

職場のメンタルヘルスQ&A

～経営改善に繋げる法的処方箋～

近畿大学法学部准教授 三柴 丈典

1 はじめに～メンタルヘルス問題の原点を考える～

1.1 従前の技術的法律論との本質的な齟齬（そご）

現在、社会的に蔓延しているメンタルヘルス不調の根本的原因については多事争論ともいべきさまざまな議論があるが、職域におけるメンタルヘルス不調の問題もまた多様であり、法的にも作業関連疾患と捉えられることが多い。

筆者の専門とする労働法学的な観点からみても、従前のパラダイムでは捕捉が困難な問題である。それは、伝統的に社会経済ないし組織論上の構造的な弱者とカテゴライズされ、法的保護の対象とされてきた使用者の指揮命令下で働く従属労働者のみならず、中小企業等の経営者、企業規模を問わず管理監督者等の中にも不調状態に苛まれ、自殺に至る者が少なくないからである。

よって、現場で生起しているさまざまな問題の解決に際して、たとえ法律論に拠るとしても、よろず統一マニュアル的な回答は期待できない。周知のところながら、メンタルヘルス問題は、たしかにマクロ的現象ではあるが、本質的にはミクロの人間を枠づけ、切り取って理解しようとする発想にも元凶の1つがある以上、ともすれば形式的解釈や運用に偏りがちな法律論とは矛盾する面もある。しかし、たとえ法律論といっても、その趣旨まで汲み取り、他方で判例等による個別的な解釈の例を丁寧にフォローしていけば、一定の示唆を得て、考え方の整理に役立てることはできる。

1.2 幅広い視点からの多角的、多層的アプローチの必要性

筆者は、この5年間ほど、法律実務内外を通じ、メンタルヘルス問題の当事者やさまざまな立場の関係者に数多く接し、彼（彼女）らないし組織が抱える個々の問題について、個別的な解決の方向性を模索して来た。その結果、その多くについて、①経営（組織）論、②医療・心理を含む個別的な対応ないしコミュニケーション論、③法律論の3方向からのアプローチが求められ、それらが複合的に関係する場面が多いことが明らかとなって来た。

例えば、現に不調状態にある労働者への企業等の対応に当たっては、不調状態の性質や程度（快復の見込みの有無やそれに要する期間）、原因等によって、そのあり方を分ける必要があるが、その実施は①②③の全てに関わる。

また、特段の過重労働その他のライフイベントがないのに精神症状を呈する

者は、基礎疾患のほか、それまでの生育環境等に関わる何らかの素因や性格傾向を有している場合も少なくないので、プライバシー等に留意しつつ、個別的な調査分析を行うことが望まれるが、その実施はやはり①②③の全てに関わる。

加えて、企業等が採用過程で客観（ペーパー）式試験やその他の形式的な客観事情を偏重することで、病前性格の持ち主や、思考パターンが著しく未熟な者等をスクリーニング（選別）できていなかったり、そうした偏った選抜傾向を踏まえた能力開発傾向を社会的に誘うことにもなりかねないので、一定の見直しが求められようが、その実施はまさに①の問題そのものとなる。

1.3 改めて職域メンタルヘルス不調拡大の理由・背景について考える

ここで、器質的なもの、内因性のものなど原始的な障害を除き、職域におけるメンタルヘルス不調が拡大した理由・背景について、改めて考えてみる。

故保原喜志夫元北海道大学名誉教授も指摘しておられたように、メンタルヘルス不調（にかかる問題）の中には、たしかに、旧来から存在しながら顕在化しなかっただけというものもあるだろうが、厚生労働省の労働者健康状況調査等のデータが示すように、近年に至って拡大していることは紛れもない事実である。また、警察庁統計が示すように、メンタルヘルス不調を主因とする自殺者数も高止まり傾向を示している。

筆者自身、個別事例や種々の文献に触れながら、その理由・背景についてさまざまな観点から思考を巡らせて来たが、現段階で考え至った認識の要点は以下の通りである。

(1) 試みに不調について加害者がいると措定すると、被災者、加害者共に、個々の人間が社会的に未成熟で、自他を客観視できず、視野狭窄やストレス脆弱状態に陥り易くなるような環境条件（技術的な文明・文化の偏った進展も含む）が拡大していること（なお、物や所得への選好の高まりなどが家族などとの絆を弱め、それが人々のストレス耐性を低下させる、との海外での調査分析結果もある（Lane, R. E. [2000], The Loss of Happiness in Market Democracies. New Haven, CT: Yale University Press)）。

(2) 個性や年齢条件等との関係もあるだろうが、個々人による柔軟な対応や発達が困難なほどの急激な環境変化が進行していること。これは、パソコンのソフトやハードのバージョンアップのペースなどに象徴的に現れている。

(3) 経済事情の悪化や国際競争など。

そして、これらをキーワードで示せば、「社会・組織や個々の人間における何らかの偏り（アンバランス）と『本来的な個性』の抑圧ないし環境不適応」といった表現ができるように思われる。

となると、一面では高度文明（歴史学上の文化のこと）社会の申し子ともい

えようが、では、なぜ欧米先進国とくらべ日本ばかりが特に深刻な状況に陥っているのか、という疑問が湧く（WHO[世界保健機構]の自殺統計によれば、2009年段階で確認された最新データで、日本より自殺率が高いのは、ベラルーシ、リトアニア、ロシア、カザフスタン、ハンガリーの5カ国であり、おおむね国内の混乱が続く体制移行国であった）。

しかし、その問いを解く鍵も、上記のキーワードに含まれてはいる。

それは、日本の国民性、職域の個性に関わるもの、すなわち人間洞察力を高く評価する考え方、すなわち、繊細さ、相互扶助、人へのいたわり（思いやり）、忠孝、何らかの組織への帰属意識や貢献意識、信頼、柔らかさ、懐の深さ、他面いざという場合に己の身をなげうつ覚悟、といった美学を尊ぶ精神性やストーリーが急速に失われてきている一方で、それらを担保し得るシステムが構築されていないことに1つの理由があるのではなかろうか。

未熟とは、要するに、「自」「他」と「自と他の関係性」についての客観認識ができていないということ、また、それを可能にするための柔軟性やゆとり、胆力を欠いているということである。そして、そのような状態が、個人、企業、国など様々なレベルで生じているのが現状であり、そのことがメンタルヘルス不調の大きな要因になっているのではないか、というのが筆者の観察である。そうした意味では、個人情報保護法にしても、その本来趣旨、適用範囲を超えた過剰反応傾向（特に末端硬化症）は、メンタルヘルス不調者を増やすことに繋がるであろう。

1.4 法律論は日本的な経営倫理や職域文明崩壊の歯止めとなるか

では、法律論は、職域の人材質の向上に貢献するだろうか。

周知のように、現状、労働裁判例の立場は、解雇や安全衛生問題に関する限り、使用者側に厳しい。他方、人事問題については、一般に使用者側の裁量を大幅に認める裁判例が多かったが、安全衛生問題、とりわけメンタルヘルス不調問題に関わる限り、人事問題にも相当程度介入的な判示をなす裁判例が増えている。

最近の過労死・過労自殺、精神障害等にかかる民事裁判例では、使用者の過失責任が認められると、死亡（自殺を含む）事案で総額約1億円（労災保険給付金の控除、過失相殺などの損益相殺後）、非死亡事案で総額約150～400万円（同前）程度の賠償金支払い命令が相場となっている（脳心臓疾患系の非死亡事案では、総額が億単位にのぼるものも珍しくない）。

