

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24年度 研究報告書

主任研究者 三柴 丈典

平成24（2012）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	107
1-2.	イギリスのストレス管理基準 (Management Standards) の効果が十分に確認されない理由に関する一考察		
(1)	公衆衛生学の立場から	堤 明純	257
(2)	精神医学の立場から	佐渡 充洋	259
2.	デンマークの産業精神保健法制度	井村 正己	263
3.	オランダの産業精神保健法制度	本庄 淳志	299
4.	ドイツの産業精神保健法制度	水島 郁子	317
5.	フランスの産業精神保健法制度	笠木 映里・鈴木 俊晴	349
6.	アメリカの産業精神保健法制度	林 弘子	367
7.	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	397
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	427
	添付資料 (成果物 : 公表論文)		

	境界領域としての働く場—適応と不適応—	白波瀬 丈一郎	433
2.	産業医学 産業保健専門職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・ガイダンス等の効果の評価指標の開発を目指して—	梶木 繁之	439
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	453
Ⅲ.	研究協力者研究報告書		
1.	社会学 産業精神保健の歴史 —1950年代～現代まで—	荻野 達史	475
Ⅳ.	研究成果及び本研究プロジェクトに関連する刊行物に関する一覧表		577
Ⅴ.	研究成果及び本研究プロジェクトに関連する刊行物・別刷		581

I. 総括研究報告書

平成24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・教授

*以下、昨年度の報告書に加筆修正を加えた部分に下線を付す。

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。昨年度と本年度の調査研究は、①を目的としている。

得られた結論を整理すると、以下の通り。

<求められる実体的理念>

・1次予防施策から3次予防施策の全てにわたり、①個別性、②（連携的）専門性、③多面性、④柔軟性、⑤継続性、⑥人間性（心理的特性の考慮）、⑦客観性の7要素が求められる。

<各論>

1) メンタルヘルスの定義

・「精神疾患や障害の存否にとらわれず、物理的・心理的負荷等により、労働や日常生活上の制約を招く問題への対応を、個人と組織の両面から図ろうとする作用」のこと。

・研究代表者の私見は、「社会・経済構造、自然環境や生活スタイル等の大きな変化の中で、個人と組織の成長と適応を実践、支援する作用」のこと。『ヤドカリの引越』の実践と支援」と喩えることもできる。

2) 1次予防施策のあり方

・現行の労働安全衛生法第28条の2を準用する第88条に規定されるメリットを産業精神保健対策にも発展的に拡充するような施策により、実質的に性能要件化（：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）を図る方が望まれる。

・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、職場の間

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るが、メンタルヘルス問題の多因子性、多様性、多層性などを考慮し、梶木報告書が示した中間指標を重視する必要がある。

・また、欧米の法制が採るリスク管理手法や、障害者差別禁止の手法の採用を促すことで、民事上の手続的債務の履行を誘うことも可能。

3) メンタルヘルスは科学たり得るか

・自然科学的な認識体系に基づくデータのみで論じることは困難だが、それ故に適切な措置を講じないことの言い訳にはならない、とするイギリスの研究者グループの示唆が妥当であろう。至局、自然科学的な解明が進むまでの間、公衆衛生疫学的な傾向分析に拠らざるを得ない。

4) 各国の法制度が対策の射程に捉えているメンタルヘルス問題とは

・各国の法制度の射程はさまざまだが、日本の法制度でメンタルヘルス対策を強化する際には、主として心理社会的・物理的リスク要因により長期（概ね2週間以上）にわたり労働能力に制限を受ける（ことが専門家や諸事情から客観的に裏付けられる）者の発生を防止することを射程に捉えるべきではないかと解される。ただし、フランスやアメリカの法制のように、生じる被害（損害）の観点を離れ、不当な差別等による人格的利益の侵害を防止する観点も求められる。

5) 職域メンタルヘルス対策に相応しい法制度

・諸外国のメンタルヘルス関連法制度の趣旨・性格は、障害者差別禁止アプローチを主軸とするアメリカ型とリスク管理アプローチを主軸とするヨーロッパ型に分かれるが、その効用をみる限り、現段階で、職域メンタルヘルス対策にとってどのような法制度が最も適当とは言い切れない。図1で示すように、労働安全衛生、経営、人事労務管理、医療、福祉に関わる法制度の全てに対応が求められていると言わざるを得ない。ただ、職域で可能な対策に限定すれば、イースト・アングリア大学ノーリッチ・ビジネス・スクール行動科学教室教授 Kevin Daniels 氏や、日本の関連判例も示唆するように、結果として、①training（教育訓練）、②motivation（動機付け）、③selection（採用・配置等における人選、適材適所）、④job design（職務の設計と割当）の適正化を「促す」ような法政策の構築が望ましいとはいえよう。

・また、予防効果が直ち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。アメリカのADAの枠組みも、労働力の積極活用の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。

6) 強制的方策と誘導的方策のいずれが適当か

・科学的知見が不足しているほか、精神障害を含めたメンタルヘルス不調の特質を踏まえると、直ちに一律的な強制的方策（ヨコの方策）を採ることには困難が伴うが、全

てを当事者の任意に委ねる誘導的方策（タテの方策）が適当とも言い切れない。タテの対策を講じる中で、①嫌悪感に基づく差別的取扱いの禁止、②各労働時間単位の間の休息時間の確保、③急激かつ大幅に労働条件が変化した場合の支援体制の構築など、一般性のある条件が判明すれば、一律的な義務規定の設定が求められる。また、タテの対策を促進するためにも、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、個々人の個性・背景・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。

7) 心理学的アプローチの正当性・妥当性

・メンタルヘルス対策では、人間や組織の心理（学）的特性を考慮せざるを得ないが、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、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データや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対策の転帰からも明らかと考えられる。

・ただし、1次予防面では、グッドポイント・アセスメントとリスク・アセスメントの併用、中間指標の開発を含め、問題の心理的特性を捉えた介入と効果について、引き続き調査研究を進める必要がある。

8) 就労経験を持たないか、特別な配慮を受けずに就労した経験を持たない、真正精神障害者対策と、過重なストレス要因へのばく露により不調に陥った仮性精神障害者・不調者対策の関係

・イギリス、アメリカの例からは、両者を連続的に捉える必要性がうかがわれる。特に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。ただし、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。

・そこで、イギリスのJobcentre PlusやRemploy社、ソーシャル・ファームのほか、日本の先駆的企業などが果たしている役割を参考に、産業と福祉の窓口兼バッファーとなる組織の創設について検討する必要性が生じる。その際、客観的な労働能力の審査を前提に、障害レベルを重度と中・軽度等に区分したうえで、発症の経緯、症状経過、本人のパーソナリティや志向性、従前の労働能力等に応じ、個別的、専門的、多面的、継続的、人間的、客観的支援を行う必要がある。支援の内容は、社会保障給付の受給支援から、適当な医療機関や医師の選択、日常生活上のケア、生活上の悩みの解消、就労能力の回復と育成、就労支援、雇用継続支援にまで及ぶものでなければならない。その際、窓口となり、連携の核となる人物の存在と、彼らを孤立化に追い込まないためのプラットフォームの存在、使用者や使用者団体との有機的連携が重要な意味を持つ。公的機関が主導する場合、民間のNPOなどの資源との連携も必要だが、コントロール・タワーとして、情報を一元的に管理する必要がある、そのために障害となる医療個人情報の取

扱い規制などは、合理的な範囲で排除される必要がある。

9) 発症・増悪事由の業務上外による対策の区別の可否と是非

・この課題は、産業保健を含めた保健の発想と法の発想の相違を浮き彫りにする。

・結論的に、発症・増悪事由による対応の区分は、当事者や関係者の納得性を高める効果は見込めるものの、実施してもしなくても良いと考える。ただし、実施する以上は、早期の適正な業務上外認定が求められ、実施しないならば、ヨーロッパのように私傷病罹患者に対する手厚い雇用・賃金保障をなすべきと考える。また、実施する場合、労働基準監督署のような官公署とは別に、症例の業務上外について気軽に判断を求められる第三者機関を設ける必要があると考える。

10) メンタルヘルス情報の保護のあり方

・労働能力・適性に関する情報は使用者による取得を含めた取扱いが可能だが、疾患名など、ダイレクトに医療個人情報に相当する情報については、それを許すべきではない、というのが本調査の帰結だが、症例対応の窓口やコントロール・タワーとなるべき機関や人物には、適正範囲で情報の取扱いが認められなければならない。また、実効的なメンタルヘルス対策に際して、人事労務部門や直属の上司等の関与が求められる場合も多いことは、日本のメンタルヘルス指針でも明らかにされている。よって、情報の取扱いにも手続的理性が求められる。

・まず、採用前のストレス脆弱性等の調査は原則として行われるべきではないが（平成5年5月10日付け事務連絡「採用選考時の健康診断について」、平成13年4月24日付け厚生労働省職業安定局雇用開発課長補佐から都道府県労働局職業安定主務課長宛事務連絡を参照）、労働能力・適性に関わる調査は可能である。一応の判断規準は、アメリカの EEOC ガイドライン等を参考に設定されるべきであろう。

・次に、採用後の雇用過程におけるメンタルヘルス情報の取扱いについては、これまでに労働省ないし厚生労働省から発出ないし公表されてきた数多の指針や文書（以下、「指針等」という）が、法的観点でも参考にされるべきである。指針等の主旨は、要約、①本人同意の獲得、②産業医等による一元的な情報管理、③衛生委員会等での審議に基づく各事業所での情報取扱規程の整備、④産業医等以外に情報を流通させる場合の加工（主に、実施されるべき就業上の措置を想定）の4点に集約されるが、①本人同意の獲得が困難な場合については、直接的には触れられていない。となると、そうした場合には、②③④を徹底すれば、手続的理性が果たされたことになるであろう。

ただし、(α) 使用者が業務上の過重負荷を創出ないし放置し、労働者がそれにばく露したため、心身の不調を生じて当然といえる場合、(β) 定期健診、欠勤・休職時の診断書の提出、その他自発的な申告等により、既に法人に必要な情報が提供されている場合、(γ) 「密接な接触関係」にある上司等が、本人の不調を知っているか、当然に知るべき場合（特に、(α) の前提がある場合に妥当し易い）、(δ) 労働者側が情報提供を躊躇しても当然といえる条件を使用者側が創出していた場合には、たとえ個々の場面で情

報提供を拒否されても、使用者側が免責されることにはならない。

・また、現行の刑法第134条や個人情報保護法などの規律を整理し、所要の要件を規定したうえで、「症例対応の窓口やコントロールタワーとなるべき機関や人物」について明文の適用除外規定を設ける必要がある。また、現段階で、メンタルヘルス情報の取扱いについて、最も詳細な指針を示した公文書は、平成18年3月中央労働災害防止協会（厚生労働省委託）『「職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会」報告書』であるが、労働者の同意の獲得が困難な場合の規律についても、一定の指針を示す必要がある。

1 1) 法政策は1次予防・2次予防・3次予防のいずれに注力すべきか

・3次予防が喫緊の課題であり、かつその履践が1次・2次予防にも繋がることは認められるが、3次予防と1次予防は「車の両輪」と考えるのが妥当と解される。

・他方、3次予防面での所得・生活保障と就労支援機能の充実化も喫緊の課題である。特に、症例対応のコントロール・タワーとなるべき多機能をもった機関の設定と、当該機関による産業と福祉の連携は、多くの労働者の生活と福祉に貢献すると思われる。

1 2) 作業関連ストレス対策と経営・人事労務管理問題の切り分けの可否と是非

・これまで、日本の労働裁判例は、著名な電通事件最高裁判決を転換点として、「過度な心理的負荷」を積極的に認定するようになったことで、実質的に彼らの人事労務管理のありように介入するかのような判断を示すようになって来ている。

・アメリカでは、労災補償に関して、純然たる人事事項に介入するような判例傾向に歯止めをかけるような立法もなされたが、日本では未だそうした動きは見られない。

・結論的には、やはり、メンタルヘルス対策の効果指標を中間指標も重視しつつ開発し、性能要件的な規定（前述した第88条の発展的拡大等がそれに当たる）の下で各組織独自の取り組みを支援する体制を整え、結果的に上掲のような作用が誘われる方向性が望ましいと解される。

分担研究者

①井村 真己

沖縄国際大学法学部・教授

②林 弘子

福岡大学法学部・教授

③水島 郁子

大阪大学大学院高等司法研究科・教授

④笠木 映里

九州大学法学部・准教授

⑤長谷川 珠子

福島大学行政政策学類・准教授

⑥本庄 淳志

静岡大学人文社会科学部・准教授

⑦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

⑧梶木 繁之

産業医科大学産業生態科学研究所・産業保健経営学講座・講師

⑨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

②荻野 達史

静岡大学人文社会科学部・教授

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、昨年度と本年度の調査研究は、①を目的とした。

B. 研究方法

法制度調査については、初年度の第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（平成23年度法制度調査班「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。初年度の調査対象国には、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一定の障害者を対象とする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するよう要請した。

本年度は、初年度の調査結果を踏まえ、平成24年5月14日付けで、研究代表者が前記フォーマットに修正を加えた以下の

新規フォーマット（平成24年度法制度調査班「調査報告書の基本的な構成」）を、法制度調査班を構成する分担研究者及び研究協力者に呈示した。また、調査対象国に、イギリスやデンマークと同様に1次予防面で公的な作業関連ストレス対策を実施しつつ、3次予防面で充実した復職支援及び所得・雇用保障制度を持つオランダを加えたほか、アメリカについて、障害者差別禁止法以外の関連法制度を調査対象に加えた。

○平成24年度法制度調査班「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。

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、イギリスなどでは、一次予防を罰則付きで義務づける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 精神保健福祉法など、職域に影響する関連法についても積極的に捕捉すると共に、役割分担についても調査する。

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）、従業員のかかりつけ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1.3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。

・法律ではなく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、違反の効果など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同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。

・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基本となるが、これらに囚われるわけではない。また、比較的短期に成果が出やすい指標と出にくい指標があると思われるので、どの指標がいずれに属するかを整理したうえで、その双方についてデータを得られれば理想的だが、いずれかについてのデータでもやむを得ない。

・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。

・ハラスメントについては、法的規制を
敷いているところでは、「労働者人格の保
護」、「雇用差別の禁止」、「労働安全衛生」
のいずれか又は複数の趣旨でアプローチ
されているので、1.3や1.5などの一環
として論じるか、別に項目立てして論じ
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、初年度の平成23年9月時点で研
究代表者より以下の課題が示され、概ねそ
れに沿った調査研究が実施された。

○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）の類型、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
同について

・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）のメンタルヘルス対策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。

そこで本年度は、年度当初に研究代表者より以下の（追加的）調査課題が示された。また、本年度より研究班に参画する荻野達史教授に対し、社会学的観点での調査課題が示された。

○平成24年度における関連領域の専門家の（追加的）調査課題

（1）精神医学（白波瀬）

・平成23年度は、「鍛え育てる」作用による適応支援を焦点とした論述となったが、本年度は、「休職」や「薬物療法」、「支持的療法」など、「鍛え育てる」とはいつけん真逆のベクトルを持つと思われる作用の効用について考察する。

（2）産業医学（梶木）

・平成25年度の企業調査、労働者健康福祉機構の助力を受けて行うメンタルヘルス対策推進促進員による訪問支援の効果測定の前準備作業として、法政策が労働者のメンタルヘルスに与える影響の機序について、産業医のグループワークから、複数のパスウェイを描出する。その過程で、良好なメンタルヘルスの実現に至る有効な中間指標を同定する。

・公的なメンタルヘルス対策とEAPなどの民間の取り組みの効果に関する文献を探索し、仮に見つかれば、その信頼性の評価を含めたレビューを行う。

（3）経営学（團）

・平成23年度の分担報告書のうち、未了部分を完成させると共に、エビデンスや裏付けが明確でない論述について、可能な限り補充する。

・新たな論点として、新たな企業内分業が労働者のメンタルヘルスに与える影響や、23年度の報告書でメンタルヘルスとの関連性が指摘された、企業間移動を可能にする **Employability** 等を加える。

（4）社会学（荻野）

・年度途中で研究協力者として研究班にご参画頂いた荻野教授には（*平成24年度は分担研究者としてご参画頂く予定）、1950年代以後の産業精神保健の歴史について、学問と政策を中心に、系譜を明らかにして頂く。

C. 結果

1. 法制度の調査結果（経過報告）

（1）イギリス

ア 背景

<労働安全衛生法上の施策>

・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いた。また、福祉から就労へ（welfare to workfare）の国家的な政策方針の転換があった。

・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不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

ド（※日本円で約1兆80億円）、プレゼンティズム（presenteeism：※疾病障害者患者の（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

る気風があるものと察せられる。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（労働安全衛生法）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。

もつとも、筆者の現地調査では、複数の識者から、実際には、行政の権威を無条件に信頼する国民はむしろ少なく、行政による法政策についても、最低基準としての不作為の義務づけは一定程度容認するが、作為の義務づけは歓迎できない、との考えを持つ者が少なくない、との見解を得た。その前提に立てば、MSが国レベルで十分に普及ないし機能しないとしても、頷ける面もある。

<障害者差別禁止法上の施策>

・イギリスの障害者差別禁止法は、いわば前史に当たる①1944年障害者（雇用）法時代、②1995年DDA時代、③2003年改正法時代、④2010年平等法時代の4つの時代区分に分けられる。他方、規制内容は、(ア)福祉・保護的観点からの障害者の雇用保障措置、(イ)直接差別、(ウ)障害に「関連する」理由による差別、(エ)調整義務の不履行による差別（：一種のポジティブ・アクション・アプローチ）、(オ)

間接差別、(カ) ハラスメント、(キ) 報復的取扱いの7種類に大別される。差別禁止の対象事項は、採用時には、(a) 採用者決定のための措置、(b) 採用上の雇用条件、(c) 採用拒否、採用後には、(d) 雇用条件、(e) 昇進や配転、教育訓練、その他の利益等を受けるための機会へのアクセスの許否、(f) 解雇、(g) その他の不利益に及ぶ(②③④時代を通じて共通)。

・①時代は、労働不能を本人責任に帰せしめる発想が強く、障害者雇用についても、割当雇用制度を含めた(ア)による時代だったが、先天的障害、労災等本人に帰責事由のない障害への対応の必要性についての認識の高まりもあり、アメリカのADAを参考にDDAが制定された経緯がある。

・②時代には、「精神的または身体的な障害を持ち」、「その障害が日常的な活動をする能力に実質的かつ長期にわたる悪影響を及ぼす」こととなる者を対象として(*この点では③④時代も同じ)、(ウ)(エ)(キ)の規制が設けられていた。

・(ウ)は、障害によるタイピング不能などを理由(障害関連事由)とし、正当化できない差別を規制するものだが、②③時代には、使用者の障害認識の有無は問われず、事実上、(オ)の規制に近い性格を持っていた。2008年貴族院判決(London Borough of Lewisham v. Malcolm[2008]IRLR 700 HL)のように、DDAの証明ルールを直接差別的なものに修正したり、2001年控訴院判決(Jones v. Post Office[2001]IRLR 384 CA)のように使用者側の正当性の抗弁を緩やかに解釈するなどして、間接差別的運用の抑制を図る動きもあったが、政府は、その後、障害

者を含めた一般的な間接差別規制を置くEU指令の影響も受け、間接差別規制への置き換えを内容とする法改正を主導した。

・(エ)は、種々の契約や労働条件などの取り決め、建物の物理的特徴などが障害者に不利益な影響を与える場合、使用者に、その場面のあらゆる状況を踏まえ、当該不利益を防止するための合理的措置(施設の改造、業務軽減、勤務時間の変更、リハビリテーション、職能評価、訓練の提供、備品・設備の整備等)を実施する義務を課し、その不履行を禁止される差別とみなすものである。合理性の判断は、措置の効果、実施可能性、使用者の経済的負担等を事案ごとに検討してなされる。アメリカのADAのように、使用者に過度な負担(undue hardship)がかかる場合の免責規定は存しないが、事実上、この要件にその要素が含まれていた。ただし、たとえ経済的コストがかかる場合にも、費用対効果が高ければ、講じるべき合理的調整措置と評価され得る。

(オ)との関係では、それが対集団的性格を持つのに対し、(エ)は対個別的な性格を持つ点で異なる。また、その対個別的な性格から、この義務の不履行による差別の申立人は、当該障害者本人に限られる。

・②時代のDDAが(エ)や(ウ)を規制の中心に据えていた背景には、性、人種の属性以上に、「障害という属性自体が不利な立場を内包している」との認識があったと察せられる。おそらくはそのこととも関連して、後掲する雇用年金省傘下のJobcentre Plusは、「仕事へのアクセス支援」の枠組を通じ、雇用者による調整措置に資金援助等を実施してきた。なお、調整義務の不履行は、(ウ)を推定させる場合もあっ

た。

・(キ)は、ある者が、障害者が、障害者差別禁止法に基づく訴訟手続を開始したり、同手続に関連して証拠や情報を提供したり、同法に関連する行為を行ったこと等（*④時代には、以上を併せて「保護される行為」と呼ぶようになった）や、当該行為を行う可能性があると感じたこと等を理由に、他人を不利益に取り扱った（か、取り扱おうとした（*この部分は④時代に削除された））場合に成立する。

・③時代には、新たに（カ）の規制の他、（イ）の定義規定が加わった。また、この時代から（④時代も併せ）、直接差別やハラメントに限り、近親者が障害者である等、障害を有すると認識されたことを理由として差別される者も保護対象とされるようになった。

・（カ）は、(a)障害者の尊厳を侵害するか、(b)脅迫的、敵対的、品位を傷つける、屈辱的、侮辱的のいずれかに該当する条件をもたらすような目的又は効果を持つ、本人にとって不快な行為を指すと定義されていた。ただし、関連するあらゆる事情に照らし、当該行為がそうした効果を持つと合理的に解される場合、との限定も付されていた。

・（イ）は、障害関連事由を含めた職務上の能力等の条件が共通する前提で、正当な理由がないのに、障害を理由に差別することを禁止するものである。職務上の能力の共通性は、他の属性にかかる差別では求められない。コンピュータ技術者の募集に際して、視聴覚障害であるというだけの理由で採用候補者から除外するような行為がそれに該当する。特段の配慮を必要としない障害者に有効な規制といえる。

<障害者福祉・雇用促進法上の施策>

・イギリスの社会保障制度は、租税負担による公的扶助を中心とし、無差別平等主義的な社会保険制度によって補完される北欧型（対義語は社会保険中心の大陸型）に属する。同国の障害者福祉・雇用促進法上の諸制度や諸施策も、基本的にはその前提に基づいて設計されているが、政府の財政難を背景にした福祉制度改革の影響を受け、「福祉から就労へ（welfare to workfare）」の方向性を強めている。すなわち、一方では、所得保障制度の統合再編と給付対象者の絞り込みを図りつつ、他方では、ワーク・チョイスを中核とする職業リハビリテーション、職業訓練、職業紹介等の就労志向での制度の再設計と充実化を図っている。肯定的に評価すれば、単なる経費削減ではなく、いわば、人材活用への投資的側面を持つ「選択と集中」とも言えよう。

イ 特徴

<労働安全衛生法上の施策>

・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。

・開発作業は1980年代後半から開始された。後掲図1に示すように、業務上のストレスの健康影響等に関するTom Cox教授への調査研究の委託から始まり、業務上のストレスの健康影響に関する文献レビューを含めた継続的な委託研究、後にMSの評価ツールで採用された、集中的に対策を講じるべき6つの心理社会的ストレス要因(群)の同定、リスク・アセスメント手法の効用に関するエビデンスの整理、ストレス要因と不調状態の因果関係や相関関係に関するエビデンスや好事例の収集と検証、24のパイロット組織によるシステムの検証、学識者によるワークショップでのMS草案のピア・レビュー等、学術(特に生理学、組織の健康の観点を含めた公衆衛生疫学・心理社会学)、政策的・手続双方の観点で、応分の実績を経て起案された経緯がある。もともと、自然科学的観点では、評価ツールに採用された6つの心理社会的ストレス要因と具体的な健康影響間の因果関係を検証した文献の多くに方法論的問題があると指摘されていた中、公衆衛生疫学や心理社会学の観点を重視して立案及び実施に踏み切った面も否定できない。

・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 4 件にとどまる（いずれもリスクアセスメント自体の実施を怠ったことによるもの）。もともと、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。

<障害者差別禁止法上の施策>

・先述した通り、イギリスの障害者差別禁止法は、いわば前史に当たる①1944年障害者(雇用)法時代、②1995年DDA時代、③2003年改正法時代、④2010年平等法時代の4つの時代区分に分けられる。他方、規制内容は、(ア)福祉・保護的観点からの障害者の雇用保障措置、(イ)直接差別、(ウ)障害に「関連する」理由による差別、(エ)調整義務の不履行による差別、(オ)間接差別、(カ)ハラスメント、(キ)報復的取扱いの7種類に大別される。

現行の④時代には、新たに(オ)の規制が加わり、(イ)(カ)が(* (イ)については正当化事由も含めて)再定義され、(ウ)については、「障害に関連する理由に基づく差別」が、「障害に起因する差別」に代えられ、使用者の認識が要件化されると共に、正当化立証（：一応立証された差別が正当

な目的を達成するための適正な手段であること(の証明)の余地が具体化され、事実上拡大された。また、(エ)については、調整義務が生じるケースとして、補助的支援 (provision of an auxiliary)がない場合に障害者が不利な立場に置かれるケースが明記された。

・(オ)は、ある(いっけん)中立的な基準等(基準又は慣行)の実際の適用が、保護されるべき特徴を持つ集団に対して差別的効果をもたらし、かつその基準等の適用主体がそれを正当化できない場合や、適用される見込みに基づき人の行動が抑制されるような場合に成立する。たとえば、採用の際に筆記試験方式を採ることが、視聴覚障害者等に差別的効果を有するような場合が該当するが、直接差別の場合と同様に、比較の前提として、保護の対象となる集団とならない集団の間に実質的な同質性が求められる。本質的には、非障害者基準中心に形成された社会のありよう自体に警鐘をならす「障害の社会モデル」的発想をとるものである。

・(イ)については、③時代の直接差別規定を引き継ぎつつ、附則9で以下の正当化事由が明記された。(a)職業上の要件 (occupational requirements)に該当し、(b)その適用が適法な目的達成のため均衡がとれており、(c)その適用者がその要件を充たすか、充たすと合理的に判断される場合。また、障害者を非障害者より有利に取り扱うことが許容される旨も明記された。

・(カ)については、(a)ある者が障害に関連する対象者にとって不快な (unwanted) 行為を行い、(b)当該行為が、(i)対象者の尊厳を侵害するか、(ii)脅迫的な、敵意のある、

品位を傷つける、屈辱的な、または不快な環境を生じさせる目的若しくは効果を生じさせる場合と再定義された。その具体的な判断規準は、(a)ハラスメントを主張する者の認識、(b)当該事案におけるその他の状況、(c)当該行為がそのような効果を有すると合理的に解し得るか否か、を考慮して判断される旨の規定も設けられた。

・他方、平等法における履行確保について整理すれば、以下の通り。

平等法の履行確保において、刑事制裁は予定されておらず、行政機関によるあっせん・仲裁や、より積極的な事業主等への調査、質問、勧告などの他、司法による(主に)民事上の救済が予定されている。もともと、行政機関によるあっせん・仲裁は、結局、当事者間の和解や協定の締結などによる民事上の解決を図るものなので、行政の積極的介入をベースとして、民事的解決を志向する法と考えて良いであろう。

問題解決にあたる主な行政機関には、①助言斡旋仲裁局と②平等人権委員会があり、①は準司法的性格が強い。労・使・中立の三者構成の理事会が運営し、その救済手続は、(A)(あっせん前置の考え方に基づきとられる)労働審判所からの移送、(B)当事者による直接の申立のいずれかにより開始されるが、(A)によるものが(B)によるものの約20倍にのぼる。労働審判所からの移送を受けた事件があっせん等を通じて合意に達すれば、作成された和解協定は、労働審判所の認証と記録を通じて事件の解決をみる。②は①より行政的性格が強い。平等法等の遵守状況に関する事業主等への調査、質問、勧告等の権限ほか、平等法の内容を具体化する行為準則の制定権限等を持つ。

民事法的解決を担保する他の手段として、平等法上、契約法的規定（*契約等の内容をコントロールする規定）も置かれている。

すなわち、同法第142条第1項は、それに反する取扱いを構成したり、促進するような契約条項には法的拘束力がないと定め、同条第2項・第3項は、雇用関連サービスや集団保険に関する協定などの契約に類する協定について、同様の定めを置いている。また、同法第144条第1項は、平等法上の差別禁止規定を排除又は制限する契約条項について、それにより利益を受ける者にとって法的拘束力を持たない旨を規定し、同法第143条第1項は、群裁判所（county court）等が、利害関係者の申立により、そうした契約等の削除や修正を命じ得る旨規定している。

・さらに、同法には、その履行確保を側面支援する規定も置かれている。

たとえば、法第111条第1項は、2003年改正DDA第16C条とほぼ同様に、平等法に反する行為を行うようある者に指示したり、違反行為者を支援するよう指示すること（違反行為を導いたり、説得する行為も含む）を禁止している。また、法第77条は、ある者の賃金格差が保護される特性に関連して生じているか（*≡主に直接差別を構成するか）を判断するために行われる「賃金に関する開示（relevant pay disclosure）」を禁じる契約条項を、その部分について無効とし、かつ、かかる開示に基づく不利益取扱いを禁じている（但し、労働者が害意をもって誤った証拠や情報を提供したり、不当な差別の申立を行うなど、不誠実な行為をなした場合、報復的取扱いは成立しない）。

<障害者福祉・雇用促進法上の施策>

・施策運用の中心的役割を担っているのは、日本ではハロー・ワーク・社会保険事務所等の役割を兼ね備えた、雇用年金省傘下の Jobcentre Plus である。この機関は、障害者の就労支援のための専門家（基本的に全て国家公務員）を配置し、レンプロイ社やソーシャル・ファーム等の保護雇用機関のほか、職業リハビリテーション等を行う地方公共団体などの公的機関、民間団体、専門家等とのネットワークを持ちつつ、障害の性質や程度に応じ、就労・復職・雇用継続等にわたる積極的かつ多面的で綿密な支援策を講じている。日本で言えば、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構傘下の都道府県障害者職業支援センターや、主に自治体やNPOなどが運営する障害者就業・生活支援センターとしての機能も兼ね備えている。

・イギリスでは、1944年障害者（雇用）法に基づき1945年に雇用年金省が設立した Remploy 社と、いわゆる社会的企業（social enterprise）の一形態であり、直接的な根拠法を持たないソーシャル・ファーム（*但し、2012年に成立した公共部門（公益）法（Public Sector (Social value) Act : 国の行政及び地方自治体が、公益の実現（：経済的、社会的、環境的な厚生水準の向上）を図るために締結する公共契約に関する法律）によって、実質的に（少なくとも財政支援の）裏付けを得ることとなった）に代表される保護雇用制度が、産業と福祉のインターミディエーターないしバッファーとして、少なからぬ役割を果たしている。

・うち前者は、主に重度障害者を対象とし、その予算のほぼ全額が政府からの出資や補助で賄われているが、後者は、25%以上の一般労働市場への参加が困難な対象者の雇用により、税制上の優遇を受けたり、公的機関からの事業の発注による支援等を受けるものの、基本的には自律的に事業が営まれる。ケータリング、リサイクリング、園芸等の比較的創造的な業務が上位を占め、障害者の一般就労への橋渡しも積極的になされ、1997年の5社が2010年には約180社にまで増加している。

・Remploy社でも、一般企業が雇用する障害者への援助付き雇用の実施等、障害者の一般企業への橋渡しは積極的に展開され、2009年には、3障害の合計で約6500の仕事を見出したという。

・現在、日本の産業と福祉は、①人と情報の交流機会の乏しさ、②症例が福祉制度や同施設の支援を受けることとなった場合の一般就労機会の乏しさ、③症例が福祉的給付を受給することとなった場合の固着性等の意味で、相当程度乖離している状況と解されるため、参照価値は高い。

・職業訓練制度にも、workfareへの傾倒が顕れている。イギリスでの職業訓練は、「国及び産業全体にわたり、継続的で共同的かつ調和のとれた『成長』を目指す」政府の基本方針に従って、ビジネス・イノベーション・技能省（Department for Business, Innovation and Skills (BIS)）により、技能訓練基金庁や民間企業などへの委託を通じて実施されている。当該訓練では、一般的に個別ニーズに応じたプログラムにより就業・復職・職務定着が図られているが、障害者に対しては、年齢、失業

期間等で参加条件が緩和されているほか、障害者特性を知る専門スタッフによる訓練が実施されている。

・また、職業紹介でも、Jobcentre Plusが、豊富な雇用、就労支援関係情報を背景に、雇用への仲立ちや働きかけなどのあっせんから、障害者が働き易い職場環境整備にまで介入している点に特徴がある。その際、地方自治体や民間非営利団体等が実施する援助付き雇用（Supported Employment）との連携を図っている点も特筆される。

ウ 効果

<労働安全衛生法上の施策>

・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。

・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。

<障害者差別禁止法上の施策>

・障害者差別禁止法は、①障害者の雇用差別状態の是正、②就業上の福利、③雇用率の向上、等を目的としているが、報告者が確認できた統計は、③に関するものに限られ、かつデータ上、殆ど変化はみられない。しかし、アメリカのADAについては、雇用率の改善には必ずしも貢献しなかったものの、特に賃金、職責、昇格、合理的配慮等の面での差別状態の解消には一定程度貢献したことをうかがわせるデータが存するので、ADAに倣ったイギリス障害者差別

禁止法でも、ほぼ同様の効果を生じているものと察せられる。

<障害者福祉・雇用促進法上の施策>

・調査が至らなかった。

エ 図られている対応

<労働安全衛生法上の施策>

・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充分さなど）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、戦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。

特に、メンタルヘルス問題の心理的特性を踏まえた介入方法の改良により成果の改善が図られる可能性は高い。

<障害者差別禁止法上の施策>

- ・不明

<障害者福祉・雇用促進法上の施策>

・前述した通り、政府の財政難を背景にした福祉制度改革の影響を受け、「福祉から就労へ（welfare to workfare）」の方向性を強めている。すなわち、一方では、所得保障制度の統合再編と給付対象者の絞り込みを図りつつ、他方では、ワーク・チョイスを中核とする職業リハビリテーション、職業訓練、職業紹介等の就労志向での制度の再設計と充実化を図っている。

(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かかわらず、労働災害や職業性疾病が減少していないとの（政府の）認識があったこと、

②1980年時点で、国民10万人当たりの自殺者数が35人と、国際的にも有数の自殺率の高さが社会問題となっていたこと、

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。

・2010年4月に国立労働環境研究センター (内の研究グループ) より公表された「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, sick-ness absence and return to work)」によれば、彼国では、メンタルヘルス不調による欠勤日数の増加、障害年金受給者数の増加などが生じており (* 同不調者の割合も、他のヨーロッパ諸国に比べて12~27%高いと指摘されていた)、それらのコストはトータルで55億デンマーク・クローネ (1クローネ=16円として、約880億円) に達している。そのうち約9割は、病気休暇、早期退職、職務遂行能力の低下が占めており、医療コストは約1割に過ぎない。

・なお、現地調査の結果、デンマークにおける自殺者数の多さと下掲のメンタルヘルス対策に直接的な関係はないとのことであった。下掲の通り、既存の労働環境法上のリスクマネジメントの仕組みにメンタルヘルス対策を位置づける対策が採られたのは、あくまで上掲のような背景を踏まえ、かかる施策の前提となった「クリーンな労働環境への行動計画」などにおいて、公労

使がそれに「合意」したからであり、必ずしも科学的に根拠づけられたものではない、ということであった。

・「クリーンな労働環境への行動計画」に基づき採られた主な (法) 政策には、以下のようなものがある。

①1997年：全企業における書面でのリスクアセスメントの義務づけ、5名以上の被用者を雇用する企業への安全衛生委員会設置の義務づけ (*10名未満の被用者を雇用する企業につき、後に廃止)、労働安全衛生コンサルタントへの教育訓練等による質的保証制度の導入、労働環境監督署の編成、国立安全衛生機構 (後の国立労働環境研究センター) の設立等。

②2000~2001年：企業に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 (一般安全衛生税制の導入 (*2002年に廃止)、特に良好な労働環境を形成した企業に対する認証及び補助金給付制度の導入 (*補助金制度は2002年に廃止)、特に多忙な産業部門における労働環境監督のための手数料徴収制度の導入等 (*2002年に廃止))、心理社会的労働環境を含めた主要領域での法違反に対する過料決定権限の労働環境監督署への付与、サービス提供事業者や建造物所有者の責任強化、労働安全衛生コンサルタントの業務範囲の拡大等。

③2002年：ハラスメントに関する協約モデルの作成、ハラスメント事例の監視及び処理の権限を当事者に付与する協約交渉の承認、私宅での非営利的労働に対する監督権限の制限等。

④2004年：優先的監督先決定のための全企業調査の実施、支援を要する企業に

対する労働安全衛生コンサルタントによる強制コンサルティング制度の導入と同コンサルタントの雇用担当大臣による認可制度の創設、後掲するスマイリーマーク制度の導入（*ただし、当初は3種類）、労働環境監督署による助言への強制力の付与、企業によるリスクアセスメントの対象への疾病休業の追加等。

・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（Report in Future Working Environment 2010）」を公表し、同年から2010年までの5年間の労働環境改善のための優先的取組課題として、①（伝統的な）労働災害、②心理社会的労働環境、③騒音、④筋骨格系障害の4つを設定した。このうち、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た。

同報告書の基礎となった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対策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）」では、当該優先順位の設定に際して、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にかかる問題の継続性、伝統的な生産に関連する職種の減少、座業の増加、身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等の

労働環境の発展傾向を考慮すべき、とされていた。

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。同条は、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リスク評価を行い、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旨を定めている。

・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、労働安全衛生にかかる行政上の権限を持つ。労働環境監督署は、中央組織と地方の監督官から構成され、同大臣の援助の下で、実際の査察等の業務を担当する。その主な権限及び役割は、①労使や後述する労働環境評議会等に対する労働安全衛生問題に関するガイダンスの提供、②雇用担当大臣の名義による規則の策定、③労働プロセス、作業場、技術装置、物質・材料等にかかる法規則に基づくライセンスの発行のための審査、法規則の遵守の確保などである（法第72条第1項）。中でも最も重要なのが④だが、（2011年3月の与野党間合意を受け、）同年6月の法改正により規定された法第72条 a により、リスクベースによる2段階の査察制度（risk-based inspections in two tiers）が

導入され、労働環境におけるリスクが最も高い企業への査察の確保が目指されている。また、デンマークでは、労働環境法上、同大臣の諮問機関として、公労使の代表から構成される労働環境評議会（Working Environment Council）が設置され、法政策形成に大きな影響を及ぼしている。また、企業外部の専門家である民間の労働安全衛生コンサルタント制度が法定されており、労働環境上のリスク分析を行い、職場の具体的デザインを提案する役割を担っている。労働環境法違反の是正に際して、同コンサルタントからの支援が義務づけられる場合もある（第12、13条）。

・労働環境法上の特定の義務違反については、労働環境監督署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、労働環境監督署が、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、WEB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を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、労働環境監督署により、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（事業場外での就労を含めた）労働条件の把握および対応関係の作成、②問題の

同定と評価（＊問題の本質や重大性、範囲等の同定、問題の本質への対策、再発防止、可能な限り安全でストレスが少なく、多くの被用者を保護する措置の特定など）、③疾病休業（者）への関与（＊組織の労働環境上の問題と疾病休業の関係の評価と、特定された問題への実効的対策等）、④優先順位の設定と行動計画の策定（＊安全衛生上の喫緊の脅威に対し、それを除去するか受け入れ可能なレベルに低減するためのアクションプランの策定と実行）、⑤フォローアップ（＊アクションプランのフォローアップと改訂）

を循環させる形で行われる。

主なリスク要因は、労働量、速度、感情負担、夜勤・交替制勤務、暴力・脅威、いじめ・ハラスメントと解されており、各要因ごとに対応するガイダンスツールが作成されている。

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。

・以上のプロセスには、管理者、被用者、（労働環境法上設置が義務づけられた）安全衛生委員会か被用者の代表の関与が求められている。ただし、③に限り、疾病罹患の原因が複雑多様であり、またバイアスがかかることを防ぐため、疾病罹患者本人は関与すべきでないとされている。

・労働環境監督署は、以上のプロセスが適切に実施されているか否かを評価する。査察は、おおむね3年に1度のペースで実施され、臨検が原則ながら、実際には、資料の準備や繁忙期を考慮し、大まかな訪問時期は2～6か月前に使用者側に通知されている。査察に際しては、主に、①使用者

から提供されるデータ、②労働状況の観察、③質問状への回答内容、が検査の対象となる。①については、当該データの内容と労働環境の実情の齟齬の有無が確認され、②については、人・物の配置、被用者の労働の状態（＊同じ部門の労働者間で繁閑の差が拡大していないか等）などが確認され、③については、主に後掲する COSPAQ 簡易版が質問状として用いられる。査察の目的は、心理社会的なものを含めたりスク要因の排除や低減にあり、重なる部分はあるものの、必要以上にビジネスに介入しないよう配慮されているが、特に前述した与野党間合意の後、査察官の業務が増加しているという。

・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。主導的役割を担ったのは、国立労働環境研究センター（調査票開発当時の名称は、国立労働衛生機構）であり、労働衛生サービスや労働環境監督署、労働衛生（予防医学）を専門とする診療所などから労働環境の専門家を招聘して開発された経緯がある。

・COSPAQの目的は、①職域における心理社会的リスク要因の評価のための有効かつ妥当な手法の確立、②国内外にわたる比較を可能とすること、③介入の評価の改善、④サーベイランス（継続的な監視）とベンチマーキング（最良な例と自らの取り組みとの差を比較検討し、継続的に改善していくこと）の促進、⑤難解な概念や理論を利用者にとって分かり易くすることであり、

開発に際しての基本原則は、①理論をベースとしつつも、特定の理論に囚われないこと、②様々な次元の分析レベル（組織、部門、職種、人と労働の界面、個人など）を内包すること、③分析レベルに職責、組織労働、就業上の内部的人間関係、協働、リーダーシップに関連する要素を含めること、④分析対象に、潜在的な作業関連ストレス要因のほか、(社会的) 支援、フィードバック、コミットメント、良好な健康状態などの資源を含めること、⑤包括性を担保すること、⑥産業のほか、保健福祉部門、コミュニケーション部門などの業種にも適用可能な一般性を担保すること、⑦特に中間版（原則として労働環境の専門家向け）と簡易版（職場での簡易調査向け）の構成をユーザーにとって使い易いものとする、とされていた。

・COSPAQは、調査・分析結果のフィードバックや、心理測定的な面での分析機能を強化するため、COSPAQ IIへ発展を遂げている（2004～2005年には、COSPAQ IIを活用し、8000人を対象とした心理社会的労働環境の全国調査が実施され、3517人から得られた回答を基に、様々な研究が展開されている）。なお、COSPAQ IIを活用した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Reguliesらの2010年の調査研究から、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いる。これは、COSPAQ IIによる心理社会的労働環境の調査が、個別被用者の健康状態把握のためにも利用できる可能性

を示唆するものである。

COSPAQ や開発されたガイダンスツールは、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、労働環境監督署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、後者は労働環境監督署が介入すべき要因であるとされていた。

・2次・3次予防のうち3次予防については、疾病手当法（Sickness Benefit Act : Lov om sygedagpenge）に基づく復職に関するフォローアップ規定があるが、実際の運用は、労使間の協議を通じて段階的かつ柔軟になされるよう、また、職場における疾病予防（1次・2次予防）にも繋がるよう設計されている。

・疾病手当法は、①疾病休業者への所得保障と共に、②疾病休業者の早期復職支援、③疾病予防のための地方自治体（コムーネ）と企業等の協働の支援などを目的としている（第1条）。その特徴は、(1)使用者→自治体への給付の主体が移動し、かつ連続した所得保障、(2)労使間協議、特に疾病休業者

本人との話し合いを基礎とした職場復帰支援、(3)自治体の積極的関与、(4)計画的、個別的、継続的で、関係者が連携してなされるフォローアップの4点に集約される。

・疾病手当法に基づく給付(①)は、「被用者が疾病により労務を提供できない場合に支給されるものと規定されている。その判断は、被用者の罹患している疾病の性質や程度と、それが就業に与える影響の両面を勘案して行われる。最初の30日間は使用者、その経過後は地方自治体に休業手当の支給が義務づけられている(第6条第1項)。わが国の打切補償に該当する仕組みは設けられておらず、その補償は、職場復帰の可能性のある限り、継続される(復職の可能性がなくなって、補償が打ち切られる場合には、失業保険をはじめとする社会保障制度が適用される)。たとえ休業する場合でも、具体的な疾患名等は、医療情報法上、一定要件を充たす場合でなければ、問うこと自体ができないと解されている。支給に際して当該疾病発症の業務上外は問われないが、実際に休業者が発生すれば、使用者に上述のような負担が生じること、そもそも1次予防のための措置(*これは2次予防以下にも該当し得る)が法的に強制されていること、労使共に、労働環境上の問題(特に暴力、脅迫、ストレスなどの問題)について、上司一部下間、同僚間などでオープンな協議を積極的に行い、風通しの良い職場環境を形成すべきとする点で概ね意見の一致をみていること、近年では、特に管理職のメンタルヘルス・マネジメント能力が重視され、その養成のための研修等の受講が昇進の条件とされるようになって来ていること等から、結果的に1次~3次の

全段階にわたる予防措置が要請される状況となっている。

・疾病手当法に基づく早期復職支援(②)は、以下のように規定(設計)されている。すなわち、被用者の休業開始後4週間以内に原則として対面での面談の実施がなされる(第7条a第1項、第2項)、休業初日から8週間以内の復職が見込まれない場合、被用者から使用者に対し、随時、雇用維持計画(retention plan)を要求でき(使用者側もその作成を拒否することができる)(第7条b第1項、第2項)、次に述べる自治体によるフォローアップが実施される場合には、それを提出することを求められる(同条第3項)。地方自治体の関与後も、使用者による早期復職支援自体は当然に継続することが予定されており、同法は、疾病休業期間が3か月を超える場合には、当該被用者の職場復帰に向けた調整(アセスメント)とフォローアップを義務づけている。

・疾病予防のための地方自治体(コムーネ)と企業等の協働の支援(③)は、まさに地方自治体が主体となって、疾病休業者の利害関係者(使用者、医師、失業局、労働組合、リハビリ施設、病院・診療所)と連携し、そのフォローアップを図ることが国法上義務づけられる、デンマーク独特の法制度である。疾病手当法は、8週間を超える疾病休業者に対し、地方自治体が、症例の利害関係者と協力して、当該症例に応じた個別かつ柔軟性を持つ行動計画を策定し、同人に継続的に関与することを義務づけている(第8条第1項、第2項)。実際の運用に際しては、特に使用者とかかりつけ医の協力関係の構築が重視される(第9条)。自治体は、医療機関等に対し、適正な

手続を経て、当該症例に関する医療個人情報
の照会を行うことができる（第10条第1項）。また、自治体は、症例に適用可能な疾病手当制度について説明する義務を負うが、それに伴い、疾病休業者側でも自身の症状等について質問への回答を求められる（第11条第1項、第2項）。自治体によるフォローアップでは、疾病休業者を、カテゴリ1（早期復職が可能な症例）、カテゴリ2（長期疾病のリスクまたは就労に伴うリスクを伴う症例）、カテゴリ3（疾病が長期化している症例の3種類に分類し、異なった対応を行う（第12条）。中でも重視されているのはカテゴリ2で、最初のフォローアップは他と同様に休業開始から8週間経過後に行われるが、その後は、他では3か月ごととなるのに対し、4週間ごとに行われる（第13条第2項、第3項）。フォローアップを通じて、労務への復帰が不可能と判断される場合もあるが、自治体によりあらゆる手段が尽くされた後でなければ正当化されない（第15条第5項）。自治体は、症例の復職に際して、使用者と定期的なコンタクトをとりつつ同人に積極的な働きかけを行い、協働して支援に当たらねばならない（第17条第1項）。復職の成功のためには段階的な復職を行うべきだが、その決定に際しては、自治体、使用者、症例本人間の合意が求められる（第17条第2項、第3項）。

フォローアップも、所得保障と同様に、復職の可能性がある限り、無制限に継続される。

・わが国同様、デンマークでも、作業関連ストレスによる精神障害への労災認定はなされているが、他の対象に比べて認定率

が低い（Klide:ASK(2012)Arssrapport 2011 によれば、申請件数のうち10%未満）、以上に述べて来た事情、すなわち疾病手当法による私傷病罹患患者への手当が比較的手厚いこと、一次予防への取り組みが法定に義務づけられていること、労使間で職場環境改善に向けた自発的な取り組みがなされる例が多いこと等から、あまりその必要性が認識されていない状況にあるという。

・被用者の医療情報の取扱いについては、1996年に、「労働市場における医療情報等の利用に関する法律（Act on the Use of Health Information in the Labour Market: Lov om brug af helbredsoplysninger m.v. på arbejdsmarkedet）」と題する法律が制定されている。同法は、医療情報の不適正な取扱いにより、被用者の雇用上の能力発揮の機会が制限されないようにすることを主な目的とし（第1条第1項）、使用者が被用者の医療情報の提供を求め得るのは、被用者が所定業務を遂行する能力に重大な影響を及ぼすような疾病に罹患しているか、または現にそうした症状を呈しているかを確認する目的を持つ場合に限られる旨定めている（第2条第1項）。

また、2009年に雇用担当大臣名で公表された「使用者による被用者の疾病に関連する情報の依頼に関するガイダンス（Vejledning om arbejdsgivers indhentelse af oplysninger i forbindelse med lønmodtagerens sygdom）」にも、使用者が被用者に疾病に関して質問できるのは、当該疾病が被用者の労務の提供に重大な影響を与える場合に限られ、たとえ被用者からの自発的申告があった場合にも、そ

の病状について尋ね得るのは、その疾病が労務提供に重要な影響を与えることが明らかかな場合など、例外的なケースに限られる旨、定められている。したがって、メンタルヘルス不調者についても、被用者の治療状況などに直接アクセスすることは許されず、確認し得るのは、その疾患が労務に与える影響（*疾病にかかる就業上の措置にかかる事柄等）等の事項に限られる。

ただし、上述した通り、疾病手当法上、疾病休業者対象の行動計画の運用に際して、自治体は、医療機関等に対し、適正な手続を経て、当該症例に関する医療個人情報の照会を行うことができる（第10条第1項）ほか、症例に適用可能な疾病手当制度について説明する際、疾病休業者側も自身の症状等について質問への回答を求められる（第11条第1項、第2項）。

また、2009年のガイダンスでは、使用者が労働協約等でその権利を放棄しない限り、同人は、経営権（**managimental right**）に基づき、上述の制約のもとで、就業上の配慮等のための面談を被用者に求めることができる。

・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、これはあくまで労働環境全体についての評価であって、メンタルヘルス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心理社会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。

・Pejtersenらが2009年に公表した、上掲のCOSPAQ IIを活用した全国調査結果と1997年に実施された心理社会的労働環境調査結果の比較からは、デンマークの被用者の心理社会的労働環境は、全体として悪化していることが明らかとなっている。特に、仕事上の葛藤などを背景とする、中傷・陰口などの攻撃的なふるまいが増加している。

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、上掲したリスクベースによる2段階の査察制度により、より労働環境上のリスクが高い企業に対する労働環境監督署の査察（権限）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も重視するようになって来ている。

・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、前述した通り、2010年4月には、国立

労働環境研究センター(内の研究グループ)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, sick-ness absence and return to work)」が公表されている。

ここでは、雇用者と医療者の双方による復職介入により、メンタルヘルス不調者の疾病休業を減らすことができるが、被用者の機能レベルを考慮し、適当な場合には、職務内容の変更が求められること、治療に際しても、医療と心理の双方による協働的治療やエビデンスに基づくガイドラインの適用が求められること等が示唆されている。

その他、以下の9つの勧告も記載されている。①メンタルヘルス問題の早期発見及び治療機会の保障、②個人の機能レベルと労働能力への影響に関する資料の提供、③機能レベルが低下している被用者の職務内容の変更、④利害関係者全てによる職場復帰へ向けた協働、⑤被用者の休復職にかかるカウンセリングによる職場内の協働の推進、⑥社会的包摂の発想に基づく職場復帰の促進、⑦休復職に関する企業方針の策定と実践、⑧風通しの良い職場風土の形成、⑨職場における健康の保持増進対策の実施とストレス要因の低減。

(3) オランダ

ア 背景

一言で言って、他の先進諸国と同様に、welfare から workfare へと政策の重点が移行して来た経緯がある。

・1929年の傷病手当法(Ziektewet)制定以来、疾病休職者に対して、労使の一律的な保険料負担に基づく保険給付等によ

る長期にわたる手厚い保護が図られてきていたが、①疾病予防、②早期復職の両観点でのインセンティブを欠く等の問題認識から、以下の通り、1990年代から2000年代にかけて、使用者による負担の強化を主軸に、workfare を重視する現行制度に転換された。使用者による負担は、民事上の義務とされているので、公法的規制から私法的規制への軸足の変化と説明することもできる。ただし、民事上の規制でカバーできない部分のセーフティーネットや、一次予防対策については、なお公法的規制の所掌領域となっている。

・1994年：「疾病による休職の抑制に関する法律(Wet TZ)」制定

使用者に対し、「民事上」、疾病休職開始後2～6週間にわたる賃金継続支給を義務化

・1996年：同法改正

賃金継続支給期間を一律52週間(1年間)・所定賃金額の70%に延長

・2004年：同法改正

賃金継続支給期間を一律104週(2年間)・所定賃金額の70%に延長

・2006年：「就労能力による所得保障法(Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen: WIA)」に基づく障害保険制度が導入された

・以上の経過を経て、現行法上、上記104週(2年間)の賃金継続支給期間を超過すると、一定要件を充たす者については、一定期間、障害保険制度が適用される仕組みになっている。

イ 特徴

(ア) 1次予防関係

・オランダにも、他の EU 諸国と同様に、労働環境法 (Arbowet) に基づく一次予防面での規制がある。具体的には、①使用者へのいじめ等の精神面を含めた一般的な安全衛生対策 (労働環境法第1条) とその実現のためのリスク管理の義務づけ (同施行規則 (Arbobesluit) 第2章第4款2. 15条以下)、②安全衛生に関する労使協議と労使協働による取組の促進、③労働安全衛生専門家協会 (Arbodienst) にアドバイスを求めること、等が規定されている。うち②③については、事業所委員会が一定程度代替できる仕組みとなっている。外部労働者、不法就労者等も適用範囲に含まれ、企業規模等による例外も認められていないが、おおむね25名未満の事業所については、リスク・アセスメントにかかる責任や安全管理責任者の設置義務を軽減する規定 (第12条、第13条) がある。

・安全衛生及び労働時間規制の履行確保については、労働監督官 (arbeidsinspectie) が管掌する。

(イ) 2次予防関係

・不明

(ウ) 3次予防関係

<公法的規制>

・オランダには、日本のような包括的な労災保険制度はなく、民法典 (Burgerlijk Wetboek Boek) による所得保障等の期間 (2年間) を途過した疾病罹患者には、発症・増悪事由 (以下「発症事由等」という) の業務上外を問わずに「就労能力による所

得保障法」に基づく障害保険制度 (WIA) が適用される。他方、療養等に要する費用には、一般的な国民健康保険が適用される。

・WIA は、2006年に疾病労働者の職場復帰を主目的として導入され、使用者の保険料負担により、疾病の発症事由等を問わず、労働者の就労能力に応じて所得保障を図る制度である。

・障害により稼得能力 (verdienvormogen) が35%以上低下した者に対して、以下の区分に応じて適用される。

①重度障害者 (稼得能力が80%以上低下し、回復の見込が立たない者) : 従前の賃金の75%相当額が年金支給開始年齢まで支給される。

②軽度障害者 (稼得能力が35~79%低下したか、80%以上低下しても回復の見込がある者) : 就労履歴に応じ、3~38か月間の給付 (*最初の2か月間 : 従前賃金の75%相当、それ以後 : 70%相当。就労履歴との関係では、疾病発症前の36週間のうち26週以上賃金を得ていれば3か月。加えて就労1年につき1か月の割合で受給期間が決まる) が行われる。

<私法的規制>

・オランダの民法典第7巻第10章 (労働契約) は、疾病に罹患した労働者に対し、①疾病休職期間中の最長2年間の解雇制限と所定賃金の70%の賃金保障、②労使双方を対象とする職場復帰へのインセンティブについて規定している。

・オランダの法制は、そもそも期間の定めのない労働契約の解消に際して、①労働保険実施機関 (UWV) (: 行政機関であり、日本のハローワーク等に相当) の許可、②

裁判所での解消の認容、のいずれかを要件としている。実体面では、日本の労働契約法第16条と同様、解雇一般について合理性を求めると共に、一定の解雇禁止事由を列挙している。例えば民法典は、産前産後や兵役期間中にある者、従業員代表を務める者等の解雇を禁止しているほか、第670条第1項が、発症事由等の業務上外を問わず、原則として疾病休職中の労働者の解雇を禁止しているが、(a)不就労期間が2年継続した場合、(b)所轄の労働保険実施機関(UWV)が使用者からの解雇許可の申請を受理した後に労働者が就労不能状態となった場合、を例外としているほか、明文規定はないが、疾病の程度が重く、職場復帰の見込が全く立たない場合にも、解雇が許容される。

また、同法第670(b)条でも、試用期間中、即時解雇(ただし司法での手続が要件)(以上第1項)、事業所閉鎖(*「見込」では許されない)(第2項)、労働者が復職に向けた協力義務に違反した場合(第3項)につき、休職期間が2年を経過しない場合でも解雇が許容され得る旨定められている。このうち第3項にいう労働者の協力の内容とは、(a)使用者・使用者が指名する専門家による合理的な指示事項を遵守し、当該労働者の本来の労働または代替的な労働(第658(a)条第4項)を可能にするための措置への協力、(b)使用者が提供する代替的な労働に従事すること、(c)WIA第71(a)条第2項が定める復職プランの作成、評価、調整作業への協力、の3つを指す。

・他方、疾病休職者への最長2年間・所定賃金の70%の賃金継続支払義務は、民法典第629条第1項に以下のように規定

されている。

すなわち、「疾病および妊娠または出産により労務の提供ができない労働者は、・・・104週にわたり、少なくとも従前の賃金の70%に相当する額の賃金を継続して受ける権利を有し、そのうち最初の52週間については、少なくとも当該労働者に適用される法定最低賃金額以上の賃金の支払いを受ける権利を有する」と。本条は、家事使用人を断続的に使用する場合を除き、パートタイム労働者などでも適用される。よって、低賃金者にも、少なくとも最初の1年間は最低賃金額が保障される(*実務上は、最初の1年間:所定賃金の100%、2年目:同70%の保障を行う企業が多い)。また、使用者に義務違反がある場合には、最長1年間内の延長措置が義務づけられ得る。ただし、(実務上は殆ど実施されていないが、)最初の2日間は待機期間として無給とし得るほか(同条第9項)、休職を利用して中間収入が発生している場合には、その金額が控除される(同条第5項)。また、2009年の法改正により、賃金日額に上限(187.77ユーロ)が設けられている。さらに、有期労働契約者については、日本の労働基準法第19条に関する行政解釈と同様に、期間満了により労働契約も終了するため、当該期間内の継続支給をもって足り、その後はWIAによる同額の傷病手当(ZW)が支給されることとなる。

なお、疾病休職者が休復職を繰り返すような場合、就労による休職の中断が4週間に満たなければクーリングされず、前後の休職期間が通算される(民法典第629条第10項)。

また、同条第3項には、以下のような第

1 項の適用除外事由が定められている。

(a)労働者の故意による疾病の場合や、労働者の採用時の虚偽情報の提供により、使用者が労務管理上適切な対応ができなかった場合

(b)労働者が故意に治癒や回復を妨げた場合、その期間

(c)使用者・使用者が指名する第三者のもとでの第 6 5 8 (a)条第 4 項所定のリハビリ勤務を、労働者が正当な理由なく受け入れない場合、その期間

(d)使用者・使用者が指名する専門家が勧める合理的な注意事項に正当な理由なく従わない場合や、第 6 5 8 (a)条第 4 項所定のリハビリ勤務を可能にするための措置を、労働者が正当な理由なく受け入れない場合、その期間

(e)第 6 5 8 条第 3 項所定の復職プランの作成、評価、調整について、労働者が正当な理由なく協力しない場合、その期間

・民法典第 6 2 9 条所定の賃金継続支払義務は、民事上の義務であり、その履行確保は民事裁判により実現される。ただし、事案として医療マターにわたるため、労働保険実施機関 (UWV) が指名する専門家の意見書を添付しなければ、請求が却下される旨規定されている (民法典第 6 2 9 (a)条第 1 項)。例外は、労務提供に支障を来すことが (非専門家にも) 明白な場合、専門家の意見書の呈示を求めることが妥当でない場合である (第 2 項)。なお、意見を発する専門家には、「中立の立場で最善の知識を用いて審査」する義務が課され (民法典第 6 2 9 条第 3 項)、当該専門家が医師である場合、対象者本人の主治医から審査上必要な情報を入手する権利が保障されている。主

治医側は、労働者の私生活領域が不当に侵害されない範囲内で、依頼された情報の提供義務を負う (同条第 4 項)。

・オランダ民法典では、使用者に対して、一般的に労働者の健康情報請求権を認めてはいないが、「労働者が、使用者の書面による合理的な指示に従わない場合」、その期間は賃金継続支給を停止できる旨が定められている (第 6 2 9 条第 6 項)。

・オランダでも、就業から離れる期間が長くなるほど、労働者の職場復帰が困難になるとの認識から、特に 2 0 0 2 年ゲートキーパー法 (Wet Verbetering Poortwachter) の制定以後、労働者の職務内容の変更を含めた職場復帰 (re-integratie) が重視されている。

オランダ民法典にも、第 6 5 8 (a)条から第 6 6 0 (a)条にかけて、リハビリ勤務にかかる労使双方の義務について、詳細な規定がある。

先ず、第 6 5 8 (a)条第 1 項は、使用者に対し、疾病による労働不能者について、事業への再統合 (inshakeling) の促進を一般的義務としたうえ、第 6 2 9 条に基づく賃金継続支払期間、労働者障害保険法 (WAO) 第 7 1 (a)条第 3 項、WIA 第 2 5 条第 3 項に定める療養期間に、本来の労働 (: 従前の労働) か合理的な代替労働が不可能と判明した場合、他の使用者の下での合理的な代替労働への従事を促進する義務を定めている。ここで「合理的な代替労働」は、「労働者の体力と能力を考慮して期待されるあらゆる労働」が含まれるが、身体的、精神的または社会的理由で強制できない場合は除外される (民法典第 6 5 8 (a)条第 4 項)。いずれにせよ、労働者の職場復帰の可能性の

模索が求められるため、講じるべき措置には、責任軽減措置はもとより、パートタイム (deeltijd) 労働への配置も含まれる。特徴的なのは、他の使用者の下での代替労働までが選択肢に含まれる点で、それが「合理的な代替労働」と評価される限り、労働者にも応諾義務が課され、応じなければ、使用者の賃金継続支払義務が免責され、解雇事由ともなり得る。

リハビリ勤務については、その他以下のような規定がある。

A 使用者の義務関係

a) 民法典第658(a)条第2項は、使用者に対し、リハビリ勤務に必要な基準を策定する義務を課している。

b) 同第658(a)条第3項は、使用者に対し、労働者の協力を得て、復職プラン(WAO第71(a)条第2項またはWIA第25条第2項に規定されているもの)を策定すると共に、策定されたプランについて、やはり労働者の協力を得て、評価、再調整する義務を課している。

c) 同第658(a)条第5項は、リハビリ勤務が専門的受入事業所(re-integratiebedrijf)の下で行われる場合、原使用者に対し、労務遂行に必要な情報、当該労働者の国民サービス番号か社会保障・租税番号を提供する義務を課している。

B 労働者の義務関係

民法典第660(a)条は、①労働者に対し、使用者または使用者が指名する専門家による合理的な指示を遵守すると共に、彼らの講じる措置に協力する義務、②第658(a)条第3項所定の復職プランの作成、評価、調整に協力する義務、③第658(a)条第4項所定の合理的な代替労働に従事する義務

を課している。

これらの義務は、民法典第670(b)条(労働者の協力義務違反による解雇)、第629条第3項(賃金継続支払義務の免責事由)と平仄を合わせている。

以上の規定を踏まえ、一般的なりハビリ勤務の流れは、以下のようになると解されている。

①休職開始後6週間以内(原因調査)

産業医 (bedrijfsarts) が、疾病とそれに伴う休職の原因調査を行い、完全復職の可能性と時期、リハビリ勤務による復職可能性を検討する。その際、主治医やセラピストに意見を求めるが、病名、受診情報は使用者には提供しない。産業医が他のセラピストへの受診を求める場合もあるが、労働者に応諾義務はない。

②同8週以内(復職プランの作成)

上記原因調査を踏まえ、産業医が当該労働者について、労務への従事が一時的に困難と評価した場合、使用者が復職プランを作成する(例外:短期間での復職が見込まれる場合、復職の見込が全く立たない場合)。

必要記載事項は、(α)労働者に従事させられる作業と不可能な作業、(β)職場復帰の具体的な目標値、(γ)目標に向けて労使がなすべき事項、(δ)必要な調整(他の職務への配転等の就業上の配慮、治療内容、職業訓練・再教育等、(ε)リハビリ勤務の実施主体(本来の使用者か第三者か)、(ζ)活動の具体的な計画、(Z)労使間の面談時期(半年に1回以上)である。

<p><u>③ 4 2 週目</u> <u>使用者が、労働保険実施機関（UWV）に対して疾病労働者の状況を報告する。</u></p>
<p><u>④ 4 4 週目（UWVによる評価）</u> <u>労働保険実施機関が使用者による従前の措置と経過を評価し、2年目に向けて同人が講ずべき措置について指導する。また、46～52週目にかけて、労使間で初年度の措置と経過をチェックし、次年度に向けた計画を策定する。</u></p>
<p><u>⑤ 9 1 週目（WIAの申請）</u> <u>適切な措置を講じてなお、この段階で復職見込が立たない場合、労働者が労働保険実施機関（UWV）に対して障害保険（WIA）を申請する。UWVは、使用者の講じた措置を評価し、協力義務違反を認めれば、1年間にわたり、同人に賃金継続支払義務が課され、労働者側に協力義務違反を認めれば、WIAの給付が減額又は不支給となる。</u></p>

以上のプロセスの中で、労使は、最低6週間ごとに復職プランの実施状況について協議せねばならず、また、労使でケースマネージャー（casemanager）を指名し、同人にそのモニタリングをさせ、適宜助言を受けることが法的に義務づけられている。

その他、上記プロセスに関して特筆すべき事項は、以下の通り。

a)使用者は、復職プランとその効果に関する個人ファイルを作成・保管する義務を負う。このファイルは、使用者の講じた措置に関するUWVによる評価に供される。

b)使用者は、2年にわたる休職期間満了時に、リハビリ勤務に関する最終報告書の作成を義務づけられ、これにはリハビリ勤務の実施に関するあらゆる情報（①後遺症

関連情報、②労働者の職務上の地位、③産業医による原因調査の結果や修正の経緯、④復職プランの内容と修正の経緯、⑤復職プラン実施後1年目及び最終時点での評価、⑥ア記載の個人ファイル、⑦労働者の医療（主治医+産業医）受診明細、⑧産業医の最新所見など）を含むべきものとされている。

c)復職プランの内容について、労使間で調整ができない場合（*典型的には、労働能力の存否、リハビリ勤務の効果、配置予定の職務内容等について意見が対立することが多い）、労使双方が、労働保険実施機関（UWV）に対して専門的意見（Deskundigenoordeel）を求めることができる。この意見に法的拘束力はないが、後の司法審査で参考にされることが多い。

・第三者のもとでのリハビリ勤務（二次的リハビリ勤務（Re-integratie tweedespoor））は、従前の使用者のもとでは就労できないことを要件として、労働安全衛生専門家協会（Arbodienst）または産業医の書面による判断に基づき実施される。第三者は、民業を営む使用者となる場合と、リハビリ勤務に特化した専門的受入事業所（re-integratiebedrijf）となる場合があるが、いずれの場合にも、本来の使用者－第三者－労働者の三者間で三つ巴の合意が前提となる。第三者は、疾病休職者への賃金継続支払義務など、労働契約上の義務の一部を免責される。

前述した通り、労働者は、リハビリ勤務でも合理的な代替業務を課せられる。ここでの合理性の判断では、労働者の肉体的・精神的な能力や教育・職務経歴が考慮され、おおむね以下の準則に従う。

①疾病罹患後半年以内は、労働者の職務

遂行能力、教育訓練、職務経歴、従前の職務における賃金額を反映した最低限度の職務に従事する。

②同じく半年以後は、従前の教育訓練水準に基づく職務か、ある程度軽易な作業に従事する。2時間以上の職務への従事が期待される。

③休職期間が長くなるほど、合理的業務の範囲が拡大する。

④必要に応じ、労働保険実施機関(UWV)の財政的支援の下で、合理的配慮(特別な送迎やタクシー利用、施設設備の充実化等)がなされなければならない。

専門的受入事業所を利用した復職支援は、使用者に十分な知識や能力がない場合などに有効な方法と解されているが、同事業所は、第三者となる使用者の紹介や労働者の再教育など、第三者での代替業務全般にかかるアドバイザー兼教育訓練機関としての役割も果たしている。また、実務上、使用者団体との間で情報共有と専門特化による役割分担が図られている。

(エ) 1次予防から3次予防の全てに関わる規制

<差別禁止法>

・オランダでは、「いかなる者も、同一の条件下では同一に扱われなければならない」ことを規定する基本法第1条やEU指令の要請を受け、個別立法による広範な差別禁止規制が整備されている。

・民法典第7巻第10章(労働契約)は、性別、労働時間や労働契約期間、労働組合員か否か等の属性に基づく差別を禁止しているほか、その他の個別立法により、年齢差別(WGBh/cz)や障害者差別(WGBI)

が禁止されている。

・差別禁止に関する一般法として一般平等取扱法(AWGB)があり、雇用関係を含めた一定の公的生活における、性、民族、宗教、信条、政治的思想、人種、国籍、性的志向を理由とした直接差別及び間接差別が禁止されている。

・一般平等取扱法第11条以下には、準司法機関(*おそらく行政機関)として法違反の書面審査と認定判断を行う均等処遇委員会(CGB)についての定めがある。同委員会は、一般平等取扱法のみならず、差別取扱禁止を定める個別立法違反も取り扱い、違反が認められると、是正勧告(aanbevelingen)を行う。この勧告に法的拘束力はないが、爾後の司法審査では、約65%がその判断を支持していたという。また、同委員会自体が訴訟の当事者適格を持つ。

<損害賠償法>

・前述の通り、オランダでは、疾病休職者には、発症事由等を問わず、一定の支援がなされる旨の定めがあるが、発症事由等が業務上と評価される場合、以下の規定に基づき、使用者に民事上の損害賠償責任が課され得る。

民法典第658条第1項:「使用者は、業務に従事する労働者に危険が及ばないようにするため、作業を行う部屋、作業で使用する機械及び工具の配置、保全に配慮し、作業のために適当かつ必要な措置を講じ、適切な指示を与えなければならない」。

同条第2項:ただし、使用者が第1項に定める義務を履行したこと、または、被害が主として労働者の故意または重過失によ

って惹起されたことを立証できる場合、損害賠償責任を免れる。

同条第3項：「使用者は、労働者が就業中に被った被害について、労働者に対して損害賠償責任を負う。これらはいずれも強行規定であって、これと異なる労働者に不利な約定を定めることはできない」。

同条第4項：「職務または事業の遂行上、労働契約を締結していない者に労働をさせ、その労務の遂行過程で当該労働者が被害を被った場合には、当該労働者を受け入れた者は、第1項ないし第3項の規定に準じて損害賠償責任を負う」。

このうち安全衛生に関する一般的義務を定める第1項は、物的管理の側面ばかりを強調する表現になっているが、イ（ア）で示した労働環境法令の定めや2005年の最高裁判例等を受け、精神衛生管理にも及ぶと解されるようになってきているという。また、前項で示した差別禁止法違反に際しても損害賠償責任は発生し得る。

ウ 効果

- ・不明

エ 図られている対応

- ・ウで示した通り。

(4) 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（特に稼得能力減退年金関係）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）。彼国で、ある疾病が職業性疾病リストに掲載されるか、それと同等の取扱いを受けるための要件は、①医学的知見に基づくもので、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

のである必要がある（社会法典第7編9条1項）、精神障害は、特に③、次いで②を充たしにくい、との理解が定着している。

・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、P D C 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、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全体にかなり低額なうえ、2013年1月から外来費用負担はゼロになった（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、事業所編入マネーজে

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。

前掲の社会法典第9編は、基本法（ドイツ憲法）が障害を理由とする不利益取扱いの禁止を規定していること（1994年改正で設けられた第3条第3項第2文）等を受け、第1部で、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」）。継続性が求められる点で、疾病と区別される）及びそうなるおそれのある者について、第2部で、重度障害者および（連邦雇用エージェンシーによる認定により）それと同等に扱われる者の参加について定めている。同法の規制の重点は、障害者への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、障害者の参加一般にある。障害の軽重の判断は、20～100の点数で算出されることとなっている。

ドイツ政府は、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り、その第9編第81条第2項第1文は、重度障害を有する就業者に対する当該障害を理由とする不利益取扱いを禁止しているが（*別途、2006年一般平等取扱法で、禁止対象が全ての障害者に拡大されている）、それとは別に、社会法典第9編第2部（第68条以下）は、重度障害者等の雇用について、第71条以下で使用者に様々な措置等を求める制度を設けている。第1は、法定基準を5%として、未達成者

に課金し、徴収した金員（調整金）を彼らの雇用支援（雇用上の援助、通勤支援、住居の改修、職場や教育訓練場の整備など）のための給付金として活用する割当雇用制度（第71条）、第2は、雇用ポストに空席ができた場合に優先的に雇用の可能性を審査させる制度（第81条第1項）、第3は、一定数以上の者に、事業所内での教育訓練の提供、事業所外での教育訓練への参加のため便宜供与、障害に適合した職場の設置と維持、技術的援助などの適切な措置を通じて、雇用の継続を図らしめる制度（いわゆる合理的配慮。但し、使用者に予期し得ないか、過剰な費用負担が生じる場合には労働者側の請求は否定される：同条第3項、第4項）、第4に、行政機関（統合局）による許可及び重度障害者代表の関与なく彼らを解雇することを禁じる制度（第85条）などである。

前掲の事業所編入マネジメントに関する規定は、国の社会保障費の負担や将来の労働力の減少などを慮り、2004年になって同法第84条第2項に追加された。同条第1項は、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いる。他方、第2項は、そもそも障害に至らないようにするための予防措置を規定しており、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して、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、管轄利益代表者や重度障害者代表者との協議のうえで、必要な予防措置（措置の目的やフロ

一等)を特定し、実施すべきことを義務づけている(適宜、産業医の意見を求めるべきこと、地域のサービス機関や統合局の助言を得たうえで、受給可能な給付や支援を活用すべきことも定められている)。雇用関係の維持を目的として、一定の予防的措置(*基本的には2次ないし3次予防措置)を使用者に求める点では第1項と共通する。本文では、実例として、おそらくは筋骨格系の疾患により労働不能状態に陥った者に対して、重度障害者代表者、職員代表者、人事部職員、産業保健スタッフなどから成るチームが連携し、事業所編入マネジメントの目的、フロー、健康情報の取扱い等について伝えた上で本人の健康上の問題や要望を聴き、産業医の意見も聴いた上で、賃金低下を伴う配転等事情に応じた対応について改めて本人同意をとって実施し、職務に定着できた(再発が防止された)例や、アルコール依存症により労働に障害を生じるようになった者に対して、上司の手配を端緒として、面談と事業所編入マネジメントの適用を通じて、病識を得させ、同マネジメントの一環としての社内のソーシャルスタッフと外部専門支援機関の支援により、従前の就業を継続できた例も挙げられている(もともと、事業所編入マネジメントは、あくまで2次予防以下の施策なので、別途1次予防策が必要との意見も挙がっているという)。事業所編入マネジメントは、労務管理の一環として行われるべきものなので、それに要する費用も、本来使用者負担が原則だが、障害者の雇用の促進や定着にも繋がるため、リハビリテーション機関や統合局等による給付や社会保険料の減額措置が、使用者や就業者本人に対

して行われ得る旨規定されている(社会法典第9編第33条、第34条、第84条第3項)。

・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(近年、精神疾患罹患者が対象となるケースが増加傾向にあるという)、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拠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、効率的で生産的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。また、国も精神疾患罹患者

に対する医療保険費の増大や年金保険財政への圧迫等に対応する必要に迫られている。

・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来ている。

・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、他社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。

・しかし、2012年に至り、ドイツ最大の産業別労働組合であるIGメタル(金属産業労働組合)から、アンチストレス規則(Anti-Stress-Verordnung、正式名称：職場における心理的負荷による危険からの保護のための規則)が提案され、複数の州政府や州労働相の支持を受けているほか、社会民主党の指示を受け、制定へ向けた流れがつかれつつある。これは、労働保護法第18条が定める特定危険領域で同法の具体化を図る、同法の下位の規則の制定提案に当たり、同規則案に規定された危険性評価の文書による記録、同じく適切な教示、同じく保護措置(介入)を、故意または過失によって実施しない場合には、同法所定の制裁を受ける。

同規則案は、就労時にばく露する心理的負荷による危険から就業者を保護する事を目的とし、使用者に、①心理的負荷にかかる危険性評価を行い、文書に記録すること、②当該危険や対応する保護措置(介入)等について就業者に教示すること、③認識された危険に応じ、工学、産業医学、衛生学等の労働科学の知見に基づき、必要な保護措置(介入)を行うことを義務づける内容となっている。要するに、イギリスやデン

マークと同様に、リスクアセスメント手法を心理的負荷に応用しつつ、自国の法制度用にアレンジしたものといえよう。もっとも、国によって社会的に認識されるストレス要因には違いがあり、たとえ同じストレス要因を捉えていても、その重要性のレベルなどに違いがある。

同規則案が捉えるリスク要因は、ア) 仕事の課題、イ) 労働体制、ウ) 社会的条件、エ) 職場や労働環境の条件、オ) 労働時間、の5種類であり、個々の具体的内容については、評価・形成の基準として、以下のように具体化されている。

ア) 仕事の課題

1) 仕事の完全性／過少要求の回避、2) 権限と責任の明確化、3) 適宜かつ十分な情報、4) 時間面・内容面での仕事の裁量、5) 質的・量的な過大要求の回避、6) 適切な協力／専門的・社会的コミュニケーション、7) 見通しの良さと影響可能性、8) 過度な感情的要求の回避、9) 身体的変化、10) 資格の利用・拡充

イ) 労働体制

1) 適切な行動の裁量／短い時間間隔の工程の回避、2) 労働時間と休憩時間の明白な分別、3) 個人に対する労働の要求と事業上の進行の一致（進行の連関、情報の流れ、フィードバック）、4) 期待される労務水準とそれが実現されるための組織上、技術上の条件、5) 全労働時間にわたる労働総量のバランス、6) 妨害や中断（技術上の理由による中断頻繁な製造方法・工程の変更、下請業者の期限の不遵守、人員不足）の回避、7) 透明性と予見可能性

ウ) 社会的関係

1) 共に作業する者の管理について、上

司に必要とされる資質や能力、2) 適切な管理行為（コミュニケーションや決定過程への参加機会の提供、支援、十分な情報と透明性、フィードバック、尊重、人間関係面での対立の統制）、3) 計画・決定過程への組入れ、4) 十分な社会的接触、5) 事業所の環境（人的な受容性、従業員間の敬意をもった交流）、6) 労務管理による職業上の発展可能性

エ) 職場や労働環境の条件

1) 低い音圧レベル、2) 衛生的な室内環境、3) 十分な自然光と適切な人工照明、4) 単調で変化のない環境条件の回避、5) 十分な空間的な幅、6) 人間工学に基づくソフトウェア、7) 職業生活を送るうえで必要な情報や作業上接触する材料の危険性に関する分かり易い警告

オ) 労働時間の形成

1) 上限を8時間とする日々の規則的な労働時間、2) 1) の労働時間の上限を超える場合の、負荷に見合った時間調整、3) 負荷に見合った休憩（時間）の確保、4) 人間工学的なシフトプランの策定、5) 週末の休みの十分な確保、6) フレックス制による生物学的・社会的シンクロの欠落の回避

本規則案には、連邦労働社会省に、専門家や労使の代表、労災保険者などから成る作業時の心理的負荷に関する委員会を設置し、新たな心理的負荷要因や、効果的な保護措置（介入）、保護措置の実施方法などについて特定し、規定や計画を策定・公表させる旨の規定も盛り込まれている。

上述の通り、本規則案は、一部の州政府や政党などから支持されているが、使用者団体は、現行労働保護法でも心理的負荷の

問題はカバーされていること、心理的負荷は職場だけの問題ではないこと等を理由に、その制定に一貫して強行に反対している。しかし、地方選挙での社会民主党や緑の党の勝利による連邦参議院の勢力図の変化により、制定へ向けた動きが加速するとみられている。

・ドイツには、前掲の基本法（ドイツ憲法）第3条第3項第2文（障害者に対する不利益取扱い禁止規定）等の定めを受け、やはり前掲の社会法典第9編の不利益取扱い禁止規定とは別に、単独立法としての障害者差別禁止立法も存在する（仮に日本で障害者差別禁止立法が制定されれば、社会法典第9編所定の割当雇用制度と差別禁止立法が併存している点で、先駆例ということになる）。基本法第3条第3項第2文が設けられたのは1994年のことだが、むしろEUの雇用平等指令の国内法化の要請を受け、2002年に制定された障害者同権法（Behindertengleichstellungsgesetz）がそれに当たるが、包括的な差別禁止法として、2006年に制定された一般平等取扱法（Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz）も、労働関係のみでなく、民法上の債務・取引関係全般において、障害を理由とする不利益取扱いを禁じる規定を盛り込んでいる。両者共に、保護対象となる障害者の定義は、上述した社会法典第9編第2条のそれと変わらないが（障害者同権法第3条、一般平等取扱法には直接的な定義規定は存しない）、先述した通り、一般平等取扱法上の不利益取扱禁止の対象は、重度障害者のみではなく、定義規定に適う障害者全般に及ぶ。

このうち一般平等取扱法において禁止さ

れる不利益取扱いの内容は、募集・採用、配置・昇進にかかる選択基準や雇用条件、賃金や解雇事由を含む労働条件、職業教育、社会保障その他社会的給付、教育、住宅を含む福利サービスなどの労働関係全般にわたる（一般平等取扱法第2条第1項）。禁止される態様は、直接的不利益取扱い（いわゆる直接差別）、間接的不利益取扱い（いわゆる間接差別）のほか、ハラスメント、セクシュアルハラスメント、不利益取扱いの指示である（同法第3条）。ただし、異別取扱いの正当化事由として、職務の性格や職務遂行上の条件に基づく実質的な要請があり、目的の正当性と要請の適正さが担保される場合が規定されている（同法第8条第1項）。また、積極的差別是正措置（Positive massnahmen）も規定されている（同法第5条）。

なお、ドイツでは、従前、障害者の雇用促進や雇用の安定化策が中心的課題とされて来た中、この法律がEUの雇用平等指令の国内法化の要請を受けて制定された経緯からも、アメリカのADAに定められた合理的配慮義務やイギリスの平等法に定められた調整義務のように、障害者保護独自の規定は設けられておらず、それらは別途、社会法典第9編に規定されている。

一般平等取扱法は、イギリスの平等法と同様に、行政の専門機関の関与を規定しつつも（主に同法第6章）、最終的には民事的解決を予定した法律であり、罰則は設けられていない。違法な不利益取扱いに該当する約定を無効としたり（同法第7条第2項）、労使いずれが主体となる場合にも、違法な不利益取扱いを契約上の義務違反とみなしたり（同条第3項）、違法な不利益取扱いを

犯した使用者に損害賠償責任を負わせる
(同法第15条第1項) 旨の規定もある。

ウ 効果

不明

エ 図られている対応

不明。但し、前掲のIGメタルによるアンチストレス規則の提案が、それに該当すると思われる。

(5) 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、ほぼ一貫してEUの法政策 (とりわけEC指令) の影響を強く受けて来た。

・国内法では、当初は身体的健康と精神的健康を明確に区分し、労働安全衛生関係法は、前者のみを対象とする考え方が支配的であったが(*その意味では、日本の安衛法の方が(過労による脳心臓疾患対策の必要性認識もあり、)従前より心身双方の健康を一体的に取り扱って来た)と解される)、特に2002年の法改正により、セクハラ・モラハラなどのハラスメントを中心に、心身の健康双方を射程に収めるようになり、中でもハラスメントに関する解釈・運用論上の議論が盛んに行われて来た。

しかし、近年に至り、EC指令のリスク管理の対象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、専門家の関与と労使対話、早期予防を重視したリスク管

理による精神的健康全般の確保に射程が及ぶ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。

①89年6月12日(*笠木・鈴木報告書では91年): 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

②92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

③92年11月2日: ②を受けて雇用の枠内においてセクハラの影響の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

④01年11月5日: 後述するDUERに関するデクレの制定(*枠組み指令の国内法化が不十分との認識に基づく)

⑤02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)と、それに伴う労働法典、刑事法典の改正(労働法典L.1152-1条、刑事法典L.222-33-2条の新設)。その後の、(1)ハラスメントを根拠として民事過失責任を認定する判例の増加→(2)職場における「モラル・ハラスメント」概念の一人歩き

現象（：労働者が、些細なトラブルを容易にモラル・ハラスメントとして使用者等を問責する現象。Wording とその一般化によるラベル効果との指摘もなされている）と使用者側の過剰防衛現象による膠着状態の出現→(3)ほんらい労働組織の問題として捉えられるべきモラル・ハラスメントの個人間問題への矮小化→(4)事後的な責任追及より事前予防を重視する傾向の拡大（*ただし、これには、心身双方の健康を対象としたリスク管理を求める EC 指令の国内法化の要請も背景にある）→(5)事前予防の取組を通じて労使対話を活性化しようとの議論の出現（*その後、1000人以上の労働者を使用する私企業において、この問題に関する労使交渉が義務づけられた）

⑥08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協定（*全国職協定とは、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

⑦08年2月～09年9月頃：フランス・テレコム従業員連続自殺事件→同事件等を受けた労働大臣による緊急計画の発表

⑧10年5月26日：07年4月26日の欧州枠組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

職協定の成立

・なお、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)、(3)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、(4)「労働における健康計画II (Plan Santé au Travail II)」(2010)などの施策がある。

イ 特徴

・端的に言えば、上述したように、人権思想に裏付けられたモラル・ハラスメント防止のための独自の国内法整備の流れと、EUにおけるリスクマネジメント手法をベースとするストレス対策の国内法化の流れがあり、近年、後者にハラスメントの要素が盛り込まれるなどして、両者が統合される傾向にある。

・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「組織体制と調整手段の設置」を列挙している。

また、労働法典 L.4121-2 条は、L4121-1 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」(≠人間を労働に適応させること)、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 L1142-1 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、L1142-1 条にリンクする⑦が特徴的である。

・さらに、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）の関与と専門家や外部の者による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。

・2001年11月5日デクレは、L4121-1 条(当該デクレ制定当時の L.320-1 条)等を具体化し、罰則を伴う公法上の義務を課す趣旨で、「労働者の安全衛生上のリスク評価に関する文書 (document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs) (DUER と略されることがある。一般に「統一文書 (document unique) と俗に呼ばれることもある) について規定し、その作成と定期的な及び安全衛生面での条件変更がある場合等における更新を義務づけた (労働法典 R.230-1 条)。特に 2002 年の労働法典の改正後、その対象には、精神的健康の保護が明確に含まれることとなった。実務上は、そうした問題を一切記載しなかったり、形式的記載にとどめる文書も多く、にもかかわらず刑事罰の適用はなされていないようだが、民事上、使用者の労災にかかる完全賠償責任を導く「許し難い過失 (faute inexcusable : 重過失の中でも高度なものと解されてきた)」の評価等の要素となるとする議論もある。

・2002年の労働法典の改正により設けられた L1142-1 条は、「いかなる労働者も、その諸権利・尊厳を害する、もしくは、心

身の健康を損ね、またはその職業生活上の将来を危険にさらし得る労働条件の劣悪化をもたらす目的で、ないしそのような効果を伴う形で、繰り返されるモラル・ハラスメントの行為に曝され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（L1152-1条）。

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（L222-33-2条）。

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）。また、これらの規定は、使用者が労働契約ないし法律上負う安全保持義務（obligation de sécurité）を広く解釈させる旨を破棄院が示しているため、私法上の効果・意義も有すると解される。

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。こうしたハラスメント規定の拡張的解釈については、彼国の法律家内外から一定の評価を得ているが、それが罰則の裏付けを得ていることもあり、批判も示されている。

・使用者は、労働契約ないし法律上、安全保持義務を負う。安全保持義務違反は、労災被害者に使用者に対して完全賠償を求める権利を導く「許し難い過失」を直ちに構成する。司法では、2002年2月28日のアスベスト判決を端緒として、結果責任的解釈が採られるようになり、2006年6月24日の大法廷判決がそうした解釈を確認した。同判決は、①損害（被害）の発生、②使用者の予見可能性、回避可能性を充たせば、同義務違反が成立する旨を述べている。また、2006年6月21日の破棄院判決は、その射程が精神的健康にも及ぶと解し、かつ労働法典上のモラル・ハラスメント概念を極めて広く解釈して来た。純粋な経営判断に起因するストレスについてもモラル・ハラスメントの存在を認める破棄院判決も散見される。

・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、従業員数50人以上の企業に設置が義務づけられている安全衛生労働条件委員会（CHSCT）に労働安全衛生面での強い介入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（*2002年改正により、精神的健康の保護が対象に含められた）

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）

また、同-8条には、工場設備の改変、製品の変更、労働組織のあり方の変更から生じる職務上の重要な変更など、労働安全衛生その他の「労働条件（*この概念の射程は法典上具体化されていないが、司法は、職務、報酬決定システム、休憩時間、食堂に関する事柄なども含まれると解して来た）」を変更し得る重要な決定について意見を述べる権限（=企業側の諮問義務）が規定されている。なお、いわゆる賃金連動型MOB（目標管理制度）導入計画につき、安全衛生労働条件委員会への諮問を果たして

いないとして、使用者が当該計画実施の差止めを求めた事件において、2007年1月28日の破棄院社会部判決は、年1回の目標管理面談は、被用者の行動に影響を及ぼし得るもので、労働条件に影響する精神的圧力をもたらすため、諮問の対象となる旨判示している。しかし、2006年1月21日のTGI判決のように、「あらゆる計画が被用者に必ず不安を引き起こすという理由によって、全ての組織再編計画について」委員会が諮問を求めることはできないなどとして、対象の過度な拡大に歯止めをかけようとするものもある。

その他、同-12条には、事業場に深刻なリスクが確認された場合や、同-8条にいう変更をもたらす重要な計画が存在する場合、企業外の専門家に査定を依頼し得る権限（専門的査定権限）が規定されている。大臣策定リストに掲載された有資格者による査定が開始されると、最大1か月間（45日間まで延長可能）の調査期間が設定され、使用者は、調査に当たる専門家の立入・情報提供依頼を拒否できず、その間に対象となった計画が実施されると、罰則の適用を受ける。また、有資格者による調査については、使用者が費用を負担せねばならない。また、査定の終了後、その結果に反する決定もなし得るが、司法により当該査定を根拠に当該決定を覆される（：差止め判決等を受ける）こともある。

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。

フランスの安全衛生労働条件委員会は、1982年に安全衛生委員会と労働条件改善委員会を統一・再編して導入された企業

委員会制度だが、安全衛生委員会が、技術的事項の審議を目的とするものだったのに対し、労働者が企業内市民ないし企業内の変化をもたらすアクターとなって、労災や職業性疾病の予防や労働条件の改善に重要な影響力を及ぼすことを目的に創設された経緯がある。その構成も、基本的には事業場長と一定数の幹部職員を含む労働者代表団から成り、労働医や安全衛生・労働条件部門の責任者等は、諮問的立場で会議に出席し得るにとどまる。

・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。

・（少なくとも法制度上は）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。安全衛生労働条件委員会とも協働して職務を遂行する。

フランスの労働医は、一般医となるための6年間の養成課程を修了した後、選抜試験を受け、更に4年間の専門的な教育を受けてようやく就業できる職種であり、他の医療活動との兼業のみならず、労働医の独立性や尊厳を侵す他の職業活動との兼業も禁じられている（医師倫理法典第26条）。

フランスでは、全ての企業が、労働医の属する労働保健機関（service santé au travail）の設置を義務づけられており、これは主に大企業向けの単一企業労働保健機関と、主に中小企業向けの企業共同労働保健機関に分かれる。メンタルヘルスに関わる労働医の職務は、集団的性格を持つもの（集団的業務）と個別的性格を持つもの（個別業務）に分かれ、前者は、労働者の健康リスクに関わる労働条件や職務等について、使用者に改善提案をなすものであり（労働法典 L.4624-3条）、後者は、労働者の健診等を契機として、個々の労働者の特性（年齢、体力、健康状態等）に応じ、使用者に配転や職務内容の変更等の個別的措置を提案するものである（労働法典 L.4624-1条）。使用者は、いずれの提案についても十分に考慮せねばならず、それを実施しない場合には、労働者及び労働医に理由を示さねばならない。

かように強力な権限と責務を課された存在ではあるが、にもかかわらず、実態としては、使用者に嫌悪感をもたれないため、労働環境整備のための助言を避けたり、労

働者がメンタルヘルス不調に陥った場合にも、一律的に個人の職務適性の問題等に帰せしめてしまう労働医も少なくないという。

・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雇用・職業訓練・労使対話省に属する国立機関で、全国労働条件改善局（ANACT : Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail）を構成する26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。このうち ANACT 及び ARACT は、1970年代のフランスでの労使対立の激化、特にテイラー主義への労働者の反発等を背景に、労使関係の安定化を図る目的で創設された経緯があり、労働条件改善と生産性向上は両立する、との考え方を基本としている。具体的な活動内容は、国と締結する契約により定まり、2009～2012年度の契約では、現代における仕事のあり方の変容によって生じて来た産業精神上のリスクが、重要な課題として挙げられて

いる。日本で言えば、全国労働基準関係団体連合会や労働基準協会など、民間の生産性本部などに近い役割を負っているように思われ、欧州レベルでの情報交換、調査や中小企業向けのサポートも積極的に実施している。

・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、原則として公的補償給付で補償され、それが使用者の faute inexcusable（許し難い過失）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、近年の破産院判決が、使用者にその予見可能性が認められる場合一般に faute inexcusable 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。

なお、フランスでは、やはりドイツと同様に、労災保険給付の類型は、労働災害と職業性疾病に区分され、前者については何らかの事故（出来事）の発生、後者については法令に定める職業性疾病リストに掲載

のない疾病については、専門家委員会の判断を経て初めて認定を受ける仕組みとなっており、職場外での自殺や恒常的な負荷による精神的健康の悪化等、事故性のない事案において補償を受けることは困難とされている。

・その他、日本におけると同様に、メンタルヘルス対策の重要性認識を背景に、大企業を中心として、民間のコンサルタント会社の助言を受けて対応を行うところも増加傾向にあるが、そうした業者の質に関わる問題も生じて来ており、良質な業者に対する雇用省によるラベリング制度の創設が検討されている。

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

(6) アメリカ

ア 背景

・1960年代後半、アメリカでは、deinstitutionalization (施設に収容された精神障害者を社会的に包摂すること) が開始され、以後、メンタルヘルスのためのストレス・ケアは、主にコミュニティ・レベルで行われるようになった。

・昨今は、アメリカでも、メンタルヘルスという用語は、単なる精神疾患対策の枠を超え、自己効力感、行動、社会生活、職

業生活などに関わる幅広い意味で理解されるようになって来ており、行動科学の一環との理解も進んでいる。その意味で良好なメンタルヘルス状態にある国民は約17%に過ぎず、うつ (depression*「うつ状態」か「うつ病」か判然としないが、前者を指すものと察せられる) が拡大し、全国民の約26%に何らかの影響を及ぼしていると試算されている。

・アメリカの職場のメンタル・ストレスにかかる主要な問題は、①職場暴力の顕在化、②欠勤の急増、③雇用不安である。ストレスにより欠勤する労働者数は毎日100万人に及び、約50%以上の労働者が雇用に関して不安を覚えている、とのデータがある。

・NIOSH (国立労働安全衛生研究所) は、1983年に、リスクの重大性や予防の可能性などの観点から労災・職業病のランク付けを行ったが、精神障害はその10位にランクされていた。その典型は、ノイローゼ、パーソナリティ障害、アルコール中毒、薬物依存などであったが、業務上のメンタル・ストレスは、労働安全衛生上の重要な取組課題と位置づけられた。

・また、1980年にアメリカ労働省が議会の提出した報告書では、精神障害を含めた職業病は、労災補償給付の受給による逸失利益の回復が困難で、それが故に損害賠償請求訴訟が生じたり、その他の社会保障給付等でカバーされる (かそれすら困難な) 場合が多く、重要な取組課題であるとの認識が示されていた。

・アメリカでは、80年代、ホワイトカラー労働者の増加と共に、精神障害による労災補償請求件数が増え、メディアの報道

もあって、メンタル・ストレスに関心が集まるようになった。労災補償では、民間の団体医療保険のような支給制限や一部負担金がないこと、労災保険のプロバイダー自身が請求を奨励したこと、労災補償法をリベラルに解釈し、作業関連ストレスによる疾患を対象に含める司法判断が出て来たことなども、請求件数の増加を後押しした。

これに対して、州の中には、立法措置により、差別的、精神的な害意を持つ等に該当しない真正な人事上の措置（配転、昇進、降格、解雇など）については、補償対象から外すところが出て来た。その背景には、①国際競争や経済的低迷によるレイオフや工場閉鎖はやむを得ない、②ベビーブーマー世代は、その前の世代と異なる期待をし、結果的にストレス脆弱性が高くなっている、③組合の機能低下により、職場でメンタルストレスを抱える者への適切な対応ができなくなって来ている、等の認識があった。

その結果、労働者は、使用者を相手方とする労災民事損害賠償請求や、違法解雇を理由とする損害賠償請求を提起するようになった。他方で、労災補償請求も増加し続けており、こうした状況は、現在の日本の状況によく似ている。

・90年代後半には、ダウンサイジング、レイオフ等により大量の人員削減が行われ、雇用不安から多くの労働者がストレスを感じるようになり、特に白人男性の自殺率が上昇した。また、ベトナム・シンドロームやイラク解放作戦に参加した兵士の精神疾患や自殺の問題も継続していたが、空軍の自殺予防対策（コミュニティ・アプローチ）により、多くの者が救済された。

・1999年には、ゴア副大統領夫人

(Tipper Gore) が、アメリカ史上初めて、ホワイトハウスでメンタルヘルス会議（White House Conference on Mental Health）を開催した。

・2002年、ジョージ・W・ブッシュ大統領がメンタルヘルス委員会（The New Freedom Commission on Mental Health）を設立した。翌年、同委員会より大統領宛に提出された報告書で、メンタルヘルスの目的は、疾病障害の治癒ではなく、会社や社会への復帰であり、その実現のため、政府機関は省庁・自治体の壁を越えて連携し、また、さまざまな専門分野の医師、精神科医、心理職、ソーシャル・ワーカー、EAPなどのメンタルヘルス・プロバイダーも、連携を深め、個々人に合わせたプランを作成して対応する必要がある旨が示された。

この報告書をもとに、様々なメンタルヘルス関連団体が「メンタルヘルス改革キャンペーン」を実施し、2004年若者の自殺を防止するための法律（the Garrett Lee Smith Memorial Act (GLSMA)）、2007年退役軍人の自殺を防止するための法律（the Joshua Omvig Veterans Suicide Prevention Act (JOVSPA)）など、複数のメンタルヘルス対策法の制定に至った。

・アメリカでは、2007年段階で、自殺者は年間34,000人以上にのぼり、人口10万人当たり11.3人に達していた。中でも若年者の自殺が多く、15～24歳の若者の死亡理由の3番目、大学生の2番目に位置していた。

・アメリカでも、メンタルヘルス問題に関するスティグマ意識は強く、精神科医やセラピストへの受診には抵抗感を持つ者が多かったが、対策の一環として、2008

年にセキュリティ・クリアランスに関する法規定が改定され、心神喪失者でも原則として国家の重要機密にアクセスすることが認められるようになった。

・前述したように、アメリカに特徴的な現象として、労災死亡事故に占める職場暴力、とりわけ殺人件数の多さが挙げられる。労働統計局（BLS）の致命的業務上傷病センサス（Census of Fatal Occupational Injuries (CFOI)）によれば、2000～2009年にかけて毎年平均590人の殺人が発生し、業務関連死亡災害の4位、2009年の女性の職場での死亡災害の1位は殺人であった。また、毎年平均15,000件以上の非致命的な傷害が報告されており、被害者の19%が法執行官、13%が小売業、10%が医療関係労働者であった。

イ 特徴

・アメリカには OSHA（アメリカ労働安全衛生法）があり、その中に一般的義務条項も規定されているが、同条項を含め、全条項が、基本的に職場における身体的なリスクを射程としており、メンタルヘルスへの適用は予定されていない（ただし、2011年9月8日には、同国において深刻な職場暴力の問題について、一般的義務条項の下での執行を前提に、「職場暴力の調査または監督の執行手順 (OSHA Directive CPL 02-01-052(2011,September 8), Enforcement Procedures for Investigating or Inspecting Workplace Violence Incidents)」が発令されている）。

・OSHA では、日本でいう一般健診の定めはなく、特殊健診の一部に相当する制度が定められているに過ぎない。また、産業

医の選任を義務づける規定もない。その理由の1つは、同法の規制行政的性格にあり、基本的に各州で設定された安全衛生基準を監督官による臨検と罰則により履行確保を図る仕組みを採っている。それゆえに、産業医制度はもとより、自主的な安全衛生の確保を求める内容に乏しい。また、同法に基づく私訴権（private cause of action）も認められていないため、民事の領域で同法の規定を緩やかに解釈するような司法判断も下され得ない。

・他方、OSHA を離れた一般的な negligence（過失の不法行為）による訴訟等でも、精神的苦痛を導く職場のいじめ等についてさえ、使用者責任が殆ど認められていない。2003年以降、いじめに対する使用者責任を強化する法案（the Healthy Workplace Bill）が24の州で提出されているが、立法化された例はない。

<労災補償法関係>

・労災補償は、あくまで事後的な措置なので、予防に直接的には関わらない。また、アメリカでは、日本のように、精神障害で労災認定が下りると、企業のブランド・イメージが毀損されるといった事情は殆どない。州により異なるが、彼国の労災補償制度は、州法によりその枠組みを決定される一方、その財政と運用は、①州基金、②使用者の加入する私保険、③（災害リスクが少ない事業など例外的な場合に限り）労働者自身が加入する自己保険（self-insurance）に委ねられ、基本的に民間ベースで運営されているからである。また、彼国の労災補償制度は、州により千差万別であり、一概に論じられない。

それでも、メリット制が前提となっている場合が多く、精神障害の労災認定は、使用者にも一定の不利益をもたらすため、その認定基準は、予防にも間接的な関わりを持つ。

・各州のメンタルに関する労災補償申請は、次の3種類に大別される。

① フィジカルーメンタル請求 (physical-mental claims) : いわゆる外因性精神障害についての労災補償請求。身体的外傷による精神症状による労働不能等を請求原因とするもの。

② メンタルーフিজカル請求 (mental-physical claims) : メンタルな刺激によって身体的疾患が惹起されたことを原因とする労災補償請求。長時間労働による心筋梗塞などが該当する。

③ メンタルーメンタル請求 (mental-mental claims) : メンタルな刺激によって精神的な障害が惹起されたことを原因とする労災補償請求。業務上のプレッシャーによる慢性的なうつ症状などが該当する。

このうち①②は、全ての州で補償対象としているが、③を対象とする州は2012年1月時点で18州にとどまる。その18州の中にも、(ア)短時間内の突然の出来事、(イ)同等の職場で働く労働者と比較して甚大で異常なストレス、(ウ)職場のストレスが精神障害の主たる原因であること、(エ)仕事のストレスが真正な人事上の措置(訓練、職務評価、配転、レイオフ、降格、解雇など)により引き起こされたものでないこと、(オ)医師免許を持った精神科医か心理学者の証明があること、(カ)身体的症状を伴うこと、等を認定の要件とするところ

がある。

また、原則として③を補償対象としない州の中にも、業務遂行中に生じたレイプ、暴力的な犯罪被害などを例外的に補償対象とする州もある。

<ADA と労災補償法の関係>

・ADAの詳細は、次項(6)に記載の通りだが、労災補償法との関係について、以下の点が特筆される。

・労災補償法上の労働不能給付(disability benefit)を受ける者は、合理的配慮があれば、あるいはなくても、原則として、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)(ADA第101条(8))の条件を充たさないと解され、ADAの適用を受けない。

・ただし、ADAの前身であるリハビリテーション法については、たとえ労災補償が認められても、同法所定の障害者差別に基づく損害賠償請求は可能とする判例がある(Johnson v. Sullivan, 764 F.Supp.1053(D.Md.1991))。また、労災によって障害者となった労働者は、労災補償を得られるだけでなく、ADAの適用条件を充たせば、合理的配慮として、職場復帰措置を請求することもできるが、仮に使用者が正当な理由なく当該措置を拒めば、同法に基づく損害賠償を請求できることになる。

<FMLA と ADA の関係>

・FMLA(家族・医療休暇法)は、日本でいう育児・介護休業法と組織が任意に設ける疾病休職制度の内容を併せ持った法律である。具体的には、①出産・育児・養子の養育、②重度の(：3日以上)の休暇取得

により認められる) 傷病を被った配偶者、
近親者の世話、③労働者自身の深刻な健康
状態(：入院治療または医療介護機関によ
る継続的治療が必要な状態)により、労働
不能に至った場合に、12か月以上の雇用
期間、前年に1250時間以上の就労の条
件を充たす労働者に、最長12週/年の無
給休暇を保障する規定を置いている。労働
者が休暇開始前から団体保険に加入してい
れば、使用者は、当該休暇期間中の保険金
(＊保険料の趣旨か要確認)負担を維持せ
ねばならないが、労働者が職場復帰しない
ことが明らかになった時点で、保険給付が
停止される。休暇の取得方法は、連続的取
得、断続的取得、軽減労働日程に合わせた
取得のいずれも可能である。

休暇を経て、労働者の職場復帰が可能に
なれば、原則として、休暇前に就いていた
ポストに復職できるが、それが廃止又は改
変された場合、それと同様のポストか、そ
れと同等(：同じ賃金・手当、その他の労
働条件)のポストに復職できる。

・FMLAとADAの関係は以下の通り。

ア ADAでは、使用者は、たとえ労働者
が同法の定める合理的配慮等を求める場合
にも、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る場合でなければ同
人の障害を調査することはできないが、
FMLAでは、労働者が同法に基づく休暇を
取得しようとする場合、その必要性を証す
るヘルスケア・プロバイダーの診断書の提
出を求めることができる。

イ ADAでは、使用者に過度の負担を強
いるものでない限り、合理的配慮の一環と
して、労使間で決められた期間、休暇の取
得が認められるが(いったん決定した期間

の満了後の延長も可能)、FMLAでは、任
意の12か月間に最長12週間の無給休暇
を、連続的、断続的または軽減労働日程で
取得する権利が付与される一方、追加給付
は認められない。他方、FMLAでは、家族
等の看護・介護のための休暇取得を認めら
れるが、ADAでは認められない。

ウ 休暇後の復職については、ADAでも、
合理的配慮の一環として、従前のポストの
確保が過度の負担に当たらない限り、当該
ポストかそれと同様ないし同等のポストに
復帰する権利が付与されるが、あくまで使
用者側の過度の負担がかからない範囲に限
られる。

<メンタルヘルス・パリティ法>

・アメリカには、高齢者医療保険として
のメディケア(Medicare)、低所得者層向
け医療保険としてのメディケイド
(Medicaid)などはあるが、全国民を対象
とする社会保険としての医療保険制度がな
く、各企業が従業員福利厚生施策の一環と
して、労働者とその家族を対象に民間保険
会社と団体保険契約を締結し、医療保障サ
ービスを提供する例が殆どである。

・1996年には、精神疾患罹患患者に対
して身体疾患罹患患者等と同様の医療保険給
付の保障を図るため、96年メンタルヘル
ス・パリティ法(MHPA：the Mental
Health Parity Act of 1996)が制定され、
1998年に発効したが、以下の通り、そ
の内容は、必ずしもその目的に沿うものでは
なかった。

ア メンタルヘルス・プログラムを一般
的なヘルス・プランの一環として取扱い、
団体医療保険の給付パッケージにメンタル

ヘルスを含める必要も規定していなかった。

イ 団体医療保険につき、従業員数50人未満の企業への適用を免除していた。

ウ 同じく、精神疾患罹患者への給付に特別な制限を設けることを禁止していなかった。

エ 同じく、精神疾患罹患者のみを対象に、医療受診の回数、年間給付金額、生涯給付金額に制限を設けていた（精神疾患に対する典型的な年間給付限度額は5,000ドル、生涯給付限度額は50,000ドルだったが、身体疾患の場合、年間給付に上限はなく、生涯給付でも100万ドルまで許容されていた）。

・96年MHPAは、サンセット条項（*当該法律について、一定期間ごとに適否を審査し、廃止か続行かを決する旨の条項）により6回延長された後、2001年9月30日に廃止された。

・しかし、2008年になって、ジョージ・W・ブッシュの尽力により、MHPAより保障内容を拡大するメンタルヘルス・パリティ・依存症衡平法（the Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)）が制定された。同法は、リーマン・ショックを契機とする金融危機対策のために制定された「金融安定化法（the Emergency Economic Stimulus Act）」の一部であり、従来、上掲のようにさまざまな制限が付されていた精神疾患対象の保険の保障レベルを、控除、自己負担、私費負担、自己保険、適用される入院、外来受診など、まさにさまざまな面で身体疾患と同レベルに引き上げさせると共に、メンタルヘルス（不調者）に対する偏見と差別の抑制に国家として取

り組むことを宣言した点に意義がある。

<医療費負担適正化法>

・オバマ政権下の2010年3月に、患者保護および医療費負担適正化法（the Patient Protection and Affordable Care Act (PL 111-148)）にヘルスケア及び教育負担抑制調整法（the Health Care and Education Reconciliation Act of 2010 (PL 111-152)）を上乗せして成立した法律であり、一般にヘルスケア改革法と呼ばれている。

・同法は、国民の大半に医療保険への加入を義務づけると共に、

①零細企業の労働者や自営業者など企業保険に加入できない者も、新設される保険市場（Exchange）から加入できる体制をつくること、

②持病や重病、性別等を理由に保険加入や契約更新を拒否されないようにすること、

③医療業界が医療の質の向上とコスト削減のための措置を講じるようにさせること、等を定めている。

・同法制定の背景には、

ア 医療費高騰と景気後退を背景とする企業の保険離れと約5000万人にのぼる保険未加入者の発生、保険加入者の負担増加（「隠れた税金（Hidden Tax）」問題の深刻化）、

イ 予防医療を軽視する傾向の拡大、等の事情があった。

・この法律の制定に際しては、26の州や、個人企業全国連合等が違憲訴訟を提起し、2つの州連邦地裁が違憲判決をだしたが、2012年6月18日の連邦最高裁判決は、裁判官5対4の僅差で合憲とした。

4名の裁判官は、医療保険に加入しない者への罰則について、州際通商条項違反としたが、長官を含む5名は、税負担とみなし、合憲とした。

<民間の制度～EAP～>

・アメリカでは、労災補償制度を筆頭に、他国では公的制度となっているものも、民間に委ねられていることが多い。日本でもその役割と存在感を増しつつある EAP が、アメリカ発祥であることはよく知られているが、現在のアメリカの EAP は、日本であれば精神保健福祉センター、保健所、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構傘下の都道府県障害者職業支援センター、イギリスであれば Jobcentre Plus などが果たしている役割の多くを担っている。

・アメリカの EAP は、1940年代に、労働者のアルコール問題への対応のニーズから生まれ、アルコール中毒や薬物依存問題への対応を主な業務として拡大して来た。60年代には、職務のパフォーマンス障害全般に焦点が移り、80年代中頃から、諸障害発生の前段階での予防を図るウェルネス・プログラムの策定と実施にも取り組むようになった。現在の EAP は、通例、フルタイムの従業員を対象に、職務に関連する諸種の支援を行っており、その範囲は、抑うつ、ストレス、不安、摂食障害から、キャリアに関する困難、結婚・家族、家計、エイズ・がんなどの医療、その他の法律関連問題など多岐にわたる。ただし、セクシュアル・ハラスメントの問題は、一般に、EAP ではなく、HR（人事労務）が対応すべき課題と捉えられている。うつ（depression）については、EAP が直接診

断する場合もあるし、医師の診断を前提に個人・グループでのカウンセリングを施す場合もあるが、基本的には、原則として本人の健康保険プランに従い、医療受診を勧める。特に自殺念慮がうかがわれる場合には、直ちに医療機関にリファーする。

・一例として、ボストンのパートナー・ヘルス・ケアは、身体障害、家族の介護資源、家庭内暴力、性的暴行、高齢者介護、母乳サポート、子育て、一般的な人間関係なども業務範囲に含めている。

・EAP の主なスタッフは、Ph.D 等の学位を有する心理学の専門家だが、産業医がそのサービスに関与する例も多い。

・なお、EAP の品質保証を図る動きもある。たとえば、Journal of Workplace Behavioral Health : Employee assistance practice and research を刊行している従業員支援サービス協会（the Employee Assistance Trade Association）は、1985年に EAP プロバイダー基準を策定するために設立された団体である。また、北アメリカ EAP 事業者協会（the Employee Assistance Society of North America（EASNA））は、2001年に、認定基準協会（the Council on Accreditation）と協力し、基準による認定を開始し、現在までに60近い EAP プログラムを認定している。

・2011年段階での北アメリカ EAP 事業所協会の調査によれば、同協会傘下に800のグループ会員があり、アメリカ国内で3140万人、国外を併せると計4610万人の労働者をカバーしているという。

ウ 効果

・不明

エ 図られている対応

・イで示したもの。

(7) アメリカ (障害者差別禁止法関係)

ア 背景

・(6)で述べたように、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を含め、EEOCが取り扱う連邦法（リハビリテーション法、1963年同一賃金法、1964年公民権法第7編、1967年雇用における年齢差別禁止法、1991年公民権法第7編及びGINA）については、EEOCによる調整前置主義が採られ

ており、訴訟の前にEEOCへの申立（charge）がなされなければならない。ここで調整が成立すれば、申立人・被申立人・EEOCの三者間で拘束力を持つ書面が締結されるが、成立しない場合、EEOCが自ら原告となって訴訟を提起することができる。申立人は、①EEOCが訴訟を提起しない場合、②EEOCが申立を却下した場合、③申立後180日を経過した場合、EEOCから訴権付与通知（notice of rights to sue）を受け取り、裁判所に訴訟を提起することができる。

・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举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（*これにより、フラッシュバック等により主要な生活活動に相当程度制限を受けることがあるPTSDのほか、うつ病・てんかん等の罹患者が障害認定を受ける可能性が拡大すると解される）、(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

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」が例示列举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（*実質的に不要の故と解される）。

・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に関する従前の判例は、障害者認定に関するもので、かつ原告敗訴となるものが多かったが（*2009年に各巡回区控訴裁判所に提訴されたADAに関する訴訟454件（ただし、障害者認定に関するものに限られない）のうち、障害者側が勝訴した件数は9件。精神障害者に限ってみると、同年の訴訟79件のうち障害者側勝訴は0件であった）、合理的配慮に関するものも一定数存在する（*林弘子報告IVでは、ADA施行後10年間は、障害の定義の範囲に争点が集中していたが、最高裁（U.S. Air Ways, Inc. v. Barnett, 535 U.S. 391(2002)が、その点を明確化して以後は、合理的配慮の内容に争点が移行していると指摘されている）。例えば、Ralph v. Licent Technologies, Inc., 135 F.3d 166(1st Cir.1998)は、同僚からのセクハラにより精神疾患に罹患して休職した原告が、合理的配慮として復職後の短時間勤務を求めた事案で、当該措置を合理的配慮として認めた。他方、Mobley v. Allstate Ins. Co., 531 F.3d

539(7th Cir.2008)は、睡眠障害を伴う神経性疾患に罹患した原告が、個室での勤務や始業時間の遅延等を認められた他に、在宅勤務等の配慮を求めた事案で、そこまでの措置を講じる必要はないとした。過度な負担について定めるADA第101条(10)との関係からか、一般に、低コストで済む措置は認められ易い傾向があるようだが、疾病罹患の背景（業務上外）などが考慮されている可能性もある。

・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、以下のようになる。

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や病气・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。

・以上のように、雇用率の改善には必ずしも貢献しなかったものの、特に賃金、職責、昇格、合理的配慮等の面では差別状態の解消に一定程度貢献したことをうかがわせるデータがある（National Council on Disability(NCD), The Impact of the Americans with Disabilities Act: Assessing the Progress Toward Achieving the Goals of the ADA, July 26 2007）。ただし、このデータでも、採用（面接）面の拒否については、大きな変化はみられない。

・なお、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。

・他方、EEOCでの紛争解決状況については、障害類型別の詳細なデータがある。

2012年にEEOCで解決に至ったADAに基づく申立28,799件のうち、申立人に有利な解決（和解、取下げ、差別の合理的根拠ありとする調整を含む）は、約2割の5,907件となる。その解決済

件数28,799件のうち、精神障害関連事案は約3割の約6,482件を占め、うち約2割(19.6%)が申立人に有利な形で解決している。その6,482件のうち、疾病類型として最も多いのはうつ病(解決件数2,008件)で、申立人に有利な形で解決した割合が最も高いのもうつ病(402件:6.8%)であった。その他、不安障害(解決件数1613件のうち申立人に有利な解決299件)、躁うつ病(解決件数922件のうち申立人に有利な解決195件)、PTSD(解決件数684件のうち申立人に有利な解決144件)などがこれに続く。PTSDはもちろん、うつ病の中にも心因性のものが含まれている可能性はあるので、特に申立人に有利な解決を得たものの中には、作業関連ストレスによるものが多く含まれていると察せられる。

このように、EEOCによる調整は、障害をめぐる紛争に一定の役割を果たしていることがうかがえ、個別事情に応じたADAの遵守を確保することで、結果的にメンタルヘルスの3次予防、ひいては2次予防や1次予防にも一定の貢献をしている可能性がある。

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適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ところで、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」（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 「育て鍛える」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。

キ 「育て鍛える」視点に基づく休職保障と支援のあり方

・育て鍛える視点に基づく介入では、ストレス関連疾患の罹患者が、休養と治療によって健康回復に専念できる条件整備が不可欠の前提となる。よって、法的な発症増悪事由の業務上外等を問わず、全ての労働者に十分な休養を保障する法整備が必要である。その際、適当な保障期間について、医学的側面からも検討する必要がある。ま

た、疾病休職者に対して、適当な時期に、休養可能な期間やその他の条件について説明する必要がある。

・そのうえで、目的意識を持った休養を
実践させる必要がある。具体的には、①治
療に専念すべき時期、②生活リズムの調整
や、活動性及び作業能力の向上に努める時
期、③労働能力を高める時期に加え、各時
期の到達目標を明確化し、支援のプロセス
を可視化する必要がある。

(2) 産業医学

1) 昨年度の調査結果

・本研究では、法制度調査グループとの
連携の下、産業保健専門職として、それら
の効果指標を同定し、必要に応じて新たな
指標の開発を行うことを目的としている。

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

・わが国において、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)

2) 今年度の調査結果

・今年度の調査では、先ず、昨年度の調査結果の総括が行われた。結果、国内外で採用されている指標は、いずれも関係法令等が意図した労働者のメンタルヘルスに関する重要な指標ではあるが、メンタルヘルスという多因子的 (multifactorial) かつ種々の媒体を通じて初めて実現され得る複雑多様・多層的な概念を考えたとき、充分とはいえないとの評価が導かれた。

・この結果を踏まえ、産業医科大学産業医実務研修センター及び同大学産業保健経営学研究室に在籍する医師 20 名によるグループワークにより、メンタルヘルスに関する過去及び将来実施が予想される関係法令等を基礎として、労働者の健康に影響が及ぶまでのプロセスを整理し、社会、企業、労働者への法令等の影響の浸透度を捕捉できる指標 (案) ならびに指標 (案) の策定手順について検討した。

・その結果、法令等の制定から労働者個

人の健康度に変化が起こるまでの有効な中間プロセス指標 (案) として、

①社会全体の指標：EAP (Employee Assistance Program) 機関数、

②企業・事業場に関する指標：メンタルヘルスに関する管理職研修の実施数、衛生委員会での議題出現数、産業医等によるメンタルヘルス関連面談数、産業医意見書の発行枚数、産業医の関連業務時間、メンタルヘルス不調者の職場復帰者数、人事部門がこの問題に調整的に関与する機会の回数、メンタルヘルス対策担当者の役割の明確化数、メンタルヘルスに関する個人情報管理の強化数、

③労働者に関する指標：メンタルヘルス対策の重要性などに関連する理解度

等が抽出された (詳細は、梶木報告書の添付資料を参照されたい)。

・これらの指標案は、法令等の社会、企業、労働者への浸透度を捕捉するものとして活用が期待されるが、やや産業保健専門職の視点に偏ったものとなっている可能性がある。メンタルヘルス関連の法令等は多くの利害関係者に影響を与え、それらが複雑に関与しあい労働者の健康に影響を与えると考えられるため、様々な利害関係者の協力のもと、多様な視点から法令等の影響を測るための指標を検討する必要がある。たとえば、法令等の変更時に利害関係者の将来にわたる健康影響を予測するツールとして健康影響評価 (Health Impact Assessment) があり、有効に活用することで、効果的な指標 (の素材) となる可能性があることが認識された。

(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、大企業を中心に増加傾向にあり、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）。また、やはり大企業を中心に、不調者の復職後の支援を担う専門担当者を置いている企業もある。

・ただし、中小企業での対策は、全体に不十分である（たとえば、「職場におけるメンタルヘルスクエ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）では、従業員規模1000人以上の事業所では、75.4%が何らかのメンタルヘルスクエアに取り組んでいたが、30人未満から99人以下規模では、約3割しか当該取組を実施していなかった）。

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社会的責任を自覚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（ただし、企業は、もとより利益の増大ではなく減少を防ぐ趣旨を持ち、効果が短期に現れ難い課題には十分な経費をかけない傾向にある中、メンタルヘルス対策については、それに加えて職域での対策のみでは奏功し難いものと認識し、尚更に経費をかけない傾向にある）。

④企業イメージとの関係

CSRとも関連するが、企業が適切なメンタルヘルス対策を怠れば、「人材の使い捨て」というイメージが社会的に定着し、優れた人材の採用、労働者の帰属意識、取引先の信用などさまざまな面で中長期的にマイナス影響を与える可能性がある」と解する企業もあること。

⑤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を背景に、職場でのコミュニケーション機会や助け合いの減少、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」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説ではない。組織風土とメン

タルヘルスの関係については、主に海外で一定の研究の蓄積があるが、日本での適応可能性については、未だ十分に検証されていない。

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普遍的背景

・企業活動のグローバル化やIT（情報技術）を中心とした技術の高度化により、予測困難な変化にさらされている現代の組織は、コストを削減し効率性を高めるために、柔軟性を重視した戦略を実施するようになった。このことは従業員にとっては、安心して働く基盤を提供する雇用の不安定化をもたらした。

エ 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日本の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、柔軟な職務編成と多能化が叶い、日本企業に多くのメリットがもたらされたが、以下のような問題も指摘されて来た。

ア 柔軟な職務編成と労働者の多能化→法的・倫理的な解雇制限ルール→一時的な職務の増加に際して現有勢力での残業、という経路を辿りやすく、特に現在のような景気低迷の条件下では、企業側の求める時間軸と労働者側の求める時間軸にギャップが生じ、結果的に個々の労働者の作業負荷の増大を招き易い。

イ 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

合うこととなるため、同僚間の相互監視状況が生じ易くなり、日常的にも休職者の復職時にも、勤務軽減の具体的条件（職務の質量や目標、労働時間限界など）を決めにくいなどの問題が生じ易くなる。かつ、個人のキャパシティーなどによる職務配分の偏りが他のメンバーのモチベーションに直接影響し易くなる。

ウ 最近では、管理職にもプレイング・マネージャーとしての役割が求められるようになって来たため、管理職自身が管理業務に専念できなくなり、部下をケアできず、結果として人材育成が困難になる、等の問題も生じている。

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（もともと、世代ごとに転職のしやすさ等が異なることから問題状況や背景が異なる可能性もある）。また、その背景に、労働者自身がいわゆる定年雇用（：長期雇用）を支持しているというデータもあり、外部労働市場へ参入するリスクを感じる労働者が多い

ことをうかがわせる。

・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、コールセンターでの顧客対応や営業職などの感情労働のほか、逆に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。

しかし、現段階では、看護職や教育職などの専門職以外の職種についてのストレス研究の蓄積が少なく、今後の取り組みが求められる。

オ 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。

カ 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、客観的な分析をするには、未だ事例の集積が不足している。

キ 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を得ず、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、その抑制手段ないし望ましい方向性へ向けた対策の促進手段が必要である。考えられるものとして、以下のものが挙げられる。

①経営戦略の一環としての位置づけを基本とした経営者による積極的取り組み

ア ワークライフバランスの視点に立った企業活動

出産・育児などと比較して、休復職の過程を経る場合が多いこと、その失敗、成功が労働者の離職やモチベーションに影響する可能性がある点などで共通項が多い。よって、たとえばアメリカでは、ワークライフバランスを経営戦略の一環とする考え方が拡大しているとの情報があるが、日本では短期的な経営効率優先の考え方が支配的なため、この点で確たる効用を示さなければ積極的取り組みの一般化は見込まれ難い。

打開策の1つとして、比較的効果を測定しやすい3次予防面、とりわけ休職者の復職支援に着眼し、発症・増悪事由を踏まえ、適宜職場環境の調整を含めた積極的介入を行った場合の職務定着率や雇用維持割合等を測定することで、効用を顕在化させる方法が考えられる。

イ サポートティブな組織風土の醸成

有効なメンタルヘルス対策を実施するためには、個人、職場、全社の各レベルが連携しつつ、各々必要な取り組みを図る必要がある。

その際、以下の事項が要目となる。

ア) 管理職の役割

ソーシャル・サポート研究では、メンタルヘルスの専門家ではない、職場の上司や同僚等による有形無形のサポートが、労働者のストレス軽減に結び付く可能性が示唆されており、とりわけ上司には、職場運営上の日常的なストレス予防と改善努力、部下への適切なサポート、部下のストレスへの気付きと専門家への相談の勧奨など、さまざまな役割が期待されている。

その延長線上で、問題上司の早期発見やチェック体制の確立、管理職の評価項目にソーシャル・サポートを採り入れる等の人事管理施策も模索されている。

しかし、結果的に管理職層にも不調者が生じている実態があり、こうした問題には、一般的な管理職教育や彼らへの情報提供のみでは対応できないので、上述したトップの理解と関与、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。

イ) 組織内の情報共有

1次予防から3次予防、とりわけ2次予

防や3次予防では、組織内の各レベルの連携的取り組みが必要となり、そのためには労働者のメンタルヘルス情報の共有が不可欠の前提となる。しかし、たとえばメンタルヘルス不調者への対応に際してその担当部署に強い権限が委ねられているような場合には、関連情報の独占等のリスクが生じ易い。こうした問題への対応に際しては、各部署間の力学の検討等が求められる。

ウ) 働き易い組織風土づくり

組織風土の測定尺度は、日本でも開発が進められており、その1つに社会心理的安全風土(PSC:「労働者の健康と安全の保護のための政策、施策、手続」)がある。これは、心の健康とワークストレスの抑制のため、経営者に求められるサポートとコミットメントを詳述するものであり、組織の財産であると説明されている。具体的には、経営者の関与と注力によるストレス防止へのサポート、組織内コミュニケーション(：ストレス防止策が組織内の全ての階層レベルで講じられていること)、組織的な参加(：労働安全衛生上の課題を解決するための意見の具申と経営者による聞き入れ)、関与(個々の労働者、労働組合、企業内の安全衛生担当者の取り組みへの参加)等の尺度が設定されている。

PSCを用いた実証研究では、組織風土は心理的消耗感や精神的苦痛に影響し、そのメカニズムは労働環境の媒体効果により説明されること、PSCにはトップダウン効果があること、PSCは労働者の心の健康とワーク・エンゲージメントに関係する基本的な組織環境と位置づけ得ることなどが明らかにされている。また、そこから、PSCへの取り組みによる経営者の行動変容や労働

者へのケアの実践が、1次予防に繋がる可能性があること、組織においていったん強固なPSCが形成されれば、持続的な生産性に繋がる可能性が高いことなどが示唆される。加えて、経営者の関連情報の共有によるコミットメントの重要性も示唆される。

エ) 労働者のストレス耐性の強化

近年、心の健康のポジティブな側面に注目し、従業員にストレス耐性を強化してもらうことで、メンタルヘルス問題に対応していこうとする考え方が発展して来ている。そうした実務上の動きに関連して、心の活力に注目するポジティブ心理学の知見に関連する議論が展開して来ている。その一例として、労働者の長所を伸ばし、いきいきと働ける状況を形成しようとするワーク・エンゲージメントの考え方が注目を集めており、実際に、これが実現している労働者や組織では、好業績、高い収益性が図られる傾向が、実証研究から明らかにされている。

また、メンタルヘルス対策の一環として組織活性化策を講じる企業も出て来ているが、ワーク・エンゲージメントとの関係は十分に整理されていない。

②法規制

現実に、CSRの視点ばかりでは拮りに限界があることもあり、企業行動により直接的な影響力を持つ法規制が求められるが、企業の自律性を奪うような規制は望ましくなく、他国の法制度も参考に、受益者視点で規制のあり方等を検討する必要がある。

③労働組合による対応

労働組合は、ほんらい従業員の細かなニーズを汲み取ることができ、必要に応じて使用者と交渉できる存在であり、この問題

への対策に際しても果たし得る役割は多い。現に、労働組合のこの問題への関心は高まっており、先進事例の中には、経営者と管理者に加え、労働組合にもストレス調査の結果を積極的に開示している例があった。しかし、現段階で労働組合自身による積極的な取り組み例は稀少であり、また一般化していく保障もない。

④労働者のエンプロイアビリティの向上

その他、労使双方が、労働者のエンプロイアビリティ（：雇用される能力）を高めることにより、移動可能性を高めると共に、結果的に内部労働市場で通用する実力も育成され、結果的に企業の内部外部双方での雇用保障が高まる可能性が生じる。

エンプロイアビリティに関する研究は、当初、ヨーロッパで盛んに行われ、日本でも日経連などが注目し、報告書を公表するなどしたが、その後、注目度が低下した。しかし、グローバル競争の激化等に伴い、再度その重要性が増している。特に日本では、(従前に比べて瓦解状況にあるとはいえず、)比較的手厚い雇用保障が確保されてきた反面、いったん失業すると、再就職が困難となり易い傾向があるため、エンプロイアビリティ育成の重要性が高い。この課題に関する最近の研究は、その要素となる能力やスキルのリスト化の作業をおおむね終え、臨床(実践)も進み、雇用可能性を実現するための具体的方策の調査研究にステージを移しているので、近い将来これらの成果を活用できるようになるかもしれない。

なお、エンプロイアビリティの認識は、雇用不安(「脅かされた雇用状況における望ましい継続雇用維持の知覚された無力感」と定義される)によるマイナス影響を緩和

する有力なストレス・コーピング資源となり得るとする研究もある。たとえば、雇用不安やエンプロイアビリティの認識が労働者のストレスや職務態度に与える影響に関する研究から、以下の事柄が明らかにされている。

ア 雇用不安は、職務満足、組織コミットメント、キャリア意識にマイナス影響を及ぼし、労働者の退職意思を促進している。

イ エンプロイアビリティの認識は、雇用不安と職務態度等に一定の影響を及ぼしている。

ウ エンプロイアビリティの認識は、雇用不安がキャリア意識に及ぼすマイナス影響を緩和する効果を持つ。

ただし、エンプロイアビリティを人事管理施策に反映させる具体的なプロセスや、その向上がもたらす効果等は、未だ明らかにされていない。たとえば日本では、中途採用に積極的な企業は未だ少なく、外部労働市場が未整備なこともあり、個々の労働者のエンプロイアビリティの向上が転職に繋がるとは限らない。よって、その効用は、万一雇用機会を喪失した際の備えになるという心理面での安心や、企業内部での労働能力の向上による企業業績の向上にとどまる可能性が高い。

従って、当面は、企業内部での公正評価、職務へ目標の明確化、企業側が求める時間軸と労働者が求める時間軸のマッチング等に焦点を当て、企業自身が人事管理・職業能力開発施策の改善を図る必要がある。

⑤「心理的契約」の履行確保等

心理的契約とは、法的ルールと社会的関係の総体をもって履行を担保された約束全体を指し、職域メンタルヘルス問題と有意

な関係を持つと解される。

この概念に関する研究は、当該契約の内容に着眼するものと、その履行・不履行が招く結果に着眼するものに大別され、うち後者によれば、昨今、多くの企業において組織側による契約不履行が生じ、それが従業員の情緒的コミットメントを低下させ、職務態度の質の低下や離職意図を高めている。

しかし、それでも日本の労働者の多くは当該企業にとどまって契約関係を維持し、(a)期待水準を下げる、(b)履行水準を下げる、(c)離職する、等の自己調整を迫られているが、多くは(a)で対応し、それも不可能な場面でメンタルヘルス不調の問題が発生している可能性がある。

よって、まずは心理的契約の履行確保が求められるが、それが不可能ならば、やはり、個々の労働者のエンプロイアビリティの向上等により対応を図る他はない。

D. 考察

<求められる実体的理念>

・以上の調査結果から示唆される確保すべき実体的理念を端的にキーワードで示せば、①個別性、②(連携的)専門性、③多面性、④柔軟性、⑤継続性、⑥人間性(心理的特性の考慮)、⑦客観性に加え、これらを含む⑧手続的理性となる。以下では、個々のキーワードごとに、その内容を論じる。

①個別性は、個々の労働者ないし症例の現在の症状、パーソナリティ、志向性などの他、先天的資質、育成環境・条件、入職後にばく露したストレス要因などの経緯・

脈絡などを考慮した対応を意味する。また、個人のみではなく、組織の個別性も対象に含まれる。組織の場合には、当該組織が抱える現在の問題、実権者の個性や経営方針、個々の部門・職場の責任者の個性や管理方針、創業以後の経緯などを考慮した対応が求められることになる。

②専門性は、対策ないし対策決定プロセスへの専門家の関与と、そうした専門家の養成及びその前提となる専門的調査研究の支援を意味する。基本的には、精神科臨床と産業保健の双方に詳しい医師の関与が望ましいが、そうした領域の学識と臨床に詳しいコ・メディカルや心理専門職等の主体的関与も選択肢とされる余地はあり、そのための人材育成も求められよう。また、人事労務管理者やライン管理者、経営者らが、そうした領域の基本的な思考様式等を習得する必要もある。メンタルヘルス対策では、経営・人事労務管理、医療・心理・保健・福祉、それらを包括する法務の観点が必要でない。本調査プロジェクトから、たとえば休職者の復職過程についても、こうした分野のプロフェッショナルリズムの連携を求める法制度を持つ国があることが判明し、現に国内でも、そうした作業により、復職後の職務定着に奏功する確率が上昇する旨を示すデータや事例報告が散見される。よって、当初は専門的属性間の連携から誘い、時間の経過と共に相互に専門性が浸透していくよう誘う作用が制度的に求められることが示唆される。

③多面性は、主に①個別性やメンタルヘルス問題の多因子的性格、複雑多様、多層性を前提とした介入方法の多様性を意味し、症例へのアプローチと組織へのアプローチ、

介入場面と介入方法のいずれにも妥当する。1次予防面では、リスク・アセスメント手法のみではなく、グッドポイント・アセスメント手法を併せ持つ対策を講じること等がそれに当たる。3次予防面では、何より、雇用上の施策のみではなく、現状では一般的に乖離状況（①人と情報の交流機会の乏しさ、②症例が福祉制度や同施設の支援を受けることとなった場合の一般就労機会の乏しさ、③症例が福祉的給付を受給することとなった場合の就労意欲の低下等）にある産業と福祉を連携させ、精神障害者等の離職後の安心と再生を確保し、再度就労に適切に復帰させるための施策が求められる。一例として、イギリスの **Jobcentre Plus** の体制と業務が挙げられる。同機関は、日本でいうハローワーク、社会保険事務所のほか、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構傘下の都道府県障害者職業支援センターや、主に自治体やNPOなどが運営する障害者就業・生活支援センターとしての機能も兼ね備え、労働能力テストを基礎として就労困難者を適切に「切り分け」、まさに多面的かつ継続的な支援を行っている。その際、**Remploy** 社やソーシャル・ファームへの財政援助や彼らとの連携、NPOや地方自治体との連携などが実施されていたことも想起されるべきであろう。デンマークでは、地方自治体が、症例の利害関係者（使用者、医師、失業局、労働組合、リハビリ施設、病院・診療所）と協力して、当該症例に応じた個別かつ柔軟な行動計画を策定し、同人に継続的に関与することを義務づけられている。オランダでは、労働保険実施機関（UWV）が、使用者の復職プランを審査し、労使間に労働者の労働能力

の存否、リハビリ勤務の効果、配置予定の職務内容等について意見の対立が生じた場合には、彼らの求めに応じて専門的意見を発する役割を担っているほか、リハビリ勤務に特化した専門的受入事業所（re-integratiebedrijf）が、企業外で遂行される代替業務全般につき、使用者団体との情報共有を図りつつ、アドバイザー兼教育訓練機関としての役割を果たしている。

他方、主に2次・3次予防の双方に関わる障害者差別禁止法の設定に際しても、障害者の定義について、心理社会的要因により行為障害の常況にある者（職域では労働能力に支障を来している者）等を中心に広く捕捉し、（誤認も含めて）社会的に障害者と認識され得る者なども含めること、また、雇用者・被用者共に受入ないし実施可能な介入・救済策を規定し、雇用上の差別禁止が採用抑制等に繋がらないようにする工夫が求められる。

加えて、経営者や人事労務管理責任者にメンタルヘルス対策の重要性を理解させるための施策やコミュニケーション手法等の開発も重要な課題である。一般に、メンタルヘルスを担当することの多い保健職・心理職等には、彼らへの説得的なコミュニケーション能力が十分に備わっていない場合もあり、他方、経営者側は、メンタルヘルス問題を、短期に効果があがりにくく、個人要因の強い問題と捉えがちなため、必要なコストを投じた専門的、継続的、多面的対応には消極的な姿勢をとり易い。よって、いつけん労働衛生の所掌を外れるが、場合によっては第三者を活用した経営コンサルティング的要素を持つメンタルヘルス対策も求められよう。

④柔軟性は、③多面性と特に密接な関係にある。1次予防面で、リスク・アセスメント手法のみではなく、グッドポイント・アセスメント手法を併せ持つ対策を講じること、求められる柔軟性の一環といえる。3次予防面で、個々の症例に対して、その症状の性質、レベル、期間、経過、症例の個性や志向性等に応じ、本人希望も踏まえた適正な配置、療養等を実施したりさせたりすることも、その一環といえる。というより、どの次元の予防措置でも、個人の労働能力制限の性質、レベル、期間、経過等に応じた対応の柔軟性は求められる。たとえば障害者差別禁止法によるアプローチをとる場合でも、障害の定義や、合理的配慮の内容の確定を含めた差別の認定、救済方法等の場面で、保護法益の実現を図るための一定の柔軟性が求められざるを得ない。

⑤継続性もまた、1次予防から3次予防の全てで求められる。1次予防面では、心理社会的側面を含めた職場環境改善や個々の労働者のレジリエンスの強化へ向けた継続的取り組みが求められる。これは、個々の組織や人間の背景・脈絡・特徴に応じた措置でなければならないため、一定の試行錯誤が必要となる場合が多く、仮に実効性のある措置が発見された場合にも、一定期間にわたる粘り強い介入が求められることが多い。2次予防は、不調の早期発見・早期介入ではあるが、実効的かつ妥当な措置の如何は、たとえば専門家の所見や本人の希望を得ても、一定の試行錯誤なしには認識され得ないことが多いと思われる。もとより、専門家の介入も、個々の人や組織についての継続的な経過観察がなければ困難であろう。他方、3次予防こそは、もっとも

継続性が求められる場面といえる。この点では、実質的に日本の比較的恵まれた大企業の任意制度とほぼ同レベルの雇用・賃金保障を労働者及び国民全体に実施しているデンマークやオランダの法制度が参考になる。デンマークでは、疾病手当法に基づく休業手当の支払が、最初の30日間は使用者、その後は地方自治体に義務づけられ、日本の打切補償に相当する仕組みはない。報告書からは定かではないが、その期間途中の解雇も原則として認められない仕組みになっていると解される。オランダでは、民法典に基づき、原則として、計2年間にわたり雇用と一定割合の賃金が保障されている。ただし、どちらの国でも、そうした手厚い保障とセットで、利害関係者（使用者、主治医、外部リハビリ施設、労働者、労働組合等）の連携を前提とした復職支援が規定され、特にオランダでは、労使双方の復職へ向けた措置ないし協力義務が明文化されている。デンマークでも、復職支援の主体となる自治体に、当事者に復職可能性がある限り、利害関係者と協働して早期復職支援を果たす義務が課されている。また、両国共に、こうした3次予防措置と1次予防措置が関係者間の協議の下で一体的になされるよう、制度が整備されている。不調者を就労に連結するための関係者の連携の必要性については、イギリスのキャロル・ブラック卿の報告書でも示唆されており、日本の場合、連携が求められる関係者には、一次的には、産業医、主治医、人事労務担当者、リハビリテーション機関、安全衛生委員会、労働組合など、二次的には、職業紹介機関、社会保険機関、障害者就労支援機関などが該当するであろう。

