厚生労働省厚生労働科学研究費補助金
労働安全衛生総合研究事業

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

総括研究報告書

＜第一分冊＞

主任研究者　　三柴　丈典

平成２３（２０１１）年度～２５（２０１３）年度

目　　次

＜第一分冊＞

Ⅰ．　総括研究報告書

諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果とわが国への適応可能性に関する調査研究　三柴　丈典　3

Ⅱ．　分担研究報告書

Ａ．　法制度の調査結果

１．　イギリスの産業精神保健法制度　三柴　丈典　139

１－２．イギリスのストレス管理基準（Management Standards）の効果が充分に確認されない理由に関する一考察

（１）公衆衛生学の立場から　堤　明純　315

（２）精神医学の立場から　佐渡　充洋　317

２．　デンマークの産業精神保健法制度　井村　真己　321

３．　オランダの産業精神保健法制度　本庄　淳志　363

４．　ドイツの産業精神保健法制度　水島　郁子　381

５．　フランスの産業精神保健法制度　笠木　映里・鈴木　俊晴　419

６．　アメリカの産業精神保健法制度　林　弘子　443

７．　アメリカ（障害者差別禁止法とメンタルヘルス）　長谷川　珠子　473

＜第二分冊＞

Ｂ．　関連領域の調査結果

１．　精神医学

適応論的観点に基づくメンタルヘルス支援

－産業精神健康活動の現場からの提言－

白波瀬　丈一郎　503

２．　産業医学

産業保健専門職の視点からみた日本の職域メンタルヘルス対策

－法令、行政規則・ガイダンス等の効果の評価指標の開発を目指して－

梶木　繁之　515

３．　経営学

企業経営におけるメンタルヘルス問題に関する調査研究

－人事管理の観点を中心に－

團　泰雄　529

４．　社会学

産業精神保健の歴史

－1950 年代～現在まで－

荻野　達史　553

Ｃ．　社会調査の結果

１．　メンタルヘルス対策従事者向け電子調査・訪問調査の結果

１）　メンタルヘルス対策従事者向け調査結果の整理・分析

―質問票のドラフト作成者の立場から―

三柴　丈典　653

２）　メンタルヘルス対策従事者向け調査結果の示唆に関する一考察

－社会学的観点から－

荻野　達史　683

３）　メンタルヘルス対策従事者向け調査結果に関する覚書
－経営学の観点から－
團　泰雄　701

４）　メンタルヘルス対策従事者向け調査結果に関する覚書
―障害者雇用促進法改正との関係を焦点に－
長谷川　珠子　715

５）　資料
質問内容：今後のメンタルヘルスに関する法政策に関する企業（団体）調査　724
回答内容：エクセルデータ

２．　厚生労働省委託・労働者健康福祉機構・メンタルヘルス対策支援センター・メンタルヘルス対策促進員向け訪問調査の結果　733

公的メンタルヘルス対策支援の効果評価指標の開発の試み
～公的アウトリーチの支援専門家に求められるコンピテンスの検討～
真船　浩介・井上　彰臣・梶木　繁之　751

Ⅲ．　研究成果及び本研究プロジェクトに関連する主な刊行物に関する一覧表　803

Ⅳ．　研究成果及び本研究プロジェクトに関連する主な刊行物・別刷　807

Ⅰ．　総括研究報告書

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は困難だが、それ故に適切な措置を講じないことの言い訳にはならない、とするイギリスの研究者グループの示唆が妥当であろう。至局、自然科学的な解明が進むまでの間、公衆衛生疫学的な傾向分析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、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）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も当然といえる場合、（β）定期健診、欠勤・休職時の診断書の提出、その他自発的な申告等により、既に法人に必要な情報が提供されている場合、（γ）「密接な接触関係」にある上司等が、本人の不調を知っているか、当然に知るべき場合（特に、（α）の前提がある場合に妥当し易い）、（δ）労働者側が情報提供を躊躇しても当然といえる条件を使用者側が創出していた場合には、たとえ個々の場面で情報提供を拒否されても、使用者側が免責されることにはならない。

・また、現行の刑法第１３４条や個人情報保護法などの規律を整理し、所要の要件を

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

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（休息時間）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易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応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、それ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圍　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→ＫＪ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、事業者に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がなるべく明らかになるようにする。

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

・ハラスメントについては、法的規制を敷いているところでは、「労働者人格の保護」、「雇用差別の禁止」、「労働安全衛生」のいずれか又は複数の趣旨でアプローチされているので、１.３や１.５などの一環として論じるか、別に項目立てして論じる。

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

＜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壮大な問題？

・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、社会学的観点での調査課題が示された。

○平成２４年度における関連領域の専門家

の（追加的）調査課題

（１）精神医学（白波瀬）
・平成２３年度は、「鍛え育てる」作用による適応支援を焦点とした論述となったが、本年度は、「休職」や「薬物療法」、「支持的療法」など、「鍛え育てる」とはい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（圍）
・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ないし顕在化しない費用は計上されていない）（２００９年に公開された雇用年金省と保健省の共同文書「メンタルヘルスの改善へ向けた歩み」（Working Our Way to Better Mental Health)）。

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

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

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

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

から、対策の重要性、必要性が説かれていた。

・労働安全衛生法政策において、世界をリードしてきた国家としての自負のほか、おそらくは政策を推進する国家公務員を「女王陛下の官吏（Her Majesty's Civil Service)」として、また、政策の理念や枠組みづくりに貢献する学識経験者について、その学識の故に一定の権威を認めて尊重する気風があるものと察せられる。最近では、メンタルヘルス対策を含め、作業関連疾患対策全般について、雇用と健康の関係強化に着眼して論じたキャロル・ブラック卿の報告書が、関連施策の展開に大きく貢献していることがうかがわれる。

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

もっとも、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 が国レベルで充分に普及ないし機能しないとしても、頷ける面もある。

＜障害者差別禁止法上の施策＞

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

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

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

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

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

・（エ）は、種々の契約や労働条件などの取り決め、建物の物理的特徴などが障害者に不利益な影響を与える場合、使用者に、その場面のあらゆる状況を踏まえ、当該不利益を防止するための合理的措置（施設の改造、業務軽減、勤務時間の変更、リハビリテーション、職能評価、訓練の提供、備品・設備の整備等）を実施する義務を課し、その不履行を禁止される差別とみなすものである。合理性の判断は、措置の効果、実施可能性、使用者の経済的負担等を事案ごとに検討してなされる。アメリカの ADA のように、使用者に過度な負担（undue hardship）がかかる場合の免責規定は存しないが、事実上、この要件にその要素が含まれていた。ただし、たとえ経済的コストがかかる場合にも、費用対効果が高ければ、講じるべき合理的調整措置と評価され得る。（オ）との関係では、それが対集団的性格を持つのに対し、（エ）は対個別的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信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すような目的又は効果を持つ、本人にとって不快な行為を指すと定義されていた。ただし、関連するあらゆる事情に照らし、当該行為がそうした効果を持つと合理的に解される場合、との限定も付されていた。

・（イ）は、障害関連事由を含めた職務上

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

＜障害者福祉・雇用促進法上の施策＞

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

イ　特徴

＜労働安全衛生法上の施策＞

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

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

・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 に捜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１１条、所管大臣のHSEに対する権限は第１２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１３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１９８０年代後半から開始された。後掲図１に示すように、業務上のストレスの健康影響等に関するTom Cox教授への調査研究の委託から始まり、業務上のストレスの健康影響に関する文献レビューを含めた継続的な委託研究、後にMSの評価ツールで採用された、集中的に対策を講じるべき６つの心理社会的ストレス要因（群）の同定、リスク・アセスメント手法の効用に関するエビデンスの整理、ストレス要因と不調状態の因果関係や相関関係に関するエビデンスや好事例の収集と検証、２４のパイロット組織によるシステムの検証、学識者によるワークショップでのMS草案のピア・レビュー等、学術（特に生理学、組織の健康の観点を含めた公衆衛生疫学・心理社会学）、政策的手続双方の観点で、応分の実績を経て起案された経緯がある。もっとも、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９９年安全衛生管理規則第３条が、その直接的な根拠規定と解されている。

それより下位に、日本では大臣告示、局長通達などの行政規則（解釈例規）に当たる実施準則があり、これは、MSよりは一段上位の格付けに当たるものの、性格的にはガイダンスにとどまる。よって、名宛人は、その遵守を直接的に義務づけられるわけではなく、別の手段で同じ目的を達することも許されるが、その遵守により上位にある法規則の合法性が推認される点でもMSと類似する。HSWAやその下位にある安全衛生規則を含め、労働安全衛生に関する幅広い法規則の目的を達するために設けられるもので、制定改廃については、HSE（安全衛生庁）専門的行政機関に大きな権

限が委ねられ、その専門性、網羅性、機動性が担保されているが、監督官による合法性監督に際しても違法性の判断規準として参照されるなどの意味で間接的、実質的な法的拘束力を持ち得ることなどから、制定改廃については、国務長官その他の行政機関との間での協議など、やや厳しい手続的規制が設けられている。MS をこれに格上げすべき、との主張もあるが、今のところ実現していない。

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

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

結論的に、MS にとって、上位にある法規則は、実質的に著しくパフォーマンスの悪い雇用者に対する公権力行使や予算の割当を裏付ける形式的意味しか持たないともいえ、現に、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定との関係からも、本来的に一次予防的な性格を有しており、「～せねばならない」、「～してはならない」といった要件や禁止事項を定めて強制する方式ではなく、個々の要素について理想的な条件を掲げ、それと実際の職場との乖離を自発的にチェックさせ、あるべき方向に誘導する方式を採っている。

＜障害者差別禁止法上の施策＞

・先述した通り、イギリスの障害者差別禁止法は、いわば前史に当たる①１９４４

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

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

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

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

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

・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、２００３年改正 DDA 第１６C 条とほぼ同様に、平等法に反する行為を行うようある者に指示したり、違反行為者を支援するよう指示すること（違反行為を導いたり、説得する行為も含む）を禁止している。また、法第７７条は、ある者の賃金格差が保護される特性に関連して生じているか（＊≒主に直接差別を構成するか）を判断するために行われる「賃金に関する開示（relevent 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ミディエイターないしバッファーとして、少なからぬ役割を果たしている。

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

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

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

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

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

＜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先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応じて判断される。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充分である。

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す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・レベルで充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年の心理社会学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。仕事がかなりまたは過度にストレスになっていると答える被用者の数の減少傾向はもはやみられず、職場で積極的なストレス対策がなされていると認識したり、ラインの管理職とのストレス問題についての話し合いがあると報告する被用者の数にほとんど変化がみられない」。

・とはいえ、その効果を否定する材料にも乏しい。例えば、労災・作業関連疾患統計上、自己申告上のストレス、抑うつ状態、不安を原因とする推計逸失労働日数は、全産業で２３％減少しているが、これに MSA が貢献した可能性は否定できないし、個別

の組織での MS の活用が多額のパフォーマンスをもたらしたことを示すデータも複数出されている。また、心理社会学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法政策が頓挫したと結論づけるのはまだ早い。個別の組織レベルでの成果は多数報告されているのに、ナショナル・レベルでの成果が充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が、個人にしろ組織にしろ、その脈絡を充分に踏まえない対策は奏功し難いことを示唆している可能性は否定できない。

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

＜障害者差別禁止法上の施策＞

・不明

＜障害者福祉・雇用促進法上の施策＞

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

（２）デンマーク

ア　背景

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

①労働政策および社会保障政策において先進的な取り組みを行ってきているにもかかわらず、労働災害や職業性疾病が減少していないとの（政府の）認識があったこと、

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

③国際競争条件下で、人的資源にさほど恵まれていないことからその積極活用を図らねばならないとの（政府の）認識があったこと、

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

・２０１０年４月に国立労働環境研究センター（内の研究グループ）より公表された「メンタルヘルス、疾病休業および職場復帰に関する調査報告および勧告（Mental health, sick-ness absence and return to work）」によれば、彼国では、メンタルヘルス不調による欠勤日数の増加、障害年金

受給者数の増加などが生じており（＊同不調者の割合も、他のヨーロッパ諸国に比べて１２～２７％高いと指摘されていた)、それらのコストはトータルで５５億デンマーク・クローネ（１クローネ＝１６円として、約８８０億円）に達している。そのうち約９割は、病気休暇、早期退職、職務遂行能力の低下が占めており、医療コストは約１割に過ぎない。

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

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

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

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

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

④２００４年：優先的監督先決定のための全企業調査の実施、支援を要する企業に対する労働安全衛生コンサルタントによる強制コンサルティング制度の導入と同コンサルタントの雇用担当大臣による認可制度の創設、後掲するスマイリーマーク制度の導入（＊ただし、当初は３種類)、労働環境監督署による助言への強制力の付与、企業によるリスクアセスメントの対象への疾病休業の追加等。

・デンマーク政府は、２００５年１２月に、「将来の労働環境に関する報告書（Report in Future Working Environment 2010)」を発表し、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、心理社会学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こと、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、COPSOQ II による心理社会的労働環境の調査が、個別被用者の健康状態把握のためにも利用できる可能性を示唆するものである。

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介入させる政策の背景として、１９９５年にソーシャル・パートナー、雇用担当大臣、労働環境監督署の代表により構成された委員会が、詳細な調査のうえで雇用担当大臣に対して行った勧告が重要な意味を持っている。これによれば、心理社会的労働環境のリスク要因は、企業の経営上の決定に関連する要因（賃金、昇進、雇用の不安定性、職場におけるいじめ、ハラスメントなど）と被用者の労働状況に直接間接に関連する要因（反復労働、暴力のリスク、単独労働、シフト労働、バーンアウト）に分類され、前者は被用者や安全衛生の専門家と協力しつつ企業が自身で解決すべき要因だが、後者は労働環境監督署が介入すべき要因であるとされていた。

＜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、職場復帰の可能性がある限り、継続される（復職の可能性がなくなって、補償が打ち切られる場合には、失業保険をはじめとする社会保障制度が適用される）。たとえ休業する場合でも、具体的な疾患名等は、医療情報法上、一定要件を充たす場合でなければ、問うこと自体ができないと解されている。支給に際して当該疾病発症の業務上外は問われないが、実際に休業者が発生すれば、使用者に上述のような負担が生じること、そもそも１次予防のための措置（＊これは２次予防以下にも該当し得る）が法的に強制されていること、労使共に、労働環境上の問題（特に暴力、脅迫、ストレスなどの問題）について、上司－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的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日以上の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、エビデンスが不充分なこと、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へ向けた協働、⑤被用者の休復職にかかるカウンセリングによる職場内の協働の推進、⑥社会的包摂の発想に基づく職場復帰の促進、⑦休復職に関する企業方針の策定と実践、⑧風通しの良い職場風土の形成、⑨職場における健康の保持増進対策の実施とストレス要因の低減。

・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２０００年代にかけて、使用者による負担の強化を主軸に、workfare を重視する現行制度に転換された。使用者による負担は、民事上の義務とされているので、公法的規制から私法的規制への軸足の変化と説明することもできる。ただし、民事上の規制でカバーできない部分のセーフティーネットや、一次予防対策については、なお公法的規制の所掌領域となっている。

・１９９４年：「疾病による休職の抑制に関する法律（Wet TZ)」制定

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

・１９９６年：同法改正

賃金継続支給期間を一律５２週間（１年間）・所定賃金額の７０％に延長

・２００４年：同法改正

賃金継続支給期間を一律１０４週（２年間）・所定賃金額の７０％に延長

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

・以上の経過を経て、現行法上、上記１０４週（２年間）の賃金継続支給期間を途過すると、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、一般的なリ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-integratie tweedespoor））は、従前の使用者のもとでは就労できないことを要件として、労働安全衛生専門家協会（Arbodienst）または産業医の書面による判断に基づき実施される。第三者は、民業を営む使用者となる場合と、リハビリ勤務に特化した専門的受入事業所（re-integratiebedrijf）となる場合があるが、いずれの場合にも、本来の使用者－第三者－労働者の三者間で三つ巴の合意が前提となる。第三者は、疾病休職者への賃金継続支払義務など、労働契約上の義務の一部を免責される。

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

①疾病罹患後半年以内は、労働者の職務遂行能力、教育訓練、職務経歴、従前の職務における賃金額を反映した最低限度の職務に従事する。

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

待される。

③休職期間が長くなるほど、合理的業務の範囲が拡大する。

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

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

（エ）１次予防から３次予防の全てに関わる規制

＜差別禁止法＞

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

・民法典第７巻第１０章（労働契約）は、性別、労働時間や労働契約期間、労働組合員か否か等の属性に基づく差別を禁止しているほか、その他の個別立法により、年齢差別（WGBh/cz）や障害者差別（WGBl）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テ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（Arbeitssicheheitsgesetz）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充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事業所編入マネージメント―＞

・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、事業所編入マネージメント（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ー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、事業所編入マネージメントの目的、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ージメントの適用を通じて、病識を得させ、同マネー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、事業所編入マネージメントは、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）。

事業所編入マネージメントは、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、事業所編入マネージメントの実施が、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、最後的手段（ultima-ratio）の原則があり、同マネージメントの実施は、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。

・事業所編入マネージメントは、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、の順で進められ、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、同マネー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、事業所編入マネー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)。

事業所編入マネー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、当該マネー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。

・事業所編入マネージメントは、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事業所編入マネージメントは、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拠出や負担を避けるためにも、疾病労働者の欠勤による経済的負担や労働意欲の減

退などを避け、効率的で生産的な企業運営を図るためにも、自主的に、あるいは労使協議（ないし共同決定）を通じ、「作業関連ストレス対策（≠業務上疾病対策）」を推進する必要に迫られている状況にある。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。事業所編入マネー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がらも含まれている。また、補償・賠償アプローチになじむマイナス要因の発見に加え、予防アプローチになじむプラス要因の維持の推奨の側面も持っている。

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

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

＜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くられつつある。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、以下のように具体化されている。

ア）仕事の課題

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

イ）労働体制

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

ウ）社会的関係

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

エ）職場や労働環境の条件

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

②９２年７月２２日：セクハラ罪を新設し、職務権限濫用を他の性犯罪の刑の加重事由とする規定を含む新刑法典（人に対する重罪及び軽罪の禁止に関する刑法典の規定を改正する１９９２年６月２２日法（n.92-6））の制定

③９２年１１月２日：②を受けて雇用の枠内においてセクハラの被害者保護及び防止を図った９２年１１月２日法（労使関係における性的権限濫用に関し労働法典及び刑事訴訟法典を改正する１９９２年１１月２日の法律（n.92-11））の制定

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

⑤０２年１月１７日：先行するセクハラ防止規定や、雇用平等原則の進展を受けてモラルハラスメント防止規定（後掲）を設けた、「社会的近代化法」の公布（２００２年１月１７日）と、それに伴う労働法典、刑事法典の改正（労働法典L.1152-1条、刑事法典222-33-2条の新設）。その後の、(1)ハラスメントを根拠として民事過失責任を認定する判例の増加→(2)職場における「モラル・ハラスメント」概念の一人歩き現象（：労働者が、些細なトラブルを容易にモラル・ハラスメントとして使用者等を問責する現象。Wordingとその一般化によるラベル効果との指摘もなされている）と使用者側の過剰防衛現象による膠着状態の出現→(3)ほんらい労働組織の問題として捉えられるべきモラル・ハラスメントの個人間問題への矮小化→(4)事後的な責任追及より事前予防を重視する傾向の拡大（＊ただし、これには、心身双方の健康を対象としたリスク管理を求めるEC指令の国内法化の要請も背景にある）→(5)事前予防の取組を通じて労使対話を活性化しようとの議論の出現（＊その後、１０００人以上の労働者を使用する私企業において、この問題に関する労使交渉が義務づけられた）

⑥０８年７月２日：０４年１０月８日欧州枠組協定を国内規範化し、使用者によるストレス評価の取り組みの促進等を図った全国職際協定（＊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。

⑦０８年２月～０９年９月頃：フランス・テレコム従業員連続自殺事件→同事件等を受けたグザビエ・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）

⑧１０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。

(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
(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
(3)労働者の職務上の自己実現の重要性
(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
(5)具体的行動に結び付く対策を促進すること
(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
(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
(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
(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
(10)問題を抱える労働者を孤立化させず、寄り添うこと

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。

⑨１０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 conditons 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、L4121-1 条の履行に際して使用者が遵守すべき以下のような一般原則を示している。

①もとより「リスクを避けること」、②「不可避なリスクについて評価すること」、③「根源的なリスクに対処すること」、④「労働を人間に適応させること」（≠人間を労働に適応させること）、⑤「技術の発展状況を考慮すること」、⑥「危険のある状態を、危険がないか、より危険が少ない状態に転換すること」、⑦「技術、労働の組織編成、作業条件、社会関係及び特に L1152-1 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、L1152-1 条にリンクする⑦が特徴的である。

・さらに、L4121 条（使用者の一般的義務）関係では、L4121-3 条で、事業活動の性格に応じたリスク評価を含め、リスク管理のための PDCA サイクルの構築と、それを通じた安全衛生条件のスパイラルアップについて定めているほか、L4121-1 条、同-2 条がその取り組み状況の文書化と公表の義務を定め、さらに L4121-4 条が、その文書の労働者、安全衛生労働条件委員会ないしその職務を担当する機関、従業員代表、労働医、労働監督官その他の機関への提出義務を定めており、個々の事業の性格に応じた安全衛生のリスク管理について、労働者（組織）の関与と専門家や外部の者による評価が担保ないし促される仕組みとなっている。

これも、前掲の EC 基本指令から継受した規定である。

＜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、L4121-1 条（当該デクレ制定当時の L.320-1 条）等を具体化し、罰則を伴う公法上の義務を課す趣旨で、「労働者の安全衛生上のリスク評価に関する文書（**document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs**」（DUER と略されることがある。一般に「統一文書（document unique）と俗に呼ばれることもある）について規定し、その作成と定期的な及び安全衛生面での条件変更がある場合等における更新を義務づけた（労働法典 R.230-1 条）。特に２００２年の労働法典の改正後、その対象には、精神的健康の保護が明確に含まれることとなった。実務上は、そうした問題を一切記載しなかったり、形

式的記載にとどめる文書も多く、にもかかわらず刑事罰の適用はなされていないようだが、民事上、使用者の労災にかかる完全賠償責任を導く「許し難い過失（faute inexcusable : 重過失の中でも高度なものと解されてきた)」の評価等の要素となるとする議論もある。

＜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）」を変更し得る重要な決定について意見を述べる権限（＝企業側の諮問義務）が規定されている。なお、いわゆる賃金連動型 MOB（目標管理制度）導入計画につき、安全衛生労働条件委員会への諮問を果たしていないとして、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、充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、対応が不充分な場合等には、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）と個別的性格を持つもの（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充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日の全国職際協定に、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、ことがらの性質上、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 inéxcusable（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 inéxcusable の存在を認めるかのような解釈を示したこと、また、労働者の自殺やその未遂による後遺症について使用者の民事責任を認める判決も出て来ていることなどから、使用者の予防への取り組みに間接的な圧力がかかっている可能性も否定できない。

・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）の致死的業務上傷病センサス（Census of Fatal Occupational Injuries（CFOI））によれば、２０００～２００９年にかけて毎年平均５９０人の殺人が発生し、業務関連死亡災害の４位、２００９年の女性の職場での死亡災害の１位は殺人であった。また、毎年平均１５，０００件以上の非致死的な傷害が報告されており、被害者の１９％が法執行官、１３％が小売業、１０％が医療関係労働者であった。

イ　特徴

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

・OSHAでは、日本でいう一般健診の定めはなく、特殊健診の一部に相当する制度が定められているに過ぎない。また、産業医の選任を義務づける規定もない。その理由の１つは、同法の規制行政的性格にあり、基本的に各州で設定された安全衛生基準を

監督官による臨検と罰則により履行確保を図る仕組みを採っている。それゆえに、産業医制度はもとより、自主的な安全衛生の確保を求める内容に乏しい。また、同法に基づく私訴権（private cause of action）も認められていないため、民事の領域で同法の規定を緩やかに解釈するような司法判断も下され得ない。

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

＜労災補償法関係＞

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

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

・各州のメンタルに関する労災補償申請は、次の３種類に大別される。

①フィジカル－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－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－メンタル請求（mental-mental claims）：メンタルな刺激によって精神的な障害が惹起されたことを原因とする労災補償請求。業務上のプレッシャーによる慢性的なうつ症状などが該当する。

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

また、原則として③を補償対象としない州の中にも、業務遂行中に生じたレイプ、

暴力的な犯罪被害などを例外的に補償対象とする州もある。

＜ADA と労災補償法の関係＞

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

・労災補償法上の労働不能給付（disability benefit）を受ける者は、合理的配慮があれば、あるいはなくても、原則として、職務の本質的機能を遂行できる個人（適格性を持つ障害者）（ADA 第１０１条(8)）の条件を充たさないと解され、ADA の適用を受けない。

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

＜FMLA と ADA の関係＞

・FMLA（家族・医療休暇法）は、日本でいう育児・介護休業法と組織が任意に設ける疾病休職制度の内容を併せ持った法律である。具体的には、①出産・育児、養子の養育、②重度の（：３日以上の休暇取得により認められる）傷病を被った配偶者、近親者の世話、③労働者自身の深刻な健康状態（：入院治療または医療介護機関による継続的治療が必要な状態）により、労働不能に至った場合に、１２か月以上の雇用期間、前年に１２５０時間以上の就労の条件を充たす労働者に、最長１２週／年の無給休暇を保障する規定を置いている。労働者が休暇開始前から団体保険に加入していれば、使用者は、当該休暇期間中の保険金（＊保険料の趣旨か要確認）負担を維持せねばならないが、労働者が職場復帰しないことが明らかになった時点で、保険給付が停止される。休暇の取得方法は、連続的取得、断続的取得、軽減労働日程に合わせた取得のいずれも可能である。

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

・FMLA と ADA の関係は以下の通り。

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

イ　ADA では、使用者に過度の負担を強いるものでない限り、合理的配慮の一環として、労使間で決められた期間、休暇の取得が認められるが（いったん決定した期間の満了後の延長も可能）、FMLA では、任意の１２か月間に最長１２週間の無給休暇を、連続的、断続的または軽減労働日程で

取得する権利が付与される一方、追加給付は認められない。他方、FMLA では、家族等の看護・介護のための休暇取得を認められるが、ADA では認められない。

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

＜メンタルヘルス・パリティ法＞

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

・１９９６年には、精神疾患罹患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挙に過ぎないと強調されている。

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

・０８年法は、９０年法とは異なり、障害の定義について、第３条(4)で以下の解釈ルールを規定した。(A)障害の定義は広範囲の個人に有利となるよう、ADA の文言上許される最大限になされるべきこと、(B)「実質的に制限する」の解釈は、国家が差別をなくすための明確で包括的な命令を発する等の目的に沿うよう解釈されるべきこと、(C)（省略）、(D)時々生じるか寛解期にある機能障害でも、発症時に主要な生活活動を制限する以上、障害に該当すること（＊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、時々充分な睡眠がとれないだけでは不充分であり、PTSD により数ヶ月にわたり睡眠薬なしではわずかしか寝られない場合や、うつ病により数か月間１日に２、３時間しか寝られない場合等が該当する。

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

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

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

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

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

(2)適格性を持つ障害者を差別するような

契約その他の取り決めや関係に参加すること。

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

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

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

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

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

・以上の第１０２条(b)(1)～(7)のうち、(1)～(4)と(7)がいわゆる直接差別（≒差別的取扱い（disparate treatment））、(6)がいわゆる間接差別（≒差別的インパクト（disparate impact））に関する規定と解されている。また、以上のうち(5)が、（実質的に）使用者に合理的配慮の提供を義務づけると共に、過度な負担による免責を認める規定と解されている。

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

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

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

・合理的配慮の要請は、原則として応募者や労働者側からなされねばならないが、根拠法や意味づけ（＊合理的配慮として）を伝える必要はなく、理由と要望事項を端的に伝えることで足りる。ただし、精神障害者の場合、自身の障害について認識がなかったり、合理的配慮の必要性や如何を使用者に伝達することが困難な場合もあるので、使用者側に精神障害罹患に関する認識がある場合、使用者側に「相互関与プロセス（interactive process）」の中で措置内容を特定するなどの積極的な働きかけを求め

る判例もある。

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

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

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

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

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

①労働時間の短縮、勤務スケジュールの変更、休暇の付与

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

②職場環境・設備の変更

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

③職場のルールの修正

水分補給のための短時間の休憩を１時間に１回認めることなど。

④ジョブコーチの提供

一時的にジョブコーチを障害者に付けることなど。

⑤配置転換

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

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

・ADA に関する従前の判例は、障害者認定に関するもので、かつ原告敗訴となるものが多かったが（＊２００９年に各巡回区控訴裁判所に提訴された ADA に関する訴訟４５４件（ただし、障害者認定に関するものに限られない）のうち、障害者側が勝訴した件数は９件。精神障害者に限ってみると、同年の訴訟７９件のうち障害者側勝訴は０件であった）、合理的配慮に関するものも一定数存在する（＊林弘子報告Ⅳでは、ADA 施行後１０年間は、障害の定義の範囲に争点が集中していたが、最高裁（U.S.Air Ways,Inc.v.Barnett,535 U.S.391(2002)が、その点を明確化して以後は、合理的配慮の内容に争点が移行していると指摘されている）。例えば、Ralph v. Licent Technologies,Inc.,135 F.3d 166(1st Cir.1998)は、同僚からのセクハラにより精神疾患に罹患して休職した原告が、合理的配慮として復職後の短時間勤務を求めた事案で、当該措置を合理的配慮として認めた。他方、Mobley v. Allstate Ins.Co.,531 F.3d 539(7th Cir.2008)は、睡眠障害を伴う神経性疾患に罹患した原告が、個室での勤務や始業時間の遅延等を認められた他に、在宅

勤務等の配慮を求めた事案で、そこまでの措置を講じる必要はないとした。過度な負担について定める ADA 第１０１条(10)との関係からか、一般に、低コストで済む措置は認められ易い傾向があるようだが、疾病罹患の背景（業務上外）などが考慮されている可能性もある。

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

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

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

③３次予防との関係：ADA が予定する障害を持つと判明した者に対して当該障害に応じた合理的配慮を尽くす枠組みは、３次予防と親和的である。ADA では、発症（事由）の業務上外を問わず、障害を持つと判明した者に対して、差別とみなされることを避けるために３次予防的措置として合理的配慮の提供を求められるが、たとえ本人の健康に資する場合でも、配転による降格や、労働時間短縮による賃金減額などは、逆に差別的取扱いに当たる可能性もあるため、労使間の協議が求められることになる。

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

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

ウ　効果

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

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

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

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

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

２０１２年に EEOC で解決に至った ADA に基づく申立２８，７９９件のうち、申立人に有利な解決（和解、取下げ、差別の合理的根拠ありとする調整を含む）は、約２割の５，９０７件となる。その解決済件数２８，７９９件のうち、精神障害関連事案は約３割の約６，４８２件を占め、うち約２割（１９．６％）が申立人に有利な形で解決している。その６，４８２件のうち、疾病類型として最も多いのはうつ病（解決件数２，００８件）で、申立人に有利な形で解決した割合が最も高いのもうつ病（４０２件：６．８％）であった。その他、不安障害（解決件数１６１３件のうち申立人に有利な解決２９９件）、躁うつ病（解決件数９２２件のうち申立人に有利な解決１９５件）、PTSD（解決件数６８４件のうち申立人に有利な解決１４４件）などがこれに続く。PTSD はもちろん、うつ病の中にも心因性のものが含まれている可能性はあるので、特に申立人に有利な解決を得たものの中には、作業関連ストレスによるものが多く含まれていると察せられる。

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

２．関連領域の調査結果（法制度調査への示唆）

（１）精神医学

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

・精神疾患は、疾患単位としての要件（同一の原因、症状、経過、転帰、病理組織変化を持つもの）を充たしていないことが多い。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次予防が充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措定し、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、罹患者自身の振り帰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想定集団（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基底的想定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想定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、全ての労働者に充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たらず、おおむねサービス内容の概要を示すにとどまっていた。

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。もっとも、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ってなお、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充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、未だ充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日本的雇用慣行がもたらす曖昧な職務構造（：分担範囲の不明確性）により、柔軟な職務編成と多能化が叶い、日本企業に多くのメリットがもたらされたが、以下のような問題も指摘されて来た。

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

カ　現在よく行われている新たな取り組み

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

ただし、客観的な分析をするには、未だ事例の集積が不足している。

キ　経営学的観点からの提言～求められる対応～

・経済主体たる企業は効率性の原理を重視せざるを得ず、なおかつ労働者に対して強い立場に立ち易い構造があるため、その抑制手段ないし望ましい方向性へ向けた対策の促進手段が必要である。考えられるものとして、以下のものが挙げられる。

①経営戦略の一環としての位置づけを基本とした経営者による積極的取り組み

ア　ワークライフバランスの視点に立った企業活動

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

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

また、ダイバーシティ・マネー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　サポーティブな組織風土の醸成

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

その際、以下の事項が要目となる。

ア）管理職の役割

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

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

しかし、結果的に管理職層にも不調者が生じている実態があり、こうした問題には、一般的な管理職教育や彼らへの情報提供のみでは対応できないので、上述したトップの理解と関与、管理者同士の意見交換等により個々の管理者の孤立化を避ける必要がある。

イ）組織内の情報共有

１次予防から３次予防、とりわけ２次予防や３次予防では、組織内の各レベルの連携的取り組みが必要となり、そのためには労働者のメンタルヘルス情報の共有が不可欠の前提となる。しかし、たとえばメンタルヘルス不調者への対応に際してその担当部署に強い権限が委ねられているような場合には、関連情報の独占等のリスクが生じ易い。こうした問題への対応に際しては、各部署間の力学の検討等が求められる。

ウ）働き易い組織風土づくり

組織風土の測定尺度は、日本でも開発が進められており、その１つに社会心理的安全風土（PSC：「労働者の健康と安全の保護のための政策、施策、手続」）がある。これは、心の健康とワーク・ストレスの抑制のため、経営者に求められるサポートとコミットメントを詳述するものであり、組織の財産であると説明されている。具体的には、

経営者の関与と注力によるストレス防止へのサポート、組織内コミュニケーション（：ストレス防止策が組織内の全ての階層レベルで講じられていること）、組織的な参加（：労働安全衛生上の課題を解決するための意見の具申と経営者による聞き入れ）、関与（個々の労働者、労働組合、企業内の安全衛生担当者の取り組みへの参加）等の尺度が設定されている。