また、裁判例は、（原始的な）私傷病を抱える労働者についても、それを使用者が知っているか知るべき場合、その者の健康状態に応じた適切な対応を行う義務があるとしている。

その他、企業等には、ブランドイメージの低下、休業日数の増加（労働日数の喪失）、不調者内外の帰属意識やパフォーマンスの低下など、さまざまなマイナス効果がもたらされる。

よって、企業等にとって、民事上の安全衛生配慮義務（労働契約法第5条）は、労働基準監督官よりずっと恐ろしいミサイルであり、メンタルヘルス不調者は、いつ、どのように作動するかわからないミサイルの発射装置と認識されることになる。

現実に、筆者が行う講話でも、安全衛生対策の実施のモチベーションとして最も有効な説得材料は、経済的損失の回避であることが多い。多くの企業等は、あるいは産業保健スタッフであっても、精神障害を抱えるトラブルメーカーに悩まされた経験を持ち、一種のアレルギーやトラウマを持っていることが少なくなく、人材質の向上に繋げるという視点はあまり持ち合わせていないのが実態といえよう。

1.5 メンタルヘルス対策はペイするのか

では、メンタルヘルス対策は、現実にペイするのだろうか。

一般的な労災予防のコストパフォーマンスについては、1：2.7（企業が安全な状態を維持する費用：それから得られる効果）という中央労働災害防止協会による調査データがある。物理的な災害においてもコミュニケーション不全等を背景とするヒューマンエラーが多いことを考えると、人的措置を講じることが求められる。しかし、その多くは人間工学等を踏まえた物的対策によってかなりの程度対応することが可能であった。

他方、メンタルヘルス事案の多くは、まさに経営システム・体質や人材質に深く関わるコミュニケーション不全に起因している。よって、その対策は、人的対策が主となり、それも個々の労働者の価値観の多様化を前提に、彼（彼女）らの個性や価値観、ペースに合った人事労務管理を行う必要に迫られる。客観的には単なる「わがまま」と解されるような言動への対処も求められることが多いであろう。すると、必然的に、企業秩序という集団統制概念や効率化の要請などとぶつかる場合が多くなり、企業等では負担感ばかりが増すことになる。

そしてこの理解は、以下のような負のスパイラルを招きがちとなる。

(1) 企業等において、「厄介者」は排除しよう、という組織心理が蔓延する。

(2) 既に不調状態にある者は、ますます症状が悪化し、不調状態にない者は、自分は厄介者になってはいけない、という強迫観念に囚われ、多少不調状態に陥ってもやせ我慢してしまう。

(3) 短期的に目に見えやすい業績を挙げ、言いたいことも言わず、自身の「生き残り」を図ろうとする者が増え、職場における「安心と信頼の関係」が希薄

化する。

(4)結局、新たな不調者が生まれ、他方では排除された者による訴訟のリスクも高まる。

そこで、このようなスパイラルを招かないための発想の転換が求められることになる。

たしかに、メンタルヘルス不調者に対する3次予防（：災害発生[この場合には疾病障害発症]後の再発や増悪の防止）では、「on demand」で「order made」の「多面的」かつ「継続的な」措置や受容ないし support が求められることとなるため、職場ないし事業者に相応の負荷がかかる可能性がある。そして、上述した通り、最悪の事態に至った場合に企業等にかかる総体的なコストとの兼ね合いからも、これはこれで丁寧に実施しておく必要がある。

しかし、最も重視すべきは、目に見えにくい問題ほど、1次予防（：災害発生[この場合には疾病障害発症]自体の防止。なお、2次予防は、災害発生過程での早期発見・介入による防止を意味する）に尽力する方が却ってコストがかからず、むしろ経営改善に資する可能性が高い、という事理である。

では、有効な1次予防策とはなにか。

理念的には、「組織としての成熟化」を図ることであり、組織の質を支える「個々の人材質の成熟化」を図ることであろう。要は、仕事内外を通じ、個々の従業員の人格的な成長を図らしめることに他ならない。それは、組織としての「懐（多様性・柔軟性・通気性）」や「バランス（父性と母性、5感を使った作業など）」の回復をもたらすからである。

問題はその実現手段だが、個人に先んじて組織自身が率先して範を示すという意味でも、企業等の事業者が当該組織の個性（強み、弱みなど）を客観的に把握し、強みを伸ばし、その方向性について積極的に従業員にコミュニケーションしていくことが求められるように思われる。産業組織心理学の研究でも示されているように、そのような取り組みは、従業員の納得や共感を生み、自発的な職務精励の原動力となり得るからである。そして、自発的な職務精励とそこから生じる自己効力感、個々人のストレス耐性を強化することにも繋がる。まさに、「己を知り、敵を知らば、百戦危うからず」というとても基本的なことだが、日本の企業等の中には、今、「生き残り」の名の下に、こうした視点を欠いている（：実質的に他の後追いに終始している）ところが少なくないように思われてならない。

メンタルヘルス対策は、その積極活用により、組織の生産力の本質的な改善に繋げることも不可能ではないのではなかろうか。

1.6 公権力による職域ストレス対策の先駆例～デンマークモデルの紹介～

1.6.1 制度構築の経過と背景

日本における職域ストレス対策は、基本的には各企業等の自主的な取り組みに任せ、行政は、行政規則等の形式で法的拘束力のない誘導策を講じて来た。行政施策や企業等の自主的な取り組みに強力な圧力をかけたのは、企業等に高額な賠償金額の支払を命じたり、行政による労災保険給付の不支給決定を高い割合で覆して来た司法判断である。むしろ、心理社会的な労働環境整備に自発的かつ先駆的に取り組んできた企業もあるが、一般的に言えば、ほんらい予防段階で果たされるべき労働者参加は、先ずは遺族の参加、次に被災者の参加という形で果たされてきたという皮肉な結果になっている。

他方、国外に目を転じると、既に公権力による職域ストレス対策が制度として構築、運用されている例がある。その先駆はEUの加盟国の1つであるデンマークであり、ローマ条約118条(a)に基づく1989年「安全衛生の改善に関する基本指令」発令以後のEC（≠EU）における職域ストレス対策への取り組みを受け、まさに先駆的な取り組みを行っている（ECにおける職域ストレス対策にかかる政策展開の概要については、国際安全衛生情報センターのWEBページ（http://www.jniosh.go.jp/icpro/jicosh-old/japanese/topics/health/mental_health.html）などを参照されたい）。日本の今後の法政策の展開を展望する意味でも、各企業等におけるストレス対策について検討するうえでも有益と解されるため、以下、その概要を紹介する（以下の説明は、基本的に、小田切優子、Mette Boegehus Rasmussen「デンマークにおける産業ストレス対策」産業ストレス研究, 16, 217-222(2009)による）。

（http://www.jniosh.go.jp/icpro/jicosh-old/japanese/topics/health/mental_health.html）などを参照されたい。

周知の通り、デンマークは、社会保障等において高福祉高負担の基本政策を採る北欧の小国であり、労働政策でも、国にとって最も大切な資源は「人」であるという伝統的価値観を共有してきた。かような国民的価値選択の下で、2007年の国民1人あたりのGDPは世界第7位（日本は22位）という成果を収めている。

