であると考えられる次第である。

E. 結論

精神医学および産業精神健康に関する文献および現場の活動経験に基づいて、我

が国における産業精神健康活動の歴史的経緯および現状について調査し、職域においてはストレス関連疾患が多いことが明らかになった。それらに対して、一次予防として効果が確認されたものはない。一方、二次予防および三次予防では、治療効果、再発予防という点で効果的な介入方法が認められている。その中で、適応論的観点に基づいた措置（介入）が有効であると考えられた。この措置（介入）を有効にするためには、企業の人事労務管理と産業保健活動との間で互いの独立性を担保しつつ相互交流を維持する努力と枠組みが必要である。さらに、「鍛え育てる」という視点も有用であると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

白波瀬丈一郎（2011）：パーソナリティ障害を持つ社員の復帰後支援～枠組みを作るアプローチ～. 産業精神保健, 19（3）：157-161.

白波瀬丈一郎（2011）：パーソナリティ障害. 日本産業精神保健学会編：ここが知りたい 職場のメンタルヘルスケア 精神医学の知識&精神医療との連携法: 138-144. 南山堂.

白波瀬丈一郎（2011）：企業におけるうつ状態-主治医と経営者はなぜ手を結べないのか-. 治療, 93（12）：2443-2446.

2. 学会発表

白波瀬丈一郎（2011）：成長課題を「今-個々で」取り扱う方法としてのKEAP. 第18回日本産業精神保健学会シンポジウムI「職場復帰場面における成長

支援を考える」.

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他

H. 引用文献

- 1) Kraepelin, E (1896): *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. (西丸四方, 遠藤みどり訳：精神分裂病. みすず書房)
- 2) Jaspers, K (1913): *Allgemeine Psychopathologie*. (西丸四方訳：精神病理学原論. みすず書房)
- 3) 加藤清明（1985）：序説. 小此木啓吾他（編著）：産業精神医学, 臨床産業医学全集7；1-3.
- 4) 中村裕（1985）障害者管理-発見からアフターケアまで-. 小此木啓吾他（編）：産業精神医学 臨床産業医学全書7：305-316. 医歯薬出版株式会社.
- 5) 小此木啓吾（1987）：産業精神医学の課題. 精神神経学雑誌, 89（11）：932-938.
- 6) 広瀬徹也（1988）：精神障害の早期発見・治療に直結する精神科産業医の毎週勤務-企業嘱託医16年の経験から-. 精神神経学雑誌, 90（10）：887-893.
- 7) 島悟, 荒井稔, 大西守他（1997）：勤労者における精神障害に関する多施設共同研究. 精神医学, 39（10）：

1 1 1 7 - 1 1 2 2 .

添付資料（原著論文）
適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援

慶應義塾大学医学部
精神・神経科学教室
白波瀬 丈一郎

1. はじめに

小此木（1987）は、産業精神医学が孕むジレンマと発展のための課題について次のように述べている。「産業精神衛生場面における診療関係の場合、一般の治療関係に比べて企業内に共通の利害関係のある現実的な人間関係をもつことを避けることができなかつたり、あるいはその産業精神科医が同じ企業の一員としてのさまざまな組織の中での利害や圧力の中にもまた避けられない場合がある。また、情報連絡についても、（略）ある範囲の病状や見通しについての連絡を、職場の人事・労務関係者ととることがどうしても必要となる場合がある。・・・これらの点を十分にのみ込んだところで、しかもなお、基本的な精神科医としてのアイデンティティをどのように全うしていくかが、産業精神医学の最大のジレンマであると同時に、今後の発展の上でどうしても達成しなければならない課題である」と述べている。

精神疾患は原因不明のことが多く、客観的な評価も困難である。それでいて、産業場面においては、統合失調症やうつ病といったいわゆる精神疾患に加えて勤怠の乱れ、生産性の低下、あるいは職場の対人関係トラブルなどのさまざまな問題が精神医学領域に属すると見なされることが多く、産業臨床に関わる精神科医がこれらの問題の解決を求められる。これらの問題は多岐にわたり境界が曖昧なため、当然のことながら精神医学的方法だけでは十分な対応ができないことが少なくない。その一方で、これらの問題は休復職などその労働者の労働者生命を左右しかねない可能性を含んでいる。産業臨床に関わる精神科医はこうした問題に対応しなければならないのである。本論では、産業精神医学の抱える困難やジレンマを振り返りつつ、一つの解決策として「適応論的観点に基づいた、産業メンタル支援」を提唱する。

そして、最後に適応論的観点に基づいたメンタル支援を実施する上で法律に望むことを述べる。

2. 精神疾患の病因

精神疾患は、その病因から外因性精神疾患、内因性精神疾患、心因性精神疾患に分類される。

外因性精神疾患には、中毒性精神病、症状性精神病、器質性精神病が含まれる。中毒性精神病とは、産業化合物（一酸化炭素、有機溶剤、有機水銀、鉛、マンガン、砒素など）、嗜好品（アルコール、ニコチン、カフェイン）、医薬品（向精神薬、ジギタリス、降圧剤など）、麻薬（大麻、覚醒剤、幻覚薬）といった化学物質の摂取により生じる精神病を指す。症状性精神病とは、脳を除く身体疾患に随伴して生じる精神障害に対する総称である。症状精神病を生じる基礎疾患としては、急性伝染病、代謝疾患、内分泌疾患などがある。器質性精神病とは、脳の器質変化や解剖学的変化に伴う精神障害を指し、基礎疾患としては頭部外傷、脳腫瘍、脳血管障害（脳出血、脳梗塞）、変性疾患、脳炎などがある。以上述べたとおり、外因性精神疾患は原因が明らかな精神疾患であり、原因が除去されれば、原則として精神症状は改善する。

内因性精神疾患には、統合失調症、躁うつ病（双極性障害）、非定型精神病、真性てんかんが含まれる。これらはなんらかの身体的基盤を原因として生じる精神疾患であると想定されているが、その身体的基盤は未だ解明されていない。この未だ解明されていないにもかかわらず、身体基盤の存在を無批判に想定することへの批判が、1960年代前半から1970年代にかけて現れた反精神医学である。わが国では反精神医学は学生運動と合流したが、その影響は精神医学、特に産業精神医学に長く影を落とすことになる。この点については後述する。

心因性精神疾患とは、環境と個人との間の不適合により生じた精神疾患をいう。シュナイダー-Schneider, K は環境との相互関係において個人に生じる反応を正常な体験反応と異常な体験反応とに分類した。正常な体験反応とは、環境との相互関係に相応しい悲嘆、抑うつ、不安、怒り等の感情的反応と、それに伴う意欲や行動の変化を意味する。その典型的な例が、配偶者などの親しい存在を失ったときにみられる悲嘆反応である。これに対して、異常体験反応とは、相互関係に対する反応の強さ、持続、反応の外観、態度の異常が正常な体験反応から偏っているものをいう。その要因が環境側により多くの比重が存在する場合を狭義の異常体験反応という。たとえば、自然災害やテロリズムによる心的外傷後ストレス障害 PTSD であるが、産業場面ではいじめやハラスメントに

よる精神疾患がこれにあたる。一方、その要因が個人側により多くの比重がある場合は内的葛藤反応という。このような整理があるものの、環境と個人の間には複雑な相互関係があり、狭義の異常体験反応と内的葛藤反応を明確に区別することは困難となる。さらに、これらは責任や補償問題にも関わってくるため、極めてデリケートな問題である。この課題は、適応論的観点から引き続き検討する。

精神病理学者クレペリン Kraepelin, E (1896) は、同一の原因、症状、経過、転帰、病理組織変化をもつものを「疾患単位 disease entity」と定義づけたが、精神疾患・精神障害と、その他の一般身体疾患との端的な違いは「疾患単位」であるか否かである。外因性精神疾患を除くと精神疾患は、一般身体疾患に比べて、原因不明であったり、器質的な病理組織変化を伴わない機能的疾患であったりすることが多く、そのため疾患単位としての要件を満たしていないことが多い。ヤスパース Jaspers, K (1913) は、精神疾患は疾患概念の理念には「無限に遠い未来にあっても到達できない」と記している。

このことは、精神科医の場合に一般身体科の医師に比べて医師の拠って立つ医学的基盤が脆弱であることにつながり、さらに精神科医が自らの活動範囲を医療場面から産業精神保健活動の場面へ拡大するのを躊躇する要因の一つにもなっている。医療場面においては医学的判断が最優先されるという前提が成立するのに対して、産業精神保健活動の場面では医療的判断の価値が相対化される故に、自らの判断に対して他の関係者の理解を得るためには、それを分かりやすく説明したり議論したりする必要がある。ところが、その際の根拠となる医学的基盤が脆弱な分、精神科医はこうした場면을敬遠したり、逆に強引な主張を押し通そうとしたりする態度につながる場合がある。

3. 職場におけるメンタルヘルスと、適応・不適応

適応とは、人が環境や状況の中で、その要請に応じつつ、同時に自らの要求をも生かして、著しい葛藤や不安などのストレスを経験することなしに生活することをいう。換言すれば、人と環境との間には齟齬をきたす可能性が常に存在しており、齟齬防止のために、人は環境に働きかけたり自らを変化させたりするよう努力する必要がある。

職場環境と人との間にも同様の関係性があり、適応に失敗した結果として精神疾患が生じる危険性がある。ただし、職場環境への適応の失敗が常に精神疾

患という結果に至るわけではない。むしろ、精神疾患という結果となるのは不
 適応のごく一部であり、多くは勤怠問題（遅刻欠勤）、生産性の低下、事故頻発、
 職場の対人関係問題や士気の低下などのより広い問題を呈する。さらにそうし
 た問題は、昇進や昇給、さらに雇用契約を継続するか否かといった問題にまで
 波及していく。また、不適応と精神疾患の関係は、不適応の結果精神疾患が発
 生するという関係性だけでなく、精神疾患が要因となって種々の不適応が生じ
 てくる場合もある。いずれの場合も、適応困難となる要因が職場環境にある場
 合と人の側にある場合とを両極として、その中間に環境と人との相性が位置づ
 けられる連続体を想定することができる。

以上のような理解を小此木（1985）は適応的観点と呼び、「産業精神医学
 の領域では、職場環境と個体のかかわりが最も基本的である。産業精神医学の
 実践では、患者または症例としての個々人を扱うだけでなく、その個々人が適
 応すべき環境側とその相互関係をも診断し、治療するという方法論が特徴的で
 ある」と述べている。換言すれば、適応的観点は、産業精神医学の実践におい
 て狭義の精神疾患を取り扱う場合だけでなくより広範な問題に対応するために
 欠かせない視点である。と同時にこの視点は、産業精神医学の実践が精神科医
 のみによって担えるものではなく、産業医、保健師、看護師、臨床心理士、社
 会福祉士、さらに人事・労務担当者や職場管理監督者など、多職種からなるチ
 ームによって担われるべきものであることをも示している。

また、適応的観点は単純な因果関係に留まらない。不適応は単なる結果では
 なく、それは新たな適応のための出発点でもある。人には、不適応に陥った経
 験からさらなる成長課題を見出し、その課題達成に向けて努力する能力がある。
 産業精神医学の実践には、不適応となった人がそこから成長課題を見出し、そ
 の課題達成に向けて努力するのを支援することもまた含まれる。すなわち、小
 此木が適応的観点に「治療」を含めたとおり、産業精神医学の実践は労働者が
 不適応を起こしている現場に精神科医が赴き、本人に加えてさまざまな人々か
 らの情報を得ると共に、そうした人々と連携して、不適応に陥った労働者の成
 長を促す取り組みであるといえる。こうした成長支援を「適応論的観点に基づ
 いたメンタルヘルス支援」と呼びたい。

4. 産業領域における精神疾患の疾患構造

一般に日本の企業における内因性精神疾患の発生率は、一般人口におけるそ

れ（統合失調の発症率は1%弱、躁うつ病のそれは0.2%）よりも少なく1,000～1,500人に1人といわれている（加藤, 1985）。

中村（1985）の示したデータによれば、中村が九州電力で活動を開始した1957年頃は、「しばしば劇的な精神症状を呈し、精神障害の中核ともいえる」統合失調症や、「性格的な偏りが強く、そのため職場集団の中でさまざまなトラブルを起こしやすい」精神病質の割合が比較的大きいが、年月を経るうちにこれらの割合は縮小する。逆に、アルコール症の割合が拡大する。神経症の割合は1957年当初から最も大きいが、年月を経るにつれますます拡大する傾向にある。うつ病、心身症、神経症、心因反応、アルコール症はストレス関連疾患として一括されることがあり、これらをあわせると1957年から1961年までの期間を除いて、おおよそ55%～65%の割合で推移している（表1. 参照）。広瀬（1988）はある保険会社の東京本社圏の従業員3,707名（男性2,177名 女性1,590名）を対象とした医務室を訪れた受診者の診断名別件数をまとめている（表2. 参照）。ストレス関連疾患は60.5%を占めている。小此木（1987）は、ある金融機関の本社圏（東京）従業員約1万人を対象とした健康管理センターで彼が20年間に面談した527例のうち、内因性精神疾患は47例で、残り480例（91.1%）は適応障害、神経症などのストレス関連疾患だったと報告している。田中ら（1992）は鉄鋼業企業の精神保健相談室を1960年から1990年の間に訪れた来室者316例の診断名別件数をまとめている。それによると、統合失調症の割合は25.6%（81例）で、ストレス関連疾患の割合は54.4%（172例）である。島ら（1997）は、勤労者における精神障害に関する多施設共同研究を行っている。1993年から1994年に各施設を訪れた来談者250名のうち、統合失調症の割合は18.4%で、ストレス関連疾患の割合は71.0%である。

厚生労働省の患者調査によれば、医療機関に受診する患者数は増加傾向にあり、その中でもうつ病と認知症の増加が著しい（図1. 参照）。こうした傾向はおそらく産業場面においても同様であると考えられる。さらに、すでに広瀬（1988）がうつ病は軽症が多く、神経症やパーソナリティ障害との鑑別が困難な例もあると述べているが、近年産業場面では新型、現代型、未熟型、非定型、逃避型、あるいはディスチミア親和型などと呼ばれる典型的でないうつ病が増加している。樽味と神庭（2005）によるメランコリー親和型うつ病（典型

的なうつ病)とディスチミア親和型うつ病(典型的でないうつ病)との対比(表3. 参照)からも分かるように、典型的でないうつ病はより性格に基づく部分の大きい精神疾患であるといえる。中村と行正(2007)は、こうした典型的でないうつ病は職場不適応症に代表されるとしている。

以上のことから、わが国の、少なくとも大企業においては内因性精神疾患の割合は小さく、ストレス関連疾患の割合が大きいといえる。こうした疾病構造という側面からも、適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援の重要性が支持される。

5. 軍隊精神医学 *military psychiatry* : 産業精神医学の出自の一つ

欧米における産業精神保健のはじまりは、1923年から1932年までの期間、ウェスタン・エレクトリック社のホーソン工場において行われた、メーヨーら産業心理グループによる取り組みであるとされる。この実験は労働者のメンタルヘルスの保持向上を目的としており、その成果は非指示的面接、インフォーマル・リーダーの重要性、および管理監督者の教育にまとめることができる(加藤正明 1998)。

しかし、そうした成果によっても、労働者における精神疾患の発生を未然に防ぐことはできなかつたために、その後の産業精神保健には精神科医が関わるようになった。その大きな流れの一つが軍隊精神医学である。加藤(1985)は「戦後、産業精神医学ないしは産業精神衛生の課題を取り上げた産業医の多くが、かつて軍隊内で健康管理や予防医学を経験した医師であったことは、欧米でも日本でも共通していると思われる」と述べている。

メニンガー *Menninger, W* らは米国陸軍において軍医総監の精神科チーフコンサルタントを務め、集団精神療法やグループワークなどの軍隊精神保健活動を行った。さらに、グリンカー *Grinker, RR* とシュピーゲル *Spiegel, JP* (1945)は、北アフリカの前線に赴き英米の陸軍および空軍の部隊で生じる急性の戦争神経症の治療に当たった。英国においてはビオン *Bion, WR* (1961)を中心とした精神分析医のグループがノースフィールドにあるホリームア病院において、精神疾患のために前線から本国に後送された兵士の治療にあつた。この取り組みはノースフィールド実験として知られている。1939年9月から1944年7月までの期間に精神障害のために英国陸軍を除隊した兵士の数は実に118,000名にのぼつたという。ノースフィールド実験に参加した

メイン Main, TF は、当時の精神科医による対応について次のように述べている。「英国がまさに生き残りをかけて戦っていた1940年のある日、一人の恐怖症の歩兵が、指揮官の命を受けた軍医によって、ある精神科医のところへ送られてきた。診察の結果を精神科医は『この兵士にはライフルの取り扱いを免除し、じゅうたん用スリッパをはかせ、ブラッドフォードの彼の自宅から半径2マイル以内に任務地を準備すべきである』と報告した」とのことである。この精神科医の考え方を含め当時の英国陸軍の状況は、現在の産業精神保健の現状とよく似ている。ノースフィールドの精神科医たちはこうした状況の打開を試みた。ピオンは、兵士を単なる砲弾の餌食と考えるのはとんでもない勘違いであるといつて、メインが描いたような精神科医の考え方を軽蔑したという。そして、彼は神経症と「戦う」ために患者を集めたのである。ノースフィールド実験における取り組みは、後述する集団力動に関する理解の礎となっている。

軍隊精神医学においては、戦争神経症の発症を如何に防ぐか、さらに戦争神経症を発症した兵士については如何に早く戦線に復帰させるかが大きな課題である。この課題に軍隊精神医学が取り組むとき、それは戦闘という過酷なストレス状況による有害な影響に対する兵士の耐性を高めることを目指すわけであるが、視点を変えれば、軍隊精神医学は有害な影響のもとで兵士が酷使され続けるのに手を貸すことになるという危険性を孕んでいるともいえる。軍隊精神医学の流れを汲む産業精神医学もまた同様の危険性を孕むことになり、その危険性を認識しつつ、労働者の適応を支援するとはどういうことなのかを常に考え続けなくてはならない。

6. 学生運動と反精神医学：適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援の前に立ち塞がるもの

1960年代前半から1970年代にかけて現れた反精神医学は内因性精神疾患、特に統合失調症について、その身体的基盤が明らかになっていないことを問題視した。新版精神医学事典（1993）によれば、反精神医学は「19世紀以来の伝統的精神医学が『正気と狂気』に対して身体医学的な枠組みを無批判に適用し、つねにあるいは暗黙に、狂気イコール病気と仮定し続けてきた視点の一面性への異議申立てであり、『正気と狂気』の問題を社会的政治的次元において見直すことを要求」している。「戦後日本の精神医学・医療の再検討」を総会テーマとした、1975年の日本精神神経学会総会において「精神分裂

病とは何か」というテーマでシンポジウムが組まれた。これに対して小澤（1975）は次のように痛烈な非難を浴びせている。「『精神分裂病とは何か』という問いは、過去の代表的な問い方である。そして、このような問い方こそ、解答のすべてを誤らせたものであったと、今、われわれははっきりと宣言しよう。われわれの間はこうでなければならない。『誰がいかなる都合で精神分裂病というレッテルを必要としたのか』。「なぜにかかる非論理が論理としてコンセンサスを得るにいたるのであるだろうか。それは、上の文脈を逆にたどればよいのだろう。つまり、まず『ある一群の人間を人間以下の生物に転落させる必要性』が『社会的要請』として存在し『必要性』を『必然性』にすりかえるために『生物学的過程』が要請され、かかる要請を基盤にその要請を証明するべく、ある一群の人間にスティグマが『発見』されるという手順である」。こうして、搾取する者と搾取される者という構図が定置され、その構図は産業精神医学、すなわち使用者と労働者の関係に当てはめられる。岡田と小坂（1970）は「精神衛生の名のもとに差別を合理化する動きさえでています。大企業で注目してきている産業精神衛生がそれです。そこでなされていることは、精神衛生的な職業環境の整備などよりは、精神障害者を企業から排除しようということで、そのためにあやしげなチェック・リストがいくつもつくられています。職場に不満をもつことも、精神障害と見なすような項目をそれは含んでいます。さらには、組合活動家に精神障害のレッテルを貼って追い出すようなことも、産業精神衛生の名で行われています」と糾弾したのである。

確かに企業の目的とするところは生産性と収益性の向上であり、その阻害要因に対しては除去を目指すことは企業にとってある意味道理にかなった姿勢である。精神科医がそこに関わる時、こうした企業の論理に利用される可能性は否定できない。実際、業務ができるかできないかではなく診断名だけで処遇を決めたり、採用時にパーソナリティ障害や発達障害を見分けそれらを排除するための方法を精神科専門医に求めたりする企業が現在もなお存在することを耳にする。したがって、岡田と小坂の糾弾を完全に否定することはできない。

7. 学生運動と反精神医学に抗った者、そしてその姿勢について

そのような困難な状況を十分に承知した上で「実践家」でありつづけようとした小西（1971）の言葉は重い。「たしかに、われわれ『企業の精神科医が、どれほど良心的であり、どれほど精力的に活動したとしても、その企業のポリ

シーの限界をこえることは、極めて困難』なことは認めるものである。しかし企業という社会が現に存在し、その中で精神障害者になる人もあれば治って職場に復帰する人もある以上、精神衛生管理対策がないよりはあったほうがよく、また誰かがそれに従事しなくてはならないだろう。ここではっきりいえることは、たとえ企業のポリシーを越えることが困難であっても、精神科医が企業に関与しないよりはしている方が、精神障害者の利益になっているということである。かりに企業の中に精神衛生管理体制がまったくなかった場合、企業内に発生した精神障害者の扱いはそれこそ人事管理一辺倒で処理されてしまうであろう。ベストの方法がとれるのでなければ、精神科医の企業への関与は無意味であるとするのは、現実軽視の理想論にすぎない。われわれは時には企業のポリシーと患者の利益との間で板ばさみになることはあっても、ベストではないがベターである方策を懸命に模索しているつもりである」。

この小西の姿勢に触れて想起されるのが、児童精神医学の第一人者である小倉（2006）である。精神療法の副作用という原稿依頼を受けた小倉は、それを奇異に思う以上に、怒りを感じたという。そして、次のように述べている。「奇異な感じがするというのは、やはり精神療法では副作用というふうな考え方をしないものであるらしいからである。精神療法というものはもちろん技術的な面もあるが、それよりも治療者と患者との人間的なぶつかり合い全体を問題にするものであり、治療過程の過程全体を究極的にはみのりあるものにもってゆこうと努力するものなのである」。「たとえば、子どもの性格の発達上、精神療法の過程が、何らかの意味で外傷体験になるようなものであるかということになれば、その時点において外傷体験のようにみえたとしても、全体として、全経過として、それを人間成長の上に役立つようにもってゆくというわけである」。

小西にも小倉にも、自らの取り組みの不完全性や矛盾を認識しつつ、それでも自らが相対する患者を少しでもよい方向にもっていかうと努力し続けるという点で共通している。この姿勢は、先に述べた「適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援」を実践していく上で欠かせないものである。われわれは常に合理的で正しい判断をできるとは限らない。そもそもわれわれには全体を俯瞰する能力はないし、その上「企業のポリシーと患者の利益」との狭間で双方からさまざまな影響を受けることを避けられない。そのことを常に認識し続けながら、目の前の労働者への支援を少しでも「みのりのあるものにもってゆこう」

と努力して行かなくてはならない。

小此木（1981）は、「職場の精神健康管理」という命題に対して、精神衛生管理との関係を用いて次のような議論を展開している。「これらの職種の人々（精神科医、心理学者、精神科ソーシャルワーカー）にとって、“精神衛生”ということばは、縁起の悪いことばになりかけている。精神衛生法に代表されるように、どうも精神衛生……ということばがつく組織や機能は、ここの精神健康よりも全体—社会の側からものを見、ともすると『個』尊重と矛盾する面をもつ、という印象が強くなってしまったからである。「しかし、せんじつめると、“精神健康管理”ということばを使ったから、この種のマイナスが現実になくなるわけでもないし、“精神衛生管理”ということばを使う人が、みなお役所や企業のご用係になるわけでもないだろう」。「要は、この定義問題に反映しているさまざまな現実的問題について、十分な洞察をもつかどうかだと思ふ。したがって簡単にどちらのことばがよいかときめるよりは、この定義をめぐってますます論議を深めることのほうが、より生産的な歩みをもたらすのではないかと思ふ」。

この小此木の議論から理解されるのは、固定観念化への警告である。われわれは複雑な問題に直面したときに、問題を適当に切り分けて単純化し対応しようとする。こうした方法は効率化を考えるとときには欠かせない。しかし、この方法は短絡を生み出し、さまざまな固定観念を作り出す。「結局、企業が望んでいるのは、メンタルヘルス不調者の排除である」とか「企業に関わるとき、精神科医は企業に利用されないように十分気をつけなくてはいけない」といった言葉を耳にすることがある。これらの言葉は真実であることも真実でないこともあるだろう。しかし、ここで問題なのは、それが真実かどうかではなく、それを当然のこととして無批判に受け入れ、それを前提に思考を進めていくことである。産業メンタルヘルスの現場は複雑多岐であることに加え、しばしば利害の対立を伴う状況である。こうした状況においては、固定観念が誤った判断につながることが多い。したがって、産業メンタルヘルスに関わるとき、われわれは自らの固定観念化へ向かおうとする衝動に常に注意を向け、それに抗わなくてはならない。産業メンタルヘルスにおいては力動的な視点および思考が欠かせないといえる。

8. 経済不況による衝撃：「触れがたいもの」という、新たな排除へ

著者が産業精神医学活動に関わりはじめた1997年当時、特に印象的だったのは、労働者がメンタルヘルス不調に陥っていることや、そのために企業内の健康管理組織を利用していることを職場管理監督者や人事担当者に知られることがないように、健康管理組織の職員がプライバシーの保護に最大限の配慮をしていることだった。理由を問うと、労働者が会社側にそのことを知られると、出世に差し支えるとか会社を辞めさせられるとあって不安に思うからだといわれた。はじめは「なるほどそうか、やはり会社というものは厳しいものなのだ」と考えて納得した。広瀬（1988）の記述から、その様子がよく窺える。「会社のビルの一角にある医務室は（略）プライバシーも保てる物理的構造になっている。時間予約制と内線による呼び出しの二本立で、待合室で待つことなく、診察を受けられるようになっている。精神科医が勤務する時間帯は他の診察室は使われていないため、他科受診の社員と顔を合わせるおそれもない」。「自発的受診者の秘密保持を完全にし、来室社の不安を減らすため、精神科のみ保険診療は行わず、薬は会社負担とし、カルテには処方のみを記し、記事は筆者のノートに期すという配慮をしている」。ところが、産業精神医学活動の経験を積むうちに、徐々に何のためにこうした配慮をしているのか、その目的が分からなくなった。そして、何かプライバシーを保護すること自体が目的化しているように感じて疑問をもつようになった。周囲の人々に疑問を投げかけてみたり新たな提案を行ってみたりしたが、周囲の人々がもつ変化することへの抵抗は強く、従来のやり方を変えるところまでは至らなかった。

変化は外圧によってもたらされた。1990年代後半からの経済状況の悪化、リストラに伴う終身雇用制度の実質的崩壊、そして業務のアウトソーシングなどの動きによって、2000年以降産業メンタルヘルスを取り巻く状況は一変した。まず、ストレスやメンタルヘルス不調は当たり前のこととなった。精神科診療所の診療報酬引き上げという動きも相俟って、精神科や心療内科の診療所は急増し、多くの人が気軽に精神科にかかるようになった。そして、うつ病は市民権を得て、精神科受診はもはや隠すべきことではなくなっていった。他方、経済状況の悪化等は、企業がメンタルヘルス不調者を抱えておく体力を確実に奪っていった。しかし、同時にメンタルヘルス不調者を排除することについては、企業に対して強いブレーキがかかっていた。1996年に電通労自殺訴訟の第一審判決で会社側の損害賠償責任が認められたことをきっかけにして自殺を中心とした精神疾患の労災問題が喧伝されるようになり、それに応え

る形で2000年以後次々と厚生労働省から発表される「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」、「職場における自殺予防と対策」、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」、「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」などにより、企業はメンタルヘルス対策の重要性を認識するようになった。とはいえ、その認識の多くはリスクマネジメントというものだった。そのため、不安と警戒心に彩られたメンタルヘルス支援は過剰とも思われる保護的な対応となりがちである。こうした「触らぬ神に祟りなし」という対応は、メンタルヘルス不調者の自信や自己効力感を損なうだけでなく、周囲の士気の低下につながり生産性の低下をもたらす。その影響はますます拡大する傾向にあるといえる。

かつて企業のメンタルヘルス不調者は、メンタルヘルス不調故に昇進の道を断たれ、さらには退職を迫られるのではないかという排除を体験していた。こうした排除は現在もまだ続いているが、さらにここ10年あまりでメンタルヘルス不調は不用意に触れられないものとなり、「触らぬ神に祟りなし」という対応により新たな形の排除を生み出しているといえる。うつ病が市民権を得たという状況がある反面で、実は本当の意味では誰もがその問題に触れがたい状況が生まれているのである。この状況が、心の健康問題による長期休業者や、出社はしていても生産性が上がらない労働者の増加の一因となっているのだろう。

9. 産業精神医学が目指すところ

小西（1969）は、精神科主治医が診断書の診断名をぼかすことに対して「問題の本質は診断書に本当の病名を書く書かぬということではなく、病名をぼかすことで患者のプライバシーが守られ、患者に利益を与えることができるという考えかたの安易さにあると思う」と指摘すると共に、「要するに精神病者のプライバシーがとくに問題になるのは、治療医学としての精神医学がまだまだ無力であることにも一因があるといえはいいすぎだろうか」と述べている。

現在までに、精神医学においては薬物療法やリワーク・プログラムなど治療医学としての進展がみられる。さらに精神医学以外にもEAPの取り組みなどがある。しかし、それらの成果は十分とはいえない。産業精神医学自体が治療医学としてのさらなる一步を踏み出さなくてはならないのではないだろうか。著者の考えるその一步は、一つはメンタルヘルス不調者個人への介入であり、もう一つは彼らを取り巻く環境への介入である。前者は適応論的観点に基づいた

