

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

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。初年度と次年度は主に①を目的とし、最終年度は主に②を目的として調査研究を実施した。

得られた結論は以下の通り。

＜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（連携的な）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客観性および、⑧これらを包括した手続き的理性の8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・社会への両面的なアプローチによって図ろうとする作用」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及び同条に基づく対策を講じない企業名を公表する等の施策により、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）を図る方法が望まれる。

・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。

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や経験則に基づく社会認識等に拠る必要がある。

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、日本の安全衛生関係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連続的又は断続的に長期（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。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、結果として、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）等の適正化を「促す」ような法政策の構築が望ましい。

・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。

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原始的な精神障害者対策と、過重なストレス要因へのばく露により不調に陥った後発的な精神障害者・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、原始的な精神障害者の就労環境の改善は、後発的な精神障害者・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、原始的な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、そうした人物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。

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解される。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・賃金保障をなす必要がある。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等の対応が求められよう。

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）、法的には違法とはいえず、もとより労働能力・適性に関わる調査に制約はない。プライバシー保護や精神障害者差別の禁止の観点から規制を加える場合の一応の判断規準は、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、情報取扱いの客観的な必要性が認められることを前提に、②③④を徹底すれば、原則として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ないし支援と、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。

<結論～法政策的示唆～>

提言1)

- ・嫌悪感に基づく差別的取り扱い、敵対的な態度や策動などにより、人の人格や尊厳を侵すなどして、精神的な雇用環境を悪化させる行為の禁止（安衛法）

根拠)

①実態としての労働相談件数の増加、社会認識の高まり

②ヨーロッパ諸国では既に雇用平等関係法、安全衛生関係法、刑法典等で禁止されていること。

③セクシュアル・ハラスメントなど、既に国内で法定されている他のハラスメント規制との平仄をとる必要があること。

提言2)

・ある勤務時間と次の勤務時間の間のプライベートな時間（休息时间）の保障（労基法か安衛法）

根拠）

①睡眠時間の確保は、メンタルヘルスの向上に資することを示す疫学的データが存在し、平成13年の脳心臓疾患に関する認定基準の改定や平成17年の安衛法改正の背景にもなった経緯があること。

②EUでは、既に指令で規制されていること。

③国内の裁判例（国立循環器病センター事件大阪高判平成20年10月30日労働判例977号42頁など）でもその必要性が指摘されていること。

提言3）

・当該労働者にとって急激かつ大幅な労働条件の変化があった場合の支援体制の構築と実施の確保（安衛法）

*現行法では、法定健診や長時間労働面接の事後措置、中高年齢者など労災防止との関係で特に配慮を要する労働者に対して求められる措置として就業上の配慮が定められているが、こうした場面を含め、過重な心理的負荷をもたらしやすい条件を特定した一次予防的な措置にかかる定めはない。

根拠）

①国内外の代表的なストレス測定モデルによる捕捉

②ストレス要因として言及する判例の多さ（三柴丈典：裁判所は産業ストレスをどう考えたか.350-353,230-307,労働調査会,2011 など）

③特に過重な負荷を招きやすい条件下での一次予防の必要性

④一次予防の履践のための職務分析の推進の必要性（*本提言の履行のためには、使用者が個々の労働者が遂行する職務（の質量や当該労働者の適応性）を分析する必要がある）

提言4）

・各事業場で労働者が遂行する職務（の質量や当該労働者の適応性）の分析と適切な人員の配置（安衛法69条及び70条の2に基づく指針（メンタルヘルス指針など））

根拠）

①職務の質量や当該労働者との不適合を過重なストレス要因として言及する判例の増加（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 など）

②代表的なストレス測定モデルによる捕捉

③本研究プロジェクトにおける社会調査（メンタルヘルス対策従事者向け社会調査）により、社会的支持が得られやすいことが判明していること。

提言 5)

・ 個々の組織ごとに講じられているメンタルヘルス対策について、その効果（休業率、匿名条件下での従業員の職務満足度調査結果など）を変数で捉え、企業名の公表や労災保険料の減免、労働基準監督の一部免除などにより、信賞必罰を加える規定の創設（安衛法第28条の2、第88条関係、および安衛法69条及び70条の2に基づく指針等）根拠)

①休業率は、諸外国がおおむね共通して採用しているメンタルヘルス状況の尺度ないし対策の背景だが、そのみでは妥当性を欠く場合もあること。

②デンマークなどでは既に講じられているか、講じられたことがある。

③本研究プロジェクトにおける社会調査（メンタルヘルス対策従事者向け社会調査）により、社会的支持が得られやすいことが判明していること。

提言 6)

・ 安全配慮義務の再定義（労働契約法第5条）

* 対象者の安全・衛生への実質的な影響可能性（特に支配・管理可能性）を持つ者が、災害疾病にかかる予見可能性に基づく結果回避可能性の存在を前提に、当該結果回避のための手続ないし最善の注意を尽くす義務

もしくは

安全衛生関係法令の最低基準の遵守と共に、経営工学等を活用した安全衛生面でのリスクの調査と管理を、同法令下の指針等を参照しつつ、適切な専門家や利害関係者の関与のもとで、優先順位を付けて実践する等の手続を尽くす義務、より具体的には、当該事業場ごとの事情に応じ、1次予防、2次予防、3次予防の各段階で、その支配管理の影響を受けることが通常予見される個人と集団の双方を対象として、実行可能な物的・人的対策を図る手続的な債務（三柴丈典：安全配慮義務の意義・適用範囲.労働法の争点9版所収予定）

などの趣旨が明確化するように労働契約法第5条を修正すること

根拠)

①判例と条文のかい離を放置すればミス・リーディングとなりかねないこと。

②使用者の（精神）衛生問題にかかる民事責任を明確にすることは、労使双方の利益に適うこと。

③イギリスなどの民事過失責任法理とも概ね一致すること。

提言 7)

・ メンタルヘルスに関する個人情報の取扱いに関するルール、特に労働者の同意が得られない場合の取扱いに関するルールの集約と周知ならびに、組織内外でメンタルヘルス対策の要となる者（産業医等）への情報の集約を支援するルールの整備（安衛法、個

個人情報保護法第8条等に基づく行政のガイドライン等)

根拠)

①有効なメンタルヘルス対策と関係情報の適正な取扱いは、以下のような意味で表裏一体であること。

ア 労使間に信頼感があり、適正に情報の取扱い、流通がなされ得る職場は、一次予防面でもパフォーマンスが良好であることが多いと解されること。

イ 適正な情報の取扱いがなされなければ、適切な健康管理が困難であること。

ウ 適切な個人情報の流通がなければ、人事管理や人材育成面でも支障が生じかねず、職場や職務に不適応な人材を生みかねないこと。

②本研究プロジェクトにおける社会調査（メンタルヘルス対策従事者向け社会調査）からも、メンタルヘルス情報の取扱いに関するルールが複雑に過ぎるほか、矛盾がみられ、現場での十分な理解に基づく運用が困難になっていると解されること。

提言8)

- ・産業と（精神保健）福祉の連携を進めるためのモデルづくりと支援

根拠)

①現状では、長期間うつ病が継続するなどして離職したり、実質的に組織内に「居場所」を失った労働者に休息と治療、社会的成長などをもたらし得る場が少ないこと。他方、そうした作業を経た労働者が何らかの形で企業等に復帰するルートができれば、福祉関係者側も張り合いをもって就労支援できるようになる可能性があること。

②本研究プロジェクトにおける社会調査（メンタルヘルス対策従事者向け社会調査）からも、企業等と（精神保健）福祉関係者との接点を設けることにより、組織内でのダイバーシティが進むと考える企業関係者が多いことが判明していること。

③福祉側も、企業等が持つ優れた要素（目標管理の視点、コミュニケーションの緊張感、スタッフの人材育成システムなど）を吸収できる可能性があること。

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

宮崎公立大学・学長

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

⑩荻野 達史

静岡大学人文社会科学部・教授

研究協力者

①鈴木 俊晴

大東文化大学環境創造学部・非常勤講師

②真船浩介

産業医科大学 産業生態科学研究所 精神保健学研究室 助教

③井上彰臣

産業医科大学 産業生態科学研究所 精神保健学研究室 助教

A. 研究目的

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。

B. 研究方法

＜法制度調査関係＞

初年度（平成23年度）は、法制度調査について、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。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。

次年度（平成24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。

最終年度（平成25年度）は、2年間の調査では調査が及ばなかった項目等について、補充調査を実施した。また、（1）従前の法制度調査及び同調査への示唆を目的とした関連領域における調査を踏まえ、そこから得られた示唆のわが国への適応可能性を探ることを目的として、企業などでメンタルヘルス対策に従事している者を対象とした社会調査（主に質問票による電子調査と大手企業3社への訪問調査（半構造化面接調査））と、（2）公的なメンタルヘルス施策の促進に携わる者（独立行政法人労働者健康福祉機構メンタルヘルス対策支援センター（以下、「支援センター」という）所属メンタルヘルス対策促進員（以下、「促進員」という））を対象とした社会調査（面接調査の後、質問票による電子調査）の両者を実施した。

このうち（２）のメンタルヘルス対策促進員（以下、「促進員」という）とは、労働者健康福祉機構が厚生労働省から受託した支援センター事業の遂行のため、各都道府県に設置した支援センターに配置され、公的なアウトリーチ（訪問支援）を含め、メンタルヘルス対策の周知、要請に基づく事業場内の環境整備支援、管理監督者への教育研修などの活動を行っている。衛生管理者、看護師・保健師、労働衛生コンサルタント、産業カウンセラー、社会保険労務士等の資格保有者が多く着任している。

具体的な調査方法としては、特に推薦を受けた促進員への半構造化面接調査→アウトリーチに求められるコンピテンスの収集→K J法による集約と理論的飽和の確認→質問紙による調査を通じた定量的な検討の手法を採用した。

○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、そ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。

< 関連領域の調査関係 >

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。

次年度（平成24年度）には、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、同年度に新たに研究班に参画した荻野達史教授に対し、社会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」とはいっ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）

・年度途中に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

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

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

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

から、対策の重要性、必要性が説かれていた。

・労働安全衛生法政策において、世界をリードしてきた国家としての自負のほか、おそらくは政策を推進する国家公務員を「女王陛下の官吏 (Her Majesty's Civil Service)」として、また、政策の理念や枠組みづくりに貢献する学識経験者について、その学識の故に一定の権威を認めて尊重する気風があるものと察せられる。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安全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。

もっとも、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し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）は対個別的性格を持つ点で異なる。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じたこと等を理由に、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。

<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。

・介入の所管は、イギリス安全衛生庁（Health and Safety Executive：HSE）である。HSEは、所管大臣の管轄下でHSWAの執行を担当する独立性、専門性、機動性を持った公的機関であり、以下のような特徴を持つ。

①執行のための監督官を擁し、同監督官には、臨検、検査や調査、施設内の物品・物質の除去や試験、検収・留置、適当な人物への質問などについての強い権限が認められている。また、機関としてのHSEに搜索や聴聞の権限が認められている（HSWA第14条）。

②所管大臣には、安全衛生関係規則の制定権限が委ねられている。同規則には、法規自体の改廃、適用範囲や適用除外、違反による処罰の対象、制限、訴訟上の抗弁の特定など、法律並みの強大な法的効力が認められている。

③最高責任者の任命を含め、所管大臣は、HSEに対してほぼ絶対的優位な立場にあり、HSEは、その管轄下で、強制策と誘導・支援策の両面で、HSWA関連法規の執行を担当している。ただし、所管大臣は個別案件で関連法規の執行に関する指示ができず、他方、HSEは同大臣に対する規則の提案権

も有しているため、実質的なガバナンスは HSE が握っている可能性もある。

④HSE の主な職務は HSWA 第 1 1 条、所管大臣の HSE に対する権限は第 1 2 条、所期目的を達するために自他の持つ人的・物的資源を有効活用するための方策が第 1 3 条、組織・構成等については同附則第 2 条に規定されている。

⑤HSWA を含め、関連法規の管轄権限の決定は所管大臣の所掌とされている。地方公共団体との協働が予定されているが、同公共団体は HSE が発出するガイダンスに拘束される。

⑥HSE に対する会計面での監理権限は、所管大臣のほか、会計検査官、会計検査庁長官が有するが、上下両院への報告義務も課されている。

・MS の開発作業は 1 9 8 0 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、2 4 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。もっとも、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 9 9 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上に下位にあるのが MS であり、これは、基本的な根拠を（遠縁の）法令に置きつつも、リスク調査と管理の手法をベースとしつつ、実効的なストレス対策のためにあるべき条件を掲げ、それと実際の職場との相違を確認させたいという、理想的方向へ誘導しようとするガイダンスである。よって、実施準則と同様に、この手段を講じないことがただちに法違反を導くわけではなく、他の方法による法目的の実現ももちろん可能である。逆に、このシステムの活用はおおむね法遵守の推定を導くと考えられており、外部の EAP（Employee Assistance Program）などが、このアプローチに「貢献するもの」と記載する報告書もある。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、上位にある法規制は、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いえ、現に、2012年11月時点で、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）。もっとも、目標設定、手続、体制整備などの規定という点では、応分の意義が認められよう。