PSC を用いた実証研究では、組織風土は心理的消耗感や精神的苦痛に影響し、そのメカニズムは労働環境の媒体効果により説明されること、PSC にはトップダウン効果があること、PSC は労働者の心の健康とワーク・エンゲージメントに関係する基本的な組織環境と位置づけ得ることなどが明らかにされている。また、そこから、PSC への取り組みによる経営者の行動変容や労働者へのケアの実践が、１次予防に繋がる可能性があること、組織においていったん強固な PSC が形成されれば、持続的な生産性に繋がる可能性が高いことなどが示唆される。加えて、経営者の関連情報の共有によるコミットメントの重要性も示唆される。

エ）労働者のストレス耐性の強化

近年、心の健康のポジティブな側面に注目し、従業員にストレス耐性を強化してもらうことで、メンタルヘルス問題に対応していこうとする考え方が発展して来ている。そうした実務上の動きに関連して、心の活力に注目するポジティブ心理学の知見に関連する議論が展開して来ている。その一例として、労働者の長所を伸ばし、いきいきと働ける状況を形成しようとするワーク・エンゲージメントの考え方が注目を集めており（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充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、CSR の視点ばかりでは拡がりに限界があることもあり、企業行動により直接的な影響力を持つ法規制が求められるが、企業の自律性を奪うような規制は望ましくなく、他国の法制度も参考に、受益者視点で規制のあり方等を検討する必要がある。

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、）比較的手厚い雇用保障が確保されてきた反面、いったん失業すると、再就職が困難となり易い傾向があるため、エンプロイアビリティ育成の重要性が高い。この課題に関する最近の研究は、その要素となる能力やスキルのリスト化の作業をおおむね終え、臨床（実践）も進み、雇用可能性を実現するための具体的方策の調査研究にステージを移しているので、近い将来これらの成果を活用できるようになるかもしれない。

なお、エンプロイアビリティの認識は、雇用不安（「脅かされた雇用状況における望ましい継続雇用維持の知覚された無力感」と定義される）によるマイナス影響を緩和する有力なストレス・コーピング資源となり得るとする研究もある。たとえば、雇用不安やエンプロイアビリティの認識が労働者のストレスや職務態度に与える影響に関する研究から、以下の事柄が明らかにされている。

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

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

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

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

従って、当面は、企業内部での公正評価、職務や目標の明確化、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、先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。戦前にめぼしい産業精神保健活動の記録はなく、５０年代より、一部の医師たちが研究会を立ち上げるなどの動きが生じた。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碍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。むろん、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。もっとも、他の分野に比べると、（特にストレス研究を行う）学術と行政が近しいか、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、疲労の蓄積があって、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っ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った。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もいえる。

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の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めら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かった可能性もある。

・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く私傷病として取り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がら充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％程度である場合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。

もっとも、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場合が多いこと、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場合が多いこと、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場合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。もっとも、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、充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
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
14　事業場の衛生委員会に出席する
15　事業場の産業医や保健師等と面会する
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
17　相談窓口の整備を促す
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
19　事業場のニーズに応じた教育研修の講師を紹介する
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
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
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
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
24　教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する
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
26　センターの所長や相談員に相談する
27　センターの相談員と密に連携する
28　他地域のセンターの促進員の活動を参考にする
29　他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する
30　他の促進員と自主的な勉強会等を行う
31　他の促進員と協力して支援ツールを開発する
32　既存の支援ツールを分かりやすくつくり直す
33　他の促進員と密に連携する
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
35　事業場の理解や意欲に応じて，分かりやすく説明する
36　周辺の医療機関や主治医と連携する
37　個人的な人脈を活かす
38　地域性を考慮して対応する
39　事業場の経営状況や事情等の背景を把握し，配慮する
40　事業場に無理のない対策を検討し，提案する
41　事業場のニーズに応じて，柔軟に対応する
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
43　公的機関の支援者として中立の立場を守る
44　事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる
45　労働局や労働基準監督署と情報交換を行う
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
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、充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）：支援活動へのは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気づきの機会を確保し、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充分に備わっていない場合もあり、他方、経営者側は、メンタルヘルス問題を、短期に効果があがりにくく、個人要因の強い問題と捉えがちなため、必要なコストを投じた専門的、継続的、多面的対応には消極的な姿勢をとり易い。よって、い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も、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いため、一定の試行錯誤が必要となる場合が多く、仮に実効性のある措置が発見された場合にも、一定期間にわたる粘り強い介入が求められることが多い。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充分な協議のほか、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オータリー52:2-32,2009 等を参照されたい）、法的には、１９８９年にEU（EC）のローマ条約第１１８条(a)に基づき発令された「安全衛生の改善に関する基本指令（枠組み指令）（89/391/EEC）」及び２００２年に欧州委員会が公表した職業性ストレスに関する欧州委員会指針（ European Comission,"Guidance on work-related stress",2002）の具体化ないし促進を図るものと解される。

・しかし、この仕組みは、おおむね、Job-D（Demand）C（Control）S（Support）モデルを活用したリスク調査・管理を中心としており、いわば欠点を見つけ出してバンソコを貼るような個別的、治療的な改善方式といえる。しかし、昨今は、より積極的に理想的な職場環境が持つ条件（competence）を類型化し、現実の条件をそれに沿わせていくことで、良好な職場環境形成を包括的に実現していく改善方式（proactive approach）の方が有効と考えられるようになって来ている。また、そこでは、必然的に「叱る」「縛る」規制から、「褒める」「伸ばす」作用を支援する規制への転換も求められる。これは、西洋医学的アプローチから東洋医学的アプローチへ、と形容することもできるであろう。要するに、「～がいけない」とか「～してはいけません」と叱るより、「～ができて立派だね～」と褒めつつ、必要な要件を明示してあるべき方向に誘導するほうが、個人・組織を問わず長所の伸張と欠点の改善に役立つ、という組織心理学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ー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充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、科学的に原因の不分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の具体化は、組織の日常的な行動を促進する可能性が高いため、至局、予防文化の拡大に繋がる可能性もある。

３）メンタルヘルスは科学たり得るか

・イギリスの調査報告が応えている通り、公衆衛生疫学的なアプローチは可能だが、自然科学的なアプローチは困難な課題といえる。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すると思われる。

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

・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、労働力の積極活用の趣旨を基底に置きつつ、相当範囲の差別を対象とし、実効的な救済を図ろうと努めていることがうかがわれる。

この面でも、欧米のアプローチに参照価値を見出すことはできる。

６）強制的方策と誘導的方策のいずれが適当か

・この課題への回答に際しては、強制的方策を採る前提として科学的知見が不足していることのほかに、精神障害を含めたメンタルヘルス不調の特質を踏まえる必要がある。たとえば、精神障害者に対する合理的配慮は、身体障害者に対するバリアフリー建築などの一律的措置ではなく、相性の良い人物との隣接配置、フレックスタイム制など、医学等の専門所見を踏まえつつ、本人希望と会社都合を調整する個別的な措置が求められることは、アメリカの ADA からも示唆されるし、そもそも人間の心理的反応から主観性を排除できないことからも導かれ得る。

・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（オーダーメード志向）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別性が高いことからも、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的対策の転帰からも明らかと考えられる。

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

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ところがあるし、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も当然といえる場合、（β）定期健診、欠勤・休職時の診断書の提出、その他自発的な申告等により、既に法人に必要な情報が提供されている場合、（γ）「密接な接触関係」にある上司等が、本人の不調を知っているか、当然に知るべき場合（特に、（α）の前提がある場合に妥当し易い）、（δ）労働者側が情報提供を躊躇しても当然といえる条件を使用者側が創出していた場合には、たとえ個々の場面で情報提供を拒否されても、使用者側が免責されることにはならない。

・残る問題は、冒頭に述べた「症例対応の窓口やコントロール・タワーとなるべき機関や人物」に誰が相当するか、である。

日本の指針等の立場では、産業医や衛生管理者等のほか、中小企業者の場合、地域産業保健センター（以下、「地産保」という）等がそれに該当することとなろうが、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、注意義務の一内容と解するものもある（例えば東芝事件東京高判平成２３年２月２３日労働判例１０２２号５頁）。

従って、こうした法令上の規律を整理し、所要の要件を規定したうえで、「症例対応の窓口やコントロール・タワーとなるべき機関や人物」について明文の適用除外規定を設ける必要があると思われる。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。

１１）法政策は１次予防・２次予防・３次予防のいずれに注力すべきか

・３次予防が喫緊の課題であり、かつその履践が１次・２次予防にも繋がることは認められるが、本研究班による比較法の結果から、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。

１２）作業関連ストレス対策と経営・人事労務管理問題の切り分けの可否と是非

・これまで、日本の労働裁判例は、おおむね、人事一般については使用者に広く裁量を認め、解雇や安全衛生については厳しい基準を課すポリシーで来たと言えようが、著名な電通事件最高裁判決を転換点として、「過度な心理的負荷」を積極的に認定するようになったことで、実質的に彼らの人事労務管理のありように介入するかのような判断を示すようになって来ている。また、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、労災補償に関係して、純然たる人事事項に介入するような判例傾向に歯止めをかけるような立法もなされたが、日本では未だそうした動きは見られず、むしろ精神障害の労災認定基準の精緻化（「心理的負荷による精神障害の認定基準について」（平成２３年１２月２６日付け基発１２２６第１号別添）を参照）により、人事事項との境界線が混沌として来ているようにも思われる。

・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。

＜補論～産業精神保健法学の構想～＞

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

（１）産業精神保健法学の所掌

・この領域の所掌に関する理解の一助として、研究代表者が作成した産業精神保健法（職場のメンタルヘルスに関する法）の鳥瞰図を示す（図１）。ここでは、現在、国の職域メンタルヘルス対策は、労働法体系の「一部の一部の一部の一部」という位置づけに留められているものの、それに実質

的に関わる法体系は幅広く、従って、その成功がもたらす効果も極めて幅広いことを一覧できるようにしている。このことは、国の発出する関連指針などが、かなり幅広い分野の法規に関連する内容となっていることからも、容易に看取される。

・先ず、企業のガバナンスや会計等を司る商法・会社法、税法・会計法等は、メンタルヘルス不調の遠因となり得る。例えば、国際会計基準や外形標準課税の導入などによる企業経営への圧力はもとより、商法改正による分社化がもたらした不調者に雇用責任等を負う主体の変容等が挙げられる。民法は、加害者等の過失責任のみならず、メンタルヘルスに関わる民事問題全般を取り扱い、同法や個人情報保護法、刑法・特別刑法等は、不調者の情報管理に関わる。しかし、法の定め・趣旨を見誤った過剰反応は、却って適切な健康管理のみならず、個々人の人格的・社会的な成長の妨げとなりかねず、他方、偏見を招き易い関連情報の不適正な取扱いは、問題を悪化させることもあり得る（ex.）民間保険への加入や事故発生時の保険金受給への障害等）。医療関係法は、専門科間の関係を含め、医療機関や医療人の業務のありように関わり、社会保障・福祉関係法は、在職者、離職者の安心や復職に深く関わる。とりわけ、産業と福祉が乖離している（(i)人材と情報交流の断絶、(ii)福祉対象者の一般就労機会の乏しさ、(iii)福祉給付対象者の復職の困難さ等）現状の打開は、これらの法にも関わる喫緊の課題である。また、労働法の中でも、職場の秩序や具体的な労働条件（や人事労務管理の基本方針）を規定する就業規則等を司る労働契約法は、職域メンタルヘルスと極めて深い関係を持つ。就業規則は、悪用すれば、使用者に過度な裁量を根拠づけ、労働者の恣意的な排除をもたらすが、適正に活用すれば、不調者への適正手続を明示したり、快適な職場環境形成にも貢献する。労働市場法も、労働者の横断的職務能力の形成や転職市場の開発等を通じ、特定企業の組織風土に適応しにくい人物のメンタルヘルス等に貢献する可能性がある。集団的労使関係法が司る労働組合や組合と使用者の関係は、未だメンタルヘルス領域では存在感が薄いと言わざるを得ないが、本来、組合が貢献すべき余地は多くあり、その存在意義も示し得る。

（２）「切り分け」とは

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

それを具体化したものが、図２である。

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

の程度や改善・寛解までの期間等を加味して決定することになる。

・こうした軸を立てると、①～④の４つのフィールドが形成される。

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

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

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

④は、業務外の事由による発症・増悪の疑いが濃く、重症レベルの不調者への対応領域である。ここでも、解雇権濫用規制（労働契約法第１６条）から導かれる解雇回避努力義務や、障害者の雇用促進等の信義則上の要請を果たすため、原則として、休職措置や復職支援は法的に求められるが、a.難治性、b.所定業務・職場秩序・治療への悪影響などの要件を充たせば、解雇や自然退職措置も正当化される。

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

・次に、図３を参照されたい。

これは、図２を横倒しにして、高さの軸として、いわゆるパーソナリティの偏りを採用したものである。一般に、法律論上、疾病障害の場合、その性質や程度により、

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

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は困難だが、それ故に適切な措置を講じないことの言い訳にはならない、とするイギリスの研究者グループの示唆が妥当であろう。至局、自然科学的な解明が進むまでの間、公衆衛生疫学的な傾向分析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、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）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も当然といえる場合、（β）定期健診、欠勤・休職時の診断書の提出、その他自発的な申告等により、既に法人に必要な情報が提供されている場合、（γ）「密接な接触関係」にある上司等が、本人の不調を知っているか、当然に知るべき場合（特に、（α）の前提がある場合に妥当し易い）、（δ）労働者側が情報提供を躊躇しても当然といえる条件を使用者側が創出していた場合には、たとえ個々の場面で情報提供を拒否されても、使用者側が免責されることにはならない。

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

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（休息時間）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易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応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、それ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。

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

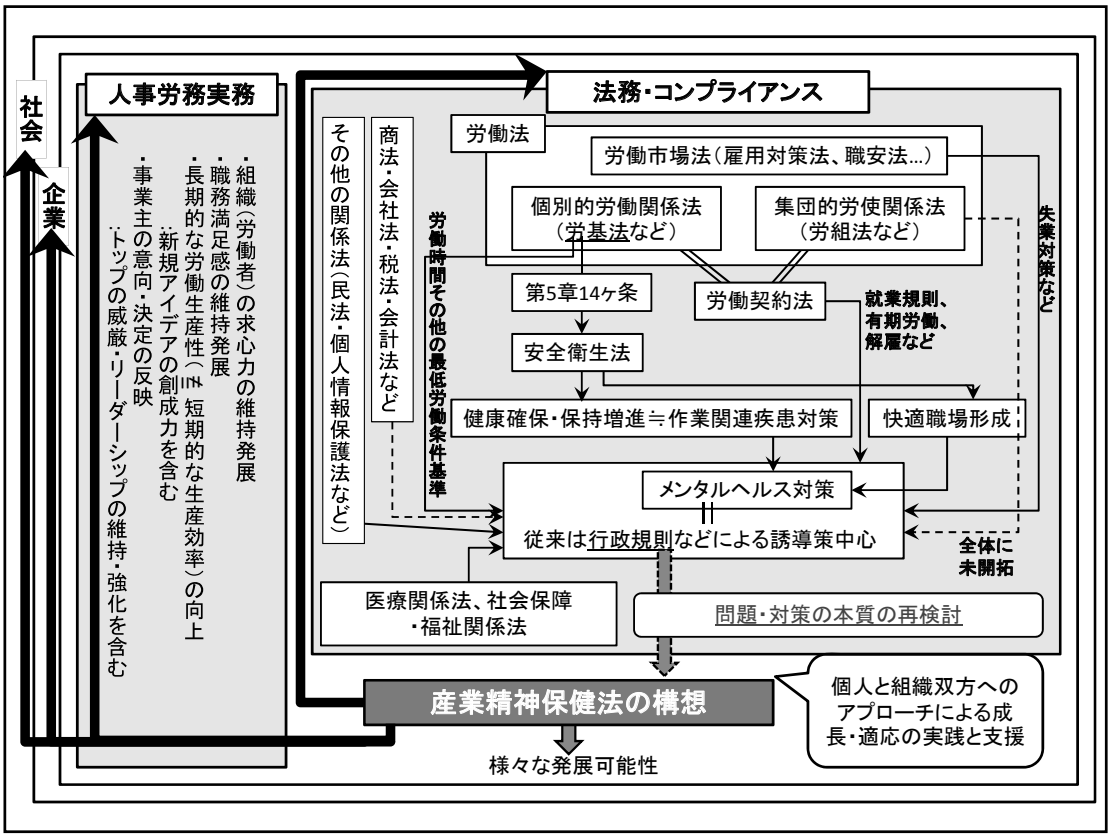

社会
企業
人事労務実務
・組織（労働者）の求心力の維持発展
・職務満足感の維持発展
・長期的な労働生産性（≒短期的な生産効率）の向上
…新規アイデアの創成力を含む
・事業主の意向・決定の反映
…トップの威厳・リーダーシップの維持・強化を含む
法務・コンプライアンス
その他の関係法（民法・個人情報保護法など）
商法・会社法・税法・会計法など
労働法
労働市場法（雇用対策法、職安法…）
個別的労働関係法（労基法など）
集団的労使関係法（労組法など）
労働時間その他の最低労働条件基準
失業対策など
第5章14ヶ条
労働契約法
就業規則、有期労働、解雇など
安全衛生法
健康確保・保持増進≒作業関連疾患対策
快適職場形成
メンタルヘルス対策
従来は行政規則などによる誘導策中心
全体に未開拓
医療関係法、社会保障・福祉関係法
問題・対策の本質の再検討
産業精神保健法の構想
個人と組織双方へのアプローチによる成長・適応の実践と支援
様々な発展可能性

図 1

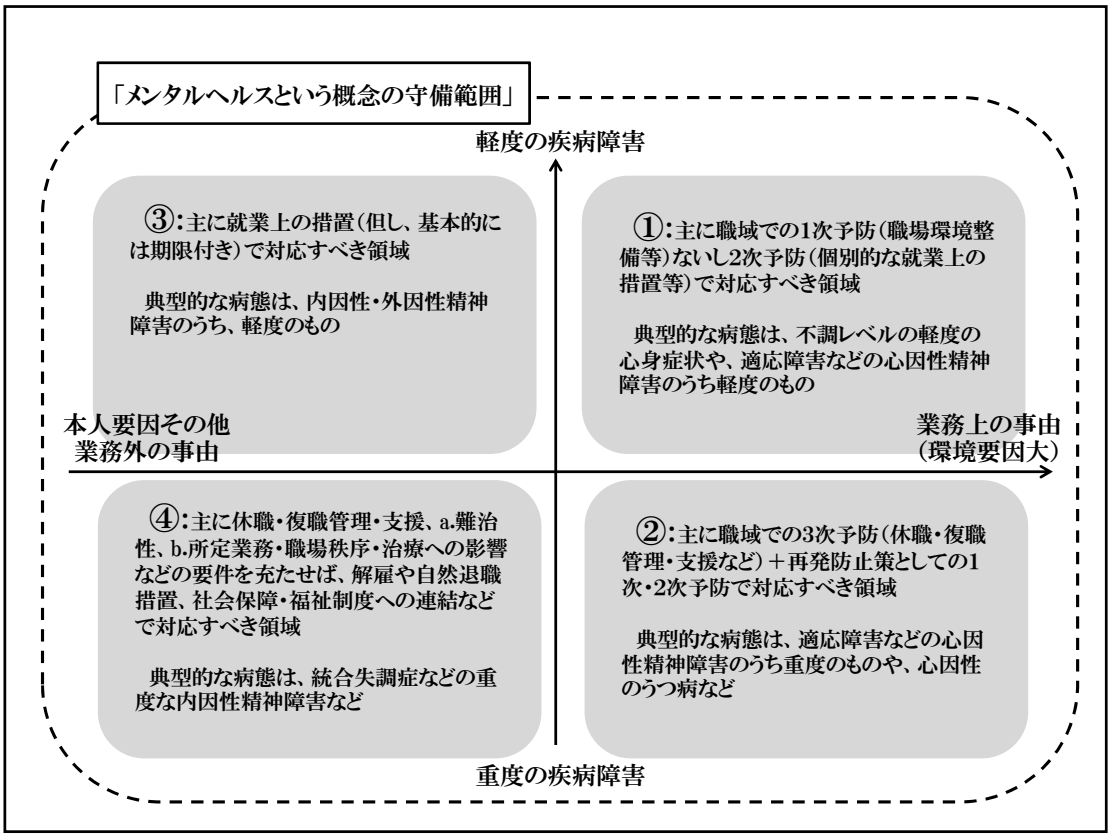

「メンタルヘルスという概念の守備範囲」
軽度の疾病障害
③：主に就業上の措置（但し、基本的には期限付き）で対応すべき領域
典型的な病態は、内因性・外因性精神障害のうち、軽度のもの
①：主に職域での1次予防（職場環境整備等）ないし2次予防（個別的な就業上の措置等）で対応すべき領域
典型的な病態は、不調レベルの軽度の心身症状や、適応障害などの心因性精神障害のうち軽度のもの
本人要因その他業務外の事由
業務上の事由（環境要因大）
④：主に休職・復職管理・支援、a.難治性、b.所定業務・職場秩序・治療への影響などの要件を充たせば、解雇や自然退職措置、社会保障・福祉制度への連結などで対応すべき領域
典型的な病態は、統合失調症などの重度な内因性精神障害など
②：主に職域での3次予防（休職・復職管理・支援など）＋再発防止策としての1次・2次予防で対応すべき領域
典型的な病態は、適応障害などの心因性精神障害のうち重度のものや、心因性のうつ病など
重度の疾病障害

図 2

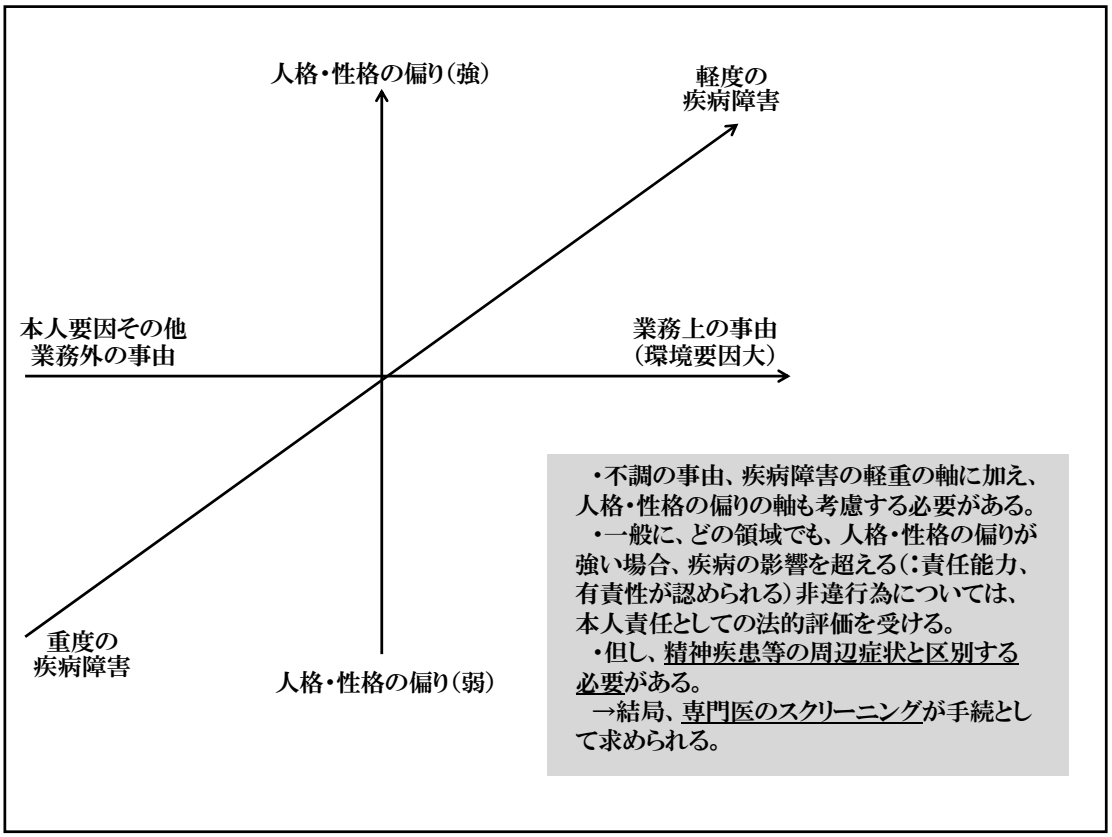

人格・性格の偏り（強）
軽度の
疾病障害
本人要因その他
業務外の事由
業務上の事由
（環境要因大）
重度の
疾病障害
人格・性格の偏り（弱）
・不調の事由、疾病障害の軽重の軸に加え、人格・性格の偏りの軸も考慮する必要がある。
・一般に、どの領域でも、人格・性格の偏りが強い場合、疾病の影響を超える（：責任能力、有責性が認められる）非違行為については、本人責任としての法的評価を受ける。
・但し、精神疾患等の周辺症状と区別する必要がある。
→結局、専門医のスクリーニングが手続として求められる。

図３

Ⅱ．　分担研究報告書

Ａ．　法制度の調査結果

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

イギリスの産業精神保健法制度

分担研究者　三柴　丈典　　近畿大学法学部・教授

研究要旨
（１）労働安全衛生法上の施策について
イギリスでは、職場の安全衛生や厚生水準の確保を罰則付きで義務づけるイギリス労働安全衛生法典（HSWA）の一般的義務条項及びその下にあってリスク管理の実施を罰則付きで義務づける安全衛生管理規則に基づき、MS（Management Standards：ストレス管理基準）と呼ばれるガイダンスを用いて、公権力の介入する作業関連ストレス対策（MSA）が図られてきた。
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 に捜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１１条、所管大臣の HSE に対する権限は第１２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１３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。

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

開発作業は１９８０年代後半から開始された。後掲図１に示すように、業務上のストレスの健康影響等に関する Tom Cox 教授への調査研究の委託から始まり、業務上のストレスの健康影響に関する文献レビューを含めた継続的な委託研究、後に MS の評価ツールで採用された、集中的に対策を講じるべき６つの心理社会的ストレス要因（群）の同定、リスク・アセスメント手法の効用に関するエビデンスの整理、ストレス要因と不調状態の因果関係や相関関係に関するエビデンスや好事例の収集と検証、２４のパイロット組織によるシステムの検証、学識者によるワークショップでの MS 草案のピア・レビュー等、学術（特に生理学、組織の健康の観点を含めた公衆衛生疫学・心理社会学)、政策的手続双方の観点で、応分の実績を経て起案された経緯がある。もっとも、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。

具体的な仕組みとしては、基本的に既存のリスク管理手法を応用するものだが、評価ツールとして、①職務上の要求、②裁量、③支援を要素とする職務の内容と、④職務上の人間関係、⑤役割、⑥変化を要素とする職務の背景を対象かつ指標とするストレス評価モデルを採用している。また、この仕組み（MS）は、その根拠となる法規定との関係からも、本来的に一次予防的な性格を有しているが、(だからこそ)「～せねばならない」、「～してはならない」といった要件や禁止事項を定めて強制する方式ではなく、個々の要素について理想的な条件を掲げ、それと実際の職場との乖離を自発的にチェックさせ、あるべき方向に誘導する方式が採られている。現に、２０１２年１１月時点で、MS に関する罰則の適用例は４件にとどまっており（＊そのいずれも、リスク・アセスメント手続の整備を怠ったことに対するものであった)、法規定の根拠は、行政官による介入と予算措置の裏付けという実質にとどまっているように思われる。

問題は、かような方策の実際の効果だが、結論的に、現段階では可視的な成果がナショナル・レベルで充分に認められる状況にはない。たしかに、２００４年の MSA 導入以

後、ストレス関連の症例の推定発生件数が７％減少したとするデータは出ているが、説得的な値とは言えない。本文で示した２００９年の心理社会的労働環境に関する調査報告（Psychosocial Working Conditions in Britain in 2009 HSE 2009）の結論もはかばかしいものではなかった。とはいえ、その効果を否定する材料にも乏しい。例えば、労災・作業関連疾患統計上、自己申告上のストレス、抑うつ状態、不安を原因とする推計逸失労働日数は、全産業で２３％減少しているが、これにMSAが貢献した可能性は否定できないし、個別の組織での MS の活用が多額のパフォーマンスをもたらしたことを示すデータも複数出されている。また、上掲の心理社会的労働環境に関する調査報告からは、一般的に、未だ雇用者側でできる努力が多々あることもうかがわれる。

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

対してノッティンガム大学の研究グループなど、これまで MS 推進に積極的な立場を採ってきた研究者達は、従来の MS への有力な批判を要改善点として積極的に受け止めつつ、従来の Job-Demand-Control-Support モデル（職務上の要求・裁量・支援をストレス評価の主な尺度とするモデル）をベースとしたリスク管理モデルから、より積極的かつ包括的な職場環境改善へと視点をシフトさせていっていることがうかがわれる。すなわち、従前のモデルでは、組織にある問題点を一つ一つ調査して欠点として捉え、あるべき条件へ向け、バンソコを貼るようにその改善を図っていくアプローチを予定していたが、今後は、メンタルヘルス面でのパフォーマンスの優れた組織の特徴を同定し、その水平展開を図ったり、当該組織の歴史や脈絡を重視しつつ、個々の組織にある良い点、優れた点に目を向けて伸ばしていく中で、問題点の解消も図っていくアプローチにシフトさせようということである。要するに、「～がいけない」とか「～してはいけません」と叱るより、「～ができて立派だね～」と褒めるほうが、個人・組織を問わず長所の伸張と欠点の改善に役立つ、という組織心理学的特性を活かした発想であろう。もっとも、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や、当該組織の歴史や脈絡に根ざすいわゆる組織文化的な問題に対応できるか、等の疑問は残る。また、そうした経営コンサルティング的側面を持つ作用に公的支援を行ったり公権力を介入させることの正当性も改めて問われよう。

もっとも、イギリスの労働安全衛生行政が、従前の作業関連ストレス対策に関する調査研究や実際の取り組みを経たうえで、「良い経営こそが、作業関連ストレス要因を管理

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

うち第１は、ある面での行政の権威である。繰り返しになるが、イギリス安全衛生法は、職場の安全衛生と厚生水準の確保を罰則付きで雇用者に義務づけ、さらに下位の規則によって安全衛生に関するリスク管理を義務づけている。こうした解釈に裁量余地の大きい一般条項などに罰則を付すことは、けっきょく、その運用にかかる行政規則等の策定を担当する行政官や、現場を巡る監督官等の裁量・権限の拡大に繋がる。周知のように、イギリスの国家公務員は、伝統的に Her Majesty's Civil Service（「女王陛下の官吏」）と解されており、こうした行政の権威の背景には彼らの頂点に君臨する女王陛下（Her Majesty the Queen）の権威の存在を見ざるを得ない。もっとも、報告者の現地調査では、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、積極的な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 が国レベルで充分に普及ないし機能しないとしても、頷ける面もある。

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

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

いずれにせよ、イギリスの MS が頓挫したと結論づけるのはまだ早い。個別の組織レベルでの成果は多数報告されているのに、ナショナル・レベルでの成果が充分に認められていないということは、やはり、この問題については特に、”one size cannot fit all”ということを示しているのではなかろうか。つまり、国がモデルを示す意義は大きいが、個人にしろ組織にしろ、その脈絡を充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、介入の手法に改善の余地がある可能性もある。

（２）障害者差別禁止法上の施策について

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

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

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

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

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

（エ）は、種々の契約や労働条件などの取り決め、建物の物理的特徴などが障害者に不利益な影響を与える場合、使用者に、その場面のあらゆる状況を踏まえ、当該不利益を防止するための合理的措置（施設の改造、業務軽減、勤務時間の変更、リハビリテーション、職能評価、訓練の提供、備品・設備の整備等）を実施する義務を課し、その不履行を禁止される差別とみなすものである。合理性の判断は、措置の効果、実施可能性、使用者の経済的負担等を事案ごとに検討してなされる。アメリカの ADA のように、使用

者に過度な負担（undue hardship）がかかる場合の免責規定は存しないが、事実上、この要件にその要素が含まれていた。ただし、たとえ経済的コストがかかる場合にも、費用対効果が高ければ、講じるべき合理的調整措置と評価され得る。（オ）との関係では、それが対集団的性格を持つのに対し、（エ）は対個別的性格を持つ点で異なる。具体的には、（エ）の場合、①具体的な障害者（集団）・非障害者（集団）間の比較を必要としない、②不利益が些末でないことの立証で足りる、③（特定個人の差別状態の解消を図る趣旨から）雇用者の差別的意図を必要とする、④障害者の申立や差別状態の予見可能性を前提とするため、対応が後手に回りがちとなる、等の特徴を持つ。また、その対個別的性格から、この義務の不履行による差別の申立人は、当該障害者本人に限られる。

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

（キ）は、ある者が、障害者が、障害者差別禁止法に基づく訴訟手続を開始したり、同手続に関連して証拠や情報を提供したり、同法に関連する行為を行ったこと等（＊④時代には、以上を併せて「保護される行為」と呼ぶようになった）や、当該行為を行う可能性があると信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すような目的又は効果を持つ、本人にとって不快な行為を指すと定義されていた。ただし、関連するあらゆる事情に照らし、当該行為がそうした効果を持つと合理的に解される場合、との限定も付されていた。

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

④時代には、新たに（オ）の規制が加わり、（イ）（カ）が（＊（イ）については正当化事由も含めて）再定義され、（ウ）については、「障害に関連する理由に基づく差別」が、「障害に起因する差別」に代えられ、使用者の認識が要件化されると共に、正当化立証（：一応立証された差別が正当な目的を達成するための適正な手段であることの証明）

の余地が具体化され、事実上拡大された。また、（エ）については、調整義務が生じるケースとして、補助的支援（provision of an auxiliary）がない場合に障害者が不利な立場に置かれるケースが明記された。

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

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

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

以下、平等法における履行確保について整理する。

平等法の履行確保において、刑事制裁は予定されておらず、行政機関によるあっせん・仲裁や、より積極的な事業主等への調査、質問、勧告などの他、司法による（主に）民事上の救済が予定されている。もっとも、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、２００３年改正 DDA 第１６C 条とほぼ同様に、平等法に反する行為を行うようある者に指示したり、違反行為者を支援するよう指示すること（違反行為を導いたり、説得する行為も含む）を禁止している。また、法第７７条は、ある者の賃金格差が保護される特性に関連して生じているか（＊≒主に直接差別を構成するか）を判断するために行われる「賃金に関する開示（relevent pay disclosure)」を禁じる契約条項を、その部分について無効とし、かつ、かかる開示に基づく不利益取扱いを禁じている（但し、労働者が害意をもって誤った証拠や情報を提供したり、不当な差別の申立を行うなど、不誠実な行為をなした場合、報復的取扱いは成立しない)。