⑥人間性は、メンタルヘルス問題の心理的特性を考慮した対策を意味する。それも、個人のみでなく、組織の心理的特性も考慮する必要がある。よって、この意味でも、1次予防面で、リスク・アセスメント手法のみではなく、グッドポイント・アセスメント手法を併せ持つ対策を講じることは、その代表例となる。加えて、2次・3次予防面でも、専門家の所見を基礎としつつ、本人希望と組織に可能な措置を調整して就業上の配慮を講じることなどが、その要請に応えることとなる。

⑦客観性は、一義的には自然科学や疫学的エビデンスに基づく対策の必要性を意味するが、メンタルヘルス問題では、疫学的エビデンスが根拠となることが多く、それすら不明な場合が少なくない。よって、組織内部での利害関係者による十分な協議のほか、②で述べた専門家を含めた第三者（機関）の関与が客観性を担保することになる。

⑧手続的理性は、合理的な手続を設定し、公正な運用を図ることを意味する。メンタルヘルス問題は、自然科学的な解明が進んでいないこともあり、民事訴訟を管掌する司法でさえ、過失、損害、因果関係等の認定の各場面で、基準の設定に悩みを抱えることが多く、人事・産業保健実務においては、一方では使用者側の利益や意向に沿い過ぎた解決、他方では（特に訴訟リスクを恐れる大企業等において）本人の保護に偏り過ぎた「抱え込み」に帰結し易い。それだけに、その解決に際しては、当事者や関係者の「納得」が重要な意味を持ち、その「納得」に貢献する手続的理性の履践が求められる。その実現は、政府レベル、地方自治体レベルの他、事業者と外部専門機関

との関係、事業所内では、組織全体、個々の部門や職場、個々の労働者への対応の各レベル・場面で求められるが、特に1次予防での快適職場形成や、3次予防での個々の労働者に対する休復職措置への適用の必要性が高い。また、上記①～⑦の要素を全て手続に盛り込む必要がある。例えば、休職者の復職場面では、専門家である主治医と産業医の連携を基本としつつ、労使の代表者が参加する衛生委員会の下部組織として復職判定委員会を設立し、そこに当事者に直接関わる専門家、労使の代表、人事担当者、直属の上司のほか、客観的観点を持つ第三者（外部の専門家等）を参加させ、専門的かつ民主的な審議を行わせることで、納得性の高い結論が得られ、参加者の問題認識も深められる可能性がある。なお、デンマークにおけるように、復職支援プログラムの策定と運用に地方自治体の資源を活用する方途や、オランダにおけるように、外部の専門的支援機関を充実化させ、たとえ雇用者に就業可能なポストがない場合にも、当該雇用者との連携の下で本人に代替的な就業を行わせつつ、アドバイザー兼教育訓練機関として機能させたり、使用者が講じた復職支援を第三者に審査させるような方途も考えられる。

<各論>

1) メンタルヘルスの定義

・本調査の結果を述べれば、国、関係機関、関係部門などにより、捉え方が異なる。個人の資質や生き方を強調するもの、伝統的な重度精神障害者対策を基本として、軽度精神疾患対策を含めて考えるもの、組織の健康という概念を設定し、職務満足度を

重視するものなどが代表例と言えようが、概ね、精神疾患や障害の有無にとらわれず、物理的・心理的負荷等により、労働や日常生活上の制約を招く問題への対応を、個人と組織の両面から図ろうとする作用と解される。なお、研究代表者自身は、『『ヤドカリの引越』の実践と支援』という表現で、社会・経済構造、自然環境や生活スタイル等の大きな変化の中で、個人と組織の成長と適応を実践、支援する作用と理解している。

2) 1次予防施策のあり方

・1次予防面では、デンマーク、オランダ、イギリスのように、公権力の介入により法的対策を講じている国もあるが、その成果が見えにくい状態が続いている。本調査の対象各国は、その国の個性、法制度展開の脈絡に見合ったアプローチ、それも直接的に1次予防策を講じる方途から2次・3次予防に注力することで間接的に1次予防を推進する方途、はたまたその両者を組み合わせる方途など、様々な方途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。正確に言えば、国・政策レベルで講じた対策と成果の因果関係が明らかになっていない。

・相撲に喩えれば、①「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大幅にアレンジし、積極的に勝負を挑んで来た」（イギリス、デンマーク、オランダ）、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を取り口でそ

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)、③「従来の取り口自体が新たな問題に対応可能なものとの確信のもと、それを展開させる形で対応を図って来た」(アメリカ、フランス)、のいずれかの状態にあり、たとえ積極的な勝負をして来た力士でも、結局、「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。

・このうちヨーロッパの制度は、ほぼ例外なく、心理社会的リスクを対象としたEUのPRIMA-EF (Psychological Risk Management- European Framework)の影響を受けている。これは、WHOを中心とする複数の国の関係機関が連携して設置したコンソーシアムにより開発されたものだが(詳細は、矢倉尚典／川端勇樹「欧州におけるメンタルヘルス対策と取り組み—PRIMA-EF プロジェクトの成果の概要—」損保ジャパン総研クオータリー 52:2-32,2009等を参照されたい)、法的には、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)」及び2002年に欧州委員会が公表した職業性ストレスに関する欧州委員会指針 (European Comission, "Guidance on work-related stress", 2002)の具体化ないし促進を図るものと解される。

・しかし、この仕組みは、おおむね、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、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、治療的な改善方式といえる。しかし、昨今は、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) の方が有効と考えられるようになって来ている。また、そこでは、必然的に「叱る」「縛る」規制から、「褒める」「伸ばす」作用を支援する規制への転換も求められる。これは、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。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～」と褒めつつ、必要な要件を明示してあるべき方向に誘導するほうが、個人・組織を問わず長所の伸張と欠点の改善に役立つ、という組織心理学的特性を活かした発想であろう。もともと、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。

・また、リスク・マネジメント手法をベースにした制度の下でも、積極的な取り組みを行っている国では、既に個別的な成功・失敗事例の集積が図られて来ており、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。

・となれば、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。もともと、メンタルヘルス問題の多因子性、多様性、多層性などを考慮すれば、梶木報告書が示した中間指標を重視する必要もある。

もとより、日本の安衛法政策でも、先の衆議院解散で審議未了廃案となった安全衛生法案を含め、医師による個別面談や個別的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。より具体的にいえば、現行安衛法第28条の2を準用する第88条に規定するようなメリットを産業精神保健対策にも発展的に拡充するような施策が求められよう。

・また、「欧」「米」の手法は、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・

賠償上の過失責任の切り分けに貢献する可能性はある。すなわち、障害者差別禁止法を含め、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。

3) メンタルヘルスは科学たり得るか

・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。そうした中で、デンマーク、オランダ、イギリスなどは、問題状況の深刻さ等を背景に、一定の方法論的問題点を意識しつつも、実験室での生物学的研究、臨床報告、一定の労働環境条件を再現した上での行動観察、パイロット事業でのチェックリスト等を用いた調査、フィールド調査、専門家・実務家に

よるグループワーク、デルファイ調査、執筆者の学識や権威なども踏まえた疫学的エビデンスを根拠に、一定の強制性を持つ施策を講じてきた。日本の司法も、確たる根拠の乏しさや基準設定の困難さを意識しつつも、equity（狭義の「公平」の上位概念としての「衡平」）の実現のため、「過重な心理的負荷」を比較的積極的に認定してきた。

・結論的に、この点については、イギリスのノッティンガム大学の研究グループが著した以下の論述が妥当と思われる。

仮に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）。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（McPherson）と組織論的観点（Griffiths、Coxら）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 Treasury）。

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はできず、修正も可能であろう」。

4) 各国の法制度が対策の射程に捉えているメンタルヘルス問題とは

・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射程に捉えているので、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、その射程は医療上の疾病障害対策に限られている。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、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。もともと、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。

・結論的に、日本の法制度でメンタルヘルス対策を強化する際には、主として心理社会的・物理的リスク要因により長期（概ね2週間以上）にわたり労働能力に制限を受ける（ことが専門家や諸事情から客観的に裏付けられる）者の発生を防止することを射程に捉えるべきではないかと解される。ただし、フランスやアメリカの法制のように、生じる被害（損害）の観点を離れ、不当な差別等による人格的利益の侵害を防止する観点も求められる。

5) 職域メンタルヘルス対策に相応しい法制度

・諸外国のメンタルヘルス関連法制度の趣旨・性格は、アメリカ型とヨーロッパ型に大別される。アメリカは、精神障害者の雇用対策という観点で、主に差別禁止アプローチを採用しているの、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

（*もともと、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ず、その事情は、アメリカの障害者差別禁止法（ADA）が飛び火したイギリス、ドイツなどの法制でも変わりはない）、ヨーロッパでは、フランスのハラスメント防止規定など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（*もともと、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）。

・ドイツでも、統計上、精神疾患罹患者が増加し、産業精神保健に関する問題認識も拡大しているが、私傷病でも最初の6週間は事業主負担で、その後の3年間は最長78週まで社会保障による所得保障がなされる仕組みを基本として、業務上の対策は事業主（ないし労使）による自主的取り組みに委ねられ、現段階で政府による本格的な予防対策は法制度化されていない。

・しかし、いずれも明らかに奏功しているとは言えない。障害者差別禁止法は、差別状況の抑制と障害者の雇用の促進を主な目的としているが、少なくとも後者の目的は十分に達せられていない。ドイツでは、先述した事情から、そもそも効果を問う前提に欠ける。デンマークやオランダは、1次予防と3次予防の両面で、かなりラディカルとも言える施策を講じているが、なお成果が明らかではない。

・となると、現段階で、職域メンタルへ

ルス対策にとってどのような法制度が最も
適当とは言い切れない。後掲の図1で示す
ように、労働安全衛生、経営、人事労務管
理、医療、福祉に関わる法制度の全てに対
応が求められていると言わざるを得ない。
ただ、職域で可能な対策に限定すれば、イ
ースト・アングリア大学ノーリッチ・ビジ
ネス・スクール行動科学教室教授 Kevin
Daniels 氏や、日本の関連判例も示唆する
ように、結果として、①training (教育訓
練)、②motivation (動機付け)、③selection
(採用・配置等における人選、適材適所)、
④job design (職務の設計と割当) の適正化
を「促す」ような法政策の構築が望ましい
とはいえよう。

・また、予防効果が直ちに確認できるか
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
活用の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。

6) 強制的方策と誘導的方策のいずれ が適当か

・この課題への回答に際しては、強制的
方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、精神障害を含めたメ
ンタルヘルス不調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
置が求められることは、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
も導かれ得る。「率直な対話の必要性」とい
う意味では、ビオンのいう基底的想定集団
の改善という観点でも同様・同類のことが
妥当する。

・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も言い切
れない。タテの対策を講じる中で、①嫌悪感
に基づく差別的取扱の禁止、②各労働時間

単位の間の休息時間の確保、③急激かつ大幅に労働条件が変化した場合の支援体制の構築など、一般性のある条件が判明すれば、一律的な義務規定の設定が求められる。また、タテの対策を促進するためにも、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、個々人の個性・背景・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。

7) 心理学的アプローチの正当性・妥当性

・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調査測定ツールを好例として、メンタルヘルス対策では、人間や組織の心理(学)的特性を考慮せざるを得ない。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、精神療法など心理学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、心理的手法が用いられることが少なくない。本研究班による調査でも、特にイギリスの法制度調査から、心理学的アプローチについて、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れていない。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、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たとえ同じ事象についても、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）と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、未だ確たる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、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データや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対策の転帰からも明らかと考えられる。

・かといって、現段階では、未だ世界的に実効的な介入方法、とりわけ組織的介入方法について研究の蓄積が乏しく、たとえ1次予防面でのストレス対策のため、リスク管理システムを導入したところで、P(Plan)-D(Do)-C(Check)-A(Action)サイクル

ルのうち、D (Do) や A (Action) の場面で逡巡する担当者を増やす結果となりかねない。よって、グッドポイント・アセスメントとリスク・アセスメントの併用、中間指標の開発を含め、問題の心理的特性を捉えた介入と効果について、引き続き調査研究を進める必要がある。

8) 就労経験を持たないか、特別な配慮を受けずに就労した経験を持たない、真正精神障害者対策と、過重なストレス要因へのばく露により不調に陥った仮性精神障害者・不調者対策の関係

・イギリス、アメリカの例からは、両者を連続的に捉える必要性がうかがわれる。特に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。もつとも、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持ち、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。

・そこで、イギリスの Jobcentre Plus や Remploy 社、ソーシャル・ファームのほか、日本の先駆的企業などが果たしている役割を参考に、産業と福祉の窓口兼バッファーとなる組織の創設について検討する必要がある。その際、客観的な労働能力の審査を前提に、障害レベルを重度と中・軽度等に区分したうえで、発症の経緯、症状経過、本人のパーソナリティや志向性、従前の労

働能力等に応じ、個別的、専門的、多面的、継続的、人間的、客観的支援を行う必要がある。支援の内容は、社会保障給付の受給支援から、適当な医療機関や医師の選択、日常生活上のケア、生活上の悩みの解消、就労能力の回復と育成、就労支援、雇用継続支援にまで及ぶものでなければならない。その際、窓口となり、連携の核となる人物の存在と、彼らを孤立化に追い込まないためのプラットフォームの存在、使用者や使用者団体との有機的連携が重要な意味を持つ。公的機関が主導する場合、民間のNPOなどの資源との連携も必要だが、コントロール・タワーとして、情報を一元的に管理する必要があり、そのために障害となる医療個人情報への取扱い規制などは、合理的な範囲で排除される必要がある。

・障害者差別禁止法の介入も考えられるが、ADAの射程に鑑みても、真正精神障害者の採用や雇用の継続は困難を極めると解されるため、基本的には、上記の枠組で対応すべきではないかと考えられる。

9) 発症・増悪事由の業務上外による対策の区別の可否と是非

・この課題は、産業保健を含めた保健の発想と法の発想の相違を浮き彫りにする。

日本では、疾病障害の発症・増悪事由が業務上と認められれば、少なくとも労基法と民事法上、私傷病の場合より手厚い所得や雇用の保障がなされる。しかし、本研究班の調査対象国では、そもそもストレス関連疾患を業務上疾病と認める枠組自体に乏しく、従って、両者を区分して対応を図る発想自体乏しいことが判明した。確かに、アメリカの一部の州では、精神的なストレ

ス要因による精神的な疾病障害に労災補償をすることがあるし、オランダのように、雇用者と社会保障給付による保障とは別に、業務上疾病にかかる使用者への民事損害賠償請求訴訟を認めるところもあるが、そうした枠組の存在、適用共に例外といえる。また、デンマーク、イギリス、オランダのように、公権力の介入により、業務上のストレス対策（1次予防対策）を講じている国もあるが、3次予防面で業務上外を区別した対応を図っているわけではない。

・そこで、改めて、疾病障害の発症・増悪事由による対応の区別の可否と是非が問われるが、実際問題として、日本の企業の多くは、ストレス関連疾患を私傷病として取り扱い、雇用条件に恵まれた大企業等であれば、その代わりに、(勤続年数等にもよるが、)概ね2～3年間程度は一定割合の賃金と雇用が保障される仕組みを設け、適用しており、奇しくもヨーロッパの保障制度に概ね相当する内容となっている。要は、日本の大企業の3次予防策は、日本の大企業のそれと概ね一致している、ということになる。他方、中小零細企業の多くは、その範疇から外れることとなり、ここでは業務上外を区分した法的救済が求められざるを得ない構造になっている。

・結論的に、報告者は、発症・増悪事由による対応の区分は、当事者や関係者の納得性を高める効果は見込めるものの、実施してもしなくても良いと考える。ただし、実施する以上は、早期の適正な業務上外認定が求められ、実施しないならば、ヨーロッパのように私傷病罹患者に対する手厚い雇用・賃金保障をなすべきと考える。また、実施する場合、労働基準監督署のような官

公署とは別に、症例の業務上外について気軽に判断を求められる第三者機関を設ける必要があると考える。

10) メンタルヘルス情報の保護のあり方

・端的に言えば、労働能力・適性に関する情報は使用者による取得を含めた取扱いが可能だが、疾患名など、ダイレクトに医療個人情報に相当する情報については、それを許すべきではない、というのが本調査の帰結である。

・ただし、症例対応の窓口やコントロール・タワーとなるべき機関や人物には、適正範囲で情報の取扱いが認められなければならない。また、実効的なメンタルヘルス対策に際して、人事労務部門や直属の上司等の関与が求められる場合も多いことは、日本のメンタルヘルス指針でも明らかにされている。よって、情報の取扱いにも継続的理性が求められることを前提として、以下のような対応が求められよう。

・まず、採用前のストレス脆弱性等の調査は原則として行われるべきではないが（平成5年5月10日付け事務連絡「採用選考時の健康診断について」、平成13年4月24日付け厚生労働省職業安定局雇用開発課長補佐から都道府県労働局職業安定主務課長宛事務連絡を参照）、労働能力・適性に関わる調査は可能である。メンタルヘルス情報は、その両者に関わる点で区分が困難だが、一応の判断規準は、アメリカのEEOCガイドライン等を参考に設定されるべきであろう。また、採用時に病歴等を秘匿ないし偽って採用された後、健常者であれば不調を来さないレベルの業務上の負荷

により発症・増悪した場合、本人の不調を察知しているか、すべき場合を除き、使用者側は過失責任を免れる。ただし、使用者側は、①取得した情報の適正管理を含めた合理的な情報取扱規程の策定、②本人同意を得て情報を取得する努力、③情報取得を理由として不利益取扱いを行わないことの宣言、④取得した生情報の専門家（産業医、衛生管理者等）による一元的管理、⑤情報を必要とする部署や人物に対しては、加工情報を提供することなど、労働者側が情報提供する前提条件を整える必要がある。

・次に、採用後の雇用過程におけるメンタルヘルス情報の取扱いについては、これまでに労働省ないし厚生労働省から発出ないし公表されてきた数多の指針や文書（以下、「指針等」という）が、法的観点でも参考にされるべきである。指針等の主旨は、要約、①本人同意の獲得、②産業医等による一元的な情報管理、③衛生委員会等での審議に基づく各事業所での情報取扱規程の整備、④産業医等以外に情報を流通させる場合の加工（主に、実施されるべき就業上の措置を想定）の4点に集約されるが、①本人同意の獲得が困難な場合については、直接的には触れられていない。となると、そうした場合には、②③④を徹底すれば、手続的理性が果たされたことになるであろう。

ただし、(α)使用者が業務上の過重負荷を創出ないし放置し、労働者がそれにばく露したため、心身の不調を生じても当然といえる場合、(β)定期健診、欠勤・休職時の診断書の提出、その他自発的な申告等により、既に法人に必要な情報が提供されている場合、(γ)「密接な接触関係」にある

上司等が、本人の不調を知っているか、当然に知るべき場合（特に、(α)の前提がある場合に妥当し易い）、(δ)労働者側が情報提供を躊躇しても当然といえる条件を使用者側が創出していた場合には、たとえ個々の場面で情報提供を拒否されても、使用者側が免責されることにはならない。

・残る問題は、冒頭に述べた「症例対応の窓口やコントロール・タワーとなるべき機関や人物」に誰が相当するか、である。日本の指針等の立場では、産業医や衛生管理者等のほか、中小企業者の場合、地域産業保健センター（以下、「地産保」という）等がそれに該当することとなるが、産業医には刑法第134条の守秘義務が課され、地産保には概ね個人情報保護法の規律が及び、情報管理委託契約の締結と、情報委託元による監視がなされない限り、たとえ加工情報といえども、個人を特定する情報を使用者側に提供すれば、法律論的には違法の取扱いを受けることになる。逆に、衛生管理者は、人事労務管理者が兼務している場合が多いので、いかに役割を切り分けるといっても、知り得た情報の同一人物内での使い分けは、実質的に困難であろう。また、近時の判例の中には、直属の上司と産業医間の情報流通を当然視し、注意義務の一内容と解するものもある（例えば東芝事件東京高判平成23年2月23日労働判例1022号5頁）。従って、こうした法令上の規律を整理し、所要の要件を規定したうえで、「症例対応の窓口やコントロール・タワーとなるべき機関や人物」について明文の適用除外規定を設ける必要があると思われる。また、現段階で、メンタルヘルス情報の取扱いについて、最も詳細な指針を示

した公文書は、平成18年3月中央労働災害防止協会（厚生労働省委託）『「職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会」報告書』であるが、労働者の同意の獲得が困難な場合の規律についても、一定の指針を示す必要があると思われる。

・メンタルヘルス情報の取扱いについては、その他にも言及すべき論点が多いが、研究代表者において、別稿を期す予定である。

11) 法政策は1次予防・2次予防・3次予防のいずれに注力すべきか

・3次予防が喫緊の課題であり、かつその履践が1次・2次予防にも繋がることは認められるが、本研究班による国際法制度比較の結果からいえば、3次予防と1次予防は「車の両輪」と考えるのが妥当と解される。

・たしかに、1次予防については、実効的な介入方策が未だ明らかでない等の問題もあるが、繰り返すように、リスク・アセスメントをベースとした取り組みでも、個々の組織ごとの個性・背景・脈絡を踏まえた組織的介入を行うことで奏功した事例は数多く報告されている。よって、これにグッドポイント・アセスメント等を併用することで、より効果的な改善が図られる可能性がある。

・他方、3次予防面での所得・生活保障と就労支援機能の充実化も喫緊の課題である。特に、症例対応のコントロール・タワーとなるべき多機能をもった機関の設定と、当該機関による産業と福祉の連携は、多くの労働者の生活と福祉に貢献すると思われる。ただし、この対策には、労働衛生行政

と社会・援護行政等との連携が求められるであろう。

12) 作業関連ストレス対策と経営・人事労務管理問題の切り分けの可否と是非

・これまで、日本の労働裁判例は、おおむね、人事一般については使用者に広く裁量を認め、解雇や安全衛生については厳しい基準を課すポリシーで来たと言えようが、著名な電通事件最高裁判決を転換点として、「過度な心理的負荷」を積極的に認定するようになったことで、実質的に彼らの人事労務管理のありように介入するかのような判断を示すようになって来ている。また、ここでは、研究代表者が行った体系的な判例調査（三柴丈典『裁判所は産業ストレスをどう考えたか』（労働調査会、2011年）と、この領域では著名なイギリスの Kevin Daniels 教授の組織的健康に関する文献レビュー等の結果が奇妙に一致した事実も指摘できる。すなわち、職域では、①採用・配置等における人選、②教育訓練、③動機付け、④職場における労働の構成に関わる職務設計、といった人事管理の基本事項の再構成がメンタルヘルス状況の改善に有意に影響を与える。加えて、人事管理上のミス・コミュニケーションや人間関係のありよう、労働条件の変化等が、過度な心理的負荷を招き易いという示唆である。契約法理として、これらの要素を義務化する議論も可能だろうが、立法論としての議論も不可能ではない。

・アメリカでは、労災補償に關係して、純然たる人事事項に介入するような判例傾向に歯止めをかけるような立法もなされた

が、日本では未だそうした動きは見られず、むしろ精神障害の労災認定基準の精緻化（「心理的負荷による精神障害の認定基準について」（平成23年12月26日付け基発1226第1号別添）を参照）により、人事事項との境界線が混沌として来ているようにも思われる。

・この点について結論を言えば、やはり、メンタルヘルス対策の効果指標を中間指標も重視しつつ開発し、性能要件的な規定（前述した第88条の発展的拡大等がそれに当たる）の下で各組織独自の取り組みを支援する体制を整え、結果的に上掲のような作用が誘われる方向性が望ましいと解される。

< 補論～産業精神保健法学の構想～ >

・補論として、研究代表者が現行法を前提に開発を進めている産業精神保健法学の構想について述べる。その目的は、『切り捨て』ではなく『切り分け』により、個人と組織の成長と適応を支援すること」にある。

（1）産業精神保健法学の所掌

・この領域の所掌に関する理解の一助として、研究代表者が作成した産業精神保健法（職場のメンタルヘルスに関する法）の鳥瞰図を示す（図1）。ここでは、現在の職域メンタルヘルス対策は、労働法体系の「一部の一部の一部の一部」という位置づけに留められているものの、それに実質的に関わる法体系は幅広く、従って、その成功がもたらす効果も極めて幅広いことを一覧できるようにしている。このことは、国の発出する関連指針などが、かなり幅広

い分野の法規に関連する内容となっていることから、容易に看取される。

・先ず、企業のガバナンスや会計等を司る商法・会社法、税法・会計法等は、メンタルヘルス不調の遠因となり得る。例えば、国際会計基準や外形標準課税の導入などによる企業経営への圧力はもとより、商法改正による分社化がもたらした不調者に雇用責任等を負う主体の変容等が挙げられる。民法は、加害者等の過失責任のみならず、メンタルヘルスに関わる民事問題全般を取り扱い、同法や個人情報保護法、刑法・特別刑法等は、不調者の情報管理に関わる。しかし、法の定め・趣旨を見誤った過剰反応は、却って適切な健康管理のみならず、個々人の人格的な成長の妨げとなりかねず、他方、偏見を招き易い関連情報の不適正な取扱いは、問題を悪化させることもあり得る（ex.）民間保険への加入や事故発生時の保険金受給への障害等）。医療関係法は、専門科間の関係を含め、医療機関や医療人の業務のありように関わり、社会保障・福祉関係法は、在職者、離職者の安心や再生に深く関わる。とりわけ、産業と福祉が乖離している（(i)人材と情報交流の断絶、(ii)福祉対象者の一般就労機会の乏しさ、(iii)福祉給付対象者の再生の困難さ等）現状の打開は、これらの法にも関わる喫緊の課題である。また、労働法の中でも、職場の秩序や具体的な労働条件（や人事労務管理の基本方針）を規定する就業規則等を司る労働契約法は、職域メンタルヘルスと極めて深い関係を持つ。就業規則は、悪用すれば、使用者に過度な裁量を根拠づけ、労働者の恣意的な排除をもたらすが、適正に活用すれば、不調者への適正手続を明示したり、快

適な職場環境形成にも貢献する。労働市場法も、労働者の横断的職務能力の形成や転職市場の開発等を通じ、特定企業の組織風土に適応しにくい人物のメンタルヘルス等に貢献する可能性がある。集团的労使関係法が司る労働組合や組合と使用者の関係は、未だメンタルヘルス領域では存在感が薄いと言わざるを得ないが、本来、組合が貢献すべき余地は多くあり、その存在意義も示し得る。

(2) 「切り分け」とは

・端的にいえば、「法的に適正な区分け」を意味する。ここで「法的に」という場合、そこには、組織経営、医療、心理、福祉など、さまざまな視点が含まれる。これは、一律的な発想で組織経営を制約する、というのではなく、メンタルヘルス法務という観点で、個人と組織のリスク・マネジメントと、成長・適応を支援する趣旨である。

それを具体化したものが、図2である。

・図2は、横の軸と上下の軸で構成されている。横軸は、右が発症や増悪の事由が業務上に当たる疑いが濃い例、左が業務外に当たる疑いが濃い例、上下軸は、上が軽度の例、下が重度の例を指す。もともと、特にメンタルヘルス不調について、業務上外を敢然と区分することは困難なので、当初は、あくまで蓋然性レベルでの切り分けとならざるを得ない。また、症状の軽重も、単なる医学的診断によるものではなく、行動上の制約（職域においては就業上の制約）の程度や改善・寛解までの期間等を加味して決定することになる。

・こうした軸を立てると、①～④の4つのフィールドが形成される。

①は、業務上の事由による発症・増悪の疑いが濃く、軽症レベルの不調者への対応領域なので、基本的に1次予防策（*「風通しの良い職場環境形成」や「個々人のレジリエンスの維持増強」など、不調者を生じさせないための本質的対策）や、2次予防策（*不調が生じつつあるところでの早期発見・早期介入策）で対応することが、（上述した意味で）「法的に」求められる。

②は、業務上の事由による発症・増悪の疑いが濃く、重症レベルの不調者への対応領域なので、基本的に3次予防対策（*不調者の休職・復職管理と支援、再発防止策など）が法的に求められる。併せて、所得と雇用の保障も求められる。また、再発防止策は、翻って、①の措置を要求することになる。

③は、業務外の事由による発症・増悪の疑いが濃く、軽症レベルの不調者への対応領域である。業務外の事由による不調への対応領域ではあるが、安衛法第62条や第66条以下が示すように、人間を雇用している以上、所要のパフォーマンスがあがらないからといって、直ちに休職措置や退職措置などの不利益措置を講じるべきではなく、期限付きではあれ、専門医や産業医の判断、本人希望等を踏まえ、短時間勤務、勤務軽減、配置の変更などの就業上の措置で対応することが、法的に求められる。

④は、業務外の事由による発症・増悪の疑いが濃く、重症レベルの不調者への対応領域である。ここでも、解雇権濫用規制（労働契約法第16条）から導かれる解雇回避努力義務や、障害者の雇用促進等の信義則上の要請を果たすため、原則として、休職措置や復職支援は法的に求められるが、a.

難治性、b.所定業務・職場秩序・治療への悪影響などの要件を充たせば、解雇や自然退職措置も正当化される。

しかし、ただ離職させてよしとすべきではなく、社会保障や福祉制度にスムーズに連結する方が、当事者や関係者の納得性を高め、司法を含めた第三者への説得性も増すこととなる。さらに、可能であれば、当該症例を単に福祉に受け渡すのではなく、「人間再生」の視点を持つべきであろう。すなわち、先に述べた産業と福祉の乖離状況（(i)人材と情報交流の断絶、(ii)福祉対象者の一般就労機会の乏しさ、(iii)福祉給付対象者の再生の困難さ等）を打開するためのバッファーとして、一定の事業性と自律性を持ち、一般就労機会を積極的に創出する企業合弁型授産施設などを創設し、福祉と産業の人材・情報の交流を図るとともに、継続雇用となる高齢者等も受け入れる、といった方策も考えられよう。イギリスの保護雇用などの先駆例もあるので、日本の社会保障や福祉制度に関する実践的な知識に併せ、そうしたアイデアの着想や実践の基礎となる知識も獲得する必要がある。もとより、メンタルヘルス対策では、「道なきところに道をつくる」、「無いものは作れば良い」、という発想が求められる。

・次に、図3を参照されたい。

これは、図3を横倒しにして、高さの軸として、いわゆるパーソナリティの偏りを採用したものである。一般に、法律論上、疾病障害の場合、その性質や程度により、その影響下での非違行為は、責任能力や有責性がないとして、免責されたり、対抗的な不利益措置から救済されることがある。他方、パーソナリティに起因する非違行為

が法的に救済されることは、原則としてない。このことは、図2の4領域のいずれにも当てはまる。しかし、精神障害の場合、客観的にはパーソナリティの問題にも映る周辺症状などもあって、両者の切り分けは、実際には非常に困難であり、現状、最終的には、経験値の高い専門医の判断に拠る場合が多い。特に、業務上の事由と本人のパーソナリティの双方が不調に寄与した場合などには、「どこまでが疾病障害の影響で、どこからが（社会科学的な意味での）『わがまま』か」を、経験豊かな専門医に切り分けてもらう必要性が生じる。よって、法的に適正な対応に際しても、然るべき専門医などとのネットワーク形成が重要な意味を持つことになる。

(3) 結語

・以上の通り、現行法の解釈からも、メンタルヘルス問題への適正な対応は一定程度可能だが、産業精神保健法の観点から解釈論を整理する必要がある他、1次予防の促進や3次予防面での産業－福祉連携を含め、①個別性、②（連携的）専門性、③多面性、④柔軟性、⑤継続性、⑥人間性（心理的特性の考慮）、⑦客観性に加え、これらを包括する⑧手続的理性を実現するための立法論を含めた創設的措置に関する議論が求められる。

・この点は、次年度の課題となる。

E. 結論

・以上の考察の結果を、端的に示す。

<求められる実体的理念>

・1次予防施策から3次予防施策の全てにわたり、①個別性、②（連携的）専門性、

③多面性、④柔軟性、⑤継続性、⑥人間性
(心理的特性の考慮)、⑦客観性の7要素が
求められる。

<各論>

1) メンタルヘルスの定義

・「精神疾患や障害の存否にとらわれず、
物理的・心理的負荷等により、労働や日常
生活上の制約を招く問題への対応を、個人
と組織の両面から図ろうとする作用」のこ
と。

・研究代表者の私見は、「社会・経済構造、
自然環境や生活スタイル等の大きな変化の
中で、個人と組織の成長と適応を実践、支
援する作用」のこと。『「ヤドカリの引越」
の実践と支援」と喩えることもできる。

2) 1次予防施策のあり方

・現行の労働安全衛生法第28条の2を
準用する第88条に規定されるメリットを
産業精神保健対策にも発展的に拡充するよ
うな施策により、実質的に性能要件化（：
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）を図る方途が望まれ
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るが、メンタルヘル
ス問題の多因子性、多様性、多層性などを
考慮し、梶木報告書が示した中間指標を重

視する必要がある。

・また、欧米の法制が採るリスク管理手
法や、障害者差別禁止の手法の採用を促す
ことで、民事上の手続的債務の履行を誘う
ことも可能。

3) メンタルヘルスは科学たり得るか

・自然科学的な認識体系に基づくデータ
のみで論じることが困難だが、それ故に適
切な措置を講じないことの言い訳にはなら
ない、とするイギリスの研究者グループの
示唆が妥当であろう。至局、自然科学的な
解明が進むまでの間、公衆衛生疫学的な傾
向分析に拠らざるを得ない。

4) 各国の法制度が対策の射程に捉えて
いるメンタルヘルス問題とは

・各国の法制度の射程はさまざまだが、
日本の法制度でメンタルヘルス対策を強化
する際には、主として心理社会的・物理的
リスク要因により長期（概ね2週間以上）
にわたり労働能力に制限を受ける（ことが
専門家や諸事情から客観的に裏付けられる）
者の発生を防止することを射程に捉えるべ
きではないかと解される。ただし、フラン
スやアメリカの法制のように、生じる被害
(損害)の観点を離れ、不当な差別等によ
る人格的利益の侵害を防止する観点も求め
られる。

5) 職域メンタルヘルス対策に相応しい
法制度

・諸外国のメンタルヘルス関連法制度の
趣旨・性格は、障害者差別禁止アプローチ
を主軸とするアメリカ型とリスク管理アプ
ローチを主軸とするヨーロッパ型に分かれ
るが、その効用をみる限り、現段階で、職
域メンタルヘルス対策にとってどのような
法制度が最も適切とは言い切れない。図1

で示すように、労働安全衛生、経営、人事労務管理、医療、福祉に関わる法制度の全てに対応が求められていると言わざるを得ない。ただ、職域で可能な対策に限定すれば、イースト・アングリア大学ノーリッチ・ビジネス・スクール行動科学教室教授 Kevin Daniels 氏や、日本の関連判例も示唆するように、結果として、①training (教育訓練)、②motivation (動機付け)、③selection (採用・配置等における人選、適材適所)、④job design (職務の設計と割当)の適正化を「促す」ような法政策の構築が望ましいとはいえよう。

・また、予防効果が直ち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を図る必要はある。アメリカの ADA の枠組みも、労働力の積極活用の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。

6) 強制的方策と誘導的方策のいずれが適当か

・科学的知見が不足しているほか、精神障害を含めたメンタルヘルス不調の特質を踏まえると、直ちに一律的な強制的方策(ヨコの方策)を採ることには困難が伴うが、全てを当事者の任意に委ねる誘導的方策(タテの方策)が適当とも言い切れない。タテの方策を講じる中で、①嫌悪感に基づく差別的取扱いの禁止、②各労働時間単位間の休息時間の確保、③急激かつ大幅に労働条件が変化した場合の支援体制の構築など、一般性のある条件が判明すれば、一律的な義務規定の設定が求められる。また、タテの方策を促進するためにも、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、個々人の個性・背景・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。

7) 心理学的アプローチの正当性・妥当性

・メンタルヘルス対策では、人間や組織の心理(学)的特性を考慮せざるを得ないが、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、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データや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対策の転帰からも明らかと考えられる。

・ただし、1次予防面では、グッドポイント・アセスメントとリスク・アセスメントの併用、中間指標の開発を含め、問題の心理的特性を捉えた介入と効果について、引き続き調査研究を進める必要がある。

8) 就労経験を持たないか、特別な配慮を受けずに就労した経験を持たない、真正精神障害者対策と、過重なストレス要因へのばく露により不調に陥った仮性精神障害者・不調者対策の関係

・イギリス、アメリカの例からは、両者を連続的に捉える必要性がうかがわれる。特に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。ただし、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。

・そこで、イギリスの Jobcentre Plus や Remploy 社、ソーシャル・ファームのほか、日本の先駆的企業などが果たしている役割を参考に、産業と福祉の窓口兼バッファとなる組織の創設について検討する必要がある。その際、客観的な労働能力の審査を前提に、障害レベルを重度と中・軽度等に区分したうえで、発症の経緯、症状経過、本人のパーソナリティや志向性、従前の労働能力等に応じ、個別的、専門的、多面的、継続的、人間的、客観的支援を行う必要がある。支援の内容は、社会保障給付の受給支援から、適当な医療機関や医師の選択、日常生活上のケア、生活上の悩みの解消、就労能力の回復と育成、就労支援、雇用継続支援にまで及ぶものでなければならない。その際、窓口となり、連携の核となる人物の存在と、彼らを孤立化に追い込まないためのプラットフォームの存在、使用者や使用者団体との有機的連携が重要な意味を持つ。公的機関が主導する場合、民間のNP Oなどの資源との連携も必要だが、コントロール・タワーとして、情報を一元的に管理する必要があり、そのために障害となる医療個人情報の取扱い規制などは、合理的な範囲で排除される必要がある。

9) 発症・増悪事由の業務上外による対策の区別の可否と是非

・この課題は、産業保健を含めた保健の発想と法の発想の相違を浮き彫りにする。

・結論的に、発症・増悪事由による対応の区分は、当事者や関係者の納得性を高める効果は見込めるものの、実施してもしなくても良いと考える。ただし、実施する以

上は、早期の適正な業務上外認定が求められ、実施しないならば、ヨーロッパのように私傷病罹患者に対する手厚い雇用・賃金保障をなすべきと考える。また、実施する場合、労働基準監督署のような官公署とは別に、症例の業務上外について気軽に判断を求められる第三者機関を設ける必要があると考える。

10) メンタルヘルス情報の保護のあり方

・労働能力・適性に関する情報は使用者による取得を含めた取扱いが可能だが、疾患名など、ダイレクトに医療個人情報に相当する情報については、それを許すべきではない、というのが本調査の帰結だが、症例対応の窓口やコントロール・タワーとなるべき機関や人物には、適正範囲で情報の取扱いが認められなければならない。また、実効的なメンタルヘルス対策に際して、人事労務部門や直属の上司等の関与が求められる場合も多いことは、日本のメンタルヘルス指針でも明らかにされている。よって、情報の取扱いにも手続的理性が求められる。

・先ず、採用前のストレス脆弱性等の調査は原則として行われるべきではないが（平成5年5月10日付け事務連絡「採用選考時の健康診断について」、平成13年4月24日付け厚生労働省職業安定局雇用開発課長補佐から都道府県労働局職業安定主務課長宛事務連絡を参照）、労働能力・適性に関わる調査は可能である。一応の判断規準は、アメリカの EEOC ガイドライン等を参考に設定されるべきであろう。

・次に、採用後の雇用過程におけるメンタルヘルス情報の取扱いについては、これまでに労働省ないし厚生労働省から発出な

いし公表されてきた数多の指針や文書（以下、「指針等」という）が、法的観点でも参考にされるべきである。指針等の主旨は、要約、①本人同意の獲得、②産業医等による一元的な情報管理、③衛生委員会等での審議に基づく各事業所での情報取扱規程の整備、④産業医等以外に情報を流通させる場合の加工（主に、実施されるべき就業上の措置を想定）の4点に集約されるが、①本人同意の獲得が困難な場合については、直接的には触れられていない。となると、そうした場合には、②③④を徹底すれば、手続的理性が果たされたことになるであろう。

ただし、(α) 使用者が業務上の過重負荷を創出ないし放置し、労働者がそれにばく露したため、心身の不調を生じても当然といえる場合、(β) 定期健診、欠勤・休職時の診断書の提出、その他自発的な申告等により、既に法人に必要な情報が提供されている場合、(γ) 「密接な接触関係」にある上司等が、本人の不調を知っているか、当然に知るべき場合（特に、(α) の前提がある場合に妥当し易い）、(δ) 労働者側が情報提供を躊躇しても当然といえる条件を使用者側が創出していた場合には、たとえ個々の場面で情報提供を拒否されても、使用者側が免責されることにはならない。

・また、現行の刑法第134条や個人情報保護法などの規律を整理し、所要の要件を規定したうえで、「症例対応の窓口やコントロール・タワーとなるべき機関や人物」について明文の適用除外規定を設ける必要がある。また、現段階で、メンタルヘルス情報の取扱いについて、最も詳細な指針を示した公文書は、平成18年3月中央労働

災害防止協会（厚生労働省委託）『「職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会」報告書』であるが、労働者の同意の獲得が困難な場合の規律についても、一定の指針を示す必要がある。

1 1) 法政策は1次予防・2次予防・3次予防のいずれに注力すべきか

・3次予防が喫緊の課題であり、かつその履践が1次・2次予防にも繋がることは認められるが、3次予防と1次予防は「車の両輪」と考えるのが妥当と解される。

・他方、3次予防面での所得・生活保障と就労支援機能の充実化も喫緊の課題である。特に、症例対応のコントロール・タワーとなるべき多機能をもった機関の設定と、当該機関による産業と福祉の連携は、多くの労働者の生活と福祉に貢献すると思われる。

1 2) 作業関連ストレス対策と経営・人事労務管理問題の切り分けの可否と是非

・これまで、日本の労働裁判例は、著名な電通事件最高裁判決を転換点として、「過度な心理的負荷」を積極的に認定するようになったことで、実質的に彼らの人事労務管理のありように介入するかのような判断を示すようになって来ている。

・アメリカでは、労災補償に関して、純然たる人事事項に介入するような判例傾向に歯止めをかけるような立法もなされたが、日本では未だそうした動きは見られない。

・結論的には、やはり、メンタルヘルス対策の効果指標を中間指標も重視しつつ開発し、性能要件的な規定（前述した第88条の発展的拡大等がそれに当たる）の下で各組織独自の取り組みを支援する体制を整

え、結果的に上掲のような作用が誘われる方向性が望ましいと解される。

H. 知的財産権の出願・登録状況
該当せず

F. 健康危険情報

該当せず

G. 研究発表（関連著作を含む）

三柴 丈典

学術論文

1. 三柴 丈典：離職者はどこへ行く？～行き場のない人達の再生は誰がする？：座長から～、産業精神保健 20(4):310-315,2012

2. 三柴 丈典：東芝事件（うつ病・解雇）事件、判例時報（判例時報社） 2160:190-202,2012

解説

1. 三柴 丈典：講座・メンタルヘルスと法（1）～現場課題への法的処方箋～、安全と健康 64(1):73-77,2013

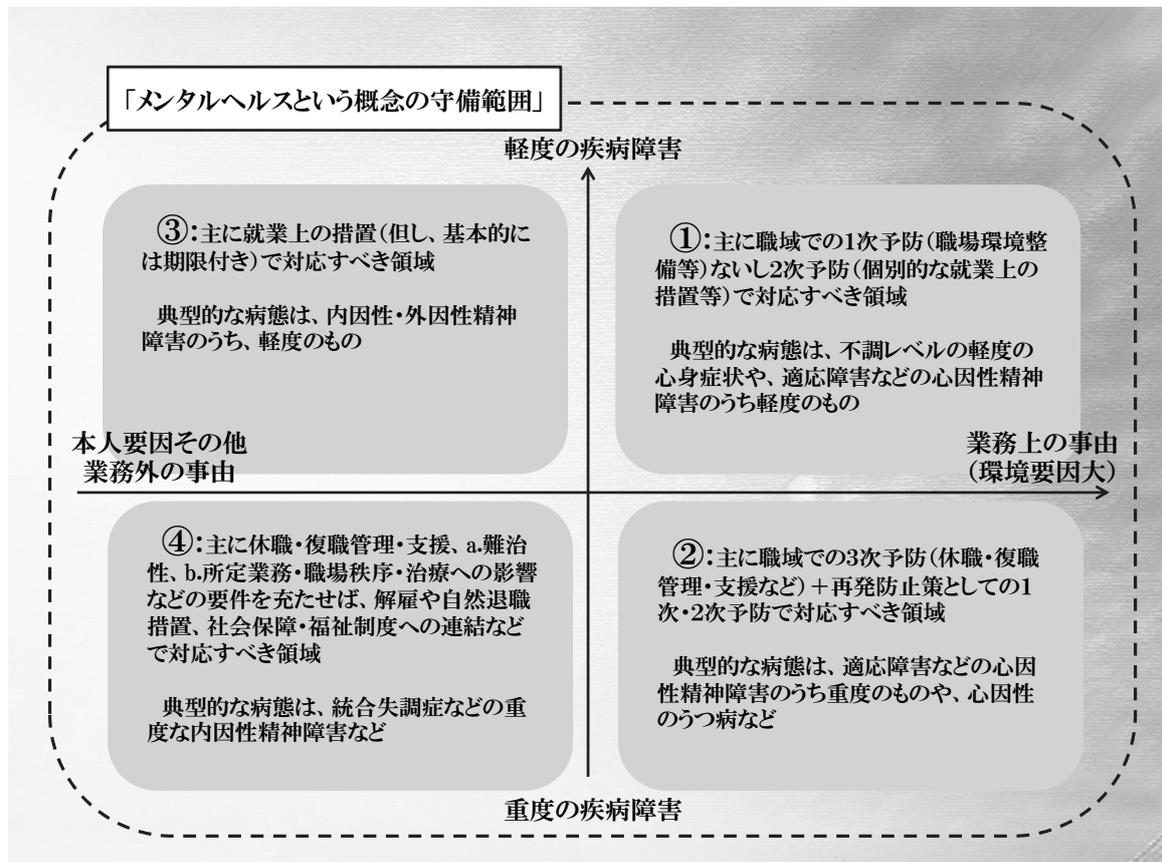
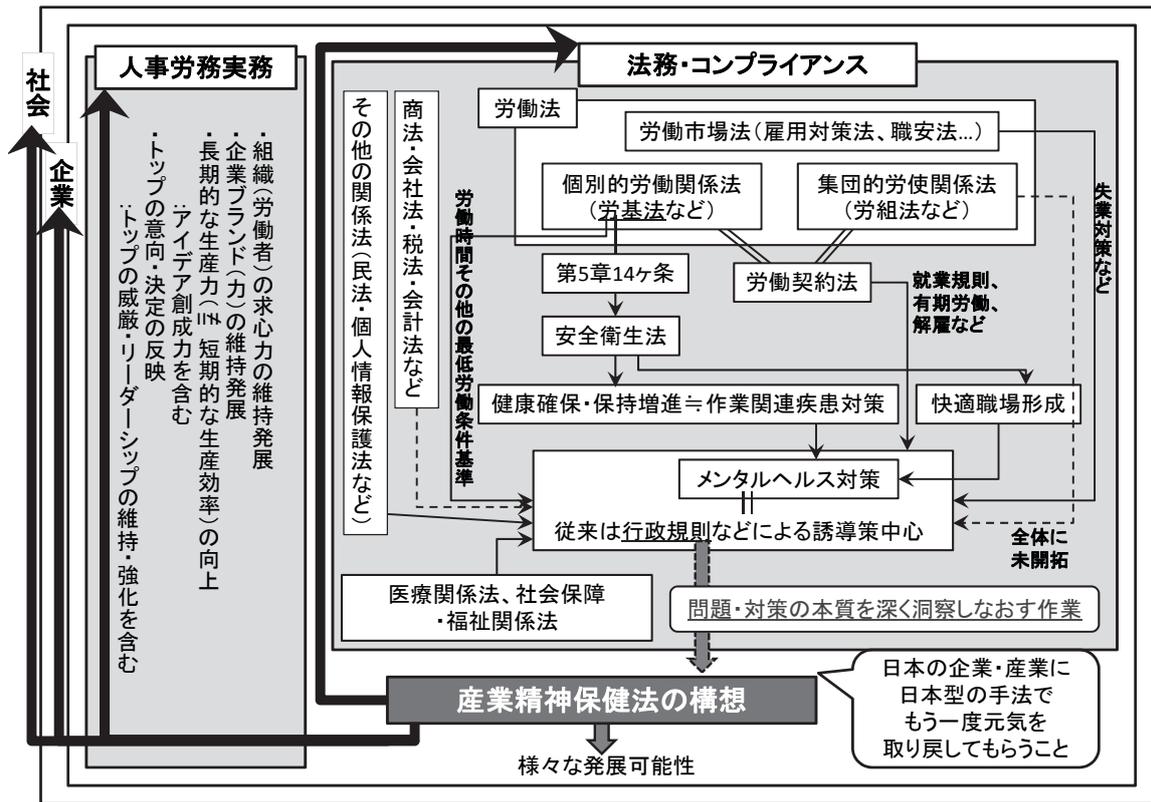
2. 三柴 丈典：講座・メンタルヘルスと法（2）～現場課題への法的処方箋～、安全と健康 64(2):73-77,2013

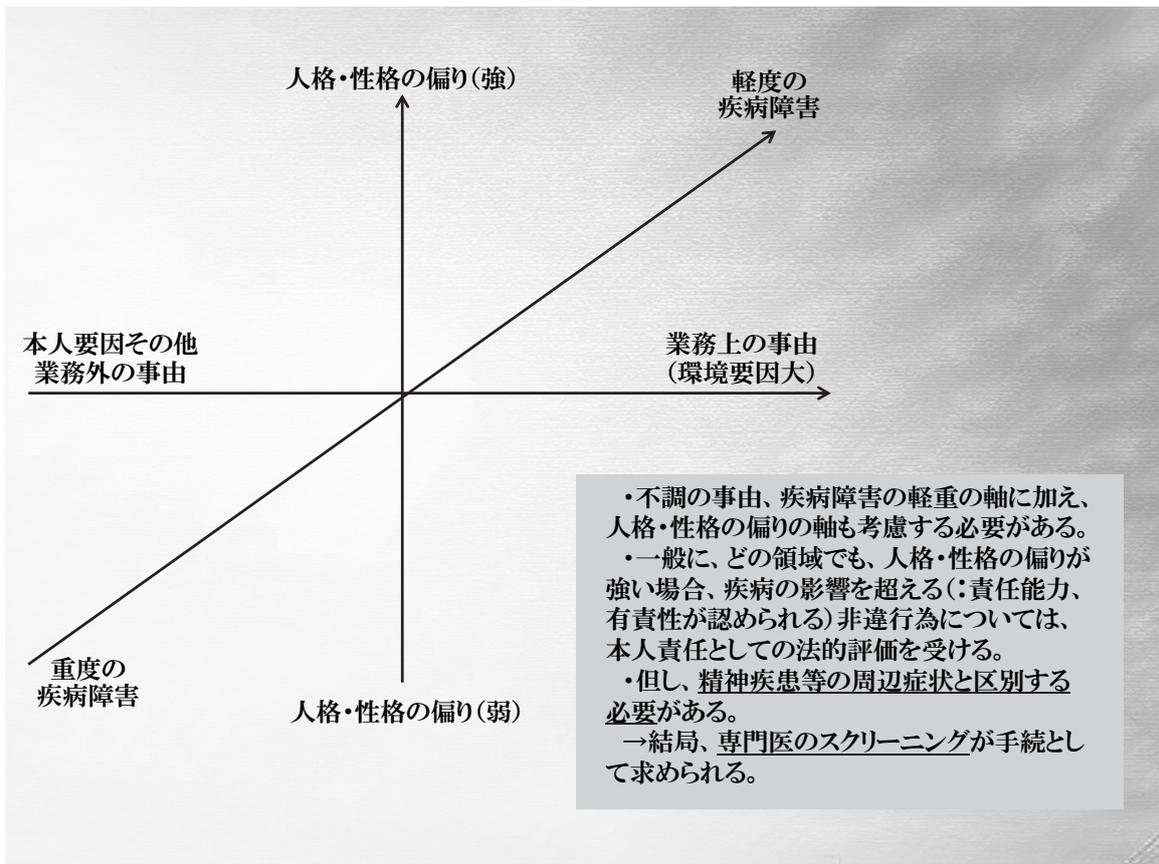
3. 三柴 丈典：講座・メンタルヘルスと法（3）～現場課題への法的処方箋～、安全と健康 64(3):73-77,2013

白波瀬 丈一郎

学術論文

1. 白波瀬 丈一郎：境界領域としての働く場—適応と不適応—：精神科治療学 27(4):437-442,2012





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・教授

研究要旨

（１）労働安全衛生法上の施策について

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。

開発作業は1980年代後半から開始された。後掲図1に示すように、業務上のストレスの健康影響等に関するTom Cox教授への調査研究の委託から始まり、業務上のストレスの健康影響に関する文献レビューを含めた継続的な委託研究、後にMSの評価ツールで採用された、集中的に対策を講じるべき6つの心理社会的ストレス要因（群）の同定、リスク・アセスメント手法の効用に関するエビデンスの整理、ストレス要因と不調状態の因果関係や相関関係に関するエビデンスや好事例の収集と検証、24のパイロット組織によるシステムの検証、学識者によるワークショップでのMS草案のピア・レビュー等、学術（特に生理学、組織の健康の観点を含めた公衆衛生疫学・心理社会学）、政策的・手続双方の観点で、応分の実績を経て起案された経緯がある。もともと、自然科学的観点では、評価ツールに採用された6つの心理社会的ストレス要因と具体的な健康影響間の因果関係を検証した文献の多くに方法論的問題があると指摘されていた中、公衆衛生疫学や心理社会学の観点を重視して立案及び実施に踏み切った面も否定できない。

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、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。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4件にとどまっております（*そのいずれも、リスク・アセスメント手続の整備を怠ったことに対するものであった）、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。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、これまでMS推進に積極的な立場を採ってきた研究者達は、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て、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、という組織心理学的特性を活かした発想であろう。もともと、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。

うち第1は、ある面での行政の権威である。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、その運用にかかる行政規則等の策定を担当する行政官や、現場を巡る監督官等の裁量・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。もともと、筆者の現地調査では、複数の識者から、実際には、行政の権威を無条件に信頼する国民はむしろ少なく、行政による法政策についても、最低基準としての不作為の義務づけは一定程度容認するが、作為の義務づけは歓迎できない、との考えを持つ者が少なくない、との見解を得た。その前提に立てば、MS が国レベルで十分に普及ないし機能しないとしても、頷ける面もある。

第2は、学者（の学識）への信頼性である。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（の学識）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 MS 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。要は、介入の手法に改善の余地がある可能性もある。

（２）障害者差別禁止法上の施策について

障害者差別禁止法は、主に３次予防面でメンタルヘルスに貢献する。また、障害者への個別的な調整義務の履行、障害に関連する理由による差別や障害に起因する差別、間接差別やハラスメント規制への対応を通じて、より本質的には同法の枠組が精神障害を含めた障害の本質洞察に一定の歴史と経験を持つことにより、２次予防や１次予防にも直接ないし間接的に貢献する。

イギリスの障害者差別禁止法は、いわば前史に当たる①１９４４年障害者（雇用）法時代、②１９９５年 DDA 時代、③２００３年改正法時代、④２０１０年平等法時代の４つの時代区分に分けられる。他方、規制内容は、（ア）福祉・保護的観点からの障害者の雇用保障措置、（イ）直接差別、（ウ）障害に「関連する」理由による差別、（エ）調整義務の不履行による差別（：一種のポジティブ・アクション・アプローチ）、（オ）間接差別、（カ）ハラスメント、（キ）報復的取扱いの７種類に大別される。差別禁止の対象事項は、採用時には、（a）採用者決定のための措置、（b）採用上の雇用条件、（c）採用拒否、採用後には、（d）雇用条件、（e）昇進や配転、教育訓練、その他の利益等を受けるための機会へのアクセスの許否、（f）解雇、（g）その他の不利益に及ぶ（②③④時代を通じて共通）。

①時代は、労働不能を本人責任に帰せしめる発想が強く、障害者雇用についても、割当雇用制度を含めた（ア）による時代だったが、先天的障害、労災等本人に帰責事由のない障害への対応の必要性についての認識の高まりもあり、アメリカの ADA を参考に DDA が制定された。

②時代には、「精神的または身体的な障害を持ち」、「その障害が日常的な活動をする能力に実質的かつ長期にわたる悪影響を及ぼす」こととなる者を対象として（*この点では③④時代も同じ）、（ウ）（エ）（キ）の規制が設けられていた。

（ウ）は、障害によるタイピング不能などを理由（障害関連事由）とし、正当化できない差別を規制するものだが、②③時代には、使用者の障害認識の有無は問われず、事実上、（オ）の規制に近い性格を持っていた。２００８年貴族院判決（London Borough of

Lewisham v. Malcolm[2008]IRLR 700 HL) のように、DDA の証明ルールを直接差別的なものに修正したり、2001年控訴院判決 (Jones v. Post Office[2001]IRLR 384 CA) のように使用者側の正当性の抗弁を緩やかに解釈するなどして、間接差別的運用の抑制を図る動きもあったが、政府は、その後、障害者を含めた一般的な間接差別規制を置く EU 指令の影響も受け、間接差別規制への置き換えを内容とする法改正を主導した。

(エ) は、種々の契約や労働条件などの取り決め、建物の物理的特徴などが障害者に不利益な影響を与える場合、使用者に、その場面のあらゆる状況を踏まえ、当該不利益を防止するための合理的措置（施設の改造、業務軽減、勤務時間の変更、リハビリテーション、職能評価、訓練の提供、備品・設備の整備等）を実施する義務を課し、その不履行を禁止される差別とみなすものである。合理性の判断は、措置の効果、実施可能性、使用者の経済的負担等を事案ごとに検討してなされる。アメリカの ADA のように、使用者に過度な負担 (undue hardship) がかかる場合の免責規定は存しないが、事実上、この要件にその要素が含まれていた。ただし、たとえ経済的コストがかかる場合にも、費用対効果が高ければ、講じるべき合理的調整措置と評価され得る。(オ) との関係では、それが対集団的性格を持つのに対し、(エ) は対個別的性格を持つ点で異なる。具体的には、(エ) の場合、①具体的な障害者（集団）・非障害者（集団）間の比較を必要としない、②不利益が些末でないことの立証で足りる、③（特定個人の差別状態の解消を図る趣旨から）雇用者の差別的意図を必要とする、④障害者の申立や差別状態の予見可能性を前提とするため、対応が後手に回りがちとなる、等の特徴を持つ。また、その対個別的性格から、この義務の不履行による差別の申立人は、当該障害者本人に限られる。

②時代の DDA が (エ) や (ウ) を規制の中心に据えていた背景には、性、人種等の属性以上に、「障害という属性自体が不利な立場を内包している」との認識があったと察せられる。おそらくはそのこととも関連して、後掲する雇用年金省傘下の Jobcentre Plus は、「仕事へのアクセス支援」の枠組を通じ、雇用者による調整措置に資金援助等を実施してきた。なお、調整義務の不履行は、(ウ) を推定させる場合もあった。

(キ) は、ある者が、障害者が、障害者差別禁止法に基づく訴訟手続を開始したり、同手続に関連して証拠や情報を提供したり、同法に関連する行為を行ったこと等（*④時代には、以上を併せて「保護される行為」と呼ぶようになった）や、当該行為を行う可能性があると思ったこと等を理由に、同人を不利益に取り扱った（か、取り扱おうとした（*この部分は④時代に削除された））場合に成立する。

③時代には、新たに (カ) の規制の他、(イ) の定義規定が加わった。また、この時代から (④時代も併せ)、直接差別やハラスメントに限り、近親者が障害者である等、障害を有すると認識されたことを理由として差別される者も保護対象とされるようになった。

(カ) は、(a)障害者の尊厳を侵害するか、(b)脅迫的、敵対的、品位を傷つける、屈辱的、侮辱的のいずれかに該当する条件をもたらずような目的又は効果を持つ、本人にと

って不快な行為を指すと定義されていた。ただし、関連するあらゆる事情に照らし、当該行為がそうした効果を持つと合理的に解される場合、との限定も付されていた。

（イ）は、障害関連事由を含めた職務上の能力等の条件が共通する前提で、正当な理由がないのに、障害を理由に差別することを禁止するものである。職務上の能力の共通性は、他の属性にかかる差別では求められない。コンピュータ技術者の募集に際して、視聴覚障害であるというだけの理由で採用候補者から除外するような行為がそれに該当する。特段の配慮を必要としない障害者に有効な規制といえる。

④時代には、新たに（オ）の規制が加わり、（イ）（カ）が（*（イ）については正当化事由も含めて）再定義され、（ウ）については、「障害に関連する理由に基づく差別」が、「障害に起因する差別」に代えられ、使用者の認識が要件化されると共に、正当化立証（：一応立証された差別が正当な目的を達成するための適正な手段であることの証明）の余地が具体化され、事実上拡大された。また、（エ）については、調整義務が生じるケースとして、補助的支援（provision of an auxiliary）がない場合に障害者が不利な立場に置かれるケースが明記された。

（オ）は、ある（いっけん）中立的な基準等（基準又は慣行）の実際の適用が、保護されるべき特徴を持つ集団に対して差別的効果をもたらし、かつその基準等の適用主体がそれを正当化できない場合や、適用される見込みに基づき人の行動が抑制されるような場合に成立するものである。たとえば、採用の際に筆記試験方式を採ることが、視聴覚障害者等に差別的効果を有するような場合が該当するが、直接差別の場合と同様に、比較の前提として、保護の対象となる集団とならない集団の間に実質的な同質性が求められる。本質的には、非障害者基準中心に形成された社会のありよう自体に警鐘をならす「障害の社会モデル」的発想をとるものである。

（イ）については、③時代の直接差別規定を引き継ぎつつ、附則9で以下の正当化事由が明記された。(a)職業上の要件 (occupational requirements) に該当し、(b)その適用が適法な目的達成のため均衡がとれており、(c)その適用者がその要件を充たすか、充たすと合理的に判断される場合。また、障害者を非障害者より有利に取り扱うことが許容される旨も明記された。

（カ）については、(a)ある者が障害に関連する対象者にとって不快な (unwanted) 行為を行い、(b)当該行為が、(i)対象者の尊厳を侵害するか、(ii)脅迫的な、敵意のある、品位を傷つける、屈辱的な、または不快な環境を生じさせる目的若しくは効果を生じさせる場合と再定義された。その具体的な判断規準は、(a)ハラスメントを主張する者の認識、(b)当該事案におけるその他の状況、(c)当該行為がそのような効果を有すると合理的に解し得るか否か、を考慮して判断される旨の規定も設けられた。

以下、平等法における履行確保について整理する。

平等法の履行確保において、刑事制裁は予定されておらず、行政機関によるあっせん・仲裁や、より積極的な事業主等への調査、質問、勧告などの他、司法による（主に）民

事上の救済が予定されている。もっとも、行政機関によるあっせん・仲裁は、結局、当事者間の和解や協定の締結などによる民事上の解決を図るものなので、行政の積極的介入をベースとして、民事的解決を志向する法と考えると良いであろう。

問題解決にあたる主な行政機関には、①助言斡旋仲裁局と②平等人権委員会があり、①は準司法的性格が強い。労・使・中立の三者構成の理事会が運営し、その救済手続は、(A)（あっせん前置の考え方に基づきとられる）労働審判所からの移送、(B)当事者による直接の申立のいずれかにより開始されるが、(A)によるものが(B)によるものの約20倍にのぼる。労働審判所からの移送を受けた事件があっせん等を通じて合意に達すれば、作成された和解協定は、労働審判所の認証と記録を通じて事件の解決をみる。②は①より行政的性格が強い。平等法等の遵守状況に関する事業主等への調査、質問、勧告等の権限ほか、平等法の内容を具体化する行為準則の制定権限等を持つ。

民事法的解決を担保する他の手段として、平等法上、契約法的規定（*契約等の内容をコントロールする規定）も置かれている。

すなわち、同法第142条第1項は、それに反する取扱いを構成したり、促進するような契約条項には法的拘束力がないと定め、同条第2項・第3項は、雇用関連サービスや集団保険に関する協定などの契約に類する協定について、同様の定めを置いている。また、同法第144条第1項は、平等法上の差別禁止規定を排除又は制限する契約条項について、それにより利益を受ける者にとって法的拘束力を持たない旨を規定し、同法第143条第1項は、群裁判所（county court）等が、利害関係者の申立により、そうした契約等の削除や修正を命じ得る旨規定している。

さらに、同法には、その履行確保を側面支援する規定も置かれている。

たとえば、法第111条第1項は、2003年改正DDA第16C条とほぼ同様に、平等法に反する行為を行うようある者に指示したり、違反行為者を支援するよう指示すること（違反行為を導いたり、説得する行為も含む）を禁止している。また、法第77条は、ある者の賃金格差が保護される特性に関連して生じているか（*≒主に直接差別を構成するか）を判断するために行われる「賃金に関する開示（relevant pay disclosure）」を禁じる契約条項を、その部分について無効とし、かつ、かかる開示に基づく不利益取扱いを禁じている（但し、労働者が害意をもって誤った証拠や情報を提供したり、不当な差別の申立を行うなど、不誠実な行為をなした場合、報復的取扱いは成立しない）。

問題は、以上の法的枠組がもたらした実際の効果である。障害者差別禁止法は、①障害者の雇用差別状態の是正、②就業上の福利、③雇用率の向上、等を目的としているが、報告者が確認できた統計は、③に関するものに限られ、かつデータ上、殆ど変化はみられない。しかし、アメリカのADAについては、雇用率の改善には必ずしも貢献しなかったものの、特に賃金、職責、昇格、合理的配慮等の面での差別状態の解消には一定程度貢献したことをうかがわせるデータが存するので、ADAに倣ったイギリス障害者差別禁止法でも、ほぼ同様の効果を生じているものと察せられる。

（3）障害者福祉・雇用促進法上の施策について

障害者福祉・雇用促進法は、メンタルヘルスとの関係では、雇用者のみならず実施主体を跨ぐ3次予防の領域を司る。その対象には、重度就労困難者（hard to help）も多く含まれており、特に多面的で柔軟性のあるアプローチの必要性が認識されている。

イギリスの社会保障制度は、租税負担による公的扶助を中心とし、無差別平等主義的な社会保険制度によって補完される北欧型（対義語は社会保険中心の大陸型）に属する。同国の障害者福祉・雇用促進法上の諸制度や諸施策も、基本的にはその前提に基づいて設計されているが、政府の財政難を背景にした福祉制度改革の影響を受け、「福祉から就労へ（welfare to workfare）」の方向性を強めている。すなわち、一方では、所得保障制度の統合再編と給付対象者の絞り込みを図りつつ、他方では、ワーク・チョイスを中核とする職業リハビリテーション、職業訓練、職業紹介等の就労志向での制度の再設計と充実化を図っている。肯定的に評価すれば、単なる経費削減ではなく、いわば、人材活用への投資的側面を持つ「選択と集中」とも言えよう。施策運用の中心的役割を担っているのは、日本ではハロー・ワーク・社会保険事務所等の役割を兼ね備えた、雇用年金省傘下の Jobcentre Plus である。この機関は、障害者の就労支援のための専門家（基本的に全て国家公務員）を配置し、レンプロイ社やソーシャル・ファーム等の保護雇用機関のほか、職業リハビリテーション等を行う地方公共団体などの公的機関、民間団体、専門家等とのネットワークを持ちつつ、障害の性質や程度に応じ、就労・復職・雇用継続等にわたる積極的かつ多面的で綿密な支援策を講じている。日本で言えば、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構傘下の都道府県障害者職業支援センターや、主に自治体やNPOなどが運営する障害者就業・生活支援センターとしての機能も兼ね備えている。

イギリスでは、1944年障害者（雇用）法に基づき1945年に雇用年金省が設立した Remploy 社と、いわゆる社会的企業（social enterprise）の一形態であり、直接的な根拠法を持たないソーシャル・ファーム（*但し、2012年に成立した公共部門（公益）法（Public Sector (Social value) Act：国の行政及び地方自治体が、公益の実現（：経済的、社会的、環境的な厚生水準の向上）を図るために締結する公共契約に関する法律）によって、実質的に（少なくとも財政支援の）裏付けを得ることとなった）に代表される保護雇用制度が、産業と福祉のインターミディエーターないしバッファーとして、少なからぬ役割を果たしている。

うち前者は、主に重度障害者を対象とし、その予算のほぼ全額が政府からの出資や補助で賄われているが、後者は、25%以上の一般労働市場への参加が困難な対象者の雇用により、税制上の優遇を受けたり、公的機関からの事業の発注による支援等を受けるものの、基本的には自律的に事業が営まれる。ケータリング、リサイクリング、園芸等の比較的創造的な業務が上位を占め、障害者の一般就労への橋渡しも積極的になされ、

1997年の5社が2010年には約180社にまで増加している。精神障害や知的障害のほか、ホームレスや触法なども積極的に雇用しているところが多く、ソーシャル・ファームにおける精神障害者の有用性とその実現方策については、調査報告書も出されている (McDermid, L. et al. (2008) Making an Impact-Exploring how to measure the mental health impacts of working in a Social Firm, Social Firms Scotland&Scottish Development Centre for Mental Health)。

Remploy 社でも、一般企業が雇用する障害者への援助付き雇用の実施等、障害者の一般企業への橋渡しは積極的に展開され、2009年には、3障害の合計で約6500の仕事を見出したという。

現在、日本の産業と福祉は、①人と情報の交流機会の乏しさ、②症例が福祉制度や同施設の支援を受けることとなった場合の一般就労機会の乏しさ、③症例が福祉的給付を受給することとなった場合の固着性等の意味で、相当程度乖離している状況と解されるため、参照価値は高い。

職業訓練制度にも、workfare への傾倒が顕れている。イギリスでの職業訓練は、長い間、イノベーション・大学・職業技能省の管掌下にあったが、現在は、「国及び産業全体にわたり、継続的で共同的かつ調和のとれた『成長』を目指す」政府の基本方針に従って、2009年6月に同省とビジネス・企業及び規制改革省を統合して設立された、ビジネス・イノベーション・技能省 (Department for Business, Innovation and Skills (BIS)) により、技能訓練基金庁や民間企業などへの委託を通じて実施されている。当該訓練では、一般的に個別ニーズに応じたプログラムにより就業・復職・職務定着が図られているが、障害者に対しては、年齢、失業期間等で参加条件が緩和されているほか、障害者特性を知る専門スタッフによる訓練が実施されている。

また、職業紹介でも、Jobcentre Plus が、豊富な雇用、就労支援関係情報を背景に、雇用への仲立ちや働きかけなどのあっせんから、障害者が働きやすい職場環境整備にまで介入している点に特徴がある。その際、地方自治体や民間非営利団体等が実施する援助付き雇用 (Supported Employment) との連携を図っている点も特筆される。

(4) まとめ

以上の通り、イギリスでは、政府の基本方針としての welfare から workfare への流れについては共通しているが、メンタルヘルスという総合的概念について、各省庁が、それぞれの管掌に応じた捉え方 (定義) をもち、それぞれの方法論で取り組んでいることが伺われる。メンタルヘルス問題の総合性からすれば、多方面からのアプローチ自体は評価できるが、筆者の現地調査では、ややセクショナリズム的な印象を受けたことも否めない。特に HSE は、医療や保健、福祉や従来型の就労支援の法政策の枠を超え、組織経営への介入と受け止められ得る前衛的な政策を独立的に進めて来たが故に、その実効性から始まり、科学、非科学の両立場から応分の批判も受けている。

メンタルヘルス対策は、国家の大事でもあるだけに、一定の手続を尽くして前衛的な政策に踏み切られた経緯はあるものの、従来型のリスク・マネジメント手法の一律的適用では奏功し難いことは、かなり明らかになって来ている。しかし、従来の労働危険とは質的に異なる面を持つ課題に対し、そうした試行錯誤はある程度不可避な面もあり、今後、リスクを捉える枠組の修正や、仮にそれが不要な場合にも、捕捉されたリスクに対する介入手法の修正等により、一定の効果をあげる可能性は否定できないし、そもそもリスク・アセスメント手法とは真逆の、いわばグッド・ポイント・アセスメント的な手法の必要性も指摘され、開発が進められている。時代を経れば、両者の混交的手法も開発されるかもしれない。

となると、それらを支援する法制度にも、フォーディズム的なトップダウン様式に加え、ボトムアップ様式を組み込むような、パラダイムの転換が求められる。しかも、それは、既に日本のメンタルヘルスに関する指針等の内容が示すように、ひとり労働安全衛生のみではなく、組織経営・人事労務管理、医療・福祉、障害者の保護と自律、労働市場、個人情報保護、集团的労使関係、就業規則統制など、相当領域に関わる法政策に求められる大きな課題となり得る。

とはいえ、イギリスの法政策の調査から、あえて労働衛生法政策の課題を抽出すれば、イースト・アングリア大学ノーリッチ・ビジネス・スクール行動科学教室教授 **Kevin Daniels** 氏をはじめ、日本の関連判例も示唆するように、①**training**（教育訓練）、②**motivation**（動機付け）、③**selection**（採用・配置等における人選、適材適所）、④**job design**（職務の設計と割当）の適正化を「促す」ような法政策の構築が望ましいとはいえよう。

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、前年度と本年度の調査研究は、①を目的としている。

B. 研究方法

初年度は、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。

本年度は、初年度の調査結果を踏まえ、「調査報告書の基本的な構成」に若干の修正を加え、それに基づいて、ペーパー・レビューと現地渡航調査を実施した。その際、初年度に未了となっていたMSの開発の経緯と障害者雇用関連法制の調査に注力した。

なお、現地調査に際しては、公的な作業関連ストレス対策の法政策的背景について、総務省人事・恩給局調査官の石津克己氏（元在英日本国大使館1等書記官）、インタビュー先へのアポイントメントについて、在英日本国大使館1等書記官松原哲也氏、雇用年金省のメンタルヘルス関連政策について、同省健康局局長（Health and Well-being Directorate）Gareth Roach氏、保健省のメンタルヘルス関連政策について、同省メンタルヘルス・障害・平等局長（Director of Mental Health, Disability & Equality）Bruce Calderwood氏、労働安全

衛生庁のメンタルヘルス関連政策について、同庁職場環境・放射線・ガス担当部 Tony Almond氏、英国産業連盟のメンタルヘルス関連施策について、英国産業連盟雇用・安全衛生部門政策アドバイザー Pippa Morgan氏、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の動向について、イースト・アングリア大学ノーリッチ・ビジネス・スクール行動科学教室教授 Kevin Daniels氏、ノッティンガム・トレント大学心理学系上級講師（senior lecturer）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. 研究結果目次	
1 公法	123
1.1 HSWA の一般的義務条項と安全衛生に関する規則.....	123
1.1.1 HSWA 第2条.....	124
1.1.2 HSWA 第3条.....	127
1.1.3 HSWA 第7条.....	128
1.1.4 HSWA 第18条	129
1.1.5 HSWA 第20条	132
1.1.6 HSWA 第33条	134
1.1.7 附則第3A条	136
1.2 安全衛生規則.....	136
1) 1999年労働安全衛生管理規則（略称：管理規則）	139
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）	142
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）	142
1.3 実施準則.....	142
1.4 MS（ストレス管理基準）	145
1.4.1 概要.....	145
1.4.2 背景.....	148
1.4.2.1 背景思想.....	148
1.4.2.2 データ・学術的背景.....	149
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～	149
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～	150
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～	151
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～	151
1.4.2.3 (法) 政策的背景	153
1.4.2.3.1 国内事情	153
1.4.2.3.1.1 「福祉から就労へ」政策との関係	153
1.4.2.3.1.2 労働安全衛生政策としての展開	153
1.4.2.3.1.2.1 MSA 開始以前の動向	154
1.4.2.3.1.2.1.1 Cox レポート	154
1.4.2.3.1.2.1.2 HSE・HSC が進めた主な手続	155
1.4.2.3.1.2.1.3 科学的な議論経過①～3つのキーワードについて～	157
1.4.2.3.1.2.1.4 科学的な議論経過②～心理社会的危険源と危害の関係について～	157
1) 生物学的エビデンス	158
2) 疫学的・心理社会的エビデンス	158
3) 文献が示唆するその他のエビデンス	161
3-1) 体系的な文献レビュー	161
3-2) 職務設計における変化を射程に収めた研究	162
3-3) 特論：心理社会的危険源に関連する直接的・間接的効果	163
1.4.2.3.1.2.1.5 科学的な議論経過③～作業関連ストレスへのリスク・アセスメントアプローチの有効性について～	163
1.4.2.3.1.2.2 MSA 開始以後の動向	165
1.4.2.3.1.2.2.1 2010年以後の国家労働安全衛生戦略	165
1.4.2.3.1.2.2.2 ブラック報告	167

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	172
1.4.2.3.2	国際事情	175
1.4.3	具体的内容	175
1.4.3.1	仕組み	175
1.4.3.1.1	5段階の管理プロセス	176
1.4.3.1.2	評価ツール (Indicator Tool)	176
1.4.3.2	流れ	178
1.4.4	法的位置づけ及び法的効力	178
1.4.5	確認できる効果	179
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	179
1.4.5.2	Daniels らによる最新著作の示唆	180
1.4.5.3	政府による統計調査の示唆	181
1)	産業別データ	181
2)	職種別データ	181
3)	事業場規模別データ	181
1.4.5.4	HSE が示す個々の組織レベルでの改善例	182
1)	Bradford and Bingley 社の例	183
2)	Hinchingsbrooke 国民保健サービス基金の例	183
3)	Somerset 地区協議会の例	184
4)	Nortfork 地区協議会の例	184
1.4.6	問題点、発展可能性と克服すべき課題	184
1.4.6.1	指摘されている問題点	184
1.4.6.1.1	Kompier の示唆する総合的な問題点	184
1.4.6.1.2	Daniels らによる最新著作の示唆	185
1.4.6.1.2.1	実務面	185

1.4.6.1.2.2	理論面.....	188
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.....	188
1.4.6.2	今後の発展可能性と課題.....	189
1.4.6.2.1	踏まえるべき環境条件の変化.....	189
1.4.6.2.2	一般論.....	190
1.4.6.2.3	中小企業への適用可能性.....	191
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.....	191
1.5	法の管轄機関・執行権限者.....	191
1.5.1	HSWA の関連規定.....	191
1.5.1.1	HSWA 第11条.....	191
1.5.1.2	HSWA 第12条.....	192
1.5.1.3	HSWA 第13条.....	192
1.5.1.4	附則第2条.....	194
1.5.1.5	HSWA 第14条.....	197
1.5.2	MS を用いた監督指導の実際.....	198
1.5.2.1	概要.....	198
1.5.2.2	問題点と講じられた対策.....	199
1.5.3	MS の浸透を支援する民間の専門機関.....	200
1.6	雇用にかかる精神障害者差別禁止法.....	200
1.6.1.	1995年障害者差別禁止法.....	201
1.6.2	2010年平等法.....	204
1.6.3	差別禁止法の実際の効果.....	209
1.7	障害者の福祉と雇用を促進する制度.....	210
1.7.1	保護雇用制度.....	210

1.7.2 所得保障制度.....	211
1.7.3 職業リハビリテーション.....	214
1) 仕事へのアクセス支援 (Access to Work)	217
2) 障害者のためのニュー・ディール (New Deal for Disabled People)	218
1.8 メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制.....	218
1.9 関係判例.....	218
2 私法.....	218
2.1 根拠法.....	218
2.2 関係判例.....	219
2.3 確認できる効果.....	219
3 その他の重要な個別的論点.....	219
3.1 アブセンティズムとプレゼンティズム.....	219

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くならず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賠償請求訴訟が少なからず生じ、雇用者にプレッシャーを与えている。とはいえ、一次予防

を原則とする予防法（安全衛生法）とは異なり、基本的には個人の関心事項と解されている¹。他方、労災補償の枠組では、ドイツなどと同様に、原則として、作業関連ストレスによる精神障害に補償給付はなされない。

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義務を負う。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。

先ず、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所定の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、労働安全衛生関係立法に携わる行政機関である 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、それらの物品等の設置、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）点に一つの特徴がある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充分な条件整

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33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ず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

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（ストレス管理基準）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。

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 (: VDT 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 (ストレス管理基準による
 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 (ストレス管理基準)
 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

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

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 reADAs 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（ストレス管理基準）

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、ストレス管理基準（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

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5月に発刊された 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)。もともと、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。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、どの時点でみても、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きており、少なくとも従前は、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た。

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

81

1.4.2.3.1.2.1.1 Cox レポート

1980年代後半、HSEは、健康に及ぼすリスクのランク付けを実施し、その結果、作業関連ストレスは、筋骨格系障害に次いで、業務上の不調（ill-health）を招く2番目の要素に位置づけられた。この結果を受け、HSEは、Tom Cox教授に作業関連ストレスに関する文献のレビューを委託するなどして、この問題への対策を本格化させた。委託に際しては、現行の安全衛生法制度の枠組みの中で、職務上のストレスの性格、健康影響や、ストレス管理プログラムの性格、効果に関する科学論文を概観することが求められた。

その成果をまとめた Cox, T.: Stress research and stress management: Putting theory to work. Sudbury: HSE Books, 1993 (Cox, 1993) では、まず、ストレスについて、客観的に認識可能な側面と感情的な側面の双方から成る心理的状态との理解が定着しつつあるとして、交流分析的なアプローチに基づく既存のストレス・モデルを採用した。その上で、ストレスが生じるプロセスの中に鍵となる要素（ストレスを構成する一連の出来事（event））があることについても、今や十分な合意があり⁸²、その代表格の1つに職務上の要求（demand）があるとした。これ

は、脅威（threat）、体力・気力・時間などの個人的資源への圧迫（impact）その他個人に通常機能以上の何かを求めるものという意味で、客観的に過重と認識されるプロセスであって、一般に、個人の厚生水準に影響を及ぼす（ストレス）反応の拡大をもたらすものを意味する⁸³。

たしかに、この時点で既に、要求に対する個体側の評価や受け止め方、ストレス・コーピングの問題を指摘する見解も存在した⁸⁴。また、そもそも組織のシステムというものは、組織リーダーによる一方的な作用のみを頼みとするものではなく、自己効力感のような個人的資質を拡大する能力を統合するものであるはずで、そうした能力は、組織側による職務設計の見直しや、変化への対応によってもたらされる自律性の拡大を活用する上でも重要な意味を持つ、とする見解もあった。しかし、結局、こうした見解が説くものは、特定の環境因の理想的レベルと現実的レベルの相違の重要性であって、環境因自体の否定ではなかった⁸⁵。

なお、Cox レポートは、心理的なストレス要因のみならず、心身両面のストレス要因を統合し、職務の内容とその背景に着眼して、そこに存する危険源（hazard）をベースとした分類を行うと共に、リスク管理にPDCAサイクルの概念（the concept of control cycle approach）を導入した。この考え方は、HSEによる雇用者の意識啓発のためのガイドライン（HSE: Stress at Work-A Guide for Employers.HS(G)116,1995(HSE,1995)）に踏襲され、このガイドラインは、過剰な要求は、被用者のストレス耐性を奪う可能性

があることを強調すると共に、より優れた職務適応を導く職務設計や効果的な教育訓練のコンビネーションを通じて実現される「遂行可能な職務 (job that are 'do-able')」という概念を導入することとなった。その後、この手法は、更に改良され、「組織介入のための基本的枠組 (frameworks for intervention) ⁸⁶」に統合された⁸⁷。

Cox レポート及びその他複数の HSE の補助を受けた調査研究から導かれた作業関連ストレス要因の分類は、Management Standards (MS) と命名された、ストレス管理の好事例の基準をまとめた草案の基礎をなした。また、後述する 1999 年のディスカッション・ペーパーの公開の後、HSE は一連のワーク・ショップを開催し、そこでその分類の実践面での課題について議論した。さらに、既存の作業関連ストレスに関する分類や、個々のストレス要因の相互作用についてもレビューを行った。こうした調査や議論の結果、以下の 7 つのストレス要因群への分類について、大筋の合意が得られた。この考え方は、2001 年に公表された HSE のガイダンス (HSE: Tackling Work-related Stress: A Manager's Guide to Improving and Maintaining Employee Health and Well-Being(HS(G)218,2001(HSE,2001))) に反映されることとなった⁸⁸。

①要求（仕事量、作業の型（パターン）、職場環境を含む）

②裁量（職務を遂行するうえで、当該被用者がどの程度の発言権（say）を持つか）

③支援（組織、ライン管理職、同僚による励まし、援助、資金の提供などが含まれる）

④職場における人間関係（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）

⑤役割（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）

⑥変化（(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）

⑦文化（組織による運営管理手法及び公正で開放的な手続）

もともと、以上のストレス要因群のうち⑦文化だけは、後の基準の開発作業の過程で、他の要因群とは異質である（*指標化、測定共に困難との趣旨と思われる（報告者））との理由から削除され、他の 6 つの要因群に要素として吸収されることとなった⁸⁹。

なお、2001 年の HSE のガイダンスでは、以下の 5 段階のアプローチを用いたリスク管理の概念が導入された。これは、あらゆる安全衛生上の危険源に有効な手法として提案され、作業関連ストレス対策でも採用されるべきとされている⁹⁰。

ステップ 1：危険源の調査

ステップ 2：危険源にばく露する人物とその機序の特定

ステップ 3：リスク評価と従前の対策の実効性の確定

ステップ 4：(対策の過程と効果の) 記録

ステップ 5：必要な場合の評価の見直し

1.4.2.3.1.2.1.2 HSE・HSC が進めた主な手続

1999 年に公表された HSE のレポートによれば、作業関連ストレスにより雇用

者が負担する費用は、1年に3億5300万ポンド（*日本円で約423億6000万円）から3億8100万ポンド（*同じく約457億2000万円）にのぼり、社会全体のコストは、37億ポンド（*同じく約4440億円）から38億ポンド（*同じく約4560億円）にのぼると推計されていた⁹¹。また、この推計の実施以後、MS開始直前の2002年までに、作業関連ストレスによる逸失労働日数の推計値は、約2倍にまで膨らんでいた⁹²。

こうしたデータを基礎に、何らかの対抗施策が必要との認識が広がり、イギリス全土の安全衛生問題の監理責任を負うHSEが、国家の労働衛生にかかる全ての負担の軽減を目標に、作業ストレス対策をリードすることとなった。

まず、1999年4月から6月にかけて公開型の聴聞会（public consultation exercise）が開催され、その結果がディスカッション・ペーパーにまとめられた（HSE:Managing Stress at Work, 1999（HSE,1999））。同文書には、数多くの斬新かつ実施可能な対応策が盛り込まれ、その中には行為準則を策定すべきとする提案も含まれていた。この際、所見を述べた者の殆どは、職場のストレスは、労働安全衛生ないし厚生水準の問題であり、現行のイギリスの規制枠組の下で取り扱われるべき課題とする点では一致していた。また、多くの者が、対策に際して、行為準則を活用すべきであり、そこに問題対応のノウハウを書き込むべきと考えていた。結果的に、HSCは、この課題へのアプローチに際して、行為準則を用いて（間接的とはいえ）強制をかけるには、不確実性を伴うと考え、その

時点での実行はしないこととしたが、将来的にその必要性が生じる可能性を踏まえ、経過を観察することとした。HSCは、ストレス管理について勧告を発するには、科学的、実践的な面での障害があることも認識していた。それには、①用語の定義や理論面での合意が存在しないこと、②介入の効果に関する研究が殆ど存しないこと、③措置の実施に消極姿勢をとるライン管理職が多かったこと、などが含まれていた⁹³。

こうした障害に直面して、HSCは、作業関連ストレス対策を、向こう10年間の優先的取り組み課題の一環と位置づけた。その第一目的は、一定のストレス要因を射程に収めた、明確かつ関係者（特に雇用者）の納得に足る好事例の基準を開発すること、すなわち、雇用者に何が期待されるかを明確にできるような基準を開発することであった。労働者の安全衛生や厚生水準の確保と共に組織的な効用（*生産性）の拡大を図ることも、この基準に求められる課題の一つであった⁹⁴。

具体的な基準の策定に当たり、HSCは、解決すべき課題として以下の5項目を設定した。

- ①基準が具体的に意味するものは何か（問題管理のプロセスか、達成されるべき成果か、あるいはその双方か）
- ②幅広い雇用者に対し、いかにして適用可能性を担保するか
- ③主なストレス要因の同定と、相関関係等の解明
- ④利害関係者（stakeholders）の役割を含めた、基準の開発プロセス
- ⑤個々の組織が基準に照らして自身の取り組み成果を評価する手法

その後、図1（後掲）の⑥以降の展開を経て、MSの成案の公開に至った。

1.4.2.3.1.2.1.3 科学的な議論経過①～3つのキーワードについて～

以下では、MSの開発に際してなされた科学的議論の系譜を辿る。

その前提として、Mackay et al.,2004に示された3つのキーワードに関する解説を紹介する。

①危険源 (Hazards)：身体的なもの、心理社会的なもの、またはその両者を含め、職場にある要素のうち、人間に危害または受け入れがたい結果をもたらす可能性を持つもの。このうち心理社会的要因は、職務の設計、組織や作業管理のありように関連が深く、現段階の知見では、個々人の人格や行動特性、職場外の社会的要素、コーピングのありよう、情動の消極性、家族状況や社会経済的位置づけなどとは関係しないと解されている。こうした理解を踏まえ、Cox,1993は、心理社会的危険源を、職務内容、労働組織や作業管理、環境ないし組織的条件のうち心理社会的、身体的危害をもたらし得るものと定義している⁹⁵。

②危害 (Harm)：被用者の健康影響の類型またはそうした性格を持つもの。危害という以上、ある程度、重大 (acute) か、慢性的 (chronic) なものであって、心身両面の効果や機能に関係するものでなければならない。Mackay,2004の執筆当時、職場のストレスとの関連性が一般に指摘されていた身体的効果には、心臓病やメタ

ボリック・シンドロームなどがあり⁹⁶、精神的な効果には、不安や抑うつ状態などがあるが、その重篤さは区々多様である。また、ごく最近（2000年）には、職場のストレスによる心身への効果が、共通の生物学的経路を辿る可能性を示唆する研究成果が発表されている⁹⁷。

なお、危害という用語は、被用者個人への健康影響とは別に、疾病休業や職務上のミス、パフォーマンスの低下など、組織への影響を意味する場合もある。

③リスク (Risk)：危険源へのばく露が危害をもたらす可能性。なお、あらゆる予防措置は、ばく露レベルを危険源が表面化するレベル以下に抑えるよう目標設定されねばならない。

1.4.2.3.1.2.1.4 科学的な議論経過②～心理社会的危険源と危害の関係について～

British Medical Journalに掲載されたレビュー⁹⁸によれば、2000年の時点で既に、リスク要因と疾病の関係を裏付けるエビデンスの確証度を評価する仕組みや、介入効果の科学的エビデンスの質を評価する場合は、数多く存在していた。これらが指標化するエビデンスの中には、無作為抽出され、臨床的にコントロールされた試験データを体系的に整理分析したものから、権威ある研究者の見解、臨床的な経験則、記述的研究、専門家会合の報告に至るまで、さまざまなレベルのものがあつた⁹⁹。

そうした条件下、作業関連ストレスについては、作業上の要因と不調の関係性を説得的に示す研究は極めて多数あるものの、そうした研究が依拠するデータの解釈とい

う点では、例えば、特定の作業上の要因が特定の健康上の影響をもたらすといった因果関係の証明を結論づけるには、多くの文献が示唆する方法論的問題があった。そして、両者の因果関係が明確にならなければ、たとえ心理社会的ストレス要因へのばく露に介入したとしても、労働者の健康に寄与するとは限らなくなる以上、その問題は軽視できない、との見解もあった¹⁰⁰。しかし、公衆衛生的観点¹⁰¹や組織の健康の観点¹⁰²からこの問題に取り組んできた論者からは、上記のような評価システムの背景にある臨床医学的、自然科学的なパラダイムは、労働組織への介入効果を判定するには適応せず、公衆衛生領域で質の高いデータが存しないことは、何の措置も講じないことの方便にはならない¹⁰³、と指摘されていた¹⁰⁴。

当時の心理社会的危険源と特定の危害の因果関係に関するエビデンスは、2つの領域に跨がっていた。うち一方は、実際の職業生活で通常経験する労働条件、職務遂行に関する経験則の調査から得られたもの、他方は、生物学的な経路ないし機序の調査から得られたものであった。人体を対象とする研究で得られたデータの蓄積もあるが、その殆どは（必ずしもそれに限られるわけではないが、）疫学的調査に基礎を置くものであった¹⁰⁵。それには、ラボ（実験室）で調査されたもの、一定の労働環境を再現して調査されたもの、フィールド調査によるもの、臨床報告によるもの、事例検討（ケース・スタディ）資料に基づくものなどが含まれていた¹⁰⁶。

以下、類型ごとに当時のエビデンスの集積状況を整理する。

1) 生物学的エビデンス

MS の開発時点で既に、ストレスと様々な病態間を結び付ける生物学的機序が幾通りも存在することを示すエビデンスが少なからず存在した。そうした文献を一通り概観したものとして、Brunner et al.,2002¹⁰⁷、McEwan,2000¹⁰⁸、Sapolsky,2003¹⁰⁹などが挙げられるが、それらを要約すると、心理社会的要因と特定の健康影響の関係にあるメカニズムと考えられるものには、概ね以下のようなものがあつた¹¹⁰。

①ストレスによるホメオスタシス（：恒常的機能）及びアロスタシス（：環境反応的機能）両面での変化

②神経内分泌や自律神経機能の変化

③メタボリック・シンドロームの増悪やインスリン抵抗性の進展

④血液凝固機能の低下

⑤感染症への罹患を媒体する炎症や免疫応答

⑥不安、過覚醒（不眠）、危険行動などの心理的メカニズム

2) 疫学的・心理社会学的エビデンス

1.4.2.3.1.2.1.1で挙示した要素に代表される心理社会的要因については、その全てについて、労働と精神・身体的機能障害の関係を裏付ける機序の存在が認められていた（以下の枠内を参照）。ここでいう障害には、精神衛生、一般的な身体的健康、免疫機能、血圧レベルに関するものが含まれていた¹¹¹。

作業上のストレスの概念化を試みた初期の研究では、その背景に、被用者が持つ技

術や能力と職務上の要求の齟齬、被用者に設定される目標とその価値の齟齬があることが強調されていた。こうした知見に基づき、過重な業務（overload）、役割の不明確さ（role ambiguity）、求められる役割間の葛藤（conflicting role demands）などをもたらす「人間－環境間の不適応」という概念が構成された。「人間－環境間の不適応」概念、とりわけ役割の不明確さや役割葛藤は、数多くの調査研究で検証された。また、その過程で、職場における個別的な人間関係（上司、同僚、部下との関係）の重要性も浮かび上がって来た¹¹²。

その後、Karasek,1979¹¹³が、Demand-Control モデルを打ち出した。これは、客観的な職務上の要求と被用者がその要求に応える際に持つ決定上の裁量の相関関係に焦点を当てたものである¹¹⁴。また、このモデルを洗練する過程で、上司及び同僚による支援の重要性が認識されるようになった¹¹⁵。このモデルの開発前には、社会的支援が人間の健康に及ぼす影響に関する調査に研究者の関心が集中していたが、このモデルの登場後には、職務に関連する要素が個人や組織の成果に及ぼす影響に関する新たなデータが、文献の中で蓄積されていった。それと同時に、これら2つのアプローチ（①社会的支援が人間の健康に与える影響、②職務に関連する要素が個人・組織の成果に及ぼす影響）を統合する実験的試みもなされるようになっていった¹¹⁶。

以下では、1.4.2.3.1.2.1.1で挙示した6つの心理社会的要因の健康影響に関する当時の主要な研究に関するMackay et al,2004の整理¹¹⁷を掲示する。

（1）職務上の要求（Demand）と職務遂行上の裁量（Control）

政府による2つの調査から得られたデータの分析¹¹⁸から、職務上の要求レベルの高さは、身体機能や精神疾患の「先行指標（predictor）」となり、職務遂行上の裁量の欠如は、アルコール依存のリスクと緩やかな関連性を持つことが判明した。他方、職務ないし職務遂行上の社会的支援や裁量は、被用者の精神衛生や健康機能を保護する効果を持ち、連続的な疾病休業のリスクを減少させる効果を持つことも判明した。また、身体的な健康との関係に関する調査研究¹¹⁹の結果、職務上の要求の高さ、職務遂行上の裁量の少なさと努力に対する（様々な意味での）報酬の不均衡は、冠状動脈性心疾患と関連することが判明した。これらの効果は、喫煙や血圧などの習慣的、慢性的なリスク要因では説明できないものである。職場における社会的支援を好例とする「職務の性格（work characteristics）」の質的低下が、男女双方の精神衛生上の機能の悪化をもたらす可能性が高いことも判明した。さらに、たとえ職務の性格の変化が身体的機能や冠状動脈性心疾患に及ぼす影響がさほど強くない場合にも、身体的機能や慢性疾患に長期的影響を与えることを示すエビデンスも存在する¹²⁰。

D-C モデルの検証を図る数多くの調査をレビューした文献も、複数公表されている。ここから、特に過重な仕事量などの職務上の要求は、身体的、医学的な健康影響を説明するうえで、本人の裁量（の有無や程度）に関する認識と相関関係に立つとい

う Karasek,1979 の仮説について、経験則的な裏付けが複数あることが示唆される。とはいえ、それを支えるエビデンスは、分野横断的な研究に拠る傾向があり、要求と裁量は、それぞれが別個にストレスに重要な影響を与えるものであり、両者は必ずしも相関関係にないとする批判もあった。そして、こうした批判は、大規模な前向き疫学的調査の結果、職務上の要求と職務遂行上の裁量は、相関関係よりむしろ独自の健康影響を持つとの傾向が示されたことで、一定の裏付けを得ることとなった¹²¹。こうした事情を踏まえ、HSE は、特に実践面の理由から、少なくとも現段階では、MS の運用上、要求と裁量については、その主要な効果に基づく勧告を行うにとどめている。

（2）社会的支援（social support）

組織的な観点での調査研究を記した文献において、「社会的支援」という用語は、被用者と上司、同僚、家族、友人の関係の可用性（availability）や質（quality）、彼らから得られる能動的な配慮や職務上の援助と定義されている。社会的支援全般にそうだが、特に上司からの支援は、労働者の成果や厚生水準にプラスの効果をもたらすこと、ストレスによる不調への影響を緩和し、健康管理にかかる費用の低減に役立つことを示唆する文献もある。また、メタ分析では、社会的支援の可用性は、ストレスや緊張を緩和し、ストレス要因へのばく露の影響を抑制する等の効果を持つことが判明した。

Selye,1974¹²²は、他者と生活せねばならない状況は、人生の中でも最もストレス

がかかる局面だと示唆していたが、労働生活も然りである。なぜならば、相手が同僚、上司、部下のいずれであろうと、職場にいることは他者との密接に関わることに他ならないからである。この関係は、ストレスの要因にも支援の要因にもなり得る。

Arnold,Cooper,Robertson,1998¹²³は、人間関係の乏しさを、信頼関係の欠如、支援の少なさ、職場問題への取り組みへの関心不足を含むものと定義している。

Quick,Quick,1984¹²⁴は、職場の体制的關係性に由来する5つの人間関係面でのストレス要因（①設定された立場と個性や適性の不調和、②接触関係の（過剰な）濃密度、③他者に不快感を与える人格、④リーダーシップのありよう、⑤集団的圧力）を同定した。このような変数（variables）に関連するものとして、一般に、被害者に著しい苦痛を与えると認識されている職場でのいじめ（bullying）や暴力（violence）がある。たしかに、こうした関係性にかかる変数とストレスや健康の関係を明確に象（かたど）る研究は少ないが、裁判に発展したストレスに関する事件に、当事者の最初の不満の基礎となる何らかの人間関係面での障害（困難、問題）が含まれていることが多いことは、我々の観察から明らかである。さらに、Mayhew,Chappell,2003¹²⁵は、いじめや暴力は、個人レベルと組織レベル双方の費用を発生させると論じている。彼らの論述は、被害者のうち4割は、誰にも助けを求めず、いじめが継続すると、就業への意欲を失い、終には組織を去る、という調査結果（エビデンス）に依拠している。

同様に、看護職のいじめについて調査し

た Birman,1999¹²⁶は、いじめは、看護職の人手不足の重要な要因であると報告し、Quine,1999¹²⁷は、いじめの愁訴に対して早期対応を怠る保健機関（看護職の雇用者）は、却って高いコストを支払うことになりかねない、と警告している。この指摘は、保健業種に限らず妥当する可能性が高い。

（3）役割の不明確さ（role ambiguity）

「役割の不明確さ」は、そもそも、ある者が遂行した役割がもたらす結果の予測可能性が欠けている状態を示す用語であった。後のモデルは、その定義を、役割の遂行に必要な情報が欠けている状態を含むようになった。その結果、この構成概念の典型的な指標は、役割に沿った行動にかかる予測不可能性と情報の欠如の双方を測るものとなった。そして、数多くの調査研究が、具体化された職務上の役割の不明確さと高レベルの心理的負荷の間の持続的関係性を論証してきた。同様に、特定の人物への相矛盾する要求を意味する役割葛藤が、自己申告による心理的負荷（strain）のみならず、生理学的指標に悪影響をもたらすことを示唆する研究もある¹²⁸。

（4）組織的な変化（organizational change）

「組織的な変化」は、今や、組織での生活上、多くの者が直面するようになって来ているストレス要因である。言うまでもなく、（規模の大小を問わず）変化のプロセスの管理法や、その手法の適切さは、それに関係する人物の受容や経験に大きく影

響する。ストレスと変化の関連性を示す報告は、組織が効率的に変化を管理する上で大きな困難を抱える、という事実裏付けを得ている。現実には、組織の改変計画が失敗に終わった例を示す文献は枚挙に暇がない。ストレスは、多くの組織的変化が、「合理化」の要請から強制されるところに発生している。ここで「合理化」とは、雇用不安や、少ない人員への負担増（*より少ない人員でより多くの職務を遂行させようとするところに生じる負担の増加）を伴う人員削減を意味する。現在、変化の管理に関する様々なモデルが開発されて来ているが、その殆どは、1940～50年代に、アメリカで Kurt Lewin が行った研究を実質的な基礎としている。組織的変化とストレスの関係について、HSE の MSA（Management Standards' Approach）は、組織の改編管理計画の策定・運用に際しては、Clarke,1994¹²⁹が述べるように、開始から終了まで、被用者とのボトムアップ型の協議を実施すべきと強く推奨している。

3）文献が示唆するその他のエビデンス

3-1）体系的な文献レビュー

MSの開発段階にあった2000年前後、職場の心理社会的ストレス要因による健康等への影響に関する公表文献を対象とする体系的レビューが、数多く実施されていた¹³⁰。そのうち、Rick et al.,2002 は、HSE から、MS の普及を支える科学的根拠の調査を委託されたことを受けて実施された文献レビューである。このレビューが着目したのは、①イギリス（UK）の労働者にかか

る要求、裁量、支援と人間関係の側面がストレス要因たり得るか、②それらのストレス要因が健康、厚生水準、労働生産性に及ぼす効果、③それらのストレス要因がそうした評価指標に影響する機序、④組織的な活動がストレス要因による悪影響の低減や健康の増進に貢献する程度、の4項目であった。そしてその結論は、この4項目のいずれについても、確たる回答を得るにはエビデンスが不充分というものであった¹³¹。

いわく、調査対象となる組織や個人の「背景・脈絡の重要性、また、あらゆる背景・脈絡を通じて適用可能なエビデンスが相対的に不足している状況を前提にすると、開発された基準の全てについて、ストレス要因が特定の個別的組織や組織の一部においてどのように問題を生じるか、そうした課題の解決のために、個々の現場で何をなし得るか、について現場の理解を誘う取り組みが必要とされる。この文脈では、現場重視の取り組みが、特に求められる。現代の労働をめぐる事情の下では、職務の性格にも相当の幅があるからである」、と (Rick et al., 2002 at 163)。

要は、現行のMSに沿ったリスクアセスメント手法では、たとえ基準との相違という意味での問題点は浮かび上がっても、それが真に解決すべき問題か否か、仮にそうだとした場合、その対処法が分からず、それは個々の組織や集団の背景・特質に即した現場重視の取り組みによって初めて明らかになり、客観的検証の対象となり得る、との趣旨であろう。

なお、2002年にHSEの補助を受けて行われた組織的介入に関する研究には、プロセスをベースとする取り組み¹³²と、基

準をベースとする取り組み¹³³の2種類があったが、両者共に、被用者のプロセスへの関与の少なさについて、批判的に指摘していた¹³⁴。

3-2) 職務設計における変化を射程に収めた研究

従前より、推認されている心理社会的なリスク要因が、疾病の発症や増悪との因果関係に一定の介入を及ぼすことは確かだが、当該リスク要因へのばく露制限が、疾病の発症や増悪の可能性を低減させる効果が実証される必要がある、との指摘がなされていた¹³⁵。これまでに、職務の再設計（典型的には非実験的手法 (quasi-experimental design : 実際には同一主体ではないものについて、その客体の個人属性を限りなく近い状態でマッチングさせる等の統計的処置を行いつつ、計量経済学的手法を駆使して、プログラムへの参加グループと非参加グループから成る比較対象グループについての比較を行うことにより、プログラム本来の効果を抽出するといった、自然科学のような実験が容易でない社会科学の分野において確立しつつある評価手法のこと (伊藤実=小倉一哉=原ひろみ=堀晴彦=勇上和史=弓場美裕「労働市場政策の効果に係る定量的評価の欧米における先行研究についての調査」労働政策研究報告書 No.L-4 (2004年) 10頁 (堀晴彦執筆部分)) による設計) という形式での組織的介入が個々人の健康や組織的指標に与えた影響について調査した、質の高い事例研究が複数公表されて来た。これらの研究には、そのいずれにも、重要な職務特性 (裁量、多様性、要求、役割葛藤など)

や、精神的な不調状態（psychological morbidity : GHQ（General Health Questionnaire）¹³⁶による）、職務に関連する心理的負荷（strain）や職務満足感に関するデータが含まれていた。これらの研究の示唆は、要約、職務設計が、作業システムの内部に被用者の積極的関与（そもそも必要条件とされている）を得て導入されると、メンタルヘルスが著しく改善する、というものであった。他方、より望ましい状況からさほど望ましくない状況（同じ工程を繰り返すような単純作業への再配置により、自律性や技術の多様性が低下する場合など）への変化は、メンタルヘル스에 重大な障害をもたらす、とする事例研究もあった¹³⁷。

また、異なったタイプの病室に看護学生を配置して比較する実験的手法と、運転手に課す作業量を減少させる実験的手法を用いた研究の双方において、メンタルヘルスにおける著しい変化が顕れた¹³⁸。

3-3) 特論：心理社会的危険源に関連する直接的・間接的効果

そもそも、心理社会的ストレス要因が効果を現す機序はどのようなものか、という点について、Brunner,2002¹³⁹は、2つの経路（pathway）が認められると論じていた。うち1つ目は、ストレス要因が、喫煙、麻薬の使用、欠勤、特定の食べ物の過剰摂取などの行動傾向に影響を及ぼすことによる間接的な経路であり、これらは、短期的にはストレスへの対処を支援するが、長期的には負の健康影響を及ぼしかねない、と指摘していた。2つ目は、心理社会的な侵襲や脅威への反応として、生理学的変化が

生じるという直接的な経路である¹⁴⁰。

実際には、両経路は排他的なものではないが、健康管理政策の観点では、そのいずれかに焦点を合わせることが、介入との関係で意味を持つことが指摘されていた。たとえば、裁量性の低い労働条件によりもたらされる生理学的変化は、不適切なストレス対処行動を通じ、不要な身体反応を下方制御する効果をもたらす可能性がある。高いレベルの要求が課される職務は、運動や、少なくとも休養に専念できる自由時間を奪う長時間労働をもたらす可能性がある¹⁴¹。よって、一所（ひとところ）に焦点を合わせた介入により、副次的効果が期待されると考えられた。

そして、政府による2つの調査から得られたデータの分析¹⁴²を含めた多数の調査研究から抽出された実験的データにより、①上記の両経路共に、心理社会的労働環境と健康の間の重要な媒体となる、②アルコールの過剰摂取のようなストレス対処法は、裁量のような心理社会的ストレス要因と関連する、という仮説が裏付けられていた¹⁴³。

1.4.2.3.1.2.1.5 科学的な議論経過③～作業関連ストレスへのリスク・アセスメントアプローチの有効性について～

MS は、以上に述べて来た裏付けを背景に開発されたにもかかわらず、1.4.5で詳述するように、ナショナル・レベルでは、確たる成果を認められていない。その原因について、様々な指摘がなされているが、その1つに、介入方法の妥当性、とりわけリスク・アセスメント手法の妥当性を指摘

するものがある。この手法では、組織に存在すると推定される心理社会的ストレス要因を欠点として抽出し、個別的に手当（管理）するサイクルを回転させていくことになるが、そうした手法では、経営者や管理者、その他組織の構成員の心理的抵抗感を招くほか、当該組織の脈絡や個性を捨象ないし軽視し、優れた点まで圧殺してしまいかねない、といったものがそれに当たる。

安全衛生へのヨーロッパ型のアプローチは、おおむね、上掲のイギリス（UK）の99年安全衛生管理規則が規定する「階層的管理（hierarchy of control）」を好例として、一次予防（primary prevention）の観念に集約される¹⁴⁴。階層的管理によるアプローチの要諦は、個別的措置より集団的措置を重視する点にある。「安全衛生管理＝基準（standards）型のアプローチを典型とする管理手法の適用」との考え方は、職場で実際に措置を推進する上で、それなりに有効である。しかし、このアプローチには異論もある。たとえば、Rick and Briner,2000¹⁴⁵は、ストレス発生の過程は、本質的に心理学的なものである（特に、危険源と危害の関係に不確実性がある）ため、リスク・アセスメントやリスク・マネジメントの手法が常に奏功するとは限らない、と指摘していた。

そこで以下、改めて現行のMSが採用するリスク・アセスメントの仕組みを確認する（詳細は、1.4.3以下で詳述する）。

MSAのリスク・アセスメントにおいて、「組織の現状」と「望ましい状態」を区別する必要があることについては、既に述べた。「望ましい状態」は、一方で観念的な状態と解し得るが、他方では「より客観的な

観点での」労働環境とも理解できる。ここで「より客観的な観点」という表現は、先に触れたD(Demands)-C(Control)モデルに関する文献でも用いられており、特定の職務の性格にかかる最低基準を設定するための出発点であって、「達成されるべき状態」と解することもできる。現に、組織心理学や職務設計に関する文献には、そうした状態に含まれるものがもたらす効用に関する良質なエビデンスが示されていた。他方、現実のレベルは、まさに調査作業従事者が「現状（current situation）」と認識し得るものであり、リスク・アセスメントにより具体化される。この具体化作業によって、「現状」と「望ましい状態」間の比較が可能になる。その比較は、労働者集団を対象とする調査の集計データに基づいて行われることになる¹⁴⁶。

データの収集方法は様々だが、心理社会的危険源に関する調査で用いられている標準的なリスク・アセスメント手法は、おおむね適切と評価されていた。ただし、MSA開始前の時点で既に、その適切さを担保するには、いずれのアセスメント手法も、前述した6つの重要なストレス要因に関する最新のエビデンスと、個々の組織の個性と脈絡を捉えた現場志向のアプローチを反映したものでなければならないと指摘されていた¹⁴⁷。

リスク・アセスメントのその他の特徴として、雇用者によるリスク管理が特定されたリスクに「見合ったもの（commensurate）」となるよう確保する点が挙げられる。リスク・アセスメントの原則は、完全に理想的な状態より、実情に見合い充分な状態の実現にある。特に業務上

のストレス要因のアセスメントについては、労働者の主体的な参加と関与の重要性を強調する必要があると指摘されていた。リスク・アセスメントとマネジメントの手法は、物理的リスクについては発達しているが、心理社会的リスクについてはそう言い切れない。しかし、Mackay et al.,2004などの積極派は、その基本原則の適用は可能と考えていた¹⁴⁸。但し、その際のリスク・アセスメントは、一定の確実性（安定性）をもった特定の被用者集団を対象として、その職務や労働条件に関わり、その集団の健康や厚生水準との関係が立証可能な、何らかのストレス要因の同定を図るものでなければならない、とも指摘していた¹⁴⁹。

1.4.2.3.1.2.2 MSA 開始以後の動向

別添図2参照。

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を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、先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、共同的な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で、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拓げられ、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) 健康状態の快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、たとえ意欲自体は十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していた疾病記録(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、仮に現在計画中的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あわせといった面で、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まねばならない。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つ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¹⁵⁰、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。もっとも、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。

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」¹⁵¹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人々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¹⁵²。

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¹⁵³。

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¹⁵⁴。

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、まず、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¹⁵⁵。

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¹⁵⁶。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¹⁵⁷)¹⁵⁸。遵守されるべき段階は、以下の通り。

(別添図 3 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¹⁵⁹。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¹⁶⁰)、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¹⁶¹)。その結果、評価ツールは、MSA の主軸となるに至った¹⁶²。

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¹⁶³)。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¹⁶⁴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¹⁶⁵。

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4参照）

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）¹⁶⁶ 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¹⁶⁷）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¹⁶⁸）。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（HSE¹⁶⁹）。

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¹⁷⁰。

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充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¹⁷¹。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¹⁷²。

「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、専門的行政機関たる HSE（安全衛生庁）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。MSA の開始前から MS をこれに格上げすべき、との主張があるが、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」と記載する報告書もある¹⁷³。その制定改廃は HSE の専権事項とされており、こうした方途により、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¹⁷⁴。

結論的に、MS にとって、上位にある法規則は、実質的には、リスク管理自体を行っていない雇用者や、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）¹⁷⁵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、専門家的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がある。

HSE の MSA も、「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だろう。

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¹⁷⁶。

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月に発刊された 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¹⁷⁷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¹⁷⁸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、01/02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¹⁷⁹。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¹⁸⁰。

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¹⁸¹。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¹⁸²。

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¹⁸³。

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¹⁸⁴、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¹⁸⁵。

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年で見ると、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¹⁸⁶。

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¹⁸⁷

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管理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¹⁸⁸

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¹⁸⁹

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¹⁹⁰

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¹⁹¹、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Kompier¹⁹²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ていた。

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、Main¹⁹³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¹⁹⁴。

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十分さ

MSA 開始直後の論文 (Cousins ら、Mackay ら¹⁹⁵) 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5月に刊行された Daniels ら¹⁹⁶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¹⁹⁷、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¹⁹⁸)。

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（HSE¹⁹⁹）。

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²⁰⁰、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²⁰¹。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²⁰²）。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²⁰³)。柔軟で適応性の高い手続であれば、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²⁰⁴)。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, 2009²⁰⁵)。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²⁰⁶)。

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²⁰⁷)。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²⁰⁸)。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 (HSE²⁰⁹)。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²¹⁰)。

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²¹¹)、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 (HSE²¹²) 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（HSE²¹³）。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²¹⁴）。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、HSE²¹⁵）。

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²¹⁶）。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)²¹⁷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（Daniels²¹⁸）、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（Daniels²¹⁹）。

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、少なくとも従前は MSA の推進に積極的な立場にあったと解されるが、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²²⁰。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 & Briner²²¹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し唆している（※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、より有力な批判がある。主なものの1つは、リスク調査とリスク低減の背景依存性（context-dependency）や、既存の方法論を問題視している。（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、既存の設備や手続に依拠するものとなっている。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（ADAm^sら²²²）。

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、背景依存を容認すると、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に述べ、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（*高い透明性、

説明責任、組織のガバナンスの改善、分権化・独立採算制の活用、調達ガイドラインの強化、成果及び財政貢献を管理し追跡するための新しい手法、知識管理の強化、適切な多様性を有する適切な人材の確保、より良い環境・社会的セーフガードの実施、健全なリスク管理等に代表される自律性や効率性の確保による新たな管理手法のこと）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²²³）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²²⁴。

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

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、「満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）²²⁵。

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²²⁶。

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²²⁷。

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12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13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

3Subject 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.

4The 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.

5The 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

11The 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) ²²⁸

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事業所に及んだが、実際に臨検した事業所数は、約1,000事業所であった。なお、その約半数は2009年に行われた。

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HSWA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) 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いたが、報告者が2012年11月に行ったHSEの担当者へのインタビューによれば、現段階までに計4件の刑事罰が下され、いずれもリスクアセスメントの不履行によるものであったという（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理論上可能だが、現時点では実務上困難と認識されている）。

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、商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、「HSE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安全衛生戦略」（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設置されていた地方事務所（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。

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が、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、監督の効率をあ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

・障害者差別禁止法は、主に3次予防面

でメンタルヘルスに貢献する。また、障害者への個別的な調整義務の履行、障害に関連する差別や障害に起因する差別、間接差別やハラスメント規制への対応を通じて、より本質的には同法の枠組が精神障害を含めた障害の本質洞察に一定の歴史と経験を持つことにより、2次予防や1次予防にも直接ないし間接的に貢献する。

・障害者差別の禁止という法的枠組みでは、障害が職業能力や職場秩序適合性に影響を与える可能性がある点などで、他の雇用差別禁止とは異なったアプローチを必要とする事情は、日英に共通している。

以下では、主に5編の関連文献及び資料
 ①長谷川聡:イギリス障害者差別禁止法の差別概念の特徴,季刊労働法,225:49-57,2009、②長谷川聡:イギリス,独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター:欧米の障害者雇用法制及び施策の動向と課題,147-193,2012、③鈴木隆:障害者差別禁止法制の新展開,労働法律旬報,1756:20-23,2011、④長谷川聡:イギリス障害者差別禁止法の構造と限界,内閣府:障がい者制度改革推進会議差別禁止部会第4回資料1,2011、⑤内閣府:障がい者制度改革推進課意義差別禁止部会第4回議事録)ならびに筆者自身の追加調査を踏まえ、1995年障害者差別禁止法(DDA:Disability Discrimination Act 1995)と、同法を全面的に置き換え、一部重要な改正を施した2010年平等法(Equality Act 2010)の特徴的な点を抽出し、イギリス労働者のメンタルヘルスとの関係について考察する。

1.6.1. 1995年障害者差別禁

止法

・イギリスでは、当初、1944年障害者(雇用)法(Disabled Persons(Employment) Act 1944)に基づいて、割当雇用制度(quota system)を含め、行政が中心となり、福祉的・保護的観点から障害者の雇用保障を図る仕組みが採られていたが、障害者の雇用状況の改善には至らず、他方、先天的障害、労災、交通事故など本人に帰責事由のない障害に雇用に関する権利を保障すべきとの声の高まり、ILO、国連などにおける国際的動向などを受け、障害を持つアメリカ人法(Americans with Disabilities Act of 1990:ADA)を参考にして制定されたのが、障害者差別禁止法(DDA)である。同法には、同国の他の差別禁止法と異なり、間接差別の禁止規定がなく、他方で障害に「関連する」差別、調整義務の不履行に基づく差別の禁止規定があった。

・DDAは、成立当初より、①障害そのものに基づく差別ではなく、障害に関連する理由(*障害によるタイピング不能など)に基づく差別(*不採用、解雇などの不利益取扱い)を禁止していた。すなわち、そうした差別は、障害に関連する理由に基づいて、当該障害者を、その理由が現に当てはまらないか当てはまらないであろう者を取り扱う場合より不利に取り扱い、かつ②それを正当化できない場合に成立する(第5条第1項(a)(b)、2003年改正により第3A条第1項(a)(b))、とされていた。使用者による障害の認識の有無は問われなかった。

①②の双方共に、DDAに特徴的な点であり、実質的には既に間接差別規制に近かつ

たと言える。

・たしかに、非障害者基準中心に形成された社会のありよう自体に警鐘をならす「障害の社会モデル」を基底に置く DDA の福祉法的、積極的差別是正性格については、却って障害者特殊論に基づく差別の固定化と強化に繋がるとの指摘もあった。また、2008年貴族院判決（London Borough of Lewisham v. Malcolm[2008]IRLR 700 HL）は、障害に関連する差別に関する DDA の証明ルールを直接差別的なものに修正し（*精神障害者が公営住宅の部屋を転貸したことを理由に退去処分を受けた件で、転貸しなかった者との差別を観念せず、転貸すれば誰にでも退去処分がなされる条件にあったとして、障害に関連する理由に基づく差別には該当しないと判断した）、2001年控訴院判決（Jones v. Post Office[2001]IRLR 384 CA）も使用者側の正当性の抗弁を緩やかに解釈するなどして、その形骸化を図った。

しかし、政府はその後、逆に間接差別規制への置き換えを内容とする法改正を主導した。もともと、その前提として、EU 法の影響を受け、DDA の制定時からすると、特に障害に関連する差別の規制下において、厳密な統計的証拠を求めずに差別的効果を認めるような変化が既に生じていた。

イギリスにおける「障害の社会モデル」的観点の根強さをうかがわせる。

・なお、2003年改正で初めて定義規定が設けられた直接差別規制（第3A条第5項）では、障害に関連する理由（*障害によるタイピング不能など）が共通する前提での障害者と非障害者間の差別が問題とされた。特段の配慮を必要としない障害者

差別の排除に有効な規制といえるが、そこでわざわざ能力の共通性が前提となる旨を規定したため、DDA において中心的な直接差別以外の差別規制では、能力面での差異の存在が前提とされていることを浮き彫りにする結果となった。

・DDA には、成立当初から調整義務の不履行を理由とする差別の概念があった。これも障害者差別に特有の概念であり、かつ障害に関連する理由に基づく差別と共に DDA の差別禁止構造の中心をなしていた。これは、①使用者が調整義務を負うこと、②同義務が不履行であること、の2つのパーツから構成されていた（第5条第2項、2003年改正により第3A条第2項）。

調整義務は、種々の契約や労働条件などの取り決め、建物の物理的特徴が、非障害者に比べ、当該障害者に不利益な影響を及ぼす場合に発生するものであった。調整義務を負う使用者は、その場面のあらゆる状況を踏まえ、そのような不利益を防止する合理的な措置（例えば、施設の改造、業務軽減（業務の一部を他者に割り当てること）、勤務時間の変更、リハビリテーション、職能評価、訓練の提供、備品・設備の整備、視覚障害者への読み上げ等）の実施を求められ、その合理性は、措置の効果、実施可能性、使用者の経済的負担その他の負担から事案ごとに検討されることとされていた（第6条第4項など、2003年改正により第18B条第1項など）。

調整義務の不履行は、障害に関連する理由に基づく差別を推定させる場合もあった。例えば DDA 第3A条第5項（2003年改正前は第5条第5項）は、使用者が当該差別の正当化を図る際、調整義務を負う場

合にはそれを履行する必要がある旨定めていた（*長谷川前掲論文 54 頁では、調整義務不履行による差別概念が DDA の差別構造の中心にあることの証左とされている）。この関係は、間接差別への置き換え後も維持されている。

2000年 EU 一般雇用均等待遇指令 (2000/78/EC) 第2条第2項では、障害者に限定せず、一般的に間接差別が明文化されたが、調整措置の履行を間接差別の正当化事由の一つと定めており（第2条第2項は、b 号(i)で、ある集団に特定の不利益を与える措置に正当な目的があり、その目的達成のための適切かつ必要な手段がとられている場合を定め、b 号(ii)で、そのような措置が障害者に対する合理的便宜（：調整措置）である場合を定めている（訳文は、平成20年度内閣府（WIP ジャパン株式会社）「障害者の社会参加推進に関する国際比較調査研究」委託報告書（平成21年3月）第3部第4章2（廣田久美子執筆担当部分）による）、ここからも両者の密接な関連性がうかがわれる。なお、イギリスは、当初、調整措置の義務づけ規定の内容を間接差別に関する同指令条項の内容に近づける（：検討対象となる「規定、基準または取扱い」の文言を同指令条項の文言と一致させる）微調整により、同指令条項（間接差別）の直接的な国内法化を避けようとした経過がある。

ただし、調整義務不履行に基づく差別は、①具体的な障害者と同じく非障害者の比較を前提ないし必要としない点（関連して、必ずしも特定の集団を対象として不利益を把握しない点）や、②義務の発生要件が緩やか（：不利益が些末でないことを証明す

れば足りる）である点、③差別的意図が必要となる点（*調整義務は、特定個人の障害を理由とする差別の是正を図るものなので、対象者が障害者であることを知らないか、知ることを合理的に期待できない場合、発生しない（DDA 第6条第6項、2003年改正により第4A 条第3項）。結果的に、使用者が知り得ない障害について調整を受けるには自己申告の必要が生じる。他方、間接差別においてこれらの事情は一切当てはまらない）などで間接差別とは異なる。その他、④障害者の存在に関する予見可能性を前提とする調整義務不履行アプローチでは、対応が消極的になりがちな一方、間接差別アプローチでは、差別状態の事前防止、個別対応ではない包括的な防止につながり易い等の違いもある。総じて、調整義務不履行アプローチは対個別的な性格を持ち、間接差別アプローチは対集団的な性格を持っていたと解される。

・DDA が調整義務不履行アプローチ（：一種のポジティブ・アクション）や実質的に間接差別的な性格を持つ障害に関連する理由に基づく差別アプローチを中心に据えていたということは、性、人種等の属性以上に、**障害という属性自体が不利な立場を内包している**との認識があったことをうかがわせる。特に間接差別的なアプローチは、いっけん中立的な基準等の殆どに一応の差別立証を認め得るという点で、「障害の社会モデル」的発想を採るものとも言える。

おそらくはこの発想に関連して、イギリスでは、雇用年金省の下に日本では職業安定所・社会保険事務所・障害者職業支援センター等の役割を兼ね備えたジョブセンター・プラス（Jobcentre Plus）という機関

が設けられ、「仕事へのアクセス支援（ATW: Access To Work）」という制度を通じ、使用者が調整措置を講じるのに必要な資金等が補助されて来た。

1.6.2 2010年平等法

・2010年平等法の施行により、DDAは、原則として北アイルランドを除いて廃止された。平等法は、DDAの他、性差別禁止法、人種関係法など9つの主な差別禁止法、その他約100の諸法を統合したものである。そのうち、障害者差別関連箇所は、おおむねDDAを継承しているが、主な改正点として、①障害を理由とする間接差別の禁止規定が設けられたこと、②DDA第3A条第1項が規定していた障害に関連する理由に基づく差別（disability-related discrimination）が、障害に起因する差別（discrimination arising from disability）に代えられたこと、③調整義務が生じるケースについて、補助的支援（provision of an auxiliary aid）がない場合に障害者が不利な立場に置かれるケースが明記されたことなどが挙げられる。

・平等法第6条、附則1およびそれに基づく規則は、DDAの類似の規定や同法に基づく規則の規定を置き換え、同法が保護の対象とする障害を定義している。法第6条では、DDA第1条を継受し、「精神的または身体的な障害を持ち」（第1項(a)）、「その障害が日常的な活動をする能力に実質的かつ長期にわたる悪影響を及ぼす」（第1項(b)）場合を同法上の障害と定めている。

障害による悪影響が「長期にわたる」というためには、(a)その影響が12か月間以上継続する、(b)12か月以上の継続が見込

まれる、(c)終生にわたる継続が見込まれる、のいずれかに該当することが基本的な要件とされる（平等法附則1第2条第1項）が、その影響が一旦解消しても再発可能性が見込まれる場合には、影響の継続が認められる（同条第2項）。また、進行性の病状の場合には、未だ実質的な悪影響を受けるに至っていないとしても、現時点で日常生活能力に影響を受けていれば、機能障害を受けているものと取扱いを受ける（平等法附則1第8条）。

その他判断基準の詳細については、平等法附則1第1条に基づき、行為準則が別添1で規定しているほか、障害問題担当局が、障害の定義を概説する手引きを作成している（Equality Act 2010 Guidance: Guidance on matters to be taken into account in determining questions relating to the definition of disability, Office for Disability Issues (HM Government) 2010）。

・なお、DDAも、アメリカのADAと同様に、直接差別やハラスメントについては、非障害者でありながら、近親者が障害者である等の理由から障害者と認識されたことを理由に差別される者も保護対象とすると解されて来た（Coleman v. Attridge Law [2008] IRLR 722 ECJ）。

・差別禁止の対象となる事項は、労働者、契約労働者（*一定期間、特定の業務に従事する自営業者など。いわゆる請負労働者。派遣労働者などを意味することも多い）などの適用対象や、直接差別、間接差別、ハラスメント、報復的取扱いなどの禁止事項により異なるが、応募者を含む労働者については、採用の場面で、(a)採用者決定のた

めの措置 (arrangements)、(b)採用上の雇用条件、(c)採用拒否（以上、法第39条第1項。DDA第4条第1項にも同様の規定があった）、雇用契約締結後は、(a)雇用条件、(b)昇進や配転、教育訓練、その他の利益等を受けるための機会へのアクセスの許否、(c)解雇、(d)その他の不利益（以上、法第39条第2項。DDA第4条第2項にも同様の規定があった）について、差別が禁止される。

・平等法第13条第1項は、ある者があ
る者を、障害を理由として、その他の者
を取り扱う場合よりも不利益に取り扱った
場合に直接差別 (direct discrimination) が成
立する旨を定めている。これには当然に採
用差別も含まれ、例えばコンピュータ技術
者の募集に際して、視聴覚障害であるとい
う理由だけで、採用候補者から除外するよ
うな行為がそれに該当する。他方、障害者
を非障害者より有利に取り扱うことは許容
される（同条第3項）。興味深いことに、差
別行為者が障害者であっても、差別の成立
に影響しない旨の規定もある（法第24条
第1項）。

直接差別の証明は、人種による分離や妊
娠・出産者の差別の場合とは異なり、差別
を主張する者と、前提条件が「実質的に異
ならない」比較対象者との比較を通じてな
される（法第23条第1項）。ここで、前提
条件が「実質的に異ならない」というため
には、比較対象となる非障害者が、当該障
害者と同レベルの能力や技術（これらは、
当該障害自体を原因としたものでなくても
良い）の保有者でなければならない旨が規
定されている（法第23条第2項a号）。

なお、平等法附則9では、特定の保護さ

れる特性を有することが、当該職務の性
質・状況に照らして、(a)職業上の要件
(occupational requirements) に該当し、
(b)当該要件の適用が適法な目的の達成のため
均衡のとれた方法であり、(c)その適用者
がその要件を充たさなかった場合（または、
適用者が、その者が要件を充たさないと判
断する合理的理由を有する場合）、直接差別
は成立しない旨が定められている（平等法
附則9第1条第1項各号）。

・前述したように、直接差別（平等法第
13条第1項）やハラスメント（平等法第
26条第1項）においては、差別取扱いの
理由が障害である場合のほか、障害を有す
ると認識された場合にも、法の保護対象と
なる。例えば、子どもが障害者であることを
理由に出産休業後の職場復帰を拒否され
たり、労働時間を柔軟化する制度の利用を
拒否された場合などには、母親自身は障害
者でなくても、差別の申立を行うことができ
る（Coleman v. Attridge Law[2008]
IRLR 722 ECJ）。また、法第27条第2項
は、ある者が平等法の保護を受けるべく申
立ないし訴訟を提起すること、それらの手
続のために証拠や情報を提供したことなど
を理由とする不利益取扱い（報復的取扱い）
を禁止しているが、その保護の対象は、障
害者以外の者にも及ぶ。

・平等法第15条は、DDA第3A条第1
項（2003年改正前は第5条第1項）に
代えて、障害自体ではなく、障害に起因す
る理由に基づく差別を規制しているが、上
述した2008年貴族院判決等により形骸
化させられた反省を踏まえ、障害者に障害
に起因する差別からの救済可能性を与えつ
つ、使用者やその他の者にも正当化立証の

余地を具体化し、事実上拡大することで、その実効性確保を図った。使用者の正当化立証は、一応立証された差別が正当な目的を達成するための適正な手段であることの証明によりなされる（第15条第1項(a)）。また、DDA時代とは異なり、この種の差別の証明には、障害者が障害を持っていることを使用者またはその他の者が現に知っているか知っているかと合理的に期待される必要がある旨の規定もなされている（同条第2項）。

よって、例えば、ある従業員の無断欠勤が適応障害の故であり、本人の主治医から本人を通じて使用者に対し、適応障害によってそのような事態が生じ得る旨の示唆がなされていたような場合、当該欠勤を理由に彼を従前のポストから外せば、当然に違法な差別の推定を受けようが、それが事業の遂行との関係でバランスのとれた措置であることを立証できれば、正当化の余地が生じることになる。

・平等法第19条は、間接差別に関する規制である。これは、EU法の間接差別の定義を、妊娠と出産を除き、保護されるべき特徴に適用させようとするもので、障害への間接差別規制の適用を初めて可能にしたものである。ある中立的基準等（基準又は慣行：provision, criterion or practice）の実際の適用が保護されるべき特徴を持つ集団に対して差別的効果をもたらし、かつその基準等の適用主体がそれを正当化できない場合を典型とするが、適用される見込みに基づき人の行動が抑制されるような場合も射程に含む。たとえば、採用の際に筆記試験方式を採ることが、視聴覚障害者等にとって一般的に差別的効果を有することが

それを主張する者により証明されれば、使用者は、その正当化事由を主張できなければ、この差別が成立する。

差別の立証は、差別の主張を行う障害者と同様の障害を有する集団と有しない集団の間の比較によりなされ、直接差別の立証と同様に、比較の前提として両集団間の実質的な同質性が求められる（法第23条第1項）。鈴木前掲論文21頁は、この規定も前掲の2008年貴族院判決への対応を念頭に置いたものと指摘している。

・平等法第21条第2項は、DDA第5条第2項（2003年改正により第3A条第2項）を踏襲し、調整義務の不履行による差別を規定している。

調整義務の内容は、①ある者の規定、基準、慣行が障害者を実質的に不利に置く場合に求められるもの（同条第3項）、②ある者の施設の物理的特徴が障害者を実質的に不利に置く場合に求められるもの（同条第4項）、③（文書読み上げ機器などの）専門的機器や（手話通訳者などの）支援要員などの補助的支援がなければ障害者が実質的に不利に置かれる場合に求められるもの（同条第5項）、の3つから構成されているが、その具体化は、主に手引きや行為準則、審判例や裁判例に委ねられている。

アメリカのADAのように、「過度の負担」に当たる場合に調整を免じるような規定はないが、そもそも調整措置は合理的に実施可能な範囲で義務づけられるものであり（法第20条第1項）、ADAでいう過度の負担は、合理性判断の要素の1つとなるため、それ故に調整措置が講じられなくても、違法とされない場合がある。ただし、たとえ経済的コストがかかる場合にも、費用対

効果が高ければ、講じるべき合理的調整措置と評価され得るほか、雇用年金省傘下の Jobcentre Plus による仕事へのアクセス支援 (Access to Work) による財政的支援が得られる場合には、それを継続的に得ることにより可能な調整措置を講じることが合理的に実施可能とみなされ得る。なお、仕事へのアクセス支援の範囲は、雇用期間、必要な支援の種類、自営業か否か等を考慮して決定されるが、日本とは異なり、雇用期間が短い者や、自営業者の方が、長期雇用を得ていた労働者より手厚い保護を受ける点が興味深い。保護の必要性を重視する施策と解されるからである（*もともと、日本でも、求職者支援制度など、保護の必要性に応じた制度の創設と充実化が進められている）。

調整義務は、当該障害者の置かれた個別事情との関係で生じるので、DDA におけると同様に、この義務の不履行による差別の申立人は、当該障害者に限られる。同様に、直接差別や間接差別で必要とされる比較前提の整った対象者との比較も必要とされない。また、使用者は、応募者については障害者であることを知っているか、知り得べき場合、雇用済みの被用者については障害者であって実質的に不利な立場に置かれていることを知っているか知り得べき場合に限り、この義務を負う（平等法附則 8 第 20 条第 1 項）。

・平等法第 26 条は、2003 年改正 DDA 第 3 B 条、第 4 条第 3 項などの定めを受け、ハラスメントについて統一的に規定している。ハラスメントの定義は、(a)ある者が障害に関連する対象者にとって不快な (unwanted) 行為を行い、(b)当該行為が、

(i)対象者の尊厳を侵害するか、(ii)脅迫的な、敵意のある、品位を傷つける、屈辱的な、または不快な環境を生じさせる目的若しくは効果を発生させる場合と規定されている（法第 26 条第 1 項）。その具体的な判断規準は、(a)ハラスメントを主張する者の認識、(b)当該事案におけるその他の状況、(c)当該行為がそのような効果を有すると合理的に解し得るか否か、を考慮して判断される（法第 26 条第 4 項）。

・平等法第 27 条は、DDA 第 55 条（2003 年改正によってもナンバリング変更なし。但し、第 5 項、第 6 項が加えられた）とほぼ同様に、(a)対象者が保護される行為を行ったこと、又は、(b)同人が当該行為を行ったか、行う可能性があるとする者が信じたことを理由に、対象者を不利益に取り扱ったか、取り扱おうとした場合、報復的取扱いが成立する旨定めている。ここでいう「保護される行為」については、(a)平等法に基づく訴訟手続の開始、(b)平等法に基づく訴訟手続に関連する証拠や情報の提供、(c)平等法の目的に資する行為か、同法に関連する行為、(d)ある者またはその他の者が平等法違反を犯したとの申立 (allegation) を行うこと、と定められている（同条第 2 項）。

また、同法第 77 条は、ある者の賃金格差が保護される特性に関連して生じているか（*直接差別の成否の要件）を判断するために行われる「賃金に関する開示 (relevant pay disclosure)」を禁ずる契約条項を、その部分について無効とし、かつ、かかる開示に基づく不利益取扱いを禁じている。但し、労働者が害意をもって誤った証拠や情報を提供したり、不当な差別の申

立を行うなど、不誠実な行為をなした場合、報復的取扱いは成立しない（法第27条第3項）。

・平等法第111条第1項は、2003年改正 DDA 第16C条とほぼ同様に、平等法に違反する行為を行うようある者に指示したり、違反行為者を支援するよう指示することを禁止している。違反行為を導いたり（cause）、説得する（induce）行為も禁止される。興味深いことに、この規定の違反は、指示された行為が実行されなくても成立する一方（同条第6項）、働きかけを受けた者は、働きかけをなした者から当該支援行為が適法と告げられ、これを信じるのが合理的と認められる場合、違法に問われない（法第112条第2項）。

・他の差別問題とは異なり、障害者差別問題については、メンバーの半分以上と議長を障害者が占める障害委員会（Disability Committee）が、実施状況の監視や相談サービスを提供している（2006年平等法附則第1の50条、52条）。

・平等法の履行確保のため、刑事制裁は予定されておらず、行政機関によるあっせん・仲裁や、より積極的な事業主等への調査、質問、勧告などの他、司法による（主に）民事上の救済が予定されている。うち、行政機関によるあっせんや仲裁は、結局、当事者間の和解や協定の締結などによる民事上の解決を図るものである。

司法上の救済としては、平等法上、権利の宣言、申立人への補償金の支払い、差別の当事者への勧告などが予定されている（法第124条第2項、第5項）。

これらの救済は、通常、まずは労働審判所への申立により開始されるが、後述する

ように、その申立書面が被申立人と行政機関である助言斡旋仲裁局にも送付され、同局によるあっせん等が試みられる。しかし、当事者が同局でのあっせんに合意しない場合や、同局によるあっせんになじまないと判断された場合等には、労働審判所に移送される。そして、労働審判所の審判に不服がある場合、控訴審判所（Employment Appeal Tribunal）、控訴院（Court of Appeal）、最高裁判所（Supreme Court）の順に上訴される。

また、平等法には、契約法的規定（*契約等の内容をコントロールする規定）も置かれている。

先ず、同法第142条第1項が、それに反する取扱いを構成したり、促進するような契約条項には法的拘束力がないと定め、同条第2項及び第3項が、雇用関連サービスや集団保険に関する協定などの契約に類するがそれに該当しない協定についても、同様の定めを置いている。

また、法第144条第1項は、平等法上の差別禁止規定を排除又は制限する契約条項についても、それにより利益を受ける者にとって法的拘束力を持たない旨規定している他、法第143条第1項は、群裁判所（county court）等が、利害関係者の申立により、そうした契約等の削除や修正を命じ得る旨規定している。

・問題解決に当たる主な行政機関には、助言斡旋仲裁局（Advisory Conciliation and Arbitration Service）と平等人権委員会（Equality and Human Rights Commission）がある。前者は準司法的性格が強い。労・使・中立の三者で構成される理事会によって運営され、その救済手続は、

①労働審判所からの移送、②当事者による直接の申立のいずれかを通じて開始されるが、①による取扱い件数が②によるものの約20倍にのぼる。障害を理由とする差別を争点とする事件の取扱いに際しても、あっせん官としての障害者の参加は要件づけられていない。①は、あっせん前置の考え方に基づきとられる手法であり、移送を受けた事件が、あっせん等の手続を通じて合意に達すれば、作成された和解協定が労働審判所に送付され、その認証と記録を通じて事件の解決をみる。後者は、前者より行政的性格が強い。2006年平等法により設立され（同法第1条）、職域の問題に限らず、かつ障害差別、性差別、人種差別の三種を全て取り扱うが、委員会内に障害問題に特化した障害委員会（Disability Commission）を組織し、同問題について委任する仕組みを持つ。平等法等の遵守状況に関する事業主等への調査、質問、勧告等を行う権限や、平等法の内容を具体化する行為準則を制定する権限等を持つ。

・実のところ、イギリスでも、1995年 DDA の制定以前は、1944年障害者（雇用）法に基づいて雇用率制度が設けられ、障害者を Jobcentre に任意登録させ、一定規模以上の事業の事業主に、当該登録者を一定割合以上雇用するよう努力義務を課す一方、雇用率未達成の事業主が非障害者等を新規採用した際には罰則が科される旨の規定を設けていた。しかし、1961年に61%であった障害者雇用率が、1993年には19%まで減少するなど、同法が事実上機能不全に陥っていたこともあり、1995年 DDA の制定と同時に雇用率制度は廃止された経緯がある。機能不全に至