メンタルヘルス支援であり、後者はビオンによる集団力動に基づく実践である。

10. 適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援の実践

メンタルヘルス対応がリスクマネジメントの文脈で捉えられることの多くなった結果として、企業はメンタルヘルス不調者をリスクと見なし、彼らへの対応は保護的な側面に偏りすぎたきらいがある。長期休業していた労働者の職場復帰を受け入れるにあたって、企業側から「まずは、半日勤務からでもいい。できることからやればいい」とか「はじめは会社に来るだけでいい。あとは様子を見ながら仕事のペースを上げていこう」という声かけを耳にすることがよくある。一見、労働者に配慮した声かけのように感じられる。しかし、そこにはステップアップの具体的なプランもなく、実質的に負荷をかけないこと自体が目的化している可能性がある。確かに職場管理監督者にしてみれば、業務負荷を上げていくための何の目安もなく、その上労働者が再び調子を崩したり休みはじめたりすれば、自分の管理責任となりかねないのである。「保護的」な対応になるのも致し方ないといえる。当の労働者の中には、「何も言われないので、これでいいんだ」と思い、ただただ受身的にその状況に安住してしまう人もいれば、「周囲はみな忙しく働いているのに、自分だけ仕事がなくボーッとしている。とても申し訳ない」と思いが焦りにつながり再び調子を崩してしまう人もいる。

著者はこの状況に対応するために、新たな職場復帰支援プログラムの開発に取り組んでいる。その職場復帰支援プログラムは KEAP (KEIO Employee Assistance Program : キープ) といい、2009年から従業員1万人規模の企業と共同開発中である。KEAP のミッションは「メンタルヘルス不調者の働く能力の再生と、彼らを取り巻く人々の働く能力の回復」であり、ビジョンは「働くことに伴うストレスを、健康と成長のための糧とできる世界の実現」である。その特徴は、「保護的」な職場復帰支援からの脱却と、職場復帰の主役は本人であることの明確化である。職場復帰支援とは、支援者が労働者を仕事に戻してあげるのではなく、労働者が職場復帰に取り組む（挑戦する）のを支援することである。その過程は「骨折したプロ野球選手が骨折を治し、トレーニングを積んで、試合に戻り、さらにレギュラー復帰を果たすのを、周囲の人が手伝う」ということに喩えることができる。さらに、KEAP では、この喩えに基づいて「故障者リスト入りした選手を鍛え育てる」というパラダイムを掲げている。

労働者にとっての「レギュラー復帰」とは、企業がその労働者に期待する生産性を持続的に発揮できることを意味している。したがって、休業している状態から仕事に戻るという意味での職場復帰はゴールではなく、職場復帰プロセスのスタートにすぎない。KEAP では職場復帰後6カ月間でゴールに到達することを目指している。正確に表現すると、職場復帰したら何が何でも6ヶ月で「レギュラー復帰」を果たすのを目指すのではなく、労働者の回復状態を関係者がそれぞれの立場でしっかり評価し、6ヶ月後の「レギュラー復帰」が十分可能であろうという見極めができてはじめて、職場復帰を開始するという手続きを徹底しているということである。その開始にあたっては、6カ月間の職場復帰プランの作成を行う。まず、その労働者に求められる、6ヶ月後の「レギュラー」とはどのような業務役割であるかを労働者と職場管理監督者が中心になって具体化する。そこから遡る形で、職場復帰4ヶ月目に到達すべき業務役割、2ヶ月目に到達すべき業務役割、そして職場復帰時に到達できているべき状態といった具合に、職場復帰プランの可視化・具体化を進める。次に、この職場復帰プランに基づいて、労働者の精神症状の改善度合、日常生活リズムの安定性、活動性、作業能力、今回のメンタルヘルス不調の振り返りに基づく再発予防策の作成具合を労働者本人、職場管理監督者、人事担当者、そして精神科専門医がそれぞれの立場で評価する。振り返りと再発予防においては、精神科専門医がまずメンタルヘルス不調をもつ労働者本人に、職場復帰は再適応のための取り組みであり、周囲は可能な配慮や支援を行うものの、再び病状悪化をきたすリスクをゼロにすることはできない旨説明して、労働者の職場復帰の意思を確認する。その上で、複数回の面接で適応論的観点に基づいた分析を行い、再適応のための課題を設定し、課題の実行度合を評価する。また、正式職場復帰の前に試し出勤を実施して、職場環境における状態についても評価確認する。こうした評価を関係者が持ち寄って、職場復帰の可否を合議制で決定する。

職場復帰開始時には、2ヶ月毎に業務負荷を段階的に上げていく職場復帰プランについても一度確認すると共に、労働者が取り組む再適応のための課題が共有され、関係者はその課題取り組みへの協力を求められる。職場復帰後は、関係者間で緊密に連携して、労働者の病状を観察する。ただし、病状悪化がみられたとしても職場復帰プランの修正は原則行わず、既定の職場復帰プランを継続しつつ病状回復に取り組むよう労働者に促すか、職場復帰プランを中止す

るかのどちらかを判断する。中止理由が労働者の準備不足と判断されれば、再度休業して準備を整えてくるように伝える。中止理由がその労働者の到達可能な限界、換言すればそれ以上の回復は今後望めないと判断されれば、職場復帰プランはそこで終了とする。その後は、到達時点の業務負荷でその労働者の雇用を継続する対応について、雇用継続するかどうかを含めて人事担当者が検討する。

1 1. 集団力動に基づいた実践：基底的想定集団から課題集団へ

職場復帰には病状悪化の危険性だけでなく、雇用継続に関する問題が伴っている。「いつまでも休んでいると、会社を辞めさせられるのではないか」という労働者の側の不安であったり、「こんな状態で戻ってきても、任せられる仕事がない」という使用者側の懸念や「かといって、強引なことをしたら、不当解雇で訴えられたり、自殺につながったりするのでは」という不安であったりする。このように職場復帰に際しては、労使間の利害対立が惹起されやすく、緊張と不安を伴い疑心暗鬼に陥りやすい（白波瀬 2011）。職場復帰支援プログラムを実行性のあるものにするためには、こうした緊張と不安への対応が必要となってくる。著者の考案した職場復帰支援プログラムでは、職場復帰プランの可視化と合議制という方法で不安緩和を図っている。しかし、それだけでは職場管理監督者や人事担当者の理解は知的なものに留まり、頭では分かるものの行動にはなかなか移せなかった。労働者、職場管理監督者、そして人事担当者が過剰な緊張や不安によって振り回されることなく、主体性をもって職場復帰のプロセスに関わるためには、さらなる工夫が必要だった。そのヒントがビオン（1961）による集団力動に関する研究である。

ビオンによれば、すべての集団には課題集団 **work group** と基底的想定集団 **basic assumption group** という二つの側面が存在している。課題集団とは、その集団が担っている課題の解決に向けてメンバーが主体的に取り組むことができている状態をさす。一方、基底的想定集団とは、メンバー同士が打ち合わせたわけでもないのに集団全体を非合理的な想定が支配しているような状態をさす。心理的重圧に曝されると基底的想定集団の側面が活性化する。この状態に陥った集団のメンバーたちは自分たちに課題解決はできないという思いに支配され、みな受動的になるという特徴がある。ビオンは基底的想定集団の例として、依存集団、逃走-逃避集団、つがい集団を挙げている。職場復帰に関する場

面ではしばしば目にする光景はこの基底的理想集団によく当てはまる。依存集団では、課題はリーダーにしか解決できないという想定があるかのように、メンバーはみなリーダーに依存的となり盲目的に従属する。産業精神医学においては、職場管理監督者や人事担当者が精神科専門医にメンタルヘルス不調者の処遇を決めてもらおうとする状況である。逃走-逃避集団とは、課題が解決しない原因を誰かに負わせて、その人を非難したり攻撃したりする集団である。そこには、原因となっている人がちゃんとすれば、課題は解決するという想定が存在するかのようである。それが「犯人探し」という形で表面化すると、集団内の軋轢が強まる。健康管理組織のスタッフの「人事は、産業衛生を何たるかを何も分かっていない」という発言や、人事担当者の「健康管理組織のスタッフは個人情報をもとめて、何も協力しない」という発言がそれにあたる。一方、迫害者を集団の外側に見出した場合は、「本人はわがままばかりいつている」とか「主治医は会社の状況を何も分かっていない」といった議論がおこり、集団は偽りの団結力を示す。つがい集団では、集団内のカップルにより何か新しいものが生み出され、それによって課題は解決するという想定があるように、メンバーはカップルのやりとりを見守り続ける。いつかカップルから救世主が生み出され、自分たちは救われるという救世主願望である。

このような基底的理想集団が活性化した集団において、課題集団としての側面を回復させるためにはまず、1) こうした基底的理想集団という現象が普遍的なものであることを集団全体で理解すること、2) 立て直しを目的として集団で話し合う場をもつこと、3) その場で自らが感じている情緒を率直に話し、自分たちが心理的重圧に直面していることをそこで感じている情緒を含め全体で共有することである。

こうした取り組みは定期的なカンファレンスの開催によって実践される。カンファレンスを運営するとき心がけるべきなのは、対等であるという文化の醸成である。具体的には、一見的外れな発言や少数意見を無視せず尊重することが挙げられる。こうした姿勢は、集団の中に自由に発言できる雰囲気や育む一助となる。カンファレンスにおいて、話題になりづらいものとしてネガティブな感情がある。「そんな発言をしたら、非常識と思われ非難される」という不安につながり、その結果集団内でそうした感情を発言することははばかれてしまう。しかし、こうしたネガティブな感情は言葉にしなくても、言葉の端々や態度に現れ、他者との関係性を損なう原因になることが多い。したがって、

こうした悪影響を防ぐためにも、自らが抱いたネガティブな感情はカンファレンスで仲間と共有し、そうした感情を抱くにいたった経緯を考え、その対処方法を話し合うのが有効である。こうしたコミュニケーションを促進するために、リーダーが時に自らのネガティブな感情を率直に言葉にすることが有効である。また、自由な発言を保障するための工夫として、カンファレンスにおいて結論が出ない場合もあるという選択肢をリーダーが担保しておくこともまた有用である。

こうした取り組みによって、課題集団としての側面が回復してくると、メンバーに、問題を解決するために自らに何ができるのかを考える姿勢が見られるようになる。他人任せではない主体的な姿勢である。こうした動きが出てくれば、メンバーでアイデアを出し合い、それを集団全体で協議して、実効性のある対策を生み出す作業を始める。対策が決まったら、それを実行に移しその効果を再び話し合い、その結果に基づいてより実効性の高い対策を模索していく。こうして、課題集団としての側面はさらに確実なものになっていく。

さらに、心理的重圧→基底的想定集団の活性化→課題集団の回復という作業を通して、メンバーたちは自らの技術にさらに磨きをかけ、より積極的に目的達成に取り組み、緊密に連携を取るようになる。これが集団としての成長につながるのである。

以上の集団力動に関する理解に基づいて著者が取り組んだのは、企業内に専門チームを作ることだった。まず、KEAPの側で精神科専門医2名と臨床心理士3名からなるチームを作り、契約先企業に精神科専門医はそれぞれ週2回3時間ずつ勤務し、臨床心理士は週4日間勤務するという体制とした。このチームに、契約先企業の産業保健スタッフおよび人事担当者を含めたメンタルヘルス対応の専門チームを作った。臨床心理士が契約先企業に常駐することで、労働者に対して細やかに対応できるようになったのに加えて、職場管理監督者や人事担当者とのコミュニケーションも密になったことで、新しい職場復帰支援プログラムの現場への浸透は促進された。さまざまな機会を利用して関係者でカンファレンスを開き、課題集団の活性化も積極的に行うことができた。また、精神科専門医や臨床心理士がメンタルヘルス不調者への対応の仕方をやってみせることで、職場管理監督者や人事担当者は「そんなふうに接すればいいんだ」とか「そこまで率直な話し合いをしてもいいんだ」と納得し安心するという効

果もみられている。

12. おわりに：法律に望むこと

労働法に適応的観点を適用すると、それは次のように理解できるのではないだろうか。

まず、労働法の目的は、労働契約においては使用者と労働者との間に不平等が存在しているために、使用者が生産性向上のために労働者にとって適応困難な労働環境を設定したとしても、労働者はその条件で契約を結ばざるをえない状況が存在している。この状況を修正して、平均的な個人が適応可能であると想定できる、平均的な環境条件を保障することである。その意味で、労働法は適応的観点に基づいたメンタルヘルス支援の適切な実践を保障するための前提条件ということになる。と同時に、「10. 適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援の実践」の冒頭で触れたように、労働者を保護する視点が強調されすぎると、労働法がメンタルヘルス不調の労働者が再適応のために取り組むべき課題を免除する結果につながりうる可能性ももっている。その意味で適応的観点に基づいたメンタルヘルス支援の実践を困難にしている側面がある。

著者の考える、適応的観点に基づいたメンタルヘルス支援の実践から法律に望むことは、労働者を保護するだけでなく、彼らの成長促進を目的とした誠実な取り組みをも保障する枠組みである。

【文献】

- Bion, WR (1961): *Experiences in group and other papers*. Routledge.
- Grinker, RR and Spiegel, JP (1945): *War neuroses*. Ayer Co Pub.
- 広瀬徹也（1988）：精神障害の早期発見・治療に直結する精神科産業医の毎週勤務-企業嘱託医16年の経験から-。精神神経学雑誌，90（10）：887-893。
- Jaspers, K (1913): *Allgemeine Psychopathologie*. (西丸四方訳：精神病理学原論。みすず書房)
- 加藤正明（1985）：序説。小此木啓吾他（編）：産業精神医学 臨床産業医学全書7：1-3。医歯薬出版株式会社。
- 加藤正明他（編）（1993）：新版精神医学事典。弘文堂。
- 加藤正明（1998）：精神医学，精神保健における歴史。加藤正明（監修）産業精神保健ハンドブック：2-9。中山書店。
- 小西輝夫（1969）：企業と精神科医の問題。精神医学，11（12）：953-958。
- 小西輝夫（1971）：企業のなかの精神衛生。精神医学，13（12）：1163-1167。
- Kraepelin, E (1896): *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. (西丸四方，遠藤みどり訳：精神分裂病。みすず書房)
- 中村純，行正徹（2007）：気分障害。日本産業精神保健学会（編）：産業精神保健マニュアル：307-311。中山書店。
- 中村豊（1985）：障害者管理-発見からアフターケアまで-。小此木啓吾他（編）：産業精神医学 臨床産業医学全書7：305-316。医歯薬出版株式会社。
- 小倉清（2006）：子ども・思春期の精神療法の副作用。小倉清：小倉清著作集1「子どもの臨床」：66-74。岩崎学術出版社。
- 岡田靖雄，小坂英世（1970）：市民の精神衛生。勁草書房。
- 小此木啓吾（1981）：無題。小沼十寸穂（著編）：労働科学叢書57 職場の精神健康管理の実際-諸家の知見と方策から-：60-62。労働科学研究所。
- 小此木啓吾（1985）：精神健康と適応・不適応。小此木啓吾他（編）：産業精神医学 臨床産業医学全書7：27-33。医歯薬出版株式会社。

- ・ 小此木啓吾（1987）：産業精神医学の課題．精神神経学雑誌，89（11）：932-938．
- ・ 小澤勲（1975）：呪縛と陥穽-精神科医の現認報告．田畑書店．
- ・ 島悟，荒井稔，大西守他（1997）：勤労者における精神障害に関する多施設共同研究．精神医学，39（10）：1117-1122．
- ・ 白波瀬丈一郎（2011）：企業におけるうつ状態-主治医と経営者は何故手を結べないのか-．治療，93（12）：2443-2446．
- ・ 田中雅人，廣尚典，小田島恵子他（1992）：職域における精神保健相談（第1報）．産業医学，34：912．
- ・ 樽味伸，神庭重信（2005）：うつ病の社会文化的試論-特に「ディスチミア親和型うつ病」について-．日本社会精神医学会雑誌，13（3）：129-136．

表1. 初診時の診断分類

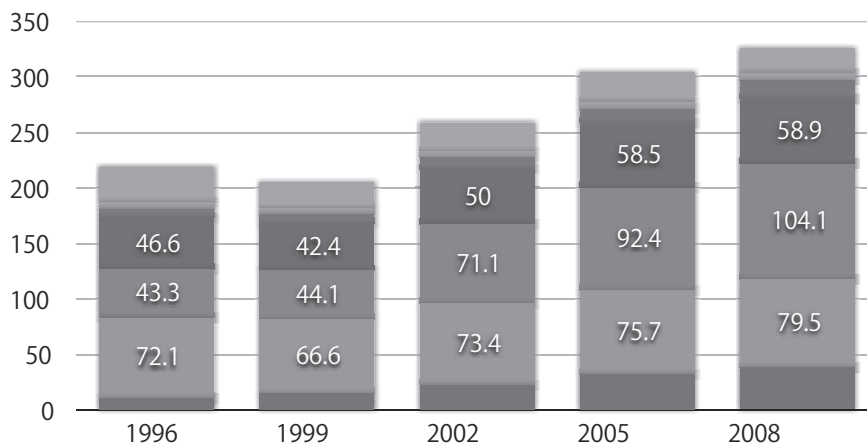
	精神分裂病	躁うつ病	てんかん	器質性精神病	中毒性精神病	その他の精神病	精神病質	神経症	その他	計
57-61	43 19.5%	18 8.1%	12 5.4%	16 7.2%	19 8.6%	6 2.7%	24 10.9%	76 34.4%	7 3.2%	221
62-66	21 8.9%	19 8.1%	15 6.4%	24 10.2%	40 16.9%	3 1.3%	11 4.7%	92 39.0%	11 4.7%	236
67-71	10 5.7%	13 7.4%	8 4.5%	16 9.1%	33 18.8%	10 5.7%	7 4.0%	64 36.4%	15 8.5%	176
72-76	6 5.0%	6 5.0%	7 5.8%	11 9.2%	21 17.5%	0 0.0%	4 3.3%	61 50.8%	4 3.3%	120
77-80	3 3.6%	6 7.2%	3 3.6%	5 6.0%	18 21.7%	5 6.0%	4 4.8%	37 44.6%	2 2.4%	83
	83 9.9%	62 7.4%	45 5.4%	72 8.6%	131 15.7%	24 2.9%	50 6.0%	330 39.5%	39 4.7%	836

表2. 診断(疑診)名別件数(1980年～1987年) 従業員数3,707(男2,177名 女1,590)

精神分裂病	パラノイア	双極病	うつ病	心身症	神経症	心因反応	人格障害	アルコール症	家族相談	計
4(3)	3(1)	11(2)	41(6)	17(9)	24(10)	9(4)	20(4)	4(0)	24(2)	157(45)
2.5(7.3)	2.0(2.4)	7.0(4.9)	26.1(14.6)	10.8(21.9)	15.3(24.4)	5.8(9.8)	12.7(9.8)	2.5(0)	15.3(4.9)	100

()内数字は女子の再掲を示す

図1. 医療機関に受診する患者の疾病別内訳



【出典】患者調査

- 認知症
- 統合失調症など
- うつ病など
- 不安障害など
- その他
- 薬物・アルコール症
- てんかん

表3. メランコリー親和型とディスチミア親和型うつ病との対比

	メランコリー親和型	ディスチミア親和型
年齢層	層 年 高 中	層 年 青
関連する気質	執着気質 メランコリー性格	スチューデント・アパシー 退却傾向と無気力
病前性格	社会的役割・規範への愛着 規範に対して好意的で同一化 秩序を愛し、配慮的で几帳面 基本的に仕事熱心	自己自身(役割ぬき)への愛着 規範に対して「ストレス」であると抵抗する 秩序への否定的感情と漠然とした万能感 もともと仕事熱心ではない
症候学的特徴	焦燥と抑制 疲弊と罪業感(申し訳なさの表明) 完遂しかねない“熟慮した”自殺企図	不全感と倦怠 回避と他罰的感情(他者への非難) 衝動的な自傷、一方で“軽やかな”自殺企図
薬物への反応性	多くは良好(病み終える)	多くは部分的効果にとどまる(病み終えない)
認知と行動特性	疾病と服薬で全般に軽快しやすい	どこまでが「生き方」でどこからが「症状経過」が不分明
予後と環境変化	場・環境の変化は両価的である(時に自責的になる)	休養と服薬のみではしばしば慢性化する 置かれた場・環境の変化で急速に改善することがある

樽味伸(2005)

厚生労働科学研究費補助金

分担研究報告書

産業保健実務者および産業医の視点からみた
日本の職域メンタルヘルス対策

－ 法令、行政規則・ガイダンス、公的支援体制、民間支援事業の効果と問題点
および諸外国への訪問調査に関する提言 －

分担研究者 梶木繁之 産業医科大学産業医実務研修センター・講師

研究要旨

これまでの日本の官民両者による職域メンタルヘルス対策について概観したうえで、その効果ならびに問題点について産業保健実務者および産業医の立場から整理・考察し、法学者が諸外国の訪問調査を行う際に注視すべき事項について提言することを目的として調査を実施した。

職域におけるメンタルヘルス対策として、国は立法（労働安全衛生法）、行政規則やガイダンス、法律に基づく公的機関による支援事業の推進を行ってきた。その他、民間レベルではEAP (Employee Assistant Program) などの支援機関がその存在感を高めている。国レベルでは、5年に一度行われる「労働者健康状況調査」の他、不定期に様々なメンタルヘルスケア対策に関する調査が実施されている。これらの調査では、事業所と労働者の両方もしくは事業者のみを対象に調査が行われており、メンタルヘルスに関する幅広い、様々な情報が収集されている。

しかし、既存の活動の効果を直接的に評価できる指標は乏しく、国内において何らかのメンタルヘルスケア対策を展開する場合には、それらの取組成果が直接検出（評価）できるような指標を開発する必要性が認められた。

法学者による諸外国の訪問調査に際して注視すべき点としては、①メンタルヘルスに関する法律および関連するシステム（社会的な枠組み）の内容等、②「メンタルヘルス不調者」の診断もしくは認定基準、③認定する場合の医師の資格や診療科、専門、経験等、④メンタルヘルス不調による労災認定数ならびに詳細、⑤当該国におけるメンタルヘルス不調者の周囲ないし社会からの受け止められ方、⑥国レベルでの緊急相談窓口の設置状況、⑦復職可否を判断する際の責任者、⑧EAPなどの外部機関との連携状況、⑨法的な枠組みの一環として行われるメンタルヘルススクリーニングの有無などが提示された。

A. 目的

これまでの日本の官民両者による職域メンタルヘルス対策について概観したうえで、その効果ならびに問題点について産業保健実務者および産業医の立場から整理・考察し、法学者が諸外国の訪問調査を行う際に注視すべき事項について提示すること。

B. 方法

政府による公的な職域メンタルヘルス対策は、主として労働安全衛生法上の法整備、行政規則やガイダンス、法律に基づく公的機関による支援事業の推進によって行われて来た。

そこで先ず、三柴¹⁾の整理に従い、労働安全衛生法におけるメンタルヘルス対策に適用可能な条文を確認した。

次に、1972年の労働安全衛生法（以下、安衛法という）制定以降のメンタルヘルス対策に関連する主要な指針等²⁾を列挙し、関連施策展開の系譜を確認した。

第3に、メンタルヘルス対策に関する以下の公的サービスを列挙し、各サービスの実施主体が独自に実施した調査から判明した各サービスの効果（ないしそれを推定させるデータ）等を確認した。

①独立行政法人・労働者健康福祉機構が全国の産業保健推進センター等にメンタルヘルス対策支援センターを設置して実施して来た同名の支援事業：同事業では、その利用者に対し、平成21年度のサービス開始時よりア

ンケート調査を実施して来た³⁾。

②1964年（昭和39年）に労働災害防止団体法に基づき設立された中央労働災害防止協会（以下、中災防ともいう）におけるメンタルヘルス支援（各種セミナー、社内研修会の講師派遣、ストレスチェック等）活動：中災防が実施する様々な研修プログラムでは、実施するセミナー毎に受講者を対象としたアンケートが行われて来た⁴⁾。

第4に、民間レベルで存在感を高めているEAP（Employee Assistant Program）が提供しているサービスの概要と効果についてインターネット等で検索した⁵⁾。

第5に、上記の法制度・施策等を踏まえて個々の事業で実際に実施されているメンタルヘルス対策に関する調査として、厚生労働省の「労働者健康状況調査」⁶⁾と独立行政法人・労働政策研究・研修機構の「職場におけるメンタルヘルスクエア対策に関する調査」⁷⁾を採り上げ、対策の概要や効果（を推定させるデータ）等について確認した。

以上の作業を踏まえ、諸外国の訪問調査を行う際に注視すべき事項に関し、産業医実務研修センターに所属する医師の内、産業医経験者18名（産業医経験年数2～15年）で討議を行った。

C. 結果

1) 職域におけるメンタルヘルス対策に適用可能な条文

三柴¹⁾は現行の安衛法の中で、メン

タルヘルス（以下、この項においてMHと標記することがある）対策に適用可能な条文について、以下のように整理している。

①これまで、産業ストレスに関連する災害の賠償事件において裁判所が言及したもの

第28条の2（業務に起因するリスクのアセスメント及びマネジメントの努力義務等）

第65条の3（作業管理の努力義務）（電通事件平成12年3月24日労働判例779号13頁など）

第3章（安全衛生管理体制の構築にかかる義務及び努力義務）（真備学園事件岡山地判平成6年12月20日労働判例672号42頁など）

②メンタルヘルス指針（行政規則・局長通達）の根拠とされたもの等

第69条第1項（健康の保持増進を図るための措置の努力義務）、第70条の2（厚生労働大臣による第69条第1項に定める措置に関する指針の公表及びそれに基づく指導）

③快適職場指針（行政規則・省告示）の根拠とされたもの等

第71条の2（作業環境管理、作業管理、労働者の疲労回復設備等の設置・整備等による快適職場環境形成の努力義務）、第71条の3（厚生労働大臣による第71条の2に定める措置に関する指針の公表及びそれに基づく指針）、第71条の4（国による

事業者の快適職場形成支援の努力義務）

④近年の法改正（平成17年法第108）において、主にMH対策を意識して策定されたもの

第66条の8第1項、第3項、第4項、第5項（長時間労働者面接指導等の実施義務、その結果の記録義務、医師への意見聴取義務、医師の意見を踏まえた事後措置義務）、第66条の9（面接指導対象者以外の要配慮者に対する措置の努力義務）

⑤主にMH対策を意識して策定されたわけではないが、同対策も射程に捉えられていたもの

第70条（健康の保持増進を図るための体育活動、レクリエーション等の活動についての便宜供与の努力義務）、第71条（国による事業者の健康の保持増進措置のための援助の努力義務）

なお、一般健診・特殊健診の実施義務、都道府県労働局長による臨時健診の指示、医師選択の自由について定める第66条も、強制こそできないものの、問診等による「心身の欠陥」の調査を予定しているから、これに連なる第66条の3（健診結果の記録義務）、第66条の4（健診結果についての医師等への意見聴取義務）、第66条の5（医師等の意見を踏まえた事後措置義務等）、第66条の7第1項（健診結果を踏まえた医師等による保健指導の努力義務）も、任意に回答されたMH不調については射程に収めてい

ると解される。

⑥MH対策を射程に入れて策定されたわけではないが、同対策にも類推適用が可能と解されるもの

第65条の4（物理的に有害な作業に従事する時間[作業時間]の制限）、

第68条（特定の疾病罹患者の就業禁止措置義務）（本条所定の厚生労働省令に当たる労働安全衛生規則第61条は、当初精神疾患罹患者も対象に含めていたが、産業医に判断させるのは適当でないとして、平成12年改正で除外された経緯がある。なお、本条に関する京和タクシー事件京都地判昭和57年10月7日労働判例404号72頁は、「左肺浸潤の疑、要精査」との健診結果を受けながら、本人にその結果を伝えず、漫然と従前通りのタクシー運転業務に従事させたことにより肺結核の重篤化を招いたとして、本条違反を要素として事業者の過失責任を認めている。）

2) 安衛法制定以降のメンタルヘルス対策に関する主な指針等

職域におけるメンタルヘルス対策の主な指針として下が挙げられる。

- 1979年（昭和54） シルバー・ヘルス・プラン
- 1988年（昭和63） トータル・ヘルスプロモーション・プラン
- 1992年（平成4） 快適な職場環境の形成
- 1996年（平成8） 過労死の労災認定基準（改正）

- 1999年（平成11） 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
- 2000年（平成12） 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針
- 2002年（平成14） 過重労働による健康障害防止のための総合対策 職場における自殺の予防と対応
- 2004年（平成16） 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
- 2006年（平成18） 労働者の心の健康の保持増進のための指針
- 長時間労働者への医師による面接指導の実施
- 2009年（平成21） 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（改訂）
- 2011年（平成23） 心理的負荷による精神障害の認定基準

3) メンタルヘルス対策支援センター事業と利用者アンケート報告書

独立行政法人・労働者健康福祉機構では、全国のメンタルヘルス対策支援センターの利用者に対し、年次毎のアンケート調査が行われて来た。これまでに、平成21年度ならびに平成22年度の報告書が作成されており平成21年度は、「相談、情報提供サービス」の利用者452件、「訪問支援事業場サービス」の利用者2133件、平成22年度は、「相談、情報提供サービス」の利用者589件、「訪問支援事業場サービス」の利用者2396件より回答が得

られていた。

平成 23 年度の報告書の内、「相談、情報提供サービス」を利用した回答者の職種が一番多いのは「人事労務担当者：35.1%」で「衛生管理者：21.2%」、「メンタルヘルス推進担当者：9.3%」と続いた。また、回答者の所属する事業所の規模でみると、100 名～299 名が 30.2%と最も多く、以下、50 名～99 名が 22.4%、10～49 名が 17%と続き、回答者の多くが中小規模の事業所であることが判明した。業種としては、製造業の 38.5%に続き、建設業が 6.5%、運輸業 4.1%と続いた。