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

（３）障害者福祉・雇用促進法上の施策について

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

イギリスの社会保障制度は、租税負担による公的扶助を中心とし、無差別平等主義的な社会保険制度によって補完される北欧型（対義語は社会保険中心の大陸型）に属する。同国の障害者福祉・雇用促進法上の諸制度や諸施策も、基本的にはその前提に基づいて設計されているが、政府の財政難を背景にした福祉制度改革の影響を受け、「福祉から就労へ（welfare to workfare)」の方向性を強めている。すなわち、一方では、所得保障制度の統合再編と給付対象者の絞り込みを図りつつ、他方では、ワーク・チョイスを中核

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

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

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

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

現在、日本の産業と福祉は、①人と情報の交流機会の乏しさ、②症例が福祉制度や同施設の支援を受けることとなった場合の一般就労機会の乏しさ、③症例が福祉的給付を

受給することとなった場合の固着性等の意味で、相当程度乖離している状況と解されるため、参照価値は高い。

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

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

（４）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先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応じて判断される。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充分である。

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す業務外の事由などを逼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、１．６．２、D及びE（２）などを参照)。

（５）まとめ

以上の通り、イギリスでは、政府全体の方針である「welfare から workfare へ」の要請のもと、職域でのメンタルヘルス対策から精神障害者対策までが法的に整備されている。前者は、経営・人事労務管理の質的改善という前衛的な面を持ち、①人選（採用・配置を含む)、②動機付け、③教育訓練、④職務設計と割当などの人事労務管理の基本事項に深く関わる。後者は、主に行為障害に着目する障害者差別禁止法制と、彼らを就労に結び付けるための柔軟で多面的な施策を基礎付ける障害者福祉・雇用促進法の所掌となっている。また、作業関連ストレスに関する民事判例が、これらの法制度の実効性確保を側面支援する意味を果たしている面もある。

こうして、一応、トップランナー対策からバックランナー対策までを包括するパッケージが形成されていると解し得るが、実際に現地調査を行った際には、やや省庁ごとのセクショナリズムの観を否めなかった（＊たとえば、保健省の担当局長が重度障害者対策の実績を誇る一方、HSE の担当者は休業者の低減などに貢献する（はずの）MSA の前衛的意義を強調し、雇用年金省の担当者は作業関連ストレスによる健康被害を労災認定しない方針の正当性を強調する、という様子に象徴される)。また、政府全体の方針である「welfare から workfare へ」の要請が、職域メンタルヘルス対策において MSA を通じた過剰な介入と受け止められたり、精神障害者福祉・雇用促進において福祉削減と受け止められるなどの結果を招いている可能性もある。

そして何より、いずれの施策も、その効果が具体的には明らかになっていない。

とはいえ、上記の法制度が背景とする経験則、疫学、社会的価値秩序などに照らし、１次予防施策から３次予防施策の全てにおいて確保されるべき理念は、①個別性（個性・背景・脈絡の考慮)、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、これらすべてを包括する⑧手続的理性の８要素に集約されるように思われる。

Ａ．研究目的

統一研究課題から明らかなように、本分担研究の目的は、イギリスの産業精神保健法制度の背景・特徴・効果を解明することにある。

Ｂ．研究方法

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

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

なお、現地調査に際しては、公的な作業関連ストレス対策の法政策的背景について、総務省人事・恩給局調査官の石津克己氏（元在英国日本国大使館１等書記官）、インタビュー先へのアポイントメントについて、厚生労働省職業安定局派遣・有期労働対策部派遣・請負労働企画官（調査当時在英国日本国大使館１等書記官）松原哲也氏、雇用年金省のメンタルヘルス関連政策について、同省健康局局長（Health and Well-being Directorate）Gareth Roach 氏、保健省のメンタルヘルス関連政策について、同省メンタルヘルス・障害・平等局長（Director of Mental Health, Disability & Equality）Bruce Calderwood 氏、労働安全衛生庁のメンタルヘルス関連政策について、同庁職場環境・放射線・ガス担当部 Tony Almond 氏、英国産業連盟のメンタルヘルス関連施策について、英国産業連盟雇用・安全衛生部門政策アドバイザーPippa Morgan 氏、公的な作業関連ストレス対策を支援する心理社会学的調査研究の動向について、イースト・アングリア大学ノーリッチ・ビジネス・スクール行動科学教室教授 Kevin Daniels 氏、ノッティンガム・トレント大学心理学系上級講師（senior lecturer）Maria Karanika-Murray 氏より、資料の紹介を含めて多くの情報提供を受けた。

最終年度には、作業関連ストレスに関する民事裁判例の動向を調査すると共に、未了となっていた HSE に関する HSWA の条文の試訳を概ね完成させ、法制度上の HSE の位置づけ、性格を明らかにした。

Ｃ．研究結果目次

１　公法 158
１．１　HSWA の一般的義務条項と安全衛生に関する規則 158
１．１．１　HSWA 第２条 159
１．１．２　HSWA 第３条 162
１．１．３　HSWA 第７条 163
１．１．４　HSWA 第１８条 164
１．１．５　HSWA 第２０条 168
１．１．６　HSWA 第３３条 172
１．１．７　附則第３A 条 175
１．２　安全衛生規則 175
１）１９９９年労働安全衛生管理規則（略称：管理規則） 179
２）１９９２年職場の安全衛生及び厚生水準に関する規則（Workplace(Health, Safety and Welfare)Regulations 1992） 181
３）１９９３年コンピュータの画面表示機器に関する安全衛生規則（The Health and Safety （Display Screen Equipment） Regulations 1992） 181
１．３　実施準則 181
１．４　MS（ストレス管理基準） 185
１．４．１　概要 185
１．４．２　背景 187
１．４．２．１　背景思想 187
１．４．２．２　データ・学術的背景 189
１．４．２．２．１　HSE 自身による説明～ストレスの定義とストレスが及ぼす負の影響にかかる一般論～ 189

１．４．２．２．２　HSE 自身による説明～ストレスがもたらす負の影響に関する社会調査データ等～ 190
１．４．２．２．３　雇用問題研究所らのグループによる報告書の示唆～精神的不調がもたらす経済的損失の指摘～ 190
１．４．２．２．４　ノッティンガム大学の研究グループによる報告書の示唆～公衆衛生疫学・組織論的観点の重要性の指摘～ 191
１．４．２．３　（法）政策的背景 192
１．４．２．３．１　「福祉から就労へ」政策との関係 192
１．４．２．３．２　労働安全衛生政策としての展開 193
１.４.２.３.２.１　MSA 開始以前の動向 193
１.４.２.３.２.１.１　Cox レポート 193
１.４.２.３.２.１.２　HSE・HSC が進めた主な手続 195
１.４.２.３.２.１.３　科学的な議論経過①～３つのキーワードについて～ 196
１.４.２.３.２.１.４　科学的な議論経過②～心理社会的危険源と危害の関係について～ 196
１）生物学的エビデンス 197
２）疫学的・心理社会学的エビデンス 198
３）文献が示唆するその他のエビデンス 200
３－１）体系的な文献レビュー 201
３－２）職務設計における変化を射程に収めた研究 201
３－３）特論：心理社会的危険源に関連する直接的・間接的効果 202
１.４.２.３.２.１.５　科学的な議論経過③～作業関連ストレスへのリスク・アセスメントアプローチの有効性について～ 203
１．４．２．３．２．２　MSA 開始以後の動向 204
１．４．２．３．２．２．１　２０１０年以後の国家労働安全衛生戦略 204
１．４．２．３．２．２．２　ブラック報告 206

１．４．２．３．２．２．３　メンタルヘルスと雇用に関する国家戦略 211
１．４．３　具体的内容 214
１．４．３．１　仕組み 214
１．４．３．１．１　５段階の管理プロセス 215
１．４．３．１．２　評価ツール（Indicator Tool） 215
１．４．３．２　流れ 216
１．４．４　法的位置づけ及び法的効力 216
１．４．５　確認できる効果 218
１．４．５．１　ノッティンガム大学の研究グループによるデルファイ調査の示唆 218
１．４．５．２　Daniels らによる最新著作の示唆 219
１．４．５．３　政府による統計調査の示唆 220
１）産業別データ 220
２）職種別データ 220
３）事業場規模別データ 220
１．４．５．４　HSE が示す個々の組織レベルでの改善例 221
１）Bradford and Bingley 社の例 222
２）Hinchingbrooke 国民保健サービス基金の例 222
３）Somerset 地区協議会の例 223
４）Nortfork 地区協議会の例 223
１．４．６　問題点、発展可能性と克服すべき課題 223
１．４．６．１　指摘されている問題点 223
１．４．６．１．１　Kompier の示唆する総合的な問題点 223
１．４．６．１．２　Daniels らによる最新著作の示唆 224
１．４．６．１．２．１　実務面 224
１．４．６．１．２．２　理論面 227

１．４．６．１．３　ノッティンガム大学の研究グループによるリスク管理手法に関する批判の整理 227
１．４．６．２　今後の発展可能性と課題 228
１．４．６．２．１　踏まえるべき環境条件の変化 228
１．４．６．２．２　一般論 229
１．５　法の管轄機関・執行権限者 230
１．５．１　HSWA の関連規定 230
１．５．１．１　HSWA 第１１条 230
１．５．１．２　HSWA 第１２条 232
１．５．１．３　HSWA 第１３条 233
１．５．１．４　附則第２条 236
１．５．１．５　HSWA 第１４条 243
１．５．２　MS を用いた監督指導の実際 246
１．５．２．１　概要 246
１．５．２．２　問題点と講じられた対策 247
１．５．３　MS の浸透を支援する民間の専門機関 248
１．６　雇用にかかる精神障害者差別禁止法 248
１．６．１．　１９９５年障害者差別禁止法 249
１．６．２　２０１０年平等法 251
１．６．３　差別禁止法の実際の効果 257
１．７　障害者の福祉と雇用を促進する制度 257
１．７．１　保護雇用制度 258
１．７．２　所得保障制度 259
１．７．３　職業リハビリテーション 262
１）仕事へのアクセス支援（Access to Work） 265

２）障害者のためのニュー・ディール（New Deal for Disabled People） 265
１．８　メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制 266
１．９　関係判例 266
２　私法 266
２．１　法的根拠と判例法理 266
２．２　代表的な関係判例 267
１）Hatton 事件 267
２）Barber 事件 270
３）Hartman 事件 271
４）Daw 事件 272
２．３　確認できる効果 274

Ｃ．研究結果

イギリスでは、HSWA（イギリス労働安全衛生法）の一般条項等を根拠として、MS（Management Standards：ストレス管理基準）というシステムを構築して、専門性を持つ行政機関に一定の権限・裁量を委ねる方途により作業関連ストレス対策が図られており、デンマーク、オランダなどと並んで、世界的にも進んだ政策展開が図られ、またその前提として、先駆的な政策志向の調査研究が進められている。その調査研究では、心理社会学（psychosociology）や産業保健（industrial health）などの専門家が中心的な役割を果たしており、医学、法学などの研究者とも協働しながら、政策をリードする研究が行われている。

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

なお、日本では民事裁判例が事業者に少なからず過重ストレス対策のモチベーションをもたらして来た経緯があるが、イギリスでも、産業ストレス被害にかかる賠償請求訴訟が少なからず生じ、雇用者にプレッシャーを与えている。とはいえ、一次予防を原則とする予防法（安全衛生法）とは異なり、基本的には個人の関心事項と解されている[1]。他方、労災補償の枠組では、ドイツなどと同様に、原則として、作業関連ストレスによる精神障害に補償給付はなされない。

１　公法

イギリス（UK）における作業関連ストレス対策は、主に MS を用いたアプローチ（MSA）手法によって実施されて来た。イギリスにおける MSA 開発の法的な立脚点は、１９７４年に制定されたイギリス労働安全衛生法：The Health and Safety at Work etc Act 1974：HSWA）及び１９９９年に発令された労働安全衛生管理規則（The Management of Health and Safety at Work Regulations 1999）にあり、このうち後者は、１９８９年に EU（EC）のローマ条約第１１８条(a)に基づき発令された「安全衛生の改善に関する基本指令（枠組み指令）（89/391/EEC）」の国内法化の要請に基づくものである。

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

１．１　HSWA の一般的義務条項と安全衛生に関する規則

１９７４年に制定された HSWA は、労務

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

同法は、以下のように構成されている[3]。

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

次に、雇用者等が負う一般的義務を規定する（第２～９条）。

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

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

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

第６に、罰せられる行為、訴追、証明責任等、刑罰について規定する。

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

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

１．１．１　HSWA 第２条

HSWA 第２条の定めは以下の通り。

（試訳）

(1)It shall be the duty of every employer to ensure, so far as is reasonably practicable, the health, safety and welfare at work of all his employees. 雇用者たる者は全て、合理的に実行可能な限り、その被用者の就労上の安全衛生及び厚生水準を確保する義務を負う。 (2)Without prejudice to the generality of an employer's duty under the preceding subsection, the matters to which that duty extends include in particular—

前項に基づく雇用者の義務の一般性を前提として、その義務の適用範囲内には、特に以下の事柄が含まれる。	risks to health and the provision and maintenance of means of access to and egress from it that are safe and without such risks;
(a)the provision and maintenance of plant and systems of work that are, so far as is reasonably practicable, safe and without risks to health;	雇用者の支配下にある全ての作業場所が、合理的に実行可能な限り、安全で衛生的な条件に保たれると共に、その場所への出入りの手段が安全かつ衛生的に設置及び維持されていること、
生産施設及び作業システムの設置及び維持について、合理的に実行可能な限り、安全で衛生的な条件を確保すること、	(e)the provision and maintenance of a working environment for his employees that is, so far as is reasonably practicable, safe, without risks to health, and adequate as regards facilities and arrangements for their welfare at work.
(b)arrangements for ensuring, so far as is reasonably practicable, safety and absence of risks to health in connection with the use, handling, storage and transport of articles and substances;	その被用者のための労働環境の整備及び保全が、合理的に実行可能な限り、安全かつ衛生的であり、設備や作業上の厚生水準のための条件整備の観点で充分なものとなるようにすること、
物品や物質の使用、取扱い、貯蔵及び輸送に関連して、合理的に実行可能な限り、安全衛生を確保するための便宜を供与すること、	(3)Except in such cases as may be prescribed, it shall be the duty of every employer to prepare and as often as may be appropriate revise a written statement of his general policy with respect to the health and safety at work of his employees and the organisation and arrangements for the time being in force for carrying out that policy, and to bring the statement and any revision of it to the notice of all of his employees.
(c)the provision of such information, instruction, training and supervision as is necessary to ensure, so far as is reasonably practicable, the health and safety at work of his employees;	特に定める場合を除き、雇用者たる者は全て、労働安全衛生に関する基本方針及び
被用者の労働安全衛生を確保するため、合理的に実行可能な限り、それに必要な情報、指示、教育訓練及び監督を提供すること、	
(d)so far as is reasonably practicable as regards any place of work under the employer's control, the maintenance of it in a condition that is safe and without	

当該方針を実施するための組織体制及び有効期限を明文化した声明を策定し、適宜改訂すると共に、その被用者に対し、当該声明及びその改訂につき周知する義務を負う。

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

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

(5). . . . . .

(6)It shall be the duty of every employer to consult any such representatives with a view to the making and maintenance of arrangements which will enable him and his employees to co-operate effectively in promoting and developing measures to ensure the health and safety at work of the employees, and in checking the effectiveness of such measures.

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

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

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

繰り返しになるが、本条最大の特徴は、一般的義務規定でありながら、罰則の裏付けを得た強制規範であることである。これは、労災の背景には、働き方の習慣を含め、さまざまな脈絡を持つ複雑多様な現場実態が反映している場合が多いこと、また職場

の立入り検査を行う監督官に法規則違反と併せ、そのような現場実態に関心を抱かせる必要があることを指摘したうえで、素人にも分かり易い具体的な条項で、具体的な法規則違反が見出されない場合にも監督官の判断で労災防止のために適当な措置を強制し得るよう規制を図るべきとしたローベンス報告を受けたものと解されている[4]。

なお、本条には、第（１）項の一般的義務条項の他にも、機械設備、生産システム、化学物質を含めた物品・物質管理、情報提供、教育研修、作業場所の管理、作業環境管理、方針・体制づくりとその周知、被用者代表の任命、日常的な努力と効果の確認並びにそのための労使間の協働、安全衛生委員会の設置など、労働安全衛生を効果的に実現するための原則が集約されている。

１．１．２　HSWA 第３条

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

（試訳）

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

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

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

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

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

別に定める場合において、雇用者および自営業者たる者は全て、彼の事業運営に関わる（彼自身の被用者ではない）者に対し、彼らの安全衛生に影響可能性を持つよう

な事業方法に関する別に定める情報を、別に定める条件において、別に定める手段により、提供する義務を負う。

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

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

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

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

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

③職場で用いられる物品や移動遊具関係の機材を設計、製造、輸入、供給する者が、合理的に実施可能な限り、それらの物品等の設置、使用、清掃その他のメンテナンスに際して、いついかなる場合にも安全で衛生上のリスクのない条件が保たれるよう設計、構築する一般的義務、その一般的義務を果たすために必要となる検査の実施義務、物品等の提供を受ける者にそれらの用途・用法、安全で衛生的な状態を保つための条件など必要な情報を提供する義務、当該物品等の提供を受ける者に安全衛生上深刻なリスクをもたらす事態が認識されつつある場合、合理的に実施可能な限り、彼らに更新された情報が提供されるよう必要な措置を講じる義務などを定めた第６条[10]など。

１．１．３　HSWA 第７条

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

（試訳）

It shall be the duty of every employee while at work— 全ての被用者は、就業に際して以下の事柄を行う義務を負う。 (a)to take reasonable care for the health and safety of himself and of other persons who may be affected by his acts or omissions at work; and 自己およびその作為もしくは不作為の影響を受ける可能性のある他者の安全衛生に合理的な配慮をなすこと (b)as regards any duty or requirement imposed on his employer or any other person by or under any of the relevant

statutory provisions, to co-operate with him so far as is necessary to enable that duty or requirement to be performed or complied with.

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

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

他方、本条は、①被用者自身及び関係者への安全衛生上の配慮と②雇用者の安全衛生上の法的義務の履行への協力[11]という２つの側面にかかる被用者の一般的義務を定めたものでありながら、その違反には最高１２か月の自由刑という重い刑が規定されている（附則第３A 条）点に一つの特徴がある[12]。

１．１．４　HSWA 第１８条

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

（試訳）

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

HSE は、本法の条項もしくは次条に基づく規則により、他の機関が当該法規の執行につき管轄責任を委ねられない限り、本法の関連法規の執行のため充分な便宜を供与する義務を負う。

(2)The Secretary of State may by regulations—

所管大臣は、規則により、以下の事柄を行う権限を持つ。

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

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

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

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

the Executive; or

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

and any regulations made in pursuance of paragraph (b) above shall include provision for securing that any transfer or assignment effected under the regulations is brought to the notice of persons affected by it.

関連法規のうちいずれかの規定の執行の管轄責任を、規則の下での決定の範囲内で、

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

または、

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

ための規定を設けること。

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

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

前項に基づく規則により設けられる規定は、本法第１５条(3)(c)項所定の安全衛生規則により設けられた規定に従って発効する。

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

地方公共団体は、以下の義務を負う。

(a)to make adequate arrangements for the enforcement within their area of the relevant statutory provisions to the extent that they are by any of those provisions or by regulations under subsection (2) above made responsible for their enforcement; and

当該自治体が前項に基づく規則等により執行の責任を負う範囲で、管轄地域内での関連法規の執行のために充分な条件整備を行うこと、ならびに

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

(a)により当該自治体に課された義務及び関連法規により付託された役割を、HSE が発出するガイダンス等に従って遂行すること。

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

(4)(b)に基づき HSE がガイダンスを発

出する際には、地方の管轄機関と協議をするものとする。

(4B)It shall be the duty of the Executive and the local authorities—
HSE と地方の管轄機関は、以下の義務を負う。

(a)to work together to establish best practice and consistency in the enforcement of the relevant statutory provisions;
好事例のモデルづくりと関連法規の執行にかかる継続性を確立するために協働すること

(b)to enter into arrangements with each other for securing cooperation and the exchange of information in connection with the carrying out of their functions with regard to the relevant statutory provisions; and
関連法規にかかる各々の責務の履行について、協力関係を確保し、情報交換を行うため、相互に調整を図ること

(c)from time to time to review those arrangements and to revise them when they consider it appropriate to do so.
当該調整内容について定期的に検証し、適当と考えられる限り修正すること

(5)Where any authority other than . . ., the Executive or a local authority is by any of the relevant statutory provisions ... made responsible for the enforcement of any of those provisions to any extent, it shall be the duty of that authority—
関連法規により、HSE 及び地方自治体以外の管轄機関が当該法規の執行に責務を負う場合、当該機関は、以下の義務を負う。

(a)to make adequate arrangements for the enforcement of those provisions to that extent; and
当該法規の執行のための充分な条件整備を行うこと

(b)except where that authority is the Office of Rail Regulation,]to perform the duty imposed on the authority by the preceding paragraph and any other functions conferred on the authority by any of the relevant statutory provisions in accordance with such guidance as the Executive may give to the authority.
管轄機関が鉄道事業監督局である場合を除き、前号により管轄機関に課された義務と、関連法規により当該機関に付託された職務を、HSE が当該機関宛に発出するガイダンスに従って遂行すること

(6)Nothing in the provisions of this Act or of any regulations made thereunder charging any person in Scotland with the enforcement of any of the relevant statutory provisions shall be construed as authorising that person to institute proceedings for any offence.
本法及びその下に策定された規則のう

ち、関連法規の執行をスコットランド内の人物に負わせたいかなる規定も、何らかの違反にかかる起訴の権限を当該人物に与えるものと解してはならない。

(7)In this Part—
本章において、

(a)“enforcing authority” means the Executive or any other authority which is by any of the relevant statutory provisions or by regulations under subsection (2) above made responsible for the enforcement of any of those provisions to any extent; and
「執行管轄機関」とは、関連法規又は第２項に定める規則により、何らかの範囲で当該規定の執行責任を負う HSE 又はその他の機関を指す。

(b)any reference to an enforcing authority's field of responsibility is a reference to the field over which that authority's responsibility for the enforcement of those provisions extends for the time being;
執行管轄機関の責任範囲とは、こうした規定の実施について、差し当たり当該機関の責任が及ぶ範囲を指す。

but where by virtue of subsection (3) of section 13 the performance of any function of ... the Executive is delegated to a government department or person, references to ... the Executive (or to an enforcing authority where that authority is the Executive) in any provision of this Part which relates to that function shall, so far as may be necessary to give effect to any agreement under that subsection, be construed as references to that department or person; and accordingly any reference to the field of responsibility of an enforcing authority shall be construed as a reference to the field over which that department or person for the time being performs such a function.
ただし、第１３条第３項に基づいて HSE のいずれかの職務を省庁・部局や特定の人物に委任する場合、本章のそうした職務に関する規定にいう HSE（または執行管轄機関が HSE である場合の当該執行管轄機関）とは、同条に基づき締結される協定を発効させるうえで必要な限り、それらの省庁・部局や人物を指すと解されねばならない。したがって、ある執行管轄機関の責任範囲との文言は、差し当たり、その職務を遂行する省庁・部局や人物が果たす職務の範囲と解されねばならない。

本条から汲み取り得る示唆は以下の通り。
①HSWA 関連法規の管轄権の決定権限は、概ね所管大臣に委ねられている。
②HSWA 関連法規といえども、HSE から地方公共団体への管轄権限の委譲がなされ得る。
③HSE と地方公共団体の（継続的で実効的な）協働が予定されている。ただし、所管大臣が管轄権の決定権限を持つことや、

その策定にあたって地方公共団体との協議はなされるとはいえ、執行に際してHSEが発出するガイダンスに拘束されることを含め、若干国側上位の前提があるようにも解し得る。

④HSE から地方公共団体以外の機関に管轄権限が委ねられる場合もある。

１．１．５　HSWA 第２０条

HSWA 第２０条は、HSWA 関連法規の執行に当たる監督官の権限について規定している。同条の定めは以下の通り。

（試訳）

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

監督官は、関連法規の効果的な実施のため、執行管轄機関の責任範囲内で、前条及び本条に従い、次項に定める権限を行使することができる。

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

前項にいう監督官の権限は以下の通り。

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

時を選ばず（または、当該監督官自身の判断で危険性ありと解される場合）、第１項所定の目的を果たすために必要と当該監督官が信じる理由のある施設に立ち入ること

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

当該監督官が職務執行への重大な妨害があると認めるに足る合理的な理由がある場合、警察官を伴うこと

(c)without prejudice to the preceding paragraph, on entering any premises by virtue of paragraph (a) above to take with him—

前号の趣旨の範囲内で、(a)に基づき、施設内への立入りに際して以下の者又は物を伴うこと

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

当該監督官の属する執行管轄機関によって正当にその権限を付与された者

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

立入り権限を行使するために必要な器具類

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

第１項所定の目的に照らして必要と解される検査や調査を行うこと

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

(d)項所定の検査や調査のために合理的に必要と認められる限り、当該監督官が立入り権限を有するあらゆる施設について、当該施設、その一部又は施設内の設置物を（全般的に、又は特定の部位について）現状維持するよう指示すること

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

(d)項所定の検査や調査のために必要と当該監督官が認める測定、写真撮影、録音を行うこと

(g)to take samples of any articles or substances found in any premises which he has power to enter, and of the atmosphere in or in the vicinity of any such premises;

当該監督官が立入り権限を持つ施設内で見出されたあらゆる物品もしくは物質、ならびに当該施設周辺の環境のサンプルを採取すること

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

当該監督官が立入り権限を持つ施設内で見出された物品もしくは物質が、当該監督官により安全衛生上の危険性を現にもたらしたか、もたらす可能性があると認められる場合、それを除去させたり、何らかの加工ないし試験に付させること（ただし、当該条件下において、第１項所定の目的に照らして避けられない場合を除き、それを損傷、破壊しない限り、との制限に服する）

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

purposes, namely—
　当該物品又は物質が、前文に規定する状況にある場合、以下の目的の全て又はいずれかに適う限り、それを検収したり、留置すること、すなわち、

(i)to examine it and do to it anything which he has power to do under that paragraph;
　それを調査すること、並びに本号に基づき当該監督官が権限を持つ措置を講じること

(ii)to ensure that it is not tampered with before his examination of it is completed;
　調査実施前の変造を防止すること

(iii)to ensure that it is available for use as evidence in any proceedings for an offence under any of the relevant statutory provisions or any proceedings relating to a notice under section 21 or 22;
　関連法規に基づく起訴手続又は第２１条もしくは２２条に基づく通告に関する手続に用いられる証拠の保全

(j)to require any person whom he has reasonable cause to believe to be able to give any information relevant to any examination or investigation under paragraph (d) above to answer (in the absence of persons other than a person nominated by him to be present and any persons whom the inspector may allow to be present) such questions as the inspector thinks fit to ask and to sign a declaration of the truth of his answers;
　当該監督官が(d)号に基づく何らかの検査や調査について、何らかの情報を提供できると認める人物に対し、当該監督官が問う必要性を認める質問への回答を求め、当該回答が真実であることの宣誓を求めること

(k)to require the production of, inspect, and take copies of or of any entry in—
　以下のものの提出、調査、謄本の入手又は閲覧を求めること

(i)any books or documents which by virtue of any of the relevant statutory provisions are required to be kept; and
　関連法規により保存が義務づけられている帳簿や文書

(ii)any other books or documents which it is necessary for him to see for the purposes of any examination or investigation under paragraph (d) above;
　(d)号に基づく検査や調査のため、当該監督官が検分を要すると認める帳簿や文書

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

him by this section;

ある人物の管理下にあるか、その責任に関わりのある事項あるいは物について、当該監督官が本条により付託された権限を行使するために必要な範囲において、その便宜又は支援の供与を求めること

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

その他、第(1)項所定の目的のために必要な権限を行使すること

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

所管大臣は、規則により、(2)(g)項に基づくサンプル採取に際して遵守すべき手続規定（これまで採取されてきたサンプルの取り扱い方法に関する規定を含む）を策定することができる

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

監督官が、施設内で見出した物品や物質について(2)項(h)号に基づき付託された権限を行使しようとする場合、その中にあって当該施設に関する責任を負う人物の求めがあれば、当該監督官がそれによって国の安全が脅かされると考える場合を除き、その権限によってなされるべきあらゆる事柄が、その人物の目前で行われるようにせねばならない。

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

監督官は、物品や物質について、(2)項(h)号により付託された権限を行使する際、当該監督官が、その権限に基づくなんらかの措置に際していかなる危険があるかを確認するため適当と考える人物と協議しなければならない。

(6)Where under the power conferred by subsection (2)(i) above an inspector takes possession of any article or substance found in any premises, he shall leave there, either with a responsible person or, if that is impracticable, fixed in a conspicuous

position, a notice giving particulars of that article or substance sufficient to identify it and stating that he has taken possession of it under that power; and before taking possession of any such substance under that power an inspector shall, if it is practicable for him to do so, take a sample thereof and give to a responsible person at the premises a portion of the sample marked in a manner sufficient to identify it.

監督官が、(2)項(i)号に基づいて付託された権限に基づき、施設内で見出した物品や物質を検収する場合、当該監督官は、その場所で、責任者に対して、それが困難な場合、目立つ場所に、当該物品や物質を特定できるだけの詳細情報と、当該権限に基づいて検収したことを示す通知書を残さねばならない。また、当該権限に基づいて、物質を検収する際、当該監督官は、自身で実行可能と認める場合、そのサンプルを採取し、当該施設の責任者に対して、特定が可能な方法で印を付けたサンプルの一部を提供せねばならない。

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

(2)項(j)号に基づき質問や宣誓を求められた人物による回答は、その人物、その配偶者又は同性婚相手の発言に反する証拠がある場合、いかなる法的手続においても採用されない。

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

本条の規定は、いかなる人物に対しても、高等法院での訴訟上発せられる証拠開示命令に際して、その人物が法定の特権に基づいて提出を拒むことができる文書の提出を強制する根拠と解されてはならない。スコットランド民事上級裁判所での訴訟上発せられる文書提出命令との関係でも同様とする。

本条から汲み取り得る主な示唆は、HSWA の執行に際して、監督官に強い権限と裁量が委ねられていることである。

権限行使の要件面で特に強い裁量が認められているのは、臨検、警察官の同伴、検査や調査、そのための測定・写真撮影・録音、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である。

１．１．６　HSWA 第３３条

HSWA 第３３条は、HSWA 関連法規の執行に当たる監督官の権限について規定している。同条の定めは以下の通り。

（試訳）

(1)It is an offence for a person—

以下の行為は犯罪となる。

(a)to fail to discharge a duty to which he is subject by virtue of sections 2 to 7;
　第２条から第７条所定の義務を履行しないこと

(b)to contravene section 8 or 9;
　第８条又は第９条に違反すること

(c)to contravene any health and safety regulations . . . or any requirement or prohibition imposed under any such regulations (including any requirement or prohibition to which he is subject by virtue of the terms of or any condition or restriction attached to any licence, approval, exemption or other authority issued, given or granted under the regulations);
　安全衛生規則又はそうした規則に基づき課せられた要件もしくは禁止事項（当該規則により付与される資格、認可、免除その他の許認可事項（authority）に付随する条件もしくは制限に基づく要件又は禁止事項を含む）に違反すること

(d)to contravene any requirement imposed by or under regulations under section 14 or intentionally to obstruct any person in the exercise of his powers under that section;
　第１４条を根拠とする規則に基づき課された要件に違反すること、又は当該法条に基づいて権限を行使している人物を故意に妨害すること

(e)to contravene any requirement imposed by an inspector under section 20 or 25;
　第２０条又は第２５条に基づき監督官から課された要件に違反すること

(f)to prevent or attempt to prevent any other person from appearing before an inspector or from answering any question to which an inspector may by virtue of section 20(2) require an answer;
　他の者が、監督官に接触しようとすること、もしくは当該監督官が第２０条第（２）項に基づき行う質問に回答することを妨害すること、又は妨害しようとすること

(g)to contravene any requirement or prohibition imposed by an improvement notice or a prohibition notice (including any such notice as modified on appeal);
　改善通告もしくは禁止通告（上訴裁判所で修正された通告を含む）により課せられた要件もしくは禁止事項に違反すること

(h)intentionally to obstruct an inspector in the exercise or performance of his powers or duties or to obstruct a customs officer in the exercise of his powers under section 25A;
　監督官による権限行使もしくは職務遂行を故意に妨害すること、又は税務署職員が第２５（A）条に基づいて行う権限行使を妨害すること

(i)to contravene any requirement

imposed by a notice under section 27(1);
　第２７条に基づいて発出された通告上の要件に違反すること

(j)to use or disclose any information in contravention of section 27(4) or 28;
　第２７条（４）項又は第２８条の定めに反して情報を利用又は開示すること

(k)to make a statement which he knows to be false or recklessly to make a statement which is false where the statement is made—
　故意に虚偽の申述を行うこと又は以下の条件でむやみに虚偽の申述を行うこと

(i)in purported compliance with a requirement to furnish any information imposed by or under any of the relevant statutory provisions; or
　関連法規により課された情報提供義務の履行と称して

(ii)for the purpose of obtaining the issue of a document under any of the relevant statutory provisions to himself or another person;
　関連法規に基づき、自ら又は第三者のために文書の発行を得る目的で

(l)intentionally to make a false entry in any register, book, notice or other document required by or under any of the relevant statutory provisions to be kept, served or given or, with intent to deceive, to make use of any such entry which he knows to be false;
　関連法規に基づき保存、提出が求められる記録、帳簿、通知その他の文書に虚偽の記載を行うこと、又は、欺罔の意思をもって故意に虚偽記載を利用すること

(m)with intent to deceive, to forge or use a document issued or authorised to be issued under any of the relevant statutory provisions or required for any purpose thereunder or to make or have in his possession a document so closely resembling any such document as to be calculated to deceive;
　関連法規に基づき発行されたか、発行の許可を得たか、当該法規に基づく何らかの目的で必要とされる文書を、欺罔の意思をもって偽造するか利用すること、又は、そうした文書に酷似した文書を欺罔の目的で作成するか、保持すること

(n)falsely to pretend to be an inspector;
　監督官のふりをすること

(o)to fail to comply with an order made by a court under section 42.
　第４２条に基づき裁判所から発せられた命令に反すること

(2)Schedule 3A (which specifies the mode of trial and maximum penalty applicable to offences under this section and the existing statutory provisions) has effect.
　（本条所定の犯罪に適用される審査方法及び罰金の最高額並びに現行法規の特定

については）附則第３A 条の定めによる。

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

附則第３A 条は、第１５条（６）項（ｃ）号もしくは（ｄ）号所定の規定に従う。

(5)Where a person is convicted of an offence under subsection (1)(g) or (o) above, then, if the contravention in respect of which he was convicted is continued after the conviction he shall (subject to section 42(3)) be guilty of further offence and liable on summary conviction to a fine not exceeding £100 for each day on which the contravention is so continued.