った理由としては、Jobcentre への登録者数が要求された雇用率を充たす水準に達しなかったこと、上記の罰則規定の適用が殆ど無かったことなどが指摘されている。

1.6.3 差別禁止法の実際の効果

・イギリスでは、政策の効果に関する統計的指標には乏しいとの評も聴くが、障害者の就労状況については、各省から独立した政府機関である全国統計局が実施している人口調査（Annual Population Survey : APS）が、障害者差別禁止法（DDA）の適用対象となる障害者と、それ以外の労働制約的（work-limiting）な障害者のそれぞれにつき、四半期ごとに過去1年間のデータを整理している。

その最新（2012年6月までの1年間）のデータとそれに対応する期間の7年前（2005年6月までの1年間）のデータを併記すれば以下の通りであり、結論的に殆ど変化は見られない。

2004年7月～2005年6月
 全生産年齢人口：3848万人
 生産年齢（16～64歳）の障害者数：433万人
 全生産年齢人口に占める割合：11.3%
 生産年齢の労働力人口：158万人
 生産年齢の障害者数に占める労働力率：36.5%
 生産年齢の障害者数に占める被用者の割合：27%（117万人）
 生産年齢の障害者数に占める失業者の割合：33%（143万人）

2011年7月～2012年6月
全生産年齢人口：4018万人
生産年齢（16～64歳）の障害者数：
487万人
全生産年齢人口に占める割合：12.
1%
生産年齢の労働力人口：189万人
生産年齢の障害者数に占める労働力率：
38.8%
生産年齢の障害者数に占める被用者の割
合：26%（127万人）
生産年齢の障害者数に占める失業者の割
合：33%（159万人）

アメリカのADAについては、雇用率の改
善には必ずしも貢献しなかったものの、特
に賃金、職責、昇格、合理的配慮の面では
差別状態の解消に一定程度貢献したことを
うかがわせるデータが存するが（National
Council on Disability(NCD), The Impact
of the Americans with Disabilities Act:
Assessing the Progress Toward Achieving
the Goals of the ADA, July 26 2007）、イギ
リスの DDA や平等法については、筆者の
調査の限り、そうしたデータは見あたらな
かった。

1.7 障害者の福祉と雇用を促進する制度

・現在、イギリス政府は、精神疾患罹患
者等を仕事に繋げることに尽力しており、
そのため様々な施策を講じている。その対
象者には、重度就労困難者（hard to help）
も含まれており、彼らには、特に多面的で
柔軟性のあるアプローチの必要性が認識さ
れている。

メンタルヘルスとの関係では、まさに（実
施主体を跨ぐ）3次予防の領域に当たる。

1.7.1 保護雇用制度

・前項で、イギリスでも、1944年障
害者（雇用）法に基づく法定雇用率制度が
存在したものの、確たる効果をあげられず、
障害者差別禁止法の制定に伴い廃止された
経緯について述べたが（*この点からも、
障害者差別禁止法と障害者の雇用促進施策
及び職場のメンタルヘルス対策は、有機的
な関係にあることが看取される）、障害者雇
用を促進するための現行制度として、保護
雇用制度がある。これは、障害の特性、程
度が一般労働市場での雇用には困難を伴う
者が50%以上就労する工場や事業を指す
が（1944年障害者（雇用）法第15条、
2006年公的契約規則第7条、2006
年公益事業契約規則第10条。なお、保護
雇用の対象となる障害者は、DDA 第1条や
平等法第6条の規定する者とは異なり、こ
れらの条項が規定する「競争的労働市場で
就労するには障害の特性または重度のため
に困難を伴う者」を指し、臨床医（General
Practitioner）等による医学的診査を基礎と
して、雇用年金省大臣の責任で、傘下のジ
ョブセンター・プラスによる労働能力アセ
スメント（Work Capability Assessment）
と保護雇用事業所の独自評価に基づき認定
される）、本来的に障害者を一般労働市場に
統合する支援的役割を持つため、近年は一
般就労への支援にも尽力する傾向にあると
いう。具体的には、雇用年金省により運営
されるワーク・ステップ・プログラムを、
保護雇用事業が個々の事業と障害者に応じ、
個別的にカスタマイズして柔軟なサポート

を行う。

保護雇用の代表例として、レンプロイ社 (Remploy Ltd.) とソーシャル・ファーム²²⁹があり、前者は、1944年障害者（雇用）法に基づき1945年に雇用年金省により設立され、2008年時点で54事業所が存在し、3000人以上の障害者が就労している²³⁰。後者は、社会的企業 (social enterprise) の一形態であり、直接的な根拠法を持たないが、2012年に成立した公共部門 (公益) 法 (Public Sector (Social value) Act : 国の行政及び地方自治体が、公益の実現 (: 経済的、社会的、環境的な厚生水準の向上) を図るために締結する公共契約に関する法律) によって、実質的に (少なくとも財政支援の) 裏付けを得ることとなった。

前者は重度障害者を対象とし、自動車部品の加工、電気製品のリサイクル、家具製造など、日本の授産施設等でも行われている手作業を中心に行い、その予算のほぼ全額が雇用年金省等からの出資ないし補助で賄われているが、後者は、25%以上の一般労働市場への参加が困難な対象者の雇用により税制上の優遇を受けられるほか、金融機関の優遇融資や公的機関からの受注支援などがなされているものの、財政的には独立経営であり、ケータリング、リサイクルリング、園芸などの比較的創造的な業務が上位を占めている。

もつとも、前者でも一般企業が雇用する障害者をレンプロイ社が援助したり、レンプロイ社が雇用する障害者を一般企業に派遣する援助付き雇用 (Remploy Interwork *援助付き雇用については、下掲の説明を参照されたい) も行われるなど、一般就労

への橋渡しの取り組みが積極的になされており、2009年には、3障害 (身体、知的、精神) の合計で6500の仕事を見出しているという。

他方、後者では、精神障害や知的障害のほか、ホームレスや触法なども積極的に雇用しているところが多く、精神障害者の有用性とその実現方策については、調査報告書が出されている (McDermid, L. et al. (2008) Making an Impact-Exploring how to measure the mental health impacts of working in a Social Firm, Social Firms Scotland & Scottish Development Centre for Mental Health)。

特筆すべきは、両者、特にソーシャル・ファームはかなりの増加・拡大傾向にあるということである。1997年の5件が2010年には約180社に及んでいる (<http://socialfirmsuk.co.uk/about-social-firms/sector-mapping/2010-sector-mapping>)。ブレア政権下での「第三の道」に基づき、2001年に貿易産業省内に社会的企業ユニットが設置されたことや、02年に「社会的企業：成功への戦略」(Social Enterprise: a strategy for success) が公表されたことなど、政府による施策の効果も大きい。実施主体たるソーシャル・ファーム自体による事業化の努力も大きいと察せられる。

1.7.2 所得保障制度

・障害者対策法制における福祉的救済の中には、当然ながら金銭ないし現物給付も含まれる。これは、資産調査を伴わない、①障害者生活手当 (Disability living allowance)、②重度障害者手当 (Severe

Disablement Allowance)、③就労不能給付 (Incapacity Benefit)、④拠出型雇用・生活支援手当 (Contributory employment and support allowance) と、資産調査を伴う、⑤所得補助 (Income Support)、⑥求職手当 (Jobseeker's allowance)、⑦収入対応型雇用・生活支援手当 (Income-related employment and support allowance) に分かれる。

①は、生活上の介護や移動支援が必要な成人又は児童に支給される手当であり、介護給付 (Care Component) は要介護度に応じて3段階 (週20.55ポンドから77.45ポンド)、移動支援給付 (Mobility Component) は移動の困難度に応じて2段階 (週20.55から54.05ポンド) に分かれており、いずれか又は双方を受給することができる。就労しているか否かは問われない。課税や資産調査はなく、国民保険料の支払いにも関係しないが、各給付の必要度の判定に際して医学的診査が求められる。

2013年4月8日より、16歳から64歳までの障害者を対象とする自立支援給付 (Personal Independence Payment) に移行することとなったが、これも病態や障害の重さではなく支援の必要度に応じて要否やレベルが判定されることに変わりはない。

②は、重度障害による就労困難者に対し、基本支給額+年齢別3段階の加算という形式で支給されていたが、2001年4月より新たな申請ができなくなっており、2014年までには労働能力アセスメントを伴う⑦に移行すべく、現受給者への審査が進められている。

③は、疾病障害により就労に困難を伴う者を対象に支給されていたが、国の財政健全化の要請を背景に障害者の自立的就労を目指した福祉制度改革の一環として、2008年10月以後、制度的には④に移行して廃止されたが、それ以後も既存の受給者には支給が継続され、徐々に④への移行が進められているようである。

④は、まさに2008年10月に③から移行して創設された制度であり、国民保険拠出記録とリンクし、一定期間の保険料 (national insurance contributions) の支払を前提に支給される。日本の障害年金に相当する給付制度だが、③と同様に、疾病や障害により就労に困難を伴う者を対象とするものの、③よりも単なる金銭的給付としての色彩を弱め、就労に向けた自立を促進するように設計されている。

支給対象者は、疾病障害により就労能力に影響を受け、(i)16歳以上公的年金 (老齢年金) 支給開始年齢未満、(ii)法律上の疾病給付 (Sick Pay)、出産給付 (Maternity Pay) を受給しておらず、復職していない、(iii)⑥を受給していない、という3つの要件を充たす者である (⑦も同じ)。疾病障害そのものではなく、あくまでそれによる就労能力の制限が要件とされていることに留意する必要がある。①を受給する被用者、自営業者、失業者または学生であっても、受給できる (同前)。本人及び配偶者の収入、貯蓄、年金収入の合計額により支給の可否、額が判定される (基本的な生活費として、最初の13週は最大71ポンド、14週目から最大105.05ポンド。他に作業関連活動給付と支援給付が30ポンド前後ずつ支給される可能性がある)。

報告者が2012年11月5日に実施した雇用年金省へのインタビューでは、⑦を含め、この手当の受給者のうち4割は精神疾患に罹患しているということであった。

Jobcentre Plus のパーソナル・アドバイザーによるインテーク（*相談にきた人から事情を聞く最初のケースワークの段階）から始まり、就労、教育訓練、生活条件にわたる幅広い支援を得られる。たとえば⑤に比べると、13週間以上にわたる質問紙や医学的診査による労働能力アセスメント（*字義通り、本来は、疾病障害が労働能力に与える影響を審査するためのもの）が要件とされており、「何ができないか」より、「何ができるか」を焦点を当てた審査がなされ、容易には認定されない傾向にある（結果的に、障害者差別禁止法上の障害者より、おおむね射程が狭くなる）。

これは、第1段階の労働の前提となる基礎的能力の制限に関するアセスメント（limited capability for work assessment）と、第2段階の作業関連活動制限に関するアセスメント（limited capability for work-related activity assessment）から成る。

うち前者は、身体機能評価（10項目）と精神・認知・知的能力評価（7項目）の2軸から成り、各項目ごとに0～15の評点が付され、合計15点以上に達すると、能力制限ありと評価されることになっている。他方、後者では、就労に必要となる行動に制限があるか否かを評価する。その結果、賃労働（作業関連活動）が困難と認められた場合、支援グループ（The support group）にカテゴライズされ、基本手当に支援給付が追加されると共に、自身の希望に

応じ、ボランティア・ワークの紹介を受ける（アセスメント受検者のうち約9%）。他方、将来いずれかの時点で賃労働が可能で、直ちに就労に向けたステップを踏めると認められた場合、すなわち前掲の第1段階アセスメントによる点数が一定レベルを超えた場合、または自傷他害のおそれがある、通常の職場環境に適さないと判断されたが、第2段階アセスメントでは、制限なしと判断された場合などには、作業関連活動グループ（The work-related activity group）にカテゴライズされ（アセスメント受検者のうち約23%）、基本手当に作業関連活動手当が追加される。

作業関連活動グループと支援グループの主な違いは、(i)先ず労働に焦点を当てた聴聞（work-focused interviews）を受け、所定の教育訓練や条件管理計画のような作業関連活動に従事すること、(ii)支援グループのメンバーより補助金の受給金額が低いこと、(iii)政府が拋出型雇用・生活支援手当について、1年間を期限とする申請制限をかけた場合、このグループのメンバーには適用が及ぶことなどである。両者共に原則として20歳以上の者を対象とするが、20歳未満の者（場合によっては25歳未満の者）に特化した制度も用意されている。

⑤は、低所得者か無収入者で、週16時間未満しか就労していないが、失業者登録をしていない者に支給されるもので、無収入者には最低週56.25ポンドが支給されるが、単身か否か、家族構成、年齢等の条件により支給額が異なる（夫婦等のカップルには最高額の週111.45ポンドが個人給付として支給され、年金生活者や障害者には、別途最高週116.40ポンド

の手当が支給される)。また、対象者に子がある場合、税額控除を受けることができる。

おおむね日本でいう生活保護制度に相当するものと解されるが、具体的な資格要件として、(i)16歳以上公的年金（老齢年金）支給開始年齢まで、(ii)片親もしくは介護を担当している、又は場合によっては、疾病もしくは障害により就労できない、(iii)低所得、(iv)週16時間未満の就労（配偶者が週24時間以下の就労）、(v)イングランド、スコットランド、ウェールズに在住（但し、住所不定でも構わない）、の5つが設定されている。

⑥は、18歳以上公的年金（老齢年金）支給開始年齢までの求職者に対して支給される。具体的な資格要件は、(i)平均して週16時間未満の就労、(ii)原則として18歳以上公的年金（老齢年金）支給開始年齢まで（例外的に16ないし17歳でも許される場合がある）、(iii)全日制の教育を受けていない、(iv)イングランド、スコットランド、ウェールズのいずれかに在住、の4つを充たし、労働能力を持ち、労働できる状態にあることである。日本では雇用保険に近い制度と解される。

支給額の上限は、条件によって異なるが、最高でも週111.45ポンドである。

上掲の雇用年金省へのインタビューでは、この手当の受給者のうち23%は精神疾患に罹患しているが、それゆえに就職できないとは限らない、ということであった。

⑦は、非拠出型で資産調査を伴う雇用・生活支援手当であり、本人及び配偶者の収入、貯蓄、年金収入の合計額により支給の可否、額が判定される点でも④と共通するが、原則として、貯蓄額が16,000ポ

ンドを超える場合には受給できない。手当に課税や併給調整がなされない点も相違するが、障害認定の基本的枠組は共通する。

なお、これらの制度は、近い将来、自立支援的性格を強め、複数の制度を統一する趣旨を持つユニバーサル・クレジットに移行される予定である。

1.7.3 職業リハビリテーション

・るる述べて来た通り、現在、イギリス政府は、精神疾患罹患患者等を含めた疾病障害者を仕事に繋げることに尽力しており、疾病障害により不利益を受ける者の就労及び雇用の継続やそれらへの復帰を目的とする職業リハビリテーション制度（Vocational rehabilitation）の下でも、ワーク・プログラム（Work programme）、ワーク・チョイス（Work choice）、財政支援策を含めたさまざまな施策を講じている。

・職業リハビリテーションは、地方自治体によっても行われており、それらの施策を根拠づける法律として、国民支援法（National Assistance Act 1948）や国民保健サービス法（National Health Act 1977）などがあるが、雇用年金省が管轄するリハビリテーション関連施策は、主に1944年障害者（雇用）法に基づいて行われて来た。同法に基づく施策は、同法制定と共に開始された産業リハビリテーション・ユニット（Industrial Rehabilitation Unit）による職業準備プログラムに始まり、1973年にはそれが職業リハビリテーションセンターに改称され、1991年に職業リハビリテーション・プログラムとなり、2001年に職業準備（Preparation Program）となり、さらに現在は、上掲のワーク・チ

ョイスに統合されている。

・その主な担い手は、イギリス全土に約1500箇所ある雇用年金省傘下のJobcentre Plusであり、同機関は、基本的には失業者を労働市場に戻すための施策の実施を担い、特に労働年齢にある人物への手当の給付と就労支援サービスを行っている。上述した通り、この機関から手当を受給する者の中には精神疾患罹患者が少なくないため、機関側でもそれに応じた人員的対応を図っている。まず、障害の種別を問わず、障害者であって、Jobcentre Plusが窓口となる手当の受給者への対応は、パーソナル・アドバイザーが担当する。彼らは、手当や就労、訓練機会等に関する情報提供のほか、就労に焦点を当てた面談の役割を担う。他方、雇用アセスメント(employment assessment)の実施とそれに基づく助言、訓練コースの紹介などは、障害者雇用アドバイザー(Disability Employment Advisers)が担当する。同アドバイザーは、複雑な事情や背景を抱える障害者に多面的な支援を行う役割を負っており、就職支援のみならず、就労への適応支援などによる就労継続支援や、必要に応じ、専門家への紹介なども行っている。

また、上掲の雇用年金省へのインタビューによれば、メンタルヘルスに関連するJobcentre Plusへの配置要員には、以下のようなものがあり、全てのスタッフがメンタルヘルスに関する体系的な研修を受けており、メンタルヘルス・アドバイザー用の手引き(mental health adviser toolkit)や、非公開の障害者への対応手引き(hidden impairment toolkit)にアクセスする権限と能力を備えている。もっとも、これらの

要員とパーソナル・アドバイザーや障害者雇用アドバイザーとの関係については、調査が至らなかった。職務内容からは、障害者雇用アドバイザーの小分類に該当するものと、別立てのものが混在しているように察せられる。

①メンタルヘルスと福祉の連結マネージャー・アドバイザー(Mental Health and Well-being Partnership Manager, Adviser)

地域間格差もあるが、この要員が配置されているところでは、主に受給者を外部のリソース(人的・物的資源)へ連結させる役割を担っている。制度上は、マネージャーの方がアドバイザーよりスキル・レベルが高い前提がとられている。

②メンタルヘルス・チャンピオン(Mental Health Champion)

この要員は、受給者が自ら①にアクセスできるとは限らないため、主に彼らを①に橋渡しする役割を担っている。

③労働問題に詳しい心理の専門家(work psychologist)

Jobcentre Plusには、労働問題に詳しい心理の専門家(日本の産業カウンセラーなどに相当すると解される)も所属しており、自ら労働能力アセスメントを行い、その結果を踏まえて、受給者に最適の職をあっせんすると共に、復職へ向けた個別具体的なアドバイスを行う役割を担っている。

なお、インタビューの際、①②③のいずれも雇用年金省に所属する国家公務員であるとの情報を得た。また、彼らの支援を受けるには、必ずしも医学的診査を受ける必要はないが、だからこそ、適格者の判定のためには②の役割が鍵になる、との所見を

得た。

・目下、雇用年金省が管轄する職業リハビリテーション施策の中でも、ワーク・チョイスは重要な位置を占めている。繰り返しになるが、現在、イギリス政府は疾病障害者を雇用に繋げることに尽力しており、この施策もその一環を担い、全ての障害者に柔軟で多面的な支援を行うことを主目的として、2010年10月に、従来の（上掲の）職業準備（Work Preparation）、ワーク・ステップ（Workstep）、職業導入制度（Job Introduction Scheme）に分かれていた関連制度を統合して出来上がったものである。これは、長期にわたり週16時間以上就労できる見込のある者を対象に、①6か月間の就労導入支援（自己効力感の回復へ向けた作用を含めた職業ガイダンス、求職票作成支援など、就労に結び付けるための様々な支援）、②2年間の就労時支援（当事者が職場で技術や知識を習得するための支援）、③長期的支援（既に一定期間の就労を経た者に対し、職務経験の蓄積による自己効力感や経済社会面など様々な面での向上を促すことに焦点を当てて行う長期的視点での支援）、という3つのモジュールをもって、必要な情報を関係者が共有しつつ、一体性と継続性をもった支援を行うと共に、障害者自身にも主体意識を持って、支援プログラムを選択し、就労に参加ないし復帰・継続してもらうことを企図したものであり、「専門家による障害者雇用プログラム（Specialist Disability Employment Programme）」とも呼ばれる。

ワーク・チョイスの管理運営は、Jobcentre Plusが行うが、就労時の実際の担当は、そこから紹介を受けたレンプロイ

社等の民間、非営利団体や公的機関が行っている。

・職業リハビリテーションの対象者は、主に、①労働能力に制限がある、②16歳以上、③公的年金（老齢年金）支給開始年齢未満、④英国在住、などの要件を充たす者であり、うち①を測るため、上述した労働能力アセスメントが実施される。

・職業訓練は、ビジネス・イノベーション・技能省（Department for Business, Innovation and Skills (BIS)）：*同省は、国及び産業全体にわたり、継続的で共同的かつ調和のとれた「成長」を目指す政府の基本方針に沿って、2009年6月、ビジネス・企業及び規制改革省（Department for Business, Enterprise and Regulatory Reform）及びイノベーション・大学・職業技能省（Department for Innovation, Universities and Skills）を統合して設立された経緯がある。職業訓練は、そもそも後者が主管していたが、技能訓練基金庁（Skills Funding Agency）や民間企業などと契約を結び、実施されている。

この職業訓練では、個別ニーズに適合したプログラムにより就業・復職・職務定着が図られているほか、障害者に対しては、一般の場合（25歳以上、6か月以上の失業期間）より参加条件が緩和されている（18歳以上、失業期間6か月未満も可）。地域で適切な訓練を受けられない18～63歳までの身体・学習・感覚障害者などを対象とした寄宿制職業訓練施設も、イングランドに計9箇所設置されており、職業技能資格認定（NVQ：National Vocational Qualifications）のレベル1～3（*レベル1～5から成り、数字が上がるほどレベル

が高い。基準は概ね次の通り。レベル1：職業の基本的技能を充たす。レベル2：操作的で、僅かながら熟練が必要な技能を持つ。レベル3：テクニシャン、クラフトマン、熟練者など。レベル4：専門的職業、経営管理の基本を習得している。レベル5：専門職や、熟練した経営管理者など。試験ではなく、仕事の成果により評価される仕組みが採られている）の取得を目的として、専門スタッフによる個別ニーズに適合した訓練が実施されている。

・精神障害者を含めた障害者への職業紹介は、**Jobcentre Plus** が主に担当しているが、その職務は、職業のあつせん（雇用への仲立ち、積極的な働きかけ）から、障害者が働き易い職場環境整備にまで及ぶ。職業紹介は、**Jobcentre Plus** 以外に、地方自治体や民間非営利団体などでも実施されているが、**Jobcentre Plus** は、多くの雇用、就労支援関係情報を持つほか、新たに障害者を雇用する雇用主に対し、職業導入支援制度（**Job Introduction Scheme**）による助成金など、さまざまな制度的な給付の実施主体となっており、同機関と連携関係を持つ機関も多い。

・アメリカと同様に、イギリスでも、**Jobcentre Plus** からの財政的支援と照会を受け、地方自治体や民間非営利団体等が実施する援助付き雇用（**Supported Employment**）の制度が設けられている。これは、適切な支援があれば就労できる障害者を対象に、ジョブ・コーチ、職業能力開発、移動支援、特定の職業訓練、個人々のニーズに合わせた指導・支援などを内容としており、用語として、①雇用機会の増加と、②既に雇用されている者の就労継

続支援の双方を意味し、基本的コンセプトは、中等度から重度の障害者を就労による稼得能力の獲得まで引き上げることにある。また、そうした効用を生むための包括的なプログラムないし要素の組み合わせという趣旨でも理解されている。

雇用年金省が財政的支援等を行う援助付き雇用は、これまでワーク・ステップの一環として実施されてきた。上述した通り、ワーク・ステップは、雇用年金省が財政支援し、運営する広範なプログラムの1つであり、レンプロイ社を含む民間、非営利団体や公的機関により提供されて来たが、2010年10月をもって、ワーク・チョイスに移行した。

・障害者を対象とするその他の就労支援制度には、以下のようなものがある。

1) 仕事へのアクセス支援 (Access to Work)

障害者の就労支援のための制度だが、一部は、そのために事業者側にかかるコスト負担を軽減する役割も担っている。**Jobcentre Plus** が主体となり、①雇用のための特別な補助具や福祉機器、②建物や既存の設備の改修、③公共交通機関の利用が困難な障害者への通勤支援、④職場での支援（読み上げなど）を行うサポートワーカー、⑤採用面接を支援するコミュニケーターなどにかかる費用を支給する。

1994年に制度化され、2009年時点での支援者は37000人に及ぶが、近年は財政的制約が厳しくなり、**Jobcentre Plus** が発行した新しいガイダンスでは、標準的な福祉機器とみなされるものを支援対象から除外するなどの調整が進められている。

ただし、この制度は、通常企業での実際の雇用を前提とするため、政府の設置した調査グループの報告書において、レンプロイ社や入所型訓練機関の利用より重視されるべき、との提言も示されている（Sayce Consultation Team: Specialist disability employment programmes –Consultation on the recommendations in Liz Sayce’s independent review, Department for Work and Pensions, 2011, p.10）。

2) 障害者のためのニュー・ディール (New Deal for Disabled People)

ニュー・ディール制度は、政府の「福祉から雇用」施策の一環として、民間・公的部門のジョブ・ブローカー（職業斡旋事業）を活用して、障害者を含め、個々人のニーズに応じた包括的かつ系統的な就労及び就労継続支援を行うために創設された。障害者が対象に含まれたのは1997年以後のことで、ジョブ・ブローカーは、この制度の下で、教育訓練、汎用性のある保有能力の特定、適職判定、原則として6週間のワーク・トライアル（事業主への助成金の支給を含む）、求職票作成支援、面接スキルの向上、面接の際のコミュニケーター、場合によっては自営業の支援などのほか、最初の6か月間に限り、職場内での支援（援助付き雇用など）を行うこともある。利用に際しては、就労の意思を持ち、就労不能給付などを受給していることが前提となり、Jobcentre Plus に所属し、特別な訓練を受けた障害者雇用アドバイザーが、障害者の抱える個別的な事情を踏まえたうえで、事業者とリンクさせる役割を果たすが、ジョブ・ブローカーの選択は受給者に委ねられている点（voluntariness）に特徴がある。

ただし、全ての地域にこの制度が普及しているわけではない。

2011年に、雇用年金省は、前労働党政権の施策からの脱却の趣旨もあり、様々なニュー・ディールのプログラムを単一の「就労プログラム」に置き換えた。

・以上のように、原則として障害者を給付対象とする制度とは異なり、事業主を対象とする補助制度もある。例えば、障害者を新たに雇用する事業主に対し、ワーク・チョイスの提供者が、必要な支援の内容を確認した上で、障害者の自立的就労のため、2年間を限度に支援を実施する制度がある。また、上掲の仕事へのアクセス支援の下でも、事業主との合意に基づき、障害者雇用のための諸条件の整備につき、彼らへの補助が行われる。

また、主に障害者を雇用する雇用主が結成したフォーラム（Business Disability Forum : BDF）もあり、障害者雇用の成功に導くための情報交換、問題解決策の考案等が行われている（<http://businessdisabilityforum.org.uk/>）。

1.8 メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制

(未了)

1.9 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

(1) 労働安全衛生法上の施策について

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。

開発作業は1980年代後半から開始された。後掲図1に示すように、業務上のストレスの健康影響等に関するTom Cox教授への調査研究の委託から始まり、業務上の

ストレスの健康影響に関する文献レビューを含めた継続的な委託研究、後にMSの評価ツールで採用された、集中的に対策を講じるべき6つの心理社会的ストレス要因（群）の同定、リスク・アセスメント手法の効用に関するエビデンスの整理、ストレス要因と不調状態の因果関係や相関関係に関するエビデンスや好事例の収集と検証、24のパイロット組織によるシステムの検証、学識者によるワークショップでのMS草案のピア・レビュー等、学術（特に生理学、組織の健康の観点を含めた公衆衛生疫学・心理社会学）、政策的手続双方の観点で、応分の実績を経て起案された経緯がある。もともと、自然科学的観点では、評価ツールに採用された6つの心理社会的ストレス要因と具体的な健康影響間の因果関係を検証した文献の多くに方法論的問題があると指摘されていた中、公衆衛生疫学や心理社会学の観点を重視して立案及び実施に踏み切った面も否定できない。

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、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。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4件にとどまっております（*そのいずれも、リスク・アセスメント手続の整備を怠ったことに対するものであった）、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。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、これまでMS推進の立場を採ってきた研究者達は、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、という組織心理学的特性を活かした発想であろう。もつとも、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。

もつとも、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、ある面での行政の権威である。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、その運用にかかる行政規則等の策定を担当する行政官や、現場を巡る監督官等の裁量・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。もつとも、筆者の現地調査では、複数の識者から、実際には、行政の権威を無条件に信頼する国民はむしろ少なく、行政による法政策につ

いても、最低基準としての不作為の義務づけは一定程度容認するが、作為の義務づけは歓迎できない、との考えを持つ者が少なくない、との見解を得た。その前提に立てば、MS が国レベルで十分に機能しないと
しても、頷ける面もある。

第2は、学者（の学識）への信頼性である。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（の学識）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 MS 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。要は、介入の手法に改善の余地がある可能性もある。

（2）障害者差別禁止法上の施策について

障害者差別禁止法は、主に3次予防面でメンタルヘルスに貢献する。また、障害者への個別的な調整義務の履行、障害に関連する理由による差別や障害に起因する差別、間接差別やハラスメント規制への対応を通じて、より本質的には同法の枠組が精神障害を含めた障害の本質洞察に一定の歴史と経験を持つことにより、2次予防や1次予防にも直接ないし間接的に貢献する。

イギリスの障害者差別禁止法は、いわば前史に当たる①1944年障害者（雇用）法時代、②1995年 DDA 時代、③2003年改正法時代、④2010年平等法時代の4つの時代区分に分けられる。他方、規制内容は、(ア) 福祉・保護的観点からの障害者の雇用保障措置、(イ) 直接差別、(ウ) 障害に「関連する」理由による差別、(エ) 調整義務の不履行による差別（：一種のポジティブ・アクション・アプローチ）、(オ) 間接差別、(カ) ハラスメント、(キ) 報復的取扱いの7種類に大別される。差別禁止の対象事項は、採用時には、(a) 採用者決定のための措置、(b) 採用上の雇用条件、(c) 採用拒否、採用後には、(d) 雇用条件、(e) 昇進や配転、教育訓練、その他の利益等を受けるための機会へのアクセスの許否、(f) 解雇、(g) その他の不利益に及ぶ（②③④時代を通じて共通）。

①時代は、労働不能を本人責任に帰せし

める発想が強く、障害者雇用についても、割当雇用制度を含めた（ア）による時代だったが、先天的障害、労災等本人に帰責事由のない障害への対応の必要性についての認識の高まりもあり、アメリカの ADA を参考に DDA が制定された。

②時代には、「精神的または身体的な障害を持ち」、「その障害が日常的な活動をする能力に実質的かつ長期にわたる悪影響を及ぼす」こととなる者を対象として（*この点では③④時代も同じ）、(ウ) (エ) (キ) の規制が設けられていた。

(ウ) は、障害によるタイピング不能などを理由（障害関連事由）とし、正当化できない差別を規制するものだが、②③時代には、使用者の障害認識の有無は問われず、事実上、(オ) の規制に近い性格を持っていた。2008年貴族院判決（London Borough of Lewisham v. Malcolm[2008]IRLR 700 HL）のように、DDA の証明ルールを直接差別的なものに修正したり、2001年控訴院判決（Jones v. Post Office[2001]IRLR 384 CA）のように使用者側の正当性の抗弁を緩やかに解釈するなどして、間接差別的運用の抑制を図る動きもあったが、政府は、その後、障害者を含めた一般的な間接差別規制を置く EU 指令の影響も受け、間接差別規制への置き換えを内容とする法改正を主導した。

(エ) は、種々の契約や労働条件などの取り決め、建物の物理的特徴などが障害者に不利益な影響を与える場合、使用者に、その場面のあらゆる状況を踏まえ、当該不利益を防止するための合理的措置（施設の改造、業務軽減、勤務時間の変更、リハビリテーション、職能評価、訓練の提供、備

品・設備の整備等)を実施する義務を課し、その不履行を禁止される差別とみなすものである。合理性の判断は、措置の効果、実施可能性、使用者の経済的負担等を事案ごとに検討してなされる。アメリカの ADA のように、使用者に過度な負担 (undue hardship) がかかる場合の免責規定は存しないが、事実上、この要件にその要素が含まれていた。ただし、たとえ経済的コストがかかる場合にも、費用対効果が高ければ、講じるべき合理的調整措置と評価され得る。(オ)との関係では、それが対集団的性格を持つのに対し、(エ)は対個別的な性格を持つ点で異なる。具体的には、(エ)の場合、①具体的な障害者(集団)・非障害者(集団)間の比較を必要としない、②不利益が些末でないことの立証で足りる、③(特定個人の差別状態の解消を図る趣旨から)雇用者の差別的意図を必要とする、④障害者の申立や差別状態の予見可能性を前提とするため、対応が後手に回りがちとなる、等の特徴を持つ。また、その対個別的な性格から、この義務の不履行による差別の申立人は、当該障害者本人に限られる。

②時代の DDA が (エ) や (ウ) を規制の中心に据えていた背景には、性、人種等の属性以上に、「障害という属性自体が不利な立場を内包している」との認識があったと察せられる。おそらくはそのこととも関連して、後掲する雇用年金省傘下の Jobcentre Plus は、「仕事へのアクセス支援」の枠組を通じ、雇用者による調整措置に資金援助等を実施してきた。なお、調整義務の不履行は、(ウ)を推定させる場合もあった。

(キ)は、ある者が、障害者が、障害者

差別禁止法に基づく訴訟手続を開始したり、同手続に関連して証拠や情報を提供したり、同法に関連する行為を行ったこと等 (*④時代には、以上を併せて「保護される行為」と呼ぶようになった) や、当該行為を行う可能性があること等を理由に、他人を不利益に取り扱った(か、取り扱おうとした(*この部分は④時代に削除された)) 場合に成立する。

③時代には、新たに (カ) の規制の他、(イ) の定義規定が加わった。また、この時代から (④時代も併せ)、直接差別やハラスメントに限り、近親者が障害者である等、障害を有すると認識されたことを理由として差別される者も保護対象とされるようになった。

(カ)は、(a)障害者の尊厳を侵害するか、(b)脅迫的、敵対的、品位を傷つける、屈辱的、侮辱的のいずれかに該当する条件をもたらしうような目的又は効果を持つ、本人にとって不快な行為を指すと定義されていた。ただし、関連するあらゆる事情に照らし、当該行為がそうした効果を持つと合理的に解される場合、との限定も付されていた。

(イ)は、障害関連事由を含めた職務上の能力等の条件が共通する前提で、正当な理由がないのに、障害を理由に差別することを禁止するものである。職務上の能力の共通性は、他の属性にかかる差別では求められない。コンピュータ技術者の募集に際して、視聴覚障害であるというだけの理由で採用候補者から除外するような行為がそれに該当する。特段の配慮を必要としない障害者に有効な規制といえる。

④時代には、新たに (オ) の規制が加わり、(イ) (カ) が (* (イ) については正

当化事由も含めて）再定義され、(ウ) については、「障害に関連する理由に基づく差別」が、「障害に起因する差別」に代えられ、使用者の認識が要件化されると共に、正当化立証（：一応立証された差別が正当な目的を達成するための適正な手段であることの証明）の余地が具体化され、事実上拡大された。また、(エ) については、調整義務が生じるケースとして、補助的支援（provision of an auxiliary）がない場合に障害者が不利な立場に置かれるケースが明記された。

(オ) は、ある（いっけん）中立的な基準等（基準又は慣行）の実際の適用が、保護されるべき特徴を持つ集団に対して差別的効果をもたらし、かつその基準等の適用主体がそれを正当化できない場合や、適用される見込みに基づき人の行動が抑制されるような場合に成立するものである。たとえば、採用の際に筆記試験方式を採用することが、視聴覚障害者等に差別的効果を有するような場合が該当するが、直接差別の場合と同様に、比較の前提として、保護の対象となる集団とならない集団の間に実質的な同質性が求められる。本質的には、非障害者基準中心に形成された社会のありよう自体に警鐘をならす「障害の社会モデル」的発想をとるものである。

(イ) については、③時代の直接差別規定を引き継ぎつつ、附則 9 で以下の正当化事由が明記された。(a) 職業上の要件（occupational requirements）に該当し、(b) その適用が適法な目的達成のため均衡がとれており、(c) その適用者がその要件を充たすか、充たすと合理的に判断される場合。また、障害者を非障害者より有利に取り扱

うことが許容される旨も明記された。

(カ) については、(a) ある者が障害に関連する対象者にとって不快な（unwanted）行為を行い、(b) 当該行為が、(i) 対象者の尊厳を侵害するか、(ii) 脅迫的な、敵意のある、品位を傷つける、屈辱的な、または不快な環境を生じさせる目的若しくは効果を発生させる場合と再定義された。その具体的な判断規準は、(a) ハラスメントを主張する者の認識、(b) 当該事案におけるその他の状況、(c) 当該行為がそのような効果を有すると合理的に解し得るか否か、を考慮して判断される旨の規定も設けられた。

以下、平等法における履行確保について整理する。

平等法の履行確保において、刑事制裁は予定されておらず、行政機関によるあっせん・仲裁や、より積極的な事業主等への調査、質問、勧告などの他、司法による（主に）民事上の救済が予定されている。もともと、行政機関によるあっせん・仲裁は、結局、当事者間の和解や協定の締結などによる民事上の解決を図るものなので、行政の積極的介入をベースとして、民事的解決を志向する法と考えると良いであろう。

問題解決にあたる主な行政機関には、①助言斡旋仲裁局と②平等人権委員会があり、①は準司法的性格が強い。労・使・中立の三者構成の理事会が運営し、その救済手続は、(A)（あっせん前置の考え方に基づきとられる）労働審判所からの移送、(B) 当事者による直接の申立のいずれかにより開始されるが、(A) によるものが(B) によるものの約 20 倍にのぼる。労働審判所からの移送を受けた事件があっせん等を通じて合意に達すれば、作成された和解協定は、労働審

判所の認証と記録を通じて事件の解決をみる。②は①より行政的性格が強い。平等法等の遵守状況に関する事業主等への調査、質問、勧告等の権限ほか、平等法の内容を具体化する行為準則の制定権限等を持つ。

民事法的解決を担保する他の手段として、平等法上、契約法的規定（*契約等の内容をコントロールする規定）も置かれている。

すなわち、同法第142条第1項は、それに反する取扱いを構成したり、促進するような契約条項には法的拘束力がないと定め、同条第2項・第3項は、雇用関連サービスや集団保険に関する協定などの契約に類する協定について、同様の定めを置いている。また、同法第144条第1項は、平等法上の差別禁止規定を排除又は制限する契約条項について、それにより利益を受ける者にとって法的拘束力を持たない旨を規定し、同法第143条第1項は、群裁判所（county court）等が、利害関係者の申立により、そうした契約等の削除や修正を命じ得る旨規定している。

さらに、同法には、その履行確保を側面支援する規定も置かれている。

たとえば、法第111条第1項は、2003年改正DDA第16C条とほぼ同様に、平等法に反する行為を行うようある者に指示したり、違反行為者を支援するよう指示すること（違反行為を導いたり、説得する行為も含む）を禁止している。また、法第77条は、ある者の賃金格差が保護される特性に関連して生じているか（*≡主に直接差別を構成するか）を判断するために行われる「賃金に関する開示（relevant pay disclosure）」を禁じる契約条項を、その部分について無効とし、かつ、かかる開示に

基づく不利益取扱いを禁じている（但し、労働者が害意をもって誤った証拠や情報を提供したり、不当な差別の申立を行うなど、不誠実な行為をなした場合、報復的取扱いは成立しない）。

問題は、以上の法的枠組がもたらした実際の効果である。障害者差別禁止法は、①障害者の雇用差別状態の是正、②就業上の福利、③雇用率の向上、等を目的としているが、報告者が確認できた統計は、③に関するものに限られ、かつデータ上、殆ど変化はみられない。しかし、アメリカのADAについては、雇用率の改善には必ずしも貢献しなかったものの、特に賃金、職責、昇格、合理的配慮等の面での差別状態の解消には一定程度貢献したことをうかがわせるデータが存するので、ADAに倣ったイギリス障害者差別禁止法でも、ほぼ同様の効果を生じているものと察せられる。

（3）障害者福祉・雇用促進法上の施策について

障害者福祉・雇用促進法は、メンタルヘルスとの関係では、雇用者のみならず実施主体を跨ぐ3次予防の領域を司る。その対象には、重度就労困難者（hard to help）も多く含まれており、特に多面的で柔軟性のあるアプローチの必要性が認識されている。

イギリスの社会保障制度は、租税負担による公的扶助を中心とし、無差別平等主義的な社会保険制度によって補完される北欧型（対義語は社会保険中心の大陸型）に属する。同国の障害者福祉・雇用促進法上の諸制度や諸施策も、基本的にはその前提に基づいて設計されているが、政府の財政難を背景にした福祉制度改革の影響を受け、

「福祉から就労へ（welfare to workfare）」の方向性を強めている。すなわち、一方では、所得保障制度の統合再編と給付対象者の絞り込みを図りつつ、他方では、ワーク・チョイスを中核とする職業リハビリテーション、職業訓練、職業紹介等の就労志向での制度の再設計と充実化を図っている。肯定的に評価すれば、単なる経費削減ではなく、いわば、人材活用への投資的側面を持つ「選択と集中」とも言えよう。施策運用の中心的役割を担っているのは、日本ではハロー・ワーク・社会保険事務所等の役割を兼ね備えた、雇用年金省傘下の **Jobcentre Plus** である。この機関は、障害者の就労支援のための専門家（基本的に全て国家公務員）を配置し、レンプロイ社やソーシャル・ファーム等の保護雇用機関のほか、職業リハビリテーション等を行う地方公共団体などの公的機関、民間団体、専門家等とのネットワークを持ちつつ、障害の性質や程度に応じ、就労・復職・雇用継続等にわたる積極的かつ多面的で綿密な支援策を講じている。日本で言えば、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構傘下の都道府県障害者職業支援センターや、主に自治体やNPOなどが運営する障害者就業・生活支援センターとしての機能も兼ね備えている。

イギリスでは、1944年障害者（雇用）法に基づき1945年に雇用年金省が設立した **Remploy** 社と、いわゆる社会的企業（social enterprise）の一形態であり、直接的な根拠法を持たないソーシャル・ファーム（*但し、2012年に成立した公共部門（公益）法（Public Sector (Social value) Act：国の行政及び地方自治体が、公益の実現（：経済的、社会的、環境的な厚生水準

の向上）を図るために締結する公共契約に関する法律）によって、実質的に（少なくとも財政支援の）裏付けを得ることとなった）に代表される保護雇用制度が、産業と福祉のインターミディエーターないしバッファーとして、少なからぬ役割を果たしている。

うち前者は、主に重度障害者を対象とし、その予算のほぼ全額が政府からの出資や補助で賄われているが、後者は、25%以上の一般労働市場への参加が困難な対象者の雇用により、税制上の優遇を受けたり、公的機関からの事業の発注による支援等を受けるものの、基本的には自律的に事業が営まれる。ケータリング、リサイクリング、園芸等の比較的創造的な業務が上位を占め、障害者の一般就労への橋渡しも積極的になされ、1997年の5社が2010年には約180社にまで増加している。精神障害や知的障害のほか、ホームレスや触法なども積極的に雇用しているところが多く、ソーシャル・ファームにおける精神障害者の有用性とその実現方策については、調査報告書も出されている（McDermid, L. et al. (2008) *Making an Impact-Exploring how to measure the mental health impacts of working in a Social Firm*, Social Firms Scotland & Scottish Development Centre for Mental Health）。

Remploy 社でも、一般企業が雇用する障害者への援助付き雇用の実施等、障害者の一般企業への橋渡しは積極的に展開され、2009年には、3障害の合計で約6500の仕事を見出したという。

現在、日本の産業と福祉は、①人と情報の交流機会の乏しさ、②症例が福祉制度や

同施設の支援を受けることとなった場合の一般就労機会の乏しさ、③症例が福祉的給付を受給することとなった場合の固着性等の意味で、相当程度乖離している状況と解されるため、参照価値は高い。

職業訓練制度にも、workfare への傾倒が顕れている。イギリスでの職業訓練は、長い間、イノベーション・大学・職業技能省の管掌下にあったが、現在は、「国及び産業全体にわたり、継続的で共同かつ調和のとれた『成長』を目指す」政府の基本方針に従って、2009年6月に同省とビジネス・企業及び規制改革省を統合して設立された、ビジネス・イノベーション・技能省（Department for Business, Innovation and Skills (BIS)）により、技能訓練基金庁や民間企業などへの委託を通じて実施されている。当該訓練では、一般的に個別ニーズに応じたプログラムにより就業・復職・職務定着が図られているが、障害者に対しては、年齢、失業期間等で参加条件が緩和されているほか、障害者特性を知る専門スタッフによる訓練が実施されている。

また、職業紹介でも、Jobcentre Plus が、豊富な雇用、就労支援関係情報を背景に、雇用への仲立ちや働きかけなどのあっせんから、障害者が働きやすい職場環境整備にまで介入している点に特徴がある。その際、地方自治体や民間非営利団体等が実施する援助付き雇用（Supported Employment）との連携を図っている点も特筆される。

（4）まとめ

以上の通り、イギリスでは、政府の基本方針としての welfare から workfare への流れについては共通しているが、メンタルへ

ルスという総合的概念について、各省庁が、それぞれの管掌に応じた捉え方（定義）をもち、それぞれの方法論で取り組んでいることが伺われる。メンタルヘルス問題の総合性からすれば、多方面からのアプローチ自体は評価できるが、筆者の現地調査では、ややセクショナリズム的な印象を受けたことも否めない。特に HSE は、医療や保健、福祉や従来型の就労支援の法政策の枠を超え、組織経営への介入と受け止められ得る前衛的な政策を独立的に進めて来たが故に、その実効性から始まり、科学、非科学の両立場から応分の批判も受けている。

メンタルヘルス対策は、国家の大事でもあるだけに、一定の手續を尽くして前衛的な政策に踏み切られた経緯はあるものの、従来型のリスク・マネジメント手法の一律的適用では奏功し難いことは、かなり明らかになって来ている。しかし、従来の労働危険とは質的に異なる面を持つ課題に対し、そうした試行錯誤はある程度不可避な面もあり、今後、リスクを捉える枠組の修正や、仮にそれが不要な場合にも、捕捉されたリスクに対する介入手法の修正等により、一定の効果をあげる可能性は否定できないし、そもそもリスク・アセスメント手法とは真逆の、いわばグッド・ポイント・アセスメント的な手法の必要性も指摘され、開発が進められている。時代を経れば、両者の混交的手法も開発されるかもしれない。

となると、それらを支援する法制度にも、フォーディズム的なトップダウン様式に加え、ボトムアップ様式を組み込むような、パラダイムの転換が求められる。しかも、それは、既に日本のメンタルヘルスに関する指針等の内容が示すように、ひとり労働

安全衛生のみではなく、組織経営・人事労務管理、医療・福祉、障害者の保護と自律、労働市場、個人情報保護、集団的労使関係、就業規則統制など、相当領域に関わる法政策に求められる大きな課題となり得る。

とはいえ、イギリスの法政策の調査から、あえて労働衛生法政策の課題を抽出すれば、イースト・アングリア大学ノーリッチ・ビジネス・スクール行動科学教室教授 Kevin Daniels 氏をはじめ、日本の関連判例も示唆するように、①training（教育訓練）、②motivation（動機付け）、③selection（採用・配置等における人選、適材適所）、③job design（職務の設計と割当）の適正化を「促す」ような法政策の構築が望ましいといえよう。

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

Bourbonnais,R., Jauvin,N., Dussault, J.,Vézina,M., Evaluation of an Intervention to Prevent Mental Health Problems Among Correctional Officers, In Biron,C.,Karanika-Murray,M.,Cooper,C.L.(Eds.). Improving Organizational Interventions for Stres and Well-Being:Addressing Process and Context.Routledge, 2012 (Bourbonnais, et al., 2012) .

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) 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)

Daniels, K., Karanika-Murray, M., Mellor, N.,Veldhoven M., Moving Policy and Practice Forward:Beyond Prescriptions for Job Characteristics. 313-332, In Biron,C.,Karanika-Murray,M.,Cooper,C.L.(Eds.). Improving Organizational Interventions for Stres and Well-Being:Addressing Process and Context.Routledge, 2012 (Daniels et al., 2012)

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: Redusing 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)

Arnold, J., Cooper, C.L., Robertson, I.T.: *Work Psychology: Understanding Human Behavior in the Workplace*, 3rd edn., 1998 (Arnold et al., 1998)

Birman, J.: Covert violence in nursing, *Australian National Safety Journal*, 7:17-21, 1999 (Birman, 1999)

Briner, R.B., Amati, C., Lander, R.: Development of Internal Company Standards of Good Management Practice and a Task-based Risk Assessment Tool for Offshore Work-related Stressors. HSE Research Report 107, 2003 (Briner et al., 2003)

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)

Brunner, E.: Stress mechanisms in country heart disease. In S. Stansfeld & M. Marmot (Eds.), *Stress and the Heart: Psychosocial Pathways to Coronary Heart*

Disease (pp.181-199), 2002 (Brunner, 2002)

Brunner, E., Hemingway, B.R., Walker, P., Page, M., Clarke, P., Juneja, M., Shipley, M.J., Kumar, M., Andrew, R., Seckl, J.R., Paradoopoulos, A., Checkley, S., Rumley, A., Lowe, G.D.O., Stansfeld, S.A., Marmot, M.G.:

Adrenocortical, autonomic, and inflammatory causes of the metabolic syndrome-nested case-control study. *Circulation*, 19 November, 2659-2665, 2002 (Brunner et al., 2002)

Clarke, L.: *The Essence of Change*, 1994 (Clarke, 1994)

Cooper, C.L., Dewe, P.J., O'Driscoll, M.P.: *Organisational Stress*, 2001 (Cooper et al., 2001)

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.,
Randall, R., Griffiths, A.: Interventions to control stress at work in hospital, 2002 (Cox et al., 2002)
- 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)
- Daniels, K.: Why aren't managers concerned about occupational stress? Work & Stress 10: 352-366, 1996 (Daniels, 1996)
- 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)
- De Lange, A.H., Taris, T.W., Kompier, M.A., Houtman, I.L.D., Bongers, P.M.: 'The very best of the millennium': Longitudinal research and the demand-control-(support) model, Journal of Occupational Health Psychology,

- 8:282-305, 2003(De Lange et al.,2003)
- 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)
- Goldberg,D.P.: Manual for the General Health Questionnaire, 1978(Goldberg,1978)
- 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)
- Head,H., Martikainen,P., Kumari,M., Kuper,H., Marmot,M.: Work Environment, Alcohol Consumption and Ill Health-The Whitehall 2 Study. HSE Contract Research Report 422/2002, 2002(Head et al.,2002)
- 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: Stress at Work-A Guide for Employers.HS(G)116,1995(HSE,1995)
- HSE: Managing Stress at Work, 1999 (HSE,1999)
- HSE: Management of Health and Safety at Work. Management of Health and Safety at Work Regulations 1999. Approved Code of Practice and Guidance, L21(2nd edn.),2000(HSE,2000)
- HSE:Tackling Work-related Stress:A Manager's Guide to Improving and Maintaining Employee Health and Well-Being(HS(G)218),2001(HSE,2001)
- 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)

- HSE:Managing Stress at Work, 1999(HSE,1999)
- 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)
- Jones,J.R., Huxtable,C.S., Hodgson,J.T., Price,M.J.:Self-reported Work-related Illness in 2001/02: Results from Household Survey. 2003(Jones et al.,2003)
- 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)
- Kahn,R.L., Byosiere,S.: Stress in organizations. In M.Dunnette(Ed.), Handbook of Industrial and Organizational Psychology, 1990(Kahn et al.,1990)
- 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.A.: Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign, Administrative Science Quarterly, 24: 285-307. 1979(Karasek, 1979)
- Karasek, R., & Theorell, T.: Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990 (Karasek et al., 1990)
- Karasek,R.A., Traiants,K.P., Chaudhry,S.S.: Co-worker and supervisor support as moderators of associations between task characteristics and mental strain, Journal of Occupational Behavior, 3:181-200(Chaudhry et al.,1982)
- 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)
- Mackay, C.J.: Psychological factors in the background of human ADaption: Some methodological issues. In Cullen, J. & Siegreest, J. (Eds.), *Breakdown in Human ADaptation to Stress*, Vol. 1, 1984 (Mackay, 1984)
- 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)
- Mayhew, C., Chappell, D.: 'Internal' occupational violence (or bullying) in the health care industry, *Journal of Occupational Health and Safety-Australia & New Zealand*, 19: 59-71, 2003 (Mayhew 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)
- McEwan, B.S.: The neurobiology of stress: From serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886: 172-189, 2000 (McEwan, 2000)
- 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)
- O'Driscoll, M., Beehr, T.: Supervisor

- behaviors, role stressors and uncertainty as predictors of personal outcomes for subordinates, *Journal of Organizational Behavior*, 15:141-155, 1994(O'Driscoll et al.,1994)
- Packham, C., & Webster, S.: Psychosocial Working Conditions in Britain in 2009. Statistics Branch. Health and Safety Executive, 2009 (Packham et al., 2009)
- Pickering, T.: Job stress, control, and chronic disease: Moving to the next level of evidence, *Psychological Medicine*, 63:734-736, 2001(Pickering,2001)
- Quick, J.C., Quick, J.D.: Organizational Stress and Preventative Management, 1984(Quick, Quick, 1984)
- Quine, L.: Workplace bullying in NHS community trust: Staff questionnaire survey, *British Medical Journal*, 318:228-232, 1999(Quine,1999)
- 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)
- Sapolsky, R.: Taming stress. *Scientific American*, 289(3):86-95, 2003(Sapolsky, 2003)
- Sells, S.B.: On the nature of stress. In J. Mcgrath(Ed.), *Social and Psychological Factors in Stress*: New York, 1970(Sells, 1970)
- Selye, H.: A syndrome produced by diverse nocuous agents, *Nature* 138: 32, 1936 (Selye, 1936)
- Selye, H.: Stress without Distress, 1974(Selye, 1974)
- 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)
- Warr, P.B.: Decision latitude, job demands and employee well-being. *Work & Stress*, 4:285-294, 1990(Warr, 1990)
- (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
- 鈴木隆: 障害者差別禁止法制の新展開, *労働法律旬報*, 1756:20-23, 2011
- 内閣府: 障がい者制度改革推進課意義差別禁止部会第4回議事録
- 長谷川聡: イギリス障害者差別禁止法の差別概念の特徴, *季刊労働法*, 225:49-57, 2009

長谷川聡:イギリス,独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター:欧米の障害者雇用法制及び施策の動向と課題,147-193,2012

長谷川聡:イギリス障害者差別禁止法の構造と限界,内閣府:障がい者制度改革推進会議差別禁止部会第4回資料1,2011

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1等書記官）、在英国日本国大使館1等

書記官松原哲也氏、雇用年金省健康局局長（Health and Well-being Directorate） Gareth Roach 氏、保健省メンタルヘルス・障害・平等局長（Director of Mental Health, Disability & Equality） Bruce Calderwood 氏、労働安全衛生庁職場環境・放射線・ガス担当部 Tony Almond 氏、英国産業連盟雇用・安全衛生部門政策アドバイザー Pippa Morgan 氏、イースト・アングリア大学ノーリッチ・ビジネス・スクール行動科学教室教授 Kevin Daniels 氏、ノッティンガム・トレント大学心理学系上級講師（senior lecturer） 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)

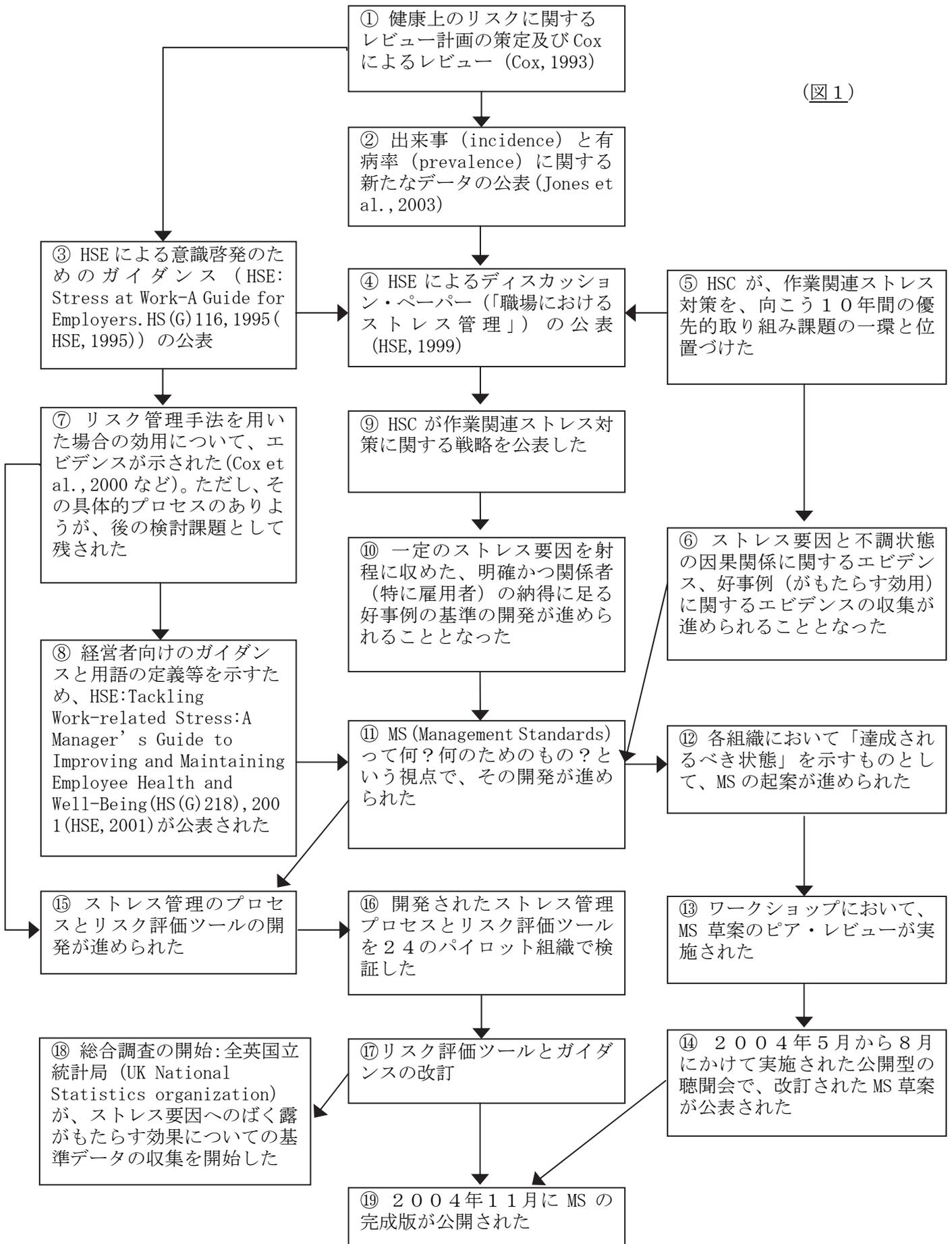
2) 職業別データ

	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

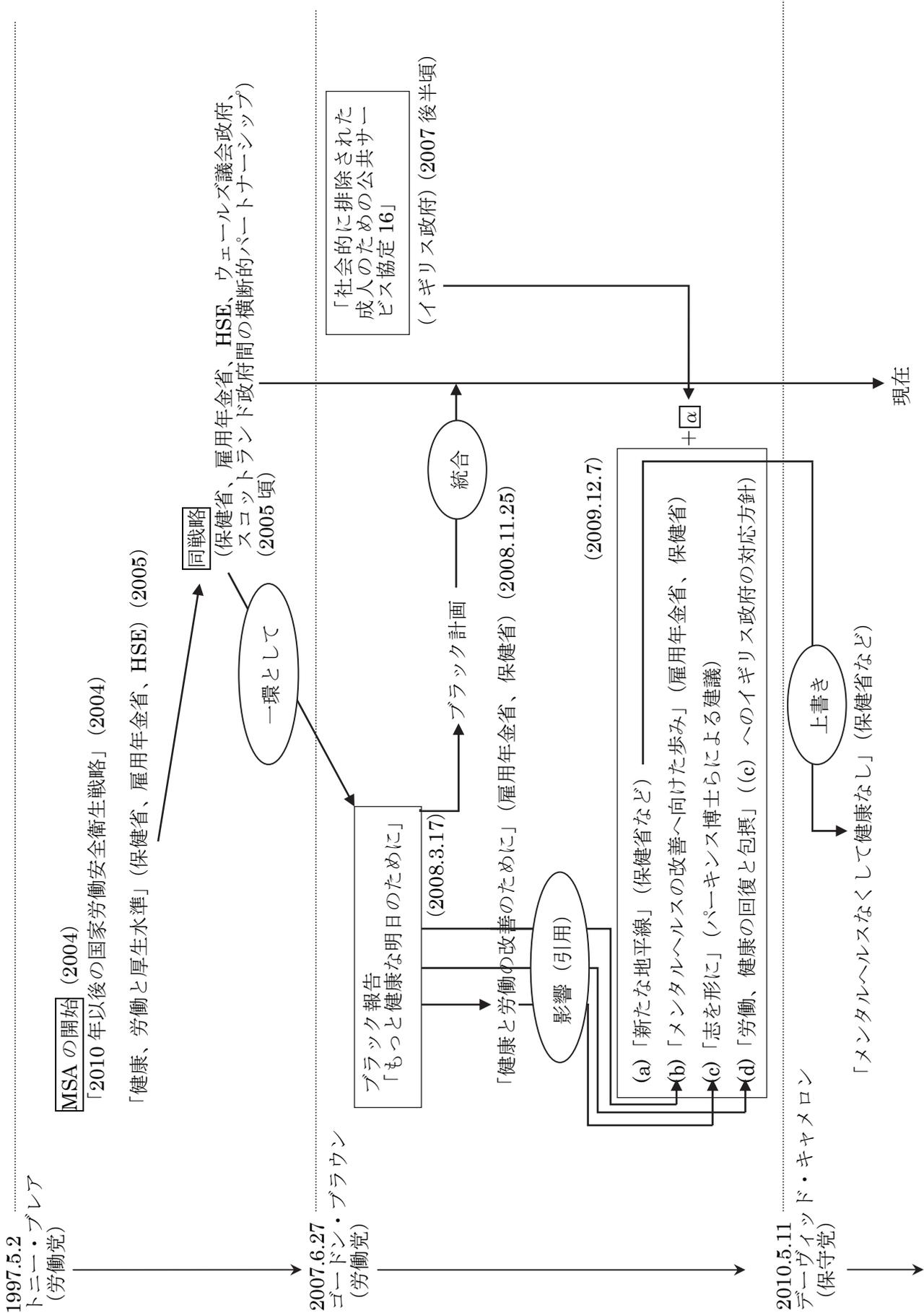
	2003/04年	2009/2010年
全産業	12803 (0.56)	9830 (0.42)
小規模 （被用者数50人未満）	4546 (0.37)	4196 (0.34)
中規模 （被用者数50～249人）	2933 (0.62)	1749 (0.37)
大規模 （被用者数250人以上）	2969 (0.57)	2611 (0.48)

(図1)

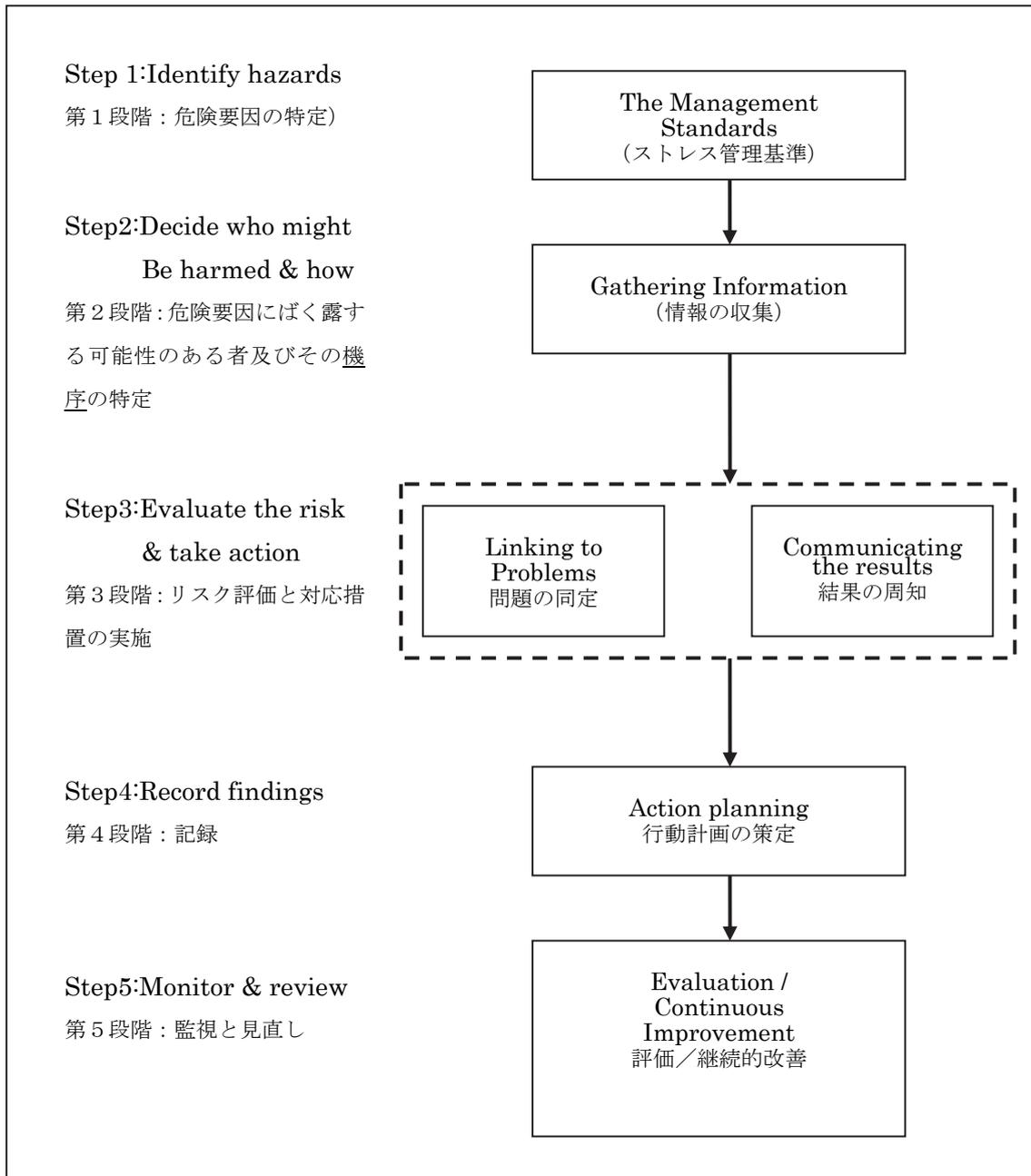


出典：Mackay,C.J., Cousins,R., Kelly,P.J., Lee,S., Mccaig,R.H.: ‘Management Standards’ and work-related stress in the UK: Policy background and science. Work & Stress,18:91-112,2004(Mackay et al.,2004)

(図 2)



(図 3)



Management Standards Approach: Risk Management

(図4)

○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、どのような支援を活用でき、いつどのようにそれを得られるか</u>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、紛争を避け、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、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、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つが、2013年に、そのうち1箇所を除き、英国保健省に新たに設置された英国公衆衛生庁（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. 313-332, In Biron, C., Karanika-Murray, M., Cooper, C.L. (Eds.). Improving Organizational Interventions for Stress and Well-Being: Addressing Process and Context. Routledge, 2012 (Daniels et al., 2012) .

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 at 313 に掲載された間接参照文献) .

³¹ Mackay et al., 2004 (Daniels et al., 2012 at 313 に掲載された間接参照文献) .

³² Cousins et al., 2004 (Daniels et al., 2012 at 313 に掲載された間接参照文献) .

³³ Mackay et al., 2004 (Daniels et al., 2012 at 314 に掲載された間接参照文献) .

³⁴ Cox et al., 2000 (Daniels et al., 2012 at 314 に掲載された間接参照文献) .

³⁵ HSE, 2007; Mackay et al., 2004 (Daniels et al., 2012 at 314 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 at 314 に掲載された間接参照文献) .

³⁷ Daniels et al., 2012 at 314.

³⁸ Ibid.

³⁹ Rick et al., 2002 (Daniels et al., 2012 at 314 に掲載された間接参照文献) .

⁴⁰ Cousins et al., 2004 (Daniels et al., 2012 at 314 に掲載された間接参照文献) .

⁴¹ Kompier, 2004 (Daniels et al., 2012 at 314 に掲載された間接参照文献) .

⁴² Daniels et al., 2012 at 314.

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、いずれも国務長官一現在は雇用年金大臣一により任命される。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 この項の内容は、基本的に 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)による。

⁸² Cooper,C.L., Dewe,P.J., O'Driscoll,M.P.:*Organisational Stress*, 2001(Cooper et al.,2001)（Mackay et al.,2004 at 93 に掲載された間接参照文献）。

⁸³ Mackay et al.,2004 at 93.

⁸⁴ たとえば、Lazarus et al., 1984; Sells,S.B.:On the nature of stress. In J.Mcgrath(Ed.), *Social and Psychological Factors in Stress: New York, 1970*(Sells,1970)（Mackay et al.,2004 at 93 に掲載された間接参照文献）。

⁸⁵ Warr,P.B.:Decision latitude, job demands and employee well-being. *Work&Stress*, 4:285-294, 1990(Warr,1990)（Mackay et al.,2004 at 93 に掲載された間接参照文献）。

⁸⁶ Cox,T., Randall,R.,Griffiths,A.:Interventions to control stress at work in hospital, 2002(Cox et al.,2002)（Mackay et al.,2004 at 95 に掲載された間接参照文献）。

⁸⁷ Mackay et al.,2004 at 95.

⁸⁸ Ibid.

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ Mackay et al.,2004 at 91.

⁹² Jones.J.R., Huxtable,C.S., Hodgson,J.T., Price,M.J.:Self-reported Wor-related Illness in 2001/02: Results from a Household Survey.,2003(Jones et al,2003)（Mackay et al.,2004 at 91-92 に掲載された間接参照文献）。

⁹³ Daniels,K.:Why aren't managers concerned about occupational stress? *Work & Stress* 10:352-366, 1996(Daniels,1996)（Mackay et al.,2004 at 92 に掲載された間接参照文献）。

⁹⁴ Mackay et al.,2004 at 92.

⁹⁵ Mackay et al.,2004 at 96.

⁹⁶ Brunner,E., Hemingway,B.R., Walker,P., Page,M., Clarke,P., Juneja,M., Shipley,M.J., Kumar,M., Andrew,R., Seckl,J.R., Paradopoulos,A., Checkley,S., Rumley,A., Lowe,G.D.O., Stansfield,S.A., Marmot, M.G.: Adrenocortical,autonomic,and inflammatory causes of the metabolic syndrome-nested case-control study.*Circulation*,19 November, 2659-2665,2002(Brunner et al.,2002)（Mackay et al.,2004 at 96 に掲載された間接参照文献）。

⁹⁷ McEwan,B.S.: The neurobiology of stress: From serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886:172-189, 2000(McEwan,2000)（Mackay et al.,2004 at 96 に掲載された間接参照文献）。

⁹⁸ Shekelle,P.G., Woolf,S.H., Eccles,M., Grimshaw,J.: Clinical guidance: Developing guidance. *British Medical Journal*, 318:593-596, 1999(Shekelle et al.,1999)（Mackay et al.,2004 at 96 に掲載された間接参照文献）。

⁹⁹ Mackay et al.,2004 at 96.

¹⁰⁰ Macleod et al., 2003（Mackay et al.,2004 at 97 に掲載された間接参照文献）。

¹⁰¹ McPherson,2001（Mackay et al.,2004 at 97 に掲載された間接参照文献）。

-
- 102 Griffiths,1999 (Mackay et al.,2004 at 97 に掲載された間接参照文献) .
- 103 HM Treasury,2004 (Mackay et al.,2004 at 97 に掲載された間接参照文献) .
- 104 Mackay et al.,2004 at 97.
- 105 Mackay,C.J.: Psychological factors in the background of human adaption: Some methodological issues. In Cullen,J.&Siegreest,J.(Eds.), Breakdown in Human Adaptation to Stress, Vol, e 1,1984(Mackay,1984) (Mackay et al.,2004 at 97 に掲載された間接参照文献) .
- 106 Mackay et al.,2004 at 97.
- 107 Mackay et al.,2004 at 97 に掲載された間接参照文献。
- 108 同前。
- 109 Sapolsky,R.: Taming stress. Scientific American, 289(3):86-95,2003(Sapolsky,2003) (Mackay et al.,2004 at 97 に掲載された間接参照文献) .
- 110 Mackay et al.,2004 at 97.
- 111 Ibid.
- 112 Mackay et al.,2004 at 97-98.
- 113 Karasek,R.A.: Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign, Administrative Science Quarterly, 24: 285-307. 1979 (Karasek, 1979) (Mackay et al.,2004 at 98 に掲載された間接参照文献) .
- 114 Karasek が共同研究者と共に、このモデルをより具体化した成果が、Karasek et al., 1990 (Mackay et al.,2004 at 98 に掲載された間接参照文献) に収められている。
- 115 Chaudhry,S.S.: Co-worker and supervisor support as moderators of associations between task characteristics and mental strain, Journal of Occupational Behavior, 3:181-200(Chaudhry et al.,1982) (Mackay et al.,2004 at 98 に掲載された間接参照文献) .
- 116 Mackay et al.,2004 at 98.
- 117 Mackay et al.,2004 at 98-99.
- 118 Stansfeld,S.,Head,J.,Marmot,M.: Work-related Factors and Ill-Health: The Whitehall II Study. HSE Contract Research Report 266/2000, 2000 (Stansfeld et al.,2000) (Mackay et al.,2004 at 98 に掲載された間接参照文献) .
- 119 Head,H., Martikainen,P., Kumari,M., Kuper,H., Marmot,M.: Work Environment, Alcohol Consumption and Ill Health-The Whitehall 2 Study. HSE Contract Research Report 422/2002, 2002(Head et al.,2002) (Mackay et al.,2004 at 98 に掲載された間接参照文献) .
- 120 Ibid.
- 121 Stansfeld et al.,2000 (Mackay et al.,2004 at 98 に掲載された間接参照文献) .
- 122 Selye,H.: Stress without Distress,1974(Selye,1974) (Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参照文献) .
- 123 Arnold,J., Cooper,C.L., Robertson,I.T.: Work Psychology: Understanding Human Behavior in the Workplace, 3rd edn.,1998(Arnold et al.,1998) (Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参照文献) .
- 124 Quick,J.C., Quick,J.D.: Organizational Stress and Preventative Management,1984(Quick,Quick,1984) (Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参照文献) .
- 125 Mayhew,C., Chappell,D.: 'Internal' occupational violence(or bullying) in the health care industry, Journal of Occupational Health and Safety-Australia & New Zealand, 19:59-71, 2003(Mayhew et al.,2003) (Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参照文献) .
- 126 Birman,J.: Covert violence in nursing, Australian National Safety Journal, 7:17-21, 1999(Birman,1999) (Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参照文献) .

- ¹²⁷ Quine,L.: Workplace bullying in NHS community trust: Staff questionnaire survey, *British Medical Journal*, 318:228-232, 1999(Quine,1999) (Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参考文献) .
- ¹²⁸ 自己申告による心理的負荷につき、O'Driscoll,M.,Beehr,T.: Supervisor behaviors, role stressors and uncertainty as predictors of personal outcomes for subordinates, *Journal of Organizational Behavior*, 15:141-155, 1994(O'Driscoll et al.,1994) (Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参考文献) 、生理学的指標につき、Kahn,R.L., Byosiere,S.: Stress in organizations. In M.Dunnette(Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, 1990(Kahn et al.,1990) (Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参考文献) 。
- ¹²⁹ Clarke,L.: *The Essence of Change*, 1994(Clarke,1994)(Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参考文献) .
- ¹³⁰ 例えば、De Lange,A.H., Taris,T.W., Kompier,M.A., Houtman,I.L.D., Bongers,P.M.: 'The very best of the millennium': Longitudinal research and the demand-control-(support) model, *Journal of Occupational Health Psychology*, 8:282-305, 2003(De Lange et al.,2003) (Mackay et al.,2004 at 100 に掲載された間接参考文献) ;Rick et al.,2002(Mackay et al.,2004 at 100 に掲載された間接参考文献) など。
- ¹³¹ Mackay et al.,2004 at 100.
- ¹³² Cox et al.,2002(Mackay et al.,2004 at 100 に掲載された間接参考文献) .
- ¹³³ Briner,R.B., Amati,C., Lander,R.: Development of Internal Company Standards of Good Management Practice and a Task-based Risk Assessment Tool for Offshore Work-related Stressors. HSE Research Report 107, 2003(Briner et al.,2003) (Mackay et al.,2004 at 100 に掲載された間接参考文献) .
- ¹³⁴ Mackay et al.,2004 at 100.
- ¹³⁵ Pickering,T.: Job stress,control,and chronic disease: Moving to the next level of evidence, *Psychological Medicine*, 63:734-736, 2001(Pickering,2001) (Mackay et al.,2004 at 100 に掲載された間接参考文献) .
- ¹³⁶ Goldberg,D.P.: *Manual for the General Health Questionnaire*, 1978(Goldberg,1978) (Mackay et al.,2004 at 100 に掲載された間接参考文献) .
- ¹³⁷ Mackay et al.,2004 at 100.
- ¹³⁸ Ibid.
- ¹³⁹ Brunner,E.: Stress mechanisms in country heart disease. In S.Stansfeld& M.Marmot(Eds.), *Stress and the Heart: Psychosocial Pathways to Coronary Heart Disease*(pp.181-199),2002(Brunner,2002)(Mackay et al.,2004 at 100 に掲載された間接参考文献).
- ¹⁴⁰ Mackay et al.,2004 at 101.
- ¹⁴¹ Brunner,2002(Mackay et al.,2004 at 101 に掲載された間接参考文献).
- ¹⁴² Head et al.,2002 (Mackay et al.,2004 at 101 に掲載された間接参考文献) .
- ¹⁴³ Mackay et al.,2004 at 101.
- ¹⁴⁴ HSE: *Management of Health and Safety at Work. Management of Health and Safety at Work Regulations 1999. Approved Code of Practice and Guidance*, L21(2nd edn.),2000(HSE,2000) (Mackay et al.,2004 at 101 に掲載された間接参考文献) .
- ¹⁴⁵ Rick et al.,2000 (Mackay et al.,2004 at 101 に掲載された間接参考文献) .
- ¹⁴⁶ Mackay et al.,2004 at 101.
- ¹⁴⁷ Ibid.
- ¹⁴⁸ Mackay et al.,2004 at 102.
- ¹⁴⁹ Ibid.
- ¹⁵⁰ (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込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。

¹⁵¹ 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。

¹⁵² Health and Safety: The State of Play:XpertHR, Source: Health and Safety Bulletin Issue: 403 Date: 01/11/2011 Publisher: LexisNexis Butterworths.

¹⁵³ Ibid.

¹⁵⁴ HSE, 2009b at 2.

¹⁵⁵ HSE, 2007 at 1.

¹⁵⁶ HSE, 2009a at 12.

¹⁵⁷ Mackay et al., 2004 (HSE, 2009a at 12 に掲載された間接参照文献) .

¹⁵⁸ HSE, 2009a at 12.

¹⁵⁹ Cox, 1993; Cox et al., 2000 (HSE, 2009a at 12 に掲載された間接参照文献) .

¹⁶⁰ Jordan et al., 2003 (HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献) .

¹⁶¹ Cousins et al., 2004 (HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献) .

¹⁶² HSE, 2009a at 13.

¹⁶³ Rick et al., 2002 (HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献) .

¹⁶⁴ Cousins et al., 2004 (HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献) .

¹⁶⁵ HSE, 2009a at 13.

¹⁶⁶ Karasek et al., 1990 (HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献) .

¹⁶⁷ 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) .

¹⁶⁸ Michie et al., 2003 (HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献) .

¹⁶⁹ HSE, 2008 (HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献) .

¹⁷⁰ HSE, 2009a at 13.

¹⁷¹ WHO Profile Report 2009 at 40.

¹⁷² HSE, 2007 at 2.

¹⁷³ Id. at 49.

¹⁷⁴ Id. at 41.

¹⁷⁵ 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。

¹⁷⁶ HSE, 2009a at 26-27.

¹⁷⁷ Daniels et al., 2012 at 315.

¹⁷⁸ HSE Statistics, 2009 (Daniels et al., 2012 at 315 に掲載された間接参照文献) .

¹⁷⁹ HSE, Statistics 2009 (Daniels et al., 2012 at 315 に掲載された間接参照文献) .

¹⁸⁰ Ibid.

¹⁸¹ Packham et al., 2009 (Daniels et al., 2012 at 315 に掲載された間接参照文献) .

¹⁸² Daniels et al., at 315.

¹⁸³ Broughton et al., 2009 (Daniels et al., 2012 at 315 に掲載された間接参照文献) .

¹⁸⁴ HSE, 2009c (Daniels et al., 2012 at 315 に掲載された間接参照文献) .

¹⁸⁵ Daniels et al., 2012 at 315.

¹⁸⁶ HSE, 2007 at 8.

¹⁸⁷ Id. at 9.

¹⁸⁸ Id. at 10.

¹⁸⁹ Id. at 10.

¹⁹⁰ Id. at 11.

¹⁹¹ HSE, 2009a at 15-16.

もつとも、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。

¹⁹² Kompier, M.A.J.: Does the 'Management Standards' approach meet the standard? *Work & Stress*, 18: 137-139, 2004 (Kompier, 2004) .

¹⁹³ Main et al., 2005 (Kompier, 2004 に掲載された間接参照文献) .

¹⁹⁴ 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。

¹⁹⁵ Cousins et al., 2004; Mackay et al., 2004 (Kompier, 2004 に掲載された間接参照文献) .

¹⁹⁶ Daniels et al., 2012 at 315-319.

¹⁹⁷ Cox et al., 2007b (Daniels et al., 2012 at 315 に掲載された間接参照文献) .

¹⁹⁸ Broughton et al., 2009 (Daniels et al., 2012 at 315 に掲載された間接参照文献) .

¹⁹⁹ HSE, 2009a (Daniels et al., 2012 at 315-316 に掲載された間接参照文献) .

²⁰⁰ Bourbonnais, R., Jauvin, N., Dussault, J., Vézina, M., Evaluation of an Intervention to Prevent Mental Health Problems Among Correctional Officers, In Biron, C., Karanika-Murray, M., Cooper, C.L. (Eds.). *Improving Organizational Interventions for Stress and Well-Being: Addressing Process and Context*. Routledge, 2012 (Bourbonnais et al., 2012) .

²⁰¹ HSE, 2009a (Daniels et al., 2012 at 316 に掲載された間接参照文献) .

²⁰² Cox et al., 2007b; HSE, 2009a; Tyers et al., 2009 (Daniels et al., 2012 at 316 に掲載された間接参照文献) .

²⁰³ Broughton et al., 2009 (Daniels et al., 2012 at 316 に掲載された間接参照文献) .

²⁰⁴ HSE, 2009a; Tyers et al., 2009 (Daniels et al., 2012 at 316 に掲載された間接参照文献) .

²⁰⁵ European Agency for Safety & Health at Work, 2009 (Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献) .

²⁰⁶ Cox et al., 2007b; HSE, 2009a; Tyers et al., 2009 (Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献) .

-
- 207 Cox et al., 2007b (Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献) .
- 208 Broughton et al., 2008; Cox et al., 2007b; HSE, 2009a; Tyers et al., 2009 (Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献) .
- 209 HSE, 2009a (Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献) .
- 210 Broughton et al., 2008 (Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献) .
- 211 Tyers et al., 2009 (Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献) .
- 212 HSE, 2009a (Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献) .
- 213 HSE, 2009a at 27 (Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献) .
- 214 Tyers et al., 2009 (Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献) .
- 215 Cox et al., 2007b; HSE, 2009a (Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献) .
- 216 Rick et al., 2002 (Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献) .
- 217 Daniels, 2011 (Daniels et al., 2012 at 317-318 に掲載された間接参照文献) .
- 218 Daniels, 2006 (Daniels et al., 2012 at 318 に掲載された間接参照文献) .
- 219 Ibid.
- 220 HSE, 2009a at 14-15.
- 221 Rick et al., 2000 (HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献) .
- 222 Adams et al., 2004 (HSE, 2009a at 15 に掲載された間接参照文献) .
- 223 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。
- 224 HSE, 2009a at 8.
- 225 Ibid.
- 226 Ibid.
- 227 Ibid.
- 228 WHO Profile Report 2009 at 40.
- 229 日本におけるソーシャル・ファームの普及へ向けた取り組みの詳細については、公益財団法人・日本障害者リハビリテーション協会情報センターが開設しているWEBページ (http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/glossary/Social_Firm.html) に掲載されている各報告書等を参照されたい。
- 230 <http://www.dwp.gov.uk/remploy>

(1) イギリスのストレス管理基準 (Management Standards) の効果が十分に確認されない理由に関する一考察～公衆衛生学の立場から～

北里大学医学部公衆衛生学講座教授 堤 明純

メンタルヘルス対策にリスクアセスメントの考え方を取り入れることには賛同できる。マネジメントスタンダードが、これまでのところ好ましい効果を挙げていない要因としては、開発プロセス自体の問題とともに、メンタルヘルスが有する固有の問題 (客観的な指標の欠如)、および、理論・実務間のギャップ (個々の現場における、理想的な介入のむづかしさ) などがあるのではないかと考える。

開発プロセス自体の問題としては、困難を極めたと推測される、「具体的基準の策定」が、最も大きな要因になっているように思われる。

1) リスクアセスメントの妥当性・実効性

おおむね代表的なストレス要因 (6つの要因群) はとらえられている。また、ステップ1からステップ5の手続きも正当で、作業関連ストレス対策でも採用されるべきであるとする意見には同意できる。しかし、稿でも述べられているように、具体的にどうリスクアセスメントされたか、リスクアセスメントは実効的であったか、という点は大きな課題と思われる。

基準の設定の妥当性 (「望ましい状態」の基準は何か? 妥当か?)、および、職場のストレスの程度の把握の正確性 (「組織の現状」をどの程度正確に把握できているのか?) の両側面から妥当なリスクアセスメントが可能なのか課題が残っているのではないだろうか。

2) 介入の実効性

介入の実効性 (implication) に関する評価が必要と思われる。稿で述べられているように、個々の現場において対処法が不明だということに加えて、以下の3項目から実際の介入には、困難が伴ったであろうことが推測される。

介入方策に関するモデルの欠落: 個々の事業場特異的に有効な介入が不明。一般的な問題でも、いじめや暴力は、メンタルヘルス不調のリスクとするエビデンスはあるが、介入についてはその方策を含めてエビデンスがない (お手本がない)。

被用者の関与: 参加型の職場環境改善の効用など、被用者の関与が好ましい結果を生じているという根拠が提出され始めたところであり、現時点で、一般的に誰でもができる水準ではない。

介入に伴う「副作用」: 本務を営みながら、MSに関わる作業を進めなければならない負担などが、介入活動を阻害する可能性がある。

以上より、理論的には正しいはずでも、実際に実行がされたのか (薬はあっても、服用

されたのか)、検証が必要。

3) アウトカム評価の困難

客観的な指標の欠如していること、多要因から影響を受けること、からアウトカムの評価が困難である。

リスク低減の測定が客観的に可能な化学物質などに対して、客観的な指標が欠如しているメンタルヘルスではアウトカムの評価が困難である（もちろん、化学物質でも、有害要因の低減は確認できても、そのために健康状況が改善するところまで把握することは、予防的活動の中では困難）。

さらに、職務レベルのリスク低減ができたとしても、別の要因、たとえば不況などの経済要因が、アウトカム増悪の方向に作用する可能性もある。

4) ストレス要因の把握の仕方

リストアップされた6つのストレス要因群は、それぞれメンタルヘルスのリスク要因として確立されたものであり、抽出されるべき構成概念としては妥当なものであると考える。しかし、個々にアプローチしたときのストレス対策効果は存在するものの、まだ乏しい。たとえば、要求度 - コントロールの要素である仕事の要求度と裁量は主要効果に基づく勧告をしているが、「要求度が高く裁量の低い」両者の交互作用を重視する所見や、要求度だけで言えば、過小な要求度もストレス要因となりうるとする所見があり、要求度低減だけの効果は不明である。

(2) イギリスのストレス管理基準 (Management Standards) の効果が十分に確認されない理由に関する一考察～精神医学の立場から～

慶応義塾大学医学部精神神経科学教室助教 佐渡充洋

筆者は、三柴丈典主任研究者より、英国における MSA が少なくとも国家レベルにおいてその効果が確認されていない状況について、その理由として検討される事象を精神医学的立場から考察することを求められた。よって、その結果をここに報告する。ただし、筆者は、本報告書で引用されている様々な文献 (一次文献) を直接精読しているわけではなく、報告書に記述されている内容から、筆者自身が理解した内容をもとに、上記の理由について考察を行っている。その結果、筆者の考察と一次文献の報告内容との間に何らかの矛盾が生じる可能性がある。そのような矛盾が生じたとすれば、それは筆者自身の理解不足に起因するものであり、主任研究者および本報告書の内容に起因するものでないことをあらかじめ述べておく。

筆者は、「MSA が明確な効果を上げたという根拠が乏しい」という事象に対する原因は、大きく以下の二つの要因に帰結するのではないかと考える。

1. MSA のそのものの妥当性の問題
2. MSA の効果の検証手法の問題

1. MSA そのものの妥当性の問題

まず、MSA そのものの妥当性の問題についてであるが、この問題を検証するには、以下の二点についての検討が必要になる。

- ① MS が規定する介入が組織において実施されるプロセスにおける妥当性
- ② MS によって規定されたリスク要因そのものの妥当性

① MS が規定する介入が組織において実施されるプロセスにおける妥当性

MS で規定されているリスク項目についてであるが、研究報告書でも述べられている通り、「『～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」(p1 研究要旨) がとられている。これは、組織としての理想的な状況 (ゴール) を提示していることになるが、そこに到達するための手法については、必ずしも十分な提示がなされているわけではないようである。

もちろん、MSA が単に「理想的な状況」を提示するだけでなく、組織におけるリスク評価を行い、「理想」と「現実」のギャップを認識させることによって、理想的な状況の達成へのアシストを行っていることは事実である。しかし、それでもなお、「現実」から「理想」へいかに到達するかの方略に関しては、必ずしも明らかにされているとはいいがたく、この介入を実施するプロセスにおいてつまづいてしまった組織が出ている可能性があるのではないかと推測する。筆者のこの仮説が正しいか否かを検証するためには、MSA が規定する介入が、組織においてどの程度実施されているのかをまず検証する必要があるが、実はこれが十分に実施されていないことが窺われる（1.4.6.1.1 **Kompier** の示唆する総合的問題点 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）。MSA の問題点を抽出するためにも、まずこの点の解明が必要になると思われる。

次に、検証の結果、もし MSA の介入の実施率が高くなかったと仮定すると、その実施可能性を高めるためのなんらかの工夫をこらすことが必要になるだろう。そのための 1 つの方策として、実験的に検証を行った企業において、うまく実施できている企業ではどのようなプロセスでこれらが実施されたのか、いわゆる「ベストプラクティス」事例を提示することも有効であるかもしれない。しかし、その場合でも、ある組織で有効であった介入の方法が、他の組織でも常に有効であるという保証はない。

これは、精神医療においてある患者の治療に有効であった精神療法的アプローチが別の患者に必ずしも有効とは限らないという事象と基本的に同じことであろうと考える。

これについて少し解説を加える。うつ病の治療では、認知行動療法という精神療法の有効性が実証されている。これは、うつ病の患者において、物事の捉え方（認知）が過度に悲観的になっていたり、自責的になっていたりしてバランスを欠いてしまっている事象に着目し、その認知をよりバランスのとれたものに改善していくことで抑うつ的な気分の改善を図ることを目的とした治療法である。認知療法を実施した結果としての「理想像」は、「認知がバランスのとれたものになること」になる。そして、その「理想像」と「現実（様々に歪んでいる認知）」のギャップを認識し、その変容を促すためのツールも様々開発されている。しかし、それぞれの患者のどの認知に着目し、どのようにその変容を促すかといった理想像に到達するための方略については、必ずしも定式的に導かれるものではなく、患者の背景、現在抱えている問題の重大さ、本人の認知の特徴などを加味しながら、臨床的に決定されていくことになる。そして、適切な方略を採用する力量をあげるためには、一定の期間のトレーニングが必要になる。

筆者は、これと同じことが、それぞれの組織における適切な MSA の介入法の選択についてもいえるのではないかと考えている。精神療法において、キーコンセプトは抑えながらも、患者の背景、抱えている問題、認知の特徴などをふまえてテーラーメイドでその介入法を検討するのと同じように、組織において適切な MSA の介入法を検討する際にも、組織の風土、組織を構成する個人個人の特性、事業環境などをふまえた上で、その組織にそのタイミングで有効な介入法を作り上げる作業が必要になるのではなかろうか。もしそうで

あるならば、MSA がそのプロセスにおいて、組織のリスク要因を明らかにし、理想的状況とのギャップを明確にすることでその改善を促すといった標準化されたアプローチをとったとしても、その理想像に到達するための方略は、標準化されたアプローチから半ば自動的に決定されるものではないため、そのことが MSA の実行率を低下させたり、その効果を減じさせているのではないか、筆者はそのように推測する。

② MS によって規定されたリスク要因そのものの妥当性

MS 開発の経緯を確認する限り、MS によって規定されたリスク要因は、現時点で入手できる最良の科学的根拠にもとづいて決定される努力がなされており、そのプロセス自体に大きな問題はないと考える。ただし、これらのリスク要因の根拠となっているエビデンスの科学的根拠が必ずしも頑健でないことを考えると、これらのリスク要因の除去（介入）が真に効果的であるかは実際にこれらの介入を実施しその効果について検証をしないと確認ができない。しかし、先述のとおり、パイロットスタディにおいてもその検証が十分に実施されているとはいえない状況のようであり、そのことがリスク要因の妥当性の検証を困難にしている要因となっている。①でのべたとおりであるが、MSA の介入の実施率を上げる努力をすることが、間接的に、MS によって規定されたリスク要因そのものの妥当性の検証にも貢献すると考えられる。

2. MSA の効果の検証手法の問題

もう一つは、MSA の効果検証の手法にまつわる問題である。本報告書を見る限り、MSA の効果検証は、デルファイ法による評価や政府統計による様々なストレス関連疾患の発生率や休業日数といったデータの MSA 導入前後での経年的な変化をモニターすることで行われている。しかし、これらの手法は、MSA の効果を疫学的に評価するには必ずしも適切な方法とはいえない。デルファイ法は、客観的データが存在しない場合などにそれを補う目的などで実施されることが多く、これらの結果が客観性を有するとはいいがたい。また、政府統計による様々なデータについては、これらのデータに影響を与えうる MSA 以外の要因について、その補正はほとんどなされていないと考えられるため、これらのデータをもってして、MSA の効果を論じることには無理があるように感じられる。むしろ、MSA 導入以前に 22 の組織で試験的な導入がなされているわけであり、この段階で、MSA 以外の要因を除去できるような形で (Cluster randomized control trial) その効果を検証するのが適切であったのではないかと推測する。

以上、MSA が国家レベルでその効果が確認されていない状況について、その原因を、MSA

そのものの妥当性の問題、MSA の効果の検証手法の問題の観点から考察を行った。

その結果、精神医学的観点から、MSA による介入を実施するにあたってその方略を選択する困難さが、効果が明確に出ない結果に関与している可能性が考えられた。しかし、同時にこの可能性を評価するだけの効果検証がほとんど実施されていないことも明らかになった。これらのことから、現状では、『MSA の効果がみとられない』ことが確認されている」訳ではなく、「MSA に効果があるのかどうかの検証が十分にされていない」と考えるほうがむしろ自然であり、まずは小規模でも良いので適切な形でその効果の検証を行うことが重要なのではないかと考えられた。

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監督署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、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病気休暇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。そうした中で、デンマークにおける一つの特徴である政府・使用者団体・労働組合の話し合いによって労働政策の方向性が定まるといえる法文化が、心理社会的労働環境の知見を利用した労働環境のリスク評価とその改善という形で結実したものといえるが、これは、あくまでも従来の労働安全衛生の枠の中で考えられてきており、メンタルヘルス対策に特化したものではないという点には留意が必要であろう。1990 年代後半から現在に至るまで、デンマーク政府はさまざまな行動計画や戦略を積極的に設定してきているが、このことはメンタルヘルス対策を含む労働環境の改善が、デンマークにとって重要な政策課題となっていることを示しているといえることができる。

1 次予防の中心をなす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、病気休暇への関与、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。

また、2 次予防、3 次予防のうち 3 次予防に関しては、疾病手当法に基づく復職に関するフォローアップの規定があるとはいえ、その根底にあるのはいずれも被用者と使用者との間の話し合いを通じて職場における疾病の予防と被用者の段階的復職を図っていくというプロセスを重視し、柔軟な対応を可能としている点にデンマークの特徴を見ることができ、この点は上記のデンマークの法文化を反映したものであるといえよう。

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病気休暇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、病気休暇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。

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監督署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

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）²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（法1条）。かかる法の目的の実現のために、行政機関である労働環境監督署による行政的監督が行われるが、デンマークの特徴として、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している。具体的には、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³。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⁴。

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。同条は、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. 疾病手当法

デンマークにおいては、被用者が疾病により休業した場合の保障として疾病手当法（Sickness Benefit Act, デンマーク語：Lov om sygedagpenge）に基づく給付を受けることができる。

疾病手当法の目的は、(1) 疾病による欠勤に対する所得保障の供給、(2) 疾病による欠勤者ができる限り早期の復職を可能とするための援助、(3) 疾病を減少・予防するための地方自治体、企業等の協働を支援すること、となっており（1条）、単なる社会保障給付としての規定のほか、疾病

により欠勤している被用者の職場復帰に関する規定も設けられている点に特徴がある。

疾病手当は、被用者、自営業者、失業者、労災被災者等を対象として（法2条）、自らの疾病により労務を提供できなくなった者に対してその休業期間中支給される。手当の支給を行うのは、最初の欠勤の日から30日間については当該被用者を雇用している使用者であり、30日間経過後は、地方自治体（コムーネ）がそれを引き継ぐ形で支給することとなっている（法6条1項）。

疾病手当の支給要件に関連して、被用者が労務の提供が不能であるということについては、被用者が罹患している疾病とそれが病気休暇へ与える影響とを勘案して決定される（法7条1項）。また、疾病により、遅刻や早退などが生じ、部分的に労務を提供できなくなっている時間が週当たり4時間を超えた場合にも支給される。これには、通院のために要する時間（診察時間のほか、移動時間、診察までの待ち時間を含む）も含まれる（法7条2項）。

被用者の病気休暇取得が3カ月を超える場合には、被用者の職場復帰に向けての調整（アセスメント）およびフォローアップが行われる。この点に関しては、3次予防の項目にて詳述する。

1.1.3. 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⁵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。

1.1.4. 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。

1.1.5. 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

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 (Guidelines to preparation and review of workplace assessments, D.1.1)」が 2002 年に労働環境監督署によって作成されている⁶。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 (法 69 条)。労働環境監督署は、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、後掲の図を参照)。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. 労働環境監督署

労働環境監督署 (Working Environment Authority; WEA, デンマーク語: Arbejdstilsynet) 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が、主なものとして、(1) 企業、産業別労働環境評議会、労働者団体、使用者団体、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) 雇用担当大臣の名の下での規則の策定、(3) 労働のプロセスから作業場、技術装置、さらには物質・材料に関して、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、(4) 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、などが挙げられる。このうち、最も重要な権限と認識されているのは、(4) の規則遵守確保を目的とした労働環境に関する査察制度である。

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⁷により、二段階のリスクベースによる査察 (risk-based inspections in two tiers) 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もっともリスクの高い企業への査察を確保することをその目的としており、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。

労働環境監督署による査察の実際につ

いては、1次予防の項目にて詳述する。

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に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、労働環境法第12章以下に規定が置かれている。労働環境評議会の主な権限は、(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、法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、労働環境法違反の是正に際して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方策

1.3.1. 1次予防面

労働環境監督署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、(1) 労働条件の認識および対応関係の作成、(2) 問題の記述と評価、(3) 病気休暇への関与、(4) 優先順位とアクションプラン、(5) フォローアップ、という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、被用者との面談、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ものであること、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。

1.3.1.3. 労働環境監督署による査察の実 際

上記の職場リスク評価のサイクルは、労働環境法に基づいて各企業により行われるが、これが適切になされているか否かの評価は労働環境署による査察を受けなければならない。以下では、労働環境監督署へのインタビューを踏まえた労働環境監督署による査察の実際について、その概略を述べる。

査察は、各企業に対して3年に1回のペースで行われることを基本とするが、労働環境に関してよりリスクが高いと評価さ

れた企業に対しては、必要に応じてこれよりも短いサイクルで行われる場合がある。また、査察のための使用者への訪問は、予告なしで抜き打ち的に行われるものとされているが、実務上は、査察に際して使用者側が提供すべき資料の準備や使用者の繁忙期などを考慮して、大まかな訪問時期については2ヵ月から6ヵ月前には使用者側に通知している。

使用者への訪問に当たって、査察官は、(1) 使用者から提供されたデータ、(2) 労働状況の観察、(3) 質問状への回答内容、という3点を中心として査察を行う。このうち、(1) については、当該資料が示すものと、実際の労働環境との間に齟齬がないかどうかを確認する。(2) については、人の配置、物の配置、被用者の労働の状態などについて観察するものであり、たとえば、ある部門の被用者が忙しく働いている状況の中で、他の部門の被用者が暇をもてあましているような状態であれば、人員の配置に問題があるものと判断される。(3) については、後述する COPOSQ の簡易版の質問状への回答から、被用者の労働環境への認識や問題状況について調査を行うことになる。

このような査察の結果、労働環境に問題があるとされる場合であっても、その場での判断は行わず、持ち帰って合議の上で最終的な判断を行うものとされている。査察結果に不満がある使用者は、異議申立をすることができる。

査察の主たる目的は、被用者が病気にならない、あるいは疾病を引き起こす要因の排除である。あくまでもリスク要因を予防することが重要であって、必要以上に使用

者のビジネスに介入することを目的とするものではない。査察官からみた労働環境法への対応に問題が生じる使用者の例としては、使用者自身の認識としては法に則した対応を行っているにもかかわらず、実質的にリスク要因を排除できていない場合、あるいは法への対応を必要以上に行った結果、かえって被用者へ過負荷が生じる場合などが挙げられる。こうした事例に対しては、査察官による十分な説明を通じて対応してきており、最近では徐々に減少しているとのことである。

また、後述する与野党間の合意に基づく査察範囲の拡大を受けて、査察官自身の業務量が増加しており、その労働環境の悪化が懸念されるが、この点に関しては、上司と査察官との間で話し合いにより適宜調整を行うことになる。

1.3.2. 2次予防面

職場における被用者のメンタルヘルス関連疾病の早期発見という2次予防に関しては、デンマークでは公的な規制ないしガイドランスは設けられてはいない。ただし、そのことがデンマークにおいて2次予防に関する意識が低いということを意味するものではない。以下、現地調査を踏まえたデンマークにおける2次予防の概要を述べる。

2次予防に関連する前提として、疾病手当法の規定により、被用者が疾病により欠勤する場合、同法に基づく給付は、被用者が疾病により労務を提供できないとのみ規定されており、疾病が業務に起因するか否かを問わず支給される。したがって、疾病により欠勤する被用者は使用者に対してその病名を通知する必要がなく、また使

用者も被用者の復職に関連して後述する医療情報法上の要件を満たす場合でなければ、単なる欠勤についてその理由を尋ねることは原則としてはできない。実務上も、デンマークへの訪問調査で見聞した限りではあるが、一般に使用者が疾病により欠勤している被用者がどのような疾病で欠勤しているかについて問うことは、プライバシーとの兼ね合いで難しいと認識されている。

したがって、2次予防については、もっぱら個々の使用者によるその雇用する被用者の労務遂行状況へのマネジメントを通じて、被用者が職場環境に起因するメンタルヘルス関連疾患に罹患しないようにするという一般的な予防が中心となり、どのような予防策がとられるかは、もっぱら各企業の裁量に委ねられているといえよう。この点、デンマークへの訪問調査において、使用者団体、労働組合へのインタビューを通じて得られた話を総合するならば、労働環境に関連する問題に関してオープンに話し合いができる職場作りをしていかなければならないとの点については労使双方にて見解は一致しており、それを実現するための具体的な方策としては、職場におけるいじめ、暴力、脅迫、ストレスなどに関するガイダンスの作成および周知、年に1回は全員参加の話し合いの場を設けて上司と部下間、あるいは同僚間においてメンタルヘルスを含むさまざまな労働環境に関する問題について積極的なコミュニケーションをとることなどが重要視されている。こうしたコミュニケーションを通じて、上司や同僚によるメンタル不調となっている被用者への「気づき」や「声

かけ」、また被用者自身によるメンタル不調の申出ができるような職場環境の構築が可能となるものと認識されている。

また、そうした環境作りの中では、管理職によるマネジメントが重要な役割を果たすことが期待されている。最近では、管理職への昇進要件として、部下たる被用者への適切な指示・配置など従来の人的資源の管理能力に加えて、メンタルヘルスに問題を抱える被用者への対処法について講習ないし研修を受けているかが問われることも多くなってきている。したがって、管理職への評価は、業績を上げているか否かのみならず、こうした被用者への対処ができていくかどうか最近では重視されるようになってきているといえよう。

1.3.3. 3次予防面

1.3.3.1. 疾病手当法に基づく復職手続

上述のように、病気休暇からの復職に関しては、疾病手当法に規定が設けられている。以下に疾病手当法の規定内容を詳述する。

1.3.3.1.1. 使用者による面談および雇用維持計画

疾病手当法によれば、最初の欠勤の日以後4週間以内に、被用者の職場復帰の態様および時期に関する個別的な面談を行うために被用者を呼び出すことができる(法7条a1項)。この面談は対面で行うことが基本であるが、被用者の病状ないしその他の事情により出席が困難であるならば、電話によることも可能である。被用者が対面での面談に協力できなかったことは、疾病手当の受給には影響を与えないものとされている(同条2項)。

また、疾病により病気休暇を取得してい

る被用者が、最初の欠勤日から8週間以内に復職することができないと予期している場合、被用者がどの程度の期間で復職できるかについて記載した雇用維持計画（retention plan）を要求することができる（法7条b1項）。被用者はいつでも雇用維持計画を要求することができるが、使用者がかかる維持計画を作成しないと決定した場合には、使用者は被用者からの要求を拒否することができる（同条2項）。疾病被用者が雇用維持計画を受け取った場合、被用者は、自治体との間でフォローアップのために行う最初の面談の際に当該プランを提出しなければならず、フォローアップは当該維持計画をベースとして行われる（同条3項）。

1.3.3.1.2. 地方自治体による面談およびフォローアップ

疾病手当法は、8週間を超えて病気休暇を取得している被用者に対する自治体による面談およびフォローアップに関する規定を設けている。

1.3.3.1.2.1. 面談と情報シートの作成

自治体は、被用者の病気休暇の特徴と状態を考慮に入れた上で、個別かつ柔軟なフォローアップのための行動計画を作成しなければならない。この過程において、自治体は被用者へ関与していかなければならない（法8条1項）。行動計画は、首尾一貫性と包括性を持ったものでなければならず、自治体は関係者と協力して作成していかなければならない（同条2項）。

自治体の担当者は、関連する利害関係者（使用者、医師、失業局、労働組合、リハビリ施設、病院・診療所）と連携していかなければならず、なかでも使用者とかがり

つけ医との協力関係を構築することが必要となる（法9条）。

自治体は、被用者の病状等について必要に応じて照会を行うことができるが、医療情報の取得に関しては、適切な手続をふまなければならない（法10条1項）。また自治体は、当該事例に対する疾病手当の給付等に関して十分な説明を行わなければならない。また病休被用者は、自らの病状を含む関連する情報について回答しなければならない（法11条1・2項）。自治体は、病気休暇の事例について情報シートを作成し、被用者に送付しなければならない。自治体は、この情報シートとフォローアップのための面談の結果を踏まえて、事例を以下の3つのカテゴリに分類して病休被用者に対応すべきとされる（法12条）。

- ・ 早期復職が可能な事例（カテゴリ1）
- ・ 長期の疾病のリスクまたは労働に関してリスクを伴う事例（カテゴリ2）
- ・ 疾病が長期化している事例（カテゴリ3）

1.3.3.1.2.2. フォローアップ

疾病被用者へのフォローアップの頻度は、上記のカテゴリごとに異なっており、カテゴリ1および3の場合は、最初のフォローアップは最初の欠勤日から8週間を経過したあとに行われ、2回目は1回目のフォローアップから3ヵ月後に、それ以後は3ヵ月ごとに行われる。これに対して、カテゴリ2に属する場合は、最初のフォローアップについては同様であるが、2回目以降は4週間ごとにフォローアップを行うこととされている（法13条2項・3項）。

自治体が行うフォローアップも、使用者が行う場合と同様に対面での面談が基本

となっているが、被用者からの要望や、復帰可能性が高い場合、手術を受ける予定がある場合、また病状により面談が困難な場合などの理由があれば、電話や電子メール、手紙で面談を行うことが可能である（同条4項）。これらのフォローアップについては再面談を行うことができ、その結果としてカテゴリの変更を行うこともできる（同条7項）。

自治体によるフォローアップは、病休被用者の雇用維持および早期復帰を図ることを目的として、病休被用者のニーズに合わせて全体的な調整を図っていくことが求められ、また継続的な対話を通じて、常に調整されなければならない（法15条1・2項）。被用者が労務復帰不可能と判断する場合もありうるが、それが正当化されるのは、自治体が当該被用者の復職に関してあらゆる手段を尽くした後である（同条5項）。

自治体が病休被用者に対して行うフォローアップは単発的なものでなく、常に次のフォローアップへと引き継がれていかなければならず、またフォローアップが調整・変更された場合には、後続のフォローアップにそれを反映させなければならない（法16条1-3項）。フォローアップに関する行動計画は、病休被用者に手交されなければならないが、これはプランに重大な変更が加えられた場合にも同様である（同条4項）。

自治体は、段階的な復職に関連して使用者への働きかけを行い、また被用者をサポートすると共に、病状の進行について使用者と定期的なコンタクトを取っていかなければならない（法17条1項）。自治体は、

すべての事例において、被用者ができる限り早期に完全復職することを確実にするために、段階的な復職を使用者に求めて行く必要があるが、かかる段階的な復職に関しては、基本的には自治体、使用者、病休被用者間の合意によって決定されるべきである（同条2・3項）。

1.3.3.1.3. 小括

以上、使用者・自治体による職場復帰に関する疾病手当法の規定を概観してきたが、これらの規定からデンマークにおける特徴を見いだすならば（1）話し合いを基礎とした職場復帰、（2）自治体の積極的関与、（3）フォローアップの継続性といった点が挙げられよう。（1）については、疾病手当法は、病気休暇を取得している被用者の職場復帰に関する使用者、自治体の果たすべき役割を規定しているが、そのベースとなっているのは病休被用者との間の話し合いであり、被用者の病状や職場の状況を勘案して柔軟な対応を取ることが可能となっている。（2）については、疾病手当法の法的構造とも関連しているとはいえ、被用者と使用者という職場復帰の当事者にいわばコーディネーター的な役割を持って自治体が関与していくことによって、より冷静かつ客観的に職場復帰を進めていくことが可能となっている。

また、（3）については、上記の一連のフォローアップの過程について、わが国の労災補償における打切補償に相当する規定が疾病手当法には設けられておらず、フォローアップは病休被用者の職場復帰の可能性のある限り継続して行われる。このようにフォローアップが長期化する可能性がある点について、たとえばオランダのよ

うにフォローアップ期間の上限を画すべきではないか、という意見はあるものの、人的資源の確保という目的からは重要であると一般には認識されている。ただし、フォローアップに関しては、使用者の経営状況次第で被用者の復職をどの程度待てるかは相当に異なるため、被用者間で不公平が生ずる可能性があるが、復職できなかったとしても失業保険をはじめとする社会保障制度が充実しているため、そこまで大きな問題とはなっていないようである。

デンマークにおいては、法的な規定は上記の通りであるが、実際の復職に関しては、いずれにしても使用者と労働者の話し合いを通じてどのような形で進められるかが決まるといえよう。

1.3.3.2. メンタルヘルス、病気休暇および職場復帰に関する調査報告および勧告

上記のような疾病手当法に基づく復職に関連して、国立労働環境研究センター内の研究グループは、特にメンタル関係に起因する病気休暇と復職に関する研究として、「メンタルヘルス、病気休暇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, デンマーク語：Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde)」と題する報告書を2010年4月に発表している⁸。

この報告書によれば、デンマークにおけるメンタルヘルスの問題は、メンタル不調による欠勤の増加のほか、障害年金の受給者数増加といった問題を惹起しており、これら問題によるコストは、55億デンマーククローネに達しており、そのうちの

90%を病気休暇、早期退職、能力の減少が占めており、医療にかかる費用は10%にすぎないとされている。

また、雇用及び医療の介入を組み合わせた復職介入により、メンタルヘルス問題を抱える被用者の病気休暇取得を減少させる効果がみられるとするが、かかる介入に当たっては、被用者の機能レベルを考慮し、職務内容の変更をすることが重要である。治療に関しても、医学療法のみならず心理療法へアクセス可能とすることを意味する協働的治療およびエビデンスを基礎としたガイドラインの適用により改善されると結論付けている。

また、メンタルヘルス問題に関して、ネガティブな結果を避けるための9つの勧告を行っている。

1. メンタルヘルス問題の早期発見および治療の保証
2. 個人の機能レベルと、それがどのように労働能力に影響するかについての資料へのアクセス
3. 機能レベルが低下している被用者に対する職務内容の変更
4. 職場復帰に関して、利害関係者すべてによる協力および関与
5. 被用者の病気休暇および職場復帰の選択についてのカウンセリングによる職場内の協力の促進
6. 被用者の職場復帰に関して、社会的統合の促進
7. 病気休暇および職場復帰に関する企業方針の採用および実践
8. オープンで、メンタルヘルス問題を受け入れられる職場文化の発展
9. 職場における健康促進介入の実践お

よび職場におけるストレス要素の減少

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; COPSOQ）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（COPSOQ）

1.4.1.1. COPSOQ 開発の背景と目標

COPSOQ 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⁹。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。

COPSOQ 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（現在の国立労働環境研究センター）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監督署、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。COPSOQ 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¹⁰。

COPSOQ 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) 国内の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、COPSOQ 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に、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¹¹。

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きている。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¹²。

(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¹³。

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¹⁴。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¹⁵。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、COPSQ 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¹⁶。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 Register 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. 労働市場における医療情報等の利用に関する法律

上述のように、デンマークにおいては、被用者が疾病により欠勤する場合には、疾病手当法に基づいて所得保障が行われるが、いかなる病気によって休業するかについて使用者に報告する義務はない。しかし、復職に関しての話し合いを行うにあつ

ては、段階的に復職を行っていく際に、ある程度までは被用者の病状を把握する必要性があるが、使用者が被用者の医療情報を取得することによって被用者の雇用上の地位に不利益が生じる可能性があることは否定できない。

デンマークでは、被用者の医療情報へのアクセスに関して、「労働市場における医療情報等の利用に関する法律（Act on the Use of Health Information in the Labor Market, デンマーク語：Lov om brug af helbredsoplysninger m.v. på arbejdsmarkedet）」と題する法律が 1996 年に制定されている。

同法は、「採用または雇用を維持するための被用者の能力を制限するために誤って医療情報が使われないように確保すること」をその目的とし（法 1 条 1 項）、使用者が、被用者に対してその医療に関する情報の提供を求めることができるのは、「労働者の採用および雇用に関して、被用者が当該職務を遂行するための労働能力に重大な影響を及ぼすような疾病に罹患しているかまたは疾病の症状を示しているか否かを明確にするため」の場合に限られるとの原則を定立している（法 2 条 1 項）。

医療情報法に関連して 2009 年に雇用大臣名で公表された「使用者による被用者の疾病に関連する情報の依頼に関するガイダンス（Vejledning om arbejdsgivers indhentelse af oplysninger i forbindelse med lønmodtagerens sygdom）」によれば¹⁷、被用者の病気休暇に関して、使用者が被用者に対して面談を求めることに関しては、労働協約などにより権利を放棄していなければ、経営権（managerial right）に基づい

で行うことができるとした上で、使用者が被用者の医療情報へアクセス使用とする際の留意点について具体的に明らかにしている。

それによれば、使用者が被用者に対して疾病に関して質問することができるのは、当該疾病が被用者の労務の提供に重大な影響を与える場合に限られるのが原則であり、被用者が疾病に罹患したと連絡してきたときですら、被用者の病状について尋ねることができるのは例外的な状況（たとえば、被用者が労務提供について重大な影響を及ぼす疾病に罹患していることが使用者に明らかな場合など）に限られている。

したがって、メンタルヘルスに問題を抱えた被用者の場合であっても、使用者がかかる被用者の治療状況などについて直接アクセスすることはできず、復職との関連で、病気の被用者が、どのような機能について問題があるのか、どのような行為ならば可能なのか、どの程度の欠勤が生じるのか、などについて確認することができるにすぎないものとされている。

1.7. 法政策の背景

デンマークにおける一般的なメンタルヘルス問題として挙げられるのは自殺者の多さであろう。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有数の自殺率の高さが社会問題となっており¹⁸、この数値自体は年々減少傾向にあるものの¹⁹、今日でも自殺者対策は、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いる²⁰。

しかし、デンマークの現地調査を通じて明らかになった点として、このように自殺者が多いということと、職場におけるメンタルヘルス対策との間には直接的な関連性はないということである。1995年の労働環境法の改正により導入された心理社会労働環境の知見を基礎としたリスク評価の義務づけという政策は、政府、使用者団体、労働組合という三者間において労働施策を構築していくというデンマークの伝統的法文化に則って、労働災害やそれに伴う疾病休暇取得の減少ためにいかなる法政策を展開すべきかという話し合いの中で導入されたものである。ここでは、メンタルヘルス対策は、筋骨格系障害や騒音など、従来の労働安全衛生上問題とされる領域と並列的に位置づけられているにすぎない。

したがって、デンマークにおける法政策の肝要は、人的資源を大切にするという基本原則にのっとりたうえて、政使労の三者間での話し合いを通じて政策を構築・展開してきたというその法文化にあるのではないと思われる。

以下では、デンマークにおける法政策の背景とその展開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」

デンマークにおいては、1996年4月に

雇用担当大臣、労働環境監督署がソーシャル・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することを目的として「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）」と題する行動計画が公表された²¹。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²²。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²³。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²⁴。

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²⁵。

- 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

<p>組</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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監督署の編成 • 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 <p>2000年～2001年：</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>2001年には労働環境の改善のための法改正が行われた。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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監督署

<p>に与える（Act No. 442 of 07/06/2001）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>2002年：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>2004年：</p> <p>「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）。</p> <ul style="list-style-type: none"> • どの企業が労働環境監督署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雇用担当大臣による認可制度の創設
 - 労働監督署のウェブサイトで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
 - 労働環境監督署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」

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」(Report in Future Working Environment 2010)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²⁶。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監督署、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 Arbejds miljø）」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対策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、労働環境監督署が毎年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監督署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²⁷。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重負荷状態にある被用者数の20%減少が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、労働環境監督署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²⁸。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監督署に与えるということである。また、このことと関連して、常勤換算（Full-Time Employees, FTE）で2名以上の被用者を使用するすべての企業に対して査察を行うべきこと、また常勤換算2名未満の被用者を使用する企業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。

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病気休暇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. 労働環境監督署による査察の結果

労働環境監督署による各企業に対する査察結果は、労働環境監督署のウェブページ（<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²⁹、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。

上述のように、2012年から2019年までの7年間で常勤換算で2名以上の被用者を使用するすべての企業および常勤換算で2名未満の被用者を使用する企業の半数について査察が行われることから、これらの査察の結果、上記のスマイリーの比率に変化が現れるかどうかについて今後注視していくべきであろう。

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、病気休暇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、長期病気休暇、個人の生産性の低下などが挙げられている³⁰。

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監督署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、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病気休暇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ねばならないことなどが挙げられよう。そうした中で、デンマークにおける一つの特徴である政府・使用者団体・労働組合の話し合いによって労働政策の方向性が定まるというデンマークの法文化が、心理社会的労働環境の知見を利用した労働環境のリスク評価とその改善という形で結実したものといえるが、これは、あくまでも従来の労働安全衛生の枠の中で考えられてきており、メンタルヘルス対策に特化したものではないという点には留意が必要であろう。1990年代後半から現在に至るまで、デンマーク政府はさまざまな行動計画や戦略を積極的に設定してきているが、このことはメンタルヘルス対策を含む労働環境の改善が、デンマークにとって重要な政策課題となっていることを示しているということができる。

1次予防の中心をなす労働環境法に基

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、病気休暇への関与、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。

また、2次予防、3次予防のうち3次予防に関しては、疾病手当法に基づく復職に関するフォローアップの規定があるとはいえ、その根底にあるのはいずれも被用者と使用者との間の話し合いを通じて職場における疾病の予防と被用者の段階的復職を図っていくというプロセスを重視し、柔軟な対応を可能としている点にデンマークの特徴を見ることができ、この点は上記のデンマークの法文化を反映したものであるといえよう。

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えることができるが、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病気休暇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、病気休暇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と思われる。

以上が、今年度まで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について研究を進め、本報告書を完成させたい。具体的な項目は以下のとおりである。

第一に、デンマークにおける雇用にかかる精神障害者差別禁止法が、メンタルヘルス対策としてどのような役割を果たしているか、またメンタル不調者に対する不利益取扱が上記の差別禁止立法との関係で差別と評価される場合がありうるか否かについて調査を進めたい。

第二に、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 Act No. 1072 of 07/09/2010.

³ AT-vejledning F.0.8 af august 2005.

⁴ ただし、実際にそのような労働協約を締結している例はそれほど多くなく、その理由として、デンマーク訪問でインタビューを行った使用者団体、労働組合のいずれも、労働環境法の規定およびガイダンスによる仕組みを概ね妥当なものと評価しており、あえて労働協約で別な規定を定める必要性がないということ、また労働側からは、かかる問題を協約で扱うことの抵抗感が強いといった点が挙げられる。一例として、

デンマーク産業連盟 (Dansk Industri) とデンマーク産業被用者中央連合 (Centralorganisationen af industriansatte i Danmark, CO-industri) との間で締結された職場におけるいじめ・暴力の排除を目的とした「職場における健康と良好なメンタルヘルスに関する協定 (Aftale om trivsel på arbejdet og et godt psykisk arbejdsmiljø)」が2008年3月に締結されている。

⁵ 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.

⁶ Guidelines to preparation and review of workplace assessments, D.1.1.

⁷ 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。

⁸ Vilhelm Borg, Mette Andersen Nexø, Ida Viktoria Kolte and Malene Friis Andersen, Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde, April 2010. <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/nyheder/arkiv/2010/~media/Boeger-og-rapporter/hvidbog-mentalt-helbred.pdf#>

なお、この報告書は400頁を超える大著であり、英語版の要約が以下にまとめられている。Mental Health, sickness absence and return to work - Summary, main conclusions and recommendations, <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/en/nyheder/arkiv/2010/~media/Boeger-og-rapporter/summary---mental-health--sickness-absence-and-return-to-work.pdf#>

⁹ 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.

¹⁰ 英語版の調査票は、<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/en/publication-er/spoergeskemaer/psykisk-arbejdsmiljoe> からダウンロードすることができる。

¹¹ Kristensen, *supra* note 9 at 438-439.

¹² 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。

¹³ *Id.* at 9.

¹⁴ 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>

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

¹⁷ VEJ nr 9327 af 29/06/2009.

¹⁸ 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.

¹⁹ *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。

²⁰ NRCWE, *supra* note エラー! ブックマークが定義されていません。 at 5.

²¹ 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&usq=AFQjCNFprQujbfHnGVm1ahhJvB-rbkbSA&sig2=dH1yXKBB0izBi8kDSBbccQ

²² *Id.* at 1.

²³ *Id.* at 14

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Arbejdstilsynet, 10 År med Handlingsprogrammet Rent arbejdsmiljø år 2005. February 2007, at 5-7 <http://arbejdstilsynet.dk/~media/at/at/07-arbe>

jdsmiljoe-i-tal/03-overvaagning/10-aar-med-h
andlingsprogrammet/rapport%20pdf.ashx

²⁶ Danish Government, Report on future working environment 2010- new priorities for the working environment. December 2005, <http://arbejdstilsynet.dk/da/~media/2ce5a3f790db4beca5c69c75e6086aa4>.

²⁷ 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>

²⁸ *Id.* at 5-6.