センターへの満足度については、70.8%が満足していると答えており特に「メンタルヘルス対策の構築に役に立った」との回答率が 81.2%であった。

一方、平成 23 年度の報告書の内、「訪問支援事業サービス」を利用した回答者の事業所規模は、100～299 名が 34.4%、50～99 名が 26.7%、10～49 名が 18.4%と続き、こちらも中小規模事業所の利用が多いことが判明した。業種の特徴も製造業、建設業、運輸業の順で高い傾向が見られた。

メンタルヘルス支援センターの内容に対する満足度調査では、64.3%が満足していると回答しており、「相談、情報提供サービス」同様、回答者は比較的高い満足度であることが判明した。

4) 中央労働災害防止協会によるメンタルヘルス関連セミナーと受講者ア

ンケートの結果

平成 21 年度の「メンタルヘルス教育研修担当者等能力向上研修会（札幌、仙台、東京、名古屋、大阪、広島、福岡 計 7 回）」の参加者 762 名の内 741 名（回収率 97.2%）より回答を得た。参加者の内 52.3%が中小規模事業場からの参加で参加者は事業場内産業保健スタッフが 27.9%、以下、人事労務管理スタッフ 24.2%、管理監督者 15.6%と続いた。研修会全体の印象では、「大変満足」と「満足」を併せると 93.6%の参加者が満足との回答であった。また、講義内容についても、「大変有益である」と「有益である」を併せると、86.6%～93.5%であり研修会に対する参加者の高い満足度がうかがえた。

また、平成 21 年度の「メンタルヘルス教育研修担当者等養成研修」では 229 名が参加し、218 名（回収率 95.2%）より回答を得た。参加者の内 55%が 300 人以下の中小規模事業場から参加しており、参加者の職種は人事労務管理スタッフが 32%、ついで事業場内産業保健スタッフ 16%、管理監督者 13%と続いていた。研修会全体の満足度は「大変満足である」と「満足である」を併せると 96.2%であり、参加者の高い満足度がうかがえた。

この他、職場における、「自殺予防セミナー：参加者 3758 名」や「心の健康づくりシンポジウム-職場（組織）の能力を發揮できるようにするために- 参加者 1210 名」なども開催しているが、アンケート結果からは 86.4%、

92.5%の高い満足度が得られていた。総じて、中央労働災害防止協会の提供するメンタルヘルス関連のセミナーは参加者の高い満足度が確認された。

5) EAP 機関におけるメンタルヘルスサービスの効果

WEB 調査等による限り、民間の EAP 機関の効果に関する公的な調査結果等は現段階で存在せず、それらが開設している WEB ページ上、客観的に検証可能な効果を明示した例も見あたらず、おおむねサービス内容の概要を示すにとどまっていた。一例として、株式会社イノベーションが提供する「メンタルヘルスナビ⁵⁾」があるが、ここでも日本国内で EAP サービスを提供する 6 社のサービス内容と特徴が紹介されるにとどまっていた。

6) 個々の事業所で実施されているメンタルヘルス対策に関する統計情報

厚生労働省は「労働者健康状況調査」を 5 年ごとに実施し、その中で職域におけるメンタルヘルス対策の概要について報告している。直近（平成 19 年度）の報告書⁶⁾では、

事業所調査として

- 1 健康管理対策の実施状況
- 2 長時間労働者に対する面接指導について
- 3 健康の保持・増進の実施状況
- 4 心の健康対策（メンタルヘルスケア）の実施状況
- 5 喫煙対策の実施状況
- 6 労働者の健康管理対策として重

要な課題、を

労働者調査として、

- 1 精神的ストレス等の状況
- 2 健康管理やストレス解消のために会社に期待すること
- 3 現在の健康状態及び将来の健康状態に対する不安
- 4 喫煙状況及び喫煙対策、を報告している。

このうち事業所調査における「心の健康対策（メンタルヘルスケア）の実施状況」では、(1) 心の健康対策（メンタルヘルスケア）の取組状況、(2) 心の健康対策（メンタルヘルスケア）を推進するにあたっての留意事項、(3) 心の健康対策（メンタルヘルスケア）のための専門スタッフの配置状況、(4) 心の健康対策（メンタルヘルスケア）の効果、(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、(6) メンタルヘルス上の理由により休業・退職した労働者【新規調査項目】について報告がなされていた。

それらによると、心の健康対策に取り組んでいる事業所の割合は 33.6% [前回 23.5%] で、これを事業所規模別にみると、1,000 人～4,999 人及び 5,000 人以上の規模では 9 割を超えており、また、100 人以上のすべての規模で 6 割を超えていた。

心の健康対策に取り組んでいる事業所のうち、心の健康対策の取組内容（複数回答）をみると、「労働者から

の相談対応の体制整備」（59.3%）が最も高く、次いで「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%）の順となっていた。

心の健康対策に取り組んでいる事業所のうち、留意している事項がある事業所の割合は95.7% [前回88.6%] で、これを事業所規模別にみると、すべての規模で9割を超えていた。留意している事項がある事業所のうち、具体的な留意事項内容（複数回答）としては、「労働者の個人情報への保護への配慮」（67.9%）が最も高く、次いで「職場配置、人事異動等」（59.4%）、「心の健康問題に関する誤解等の解消」（51.0%）の順となっていた。

心の健康対策に取り組んでいる事業所のうち、「専門スタッフがいる」とする事業所の割合は52.0% [前回49.8%] となっていた。これを事業所規模別にみると、300人以上のすべての規模で8割を超えていた。

専門スタッフがいる事業所のうち、専門スタッフの種類（複数回答）別の配置状況をみると、「産業医」（56.5%）が最も高く、次いで「衛生管理者又は衛生推進者等」（30.7%）、「カウンセラー等」（27.1%）、「保健師又は看護師」（22.5%）の順となっていた。

心の健康対策に取り組んでいる事業所のうち、「効果があると思う」とする事業所の割合は67.0% [前回61.3%] で、これを事業所規模別

にみると、すべての規模で6割を超えていた。

心の健康対策に取り組んでいない事業所について、取り組んでいない理由（複数回答）をみると、「専門スタッフがいらない」（44.3%）とする事業所の割合が最も高く、次いで「取り組み方が分からない」（42.2%）、「必要性を感じない」（28.9%）、「労働者の関心がない」（27.7%）の順となっていた。事業所規模別にみると、30人以上のすべての規模で「専門スタッフがいらない」とする事業所の割合が最も高くなっていた。今後の取組予定としては、「取り組む予定である」は4.4%であり、「取り組む予定はない」が51.9%、「検討中」が42.8%となっていた。

過去1年間にメンタルヘルス上の理由により連続1か月以上休業又は退職した労働者がいる事業所の割合は7.6%となっていた。

労働者調査における「精神的ストレス等の状況」では、(1) 仕事や職業生活に関する不安、悩み、ストレスについて相談できる人の有無、(2) 仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレス、に関する調査結果が報告されていた。

自分の仕事や職業生活での不安、悩み、ストレスについて「相談できる人がいる」とする労働者の割合は89.7%となっており、女（93.1%）の方が男（87.4%）より高くなっていた。「相談できる人がいる」労働

者が挙げた具体的な相談相手（複数回答）としては、「家族・友人」（85.6%）が最も高く、次いで「上司・同僚」（65.5%）の順となっていた。男女別にみると、「家族・友人」を挙げた労働者の割合は女（91.2%）の方が男（81.4%）より高く、「上司・同僚」は男（67.4%）の方が女（62.8%）よりやや高くなっていた。

自分の仕事や職業生活に関して強い不安、悩み、ストレス（以下、仕事でのストレスという）が「ある」とする労働者の割合は58.0% [前回61.5%] となっていた。「仕事でのストレス」がある労働者が挙げた具体的なストレスの内容（3つ以内の複数回答）としては、「職場の人間関係の問題」（38.4%）が高く、次いで「仕事の質の問題」（34.8%）、「仕事の量の問題」（30.6%）の順となっていた。男女別にみると、「職場の人間関係の問題」（男30.4%、女50.5%）は女が男より高く、「会社の将来性の問題」（男29.1%、女12.9%）、「昇進、昇給の問題」（男24.9%、女15.6%）は、男が女より高くなっていた。就業形態別にみると、一般社員は、「職場の人間関係の問題」（37.7%）、「仕事の質の問題」（36.7%）、「仕事の量の問題」（32.0%）が高く、契約社員は、「雇用の安定性の問題」（36.2%）、「職場の人間関係の問題」（34.4%）、パートタイム労働者は、「職場の人間関係の問題」（45.

8%）が高くなっていた。

また、「健康管理やストレス解消のために会社に期待すること」として、「健康管理やストレス解消のために会社に期待することがある」とする労働者の割合は68.8% [前回65.1%] となっていた。そのうち、期待する内容（3つ以内の複数回答）としては、「がん検診や人間ドックの受診費用の負担の軽減」（41.6%）、「休養施設・スポーツ施設の整備、利用の拡充」（33.4%）、「健康診断の結果に応じた健康指導の実施」（27.0%）、「施設整備等の職場環境の改善」（20.5%）の順となっていた。

年齢階級別にみると、年齢が上になるほど、「健康診断の結果に応じた健康指導の実施」が高くなっており、年齢が下になるほど、「休養施設・スポーツ施設の整備、利用の拡充」が高くなっていた。

その他、職域メンタルヘルス対策に特化した最新の公的調査として、独立行政法人・労働政策研究・研修機構が平成23年6月23日に結果報告を行った「職場におけるメンタルヘルスクエア対策に関する調査」がある。

（調査対象：農・漁業を除く全国の従業員数10名以上の民間事業所1400ヶ所で、帝国データバンクの事業所データベースを母集団に産業・規模別の層化無作為抽出、調査方法：郵送配布・郵送回収、調査期間：2010年9月21日～10月5日、回収数：有効回収数5250件/有効回収率37.5%、集計：集計結果は抽出母集団の産業・従

業員規模に基づいてウェイトバックした)

メンタルヘルスに問題を抱えている社員のいる産業（正社員）は、1位が医療・福祉 76.6%、2位が情報通信業 73.0%、3位が製造業 67.9%であった。

メンタルヘルス不調者が現れる原因についてどのように考えているかの問い（複数回答）に対し、「本人の性格の問題」が67.7%と最多で、次いで「職場の人間関係」（58.4%）、「仕事量・負荷の増大」（38.2%）、「仕事の責任の増大」（31.7%）、「上司・部下のコミュニケーション不足」（29.1%）、「家庭の問題」（29.1%）の順となっていた。

また、30人未満の事業所では、「上司が部下を育成する余裕がない」「成果がより求められることによる競争過多」を理由に挙げる事業所がそれぞれ10.6%、25.0%と平均を大きく上回っていた。

メンタルヘルスケアの取組の有無では、1位が電気・ガス・熱供給・水道業 88.8%、2位が金融業・保険業 75.3%、3位が情報通信業 75.0%であった。

メンタルヘルス対策の取組の有無とメンタルヘルス不調者の復職状況との関連を見ると、「取り組んでいる」方が完全復帰の割合が高く、メンタルヘルスケアの取組が復職に関して一定の効果を上げていることが分かった。

メンタルヘルスケアの取組の具体

的内容（複数回答）では、「労働者からの相談対応窓口の整備」の割合が55.7%と最も高く、「管理監督者への教育研修・情報提供」が51.0%、「労働者への教育研修・情報提供」が41.7%、「メンタルヘルスケア対策について衛生委員会等での調査審議」が32.3%と続いていた。

メンタルヘルス不調者が復職する場合のルール化の状況では、「人事担当者がその都度相談してやり方を決めている」事業所の割合が43.1%と最も多く、次いで「社内で復職に関する手続ルールが定められている」32.9%と続き、「復職はそれぞれの職場の上司・担当者に任せている」が17.4%となっていた。これを企業規模別にみるとおおむね規模が大きいほど「手続ルールが定められている」割合が高かった。「手続ルールが定められている」割合は、休職・退職者がいる場合、40.9%であるのに対し休職・退職者がいない場合は30.4%であり状況の深刻な事業所では制度化が進んでいることが観察された。

今後のメンタルヘルスケアの位置づけについては、「どちらかといえば強化する必要がある」が55.2%と過半数を占め、「強化する必要がある」の15.0%と合わせると強化するべきだと考えている事業所は7割を超えていた。

若干の数値のずれはあるものの、当調査結果は、平成19年度の労働者健康状況調査の結果とほぼ同じ傾向が確認された。

7) 法学者による訪問調査の際に注視すべき事項

産業医科大学産業医実務研修センターに所属し、産業医経験を持つ医師による討議の結果、産業医的視点から、法学者による諸外国の訪問調査において注視すべきと思われる事項として、以下のようなものが提示された。

① メンタルヘルス不調者を減らすために国が行っている施策等（法令以外）

- ・メンタルヘルス対策に関する指針等
- ・職域メンタルヘルス専門医（精神科専門医の資格所有者）の育成・認定システム
- ・健康診断などの有無とメンタルヘルス関連事項の追加・変更事項
- ・学校教育でのメンタルヘルスに関する教育の導入状況（文部科学省関連）
- ・自殺者の年齢層を考慮した高齢者に対する対策（例：相談窓口の設置等）
- ・業務の国家資格化など臨床心理士等のカウンセラーの平均的スキルを向上させるための仕組み
- ・労働者に対する教育等（セルフケア、管理者教育）
- ・メンタルヘルスに関連する相談窓口の状況（数、サービス内容等）
- ・メンタルヘルス専門家の配置状況
- ・紹介可能な（臨床）精神科医の状況
- ・企業への復職時に開催される復職判定会議等の有無、状況【関連する指針、法令等の規定】
- ・精神科医向け産業保健講習等の有無

や内容

- ・過重労働対策（例：一定時間以上で産業医の面談を行う等）
- ・労働基準監督署等の行政機関によるメンタルヘルスに関する査察項目
- ・復職支援施設の有無
- ・復職面談の状況（専門職の関わり）

② 職域におけるメンタルヘルス対策に関連する事項

- ・「メンタルヘルス不調者」の労災認定にかかる定義、プロセス、基準
- ・認定する場合に認定に当たる医師に通常必要とされる資格や診療科、専門、経験等
- ・職域におけるメンタルヘルス不調の発症増悪等にかかる民事責任の所在
- ・メンタルヘルス不調にかかる労災認定の有無
- ・メンタルヘルス関連の裁判例の有無とその詳細
- ・人種や文化の違いがメンタルヘルス不調者の割合に及ぼす影響、彼らの社会での受け止められ方
- ・緊急相談窓口の設置状況
- ・メンタルヘルス不調に関する社会的な歴史
- ・復職診断の基準
- ・メンタルヘルス疾患と身体疾患の区別をどのように行っているか
- ・「新型うつ病」などの疾患類型の有無、有る場合、罹患労働者の扱い
- ・EAPなどの外部機関と事業所ないし企業の連携状況

③ メンタルヘルス対策を推進するた

- めに必要な法的規制等（法令関係）
- ・ハラスメントに対する罰則の有無や運用状況
- ・産業医等の産業保健専門職の法的な選任要件
- ・産業医等の産業保健専門職に対する法令上のメンタルヘルス関連教育の有無と有る場合の内容
- ・主治医との連携体制に関する法規定等の有無と有る場合の内容

D. 考察

以上の調査から判明した点を整理すれば、以下の通り。

ア 行政は、労働者のメンタルヘルスケアについて、法律の整備や指針等の制定に加え、法律に基づく公的機関による支援事業の推進などを通じて積極的に関与していることがうかがわれた。

イ このうち労働者健康福祉機構や中災防が実施する公的サービスを利用した企業や個人などのアンケート結果からは、公的なメンタルヘルス支援体制に対する受益者の満足度は総じて高かったことがうかがわれ、特に労働者健康福祉機構のメンタルヘルス支援センターのサービスについての満足度調査では、「メンタルヘルス対策の構築に役に立った」との回答が8割を超えていたことから、実際に職場での対策に貢献したと推定することもできる。

ウ 実際に事業所が取り組んでいるメンタルヘルス対策に関する労働

者健康状況調査によれば、労働者からの相談対応体制の整備や、労働者や管理監督者への教育研修を実施したり、産業医をはじめとする産業保健の専門スタッフを配置している事業所が一定割合あり、そうした取り組みにつき、「効果があると思う」と回答した事業所の割合は7割近くにのぼっている。

他方、労働者対象の調査によれば、「健康管理やストレス解消のために会社に期待することがある」とする労働者の割合も7割近くに達しており、回答された具体的な措置の中には、「休養施設・スポーツ施設の整備、利用の拡充」（特に若年層）や「健康診断の結果に応じた健康指導の実施」（特に中高年層）のほか、「施設整備等の職場環境の改善」も含まれていた。

同じく独立行政法人・労働政策研究・研修機構の「職場におけるメンタルヘルスケア対策に関する調査」によれば、メンタルヘルス対策への取り組みとメンタルヘルス不調者の復職状況との関係について、前者があると後者における完全復帰の割合が高かった。また、メンタルヘルス不調による休職・退職者がいる事業所の方が、いない事業所よりも、復職に関する手続ルールが整備されている割合が多かった。

以上から、行政による取り組みとの関係は定かではないが、民間組織が独自にその組織の実状に応じた対策を講じれば、一定の効果が見込める可能性があることがうかがわれた。

エ しかし、そもそも、これまでの活動の多くは、「職域のメンタルヘルス対策の推進」という大まかな目標を意図して実施されて来たため、個別の取組がメンタルヘルスケアの個々の要素（例：1次予防、2次予防、3次予防）に対してどの程度有効であったかを言及することは困難である。

オ その反映という面もあるかもしれないが、現状ではさまざまなメンタルヘルスケアの取組の効果を直接的に評価できる指標は乏しく、今後はそれらの取組成果が直接検出（評価）できるような指標の開発が必要と思われた。

カ もっとも、先述の通り、「復職に関する手順ルールが定められている」事業所では、「ルールが定められていない」事業所と比較して、職場復帰の成功率が高いことを示す報告もあることから、少なくとも3次予防に関する「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（改訂版）」等の行政規則、ガイダンスは、メンタル不調者の復職支援という目的を考えた場合、高い効果があるものと推測された。

キ 他方、諸外国の訪問調査に際して注視すべき点としては、①メンタルヘルスに関する法律および関連するシステム（社会的な枠組み）の内容等、②「メンタルヘルス不調者」の診断もしくは認定基準、③認定する場合の医師の資格や診療科、専門、経験等、④メンタルヘルス不調による労災認定数ならびに詳細、⑤当該国におけるメ

ンタルヘルス不調者の周囲ないし社会からの受け止められ方、⑥国レベルでの緊急相談窓口の設置状況、⑦復職可否を判断する際の責任者、⑧EAPなどの外部機関との連携状況、⑨法的な枠組みの一環として行われるメンタルヘルススクリーニングの有無などが提示された。

E. 結論

現状では、公民両者によるさまざまなメンタルヘルスケアの取組の効果を直接的に評価できる指標は乏しいが、これまで実施されて来た特定の予防活動と直接対応しない調査からも、「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（改訂版）」のように、これまで実施されて来た予防活動の効果を推定できるものもあった。

今後はそれらの取組成果が直接かつ一般的に検出（評価）できるような指標の開発が必要と思われた。

また、産業医経験を持つ医師による討議から、法学者による訪問調査で注視すべきと思われる事項が提示された。

F. 引用・参考文献

- 1) 三柴丈典 産業精神保健のために
方ができること・なすべきこと ～
産業精神保健法の構想 ～ 産業
ストレス研究 2011年10月
- 2) 厚生労働省ホームページ
- 3) メンタルヘルス対策支援センター
利用者アンケート報告書（平成23

- 年3月、平成22年3月）独立行政
法人 労働者健康福祉機構
- 4) 平成21年度 「労働者の健康の保持増進対策事業」実施報告 中央労働災害防止協会
 - 5) メンタルヘルスナビ
<http://mental-trend.jp/>
 - 6) 労働者健康状況調査（平成19年）
 - 7) 「職場におけるメンタルヘルスケア対策に関する調査」結果 独立行政法人 労働政策研究・研修機構 Press Release（平成23年6月23日）

G.研究発表

なし

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

企業経営におけるメンタルヘルス問題に関する調査研究

－人事管理の観点を中心に－

分担研究者 團 泰雄 近畿大学経営学部 教授

研究要旨

本研究は、企業経営の観点からメンタルヘルス問題がどのように捉えられ、どのような解決の方向が模索されているかを明らかにし、法学者による関連法制度調査の参考に供すると共に、可能な限り、企業経営の枠内で実施可能な解決策につき示唆を得ることを目的としている。初年度にあたる本年度においては、まずメンタルヘルス問題が日本の企業に対して主に人事管理面で及ぼしている影響について、組織運営はもちろん企業経営全体への影響を含めて調査するため、関連する文献や資料の一部を渉猟した。以下、検討結果について簡潔に述べる。

1. メンタルヘルス問題に対する企業の取り組みについて

最近の各種調査結果によれば、日本企業はメンタルヘルス施策を積極的に実施していることがわかる。しかし、メンタルヘルス不調者が企業の対策によって相当程度減少したという調査結果は、現在のところ見出せない。また他方で、労働者にとって厳しい労働環境の実態を報告する文献も数多くあるという、相反する結果が生じている。

その理由は、企業が制度を整備すべく対応を行っているという事実が重視されていること、その際にはアウトソーシングを活用することが多く事態への対応がきめ細やかになされないケースがあること、その結果として従業員による制度の利用率が低くなってしまっていることなどにある。

2. メンタルヘルス問題への対応と企業経営

企業がメンタルヘルス問題に対応しなければならない理由について検討した。労働CSRの観点からは、雇用流動性が低い日本においては、正社員に対する雇用や労働条件

維持の責任を企業が負うことが求められている。

リスク・マネジメントの観点からは、労働災害訴訟や従業員の離職、パフォーマンス低下などが企業の利益を損なうというリスクの増大への対応が求められている。利益の増大に直接つながるのではなく、利益の減少を防ぐという受け身の要素が強いもので、なおかつ効果が短期間に現れないことに対して、企業は経費をかけない傾向にあり、メンタルヘルス問題もその一つであると考えられるが、この問題への対応を怠れば企業経営に支障が出るというリスクは高まっている。

職場組織のマネジメントという観点からは、組織風土あるいは組織文化とメンタルヘルスとの関係が注目されている。日本企業においては、職場でのコミュニケーション機会の減少、職場での助け合い減少、個人で仕事をする機会の増加といったことが職場で感じられていることによって、メンタルヘルスを悪化させると人事担当者が感じていることを示す調査結果が存在する。

3. 日本企業の人事管理の特性がメンタルヘルス問題への対応に与える影響について

日本企業がこれまでに構築してきた人事管理の特性がメンタルヘルスに対して与える影響について検討を行った。

日本企業は欧米で通常用いられる職務記述書を作成せずに、従業員個人の職務をすべて事前に決めてしまうのではなく、ある程度の役割は決めつつも誰が行うのかは仕事を進める過程で決めていく余地を残すという職務構造がつけられ、それに適合するように他の人事管理制度も形成されていった。

人事考課では、職務の価値を算定して決定するのではなく、職務遂行能力に対する評価、さらに仕事への取り組み姿勢を評価する情意考課が重視された。人材育成は職場での経験を積むことによって実現され、企業にとっても育成投資を確実に回収するために長期雇用を継続していった。

しかし、日本企業における曖昧な職務構造は、職場全体で仕事を行う際に、メンバーの働きぶりが相互に影響し合うことにつながりやすい。そのことが従業員に対してプレッシャーを与えることになる場合もあり、ひいてはメンタルヘルスに影響を及ぼす可能性がある。

一方、1990年代以降、日本企業で広まった成果主義的な人事管理の発展は、成果を個別に測定するために、仕事における相互影響を排除すべく各個人の仕事を切り分けることにつながった。これによって、従来の職務構造に起因する問題は解決することが期待されたが、実際には、仕事が個別化したために、周囲とのコミュニケーションが取れず、孤立感が高まるなど、従来とは異なる問題が生じた。

以上に挙げた問題が日本企業において起きやすい理由の一つとして、雇用の流動化が進展していないという状況において、労働条件の切り下げや長時間労働によってモチベーションが下がってしまった従業員にとっては転職の機会がない、すなわち逃げ道がないこと

がメンタルヘルス問題へとつながっているように思われる。

また、近年、人事管理の特徴は企業が活動している国や社会によって決まるのではなく、産業や職種によって決まってくるという主張もあるが、この点については今後の研究蓄積が必要である。

4. 日本企業のメンタルヘルス問題における今後の課題について

休職期間長期化、メンタルヘルス不調の高い再発率、いわゆる新型うつ増加などの新たな問題に対する企業の対応が今後の課題である。

そこで、特にメンタルヘルスの問題にかかわる人（主に人事担当者と管理者）の対応力を高めることが必要であるとの指摘がなされているが、彼らに過度の負担をかけないような方法を考えなければならないということが注意すべき点として挙げられる。

また、効率性の原理に従う行動の行き過ぎを抑制するものが必要である。この点については、法制度と労働組合の行動がその役割を担うことが期待される。しかし、いずれも効率性の原理や、企業の行動のしやすさを無視したものであってもいけないことから、他国の状況を参考にする必要がある。

さらには、企業自体にとって、メンタルヘルス対策への積極的な取り組みを経営戦略としての一環とすることが可能であるかを検討する必要性を指摘した。

A. 研究目的

従業員におけるメンタルヘルス不調者の増大の結果、企業経営に支障をきたすケースが増加したことを受けて、メンタルヘルスに対する企業の関心は高まりを見せている。

すでに、厚生労働省の指針に応える形で、企業の現場では、メンタルヘルスの知識やメンタルヘルス不調者への対応に関する社員教育が行われているところが全体の半数程度あり、その効果についても関心が寄せられている。

しかし、メンタルヘルス問題に対して実際に企業がどのように対応しているのか、対応のための施策が実際に効果をあげているのか、それによって従業員がどのような影響を受け、組織運営にどのような影響が出ているのか、またそもそも経営者がどのようなスタンスでこの問題に対応しようとしているのかといった問題について、企業経営の視点から整理する必要がある。

そこで本研究は、企業経営の観点からメンタルヘルス問題がどのように捉えられ、どのような解決の方向が模索されているかを明らかにすることを設定課題とし、もって法学者による関連法制度調査の参考に供すると共に、可能な限り、企業経営の枠内で実施可能な解決策につき示唆を得ることを目的とする。

B. 研究方法

初年度にあたる本年度においては、まずメンタルヘルス問題が日本の企業に対して主に人事管理面で及ぼしている影響について、組織運営はもちろん企業経営全体への

影響を含めて調査するため、関連する文献や資料の一部を渉猟した。

実際の調査にあたっては、本研究の視点を支える経営学、また従業員の意識にかかわる心理学の専門学術文献や、公刊されている各種実態調査結果を活用した。

C. 及びD. 研究結果及び考察

本研究は、文献や資料に基づくものであるため、結果と考察を明確に切り分けて議論することが困難である。よって、考察を含めてここで論じることとする。

1. メンタルヘルス問題に対する企業の取り組み

メンタルヘルス問題に対して日本企業がどのような施策を実施しているのか、また施策がどの程度充実しているのかといった観点から、近年いくつかの調査が実施されている。

それらによれば、メンタルヘルス問題に対して何らかの対策を講じているとする企業が増加しており、具体的にはEAPの導入、相談窓口の設置、メンタルヘルス教育の実施（管理職、一般職）といった施策が実施されていることが多いことが明らかになっている。

また、最近では、メンタルヘルス対策の担い手として、セルフケアよりもラインケアが重視される傾向を示唆する調査結果もある。つまり、このことは、メンタルヘルスを個人が個々に対応すべきものとしてではなく、管理職を中心に職場組織運営の問題として対応すべきであると考えられつつあることを示唆しているように思われる。

しかし、メンタルヘルス不調者が企業の対策によって相当程度減少したという調査結果は、現在のところ見出せない。また、労働者にとって厳しい労働環境の実態を報告する文献も数多くある。

なぜこのように相反する結果が生じるのであろうか。この問題について以下で検討する。

まず、メンタルヘルス問題に対応している、あるいは制度を整備しているとする企業の比率は増加しているが、制度が「ある」のか「ない」のかを問うだけでは不十分であるということである。むしろ、その制度が実際に利用されたかどうかの問題である。利用率が低ければ対策の実効性が上がらないという点が問題となる。

次に、メンタルヘルス問題に対応しているといっても、表面的であっても「対応している」という事実が重視されている可能性があるということである。EAP、相談窓口の設置、メンタルヘルス教育の実施といった施策を社内に抱え込んで行っている企業は多くなく、アウトソーシングするケースが多い。

例えば、カウンセリングなどは管理職が行うことが難しく、専門家の知識が必要とされるが、逆にそれらの専門家は職場の問題に対応することが困難である。そのため、管理職と専門家との連携が重要となるが、アウトソーシングしている場合には、サービスの提供者は多数の企業にサービスを提供するため、対応窓口を増やすことが難しく、特定の企業に対するきめ細やかなフォローを行うことが困難になる。そのため、対応が不十分なままになっているケースも少なくない。

また、外部の企業に相談窓口を設けたとしても、管理者の働きかけがないために利用率が低いという問題もある。その解決策の一つとして考えられるのは、セルフケア教育の充実であるが、自分のことは自分で対応するよというメッセージを送ってしまうと、かえって利用率の向上にはつながらない可能性もある。

しかし、企業が制度を整備することは確かに重要であるが、それが難しい場面もある。

例えば、メンタルヘルス不調による休職後の復帰に際して、その扱いを制度化することについて、対応に苦慮する例が少なくない。

対応が難しい理由は、人によって置かれている状況、症状などによりかなりの個人差があるため、対応が個別的にならざるを得ないということであろう。このような場合、それでも制度を一律に適用するか、運用による個別対応を行うかの選択を行うことになるであろう。ただし、運用による対応では、現在のように労働条件が個別化し、また処遇も個人差が大きくなっているという状況の下では、他の従業員との公平性が問題となってくる。

これらの点が、企業はメンタルヘルス施策を積極的に行っているというのに、従業員にそのような実感が伴っていないという、相反する結果を生み出している理由であると考えられる。