職場の心理社会的労働環境の整備については、1975年に制定（1999年に改編）された労働環境法が明文規定を置いており、過料、業務停止、禁固刑など厳しい履行確保手段を採用している。もっとも、公権力による心理社会的労働環境整備が本格化したのは、それから四半世紀を経過して以後のことである。先ず、2002年に同法を具体化するガイドラインが公表され、全ての企業に労働環境の評価が義務づけられた。その2年後の2005年には、労働環境審議会の答申を踏まえ、デンマーク政府により、2010年を期限とする心理社会的労働環境による疾病休業の10%減少を目標に含む国家的労働環境戦略（5カ年）が策定され、さらに2007年には、心理社会的労働環境の改

善を強力に推進する国会の決議がなされ、これにより、労働環境監督署による査察がいよいよ本格的に実施されることになった。

そして、こうした制度構築の裏側には、彼国において、サービス産業の雇用増加率が全産業で最も高く、速い技術進歩、就業者年齢の高齢化等を背景に、ストレス対応の必要性が高まっていたという事情もある。

1.6.2 法制度の具体的内容

1.6.2.1 特徴の描出

次に、その制度の具体的内容について述べる。まず、とりわけ特徴的な点を挙げれば、以下の通り。

(1) 事業者は、労働者、労働者から選出された安全衛生スタッフ、産業保健専門職と協議しながら労働環境整備のためのPDCAサイクルを構築し、維持すべきこととされている。

(2) 労働環境監督署が、職場環境整備計画の策定や（労働者参加の下での）実施についてチェックすることとされ、併せて後述するスマイリーマークシステムが採用されている。

(3) チェックの評価項目には、心理社会的ストレスも含まれている。

職場環境評価方法は各企業に委ねられているが、業種ごとのチェックリストが労働環境監督署のWEBで配信されている。

1.6.2.2 監督署による査察

次に、労働環境監督署による査察にかかる一連のプロセスについて述べる。

このプロセスでは、まず、監督署が心理社会的労働環境と物理的労働環境について、初回については事前通告のないスクリーニング査察を行う。その手法は、現場リーダーや現場労働者等へのインタビュー、独自の観察、職場環境評価記録や疾病休業データ、作業関連疾患発生率、離職率等の確認などであるが、心理社会的労働環境については、①量的負担（仕事量やペース）、②感情負担、③職場での暴力や脅威、④夜勤・交替制勤務、⑤職場でのいじめやハラスメントの5つが、主要な危険因子として査察官用のガイダンスツールに掲載されている。

査察の結果、健康リスクありと評価されれば、労働環境庁(DWEA)より改善命令が発令され、事業者は、労働環境庁の指導を受けながら8週間以内に問題点改善のためのアクションプランを作成することを求められる。作成されたプランは、労働環境庁による再評価を受け、諾とされれば、後は企業による問題改善の実行に委ねられることになる。

1.6.2.3 スマイリーマークシステム

デンマークモデルの中でも最も特徴的な点の1つが、スマイリーマークシステムであり、これは、労働環境監督署によるスクリーニング査察の結果を、以下のような緑（王冠付、なし）、黄色、赤という4種類のスマイルマークで示し、公開するという仕組みである。

例えば、初回査察の結果、上述した指標から心理社会的労働環境に問題ありと評価されれば、その企業には黄色のマークが与えられる。にもかかわらず、その後に作成されたアクションプランの再評価で不十分と判断されれば、いよいよ赤色のマークが与えられる、といった運用がなされる。

その公開は、WEB上でなされ、個別企業が得ているマークの検索も容易なため、労働環境整備が遅れている企業にとっては強力な改善圧力となる。



1.6.3 制度の効果と日本への示唆

以上がデンマークモデルの概要だが、問題はその効果である。

上述したように、現段階では、2005年の国家的労働環境戦略の実施期間内にあり、各年のデータは、これまでもおおむね5年ほど遅れて公表されてきたことから、当該戦略の効果について、疾病休業率などのデータの側面から確認することはできない。しかし、①監督署による改善命令件数が増加傾向にあること、②職業性ストレス問題を抱える企業の約6割が労働環境監督署の提供する環境改善アクションプラン作成指導を受けるようになっていること、の2点は既に確認されており、このうち①については、事態が悪化しているというより、これまで潜在化していた問題が顕在化していることの反映と推察されている。

ただし、そのシステムから示唆を汲むに当たっては、

①デンマークは小国であること、

②労働者参加の歴史的伝統を持ち、現在も労働組合の組織率が8割を超える国であること、

③高福祉高負担の政策を採る福祉先進国であること、などの国情の違いがあることに充分留意する必要がある。すなわち、日本のように人口も多く、社会経済構造が極めて複雑な国でこそ生じ得る、組織や社会、

個々人の「未熟さ」などの問題が共通しているかは不明である。

もともと、物理的、心理社会的労働環境の改善が企業経営等に貢献することは、デンマークと同様のシステムを採用するイギリスにおいても既に経験済みであり（柳田亜希子「イギリスにおける職業性ストレス予防のためのリスクマネジメントへの取り組み」産業ストレス研究, 16, 223-227(2009)を参照）、物心共に経営状態が良いか、良くなる可能性を秘めた企業ほどメンタルヘルス問題も少ないことは、おそらく国際的に共通している。

よって、たとえ日本型の展開を図るにしても、産業精神保健におけるPDCAサイクルの構築・維持・発展の必要性は認められようし、特に日本では、個人と組織を成熟化させるための、各企業独自の経営・人事労務モデルの開発（構造的、分権的アプローチ）が求められよう。

そのためにも、職域におけるメンタルヘルス問題を単なる「厄介ネタ」と考えず、人材質向上のための素材と考える方がより建設的ではなかろうか。むしろ、メンタルヘルス不調に器質的なもの、内因性のもののほか、家庭環境などの生育環境に由来する性格傾向等の本人要因によるものも多いことを考えれば、企業等に、病気の治療、家庭教育や社会教育まで期待することは現実的でないにしても、企業等なりに個人や組織・社会の成熟化に貢献できることはある、というCSRの視点も必要ではないだろうか。とりわけ人材質の向上という観点では、目に見えにくい問題への対応のあり方を考えることこそが重要なのではないだろうか。

2 Q&A～個別事例からのアプローチ～

以下では、以上で論じた基本論をふまえ、これまで筆者に複数寄せられた個別事例にかかる法律相談（Q）への回答（A）を試みる。ただし、Qでは、複数の同類の質問を加工集約するか、単独のものであっても、内容的な正確性を失わない範囲で加工したものを記載する。他方、Aでは、まさに上述の基本論を踏まえ、まずはQに対応する法的知見を示し、そのうえで、経営改善に活かすための視点について述べる。

2.1 Q1

病歴を詐称ないし秘匿した入社した者について、入社後に解雇（使用者側からの契約解除）することは法的に可能か？

2.1.1 対応する法的知見

平成12年12月20日労働省公表の行動指針（「労働者の個人情報保護に関する行動指針」（「行動指針」））は、労働者の医療上の個人情報につき、以下の場合を例外として、収集禁止の原則を定めている（行動指針第2・2（5））。