²⁹ 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%減少している。

³⁰ NRCWE, *supra* note エラー! ブックマークが定義されていません。 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監督署（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 労働環境監督署は、以下の責務を有する：

1) 企業、産業別労働環境評議会、労働者団体、使用者団体、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) 1 名から 4 名の被用者を使用する企業に対して、前号に定めた追加したガイダンスの提供

3) 本法に基づく規則の策定準備に関して、雇用担当大臣を支援

4) 雇用担当大臣の名の下での規則の策定

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、労働環境監督署は、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、労働環境監督署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、労働環境監督署は、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, detaljløsninger 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、労働環境監督署（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 arbejdstempelet 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）

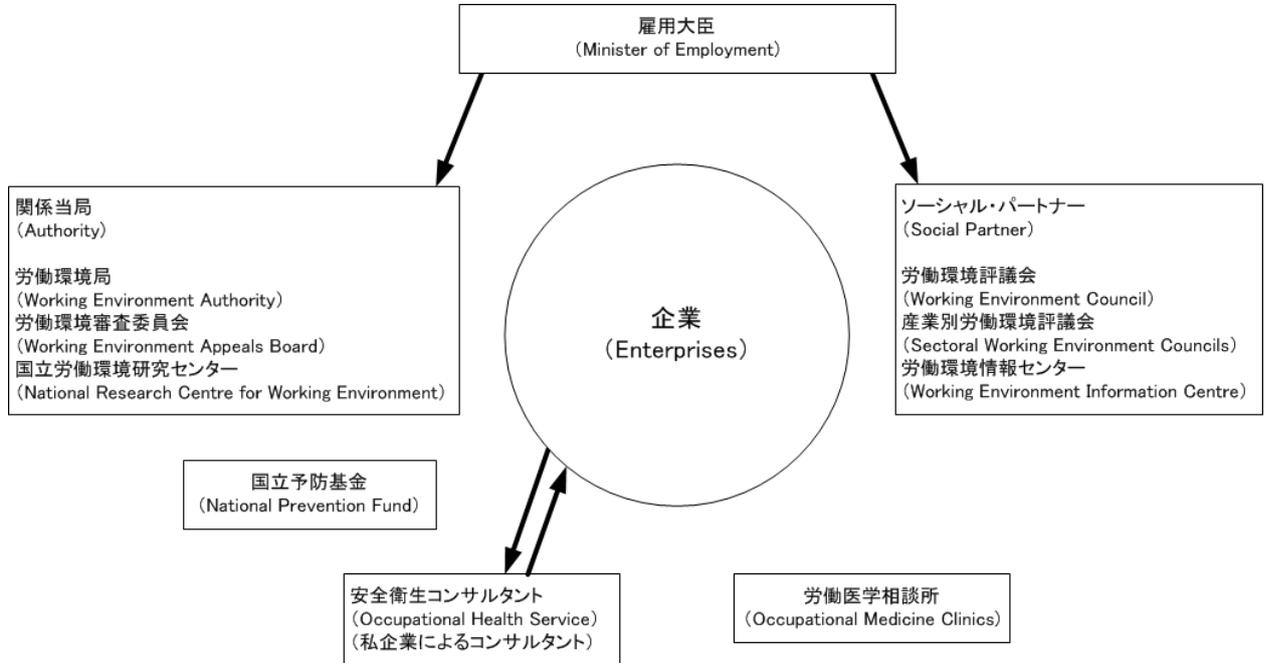
第 2 章 職場における立案とデザイン

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

オランダの産業精神保健法制度

分担研究者 本庄 淳志 静岡大学人文社会科学部法学科・准教授

研究要旨

オランダでは、精神保健に特化した労働法規制は現在のところ存在せず、メンタルヘル스에不調を来した労働者の処遇は、疾病労働者に関わる一般的な法規制の解釈・適用の問題となる。この点、オランダでは、1929年に傷病手当法（Ziektewet）が制定されて以来、疾病に起因する労働者の休職に対しては、社会保障制度による手厚い保護が図られてきたものが、その後の社会保障財政の悪化のなかで、いわゆるウェルフェアからワークフェアへの転換が図られてきた。

現在の民法典では、疾病により労働者が休職する場合について、疾病の原因が業務に起因するか否かを問わず、最長2年間は使用者に賃金の継続支払いが義務づけられている。また、このような疾病労働者に対する所得保障面ではなく、療養に要する費用負担の面に着目すると、日本のように労災保険制度でカバーするのではなく、一般の国民健康保険制度による救済が図られており、ここでも、労働者の疾病が業務上であるか否かで差異はないことになる。オランダでは、疾病による休職に関連して、所得保障の面でも療養に要する費用の面でも、疾病の原因を問うことなしに一律に労働者の救済を図っており、日本のように、それが業務に起因するか否かという深刻な対立は生じない。そして、特に所得保障面では使用者に長期間の賃金継続支払いを義務づけている点で、労働者の保護に手厚い一方で、使用者にとっては相当に厳しい法規制が展開されている。

他方で、こうした法制度のもとで、疾病労働者について労働現場へ早期に復帰させることが重視されており、使用者には、労務の負担軽減や他の代替労働を提供する義務が課される一方で、労働者に対しても、このように使用者が講じる措置に協力する義務が課され、使用者の指揮命令権限の柔軟化がみられる。これらの義務に違反しているかどうかの判断は、各種の被用者保険の運営等や公共職業紹介を実施する行政機関である、労働保険実施機関（UWV）が行う。そして、職場復帰に向けた努力が不十分と評価される場合には、①使用者の義務違反については、使用者が賃金継続支払いを義務づけられる期間が延長され、②他方、労働者に義務違反がある場合には、使用者の賃金継続支払い義務が免責されたり、場合によっては解雇が正当化されるというかたちで、労使の利益調整が図られている。

こうした制度は精神疾患による休職の場合にも適用されるどころ、最長 2 年間という長期間にわたる賃金継続支払いは、使用者にとっては相当に大きな負担であると同時に、①疾病への罹患を予防するために、職場環境を整備するインセンティブ、②および、休職中の労働者が職場に復帰するうえで、労使双方で協力するインセンティブを課すものとなっている。

以上は、主として労働契約上の賃金継続支払い義務という、疾病への罹患後の労働者の処遇問題について定める私法的な法規制であるが、職場環境の整備による疾病の事前予防の面では、労働環境法をはじめとした公法的な規制も、より直接的で重要な役割を果たしている。また、公法・私法を問わず、職場復帰に向けて、主治医、産業医、労働安全衛生に関する専門家協会（Arbodienst）といった医療専門家の関与が制度上予定されており、これらのアドバイス等を見放した当事者に対しては、たとえば使用者の賃金支払い義務を免責するといったかたちで、民事的なサンクションを課し、法の実効性確保を目指している点にも、オランダ法の特徴があるといえる。

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オランダ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、本年度は、①のうちメンタルヘルス不調の3次予防にかかる私法的な法規制を中心に、1次～2次予防も含めた全体像（の概要）を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

本年度は、文献調査を実施した。文献調査に際しては、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。ただし、研究要旨に記したとおり、オランダの法制度には、同国特有の背景事情が認められることから、フォーマットの項目を一部変更した。

C. 研究結果

1 公法的規制

歴史的にみると、オランダでは、1929年に傷病手当法（Ziektewet）が制定されて以来、疾病に起因する労働者の休職に対しては、社会保障制度による手厚い保護が図られてきた。当時の制度のもとでは、労使の一律の保険料負担により、疾病による休職期間が2日を超える労働者に対して保険給付がなされていた。しかし、保険財政の圧迫のなかで、保険料を全国一律とする制度が、疾病を予防し、あるいは早期に復職するインセンティブを労使ともに削ぐものとして問題視され、社会保障費用の削減が重視された1990年代を通じて、現在の制度に

大きく転換されてきた。

すなわち、1994年の「疾病による休職の抑制に関する法律（Wet terugdringing ziekteverzuim : Wet TZ）」により、疾病を原因とする休職の場合には、事業所の規模に応じて、最初の2～6週間は使用者が賃金を継続的に支払うことが義務づけられた。その後、1996年の制度改正のなかで、使用者に賃金継続支払いが義務づけられる期間は、一律に52週（1年間）とされる一方で、支給額の面では、従前の賃金額の70%へと引き下げられた。

さらに2004年の改正により、使用者が賃金支払を義務づけられる期間は104週（2年間）にまで延長されている。すなわち現在では、労働者の疾病による休職期間中は、最長2年までは原則として使用者の賃金継続支払い（70%）が義務づけられており、休職期間が2年を超える長期に及ぶ場合にのみ、セーフティーネットとして補足的に障害保険制度（WIA）に基づく救済が図られている。こうした動きは、いわゆるウェルフェアからワークフェアへの転換であると同時に、少なくとも疾病による休職労働者の所得保障に限れば、公法的規制から私法的規制へと軸足を移すものとして評価できよう。

もともと、現在のオランダ法でも、2年間を超える長期療養者に対する保障面に加えて、とりわけ一次予防の面では、公法的な規制も重要な役割を担っている。オランダでは、公法的規制と私法的規制とが協同して労働者の疾病問題に取り組む状況にあり、そもそも両者の峻別は容易でないが、以下では便宜的に区別して概観する。

1.1.1 労働環境法

*次年度調査予定。

オランダ労働法において、職場の安全衛生に関しては、他の EU 諸国、あるいは日本と同様に、労働環境法（Arbowet¹）、および、同法に基づく施行規則（Arbobesluit²）、告示（Arboregeling³）、指針（Arbobeleidsregels⁴）による詳細な規制がある。具体的な規制内容は、大きく 3 つに区別される。すなわち、①使用者への安全衛生対策の義務づけ、②安全衛生に関する労使協議や労使協働での取組みを促進すること、③労働安全衛生に関する専門家協会（Arbodienst）⁵にアドバイスを求めることである。このうち②と③の規制については、事業所委員会が設置されている場合には、同委員会で一定の役割を代替する仕組みとなっている。

安全衛生に関するこれらの規制について、人的適用範囲の制限はなく、たとえば試用期間中の労働者、外部労働者、不法就労者なども含めて、当該の職場で就労する全労働者について例外なく適用される。また、企業規模等による例外も認められておらず、原則として全ての規制が零細事業所に対しても適用される。もっとも、とりわけ②や③に属する規制については、事業所の規模に配慮したとみられるものもある。たとえば、事業所の労働者数が一定未満である場合（25名未満のケースが多い）に、安全衛生に関するリスク評価責任を軽減したり、安全管理に関わる責任者の設置義務を軽減したりする規定などである（12条、13条、14条）。

また、労働環境法をはじめとしたこれらの安全衛生法規は、身体的な面での安全確

保だけでなく、たとえば、いじめ（pesten）のない環境整備など、精神疾患の予防も含んでいる（労働環境法 1 条）。精神疾患の予防に関する詳細については、施行規則（Arbobesluit）第 2 章・第 4 款 2.15 条以下で、使用者にリスク原因の調査と防止策の策定、労働者が必要としている措置等に関するアセスメント、検証が求められている。

1.1.2 労災保険に関する基本的枠組み

次に、労働者のメンタルヘルスが実際に不調を来した場合に関係する法制度のうち、公法的な側面が強いものとしては、労災保険制度が考えられる。

労働者のメンタルヘルス問題に関して、日本ではそれが業務に起因するか否かによって法的扱いが大きく異なっている。すなわち、日本の労災保険法では、労働者の傷病が業務に起因するケースであれば、使用者は当該労働者を解雇することを原則として禁止され（労基法 19 条）、当該労働者に対しては労災保険制度によって、所得保障に加えて療養等に要する給付の面でも救済が図られる。他方、私傷病と評価された場合の休職措置の要否や期間、その間の所得保障や療養費用の負担関係については、就業規則をはじめとした労働契約の解釈問題に帰着するのであり、業務上外の判断がきわめて重要となる。

これに対してオランダでは、日本のように包括的な労災保険制度はない。労働者が障害を負い、または疾病に罹患した場合には、①当該期間中の所得保障と、②療養等に要する費用負担について、それぞれ異なる制度が適用される。すなわち、①につい

ては、最初の 2 年間は、原則として使用者に賃金の 70%相当額について継続支払が義務づけられ（民法典 629 条）、例外的に、有期雇用の期間満了などによって療養期間中に雇用関係が終了した労働者については、傷病手当（ZW）と呼ばれる公的制度にもとづいた所得保障が図られる。そして、いずれの場合についても、療養期間が 2 年を超えるケースでは、障害保険制度（WIA）のもとで所得保障が図られることになる。一方、②については、一般的な国民健康保険によってカバーされる仕組みとなっている（図 1 参照）。

このように、オランダでも、疾病労働者の所得保障に限れば、被用者に固有の強制保険として労災保険制度が整備されている点で日本と共通する。具体的に、「就労能力による所得保障法（Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen）」に基づく障害保険制度（WIA）は、使用者の保険料負担によって運営され、労働者の就労能力に応じて所得保障を図るものとなっている。ただし、この制度が適用される前段階として、使用者による 2 年間という長期にわたる賃金継続支払いが義務づけられている点は、オランダ法の大きな特徴といえよう。

さらに、給付面に着目すると、オランダの障害保険制度は、日本の労災保険制度と異なり、労働者の疾病について業務起因性の有無を問題としていない点に特徴がある。すなわちオランダでは、労働者の疾病時の所得保障については、使用者による賃金継続支払いを原則とし、労働能力の喪失期間が 2 年を超える長期疾病に対しては、障害保険である WIA に基づいて、就労能力に応じた所得保障を図るという仕組みのもとで、

いずれも、労働者の就労能力が欠如していれば、その原因が労災であるか私傷病であるのかを問わずに、ひとしく給付が保障される仕組みとなっている点で、日本の状況と大きく異なるといえる。

具体的に障害保険制度（WIA）の内容を概観すると、次のようである。

まず、労働者の疾病に伴う所得喪失期間が 2 年以上となる場合には、障害保険制度（WIA）によって所得保障が図られる。この制度は、従来の福祉的な給付制度に代えて、疾病労働者の職場復帰をめざして 2006 年に導入された被用者保険であり、保険料は全額を使用者が負担する。

障害保険制度（WIA）では、障害の程度に応じて、稼働能力（verdienvermogen）がどこまで低下しているかという点が重視されており、障害の程度が 35%未満と軽度の者に対しては、給付はなされない。他方、給付がなされる場合には、障害の程度に応じて異なる取扱いがなされ、重度障害でその回復の見込みがない者については（障害の程度が 80%以上）、従前賃金の 75%相当額が、年金支給開始年齢まで支給される（IVA：完全な障害をもつ人の所得保障制度）。

これに対して、より軽度の障害（障害の程度が 35~80%）か、一時的に障害の程度が 80%以上であるものの回復の見込みがある場合であれば、就労履歴に応じて 3~38 ヶ月間の給付が行われる（WGA：部分的な障害をもつ人の労働復帰支援制度）。支給額は、最初の 2 ヶ月間は従前賃金の 75%、それ以後は 70%に相当する額である（ただし、日額に上限がある）。また、受給要件として、疾病前の 36 週間のうち 26

週以上にわたって賃金を得ていれば、3 ヶ月間の受給権が保障され、そのうえで、就労期間1年につき1 ヶ月の割合で受給期間の延長が図られる。

1.2 法の管轄機関・執行権限者

*次年度調査予定。

安全衛生、および労働時間規制の履行確保については、労働監督官 (arbeidsinspectie) による監督体制がとられている。

1.3 ストレスマネジメントの具体的な方策（仕組み・流れ）

*次年度調査予定。

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

*次年度調査予定。

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。

1.5.1 差別禁止法制の展開

基本法1条によると、「オランダにおいては、いかなる者も、同一の状況下では同一に扱われなければならない。宗教、信条、政治的思想、人種、性、またはいかなる理由であっても、差別は許されない」⁶。こうした基本法の定めと EC 指令に沿うかたちで、オランダでは個別立法による広範な差別禁止規制がある。

まず、民法典 (Burgerlijk Wetboek Boek) 第7巻第10章の「労働契約」の章にいくつかの規定があり、典型的には、①男女差別、

②労働時間や労働契約期間による差別、③労働組合員に対する差別が禁止されている。したがって、たとえば契約上の労働時間が異なる場合でも、使用者はそれだけでは異別取扱いを正当化できず、他の労働条件について時間比例的に定めることを要請される⁷。また、民法典に定めはないものの、個別的な立法によって、年齢差別 (WGBI⁸) や障害者差別 (WGBh/cz⁹) も禁止される。

さらに、差別禁止の一般法として、一般平等取扱法 (AWGB¹⁰) がある。同法は、雇用関係も含め一定の公的生活 (openbare leven) における差別を規制対象とするもので、性、民族、宗教、信条、政治的思想、人種、国籍、性的指向を理由とした直接差別と間接差別を禁止している。

1.5.2 均等処遇委員会

一般平等取扱法は、差別禁止の一般法として位置づけられるところ、とりわけ重要なのが、同法11条以下で定められる均等処遇委員会 (以下、CGB¹¹) である。CGBとは、議長と副議長を含む9人の専門家 (メンバーは各省の大臣に指名される) で構成される準司法機関で、法違反の書面審査・判断を行う。被差別者は、裁判所のほか CGB に対しても、差別の是正や不法行為の禁止・除去 (ongedaan te maken) を求めることができる。CGB に対しては、被差別者 (労働者) のほか、使用者、労働組合、事業所組織、事件を扱う裁判官・調停人も申立てをすることができる (12条)。

CGB は、一般平等取扱法への違反だけでなく、前述したような、他の個別的な差別禁止立法に違反するケースも取り扱う。したがって、たとえば、パートタイム労働者

が労働時間による差別を受けた場合には、一般平等取扱法で禁止された差別事由に該当しないにもかかわらず、CGBへの申立が可能である。このような申立てに対して、CGBは、法違反の有無を調査したうえで、違反の事実が認められた場合には、その是正を勧告（aanbevelingen）する。この点、CGBの判断は当事者を法的に拘束するわけではないが、訴訟において、裁判官がCGBの判断に特別な意義を認めることがある。実務では企業のほとんどがCGBの判断に従うようであり、裁判例においても、約65%がCGBの判断を追認している¹²。さらにCGBは、申立人が反対する場合を除き、裁判における当事者適格を有している。

1.5.3 障害者差別の禁止

*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

*次年度調査予定。

1.8 確認できる効果

*次年度調査予定。

2 私法的規制

2.1 民法典における諸規制

オランダでは、労働者のメンタルヘルス問題に関する私法上の規制として、民法典（Burgerlijk Wetboek Boek）第7巻第10

章の「労働契約」の章で、いくつかの重要な規制がある¹³。すなわち、オランダ労働法におけるメンタルヘルス対策の特徴を概略すると、①民法典では、労働者の疾病による休職期間中は、最長2年間にわたり、解雇を禁止するとともに、賃金の70%相当額の支払いを使用者に対して義務づけ、②当該期間中は労働者と使用者の双方に対して、職場復帰に向けて努力するよう様々なインセンティブを与えつつ、③2年が経過した後も結果的に職場復帰が不可能な労働者については、社会保障制度の枠組みで生活保障を図る仕組みへと移行する、というものである。

2.1.1 解雇制限

オランダでは、使用者が期間の定めのない労働契約を解消するには、①原則として労働保険実施機関（UWV）と呼ばれる行政官庁（日本の公共職業安定所に相当する）の許可を得た解雇、②または裁判所における解消手続が必要とされており、法制度上は比較的厳格な解雇規制がある。また、オランダの解雇規制は、日本の労契法16条と同様に、解雇一般について合理性を求め、さらに、一定の解雇禁止事由が法律で列挙されている。

このうち民法典では、産前産後の労働者や、兵役期間中の労働者、各事業場での従業員代表を勤める労働者に対する解雇等と並んで、疾病労働者に対する解雇も原則的に禁止されている。すなわち、民法典670条1項によると、「使用者は、以下の場合を除いて、疾病により労務に従事することができない期間中の労働者を解雇すること

はできない」とされる。ここでいう疾病には精神疾患も含まれ、また、疾病の原因が業務上のものであるか否かを問わない点で、この規制は使用者にとって相当に負担となり得るものである。

ただし、疾病労働者に対する解雇が、例外的に許容される余地もあり、

(a) 労務に従事することのできない期間が、少なくとも2年続いた場合、
 (b) 所轄の労働保険実施機関（UWV）が解雇許可に関する使用者の申請を受理した後、労働者が就労不能となった場合、

にも、解雇が許容される（同条）。なお、民法典で明文の規定はないものの、疾病の程度が極めて重大で職場復帰の見込みが全く無い場合にも、解雇が許容される。

さらに、続く民法典670b条でも解雇が例外的に許容される場合が列挙されており、具体的には、

1. 試用期間中の労働者に対する解雇、または即時解雇事由に基づく解雇、
2. 事業所の閉鎖に伴う解雇、
3. 労働者によるリハビリ勤務の拒絶など、労働者が復職に向けた協力義務に違反している場合の解雇、

については、休職期間が2年に満たない場合でも解雇が認められる余地がある。このうち、第1項の即時解雇については、前述の一般的な解雇規制のなかでも裁判所での手続を経ることが必要であるし、第2項についても事業閉鎖を要件としている点で、いずれも解雇のハードルは相当に高い。これに対して、第3項の労働者の義務違反についてはより一般的に問題となりうるところ、具体的に民法典では3つの類型が列挙されており、

(a) 使用者または使用者が指名する専門家による合理的な指示事項を遵守し、労働者の本来の労働または代替労働を可能にするために講じられる措置に協力すること、
 (b) 使用者が労働者に提供する代替労働（第658a条4項）に従事すること、
 (c) 就労能力による所得保障法（WIA）第71a条2項でいう復職プランの作成、評価、調整作業に協力すること、

が労働者の義務として課されており、これに違反した場合には解雇が認められ得る。

2.1.2 賃金継続支払義務

このように、オランダ民法典は、疾病労働者について、疾病の原因を問わず原則として2年間は使用者による解雇を制限することで、雇用継続を義務づけている。さらに民法典では、労働者の疾病による休職期間中は、最長2年間にわたり、賃金の70%相当額の支払いをも使用者に対して義務づけている（民法典629条1項）。なお、休職期間中は、労働者と使用者の双方に、迅速な職場復帰に向けて協力する義務が課されているところ、使用者に義務違反がある場合には、賃金継続支払いの期間は最長1年の範囲で延長されうる。

2.1.2.1 規制内容

民法典629条1項によると、「疾病および妊娠または出産に伴って労務の提供ができない労働者は、・・・104週間にわたって、少なくとも従前の賃金の70%に相当する額の賃金を継続して受ける権利を有し、そのうち最初の52週間については、少なくとも当該労働者に適用される法定最低賃金額以上の賃金支払を受ける権利を有する」。

すなわち、使用者は、疾病等による休職開始後、最初の 2 年間については、労働者に対して従前賃金の 70%の支払いを義務づけられており、かつ、最初の 1 年間について、その額は法定の最低賃金額を下回ってはならない。なお、2009 年の法改正によって、使用者が負担する賃金日額には上限が設けられている（187.77 ユーロ/日）。労働者に具体的に支払われる賃金額としては、法定の社会保険料等が控除されるほか、休職期間中の他の使用者の下での就労など、休職に起因して中間収入が発生している場合には、当該金額が使用者の支払うべき賃金額から控除される（同条 5 項）。

一方、2 年目については、使用者の負担額は、従前の賃金額の 70%以上を満たせば最低賃金額を下回ることも許容されるが、この場合で法定の最低所得保障の水準を下回るケースでは、不足分については社会扶助制度によって補われる仕組みとなっている。なお、休職原因が妊娠・出産または臓器移植のための手術に伴うものである場合には、1 年目と 2 年目ともに従前賃金の 100%の支払いが必要である。

統計情報はみあたらないものの、実務的には、使用者の賃金継続支払いに関して、最初の 1 年間は 100%の賃金が支払われ、2 年目には 70%を保障されているケースが多いことが指摘されている。なお、労働者が疾病により休職する際には、使用者はその初日から賃金継続支払いを義務づけられることが原則であるが、最初の 2 日間については、待機期間として、事前の合意によって無給とすることも認められる（同条 9 項）。もっとも、実務上は、労働契約においてこうした待機期間が設定されていることは稀

であり、疾病労働者は休職の初日から賃金支払いを継続されることが一般的なようである。

このような民法典 629 条でいう使用者の賃金継続支払義務は、労働者の労働時間数や雇用期間とは無関係に発生するものであり、たとえばパートタイム労働者などでも当然に適用がある。ただし例外的に、第 2 項によると、「労働者が、使用者の家事または個人的用務にのみ従事し、かつ、その日数が週 4 日未満である場合には、第 1 項で保障される権利の期間は 6 週間とする」。すなわち、家事使用人を断続的に使用するような例外的な場合であれば、使用者の賃金負担が軽減されている。また、有期労働者について、契約の残期間が 2 年に満たない場合には、使用者は残期間について賃金を継続支払いすることで足り、期間満了によって労働契約も終了する。この場合に、当該有期労働者に対しては、休職開始から 2 年間を上限として、前述の傷病手当 (ZW) から使用者による賃金継続支払義務と同額の給付がなされる仕組みとなっている。

疾病労働者が欠勤と出勤を繰り返すような場合、すなわち賃金継続支払いが義務づけられる 2 年という期間を算定する際に、一時的な復職（中断期間）がある場合について、各休職期間の間に 4 週間のクーリング期間がない場合には、前後の休職期間が通算される（民法典 629 条 10 項）。

2.1.2.2 訴訟手続

民法典 629 条の賃金継続支払義務は、使用者の民事上の義務であり、使用者が支払に応じない場合の履行確保手段としても、一般の民事裁判による。もっとも、訴訟手

続に関しては、疾病による休職という医療の専門性と不可分であることをふまえて、特別な要件が課されている。

すなわち、休職期間中に使用者が賃金を支払わないケースで、労働者が民法典 629 条に基づく賃金継続支払いを求める訴訟においては、「労働者が契約上の労働または代替労働をすることができなかつた事情について、「労働保険給付の実施に関する法律」第 5 章にもとづいて労働保険実施機関（UWV）が指名する専門家の意見書を添付しない場合には、裁判官は当該労働者の請求を却下する（afwijzen）」（民法典 629a 条 1 項）。

ただし例外として、労務提供に支障があることが明白である場合、または、「労働者に対して、専門家の意見書の提示を求めることが妥当でないと考えられる事情がある場合」には、こうした専門家による証明書は必要でない（同条 2 項）。なお、前述のように専門家を指名するのは原則として行政機関たる労働保険実施機関（UWV）であるが、労働協約で別段の定めがある場合には、当該労働協約に基づいて指名することも認められている（同条 7 項）。

このように、賃金継続支払義務の有無が争われる訴訟においては、手続上、労働者は労働保険実施機関（UWV）という行政機関が指名する専門家の意見書を提出することが原則化している。そして、当該の専門家に対しては、「中立の立場で最善の知識を用いて審査」する義務が課され（民法典 629a 条 3 項）、また、当該専門家が医師の資格を有する場合には、労働者の主治医から審査に重要と考えられる情報を入手する権利が保障されている。この場合、依頼を

受けた主治医は、労働者の私生活の領域が不当に侵害されない範囲において、依頼された情報を提供しなければならない（同条 4 項）。そのうえで、労働者の提訴が提訴権の濫用と評価しうる場合には、例外的に、使用者側の弁護士費用についても労働者に支払いが命じられる余地がある（同条 6 項）。

2.1.2.3 例外—使用者が賃金支払いを免責される場合

このような使用者の賃金支払い義務も、以下のような場合には免責される（民法典 629 条 3 項）。すなわち、

(a) 疾病が労働者の故意にもとづく場合、または、労働者が採用時の健康診断において、健康上の問題について虚偽の情報を提供したために、使用者が当該労働者の労働負担能力について適切な判断をすることができなかつたことによる場合。

(b) 労働者が、故意に、治癒や回復を妨げたり遅らせた場合については、当該期間。

(c) 健康上の支障がないにも関わらず、労働者が、使用者または使用者が指名する第三者のもとで、第 658a 条 4 項で定めるリハビリ勤務の機会を与えられた場合に、正当な理由（deugdelijke grond）なく、そのリハビリ勤務を受け入れない場合については、当該期間。

(d) 労働者が、使用者または使用者が指名する専門家が勧める合理的な注意事項に従うことについて、正当な理由なしに拒否するか、または、第 658a 条 4 項でいうリハビリ勤務をすることができるようにとの配慮から使用者がとる措置について、受け入れることを拒否する場合については、当該期間。

(e) 第 658a 条 3 項で定める復職プランの作成、評価、調整に協力することについて、労働者が正当な理由なしに拒否する場合には、当該期間。

などが、使用者の賃金継続支払義務が免責される場合として、民法典で列挙されている。これらの規制では、労働者の故意による疾病への罹患や治療機会の喪失などに加えて、とりわけリハビリ勤務（民法典 658a 条）への協力拒否についても、当該期間中の使用者の賃金支払いを免責することで利益調整が図られている点に特徴がある。

これに関連して、実際に使用者が賃金継続支払義務を負うかどうかを検討するうえでは、多くの場合に、労働者が保有する健康情報へのアクセスが不可欠と考えられる。この点、オランダ民法典では、使用者が労働者に対する直接の権利として情報請求権を認めているわけではない。しかし、使用者が情報提供を求める場合において、「使用者の書面による合理的な指示に労働者が従わない場合には、使用者は第 1 項で定める賃金支払いを、当該期間中は停止することができる」（民法典 629 条 6 項）。また、次で述べるように、使用者に賃金継続支払いが義務づけられる場合にも、民法典では、当該期間において職場復帰に向けて労使で協力することが義務づけられている。このうち労働者に義務違反があると使用者が認識している場合、または認識すべき場合には、使用者はその旨を遅滞なく労働者に対して忠告しなければならない、これを欠くケースでは、使用者が賃金継続支払いを拒絶するという抗弁は認められない（同条 7 項）。

2.1.3 職場復帰の促進

2.1.3.1 労使双方の協力義務

一般に、疾病による職場からの離脱が長期間になればなるほど、労働者の復帰は困難になると考えられる。こうした問題認識から、オランダ労働法でも、とりわけ 2002 年のゲートキーパー法（Wet Verbetering Poortwachter）による改革以来、必要に応じて、労働者の職務内容の変更なども含め、労働現場に迅速に戻すという職場復帰（re-integratie）が重視されている。ゲートキーパー法は、従来の労働者障害保険制度（WAO）のもとで、疾病を理由とする長期休職者が増大していた状況の改善を図ることを目的としたものであり、現在まで、小さな修正を加えながらも制度改革の基本的部分は維持されている。現在、職務への復帰に向けたリハビリ勤務に関連して、オランダ民法典では、労使双方が負うべき義務について、第 658a 条および第 660a 条で詳細に定められている。

まず、民法典 658a 条 1 項は使用者の義務を定めており、具体的には、

使用者は、疾病により労務の提供ができない労働者について、本来の労働に復帰し、使用者の事業に再統合（inschakeling）されるよう促進しなければならない。第 629 条にもとづいて労働者に賃金継続支払を行う期間、労働者障害保険法（WAO: Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering）71a 条 3 項、または、就労能力による所得保障法（WIA: Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen）25 条 3 項で定める療養期間において、労働者が本来の労働を続けることが不可能となり、使用者の事業所内で他の合理的な代替労働（andere passende arbeid）の可能性が無い場合には、使用者

は労働者が他の使用者の下で合理的な代替労働に従事することができるよう促進しなければならない。

すなわち、リハビリ勤務の位置づけとして、従前の労務（労働契約で約定された職務）への復帰を目的とすること、それが不可能な期間については、他の軽易作業に従事することが予定されている。具体的な労務内容は、「合理的な代替労働」と評価できるか否かで判断され、「労働者の体力と能力（*bekwaamheden*）を考慮して期待されるあらゆる労働」が含まれるが、「身体的、精神的または社会的な理由でそれを労働者に強いることはできない場合は、この限りでない」（民法典 658a 条 4 項）。

ここでの使用者の協力義務は、労務の負担軽減など、労働者の職場復帰の可能性を模索することを主な内容とし、たとえば、パートタイム（*deeltijd*）での勤務や、職務上の責任軽減措置（*aangepast takenpakket*）などがこれに該当し、場合によっては職務の変更も含まれる。リハビリ勤務に必要な場合には、労働者は教育訓練についても受講義務を負う。要するに、リハビリ勤務が必要な場合には、使用者は上のような措置を講じる義務を負うと共に、見方を変えれば、指揮命令権が大幅に拡大されている点に特徴がある。

また、リハビリ勤務を行う労務提供先の面では、使用者の事業所内での代替労働を基本としつつも、それにとどまることなく、他の使用者の下での代替労働まで含まれる。これらの措置が「合理的な代替労働」と評価される限り、労働者もそれに応じる義務があり、応じない場合には、使用者の賃金継続支払義務が免責され、場合によっては

解雇事由ともなる。

なお、日本ではリハビリ勤務が復職に該当するか否か、あるいはリハビリ勤務中の労働契約関係の評価が問題となることがあるが、オランダでは、労働者が、民法典 658a 条 4 項で規定される代替的リハビリ勤務に従事する場合にも、労働契約は継続することが明確に規定されている（民法典 629 条 12 項）。

このようなリハビリ勤務を円滑に進めるために、使用者はリハビリ勤務に必要な基準を遅滞なく策定する義務を負うとともに（民法典 658a 条 2 項）、労働者との協力の下で、復職プランを策定しなければならない。ここでいう復職プランとは、労働者障害保険法（*WAO*）71a 条 2 項、または、就労能力による所得保障法（*WIA*）25 条 2 項で規定されるもので、使用者は策定したプランについて労働者の協力のもとで定期的に評価するとともに、必要に応じて再調整する義務を負う（民法典 658a 条 3 項）。

前述のように、リハビリ勤務は、使用者の従前の事業所以外でも行われうるものであるところ、使用者は、労働者の受入事業所（*re-integratiebedrijf*）に対して、当該使用者が委託する労務遂行に必要な情報、労働者の国民サービス番号（*burgerservicenummer*）、または、それがない場合には社会保障および租税番号（*sociaal-fiscaalnummer*）について提供するものとされ、受入事業所は、これらの情報について、当該の労働にとって必要な限りで、または市民サービスおよび社会保障サービスを受けるために必要とされる限りで、当該情報を用いることができる（民法典 658a 条 5 項）。

以上のような使用者の義務に対応して、オランダ民法典では、リハビリ勤務に関して労働者が負うべき義務についても規定がある。すなわち、民法典 660a 条によると、

- (a) 使用者または使用者が指名する専門家によってなされる合理的な指示 (redelijke voorschriften) を遵守し、第 658a 条 2 項で規定される使用者または使用者が指名する専門家が講じる措置に協力すること。
- (b) 第 658a 条 3 項で規定される、復職プランの作成、評価、調整 (bijstellen) に協力すること。
- (c) 第 658a 条 4 項で規定される、使用者によって機会を提供された代替労働に従事すること。

という 3 つの類型が、疾病を原因として契約上の労働をすることができない労働者が負担すべき義務として、列挙されている。これらは、疾病による休職期間およびその後のリハビリ勤務期間における、労働者の一般的な義務を規定したものであり、民法典 670b 条(労働者の協力義務違反による解雇) および 629 条 3 項 (賃金継続支払義務の免責事由) と基本的に平仄をあわせたものとなっている。すなわち、労働者は、職場復帰に向けた一般的な協力義務を負うと共に、義務に違反した場合の効果面では、使用者の賃金継続支払が免責され、場合によっては即時解雇が正当化されることになる。

2.1.3.2 職場復帰への具体的な流れ

職場復帰に向けたリハビリ勤務の流れは、具体的に次のようなものである。

6 週 以 内 (原 因 調 査)	<p>休職開始後 6 週間以内に、産業医 (bedrijfsarts) が疾病およびそれに伴う休職の原因調査を行う。</p> <p>具体的には、職場への完全復帰の可能性とその時期、リハビリ勤務による復帰可能性が検討されるが、その判断は産業医が行う。主治医 (huisarts) やセラピストに意見を求めるなどして原因が究明される。ただし健康情報に関わるプライバシー保護の観点から、産業医は、疾病労働者の病名、および医療機関やセラピストへの受診情報については、使用者に提供しない。他のセラピストでの受診を求める場合もあるが、労働者には応じる義務はない。</p>
--	---

<p>8週以内（復職プランの作成）</p>	<p>上の原因調査をふまえて、休職開始後8週間に以内に、労働者の協力の下で、使用者が復職プラン（PvA: Plan van Aanpak）を作成する。復職プランでは、職場復帰に向けて労使がなすべき事項が規定される。</p> <p>具体的には、産業医の意見をふまえて、労務への従事が一時的に困難と評価された場合に復職プランを作成する。なお、短期間での職場復帰が見込まれる場合、あるいは逆に、復帰可能性が全くない場合には例外的に復職プランの作成義務が免除される。</p> <p>復職プランでの必要記載事項は、①労働者に従事させることが可能な作業、不可能な作業（具体的に従事可能な職務内容を確定する際には、労働者が積極的に関与することが求められる）、②職場復帰の目標（例：従前の職務への完全復帰を目標とするのか、それとも他の職務での復帰を目指すのかなど）、③上の目標に向けてなすべき活動内容、④必要な調整策（例：他の仕事への配置の変更、療養（fysiotherapie）の内容、職業訓練、再教育の内容など）、④リハビリ勤務の実施主体（使用者自身が行うのか、他の事業者が行うのか）、⑤活動の具体的な計画、⑥労働者と使用者との面談時期（最低でも6ヵ月に1回以上）である。</p>	<p>4週目（UWVによる評価）</p>	<p>使用者は、2年目の休職に向けて必要な確認（bevestiging）を労働保険実施機関（UWV）から受け、その際にUWVは、2年目に使用者が講ずべき措置に関して指導する。</p> <p>また、第46週目から第52週目の間に、労働者と使用者とで、復職プランの初年度の実施状況について検証・評価し、次年度に向けた計画を作成する。</p>
<p>4週目</p>	<p>使用者は、労働保険実施機関（UWV）に対して疾病労働者の状況を報告する。</p>	<p>9週目（WIAの申請）</p>	<p>職場復帰に向けたあらゆる努力が実を結ばなかったときには、労働者は労働保険実施機関（UWV）に対して障害保険（WIA）の申請をする。UWVは復職プランの実施状況について評価を行う。その際、使用者に協力義務違反があると認められるケースでは、賃金の継続支払を義務づけられる期間が1年間まで延長される。他方、労働者に協力義務違反があると認められるケースでは、WIAの給付について減額または不支給となる。</p> <p>労働者と使用者は、最低でも6週間毎に、復職プランの実施状況について協議しなければならない。また、労働者と使用者でケースマネージャー（casemanager）を指名するものとされ、ケースマネージャーが復職プランの実施状況についてモニタリングを行うとともに、労使に対して助言する。なお、法定のモニタリング等とは別に、産業医による指導や、労働安全衛生に関する専門家協会（Arbodienst）による指導を受けることも当然可能である。</p> <p>使用者は、労働者毎の復職プランとその効果に関する個人ファイルを作成・保管する義務を負う。そして、リハビリ勤務の終了時に、このファイルをもとに、労使の職</p>

場復帰に向けた努力が十分か否かが評価される。ファイルに保管すべき情報は、①復職プランの内容、および必要に応じた修正点、②職場復帰に向けた労使のあらゆる活動の記録、③リハビリ勤務の遂行に関するあらゆる文書（書面やメール等）、④就労時間数などのリハビリ勤務の実施状況である。

また、使用者は上の日常的な情報記録とは別に、休職期間が最長の2年を満了する（したがって、以後の賃金継続支払義務を原則として免れる）時点で、リハビリ勤務に関する最終報告書の作成を義務づけられている。報告書では、リハビリ勤務の実施に関するあらゆる情報を含むべきものとされるほか、①後遺症に関する情報（*naw-gegevens*）、②事業の特性に関する情報、③労働者の職務上の地位に関する情報、④休職開始日、⑤産業医による原因調査の結果、および、その後に見の変更があった場合には当該情報、⑥復職プランの内容、およびその後に見の修正があった場合には当該情報、⑦復職プランを実施した1年目の評価、⑧復職プランの実施についての最終評価、⑨復職プランに関する個人ファイル（前述）、⑩休職期間やリハビリ勤務中に、労働者が主治医や産業医らの医療専門家で受診した際の明細、⑪産業医の最新の所見が必要である。この報告書に基づいて、労働保険実施機関（UWV）が障害保険（WIA）の受給資格について審査する。

復職プランの内容について、労働者と使用者との間で意見が相違して調整がつかない場合には、労使双方が、労働保険実施機関（UWV）に対して専門家としての意見（*Deskundigenoordeel*）を求めることがで

きる。典型的に問題となるのは、労働者の労働能力の存否、リハビリ勤務の効果測定、配置予定の職務内容と当該職務での労働者の職務遂行能力などである。この専門家の意見そのものについては法的拘束力がなく、したがって取消等の対象外であるし、上位の行政機関での再審査の請求もできない。ただし、実務上、UWVによる意見は、裁判所での審理において考慮されていることが指摘されている。

2.1.3.3 従前の使用者以外の下でのリハビリ勤務

前述のように、労働者のリハビリ勤務の提供先は、原則として従前の使用者であるが、場合によっては、他の使用者のもと、二次的リハビリ勤務（*Re-integratie tweede spoor*）が行われることもある。二次的リハビリ勤務の実施要件は、従前の使用者のもとで就労できないことであり、その判断については、労働安全衛生に関する専門家協会（*Arbodienst*）または産業医が書面で行う。

その上で、現実に就労可能な労務提供先となる新たな使用者が見つかった場合には、労働者と従前の使用者、および新たな使用者という全当事者の間で、合意に基づいて二次的リハビリ勤務が実施される。この場合、新たな使用者は、疾病休職時の賃金継続支払い義務など、労働契約上の義務の一部を免責される仕組みである。

二次的リハビリ勤務においても、それが実施される場合には、労働者は「合理的」な職務に就く義務を負う。合理性判断の際には、労働者の肉体的・精神的な能力、教育、職務経歴が考慮される。一般には以下

のような準則が妥当すると考えられている。

①疾病に罹患してからの期間が6ヵ月未満の場合には、労働者の職務遂行能力、トレーニング、職務経歴、従前の職務における賃金額を反映したものでなければならない。

②疾病に罹患してからの期間が6ヵ月以上の場合には、労働者は従前の訓練水準に基づく職務、または、ある程度軽易な作業に従事することが期待されうる。健康が許す場合には2時間以上の職務に従事することが期待される。

③労働者が休職している期間が長くなるほど、合理的な職務と評価される仕事の範囲が拡大し、労働者はそれを受け入れる義務を負う。

④必要に応じて、労働保険実施機関（UWV）の財政的支援の下で、合理的配慮（特別な送迎やタクシー利用、施設設備の充実化）がなされなければならない。

使用者は、必要に応じて、労働安全衛生に関する専門家協会（arbodienst）、専門的受入事業所（re-integratiebedrijf）、派遣会社、訓練施設（scholingsbedrijf）を利用することで、疾病労働者の現実の受け入れ先に関して、高度のマッチング手段を利用することができる。このうち専門的受入事業所（re-integratiebedrijf）とは、リハビリ勤務に特化した専門的な受入機関であり、労働安全衛生に関する専門家協会（Arbodienst）のうち大規模なものと連携している。専門的受入事業所を利用した復職支援は、使用者に十分な知識・能力がない場合などに有効な手段とされている¹⁴。専門的受入事業所は、現職への復帰を目指すだけでなく、他の使用者のもとでの復帰

も含めて、アドバイザーとして機能しており、地域での他の使用者との仲介的な役割や労働者の再教育機能も果たしている。産業別で、専門的受入事業所の利用協定が結ばれているケースなどもあるようである。労働保険実施機関（UWV）を通じて、労働者側が専門的受入事業所を選択することもある。

リハビリ勤務先について従前の使用者に限定するのではなく、二次的リハビリ勤務を含めるオランダの法政策からは、労働現場への迅速な復帰が目指されている様子が見えがえる。なお、上のような柔軟な制度のもとで、実務上は、使用者団体の間で情報共有と専門特化による役割分担が行われ、コスト削減と効率化が図られていることが指摘されている。

2.1.4 民事賠償責任

*次年度調査予定。

前述のように、オランダ民法典では、疾病労働者が休職をする際には、その原因が業務に起因しているか否かを問わず、最長2年間は、原則的に使用者に対して賃金の継続支払いを義務づけている。さらに、疾病原因が業務上のものと評価できる場合には、これに加えて、使用者は労働者に対して民事上の損害賠償責任を負う。

すなわち、民法典658条1項によると、「使用者は、業務に従事する労働者に危険がないようにするため、作業を行う部屋（lokalen）、作業に使われる機械（werktuigen）および工具（gereedschappen）の配置、保全に配慮をし、作業のために妥当かつ必要な措置を講じ、適切な指示を与えなければならない」。

そして、「使用者は、労働者が労働中に被った被害について、労働者に対して損害賠償責任を負う」。これらはいずれも強行規定であって、これと異なる労働者に不利な約定を定めることはできず(同条3項)、仮にこうした約定があっても無効と解されている。日本では、派遣や業務処理請負をはじめとした企業外部の労働力を利用するケースで、労働契約の当事者以外にも、民事上、不法行為または安全配慮義務に基づいて損害賠償責任が問題となる。この点はオランダ法でも同様であり、「職務または事業の遂行上、労働契約を締結していない者に労働をさせ、その労務の遂行過程で当該労働者が被害を被った場合には、労働者を受け入れた者は、第1項から第3項までの規定に準じて損害賠償責任を負う」（民法典658条4項）。

もともと、使用者が第1項で定める義務事項を遵守したこと、または、被害が主として労働者の故意または重過失によって引き起こされたものであることを証明しうる場合は」使用者は損害賠償責任を免れる（同条2項）。

なお、こうした民事上の賠償責任とは別に、労働環境法（Arbowet）や施行規則（Arbobesluit）等で、公法的な面でも使用者に職場環境の適正化を図る義務があることは前述した。また、民事損害賠償をめぐる問題は、前述の差別禁止法とも重複する領域である。

2.2 関係する判例

*次年度調査予定。

2.3 確認できる効果

*次年度調査予定。

DおよびE. 考察および暫定的結論

F. 研究発表

無し

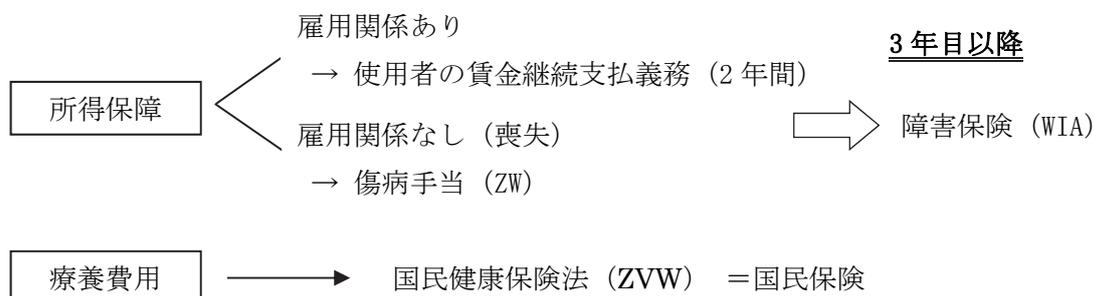
G. 知的所有権の取得状況

無し

H. 引用文献

文末脚注参照。

図 1



¹ Arbeidsomstandighedenwet.

² Arbeidsomstandighedenbesluit.

³ Arbeidsomstandigheden regeling.

⁴ Beleidsregels arbeidsomstandighedenwetgeving.

⁵ Arbodienst の構成メンバーは、産業医 (bedrijfsarts) である場合もあるが、それに限らず、資格制度のもとで労働安全衛生に関する専門家が広く含まれているようである。

⁶ 差別禁止法の展開については、*I. P. Asscher-Vonk en A. C. Hendriks, Gelijke behandeling en onderscheid bij de arbeid*(2^e druk), Kluwer, 2005, p. 265 以下による。

⁷ *Bakels* 2007, p. 108.

⁸ Wet Gelijke Behandeling op grond van Leeftijd bij de arbeid(Stb. 2004, 30).

⁹ Wet Gelijke Behandeling op grond van Handicap of Chronische Ziekte (Stb. 2003, 206).

¹⁰ Algemene wet gelijke behandeling (Stb. 1993, 690).

¹¹ Commissie Gelijke Behandeling.

¹² CGB 2007 年 10 月 29 日発表

(http://www.cgb.nl/_media/downloadables/paper_bewijslast_nov_2007.pdf)。

¹³ 以下、特に断りがないかぎり、民法典の条数はすべて第 7 巻のものである。

¹⁴ 専門的受入事業所は Web サイトで検索可能である (<http://www.blikopwerk.nl/>)。

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 大阪大学大学院高等司法研究科・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が、最大野党の社会民主党や主要産業別労働組合はアンチストレス規則制定に向けての動きを見せている。

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、平成 23 年度に引き続き平成 24 年度も、①を研究目的とした。

B. 研究方法

平成 23 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。

平成 24 年度は平成 23 年度に引き続き、文献調査を行った。

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。

「3 労働関係における労働保護法の具体化」の新たな動きとして注目されるのが、「3.3 IGメタルによるアンチストレス規則の提案」である。規則案は、労働時の心理的負荷による危険から就業者を保護することを目的とするものであり、使用者に、必要な労働保護措置をとること、危険性評価を行うことなどを義務づけるものであるが、何が危険要素ととらえられ、それらがどのような点で評価されるかが、具体的に示されている。

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、基本法（憲法）に障害を理由とする不利益取扱い禁止（差別禁止）が明記されているうえ、労働関係等に妥当する一般平等取扱法が制定されている。日本と比較すると「4.1 障害者差別禁止法制」が整備されているようにも見えるが、このような差別禁止アプローチは、主にEU指令などの外圧によるものである。ドイツでは伝統的に「4.2 障害者雇用法制」のなかで、障害者の雇用にかかる措置や保護が実現されてきた。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、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。そのなかでもドイツ特有の制度として注目されるのが、疾病労働者に対する事業所編入マネジメントである。この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民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、経済や社会保障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、外来の場合の自己負担は無く（2013年1月より。従前は3カ月ごとに10ユーロの負担があった）、薬剤・包帯類等については費用の10%（その大半は上限が10ユーロとされている）、入院の場合は1日10ユーロ（1暦年につき28日まで）の負担のように、患者の負担はごく僅かである（社会法典第5編28条、61条など）。医療へのアクセスは比較的容易であるといえる。

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う
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
スプレイ作業規則（Bildschirmarbeits-
verordnung）がある。同規則 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。」同規
則 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举である。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の要件が満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」を指定し、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 項の要件を満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.	自分の仕事の中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系統への組入れ
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か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

行動の裁量	(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 ↑
	責任の範囲 ↑
行動の裁量 ↓	労働の中断 ↑
	責任の範囲 ↑
可変性 ↑	労働の中断 ↑
	集中の必要性 ↑
	集中の必要性 ↑
可変性 ↓	集中の必要性 ↑
	責任の範囲 ↑
	労働の中断 ↑
	集中の必要性 ↑
時間の裁量 ↓	協働の必要性 ↑
	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

3. 3 IGメタルによるアンチストレス規則の提案

3. 3. 1 提案の背景と概要

ドイツ最大の産業別労働組合であるIGメタル(金属産業労働組合)は2012年に、アンチストレス規則 (Anti-Stress-Verordnung、正式名称は、職場における心理的負荷による危険からの保護のための規則) を提案した。IGメタルが提案を行ったのは、職場における心理的負荷により精神疾患に罹患する労働者が増加しているにもかかわらず、危険物質や騒音などについては各規則が存在しているのに対して、そのような規則が心理的負荷の問題については存在せず、そのため使用者がいかなる労働保護措置をとるべきかが、明らかにされていないことによる。

規則案は、労働科学における現在の議論状況を踏まえて作成された。たとえば、規則案で挙げられた危険要素(仕事の課題、労働体制など)は、ドイツ労働保護共同戦略の「危険性評価と文書化」のガイドラインや「危険性評価ポータル」に依拠している。また、労働保護法18条は、法規則によって、特定の危険領域に対する要請をより詳細に具体化することを認めているが、この規則案は同条による法規則を想定しており、それゆえ労働保護法の適用領域に相応するように作成されている。

アンチストレス規則の提案は、労働保護法の下位規範である規則の制定に向けた、労働組合の行動とみることができる。

規則案は、総則(第1条、第2条)、使用者の義務(第3条～第5条)、危険要素の基準(第6条～第10条)、組織(第11

条)、罰則(第12条)から、構成されている(3.3.2参照)。

3.3.2 規則案(試訳)

第1条 目的、適用範囲

1項 この規則は、労働時の心理的負荷による危険から就業者を保護するためのものである。労働保護法上、健康は、就業者が身体的および精神的に侵害されないことを意味する。それゆえ、予防のための措置は、身体的および精神的健康の保護と関わる。労働保護法第2条に基づき、保護措置は、労働の人間の形成を含む。

2項 本規則の適用範囲は、労働保護法の適用範囲に相応する。

第2条 概念規定

1項 心理的負荷の概念は、外部から接近して人に作用する影響、すなわち、人の認識的、情報处理的、感情的な事象を引き起こすものと、表される。労働保護法第4条第1号にいう危険は、労働による心理的な影響が就業者の生命や健康に損害を及ぼしうる場合にあるとされる。

2項 労働による危険は、とくに

1. 仕事の課題、
2. 労働体制、
3. 社会的条件、
4. 職場や労働環境の条件、ならびに
5. 労働時間

の形成が不十分であることから、生じうる。

第3条 使用者の基本的義務

1項 使用者は、労働時の心理的負荷による危険を回避するために、必要な労働保護措置をとるべき義務を負う。回避できない場合には、使用者は危険を最小限にするべ

き義務を負う。

2項 就業者の健康と安全を保障するために、とくに仕事の課題、労働体制、社会的条件、職場や労働環境の条件ならびに労働時間は、心理的負荷による危険を回避するべく、労働科学の根拠ある知見にしたがい、工学、産業医学、衛生学の立場に立って、形成される。それに際し使用者は、本規則第11条により示された規定と知見を守らなければならない。これらの規定や知見を遵守するには、通常、この規則の要求を履行することから始まる。就業者の健康の保護が、少なくとも匹敵する方法による他の措置により保障される場合には、これらの規定や知見によらなくてよい。

3項 適切な保護措置を選択するにあたっては、労働保護法第4条の序列が考慮される。

4項 就業者の労働能力が、労働生活の期間にわたり、すなわち法定の年金受給年齢に到達するまで保持されるよう、使用者は必要な措置を採るべき義務を負う。労働条件は、加齢や年齢に適合するように形成される。

5項 各就業者の年齢グループにおける特有の能力と需要は、労働体制や労働時間の形成においてとくに考慮される。

第4条 危険性評価

1項 使用者は、労働保護法第5条の危険性評価を行うことにより、いかなる労働保護措置が心理的負荷の回避ないし最小化のために必要であるかを確かめなくてはならない。その際とくに〔本規則〕第6条から第10条までに挙げた危険要素が考慮されなくてはならない。使用者は危険性評価の

結果に適合するよう、工学、産業医学、衛生学にしたがった保護措置を決定しなくてはならない。その他の労働科学の根拠ある知見が、考慮される。

2項 使用者は、危険性評価が専門的知識に基づき遂行され、適切な方法で就業者が関与することを保障しなくてはならない。使用者自身が相応する知識を有さない場合には、使用者は専門的助言を求めなくてはならない。

3項 使用者は、就業者数に関わりなく就労前に、危険性評価を文書にしなくてはならない。当該文書には、職場において生じうる危険と第1項により講じられるべき措置が、記載される。さらに文書には、必須の記述、とくに把握の方法、個別の危険要素の評価ならびに調査時期が、含まれていなくてはならない。実効性の検証も同様に文書にされる。

4項 危険性評価は、とくに次の場合に再び実施される、ないしは適応される。

1. 本規則第6条から第10条までにしたがい条件が変更される場合、ならびに
2. 就業者が根拠に基づき苦情を申し立てた場合。争いがある場合に使用者と就業者の利益代表者は、これについて意見の一致が得られるよう、目指す。

第5条 教示

1項 使用者は、労働による心理的負荷の危険について就業者にその労働時間中に、十分かつ適切に教示しなければならない。教示には、とくに就業者の職場や任務の範囲にあわせられた指示と説明を含む。教示はさらに、そこにあった労働による心理的負荷の危険とそこでとられた労働保護措置

と関係するものでなくてはならない。教示は、採用時、労働の範囲を変更する時、新材料・新技術を導入する時、ならびに労働体制を変更するときに、就業者が就労する前になされなくてはならない。教示は、危険性評価に適合するものであり、相当の間隔で繰り返しなされなくてはならない。

2項 労働者派遣においては派遣先が、第1項の教示義務を負う。派遣先は、自身に労務を譲渡する者の資格と経験を考慮して教示しなくてはならず、そのために派遣先事業所の利益代表者に対して相応する証明を行わなくてはならない。派遣元が負うその他の労働保護義務ならびに利益代表者の共同決定権は影響を受けない影響しない。

3項 使用者は、教示の内容、形式、期間につき、文書にしなくてはならない。

第6条 仕事の課題に関する評価基準と形成基準

1項 就業者の仕事の課題は、危険性評価の枠内で評価される。仕事の遂行は、健康に有益でなくてはならない。本規則第3条および第4条にしたがった危険性評価と措置の決定の際には、とくに第2項から第7項までの要求が考慮される。

2項 仕事の課題は、就業者がその能力と技能を維持・拡充できるよう形成されなければならない。

3項 仕事の課題の遂行は、質的に過少な要求をもたらすものであってはならない。それは資格を要求し促進するものでなくてはならない。

4項 仕事の課題の遂行は、質的に過大な要求をもたらすものであってはならない。個人の労働能力は、適切な格付け措置によ

り変化する労働の要求にあわせられる。

5項 労働ノルマは、労働の人間の形成に際し労働生活の期間に健康の侵害をもたらさないよう形成される。

6項 中高年就業者の労働能力の変化は、仕事の課題の形成の際に考慮される。労働の要求ないし労働の課題により生じうる危険は、加齢により変化する労働能力を考慮して評価される。健康上一時的ではなく就業が制限される就業者についても、同じである。

7項 仕事の課題についての評価基準と形成基準はとくに、

1. 仕事の完全性／過少要求の回避
2. 権限と責任の明確化
3. 適宜かつ十分な情報
4. 時間面・内容面での仕事の裁量
5. 質的・量的な過大要求の回避
6. 適切な協力／専門的・社会的コミュニケーション
7. 見通しの良さと影響可能性
8. 過度な感情的要求の回避
9. 身体的変化
10. 資格の利用・拡充をいう。

第7条 労働体制に関する評価基準と形成基準

1項 労働体制は、危険性評価の枠内で評価される。労働体制は、それが就業者の健康に有益であるよう、形成される。本規則第3条および第4条にしたがった危険性評価と措置の決定の際には、とくに第2項から第8項までの要求が考慮される。

2項 労働の進行は、就業者に適切な行動の裁量があるように、組織される。労働の

進行における妨害は、技術的かつ組織的可能性の枠内で回避される。

3項 時間間隔と結びついた労働工程に際し、工程間隔は健康に有益である長さを下回ってはならない。

4項 強制制御された労働（流れ作業、時間間隔の工程）に際し、技術上もしくは組織上の措置により、就業者に裁量が与えられていなくてはならない（たとえば、緩衝器、休息时间）。

5項 プロジェクト形式で組織されている労働の進行は、危険性評価に含められる。労働の進行の大部分が第三者によって定められる場合（たとえば、外勤時の顧客の要求）も、同じである。

6項 労働リズム（「仕事のパターン」）は、健康に有益で、社会的に分配された労働時間と休憩時間の断続連続を可能にしないこと、呼出待機、出張）。

7項 中高年就業者の労働能力の変化は、労働体制の際に考慮される。労働の進行ないし労働体制により生じうる危険は、加齢により変化する労働能力を考慮して評価される。健康上一時的ではなく就業が制限される就業者についても、同じである。

8項 労働体制の形成についての評価基準と形成基準はとくに

1. 適切な行動の裁量／短い時間間隔の工程の回避
2. 労働時間と休憩時間の明白な分別
3. 個人に対する労働の要求と事業上の進行の一致（進行の連関、情報の流れ、フィードバック）
4. 期待される労務水準とそれが実現され

るための条件（組織上、技術上）

5. 全労働時間にわたる労働総量のバランス

6. 妨害や中断（技術上の理由による中断
頻繁な製造転換、下請業者の期限の不
遵守、人員不足）の回避

7. 透明性と予見可能性
をいう。

第8条 社会的関係に関する評価基準と形成基準

1項 就業者が仕事を行う際の社会的関係は、危険性評価の枠内で評価される。社会的関係は、それが就業者の健康と健康な状態に有益であるよう、形成される。本規則第3条および第4条にしたがった危険性評価と措置の決定の際には、とくに第2項および第3項からの要求が考慮される。

2項 〔他の〕就業者、上司や第三者（たとえば顧客）との社会的関係は、それが仕事の課題の履行に有益であり、就業者の心理的もしくは社会的侵害が回避されるよう、形成される。

3項 適切な社会的関係の形成についての評価基準と形成基準はとくに

1. 共同して作業する者の管理について、
上司に必要とされる資格

2. 適切な管理行為（コミュニケーション
や決定過程への参加、支援、十分な情報と透明性、フィードバック、尊重、
社会的対立の統制）

3. 計画・決定過程への組入れ

4. 十分な社会的接触

5. 事業所の環境（人的受容性、従業員間の敬意をもった付き合い）

6. 労務管理による職業上の発展可能性

をいう。

第9条 職場や労働環境の条件に関する評価基準と形成基準

1項 就業者の職場や労働環境の条件は、
心理的労働負荷の要因としてもまた、危険性評価の枠内で評価される。職場や労働環境の条件は、それが就業者の健康と健康な状態に有益であるよう、そして労務遂行を助長するよう、形成される(*)。本規則第3条および第4条にしたがった危険性評価と措置の決定の際には、とくに第2項および第3項からの要求が考慮される。

2項 情報の記録と加工および目標到達のために求められる仕事の結果に必要とされるコミュニケーションが、職場や労働環境の条件が不利であることにより、侵害されてはならない。

3項 労務遂行時の十分に形成されていない材料や適切でない姿勢による障害は、回避される。

4項 職場や労働条件の形成についての評価基準と形成基準はとくに

1. 低い音圧レベル

2. 健康によい室内環境

3. 十分な自然光と適切な人工照明

4. 単調で変化のない環境条件の回避

5. 十分な空間幅

6. 人間工学に基づくソフトウェア

7. 情報が明確に示され、材料の警告が目立っていること

をいう。

(*)職場や労働環境の形成にかかる要求は、通常、職場規則の対象であるので、第9条は両規則間で同期調整されなくてはならない。

第10条 労働時間の形成に関する評価基準と形成基準

1項 就業者の労働時間は、危険性評価の枠内で評価される。労働時間は、それが就業者の健康に有益であり再生を促すよう、形成される。本規則第3条および第4条にしたがった危険性評価と措置の決定の際には、とくに第2項から第4項までの要求が考慮される。

2項 人間工学的に形成されたものでない労働時間による、持続的な心理的疲労ならびに人間の労務能力への過大な要求は、回避される。実際の労働時間の長さや労働時間内の形成（状況と分配、休憩の形成）は、とくにその時々仕事の課題や労働体制の方式との相互作用において、その健康に対する危険が評価される。

3項 中高年就業者の労働能力の変化は、労働時間の形成の際に考慮される。労働時間の状況と分配により生じうる危険は、加齢により変化する労働能力を考慮して評価される。健康上一時的ではなく就業が制限される就業者についても、同じである。

4項 労働時間の形成についての評価基準と形成基準はとくに

1. 上限8時間の規則的な日々の労働時間
2. 規則的な労働時間の上限を超える場合の、負荷と関係する時間の調整
3. 負荷に対して適切な休憩の形成
4. 人間工学的なシフトプランの形成
5. 週末の休みが十分にあること
6. フレックス労働時間制による生物学的・社会的シンクロの欠落の回避をいう。

第11条 労働時の心理的負荷に関する委員会

1項 連邦労働社会省に、次の専門的知識を有する者から構成される、労働時の心理的負荷に関する委員会を、設置する。

民間使用者を代表する者 2名

公務使用者を代表する者 1名

この規則を所轄する州官庁を代表する者 3名

労働組合を代表する者 3名

労災保険者を代表する者 3名

専門的知識を有する者、とくに学識者 3名

2項 連邦労働社会省は、それぞれの団体や機関の提案に基づき、委員会の構成員および各構成員につき1名の代理人を、任命する。委員会は、運営規則に服し、委員会の中から議長を選出する。

3項 委員会は、次のことを任務とする。

1. 労働時の心理的負荷による危険を回避もしくは軽減するのに資する、工学、産業医学、衛生学に適合する規定、その他の学問的知見を確認すること、
2. この規則により示された要求をいかに履行しうるかについての規定を公表すること、ならびに
3. 心理的負荷の問題について、連邦労働社会省に助言すること。

委員会は任務を行うにあたり、労働保護法第4条の労働保護にかかる一般原則を尊重しなければならない。委員会の労働計画は、連邦労働社会省との間で調整される。委員会は、連邦労働社会省における他の委員会と緊密に共働する。

4項 連邦労働社会省は、委員会により確認された規則を共同官庁機関紙により公表

することができる。

5項 連邦省庁ならびに所轄の最上級の州官庁は、委員会会議に代表者を出席させることができる。申出により、会議での発言が許される。

6項 委員会の職務は、連邦労働安全衛生所が担当する。

第12条 罰則、秩序違反行為

1項 労働保護法第25条第1号の秩序違反が問題となるのは、故意または過失により、

1. 第4条に反して、正確に、完全に、もしくは適宜に、危険性評価を文書にしない、
2. 第5条に反して、就業者に適切な教示を行わない、
3. 第6条から第10条までに反して、労働時の心理的負荷による危険を回避もしくは軽減するための要求を、完全に、また適切に行わない

者についてである。

2項 第1項に掲げた行為により故意に、就業者の生命もしくは健康を危険にさらした者は、労働保護法第26条第2号により罰せられる。

3. 3. 3 小括と補足

規則案は、労働時の心理的負荷による危険から就業者を保護することを目的とするものである。そのために、使用者に、必要な労働保護措置をとること、危険性評価を行いそれを文書にすること、危険について就業者に教示することを、義務づけようとするものである。労働による危険要素は多面にわたるが、その中でもとくに重要と考えられるものの1つが、労働時間と自由時

間の分別である（規則案7条6項参照）。

スマートフォン（規則案では、現代のコミュニケーションツール）での対応を、常時（終業後や休日にも）求められるような状態は、就業者に大きなストレスを与えるものであり、就業者はそのような危険から保護されなくてはならないと考えられている。

規則案は、労働保護法の下位規範である規則の制定提案ともいえる。いくつかの州政府・州労働相は、規則案を支持する立場を示している。

使用者団体は、この規則案に明確に反対の見解を示している。使用者団体は、労働保護法は心理的負荷の問題もカバーしている、すなわち既存の法制は職場における心理的負荷の問題に対応できており、規則案は不要であるとする。また、規則案では心理的負荷がすべて仕事上の領域における問題であるかのようにとらえているが、心理的負荷の原因は仕事以外の領域にも多くあり、規則案の理解では狭すぎるとする。

規則案は、使用者側の強硬な反対のため実現は困難であると思われていたが、地方選挙での社会民主党や緑の党の勝利により、連邦参議院における勢力関係に変化が生じたことを受けて、社会民主党がアンチストレス規則の実現をめざす姿勢を明らかにした。連邦労働相も職場における心理的負荷の問題への対応の必要を述べており、2013年1月には公労使のトップ会談が開かれた。労使による共同声明が予定されていたが、使用者側は共同声明へのサインを拒否し、なおも反対の立場を維持している。

4 障害者法制

4. 1 障害者差別禁止法制

4. 1. 1 障害を理由とする差別の禁止

ドイツでも憲法において法の下での平等が明記されている（基本法 3 条）。同条 3 項は差別禁止事由を列挙するが、第 1 文で性別、血統、人種、言語、故郷および門地、信仰、宗教的ないし政治的な見解が、第 2 文で障害が挙げられている。障害は、第 1 文に挙げられた他の差別禁止事由と異なり、不利益な取扱いのみが禁止される。すなわち、有利な取扱いを排除するものではない。障害について定める第 2 文は、1994 年の改正により追加された。

憲法上の差別禁止の理念は、個別の立法によって具体化されている。2002 年制定の障害者同権法（Behindertengleichstellungsgesetz）は、障害者に対する不利益取扱いを排除・防止し、障害者が障害を持たない者と同等に社会生活に参加することの保障を、法目的とする。この法目的実現のために、バリアフリーの生活領域を創成することが、同法の核心である。同法上の障害者は、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（障害者同権法 3 条）。この定義は、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）2 条の障害者の定義にしたがったものである。

障害者同権法の射程は連邦の公的領域における不利益取扱いを禁止するものであり、基本的に連邦および連邦政府を拘束するにとどまるに基本的に限定される。そのため連邦各州は、障害者同権法類似の、あるいは独自の州同権法を制定している。

障害者差別禁止法制としてもう 1 つ重要なのが、2006 年制定の一般平等取扱法（Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz）

である。同法は包括的な差別禁止法であり、人種もしくは民族的背景、性別、宗教もしくは世界観、障害、年齢または性的志向を理由とする不利益取扱いの防止と排除を目的とする。同法は労働関係のほか（一般平等取扱法 6 条以下、後述 4. 1. 2 参照）、民法上の債務・取引関係にも適用される（一般平等取扱法 19 条以下）。

ドイツの障害者差別禁止法制の歴史は、比較的新しいが、それはドイツの障害者施策の重点が、障害者が置かれている状況、不利益に配慮した雇用確保措置にあつたためである（その典型が割当雇用制度である、後述 4. 2. 2 参照）。1994 年の基本法改正により差別禁止アプローチも併用されるようになるが、実際に差別禁止法制の契機となったのは EU の雇用平等指令であつた。

4. 1. 2 労働関係における障害を理由とする差別の禁止

2001 年に制定された社会法典第 9 編は、重度障害者に対する使用者の義務を定めている。その 1 つが重度障害を有する就業者に対する障害を理由とする不利益取扱いの禁止である（社会法典第 9 編 81 条 2 項 1 文）。同条の不利益取扱い禁止は重度障害者に限定されていることから、EU の雇用平等指令の国内法化としては不十分であると考えられていた。2006 年制定の一般平等取扱法において、不利益取扱いの内容が詳細に規定された。また、禁止の対象がすべての障害者に拡大した。社会法典第 9 編 81 条 2 項の差別禁止規定は現在も削除されずに残っているが、その内容や救済方法は一

一般平等取扱法の規定にしたがう。

以下では、労働関係における障害を理由とする差別にしばって、一般平等取扱法の内容を概説する。

一般平等取扱法では、障害者や障害の定義を行っていないが、社会法典第9編や障害者同権法の定義と同じであるとされる。すなわち、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状態が、障害である。6カ月以上逸脱している状態にあること、すなわち継続性（永続性）が求められており、この点で疾病と区別される。

障害者に対する不利益取扱いが禁止されるのは、募集・採用、配置・昇進にかかる選択基準や雇用条件、賃金や解雇事由を含む労働条件、職業教育、社会保障その他社会的給付、教育、住宅を含む福利サービスなど（一般平等取扱法2条1項）、労働関係全般である。禁止される態様は、直接的な不利益取扱い（直接差別）、間接的な不利益取扱い（間接差別）のほか、ハラスメント、セクシュアルハラスメント、不利益取扱いの指示である（一般平等取扱法3条）。

もつとも、遂行される職務の種類や職務遂行の条件ゆえに本質的かつ重要な職務上の要請がある場合には、目的が正当であり要請が適切であるかぎり、障害を理由とする異なる取扱いが許容される（一般平等取扱法8条1項）。

禁止される不利益取扱いに該当する約定は無効である（一般平等取扱法7条2項）。禁止される不利益取扱いは、契約上の義務の侵害にあたる（一般平等取扱法7条3項）。

また禁止される不利益取扱いにつき、義務違反の責を負う使用者は、損害賠償責任を負う（一般平等取扱法15条1項）。一般平等取扱法を根拠とする採用請求権や昇進請求権は否定されている（一般平等取扱法15条6項）。

一般平等取扱法は包括的な差別禁止法であり、そこに障害者も組み入れられている。しかしそれは、一般的な差別禁止と積極的な差別是正措置にとどまり、障害者保護独自の規定、たとえば使用者に合理的配慮を求めるような規定が置かれているわけではない。それに相応する規定は社会法典第9編にある（後述4.2.2参照）。すなわちドイツでは、基本法改正やEUの雇用平等指令により障害者法制において差別禁止アプローチがとられるようになってはいるが、障害者の雇用にかかる措置や保護は、障害者雇用法制（社会法典第9編）により実現されている。

4.2 障害者雇用法制（未了・次年度）

4.2.1 社会法典第9編の対象

社会法典第9編は、「第1部 障害者および障害者となるおそれのある者についての規定」と「第2部 重度障害者の参加に関する特別規定（重度障害者法）」から構成される。同法には、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、障害者の参加に関する規定がおかれている。

繰り返しになるが、同法上の障害者は、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（社会法典第 9 編 69 条）、障害の程度が 50 以上の者が重度障害者となる。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）。

同法第 2 部の対象となるのは、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）である（社会法典第 9 編 68 条 1 項）。重度障害者と同等に取り扱われる者となるには、障害者が連邦雇用エージェンシーによる確認を得なくてはならない（社会法典第 9 編 68 条 2 項）。

4. 2. 2 重度障害者等にかかる使用者の義務

社会法典第 9 編第 2 部では、重度障害者等の雇用に関して、使用者にさまざまな義務を課している（社会法典第 9 編 71 条以下）。

第 1 に、割当雇用制度である（社会法典第 9 編 71 条）。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。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。

第 2 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の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、重度障害者代表者を参加させ、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者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、重度障害者代表者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。

第 3 に、使用者は適切な措置により、少なくとも所定の雇用ポスト数について、可能な限り持続的に障害者に適合した雇用を見つけることができるよう取り計らう（社会法典第 9 編 81 条 3 項）。これが合理的配慮に相応する。具体的には、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、事業所内での職業教育措置の優先的な考慮、事業所外の職業教育参加のための便宜供与、障害にあった職場の設置と維持、技術的な援助を含む職の形成を、使用者に求める権利を有しており、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)。もともとこれらにより使用者にとって予期できない、あるいは不相当な費用を使用者に課すような場合には、請求権は否定される。

第 4 に、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が、それを経済的に支えるものとして、雇用率を達成できない使用者の調整金を財源とする、統合局からの給付がある（社会法典第 9 編 102 条 3 項）。これは、重度障害者等に対する、技術的な労働上の援助（たとえば特別な眼鏡、特別な補装具）や通勤支援（たとえば自動車購入補助）、住居改修などに関する給付と、使用者に対する、重度障害者等の職場や教育訓練の場の整備などに関する給付とがある。このような給付のほかに、社会法典第 9 編第 1 部に基づく給付があり、使用者に対する給付としては、リハビリテーション機関による訓練助成金、編入助成金、事業所内の労働上の援助に対する手当、有期試用就業手当がある（社会法典第 9 編 34 条）。

以上述べてきた制度は障害の種別を問うものではないので、精神障害者にも適用されるが、精神障害者についてこれらの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. 3 事業所編入マネジメント

4. 2. 3. 1 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

はじめ、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滞りなく申請され、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ままでもない。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. 2 関係当事者

4. 2. 3. 3 プロセス

4. 2. 3. 4 事例研究書に見る実例

4. 2. 3. 4. 1 ベルリン市清掃局における事業所編入マネジメントの例²²

4. 2. 3. 4. 1. 1 前提事実

ベルリン市清掃局は、地方公共団体の廃棄物処理を行う企業として、ドイツ最大のものである。当時の従業員数は5,300人で、従業員の平均年齢は46歳であり、従業員の半数以上が50歳を超えている。従業員の疾病罹患状況は、守衛や清掃員といった職で相対的に多く見られ、管理部門では少ない。

X氏は40歳代半ばの男性で、廃棄物処理部門で長年ごみ回収に従事している。これまで健康であったが、最近2年くらいから疾病に罹患するようになった。それは背中や脚の痛みであり、当初は投薬で抑えられていたが、次第に欠勤を要するほどに症状が悪化した。そのようななか、X氏は仕

事や同僚に対する喪失感を持つようになり、こうした精神的な問題が、X氏に長期の労働不能という事態をもたらした。

4. 2. 3. 4. 1. 2 事業所編入マネージメント

X氏がふたたび数週間の療養を必要とする旨の診断を受けた後、X氏は、X氏が事業所編入マネージメントに参加できるとの使用者からの申し出を、手紙で受け取った。X氏は自分の健康状態にかかる問題を使用者に知らせる必要があるのか、知らせることによりどのような不利益を受けるのか、といった点に不安を持った。X氏は重度障害者代表者に電話して相談し、統合チームと一緒に面談を受けることになった。

第1回目の面談は、前述の電話から1週間後に行われた。面談にはX氏のほか、職員代表者、重度障害者代表者、人事部職員、産業保健スタッフが出席した。X氏はそこで、事業所編入マネージメントの目的と流れや、X氏の個人的な情報や健康情報の取扱いなどについて、説明を受けた。この面談により、X氏は事業所編入マネージメントに積極的に参加することを決心した。

X氏は健康上の問題点を説明した。一方統合チームも、職場の分析を行い、危険性評価の結果をふまえると、ごみ回収業務における特有の負荷がX氏の健康状態に悪影響を及ぼすことが懸念された。重い負荷と厳しい労働ノルマは新たな労働不能を引き起こす可能性がある。X氏の労働能力が減少していることから、配置転換が望ましいとされた。さらに健康上の理由による事業所内での転換にあたっては、産業医との相談が必要であるとされた。

X氏に提案されたのは、ごみ箱修繕作業

場での業務であった。この作業場には労働能力が減少した者に対する45のポストがあった。業務や仕事の流れは、このような就業者の労働能力にあわせたものになっている。X氏は同作業場で最初の6か月間は、労働時間を短縮して働くことができた。

X氏はごみ箱修繕作業場に編入されたことに、たいへん満足した。X氏は自分の労働能力にあった仕事の責務を維持した。技術上・人間工学上の職場の条件も、労働の流れも、X氏の希望に沿うものであった。収入は低下したが²³、養生職場（Schonbereich）でX氏は仕事への喜びを感じ、意欲を持った。X氏は、上司が従業員の個別の希望に理解を示したこと、重度障害者代表者が毎週作業場を訪問しサポートしてくれたことを、高く評価している。ごみ箱修繕作業場への編入後、X氏は労働不能となる疾病を再発していない。

4. 2. 3. 4. 1. 3 評価と問題点

X氏は従前の職場において重い身体的負荷を受けており、そのことが精神面にも影響し、長期の労働不能をもたらした。事業所編入マネージメントに参加し、身体的負荷の低い職場に配置転換されたことにより、身体的負荷が軽減され、そのことが精神面の安定にもつながった。この事案は、事業所編入マネージメントの成功例であると評価されている。

もつとも問題点も指摘されている。それは同社における年齢構成からすると、疾病や労働不能を訴える従業員はこれからますます増加することが予想される。さらに清掃業という業務には、特有な負荷の存在も指摘されている。X氏のような事案が増加しないよう、事業所編入マネージメント以

前の段階での予防策が必要であると、捉えられている。

4. 2. 3. 4. 2 ミュンヘン施設局有限責任会社における事業所編入マネージメントの例²⁴

4. 2. 3. 4. 2. 1 前提事実

ミュンヘン施設局有限責任会社は、ミュンヘン市とその周辺地域に公的サービスを提供する企業である。同社の従業員は約7000名であり、その80%以上が男性である。男性従業員の平均年齢は43歳、女性従業員の平均年齢は41歳である。男性従業員の約3割、女性従業員の約4分の1は、50歳を超えている。従業員の8%が、重度障害者等であり、これは法定雇用率を大きく上回る。同社は従業員の健康問題に熱心に取り組んでおり、受賞歴もある。

Y氏は50歳代半ばの男性で、同社に30年勤続している。Y氏は仕事が気に入っており、事業所や同僚のことをよく知っていたし、同僚もY氏のことをよく知っていた。ところが近年、Y氏の行動に変化がみられるようになった。すなわち、Y氏の飲酒習慣が、ゆっくりと徐々に変化していった。Y氏は自分の飲酒量が通常のを超えていることをなんとなく認識していた。Y氏は同社のイントラネットで、事業所編入マネージメントによる、反復的、長期の疾病罹患患者に対するサポートがあることを知った。Y氏は当初、自分が病気であるかわからなかったが、アルコール依存症であることを認識し、事業所編入マネージメントに参加することにした。

4. 2. 3. 4. 2. 2 事業所編入マネージメント

情報提供ならびに相談のための面談は、

Y氏の上司が手配した。Y氏は自分の飲酒習慣がしばしば職場に問題をもたらしていることを認識していたので、事業所編入マネージメントの申し出を受け入れた。Y氏は自分の依存症を上司に伝えるよい機会であると捉えていた。

上司との面談の結果、事業所のソーシャルスタッフとのつながりができ、Y氏は自分のアルコール依存症について専門的サポートが受けられるようになった。それによりY氏は、アルコールによる作用を受けた自分の行動が職場を危険にさらすおそれがあることを認識した。Y氏は外部の依存症支援機関訪問を約束し、そこでさらなるサポートを受けることになった。

Y氏はこのような事業所編入マネージメントにたいへん満足している。Y氏のアルコール依存は病気として認識されたことにより、具体的なサポートを受けることができた。上司もソーシャルスタッフも外部の支援機関スタッフも、Y氏をサポートしてくれた。その結果、Y氏は、職場や仕事内容、仕事の流れを変えることなく、働くことができています。

4. 2. 3. 4. 2. 3 評価

Y氏はアルコール依存傾向にあり、放置していれば健康侵害の危険が生じた可能性があった。同社では従業員に対して、事業所編入マネージメントを含む健康問題に関する情報提供がなされ、Y氏がそれに反応したことから、病状が深刻化する前にサポートを受けることができた。配置転換や仕事の軽減を行うことなしに、Y氏の新たな労働不能を避けることができた本事案は、事業所編入マネージメントの成功例と評価されている。

4. 2. 3. 5 個人情報の保護（未着手）

4. 2. 3. 6 解雇との関係（未着手）

4. 2. 3. 7 使用者に対する援助

事業所編入マネージメントは労務管理の一部であり、それにかかる費用は当然に、使用者が負担する。もっとも事業所編入マネージメントの実施は、障害者の労働生活への参加促進ともなりうるので、リハビリテーション機関や統合局などからの給付が、使用者、あるいは就業者に対して直接、行われる（社会法典第9編33条、34条、前掲4. 2. 2参照）。

事業所編入マネージメントに独自のものとして、リハビリテーション機関や統合局からの報奨金ないし奨励金がある（社会法典第9編84条3項）。報奨金が金銭支給であるのに対し、奨励金は社会保険料の減額である。奨励金は、労災保険や医療保険の一部で実施されている。

報奨金や奨励金は使用者に金銭面でのインセンティブを与えるものであるが、法律上は「できる」規定であるうえ、法律上支給基準が定められておらずリハビリテーション機関や統合局の裁量に委ねられている。さらに予算の制約もあることから、十分に実施されているとはいえない。統合局と中央福祉センターを構成員とする作業チームは統一的な支給基準を定めて、その使用を推奨している²⁵。同基準によれば、報奨金は最高2万ユーロとされている。

4. 2. 3. 8 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。

以上のようにドイツではこれまで、既存の枠組みや制度を利用しながら、それを精神疾患事例にうまく適合させようとしてきた。近年のアンチストレス規則制定の動きもこれまでの流れに沿うものではあるが、心理的負荷の問題にかかる独自の規則を設けようという点で、新たな注目すべき動きともいえる。

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となるが、以下の3つの特徴を指摘して、暫定的なまとめとし

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者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>

²² Giesert/Weißling, Betriebliches Eingliederungsmanagement in Großbetrieben, 2012, S. 14ff.

²³ 収入がどの程度低下したかは、不明である。

²⁴ Giesert/Weißling(Anm. 22), S. 55ff.

²⁵ BIH, Empfehlung zur Erbringung von Prämien zur Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements(stand:15.1.2010)

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 笠木 映里 九州大学大学院法学研究院・准教授
研究協力者 鈴木 俊晴 早稲田大学大学院法学研究科・博士後期課程

研究要旨

フランスにおいては、フランステレコム等の労働者の相次ぐ自殺等、この問題がセンセーショナルな形で注目されたこともあり、特に最近 10 年において、労働者の精神的健康に関する議論が大きく揺れ動いている。議論の流れは、以下のような、大きくわけて 3 つの段階をたどっている。すなわち、従来、フランスでは、①精神的健康は職場における安全衛生の問題の埒外にあるとして、少なくとも法律家の関心を引いてこなかったが、事実としては、当然のことながら、仕事により精神的健康を害する労働者がいなかったわけではない。そして、労働密度の増加や現代的な業績評価制度の導入等が原因となり、あるいは、職場における同僚間ないし顧客との関係での攻撃的な言動により、精神的健康に不調をきたす労働者が 2000 年前後になって特に増えつつあった。こうした状況を受けて、②2002 年以降労働法典に初めて、身体的健康に加えて精神的健康の概念が導入され、その中でも「モラル・ハラスメント」という法定の概念に注目が集まった。③その後、より最近になって、「モラル・ハラスメント」概念の拡張解釈やこの問題への議論の集中を反省すると共に、個人のレベルでなく集団的なレベルでこの問題を扱い、労使交渉を軸とした早期の予防を行うことへと議論の方向を転換しようとする動きが見られる（その背景には EU 法の影響もある）。

このうち、②のハラスメントをめぐる議論は、フランスにおいて精神保健の問題の重要性を専門家のみならず一般に知らしめる効果を有した。また、ハラスメント概念の拡張的解釈をはじめとする一連の破毀院判決は、使用者が労働者との関係で負っている安全保持義務を厳格に解釈する同時期の判例と相まって展開してきたものである。このような判例は、労働者の救済に資するのみならず、使用者に対して、精神保健に関する適切な事前の対応を取ることの重要性を認識させる効果を有したといえるだろう。他方で、従来の法的枠組みの中で行われる労働者に対する事後的な補償・賠償には限界があることも専門家によって認識されるに至る。また、ハラスメント概念の拡張的解釈については法律家を中心として理論的な正当性に疑念が示されるようになった。

このようにして、②の時期の議論や経験の蓄積の上に生じているのが③のような方向転換である。そこでは、早期予防の重要性と、この問題を個人でなく集団のレベルで考えることの重要性とが結びつけられ、労使対話や従業員代表の重要性、あるいはそうし

た集団レベルでのリスク評価を行うことのできる専門家の役割の重要性が強調されつつある。

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フランス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。本年度の研究は、①のうち、特に背景・特徴の解明にあてた。但し、常に日本との比較という視点に配慮しながら研究を行うことにより、②について基礎となりうる研究成果も得られたと考えている。

B. 研究方法

国内において各調査項目について文献による調査を行うと共に、2012年6月に笠木・鈴木両名により、現地でのインタビュー調査・研究者への聞き取り調査を行った（調査内容の詳細については後掲の表を参照）。また、2012年9月18日には、この問題の専門家であるフランスの法律家（Loic Lerouge（ボルドー大学）。2012年9月当時東京大学に滞在中であった）と共に、本研究事業のメンバーとのジョイント研究会を行い、フランス法の状況に関するレクチャーを受けた（於九州大学法学部）。

（2012年6月の現地調査の際の主な訪問先）※ 以下の他、パリ市内の図書館・書店にて資料収集を行った。

6月11日 (月)	パリ第十大学 Lyon-Caen 教授	パリ
6月12日 (火)	労働・雇用・医療省（労働監督医ら）	パリ

6月13日 (水)	ナンシー大学 Adam 教授	ナンシー
6月14日 (木)	全国被用者医療 保険金庫 (CNAMTS)	パリ
6月15日 (金)	全国労働条件改 善局 (ANACT)	リヨン

C. 研究結果

1. 公法

1.1 法令、行政規則

1.1.1 モラル・ハラスメントの禁止

2002年の改正により、労働法典には「いかなる労働者も、その諸権利・尊厳を害する、あるいは、心身の健康を損ね、またはその職業生活上の将来を危険にさらしうる労働条件の劣悪化をもたらす目的で、ないしそのような効果を伴う形で、繰り返されるモラル・ハラスメントの行為にさらされてはならない」との定めがおかれ、モラル・ハラスメントが法典上定義されると共にこの行為を刑事罰つきで禁止している（労働法典 L. 1152-1 条、刑事法典 L. 222-33-2 条）。この規定は法律上は公法的性格のものであるが、使用者が労働契約上ないし法律上（労働法典 L. 4121-1 条）負うことになる私法上の安全保持義務（obligation de sécurité）との関係で破毀院がこの概念を広く解釈する判断を示しており、ハラスメントについて使用者が私法上の責任を問われることも十分にありうる。このような破毀院の積極的な介入の姿勢は、法律家による評価と批判の双方

に曝されている。ハラスメント概念の拡張的な解釈については、この規定が罰則を伴うものであることもあり批判が多い。

1.1.2 従業員代表の関与の義務付け（→ 1.4.3 参照）

1.1.3 リスク評価の義務付け

2001年11月5日デクレ¹は、使用者が労働法典法上負っている安全保持義務（現行労働法典 L. 4121-1 条、デクレ当時の L. 320-1 条）の内容として、並びに、罰則を伴う公法的性格の義務として、「労働者の健康と安全に対するリスクの評価に関する文書（document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs）（DUER と略されることがある。また、「統一文書（document unique）と俗に呼ばれることもある）を創設した（労働法典 R. 230-1 条）。この新しい制度は、後述する健康・安全へのリスクの予防に関する 1989 年の EU 枠組指令の国内法化の一環として導入されたものである。事業の規模・業種にかかわらずあらゆる使用者に、リスク評価の結果をまとめた文書を作成し、定期的に更新する義務が課されている（少なくとも年 1 回、また、安全衛生にかかる条件や労働条件に重要な修正をもたらす場面でも更新が求められる）。この義務に反して DUER を作成しない使用者には刑事罰が科せられる。

DUER の評価対象には、とりわけ 2002 年の法改正により精神的健康の保護が労働法典上の要請となつてから後については明確に、精神的健康へのリスクも当然に含

まれるものと考えられている。もっとも、実務上は、精神的健康の問題を一切扱わないことや、形式的な評価に留まるものも多い²。こうした不十分な文書であっても、罰則との関係では作成義務違反を問われることはないものと考えられる。但し、何らかの結果が事後的に発生した場合に、労災の被害者に使用者に対して完全賠償を求める権利を付与する「許し難い過失（faute inexcusable）」の評価等の際には、この文書の不作成あるいは十分でない作成のあり方が評価の一要素とされることも想定されるとの議論もある。

1.2 法の管轄機関・執行権限者

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

フランスでは、EU 指令の影響も受けて、また、事後的な補償の限界もおそらく背景となつて、モラル・ハラスメントの概念を超えたより一般的なストレスリスクの早期予防に重点を置いた施策が近年積極的に議論されている（その背景については 1.7 で詳述する）。その中で重要な役割を担っている（あるいは担うことを期待されている）アクターとして注目すべきと思われるのが、専門家の知見を活用して独立の立場で機能する労働医（1.4.1）、労働条件の改善が企業の生産性の拡大にもつながるとの理想の下に企業に対するコンサルタント・助言を行う ANACT（1.4.2）、労働環境の中にある危険を専門家の力もかりながら早期に発見することを目指す企業内の従業員代表組織 CHSCT（1.4.3）

であり、上述の通り 2012 年 6 月にはフランス（パリ・ナンシー・ナント）においてこれらの組織および専門家に現地調査も実施した。それぞれに、法的性格や企業との関係も大きく異なっているが、いずれも、専門家・専門機関として、あるいは、専門的知見を重要な武器として、一次予防の段階から精神的健康の問題に介入する組織である点に置いて共通している。なお、労働医の役割については 2011 年度報告書に添付された鈴木俊晴氏の論文において既に詳細に論じられているが、本報告書では特に近年の動向や上記の出張調査による成果をまとめている。

1.4.1. 労働医 (Médecins du travail) ³

労働医とは、産業医学の専門教育を受けた、一般医 (médecin généraliste) とは異なる専門医 (médecin spécialiste) である⁴。労働医になるためには、6 年間の一般医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⁵、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)。

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。労働保健機関は、単一企業労働保健機関 (service santé au travail autonome, 以下、「単一機関」) と企業共同労働保健機関 (service santé au travail interentreprises, 以下、「共

同機関」) に大別することができる⁶。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⁷⁸⁹。

本稿に関わる労働医の職務としては、集团的側面にかかわるものと個別的側面にかかわるものが挙げられる。まず前者の集团的側面に関わるものとして、労働医が、企業内の労働条件や職務および技術の導入などについて、労働者の健康をおびやかすリスクがあると考えるときは、使用者に対し書面で改善措置を講ずるよう提案することができる (労働法典 L. 4624-3 条)。また、後者の個別的側面にかかわるものとして、労働医は、労働者の健康診断等を実施した際、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) や労働ポストの内容の変更 (transformations de postes) などの個別的措置を提案することができる (労働法典 L. 4624-1 条)。いずれの提案についても使用者は十分に考慮しなければならない、提案内容を実施しないときには、労働者及び労働医にその理由を明らかにしなければならない。

このように労働医は、労働者の健康を保護するため、使用者に対し集团的側面、個別的側面の双方から、使用者に種々の提案をすることができる。しかし、この制度についてはいくつかの問題点が指摘されている。まず、労働医が使用者に嫌われるのをおそれて、労働環境を整備するよう使用者

に助言を行わないことも少なくないと思われる。また、労働者がメンタルヘルス疾患に罹患した場合でも、それを労働条件、労働環境の問題とは捉えずに、個人の職務適格性の問題にしてしまう傾向があり、なかなか労働条件・労働環境全体の向上までは貢献できない場合があるとされる¹⁰。

1.4.2. 全国労働条件改善局（ANACT）

全国労働条件改善局（Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail, ANACT）は、1973年に創設された政府機関であり、雇用・職業訓練・労使対話省（現在）の所轄に属する。26の地方局を有している。この組織の創設の背景には、1970年代のフランスにおける労使対立の激化、特にテイラー主義に対する労働者の反発から生じる労使関係の不安定化があった。また、テイラー主義に代わる労働組織のあり方が必要との認識が、当時、米国を中心として欧米諸国に広がりつつあった。こうした状況において、労働はマーケットの状況や技術革新と同じように生産性に影響を及ぼすものであり、労働者にとっての労働条件の改善と生産性の向上は両立するものであるとの考え方がANACTの活動の軸となっている。その活動は基本的に使用者に向けられたものであり、企業に対するコンサルタントや、より一般的・包括的な調査・啓発活動等多岐にわたっている。具体的な活動の内容は、国との間で締結される契約によって決定される。2009年から2012年度にかかる契約においては産業精神リスク（risques psychosociaux, RPS）が重要な課題の一つとして掲げられており、現代における仕事

のあり方の変容によって生じてきた新しい労働条件に伴う問題として、実際にもANACTは、近年、ヨーロッパレベルでの情報交換も含めた調査や企業への相談業務を積極的に行っている。とりわけ、この問題への取り組みに困難を抱えうる中小企業へのサポートが活動の一つの重要な柱となっており、ANACTのwebサイト上では、後述するDUERの詳細な作成マニュアルが無料で提供されている¹¹。

1.4.3. 企業内従業員代表委員会（CHSCT）

(1) 安全衛生労働条件委員会（Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, CHSCT）¹²は、1982年に、安全衛生委員会（Comité d'hygiène et de sécurité, CHS）と労働条件改善委員会（Comité pour l'amélioration des conditions de travail, CACT）¹³という2つの委員会を統一・再編する形で導入された企業内委員会の制度である。1941年に導入された安全委員会（comité de sécurité）を原型とする安全衛生委員会は、企業長（chef d'établissement）、労働医（médecin du travail）、安全衛生に関する技術者、当該分野について能力のある労働者代表をメンバーとする、あくまで技術的な委員会であった¹⁴。CHSCTはこの委員会の性格を大きく変えるものであり、技術的な性格よりも労働者代表による発言の場としての性格を強化すると共に、その対象を、安全衛生・労働条件という、より広い範囲に拡大したものと見ることができる¹⁵。1982年当時、CHSCTという新しい組織の背景には、①労働者が企業内において完全な市民となること、②労働者が企業

内の変化を引き起こすアクターとなること、という2つの大きな理想が提示され、労働災害や職業疾病（maladies professionnelles）の予防と労働条件の改善の分野において、この組織に従来よりも重要な影響力を行使させることが目指された¹⁶。

(2) 現行法上、CHSCT は、労働における健康の問題を監視するという役割を特別に担っている従業員代表委員会であり、従業員数50人以上の企業においてその設置が義務付けられている（労働法典 L. 4611-1 条）¹⁷。CHSCT は、事業場長と労働者代表団をメンバーとする（労働法典 L. 4613-1 条 R. 4613-1 条）。労働者代表団は、従業員数に応じて3人～9人（うち1人～3人は幹部職員）の労働者代表から構成される¹⁸。労働医（médecin du travail）、労働安全・労働条件に関するセクションの責任者等は、諮問的な立場で会議に出席することができる（労働法典 R. 4614-2 条）。

CHSCT は、大きく以下の3つの役割を担う（労働法典 L. 4612-1 条）。①当該事業場（établissement）の労働者、及び外部の企業によって当該事業場において勤務させられている労働者の身体的・精神的な健康および安全の保護に貢献すること、②労働条件の改善について、特に、あらゆる雇用への女性のアクセスを容易にし、母性に関連する問題に対応するという観点から貢献すること、③上記の領域において採られる法律上の規定（prescriptions légales）の遵守を監督すること。

(3) これらの目的を達成するために、特に精神的健康との関係で CHSCT が行使しうる権限の中で最も基本的なものは、労

働者の健康・安全にかかる条件、および労働条件を変更しうる重要な決定について意見を述べるというものである（労働法典 L. 4612-8 条）。特に、工場設備の修正、製品の変更、労働の組織のあり方の変更から生じる、職務に関する重要な変更、さらに、仕事の速度や生産性にかかるルールの変更（労働への報酬との関係の有無にかかわらず）については必ず、CHSCT が諮問を受け意見を述べる。企業が意見聴取を怠った場合には罰則が用意されており（労働法典 L. 4742-1 条）、つまり企業には CHSCT への諮問義務が課されている。

(4) また、CHSCT にとって実際上大きな武器となり、そのために近年注目が集まっているのが、企業委員会には見られない¹⁹、「専門的査定（expertise）」の権限である。CHSCT は、以下の2つの場合に、企業外の専門家（expert）への査定の依頼を行うことができる（労働法典 L. 4614-12 条）。①深刻なリスクが確認された場合（労働災害・職業性疾病等が既に確認されている場合に限られない）、および②労働法典 L. 4612-8 条にいう健康・安全にかかる条件、労働条件を変更しうる重要な計画が存在する場合である。②の場面が意味するのは、企業が労働法典 L. 4612-8 条によって CHSCT に対して諮問義務を負う場合には、CHSCT は、必要に応じて自らの見解を十分に根拠付けるために専門的査定を行うことができるということである。

この専門的査定は、以下の理由で実務上重要な意味を有している²⁰。すなわち、CHSCT が査定を行う権限を有する場面においては²¹、①専門家の任命の後、最大1ヶ月間（45日まで延長可能）の調査期間

がおかれる。②査定が開始された場合、その終了前に査定の対象となっている計画の実施に踏み切ると、使用者は査定を妨害したものととして罰則の適用を受ける。③使用者は、企業内への専門家の立ち入りを拒絶することができず、また専門家に求められた全ての情報を提供する義務を負う。⑤査定にかかる（専門家への報酬等の）費用は、当該専門家が大臣によって作成されたリストに登録されている有資格者であることを条件として、使用者が負担する²²。このように、實際上、この査定の手続は、まず、使用者の決定の実施を一ヶ月程度ストップさせる効果を有する²³。また、査定にかかる費用は事案によっては高額なものともなりえ、使用者に経済的負担を生じさせうる。CHSCTの査定について法的な根拠が争われ、その不存在が確認された場合でも、CHSCTの側に権利濫用がない限り、訴訟費用は使用者により負担される²⁴。

上記の諮問ないし査定の結果として示されるCHSCTの意見は強制力をもつものではなく、使用者は理由を付してこれに従わない旨の決定をすることも可能である。但し、後述の通り、（とりわけ査定に基づいて）CHSCTが反対の意を唱えた場合、裁判所が、当該決定を覆すことを使用者に命ずる判決において、その意見が根拠とされることがありうる²⁵。

(5) 2002年の法改正において、CHSCTの権限についても改正が行われており、その業務の対象が、労働者の身体的・精神的健康の保護へと拡大された（労働法典L. 4612-1条）。このことを受けて、CHSCTについては、労働者の精神的健康に対するリスクの予防という観点から、諮問・査定

の対象が従来よりも広く捉えられるようになり、学説の注目を集めている²⁶。上述の通り、CHSCTの諮問権限（すなわち、企業の諮問義務）の対象となるのは、労働者の健康・安全にかかる条件、および「労働条件」を変更しうる重要な決定であり、この中でも「労働条件（conditions de travail）」という広い内容を含みうる概念²⁷がいかなる対象を示しているのかについては法典上明らかとされていない。労働法典L. 4612-8条が挙げる、職務や仕事の速度、生産性にかかるルールといったものがこの概念に含まれることは想像がつくものの、法典上にはそれ以上の手がかりはなく、また判例や学説も十分な定義・限界付けを行ってこなかった²⁸。

裁判所は、従来から、CHSCTの諮問（ないし専門的査定の実施）権限の対象に多様な内容が含まれることを認めており、例えば、職務、権限の拡大、新しい（設備）保守の方法、報酬決定システム、休憩時間、さらには食堂の問題までが、諮問権限の範囲に含まれることを認めていた²⁹。他方で、これらの広範な諮問・査定の対象はいずれも、物質的・技術的な内容にとどまるものであった³⁰。

このようなCHSCTの権限の対象に関する解釈をさらに拡大し、学説の注目を集めた重要な破毀院判決が、2007年11月28日破毀院社会部判決である³¹。本件においては、企業が年に一度の面談を通じた従業員評価を導入する計画について企業委員会（comité d'entreprise）に諮問を求めたところ、企業委員会、CHSCT及び労働組合組織（organisations syndicales）が、CHSCTに対する諮問を行っていないこと

等³²を理由として使用者による当該計画の実行の差止めを求める訴えを提起し、急速審理判事（*juges des référés*）による当該計画の実行の禁止する判決が下され、企業がこの差止判決の取消を求めて控訴を行った。

控訴人たる使用者は、一般に行われる従業員評価のための面接において生じるものと原判決が評価したような単なる緊張、ストレス、精神的圧力のリスクは、労働法典 L. 236-2 条（当時。現在の L. 4612-1 条にあたる）にいうところの労働者の身体および精神の健康を危険にさらすような性格のものではなく、従ってこの計画が CHSCT の権限の範囲内であると判断した原判決は法の適用を誤るものであると主張した。使用者が自らの監督下におかれる被用者の労働を評価するという行為は労働関係に固有のものであり、従って、労働者の個別面談を導入することでこの評価プロセスに客観的で透明度の高い枠組を設定するという決定は、労働条件の重要な変更には当たらないというのが使用者の主張であった。

これに対して破毀院は、原判決を全面的に支持する形で破棄上告に理由がないものとした。すなわち、原審は、年に一度の面談は賃金に関する決定と目的達成との関係をより整合的なものとするを可能にしようのものであったこと、そのため被用者の行動に影響を及ぼしうるものであって、面談の方法やそこでの争点は明らかに労働条件に影響を及ぼす精神的圧力をうみだす性格のものであると判断したうえで、面談に関する計画が CHSCT の諮問を受けるべきものであるとしたのであり、そ

の判断には誤りは無いものであると述べた。

(6) 使用者の主張においても述べられているように、本来、自らが雇用する労働者を評価することは、労働契約から発生する使用者の経営（指揮）権（*pouvoir de direction*）から導かれるものであることが認められている³³。そのため、労働者は原則としてこの経営権の行使を拒否することはできず、評価や目的設定といった人事管理の方法自体は、困難をかかえる労働者への配慮があれば、何ら問題をもたらすものではない。但し、フランスにおける近年の労働者評価制度はアングロ・サクソン諸国の影響を受けて従来よりも高度なものとなっており、これをいかに評価するべきかが労働関係の様々な側面で問題となりつつあった³⁴。本判決に従えば、労働者を評価する面接の導入はほぼ例外なく CHSCT の諮問の（義務的な）対象となると理解される³⁵。

学説によれば、本判決を受けて、内部告発制度の導入や、労働者の評価制度の導入、個別的賃金決定スキームの導入等、従来は CHSCT の諮問の義務的な対象とされてこなかった事象について、新たに使用者に諮問義務が課されることになりうる³⁶。なお、下級審判決には、会社の従業員が守るべき行動憲章（*code de conduite*）に関する新しい規定を当該会社のインターネットサイト上にアップする際に、CHSCT の諮問を受けなければならないとし、その理由付けのひとつとして、この規定が、その適用の態様によっては、労働者の精神的健康を害する可能性があることを指摘したものである³⁷。

(7) 2006年11月21日のヴェルサイユTGI判決は、「あらゆる計画が被用者に必ず不安を引き起こすという理由によって、全ての組織再編計画について」CHSCTが裁量的に諮問を要求し専門的査定を行うことはできないと判断し、CHSCTの権限が過度に拡大することへの歯止めを設定している³⁸。

また、このようなCHSCTの権限拡大は裁判所によって扱われる特別な事例ないし学説によって主張されているものであり、実務上、多くの企業においてCHSCTがこの分野で果たす役割は大きいとはいえないという観点から、こうした議論の方向性に留保を付す見解もある。具体的には、CHSCTを設置する義務があるのは従業員数50人以上の企業のみであるため、CHSCTをもたない中小企業が全企業の25%に上ることや、また、CHSCTは独自の資金をもたないこと等からして、この組織に過度な期待を抱くことには慎重であるべきとの指摘が見られる³⁹。今後の課題として、この組織の役割をより実質的なものとするために、精神的健康にかかる問題についてのメンバーの研修を行うこと⁴⁰、さらには、労働者の利益を保護するために労働者集団を代表して訴訟を提起する権限を与える⁴¹等の権限強化の可能性が、議論されている。

1.4.4. 民間のコンサルタント会社や非営利団体の役割

上述の通り、CHSCTは、大臣によって作成されたリストに登載されている専門家に、リスクの査定を求めることができる。ここでは、民間の会社・団体が重要な役割を担っている。

また、精神的健康に関する議論が活発化するにつれ、企業にとっても、この問題は重要なリスク要因として認識されつつある。このような状況において、大企業を中心として、民間のコンサルタント会社の助言を受けて対応するところも多くなっている。コンサルタント関係の会社は近年著しく増加しており、精神的健康の問題は、フランスにおいて一つの大きなマーケットを生み出したとの指摘もある。また、他方で、質の問題も生じており、雇用省は優良な機関についてのラベリングを行うことを検討している。

1.5 雇用にかかる精神障害者差別禁止法（未了）

1.6 メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制（未了）

1.7 法政策の背景

(1) フランスにおける産業精神保健法をめぐる近年の法政策ないし法政策をめぐる議論の背景として重要なのは、①伝統的な、身体的健康と精神的健康の明確な区別、②2002年の法改正による①のような考え方の転換と、これ以降のハラスメント規定への議論の集中、③②に関する反省とさらなる方向転換、④EU指令による予防政策の重視である。③、④が背景となり、最近では、専門家の関与と労使対話を重視した早期予防の重要性に議論が集中しつつある（→1.4.）以下、順に詳しく検討を加える。

(2) フランスにおいては、伝統的に、

労働安全衛生にかかる法は、原則として身体的健康だけを対象とするものであり、精神的健康は対象としないものとの考え方が支配的であった⁴²。もっとも、2000年前後から、労働者の精神的健康の問題が活潑に論じられるようになり、とりわけ、2002年の労働法典改正が、上記のような伝統的な状況を大きく変容させることになる。2002年の法改正は、労働法典上の安全衛生にかかるいくつかの規定に身体的健康と並んで精神的健康の概念を明示的に加えると共に、上記1.1.1で検討した通り、労働法典の中に初めてモラル・ハラスメントの定義規定をおき、これを罰則つきで禁止した（労働法典L. 1152-1条）。

(3) この法改正による新しい規定の中で特に注目されたのは「モラル・ハラスメント」という新しい概念であり、法律家、さらには、法律家以外のこの問題の専門家やメディアによる報道が集中し、労働者にも広くこの概念が知られることになる。このようなモラル・ハラスメントへの注目は司法の場にも見られ、2.で述べるように使用者の私法上の責任を問うための手段としてハラスメントという概念が破毀院をはじめとする司法裁判所において積極的に用いられるようになる。他方で、現実の職場においては、「モラル・ハラスメント」の概念が一人歩きし、職場での些細なトラブルについて労働者がモラル・ハラスメントに該当すると指摘するという問題も見られるようになる（近年のこの問題の広がりの原因の一端は、従来知られていなかった産業精神リスク（RPS）やモラル・ハラスメントという概念が広く知られることによるラベル効果（effet d'étiquetage）

によるものであるとの理解も専門家によって述べられることがある）。これに呼応して使用者の側も、モラル・ハラスメントの存在を容易には認めず、結局のところ議論が膠着状態となって問題の解決には必ずしも資さない状況が見られるようになった。また、モラル・ハラスメントへの注目は、精神的健康という問題が、本来は労働の組織の問題として議論されなければならないにもかかわらず、職場における個人間の問題に矮小化するという副次的な作用をもたらしたことも指摘されている⁴³。労働法典が一般論として身体的健康に加えて精神的健康を関心の対象としたことが看過されてしまっていたとも評価できるだろう。そこで、モラル・ハラスメント概念を通じた使用者の事後的な責任追及ではなく、この問題をむしろ集団の問題と捉え、事前の予防へと方向性を転換しようという考え方が、強く主張されるようになるのである。また、この問題を通じて停滞気味である企業内の労使対話を活性化しようとする議論もしばしば見られる⁴⁴。

(4) こうした一般的な予防施策の重視という議論の方向性は、EUレベルでの安全衛生に関する80年代末以降の議論の影響をも色濃く受けている。1989年6月12日の、労働者の職場における安全・健康の改善促進に向けた措置の実施に関するEU枠組み指令（Directive-cadre du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail）は、労働者を中核においた予防政策、できる限り早期のリスク予防、リスクの評価等の予

防政策、労働のあり方を労働者に適応させること（労働者を労働に適応させるのではなく）の重要性等の諸原則を提示している。この枠組み指令は、1991年に国内法化されたが、当時は上記の通り身体的健康だけが想定されていた。その後、枠組み指令の国内法化が不十分であるとして、2001年にリスク評価に関する新しいデクレが定められ（上述の DUER の導入等を内容とする。décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001）、その直後に上記の 2002 年改正が行われたという経緯がある。このように、EU 法との関係で見れば、フランスにおいては、精神的健康への注目という流れと並行して、EU 法によって求められている早期のリスク評価・予防という政策の尊重という流れが同時に展開していたといえるのである。2009 年にフランステレコム等の労働者の相次ぐ自殺を受けて労働大臣のグザビエ・ダルコスが緊急計画（plan d'urgence）を発表した際にも、労使対話が一つの重要な軸とされていた（1000 人以上の労働者を使用する私企業においては労使交渉が義務付けられた）。今日においても、特に労働省の取り組みはこの問題に関する労使対話・労働協約の締結を前面に押し出すものとなっている。

(5) このような状況において注目されているのが、リスクの評価・予防に関与できる様々な専門家や、労使間のコミュニケーションの契機を作ることのできる従業員代表の役割である（→1.4. で既述）。また、こうした予防政策への議論の転換の背景には、この問題についてフランスにおいて労災等による事後的な補償が十分ではない現状⁴⁵、またこのような事後的な補償

を広く拡大することへの（特に使用者団体等の）反発が強いといった事情により、事後的補償による対応に限界があるという認識が共有されていることもあるように思われる。

(6) なお、近年フランスで議論が遅れているとして今後の課題と考えられているのは、公的セクターにおける産業精神リスク対策である。例えば社会保障金庫のように自らがこの問題の予防に関与している組織についても、窓口業務を中心に労働者のストレスリスクの大きさが問題となっており、このセクターの規模の大きさもふまえて、今後、重要な論点となることが予想されている。

1.8 確認できる効果

（未了）

2. 私法

2.1 根拠法

使用者は、労働契約上の義務⁴⁶として、労働者に対して、安全保持義務（obligation de sécurité）を負うと理解されている。このような使用者の労働者に対する義務については、2002年2月28日のいわゆるアスベスト判決が端緒となり、破毀院はこれをいわゆる結果責任（obligation de résultat）と理解する議論を構築してきた。2006年6月24日の大法廷判決がこの理論構成を判例として確認している⁴⁷。

上記 2006 年破毀院判決によれば、何らかの結果が発生し、使用者が労働者の曝されている危険を察知していた、あるいは察知しているべきであったといえる場合で、

使用者が必要な措置をとらなかったというときには同義務違反が成立する。こうした判示については、使用者は結果が発生しないためにあらゆる措置をとらねばならないのであり、結果が生じた場合にはほぼ自動的に使用者の責任が問われるというように、かなり厳格に評価する見解もある⁴⁸。このような判例については、2006年6月21日の破毀院判決により精神的健康にもその射程が及ぶものと理解されている。

安全保持義務への違反は、労災の被害者に使用者に対して完全賠償を求める権利を付与する「許し難い過失（faute inexcusable）」を直ちに構成する。破毀院は、このような安全保持義務の厳格な解釈を基礎としつつ、さらに労働法典上のモラル・ハラスメントの概念をきわめて広く解釈し⁴⁹、使用者に対する労働者の責任追及の途をひらいてきた。労働者に対する悪意に一切基づかない、経営判断の結果として労働者にストレスが発生したというような場面であっても、モラル・ハラスメントの存在を認める破毀院判決が近年散見される⁵⁰。

このように、私法上の使用者の義務は、労働法典に導入された公法上の義務を取り込む形で拡張される傾向にある。この点に関する詳細な検討は2013年度に行うこととする。

2.2 関係する判例

(2.1 参照)

2.3 確認できる効果

(未了)

D. 考察および E. 結論

近年のフランスにおける産業精神保健法の全体的傾向の中で注目されるのは、労使対話を軸とした早期予防の重要性が様々なアクターの共通認識となりつつあるように見えることである。従業員代表の役割については後述の発表論文(2)でも述べた。こうした方向性が日本においても参考になるものかどうか、来年度以降、確認されている効果等の調査を進めつつ検討することとする。

なお、フランスの産業精神保健法の状況を日本と比較する際に注意すべきなのは、この問題が論じられるに至る経緯が両国で大きく異なることである。過労という、身体・精神のいずれにも関わる問題から出発し、身体的健康との連続性が（少なくとも事後的補償の面では）自然なものとして意識されてきた日本と比べると、伝統的に身体的健康と精神的健康とを明確に区別してきたフランスにおいては、精神的健康の問題は従来の職場の安全衛生に関する問題とは質的に異なる問題として捉えられていると思われる。モラル・ハラスメントという新しい概念を通じて初めてこの問題が積極的に論じられたことや、そうした状況の反省をふまえつつ、労災保険等による補償よりも労使対話による予防という方向へ方向転換している近年の状況も、こうしたフランスにおける議論の経緯を一つの背景としているのではないか。来年度、日本への応用可能性を検討するにあたっては、このような、両国においてこの問題が論じられてきた背景・経緯の相異を大いに考慮に入れる必要がある。

また、今年度の研究において十分に検討

できず、来年度に重要な課題として取り組みたい調査事項は、日本とフランスで、精神的健康の問題としてどのような症状が典型的な症状として扱われているかという、いわば医学的な事実のレベルでの違いを明確にすることである。現地の専門家との議論の中で、この点について両国の認識は必ずしも共通していないようにも思われたため、とりわけ、様々な予防施策から得られる効果を評価する前提として、来年度の早い時期にこの点を明らかにしたいと考えている。

F. 研究発表

1. 論文発表

(1) 鈴木俊晴「フランス労働医が有する就労可能性判定機能の史的形成と現代的展開」労働法学会誌 120 号（2012 年 10 月）175-189 頁

(2) 笠木映里「労働者の精神的健康の保護—安全衛生問題の射程の拡大と従業員代表の役割に関する一考察」『菅野和夫先生古稀記念論文集（仮）』（2013 年 3 月刊行予定）収載

2. 学会発表

鈴木俊晴「フランス労働医が有する就労可能性判定機能の史的形成と現代的展開」

【第 123 回労働法学会】（2012 年 5 月 20 日に関西学院大学にて開催）

笠木映里「産業精神保健リスク：日仏法比較による検討（Les risques psychosociaux à la lumière d'une comparaison entre droit japonais et droit français）」【労働における精神保

健リスクに関する比較分析—南北ヨーロッパ、ケベック、日本(Approche comparée des risques psychosociaux au travail - Démarche française et systèmes étrangers (Europe du Sud et du Nord, Canada/Québec, Japon))】（2013 年 1 月 17 日-19 日：フランスボルドー市にて開催）

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

（該当なし）

2. 実用新案登録

（該当なし）

3. その他

（該当なし）

H. 引用文献

1) 脚注で挙げたもの

¹ Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail.

² Bilheran (A.), Adam (P.), *Risques Psychosociaux en entreprise, Les solutions Psychologiques et juridiques*, Armand Colin, 2011, p. 40.

³ 詳細は 2011 年度報告書（添付論文）を参照されたい。

⁴ フランスでは、6 年間の一般医養成課程が終了すれば、国家試験を受けることなく一般医として研修医になることができる。研修期間は 3 年間であり、それが修了する

と多くの者が開業する。一般医は主に外来診療全般を業務とする。これに対して専門医は、6年間の一般医養成課程が終了した際に専門医研修資格試験を受けて合格し、さらに4～6年間の専門医研修を受けた医師のことである。専門医も研修後その多くが開業する。専門医研修資格試験に合格できるのは、一般医養成課程修了者の半分ほどとされる。専門医の専門分野は腎臓科、アレルギー科、神経内科、腫瘍科、呼吸器科、循環器科など多くの分野に細分化されており、専門医研修課程には、それぞれにつき定員がある。専門医が一般医診療をすることは許されておらず、研修制度の性格からも専門分野はひとつだけである。このような医師養成制度のもと、フランスでは患者が一般医、専門医を問わず自由に医師を選択し受診することができる。フランスの医学教育については、岡田正人「フランスの医学教育」医学教育 36 巻 6 号 377 頁 (2005) 参照。

⁵ Cons. d'Et. 3 novembre 1967, *Dr. soc.*, 1968, p. 510.

⁶ 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.

⁷ 従来は労働者が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単一機関の設置が義務付けられていたが、(旧D. 4622-5条、旧R. 4623-10条)、2012年改正により、労働者が500人以上いる企業の場合に単一機関の設置が義務付けられることとなった(D. 4622-5条)。

⁸ 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.), *Les perspectives de la médecine du travail, Dr. soc.*, 2005, p. 653.

⁹⁹ 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.

¹⁰ 以上は、2012年6月13日にナンシー第2大学にておこなった同大学准教授のPatrice Adam氏に行ったインタビュー調査による。

¹¹ ANACTのウェブサイト上でPDFファイルの形で提供されている。

<http://www.calameo.com/read/00008815588c2f233b292> (最終閲覧日: 2013年1月29日)

¹² CHSCTについては、保原喜志夫「フランスの安全衛生労働条件委員会(CHSCT)(その1・その2)」ろうさい 53 巻 8 号 7-10 頁、53 巻 9 号 4-8 頁(いずれも 2002)、保原喜志夫(編)『産業医制度の研究』北海道大学図書刊行会(1998) 208 頁以下(加藤智章執筆箇所)も参照。

¹³ 1973年12月27日法によって導入された委員会であり、同時期に、全国労働条件改善局(Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, ANACT)が創設されている。

¹⁴ Lerouge (L.), Risque psychosociaux au travail : quell rôle du CHSCT aujourd'hui?, *Semaine sociale Lamy, Supplément*, 2012, n. 1536, p. 49.

¹⁵ *Ibid.* 「労働条件」という広い概念を用いた安全衛生・労災予防への取り組みという視点は、1970年代からフランスにおいて見られる「統合された安全(sécurité intégrée)」という考え方に基づくものと考えられる。保原(編)・前掲注 20) 書 206 頁。

¹⁶ La loi du 23 décembre 1982, *Actualité législative dalloz*, 1983, A-6.

¹⁷ 500人以上の従業員を有する事業場においては、同一事業場に複数のCHSCTをおくことも可能である。Pélissier (J.) et al., *op. cit.*, p. 768. 従業員数50人以下の事業場についても、労働基準監督官(inspecteur du travail)が必要であると判断した場合にはその設置が義務付けられることがある(労働法典L. 4611-3条)。

¹⁸ 企業委員会及び従業員代表委員の中から選ばれた者が構成する選挙人団によって選任される。

¹⁹ 但し、300人以上の従業員を擁する企業においては、新しい技術の導入等の重要な技術的変更が実施される際に企業委員会が

専門的査定を行うことができる。労働法典 2325-38 条。

²⁰ Lerouge (L.), op. cit., pp. 50 et 51.

²¹ 専門的査定をめぐる訴訟は近年増加している。使用者は、査定の実用性、専門家の選任、費用、範囲、期間等を争い、急速審理を求める訴えを提起することができる。なお、破産院は、CHSCT が査定の実用性を、問題を解決する他の手段が事業所内外に存在しないことを前もって確認することなく行うことができることを認めている。

Lerouge (L.), op. cit., p. 51. また、使用者が専門家の選任に異議を唱えた事案において、CHSCT がその権限の範囲内で決定した専門家の選任については、裁判所がこれに異なる評価を加えることができないと判断した破産院判決として Cass. soc., 26 juin 2001, n. 99-11.563.

²² Verkindt (P.-Y.), Le Rôle des instances de représentation du personnel en matière de sécurité, *Droit Social*, 2007, p. 702.

²³ Bilheran (A.) = Adam (P.), op. cit., p. 104.

²⁴ Guedes da Costa (S.) = Lafuma (E.), Le CHSCT dans la décision d'organisation du travail, *Revue de Droit du Travail*, 2010, P. 425.

²⁵ Lerouge (L.), op. cit., 51.

²⁶ 逆にいえば、この組織については、例えば企業委員会 (comités d'entreprise) と比較して、従来学説の関心が相対的に希薄であった。Verkindt (P.-Y.), les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail – Quelques développements jurisprudentiels récents, *Droit Social*, 2007, p. 1253.

²⁷ 参照、Verkindt (P.-Y.), La montée en puissance du CHSCT, *Semaine sociale Lamy*, 2007, n. 1332, p. 10.

²⁸ Guedes da Costa (S.) = Lafuma (E.), op. cit., p. 421.

²⁹ Guedes da Costa (S.) = Lafuma (E.), op. cit., p. 421. ロジスティック供給センター (centre de prestations logistiques) の労働者の大部分に関わりうる、また新しいロジスティックの職務 (métier) の定義に至りうるような計画について、CHSCT に専門査定を行う権限があることを認めた破産院判決として、Cass. soc., 1^{er} mars 2000, n. 97-18.721.

³⁰ 1993 年に出された省庁通達 (circulaire ministérielle) は、CHSCT の職務の対象として、物質的な仕事の組織のあり方 (仕事の負荷やリズム)、身体的な労働環境 (職場の気温や照明の明るさ等) 等を挙げている。Circulaire ministérielle CHSCT n. 93-15 du 25 mars 1993.

³¹ Cass. soc. 28 novembre 2007, 06-21964, Bulletin 2007, V, n. 201.

³² そのほかに、情報処理及び自由に関する全国委員会 (Commission nationale de l'informatique et des libertés, CNIL) に対する届出 (déclaration) の要否も論点となっていたが、破産院は判断を行っていない。

³³ Cass. soc., 10 juill. 2002, n. 00-42.368. 被用者の労働遂行に対して企業主が有する一般的な権限であり、企業主が従業員の各自に対してその雇用ポストを定め、かつ、企業運営の最終的判断者・責任者として、必要な場合には、労働契約に変更を加えない限度でそのポストを変更する権限をいう。山口俊夫『概説フランス法 下』東京大学出版会 (2004) 488-489 頁。

³⁴ Mole (A.) = Verkindt (P.-Y.), La Cnil et le CHSCT au chevet des systèmes d'évaluation, *Semaine sociale Lamy*, 2007, n. 1332, p. 10.

³⁵ Adam (P.), Risques psychosociaux et consultation du CHSCT : aujourd'hui l'entretien annuel d'évaluation ; et demain?, *Revue de droit du travail*, mars 2008, p. 181.

³⁶ Adam (P.), Risques psychosociaux et consultation du CHSCT, op. cit., p. 182.

³⁷ TGI Nanterre, réf., 6 oct. 2004, *Dr. Ouvrier* 2005, pp. 219 et 220.

³⁸ TGI Versailles, 21 nov. 2006, n. 06/01176, cité par Guedes da Costa (S.), Lafuma (E.), op. cit., p. 423.

³⁹ Adam (P.), La prise en compte des risques psychosociaux par le droit du travail français, *Le Droit Ouvrier*, Juin 2008, pp. 14 et 15, note 141.

⁴⁰ Bilheran (A.) = Adam (P.), op. cit., pp. 102 et 103, Adam (P.), op. cit., Le droit du travail français à l'épreuve des risques psychosociaux, p. 100.

⁴¹ Adam (P.), CHSCT et souffrance au travail – Rapports, accords (collectifs) et désaccords (judiciaires), *Le Droit Ouvrier*,

n. 749, 2010, p. 636.

⁴² Adam (P.), Risques psychosociaux et consultation du CHSCT, p. 181, Lerouge (L.), *La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé mentale au travail*, L.G.D.J., 2005, pp. 84 et 85. cf., Adam (P.), Harcèlement moral, *Rép. trav. Dalloz*, oct. 2008, p. 5.

⁴³ Adam (P.), Harcèlement moral, op. cit., p. 6.

⁴⁴ 一例として、Philippe Douillet, *La prévention des RPS : une opportunité de développer le dialogue sur le travail*, Semaine Sociale Lamy Supplément, 2012, n. 1536, pp. 26 et s.

⁴⁵ フランスの労災保険給付は「労働災害」と「職業疾病 (maladie professionnelle)」に別れており、前者については何らかの事故の発生が必要であり、後者についてはそのような出来事は不要であるものの、法令の定めるリストに掲載のない疾病については専門家委員会の判断(煩雑で時間のかかる手続である)を経て初めて職業疾病と認められるという構造になっている。とりわけ、職場の外での労働者の自殺や、精神的健康が徐々に悪化した場合のような事故性のない事案においては、補償を受けることは難しい、あるいは労働者にとっての予測可能性に欠けるといような状況にある。Adam (P.), -----

⁴⁶ 近年では、労働法典上の義務(労働法典 L.4121-1 条、L. 4121-2 条、L. 4121-4 条)の内容との関係でも議論されている。Aubert-Monpeyssen (T.), Blatman (M.), op. cit., p. 833.

⁴⁷ N° 03-30038, Bulletin 2005 A. P. N° 7 p. 16.

⁴⁸ 2012年6月のLoic Lerouge氏講演による。

⁴⁹ 背景にはEU法の影響もある。CE 89/391 du 12 juin 1989.

⁵⁰ 2009年11月10日の2つの破毀院判決。

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

アメリカの産業精神保健法制度

分担研究者 林 弘子 福岡大学法学部・教授

研究要旨

1 背景

・1960年代後半、アメリカでは、deinstitutionalization（施設に収容された精神障害者を社会的に包摂すること）が開始され、以後、メンタルヘルスのためのストレス・ケアは、主にコミュニティ・レベルで行われるようになった。

・昨今は、アメリカでも、メンタルヘルスという用語は、単なる精神疾患対策の枠を超え、自己効力感、行動、社会生活、職業生活などに関わる幅広い意味で理解されるようになって来ており、行動科学の一環との理解も進んでいる。その意味で良好なメンタルヘルス状態にある国民は約17%に過ぎず、うつ（depression*「うつ状態」か「うつ病」か判然としないが、前者を指すものと察せられる）が拡大し、全国民の約26%に何らかの影響を及ぼしていると試算されている。

・アメリカの職場のメンタル・ストレスにかかる主要な問題は、①職場暴力の顕在化、②欠勤の急増、③雇用不安である。ストレスにより欠勤する労働者数は毎日100万人に及び、約50%以上の労働者が雇用に関して不安を覚えている、とのデータがある。

・NIOSH（国立労働安全衛生研究所）は、1983年に、リスクの重大性や予防の可能性などの観点から労災・職業病のランク付けを行ったが、精神障害はその10位にランクされていた。その典型は、ノイローゼ、パーソナリティ障害、アルコール中毒、薬物依存などであったが、業務上のメンタル・ストレスは、労働安全衛生上の重要な取組課題と位置づけられた。

・また、1980年にアメリカ労働省が議会に提出した報告書では、精神障害を含めた職業病は、労災補償給付の受給による逸失利益の回復が困難で、それが故に損害賠償請求訴訟が生じたり、その他の社会保障給付等でカバーされる（かそれすら困難な）場合が多く、重要な取組課題であるとの認識が示されていた。

・アメリカでは、80年代、ホワイトカラー労働者の増加と共に、精神障害による労災補償請求件数が増え、メディアの報道もあって、メンタル・ストレスに関心が集まるようになった。労災補償では、民間の団体医療保険のような支給制限や一部負担金がないこと、労災保険のプロバイダー自身が請求を奨励したこと、労災補償法をリベラルに

解釈し、作業関連ストレスによる疾患を対象に含める司法判断が出て来たことなども、請求件数の増加を後押しした。

これに対して、州の中には、立法措置により、差別的、精神的な害意を持つ等に該当しない真正な人事上の措置（配転、昇進、降格、解雇など）については、補償対象から外すところが出て来た。その背景には、①国際競争や経済的低迷によるレイオフや工場閉鎖はやむを得ない、②ベビーブーマー世代は、その前の世代と異なる期待をし、結果的にストレス脆弱性が高くなっている、③組合の機能低下により、職場でメンタルストレスを抱える者への適切な対応ができなくなって来ている、等の認識があった。

その結果、労働者は、使用者を相手方とする労災民事損害賠償請求や、違法解雇を理由とする損害賠償請求を提起するようになった。他方で、労災補償請求も増加し続けており、こうした状況は、現在の日本の状況によく似ている。

・ 90年代後半には、ダウンサイジング、レイオフ等により大量の人員削減が行われ、雇用不安から多くの労働者がストレスを感じるようになり、特に白人男性の自殺率が上昇した。また、ベトナム・シンドロームやイラク解放作戦に参加した兵士の精神疾患や自殺の問題も継続していたが、空軍の自殺予防対策（コミュニティ・アプローチ）により、多くの者が救済された。

・ 1999年には、ゴア副大統領夫人（Tipper Gore）が、アメリカ史上初めて、ホワイトハウスでメンタルヘルス会議（White House Conference on Mental Health）を開催した。

・ 2002年、ジョージ・W・ブッシュ大統領がメンタルヘルス委員会（The New Freedom Commission on Mental Health）を設立した。翌年、同委員会より大統領宛に提出された報告書で、メンタルヘルスの目的は、疾病障害の治癒ではなく、会社や社会への復帰であり、その実現のため、政府機関は省庁・自治体の壁を越えて連携し、また、さまざまな専門分野の医師、精神科医、心理職、ソーシャル・ワーカー、EAPなどのメンタルヘルス・プロバイダーも、連携を深め、個々人に合わせたプランを作成して対応する必要がある旨が示された。

この報告書をもとに、様々なメンタルヘルス関連団体が「メンタルヘルス改革キャンペーン」を実施し、2004年若者の自殺を防止するための法律（the Garrett Lee Smith Memorial Act（GLSMA））、2007年退役軍人の自殺を防止するための法律（the Joshua Omvig Veterans Suicide Prevention Act（JOVSPA））など、複数のメンタルヘルス対策法の制定に至った。

・ アメリカでは、2007年段階で、自殺者は年間34,000人以上にのぼり、人口10万人当たり11.3人に達していた。中でも若年者の自殺が多く、15～24歳の若者の死亡理由の3番目、大学生の2番目に位置していた。

・ アメリカでも、メンタルヘルス問題に関するスティグマ意識は強く、精神科医やセラピストへの受診には抵抗感を持つ者が多かったが、対策の一環として、2008年に

セキュリティ・クリアランスに関する法規定が改定され、心神喪失者でも原則として国家の重要機密にアクセスすることが認められるようになった。

・前述したように、アメリカに特徴的な現象として、労災死亡事故に占める職場暴力、とりわけ殺人件数の多さが挙げられる。労働統計局（BLS）の致命的業務上傷病センサス（Census of Fatal Occupational Injuries（CFOI））によれば、2000～2009年にかけて毎年平均590人の殺人が発生し、業務関連死亡災害の4位、2009年の女性の職場での死亡災害の1位は殺人であった。また、毎年平均15,000件以上の非致命的な傷害が報告されており、被害者の19%が法執行官、13%が小売業、10%が医療関係労働者であった。

2 特徴

・アメリカには OSHA（アメリカ労働安全衛生法）があり、その中に一般的義務条項も規定されているが、同条項を含め、全条項が、基本的に職場における身体的なリスクを射程としており、メンタルヘルスへの適用は予定されていない（ただし、2011年9月8日には、同国において深刻な職場暴力の問題について、一般的義務条項の下での執行を前提に、「職場暴力の調査または監督の執行手順（OSHA Directive CPL 02-01-052(2011,September 8). Enforcement Procedures for Investigating or Inspecting Workplace Violence Incidents）」が発令されている）。

・OSHA では、日本でいう一般健診の定めはなく、特殊健診の一部に相当する制度が定められているに過ぎない。また、産業医の選任を義務づける規定もない。その理由の1つは、同法の規制行政的性格にあり、基本的に各州で設定された安全衛生基準を監督官による臨検と罰則により履行確保を図る仕組みを採っている。それゆえに、産業医制度はもとより、自主的な安全衛生の確保を求める内容に乏しい。また、同法に基づく私訴権（private cause of action）も認められていないため、民事の領域で同法の規定を緩やかに解釈するような司法判断も下され得ない。

・他方、OSHA を離れた一般的な negligence（過失の不法行為）による訴訟等でも、精神的苦痛を導く職場のいじめ等についてさえ、使用者責任が殆ど認められていない。2003年以降、いじめに対する使用者責任を強化する法案（the Healthy Workplace Bill）が24の州で提出されているが、立法化された例はない。

<労災補償法関係>

・労災補償は、あくまで事後的な措置なので、予防に直接的には関わらない。また、アメリカでは、日本のように、精神障害で労災認定が下りると、企業のブランド・イメージが毀損されるといった事情は殆どない。州により異なるが、彼国の労災補償制度は、州法によりその枠組みを決定される一方、その財政と運用は、①州基金、②使用者の加入する私保険、③（災害リスクが少ない、財政的な担保がある事業などは例外的に）使

用者が保険会社とは契約せずに企業内で起こる労災に対して危険を負担する自家保険（self-insurance）が認められており、基本的に民間ベースで運営されているからである。また、彼国の労災補償制度は、州により千差万別であり、一概に論じられない。

それでも、メリット制が前提となっている場合が多く、精神障害の労災認定は、使用者にも一定の不利益をもたらすため、その認定基準は、予防にも間接的な関わりを持つ。

・各州のメンタルに関する労災補償申請は、次の3種類に大別される。

①フィジカルーメンタル請求（physical-mental claims）：いわゆる外因性精神障害についての労災補償請求。身体的外傷による精神症状による労働不能等を請求原因とするもの。

②メンタルーフィジカル請求（mental-physical claims）：メンタルな刺激によって身体的疾患が惹起されたことを原因とする労災補償請求。長時間労働による心筋梗塞などが該当する。

③メンタルーメンタル請求（mental-mental claims）：メンタルな刺激によって精神的な障害が惹起されたことを原因とする労災補償請求。業務上のプレッシャーによる慢性的なうつ症状などが該当する。

このうち①②は、全ての州で補償対象としているが、③を対象とする州は2012年1月時点で18州にとどまる。その18州の中にも、(ア) 短時間内の突然の出来事、(イ) 同等の職場で働く労働者と比較して甚大で異常なストレス、(ウ) 職場のストレスが精神障害の主たる原因であること、(エ) 仕事のストレスが真正な人事上の措置（訓練、職務評価、配転、レイオフ、降格、解雇など）により引き起こされたものでないこと、(オ) 医師免許を持った精神科医か心理学者の証明があること、(カ) 身体的症状を伴うこと、等を認定の要件とするところがある。

また、原則として③を補償対象としない州の中にも、業務遂行中に生じたレイプ、暴力的な犯罪被害などを例外的に補償対象とする州もある。

<ADA と労災補償法の関係>

・ADAの詳細は、次項（6）に記載の通りだが、労災補償法との関係について、以下の点が特筆される。

・労災補償法上の労働不能給付（disability benefit）を受ける者は、合理的配慮があれば、あるいはなくても、原則として、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）（ADA 第101条(8)）の条件を充たさないと解され、ADAの適用を受けない。

・ただし、ADAの前身であるリハビリテーション法については、たとえ労災補償が認められても、同法所定の障害者差別に基づく損害賠償請求は可能とする判例がある（Johnson v. Sullivan, 764 F.Supp.1053(D.Md.1991)）。また、労災によって障害者となった労働者は、労災補償を得られるだけでなく、ADAの適用条件を充たせば、合理的配慮として、職場復帰措置を請求することもできるが、仮に使用者が正当な理由なく当該

措置を拒めば、同法に基づく損害賠償を請求できることになる。

<FMLA と ADA の関係>

・FMLA（家族・医療休暇法）は、日本でいう育児・介護休業法と組織が任意に設ける疾病休職制度の内容を併せ持った法律である。具体的には、①出産・育児、養子の養育、②重度の（：3日以上休暇取得により認められる）傷病を被った配偶者、近親者の世話、③労働者自身の深刻な健康状態（：入院治療または医療介護機関による継続的治療が必要な状態）により、労働不能に至った場合に、12か月以上の雇用期間、前年に1250時間以上の就労の条件を充たす労働者に、最長12週／年の無給休暇を保障する規定を置いている。労働者が休暇開始前から団体保険に加入していれば、使用者は、当該休暇期間中の保険金（*保険料の趣旨か要確認）負担を維持せねばならないが、労働者が職場復帰しないことが明らかになった時点で、保険給付が停止される。休暇の取得方法は、連続的取得、断続的取得、軽減労働日程に合わせた取得のいずれも可能である。

休暇を経て、労働者の職場復帰が可能になれば、原則として、休暇前に就いていたポストに復職できるが、それが廃止又は改変された場合、それと同様のポストか、それと同等（：同じ賃金・手当、その他の労働条件）のポストに復職できる。

・FMLA と ADA の関係は以下の通り。

ア ADA では、使用者は、たとえ労働者が同法の定める合理的配慮等を求める場合にも、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る場合でなければ同人の障害を調査することはできないが、FMLA では、労働者が同法に基づく休暇を取得しようとする場合、その必要性を証するヘルスケア・プロバイダーの診断書の提出を求めることができる。

イ ADA では、使用者に過度の負担を強いるものでない限り、合理的配慮の一環として、労使間で決められた期間、休暇の取得が認められるが（いったん決定した期間の満了後の延長も可能）、FMLA では、任意の12か月間に最長12週間の無給休暇を、連続的、断続的または軽減労働日程で取得する権利が付与される一方、追加給付は認められない。他方、FMLA では、家族等の看護・介護のための休暇取得を認められるが、ADA では認められない。

ウ 休暇後の復職については、ADA でも、合理的配慮の一環として、従前のポストの確保が過度の負担に当たらない限り、当該ポストかそれと同様ないし同等のポストに復帰する権利が付与されるが、あくまで使用者側の過度の負担がかからない範囲に限られる。

<メンタルヘルス・パリティ法>

・アメリカには、高齢者医療保険としてのメディケア（Medicare）、低所得者層向け医

療保険としてのメディケイド（Medicaid）などはあるが、全国民を対象とする社会保険としての医療保険制度がなく、各企業が従業員福利厚生施策の一環として、労働者とその家族を対象に民間保険会社と団体保険契約を締結し、医療保障サービスを提供する例が殆どである。

・1996年には、精神疾患罹患者に対して身体疾患罹患者等と同様の医療保険給付の保障を図るため、96年メンタルヘルス・パリティ法（MHPA：the Mental Health Parity Act of 1996）が制定され、1998年に発効したが、以下の通り、その内容は、必ずしもその目的に沿うものではなかった。

ア メンタルヘルス・プログラムを一般的なヘルス・プランの一環として取扱い、団体医療保険の給付パッケージにメンタルヘルスを含める必要も規定していなかった。

イ 団体医療保険につき、従業員数50人未満の企業への適用を免除していた。

ウ 同じく、精神疾患罹患者への給付に特別な制限を設けることを禁止していなかった。

エ 同じく、精神疾患罹患者のみを対象に、医療受診の回数、年間給付金額、生涯給付金額に制限を設けていた（精神疾患に対する典型的な年間給付限度額は5,000ドル、生涯給付限度額は50,000ドルだったが、身体疾患の場合、年間給付に上限はなく、生涯給付でも100万ドルまで許容されていた）。

・96年MHPAは、サンセット条項（*当該法律について、一定期間ごとに適否を審査し、廃止か続行かを決する旨の条項）により6回延長された後、2001年9月30日に廃止された。

・しかし、2008年になって、ジョージ・W・ブッシュの尽力により、MHPAより保障内容を拡大するメンタルヘルス・パリティ・依存症衡平法（the Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act（MHPAEA））が制定された。同法は、リーマン・ショックを契機とする金融危機対策のために制定された「金融安定化法（the Emergency Economic Stimulus Act）」の一部であり、従来、上掲のようにさまざまな制限が付されていた精神疾患対象の保険の保障レベルを、控除、自己負担、私費負担、自己保険、適用される入院、外来受診など、まさにさまざまな面で身体疾患と同レベルに引き上げさせると共に、メンタルヘルス（不調者）に対する偏見と差別の抑制に国家として取り組むことを宣言した点に意義がある。

<医療費負担適正化法>

・オバマ政権下の2010年3月に、患者保護および医療費負担適正化法（the Patient Protection and Affordable Care Act（PL 111-148））にヘルスケア及び教育負担抑制調整法（the Health Care and Education Reconciliation Act of 2010（PL 111-152））を上乗せして成立した法律であり、一般にヘルスケア改革法と呼ばれている。

・同法は、国民の大半に医療保険への加入を義務づけると共に、

①零細企業の労働者や自営業者など企業保険に加入できない者も、新設される保険市場（Exchange）から加入できる体制をつくること、

②持病や重病、性別等を理由に保険加入や契約更新を拒否されないようにすること、

③医療業界が医療の質の向上とコスト削減のための措置を講じるようにさせること、等を定めている。

・同法制定の背景には、

ア 医療費高騰と景気後退を背景とする企業の保険離れと約5000万人にのぼる保険未加入者の発生、保険加入者の負担増加（「隠れた税金（Hidden Tax）」問題の深刻化）、

イ 予防医療を軽視する傾向の拡大、

等の事情があった。

・この法律の制定に際しては、26の州や、個人企業全国連合等が違憲訴訟を提起し、2つの州連邦地裁が違憲判決をだしたが、2012年6月18日の連邦最高裁判決は、裁判官5対4の僅差で合憲とした。4名の裁判官は、医療保険に加入しない者への罰則について、州際通商条項違反としたが、長官を含む5名は、税負担とみなし、合憲とした。

<民間の制度～EAP～>

・アメリカでは、労災補償制度を筆頭に、他国では公的制度となっているものも、民間に委ねられていることが多い。日本でもその役割と存在感を増しつつあるEAPが、アメリカ発祥であることはよく知られているが、現在のアメリカのEAPは、日本であれば精神保健福祉センター、保健所、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構傘下の都道府県障害者職業支援センター、イギリスであればJobcentre Plusなどが果たしている役割の多くを担っている。

・アメリカのEAPは、1940年代に、労働者のアルコール問題への対応のニーズから生まれ、アルコール中毒や薬物依存問題への対応を主な業務として拡大して来た。60年代には、職務のパフォーマンス障害全般に焦点が移り、80年代中頃から、諸障害発生の前段階での予防を図るウェルネス・プログラムの策定と実施にも取り組むようになった。現在のEAPは、通例、フルタイムの従業員を対象に、職務に関連する諸種の支援を行っており、その範囲は、抑うつ、ストレス、不安、摂食障害から、キャリアに関する困難、結婚・家族、家計、エイズ・がんなどの医療、その他の法律関連問題など多岐にわたる。ただし、セクシュアル・ハラスメントの問題は、一般に、EAPではなく、HR（人事労務）が対応すべき課題と捉えられている。うつ（depression）については、EAPが直接診断する場合もあるし、医師の診断を前提に個人・グループでのカウンセリングを施す場合もあるが、基本的には、原則として本人の健康保険プランに従い、医療受診を勧める。特に自殺念慮がうかがわれる場合には、直ちに医療機関にリファーする。

・一例として、ボストンのパートナー・ヘルス・ケアは、身体障害、家族の介護資源、

家庭内暴力、性的暴行、高齢者介護、母乳サポート、子育て、一般的な人間関係なども業務範囲に含めている。

- ・EAPの主なスタッフは、Ph.D等の学位を有する心理学の専門家だが、産業医がそのサービスに関与する例も多い。
- ・なお、EAPの品質保証を図る動きもある。たとえば、Journal of Workplace Behavioral Health : Employee assistance practice and research を刊行している従業員支援サービス協会（the Employee Assistance Trade Association）は、1985年にEAPプロバイダー基準を策定するために設立された団体である。また、北アメリカEAP事業者協会（the Employee Assistance Society of North America（EASNA））は、2001年に、認定基準協会（the Council on Accreditation）と協力し、基準による認定を開始し、現在までに60近いEAPプログラムを認定している。
- ・2011年段階での北アメリカEAP事業所協会の調査によれば、同協会傘下に800のグループ会員があり、アメリカ国内で3140万人、国外を併せると計4610万人の労働者とその家族をカバーしているという。

3 効果

- ・不明

4 図られている対応

- ・2で示したもの。

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、本年度の調査研究は、①を目的としている。

B. 研究方法
研究代表者が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、現地渡航調査と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、アメリカの法事情に即し、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。

現地調査は以下のスケジュールで行われた。

(1) ボストンでの調査

2013年1月7日

(訪問先)
Professor Emily Spieler, Professor and former Dean of School of Law, North Eastern University and Dr. Gregory Wagner, MD, Senior Advisor to the Director UN National Institute for Occupational Safety and Health, Harvard School of Public Health

<p>(調査内容等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ NIOSH のメンタルヘルス及び産業保健分野での現在の活動内容 ・ ボストンでの調査計画の再検討 	<p>業務、セクシュアル・ハラスメント、障害者差別禁止法に関する制度と実態</p>
<p>1月8日</p>	<p>(訪問先3)</p> <p>Dr. Dean Hashimoto, J.D.M.D, Chief of Occupational and Environmental Medicine for the Partners and Health Care System(See http://www.partners.org/) and the Chair of the Health Care Services Board at Department of Industrial Accidents.</p> <p>Andrea Piraino Stidsen, LICSW, CEAP, Director of Employee Assistance Program of Partners</p>
<p>(訪問先1)</p> <p>Senior Administrative Judge Omar Hernandez, Department of Industrial Accidents, the Commonwealth of Massachusetts</p> <p>*行政審判官 (Administrative Judge) は、労災補償にかかる申立について審査 (聴聞) を行う役職。行政法審判官 (Administrative Law Judge) は、この審査手続を経た決定に対する抗告について再審査 (聴聞) を行う役職。Omar Hernandez 氏は、上級行政審判官の職にある。</p>	<p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ EAP の歴史・現状等
<p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 業務上の精神障害に対する労災補償の制度と運用実態 	<p>1月9日</p>
<p>(訪問先2)</p> <p>Dr. Ron Schouten, M.D., J.D. Dr. Director of the Law & Psychiatry Service of the Massachusetts General Hospital and Associate Professor of Psychiatry at Harvard Medical School</p> <p>*Dr. Ron Schouten は、職場の暴力、脅威の調査、障害者の専門業務、セクシュアル・ハラスメント、障害者差別禁止法の領域の専門家であり、組織へのコンサルティングも行ってきた他、司法精神医学の領域では、教員及びコンサルタントとして、広範囲にわたる経験を重ねてきた。</p>	<p>(訪問先1)</p> <p>Michael Ashley Stein</p> <p>*氏は、障害者法の専門家であり、現在はハーバード・ロースクールの障害に関する調査研究プロジェクトの統括を務めている。</p>
<p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職場の暴力、脅威の調査、障害者の専門 	<p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ADA と同法に関する諸問題
<p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職場の暴力、脅威の調査、障害者の専門 	<p>(訪問先2)</p> <p>Christine Pontus, MS, RN., Associate Director of Health & Safety for the Massachusetts Nurses Association</p>
<p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職場の暴力、脅威の調査、障害者の専門 	<p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ストレス、暴力、バーンアウト、長時間労働を中心に、看護師の労働条件
<p>1月10日</p>	<p>1月10日</p>
<p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職場の暴力、脅威の調査、障害者の専門 	<p>(訪問先1)</p> <p>Tom Eswiller, Community Catalyst</p>

<p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国民の健康管理を推進するために国が創設した公益団体の活動と財政
<p>(訪問先 2)</p> <p>William “Bill” Kiernan, Dean of the School of Global Inclusion and Social Development at the University of Massachusetts, Boston, and Director of the Institute for Community Inclusion, and his staff</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ADA と障害者の地域参加
<p>1月11日</p>
<p>(訪問先 1)</p> <p>Ingrid I. Nava, Esq., General Counsel of Service Employees International Union (SEIU) and Health and Hospital Workers Union (HEU), both unions that represent low wage workers, *SEIU も HEU も共に低賃金労働者を代表している。</p> <p>Deborah G. Kohl, P.C., Attorney at Law *Deborah 氏は、労災補償にかかる訴訟で原告側代理人を務めている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ADA、低賃金労働、ストレスなどの雇用にかかる諸問題
<p>(訪問先 2)</p> <p>Prof. David G. Yamada, Suffolk University Law School *Prof. David は、職場のいじめ問題に関する専門家である。</p>
<p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職場のいじめの実態と対策の状況など
<p>(訪問先 3)</p>

<p>Dr. Susan F. Butler, Professor of School of Arts and Sciences, Tufts University</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・アメリカでの精神科医と心理職の役割と職場での暴力の現状

(2) ホノルルでの調査

<p>1月14日</p>
<p>(訪問先 1)</p> <p>Joyce M. Najita, Director of Industrial Relations Center, University of Hawaii at Manoa</p>
<p>(実施内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・15日に実施するグループディスカッションの打合せなど
<p>(訪問先 2)</p> <p>Library of William S. Richardson School of Law, University of Hawaii at Manoa</p>
<p>(実施内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・文献コピー、インターネットでの情報検索
<p>1月15日</p>
<p>(訪問先 1)</p> <p>Audrey Hirano, Deputy Director, Department of Labor & Industrial Relations Walter B. Kawamura, Disability Compensation Administrator</p>
<p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・メンタル・ストレスと労災補償、ADA に基づく合理的配慮
<p>(訪問先 2)</p> <p>William D. Hoshijo, Executive Director, Hawaii Civil Rights</p>

Commission Marcus L. Kawatachi, Deputy Executive Director Tin Shing Chao, MPH, Manager, State of Hawaii, Hawaii Occupational Safety & Health Division Amrita Mallik, Senior Trial Attorney, U.S. Equal Employment Opportunity Commission Honolulu Local Office
(調査内容：グループディスカッション) ・ADA と差別の状況、EEOC と司法救済、合理的配慮の状況 ・ハワイでの職場におけるメンタル・ストレスの状況
1月16日
(訪問先1) Mie Watanabe, Director of EEO/AA, University of Hawaii at Manoa
(調査内容) ・大学内でのハラスメントとストレス
(訪問先2) Mark Levin, Professor of Law, William S. Richardson School of Law, University of Hawaii at Manoa
(調査内容) ・喫煙習慣と職場におけるストレス
1月17日
(訪問先) Law School Library, Industrial Relations Center, Hamilton Library, University of Hawaii at Manoa
(実施内容) ・情報収集とデータ分類

C. 研究結果

はじめにーアメリカにおけるメンタル・ヘルスの定義

アメリカでは、メンタルヘルスという言葉は、今日でも精神疾患(mental illness)への対策を意味するために使われていることが少なくない。しかしながら、この分野における知識は、メンタルヘルスと精神疾患を明らかに区別するところまで進んでいる。アメリカ疾病管理予防センターの定義によれば¹、メンタルヘルスは、個人が自身の能力を認識し、生活上の通常のスプレスと対応し、生産的、かつ効果的に働き、そのコミュニティに貢献できることをいう。しかし、アメリカの成人の約17%のみが最適なメンタルヘルスの状態にあると推測されている。

アメリカの文献等では、behavioral health という用語がメンタルヘルスと同義で使われることが多い。例えば、EAP 事業者協会が出している雑誌は、Journal of Workplace Behavioral Health となっている。

精神的疾患 (mental illness) とは、「すべての診断できる精神的異常、思考、ムード、或いは健康状態、行動における異常によって特徴付けられる健康状態を集合したものと定義される。」

ディプレッション (depression) は、精神疾患のもっともありふれたタイプである。アメリカの成人人口の26%以上に影響している (図1参照)。2020年までにディプレッションは、世界中で、虚血性心臓疾患に次いで二番目に多い疾患になるであろうと予測されている。

I 1980年代から急増したメンタル・ストレス問題

アメリカの職場におけるストレスをめぐる主要な問題は、（1）職場暴力の顕在化（2）欠勤の急増（3）雇用不安である。アメリカは、先進国の中では、もっとも職場内の凶悪犯罪発生率が高く、毎週20件の殺人事件が起き、性的暴力等の凶悪犯罪も平均して1週間に100万件起きるなど、年ごとに職場が凶悪化する傾向が強まっている。また、ストレスにより欠勤する労働者の数は毎日100万人に及び、約50%以上の労働者が雇用に関して不安を覚えている²。

アメリカの国立労働安全衛生研究所（NIOSH）は、1983年に主要な労災・職業病を1位から10位までリストアップした一覧表を出している³。この一覧表は、①労災・職業病の被害者数と発生率、②各労災・職業病の深刻さ、③予防の可能性の3つの基準を考慮して作成されたもので、専門家の注意を喚起するとともに職場における健康障害予防に必要とされる努力の指標として順位がつけられたものである。

このうち10位が精神障害でノイローゼ、パーソナリティ障害、アルコール中毒、薬物依存が挙げられている。メンタル・ストレスは、労働安全衛生における重要な構成部分とされ、業務上のストレスには、公的な関心が高まっており、職務関連ストレスは1990年代の職務上・外のもっとも重要な健康問題となると予測されていた。

1980年にアメリカ労働省が出した「職業病に関する議会への中間報告」によれば、労災の被害者が労災補償制度によって喪失所

得の60%を回復しているのに対して、職業病の被害者は40%しか回復していなかった。労災の被害者の中心的な所得保障は、労災補償給付であったのに対し、職業病によって重度の労働不能（disability）に陥っている労働者の所得保障は、社会保障53%、私的年金38%、退役軍人給付17%、社会福祉16%、労災補償5%となっていた。

職業病の場合、労災補償が受けられないために、損害賠償請求訴訟を起す事例は、労災の場合よりもはるかに多くなっている。また、労災に対しては労災補償が平均2カ月で支給されているのに対して、職業病の場合には1年かかっていた。さらに、労災のうち補償請求が認められないのは、10%に過ぎないのに、職業病の場合には60%に達している。このような不平等の結果、労災の場合には、和解が16%しかないのに、職業病の場合には半分以上に達しており、被害者あるいは遺族がわずかの一時金で所得保障と医療の権利を放棄する結果となっている（アメリカでは、数州を除いて労災補償の権利を和解によって放棄することが認められている）。

アメリカにおけるメンタル・ストレスを含む職業病の激増は、労災補償制度をめぐる重大な問題であり、伝統的な労災補償制度が予期していなかった現象であった。

II メンタルストレスに対する労災補償請求の増加

アメリカでは、80年代にホワイトカラー労働者の増加とともに、メンタルストレスに関心が集まるようになったのは、メディアによる職業上のストレスの特集が契機と

なっている。メディアが注目していたのは、メンタル・ストレスに対する労災補償請求の増加である。特にカリフォルニア州では、1980年から1986年に掛けてメンタルストレス・クレームの数が430パーセントも増加していた⁴。

国民医療保険制度がないアメリカにおけるBlue Cross and Blue Shieldなどに代表されるような多くの団体医療保険は、受診回数や受診ごとに支払われる金額に制限を設けている。これとは対照的に、労災補償による医療給付は全額支給で、控除もなく、一部負担金もない。受診回数、受診コストにも制限がない。

労災保険のプロバイダーは、労働者に対して職業上のストレスに対する労災補償請求を奨励するようになり、メンタルストレス・クレームにより、医療のプロバイダーは、多大な利益を得ることになった。メンタルヘルス関連の疾病は、業務起因性の立証が非常に困難であるにもかかわらず、メンタルストレス関連の労災申請が増えた。裁判所は、労災補償法をリベラルに解釈し、職業病の定義にストレスや職務上の緊張による精神的、身体的疾病を含めるようになった（*Albertson's Inc. v WCAB(Bradley)* (1982) 134 CA3d 308, 182 CR 304, 47CCC460）。胃潰瘍、ノイローゼも業務上のストレスによるものであれば、認められた⁵。この結果、メンタルストレスに対する労災申請が急増した。

これに対して、州の中には労働者に有利な裁判所の判決を制限するような労災補償法の改正を行うところも出てきた。カリフォルニア州、マサチューセッツ州等を初めとして、州の労災補償法は、労災補償の人

的傷病 (personal injuries) の定義から信義則違反ではない人事上の行為 (Bona Fide Personnel Actions) に起因する精神障害を除外するようになった。

「配転、昇進、降格、あるいは解雇は、そのような行為が意図的に精神的な傷害を与えることを目的としたものではない限り、本章の意味での人的傷病とはみなされない。」（*Massachusetts 州 General Laws, Ch. 152 Sec. 1, 7(A)*）。「精神的な傷病は、もし傷病が合法的な、差別的ではない、善意の人事上の行為によるものであれば、いかなる補償もなされない。」（*Workers' Compensation Laws of California Sec. 3208.4(h)*）

これらの背景には、以下の3点の社会変化があげられている。①国際的な競争と経済的な低迷が、レイオフや工場閉鎖を招いている。どんなに状況がいいときでも、これらは、ストレスに充ちた出来事である。②ベビーブーマー世代は、彼らの前の世代とは異なる期待を持っている。これらの期待が満たされないときには、結果的にストレスになる。③伝統的に、組合の苦情手続きは多様な苦情に対して重要な救済となってきた。しかし、組合のないセクターが拡大し、内部に組合の苦情手続きに取って代わるものが設置されていない。その結果、労働者は、外部に救済を求めざるをえなくなり、弁護士に依頼して、労災補償の申請や損害賠償を請求するケースが増えた。

職業上のストレスに対する労災補償の申請が制限されれば、労働者は使用者に対して損害賠償を請求するようになり、さらに違法な解雇に対する損害賠償請求が増えた。カリフォルニアを初めとして、1980年代初

めに裁判所は、使用者の解雇自由（employment-at-will）原則に重要な制限を加えるようになった。1988年には『労働者の苦情に対する責任—メンタルストレスと違法解雇』と題する本が出されている⁶。

業務上の精神障害に対する請求はその後も増加し続けている。NIOSHディレクターのリンダ・ローゼンストックは「過去十年間でアメリカの職場は大幅に変化し続けている。この激変は、労使双方に先例のない負担をもたらし、仕事によるストレスの増大は、重要な職業的、公衆衛生上の問題となっている。経済のグローバル化は、企業に圧力を加え、労働者のプレッシャーが高まっている。労働者の健康と幸福に価値を認め、守るための作戦と方法を発展させ、職場における男女労働者の効率を助け、組織的な生産性を上げることが必要である。」と語っている⁷。

Ⅲ メンタルストレスと労災補償

アメリカにおけるメンタルに関連する労災補償申請は、次の3種類に大別される⁸。

① Physical-mental claims from a physical injury that produce a mental consequence

フィジカル—メンタル請求 身体的な傷病の結果、精神的な疾患を引き起す。例えば、痛みの強い腰つい障害の結果、精神的不安による労働不能。

② Mental-physical claims resulted from a physical stimulus that produce physical consequence for example, when stressful working conditions contribute a heart

attack

メンタル—フィジカル請求 メンタルな刺激によって身体的な疾患が引き起される。たとえば、ストレスフルな労働条件が、心筋梗塞を引き起こす。

③ Mental-mental claims result from a mental stimulus(for example ,job pressures) that produced a mental disabilities (for example on chronic anxiety of depression)

メンタル—メンタル請求 メンタルな刺激によって（例えば、業務上のプレッシャー）精神的な障害を引き起こす（例えば、慢性的な不安や抑うつ）

アメリカでは、①②については、すべての州が労災補償の適用対象としており問題がないが、問題は③のメンタル—メンタルである。2012年1月現在で、メンタル—メンタルを労災補償の適用対象外としている州が18州ある（表1参照）。

後出の表1の中で、身体的傷病を伴わないメンタルストレスを理由とする労災補償の申請を認める州のうち適用について、条件を付しているのは、次の各州である⁹。

①メンタルス・ストレスが同等の職場で働く労働者に比べて甚大で異常な場合に、業務上のストレスは適用対象となる。職場のストレスが、精神障害の主たる原因であること、仕事のストレスが「訓練、職務評価、配転、レイオフ、降格、解雇、その他、使用者の信義則違反に違反しない行為によるものによって引き起こされた場合には、含まれない。」（アラスカ州）。

②医師免許を持った精神科医あるいは心理学者の証言証拠による証明がなければならぬ（コロラド州）。

③身体的な症状を伴わないメンタルストレスによる労災申請は、業務遂行中に業務に起因する突然の出来事による重大なメンタルストレスが発生した場合にのみに認められる。信義則(bona fide)に基づく使用者の人事上の行為に基づく請求は認められない。(ユタ州)。

④メンタルストレスに適用はあるが、身体的な症状を伴わなければならない(ニューハンプシャー州)。

原則として認めないが、条件付きでメンタルメンタルを例外的に認める州は、次の各州である。

①業務に起因して遂行中に起きたレイプ(オクラホマ州)。

②暴力的な犯罪の被害者(アーカンサス州)。

アメリカでは、連邦法の適用下にある労働者(連邦公務員、鉄道労働者、港湾労働者)を除けば、すべての州に州労災補償法が制定されている。しかし、メンタルヘルスについては、まだ、労災補償法の適用は、限定されている¹⁰。

IV 労災補償法とADA

ジョージ・W・ブッシュ大統領の時に成立した1990年の障害者差別禁止法(Americans' with Disabilities Act: ADA(42 USCA § § 1201 to 12213))は、身体的な障害者と同様に精神的な障害者に対する雇用における差別を禁止した。ADA制定前には、1973年のリハビリテーション法(Rehabilitation Act)の第V編が一定の障害を持つ個人を差別から保護していた。リハビリテーション法504条、503条、505

条などADAは多くの実質的な用語と定義の多くをリハビリテーション法から継承している。リハビリテーション法は、プライベート・セクター全般に適用されるのではなく、連邦政府との契約者か連邦補助金の受給者のみに限定されている。

ADAは、障害者の職務遂行上のバリアがある場合にそのバリアを除くために合理的な措置(reasonable accommodation)をとることを従業員15人以上雇用する事業主に義務づけている。ADAは、2008年に改正され(ADA Amendment Act of 2008)、精神的障害者に対する合理的な措置には、労働時間の短縮、勤務時間スケジュール変更、診療予約のための休暇、休職、職場における各種ルールの修正、在宅勤務の許可、配置転換等がある。ADAの差別禁止は、①ADAの下で権利請求できるのは、「障害」の定義を満たす個人だけである、②使用者のADA違反の差別の有無は、労働者が「合理的な措置」の有無で職務の資格を得るか否かで判断される。ADAをめぐる訴訟の多くは、ADAのこの2つのユニークな規定から発生している¹¹。

ADA施行の最初の10年間は、「障害」の定義の範囲に争点が集中していた。ADAに関する5つの最高裁判決のうち5つの判決がこの問題を取り扱っている。最高裁(U.S. Air Ways, Inc. v. Barnett, 535 U.S. 391(2002))がADAの障害者について明確にしたので、今や争点は、合理的な措置規定に移っている。

いかなる措置が合理的であるかが正確ではない。しかも、ADAは、使用者に「過度の負担(undue hardship)」を課す場合には、措置を取らなくても違法ではないと規

定している。「合理的な措置」も「過度な負担」も曖昧な概念である。「合理的な措置」と「過度な負担」の調査は、ともに個々の使用者に特定される事実であり、使用者一般には適応しない。さらに合理的な措置は、一種のアファーマティブ・アクションだと解釈する説もある¹²。

労災補償法の目的は、職務関連のディプレッションを含む業務遂行中に業務に関連して傷病を被った労働者に法律で規定された必要な給付を支給することであり、ADAの目的は、障害を理由とする差別から人々を守ることである。労災補償の下で労働不能給付（disability benefit）を受ける者は、精神的、あるいは肉体的に実質的に主要な生活活動が出来なくなる場合を除いて、ADAの適用を受けない。

裁判所は、ADAの前身であるリハビリテーション法で、労災補償が認められても障害者差別に対する損害賠償は認められると判示している（Johnson v. Sullivan, 764 F. Supp.1053(D. Md. 1991)。労災の結果、障害者となった労働者は、障害者の資格のある個人として、使用者に職場復帰できる措置を請求することができる。もし使用者が正当な理由なく「合理的な措置」を拒めば、労働者は使用者に差別を理由とする損害賠償請求訴訟を提起することができる。この場合には、労働者は労災補償と差別に対する損害賠償を認められる。

V FMLAとADA¹³

1993年に制定・施行された家族・医療休暇法(Family and Medical Leave Act: FMLA)は、出産・育児または養子を育てる

場合、重度の傷病の配偶者や近親者の世話をするため、もしくは労働者自身の深刻な健康状態(29§2612 (B))のために働くことができない場合に、資格を満たす従業員に、1年間で最長12週の無給休暇を取得する権利を与える法律である。従業員のメンタルヘルスにも関連する法律である。FMLAに基づいて事業主は、従業員が休暇を取得している期間、既存の健康保険の負担を継続しなければならない。加えて、従業員は休暇期間が終了すると元のポストまたは同等のポストに復職できる。

休暇取得資格を得るためには、12ヶ月以上の雇用期間があり、休暇の開始前年に最低1,250時間の就労が条件となる。事業主が半径75マイル以内の職場で50人以上の従業員を雇用していることが条件である。

深刻な健康状態(serious health condition)とは、「入院治療、または医療介護機関による継続的な治療が必要な状態・・・」(29 CFR Part 825.114(1)(2))と定義されている。職務を遂行できない従業員とは、治療または病気のために、一時的に職務機能を遂行できない者を意味する。

3日以上にわたって休暇をとると重度とみなすと規定(29CFR825.114(a)(2)(i))されている。また、同規則では、個々の医学的必要性に応じて、断続的休暇や軽減した作業日程に合わせた休暇も認めている。慢性的な健康障害や妊娠中の女性は、治療等の医療スケジュールのためのFMLA休暇を取得することができる。

事業主は、FMLA休暇の必要性を証明するヘルスケアプロバイダーの診断書の提出を求めることができる(Federal Labor Law Ch.28 § 2613)が、ADAでは、明ら

かにその仕事に係わる障害（disability）についてのみ調査することができる。健康診断については、ADAの方が厳格である。

従業員が、FMLA 休暇の始まる際に団体保険に加入していれば、事業主は FMLA 休暇期間中の保険金負担を維持しなければならない。保険金負担は、休職中も休暇前と同じように継続しなければならない。従業員が職場復帰しないことを事業主が知った場合、医療保険給付を継続する義務は消滅する。

従業員が FMLA 休暇後に職場復帰が可能となった場合、従業員は休暇以前に就いていたポストと同様のポストに復職することになる。同じポストに復職できない場合、従業員は元のポストと同じ賃金・手当、労働条件で同等のポストに復帰することができる。

ポストが廃止になったり、改編されたりした場合には、従業員は同じポストに復職する権利がない。例えば、人員削減で従業員の労働契約が終了した場合、従業員は元のポストが廃止になったことから、そのポストに復職することはできない。しかし、連邦法である FMLA を上回る基準の州や地方の法律は、FMLA に優先する。

多くの場合、FMLA と ADA の適用範囲は一致している。しかし、休暇期間や復職の権利には、かなり違いがある。FMLA では、任意の 12 ヶ月間で最長 12 週の無給休暇が認められている。休暇は連続もしくは断続的、または軽減労働日程で使うことができる。事業主は FMLA 所定の 12 週の休暇に追加休暇を付与する義務はない。

これに対して、ADA の下では、従業員は、事業主と従業員双方によって決められた期

間、休暇をとる権利を認められている。ADA の下では、休暇は、事業主に「過度の負担」が掛かることがなければ付与される。事業主は、従業員が FMLA 所定の休暇を全部取得していても、従業員が ADA の障害者の要件をたしていて、追加の休暇が事業主に「過度の負担」にならなければ、「合理的措置」として、追加的休暇を付与する義務がある。

FMLA では、休暇を自身の傷病だけではなく、家族等の看護・介護をするため使用することができるが、ADA では、認められない。

休暇期間が完了した時点で、従業員が職場復帰できない場合、事業主は ADA の「合理的措置」として追加の休暇を付与することができる。ADA に基づいて休暇が付与される場合、従業員は、ポストを空けておくことが事業主の「過度の負担」でできなかった場合を除いて、元のポストに復職する権利を与えられている。事業主がポストを空けておくことができなかった場合、事業主は従業員に同等の空席ポストを検討しなければならない。同等のポストが得られない場合、事業主は下位のポストを探すことができるが、それでもポストがなく、「過度な負担」に該当する場合には、合理的措置を講ずる義務はない。

VI メンタルヘルスと EAP

近年、労働者のメンタルヘルスに関して従業員支援プログラム（Employees' Assistance Program）の重要性が増している。EAP プログラムは、個人的な問題に起因する職場における問題を緩和し、助け

ることを目的としている。EAPは、1940年代の当初、従業員のアルコール問題を契機として登場した。労働者のメンタルヘルスを維持するための企業内の自主的な活動であるが、アルコール中毒や薬物検査との関係で急速に拡大してきてきた。

1960年代に労働者のアルコール依存症から、仕事のパフォーマンス障害にEAPの焦点が移った。アルコールのみならず仕事のパフォーマンスに影響を与える他の問題にもEAPの対象を拡大した。1980年代の中頃から、EAPと職場におけるウェルネスの取り組みの統合が見られるようになった。ウェルネス・プログラムは、障害が発生する前にリスクを予防しようとするものである¹⁴。

EAPの主なスタッフは、Ph. D等の学位をもった心理学の専門家であり、産業保健の分野とは切り離して考えられているものであるが、企業によっては一体化しており、産業医がこれらのサービスの提供に関与するケースも少なくない。

EAPは、アルコール依存症の問題から始まったが、企業は、アルコール依存症は、単に生産性の問題だけではないと理解するようになった。職場で支援を必要としている労働者が援助を求めやすくするために、使用者は通常フルタイムの従業員にこれらのサービスを無料で提供している。アルコール依存症、薬物濫用等の労働者に限定しているEAPもあるが、労働者の個人的な職務に関連したサービスで労働者を助けるために、抑うつ、ストレス、不安、摂食障害、早期退職計画、キャリア関係の困難に関連した問題、結婚、家族問題、法律問題、財政問題、家庭的な医療問題（エイズ、ガ

ンなど）に提供するものが増えている。セクシュアル・ハラスメントは、EAPではなく、HRの担当である。すべての私的、個人的な情報は、秘密に保たれる。

ディプレッションは、個人的あるいはグループ・カウンセリングをしながら、投薬かあるいは投薬なしで治療できる。いずれにしても、医者や精神科医による診断が必要である。自殺念慮については、医学的な援助を直ちに求めなければならない。ディプレッションに対しては、EAPが直接診る場合もあるし、他の機関に紹介する場合もある。本人の

健康保険プランに従って、医学的な援助や医学的な治療を受けるように勧める。保険がない場合には、他の財源を見つける援助をする（Partners EAP 866-724-4EAP, Understanding Depression）。

BNAによる調査対象120社におけるEAPの共通のサービスの例とその実施率は、以下の通りである。

サービスの例	%
アルコール中毒カウンセリング	95%
薬物中毒カウンセリング	92%
メンタルヘルスカウンセリング	92%
家族・夫婦関係カウンセリング	92%
職場における暴力の防止	77%

(出典)BNA (1996-1999) Phyllis Gabriel, Mental Health

in the Workplace: Situation

Analysis United States, ILO
(2000) p. 47.