・MS の仕組みは、基本的に既存のリスク管理手法を応用するものだが、評価ツールとして、①職務上の要求、②裁量、③支援を要素とする「職務の内容」と、④職務上の人間関係、⑤役割、⑥変化を要素とする「職務の背景」を対象かつ指標とするストレス評価モデルを採用している。この仕組み（MS）は、その根拠となる法規制との関係からも、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満たすか、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。

・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、20

03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・年金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メ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、継続的で共同のかつ調和のとれた『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。

＜民事裁判の動向について＞

・作業関連ストレスは、さまざまな形態の労働訴訟を引き起こしたが、典型的にはネグリジェンス（過失の不法行為）か障害者差別禁止立法を根拠とする訴訟が多く提起された。このうち前者は、①被用者の健康被害（**injury to health**）を防止するため

の合理的な配慮義務 (employer' s duty to take reasonable care) 違反、②①と健康被害の因果関係、③当該健康被害が合理的に予見可能であったこと、の3点の立証により成立する (実際にはかなりハードルが高い)。また、当該配慮義務は、労働契約に伴う本質的な黙示の義務でもあることから、その違反は履行拒絶的な契約違反 (repudiatory breach) とみなされる。

・以上の要件の中でも特に重要なのは、被用者の健康被害の予見可能性 (foreseeability) である。これは、ある使用者が個々の被用者にかかる健康被害を導く作業関連ストレスを現に知っていたか、知るべきであったかを問うものである。

・他方、被用者側も一定の責任を負う。例えば、仮に被用者側が自身の精神疾患の実情を雇用者に伝えなければ、ストレス関連疾患にかかるネグリジェンス訴訟で請求を棄却される可能性が高まる。

・作業関連ストレスと民事責任の関係に関するリーディングケースは、2002年の Hatton 事件 (Hatton v. Sutherland [2002] EWCA Civ 76, [2002] Emp LR 288) であり、そこで Hale 判事が示した以下の法廷意見が、Hatton ルールとして、以後の同類事案に基礎的な判断枠組みを提供した。

①業務上のストレスに起因する精神的 (または身体的) な傷病といっても、それに固有の判断方式があるわけではなく、使用者の民事責任に関する一般的な原則が適用される。

②まず確認されるべきは、ある被用者に対する健康被害が合理的に予見可能であったか否かである。ここでいう予見可能性が

認められるためには、(a)他の要因とは区別される「業務上のストレス」に起因して、(b)単なるストレスとは異なる「健康被害」がもたらされること、という2要件が充たされねばならない。

③予見可能性は、個々の被用者の状況について、雇用者が現に知っているか、知るべきことがらに依じて判断される。精神障害の性格上、身体の傷害に比べて予見は困難だが、不特定多数よりは特定個人の方が事情を把握し易い。雇用者は、被用者が特別な問題や脆弱性を抱えていることを認識していない限り、通常の業務上の負荷への耐性はあると考えて差し支えない。

④この基準は、あらゆる形態、性格の雇用に等しく当てはまる。被用者のメンタルヘルスにとってそれ自体が有害といえる職業はない。

⑤特に予見可能性の判断には、以下のような事柄が関わる可能性が高いため、確認される必要がある。

(a)被用者が行っている業務の性格および範囲。通常の業務に比べ、特定の業務にかかる負荷が過重といえるか。その業務は、当該被用者にとって、知性または感情面で特に過重といえないか。当該被用者が不合理と考える職務上の要求は、同様又は同種の職務に従事する者の認識と比較してもそう解し得るか。あるいは、その職務に従事する他者が有害なレベルのストレスに曝されているといえないか。同じ職務または部署で疾病罹患者や頻繁に欠勤する者が不自然に増えていないか。

(b)被用者に切迫した健康への危害の徴表が顕れていないか。当該被用者は、特別な問題や脆弱性を抱えていないか。同じく、

業務上のストレス性疾患に罹患していないか。最近、普段はみられない頻繁または長期にわたる欠勤をしていないか。本人からの申告など、業務上のストレスの存在をうかがわせる根拠はないか。

⑥雇用者は、被用者が特別な問題や脆弱性を抱えていることを認識していない限り、通常の業務上の負荷への耐性はあると考えて差し支えない。原則として、被用者の申告を措信すれば足り、積極的、介入的な調査までは求められない。

⑦業務上のストレスに起因する切迫した健康への危害の指標は、合理的な雇用者に何らかの対策の必要性を認識させる程度に明白なものでなければ、同人にその法的義務を課すには至らない。

⑧雇用者が配慮義務違反を犯したと評価されるのは、当該状況下において合理的な措置を怠った場合に限られる。ここでは、現に生じている健康被害のリスクの大きさ、生じ得る被害の重さ、その予防にかかるコストと実行可能性、あえてリスクを犯すことを正当化できるか等を勘案せねばならない。

⑨「合理性」を測る際には、雇用者の事業の規模と範囲、資源と直面する課題などを勘案する必要がある。これには、他の被用者の利益や、例えば職務の再配分の際の公平取扱いの必要性などが含まれる。

⑩雇用者に合理的に期待され得るのは、何らかの効果があると思われる措置のみであり、裁判所は当該措置の効果の有無について、専門家の鑑定に拠ることになるであろう。

⑪雇用者が、適切なカウンセリングや治療を行い、相談者の秘密が守られる外部健

康支援サービスを被用者に提供していれば、配慮義務違反と評価される可能性は低下する。

⑫仮に被用者の解雇または降職が、健康被害を避けるための唯一の合理的かつ効果的な措置だった場合にも、自ら就労継続を望む者にそれを認めたことで配慮義務違反と評価されることはないであろう。

⑬よって、雇用者の配慮義務違反の認定に際しては、いかなる場合であっても、雇用者がとり得、かつとるべきであった措置の特定が求められる。

⑭原告は、雇用者の配慮義務違反が健康被害を生ぜしめたか、実質的な影響を与えたことを立証せねばならない。業務上のストレスが健康被害を生ぜしめた旨を立証しただけでは不十分である。

⑮健康被害が複数の要因により生じた場合、雇用者は、当該被害が不可分のものではない限り、自身の過失により生じた部分のみを賠償すれば足りる。賠償割合に関する抗弁は、被告側が行わねばならない。

⑯損害額の算定に際しては、基礎となる疾病障害や脆弱性、ストレス関連疾患をもたらし業務外の事由などを遍く考慮せねばならない。

・雇用者は、休業者から復職希望が示された時にも、法的リスクを負う可能性がある。仮に復職を認めた被用者が復調しなければ、(Hartman ルールに基づく) 過失責任を負う可能性がある一方、復職を認めない場合、障害者差別禁止立法に基づき差別的取り扱いとみなされる可能性があるからであり、その解決の鍵は、至局、医学的根拠(診断書など)となる。

・コンプライアンスの観点から1次予防の必要性を説く見解もある。たとえば、Griffin,P らは、HSE が示した MS や、そのガイダンスに従った行動（＊これには、適正なストレス管理を行い得る管理者の育成も含まれる）は、使用者の民事責任に関する裁判所の判断に影響を与えるだろう、と記している。

・雇用者がカウンセリングや治療などを行う外部健康支援サービス（occupational health provider）を選任している場合、過失責任の判断に際して考慮されるが、Hartman 事件では、重要なのは不調を愁訴する被用者への業務負担軽減を含めた実質的な対応であって、被用者が当該機関を活用しなかったことのみで雇用者が免責されるわけではないとされた。

・DDA や平等法といった障害者差別禁止立法は、作業関連ストレス自体を取り扱うものではないが、2003年の DDA 改正以後、同法の救済対象となる精神障害（mental impairment）に医学的診断が不要とされ、行為障害面が重視されることとなったこと等から、作業関連ストレスに苛まれる者にも、それが彼らの日常生活に長期間にわたって実質的な不利益を及ぼすことを示す医学所見がある限り、同法の救済対象となる可能性が生じることとなった（現行の平等法に基づく救済手段については、分担研究報告書1．6．2、D及びE（2）などを参照）。

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

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

・いずれにせよ、イギリスの産業精神保健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、個人にしろ組織にしろ、その脈絡を十分に踏まえない対策は奏功し難いことを示唆している可能性は否定できない。

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たにもかかわらず、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たとの（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）」を発表し、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

<労働環境法に基づく一次予防施策>

・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、④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 COPSOQ 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リ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。

＜コペンハーゲン心理社会調査：COSPAQ＞

・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。

・COPSOQ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。

・COPSOQ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、COPSOQⅡへ発展を遂げている（2004～2005年には、COPSOQⅡ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、COPSOQⅡ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、COPSOQⅡ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。

COPSOQ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導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。

＜疾病手当法に基づく3次予防＞

・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うが、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（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の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、カテゴリー1（早期復職が可能な症例）、カテゴリー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）、カテゴリー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ー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。

＜労災補償制度＞

・デンマークの労災補償制度では、補償の対象が業務上傷病（accident）と業務上疾病（occupational disease）に分かれ、前者は、使用者と締約義務を負う民間保険会社との間の保険契約に基づき、出来事から5日以内に発生した、当該出来事を原因とする傷病について給付される（労災補償法第50条）。後者は、原則として、法律に基づき設置される業務上傷病委員会（Occupational Disease Committee）が作成権限を持ち、業務上疾病と業務形態の相関性を明示したリスト（以下、「職業病リス

ト」という）に基づき給付される。個別的な給付は、公的機関である労働市場職業病基金（Labour Market Occupational Disease Fund）と使用者の保険契約に基づき、同基金により行われる。

使用者は、休業1日以上災害について労働環境監督署への届出義務を課されているほか、職業病の疑いのある全ての事案について、国家労働災害委員会（National Board of Industrial Injuries）に審査を申請する義務を負っている。

・デンマークでは、職業病リストに「脅迫的ないし衝撃的な出来事ないし状況の持続を要因とするPTSD」が掲載されている。また、当該リストに関する認定ガイドラインには、PTSD以外の作業関連ストレスを要因とする精神障害の認定可能性が示されており、「労働状況における心理的要求がうつ病の進行にとって確立したリスク要因となる場合」や「職場における低レベルの社会的サポート」が、「明確な相関性あり」、「職務の不安定性」や「支配的な圧力（influence）、職務上の緊張（jobstrain）、長時間労働」が、「相関性あり」とされている。

しかし、PTSD以外の作業関連ストレスは、エビデンスが不十分なこと、要因の具体的な測定が困難なこと等を理由に、職業病リストへの掲載は断念され、労災補償法第7条第1項ii号所定の「特別な性質の労働」と認められる場合にのみ、例外的に補償されるにとどまる。実際にも、2007年～2011年のデータでは、総計16657件の申請に対し、認定件数は796件（約4.7%）にとどまり、他の対象より低い認定率であった。

とはいえ、疾病手当法による私傷病罹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的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。

＜障害者差別禁止立法＞

・現地調査において、障害者差別禁止法とメンタルヘルスの関係に関する示唆は得られなかったが、デンマークにも雇用差別禁止法 (Act on Prohibiting Discrimination in Employment) があり、人種、皮膚の色、宗教、信条、政治的意見、性的嗜好、年齢、障害、出身国、社会的起源または民族的出自を理由とする直接および間接差別が禁止されている (同法第1条第1項)。差別禁止の対象が、採用、解雇、配転、昇進、賃金その他の労働条件のほか、職業訓練、採用時の情報収集、募集広告などの採用上の手続を含む雇用の全過程、全局面に及ぶことや、ハラスメント禁止規定があることも、アメリカ等の立法と変わらない。

・しかし、履行確保手段として、平等取扱請求、損害賠償のほか、企業への罰金が規定されていることや、そもそも労働協約に差別禁止規定がある場合には同法の適用が免除される点、協約に基づく年齢および障害にかかる非差別的な取り扱いが、2000年のEU指令に反しない限りで許容される点等に特徴がある。

＜被用者の医療情報の取扱いに関する法規制＞

・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。

＜その他～メンタルヘルス対策の推進のためのインセンティブ施策～＞

・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。

・このうち一般安全衛生税は、安全で健康的な労働環境づくりの奨励を目的に、2000年に導入され、常勤雇用者数による課税と労災補償支出の多い使用者への課税の2種類があって、前者は国庫、後者は労災補償の保険者に納入させる仕組みとなっていた。また、良好な労働環境認証・補助制度は、2001年に「労働環境認証および認証企業に対する政府補助金法」により導入され、その原資に一般安全衛生税が充

てられることになっていた。

・しかし、2001年11月の総選挙で社会民主党中心の連立政権から左翼党と保守国民党の連立政権へ政権が交代した後、双方共に廃止されることになった。当時雇用大臣であってフレデリクセンは、一般全衛生税の廃止理由として、その一般財源化による本来趣旨の希薄化、認証・補助制度の廃止理由について、官僚的で高価な割に実効を挙げていないことを述べ、2002年に根拠法が廃止された。

＜私法的規制＞

・デンマークでは、職域で生じたメンタルヘルスに関する問題は、概ね労組経由の調停を通じた和解で解決するため、裁判にまで至ることは少なく、企業等（の行為規範）に影響を与える民事の法規制や裁判例は認識されていない。

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COPSOQⅡ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, sickness 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への介入により、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に向けた協働、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。

・労使独自の取り組みとしては、2008年3月にデンマーク経営者連盟（DA）傘下のデンマーク産業連盟（DI）とデンマーク労働総同盟（LO）傘下のデンマーク産業被用者中央連合（CO-industri）の間で締結された「職場における健康と良好な心理的労働環境に関する協定」が特筆される。