「①法令に定めがある場合、及び

②就業規則等において、個人情報処理に従事する者が、業務上知り得た個人情報の内容をみだりに第三者に知らせたり、不当な目的に使用してはならない旨を明記すること

③次に掲げる目的の達成に必要な範囲内で情報を収集すること

（イ）特別な職業上の必要性

（ロ）労働安全衛生及び母性保護に関する措置

（ハ）その他労働者の利益になることが明らかであって、医療上の個人情報を収集することに相当の理由があると認められるもの」

また、こうした収集禁止原則に反し、労働者が質問を受けた場合につき、解答を拒否したことを理由とする不利益措置の禁止規定も設けられている（第2・2（6））。

加えて、これらの制限除外に該当する場合にも、直接収集原則の適用は維持されるとしている。

他方、最近の裁判例（富士電機E & C事件名古屋地判平成18年1月18日労働判例918号65頁）は、採用後の労働者について、現行の労働安全衛生法令や、被告会社の就業規則（安全衛生規程）の定めを踏まえ、被告会社の負う安全配慮義務について検討を加える中で、以下のように述べている。

「確かに昨今の雇用情勢に伴う労働者の不安の増大や自殺者の増加といった社会状況にかんがみれば、使用者（企業）にとって、その被用者（従業員）の精神的な健康の保持は重要な課題になりつつあることは否めない」。

「しかしながら、……精神的疾患については、社会も個人もいまだに否定的な印象を持っており、それを明らかにすることは不名誉であるにとらえていることが多いことなどの点でプライバシーに対する配慮が求められる疾患であり、その診断の受診を義務づけることは、プライバシー侵害のおそれが大きいといわざるを得ない」、と。

このように、従来の判例や行政解釈は、企業等による労働者ないし労働者となろうとする者のメンタルヘルス情報の収集を完全に禁止しているわけではないが、誤解や偏見を受け易い情報であることを重視して、厳格なプライバシー保護の必要性を説いている。

したがって、病歴の詐称、秘匿等を理由とする入社後の解雇は、原則として

許されないと解される。

ただし、精神障害のゆえに、職務遂行に具体的な支障が生じた場合には、使用者側が配置転換、休業、勤務軽減など一定の解雇回避努力を尽くしてもなお雇用を継続できない事情がある場合（精神障害が職務遂行に支障を生ぜしめる蓋然性、長期間にわたる通院の継続と回復の見込みがたたないことなど（大阪地判平成19年7月26日労働判例953号57頁などを参照されたい））には、解雇が正当化される場合もある。

また、使用者が調査できない疾病（私傷病）を秘匿している以上、たとえ通常人ならば耐えられる業務によりそれが増悪して災害に発展したとしても、一般に、使用者側の予見可能性が否定され、過失責任は問われ得なくなると解される。

2.1.2 経営改善に活かすための視点

①問いのような問題が発生した場合には、採用手続・手法の見直し、特にペーパー試験偏重姿勢について再検討する必要があるだろう。もっとも、あからさまな心理・適性テストは、相手方の明確な同意を得ない限りプライバシー（権）侵害に該当する可能性があるので注意が必要である（行動指針第2・6（2）等を参照されたい）。

なお、最近では、採用面接に産業医を同席させる企業等もあると聞く。法的に違法とまではいえないが、面接者の同意のない診療（医療行為）を行うことともなりかねず、医師としての職務倫理に抵触する可能性もあるので、医師としての立場で面接に参加させることは、極力控えた方がよい。

②また、採用時のスクリーニングが奏功せず、採用前から精神障害の基礎疾患や素因を有する者が採用後に発覚した場合に対応する合理的な配慮を含めたリスクマネジメント手法や体制の整備が必要となる。

2.1.3 医師が患者に協力して虚偽の診断書を作成し、企業に提出した場合について

前項の②に関連して、標題のような場合における医師の法的責任のいかんが問われるが、まず、刑法典上の虚偽診断書作成罪は、公務所に提出するもののみが対象となるため、企業等宛ての診断書には適用できない。同じく刑法典上の私文書偽造罪も、原則的に名義詐称を対象とするため、通常は、患者が医師名を語り診断書を偽造するなどした場合にその患者の刑事責任を問うことしかできない。医師法などにもこれを処罰する規定はなく、そもそも精神科の診断は、極めて困難であり、相対的な面を持つことも事実である。

もっとも、医師が患者たる労働者を唆（そそのか）し、あるいは患者と通謀

して、故意に虚偽の診断名を記した診断書を作成したこと、患者たる労働者がこれをもって企業等に詐害行為を働いたことにより企業等が経済的損失を受けたこと、医師が診断書発行の時点でその用途を知っていたこと等の事実を立証できる見込みがあれば、詐欺の共同正犯ないし教唆罪として告発することも不可能ではない。また、当該医師の不法行為を根拠として、同人に対して民事上の損害賠償請求をなすこともできる。

しかし、現実問題として、その立証には相当に困難を極めるであろう。

現段階で、医師については、医師法に代表されるように、刑事罰、行政罰等を履行確保手段とする規制（刑法・行政法的規制）は、比較的緩やかである。むしろ、医師は、人の体にメスを入れたり、薬物を注入、処方するなど、一般人であれば犯罪に該当するような行為を特別に許された存在である以上、高いレベルの職務倫理による制約下であり、民事上の医療過誤訴訟においても、相応のレベルの注意義務水準を課されている。

しかし、刑法や行政法といった公法上の規制は、医師の高い専門性と倫理性を信頼して、比較的緩やかな設定とされている。つまり、医師にとって、通常、最も説得力を持つのは、法律よりも医道倫理といえよう。

2.2 Q2

ヒステリー症状を起こし、職場で何度か倒れた従業員がいる。個人的に精神科クリニックに受診していることは判明しているが、病名までははっきりしない。とはいえ、その言動の総合的な観察からは、少なくとも倒れることには上司への当てつけがあるようにも感じられ、そのような行動が続くと、同じ職場の従業員に与える影響も大きい。使用者には、本人に対しても、他の従業員などに対しても安全配慮義務があることなどを伝え、たとえ本人が反対をしても強制的に休業させたいと考えているが、法的に可能か？

2.2.1 対応する法的知見

従前の判例（富国生命控訴事件東京高判平7年8月30日労働判例684号39頁、富国生命第2次事件東京地八王子支判平12年11月9日労働判例805号95頁など）でも示唆されているように、休職命令自体は、それを根拠づける就業規則等の定めがあれば、原則的には当該規定の定める範囲内で使用者の裁量により発令することができるが、休職により労働者が受ける不利益と労働者の健康状態のバランスがとれていなければならず、軽減業務への就労や

配置転換などで十分に就労可能な状態にあるにもかかわらず、不利益の大きい休職命令を発令すれば、違法評価を受けることもある。

問いのケースでは、先ずは本人に精神科専門医の診断を受けるよう勧奨し、拒否されれば該当する就業規則に従い業務命令を発すると共に、本人同意を得て産業医による情報提供依頼書を本人に携行させ、産業医に当該専門医の医療所見を確認してもらい、精神障害等の有無について、事業者に伝えさせる方途を採るのが適当であろう。それによって、仮に精神障害等へのり患が確認されれば、その可否、期間等につき産業医の意見を聴取したうえで、事業者において休職命令を発令することが可能となろう。

他方、仮に精神障害等へのり患が確認されなければ、再度本人に何らかの疾病障害の有無を質したうえ、何らの障害もないことが確認されれば、該当する就業規則規定と職場秩序の紊乱（びんらん）などを根拠として、配置転換、懲戒処分としての休職処分などの人事上の措置を講じることが可能となろう。

なお、仮に本人が精神科専門医への受診ないし企業の産業医から当該専門医への情報提供依頼の橋渡し等を拒む場合、問いのケース（職場内で何度か倒れた等の事情）を前提にすれば、該当する就業規則規定の存在を前提として、その時点で懲戒処分を含めた人事上の措置を講じることが可能であろう。