本条（１）項（ｇ）号もしくは（O）号に基づき有罪とされ、かつ、有罪とされた違反状態が有罪確定後も継続した場合には、第４２条（３）項により加重罪として取り扱われ、略式裁判により、違反状態が続く日ごとに１００ポンド（日本円で約２２０００円）以下の罰金を科せられる。

(6). . . . . .

本条から汲み取り得る示唆は以下の通り。

①労働者の厚生水準を含めた高いレベルの安全衛生の確保を求める一般的義務条項や、被用者以外にも事業者などと接点のある者の被害の防止を規定する規定、被用者の義務（被用者独自の義務、雇用者の措置への協力義務）を定めた規定、監督官に広く措置の権限を与えた規定、その実効性を担保するための規定など、比較的前衛的な規定にも罰則の裏付けを与えている。特に、監督官による（裁量的）措置を支援するための規定への罰則の担保が充実している。

②法のもとにある規則の違反にも罰則の裏付けを与えている。

１．１．７　附則第３A 条

別添（附則第３A 条）参照。

１．２　安全衛生規則

HSWA 第１５条は、所管大臣の制定する安全衛生規則につき、以下の定めを置いている。

（試訳）

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

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

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

前項の定める目的の一般性を前提とし

て、安全衛生規則は、本章の定める一般的な目的のため、別表３に記載された目的に沿う規定を設けることができる。

(3)Health and safety regulations—
　安全衛生規則は、

(a)may repeal or modify any of the existing statutory provisions;
　現行の法規定のいずれをも改廃することができる。
(b)may exclude or modify in relation to any specified class of case any of the provisions of sections 2 to 9 or any of the existing statutory provisions;
　分類された特定のケースとの関係で、本法第２条から第９条の規定、または現行の法規定についても、その適用を除外しもしくは修正することができる。
(c)may make a specified authority or class of authorities responsible, to such extent as may be specified, for the enforcement of any of the relevant statutory provisions.
　関連する法規定の執行について、特定された一定範囲内で責任を持つ特定の公的機関か、分類された公的機関を創設することができる。

(4)Health and safety regulations—
　安全衛生規則は、

(a)may impose requirements by reference to the approval of the Executive or any other specified body or person;
　HSE（法第１０条第５項参照）その他特定の団体や個人による同意を参考に、要件を課すことができる。

(b)may provide for references in the regulations to any specified document to operate as reference to that document as revised or re-issued from time to time.
　特定の文書が改訂又は再版された際に、規則を参照すればそのことが分かるように、当該規則の中に特定の文書への参照を付すことができる。

(5)Health and safety regulations—
　安全衛生規則は、

(a)may provide (either unconditionally or subject to conditions, and with or without limit of time) for exemptions from any requirement or prohibition imposed by or under any of the relevant statutory provisions;
　関連する法規定により課されたか、それに基づく要件や禁止事項からの適用除外を、（無条件か、または時間制限ありもしくはなしで一定条件を付したうえで）定めることができる。

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

authority.

特定の人物か特定の公的機関に代理権限を与えられた者の判断によって、関連法規により課されたか、それに基づく要件や禁止事項からの適用除外を（無条件か、一定の条件に従う前提で、また、期限を設け、もしくは設けずに）受けられるようにすることができる。

(6)Health and safety regulations—

安全衛生規則は、

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

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

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

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

(c)may exclude proceedings on indictment in relation to offences consisting of a contravention of a requirement or prohibition imposed by or under any of the existing statutory provisions, sections 2 to 9 or health and safety regulations;

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

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

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

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

本法第３５条の趣旨を損ねることなく、

安全衛生規則は、関連法規の違反を、執行機関の管轄範囲内に置くか、そうした類の違反にかかる訴訟維持の管轄権をいずれかの裁判所に委譲することを目的として、当該違反が特定の場所で行われたとみなす旨の規定を設けることができる。

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

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

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

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

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

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

このように、所管大臣（行政）の制定する安全衛生規則には、法律並みの強大な法的効力が付与されている。特に、法規自体の改廃、法規の適用範囲や適用除外、法規違反による処罰の対象、制限、訴訟上の抗弁の特定などが委ねられている点が特筆される。これは、安全衛生における、現場対応的柔軟性、機動性、専門性確保の要請を踏まえた選択と解することができる[13]。

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

１）１９９９年労働安全衛生管理規則（略称：管理規則）

日本の安衛法は、使用者によるリスクアセスメントを努力義務にとどめているが（法２８条の２）、イギリスの労働安全衛生管理規則は、雇用者にリスクアセスメントの実施を義務づけている。その適用対象は、５名以上の被用者を雇用する雇用者に限られるが、これに該当する限り、リスクアセスメントによる重要な結果を記録し、あらゆる必要な対策が講じられるよう手配（arrangements）し、適任な人物を選任し、適切な情報提供を行い、被用者に対する教育訓練を実施する必要が生じる[15]。

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

（試訳）

(1) Every employer shall make a suitable and sufficient assessment of—

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

(a)the risks to the health and safety of his employees to which they are exposed whilst they are at work; and

彼が雇用する被用者が、就労中にばく露する安全衛生上のリスク、および

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

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

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

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

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

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

彼自身が就労中にばく露する安全衛生上のリスク、および

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

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

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

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

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

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

その有効性が疑われる理由がある場合、または、

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

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

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

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

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

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

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

若年者の未経験、リスク認識の欠如および未熟さ

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

職場およびワークステーションの装備およびレイアウト

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

物理的、生物学的、化学的な物質へのばく露の性格（危険性）、程度および期間

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

作業機器の型式、範囲、使用およびその取扱い方法

(e)the organisation of processes and activities;
作業工程や活動の構成

(f)the extent of the health and safety training provided or to be provided to young persons; and
若年者に現に提供されているか、される予定の安全衛生教育の程度

(g)risks from agents, processes and work listed in the Annex to Council Directive 94/33/EC(1) on the protection of young people at work.
若年者の労働保護に関するＥＣ理事会指令（94/33）付属文書に挙示された物質、工程、作業によるリスク

(6) Where the employer employs five or more employees, he shall record—
５名以上の被用者を雇用する雇用者は、以下の事項を記録しなければならない。

(a)the significant findings of the assessment; and
調査の結果判明した重要な事実、および、

(b)any group of his employees identified by it as being especially at risk.
調査の結果、特に高いリスクに晒されていると特定された被用者集団。

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

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

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

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

１．３　実施準則

HSWA 第１６条は、実施準則について定めている。

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

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

第１６条の定めは次の通り。

（試訳）

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

次項（第１(A)項）に記された法令または法的文書の規定上の要件の履行にかかる実務的なガイダンスを提供するため、HSE は、以下の各号に従い、所定の措置を講じることができる。

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

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

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

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

(1A)Those enactments and instruments are—

ここで法令及び法的文書とは、以下のものを指す。

(a)sections 2 to 7 above;

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

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

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

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

１９９３年鉄道法第１１７条第４項に定める規定を除く現行法規定

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

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

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

HSE が協議相手として適当と判断する

省庁・部局（及び、特に電離放射線に関する準則については、健康保護局（HPA）[20]）

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

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

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

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

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

該当する実施準則を特定し、HSE による承認の発効日を明示すること

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

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

(4)The Executive may—

HSE は、以下の事柄を行うことができる。

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

策定された実施準則の全てまたは一部を、本条に基づいて適宜改定すること

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

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

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

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

(5)The Executive may at any time with the consent of the Secretary of State withdraw its approval from any code of practice approved under this section, but before seeking his consent shall consult the same government departments and

other bodies as it would be required to consult under subsection (2) above if it were proposing to approve the code.

HSE は、いつ何時でも、所管大臣の同意を得て、本条に基づき承認された実施準則についてその承認を撤回することができる。ただし、所管大臣に同意を求めるより前に、第２項に基づき承認の提案の際に協議が求められる省庁・部局及びその他の機関との間で、改めて協議を行わなければならない。

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

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

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

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

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

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

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

準則のコントロール権限を付与されている、ということになる。

１．４　MS（ストレス管理基準）

１．４．１　概要

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

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

この基準が重点を置いているのは、以下のことがらである。

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

MSA には、２つの基本的側面がある。１つは、リスク管理の方法論としての側面、もう１つは、リスク調査のモデルとしての側面である。このうちリスク調査モデルは、６つの領域（domain）または尺度（dimension）として機能するよう主要な心理社会的危険源を列挙した体系的分類の形式を採っている[23]。先述した通り、６つの危険源の類型は、リスク管理プロセスを通じて達成されるべき望ましい状態を示す一連の基準という形式で示されてきた。とはいえ、この基準をもって、当該組織が今現在講じている措置の有効性を測定したり、その効果を調査する指標たり得るかについては議論がある[24]。

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

HSE の MS 計画は、これまでに、全国的に３段階で展開されて来た。第１は、「戦略的な実施計画（SiP1）」の段階、第２は、「健

康な職場づくりのための問題解決（SiP2)」の段階、第３は、「より幅広い実施計画（SiP3)」の段階である。この過程を通じ、既に大量の関連情報が蓄積されている[26][27]。

なお、HSE は、Web サイトを通じて、組織内の作業関連ストレスに関するリスクアセスメントの実施責任者向けの情報を盛り込んだ MS の実施手引き（toolkit）を提供している。加えて、MSA を通じて組織の支援を行うためのツール（①HSE 版評価ツール[The HSE indicator tool]、②HSE 版分析ツール[The HSE analysis tool]。両ツールには、ユーザーマニュアルが添付されている)やケーススタディ､ガイダンスも Web サイトで提供している[28]。

なお、２０１２年５月に発刊された Daniels らによる最新著作[29]の第１節では、MS について以下のように説明されている。

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

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

るの）は、職場の諸要素から生じるリスクを調査し、そのリスクから生じ得る効果を低減することに限られている。MS は、リスク調査を組織的な行動へと移行させるための段階的かつ参加型の問題解決手法である[37]。

MSA は、イギリス本土において、２００４年末に開始された。MSA の普及および組織による作業関連ストレス対策を推進するため、様々な介入が試みられた。３年間にわたり、作業関連ストレスは国家としての優先的な計画の対象とされ、複数の実験・実施計画が実行された。HSE が MS の導入に際して設定した目的は、各組織が作業関連ストレス対策（すなわちストレスに関連する事件や疾病休業を減少させること）に際して優れた管理を実践できるように支援することであった[38]。

MS には、数多くの長所がある。その第１は、最新の科学的証拠のレビューに基づいた基準の開発であり（Rick ら[39]）、第２は、支援（care）的要素、第３は、細部への注目、第４は、運用への多様な利害関係者の関与である（Cousins ら[40]）。その他、MS には、組織が国内・EU の精神衛生や厚生水準にかかる安全衛生規制を遵守することを容易にする面、診断（：調査による問題の特定）をベースとし、問題解決志向であり、かつ参加型である等の面がある（Kompier[41]）[42]。

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

１．４．２　背景

１．４．２．１　背景思想

MSA は、HSE により、労働者が遭遇ないし愁訴する作業関連ストレスを低減するために開発されたものであり、その一般的な目的は、ストレス関連疾患により休業する労働者やストレスに晒された経験から充分な職務遂行を果たし得なくなる労働者の数を減少させることにある。MSA の役割は、管理者に対してそれを達成するのに必要な情報、手続、ツールを提供することにある。また、証拠に基づき、かつリスク管理手法を活用し、（管理者とその他の被用者間の）協働作業を通じた問題解決による労働衛生管理の模範的な実践モデル（good practice）を示す意図で採用されたアプローチである[44]。

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

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

そしてその中心的な目的は、HSE が（HSC[46]に代わって）リスク管理措置に関する決定を行う際の手続と基本原則を明らかにすることにある[47]。

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

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

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

３）事業状況の変化

４）社会における指向性、価値観、期待の変化

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

１）HSC および HSE が扱うべき問題か否かを決定する

２）問題を定義し、特徴を描出する

３）問題に対応し得る方策の選択肢とそれを採用するメリットを精査する

４）問題に対する一連の対応策を採用する

５）決定事項を実施する

６）採用した措置の効果を評価し、必要に応じて当初の決定を見直す

このうち４）のステージの適正化は、特に重要と解されている。R2P2 には、その適正化の鍵は、あるリスクが、①受け入れ不可能か、②何とか堪え得る範囲か、③おおむね可能か、の判断規準に関する理解のありようにある、と記載されている。この、「リスクへの対応能力」の判断規準は、そもそも１９８８年に HSE が公刊した出版物（「原子力発電所におけるリスクへの対応能力」（The Tolerability of Risk from Nuclear Power Stations））で示されたものである。

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

１．４．２．２　データ・学術的背景

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

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

１．４．２．２．１　HSE 自身による説明～ストレスの定義とストレスが及ぼす負の影響にかかる一般論～

HSE は、まず、ストレスの定義において、相対的に心理学的な知見を採用した。例えば、HSE が 2007 年に公刊したガイダンスには、ストレスについて、以下のように定義されている。

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

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

ガイダンスは、かような理解のうえに立ち、以下のように述べている。

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

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

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

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

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

①心臓病、腰痛、頭痛、胃腸の障害の他、様々な軽度の疾病

②不安、抑うつ状態、集中力の喪失や判断力の低下などの心理的効果

その他、ストレスは、社会的な引きこもり（social withdrawal）や、攻撃的行動、

アルコールや薬物の濫用、摂食障害、長時間労働といった心身両面の健康や厚生水準に負の影響を及ぼし得る行動を導く可能性もある[56]。

１．４．２．２．２　HSE 自身による説明～ストレスがもたらす負の影響に関する社会調査データ等～

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

１）７名に１名の割合で、その仕事が「かなり」または「過剰に」ストレスフルであると述べている（Psychological working conditions in Britain in 2007[58]）。

２）２００５年から２００６年にかけての１年間で、イギリス本土において、５０万人弱の者が、自ら疾病に発展すると考えるレベルの作業関連ストレスに苛まれているとの報告があった。

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

４）ストレスが休職に発展した場合、病気休業期間の平均は３０．１日である（Labour Force Survey 2005/06[59]）。この数値は、作業関連疾患一般による疾病休業期間の平均日数（２１．２日）をはるかに凌いでいる。

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

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

１．４．２．２．３　雇用問題研究所らのグループによる報告書の示唆～精神的不調がもたらす経済的損失の指摘～

雇用問題研究所（The Institute for Employment Studies）が HSE に提出する目的で作成し、２００９年に公刊された報告書[61]には、以下の通り、MSA の開始前後のイギリスでの精神的不調の状況と、それがもたらす経済的損失が示されている。

Lelliot ら[62]に掲載された２００１年の国立統計局（Office for National Statistics）の統計によれば、どの時点でみても、イングランド（イギリス本国）の生産年齢人口の６分の１が、精神的不調（mental ill-health）に関連する兆候を経験していた。これには、人間の生活機能に影響を及ぼし得る、および／または休業をもたらし得るような、不眠（sleep problem）、疲労（fatigue）、易怒性（irritability)、強い不安感（worry）が含まれる。作業に関連する精神的不調（不安、抑うつ状態、ストレス状態と定義されるもの）は、毎年１０５０万日の逸失労働日数をもたらし、当該不調にり患した個人の平均的な逸失労働日数は３０．１日と試算されている[63]。

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

１．４．２．２．４　ノッティンガム大学の研究グループによる報告書の示唆～公衆衛生疫学・組織論的観点の重要性の指摘～

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

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

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

近年、心理社会的危険源へのばく露とストレス反応および健康影響の間の関係について、いくつもの権威あるレビューが発表されている（例えば、Cox、Cox ら[70]など）。そして、こうした変数集団の間には有意な、時には本質的な関係があることが明らかになっている。しかし、よく論文等でも指摘されるいくつかの概念上、方法論上の理由から、その関係の本質や、何らかの因果関係が示唆するものを特定することは困難である（Mackay ら、Kasl ら、Cox ら、Karanika[71]）。

仮にそこに因果関係が存しない場合、心理社会的なばく露への介入が集団の健康改善という効果をもたらさない可能性が高いため、因果関係が不明であることは軽視できないとの主張がある（Macleod ら[72]）。しかし、この主張に充分な根拠があるともいえない。公衆衛生的観点（McPherson[73]）と組織論的観点（Griffiths、Cox ら[74]）の双方から、この主張を支える自然科学的な認識体系（パラダイム）は、組織への介入（方法）を特定し評価するうえで最も適切な方法ではないと示唆されている。公衆衛生領域に「金科玉条的な基準（gold standard）」がない

ことは、適切な措置を講じないことの言い訳にはならない（HM Treasury[75]）。

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。また、人為的操作のない変数集団において、線形（≒連続的なもの）、非線形（≒非連続的なもの）を含めて有意な相関関係を示すことは可能であった。こうした状況は、作業に関連した健康状態に関する確率的な多因子アウトカムモデルとも共通する。むろん、関連性の指摘は、介入を基礎とする共同的問題解決手法にとっては充分な根拠となろうが、組織横断的な比較の結果を容易に導くには至らないであろう。したがって、組織の全メンバーに適用できる簡便化された質問紙方式のツール（ポピュレーション・アプローチ）は、実務的な考慮によって支持される。しかし、それが最適の戦略であるか否かには未だ疑問が残る。そのような取り組みは、挑戦的なものとならざるを得ず、組織や部門を横断する基準の「意義」にかかる問題から、HSE の６つの領域にわたる調査モデルの信頼性、有効性、実務的な利便性についての疑問が即座に生じるし、他のモデルが存在し得ないかなどの疑問も避けられず、現に特定の部門において幾つかは既に示されている（Griffiths ら[76]）。

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

１．４．２．３　（法）政策的背景

１．４．２．３．１　「福祉から就労へ」政策との関係

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

すなわち、彼国の福祉給付は、主に、①失業者向けの求職者給付、②生活困窮者向けの生活扶助（所得扶助）、③就労能力喪失者向けの就労不能給付（incapacity benefit）（現在の雇用・支援給付（employment and support allowance））から成るが、うち①は、１９９２年から２００８年に至る経済成長により歴史的低水準に至り、②は、労

働党政権による一人親支援策などにより、緩やかな減少傾向を示していた。他方、③については、１９９０年代以降、受給者数が増加傾向を示しており、その原因の１つに職域でのメンタルヘルス問題があると指摘されて来ていた[80]。

１．４．２．３．２　労働安全衛生政策としての展開

もっとも、周知の通り、イギリスは、労働安全衛生については、古くは工場法（１８３３年制定)、その後は HSWA 制定の土台となったローベンス報告（１９７２年）などに遡る世界に先駆ける伝統を持っており、彼国におけるメンタルヘルス対策も、こうした政策的流れを汲んでいる。

そこで以下では、この領域での政策的展開について述べる。

１.４.２.３.２.１　MSA 開始以前の動向[81]

１.４.２.３.２.１.１　Cox レポート

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

その成果をまとめた Cox, T.: Stress research and stress management: Putting theory to work. Sudbury: HSE Books, 1993（Cox, 1993）では、先ず、ストレスについて、客観的に認識可能な側面と感情的な側面の双方から成る心理的状態との理解が定着しつつあるとして、交流分析的なアプローチに基づく既存のストレス・モデルを採用した。その上で、ストレスが生じるプロセスの中に鍵となる要素（ストレスを構成する一連の出来事（event））があることについても、今や充分な合意があり[82]、その代表格の１つに職務上の要求（demand）があるとした。これは、脅威（threat)、体力・気力・時間などの個人的資源への圧迫（impact）その他個人に通常機能以上の何かを求めるものという意味で、客観的に過重と認識されるプロセスであって、一般に、個人の厚生水準に影響を及ぼす（ストレス）反応の拡大をもたらすものを意味する[83]。

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

なお、Cox レポートは、心理的なストレ

ス要因のみならず、心身両面のストレス要因を統合し、職務の内容とその背景に着眼して、そこに存する危険源（hazard）をベースとした分類を行うと共に、リスク管理にＰＤＣＡサイクルの概念（the concept of control cycle approach）を導入した。この考え方は、HSE による雇用者の意識啓発のためのガイドライン（HSE: Stress at Work-A Guide for Employers.HS(G)116,1995(HSE,1995)）に踏襲され、このガイドラインは、過剰な要求は、被用者のストレス耐性を奪う可能性があることを強調すると共に、より優れた職務適応を導く職務設計や効果的な教育訓練のコンビネーションを通じて実現される**「遂行可能な職務（job that are 'do-able'）」という概念**を導入することとなった。その後、この手法は、更に改良され、「組織介入のための基本的枠組（frameworks for intervention）[86]」に統合された[87]。

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

①要求（仕事量、作業の型（パターン）、職場環境を含む）

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

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

④職場における人間関係（紛争を避けるための積極的な取り組みの促進や、受け入れがたい行為への対応が含まれる）

⑤役割（就労者が組織内での自身の役割を理解しているか、就労者が役割葛藤に陥らない状態を組織が確保しているか）

⑥変化（(大小を問わず) 組織的な変化が、当該組織内でどのように管理され、伝達されているか）

⑦文化（組織による運営管理手法及び公正で開放的な手続）

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

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

ステップ１：危険源の調査

ステップ２：危険源にばく露する人物とその機序の特定

ステップ３：リスク評価と従前の対策の実効性の確定

ステップ４：（対策の過程と効果の）記録

ステップ５：必要な場合の評価の見直し

１.４.２.３.２.１.２　HSE・HSC が進めた主な手続

１９９９年に公表された HSE のレポートによれば、作業関連ストレスにより雇用者が負担する費用は、１年に３億５３００万ポンド（＊日本円で約４２３億６０００万円）から３億８１００万ポンド（＊同じく約４５７億２０００万円）にのぼり、社会全体のコストは、３７億ポンド（＊同じく約４４４０億円）から３８億ポンド（＊同じく約４５６０億円）にのぼると推計されていた[91]。また、この推計の実施以後、MS 開始直前の２００２年までに、作業関連ストレスによる逸失労働日数の推計値は、約２倍にまで膨らんでいた[92]。

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

先ず、１９９９年４月から６月にかけて公開型の聴聞会（public consultation exercise）が開催され、その結果がディスカッション・ペーパーにまとめられた（HSE:Managing Stress at Work, 1999（HSE,1999））。同文書には、数多くの斬新かつ実施可能な対応策が盛り込まれ、その中には行為準則を策定すべきとする提案も含まれていた。この際、所見を述べた者の殆どは、職場のストレスは、労働安全衛生ないし厚生水準の問題であり、現行のイギリスの規制枠組の下で取り扱われるべき課題とする点では一致していた。また、多くの者が、対策に際して、行為準則を活用すべきであり、そこに問題対応のノウハウを書き込むべきと考えていた。結果的に、HSC は、この課題へのアプローチに際して、行為準則を用いて（間接的とはいえ）強制をかけるには、不確実性を伴うと考え、その時点での実行はしないこととしたが、将来的にその必要性が生じる可能性を踏まえ、経過を観察することとした。HSC は、ストレス管理について勧告を発するには、科学的、実践的な面での障害があることも認識していた。それには、①用語の定義や理論面での合意が存在しないこと、②介入の効果に関する研究が殆ど存しないこと、③措置の実施に消極姿勢をとるライン管理職が多かったこと、などが含まれていた[93]。

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

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

した。

①基準が具体的に意味するものは何か（問題管理のプロセスか、達成されるべき成果か、あるいはその双方か）

②幅広い雇用者に対し、いかにして適用可能性を担保するか

③主なストレス要因の同定と、相関関係等の解明

④利害関係者（stakeholders）の役割を含めた、基準の開発プロセス

⑤個々の組織が基準に照らして自身の取り組み成果を評価する手法

その後、図１（後掲）の⑥以降の展開を経て、MS の成案の公開に至った。

１.４.２.３.２.１.３　科学的な議論経過①～３つのキーワードについて～

以下では、MS の開発に際してなされた科学的議論の系譜を辿る。

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

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

②危害（Harm）：被用者の健康影響の類型またはそうした性格を持つもの。危害という以上、ある程度、重大（acute）か、慢性的（chronic）なものであって、心身両面の効果や機能に関係するものでなければならない。Mackay,2004 の執筆当時、職場のストレスとの関連性が一般に指摘されていた身体的効果には、心臓病やメタボリック・シンドロームなどがあり[96]、精神的な効果には、不安や抑うつ状態などがあるが、その重篤さは区々多様である。また、ごく最近（２０００年）には、職場のストレスによる心身への効果が、共通の生物学的経路を辿る可能性を示唆する研究成果が発表されている[97]。

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

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

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

British Medical Journal に掲載されたレビュー[98]によれば、２０００年の時点で既に、リスク要因と疾病の関係を裏付けるエビデンスの確証度を評価する仕組みや、介入効果の科学的エビデンスの質を評価する

場は、数多く存在していた。これらが指標化するエビデンスの中には、無作為抽出され、臨床的にコントロールされた試験データを体系的に整理分析したものから、権威ある研究者の見解、臨床的な経験則、記述的研究、専門家会合の報告に至るまで、さまざまなレベルのものがあった[99]。

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

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

以下、類型ごとに当時のエビデンスの集積状況を整理する。

１）生物学的エビデンス

MS の開発時点で既に、ストレスと様々な病態間を結び付ける生物学的機序が幾通りも存在することを示すエビデンスが少なからず存在した。そうした文献を一通り概観したものとして、Brunner et al.,2002[107]、McEwan,2000[108]、Sapolsky,2003[109]などが挙げられるが、それらを要約すると、心理社会的要因と特定の健康影響の関係にあるメカニズムと考えられるものには、概ね以下のようなものがあった[110]。

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

②神経内分泌や自律神経機能の変化

③メタボリック・シンドロームの増悪やインスリン抵抗性の進展

④血液凝固機能の低下

⑤感染症への罹患を媒体する炎症や免疫応答

⑥不安、過覚醒（不眠）、危険行動などの心理的メカニズム

２）疫学的・心理社会学的エビデンス

１.４.２.３.２.１.１で挙示した要素に代表される心理社会的要因については、その全てについて、労働と精神・身体的機能障害の関係を裏付ける機序の存在が認められていた（以下の枠内を参照）。ここでいう障害には、精神衛生、一般的な身体的健康、免疫機能、血圧レベルに関するものが含まれていた[111]。

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

その後、Karasek,1979[113]が、Demand-Control モデルを打ち出した。これは、客観的な職務上の要求と被用者がその要求に応える際に持つ決定上の裁量の相関関係に焦点を当てたものである[114]。また、このモデルを洗練する過程で、上司及び同僚による支援の重要性が認識されるようになった[115]。このモデルの開発前には、社会的支援が人間の健康に及ぼす影響に関する調査に研究者の関心が集中していたが、このモデルの登場後には、職務に関連する要素が個人や組織の成果に及ぼす影響に関する新たなデータが、文献の中で蓄積されていった。それと同時に、これら２つのアプローチ（①社会的支援が人間の健康に与える影響、②職務に関連する要素が個人・組織の成果に及ぼす影響）を統合する実験的試みもなされるようになっていった[116]。

以下では、１.４.２.３.２.１.１で挙示した６つの心理社会的要因の健康影響に関する当時の主要な研究に関する Mackay et al,2004 の整理[117]を掲示する。

（１）職務上の要求（Demand）と職務遂行上の裁量（Control）

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

とえ職務の性格の変化が身体的機能や冠状動脈性心疾患に及ぼす影響がさほど強くない場合にも、身体的機能や慢性疾患に長期的影響を与えることを示すエビデンスも存在する[120]。

D-C モデルの検証を図る数多くの調査をレビューした文献も、複数公表されている。ここから、特に過重な仕事量などの職務上の要求は、身体的、医学的な健康影響を説明するうえで、本人の裁量（の有無や程度）に関する認識と相関関係に立つという Karasek,1979 の仮説について、経験則的な裏付けが複数あることが示唆される。とはいえ、それを支えるエビデンスは、分野横断的な研究に拠る傾向があり、要求と裁量は、それぞれが別個にストレスに重要な影響を与えるものであり、両者は必ずしも相関関係にないとする批判もあった。そして、こうした批判は、大規模な前向きの疫学的調査の結果、職務上の要求と職務遂行上の裁量は、相関関係よりむしろ独自の健康影響を持つとの傾向が示されたことで、一定の裏付けを得ることとなった[121]。こうした事情を踏まえ、HSE は、特に実践面の理由から、少なくとも現段階では、MS の運用上、要求と裁量については、その主要な効果に基づく勧告を行うにとどめている。

（2）社会的支援（social support）

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

Selye,1974[122]は、他者と生活せねばならない状況は、人生の中でも最もストレスがかかる局面だと示唆していたが、労働生活も然りである。なぜならば、相手が同僚、上司、部下のいずれであろうと、職場にいることは他者との密接に関わることに他ならないからである。この関係は、ストレスの要因にも支援の要因にもなり得る。Arnold,Cooper,Robertson,1998[123]は、人間関係の乏しさを、信頼関係の欠如、支援の少なさ、職場問題への取り組みへの関心不足を含むものと定義している。Quick,Quick,1984[124]は、職場の体制的関係性に由来する５つの人間関係面でのストレス要因（①設定された立場と個性や適性の不調和、②接触関係の（過剰な）濃密度、③他者に不快感を与える人格、④リーダーシップのありよう、⑤集団的圧力）を同定した。このような変数（variables）に関連するものとして、一般に、被害者に著しい苦痛を与えると認識されている職場でのいじめ（bullying）や暴力（violence）がある。たしかに、こうした関係性にかかる変数とストレスや健康の関係を明確に象（かたど）る研究は少ないが、裁判に発展したストレスに関する事件に、当事者の最初の不満の基礎となる何らかの人間関

係面での障害（困難、問題）が含まれていることが多いことは、我々の観察から明らかである。さらに、Mayhew,Chappell,2003[125]は、いじめや暴力は、個人レベルと組織レベル双方の費用を発生させると論じている。彼らの論述は、被害者のうち４割は、誰にも助けを求めず、いじめが継続すると、就業への意欲を失い、終には組織を去る、という調査結果（エビデンス）に依拠している。

同様に、看護職のいじめについて調査した Birman,1999[126]は、いじめは、看護職の人手不足の重要な要因であると報告し、Quine,1999[127]は、いじめの愁訴に対して早期対応を怠る保健機関（看護職の雇用者）は、却って高いコストを支払うことになりかねない、と警告している。この指摘は、保健業種に限らず妥当する可能性が高い。

（３）役割の不明確さ（role ambiguity）

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

（４）組織的な変化（organizational change）

「組織的な変化」は、今や、組織での生活上、多くの者が直面するようになって来ているストレス要因である。言うまでもなく、（規模の大小を問わず）変化のプロセスの管理法や、その手法の適切さは、それに関係する人物の受容や経験に大きく影響する。ストレスと変化の関連性を示す報告は、組織が効率的に変化を管理する上で大きな困難を抱える、という事実に裏付けを得ている。現実に、組織の改変計画が失敗に終わった例を示す文献は枚挙に暇がない。ストレスは、多くの組織的変化が、「合理化」の要請から強制されるところに発生している。ここで「合理化」とは、雇用不安や、少ない人員への負担増（＊より少ない人員でより多くの職務を遂行させようとするところに生じる負担の増加）を伴う人員削減を意味する。現在、変化の管理に関する様々なモデルが開発されて来ているが、その殆どは、１９４０～５０年代に、アメリカで Kurt Lewin が行った研究を実質的な基礎としている。組織的変化とストレスの関係について、HSE の MSA（Management Standards' Approach）は、組織の改編管理計画の策定・運用に際しては、Clarke,1994[129]が述べるように、開始から終了まで、被用者とのボトムアップ型の協議を実施すべきと強く推奨している。

３）文献が示唆するその他のエビデン

ス

３－１）体系的な文献レビュー

MSの開発段階にあった２０００年前後、職場の心理社会的ストレス要因による健康等への影響に関する公表文献を対象とする体系的レビューが、数多く実施されていた[130]。そのうち、Rick et al.,2002は、HSEから、MS の普及を支える科学的根拠の調査を委託されたことを受けて実施された文献レビューである。このレビューが着目したのは、①イギリス（UK）の労働者にかかる要求、裁量、支援と人間関係の側面がストレス要因たり得るか、②それらのストレス要因が健康、厚生水準、労働生産性に及ぼす効果、③それらのストレス要因がそうした評価指標に影響する機序、④組織的な活動がストレス要因による悪影響の低減や健康の増進に貢献する程度、の４項目であった。そしてその結論は、この４項目のいずれについても、確たる回答を得るにはエビデンスが不充分というものであった[131]。

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

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

なお、２００２年に HSE の補助を受けて行われた組織的介入に関する研究には、プロセスをベースとする取り組み[132]と、基準をベースとする取り組み[133]の２種類があったが、両者共に、被用者のプロセスへの関与の少なさについて、批判的に指摘していた[134]。

３－２）職務設計における変化を射程に収めた研究

従前より、推認されている心理社会的なリスク要因が、疾病の発症や増悪との因果関係に一定の介入を及ぼすことは確かだが、当該リスク要因へのばく露制限が、疾病の発症や増悪の可能性を低減させる効果が実証される必要がある、との指摘がなされていた[135]。これまでに、職務の再設計（典型的には非実験的手法（quasi-experimental design：実際には同一主体ではないものについて、その客体の個人属性を限りなく近い状態でマッチングさせる等の統計的処置を行いつつ、計量経済学的手法を駆使して、プログラムへの参加グループと非参加グループから成る比較対象グループについての比較を行うことにより、プログラム本来の効果を抽出するといった、自然科学のような実験が容易でない社会科学の分野において確立しつつある

評価手法のこと（伊藤実＝小倉一哉＝原ひろみ＝堀晴彦＝勇上和史＝弓場美裕「労働市場政策の効果に係る定量的評価の欧米における先行研究についての調査」労働政策研究報告書 No.L-4（２００４年）１０頁（堀晴彦執筆部分））による設計）という形式での組織的介入が個々人の健康や組織的指標に与えた影響について調査した、質の高い事例研究が複数公表されて来た。これらの研究には、そのいずれにも、重要な職務特性（裁量、多様性、要求、役割葛藤など）や、精神的な不調状態（psychological morbidity：GHQ（General Health Questionnaire）[136]による）、職務に関連する心理的負荷（strain）や職務満足感に関するデータが含まれていた。これらの研究の示唆は、要約、職務設計が、作業システムの内部に被用者の積極的関与（そもそも必要条件とされている）を得て導入されると、メンタルヘルスが著しく改善する、というものであった。他方、より望ましい状況からさほど望ましくない状況（同じ工程を繰り返すような単純作業への再配置により、自律性や技術の多様性が低下する場合など）への変化は、メンタルヘルスに重大な障害をもたらす、とする事例研究もあった[137]。