この協定の目的は、職務満足感と良好な心理社会的労働環境形成の促進および後者に関わる問題の当事者間での解決の促進を図ることにあり、まさに「産業精神保健法」という領域を体現するものとも言える。適用範囲は、DIとCO-industri間の協約の参加にある労使であり、経営上の決定の影響を受ける心理社会的労働環境に関するあらゆる問題を司る。

その一環として、89年EC指令第6条第2項に規定された予防原則を国内に展開するために発令された行政命令559号9条aの規定のコンプライアンスを、労使等の当事者が対等な責任をもち、労働環境監督署に代わって確保する旨の合意や、本協定違反に際して当事者がイニシアティブを

とらない場合に監督署が監督権限を行使する旨の合意が盛り込まれている。

他方、上述した通り、心理社会的労働環境形成に関する個別問題については、本協定に基づく自主的解決が予定されている。これによれば、先ず、DA と LO 間で締結された共同協定に基づき 35 名以上の被用者を雇用する企業に設置が義務づけられ、労使の代表により構成される共同委員会が、心理社会的労働環境形成に関する原則とガイドラインに基づき、各企業ごとの対策等について協議すると共に、個別の問題解決に取り組む責務を負う。そこで解決ができない場合には、DA と LO が共同で設置し、労働安全衛生問題に関する啓発や紛争調停などを行う Teksam という労働安全衛生コンサルタント組織に解決が委ねられる。それでも解決しない場合には、Teksam 上層部に委ねられ、それでも解決しない場合、DI と CO-industri に委ねられ、その後は一般労働協約に基づく仲裁に移行する。仲裁期間は、調査に協力しない当事者に罰金を科す権限を持つ。

（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 200

0 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（verdienvermogen）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週間に充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658(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658(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658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629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629(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629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629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2002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658(a)条から第660(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658(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629条に基づく賃金継続支払期間、労働者障害保険法(WAO)第71(a)条第3項、WIA第25条第3項に定める療養期間に、本来の労働(:従前の労務)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658(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。
③42週目 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。
④44週目(UWVによる評価) 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。

⑤91週目（WIAの申請）

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。

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-integratietweedespoor））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、民営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との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、労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。

<精神障害の労災保険法上の位置づけ>

- ・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り（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。

- ・なお、ドイツでは、労災・職業病には原則として労災保険が適用され、使用者の故意による場合等の例外を除き、使用者への民事損害賠償請求は認められないことになっているため（社会法典第7編第104条）、精神・脳心事案を含め、労災事件の民事損害賠償法理は日本ほど発達していない。もっとも、リスク条件下での労働債務の留置権、リスクのない労働条件の履行請求権などの救済法理の理論的展開は進んでいる。

<1次予防関係>

- ・労働保護法（Arbeitsschutzgesetz）は、第3条第1項で、使用者に対し、労働安全衛生に必要な労働保護措置を講じるべきこと、安全衛生の改善に努めるべきこと等を定め、第2条第1項で、その労働保護措置とは、労働の人間化を含め、労災及び作業に関連する健康リスクの防止であることを明記している。また、第5条第1項は、第6条と相まって、リスク管理の実施及びリスク評価結果の文書化を義務づけている。

- ・労働保護法が定める労働保護措置や労働上のリスク評価の対象には、従来から精神疾患にかかるものも含まれると解されていたが、2013年の法改正により、身体的健康とならんで精神的健康が（同法第4条第1号）、またリスク評価の対象として労働における心理的負荷が（同法第5条第3項第6号）追加され、精神保健も対象となることが明文化された。

- ・とはいえ、労働保護法自体は枠組みを示すものに過ぎず、事業所における労働関係ごとの具体化は労使に委ねられている。

- ・1次予防との関係では、労働安全法（Arbeitssicherheitsgesetz）や社会法典第

7編も重要な役割を果たしている。前者は、事業主に産業医、安全技術者等の労働安全専門職員の選任を義務づけることで、各事業所ごとの労災の防止と労働保護の改善を図ろうとするものである。その水準は、「確定的な産業医学・安全技術上の知見」に適ったものであることが求められる。後者は、公的な災害保険について規定する。ここには当該保険を管掌する労災保険組合やそれが策定する労災防止規程についても定められており、当該規程において、上記労働安全専門職員の選任者数、投入時間、必要な資格のほか、労働安全法の目的の実現のためになすべき措置などの詳細（最低基準）が規定されることになっている。また、労働安全専門職員と共に事業主による労働安全衛生活動を支援するため、当該事業所の労働者の中から選任される安全管理者に関する規定も設けられている。

- ・ドイツでは、営業監督と労災保険組合による二重の監督体制が敷かれている。営業監督は州の管轄下にあり、労災防止や労働衛生などの技術的労働保護と、労働時間保護、年少者・母性保護などの社会的労働保護の両面を司っている。他方の労災保険組合は、上掲の労災防止規程を策定し、その遵守を司っている。

- ・二重の監督行政にかかる問題については、その調整のため、「共同ドイツ労働保護戦略」という会議体が設立され、関係者が共同して労働保護上の課題に取り組んでいるが、現場レベルでの方針や意見の統一が充分には図られていない。

- ・また、以上の枠組みや体制は、産業精神保健との関係で十分に機能しているとはいえない。営業監督官でも労災保険組合の

技術監督官でも、産業精神保健に詳しい者は少ないほか、現実に心理的負荷を見出して、それに介入する措置も講じがたい等の課題が認識されている。

＜2次・3次予防関係―①有給疾病休暇、②傷病手当金―＞

- ・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）、それも同一の疾病につき3年間で最長78週まで支給される（社会法典第5編48条））、解雇制限法との関係上、疾病のみを理由として労働者を解雇することは許されない（*逆に、疾病などの人的理由との関係で解雇が許されるのは、原則として、職場秩序や経済的観点で、事業に具体的な障害が及び、解雇が社会的に正当と解される場合に限られる）など、療養に専念し易い条件が整備されている。

＜2次・3次予防関係―③事業所編入マネジメント―＞

- ・また、事業主は、障害者の労働参加等を規定した社会法典第9編において、障害によって新たな労働不能に陥り、雇用の喪失に至る事態の予防措置の一環として、疾

病により1年間に6週間以上労働不能となった労働者に対し、事業所編入マネジメント（段階的な職場復帰や、労働能力や健康状態に応じた適職配置などにより、再発再燃防止や雇用維持を図る措置）の実施を義務づけられている。このような措置は、解雇回避努力との関係でも求められる。

・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、所定の雇用ポスト数について、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の便宜供与、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（措置の目的やフロー等）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。

報告書本文では、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（もっとも、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）。

・また、解雇との関係では、事業所編入マネジメントの実施が、その有効性判断に大きな影響を与えることが多い。ドイツの解雇法理にも、最終的手段（ultima-ratio）の原則があり、同マネジメントの実施は、この原則との関係で重要な判断要素と解される場合が多いからである。もっとも、その適用により快復の見込のある者でなければ、その対象にはならない。

・事業所編入マネジメントは、使用者の責任で実施されるが、労働者の書面による同意が必要なため、労働者主導的な側面も持つ。

その実施に際しては、労使の代表、直属の上司、産業医など、当事者の関係者から成る統合チームが結成される。メンバー構成は、共同決定権等を持つ利益代表者以外は労使の合意で決せられ、有益と解される場合には、疾病金庫や統合局職員など、外部の者の参加も認められる。

・具体的なプロセスは関係当事者の裁量によって形成されるが、一般的には、①労使間での情報提供と信頼関係づくり、②問題状況及び背景の把握・分析、③問題解決措置の考案（TOP 原則：(a)技術上の措置、(b)労働組織の変更、(c)訓練やリハビリ等の人的措置による）、④労使間の具体的取り決め、⑤実行、の順に進められ、その後もPDCA サイクルに沿ってプロセスの改善が

図られる。

その目的が達せられたか、達成できないことが判明した際に、同マネジメントが終了する。一度失敗に終わった場合、即座に次のプロセスが検討ないし開始される場合も、暫くインターバルを置いて仕切り直しされる場合もある。

・なお、事業所編入マネジメントに際しての労働者の健康情報の取扱いについては、連邦情報保護法や社会法典第9編の定めに従うことになる。

それによれば、一般に健康情報は個人情報の中でもセンシティブな情報と位置づけられており（連邦情報保護法第3条第9項）、労働者の健康情報の取得、保有、利用に際しては、当該労働者の明示の同意が求められる（同第4a条第3項）。

事業所編入マネジメントにおける労働者の健康情報の取扱いに際しては、どの情報をどのように取得し、保有し、利用するかが示されねばならず（社会法典第9編第84条第2項）、誰がどの情報にアクセスするかも明らかにされねばならない。

使用者が得た情報は、当該マネジメントを目的とする取り扱いのみが許され、労働者は、いつでも同意の撤回をすることができるなど、手厚い保護がなされている。

・事業所編入マネジメントは、不調を生じた労働者の職場・職務への適応を図る作用であり、労使間の労働契約関係を安定化、正常化させる役割も持っている。

その結果、労働者の給与等の労働条件に不利益な変更が生じる場合もあるが、そもそも労働者自身の自発性、労働者と使用者・統合チームなどとの間の信頼関係を基礎とする労使間合意に基づき実施される制

度なので、結果的に元の労働条件が保たれない場合の不利益変更も受け入れられ易くなっていると解される。

＜2次・3次予防施策の適用の前提＞

・以上に示してきた賃金継続支払法や社会法典第5編・第9編に基づく法的な保障について、現段階で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。

＜2次・3次予防施策と1次予防施策の関係＞

・事業主としては、こうした保障にかかる抛出や負担を避けるためにも、疾病労働者の欠勤による経済的負担や労働意欲の減

退などを避け、効率的で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。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。事業所編入マネジメントを通じた問題状況の把握・分析および措置は、職場でいじめを受けた労働者をめぐる問題解決に貢献する、との見解も示されている。

- ・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。

＜1次予防に関わる新たな動き～アンチストレス規則～＞

- ・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けられつつある。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リスク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リスク評価を行い、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 to 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、上司に必要な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リスク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

本規則案の起案に際しては、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が設置された経緯があり、事業者に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を特定し、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、2013年12月に発足した連立政権に社会民主党が加わり、連邦労働社会委員会で採り上げられるなど、制定へ向けた動きが進んでいるが、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おり、2014年1月時点で成立してはいない。

＜障害者差別禁止・雇用促進法＞

・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（日本では、障害者雇用促進法に差別禁止規定が設けられたことで、同じ法律に割当雇用制度と差別禁止立法が併存することとなった。これは、世界的にも希有な例といえる）。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を媒体として、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（*とはいえ、心身の健康を区分する発想は残存し、心の問題は労災補償の対象とはせず、その分、労使対話による予防を積極果敢に進める施策を導いているとも解される）。

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（*この時点では身体的健康のみが想定されており、後に当該基本指令の国内法化が不充分であるとして、④以下の動きに繋がった）

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

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

④ 01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充分との認識に基づく）

⑤ 02年1月17日：先行するセクハラ防止規定や、雇用平等原則の進展を受けてモラルハラスメント防止規定（後掲）を設けた、「社会的近代化法」の公布（2002年1月17日）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）

⑥ 08年7月2日：04年10月8日欧州枠組協定を国内規範化し、使用者によるストレス評価の取り組みの促進等を図った全国職際協定（＊全国職際協定とは、フランスにおける3大使用者団体（MEDEF=フランス企業運動、UPA=手工業者連盟、CGPME=中小企業経営者総連盟）と、5大労組（CFDT=フランス民主労働同盟、CGT-FO=フランス労働総同盟・労働者の力、CFTC=フランス・キリスト教労働者同盟、CFE-CGC=管理職組合総同盟、CGT=フランス労働総同盟）によって締結される労使協定のこと（細川良：日本労働研究雑誌，580: 89, 2008））の成立（この協定は、09年4月23日のアテレにより、法令としての効果を付与され、その後の労使交渉の枠組みとして機能するようになった）

本協定は、職場のストレスへの対応責任者は使用者であることを明言する一方、対策の実施に際して労働者とその代表者の協力を規定していた。

⑦ 08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→同事件等を受けたグザビエ・ダルコス労働大臣による労使対話を軸の1つとする緊急計画の発表（1000人以上の労働者を使用する私企業では、10年2月1日までに労使交渉を開始することを義務づけ）

⑧ 10年2月：専門家による報告書「労働における幸福と効率性：労働における精神的健康を改善するための10の提案」が

首相宛に提出された。提案内容は以下の通り。

- | |
|--|
| <p>(1)取締役を含めた企業のトップマネジメントによる積極的関与の重要性</p> <p>(2)労働者の直属の上司が一義的な予防のアクターとなること</p> <p>(3)労働者の職務上の自己実現の重要性</p> <p>(4)産業保健に資する条件の構築に際して労使の代表の関与を促進すること</p> <p>(5)具体的行動に結び付く対策を促進すること</p> <p>(6)チームや個々の労働者に対する管理者の責任の具体的な設定とそれを遂行させるための訓練の必要性</p> <p>(7)職場を個々人の集まりに矮小化せず、仕事にやりがいを感じられ、効果的なものとなるよう集団のパフォーマンスの評価を重視すること</p> <p>(8)あらゆる再編、事業の再構築を含め、企業における様々な変化が人に及ぼすインパクトを予想し、考慮すること</p> <p>(9)産業保健が企業内外の環境（特に取引相手）に及ぼす影響を考慮すること</p> <p>(10)問題を抱える労働者を孤立化させず、寄り添うこと</p> |
|--|