もっとも、精神的に錯乱しているなど正常な判断能力を失った状態であれば、日常的には可能な対応ができない場合もあり得るので、正気を取り戻すまでしばらく時間を置く、カウンセラーや信頼関係のある同僚や上司から話を聞く等の工夫をこらす必要はあるであろう。

また、非医療人の目からみても明らかに異常が伺える場合には、直ちに休職命令等を発令することも可能と解される。

2.2.2 経営改善に活かすための視点

①職場で異常な言動をとる労働者が現れた場合には、まずは上司、同僚など周囲の者が適切な対応を図る必要がある。上司など特定の個人が敵視されている場合には、日頃から本人と信頼関係のある者が、毅然と、かつ暖かい対応を行う必要があり、上司はそれをリードする必要がある。とりわけそのような言動をとるおそれのある者がいる場合には、産業保健スタッフ等への橋渡しも含めた緊急対応マニュアルが整備され、関係者に周知されている必要があり、適切な対応が可能な者が職場近くに配置されている必要がある。

②異常な言動が生じた場合には、本人の職場からの隔離が必要だが、隔離の後には、単に腫（は）れ物扱いするのではなく、信頼関係のある者や産業保健スタッフ等から、本人の行動の原因を優しく丁寧に聞き出す必要がある。人事労務管理部門ないし事業者は、本人をそこまで追い込んだものが何なのか、的

確に把握し、かつ最大限の心理的ケアを行っておく必要がある。たとえ詐病であったとしても、本人が心理的に追い詰められている可能性は充分にあるからである。

いずれにせよ、事情にもよるが、「臭いものにフタ」という姿勢は、本人にもその他の労働者にもあまり良い結果を生まないことが多い。

筆者自身、法律実務において、相談中に突然異常行動をとるようなクライアントにも遭遇したことはあるが、そのような時にこそ、人間としての胆識、胆力が問われる。繰り返しになるが、まずは、毅然と、かつ暖かい対応をとる必要がある。

2.3 Q3

職場に休業と復帰を繰り返している休業者がいる。復帰の際には、毎回、主治医の診断書を提出するのだが、結局、職場や職務に適応できずに休業に至る。そこで、次回の復帰の申し出があった際には、これまでの復帰の認定基準を厳しくしようと考えているが、法的に許されるか？

2.3.1 対応する法的知見

中災防編著における筆者の解説（三柴丈典「職場復帰をめぐる法律上の諸問題～法学者の立場から～」中央労働災害防止協会編『心健康・詳説・職場復帰支援の手引き』（2010年）148頁以下）でも詳述したが、休業者の職場復帰措置については、当該事業所の就業規則の定め方いかんにも一定程度左右されるが、法的には、休業者が、休業原因となった疾病が、そのような状態であれば休業に至らなかった程度に快復または症状固定したことが医学的に裏付けられれば、（少なくとも所定賃金支払義務との関係では、）当該労働者に労務給付の履行の提供があるものとして、また休業制度の解釈などから、使用者に復職させる義務が生じるものと解される。

また、たとえ休業者の健康状態が従前の業務を100%遂行できる程度にまで快復していなくても、短期間（これを2～3ヶ月と示した判例もある）の軽減業務、慣らし勤務等により、特別な措置を必要とせずに本来業務を遂行できるまでに快復が見込まれる状態であれば、復帰させる義務が生じるものと解される。

むろんその際には、労働者の健康状態のみならず、受け入れ企業側の職場事情等も考慮されるが、あくまで客観的に認められる事情でなければならない、恣

意的な条件（基準）操作は許されない。

そして、以上の原則が、休復職が度重なった場合であっても基本的に変わらないことは、大阪府保健医療財団事件大阪地判平成18年3月24日労働判例916号37頁からも伺える。

すると問いのケースで相談者の望む手段を採るための方法は、おおよそ以下の2つに絞られるように思われる。

その1は、診断書を発行する/した医師に、従前の経過を踏まえ、復職認定基準を引き上げてもらうことである。むろん、医師の医学的判断の実体自体を干犯することは法的にも問題があるが、企業側が、産業医等を通じ、当該労働者の職務上求められる能力要件や、本人同意を得たうえで、従前の経過等について、当該医師に伝達することや、それを契機として、やはり本人同意を得たうえで、本人の健康状態等について、産業医等を通じてコミュニケーション（情報交換）を行うことに何ら問題はなく、主治医に応分の謝礼を支払う等の配慮をなす限り、主治医側から忌避されることもさほど多くはないと思われる。

その2は、就業規則において、休職期間算定にかかるクーリング・オフの条件（従前の休職期間が算入されず、1から計算し直されることとなるのに必要な条件）を明記しておくことである。たしかに、就業規則において休復職を繰り返すこと自体を制限したり、その繰り返しがあった場合に復職条件自体を厳格化するような定めを置くことは、司法によって合理性を欠くと判断される可能性を否定できない。しかし、短期間内の休職の繰り返しが、最長休職期間に算入され、ひいては休職期間の満了を導くこととなる旨の定めは、必ずしも不合理なものとはいえないであろう。

2.3.2 経営改善に活かすための視点

①まずは、使用者において、産業保健スタッフ等と休業労働者とのコミュニケーション等による本人の状態把握が的確になされているかを確認する必要がある。

②次に、間歇的に休業するよりも、完治ないし寛解するまで、あるいは仮に改善可能なストレス要因が職場にある場合、職場側の対応が完了するまでは、じっくり休んだ方がトータルでは本人と職場の双方にとって不利益が少ないということを、本人に納得させる必要がある。また、そのような理解を共有する職場風土を醸成する必要がある。そのためにも、管理職ないし一般従業員向けのメンタルヘルス教育を十全に実施し、メンタルヘルス不調などに関する関係者の理解を深める必要がある。

③加えて、素因や性格傾向など本人要因が大きいと思われる場合、まずは本人を説得して専門科を受診させ、それが医学的な疾病障害に当たるか否かを確

認し、その快復可能性や、快復にかかる期間などを産業医等から聴取する。それが企業等の休職期間や人事労務事情等に照らして受容ないしサポートできる範囲内にあれば、できる限りの措置を講じることが望ましい。

たしかに、医学的な疾病障害ではなく、本人の人格や家庭環境等による可能性が高い場合には、一朝一夕に正常化されることは少ないので、解雇や自然退職措置を念頭に置く必要は生じるが、そのような措置に至るまでは、企業等として可能な範囲のコーチングやカウンセリング等の厚生を試みることを望ましい。

もっとも、困難な障害を経て快復に至った労働者には、十分な快復と客観知識の修得を前提に、組織内のメンタルヘルス対策の要（かなめ）として活躍してもらう方途も考えられる。疾病障害り患と復調の経験者であれば、対象者の状況に対する理解も及び易く、正直に話を伝え易い、という不調者もいるであろう。

そして、企業や職場に「大切にしてもらった」という感謝の気持ちを持ち得る人材ならば、そのような職務のみならず、組織に貢献する職務であれば、誠実に取り組んでくれるようになる可能性もあり、また周囲の労働者の組織への帰属意識を高める核となる可能性もある。