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

３－３）特論：心理社会的危険源に関連する直接的・間接的効果

そもそも、心理社会的ストレス要因が効果を現す機序はどのようなものか、という点について、Brunner,2002[139]は、２つの経路（pathway）が認められると論じていた。うち１つ目は、ストレス要因が、喫煙、麻薬の使用、欠勤、特定の食べ物の過剰摂取などの行動傾向に影響を及ぼすことによる間接的な経路であり、これらは、短期的にはストレスへの対処を支援するが、長期的には負の健康影響を及ぼしかねない、と指摘していた。２つ目は、心理社会的な侵襲や脅威への反応として、生理学的変化が生じるという直接的な経路である[140]。

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

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

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

MS は、以上に述べて来た裏付けを背景に開発されたにもかかわらず、１.４.５で詳述するように、ナショナル・レベルでは、確たる成果を認められていない。その原因について、様々な指摘がなされているが、その１つに、介入方法の妥当性、とりわけリスク・アセスメント手法の妥当性を指摘するものがある。この手法では、組織に存在すると推定される心理社会的ストレス要因を欠点として抽出し、個別的に手当（管理）するサイクルを回転させていくことになるが、そうした手法では、経営者や管理者、その他組織の構成員の心理的抵抗感を招くほか、当該組織の脈絡や個性を捨象ないし軽視し、優れた点まで圧殺してしまいかねない、といったものがそれに当たる。

安全衛生へのヨーロッパ型のアプローチは、おおむね、上掲のイギリス（UK）の９９年安全衛生管理規則が規定する「階層的管理（hierarchy of control）」を好例として、一次予防（primary prevention）の観念に集約される[144]。階層的管理によるアプローチの要諦は、個別的措置より集団的措置を重視する点にある。「安全衛生管理＝基準（standards）型のアプローチを典型とする管理手法の適用」との考え方は、職場で実際に措置を推進する上で、それなりに有効である。しかし、このアプローチには異論もある。たとえば、Rick and Briner,2000[145]は、ストレス発生の過程は、本質的に心理学的なものである（特に、危険源と危害の関係に不確実性がある）ため、リスク・アセスメントやリスク・マネジメントの手法が常に奏功するとは限らない、と指摘していた。

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

MSA のリスク・アセスメントにおいて、「組織の現状」と「望ましい状態」を区別する必要があることについては、既に述べた。「望ましい状態」は、一方で観念的な状態と解し得るが、他方では「より客観的な観点での」労働環境とも理解できる。ここで「より客観的な観点」という表現は、先に触れた D(Demands)-C(Control)モデルに関する文献でも用いられており、特定の職務の性格にかかる最低基準を設定するための出発点であって、「達成されるべき状態」と解することもできる。現に、組織心理学や職務設計に関する文献には、そうした状態に含まれるものがもたらす効用に関する良質なエビデンスが示されていた。他方、現実のレベルは、まさに調査作業従事者が「現状（current situation）」と認識し得るものであり、リスク・アセスメントにより具体化される。この具体化作業によって、「現状」と「望ましい状態」間の比較が可能になる。その比較は、労働者集団を対象とする調査の集計データに基づいて行われることになる[146]。

データの収集方法は様々だが、心理社会的危険源に関する調査で用いられている標準的なリスク・アセスメント手法は、おおむね適切と評価されていた。ただし、MSA 開始前の時点で既に、その適切さを担保するには、いずれのアセスメント手法も、前述した６つの重要なストレス要因に関する

最新のエビデンスと、個々の組織の個性と脈絡を捉えた現場志向のアプローチを反映したものでなければならないと指摘されていた[147]。

リスク・アセスメントのその他の特徴として、雇用者によるリスク管理が特定されたリスクに「見合ったもの（commensurate)」となるよう確保する点が挙げられる。リスク・アセスメントの原則は、完全で理想的な状態より、実情に見合い充分な状態の実現にある。特に業務上のストレス要因のアセスメントについては、労働者の主体的な参加と関与の重要性を強調する必要があると指摘されていた。**リスク・アセスメントとマネジメントの手法は、物理的リスクについては発達しているが、心理社会的リスクについてはそう言い切れない**。しかし、Mackay et al.,2004 などの積極派は、その基本原則の適用は可能と考えていた[148]。但し、その際のリスク・アセスメントは、一定の確実性（安定性）をもった特定の被用者集団を対象として、その職務や労働条件に関わり、その集団の健康や厚生水準との関係が立証可能な、何らかのストレス要因の同定を図るものでなければならない、とも指摘していた[149]。

１．４．２．３．２．２　MSA 開始以後の動向

別添図２参照。

１．４．２．３．２．２．１　２０１０年以後の国家労働安全衛生戦略

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

その概要は以下の通り。

序章

１）設定目標

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

２）機関の使命

HSC および HSE の使命は、地方公共団体と協働し、変化する職場に内在するリスクの適切な管理を通じ、人びとの安全衛生を守ることにある。

①HSC および HSE の継続的目標

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

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

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

②HSC および HSE の新たな目標

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

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

第１章　連携関係の強化

１）他者との連携により可能となる幅広い目的への貢献

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

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

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

・雇用と生産性（手段：就業者の健康と就労の維持）

・教育（手段：早い時期からのリスク管理についての適切な理解の促進）

・健康とリハビリ（手段：国民の健康と厚生水準への貢献、健康格差対策）

・公共サービス改革（手段：公共部門の疾病の削減および同部門のサービスの拡大）

２）HSE と地方公共団体の協働

我々は、地方公共団体と HSE の間の執行責任の分担及び各業務の実情について、詳しく観察してきたが、現時点で両者を区分する実質的意味はないと言って良い。こうした重複構造は、複雑で分かり難く、事業や労働者の実際的な必要性よりも、監督取締側の都合による境界や取り組みに沿ったものである。こうした構造は、HSE と地方公共団体の協働の潜在能力を完全に引き出すものではなく、我々は、その両者が地方の取り組みと中央の取り組み双方の価値について相互に理解し合い、緊密な協働関係を築くことを望んでいる。特定の産業や大規模組織であれば、中央で立案された計画を通じてもたらされる国レベルの取り組みから利益を得られるであろう。例として、HSE が主導する建設業安全衛生対策（the construction programme）への地方公共団体の協力や、全国展開する大規模小売店舗に対する地方公共団体の働きかけの中央による調整などが挙げられよう。その他の産業ないしそこに内在する全ての問題については、地方同士の共同計画、共同的な意思決定ないし協働がマッチするであろう。その結果、地方公共団体と HSE は、より理性的で相互理解のある執行領域と合意された枠組み内での合意された目標へ向けて、協働できるようになるだろう。

この新たな協働関係は、互いの姿勢と文

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

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

看取できる特徴は以下の通り。

①イギリスが、国家の威信をかけて労働安全衛生政策に取り組む旨の強い決意が示されている。その際、「安全衛生は文明社会の基礎であるとの認識」がベースとなることが示されている。

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

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

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

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

１．４．２．３．２．２．２　ブラック報告

この戦略の公表後、保健省と雇用年金省、HSE は、それを具体的に実施に移す狙いもあって、２００５年に「健康、労働と厚生水準～私達の未来を考える～」（Health, Work and Well-Being –Caring for Our Future）と題する報告書を公表すると共に、「健康、労働と厚生水準戦略」（Health, Work and Well-Being Strategy）をスタートさせた（現在も active であり、専用の Web サイト（http://www.dwp.gov.uk/health-work-and-well-being/）に最新の活動状況を含めた関連情報が掲載されている）。

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

本戦略の一環として、雇用年金省と保健省は、共同して、産業保健の専門家であり、この戦略の推進責任者（the National

Director for Health and Work）でもあったキャロル・ブラック卿（Dame Carol Black）に、（メンタル・ヘルス対策を含め）イギリスの産業保健政策に関する見直し案の策定を委嘱し、同卿は、（ゴードン・ブラウン労働党政権下の）２００８年３月１７日付けで、両大臣に対して「もっと健康な明日のために」（Working for Healthier Tomorrow）と題する報告書（以下、「ブラック報告書」という）を提出した。

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

①疾病の予防と健康及び厚生水準の増進

②健康状態の快復を図る者への早期介入

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

その他、概要は以下の通り。

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

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

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

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

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

下線は報告者が添付した)。

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

7）健康や厚生水準は、単に医療的な問題ではない。被用者の従事する職務の性質は、職務満足感、（物心両面にわたる）報酬、裁量の観点からも非常に重要な意味を持つ。ライン管理職の役割も鍵になる。優れたライン管理は、良好な健康、厚生水準およびパフォーマンスの改善をもたらし得る。ライン管理職は、職責を果たすうえで支援を必要とする者を特定し、実際に支援する役割、必要に応じてその職責を調整する（：就業上の措置を講じる）役割も持っている。

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

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

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

労働と患者の健康の関係について理解が不足していたり、産業保健スタッフの教育研修においてその点に関するエビデンスの伝達を怠ると、たとえ意欲自体は充分に持っていても、彼らが患者に与える就業に関するアドバイスも自然に慎重なものとなり、結局、長期的には患者の利益にならないということになりかねない。

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

１２）これまで紙媒体で残していた疾病記録（カルテ）を電子媒体（電子カルテ）に代えることは、こうした取り組みに貢献することになる。また、人びとができない

ことよりできることに着目することや、おそらくは、雇用者と臨床医（患者の主治医）とのコミュニケーションを改善することも同様の効果をもたらすであろう（※下線は報告者が添付した）。

１３）昨今、多くの対象者にとって、早期介入が短期間疾病休業の長期化や失業への発展を防ぐのに役立つことを示す証拠がどんどんと出て来ている。よって、仮に現在計画中の新しい職務適応支援サービス（事例対応型、学際的アプローチに基づくサービス）が実現すれば、疾病休業に入ってから早い時期にある人びとに向けた個別対応、アドバイス、ガイダンスを提供することができるようになるだろう。現実に、医療適応でない者も多いことを考えれば、職務適応支援サービスに所属するケース・マネージャーが、これまでとは異なる、様々な種類の支援サービス機関（理学療法（physiotherapy）やカウンセリング（talking therapy）のような伝統的な保健サービスはもちろん、経済・住宅など社会的な問題に対するアドバイスや支援を含んだサービスを実施する機関）に紹介することもできるようになるだろう。

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

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

１６）この報告書に示された調査研究は、イギリスに存する全労働力人口の健康と厚生水準を支援するための新たなアプローチを示すものである。この変化の実現は、現在および今後生じるニーズに見合うサービスを提供し得る産業保健スタッフの質量を確保できるか否かにかかってくるであろう。そのため、彼らには適正な技能、証拠に基づく業務、組織的な構成が求められる（※下線は報告者が添付した）。

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

１８）労働力人口への統一的なアプロー

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

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

１９）これらの取り組みに際しては、労働力人口の健康に関わる調査や支援を提供する上で求められる学問的根拠の発展を支えるに充分な質量の要員の確保が必要となる。そして彼らには、政策立案や健康管理サービスへの委託に際して必要な情報を提供させるためにも、全国、地方、地域レベルでの体系的なデータ収集と分析のための条件が付与されねばならない。

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

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

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

以上の通り、本報告書からは、以下の特徴を看取できる。

①メンタルヘルスに関する問題と対策をかなり重視している。

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

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

その他、

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

いる。

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

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

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

⑧現在の産業保健の問題点として、作業中の健康管理ばかりに着目する傾向、不規則性、質のムラ、学問的基礎の不充分さによる業務の質量の低下、質の高いデータの欠如といった問題が指摘されている。

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

１．４．２．３．２．２．３　メンタルヘルスと雇用に関する国家戦略

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

その後、省庁横断的戦略（Cross-Governmental Strategy）の体制が整えられ（その中にメンタルヘルス部門も設定され）、やはりブラウン政権下の２００９年１２月７日になって、(a)保健省など「新たな地平線～メンタルヘルスのための共通見解～」（New Horizons: a shared vision for mental health）、(b)雇用年金省、保健省「メンタルヘルスの改善へ向けた歩み」（Working Our Way to Better Mental Health）、(c)パーキンスら「志を形に～メンタルヘルス不調者に対する就労支援の改善～」（Realizing Ambitions: Better Employment Support for People with a Mental Health Condition）、(d)イギリス中央政府「労働、健康の回復と包摂～外部専門機関の利用者に対する就労支援～」（Work, Recovery & Inclusion: Employment Support for People in Contact with Secondary Mental Health Services）という４つの関係重要文書が公表されたが[150]、このうち雇用とメンタルヘルスの関係を正面から取り扱った政府の政策宣言（雇用年金省と保健省が議会に宛てた文書）に当たる(b)の概要（要約）は以下の通り。

１）メンタルヘルス不調が一般化している。どの時点をとっても、労働力人口の３分の１は、何らかの種類のストレスに苛まれ、抑うつのような状態にあるとされてい

る。圧倒的多数は、幸いにも早期に回復する。しかし、かなり多くの者が、長期の疾病休業や失業状態に至る。

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

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

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

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

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

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

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

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

復と包摂」[151]の概要（要約）は、以下の通り。

> １）「労働、健康の回復と包摂」は、高いレベルの将来構想と、外部専門機関の利用者の復職支援のための一連の取り組みを提示するものである。
>
> ２）「労働、健康の回復と包摂」における最も重要なメッセージは、働くことは就労中の労働者のメンタルヘルスに貢献するだけでなく、不調状態にある者の回復にも正の影響をもたらすということである。
>
> ３）我々の設定した長期視点での将来構想は、２０２５年までに、こうした状態（：不調状態）にある人びとの就労者数を劇的に増やすこと、及び彼らの雇用率と障害者一般の雇用率の差異を縮小すること（：障害者一般の雇用率をその程度まで向上させること）にある。
>
> ４）「労働、健康の回復と包摂」には、外部専門機関の利用者の雇用機会の改善への取り組みが含まれる。これには、労働市場で競えるだけの技能を身につけるための訓練の支援措置や、直接的な就職支援措置のほか、労使双方が雇用維持を図るよう支援するための措置が含まれている。

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

上記(a)は、保健省主導で策定された文書であり、保守党・自民党政権下で、「メンタルヘルスなくして健康なし～メンタルヘルスの改善に関する省庁横断的国家戦略～」（No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages）に上書きされる形で継承されたが、比較的時の政権との関わりが深かった(b)～(d)の文書は、２００５年の発足後、政権を跨いで現在まで運営されている「健康、労働と厚生水準戦略」（Health, Work and Well-Being Strategy）の WEB ページのリソース欄（http://www.dwp.gov.uk/health-work-and-well-being/resources/）に一切掲載されていないことからも、保守党・自民党政権下において、あまり尊重されていない可能性が高い。

他方、ブラック報告書は政権を跨いで尊重され、その実現へ向け、予算措置に基づく各種の取り組みが実施された。現在は、その殆どがトライアル（試行作業）や政府補助による支援期間を終えているが、ブラック報告書に記載された提言の多くは、ブラック計画として、イギリス政府が運営する「健康、労働と厚生水準戦略」（Health, Work and Well-Being Strategy）に統合された。そして、ごく最近の２０１１年２月１７日にも、雇用年金省が、その計画のうちの幾つかに１２００万ポンド（約１５億円）の追加補助を行う旨を発表した。この中には、職務適応支援サービスや労働衛生電話相談サービスも含まれている。政府は、これらの業務は、既に雇用者と疾病休業初期段階にある被用者個々人の双方への支援において高い効果をあげていると認めたということである[152]。

このうち、職務適応支援サービスの促進策は２００９年１０月に公表されたもので、その中には１１の地域で２０１１年３月を期限に実施された、中央政府による一時的

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

その他、主な提言の帰趨は以下の通り[153]。

1）雇用年金省のウェブサイトに掲載された「健康、労働と厚生水準」政策の推進者（Coordinator）は、２０１０年より９つのイギリスの地域（region）とスコットランド、ウェールズで活動を開始している。彼らの役割は、「健康、労働と厚生水準」をまもり、それに関する事柄をリードすると共に、各地域レベルで健康と雇用へむけた統一的な取り組みを促進することにある。

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

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

１．４．３　具体的内容

先述した通り、２００４年に初めて公表された MS は、要件や禁止事項の設定による規制的なアプローチより、ガイダンスとしての活用を予定したものであり、国内の雇用者に実務的なモデルを示すことを目的としている[154]。

１．４．３．１　仕組み

繰り返しになるが、HSE による MSA は、作業関連ストレスをゼロにするのではなく、それによる悪影響を最小化することを目的とするものであり、被用者やその代表によるそうした問題への理性的対応を支援する

ものである 。そのため、MS は、先ず、その活用者に組織の現状と理想的条件とのギャップを認識させ、その後、そのギャップを埋める支援が行われるよう設計されている[155]。

１．４．３．１．１　５段階の管理プロセス

HSE は、MSA の一環として、組織内の管理者に作業関連ストレスを低減する手続と手段を提供するため、５段階のリスク管理プロセスを開発した。このプロセスは、管理者とその他の被用者が、証拠に基づく共同的な問題解決手法によって労働衛生管理を行えるよう、模範的な実践モデルを示そうとするものである。HSE の報告書には、この管理プロセスを活用した MSA やそれに準じる取り組みを履行した組織は、自身に課された法的義務を履行したとみなされることになろう（would be deemed）、と記されている[156]。この手法が焦点を当てているのは、特定の部署や作業工程、就業管理だが、このアプローチの力点は、予防および組織的な統制手法にあり、専門家からは、ポピュレーション・ベースのアプローチと捉えられてきた（Mackay ら[157]）[158]。

遵守されるべき段階は、以下の通り。

（別添図３参照）

Cox、Cox らの分析では、ここで示された５段階は、①一連のリスク調査、②リスク調査結果の管理・介入計画への反映（translation）、③当該計画の実行、④記録、⑤評価に集約される[159]。リスク調査とそれに続く介入の焦点は、心理社会的な危険源、すなわち作業の設計や管理、システムや組織にある。

１．４．３．１．２　評価ツール（Indicator Tool）

イギリスでも、大規模な組織の中には、MSA が導入される前から、心理社会的要因の調査をリスク管理手続に組み込んでいたところもあったが（Jordan ら[160]）、殆どの組織はそこまでは行っていなかった。その理由として指摘されていたのが、情報や支援の不足、リスク調査にふさわしい手続やツールの不足などであった。そこで HSE は、調査ツールとその実施手順を併せた評価ツールの開発を含め、MSA の実施に前向きな組織を支援するための段階的取り組みを開始した（Cousins ら[161]）。その結果、評価ツールは、MSA の主軸となるに至った[162]。

評価ツールは、MS の現場運用に基づいて編み出された測定手段である。６つの項目にわたって被用者の回答をはかる自記式の質問用紙の形式を採っている。個々の項目のそれぞれが心理社会的な尺度（dimension）であり、共同的に１つの調査モデルを形成している。この尺度は、HSE の委託により実施された、作業上のストレス要因と健康の関係に関する調査研究の最新のレビューに基づき選択されたものである（Rick ら[163]）。このレビューで調査対象となった労働条件は、

①仕事量、仕事のスケジュール、作業計画、身体的環境その他の要求（demand）

②作業の手段に関する裁量、決定権限その他の裁量（control）

③支援、いじめ（bullying or harassment）

であった。

MSA の開始後比較的早い時期に被用者を対象に実施された Cousins らの調査[164]によって、６つの尺度から成るこのモデル（の適正さ）が支持され、MSA の実践的性格も一定の評価を受けた[165]。

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

（別添図４参照）

実のところ、以上の６区分は、労働心理学（の文献）では伝統的な区分法である。職務内容を示す３つの尺度は Karasek and Theorell（1990）[166]にいう Job Demands-Control モデル（DC モデル）や、（要求、裁量、支援を尺度とする）Cox ら（Cox、Cox ら、Cox ら[167]）の評価モデル（Job Demands-Control-Support モデル：DCS モデル）のような最近の作業関連ストレスに関する理論と一致している。DC モデルは、MS の評価ツールを開発する際の基礎として用いられたし、職務の背景を示す３つの尺度は、主にミシガン州立大学社会科学部の研究に基づく（役割、人間関係、変化を尺度とする）理論を支柱としている。すなわち、６つの尺度は、心理社会的な不調や疾病休業に影響する作業関連要因に関する体系的なレビューを反映させたものである（Michie ら[168]）。評価ツールを活用して収集されたデータから各領域ごとに特定の集団の平均スコアが示される（HSE[169]）。

評価ツールは、一律的な国の基準とは異なり、作業関連ストレス管理に関する組織のパフォーマンスを測定する「方法の１つ」として提供されたものである。そこに示された基準値（threshold）を達成すれば、当該組織の管理は、作業関連ストレスの発生防止について、模範例に準ずる範囲内にあると推認される[170]。

１．４．３．２　流れ

（未了）

１．４．４　法的位置づけ及び法的効力

先述した通り、MS は、あくまでガイダンスとして設計されたものであり、少なくとも現段階では、それ自体が直接的に法的拘束力を持つわけではない。もっとも、組織が HSWA の一般的義務条項を履行したというためには、作業関連ストレスについて適切かつ充分なリスクアセスメントを実施したことを証明せねばならず、それを怠れば、強制措置（enforcement）を招くこともある[171]。その意味では、間接的な強制性を持つとはいえよう。

また、HSE が Web と紙媒体で公表している MS のガイダンスには、当該ガイダンスについて以下の記載がある[172]。

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

MS の法的な位置づけを改めて整理すれば、以下の通り。

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、所管大臣に大きな権限が与えられており、安全衛生における、現場対応的柔軟性、機動性、専門性の確保の要請を踏まえた選択と解される。MS との関係では、職場のリスク調査を義務づけた９９年安全衛生管理規則第３条が、その直接的な根拠規定と解されている。

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

そして、位置づけ的にはこれらのルールの更に下位にあるのが MS であり、これは、基本的な根拠を（遠縁の）法令に置きつつも、リスク調査と管理の手法をベースとしつつ、実効的なストレス対策のためにあるべき条件を掲げ、それと実際の職場との相違を確認させたうえで、理想的方向へ誘導しようとするガイダンスである。よって、実施準則と同様に、この手段を講じないことがただちに法違反を導くわけではなく、他の方法による法目的の実現ももちろん可能である。逆に、このシステムの活用はおおむね法遵守の推定を導くと考えられており、外部の EAP（Employee Assistance Program）などが、このアプローチに「貢献する」と記載する報告書もある[173]。その制定改廃は HSE の専権事項とされており、こうした方途により、専門性、網羅性、機動性の確保が図られているといえる。

実際に、HSE は、MSA の開始以後、イギリス国内での災害発生件数や作業関連ストレスの低減を図るため、数多くの国家レベルでの介入計画を策定して来た。これらの計画は、データ上、災害発生件数や作業関連ストレスが最も多い産業分野を対象として来た。そして、Web での公表を基本としたガイダンス、教育研修機会、国による無料の電話相談によるサポート、HSE の擁する専門家への労使双方のアクセスや、組織の取り組みの進捗状況を監視する監督プログラムの提供に至るまで、数多くのソフトな（：誘導的な）関連施策を実施して来た[174]。

結論的に、MS にとって、上位にある法規則は、実質的には、リスク管理自体を行っていない雇用者や、著しくパフォーマンスの悪い雇用者に対する公権力行使や予算

の割当を裏付ける形式的意味しか持たないともいえるが、目標設定、手続、体制整備などの規定という点では、応分の意義が認められよう。

１．４．５　確認できる効果

１．４．５．１　ノッティンガム大学の研究グループによるデルファイ調査の示唆

MSA の効果に関する専門家の評価については、ノッティンガム大学労働衛生・産業組織研究所の研究班が HSE の委託を受けて実施したデルファイ調査（専門家を対象とする反復的な聞き取り調査をベースとした将来予測）[175]が、最も詳細に論じていると思われるため、以下に該当箇所を引用する（以下、斜字部分は、聞き取り調査を受けた専門家の発言を指す）。

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

しかし、専門家の一致した見解として、MS には更に改善の余地がある（「*それは、決して MS が機能していないということではない。その適用実績が、未だその潜在能力を全て示すに至っていないというに過ぎない*」（P 氏へのインタビューによる）。たしかに、MS のリスク・アセスメントの要素はよく出来あがっているが、組織が MS を実施する方法やその要求を達成するために求められるスキルやコンピテンシー（適格性）（「*ラインの管理職は、現実に MS で求められるアドバイスやガイダンスを行うスキルや知識を欠いている。私の考えでは、このことは、メンタルヘルス問題のみならず、その他の労働安全衛生上の問題に広く当てはまるのではないか*」（Q 氏へのインタビューによる）の観点では、まだ残された課題がある。組織は、リスクを削減するための介入の際か、その後に多くの問題に直面する（「*私としては、MS が、組織が問題解決のためになすべきことを的確に捉えているか、確信が持てない。おそらく、少々規範的介入が行*

き過ぎているのではなかろうか」（L 氏へのインタビューによる））。回答者の一人は、MS の効果をあげるためには強制的要素は必要だろう、と述べたが、その他複数の回答者は異なる見解を述べた。また、MS は、既に作業関連ストレスを管理するための包括的なシステムやプログラムを構築している大規模な組織には何の意味も持たない、との意見もあった。

ヨーロッパ諸国では、全体に労働衛生管理が進んでいるが、特定の問題の管理については他の国々より進んでいる国がある。HSE の MSA も、「*他のヨーロッパ諸国にはない興味深い管理の取り組みである*（G 氏へのインタビューによる）」。また、MSA は、今現在作業に関連する健康管理に本気で取り組もうとしているヨーロッパの国々の幾つかに、一定の先例的枠組みを提供する役割を果たしている、との見方もある（「*現在、多くのヨーロッパの国々が、HSE が MSA を用いて実施している取り組み―どのように定義され、どのように実施されているかなど―に注目している。MSA は、我々が既に持っている知識を現場に適用するシステムを構築するための最も実践的なアプローチではなかろうか*」（K 氏へのインタビューによる））。ただし、仮に MS が他のヨーロッパ諸国に採用される場合にも、文化的な相違については考慮される必要があろう。

以上の通り、MS が実務的または理論的に機能しているか、との問いへの回答は明らかである。合意の到達点は、理論的には機能しているが、実務的にはそうともいい切れない、ということになる」[176]。

１．４．５．２　Daniels らによる最新著作の示唆

MSA の効果を推定させる数値については、２０１２年６月に発刊された Daniels らによる最新著作が最も詳細かつ具体的に論じていると思われるため、以下に該当箇所[177]を引用する。

２００９年に公表されたデータでは、国全体レベルにおいて、自己申告による作業関連疾患の調査から、２００４年に MSA が導入されて以来、ストレス関連の症例の推定発生件数が７％減少した[178]ことが示唆されている。他方、労働力人口における自己申告に基づく作業関連ストレス、抑うつ状態、不安の保有・発生率は、２００１／０２年から０８／０９年にかけて、０１／０２年の数値が例外的に０８／０９年に比べて著しく高かったことを除き、おおむね横ばいであった[179]。ストレス、抑うつ状態、不安による推定逸失労働日数も、上記の保有・発生率とほぼ同様の傾向を示してきた。すなわち、０１／０２年から０８／０９年にかけて、０６／０７年の数値が例外的に０８／０９年に比べて著しく高かったことを除き、おおむね横ばいであった[180]。

ストレスレベルの動向は、２００４年から２００９年の６年間、イギリスで行われた心理社会的労働環境調査の結果からもうかがわれる[181]。その最初の調査は、MS 導入の直後に完了したので、初期的な条件を示すものといえる。調査結果からは、「(労働条件の) 変化の管理」および「上司による支援」において積極的な変化が見られたが、「要求」、「裁量」、「同僚の支援」、

「人間関係」や「役割の明確化」については、６年間を通じて有意な変化は見られなかった[182]。

２００７年に実施された、公共部門に勤務し、HSE が主催した MSA の実施方法に関する教育研修ワークショップに参加した５００名の人事労務管理・労働衛生スタッフへの調査によれば、①（彼らの所属する）組織は、それまでの時点で既にストレス対策に関する内部の方針や手続を改善していたこと、②（研修機会を通じて）ストレスや休業の問題に注目し直したこと、③研修の受講者は、こうした問題への対応およびストレスのリスク調査の実施について、より自信を持ったことなどが明らかにされている[183]。

組織の中には、事例検討で示されたストレス軽減努力を継続し、その結果、休業日数やストレス関連問題の発生件数が相対的に減少したと報告した例もあるが[184]、克服すべき多くの障害に直面し、実効を挙げられなかった例もあった。要するに、統計分析上は、職場において何らかのストレス対策を講じる例が増加しているものの、組織による MS の実施を実効的に支援するには、相当程度の政策上の支援やガイダンスが必要とされることが示唆されよう[185]。

１．４．５．３　政府による統計調査の示唆

その他、報告者の調べによれば、MSA との直接的な因果関係は定かではないが、それを推定させるような政府による統計調査の結果がある。

すなわち、HSE が公表した自己申告による労災・作業関連疾患統計（Self-Reported Work-Related Illness and Workplace Injuries in 2003/04 and 2009/2010: Results from the Labour Force Survey HSE 2005 and 2011）から、MSA が開始される直前の２００３年から２００４年にかけての１年間、最近の２００９年から２０１０年にかけての１年間の作業関連ストレスにかかる推計逸失労働日数のデータを比較してみると、以下のように整理できる。

なお、より正確にいえば、下掲の数値は、調査時点より過去１２か月間に、現在または最近の仕事に起因するか、それによって増悪した、自己申告上のストレス、抑うつ状態、不安を原因とする推計逸失労働日数（※単位１０００）（および労働者一人あたりの平均逸失労働日数）を現している。

１）産業別データ
別添（産業別データ）参照

２）職種別データ
別添（職業別データ）参照

３）事業場規模別データ
別添（事業場規模別データ）参照

ここから読み取り得る傾向は、以下の通り。

１）トータルでの逸失労働日数は、明らかに減少している（約２３パーセント）。

２）産業別では、公共・防衛、保健・社会事業の逸失労働日数が相対的にかなり多い。うち前者は減少傾向にあるが、後者は増加傾向にある。

３）職種別では、管理監督者の逸失労働日数が多かったが、減少傾向にある。経営・

秘書も大幅に減少している。特筆すべきは技術士補その他技術者で、もともと逸失労働日数が多かったが、近年に至ってもむしろ増加傾向にある。専門職も高水準で推移している。また、０３／０４年調査では、単純作業でも逸失労働日数が多かった。その他、個人的なサービスの提供、とりわけ介護的業務の逸失労働日数が大幅に増加していることが注目される。

４）事業場規模別では、０９／１０年でみると、意外なことに、中規模より大規模のほうが絶対数、一人当たり平均逸失労働日数、減少率共に多い／大きい。また、０３／０４年、０９／１０年の双方で、大規模は、小規模と比べても、一人当たり平均逸失労働日数が多い。

他方、HSE が２００９年に公表した心理社会的労働環境に関する調査報告（Psychosocial Working Conditions in Britain in 2009 HSE 2009）には、以下のような調査結果が記されている。

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

この資料は、HSE が２００４年から毎年実施している心理社会的労働条件調査の２００９年版であり、同調査は、①仕事上の要求度合い（Demand）、裁量の程度（Control）、上司によるサポート（Managerial Support）、同僚によるサポート（Peer Support）（いわゆる D-C-S モデル）や、②役割（Role）、③人間関係（Relationships）、④条件の変化（Change）の観点からみた心理社会的労働条件の変化をモニターすることを目的に開始されたもので、これらの要素は、HSE がまさに使用者による MSA の実施を通じて改善を図ろうとしてきた労働条件である。

その意味では、イギリスにおける公的ストレス対策の限界が示されているともいえるが、良心的に解釈すれば、MSA の有効性自体が否定されているとまではいえず、雇用者サイドの実施努力により結果が改善される可能性は認めているともいえる。

１．４．５．４　HSE が示す個々の組織レベルでの改善例

上述の通り、今のところ、全国レベルでのデータ上、MSA の効果が有意に認められる状況にあるとはいえないが、HSE のガイダンスには、個々の組織レベルにおいて、MS を参考にした積極的な作業関連ストレス対策により、１.４.２.２.１～１.４.２.２.３で述べたような負の影響を回避または最小限にとどめることに成功した例が数多く

あると記されている[186]。

以下で、当該ガイダンスに掲載されている４例を、原文試訳形式で紹介する。

１）Bradford and Bingley 社の例[187]

この会社のストレス対策の取り組みは、職員の申告を受けた地方環境衛生監視官（EHO:Environmental Health Officer）による査察をきっかけに開始された。査察の結果、強制措置がとられるには至らなかったが、会社は EHO の助けを得つつ、ストレス管理体制の改善のためのアクションプランの策定に取り組んだ。

会社は、データ分析から聞き取りに至る種々の情報源を活用して同社にあるストレス問題の範囲の特定を図り、これを MS に照らして図式化した。こうした情報源の分析からは、作業関連ストレスに繋がるような体系的（制度的）な問題は認められなかったが、仕事上の要求（Demands）や条件の変化（Change）といった基準の周囲に集中する問題が数多く認められた。

そこで、そうした問題の解決のためのアプローチでは、同社の実情に合ったストレス管理計画の構築とその運用に携わる管理者全てを対象とした教育研修に焦点が置かれた。新たなマネジメント体制の基礎として、各部門の管理者がストレスの潜在的要因を特定し、適切な対応手段を見出せるよう、新たなリスクアセスメントツールが採用された。

たしかに、同社のストレス管理の取り組みは、これから始まる長期的な取り組みの第一歩に過ぎないともいえる。しかし、設定目標、長時間労働、組織的な変化を含めた問題群に対しては、即時に可能な介入が数多くある。

最初の取り組みから１年経った時点で、同社のプロジェクトは、既に事業面で明らかな利益をもたらしていた。すなわち、（逸失労働時間で計った）ストレスに関連する休業は、ピーク時の７５パーセント減となり、逸失賃金のみでも２５万ポンド（※日本円で約３１２５万円）分の損失の削減を同社にもたらした。結果として、この組織は、ほとんどコストをかけずに生産性において１パーセントの利益をあげたことになる。

２）Hinchingbrooke 国民保健サービス基金の例[188]

この組織では、２００３年にストレス関連疾患の罹患者が増加し、国民保健サービスの年次職員調査の結果、職員が受けている作業負荷が、全国民保健サービス基金の上位２割にランクされた。そこで同基金は、HSE の MS の評価ツールを活用した調査を実施した。その調査の結果、２つの基準、すなわち仕事上の要求度合い（Demands）と、それほどには至らないものの、裁量の程度（Control）についても問題が指摘された。

これを受け基金は、２００４年の秋、６か月間にわたる「職員の価値向上（Valuing Staff）」キャンペーンを導入した。このキャンペーンには、以下を含む９つの領域での改善策が盛り込まれていた。