総じて、メンタルヘルス問題について、個々の労働者の私的問題ではなく、企業自身が取り組むべき、効率的、効果的な生産体制という組織的な問題との認識に基づき、労使交渉を促し、使用者の意識を変えようとする考え方が示されている。その際、企業再編等の組織改編やそれらに伴う雇用不安が労働者の健康に及ぼす影響が強く意識されていた。

⑨ 10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
際協定の成立

・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 TravailⅡ)」(2010)などの施策がある。

イ 特徴

<総論>

・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。

<安全衛生にかかる一般的義務条項とリスク管理の原則：L.4121条>

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

①もとより「リスクを避けること」、②「不可避なリスクについて評価すること」、③「根源的なリスクに対処すること」、④「労働を人間に適応させること」(≠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 L.1152-1 条に定められた精神的ハラスメントに関わるリスクを含む作業環境に影響する要因を統合的に考察した、全般的な予防計画を策定し実行すること」、⑧「個人レベルの保護措置よりも集団レベルの保護措置を優先して実施すること」、⑨「労働者に適切な指示を与えること」。

これらは EC の 89 年「安全衛生の改善に関する基本指令（枠組み指令）(89/391/EEC)」第 6 条をほぼそのまま継受したものであり、ドイツの労働保護法などにも同様の規定をみることができるが、L.1152-1 条にリンクする⑦が特徴的である。

・さらに、L.4121 条（使用者の一般的義

務）関係では、L.4121-3 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、L.4121-1 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 L.4121-4 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。

＜リスク評価の記録文書（DUEL）に関するデクレ＞

・2001 年 11 月 5 日デクレは、L.4121-1 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。

＜モラル・ハラスメント防止規定：労働法典 L.1152 条、刑法典 222-33-2 条＞

・2002年の労働法典の改正により設けられた L.1152-1 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（222-33-2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。

＜民事上の義務＞

・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とも解し得る旨を述べている。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、司法が民事上、労働法典上のモラル・ハラスメント概念を

より広く解釈する嚆矢となった。加えて、2009年11月10日の破棄院判決は、労働者が職場で上司から受けていた嫌がらせにつき、使用者が何らかの対応策を講じた場合にも、労働者に損害が生じた以上、その責任を免れないと述べている。純粋な経営判断に起因するストレスについてさえモラル・ハラスメントの存在を認める破棄院判決も散見される。このように、フランスの司法は、とりわけモラル・ハラスメントについて、結果責任とも言える法理を形成してきており、使用者に大きな一次予防圧力をかけていると解される。

＜使用者によるコンプライアンスの関係者～①安全衛生労働条件委員会（CHSCT）＞

・以上のような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（同-4条）

④アンケートの実施（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）」を改変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、企業委員会、CHSCT、労働組織が当該計画実施の差止めを求めた事件において、2007年11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11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。

とはいえ、法定設置義務から外れる小規模事業が多いこと、独自の資金を持たないことなどを背景として、多くの企業においてCHSCTが実務上、十分な役割を果たし得ていないとの指摘もあり、近年、その役割をより実質化するため、そのメンバーにメンタルヘルスに関する研修を受講させる措置や、労働者集団を代表して訴訟を提起する権限を与える等の権限強化の可能性が議論されている。

＜使用者によるコンプライアンスの関係者～②従業員代表委員会＞

・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）。

＜使用者によるコンプライアンスの 関係者～③企業委員会＞

・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。

＜使用者によるコンプライアンスの 関係者～④労働医＞

・（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）と個別性格を持つもの（個別的業務）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。

・おそらくは、こうした問題を解消する目的もあり、近年、労働医の権限は更に強化される傾向にある。その第1は、労働医の職務遂行上の独立性の向上、第2は、労働医の負担軽減と産業保健体制のマネジメント業務への注力の促進である。詳細は以下の通り。

第1：従前から医師倫理法典第95条や公衆衛生法典 R.4127-5 条が医師一般の職務遂行上の独立性を規定し、労働医の独立性についても、命令レベルでの規定は存在したが（労働法典 R.4623-15 条）、2011年7月20日の法律により、初めて法律レベルで規定されることになった。

第2：従前は、労働保健機関の委員長が共同機関のメンバー構成の決定権限を付与されていたが、2012年1月30日の法律により、労働医のイニシアティブによるコーディネートと職務の配分が認められる

こととなった（労働法典 L.4622-8 条、R.4623-14 条）。

＜使用者によるコンプライアンスの関係者～⑤ANACT と ARACT＞

・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。

＜使用者によるコンプライアンスの関係者～⑥外部専門機関＞

・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っており、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。

・なお、こうした業者のうち大臣策定リストに掲載された者は、上述した L.4612-8 条により、CHSCT から専門的査定を委託されることがあり、正当に受託すれば、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、強制的な立入・情報入手の権限を得ることとなる。

＜使用者によるコンプライアンスの監督者～労働監督＞

・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。特に L.4121 条所定のリスク評価の実施状況の監督業務が重要な意味を持つが、ことからの性質上、監督署ないし監督官の監督のありかたにより、実際の運用に変化が生じる可能性が高い。

＜障害者差別禁止立法＞

・フランスでも、2000年のEC指令を受け、2005年2月に障害者差別禁止立法（障害をもつ人の権利と機会の平等、参加と市民権に関する2005年2月11日205号法律）が成立した。この中に、アメリカ法上の合理的配慮に当たる「適切な措置」概念が導入され、その拒絶が差別に当たる一方、過度な負荷となる場合には義務づけられないこと、財政的支援がなされ得ること等が規定されている（労働法典L.5213-4、6、10条）。AGFIPH（障害者職業編入基金）のWEBページには、「適切な措置」の具体例として、障がいに対応するソフトウェア等の技術的改善のほか、柔軟な労働時間やチューター制度の導入等の組織的改善が挙げられている。

＜公的補償給付＞

・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、近年の破棄院判決が、使用者にその予見可能性が認められる場合一般に *faute 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。

・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。

使用者側の根強い反対もあり、今現在も精神障害への補償の拡大は進んでおらず、そのことも予防施策を重視する流れに貢献していると解される。

ウ 効果

・メンタルヘルス問題を経営問題として捉え、労使対話と専門家の活用などを通じて一次予防的対策を促進する方向性が明確に打ち出されていることから、国レベルでの定量的な評価は本質的に困難だが、今後、個別の組織レベルでの改善データや、専門家による評価などが進む可能性がある。

現にダノン社では、2010年3月に締結された労使協定（「労働におけるメンタルヘルスリスクとストレスに関する枠組み合意」）において、①全事業場でのストレス評価の実施、②新しいコミュニケーションスキルの発展に留意したうえでのワーク・ライフ・バランスの確立、③あらゆる組織再

編がもたらす人的影響の労使や専門家による検討、④労働の組織、プロセス、条件、環境等の改善、⑤人事管理の改善等の行動原則を前提に、毎年フォローアップが行われることとされる等の取り組みが進められている。

また、背景⑦で示した緊急計画等に基づき、労働・雇用・医療省が、大企業を主な対象として、労使交渉と労使協定の締結状況、内容の概要等を調査し、2011年に労働総局報告書を作成すると共に、WEBページでの公表も行っており、2013年12月時点で、イル＝ド＝フランスのみで304の企業について情報がアップされている。

他方、労働総局報告書には、対象となる2009年から2010年に締結された234の合意が掲載されているが、うち半数がサービス業、8割がメンタルヘルス問題を扱う手続に関する協定（「方法に関する協定」）であり、実質的内容を定める協定は、概ね4割強にとどまっていた。また、いずれの種類の協定も、その多くがアセスメントに関する規定にとどまり、その結果を受けた対応には具体的に触れておらず、完成された行動計画は規定されていなかった。加えて、具体的行動を規定する場合にも、管理職教育に関するものが9割近くであった。

また、アセスメントの内容は、集団的なアンケート調査や構造化面接などの量的評価と、CHSCT や労働医等による定期的な情報共有とディスカッションなどの質的評価に分かれるが、量的評価を規定する協定が多かった。

なお、フランスでは、組織再編に伴う労

働条件の変化や雇用不安などが労働者の精神的健康に及ぼす影響が重視されており、この点について定める協定が多かった。

・その他、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

・ウに同じ。

・なお、従前から重大との認識があった公的セクターのメンタルヘルス問題に対応するため、大臣、組合代表、公的セクター企業の代表の三者間で、2013年10月22日に、「公的セクタにおける精神保健リスクの予防に関する枠組み合意プロトコル」が合意され、産業精神保健リスク（RPS）を他の産業リスクと同様に継続的なリスク管理の対象とすること、長期的には職業生活の質の改善を目的とすることなどが盛り込まれたことが特筆される。

（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) の致死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件以上の非致死業務上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、日本という育児・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)から明らかなように、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、これらはあ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、判断基準、方法を用いること。

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

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

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

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

・以上の第102条(b)(1)～(7)のうち、(1)～(4)と(7)がいわゆる直接差別（≡差別的取扱い（disparate treatment））、(6)がいわゆる間接差別（≡差別的インパクト（disparate impact））に関する規定と解されている。また、以上のうち(5)が、(実質的

に)使用者に合理的配慮の提供を義務づけると共に、過度な負担による免責を認める規定と解されている。

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

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

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

・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、以下のように言える。

① 1 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）。

② 2 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。

③ 3 次予防との関係：ADA が予定する障害を持つと判明した者に対して当該障害に応じた合理的配慮を尽くす枠組みは、3 次予防と親和的である。ADA では、発症（事由）の業務上外を問わず、障害を持つと判明した者に対して、差別とみなされることを避けるために 3 次予防的措置として合理的配慮の提供を求められるが、たとえ本人の健康に資する場合でも、配転による降格や、労働時間短縮による賃金減額などは、逆に差別的取扱いに当たる可能性もあるため、労使間の協議が求められることになる。

・情報の取扱いについて、ADA は、基本的に、医学的検査や障害に関する調査について規制を加え、職務の本質的機能のみを

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

・EEOC は、情報取扱いについて、採用前調査ガイドラインと採用後調査ガイドラインを公表しており、そこには、「障害に関する調査に該当する質問例」、「使用者が自由に労働者に問える質問例」、「医学的検査に該当する例」「・・・しない例」などが詳細に記載されている。この中で、MRI や病気・遺伝情報を明らかにするための血液・尿・唾液・毛髪検査はむろん、精神的不調や精神的機能障害を確認するために作成された心理テストも、医学的検査に該当する例に含められている。しかし、職務能力を測るための身体的な敏捷さの検査、同じく読解力や認識力の能力検査、正直さ・好み・癖などの個性を図る心理テスト、うそ発見器による検査等は、医学的検査には該当しないとされている。

ウ 効果

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

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

・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があるので、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い。現在、精神疾患の病態や発症要因の科学的解明が進められているが、社会の多様化・複雑化の影響もあり、職域ではますま

す多くの病態ないし問題が認められるようになって来ており、個人の準備性と環境要因との相互関係にかかる問題は今後も存続する可能性が高い。

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と、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。

・内因性精神疾患に含まれる統合失調症の職域での有病率は低いが、その背景には、その発症年齢のピークが10代前半から20代にあることのほか、それが労働能力に支障を来しやすいことや、社会的制度の不備などが影響していると解される。

・近年、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では、病気と性格の区別をつけにくい例もみられ、これも心因的精神疾患の一環と解される。

ウ 職域における精神疾患の社会的損失と発症予防の効果について

・国際的に、精神疾患および行動障害による社会的負担は大きく、国内でも、統合失調症、うつ病性疾患、不安障害による疾病費用は、それぞれ2.8兆円、3.1兆円、2.4兆円と推計されている。特に産

業精神保健領域で問題化することが多いうつ病性障害や不安障害は、**absenteeism** や **presenteeism** という形態で損失を生むことが多く、間接費用の半分以上を占めると試算されている。

・その低減のため、職域でできる予防策の中心は1次予防と3次予防となるが、相対的に（産業）精神医学による直接的な介入が可能で、かつ効果を見込めるのは、精神疾患による長期休業後の復職者の再燃・再発防止である。

・しかし、現状では、精神疾患の再燃・再発の産業におけるリスクファクターについては研究報告が乏しく、職場での生産性との関係が深い再休養のリスク・ファクターについては尚更である。また、再燃・再発をアウトカムとした介入効果検証は多く行われているが、再休養をアウトカムとしたものは見あたらない（休養の場合、国や企業ごとに認められる休職期間などの社会的条件の相違が、国際的に適用可能な研究を困難にしている可能性もある）。

エ KEAPにおける実践経験

・慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室は、KEAP（Keio Employee Assistance Program）という職場復帰支援プログラムを開発し、2009年度から従業員数1万人規模の企業と委託契約を結び、2012年度末までの4年間に約250名の職場復帰支援を行った結果、約半数の休業者が概ね半年以内に復職過程に入り、約8割が再休業せず、職務に定着するに至った。

・KEAPは、従前の3次予防が十分な成果を挙げ得なかった要因について、精神疾患が労務遂行能力に直接的にもたらす障害

と、主治医－使用者、本人－周囲の関係を
含む関係者間のコミュニケーション障害を
描定し、①コンサルティング・ファンクシ
ョン、②メディカル・ファンクション、③
「育て鍛える」メンタルヘルス支援、の3
種類の介入を実施して来た。