不調者を不用意に切り捨てる姿勢は、そのようなチャンスを失し、場合によっては、周囲の者の帰属意識を低下させる危険性を孕（はら）むことは、銘記さるべきであろう。

2.4 Q4

メンタルヘルス不調で休業中の労働者に産業保健スタッフ（産業医、産業看護職等）が定期的に連絡をとったり、保健指導を行うことの法的リスクにはどのようなものがあるか？

また、実効的な対処法があるか？

2.4.1 対応する法的知見

一般的に言えば、疾病休業中の労働者に対しては、企業等の履行補助者に当たる産業保健スタッフは、なるべく関わりを絶つか、徹底的に関与して面倒をみるか、どちらかの手段をとることが法的なリスク回避に繋がる。前者では、本人との密接な接触関係に基づく保護責任の発生を避けることができることによる。他方、後者では、たしかに、産業保健スタッフによる積極介入は、（同ス

スタッフと雇い主たる事業主双方の) 保護責任を高め、万が一自殺などの災害が生じれば、法理論上、両者の法的責任が認められ易くなる。しかし、万が一訴訟に発展した場合でも、十全な措置(配慮)を尽くしたことを企業側が主張立証できれば、手段債務は尽くされたと判断される可能性が高いであろう。

むしろ、病気休業の趣旨を損ねるような disturb は抑制されねばならないが、一般に、「手厚く」「的確な」介入は、疾病の改善可能性を高めるであろうし、いわずもがな、介入結果の成否を問わず、心情的に法律上の争訟への発展を阻むことが多いであろう。

ただし、特に産業保健スタッフが精神科医療に詳しくない場合等には、本人の主治医(精神科専門医)等を介して連絡をとる方が良い。万一、産業保健スタッフの過剰な介入が何らかの被害を生じた場合には、本来の予防医療者としてではなく、治療者としての過失の判断基準を適用される可能性もあるからである。

また、たとえ十全な配慮を尽くす場合にも、実際に行った措置については、なるべく詳細に記録しておくことが、法的なリスク回避に繋がる。

2.4.2 経営改善に活かすための視点

昨今、休業中の労働者に対しても、できる限り親身で良心的な産業医療的ケアを行おうとする産業保健スタッフに対し、その失敗等の責任が企業に及ぶことを恐れ、事業者や人事労務担当者がストップをかけようとする、といった事態が現実には生じている。

上述した法的知見からも、企業等として慎重になる気持ちは分らないではないが、実際に企業等に法的責任が認められるには、産業保健スタッフの措置にかかる過失、損害、その両者間の相当因果関係、帰責性(答責性)等が認められることが要件となるし、司法も、本人の業務や疾病の性質等を踏まえ、個々の要件判断内外で、産業医療人の良心や熱意を阻まないよう応分の配慮をなすであろう。

そして何より、本人を気にかけているという組織の気持ちを伝えることがプラスに作用する場合も少なくない。

よって、杞憂によって、本人の快復可能性、復職可能性、復職後の職務定着可能性などを阻むことは適切ではない。

もっとも、コンタクトをとる産業保健スタッフが、精神科の専門知識を有していること、本人の気持ちに配慮でき、本人が信頼できる者であることが条件となるので、そうした条件を満たす者がいない場合、本人の主治医等を通じたコンタクトを図ることが望ましい。

要は、確かな学識を踏まえた思いやりが求められるものといえ、その意味で

も、メンタルヘルス不調による休業者へのコンタクトは、基本的には産業保健スタッフに委ねた方が良いが、管理職等も、メンタルヘルス不調に関する基本的知識を修得しておく必要はあるであろう。

2.5 Q5

メンタルヘルス不調で休業中の労働者が、ダイビングや海外旅行など遊びに外出することを、「休業中は療養に専念すべき」との社内規定の適用により制限することができるか？

2.5.1 対応する法的知見

メンタルヘルス不調（≡精神障害）は、複雑多様、多層的であり、いわゆる非定型うつをはじめ、その類型、程度によっては、「好きなことならできるが、仕事などとなると急に体調が悪くなる」といった様相を呈するものもあることが、一般にも知られるようになって来ている。

そこで、休業期間中の療養を労働者に義務づける就業規則規定は、特に期間中に賃金が支払われている場合、その一般的な合理性は一定限度で認められるとしても、改めて解釈適用のありようが問われることになる。

結論的にいえば、精神科専門医により、休業が必要だが、疾病障害の性質上、好きな活動を行わせてあげることが療養のためになる、といった診断がなされれば、安全衛生配慮義務等の一環としても、企業側にはそれを尊重する義務が生じると解される。

精神領域での疾病障害の性格上、そのような場合には、一定期間、「好きな活動をさせること」こそが、就業規則規定所定の「療養に専念する」に該当するとの解釈も成り立ち得ること、仮にそのような解釈が困難でも、身体疾患を想定していると解される就業規則規定を精神領域での疾病障害に一律的に適用することは不当ないし不合理と解される場合もあり得るからである。

もともと、そのように診断の困難な疾病障害であれば、医師により診断に相対性が生じる可能性も充分にあるので、状況によっては会社の指定医等でセカンドオピニオンを求めさせることも可能であろう。その意味でも、企業等として、「信頼できる」精神科専門医とのつながりを日常的に保持しておくことは、極めて有益である。

また、たとえ医学的に妥当な診断を得て休業中に「好きなこと」を行うことを許された労働者であっても、そのことを職場に吹聴するような行動をとれば、

職場秩序を乱したとして、該当する就業規則規定を根拠に懲戒処分等の人事措置を講じること、おおむね正当化されると解される。むろん、精神領域の疾病障害患者は、正常な判断能力を欠く場合もあるので、意思能力との関係から、疾病障害ゆえの言動について懲戒処分等を下すことには慎重でなければならないが、疾病障害のレベルを超えた非違行為に対して制裁を加えることは可能だからである。

2.5.2 経営改善に活かすための視点

①目に見えにくい問題については、職場の上司等が不用意に素人判断するのではなく、専門家の所見を踏まえて対処することが求められる。

②もっとも、専門家の所見だからといって、必ずしも客観性、妥当性が担保されているとは限らないので、事情によっては本人にセカンドオピニオンを得させるなど、慎重な対応が求められる。

2.6 Q6

企業等は、就業規則において、休職期間満了後の退職を「自然退職」と定めておけば、解雇に関する法規制を免れることはできるか？

2.6.1 対応する法的知見

就業規則における、休職期間満了後の「自然退職」規定の効力については、解釈が分かれている。

行政解釈（厚生労働省『労働基準法コンメンタール（上）』（労務行政、2005年））は、おそらくは当該規定の合理性を認め、労使間の労働契約の内容となるものとの趣旨で、法的に有効との解釈をとっているが、労働法学説（東京大学労働法研究会編『注釈・労働基準法（上）』（有斐閣、2003年）など）は、おおむね解雇と取り扱うべきであり、解雇権濫用規制その他の解雇規制の適用を受けると解している。

対して裁判例は、一般的かつ明確にそのいずれかと決しているわけではないが、たとえ退職（合意解約）としての取扱いを認めているものであっても、それが結果的に解雇と同様の効果を生じることを念頭に、おおむね解雇権濫用規制の適用に準じる厳しい制約を課して来た。そうしなければ、休職制度を使って、解雇規制の潜脱を許すこととなりかねないことも、理由の一つと解される。

よって、一般的な病気療養に必要な期間や同規模同業他社の平均水準を下回

るような短期間の休職しか保障されていない場合のほか、休職に至った経緯等の事情からみて不当と考えられるような場合には、そのような規定の適用による退職措置が違法無効になるとの司法判断を受ける可能性が高まるであろう。