①管理者対象の教育研修の改善

②現場の要請をより的確に予測して、その要請に見合う人材配置を可能にするよ

うな方策（formula）の導入
③様々なレベル・方向におけるコミュニケーションの改善
④休業管理システムの導入
このキャンペーンは、その実施に要した費用を超える測定可能かつ有意義な（measurable）結果をもたらした。
①職員の疾病休業が、２００３年１０月に6パーセントあったが、２００５年１０月には3．８パーセントにまで減少した。これは、当該機関において実に５０万ポンド（※日本円で約６２５０万円）もの損失が削減されたことを意味する。
②疾病休業が減る一方で、産業保健部門（Occupational Health）にストレスに苛まれていると愁訴する職員の数が増加した。これは、職員の側に、疾病休業に至る前段階で支援を求めようとする意識が拡がったためと解される。
③この基金では、２００３年時点において、消化されない長期休暇（vacance）が随分とあったが、２００５年までに、対象者の選抜システムをパスした申込者が待機する状態にまで至った。このことから、当該病院（基金）の雇用者としてのイメージが改善したことが窺われる。
④生産性はかなりの程度向上した。患者の待ち時間が減り、患者の数が増えた。

3）Somerset 地区協議会の例[189]

この機関は、もとより疾病休業問題の存在を認識しており、その中には作業関連ストレスに関係するものもあった。そこで、２００１年の秋に「職業生活の質（Quality of Working Life）」と題するプロジェクトを立ち上げることにより、この問題に対処することとした。この計画には、この問題に関わる重要な職員を理事会メンバーに参加させる、徹底したストレス測定を実施する、その結果を介入に活用する、こうした活動の費用対効果を監視する、といった策が盛り込まれた。
その結果、疾病休業水準が低下し（２００１／０２年の１０．７５日が２００４／０５年には7．２日へ）、２年間で約１５７万ポンド（※日本円で約１億９６２５万円）の損失削減が実現した。

4）Nortfork 地区協議会の例[190]

この協議会は、約６５００名の教員を雇用しており、ストレスは休業や職員入れ替わりの代表的要因であると認識していた。そこで、HSE の作業関連ストレスにかかるリスクアセスメント手法を基礎に、学校対象の快適化計画を開発し、運用を開始した。
その結果、教員の作業関連ストレスに起因する疾病による逸失勤務時間は、２００５年の夏学期には、２００４年の夏学期との比較で４０パーセントも減少した。

1．4．6　問題点、発展可能性と克服すべき課題
1．4．6．1　指摘されている問題点
1．4．6．1．1　Kompier の示唆する総合的な問題点
ノッティンガム大学の研究グループが執筆した HSE 発刊の報告書でも詳しく採り上げられているように[191]、MSA に関する幾多の批評の中でも、最も説得的なものの

１つに、２００４年に公刊されたKompier[192]がある。彼は、リスク管理の変形ともいえるMSAについて、(その当時)以下の５つの問題点を指摘していた。

１）基準の不明確性

Cousins et al.には、初期の開発検討会において、「達成されるべき条件」のいくつか、すなわちその基準自体が、非常に一般的で曖昧に過ぎると捉えられていたと記されている。好例は、基準内で繰り返し使われている「個人が苦情を申し立てるシステムが存在する」との要件である。このような要件では、肯定も否定も困難であろう。

２）評価ツールの心理測定的特性の未開発

評価ツールには高いレベルの表面的妥当性（face validity）があるが、実務で活用されるためには、その心理測定的特性がさらに開発されるべきと感じられる。この問題は、Main[193]を含め、他の学者からも度々指摘されてきた。

３）リスク評価ツールと基準の関係の不明確さ

過去の様々な報告を踏まえると、この点が充分に明確でない。また、個々の基準値がやや恣意的で、意思決定ルールによる充分な裏付けがないようにも感じられる[194]。

４）基準値（threshold）にかかる科学的根拠の脆弱性

たしかに、組織の成長支援を可能にする尺度を基準に採ることが最も有効な可能性が高いが、その科学的根拠が脆弱であることは否めない。もっとも、そうした基準値に関する疑問は心理社会的危険源に特有のものではなく、その決定は社会的パートナー間の合意に基づいてなされるべきである（それが共同的問題解決手法とも一貫する）。

５）介入の現実を想定した指針整備やその前提となる調査の不充分さ

MSA 開始直後の論文（Cousins ら、Mackay ら[195]）に徴する限り、組織がリスク調査を行い、その結果を基準や達せられるべき条件と比較することによって、確たる介入指針が充分に得られるかが明らかでない。この点は、未だ臨床的に精査されていない。２２の企業が実験的な調査対象とされた経緯があるものの、実際に介入が実施されたか否か（仮に実施された場合、どのような類のものが、どのように実施されたか）も、介入の結果も判明していない。

１．４．６．１．２　Daniels らによる最新著作の示唆

２０１２年５月に刊行された Daniels ら[196]には、MS の問題点について、実務・理論の両面にわたり、以下のような記載がある。もっとも、基本的には MSA に肯定的な立場に立っており、問題点というより改善課題の抽出という性格が強い。

１．４．６．１．２．１　実務面

MSA の手続上の問題点については、その導入初期に社会奉仕団体での実験で調査されていたが[197]、その後、これら以外での機能を評価するため、９つの事例検討と５００の組織調査からデータが収集さ

れた（Broughton ら[198]）。

その結果特定された MSA 実施上の阻害要素（barriers）は、前者の実験的調査結果とほぼ一致していた。すなわち、①資源、情報、教育訓練の不足、②改革実施への意欲の欠如、③上級管理職（senior management）の協力の欠如、④ストレス状況に関する開示性の欠如が含まれていた。逆に、その促進要素（enablers）の中には、①ストレスや休業問題に関する方針の存在、②管理職の関与および改革実施への主体的な参加（commitment）、③予防的取り組み、④的確なデータの収集、⑤（外部支援を含め）支援体制の整った環境が含まれていた。その他、（国内（UK）や EU の政策立案者、研究者、実務家を含めた）MS に関する専門家の見解や、彼らの認識する MS の有益性や現場適応性を整理した研究もある（HSE[199]）。

本書の中では、Bourbonnais らが、MS に関する調査から明らかとなった介入上の阻害要素と促進要素を論証しているが[200]、そこでは、矯正施設（correctional establishment）における介入調査の結果が引用され、①上級管理職による支援、②相応の財政的、人的資源の存在および割当、③（関係情報の）開放性、④信頼関係、⑤自主的な関与、⑥意思疎通に加え、⑦先例のデータ収集を含めた確実な根拠に基づく方法論の重要性が強調されている。また、この例だけでなく、その他の産業や施設における同様の調査を踏まえて研究者や実務家が発する提言は、現場での介入の成否には、一定範囲における何らかの手続や背景が関係している、という点でほぼ一致しているように思われる。

そこで以下では、MSA の実施に際しての阻害要素のいくつかを４つの見出し（①組織的背景（organizational context）、②資源（resource）、③実施手続の支援（implementation）、④適格性（competence））に集約して論じる。

１）組織的背景

HSE の評価ツールは、作業関連ストレスを対象とする MS の一部として、６つのストレス要因（①仕事上の要求、②仕事上の裁量、③支援、④職場の人間関係、⑤役割の明確性、⑥変化の管理）を調査するために開発された３５項目の質問紙から成るが、その焦点がわずか６つの心理社会的な危険源に絞られてしまったことから、調査の感度（sensitivity）や、調査の結果なされる組織的背景に対する介入の可否や方法等の決定に問題が生じることとなった。例えば、専門家からは、密接な意思疎通、支援、参加、フィードバックがあり、フォーカスグループ（※情報の収集を目的に作られる少人数のグループ（三柴注））の実施が容易な小規模組織に対しては、より焦点を絞った、シンプルな、質問紙を用いないアプローチが求められる可能性が指摘されてきた[201]。要は、１つのモデルが全てのリスク調査や管理に適合するとは限らないということである。リスク管理は、むしろ、異なる組織的ニーズ、環境、資源に適応し得るものでなければならない。既に指摘されているように、組織の中には、従前の取り組みの枠内で MSA に適応するための最善の方法について困惑するところも少なくないであろう。そうしたところは、MS に組織的に従うことができなくなるか、特定のニーズに形だけ合わせ

る結果になりかねない（Cox ら、HSE、Tyers ら[202]）。MS の手続は、予防的（preventative）にも事後対応的（reactive）にもツールとして用いられ得るものだが、その程度もまた、組織により異なる（Broughton ら[203]）。柔軟で適応性の高い手続であれば、より効果的であり、かつ事業主や組織の「学び」を促進できるであろう。

2）資源

第2に、介入段階で様々な障害に直面する組織も少なくない（HSE、Tyers ら[204]）。この実務上典型的な障害は、欧州レベルの事例検討でも確認されている（例えば、European Agency for Safety & Health at Work, 2009[205]）。MS の実施を複雑で困難にするような要素は数多く、その中には、資源の不足、組織の規模や構造、モチベーション維持の難しさ、MS の手続の伝達の難しさなどが含まれる（Cox ら、HSE、Tyers ら[206]）。

3）実施手続の支援

第3に、実務家の多くが、MS の手続を支援するための柔軟で包括的な「道具箱（toolbox）」が開発されることが望ましいと指摘してきた（Cox ら[207]）。そうした道具箱は、組織的背景やニーズに適応でき、補完的な調査ツール、ガイダンス、実例や、MS を実施するために必要なスキルや適格性（competence）の向上を支援する（組織的な）意思決定ルールを含むことが望まれる。模範的な実践モデルや過去の経験をクローズアップすることにより、知識の蓄積や組織による学びを支援することは充分に可能であろう。

4）適格性

第4に、MS の実施・機能状況を評価するための調査において、組織内の人的・物的資源、役割、適格性と業務遂行能力の形成に関する問題が、たびたび指摘されてきた（Broughton ら、Cox ら、HSE、Tyers ら[208]）。上級管理職の主体的参加は、リスク調査の成功にとって鍵となる重要な要素ではあるが、実際の作業担当者が MS を実施し、上級管理職に関連する情報を報告するうえで必要な経験や適格性を欠いていることも少なくないであろう。したがって、管理者の主体的参加や実務担当者の適格性を育むことは、組織の MS に関する業務遂行能力の形成にとって最優先課題であり、それらはその組織で実効性を持つ統一的な方針によってカバーされ得る。また、MS 導入の初期には、組織が利用できる外部支援機関があって、多くの組織が活用していた。そうした専門家の介入サービスや専門知識の提供による支援の継続は、とても重要であり、好意的に受け止められる可能性が高い（HSE[209]）。組織の業務遂行能力を育成するその他の方法として、外部の労働衛生サービスを増強する、すなわちリスク調査よりも各組織における職務の設計（job design）、教育、高いレベルの意思決定などの本質的対策へと機能を拡大させることや、彼ら（：外部労働衛生サービス）に必要なスキル、適格性、知識を身につけさせるなどの方法が挙げられる。これには、組織・健康管理面でのスキルのみならず、交渉や分析のスキルも含まれる可能性がある（Broughton ら[210]）。

以上を整理すると、結論的に、MS が利便性の高い枠組みを提供し（Tyers ら[211]）、優れた衛生管理の原則や組織管理

の取り組みを体現していること（HSE[212]）については一般的なコンセンサスを得られている。しかし、実務家間では、「MSAは、理論的にはうまく機能しているが、実務的にはそうもいいきれない」、との意見が大勢を占めている（HSE[213]）。既に述べたように、MSAは、ストレス問題や、その問題の特定や対策への積極的取り組みへの意識を高めること、ストレスが被用者に与える影響や管理者教育（の重要性）についての理解に大いに貢献した（Tyersら[214]）。一方で、実務家的視点からは、実施の質、その実施を支えるための資源、スキル、適格性という点で、未だ克服すべき課題が残っている（Coxら、HSE[215]）。

１．４．６．１．２．２　理論面

MSは、その開発作業の直後から盛んに行われた作業関連ストレスに関する調査の取り組みを受けて発展してきた経緯がある（Rickら[216]）。この調査の取り組みは、１９６０年代から組織調査において支配的だったものだが、今現在も専門文献を席巻している。この取り組みは、職務の性格に関する調査に基づいているが、その調査は、まるで労働者から独立した存在かのように、さまざまな厚生水準やストレス関連問題の指標との関係を対象としている。この関係は、時に「人格」のような労働者の個人的性格に関する統計的管理により調査されたり、労働者の個人的性格との統計的な相関関係により調査されることもある。Daniels(2011)[217]は、MSの科学的根拠を支える４つの主要な前提を列挙し、それらの妥当性に疑問を呈している。

うち第１は、職務の性格は、客観的かつ比較的安定的な要素だという前提である。たしかに、この前提がなければ、一定期間内の一時点における職務の負の性格への労働者のばく露を調査し、将来の一定期間内の一時点でそれを最小化するための手続を開発することは不可能となるだろうし、このことは、同じ職務に従事している他の労働者にも同様に当てはまる。しかし、エビデンスの示唆に徴する限り、職務の性格は、客観的でも安定的でもない。この点に疑問を呈する見解の中には、職務の性格について、自己申告式の調査が広く活用されていることを指摘するものがあり（Daniels[218]）、現に、MSの評価ツールは自己申告式である。その代替的方法も、何の工夫もないとか、従来の考え方の延長に過ぎないとして批判されて来た（Daniels[219]）。

とはいえ、・・・・・（未了）・・・・・。

１．４．６．１．３　ノッティンガム大学の研究グループによるリスク管理手法に関する批判の整理

先述の通り、ノッティンガム大学の研究グループは、少なくとも従前はMSAの推進に積極的な立場にあったと解されるが、MSが採用するリスク管理手法への批判についても、以下のように整理している[220]。もっとも、いずれも反論可能か今後の克服課題であって、MSAの土台を揺るがすものではないと捉えられている。

今や、多くの応用心理学者や安全衛生の専門家が、ストレスに関するものを含め、職場の健康問題へのリスク管理手法の活用の有効性を認めているが、中にはそれを不適切とする者もいる。

例えば、Rick＆Briner[221]は、ストレスのプロセスが本質的に心理学的な性格を持つこと、危険源と（健康）障害の関係が不明確なことを理由に、（当初は身体的な危険源を念頭に開発された）リスク管理手法は適切でないと示唆している。リスク管理手法の活用に反対の立場を代表するこの見解には、支えとなるポイントがある。それは、リスク管理手法には１つの形態しかなく、ひとたび身体的な危険源での活用を想定して開発されると、何ら修正されることもなく心理社会的危険源にも活用される、という暗黙の主張である。しかし実際には、リスク管理にも危険源の種類に応じて多様性があり、それこそが各職場における安全衛生上の基本方針（philosophy）または枠組み（framework）に他ならない。

とはいえ、MSA に関連して HSE が開発したリスク管理手法には、より有力な批判がある。主なものの１つは、リスク調査とリスク低減の背景依存性（context-dependency）や、既存の方法論を問題視している。（MSA を含めた）ほとんどのリスク管理の方法論は、定義づけられた特定の職場もしくはシステム、作業集団に焦点を絞るか、既存の設備や手続に依拠するものとなっている。これは、危険源の性格、それに応じて必要となる管理手段が、そのレベルで特定されるからである。これらはやはり背景依存であり、その背景依存は、リスクに基づく特定的な労働衛生のアプローチとそれより広いポピュレーション・アプローチに区別される。この際、後者は、作業に関連する健康問題を管理するには不適切であり、誤った適用がなされると、当事者個々人にさらなる被害をもたらす可能性もある（ADAms ら[222]）。

MSA が抱える核心的な問題の１つは、「１つのモデルが全てのケースに適合するのか（does one size fit all?）」、あるいは、そもそもその調査モデルやツールを個々の作業の背景や集団に適合させることが適当なのか、という点にある。これに対しては、これまでに２つの主張が提起されて来た。うち第１は、主要な心理社会的危険源は、作業集団、組織のレベル、業種といった属性を問わず、ほとんどの形態の作業に共通して存在することを示唆する高いレベルの分析結果があるので、「レベルの高い」モデルやツールであれば、あらゆる形態の作業に適用可能（すなわち、one size can fit all）というものである。第２は、背景依存を容認すると、あまりに複雑になりすぎ、組織内での簡便な活用が困難な手続を生み出してしまう、という実務上の懸念である。

１．４．６．２　今後の発展可能性と課題

１．４．６．２．１　踏まえるべき環境条件の変化

ノッティンガム大学の研究グループは、HSE の委託調査報告書において以下のように述べ、今後の MSA の発展には、個々の組織における労働安全衛生とその組織の経済・経営事情に加え、それらを取り巻くマクロレベルでの経済情勢との関係を重視することが必要と説いている。その限りで

は当然の理とも言えるが、グローバルな自由市場の競争条件を前提に、個人の健康に関する組織の責任という保護的・消極的姿勢から、組織的行動管理（＊高い透明性、説明責任、組織のガバナンスの改善、分権化・独立採算制の活用、調達ガイドラインの強化、成果及び財政貢献を管理し追跡するための新しい手法、知識管理の強化、適切な多様性を有する適切な人材の確保、より良い環境・社会的セーフガードの実施、健全なリスク管理等に代表される自律性や効率性の確保による新たな管理手法のこと）の進展による個人・組織レベルでのパフォーマンスの向上という自立的・積極的姿勢への転換を説いている点に斬新さ（と一種の危うさ[223]）を認めることができる。

組織的な安全衛生環境は、旧来の概念や認識への挑戦を伴う経済的考慮に影響される度合いが大きくなってきている。このような考え方の変化は、EU 法に顕在化して来ている。今や、組織レベルでは、経済的な議論が、労働安全衛生に関する意思決定において、以前より大きな役割を果たすようになっている。結果的に、衛生管理に関する措置を講じる際には、以前より事業の実情に注目する必要が生じている。こうした議論は、ブラック報告の説くところとも一致する。また、グローバルな自由市場の競争条件下にある組織の思考をより良く理解する必要性を説くものでもある。このような労働衛生管理をめぐる現実の変化は、世界中で生じている現象である[224]。

現在の経済環境下において、組織に対し、被用者がばく露する長期的な危険源を減らし得るという口上のみで法令や法令外の施策（instruments）の遵守を説得することは、ますます困難になって来ている。少なくともいくつかの業種では、組織の考え方が、継続的改善ではなく、「充たすべき最低条件としての安全状態のいかん」や、安全衛生措置がもたらす「実際のパフォーマンス」、そしてそれらの措置が最低基準の達成にどう貢献するかの評価に焦点が置かれるようになっていることが、証拠上示されている。こうした考え方の変化は、おそらく、個々人の健康に対する組織の配慮（concern）や責任から、組織的行動管理や個人・組織のパフォーマンスへと議論の対象が変化してきていることを示しているように思われる。また、個人がばく露する危険源を組織が排除・低減するという発想から離れるという根本的な変化をも示していると解される[225]。

１．４．６．２．２　一般論

ノッティンガム大学の研究グループの手による HSE の委託調査報告書によれば、MS が採用するリスク管理のアプローチは、作業に関連する筋骨格系障害を代表とする他の労働衛生上の問題の管理とも共通項が多いことが判明して来ているため、今後、理論面、実務面の双方で統合を進めることなどにより、アブセンティズム（absenteeism：常習的な遅刻や欠勤による生産性の低下傾向）やプレゼンティズム（presenteeism：疾病障害り患者の無理な出勤による生産性の低下傾向）の管理のほか、組織的なパフォーマンスを測る指標にも転用可能なツールとして、大きなパフォーマンスを生む可能性があるとされる[226]。

そして、それを実現し、ひいては目下の経済環境にも対応できる組織形成を図るための条件として、以下の３点が挙げられている[227]。

①HSE による労働衛生管理の取り組みが、理論的にも実務的にも、より統一的で一貫したものとされること

この点に関しては、以下のような事柄が問われる。

ア　MS の手法は、作業関連ストレス対策の手段として真に有用で実務的なものか？

イ　それは、一般的な労働衛生上の問題にも役立つか？

ウ　一般に、何が健康を脅かし、それを職場で管理するにはどうすればよいのか？

エ　統一的な取り組みを実施すれば、本当に費用対効果は高まるのか？

また、労働衛生管理に関する現在および将来の組織的な意思決定に大いに注目する必要がある。

②HSE によるアプローチの経済的、法的背景（脈絡）について、より広く深く理解されること

③イギリス（UK）における考え方の展開を、EU のモデルや政策展開の中に位置づけること

１．５　法の管轄機関・執行権限者

１．５．１　HSWA の関連規定

１．５．１．１　HSWA 第１１条

HSWA 第１１条は、HSE の職務について規定している。同条の定めは以下の通り。

（試訳）

(1)It shall be the general duty of the Executive to do such things and make such arrangements as it considers appropriate for the general purposes of this Part.

HSE は、本章所定の一般目的の達成にとって自身が適当と認める措置を講じる一般的な義務を負う。

(2)In connection with the general purposes of this Part, the Executive shall—

本章所定の一般的目的に関連して、HSE は、以下の事柄を行わなければならない。

(a)assist and encourage persons concerned with matters relevant to those purposes to further those purposes;

その目的（本章所定の一般的目的）の実施に関わる者が、当該目的の達成を図るうえでの支援と奨励を行うこと

(b)make such arrangements as it considers appropriate for the carrying out of research and the publication of the results of research and the provision of training and information, and encourage research and the provision of training and information by others;

調査、調査結果の公表及び教育訓練や情報の提供にとって自ら適当と認める便宜を供与すること、並びに第三者による教育訓練や情報提供を奨励すること

(c)make such arrangements as it considers appropriate to secure that the following persons are provided with an information and advisory service on matters relevant to those purposes and are kept informed of and are adequately advised on such matters—

次の者が当該目的に関する事柄について情報やアドバイスを受けたり、情報やアドバイスを受け続けられる条件を確保するうえで適当と認める便宜を供与すること

(i)government departments,

政府の省庁・部局

(ii)local authorities,

地方自治体

(iii)employers,

雇用者

(iv)employees,

被用者

(v)organisations representing employers or employees, and

雇用者や被用者を代表する団体

(vi)other persons concerned with matters relevant to the general purposes of this Part.

その他、本章の一般的目的に関する事柄に関わる者

(3)The Executive shall submit from time to time to the Secretary of State such proposals as the Executive considers appropriate for the making of regulations under any of the relevant statutory provisions.

HSE は、関連法規の執行上自ら必要と認める規則の策定につき、所管大臣に対して定期的に提案を行わなければならない。

(4)In subsections (1) to (3)—

第（１）～（３）項において、

(a)references to the general purposes of this Part do not include references to the railway safety purposes; and

本章の一般的目的との文言に、鉄道安全上の目的は含まれない。

(b)the reference to the making of regulations under the relevant statutory provisions does not include a reference so far as the regulations are made for the railway safety purposes.

関連法規に基づく規則の策定との文言に、鉄道安全上の目的をもって策定される規則は含まれない。

(5)It shall be the duty of the Executive—

HSE は、以下の義務を負う。

(a)to submit to the Secretary of State from time to time particulars of what it proposes to do for the purpose of performing of its functions;

所管大臣に対し、その役割を果たすための実施計画の詳細を、定期的に報告するこ

と

(b)to ensure that its activities are in accordance with proposals approved by the Secretary of State; and

所管大臣に承認された計画に沿って活動が実施されるようにすること

(c)to give effect to any directions given to it by the Secretary of State.

所管大臣から発せられた指示を履行すること

(6)The Executive shall provide a Minister of the Crown on request—

HSE は、閣内相に対し、その要請に応じて以下の事項を提供せねばならない。

(a)with information about its activities in connection with any matter with which the Minister is concerned; and

閣内相の所管事項に関わる HSE の活動に関する情報

(b)with advice on any matter with which he is concerned, where relevant expert advice is obtainable from any of the officers or servants of the Executive, but which is not relevant to the general purposes of this Part.

閣内相の所管事項に関する事柄に関するアドバイス。ただし、HSE の高官や官吏が専門的アドバイスを提供できる場合に限られると共に、その内容が本章の一般的目的に関するものであってはならない。

本条から汲み取り得る示唆は以下の通り。

①法第１５条や第１８条が、所管大臣に実質的に HSWA 本法の改編を含めた権限を付与しているのに対し、本条は、同法及び所管大臣の監理の枠内で、同法の運用面での職務と裁量を規定している。

②もっとも、同法第１章所定の目的に適う措置を講じる義務を一般的に課されている以上、その職務の幅は広く、労働安全衛生に関する調査、教育訓練、情報やアドバイスなどの実践とそうした活動を行う者の支援などの性格的にソフトな活動の他、所管大臣に対する規則の提案なども含まれている。なお、情報やアドバイスの提供先には、官民両者、労使双方が含まれる。

１．５．１．２　HSWA 第１２条

HSWA 第１２条は、主に所管大臣の HSE に対する権限について規定している。同条の定めは以下の通り。

（試訳）

(1)The Secretary of State may approve any proposals submitted to him under section 11(5)(a) with or without modifications.

所管大臣は、第１１条（５）項（a）号に基づいて HSE からなされた提案につき、修正を加えるか、加えずに、承認することができる。

(2)The Secretary of State may at any time give to the Executive—

所管大臣は、HSE に対して、何時でも以下の事柄を行うことができる。

(a)such directions as he thinks fit with respect to its functions, or

その役割に照らして適当と認める指示の発令、又は

(b)such directions as appear to him requisite or expedient to give in the interests of the safety of the State.

国家の安全の観点で必要もしくは利益をもたらすと思われる指示の発令

(3)The Secretary of State may not under subsection (2) give any directions with regard to the enforcement of the relevant statutory provisions in any particular case.

所管大臣は、個別の案件において、前項に基づき、関連法規の執行に関する指示を発令することはできない。

(4)The reference to directions in subsection (2)(a)—

（２）項（a）号所定の指示の文言には、

(a)includes directions modifying the Executive's functions, but

HSE の役割を変更する指示が含まれるが、

(b)does not include directions conferring functions on the Executive other than any functions of which it was deprived by previous directions given under subsection (2)(a).

（２）項（a）号に基づいて以前に発令された指示により失われた役割以外の役割を HSE に付託する指示は含まれない。

本条から汲み取り得る示唆は以下の通り。

①所管大臣が、何時でも適当と認める指示を発令できる、一定範囲で HSE の役割の変更を指示できるとしている点などで、HSE に対するほぼ絶対的な優位が規定されている。

②ただし、個別案件で、関連法規の執行に関する指示はできないとされており、所管大臣の役割が高権的監督にあることが示されている。

１．５．１．３　HSWA 第１３条

HSWA 第１３条は、HSE がその役割を遂行するため、自他の持つ人的・物的資源を有効に活用するための方策について規定している。同条の定めは以下の通り。

（試訳）

(1)Subject to subsection (2), the Executive shall have power to do anything which is calculated to facilitate, or is conducive or incidental to, the performance of its functions, including a function conferred on it under this subsection.

HSE は、本項により付託されるものを含め、その役割の遂行を促進するか、それに貢献するか、付随すると解される措置を、次項に従って講じる権限を持つ。

(2)The power in subsection (1) shall not include the power to borrow money.

前項所定の権限には、金銭借受けの権限は含まれない。

(3)The Executive may make agreements with a government department or other person for that department or person to perform any of its functions, with or without payment.

HSE は、政府の省庁・部局もしくは特定の個人との間で、当該省庁・部局もしくは個人が、有償もしくは無償で、その役割の一部を担う旨の協定を締結することができる。

(4)Subject to subsections (5) and (6), the Executive may make agreements with a Minister of the Crown, with a government department or with a public authority to perform functions exercisable by that Minister, department or authority, with or without payment.

HSE は、次項及び次々項に従い、閣内相、省庁・部局もしくは公共団体との間で、本来は当該大臣、省庁・部局もしくは公共団体が実施すべき役割を、HSE が有償もしくは無償で遂行する旨の協定を締結することができる。

(5)The functions referred to in subsection (4)—

前項にいう役割とは、以下のものを意味する。

(a)in the case of a Minister of the Crown, include functions not conferred by an enactment;

協定の相手方が閣内相の場合には、制定法上付託されていない役割も含まれ、

(b)shall be functions which the Secretary of State considers can be appropriately performed by the Executive; and

所管大臣が、HSE によって適切に履行され得ると考えるものであって、なおかつ、

(c)do not include any power to make regulations or other instruments of a legislative character.

規則その他法的性質を持つ規制の策定権限を含まない。

(6)The Executive may provide services or facilities, with or without payment, otherwise than for the general purposes of this Part, to a government department or public authority in connection with the exercise of that department's or authority's functions.

HSE は、本章の一般的な目的以外の目的であれば、省庁・部局もしくは公共団体に対し、それらの役割の遂行に関連して、有償もしくは無償で、人的、物的支援を提供することができる。

(7)The Executive may appoint persons or committees of persons to provide it with advice in connection with any of its functions and, without prejudice to subsection (8), it may remunerate these

persons.
HSE は、その役割の遂行に関連して、次項の趣旨を侵さない限りで、特定の個人もしくは個人の参集する委員会に助言を求めることができると共に、彼（ら）に報酬を与えることができる。

(8)The Executive may, in connection with the performance of its functions, pay to any person—
HSE は、その役割の遂行に関連して、該当する個人に対して、以下の支払いをなすことができる。

(a)travelling and subsistence allowances, and
旅費及び日当

(b)compensation for loss of remunerative time.
休業補償

(9)Any amounts paid under subsections (7) and (8) shall be such as may be determined by the Secretary of State, with the approval of the Minister for the Civil Service.
所管大臣は、前項及び前々項に基づいて支払われる金額を、公務相の承認を得たうえで決定することができる。

(10)The Executive may—
HSE は、以下の事柄を行うことができる。

(a)carry out, arrange for, or make payments for the carrying out of, research into any matter connected with its functions, and
その役割に関連するあらゆる事柄についての調査を実施すること、そのための便宜を供与すること、実施のための補助を行うこと

(b)disseminate or arrange for or make payments for the dissemination of information derived from this research.
当該調査結果の周知、そのための便宜、周知のための補助を行うこと

(11)The Executive may include, in any arrangements made for the provision of services or facilities under subsection (6), provision for the making of payments to the Executive, or any person acting on its behalf, by other parties to the arrangements and by persons using those services or facilities.
HSE は、第（６）項に基づく人的、物的支援のための協定の中に、当該協定を締結する第三者や当該人的、物的支援を活用する個人から HSE 自身もしくはその代理を務める者への金銭の支払いを含めることができる。

本条から汲み取り得る示唆は以下の通り。
①冒頭に述べた通り、HSE がその役割を遂行するため、自他の持つ人的・物的資源を有効に活用するための方策が規定されている。
②具体的には、HSE から他の政府機関や

個人への関係業務の委託、他の政府機関・公共団体や個人からの関係業務の受託、他の政府機関・公共団体への人的・物的支援、その他、委員会の設置とそこへの諮問、専門家からの意見聴取、調査の実施や補助、便宜供与、調査結果の周知などが含まれる。

③同じ政府の機関内でありながら、有償の協定・支援がなされる点が特筆される。各省庁・部局の採算の独立性が看取される。

１．５．１．４　附則第２条

HSWA 附則第２条は、HSE の組織、構成員、会計面での管理者などについて規定している。同条の定めは以下の通り。

（試訳）

THE HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE

イギリス安全衛生庁

1The Executive shall consist of—

HSE は、以下の構成員から成る。

(a)the Chair of the Executive, and

委員長、及び

(b)at least seven and no more than eleven other members (referred to in this Schedule as “members”).

7名以上11名以下の委員ら（以下、本附則において「委員ら」という）

2(1)The Secretary of State shall appoint the Chair of the Executive.

所管大臣は、HSE の委員長を任命する。

(2)The Secretary of State shall appoint the other members of the Executive according to sub-paragraph (3).

所管大臣は、次項に従い、HSE のその他の委員を任命する。

(3)The Secretary of State—

所管大臣は、

(a)shall appoint three members after consulting such organisations representing employers as he considers appropriate;

自身が適当と認める雇用者を代表する団体との協議のうえで、3名の委員を任命する。

(b)shall appoint three members after consulting such organisations representing employees as he considers appropriate;

自身が適当と認める被用者を代表する団体との協議のうえで、3名の委員を任命する。

(c)shall appoint one member after consulting such organisations representing local authorities as he considers appropriate; and

自身が適当と認める地方自治体を代表する団体との協議のうえで、1名の委員を任命

する。

(d)may appoint up to four other members after consulting, as he considers appropriate—

以下の者のうち、自身が適当と認める者との協議のうえで、最大4名の委員を任命することができる。

(i)the Scottish Ministers,

スコットランド担当相

(ii)the Welsh Ministers, or

ウェールズ担当相、もしくは

(iii)such organisations as he considers appropriate, including professional bodies, whose activities are concerned with matters relating to the general purposes of this Part.

自身が適当と認め、その活動が本章の一般的目的に関連する専門家集団を含めた団体

(4)Service as the Chair or as another member of the Executive is not service in the civil service of the State.

HSE の委員長ないしはその他の委員としての業務は、国の公務には当たらない。

(5)The Secretary of State, with the approval of the Chair, may appoint one of the other members appointed under sub-paragraph (2) to be the deputy chair of the Executive.

所管大臣は、HSE の委員長の承認を得て、第(2)項に基づき任命された委員らのうちの1名を委員長の代理に任命することができる。

TERMS OF APPOINTMENT OF THE EXECUTIVE

HSE による任命の条件

3Subject to paragraphs 4 and 5, a person shall hold and vacate office as the Chair or as another member according to the terms of the instrument appointing him to that office.

HSE の委員長もしくは委員に任命された者は、次項及び次々項に従い、同人任命の根拠となった規制の条件に従って、当該ポストに就任し、または同ポストから離任するものとする。

4The Chair or any other member of the Executive may at any time resign his office by giving notice in writing to the Secretary of State.

HSE の委員長もしくは委員は、所管大臣への書面での通知により、何時でもその職を辞することができる。

5The Secretary of State may remove a Chair or other member who—

所管大臣は、以下の条件に該当する者を、委員長もしくは委員から解任できる。

(a)has been absent from meetings of the Executive for a period longer than six months without the permission of the Executive;

HSEの許可なく、6か月を超えてHSEの会合を欠席した者

(b)has become bankrupt or has made an arrangement with his creditors;

破産したか、債権者と債務整理に関する協定を結んだ者

(c)in Scotland, has had his estate sequestrated or has made a trust deed for creditors or a composition contract;

スコットランドにおいて、自身の所有する財産を差押えられたか、債権者のために信託証書を発行したか、債務免除契約を締結した者

(d)has become incapacitated by physical or mental illness; or

心身の故障により就業能力を喪失したか、

(e)is otherwise, in the opinion of the Secretary of State, unable or unfit to carry out his functions.

所管大臣が、その職務に耐えないと認めた者

REMUNERATION OF MEMBERS

委員の報酬

6(1)The Executive shall pay to each member such remuneration and such travelling and other allowances as may be determined by the Secretary of State.

HSEは、委員個々人に対し、所管大臣が決定する報酬、旅費その他の手当を支払うものとする。

(2)The Executive shall pay to, or in respect of, any member, such sums by way of pension, superannuation allowances and gratuities as the Secretary of State may determine.