うち①は、対象労働者の精神医学的評価
をベースとした関係者へのコンサルティング
を中心とする。内容は、本人への接し方
から、業務の与え方、配置などの環境調整
にまで及ぶ。

②は、主治医とのコミュニケーションを
通じた治療の適正化を中心とする。コミュ
ニケーションの内容は、本人の職場での様
子から、企業が運用している職場復帰シス
テムの概要にまで及び、職場復帰支援とい
う共通目的へ向け、労働者の最適な復職時
期を判断できるよう協働する。

③は、休業から通常勤務への復帰の過程
を、(i)休養・治療期、(ii)職場復帰準備期、
(iii)試し出勤期、(iv)復職後支援期の4段階
に分け、段階ごとに労働者、上司、人事担
当者、産業保健スタッフ等の関係者が果た
すべき役割を明確化することを含め、本人
を「育て鍛える」体制づくりの支援を中心
とする。

復職後支援期には、6か月のロードマッ
プを作成し、最終的に達成すべき業務役割、
2か月ごとに達成すべき業務役割等を具体
化し、関係者の共有を図ると共に、各人が
果たすべき役割を明確化する。KEAP 自身
は、主としてその間の体調管理と個別的な
支援の役割を担う。

KEAP では、以上の過程を、「骨折したス
ポーツ選手がレギュラー復帰を目指す過程」
と喩え、固定的、単一的な視点での職場復

帰判断を離れ、集団力動理論を踏まえた適
応を図っている。

オ 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、発症要因との遭遇は労働者の成
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。

・そのため、KEAP では、臨床心理士が
支援先企業に常駐し、職場内の関係者との
緊密なコミュニケーションを図っている。

カ 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。そこでなされていることは、精神衛生的な職業環境の整備などよりは、精神障害者を企業から排除しようということで、そのためにあやしげなチェック・リストがいくつもつくられています。職場に不満をもつことも、精神障害と見なすような項目をそれは含んでいます。さらには、組合活動家に精神障害のレッテルを貼って追い出すようなことも、産業精神衛生の名で行われています」（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。

キ 「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。

ク 「育て鍛える」視点に基づく休復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。

・復職後の再発防止も重要なので、KEAPでは、労働者本人と職場関係者の双方から得られた情報に基づいて、当該本人と共に休業に至った原因の振り返り作業を行うことで、良質な再発防止を実現している。一般的には、主治医やEAP等と企業が緊密な連携体制を整え、職場の上司らが業務管理、主治医等が体調管理と支援を図ることで、同種の作業を行う必要があると解される。

(2) 産業医学

1) 初年度の調査結果

・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

の効果を直接的かつ客観的に評価できる指標は存しないが、政府が主導ないし支援する公的サービス事業では、受益者の満足度等を指標とする調査が行われ、その点では比較的高い値を示して来た。

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

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

イ 民間の EAP 機関の活動の効果について

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

ウ 個々の事業所で実際に実施されているメンタルヘルス対策とその効果について

・実際に事業所が取り組んでいるメンタルヘルス対策に関する労働者健康状況調査によれば、労働者からの相談対応体制の整備や、労働者や管理監督者への教育研修等を実施したり、産業医、衛生管理者・衛生推進者、カウンセラー、保健師・看護師等の専門スタッフを配置している事業所が一

定割合あり、そうした取り組みにつき、「効果があると思う」と回答した事業所の割合は7割近くにのぼっている。他方、労働者対象の調査によれば、「健康管理やストレス解消のために会社に期待することがある」とする労働者の割合も7割近くに達しており、回答された具体的な措置の中には、「休養施設・スポーツ施設の整備、利用の拡充」（特に若年層）や「健康診断の結果に応じた健康指導の実施」（特に中高年層）のほか、「施設整備等の職場環境の改善」も含まれていた。

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

エ 諸外国の関連法制度調査等を行う際に注視すべき事項等

（略）

2）次年度の調査結果

・次年度の調査では、先ず、初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。もともと、本研究班による大手企業3社への訪問調査（以下、「訪問調査」という）では、メンタルヘルス問題が認識されたのは1980年代で、仕組みの整備などの対策が進められたのは2005年頃であり、比較的歴史が浅いことが確認された。

・また、中小企業での対策は、全体に低調である（たとえば、「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)

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ケ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。

・他方、本研究班によるWEBを用いたアンケート調査（以下、「アンケート調査」という）からは、問題の性質上、対策の効果を認識しにくい状況下にあつてなお、対策に積極的な企業は更にその取り組みを進め、消極的な企業はさらに消極化する、という意味で基本的姿勢の違いに基づく温度差が大きいことが確認された。また、メンタルヘルス問題にかかる規制を不調者の減少に役立てるノウハウが確立していない可能性も示唆された。

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、不調者の全従業員に占める割合はさほど多いわけではないことに加え、職域での対策のみでは奏功し難いものと認識し（本研究班による訪問調査でも、当該企業では中高年齢になって不調に至る労働者が多い傾向から、家庭に原因がある可能性が高いとの認識が示された）、なおさらに経費をかけない傾向にあると解される）。

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して解する企業もある。

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の背景に、職場でのコミュニケーション機会や助け合いの減少、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して解されていること。

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

・本研究班によるアンケート調査から、人事管理の要諦がメンタルヘルスに関わると考える担当者が多いことが判明した。他方、経営学でも、従前から日本的文脈との関係で人事管理を捉える見解があり、そこから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担の増大を招き易い（この点は、本研究班によるアンケート調査でも、法的対応を望む声として示された）。

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（こうした問題は、個々人の職務が明定されている欧米では生じにくい）。かつ、個々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など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
っとも、世代ごとに転職のしやすさ等が異
なることから問題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
ずらい職場で問題が多いと指摘もある（な
お、本研究班による訪問調査先には単独作
業の多い業種があり、そうした業種では強
い心理的負荷が避けられないため、精神障
害者の雇用には消極的にならざるを得ない、
との認識が示された）。

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 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つ
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、比較的效果を測定しやすい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。

また、ダイバーシティ・マネジメントの観点から精神障害者雇用を促進する方策も考えられるが、本研究班によるアンケート調査と訪問調査の双方からも、改めてメンタルヘルス不調の再発率の高さが示唆されており、表層的ではなく、「腰を据えた」取り組みが求められる。

イ サポート型組織風土の醸成

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（このことは、本研究班による訪問調

査でも示されたが、実際には不調者や退職者の減少などのリスク管理段階からなかなか脱皮しきれないとの現実も垣間見られた）、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法規制を含めた国の施策

現実には、CSR の視点ばかりでは拮据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。

本研究班によるアンケート調査からは、国その他の公的機関が、個々の企業等のメンタルヘルス状況の長所と短所を調査し、その両者を総合的に評価して、企業名の公表を含め、対応策の実施を促進させる施策の施行には高い支持が得られた。また、今後、そうした施策を根拠づける法律条文等ができれば、企業等で実際に役立つ対策が進むとの回答が約8割を占めた。

よって、法規制による対策の促進を求める社会認識は強くなっていると解されるが、対策の良し悪しを判断する基準、不調の発生原因の鑑別などが課題となる。

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。

アンケート調査の結果からも、メンタルヘルス対策に関与させている企業等は回答の4分の1程度であることが確認されたが、関与させているところでは、種々の提案、調査、監視等の活動がなされ、高い割合で効果をあげていると認識されていた。よって、労組を関与させる方策が有効に働く可能性が示唆される。

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

ージを移しているもので、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、職務や目標の明確化、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・キャリア開発施策を通じ、企業内外で通用する職業能力の向上と職務や職場への適応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。

(4) 社会学

・我が国の産業精神保健の歴史は、産業、学会、(法)政策、マスコミ報道、社会認識等の動きに着目すると、1950年代中頃に始まり、現在に至るまで概ね4つの時期に区分できる。

1) 経緯

ア 第Ⅰ期「創生期」

・第Ⅰ期「創生期」は、1950年代中頃より1970年代初頭までとなる。戦前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生じた。また、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が特筆される。この動きに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。

・1960年代後半になり、反精神医学の潮流と学生運動が交錯し、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、個々の企業内での活動以外の営みは下火になった。

イ 第Ⅱ期「潜行期」

・第Ⅱ期「潜行期」は、1970年代前半から80年代前半までとなる。この時期には、まだ行政的な取り組みはなく、医療者が関係する学会の取り組みもほとんどなかった。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、小規模ながら活動を継続していた。

ウ 第Ⅲ期「展開期」

・第Ⅲ期「展開期」は、1980年代中頃より90年代前半までとなる。ある労働者が過重労働の末に自殺未遂して負傷したケースで、同人のり患したうつ病の業務起因性が労働本省の判断によって認められた

ことがきっかけとなり、行政的な取り組みが開始された。ただし、労災認定基準の見直しに至ることもなく、「健康づくり」運動に含められた対策も、軽いストレスを念頭においたものであった。他方、マスコミ報道では「ストレス」という言葉が多用され、社会一般に関心が高まってきた。また、関連学会の立ち上げ等、学会関係の動きが再び見られるようになり、行政委託による大規模なストレス研究なども開始された。

エ 第Ⅳ期「拡充期」

・第Ⅳ期「拡充期」は、1990年代中頃から現在までである。年若い労働者の過重労働後の自殺に関する別個の事件で、同じ1996年に、損害賠償請求訴訟で企業が、行政訴訟で国が敗訴したこと、98年に自殺者が急増したことなどを契機として、特に行政が積極的に動き出し、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で進められ、関連学会や企業での取り組みも活発化した。経緯との関係から、こうした動きにおいて自殺防止が強く意識された点が第Ⅲ期とは大きく異なる。

・法政策の立案に際しては、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、結果的に、過重労働に対する直接的な法的規制よりも、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進められた。とはいえ、医療者による復職支援の実践と効果的な手法の開発が進められるなど、産業精神保健にとって画期的な時期であったと解される。

2) 示唆

・産業精神保健の領域では、問題、介入方法、効果のいずれについても（自然）科学的解明が十分とはいえず、特定が難しい。よって、事件ないし司法判断、疫学的・社会的なデータ、実体験の拡大やマスコミ報道などによる社会的な認識や圧力がこの領域の発展を促してきたと解される。そしてその本質は、広義の社会心理やそれらを裏付ける経験則的な蓋然性（判断）といえるかもしれない。むしろ、精神疾患や障害の医学的な病態、病因等の解明（へむけた努力）、一部の経営者や医療人らによる先駆的取組やその成果なども重要な役割を担ってきたが、未だ関連政策や企業内外での自主的な取組を強く動機づけるには至っていない。もともと、他の分野に比べると、（特にストレス研究を行う）学術と行政が近いのか、少なくとも相互を意識する関係にあった。

・そうした分野の性質に基づき、その歴史は、以下のような複数の観点で捉えることができる。

①対策の社会的広がり の程度。

②対策の中心を1次予防に置くか、2・3次予防に置くか。

③対策の中心を医療的アプローチに置くか、健康増進（人事労務管理）的アプローチに置くか。

④精神科医と産業医の役割と関係性をどう捉えるべきか。

・以上のような観点を踏まえつつ、本調査の結果を総括すれば、以下の通り。

すなわち、我が国の産業精神保健の歴史は、まさに産業精神保健ないしメンタルヘルスという用語の対象設定をめぐる攻防の

過程ともいえる。社会的な問題認識は高まる一方、非科学的な面が強い課題だけに、さまざまな力学が働く中で、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」の積み重ねとも表現できる。そこでは、対策の担い手を決め、対象をパターン化して示すことで対策が動き出すという予見が前提とされた。

行政による取り組みを焦点とすれば、当初は関与すべきでないと考えられていたところから積極的推進の担い手となるに至った過程ともいえる。それは、84年の事例を嚆矢とする個別的な精神障害の労災認定事例を別として、主に脳心臓疾患の労災認定基準の緩和から始まった。これが請求・認定件数の増加を誘ったこともあり、予防施策の面でも長時間労働の防止やそれへの対応が中心に据えられた。その後、景気や雇用情勢の悪化、社会・経済構造の急激な変化等を背景に置く（と分析された労働者内外での）自殺者数の増加を受け、自殺対策の一環として進められるようになった。象徴的なのが2005年の法改正で導入された長時間労働者対象の面接制度であり、ここでは、原則として、一定の法定時間外労働を行い、疲労の蓄積があつて、自ら希望する者を対象に、医師による面接が行われることとされたが、面接の際にその精神的健康状態を確認することが予定されている。総じて、実質的には施策を進める説得力をどこに求めるか、という力学的な作業であつたようにも解される。

他方、精神科医の関与を焦点とすれば、やはり当初（第Ⅰ期）から企業に精神科医が介入すること自体に抵抗を示す医師や関係者等が多くおり、真摯にその役割を模索

する医師さえ排斥するような動きがあつた。その後も、何らかの施策や現実の動きが模索されるたびに労働問題の医療化（企業の意向に沿わない者の排斥に医師の診断や指示を利用する傾向など）ないし個人化（経営や人事労務管理上の問題をあまねく労働者個人の問題に帰せしめる傾向など）への懸念が示され、現に感情管理ともいわれる事業の生産性に貢献するポジティブな「心持ち（感情状態）」の半強制が進められて来た実態もある。しかし、その歴史を辿れば、けっきょく、支援介入に当たる医師（集団）らが、自身の属性のみにとらわれず、産業の現場に作用する力学をいかに見極め、自身にできる有効な貢献モデルを構築し、運用するかにかかっているとみえる。