ボストンのパートナー・ヘルス・ケア¹⁵の従業員支援プログラム（EAP）は、自主的な職場ベースのコンサルテーション、短期カウンセリング、情報、および従業員とその世帯員に対する求人紹介プログラムである。資格を持った専門の EAP カウンセラーが個人的な、非公開で安全な支援をあらゆるタイプの仕事と生活、家族あるいは個人的な心配ごとに対してサービスを提供している。パートナー・ヘルス・ケアの EAP は、次のような仕事/生活の問題のサポートを提供している(2013)。BNAの調査による90年代のEPAサービスと比較すると、ウェルネス・プログラムの比重が高くなっている。

パートナー・ヘルス・ケアのEAP (<http://www.eap.partners.org/>) は、次のようなケースに対処している(2013年)。

①依存症、②アルコール情報、③重要な出来事と有害な医療上のイベント、④身体障害、利用可能性と家族の介護資源、⑤家庭内暴力と性的暴行、⑥エルダーケア、⑦経済問題、⑧悲しみと喪失、⑨健康な生活、⑩健全な関係、⑪住宅、⑫法律問題、⑬母乳サポート、⑭人生の変化、⑮マネージャー/スーパーバイザー、⑯メンタルヘルス、⑰軍事家族や退役軍人、⑱子育て、⑲人間関係、⑳セミナーやプログラム、㉑ストレスと回復力である。

EAP は、その専門性を Employee Assistance Professional Association による私的な認証で保証し始めた。EAP 認定

基準は、2001年に the Employee Assistance Society of North America が認定基準協会（the Council on Accreditation(COA)）と協力して始めた。60近いEAPプログラムが認定されている。Journal of Workplace Behavioral Health : Employee assistance practice and research を刊行している the Employee Assistance Trade Association は、1985年に優れた EPA プロバイダー基準策定のために設立され、2001年に認定機関となり、EAPの認定を行っている。

北アメリカEAP事業者協会(the Employee Assistance Society of North America : EASNA) の調査(2011年)によると、同協会には、800のグループの会員が全体で4610万人の従業員(その内訳は、アメリカ3140万人(65%)、カナダ1150万人(35%)、メキシコ10万人(1%)、その他300万人(3%))を代表している。家族の平均人数は、2.3人であるから、同協会のEAPとプロバイダーが、世界中で約1億600万人の生活を代表していることを意味している。

Ⅶ コミュニティによるメンタルストレス・ケア

1・The Mental Parity Act of 1996 (MHPA)

1960年代後半から始まった deinstitutionalization(精神障害患者等の施設収容者を健常者と差別せず自由にさせる目的で施設から外に出すこと)のために、アメリカにおける多くのメンタルヘルスストレス・ケアは、コミュニティを中心に行われてきた。

1990年代後半、アメリカでダウンサイジング、レイオフ等により大量の人員削減が行われた。ホワイトカラーもその対象となり、雇用不安から多くの労働者がストレスを感じるようになり、特に白人男性の自殺率が上昇した。

また、アメリカではベトナムシンドロームは、今も深刻な問題である。さらにイラク解放作戦に派遣された兵士の中から多くの自殺者と精神疾患罹患者が出て、90年代半ば過ぎに、米空軍が自殺予防対策に取り組み始めた。空軍の取り組みは、コミュニティ・アプローチと呼ばれ、アメリカで最も成功した自殺予防対策とされている¹⁶。

アメリカでも、メンタルヘルスに対するスティグマが強かった。特に精神科医、セラピスト等を受診することには、抵抗があった。精神科受診の抵抗を減らすために、2008年には、セキュリティ・クリアランス（秘密情報を任せるための人物調査）が改正され、国家の重要機密にアクセスするために充たさなければならない要件から資格のあるメンタル・ヘルスの専門家から心身喪失者と認定された者という条件が **SAPs, Restricted Data, SCI** の志願者を除いて削除された（On January 1, 2008, Public Law 1110-181 (The Bond Amendment) repealed Title 10 U.S.C/986 (Smith Amendment)）。

ヘルスケアシステムは、どこの国でも複雑であるが、アメリカのヘルスケアシステムは、その労災補償システムと同様に独特で非常に複雑である。高齢者医療保険のメディケア（Medicare）、低所得層向け医療保険のメディケイド（Medicaid）などの公的制度はあるが、全国民を対象とする社会

保険としての医療保険制度がなく、企業が従業員とその家族を対象に民間保険会社と団体保険契約をして、従業員福利厚生の一環として医療保障サービスを提供するケースが多数を占めている。

1996年にクリントン政権下で制定された **the Mental Health Parity Act of 1996 (MHPA)** は、団体保険のメンタルヘルスの年間金額や生涯金額に制限を付し、同じプランの普通の医療や手術の金額よりも低い制限を課していた。「メンタルヘルス・プログラム」は、ヘルス・プランで規定され、しかも、MHPAは、団体保険の給付パッケージに、メンタルヘルスを入れることを求めていなかった。MHPAは、従業員50人未満の企業の団体医療保険プランには適用されなかった。加えて、MHPAは、メンタルヘルスに他の制限を加えることを禁止していなかった。メンタルヘルス受診の回数を制限し、自己負担を増やしたが、他の医療や手術にはそのような制限がなかった（精神疾患に対する典型的な生涯限度額は、50,000ドル、年間5,000ドル、これに対して身体的な不調に対しては生涯限度額が100万ドル、身体的な不調に対しては限度額がない。）。また、メンタルヘルスの重要な問題である薬物濫用やその他の依存症には適用されなかった。

1998年に発効したMHPAは、サンセット条項を含んでおり、6回延長され、2001年9月30日に廃止された。1999年には、ゴア副大統領夫人 **Tipper Gore** がアメリカ史上初めてホワイトハウスでメンタルヘルス会議（**White House Conference on Mental Health**）を開催した。

2・The New Freedom Commission on Mental Health

メンタルヘルス対策を公約に掲げたジョージ・W・ブッシュ大統領は、大統領命令で2002年にメンタルヘルス委員会（The New Freedom Commission on Mental Health）を設立した。委員会は2003年に大統領に「ニューフリーダム委員会報告書：アメリカにおけるメンタルヘルス・ケアの変換への勧告（The President's New Freedom Commission: Recommendations to Transform Mental Health Care in America）¹⁷を提出し、メンタルヘルスの変革について提言した。

本報告書は、メンタルヘルスの回復に焦点を当て、消費者とその家族が主導するシステムの確立を強調した点が画期的であるとされている。メンタルヘルスの目的は、単なる「病気・障害の治癒」ではなく、「会社や社会に復帰すること」であるという意味では、政府機関は、省庁、自治体の壁を越えて、連携して個人個人に合わせたプランを作らなければ、利用者中心のケアはできないと結論づけた。

いずれにせよ、政府機関およびメンタルヘルス・サービス・プロバイダー（医師、精神科医、精神療法家、ソーシャル・ワーカー、EAPプロバイダーなど）は、利用者中心の発想に変革し、「会社や社会に戻って以前と同じように生活していきたい」という利用者の望んでいる最終目的を見誤ってはならないということが強調されている。

この報告書をもとに、アメリカ精神医学会をはじめ、主要なメンタルヘルス関連団体が、法整備を求めるなどの「メンタルヘルス改革キャンペーン」を実施した。議会

関係者も超党派でこのキャンペーンを支援し、政府機関においては、国立メンタル・ヘルス研究所（National Institute of Mental Health：アメリカ国立衛生研究所の構成機関。1946年設立。メリーランド州ベセスダ所在）は、自殺を防止するための啓発キャンペーンを展開し、青少年の自殺防止法などいくつかのメンタルヘルス対策法が制定された。

3・自殺とメンタルヘルス

アメリカでは、年間3,400人以上が自殺し、自殺率は、人口10万人当たり11.3人（2007）である。精神障害と薬物濫用が自殺の主要なリスクファクターである¹⁸。

2004年に若者の自殺を予防するための法律 the Garrett Lee Smith Memorial Act (GLSMA) が制定された。法律は、Gordon Smith's (R-OR) 上院議員の2003年に自殺した当時大学生だった息子の名前にちなんでいる。

GLSMAは、保健福祉省SAMHSAが管轄する自殺防止のための最初の重要な連邦法である。この法律は、州、民族、準州、高等教育機関の若者や大学生の自殺防止プログラムに対する連邦の援助に関するものである。プログラム開始以来300件を越えるGLSMA自殺予防補助金が設立され、そのうち27件は、2010年に成立した医療費負担適正法による予防とパブリック・ヘルス・ファンドによって設立された。2007年には、自殺は、15歳から24歳までの若者の死亡理由の3番目、大学生の間では、2番目の死亡理由であった。

また、メンタルヘルスを担当する保健福祉省SAMHSAは、報告書をもとに、事

業者向けガイドライン、教育関係者向けガイドラインを作ったり、大人向けサイト、青少年向けサイトを作ったりするなど、様々な取り組みを進めている。

他の重要な自殺防止関連の連邦法は、2007年の the Joshua Omvig Veterans Suicide Prevention Act (JOVSPA)である。退役軍人の自殺を減らすための総合的なプログラムの開発をサポートしてきた。法律の名前は、2005年にイラク解放戦争に従事して、自殺した兵士の名前にちなんでいる。この法律は、退役軍人関連局長官に退役軍人のための自殺防止プログラムの実施を命じた。構成内容は、スタッフの教育、全体的なメンタルヘルスの評価の一部として、メンタルスの評価、すべての医療施設における自殺防止コーディネーターの配置、24時間メンタル・ヘルスケア、無料非常電話、退役軍人とその家族への教育と対応などを含む。2009年VAはインターネットよりも直接話すことを好む退役軍人のために1対1で話すサービスを (Telephone Consultation) を始めた。

4・2008年メンタルヘルス・パリテイ・依存症衡平法 (MHPAEA 法)

ジョージW・ブッシュ政権はメンタルヘルス対策法の成立に力を入れ、2007年9月に上院は、メンタルヘルス疾患に身体的な病気と同等の保険給付を医療保険のプロバイダーに求める立法を通過させた。2007年に下院の companion 法案が委員会を通過し、コスト負担を伴う企業経営への影響も考慮し、リーマン・ショックを契機とした金融危機を受けて緊急成立した「金融安定化法(the Emergency Economic

Stimulus Act)」の一部としてメンタルヘルス・パリテイ・依存症衡平法 (the Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)が成立した。

MHPAEA 法は、身体的疾患のみならずメンタルヘルス疾患を持つ多くの人に適用される。従来は、通院回数、入院日数などの事実上の上限があったメンタルヘルス疾患の保険が、身体の病気と同等の保険となり、治療の際の経済的な面にとどまらず、メンタルヘルスに対する偏見と差別を減らすことに、大統領・上院・下院が共同して国家として真剣に取り組むことを示したという点に意義がある¹⁹。

2008年のメンタルヘルス・パリテイ・依存症衡平法は、1996年のメンタル・パリテイ法の単なる改正法ではない。適用対象が従業員50人以上の事業であることは同じだが、医療保険プランにメンタル・ヘルス疾患に対して身体的な疾病と同じ保険適用を求め、控除、自己負担、私費負担、自己保険、適用される入院、外来受診の適用を含めることによってパリテイ(平等)を現実拡大し、薬物濫用も適用対象としている。

5・2010年ヘルスケア改革法

米国では医療費の高騰が続き、家計を圧迫し、従業員に医療保険を提供する企業の負担が増え、高齢者医療保険のメディケア (Medicare)、低所得層向け医療保険のメディケイド (Medicaid) を運営する連邦政府や州政府の財政悪化につながった。また、負担増のために従業員への医療保険の提供を取りやめる中小企業が増え、労働者およびその家族を中心に無保険者の数が増えた。

無保険者にかかる医療費の支払い（救急医療施設は患者が無保険であっても診療することが法律で義務付けられている）は「隠れた税金（Hidden Tax）」として、保険に加入している国民の負担になっている。政府はこうした「隠れた税金」は保険加入世帯あたり年間約 1,000 ドルに上ると指摘している²⁰。

ところで、「ヘルスケア改革法」という名前の法律があるのではなく the Patient Protection and Affordable Care Act(PL 111-148)「患者保護および医療費負担適正化法」に the Health Care and Education Reconciliation Act of 2010(PL111-152)「ヘルス・ケア及び教育負担抑制調整法」を上乗せして、2つの法律で the Affordable Care Act（医療費負担適正化法）となり、オバマ大統領の「ヘルスケア改革法」と呼ばれている。

2010年3月に成立したヘルスケア改革法は、こうした問題を是正するため、国民の大半に医療保険への加入を義務付け、①零細企業の従業員や自営業者など雇用主が提供する保険に加入できない人も、新設される保険市場 Exchange（エクスチェンジ）から保険を購入できる体制を作ること、②加入者が持病や新たに罹患した重病、性別などを理由に保険会社から保険の加入や更新を拒否されないように保護すること、③医療業界が医療の質の向上とコスト削減のための措置を講じることなどを定めている。そして、同法には、これらの改革の実施にかかる予算を調達するため医療業界に対する新たな課税措置などが盛り込まれている。2010年ヘルスケア改革法は、順次時間を掛けて実施されることになっており、多くの

実施事項は2014年となっている。

ヘルスケア改革法が制定された背景には、約 5,000 万人に達する保険未加入者、景気後退による未加入者の増大、予防医療の軽視などが上げられている。国民に保険加入を義務づけたヘルスケア改革法案に対し、26の州、複数の個人、個人企業全国連合がヘルスケア改革法違憲訴訟を提起し、バージニア州連邦地裁(2010年12月13日)およびフロリダ州連邦地裁(2011年2月1日)が違憲判決を出したが、第11巡回区連邦控訴裁判所(2011年8月12日)は、個人に加入を強制する権限はないとし、連邦地裁判決を維持し、Medicaidの対象者を拡大するための措置は合憲とした。2012年6月18日、連邦最高裁は、国民の保険加入を義務付ける条項を合憲とする判決(National Federation of Independent Business v. Sebelius, 132S.Ct.2566(2012))を出した。5対4で連邦最高裁は、ヘルスケア改革法を合憲と判決した。4人の裁判官は、医療保険に加入しないことに対して罰金を課される(26 U.S.C. 5000A)のは、憲法の州際通商条項に違反すると判断した。ロバーツ最高裁長官を含む5人の裁判官は、それを税と見なすことで合憲とした²¹。

VIII 職場における暴力

NIOSHのレポートによれば、アメリカにおけるストレスに起因する職務遂行上の弊害として、(1)職場暴力の顕在化、(2)欠勤の急増—ストレスにより欠勤する労働者の数は毎日100万人、(3)約50%以上の労働者が雇用に関して不安を覚えていることが2000年代の初めには指摘されてお

り²²、職場における暴力が大きな職業上のストレスとなっていたことが明らかである。

1993年10月にアメリカ労働省統計局（Bureau of Labor Statistics）が、労災死亡事故に関する最初の全国調査の結果を発表し、交通事故に次いで、殺人（homicide）が労災事故の原因の第2位になっていることが明らかにされた。1992年に職場で殺された労働者は、1004人、1日に平均8人が殺されており、業務上の死亡の約5分の1が殺人によるものであり、女性労働者の死亡原因の1位は殺人であった。職場暴力がさらに深刻化することが予測されたために、1992年から職場暴力に関するデータが政府や民間企業によって収集されるようになった²³。1993年にノースウエスタン・ナショナル生命保険会社が「職場における恐怖と暴力」に関する包括的な調査を実施したのが、アメリカにおける職場における暴力の最初の本格的な調査だと言われている（Northwestern National Life, Employee Benefits Division, Fear and Violence in the Workplace (October 1993)）。

労働統計局（BLS）の致命的業務上傷病センサス（Census of Fatal Occupational Injuries (CFOI)）によれば、2000年から2009年にかけて、毎年平均590人の殺人が発生し、業務関連死亡災害の4位になっている。2009年は、女性の職場死亡の1位は殺人であった。2010年に発生した4547件の死亡労災のうち、506件が職場殺人によるものであった。さらに毎年平均15000件以上の非致命的な傷害が報告されている。職場暴力被害者の19%は法執行官、13%が小売業、10%が医療関係労働者であった²⁴。

1998年にILOが職場における暴力に関する報告書(Violence at Work)²⁵を発行して以来、国際的に職場における暴力に関心と意識が高まったが、職場における暴力は、今日では、アメリカの労働者にとって、もっとも深刻なストレスの原因となっている。

一般の人々との現金の遣り取り、興奮しやすい・情緒不安定な人々との労働、一人で労働する、あるいは人がいない場所で働くことも潜在的な暴力に繋がる、サービスやケアを与える、アルコールをサービスする場合には、暴力のインパクトがある。犯罪率の高い地域での深夜の労働は、職場暴力のリスクファクターである。現金の授受、配達労働者、ヘルスケア専門家、公務員、カスタマーサービス要員、法執行官、一人または少人数で働く労働者などはリスクが高い。

1970年の労働安全衛生法は、使用者に労働者に安全かつ健康な職場を提供する一般義務を課している（OSHA General Duty Clause, Section 5(a)(1)）。OSHAの役割は、基準を設定および執行し、またトレーニング、教育および支援を提供することによって働く男女に安全で健康な職場を提供することである。OSHAは、2011年9月8日に「職場暴力の調査または監督の執行手順」（OSHA Directive CPL 02-01-052, (2011, September 8). Enforcement Procedures for Investigating or Inspecting Workplace Violence Incidents）を指令として出した。同時に開設された「職場暴力」のホームページ（<http://www.osha.gov/SLTC/workplaceviolence/index.html>）

では、職場の暴力を「職場で起こる、身体的暴力のあらゆる行為または脅威、ハラスメント、脅迫、その他の脅威となる破壊的行動のことである。それは、脅しや言葉の乱用から、身体的暴力や殺人にまでにもわたる。それは、労働者、利用者、顧客、訪問者にまで影響を与え、また巻き込む可能性がある。」と定義している²⁶。

おわりに—OSHA と職場のいじめ・嫌がらせ—健康な職場法案（Healthy Workplace Bill）

故スウェーデンの心理学者スウェーデンの心理学者ハインツ・レイマンは 1980 年代に職場におけるいじめを概念化し理解する出発点を作ったが、労働者に向けられる敵対的な行動を現わすために“mobbing”という言葉を使った²⁷。レイマンのパイオニア的な研究は、職場における心理的な虐待に対する最も影響力のある仕事の 1 つであると考えられている。しかし、「職場におけるいじめ」（workplace bullying）という言葉は、1990 年代までアメリカには入ってこなかった。

働く男女労働者に安全で健康な職場を保障する OSHA の一般義務条項および OSHA に基づく規制は全体として、産業部門の職場における身体的な危険に対応するものである。ところで、アメリカでは、定期健康診断は使用者に義務づけられているものではなく、あくまで健康に悪影響を及ぼす可能性のある職場に限り、影響を受ける可能性のある部位についてのみ行うものとされており、企業に産業医の雇用を義務づける一般的な法制度がない。OSHA にも

産業医その他の産業保健専門家を企業で選任を義務づける規定がない。OSHA が、産業医の選任を法的に義務づけていない理由の 1 つは、同法の規制行政的性格にある。OSHA は各州の安全衛生基準を設定し、その実効性を確保するために監督官による臨検と罰則を科すという強行的なものであり、産業医はもとより、自主的に職場の安全衛生を維持、改善させるという観点は最初から法の内容となっていない²⁸。

したがって、現状では、OSHA の監督官が職場におけるメンタルヘルスを十分に調査できるとは考えられない。さらに OSHA は、私訴権（private cause of action）を認めていないために、被害者は法的保護を得るために政府に頼らざるを得ない。さらに、OSHA 違反に対する罰金が余りに低いために、使用者が OSHA を遵守するインセンティブにはなっていないのである。

精神的苦痛を故意に引き起すいじめは、職場における大きなストレスであるが、セクシュアル・ハラスメントやその他の差別と関連していない場合には、ほとんど使用者責任が認められない。いじめは、不法行為の基準を満たすほど極端でも法外でもないというのがその理由である。これに対して、アメリカでは、いじめに対する使用者責任を強化する健康な職場法案（the Healthy Workplace Bill）が 2003 年以降 24 の州で出されているが、いずれも立法化されていない²⁹。

¹ Centers for Disease Control and Prevention(CDC),<http://www.cdc.gov/mentalhealth/basics/htm>.

² Center for Disease Control, Morbidity and Mortality Weekly Report, Jan. 21,

1983, Vol. 23, No.2,.25.

³ 林弘子「80年代の新しい労災問題と補償制度」季刊労働法 150号(1989年)122頁。

⁴ Richard B. Victor(ed.),Liability for Employee Grievances: Mental Stress and Wrongful Termination, Workers' Compensation Research Institute(1988),p.10.

⁵ Charles Lawrence Swezey, California Workers' Compensation Practice(Third Edition), California Continuing Education of the Bar(1985)p.15.

⁶ Richard B. Victor(ed.),op.cit.

⁷ Phyllis Gabriel, Mental Health in the Workplace: Situation Analysis United States,ILO (2000) p.15.

⁸ Richard B. Victor(ed.) liability for Employee Grievance: Mental Stress and Wrongful Termination, Workers Compensation Research Institute,1988.

⁹ Richard B. Victor,the Challenge of Occupational Stress, Liability for Employee Grievances: Mental Stress and Wrongful Termination, Workers' Compensation Research Institute(1988) pp.3-4.

¹⁰ Romano P. Tanabe, Workers' Compensation Laws As of January 2012, Workers' Compensation Research Institute (2012), pp.49-52.

¹¹ Stephen F. Befort, Reasonable Accommodation and Reassignment under the Americans with Disabilities Act :Aanswers,Questions and Suggested Solutions after U.S. Airways,Inc. v. Barnett , Arizona Law Review, Vol.45,p.932.

¹² Stephen F. Befort, the Most Difficult ADA Reasonable Accommodation Issues: Reassignment and Leave of Absence,34 Wake Forest L.Rev.441(2002).

¹³ ADA と FMLA については、Stephen F. Befort, op.cit.pp.466-468,Leave Rights under the FMLA and the ADA – Cornell University, http://www.ilr.cornell.edu/extension/files/download/ADA_FMLA.pdf.

¹⁴ 矢倉尚典・川端勇樹「米国におけるメンタルヘルス分野のヘルスサポートの取り組み:損保ジャパン総研クォーターリーVol.49,2

頁。

¹⁵ 1994年に Brigham and Women's Hospital and Massachusetts General Hospital によってボストンで設立された パートナーズ・ヘルスケアは、非営利ヘルスケア・システムである。コミュニティ病院、専門病院、MCO（マネジド・ケア・オーガニゼーション—医療サービスの提供を保険者側がコントロールすることによって、効率的に医療サービスを供給するシステム。被保険者は、基本的に保険者が指定した医師にまず受診することが求められ、必要に応じて専門医療機関に受診することができる。提供される医療は、保険者が指定した医師および保険者が決定する。医療費を抑制することができるといわれているが、弊害も指摘されている。）、医者ネットワーク、コミュニティ・ヘルスケアセンター、ホームケアその他の関連施設を含んでいる。生体医学調査ではリーダーシップをとり、ハーバードメディカルスクールの授業も担当している。アメリカにおけるヘルスケアには、専門家である医師・看護師等が提供する診断・治療、病院の医療施設において提供される広範な医療サービス、介護サービス、疾病予防、健康増進まで含まれている。

¹⁶ U.S.Air Force, Mental Health,2011 (www.e-Publishing.af.mil) .

¹⁷ Michael F. Hogan ,New Freedom Commission Report: The President's New Freedom Commission: Recommendations to Transform Mental Health Care in America,Psychiatric Services 2003;doi: 10.1176/appi.ps.54.11.1467.

¹⁸ SAMHSA, Mental Health United States, 2010,p.15.

¹⁹ 加藤直之「アメリカのメンタルヘルス政策」 http://stresscare.com/report/rep_usadmin.html.

²⁰ 小林篤「米国における 2010 年ヘルスケア改革後の健康保険の新動向—ヘルスケア改革法は何を変えたか、健康保険市場はどう変化するか—」損保ジャパン総研レポート Vol.59(2011.9)21~43 頁、「医療保険制度(ヘルスケア)改革法が産業界に与える影

響～新たに生まれる負担とビジネスの可能性～」日本貿易振興機構(ジェトロ) 2011年10月

www.jetro.go.jp/jfile/report/07000743/us_healthcare.pdf.

²¹ 秋葉丈志「医療保険改革法と合衆国憲法における連邦政府の権限：National Federation of Independent Business v. Sebelius, 132S.Ct.2566(2012)」比較法学 45 卷 3 号 328 頁。

²²

[http://www.cdc.gov/niosh/stresswk.h\(2005\)](http://www.cdc.gov/niosh/stresswk.h(2005)); Anne Beck et al., Severity of Depression and Magnitude of Productivity Loss, *Annals of Family Medicine*, www ANNFAMED.ORG.Vol/9,NO.4, July/August 2011 pp.305-311; C. Donald Williams, Ronald Shouten, Assessment of Occupational Impairment and Disability from Depression, *JOEM*, Vol. 50, No.4, April, 2008, pp.441-450.

²³ 林弘子「アメリカにおける職場暴力と使用者責任」海外社会保障情報 No.112、4 頁。

²⁴ 看護・介護職を職場における暴力から護るために出されたパンフレットの例— Protecting our Care giver from Workplace Violence, Why the healthcare Industry faces increased workplace violence & what can be done to prevent it, Prepared by the Commonwealth of Massachusetts, William R. Keating, Norfolk District Attorney, A Project of the Norfolk County Partnership to Prevent Workplace Violence in Healthcare.

²⁵ Duncan Chappell, Vittorio Di Martino, *Violence at Work*, ILO(1998).

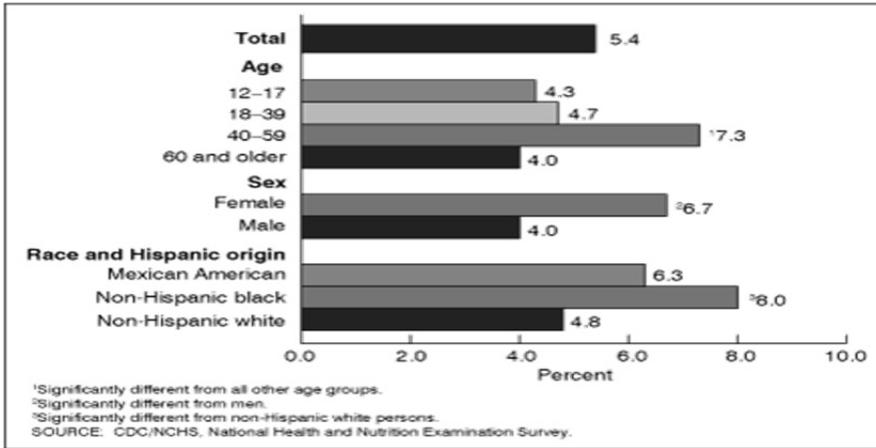
²⁶ 「職場暴力への関心の増大・監督機関による取り組み—アメリカ・ヨーロッパでの新たな動き」労働安全センター情報 2012年4月号 2～6 頁。

²⁷ Heinz Leymann, *The Content and Development of Mobbing at Work*, 5 *EUR.J. WORK & ORG.PSYCHOL.*165(1995).

²⁸ 品田充儀「第3章アメリカ」『産業医制度の研究』北海道大学図書刊行会(1998年)251 頁以下。

²⁹ David C.Yamada, *Workplace bullying and American Employment Law: A Ten-Year Progress Report and Assessment*, *Comparative Labor Law & Policy Journal*.Vo. 32, No..1, Fall 2010.

Figure 1. Percentage of persons 12 years of age and older with depression by demographic characteristics: United States, 2005–2006



(図1) 12歳以上のディプレッションの年齢・性別・人種・ヒスパニックによる比率
 (出典)Pratt LA, Brody DJ. Depression in the United States household population, 2005–2006. NCHS Data Brief. 2008(7):1–8.

表1 メンタルストレスに対する各州の労災補償法の適用の有無(2012年1月)

WORKERS' COMPENSATION LAWS AS OF JANUARY 2012 - A JOINT PUBLICATION OF WCRI AND IAIABC

TABLE 9. COVERAGE OF MENTAL STRESS, CUMULATIVE TRAUMA, HEARING LOSS, AND DISFIGUREMENT AS OF JANUARY 2012				
Information on how broad the coverage is in each jurisdiction, which statutes cover mental stress, cumulative trauma, hearing loss, and disfigurement.				
Jurisdiction	Coverage Of Mental Stress Claims When No Physical Injury	Coverage Of Cumulative Trauma	Coverage Of Occupational Hearing Loss	Coverage Of Disfigurement
Alabama	No	Yes	Yes	Yes
Alaska	Yes (1)	Yes	Yes	No
Arizona	Yes	Yes	Yes	Yes
Arkansas	No (2)	Limited to rapid repetitive motion, back or neck, and hearing loss injuries	Yes	Yes (3)
California	Yes	Yes	Yes	Yes
Colorado	Yes (4)	Yes	Yes	Yes
Connecticut	No	Yes	Yes	Yes
Delaware	Yes	Yes	Yes	Yes
District of Columbia (5)			Yes	Yes
Florida	No	Yes	If the employment is the major contributing cause	No
Georgia	No	Yes	Yes	No
Hawaii	Yes	Yes (6)	Yes	Yes
Idaho	No	Yes	Yes	Yes (7)
Illinois	Yes	Yes	Yes	Yes
Indiana	No	Yes	Yes	No
Iowa	Yes	Yes	Yes	Yes
Kansas	No	Yes	Yes	Yes
Kentucky	No	Yes	Yes	Yes
Louisiana	Yes	Only when considered an occupational disease	Yes	Yes
Maine	Yes	Yes	Yes	No
Maryland	Yes (8)	Yes	Yes	Yes
Massachusetts	Yes	Yes	Yes	Yes
Michigan	Yes	Yes	No	No
Minnesota	No	Yes	Yes	Yes
Mississippi	Yes	Yes	Yes	Yes
Missouri	Yes	Yes	Yes	Yes (9)
Montana	No	Yes	Yes	Yes
Nebraska	Yes (10)	Yes	Yes	No
Nevada	Yes	Yes	Yes	No

TABLE 9. COVERAGE OF MENTAL STRESS, CUMULATIVE TRAUMA, HEARING LOSS, AND DISFIGUREMENT AS OF JANUARY 2012				
Information on how broad the coverage is in each jurisdiction, which statutes cover mental stress, cumulative trauma, hearing loss, and disfigurement.				
Jurisdiction	Coverage Of Mental Stress Claims When No Physical Injury	Coverage Of Cumulative Trauma	Coverage Of Occupational Hearing Loss	Coverage Of Disfigurement
New Hampshire	Yes (11)	Yes	Yes	Yes
New Jersey	Yes	Yes	Yes	No
New Mexico	Yes	Yes	Yes	Yes
New York	Yes	Yes	Yes (12)	Yes
North Carolina	Yes	Yes	Yes	Yes
North Dakota	No	Yes	Yes	Yes
Ohio	No	Yes	Yes	Yes
Oklahoma	No (13)	Yes	Yes	Yes
Oregon	Yes	Yes	Yes	(14)
Pennsylvania	Yes	Yes	Yes	Yes
Rhode Island	Yes	Yes	Yes	Yes
South Carolina	Yes	Yes	Yes	Yes
South Dakota	No	Yes	Yes	Yes
Tennessee	Yes	Yes (15)	Yes (15)	Yes
Texas	No	Yes	Yes	No
US Federal Programs - FECA	Yes	Yes	Yes	Yes
US Federal Programs - Longshore	Yes	Yes	Yes	Yes
Utah	Yes (16)	Yes	Yes	Yes
Vermont	Yes	Yes	Yes	Yes
Virginia	Yes	Yes (17)	Possibly (18)	Yes
Washington	Yes	Yes	Yes	No
West Virginia	No	Yes	Yes	Yes
Wisconsin	Yes	Yes	Yes	Yes
Wyoming	No	Yes	Yes	Yes
Canadian Jurisdictions Participating				
British Columbia	Yes (19)	Yes	Yes	Yes
New Brunswick	Yes (20)	Yes (21)	Yes	No (22)
Nova Scotia	Yes (23)	Yes	Yes	Yes
Ontario	Yes	Yes	Yes	Yes
Prince Edward Island	Yes, when stress is an acute reaction to a traumatic event	Yes (24)	Yes	Yes
Saskatchewan	Yes	Yes	Yes	Yes

TABLE 9. COVERAGE OF MENTAL STRESS, CUMULATIVE TRAUMA, HEARING LOSS, AND DISFIGUREMENT AS OF JANUARY 2012				
Information on how broad the coverage is in each jurisdiction, which statutes cover mental stress, cumulative trauma, hearing loss, and disfigurement.				
Jurisdiction	Coverage Of Mental Stress Claims When No Physical Injury	Coverage Of Cumulative Trauma	Coverage Of Occupational Hearing Loss	Coverage Of Disfigurement
Notes:				
	1 Alaska - Mental stress is covered if work stress was extraordinary and unusual compared to the experiences of others in a comparable work environment; work stress was the predominant cause of the mental injury; and the work stress was not the result of "a disciplinary action, work evaluation, job transfer, layoff, demotion, termination, or similar action taken in good faith by the employer."			
	2 Arkansas - There is an exception for victims of crimes of violence.			
	3 Arkansas - Limited to facial or head.			
	4 Colorado - A claim of mental impairment must be proven by evidence supported by the testimony of a licensed physician or psychologist. For purposes of this subsection (2), "mental impairment" means a recognized, permanent disability arising from an accidental injury arising out of and in the course of employment when the accidental injury involves no physical injury and consists of a psychologically traumatic event that is generally outside of a worker's usual experience and would evoke significant symptoms of distress in a worker in similar circumstances. A mental impairment shall not be considered to arise out of and in the course of employment if it results from a disciplinary action, work evaluation, job transfer, lay-off, demotion, promotion, termination, retirement, or similar action taken in good faith by the employer; and (2)(b)...the claimant shall be limited to twelve weeks of medical impairment benefits...This limitation shall not apply to any victim of a crime of violence...nor to the victim of a physical injury or occupational disease that causes neurological brain damage.			
	5 District of Columbia - Users should be aware that no survey was completed for the current year and that answers are from the 2008 survey.			
	6 Hawaii - Not in the statute, but these are handled just like any other claim.			
	7 Idaho - If it affects return to work.			
	8 Maryland - This is covered but under very limited circumstances.			
	9 Missouri - Disfigurement coverage is restricted to injuries of the head, neck, hands and arms.			
	10 Nebraska - Effective July 15, 2010, first responders may claim mental injury unaccompanied by physical injury if the mental injury was a result of extraordinary and unusual conditions as compared to the normal conditions of the employment. Mental injuries incidental to employee/employer relations are not compensable.			
	11 New Hampshire - There must be a physical manifestation of stress. Disfigurement must be caused by burns.			
	12 New York - Scheduled PPD benefits are reduced by temporary partial benefits paid only. Nonscheduled PPD benefits are not reduced by any temporary benefits paid.			
	13 Oklahoma - The exception is rape arising out of and in the course of employment.			

TABLE 9. COVERAGE OF MENTAL STRESS, CUMULATIVE TRAUMA, HEARING LOSS, AND DISFIGUREMENT AS OF JANUARY 2012				
Information on how broad the coverage is in each jurisdiction, which statutes cover mental stress, cumulative trauma, hearing loss, and disfigurement.				
Jurisdiction	Coverage Of Mental Stress Claims When No Physical Injury	Coverage Of Cumulative Trauma	Coverage Of Occupational Hearing Loss	Coverage Of Disfigurement
14	Oregon - The law covers some disfigurement. There is no set dollar amount; however, compensation is payable only if disfigurement results in certain psychological adjustment problems.			
15	Tennessee - Hearing loss, carpal tunnel, and repetitive injury claims are compensable only if the condition primarily arises out of and in the scope of employment.			
16	Utah - Mental stress claims are allowed, without a physical injury, only when there is extraordinary mental stress from a sudden stimulus arising out of and in the course and scope of employment. Mental stress claims are not allowed if the basis for the claim is good faith employer personnel actions.			
17	Virginia - Only cumulative hearing loss and carpal tunnel are covered as "ordinary diseases of life" and subject to higher "clear and convincing" evidentiary standards as opposed to the "preponderance of the evidence" standard.			
18	Virginia - It is covered upon clear and convincing evidence as an "ordinary disease of life" under Va. Code Section 65.2-401.			
19	British Columbia - This is covered if it is the result of an acute reaction to a sudden and unexpected traumatic event arising out of and in the course of the worker's employment and not caused by a decision of the worker's employer relating to the worker's employment.			
20	New Brunswick - Under limited circumstances. The WC Act excludes mental stress as a compensable condition, except when the mental stress or disablement caused by mental stress is the result of an acute reaction to a traumatic event.			
21	New Brunswick - Yes, if proven to arise out of and in the course of employment.			
22	New Brunswick - Not specifically; however, if the disfigurement leads to increased impairment, then the higher impairment translates into a higher PPI award. Otherwise, there is no specific award.			
23	Nova Scotia - When stress is an acute reaction to a traumatic event.			
24	Prince Edward Island - If risk factors are present.			

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変更、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	399
1.1 障害者差別禁止法	399
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.....	399
1.1.2 ADA の概要	401
1.1.3 施行規則及びガイドライン.....	402
1.2 ADA の管轄機関と実施機関	403
1.3 ストレスマネジメントの具体的な方策	404
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.....	404
1.5.1 規制対象	404
1.5.2 保護対象 - 「障害」（disability）の定義 -	404
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	404
1.5.2.2 「主要な生活活動」とは.....	405
1.5.2.3 「機能障害をもつとみなされること」とは.....	406
1.5.2.4 障害の定義に関する解釈ルール.....	406
1.5.2.5 適格性（qualified）要件.....	407
1.5.3 ADA の禁止する障害を理由とする差別.....	410
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.....	411

1.5.4.3	精神障害者に対する合理的配慮.....	413
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－...	414
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－.....	416
1.7	法政策の背景.....	418
1.8	確認できる効果.....	418
1.9	関連判例.....	421

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。

上記の連邦法に違反する差別を受けたと感じた被害者は、訴訟を提起する前に、必ず EEOC への申立 (charge) を行わなければならない。申立を受けた EEOC は、申立内容を書面化し、10 日以内に被申立人である使用者に書面を提示し、「調査」(investigation) 開始の報告を行う。当該申立を担当する調査官は、被申立人が差別を行ったかどうかについての情報を収集し、差別を行ったと思われる合理的根拠があると判断された場合には、「調整」(conciliation) が行われる。これは、当事者との協議や説得を通して、当事者間での差別の自主的解決を図ることを意味する。調整が成立した場合、申立人、被申立人および EEOC との間で拘束力を持つ書面が締結され、手続きが終了する²¹。手続きのなかで解決に至らない場合、EEOC は自ら原告となって被申立人を相手取って連邦地方

裁判所に差別の救済を求める民事訴訟を提起することができる。EEOC が訴訟を提起しない場合、EEOC が申立を却下した場合、または、申立から 180 日経過後に申立人が請求した場合は、申立人は EEOC から訴権付与通知 (notice of rights to sue) を受け取り、裁判所に訴訟を提起することが可能となる。

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「適用対象事業者」(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))²²。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²³。

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も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²⁴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。

ADA改正法に、「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」が、
主要な生活活動に当たると明記されたこと
により、メンタルヘルス不調者を含む精神
障害者の多くが、ADA の保護対象となるこ
とが期待される。また、これらの活動は、
職務の本質的機能の遂行に影響を与える可
能性が高い活動であることから、職務遂行
上の支障を取り除く合理的配慮を提供する
ことが使用者に求められることとなる。

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²⁵。

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²⁶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²⁷。

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**）制約する必要はない。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。

これらの改正を受けて、精神障害の分野においては、以下の効果が生じると考えられている²⁸。まず、時折生じるまたは寛解

期の状態にある機能障害について、それが発症した際に主要な生活活動を相当程度制限する場合には障害に該当するとされたことにより（ADA3 条(4)(D)、PTSD、うつ病、てんかん等が、障害として認定される可能性が広がる。たとえば、発症している時間が短く、時折にしか症状が出ない PTSD 等についても、フラッシュバックにより脳の機能や考えるという主要な生活活動が相当程度制限を受ける場合には、障害に該当することとなる²⁹。

次に、軽減措置の効果を考慮に入れないと明記されたことにより（ADA3 条(4)(E)、投薬により症状が改善されるため、障害として認められてこなかった、うつ病等の精神疾患が、障害として認められる可能性が高まったといえる。

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³⁰。

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³¹。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）³²

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³³、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 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³⁴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、実質的な制限と叫ぶ程度に深刻であり、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³⁵。

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。常に敵対的關係にある、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³⁶。

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³⁷、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³⁸。

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³⁹。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の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%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⁴⁰。

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⁴¹。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が欠ける場合には、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⁴²。

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。

裁判で争われた事例について、障害者側の主張が認められたものと、認められなかったものを紹介する。

同性の同僚からのセクシュアル・ハラスメントにより、精神疾患を患った原告が、有給の傷病休暇を取得後、復職に際し、短時間勤務を合理的配慮として求めたところ、使用者に拒否された事案において、第1巡回区控訴裁判所は、短時間勤務は合理的配慮の一つであり、それが有効に機能する見込みがあるとした原審判決を支持した（労働者側勝訴）⁴³。

これに対し、睡眠障害を伴う神経性疾患を患う原告が、追加の合理的配慮を求めた

事案では、原告側が敗訴している。第7巡回区控訴裁判所によれば、既に使用者が原告に対して、個室での勤務を認めたり、始業時間を遅らせるなどの措置をとっており、それが障害者に対して効果を有しているのであれば、それを超えて原告の希望する配慮（在宅勤務等）を認める必要はないとしている⁴⁴。

ADAに基づく訴訟では、障害者ではないとしてそれ以上の審理がなされず、原告（障害者側）が敗訴となる事案が非常に多かったため、合理的配慮の内容まで争われる事例はそれほど多くない。また、合理的配慮として認められる内容は、事案ごとに判断されるため、一概にどういった合理的配慮は認められるとはいえない。ただし、勤務時間の変更・短縮や、パーテーションで区切った個室での就労を認めることなどの、比較的低コストで済むような合理的配慮は認められやすい傾向にあるといえる。したがって、軽度のメンタルヘルス不調の場合には、このような合理的配慮が認められ、就労の継続が可能になると考えられる。

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⁴⁵。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「3 次予防」と親和的と解される。合理的配慮を行わないことは差別に該当するため、使用者は ADA における義務としてこれらの 3 次予防的な措置を行うことが求められ

る。ただし、使用者が一方的にこれらの配慮を行い、結果として障害者が不利益な取扱いを受ける場合（例えば、配置転換によって下位の格付けになる場合や、労働時間の短縮により賃金が減額される場合）には、障害を理由とする差別的取扱いに該当する恐れもあるため、合理的配慮を提供する際には、使用者と労働者が十分に話し合うことが重要となる。

なお、障害をもつとみなされた人（ADA3 条(1)(C)）に対しても、使用者は合理的配慮を提供する義務を負うかどうかについて問題となっていたが、この点について ADA 改正法は、そのような人に対しては合理的配慮を提供する義務を負わないことを明らかにした（ADA501 条(h)）。同改正を受けて改定された ADA 施行規則 § 1630.9(e)においても、「適用対象事業体は、『現実の障害』をもつ人と、『障害の記録』をもつ人であって、適格性を有する人に対して、過度の負担にならない限りにおいて、合理的配慮を提供する義務を負うが、障害をもつと『みなされた』人に対しては、合理的配慮を提供する義務を負わない。」と定められている。

ADA では、従業員及び応募者の身体的又は精神的機能障害に関する情報の取扱いについて、厳格な規定を置いている。以下では、EEOC の採用前調査ガイドライン及び採用後調査ガイドラインに基づいて、ADA の下で、どのような障害に関連する調査が許されているのか、あるいは許されていないのか、収集された情報をどのように取扱うことが使用者に義務づけられているのかについて検討する。

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

歴史的に、採用プロセスにおいて、使用者は、応募者の身体的及び（又は）精神的状態についての情報を応募者に求め、その者の職務遂行上の能力が評価されることなく障害をもつ応募者が選考から漏れることがしばしばみられてきた。そこで、連邦議会は ADA を制定するに当たり、障害に関連する調査や医学的検査に対し、特別の規定を置くこととした。しかし、ADA のこれらの規定は労働者の権利を守ることにあらず、使用者の権利も同時に守ることを意図して作られている。すなわち、採用時の調査を制限することによって、自身の能力のみによって評価されるという従業員及び応募者の権利を守るとともに、職務の本質的機能を当該労働者が十分に遂行できるかどうかを使用者が確実に知る権利を保障している。このように双方の権利を保障するため、

ADA102 条(d)は、障害に関連する調査 (disability-related inquiry) 及び医学的検査 (medical examination) 調査及び検査に対し、「3 段階」、すなわち、①採用前 (pre-offer)、②採用後 (post-offer)、③雇用期間中 (during employment) に分けて規制している。

①採用前診断

採用前において、使用者は、応募者に対し、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ことなどが含まれる。

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い。

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

1. 8. 1 障害者の就業率

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⁴⁶。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⁴⁷。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、身体障害者と精神障害者双方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⁴⁸。

1. 8. 2 ADAに基づく訴訟

ADAに基づく訴訟では、障害者側の勝訴率が非常に低いことが指摘されている⁴⁹。2009年に各巡回区控訴裁判所に提訴されたADA訴訟454件のうち、障害者側が勝訴した件数はわずか9件であり、勝訴率は2.6%となっている。1992年から97年にかけての障害者側の勝訴率が7.9%であったのに対し、1998年から2009年までは3.9%と、障害者が勝訴する割合は低下している。これは、連邦最高裁判所が障害の範囲を狭く解釈したことで、そもそもADAの適用対象となる障害者ではないとして、障害者側が敗訴することが大きな要因であるとされる。

精神障害 (Mental Illness Cases) についてみると、2009年に各巡回区控訴裁判所に提訴されたADA訴訟79件のうち、障害者側が勝訴した件数は0件である。年により勝訴率は変動するが、精神障害についての訴訟は、障害者が勝訴することがより困難な傾向にある。

ただし、2008年のADA改正により、障害者の範囲が広く解釈されることになったため、今後は、障害者側の勝訴率が高まることが期待されている⁵⁰。また、アメリカでは雇用差別について訴訟を提起する前に、必ずEEOCに申立を行わなければならないこととなっており、その段階で自主的な解決が図られているとの指摘もされる。これについて、以下で検討する。

1. 8. 3 EEOCでの解決の状況

2012年のEEOCへの申立件数の総数99,412件のうちADAに基づく申立は26,379件であり、全体の26.5%を占め、過去最高を記録した⁵¹。2012年に解決に至った申立は28,799件の内容は、表1の通りである。これによれば、申立人に有利な形での解決は、和解、取下げ、差別の合理的根拠ありとされたものを足した、5,907件(20.5%)である。

【表1 ADAに基づくEEOCへの申立の解決内容 (2012年)】

種別	件数	割合 (%)
和解	2,902	10.1
申立人に有利な形での取下げ	1,718	6.0
行政的終結 ⁵²	4,335	15.1
差別の合理的根拠なし	18,557	64.4
差別の合理的根拠あり	1,287	4.5
調整成立	572	2.0
調整不成立	715	2.5
総件数	28,799	100

次に、これらの申立のうち、精神障害に関する事案については、表2の通りである。多様な障害種別があるなかで、精神障害に関する事案の割合は比較的高い。具体的には、解決済件数28,799件のうち、過去の障害1,771件と、みなされた障害3,350件を除くと、23,678件となり、このうちの約6,500件が精神障害関連の事案となっており、全体の約3割を占める⁵³。

精神障害を有する労働者にとっても、

ADA は差別の解消にとって効果を有していると考えられる。メンタルヘルス不調者も、雇用差別禁止法により、雇用の維持・促進の効果が得られると考えられる。

なお、申立人に有利な形での解決の割合は、19.6%で、全体的な割合（20.5%）と大きく変わらない。

【表 2 EEOC への申立件数のうち、精神障害に関する事案（2012 年）】

障害の種類	解決済件数	申立人に有利な解決
うつ病	2,008 (7.0%)	402 (6.8%)
不安障害	1,613 (5.6%)	299 (5.1%)
躁うつ病	922 (3.2%)	195 (3.3%)
PTSD	684 (2.4%)	144 (2.4%)
てんかん	400 (1.4%)	81 (1.4%)
アルコール依存症	221 (0.8%)	37 (0.6%)
薬物依存症	144 (0.5%)	27 (0.5%)
その他の精神疾患	490 (1.7%)	84 (1.4%)
精神障害関連の件数	6,482	1,269
(参考) 総数	28,799	5,907

* () 内は割合

1. 8. 4 雇用差別の減少

先にみたように、障害者の就業率の点では、ADA によってはプラスの効果が得られ

ていない。しかし、雇用差別の解消の点では、一定の効果がみられることが、National Council on Disability (NCD) の 2007 年の報告書⁵⁴等が明らかにしている。ADA 制定前から実施されていた障害者に対するアンケート結果によると、就労中に差別を受けたと答えた者の割合が、ADA 制定前の 1986 年には 28.2%であったものが、制定後の 1994 年には 28.5%となり、1998 年に 32.8%と上昇するが、2004 年には 22.1%と減少している。

また、表 3 に示すように、差別の場面別にみると、ADA 導入直後の 1994 年と、2004 年とでは、全体として、差別を受けたと答えた障害者の割合が大きく減少している。

特に、採用拒否や配慮の提供の場面での傾向が顕著である。ただし、採用面接の拒否は大きな変化がない。

【表 3 障害を理由とする雇用差別のタイプ】

差別の場面	差別を受けた人の割合		
	1994 年	1998 年	2004 年
面接拒否	28.8	23.7	26.9
採用拒否	61.4	59.3	30.8
昇進拒否	24.6	29.3	16.7
劣った職責の付与	37.3	39.0	14.1
賃金差別	18.6	32.8	12.8
健康保険の拒否	23.3	31.7	3.8
配慮の不提供	22.4	23.3	6.4

ADA の制定により、雇用差別を受けたと感じる障害者の割合が減ったことが確認できる。障害を理由とする差別が禁じられ、

実態としても差別が減少していることが労働者にも感じられる場合、メンタルヘルスの不調者にとっても、不調状態を使用者に伝えることに躊躇がなくなり、より早期に予防的措置が図れるものと考えられる。また、労働者にとってはストレスの軽減にもつながると考えられる。

1.9 関連判例

ADA に関連する裁判例については、2008 年の ADA 改正以降の裁判例も含め、本文中に挙げた。

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 この他、近年は、ADR の一種であるメディエーションが利用されることも増えている。詳しくは、障害者職業総合センター編・前掲注 2、125 頁以下参照。

²² 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。

²³ 中窪裕也『アメリカ労働法〔第 2 版〕』
（弘文堂、2010 年）196 頁。

²⁴ 534 U.S. 184 (2002).

²⁵ 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。

²⁶ 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。

²⁷ 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。

²⁸ Jhon Parry, J.D., EQUAL
EMPLOYMENT OF PERSONS WITH
DISABILITIES - FEDERAL AND STATE
LAW, ACCOMMODATIONS, AND DIVERSITY
BEST PRACTICES (2011)pp53-62.

²⁹ Carmona v. Sw. Airlines Co., 604 F.3d
848 (5th Cir. 2010). 乾癬症のフライトア
テンダントについて、症状が出ている時
には歩くという活動が制限されるとして、障
害として認めた裁判例。この判決のなかで、
PTSD が例えとして挙げられている。

³⁰ Albertson's Inc. v. Kirkingbrug, 527
U.S. 555 (1999).

³¹ 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) .

³² 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。

³³ 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。

³⁴ 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。

³⁵ 精神障害ガイドライン参照。

³⁶ 詳しくは、障害者職業総合センター
編・前掲注 2、120 頁参照。

³⁷ ADA 解釈ガイダンス § 1630.15(b)(c)。

³⁸ US Airways, Inc. v. Barnett, 122 S. Ct.
1516 (2002).

³⁹ 以下、精神障害ガイドライン参照。

⁴⁰ 精神障害ガイドライン参照。

⁴¹ 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。

⁴² 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。

⁴³ Ralph v. Lucent Technologies, Inc.,
135 F.3d 166 (1st Cir. 1998).

⁴⁴ Mobley v. Allstate Ins. Co., 531 F.3d
539 (7th Cir. 2008).

⁴⁵ 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)。

⁴⁶ 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)。

⁴⁷ 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。

⁴⁸ 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。

⁴⁹ 訴訟のデータおよび分析については、前掲注28, pp231-237.

⁵⁰ ADA 改正法の施行は2009年1月であり、遡及効がないと考えられているため、同法の効果を図るには、もう少し時間を要する。

⁵¹ EEOC への申立件数等に関する情報については、EEOC の HP 参照。

<http://www.eeoc.gov/eeoc/statistics/enforcement/index.cfm>

⁵² 行政的終結 (administrative closure) には、被申立人である使用者の宛先不明や、被申立人が EEOC からの連絡に応えない場合、裁判等の他の手続きに移った場合等が含まれる。

⁵³ 障害種別ごとの件数を示した EEOC の資料には、表2にある障害以外にも、学習障害や脳の損傷等の事案が含まれている。

⁵⁴ National Council on Disability, *The Impact of the Americans with Disabilities Act: Assessing the Progress Toward Achieving the Goals of the ADA*, July 26 2007.

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、産業精神健康活動においては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。その上で、「育て鍛える」という視点から労働者に介入することが有用であると考えられた。「育て鍛える」介入とは、まず休養と治療によってストレス関連疾患から回復するための期間を確保することが前提条件となる。次に、生活リズムを整えつつ、活動性や作業能力の向上を支援する。そして、労働者の「働く能力」を高めるための介入を行うことから成る。

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、先のアレルギー症に加えて、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、彼らと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目指す。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. 「育て鍛える」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。

4. 「育て鍛える」介入について

「育て鍛える」介入にあたっては、ストレス関連疾患により休業に至った労働者

が、休養と治療とによって健康の回復に専念できることが前提条件となる。そのために、全ての労働者が十分な休養の取得が可能となる保証やそのための法整備が必要である。医学的な側面からもどの程度の期間を保証するのが適切なのかを検討する必要がある。また、病気休養に入った後、適切な時期に病気休養できる期間やその他の条件などの説明を労働者に行うことも重要である。

その上で、目的意識をもった休養の実行を支援する必要がある。具体的には、ストレス関連疾患の治療に専念すべき時期、生活リズムの調整や活動性および作業能力の向上に努める時期、「働く能力」を高めていく時期を明確にすることである。そのために、各時期で達成すべき課題を明確にし、支援過程を可視化することが重要である。こうした可視化により、職場復帰を目指す労働者は自らが今どの時期にあり、どの課題に取り組まなくてはならないのかを認識できるようになる。こうした工夫により、心の健康問題により休業した労働者は、漫然と時間を過ごすことなく、目的意識をもった休業が実現される。

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。その上で、労働者個人に対して、「育て鍛える」という視点に基づく介入を行うことが重要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.

白波瀬丈一郎（2012）：境界領域としての働く場-適応と不適応-. 精神科治療学, 27（4）：437-442.

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」.

白波瀬丈一郎（2012）：「育て鍛

える」産業精神保健の構想. 第19回日本産業精神保健学会メインシンポジウム2「日本型産業精神保健システムの姿」, 大阪.

Sado, M, Shirahase, J, Miura, Y, Ninomiya, A, Tabuchi, H, Kato, M, Mimura, M: Can the demographic variables predict the repeated sickness leaves? The 15th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, Seoul, 2012.

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) : 1117-1122.

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 臨床産業医学全集7 : 305-316. 医歯薬出版株式会社.
- 5) 小此木啓吾 (1987) : 産業精神医

境界領域としての働く場

—適応と不適応—

白波瀬 丈一郎*

抄録：境界は対立する特性を切り分ける役割を果たすが、その内部には曖昧さと割り切れなさという性質を伴っている。職域のメンタルヘルス活動においてもさまざまな価値観と思惑が錯綜し、働く場そのものが境界領域としての性質を有している。曖昧さや割り切れなさに直面したとき、人はしばしば固定観念に支配され、割り切れないものを強引に切り分けようとする。本論では、この境界領域としての性質に対応する方法として、適応と不適応という観点に基づくメンタルヘルス支援について考察する。それは力動的認識と構造化という手段によって固定観念に支配されるのを回避しつつ、職域のメンタルヘルス活動に積極的に取り組むための方法である。その目的は、メンタルヘルス不調を労働者のさらなる成長のための機会として捉えて、彼らの働く能力を再生し、彼らの適応を向上させることである。

精神科治療学 27(4) : 437-442, 2012

Key words : *workplace, boundary region, mental health, psychodynamics, adaptive point of view*

I. はじめに

境界とは、正常と異常の境目とか国境などのように、対立する特性が接する場所を意味する。それは双方を切り分け、混乱や衝突の発生を防止する役割を果たしている。境界は線や面として表現されることが多いが、空間的な広がりをもつ領域として表現されることもある。その場合、空間の中で双方の特性が互いに移行し混ざり合うため、そこには曖昧とか割り切れなさといった性質が必

然的に伴うことになる。他方境界領域は、従来の分類では捉えきれないものを捉えることができたり、新たなものを生み出せたりする可能性もまた孕んでいる。

精神疾患の多くは原因不明で客観的な評価も困難である。その上職域においては、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みなされる。加えて、これらの問題は昇進や昇給、さらに雇用契約を継続するか否かといった、労働者の労働者人生を左右する問題にまで波及していく。精神科医が職域のメンタルヘルス活動に関わるとき、こうした問題に関わることを求められることになる。「この社員は病気ですか、それとも怠けているだけですか」とか「こんな様子で本当に働けるのですか」といった、白黒つけ

Workplace as a boundary region : adaptation and maladaptation.

*慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室
〔〒160-8582 東京都新宿区信濃町35〕

Joichiro Shirahase, M.D., Ph.D. : Department of Neuro-Psychiatry, Keio University School of Medicine, 35, Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo, 160-8582 Japan.

がたい判断を迫られることも決して稀ではない。それでいて、医療場面であれば最優先される医学的判断は、職域のメンタルヘルス活動の場面ではその価値は相対化され、さまざまな価値観や思惑が錯綜する。その意味で、働く場は曖昧さとジレンマに溢れており、この場自体が境界領域としての性質を有しているといえる。

小此木²⁾は、この性質について「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・労務関係者とするのがどうしても必要となる場合がある」と述べ、「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」としている。

本論では、この課題を達成する方法として、適応と不適応という観点に基づくメンタルヘルス支援について述べることにする。

II. 職域の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という前提が存在している。

職域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、職域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。また、不適応と精神疾患の関係は、不適応の結果として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域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。すなわち、適応と不適応という観点を持つことにより、職域のメンタルヘルス活動の実践は、狭義の精神疾患だけでなく、より広範な問題をもその対象として捉えることが可能になる。と同時にこの観点は、対象が狭義の精神医学の領域に留まらないという意味で、職域のメンタルヘルス活動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、この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。職域のメンタルヘルス活動の実践には、不適応となった人がその体験から成長課題を見出し、その課題達成に向けて努力することへの支援もまた含まれる。すなわち、その実践は労働者の働く場、つまり彼らが不適応を起こしている現場に精神科医が赴き、不適応に陥った労働者および彼らを取り巻く関係者から情報を得るとともに、関係者と連携しながら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「適応と不適応という観点に基づいたメンタルヘルス支援」と呼びたい。

III. 予断、あるいは固定観念

適応と不適応という観点に基づいたメンタルヘルス支援を実践しようとしたときに、その前に立ち塞がるのが予断とか固定観念と呼ばれるもので

ある。

精神科医の仲間と職域のメンタルヘルス活動について話すと「所詮、企業の本音はメンタルヘルス不調者（以下、不調者という）の切り捨て」とか「メンタルヘルス活動に積極的に取り組んでも、結局企業に利用されるだけ」といった反応がしばしば返ってくる。また、職場の管理監督者と不調者への対応方法について相談しているときの、彼らの発言には「下手に業務負荷を増やして、もしまだ社員が調子を崩したら、上司である自分の責任が問われることになる」という不安が見え隠れする。人事担当者の態度は少なからずリスク回避の視点に基づいている。産業医からは「精神科主治医の判断を覆すのは難しい」という発言が聞かれることがある。これらの発言や考えが問題だと思うのは、これらが正しいか間違っているかではなく、そう発言したり考えたりする人々が、それが唯一無二の結論であると何の疑問ももたずに頭から信じていることである。固定観念に囚われた人は、目の前で起きている事柄と虚心坦懐に向き合うという作業を怠り、未来のさまざまな可能性に心を閉ざしてしまう。

こうした予断や固定観念の影響は、少なくとも大企業においては「保護的」な対応という形で現れている。リスク回避を重視するあまり、症状悪化の防止が目的化しているのである。触らぬ神に祟りなしといわんばかりに、不調者は腫れ物扱いされる。そして、その陰で関係者は「不調者は結局治らない」という絶望感を募らせ、新たな固定観念を再生産している。

IV. 力動的認識

固定観念の再生産という悪循環を打破する方法として、力動的認識がある。固定観念が、ある原因があればその結果は自ずと決定されるという硬直化した因果関係に基づいているのとは対照的に、力動的認識においては、原因と結果との関係性は相対的であり、それらは相互に影響を及ぼし合い、原因と結果は常に変化し続けているという前提が存在している。換言すれば、力動的認識とは、世界には絶対的な存在はなく、すべては何ら

かの動きの中でしか捉えられないという認識である。

この力動的認識を治療という文脈に当てはめたとき、治療者はもはや「治療過程」という動きと独立して外側に存在することはできなくなる。治療者は「治療過程」という動きの一部となり、否応なしに当事者の1人となるのである。治療者がこの力動的認識に基づいた役割を全うしようとするとき、治療者は自らその動きに加わり、その顛末を少しでもみのりあるものにしていこうと努力することになる。こうした治療者のあり方は、精神療法の副作用に関する小倉¹⁾の論述に見出すことができる。このテーマの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。「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」。「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」。

さらに、力動的認識は職域のメンタルヘルス活動自体を考える場合にも大変有用である。改めていうまでもなく、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、その阻害要因の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今もなお存在することを耳にする。しかし、だからといって職域のメンタルヘルス活動に関わることを避けていては、現状は何も変わらない。精神科医が主体性をもって関わり、職域のメンタル

ヘルス活動自体を少しでもみのりあるものにもっていこうと努力することが重要である。ただし、徒手空拳では現状を変えるのは困難であり、戦術と戦略が必要となる。

V. 構造化

構造化という語感からは固定化とか硬直化といった連想が浮かぶかもしれない。しかし、実際には構造化は「適応と不適応という観点に基づいたメンタルヘルス支援」を実行する上で欠かせない戦術であり戦略である。

筆者が現在開発中のメンタルヘルス支援プログラムは「不調者の働く能力の再生と、それを取り巻く人々の働く能力の向上」という明確な目標を掲げている。この目標を達成するために、職場復帰のプロセスを休養・治療期、職場復帰準備期、試し出勤期、復帰後支援期という4つのフェーズに分け、各フェーズにおいて本人および関係者が果たすべき役割と目指すべき目標を明確にした。クリティカルパスと、各フェーズの終了判定基準を作成して、プログラムの標準化を行った。

個々のメンタルヘルス支援プランは、職場復帰を目指す不調者が職場復帰6ヵ月後に到達すべき業務役割を具体化することから始まる。そのゴールが決まったら、遡る形で4ヵ月目に到達すべき業務役割、2ヵ月目に到達すべき業務役割、そして職場復帰時に到達しているべき状態を具体化するといった具合に可視化を進める。次に、この職場復帰プランに基づいて、不調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がどの程度達成されているかを、本人、職場管理監督者、人事担当者、そして精神科専門医と臨床心理士がそれぞれの立場で評価する。その結果を持ちよって職場復帰の是非を話し合うのである。

こうした構造化の目的は、不調者がそのプランに従うこと自体ではない。設定された課題を達成することも重要だが、それ以上に構造からの逸脱を重視する。なぜならば、その逸脱にこそ不調者が取り組むべき成長課題が現れてくると考えるか

らである。適応と不適応の観点に基づくメンタルヘルス支援では、逸脱がなぜ生じたのかを不調者や関係者と話し合い、どうすれば再び構造の中に戻れるかを検討する。この作業を繰り返していくことが目的である。

VI. 事例

10年前に双極性障害を発症したAさん（40代独身）には2回の長期休業歴があり、現在は3回目の休職中である。前回の職場復帰は、病状回復は不十分だったものの休職期間満了が直前に迫っているという理由から勢いで復帰した。そのため、復帰後も勤怠は安定せず、復帰後半年間は週1回ペース、その後も毎月3回ペースで欠勤がみられた。また、出勤しても机に突っ伏している状態で実質的には仕事にならないことが多かった。また、情緒不安定となって怒鳴ったり不潔な状態で出社したりすることもあり、同僚はAさんに対して強い陰性感情を抱いていた。そのため、Aさんからの3回目の職場復帰希望にあたって、職場はあからさまな抵抗を示していた。また、人事担当者が職場復帰の意思確認目的でAさんと面談した際、「復帰して、仮にまた具合が悪くなったら、どうするか何か考えがありますか」と問うたところ、Aさんはニヤッと笑って「また、休めばいいですよ」と答えたという。

精神科専門医と臨床心理士（以下「専門チーム」という）による職場復帰支援プログラムはこうした状況下で始まった。最初の面談で精神症状と日常生活リズムの確認を行った後、これまでの経緯を踏まえて次のように問うてみた。「現在のAさんは休業して治療に専念されたことで、ある程度安定した状態にいらっしゃったと思います。ただ、職場復帰をされるとなると、会社は配慮するとはいっても、業務負荷をゼロにすることはできません。Aさんのこれまでの経緯を踏まえると、会社がAさんに求める業務役割自体がAさんの病気を再び悪化させる要因になる可能性があると考えます。ここまでよくした病気を再び悪化させる危険を冒してまで、職場復帰に挑戦しますか」と。これに対してAさんは「私は、会社

の求める役割を充分果たす力があります。大丈夫です」と繰り返すばかりだった。Aさんには、自らの言動が周囲にどのような影響を与えているかに配慮する様子は微塵も感じられなかった。専門チームは職場復帰6ヵ月後までの職場復帰プロセスを説明して、Aさんの職場復帰準備の程度を評価する作業を開始した。

それと並行して、職場管理監督者および人事担当者との面談をもった。専門チームが職場復帰プロセスを説明し、その目的を、会社が求める業務役割を果たせるようになるよう支援するとともにその力があるかどうかを確認することであると説明したところ、職場管理監督者は「具合が悪くなるってわかっている人に負荷をかけるとおっしゃるんですか」とあからさまな拒否反応を示した。これに対して人事担当者が、会社としてはAさんが職場復帰を希望している以上はそれが妥当なものかどうかを確認する義務があることを説明した。専門チームは、日々職場で対応することになる職場管理監督者の大変さを十分労った上で、Aさんがこの会社で働き続けられる可能性を確認する機会をもちたいと思っていること、Aさんの精神状態は逐一専門チームが確認し、病状が悪化した際には責任をもって対応する旨を説明した。その結果、職場管理監督者はしぶしぶ承認した。

約1ヵ月間、Aさんの職場復帰準備性を評価した後、4週間の試し出勤を実施した。Aさんはこの試し出勤を皆勤した。この結果に加えて、職場でのAさんの様子をみた職場管理監督者は、これでは断ることはできないとあってAさんの職場復帰を受け入れた。職場復帰にあたっては、Aさん、職場管理監督者、人事担当者、そして専門チームで面談をもち、職場復帰プロセスのゴールは会社の求める業務役割を継続的に果たせるようになること、それに向かって段階的に業務負荷を増やしていくこと、その間Aさんが病状を崩すことがないかどうか定期的に面談を行うこと、病状悪化がみられた場合は中止を提案することもあり得ることを確認共有した。

職場復帰当初は「復帰を認めてくれた会社に感謝している」といって楽しそうに仕事をしていたAさんだが、復帰2ヵ月が経過した頃、臨時の

面談を希望してきた。疲労感とともに「業務が増えて、就業時間中には収まらなくなった。業務量の調整をお願いできないだろうか」と訴えた。これに対して専門チームは、現在の業務負荷は復帰時に確認したものであることと、これを処理できないのはAさんが会社の求める働く能力に達していないことを意味しているのではないかということ伝えた。その上で、同程度の業務負荷であと1ヵ月間経過をみる提案をした。Aさんはそれに同意したものの、面談の後で馴染みの健康保健スタッフに「職場も先生たちも厳しい」と愚痴をこぼした。ただ、「でも、できるといったことができてないのは本当だけど」と現状認識が進んだと思われる発言もあった。

その後、何とか立て直したAさんも職場復帰5ヵ月目には疲労の色が濃くなり、欠勤が目立つようになった。面談でその状況を取り上げると、Aさんは「周囲に迷惑をかけて申し訳ない」といつつも、「薬を調整するのと、仕事のやり方を工夫することで何とか乗り切りたい」といってプログラムの継続を希望した。専門チームは、これまでの経過を考えるとAさんの対策には実効性が認められないことと、本当に周囲に申し訳ないと思うなら現状を受け入れることが誠意ある態度ではないかと伝えた。その上で、これ以上の継続はAさんにも職場にも負担が大きくなりすぎるとの理由で「ここが今回の職場復帰プロセスの到達点」と判断して、プログラムの終了を提案した。人事担当者はそれを受けて、プログラムの終了を決定した。ただ、終了をAさんに伝える際に、職場からはこれまでとは違ってAさん是一所懸命職場復帰に取り組んでいたというコメントが届いていることを併せて伝えた。Aさんの働く能力を踏まえて今後どのように会社が処遇するかについては、人事担当者とAさんとの間で話し合われることになった。

2ヵ月後、人事担当者から「関連会社で仕事が見つかるかもしれない。Aさんが相手先の求める働きをできるかどうかトライアルを行いたい」との連絡が入った。専門チームは改めて職場復帰支援を再開することにした。支援再開にあたって、Aさんからは会社の対応への感謝の言葉と

ともに「これでダメなら、自分はこの会社で働くのは無理なんだと思う。次の道を考えようと思う」という、現状に対する受容（納得感）がみられた。

一時軽躁状態を呈したものの何とか乗り切り、4ヵ月間のトライアルの結果、Aさんは無事転籍を果たすことができた。「自分も頑張ったけれど、周囲の人が本当にサポートしてくれた」というAさんの姿は、復帰希望を出したときにニヤーツと笑って「(具合が悪くなったら)また休めばいい」と語ったときのそれとは大きく変わっていた。

Aさんが職場復帰を果たすことができた理由は、就業困難となるほどの病状悪化がなかったことと、関連会社が求める働く能力をもっていたこととはいうまでもないが、Aさんの適応が支援プロセスの中で改善したことも大きかった。職場復帰希望を出した頃のAさんは権利主張をするばかりで、周囲に配慮する態度も働く責任を果たそうという態度もまったく認められなかった。さらに、職場管理監督者も人事担当者もAさんを排除したいという思いは明らかだった。実際、専門チームもこの職場復帰は困難だろうという予測をもった。それでも、自らの希望を叶えたいなら、

実績を示すようにという働きかけを専門チームが続けた結果、Aさんは少しずつ実績を積み上げていき、職場管理監督者や人事担当者もその実績を少しずつ認めるという動きが生まれてきた。その動きの中で、Aさんには周囲を慮る姿勢や現状を受容する姿勢がみられるようになった。そして、全体としてAさんの適応は改善した。

VII. おわりに

働く場における境界領域としての性質に注目し、それを活かす取り組みとして「適応と不適応という観点に基づくメンタルヘルス支援」について述べた。

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) 小倉清：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」。岩崎学術出版社、東京、p.66-74, 2006.
- 2) 小此木啓吾：産業精神医学の課題。精神経誌, 89; 932-938, 1987.

厚生労働科学研究費補助金

分担研究報告書

産業保健専門職の視点からみた
日本の職域メンタルヘルス対策

－ 法令、行政規則・ガイダンス等の効果の評価指標の開発を目指して －

分担研究者 梶木繁之 産業医科大学 産業生態科学研究所
産業保健経営学研究室 講師

研究要旨

本研究班では、国内外の職域メンタルヘルスに関する法令、行政規則・ガイダンス（以下 法令等）につき、その背景・特徴・効果にわたる体系的調査を行っているが、本研究では、法制度調査グループとの連携の下、産業保健専門職として、それらの効果指標を同定し、新たな指標の開発を行うことを目的としている。

昨年度の調査の結果、国内では法令等の効果を直接測定する指標はないが、（おそらくは）法令に基づく指針やガイドライン等を参考にしつつ各企業で実施されてきた対策の内容や効果について、労使双方に質問紙により回答を求めた調査結果や、法令に基づく指針やガイドライン等の浸透のための公的支援サービスにつき、やはり質問紙による満足度調査の結果の存在が確認された。他方、海外では、企業・事業場毎の休業率や作業関連疾患罹患率、自発的な離職率、職務満足感、業務パフォーマンス等が指標として把握されていた。

これらは、いずれも法令等の制定時に意図された労働者のメンタルヘルスに関する重要な指標となっはいるものの、メンタルヘルスという多義的で、多因子的（multifactorial）かつ種々の媒体（中間指標となるべきもの）を通じて初めて達成され得る複雑多様・多層的な概念を考えたとき、充分とはいえない。

そこで今年度は、産業保健専門職の協力のもと、過去および将来実施が予想される関係法令等を基礎として、労働者の健康に影響が及ぶプロセスを整理し、社会、企業、労働者への法令等の影響の浸透度を捕捉できる指標（案）ならびに指標（案）の策定手順について検討した。

その結果、法令等の制定から労働者個人の健康度に変化が起こるまでの有効な中間プロセス指標（案）として、①社会全体の指標：EAP (Employee Assistance Program) 機関数、②企業・事業場に関する指標：メンタルヘルスに関する管理職研修の実施数、衛生委員会での議題出現数、産業医等によるメンタルヘルス

関連面談数、産業医意見書の発行枚数、産業医の関連業務時間、メンタルヘルス不調者の職場復帰者数、人事部門がこの問題に調整的に関与する機会の回数、メンタルヘルス対策担当者の役割の明確化数、メンタルヘルスに関する個人情報管理の強化数、③労働者に関する指標：メンタルヘルス対策の重要性などに関連する理解度等が抽出された。

これらの指標案は、法令等の社会、企業、労働者への浸透度を捕捉するものとして活用が期待されるが、やや産業保健専門職の視点に偏ったものとなっている可能性がある。メンタルヘルス関連の法令等は多くの利害関係者に影響を与え、それらが複雑に関与しあい労働者の健康に影響を与えられため、様々な利害関係者の協力のもと、多様な視点から法令等の影響を測るための指標を検討する必要がある。たとえば、法令等の変更時に利害関係者の将来にわたる健康影響を予測するツールとして健康影響評価（Health Impact Assessment）があり、有効に活用することで、効果的な指標（の素材）となる可能性があることが認識された。

A. 背景と目的

本研究班では、国内外の職域メンタルヘルスに関する法令、行政規則・ガイドランス（以下 法令等）につき、その背景・特徴・効果にわたる体系的調査を行っているが、本研究では、法制度調査グループとの連携の下、またその調査結果を参照しつつ、産業保健専門職として、それらの効果指標を同定し、新たな指標の開発を行うことを目的としている。

昨年度の調査の結果、国内では法令等の効果を直接測定する指標はないが、（おそらくは）法令に基づく指針やガイドライン等を参考にしつつ各企業で実施されてきた対策の内容や効果について、労使双方に質問紙により回答を求めた調査結果や、法令に基づく指針やガイドライン等の浸透のための公的支援サービスにつき、やはり質問紙による満足度調査の結果の

存在が確認された¹⁻⁴⁾。ここでは、企業や事業場におけるメンタルヘルスケアの取組状況やその効果、取り組みに際しての留意事項、対策の必要性、産業保健専門職の配置等に加え、労働者個人の抱える不安や悩み、ストレス、行政が提供するメンタルヘルス支援活動への満足度や有益性などが指標とされていた。

他方、海外では、企業・事業場毎の休業率や作業関連疾患罹患率、自発的な離職率、職務満足感、業務パフォーマンス等が指標として把握されていた。

これらは、いずれも関係法令等が意図した労働者のメンタルヘルスに関する重要な指標となっはいるものの、メンタルヘルスという多義的で、多因子的（multifactorial）かつ種々の媒体（中間指標となるべきもの）を通じて初めて達成され得る複雑多様・多層的な概念を考えたとき、充分

とはいえない。

そこで今年度は、産業保健専門職の協力のもと、過去および将来実施が予想される関係法令等を基礎として、労働者の健康に影響が及ぶプロセスを整理し、社会、企業、労働者への法令等の影響の浸透度を捕捉できる指標（案）ならびに指標（案）の策定手順について検討した。

B. 方法

対象：産業医科大学産業医実務研修センターおよび同大学産業保健経営学研究室に在籍する医師 20 名。

グループ討議参加者：今回の討議に参加した医師の産業医経験年数と人数を記す。

産業医経験年数

- ・1 年未満：8 名
- ・1 年以上 3 年未満：5 名
- ・3 年以上 5 年未満：1 名
- ・5 年以上 10 年未満：3 名
- ・10 年以上：3 名

経験年数は 1 年未満～25 年（平成 24 年 6 月時点）と幅広い年齢層の構成であった。

討議テーマ（法令等）：労働者のメンタルヘルス対策に寄与した過去の指針ならびに今後実施が予想されている指針の例として以下を選択した。

- ①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 4)
- ②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：平成 21 年 3 月 5)
- ③ストレスに関連する症状・不調とし

て確認することが適当な項目等に関する調査（2011 年 11 月 16 日の衆議院解散により廃案となった労働安全衛生法の一部を改正する法律案（閣第 16 号）関係）：平成 22 年 10 月 6)

討議方法：2012 年 6 月 25 日に上記メンバーで 90 分間の討議をおこなった。はじめに討議の進め方について簡単な説明を行い、その後 18 名の討議参加者をランダムに 3 つのグループに分けた。それぞれのグループは 1 つの討議テーマに対して以下のステップに基づきグループワークを行った（添付資料①：グループワーク時の説明用スライド）。

ステップ 1： 法令・指針の施行により影響を受ける集団や個人を特定した。

例) 企業（大企業、中小企業）、健康保険組合、企業外労働衛生機関、健診機関、外部 EAP 機関、労働基準監督署、産業保健推進センター、地域産業保健センター、産業医など。

ステップ 2： 「〇〇（だれ）が、どうなる」の記述で法令等の施行から個人の健康影響に変化が起こるまでの流れ図（パス図）を作成した。グループワークの際には、KJ 法等の活用も推奨した。また、法令等以外で労働者の健康に寄与すると思われるその他の要因も抽出した。

ステップ 3： 国が法令等の施行時に把握する必要があると思われる新たな指標（案）を各グループで検討した。

C. 結果

1) グループ討議での流れ図（パス図）と変化が予想される項目

個々のグループで作成された3つの流れ図（パス図）を示す。（図1）各討議テーマで挙げられた法令等の制定により生じると予想される変化は以下の通り。

①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

- メンタルヘルス対策に取り組む企業数が増加する
- メンタルヘルスの相談体制が充実する
- 面談を希望する相談件数が増加する
- 産業医による面談件数が増加する
- うつ病などの労災認定数が増加する
- 企業における管理職研修の数が増える
- 上司と部下とのコミュニケーション機会が増加する
- 従業員間のコミュニケーション機会が増加する
- 衛生委員会でのメンタルヘルスに関する話題が増える
- 企業(事業者)のメンタルヘルス対策に対する理解度が増す
- CSR（Corporate Social Responsibility 企業の社会的責任）報告書におけるメンタルヘルス対策関連ページ数が増加する
- 産業保健スタッフの業務量が増加する
- 社内における個人情報管理がずさんになる
- 産業保健スタッフがメンタルヘルス対策以外の取組みをできなくなる
- 精神科医師(メンタル不調労働者の主治医)との連携が増える
- 精神科医の社会での需要が高まる
- 精神科への通院総回数が社会全体で増加する
- うつ病患者の数が増加する
- メンタルヘルス関連疾患にかかる医療費が増加する
- 病気休暇・病気休職者の数が増加する
- EAP(Employee Assistance Program) サービス機関数が増加する
- 社外 EAP サービス機関の業務量が増加する
- 50人未満の企業(事業場)におけるメンタルヘルス対策の実施割合数が増加する
- 地域産業保健センターの利用数が増加する
- 職場への復帰率(復職率)が増加する
- 人事部門が関与する調整業務の機会が増加する
- 報道機関等のマスコミがメンタルヘルスに関する記事などを多く掲載するようになる
- うつ病に対する偏見が減少する
- 精神科クリニックを受診する患者の心理的負担感が減少する
- 自殺者数が減少する

②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：平成 21 年 3 月

- 復職に関する社内の仕組み(システム)が明確になる
- 就業規則が明確になる
- 労災等の訴訟が増える
- 事業場外支援のプログラムが多様化する
- 企業(事業場)間での復職支援システムのばらつきが減少する
- 復職支援システムの(到達)目標が明確になる
- 社内での休職率が減少する
- 企業(事業場)が病休者対応に支払う(金銭的)負担が減少する
- 労働者の QOL(生活の質)が向上する
- メンタルヘルス不調者のスムーズな復職が促進する
- 精神科の業務量が増える
- 社内のプライバシー(個人情報)管理が強化される
- 復職支援システムを悪用(目的外使用)する労働者が増える
- 社内のメンタルヘルス対策を行う担当者の役割が明確になる
- 社内のメンタルヘルス対策を行う担当者の業務量が増加する
- 社内の復職支援の仕組みに対する理解度や周知度が向上する
- 企業内での適切な復職対応が行われるようになる
- 社内の労働生産性が向上する
- 企業イメージが上昇する
- 休職者が社内で非難される機会が増加する

- 休職者が発生した職場の周囲の労働者の業務量が増加する
- 社内でのメンタルヘルス不調者の発見が早まる
- 社内でのメンタルヘルスに関する(産業医)面談数が増加する
- 産業医の業務量が増加する
- 産業医意見書の発行枚数が増加する
- 企業(事業場)内の本業以外の業務量が増加する
- 社内のプライバシー(個人情報)管理の問題が増加する

③ストレスに関連する症状・不調として確認することが適当な項目等に関する調査(2011年11月16日の衆議院解散により廃案となった労働安全衛生法の一部を改正する法律案(閣第16号)関係)：平成 22 年 10 月

- 医師(産業医)面談対象者が増加/減少する
- 産業医の出務、業務量が増加する
- 中小企業における産業医の面談時間が増加する
- 開業医への産業医面談の依頼が増加する
- 産業医資格の取得希望者が減少する
- 精神科医の需要が増加する
- 精神科クリニック受診者が増加する
- 医療費(特に精神科関連疾患)が増加する
- 就業制限のかかる労働者の数が増加する

- 病気休暇、病気休職者が増加する
- 企業が支払う労災保険料が上昇する
- 周囲の労働者の業務負担が増加する。
- 景気が後退する
- 新たな雇用が増加する/解雇者(失業者)が増える
- メンタルヘルス不調者の数が増加/減少する
- 中小企業から企業外労働衛生機関や健診機関への面談依頼が増加する
- 中小企業における負担が増加する
- 保健師の業務が増加する
- 労働者のプライバシー(個人情報)が侵害される可能性が高まる
- 個人情報管理の新たなシステムが必要となる
- 自殺者の数が増加/減少する
- 訴訟件数が増加する
- 労働災害の申請・認定件数が増加する
- うつ病などのメンタルヘルス関連疾患の早期発見数が増加する
- 休職を要する労働者の数が減少する
- 企業の生産性が高まる

グループ間での違いはあるものの、変化が推測される項目は「社会全体」、「企業・事業場」、「労働者」の категорияに分類可能と考えられた。またこれらは相互に時系列の前後関係を有していた。項目によっては、相反する変化が起こると予想されるものが少なからず存在した。

3)メンタルヘルス対策に関する法令等の効果・評価指標(案)

過去および今後制定が予想される法令等が労働者の健康に影響を与えるまでの過程(流れ)のうち、社会全体、企業・事業場、労働者に関する指標(案)が列挙された。これらのうち、新たな評価指標(案)として検討に値すると考えられたものを以下に記す。

社会全体の指標(案):EAP(Employee Assistance Program)機関数

企業・事業場に関する指標(案):メンタルヘルスに関する管理職研修の実施数、衛生委員会での議題出現数、産業医等によるメンタルヘルス関連面談数、産業医意見書の発行枚数、産業医の業務時間、職場復帰者数、人事部門が関与する調整機会の回数、メンタルヘルス対策担当者の役割の明確化数、個人情報管理の強化数

労働者に関する指標(案):メンタルヘルス対策の重要性などに関連する理解度

D. 考察

今回、産業保健専門職の視点から過去のメンタルヘルス対策に寄与した2つの指針と今後実施が予想される指針等について検討を行った。過去2つの指針については、既に社会や企業、労働者に変化が起きているため、指標(案)の多くが数値化可能で、またその変化の方向性(数値の上昇もしくは減少)についてもある程度の傾向分析が可能と思われた。ただし、今後実

施が予想される指針等については、現時点で未確定な要素が多く含まれており、同様の指標（案）であっても全く逆の変化が起こる可能性が推測された。

今回、法令等の施行が労働者の健康に影響を及ぼすまでの過程を検討することで、法令が目指す「事業場におけるメンタルヘルス対策の促進・充実」や「労働者の精神衛生状態の改善」、「メンタルヘルス関連疾患の発生予防」、「休職者のスムーズな復帰や休職期間の短縮」、「自殺者数の減少」に加えて、それらが起こる前に生じると察せられる社会全体、企業・事業場、労働者における変化を捕捉するいくつかの指標案が示された。国が法令等の施行で労働者のメンタルヘルスに何らかの好影響を及ぼすことを意図するならば、アウトカム評価（先述：メンタルヘルス体制の充実度、一人あたりのメンタルヘルス関連疾患による休職期間の短縮、自殺者数等）に加えて、その過程を評価できるプロセスやパフォーマンスに関する指標を設定する必要がある。また、複数の法令等が同時に運用されることを考慮すると、今回のグループ討議で表出した指標のうち、共通する指標（例：産業医によるメンタルヘルス関連の面談数等）などはその有力な候補になると思われる。

労働者のメンタルヘルス対策の促進を考慮した法令等はこれまで多数施行されており、それらの多くが主たる目的を満たすために有効に機能し

ていると考えられる。しかし、法令等の施行という大きな社会的変化が労働者の精神衛生状態に影響を与えるには非常に多くの間接的变化が、社会全体、企業・事業場、労働者に生じ、それらは、数日から年単位まで長期におよぶものも少なくない。そのため、何らかの社会的効果を意図して法政策を立案する場合には、その効果や影響を評価できる指標を事前に検討しておくことが重要である。

1つの素材として、何らかの社会的な変化により、その周辺に存在する人々の健康状態を事前に予測し、予想される負の健康影響を最小化するためのツール：健康影響評価 7) (Health Impact Assessment) があげられる。欧米やアジアの一部では法律で実施が義務づけられている国もあり、今後の重要な参考になると思われる。

今回の取組は、産業保健専門職の協力により実施した。しかし、法令等の施行が労働者の精神衛生状態に寄与するまでには様々な利害関係者、社会資源が関与しており、今回の討議で得られた指標（案）以外にも候補となる評価指標（案）が存在すると考えられる。法政策の社会全体への影響を捕捉する指標を考えるならば、様々な利害関係者の協力のもと、多様な視点から法令等の影響を測るための指標を検討する必要があることが認識された。

E. 結論

法令等の施行が労働者の精神衛生状態に変化を及ぼすまでには社会全

体、企業・事業場、労働者に多くの間接的な変化をもたらすため、様々な利害関係者の関与を得つつ、その過程（中間プロセス）を捕捉する指標を検討し、設定することが重要である。

F.引用・参考文献

- 1) 独立行政法人労働者健康福祉機。
「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24年3月
http://www.rofuku.go.jp/Portals/0/data0/sanpo/pdf/H23mental_houkoku.pdf
- 2) 中央労働災害防止協会.平成 21 年度 「労働者の健康の保持増進対策事業」 実施報告
- 3) 厚生労働省.「平成 19 年労働者健康状況調査結果の概況」平成 20 年 10
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou07/index.html>
- 4) 「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）
- 5) 厚生労働省.「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.
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/03/h0331-1.html>
- 6) 厚生労働省.「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」平成 21 年 3 月 23 日
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudo>

[ukijun/anzeneisei28/index.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudo/ukijun/anzeneisei28/index.html)

7) 独立行政法人 労働安全衛生総合研究所.「ストレスに関連する症状・不調として確認することが適当な項目等に関する調査研究 報告書」平成 22 年 10 月

http://www.jniosh.go.jp/results/2010/1129/pdf/report_stress_101129.pdf

8) John Kemm. Jayne Parry. Stephen Palmer 編著, 藤野善久、松田晋哉 監訳 Health Impact Assessment (健康影響評価) 社会保険研究所 2009

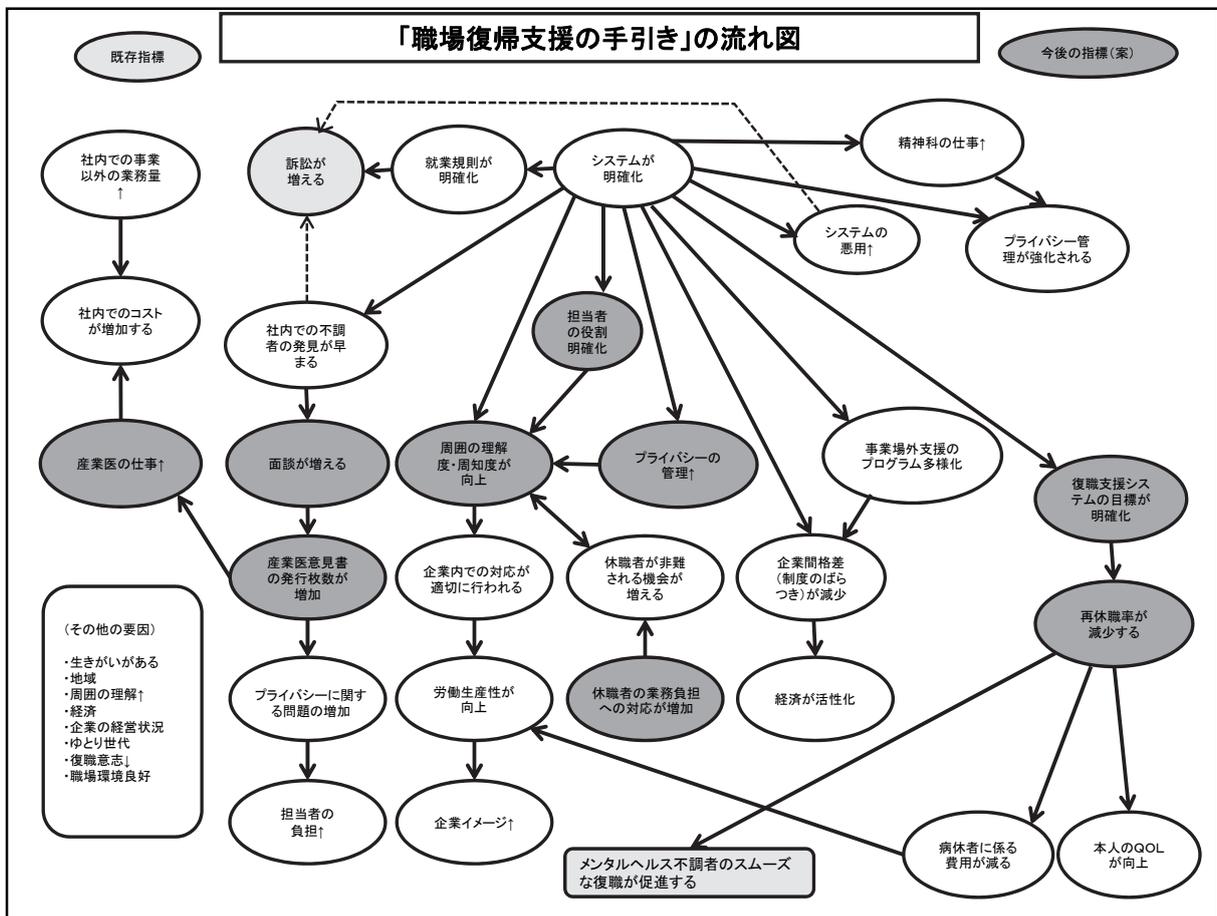
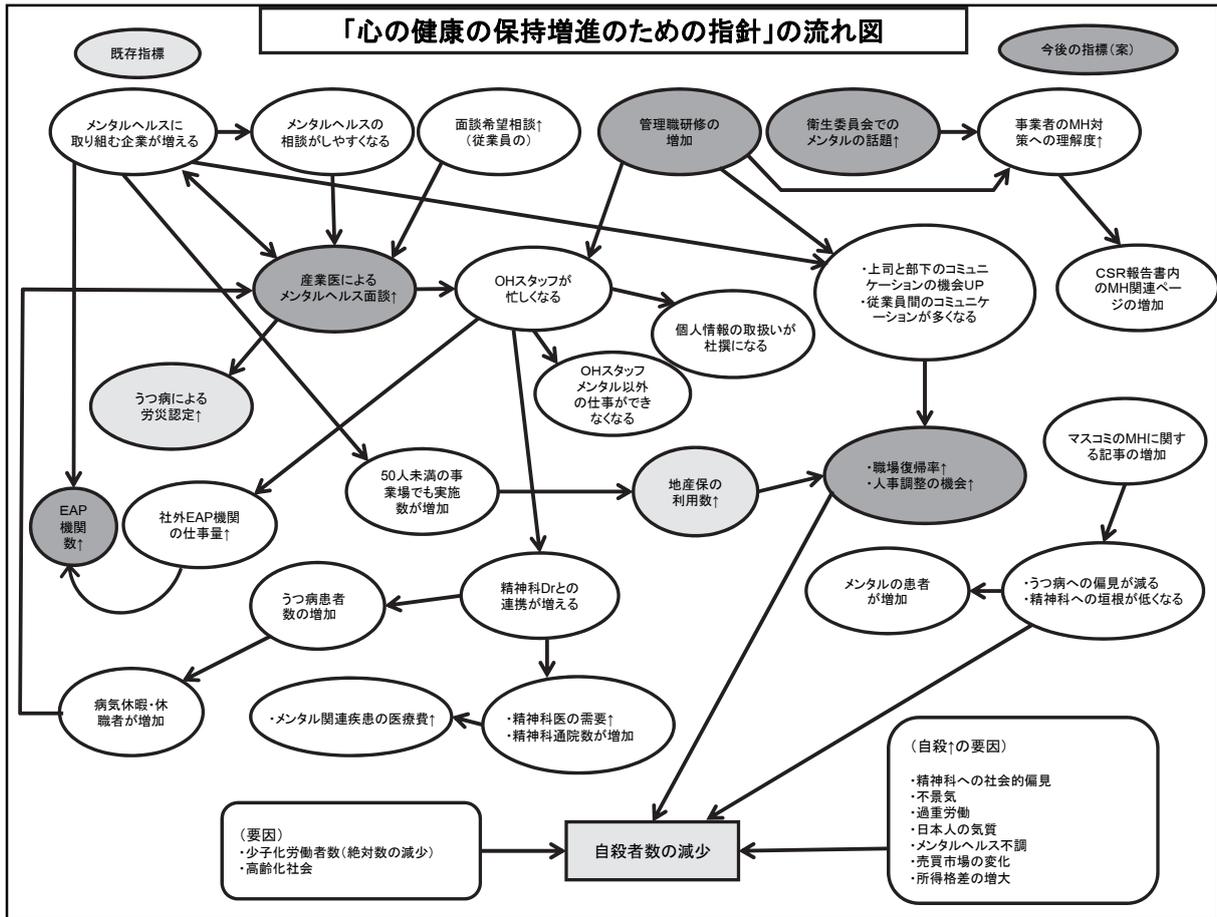
G.研究発表

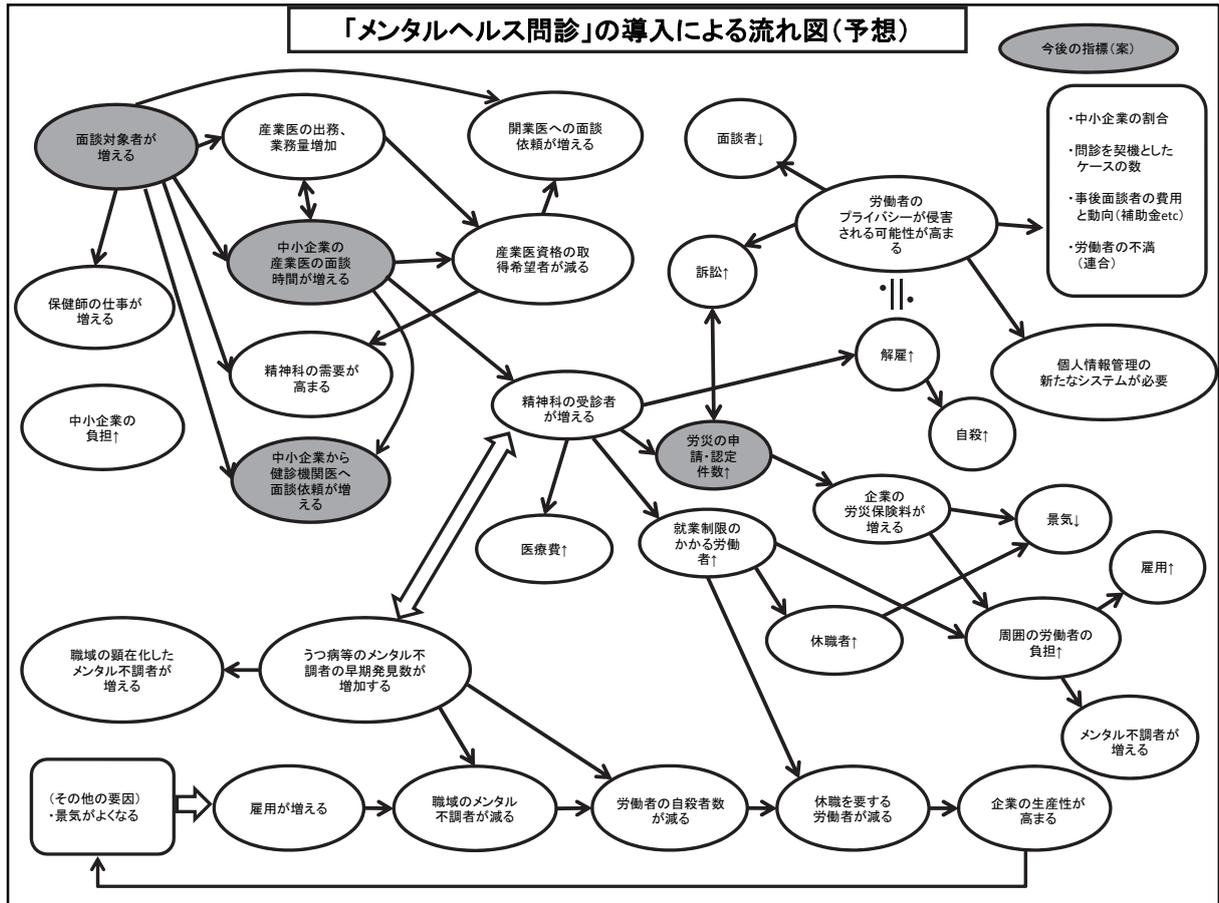
なし

H.添付資料

添付資料①:グループワーク用説明資料

図 1:グループ討議での流れ図

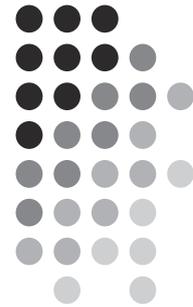




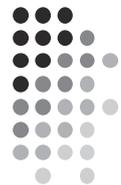
法令、指針等の施行は労働者の健康にどのように影響するか？

2012年6月25日

梶木繁之



本日の目的



労働安全衛生に関する法令・指針などの施行が労働者の健康に影響を及ぼすまでの過程を産業医の視点から検討することで、

- 1) 法令・指針などの施行から労働者の健康影響に変化が起こるまでのパス図を作成する
- 2) 法令・指針などの施行によるプロセス評価指標(案)を検討する

パス図作成時のステップ



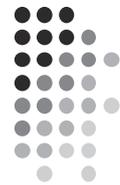
Step1: 法令・指針の施行により影響を受ける
集団や個人を特定する。

ex)企業(大企業、中小企業)、健康保険組合、企業外労働衛生
機関、健診機関、外部EAP機関、労基署、産業保健推進センタ
ー、地域産業保健センター、産業医等など

Step2: 「〇〇(だれ)が、どうなる」の記述で法令・
指針の施行から個人の健康影響の変化までの
パス図を作成する。また、健康影響に寄与する
その他の要因も列挙する。

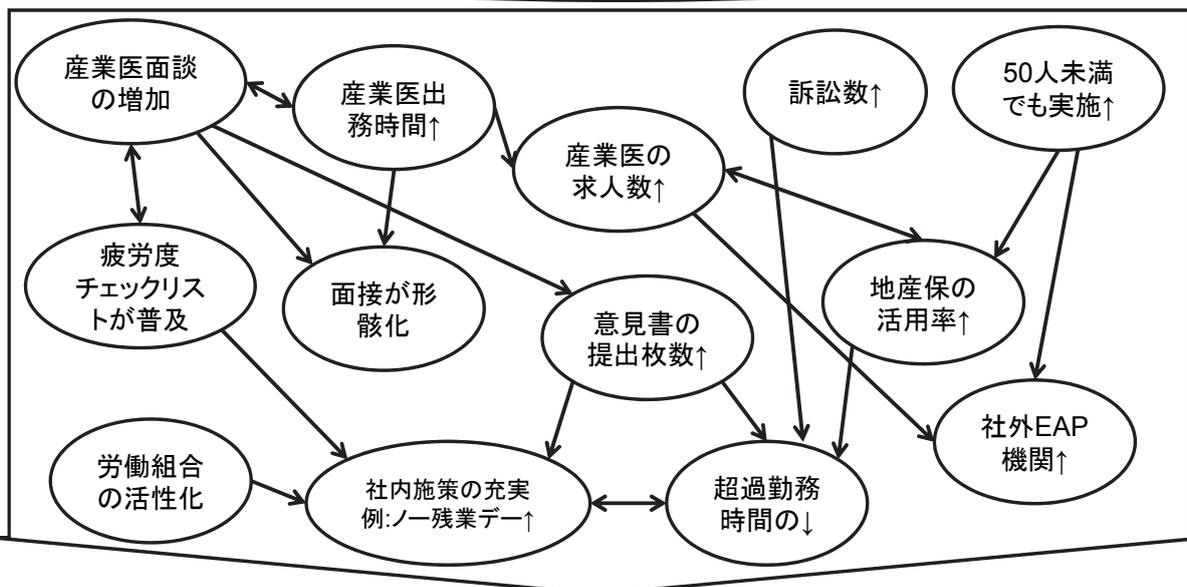
Step3: 国が法施行の際に把握すべきプロセス
評価指標(案)を検討する。

パス図の作成(例):「〇が□くなる」



例) 過重労働対策としての医師面接の義務化

法施行「過重労働者への医師面接の義務化」



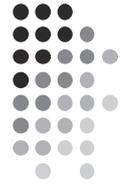
法令以外の要因①



過労死・過労自死者の減少

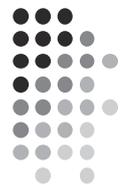


法令以外の要因②



検討する法令・指針

- A) 平成18年3月：「心の健康の保持増進のための指針」とメンタルヘルス不調者への影響（具体的な影響の詳細：アウトカム評価も列挙する）
- B) 平成21年3月改訂：新「復職支援の手引き」とメンタルヘルス不調者への影響（具体的な影響の詳細：アウトカム評価も列挙する）
- C) 今後の追加予定：「メンタルヘルス問診の施行」とメンタルヘルス不調者への影響（具体的な影響の詳細：アウトカム評価も列挙する）



タイムスケジュール

- 説明、グループ分け 15分
- グループワーク 45分
 - Step1: 法令・指針の施行により影響を受ける集団や個人を特定する。
 - Step2: 「〇〇(だれ)が、どうなる」の記述で法令・指針の施行から個人の健康影響の変化までのパス図を作成する。また、健康影響に寄与するその他の要因も列挙する。
 - Step3: 国が法施行の際に把握すべきプロセス評価指標(案)を検討する。
- 結果発表・全体討議 30分
 - * 法律を施行する際の留意点は？(なにを指標にすべきか)

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、メンタルヘルス問題について企業経営の視点から問題点を抽出し、その解決に資する示唆を導き出すことを目的としている。そこで初年度にあたる前年度においては、まず日本企業のメンタルヘルス問題の状況について、人事管理を中心に、組織運営や企業経営全体への影響といった視点から、文献や資料の渉猟を開始した。

本年度の課題は、前年度の課題を引き続き深めていくことであり、既存調査結果の収集と文献レビューを主として行った。日本企業の人事管理、中でも特に雇用管理に関連するトピック（雇用不安とストレスの関係、エンプロイアビリティ、心理的契約）を深めることに重点を置いた。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、大企業を中心に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、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、制度を整備するという対応が重視されていること、そのためにアウトソーシングが多く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ことができるが、対応しなけ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ことを指摘した。

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徴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くられ、それに適合するように雇用、評価、育成といった他の制度も形成されていった。

しかし、この曖昧な職務構造は、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る。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。

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は、成果を測定するために各個人の仕事を明確化した。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、雇用の流動化が進んでいないことによって、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と考えられる。

この点にかかわるものとして、近年注目されているのが、エンプロイアビリティという考え方である。企業は、従業員の雇用される能力（エンプロイアビリティ）を高めることによって企業間の移動性を高めることで雇用保障に代わる従業員に対する責任を果たすことが求められる。エンプロイアビリティを高めることは、雇用不安に伴うストレス・コーピング資源としての有効性が期待される。

また、メンタルヘルス問題と雇用や人事管理との関係を考える際に有用な概念として、心理的契約の概念が挙げられる。心理的契約は、従業員と組織との相互期待を指すが、その契約不履行は従業員の態度に悪影響を及ぼす。その悪影響に対して従業員は自己調整を行っているが、それがうまく行かない場合にメンタルヘルス問題が生じていると考えられる。

さらに、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。

その方法としては、企業によるパワーの抑制、サポータティブな組織風土の醸成、従業員を強くすることといったことが挙げられる。

企業によるパワーの抑制については、法規制、労働組合、経営戦略として位置づける対応を広げていくことが挙げられる。ただし、いずれも利益に繋げるための効率性の原理を無視して行うことはできないため、それとの両立可能な方法が求められる。

サポータティブな組織風土を醸成していくためには、トップが社内のメンタルヘルス問題に関する情報を共有し、経営状況を鑑みながら、現場を巻き込んで施策を講じていく必要がある。

従業員を強くすることに関しては、メンタルヘルス障害発生予防の視点から重視されるべきである。

今後は、これらの点について、より詳細な検討を行うことが必要である。

A. 研究目的

企業活動のグローバル化や IT を中心とした技術の高度化により、予測困難な変化にさらされている現代の組織は、コストを削減し効率性を高めるために、柔軟性を重視した戦略を実施するようになった。このことは従業員にとっては、安心して働く基盤を提供する雇用の不安定化をもたらした。

また、日本でも成果主義の広がりによって、仕事の成果を個人ごとに明確化される仕組みが整備されたことにより、仕事へのプレッシャーがさらに大きくなった。

これらの背景のもとで、メンタルヘルス不調者が増大した結果、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、企業組織の現場では、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、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、それに対し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。

本研究では、関連領域の研究成果も踏まえ、メンタルヘルス問題について企業経営の視点から問題点を抽出し、メンタルヘルス問題の解決に資する示唆を導き出すことを目的としている。

B. 研究方法

本年度は、日本企業のメンタルヘルス問題の状況について、人事管理を中心に、組織運営や企業経営全体への影響等の視点から関連文献や資料のレビューを行うという昨年度の課題に引き続き取り組んだ。

レビューに際しては、本研究の視点を支える経営学のみならず、従業員の意識や企業組織において生じるストレスにかかわる心理学の専門学術文献、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。そのため、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、大企業ほどメンタルヘルス対策が重要であると認識している。

具体的には、相談窓口の設置、管理者・労働者への教育訓練・情報提供、衛生委員会等での調査審議、労働者のストレス状況について調査票を用いた調査といったところが主な取り組み内容である。

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を困難にする。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、利用率の向上にはつながらないように思われる。

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ので、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。この対応に関して、その都度検討して決めている企業、ルールとして定めている企業、医師の診断書に従う、の3つがほぼ同じような割合で存在しており、復職後の支援体制については、大企業ほど専門担当者を置いていることが多いという調査結果がある。

ただし、運用による対応では、現在のよ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状況下では、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る。

先進事例の長所、それを可能にする条件については、事例研究を蓄積していく必要がある。(→次年度への継続課題)

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が、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雇用の流動化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、退職後に復職する人に復活してもらう方が、募集費などの採用に関わる金銭的成本や、採用に関わる時間的なコスト、教育訓練費は少なく済むと考えられる。

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ような性質を持っていると考えられる。

事実、メンタルヘルス問題への対応は期間も長く、家族の問題や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。仕事に関連するものだけを切り分けて発生原因を特定することも難しく、特定の施策を講じた場合に、その成果を把握することも難しい。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うのであろう。

ただし、これらの問題は、対応しなければ利益の減少につながる可能性が高いと考えられる。

さらに、企業が対応を怠れば、人材の使い捨てというイメージが定着し、勤続年数の短期化が進み、人材が育たなくなってくることにもつながる可能性がある。この点は、中長期的にも大きな問題があると思われる。

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。（→次年度への継続課題）

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結果がある。

後に詳しく述べるが、組織風土あるいは組織文化とメンタルヘルスとの関係についての研究は、ストレスへの影響を中心に、少しずつではあるが、海外を中心に行われている。そこでの知見が日本においても、どの程度活かせるのか、また日本において他国とは異なる独自の特徴があるのかどうかについて、今後調査していく必要があるだろう（→次年度の継続課題）。

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、この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、柔軟な職務編成と多能化を志向した人材育成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。

3. 1. 曖昧な職務境界

職務境界を明確に規定しないことは、柔軟な職務編成と多能化を志向した人材育成を可能にしたことから、日本企業は多くのメリットを享受することができた。

しかし、他方で曖昧な職務境界は、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、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。具体的には、以下のような問題が生じている。

第1に、残業の問題がある。日本では解雇に対する規制や考え方が厳しいため、一度雇った従業員を簡単に解雇することは難しい。そのため、仕事が一時的に増えた場合には、新たに従業員を増やすよりも現有の従業員の労働時間を増やすことで対応してきた。

しかし、現在ではリストラ実施後に仕事が増えても増員しないというケースが多く、一人あたりの仕事量は増加している。加えて、短い納期によるプレッシャーもますます強くなっており、従業員は残業時間を増やして対応しなければならないケースが増えている。こういった状況において、個人の仕事の範囲や量が明確になっていないために、仕事負荷の増大を抑制することが難

しくなっている。また、仕事を分担しているメンバーが残業しないことで、他のメンバーにしわ寄せが行ってしまうという点も問題である。

第 2 に、休職が発生すると、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。

第 3 に、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。

第 4 に、職務境界が曖昧であることが目標や計画のなさと結びつき、職務を割り当てる際に、必要以上の負荷を与えることになったり、役割の曖昧さを増大させたりすることで、強いストレス反応につながることも少なくない。

企業の求める時間軸と従業員の求める時間軸とのズレがストレスにつながるという研究結果もある。

特に以上に挙げたことがたびたび繰り返されると、ストレスの多い職場風土につながっていく可能性もある。

第 5 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響い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。

3. 2. 成果主義への転換とその影響

1990 年代以降、日本企業で広まった成果

主義的な人事管理は、成果を測定するために各個人の仕事を切り分けたが、このことは職務の明確化につながるので、従来の職務曖昧な職務境界に基づく分担とは逆の方向性を持っている。

これによって、上で述べたような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、実際には別の問題が生じた。

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、孤立したと感ずることなどがそれに当たる。

コミュニケーションは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は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ず、ストレスが増大しているという問題がある。

また、管理職にも、プレイング・マネージャーとして成果を上げることが求められるようになったため、管理職が自身の成果を上げることに集中し、部下をケアできなくなってきた。

このような状況が一定期間続いてきたために、人材が育たないという問題が生じた。

3. 3. エンプロイアビリティ

以上に挙げた問題は、いずれも組織において対応が必要なものであるが、それら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、働く人にとってみれば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可能性がある。

ところが、それでも働く人はむしろ終身雇用を支持しているというデータがある。（産業能率大学）。リストラによる雇用不安が増大しており、それは現在のところ不可逆的な動きとなっているが、長らく外部への転職機会がないと考えられてきた日本において、企業の外へ出るということが自身にとってリスクが大きいと働く人が考えているのであろう。

雇用が維持されることを働く人が期待することはごく自然なことであるが、雇用不安から逃れたいという消極的な雰囲気ばかりが広がってしまうと、企業にとっても成長を期待することは難しくなるだろう。

そこで近年注目されているのが、エンプロイアビリティという概念である。

エンプロイアビリティとは、「雇用される能力」を指し、これが高い人ほど、意に沿わず辞めさせられることも少なく、また仮に辞めさせられても転職が可能となり、雇用不安下の勤労者にとって理想的な状態であるともいえる。

雇用保障を約束できなくなった企業が、「何らかの理由で雇用が維持できなくなっても、能力が十分に高ければ他社での雇用機会を見つけることは可能である」という状況を作り出すために従業員の能力を高め、その結果として移動可能性を高めることで雇用保障に代わる従業員に対する責任を果

たそうという考え方である。

エンプロイアビリティに関する研究は、ヨーロッパで盛んに行われてきた。一方、日本でも日経連が報告書を出版するなど、重要な課題であると言われた時期があったものの、その後は研究も少なく、実践的にも注目度が低い時期が続いた。

しかし、最近、グローバル競争の激化に伴い、事業所の海外移転が増加する中で、国内での雇用維持が難しくなってきた日本企業によるリストラが増加しており、再びその重要性が増している。

日本では失業する確率は低いが、一度失業してしまうと期間が長くなる傾向がある。そのような中で、エンプロイアビリティを高めることは、企業にとっても働く人に獲得しても喫緊の課題であると言えよう。

最近のエンプロイアビリティ研究の流れに言及している研究によれば、エンプロイアビリティにつながる能力やスキルのリスト化の研究が出尽くし、エンプロイアビリティの人的資源管理等への応用が近年数多く行われるようになっており、能力概念としてのエンプロイアビリティの捉え方が能力やスキルのリスト化から、過去10年で、雇用可能性実現のプロセスへと大きく変化しているという。

また、雇用不安（「脅かされた雇用状況における望ましい継続雇用維持の知覚された無力感」と定義される）や、エンプロイアビリティ知覚の職務態度への影響を明らかにし、ストレス理論に立脚したエンプロイアビリティ保障の可能性を探る試みが行われている。

それによれば、以下のことが明らかにされている。

- ・ 雇用不安は職務満足、組織コミットメント、キャリア意識にネガティブに作用し、退職意思を促進していること
- ・ エンプロイアビリティ知覚が雇用不安と職務態度等との関係にある程度影響していること
- ・ エンプロイアビリティ知覚が雇用不安のキャリア意識へのネガティブな関係への緩和効果を持つこと

この結果は、エンプロイアビリティが高いと感じている従業員は、雇用が保障されない可能性を感じても、過度の悪影響を受けないことを示唆している。

それゆえに、エンプロイアビリティ知覚は特にストレス・コーピングの資源としての有効性が期待されると言えよう。

ただし、エンプロイアビリティを高めることの効果については、明らかにされていることがまだ少ないことから、さらに調査が必要である（次年度への継続課題）

例えば、日本では現在でも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。

また、エンプロイアビリティを雇用可能性の実現プロセスにどう反映させるのか、具体的には、人事管理施策にどのように反映させるのかについても今後の課題である。

日本では、転職市場の整備が進んでおらず、中途採用に対して企業は依然として消極的である。そのため、エンプロイアビリティを高めることは、必ずしも転職につな

がるわけではないと考えられる。

積極的に転職していくための手段としてエンプロイアビリティを高めるというよりも、雇用機会が喪失する、いわばいざというときのための備えとしてエンプロイアビリティを高めるという考え方が働く人の間で広がる可能性が高いと思われる。

そこで企業に求められるのは、いっそうの能力開発機能であり、それに責任を負うことである。

そのためには、公正な評価方法、職務や目標の明確化、従業員が持つ時間軸と企業の持つ時間軸のマッチングといった視点から、企業が人事管理施策を点検していく必要があるだろう。（次年度への継続課題）

3. 4. 心理的契約

メンタルヘルス問題と雇用や人事管理との関係を考える際に有用な概念として、心理的契約を挙げることができる。

心理的契約とは、従業員と組織という当事者の相互期待を指す。心理的契約は、従業員のメンタルヘルスが、仕事経験によってどのように影響されるかを調べる過程で発見された。

心理的契約の考え方においては、法律と社会的関係という2つのメカニズムによって履行を担保された、約束の全体を契約と見なすという特徴を持っている。

心理的契約はその後の理論展開において、従業員による知覚現象として捉えられるようになり、実証研究が盛んに行われるようになった。

心理的契約研究のレビューを行った文献によれば、実証研究の測定のタイプは、心理的契約に含まれる具体的な契約内容に主

眼をおく内容志向と、組織側の契約の履行と不履行に対する従業員の評価とそれがもたらす結果に注目する評価志向との研究に大別されるという。

心理的契約に対する評価に関して、日本企業を対象として心理的契約の履行状況を把握し、それが従業員に対して影響を与えているのかを調査した研究によれば、多くの企業において組織側による契約不履行が発生していること、そのことが従業員の態度に対してマイナスの影響を与えている（情緒的コミットメントを低下させ、離職意図を高めている）ことが示された。

しかし、それでも日本の従業員は企業にとどまり、契約関係を維持している。その理由は、心理的契約の不履行に対して、従業員が自己調整を行っている（期待水準を下げる、履行水準を下げる、離職してしまう）ことにあるという。

この点について、日本企業を対象とした研究によれば、多くの従業員は契約の不履行を知覚しているが、期待水準の低下という比較的穏当なオプションによって対応しているという。

しかし、自己調整がうまく行かない場合にメンタルヘルス問題が生じている可能性がある。それは性格など本人に起因するものであるかもしれないし、期待水準を低下させたり、履行水準を低下させたり、離職してしまうという、いずれのオプションも採用することが困難であるという状況に起因するものであるかもしれない。

このような問題への対応を考える際に、例えば上で取り上げたエンプロイアビリティの考え方は、日本企業で近年顕著になっている終身雇用に基づく心理的契約の不履行

行による悪影響を和らげることにつながる可能性を持っていると思われる。これらの点についても、今後の研究蓄積が必要であろう（次年度への継続課題）。

3. 5. 産業や職種の違い

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がある。このことは、メンタルヘルス対策に関しても、産業や業種によって異なり、職種ごとの違いを考慮した検討が必要であることを示唆している。

例えば、コールセンターや営業といった、顧客と対峙する仕事は、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。

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。

このようなストレスという観点からの研究は、心理学の領域において蓄積されているが、その研究対象は主として専門職（看護職や教育職）であることが多い。今後は一般企業においても検討すべきであると考えられる。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（→次年度への継続課題）。

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

実践的な問題について検討しておく。

4. 1. 企業によるパワーの抑制

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。

①法規制

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か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、日本における労働CSRの調査結果が参考になる。そこでは、重要な労働問題として、メンタルヘルス問題への対応が挙げられているにもかかわらず、実際の動きはかなり鈍いと感じられる（他の労働問題に関しても同様である）。

労働CSRの文献においては、日本の法規制が弱く、努力義務規定に見られるように、問題への対応が企業側に任されている部分が多いことに問題があることが指摘されている。

CSRには、経営効率を高めるという一般見方が強く支持されているとは言い難い面がある。また、短期的な経営効率優先という大きな障壁があるため、CSRが経営効率に貢献するということが明らかにならない限り、広く支持されることも難しいのかもしれない。

そこで法規制にかかる期待が高まると考えられるが、どの程度の規制が望ましいのかについては今後の検討課題であろう。その際には、他国の状況を参考に考えていくことも必要であろう。

② 労働組合

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。

日本における労働CSRの調査によれば、

企業が果たすべき CSR について、健康・メンタルヘルスを指摘する企業別組合の割合が高い（77.6%、全項目中第 3 位）。

また、先進事例として挙げられている中に、ストレス調査の結果を経営者と管理者、そして労働組合にも積極的に開示するものがあった。ただし、それがどの程度の広がりを見せているのかは現時点では不明であるので、今後明らかにしていく必要がある。（→次年度への継続課題）

このように、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。

③ 経営戦略として位置づける対応

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るが、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。

しかし、この点については、上でも述べたとおり、短期的な経営効率優先という大きな障壁があるため、経営効率に貢献するということが明らかにならなければ、積極的な取り組みを期待することは難しいかもしれない。

メンタルヘルス不調者を減らすことは、企業の利益を損なうリスクを軽減することにつながることを予想されるものの、その一方で短期的に劇的な改善を期待することが難しいことも予想される。

もっとも、例えばメンタルヘルス不調者を復職させる仕組みを持っていて、実際に復職させたことが経営成果に結びついていくことを明確に示す結果があれば、対策に乗り出す可能性はあるだろう。

メンタルヘルス不調者をいかに復職させるのかという問題については、メンタルヘルス不調の原因がどこにあるのか、特に雇用の問題とどのようにかかわっているのかによって対処の仕方が変わってくると考えられる。

ただ、そのような調査結果は、特に企業横断的なレベルでは、今のところ見当たらない。今後の課題であろう（→次年度への継続課題）。

4. 2. サポート型な組織風土

企業においてメンタルヘルス問題に取り組む際には、職場レベル、全社レベル、個人レベルのそれぞれにおいて、それぞれに取り組むべき課題がある。しかし、それぞれがバラバラに取り組むのではなく、それらを連携させていくことが重要である。

①管理職の役割

職場でのメンタルヘルス問題を考える上で、管理職には、職場運営での日常的なストレス予防と改善努力、部下への適切なサポート、部下へのストレスの気づきと専門家に相談するよう助言する役割が期待されている。

職場においてサポートティブな組織文化を創り出す上でも、上司に期待される役割は大きい。メンタルヘルス施策において、管理職への啓発活動、教育訓練などがかなり重視されているのも、そのような理由からであると思われる。

また、ソーシャル・サポート研究において、メンタルヘルスの専門家ではない、職場の人々による有形無形のサポートが、労働者のストレス軽減に結びつく可能性が示されている。また、職場復帰に向けたソーシャル・サポート研究の必要性も指摘されている（→次年度への継続課題）。

さらには、問題上司の早期発見・チェック体制の確立、管理職の評価項目にソーシャル・サポートを取り入れるといったことも人事管理施策として考えられている。

しかし、管理監督者にメンタルヘルス不調者が増加している。管理職の果たしうる役割は確かに大きなものがあるが、その一方で成果を上げることも求められ、かなり強いプレッシャーに晒されているとも言える。

このような状況の下では、監督者に対して部下の不調の気づきやケアに関する教育研修や情報提供だけでは不十分であろう。また、管理職に対するチェックや、評価項目をさらに増やした場合には、仕事上の負荷を増やすことが危惧される。

②組織内の情報共有

組織内の各レベルが連携していくためには、従業員のメンタルヘルスに関する情報共有が欠かせない。しかし、各職場が正確な情報を伝達しないというケースがある。

メンタルヘルス不調者を休職をさせるこ

とに関してメンタルヘルス担当部署に強い権限がある場合に、そうした危険性がある。

組織内の情報共有を促進していくためには、各部署の間でどのような力学が働いているのかということについても、検討する必要がある（→次年度への継続課題）。

③組織風土づくり

組織風土あるいは組織文化とメンタルヘルスとの関係についての研究は、ストレスへの影響を中心に、少しずつではあるが、海外を中心に行われている。

組織風土の測定尺度づくりは、日本においても試みられつつある。また、ストレス理論を組織風土との関連で拡大していこうという試みもある。

その一つとして、社会心理的安全風土（以下、PSCと略記する）概念がある。PSCは「労働者の健康と安全の保護のための政策、施策、手続き」と定義される。

PSCは、ワークストレスの原因とされる労働負荷などの仕事上の要求、仕事に対する労働者のコントロール、資源、ソーシャル・サポートなどに影響を与えるコンテキスト要因として位置づけられ、安全風土理論とワークストレス理論のギャップを埋めるものとして提唱された。

PSCは、心の健康とワークストレスの防止のための経営者によるサポートとコミットメントを詳述するものであり、それは組織の財産であるとされる。

PSCは、経営者の関与とコミットメントによるストレス防止へのサポート、組織内コミュニケーション（ストレス防止が組織内のすべての階層レベルにおいて行われている）、組織的な参加（仕事における健康と

安全についての関心事を解決するための意見を経営者が聞きいれている）、関与（従業員、労働組合、企業内の安全衛生担当者が取り組みに参加している）といった尺度によって測定される。

PSCの実証研究においては、心理的消耗感や、精神的苦痛は、風土によって予測され、そのメカニズムは労働環境の媒介効果によって説明されることや、PSCにはトップダウン効果があること、心の健康と従業員のエンゲージメントにかかわる基本的な組織環境として位置づけられることなどが明らかにされている。

また、それらの研究において示されている実践的含意としては、PSCに焦点を絞ることによって、経営者の行動を変えること、労働者のケアを行うことが、一次予防につながる可能性があること、PSCはひとたび強いものが作られれば、より持続的な生産性という企業の目的につながることなどがある。

以上に述べてきたことから言えることは、メンタルヘルス問題への対処には、トップのフォローが強くと求められるであろう。現場レベルの取り組みはもちろん重要であるが、トップが情報を共有し、経営状況を鑑みながら、現場を巻き込んで施策を講じていく必要がある。

組織風土がメンタルヘルスの重要な規定要因であることをPSC概念は示唆しているが、今後は、PSC概念の日本企業における有効性や妥当性を含めて、組織風土とメンタルヘルスとの関係について詳細な実証研究を重ねていくことが必要であろう。

（→次年度への継続課題）

4. 3. 従業員を強くする

企業経営の観点からすれば、メンタルヘルスとの関連で重視されているのは、特にメンタルヘルス障害発生予防の観点である。

従業員を守るための施策を充実させていくことはもちろん重要であるが、心の健康のポジティブな面に注目し、従業員に強くなってもらうことによってメンタルヘルス問題に対応していこうという考え方も、近年発展してきている。

この点に関して、ポジティブ心理学の知見に関連させた議論が増加している。そこには、心の活力に注目することで、メンタルヘルス対策の活動範囲が広がり、メンタルヘルスに取り組もうという動きにはつながらないという考えが根底にあるようである。

例えば、労働者の強みを伸ばし、いきいきと働くことのできる状態である、ワーク・エンゲイジメントが注目されている。

エンゲイジしている従業員や彼らが所属する部門は、業績が良く、高い収益があることが実証研究から明らかにされている。

最近では、メンタルヘルス対策の一環として組織活性化施策が行われており、事例も紹介されている。そこでの施策がワーク・エンゲイジメントに対して一般的にどの程度の効果をもたらすのかについては、今後のさらなる研究蓄積が必要であろう。

（次年度への継続課題）

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。

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徐々に重ねられてきているものの、まだ十分であるとは言えないように思われる。

また、他方で人事管理施策からメンタルヘルス問題の発生につながる経路を明らかにすることも重要である。本年度においては、その足がかりとして、エンプロイアビリティ、心理的契約、社会心理的安全風土といった概念に注目し、検討を行った。この点については、今後も引き続き検討をしていくことが必要である。

さらには、企業に対して、社内でのメンタルヘルス施策の実施状況や、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、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ー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) 稲上毅・連合生活総合開発研究所編『労働CSRー労使コミュニケーションの現状

- と課題』NTT出版、2007年。
- 4) 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。
- 5) 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際」『日本労働研究雑誌』No.558、2007年、41～53頁。
- 6) 奥林康司『入門的資源管理（第2版）』中央経済社、2010年。
- 7) 小野公一『働く人々のwell-beingと人的資源管理』白桃書房、2011年。
- 8) 久保真人『バーンアウトの心理学』サイエンス社、2004年。
- 9) 小杉正太郎『企業内メンタルヘルス・サービスの理論と実際』弘文堂、2009年。
- 10) 須田敏子『戦略人事論』日本経済新聞出版社、2010年。
- 11) ウィルマー・B・シャウフェリ、ピーターナル・ダイクストラ（島津明人・佐藤美奈子訳）『ワーク・エンゲイジメント入門』星和書店、2012年。
- 12) 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。
- 13) 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。
- 14) 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。
- 15) 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。
- 16) 独立行政法人労働政策研究・研修機構「職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査」2012年。
- 17) 團泰雄「日本におけるエンプロイヤビリティ定着への課題」『商経学叢』第49巻第3号、2003年。
- 18) 日本経営者団体連盟教育特別委員会編『エンプロイヤビリティの確立を目指して—「従業員自律・企業支援型」の人材育成を』日本経営者団体連盟、1999年。
- 19) 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。
- 20) 日本生産性本部「第6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」2012年。
- 21) 服部泰宏『日本企業の心理的契約—組織と従業員の見えざる約束』白桃書房、2011年。
- 22) 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。
- 23) 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。
- 24) 福井里江・原谷隆史・外島裕・島悟・高橋正也・中田光紀・深澤健二・大庭さよ・佐藤恵美・廣田靖子（2004）「職場の組織風土の測定—組織風土尺度 12 項目版（OCS-12）の信頼性と妥当性」『産業衛生学雑誌』第 46 号。
- 25) 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。
- 26) 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。

- 27) 見波利幸『「新型」うつな人々』日本経済新聞出版社、2011年。
- 28) 森本三男『日本的経営の生成・成熟・転換』学文社、1999年。
- 29) 山崎哲弘「企業におけるメンタルヘルス・マネジメントー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。
- 30) 山本寛「雇用不安と従業員の職務上の態度、意思・行動との関係に及ぼすエンプロイアビリティ知覚の影響」『日本労務学会報告論集』2012年。
- 31) 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。
- 32) 労務行政研究所『労政時報』第3725号、第3736号、2008年；3781号、2010年。
- 33) 若林直樹・松山一紀『企業変革の人材マネジメント』ナカニシヤ出版、2008年。
- 34) 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。
- 35) 渡辺聰子・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ーモチベーション、エンパワーメント、仕事の未来』東京大学出版会、2008年。
- 36) Avey, J.B., F.Luthans, R.M.Smith, and N.F.Palmer(2010)"Impact of Positive Psychological Capital on Employee Well-Being over Time," *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol15, No.1,pp.17-28.
- 37) De Cuyper, N. and H. De Witte(2006) "The Impact of Job Insecurity and Contract Type on Attitudes, Well-Being and Behavioral Reports: A Psychological Contract Perspective," *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol.79, pp.395-409.
- 38) Dollard and Baller(2010) "Psychological Safety Climate as A Precursor to Conductive Work Environments, Psychological Health Problems, and Employee Engagement," *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol.83, pp.579-599.
- 39) Dollard, M.F., T. Opie, S. Lenthall, J. Wakerman, S. Knight, S. Dunn, G. Rickard, and M. Macleod(2012) "Psychological Safety Climate as an Antecedent of Work Characteristics and Psychological Strain: A Multilevel Model," *Work and Stress*, Vol.26, No.4, pp.385-404.
- 40) Fugate, M., A.J.Kinicki (2008)"A Dispositional Approach to Employability: Development of A Measure and Test of Implications for Employee Reactions to Organizational Change", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol.81, pp.503-527.
- 41) Fugate, M., A.J.Kinicki and B.E. Ashforth(2004) "Employability: A Psycho-social construct, Its Dimensions and Applications", *Journal of Vocational Behavior*, Vol.65, pp.14-38.
- 42) Haeusser et al.(2010) "Ten Years on: A Review of Recent Research on The Job Demand-Control (-Support) Model and Psychological Well-Being"

Work and Stress, Vol.24, No.1, pp.1-35.