HSEは、委員に対し、又はその業務への対価として、所管大臣が決定する金額を、老齢年金、退職年金、恩給の形式で支払うものとする。

(3)Where a person ceases to be a member otherwise than on the expiry of his term of office, and the Secretary of State determines that there are special circumstances which make it right that he should receive compensation, the Executive shall pay to him such amount by way of compensation as the Secretary of State may determine.

ある者が期間満了以外の理由で委員を離

任し、所管大臣が、同人に報償を受け取るべき正当な事由があると認めた場合、HSE は、当該大臣が決定した報償を支払うものとする。

PROCEEDINGS OF THE EXECUTIVE

HSE の業務上の手続

7(1)The Executive may regulate its own procedure.

HSE は、自身の果たすべき業務上の手続を定めることができる。

(2)The validity of any proceedings of the Executive shall not be affected by any vacancy among the members or by any defect in the appointment of a member.

HSE の業務上の手続の有効性は、委員の欠員や選任上の瑕疵の影響を受けない。

(3)The Executive shall consult with the Secretary of State before making or revising its rules and procedures for dealing with conflicts of interest.

HSE は、利害調整に関わるルールや手続の策定もしくは修正に際し、所管大臣と協議しなければならない。

(4)The Executive shall from time to time publish a summary of its rules and procedures.

HSE は、そのルールや手続の要約を、定期的に公刊せねばならない。

STAFF

職員

8(1)The Executive shall, with the consent of the Secretary of State, appoint a person to act as Chief Executive on such terms and conditions as the Secretary of State may determine.

HSE は、所管大臣の同意を得て、当該大臣が決定する条件で、事務総長を任命するものとする。

(2)The Executive shall appoint such other staff to the service of the Executive as it may determine, with the consent of the Secretary of State as to numbers of persons appointed and as to the terms and conditions of their service.

HSE は、その人員、勤務条件及び内容について、所管大臣の同意を得たうえで自ら決定し、その他の職員を任命するものとする。

(3)The Executive shall pay to the Minister for the Civil Service at such times as that Minister may direct, such sums as the Minister may determine in respect of any increase attributable to this paragraph in the sums payable out of monies provided by Parliament under the Superannuation Act 1972.

HSE は、公務相に対し、同相が指示する回数、1972年退職年金法に基づき国会から提供された予算から支払可能な枠内で、本

条があるが故の増加分に照らして同相が決定する金額を支払うものとする。

(4)A person appointed to the staff of the Executive may not at the same time be a member of the Executive.

HSE の職員に任命された者は、同時にその委員となることはできない。

(5)Service as a member of staff of the Executive is service in the civil service of the State.

HSE の職員としての業務は、国の公務に当たる。

PERFORMANCE OF FUNCTIONS

職務の成果

9(1)Subject to sub-paragraphs (2) to (4), anything authorised or required to be done by the Executive (including exercising the powers under this paragraph) may be done by—

第（2）項ないし第（4）項に従い、HSE が実施し得るか、実施を求められる措置（当該条項に基づく権限の行使を含む）は、以下の者によってなされなければならない。

(a)such members of the Executive or members of staff of the Executive as the Executive considers fit to authorise for that purpose, whether generally or specifically; or

HSE がその目的に照らし、一般的または特定的に権限を付与する上で適当と認める委員もしくは職員

(b)any committee of the Executive which has been so authorised.

権限を付与された HSE 内部の委員会

(2)Sub-paragraph (1)(b) does not apply to a committee whose members include a person who is neither a member of the Executive nor a member of staff of the Executive.

（1）(b)項は、HSE の委員、職員のいずれも構成員に含まない委員会には適用されない。

(3)The Executive—

HSE は、

(a)shall authorise such of its members of staff as it considers fit to authorise for that purpose, to perform on its behalf those of its functions which consist of the enforcement of the relevant statutory provisions in any particular case; but

特定のケースでの関連法規の執行を含む HSE 本来の役割の遂行について、自ら適任と認める職員に、その代行権限を付与することができるが、

(b)shall not authorise any member or committee of the Executive to make decisions concerning the enforcement of the relevant statutory provisions in any particular case.

特定のケースにおける関連法規の執行に関する決定権限を、委員や内部の委員会に委ねることはできない。

(4)The Executive shall not authorise any person to legislate by subordinate instrument.

HSE は、細則による規制権限を他者に付与してはならない。

(5)The Executive shall publish any authorisations which it makes under this paragraph.

HSE は、本条に基づく権限付与につき、その全てを公表しなければならない。

ACCOUNTS AND REPORTS

会計及び報告

10(1)It shall be the duty of the Chief Executive—

事務総長は、以下の措置を講じる義務を負う。

(a)to keep proper accounts and proper records in relation to the accounts;

会計上の適切な経理と記録を行うこと

(b)to prepare in respect of each accounting year a statement of accounts in such form as the Secretary of State may direct with the approval of the Treasury; and

各会計年度ごとに、所管大臣が財務相の承認を得て指示する形式で、決算報告書を作成すること

(c)to send copies of the statement to the Secretary of State and the Comptroller and Auditor General before the end of November next following the accounting year to which the statement relates.

当該報告書の謄本を、当該報告書の会計年度の次の10月末までに、所管大臣、会計検査官、会計検査庁長官に送付すること

(2)The Comptroller and the Auditor General shall examine, certify and report on each statement referred to in sub-paragraph (1)(c) and shall lay copies of each statement and his report before each House of Parliament.

会計検査官及び会計検査庁長官は、(1)(c)に挙げられた決算報告書の個々の記載を調査、承認、報告すると共に、その謄本及び自身で作成した報告書を上下両院に提出せねばならない。

(3)As soon as possible after the end of the accounting year, the Executive shall

make to the Secretary of State a report on the performance of the Executive's functions during the year.

HSE は、会計年度の終了後、可及的速やかに、所管大臣宛に、当該年度の HSE の活動実績に関する報告を行うものとする。

(4)The Secretary of State shall lay the report referred to in sub-paragraph (3) before each House of Parliament.

所管大臣は、第（3）項所定の報告を、上下下院に対して報告するものとする。

(5)In this paragraph, "accounting year" means the period of 12 months ending with 31st March in any year; but the first accounting year of the Executive shall, if the Secretary of State so directs, be of such other period not exceeding 2 years as may be specified in the direction.

本条において「会計年度」とは、毎年3月31日に終了する12か月間を意味するが、HSE にとって最初の会計年度は、所管大臣の指示があれば、当該指示により特定された2年を超えない他の期間とすることができる。

SUPPLEMENTAL

補則

11The Secretary of State shall not make any determination or give his consent under paragraph 6 or 8 of this Schedule except with the approval of the Minister for the Civil Service.

所管大臣は、公務相の承認がある場合を除き、本附則第6条又は第8条に基づく決定や同意をすることはできない。

12(1)The fixing of the common seal of the Executive shall be authenticated by the signature of the Chair or some other person authorised by the Executive to act for that purpose.

HSE のロゴの使用は、委員長又は HSE により適任と認められた他の者の署名による裏付けを得なければならない。

(2)A document purporting to be duly executed under the seal of the Executive shall be received in evidence and shall be deemed to be so executed unless the contrary is proved.

HSE のロゴを用いて外観上適切に処理された資料は、反証のない限り、証拠と推認され、その通りの効果を認められる。

(3)This paragraph does not apply to Scotland.

本条は、スコットランドには適用されない。

本条から汲み取り得る示唆は以下の通り。

①HSE は、委員長１名と複数名の委員による合議体から成り、委員長は所管大臣によって任命される。

②委員は、主に労使と自治体や専門家集団の代表から成り、いずれも所管大臣の裁

量に基づき、同大臣により任命される。

①②の場合共に、所管大臣の任命に際して公務相の承認が求められる。

③委員会構成メンバーの職務は、国の公務には当たらないとされているが、報酬、旅費、老齢年金、退職年金、恩給等を受けることが予定されている。

④委員会構成メンバーの適格性として、健康や職務遂行能力のほか、金銭面での信用性が重視されている。

⑤HSE は、業務上の手続（規定）を自ら定める権限を持つが、利害調整に関わるものに限り、所管大臣と協議する義務を負う。

⑥HSE は、所管大臣の同意を得て、業務執行上の責任者として事務総長、業務遂行者として職員を任命する。事務総長についてはその勤務条件、その他の職員についてはその人員、勤務条件・内容につき、所管大臣の同意が求められる。

⑦職員は国家公務員であり、委員との兼務はできない。

⑧法第１１条の定める通り、HSE は関連法規の執行権限を持ち、その権限を委員や職員が含まれる内部委員会や適任な委員もしくは職員に委ねることができるが、個別のケースにおける執行の判断は職員のみが代行を許され、委員や内部委員会による決定は許されない。また、細則による規制権限は HSE の専権事項である。

⑨HSE は、会計面で所管大臣、会計検査官、会計検査庁長官の直接の管理下にあると共に、上下両院への報告義務も負う。会計に伴う実績報告は、所管大臣に対して行うこととされている。

１．５．１．５　HSWA 第１４条

HSWA 第１４条は、HSE による捜査、聴聞について規定している。同条の定めは以下の通り。

（試訳）

(1)This section applies to the following matters, that is to say any accident, occurrence, situation or other matter whatsoever which the Executive thinks it necessary or expedient to investigate for any of the general purposes of this Part or with a view to the making of regulations for those purposes; and for the purposes of this subsection

本条は、あらゆる災害、出来事、状況その他の事柄であって、HSE が本章の一般的目的のため、もしくはその目的達成のための規制を策定するため、捜査が必要ないし適当と認めるものに適用される。本項の目的に照らし、

(a)those general purposes shall be treated as not including the railway safety purposes; but

その一般的目的に鉄道安全上の目的は含まれないが、

(b)it is otherwise immaterial whether the Executive is or is not responsible for securing the enforcement of such (if any) of the relevant statutory provisions as relate to the matter in question.

関連法規の当該規定（仮に存在する場合にも）の履行確保を HSE が管轄するか否かは重要ではない。

(2)The Executive may at any time—
HSE は、随時、以下の措置を講じることができる。

(a)investigate and make a special report on any matter to which this section applies; or
本条が適用される事柄について、捜査し、個別の報告を行うこと

(b)authorise another person to investigate and make a special report into any such matter.
当該捜査や報告を他者に委任すること

(2A)The Executive may at any time, with the consent of the Secretary of State, direct an inquiry to be held into any matter to which this section applies.
HSE は、所管大臣の同意を得て、随時、本条が適用される事柄に関する聴聞を行うことができる。

(3)Any inquiry held by virtue of subsection (2A) above shall be held in accordance with regulations made for the purposes of this subsection by the Secretary of State, and shall be held in public except where or to the extent that the regulations provide otherwise.
前項に基づき行われる聴聞は、所管大臣が本条の目的に即して定める規則に従って行われなければならず、当該規則に別途定めがある場合にその限りで免除される場合を除き、公開で行われなければならない。

(4)Regulations made for the purposes of subsection (3) above may in particular include provision—
前項の目的に即して定められる規則には、特に以下の規定を盛り込むことができる。

(a)conferring on the person holding any such inquiry, and any person assisting him in the inquiry, powers of entry and inspection;
質問を実施したり、その者が行う質問を補佐する者に、立入や査察の権限を付託すること

(b)conferring on any such person powers of summoning witnesses to give evidence or produce documents and power to take evidence on oath and administer oaths or require the making of declarations;
それらの者に、証人を喚問して証拠や文書の提出を求めたり、宣誓に基づいて証言させたり、宣誓をさせたり、宣言を行わせる権限を付託すること

(c)requiring any such inquiry to be held otherwise than in public where or to the extent that a Minister of the Crown so directs.
閣内相が指示する場合、その限りにおいて、聴聞が非公開で行われるよう求めること

(5)In the case of a special report made by

virtue of subsection (2), or a report made by the person holding an inquiry by virtue of subsection (2A), the Executive may cause the report, or so much of it as the Executive thinks fit, to be made public at such time and in such manner as it thinks fit.

HSE は、第（２）項に基づき作成された個別報告や、第（２Ａ）項に基づき聴聞を実施した人物が作成した報告について、自ら適当と認める場合には、自ら適当と認める時期に、適当と認める方法で公開に付すことができる。

(6)The Executive—

HSE は、

(a)in the case of an investigation and special report made by virtue of subsection (2) above (otherwise than by an officer or servant of the Executive), may pay to the person making it such remuneration and expenses as the Secretary of State may, with the approval of the Minister for the Civil Service, determine;

第（２）項に基づく捜査や個別報告がなされる場合（HSE の職員や被用者によるものを除く）、その実施を担当した者に、公務相の承認を得て所管大臣が決定する報酬及び費用を支払うことができる。

(b)in the case of an inquiry held by virtue of subsection (2A) above, may pay to the person holding it and to any assessor appointed to assist him such remuneration and expenses, and to persons attending the inquiry as witnesses such expenses, as the Secretary of State may, with the like approval, determine; and

第（２Ａ）項に基づく聴聞がなされる場合、その実施を担当した者及び同人の補佐に任命された捜査担当者に、所管大臣が決定する報酬及び費用を、証人として聴聞に参加した者に同じくその費用を、それぞれ支払うことができる。

(c)may, to such extent as the Secretary of State may determine, defray the other costs, if any, of any such investigation and special report or inquiry.

当該捜査、個別報告、聴聞にかかるその他の費用があれば、所管大臣が認める限度でそれを支払うことができる。

(7)Where an inquiry is directed to be held by virtue of subsection (2A) above into any matter to which this section applies arising in Scotland, being a matter which causes the death of any person, no inquiry with regard to that death shall, unless the Lord Advocate otherwise directs, be held in pursuance of the Fatal Accidents and Sudden Deaths Inquiry (Scotland) Act 1976.

第（２Ａ）項に基づき、本条の適用対象となるスコットランドで生じた事柄に関する聴聞が指示された場合で、その事柄がいずれかの者の死をもたらすものである場合、スコットランド法務総裁が別の指示を与えない限り、１９７６年「致命的災害

及び突然死に関する聴聞」法（スコットランド）に従った聴聞は実施されないものとする。

本条から汲み取り得る示唆は以下の通り。

①HSE は、関連法規の執行にかかる捜査（＊他者への委任も可能）、聴聞の権限を持つが、後者の実施には所管大臣の同意のほか、同大臣の定める規則の遵守、公開が求められる。

②規則に定めが設けられれば、聴聞に際して、立入、査察のほか、証拠や文書提出命令、宣誓などを求める権限が認められる。

③HSE は、捜査、聴聞の結果を報告することができる。

１．５．２　MS を用いた監督指導の実際

１．５．２．１　概要

HSE の安全衛生監督官（inspectors）は、調査に当たって監督ツールを用い、作業関連ストレスの観点から組織的なパフォーマンスの評点（score）を行う。この監督ツールは、以下の２つの要素から成る 。

・問題解決志向の備忘録（an aide memoire）

・パフォーマンス評価指標（A set of performance indicators）[228]

監督指導の実際については、厚生労働省の石津克己氏（元在英国日本国大使館書記官、現職業安定局派遣・有期労働対策部企画課課長補佐）の２０１０年３月時点での調査から、以下の事柄が判明している。

１）メンタル・ヘルス対策を目的とした監督の方法は、現時点においては、メンタル・ヘルスの維持向上の観点から職場の環境を整備していくよう事前に指導するという方法によっている。具体的には、安全衛生監督官が事業場を臨検し、上述の法令の規定に関連して MS に沿って、職場のリスク調査を行うよう指導し、これに従わない雇用者に対しては改善命令（improvement notice）を発し、改善報告の提出を求めるとともに、一定期間経過後に事業場を再度臨検し、改善措置を確認するという手順になる。

２）MS を利用した臨検及び指導は、２００４年から２００９年までの５年間で延べ約１，６００事業所に及んだが、実際に臨検した事業所数は、約１，０００事業所であった。なお、その約半数は２００９年に行われた。

３）雇用者がリスク調査を怠った事実が確認された場合、その事実のみを以てＨＳＷＡ第２条第１項違反に該当する事件として検察官に送致し（つまり事前送致し）、刑法犯として処罰する可能性も、法的には否定されていない。

４）HSE は、現段階では、より多くの事業主に対してメンタル・ヘルス対策の重要性に関する認識を持たせていく段階であり、特定少数の雇用者に対して刑事罰を課すことは不相当との認識の下、同人への措置を改善命令にとどめていたが、報告者が２０１２年１１月に行った HSE の担当者へのインタビューによれば、現段階までに計４件の刑事罰が下され、いずれもリスクアセスメントの不履行によるものであったという（雇用者がメンタルヘルス対策を怠ったことが原因となり労働者の不調が発生したという因果関係を証明する法的証拠を監督官が収集し、事件として検察官に送致することも理論上可能だが、現時点では実務上

困難と認識されている）。

１．５．２．２　問題点と講じられた対策

イギリス（UK）では、１８３３年の工場法の制定期以来、事務所や商店は、労働保護を要するリスクがさほど大きくなく、地方の環境衛生行政に委ねるほうが効率も良い、ということで、国法の規制対象は、工場などに限られてきた。この傾向は、１９４９年のILO第８８号条約（労働監督条約）の批准、１９７４年のHSWA制定によっても変わることはなく、「リスクに応じた役割分担」という呼び声で慣行化してきた。その背景には、博士号取得者を含め、関係領域の専門家を擁し、高い専門性に基づいて施策を立案、遂行する中央機関と、少ない人員で多領域の職務をカバーする地方機関の間の信頼関係の壁も寄与してきたと解される。しかし、同じ業種でも事業場内の些細な違いにより管轄が決まること（例えば、小売業の商店の場合、商店主の居住用家屋との一体性の程度により中央の監督になることもあれば、地方の監督になることもある）や、家内労働は、一般に労働保護上のリスクが低いにもかかわらず国の管轄となることなどの弊害が指摘されていたうえ、メンタルヘルス対策が実施されるとなると、旧来の管轄区分は、いよいよ現実的妥当性を失うこととなり、「歴史的事故」（historic accident）として、自嘲の的となっていた。

そこで同国では、両者のパートナーシップを強化すべく、様々な対策が講じられてきた。

例えば、２００３年には、HSEが、「HSEと地方公共団体の関係の見直し」（Review of the relationship between the Health and Safety Executive and Local Authorities）と題する文書を公表し、①地方公共団体に一元化する、②HSEに一元化する、③現行の分担体制を維持する、④業種別分担から事業場規模別分担に改める、⑤労働安全衛生に関する監督を他の政策分野（例えば食品安全）と統合する、⑥労働安全衛生に関する自主規制団体を設け、行政機関による監督は例外的に行う、という６種類の案を提示して意見を募集した。しかし、多く（殆どは地方公共団体からのもの）は③を支持する意見であった。その後、HSCは、「２０１０年以降の英国における労働安全衛生戦略」（Strategy for workplace health and safety in Great Britain to 2010 and beyond）を公表し、再度意見を募集したが、やはりその能力面や全国展開企業への対応の必要性などから、地方公共団体への権限委譲について懸念する意見が多く出された。

２００４年には、HSEと地方公共団体規制行政調整機構（Local Authorities Coordinators of Regulatory Services; LACORS）が、制度的見直しに先んじて、現行制度の下での運用の見直しを進めるべき旨の共同声明を発表し、その後、政府は、５００万ポンド（当時の為替レート（１ポンド＝約２００円）で換算すると約１０億円）の基金を造成するとともに、約３０設置されていた地方事務所（Regional Offices）に対して管轄区域内の地方公共団体と共同で研修プログラムを策定、実施させた。これは、地方公共団体ごとに大きく異なっていた監督官の能力向上を図ることを主眼とするもので、中央と地方の両者からおおむね好意的な評価を受けた。

以上の取り組みは、結局国と地方の旧来的な管轄区分が抱える問題（「歴史的事故」）を本質的に解消するものではなかったが、２００５年に至り、とある地方公共団体の監督官の機転がきっかけで、監督官相互任命制度（Flexible Warrant Scheme）という制度ができあがり、地方の監督官が管轄権限を有する市町村（District）と中央の監督官がほんらい管轄権限を有する国（実際には、全国に約３０ある地方事務所の管轄区域内で活動している）の中間に位置する県（County）レベルで運用されることとなった。この制度は、HSE は地方公共団体の監督官に中央政府の監督官の権限の一部を付与し、地方公共団体は HSE の監督官及び隣接する地方公共団体の監督官に対して同様の措置を執ることを通じて、１人の監督官に業種横断的及び地域横断的な権限を付与し、監督の効率をあげようとするものである。実際には、HSE の地方事務所が音頭を取り、管轄区域内の県ごとに市町村と協議を行って覚書（Memorandum of Understanding）を作成し、実際に権限を付与し合う監督官の氏名リストを交換し、それぞれ HSE 委員長及び市町村の責任者に報告する。これを踏まえ、HSE 委員長と市町村の責任者は、それぞれの監督証票を相手方に交付する。この制度は、全国一律的な強制より、地域ごとの信頼関係の醸成による方が却って効果的との考えに則って運用されているが、既に首都ロンドンの一部でも試行されており、全国的な拡大が見込まれている。

１．５．３　MS の浸透を支援する民間の専門機関

（未了）

１．６　雇用にかかる精神障害者差別禁止法

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

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

以下では、主に５編の関連文献及び資料（①長谷川聡:イギリス障害者差別禁止法の差別概念の特徴，季刊労働法,225:49-57,2009、②長谷川聡:イギリス，独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター:欧米の障害者雇用法制及び施策の動向と課題,147-193,2012、③鈴木隆:障害者差別禁止法制の新展開，労働法律旬報,1756:20-23,2011、④長谷川聡:イギリス障害者差別禁止法の構造と限界，内閣府:障がい者制度改革推進会議差別禁止部会第 4 回資料 1,2011、⑤内閣府:障がい者制度改革推進課意義差別禁止部会第 4 回議事録）ならびに報告者自身の追加調査を踏まえ、１９９５年障害者差別禁止法（DDA：

Disability Discrimination Act 1995）と、同法を全面的に置き換え、一部重要な改正を施した２０１０年平等法（Equality Act 2010）の特徴的な点を抽出し、イギリス労働者のメンタルヘルスとの関係について考察する。

１.６.１.　１９９５年障害者差別禁止法

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

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

①②の双方共に、DDA に特徴的な点であり、実質的には既に間接差別規制に近かったと言える。

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

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

イギリスにおける「障害の社会モデル」的観点の根強さをうかがわせる。

・なお、２００３年改正で初めて定義規定が設けられた直接差別規制（第３Ａ条第５項）では、障害に関連する理由（＊障害によるタイピング不能など）が共通する前提での障害者と非障害者間の差別が問題とされた。特段の配慮を必要としない障害者差別の排除に有効な規制といえるが、そこでわざわざ能力の共通性が前提となる旨を規定したため、DDA において中心的な直接差別以外の差別規制では、能力面での差異の存在が前提とされていることを浮き彫りにする結果となった。

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

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

調整義務の不履行は、障害に関連する理由に基づく差別を推定させる場合もあった。例えば DDA 第3A 条第５項（２００３年改正前は第５条第５項）は、使用者が当該差別の正当化を図る際、調整義務を負う場合にはそれを履行する必要がある旨定めていた（＊長谷川前掲論文 54 頁では、調整義務不履行による差別概念が DDA の差別構造の中心にあることの証左とされている）。この関係は、間接差別への置き換え後も維持されている。

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

直接的な国内法化を避けようとした経過がある。

ただし、調整義務不履行に基づく差別は、①具体的な障害者と同じく非障害者の比較を前提ないし必要としない点（関連して、必ずしも特定の集団を対象として不利益を把握しない点）や、②義務の発生要件が緩やか（：不利益が些末でないことを証明すれば足りる）である点、③差別的意図が必要となる点（＊調整義務は、特定個人の障害を理由とする差別の是正を図るものなので、対象者が障害者であることを知らないか、知ることを合理的に期待できない場合、発生しない（DDA 第６条第６項、２００３年改正により第４A 条第３項)。結果的に、使用者が知り得ない障害について調整を受けるには自己申告の必要が生じる。他方、間接差別においてこれらの事情は一切当てはまらない）などで間接差別とは異なる。その他、④障害者の存在に関する予見可能性を前提とする調整義務不履行アプローチでは、対応が消極的になりがちな一方、間接差別アプローチでは、差別状態の事前防止、個別対応ではない包括的な防止につながり易い等の違いもある。総じて、調整義務不履行アプローチは対個別的性格を持ち、間接差別アプローチは対集団的性格を持っていたと解される。

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

おそらくはこの発想に関連して、イギリスでは、雇用年金省の下に日本では職業安定所・社会保険事務所・障害者職業支援センター等の役割を兼ね備えたジョブセンター・プラス（Jobcentre Plus）という機関が設けられ、「仕事へのアクセス支援（ATW：Access To Work)」という制度を通じ、使用者が調整措置を講じるのに必要な資金等が補助されて来た。

１.６.２　２０１０年平等法

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

・平等法第６条、附則１およびそれに基づく規則は、DDA の類似の規定や同法に基づく規則の規定を置き換え、同法が保護の対象とする障害を定義している。法第６条

では、DDA 第１条を継受し、「精神的または身体的な障害を持ち」（第１項(a)）、「その障害が日常的な活動をする能力に実質的かつ長期にわたる悪影響を及ぼす」（第１項(b)）場合を同法上の障害と定めている。

障害による悪影響が「長期にわたる」というためには、(a)その影響が１２か月間以上継続する、(b)１２か月以上の継続が見込まれる、(c)終生にわたる継続が見込まれる、のいずれかに該当することが基本的な要件とされる（平等法附則１第２条第１項）が、その影響が一旦解消しても再発可能性が見込まれる場合には、影響の継続が認められる（同条第２項）。また、進行性の病状の場合には、未だ実質的な悪影響を受けるに至っていなくても、現時点で日常生活能力に影響を受けていれば、機能障害を受けているものと取扱いを受ける（平等法附則１第８条）。

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

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

・差別禁止の対象となる事項は、労働者、契約労働者（＊一定期間、特定の業務に従事する自営業者など。いわゆる請負労働者。派遣労働者などを意味することも多い）などの適用対象や、直接差別、間接差別、ハラスメント、報復的取扱いなどの禁止事項により異なるが、応募者を含む労働者については、採用の場面で、(a)採用者決定のための措置（arrangements）、(b)採用上の雇用条件、(c)採用拒否（以上、法第３９条第１項。DDA 第４条第１項にも同様の規定があった）、雇用契約締結後は、(a)雇用条件、(b)昇進や配転、教育訓練、その他の利益等を受けるための機会へのアクセスの許否、(c)解雇、(d)その他の不利益（以上、法第３９条第２項。DDA 第４条第２項にも同様の規定があった）について、差別が禁止される。

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

直接差別の証明は、人種による分離や妊娠・出産者の差別の場合とは異なり、差別を主張する者と、前提条件が「実質的に異ならない」比較対象者との比較を通じてな

される（法第２３条第１項)。ここで、前提条件が「実質的に異ならない」というためには、比較対象となる非障害者が、当該障害者と同レベルの能力や技術（これらは、当該障害自体を原因としたものでなくても良い）の保有者でなければならない旨が規定されている（法第２３条第２項ａ号)。

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

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

・平等法第１５条は、DDA 第３A 条第１項（２００３年改正前は第５条第１項）に代えて、障害自体ではなく、障害に起因する理由に基づく差別を規制しているが、上述した２００８年貴族院判決等により形骸化させられた反省を踏まえ、障害者に障害に起因する差別からの救済可能性を与えつつ、使用者やその他の者にも正当化立証の余地を具体化し、事実上拡大することで、その実効性確保を図った。使用者の正当化立証は、一応立証された差別が正当な目的を達成するための適正な手段であることの証明によりなされる（第１５条第１項(a)）。また、DDA 時代とは異なり、この種の差別の証明には、障害者が障害を持っていることを使用者またはその他の者が現に知っているか知っていると合理的に期待される必要がある旨の規定もなされている（同条第２項)。

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

・平等法第１９条は、間接差別に関する規制である。これは、EU 法の間接差別の定義を、妊娠と出産を除き、保護されるべき特徴に適用させようとするもので、障害への間接差別規制の適用を初めて可能にしたものである。ある中立的基準等（基準又は慣行 : provision,criterion or practice）の

実際の適用が保護されるべき特徴を持つ集団に対して差別的効果をもたらし、かつその基準等の適用主体がそれを正当化できない場合を典型とするが、適用される見込みに基づき人の行動が抑制されるような場合も射程に含む。たとえば、採用の際に筆記試験方式を採ることが、視聴覚障害者等にとって一般的に差別的効果を有することがそれを主張する者により証明されれば、使用者は、その正当化事由を主張できなければ、この差別が成立する。

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

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

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

アメリカの ADA のように、「過度の負担」に当たる場合に調整を免じるような規定はないが、そもそも調整措置は合理的に実施可能な範囲で義務づけられるものであり（法第２０条第１項）、ADA でいう過度の負担は、合理性判断の要素の１つとなるため、それ故に調整措置が講じられなくても、違法とならない場合がある。ただし、たとえ経済的コストがかかる場合にも、費用対効果が高ければ、講じるべき合理的調整措置と評価され得るほか、雇用年金省傘下の Jobcentre Plus による仕事へのアクセス支援（Access to Work）による財政的支援が得られる場合には、それを継続的に得ることにより可能な調整措置を講じることが合理的に実施可能とみなされ得る。なお、仕事へのアクセス支援の範囲は、雇用期間、必要な支援の種類、自営業か否か等を考慮して決定されるが、日本とは異なり、雇用期間が短かい者や、自営業者の方が、長期雇用を得ていた労働者より手厚い保護を受ける点が興味深い。保護の必要性を重視する施策と解されるからである（＊もっとも、日本でも、求職者支援制度など、保護の必要性に応じた制度の創設と充実化が進められている）。

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

限り、この義務を負う（平等法附則８第２０条第１項)。

・平等法第２６条は、２００３年改正DDA第３B条、第４条第３項などの定めを受け、ハラスメントについて統一的に規定している。ハラスメントの定義は、(a)ある者が障害に関連する対象者にとって不快な（unwanted）行為を行い、(b)当該行為が、(i)対象者の尊厳を侵害するか、(ii)脅迫的な、敵意のある、品位を傷つける、屈辱的な、または不快な環境を生じさせる目的若しくは効果を発生させる場合と規定されている（法第２６条第１項)。その具体的な判断規準は、(a)ハラスメントを主張する者の認識、(b)当該事案におけるその他の状況、(c)当該行為がそのような効果を有すると合理的に解し得るか否か、を考慮して判断される（法第２６条第４項)。

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

また、同法第７７条は、ある者の賃金格差が保護される特性に関連して生じているか（＊直接差別の成否の要件）を判断するために行われる「賃金に関する開示（relevant pay disclosure)」を禁ずる契約条項を、その部分について無効とし、かつ、かかる開示に基づく不利益取扱いを禁じている。但し、労働者が害意をもって誤った証拠や情報を提供したり、不当な差別の申立を行うなど、不誠実な行為をなした場合、報復的取扱いは成立しない（法第２７条第３項)。

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

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

・平等法の履行確保のため、刑事制裁は予定されておらず、行政機関によるあっせん・仲裁や、より積極的な事業主等への調査、質問、勧告などの他、司法による（主に）民事上の救済が予定されている。うち、行政機関によるあっせんや仲裁は、結局、

当事者間の和解や協定の締結などによる民事上の解決を図るものである。

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

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

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

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

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

・問題解決に当たる主な行政機関には、助言斡旋仲裁局（Adovisory Conciliation and Arbitration Service）と平等人権委員会（Equality and Human Rights Commission）がある。前者は準司法的性格が強い。労・使・中立の三者で構成される理事会によって運営され、その救済手続は、①労働審判所からの移送、②当事者による直接の申立のいずれかを通じて開始されるが、①による取扱い件数が②によるものの約２０倍にのぼる。障害を理由とする差別を争点とする事件の取扱いに際しても、あっせん官としての障害者の参加は要件づけられていない。①は、あっせん前置の考え方に基づきとられる手法であり、移送を受けた事件が、あっせん等の手続を通じて合意に達すれば、作成された和解協定が労働審判所に送付され、その認証と記録を通じて事件の解決をみる。後者は、前者より行政的性格が強い。２００６年平等法により設立され（同法第１条）、職域の問題に限らず、かつ障害差別、性差別、人種差別の三種を全て取り扱うが、委員会内に障害問題に特化した障害委員会（Disability Commission）を組織し、同問題について委任する仕組みを持つ。平等法等の遵守状況に関する事業主等への調査、質問、勧告等を行う権限や、平等法の内容を具体化する行為準則を制定する権限等を持つ。

・実のところ、イギリスでも、１９９５年 DDA の制定以前は、１９４４年障害者（雇用）法に基づいて雇用率制度が設けられ、障害者を Jobcentre に任意登録させ、一定規模以上の事業の事業主に、当該登録者を一定割合以上雇用するよう努力義務を

課す一方、雇用率未達成の事業主が非障害者等を新規採用した際には罰則が科される旨の規定を設けていた。しかし、１９６１年に６１％であった障害者雇用率が、１９９３年には１９％まで減少するなど、同法が事実上機能不全に陥っていたこともあり、１９９５年 DDA の制定と同時に雇用率制度は廃止された経緯がある。機能不全に至った理由としては、Jobcentre への登録者数が要求された雇用率を充たす水準に達しなかったこと、上記の罰則規定の適用が殆ど無かったことなどが指摘されている。

１.６.３　差別禁止法の実際の効果

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

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

２００４年７月～２００５年６月
全生産年齢人口：３８４８万人
生産年齢（１６～６４歳）の障害者数：４３３万人
　全生産年齢人口に占める割合：１１．３％
生産年齢の労働力人口：１５８万人
生産年齢の障害者数に占める労働力率：３６．５％
生産年齢の障害者数に占める被用者の割合：２７％（１１７万人）
生産年齢の障害者数に占める失業者の割合：３３％（１４３万人）

２０１１年７月～２０１２年６月
全生産年齢人口：４０１８万人
生産年齢（１６～６４歳）の障害者数：４８７万人
　全生産年齢人口に占める割合：１２．１％
生産年齢の労働力人口：１８９万人
生産年齢の障害者数に占める労働力率：３８．８％
生産年齢の障害者数に占める被用者の割合：２６％（１２７万人）
生産年齢の障害者数に占める失業者の割合：３３％（１５９万人）

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

１.７　障害者の福祉と雇用を促進す

る制度

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

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

１.７.１　保護雇用制度

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

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

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

リング、園芸などの比較的創造的な業務が上位を占めている。

もっとも、前者でも一般企業が雇用する障害者をレンプロイ社が援助したり、レンプロイ社が雇用する障害者を一般企業に派遣する援助付き雇用（Remploy Interwork＊援助付き雇用については、下掲の説明を参照されたい）も行われるなど、一般就労への橋渡しの取り組みが積極的になされており、２００９年には、３障害（身体、知的、精神）の合計で６５００の仕事を見出しているという。