なお、仮に休職の事由が業務上疾病であれば、労働基準法第19条及び第81条に従い、療養休業期間として最低3年間＋復職後30日間につき、公法上の解雇制限を受け、これに違反した者は、最高懲役6か月の刑事罰に処せられることになり、民事上も解雇は無効の扱いとなる。

また、この制約期間を経過し、労基法第81条所定の打切補償が支払われたか、労災保険法上の傷病補償年金（同法第19条）を受給することとなった場合にも、労働契約法第16条に定める一般的な解雇権濫用規制の適用は免れない。

そして、労働基準法はもちろん労働契約法第16条も強行規定と解されるから、使用者の定める就業規則規定の影響は受けない。よって、業務上疾病の場合には、有期契約労働者の場合をのぞき、就業規則規定のいかんにかかわらず、「3年間の疾病休業＋復職後30日間＋ α 」の解雇制限に服することに、じゅうぶん留意する必要がある。

いうまでもないことだが、業務上疾病であるにもかかわらず、私傷病として取扱うことは、それ自体が違法であり、たとえ業務上疾病に応じた退職措置の定めを置いていたとしても、本人の望まない解約は、私傷病の場合より、解雇とみなされ、それに応じた法規制を受ける可能性が高い。

2.6.2 経営改善に活かすための視点

周知のように、日本では、労働者の解雇に厳しい規制が課されてきたが、所定の業務をこなすことができない者については、判例でも解雇が正当化されると解されて来た。

しかし、たとえ私傷病であれ、疾病障害へのり患という、（生活習慣病などに関する議論はともかく、）本来的に労働者本人の責めに帰すべからざる理由により、「実際に」「即座に」解雇措置をとるとなれば、労働者やその家族に与える影響も大きく、人道的な抵抗感を生じ、他の労働者の組織帰属意識に悪影響を与える可能性もあるため、多くの企業等は、解雇の猶予措置としての休職制度を就業規則で制度化すると共に、その期間満了をもって「自然退職」とする方途を採用して来た。また、労働者の中には、（退職金算定方式、プライド、当該企業等での将来展望等との関係から）期間満了を待たずに、自発的に退職する者も少なからず存在した。

その意味で、保障される休職期間の長さを含めた私傷病休職者への待遇の厚さは、その企業等の従業員に対する福利厚生精神の厚さの象徴であり、かつ企

業等にとってもメリットのある有力な人事労務戦略ということもできた。

もともと、日本では、企業規模等により保障休職期間にかなりの違いがあるほか、特に大企業では、かなり長期間にわたる保障がなされてきた実態がある（その意味でも、メンタルヘルス不調問題の拡大は、大企業・中小企業間の二重格差を更に顕在化させているとも言えよう）。

一般に労働先進国といわれるドイツでは、国の法律（賃金継続支払法（Entgeltfortzahlungsgesetz））により、労働者が私傷病により休暇を取得する場合、使用者は従前の賃金の100%を支払うことを義務づけられているが、その期間は6週間にとどまる。また、医師が比較的容易に労働者の病气証明を行うため、病气休暇の過剰取得がドイツの競争力を損ね（てい）るとの議論もある。むろん、法律の定めとは別に、産業別の労働協約や、各事業所ごとの事業所協定などが、別の保障を設けてはいるが、日本の大企業ほどの保障があるかは疑問である。

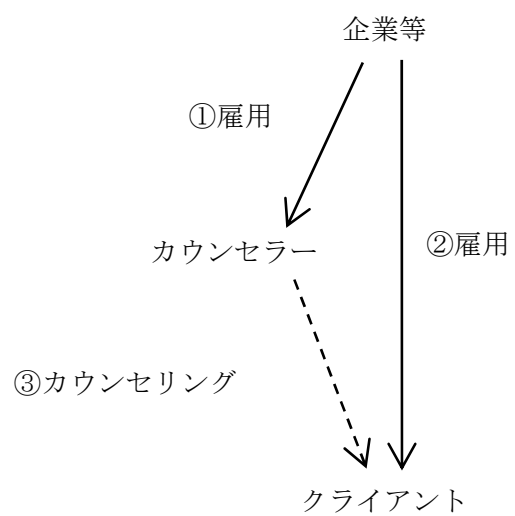
日本では、実質的に企業等、とりわけ大企業に社会保障の役割を担わせる政府方針が採られてきたと解されるが（逆にドイツなどでは、失業者や疾病休業者等に対する手厚い社会保障給付制度や再就職支援制度、転職労働市場があるが）、これを日本企業の強みとして残存させていくか、見直しを行うかは、まさに「この国のカタチ」を踏まえた各企業等における大きな経営判断の問題となるように思われる。

ただし、精神領域での疾病障害については、業務上外の判断が困難な場合も多いので、保障休職期間についての見直しを行う場合には、機械的な私傷病扱いへの誘導の実態がある限り、そのような慣行も併せて見直す必要が生じるであろう。

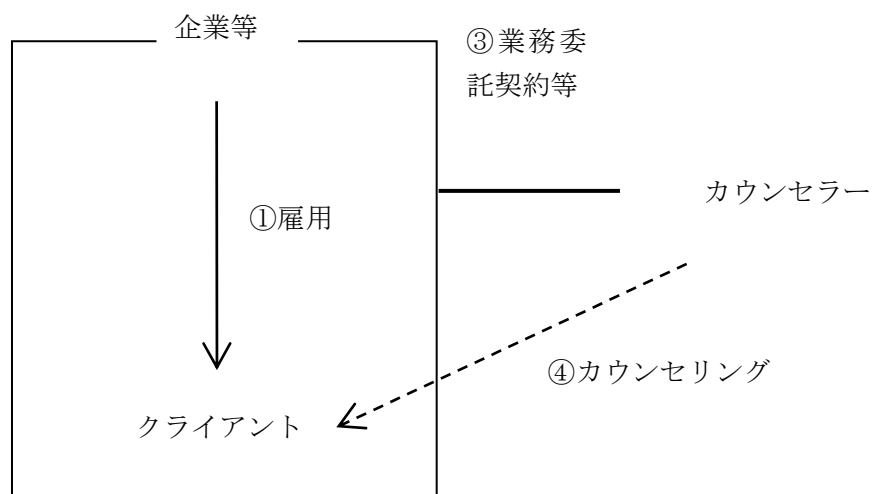
2.7 Q7

一般に、企業等と雇用契約を結ぶか、業務委託契約等を自ら結ぶかそのような契約を結ぶ機関に雇用されて、その企業等で業務を遂行するカウンセラーは、その企業等の労働者に対するカウンセリングで知り得た個人情報や、どこまでその企業等の人事労務担当者や産業保健スタッフ、直属の上司、はたまた本人の家族などに提供することが許されるのか？