43) 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.

44) Rousseau, D. *Psychological Contracts in Organizations: Understanding Written and Unwritten Agreement*, Sage Publications, 1995.

Ⅲ. 研究協力者研究報告書

厚生労働科学研究費補助金
協力者研究報告書

産業精神保健の歴史

－1950年代～現在まで－

研究協力者 荻野 達史 静岡大学 人文社会科学部 教授

本稿は、日本における産業精神保健の取り組みがいかに始められ、その後どのような展開を辿ったのかを、まずは時系列的に記述していくことを目的とする。また、この流れの中で、どのような事柄が関係者において問題とされたのか、そしてまたそれはどのような社会的状況と関連していたのかを適宜検討していくものである。

関連する専門誌、書籍、行政文書等を中心に検討した結果、1950年代以降から現在までを四つの時期に区分して整理することになった。以下、各期の概略を示してみよう。

第Ⅰ期「創生期」は、1950年代中頃より1970年代初頭までになる。戦前期にめぼしい産業精神保健活動の記録はなく、50年代より、一部の医師たちが研究会を立ち上げるなどの動きが出てくる。ただし、より重要なのは、疾病構造の変化——結核罹患者の激減——もあり、職場における精神障害者への対応が企業としてより問題とみなされ、一部大企業で精神保健の専門家を導入するようになったことである。関わった医師たちは、社内の偏見に対峙しながら復職支援に取り組むなどしていた。しかし、1960年代後半になり、反精神医学の潮流と学生運動とが交錯するなかで、精神科医が企業に関わることについて激しい批判が向けられるようになり、個々の企業内活動以上の営みは下火となる。

第Ⅱ期「潜行期」は、1970年代前半から80年代前半までとなる。行政的な取り組みもまだなく、医療者関係の学会的な取り組みもほとんどない時期である。唯一、内科や公衆衛生学を専門とする医師の多い産業医の集まりである産業衛生学会内の研究会が規模は小さいながら継続されていた。

第Ⅲ期「展開期」は、1980年代中頃より90年代前半までとした。一件の事故とある労働者の自殺未遂・負傷に至ったうつ病が業務に起因すると労働本省で認められたことがきっかけとなり、行政的な取り組みが開始される。ただし、この時期は労災認定基準の見直しに至ることもなく、「健康作り」運動に含められた対策もごく軽いストレスを念頭においたものであった。社会一般においても「ストレス」という言葉が多用され、関心が高まってきた時期でもある。それでも、立ち上げも含め関連学会の動きが再び見られるようになり、行政委託の大規模なストレス研究なども開始された時期である。

第Ⅳ期「拡充期」は、1990年代中頃から現在までである。1996年に年若い労働者 2

名の「過労自殺」について、民事訴訟で企業が、行政訴訟で国が敗訴したこと、また 1998 年に自殺者が急増したことなどを引き金として、なによりも行政が主導的に動き出し、労災認定基準の見直し、各種指針や手引きの公表、安衛法の改定などが急ピッチに進められた。関連学会や企業での取り組みもさらに活発化する。自殺防止が強く意識されたことは第Ⅲ期の雰囲気とは大きく異なる。企業使用者代表側と労働者・公益代表側とのせめぎ合いも見られたが、結果としては、過重労働に対する法的規制よりも産業医等による不調者の早期発見がなされる仕組み作りがひとまず進められたところもある。しかし、たとえば復職支援に関する各種実践など、短期間で多くの取り組みがなされたことも含め、産業精神保健にとってやはり画期的な時期であったといえよう。

なお、本稿の主たる目的は上述の範囲に収まるものであるが、考察として、この間の歴史とそこであった議論を振り返りつつ、社会学における「医療化論」とも絡めながら 3 つの論点を検討した。一つ目の論点として、第Ⅰ期にとくに議論され、第Ⅲ期までは一定の言及がありながら、近年ではあまり目にしなくなった問題、すなわち企業に精神科医が関わることで企業側利益に追従することになるのではないかという問題を扱った。この危惧については一律に否定も肯定もできないわけであるが、医師等保健スタッフの対企業的自律性を担保する条件について、さらに検討も求められるとした。

二つ目の論点としては、社会学における「労働問題の精神医療化」という批判的議論を導線として、とくに一次予防として展開され、労働者個々人のレベルで行われるストレス・マネジメントなど「感情管理」と呼びうる問題を取り上げた。第Ⅲ期に行政的に導入された時期には、精神科医内部で **health oriented** な介入には慎重であるべきという議論もあったが、現在ではほとんど問題にされていない。しかし、このセルフケア教育も含め、精神医学的・心理学的知識の導入は、「健康」「正常」のゾーンを個人水準あるいは職場水準で狭めていき、かえって統制ないし管理的まなざしから生じる心的負荷を高める可能性もある。こうした点についても専門家の注意が改めて向けられることを期待した。

最後の論点は、職場環境に存する問題が、個人水準のケアに還元されて不問に付されるという批判である。医療化論では「問題の個人化」とされるところであるが、この点は、精神科医や行政の取り組み・施策について、とくに 2000 年頃まで産業医や産業衛生管理の専門家からも指摘されてきた問題である。ただし、個別的なケアが必然的に環境改善への取り組みを排除するわけではないことは踏まえるべきだろう。すると、メンタルヘルス不調の確認から保健スタッフが環境改善に向けた勧告などを行うことが、現実的に困難であるということが改めて問われるべきことなのかもしれない。たとえば産業医が、法的な権限や身分保障とは別に、そのポテンシャルを生かして環境改善に対して柔軟に関われる条件とはなにか。現在に至るまで、こうした報告や検討はかなり少ないように思われ、この点を指摘した。

A. 研究目的

本稿は、日本における産業精神保健の取り組みがいかに関始められ、その後どのような展開を辿ったのかを、まずは時系列的に記述していくことを目的とする。また、この流れの中で、どのような事柄が関係者において問題とされたのか、そしてまたそれはどのような社会的状況と関連していたのかを適宜検討していくものである。

すでに、とりわけ精神医療関係者によって、関連専門誌で概括的に歴史的経緯をまとめた論考は幾つか存在している。そうした議論に対して本論が有する特徴があるとすれば、次の二つの点に求められるだろう。第一に、これは二点目の事情によることも大きい、関係者のなかでやり取りされた議論をかなり詳細に記述していることである。

第二に、その視点や関心の相違である。筆者は社会学を専攻とする研究者であり、歴史的な記述・分析を行う上でも、医療者の視点はとはまた異なる、いわばその外側から医療的取り組みや法制度の変遷について観察する立場をとる。

もちろん、後述するように、精神医療関係者における、自らの医療活動についての反省的な思考が形成されている現在、社会的思考法や着眼点が社会学者のみに有されているわけではないし、むしろその点について社会学者としてより自省的になる必要があるだろう。しかし、そうした観察対象の反省的な知をさらに観察し分析する視点をもって、歴史を再構成することは、これまでの歴史記述とはまた異なる論点を掘り起こすことにも繋がるだろう。

本稿は、基本的には、比較的詳細な歴史

的記述を中心的な課題として担うものである。しかしまた、その作業を通じて、この産業精神保健という問題に関心をもつ人々に対して、現在も解消されてはならずまだ配慮していくべき問題がありうること、あるいは対外的にも説明していくべき事柄も存在することなど、幾つかの論点を提供することを意図するものである。

B. 研究方法

本稿が依拠するデータは、概ね文書資料に限定される。その種別は以下の通りである。産業精神保健に関する著作物、行政文書、各種審議会等議事、精神保健や産業医学に関連する学会の刊行している各種専門誌、その他労働問題に関する研究書や雑誌などである。

C. 研究結果

目次=====

- 1 時期区分について
- 2 第Ⅰ期「創生期」
 - 2.1 企業側の要請と企業における精神科医
 - 2.2 学会の動向と幾つかの注目点
 - 2.3 批判と反論、そして沈黙
- 3 第Ⅱ期「潜行期」
 - 3.1 幾つかの足跡
 - 3.2 職場不適応研究会の存続をめぐる
- 4 第Ⅲ期「展開期」
 - 4.1 関心の高まり
 - 4.2 この時期の背景—その1:2つの事件—
 - 4.3 この時期の背景—その2:「メン

- タルヘルス」への関心—
- 4.4 THP におけるメンタルヘルスケアをめぐる
- 4.5 専門家集団における活性化と議論の特徴
- 5 第IV期「拡充期」
 - 5.1 行政による取り組みの加速化と高密度化
 - 5.2 この時期の背景—その1:自殺者の急増—
 - 5.3 この時期の背景—その2:過労自殺裁判—
 - 5.3.1 最高裁判決とその影響
 - 5.3.2 神戸製鋼事件とその含意
 - 5.3.3 電通事件とその含意
 - 5.3.4 「精神障害等に係わる業務上外の判断指針」について
 - 5.4 新旧メンタルヘルス指針とその周辺
 - 5.4.1 「旧指針」とその特徴
 - 5.4.2 「脳・心臓疾患の認定基準の改正」から「総合対策」まで
 - 5.4.3 「在り方に係る検討会」と1つのアイデア
 - 5.4.4 「安全衛生分科会」の攻防
 - 5.4.5 改正安衛法と新指針—「期待」される産業医—
 - 5.5 その後の動向
 - 5.5.1 安衛法一部改正法案をめぐる
 - 5.5.2 リワークプログラムの興隆
 - 5.5.3 EAP 企業
 - 5.5.4 企業の取り組みと規模格差

=====

1. 時期区分について

「産業精神保健」の歴史というとき、本来、「産業精神保健」をなんらかの形で定義する必要があるだろう。しかしこれはなかなか困難なようでもある。1993年に設立された日本産業精神保健学会の初代会長である精神科医・加藤正明は、1950年代より“この領域”の重要性を訴えてきた中心的人物であるが、上記学会の専門誌創刊号で「産業精神保健活動の歴史」と題する文章を以下のように始めている。

産業精神保健または職場のメンタルヘルスの歴史は、なにを産業精神保健と呼ぶかによってその内容も異なってくる。一般の精神科外来や心療内科で、発病が職場に関連する患者の診断や治療を行ったからといって、それが産業精神保健のカテゴリーにはいるとはいえない。それでは、医師として企業の病院や診療所で行った診療がすべて産業精神保健活動か、産業衛生の立場から職場精神保健の調査を行うことだけで産業精神保健活動といえるのかなど、その範囲はかならずしも明らかではない。(加藤, 1993b:3)

そして、「私の知りえた『産業精神保健』について述べることをお許し願いたい」と述べ、その後もとくに定義をしないままで議論を終えている。実際、やはり同学会が編集した1998年の『産業精神保健ハンドブック』でも、2007年の『産業精神保健マニュアル』でも、その都度、歴史についての概説が冒頭に載せられるのであるが、この範囲をそれと呼ぶといった定義づけはなく、むしろ、「こうした活動や事柄を目指して

きた」といった記述がほぼ同じ内容で繰り返されることで、実質的にはそうした活動を我々は「産業精神保健」と考えていると表明しているといえそうだ。本稿としては、彼らがそれと語る事柄やそれらに関連づけられた事柄を広く「産業精神保健」と捉えることになるので、以下に引用しておこう。

産業精神保健(occupational mental health)の歴史をさかのぼると、職場における精神障害の発症予防(1次予防)、精神障害の早期発見と早期ケア・治療(2次予防)、職場復帰支援(3次予防)をめざして始められたものであるが、産業精神保健は、疾病予防のみからではなく、「労働者の精神健康の増進」という能動的な意味でのメンタルヘルスと、「精神障害の予防」という受動的なメンタルヘルスという2つの面から始まっているという特徴を持っている。(高田・島・加藤, 2007:2)

さて、既に言及したものもあるが、この活動に関わる歴史(概ね日本のという限定はつくが)については、とくに臨床的に関わってきた医師たちによって、断片的なものからかなり周到に文献を集めた論考まで幾つか存在する。既に言及したもの以外では、かなり情報を圧縮しているものの、夏目誠・川上憲人・藤井和久(1992)や廣尚典・島悟(2004)がとくに参考になる。こうした論文も手がかりにしつつ、様々な文献資料などから情報を寄せ集めて作ったのが本稿の「年表」である。

この年表をもとに産業精神保健の歴史を、整理のために時期区分を設けることにしたが、敢えて分ければ四つに分節することが適当なようだ。戦前に関しては、どの文献

も、1923年に鉄道省(国鉄)で行われた「外傷性神経症」についての調査研究と対策、そして1944年に精神神経学会が「青少年精神衛生調査委員会」を作り調査を行ったことに言及するのみである。ちなみに後者については、「青少年徴用工における事故頻発、神経症、非行など」の多発に対応したものであるが、結果が出ないうちに終戦となったという(加藤 1993b:6-7)。このように戦前期はごくわずかの取り組みしか行われていないので、戦後1950年代半ば以降から現在に至る半世紀程度の流れについて時期区分を行うことになる。

それぞれの時期の年代と、これも敢えてということになるがラベルを貼り付けてみたので、それを記しておこう。第Ⅰ期は、1950年代中頃～70年代初頭で、「創生期」。第Ⅱ期は、1970年代前半～80年代前半で、「潜行期」。1980年代中頃～1990年代前半で、「展開期」。第Ⅳ期は、1990年代中頃～現在で、「拡充期」。以上である。第Ⅲ期と第Ⅳ期を連続的に捉えることも可能であろうが、やはり各時期には直面した事態や、念頭におかれ対応上重点化された部分にかなりの相違も見られる。たとえば、行政が行った比較的大きな5年にわたる委託研究で二つの時期にまたがるものもあるが、1995年に着手された文脈——ストレス・マネジメントへの関心の高まり——としては基本的には第Ⅲ期に属する。しかし、「過労自殺」に関わる画期的な司法判断が下された1996年からは、行政的には労災認定基準の見直しから自殺防止も意識した各種指針の策定が次々となされ、企業としてリスクマネジメントとしてのメンタルヘルスという意味づけも強くなる。関係諸主体の抱

く切迫感というものは測りがたいが、取り組みの具体性や濃密さにおいても両時期はやはり区分されるべきと考えられた。

2. 第Ⅰ期 「創生期」

—1950年代中頃～1970年代初頭—

2.1 企業側の要請と企業における精神科医

日本の企業としてはかなり早い 1960 年頃より「精神衛生」活動に取り組み始めた企業に旭硝子があるが、その中心となっていた産業医・安井義之の回想から始めよう。戦前 1939 年に医師になると同時に軍医になり、戦後 1947 年に旭硝子に赴任した頃についてのものである¹。

その当時工場現場では精神健康についてはまったく手がつけられていないほどであった。職場で精神について語ることさえいけないことであった。第二次大戦中物が足りなければ精神力で戦えと言われ、その結果敗戦となったので、まことにやむを得ないことでもあった。精神衛生などと言うと、仲間の産業医からできえ目にも見えない、手に触れることのできないことをどうするのだ、と言われたものでできえあった。(安井 1993b:25)。

しかし、50年代半ばぐらいになると少し状況は変化してくる。これより 60年代末までの間で、まず記録として目に付きやすいのは、一部の医療者たちが、学会等の集まりにおいて、産業・職場における「精神衛生」「精神健康」について注目し始め、研究会やシンポジウムを開き、総論をまとめ

た書籍や答申が出されたことである。また、ごく一部の大企業に限られるが、「精神衛生活動」が着手され、ときに専属の精神科医を雇い入れるようになったことを見逃すべきではないだろう。

1952年に国立精神衛生研究所が設立され、その研究員であった加藤正明は産業精神保健の問題を取り上げ始めたと述べているが、やはり同年に設立された精神衛生普及会とともに、54年には第1回の産業精神衛生研究会を開催したという。ここで重要なのは、この研究会が、1993年の時点で、「普及会によって爾来今日まで400回以上の研究会が」開かれており、「多くの企業からの参加がある」としている点である。2001年に解散された社団法人・精神衛生普及会は、もとよりその運営が企業および個人からの寄付によって運営されてきた²。行政による指導も法的な義務もない時代に、こうした研究会が始められ続けられたのは、企業の側に一定の需要が既に認識されていたものと推測される。

ただし、実際に自らの足下で「精神衛生」に関わる取り組みを始めていた企業は、とりわけ50年代までは、ごくごく一部といえるだろう。代表的な企業（公営も含め）としては、国鉄、日本鋼管、三菱石油、旭硝子、九州電力などが挙げられよう。それでも、60年代も通してということになるだろうが、精神衛生活動の導入の経緯が、やはり企業の側の需要から発したことについては、たとえば60年代より松下電器の専属となり、この分野のパイオニアの一人と認知されている精神科医・小西輝夫が、1993年の回想記で一つの傍証を提供してくれている。

日本の産業精神保健の歴史は、精神科医主導であるよりは、企業主導であったことは否めないと思う。疾病構造の変化に加えて、技術革新と経営の合理化にもまれた産業界の要請が、日本の産業精神保健業務をスタートさせたことは事実であろう。従って本音では、職場の安全と秩序が、精神障害の発生によって攪乱されてくることのない対策の確立を産業精神保健に期待したかも知れない。（小西, 1993:20）

ここで疾病構造の変化とされているのは、1955 年前後より結核による要療養者が激減してきたことを指しており、「職場における健康管理の重点が、結核から、いわゆる成人病と精神障害に移行しつつあることは、すでに周知の事実であろう」と、やはり小西が 60 年代末に語っている（小西, 1969:17）。この点は、加藤正明はじめ企業と関わりのあった多くの臨床家が、それぞれの職場における疾病統計も挙げながら再三論じていることである。いささかくどくなるが、やはり精神科医の平井富雄（当時の肩書きは東大付属病院勤務・日銀精神衛生管理医）が、ある座談会（1971 年）で司会として冒頭で語ったことを引いておこう。まず結核の治療が進んで長期欠勤者も少なくなっていることに触れた上で、以下のように語っている。

それに対しまして、いままでその裏に隠れていた精神障害での長期欠勤者が人事院の統計などでも 1960 年で第一位になり、これの対策を何とかしなければ、企業側にとってマイナスである。こういうふうな考えから、ある企業では、企業体の中の診療所を通して、ある

いは診療所の中の今まで結核管理をしておられた医者を通して、あるいは医務室から厚生課を通して、それぞれが各会社の一つの方針として、精神衛生管理—という言葉がいいかどうかわかりませんが、これをしなければいけないということで始まった、というふうに考えていいと思います。（平井他, 1971:304）

ただし、小西の回想記にあったように、単に「疾病統計」という“客観的数値”から精神衛生活動への要請が生まれてきたとばかりはいえないようだ。たとえば、九州電力は 50 年代の後半には取り組みを始めているが、そのキッカケについて当時の産業医（九電病院院長）が 1967 年の時点で次のように語っている。

われわれが、九州電力を対象として職場の結核管理を始めてから約 20 年になるが、結核なおはなやかなりし昭和 32 年（1957 年）に、精神障害者の健康管理をスタートした。職場の巡回診断を重ねるにしたがい、管理医が現場の人々に溶けこむにつれて、現場の声が分かってきた。当時、各職場で一番困っているのは、精神障害者の取扱いをめぐってのいろいろのトラブルであり、何とかしてほしい、という現場の人々の強いニーズを知った。これがわれわれをして、現場における精神衛生問題に取り組むきっかけとなったのである。（森, 1967:9）

こうした記述をみると、ややもすると精神衛生活動とは企業や職場の人間たちの意を受けた排除・統制活動であったかのようには話が進むようであるが、少なくとも文書資料として現在までに読み進めた範囲でい

えば、企業に入った精神科医たちはそうはならぬよう苦心してきたようであり、また企業にもよるが雰囲気の変化もみられたようである。様々な企業での体制づくりも含めた取り組みとその変遷については、また稿を改めて整理をしていく予定であるが、その一旦に触れておきたい。

例として、1971年の『中央公論経営問題』で特集「精神科医 大企業社員を診断す」が組まれたときに、精神科医4名による座談会が企画されたが、そのときの発言を拾っておこう。まず、50年代末に国鉄・鉄道病院に勤め始めた春原千秋が、冒頭で司会（先述の平井富雄）から「口火を切っていただきたい」と話を向けられたところ、企業内の「偏見」について語り出した部分である。それに続く発言は、上述の小西輝夫（松下電器）、そして原俊夫（NHK 嘱託）である。

春原：企業の中の精神科医としてまず感ずることは、どこの企業でもそうでしょうけれども、やはり精神障害に対する偏見が大きくて、精神障害にかかった者はなるだけ職場から排除しようという意識が、まだ根強いことだと思います。そのため、まず皆が精神障害に対する正しい知識を持つよう職場内において啓蒙運動が必要で、私も事あるごとにやっているわけですが、まだ充分ではないと思います。（平井他, 1971:305）

小西：企業体で精神衛生管理をやり出した当初は、たしかに企業側に防衛的な意図がなかったとはいえないと思うんです。従業員にも偏見があったのはたしかで、…最初はやはり抵抗がありましたね。松下では各事業所や各

工場に健康管理室という名前で医務室があるんですが、私が赴任しました当初は、その医者から紹介されて、私のところへきたあとで、「先生に行けと言われてきてみたら、あの先生は精神科の先生だった」と文句をいった人がいたらしいです。しかし、…このごろは、そういうことはほとんどなくなりまして、結婚の相談にさえくるようになりました…。（平井他, 1971:305-6）

原：私も管理職層の中に残っている偏見は極力はずすように努力しました。ことあるごとにすごく教育したんです。というのは、管理職が部下に向かって「まだお前の状態は、精神科にかかるほどじゃない」などと妙な元気づけをするので、それは間違いだということをお話したんです。やがて、管理職の方がご自分のことでも相談にくるし、家族のことでもくる。部下のことでも私の部屋に入ってきてお話しなさいますから、まわりから見れば、「あ、あの部長さんも相談に行ったのか」というようなことを考えるかも知れませんね。それが、だんだん相談者や患者の違和感をとってきたんじゃないでしょうか。（平井他, 1971:306）

平井：私は、十年ほど前から日本銀行で精神衛生の管理をやっていますが、あそこでは精神分裂症というレッテルが貼られますと、昇進はそれだけで完全にストップですね。つまり、前、十割だった能力が八割あるということをお認めない。クロカ、シロカ、です。それは日本銀行全体の気風でして、なにも、こと精神障害に限らないんです。あそこは、はいつたときからすでに、すべての人が百点なんです。ですから、なにか失敗でもちょっと

やりますと、減点主義で…。(平井他, 1971:308)

引用部分が長くなったが、この四者の語りは当時の精神科医が企業内で何を感じ、重点的に取り組んでいたかを知る手がかりであるだけでなく、幾つかの点で興味深いものである。まず、当然ではあるが、彼らが一定の取り組みをしながら、そこに存在するというこのもつ意味、つまり周囲の反応に生じる変化というものがあろうということである。この点を敢えて書き出すのは、後述する「産業精神衛生」批判には、こうした過程的に生じうる変化であるとか、医者が一定の場にいるのこゝろ——つまり職場の人間たちと相互作用を繰り返すこと——によって果たしうる機能について、やはり想像力を欠如させていたのではないかと考えるからである。

次に興味深いのは、企業による違いである。特集の題名にあるように、ここで集められた精神科医たちの職場は、日本有数の（巨）大企業であり、その点では、先ほどの筆者の見方はその条件を無視した楽観論にすぎないのかもしれないが、ただ逆にいえば、「大」企業であるという条件では同等でも、そこに見られる雰囲気はかなり相違があることである。組織形態や職種の多寡、さらには企業文化によって、「精神障害」についての反応の仕方や復職についての難易はやはり当然のことながら変わってくる。一律には何事も語れないこと、比較の重要性を示唆するものとして受け止めておきたい。

2.2 学会の動向と幾つかの注目点

さて、企業側のいわば「内発的」な要請を超えて、その需要を開拓したとは必ずしもいえまいが、医療者を中心とした研究会や学会でも「産業精神衛生」を取り上げることが多くなってきたのもこの時期であり、その意味でも「創生期」といえる。先述した精神衛生普及会に「産業精神健康管理研究委員会」ができたのは1959年であり、翌年には同会名で『産業人の精神健康』という150ページほどの手引き書を出版している。加藤によると委員会ができたのは冊子刊行前年であるが、「5年間の経験と研究」を踏まえてとあるので、前節冒頭で触れた研究会活動がベースになっていたようだ（加藤, 1993b:7）。

上記の委員会のメンバーは、院長が中小企業研究所長の中島英信で、あとは日本鋼管、三菱石油、旭硝子の常勤医師、その他は国立精神衛生所の精神科医（加藤）と同所の産業社会学者（横山定雄）、そして最高裁家庭局の犯罪心理学者（土井正徳）という顔ぶれであった。内容的には、まず第I部で、職場で生じるトラブルのパターンとそれへの対応について概説的に述べている。「行動・人格に関するもの」「情緒に関するもの」「身体的欠陥に関するもの」「庶務、身分及び作業環境に関するもの」「集団現象に関するもの」というのがそのパターンである。

しかし、この本の特徴は、一種の啓蒙書としての側面だろう。第II部は横山が「産業における精神健康管理の意義」と題して、その導入が「能率的職場」になるために不可欠と説くことから始まり、アメリカでの“先進的”取り組みを紹介し、さらに社会的背景の説明から経営上の理念として「経

営者や管理者がまず、精神健康管理の必要性、すなわち人間を人間として扱うことの必要性と有効性を、実感をもって感じる必要があること」を強調し（横山, 1960:93）、そのための組織論について論じていく。

また最後の第IV部で、旭硝子の安井義之が「産業精神健康管理プログラム」と題して、「予防的措置および増進対策」について論じていくことになるが、「自己診断・自己啓発」「採用、適正配置、給与、人事考課」「コミュニケーション」「リクリエーション」「リハビリテーション」「環境整備」といった項目が並ぶ。第III部「産業精神健康管理の基礎技術」（カウンセリング、コンサルテーション、精神療法の原則など）を執筆した加藤は、この冊子について、「精神障害の問題は前面に出さず、もっぱら1次予防に重点が置かれた。…昭和35年に出た本として、かなりすぐれた手引き書だったと思う」と後年述べている（加藤, 1993b:7）。この「1次予防」主義ともいえる発想とその内容、実際的な比重の置かれ方とその変遷は、「産業精神保健」という領域を考える上で重要なポイントであろう。理由の一つは、「心理主義化」という観点から検討した場合には焦点となりうるからである。

この時期で注目すべきもう一つの動きとしては、日本産業衛生協会（1972年より日本産業衛生学会）の取り組みがある。1960年はWHOおよび世界精神衛生連盟の提唱した「世界精神衛生年」であったことも作用してであろうが³、産業衛生学会の年次大会・産業医学学会で「産業職場の精神衛生」がシンポジウムの一つとして開かれた。精

神衛生普及会の冊子・第IV部を執筆している旭硝子の安井が司会となり、翌年の『産業医学』でシンポジウムのまとめを書いている（安井 1960）。そこで、精神衛生問題を「本学会にはじめてとりあげた主な理由」を三点挙げている。

第一に「企業内の精神障害の発見、早期治療、保護、送還、加療、後処置という一連の健康管理活動がまず最初になされなければなるまい」、つまり「精神的非健康者の予防とか対策」から始めるといい、第二に「しかし問題の対象が精神ということであるならば、当然、人間の内部的環境と同時に、外部的環境の背景を考慮に入れて考えねばならない。すなわち問題の重点は裏側にある。広い意味での労働条件の至適化を行うことによって、よりより精神健康を作り上げることが、究極の目的とされるべき」と続けている。第三に先述の世界精神衛生年の実行計画に「産業精神衛生」が掲げられていることに触れている。

このシンポジウムで一つ気がつくことは、トップの講師役として経営学・産業心理学者の名取順一（早稲田大学理工学部）が据えられていることだ。上述の第二の理由——外部的環境の考慮——から入っているともみえるが、必ずしも精神科医がはじめに講義を行わなかったことはこの集団の特性を多少とも反映しているようにも思われる。産業衛生協会（学会）は「産業医」を中心とした集まりであり、精神科を専門とする医師は少ない。結核や中毒への対応を中心としてきた産業医学・産業医と、精神医学・精神科医とは発想法も方法論も異なるところがあるようで、この部分は産業精神保健の歴史や現状を考える上で注意を要する

ところである。

産業衛生協会は、1965年にもシンポジウム「職場の精神衛生」を開くが、同年に「産業精神衛生研究会」を発足させている。この研究会が1年後に「産業精神衛生委員会」（委員長は精神科医の小沼十寸穂）となり2年かけて「産業精神衛生に関する答申書」を協会に対して提出したことになる。この「研究会」から「委員会」になる経過について、委員会を引き継ぐ形で開かれるようになった「職場不適應研究会」の代表である大道明が次のように述べている。

日本産業衛生協会で、精神衛生の問題が採り上げられるようになったのは、昭和38～39年のことで、昭和39年12月の理事会で、精神衛生研究会が昭和40年度から正式に発足することが認められた。最初から委員会ではなく精神衛生研究会として発足したのは、理事会としては必ずしも全員が賛成ではなく反対の意見があったからで、…一年間研究会で検討してみて、やはり委員会として採り上げる必要があるならば来年度から委員会とすればよい…（大道明, 1979:171）

ここから伺えるのは、まず1960年にシンポジウムを開いてはいるのであるが、実は3～4年間は協会としてとくに採り上げることがなかったということであり、そして「委員会」にすることについても、なにがしかの反対があった、文面をそのままに解釈すれば、委員会にするほどのテーマではなかろうといった意見があったということである。産業医学あるいは産業医集団において「精神衛生」というのは60年代前半までは、あまり市民権を得ていなかったと考えられ

る。

しかし、1968年には「答申書」が出されたわけであり、またその年の理事会で、「答申はいわば総論というべきもので、さらに具体的な問題を採り上げて深く研究すべきである」との意見もあり、「理事会で、研究会（職場不適應）の設置が認められた」というように（大道, 1979:171）、一定の認知は協会内で得られるようになったわけである。

「答申」についてみると、まず、「産業従業員の心身健康に影響する要件」として「A. 労働関係（地位の安定、賃金の安定、退職後の生活保障、昇進の機会、労使関係、仕事の評価の適正性）、B. 作業関係（作業様態、作業条件等）、C. 環境関係（物理的条件、社会的条件—人間関係を中心に職制との関係など—、心理的条件—職場の雰囲気、コミュニケーションなど—）」といった項目が並び、委員長は精神科医の小沼であるが、現在でいえば労働衛生の3管理（作業環境管理、作業管理、健康管理。これに総括管理と労働衛生教育を入れて5管理とすることもあり）といった趣があり、産業医学的な発想が示されているように思われる。

少し先取りが過ぎるかもしれないが、次のことを示しておきたい。1980年代後半に、労働省がTHP（トータル・ヘルスプロモーション・プラン）運動を開始し、その中に「メンタルヘルス・ケア」が含まれていたわけであるが、この点についての一つの批判がある。それは、これがもっぱら労働者個人レベルでなされるストレス・コーピングに偏っていたというものであり、それがそれまでの労働衛生の考え方からすれば

不可解でもあり問題含みだというものだ。産業衛生学会 70 周年記念として編集された冊子(2000年)に一つの座談会が収録されているが、現在もこの産業精神保健の分野で中心的な人物の一人である、廣尚典の発言である。

本来、日本の労働衛生だと、まず環境を整備して仕事の仕方を工夫して、その上での健康管理がある。ところが積極的な心身の健康づくりについてだけは個への働きかけがあって、そのあと快適職場指針、環境の調整が出てきた。(皆川他 2000:90)

この発言に対して、他の参加者から「個人アプローチを先にやってしまったという感じですかね。最終的には両輪になったと思います」と話が打ち切られる形となるが、実はこの「なぜ精神保健については個人アプローチが先に来たのか？」という問いは、やはり残しておくべきことのようにも思われる。そうなっている結果を批判するのはたやすいが、なぜそうなるのかは実はそれほど分かっていないのではないだろうか。また、単に総花的に列挙すれば(最終的に「両輪」になれば)、問題が解消するかのようにも考えることも楽観的に過ぎるだろう。

興味深いのは、この68年の「答申」は上述のようにまず多様な労働環境の問題を列挙していくのであるが、途中のところ、この考え方に限定をつける必要もあると示唆していることだ。第Ⅱ節の「精神障害者の発見、処理、社会復帰の基準のたて方」の(1)理念と方針部分で、「健康以上に対する予防」の一般的区別として、1次予防(有害な環境条件をなくすこと)、2次予防(早

期診断と積極的治療)、3次予防(長期の未治患者の無能力ないし欠陥状態を改善させること)⁴とした上で、答申は次のように続ける。

一部の精神障害者や軽度の適応障害を除けば、その原因が十分明らかでない故、第1次予防を活動の中心とするわけにはいかないし、産業精神衛生全般は、その意味で考えられるとしても、ここで扱う精神障害にはあてはまらない。産業精神衛生全般の問題である。第3次予防は、これも企業内で行う範囲のものではない。したがって第2次予防が精神障害の予防の中心になるべきである。(小沼, 1968:13)

障害と呼ばれるレベルの問題については、原因が明らかではないので、1次予防はしようがなく、もっぱら事後的な対応に徹するよりないというものであり、原因が明らかでないということを前提にすれば無理のない議論であろう。ただし、「精神衛生全般」と「障害」とが、かくも截然と区別できるものであるのか一抹の疑問が残る。そしてまた、この答申の論理に従えば、THPにおける「健常者」の「こころの健康の増進」を趣旨とするような「メンタルヘルス・ケア」は、環境調整を含む1次予防の対象になりそうなものであるが、上述したように、そうはならなかった。もちろん、この答申から THP への影響関係のラインを引くことには無理があるが、「まずは作業環境管理」という思考法では収まらない部分が、「精神衛生」にはあると、いわば“わざわざ”明示されているところに、このテーマの特異性があるかもしれない。

この答申には他にも興味深い点がある。

近年論じられている方策や方針との違いがそれである。たとえば2次予防を企業内で行う範囲と考えている点や3次予防が職場復帰支援とは考えられていないことが指摘できるだろう。また、第Ⅲ節に「採用基準のたて方」という項目があり、当時企業と関わった医師たちに対する企業の要請が、やや赤裸々に語られている。

採用担当者やライン管理者は、最近の職場不適応者の漸増傾向と短期間の離職者増加に悩み、採用時健康診断で何とかして、性格異常者や入社後精神神経症障害発生のおそれのある者を排除できないかという希望を強く要請している。（小沼, 1968:15）

こうした要請について、「すでに障害が相当すすんでいるもの」であれば発見もできようし、また幾つかの手がかりから推測される部分もあるが、「限界をよくわきまえて参考程度にとどめておかないと、入社後すぐれた成果をあげる者を逆にのがしてしまい、少数精鋭、高能率時代の人材不足に拍車をかける」し、結論としては「とくに危険な作業につける者を除いては、検診時にとくに精神衛生の立場から排除するための特別な検診は不要であろう」と結んでいる（小沼, 1968:16）。こうした、見方によっては企業の要請をやんわりとたしなめるようなところは、『産業人の精神健康』でも、またやはり前小節で引用した『中央公論経営問題』の座談会でも認められるところであり、精神医学の歴史に鑑みてということになるか判断はできないが、慎重な態度をとっているとも読めるのである。そして付言すれば、80年代以降に出された関

連書籍でいかに様々な問題を扱っていても、こと「採用」について項目を立てるということは見られなくなっている。

2.3 批判と反論、そして沈黙

産業衛生協会（学会）にみられるように、1960年代中期は医療者における「産業精神衛生」への関心が高まった時期である。象徴的なのは、精神医学関連ではもっとも規模が大きく主導的な位置にある日本精神神経学会が、1966年の大会で「学校および職場の精神衛生管理」という分科会を設け、同年に職場・学校・地域をテーマとした「精神衛生管理研究会」（会長として大阪大学の金子仁郎教授）を発足させたことであろう。しかし、この研究会は13回、全国で研究会を開いたのち、73年から無期休会になった。精神神経学会で産業精神衛生（保健）が再び採り上げられるのは、実に14年後の1987年に小此木啓吾が行った教育講演「産業精神医学の課題」においてであった。

この「精神衛生管理研究会」の発足については多くの論者が言及するのであるが、休会の経緯についてはあまり触れられておらず判然としない⁵。ただ、後年、やはりこの領域のパイオニアの一人である大阪府公衆衛生研究所の藤井久和がひとと言、「『管理』という言葉が当時の趨勢と関連して問題になり、消滅してしまいました」と述べている（藤井, 1993:7）。いうまでもなく、この「当時の趨勢」とは、しばしば「学生運動」として表現されるものであるが⁶、「反精神医学」の議論も当然含まれた流れを指しているものと思われる。

たとえば、当時、「東京医科歯科大無給

医」であった三田正也は、『朝日ジャーナル』に「若手精神科医は勝った—全理事を不信任した精神神経学会—」という一文を残している。1968年5月に金沢で開催された日本精神神経学会の総会についてのこの記事は、「学会認定医（専門医制度）問題、既存の学会体制批判などから紛糾し、全理事が不信任され、予定されたシンポジウム、会長講演、一般演題がすべて中止されるという、学会はじまって以来の混乱状態」に陥ったと始まり、とりわけ精神医学をめぐる様々な問題が問い返され、学会内部が深い混迷・紛糾の状態へ突き進んでいく様子が描かれている（三田, 1969:46-48）。ただし以下では現時点で入手できた資料から、あくまでも「産業精神衛生」に直接言及された当時の議論の的を絞って話を進めよう。

企業に精神科医が関わること、その内部で臨床活動をすることについては、とくに精神科医の集団内部で相当の批判があったようだ。この批判の矢面に立ち、公に反論したのは大阪の松下電器・健康管理センターに1964年より着任していた小西輝夫であった。様々な批判が存在したようであるが、彼がその典型的なものとして挙げている、精神科医で現在では精神科医療史の専門家としても著名な岡田靖雄らの議論をまず引いておこう。岡田らは1970年に出版された著作の序章において、日本の精神障害者が国家の差別的扱いによってきわめて貧困な医療環境に止め置かれていることを批判しているが、その上で以下のように述べている。

さらに、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おこなわれています。（岡田・小坂, 1970:8）

こうした批判は60年代、多々あったようで、加藤正明もそれに苦慮したこと、そしてそれであるがゆえにますます職場復帰についての取り組みに力が入れられたことを回想している。小西の当時の反論や回想で語られていることをみる前に、加藤の話を引用しておこう。

当時の産業保健活動は、精神障害者の治療と社会復帰に重点をおかざるを得ず、労働組合や一部の論者から精神障害者を職場から排除しようとするものだという反論があった。職場の労働条件の改善や人間関係の調整の活動であり、健康人の精神健康の向上が基本的目標だといっても、なかなか納得してもらえなかった。勢い精神障害者の職場復帰に力を入れる産業医が多くなった。特にナイトホスピタルによる通勤や部分出勤が取り上げられ、職場内に復帰者のための指導センターが北欧の例に倣って検討され、日本鋼管の復帰班活動や国際電電のデイケア活動が注目された。」

（加藤 1993b:7-8）

加藤はすでに触れたように、自らも参加・執筆した『産業人の精神健康』が「も

「つばら1次予防に重点が置かれた」ことをもって「かなりすぐれた手引き書だった」と評しているように、1次予防こそが産業精神保健の目指すべき地点と一貫して考えていたので「治療と職場復帰に重点をおかざるを得ず」という表現になっているが、60年代にごく一部の企業に限られるとはいえ、日本でも職場復帰支援の試みが開始されていたことを示すものとして興味深い⁷。また、やはり加藤が60年代の後半、人事院に設置された精神衛生委員会のメンバーとして全国の現業・非現業の状況調査を行った経験が語られているので、それも引いておこう。

ある郵便局では、職場復帰した配達係の若い男性が原職は無理なので、中年女性の職員と一緒に郵便物を入れる郵袋の修理を糸と針でやっていたり、会計事務をやっていた男性が専ら宛名書きをやったり、電気工が所長室で新聞の切り抜きをやったりしていた。意外だったのは、組合側が「あの男が居たのでは待遇改善の要求が出しにくいので、速やかに入院させてもらいたい」という要求が出たことなどであった。（加藤 1993b:8）

話がわき道に逸れるが、この復帰後に「原職」以外の相対的に容易な仕事をしている風景は、現在の困難を考える上で示唆的だ。どの職務も機械化あるいは外部化され、もはやこうした形での「復帰」が叶わぬことは想像に難くない。しかし、ここでの文脈で重要なのは、やはり組合の要求の部分だろう。岡田・小坂が産業精神衛生の批判として、組合委員にレッテルを貼って排除することもあると——とくに実例は挙げられ

ていないままに——述べられている一方で、逆に組合が「障害者」を排除するということがあったという回想がある。筆者はどちらが事実に正しいであるとか、どちらのパターンが当時の職場でより多かったことを判定するデータは持ち合わせていない。

そこで、敢えてどちらもありうるという前提に立つのであれば、考えられるのは、「経営者」「組合」といったカテゴリー自体にその行動を予測させることは実に難しいということであり、そしてまた「精神障害（者）」、さらに「精神科医」が、様々な思惑と力の交差する職場という現実の社会的文脈のなかで、様々な意味付けと期待のもとに置かれうること、ということになるだろう。松下電器に勤務した精神科医・小西の以下の主張は、この複雑な状況に現に身をおく者として、それでもなお一定の方向で機能しようとした者の困惑と苦闘を示すものであるように思われる。

さて、その小西の議論であるが、1969年1971年に『精神医学』誌上で展開されている。ちなみに69年の論考「企業と精神科医の問題」は、精神神経学会の精神衛生管理研究会（第5回）での発表に基づくものであり、小西らに対する批判がすなわち衛生管理研究会の休会と直接的とはいえないかもしれないが、かなりの程度関連していたことを推測させるものといえよう。それではまず69年の議論からみていきたい。これもすでに一部引用したが、小西は、職場の健康管理の重点が「結核からいわゆる成人病と精神障害に移行しつつ」あり、そうした社会的要請を背景にして企業に精神科医が関わっていくことは、「社会精神医学—

とくに地域精神医療の課題のひとつを担うもの」とは思うが、そうした関わりができることに「疑惑」をもつ精神科医も少なくないと始めている（小西 1969:17）。ここで、その批判の代表的なものであろうとして引かれるのは、ある座談会での土居健郎の発言である。

この座談会は、同年（69年）の『精神医学』で「第7回 精神医学懇話会 精神科診療所をめぐる諸問題 ディスカッションの部」として掲載されている。1950年に精神衛生法が公布施行され私宅監置が廃止されると、50年代の後半から60年代にかけて民間精神病院も「開設ブーム」となる。そこに64年のライシャワー殺傷事件が起きると、これを機に法改正が行われ、さらに入院措置への圧力が高まり、とりわけこの60年代後半は病床数が激増する時期である（浅井 2001:48-50）。この時代的趨勢のなかで、診療所、すなわち病床数でいえば19以下の外来中心の医療施設がことさらにテーマとなるのは、病院収容主義への批判が底にあるものと思われる。

ただし、「ディスカッションの部」では、まだまだ都市部であっても数も経験も少ない精神科診療所が果たして経営的に立ちゆくのか、そうした問題もまた中心的な関心点となっていた。2年後に『甘えの構造』を出版する土居健郎であるが、箱崎総——診療所を開設している経験から懇話会で演者となっていた——に対して、彼が次のように問うのは、そうした議論の流れの中である。

土居: (箱崎の書いたもののなかに)「各企業、団体内における精神衛生の問題に関与できれ

ば診療所にとってよい結果を生む」と書いてありますが。これは患者をまわしてもらおうということですか、患者をピックアップできるということですか。

箱崎: そうではなくて患者個人から精神療法の費用を徴収するのは、かなり困難なわけです。ですから会社のそういうふうな問題についての顧問というかたちで、たとえばある会社から患者の数に関係なく顧問料をもらうという意味で、経済的にはそれが一番安定をはかれるものではないかということです。

土居: それはわかりましたけれど、しかしそのことに危険はないかと思うんです。それは、その企業と医者が直接関係すると、患者のプライバシーが侵害される危険がある。診断した医者が気をつけて侵害しないとしても、患者は「自分の病名とか状態が会社側に医者から報告されはしないだろうか」と勘ぐるでしょうし、また会社側の方も医者に「いったいあの人はどうですか」と聞いてくることがある。そこで医者がよほど注意していないと、結局企業の利益を知らず知らずのうちに代表して、精神科本来の仕事ができなくなるのではないのでしょうか。こういう危険が僕は非常にあるじゃないかと思うんです。最近企業で、非常に精神衛生をさかんにやっているところがありますけれど、どうもうっかりすると、われわれは軍医なみに扱われるおそれがあるんじゃないか。（下線部は引用者、新福他 1969:23-24）

小西が代表的批判として抜き出したのは、土居の発言における下線を付した部分である。本論に入る前に小西が多少の反論を行っているが、それは要するに、企業と精神科医という組み合わせをあまりにも特別視

しすぎるのではないか、というものだ。企業の利益を代表というが、どの科の医師であれ、開業医なら自分の利益に、勤務医ならその病院の利益に偏った医療行為をする危険性は同様に存在しようし、また企業もまたひとつの「社会」であり、そこで精神疾患にかかる人もいれば、寛解して復帰する人もある以上、「結核に産業医学的対策が必要であったように、精神衛生管理も当然必要」というシンプルな反論である（小西 1969:17）。

その上で、「あえて自己弁明をこころみたい」と断りつつ、とくに二つの点に批判を加えていく。第1に、精神衛生も含め企業のおこなう健康管理一般は、所詮「企業防衛にすぎない」という見方が根強い。しかし、現在行われている結核検診も消化器検診も、社員全体に行うため相当の費用的負担が企業にかかるが、実際にそれで病気が発見されるのはごく一部の従業員に限られ、その早期発見の利益は基本的には当該の労働者個人のものと考えられる。したがって、健康管理すなわち「企業防衛」と考えるのは短絡にすぎるといえる。この部分は、精神医学・医療の特性には触れられていないので、再反論も多々可能であろう。しかし、次の第2の部分、つまり「患者のプライバシー」に関わる問題については、精神医学・医療自体の（少なくとも当時の、そしておそらくは現在においてもまた）現状に関わる議論が展開されている。

それは、その種の産業精神衛生への批判の論拠が、往々にして精神疾患に関わるスティグマを前提にしていることに向けられたものだからだ。精神科においては他科の

場合とは異なり、しばしば勤務先の診断書に、たとえ本当は「精神分裂病（統合失調症）」であれ、「汎神経症」とか「精神衰弱」とか「体質性神経衰弱」などと書くことが、「患者のプライバシーを守っている」こと、つまりは「ほんとうのことを塗糊しなければプライバシーが守れない（と思われる）」（小西 1969:18-19）ことを問題にしている。なぜ他科で結核や胃潰瘍と書けるのに、精神科では書けないのか。差別があるからといえはその通りであるが、しかし「肺結核」もまた差別の対象であったことはよく知られたことである。実際、その病名を忌避して「肺浸潤」とか「肺尖カタル」という診断書用病名が広く使われていた。だが、現在は結核と書ける。なぜか。それは、なによりも「いまや早期発見・早期治療によって完全になおりの病気となったから」だと（小西 1969:19）。そして小西は続ける。

要するに精神病患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ればいいであろうか。もちろんなおりの病気ならだれに知られてもよいというのではない。しかし…問題の本質は診断書にほんとう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。（小西 1969:19）

ここで彼は自分の見聞から一つの例を示している。ある治療医が患者とともにエピソード（てんかん）であることを秘匿し

ていたため、雇用主が何も知らずにプレス作業に従事させた。その結果、発作時に手関節切断の重症を負わせ、患者の「プライバシー」と引き替えに「とりかえしのつかぬ不利益」を患者に与えることになったと。しかし、企業体にもよろうが、エピソードが採用後に発覚したからといって誅首されるとはまったく限らない。そう指摘した上で、さらに彼は、企業側の反応や対応をことさらネガティブなものとして先取りしてしまうのは、実は精神科医自身のなかにある偏見ゆえではないかと切り込んでいく。

ほんとうの病名をふせることで患者の利益を守ろうとする精神科医の伝統的な思いやりがみられるが、一方、企業の態度はある意味では非常に合理的で、なおっていて仕事ができれば、既往症が分裂病であろうがなんであろうがいっこうに頓着しないというところがある。みかたによればきわめて偏見のない態度といえよう。疾患の特性で管理するより、適応性で管理するほうがより実際的であることを、精神医学にはしろろとである企業の労務管理者が心得ているのである。皮肉なみかたをすれば、精神病患者を偏見の目でみているのは、実は案外われわれ精神科医のほうではないかという反省が必要ではないだろうか。（中略）精神病に罹患したことがまるで罪でも犯したかのように、勤務先にも近隣にもひたかくしにかくし、閉鎖的な拘束社会に閉じこめでも患者の秘密を守らなければならないとしたら、これはもはや残酷物語である。患者の利益や幸福と無関係な秘密保持は本末顛倒というべきであろう。（小西 1969:19-20）

小西が言わんとするところを最後に要約

すれば、「企業」と関わるということでいくつかの批判や危惧がでてくるが、実のところそれは医療者や精神医学一般に関わる危険性や現時点での限界に発するものであり、その点を過剰に強調することによって、かえって開かれつつある可能性を閉ざすことは得策ではなかろうということになる。企業の操り人形に仕立てられるという批判については、「このような大義名分が、現在まだパイオニア的存在である精神衛生管理医の気持ちを委縮させないか」と、プライバシーについての指摘については「秘密の侵害をおそれての精神衛生管理に対する疑心暗鬼が、角を矯めて牛を殺すことにならないか」と、自らの危惧を述べている（小西 1969:17, 20）。

しかし、この反論では足りないほど、さらに産業精神衛生に対する批判が繰り返されたのであろう。2年後の1971年、再度同じ『精神医学』誌上で、「企業のなかの精神衛生」と題して一部反論を試みることになる。この文章の出だして典型的な批判として引用されたのが、上述の岡田・小坂の「あやしげなチェックリスト」云々の下りである。後年、小西は彼らの批判について以下のように述べている。

これを読んだときの私の衝撃と当惑は、今も忘れることができない。組織（企業）の利益と個人（病者）のそれとの板挟みになりながらも、懸命に病者の楯になっているつもりだったのに、自分の仕事が精神科医仲間からはこのように見られていようとは……。 （小西 1993:20）

71年の文章に戻ると、小西は「精神衛生

に名を借りた組合活動への干渉など、およそ想像もできないこと」が疑惑・不信の例証としてあげられていることに「産業精神衛生のおかれている立場の難しさを痛感」と述べて、企業内での精神衛生活動には確かに困難があるとして、三つの点を上げている。

まず、病院精神医療と異なり、産業精神医学や職業精神医学とは本来、予防精神医学であり、そこにおける医療者の職務は「精神疾患の治療対策よりはむしろ精神健康の増進対策」であるべきだが、「しかしわれわれ日本の精神科医は、そうした教育や訓練をまったく受けていない」ことが言及される（小西 1971:40）。次に、初めの点と重なるところがあるが、ジャンルとしての未確立が問題にされる。「産業精神医学は、一方では予防および社会精神医学と、他方では産業医学と密接に関係しているが、現状では産業医学のもつ伝統と実績にひきづられているといっても過言ではない」と（小西 1971:40）。もちろん、たとえば産業医学において結核対策から確立された集検法（胃集検など）はその効果を示しており、まねるべき点もある。しかし、それも容易ではないとして以下のように述べている。

CMI のごとき質問紙法による集団スクリーニングも（中略）、単なるレッテル貼るか区分け作業に終わる危険性を持っている。精神障害という非実体的現象を対象に、しかも制度化された健康管理というオートメーション作業に個人を埋没させることなく、企業集団の中の作業員ひとりひとりのかけがえのない精神健康をケアしていくことは、健康管理それ自体がみずからの健康に対する個人の自主決定

権を犯すおそれがあることを思うときまことに至難の業といわざるをえない。（小西 1971:40）

批判に対する反論という色調が強くなるのは、最後の困難に関する記述、すなわち自ら「もっとも頭を悩ます」と認める、「企業のポリシー」と関わることについての部分である。精神衛生管理の第一目標が「生産力向上」ではなく、あくまでも労働者の健康の維持・向上であることを見誤れば、人事管理の手段とされ、「精神障害者」を排除するための手段にもされかねないという指摘はその通りではある。だが、それは「すべての産業精神科医が承知ずみのこと」であろうし、またそうした指摘が「虚心坦懐な忠告であるとき、われわれもまた虚心にそれを受け容れなければならないが」としつつ（小西 1971:40-41）、かなり強い反論が続けられている。

たまたま手を汚さずにすむ立場にいるというにすぎない人からの「産業精神科医は要するに企業の御用医師ではないか」というような評言ほど、われわれを悲しませるものはない。

（中略）企業という社会が現に存在し、その中で精神障害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方がよく、また誰かがそれに従事しなくてはならないだろう。（中略）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。（小西 1971:41）

小西は「ベスト」というわけにはいかないが「ベターである方策を懸命に模索しているつもり」であり、妥協を伴うことはあっても、「批評家ではなく実践家であることの重みに耐えてゆかねばならない」と続けるが、「いささかみずからの苦衷を強調しすぎたことを反省しなければならない」と結んでいる。いささか激したことを恥じるかのような終わり方であったが、諸々の批判に憤ることも多かったのである。

しかし、こうして反論を続けた小西であるが、その後は退職する 80 年代半ばまで、ほとんど公の場での発言をしなくなる。この事情については、93 年の回想のなかで触れている。時間的な前後関係に多少の混乱がみとめられるが、当時の様相と渦中に置かれた小西の苦渋を伝えるものとして読めるだろう。

しかし、産業精神保健に対する精神科医の眼はきびしく、それが日本の精神医療界のなかで市民権を得ていないことを痛感させられるような出来事に次から次へと遭遇した。（中略）有名な某博士からは、「精神科医が企業に関与すると、知らず知らずのうちに企業の利益を代弁してしまう危険がありはしないか」という趣旨のご指摘も受けた。それを受けて私は、「産業精神科医のみならず、医師はすべて、よほど注意しないと開業医なら自分自身の、勤務医なら勤務先の利益を代弁する恐れがあるのではないか。要は医師個人の覚悟の問題であろう」という趣旨の幼稚な反論を某誌に投じた。（中略）某博士からはのちにあたたか

い励ましを頂いたのであるが、この時もまったく別の方向から痛烈な横槍が突きつけられた。これまた高名な精神科医である某博士が、如上の拙論を「居直り強盗の論理」ときめつけられたのである。大学紛争の余塵がさめやらぬ頃であったから、それ以来私は、公の場で産業精神保健について論じることをやめた。病者にだけ、会社に精神科医がいてくれて助かった——と思ってもらえるような仕事ができれば、それでよしとしようと思ったからである。（小西 1993:21）

既に述べたように、こうした沈黙は小西に限るものではなく、精神神経学会の研究会も 1973 年で休会に入り、関連雑誌等シンポジウムなどが開かれることもなくなった。さほど厳密に時期区分をする必要もなかろうが、敢えて明確にすれば、1971 年と翌年にも関連書籍が出されていることも考慮すると（年表参照）、第 I 期の終わりは 1973 年ということになるだろう。

3. 第 II 期 「潜行期」

—1970 年代前半～1980 年代前半—

3.1 幾つかの足跡

「潜行期」と名付けたように、この時期について書くことは少ない。実際、1970 年代については、たとえば 2000 年に行われた産業衛生学会のある座談会の場で、幾人かの精神科医が「低迷期」、あるいは「沈滞」と語っている（皆川他 2000:86）。しかし、ただ「低迷」期、あるいは「沈滞」期とするのも躊躇われるところがある。それは、

第Ⅲ期をいつから始まるとするのかという、いささか恣意的な線引きによっても変わるが、少なくとも行政的な取り組みが着手される 1983 年以降を第Ⅲ期とする本稿の立場からすると、それ以前にもわずかではあるが足跡が残されているからである。

具体的には、二つの点を挙げられるだろう。第 1 に、70 年代後半から 80 年代の初頭にかけて、多少の関連書籍が出されていることが指摘できる。たとえば、76 年には小沼十寸穂『産業神経症』、81 年には小沼十寸穂編著『職場の精神健康管理の実際：諸家の知見と方策から』、82 年には内山喜久雄・小田普『職場のメンタルヘルス』が出版され、また 81 年に『教育と医学』で特集「職場の精神衛生」が組まれていることも補足できる。

小沼編著の『職場の精神健康管理の実際』は、序論等の情報を総合すると、労働科学研究所発行の雑誌『労働の科学』の 32 巻 5 号 (1977 年) で特集「精神健康管理の実際」が生まれ、そこに掲載された文章がまず組み込まれている。その上で、実際に企業との関わりで臨床活動をしている医師を中心に 30 数名の執筆者に原稿が依頼されたものと推測される。このことは、出版のような形で顕在化することは少なかったが、一定数の企業や医師が「産業精神衛生」についての取り組みを 70 年代を通じて継続させていたということを示すものであり、留意すべき点であろう。こうした現場での継続性と次の第 2 の活動も合わせて考えると、「低迷」期とするよりは「潜行」期と形容することが相応しいように思われた。

ただし、第 1 と第 2 の営みは別のものというよりは、より連続的なものと考える方

が適当であろう。1968 年に産業衛生協会において「産業精神衛生に関する答申書」を出した小沼十寸穂が上記書籍の主な執筆者・編集者であるが、第 2 の取り組みとは、その産業衛生協会 (72 年より産業衛生学会) 内で開かれていた「職場不適應研究会」であるからだ。この研究会については既に触れているが、「答申」がまとめられた翌年、1969 年に第 1 回が開かれ 1982 年に名称を「産業精神衛生研究会」に変えているように、70 年代も一貫して継続されていた。

産業衛生学会の学会誌『産業医学』に研究会についての要約が報告されており、たとえば 1982 年の改名直前には第 22 回が開かれ、前節で多く言及した小西輝夫が「職場における精神不健康者への対応」と題した報告を行っている。この期間の一部になるが、参加者数などを知る手がかりがやはり同誌から得られる。研究会代表の大道明が 79 年に過去 15 回について報告しているが、69 年から 74 年までは年 1 回開催であったが、75 年より年 2 回 (77 年は 3 回) になっている。参加者数は、多いときで 60 名以上でときに 100 名に達しているときもあるが、20~40 名程度のときも 5 回ほどみられる。大道によると「最近では、午前中を個人研究発表にあて、午後はテーマを選び、予定発言者、話題提供者を選んで、自由討議を行い、参加者すべてが発言できるようにしている」とある (大道 1979:171)。

3.2 職場不適應研究会の存続をめぐって

ところで、「部外者」からみると、ここに一つの疑問が生じる。なぜ「職場不適應研究会」は存続しえたのか。上述したよう

に、「精神衛生管理研究会」は「管理」という言葉が問題にされ、ほぼ同時期に開始されながら 73 年には休会に追い込まれたという。では、「不適応」は問題にされなかったのか。この点について、2000 年に産業衛生学会 70 周年記念として編集された、『日本の産業保健』に収録されている座談会で言及されている部分がある。なぜ「不適応研究会」が、82 年に「精神衛生研究会」に名称を変更したのかが話題になったときである。発言したのは、70 年代中頃より富士通に常勤で勤めているカウンセラー・福井城次と、この領域でのキャリアが長く、労働省が 1983 年に委託したストレス関連の研究委員会（後述）にも参加した精神科医・夏目誠である。夏目は、不適応という言葉が「先生方や職場関係者にフィットしなかった」といい、以下のように続けている。

夏目：端的に言えば、診断書に病名を書くとき、「職場不適応」ではイメージが悪いという意見があった。（中略）もう一つは時代の流れがメンタルヘルス、ポジティブヘルス、ストレスというように変わってきて、それに合わせる形で「産業精神衛生」の方がいいのではないかと。

福井：今ある会社が完全にいいものかどうか。

「不適応」という言うと、「適応することがいいことだ」という感じで受け取られたらまずいのではないか。つまり「不適応」があまりいい言葉ではないということが変わったのかなと。

夏目：その要素も確かにあると思います。適応というのは非常に難しい概念です。適応することがいいのか悪いのかということは、た

ぶん学生運動のなかでも問われたことがあると思います。それに対するためらいも、どこかにあったのかなという気もしています。

（皆川他 2000:86-87）

このやり取りは 70 年代後半から 80 年代初頭にかけての関連言説の変容、とくに「ストレス」という概念のもちえた社会的作用を考えるとときには興味深いのが、本稿のここでの疑問にはあまり「フィット」しないようだ。福井の意見に合わせる形で、「不適応」という言葉が前提にするものへの批判的見方が研究会の名称を変えた一因にされているが、「学生運動」の影響というには遅すぎる時期であろう。この改称の理由については、その 82 年に会代表の大道明がやはり『産業医学』誌上で以下のように説明している。

この名称からは不適応という点が強調され、ややもすれば臨床的となり、症状や経過など不適応後の問題やその処理、回復期のケアなどに重点がおかれやすく、とらわれていて、広く高い目的意識のものに進みにくくなっている。また最近は、（中略）精神衛生や心の健康が人々の関心を惹くようになってきたので、このような状況に即応する意味でも、名称を（後略）（大道 1982:219）

いささか回りくどい議論の運びとなったが、そうしたのは、これらの発言や説明は、この「なぜ不適応研究会は存続しえたか？」という問題を考える上で幾つかのヒントを与えてくれると同時に、その点を通して、「産業精神保健」において一貫して問題であり続けた事柄を照射できるからである。

まず、名称の変更には福井の指摘したような理由があった可能性も完全には否定できないが、時期から考えると、むしろ夏目の始めの発言や大道の後半の説明が指摘しているように「ストレス」や「心の健康」といった表現が流布してきたことを背景としているとみるのがより適当であろう⁸。すると、このことから推測されるのは、「職場不応研究会」は、実はさして「学生運動」の影響を受けなかったということである。

そしてこの影響を免れた理由は、おそらく大道の説明の前半に色濃く表れているのではないだろうか。つまり「臨床的」であることや「回復期のケア」に重点を置くことは「広く高い目的意識」に反するという感覚を持ち得たということである。この感覚は、精神科医のものではなく、「産業医」のそれのようだ。実際、大道の専門は精神科ではない。そして不応研究会の母体である産業衛生学会は「産業医」の集まりであり、精神科の医師はごく少数である。

論理的には精神科医であり、かつ産業医であることは可能であり、もちろんそうした医師も一定数存在してきたわけであるが、様々な資料で共通して述べられているのは、そうした医師はごくわずかであるということだ。大方の文書資料では「産業医」とは、明示することなく「精神科医」ではないことが含意されている。産業医とは概ね内科や外科、あるいは公衆衛生学などが専門であることが前提にされている。

たとえば、『産業医のための精神科医との連携ハンドブック』といった小冊子が編集されているが、そのとき「産業医」には精神科を専門とする医師はほぼいないことが前提にされている。序文にも「精神医

学の非専門家である産業医の先生方が常に悩むのが、どのように専門の精神科医と接触し、連携し、目的を達成するかということだと思います」と述べられている⁹。このことは、「精神科産業医」という呼称の存在とも関連していよう。この呼称は、なによりも産業医活動から精神科部分だけを分節し精神科医に一任してしまう態度や傾向を象徴するものとして批判されることもあるが¹⁰、同時に産業医集団における精神科医の少数性を現実的な背景ともしていよう。

ようするに、「学生運動」の影響は、反精神医学の潮流を組み込んで激しい内部批判となった精神医学関係者において、すなわち精神神経学会とその内部に設置された「精神衛生管理研究会」にとっては、巨大な影響を及ぼしたが、他科の医師の世界においては、そこまでの影響にはならなかったと推測される。たとえば東大闘争の発端には、医学部闘争があり、インターン制への、そしてそれに代わるものとして導入されようとしていた登録医制への批判や、教授支配に象徴される医学部の体質への根底的な憤懣があった¹¹。それらは決して精神科の問題に限られるわけではない以上、他科においても大きな影響が生じたはずであるが、少なくとも産業衛生協会（学会）においては「不応研究会」を休会に追い込むような影響は生じなかったようである。そこには専門の違いだけではなく、学会メンバーの年齢や身分上の構成などにも理由があるものと考えられるが、残念ながら現時点ではそこまで資料収集が進まなかったもので、その点についての検討にはここでは踏み込まない。

しかしここで問題になった「精神科医」

と「産業医」との相違という問題は、関係者たちの間でも長らく意識されてきた点であるようだ。先述の座談会で、労働衛生コンサルタントとしてやはりキャリアの長い皆川洋二が関連する発言をしているが、歴史的な観察も含まれたという意味で興味深く引用しておきたい¹²。

皆川：私はずっと傍観者で見ていたのですが、産業医で産業保健をやった方と精神科医で精神保健をやった方では、かなり考え方に違いがあったように思うのですが。（中略）ある意味では対立していたのではないか。対立という用語がありますが、一方は事例のみ、一方は観念的に予防とか健康増進という……。夏目：（精神衛生管理研究会について言及して）この研究会は主に精神科医が発表する場だったと聞いています。そして「職場不適應研究会」は主として産業医が中心になって発展したと思います。精神科医は、私自身もそうかもしれませんが、たこつぽに入りやすい習癖があります。一方、産業医の先生方は幅広い視野で考える。その点で研究会というのは非常に良かったのではないか。確かに精神科医の中にはやや反発する雰囲気もあったと思いますが、（後略）

皆川：バラバラというか、共通の場がなかったように感じるのですが。精神科医と産業医の間で、事例から予防対策へとつなげる共通の場でのディスカッションを本当にしていたのか。別々に、ただやっていたのではないか。夏目：（他の参加者の発言も挟んで）精神科医は事例が出てくると目が生き生きする。…職場の中でそれ（精神病理）がどんな意味を持っているかとなると関心がやや希薄になる。たとえば「職場不適應研究会」で産業医が主

体になったときのテーマはわりあい総論が多いのですが、精神科医は総論になると元気がなくなる。この視点の違いがズレといえズレだし、その職種がもつ宿命のようなものはあったと思います。

（皆川他 2000:88）

以上、第Ⅱ期について多少の活動を取り上げることと同時に、「不適應研究会」が「精神衛生管理研究会」とは異なり70年代も存続してきたことに注目し、そこから「精神科医」と「産業医」との組織的な歴史や関心の持ち方における相違にも目を向けてきた。現在に至るまで産業医と精神科医がいかに有効に連携するかという問題は繰り返しテーマ化されてきた。そして、とりわけ第Ⅳ期になると産業医の法的な位置づけや責務が重くなる傾向があり、関連する問題はさらに重要性を増しているように見受けられる。後に再度論じるところではあるが、第Ⅱ期の着眼点として、「産業精神保健」における一つの問題の在処を示唆することとした。

4. 第Ⅲ期 「展開期」

—1980年代中期～1990年代前半—

4.1 関心の高まり

前節でみてきたように、1970年代前半から80年代初頭にかけての第Ⅱ期でも、産業衛生に関心をもつとくに非精神科の医療関係者による研究会は小規模ながら続けられ、関連する書籍もいくつか出版されてはいる¹³。しかしながら、精神科医の組織的な取り組みもなく、なによりも行政による政策的な取り上げがなかった。前後する時期と比

較してみれば、やはり潜行期ないしは停滞期と呼ぶのが適当であろう。

第Ⅲ期は、行政的な取り組みが始められ、精神科医集団が再び職場における精神保健を取り上げ出した時期であり、1990年代にも引き継がれていく側面はある。ただし、第Ⅳ期とした90年代後半以降の切迫感や濃密さと呼ぶうるものはなく、その意味で「展開期」と名付けた。

行政が産業精神保健に関わる事柄を取り上げたのは、1983年からである¹⁴。70年代末頃より、労働省は、職業病をはじめとする健康障害の早期発見・早期対策から、健康の保持増進を施策目標に転換した。1978年には、とくに中高年齢層を対象にした「シルバー・ヘルス・プラン（SHP）構想」を発表した。このSHP構想を進めるために、中央労働災害防止協会（中災防）¹⁵に中高年齢労働者ヘルスケア検討委員会が設置され、1982年からは、運動を中心にした身体面での健康づくり活動であるSHPが展開された。

ただし、このSHPのなかに精神保健に関わる部分が組み込まれるのは、上述の通り1983年からである。ヘルスケア検討委員会のなかに「ストレス小委員会」が、86年まで設置された。1986年には、中災防から『企業におけるストレス対応—指針と解説—』という100ページ程度の小冊子が発行されている。

また、やはり労働省の委託で、産業医学振興財団に「メンタルヘルスケア企画運営委員会」が1984年に設置されている。この委員会の検討結果は、労働省労働衛生課編として『労働衛生管理におけるメンタルヘルス—職場における心の健康づくり』という400ページを超える研究会用テキストに

まとめられた。

ここで多少とも興味深いのは、旧労働省の踏み込み方である。1980年から医系技官として旧厚生省に入ったのち、1986年に旧労働省へ出向、上記の二つの取り組みから後述するトータル・ヘルスプロモーション・プラン（THP）にも中心的に関わることになった精神科医・河野慶三が回想として、以下のようにことを述べていることだ。SHPのなかで設置された「ストレス小委員会」の作成した「企業におけるストレス対応の指針」については、旧労働省はかなりその関与の度合いを弱めたということである。

当初は、労働省労働基準局通達として出すことが考えられていた。しかし、

「メンタルヘルスの問題は、あくまでも企業もしくは労働者個人が処理すべきもので、行政は直接関与しないほうがよい」というそれまでの労働省の基本的な考え方に押し切られ、国の定める指針とはならなかった。…（中災防が冊子を発行し）…指針を広めるための講演会を北海道・東北・関東などブロック単位で全国的に行ったが、行政からの支援も乏しく、尻すぼみとなった。（河野 2005:82-83）

だが、産業医学振興財団が同じく1986年に出したテキスト『労働衛生管理におけるメンタルヘルス』については、「『指針』に比べるとはるかに行政主導的」と述べている。

これ（上記テキスト）を普及させるために、医師会を含めた組織が都道府県

単位でつくられ、労働基準局（当時）、労働基準協会、医師会が協力して、それぞれの地域で産業医、保健師、看護師、衛生管理者、人事労務担当者を対象とした研修会が開かれた。

こちらの研修事業「メンタルヘルスケア研修」は、1988年より、トータル・ヘルスプロモーション・プラン（中高年齢層に限定しないという意味でのトータル）が開始されることで、「自然消滅」、いわば“発展的に解消”したということであるが、ストレス小委員会の「指針」とその遇され方の相違がどのように説明できるのかは判然としない。旧労働省のメンタルヘルスには国が直接関与しないという「基本的な考え方」が一貫しているのであれば、『労働衛生管理…』のテキストの普及を企図した研修会も、決して「行政主導的」にはならなかったであろう。

可能性としては、旧労働省としては、ほぼ同じテーマで二つの検討委員会を同時期に走らせてしまった結果、どちらかを優先せざるを得なくなったこと。そして、それぞれの検討委員会を受託した母体の性格（たとえば医師会に対する影響力）や参加委員のもつ動員力の違いもあり、そうした処遇の相違を生み出したことも考えられる。しかし、それらは推測の域をでない。

ただ、おそらく重要なのは、行政内部に技官としていた医師が旧厚労省内部の「基本的な考え方」として、「メンタルヘルスの問題は…行政が直接関与しない方がよい」という主張（しかも一定の強さをもつ主張）がこの時期に存在したと証言していることである。この、メンタルヘルスには行政が

関与しないというスタンスは、実際に、行政内に長らく存在したように推測される。2006年に改正された労働安全衛生法（安衛法）が施行され、同時にいわゆる「新メンタルヘルス指針」が打ち出されたときに、両者の決定過程にも関与が深かった行政官、医師を集めた座談会が『産業医学ジャーナル』で開かれたことがある。

そこで、当時、厚労省の労働基準局安全衛生部労働衛生課長であった阿部重一が、改正された安衛法に「法文や規則レベルでは結構微々たる部分」ではあるが、メンタルヘルス対策が盛り込まれたことは画期的であり、2000年に策定された旧メンタルヘルス指針にしても、「法令のバックグラウンド」なしに、「何か遠慮がちにやっていた」と語っている。

どうしてもメンタルヘルス対策になると行政側が事業者を指導したり、監督したりすると言いますか、どうしても今までのような形で強力な指導・監督はできないというような経緯は確かにあったわけです。（櫻井他 2006:6）

非常に不明瞭な言い回しであるが、前後の文脈からみれば、1980年代の中期以降、通達のようなかたちで「メンタルヘルス」対策を指導はしていたが、強力にはできなかった、その意味では、実際には不可侵の領域であったことを示しているように思われる。そこにはもちろん企業側の抵抗もあるという環境的な要因も考えられようが、「メンタルヘルス」についての行政内的な認識の仕方も作用していたのかもしれない。少なくとも前出の河野は、80年代における

状況について、後述する事件（日航「逆噴射」事故）の影響で旧労働省が一定の反応を示したが、その切実さはごく弱いものであったと述べている。

多くの事業者や人事管理担当者が、メンタルヘルスの問題に直面し、何とかしなければならぬと切実に思っていたわけではない。行政サイドも同様で、問題意識は将来に向かっての理念的なものであった。（河野 2005:83）

1987年には、翌年に向けた安衛法改正の作業が始まり、それと連動する形で、「シルバー」ではなく労働者全体を対象とした、つまり SHP の対象を拡大させることで、トータル・ヘルスプロモーション・プランが企画された。すでに、上記のストレス小委員会や企画運営委員会の流れもあり、THP に「メンタルヘルス」を組み込むこととくに異論はなかったようである。このプランにおけるその基本的な性格については後述する。

4.2 この時期の背景

—その1：2つの事件—

ところで、なぜ 1983 年や 84 年という時点で、労働省が精神保健に関わる取り組みに踏み出したのだろうか。ここでは、二つの背景が指摘できる。まず、この時期、労働者の精神面の失調が原因と考えられた事件や関連する出来事が社会的に注目を集めたこと。次に、まさに「メンタルヘルス」という言葉が象徴する、より広い意味での精神的・心理的な「健康」への関心の高まりがみられたこと、である。後者のより広

いとは、不具合のレベルが「疾患」や「障害」というほどのこともないという意味で多くの状態を含むことを、またそれゆえにより広範な人々に関わる可能性があることを含意している。

労働省の対応を促したものとして、主に二つの出来事がしばしば言及される。1982年2月に日本航空の旅客機が羽田沖に墜落した事故がその一つである。この点については、当時労働省内部にいた前出の河野も明言している。

（旧労働省が委員会を設置した）背景となったのは、1982年に起こった日航「逆噴射」事故であった。事故の原因が機長のメンタルヘルス不全であること、日本航空のその機長に対する健康管理が不十分であったことが明らかとなり、労働者の心の健康を企業がどう扱うかに国民の関心が集まるというやや特殊な事情があったのである。（河野 2005:83）

確かに、この墜落事故は、乗客 24 名の死者と多数の負傷者を生み出した大惨事であり、メディアにおいても多大な関心と呼んだ。

もう一つの「事件」は、メディアの取り上げ方としてははるかに目立たないものであったが、旧労働省そして企業にとって、きわめて大きなインパクトをもつものであったと思われる。それは、1984年2月となるが、ある労働者の自殺未遂による負傷が労働災害と認定されたことである¹⁶。この被災者は、1978年より上野駅の新幹線が乗り入れる地下プラットフォームを設計する技

師であり、その事実上の責任者であった。技術的な難易度がきわめて高い上に、発注者による設計条件の度重なる変更があり、しかも与えられた期間は半年と短かった。周囲からの支援も少ないなかで身体的にも不調が現れ、翌年には大学病院等で「うつ病」あるいは「心因反応」と診断され、通院・入院もしていた。同年の7月には復職したが、通勤中に駅ホームより電車に飛び込み、両下肢切断の重傷を負い長期入院となった。

労災申請がなされたが、判断が困難であるとして、労働本省（当時）で検討されることとなった。その結果、業務には「反応性うつ病」の原因となるだけの強度の精神的ストレスがあったこと、業務以外のストレスは主たる発病原因とはみなせないことなどが認められ、また自殺企図は、そうして発症したうつ病が原因として認められた。つまり、自殺未遂による負傷も業務上の災害と認定されたわけである。

この事例が行政や企業に対してもったインパクトについては、日本産業衛生学会が編集した『日本の産業保健』に収められている座談会「知的労働と心の健康」で、複数の参加者が言及している。医師の原谷隆史（当時、旧労働省の内部にあった産業医学総合研究所に勤務）は、以下のように述べている。

労働災害として認められた1984年の事例は、労働省が精神疾患に対する対策が必要だと示した点で画期的である。それまでは精神疾患、たとえばうつ病などに関して業務起因性はほとんど考えていなかった。それがあの事例によ

って労働省の対象とする業務上の傷病として認められ、自殺もそれに結びついた労働災害として認められたというのは画期的な事件だったと思います。

（皆川他 2000:87）

また、1975年に富士通に常勤のカウンセラーとして入社した福井城次（座談会当時は、富士通川崎病院勤務）は、企業に対する影響を回想している¹⁷。

（この労災認定は）企業にとってものすごくインパクトが強かったと思います。うつ病の問題でも、会社の責任が問われることになったわけですから、私のいる富士通でも、それまで課長へのメンタルヘルスの研修はやっていたのですが、1984年度から、さらに若い主任クラスまで全社的にやり始めました。これも労災認定が追い風になったのだらうと思います。（皆川他 2000:87）

やはり参加者の医師（当時、岐阜大学医学部公衆衛生学に勤務）・川上憲人も「1985年前後は、産業精神科医などがどんどん職場に入って、精神分裂病やうつ病など精神的な病気に対応し始めた大きな時期だと思っています」と述べている（皆川他 2000:87）。

このように、1984年の労災認定はとりわけ大きなインパクトを行政や企業に与えたようにも思われる。ただし、それは端緒を開くきっかけになったという表現がよりふさわしいのかもしれない。というのは、労災申請に対して判断が難しいと、東京労働基準局（現・東京労働局）から本省に判断が委ねられ、最終的には中央労働基準監督

署長が業務上と認定するという経緯を経ながら、後述するような自殺についての認定基準を見直すようなことはなかったからである。1984年2月に、事務連絡として、「反応性うつ病等の心因性精神障害の取扱いについて」が出されたのみであった。

認定基準が見直されたのは、実に15年後の1999年だ。こちらは、あきらかに後述する「電通の事例」（過労自殺をめぐる民事訴訟で1996年には一審判決で会社側の賠償責任が認められている）などのインパクトによるものと考えられる。そうである以上、すでに引用したが、80年代に労働省にいた医師・河野の観察が妥当であったのだろう。すなわち、事故等による社会的関心の急激な高まりに押される形で着手はしたが、さほどの「切実さ」が行政にも企業にもあったわけではなく、いたって「理念的」なものにとどまっていたということだ。

4.3 この時期の背景

—その2:「メンタルヘルス」への関心—

そして、そのいわば「理念的」なゆるやかさと対応関係にあったと思われるのが、考えられる第二の背景である。それは、社会学者の佐藤(2007)の表現を使えば「日常的なメンタルヘルス」への関心の高まりということになる。ただし、この種の関心の高まりは、行政的な取り組みを促す原因というよりも、相互的な影響関係をもちつつ、行政的取り組みが社会的に受容される条件としての時代的な背景というべきだろう。さらにいえば、旧労働省が取り組みを始めたことも、より広範な「メンタルヘルス」への関心も、いわばより深い部分で生じていた社会的変化の現れと考えるべきではな

いだろうか。

佐藤(2007)は、1950年代以降の「心の病」についての語り口や意味づけのされ方を新聞・雑誌等の資料から辿っているが、1970年代の後半が大きな転換期であったとしている。1950～70年代初頭は「ノイローゼの時代」であり、それはときに犯罪や事件へと結びつく問題とされた。「受験勉強のノイローゼ」で学生が放火などをする、「育児ノイローゼ」の末に主婦が「子殺し」や「心中」をする、といったパターンである。

佐藤(2007)では、1970年代後半以降は、「ノイローゼ」といったキーワードは急速に姿を消し、「うつ病」「心身症」「自律神経失調症」「アルコール依存」など、診断名が細分化された時代であるとされる。ただし、「ストレス」という言葉の使われ方とその変遷に注目した津久井(2007)の研究では、1980年頃に、まさに「ノイローゼ」と入れ替わる形で「ストレス」が頻繁に用いられるようになったことを、新聞記事のデータベースに基づいて明らかにしている。「ストレス」はそうした細分化された症状や疾患の原因と位置づけられることも多いことを考えれば、「心の病」を語るキーワードは細分化されたというよりも、「ストレス」に集約されつつ転換したといえるだろう。また、津久井が指摘するように、その言葉の大衆化された使われ方をみると、「ノイローゼ」が精神的な状態を限定的に記述する言語であったことに対して、「ストレスの多い社会」といった、「精神」と「社会」が繋がっている形で、つまり両者を同時的に表象する装置として「ストレス」は機能しているところがある（津久井2007:119-121）。社会・時代認識とセット

になった「メンタルヘルス」への関心の高まりは、「ストレス」という言葉とその大衆化に象徴されるだろう。

そして、重要なことは、佐藤の議論に戻れば、「心の病」に関する報道が、事件や犯罪としてではなく、誰もが日常的に留意すべき「健康問題」や「メンタルヘルス」それ自体として取り上げられるようになったことである（佐藤 2007:194-206）。「ストレス」をタイトルに含む書籍も検討した津久井によれば、ストレスをいかに解消し、競争社会を勝ち抜くかを説く指南書も多く見られるようになる。後者は、病気にならないという意味での「健康」を通り越して、より「充実」した、より「幸福」な「生き方」を志向するものである（津久井 2007:126-128）。本稿の文脈で注意しておきたいのは、80年代の中頃には、ストレスという言葉を経典にして、非病気としての「健康」だけでなく、今日に至る「勝ち組」フレームと「メンタルヘルス」の問題がすでに一体化してきていたことである。

さて、佐藤(2007)の研究からも伺える、80年代の変化でもう一つ興味深いことは、事件報道などで取り上げられる属性が、それ以前の「学生」「主婦」といったものではなく、「会社人間」や「サラリーマン」、つまり、とくに高度成長期以降、日本社会においてはその数量的な大きさだけでなく、往々にして社会的存在としての中核性や正統性を付与された企業従業員（しかも中高年の）がクローズアップされたことである。たとえば、佐藤がとくに言及しているのは、「テクノストレス」という議論だ。

この用語は、もともとは、アメリカの精神療法家である Craig Brod が 1984 年に

Technostress を著し、同じ年の 8 月には訳書が新潮社から出版されたところから広まった。Brod の著書では必ずしも職場や中高年層に限った議論をしているわけではないが、日本では「オフィスオートメーション(OA)」化の進展という職場環境の変化に適応できない、とくに中高年の勤労者の問題としてもつばら注目されたところがある。そして、これは佐藤が指摘しているように、1986 年に通産資料調査会から出版された『テクノストレスとメンタルヘルス—職場の対応策』では、従業員の精神的失調は生産性を低下させるという意味でも問題であり、経営的な視点から企業が取り組むべき課題とされている（佐藤 2007:205）。

職場におけるメンタルヘルスへの注目や対応が、働く人々へのケア（福利厚生）のためか、それとも生産性向上という企業経営のためかという議論は、また最後に取り上げたいが、ここではもう少し、当時の関心の広まりについて触れておきたい。たとえば、書籍に注目してみよう。1984 年に精神科医の小西輝夫が『サラリーマンと心の健康』を、1985 年にはやはり精神科医の笠原嘉が『朝刊シンドローム—サラリーマンのうつ病操縦法』を、そして 1986 年に再び小西が『バンカー・シンドローム—サラリーマンの心の危機』を出版している。

小西については、本稿の時期区分では第 I 期のところで、その議論を多く引用している。企業で精神科医が医療活動を行うことへの批判を多々受けながら、1960 年代中頃より松下電器で専属の精神科医として勤務していた小西は、自説を展開し反論もした。しかし、強硬な批判が次々と寄せられるなかで、専門誌や一般誌においては口を

閉ざしたという経緯も紹介した通りである。その小西が 80 年代に一般書を世に出した経緯については、2 冊目の前書きに記されている。

退職の歳、20 年間の経験をまとめて『サラリーマンの心と健康』という本を上梓しました。産業精神衛生のガイドブックのつもりでしたから、産業医や、企業で働く保健婦さん、看護婦さん、ならびに職場の衛生管理者などを読者に想定してペンを進めました。ところが、その書名のせいか、思いのほか多くの一般サラリーマンの方々にも購読していただいたようです。

サラリーマン生活に役立つ精神健康増進法のノウハウを期待されたのでしょうか。そうだとすれば、そのご期待には十分添い得なかったのではないかと——と思います。

そこで、本書は、サラリーマンの^{メンタル}精神健康を、……とくにサラリーマン生活の危機克服という視点に立って考えることを目的に…(後略)。(小西 1986:10)

前著で一般の読者が多かったこと、そして「精神健康増進法」が期待されたのではないかと小西の推測は、当時の雰囲気^{ヘルス}を推測する上で重要な部分だろう。

ところで、笠原も著名な精神科医であるが、注目しておくべきことは、両者が「シンドローム」と銘打っている事柄は、ほぼ限定的に「うつ病」に焦点にしていることだ。笠原は、当時の職場の精神保健における重要なトピックとして、とくに「軽症うつ病」を挙げており、その早期発見のた

めのサインとして目をつけたのが「朝刊」であった。

あなたは、今朝、いつものように朝刊をお読みになったか。……ごくごく初期の段階ですでに、本人にも、周囲の第三者にも、ともに早期発見用となる目印がないものか。そう思って、ごくふつうの（中年）サラリーマンの軽い精神的不調の初期症状に注意をこらしていたところ、どうやら「何はともあれ朝刊を」という朝の生活パターンの乱れが一番共通しているのではないか、と思うようになった。そこで「朝刊^{モーニングペーパー・シンドローム}症状」などかつてに名前をつけて、十年くらい前からごく内輪で使っていたところ、それが弘文堂の重松編集長のお耳に入って…(後略)。(笠原 1985:1-8,括弧内は引用者)

臨床家が内輪で使っていた表現が一般書の形で取り上げられた経緯にも触れてあり、その点でも興味深いところがある。また、小西の「バンカー・シンドローム」も、それまで順調にゴルフコース（それは会社の比喩といってもよいであろう）を回っていた中高年サラリーマンが、中年期に「ふとした迷いやつまずき」から(小西 1986:12)、「うつ」という「バンカー」にはまり込むことを指している。

次節以降で確認することになるが、1990 年代後半以降の「うつ病」の取り上げられ方が、明瞭に、帰結としての自殺や原因としての過重労働あるいはハラスメントと関連づけられていることを考えれば、「ふとした迷いやつまずき」という表現は、その

リスクや環境負荷のもつ強度の一般的な認識として、まだ緩やかな印象を受ける。実際、小西に限らず、笠原においてもそうした職場における原因がとくに取り上げられることはない。しかし、そうした相違がありつつ、すでにこの時期に、職場で十全に機能し続けることへの不安や、いかにして機能不全に陥ることを回避するかという関心が、「うつ」についての精神科医の議論が求められ消費される形で表出されていたことが伺われる。第Ⅲ期の「展開期」を特徴付けるものとして重要な部分である。

4.4 THPにおけるメンタルヘルスクエアをめぐって

トータル・ヘルスプロモーション・プラン（THP）は、「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」¹⁸にその活動内容が示されたものである。基本的には、シルバー・ヘルス・プラン（SHP）の考え方を全年齢層に適用するものであるが、1988年に労働安全衛生法が改正され、その第69条に基づくことで、その実施が事業者に努力義務として課されることになった。そして先述したように、SHPに途中から「メンタルヘルス」の項目が加えられたことで、THPにもその部分が組み込まれることになった。その指針のなかで示された活動内容は第4節（3）メンタルヘルスクエアに示されている。

健康測定の結果、メンタルヘルスクエアが必要と判断された場合又は問診の際労働者自身が希望する場合には、心理相談員（改訂後は心理相談担当者）が産業医の指示のもとにメンタルヘル

スクエアを行う。

なお、本指針の「メンタルヘルスクエア」とは、積極的な健康づくりを目指す人を対象にしたものであって、その内容は、ストレスに対する気付きへの援助、リラクゼーションの指導等である。（括弧内は引用者。）

様々な現象や問題を社会的な原因や条件に関連づけて解釈したり、解決策を考えたりするのではなく、もっぱら個々人の心理的な水準に結び付けて記述し解釈していく傾向を、社会学では心理学化、あるいは心理主義化という言葉で表現してきた。こうした視点から見た場合、重要なのは、この指針はあくまでも個人的な水準で行われるセルフケアを問題としているということになるだろう。実際、このことは産業衛生や産業精神保健に関わる専門家たちにも指摘されている。労働衛生に長く関わってきた皆川はある座談会の席上でTHP自体の問題性として指摘している。

産業保健活動とは、職場の健康阻害因を明らかにして、さらにその対策として職場改善を進めていく活動です。THPという公衆衛生活動は、この産業保健の基本的なところが抜け落ちる危険がある。それがTHPの功罪。（皆川他2000:90）

また、同じ座談会で、労働衛生・産業精神保健を専門とする医師の廣尚典も、労働環境の整備や作業方法の改善を飛び越して、THPでは「個への働きかけ」が先にきたことを問題として指摘している（皆川他

2000:90)。

こうしたことは確かに確認しておくべきことである。また、それに比べれば、セルフケアを勧奨するのがどのような資格や肩書きの行為者であるかは、さして重要ではないかもしれない。しかし、いくつかの理由から、ここでは「心理相談員」、あるいは「心理相談担当者」（後に呼称だけ変更されたが同じ資格）に注目しておこう。

理由の一つ目は、産業精神保健の取り組み方についての歴史的な変化をみる上で、よい切り口であるからだ。たとえば、後述する2000年に策定された「労働者の心の健康づくりのための指針」（旧メンタルヘルズ指針）では、期待される担い手はまた別のアクターに移行しており、そのことは少なくとも行政サイドが取り組むべきと想定した事柄が相当に変化していることを示している。二つ目の理由は、「心理相談員」とその役割については、関係する専門家——とくに精神科医——集団における見解の相違が現れやすいところがあり、第Ⅰ～Ⅱ期でも記述してきた、産業精神保健についてのいわば内在的な葛藤を理解する上で意味があると思われるからだ。

心理相談員とは、中災防の心理相談研修（3日間）を受講すれば取得できる資格である。受講資格もとくに制限されたものではなく、「素人でもすぐ取れる。とにかく3日間黙って座っていれば資格をくれるというもの」と語られるものでもある¹⁹。なぜ、これほど安易とさえ思われる資格の保有者をメンタルヘルスケアの中核に位置づけたのだろうか。この点については、まず、SHPのストレス小委員会からTHPの策定にも関わっていた精神科医・夏目誠の座談会（同

上）での発言が参考になるだろう。

（メンタルヘルスを）やらなあかんと思っているけどなにをしていいかわからへんというのが企業の本音だと思います。その時に「心理相談員」という、資格ではないけれど資格らしきものができたのが一番大きなポイントになった。主に保健婦、看護婦などを対象に、……「心理相談員」という名称を作った。この名前がエポックだったのではないか。そして心理相談員が担う役割が「メンタルヘルス・ケア」だと。……メンタルヘルスは、……漠然としているがゆえに何から始めたらいいかわかりにくい面もあった。特にストレスへの気づきへの援助をメンタルヘルスの大きな柱にしたことが、このストレスの時代をかき上げしたように思います。私もTHPのカリキュラム委員を後半になってやりましたが、心理相談員の講習会は回線がパンクするくらい申し込みがたくさん来る。（皆川他2000:89）

端的に言えば、分かりやすさのためであった、ということになる。メンタルヘルス・ケアといわれてもイメージがわからない企業人たちにとって、心に不調がありそうな人が相談をする特定の人を職場に配置しておくといのはきわめて分かりやすい。おそらく、その先に何がなされるべきであるのかは未規定であっても、ひとまずの分かりやすさは生じるだろう。また、企業にとって、「その人」も特別に雇い入れる必要はさしあたりなく、最低限の受講条件をみたせば

誰かが三日間で資格をとってくればいい、ということであれば受け入れやすい話でもあるだろう²⁰。

もちろん、この3日間研修については批判が多い。やはり同じ座談会で精神科医の島悟は「『こんなものしょうがない』と思っていた」と述べており、夏目自身も「問題点をひとつ挙げれば、玉石混淆だということ。たった3日間の研修で果たして何ができるかという問題がある」と語っている（皆川他 2000:89-90）。

ただし、ここで問題になるのは、そもそも心理相談員の役割として何をどこまで期待するのか、ということだろう。夏目は、「心理相談員はカウンセリングはしないのが原則です。最初から、それほど深いところを狙ってはいない」と明言している（ibid:90）。したがって、心理相談員をめぐって意見が分かるとすれば、そもそも職場のメンタルヘルスのためには何が本質的に求められているのか、という部分での見解の相違にもつながるところがある。

この部分を多少とも検討しておく上で、次の資料が参考になるだろう。旧厚生省の委託研究として産業精神保健研究会（後述）を中心に、1991年より「職場における精神保健医療ネットワーク検討委員会」が組織されたが、その数度の全体会議で交わされた議論が、『産業精神保健』誌上に収録されている。この中でとりわけ、THPの心理相談員制度を作った「張本人」と自ら述べている河野慶三と、やはりすでに言及した笠原嘉とのやりとりが注目される（おもに1992～1993年の会議）。それは、職場のメンタルヘルスとしてどのような部分がとくに問題になるのか、問題の性質によって誰

が担うべき事柄なのかといった点についての議論であるが、両者の議論はほぼ平行線のまま第2回の全体会議まで続けられている。

筆者なりに両者の噛み合わないポイントを整理していけば以下のようになるだろう。河野の立場は、心理相談員が対応できるのは、ごくごく軽い部分—多少の気疲れといったところ—に限られるし、それ以上の部分に自ら関与すべきではない。ただ、その軽い部分について、リラクゼーションなどストレスコーピングの方法を、つまりは「自己管理」を教えるだけでも²¹、職場の取り組みとしては新しいし、一定の（予防）効果を期待できる、というものだ。笠原が、心理相談員というのは「少し軽いケースを対象にしていると考えていいですか」と問うたところから、以下の一連の河野の発言になる。

笠原先生は「軽いケース」と言われましたが、我々は「軽いケースもやらなくていい」と言っています。要するに、原則としてTHPでは病的な人を対象にやらなくていい。……「健康測定の有見者を外せ」と初めから言っているわけです。

病人を直接の対象にしないとされています。ですから、メンタルヘルスで一番中心にしているのはストレス対策なんです。病人じゃないんです。何らかの問題があっても働いていて、その解決をはかりたい。その手助けをする仕組みをつくろうということです。（大西編 1994a:119）

こうした河野の立論に対して、笠原は疑問を呈する。『朝刊シンドローム』で紹介したように、笠原は「軽症のうつ病」が職場において発生頻度においても重要な問題と考えているので、まずその部分を掬えないうシステムにどれほどの意味があるのか、懐疑的であるように読める。

笠原：問題は、そんなに重くない軽症の精神障害、あるいは軽うつ病患者、理由もなく無断欠勤する人、会社ではちゃんとしているが家に帰るとアルコールばかり飲んでる人など、一昔前とは違う精神障害者への対策になりつつあるわけです。（大西編 1994c:268）

河野：我々は病気の視点からの対応の必要性を否定しているわけではありません。企業に専門家が少ないので、できるところから対応しようとしているのです。具体的には、ストレスをテーマとして取り上げ、その自己管理を教える仕組みを事業場のなかに作ろうと考えています。これだと精神科医や心療内科医もたくさんはいりません。

笠原：それは企業が昔からやっていたことでは…

河野：やってないですよ。（大西編 1994d:340）

このように、「正常」範囲の問題について、ことさらに医療者が「健康」増進的な体制を構築する必要性について疑問をもつ

と同時に、さらに、むしろそうしたことに主導的な役割を果たす危険性について憂慮している。この最後の憂慮の部分が、決して十分に論じられてはいないのであるが、第Ⅲ期において記憶にとどめられるべき部分だろう。

河野：（対象として健康なのか病気ののかといえ）労働衛生の現場はやはり health からです。その場合のターゲットはストレスです。

笠原：何度も申し上げて恐縮ですが、メンタルなストレスマネジメントに関しては、企業家の方が上ではないかという気がします。医者メンタル・ヘルス談義、メンタル・ストレスマネージ談義はどうも素人くさいという懸念を持っているのです。（大西編 1994d:344）

河野：教育が基本だと思います。……health oriented な立場では、ストレスコントロールは一つの方向です。……職場におけるストレスの要因は大まかに言えば、仕事の量、仕事の質、人間関係が重要です。

笠原：それは何で分かるのですか？

河野：アンケートです。

笠原：私が敢えてくどくど言っているのは、医者が health oriented な面から問題に入っていく時には、慎重に慎重である必要があるということなのです。（大西編 1994d:346）

この笠原の懸念ないしは憂慮は、「疾病対応を通じて健康に寄与」するのではなく、

「健康な人間がより健康に」という意味で²²、health oriented である THP とは、実のところ、労働者のためというよりは、「基本的には、企業のためにあるのですか」という問いかけに端的に表れている。当然、河野は即座に「いや、違います。しかし、結果的には企業にも役立つことが必要です」と答えるわけであるが（大西 1994d:345）、そうした論理が成り立つ条件や危うさについて笠原が腑分けして見せることはなかった。そのため、笠原の「慎重に慎重である必要」とはどこから生じてくるものであるのかは判然としないままであり、河野と議論は噛み合わないままに終わった感がある。

補足すれば、この会合のちょうど2年後にやはり同じ検討委員会が開かれ、そこでまた同種の問題が論じられている。「疾病モデル」ではなく、「健康モデル」で職場の精神保健を進めようという議論もあるが、実際にはそうした発想は臨床的にはないと、ある精神科医が発言したことに対して、河野は以下のように語っている。

健康モデルが、実は危険だということは皆さん身体的な面で分かっていると思います。WHO も健康を規定することをやめてしまいました。政策的に見た場合、例えば、成人病という病気をターゲットに据えて、成人病でない状態にする、糖尿病にならないようにすることが一つの健康の方向だと考え、ライフスタイルの問題、運動の問題、栄養の問題などを考えるわけです。ですから、メンタルな面でも何かを持ってくる必要があります。行政はストレスを持ってきて、ストレスによる健康障

害が幾つか想定され、それを防ぐために具体的に何をしたらいいかを考えるのです。したがって、健康モデルという考え方はあまりとりたくない。

この発言においては、様々な成人病に共通するような因子や状態が挙げられてはいないので、その対応関係が捉えにくいですが、基本的には、ストレスは成人病に当たる回避すべき状態とされているようだ。そして、こう解釈すると THP は健康モデルではないということになるようであるが、「ストレス」がマジックタームになってはいないだろうか。

議論を戻そう。おそらく、疾病から入っても、健康から入っても、生産性を維持・向上させるという意味では企業に「役に立つ」ことになるであろう。だが、とくに健康から入ってより仕事ができることへと駆り立てられるならば、それは働く人々にとって「役に立つ」ことになるのか、むしろ消耗へと導くことになるのではないか、そしてその駆動力として医学や医者が機能することになるのではないか。もし、笠原が憂慮した理由がこのようなものであれば、それはたとえばセルフ・コントロールの強化に関する社会学的な議論とほぼ重なってくるものであろう。

4.5 専門家集団における活性化と議論の特徴

行政による取り組みやストレスへの社会的関心の高まりと呼応する形で²³、メンタルヘルスに関わる専門家集団の産業精神保健についての取り組みが活性化してきたのもこの時期である。とくに注目しておきたい

のは、日本精神神経学会が再び「産業精神医学」や「職場における精神保健」を80年代中期以降に取り上げ出したことと、90年代前半には多職種の会員を集めた日本産業精神保健学会が発足したことである。

日本精神神経学会では、1966年に職場の精神衛生をテーマとした「精神衛生管理研究会」をその内部に立ち上げたものの、第I期で詳述したように、様々な批判のなかで、1973年以降は自然消滅させてしまった経緯がある。1985年には、小此木啓吾を中心に『産業精神医学』が編集・出版され、50名以上の多くの精神科医が執筆者として加わっており、その意味では、10年以上の時を経て、いわばタブーが解除されたようにも思われる。

ただし、学会としてこのテーマを取り上げたのは、その2年後の1987年であり、小此木啓吾が学会総会において教育講演「産業精神医学の課題」を行ったのは、一つの画期を成しているのではないだろうか。翌年の総会になるとシンポジウムの一つとして「産業における精神医療とその問題点」が企画され、その年の『精神神経学雑誌』には、報告者4名の論文と討論の様子が掲載されている。

2000年代以降の議論、たとえば、同じく精神神経学会の2005年総会で、荒井稔が「産業領域におけるメンタルヘルス対策と精神障害」と題して教育講演を行い、翌年の総会でシンポジウム「労働者のメンタルヘルスの現状と課題」が開かれたが、それらの報告論文を読むと、1980年代のものは当然のことながら顕著な違いがある。

比喩的な表現になるが、80年代の議論には、「職場の精神保健活動」といういわば

円の内側に踏み込む直前の、まだ外側の視点がなんらかの形で保持され、提示される。それは、60年代末に顕著であった批判——「企業の御用精神科医」といった——を意識せざるをえないという面もあるだろう。この時期における重要な内省的な視点といえるだろう。たとえば、小此木は1987年の教育講演のなかで、精神科医が産業場面に求められるようになった時代認識を示している。

世の中の時代風潮の大きな変化と同時に、高品質・高管理という言葉で示されるような、職場の職員がストレスに負けないような、それを乗り切って生産性を向上することができるような活力をいかにして開発するかといった、旧来ならば産業心理学や人事管理面で行っていたはずの精神面のかかわりを、メンタルヘルスの名のもとに、精神科医や心理学者にも協力を期待するような動向が高まっている。（小此木1987:933）

小此木はそうした時代認識を示した上で、「産業精神医学の問題点」を二つに分けて論じているが、共通する問題意識としては、なんらかの精神的不調を抱えた者を職場から排除する装置になってしまう危険性を指摘することにある。旧国鉄の常勤精神科医としてキャリアの長い春原の議論を参照した部分を引用しておこう。

春原氏は、精神障害者に対する管理と、広義の精神健康管理について明確な区別を行うことがとても重要だとい

うことを指摘している。精神障害者の管理に対しては、あくまでも精神医学的な判断と処理が第一義的であり、したがって、直接に労務管理の対象となる事柄ではない。この点を誤ると、精神健康管理が人事管理の手段として利用され、精神障害者や不適応者をただ職場から排除するために悪用されるおそれがあるという事実を厳しく警告している。

この戒めは、恐らく産業精神医学というものの機能をわれわれ精神科医が考える上で最も重大な指摘ではないかと考えられる。（小此木 1987:935）

もつとも、第一義とされる「精神医学的な判断と処理」が、もとより近代的な排除の論理であるという批判もありえよう。ただ、この講演で小此木も言及しているが、加藤正明²⁴の「疾病性と事例性」という議論がある。疾病であることと事例となること、つまり職場で問題とされることとは別の事柄でありえ、両者は区別されるべきであるというものだ。後者を規定するのはその職場の価値基準となる。この職場基準に精神科医が抵抗する、あるいはそうできるかは場合によるとしかいえないが、少なくとも医学的な正常／異常の線引きが一般的に社会生活の可能性を決定するとは、当の医療者たちも考えてはおらず、むしろ医学的線引きが職場の価値基準に合わせて援用・濫用される危険性が反省的に再三論じられていたことには注意を向けておきたい。

また、1988年のシンポジウムで報告役を務めた広瀬徹也は、この時点でも、また現在からみても注目し得る指摘をして報告

を終えている。

最後に産業精神科医の任務は精神衛生管理にあるとするこれまでの一般的な姿勢は誤解と危険を招くだけであり、代わってメンタルヘルスサービスを旨とすべきことを提唱したい。産業精神医学はあくまでも第一次予防を本務とすべしとの意見もあるが、現状では精神衛生管理となる怖れがあるので、第二次、第三次予防につながる相談・治療・復職サービスを中心に行うことが現実的で実り多いものとする。（広瀬 1988:892）

先ほど言及した加藤は、産業精神保健について1960年前後から積極的に論じ、そのなかで先ほどの危険性について注意を喚起しながら、一次予防を長らく称揚してきた²⁵。また後述する山田(2008, 2011)が検討しているEAP企業などは、まさに生産性向上に結びつくことを謳う「精神衛生管理」を売り物にしているわけである。このなかで、広瀬が医療者として関わるのは、二次・三次、つまり治療や復職支援を中心にすべきだと論じたことは興味深く、また、前小節で問題にした、health oriented であることに対する笠原嘉の憂慮と重なるものであると考えられよう。

さて、本節の最後に、「日本産業精神保健学会」について触れておこう。初代会長の加藤(1993)によれば、1989年に、当時日本鋼管の産業医であった島悟から「産業精神保健研究会」を作ろうという申し出があり、それがきっかけとなったという。THPが開始された翌年ということになる。第I

期でその回想録から引用した人物も多いが、1992年まで、早期から企業に産業医として勤めた経験のある精神科医らによる講演会を、ほぼ隔月のペースで開催している。

1991年より、旧厚生省が委託し、国立精神・神経センター精神保健研究所の藤縄昭が班長を務めた「職場の精神保健に関する研究」が、主にこの研究会によって担われることになった。12企業の労働者を対象に、ストレスモデルに従った要因分析を行うなどの調査研究がなされたが、前小節で言及した笠原と河野のやりとりは、この委託研究の一環として開かれた会合の記録である。そして、1993年には研究会が学会となった。研究会の当初より委託研究等を通じて行政との関わりも深く、第IV期に入るが大部のハンドブックやマニュアルも編集しており、産業精神保健の領域では現在に至るまで中心的な組織となっている²⁶。

同じく1993年には、やはりこの分野のもう一つの中心的存在といえる「日本産業ストレス学会」も発足しており²⁷、産業精神保健をめぐる取り組みがさらに興隆していく組織的な条件がこの時期に相当程度準備されたといえるだろう。

5. 第IV期「拡充期」

—1990年代後半～2000年代—

5.1 行政による取り組みの加速化と高密度化

前節で言及したように、1990年代前半に産業精神保健研究会が中心となって受託した「職場の精神保健に関する研究」は、旧厚生省が委託したものであったが、80年代

末にTHPを策定した旧労働省も委託研究を行っている。とくに、1995年より1999年まで「作業関連疾患の予防に関する研究」の一部として、本稿でもたびたび言及してきた加藤正明が班長を務めた「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究」は大がかりなものであった。付言すれば、この委託研究を継続時期からみて時期区分としてはIV期に含めたが、少なくとも委託当初の課題意識としてはIII期に属すると見てもよいだろう。

さて、この班内に「健康影響評価グループ」「ストレス測定グループ」「ストレス対策グループ」などが組織され、2000年3月には400ページを超える報告書が出されている。この報告に基づいて作成された「職業性ストレス簡易調査票」や「仕事のストレス判定図」は、その後で使用マニュアルも作成され、現在でも厚労省が「具体的取組で活用するためのチェックリスト」として掲げているものである。

この研究班に属したメンバーが、たとえば日本産業精神保健学会の学会あるいは学会誌において、90年代後半には盛んにストレス関連のシンポジウムを企画・開催しており、いわば政策的にストレス研究（とくに医療者を中心とした）が推し進められたことが見てとれる。事実、上述の研究班で副班長を務めた下光輝一（東京医科大学）が、2007年の『日本医師会雑誌』に収録された座談会で次のように述べていることは注目されよう。

国などの行政の施策と学会の研究活動の間に大きなギャップがある。つまり、ポリシーとサイエンスのギャップが大

きいということがどの分野においてもいつも言われていることですが、このストレスとメンタルヘルスの領域ではサイエンス、ポリシーギャップがほかの領域に比べてかなり少ないのではないかと私は思っています。メンタルヘルスに関して国の施策を立案する行政を行う人たちが、ストレス研究者たちに対して政策を進めるうえで解決すべき諸問題を投げかけ、そのための研究費を助成するなどしております。また、研究者のほうも施策の立案や展開に役立つような研究成果を出すよう努力するというように、学会の研究活動と国の施策との連携が比較的うまくいっているのではないかと思います。（久保他 2007:12-13）

この傾向は、たとえば、自殺予防対策として、厚生労働科学研究費補助金に基づき、2005年より「自殺関連うつ対策戦略研究」（のちに「自殺対策のための戦略研究」に名称変更）が始められたことに象徴的に現れている。とりわけその出発点においては、山田(2008)がまとめているとおり、「自殺とうつ病について調査によって実証的に明らかにし、自殺率の減少とうつ病予防に寄与すること」を目的にしたものであるが、この研究には、5年間で10億円程度の予算が投入されている。

さて時間の流れをもとの地点に戻せば、委託研究という一般的には目に触れにくい取り組みから、行政による取り組みがより顕在的になり、加速化・高密度化していくのは、1990年代の末からである。羅列的になるが、公表された指針や法令について簡

略に確認しておきたい。

まず、1999年9月、旧労働省から「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針」が公示された。これはそれまでの「心因性精神障害の業務上認定に際する留意事項」に比べると、精神障害そしてそれに起因する自殺について労働災害として認定される要件を緩和したものといえる²⁸。

翌2000年の8月には、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」が公表される。前年5月より検討会が組織され、その報告に基づくものである。企業内（外部資源も取り入れた形での）のメンタルヘルスケアの「メニューを包括的に示した」もの、言い方をかえれば「総花的とも取れるような感じ」の指針ではあるが、「これからメンタルヘルス元年みたいな感じかなという印象を持っています」と検討会のメンバー自身が語っている²⁹。内容については再度言及するが、関連事業も多く、たとえば「職場におけるメンタルヘルス対策の事業者等支援事業」などが翌年には創設されている。

さらに2001年の暮れには『職場における自殺の予防と対応』という小冊子を公表し大量に配布している。ただし、この自殺をテーマにした取り組みは、職場に限られるものではなく、厚労省社会・援護局に設置された有識者懇談会が検討したものとして、2002年には『自殺防止対策有識者懇談会報告』が、同じく社会・援護局から2004年には『地域におけるうつ対策検討会報告書』が公表されている。そして、2006年には、NPO法人ライフリンクが牽引役となり議員立法によって「自殺対策基本法」が6月に

成立³⁰、10月に施行された。2005年には大型の研究プロジェクトが立ち上がったことは既に記したとおりである。

より職場に限定された議論に戻れば、2004年に厚労省より「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」が公表された。それに先立つことになるが、2002年には、障害者職業総合センターにおいて、「在職精神障害者の職場復帰支援プログラム」（通称リワークプログラム）が開始されている。職場のメンタルヘルスということでは、おそらくもっとも実際に関心の高いトピックではないだろうか。

そして、第IV期の山場といえる「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が、2006年3月に公示される。この指針（新メンタルヘルス指針）は、2000年の「心の健康づくりのための指針」（旧指針）を基本的には踏襲しているが、2005年に改訂された労働安全衛生法に基づく指針として打ち出されるなど顕著な特徴をもつものである。その後も、2011年3月に至るまで、労災認定基準として新たに考慮すべき項目の検討、心理的負荷評価表の再検討などが続けられてはいる。しかし、その実効性などについての評価は分かれるところであろうが、この新メンタルヘルス指針は、この時期の行政的な関心の高まりの主たる帰結でもあり象徴でもある。この指針について関係者たちが論じたことは、重要な観察ポイントを形成しているといえるだろう。

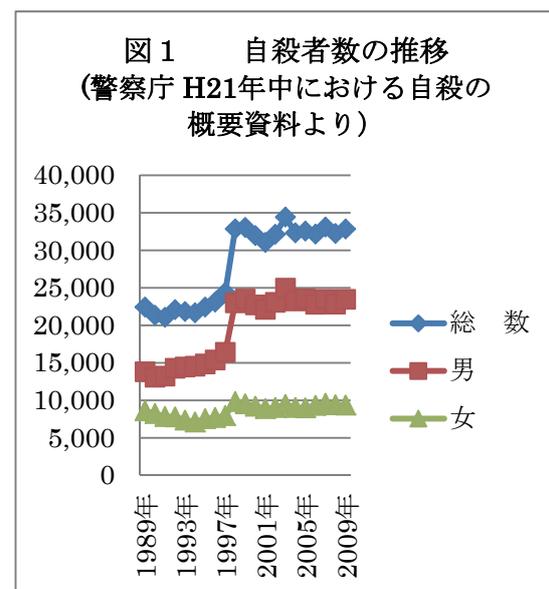
5.2 この時期の背景

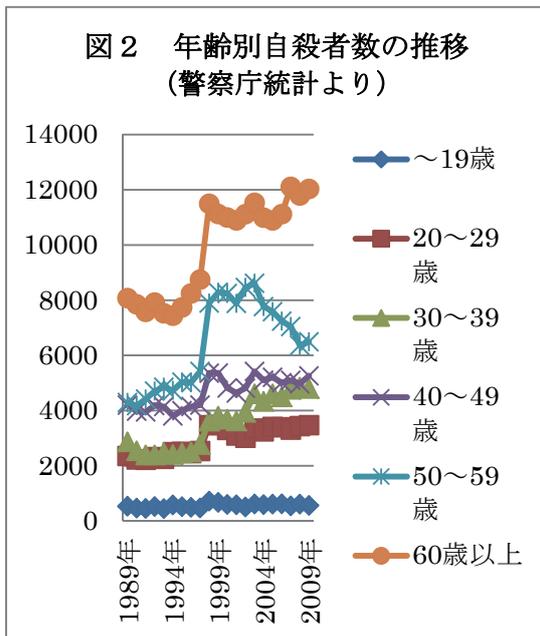
—その1：自殺者数の急増—

この時期に、なぜ行政対応が急速に進められたか。その背景については、各種検討

会などに参加した複数の委員や行政官が語る通り、1990年代後半における自殺の急増と、やはり同時期に「過労自殺」裁判で行政側あるいは企業側が最高裁で敗訴するケースが相次いだことが挙げられるだろう³¹。後者について補足すれば、精神疾患についての労災申請件数は90年代に入って急上昇するが、1996年の2件の原告側勝訴によって申請数はさらに倍増する。

自殺件数の推移について多くを述べる用意はないが、図1・2に示したように、とくに1998年に生じた件数の突然ともいえる増加は、社会的に大きな反響を呼んだ。警察庁の統計をみると、1970年代末には2万1千件ほどで、90年代初頭まで、ほぼそのレベルで推移していた。そこから徐々に増加し、1997年には2万4千件を超えている。ところが、1998年には一挙に3万3千件に迫っており、翌99年には3万3千件を突破している。その後、多少の増減はあるが、ほぼこのレベルが維持されてしまっている³²。





この激増の背景については、たとえば内閣府経済社会総合研究所が京都大学に分析を委託している。その報告書によれば、多角的な統計解析の結果、バブル崩壊後、この時期になって顕著な形で具現化した雇用・経済環境の悪化である可能性が高い。1998年3月決算期前後の失業・倒産の増加と平行して男性自殺者数が急増したことが確かめられている。そのメカニズムとしては、1997年から1998年にかけて、経営状態の悪化した金融機関による「貸し渋り・貸し剥し」が中小零細企業を多く破綻に追い込んだことが、自営層の自殺に大きく影響したこと。あるいは、経営状況の悪い企業が人員削減により無職者を増加させるとともに、被雇用者へのリストラ圧力となり、そのことも自殺率を高めたであろうこと、これらのことが結論的に述べられている（京都大学 2006:83-84）。

こうした分析は、当然、1998年に自殺件数が激増した男性、そして中高年層の置か

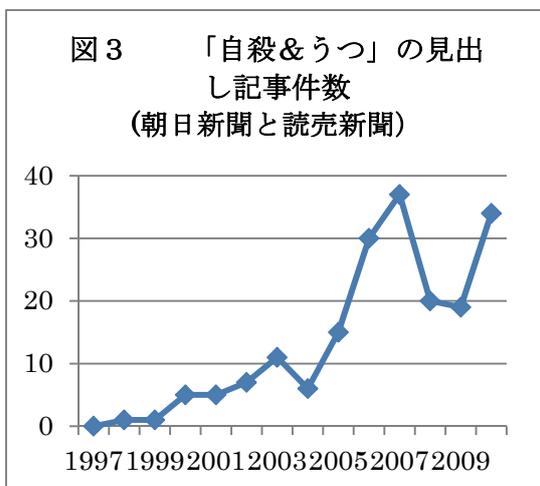
れた社会的状況を捉えたものであるが、この「構造的」な把握に対して、厚労省が「職場における自殺の予防と対応」に関連して打ち出していったことが、とりわけ「うつ病」に照準した「メンタル・ケア」であったことは、確かに批判的な評価も招くものではあろう³³。ただし、産業・労働に関わる行政的取り組みの総体がここに一元化されていたと断定できる経験的な裏付けも筆者は持たないため、この角度からの評価は、少なくとも現時点では留保しておきたい。

ここでは、次の2つの点を確認しておこう。まず、自殺件数の急増は、国の対応を求めるメディア論調を生み出したことだ。たとえば、1998年内の統計が出る前に、朝日新聞は「働き盛りの男性自殺急増 国レベルの予防体制急げ」と論じている。その中で、日本での予防対策は進んでおらず、「『自殺予防は重要なテーマ』という厚生省だが、研究は一件しかない。……労働省も、『自殺が急増する中高年へのアプローチは必要と考えている』（労働衛生課）と関心を示すが、職場でのメンタルヘルスに関する研究などがあるのみだ」と批判的に書かれている（朝日新聞 1998/6/12）。

では、その世論の圧力は、対応策として「うつ病」の予防・対応を求めたものであったのか。この点を確認しておきたい二つ目の事柄になる。結論からいえば、当時そうした圧力は必ずしもなく、むしろ厚労省と厚労省がこの問題について「専門家」と認めた精神科医を中心とした集団が、自殺と「うつ」をセットで認識するフレームを先導するように打ち出していったところがある。

図3は、見出しに「自殺」と「うつ」が

ともに含まれている新聞記事の件数を 1997 年から 2010 年までカウントしたものであるが、90 年代にはほとんどなく、2003 年頃より、「うつ」が「自殺」と強くリンクされ出したものと思われる。ただし、先述の朝日新聞の記事も含め、「倒産やリストラ」が中高年を襲ったという経済動向への言及もありつつ、コメントを求めた専門家としては、主として精神科医やカウンセラーであり、この問題をメンタルヘルスケアというフレームに収めていく条件は確かに存在していた。図 3 から推測されるのは、行政対応のフレームと一般メディア上のフレームが、顕在的な行政対応が進められるようになったこの 10 年ほどの間に、「うつ」というキーワードにおいてよりコンパクトに収斂してきたことであろう。



このことには、やはり注意を向けておくべきだろう。NPO 法人ライフリンク代表の清水康之が自らのブログで興味深い経緯と重要な指摘を行っている。清水は、先述した 5 カ年の研究プロジェクトである「自殺関連うつ対策戦略研究」に、研究評価委員の一人（唯一の「非医療関係者」）として参

加した。プロジェクト開始時の 2005 年 11 月の評価委員会に出席した清水は、そこでプロジェクト名を改称することを強く提案することになる。

当初より、研究テーマは「地域特性に応じた自殺予防地域介入研究」と「うつによる自殺未遂者の再発防止研究」の二本立てであるにも関わらず、現在の名称は、簡略化すれば「うつ研究」にしかならない。しかし、自殺が起きない地域社会づくりに関する研究が「うつ」研究に限定されるべきではなく（このことは WHO や厚労省相諮問機関がまとめた提言などでも明らかだ）、あたかも「自殺対策はうつ対策がすべて」のような誤解を与える名称は適当ではない、というのが清水の主張の骨子である。その上で清水は、精神医学的な個人対応モデルの席捲は、社会総体的な対応の必要性への感度を押し下げるものであり、「精神医学にできることの限界をもっと周知していれば、こうした研究だってもっと早くに実施され、自殺で亡くなる人を少しでも減らすことができてもいいかも知れない」とも述べている。このとき、評価委員長からは「うつよりも自殺対策」に重点があること、そして厚労省の行政官からは「うつ対策から自殺対策に重点がシフト」していった経緯に関する説明もあったという³⁴。

その結果、この研究プロジェクトでは、翌年の 3 月に「自殺対策のための戦略研究」へと名称が改められた。しかし、図 3 にみられるように「自殺」と「うつ」をセットにするフレームはより一般化されてきたように考えられるところもある。そのなかで、「職場における」対策としては個人対応モデルを超えるものが打ち出されているのか、

あるいは今後そうした方向にさらに議論が進むのか、そうした問題は注視していくべき事柄といえよう。

5.3 この時期の背景

—その2：過労自殺裁判—

5.3.1 最高裁判決とその影響

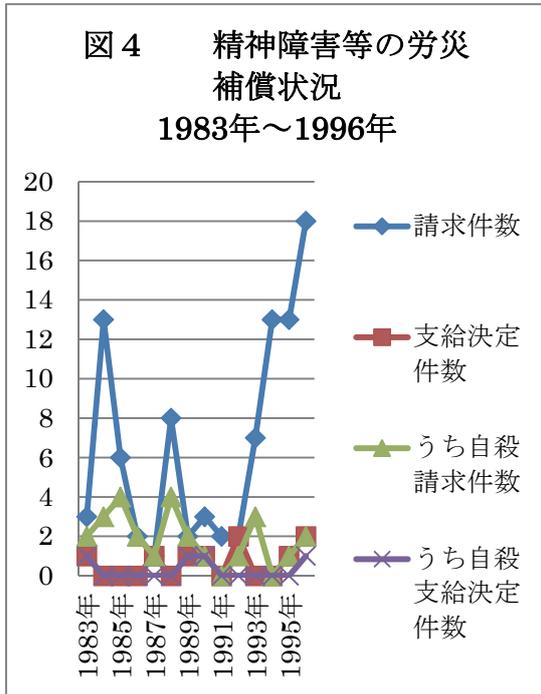
2000年前後より行政対応を加速化させた背景としては、90年代に「過労自殺」裁判が急増、そして行政や企業が立て続けに最高裁等で敗訴となったことがより重要かもしれない。「心理的負荷による精神障害に係わる業務上外の判断指針」が1999年に発表されたことは既に述べた通りであるが、そのための「精神障害等の労災認定に係わる専門検討委員会」は、1997年2月に発足している。その後の改訂に関わる検討委員会にも参加しており、この問題に詳しい精神科医の黒木が経緯を明瞭に述べている。

平成8年度(1996年度)に2件の新入社員の自殺が大々的にマスコミ等で報道されたが、この2事例に関しては、当初労働省は労災認定を否定したにもかかわらず、訴訟事件にまで発展した結果、……自殺労災申請急増の契機となった。……この二つの事案を契機に労働省労働基準局補償課職業病認定対策室は本省内に平成9年以後精神疾患に関する委員会を発足させ、事例ごとに業務上外の検討を行ってきたのである。(黒木 2001:104-105)

ここで述べられている事例とは、「神戸製鋼所・短期反応精神病自殺事件」と「電通・うつ病自殺事件」を指している。多少

とも正確を期せば、前者は、黒木が別所で述べている通り、「労働基準監督署、労働基準局、労災審査会で一貫して業務外」と判断されたが(黒木 2000:5)、行政訴訟によって業務外の一連の判断が違法とされた事例である。しかし、後者については、労災申請に対する判断が下される前に、企業の責任を問う民事訴訟の一審で原告側が勝訴し、さらに二審でも原告側勝訴(ただし過失相殺を適用)したのちの三審、最高裁に係属中に、東京労働基準監督署が労災と認定している³⁵。

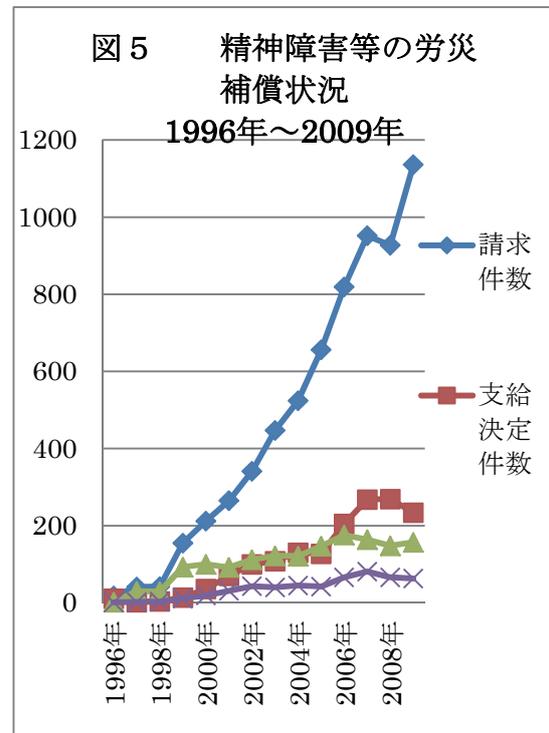
すでに、これらの事例やその他の過労死・過労自殺に関する経緯や訴訟における主要な論点を解説する記録・研究は多い。とりわけ熊沢(2010)は、膨大な資料に基づき、多くの事例を問題ごとに整理しつつ紹介し、この「過労」の背景に横たわる企業そして社会全体の問題を説得的に描き出した大変な労作である。ここでは、こうした優れた先行研究に依拠しつつ、とりわけこの二つの事例と、それによって新たに策定されることになった「業務上外の判定指針」について、産業精神保健をめぐる議論とその動向に与えた影響という観点から説明を加えておきたい。



影響の大きさという点については、精神障害等の労災補償状況に関する厚労省発表データに基づく図4・5をみるだけで、ひとまず確認できるだろう。労災請求の件数は、様々な要因によって変化しようが、労働現場の実態とともに、請求という行為を可能にする条件、さらにそのなかに含まれるともいえるが請求の結果として認定される可能性についての認識が大きくかかわっているものと考えられる。とくに二つ目を可能にする条件についていえば、1988年6月より、労働関係の弁護士たちが「過労死110番」活動を開始したことによって大きく変化した。しかし、「精神障害」にかかわる部分では、請求件数もごくごく限られたものであり、1994年になって年間10件を超える状況であった（ちなみに、脳・心臓疾患の労災請求は同年400件を超えている）。1996年でも18件に限られる。しか

し、上述の2事例で原告側が勝訴した翌年の1997年には、41件と一挙に二倍以上になる。

そして、「業務上外の判断指針」がその年の9月に公表された1999年には、実に155件となる。その後は図5にみる通り、少なくとも請求件数は急増の一途を辿り、2009年には1136件となる。このことは、国はその監督責任を問われると同時に、認定の判断にかかわる膨大な行政コストを背負い込むことを意味し、企業はたとえ損害賠償の形でないにせよ、確実にその責任と社会的妥当性を、かつてとは比較にならない頻度で問われることになることを意味する³⁶。この圧力を抜きにして、国や企業のその後の「メンタルヘルス」についての関わり方やその変化を解釈することはできまい。



また、次の点も補足が必要であろう。図4をみると、前節でも紹介した1984年の設

計技師の自殺未遂が労災として認定されて以降、1996年まで、5件の認定事例がある³⁷。こうした事例があると、翌年の申請件数は多少増えることもあるが、しかし神戸製鋼所や電通の事例のような急増を惹起することにはなかった。それは、この5件の職種（騎手、運転手2名、溶接工、潜水工）と密接にかかわるが、どの事例も物理的な事故が精神障害の原因と認定されたものであり、いわゆる精神的ストレスや長時間に渡る過重労働といった事柄が要因として認定されたわけではなかった。その意味でも、1996年に判決が出た神戸製鋼所と電通の事例については、他の事例とは異なる点を中心に、ごく簡略にはあるが説明を加えておく必要があるだろう。

5.3.2 神戸製鋼所事件とその含意

まず、神戸製鋼所の事例であるが、被災者の山川さん(24歳)が自殺を遂げたのは1984年のことであった³⁸。入社後1年も経たない研修中に、本社と電話による通信も困難であるインドのとある地域に赴任することになるが、現地企業とのトラブルに一人で対応せざるをえない状況に追い込まれる。遺族は、その年の11月には、この自殺を業務上の災害として遺族給付支給の申請を行った。しかし1985年には労基署は不支給処分の決定をし、1988年に審査請求棄却、1991年には再審請求も棄却された。同年、この行政の判断を不服として、遺族は行政訴訟を提起する。この当時、行政判断を覆す判例はなく、なによりストレス自殺への労災適用は先例がなかった。

争点としては、被災者が精神障害に罹患していたか、それが業務に起因するものか

という点がまず問われ、さらに問題になるのは、この「自殺」が労災と認定されるかという点であった。労災保険法12条のなかで、労働者の「故意」による事故は労災の対象としない旨規定している。つまり、そこに労働者の自由な意思が介在する限り、その行為（たとえば自殺）は労働者に帰責されるべき事柄であり、業務に起因するとは判断しえないということである。それゆえに労働省の通達においても、心身喪失状態（自由意思の不在）での自殺のみ例外的に労災と認めるとされていた³⁹。この点について、遺族側は、たとえその自殺が「外形的には労働者の意思的行為と見られる行為」であっても、その行為が業務に起因する「精神障害の症状」として認められる場合には、自由意思に基づくとは言えず、それはあくまでも業務に起因する災害として認められるべきであり、「『心神喪失』の状況にあることを絶対的要件」とすべきではない、と主張した。

この点について、裁判所は、本件の自殺は「精神障害により心神喪失状態にあったことができる」とすることで、「心神喪失」の有無は本質的な問題ではないという意味での要件論についての判断はしなかった。もちろん、この判断によって、行政の業務外認定を覆して労災と認めた初の事例となったわけである。しかし、「あっさり」と心神喪失状態と認定してしまうことで、従前の労働省基準を超えるものではなく、それゆえに「精神障害等に係わる業務上外の判断指針」が出されるまでに、3年以上の時間が過ぎることにもなった、と宗万=川合(2000)は述べている。この宗万らの意味するところは、専門外の者からみ

るといささか分かりにくいですが、裁判所が要件論を少なくとも結果的には回避したことで、その点の法的解釈の変更に水路付けがなされなかったゆえに時間がかかったということになるのかもしれない。山川さんの精神的失調が業務上とされた時点で、労働省は認定基準の見直しに乗り出さなければならなくなった——翌年からそのための検討委員会が招集される——ものの、「心神喪失状態」が従来通り要件とされたということで、この点についての議論のいわば余地ができてしまったということであろうか⁴⁰。

しかしまずこの事例について注目すべきは、自殺に関する論議ばかりでなく、宗万らが「判例」として高く評価しているとおり、「裁判所の具体的できめ細かな認定方法」になるであろう。これも宗万らが述べているが、被災者の直面したトラブルだけを抜き出せば、「客観的には自殺の原因となるような重大なトラブルとは言いにくい」ものであった（宗万=川合 2000:57-58）。

筆者は、この点は、明瞭なる過重労働が背景となる電通事件以上に、労働省に対して大きなインパクトを持ち得たのではないかとさえ推測する。この一見すると軽く思えるトラブルについて、裁判所が示したのは、通信にも事欠く異文化の地でビジネスを行うことの負荷の大きさが——諸他の企業の経験や取り組みに鑑みても——きわめて大きいこと、そして研修期間中に過ぎない若手社員がサポートも得られない場合に置かれる苦境とストレスがやはり甚大なものであることであった。このように、自殺が生じた文脈を十分に配慮することで、「業務上」であることが認定されたわけであり、

労働省としてはここに対応していく必要性に迫られたはずだ。

5.3.3 電通事件とその含意

さて、次の事例に移ろう。電通事件は、1991年に24歳の男性が、記録でわかる範囲でも、8ヶ月間ひたすら長時間労働を強いられ、最後の1ヶ月には3日に一度は徹夜という「常軌を逸した長時間労働」（一審判決の表現）の結果、疲労困憊し、うつ病を発症し、そして自死に至った事件である。その間には、上司からの明らかなハラメントもあった。遺族は1996年に電通に損害賠償を求める民事訴訟を起こす。この事例でやはり注目すべきは、企業の安全配慮義務が精神疾患について従来より広く、かつ厳しく問われたことだろう⁴¹。

被災者の長時間労働と体調不良や精神的変調を知りながら、なんら実質的な対応をとることなく、なおざりな指導をただけの、否、その後も仕事を増やしさえした上司が複数いた。一審では、企業に対して、「（上司たちの）安全配慮義務の不履行に起因して、一郎（被災者）が被った損害を賠償する義務があるというべきである」と明瞭に断じている。1997年の二審では、原告勝訴としながらも、被災者の性格や遺族の対応にも問題をみとめる過失相殺を適用した。しかし、2000年の最高裁判決では、改めて企業の安全配慮義務違反が強調され、さらに二審の過失相殺適用には「違法がある」と完全にこれを否定している。この裁判の画期的意義として、弁護士岡村親宣は次のように述べている。

事業者の労働者に対する蓄積疲労等に

よる労働者の心身の健康破壊を防止すべき注意義務を肯定し、この注意義務の懈怠である過失と被災者のうつ病罹患・自殺との相当因果関係を認め、我が国裁判史上初めて過労自殺の企業責任を認めたことにその画期的意義がある（岡村 2002:423）

電通事件の最高裁判決が下って間もない頃、『産業精神保健』誌上に、この判決をめぐって開かれた座談会の様子が、「特別企画」として収録されている（大西他 2000:83-97）。この事例がもつインパクトを象徴するものでもあるが、そのインパクトを内容的により明確に理解するためにも、そして産業精神保健に関わる一部ではあるが有力な精神科医たちにとって、それがどのような意味をもつものであったのか——より厳密にはどのような語りを引き出すものであったのか——を知るためにも、この座談会の席上で交わされた議論に注目しておきたい。ここで特記すべきは、電通事件の最高裁における最終局面で、企業側弁護人を務めた安西愈が出席していることである。

まず、最高裁の判断が安全配慮義務の範囲を拡大したことがやはり議論の導入となった。前節で 80 年代の労働省で THP 策定に関わった河野慶三が、この当時は富士ゼロックスの産業医として切り出している。

現場で健康管理をしている立場では厳しい判決だと受け止めています。こういう判断がされると、最高裁の判決ですから企業・事業者にはこれを順守する義務が生じます。それに対して私た

ちは産業医としてどう技術的なサポートをしていくかが問われます。……「業務と密接な関連を有する」ものの「直接起因はしていない」健康上の問題に対しても、この判決では新しい考えが示されています。安全配慮義務からみると、その範囲が非常に拡大したということです。（大西他 2000:87）

配慮義務の対象が「業務起因」性から「業務関連」性に拡張されたことにまず目を向けたものであるが、弁護人であった安西が発言を始めると、会社側の管理責任と労働者の自己管理責任との対立軸が一気に議題の中心になっていく。

安西の発言には、筆者からみると、様々な項目が入り交じるところがあり、いささか論理構成がわかりにくいところがある。しかし、論旨としては、およそ以下になるだろう。会社側責任が問われるポイントとして、労働者が精神疾患になる可能性についての所属長の予見可能性の問題と、予見できた場合の結果回避可能性、この二つが問題となる。しかし、どちらも困難である。

予見可能性についていえば、本人からの業務軽減要求や「健康管理上の対応」要求といった明確な申し出がなければ、「プライバシーの問題」もあるので、業務と関連づけて予測することは困難である（大西他 2000:88）⁴²。そして、そもそも、被災者本人が精神面とは思わず耳鼻咽喉科で治療を受けていたが、「一流の病院でも気づかなかったのに、どうして会社の上司に予見可能性があるのか」が問題であるが、「最高裁では一顧だにされませんでした」と述べ

る（大西他 2000:89）。結果回避可能性についていえば、上司に本人がうつ病であるという認識がない——つまり予見可能性がない——以上、自殺についても予見できないのは当然であると語る（大西他 2000:88）。

そして、安西が発言のなかで織り交ぜながら繰り返し語るのは、労働者本人の「自己管理」責任である。長時間労働とはいうが、「自由裁量的な労働」であるのだから、自己管理すべきである。また、電通には三六協定に基づき、時間外労働が一定基準を超えれば、「なぜそのような長時間労働になったのかを検討し健康診断をするミニドッグという制度」もある。それを利用しなかった以上、それは本人の責任の問題が問われるべきだと。しかし、こうした制度が利用しにくいことを安西自らが説明している。

ところが、本人がたくさんの時間申告をすると、そういう労使の委員会に呼び出されたり、上司がなぜそういう仕事をさせたのかと問われ面倒になるので、自己規制したのです。本人自身がそのようになると面倒だから申請はしない。……裁判所は、「そういう制度があるだけでは駄目だ。利用させなければいけない」という判断なのです。制度があるのにそれを利用しない人について、手取り足取りやらなければならないというのが大問題だと思います。（大西他 2000:88-89）

上司とのトラブルが十分に予見され利用しにくいという事情を語りつつ、それで自己規制するのは自己利益のためであるから、

それは自己責任としかいえない、ということであろうか。筆者はこの論法に啞然とするものも感じるが、様々な立論の仕方はあるだろう。しかし、こうした労働者側の「自己管理」責任に問題を還元していく企業側の論理は、後述する安衛法改正における「医師との面接義務」についても現れるものであり、産業精神保健が営まれる職場の概念操作上の文脈として重要であり、ここであえて引用をした次第である。

ところで、安西のこの発言について、精神科医の荒井稔が——精神神経学会で2005年に産業精神保健について教育講演をしている——発言をしており、自己管理についての精神科医から示された一つの見解として興味深い。

健常者でも自分の不調に気づくように自己管理・自己責任を負っていただくことは、これからの社会の基本的な流れになると思います。とくに精神医学の分野では、父権主義といいますかパターンリスティックな対応が批判の対象になっており、患者の自己決定権とか、そういうものが尊重される時代になってきます。その点でいえば、（最高裁判決は）時代に逆行した意見になるだろうと思います。

……上司は医者でもないのに、部下の私的な部分も含めて聞き、かつ精神的な変調があるかないかを評価して、医者を受診させたり薬を飲ませたり、休養をとらせるといったことまで責任を負うのか、上司の役目は非常に重いわけです。（大西他 2000:89, 括弧内引用者）