また、最近では先進事例を参考にしたいというニーズもあることから、事例の開示や、調査などが行われている。

そこにおいて導き出されている示唆には以下のようなものがある。

- ・ 継続的支援を行う仕組みを持つ会社は、復職率を高めることができる可能性がある。
 - ・ トップが知識を持ち、取り組む覚悟があることが重要である。
 - ・ 管理者どうしが集まることによる意見交換の場をつくることで、現場で対応する管理者を孤立化させないことが重要である。
- ただし、この先進事例がなぜ生まれたのか、その条件とは何かといった点について現時点で一般化することは難しく、事例研究を蓄積していくことが必要であると考ええる。

2. メンタルヘルス問題への対応と企業経営

メンタルヘルス不調は個人において生じるものであるが、その影響は個人のレベルにとどまらず、職場組織のレベルや、企業全体のレベルにもおよぶ。そのため、メンタルヘルス問題の解決に向けては、制度のみならず、企業がこの問題に対してどこまで責任を負うべきか、またどのような姿勢で臨もうとしているのかという、企業経営の視点からも検討しなければならない。

まず、なぜ企業はメンタルヘルス問題に対応しなければならないのかという点について述べる。

メンタルヘルスへの対応は、経営学の領域において、近年盛んに論じられているCSR（企業の社会的責任）との関連で取り上げられるようになった。

従来から、日本においては正社員の解雇が厳しく制限されてきたことから、正社員との長期的な雇用関係が維持されてきた。

近年、雇用の流動化が議論されているが、実態として正社員の自発的な労働力移動は進展しているわけではない。しかし、経営環境が厳しくなる中で、長時間労働、賃金の低下など、働く条件は厳しさを増している。

その結果、転職という選択を自発的に行うことが現実的に困難である状況下で、正社員（あるいは長期間雇用されている非正社員）は条件の悪化を受け入れている状況が長く続いている。これに対して企業は雇用者としての責任を果たすべきであるとする考え方が広がっているのである。

また、メンタルヘルスへの対応を企業が行わなければならない理由は、労働災害訴訟や従業員の離職、パフォーマンス低下などの組織マネジメント上のリスクの増大にあるという指摘も多くなされ、さらにはリスク・マネジメントの観点から対応すべきという見解も見られる。

従業員を組織目的から離反しないように組織へと統合していく人事管理の機能という観点からも、この問題への対応が必要である。例えば、従業員の離職に伴い、新たな従業員を採用することによってメンバーの変更が生じるよりも、休職後に同じ従業員が復職する方が、教育訓練費は少なくて済むと考えられる。

しかし、利益の増大に直接つながるのではなく、利益の減少を防ぐという受け身の要素が強いもので、なおかつ効果が短期間に現れないことに対して、企業は経費をかけない傾向にある（例えば教育訓練費は企業業績が低下するとそれに伴って減少する傾向がある）が、メンタルヘルス問題もその一つであると考えることが可能であろう。

事実、メンタルヘルス問題への対応は期間も長く、また家族の問題、本人の性格の問題など、会社の内部だけでは完結しないという問題があり、どこまで踏み込むかが難しい。そのため、企業の対策も遅れがちであり、ゆっくりとした動きになってしまっているのである。

ただし、これらの問題は、対応を怠ると利益の減少につながる可能性が高いと考えられる。そのような中で、企業のメンタルヘルスへの対応を進めるためには、メンタルヘルス不調による休業の後に復職した従業員の仕事のパフォーマンスがどの程度元に戻っているのか、どのように成功したのかといった点について、明らかにしていく必要があるだろう。

また、メンタルヘルス問題への対応は、職場組織という観点からも検討される必要がある。中でも、組織風土あるいは組織文化とメンタルヘルスとの関係が注目されている。

例えば、日本企業を対象とした場合、職場でのコミュニケーション機会の減少、職場での助け合い減少、個人で仕事をする機会の増加といったことが、メンタルヘルスを悪化させると人事担当者が感じていることを示す調査結果が存在する。

あるいは、企業への一体感の低下が感情的に企業から離れてしまうことにつながり、それが離職志向の高まりや **well-being** の低下に影響を与えているという研究がある。

以上のような研究と同様のものが他国あるいは国内でも存在するかどうかについては、今後調査していく必要があるだろう。

3. 日本企業の人事管理の特性がメンタル

ヘルス問題への対応に与える影響

従業員を組織目的から離反しないように組織へと統合していく人事管理の機能という観点からも、メンタルヘルス問題への対応が必要であることはすでに述べたが、さらに具体的に日本企業がこれまでに構築してきた人事管理の特徴がメンタルヘルスに対して与える影響についても、検討する必要がある。

ある国の企業の人事管理は、それが属する社会における経済制度や文化、法制度のあり方によってある程度一定の方向に収斂していくという考え方がある。

日本企業においては、すでに述べたように、雇用者の多くを占める大企業の正社員に対して長期雇用が適用されてきた。長期雇用は労働組合との交渉によって成立したと言われているが、企業が従業員を長期雇用によって定着を促すことは、育成された人材を長期にわたって活用することが可能となるため、企業の経営活動の安定化に寄与すると考えられる。多くの大企業がこのような方法を採用したことによって、労働者が企業間を移動するケースは少なくなっていた。

一方、長期雇用と引き替えに、日本企業は企業主導型の異動やジョブ・ローテーションを実施していった。すなわち、欧米で通常用いられる職務記述書を作成せずに、従業員個人の職務をすべて事前に決めてしまうのではなく、ある程度の役割は決めつつも誰が行うのかは仕事を進める過程で決めていく余地を残すことによって、このことを可能にしていったのである。

そして、このような職務構造に合うように他の人事管理制度も形成されていった。

人事考課では、職務の価値を算定して決定するのではなく、職務遂行能力に対する評価、さらに仕事への取り組み姿勢を評価する情意考課が重視された。人材育成は職場での経験を積むことによって実現され、企業にとっても育成投資を確実に回収するために長期雇用を継続していった。

しかし、このことは従業員に対してプレッシャーを与えることになる場合もあり、そのことがメンタルヘルスに影響を及ぼす可能性がある。

日本企業における曖昧な職務構造は、職場全体で仕事を行う際に、個々のメンバーの働きぶりが相互に影響し合うことにつながる。

例えば、休職者が急に生じた場合、代わりの人を手配することになるが、同じ能力レベルの人を改めて外部から採用することは難しく、その場合には職場の他のメンバーがしばらく休職者の分の仕事を行うことになることがある。仕事の配分において過度の偏りが生じることは、他のメンバーのモチベーションにも影響するであろう。

また、休職者が長期間の休職を経て復職した場合、今度は復職者にどのような仕事をどの程度与えるかが難しいという問題もある。

さらに、人事考課において情意考課が重視されているために、メンタルヘルス不調であることが上司に知られると評価に影響してしまうのではないかという不安にもつながるのではないかという指摘もある。

1990年代以降、日本企業で広まった成果主義的な人事管理の発展は、成果を個別に測定するために、仕事における相互影響を排除すべく各個人の仕事を切り分けること

につながった。これによって、従来の職務構造に起因する問題は解決することが期待されたが、実際には、仕事が個別化したために、周囲とのコミュニケーションが取れず、孤立感が高まるなど、従来とは異なる問題が生じた。

例えば、仕事が個別化したために、周囲とのコミュニケーションが取れず、孤立感が生じたことなどがそれに当たる。コミュニケーションが多いが周囲からのプレッシャーも多い状況から、逆にコミュニケーションが少ないが成果へのプレッシャーも多いというように、このような急激な変化に対して、働く人がついていくことができいないという問題がある。

以上に挙げた問題が日本企業において起きやすい理由の一つとして、雇用の流動化が進展してないことがあると考えられる。転職しにくい状況は、自分の働く環境を変えることが難しいことも意味している。雇用の流動化に対して、人材育成の費用回収という観点からすれば、企業は避けたいと考えるであろう。しかし、労働条件の切り下げや長時間労働によってモチベーションが下がってしまった従業員にとっては転職の機会がない、すなわち逃げ道がないことがメンタルヘルス問題へとつながっているように思われる。

ただし、全般的には転職しにくい状況だと言っても、例えば求人が激減する40歳代、過労の30歳代、求人は比較的あると考えられる新卒2～3年の従業員というように、世代ごとに直面する問題は異なると考えられる。これらの点についても検討していく必要があるだろう。

また、近年、人事管理の特徴は企業が活

動している国や社会によって決まるのではなく、産業や職種によって決まってくるという主張もある。

例えば、コールセンターや営業といった、顧客と対面する仕事は、感情労働におけるストレス問題として固有の問題があると指摘されている。

また、仕事において他の人と接触することの少ない職種や、職務に自律性を発揮する場面の少ないマニュアル化の進んだ職場においてメンタルヘルス問題が多く生じているとも考えられる。

このような観点からの研究は、近年見られるようになったものであり、また国際比較なども必要になってくるため、今後も引き続き研究の蓄積が必要である。

4. 日本企業のメンタルヘルス問題における今後の課題

職場レベルでの問題について、その背景要因を前で述べたが、ここではもう少し実践的な問題について検討しておく。

最近の問題として、休職期間長期化、メンタルヘルス不調の高い再発率、いわゆる新型うつが増加が挙げられる。

これらの問題に対して、企業がいかに対応していくかが今後の課題であり、特にメンタルヘルスの問題にかかわる人（主に人事担当者と管理者）の対応力を高めることが必要であるとの指摘がなされている。セルフケアからラインケアへと対応の際に重視すべき部分に移っていることは前でも述べたとおりである。

しかし、そこで注意すべきことは、彼らに過度の負担をかけないような方法を考えなければならないということである。担当

者が疲れてしまう状況を放置することは事態を悪化させるだけということになりかねない。

企業におけるメンタルヘルス問題に関しては、企業による主体的な対応が中心となることは当然のことであるが、企業は経済主体であり、利益に繋げるための効率性の原理を無視して存続することはできない。その一方で、効率性の原理を過度に強調することで従業員のメンタルヘルスが損なわれることもまた、企業の存続を危うくすることにつながる可能性がある。

このような関係の中では企業側の立場が強くなりやすいために、それを抑制するものが必要である。

一つは法規制であり、これは企業の行動に対して直接的な拘束力を持つ。しかし、法規制が厳しすぎると、企業が自律的に行動できないという悩ましい部分をどう解決するのが問題になってくる。誰の利益を主として守っていくのが現実的に対応可能な選択肢であるのかを検討しなければならない。この点に関しては他国の状況を参考に考えていくことが必要であろう。

もう一つは、労働組合である。労働組合は、従業員のニーズを細かくくみ取って企業側との協議を行い、場合によっては交渉を行う主体である。メンタルヘルス問題への関心は高くなりつつあるが、各組合がどのように対応しているのかについても明らかにしていくことが必要であろう。

また、メンタルヘルス問題への対応については、ワークライフバランスに対する企業の対応が参考になる可能性がある。出産・育児によって休職と復職という過程を経る点や、対応を誤ると離職やモチベーシ

ョン低下につながるという点は、両者において共通していると考えられる。例えば、アメリカではワークライフバランスを経営戦略の一部として考え、その結果を明確に探ろうとしていると言われていたが、メンタルヘルスに対しても同様であるかということも今後検討する価値があると考えられる。

E. 結論

経営学の一領域としての人事管理論において、メンタルヘルス問題が注目されるようになったのは、ごく最近のことである。

1990年代に日本の大企業で導入が進められた成果主義人事管理の浸透過程においては、能率促進機能の側面が注目され、さらに人件費削減を目的とした仕事や要員の管理が前面に押し出されてきたように思われる。

一方、従業員の立場からすれば、成果主義の下で大きなプレッシャーに晒されることとなり、また人件費削減によって働きに見合った賃金も得られてないケースも増大していることから、従業員の中にメンタルヘルス不調者が急増する結果となったと解することもできる。

それにより、離職者の増大、組織コミットメントの低下、訴訟リスクなどの問題が、企業経営のあり方に大きな影響を及ぼすこととなった。

しかし、これらの問題に対して企業がどのような対応を行おうとしているのかについては、施策の実施度に関する調査がいくつか見られる程度であり、またその対応の結果が従業員の行動にいかなる結果をもたらすのか、それらが組織運営にいかなる影

響を与えているのか、経営者は本音としてメンタルヘルス問題に対してどのように取り組もうとしているのか、といったことについての研究蓄積はまだ十分であるとは言えないように思われる。

今後の課題として、これらの問題については、まず法規制の対象であり、問題可決の主体となる企業に対し、社内での施策の実施状況や、その利用の度合い、効果や問題点に関する聴き取り調査を行うことが挙げられる。

そして、さらに企業の施策の対象となる従業員に対し、施策の利用状況や利用のしやすさへの意識などに関する調査、また特定企業の従業員という立場から離れる形での労働者への意識調査（聴き取りまたはアンケートによる）などを実施する必要があると考える。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当せず。
2. 学会発表
該当せず。

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
該当せず。
2. 実用新案登録
該当せず。
3. その他
該当せず。

H. 引用文献

- 1) 天野常彦・小杉佳代子『メンタルサポートが会社を変えた！ーオリンパスソフト

- の奇跡』創元社、2011年。
- 2) 石川邦子「コールセンターの職場環境特性とストレスの関連性—感情労働の観点から」『日本労務学会誌』第12巻第1号、2010年、43～58頁。
 - 3) 大藪毅『長期雇用制組織の研究—日本の人材マネジメントの構造』中央経済社、2009年。
 - 4) 大塚泰正・鈴木綾子・高田未里「職場のメンタルヘルスに関する最近の動向とストレス対処に注目した職場ストレス対策の実践」『日本労働研究雑誌』No.558、2007年、41～53頁。
 - 5) 奥林康司『入門人的資源管理（第2版）』中央経済社、2010年。
 - 6) 小野公一『働く人々のwell-beingと人的資源管理』白桃書房、2011年。
 - 7) 須田敏子『戦略人事論』日本経済新聞出版社、2010年。
 - 8) 社会生産性本部「第4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」2008年。
 - 9) 鈴木安名『人事・総務担当者のためのメンタルヘルス読本』労働科学研究所出版部、2006年。
 - 10) 谷俊子「従業員へのメンタルヘルス課題に求められる倫理観」『日本経営倫理学会誌』2011年、187～197頁。
 - 11) 谷本寛治『企業社会のリコンストラクション』千倉書房、2002年。
 - 12) 日本生産性本部「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」2010年。
 - 13) 林吉郎・福島由美『異端パワー—「個の市場価値」を活かす組織革新』日本経済新聞社、2003年。
 - 14) 平野光俊『日本型人事管理—進化型の発生プロセスと機能性』中央経済社、2006年。
 - 15) 松山一紀「メンタルヘルスと従業員態度および業績評価との関係—大手電機メーカーA社を事例として」『日本労務学会誌』第4巻第2号、2002年、2～13頁。
 - 16) 松山一紀「非正規労働者の職務態度とメンタルヘルス」『経営行動科学』第23巻第2号、2010年、107～121頁。
 - 17) 見波利幸『「新型」うつな人々』日本経済新聞出版社、2011年。
 - 18) 山崎哲弘「企業におけるメンタルヘルス・マネジメント—リスクマネジメント・プロセスの視点から」『経営研究』第62巻第2号、2011年、85～104頁。
 - 19) 労働・社会保険法研究会編『企業のうつ病対策ハンドブック』信山社、2011年。
 - 20) 労務行政研究所『労政時報』第3725号、第3736号、2008年；3781号、2010年。
 - 20) 涌井美和子『企業のメンタルヘルス対策と労務管理』労働法令、2005年。
 - 21) 渡辺聡子・アンソニー・ギデンズ・今田高俊『グローバル時代の人的資源論—モチベーション、エンパワーメント、仕事の未来』東京大学出版会、2008年。
 - 22) Mishra, S.K. and D.Bhatnagar “Linking Emotional Dissonance and Organizational Identification to Turnover Intention and Emotional Well-being: A Study of Medical Representatives in India”, *Human Resource Management*, Vol.49, No.3, pp.401~419, 2010.

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

学術論文

1. 三柴 丈典：産業精神保健のために法ができること・なすべきこと～産業精神保健法の構想～、産業ストレス研究 18:309-317,2011.

IV. 研究成果の刊行物・別刷

産業精神保健のために法ができること・なすべきこと
～産業精神保健法の構想～

三 柴 丈 典

近畿大学法学部

産業精神保健のために法ができること・なすべきこと ～産業精神保健法の構想～

三 柴 丈 典

近畿大学法学部

What Law Can Do and Should Do for Industrial Mental Health?: Proposal for a New Conception of “Industrial Mental Health Law”

Takenori MISHIBA

Faculty of Law, Kinki University

Abstract This article proposes a new conception of “industrial mental health law”, which aims to achieve benefits for both workers and employers by improving human resources and the workplace environment through maturation of individuals and organizations. This law’s basic principles revolve around preventing excessively stressful events in the workplace and respecting the personality of each worker. It focuses on procedural regulation in order to promote rules in each workplace and to legislate detailed law at the nation’s level and procedural regulation by industrial engineering techniques and by the utilization of occupational health specialists in each organization. Until now, three obligations can be legislated into the law as follows: First, prohibition of discrimination against a worker for hatred. Second, supporting the worker when his work conditions are changed drastically. Third, securing sufficient sleep and private time for workers.

Key words: Occupational Safety and Health Law (労働安全衛生法), Industrial Mental Health (産業精神保健), Labour Administration (労働行政), Human Resource Management (人事労務管理)

1 はじめに

現在、職域を含めた幅広い領域における実効的な自殺・過重労働・メンタルヘルス対策（以下では一括してMH対策という）が喫緊の課題となっているが、職域での対策は、これまで主に人事労務や精神科医療、心理臨床などの所掌課題と考えられ、法による対応は

限定的であった。しかし、産業精神保健では、①リスク要因とそれらへの心身の反応、疾病障害に至った場合の病態などの全てが不可視であることが多く、定性的、定量的測定や診断が困難な対象を取り扱うこと、②実効的対策のためには人事労務管理のあり方ないし組織・職場風土自体の改善が求められる場合が少なくないこと、よって、従来の事業者や使用者を中心的な

著者連絡先：三柴丈典 〒577-8502 東大阪市小若江3-4-1
近畿大学法学部
TEL：06-6721-2332（内線3514） E-mail：ggjd512@yahoo.co.jp

名宛人とする規制体系では不十分な場合が少なくないこと^{脚注1}、③特に2次予防以降では個別的で継続的かつ内面的な対応が求められることなどから、現行の労働安全衛生法（以下、安衛法という）を中心とした労働者保護法では対応が叶わない場面が増加ないし顕在化して来ている。

他方、④強制力のない行政規則等による誘導的施策でも、それらが民事上の過失の判断規準となるなどして事実上の強制力を持つことはあるが、現に予防的な強制介入が必要となる場面において、他の疾病障害の発症やそのリスク要因と異なった取扱いを受けることが妥当か、という問題は残る。加えて、⑤事後的な補償・賠償を争う労災認定争訟事件や労災民訴事件において、予防的な行為規範に転用可能な判示をなす判例が相当蓄積して来ている。

そこで以下、母法を安衛法とする産業精神保健法という新たな立法について構想する^{脚注2}。もっとも、筆者は現在、厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）を受けて、諸外国の産業精神保健法制度の体系的な調査研究を開始したところであり（「諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果とわが国への適応可能性について」（H23—労働—一般—002）研究代表者：三柴丈典）、構想の具体像は、その作業を終えた後に描出する予定である。よって本稿では、そのアウトラインを述べるにとどめる。

先ず、この法領域と現行安衛法との関係について述べる。

現行安衛法の中で、事業者によるMH対策に適用可能な主な条文としては、以下のものが挙げられる。

①これまで、産業ストレスに関連する災害の賠償事件において裁判所が言及したもの

第28条の2（業務に起因するリスクのアセスメント及びマネジメントの努力義務等）

第65条の3（作業管理の努力義務）（電通事件最2小判平成12年3月24日労働判例779号13頁など）

第3章（安全衛生管理体制の構築にかかる義務及び努力義務）（真備学園事件岡山地判平成6年12月20日労働判例672号42頁など）

②メンタルヘルズ指針（行政規則・局長通達）の根拠とされたもの等

第69条第1項（健康の保持増進を図るための措置の努力義務）、第70条の2（厚生労働大臣による第69条第1項に定める措置に関する指針の公表及びそれに基づく指導）^{脚注3}

③快適職場指針（行政規則・省告示）の根拠とされたもの等

脚注1 現行安衛法や労基法にも、両罰規定（安衛法第122条、労基法第121条）があって、事業者の従業者に違反があった場合、その実行行為者と事業者の双方が処罰され得る仕組みとなっているし、事業者に安全衛生責任を負わせる仕組みの背景には、同人の指揮・業務命令権限、労働条件設定権限、事業による受益主体であること（いわゆる報償責任）、（経済的・社会的立場の優位性を念頭に置いた）損害分配の公平性などの事情がある。また、職場風土に問題があるならば、まさに事業者でなければ実効的対策を講じ得ない場合も少なくないであろう。さらに、加害者が明らかな場合、不法行為法を活用すれば、たとえ従業者や部外第三者であっても、当該加害者の法的責任を訴求することはできる。しかし、メンタルヘルズ問題では、法的責任要件である違法な過失の事実を特定し、立証すること自体が困難な場合もあり（ただちに違法性までは認められないが、過重負荷がかかる条件は数多い）、加害者が不明であったり、たとえ明らかとなる場合にも、法的な指揮命令権者以外であることもある。

脚注2 なお、学問的にも、産業精神保健法学という新領域の構想が求められる。すなわち、従前の労働法学領域からのアプローチは、おおむね既に生じた災害の補償・賠償理論の検討などに限られていた。しかし、物理的に立証が困難な問題に関する立証責任分配論の限界、意思能力・行為能力に支障を生じるには至らないが、易疲労感や視野狭窄、将来不安感などから訴訟の着想、遂行が困難となる者の救済の困難性に代表されるように、従来型の法規範学的アプローチでは、従前にも増して産業社会における実質的公平を図り得なくなっていること、他方、労働者保護の発想ばかりでは実効的対応、本質的解決が困難になって来ていること等から、少なくともその方法論について根本的な再考を迫られるからである。

脚注3 なお、メンタルヘルズ指針が快適職場環境形成にかかる第7章の2ではなく、健康の保持増進にかかる第7章の条文に根拠を置いて発出されたことの意義は軽視できない。第7章の守備範囲は、原則として、業務上外、疾患か否かの双方でグレーゾーンにある。よって、日本の安衛法は、欧州諸国と同様に、MHは作業関連ストレスの問題であるとの理解に立っていると解されるからである。

第71条の2(作業環境管理, 作業管理, 労働者の疲労回復設備等の設置・整備等による快適職場環境形成の努力義務), 第71条の3(厚生労働大臣による第71条の2に定める措置に関する指針の公表及びそれに基づく指針), 第71条の4(国による事業者の快適職場形成支援の努力義務)

④近年の法改正(平成17年法第108)において, 主にMH対策を意識して策定されたもの

第66条の8第1項, 第3項, 第4項, 第5項(長時間労働者面接指導等の実施義務, その結果の記録義務, 医師への意見聴取義務, 医師の意見を踏まえた事後措置義務), 第66条の9(面接指導対象者以外の要配慮者に対する措置の努力義務)^{脚注4}

⑤主にMH対策を意識して策定されたわけではないが, 同対策も射程に捉えられていたもの

第70条(健康の保持増進を図るための体育活動, レクリエーション等の活動についての便宜供与の努力義務), 第71条(国による事業者の健康の保持増進措置のための援助の努力義務)

なお, 一般健診・特殊健診の実施義務, 都道府県労働局長による臨時健診の指示, 医師選択の自由について定める第66条も, 強制こそできないものの, 問診等による「心身の欠陥」の調査を予定しているから, これに連なる第66条の3(健診結果の記録義務), 第66条の4(健診結果についての医師等への意見聴取義務), 第66条の5(医師等の意見を踏まえた事後措置義務等), 第66条の7第1項(健診結果を踏まえた医師等による保健指導の努力義務)についても, 任意に回答されたMH不調については射程に収めていると解される。

⑥MH対策を射程に入れて策定されたわけではないが, 同対策にも類推適用が可能と解されるもの

第65条の4(物理的に有害な作業に従事する時間[作業時間]の制限),

第68条(特定の疾病罹患者の就業禁止措置義務)(本条所定の厚生労働省令に当たる労働安全衛生規則第61条は, 当初精神疾患罹患者も対象に含めていたが, 産業医に判断させるのは適当でないとして, 平成12年改正で除外された経緯がある。なお, 本条に関する京和タクシー事件京都地判昭和57年10月7日労働判例404号72頁は, 「左肺浸潤の疑, 要精査」との健診結果を受けながら, 本人にその結果を伝えず, 漫然と従前通りのタクシー運転業務に従事させたことにより肺結核の重篤化を招いたとして, 本条違反を要素として事業者の過失責任を認めている。)

以上からも窺われるように, もともと安衛法自体, 法体系的な整合性もさることながら, 合目的性を重視する現場志向の規制体系を採用している。以上の例でも, (1)事業所ごとの安全衛生上のリスクに対応した自主的かつ継続的な安全衛生管理を促進する規制, (2)労働者の健康状態を把握させ, その情報を記録・活用させることにより^{脚注5}, 医療の関与の下に個別的な事後措置を義務づける規制(なお, 事業者が労働者の不調状態を知れば, 民事上も実効的な事後措置が求められるので, その意義は小さくない), (3)医療人などの専門家を履行補助者として労働衛生管理を行わせる規制, (4)医療人を事業者の諮問機関(衛生委員会)に関与させてその専門性を活用させる規制, (5)健康の保持増進, 快適職場形成といった高レベルの目標設定を本法で行いつつ, 国に比較的詳細な指針(行政規則)を策定させ, 当該目標へ誘導する規制(なお, 行政規則といえども民事上の過失の判断要素とされることが多いため, 事実上の強制力を持つ行為規範となり得る)など多様な規制手段が採用されており, それこそが同法が労基法の姉妹法として分離独立した意義の1つでもあ

脚注4 この秋の臨時国会に提出予定の安全衛生法改正法案には, 事業者が労働者の精神的健康状態のチェックを義務づけ(労働者側にはその受検を義務づけ), 産業医等の医師による面接指導を経て就業上の措置等に結び付ける枠組みが盛り込まれる予定だが, これは基本的には労働者自身に不調の気付きの機会を与え, あげて精神的職場環境の改善を実現することを最終目的とするものである。訴訟との関係でも, 少なくとも客観的な記録に基づく(労使の)責任の切り分けに貢献する可能性はある。例えば, 労働者が検査において正直な回答・愁訴を怠った場合, 一定の条件下では, 後の訴訟で使用者側の免責や減責を導く可能性もある。

脚注5 記録の保存は, 事後措置のみならず, 労働監督行政や民事訴訟などにも貢献する。法令の立案者は, 言外にそのことを予定して起案している可能性が高い。

る。

しかし、産業精神保健の実効性の観点からは、未だ上記①～⑤の事情をカバーするには至っておらず、たしかに法第28条の2や関連規定である第88条などに将来展望の萌芽を見ることはできるが、現状は、行政規則やその他の行政公表文書に記載された緩やかな行為規範や、精神保健疫学、精神科学等の専門文献などが民事訴訟で活用され、それらを参考に、個別事案に応じた補償ないし過失認定がなされている状況といえる。

このような状況は、予防施策の裁量を事業者任せ、事後的な補償・賠償責任を厳格に問う、という意味である種のバランスはとれているが、結果予測の不確実性や、心理的なマイナス・インパクトを招き易く、事業者側にMH対策をリスク・マネジメントと捉えさせ、時に過剰な責任防御策を講ぜしめる一方、経営ないし個々の人材質の成熟化、活性化を含めた本質的な職域の環境改善から意識を逸らせてしまう危険を伴う。むろん、労働法令による直接的な経営裁量領域への介入は原則として避けねばならないが、安全衛生、とりわけ産業精神保健が経営と不可分であり、条件によっては死者や重篤な疾病障害罹患者を生みかねない現実を踏まえれば、経営裁量にかかる実体的規制も、中長期展望で経営改善に繋がり、一定の柔軟性を持つ限り、不可避ではなかろうか。三柴¹⁾でも明らかにしたように、既に、産業ストレス性災害にかかる多くの裁判例が、事業者の人事労務管理にかかる健康確保上の義務を特定することで、それに直接介入するような判断を示してきている^{脚注6}。

なお、産業精神保健法の構想は、安衛法とその母法たる労働基準法（以下、労基法という）の親子関係ないし労基法（親）の親たる工場法との直系（卑属）関係を再確認させる意義も持つ。先ず、安衛法—労基法関係についていえば、長時間労働による過労死事件を

典型として、特に産業精神保健の実現には、労働基準法令による幅広い労働条件規制が必要なことを再確認する必要がある。そもそも安衛法という領域自体、労働者の命と健康を守るという目的志向の法領域であり、労働関係法令のみならず、製造物責任法、建築基準法、消防法など、MHについては精神保健福祉法、障害者雇用促進法など、様々な法体系の規制を包括する。労働安全衛生法典は、その基軸となる法律であるというに過ぎない。次に、安衛法—工場法関係についていえば、工場法が、大河内一男博士の労働力再生産論に大きな後押しを受けて成立したことを再確認する必要がある。すなわち、工場法は、当時は当然視されていた長時間連続労働、深夜業、児童労働等を規制するに至ったが、大河内理論は、労働力を疲弊させれば資本側のためにもならず、ひいては国力の衰退にも繋がることを説き、当初頑強に抵抗した経営者らを大いに説得した。そして、「国際競争」や「生き残り」という言葉が産業社会に席卷する現状は、幸か不幸か古典的な工場法制定の背景の再確認が求められる時代でもある^{脚注7}。