なお、産業精神保健の歴史は、ひっきょう、「経営や人事労務管理の質的改善に誰がどう切り込むか」を模索してきた過程ともいえる。すなわち、産業精神保健に関わる者が、いわゆる組織的公正を含めた組織の一次予防にどう支援介入するか模索の過程ともいえる。であればこそ、責任や負担の回避を図る経営者サイドとの相克は避けられない。しかし、支援介入者側の視点や視野の広さ、能力や資質に関わる問題のほか、労働者側の自己理解などに関わる問題もある。

対策およびその効果の実効を図るには、さまざまな関係当事者間の対話と有機的な連携が求められることが示唆されよう（本調査報告書では殆ど言及されなかったが、精神保健福祉関係者も重要なステークホルダーとなり得る）。

3.（1及び2の調査結果を踏まえた）

社会調査の結果

(1) メンタルヘルス対策従事者向け 社会調査の結果

・本調査の結果判明したことがらを整理すれば、以下の通り。

<回答者及び回答者所属先の属性>

・回答者の所属産業部門別の割合は、国勢調査（産業等基本集計）の結果に比べ、5ポイントほど3次産業が多かった。また、大企業に所属する者が多かった。回答者にインターネット愛用者で、なおかつ、メンタルヘルス問題に関心の高い方が多かったことの帰結と解される。

・回答者の所属業種の中では、製造業、サービス業、医療・福祉が突出して多く、この問題への関心の高さがうかがわれた。また、公務従事者の回答者割合も比較的高かった。

・回答者の職種は、人事・労務・総務スタッフが過半数を占めたが、産業医学推進研究会（産推研）の協力を得たこともあって、産業医等の産業保健スタッフが約1割を占めたほか、その他の職種（経営、営業・営業管理、生産管理、財務・経理、教職など）も35%を超えており、人事労務スタッフを中心に企業等の戦力となっている幅広いスタッフの意見が反映されている可能性が高い。

<不調者発生の状況>

・過去3年間の回答者に認識されたメンタルヘルス不調者が100人に1～3人いる状況が一般的であった。

<対策の概況>

・回答者所属先で、メンタルヘルス対策を講じて「いる」と「いない」がほぼ拮抗し、事業規模が大きくなるほど「いる」の

割合が高まる点などはJIL調査（日本労働研究研修機構（担当：郡司正人、新井栄三）

「職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査」（平成24年3月30日））とほぼ同様の結果となったが、クロス集計の結果から、医療・福祉事業で講じていない割合が高い（68%）ことが判明した。

・講じられている対策の内容は、相談窓口の設置（約70%）、管理職対象の研修（約60%）が多く、メンタルヘルス担当の専任職員の配置（約11%）、強いストレス要因の調査と対応（約17%）、雇用や所得の維持（へ向けた努力）（約18%）などが少なかった。このうち担当職員の配置は、兼任では約3割と高かったため、たとえ配置する場合にも兼任が適当と考えている企業等が多いことが明らかとなった。

<対策の効果>

・対策の効果について、本調査では、「現れているかもしれないが、認識できていない」が65.3%で最も多く、「現れている」は約27%にすぎなかった。JIL調査では、「あると思う」が7割で最も多く、「わからない」は26.4%にすぎなかった。この相違の理由は不明だが、JIL調査での肯定の選択肢が「あると『思う』」とされていたことにある可能性は否定できない。

<対策の具体的内容>

・衛生委員会等でメンタルヘルス対策に関する審議を行っているか、との問いには、約3割が「審議している」と回答し、そのうち約7割が個別事例への対応方法を協議していると回答し、同じく8割強が1次予防策について協議していると回答した。しかし、これに教育研修が含まれている可能性もあり、労働条件の調整などに関わる

本質的な1次予防策がイメージされていない可能性もある。

・メンタルヘルスに関する組織内規定の整備状況に関する調査から、規定項目として割合が高かったのは、不調者への人事上の措置や就業上の配慮に関すること（約58%）、産業医との面談や同人への受診に関すること（約55%）、不調者の休復職管理に関すること（約53%）などで、逆に低かったのは、主治医との連絡に関すること（約2割弱）、個々人のストレス耐性の強化に関すること（約2割弱）であることが判明した。

就業管理に関することを積極的に規定し、個人的事柄と解されることへの介入を避ける傾向がうかがわれるが、メンタルヘルス問題のように、実効的対策に際してその両者への介入の連携が求められる可能性の高い問題に適応するかには疑問も生じる。

・また、組織内規定において、発症増悪事由の業務上外で対応を区分しているか否かを尋ねたところ、23.5%の回答者が「区分している」と回答した。メンタルヘルス不調をすべからず私傷病として扱う組織が殆どとも言える状況下、存外に区分有りの組織が多いと感じられるが、他の業務上傷病にも適用される規定があればそう回答している可能性もあり、早計な解釈はできない。

・規定の効果については、回答者の約41%が不調者の減少に「貢献している」と回答した。生じた問題（損害賠償問題等）の解決ではなく、不調者の減少への貢献を問うたにもかかわらず、4割以上が肯定したことは軽視できない。

<対策に関与すべき者～労働組合>

・所属先がメンタルヘルス対策に労働組合を関与させているとの回答は、回答者全体の3割弱にとどまった。関与させているところでの具体的な関与の内容は、不調者からの相談の受付と関係者間の人間関係の調整（約6割）、長時間労働防止のための諸活動（47%）などの回答が多かった。退職者の転職支援（約8%）を含め、比較的高いエフォートや知識を要する個別対応（に関する事柄）については、低い割合にとどまったが、関与がもたらした効果については、「効果があると感じている」が4割を超え、「効果がないと感じている」は約15%に過ぎなかった。

<対策の効果指標>

・組織ごとに実施されている対策の効果指標として適当と考えるものを尋ねたところ、群を抜いて選択割合が高かったのは、従業員の休業率（51.5%）だった。イギリスのストレス管理基準によるアプローチ（MSA）等が、従業員の休業率の低下を主たる目的として開始されたこととも整合する結果と言える。

<問題回避のための組織の対応～心因的素因を持つ者等のスクリーニング～>

・性格傾向などの本人要因から不調に至り易いと解される者を採用段階でどのようにスクリーニングしているのかを尋ねたところ、「特に対策を講じていない」が最も多く4割強、「面接の中で顔色・姿勢・受け答え方などの非言語的な情報を得る」が約26%でこれに続いた。回答者所属先の多くは、そもそも心因的素因を持つ者等のスクリーニングを行うという発想自体を有していないか、仮に可能性を検討していても実際には困難と考えている可能性が高い。

＜職域で講じるべき対策のポイント～人事労務管理の基本事項との関係～＞

・回答者に、①採用、②人事配置（適材適所）、③職務についての教育訓練、④職務の設計と配分、⑤動機付け、⑥その他の6項目とメンタルヘルス対策の関係について尋ねたところ、他を圧して②の選択者が多かった（約68％）。①③④も3割以上が選択し、その他の選択者は殆どいなかったため、職域でできるメンタルヘルス対策は、概ね①～⑤の5項目に関わると考えられていることが判明した。

＜法的規制が適当な対策＞

・過重労働やメンタルヘルス不調に関する従前の判例や諸外国の法制度等に照らし、新たな規制について検討に値すると解される事柄を5つ挙げ、法的規制の賛否を尋ねた。その結果、①一定の質量の業務を遂行するために必要な人員の確保が最も多くの賛成を得たが、過半数には至らなかった（約44％）。その他、②上司の好き嫌いによる部下への差別的な取り扱いの禁止（約37％）、③終業と次の始業の間のプライベートな時間（いわゆる「休息時間」）の確保（約33％）、④労働条件が急激かつ大幅に変化した場合の支援体制の構築（約37％）も、賛成者が3割を超えるにとどまった。

・Q41やQ13への回答結果と総合すると、法的規制が果たす役割に期待はするものの、事柄の性質との関係からも、法律で具体的な事柄を一律的に義務づけられることには慎重と考える回答者が多かったものと察せられる。

＜効果的な誘導策とは＞

・個々の事業所の自律性、個別性を尊重しつつ、対策の効果を高めるための誘導策

を立法化することへの賛否を尋ねた。その結果、①個々の組織のメンタルヘルス状況の良い点と悪い点を総合評価して対応策の実施を促進させる方法につき約8割、②有効なメンタルヘルス対策を実践している組織と手法を調査して公表する方法につき約85％、③多くの不調者を生み出していないながら十分な対策を講じていない組織を公表する方法につき約82％の賛意が示された。

中でも、③の方法に8割以上の賛意が示されたことが特筆される。単に「叱る」施策でなければ、「叱る」場合があっても法政策として受け入れられる可能性が示唆される。

＜パーソナリティや発達に問題を抱える労働者その他職務への定着が困難な労働者の割合と対応法＞

・調査の結果、過去3年間にメンタルヘルス不調者が発生した組織でも、背景に本人のパーソナリティや発達の問題があると解され、なおかつ職務への定着が難しい労働者の全従業員に占める割合は、0.1％程度であることが多いことが判明した。

・リワーク施設等の利用の結果については、「症状はいったん快復したが、パーソナリティなどの問題が改善せずに再発再燃し、けっきょく職務に定着できなかった」が過半数を占め（約53％）、複数回答可の前提ながら、「症状が改善せず、けっきょく職務に定着できなかった」も約39％に達した。「症状もパーソナリティの問題も改善し、職務に定着できるようになった」は32％だった。

・こうした労働者への対策を誰が行うべきかを尋ねたところ、「労働者自身、家族、公的機関、医療機関、福祉関係機関、企業

などの関係者全て」との回答が最も多く、約68%を占めた。たとえ本人要因の強い不調者に関する問題であっても、企業を含めたステーク・ホルダー全ての対応課題と考える回答者が多いことがうかがわれる。
＜発症増悪事由の業務上外で（法的）対応を分ける考え方の是非＞

・業務上外に応じて法的に求められる対応を分ける日本型の仕組みと、原則として両者を分けないヨーロッパ型の仕組みのいずれが良いと考えるかを尋ねたところ、「日本型の方が良い」が約4割、「ヨーロッパ型の方が良い」が約22%で、一応日本型に軍配があがったが、「どちらともいえない」が約38%にのぼり、判断に迷う回答者が多かったことをうかがわせる結果となった。
＜組織と精神科主治医の関係＞

・精神科主治医の休復職に関する診断について、不調者や職場の実態を踏まえていないと感じた経験があるかを尋ねたところ、「ある」が約4割にのぼり、「ない」の約26%を大幅に上回った。

・他方、精神科主治医への主な面談申込者は、産業医が約52%で過半数を超え、医療職以外の者が主治医にコンタクトすることに一定の抵抗感を感じている可能性がうかがわれた。

・また、面談を申し込んだ後の主な結果に関する回答から、主治医側で組織からの面談申し入れを断る例はさほど多くなく、申し入れを躊躇する組織側に杞憂が生じている可能性が示唆された。

＜不調者管理に際して組織側の関係者が知るべき情報＞

・少なくとも診断名や典型的症状については、種々の人事措置に際しても最低限必

要な疾病性に関する確認事項と考えられている可能性がうかがわれた。逆に、処方薬の如何は原則として医療マターであって、使用者の管轄外と認識する傾向がうかがわれた。

もつとも、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）を好例として、処方薬と人事労務管理を分断することが難しい場合もある。

・従前の判例でも、専門医による疾病性の確認は一種の手続的要件として重視されており、人事労務管理において疾病性を無視することはできないため、使用者が適正な手続のもとで一定範囲の医療情報を取り扱うこと自体は肯定されざるを得ないと解される。

＜メンタルヘルス対策における産業医の役割＞

・総じて、産業医が産業（精神）保健に関する組織（集団）への働きかけ、主治医との連絡、職場の観察や従業員との個別面談を含めたコミュニケーター的な役割を担っていることが多いこと、とはいえ、不調者に寄り添ったり、その環境調整にエフォートを割くような直接的な関与はできていないことが多いこと、他方で、社内規定など組織の秩序の基本づくりへの関与や、経営上層部への就業条件の本質的な改善提案などは殆どできておらず、法政策上果たすべきとされているメンタルヘルス情報の管理も実施されていないことが多いことが看取された。

・本調査において、国の統計に比べて産業医の選任率がかなり低く見積もられたことの背景にこうした事情が無かったとは言えない。

＜メンタルヘルス対策における嘱託精神科医の役割＞

・メンタルヘルスに関しては、総じて産業医よりも高い介入効果を認められているが、そのポイントは、不調者の早期発見、診断及び治療、主治医との情報交換、主治医の診断の相対化など、精神科の専門性を活かした医療的な面にあったと解されるため、産業医とはそもそも期待される役割が異なっていると考えられる。

＜メンタルヘルス情報（メンタルヘルスに関する個人情報）に関する法的規制の周知度合い及び規制内容への納得度合い＞

・先ず、関連する法規制（憲法、刑法、特別刑法、民法、個人情報保護法などの法律とその解釈例規、裁判例など）について知っているかを尋ねたところ、「業務に関わる部分の一部は知っている」が最も多く28%強、「ほとんど知らない」が28%弱でこれに続いた。「よく知っている」と「おおむね知っている」は合わせても29%弱に過ぎなかった。