この発言にいわば勢いづけられる形で、安西の「病院でもわからないものを上司がわかるのか」といった上記の発言が出てくる。しかし、精神科医の河野は、それは極端に過ぎる誤解であると指摘している。

最高裁でも上司に病気の有無の判断をしろとは考えているわけではないと思います。病気の判断をする必要はないが、おかしさには気づいてほしい。この点については、産業医として教育のなかで事業者にも言わなければいけないことだし、事業者が雇っているマネジャーに「そこまでは、して欲しい」と言うべきなのだという意味です⁴³。

（大西他 2000:89）

その後、1999年に公示された業務上外の判断指針も含め、産業医の求められる事柄——従業員の精神健康面についての把握力——が大きくなってきているという話題も挟むが、最後に「企業防衛」について議論が及ぶことになる⁴⁴。

司会の大西（精神科医）が、今回の判例によって、企業にとって従業員は明確にリスク管理の対象になったということかとの問いかけに、荒井が「その通りです」と答える。たとえば、電通の事例の賠償額と自殺の発生率から年間のリスクを金額として計算すると6億円であり、「そういう金額的なところで、まずは会社の動機付け」が必要であり、そこで企業として産業医に何を求めるか、どのぐらい投資をしておくべきかが理解されてくるであろうと発言している。大西が端的にまとめているが、「福

利厚生ではなく、いまやリスクマネジメントの時代になった」という認識になる（大西他 2000:93）。

そのマネジメントの仕組みとして、労働者本人が自分の健康情報を産業医にまず開示すること、産業医はそうできる条件を日々の活動を通して構築していくべきことなどが論じられる。そして、そうした仕組みをサポート体制として十分に実行していれば、「労災は認められても民事の過失責任は認められないということもあるかもしれませんが」という発言があり、あるいは本人と上司との不調をめぐるやりとりを文書記録として逐一残しておくことがリスクマネジメントにつながるし、そうしたことが企業に必要な投資であると認識されていくことが望ましいという発言などが参加者からなされた⁴⁵。

5.3.4 「精神障害等に係る業務上外の判断指針」について

いささか2事件に関わる議論が長くなったが、それら判例への対応として出された「業務上外の指針」の特性について、黒木(2001)や、この指針についての検討委員会の座長を務めた原田(2000)、そして熊沢(2010)の議論に従って記しておこう。第1に、労災認定の対象となる精神障害の範囲が広げられた。それ以前の労働基準法施行規則のなかに「その他業務に起因することが明らかな疾病」の項(1987年より)や、「心因性精神障害の業務上認定に際する留意事項」では、精神障害を心因性、器質性、内因性に分け、内因性はあくまでも个体側の要因が主要因であるとしてこれを除外している。しかし、1999年の指針では、業務

による心理的負荷、業務以外の心理的負荷、
 個体側要因を比較考量して、業務上外を判
 断するもので、障害の対象は国際疾病分類
 ICD-10 で取り上げられているすべてのもの
 になった。

第2に、この業務上外の判断のためにス
 トレス評価表が作成された。これは、まず
 「『あらゆる精神障害は外界からの刺激と
 それを受ける個体の反応性との両方の要因
 によって生じる』という常識的な考え方」
 に基づくものである（原田 2000:276）。仕
 事上で生じる出来事の侵襲強度に重み付
 けをし、さらにそれぞれの出来事について
 心理的負荷の強度を三段階に分けて、質的
 変化や持続時間などにも留意して判定する。
 その上で、責任や環境の変化なども検討し
 て総合評価を行うというもので、幾つかの
 点で曖昧さや恣意性の入り込む余地はある
 が（熊沢 2010:28）、従前に比べればはる
 かに系統的な評価手続きが導入されたこと
 になる。

第3に、自殺についての認定基準も、上
 記の変更に応じて変化した。神戸製鋼所の
 部分でも述べたように、それまでは「心神
 喪失」状態、つまり罹患した精神障害から
 自殺という行為までの間に「故意」が、い
 わば主体としての判断が介在しない場合だ
 けが労災と認定されるとしてきた。「遺書」
 を残すという正常な判断能力を伺わせるも
 のがあれば認められないという、恐らく一
 般的には奇妙とも思える基準があった。こ
 れに対して、検討会は、故意がない自殺と
 いう設定に無理があるとし、心神喪失概念
 に代えて、「精神障害によって正常の認識、
 行為選択能力が著しく阻害され、あるいは
 自殺行為を思いとどまる精神的な抑制力が

著しく阻害されている状態」で行われた自
 殺は「故意にあたらない」との見解を示し
 た（原田 2000:277）。そのため、「判断基
 準」においても、その「希死念慮」を生み
 出した精神障害が業務に濃厚に関連したも
 のである限り、労災と認められることにな
 った。

検討会座長の原田自身は、こうした検討
 結果（そして判断基準）について、精神障
 害によらない自殺（たとえば「引責自殺」）
 が業務上にならないことの問題、あるいは
 そもそも障害についての要因の現実的な割
 合から考えれば、労災補償が上／外の二者
 択一でしかないことが公平性を著しく欠く
 こと、さらに業務上外という発想を超えて、
 本人あるいは遺族の生活保障という観点こ
 そが基本であるべきではないかといった問
 題を提起している（原田 2000:278）。それ
 でも、熊沢も「やはり画期的だったのだ」
 と評価するように（熊沢 2010:28）、この
 新基準によって認定件数は大幅に増えてい
 くことになる。

5.4 新旧メンタルヘルズ指針とその周辺

5.4.1 「旧指針」とその特徴

さて、ここまで、第Ⅳ期の行政的対応の
 加速化を説明する背景として、とくに1990
 年代後半に生じた自殺件数の増加と過労自
 殺裁判に注目した記述を行ってきた。その
 ため、とくに労災認定の判断基準について
 多く言及することとなったが、ここでは
 2000年に策定・公表された「事業場におけ
 る労働者の心の健康づくりのための指針」
 （旧指針）と2006年の「労働者の心の健康
 の保持増進のための指針」（新指針）につ
 いて、とりわけ関係者たちがどのように論

じているのかに注目して、その基本的な性格や経緯について論じておきたい。

労働省は、1999年5月に「労働者のメンタルヘルスに関する検討会」を設置し、1年後に出されたこの検討会の報告をもって旧指針としている。後述するように、新指針は改訂された安衛法に法的根拠を持っているのに対して、この旧指針は、あくまでも対応を促す程度のものであり、検討会の座長を務めた櫻井の表現を使えば「事業場に対しては、それぞれの実態に応じて実施可能な部分から取り組むことを求めた」ものである（櫻井他 2000:6）。

そしてその構成としては、先に述べたように「総花的」ともいえるし、「総合的」ともいえる。メンタルヘルスケアとして、①労働者によるセルフケア②ラインによるケア③事業場内産業保健スタッフによるケア④事業場外資源によるケアの“4つのケア”を明記しており、1988年に出されたTHPが基本的にはセルフケア中心主義であったことに比べれば、より系統的に職場環境の改善や職場におけるケア・システムの構築を指向したものと見える。ただし、この検討会のメンバーを集めた座談会において、産業医（精神科）の廣尚典は、この指針があくまでも努力義務であることからくる危惧を述べている。

正直なところ、この4つが並列で並べられるということに少し違和感を持っております。……ここに書かれている内容を、各企業はできるところから取り組めばいいということに関連してです。例えば、「ラインによるケアがあ

まり出来ない、難しい。それではセルフケアに重点を置いて進めよう。」そういった方向に行く恐れはないか。管理監督者の役割よりも、そのセルフケアの部分が強調されて、「わが社は、メンタルヘルス対策としてセルフケアを全面に出しています」ということになったとしたら（後略）（櫻井 2000:9）

この廣の「若干の懸念」に対して、疫学的アプローチを専門とする川上憲人は、異なる見通しを述べている。

それは、むしろ少し逆で、これまでメンタルヘルスは手がつけ難い、精神問題だからセルフケアだけしておけばいいや、という会社もあったと思いますが、そういう会社は、今回の報告書をセルフケア以外にもラインによるケアがあるという意味で理解されるでしょう。……むしろセルフケアだけやって誤魔化そうという企業は少なくなるのではないかと期待をもちています。（櫻井 2000:10）

楽観的に過ぎると思えようが、この2000年という時期における関係者たちの期待を示すものとして、そして行政的な取り組みとしての「職場のメンタルヘルス」というものが、ある一定のパターンで対応を形象化し、推進を図ろうとする象徴的な語りとして、ここに引用してみた。期待の対象とは、ライン＝現場の管理監督者であるが、旧指針をめぐるこうした座談会では、議論の中心がラインによるケアに集められる傾向があり、ラインへの「期待」の大き

さを示しているように受け取れる。

そして、いま引用した川上が、「ラインによるケアがある」と理解される、と述べたように、あるアクターが担うものとして形を与えることで理解しやすくなる、という予見がある。これは、THP のときの「心理相談員」と基本的には同じ構図ではないだろうか。実際、2006 年の新指針になると、そのアクターが今度は「産業医」になる。これが、筆者が「一定のパターン」という意味である。

そしてさらにいえば、このパターンには、“本当のところ、もっと組織的な取り組みを企業に求めたいのであるが、そうもできないので、ひとまず考えられるアクターがよき担い手となって成長・奮起してくれることを大いに期待する”という背景的な事情も見え隠れする。新指針の「産業医」の意味づけにもっとも顕著なところであるが、旧指針についても、やはりそうした側面は見受けられる。

たとえば、この検討委員会にも参加していた河野慶三が、このあたりの経緯について示唆的なことを述べている。4 つのケアについては、どれか一つをやればよいとしないように注意を促す文言はいれている。「これらの実施事項はひとつのシステムとして機能すべきものである」と、「はじめに」の最後に書いてはいる。

ただ、「この順番でやれ」という言い方は難しいので「出来るところから」（「実態に応じて実施可能な部分から取り組むこと」という表現にしたわけですね。

実は、報告書の最後の図「心の健康づくりの基本的な考え方」に記載されている最初の文章に、「それ（ひとつのシステムとして機能すべし）を必ず入れるように」と言ったのですが、落ちていきますね。そういう意味では、若干…（櫻井 2000:10, 括弧内引用者）

報告書の最終段階では、検討委員が「必ず入れるように」と言っても、それがなぜか落とされてしまい、表現は弱められている。新指針が法令のバックグラウンドをもって出されたときに、主たる担当行政官であった労働衛生課長の阿部重一が「今までも指針はあったわけですが、……むしろこれは何か遠慮がちにやっていた」、あるいは「どうしてもメンタルヘルス対策になると……強力な指導・監督はできないというような経緯は確かにあった」と述べている（櫻井 2006:6）。たとえば、その「出来るところから」といった一文は、「遠慮がち」であることの一つのエピソードであるのであろう。

それでは、「ラインによるケア」についての、検討委員たちの認識はどのようなものであったのだろうか。そこには、メンタルヘルスをセルフケアに還元しないという意味でかなり高い評価を寄せる発言もあり、この検討委員会参加者たちによる座談会でも、他のケアについてよりも多くのことが語られ、期待の高さも伺える。司会の櫻井がラインによるケアとして「労働環境の評価と改善」を打ち出したことが、この指針の特色であると述べているが、それに対して川上からは次のような発言がある。

ラインによるケアに職場環境が入っているということは非常に画期的だと思ひまして、これが今まで抜けていたために、どうしても心の健康、メンタルヘルスという個人向けの対応で終わっていたのですが、これが入ったことで、組織的な対応に変化しつつあります。（職場環境には仕事量だけではなく、自由度や裁量権の問題、さらに人間関係も入ってくることで、それらが心理的ストレスにすべからず影響してることが諸研究で確かめられているが、そうした視点を）かなり盛り込んでいただいたという形になっていると思ひます。職場環境の定義が急に広がったので、読む方が多少の戸惑いを感じられるかもしれません。（後略、括弧内は引用者による発言の要約）（櫻井他 2000:13）

様々な論文や座談会で、産業衛生の専門家という立場から、セルフケアが先に来ることに批判を唱えていた廣も、この川上の発言を受けて語る。

職場環境というものを幅広くとらえたということは、やっぱり非常に大きいと思ひます。これまでの管理監督者教育は、問題の人を早く見つけて適切な対応をとるということが中心でしたから、それに加えて、一次予防的なものがしっかりと盛り込まれたというのは大きな意味があります。（櫻井他 2000:13）

この上で、それでは管理監督者に対して

どのような研修が必要であるかといったことが議論されている。たとえば、まず部下の健康面についても配慮する必要性のあることを認識させること⁴⁶、そのために人の話が聴けるというスキルとしての素養が求められること、ただし話を聴いて自分で抱え込むことはせず適切に専門の産業保健スタッフにつなぐことができること、こうした事柄である。

ただし、スタッフによるケアについて、幾つかの難点も語られている。主に二つあるが、一つは事業者がトップとして従業員の健康について基本的な考え方を明確に示しておかないと「管理監督者はいろんなところで困ります」ということ。もう一つは、管理監督者という存在が、縮小されていく傾向もあれば、業務・組織形態によって部下と日常的に接するとは限らないという問題もあることなど、管理監督者に期待することが実際の条件に照らしてどこまで一般的に可能であるか、という問題である⁴⁷。

後者の問題は、組織によっては人事管理部門に機能を集約するなど技術的に対応可能な側面もあるが、前者の問題、事業者がこの予防的取り組みについて、どれだけ、そしてどのような形で関与すべきなのかということは、この問題を考える上でさらに重要な点であろう。この指針内では、「事業者自らが、事業場におけるメンタルヘルスクアを積極的に実施することが効果的である」とは記されており、指針を作成した検討会の座長も務めた櫻井は、別所でこの点が従来にはない重要なことであると評価している（唐沢他 2000:16）。しかし、これはもちろん責任を問うものではない。こうしたケアの体制を構築し実効性を持たせ

ていく上で、事業者がどのような役割を果たすべきなのかは、いたって漠然としたものである。この指針ではライン（管理監督者）の役割が、後で見るように新指針では産業医の役割が強調されるものの、かれらの役割の遂行に対して事業者が果たすべき事柄は曖昧なままであれば、そのことは一つの困難を構成することになるのではないだろうか。

ところで、この座談会では、③事業場内産業保健スタッフによるケアと④事業場外資源によるケアについての言及はいたって少ない。『産業医学ジャーナル』という産業医が多く読者であるはずの雑誌上に掲載が予定された座談会である。しかし、産業医がメンタルヘルスに主体的に「係わるべき重要な問題であるという認識はきちんと持っていないといけない」と河野が述べてはいるものの、現状では関心の低い人が多く、「一番中心になっているのは保健婦さん」で、「保健婦さんを支えることが一番現場では役に立つかな」といった山本（当時、労災病院の心療内科部長）の発言にみられるように、産業医の役割についての議論はとくに深化することはない。後者の④についても、ネットワーク構築が必要であるが、可能性があるのはどの組織・機関であろうかといった調子で話は終わっている。やはり、この旧指針においては、②のラインによるケアが、検討委員たちにとっても主要な論点であったことが確認される場所である。

5.4.2 「脳・心臓疾患の認定基準の改正」から「総合対策」まで

それでは、2006年に公表された新指針に

ついで議論に移ろう。旧指針との相違がまず興味の向くところではあるが、それを列挙していく以上に、ここではその策定の経緯になによりも注目しておきたい。同年に施行された、改正・労働安全衛生法（安衛法）の改訂過程から考えなければ、メンタルヘルス指針が改訂される文脈は理解し得ないが、この改訂過程を通してこそ、新旧指針の相違点をもつ多分に政治的な意味を確認していくことができるからである。

この一連の過程のとくに“直接的”な発端を求めるとすれば、2000年7月に、脳・心臓疾患に関わる労災認定をめぐる2件の行政訴訟で、最高裁が原告側勝訴の判決を立て続けに下したことになるだろう。大阪淡路交通事件と東京海上横浜支店長事件であるが、ここではその内容については省略する。一点だけ重要なポイントを挙げるとすれば、発症前のどのぐらいの期間からの業務の過重性を判断の対象とするか、その点で国側の基準が完全に覆されたことになるだろう。

この点について、労災認定基準の変遷を振り返れば⁴⁸、1961年から1986年まで、「発病の直前、少なくとも当日」の間だけが因果関係を認める期間（という表現がそぐわないが）であり、1987年の基準改訂によってようやく「発症前一週間以内」になった。はじめて蓄積疲労が評価の対象になったわけである。しかし、後に暴露されるように、87年改訂とともに「認定マニュアル」が労働省から労基署に出されていた。それは、当日業務量が日常の3倍、あるいは一週間前から無休で日常の2倍の業務量であれば業務上と認定という、熊沢(2010)の表現に従えば「酷薄きわまるマニュアル」であっ

た。1995年になると、「発症前一週間以内の業務が日常業務を相当程度超える場合には、発症前一週間より前の業務もふくめて総合的に判断する」とさらに基準が緩和され、認定率も87年基準のもとで数%であったところから、10%を超えるようになった。しかし、労働時間の目安もないなど、過労という問題の実情からはまだまだ乖離していたといえる。

しかし、上記の2000年に最高裁判決が下った事例については、どちらについても半年あるいはそれ以上に渡る過重負荷とそれによる慢性疲労を業務上と判断したのである。労働省はその年の10月には認定基準の見直しを検討していくことを発表し、11月には和田攻（当時・埼玉医科大学）を座長とする医療者8名、法律家2名からなる検討会が設置された。2001年11月には検討会の報告書が出され、厚労省から「脳・心疾患の認定基準の改正について」が通達される。

座長の和田によると、検討会では、主として複数の疫学調査を根拠として、「睡眠時間と脳・心臓疾患の発症リスクの関係」を中心に検討し、そこから時間外労働の時間数の増大が脳・心臓疾患のリスクをどのように高めるかを推定する作業を行った。その結論として、月100時間以上の時間外労働がある場合はリスクが2～3倍になること、あるいは、2ないし6ヶ月の平均で80時間以上になると調査によって結果が分かるところがあったが、「安全サイドに立ちまして、それも一種の要件として」認めるということになったという（櫻井他2005:6-7）。この検討会が算定した数値は、労災認定基準だけではなく、2002年に厚労

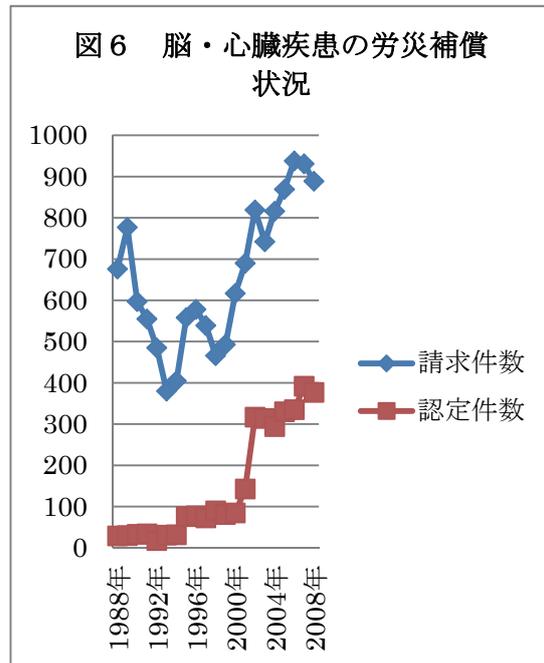
省が事業主に対して、やはり通達として示した「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（以降、総合対策）に反映されることになり、さらに2006年の改正・安衛法および労働安全衛生規則（安衛則）にも取り込まれていくことになる。この点でも、一連の過程の直接的な発端は、脳心疾患の認定基準見直しと考えられよう。

ここから、さらに安衛法の見直しへと進む背景としては、厚労省を中心とした関係者のなかに、上記の「総合対策」という通達、つまりあくまでも努力義務を課す「お願い」でしかないものでは不十分である、という認識があったようだ。たとえば、先述の和田は、認定基準の検討会から、さらにこの法律の見直しの原案を作成した検討会「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会」の座長も務めているが、その和田や当時の安全衛生部労働衛生課課長であった阿部重一らの共通の語りとして見られるのは、この通達では不十分であったというものである。

具体的に挙げられるのは、2002年に「総合対策」を通知したが、2003年に厚労省で行った調査では、大企業も含め実施率は62%にとどまり、労災認定患者も増えている（認定基準の改正の部分の勘案しても増えている）、ストレスや不安を持つ労働者も増えている、といったものである。そこから、「総合対策には限界がきたのではないか、ぜひとも法改正を行って努力義務から義務にしていだけないかという空気がでてきたわけです」⁴⁹、あるいは「お願いベースでできる対応はやっているのですが、このような悲惨な過重労働・メンタルヘルス障害

を防ぐためには、法制化した上でもっと広く対策をとらなければならないという認識があったわけです」⁵⁰ということになる。

この点をいささかくどく引用するのは、後述するように、法改正に当たっては企業経営者側からの強い反対があり、そのサイドからの言い分としてまずあったのは、「総合対策」の通達後1~2年で効果を云々するのは拙速ではないか、というものであったからだ。確かに、全企業に網をかけて時間外労働を——三十六協定でそれ以上が認められてはいても——45時間に収まるように努力せよ、労基署はそれを指導せよと通達を出しても、実施率が100%に近くなり、健康面での効果も目に見える形で上がるということは、いささか難しいのかもしれない。しかし、法制化に対する厚労省の構えは相当に強いものであったと推測される。いささかうがった見方になるが、脳・心臓疾患の労災請求・認定数の推移（図6）や、精神障害等についての労災補償状況（図5）をみる通り、認定基準が現実に緩和されてそこでの財政支出に対する歯止めがきわめて困難になった以上、問題のいわば元の部分へ踏み込まざるをえなくなったという側面もあったのではないだろうか。



5.4.3 「在り方に係る検討会」と一つのアイデア

ともあれ、こうした厚労省の構えのもとに、2004年4月から「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会」（以降、在り方検討会）が開始される。ただし、衛生課長・阿部が座談会で述べているが、安衛法を「過重労働対策中心に改正するという議論を最初にしたときは、実はメンタルヘルス対策というのはそれほど大きなテーマとして意識はされていなかった」ということである（櫻井他 2006:5）。実際、この在り方検討会のメンバー10名のうち、精神科医は2名のみであり、座長の和田も含め6名が他科の専門医、あと2名が法律の専門家である。しかし、最終的には、とくに長時間労働を続けた者については医師による面接においてメンタルヘルスについてもチェックするという形で、法令のレベルに乗ってくることになる。まず検討会の議事

録をもとにそこでの流れを概観しておこう⁵¹。

この流れの大まかな論理構成を、一部筆者の推測も含めて、先にまとめておこう。この検討会におけるメンタルヘルス対策とは、80年代のTHPにおけるような「健康増進」主義では当然なく、むしろ明確に自殺予防に焦点を合わせざるをえないものであった。そのため、どこかの時点で、とくにうつ病の発症をチェックし必要な対応がとれるようにすることが、とくに精神科医のメンバーから求められるわけであるが、その方法が問題となる。他科の医師メンバーからは、チェックリストを用いた従業者全面に網をかける必要も論じられたが、その記録をどのようにプライバシーの観点から問題のない形で——企業側の労務人事の視点から利用されない形で——利用できるかは、とくに慎重に検討を要する問題であった。その難点のある程度回避した形で、「メンタルヘルス不全に早期に対応する方策」として、厚労省側が作成した案は、「長時間労働者等に対する医師等による面接指導」であった⁵²。つまり、もともとは過重労働対策として「疲労の蓄積によるリスクが高まった場合」に講じられる措置としての医師面接において、メンタルヘルスについてのチェックも行うようにすればよいという案である。

この点について、衛生課長（当時）の阿部は、ある座談会で、過重労働に対する医師面接の制度を作ろうといったときに、「面接するのであればきちんとメンタルヘルスもチェックをするという必要がある。議論が始まった途端に、『いや、面接の意義はメンタルヘルスのチェックにこそあるんだ

よ』というようなお話も出まして…」と語っている（櫻井他 2006:5）。しかし、議事録を読む限り、参加メンバーからそうした発言があったようには必ずしも読み取れない。

第2回の検討会の時点では、精神科医の黒木宣夫から、「医療機関にかかっていないで自殺する」労働者が多々いることが大きな問題であること、やはり精神科医の大野裕から、ライン（管理監督者）では分からないが、産業保健スタッフまで行かない、その中間的なところでチェックできる相談室のようなものがあるとよい、そうした発言がなされた。だが、黒木は、とくにうつ病とは限定しない形で、調査結果からみると100時間以上の長時間残業をしている群では、発病後3ヶ月内でかなりの割合で亡くなる方が多いが、そこにも医療的介入がないままというケースがあることが問題と補足的に語っている。この時点での関連する発言はこの程度である。

第3回の企業関係者からのヒアリングについては議事録が公開されていないので分からないところがあるが、第4回の直前までには、厚労省は先述の案を作成して配布している。そこにはすでに、健康診断時等にストレス状況の把握が求められるところであるが、プライバシーの保護について考慮する必要があり、さらに「その際、チェックリスト等による形式的な点数評価にならないよう産業保健スタッフによる評価や事後措置を適切に実施できる体制にあること」が前提であると断り、その上で、「長時間労働者」に対する「医師等面接」では、「メンタルヘルス面にも留意して行うことが有効と考えられる」と、根拠となる調査

情報も添えて書かれている。

この第4回の席上で、その案に対して他科医師から、むしろ健診で「しっかり検討されたチェックリストだったら大いにやるべきではないか」、あるいはうつ病などはとくに病識を持ちにくい不調についてこそ一律のチェック体制がなければ意味がないではないか、と強い意見も出される。しかし、むしろ精神科医の黒木からは、「産業医が直に面接する分には構わない」と思うが、「ただ、チェックリストで○×がどこに残ってしまうと、それをどう使うかという問題が出てきますので、その辺はちょっと難しい」という慎重論が語られている。

こうした各回での関連する発言と、「議論のまとめ（案）」が出てきたタイミングを合わせて考えると、この「医師面接」による「メンタルヘルス」のチェックというアイデアは、むしろ厚労省関係者から主導的に出されてきたもののように思われる。そしてこの案は、そのまま8月には報告書となり、次の段階である、労働政策審議会安全衛生分科会（以降、分科会）へと持ち込まれる。検討会での細かな経緯に拘ったが、これはこれから紹介する「産業医」の役割に関する議論を考える上で記憶しておきたいポイントである。

5.4.4 「安全衛生分科会」の攻防

この分科会は、公益代表、労働者代表、使用者代表の各7名、計21名からなる審議会であるが、ここでの討議の結果が建議として国会の審議にかけられる。やはり公開されている議事録を参照すると、上述の検討会の報告書については2004年9月に報告され、実質的な審議は10月の第13回分科

会より始められ、12月末まで6回の会合もたれた。先ほどから登場している安全衛生課長の阿部は、翌年に開かれた座談会において、「非常に喧々諤々の議論があってですね、年末までずれ込んで予定の期間をはるかにオーバーいたしまして相当きついやり取りがあったといことです」と語っている（櫻井 2005:11）。たしかに、使用者代表からは、とくに医師面接の法制化をめぐって、相当の批判・抵抗がみられた。

2002年の「過重労働」についての「総合対策」でも、「労働者の健康管理に係る措置の徹底」の項目があり、そのなかに次のような記載が認められる。

月100時間を超える時間外労働を行わせた場合又は2か月間ないし6月間の1か月平均の時間外労働を80時間を超えて行わせた場合については、業務と脳・心臓疾患の発症との関連性が強いと判断されることから、事業者は、上記アの措置に加えて、作業環境、労働時間、深夜業の回数及び時間数、過去の健康診断の結果等の当該労働者をした労働者に関する情報を産業医等に提供し、当該労働者を行った労働者に産業医等の面接による保健指導を受けさせるものとする。また、産業医等が必要と認める場合にあつては産業医等が必要と認める項目について健康診断を受診させ、その結果に基づき、当該産業医等の意見を聴き、必要な事後措置を行うものとする⁵³。

そして、この「総合対策」の記載に加えて、面接時には、脳・心臓疾患だけでなく

精神的な不調・疾患のチェックを加えた上で、厚労省は法制化を試みたわけである。しかし、第13回のときに、阿部からこの説明・提案がなされると、ただちに経団連の讃井暢子から、総合対策の通知からわずかの時間しか経過していないところで、これを法律において義務化する根拠はなにか、そうすることで効果が上がるというデータはあるのか、という質問が寄せられる。あるいは、日本IBMの金子多香子（産業医）からは、面接しても医師の指導に従わない従業員もいるので、「本人の自覚の責任、正直にいうと責任も一緒にないとうまくいかない」といった発言がなされる⁵⁴。

第15回ときには、商工会議所の伊藤雅人から、時間外労働について一律に算出するコストが大変なものになるといった論理まで持ち出され、伊藤はこれを年末まで主張し続けることになる。さらに、伊藤が、100時間という根拠は薄弱だということ、検討委員会の座長で公益委員として入っていた和田が詳細に反論する一幕もあった。伊藤の反論は、経営サイドの考え方、あるいはレトリックをある意味では率直に伝えている部分があり、先ほどのコスト問題に接続して次のような発言もなされている。

仕事の量が管理部門の経営者側の人間にとって、増えてしまうのです。その労働が増えてしまって、いま世界的な日本の製造業、企業がどのような立場に置かれているかということを考えてみればわかると思うのですが、100円ショップを考えてみてください。100円ショップへ行って皆さん安いと思いますね。あれはどういう環境で作られ

ているか。外国からの異常な労働によって生まれてきた産物以外の何ものでもないのです。コストなど全然あってないようなものです。そういう人たちと我々は闘って、日本の国を支えているのです。仮にこういうことが積み重なって、管理ばかり増えて、企業が経営できなくなるとなると、もう廃業してしましましょう。廃業してしまって外国の人にすべてお任せしたら、結果的に一体どういうことが起きてくるか。我々は、日本の中で空洞化が起こって物が作れなくなってしまうような、1つの危惧を抱いているためにこういう話をさせていただいています。

こうした使用者サイドからの主張と折り合いを付けるということになるだろうが、公益代表で日本クレーン協会会長（当時）の北山宏幸からは、法制化は必要であると思うが、時間外労働の時間だけを基準にするのではなく、「疲労が非常に蓄積しているという自覚をするような、特にリスクの高い労働者に限って」法制化、つまり面接を義務化すればよいのではないかという意見も出される。これに対して、やはり公益代表で医師の和田は、検討会座長としても当然反論する。

過労を自覚をした人ということが出てくるわけですが、過労を自覚したことはこの前もお話しましたが二次予防に入るわけですが、すでに何らかの病気があって、それをきちんとチェックしましょうということ、本来であれば100時間で一次予防をやるべきである。す

べてについてチェックすべきであると私自身考えていますが、そういった意味で、皆さんの合意でそういう自覚症状がある人だけということであれば、特にリスクの高い人を選んだことになるわけです。すべて二次予防でいくことになると考えられるわけです。いまの世の中、大体一次予防に全部移行しているところへ、二次予防を入れるというのも、ちょっと残念な気がすることはします。もし、二次予防を重視するのであれば、ただ疲労の自覚症状がある人だけではなく、やはり産業医が健康診断の結果や個別の事例、そのほかの情報によって、この人はちゃんとした相談をすべきであると判定した人を、是非入れていただきたいと考えています。

この和田の発言は、この後の議論の進行に一定の影響を与えたようにも思われる。「自覚症状」がある人にだけ限られるという条件付けが結果としてなされること、そしてその場合には、産業医が必要を認められた人には面接を行うようにすべきこと、こうした発想は、次の第16回分科会で、厚労省（事務局）から提示された「取りまとめ素案」に盛り込まれることになる。「申出」と「勧奨」がキーワードだ。結局、この案が法令になるので、労働衛生課長（阿部）からの説明を記しておこう。

時間外労働が「100 時間を超え、疲労の蓄積が認められるものであって、面接指導に係る申出を行った者に対して、面接及び事後措置を義務づけること」

とさせていただきます。……もう一つ重要な点ですが、……「イ 産業医は必要があると認めたときは、労働者に対してアの面接指導の申出を行うよう勧奨できるものとする」というところを入れております。

これに対しても、使用者側からの抵抗は続けられ、特に商工会の伊藤からは、総合対策の時間外労働 45 時間内の指導をしていけば、100 時間などにはならないはずだからそれでよいではないかという発言もなされる。このときには、計画課長から、45 時間ではやはり収まらない部分もあるから「若干抜け道的な部分」も大事にしてほしいといったのは「使用者側の皆さん」であり、100 時間の基準にさらに「申出」をつけたのはその意をいわば汲んだわけである。しかるに、今の伊藤氏の発言は、45 時間内の管理を徹底すればよいといった発言と受け取れるが、「その辺は使用者側の皆さん方で、少し意見の相違があるということではよろしゅうございますか」と、書き起こされた文言からもその場の緊張が伝わる発言があった。それでも、讃井などからは、やはり法制化することの効果について説明がないといった反論は続けられる。

こうした使用者代表の主張に対して、労働者代表の一人、全国建設労働組合総連合書記次長（当時）の徳永国安の語りには、無念と諦念が滲むかのようである。

いままで議論してきた中身がかなり後退しているという印象です。……きちんとした一定の歯止めをかけておく必要がいま必要ではないかと私は思って

議論に参加しておりました。このなかで産業医の面接指導の義務づけについてはいろいろ議論があつて、とりあえず申出があつた者というところを読んで、後退しているのだと思っています。申出があつた者についてその辺をきちんと把握して、過重労働から救っていくという方向でむしろ前向きにこれをとらえていく姿勢がないと、これを受け身にとってしまうと、結局は労働者がしんどい思いをして……

徳永は、第17回分科会でも使用者側から反論が続けられたあとで、「あえて申し上げたいのですが、労働側の立場からすればここはぎりぎり、逆に言うとこれ以上の後退は困るというのが率直な感じなのです。言ってしまいましたが、そのような議論がありますので控え目に申し上げておきます。できれば、この辺でまとめたらいかがでしょうか」と、この回の最後を締めくくることになるが、少なくとも公開の審議の場での実質的な議論はこれで終了し、医師面接については素案の形で法令となる。

5.4.5 改正安衛法と新指針

—「期待」される産業医—

それでは、2005年3月に閣議決定され、翌2006年4月から大部分が施行された改正・安衛法と安衛則の内容で、とくに「メンタルヘルス」と関わってくる部分をまず確認しておこう⁵⁵。第1に、月100時間を超える時間外勤務を行った労働者で、疲労の蓄積が認められ、面接指導を希望する者に対し、医師による面接指導を受けさせることを義務化した⁵⁶。これは事業者の義務とな

るが、第2に、労働者に事業者が行う面接指導を受けることを義務化している。第3に、100時間以下の時間外労働の場合については、やはり申し出を行った者について、医師面接を努力義務化した。第4に、長時間労働者に対する面接指導を産業医の職務として明記した。第5に、産業医は、必要を認める場合は、面接指導の申し出を行うよう、勧奨できることを明記した。

以上は、過重労働一般についての対策であり、メンタルヘルスにのみ関わることではないが、とくにメンタルヘルス対策の部分として次の安衛則の改正点を挙げておく。第1に、長時間労働を行った者に対する医師の面接指導では、心身の状況、つまりメンタルヘルスも含めたチェックを行うことが明記された。第2に、安全衛生委員会の調査審議事項として、労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策の樹立に関することが明記された。その対策を枠付けするということになるが、第3に、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を、法に基づく指針として策定した。この法とは、安衛法の「第七十条の二 厚生労働大臣は、第六十九条第一項の事業者が講ずべき健康の保持増進のための措置に関して、その適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を公表するものとする。2 厚生労働大臣は、前項の指針に従い、事業者又はその団体に対し、必要な指導等を行うことができる。」というものである。

安全衛生課長（当時）の阿部が強調するように、「法文や規則レベルでは結構微々たる」ものではあるが、メンタルヘルス対策が法令ベースに乗ってきたのは初めてのことであり（櫻井他 2006:6）、確かに日本

の産業精神保健の歴史を考える上で一つの画期点であることは間違いない。とくに、明確に義務化された部分として、残業 100 時間以上の医師面接が入ってくることは関係組織の取り組みに一定の影響を与えることになるだろう。たとえば訴訟の場面で企業側が問われるクリティカルなポイントになりうるであろうし、行政も明確に監督責任を問われるポイントになるだろう。この点については阿部が語っている。

これ（医師面接の義務化）を入れることによって今度は監督行政がきわめてしっかりしたものになるであろうというような期待が実はあったわけです。申し出の書式、それから窓口、それから証拠ですね、そういうものをきちんと外形的に監督行政の側からするとききちんと監視できることになりますので……（櫻井他 2006:12）

ただし、こうした側面での実効性は、さらに経験的に検討されなければ確認のしようのないところが多い。たしかに、とりまとめ案の時点では「産業医等」という形で、医師以外の面接が解釈的に許容される場所があったのを、最終的な法文においては「医師」に限定したことで、健康面でのチェック機能と過重労働に対する規制力が増すところもあるかもしれない⁵⁷。しかし、分科会で労働者代表の徳永が繰り返し述べたように、「申し出」があった場合という条件が入ることで、大きく後退したことはいうまでもない。

自ら職場のなかで医師面接を望むことを労働者が申し出なければ、事業者側の義務

は発生しない。当然、労働者が受診することなく健康上に問題が生じた場合には、本人が申し出をしなかったということで自己責任を問われて終わる可能性が大きくなる。そこで、医師、とくに想定されているのは産業医であるが、産業医の「勧奨」に多大な期待が寄せられることになる。2005 年に『産業医学ジャーナル』で企画された座談会の席上では、そのことが繰り返し強調される。日本 IBM の産業医・浜口伝博が、申し出と義務との関連について問いかけると、まず阿部が答えている。

（申し出をしてとはいうものの）なかなか実際の議論のなかでは申し出られない雰囲気、環境にあるのではなかと、いうところを担保するために、……産業医は面接を勧奨することができるという、分かりきった話だと思うんですが、念を入れて書き込むということでは合意ができていますね。……つまり産業医がきちんと職場を……見て回って、あなたもう相当疲れているみたいだから 1 回私のところにきなさいと、じっくり話を聞いて中身調べてやりましょうというような勧奨をしてそういう面接機能を働かせるということをして期待して入れているわけですので、そここのところもよくご理解いただいてがんばっていただきたいと思えます。（櫻井他 2005:13, 括弧内引用者）

その座談会には、在り方検討会から分科会まで参加してきた医師の和田も出席しており、その点は使用者側の「強い要望」で

後退せざるをえなかった事情があると前置きした上で、やはり以下のように語っている。

それを担保するものとしては……産業医は申し出をしない人に対して受診を勧奨できるとか、あるいは労働者は受診する義務があるんだとか、その他努力義務として……そういったことをやってくださいということとなるべく補完したつもりです。そのへんの後退したところを広く医師が活躍して面接指導に準じた対応をしてほしいと思います。（櫻井他 2005:14）

いずれにしても、産業医の職務がより明確になると同時に、義務と責任がかなり強くなってきたことがありますから、その辺をきちんと考えられてぜひ全力で活躍して欲しいと希望しているわけです。（櫻井他 2005:18）

この「後退」は、なによりも使用者側の圧力によって生じたものであり、阿部や和田がその責任を問われるものでは当然ないが、メンタルヘルスも含めて労働者の健康に関する「職場」ゆえの困難や難問は、ややもすると産業医に“丸投げ”されてしまった印象が強い⁵⁸。

振り返ると、80年代のTHPのときには、セルフケアとその分かりやすさから「心理相談員」が強調された。2000年の旧指針では、職場環境の改善についての実行責任者としてライン＝管理監督者に期待するという意味で、ラインによるケアが強調された。そして、後述するように、安衛法の改正と

セットで改訂された新指針の文面においても産業医の面接指導が追加されているが、なによりも指針を根拠づける法令において、その職務に面接指導等の実施が追加されている以上、産業医がよりクローズアップされることになる。

たとえば、新指針について、やはり『産業医学ジャーナル』で座談会が開かれ、この指針改定に関わる検討会にも参加していた医師数名も参加している。このなかで管理・監督者に議論が及んでも、そこで強調されるのは「基本的な知識としてセクハラ、パワハラの問題について周知徹底させること」であり、むしろ「最大の環境要因」である「直接の上司」はケアをする主体というよりは、加害の側に回らない——加害者にならせない——ということの方に注意がむけられるようになったといっただろう（櫻井他 2006:15-17）。

あるいは、なるほど、櫻井(2007)で指摘されているとおり、新指針でも「事業者の（メンタルヘルスケアへの）積極的な意思表示」が社内における取り組みの効果を上げるために必要であることが繰り返し述べられてはいる。しかし、それはやはり責任に関わる言明ではないし、具体的な水準で役割を明記しているわけでもない。そうしてみると、「メンタルヘルスケア」についての少なくとも日常的取り組み——またそれを可能にする体制の構築——に関する帰責の構図は、管理・監督者が後景に退き、産業医が法的にも前景化されることで、たとえ医師が企業の被雇用者であるにせよ、企業の外側へと漏れ出す形になりはしないだろうか。

ここで、旧指針と新指針との主な相違点についてまとめておこう⁵⁹。新指針は、2004年末に安全衛生分科会建議がまとめられたあと、2005年4月より「職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会」が設置され、翌年1月まで計9回の会合を経て策定された。既に本論で言及した事柄も多いが、ごく簡略に新指針の特徴を示せば以下ようになる。第1に、法律に基づく指針になったこと。第2に、労使、産業医、衛生管理者等で構成される衛生委員会等において調査審議の上、メンタルヘルスケアについて実効性ある対応体制を樹立することの強調しており、そのための章が設けられたこと。第3にメンタルヘルスケアの進め方についてより包括的かつ詳細に記されたこと。具体的には、旧指針では1つの章にまとめられていたものが2つの章に分節された。第4に、産業医の職務に面接指導が追加された。第5に、事業場内メンタルヘルス推進担当者が新設されたこと。保健師等看護職や衛生管理者が候補となる。第6に、職場復帰における支援について新たに項立てされた。第7に、個人情報の保護について、より詳細に記されるようになった。第8に家族との連携について言及された。主な点としては以上である。

6. その後の動向

6.1 安衛法一部改正法案をめぐって

ここまで、概ね2006年までの状況を辿ってきたが、それ以降から近年の動向について少しく触れておこう。

第6節の前半部でも述べたとおり、1998年の自殺件数の急増もきっかけとして自殺

予防への関心が高まり、2006年には自殺対策基本法が成立している。厚労省の委託研究として、2005年から「自殺対策のための戦略的研究」という大型プロジェクトが2009年まで継続された。その直後2010年1月から、厚労省は「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」（以下、「プロジェクトチーム」）を組み、上記プロジェクト関係者などを対象にヒアリングや意見交換を行い、5月にはとりまとめとして『誰もが安心して生きられる、温かい社会づくりを目指して：厚生労働省における自殺・うつ病等への対策』を発表している。

そして、この報告で職場のメンタルヘルスが重点課題の一つとされたということで、その5月末から「職場におけるメンタルヘルス対策検討会」（以下、「対策検討会」）が設置され、6回の会議を経て9月には報告書も出されている。この検討会では、新たに求められる枠組み——精神的不調を職場で定期的にチェックし、より適切な医療的対応がなされるようにする——からみると、産業医の現状は量的・質的に不十分であり、また経済的負担から事業所が専門領域を異にする複数の産業医を雇うことを期待すること出来ない。そこで、「メンタルヘルスに対応できる産業医等で構成される事業場外の組織（外部専門機関）を整備・育成」⁶⁰し、そのことを通してメンタルヘルス不調者への対応が各事業場で適切になされるようにすることが現実的であり、さらに検討する必要があることなどが提言された。これを受ける形で、同年のやはり9月より「事業場における産業保健活動の拡充に関する検討会」（以下、「拡充検討会」）が4回開かれ、事業場の従業員規模に即し

たメンタルヘルスへの対応の“受け皿”——新たな、あるいは既存の地域内組織——について議論され 11 月には報告書がまとめられている。

こうした検討を踏まえる形で、2010 年の 12 月には労働政策審議会建議がまとめられ、翌 2011 年 10 月、厚労省は「労働安全衛生法の一部を改正する法律案要綱」を労働政策審議会安全衛生部会に諮問する。そのまま部会が答申し法律改訂案は同年 12 月の臨時国会に提出された。結果的には、この時点でも翌年 9 月の通常国会でも審議未了で継続審議となっている。ここまで述べてこなかったが、この法律改定案に繋がる一連の流れについては、各方面から批判が寄せられることになった。日本産業衛生学会（以降、産衛学会）は、上記「メンタルヘルス検討会」が開催されている 2010 年 6 月の段階で、「一般的健康診断の一部として、全事業場で一律にうつ病のスクリーニングを実施することには現状では問題」が多いとする見解を表明している⁶¹。その後、2012 年に至るまで、産衛学会も含め幾つかの団体から批判がなされる⁶²。

こうした一連の動向は、そもそも 2010 年の「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」の議論とその報告書において明記されたものを起点としている。自殺防止の厚労省対策 5 本柱として示されたものの一つ（柱 3）に「職場におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援の充実」が掲げられている。さらにその 3 番目に「職場におけるメンタルヘルス不調者の把握及び対応」があり、チームメンバーであった内閣府参与の清水康之（NPO 法人自殺対策支援センター・ライフリンク代表）の意見として「定

期健康診断項目の追加検討が必要」と記されている。これがプロジェクトチームのとりまとめのなかにある「鳥瞰図」になると、

「職場の体制整備」のブロック内に「定期健康診断を実施する際のメンタルヘルス不調者の把握とその後の対応の検討」とプロジェクトチームのいわば結論の一部と読める形で示されている⁶³。また、この鳥瞰図の該当部分で、定期健康診断の項目の下には、「メンタルヘルスの専門家等を有する外部機関の活用と質の確保のための措置の検討」、「メンタル不調に対応できる産業医等の養成」といった項目が続く。外部機関の部分も、とくに産衛学会から強い批判がなされるところであるが、上記二つの検討会から安衛法改定案までの議論や内容を、この「プロジェクトチーム」の議論が強く枠付けたことは伺えよう。

実際に厚労省が法案改正の概要として示したものを、一部文章を簡略にしつつ以下に示しておこう。①医師又は保健師による労働者の精神的健康状況を把握するための検査を行うことを事業者に義務づける。②労働者は、事業者が行う当該検査を受けなければならないこととする。③検査結果は検査実施者から労働者に通知されるが、実施者が労働者の同意を得ずに結果を事業者に提供してはならないこととする。④検査結果によって労働者が（事業者に）医師の面接指導を申し出たときには、事業者にそれを実施することを義務づける。⑤面接指導の申出をしたことを理由に、（事業者は）不利益な取扱いをしてはならないこととする。⑥事業者は、面接指導の結果、医師の意見を聴き、必要な場合は、作業の転換、労働時間の短縮その他の適切な就業上の措

置を講じなければならないとする。

では、どのような点がとくに批判の対象となったのであろうか。様々な論点が提起されているが、主な点について大きく切り分けると以下のようなになるだろう。(1) メンタルヘルス不調を把握するためのスクリーニングテスト（医師面接を含まない労働者による自記式問診票）自体の有効性をめぐる問題、(2) 検査の結果、不調とされた労働者に対して生じる可能性のある不利益に関する問題（およびそれを回避するための方法に関する問題）、(3) 医療的対応の担い手をめぐる問題、(4) 事業主責任の曖昧性をめぐる問題、以上の4点である。

(1)については、実は「対策検討会」報告書でも指摘されていることなのだが、現在さほど精度の高い調査票があるわけでないこと——とりわけ偽陽性者の、あるいは(2)の理由による偽陰性者がかなりの頻度で生じうること——が、諸団体から指摘されている。とくに産衛学会は、厚労省が事業場に義務づけることを検討している「精神的健康の状況を把握する検査」について、「その妥当性や有効性は未だに確認されていません」と、2012年1月公表の意見書にも明記している。この「検査」は、もともと「対策検討会」の報告の提言を具体化するために、厚労省からの要請で(独)労働安全衛生総合研究所が2010年9～10月に検討を行い——「ストレスに関連する症状・不調として確認することが適当な項目等に関する調査研究」（座長：下光輝一）——、報告書にまとめた結果に基づくものである。具体的には、本稿の時期区分では、第Ⅲ期から第Ⅳ期をまたぐ形で行われた旧労働省の委

託研究の成果として作成された「職業性ストレス簡易調査票」（質問総数 57）から、とくに9つの項目——「ひどく疲れた」「不安だ」「何をするのも面倒だ」など——を抜き出したチェックリストである。同研究所が翌年に「試行的実施」を行い、厚労省としてはこの報告をもって9項目チェック方式の妥当性を主張してはいるのであるが⁶⁴、その報告書ではより大規模な調査でその精度を確認する必要があるとも述べられており、これが産衛学会の批判の論拠とされている。

(2)の労働者に生じる不利益については、「プロジェクトチーム」でも指摘され、「対策検討会」の報告書でも、たとえば「心の健康問題には、これ自体に対する誤解や偏見等解決すべき問題が存在しており、うつ病であることが分かった途端に解雇される事例も見られる」と記載されている。この点は、2010年6月の産業精神衛生研究会報告書でも、まず問題にされる場所である。かつてほどではないにせよ、メンタルヘルス不調には偏見や誤解があり、それは不調を不治のものと考えたり、当人の能力自体と結び付けたりするような傾向に現れる。こうした状況があるため、「安易なスクリーニングの導入は、精神疾患に関する不適切なレッテル貼り（誤解に基づく差別化等）につながり、まさに過去に問題視された精神障害者の企業からの排除を誘発するリスクも少なくない」と考えられると述べられている。

それゆえ、この報告書では続けて、質問票の結果情報が企業内で当該労働者に不利益を生まないための取扱い方も含め、適切

な事後措置がなされる体制が明確に整備されていなければ、スクリーニングの導入は見合わせるべきだと主張される。また、そうした十分な事後措置の体制がないところでは、労働者が不調と判断されるような回答を避けることになり、虚偽の回答が増え、スクリーニングテストを実施する意味はさらに無くなると指摘する。むしろマイナスの「副作用」が大きくなるばかりであると。

ところで、この労働者のメンタルヘルスに関する個人情報の取り扱いについては、安衛法一部改正案でも上述のとおり一定の規則が盛り込まれている（③～⑤）。しかし、④で、労働者が医師による面接指導を申し出る対象は、厚労省の「法律案の概要」では明示されていないが、「事業者」になるところは注意が必要だ。実際、「対策検討会」の報告書の段階では、医師の面接指導を受けるのに、労働者が事業者に出向を行うことが必要とは書かれていない。

健診をした——「ストレスに関連する症状・不調の確認を行った」——医師は、産業医など「就業上の措置について意見を述べる医師」との面接が必要と判断すれば、労働者にその旨通知する。ここで事業者に対して、健診をした医師が、ある労働者が面接を必要とするといったことを事業者には伝えないようにすることは法案と同じである。だが、労働者が産業医等と面接すること——さらに産業医などから勧められて、より専門的な外部医療機関を受診すること——を、事業者に願い出る必要など無い。事業者が当該労働者の医師面接を受けたことを知るのは、ただ産業医などが就業制限（時間外労働の制限や作業の転換等）や休職が必要であり、そのために労働者の同意

が得られた限りで、事業者に意見を伝えたときである。少なくとも「対策検討会」の報告書では、そのような形が「新たな枠組み」として提示されていた。

なるほど、「改正案」では、面接指導の申出それ自体を理由に、事業者が労働者に対して不利益となる扱いはしてはならないとされてはいる。しかし、まず、スクリーニングテストの結果、なんらかの不調（の疑いがあること）は事業者には伝わらざるを得ない。そして、これは全日本民主医療機関連合会が主張するところであるが、そもそも不調の主な原因がそれこそ職場環境に存する場合、申出は困難であるという批判もなされる。「長時間労働を強要しまたはハラスメントを行っている上司等に面接希望を申し出る事は、困難である」と（同連合会が2012年1月に公表した意見書より）。厚労省の「改正案」は、本稿の第6節で取り上げた2006年施行の改正安衛法・則で、一定の長時間労働を行った者が医師面接を希望ないし申出した場合に事業者は面接を受けさせる義務があるとしたことに合わせたものとも考えられるが、そうなれば当然、そのときと同様の批判も生じよう。それは(4)の問題となる。

(3)の医療的対応の担い手をめぐるとは、なによりもこれまでの産業医の産業保健活動上の位置付け、もっといえばその揺らぎに関する批判である。最終的な安衛法改正案では、「プロジェクトチーム」案にあった一般健診と一緒にメンタルヘルス不調のチェックも行うという方式は取り下げられ、「精神的健康の状況を把握するための検査等」については別の条文が新たに

作られ、あくまでも別の健診として行われる方針が打ち出されている。

この含意はなにであろうか。産業医が行う職務について規定した労働安全衛生規則の第14条内に記されている「健康診断及び面接指導」が既存の安衛法の条文に対応している以上、新たな条文によって指示される「精神的健康…の検査等」は、産業医の職務から外れることになる。実際、改定案では、安衛法の既存の第66条第1項中「健康診断」について、括弧書きとして「精神的健康の状況に関わるものを除く」ことを加えることを明記している。そして、新たに加えられる条文——第66条の10——のなかで、事業者が「医師又は保健師による精神的健康の状況を把握するための検査」を行わなければならないとする。メンタルヘルスの健診は必ずしも産業医の職務である必要はなく、他の医師や保健師が行ってもよいことになる。言い方を変えれば、他の医師や保健師が行うこともできるようになる。

産衛学会の2012年1月の意見書の冒頭にくるのは「(I) 心身の健康を分離して健康診断を行うことを強いる施策は、対象を全人的に捉える『医の倫理』を無視しており、…労働者のためになりません」という下りであるが、健康診断の分離方式がもつばら「医の倫理」に抵触するがゆえに問題とされたともいえないように思われる。いささか穿った見方のようにはあるが、「プロジェクトチーム」以降の一連の流れとそれに対する産衛学会の声明を一読すればそれは明らかだろう。

「プロジェクトチーム」の報告書およびその鳥瞰図で、メンタルヘルス不調者の把

握及び対応の受け皿として、「メンタルヘルスの専門家と産業医を有する外部機関の活用」「外部機関の質を確保するための措置」が今後の検討課題として明記された。この外部機関についてはとくに「拡充検討会」で、産業医の選任義務のある事業場（労働者数50人以上）について、メンタルヘルスに関して医療的なサービスを提供する「外部専門機関」として、その構成や役割について構想されることになった。本論でも既に述べた通り、精神科を専門とする産業医は少なく、その産業医と外部の主治医の連携が困難であることは長らく問題とされてきた。こうした現状に対して専門性や関係医師間の連携・調整を高めることが狙いとされるが、拡充検討会の報告書では、外部専門機関の位置づけについて以下のような提言を行っている。

嘱託産業医と同様の職務に責任をもって従事させるため、外部専門機関に属する産業医有資格者のうち1名を事業場に対する業務を総括する医師として当該事業場が定めた上で、総括する医師が主担当となり他の産業医有資格者との間で事業場や個々の労働者についての情報共有などによる連携を図りながら、産業医の職務を提供する契約を外部専門機関との間で結ぶことが必要である。（拡充検討会報告書2010:5）

補足すれば、報告書に付されている外部専門機関のイメージをみると、総括医師は一つないし数社ごとに組織される医療チームのリーダー役であり、さらに複数のチームを束ね統括する役割として「産業医長」

（「一定の見識を有する産業医有資格者」）が設定される⁶⁵。

こうした構想に対して、産衛学会からは2010年12月の時点で強い懸念と反対が表明されている。懸念とは、この構想の流れで、外部専門機関と事業者が契約すれば産業医の選任義務を果たしたことになる、つまり「産業医選任義務の実質的撤廃」が法制度化に向けて「提議される恐れが極めて高い」というものだ。理由としては、こうした専門機関との契約には、現行の嘱託医制度よりはるかに高額の負担が事業者にかかる。また既に嘱託産業医が選任されているような場合、総括医師の存在は「権限責任の所在」について混乱を招く。そうなれば、事業者をして外部専門機関のみに産業保健活動を任せられるように法的改訂が求められざるを得ないということだ。

そして、それは職場でなされる産業保健活動の質を低下させるという。なぜなら、外部専門機関が拡充検討会で求められるような人員構成と活動を満たそうとすれば膨大な費用を事業者は支払わなければならない、それが回避されればむしろ低コストで劣悪なサービスしか受けられなくなるからだ。また、そもそも産業保健は、産業医や保健職が巡視や安全衛生委員会への参加を通して時間をかけて事業場との連携を深めることでその質を向上させられるものであり、ここに外部専門機関が割ってはいろようなことをすれば、嘱託産業医などの「これまでの努力が雲散霧消しかねない」とも述べられている。

日本医師会が2012年2月に公表した「産業保健委員会答申」にも、外部専門機関方式については、「安全衛生分科会において、

国がメンタルヘルス対策を急ぐあまり、産業医とメンタルヘルス対策に対応できる医師との連携の一つの方法として建議された者であり、日本医師会が発意したものでもない」とし、「日本医師会は…事業場を熟知する医師が産業医として選任される現行の制度を堅持していくよう提言すべきである」と述べられている。

こうした医師の団体からのきわめて強い反対が存在したことも作用してのことであろうが、上述したように安衛法一部改定案のなかには、外部専門機関や産業医選任義務に関わる項目は含まれなかった。そのため、一部改訂法案についての意見書では、産衛学会としては、健診における心身の分離が「医の倫理」に反するという形でのみ言明しているが、この言明の背後には上述の過程と問題が張り付いているとみるべきであろう。

その他、担い手をめぐるとしては、医師不足の問題がある。外部専門機関が拡充検討会の報告書にあるような要件を満たすことになれば、大量の産業医（そして精神科の産業医）が必要である。あるいは、外部専門機関によらずとも、メンタルヘルス検査の結果、実際よりも多く陽性と判定される労働者が出て来ることによって多くの面接希望者に対応できるだけの精神科専門医が必要となるし、事業者に必要なかつ適切な就業措置を具申できるだけの医師もさらに多く必要となる。このため法案改定を急げば、現状の質・両面での医師の不足ゆえに大きな混乱が生じるであろうし、医師の供給体制の整備こそがまず急がれるべきだという批判である⁶⁶。

最後の(4)事業主責任の曖昧性をめぐる問題に移ろう。(2)でも言及した通り、この改定案では、労働者からの申出がある場合にのみ、事業者はからの不調を知ることになる。そうすると不調および不調の結果として生じたことについて、事業者は申出がない場合には、知り得なかったという理由で免責される可能性が高い⁶⁷。働くもののいのちと健康を守る全国センター理事会の意見書(2011.12)でも、むしろ面接を「希望しなかった労働者個人の責任とされ、事業所の安全配慮義務に対する責任を免罪することに」と指摘される。同意見書では、長時間労働に関する面接指導受診の申出が50%にすぎないこともあげて、上記の問題が大きくなる可能性を示唆している。

また、事業者責任と関係してくると考えられるもう一つのこととして、この改定案で示されたメンタルヘルス不調についての検査結果は、職場の環境改善に結び付けられる形になっていないという批判がある。確かに、たとえば職場の単位ごとに集計したものを事業者が参考にして職場改善に取り組むといった主旨の文言は改定案にはない。上記の全国センターの意見書では、そもそも厚労省が考えているチェックリスト9項目には、「本人の気づきを促す」という目的の通り、個人のハイリスクチェックにはなりえても、「職場分析」に繋がるものではないと指摘している。

産衛学会の報告書(2010.6.26)でも、この点が問題にされており、労働者が特定されないことや当該職場管理者の責任追及にならぬように配慮しながらも、回答結果を職場単位で集計し、環境改善に結び付けられるべきことが語られている。また、スク

リーニングが重視されることによって、手間暇のかかる職場改善活動(一次予防)や不調者の早期発見のためになされる管理監督者への教育研修、あるいは随時利用できる相談窓口の整備などが軽視されるのではないかと危惧を述べている。

以上、安衛法改定案に対するいわば内在的批判あるいはその背景になった検討会案への批判を中心にみてきた。しかし改定案では書かれていない部分で重要な事柄を補足しておく必要もあるだろう。この案は、基本的に産業医の選任義務のある規模の企業に関する議論であり、外部機関などと契約できる経済力のない小規模企業の問題や、非正規労働者へのメンタルヘルスケアの供給に関する問題についてはなんら触れられていないと、やはり各方面から指摘されている⁶⁸。拡充検討会などでは50人に満たない事業場については、地域産業保健センターの体制強化などが語られているが、検討会が開かれていた同じ2010年には厚労省内の仕分けによってその予算は削減され、それまでの労働基準局単位(347カ所)から都道府県単位に縮小された。また都道府県レベルで設置されてきた産業保健推進センターも多くが廃止され15センターにまで減らす方針が閣議決定されている。こうしてみると、現在もっともメンタルヘルスケア、あるいは産業医活動総体から遠ざけられている層についての取り組みは、やはり疑問の付されるところであろう。

6.2 リワークプログラムの興隆

精神医療者の側での近年の動向として一つ注目しうるのは、職場復帰支援に関わる

ものである。第Ⅰ期でも復職支援についての言及が精神科医の回想のなかでみられたように、この取り組みは一部企業では意外に長い歴史を持っているともいえる。しかし、やはり2000年代に入って急激に注目されるようになり、医療機関等で「リワークプログラム」が多く実践されるようになったといえるだろう。

この拡がりをただ行政の主導によるものとはいえないが、2004年には厚労省が「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」を公表し、2009年には改訂版を出しているように、行政としてもこの3次予防の取り組みについては関心が高いところがある。2004年の手引きから、病気休業開始から職場復帰後のフォローアップまでを5段階に分けて、それぞれの段階で基本的に踏まなければならない手続きや留意点が示されている。2009年の改訂版では、支援の対象者に対する復職までの流れ（プログラム）や事業場外で利用できる資源や制度について十分な情報提供を行うこと、そして休職に関わる、あるいは「試し出勤」に関わる対象者の身分上の規定についてあらかじめ整備しておくこと、さらに主治医と職場とが相互的な情報提供を含め連携を強化することなどが盛り込まれた。

医療関係者においては、とくにうつ病罹患者に対する復職支援のリハビリテーションが、とりわけ事業場外での復職プログラムとして急速に普及した。この起点は、1997年NTT東日本関東病院の精神科で秋山剛を中心に始められたリハビリを、東京のオフィス街で精神科クリニックを開業していた五十嵐良雄がアレンジして実践し始めたところに求められよう。デイケアを含む「リワーク・カレッジ」と名付けられたプログラムは、うつ病罹患者が回復して家庭生活を過ごせるようになったレベルから、実際に職場で働けるレベルになるまでの間を埋めていくことを目標とする。医師だけではなく心理士、精神保健福祉士などからなる多・他職種チームによる様々な取り組みがあるが、作業療法的なものばかりでなく、個人そして集団の認知行動療法も導入されている。五十嵐は、この経緯について、「診断書を発行して休職させて十分な休養をとらせた後に、復職を試みても、失敗する患

者が続出し」、かつて勤務していた「病院での経験がほとんど役に立たなかった」と語っている（五十嵐 2007:56）。ここには、彼がクリニックで診るようになったうつ病の様相が病院で診てきたものとはかなり異なるという認識もある。いわゆる現代型うつと呼ばれることもある問題に関わる場所であるが、復職リハビリ・プログラムがうつ病治療の文脈でもつ意味についてはここでは省略する。

上述の秋山によると、2006年時点では、都内近県でこうしたリハビリ・プログラムを実践していたのは3カ所のみであった

（秋山 2006:13）。しかし、秋山や五十嵐を中心に2008年に「うつ病リワーク研究会」が発足し、2009年5月には正会員がすでに48機関であり、2012年2月時点で、「同研究会会員であるリワークを行う医療機関は32都道府県118施設」とされている（五十嵐 2012:2）。実際、近年開催される産業精神保健学会やデイケア学会をみても復職支援の報告は非常に多く、この5年ほどの間に急速に取り組みが普及していることが伺われる。

ただし、ここで「リワーク・プログラム」とされるものは、あくまでも事業場外のそれ——就業前リハビリテーション——であり、事業場内のもの——就業リハビリテーション——ではない⁶⁹。後者については、そのときの身分や処遇について制度的に整備しておく必要があり、また職場と医療関係者との協働体制もより密に求められることから様々なコストもかかるものの、その有効性が高いことは指摘されている⁷⁰。就業リハビリのための制度整備や実際の取り組みがどの程度行われているのか、こうした点も注視する必要があり、既存の調査結果を後ほど紹介したい。なお、復職支援については重点的に調査研究を進めており、詳細な議論は項を改めて展開する予定である。

6.3 EAP 企業

本稿では第Ⅳ期を産業精神保健の拡充期とし、それが過労自殺裁判についての画期的な最高裁判決によって開始されことは既に述べた通りである。また、そのことによ

って企業にとってメンタルヘルスケアの問題は、福利厚生の問題からリスクマネジメントの問題になったということが、関係者の間で明言されていることも、ある座談会を紹介するなかで触れた。2000年以降、行政から各種指針が出され、より日常的で多面的な取り組みがなされることも求められるようになった。こうした中で、企業に生じた新たな需要に注目した「産業」も成立してくる。

『日本医師会雑誌』で2007年に「職場のメンタルヘルス」の特集が組まれた。このとき、その「現状と課題」について論じた精神科医で、この分野の主導者的存在であった島悟は、「課題」に関連して、「非専門家が『職場のメンタルヘルス対策』を有望なビジネスチャンスとみなして、参入していること」を挙げている。そして、こうしたビジネスの「乱立」状態に抗して、「医師が、経営層や人事担当者などがメンタルヘルスに関する正しい理解をもつように働きかけること、……メンタルヘルス活動を適切にリードすること」を課題の一つとして訴えている（島 2007:24）。島が危惧していた対象とは、非医療者からなり経営コンサルタント的にEAP (employee assistant program) を提供するという民間企業（EAP会社）である。周知のようにEAP会社は、もともとアメリカで発達・確立したものであるが、日本では1998年に日本EAP協会が設立され、設立者である市川によると、2007年時点で企業数は約50社ということである（市川 2007:◇）。

この時点では企業数としてさほど多いわけではないが、厚労省は2008年には既に一定の対応をみせる。この年の6月、都道府

県労働局労働基準部長に対して「メンタルヘルス対策における事業場外資源との関係の促進について」という通達を出す。このなかでメンタルヘルス相談の専門機関について、「一定の要件を満たしたものについて登録・公表」することで、「優良な事業場外資源の確保を図り、その利用を促進する」と記している⁷¹。相談機関の登録基準では、「事業者と契約を結び有料でその労働者に以下のサービスを提供する機関であって医療法上の医療提供施設以外のものを対象とする」と冒頭部にある。「相談対応者」としては、「心理職」として一定の経験を有することを条件とはしているが、第Ⅲ期で取り上げたTHPの心理相談担当者も含まれ、必ずしも臨床心理士や精神保健福祉士である必要はなく、かなり緩やかである。

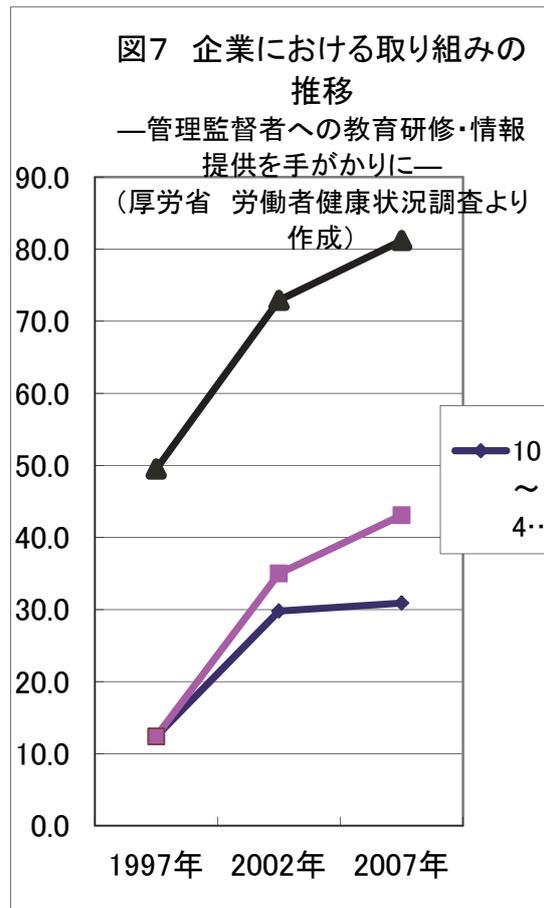
ただし、「精神科医の関与」という項目が目を引くところである。相談機関は精神科医又は精神科医が所属する医療機関と契約していることがまず要件とされる。そして関与する医師は、「臨床歴を5年以上有すること」が必要であり、たとえば「相談対応者による面接に先立ち面接を行い、その結果を相談機関に報告すること」、あるいは「(すべての労働者について相談内容を)相談対応者から報告を受け、その内容について医学的な観点から審査する」といった形で様々に関与していくことが求められる。医師の関与によって、EAP会社の質を担保しようということであるが、登録という制度によってどこまでそれが可能であるかは未知数である。また、EAP会社の提供するサービスは面接相談と医療機関への仲介に限られるわけではなく、社会的な

視点からこうした企業活動が有する機能について、きわめて批判的な議論も存在する。この点は考察部分で取り上げてみよう。

6.4 企業の取り組みと規模格差

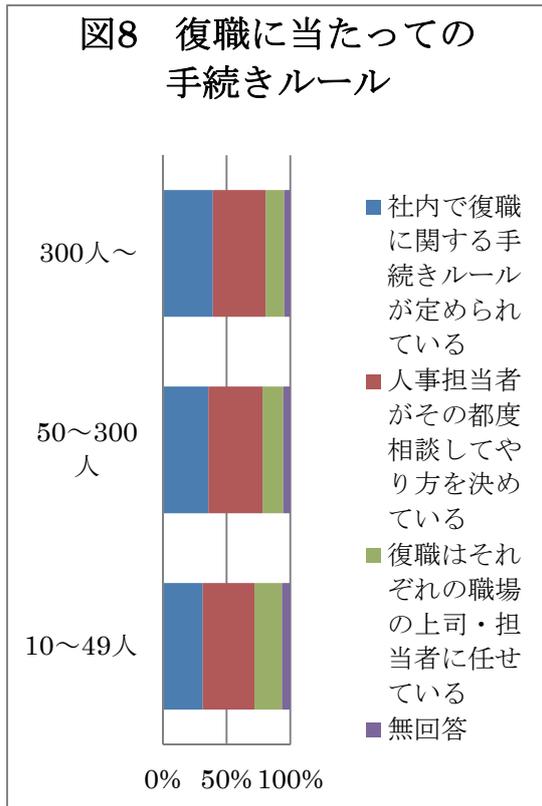
企業の取り組みについては、厚労省の労働者健康状況調査などにより、1990年代後半以降の動きがある程度把握できる。ごく簡略に触れておきたい。

たとえば、新旧のメンタルヘルス指針に「ラインによるケア」という項目が含まれているが、そのために「管理・監督者への教育研修」が求められている。こうしたものは、比較的“取り組みやすい”事柄に属するであろうが、その実施率の推移を確認したものが図7である。企業規模（従業員数）により相当に異なるが、とくに1997年から2002年の間で大きな上昇が認められる。電通事件の一審判決が出た翌年から、旧指針の公表された2000年を挟んでの時期であり、やはりこの時期に取り組みへの圧力が急激に増したことを示すものであろう。

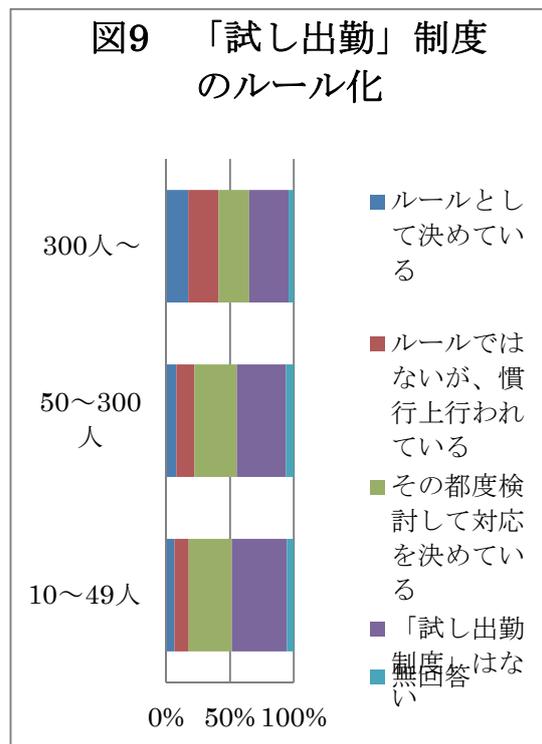


この調査は5年間隔で行われており、2012年実施分の結果はまだ公表されていないので、2010年9月～10月に行われた(独)労働政策研究・研修機構(JILPT)の「職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査」の結果も見ておこう。図7で示したものと全く同様の質問があり、事業所規模別にみると10～49人(36.4%)、50～299人(44.4%)、300人以上(64.9%)であった。50人未満の事業所を除けば、低めの結果が出ている。JLPTの調査設計は厚労省調査とほぼ揃えているが⁷²、事業所調査に限定し、労働者調査は並行して行っていない。厚労省調査の有効回答率が70.8%であることに対し、JILPT調査は37.5%であり、こうした点も作用した

ものと思われるが、とくに解釈はできない。
 精神医療者集団の動向で言及した職場復帰支援に関わる項目については、JILPT 調査がより詳細な設問をしているので、そちらの結果を参照しておこう。



復職に当たっての手続きがルール化されているかという設問についてみると、ルール化されていると回答している事業所は全体的に少ない現状が伺える。50人未満の事業所で30%強であり、300人以上の事業所でも40%程度である。これが「試し出勤」制度のルール化状況についてみると、さらに少なくなる。300人以上でも、ルールとして決められていると回答している事業所は17%程度に止まり、それより小規模になると8%かそれより小さな値となる。



慣行上行われているという回答を含めれば、二倍程度にはなるが、復職支援においてはルールの透明性が当事者である労働者の、そしてその家族の安心に対してもつ意味が大きいことは、多く復職支援に関わってきた医師などからつとに指摘されることである。その意味では、やはりルール化されていることが、より望ましく、その視点からみればやはりそれだけ憂慮すべき現状といえるだろう。

企業の取り組みについては、当然、より詳細で踏み込んだ検討が必要であるが、より多くの調査資料に基づき検討すべき課題であるので、これ以上の概略的紹介は止めておきたい。ただ、以下の考察部分で必要に応じて、既述の調査結果を改めて参照することもあるだろう。

D. 考察

ここまで、1950年代から近年に至るまでの産業精神保健に関わる様々な動向や、それに関連して論じられた事柄を辿ってきた。冒頭部で述べた通り、本稿は文献資料に拠りながら歴史的な記述を行うことを目的としたものであり、これまでの作業で議論は概ね終えたといえる。しかし、今一度、この歴史を振り返り、幾つかの論点にまとめながら考察を加えてみたい。

1. 精神科医が企業に雇用されることについて

まず、第I期に問題となった、精神科医が企業と契約を結び、その労働者に対して精神医療活動をする事について取り上げてみよう。主治医としてではなく、囑託ないしは専属の産業医として産業保健活動をする事について、他科の医師では問題にならなかったことが、こと精神科医については、強い疑いの目をもって批判されることになった。精神疾患・障害に対する社会一般あるいは企業内に存する差別意識を背景にして、治療とはいいつつ、精神科医は不調者を結局は排除する役割を担い、企業の経営合理性に利するものにしかならないのではないか。さらに、むしろ企業にとって不都合な人員を恣意的な診断によって放逐するようなことにさえ手を染めているのではないか、という批判や疑いである。

こうした批判は、近代以降、精神医学が「正常／異常」の線引きを行いつつ、「異常」に分類された者を病院に隔離・監禁してきた主要な社会的装置であることを論じたフーコーや、それに続くとくに英国を中心にした反精神医学の動きが日本にも波及

してきたこと、またこの時代、それが企業という存在に批判的な学生運動と交錯したことによって確実に増幅された。しかし、本論で実際に産業医として企業と関わってきた医師たちの語りやそうした批判に対する反論などを多く引用して示したように、精神科医が企業に関わることが、あたかも自動的あるいは不可避免的に労働者の不利益に繋がるというのは短絡に過ぎた。

反面、我々は現在、「ブラック企業」「追い出し部屋」という言葉に象徴される現象として、一定数の企業が人員削減をとくに「自己都合退職」の形で進めるために様々な“手法”を用いていることを改めて知ることになった⁷³。こうした状況のなかで、産業精神保健に関わる活動やその知識・情報が、不適切に利用される、もっといえば“悪用”される危険性について考えないとすれば、それも楽観的に過ぎるだろう⁷⁴。これはなにも産業医となる精神科医に限った話ではなく、他職種の専門家、あるいはEAP会社としての活動、そして精神医学・心理学に関する知識についても注意が求められる。

知識・情報については、次の論点で問題にすることにすれば、ひとまず産業精神保健活動に関わるスタッフの問題となる。労働安全衛生規則第14条第4項においては、産業医が企業担当者に対して作業環境や管理について勧告・指導・助言をしたことを理由に、事業者が産業医に対して「解任その他の不利益な取扱いをしないようにしなければならない」とある。その点で産業医には一定の身分保障がなされているとみるべきかもしれない。しかし、医師はもともと高い権威を付与された資格職であり、当

該企業から解雇されたことが即座に経済生活上の困難に結びつく可能性は比較的低いように思われる。問題は、医師が企業側の利益供与に抗し得る条件——倫理性は別に——と、医師よりも経済・社会的に身分保障の弱い他職種が不適切に企業側利益に誘導されない条件なのかもしれない。いずれにしても、契約者としての企業と、ときに患者としての労働者の間において産業保健スタッフがより自律的でありうる制度的条件が、精神保健の問題がクローズアップされることで改めて問題になるのではないだろうか。

この点でいささか気になるのは、総じて、近年の議論を第Ⅰ期から第Ⅲ期までの議論と比較したときに目立つ相違として、とくに産業医として職場に関わる精神科医の果たす——その意図とはときに関係なく生じるものも含め——機能そのものをめぐる議論がかなり少なくなったことである⁷⁵。第Ⅳ期に入って以降は、かつて「入り口」で問われていた問題は後景に退き、職場のメンタルヘルスに関わる各職種に求められる技量や注意点⁷⁶、あるいは企業内で実効的な対応方法などが議論の中心になっている。確かに、さしたる根拠も示さず危惧するというだけで、企業現場で臨床活動を行う者を批判することは控えられるべきであるし、逆に現場にいる者は法律と自らの倫理に照らして、最善の方途を探っていくよりないという部分もあろう。しかし、どのような企業や実際の状況が、たとえば精神科の産業医の自律性を脅かすものであるのか——もちろん守秘義務はあろうが——、その経験が何らかの形で公に伝えられ蓄積されていく必要あるだろう。

2. 一次予防と「感情管理」について

次の論点は、労働者個人に対してなされるストレス・コーピングなどの感情のコントロール法に関わる、あるいはラインによるメンタルヘルス不調者の早期発見に関わる指導や教育研修の問題である。THPでセルフケアが強調されたときに、産業衛生の専門家からは、環境改善・管理の思考が脱落していることに多く批判や反省の声があったことは本論で見たとおりである。2000年に公表された旧指針が総合的になったということで評価された所以でもあった。しかし、とくに労働者個人がストレスを含め自らの感情を統制する方法が普及することについては、先鋭な批判もある。たとえば社会学者の山田陽子は、その一連の論考で、労働領域での精神保健活動の拡がりについて批判してきた(2008, 2011a, 2011b)。そのエッセンスは次の一文によく現れている。

労働者一般の普遍的利益を代弁するような主張や運動が展開されにくい状況の中で、労働問題が個人個人のストレスの問題や健康問題として再定義され、医療的・心理学的介入が可能な個別の問題へと加工されている。(山田 2011a:224)

この文の主張には、とくにメンタルヘルス不調者が治療対象になったり、復職支援の対象になったりすることも医療化・心理学化を示す現象として含まれようが、こうした問題については、また次の最後の論点で扱いたい。ここでは山田の議論の本体、すなわち労働者をして、より生産性の高い

主体として、自らの感情を有効にコントロールすることのできる存在へと駆り立てること、そこに医学的・心理学的な知と活動が動員されているという主張ないし問題について、多少の検討を加えてみよう。

山田が注目している産業精神保健活動とは、なにより民間の EAP 会社である。企業経営からみれば「従業員のメンタルヘルスケアとはリスクマネジメントであり経営コストの抑制を意味」するが（山田 2011b:223）、EAP のコンサルタントは労働条件にはタッチせずに、上司と部下のコミュニケーションの取り方や労働者個々人のストレス・マネジメントの方法を伝授することでリスクを回避させ、生産性の向上が図られると謳う。

また既にして「仕事を自己実現の手段として見なす趨勢」があり、「大衆化された心理学的知識によって職業人として自己を語ったり人間関係や職場環境を観察したりすること」が広まっている。諸々の状況から生じる感情に自ら気づき冷静に取扱い、「高い生産性を維持する感情状態の鑄型——たとえば、明るく快活に前向きに職務に邁進する——に流し」込むことは、企業の側だけでなく、個々の労働者もまた求めている（山田 2011:224-225）。だから、そこには十分な「商機」がある。少なくとも山田は批判的にそう見た。

こうした「感情の管理」が、改善されるべき職場環境に存する問題を常に隠蔽するものとして強化されるものであるのか、あるいは意図はともかく隠蔽するものであるのかは、経験的に検討される必要がある。しかし、一定の感情——とりわけネガティブな——が常に職場環境についての集合的

な改善を求められる問題に起因するとは限らず、また感情そのものの取扱いとはまた別に、当該の環境への介入がなされうる可能性も仕組みとしてはありうる。したがって、まずは「感情管理」そのものの持つ意味が検討されるべきことになるだろう。

現代社会がとりわけ職業的な場において、適切な感情状態を作りだし、適切な感情表現を行うこと——感情管理であり、それが商品となりうるために感情労働と呼びうるもの——を求めることを最初に問題化し分析したのはホックシールド(1983=2000)である。サービス部門など働きかける対象が直接的に人である職業に顕著であるが、職業的場面において生産的・機能的であることの起点が「ポジティブ・シンキング」であることに求められるようになるとき、そうでありたいと願う人々にとって感情管理は半ば義務化するだろう。このより深いレベルでの自己統制——深層演技——は人に強度の負荷を与える。あえて私見を加えれば、深層演技の方法論を説くのも心理学的知識であるのなら、それによって生じる負荷を言語化しうるのも心理学的知識であることはいささか皮肉な事態といえるかもしれない。

こうした現代社会的趨勢と現代人にかかる負荷については、晩期フーコーの自己のテクノロジーに関する議論を引き継いだローズも、精神医学的・心理学的知識との関係において詳細に論じており、これらの議論からも EAP 企業などの行うセルフ・マネジメントについて批判的に評価することも可能ではあろう。しかし、本稿の主旨としては、むしろ産業精神保健に関わり、その具体的な文脈の中で関係者たちが論じたこ

とを今一度振り返っておきたい。

第Ⅲ期の後半部で、「職場における精神保健医療ネットワーク検討委員会」において THP の心理相談員（心理相談担当者）の役割をめぐって、その策定に中心的に関わった河野慶三と笠原嘉との間にあった議論をかなり詳しく取り上げた。ここで笠原は、「疾病対応を通じて健康に寄与」するのではなく、「健康な人間がより健康に」という health oriented な方策というのは、労働者ではなく、あくまでも企業のためではないかと問う。そして、「医者が health oriented な面から問題に入っていくときには、慎重に慎重である必要」があるとも述べている。

実は、こうした問題は、2000年の旧指針が公表されたときに、やはり河野が出席している、ある座談会でも語られている。ここでは企業で日々労働者と向き合っている保健師から、非現実的なほど「健康」な精神状態を目標値にすることで、かえって労働者が思い悩むところがあり、メンタルヘルスに取り組む必要は十分認めつつも、そのときの「健康」概念の設定の仕方には注意を要すると語られた⁷⁷。これに対して河野は、会社として掲げるスローガンは何でもよいが、健康状態についての設定は個人が自覚している必要があり、それからのズレをさらに自覚できるようになることがセルフケアの目標と答えた（唐沢 2000:17）。保健師である野田悦子は、「悩みもなくていつも元気でニコニコ」といったゴールを掲げてしまうと、「そうなれない自分を悩んだり責めたりということが起こってくるのではないのでしょうか」と重ねて問いかけるが、この点についての議論はそこで終わ

りとされてしまう（唐沢 2000:18）。

このときの河野の言い分としては、「ゴール」はともかく、個々人が適度に健康である状態を自分で認識できていればよく、その状態との差において現状を把握できることがセルフケアだということになるのかもしれない。しかし、その適度に「健康」である状態とは何か？そこにはどれほど「健康」であることが求められているのか、という社会的期待値が、どうしても入り込んでくるだろう。そしてその期待値の形成に医師は大きな影響を与えるし、それが必ずしも必要のないゴールであっても負の影響を生み出すことになる⁷⁸。上記の座談会で、笠原は、医師のもつ社会的権威とそれが発する言葉が社会的に及ぼす（ときに思わぬ）影響について意識し、危惧したのではないだろうか。そしてとりわけ、よりよく機能することに人を駆り立てる、「健康」という理想値を定めることの危険性を指摘していたように思われる。すでに座談会から20年ほど経過した今、より機能的であれという社会的圧力は当時よりもはるかに上昇しているが、他専門職や関係者の議論も含め、自らの設定する理想値のもつ社会的意味を問い直す議論が、産業精神保健の領域であまり見られなくなっているように思う。

ここで健康モデルの議論からは離れるが、専門家たちの生み出す知や情報をもたらす影響について議論を加えておきたい。たとえば、Rafalovich(2005)は、アメリカのある州でのフィールドワークをもとに、学校で「言うことをきかない児童」が発達障害と認定されるプロセスには、医師よりも学校の教師や親がより大きく関与している様相を描き出している。発達障害についての

知識が普及してきた日本でも同様のことは指摘されている。また、筆者は、ある EAP 企業の代表者から、「現代型うつ」についての情報が、近年、職場で普及するようになった結果、むしろ混乱を招いている——「百害あって一利なし」と表現していたが——という話しを講演で聴いたことがある。確かに、「他罰的」傾向などの断片的な知識や情報が安易に利用されることがあれば、それは単なるスティグマになりうるだろう。

メンタルヘルスに関する管理監督者等に対する教育研修は、多くの企業でなしうる取り組みであり、また復職支援のような保健スタッフ自身が多く難しさを感じるものではないのかもしれない。そのためだろうか、そこで伝達された知識・情報がどのような意味を職場的に持つものであるのかを捕捉した研究は関係誌等で見るとあまりない。しかし、上述の感情管理や健康モデルの規範的設定と同様に、診断名などの医療的・心理学的な言葉が職場的文脈でもつ意味や作用について、検討する必要もあるのではないだろうか。

3. 職場環境改善について

第 2 の論点で引用した議論にあるように、精神医学・心理学の知識にもとづくメンタルヘルスケアが職域に浸透していくことによって、労働問題、すなわち労働者の不調をもたらした、労働環境自体に存する原因が特定・除去されることなく、個人的水準の治療に回収されてしまうという批判がある。これは、シュナイダー＝コンラッドによる「逸脱の医療化」という議論から展開された「医療化論」の直系にあるといえるだろう。彼らの著書では、非行や学校にお

ける子どもの多動、あるいは同性愛などが精神医学的な疾患・障害とみなされてきたこと、あるいは政治的抗議者が精神障害とされ病院に監禁されるようなことが国によってなされてきたことなどが例として論じられている。このように、彼らの医療化論で論じられる「医療」とは精神医療である。そして、その問題性とは、大きくは、「病」とされた者の指向や主張が無効化されるという意味での「脱主体化」と、社会的背景が度外視されるという意味での「問題の個人化」との二つに分けられる（進藤 2003）。

前者については、本稿の辿ってきた歴史でいえば第 I 期に企業と関わった精神科医に対して投げかけられた批判のなかにあった議論ともいえ、その点については、はじめの論点で扱った。後者の問題については、労働者のメンタルヘルス不調がすべから職場環境に起因すると断定できない以上、産業精神保健活動のすべてについてそのフレームで扱うことはできない。業務に起因ないし関連することの有無や程度とは一旦切り離して、「労働問題の個人化」とは別の水準でなお問題として検討できる事柄については、それとして扱えばよいだろう。本稿では「感情管理」については、そのように判断し、第二の論点で扱った。しかし当然、職場環境の問題が個人水準のケアにもつぱら還元されるということの可能性は十分に検討されなければならない。

繰り返しとなるが、他科産業医と精神科医師とのアプローチの違いは長らく関わってきた関係者の間で意識されてきた。他科産業医からみれば、職場環境や作業工程に存する因子の特定と除去が産業衛生の基本であるはずだが、メンタルヘルスケアにつ

いての議論にはそこが抜けているのではないか。たとえば、THP の指示するものがストレスについてのセルフケアに限定されていたことに対してなされた疑義であり批判であった。しかし、2000年に旧指針が公表されて以降、とくに産業精神保健に関する議論のなかで、この種の問題はさらに踏み込んで論じられてきただろうか。

確かに、新旧のメンタルヘルス指針には職場環境改善の議論は含まれている。新指針でみれば、第6項メンタルヘルスケアの具体的進め方の（2）に職場環境等の把握と改善とある。その「ア 職場環境等の評価と問題点の把握」では、事業場内産業保健スタッフ等が中心的役割を果たすものとなり、観察、聞き取り調査、調査票によるストレスチェックなどにより、職場環境を多面的に評価することが求められている。その評価結果に基づいて産業保健スタッフは管理監督者に助言しつつ、自らも協力し、次の「イ 職場環境等の改善」を図ることになる。助言と協力を得て、管理監督者は、「労働者に過度な長時間労働、過重な疲労、心理的負荷、責任等が生じないようにする等…配慮を行うことが重要」とある。

実際には、2010年以降のメンタルヘルス健診に関わる議論に見たように、プライバシーの問題に多く配慮すれば、ストレスチェックの結果を職場改善の情報に容易には流用できないなど困難は多い。しかし、こうして指針等で描かれる流れは、逆に「医療化論」に対して重要な含意もあるだろう。精神医療化は、必ずしも問題を「個人化」するとは限らない。むしろ、環境側にあるメンタルヘルス不調の因子をそれとして解釈してみせることができるのは、とくによ

り公式的な、つまりはより対立的な場になればなるほど、現在の専門家システムにおいては、医師——場合によっては他特定専門職もありうるであろうが——だけなのだ。労災をめぐる訴訟はもちろん、企業内においても、損傷と因子を言語化し、環境条件を「問題化」しうるポテンシャルは、精神保健スタッフとその知に準拠した解釈作業に（も）あるはずだ。たとえば、予防的調査によるばかりでなく、メンタルヘルス不調者が繰り返し出現するような場合、その職場の在り方を問題化することは、少なくとも論理的には可能であろう⁷⁹。というより、むしろ労働安全衛生規則（第14条）で定められた産業医の職務からいえば、衛生管理者等に勧告・指導・助言する立場にある。そのことにより事業者が産業医に対して不利益な扱いをしてはならないともある。

しかしながら、たとえばこの数年の関連学会大会を傍聴してきても、そうした事例報告を聴くことはまずないように思われる。むしろ医師を中心とした学会で、職場環境を劇的に改善し、不調者の数を激減させた事例として聴けたのは、あくまでも傑出した経営者の取り組みについての報告であった⁸⁰。医師はじめ心理・看護等の専門職を集めた学会で、こうした経営者の取り組みが関心を持たれること自体は、この領域がある重要な局面を迎えていることを示すものかもしれない。と同時に、精神保健スタッフが職場環境改善に踏み込むことの難しさも伝えているようにも感じられた。

印象論が過ぎたが、たとえば新メンタルヘルス指針が公表されたとき、『産業医学ジャーナル』誌で座談会を開いている。そこで参加者の医師から、管理・監督者に対

して「セクハラ、パワハラの問題について周知徹底させる」ことが1次予防として重要であると発言があった。加えて、「過重労働的などどうにも避けられない面のある労働の厳しさはある」けれども、そうしたことに關することであれば「常に予防可能」というコメントが付く。つまり医師の立場からも介入可能な方法と地点として、管理監督者研修とハラスメントが挙げられたわけである（櫻井 2006:15-16）⁸¹。経営状況も含めて、労働現場の「現実」を目の当たりにすれば、医師が長時間残業などに口を挟むことはできないという実感があるようにも思われる。であれば、過重労働の結果として生じるメンタルヘルス不調についても、個別のケアで対応するよりないということにもなるだろう。心ある医師等スタッフにとっては不本意な結果に過ぎないが、確かに「問題は個人化される」ことになる⁸²。

しかし、筆者の立場として確認しておきたいことは、個別のケアは確実に重要であり、事業場内での取り組みは極めて貴重であるということだ。多くは環境改善を回避するために個別的ケアが導入されているわけでもなければ、そうした意図を持って保健スタッフたちがケアに取り組んでいるわけではなかろう。「医療化論」からすれば関係者の意図ではなく、社会的機能が重要という立論もありえようが、意図を無視すれば、「問題の個人化」が生じる力学を見誤るところもある。また、たとえば復職支援の方法の蓄積と普及は、新たな社会保障制度の構想——その一部は福祉領域と労働領域を相互浸透させるところに求められる——を具体的な形で補強するものにもなるだろう⁸³。

議論を締めよう。個々の事業場で産業医等が、必要に応じて職場の環境改善の起点になることが可能であるとすれば、具体的にはどのような条件が必要であるのか。あるいは現状では、限りなく困難であるということであれば、それはどのような点に求められるのか。特定物質や作業の問題に取り組んできた他科産業医の経験なども含め、こうした事柄が改めて論じられることを求めるのは、現場を知らないナイーブな意見に過ぎるだろうか。

また、上述のいわばボトムアップ式の職場環境改善の可能性も探りつつ、やはりこの問題はトップダウン式に対応されるべき側面があることも忘れてはならないだろう。本稿でも、2004年に開かれた安全衛生分科会で長時間労働と医師面接をめぐる、それが使用者側の義務になるのか、労働者側の義務となるのか、かなりのやりとりがあったことを紹介した。結局、労働者側の申出が条件になり、安全衛生の面から長時間労働に対する縛りを——たとえば2002年公表の「総合対策」で示された時間外労働45時間で——徹底するということにもならなかった。

その後、2010年以降の動向で「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」で論じられ、以降の議論の中心になるのも、あくまでも要注意者を早期に発見するための健診の問題であった。2006年施行の安衛法改訂のとき以来、危機的状況にある労働者をいかにチェックできるかということが厚労省の関心の中心にあったといえるかもしれない。ちなみに、上記のプロジェクトチームでも、長時間労働・過重労働対策の強化を求める意見は出されている。しかし、鳥瞰

図になると、それは「企業文化の醸成」という枠の中に収められているように、実効的な法的規制を設けるという意向にはなっていない。こうした部分での法制度的枠組みの在り方と、産業精神保健スタッフを起点とした職場環境改善の可能性とは相即的な関係にあるはずである。産業領域における精神医的・心理学的ケアの浸透が、「問題の個人化」に終わらない大きな条件をやはり考える必要があるだろう。

E. 結論

本稿は、日本における産業精神保健の取り組みがいつに始められ、その後どのような展開を辿ったのかを、まずは時系列的に記述していくことを目的とする。また、この流れの中で、どのような事柄が関係者において問題とされたのか、そしてまたそれはどのような社会的状況と関連していたのかを適宜検討していくものである。

関連する専門誌、書籍、行政文書等を中心に検討した結果、1950年代以降から現在までを四つの時期に区分して整理することになった。以下、各期の概略を示してみよう。第Ⅰ期「創生期」は、1950年代中頃より1970年代初頭までになる。戦前期にめばしい産業精神保健活動の記録はなく、50年代より、一部の医師たちが研究会を立ち上げるなどの動きが出てくる。ただし、より重要なのは、疾病構造の変化——結核罹患者の激減——もあり、職場における精神障害者への対応が企業としてより問題とみなされ、一部大企業で精神保健の専門家を導入するようになったことである。関わった医師たちは、社内の偏見に対峙しながら復

職支援に取り組むなどしていた。しかし、1960年代後半になり、反精神医学の潮流と学生運動とが交錯するなかで、精神科医が企業に関わることについて激しい批判が向けられるようになり、個々の企業内活動以上の営みは下火となる。

第Ⅱ期は「潜行期」は、1970年代前半から80年代前半までとなる。行政的な取り組みもまだなく、医療者関係の学会的な取り組みもほとんどない時期である。唯一、内科や公衆衛生学を専門とする医師の多い産業医の集まりである産業衛生学会内の研究会が規模は小さいながら継続されていた。

第Ⅲ期「展開期」は、1980年代中頃より90年代前半までとした。一件の事故とある労働者の自殺未遂・負傷に至ったうつ病が業務に起因すると労働本省で認められたことがきっかけとなり、行政的な取り組みが開始される。ただし、この時期は労災認定基準の見直しに至ることもなく、「健康作り」運動に含められた対策もごく軽いストレスを念頭においたものであった。社会一般においても「ストレス」という言葉が多用され、関心が高まってきた時期でもある。それでも、立ち上げも含め関連学会の動きが再び見られるようになり、行政委託の大規模なストレス研究なども開始された時期である。

第Ⅳ期「拡充期」は、1990年代中頃から現在までである。1996年に年若い労働者2名の「過労自殺」について、民事訴訟で企業が、行政訴訟で国が敗訴したこと、また1998年に自殺者が急増したことなどを引き金として、なによりも行政が主導的に動き出し、労災認定基準の見直し、各種指針や手引きの公表、安衛法の改定などが急ピツ

チに進められた。関連学会や企業での取り組みもさらに活発化する。自殺防止が強く意識されたことは第Ⅲ期の雰囲気とは大きく異なる。企業使用者代表側と労働者・公益代表側とのせめぎ合いも見られたが、結果としては、過重労働に対する法的規制よりも産業医等による不調者の早期発見がなされる仕組み作りがひとまず進められたところもある。しかし、たとえば復職支援に関する各種実践など、短期間で多くの取り組みがなされたことも含め、産業精神保健にとってやはり画期的な時期であったといえよう。

なお、本稿の主たる目的は上述の範囲に収まるものであるが、考察として、この間の歴史とそこであった議論を振り返りつつ、社会学における「医療化論」とも絡めながら3つの論点を検討した。一つ目の論点として、第Ⅰ期にとくに議論され、第Ⅲ期までは一定の言及がありながら、近年ではあまり目にしなくなった問題、すなわち企業に精神科医が関わることで企業側利益に追従することになるのではないかという問題を扱った。この危惧については一律に否定も肯定もできないわけであるが、医師等保健スタッフの対企業的自律性を担保する条件について、さらに検討も求められるとした。

二つ目の論点としては、社会学における「労働問題の精神医療化」という批判的議論を導線として、とくに一次予防として展開され、労働者個々人のレベルで行われるストレス・マネジメントなど「感情管理」と呼ぶうる問題を取り上げた。第Ⅲ期に行政的に導入された時期には、精神科医内部で health oriented な介入には慎重である

べきという議論もあったが、現在ではほとんど問題にされていない。しかし、このセルフケア教育も含め、精神医学的・心理学的知識の導入は、「健康」「正常」のゾーンを個人水準あるいは職場水準で狭めていき、かえって統制ないし管理的まなざしから生じる心的負荷を高める可能性もある。こうした点についても専門家の注意が改めて向けられることを期待した。

最後の論点は、職場環境に存する問題が、個人水準のケアに還元されて不問に付されるという批判である。医療化論では「問題の個人化」とされるところであるが、この点は、精神科医や行政の取り組み・施策について、とくに2000年頃まで産業医や産業衛生管理の専門家からも指摘されてき問題である。ただし、個別的なケアが必然的に環境改善への取り組みを排除するわけではないことは踏まえるべきだろう。すると、メンタルヘルス不調の確認から保健スタッフが環境改善に向けた勧告などを行うことが、現実的に困難であるということが改めて問われるべきことなのかもしれない。たとえば産業医が、法的な権限や身分保障とは別に、そのポテンシャルを生かして環境改善に対して柔軟に関われる条件とはなにか。現在に至るまで、こうした報告や検討はかなり少ないように思われ、この点を指摘した。

- 1 安井義之のこうした経歴については安井(1993a)を参照。安井の軍医の経験については本文中でも触れているが、加藤によると1960年に刊行された『産業人の精神健康』に執筆している医師のうち本人も含め4名が軍医の経験者であり(加藤 1993b:7)、また55年以降(昭和30年代)に始められた企業における精神障害者対策の中心にいた産業医たちは、「当時マッカーサーの命令によってパージとなった国立病院の精神科医であり、大企業での職場メンタルヘルスの基礎をつくった先覚者たちであった」と記されている(加藤 1993a:5)。
- 2 社団法人・精神衛生普及会は、2001年に解散しているが、その折り、常任理事であった精神科医で国立精神神経センター精神保健研究所名誉所長である吉川武彦が一文を残している。そこでは、普及会について「精神障害者の医療と保護のその先にある精神障害の発生予防のみならず人々の精神健康の保持増進を図るため」に設立された団体であり、「職場の人間関係や職場のモラル向上を図るなどコンサルテーションを行ってきた。これらは職場のメンタルヘルス講習会や産業精神保健セミナーを企業からの依頼で行うなどしてきたが、今日的に言えば職場におけるストレス問題の解消を図るためのメンタルヘルス活動であり時代の先端を歩むものであった」と回想している(吉川,2002:114)。また、その解散の理由が運営資金の不足にあることも書かれており、普及会の「運営は個人会員と団体会員および賛助会員による会費および寄付金で行われてきたが…残念ながら退会される企業が多く円滑な運営に支障」が生じる見通しがでてきたことよるとしている(吉川,2002:115)。
- 3 この点については飯田(1998)でも言及がある。
- 4 現在、3次予防をこの領域で分かりやすく表現すると「職場復帰支援」とされているが、この答申内における3次予防は異なる状況を想定したものと考えられる。
- 5 たとえば、1950年代より三菱重工で精神衛生活動を行ってきた池田政雄は戦後の歴史について辿るなかで精神衛生管理研究会に触れているが「数年間の熱心な活動を経たのち諸般の事情で無期休会となってしまった」とだけ述べている(池田 1993:10)。
- 6 たとえば、日本産業衛生学会70周年を記念して出版された本に、産業精神保健に関する座談会が載せられているが、歴史を振り返る部分の一つに、「学生運動の興隆と産業精神保健の停滞」と見出しが付けられている(皆川他,2000:86)。
- 7 ただし、むしろ企業側が復職の問題への対応を主な理由として精神保健の専門家を導入したという証言もある。1960年代から松下電器で専従の産業医を務めてきた精神科医の小西は、「企業が職場の精神衛生管理に着目したそもそもの理由も、精神障害から回復した従業員の復職希望にどう対処したらよいか、というきわめて現実的な問題にあったことは否定できない」と述べている(小西 1984)。
- 8 この時期の言説上の変化—精神医学・医療に関わる言説が「障害者」に限定されたものから「健常者」一般を含めたものへと拡張されたこと—については佐藤(2007)が新聞記事等をデータとして論じている。
- 9 この引用は、中村・吉村・和田監修で2009年に刊行された改訂新版から行った。
- 10 この「精神科産業医」という表現に明確に批判を行っているのは、精神科専門の産業医である廣尚典であり、たとえば『精神科産業医』という表現は(中略)精神疾患など精神科臨床医が専門とする健康問題に限って事例対応や教育に携わる産業医の存在を認めることになるのである。これは、その産業医の対応とそれ以外の対応の間でバランスを欠くことになる恐れがある(後略)と論じている(廣 2002:335)。
- 11 60年代末の「学生運動」に関する文献は多いが、たとえば東大闘争についても、小熊による当時の医学部が孕んでいた問題に関する周到な資料収集に基づく記述が参考になる(小熊 2009:665-692)。
- 12 皆川のように「対立的」に語るものではないが、池田政雄が1960年代中頃について回想

するなかで以下のように述べている。「昭和 40 年前後になると、この問題に着手する企業が輩出するが、当時の内情は常勤・非常勤を問わずに企業に身を投じた精神科医を中核にする群と、この問題に熱意を持つ産業医を中核とする群とに大別され、その間に多少の違いがあった。しかし、精神科医の確保が容易でなかったという事情もあって、結果的には後者の態勢が大半を占めることになる。そして、これに常勤の保健婦ないし看護婦と、常勤もしくは非常期の臨床心理の専門家（いわゆる産業カウンセラーを含む）が加わる形が、おおよそその基本的な体制であったといえよう」（池田 1993:10）。

13 本論考の前半部である荻野(2010)に掲載した年表を参照されたい。

14 この点については、皆川など(2000)の座談会における産業医学研究所（当時）の原谷の発言、廣=島(2004)、河野(2005)を参照し総合した。

15 1964年に公布された「労働災害防止団体等に関する法律」（現「労働災害防止団体法」）に基づき同年に設立された団体。労働省、そして厚生労働省所管の認可法人であったが、2000年には特別民間法人となっている。

16 この件の労災認定については、厚生労働省のHP内「働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト」において「事例 7-1」として説明・紹介されている（2011年3月31日閲覧）。

17 福井の経歴については、福井(2005)を参照。

18 このTHP自体は現在も存在しており、指針は1988年に策定されて以来、1997年と2007年に改訂されている。

19 皆川他(2000)の座談会における福井の発言で、「あれは退屈でした」と結んでいる。

20 実際、労働省にいて、THP策定に関わった河野は、「法で『事業主が負担してやれ』と言えるのは限度があります。それ以上言えば、『お金は誰がもつのですか』という問題が必ず出てきます」と、ある会議の場で発言している（大西編 b 1994b:203）。

21 河野は会議の席上で図を示しながら、中間管理職が行うのがストレスマネジメントであり、ストレス耐性を養うために本人が自ら行うのがストレスコーピングである。そしてマネジメントを前提にして、一人一人の労働者がコーピングを行える教育システムを事業場に作ることをストレスコントロールと呼んでいる、と説明している（大西編 1994d:340-341）。

22 この笠原の表現は、同じ会議のなかで旧厚生省の精神保健法の基本的な考え方も health oriented ではないのではないかと述べたところで使われた。これに対して河野は、精神衛生法の時代は「疾病から」だが精神保健法では違っていると反論した（大西 1994d:344-345）。

23 本稿の前半部（荻野 2010）で掲載した年表にあるとおり、日本ストレス学会は1983年に発足している。

24 精神科医・加藤正明は日本産業精神保健学会の初代会長であるが、本稿の前半でたびたび言及している。

25 この点については第 I 期についての本稿の議論を参考にされたい。

26 大西(1998)によれば、当時の会員数は約 700 名で、職種別には医師（多くは精神科医、心療内科医）が半数ほどで、その他では看護師・保健師が多く、臨床心理士などは少ない。

27 こちらの学会は、主に産業医、公衆衛生・産業衛生の専門家によって構成されているという（久保他(2007)の座談会における東京医科大学の下光の発言より）。

28 この点は、黒木(2001)などを参照にした。

29 櫻井他(2000)の座談会での、川上や廣の発言。

30 毎日新聞 2006/4/17「自殺対策 新法で「遺族支援を」」など参照。

31 たとえば『自殺予防』（岩波新書）などでも著名な精神科医・高橋祥友は、自殺関連の検討委員も多かつとめているが、ある座談会の席上で、やはりこれらの背景を指摘して、「この 2 つが大きく影響して、ようやく行政も重い腰をあげはじめました。そこで厚生労働省の…」と語っている（櫻井他 2004:5）。また、新指針の策定などに中心的に関わった、厚生

省労働基準局安全衛生部労働衛生課長(当時)の阿部重一は、また別の座談会で、「いろいろな統計がありますけれど、私たちが一番よく使うのは、労災補償状況でございまして、…」と、行政官としてどのような数値の推移に注目して対応の必要性を測っているのかについても語っている（櫻井他 2006:5）。

³²公式統計の常で、なにが自殺としてカウントされるのか、その点での検討も求められるかもしれないが、90年代後半におけるこの件数の変化に関する社会学的研究は管見の限りでは見あたらなかった。

³³たとえば、『職場における自殺の予防と対応』の第3章「自殺の予兆」の書き出しは次のようなものだ。「自殺が起きる背景には、うつ病、統合失調症、アルコール依存症、薬物乱用、パーソナリティ障害などの心の病が隠れていることが圧倒的に多いのです。……心の病の中でも、うつ病がもっとも自殺との関連が強いのですが、うつ病の治療には、…」その後につづく内容をみても、あきらかに「うつ病」が関心・対応の中心にあるといっていよう。

³⁴ 清水康之「ライフリンク代表日記」(2005年11月3日および2006年3月17日)より。

³⁵ この2事例については、原告の弁護士が裁判の経過や要点などを説明している、ストレス疾患労災研究会・過労死弁護士全国連絡会議編『激増する過労自殺』を主として参照した。

³⁶ 労災と認定された場合に生じる、企業（経営側）にとってのコストについては、熊沢が他の論者の洞察として3つの点をあげている。(1)社内における管理責任の問題。(2)同様の条件下で働いている従業員から労働条件改善の要求が噴出すること。(3)労働協約などの規定による企業保障が、労災認定によって上積みされること。とくに第2の点が大きく、企業が行政訴訟に対してもとかく非協力的、さらにはいけば妨害的である理由として指摘している（熊沢 2010:178）。

³⁷ この件数と後述の職種については、岡村(2002)第3部の表3-8を参照した。

³⁸ この件についての説明は、宗万=川合(2000)に依拠するものである。

³⁹ この説明には、筆者の解釈が入っており、より厳密な法律論が求められるところであろう。

⁴⁰ もちろん、この事例の判決が下る一ヶ月前に、電通事件の一審判決が下されており、そのことが検討委員会の招集に大きく影響したので、この神戸製鋼所の事例だけで論ずるわけにはいかない。

⁴¹ 電通事件については、川人(2000)を主に参照した。

⁴² 安西は、明瞭な申し出がなければ、「積極的に対応」できないと語っているが、あくまでも結果回避可能性についての議論ではなく、予見可能性についての話のなかで行われているので、業務との関係での失調と予見できないと論じているものと思われる。

⁴³ 河野がこう述べるのは、あくまでも現行法の枠組みにおいてそうならざるをえないという認識による。業務起因ではなく業務関連の疾病についても配慮せよというのは、1996年の安衛法改正によるものであるが、そもそも安衛法とそれにもとづく産業医制度は日本に特殊なものであり、たとえばアメリカには産業医制度自体がないと述べている（大西 2000:94）。これに反応してのことと思われるが、安西は、「グローバルスタンダード」は自己管理・自己責任であり、日本の安衛法や安全配慮義務は「世界的な契約からいうとおせっかい」にすぎず、「本来は自分でやることなんです」と語り、「電通の事件にしても、別に残業や徹夜を強制していたわけではないんです」と最後に結んでいる（大西他 2000:97）。しかし、川人(2000)や熊沢(2010)などで多く指摘されてきたことであるが、電通のいわば「社風」（たとえば「鬼十則」に象徴される）がもつ拘束力を度外視して、「強制していたわけではない」と断言することに、やはり筆者は違和感を抱かざるを得ない。

⁴⁴ 「企業防衛」という表現は、安西が使用したもの（大西他 2000:93）。

⁴⁵ 前者の発言は、とくに労災認定の問題の専門家として知られる精神科医・黒木宣夫によ

るものである。後者は荒井によるものである（大西他 2000:95-96）。

46 河野は別の座談会席上でも、「管理監督者が、部下の健康状態を把握することは自分の仕事なのだ」という認識をもつことが必要です。安全配慮義務の実行責任者は管理監督者なのですから」と強調している（唐沢他 2000:19）。

47 これらの問題は、主に河野から指摘されることで話題になっている（櫻井 2000:12-16）。

48 この認定基準についての概略については、熊沢(2010)を参照した。

49 ある座談会での和田の発言（櫻井他 2005:7）。

50 同上の座談会での阿部の発言（櫻井他 2005:8）。

51 この検討会は、2004年4月末から7月末まで5回開かれた。第3回は企業関係者のヒアリングのため個別事案を取り扱うことになるので非公開であるが、他の4回については逐語的におこされた議事録が公開されている。

52 この厚労省側が作成した案とは、第4回の検討会で配布された「過重労働・メンタルヘルス対策検討会 議論のまとめ（案）」であり、括弧内はそこからの引用である。

53 2002年2月12日付けの通達、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」の別添4(2)イの記載である。

54 これらの発言は、第13回の議事録より引用した。第14回のときには、同じく金子から、メンタルヘルスについていえば、長時間労働によって発症するというよりは、うつ病の結果として生じてくることもあるといった指摘もなされる。ただし、この論理であれば、むしろ長時間労働者をチェックすることの意味が大きいことにもなるが、労災ではないという点を強調する意図によるものと思われる。

55 安衛法の改正点および新旧指針の相違点も含め、本稿で言及してきた安全衛生分科会や2005年に設置された関連検討委員会（後述）の座長を務めた櫻井が関連雑誌誌上で整理を行っており参考になった（櫻井 2007）。

56 この疲労の蓄積が認められるというとき、それを「誰が」認めるのかが問われる。検討委員会には委員として参加もしていた産業医制度の法律に関する専門家である保原は、この点について、文脈上「事業者」以外になく、その認定の手続きを定めておく必要があると述べている（保原 2006:89）。

57 やはり阿部は「医師」面接であること座談会で強調している（櫻井 2006:12）。

58 ただし、本論では言及していない重大な問題として、そもそも50人未満の事業場では産業医を指定することが法的に求められておらず、また50人以上～500人未満の事業場では嘱託産業医でよいことになっていることである。このため、70%程度の労働者は産業医と無縁ないしあまりその制度の恩恵を受けられないところにいる。そのために、産業保健推進センターや地域産業保健センターが期待されることになるが、2005年以降の座談会などでも、これから充実が必要と語られることが多かった。

59 櫻井(2007)の他に、島(2007)も参照した。

60 この文は、検討会に続き組織された「事業場における産業保健活動の拡充に関する検討会」の開催要項から抜粋した。

61 これは、2010年6月26日付けで、メンタルヘルス対策検討会（座長 相澤好治）に対して、産業性衛生学会理事会 理事長 大前和幸の名で送られた見解にある一文であるが、参考資料として「産業精神衛生研究会報告書」が付されている。報告書の代表世話人は廣尚典であり40名ほどの世話人には、この問題に関連してよく名のしられた医師あるいはカウンセラーが多く見られる。

62 他の団体としては、たとえば、働くもののいのちと健康を守る全国センター、あるいは全日本民主医療機関連合会などが挙げられる。しかし、「検討会」メンバーを通じて厚労省に働きかけ、繰り返し声明を発表するなど、もっとも強力に抗議を行ったのは産業衛生学

会である。

63 こうした資料は厚労省 HP で参照した。鳥瞰図になると書かれていないが、報告書内では、定期健康診断追記検討の意見の下に、「定期健康診断におけるメンタルヘルス不調の把握に当たっては、労働者が不利益を被らないようにすることが必要」と、弁護士・生越照幸（外部有識者としてヒアリングされた）の意見が併記されている。

64 たとえば 2012 年 2 月 10 日に労働基準局安全衛生部労働衛生課長・椎葉茂樹が行った報告のスライドでは、この 9 項目と他のストレス傾向を測る項目との間に高い相関があることが繰り返し示されている。

65 上記引用のすぐ後に、次の但し書きがある。「なお…現時点において、産業医に代わりうるものとして外部専門機関との契約を認めることについては、現場の混乱が危惧されるとして、その影響を見極めた上で慎重に判断すべきという意見があった」と記されている。

66 この点は、産衛学会の 2010 年 12 月の意見書にも明確に述べられているが、他に日本精神神経学会・精神保健に関する委員会が 2012 年 9 月に表明した見解において大きな位置を占めている。

67 この点は、たとえば全日本民主医療機関連合の意見書（2012.1.20 付け）でも指摘されているし、産衛学会は拡充検討会が終了した時点の意見書（2010.12.25 付け）で「検診時のスクリーニング結果を事業種は直接知る必要がなく、これによって、たとえ問題が発生しても、知らぬ、存ぜぬ、という立場が公然と許容される危険性をはらんでいる」と記している。

68 この点については検討会の段階から産衛学会が指摘しており（2010.12.25）、その後、働くもののいのちと健康を守る全国センター（2011.12）や全日本民主医療機関連合会（2012.1.20）、さらに日本精神神経学会（2012.9.15）からも批判点として挙げられている。

69 五十嵐による 2011 年実施の調査報告では、復職時の勤務先業の産業医・産業保健スタッフおよび人事労務担当者に対する連絡・調整について行っているとした割合が、もっとも簡便な方法（書面による）においても 5 割程度であり、そして前年調査よりも減少していたとされている（五十嵐 2012:12）。復帰する場である職場とのより協働的な支援への展開は、より困難な課題といえよう。

70 たとえば精神科医の玉井（2006）は、事業場外リハビリが有効でありうるのは、疾患が限定的であること、復職後の業務が外部で模擬的になしうるほど一般化しやすいものであること、あくまでも復帰準備段階までが期待できる回復の水準であることなどをもって、事業場内の就業リハビリがやはりより実効的であると論じ、その課題について検討している。

71 本節で度々言及してきた産衛学会の産業衛生研究会報告書（2010 年 6 月）では、このことについて「背景には、必ずしも良質とは言えないサービスを提供する民間のメンタルヘルスサービス期間が増加してきたこと」と述べている。

72 相違として、厚労省の 2007 年実施調査では、2004 年事業所・企業統計調査を母集団としているが、JLPT2010 年実施調査では帝国データバンクの事業所データベースを母集団にしていることも書き添えておこう。

73 それは、たとえば、達成不可能なノルマを課しながら、特定社員に対して低能力・無能力のラベルを貼り、一定の時間をかけて、当該社員の自己否定感を強めさせ、自分から退社を選択させるような方法である。労働相談等を行う NPO 法人 POSSE 代表の今野は、それを「違法にならないハラスメント」「ソフトな退職強要」によって解雇規制が無効化されている状況として告発している（今野 2012:85-92）。

74 たとえば、近年、内部通報したことで不当に異動させられたとして、某大手企業社員が起こした裁判では原告側が勝訴した。この案件に絡んで、会社と顧問弁護士が産業医と共謀して当該社員を「精神障害者」に仕立て上げ「合法的」に排除しようとしたと一部メディアで伝えられている。このようなことがあるとしたら、本稿では、雇い主である企業に対する産業保健スタッフの自律性の問題として論じたが、それ以前に医師等の元々の倫理性をどのように確保するのかという問題も確かに存在するだろう。2010 年の「拡充検討会」

での議論にも本論で言及したが、総括医師および複数の産業医からなるチームで企業と関わる外部専門機関の方式は、医師相互のチェックが働くことによって、ある程度はこうした危険性を減じるものであるのかもしれない。

⁷⁵ この変化は、やはり 1960 年代末から 70 年代初頭にかけての“時代的特殊性”と、それがいわば記憶として影響力を保持しえた時代という視点から考えるべきことのように思われる。たとえば、1974 年 2 月に臺弘、土居健郎を呼びかけ人として、本稿でもその発言などを度々引用した加藤正明や笠原嘉などを含む、11 名の精神科医が、3 日間に渡って「精神医学における疾病概念」について討議集会を行っている。事前に論考を用意し、回覧した上での集会であったが、その理由として、疾患概念が大きく動いてきていること、そして「伝統的な医学モデルによる疾患概念は社会モデルに挑戦されており…」という一文も見られる。実際、参加者の一人、荻野恒一は「精神医学における社会学的視点」と題してレインやフーコーに言及した議論を提起しており、精神科医たちが直面した時代の雰囲気伝えてる。

⁷⁶ たとえば、大西・近藤(2008)では、リワークに関連して、職場はリハビリ施設ではなく多くを期待するのは筋違いであること、リハビリ期間中の労災の扱いにも事前の取り決めが必要なこと、あるいは心理カウンセラーが守秘義務を重視しすぎて、雇い主である企業の利益に反すること（とくに他の社員への他害の怖れを必要な部署に伝えないなど）は問題であること、医師もうつ病などが完治してもどのように働けるとは限らないことを、企業側にきちんと伝えないことなどについて、「叱って」いる。

⁷⁷ 雑誌『働く人の安全と健康』誌上に収録されている「座談会 どう進めるメンタルヘルス」において、住友金属工業に勤める保健師で心理相談員の野田悦子が「毎日にこここ…で働けるようになることを目指そうとしてやり出すと、行き着く先もないところを目指して走っているようなもので、それを持ちかけること事態、働く人にストレスを与えるということになるのではないかという気がしています」と発言している（唐沢 2000:17）。

⁷⁸ 推測にすぎないが、笠原は対談時に優生学に関わる歴史を意識していたのかもしれない。

⁷⁹ もちろん、問題化の「主体」は、労働組合などであってもよいし、そうであるべきかもしれない。しかし、そうした申し立てには、「医学的」論拠も求められることもあろう。たとえば、個人加盟労組での相談経験をもとに、団体交渉の過程を可能にした、相談者本人の休職や経済保障を引き出す上で、精神医療の言語が有効であったことを橋口(2012)が指摘している。また、産業医の経験をもつ精神科医・天笠崇が、とくに成果主義とメンタルヘルスとの関係について論じた著書の冒頭で、労働組合の組合員に向けて書いていると述べていることも、この文脈で示唆的である。

⁸⁰ 日本産業精神保健学会の 2012 年度大会で、筆者はオリンパスソフトウェアテクノロジーの代表取締役として社内改革に当たった天野常彦氏の報告を傍聴した。

⁸¹ もちろん、現実問題として、ハラスメントへの対応が大きな部分を占めるというところはある。たとえば、2009 年のことであるが、日本産業精神保健学会の会長講演として中山和彦は、「産業精神保健の課題は、『過重労働』と『パワハラ』に集約されていた」と話を切り出している（中山 2009:29）。ただし、パワハラに関するルポルタージュなどによれば、パワハラのいわば常習者のような人物を一定の地位に就けるころには、当該企業の「社風」ともいべき問題もまみられるようであり、ラインへの研修によって制御可能な範囲は限られるところもあるのではないだろうか。

⁸² 不調者の「個人環境」にのみ働きかける方法は様々に論じられている。たとえば、産業医が上司や人事担当者をコーディネートして、当人を復職後に別の部署に移す「適正配置」は（松崎 2007a:138-139）、企業全体としてみれば仕事量も人件費もさして変えることなくないうる有効な方法ということにはなるだろう。

⁸³ 社会保障制度の構想として、ここでは宮本太郎(2009)のアクティベーション論を筆者は

イメージしている。2000年代に入って以降に多くの議論と実践が生み出されている職場復帰支援は、これまで精神保健福祉領域では統合失調症者にとっての福祉的就労が多く論じられてきた社会的文脈からみても、また異なる試みとして評価できるのではないだろうか。たとえば、白波瀬らによる、事業場内リハビリテーションにおいて、職場集団そのものも支援対象とすることで、支援対象者の試行錯誤を高度に可能にしていくようなプログラムには、支援システムを設計していく上で多くのアイデアが含まれているように思われる。詳細は、白波瀬(2011,2012)などを参照されたい。

F. 研究発表

1. 論文発表

荻野達史,2012,「生きていく気と生きていく場のために」,一般社団法人日本臨床心理士会監修・津川律子責任編集『臨床心理士のための精神科領域における心理臨床』遠見書房

2. 学会発表

日本社会学会年次大会（福祉・保健・医療部会(4)）「『職場復帰支援』はいかに機能するのか？：労働領域の精神医療化を検討する」2012年11月

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・資料

- 1)天笠崇,2007,『成果主義とメンタルヘルス』新日本出版社.
- 2)荒井稔,2005,「教育講演 産業領域におけるメンタルヘルス対策と精神障害について」『精神神経学雑誌』107(10):1116-1124.
- 3)浅井邦彦,2001,「病院精神医療の歩み」,昼田源四郎編『日本の近代精神医療史』ライフ・サイエンス:46-54.
- 4)芹沢一也編著『時代がつくる「狂気」』朝日新聞社.
- 5)Brod,Craig.,1984=1984, (池央耿・高見浩訳)『テクノストレス』新潮社.
- 6)Conrad,Peter.&Joseph W.Schneider.,1992=2003, (進藤雄三監訳)『逸脱の医療化』ミネルヴァ書房.
- 7)大道明,1979,「職場不適応件研究会」『産業医学』特別号:171-172.

-
- 8)大道明,1982,「職場不適応研究会の名称を産業精神衛生研究会に改正する理由と趣旨について」『産業医学』24:218-219.
- 9)Foucault,Michel.,1972=1975,(田村淑訳)『狂気の歴史』新潮社.
- 10)福井城次,2005,「産業精神保健活動を振り返る 福井城次」『産業精神保健』13(2):95-96.
- 11)藤井久和,1993,「職場のメンタルヘルスの現状と展望」『こころの健康』8(1):3-10.
- 12)原田憲一,2000,「精神障害の労災認定」『産業精神保健』8(4):275-279.
- 13)原田憲一他,1999,『精神障害等の労災認定に係る専門検討会報告書』労働省.
- 14)橋口昌治,2012,「メンタルヘルスに関わる労働相談をめぐる困難」『大原社会問題研究所雑誌』642
- 15)平井富雄他,1971,「座談会 中堅管理者の組織病をどう癒やすか」『中央公論経営問題』10(5):304-317.
- 16)廣尚典,2002,「産業精神保健における産業医の役割と専門性」『産業精神保健』10(4):333-340.
- 17)廣尚典,2008,「産業精神保健における精神科医と産業医の連携」『精神神経学雑誌』110(11),1103-1108.
- 18)廣尚典・島悟,2004,「職場のメンタルヘルス：その歴史と今日の問題」『精神医学』46(5):460-472.
- 19)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):887-892.
- 20)Hochschild,Arlie.,1983=2000(石川准・室伏亜希訳)『管理される心：感情が商品になるとき』世界思想社.
- 21)五十嵐良雄,2007,「メンタルクリニックにおける治療プラン」『こころの科学』135
- 22)五十嵐良雄,2012,「リワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究」主任研究者・秋山剛『うつ病患者に対する復職支援体制の確立』厚労科研報告書
- 23)飯田英男,1998,「日本産業衛生学会の立場から」加藤正明監修・日本産業精神保健学会編集『産業精神保健ハンドブック』中山書店:286-292.
- 24)池田政雄,1993,「戦後における『職場のメンタルヘルス活動』の展開」『こころの臨床ア・ラ・カルト』増刊号:9-13.
- 25)唐沢正義他,2000,「どう進める メンタルヘルス：『事業場における労働者の心の健康づくりのための指針』を巡って」『働く人の安全と健康』1(11):12-23.
- 26)笠原嘉,1985,『朝刊シンドローム』弘文堂
- 27)加藤正明,1993a,「産業精神保健の歴史と展望」『こころの臨床ア・ラ・カルト』増刊号:2-7.
- 28)加藤正明,1993b,「産業精神保健活動の歴史」『産業精神保健』1(1):3-10.
- 29)加藤正明監修・日本産業精神保健学会編集,1998,『産業精神保健ハンドブック』中山書店.
- 30)加藤正明他,1999,『労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書』労働省.
- 31)川人博,2000,「大手広告代理店青年社員の自殺：電通：大嶋うつ病自殺事件」,
- 32)小西輝夫,1969,「企業と精神科医の問題」『精神医学』11(12):17-22.
- 33)小西輝夫,1971,「企業のなかの精神衛生」『精神医学』13(12):39-43.
- 34)小西輝夫,1984,『サラリーマンと心の健康』NHK ブックス
- 35)小西輝夫,1986,『バンカー・シンドローム』東京書籍
- 36)小西輝夫,1993,「産業精神保健業務 20年の回顧」『こころの臨床ア・ラ・カルト』増刊号:19-23.
- 37)今野晴貴,2012,「ソフトな退職強要という新段階：潜脱される解雇規制」『Posse』14:85-92.
- 38)小沼十寸穂,1968,「産業精神衛生に関する答申書」『産業医学』10(12):559-595.

-
- 39)河野慶三,2005,「労働衛生行政と産業精神保健—私が直接かかわった3年」『産業精神保健』13(2):82-84.
- 40)厚生労働省,2000,『事業場における労働者の心の健康づくりのための指針』.
- 41)厚生労働省,2002,『重労働による健康障害防止のための総合対策』.
- 42)厚生労働省,2006,『労働者の心の健康の保持増進のための指針』.
- 43)厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課健康班,2004,『過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会議事録』第1回～第5回.
- 44)久保千春他,2007,「座談会 職場のストレスとメンタルヘルス」『日本医師会雑誌』136(1):5-17.
- 45)熊沢誠,2010,『働きすぎに斃れて：過労死・過労自殺の語る労働史』岩波書店.
- 46)黒木宣夫,2000,「職業性ストレスと精神疾患の特集にあたって：企業における自殺の現状と認定指針策定の背景」『産業精神保健』8(1):3-7.
- 47)黒木宣夫,2001,「いわゆる過労自殺」『現代のエスプリ』402:103-109.
- 京都大学,2006,『自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書』内閣府経済社会総合研究所.
- 48)Martin,Luther H.et al,1972=1975,(田村俣・雲和子訳)『自己のテクノロジー：フォーコー・セミナーの記録』岩波書店.
- 49)松崎一葉,2007a,『会社で心を病むということ』東洋経済新報社.
- 50)松崎一葉,2007b,「特別企画 職場復帰：うつかなまけか」『こころの科学』135:15.
- 51)皆川洋二他,2000,「座談会 知的労働と心の健康」,日本産業衛生学会『日本の産業保健』法研.
- 52)三田正也,1969,「若手精神科医は勝った：全理事を不信任した精神神経学会」『朝日ジャーナル』11(24):46-48.
- 53)宮本太郎,2009,『生活保障：排除しない社会へ』岩波書店.
- 54)森満万寿夫,1967,「推薦のこぼれ」,ミクソンライター(中村豊訳)『産業における精神衛生』岩崎学術出版社.
- 55)宗万秀和・川合順子,2000,「海外出張中の新入社員の自殺：神戸製鋼所・山川短期反応精神病自殺事件」,ストレス疾患労災研究会・過労死弁護団全国連絡会議編『激増する過労自殺』皓星社.
- 56)中村純・吉村玲児・和田攻監修,2009,『産業医のための精神科医との連携ハンドブック(改訂新版)』昭和堂.
- 57)中山和彦,2009,「会長講演 激変する職場環境：普遍的課題は何か」『産業精神保健』17(増刊号):29.
- 58)夏目誠・川上憲人・藤井久和,1992,「職場のメンタルヘルス」『産業医学レビュー』5(2):1-20.
- 59)新福尚武他,1969,「第7回 精神医学懇話会 精神科診療所をめぐる諸問題 ディスカッションの部」『精神医学』11(1):19-33.
- 60)野村茂,2008,『産業医学いまむかし』(財)労働科学研究所出版部.
- 61)小熊英二,2009,『1968(上)：若者たちの反乱とその背景』新曜社.
- 62)大西守,1998,「日本産業精神保健学会」『精神神経学雑誌』100(12):1092-1097.
- 63)大西守・近藤信子,2008,「職場でのメンタルヘルス活動を『叱る』」『こころの科学』64)142:123-126.
- 65)大西守他,2000,「特別企画(座談会)：企業におけるメンタルヘルス管理：電通事件にかかる最高裁判決をめぐる」『産業精神保健』8(2):83-97.
- 66)大西守編,1994a,「職場における精神保健医療ネットワークに関する検討委員会」報告(第1回)『産業精神保健』2(1):114-120.
- 67)大西守編,1994b,「職場における精神保健医療ネットワークに関する検討委員会」報告

- (第2回)『産業精神保健』2(2):197-204.
- 68)大西守編,1994c,「職場における精神保健医療ネットワークに関する検討委員会」報告(第3回)『産業精神保健』2(3):265-274.
- 69)大西守編,1994d,「職場における精神保健医療ネットワークに関する検討委員会」報告(第4回)『産業精神保健』2(4):339-347
- 70)岡村親宜,2002,『過労死・過労自殺救済の理論と実務：労災補償と民事責任』旬報社.
- 71)岡田靖雄・小坂英世,1970『市民の精神衛生』勁草書房.
- 72)小此木啓吾,1987,「教育講演3 産業精神医学の課題」『精神神経学雑誌』89(11):932-938.
- 73)Rafalovich,Adams2005"Relational troubles and semiofficial suspicion:educators and the medicalization of 'Unruly' children" Symbolic Interaction,28(1)
- 74)Rose, Nikolas, 1999, Governing the Soul: the shaping of the private self, second edition, Free association books.
- 75)労働省,1999,『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』.
- 76)労働政策審議会安全衛生分科会,2004,『労働政策審議会安全衛生分科会議事録』第10回～第18回.
- 77)櫻井治彦,2000,「座談会 これからのメンタルヘルス」『産業医学ジャーナル』23:5-20.
- 78)櫻井治彦,2007,「労働安全衛生法等の改正の経緯について」『産業医学ジャーナル』30:5-12.
- 79)櫻井治彦他,2004,「座談会 自殺予防について」『産業医学ジャーナル』27:4-18.
- 80)櫻井治彦他,2005,「座談会 過重労働・メンタルヘルス対策の動向」『産業医学ジャーナル』28:5-30.
- 81)櫻井治彦他,2006,「座談会 メンタルヘルス指針について」『産業医学ジャーナル』29:4-31.
- 82)産業精神健康管理研究委員会編,1960,『産業人の精神健康』精神衛生普及会.
- 83)佐藤雅浩,2007,「『心の病』の戦後史：狂気の隔離からメンタルヘルスの啓蒙へ」,芹沢一也編著『時代がつくる「狂気」』朝日新聞社.
- 84)島悟,2007,「職場のメンタルヘルスの現状と問題点」『日本医師会雑誌』136(1):19-24.
- 85)清水康之,「ライフリンク代
表」,<http://blog.livedoor.jp/bxs00035/archives/50175690.html>.
- 86)進藤雄三,2003,「医療化のポリティクス：「責任」と「主体化」をめぐる」『現代の社会病理』18:1-14.
- 87)白波瀬丈一郎,2012,「境界領域としての働く場」『精神科治療学』27(4)
- 88)ストレス疾患労災研究会・過労死弁護団全国連絡会議,2000『激増する過労自殺』皓星社.
- 89)高田昂・島悟・加藤正明,2007,「産業精神保健活動の歴史」,日本産業精神保健学会編『産業精神保健マニュアル』中山書店.
- 90)玉井光 2006「職場復帰の現状と課題」『精神科臨床サービス』6(1)
- 91)富高辰一郎,2010,『なぜうつ病の人が増えたのか』幻冬舎ルネッサンス新書.
- 92)津久井梨絵,2007,「『ストレス』はいかにして語られるか：戦後日本における言説の変容」『日本女子大学 人間社会研究科紀要』13:109-122.
- 93)臺弘・土居健郎編,2010,『精神医学と疾病概念』みすず書房.
- 94)内海健,2006,『うつ病新時代：双極Ⅱ型障害という病』勉誠出版.
- 95)和田攻他,2004,『過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会報告書』厚生労働省.
- 96)保原喜志夫,2006,「拡大する産業医の役割と法律問題」『季刊 労働法』215:85-94.
- 97)保原喜志夫編著,2003,『産業医制度の研究』北海道大学図書刊行会.
- 98)山田陽子,2008,「『心の健康』の社会学序説：労働問題の医療化」,『広島国際学院大学現代社会学』9:41-60.

-
- 99)山田陽子,2011a,「『感情資本主義』社会の分析に向けて」『現代思想』39(2):214-227.
100)山田陽子,2011b,「『感情資本主義』の進展」『社会分析』38
101)安井義之,1961,「第33回日本産業医学会シンポジウム 産業職場の精神衛生」『産業医学』3(1):1-5.
102)安井義之,1993a,「私の歩いた終戦後から現在までの労働衛生」『産業医学』35:63.
103)安井義之,1993b,「産業医の立場から」『こころの臨床ア・ラ・カルト』増刊号:25-31.
104)横山定雄,1960,「産業における健康管理の意義」,産業精神健康管理研究委員会編『産業人の精神健康』:69-99.