なお、産業精神保健の観点では、労働契約法との関係も無視できない。そもそも日本の労基法は、一定類型の雇用差別の禁止、賃金の支払方法、労働時間の上限、上限逸脱の要件、算定方法、柔軟な労働時間制度、解雇の規制、労災補償などについて定めてはいるが、雇用の具体的条件については、一部の例外を除き殆ど規定しておらず、例えば、具体的な職務内容や職務の質量、賃金額、人事に関わる事項、いわゆるがな労使間・労務間の個別的なコミュニケーションのあり方等には触れていない。そして、これらはおおむね経営者側の作成する就業規則の規定等に委ねられたので、必然的に同人に大きな裁量が留保され、その運用によっては、特定の労働者に大きなストレスがかかる前提を作り出していた。判例も、人事面では経営側に比較的

脚注6 三柴¹⁾を参照されたい。

脚注7 むろん、三柴¹⁾からも明らかなように、現代に労働者を死に追いやる過重負荷要因は、複雑多様かつ従前であれば過重負荷とは認識されなかったであろう軽微なものもあるし、病態も、本人のパーソナリティの影響も大きいと解されているいわゆる新型うつを含め、多種多様である。しかし、仕事が集中する、パワハラに苛まれるなどして、過剰なストレスに見舞われる労働者については、大河内理論の直接適用が求められようし、それ以外の者についても、人材開発、経営改善の視点で対応する必要があることに変わりはない。すなわち、たしかに経済状況、社会制度、技術の発展など様々な条件の違いはあれ、岡実『工場法論』（有斐閣書房、1913年）からも汲みとり得るように、人びとが労災疾病に陥る基本的なプロセス、背景にある人間や組織の（心理）構造などに当時と通底する面はあると解される。

大きな裁量を認めて来たから、ドイツなどとは異なり、就業規則によるコントロールは割合に容易であった。そこで、就業規則規定に合理性の枠をはめる判例法理が発達し、それが近年に至り、労働契約法(平成19年法律第128号)において明文化されることになったのである。

2 理 念

2.1 理念の基本となる思想

産業精神保健法においても、法である以上、根本理念の核に公平があることに変わりはない。もっとも、公平という以上、比較対象の設定が求められよう。結論からいえば、業務外のMH不調者については、たとえ健常者との平等が困難でも、身体的な疾病障害患者との実質的な平等取扱いが求められることとなろう^{脚注8}(なお、アメリカで2008年に成立したメンタルヘルス・パリティ法は、精神疾患に身体疾患等と同等の医療保険給付の受給を保障したものである)。他方、業務上の不調者については、原則として健常者との実質的な平等が求められよう。いずれにせよ、「可能な限り目に見えにくい事象と目に見えやすい事象の平仄を図る」ことが求められる。しかし、これは単に身体的な疾病障害者と同じ措置を講じれば良いという趣旨ではなく、精神的不調(ないし同不調とその他の疾病障害の合併状態)の特質を踏まえた措置の必要性を説く趣旨である^{脚注9}。

また、職域で対応可能な疾病障害の性格やレベルも問われよう。アメリカのADA(障害を持つアメリカ人法)の示唆を汲めば、合理的な配慮・便宜さえなされれば、職務の本質的機能を果たせるレベル、という定性的な対象設定がなされることになる。もっとも、精神障害における合理的配慮の内容は、他の障害類型の場合より複雑多様、多層的となるから、精神医療等の専門的見解を踏まえつつ、本人との協議を行い、企業等の過剰な負担にわたらない措置が決定されるべきこ

ととなろう。

2.2 プライバシー(権)や内心の自由との関係

むろん、精神状態の強制調査は、プライバシー(権)や内心の自由を侵害する可能性と隣り合わせだし、そもそも調査結果の信頼性・妥当性等にかかる問題も残る。しかし、プライバシー(権)はそもそも他の権利利益との関係で具体的内容が画定されるべき相対的な権利であり、内心の自由も、調査の趣旨目的や手法が、まさに内面的な精神の自由を保障するものである限りクリア可能であろう。さらにいえば、そもそも人事労務管理という作用自体、心理作用とは不可分な面があり、現に多くの企業等が組織への帰属意識を高め、企業利益に貢献させるための様々な心理作用を駆使していることは言うまでもない。不要と考えられた人材への対処も、法的・社会的に厳しい解雇制限に正面から挑むより、孤立化、低評価、やりがいを持ってない仕事の割当を含めた種々の「いざらい雰囲気」の作出により、心理的プレッシャーをかける場合が少なくない(かといって、擬制解雇の法理論が容易に認められる現状にはない)。産業精神保健法には、適切な対象者につき、かような事情への「実質的な」対応も求められる。すなわち、形式的公平ではなく、実質的公平の実現が求められる^{脚注10}。

2.3 理念的目標

同法では、トップダウンとボトムアップ、マクロとミクロ、学際性の発想が求められよう。トップダウンは国などによる統一的法政策、ボトムアップは事業の性質、職場風土などの個別的事情に対応した規制を意味する。マクロは企業や業界団体、事業所全体のシステムなどにかかる措置、ミクロは個々の労働者等の事情に応じた措置を意味する。学際性は法学のほか、臨床医学、心理学、産業医学、経営学、人事労務管理学などにわたる専門性の「連携的な」活用を意味する。

また、同法では、現行安衛法が精神保健規制の根拠としている健康の保持増進や快適な職場環境形成の目

脚注8 むろん、障害者となっても、既に決定した職能資格等級などは本人合意のない限り、原則として降格させられないので、そのような場合には、健常者との平等が図られることとなるが、これは障害者一般と健常者との平等の問題であるうえ、契約論上の問題でもあるから、本文で述べたことと特に矛盾はしない。

脚注9 これは、アメリカの障害者差別禁止法上は、おおむね合理的配慮(reasonable accommodation)の問題となり、これを差別からの救済の問題と考えるか、差別救済とは別の積極的な支援措置の問題と考えるかは議論の余地がある。私見としては、両者に跨がる問題と考えている。

脚注10 この観点では、労働契約法第5条所定の安全配慮義務が心身両面の健康を対象とすること(「労働契約法の施行について」平成20年1月23日基発第0123004号)などが想起されるべきであろう。

的を敷衍し、労使双方の福利を目的とする。むしろ、同法の祖母法である労基法が憲法第27条の定めを受けて目的とする「人たるに値する生活を営むための必要を充たすべき」労働条件の実現、同じく理念とする労使対等決定原則等は踏まえられねばならないが、かような目的設定がなければ、ほんらい人事労務管理の裁量領域に規制のメスを及ぼす正当性を担保し難いし、実効性も見込まれないからである。ここで労使双方の福利とは、次のような事柄を意味する。

(1)個々の人材質の成熟化：とりわけ「自」「他」と「自他の関係」についての客観的認識力、基本的な言語能力、思考力などを要素とする人格的な成熟化のほか、心身の健康の確保など。

これらをもって、ひいては職務上のパフォーマンスの向上が図られること。

(2)経営組織の質的な成熟化：(1)による個人と組織双方の成熟化。また、企業組織体の個性、目標設定が明確で、組織内における縦横のコミュニケーションがスムーズになされる求心力と帰属意識の高い経営の実現。これにより、(1)とは逆方向の作用として個人と組織の有効な機能と成熟化が図られ、ひいては個々人の人材質の維持・成長（職務遂行能力の向上、人格的成熟化）が図られること。

そして、こうした目標達成のための鍵となる考え方として、父性（比較的短期的な成果実績、形式を重視する北風の対応）と母性（比較的長期的なプロセス、内面を重視する太陽的発想）のバランスも求められよう。三柴²⁾で整理した幸福の経済学の示唆からも、そのいずれかばかりを強調する考え方では、その実現は困難と解されるからである。

2.4 特に踏まえておくべきことから

三柴¹⁾からも明らかなように、司法が認定した産業ストレス要因にも、日本人の（最頻値としての）国民

性は色濃く反映されている。よって、国民性研究が示唆する以下のような「従前の」日本の職域文明に関する仮説を踏まえた構想が求められよう。

①組織帰属意識の強さ

②信頼と安心（ご恩と奉公）の関係

③同じ帰属性を持つ者の中でのプライバシー観念の希薄さ（プライバシーより相手が置かれた状況への介入的な思いやり）

④多層的・多軸的な階層（短期的視点で特定の定型的尺度による評価を行うより、長期的視点で多軸的・多層的な評価を行う傾向。処遇格差も、長期間に誰の目にも明らかな差異が生じた時を見計らって付けることで周囲の納得性を高める。）

⑤裏と表の使い分け

⑥紛争当事者間に共通する上位者の仲裁によるソフトな紛争解決など

3 実 体

産業精神保健法では、既に幾多の判例が言明する①過剰ストレスの防止や、②労働者人格の尊重が実体としての基本原則となる。しかし、これらは複雑多様、多層的で目に見えにくい事象（ほんらいは使用者の裁量範囲内にある個々の指揮命令や、事実行為にすぎない個々の発言内容など）に関わり、かつその実現のためには問題の文脈を捉えた本質的解決が求められるため、実体と手続の両面にわたる規制が必要になる。特に手続的規制では、経営学分野で開発されたPDCA（Plan-Do-Check-Action）サイクルによるマネジメント・システムの設定により、産業精神保健を経営システムに組み込み、個別的事情に応じた実効策が継続的に機能させるよう促進する規制が重要な意味を持つ^{脚注11}。そしてこれと同様のことは、個々の事業所のみならず、国の法政策レベルにも妥当する。すなわち、

脚注 11 イギリスでは、イギリス労働安全衛生法（HSWA）に基づき、ストレス管理基準（MS）と呼ばれるシステムにより、あるべき職場環境、労働条件を指定し、それと実際の職場との差異を測定させ、理想的条件へと誘導する手法が採用されている。この施策は、心理社会学者を中心とする幾つかの研究グループの調査研究によりリードされており、筆者の調査によれば、現段階では、職域にある個々のリスクを見出して、バンソコを貼るようし、手当てをしていく事後対応的な手法（いわば西洋医学的手法）ではなく、職域の環境、条件の積極的、本質的な改善によりイキイキとした組織を創出する、いわば東洋医学的手法に重点がシフトしていつていくことがうかがわれる。そして、こうした施策により、既にナショナル・レベルでストレスに関連する症例の推定発生件数が7%減少したとの調査結果が出されている（Health and Safety Executive (2009). <http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh0809.pdf>. Accessed on 25 May 2010.）。ここで、法（HSWA）は、実質的には労働監督の強制介入と予算措置を裏付ける意味しか持っていないともいえるが、形式的には最低基準、施策立案の手続、最終目標の設定などに貢献していると解される。今後の日本の法整備に際しても、有益な示唆となろう。

(現にそうされているように)精神医学、産業精神保健疫学、裁判例などの継続的なレビューから、立法的保護に値するレベルまで社会的に成熟した理論は、行政規則レベルでの記載による誘導からはじめ、更に社会実験的検証や既存の法体系との調整などを経て徐々に、特に重要なものについてはそうしたプロセスを最低限にとどめ、直ちに立法化させていく必要がある。現段階でも既に、①労働者の公正取扱い義務、②労働条件に質的・量的に大きな変化があった場合のサポート体制構築義務、③休息時間の確保義務などが、立法適性を得ていると解されることについては、三柴¹⁾でも論じたことがある。その他、深夜・交替制労働の制限なども立法適性を充たしていると思われる。

実のところ、かような発想の萌芽は、前述した通り、立法上、安衛法第28条の2、第88条などにみることができ、学説として、水町ら²⁾が、労働法体系全般にわたり、フォードの生産モデルに対応する規制モデルの改革を志向し、おおむね同旨の基礎理論の構築と展開を先駆的に図っている。そこで、後者が要約する手続的・構造的規制理論のエッセンスを示す。水町ら³⁾では、手続的規制理論はヨーロッパ型、構造的規制理論はアメリカ型として区分して紹介されているが、共通項が多いため、以下では(属性のみ記しつつ)両者を区分せずに記載する。

①手続的アプローチにおける手続の中から公正妥当な結果を導くための当事者への義務の設定

- ア 関係者に広く情報を公開する義務
- イ 開かれた交渉を行う義務
- ウ 問題の解決策のみならずその案がもたらす諸効果を含めたシナリオを提示・説明する義務
- エ 決定後もその決定の調査・評価を行う義務などの設定。

②手続的アプローチにおける問題の認識と解決を促す措置

- ア 合理的手続の履践についての司法審査
- イ 専門家・専門機関によるサポート
- ウ 公的基金による財政的援助など。

③手続的アプローチにおける国の役割

- ア 法令による平等権を含めた基本的人権にか

かる最低基準の設定

イ 法令による基本目的や原則の設定

ウ 法令による手続の枠組みの設定

④構造的アプローチにおける法の役割

ア 法違反を「ある条件または問題」として定義すること

イ ある行為の適法性・違法性を決定するプロセスにおいて文脈(前後関係)を重視すること

ウ 問題の予防・是正措置をとることにより使用者が免責されるアプローチにより制度的改革のインセンティブをもたらすこと

エ 内部手続の実効性評価等により説明責任を果たすこと

など。

⑤構造的アプローチにおける専門家・専門機関の役割

ア 組織内で構造的アプローチを推進し、説明責任を果たし得るような担当部門を構築すること

イ 事例情報を広く収集し、批判的に評価すること

ウ その組織独自の実効的なルールを作り出していくこと

エ 組織内にパイロット事業を立ち上げ、成功事例を作り出して、他に広めていくことなど。

以上は欧米の先進的学説として極めて示唆的である。しかし、先述したような日本の国民性研究を踏まえた調整が必要となろう。

例えば、情報公開とは言っても、日本の多層的・多軸的な階層を考えれば、その相手は(当面)一定の同質性を持つ人間(集団)に限らざるを得ず、対象に応じて公開範囲を調整せざるを得ないであろう。また、組織内事例の収集と批判的検討と言っても、事業体質に対する急激かつ苛烈な正面からの批判は逆効果を生み出しかねないから、あくまで信頼関係のもとでの建設的批評(積極的改善策の提言)とする必要がある。

他方、以上の仕組み自体にかかる問題も生じ得る。経営者側が基本的に良心的で、気付けば対策する姿勢であれば有効に機能する可能性が高いが、良識に欠け、

視野が狭く、多様性を認めない方針に固執するものの、事業利益や対外的ブランドイメージは維持されているような場合、内省的な手続の促進により本当に問題対策が前進するのか、といった問題は残る。内部に良識者がいても実権を与えられておらず、特定の個人や集団に対し様々な知略をめぐらせて、個別的には特に過重にわたらないストレス要因を長期的に作出するような組織もある。よって、上述した国策レベルでの最低基準設定の努力も欠かせない。

加えて、産業精神保健の目的に即した対策が意識される必要もある。具体的には、事業の性質に応じ、予防の段階（ゼロ次予防から3次予防）に応じた実効的対策が事業所ごと、職務単位ごとに規定される必要がある。三柴¹⁾からも明らかなように、産業ストレス性災害は、多くの場合、複数のストレス要因が重なることで発生しているから、いわば「合わせ技一本」とならないよう、またたとえ単体でも極度に過重なストレス要因が生じないように対策される必要がある。また、仮に不幸にして災害（疾病障害の発症や死亡災害）が生じてしまった場合にも、その後の企業等の対応が誠実であれば、訴訟リスクを回避できる場合も多いし、適切かつ実効的な再発防止策（精神保健文化の構築）が講じられれば、大きな犠牲のうえに他社のモデルとなるような成功事例を生み出す可能性もある。また、産業保健職がその専門性をベースに組織内ネットワークの要として活用され、同人が特定の組織や職務の性格に応じ、かつ労使の大きなレベルでの中長期的なバランスを考え、個々のリスク要因や病態に応じ、法を踏まえた実効的かつきめ細やかな措置を勧告ないし指示できるような法的・社会的な条件整備が求められよう。そして、こうした手続履践の第三者による審査は、司法のみならず、労働基準監督官、労働衛生専門官等の行政によってなされる必要もある。

4 法の履行確保

産業精神保健法の下では、デンマークなどにおけると同様に、労働行政の役割が大きくなる。現況、労働行政は、すでにその重点が監督（取締）行政からサービス（指導）行政へ移行しつつあると指摘されることがあるが、デンマークなどの例に倣えば、全被用者に占める疾病休業者数、作業関連疾患罹患患者数、離職者数に加え、事業所の査察ないし観察、就労者へのイン

タビュー結果などを指標に、実効的な職場環境改善計画の審査や策定・改善指導を行うことなども選択肢となろう。むしろ、最低基準にかかる監督取締も重要業務であり続けるだろうが、現在の流れを敷衍すれば、結果的に労働行政と経営コンサルティングの機能役割が接近する可能性も否定できない。その場合には、労働衛生専門官等の業務の重要性が今以上に増すことも予想される。

5 法的性質

産業精神保健法では、上述した休息時間の確保義務などの実体的な最低基準が危害防止基準として行政処分や刑事罰（以下、行政処分等という）の根拠となると共に、強行法規的性格を持って契約内容を規律すると共に、三柴¹⁾でも論じたように、公正取扱い義務では精神的ストレスを与えるような嫌悪感に基づく差別的取扱いを手続の中で特定していく必要があるため、違法性は手続と実体の両面から判断される必要がある。違法性は手続と実体の両面から判断される必要がある。労働条件変更の際のサポート体制構築義務でも、どのようなサポートが必要となるかにつき、労働者との協議が求められるほか、産業保健スタッフ等による勧告、衛生委員会での審議等の手続が必要となる場合もあるから、やはり手続と実体の両面から違法性が判断されねばならないであろう。加えて、産業精神保健におけるコミュニケーションの重要性に鑑みれば、比較的軽微な法違反、法的解決に馴染まない法違反等については、個人情報保護法の履行確保手段の1つと同様に、ADRによる柔軟な問題解決も構想される必要がある。他方、法令上の手続的規制は、それ自身が行政処分等の根拠となると共に、強行法規性を持ち、併せて当該手続の結果特定（ないし策定）された事業所ごとの実体規制もまた行政処分等の根拠となると共に、強行法規性を持つこととなろう。なお、策定された実体規制は、労働行政等の確認や労働組合・労働者の自由閲覧に供される必要があると解される。

6 他の法制度との関係

6.1 労働安全衛生法との関係

1や2.3等で述べた通り。

6.2 障害者差別禁止法の立法化の動きとの関係

周知の通り、現在、障害者差別禁止法の制定へ向けた動きが政府で進められているが、アメリカのADA

(障害を持つアメリカ人法)が、それに基づく判例法理の発達もあり、その後の産業 MH 対策で大きな役割を担ったように、かような立法は、MH 対策と深い関わりがある。

2011 年 5 月 12 日に開催された日本労働法学会では、「障害者差別禁止法の理論的課題——合理的配慮、障害の概念、規制システム」と題するミニ・シンポジウムで、主にアメリカ ADA の示唆を踏まえた法理的検討結果が報告された。そこではまず、救済対象となる障害者の定義につき、疾病障害罹患者のみでなく不調者全般を含むべきこと、実際に障害者でなくても障害者と誤解された者、偏見を受け易い障害者の家族なども射程に収められるべきこと、次に、合理的便宜・配慮は差別救済とは別物と考えて措置を義務づける余地もあること、また、差別の認定に際しては比較対象者を指定する必要があること、実効的な差別救済のためには、ADR の活用が有効に働く場合もあること、等が報告ないし(報告を受けて)指摘された。さらに、人権擁護法案との関係を意識すべき、との指摘もなされた。

現に 2010 年 9 月 7 日に公表された厚生労働省「職場におけるメンタルヘルス対策検討会」報告書及びそれを受けた 2010 年 12 月 22 日付け労働政策審議会建議「今後の職場における安全衛生対策について」でも示唆されているように、近い将来、MH 対策の一環として、MH チェックの結果、不調が判明した者に対する不利益取扱いの禁止が法定される可能性が高い。そして、これが罹患事由の業務上外、疾病の軽重、性格等を分かたず適用され得る定めとなれば、実質的に雇用における精神障害者差別禁止法となる可能性もあるから、必然的に障害者差別禁止法案との趣旨の異同、所掌範囲は整理されねばならないが、そのためには同法との平仄も意識されねばならない。

7 おわりに

改めて、産業精神保健法が必要な理由について述べ

る。

厚生労働省の患者調査では、外来・入院を含め医療機関に受診する精神障害者(ICD-10で「精神及び行動の障害」に分類されるもののほか、てんかん・アルツハイマー病等を含む)の数は平成11年からほぼ増加の一途を辿り、平成20年には約323万3千人と推計されている。国際比較的にみて、日本の自殺率は先進国で最も高いのに対し、有病率、重症度などはさほど高くないが(OECD Factbook)、その国々の文化事情などを背景に、ストレス要因には違いがあろうし、増加率という点では上位ではないかと思われる。

しかし、重要なことは、そうした数字の問題ばかりでもない。職域のみならず、ウェットな人間関係が希薄化して来ている中で、個人・組織共に自他の個性に関する客観的認識力と情報伝達力の向上を図り、多様性と帰属性、すなわち多元共生性が認められる心豊かな環境を職域で実現し、産業の活性化を呼び起こす役割が、いよいよ法令に託されざるを得ない事態に至っているということなのではなかろうか。逆にいえば、法令にも、かゆいところに手が届き、現場に責任を持てる実質性が求められるようになって来ている、ともいえよう。

そのためにも、独立法典としての立法が望ましいように思われる。

【本稿は、平成23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)を受け、実施した研究成果の一部である】

文 献

- 1) 三柴丈典：裁判所は産業ストレスをどう考えたか～司法による過重負荷認定～、労働調査会、東京(2011)
- 2) 三柴丈典：解雇の法社会学～法は雇用不安を救済するか～、産業ストレス研究, 17(3), 207-224(2010)
- 3) 水町勇一郎、連合総研(編)：労働法改革、日本経済新聞社、東京(2010)

(受付 2011年6月1日, 受理 2011年7月10日)

V. 資料：研究協力者の主要な関係研究業績

学術論文

1. 鈴木 俊晴: フランスの雇用関係における労働医制度の機能と問題点、季刊労働法 231: 130-153, 2010

季刊

労働法

Quarterly Labor Law

231号

2010 / 冬

[特集]

これからの有期・派遣・請負

有期労働契約に対する法規制の今後 中内 哲
派遣先事業主の責任の再構成に向けて 郷庭雲
派遣先での直用化をめぐる諸問題 本庄淳志
雇用、請負、委任の区別についての一考察 向田正巳

[第2特集] 個別労働紛争の実態とその処理

研究の目的と概要 濱口桂一郎
雇用終了事案の分析 濱口桂一郎
いじめ・嫌がらせによる非解雇型雇用終了事案に関する若干の分析 濱口桂一郎
労働局のあっせんにおける労働条件引下げ事案の分析 鈴木 誠
個別労働紛争処理事案から見る三者間労務提供関係における紛争の実態と課題 細川 良

【シンポジウム】労働審判制度の実情と課題を探る

菅野和夫 渡辺 弘 石澤正通 村上陽子 石寄信憲 鶴飼良昭

【研究論文】

フランスの雇用関係における労働医制度の機能と問題点 鈴木俊晴

ドイツ法における普通取引約款規制と労働法 高橋賢司

●個別労働関係紛争「あっせんファイル」(第12回・最終回)——あっせん制度の課題 野田 進

●アジアの労働法と労働問題——中国労働契約法施行後の労働事情と法的問題 山下 昇

【イギリス労働法研究会】イギリス公務における営業譲渡とストライキ 清水 敏

【神戸労働法研究会】高齢者雇用確保措置に関する法的問題の検討 山川和義

【北海道大学労働判例研究会】宮崎信金事件 山田 哲

WINTER / 2010

労働開発研究会

フランスの雇用関係における労働医制度の機能と問題点

早稲田大学大学院

鈴木俊晴

すずき としはる

フランスの労働医の最も重要な機能は、傷病労働者の就労可能性を判定する機能と人事上の提案をする機能である。労働医は、これらの機能をつうじて、医学的客観的見地から、傷病労働者を巡る使用者の人事権行使に深く関与している。そして、近年の傷病の多様化とともに、その機能はさらに強化されている。しかし、使用者の人事権行使や労働者のプライバシーの利益と対立する局面が生じており、判例上も大きな問題となっている。また、労働医制度が事実上、傷病労働者の個別的な保護に特化してしまっていることから、労働者の集団的な傷病予防機能を強化するため、就労可能性を判定する機会は減らされている。さらに、不適格認定制度それ自体の弊害を指摘する議論もある。このような動きの中、人事発言権をもつことで、傷病労働者の処遇を巡る労使交渉の重要な「仲裁役」としての機能も果たしてきたフランス労働医制度は、この先どのような議論をたどり、変遷していくのだろうか。傷病の多様化等、同様の問題を抱える我々は、その推移を慎重に見守ることにより、有益な示唆を得ることができる。

- I はじめに
 - 1. 傷病労働者の就労可能性を巡る問題点
 - 2. フランス労働医制度検討の意義
- II フランス労働医制度の概要
 - 1. 労働保健機関
 - 2. 労働医の法的地位
 - 3. 労働医の医療業務
- III 人事発言権をめぐる法的問題点
 - 1. 労働医の提案権の範囲
 - 2. 労働医の提案権に対する使用者の考慮義務
 - 3. 提案権行使と労働者のプライバシー保護
- IV 労働医制度の政策的課題と人事発言権の帰趨
 - 1. 労働医制度の政策的課題
 - 2. 人事発言権の帰趨
- V おわりに—労働医制度の機能と問題点—

- I はじめに
 - 1. 傷病労働者の就労可能性を巡る問題点

労働者が傷病により、一時的または永続的に従前の業務を十分に行うことができなくなることがある。このような場合に、使用者は、当該労働者（以下、「傷病労働者」とする。）をいかに処遇すべきか、という問題に直面する。配置転換を含む職務軽減措置を講じるべきか、休職命令を発するべきか、また、休職していた労働者をいかなる基準で復職させるか、といった問題である。

この点につき、わが国では法律上、事業者は、労働者の健康診断の結果、労働者の健康保持のために必要と認めるときは、就業場所の変更や作業の転換、労働時間の短縮等の措置を講じなければならないとされている（労働安全衛生法66条の5）。また、伝染性の疾

病その他一定の病気では働かせてはならない義務が生じる（同法68条）。ただし、その他には特段立法的な規制はない¹⁾。もっとも、裁判例の蓄積により、傷病労働者の処遇に関する法理が次のように形成されてきている。

労働者が長期の療養を要する疾病に罹患した場合、使用者は、病気休職制度を設けていれば、それを利用せずに解雇することは許されない²⁾。休職命令に関しては、労働者が疾病を罹っているとしても、完全な形で、もしくは相当程度に労働義務を履行しうる場合に、労働者に大きな不利益を与える休職命令を発することはできない³⁾。病気が治癒した場合は、休職期間の満了前でも、休職事由の消滅により当然に復職できる⁴⁾。

この「治癒」の基準につき、かつては、当該傷病労働者が従前の業務を通常の状態に行える健康状態にまで回復することが必要とされており、かなり厳格に解釈する裁判例がみられた⁵⁾。しかしながら、片山組事件最高裁判決⁶⁾の出現以降は、治癒の認定基準が緩和される可能性が認められている。すなわち、片山組事件最判では「労働者が職種や業務内容を特定せずに労働契約を締結した場合においては…労働者が配置される現実的可能性があると認められるほかの業務について労務の提供をすることができ、かつ、その提供を申し出ているならば、なお債務の本旨に従

った履行の提供があ」り、当該労働者の再配置を検討しなければならないとされた。この判決は、休職中の賃金請求権の有無が争点となった事案であるが、事案の射程を超えて、傷病労働者の治癒認定の一般的な基準として機能し始めている。

「治癒」の基準を緩和した裁判例として、「労働者が休職直後において従前の業務に復帰することができないとしても、労働者の基本的な労働能力に低下がなく、短期間に従前の業務に復帰可能な状態になり得る場合には、ただちに労働者が債務の本旨に従った履行の提供ができないということはできない」と判示したものがある⁷⁾。そのほか、精神疾患の事例において、「他の軽易な職務であれば従事することができ、当該平易な職務へ配置転換することが現実的に可能であったり、当初は軽易な職務に就かせれば、ほどなく従前の職務を通常に行うことができると予測できるといった場合には、復職を認めるのが相当である」とする裁判例がある⁸⁾。これらの裁判例では、必ずしも従前の業務を通常の状態に遂行することができない場合でも、復職を認めるべき場合があるとされている⁹⁾。

ここで、労働者が復職可能な程度にまで「治癒」したことをいかなる方法で判断するかが問題となるが、この点は、通常は労働者側が医師の診断書等を提出することにより証

1) 水島郁子「疾病労働者の処遇」日本労働法学会編『講座21世紀の労働法第7巻 健康・安全と家庭生活』（有斐閣、2000）129頁以下。また、吉田美喜夫「疾病労働者の処遇」浅倉むつ子ほか編著『労働法の争点[第3版]』（有斐閣、2004）242頁も参照。

2) 読売新聞見習社員解雇事件・東京地判昭31・9・14労民7巻5号851頁。

3) 富国生命保険（第3回休職命令）事件・東京地八王子支判平7・7・26労判684号42頁参照。

4) 振興相互銀行事件・仙台地判昭46・6・16労判130号39頁。

5) 平仙レース事件・浦和地決昭40・12・16労民集16巻6号1113頁、アロマカラー事件・東京地決昭54・3・27労経速1010号25頁、昭和電工事件・千葉地判昭60・5・31労判461号65頁、ニュートラ輸送事件・静岡地富士支決昭62・12・9労判511号65頁。

6) 最一小判平成10年4月9日労判736号15頁。

7) カントラ事件・大阪地判平13・11・9労判824号70頁。

8) 独立行政法人N事件・東京地判平16・3・26労判876号56頁。

9) 本文中に挙げたもののほか、「治癒」の概念を柔軟にとらえる判決として、JR東海事件・大阪地判平11・10・4労判771号25頁、全日空事件・大阪地判平成11・10・18労判772号9頁、神奈川都市交通事件・横浜地判平15・6・5労判919号69頁、キャノンソフト情報システム事件・大阪地判平20・1・25労判960号49頁など。青野覚「私傷病と労務受領拒否—片山組事件」村中孝史＝荒木尚志編『労働判例百選[第8版]』（有斐閣、2009）54-55頁、吉田美喜夫・前掲注1）242-243頁、小西康之「判批」ジュリスト1295号230-233頁（2005）参照。