・また、「よく知っている」と「おおむね知っている」と回答した方を対象に現行の法規制のありようについての所感を尋ねたところ、「おおむね妥当」が最多で約64%を占めた。

・拙速に結論は出せないが、現行の法規制については、集約（特に複数の法規に共通する原則や、各法規の背景にある原則、各原則間の調整原理の抽出）と周知が課題であると解される。

＜精神障害者雇用（の観点でのメンタルヘルス対策の）普及度合い＞

・調査の結果、他の類型の障がい者に比べ、精神障がい者を雇用している組織は未

だ少なく、他方、既に採用済みの労働者が発症して精神障がい者となった場合にも、処遇の枠組み自体を変更する組織は少数派にとどまることが判明した。

・現に精神障がい者を雇用している組織の多くが、精神障がい者と承知の上で雇用をする以上、一定の個別的配慮は必要だと認識していること、ただしその内容は、いわゆる就業上の配慮を中心とするもので、出退勤時間の自由化や人的措置など、職場秩序に一定以上の影響を与えたり、付加的な手間ないしコストのかかる措置を避けようとする傾向にあることがうかがわれる。

・未だ少数派ではあるが、福祉系の資格者を選任する組織が出て来ていること、選任しているところでは、主に組織内でのコミュニケーションや実作業の支援を行っていることがうかがわれ、社会保険・社会福祉給付の受給支援など、社会保障制度に関わる支援はさほど多く実施されていないことがうかがわれる。もともと、福祉系資格者を選任している企業には相当大規模な事業所が多いと解されることから、社会保障関係の手続は既に内製化されている可能性もある。

・回答者の全体傾向としては精神障がい者雇用について消極的ながら、過去に雇用経験がある組織に所属する回答者の中には、多様な人材を受け入れられる風土やキャパシティが組織に醸成され、至局、メンタルヘルス不調者一般や健常者の人事労務管理にも貢献すると考えている者が半数近く存在することが判明した。

＜今後10年間のメンタルヘルス不調者の増減傾向の予測＞

・今後10年間のメンタルヘルス不調者

の増減傾向の予測を尋ねたところ、「増加する」が約56.4%、「ほぼ横ばい」が約37.3%で、両者を合わせると実に9割を超え、JIL調査と概ね符合する結果となった。

<国の施策の認知度>

・国が苦心して立案し、周知を図って来た施策が、十分に浸透しきれていないことがうかがわれる。また、労災補償の認定基準は、予防のための行為規範にも広く影響することを想定して策定されていると解されるが、実際には必ずしもそうになっていない可能性がある。このことは、組織の経営者が一般的にメンタルヘルス対策をさほど重視していないことの証左である可能性もある。

<職域におけるメンタルヘルス対策の促進に法律が果たす役割>

・「今後、メンタルヘルス対策の促進を図るための新たな法律条文や法律ができれば、企業（団体）で実際に役立つ対策が進むとお考えになりますか」との問いに対して、「そう思う」との回答が約8割（78.8%）に達し、「そうは思わない」との回答（13.8%）を大きく凌駕した。

・他方、Q13～16による調査から、法的規制が果たす役割に期待はするものの、事柄の性質との関係から、法律で具体的な事柄を一律的に義務づけられることには慎重と考える回答者が多く、個々の事業所の自律性、個別性を尊重しつつ、対策の効果を高めるための誘導策の立法化を支持する回答者が多かった。

・以上の結果などから、国の法政策に対しては、基本的な目標設定、目標を実現するための主な手続の設定、手続に関与する

重要な主体（利害関係者、専門家等）の設定、適性に手続を果たす事業者へのメリットの付与とそうでない事業者への制裁、不調者への差別禁止などの最低限の基準設定などが求められていると解される。

（２）メンタルヘルス対策促進員向け社会調査の結果

・本調査の結果判明したことがらを整理すれば、以下の通り。

①面接調査のKJ法による検討の結果、理論的飽和として得られた69項目のコンピテンスは以下の通り。

No	Item
1	事業場内のキーパーソンを見つける
2	事業場の担当者に他の労働者と協力して対策を推進するよう促す
3	事業場の担当者に別の担当者を育てるよう促す
4	事業場内にメンタルヘルス対策のキーパーソンを育てる
5	事業場の担当者の立場や気持ちに配慮する
6	事業場の組織図を支援活動の参考にする
7	訪問前にメールや電話等で事業場のニーズを確認する
8	安全衛生活動全般から幅広く事業場のニーズを把握する
9	メンタルヘルス以外の安全衛生活動の相談にも対応する
10	事業場の意思や決定を尊重する
11	事業場の担当者だけでなく、事業主にも面会を求める

12	事業場内の複数の方からニーズを聴く	30	他の促進員と自主的な勉強会等を行う
13	事業主や事業場の担当者のメンタルヘルス対策への理解や意識を確認する	31	他の促進員と協力して支援ツールを開発する
14	事業場の衛生委員会に出席する	32	既存の支援ツールを分かりやすくつくり直す
15	事業場の産業医や保健師等と面会する	33	他の促進員と密に連携する
16	管理監督者研修による啓発をメンタルヘルス対策のきっかけにする	34	専門家に依存しない自律的なメンタルヘルス対策の展開を支援する
17	相談窓口の整備を促す	35	事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する
18	事業場のニーズに応じた教育研修の企画立案を支援する	36	周辺の医療機関や主治医と連携する
19	事業場のニーズに応じた教育研修の講師を紹介する	37	個人的な人脈を活かす
20	教育研修の内容を複数回に分けて、段階的に深化させる	38	地域性を考慮して対応する
21	教育研修を行う際には、参加者に自分なりの目標を設定してもらう	39	事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する
22	教育研修の受講者アンケートや参加率から所感やニーズを確認する	40	事業場に無理のない対策を検討し、提案する
23	教育研修等の支援内容を他の労働者にも教えられるように伝え方も指導する	41	事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する
24	教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する	42	メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ
25	事業場の担当者に支援後のフォローを具体的に提案する	43	公的機関の支援者として中立の立場を守る
26	センターの所長や相談員に相談する	44	事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる
27	センターの相談員と密に連携する	45	労働局や労働基準監督署と情報交換を行う
28	他地域のセンターの促進員の活動を参考にする	46	行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う
29	他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する	47	地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う
		48	地域産業保健センターと密に連携する
		49	事業場外資源の種類と機能を分

	かりやすく説明する
50	地域のリワークプログラムと密に連携する
51	支援活動を楽しめる
52	事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心が乏しくても活動に張り合いを感じる
53	事業場への支援内容は、促進員が自由に判断できる
54	メンタルヘルス対策に必要な雛形や様式等の具体例を示して分かりやすく説明する
55	勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深める
56	事業場内にメンタルヘルス対策の好事例を見つける
57	事業場内で行われているメンタルヘルス対策以外の既存の活動とメンタルヘルス対策の共通点を説明する
58	社内報やイントラネット等、事業場内の既存の媒体を利用して啓発を行う
59	周知活動を通じて業界や地域ごとのニーズを把握する
60	事業場の意欲や対策の進捗状況を一覧等にして整理し、効率的にフォローする
61	メンタルヘルス対策を展開する仕組みや体制、計画の整備を促す
62	事業場内でメンタルヘルス対策に関連する記録を残すよう促す
63	事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する
64	複数回にわたる継続的な支援を行う

65	継続的に対応できる事業場外資源を紹介する
66	ストレス調査をセルフケアの促進や対策の効果評価に活用する
67	支援による事業場の変化を観察する
68	支援に要する準備や移動の手間等が苦にならない
69	実際の職場を巡視・見学する

②調査結果の度数分布の分析からの示唆

(ア) 事業場の要望や決定を尊重し、事業場の担当者の立場や理解に応じて段階的に支援を講じる力が、支援活動上常に求められる中核的なコンピテンスである可能性が高い。

(イ) 支援先事業場の衛生委員会への出席や、支援センター内外の専門家との連携による対応は、相対的に実行が困難なコンピテンスといえる。後者は、高い実効性をもたらす可能性を否定できないが、少なくとも公的アウトリーチ支援においては応用的コンピテンスと解される。

③調査結果の項目反応理論による分析からの示唆

(ア) テスト情報曲線から、69項目のコンピテンスは、最低限から中等度ないし+1標準偏差程度のレベルまでを幅広く評価できる尺度と解されるが、これを教材(の素材)として活用する場合、主に未経験者や初任者等をアウトリーチ専門家として養成する際に役立つ可能性が高い。

(イ) 度数分布の分析結果①と同様に、支援先事業場の要請や事情、理解の程度を踏まえた柔軟な対応力がアウトリーチ支援

における基礎的なコンピテンスといえる。

(ウ) メンタルヘルス対策の専門家ではない支援先事業場の担当者に、支援後のフォローや活動を具体的に指導し、事業場内の自律的な対策としての定着を試みる方法の実践力は、中等度以上のコンピテンスといえる。

④調査結果の探索的因子分析からの示唆

以下の5因子解について、十分な信頼性と因子的妥当性が示唆された。

第1因子(事業場への配慮):事業場のニーズや経営状況、地域性等の事情、担当者の立場等を考慮した対応を行う力。

第2因子(センター内の連携):支援センターの他の促進員、相談員、所長等、支援元内部の関係者との連携・協力関係のもとに対応する力。

第3因子(モチベーション):支援活動へのほりあいや準備を怠らない姿勢を保ち、自己研鑽を継続する力。

第4因子(地域資源の活用):地域の行政、医療機関、相談機関等の外部資源と連携し、活用しつつ対応する力。

第5因子(アセスメント):事業場のニーズの多面的な把握、支援による事業場の変化、支援に対する事業場の所感等の収集を通じて現状の把握を行う力。

⑤調査結果の多元配置分散分析からの示唆

ア 性別による傾向

(ア) 女性の方が男性より第1因子(事業場への配慮)を重視する傾向がみられた。

(イ) 男性の方が内外の資源の活用(第2・第4因子)を重視する傾向がみられた。

イ 年齢による傾向

(ア) 60歳以上の促進員は、事業場における安全衛生全般の課題に意識を向け、第3因子を重視するなど、視野の広い活動を展開する傾向がみられた。

(イ) 50歳代の促進員は、衛生委員会の活用を重視する傾向がみられた。

(ウ) 40歳代の促進員は、地域に足を運ぶ周知・啓発活動や内外の資源の活用(第2・第4因子)を重視する傾向、ネットワークやツール等の体制整備に尽力する傾向がみられた。

(エ) 30歳代の促進員は、支援先での既存の活動の把握(第5因子)を重視し、無理なく対策を推進させようとする傾向がみられた。

ウ 活動頻度による傾向

(ア) 活動頻度が月1回以下の促進員は、事業場内の担当者の養成や産業保健スタッフとの連携を重視し、事業場内資源の充実強化を通じて自律的活動を促進させようとする傾向がみられた。

(イ) 活動頻度が週1回程度の促進員は、様式等の呈示、記録の活用の促進等を通じた対策の整備を図ると共に、具体的な支援内容についての自ら判断する裁量を重視する傾向がみられた。

(ウ) 活動頻度が週3回以上に及ぶ促進員は、支援活動へのモチベーションの維持向上のための工夫(第3因子関係)を重視しつつ、センター内の相談員や所長と連携し(第2因子関係)、事業場への継続的支援を展開する傾向がみられた。

エ 専門性（資格）による傾向

（ア）労働衛生コンサルタント資格を持つ促進員は、安全衛生活動全般への配慮や事業場内外の資源の活用（第4因子関係）を重視し、幅広い視野に基づく専門的支援を展開する傾向がみられたが、支援センター内の専門家との連携（第2因子関係）が相対的に少ない傾向もみられた。

（イ）保健師・看護師資格を持つ促進員は、地域（第4因子関係）、支援センター（第2因子関係）、事業場内の各資源の活用を重視し、事業場の要望に柔軟に対応しようとする傾向がみられた。ただし、多様な要望に多様な対応を図ろうとするあまり、負担感が増大し易い可能性も示唆された。

（ウ）衛生管理者資格を持つ促進員は、事業場内資源と地域資源（第4因子関係）を効果的に組み合わせて自律的な対策の促進を図ろうとする傾向がみられた。他方、事業場の担当者への配慮が相対的に少ない傾向もみられた。

（エ）臨床心理士資格を持つ促進員は、医療機関との連携や記録の重視等、個別事例対応の延長線上での支援活動を重視する傾向がみられた。

（オ）産業カウンセラー資格を持つ促進員は、個別対応よりも、教育研修を主とした啓発的・導入的な支援活動を展開する傾向がみられた。

（カ）社会保険労務士資格を持つ促進員は、労務問題として課題を把握して対応したり、関連制度・体制の整備に貢献する傾向がみられた。

（キ）精神保健福祉士資格を持つ促進員は、障がい等の短期的解決が困難な課題に対して、当事者本人のニーズを尊重し、継

続的な関わりと社会資源の活用を通じて支援を図ろうとする傾向がみられた。

⑥得られた示唆の総括と残された課題

（ア）公的アウトリーチに求められる基礎的なコンピテンスから応用的コンピテンスまでが明らかにされた。また、アウトリーチを行う専門家には、多様な専門性やそれを使い分ける力、事業場内外の資源と連携・情報交換を図る力やそれらを促す仕組み、動機付け、具体的な支援方法を判断できる裁量等が求められることも明らかにされた。