「産業精神保健」に関する年表 1950～2011年

	行政、行政関連団体等、司法	学会(医学系を中心に)、民間 団体、 出版物(非行政刊行物)	企業
1950	○精神衛生法の制定		
1951		○日本精神衛生会(戦前の精神厚生会が再発足)機関誌、「精神衛生」の復刊(1969年に「心と社会」に改称)	
1952	○国立精神衛生研究所の開設。同研究所の加藤正明を中心に産業精神健康管理研究会が開始。	○精神衛生普及会の発足	
1953			○国鉄が「精神病を取り上げ」始める
1954		○精神衛生普及会:産業部を設けて、精神衛生研究会を開始(1993年までに400回以上。多くの企業参加あり)。	
1955		○精神衛生連盟(日本精神衛生会、精神衛生普及会、日本精神科病院協会など8団体が構成団体)主催の全国精神衛生大会にて、「産業精神衛生」がパネルとして取り上げられ	○三菱石油職場精神衛生調査
1957		○土井正徳『職場の精神健康管理の方法』精神衛生普及会	○九州電力で精神衛生活動開始(中村豊が中心に)
1958			○日立製作所で「集団ロールシヤツハ」実施
1959		○精神衛生普及会に「産業精神健康管理研究委員会」設置 ○産業衛生協会(1929～)より『産業医学』創刊	○国鉄・鉄道病院に精神科医(春原千秋)着任
1960		○産業精神健康管理研究委員会『産業人の精神健康』精神衛生普及会 ○日本産業カウンセラー協会の設立(国鉄の心理学者・相馬紀公を中心に産業カウンセリング養成講習会が開催された延長で) 労働科学研究所の桐原(産業心理学の立場から)『産業精神衛生の諸問題』 ○日本産業医学会(日本産業衛生協会の年次大会)で「産業職場の精神衛生」のシンポジウム	○本田技研(埼玉製作所、浜松製作所にて):精神衛生相談を開始
1962		○日本精神神経学会:総会で「社会復帰」がシンポジウムのテーマに	

	行政、行政関連団体等、司法	学会(医学系を中心に)、民間 団体、 出版物(非行政刊行物)	企業
1964			○松下電器:健康 管理センターに精神 科医(小西輝男)着 任 ○東芝:精神衛生 対策を開始(産業 医・御厨潔人を中心 に) ○電電公社:療養 者の統計で、結核を
1965	○精神衛生法の改訂	○日本産業衛生協会で「職場 の精神衛生」のシンポジウ ム。 ○同協会内に「産業精神衛生 研究会」が発足→1966産業精 神衛生委員会(委員長・小沼	
1966	○人事院:精神衛生委員会を設置(主題 は精神障害者の社会復帰)。委員が全国 で現場調査。※特定できないがこの前後 の時期と思われる。	○日本精神神経学会の第23 分科会で「学校および職場の 精神衛生管理」についての研 究発表あり。 ○日本精神神経学会の「精神 衛生管理研究会」発足(会長 として金子仁郎阪大教授。職 場、学校、地域を研究対象)。 1973年までで「無期休会」に。 ○国際精神保健連盟(WFM H)のコレチエール理事長来日、産 業精神衛生懇談会	○富士通:精神衛 生対策を開始
1967		○McLean&Tayler(中村登記) 『産業における精神衛生』岩崎 学術出版社 ○大道明『職場の精神衛生』 創元医学新書	○電電公社:精神 疾患管理規定を作 成(精神科医・関口 憲一らを中心に)
1968		○小沼十寸穂『産業精神衛生 に関する答申書』(『産業医 学』に掲載)→日本産業衛生 協会に「職場不適應研究会」 発足 ○『教育と医学』で特集「職場 の精神衛生」	
1969		○小沼十寸穂『産業精神衛生 の実際』金原出版 ○『教育と医学』17(11)で特集 「職場の精神衛生」	
1970		○池田篤信・石田一宏『働くも のの精神衛生』新日本出版	
1971		○春原千秋・梶谷哲男編『職 場の精神衛生』医学書院	
1972	○労働安全衛生法の施行(労働基準法か ら分離独立)	○平井富雄『精神衛生管理』 中央公論社 ○日本産業衛生協会が日本 産業衛生学会へ改称	
1976		○小沼十寸穂『産業神経症』 新臨床医学文庫	
1979	○労働省:シルバーヘルスプラン策定・提 唱		

	行政、行政関連団体等、司法	学会(医学系を中心に)、民間 団体、 出版物(非行政刊行物)	企業
1981		○小沼十寸穂『職場の精神健康管理の実際』労働科学研究所 ○『教育と医学』で特集「職場	
1982	日航羽田沖墜落(日航逆噴射)事故	○内山喜久雄・小田普『職場のメンタルヘルス』有斐閣	
1983	○労働省:中央労働災害防止協会に委託し、中高年齢労働者ヘルスケア検討委員会に「ストレス小委員会」を設置。 ○人事院・職員局:国家公務員を対象とした精神衛生対策専門家会議(加藤正明座長)発足	○日本ストレス学会発足	
1984	○東京労働基準局:仕事によるうつ病で自殺を図り重傷の設計技師に対して、心因性精神障害として初の労災認定 2/23 ○労働省:産業医学振興財団に委託し、「メンタルヘルスケア企画運営委員会」設置。	○Craig Broadの“Technostress”が翻訳される。「テクノストレス」の用語が話題に。 ○小西輝夫『サラリーマンと心の健康』NHKブックス	○富士通:メンタルヘルス研修の対象者を拡大(それまでは課長クラス→主任クラス)
1985	○労働省:「メンタルヘルスケア研修の実施について」を通達。同時に、「メンタルヘルスケア講師養成研修会」を全国8ブロックで開催。労働省による行政指導で「メンタルヘルス」が初めて公用語として用いられた。 ○加藤正明・梅澤勉監修『職場メンタルヘルスのすすめ方』中央労働災害防止協会より刊行 ○労働省・中災防:中高年齢労働者ヘルスケア検討委員会ストレス小委員会中間報告。「サラリーマン精神健康調査」「ストレス関連疾患調査」報告。職場のストレス	○小此木啓吾他編『産業精神医学』医歯薬出版 ○日本経済新聞に連載「働く人々のメンタルヘルス」(精神科医・大森健一)。 ○笠原嘉『朝刊シンドローム:サラリーマンのうつ病操縦法』弘文堂	○東芝:臨床心理士(森崎美奈子)が本社勤務部に着任
1986	○労働省:中災防より『企業におけるストレス対応—指針と解説』を発行 ○労働省:『労働衛生管理におけるメンタルヘルス』(労働省労働衛生課編)発行。全国で講習会開催。 ○労働省:「テクノストレス委員会」設置(~1989年) ○加藤正明・精神衛生普及会編『職場のメンタルヘルス』(人事院の精神衛生委員会・専門委員会の検討から、各省庁のガイドラインとして)	○加藤正明・精神衛生普及会編『職場のメンタルヘルス』精神衛生普及会 ○小西輝夫『バンカー・シンドローム』東京書籍 ○百溪浩編『テクノストレスとメンタルヘルス:職場の対応策』	
1987	○精神保健法の施行 ○労働省・中災防:ヘルス・リスナー研修会	○日本精神神経学会にて教育講演「産業精神医学の課題」(小此木敬吾)	
1988	○労働安全衛生法の改正。「労働者の健康の保持増進のための措置」(69条)に基づき、「心とからだの健康づくり」指針を公表。「こころとからだの健康づくり運動(トータル・ヘルスプロモーション・プランTHP)」を開始	○大阪で「過労死110番」実施(4月)、過労死110番全国ネット第1回一斉相談(6月)、過労死弁護士全国連絡会議結成(10月)、全国一斉過労死労災申請(11月) ○日本精神神経学会・シンポジウム「産業における精神医療とその問題点」開催	

	行政、行政関連団体等、司法	学会(医学系を中心に)、民間団体、出版物(非行政刊行物)	企業
1989	○労働省:THPの一環として、心理相談員研修の実施→卒後研修の会として、心理相談員会が1990年に設立	○「産業精神保健研究会」開始 ○朝日新聞で連載「働く人の心の健康」(大原健士郎によ	
1990			
1991	○労働省:「メンタルヘルスのための管理者教育に関する調査研究」委託 ○厚生省・委託研究「職場の精神保健に関する研究」(国立精神神経センター・藤縄昭代表。産業精神保健研究会が実施。その一つとして「職場における精神保健医療ネットワークに関する検討委員会」、オブザーバー、運営協力者として厚生省、労働省、人事院関係者。～1994年)	○心身医学会・シンポジウム「職場のメンタルヘルス」開催 ○日本産業カウンセラー協会の試験が労働省から技能審査として認定される	
1992	○労働省:「事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針」公示 ○労働省:「職場における心の健康づくり」(産業保健スタッフ向けテキスト)		
1993	労働省:都道府県産業保健推進センター、および地域産業保健センターの設置開始(推進センターは2003年までに全国47センターを設置。保健センターは労働基準監督署を単位として設置)	○日本産業精神保健学会の発足(加藤正明会長, 会誌『産業精神保健』)。 ○日本産業ストレス学会の発足(会誌『産業ストレス研究』齋藤和雄理事長)。 ○『こころの臨床ア・ラ・カルト』12巻増刊号で特集「職場のメンタルヘルス最前線」(編集:加藤正明)	
1994			
1995	○労働省:「作業関連疾患の予防に関する研究」(班長:加藤正明、「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究」による「職業性ストレス簡易調査票」「仕事のストレス判定図」の開発を含む)(～99年)	○日本産業衛生学会:『産業医学』が『産業衛生学雑誌』に誌名変更	
1996	○中央労働基準審議会建議「労働者の健康確保対策の充実強化について」においては、「メンタルヘルスに関する理解の促進とメンタルヘルスに関する相談体制の整備を図る必要がある」と指摘される(1月) ○電通過労自殺訴訟一審判決(東京地裁)自殺を長時間労働に起因するものとして、会社側の損害賠償責任を認める(3月)。 ○神戸製鋼自殺訴訟(神戸地裁)労基署の不支給処分を取り消し労災と認定(4月)	○加藤正明監修・大西守・島悟編『職場のメンタルヘルス実践教室』星和書店	
1997	○東京中央労基署・広島中央労基署で過労自殺労災認定(12月)		NTT東日本関東病院精神神経科で復職支援リハビリテーション開始

	行政、行政関連団体等、司法	学会(医学系を中心に)、民間団体、出版物(非行政刊行物)	企業
1998	<ul style="list-style-type: none"> ○川崎製鉄過労自殺訴訟(岡山地裁倉敷支部)で原告勝訴(2月) ○自殺損害賠償訴訟(札幌地裁)で原告勝訴(7月) 	<ul style="list-style-type: none"> ○日本産業精神保健学会『産業精神保健ハンドブック』中山書店 ○日本EAP(Employee Assistance Program)協会設立 ○朝日新聞「働き盛りの男性自殺急増 国レベルの予防体制急げ 1998.06.30 東京朝刊 	
1999	<ul style="list-style-type: none"> ○厚生省・人口動態統計で中高年層の自殺者が急増と発表(40-50代で前年度比1.4倍程度) ○労働省「労働者のメンタルヘルスに関する検討会」(5月設置)。座長:櫻井治彦。翌年6月に報告書(翌年公表の指針へ) ○労働省「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針」公示 ○労働省「精神障害による自殺の取扱いについて」 	<ul style="list-style-type: none"> ○読売新聞「倒産やリストラで中高年の自殺急増 昨年10月までで年間記録更新」03.17 	
2000	<ul style="list-style-type: none"> ○労働省:「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」策定 ○電通過労自殺訴訟最高裁判決(3月)原告側全面勝訴 ○過労自殺損害賠償訴訟(広島地裁)で原告全面勝訴(5月) ○東京海上横浜支店長事件最高裁判決(7月) ○大阪淡路交通事件最高裁判決(7月) ○厚労省:労災認定基準(脳・心臓疾患に関する)の改定に着手 	<ul style="list-style-type: none"> ○日本産業精神保健学会『職場におけるメンタルヘルス対策:精神障害等の労災認定「判断指針」対応』中山書店 	
2001	<ul style="list-style-type: none"> ○厚労省「職場における自殺の予防と対応」公表 ○厚労省「職場におけるメンタルヘルス対策の事業者等支援事業」創設 ○厚労省「脳・心臓疾患の認定基準の改正について」通達 		
2002	<ul style="list-style-type: none"> ○厚労省「加重労働による健康障害防止のための総合対策」(事業主に対する通達) ○厚労省社会・援護局内の有識者懇談会から「自殺防止対策有識者懇談会報告」 ○障害者職業総合センター:在職精神障害者の職場復帰支援プログラム(通称リ) 	<ul style="list-style-type: none"> ○産業カウンセラー資格:同協会認定資格に。 	
2004	<ul style="list-style-type: none"> ○厚労省「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」公表 ○厚労省社会・援護局から「地域におけるうつ対策検討会報告書」 ○労働政策審議会建議「今後の労働安全衛生対策について」→改正部分の骨子固まる ○厚労省「労働者の健康情報の保護に関 	<ul style="list-style-type: none"> ○日本医師会監修『心の病い治療と予防の現在』労働調査会 ○『臨床精神医学』33(7)で特集「職場のメンタルヘルス」。 ○『精神療法』30(5)で特集「産業精神保健と精神療法」。 	

	行政、行政関連団体等、司法	学会(医学系を中心に)、民間団体、出版物(非行政刊行物)	企業
2005	<ul style="list-style-type: none"> ○「労働安全衛生法の一部を改正する法律案」閣議決定、国会審議を経て、11月に公布 ○厚労省「セクシャルハラスメントによる精神障害等の業務上外の認定について」通達 	<ul style="list-style-type: none"> ○日本精神神経学会総会で、教育講演「産業領域におけるメンタルヘルス対策と精神障害について」(荒井稔) ○日本産業精神保健学会編集『メンタルヘルスと職場復帰支援ガイドブック』 ○『こころの臨床ア・ラ・カルト』24巻で特集「EAP:勤労者のこころの病の支援プログラム」 ○メディカルケア虎ノ門でデイケア「リワーク・カレッジ」開始 	
2006	<ul style="list-style-type: none"> ○改正・労働安全衛生法の施行 ○厚労省「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(メンタルヘルス指針)公表 ○厚労省「過重労働による健康障害を防止するための総合対策」公表 	<ul style="list-style-type: none"> ○『精神科臨床サービス』で特集「職場に戻るためのメンタルヘルス」。 ○日本精神神経学会・シンポジウム「労働者のメンタルヘルスの現状と課題」開催 ○朝日新聞で連載「患者を生きる うつ」(7～9月) 	大阪商工会議所:「メンタルヘルス・マネジメント検定」を開始
2007		<ul style="list-style-type: none"> ○日本精神神経学会・シンポジウム「精神障害者の労災認定に伴う諸問題とメンタルヘルス」開催 ○日本産業精神保健学会『産業精神保健マニュアル』 ○『日医雑誌』136(1)で特集「職場のメンタルヘルス」 ○『こころの科学』135号で特別企画「職場復帰」 	
2008	<ul style="list-style-type: none"> ○厚労省「過重労働による健康障害を防止するための総合対策」改訂版公表 ○厚労省「上司の「いじめ」による精神障害等の業務上外の認定について」通達 ○地域産業保健センター事業の受託方式変更(地域医師会委託方式から企画競争方式へ) ○厚労省「メンタルヘルス対策における事業場外資源との関係の促進について」通達 (そのなかで「メンタルヘルス不調者に対する相談サービスを提供する機関(相談機 	<ul style="list-style-type: none"> ○日本精神神経学会・シンポジウム「産業保健における精神科医の役割」開催 ○うつ病リワーク研究会発足 	
2009	<ul style="list-style-type: none"> ○厚労省「当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について」を通達 ○厚労省「「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針」の一部改正について～職場における心理的負荷評価表に新たな出来事の追加等の見直しを行う～」通達 ○厚労省「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」の改訂版公表 ○厚労省「職場における自殺の予防と対応」改訂版公表 ○厚労省「メンタルヘルス対策支援セン 	<ul style="list-style-type: none"> ○うつ病リワーク研究会『うつ病リワークのはじめ方』弘文堂 	

	行政、行政関連団体等、司法	学会(医学系を中心に)、民間 団体、 出版物(非行政刊行物)	企業
2010	<ul style="list-style-type: none"> ○厚労省「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム報告書」公表 ○厚労省「職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書」公表 ○厚労省「事業場における産業保健活動の拡充に関する検討会報告書」公表 ○厚労省 労働政策審議会安全衛生分科会にて「職場におけるメンタルヘルス対策」を主に審議(3回) ○都道府県産業保健推進センターが「省内仕分け」により2011年より3ヶ年で32センター廃止の方針が閣議決定 ○地域産業保健センターは同上の理由により、労働基準局単位(347カ所)から都道府県単位にされる 		
2011	<ul style="list-style-type: none"> ○厚労省「産業保健への支援の在り方に関する検討会報告書」公表 ○厚労省「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会報告書」公表 ○厚労省「労働安全衛生法の一部を改訂する法律案」臨時国会提出(審議未了) ○産業保健推進センターが6県で廃止される 		

IV. 研究成果及び本研究プロジェクトに関連する刊行物に関する一覧表

三柴 丈典

学術論文

1. 三柴 丈典：離職者はどこへ行く？～行き場のない人達の再生は誰がする？：座長から～、産業精神保健 20(4):310-315,2012
2. 三柴 丈典：東芝事件（うつ病・解雇）事件、判例時報（判例時報社）2160:190-202,2012

解説

1. 三柴 丈典：講座・メンタルヘルスと法（1）～現場課題への法的処方箋～、安全と健康 64(1):73-77,2013
2. 三柴 丈典：講座・メンタルヘルスと法（2）～現場課題への法的処方箋～、安全と健康 64(2):73-77,2013
3. 三柴 丈典：講座・メンタルヘルスと法（3）～現場課題への法的処方箋～、安全と健康 64(3):73-77,2013

白波瀬 丈一郎

学術論文

1. 白波瀬 丈一郎：境界領域としての働く場―適応と不適応―：精神科治療学 27(4):437-442,2012

V. 研究成果及び本研究プロジェクトに関連する刊行物・別刷

シンポジウム I

離職者はどこへ行く？
～行き場のない人達の再生は誰がする？～

座長から

三柴丈典

Symposium I

シンポジウム I : 離職者はどこへ行く? ~行き場のない人達の再生は誰がする? ~

座長から

三柴丈典

はじめに

企業などの組織において、一般に、精神疾患やパーソナリティの問題によって離職した者の「再生」という視点を持つことはほとんどなかったと思われるが、本シンポジウムでは、本人要因が大きいと推察され、かつ職場秩序に著しい悪影響を与える症例(実例)をとりあげ、そのような者を離職させた場合、どのような転帰を辿るか、裏を返せば、今の日本社会はこうした限界的症例に対してどのような、どの程度の再生能力・機能を持っているか、また、仮に不足があれば今後どのような開発の可能性があるかについて正面から論じようと試みた。

そのことにより、組織としてできること・できないことが、これまでより明確になるほか、産業(保健)と地域保健などの社会資源の関係を緊密かつ有機的なものに(再)構成できる可能性があるなど、産業精神保健にも一定の寄与を果たす可能性があると考えたことによる。

シンポジストには、精神医学・産業精神医学がご専門の荒井稔医師、20年以上精神障害者を中心的な労働力とする株式会社を営みつつ、精神障害者の就労支援を行うNPO法人の運営にも携わり、その就業能力の開化(empowerment)に尽力してきた金子鮎子氏、とくに心の問題を抱える

若年者への訪問支援の実践とシステム開発で全国をリードし、2010年には主催するNPO法人に内閣総理大臣表彰を受けた谷口仁史氏の3名を委嘱した。

また、症例検討の視点として、X軸(疾病性)、Y軸(人格の偏り・社会性)、Z軸(環境因)の3軸を設定し、通常、各専門家などがどの範囲を所掌し得るかを概念化して討議の前提に供した(図1)。

I. 討論素材~事例~

症例(Z)は20歳代女性で、サービス業を営むB社のA支店の管轄下にある従業員約30名程度の営業所の正規従業員であった(主な関係者は、図2(人物関係図)を参照されたい)。

現在(X年)の主訴は、数年ぶりにパニック発作が出現した状態で、呼吸苦、不安感、不眠、食欲低下を認めるが、注意、領識、記憶、記銘、見当識に問題はなく、意識清明。主治医にはマスクを付けたまま受診するが、おおむね穏やかに応対する。質問への返答は適切で遅滞はなく、内容もまとまっており、立居振舞に奇異な点は認められない。家族歴として、父親にアルコール問題、父親から母親への暴力問題があった。既往歴として、亜急性甲状腺炎(X-1年にPSLを内服)、ストレス性の顔面けいれんがあり、生活歴として、高等専門学校時代に対人関係上のトラブルがあったほ

<p>荒井氏：臨床と産業精神保健に携わる医療人としての立場</p>	<p>金子氏：精神障害者を中心的労働力とする株式会社の経営者としての立場</p>	<p>谷口氏：主に若年層の訪問支援の先駆的な枠組みを構築・運営してきたNPO法人の代表者としての立場</p>
<p>X軸：広い Y軸：広いが最上部のカバーは困難 Z軸：広いがやや低寄り（少なくとも臨床医は環境因への直接的な治療的介入は困難）</p>	<p>X軸：真ん中より若干右から左にかけて Y軸：真ん中より若干上から下にかけて Z軸：広いがやや低寄り（自ら雇用する場合はある程度環境因への対応が可能）</p>	<p>X軸：対応・介入範囲としては広いが疾病性が判明すれば、医療機関に介入を委ねることとなる Y軸：上下幅広い Z軸：広いが環境因への直接的な介入は困難な場合もある</p>

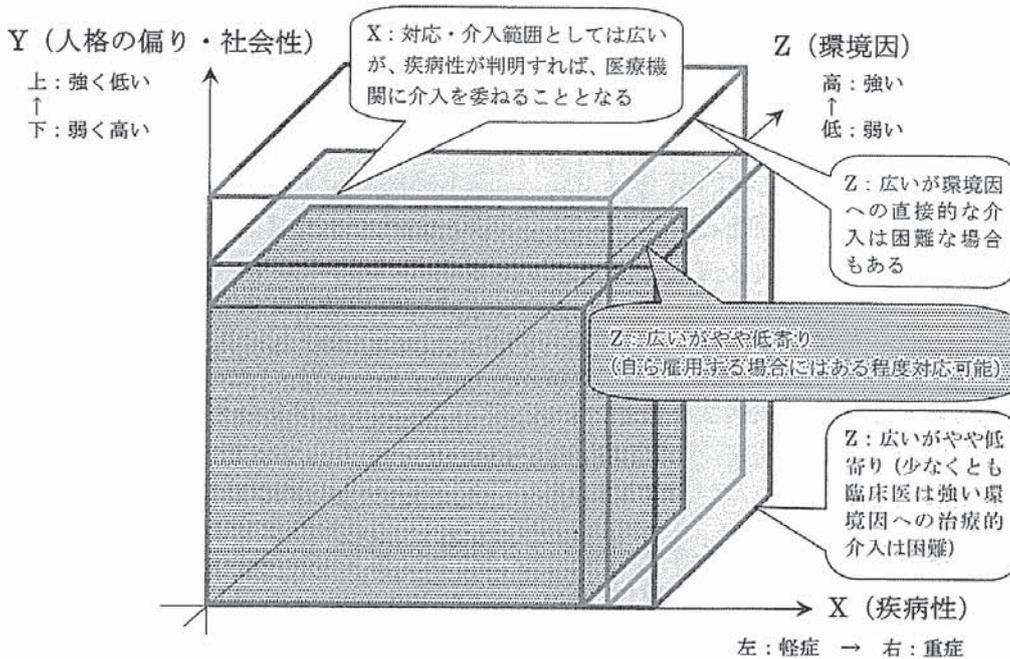


図1 各専門家などの所掌範囲 (イメージ)

か、B社に入社以後間もなく、リストカットなどの問題行動があった。未婚で单身生活、機会飲酒程度で喫煙習慣はなかった。神経質で負けず嫌いな性格であった。

主な経過は以下のとおり。

X-8年頃、大量服薬で精神科(D医師)に初診。その数ヵ月後、パニック発作を主訴として別の精神科で再診した際、“私が嫌っていた人物が会社内で不正行為を行い退職したが、私自身が告発者と疑われ、逆恨みされている”と述べ、D医師は、その出来事がパニック発作出現の契機になったと推定。パキシル+BDZの処方で軽快し、同年7月には上司の判断で配置転換となり、パニック発作の症状は消失して薬物療法も終了した。

その後しばらくはパニック発作の再燃もなく、元の部署に再配置されても特段の問題なく勤務を続けていたが、Zによれば、件の退職者と仲のよかった上司(M係長)がZを目の敵にするような態度をとり続けていた。そして、X-1年1月の会議で理不尽に責められる出来事があり、その翌日、自動車運転中に偶然同人とすれ違った際、パニック発作が出現して歩道に乗り上げる事故を起こし、その後は壁紙をはがし続けるなど異常行動をとった。再度D医師を受診し、1ヵ月の自宅療養となったが、月末にI産業医、G総務課長、H保健師同席のもとで面談が実施され、2月初旬には以前と元の部署に復帰することになった。

復帰後、Z本人はF総務次長宛に、仕事は比較

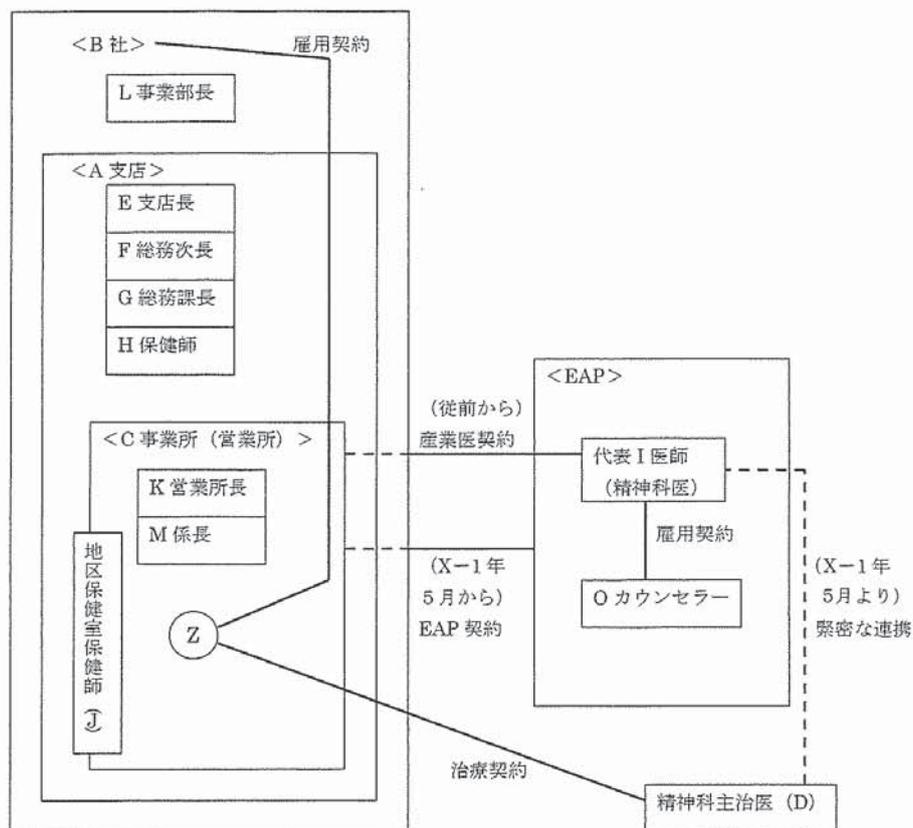


図2 人物関係図

的順調で、周囲も協力的との報告をメールでしていたが、所属営業所のK所長は、2月19日付けのE支店長宛の書簡で、①本人の動向に変化はなく、周囲は発作の出現をおそれて警戒している、②後輩に“お前、てめー○○しろ”などと言う、③注意をすると人の揚げ足をとったり警察に申告する、④上層部とのつながりをアピールして威圧的態度・言動をとる、⑤気に入らないことがあると物にあたる、ヤクザをよぶと脅かす、⑥真冬の最中、勤務時間外に従業員に“今、神社にいる”と連絡があったため、従業員数名で捜索に向かったところ、神社でお百度参りをしていたなどの問題について報告した。

また、X-1年3月頃には、C営業所内の一室のドアに、「(Zの名) 在室中」、「(M:呼び捨て) 立入禁止」と張り紙をし、気付いた従業員がはがしたところ、強固に張り直される、というエピソードもあった。

翌月(X-1年4月)には、状態が悪化して再

休職となったが、G営業所の1従業員から本社コンプライアンス部にZの解雇か異動を求める実名通報が2度あり、関係者の調査が行われたところ、営業所所属者全員がZとは仕事ができないと回答したが、B社としては、本人から辞職の申出がない限り解約はできないと判断した。

その後のI産業医と主治医(D医師)の情報交換の結果、パーソナリティに問題ありとの見解で一致したが、本人と関係者の面談の結果、本人希望を踏まえ、認知のあり方についての指導を前提に元の職場に復帰させることになった。

復帰以降は、一進一退の経過を辿った。本人がもっとも信頼していた男性従業員の退職も重なり、10月には処方薬20錠ほどを過量服薬し、主治医から叱られ、再び落ち込んだ。X-1年12月には、F次長とE支店長が状況確認の目的で本人と面談した後、面談の際、特段の問題は生じなかったにもかかわらず、面談を行った部屋のドアノブを使って自殺未遂(首つり)を図り、すぐに発見さ

れて救急搬送された。F次長の動揺が強く、Zの担当から外れることとなった。Z自身は、その翌日、母親とともに主治医に受診し、その結果、6カ月の自宅療養となり、現在に至っている。

II. 課題

このような人物が、退職または解雇措置に付された場合、その後、どのような回生の方途があり得るか

議論の冒頭、三柴から、疾病罹患を理由とする解雇やそれに準じる非自発的退職措置は、①発症事由が業務外であること、②配置の工夫や病欠欠勤などの措置では対応が困難な程度に難治性であること、③当該難治性疾患により、所定業務への障害が見込まれること、または所定業務への就業により症状の悪化や治療への障害が見込まれることなどが要件となり、これを本症例に当てはめると、そうした措置も正当化される可能性が高い旨が述べられた。

また、離職した精神障害者が利用可能な既存の公的支援制度の概要と、最終的なセーフティネットとしての生活保護の制度と運用について解説された上で、現状では、一般に、制度的にも人的にも福祉と産業が乖離していること、その埋め合わせのため、企業合併・共同出資型授産施設を創設し、①個別の企業で雇用継続が困難な者の受け入れ、②再生（社会・職業適応）の専門家の育成、③定年退職者などのうち希望者の雇用継続、④快復者の再雇用などを図る私案が提示された。

III. 各論者の示唆した対応法

1) 荒井稔氏

本症例は、ICD-10に照らすと不安障害、非社会性人格障害と想定され得る。

うち不安障害については、過呼吸を伴う場合、抗不安薬、抗精神病薬等の薬物療法の適応だが、非社会性人格障害については、精神療法的対応と環境療法、場合によっては薬物療法の適応と解さ

れる。

中心となる精神療法的対応では、病識を含めた適正な現実認識能力の育成が鍵となる。攻撃的言動などの行動による自他への悪影響のほか、通常生じる罪責感の欠如により、不合理な慢性的抑うつが生じ得ること、投影性同一視などの原始的防御反応により攻撃性が生じ易いことなどの認識の促進、不安になった時の内容の書き出し、認識のズレについての主治医との共同確認作業などが有効に働く可能性がある。

薬物療法では、衝動性を調整するための抗精神病薬、抗てんかん薬などが奏功する場合もある。

環境療法では、対人関係の複雑化の防止の観点で、一定期間は特定人物に限定した対人関係が維持されるよう配慮する。また、関係者の心理的動揺が考えられるため、患者を見放さないためにも、関係者相互の連絡・連携によるネットワークの構築が求められる。

触法行為との関係での法的な責任能力は有りと解されるが、業務遂行能力には支障を来す可能性があるため、公的支援制度の利用を視野に入れる必要がある。

2) 金子鮎子氏

約35年にわたる精神障害者との関わりの中で、以前は統合失調症など典型的な精神障害罹患者との関わりが多かったが、最近は中高年のうつ病患者などとの関わりも出てきた。その経験から本症例について言えば、社会人としての成熟などの変容がない限り、私の経営する企業（㈱ストローク）でも新規雇用は困難。㈱ストロークは、ビル清掃を主な業務としており、それまでの生活の姿勢やスタイルを切り替えないと適応しにくい、人に喜ばれる仕事。しかし、当社の場合、精神障害者社会適応訓練事業での訓練などを経てから雇用するケースが多く、職種からいっても本症例がそれを望むとは思われない。要望があれば、改めて適否を検討することになる。

労働は本来人生に充実感を与える尊いもの。だからこそ、それを渴望する（：生を全うしようと

する) 本人の意欲が前提になる。本症例には現時点ではその意欲を感じられない。その意欲さえあれば、自他の客観視にもつながるはずなので、周囲はそのきっかけづくりのため根気強い働きかけをすべき。企業側は、同類の問題が生じる場合に備え、産業保健専門職などと相談しつつ、早期介入策などを検討すべき。

本症例は、一義的には精神保健福祉センターや障害者支援センターの適応と思われるが、その場合にも本人の周囲への不満よりも、生きる意欲、働く意欲の育成が前提になる。症例によっては、こうした意欲が潜在している場合もあるが、じっくり対話をしていくと顕在化することが多い。

3) 谷口仁史氏

平成22年4月に、社会生活に困難を抱える若者などの支援ネットワークの整備などを目的とした子ども・若者育成支援推進法（平成21年法律第71号）が施行されたが、私が代表を務めるNPO法人S.S.Fは、同法の定める訪問支援（アウトリーチ）を中核とする若年支援ネットワークの形成を基礎に、相談から問題解決に至る実績において先駆的取り組みを行ってきた。その要諦は、一定の資質を認められ、熟練者から体系的訓練を受けた者が、訪問支援により、若者などの背景にあることの多い家庭問題を代表とする複雑多様・多層的な事情を知り、医療・福祉、学校など様々な領域の専門家、行政資源などとのネットワーク体制を活用して、オーダーメイドで多面的な社会適応プログラムを組み、継続的に寄り添いながら実践していくところにある。公的事業を複数受託しており、最近では保健・福祉機関からの紹介件数も多い。

本症例についても、成人とはいえ20歳代で、不適応行動の背景に家庭問題が窺われるため、そうした手法が有効に作用すると解される。職場の関係者がその背景を十分に踏まえ、無理な対応を試みると、翻弄され、甚大な被害を受ける可能性が高い。具体的には、以下のような手法が考えられる。①本人の生活満足度を焦点に、医療的アプローチを基軸とし、雇用保険制度、求職者支援制

度、生活福祉資金貸付制度、生活保護制度などの公的支援制度を活用しつつ、働き方、生き方、人生の目的などの観点からのアプローチを試みる。②本人の攻撃性の背景に「孤独感」がある可能性を意識しつつ、症例が年代的に身近に感じられ、（趣味が一致するなど）共感的コミュニケーションが可能で、生き方のモデルとなり得る相談員による家庭教師的（：伴走型の）支援を行う。③負けず嫌い、高いプライド、現就労先への固執が窺われ、作業所や職業訓練などでの支援は逆効果となる可能性を踏まえ、社会貢献活動を通じた自己有用感の回復を誘う。④相談員への依存が生じた場合には、社会参加段階に達した際に徐々に本人との関わりを避け、他者との関わりを増やすなどして関心の矛先を分散し、自立を促す。

おわりに

本症例のようなケースの再生（社会・職業適応）策に関する司会を含めた4者の所見を集約すれば、以下のとおり。①医療的ケア（精神療法的対応、環境療法、場合により薬物療法）をベースに、②公的支援による最低生活水準を確保しつつ、③生活環境への訪問などにより本人の不適応の背景にある（多くの場合）複雑多様・多層的な問題の調査分析を深めた上で、④対象者の共感と信頼を得られ、⑤対応に関する体系的な専門知識を身につけた人物（：相談者）が中心（：窓口）となり、⑥本人をとりまく数多くの専門家や関係者と有機的な協力関係（：ネットワーク）を構築し、⑦本人仕様の適応化プログラムを練り上げ、⑧斜め上の立場（：目線）から、⑨（必要に応じて）まずは対人関係を一定範囲に制限して、⑩本人の関心をとっかかりとして、⑪粘り強く継続的で寄り添い型の支援を行い、⑫病識を含め、客観的な現実認識能力の育成を図り、⑬社会・職業参加が可能などところまで達したら、自立へ向けて距離をおくとともに、様々な人物や場との関係づくりを支援して、相談者との関係の相対化を図る。この際、⑭相談者自身が孤独や疲弊状態に陥らないよう、

熟練者から指導を受け、仲間と相談し合える条件（：プラットフォーム）を形成する。

将来的に、こうした作用と産業を連結するため、企業などの組織がこうしたプラットフォームを自ら合弁で設立し、日常的に人的、知的に交流を図る枠組みを形成できれば、様々な副次的効用を期待できる。本質的解決の観点からは、成年と未成

年は連続してとらえられるべきなので、すでに存在する若年等支援組織や枠組みとの知見の交換も有益と思われる。

もっとも、パーソナリティ面での修正には、本人の納得・自覚による行動変容が求められるので、やはりレジリエンス（resilience）は前提になるであろう。

六四 東芝(うつ病・解雇)事件

近畿大学
教授 三 柴 丈 典

解雇無効確認等請求控訴事件、東京高裁平二〇(六)二九四号、平二〇・二・二三民一部判決、X請求一部認容(上告受理申立て)、判例時報二二二九号二二頁

【事実】 X(一審原告、被控訴人兼控訴人・女性)は、平成二年にY(一審被告、控訴人兼被控訴人)に入社して以後、技術職正社員としてつばら液晶部門のドライエッチング分野等で就労していたが、平成二年一〇月ころ、通常一年半程度をかけて実施するはずのところ、半年で仕上げることに予定されたM2プロジェクト(*ポリシリコン液晶ディスプレイ)に用いるガラス基板を製造するための計七台の設備から成るラインを立ち上げる予定のプロジェクト)のドライエッチング部門のライン立ち上げを、初めて責任者として担当することになった。同プロジェクトは同年一二月に開始されたが、当初から新規装置の設置等に関わるトラブルが生じ、その影響でXの担当ラインでも、大幅な進捗の遅れが生じ、Yの所定労働時間は、午前8:00〜午後4:45(途中休憩一時間)の七時間四十分であったところ、一カ月平均約六九時間の法定時間外労働、各月一〇日程度の深夜勤務を余儀なくされた。また、平成一三年二月には、当該トラブル対応につき、上司から強い叱責を受ける(*ある上司(K主務)の指示に従い提出した対応計画案につき別の上司(L参事)から非難され、実現困難なスケジュールを求められたり、以前は具体的な期限設定のなかったデータ測定調査の指示に対応できなかったところ、K主務からかなり厳しい叱責を受け、当日深夜までかけてデータ作成を行うこととなったなど)などのトラブルにも遭遇した。

Xの健康状態はM2プロジェクト開始前から必ずしも万全でなく、平成一二年六月の定期健診では従前から続く生理痛や倦怠感等を愁訴し、経過観察とされたほか、同じ月に同人の勤務場所である深谷工場の診療所で不眠症と診断され、七月にはC医院で不眠症・慢性頭痛等と診断されていた。しかし、プロジェクト開始前の段階で精神疾患の既往症はなく、それが開始された一二月に初めてYのメンタルヘルス電話相談窓口で相談を受け、H神経科クリニックで神経症と診断された。翌年三月にはY産業界による長時間労働者対象面接で頭痛、不眠等の不調を愁訴し、四月にH神経科クリニックで、不眠、焦燥感、不安感、抑うつ気分と認められ、司法の認定でも、この頃WHOの国際疾病分類第一〇版(ICD-10)にいう「中等うつ病エピソード」等を発症したとされているが、この時点で、本人から職場の同僚や家族に自覚症状は伝えられていなかった。五月には、前月のYの組織変更に伴い、M2プロジェクトの生産稼働の中止を予定して(但し、この予定は役職者以外には伝えられていなかった)、ドライエッチング工程担当技術者が一名減員され二名体制となったうえ、反射製品開発業務(B業務)を追加されることとなり、以後、五月二三日から六月四日に至る一二月間連続での不就業(土日、有休消化、欠勤を含む)を皮切りに、本格的な休業に入る一〇月九日まで、欠勤や年休を使うなどして短期間の休業を繰り返すようになった。

この間、六月からH神経科クリニックに通院を開始し、この頃には同じ工程を担当していた同僚からも疲れ気味とみられていた。しかし、同月の産業界による長時間労働者対象面接では、五月に一週間休みをとったことなどから就労制限は不要と診断された。八月頃には、A課長や同僚からも元気がなくポツツとして手が止まっているなど異常がうかがえ、「大丈夫か」と声をかけられたことがあった。A課長の勧めから、Yのメンタルヘルス相談を受診し、その後、益休みを利用して療養した。九月から年休をとり、一〇月九日より主治医(H神経科クリニックD医師)が作成した「抑うつ状態」との診断書を提出して本格的な休業に入り(当初一五か月は傷病欠勤、その後二〇か月の私傷病休職)、途中に一度、主治医による職場復帰可能との診断書を踏まえて一定の制約条件下で復帰措置がとられたが、半日の出勤のみで再度休業に戻った。この間、九月の年休取得時点より、Yの健康保険組合(以下、Y健保という)から①傷病手当金、②傷病手当附加金、③延長傷病手当附加金(以下、傷病手当金等という)の支給を受けていた(欠勤四日目から一年半は①②の合計で標準報酬日額の八割、その後半年は③が同八割、次の半年は同六割、更に次の半年は同四割)。そして本格的な休業に入ってから約二年八か月が経った平成一六年六月頃、休職期間満了が接近したことを受け、Yから主治医の所見の確認を求められたが、今後も長期的治療が必要とされ、七月には本人及び父親との面談が行われ、Yから復帰支援措置(執務環境整備や職場変更の可能性)を示唆して説得がなされたが、期間満了時までの復帰は無理と返答したこと等を受け、九月九日付けで所定休職期間満了を理由に解雇された。そこで、Yを相手方として、①雇用契約上の地位確認、②Yの安全配慮義務違反に基づくうつ病発症及び増悪についての損害賠償、③精神疾患ないしYの解雇措置のための不就業期間の所定賃金を求めて提訴したのが本件である。

原審(東京地判平成二〇年四月二二日労働判例九六五号五頁)の判断は、概ね以下の通り(但し、二審と若干認定事実を異にしたので、その点につき【評釈】一で後述する)。

Xのうつ病り患は、平均六九時間あまりの法定時間外労働が約半年間にわたり継続したことなど業務上の事由によるため、労基法第十九条が適用され、療養休業期間中になされた本件解雇は無効である。また、平成一三年八月下旬に至るまでのYの対応は、過重な業務の下で、Xが心身の調子を崩してもなお業務軽減を行わず、平成一三年四月のうつ病発症に至らしめたというもので、過剰な疲労・ストレスを防止すべき使用者の注意義務違反(債務不履行)に当たる。また、Xのうつ病の発症と、同年八月ころまでの症状の増悪は、当該義務違反によるものであるから、使用者責任災害に当たる。すると、「YのXに対する本件解雇は無効であるし、Xは業務上の疾病であるうつ病により労務の提供が社会通念上不能となっているといえるから、…民法五三六条二項本文により、XはYに対し本件解雇後も賃金請求権を失わない。また、業務上のうつ病罹患による労働不能である以上、平成一三年九月以後の労働不能期間中も賃金請求権を有している。よって、既に受給している傷病手当金等との差額(労働不能期間中の合計一五一一万七千三百八十二円、解雇後毎月四万七千三百八十二円)について賃金請求権が認められるほか、本件諸事情を考慮すると、YはXに三二〇万円あまりの損害金と慰謝料(違法解雇の分と合わせ計二

〇〇万円)等を支払うべきである、と。

そこで、Yは一番での敗訴部分の取消とXの二審での追加請求部分の棄却を求め、Xは一番での敗訴部分(Yの安全配慮義務違反等による損害賠償金の減額分、休業期間中・解雇後の賞与・時間外手当を含めた賃金の利息など)のほか会社規程(見舞金・弔慰金贈与規程・以下、見舞金規程という)に基づく見舞金(十その利息)を求めたほか、一番でも認められていた休業期間中や解雇後の賃金の請求根拠に安全配慮義務違反等による休業損害や会社規程(災害補償規程)に基づく休業補償の一部を追加するなどして、双方が控訴した。

この際、多くの各論を左右する基本的争点は、一番におけると同様、Xのうつ病発症等の業務上外にあったが、それ以外の解釈論上の重要争点の一つに、一番がYの過失責任を前提として認めた民法第五三六条第二項の適用の可否があった。Y側は、仮に労働契約に同規定の適用がある場合でも、債務者に労働の提供義務はあり、労働能力及び意思がなければ反対債務(賃金)の請求はできないし、仮に賃金請求権を認めれば、労基法第八四条第一項・第二項、労災保険法第一四条に基づく労災補償を無価値化する。また、仮に賃金請求権が認められる場合にも、労基法第八四条第一項・第二項の類推適用から損益相殺が認められるべきなどと主張した。対するX側は、第五三六条第二項の解釈については、一番の判断通り、使用者の帰責事由による労働不提供者である以上、賃金請求権はあり、労基法・労災保険法上の休業補償との関係では、先ず労基法が使用者にその帰責事由の有無を問わずに平均賃金の六割の限度で罰則付きで損害填補させ、併せて労災保険法による担保を設けたもので、第五三六条第二項の適用とも両立する。同規定に基づく支払があれば、労災保険受給分は不当利得として返還するが、労基法第二四条第一項との関係上、先ずその支払いをなすべきなどと主張した。損益相殺についても、労災保険制度は、特別の社会政策上の制度であり、対象にならな

いなどと主張した。
また、一番で認められた時間外手当・賞与について、Y側は、前者につき、Xが違反を指摘する安全配慮義務の履行のためには時間外労働はさせられないため除外すべきとし、後者につき、勤務実態がない以上、Y

給与規則に照らして受給資格要件を欠くなどと主張し、X側は、使用者に帰責事由のある労働不能が前提にある以上、両者共に精神疾患に罹患していない条件を前提に算定すべきであり、少なくとも一番が認めた分(平成一二年年収の一部分)は支払われるべきなどと主張した。

さらに、過失相殺及び要因減額について、Y側は、Xが主治医への受診について申告していなかったこと、Xの個体側の脆弱性が寄与したこと等から肯定すべき、また過失相殺と労災保険給付の控除との先後関係については相殺後控除説を採用すべきと主張した。

なお、Xは、本件解雇の前日に当たる平成一六年九月八日に、本件でのうつ病発症等が業務上傷病であるとして、労災保険(休業補償及び療養補償)給付の請求を行ったが認められず、その後、行政の審査・再審査手続を経た後、東京地裁に不支給決定取消訴訟を提起したところ、平成二二年五月一八日に取消判決(判例時報二〇四六号一五〇頁)が下され確定した。そこで労働基準監督署は、同判決で二年の時効消滅(労災保険法第四二条)が認められた平成一四年九月七日以前分を除く同月八日分以降の休業補償給付等を支給し、Xは、(時効のため労災保険は受給できないが、業務上傷病である以上受給権がなかったことを前提に)同月七日以前にY健保から受領していた傷病手当金等を同組合に返還した(ただし、労災申請時までに受領した分のうち三六七万八八八円が未返金状態にあった)。

【判旨】 原判決変更、一部認容

主文の具体的内容は以下の通り。

- ①雇用上の地位の確認(原審(この段落のみ以下同じ)・同じ)、②労働不能となった期間「平成一三年九月一六年八月分」の未払賃金合計九七〇万八六〇〇円(五一万七三三二円)、③解雇後の未払賃金毎月二六万九六八三円(四七万三三三二円)、④②と③に対する商事法定利率年六分の遅延損害金(②と⑤⑥⑦を併せた分について年五分の遅延損害金)、⑤治療費一三万八八〇〇円(一七万三五〇〇円)・診断書作成料四万四九六〇円(五万六二〇〇円)・交通費一六万三四四〇円(二

〇万四三〇〇円)、⑥慰謝料三二〇万円(二〇〇万円)、⑦弁護士費用一三〇万円(八〇万円)、⑧見舞金二四〇万円(請求せず)、⑨⑤から⑧に対する民法所定年五分の遅延損害金(④のカッコ内と同じ)。

一 労基法第一九条第一項の解釈

労基法第一九条第一項による解雇制限の趣旨は、「労働者が労働災害補償としての療養(労働基準法七五条、七六条)のための休業を安心して行えるよう配慮したところにある」ので、その「対象となる業務上の疾病かどうかは、労働災害補償制度における『業務上』の疾病かどうかと判断を同じくすると解される」。

よって、同条項にいう業務上の疾病とは、その発症が当該業務に内在する危険の現実化と認められ、もって当該業務と相当因果関係ありと認められるものをいい、すると、「当該労働者の担当業務に関連して精神障害を発病させるに足りる十分な強度の精神的負担ないしストレスが存在することが客観的に認められる必要がある」り、「当該労働者と同種の職種において通常業務を支援なく遂行することが許容できる程度の心身の健康状態を有する平均的労働者を基準として、労働時間、仕事の質及び責任の程度等が荷重(ママ※評者注:「過重」のことと思われる)であるために当該精神障害が発病させられ得る程度に強度の心理的負担となっている場合に、そのような十分な強度を有する精神的負担ないしストレスがあると判断すべきものであり、ここでいう平均的労働者とは、…:現在の医学的知見により広く支持されているストレス脆弱性理論を踏まえると、ある程度幅のあるものとならざるを得ないのであって、平均的労働者として通常想定される範囲内にある同種の労働者集団の中の最も脆弱である者を基準とすべきものと考ええる」。

二 一の解釈論の本件への適用

1 Xの疾患と発症時期

X側鑑定医、Xの主治医、審査に当たった精神障害専

門部会（以下「専門部会」という。）の意見を踏まえる
と、「Xは、平成一三年四月に、ICD-10にいう「中
等症」うつ病エピソード」又はDSM-IV-TRにいう
「大うつ病エピソード」を発症した」といえる。

2 平成一二年一月（M2プロジェクト開始直前）
から同一三年四月（本件発症）までのXの労働時間と業
務内容

Xらには、Yのパソコン上の管理システムに記録され
た労働時間を超えた多大なサービスマン労働があった。

他方、業務内容についてみると、①Xにとって、ドラ
イエッチング工程自体は新しくなかったが、M2ライン
では従前と異なる材料や工法を用い、当時世界最大の
大きさの製品を製造するため、従前と異なるトラブルが
発生して業務量が増大したこと、②極めて繁忙かつ切迫
したスケジュールであったこと、③初めて工程のリダー
となり相当回数の会議に出席したこと、④そこで期限内
のデータ資料の提供を求められ、期限を守れないと叱責
を受けたこと（「なお、……叱責の原因が必ずしもXに
ないわけではないが、上司において、コミュニケーション
を取る方法として厳しく叱責する必要性があったとはい
えない。」）などから、新たな負担が増加していた。こ
うして、この期間を通じて毎月一〇日以上、午後一〇時
過ぎまで勤務していたが、上司が「具体的な支援をした
ことは認め」られない。

3 まとめ

すると、Xの平成一二年一月から同一三年四月まで
の就労は、法定時間外労働時間にして平均六九時間五四
分であり、「疫学的研究……で有意差が見られたとする
「六〇時間以上」というレベルを超えており、「その業
務内容も、……新規性、繁忙かつ切迫したスケジュー
ル等、Xに肉体的・精神的負担を生じさせたものといえ
る。」

「一方、Xは、平成一二年六月に慢性頭痛の診断名に

より神経症における抑鬱に適應のあるセルシン錠の処方
を受け、同年一二月には神経症と診断されるなどしてい
ることにかんがみると、……ある程度の側面側の脆弱性
が存在したものと認めざるを得ず、……Xの神経症が
……本件鬱病の発病に何らかの影響を与えた可能性は否
定できないが、……発病の原因として業務よりも重い意
味を持ったとまで認めることはできない。「また、他
に、……業務よりも重い意味を持った……側面要因な
いし業務外の要因があったことを認めるに足りる証拠は
ない。」「したがって、Xが平成一三年四月に発症したう
つ病は、平成一二年一月以降の業務に内在する危険
が現実化したものである。」

Yは、当時の業務が精神疾患を発症させるほど特に過
重な業務ではなく、発症後六年以上の不就業期間を経て
も寛解していないから業務起因性はないと主張するが、
個別労働者について業務と鬱病の発症の間に業務起因性
を認めるためには、一般にいし上記の意味での平均的労
働者の範囲内にある者の多くが鬱病を発症するほどの過
重な業務が認められる必要はないし、「Yが主張するよ
うな「特に過重な業務」である必要は必ずしもない」。
すると、Xと同じプロジェクトの「関係者に精神障
害を発症した者がいないことも、なお業務起因性を認め
ることを妨げ」ない。

また、長期にわたり寛解に至らない点については、
「確かに、精神医学上、鬱病は一般的には六か月から一
年程度の治療で寛解する例が多いことは認められるが、
例外的な症例も存在するし、発病後の経過は、適切な治
療の有無や、患者本人の治療意欲等に左右され
る。」「本件では、Xには、……「paranoia・闘争的・不
安や不眠の治療を求めているのではなく、仕返すた
めの病気の認定を求めている感じ」（書証略）といった
鬱病心性……が出現するなどした上、本件裁判や労災認
定の裁判……における係争を続ける中で、裁判による新

たな精神的負担が鬱病心性に結び付いて、症状の改善を
見ずにいる可能性も考えられる」。

「してみると、Xの業務とうつ病の発症との間には相
当因果関係が」あり、「当該うつ病は「業務上」の疾病
……と認められる。」「そうすると、本件解雇は、Xが業
務上の疾病にかかり療養のために休業していた期間にさ
れたものであって、労働基準法一九条一項本文（及び就
業規則二七条）に反し、無効である。」

三 Yの過失責任

YがXに長時間労働をさせていたことは、パソコン上
の管理システム等、自ら設置した相談窓口、Xが頭痛、
不眠等の自覚症状を申告した産業医による長時間労働者
対象面接等を通じて認識していたはずであり、遅くとも
平成一三年「四月には、Xについて、その業務の遂行に
伴う疲労や心理的負担等が過度に蓄積して労働者の心身
の健康を損なうことがないよう注意する義務を負ってい
た」。

Yは、Xが医療機関への受診を産業医等に伝達してい
なかつたので本件うつ病発症につき予見可能性がなかつ
たと主張するが、むしろYの産業医としては、「上記の
問診結果を受けて、……より詳細な診察を実施するなど
して、Xの健康状態に問題がないことを確認すべき責務
があった」というべきだし、問診での主訴や結果「をA
課長が知らなかつたとしても、……Y内部における連携
ないし連絡の不充分さを意味するにすぎ」ない。

しかるに、Yは、同年四月以降も引き続きM2プロジ
ェクトに従事させ、五月には同工程担当技術者を一名減
員し、Xが携わったことのないB業務を併任させたと
え、特に負担のかかる承認会議を担当させ、「準備に追
われたXを……一二日間連続して欠勤させる……事態に
陥らせた。Yは、上記減員をM2ラインの仕事量減少に
伴う稼働停止等を予定した措置と説明するが、そのこと
は「Xらに説明されていない上、Xには新規の仕事が与

えられたのであるから、Xの業務量の軽減には、物理的にも心理的にも繋がっていない。

平成一三年五月下旬の（Xにはかつてなかった）二日間連続不就業、六月下旬の復帰後もB業務の担当離任の申出があったこと、同僚からも疲れ気味の様子がうかがわれたことなどからすれば、「A課長においては、……Xから体調不良を明示した訴えがな」くとも、Xの申出「の理由の詳細を適切に聴取し、場合によっては産業医の意見を聞くなどしながら、Xの申出に係る業務の軽減を図るべきであった」。Yは、Xから精神科通院の事実が伝えられなかったことを問題視するが、「一旦与えられた仕事に関しては真面目に取り組むと評価されていたXが、……指示された仕事を拒否するような事態は通常ではないのであり、そのことは、上司のA課長において、当然に看取すべき事態であった」。にもかかわらず、A課長は、「漫然と、Xの業務軽減をしない状態を継続した」。

また、このような状況下では、「Yの産業医は、A課長に対し、Xの就労状況を問い合わせるなどした上」、両者で「Xの聴取を行いながら検討を加え、Xの業務負担を軽減するなどの措置を講ずるべきであった」。しかし、Yにおいてそうした連絡調整は行われず、むしろ会議の提案責任者として短期間に会議出席、資料・データ作成等の業務に当たさせた後、Xは体調を崩した。

すると、平成一三年四月の本件鬱病の発病と同年八月ころまでの症状の増悪は、Yが、業務上の健康リスク及び健康悪化「を具体的に予見可能であったにもかかわらず、Xの業務量を適切に調整して心身の健康を損なうことや更なる悪化をたどることがないような配慮をしなかったという不法行為によるものであるとともに、雇用契約上の安全配慮義務に違反する債務不履行によるものであった」。

もっとも、Yは、同年八月下旬にはXの業務を限定

し、翌九月からの療養を勧め、長期欠勤及び休職を認め、その間臨床心理士によるカウンセリングを定期的に受けさせ、上長による面接を通じて病状の把握及び回復状況の把握に努め、独自に策定した「メンタル不調者の職場復帰プログラム」に基づく職場復帰支援等をした以上、この時期以降の対応は、「病状の悪化と因果関係がある安全配慮義務違反」とはいえない。

四 民法第五三六条第二項の適用の可否等

「本件解雇は無効であるし、Xは業務上の疾病であるう病により労務の提供が社会通念上不能になっているといえるから、Xは、民法五三六条二項本文により、……Yに対し本件解雇後も賃金請求権を失わない」。

Yは、本件のような場合への同規定の適用を否定すべきとするが、「使用者の責めに帰すべき事由により労働者が労務提供の意思を形成し得なくなった場合には、当然に同条項の適用があるものと解」され、本件はそれに該当する。

また、労基法及び労災保険法上の休業補償の趣旨は、企業の報償責任の観点から、労働者の最低生活保障を目的に、平均賃金の六割の限度で、使用者に対し、罰則付きで無過失責任補償を義務づけると共に、労災保険制度による労働者保護の担保を図ったものである。よって、使用者責任災害による労務提供不能の場合に、その制度（の存在）ゆえに民法第五三六条第二項の適用が排除され、雇用契約の継続が否定されることにはならない。ただ、労災保険法第一四条第一項が、業務上傷病による療養のための労働不能による無給状態を支給要件としているため、労働者が未払賃金を受領した場合、受領済みの休業補償給付金は、法律上の原因を欠く不当利得であったことが確定するに過ぎない。

五 未払賃金の内容と保険給付との相殺の可否

（※評者注・Yは、解雇後と同様、労働不能期間（平成一三年九月分から平成一六年八月分まで。以下同じ）

についても、民法第五三六条第二項に基づき賃金の支払い義務を負うが、その額の算出に当たり、「時間外労働賃金及び賞与に相当する金額を算入することはできない」。理由は、①時間外労働賃金は、Y給与規則上も時間外労働の対価であること、②この期間にYが時間外労働を命じたことはなく、うつ病治療中のXへの発令は期待できないこと等による。また、賞与の支給も、Y給与規則上、対象期間の実勤務が要件とされ、かつYの査定により具体的な権利として支払請求権が成立する。よって、Xが「賃金として、時間外労働賃金及び賞与それ自体の支払を求めることは理由がな」く、支払要件を欠く以上、Xによるクリーンハンドの主張も失当である。

なお、労基法第二四条第一項との関係上、「賃金の支払請求につき、過失相殺ないしその類推適用を認めることはできない」。また、Xが労働不能期間に受領した傷病手当金等、休業補償給付等は、「同条項の適用以前に、……賃金を填補する関係にないから、……Yが支払うべき賃金の額を減額すべきことにはならない」。たとえ各支給機関との関係において「不当利得が発生するとしても」、当該機関「との関係において清算すれば足りる」。

六 休業損害の内容

Yの賞与考課は、抜群（5%）、優秀（20%）、良好（65%）、要努力（10%）の四区分から成っていたが、Xの長期休業直前期（平成一二年上下期）の考課は良好であったことから、「本件鬱病に罹患しなければ、従前どおり、賞与の考課区分上、良好の考課を受ける程度には稼働することができたものと推認」される。

時間外労働賃金については、Xの長期休業直前期の実労働時間数や平成一四年厚労省通達（平成一四年二月一二日付け厚生労働省労働基準局長通達「過重労働による健康障害防止のための総合対策について」（基発第〇二二二〇〇一号））の趣旨及び内容に照らして、一月当たり四五時間の法定時間外労働」ならば「鬱病発病の危険

はない……と考えられる。これにXの一時相当の時間外労働賃金(二二八八円)を乗じると、平成二二年の年収に占める時間外労働賃金額を上回るもので、当該年収額に基づいた休業損害金(労働不能期間・五六八万五九八三円×三年分一七〇五万七九四九円、解雇後・毎月四七万三三三三円)の請求には理由がある。

七 過失相殺及び素因減額

Xが平成二二年一月や同一三年四月に神経科クリニックに受診して神経症の診断を受けたり、種々の不調を愁訴していたこと等を申告しなかった対応は、「Yにおいて、本件鬱病の発病を回避したり、発病後の増悪を防止する措置をとる機会を失わせる一因となったといわざるを得ない」。確かに、X「に対する考課に影響を与えかねない申告であることは否めないが、損害の公平な分担という見地から見れば、過失相殺をすべき事情である」。

また、XのM2プロジェクト開始前の症状や受けた診断等、休業後長期にわたり寛解に至らないこと等を考慮すると、「本件鬱病の発病につき業務起因性の認定を妨げるほどに重いものではないが、業務外にも発病を促進した因子又は寛解を妨げる因子が存在するという個体側の脆弱性が存在したものと推認せざるを得ない」。

よって、民法四一八条(及び七二二条二項)が適用または類推適用され、Yの賠償すべき損害額は全損害額の八割となる(休業損害金が、労働不能期間・一七〇五万七九四九円×〇・八＝一三六四万六三三九円、解雇後・四七万三三三三円×〇・八＝三七万九〇六四円となるほか、治療費・診断書作成料・交通費、慰謝料も、それぞれ実費から二割減額)。

八 慰謝料

①平成一三年九月以後(本件口頭弁論終結期日まで)九年六か月間療養を継続していること、②Yがストレス脆弱性を持つXにとって安全配慮を欠く過重な業務を負

わせ、不当な対応を行ったこと、他方、③解雇無効により賃金ないし賃金相当分が支払われること、④平成一三年八月以後のYの対応に違法な点はなく、むしろ打切補償の支払による解雇(労基法八一条、一九条)を避けてXの復職支援の可能性を探っていたこと「等の事情を総合考慮し、四〇〇万円と認めるのが相当である」。

九 損益相殺

労災保険法第一二条の八第一項二号、第一四条に基づく休業補償給付は、休業損害金と相互補完関係にあるため、損害額から控除するが、特別支給金は労働福祉事業の一環であり、被災労働者の損害填補を目的としたものではないので控除できない。

Y健保から支給された傷病手当金等は、①標準報酬日額を基礎に一定年限ごとに支給金額が低減する制度設計、②X自身が同手当金等を控除した金額を損害額として主張していたこと、③労災保険受給分をY健保に返還すべき関係にあること等に示される両者の対応関係から、「休業損害金から損益相殺的に控除するのが相当である」。

以上の理を適用すると、Xが受け取るべき損益相殺後の休業損害金は、七で示した金額から休業補償給付と傷病手当金等を控除した金額、すなわち労働不能期間につき総計二八九万七七三九円、解雇後につき月額八万三六八九円となり、選択的に請求され、認容すべき基本的請求(賃金請求)額を下回る。仮にXの選択的請求(休業損害請求)が基本的請求(賃金請求)が認容されない場合にその分をカバーする趣旨だとしても、試みにYによる平成一二年の年間支給総額を基準にとり、そこから未払賃金を控除した分を休業損害とすると、けっきょく時間外賃金と賞与に対応する部分のみとなる。すると、そこから過失相殺及び素因減額を経た金額を労災保険給付金と未返金状態にある傷病手当金等をもって損益相殺すると残額がなくなるため、その分の請求には理由がな

い。

十 会社規程に基づく給付金

1 見舞金規程に基づく見舞金

Y見舞金規程第四条第一項は、業務上傷病による休業者に見舞金を支給する旨規定する。YはXの鬱病が同規程上業務上に当たらない旨主張するが、同規程は社員の権利を具体的に客観的に定めたものであり、Y社員に了解可能な解釈適用を行うべきである。また、同規程第一四條は、業務上外の判定が困難な場合には、行政官庁の認定によるべきこととしており、本件では行政官庁が業務上の認定をしている。よって、Xは同規程に基づき見舞金五六〇万円の支払を求め得るが、同規程による見舞金は、実質的に慰謝料支払いの迅速・定型化を図ったものであり、金額の多さからも慰謝料とは相補的に損益相殺すべきである。よって(過失相殺及び素因減額後の)慰謝料三二〇万円を差し引いた二四〇万円の支払を請求できる。

2 休業補償金

Y災害補償規程第四条は、業務上傷病による休業者に休業補償金を支給する旨規定する。Yは見舞金規程の場合と同様の主張をするが、まさに同様の理由から、Xは同補償金の請求ができる。もともと、同規程上、所得税賦課率と労災保険法上の休業補償金と特別支給金を控除することになるので、一日あたり二三五二円となる。これは基本的請求(賃金請求)にかかる認容額、選択的請求(休業損害請求)にかかる認容額の双方を下回るため、より高額の賃金請求のみを認容すべきこととなる。

【評釈】 判旨の一部に反対

事実認定の深掘りと精緻化の影響もあって、過失認定面では、原審に比べ、若干Y寄りに判断の筋立てが移行している。また、控訴審でのY側の主張を容れ、過失相殺及び素因減額が行われている。他方、賃金等の補償・

賠償面では、賃金債権にかかる危険負担制度と社会保険給付等の間の調整規定や法理の欠缺を背景に、結果の妥当性確保を目的として、ややつじつま合わせ的判断になつていふように思われる。

一 主な認定事実の変更点

特筆すべき認定事実の変更点は以下の通り。若干Y寄りに筋立てを移行させつつ、その過失責任を否定はしない趣旨がうかがわれる。

ア Xの性格について、(ア)「明るく、さっぱりとした印象を与える人物である」、(イ)「上司や同僚から、一緒に仕事をしていた特段困ると訴えられるようなところはな」かった、とする点は原審と共通ながら、(イ)の直前に以下の認定が加えられた。すなわち、「仕事に関しては、自分が熟知していることは良くやる反面、知らないことに関しては自発的にはしようとしなかったことから、上司がはっきりと指示をしてやる必要があったが、いったん与えられた仕事に関しては真面目に取り組み努力家である。また、自己主張も強く、自分のやり方にこだわりの、物言いもきつい面があったが……」、と。後述するYの過失認定（や過失相殺及び素因減額）との関係のみならず、裁判所による事件全体の「筋読み」を測るうえでは、存外重要なポイントである。

イ 平成一三年二月上旬（L参事）による批難は、対策に必要なスケジュールを考へてのことだったこと、データ測定についてのK主務による叱責には、先にL参事からスケジュールを短縮し適正化することを求められた経緯があったこと、同年五月のドライエッチング工程担当技術者の減員や、B業務の新たな割当は、M2ラインの生産稼働中止の予定を背景にしていたこと（但しXにその予定は伝えられなかったこと）が新たに認定された。

ウ 平成一三年六月の定期健診での問診でも、Yに重くない調を窺わせる事情はなかったこと、よって、翌月に

本人から申告されるまで、業務上の責任（承認会議でB業務に関する提案責任者となること）や量的負担の緩和は本人の自助努力によつてしかなされ得なかったことが新たに認定された。

エ 原審は、平成一三年七月に、Y産業医との面接をきっかけにYに精神科への受診等の報告をし、負担となつていたB業務の担当者変更を要望したが実現しなかつた旨認定していたが、削除された。Yの過失責任の免責にはつなげていないが、過失相殺の判断（減責）には影響しているように思われる。

二 業務上の過重負荷認定

原審は、Xが平成一二年一〇月頃から約半年間ほど行った月平均六九時間の法定時間外労働（週四〇時間を）の過重性の認定に際し、平均残業時間が「六〇時間以上」は「残業時間なし」や「一〇時間未満」に比べてストレスの程度に大きな有意差を認め、とする夏目誠教授の見解を重視したが、二審は、その調査「結果を通常の健康者集団の個人に無条件に当てはめたり、一般化することとは妥当とはいえず」、「六〇時間を超える時間自体が精神疾患の原因となることはなく、疾患を促進する因子になると考えられる」とした。しかし、本件に即した判断では、「疫学的研究……で有意差が見られたとする『六〇時間以上』というレベルを超えており」、「その業務内容も、……新規性、繁忙かつ切迫したスケジュール等、Xに肉体的・精神的負荷を生じさせた」として、総合判断の一助として重視したことがうかがわれる。

約半年間の月平均六九時間という法定時間外労働時間数は、新たな精神障害の労災認定基準（「心理的負荷による日付け基準二二六第一号別添）が示した（週四〇時間労働を基準として）連続三か月以上一〇〇時間以上という強度の心理的負荷の推定指標はおろか、月八〇時間以上という中程度の心理的負荷の推定指標に比べても短く、現行の基準でも、心理的負荷をもたらす独立した

「出来事」には当たらない。しかし、具体的出来事の類型③に顕著なように、「心理的負荷の総合評価の視点」

（旧判断指針における「心理的負荷の強度を修正する視点」）として

の「出来事後の状況が持続する程度を評価する視点」などとして

の「評価は不可能ではない。また、厚生労働省の統計

（「論点に関する労災補償の現状」（第四回精神障害の労災認定基準

に関する専門検討会（平成一三年一月二八日）資料3）http://

www.mhlw.go.jp/stf/shingai/）によれば、平成二二年度の精

神障害の労災認定事案のうち、時間外労働時間数が判明

したものに係る同時間数分布（総数二二九件）において、「六〇時間以上八〇時間未満」は、一五件中八件認

定されており、北岡氏（元労働基準監督官・社会保険労

務士）の調査でも、複数の判例で、「恒常的な時間外労働（長時間労働とは限らない）」を積極評価する、密度

の高い勤務、ノルマからの遅れ、開発プロジェクトのため

の出張などの事情と総合評価する等の手法により、四五

五〜七九時間の時間外労働時間数に当たる事案で、行政

の不支給処分が取り消されて来た。

よって、労働の質量を含め、総合評価の要素とする限り、異論はない。

拙著でも明らかにした通り、もとより業務上の過重負

荷認定は、（本人基準・標準人基準を問わず）人間の心理

的な反応を要素とするなど心理的特性を持ち、人間存在・

心理のありようを反映して複雑多様・多層的であり、その

認定評価に際して裁判所の条理や良心を駆使せざるを得ない。

それでも、判例分析などから、①法定外の組織内コミュニケーションに関わる人事労務管理上の

失策を捕捉する例が多い（嫌悪感に基づく差別的取扱い、

（イ）重要な労働条件の変更に際しての支援（体制）の欠如、

（ウ）ある労働時間単位と次の労働時間単位の間隔を示す

休息時間の少なさ、（ロ）過重労働条件が解消される

将来見通しのなさ、等を過重負荷認定する例も多い）、

②複数のストレス要因を総合して過重負荷とする例が多い

（特に、月に六〇時間程度以上の法定時間外労働と他の

ストレス要因を組み合わせて過重負荷認定する例が多

い)、③②との関連で、労働時間数のみではなく、労働自体の質量(ある条件・脈絡を持つ者にとってウェルカムな労働か否かを含む)を捕捉する例が多い、等の傾向を看取できる。

本件でも、二審は、Yが平成一三年五月にドライエツチング工程担当技術者を減員した措置について、M2ラインの生産稼働中止の予定を背景にしていたことを新たに認めつつ、その予定が本人に知らされなかったこと等につき、別途B業務が加えられたことと併せ、業務上の物理的・心理的負荷を継続させた要因と評価している。まさに、人間の心理的特性を捕捉して、過重な労働条件にかかる将来見通しの重要性やコミュニケーションの重要性を説く趣旨と解される。

三 Yの過失認定

判決の過失認定において特筆すべきは、以下の二点である。

1 上司の過失認定

判決は、過重な業務や長時間労働等の過重負荷により、一二日連続の不就業、担当業務離任の申出に至るほどの疲労・不調状態に至った条件下では、「A課長においては、……Xから体調不良を明示した訴えがな」くとも、Xの申出「の理由の詳細を適切に聴取し、場合によっては産業医の意見を聞くなどしながら、Xの申出に係る業務の軽減を図るべきであった」。Yは、Xから精神科通院の事実が伝えられなかったことを問題視するが、「一旦与えられた仕事に関しては真面目に取り組むと評価されていたXが、……指示された仕事を拒否するような事態は通常ではないのであり、そのことは、上司のA課長において、当然に看取すべき事態であった」と述べている。

従前の判例において、①過重性のある業務を指示・黙認している場合、②密接な接触関係にあって、現に異変

に気付いていたか(①との関係も含め)気付くべき場合、③定期健診その他の場面で愁訴・申告がある場合、には被災にかかる使用者の予見可能性が肯定され、過失認定される傾向にあったが、本判決もこれに沿うものと解される。

2 産業医に関する過失認定

判決は、Yの過失の一環として、上司の過失と共に産業医の過失も認定している。具体的には、Xが医療機関への受診を産業医等に伝達していなかったため本件うつ病発症につき予見可能性がなかったとのYの主張に対し、Yの産業医としては、「問診結果を受けて、……より詳細な診察を実施するなどして、Xの健康状態に問題がないことを確認すべき責務があった」とし、問診での主訴や結果「をA課長が知らなかったとしても、……Y内部における連携ないし連絡の不充分さを意味するにすぎ」ない、と述べている。

また、過重な業務や長時間労働等の過重負荷により、一二日連続の不就業、担当業務離任の申出に至るほどの疲労・不調状態に至った条件下では、「Yの産業医は、A課長に対し、Xの就労状況を問い合わせるなどした上」、両者で「Xの聴取を行いながら検討を加え、Xの業務負担を軽減するなどの措置を講ずるべきであった」とも述べている。

日本の産業医制度は、産業における健康管理に医師の専門的知見が不可欠との認識に基づき、労働安全衛生法第一三条第一項、同法施行令第五条、労働安全衛生規則第一三条により、一定規模以上の事業者を選任が義務づけられているものである。すなわち、労働安全衛生法上、労働者の安全や健康の確保は、ほんらい事業者の責任で行われるべきものだが、現実の実施に際しては、相当の専門知識や技能が必要となる等の理由から、事業者に代わって産業保健業務に従事すべき者として産業医が

規定されている。よって、民事上は事業者の履行補助者に該当すると解され、事業者自身の支配管理権限の範囲(健康確保措置)を超え、産業医自身が医師法等に基づいて当然に行うべき事柄を除き(最二小判昭和五八年五月二頁)、その故意・過失は事業者の帰責事由となる。判示は、Xに長時間労働をさせ、同人から頭痛・不眠等の自覚症状の申告があった前提で、Y産業医がより詳細に同人の健康状態を確認すべきであったこと、問診での主訴等について直属の上司に連絡し、連携して対応を図るべきであったこと等を述べ、その理を確認すると共に、本件の事情に応じた展開を図っている。

なお、産業医は医師として、刑法第一三四条の定める守秘義務を課されているが、判決は、同条にいう「正当な理由」を認めためか、同法第三七条の定める緊急避難に当たると解したためか、連絡の必要性を強調している。従来、刑法第一三四条と安衛法第一三条第一項等との関係は未整理だったが、行政関係文書の中には、以下のように述べるものがある。

「事業場内産業保健スタッフが相談の場で取得した個人情報をも同一事業場内で取り扱う場合は、個人情報保護法所定の第三者提供には該当しないが、医療職等に課せられた守秘義務の遵守及び事業場に求められる就業上の措置の適切な実施が重要である。したがって、事業場内保健スタッフは、事業者がそのような措置を実施できるように、健康情報を加工提供しなければならない。たとえ本人が事業者への非通知を希望する場合でも、特に、労働者の生命や健康保護のため必要がある場合、特別な職業上の必要性がある場合、労働安全衛生に関する措置に必要である場合であって、本人の同意を得ることが困難または医療上望ましくない場合には、必要な情報を提供すべきである」。

判示と趣旨は共通しているが、法的根拠を明示して欲

しかった。

四 民法第五三六条第二項の適用の可否

Y側は、民法第五三六条第二項を労働契約に適用する場合にも債務者に労務の提供義務はあり、労働能力及び意思がなければ反対債務（賃金）の請求はできないなどと主張したが、一・二審共に、「本件解雇は無効であるし、Xは業務上の疾病であるうつ病により労務の提供が社会通念上不能になっているといえるから、Xは、民法五三六条二項本文により、……Yに対し本件解雇後も賃金請求権を失わない」と述べ、さらに二審は、控訴審でのX側の主張を受け、「使用者の責めに帰すべき事由により労働者が労務提供の意思を形成し得なくなった場合には、当然に同条項の適用があるものと解」され、本件はそれに該当するとした（以上⑦）。また、本判決（二審）は、同条の適用を認めれば、労基法・労災保険法に基づく休業補償制度を無価値化するとY側主張にこたえ、同制度の趣旨は、平均賃金の六割の限度で、使用者に対し、罰則付きで無過失責任補償を義務づけると共に、労災保険制度による労働者保護の担保を図ったものである。よって、使用者責任災害による労務提供不能の場合に、その制度（の存在）ゆえに民法第五三六条第二項の適用が排除され、雇用契約の継続が否定されることにはならないが、労災保険法第一四条第一項との関係上、労働者が未払賃金を受領した場合、受領済みの休業補償給付金は、不当利得であったことが確定するに過ぎない、とした（以上⑧）。そのうえで、一審と同様に、解雇前の労働不能期間についても、同条の適用を認めたい。

他方、二審は、労働不能期間、解雇後の双方につき、時間外手当・賞与については（民法第五三六条二項及び労基法第二四条）の適用範囲外としつつ⑨、支払が命じられる未払賃金について労基法第二四条の適用を認め、

過失相殺ないしその類推適用や労災保険給付などとの損益相殺はできないとし、後者につき支給機関とXの関係での清算に委ねた⑩。

図に示す通り、この判示により、Xは、いったんは損害賠償法の予定を超える補償等（①基本賃金②労災保険（休業補償）給付③特別支給金④当初Yにより私傷病扱いを受けたため）④傷病手当金等）を受け、②③④については仮に不当利得となるなら別途精算する処理となる。よって、その解釈論としての公正さが問われる。

まず、⑦のうち民法第五三六条第二項の労働契約への適用に関する判示は、（たしかに、特定物に関する物権の設定・移転を目的とする債務が消滅した場合の危険負担の債権者主義を定める民法第五三四条第一項につき、転売可能性を理由に商事売買領域に限定して適用すべきとする学説は存在したが）同条の適用対象から労働契約を排除すべき合理的理由はなく、当然といえる。この点⑪でも同様にいえる。

他方、本件への同条の適用には異論が生じ得る。むしろ、労働者に労働の能力と意思があるにもかかわらず、違法な休職や解雇等により使用者が労務受領拒否（またはその事前通告）しているようなケースへの適用に異論は生じ難い。また、このような場合には、通常、健康保険や労災保険の不当利得問題は生じないであろう（不当解雇の場合、失業保険の仮給付（条件付給付）制度等の利用が可能）。問題は、たとえ債権者（使用者）の帰責事由に起因するとはいえず、労働者側の疾病罹患での履行不能による場合である。少なくとも、危険負担における危険の移転を受領遅滞や目的物の提供の効果と解する通説的立場に立つ限り、同条の射程外とは言えないだろうか。

思うに、民法第五三六条第二項は、公平ないし衡平の

観点からする危険負担の債務者主義原則の修正であるから、同条にいう「債権者の責めに帰すべき事由」もその（公平・衡平の）観点で解釈する必要がある。また、

そもそも債権者の帰責事由は、「故意・過失または信義則上これと同視すべき事由」など、広く解されて来た。そうした前提に立つて、通説では、「債権者が不法行為をなした結果債務者の履行が不能となった場合（……使用者が労働者を傷害したとかいうような場合）」には、債権者の故意過失を要件として、同条が適用されると解されてきた¹³。従来判例の中にもそのような判断をしたものがある。例えば、東芝府中工場事件東京地八王子支判（平成二年二月二日労働）は、被告会社の従業員（原告）が、上司（共同被告）からの叱責や反省書提出の指示により心因反応を生じ、休養加療のため欠勤したという事案において、当該叱責等は裁量範囲を逸脱する違法なものであり、当該違法行為は、その上司「が被告会社の社員として、その部下である原告の指導監督を行う上でなされたものであるからこれが原因となって惹き起こされた原告の欠勤は、被告会社の責に帰すべき事由によるもの」と言うべきである。そうすると、原告は右の期間内の賃金請求権を失わない」としている。このような脈絡を踏まえ、本判決も、本件のようなケースへの民法第五三六条第二項の適用を「当然」と述べている。

Y側は、反対債務（賃金）の請求の前提として労働者（債務者）の労働能力と意思の存在を求めたが、これもあまり説得的とはいえない。なぜなら、その主張の背景には、ペンション経営研究所事件東京地判平成九年八月二七日労働判例七三四号七五頁などがあつたと思われるが、同判決は、あくまで使用者（債権者）が労働者（債務者）の労務受領の拒否を事前通告しているような事案を前提に下されたものだからである（そのような場合には、労働者（債務者）が実際の労務の提供はせずとも同

条の適用は認められるが、同人に「使用者の責めに帰すべき事由」の主張立証が求められ、その前提として、労働の能力と意思の存在立証が求められる旨判示された。

(イ)の判示も、通説判例と特に矛盾しない。通説判例も、同条と労基法第二六条の関連を肯定しつつ、労基法第二六条の定める使用者の帰責事由の範囲は民法の定める債権者のそれよりも広く、不可抗力を主張しえないすべての場合を含み、民法の要件をみたせば当然に休業手当を請求でき、その限度をこえて賃金全額を請求しうる」と解して来たからである(なお、おそらく民法第五三六条第二項の保護対象が損害賠償金ではなく未払賃金であることを強調する趣旨であろうが、本判決が労基法上の休業補償を受けつつ同条の適用を受けないと、雇用契約の終了に繋がると解している点は興味深い)。

しかし、危険負担制度の本旨との関係上、本件のように、労働者(債務者)側の(永続的でない)事情での履行不能であり、使用者(債権者)側が受領を拒んでおらず、従って債務が消滅したと必ずしも言えない場合にまで同条を適用すること(少なくとも損害賠償法上の処理と並置させること)の是非論が残るほか、少なくとも(イ)の処理に疑問が生じる。

五 未払賃金の範囲、過失相殺・素因減額、社会保険給付との損益相殺の可否

前述の通り、本判決は、労働不能期間、解雇後の双方につき、時間外手当・賞与については民法第五三六条二項及び労基法第二四条の適用範囲外としつつ(イ)、基本賃金について労基法第二四条の適用を認め、過失相殺ないしその類推適用や労災保険給付などの損益相殺はできないとし、後者につき支給機関とXの関係での清算に委ねた(イ)。

しかし、民法第五三六条第二項が公平や衡平の観点からする危険負担の債務者主義の修正だとすれば、少なく

とも(イ)の処理には賛成できない。判決は、時間外手当につき、実勤務の対価と定めるYの給与規則(就業規則)規定の他、実際の指示がなされなかったこと、賞与につき、実勤務とYの査定により初めて具体的な権利となる旨を定めるYの給与規則(就業規則)規定を根拠としているが、支払義務が認められた基本賃金にしても、規定上実勤務が前提となる事情に変わりはなく、時間外手当・賞与共に規定上制度化されているのだから、同条の本件への適用を認めるならば、まさに公平や衡平の観点から、Yの過失(帰責事由)がなければ得られたはずの時間外手当・賞与は、支払が命じられて然るべきであろう(原審も、同条に基づいて、時間外手当・賞与を含め、平成一二年年収分全額の支払義務を認めていた)。

他方、(イ)の処理には、賛否を超えて現行法の限界を感じる。公平・衡平の観点からは、(使用者の過失が作用して生じた損失の負担の決定問題という意味で)ほんらい損害賠償法で処理されるべき事案である以上、未払賃金からも被災者側の過失等にかかる割合や社会保険給付等は相殺されるべきだが、現行法上は困難である。判決のいう通り、未払賃金はあくまで未払賃金だから、労基法第二四条の賃金全額払い原則は適用されざるを得ない。社会保険給付等との調整では、労災保険給付については労基法第八四条第二項が民事賠償金との調整に類推適用されて来たにすぎず、健康保険給付については類推適用が可能な規定すら見あたらない。過失相殺・素因減額も、現行法上、加害者側の一次的な責任(非賠償額)を確定させた後の二次的な賠償額の調整にすぎない。となると、こうした要素を賃金額の計算に組み入れる特別な就業規則規定や個別的約定のない限り、相殺後の金額をもって賃金額の全額とする解釈もとり得ない。また、社会保険給付等では、不当利得の要件(Xの受益、支給機関関係、Xの受益に法律上の原因がないこと)を充たし易いが、過失相殺・素因減

額は、原則として加害者側の過失責任との関係で初めて可能となるものであり、加害者側の過失と被害者側の過失は性格が異なるので、過失責任に基づく独立的な返戻の請求は難しい。不当利得というのも困難であろう。すると、具体的な金額面では以下のように整理される。

【モデル①(判決の趣旨を拡張した場合)】

Y側は、賃金関係では、①労働不能期間につき基本賃金分九七〇万八六〇〇円(図のイ)に加え、時間外手当・賞与分七三万九三九九円(同ア)、②解雇後につき基本賃金分毎月二六万九六八三元(同カ)に加え、時間外手当・賞与分二〇万四一四八円(同オ)の各支払を命じられる一方、Xと保険支給機関の関係では、既に受給していた労働不能期間中の休業補償給付金七〇六万九七七二円(同エ)(+受給した傷病手当金等計一〇三〇万八七九八円(同サ等)のうち未返戻の三六七万八八四八円)、解雇後の休業補償給付金毎月二九万一三三〇円(九七一・一円×三〇日)(同ク)あまりが不当利得として別途清算されることになる。つまり、Xは労働不能期間(健康保険給付対象期間)中、結果的には労災保険給付と健康保険給付の双方を受給していたことになるが、不当利得不返還リスクが残るほか、返還が実現した場合にも、①②の金員は手許に残ることになる。

【モデル②(図のパターン2(未払賃金バージョン)に対応・判決の立場)】

Y側は、賃金関係では、①基本賃金分九七〇万八六〇〇円(図のイ)と②解雇後につき基本賃金分毎月二六万九六八三元(同カ)の支払を命じられる一方、保険支給機関との関係では前掲と同様の処理となり(ただし、不当利得となり得るのは、図のエやクからアやオを差し引いた部分のみとなる)、保険金の不当利得不返還リスクが残る一方、最低限、図のイとカの金員がXの手許に残

ることになる。

【モデル③】(図のパターン1(休業損害バージョン)に対応)

この場合、損害賠償金から予め保険給付金が控除されるから、判示の通り、労働不能期間中は二八万七千七百九十九円、解雇後は約二七九〇〇円/日(八万三千六八九円/月)となり、Yの保険利益は維持される。

以上要するに、民法第五三六条第二項の拡大解釈が、賃金債権にかかる損害賠償法の拡張的な代用品を生んだとも言える。そこで、関係者間の公平・衡平を確保するための方法が問われるが、本判決のようにモデル①を避け、モデル②を採る方策には(先述したような)無理が生じる。結局は、損害賠償法の本来の所掌範囲に及ばないよう同条の解釈を制限するしかないであろう。すなわち、損害賠償法が適用されるべきケースにおいて、使用者の保険利益を確保し、損害賠償法による処理との平仄を保つには、債務者(労働者)への労災保険の支給を前提に、信義則と民法第五三六条の趣旨に基づき、同条第二項の適用自体を認めない解釈を採る他ないよう思われる。

繰り返しになるが、民法第五三六条第二項は、公平・衡平の観点からする債務者主義の修正である以上、その観点からの解釈論上の調整は、たとえ債務者に不利な方向でも柔軟に行われるべきである。たしかに、同条にいう債権者の帰責事由は、損害賠償法で問われる加害者の帰責事由より広く解されるため、私見を採ると、救済レベルの逆転現象が生じる(…損害賠償法上の過失に当たらない場合の方が高額な救済を受ける)可能性があるが、同条の射程を本来趣旨に立ち返って債権者による受領拒否の場合に限定すれば、制度による救済の違いとして説得性を保てるであろう。

なお、別の手段として以下の二つが考えられる。

第一は、信義則をベースとして、民法第五三六条第二

項の適用の際に労基法第八四条第一項・第二項を類推適用(①労災保険給付への類推適用+②未履行賃金債権)する(①に権にかかると危険負担者の決定場面への類推適用)すること、労災保険給付分の損益相殺を図り、傷病手当金については、健康保険法第一条等の趣旨を受けた同法第五五条第一項や、昭和三十三年の通達(労働者災害補償保険法による休業手当との併給について(昭和三十三年七月八日保険発第九五号))が、当該給付とそれに相当する労災保険給付との調整(…相当する労災保険給付金分の不支給)を規定していること(六・二を参照)や、労災保険法第一条、第七条、第十二条の八第二項が定めるように、もとより労災保険は業務上の事由が生じた場合に支給されるものであることを根拠に、やはり労基法第八四条第一項・第二項の類推適用を介して損益相殺を図る方法であるが、迂遠に過ぎ、無理のある感を否めない。

第二は、使用者の保険利益等を確保するための立法的手当を講じる方法が考えられる。ただし、ほんらい未履行賃金債権にかかる危険負担者の決定は、疾病障害による保険給付をなすべき場面ではない(少なくとも趣旨が異なる。そもそも労基法第八四条が調整対象を損害賠償に限定したのもそのような趣旨によると解される)から、調整制度を設ける場合にも対象を損害賠償と機能が重複する部分に限るべきであろう。

六 休業損害の範囲

1 時間外手当・賞与の算入の可否

結果的には相殺されたものの、本判決が、損害賠償法上、Yの過失と相当因果関係のある通常損害として、すなわち通常人の予見可能性の範囲内で、時間外手当・賞与を認めた点には賛同できる。先例としては、職員会議において他の職員らに非難、糾弾された結果精神的疾患に罹患し休職した看護師(原告)につき、職員らの不法行為と相当因果関係ある損害として、慰謝料五〇〇万円に併せ休職中の未払月例賃金相当額及び期末手当・勤勉

手当相当額が認められたU福祉社会事件名古屋地判平成一七年四月二七日労働判例八九五号二四頁などが挙げられる。この事件では、被告の支給規程に基づき、労務対償性のある手当や定期昇給分等を加味して算出されたと思われる月例賃金額と、やはり被告支給規程に基づき、かつ被告が支払時期ごとにほぼ一律に定めた支給率(月数)を乗じて算出した期末手当・勤勉手当相当額がそのまま損害賠償額と認められた(ただし、その計算方法を被告側が争わなかった経緯がある)。他方、本判決では、厚生労働省の時間外労働指針に基づいて一か月四五時間の時間外労働時間計算を行った点が特徴的である。まさに法的な価値判断として興味深い。

もっとも、損害賠償法領域で時間外手当・賞与を通常損害に含める一方、民法第五三六条第二項適用の場面で排除するのは背理と言わざるを得ない。判決は、同条の適用の場面では、「使用者の責めに帰すべき事由により労働者が労務提供の意思を形成し得なくなった場合には、当然に同条項の適用があるものと解すべき」と述べている。であれば、債権(請求権)を認められるべき賃金範囲の確定の場面でも使用者の帰責性を考慮すべきであろう。

2 傷病手当との調整

判決は、Y健保から支給された傷病手当金等につき、①標準報酬日額を基礎に一定年限ごとに受給金額が低減する制度設計、②X自身が同手当金等を控除した金額を損害額として主張していたこと、③労災保険受給分をY健保に返還すべき関係にあること等に示される両者の対応関係を根拠に、休業損害金から損益相殺的に控除した。

先述の通り、休業損害と傷病手当金の関係を直接規律した法規定は存しない。しかし、傷病手当金と労災保険給付の関係については、健康保険法第五五条第一項に、同一の疾病、負傷又は死亡については、それに相当する

労災保険給付分が不支給となる旨定められているほか、前掲した昭和三十三年の通達(昭和三十三年七月八日保険発第九五号)にも、労災保険法上の休業補償給付の受給者が業務外の事由による傷病によっても労務不能となった場合、休業補償給付の額が傷病手当金の額に達しない部分を除き、傷病手当金が支給されない扱いとなることが示されている。いずれも、療養のために働けなくなった労働者の報酬喪失の事態に着眼して、当該労働者の生活保障をはかるために支給されるという法的機能の一致を根拠としている。また、先述の通り、もとより労災保険は業務上の事由が生じた場合に支給されるものである。後は、これに労基法第八十四条第一項・第二項の労災保険給付分への類推適用を加えれば、休業損害と傷病手当金の調整の根拠付けシリーズの外観は完成する。とはいえ、やはり迂遠の感は否めず、判決も、損益相殺の個別的根拠を改めて示さざるを得なかったものと解される。

もつとも、②は訴訟法(手続法)上の根拠であつて一般性はなく、①は共通項となる報酬喪失に際しての生活保障機能との関係では説得性を欠く。生活保障を考えれば、より長期間、定額保障さるべきと解されるからである。結局、③のみが説得性を維持するが、Yにおける個別的な制度を前提としているので、やはり一般性に欠ける。生活保障の機能を一にする国の保険給付やそれに類する給付の間では調整が行われるべきことを、正面から説くべきではなかったか。

七 おわりに

以上の述べたところを要約すれば、以下の通り。

先ず、本判決は、その認定事実の変更点からも、原審より若干Y寄りに筋立てを移行させつつ、その過失責任は肯定する姿勢を採ったことがうかがわれる。

第二に、業務上の過重負荷認定に際しては、約半年間の平均六九時間の法定時間外労働につき、一般的に精神

疾患をもたらすわけではないとしつつ、その業務内容との関係などから総合判断の一助として過重性を認めた。また、部下の減員の理由を伝えられなかったことによる心理的負荷の継続など、人間心理の特性を捉えた認定を行っており、賛同できる。

第三に、Yの過失認定に際しては、Yが長時間労働等過重負荷のかかる労働条件を作出ないし放置し、かつ本人から疲労や不調をうかがわせる言動等があれば、本人が直接体調不良を愁訴しなくても、直属の上司において異変を察知し、産業医の意見を聴くなどして業務軽減等の措置をとるべき義務が生じること、産業医においても、長時間労働者対象面接で、長時間労働の事実や頭痛、不眠等の申告があれば、より詳細な診察を実施して健康状態を確認し、上司と連絡をとって本人の就労状況を確認し、連携して適切な対応を図る義務(但し、Yの帰責事由にかかる義務)が生じること、等が示されている。前者は従前の判例に沿い、後者は現行産業医制度の法的位置づけに沿うものであり、賛同できる。

第四に、民法第五三六条第二項の本案への適用については、解雇の前後共に認め、過失相殺・素因減額は不可、労災保険、傷病手当金等の社会保険給付等との関係での相殺も不可(不当利得として事後的な返還請求により対応すべし)とする一方、時間外手当・賞与については、同条の適用範囲外とした。しかし、危険負担制度の本旨との関係上、本件のように、疾病罹患という労働者(債務者)側の永続的でない事情での履行不能であり、使用者(債権者)側が受領を拒んでおらず、従って債務が消滅したと必ずしも言えない場合にまで同条を適用すること、その一方で、時間外手当・賞与を同条の適用範囲外とすることのいずれにも賛同できない。本文で再三述べた通り、同条は公平・衡平の観点からする危険負担の債務者主義の修正なのだから、その適用においても公

平・衡平の趣旨を一貫させるべきだし、危険負担制度の一環である以上、債権者側の受領拒否は、どこかで求められるべきであろう。結局、本件のようなケースでは、民法第五三六条が賃金債権にかかる損害賠償法の拡張的な代用品となることを避けるため、労災保険の支給を前提に、同条の趣旨と信義則に基づき、同条第二項の適用自体を認めない解釈が妥当と解される。

第五に、判決が、損害賠償法上の判断として、時間外手当・賞与を通常損害に含めた点、Y健保からXに支給された傷病手当金等を賠償金額から損益相殺した点には賛同できる。但し、後者については、生活保障機能の一致を前提とした調整規定を設ける方が、すつきりするよるに思われる。

(1) ほんらいの認容額は五六〇万円だが、慰謝料三二〇万円と損益相殺されて二四〇万円となった。
 (2) 旧判断指針(労働省労働基準局長通達「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」(平成十一年九月一四日付け基発第五四四号別添、最新改正・平成二十二年四月六日付け基発第〇四〇六〇〇一〇号別添)では、長時間労働自体が独立した出来事としては類型化されていなかった。なお、過重労働・メンタルヘルス対策の一環として平成一七年の労働安全衛生法改正(平成一七年法第一〇八号)により設けられた長時間労働者対象の面接指導制度では、週四〇時間を基準として、労働が一月当たり一〇〇時間を超え、かつ、疲労の蓄積が認められるときは、労働者の申出を受けて、医師による面接指導を行う義務が事業者に課されている(安衛法六六条の八、安衛則五二条の二、その他関係条文として、法附則二条、安衛法六六条の九、六六条の五、一三条、一〇四条、安衛則五二条の三、七を参照されたい)。その他、厚生労働省労働基準局長通達「脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く)の認定基準」(平成一三年一月二二日基発第一〇六三号別添)には、発症前一月六か月にわたり、週四〇時間を基準として、月四五時間を超えて時間外労働時間が長くなるほど業務と発症の関連性が

徐々に強まり、発症前一月間に約一〇〇時間または発症前二、六か月間に月に約八〇時間を超える時間外労働が認められる場合、その関連性が強いと評価できる旨記されている。

(3) 北岡大介「精神障害の労災認定における過重性評価―時間外労働時間数を中心に―」季刊労働法二三七号七四〇九二頁(二〇一二年)。

(4) 三柴丈典「裁判所は産業ストレスをどう考えたか」(労働調査会、二〇一一年)。

(5) 例えば、古屋健、坂田成輝、音山若穂「心理的ストレス・モデルに基づくストレスラーの分析―群馬大学教育学部紀要(人文・社会科学編)四六号四六一―四七九頁(一九九七年)は、職域の典型的ストレス要因を以下のように整理している。①物理的作業次元(騒音、職場内の温度など)、②職務特徴次元(職務の安定性、自律性、役割葛藤、労働時間など)、③組織構造次元(構造化、組織レベル)、④組織プロセス次元(リーダーシップのありよう、上司との接触頻度、組織内のコミュニケーション、組織風土、報酬付与基準など)、⑤職歴開発次元(教育訓練の質、昇進基準、従業員のキャリア開発に対する組織の姿勢・考え方など)、⑥対人関係次元(上司の支持、組織内の結束力など)、⑦個人的次元(学歴、年齢、性別など)。

(6) このことから、法的リスク回避の観点では、人事・産業保健実務における二次予防(異変の早期発見・早期介入)の重要性が示唆される。

(7) 三柴前掲書(裁判所は…)三六〇―三六一頁。

(8) 関係通達として、昭和四十七年九月一八日基発第六〇二号、平成八年六月一九日発基第六三三号、平成八年九月一三日基発第五六六号を参照されたい。産業医に関する制度や裁判例については、三柴丈典「産業医とメンタルヘルス」POSEE一四卷一三〇―一四二頁(二〇一二年)、同「産業医の敗訴事件について」財団法人大阪市K協会事件大阪地判平成二三年一〇月二五日判例集未登載、産業医学ジャーナル三五卷一八八―一八八頁(二〇一二年)、同「産業医が法廷に立つ日」(労働調査会、二〇一一年)などを参照されたい。

(9) 中央労働災害防止協会(厚生労働省委託)「職

場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会」報告書「別紙5・1の一部を評者が修正した。

(10) 疾病が所定業務として予定された業務の一部を遂行可能な程度まで快復したと客観的に認められる者の復職希望を拒否した事案に民法第五三六条第二項を適用して労働者の賃金請求権を認めたと例として、有名な片山組事件最高裁判決最一小判平成一〇年四月九日労働判例七三六号一五頁がある(最近の例として、キャンソフ情報システム事件大阪地判平成二〇年一月二五日労働判例九六〇号四九頁なども参照されたい)。なお、片山組事件二審東京高判平成七年三月一六日労働判例六八四号九二頁は、労働者(債務者)が私傷病により所定業務の一部を遂行できない場合、債務の本旨に従った履行の不能となり、民法第五三六条第一項所定の債務者主義により賃金債権等を失うが、雇用契約の特質にかかる信義則等から、使用者が可能な調整を怠って労働者の受領を拒否するなどの場合、同条第二項が適用され、賃金債権等を失うことにはならない旨判示した。しかし、最高裁は、「その能力、経験、地位、当該企業の規模、業種、当該企業における労働者の配置・異動の実情及び難易等に照らして当該労働者が配置される現実的可能性があると認められる他の業務について労働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ると解するのが相当」として、そのような場合、使用者側の責めに帰すべき事由による履行不能(第五三六条第二項の適用)となる旨を示唆した(その後の差戻控訴審(東京高判平成一一年四月二七日労働判例七五九号一五頁)で、それに該当することが確認された(差戻後上告審(平成一二年六月二七日労働判例七八四号一四頁)では、上告理由不備で棄却されている)。

(11) 例えば、女性労働者の生理休暇取得による労働不提供につき、「生理現象という労働者使用者双方の責に帰すべからざる事由を主因とする履行不能に当るから、当該女子労働者は民法五三六条一項によりその反対給付すなわち労働提供の対価たる賃金を受ける権利を有しない」が、「同条は反対の合意を禁ずるものではない」とした例として、エヌ・ピー・シ

ー事件東京高判昭和五五年三月一九日労働判例三三八号一三頁がある(上告審は、労基法第六七条との関係では、原審と同様に、生理休暇は同条により保障されているが、年休などとは異なり、その請求によりその間の就労義務を免れ、債務不履行の責めを負わないことを定めたにすぎず、労使間に特段の合意がない限り、労働者に賃金請求権は生じない旨判示したが、民法第五三六条第一項には触れなかった)。

(12) 我妻教授は、損害賠償における債権者の過失相殺の理論を援用し、債権者も債務者の債務の履行に協力する義務があり、受領遅滞は債務不履行に当たるとしたうえで、同条の「債権者の責めに帰すべき事由」は「故意・過失または信義則上これと同視すべき事由」であると解釈した(我妻栄「債権各論・上巻」(岩波書店、一九五四年)一一一頁)。また、末川教授も、「結局、債権者の側においてある容態(作為または不作為)が存しなかったならば債務者の側における履行が可能であつたらうと考えられしかもその容態は債権者がこれを避止することを得た筈である(すなわち不可抗力や正当防衛または緊急避難によるのでない)とみられ得る場合―したがって現実にこれを避止しなかつたことが少なくとも社会的に批難される場合―と解していた(末川博「契約法(上)総論」(岩波書店、一九五六年)一〇〇頁)。

判決の文言からは、本判決が、その延長線上で「業務上(+)損害賠償法上の使用者の過失」の場合にも五三六条二項の定める債権者の帰責事由を認める方針を示したと解することも不可能ではない。

(13) 谷口知平、五十嵐清編「新版注釈民法(3)債権(4)契約総則」(有斐閣、一九九六年)五八九頁(甲斐道太郎執筆部分)。

(14) 谷口ほか前掲編著五九四頁。

(15) ただし、損害賠償法上の通常損害に時間外手当等を含める判断が確立すれば、使用者による退職者の復職判断に際して、(就業規則等に時間外労働命令の根拠規定があることを前提に)同人が時間外労働等を行う能力を要求することを正当化することにも繋がるであろう。

メンタルヘルスと法



●プロフィール

1971年生まれ。現在、近畿大学法学部教授、厚生労働省労働政策審議会臨時委員（安全衛生分科会公益代表委員）等。これまでに厚生労働省の検討会等の委員を複数歴任。一橋大学大学院博士後期課程修了・博士（法学）。元弁護士。2012年より、一般社団法人産業保健法務研究研修センター理事も兼任。現場問題の解決に役立つ法律論の展開を心掛けている。

近畿大学法学部 教授 三柴 丈典 MISHIBA Takenori

メンタルヘルス問題に法はどうかかわっていくか

表1 手続的理性とは

1 メンタルヘルス法務の原則

メンタルヘルス症例への対応は、基本的にすべてオーダーメイドとなる。より正確には、国の策定する指針を含め、適切な標準を事例に応じてカスタマイズする発想が必要ということ。

法的に妥当な措置も、「道なきところに道をつくる」作業が求められるが、道をつくる上で基本となる考え方はある。その代表が、①脈絡の重視、②手続的理性（表）、③専門家（医）の関与の3点だ。

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。たとえ科学的信頼性に不十分な面があっても、合理的になすべきことを尽くし、その記録を残すという視点から、法的にも求められる措置の一環と解し得る。

ただし、必要な手続きの細目は、当該組織の性格などの前提条件や設定目標と

合理的な手続を策定し、公正に運用すること
（具体例）

- ①事例の積み重ねと検証
- ②専門家の関与
- ③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
- ④リスク評価手続への労使の関与
- ⑤手続の設定や運用全般にかかわる労使の合意
- ⑥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
- ⑦アクションプランの作成・周知と実施体制の整備
- ⑧関係者への教育訓練など

の関係で相対的に定まるものであり、やはり組織の事情に応じたカスタマイズが求められる。

いずれにせよ、メンタルヘルス不調の特質を理解する努力は不可欠の前提となる。

なお、筆者が実施した諸外国のメンタルヘルス関連法制度に関する調査（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）平成23年度

「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）の結果、判明した事柄の1つを整理すれば、以下のとおりである。

ヨコ：今見える現象を捉えた一律的なルールに基づく強制措置
 タテ：組織や個人の特質、背景・脈絡を踏まえた柔軟な働きかけ（叱る＋褒める）
 とすると、ヨコ+タテの織物をつくるような作用によって、初めて一定の成果が現れる。

2 現場課題に関するQ&A ～法的処方箋～

【問い】

メンタルヘルス不調による休職者が復職した場合、作業軽減などの配慮を行う場合が多くあるが、にわかには人員の手当を行うことも困難なことから、結局周囲の者がその分を負担することになる。すると、特にそういう状態が長引いたり、先の見通しが立ち難い場合、周囲の者に不満が生じ、職場全体のモチベーション低下を招きやすくなる。

本人への配慮と周囲のモチベーション維持を両立させるにはどうすればよいか。

【回答】

図に示した順に沿って説明していく。

(1) 問いの本旨を洞察する

すなわち、「周囲の不満の本質は何か」を考える。結果、以下のような可能性に考え至る。

①現実の時間ひま（自分の職務への障

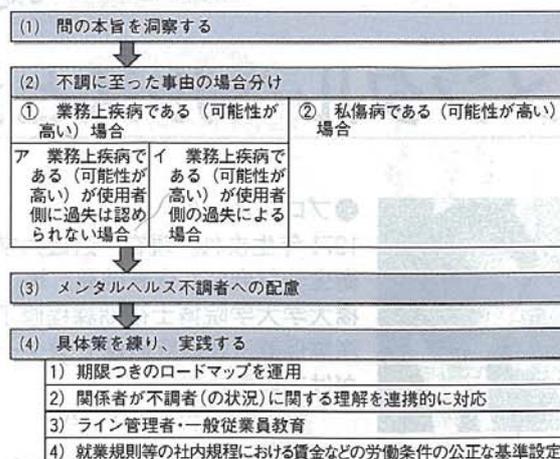


図 【問い】に関する具体的解決策（本文まとめ）

害) にかかる負担感

②問題解決について先の展望が見えないこと

③賃金処遇を含めた労働条件の不公平感
 そこで、これらへの解決法を考える必要がある。

(2) 不調に至った事由の場合分け

法的解決にあたっては、まず以下のように、不調に至った事由ごとに場合分けして対応を考える必要がある。

①業務上疾病である（可能性が高い）場合

これはさらに、以下の2種類に分かれる。

ア 業務上疾病である（可能性が高い）

が使用者側に過失は認められない場合

イ 業務上疾病である（可能性が高い）

が使用者側の過失による場合

②私傷病である（可能性が高い）場合

<対応の原則>

①アの場合：信義則の要請から、基本的

に、本人希望を重視した対応をと

るべき。組織としての対応が不可能

な場合、休職命令を出して、平均賃

金の6割分以上の休業補償を行う

か、それに相当する労災保険給付を

受給させる（雇用と賃金保障で対応

する）。軽減勤務期間中も同様の補

償が行われるようにする。

解雇やそれに相当する退職措置は、たとえ打切補償を支払う場合にも、労働基準法（以下、労基法）上、3年間は原則として労基法上の制限を受け、たとえ3年間を経ても労働契約法第16条所定の制限に服し、相応の手段、期間を経なければ正当化されない可能性が高い。

①イの場合：信義則の要請から、基本的に、本人希望を重視した対応をとるべき。組織としての対応が不可能な場合、退職命令を出して、所定賃金全額（健康であれば受け取れたはずの賞与、時間外手当を含む）を支給する。軽減勤務期間中も同様の賠償がなされるようにする。

解雇やそれに相当する退職措置は、本人同意のない限り、（理論上は疾病が回復しない限り定年に至るまで）原則として正当化されない。

②の場合：基本的に組織の就業規則、個別の労働契約等に準じた対応をとる。

ただし、後述の法的な配慮義務の履行は求められる。

なお、不調者が開き直った態度をとる場合、不調者が開き直って怠業、復職拒否などをすると、組織側は対応に困る。そうした場合、組織側の措置と不調者の対応をおのおの記録し、産業医（を介して専門医）の所見を確認して、疾病の特質をよく踏まえつつ、その影響を超える部分には、降職、定期昇給の停止、秩序違反性が著しい場合、降格降給、懲戒処分等の不利益措置も可能となる。

(3) メンタルヘルス不調者への配慮

一般によく言われるメンタルヘルス不調者への「配慮」を法的に捉え直すと、

以下のように整理できる。このような理解から、適切な対応のあり方を考える必要がある。

<「配慮」の法的な意味>

- ①安全（衛生）配慮義務を果たすための配慮
- ②解雇回避（雇用継続）努力義務を果たすための配慮
- ③精神障害者差別を回避するための合理的配慮：日本では法的に直接規定されているわけではないが、障害者基本法第3条第1号、障害者雇用促進法第3条などを参考に、民事上の公序などと解される可能性はある

<メンタルヘルス不調者への配慮の具体的内容>

「労働者の希望」と「組織が可能な措置」を調整すること、そのための協議を尽くすこと、が基本となる。相性の良い者との隣接配置なども重要な方策となり得る点で、身体疾患や身体障害対策などとは相対的な相違が生じる。

結局、対象に応じた「手続的理性を尽くすこと」が求められるということである。

なお、協議の際には5W1H（いつ、どこで、誰が、何を、どのように、どうした）を明記して記録をとることが、後の免責・減責につながる。

なお、日本の労働安全衛生法（以下、安衛法）でも、メンタルヘルス関係規定は、おおむね手続的規定となっている。すなわち、

- ①症例や産業保健に詳しい専門家の関与
- ②衛生委員会などでの方針の決議（民主的決定）と実践の監視
- ③問題の発見と対応策の実施：PDCAサイクルの回転
- ④措置について本人同意をとる努力など

を事業者に求める定めが中心で、実体的な基準については快適職場形成や労働者の健康確保などの高い目的を設定した努力義務規定を置き、それを実現に近づけるための直接的には法的拘束力を持たない指針という形式で行政が策定することとされてきた。しかし、そのような規制自体手続的であるし、現に公表されてきた指針も手続的な定めが多い。2012年11月の衆議院解散でいったん廃案となった安衛法改正法案も、まずはメンタルヘルスチェックを受けさせることにより、本人や（その同意がとれた場合には）事業者にメンタルヘルス不調の気づきを促し、産業医など医療の専門家の関与を得て、職場での精神衛生管理（就業上の措置）や、医療機関での治療などに結びつけていこうとするもので、手続的規制にほかならない。

民事上の過失責任を考える上でも、手続的理性を尽くすことの重要性が示唆される。

(4) 具体策を練り、実践する

以上の原則を踏まえた上で、具体策を練って実践する。

1) 期限付きのロードマップの策定と運用
復職プロセスについて、以下の要領で、期限付きのロードマップを策定し、順守させる。

- ①基本的に労使の合意によって策定する
- ②ステップアップ方式をとる

注) *ここでステップアップとは、勤務時間面、業務の質量、就業上の配慮などの面で、一定期間ごとに負荷レベルを上げていくことを意味する。

*筆者なりに精神科医の常識を踏ま

えると、気分（感情）障害の場合、通例は6カ月程度までの期間でフル勤務に復帰できるように設計すべきと思われる。

*会社の不安材料が払拭される条件も盛り込む（ex. 以前に復職後1カ月で休職に戻る状態が繰り返されたような場合、1カ月目に負荷テストを実施するなど）。

③専門家の参加する衛生委員会等で決議する

④ステップごとの微調整は可能

2) 関係者による不調者（の状況）に関する理解と連携的な対応

関係者が不調者（の状況）について十分な理解に基づいて連携し、一貫した対応をとれるようにする（人間環境整備を行う）必要がある。

たとえば、赴任以後の努力により、組織的に80%以上の復職後職務定着率を達成したとされる中外製薬統括産業医の難波克行医師は、そのカギを以下の4点にまとめている（2011年2月18日・日本生産性本部主催職場復帰支援セミナー・難波克行氏講演「復職成功率を86%にまで高めた中外製薬の取り組み～復職支援を効果的に行う仕組み、ツール、手順～」配布資料より）。

①ライン管理職、人事部門、産業保健スタッフ、主治医など関係者の連携と本人への対応の一貫性

*関係者にも本人にも先の展望（ゴール）が見えるようにする。

②産業医など連携の核となる人物（信頼に足る調整役）による関係者間の連絡調整

③2週間単位での生活記録（起床時間・

入眠時間・日中活動内容など)の確認
 ※法的にも、この程度の介入であれば disturb には当たらないと解される。ただし、これを頻繁に提出させる場合、事情の認定に基づく一定の保護責任は生じ得る。

④段階的な復職プロセスの計画・実施
 (あせりは禁物)

難波医師は、③に活用できる生活記録表などをウェブ上で公開しているので、ご参照いただきたい (<http://e-doc.xii.jp/fukushoku>)。

3) ライン管理者・一般従業員教育

人間である以上、「ちょっとした風向きの変化で自分自身がいつ同じ状況に陥ってもおかしくない」という認識の共有を前提に、メンタルヘルスに関する一般的知識と個別具体的な症例についての理解を誘う。

4) 就業規則等の社内規程における賃金などの労働条件の公正な基準設定

(2)で記述した「対応の原則」を踏まえ、合法妥当な賃金水準その他の労働条件を設定する。もっとも、不条理な事由による、あるいは従前の脈絡を無視した差別的な条件設定(例：使用者に過失責任のある疾病罹患患者への陰湿な不利益取り扱い、働きづらい条件の作出など)は、訴訟リスクを高め、周囲の帰属意識も低下させる。

繰り返しになるが、使用者に過失責任のある疾病罹患患者へは、法的には従前の働きぶりなどを参考に、「健康であればどの程度働けたか」を基準に処遇を決定せねばならず、信義則上、最大限の職場復帰支援(キャリアの原状回復)が求められる。

以上のような措置をもって、本人と周囲の納得性を高め、法的リスクを回避す

るとともに、本人・組織双方の予後の改善(病の改善と成長・適応)を図ることが求められる。

なお、前述(3)の<「配慮」の法的な意味>の③で示した精神障害者差別を回避するための合理的配慮については、アメリカのEEOC(雇用機会均等委員会)が公表しているガイドラインが、安全配慮と雇用継続のための配慮等の観点でも参考になるとと思われるため、以下に要点のみ抜粋する。

<参考>

精神障害者への合理的配慮～アメリカEEOCの精神障害ガイドラインより

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 of 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。

メンタルヘルスと法



●プロフィール

1971年生まれ。現在、近畿大学法学部教授、厚生労働省労働政策審議会臨時委員（安全衛生分科会公益代表委員）等。これまでに厚生労働省の検討会等の委員を複数歴任。一橋大学大学院博士後期課程修了・博士（法学）。元弁護士。2012年より、一般社団法人産業保健法務研究研修センター理事も兼任。現場問題の解決に役立つ法律論の展開を心がけている。

近畿大学法学部 教授 三柴 丈典 MISHIBA Takenori

メンタルヘルス不調者、
長期休業者への対応

今回は、メンタルヘルス不調者に対する指導、メンタルヘルス不調で長期休業を繰り返す従業員への対応について、Q & A方式で解説していく。

1 メンタルヘルス不調者への指導はどうする？

【A社の安全衛生担当者からの問い】

～メンタルヘルス不調者に対する指導は、どのような方法や程度であれば許されるか？～

当社は製造業であり、日常的に言葉づかいに気をつけて接している。しかし、現場作業、モニター作業、間接部門での事務作業のいずれも製造工程などにに関わり、本人のみならず関係者の危険にも関わるため、厳しい対応が必要となる場合もある。

本人の不調状態への配慮と災害リスクとの調整をどのように行うべきか、指針を示してほしい。

【回答】

(1) 基本原則

ア 過去の判例に照らすと、通常、たとえ本人に心因的素因や基礎疾患がある場合でも、業務上適正な指示について使用者が過失責任を負うことはない。ただし、本人の疾病罹患を現に知っているか、知るべき場合になお就労を継続させている場合、健常者なら問題を生じないレベルの言動による症状の増悪等について、使用者が過失責任を負わされる可能性は残る。

なお、叱責については、叱責そのものの方法、態様も違法性判断を左右するが、その後のフォローの有無も重要な意味を持つ。

しかし、使用者には、本人の疾病罹患事由の業務上外を問わず、使用者には、イ 就労現場の事情と本人事情の調整（オーダーメイド対応）のための手続きを尽くすこと

が求められることになる。

なぜならば、たしかに、

ウ 就労現場の事情との関係で、職務上適正な指示・指導が疾病の増悪を招くか、疾病の影響によってそうした指示・指導を遵守できないなどの事情があれば、休職命令の発令が求められるが、一律的な就労可や就労不能の判断を行うと、

①不当に就労させて災害が生じた場合、本人・周囲に対する安全配慮義務違反による過失責任

もしくは、

②不当な休職命令、その後の退職措置等を講じると、未払賃金等についての賠償責任

を負わされるおそれがあるからである。

なお、本人の同意を欠く休職措置がハラスメント（法的にいう人格権侵害等）に該当するリスクを恐れる関係者も多いが、違法なハラスメントは基本的に、①

趣旨・目的、②手段・手法の両面から判断されるので、適正な業務上の指導・指示、不当な目的がなく一定の手続きを踏まえてなされた休職命令等が、（たとえ事後的に不要と判明したとしても）それに該当する可能性はほとんどない。

また、長期継続的な労働関係の特質、解雇回避努力、安全配慮などの観点や、労働安全衛生法（以下、安衛法）第62条の趣旨との関係からも、特にゼネラリストの場合には、配置命令が出る可能性がある分だけ、配置可能性を広く探る必要がある。

(2) 具体的な手続きの策定と実施

以上の原則を踏まえ、具体的な手続きを以下のように設計し、実施する（図）。

①本人の申告、上司・同僚による観察、定期健診時の問診、本人の就労状況・出来事等から、関係者が本人のメンタルヘルス不調を察知する。

②本人同意を得て、産業医等から主治医

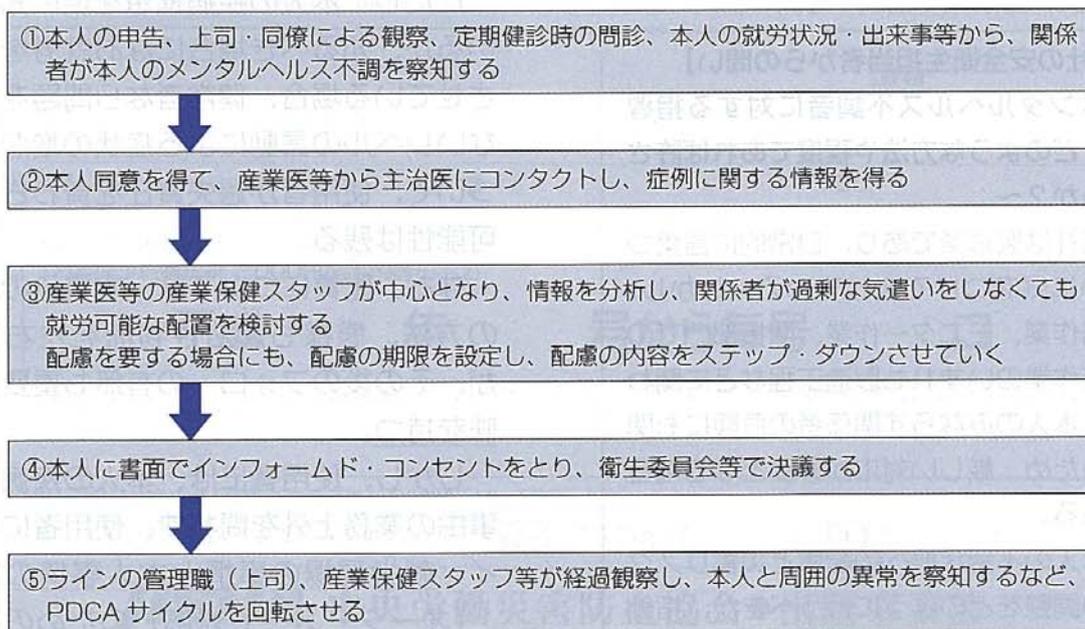


図 具体的な手続きの設計と実施（本文まとめ）

にコンタクトし、症例に関する情報を得る。本人か主治医がコンタクトに応じなければ、産業医等がネットワークを持つ専門医等に意見を求め、症例に関する目星をつける。また、使用者の努力と本人の対応について、記録に残す。

- ③産業医等の産業保健スタッフが中心となり、情報を分析し、関係者が過剰な気遣いをしなくても就労可能な配置を検討する。配慮を要する場合にも、配慮を実施する期限を設定し、その内容をステップ・ダウンさせていく。

たとえば、当初は、人を不快にさせる言動があっても過度に指摘しない。認知・記憶に問題が生じて過度に指摘しない、本人と相性が合い、信頼できる人物との隣接配置、心理の専門家等による定期的な面接と周囲とのコミュニケーション支援などを講じる。

→2カ月後：要配慮事項を半数に減らす、面接回数を半減する など

→4カ月後：すべての配慮事項を排除する など

- ④上記の手續について、本人に書面でインフォームド・コンセントをとり、衛生委員会等で決議する。

- ⑤ラインの管理職（上司）、産業保健スタッフ等が経過観察し、本人と周囲の異常を察知するなど、PDCAサイクルを回転させる。

→以上をもって、**個別性（脈絡重視）、手續的理性、専門性**のすべてを満足させる。

2 長期休業者への対応は？

【問い】

メンタルヘルス不調で長期休業を繰り返す従業員に対し、会社としてどう対応したらよいか。

たとえば、一度復職（後の定着）に失敗した従業員に対して、復職判定時の基準を引き上げるような対応は法的に許されるか。

【回答】

(1) 原則

事業所の就業規則の定め方によってもある程度変わってくるが、この問題に関する最高裁判例（片山組事件・最1小判平成10年4月9日労働判例736号15頁）を含めた従前の判例の立場は、おおむね以下の通りに整理される（76頁表1）。

(2) 原則を実務に応用する際の留意点

- 1) 賃金と雇用を保障すれば復職拒否は可能

表1の原則は、あくまで復職拒否による不就業期間の賃金請求との関係で設定されたものである。したがって、復職の可否自体を争う事件には必ずしも当てはまらない。

日本では、例外的な場合を除き、労働者が就業自体を請求する権利は認められていない。また、使用者による自宅待機命令等が発せられれば、原則としてそれを阻む術はない。

よって、企業側の考えとして復職措置後の職場・職務定着を見込めないような場合、

- ①私傷病であれば、就業規則や労働契約

表1 原則について

【原則】

- ①原則として、休業者の休業原因となった疾病が、そのような状態であれば休業に至らなかった程度に回復または症状が安定していると医学的に裏づけられれば、当該労働者に労務給付の履行の提供があるものとして、また休業制度の解釈などから、使用者に復職させる必要性または所定賃金の支払義務が生じる。
 - ②たとえ休業者の健康状態が従前の業務を100%遂行できる程度にまで回復していなくても、短期間（これを2~3カ月と示した判例もあるが、気分障害については通例6カ月ほどを要とする精神科医の意見もある）の軽減業務、慣らし勤務等により、特別な措置を必要とせずに本来業務を遂行できるまでに回復が見込まれる状態であれば、復帰させる必要が生じる。
 - ③その際には、労働者の健康状態のみならず、受け入れ企業側の職場事情等も考慮されるが、あくまで客観的に認められる事情でなければならず、恣意的な条件（基準）操作は許されない。
 - ④この原則は、休復職がたび重なった場合であっても基本的に変わらない（たとえば大阪府保健医療財団事件大阪地判平成18年3月24日労働判例916号37頁）。
 - ⑤ただし、休復職が重なれば、休職期間満了による退職措置がとられた場合に、その措置の合理性を裏づける要素の一つにはなる。
- *判例の中には、傷病欠勤と短期間の出勤を繰り返すような場合には、そもそも復職したと認められないことを示唆するものもある（富国生命保険（第1回、第2回休職命令）事件東京高判平成7年8月30日労働判例684号39頁）。

等に基づく一定の金員（金額）

- ②業務上傷病であれば、休業補償分
 - ③使用者責任による傷病であれば、所定賃金満額（健康であれば得られたはずの時間外・休日手当や賞与等も含む）の金員（金額）を支払い、また、①の場合には、就業規則等（の合理的な定め）による期間、②の場合には、休職期間の合計が3年間に至るまでの期間（+復職後30日間）+解雇（やそれに相当する非自発的退職措置）の合理性、相当性を充たす条件が整わない間、③の場合には、傷病が回復し、所定業務の遂行能力が回復するまでの期間、雇用を維持し、復職自体は拒否するほうが、リスク軽減を図れる場合もある。
- 要は、当面の金銭支出より、後に生じ得るより大きなリスクへの対応を図った

ほうが賢明な場合もあるということである。

2) 医師による復職判定について

厚生労働省は、臨床精神科医に産業（組織・精神保健）に詳しくなってもらえるよう、諸施策を進めている。また、産業医には、精神医学や産業精神保健に詳しくなってもらえるよう諸施策を進めている。現に産業医療や人事労務担当者とのコンタクトをとる（またはとらざるを得ない）精神科医も増えているので、昨今は産業に関する理解が精神科医にも少しずつ広まってきているように思われるが、依然として、患者の希望をよりどころとして「復職可」などの診断書を発行する医師も少なくないと聞く。

そのような医師は、社会復帰が可能な時点で、「復職可」との診断書を発行するが多い。

しかし、実際に復職可能段階に至るに

表2 原則の例

【原則の例（判例から）】

◎企業規模が小さいなどの事情から、退職者の穴埋めをせざるを得ず、いざ復職可となって本人から復職希望が出されても、人員的に受け入れが困難な場合等

→そもそも発症が業務上である等の事情がない限り、(本来不要な)ポストを新設してまで受け入れる必要はない。

◎当該労働者が職種限定条件で雇用されている場合

→限定された所定業務を遂行できるか相当期間内にその能力が回復する見込みがない状態で復職措置を講じる必要はない。

よって、顧客との信頼関係の醸成が重要な要素となる営業職社員等を、所要のコミュニケーション能力が担保されない状態で復職させる必要はないし、生徒の安全確保を重要な要素とする教員等を、その能力が担保されない状態で復職させる必要もない。

ただし、通例、休職期間中に“浦島太郎”となる事態は避けられないから、一定期間、ベテランの見習いをさせる、担当範囲を軽減するなどして経過観察する等の支援措置は信義則上求められる。

は、社会復帰可能→通勤可能→業務遂行可能→所定業務（契約上求められる）遂行可能、というステップを踏まねばならず、だからこそリワーク事業などが介入する意味（の一つ）がある。

したがって、使用者側は本人の同意を得た上で産業医を通じるなどして主治医とのコンタクトを積極的に求め、会社側の事情を客観的に伝達する必要がある。また、主治医側も、これを積極的に受け入れる必要がある。

主治医によっては、診療時間の一部を患者関係者への対応のために設定している方もいるが、多忙な時間の一部を割くことになるので（患者数の多いところでは、患者1人につき5～7分診療が通例と聞く）、（たとえ受け取りを断られても）一定の謝礼を用意するほうがあとの連絡をスムーズにすることもある。

とはいえ、不合理、不条理に使用者側

とのコミュニケーションを拒む主治医に対しては、企業側が一社または連合して、産業に理解のある有力な専門医と囑託契約を締結するなどして、その所見を仰いだり、主治医に質問書を発行してもらう（要は、対抗馬を設けて予防線を張る）措置も有効であろう。医療人の世界はけっこう狭いからである。

もっとも、真摯な臨床医ほど、患者の背景を知り、総合的な治療を施そうとする傾向はあるように見受けられる。

3) 職場側の事情の考慮

賃金請求事案を前提とする従前の裁判法理であっても、(賃金支払義務の起算点としての)復職判定に際し、職場側の事情の考慮も求めていることに留意する必要がある。

また、判例から表2のような原則もくみ取ることができるので、参考にしてほしい。

メンタルヘルスと法



●プロフィール

1971年生まれ。現在、近畿大学法学部教授、厚生労働省労働政策審議会臨時委員（安全衛生分科会公益代表委員）等。これまでに厚生労働省の検討会等の委員を複数歴任。一橋大学大学院博士後期課程修了・博士（法学）。元弁護士。2012年より、一般社団法人産業保健法務研究研修センター理事も兼任。現場問題の解決に役立つ法律論の展開を心がけている。

近畿大学法学部 教授 三柴 丈典 MISHIBA Takenori

法的な問題が生じる？生じない？ ～職場の問題事例をもとに解説

今回は、下記の α 、 β のような例について、法的に問題は生じないかを解説していく。

1 問いと回答

【問い】

(α) いくら言い聞かせても、ミスを繰り返したり、職場のルールを守れない従業員には、どのように指導したら法的に問題を生じないか。

また、

(β) 最近、ストレスに弱過ぎたり、社会性が低いと思われる従業員が多いように感じられるが、どのような指導をすれば法的に問題を生じないか。

【回答】

端的に言って、場合分けは必要だが、非違行為が本人の性格や資質に起因する場合であれば、原則として、業務上正当

な指導が、使用者側の過失責任を招くことはない。

詳しくは、図1（74頁）にしたがって、それぞれの場合について解説していく。

(1) (α) について

1) 場合分け

ミスやルール違反についても、他の相談事例の場合と同様に、現象の表面だけで即断せず、その背景（脈絡）を探る必要がある。以下の場合ごとに、とるべき対応が分かれる。

① 疾病の影響がある場合

①ア 業務上の事由で疾病に罹患した場合

①ア(a) 使用者に過失責任あり

①ア(b) 使用者に過失責任なし

①イ 業務外の事由で疾病に罹患した場合

② 疾病の影響がない場合、または疾病の影響を超えている場合

2) 場合に応じた対応法

1) 場合分け			
①疾病の影響がある場合		②疾病の影響がない場合、または疾病の影響を超えている場合	
ア 業務上の事由で疾病に罹患した場合		イ 業務外の事由で疾病に罹患した場合	
(a)使用者に過失責任あり	(b)使用者に過失責任なし		
2) 場合に応じた対応法			
<p>対応法の決定に際し、基本的には本人希望を最大限尊重すべきだが、必要ならば、休職命令を発令し、所得と雇用を保障する。復職時には最大限の支援を行う。</p>	<p>対応法の決定に際し、基本的には本人希望を尊重すべきだが、必要ならば、休職命令を発令し、休業補償相当分以上の受給を支援する。3年十復職後30日は労働基準法上解雇が制限され、その後も民事上制約がかかる。</p>	<p>直ちに不利益処分は下さず、病状に応じて暫定的な対応（例：病欠欠勤など休職より本人への不利益が少ない措置など）をとる。 同時に、本人の病状について調査し、(i)難治性、(ii)就労による所定業務への障害、職場秩序への悪影響、本人の治療への悪影響などを確認したところで、休職命令等を発する。</p>	<p>就業規則等に従い、懲戒処分、降格降給など人事上の不利益処分も可能。 ただし、意見聴取、注意、必要な指導を踏まえるなどの手続きをとる必要がある。</p>

図1 対応の流れ（本文のまとめ）

まずは前述の②の場合の対応について説明したあと、①について細かく対応法を紹介する。

②の場合

就業規則等に従い、懲戒処分、降格降給など人事上の不利益処分も可能。ただし、意見聴取、注意、必要な指導を踏まえるなどの手続きをとる必要がある。

①ア(a)の場合

対応法の決定に際し、基本的には本人希望を最大限尊重すべきだが、

- (i) 本人の疾病の増悪
 - (ii) 治療への悪影響
 - (iii) 職場秩序への過大な悪影響
- などが生じる可能性が高い場合、休職命令を発令し、所定外賃金や賞与を含め、所定賃金全額を支払う。すなわち、職務そのものには就かせられなくても、所得と雇用の保障で対応する（理論的には、病状が回復しない間、定年まで保障すべきことになる）。また、信義則上、復職時には、最大限の支援を行う必要がある。

①ア(b)の場合

対応法の決定に際し、基本的には本人

希望を最大限尊重すべきだが、

- (i) 本人の疾病の増悪
- (ii) 治療への悪影響
- (iii) 職場秩序への過大な悪影響

などが生じる可能性が高い場合、休職命令を発令し、労災保険の受給を支援するか、休業補償相当分以上の金員（金額）を支払う。

①イの場合

直ちに不利益処分は下さず、病状に応じて暫定的な対応（例：病欠欠勤など休職より本人への不利益が少ない措置）をとる。同時に、本人の病状について、原則として本人を通じて、あるいは本人同意を得て主治医の診断を確認するなどして調査し、(i) 難治性、(ii) 就労による所定業務への障害、職場秩序への悪影響、本人の治療への悪影響、などを確認したところで、休職命令等を発する。

その後の所得や雇用保障は、原則として、就業規則や雇用契約等の定めによる。

(2) (β) について

一見、ストレスに弱く、社会的に未熟なように見えても、背景に業務上の問

題、トラブル等がある場合もあるので、まずその背景を探るべきことは(α)の場合と変わらないが、原則として、所定業務(通常は、使用者の指揮命令に従い、一定の時間内に、一定の品質の業務を、当該指揮命令に応じて実施することを意味する)を果たせなければ、「債務の本旨に従った履行」(民法第415条)を果たしたことになるらず、不完全履行として債務不履行(契約違反)の^{そし}非りを免れない。

しかし、日本の雇用契約は特に、単なる契約ではなく、人的な結びつき(いわゆるメンバーシップ契約)としての面が強く、使用者による雇用契約の解約(解雇)や非自発的退職措置は、本人の生活やその後のキャリアに大きな影響を与えること、労働者の人格尊重の要請などもあり、労働者の職業能力の見極めや育成も使用者の契約上の義務の一環と考えられてきた。雇用契約は請負契約ではなく、その性質上、成果のみで契約の履行を図り得ない、という制約もある。

また、特に正社員であれば、幾重にもわたる慎重な審査を通じて採用した経過もある。

そこで、使用者側にも、複眼・長期視点で労働者の労務給付を評価することを含め、解雇等を避けるための努力、手続きを尽くすことが求められる。

なお、富士通四国システムズ事件を好例として、裁判所は、いわゆる「新型うつ」の認定には慎重であり、少なくとも、使用者が対処できる業務上の負荷がある中で、健康を崩すなどした場合、従業員の新型うつへの罹患を理由として使用者側の免責を図る論理は、容易には採用されない。

したがって、まずは、本人の長所と短

所をじっくりと冷静に把握し、最大のアウトプットを出せる用い方、育成法を模索する必要がある。

しかし、必要な注意、指導、教育を重ねても、契約上の本来的職務を果たせない場合には、一定の時期と手続きを経て、懲戒処分、解雇処分なども認められる(ただし、組織側が講じた措置と本人の対応を、5W1Hを明記して記録に残すことが重要)。

要は、重大な不利益処分については、回避手続きを尽くしたうえで下すことが求められる。

なお、法を離れた立場でいえば、経済・社会状況を含めた時代状況の変化とともに、一定程度、人間のありようが変わってきている観も否めない。国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センターの大野裕所長のように、いわゆる新型うつ症例について、苦悶の「表現型」の変化を指摘する専門家もおられる。

2 これまでの3回を振り返って

以上に述べてきたとおり、法的に適正な対応には、どうしても一定の手間と時間を要する。だからこそ、それを単なるリスクマネジメントの対象と捉えるのではなく、時代状況が変化する中での個人と組織の居場所づくり(いわば「ヤドカリの引っ越し」)、すなわち、個人と組織の成長と適応の促進に役立てる積極的な発想が必要になる。

そのことを経営者の立場から明快に示した好著として、天野常彦・小杉佳代子『メンタルサポートが会社を変えた! オリンパスソフトの奇跡』がある。同書では、天野氏が企業経営者としてメンタルヘルス対策のための直轄の指揮系統ラ

インをつくり、父性と母性の両面を持ち、風通しの良い、働きやすい組織風土づくりを実践した結果、自発的離職者は0人、休業率は激減し、社内結婚率が上昇、入社希望者も著しく増加するなど、数々の効用をもたらした過程、すなわち、「見えにくい問題」へのアプローチが「見える実績」に結実した過程の詳細が示されている。著者は最近、「元気なIT職場をつくるメンタルヘルスサポート」というタイトルで、ITProのウェブページ (<http://itpro.nikkeibp.co.jp/>) で連載をしているので、ぜひご参照いただきたい。

また、以下に筆者が作成した産業精神保健法（職場のメンタルヘルスに関する法）の鳥瞰図（図2）を示す。ここでは、現在、国の職域メンタルヘルス対策は、労働法体系の「一部の一部の一部の

一部」という位置づけにとどめられているが、それに実質的に関わる法体系は幅広く、したがって、その成功をもたらす効果も極めて幅広いことをご一覽いただけるようにしたものである。

さらに、以下に、メンタルヘルス対策に法が果たすべき役割を鳥瞰図にしたもの（図3、4）を示す。本稿で示してきたとおり、法は、不調者、その関係者の納得を得やすい切り分け（≠切り捨て）に大いに貢献する。また、関連領域の専門知識を得て、1次予防から3次予防に至る適正な対応法も示唆する。

とりわけ、図3の④における適切な対応法の育成は重要であり、現場ニーズも高い。特に、産業と福祉が乖離している現状（(i) 人材と情報交流の断絶、(ii) 福祉対象者の一般就労機会の乏しさ、(iii) 福祉給付対象者の再生の困難さ等）

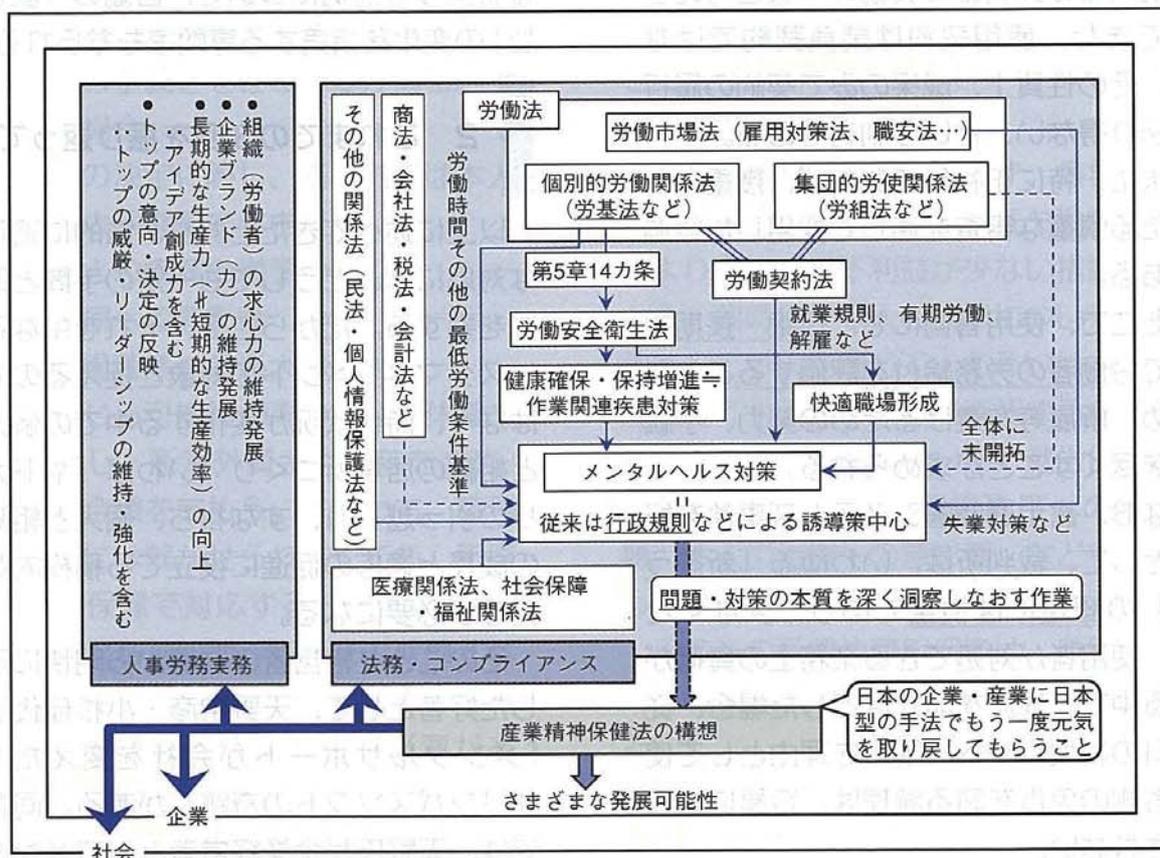


図2 産業精神保健法の構想（鳥瞰図）

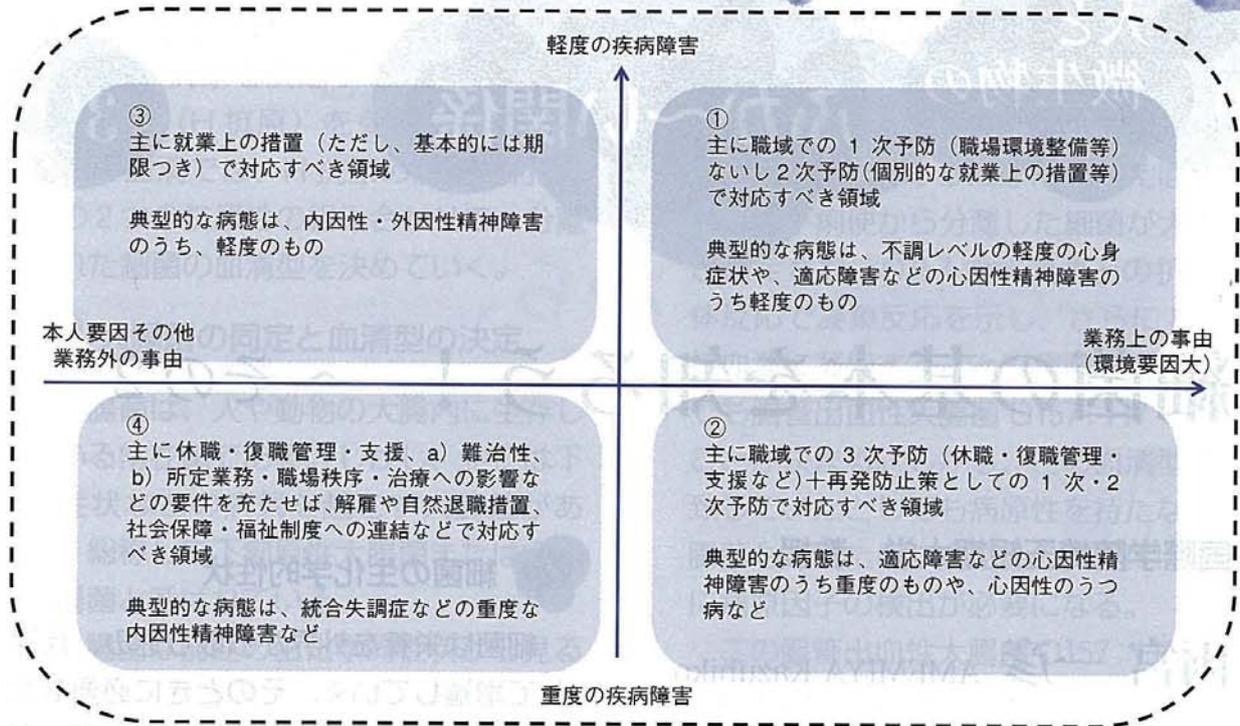


図3 メンタルヘルスという概念の守備範囲

の打開は、喫緊の課題である。イギリスのソーシャル・ファーム等も参考にしつつ、両者をつなぐ新たなバッファを、公労使すべての関与の下で設置する必要がある。

もっとも、今現在、法自体が、大きなパラダイムの変換を要する時期に差し掛かっている。すなわち、一定のメリットと引き換えに積極的な自主管理を促進し、自主管理の実際や裁判例などから蓄積された情報を踏まえて新たな法を立案するとともに、従来の細分化した法令を統一して遵守を容易にするなど、時代状況の変化や、それに伴う現場問題や二-

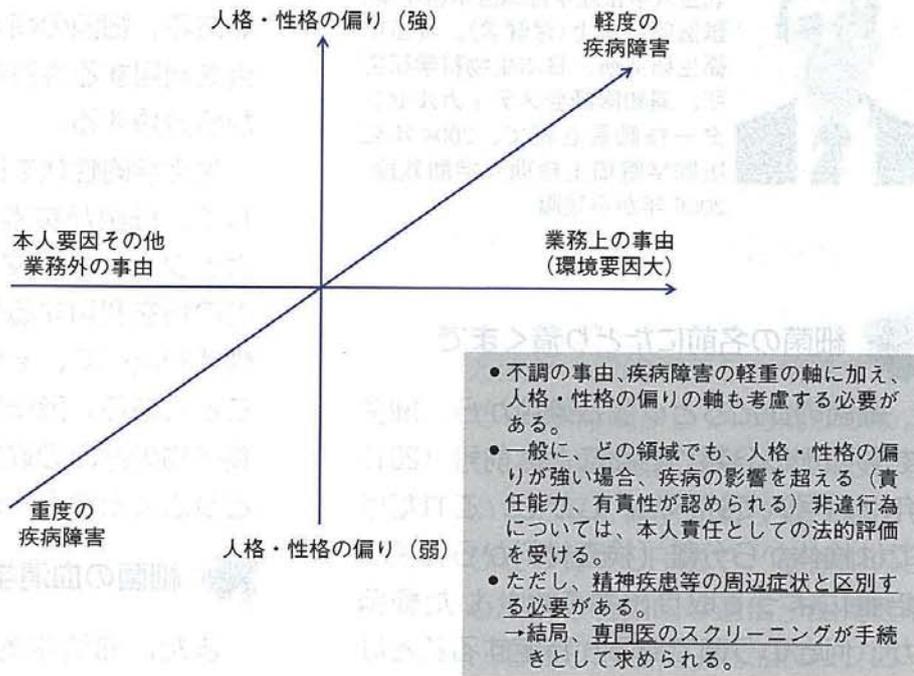


図4 図3に人格軸を加えたもの

ズ等に即した、一定の柔軟性を持ち、かゆいところに手の届く法政策が求められるようになってきている。

職域メンタルヘルスに関する法（産業精神保健法）という「視点」は、このように、非常に幅広い効果を生む。