明することとなる¹⁰⁾。当該労働者の復職が可能である旨の診断書が提出された場合には、使用者は合理的な理由がない限り、復職を拒否することはできないとされる¹¹⁾。

傷病労働者の処遇に関しては、おおむね以上のような法理が形成されている。しかしながら、依然として解決すべき問題は残されている。診断書を書く医師は基本的には主治医であろうが、わが国の法律上、当該医師の判断の独立性・公平性を担保する仕組みは特段存在しない。そのため、労働者に懇願されるなどして、その意向を色濃く反映した診断書が提出される場合も少なからずあり、診断書の医学的妥当性につき疑問が生じる余地がある。また、当該医師はほとんどの場合産業医学の専門家ではなく、また特に当該労働者の就業する企業の内実を詳しく知りうるような立場にもないことから、企業の労働実態を正確に把握して診断書を書いているとは言いがたい。そのため、はたしてその判断内容が労働者の就業している企業の労働環境からみて妥当なものか否かについても、疑問が生じる余地がある。そして、就労が可能か否かを決定するには、これら診断書を参照しつつ、労働者と面接等を行うことにより使用者が判断することとなろう。しかしながら、診断書が前述のような問題をはらんでいる状況において、いかなる基準で当該傷病労働者を復職させ、あるいは再配置するのが判断として適切なのか、予測することが非常に難しくなっている。このことは、特に、病気が長期化する傾向があり、安易に「治癒」を認めづらく、またしばしば病状が不安定であるという特徴をもつ精神疾患罹患者の処遇の問題を中心として、労務管理上の大きな課題となっている¹²⁾。

このように、傷病労働者をめぐる法的問題

を検討する上では、医学的判断をする専門家としての医師の役割をどのように考えるかが重要な課題となっているのである。

2. フランス労働医制度検討の意義

これら問題を考察する上で、フランスの労働医 (médecin du travail) 制度を検討することが非常に有益である。なぜなら、フランスでは産業医学を学んだ専門医である労働医のみが、職務的中立性を維持しつつ、傷病労働者の就労可能性を判断することが許されているため、わが国に比してその判断の医学的客観性が担保されているからである。また、労働医は特定の企業を受け持ち、当該企業の作業場 (lieu de travail) にも自由に立入ることができる。そのため、当該企業の労働実態を十分に把握することができ、その企業の労働環境に即した就労可能性判断を行うことができるという利点も備えている。さらには、フランス労働医が使用者に対して傷病労働者の再配置等、人事上の措置を提案した場合、その提案には一定の法的効力が生じ、使用者がその提案に従わない場合には、その理由を明らかにしなければならない。このように、フランス労働医制度は、わが国にはない、国際的に見ても独自の制度をもつのである。そこで本稿では、わが国がかかえる前述の問題を考察するに際して一定の示唆を得るべく、本稿の問題意識と関わりのある就労可能性に関する労働医の判定機能および人事上の提案権 (本稿では便宜上、これらを併せて「人事発言権」と称する) を中心に、フランスの労働医制度を明らかにしたい (本稿Ⅱ)¹³⁾。

ただし、フランス労働医の人事発言権も現在多くの法的課題を抱えていることが指摘されている¹⁴⁾。たとえば、労働医が有する傷

10) 大建工業事件大阪地決平15・4・16労判849号35頁。

11) マルタヤタクシー事件・仙台地判昭61・10・17労判486号91頁。

12) このような事態をうけて、厚生労働省は「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(平成18年3月31日付け基発第0331001号)を發表し、企業に対し、職場内における精神疾患予防あるいは精神疾患罹患者保護のための体制を整えるよう呼びかけている。

13) 「人事発言権」のフランス原語は存在しない。あくまで本稿における便宜上の呼称であることをお断りしておく。

14) さしあたり、BABIN (M.), *Les perspectives de la médecine du travail, Dr. soc.*, 2005, pp. 653-664をあげておく。

病労働者の再配置等に関する提案権が、使用者の労務指揮権をどこまで制約できるのかについては、活発な議論が展開されている。また、近年では、フランスでもわが国と同様に、国際競争の激化、就労環境の激変等を背景に、精神疾患に代表される傷病の多様化が大きな問題となっている¹⁵⁾。そのため、精神疾患罹患者の就労可能性につき労働医はどのように判断すればよいのか、また、労働医は使用者に対していかなる配慮を要請すべきかなどが議論されはじめている。そこで本稿では、フランス労働医制度についてその現状を紹介することに加え、以上紹介した人事発言権の法的問題点を明らかにする(本稿Ⅲ)。

現在、フランスの労働医は、前述した人事発言権がその中心的職務である。しかしEUの影響もあり、労働医制度そのものを変革すべきだとする議論がここ10年ほどで活発化している。その議論の中には、労働医の就労可能性判定機能が不要であるとする見解すら現れている。そこで、本稿では、なぜこのような議論が生じているのかを見ていきたい。そ

うすることで、フランス労働医の抱える政策的課題や、その下で浮かび上がってきた人事発言権の問題点を明らかにすることができるからである(本稿Ⅳ)。

最後に、まとめにかえて、フランス労働医の中心的職務である人事発言権を通じて、フランス労働医がフランスの雇用関係の中でどのような機能を果たしているのかを明らかにしたい。そこには、わが国において傷病労働者を巡る労使の紛争を未然に防止し、新たな労使関係を構築するうえでの、重要な示唆が隠されているように思われるからである(本稿Ⅴ)¹⁶⁾。

II フランス労働医制度の概要¹⁷⁾

1. 労働保健機関

フランスでは、労働医によるサービスを提供するために、すべての企業で労働保健機関(service santé au travail)の設置が義務付けられている。そして、労働医は、この機関に勤務する(労働法典L.4622-1(以下、法

15) CERVANTES (M.-H.), *La souffrance psychosociale au travail, rôle du médecin de travail face à l'aptitude au travail*, *Les cahiers des fps*, n°4, août 2006, p. 21. また、2005年2月に雇用相(ministre de l'Emploi)が発表した職業リスクの予防改善を目的とした「職場における健康計画2005-2009(Le Plan santé au travail 2005-2009)」では、企業内における精神疾患、特にストレスの予防を促進することが目標のひとつとして掲げられている。さらに、2008年7月2日には、職場ストレスに関する全国職協定(accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008)が締結されている。このように、国や労働組合もこの問題の重要性を強く認識し始めており、積極的にこの問題に取り組み始めている。ADAM (P.), *La prise en compte des risques psychosociaux par le droit du travail français*, *Dr. Ouvr.*, 2008, p. 313参照。

16) フランス労働医制度については、我が国においてすでにいくつかの文献により紹介がなされている。フランス労働医制度の概要を網羅的に紹介したものとして、保原喜志夫「フランスの産業医制度」産業医学レビュー第4巻第3号1頁(1991)、おもに不適格認定制度と提案権あるいは健康診断とプライバシーの問題に絞って論じたものとして、保原喜志夫編著『産業医制度の研究』203-231頁〔加藤智章〕(北海道大学図書刊行会, 1998)、労働契約の停止後に行われた不適格認定と提案権に対する使用者の考慮義務について論じた野田進「『休暇』労働法の研究」(日本評論社, 1999)90-98頁、不適格認定と使用者の考慮義務について近年の裁判例を紹介したものとして、勝亦啓文「労働医による就労不能認定と使用者の再配置義務」労働法律旬報1599号21-23頁(2005)、フランスの制度などとの比較から、日本の産業医制度の課題について詳細に論じた保原喜志夫「産業医制度の課題」伊藤博義・保原喜志夫・山口浩一郎編著『労働保護法の研究』(有斐閣, 1994)469-488頁などがある。ただし、近年フランス労働医制度については改正も多く行われ、また重要な裁判例が多く蓄積されており、これらを踏まえた上でもう一度制度概要及び法的課題について整理しなおす必要がある。また、今般の労働医制度改革議論や、労働医がフランスの労使関係においてどのような機能を果たしているかについて論じた研究は見られない。本稿は、これらの点につき検討を試みるものである。

17) CLAVEL-FAUQUENOT (M.-F.) et RIGAUD (F.), *La médecine du travail, Liaison Sociales Quotidien*, mai 2005による。

18) フランス労働法典は、法律(Loi)と命令(Règlement)の2部によって構成されている。法律は国会が制定する。命令は、大統領および首相がデクレ(décret. わが国の政令に近似する概念)によって制定する法規のことであり、おおまかにいえば、わが国の施行令に相当するものである。労働法典では、法律は「L」、命令は「R」または「D」と表記される。なお、Rはコンセイユ・デタの儀を経たデクレ(décret pris en Conseil d'Etat)、Dはそれを経ない単純デクレ(décret simple)である。以下の叙述ではこの用例による。なお、制定法の種類については詳しくは、滝沢正『フランス法 第3版』(三省堂, 2008)204頁および264-276頁参照。

典名を明記しない場合は労働法典の条文を指す))¹⁸⁾。労働保健機関は、単一企業労働保健機関 (service santé au travail autonome, 以下、単に「単一機関」とも呼称する) と企業共同労働保健機関 (service santé au travail interentreprises, 以下、単に「共同機関」とも呼称する) に大別することができる¹⁹⁾。いずれの労働保健機関を設置するかは、基本的には企業規模により決まる。すなわち、大企業では当該企業のためだけの労働保健機関(単一機関)を設置することとなるが、中小企業では複数の企業が共同して共同機関を設け、あるいはこれに加入するというシステムが採用されている^{20) 21) 22)}。

単一機関の場合、当該機関は企業内の一局部として扱われる。共同機関の場合は、企業の外部に存在する組織であるため、その法的性格を決定する必要があるが、非営利組織として法人格を与えられている (D. 4622-23)。共同機関は、D. 4622-42本文に規定する例外的な場合を除き、R. 2323-28以下に規定する企業共同委員会 (comité interentreprises)²³⁾ ないし D. 4622-46以下に規定する監督委員会 (commission de contrôle)²⁴⁾ によって組織され、その管理下に置かれることとなる

(D. 4622-42)。労働保健機関の費用は、単一機関であれば当該企業が、共同機関であれば参加企業がその従業員の数に応じて負担する (L. 4622-6)。

労働保健機関には、労働医のほか、労働医の職務をサポートする看護スタッフ (personnel du service, R. 4623-51~55) が配置されることがある²⁵⁾。そのほか、共同機関では、労働医の同意のもと、事務作業を行う医療事務員 (secrétaire médical, R. 4623-56) もおかれている。

2. 労働医の法的地位

労働医は、産業医学の専門教育を受けた、一般の医師とは異なる専門医である。労働医になるためには、6年間の一般医師養成課程を修了したのち、さらに選抜試験を受け、4年間の理論的・実務的教育を受ける必要がある。労働医は、他の医療活動との兼業が許されないのみならず²⁶⁾、労働医の独立性や尊厳を侵害するような他の職業活動との兼業も禁止されている (医師倫理法典 (code de déontologie médicale) 26条)。

労働医は、単一機関の場合は使用者との間、共同機関の場合は共同機関の委員長

19) 2008年のデータによると、労働保健機関の数は工業・商業部門合わせて943あり、そのうち単一機関は659、共同機関は284である。DELLACHERIE (C.), *L'avenir de la médecine du travail, avis et rapport du conseil économique et social*, 2008, p. 10.

20) 労働者が2200人以上いる企業、あるいは、1年あたりの健診の数が2134件以上ある企業の場合には、単一機関の設置が義務付けられている (D. 4622-5, R. 4623-10)。

21) 2005年のデータによると、約7000人いる労働医のうちの80%が共同機関に雇用されている。BABIN (M.), *op. cit.*, p. 653.

22) やや古いだが、2002年のデータによると、単一機関の管轄下におかれている労働者は全体の9%に過ぎず、共同機関の管轄下に置かれている労働者が全体の91%を占めている。また、労働医一人当たりが受け持つ労働者数は、単一機関では1683人、共同機関では2864人となっている。JACQUES (C.), *Travail et santé : le point de vue d'un médecin, Dr. soc.*, 2002, p. 482.

23) 企業共同委員会は、使用者の中から彼らを選出した者1名が委員長となり、他の委員はそれぞれの企業委員会の中から労働者の多様性を考慮しつつ2名ずつ、12人を超えないように選出される。ただし、組合との集団協定がある場合や、労働監督官による除外措置を受けた場合には、12名を超えて選出することができる (R. 2323-29)。

24) 管理委員会は、委員長のほか、9~21人で構成される。その3分の1は使用者側の代表者で、3分の2は労働者側の代表者でなければならない (D. 4622-46)。

25) 看護スタッフは、工業部門においては、従業員が200~800人いる場合には1人以上配置しなければならない、従業員が801人以上いる場合には2人以上、1401人以上いる場合には3人以上と、600人ごとに1人増員しなければならないこととなっている。非工業部門においては、従業員が500~1000人いる場合には1人以上配置しなければならない、従業員が1001人以上いる場合には2人以上、2001人以上いる場合には3人以上と、1000人ごとに1人増員しなければならない。工業部門において200人未満、非工業部門において500人未満の場合、看護スタッフを配置する義務はないが、労働医と企業委員会の要求があった場合には、1人配置しなければならない。

26) CE, 3 novembre 1967, *Dr. soc.*, 1968, p. 510.

(*président du service interentreprises*) との間の労働契約により選任されることとなっている (R. 4623-4)。ここから、労働医も、労働法上の「労働者」とされていることが分かる。もっとも、労働契約という形態をとると、労働医が経済的従属関係のもと使用者の指揮命令下におかれてしまうため、その職務を中立に行うことができないおそれがある。そこで法律上、その独立性と中立性を維持するための、さまざまな手当てがなされている。

まず、この労働契約は、医師としての独立性と義務を遵守するという観点から、医師倫理法典の定める条件に基づいて締結される (R. 4623-4)。

つぎに、労働医を選任する際には、従業員代表機関などの同意の手続きが必要となる (R. 4623-5)。すなわち単一機関の場合は企業委員会または事業場委員会の、共同機関の場合には企業共同委員会または監督委員会の同意がなければ、使用者は労働医を選任することができない²⁷⁾。これらの同意が得られない場合には、労働監督官が労働監督医師 (*médecin-inspecteur du travail*) の意見を聞いた後、選任の承認または不承認の決定を下す (R. 4623-7)²⁸⁾。以上の手続きを経ずに労働医と労働契約を締結した場合には、当該

労働契約は無効となるほか、その労働契約を締結した使用者および委員長らには、罰則が科されることとなる (R. 4745-2)。なお、この同意手続きは遅くとも労働医の試用期間終了までに行わなければならない (R. 4623-7)。また、従業員代表機関等は同意権をもつとはいえ、労働医の人選に関わることはできない²⁹⁾。

さらに、労働医を解雇する際にも、職務的独立性を担保する仕組みが作られている。まず、労働医も労働者であることから、労働医を解雇する際には、労働者の個別解雇に関する一般規定が適用される。すなわち「真実かつ重大な理由 (*cause réelle et sérieuse*)」の存在が求められる (L. 1232-1)³⁰⁾。そのほか、通常の労働者の解雇の場合と同様に、あらかじめ告知を受けかつ意見を述べる機会を設けられる (L. 1232-2)。そのうえで、前述の従業員代表機関などによる同意が必要とされる (L. 4623-4, R. 4623-20)³¹⁾。さらに使用者は、この同意を得た上で、書留郵便により、労働監督官に解雇の許可を申請しなければならない。この申請の際、使用者は解雇理由を記さなければならない (R. 4623-22)。そして、これをうけた労働監督官は、労働監督医師の意見を聞いたうえで、解雇の許可・不許可の決定を下す (L. 4623-5前段)。労働医監

27) この同意は、各委員会の委員の無記名投票で、その過半数を得た場合に行われる (R. 4623-14)。

28) 労働監督医師とは、労働医学上の任務を担った労働監督官のことである。一般の労働監督官と同様に地方労働長官のもとに配置され、その役割は、職業危険の研究・予防活動、労働医に対する情報提供活動、および労働医の活動の技術的審査などである。同医師の設置は、1994年12月28日のデクレに基づく。野田進・前掲注16) 88-90頁参照。

29) CE, 20 avril 1984, n° 33691. (※現在ではフランスでもオンラインで裁判例が公表されており、コンセイユ・データを中心とした行政裁判所の判決は、<http://www.legifrance.gouv.fr/initRechJuriAdmin.do> で、破毀院を中心とした司法裁判所の判決は <http://www.legifrance.gouv.fr/initRechJuriJudi.do> で、判決日や左記判例番号を入力することにより判決文を閲読することができる。)

30) フランスでは、わが国と異なり、不当な解雇から労働者を救済するための法理が2通り存在している。ひとつは、不適法な解雇 (真実かつ重大な理由 (*cause réelle et sérieuse*) のない解雇) または濫用的解雇の場合である。この場合、労働者は金銭賠償を請求することができるが、裁判所が当該労働者の復職を使用者に命じることはない。またひとつは、無効な解雇の場合である。これは例えば、健康状態、出身、性、家族状況、民族、国籍、人種、政治的意見、労働組合又は共済活動、ストライキ権の通常の行使などを理由とする解雇を禁止し、当該解雇を無効とするものである。解雇が無効と評価された場合、その権利の性質により、当該労働者が希望する場合には、復職が認められることもある。復職を希望しない場合には、金銭賠償を請求することができる。不当な解雇の救済についての詳細は、野田進『労働契約の変更と解雇—フランスと日本—』(信山社、1997) 387頁以下参照。なお、同書では、健康状態を理由とする解雇について復職は認められないとされているが、その後の判例により、復職が認められるようになった。V. Cass. soc., 26 mai 2004, n° 02-41. 325. 同書の著者自身も、後にこれを指摘している。野田進・前掲注16) 84頁。

31) この同意も、選任の場合と同様、各委員会の委員の無記名投票で、その過半数を得た場合に行われる (R. 4623-14)。

督官の許可を受けずに労働医が解雇された場合には、当該解雇は無効となるほか³²⁾、違反者には罰則が科される (L. 4745-1)。解雇が無効となった場合には、当該労働医の復職が認められる³³⁾。ただし、重非行 (faute grave) が存する場合には、例外的に労働監督官の許可は不要となる。もっとも、労働医がこれを拒否した場合には通常の手続きにかかることとなる (L. 4623-5後段)。

加えて、職務を遂行する際にもその中立性と独立性を確保するため、R. 4623-15および医師倫理法典95条にその旨が規定されており、労働医の全ての職務遂行につき、使用者は干渉することができない³⁴⁾。そのほか、あまりに多く不適格認定の診断をしたことを理由として当該労働医を解雇することは濫用的解雇にあたる³⁵⁾、判例上確認されている。

労働医の報酬は、一般の労働契約と同様に、基本的には使用者との合意により決定される。ただし、前述の医師倫理法典95条や、「いかなる場合であっても、労働医は生産ノルマ、効率性その他労働医の職務的独立性を制限ないし破棄しあるいはその職務の質を低下させるような条件が付された契約による報酬を受け入れてはならない」と定める同法97条の趣旨を没却しないことが求められる。労働医の労働契約がこれら規定を遵守している

か否かは、医師会のメンバーによって構成された職団評議会 (conseil de l'ordre) が監視する³⁶⁾。

3. 労働医の医療業務

フランス労働法典上、労働医制度の目的は、「労働者の労働によるあらゆる健康状態の悪化を避けること」と明記されているとおり、基本的には予防医学の見地から、労働者の健康を保護することをその職務上の目的とする (L. 4622-3)。労働医は、この目的のもとで、さまざまな職務を行っている。特に、健康診断とそれに付随する労働者の職務適格性診断は重要な職務である。また、労働者の健康状態を適切に把握、管理するために、健康診断等の際に医療関係文書を作成することも労働医の職務である。そこで、以下では、これら労働医の医療業務につき概観する³⁷⁾。

(1) 健康診断 (suivi médical des salariés)

労働医は、労働者の健康を維持するため、各種健康診断を行う。健康診断 (suivi médical des salariés) には、採用時健診 (visite médicale d'embauche)、定期健診 (visite médicale périodique)、要請に基づく健診 (visite sur demande)、強化医療監守 (surveillance médicale renforcée)、復職時健診 (visite médicale de reprise)、補足的健診 (examens complémentaires) などがある³⁸⁾。

32) Cass. soc., 4 juillet 1989, n° 87-41. 053P et n° 87-45. 198P.

33) Cass. soc., 12 février 1991, n° 88-41. 339.

34) 医師倫理法典 (code de déontologie médicale) 95条 (一部抜粋) : 医師の職務が契約に基づいているからといって、職業的義務やとりわけ守秘義務や判断の独立性がなんら脅かされるものではない。いかなる場合であっても、医師は企業やその他当該医師が雇用されている機関から職務の独立性につき制限を受けてはならない。医師は、何よりもまず、公衆衛生や労働者の安全・健康を優先して行動しなければならない。

35) Cass. soc., 10 octobre 1979, n° 78-12. 275. 不適格認定については、後述3(2)参照。

36) CLAVEL-FAUQUENOT (M.-F.) et RIGAUD (F.), *op. cit.*, p. 79.

37) 労働医は、本文中に挙げた医療業務のほか、調査・研究業務や、記録作成・保存業務等を行っている。調査・研究業務とは、公的機関と連携するなどして、伝染病、労働災害及び職業病その他安全衛生に関する事項の調査・研究を行うことである。それに関連して、労働医はいつでも、使用者に対し技術管理文書の提出を求めることができるし、作業場等にある化学物質等の採取およびその分析を行うことができる。記録作成・保存業務には、労働医の活動を記録し、企業委員会等に報告するための年次活動報告書 (rapport annuel d'activité) の作成および、安全衛生労働条件委員会 (CHSCT) 等に報告するための、企業内の危険や労働条件に関する記録である検討計画書 (plan d'études) の作成、使用者に提出するための、職業危険およびこれにさらされる労働者の数を記した企業カード (fiche d'entreprise) の作成がある。これら業務は労働医のみによって行われるものではなく、企業委員会、安全衛生労働条件委員会等の企業内の諸機関との連携は不可欠である。また、労働監督機関や社会保障機関等の企業外との密接な協力が必要なことはいうまでもない。CLAVEL-FAUQUENOT (M.-F.) et RIGAUD (F.), *op. cit.*, pp. 37-67.

38) CLAVEL-FAUQUENOT (M.-F.) et RIGAUD (F.), *op. cit.*, pp. 38-50参照。

(a) 採用時健診 (visite médicale d'embauche)

使用者は、採用前あるいは遅くとも試用期間終了までに、労働者に労働医による健康診断を受けさせねばならない。これを採用時健診という (R. 4624-10~15)。ただし、後述の強化医療監守の対象となる労働者については、必ず採用前に健診を受けさせなければならない。もっとも、①対象となる労働者が以前に同様の労働条件のもと同一の職務に就いていた場合、②労働医が当該労働者の医療適性カード (D. 4624-47に基づく。後述) を所持していた場合、③当該労働者が12ヶ月以内に同一の使用者に雇われていた際に、健康診断で何らの不適合性も認められなかった場合、④当該労働者が6ヶ月以内の他社の健康診断で何らの不適合性も認められなかった場合、採用時健診の実施義務はない (R. 4624-12)。

採用時健診は、①当該労働者が配置される予定のポストに医学的に適性があるか否かを検査するため、②場合によっては、他のポストへの配置を提案するため、また、③他の労働者にとって危険な病気に罹患していないかを検査するため、行われる (R. 4624-11)。したがって、たとえば、薬物中毒やエイズ罹患の有無を検査する等、職務に関係のない項目を検査することは許されない。

なお、労働者が受診を拒否した場合、当該拒否は解雇の「真実かつ重大な理由」を構成する。

(b) 定期健診 (visite médicale périodique)

現在配置されているポストに対し適性があるか否かを検査するため、労働者は少なくとも2年に一度、労働医による健康診断を受ける。これを定期健診という (R. 4624-16, R. 4624-17)。ただし、復職時健診等の他の健診が行われた場合には、その後2年以内に行えば足りる。もっとも、後述の強化医療監守の対象となる労働者については、少なくとも1年に一度、定期健診を受けなければなら

ない。

定期健診の結果、労働者に健康悪化の可能性がある場合には予防措置をとる。また、健康状態が悪化している労働者に対して、主治医に適切な措置を行うよう指導を行う。必要がある場合には補足的健診 (examens complémentaires) を指示したり、後述の提案権を行使する。

(c) 強化医療監守 (surveillance médicale renforcée)

以下の一定の部類に属する労働者は、一般の労働者よりも多く、少なくとも1年に1回以上健診を受けることとなる (R. 4624-19)。これを強化医療監守という。対象となる労働者は、①18ヶ月以内に業種を変えた者あるいは外国からの移住者、②障害をもつ者、③妊婦、④出産から6ヶ月以内あるいは授乳中の者、⑤18歳未満の者、⑥その他、個別規定や協約等で定める特定の危険を有する業種に従事する労働者、である。労働医は、強化医療監守に必要な診断の種類と回数を決定する権限を持つ (R. 4624-20)。

(d) 復職時健診 (visite médicale de reprise)

労働者は、産休、職業病による欠勤、労働災害による1週間以上の欠勤、3週間以上の私傷病による欠勤、その他健康状態を理由とする断続的な欠勤の後、労働を再開する際においても労働医による健診を受ける。これを復職時健診という (R. 4624-21)。この健診において労働医は、当該労働者が従来配置されていた業務に適合性があるか、また、適合性がないとすればどのような業務に再配置するのが適切かを判断する。復職時健診は、遅くとも労働再開後1週間以内に行わなければならない (R. 4624-22後段)。使用者が労働者に復職時健診を受けさせなかった場合には、使用者は損害賠償責任に問われる³⁹⁾。この場合、当該労働者は使用者に健診を要求することができる。また、使用者に通知をすれば、直接労働医に健診を要求することもできる⁴⁰⁾。

39) Cass. soc., 13 décembre 2006, n° 05-44. 580.

40) Cass. soc., 12 novembre 1997, n° 95-40. 632P et n° 94-40. 921.

労働者が復職時健診の受診を拒否することは非行 (faute)⁴¹⁾ あるいは重非行 (faute grave)⁴²⁾ と評価され、懲戒事由となりうる。また、使用者は、受診を拒否し続ける労働者の就労を拒むことができるし、賃金を支払わないこともできる⁴³⁾。

復職時健診において適格性ありと判断された労働者は、従前の労働あるいはそれに類似した労働を行う権利を有する⁴⁴⁾。適格性ありと判断された労働者が健康状態を理由に就労を拒否した場合には、その拒否は重非行 (faute grave) を構成する⁴⁵⁾。

(e) 要請に基づく健診 (visite sur demande)

使用者及び労働者はいつでも労働医による健診を要請することができる (R. 4624-18)。使用者は、労働者が健診を要請したことにより不利益な取り扱いをしてはならない。また、使用者は、強化医療監守の対象となる職務に従事している労働者が健康を害している場合には、労働医による健診を受けさせなければならない。なお、労使の協約、又は協定により、労働医による特別の健康診断を実施することができる。

労働者の要請に基づく健診の一種として、復職時の事前健診 (visite de préreprise) がある。これは、使用者が予め空きポストを探しておくなど、労働者が復職した際に使用者が必要な措置を行いやすくするためのものである。ただし、使用者がこの健診の内容を尊重しなかったとしても、後述の再配置義務に違反したことにはならない等⁴⁶⁾、復職時健診と同様の効果が発生することはない。

(f) 補足的健診 (examens complémentaires)

労働医は、定期健診等の際に、当該労働者

を再び検査する必要があると判断した場合には、補足的健診を指示することができる (R. 4624-25)。補足的健診は、①職務に対する医学的適格性を決定するため、②社会保障法典 L. 461-6等に規定する疾病か否かを検査するため⁴⁷⁾、③周囲の人々に危険を及ぼす疾病か否かを検査するため、行われる。労働医は、補足的健診を行う機関を指定することができる (R. 4624-26)。

(2) 人事発言権—提案権と不適格認定

(a) 提案権

労働医は、労働者の年齢、体力、あるいは健康状態に応じて、使用者に対して、当該労働者の配転 (mutations) や職種の転換 (transformations de postes) などを提案する (proposer) ことができる (L. 4624-1 第1文) (以下、「提案権」と呼ぶ)。

労働医が提案権を行使した場合、その提案には、一定の法的効力が生じる。すなわち、使用者は、労働医の提案内容を考慮する義務が生じ、提案内容を実施しないときには理由を明らかにしなければならない (L. 4624-1 第2文)⁴⁸⁾。ただし、考慮義務の具体的内容については、争いがある⁴⁹⁾。

労働医の提案内容が適切か否かにつき、使用者および労働者は労働監督官に不服を申し立てることができる。不服申立てをうけた労働監督官は、労働監督医師の意見を聞いたあと、決定 (décision) を下す (L. 4624-1 第3文)⁵⁰⁾。

(b) 不適格認定

i) 概要

フランスでは、傷病に陥った労働者は、使用者に勤務中断を通知し、医師の診断書によ

41) Cass. soc., 17 octobre 2000, n° 97-45. 286.

42) Cass. soc., 29 novembre 2006, n° 04-47. 302P.

43) Cass. soc., 26 mai 1983, n° 81-40. 764.

44) Cass. soc., 25 février 1997, n° 94-41. 351 ; Cass. soc., 22 octobre 1997, n° 94-44. 706P.

45) Cass. soc., 9 octobre 2001, n° 98-46. 144P.

46) Cass. soc., 18 juin 2002, n° 00-41. 138.