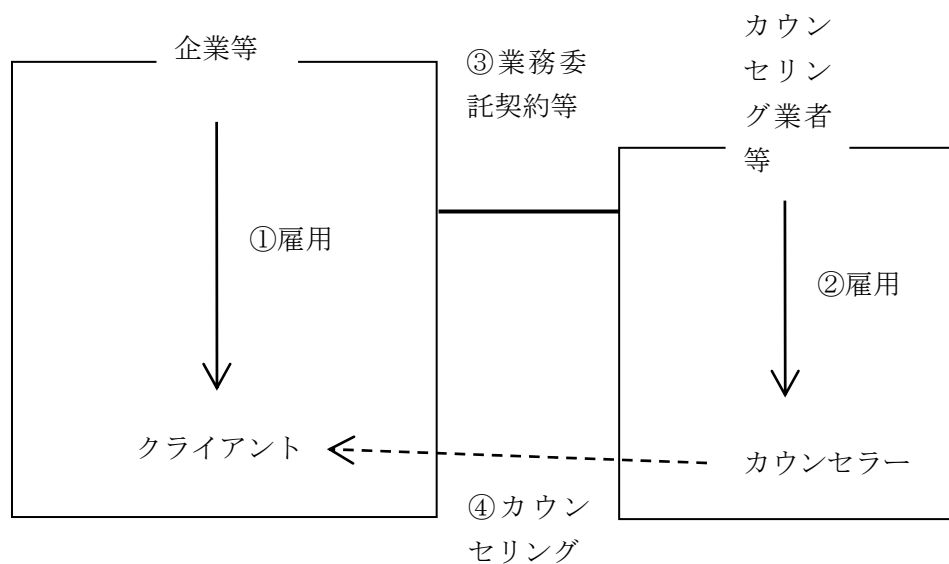
(図 1) 企業等が直接カウンセラーを雇用している場合



(図 2) 企業等がカウンセラー個人と業務委託契約等を結んでいる場合



(図 3) 企業等が業務委託契約等を結んでいる業者に雇用されている場合



2.7.1 対応する法的知見

この問題について考えるに当たっては、先ず、以下の法知識を踏まえる必要

がある。

①メンタルヘルス不調に関する個人情報は、極めて機微な情報として、他の多くの個人情報よりも相対的に保護の必要性が高いが、関係者によるアクセス及び活用の必要性も相対的に高い。

②よって、利用目的等を知らせた上での本人同意を得られれば、原則として他者への提供に法的な問題は生じない。

③個人情報保護法では、図1の場合におけるカウンセラーへの情報の伝達は、当該企業等への情報伝達と同じ意味を持つ。つまり、同じ法人内での情報伝達は、第三者提供には該当しない。また、図2、図3の場合にも、その企業等がカウンセリングにかかる情報管理をカウンセリング業者やカウンセラー個人に委託している場合には、その業者やカウンセラー個人にとってその企業等は、第三者には当たらない。

④図1のカウンセラーは、民法上、事業者の履行補助者としての位置づけにあることから、当該カウンセラーへの情報提供は、事業者への情報提供と同視される。図2、図3の場合も、企業等によるカウンセラーに対する指揮命令の実態が認められる場合には、当該企業等の事業者の履行補助者とみなされることもあり得る。

⑤もっとも、個人情報保護法の定めとは別に、憲法規定に基づく民法上の法理として、プライバシー（権）の法理があり、労働者の個人情報、とりわけ機微な情報については、その法理に照らした慎重な取扱いが必要となる。

⑥カウンセラーには、医師（刑法第134条）や保健師・看護師・准看護師（保健師・助産師・看護師法第42条の2）とは異なり、現段階では法律上の守秘義務が課されていない（もっとも、改正刑法草案第317条第1項では規制対象に含まれていた）。よって、その守秘義務は、企業等やクライアントとの契約において個別に設定されなければならない。もっとも、臨床心理士会やカウンセラー協会などの職能団体に倫理規定があり、カウンセラーがカウンセリングに際し、倫理の趣旨を超えて、その遵守をクライアントにあえて「約束」するなどすれば、法的にも1つの特約（契約）として、一定の拘束力を認められる可能性はある。

以上の法知識を踏まえ、問いについて考えると、以下のようにいえる。

①まず、当該クライアントによる自傷他害、他者による当該クライアントの生命・身体・財産への危害、当該クライアント自身の症状の悪化等、本人内外に関わる重大な被害が予想される場合、カウンセラーは、図1～3の類型のいかんを問わず、必要な情報を対応可能な関係者に提供することを正当化されるのみならず、事業者の安全衛生配慮義務との関係からも、むしろ必要な情報提供の責務を負うこととなる。このような場合には、たとえ本人から守秘を依頼

されていたり、本人との間で守秘の約束を交わしていたとしても、影響は受けない。

②他方、そこまでに至らない一般的な健康情報等については、先ず、法律上の守秘義務を負う産業保健スタッフに提供することは正当化されようし、むしろ望まれる行為といえる。そうしておけば、本人直属の上司等から照会があっても、改めて産業保健スタッフに照会を行うよう対応することもできる。

③他方、産業保健スタッフがいない事業所などでは、必要性が認められる限り、必要な情報に限定して、自ら情報を加工する（ex. 「〇〇さんが疲労で不調状態にあるので配慮してあげて欲しい」 など）などして関係者に伝達することが求められると共に、正当化される。この点も、図1～3の種類のいかんを問わない。

④もっとも、カウンセラーは、自身がどのような立場でカウンセリングを行うのかについて、予めクライアントに告知しておくことが求められる。たしかに、「必要な場合には、自身の判断で関係者に情報提供します」などと告知すれば、カウンセリングそのものが成立しなくなってしまう危険性はあるので、説明の仕方には工夫が必要だが、カウンセラーが【企業等の産業保健スタッフの一員】なのか、【外部のスタッフ】なのか、といった最低限の情報については伝えておく必要があると解される。

2.7.2 経営改善に活かすための視点

職域におけるメンタルヘルス情報の保護と流通に関わる問題は、実のところ、当該企業等におけるメンタルヘルス不調の1次予防の問題そのものであると共に、企業経営（特に人事労務管理）の問題そのものという側面がある。

メンタルヘルス情報であっても、本人同意さえあれば、アクセスや活用が可能なことは前述したが、本人に自身に関わるセンシティブ情報を安心して関係者に伝達させるには、当然のことながら、当該労働者と関係者ないし企業等の間の信頼関係が必要になるからである。もとより、どのような条件下でも自己情報を容易に明かそうとしない者もいるが、職域における情報伝達によって偏見を持たれたり、不合理な不利益措置を受けるなどの懸念があれば、より多くの者が情報伝達を控えることとなろう。

そして、企業等の側が、十分な職域メンタルヘルス教育、不合理な不利益措置をとらないことの労働者への伝達等、信頼関係の構築に必要な措置を十分に講じていれば、にもかかわらず情報の過剰防衛を図る労働者については、以下のいずれかに該当しない限り、法的観点でも自己責任性が高まることとなり、労使間の責任負担の切り分けが進むことになるかと解される。

(1) 定期健診や面接指導等により不調状態が現に伝達ないし発見されていた

か、されるべきであったこと。

(2) 企業等が労働者の不調状態を招いても当然といえるような客観的に過重な労働条件を設定していたこと。

(3) 本人の身近にいる上司等の観察より、容易に不調状態を発見できる条件があったこと。

3 おわりに～ひとことメッセージ～

メンタルヘルス不調に関わる問題は、目に見えにくいだけに関係者の理解や対応が困難なことは事実である。逆説的だが、むしろそれだけに、労使共に、この問題に関する理解を深めることは、職域における人材質の向上に一定の貢献を果たすとも考えられる。もともと、日本人は、そして日本の職場は、国際比較的にも、「目に見えにくいことがら」を大切にする文明を持っていたと解され、それが日本の産業競争力の源泉の1つでもあったと解されるからである。

むろん、原始的なトラブル・メーカーに対するリスク・マネジメントの視点も重要だが、他方では、この問題を個人や組織の成熟化の素材として、経営改善に結びつける発想の転換が必要ではなかろうか。

父性と母性の両面を備えた、精神的にも快適な職場環境形成が図られることが望まれる。