（イ）ただし、支援が事業場ないしそこで就労する労働者のメンタルヘルスに与えた変化等に関する調査と評価・検討が行われていないため、基準関連妥当性に限界が残されている。

（ウ）そうした調査研究を行うに際しては、本調査研究で明らかにされたコンピテンスが労働者のメンタルヘルスに間接的に影響する過程も調査する必要がある。また、多様な業種・職種の事業場にも妥当するかを調査する必要もある。

ただし、効果を的確に把握するためには、特定の促進員が特定の事業場に継続的に支援する過程をフォローする条件が望まれる。

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、これらを包括する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理解する必要もある。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欠かせない。本研究プロジェクトから、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、当初は専門家同士の連携から誘い、時間の経過と共に専門家以外の職種を含め

た相互ないし多元的な理解が進むよう誘う作用が制度的に求められる。

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、個々人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、短所を修正するリスク・アセスメント手法のみではなく、長所を伸ばすグッドポイント・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、年金事務所のほか、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的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(職域では一定期間を超えて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、労使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。メンタルヘルス対策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やすく、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

っけん労働衛生の所掌を外れるが、場合によっては外部機関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。

メンタルヘルス対策では、どの次元の予防措置でも、個々人の労働にかかる障害の性質、程度、期間、経過等に応じた対応の柔軟性は求められる。たとえ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。こうした作業を個々の経営者や使用者のみに求めることは困難なため、専門家の関与や組織内外の

関係者の連携を促す必要がある。

2次予防は、不調の早期発見・早期介入ではあるが、実効的かつ妥当な介入のためには「変化」の観察が求められるため、継続的な経過観察が必要になる。

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。分担報告書では明らかにされていないが、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、関係者（使用者、労働者、主治医、外部リハビリ施設、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義務および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、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。

不調者を就労につなげ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がその代表例となる。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、それさえ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然るべき中立的機関や人物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において必要性が高い。

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

・本調査から、国、官庁、部門を含め、主体により捉え方が異なることが判明した。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・社会への両面的アプローチによって図ろうとする作用を含む点では一致する。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。

・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の取り口でそれなりに対応できているように思えるので、改めて正面から挑むべきか否か迷っている」(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ォータリー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、ここでは、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、という組織心理学を活かした発想であろう。もっとも、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。もっとも、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、現在法案の再提出のための作業が進められている安全衛生法改正法案を含め、医師による個別面談や個別的な就業上の措置の勧告など、専門性と協議に基づくオーダーメイド方策の基礎は提供されているが、個々の労働者とその所属組織の双方に対する、より包括的かつ継続的な措置を基礎づけるような法政策が求められている可能性はある。具体的には、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及び同条に基づく対策を講じない企業名を公表する等の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。そして、民事上の賠償責任ルール具体化は、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える。精神障害だけをみても、精神医学の報告が示唆する通り、外因性精神障害を除き、発症要因や病態に未解明な点が多い。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・ドイツ共に、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関わる逸失労働日数や精神障害罹患率が多い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、「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「因果関係が存在しない場合、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（平成18年3月31日厚生労働省労働基準局長名通達「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）（健康保持増進のための指針公示第3号、送付案内：基発第0331001号）9）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。もっとも、障害者の定義自体、同法の性格や機能を決する大問題であり、多くの議論を生み、法改正の契機ないし要目ともなって来た。そして現段階では、必ずしも医科学的裏付けがなくても、他者とのコミュニケーションや、仕事への集中、睡眠や自身の世話などに生活を実質的に制限するような機能的な障害が現にあるか、そのような記録があるか、そのように認識される事情がある限り、同法の適用を受けるなど、同法の趣旨目的の実現に資するような、比較的広い解釈基準が確立されている。

・結論的に、日本の安全衛生関係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連続的又は断続的に長期（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で、その延長で、結果的にメンタルヘルス対策の実体まで規制の具体化が図られることとなっているが（*もっとも、細部の細部がガイドラインや労使間協議に委ねられざるを得ない事情はヨーロッパ型の手続的アプローチの場合と変わらず、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（*もっとも、ハラスメント対策等でも、リスク管理的な手続的アプローチとの融合は進んでいる）。

・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、職域メンタルヘルス対策にとってどのような法制度が最も適当とはいき切れない。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れる。

・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（L.122-45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って精神面に関わる基本的人権の保護が図られた（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 of 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。

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導かれ得る。

・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（オーダーメイド志向）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での休息時間の確保、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。

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。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難しい。

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、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、原始的な精神障害者対策と、過重なストレス要因へのばく露により不調に陥った後発的な精神障害者・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、原始的な精神障害者の就労環境の改善は、後発的な精神障害者・不調者のみならず健常者の就労環境の改善にも貢献し得るし、逆もまた然りと解されることが理由の1つである。もっとも、仮に対応の基本理念に通底する面があるとしても、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原始的な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、そうした人物を孤立化に追いつ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。

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、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解される。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・賃金保障をなす必要がある。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等の対応が求められよう。

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該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、情報の取扱いにも手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。

・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）、法的には違法とはいえず、もとより労働能力・適性に関わる調査に制約はない。プライバシー保護や精神障害者差別の禁止の観点から規制を加える場合の一応の判断規準は、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、情報取扱いの客観的な必要性が認められることを前提に、②③④を徹底すれば、原則として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。

・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ろうが、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、注意義務の内容及解するものもある（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。なお、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は多いが、研究代表者において、別稿を期す予定である。

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、本研究班による比較法の結果から、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はある。

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、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、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の結果、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ことも判明している。

・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。

・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。

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（連携的な）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客観性および、⑧これらを包括した手続き的理性の8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・社会への両面的なアプローチによって図ろうとする作用」のこと。

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及び同条に基づく対策を講じない企業名を公表する等の施策により、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。

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や経験則に基づく社会認識等に拠る必要がある。

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、日本の安全衛生関係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連続的又は断続的に長期（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。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、結果として、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）等の適正化を「促す」ような法政策の構築が望ましい。

・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)を採用す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。

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、原始的な精神障害者対策と、過重なストレス要因へのばく露により不調に陥った後発的な精神障害者・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、原始的な精神障害者の就労環境の改善は、後発的な精神障害者・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、原始的な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、そうした人物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解される。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・賃金保障をなす必要がある。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等の対応が求められよう。

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）、法的には違法とはいえず、もとより労働能力・適性に関わる調査に制約はない。プライバシー保護や精神障害者差別の禁止の観点から規制を加える場合の一応の判断規準は、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、情報取扱いの客観的な必要性が認められることを前提に、②③④を徹底すれば、原則として手続的理性が果

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。

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、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ないし支援と、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。

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、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。

<結論～法政策的示唆～>

提言1)

・嫌悪感に基づく差別的取り扱い、敵対的な態度や策動などにより、人の人格や尊厳を侵すなどして、精神的な雇用環境を悪化させる行為の禁止（安衛法）

根拠)

①実態としての労働相談件数の増加、社

会認識の高まり

②ヨーロッパ諸国では既に雇用平等関係法、安全衛生関係法、刑法典等で禁止されていること。

③セクシュアル・ハラスメントなど、既に国内で法定されている他のハラスメント規制との平仄をとる必要があること。

提言 2)

・ある勤務時間と次の勤務時間の間のプライベートな時間（休息时间）の保障（労基法か安衛法）

根拠）

①睡眠時間の確保は、メンタルヘルスの向上に資することを示す疫学的データが存在し、平成 13 年の脳心臓疾患に関する認定基準の改定や平成 17 年の安衛法改正の背景にもなった経緯があること。

②EU では、既に指令で規制されていること。

③国内の裁判例（国立循環器病センター事件大阪高判平成 20 年 10 月 30 日労働判例 977 号 42 頁など）でもその必要性が指摘されていること。

提言 3)

・当該労働者にとって急激かつ大幅な労働条件の変化があった場合の支援体制の構築と実施の確保（安衛法）

＊現行法では、法定健診や長時間労働面接の事後措置、中高年齢者など労災防止との関係で特に配慮を要する労働者に対して求められる措置として就業上の配慮が定められているが、こうした場面を含め、過重な心理的負荷をもたらしやすい条件を特定した一次予防的な措置にかかる定めはない。

根拠）

①国内外の代表的なストレス測定モデルによる捕捉

②ストレス要因として言及する判例の多さ（三柴丈典：裁判所は産業ストレスをどう考えたか.350-353,230-307,労働調査会,2011 など）

③特に過重な負荷を招き易い条件下での一次予防の必要性

④一次予防の履践のための職務分析の推進の必要性（＊本提言の履行のためには、使用者が個々の労働者が遂行する職務（の質量や当該労働者の適応性）を分析する必要があるが生じる）

提言 4)

・各事業場で労働者が遂行する職務（の質量や当該労働者の適応性）の分析と適切な人員の配置（安衛法 69 条及び 70 条の 2 に基づく指針（メンタルヘルス指針など））

根拠）

①職務の質量や当該労働者との不適合を過重なストレス要因として言及する判例の増加（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 など）

②代表的なストレス測定モデルによる捕捉

③本研究プロジェクトにおける社会調査（メンタルヘルス対策従事者向け社会調査）により、社会的支持が得られやすいことが判明していること。

提言 5)

・個々の組織ごとに講じられているメンタルヘルス対策について、その効果（休業率、匿名条件下での従業員の職務満足度調

査結果など）を変数で捉え、企業名の公表や労災保険料の減免、労働基準監督の一部免除などにより、信賞必罰を加える規定の創設（安衛法第28条の2、第88条関係、および安衛法69条及び70条の2に基づく指針等）

根拠）

①休業率は、諸外国がおおむね共通して採用しているメンタルヘルス状況の尺度ないし対策の背景だが、そのみでは妥当性を欠く場合もあること。

②デンマークなどでは既に講じられているか、講じられたことがある。

③本研究プロジェクトにおける社会調査（メンタルヘルス対策従事者向け社会調査）により、社会的支持が得られやすいことが判明していること。

提言6）

・安全配慮義務の再定義（労働契約法第5条）

＊対象者の安全・衛生への実質的な影響可能性（特に支配・管理可能性）を持つ者が、災害疾病にかかる予見可能性に基づく結果回避可能性の存在を前提に、当該結果回避のための手続ないし最善の注意を尽くす義務

もしくは

安全衛生関係法令の最低基準の遵守と共に、経営工学等を活用した安全衛生面でのリスクの調査と管理を、同法令下の指針等を参照しつつ、適切な専門家や利害関係者の関与のもとで、優先順位を付けて実践する等の手続を尽くす義務、より具体的には、当該事業場ごとの事情に応じ、1次予防、2次予防、3次予防の各段階で、その支配

管理の影響を受けることが通常予見される個人と集団の双方を対象として、実行可能な物的・人的対策を図る手続的な債務（三柴丈典：安全配慮義務の意義・適用範囲.労働法の争点9版所収予定）

などの趣旨が明確化するように労働契約法第5条を修正すること

根拠）

①判例と条文のかい離を放置すればミス・リーディングとなりかねないこと。

②使用者の（精神）衛生問題にかかる民事責任を明確にすることは、労使双方の利益に適うこと。

③イギリスなどの民事過失責任法理とも概ね一致すること。

提言7）

・メンタルヘルスに関する個人情報の取扱いに関するルール、特に労働者の同意が得られない場合の取扱いに関するルールの集約と周知ならびに、組織内外でメンタルヘルス対策の要となる者（産業医等）への情報の集約を支援するルールの整備（安衛法、個人情報保護法第8条等に基づく行政のガイドライン等）

根拠）

①有効なメンタルヘルス対策と関係情報の適正な取扱いは、以下のような意味で表裏一体であること。

ア 労使間に信頼感があり、適正に情報の取扱い、流通がなされ得る職場は、一次予防面でもパフォーマンスが良好であることが多いと解されること。

イ 適正な情報の取扱いがなされなければ、適切な健康管理が困難であること。

ウ 適切な個人情報の流通がなければ、

人事管理や人材育成面でも支障が生じかねず、職場や職務に不適応な人材を生みかれないこと。

②本研究プロジェクトにおける社会調査（メンタルヘルス対策従事者向け社会調査）からも、メンタルヘルス情報の取扱いに関するルールが複雑に過ぎるほか、矛盾がみられ、現場での十分な理解に基づく運用が困難になっていると解されること。

提言 8)

・産業と（精神保健）福祉の連携を進めるためのモデルづくりと支援

根拠)

①現状では、長期間うつ病が継続するなどして離職したり、実質的に組織内に「居場所」を失った労働者に休息と治療、社会的成長などをもたらす場が少ないこと。他方、そうした作業を経た労働者が何らかの形で企業等に復帰するルートができれば、福祉関係者側も張り合いをもって就労支援できるようになる可能性があること。

②本研究プロジェクトにおける社会調査（メンタルヘルス対策従事者向け社会調査）からも、企業等と（精神保健）福祉関係者との接点を設けることにより、組織内でのダイバーシティが進むと考える企業関係者が多いことが判明していること。

③福祉側も、企業等が持つ優れた要素（目標管理の視点、コミュニケーションの緊張感、スタッフの人材育成システムなど）を吸収できる可能性があること。

F. 健康危険情報

該当せず

G. 研究発表（関連著作を含む）

各分担報告書に記載の通り

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当せず