47) 社会保障法典 L. 461-6 は、労災補償の対象となる職業病をリストに列挙しているが、そのリストに載っていない疾病についても、職業的原因によるのではないかとの疑いがある場合に、すべての医師、とりわけ労働医に対して、その届出の義務を課している。

48) Cass. soc., 19 décembre 2007, Dr. soc. 2008, p. 387 も同様のことが確認されている。

49) III 2 で詳述する。

り勤務中断の理由を証明することで、労働契約の停止 (suspension du contrat de travail) という状態になることが、判例や労使慣行上一般に認められている。また、通勤災害を除く労災・職業病の場合には、労働契約の停止が法律の明文で定められている (L. 1226-7)⁵¹⁾。傷病による勤務中断が、当然に労働契約の終了をもたらすわけではない⁵²⁾。これにより労働者は、療養を要する期間につき、労働契約を維持したまま労働義務を免れることができる。これが、事実上の休職制度として機能している。そして、傷病の程度により予定されていた勤務中断期間が終了した場合、あるいは協約で定められた労働契約の停止の期間が終了した場合には、労働者は前述の復職時健診により就労可能性を判定される。この際、労働医は、当該労働者が従前の職務を遂行することができないと判断した場合には、当該労働者を「不適合であると認定する (constater l'inaptitude)」ことができる (L. 1226-2, L. 1226-10, R. 4624-31。

以下これを「不適合認定」と呼ぶ⁵³⁾。この不適合認定には、いくつかの態様がある。したがって、もともと労働者が従事していた職務に対する不適合認定だけでなく、たとえば、企業内の全てのポストに対して不適合であると認定することもできる。

不適合認定を行う際には、労働医は、労働者が当該ポストにとどまることにより、その労働者や第三者の健康・安全に対して「差し迫った危険 (danger immédiat)」を引き起こすと認められる場合を除いて、①当該ポストと労働条件の調査および②労働者に対する2週間の間隔を置いた2度の健診をしなければならないとされている (R. 4624-31)⁵⁴⁾ ⁵⁵⁾ ⁵⁶⁾。労働医は使用者に意見を述べる前に、労働監督医師 (médecin-inspecteur du travail) の意見を聞くことができる (R. 4624-32)。2週間の間隔をあけた2度の健診をせずにした解雇は、健康状態を理由とする差別を禁止した L. 1132-1 に違反して無効と評価される⁵⁷⁾。この場合、本人が望めば復職が

50) この場合、労働監督官は、当該労働者の健康状態や変更されるべきポストに関する労働医の評価につき判断することができる。Cass. soc., 24 avril 1980, Bull. civ. V n° 350 ; CE, 27 juillet 1984, Dr. soc., 1985, p. 57 ; CE, 29 avril 1987, Dalloz 1989 somm. p. 64. ただし、労働医の診断に対する使用者の考慮の状況につき判断することはできない。たとえば、労働監督官は、労働者の身体的適格性に適合したポストが当該企業内に存在しているか否か、あるいはポストの変更の可能性につき判断することはできない。Cass. soc., 24 avril 1980, Bull. civ. V n° 350. もし使用者が不適合とされた労働者の解雇を決定した場合には、労働監督官はその解雇の有効性につき判断する必要はない。Cass. soc., 19 février 1992, n° 88-40. 670, RJS, 1992, n° 415. ただし、すでに解雇された労働者について、労働監督官が不適合ではなかったと認定した場合、当該解雇が無効となるわけではないが、真実かつ重大な理由のない解雇として、損害賠償の対象にはなる。Cass. soc., 8 avril 2004, n° 01-45. 693 ; Cass. soc., 9 février 2005, n° 03-44. 486.

51) この場合、療養のための勤務の中断期間および状況に応じて認められる再訓練期間等には、労働契約が停止される。

52) Cass. soc., 16 juillet 1987, n° 85-40. 178P ; Cass. soc., 8 décembre 1988, n° 86-42. 960P. 労働契約の停止については、多くの協約でも明文で定められている。労働契約の停止について、詳細は、野田進・前掲注16) 64-81頁参照。

53) 労働医の不適合認定制度は、1981年1月7日法により、労働災害および職業病 (accidents du travail et maladies professionnelles) について、労働契約の停止後において法定され、また1992年12月31日法により、職業上以外の傷病についても法定された (旧労働法典 L. 122-32-5, L. 122-24-4)。

54) ただし、破産院は①の要件につき重視していないようである。Cass. soc., 19 décembre 2007, RJS, 2008, n° 270. VERK-INDT (P.-Y.), *Le licenciement pour inaptitude médicale*, Dr. soc., 2008, p. 944参照。

55) 復職時健診の際に不適合認定が行われた場合、労働契約の停止期間は一度目の健診の際に終了するとされる。Cass. soc., 16 février 1999, Bull. civ. V n° 76.

56) 「差し迫った危険」が存在することを理由に2度目の健診を行わないときには、労働医はその意見の中で、「差し迫った危険」があることを明記しなければならない。Cass. soc., 26 septembre 2007, n° 06-44. 767. 条文 (R. 4624-31) を示すだけでは不十分である。Cass. soc., 11 mai 2005, n° 03-45. 174P. 何ら補足せず「緊急の手続き」と述べた場合も同様である。Cass. soc., 28 mars 2006, n° 04-44. 687. 健診の際に「企業内の全てのポストにつき完全に不適合」と述べただけの場合には、後に労働医により詳細に補足がなされたとしても、「差し迫った危険」には該当せず、2度目の健診を省略できない。Cass. soc., 19 octobre 2005, n° 03-48. 383. 健診の際に「差し迫った危険」があることを示さずに行った解雇は無効となる。Cass. soc., 19 octobre 2005, n° 03-48. 383 et n° 03-46. 942 ; Cass. soc., 11 mai 2005, n° 03-45. 175.

57) Cass. soc., 16 février 1999, n° 96-45. 394P ; Cass. soc., 4 juin 2002, n° 00-42. 873P ; Cass. soc., 9 juin 2004, n° 02-42. 644.

認められる⁵⁸⁾。

なお、復職時健診以外の各種健康診断も、復職時健診と同様、労働者の職務適格性を判定するために行われるものである。したがって、労働医は各種健診の際に、対象となる労働者につき職務適格性がないと判断した場合には、不適格認定を行うことができる。もちろんこの場合にも、前述の R. 4624-31以下に規定する手続きを踏んだ2度の健診を行わなければならない。ただし、復職時健診以外の各種健診は、労働契約の停止という状態を前提とするものではないため、L. 1226-2, L. 1226-10に規定する手続きを直接適用することはできない。そのかわり、法の一般原則 (principe général du droit) により、同様の手続きにかかると考えられている⁵⁹⁾。

ii) 不適格認定と再配置打診

労働医により不適格認定がなされた場合、当該傷病労働者の処遇はどうなるのか。労働医が不適格認定を行う際には、通常は同時に提案権を行使して、使用者に対し当該傷病労働者の再配置を要求するのが一般的である。そして、使用者はこの提案を考慮して、労働者に、従前の職にできるだけ近似した新たな職を打診 (proposer) する⁶⁰⁾。必要な場合には、当該労働者に配転 (mutations), 職種の転換 (transformations de postes de travail), 労働時制の変更 (aménagement du temps de travail) を打診することができる

(L. 1226-2, L. 1226-10)。

ここで、使用者が行った再配置打診を労働者が拒否した場合、当該労働者がいかなる法的地位におかれるかが問題となる。この点に関して、判例は、以下のように判示している。すなわち、使用者が労働医の提案に従って行った再配置等の打診が傷病労働者の労働契約の変更をもたらす場合、労働者は打診されたポストに就くことを拒否できる⁶¹⁾。この場合、使用者は当該労働者に対して再配置の新たな打診をしなければならない。ただし、検討の結果、他のポストに再配置することが不可能な場合は、当該労働者を適法に解雇することができる⁶²⁾ ⁶³⁾。もっとも、この再配置打診の内容は労働医の意見に沿うものである必要があるため⁶⁴⁾、当該労働者は、使用者から打診されたポストが労働医の提案内容にそぐわないことを理由として拒否することもできる。この場合、使用者は労働医に対して新たな意見を求めなければならない⁶⁵⁾ ⁶⁶⁾。

iii) 不適格認定と解雇

不適格認定をうけて、使用者が労働医の提案を十分に考慮して再配置を検討しても、労働者の再配置が不可能なことがある。また、労働医によって、企業のすべてのポストに対して適格性がないと判断され、提案権が行使されないこともある (L. 1226-4参照)⁶⁷⁾。これらの場合、当該傷病労働者は当然に解雇さ

58) Cass. soc., 26 mai 2004, n° 02-41. 325.

59) CE, 2 octobre 2002, n° 227-868. CLAVEL-FAUQUENOT (M.-F.), MARIGNIER (N.) et RIGAUD (F.), *Maladie, numéros juridiques, liaisons sociales*, mai 2009, p. 67.

60) proposer は普通、「提案」と訳されることから、ここで訳語として「打診」という言葉を用いたことが妥当か否かは疑問がありうるであろう。ただ、本稿では労働医の提案権との混同を避けるため、あえて「打診」という別の言葉を用いることとした。

61) Cass. soc., 15 juin 2005, n° 03-43. 050 ; Cass. soc., 9 janvier 2008, n° 06-45. 526.

62) Cass. soc., 18 avril 2000, n° 98-40. 314P ; Cass. soc., 9 avril 2002, n° 99-44. 678P.

63) 再配置が不可能であることの証明責任は、使用者側にある。Cass. soc., 2 juin 1999, n° 97-43. 134.

64) Cass. soc., 29 novembre 2006, n° 05-43. 470P.

65) Cass. soc., 6 février 2008, n° 06-44. 413 ; Cass. soc., 23 septembre 2009, n° 08-42. 629.

66) 使用者の再配置の打診に対する労働者の拒否についての詳細は、拙稿「労働医の再配置提案をうけた使用者の再配置打診に対する労働者の拒否—破毀院社会部2009年9月23日判決—」労働法律旬報1734号 (2010) 掲載予定参照。

67) 再配置等の提案をせずに労働医が不適格認定をした場合には、使用者は労働医に対して、再配置等の提案するよう要求することができる。Cass. soc., 27 mars 1990, n° 97-42. 410, RJS, 1990, n° 469 ; Cass. soc., 22 octobre 1996, n° 93-43. 787, Dr. soc., 1997, p. 8. また、労働医が、ある職務について重大な留保条件をつけた「適格性」認定をした場合には、それは不適格認定と同視される。Cass. soc., 9 octobre 2001, n° 98-46. 099, RJS, 2001, n° 1417.

68) フランスにおける不当解雇の救済法理の概要については、前掲注30) 参照。

れてしまうのであろうか⁶⁸⁾。

この点、フランス労働法典には、差別禁止規定が存在しており、労働者は健康状態を理由として差別されることはないとの規定がある (L. 1132-1)⁶⁹⁾。そのため、労働者は健康状態のみを理由として解雇されることはない⁷⁰⁾。ただしこれには例外規定があり、労働医による不適格認定を受けた場合には、健康状態を理由とする取扱いが差別にはならないとされている (L. 1133-2)。したがって、労働医による不適格認定を受けた場合には、使用者は、健康状態の悪化が解雇の「真実かつ重大な理由」であるとして、当該傷病労働者の解雇を検討することが可能となる⁷¹⁾。

もっとも、この場合でも、当該労働者の解雇が差別禁止規定に違反しないというだけであり、当然に適法となるわけではない。当該解雇が適法となるためには、あくまで使用者が当該労働者の再配置可能性を実質的に検討

したことが必要であると解されている。そしてこれは、企業内の全てのポストに対して不適格認定がなされた場合でも同様である⁷²⁾。したがって、不適格認定があるとしても、再配置可能性を検討せずに行った解雇は、「真実かつ重大な理由」のない解雇となる。

なお、2度の健診を経た不適格認定が行われた日から1ヶ月後に、労働者が再配置されず、また解雇されてもいないときには、使用者は、この期間の満了後には、労働者に対して、その労働者が従事していた雇用に対して支払われていたものと同等の賃金を支給しなければならない (L. 1226-4)。この1ヶ月という期間は、前述の労働監督官の決定を待っていた場合でも進行する⁷³⁾。

(3) 医療関係文書の作成・保管

労働医は、前述の各種健康診断などに基づいて、労働者の健康状態などを記載した医療関係文書を作成し、また保管する義務を負

69) Loi n°90-602 du 12 juillet 1990. 旧労働法典 L. 122-45. この規定は、もともとは、HIV 患者に対する差別を禁止するためのものであった。つまり、HIV 患者の労働市場からの排除が社会問題化した際に、当該差別を直接禁止するとそれによりさらに差別が拡大するおそれがあったので、病気になるいは障害による差別を禁止するという一般的な規定をおくこととしたのである。VERKINDT (P.-Y.), *op. cit.*, 2008, p. 942.

70) 健康状態の悪化のみを理由として解雇した場合には、当該解雇は無効となり、当該労働者が望む場合には、復職が認められる。Cass. soc., 26 mai 2004, n°02-41. 325.

71) 傷病を直接の理由として労働者を解雇することはできないが、それ以外の事由で解雇することが禁止されているわけではない。したがって、本文で触れた不適格認定を受けた場合のほか、当該労働者の傷病による欠勤により、①業務に支障が生じており、かつ②代替要員が必要であるときにも、それが「真実かつ重大な理由」となり、例外的に解雇が可能である。Cass. soc., 16 juillet 1998, n°97-43. 484 ; Cass. soc., 27 mars 2001, n°98-44. 292. もっとも、これらの要件は厳格に解釈されている。すなわち、①の要件に関しては、当該労働者の欠勤が、代替要員を必要とするほどに「長期化あるいは繰り返している」ことが必要とされる。Cass. soc., 21 septembre 2005, n°03-45. 820 ; Cass. soc., 17 février 1999, n°97-40. 511. 欠勤の期間に関する明確な基準は存在しないが、裁判例によると、企業が小規模になるほど、業務が特殊になるほど、欠勤が長期化するほど、また、繰り返しが頻繁であるほど、業務への支障が認められやすい。②の要件に関しては、原則として、期間の定めのない契約による労働者を代替要員として想定しているようである。よって、たとえば有期雇用契約労働者による代替で足りる場合には、当該要件を満たしているとはいえない。Cass. soc., 2 mars 2005, n°03-42. 800. フルタイム労働者の代替要員としてパートタイム労働者を補充した場合も、この要件を満たさない。Cass. soc., 6 février 2008, n°06-44. 389P. 他企業の労働者を代替要員とした場合も同様である。Cass. soc., 10 mai 2006, n°04-45. 500. 子会社の労働者でも同様である。Cass. soc., 22 septembre 1993, n°91-43. 626. さらに、代替要員確保の必要性は、疾病に罹患した労働者を解雇する日に生じていなければならない。Cass. soc., 7 avril 2009, n°08-40. 073. また、代替要員の補充は疾病に罹患した労働者を解雇した当日あるいは合理的期間内に行わなければならないとされる。もっとも、合理的期間内とはいかなるものか、未だ明確な基準は立てられていない。6週間以内の代替要員補充を合理的期間内であるとした裁判例として、Cass. soc., 8 avril 2009, n°07-44. 559. 数ヶ月後の補充を合理的期間内ではないとした裁判例として、Cass. soc., 10 novembre 2004, n°02-45. 156. ただし、以上は私傷病の場合であり、労災・職業病および通勤災害の犠牲となった場合、労働契約の停止期間中は、労働者が重非行を犯した場合、または、労災・職業病等と関連のない事由から労働契約の維持が不可能であるときを除き、労働者を解雇することはできない。これ以外の事由で解雇するためには、不適格認定を経る必要がある。これに違反してなされた解雇は、無効となる (L. 1226-9, L. 1226-13)。この点につき、野田進・前掲注30) 466頁以下参照。

72) Cass. soc., 20 septembre 2006, n°05-40. 526 ; Cass. soc., 28 mars 2007, n°06-41. 068 ; Cass. soc., 9 juillet 2008, n°07-41. 318P.

73) Cass. soc., 4 mai 1999, n°98-40. 959 ; Cass. soc., 28 janvier 2004, n°01-46. 913.

う。医療関係文書には、以下の3種類がある。①採用時健診のあとに各労働者について作成し、その後の健康診断の結果を随時記入する「医療記録簿 (dossier médical)」(D. 4624-46)、②採用時健診や定期健診、強化医療監守、復職時健診の際に、当該ポストが適切かどうか、おもに病状を記し、2通作成し、1通を労働者に、もう1通を使用者に交付する「医療適性カード (fiche médicale d'aptitude)」(D. 4624-47)、そして③労働者の要求があった場合あるいは労働者が離職する際に2通作成し、1通を労働者に渡し、もう1通をその者の医療記録簿に入れて保管する「医療カード (fiche médical)」(D. 4624-48)である。

これらの医療関係文書の中の、とくに医療記録簿は、各労働者の健康状態をはじめとする医学情報が網羅的に記載されており、最も基本的で詳細な文書である。したがって、プライバシーや企業秘密の保護という観点から、厳格な情報管理が求められている。すなわち、労働者自身は見ることができが(公衆衛生法典 (code de la santé publique) L. 1111-7)、いかなる場合であっても、使用者には開示してはならないこととなっている(D. 4624-46)⁷⁴⁾。守秘義務に違反した者は処罰される(刑法典 L. 226-13)⁷⁵⁾。

(4) 作業場 (lieu de travail) への立入権

労働医は、企業の内実を深く把握してこそ、適切かつ有効な医療業務を行うことができる。そこで労働法は、労働医は作業場へ自由に立入ることができると規定した(R. 4624-1. 以下これを「作業場への立入権」と称する)。現場において労働医は、労働環境の安全性等を調査・研究したり、使用者や労働者

に助言を行う。

このような活動を実質的に保障するため、使用者や共同機関の委員長は、労働医がその勤務時間の3分の1を作業場への立入りにあてることができるよう努めなければならない(R. 4624-2)。具体的には、フルタイムの労働医の場合は、1年あたり150半日 (demi-journée) 以上、パートタイムの労働医の場合は、その勤務時間に応じて計算される。安定的な労働医サービスを提供するため、この時間は1年の中で偏りがあってはならない。

(5) 諮問機能

労働医は、企業内の労働条件の改善や、職務および技術の導入、労働者の保護、施設の衛生、深夜労働の実施や変更などについて、使用者、労働者、従業員代表委員等の相談を受けることができる(R. 4623-1. 以下「諮問機能」と呼ぶ)。ただし、相談をうけた労働医が何らかの提案を行ったとしても、前述の提案権とは異なり、その提案に使用者に対する法的拘束力はない⁷⁶⁾。

(6) 救急医療等

労働医の役割はもっぱら傷病の予防にあり、自らは治療を行わないのが原則である。しかし、労働災害等緊急の場合は救急医療を施すべき義務が課されている。また、労働医の勤務時間外であっても、応急処置を命令できるような体制を整えておかなければならないし、そのために必要な備品も備えておかなければならない。救急隊員の育成等を行うのも、労働医の職務である。危険な状態にある労働者に対する救急医療を拒否すれば刑事訴追の対象となりうる⁷⁷⁾。

74) このように、医療記録簿は使用者がすすんで閲覧することができないものであるため、当然のことながら、使用者が傷病労働者の再配置を検討する際にも、医療記録簿の内容を考慮するまでの義務はないとされている。Cass. soc., 10 juillet 2002, Dr. soc., 2002, pp. 1010-1012.

75) CERVANTES (M.-H.), *op. cit.*, p. 23.

76) 諮問機能に法的拘束力がないことについては、批判する見解もある。この見解は、労働者個々人の傷病は、集団的リスクの兆表であることも多いことから、諮問機能としての提案にも法的拘束力を持たせるべきだとしている。すなわち、ある労働者に傷病が確認された際には、その傷病が当該作業場の一般的労働環境が原因で引き起こされている場合も多いので、このような場合に、労働医が当該労働環境の変更を使用者に対するある程度の拘束力をもって提案することができなければ、労働者の健康と安全を実効的に保全していくことはできない、と批判している。BABIN (M.), *op. cit.*, pp. 660-662.

77) CLAVEL-FAUQUENOT (M.-F.) et RIGAUD (F.), *op. cit.*, p. 52.

Ⅲ 人事発言権をめぐる法的問題点

Ⅱで概観したことをここで簡単にまとめておこう。フランスでは、あらゆる労働者が労働医サービスを受けられるように、すべての企業で企業労働保健機関（単一機関・共同機関）を設置すべきこととなっている。そのなか、労働医は企業または共同機関の労働者という法的地位にある。しかし、さまざまな法的措置により、独立性・中立性が強く保障されている。そして、基本的には予防医学の見地から、労働者の健康を保護することをその職務目的とし、非常に強い権限をもち、医療業務その他の職務を遂行している。

ただし、このように労働医の独立性・中立性を保障し、権限を強大にしたことによって、問題点も少なからず生じている。特に、人事発言権を行使する際に生じる法的問題点は多く議論されている。たとえば、労働医はどのような人事上の提案を行うことができるのか、また労働医の提案を使用者はどの程度考慮しなければならないかといった、労働医と使用者の人事上の権限をどのように切り分けるかという点が最も大きな問題となっている。また、労働医の権限が強大であるがゆえに、人事発言権行使の際の労働医の判断次第では、保護すべき対象であるはずの労働者自身の利益をも侵害しかねない状況にある。たとえば、前述の通り労働者のプライバシー情報は労働医が独占的に管理しているが、労働医はどこまでその情報を使用者に開示できるのかといった問題が議論されている。

そこで以下では、これらフランス労働医の人事発言権が抱える重要な法的問題点を検討する。

1. 労働医の提案権の範囲

前述したように労働医は、労働者の年齢、体力、あるいは健康状態に応じて、「配転」

や「職種の転換」などを使用者に提案できる（L. 4624-1）。このように、提案権の内容として条文上明記されているのは「配転」「職種の転換」だけである。ただし、以下で紹介する近年の裁判例では、労働医の提案内容が、条文に列挙された事項以外にも広げられる傾向が見られる。

破毀院社会部1995年7月19日判決⁷⁸⁾

Fontenelle氏は医学研究所の秘書として、1974年9月2日に雇われた。1987年10月16日に、彼女はモルモットによるアレルギーと診断され、1987年6月4日から同月10日、さらには1987年11月6日から1988年5月5日まで休職した。1988年5月6日、労働医は、動物飼育場も含め、研究所を換気すること等を提案した。しかしながら、使用者は、換気等の設備の変更は不可能であるとして、同年5月26日、当該労働者を当該職務に不適格であるとの理由で解雇した。以上の事実関係のもと、Fontenelle氏は濫用的解雇であるとして損害賠償等を求めて訴えを提起した。

これを受けた破毀院は、以下のように判示した。「当該使用者が、職種の変更に關する労働医の提案に従うことができない理由を詳しく述べていないうえ、労働監督官に不服を申し立ててもいないことから、旧労働法典L. 241-10-1⁷⁹⁾に規定する義務を十分に果たしていない。」

破毀院社会部2000年7月18日判決⁸⁰⁾

Lapassouse氏は1990年12月11日、ASD社に営業職として雇われた。しかし、疾病による労働契約の停止ののち、1995年3月10日労働医により、当該ポストには不適格であると認定され、結局同年4月6日に解雇された。解雇の理由は、労働医から示されたポストに再配置することが、会社の能力的に不可能であるということであった。以上の事実関係のもと、Lapassouse氏は真実かつ重大な理由

78) Cass. soc., 19 juillet 1995, n° 91-44. 544, Bull. civ. V, n° 254, p. 183, RJS, 1995, n° 1016.

79) 現行労働法典L. 4624-1に該当する。

80) Cass. soc., 18 juillet 2000, n° 97-44. 897, Bull. civ. V, n° 295, p. 233, RJS, 2000, n° 1118.

のない解雇であるとして損害賠償等の訴えを提起した。

これを受けた破毀院は、以下のように判示した。「Lapassouse氏は、配転や職種の転換のみならず、給与体系を変えたり、他の労働者を雇い仕事を分担して6ヶ月間は最低限の固定給を支払ったりするなどの、労働契約の本質的な変更(modification substantielle)が必要であると主張したが、このような主張は、旧労働法典L.122-24-4⁸¹⁾により使用者が考慮すべき再配置義務のレベル(stade)を超えたものではあるが、労働医がそれを要求した場合には、必要な場合には使用者はそれを考慮しなければならない。」

上記1995年判決は、職場環境の改善についても旧労働法典L.241-10-1(現行労働法典L.4624-1)の提案権の内容に含まれると判示した。そして、これが提案権の内容に含まれるとした論理構成として、職場環境の改善は同法に規定する「職種の転換(transformations de postes)」であると述べた。また、上記2000年判決は、給与体系を変える等の労働契約の本質的な変更についても、労働医が必要と認める場合には、使用者はこれを考慮しなければならないとした。このように、両判決はどちらも労働医の提案権の内容を実質的に拡大したものと評価できる点で共通している。しかしながら、その意味するところは大きく異なる。というのも、2000年判決のなかで労働医が提案した「給与体系の変更」は、契約の本質的な変更(modification substan-

tielle du contrat du travail)⁸²⁾のひとつであり、両当事者の合意がない限り変更できないものだからである。この判決により労働医は、使用者の労務指揮権に大きく介入するこのような重要な要素についてまで、明文の規定なく提案権を行使できるようになった。しかし、これほどまで強大な提案権限を労働医に与えてもよいのかについて、疑問がありうるだろう。また、これら裁判例の出現により、どのような提案なら使用者は考慮義務が課されるのか、予測が難しくなっている。

2. 労働医の提案権に対する使用者の考慮義務

(1) 使用者の考慮義務

前述したように、労働医は、当該労働者の身体的・精神的健康状態に応じて配転や職種の転換などを提案できる(L.4624-1第1文)。使用者には、この提案を考慮する義務が課され、提案内容を実施しないときにはその理由を明らかにしなければならない(L.4624-1第2文)^{83) 84)}。また、不適格認定がなされた場合、使用者は、当該労働者に、従前の職にできるだけ近似した新たな職を打診する。必要な場合には、当該労働者に配転、職種の転換、労働時制の変更を打診することができる。この際、使用者は労働医の提案を考慮することとされている(L.1226-2, L.1226-10)。仮に労働医がなんら提案をしなかった場合でも、使用者は考慮義務を履行するため、労働医に意見を求めなければならない⁸⁵⁾。

81) 現行労働法典L.1226-2～4に該当する。

82) フランスにおいて労働契約が締結される際、「労働時制」「職種・職階」「報酬金額およびその構成要素」については契約の「本質的要素」であるとして必ず定めなければならないこととなっており、また、それら要素は基本的に両当事者の合意がなければ変更することができない。「労働場所」は本質的要素とまでは言えないが、それについても当事者が明確に定めたのであればその変更には当事者の合意が必要であると解されている。野田進・前掲注30) 42-67頁。

83) Cass. soc., 19 décembre 2007, Dr. soc., 2008, p. 387も同様のことが確認されている。なお、考慮義務は、当該労働者が明確に復職を希望しなかった場合でも使用者に課される。Cass. soc., 21 novembre 2007, n°06-45.008.

84) 考慮義務の履行は、解雇手続きを始める前で、かつ2度目の健診の後になされなければならない。Cass. soc., 28 mars 2007, n°06-41.332; Cass. soc., 28 juin 2006, n°05-40.633。また、判例の中には、使用者があまりに早急に結論を出した場合には、考慮義務を尽くしていないと判示するものもある。たとえば、労働医の提案の翌日に再配置不可能との結論を出したことを考慮不足と判示したものとして、Cass. soc., 26 novembre 2008, n°07-44.061.

85) Cass. soc., 8 octobre 1987, n°84-45.499P; Cass. soc., 24 novembre 1993, n°90-44.601P; Cass. soc., 22 octobre 1996, n°93-43.787.

なお、当該労働者の傷病が労災・職業病 (accidents du travail et maladies professionnelles) の場合、使用者は、労働医の提案を考慮する際、従業員代表委員 (délégués du personnel) の意見を聴取しなければならない (L. 1226-10)⁸⁶⁾。

ここで、労働医の提案に対し、使用者はどの程度その提案を考慮しなければならないかという点が問題となる。この点につき破毀院は、1997年1月14日の判決において一般的判断枠組みを示した⁸⁷⁾。この事案は、労働医が、スーパーマーケットで働く傷病労働者に対して、長時間の立ち作業を含む運搬作業をすべて禁止し、試着室係またはレジ係等のような座り作業のポストが妥当であるとの提案をしたが、使用者は警備管理人の仕事をも命じたというものである。この事案において破毀院は、空きポストがないという理由だけで労働医の命じた職務への再配置を行わなかったことは、考慮不足であると判示した。つまり破毀院は、使用者は労働医から提案されたポストを形式的に検討するだけにとどまらず、それ以外の類似のポストを含め、再配置可能性を「実質的に」考慮すべきとしたのである⁸⁸⁾。ただし、再配置に際して、使用者は当該企業に従来存在しなかった新しいポストを用意するまでの義務はないとされている⁸⁹⁾。

(2) 考慮義務の物理的範囲

使用者が考慮義務によって再配置を検討しなければならない物理的な範囲はどこまでか。この点につき、条文では、労働医は「企業内に存在する業務」についての再配置を提案するのみとなっている (L. 1226-2, L. 1226-10)。そこで、使用者もこれに対応する形で、企業内での再配置可能性を検討すれば足りるのか。それとも企業外まで検討しなければならないのか。この点につき判例では、考慮義務の物理的範囲をできるだけ広く解する傾向が見られる。すなわち、複数の事業所を持つ企業の場合には、その事業所がいかに遠くても、そのすべてにつき再配置の可能性を検討しなければならないとする⁹⁰⁾。さらに、その企業が相互的配置転換 (permutation) の可能な企業グループの傘下にある場合には、そのグループ全体にわたり再配置を検討しなければならないとしている⁹¹⁾。

その後も考慮義務の物理的範囲は一層拡大しており、その限界はいまだ明らかではない。たとえば、破毀院社会部2008年1月9日判決は、たとえグループ企業が海外 (アメリカ合衆国) にあったとしても、再配置を検討すべきことを前提としている⁹²⁾。さらに近年、再配置を検討すべき「グループ企業」の射程を拡大する注目すべき判決が現れた。

86) 事業所が複数ある企業の場合、当該労働者が実際に就労する事業所の従業員代表委員がこれにあたる。Cass. soc., 13 novembre 2008, n° 07-41. 512. これを受けた従業員代表委員は、企業 (グループ) 内の職務に付き適格性があるか否かを書面で返答する。その際、使用者は、従業員代表委員に対して、当該傷病労働者の再配置等に際して必要なすべての情報を提供しなければならない。Cass. soc., 13 juillet 2004, n° 02-41. 046. Bull. civ. V, n° 209 ; Cass. soc., 19 mars 2008, n° 06-45. 133. 従業員代表委員の意見を聴取しなかった場合には、罰せられる (L. 1226-15)。当該労働者の解雇手続きを開始した後に意見聴取を行った場合も同様である。Cass. soc., 20 novembre 1996, n° 94-45. 367. 企業委員会、安全衛生労働条件委員会 (CHSCT)、組合代表等、従業員代表委員以外の組織に対する聴取をもってこれに代えることはできない (企業委員会につき、Cass. soc., 30 octobre 1991, n° 87-43. 801 ; Cass. soc., 2 octobre 2001, n° 99-45. 346. CHSCTにつき、Cass. soc., 26 mars 1996, n° 93-40. 325. 組合代表につき、Cass. soc., 21 février 1990, n° 88-42. 125)。ただし、従業員代表委員が存在しないとの公署証書 (procès-verbal de carence) がある場合は別である。なお、従業員代表委員が当該労働者の再配置が不可能であるとの意見を提出したとしても、そのことにより使用者の再配置義務が軽減されるわけではない。Cass. soc., 10 novembre 1993, n° 89-41. 898.

87) Cass. soc., 14 janvier 1997, Dr. soc., 1997, p. 313.

88) 野田進・前掲注16) 93頁。

89) Cass. soc., 13 juillet 2004, n° 02-42. 129.

90) Cass. soc., 18 avril 2000, n° 98-40. 754 ; Cass. soc., 6 février 2008, n° 06-43. 944.

91) Cass. soc., 10 mars 2004, n° 03-42. 744 ; Cass. soc., 25 janvier 2006, n° 04-41. 520 ; Cass. soc., 21 novembre 2007, n° 06-43. 875 ; CE, 31 janvier 2001 ; CE, 17 novembre 2000.

92) Cass. soc., 9 janvier 2008, n° 06-44. 407, RJS, 2008, n° 271.

93) Cass. soc., 20 février 2008, n° 06-45. 335.

破毀院社会部2008年2月20日判決⁹³⁾

X夫人は、1990年3月22日から清掃員としてHôtel Paris Parc de Bercy社に雇用されていた。しかし、その後職業病に罹患し、労働医による2回の健診を経た不適格認定をうけたのち、2000年2月14日に解雇された。そこで当該労働者は旧労働法典L.122-32-7⁹⁴⁾に基づき損害賠償を求め、訴えを提起した。

原審は以下の理由から、当該労働者の訴えを棄却した。①使用者はグループ内の複数のホテルにつき再配置可能性を検討した。②使用者は、確かにACCOR社の名称を用いているが、これはフランチャイズ契約に基づくものでその協力関係は限定されており、再配置可能性を検討すべきグループ企業には当たらない。

これに対して破毀院は、以下の理由から原審を破棄し、当該労働者の訴えを認めた。「フランチャイズ契約を締結していたACCOR社との間で、実際に労働者の相互的配置転換(permutation)が行われていたか否かを検討せずに、また使用者が当該労働者の労働時制の変更を試みたか否かを明確にせずに結論付けた原審の判断は相当でない。」

上記2008年判決は、フランチャイズ契約関係にある企業間でも再配置を検討すべき場合があることを認めたものである。もっとも判例は、フランチャイズ契約関係にある企業間で「相互的配置転換(permutation)」が可能であることを要件としており、一定の限定を付している。このことから判例は、企業外の再配置の場合は、相互的配置転換が可能であるか否かを、重要な判断要素としていると推測することができる。しかしながら、労働医の提案を考慮して行われることとなっている再配置について、労働医がおおよその内実を知ることができない企業外にまで範囲を広げることが、果たして妥当なのか、疑問とする見解もある⁹⁵⁾。

94) 現行労働法典L.1226-15.

95) GOSSSELIN (H.), *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives*, rapport pour le ministre délégué à l'Emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, janvier 2007, pp. 28-29.

96) Cass. soc., 15 novembre 2006, Dr. soc., 2007, p. 106.

97) 現行労働法典L.1226-2.

(3) 他の労働者との関係

他の労働者のポストを変更させてまで傷病労働者のポストを用意する義務はあるのか。これについては以下のような裁判例の展開がある。

破毀院社会部2006年11月15日判決⁹⁶⁾

C. Laurent氏はSantelys社において医薬品の梱包および配達の仕事に従事していたが、私傷病(何の傷病かは判決文からは不明)により休職した。休職後の1997年7月に労働医は、配達業務に対する適格性がないと診断し、かわりに、経理係や医薬品倉庫係のような座ったまま行える仕事あるいは、緑地整備係が適切であるとの提案を行った。しかしその後、当該労働者は同年8月13日に、身体的不適格および再配置不可能を理由として解雇された。そこで、他の労働者と自分との配置換えを検討しなかったことなどを理由として、損害賠償等の訴えを提起した。原審はこれを棄却したことから、当該労働者は上告した。

これを受けた破毀院は、以下のように述べ、当該労働者の上告を棄却した。「使用者は、労働医により再配置の提案をうけた労働者について、労働法典L.122-24-4⁹⁷⁾に従い企業内で配置可能なポストの中から再配置を検討しなければならないのであって、当該傷病労働者を再配置するために他の労働者の労働契約内容を変更するまでの必要はない。」

上記2006年判決は、労働医の提案に伴い使用者に考慮義務があるといっても、他の労働者の労働契約の内容を変更させてまで当該傷病労働者の再配置を検討しなければならないものではないと判示した。使用者の考慮義務のひとつの限界を画するものとして注目される。ただ、これは当然のことを判示したに過ぎないと評価することもできる。というの

も、そもそも使用者は、労働者の労働契約の本質的要素をその合意なしに一方的に変更することはできないからである⁹⁸⁾。

もっとも、判例も、他の労働者の契約内容を変更する可能性を全く否定しているわけではない。たとえば破毀院社会部2005年12月15日判決では、使用者は、職業上の傷病により労働医からレジ係のポストだけが適当との診断を受けた労働者を再配置するため、現在レジ係を務めている別の労働者に対して、傷病労働者の再配置が可能となるような配置転換を提案する必要がある旨判示されている⁹⁹⁾。

以上2つの裁判例からは、使用者の考慮義務の内容として、別の労働者の労働契約内容を強制的に変更してまで傷病労働者に就労可能なポストを提供する義務はないが、別の労働者に対して配置換え等を提案するなど、傷病労働者が就労可能となるような一定の働きかけをする義務はあると見ることができよう。ただし、どの範囲の労働者に対して、どの程度の働きかけを行えばよいのか、義務の内容が不明確と言わざるを得ず、疑問が残る。

(4) 精神疾患と使用者の考慮義務

近年ではフランスにおいても、経済のグローバル化による競争激化やテクノロジーの複雑化等の影響をうけて、精神疾患に代表される傷病の多様化が深刻な社会問題の一つとして指摘されるようになってきている。これに伴い、精神疾患に罹患した労働者について、使用者あるいは労働医はどのように対応すべきかという新しい問題が顕在化しつつある。これを受けて、労働医の提案権に対する使用者の考慮義務という点でも、これまではあまり問題とされなかった特殊な問題がクローズアップされるようになってきている。そこでここでは、労働者が精神疾患に罹患した場合の使

用者の考慮義務について判断した裁判例を紹介する。

破毀院社会部2007年6月14日判決¹⁰⁰⁾

Tiller氏はVachette社(のちのLaperche社)に1973年に工員(ouvrier)として雇用されていたが、2000年6月30日、年1回の定期健康診断(visite annuelle)の際に、労働医によって「6ヶ月ごと、あるいは何か問題が起きた場合には使用者の要求に応じてそれ以上の頻度で健診を行う『医療監守(surveillance médicale)』¹⁰¹⁾に置くのが望ましい」と判断された。その後、当該労働者は、不適切な行為あるいは(特に同年12月6日の)同僚に対する暴力的な行為を理由として、2000年12月14日に解雇された。

以上の事実関係の下、当該労働者は、真実かつ重大な理由のない解雇であるとして損害賠償を請求した。しかし労働審判所は、この請求を棄却した。労働審判所は、まず、解雇の直接の原因となった2000年12月6日の出来事は、労働医から推奨された6ヶ月ごとという期間の最初の6ヶ月の間に行われたものであることを指摘した。そして、使用者はその日のうちに、労働医に問題となった事実があったことを報告し、当該労働者を解雇する意思があることも報告していることを認定した。そのうえで、当該労働者は労働保健機関のところに召集されていないが、労働医の所見を考慮し、その他の法的義務も見られない使用者には何らの非行(faute)も存在しない、と判示した。

しかしながら破毀院は、以下のように述べ、下級審判決を破毀、取消した。「労働医は、医療監守という条件があれば、適性はあるとする見解を提出しており、トラブルが発生した際、使用者は当該労働者の健診を要求しなければならなかった。にもかかわらず、

98) 前掲注82) 参照。

99) Cass. soc., 14 décembre 2005, n° 04-40. 021.

100) Cass. soc., 14 juin 2007, n° 06-41. 377, JCP soc., n° 30, 24 juillet 2007, n° 1583.

101) 医療監守(surveillance médicale)は現在では、強化医療監守(surveillance médicale renforcée)といわれ、労働法典R. 4624-19, R. 4624-20に規定されている。その内容についてはII 3(1) (c) 参照。

当該使用者は、あらたな健診を求めることをせずに労働者を解雇している。これは、労働医の提案を考慮していないことになる。」

上記2007年判決は、何らかの精神疾患罹患の可能性があり、それが原因で暴力的な行為に出てしまう労働者に対する、ある暴力行為をきっかけとした解雇の正当性が争われた事案である。このような場合に破毀院は、労働医の医療監守の提案について、使用者が裁量的に健診を要求すればよいというものではなく、健診を要求する義務がある、と判断した¹⁰²⁾。

本件で労働医は、医療監守の提案をしていることから、この提案がL.4624-1に規定する提案権の内容に含まれるか否かが一応問題となる。しかしこの点については、提案権の範囲のところで検討した判例と同様、提案権の内容を拡大した裁判例のひとつと見ることができよう。むしろ、本件における最も大きな問題点は、労働医の提案した内容よりも重い考慮義務を使用者に課することができるか、という点である。この点につき破毀院は、適宜健診を受けるべきとの医療監守の提案を受けた場合には、問題となる行為があった際、少なくとも健診を受けさせなければならないと判示し、労働医の提案内容よりも重い義務を使用者に課した。おそらく破毀院は、症状が不安定であることも多い精神疾患の特徴を考慮して、労働医の診断を通じて使用者に再考をうながし、当該秩序違反行為のみを理由として当該労働者が即刻解雇されることを防ごうとしたものと考えられる。このような判断は、事案の解決としては妥当なものと言えよう。しかし、労働医の提案内容よりも重い考慮義務を課すこの判決は、考慮義務の範囲を不明確にしており、予測可能性を害するおそれがある。

3. 提案権行使と労働者のプライバシー保護

労働医が提案権を行使する際には、その提案の中で、労働者の病状に配慮するよう使用者に要請を行うことがある。その際、労働医は労働者のプライバシー情報をどこまで使用者に開示することができるか、という問題が議論されている。この問題は、従来から認識されてはいたが¹⁰³⁾、精神疾患に代表される近年の傷病の多様化により、さらに先鋭化しつつあるものとして注目される。そこで、まず議論の前提となる労働医の医療情報保護の仕組みにつき簡単に触れた上で、この問題が裁判上どのように顕在化しているのか、見ていくこととする。

(1) 医療関係書類 (documents médicaux) の作成とプライバシーの保護

労働医は各種の健康診断などに基づいて、労働者の健康状態などを記載した医療関係文書を作成・保管する義務を負う。医療関係文書には、①医療記録簿、②医療適性カード、③医療カードの三種類があることは前述した。これらの医療関係文書の中の、とくに医療記録簿は、各労働者の健康状態をはじめとする医学情報が網羅的に記載されており、最も基本的で詳細な文書である。したがって、プライバシーや企業秘密の保護という観点から、いかなる場合であっても、使用者に医療記録簿を開示してはならない(D.4624-46)。ただし、労働医が使用者に、傷病労働者に対する職場内での一定の配慮を要請するためには、医療記録簿の開示はできないとしても、ある程度労働者の病状を使用者に伝達しておく必要が存する場合もある。この場合、使用者に労働者の病状をどこまで知らせるかは、労働医の裁量にゆだねられている¹⁰⁴⁾。そこから、労働医の「労働者の健康を保護」するという職務遂行と、労働者の、病状を使用者や同僚に知られたくないというプライバシーの利益とが衝突することとなる。

102) VERKINDT (P.-Y.), note sous Cass. soc., 14 juin 2007, JCP soc., n° 30, 24 juillet 2007, n° 1583.

103) 保原喜志夫・前掲注16) 222頁以下〔加藤智章〕。また、砂押以久子「労働者の健康情報とプライバシー」季刊労働法209号23-26頁(2005)。

104) 保原喜志夫・前掲注16) 223頁〔加藤智章〕。また、Cass. soc., 10 juillet 2002, Dr. soc., 2002, pp. 1010-1012参照。

(2) 解雇の正当性と健康情報の開示

この点に関し、前述の2007年6月14日判決にもう一度立ち返ろう。この判決は、何らかの精神疾患が原因で暴力的な行為に出してしまう労働者に対する、ある暴力的行為をきっかけとした解雇の正当性が争われた事案であった。この場合、当該労働者の解雇の正当性を判断する際に、使用者が当該行為が傷病から生じていることを知っていたかどうか重要なポイントとなる。なぜなら、もし使用者が、当該行為が疾病を原因として引き起こされたものであることを知っていたならば、当該労働者の解雇は傷病を理由とする差別にあたり、無効と判断されるからである¹⁰⁵⁾。前述のとおり、フランスでは、労働者の健康状態に関する個人情報には労働医のみが保有し、使用者にどこまで開示するかは労働医の裁量にかかっている。したがって、労働医が当該情報をどこまで開示していたかが、解雇の正当性の存否につき重要な判断要素となる。

このように見てくると、労働医は、傷病労働者の雇用を保護するために、病状をできるだけ使用者に開示・説明したほうがよいこととなる。また、上記場面に限らず、傷病労働者が安全で適切な環境のもとで労務を提供できるようにするためには、使用者に労働者の症状を正確に把握してもらった上で、使用者に適切な配慮を求めるほうがよい。しかし、それには重大な問題点がある。なぜなら、そうすることで労働者のプライバシー情報を使用者に掌握させてしまうこととなるため、当該労働者の尊厳を傷つけてしまうおそれがあるからである。労働者の傷病にかかわる情報は、それ自体が非常にデリケートな内容を含んでいる。場合によっては当該情報によりその者の私生活をも垣間見ることができてしまうこともあり、当該労働者がその開示を望まないことも多い。また、病状を知った使用者からの脅迫やハラスメントにつながる可能性

もないとはいえない。そのため、労働医は、傷病労働者の病状に関する情報をどこまで使用者に開示することが許されるのか、また、雇用保護のためにはどこまで開示しなければならないのか、難しい判断を迫られている。

以上の検討からは、労働医の、労働者の健康保護という任務が、必ずしも労働者の利益につながるとは限らないことがわかる。労働医の、健康保護という任務と労働者のプライバシーの利益、また使用者の労務指揮権とが交錯する、繊細な考慮を要する問題を提起している。

IV 労働医制度の政策的課題と人事発言権の帰趨

1. 労働医制度の政策的課題

フランスの労働医制度は、現在、改革論議の渦中にある。そしてそこには様々な原因がある。なかでも最も大きな要因とされるのが、労働環境の変化による新たな傷病の増加である。国際競争の激化にともなう労働環境の過酷化、あるいは新しいテクノロジーの導入などから、フランスでもここ20年程のうちに、筋骨格系 (musculo-squelettiques) 疾患や精神疾患の増大が認められている。また、有期雇用、在宅勤務、テレワークといった労働形態の多様化が、傷病のリスクファクターを潜伏させ見えにくくしているという問題点も指摘されている。石綿被害といった長期的な被害調査、労働環境調査を要するような疾病も現れている¹⁰⁶⁾。

また、EECの1989年6月12日理事会指令 (Council Directive)¹⁰⁷⁾ が1991年にフランス国内法化された影響も否定できないだろう¹⁰⁸⁾。これは、加盟国の労働における安全・健康を促進することを目指し、安全衛生の最低基準等を定めるものである。この影響により、AFSSET (l'Agence française de sécurité

105) VERKINDT (P.-Y.), *note sous Cass. soc.*, 14 juin 2007, *JCP soc.*, n° 30, 24 juillet 2007, n° 1583, p. 30.

106) DELLACHERIE (C.), *op. cit.*, p. 12.

107) Council Directive 89/391 EEC of 12 June 1989. たとえば、その5条1項では、「雇用主は労働に関するあらゆる局面において、労働者の健康と安全を保証する義務を負う」と規定されている。

108) 旧労働法典 L. 230-2 (現 L. 4121-1以下)。

sanitaire de l'environnement et du travail) 等、労働環境の安全衛生水準の向上を目指す組織が作られるなど、労働における安全及び健康を「公衆衛生 (santé publique)」の一環として位置づけ、労働環境を改善し、傷病を未然に防ごうとする動きが強まった¹⁰⁹⁾。

以上をもとに2000年以降行われつつある労働医改革は、以下のような方向性をもつ。まず、特に推奨されているのが、労働医の作業場への立入権の強化である。これは、初期段階での傷病の発見を目指すのみならず、労働者の健康診断等の個別的な予防措置よりも、労働環境を改善することによる集団的な予防措置を優先しようとする意図に基づく。また、近年の傷病の多様化および、長期的な労働環境調査の要請に対処するため、他の専門家との連携の強化、学際的な保護システムの構築も大きな目標としてあげられている。保護の対象を自営業者等にも拡大する動きもみられる。悪性中皮腫等、長期的な観測を必要とする傷病に対応するため、転職等、企業を移動しても傷病データが蓄積されるよう、労働医間の情報伝達システムを構築することも重要な課題とされる¹¹⁰⁾。さらには、労働医サービスは公衆衛生サービスのひとつであるとの位置づけから、労働医が作業場立ち入りや各種健康診断の際に得たデータを、企業を超えたネットワークにより国等の関係機関に集積し、疫学的調査等に資することなども目指されている¹¹¹⁾。

他方、労働医の増員も重要な政策目的の一つである。というのも、2008年時点で、およそ4分の1の労働医が50歳以上であり、高齢化が急激に進行しているからである。さらには、今後5年以内に、約7000人いる労働医のうち、およそ1700人が引退してしまうとの予

測もある¹¹²⁾。そこで、この問題の解決に向けては、労働医の増員はもちろん、定期健診といった労働医の職務の一部を、看護師等の補助者に委譲すること等が議論されている。

2. 人事発言権の帰趨

以上の安全衛生制度改革、労働医制度改革議論のもとで、人事発言権の内容およびそれに対する評価も変化してきている。まず、労働者の適格性を診断する機会は減らされている。というのも、定期健診の回数自体が減らされる傾向にあるからである。これは、従来、労働医の職務時間のほとんどが健康診断等で拘束されていたという問題点に対応したものである。たとえば、以下のようなデータがある。L'ACMS という parisienne 地方の共同機関では、2005年の1年間に742,890件の定期健診を行わなければならなかった。しかし、実際にはその半分ほどしか実施することができず、結局375,654件しか行われなかった¹¹³⁾。このデータからは、労働医にとって健康診断の負担がいかに大きなものであるかを伺い知ることができる。また、労働医が多量の負担をかけてまで定期健診を行い、そこで労働者の適格性診断を行うことにどれほどの意味があるのかといった疑問も呈されている。実際、Nord-Pas-de-Calais 地方と Picardie 地方の共同機関が2005年に行った定期健診では、不適格であると診断された例は全体の1%に過ぎなかったとのデータが報告されている¹¹⁴⁾。そこで、健康診断にかかる負担を減らし、作業場立ち入りなど、集団的傷病予防に向けた活動に多くの時間を割けるようにするため、2004年7月28日のデクレにより、これまで1年ごとに行われるべきとされていた定期健診が2年ごとに改められた

109) DELLACHERIE (C.), *op. cit.*, p. 13.

110) DELLACHERIE (C.), *op. cit.*, p. 19.

111) DELLACHERIE (C.), *op. cit.*, p. 22.

112) DELLACHERIE (C.), *op. cit.*, p. 16.

113) GOSSELIN (H.), *op. cit.*, p. 23.

114) GOSSELIN (H.), *op. cit.*, p. 21.

115) Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004. BABIN (M.), *op. cit.*, p. 655. 採用時健診や復職時健診は前述のように法令、判例によりその履行を厳しく求められているため、定期健診の負担を減少させる措置がとられた。GOSSELIN (H.), *op. cit.*, p. 24.

115)。ただし、この改正により労働医の健康診断の負担がどれほど減少したのか、未だ明らかではない。また、健康診断の回数を減らしたところで、作業場立入り等、予防活動の遂行を義務付ける実効的な規定が存在しない現状では、あまり効果はないのではないかと指摘もなされている¹¹⁶⁾。

定期健診のみならず、適格性判定機能そのものに疑問を呈する見解もある。破毀院社会部の判事である Hervé Gosselin は、適格性判定機能は傷病予防にあまり効果がないのではないかと主張している。彼は、「労働医により適格性を判定するという方法をとらない諸国と比較しても、石綿被害や筋骨格系 (musculo-squelettiques) 疾患、精神疾患といった疾病の発生を有効に防ぐことはできていない」と述べる。そして、むしろ雇用保護のためのシステム作りを強化するべきで、不適格認定は、さまざまな雇用保護措置を行ったうえで最後に行われるべきものだとして主張する。また、定期健診などよりも、あらかじめ特に傷病予防を必要とする人のみに絞った健康診断を行うなど、健康診断の新しい形を模索すべきだと主張している¹¹⁷⁾。このほか、特に全てのポストに対する不適格認定について、その弊害を主張する論者もある。すなわち、(全てのポストに対する) 不適格認定がなされれば、一定の手続きを踏んだ上で、使用者は労働者を適法に解雇することが可能となる。そうすると、当該労働者はその労働環境にはすでに存在しなくなるので、なぜ当該労働者が負傷し、あるいは疾病に罹患したのか、その原因を追究する喫緊の必要性は薄れる。その結果、当該労働者の健康悪化をもたらした可能性のある労働環境・労働条件を手つかずのまま放置してしまう危険性が

あると指摘されている¹¹⁸⁾。また、不適格認定があることで、労働者と労働医との信頼関係が生まれにくくなっていると指摘する論者もある。この論者によると、不適格認定があることで、労働者が解雇されることを恐れ、労働医に相談することを躊躇したり、相談しても症状を隠すケースがあるとされる。これでは、労働医の側も当該労働者の正確な症状を把握することができず、症状に応じた的確な助言を行うことができないと指摘している¹¹⁹⁾。このように、労働医の適格性判定機能に対しては、その前提となる健康診断の形態や不適格認定それ自体の是非につき、多くの議論が交わされている。

V おわりに—労働医制度の機能と問題点—

フランス労働医制度は、労働者の傷病を予防することをその任務とする (L.4622-3)。このように、フランス労働医の職務が「予防」にあることは、1946年の成立¹²⁰⁾ 当初から変わっていない。そして、その「予防」という意味には、「そもそも傷病に陥らせないようにする」という意味と、「傷病に陥った労働者のさらなる健康悪化を防ぐ」という意味の二つが含まれている。これは、労働医制度がその成立当初から、安全衛生のための諮問機関として機能するとともに、健康状態が悪化した労働者を選別する機能を果たしていたことから伺い知ることができる¹²¹⁾。

ただ、現在では、後者の意味での予防機能がとりわけ強化されている。1950年代から80年代にかけて、もともとは雇入れと解雇の際にしか行われていなかった適格性判断が、定期健診その他の健診にも取り入れられた¹²²⁾。

116) BABIN (M.), *op. cit.*, p. 655.

117) GOSSELIN (H.), *op. cit.*, pp. 85-86.

118) ADAM (P.) *op. cit.*, p. 330. 同様に、すべてのポストに対する不適格認定の適用を限定すべきとする見解として、CER-VANTES (M.-H.) *op. cit.*, p. 23.

119) DELLACHERIE (C.), *op. cit.*, p. 24.

120) Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946.

121) GOSSELIN (H.), *op. cit.*, p. 7.

122) GOSSELIN (H.), *op. cit.*, p. 8.

123) GOSSELIN (H.), *op. cit.*, p. 8.

また、1976年に提案権が法定され¹²³⁾、1981年と1992年には、労働契約の停止の後の復職時健診の際に、労働医が不適格認定をした場合には使用者は考慮義務を負うことが明文により定められた¹²⁴⁾。このことにより、労働者の傷病という局面に限ったことではあるが、労働医は使用者の人事権行使の際に大きな発言権を持つようになる。そして、各種健康診断とそれに伴う適格性診断や提案権行使に勤務時間の多くが費やされることもあり、しだいに人事発言権の行使が労働医の中心的な職務となっていった。人事発言権は、主に健康診断の際に、各労働者に対し個別に行使されるものであるため、労働者に対する個別的な予防機能が強化されていったとみることもできる。

また、冒頭でも述べたように、近年では、フランスでもわが国と同様に、国際競争の激化や就労環境の変化等を背景にして、精神疾患に代表される傷病の多様化が大きな問題となっている。この影響もあり、労働医の人事発言権は拡大される傾向にある。もはや提案権の内容は、条文に規定されている「配転」「職種の転換」にとどまるものではなく、当該労働者の具体的な病状や就労能力、就労環境等に応じて柔軟に解釈される可能性が認められている。それにともない使用者の考慮義務の程度も、状況に応じたさまざまなものが要求されており、時には労働医の提案内容以上の考慮義務を使用者に課す裁判例すら現れている。さらには、傷病の種類が多様化すればするほど、労働医の保有する健康情報もよりデリケートなものとなり、どのような情報を使用者に提供すれば、労働者がより安全な環境で労務を提供できるのか、労働医の適切な判断がこれまでよりも強く要請されている。このように、労働者の健康管理という側面において、使用者が労務指揮権を行使する際には、労働医の役割がますます重要となってきたのである。

そして、人事発言権は、結果的に労働医に

注目すべき重要な役割を与えた。傷病に陥った労働者を解雇するためには、労働医の健診を受けさせ、不適格認定を得ることが非常に有効な手段となる。ここに、使用者が労働医に健診を要求する等、積極的に働き掛ける契機が生まれた。また、労働能力が減少した労働者の側も、自らの労働能力により適合したポストへの再配置を求めたり、職務遂行において使用者から何らかの配慮を引き出すためには、使用者に対する法的拘束力のある提案権を労働医に行使してもらったほうが、より有利に交渉を進めることができる。このように、労働者の傷病をきっかけとして、使用者も労働者も労働医に判断を仰ぐ構造が生まれるのである。これを受けた労働医は、労働者の病状、労働者の現在おかれている就労環境や再配置可能なポスト等を考慮しつつ人事発言権を行使する。このことにより労働医は、本来備えていた単なる諮問機関という役割を超えて、労使交渉の重要な「仲裁者(médiateur)」としての役割を果たしていると見ることができるのである¹²⁵⁾。ここでは、専門的見地から労使交渉の妥当性を担保するとともに、労働者の利益を適切に代弁することや、労使の意思疎通を図ること、また、交渉が適切に行われているかを監視すること等も期待されているものと推察される。

以上みたように、フランスの労働医は人事発言権を行使することで雇用関係において重要な機能を果たしている。しかしながら、前述したようにその労働医制度は現在抜本的改革議論の渦中にある。その議論の方向性は、労働医制度を公衆衛生の一環としてとらえ、作業場立入権を強化すること等を通じて、労働環境を改善し、労働者の傷病を集団的に未然に防止することに向けられている。この改革の大きな流れの中で、定期健診の頻度を減らすなど、労働者に対する個別的な予防機能は縮小されている。また、論者によっては労働医の適格性判定機能に否定的な意見すらある。このような議論からは、労働者の個別的

124) 前掲注53) 参照。

125) CERVANTES (M. -H.) *op. cit.*, p. 23. また, GOSSELIN (H.), *op. cit.*, p. 13.

な予防機能を優先し続けたことで集団的な予防機能がおろそかになり、機能不全が一部に生じてしまったことを修正しようとする方向性が見てとれる。

このように、フランスの労働医制度は現在、曲がり角にきているともいえる。しかしそれでも、日本の傷病労働者をめぐる法的問題を考える上で、有益な示唆を与えてくれるように思われる。

フランスにおいては、傷病労働者の就労可能性について労働医という専門家に医学的判断を委ね、かつ、人事上の提案権をも認めていた。この制度は、日本において生じている傷病労働者の復職などをめぐる法的紛争を回避し、新たな労使関係を構築するために有効である。もっとも日本の産業医は、その専門性が確立されておらず、直ちにフランスのような制度を導入することはできない。しかし、日本においても、傷病労働者に関する医学的判断を独立性のある特定の医師に委ねる制度が志向されてよいであろう。

また、これまで述べたとおり、フランスの労働医が有する人事発言権は、傷病労働者の就労可能性を適切に判断し、労使紛争を防止するために非常に重要な役割を果たしている。しかし、労働医に強力な権限を付与したことにより、使用者の人事権および労働者のプライバシーなどとの相克も生じている。これらをめぐる議論は、日本において、傷病労働者について医師の医学的判断を制度的に組み入れることを展望するうえで、留意すべき課題を示していると考えられることができる。

そして、現在フランスにおいて活発に繰り広げられている労働医制度の改革に関する議論は、傷病労働者の個別のかつ適正な取扱いとともに、効率的な安全衛生体制の構築という課題を並行して検討すべきことを改めて示唆しているように思われる。換言すれば、安全衛生体制という大きな枠組みの中での位置付けを常に意識しながら、産業医の役割を考察していく必要があるともいえる。

今後は、フランスの労働医制度をめぐる議論をさらに深く検討しながら、日本の傷病労働者をめぐる法的問題に関して、その解釈論

および制度論について考察を深めていく必要があると考えている。この点については、次の検討課題としたい。