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

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

１.７.２　所得保障制度

・障害者対策法制における福祉的救済の中には、当然ながら金銭ないし現物給付も含まれる。これは、資産調査を伴わない、①障害者生活手当（Disability living allowance)、②重度障害者手当（Severe Disablement Allowance)、③就労不能給付（Incapacity Benefit)、④拠出型雇用・生活支援手当（Contributory employment and support allowance）と、資産調査を伴う、⑤所得補助（Income Support)、⑥求職手当（Jobseeker's allowance)、⑦収入対応型雇用・生活支援手当（Income-related employment and support allowance）に分かれる。

①は、生活上の介護や移動支援が必要な成人又は児童に支給される手当であり、介護給付（Care Component）は要介護度に応じて３段階（週２０．５５ポンドから７７．４５ポンド)、移動支援給付（Mobility Component）は移動の困難度に応じて２段階（週２０．５５から５４．０５ポンド）に分かれており、いずれか又は双方を受給することができる。就労しているか否かは問われない。課税や資産調査はなく、国民保険料の支払いにも関係しないが、各給付の必要度の判定に際して医学的診査が求められる。

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

い。

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

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

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

支給対象者は、疾病障害により就労能力に影響を受け、(i)１６歳以上公的年金（老齢年金）支給開始年齢未満、(ii)法律上の疾病給付（Sick Pay）、出産給付（Maternity Pay）を受給しておらず、復職していない、(iii)⑥を受給していない、という３つの要件を充たす者である（⑦も同じ）。疾病障害そのものではなく、あくまでそれによる就労能力の制限が要件とされていることに留意する必要がある。①を受給する被用者、自営業者、失業者または学生であっても、受給できる（同前）。本人及び配偶者の収入、貯蓄、年金収入の合計額により支給の可否、額が判定される（基本的な生活費として、最初の１３週は最大７１ポンド、１４週目から最大１０５．０５ポンド。他に作業関連活動給付と支援給付が３０ポンド前後ずつ支給される可能性がある）。

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

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

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

うち前者は、身体機能評価（１０項目）と精神・認知・知的能力評価（７項目）の２軸から成り、各項目ごとに０～１５の評

点が付され、合計１５点以上に達すると、能力制限ありと評価されることになっている。他方、後者では、就労に必要となる行動に制限があるか否かを評価する。その結果、賃労働（作業関連活動）が困難と認められた場合、支援グループ（The support group）にカテゴライズされ、基本手当に支援給付が追加されると共に、自身の希望に応じ、ボランタリー・ワークの紹介を受ける（アセスメント受検者のうち約９％）。他方、将来いずれかの時点で賃労働が可能で、直ちに就労に向けたステップを踏めると認められた場合、すなわち前掲の第１段階アセスメントによる点数が一定レベルを超えた場合、または自傷他害のおそれがあって、通常の職場環境に適さないと判断されたが、第２段階アセスメントでは、制限なしと判断された場合などには、作業関連活動グループ（The work-related activity group）にカテゴライズされ（アセスメント受検者のうち約２３％）、基本手当に作業関連活動手当が追加される。

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

⑤は、低所得者か無収入者で、週１６時間未満しか就労していないが、失業者登録をしていない者に支給されるもので、無収入者には最低週５６．２５ポンドが支給されるが、単身か否か、家族構成、年齢等の条件により支給額が異なる（夫婦等のカップルには最高額の週１１１．４５ポンドが個人給付として支給され、年金生活者や障害者には、別途最高週１１６．４０ポンドの手当が支給される）。また、対象者に子がある場合、税額控除を受けることができる。

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

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

支給額の上限は、条件によって異なるが、最高でも週１１１．４５ポンドである。

上掲の雇用年金省へのインタビューでは、

この手当の受給者のうち２３％は精神疾患に罹患しているが、それゆえに就職できないとは限らない、ということであった。

⑦は、非拠出型で資産調査を伴う雇用・生活支援手当であり、本人及び配偶者の収入、貯蓄、年金収入の合計額により支給の可否、額が判定される点でも④と共通するが、原則として、貯蓄額が１６，０００ポンドを超える場合には受給できない。手当に課税や併給調整がなされない点も相違するが、障害認定の基本的枠組は共通する。

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

１.７.３　職業リハビリテーション

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

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

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

また、上掲の雇用年金省へのインタビューによれば、メンタルヘルスに関連する

Jobcentre Plus への配置要員には、以下のようなものがあり、全てのスタッフがメンタルヘルスに関する体系的な研修を受けており、メンタルヘルス・アドバイザー用の手引き（mental health adviser toolkit）や、非公開の障害者への対応手引き（hidden impairment toolkit）にアクセスする権限と能力を備えている。もっとも、これらの要員とパーソナル・アドバイザーや障害者雇用アドバイザーとの関係については、調査が至らなかった。職務内容からは、障害者雇用アドバイザーの小分類に該当するものと、別立てのものが混在しているように察せられる。

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

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

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

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

③労働問題に詳しい心理の専門家（work psychologist）

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

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

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

支援プログラムを選択し、就労に参加ないし復帰・継続してもらうことを企図したものであり、「専門家による障害者雇用プログラム（Specialist Disability Employment Programme）」とも呼ばれる。

ワーク・チョイスの管理運営は、Jobcentre Plus が行うが、就労時の実際の担当は、そこから紹介を受けたレンプロイ社等の民間、非営利団体や公的機関が行っている。

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

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

この職業訓練では、個別ニーズに適合したプログラムにより就業・復職・職務定着が図られているほか、障害者に対しては、一般の場合（２５歳以上、６か月以上の失業期間）より参加条件が緩和されている（１８歳以上、失業期間６か月未満も可）。地域で適切な訓練を受けられない１８～６３歳までの身体・学習・感覚障害者などを対象とした寄宿制職業訓練施設も、イングランドに計９箇所設置されており、職業技能資格認定（NVQ：National Vocational Qualifications）のレベル１～３（＊レベル１～５から成り、数字が上がるほどレベルが高い。基準は概ね次の通り。レベル１：職業の基本的技能を充たす。レベル２：操作的で、僅かながら熟練が必要な技能を持つ。レベル３：テクニシャン、クラフトマン、熟練者など。レベル４：専門的職業、経営管理の基本を習得している。レベル５：専門職や、熟練した経営管理者など。試験ではなく、仕事の成果により評価される仕組みが採られている）の取得を目的として、専門スタッフによる個別ニーズに適合した訓練が実施されている。

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

・アメリカと同様に、イギリスでも、Jobcentre Plus からの財政的支援と照会を受け、地方自治体や民間非営利団体等が実

施する援助付き雇用（Supported Employment）の制度が設けられている。これは、適切な支援があれば就労できる障害者を対象に、ジョブ・コーチ、職業能力開発、移動支援、特定的な職業訓練、個々人のニーズに合わせた指導・支援などを内容としており、用語として、①雇用機会の増加と、②既に雇用されている者の就労継続支援の双方を意味し、基本的コンセプトは、中等度から重度の障害者を就労による稼得能力の獲得まで引き上げることにある。また、そうした効用を生むための包括的なプログラムないし要素の組み合わせという趣旨でも理解されている。

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

・障害者を対象とするその他の就労支援制度には、以下のようなものがある。

１）仕事へのアクセス支援（Access to Work）

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

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

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

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

ニュー・ディール制度は、政府の「福祉から雇用」施策の一環として、民間・公的部門のジョブ・ブローカー（職業斡旋事業）を活用して、障害者を含め、個々人のニーズに応じた包括的かつ系統的な就労及び就労継続支援を行うために創設された。障害者が対象に含まれたのは１９９７年以後のことで、ジョブ・ブローカーは、この制度の下で、教育訓練、汎用性のある保有能力の特定、適職判定、原則として６週間のワーク・トライアル（事業主への助成金の支給を含む）、求職票作成支援、面接スキルの向上、面接の際のコミュニケーター、場合によっては自営業の支援などのほか、最初の６か月間に限り、職場内での支援（援助付き雇用など）を行うこともある。利用に

際しては、就労の意思を持ち、就労不能給付などを受給していることが前提となり、Jobcentre Plus に所属し、特別な訓練を受けた障害者雇用アドバイザーが、障害者の抱える個別的な事情を踏まえたうえで、事業者とリンクさせる役割を果たすが、ジョブ・ブローカーの選択は受給者に委ねられている点（voluntariness）に特徴がある。ただし、全ての地域にこの制度が普及しているわけではない。

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

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

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

１．８　メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制

（未了）

１．９　関係判例

（未了）

２　私法

・イギリス（UK）では、MSA が開始された頃より、５０万人を超える人々が過剰な（＊疾病を招くと考えるレベルの）ストレスに苛まれる事態（HSE 調べ）を背景に、ストレスに関連する民事訴訟が増加傾向にある。雇用者の費用負担もかなりのレベルにのぼり、民間の責任保険に加入する必要性も指摘されている[231]。

２．１　法的根拠と判例法理

・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）[232]。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[233]。

・後掲する Hatton 事件控訴院判決も述べるように、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[234]。

・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、雇用者の過失責任の判断に際して考慮されるが、後掲する Hartman 事件では、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ている[235]。

・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。しかし、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、１．６．２、D及びE（２）などを参照されたい）[236]。

・雇用者は、ストレスに関連する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、後掲の Hartman 事件で示された原則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る。この問題の解決に際しては、結局、医学的根拠（診断書など）の獲得が鍵となる[237]。

・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、労働法を専門とする法律実務家として、HSE が示した（６つの評価指標を含む）ストレス管理基準（Management Standard）や、そのガイダンス（たとえば Arbitration, Conciliation and Advisory Service（ACAS：助言斡旋仲裁局－１９７５年に、労働紛争の解決のために設立された、政府からは独立した中立的機関）の発行した手引きなど）に従った行動（これには、ストレスのサインを嗅ぎ取り、その影響の低減を図れ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[238]。

２.２　代表的な関係判例

１）Hatton 事件（Hatton v. Sutherland [2002] EWCA Civ 76, [2002] Emp LR 288）

【事実関係】

Mrs.Hatton（１審原告）は１５年間にわたりフランス語教師として公立中学校に勤務していたが、９５年にうつ病により早期退職した。彼女にはうつ病の既往があり、８９年と９４年に２か月間休職したことがあった。うち８９年には離婚を経験して２人の子どもを育てねばならなくなり、９４年にはそのうちの１人が重病に罹患した経緯があった。同じ頃、ウィルス性の疾患による３週間の休職後、復職してすぐに暴行を受けて１か月間休職したこともあった。

鑑定医の意見は以下の通り。

「彼女には強迫性の傾向があり、心理的負荷がかかると不安や抑うつ症状に至り易い。こうした人物は、実際の仕事量がさほどでなくても過度な律儀さのため、仕事に時間をかけてしまう嫌いがある。また、心理的負荷の原因が１つでなくても、何か１つに原因を求めてしまう傾向がある。彼女もまた、自身の疾患の原因について、ある時はカウンセラーに対して長時間労働のせいと述べ、その後主任教師に対して息子の病のせいと述べるなど、一貫していない」。

彼女（１審原告）は、９４年に復職した際に学校側との間でなされた面談で、自身のうつ病の原因は家庭にあると述べており、労働の過重性には言及していなかった。控訴院の認定でも、当時の彼女（１審原告）の労働に同僚教師との違いは認められなかった。また、９５年の夏にカウンセラーの面談を受けた際にも学校には言及しておらず、９月に新学年が始まって間もなくストレス誘発性の不調状態に陥って職を辞し、二度と復職することはなかった。

以上の経過を経て、彼女（１審原告）は自身の疾患の原因は学校にあるとして提訴したが、１審（事実審）に棄却されたため控訴した。

【判旨～控訴棄却（１審原告請求棄却）～】

控訴院では、下掲の Barber 事件を含め同類の３件と併せて審理が行われた。判決では、職業性ストレス関連疾患にかかる使用者の責任について、後に Hatton ルールと呼ばれることとなる以下の１６の原則が、Hale 判事（法廷意見）によって示された。

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先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応じて判断される。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としても、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したがって、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充分である。

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す業務外の事由などを遍く考慮せねばならない。

２）Barber 事件（Barber v. Somerset County Council [2004] UKHL 13）

【事実関係】

Mr.Barber（１審原告）は教師であったが、所定労働時間をはるかに超えた長時間労働をしていたところ、疲労とストレスを感じたため、幾度か主治医に相談するようになった。１９９６年の夏学期の中旬に再度状態が悪化したため、主治医に受診したところ、ストレスと抑うつのため３週間の休養を要する旨の診断書を交付された。その経過後に復職したが、業務上の軽減は行われず、負担は元通りとなった。復職に際して、校長と２名の上級管理職（１審被告ら）と一度ずつ別々に面談が行われたので、現在の業務には耐えられないと伝えたが、うち２名の対応に共感的姿勢はなく、３人目が傾聴姿勢をみせたものの、仕事に優先順位を決めて取り組むよう示唆したほか、実効的な解決策は示されなかった。その後、夏季休暇に至ったため、定期休暇をとることができた。秋学期に入ると、以前と同様の長時間労働と業務上の負荷に見舞われたが、もはや上司に自身のストレス状況を伝える気にはならなかった。そうして数週間が過ぎた頃、再び抑うつ状態に陥り、二度と復職することができなくなった。

そこで同氏（１審原告）は、彼を過重なストレスに曝したことが配慮義務違反に当たり、当該義務違反によってうつ病に罹患したとして、雇用者ら（１審被告ら）を相手取って損害賠償請求訴訟を提起した。

１審は彼（１審原告）の請求を認めたため、１審被告らが控訴したところ、上掲の Hatton 事件など３件のケースと併せて審理が行われた。ここで控訴院は、業務上のストレスに関する法理について包括的な審査を行い、本件１審被告らの控訴を認容すると共に、法廷意見を代表し、Hale 判事による上述の原則が示された。そこで、彼（１審原告）が貴族院に上訴した。

【判旨～上訴認容（１審原告請求認容）～】

貴族院は、控訴院の判決を覆したが、その根拠はあくまで手続的な事由にとどまり、控訴院の示した原則（Hatton ルール）自体は維持した。法廷多数意見は、Hatton ルールに則っても、そもそも１審（事実審）において、１審被告らの配慮義務違反の認定を正当化できるだけの証拠は示されており、控訴院はその認定に介入すべきではなかったと考えていた。しかし、本判決での実質的なポイントはむしろ、司法はこうしたケースをどう扱うべきか、とりわけ控訴院の示した Hatton ルールをどう解釈すべきかに関する判事の補足意見にあった。

実のところ、１審原告は、貴族院への上訴に際して Hatton ルールの基本的枠組自体の修正を求めたわけではなかった。Walker 判事も、当該ルールについて、関係法理の形成に大きな貢献を果たしたと評しており、彼の補足意見はもっぱら、予見可能性の認定のため、雇用者が知るべき事柄は何かに向けられていた。彼は、本件での予見可能性の認定はほぼボーダーライン上にあるが、結論的には立証されたと考えた。彼の見解は、雇用者は、控訴院が外見上示唆したところよりも、より積極的な義務を負うべきというものであった。すなわち、誠実で経験豊かな１教師が、うつ病により、学期の途中で、３週間にわたり欠勤せざる

を得ない状況に直面すれば、雇用者として、彼の支援のために何をすべきかを質すべきであった。そのうえで、共感的な支援と若干の勤務軽減さえ行っていれば充分だった。ただし、代用教員の雇用のような、よりドラスチックな措置が求められる場合もある。代用教員の雇用には費用がかかるが、価値の高いベテラン教師を永久に失うよりは良いであろう。被用者に優先順位を付けて職務に当たるよう伝えただけで充分とは言えない。こうした措置を全く講じなければ、１審被告らは配慮義務違反を犯したことになる。本件での配慮義務違反は、１審原告が３週間の欠勤から復職した後、校長と２名の上級管理職と面談を行ったところから始まった。そして、雇用者が当該事情に照らして合理的かつ適切と認められる措置を講じるまで続くが、本件では違反状態がその後も継続していた、と。

判決の要点を整理すれば、雇用者は、被用者の脆弱性について明白な徴表があれば、それを無視することは許されない。被用者が長期間の疾病休職から復職した際には、少なくとも相応の配慮に基づく質問を投げかけ、復職を支援するための勤務軽減などの措置を積極的に講じる必要がある、というに尽きる。

ただし、以上の法廷多数意見には、Scott 判事による反対意見が付された。その要点は、業務上のストレスや負荷は、教師その他の専門的職業には「付きもの」であり、雇用者には、特定の被用者の脆弱性について示唆されない限り、対策の実施を期待し得ない、というものであった。

３）Hartman 事件（Hartman v. South Essex Mental Health and Community Care NHS Trust and joined cases [2005] IRLR 293; [2005] ICR 782 (CA)）

【事実関係】

Hartman 氏は、１９８９年以後、児童養護施設に看護助手として勤務していた。９６年に児童が殺害される事件が起きて以後、労働時間が著しく増加し、責任感を伴う大きな負荷に曝された。その後不調に陥り、施設の健康管理部門に内密に相談した。９９年の初旬にうつ病により退職した後、業務上のストレスにより健康被害を受けたと主張して提訴した。

本件は、控訴院において、以下の者を含めた６当事者が提起した同類の事件と併合して審査された。

(a)銀行員：上司が健康管理部門から過重労働によるパニック発作と抑うつ症状を知らされていたにもかかわらず、状況改善措置を怠っていた経緯がある。

(b)大学講師：不調に至ったが、同人の主張によれば、その背景に過重労働と雇用者側の支援不足があった。

(c)新聞の編集次長：過重労働を訴える文書を雇用者に示したがしばらく対応がなく、５日目にようやく対応した際、会話の中で、「職場に着いた直後に休息するのはまともな行動か？」、などと問い質した。同人は帰宅後、疾病を理由に退職するまで精神疾患を患っていた経緯がある。

【判旨～１審原告請求棄却～】

児童福祉施設での労働そのものが過重なストレスをもたらすとは言えない。被用者

が長時間労働を行った、あるいは厳しい納期を課せられたことでストレスを受けたと主張するのみで使用者の過失責任が成立するわけでもない。彼女を信頼し、責任感を抱かせることも配慮義務違反には当たらない。

他方、彼女は児童殺人事件以後も含めて多年にわたって特段の問題もなく就労を続けてきており、他の者よりストレス脆弱性が強いことを示す徴表も無かった。被用者の精神疾患の状況（既往歴や現在の精神的な問題など）が雇用者の健康管理部門に内密に伝えられたのみでは、情報守秘との関係上、雇用者に当該被用者の脆弱性に関する認識を得させることにはならないため、その過失責任は成立しない。

４）Daw 事件（Intel Incorporation(UK) Limited v. Daw[2007]EWCA Civ 70）

【事実関係】

Tracy Dow（被上訴人）は、１９８８年９月、同人が１９歳の時にファイナンス・アシスタントとして上訴人に就職し、２０００年５月までには企業の吸収合併の際の人員統合戦略アナリストに着任して、約３３０００ポンド（※日本円で約３９６万円）の俸給を得ていた。上訴人は、頻繁に企業買収を行う大規模な国際企業であり、彼女の職務内容は、吸収合併先の従業員を同社に統合する業務であった。これは複雑かつ神経を遣う業務であって業務負荷が大きく、２００１年にピークに達した。Howell 氏などの上司らは、彼女について優秀で熱心かつ誠実な従業員と評価していたが、２００１年６月には、慢性的な抑うつ状態に見舞われ、以後就労できなくなった。そこで、その不調が上訴人のネグリジェンスに起因するとして損害賠償請求訴訟を提起した。

今回の不調に至る前、彼女は２度にわたって後天性のうつ病エピソードに罹患し、それぞれにつき数か月間の休職を招いた。うち最初の休職の際、上訴人のカウンセリング・サービスを利用して、８回にわたるカウンセリングを受けていた。復調の様子がみえたところで、彼女の主治医のカルテに照会があってうつ病が確認された。また、彼女の仕事の成果からは、気分の変動も疑われた。

組織の管理体制の変更後、彼女の上司への報告内容が不明瞭になった。彼女には、Howell 氏の他に２名の上司がいたが、３名共彼女にスタッフ会議への参加を求めた。そのうち２名からは対面会議と月次報告が求められるにすぎなかったが、もう１名からは日々最新情報への更新を求められたため、方針の矛盾を感じていた。２０００年から２００１年にかけて、彼女は組織の問題と自身の過重な負荷について、少なくとも１４回苦情を述べた。司法の認定では、この時点で彼女にはアシスタントが必要な状態にあったとされているが、実際に充分な要員が選任されることはなかった。

２００１年３月、Howell 氏は、彼女が涙を浮かべているのに気付き、悩みの内容を報告するよう求めた。対して彼女は、長文の e-mail をしたため、上司からの数多くの矛盾する要求について訴えたうえで、以下のように述べた。

「もう今の仕事には耐えられません。職場の官僚主義が私をストレスで消耗させています（私のひどい気分の変動を見て頂け

れば分かると思いますが、・・・これまで２度あったんですが･･･悪い兆候です･･･)」。

６月７日、彼女は会社の健康保健サービスを訪れ、その１週間後には、主治医から、うつ病により３週間の休養加療が必要な旨の診断を受けた。同月１５日に退職し、その翌日に自殺未遂した。

【原審判旨～１審原告請求認容～】

法廷意見を代表する Goldring 判事の示唆は以下の通り。

(a)Daw 氏のストレスは、業務内容自体の複雑さと不充分な支援、その結果として生じた長時間労働が相関連して生じたと解される。

(b)２００１年３月以前の時点では、彼女が平均的な被用者より高いうつ病罹患リスクを有していたとの認識を雇用者に期待できる状況にはなかったが、同年同月、上司の Howell 氏は、彼女が悩みの種を訴えた長文の詳細かつ生々しい文書を、もっと注意深く読んでおくべきだった。特に、最後のセンテンスについて説明を求めるべきだった。

(c)Hatton ルールは、本件のように、部下から上司に長文メールが寄せられるような事態は予想していなかった。すなわち、その文書の作成者にその趣旨を尋ねるようなセンシティブでリスクのある措置を求めるような内容は記載していなかったと解される。しかし、そのメールは状況の深刻さを会社に伝えていたし、会社は状況を改善できるだけの資源を持っていた。

(d)カウンセリング・サービスを利用する場合、そうしたサービスを提供すれば雇用者の配慮義務にかかる責任が免責されるかは、個々のケースによって異なる。本件は、カウンセリング・サービスの提供をもって免責されるようなケースではなく（Dow 氏自身、その役割の限界を述べていた経緯もある)、Dow 氏がそれを利用せずとも批難されるべきではない。

(e)２００１年３月初旬頃、彼女が上司の Howell 氏との面接を終えた時点で、雇用者側は、彼女にかかる要求がその事情の下では総合的に不合理であって、健康障害のリスクが明白であったことを認識すべきであった。僅かな時間しか関わりを持たないカウンセリング・サービスでは、リスク要因へのアプローチは叶わず、彼女のストレス耐性を強化することも叶わなかった。いずれにせよ、彼女の作業負荷を減らす力はなかった。同機関にできたことといえば、主治医への受診を勧めることに過ぎなかった。本件事情に徴し、提供されたカウンセリング・サービスをもって被用者の配慮義務にかかる責任が免責されたとはいえない。

【判旨～控訴棄却（１審原告請求認容）～】

控訴院での審理において、雇用者側の代理人は主張を２点に絞った。１点目は、１審が、「２００１年３月以前の時点では、彼女が平均的な被用者より高いうつ病罹患リスクを有していたとの認識を雇用者に期待できる状況にはなかった」とした点に依拠していた。すなわち、２００１年３月以前についてこのように言えるならば、Howell 氏への申告があって以後についても、それ故に即座に対応せよというのは、雇用者に対して過剰な負担を強いるものだと主張した。２点目は、Daw 氏がカウンセリング・

サービスを利用しなかった点を問責するものだった。すなわち、仮に彼女がそのサービスを利用していれば、状況の重大性や緊急性は雇用者に伝わっていたはずだ。雇用者は、業務上のストレスによる精神疾患の兆候を自覚した被用者が利用することを期待して当該サービスを用意している。１審が行った、「彼女にかかる要求が・・・総合的に不合理であって、健康障害のリスクが明白であった」、との認定は不当である、というものであった。

しかし、Pill 判事（法廷意見）は、ストレスを創出し、不調状態に陥らせたのは経営管理上の落ち度だとする１審の認定を支持すると共に、３月初旬までには１審原告の健康被害が合理的に予見可能だったとする認定も支持した。本件では、上訴人が迅速な措置の必要性を認識するに足る事情は充分に存在したとしたうえ、以下のように結論づけた。

「たしかに今後、被用者によるカウンセリング・サービスの活用が法的に期待される状況が出てくるだろう。しかし問題は、本件１審判決が述べたように、この有能で忠誠心の高い被用者の問題を解決できるのは、彼女の業務負荷を軽減できる管理者に限られる、ということである」。

同判事は、別の箇所で以下のようにも述べている。

「Hatton 判決では、詳細かつ有益な指針が示されているが、事実審の判事が、本件におけるように積極的な事実認定を行うことも、特定の状況に指針のどの部分を適用するかを決定することも排除してはいない。Hatton 判決がカウンセリング・サービスに言及したからといって、それを活用することが、あらゆるケースで雇用者を免責する万能薬にはなり得ない」。

２.３　確認できる効果

・不明だが、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 氏によれば、上記のような判例（傾向）が、雇用者にメンタルヘルスにかかるリスク意識や負担感をもたらしているとのことであった。

D及びE．考察及び結論

（１）労働安全衛生法上の施策について

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

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 に捜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１１条、所管大臣の HSE に対する権限は第１２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１３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。

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

開発作業は１９８０年代後半から開始された。後掲図１に示すように、業務上のストレスの健康影響等に関する Tom Cox 教授への調査研究の委託から始まり、業務上のストレスの健康影響に関する文献レビューを含めた継続的な委託研究、後に MS の評価ツールで採用された、集中的に対策を講じるべき６つの心理社会的ストレス要因（群）の同定、リスク・アセスメント手法の効用に関するエビデンスの整理、ストレス要因と不調状態の因果関係や相関関係に関するエビデンスや好事例の収集と検証、２４のパイロット組織によるシステムの検証、学識者によるワークショップでの MS 草案のピア・レビュー等、学術（特に生理学、組織の健康の観点を含めた公衆衛生疫学・心理社会学）、政策的手続双方の観点で、応分の実績を経て起案された経緯がある。もっとも、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。

具体的な仕組みとしては、基本的に既存のリスク管理手法を応用するものだが、評価ツールとして、①職務上の要求、②裁量、③支援を要素とする職務の内容と、④職務上の人間関係、⑤役割、⑥変化を要素とする職務の背景を対象かつ指標とするストレ

ス評価モデルを採用している。また、この仕組み（MS）は、その根拠となる法規定との関係からも、本来的に一次予防的な性格を有しているが、（だからこそ）「～せねばならない」、「～してはならない」といった要件や禁止事項を定めて強制する方式ではなく、個々の要素について理想的な条件を掲げ、それと実際の職場との乖離を自発的にチェックさせ、あるべき方向に誘導する方式が採られている。現に、２０１２年１１月時点で、MS に関する罰則の適用例は４件にとどまっており（＊そのいずれも、リスク・アセスメント手続の整備を怠ったことに対するものであった）、法規定の根拠は、行政官による介入と予算措置の裏付けという実質にとどまっているように思われる。

問題は、かような方策の実際の効果だが、結論的に、現段階では可視的な成果がナショナル・レベルで充分に認められる状況にはない。たしかに、２００４年の MSA 導入以後、ストレス関連の症例の推定発生件数が７％減少したとするデータは出ているが、説得的な値とは言えない。本文で示した２００９年の心理社会的労働環境に関する調査報告（Psychosocial Working Conditions in Britain in 2009 HSE 2009）の結論もはかばかしいものではなかった。とはいえ、その効果を否定する材料にも乏しい。例えば、労災・作業関連疾患統計上、自己申告上のストレス、抑うつ状態、不安を原因とする推計逸失労働日数は、全産業で２３％減少しているが、これに MSA が貢献した可能性は否定できないし、個別の組織での MS の活用が多額のパフォーマンスをもたらしたことを示すデータも複数出されている。また、上掲の心理社会的労働環境に関する調査報告からは、一般的に、未だ雇用者側でできる努力が多々あることもうかがわれる。

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

対してノッティンガム大学の研究グループなど、これまで MS 推進の立場を採ってきた研究者達は、従来の MS への有力な批判を要改善点として積極的に受け止めつつ、従来の Job-Demand-Control-Support モデル（職務上の要求・裁量・支援をストレス評価の主な尺度とするモデル）をベースとしたリスク管理モデルから、より積極的かつ包括的な職場環境改善へと視点をシフトさせていっていることがうかがわれる。すなわち、従前のモデルでは、組織にある問題点を一つ一つ調査して欠点として捉え、あるべき条件へ向け、バンソコを貼るようにその改善を図っていくアプローチを予定していたが、今後は、メンタルヘルス面でのパフォーマンスの優れた組織の特徴を同定し、その水平展開を図ったり、当該組織の歴史や脈絡を重視しつつ、個々の組織に

ある良い点、優れた点に目を向けて伸ばしていく中で、問題点の解消も図っていくアプローチにシフトさせようということである。要するに、「～がいけない」とか「～してはいけません」と叱るより、「～ができて立派だね～」と褒めるほうが、個人・組織を問わず長所の伸張と欠点の改善に役立つ、という組織心理学的特性を活かした発想であろう。もっとも、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や、当該組織の歴史や脈絡に根ざすいわゆる組織文化的な問題に対応できるか、等の疑問は残る。また、そうした経営コンサルティング的側面を持つ作用に公的支援を行ったり公権力を介入させることの正当性も改めて問われよう。

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

うち第１は、ある面での行政の権威である。繰り返しになるが、イギリス安全衛生法は、職場の安全衛生と厚生水準の確保を罰則付きで雇用者に義務づけ、さらに下位の規則によって安全衛生に関するリスク管理を義務づけている。こうした解釈に裁量余地の大きい一般条項などに罰則を付すことは、けっきょく、その運用にかかる行政規則等の策定を担当する行政官や、現場を巡る監督官等の裁量・権限の拡大に繋がる。周知のように、イギリスの国家公務員は、伝統的に Her Majesty's Civil Service（「女王陛下の官吏」）と解されており、こうした行政の権威の背景には彼らの頂点に君臨する女王陛下（Her Majesty the Queen）の権威の存在を見ざるを得ない。もっとも、報告者の現地調査では、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、積極的な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 が国レベルで充分に機能しないとしても、頷ける面もある。

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

いずれも一長一短あろうが、彼国で公的

なメンタルヘルス対策を進めるうえではプラスに作用してきたように思われる（それだけに、現在、その精算の時期を迎えているのかもしれない）。

いずれにせよ、イギリスの MS が頓挫したと結論づけるのはまだ早い。個別の組織レベルでの成果は多数報告されているのに、ナショナル・レベルでの成果が充分に認められていないということは、やはり、この問題については特に、”one size cannot fit all”ということを示しているのではなかろうか。つまり、国がモデルを示す意義は大きいが、個人にしろ組織にしろ、その脈絡を充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、介入の手法に改善の余地がある可能性もある。

（２）障害者差別禁止法上の施策について

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

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

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

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

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

するなどして、間接差別的運用の抑制を図る動きもあったが、政府は、その後、障害者を含めた一般的な間接差別規制を置くＥＵ指令の影響も受け、間接差別規制への置き換えを内容とする法改正を主導した。

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

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

（キ）は、ある者が、障害者が、障害者差別禁止法に基づく訴訟手続を開始したり、同手続に関連して証拠や情報を提供したり、同法に関連する行為を行ったこと等（＊④時代には、以上を併せて「保護される行為」と呼ぶようになった）や、当該行為を行う可能性があると信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すような目的又は効果を持つ、本人にとって不快な行為を指すと定義されていた。ただし、関連するあらゆる事情に照らし、当該行為がそうした効果を持つと合理的に解される場合、との限定も付されていた。

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

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

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

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

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

以下、平等法における履行確保について整理する。

平等法の履行確保において、刑事制裁は予定されておらず、行政機関によるあっせん・仲裁や、より積極的な事業主等への調査、質問、勧告などの他、司法による（主に）民事上の救済が予定されている。もっとも、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、２００３年改正 DDA 第１６C 条とほぼ同様に、平等法に反する行為を行うようある者に指示したり、違反行為者を支援するよう指示すること（違反行為を導いたり、説得する行為も含む）を禁止している。また、法第７７条は、ある者の賃金格差が保護される特性に関連して生じているか（＊≒主に直接差別を構成するか）を判断するために行われる「賃金に関する開示（relevent pay disclosure）」を禁じる契約条項を、その部分について無効とし、かつ、かかる開示に基づく不利益取扱いを禁じている（但し、労働者が害意をもって誤った証拠や情報を提供したり、不当な差別の申立を行うなど、不誠実な行為をなした場合、報復的取扱いは成立しない）。

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

（３）障害者福祉・雇用促進法上の施策について

障害者福祉・雇用促進法は、メンタルヘルスとの関係では、雇用者のみならず実施

主体を跨ぐ３次予防の領域を司る。その対象には、重度就労困難者（hard to help）も多く含まれており、特に多面的で柔軟性のあるアプローチの必要性が認識されている。

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

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

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

(2008) Making an Impact-Exploring how to measure the mental health impacts of working in a Social Firm, Social Firms Scotland＆Scottish Development Centre for Mental Health)。

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

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

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

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

（４）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先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応じて判断される。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充分である。

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す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、１．６．２、D及びE（２）などを参照)。

（５）まとめ

以上の通り、イギリスでは、政府全体の方針である「welfare から workfare へ」の要請のもと、職域でのメンタルヘルス対策から精神障害者対策までが法的に整備されている。前者は、経営・人事労務管理の質的改善という前衛的な面を持ち、①人選（採用･配置を含む)、②動機付け、③教育訓練、④職務設計と割当などの人事労務管理の基本事項に深く関わる。後者は、主に行為障害に着目する障害者差別禁止法制と、彼らを就労に結び付けるための柔軟で多面的な施策を基礎付ける障害者福祉・雇用促進法の所掌となっている。また、作業関連ストレスに関する民事判例が、これらの法制度の実効性確保を側面支援する意味を果たしている面もある。

こうして、一応、トップランナー対策からバックランナー対策までを包括するパッケージが形成されていると解し得るが、実際に現地調査を行った際には、やや省庁ごとのセクショナリズムの観を否めなかった（＊たとえば、保健省の担当局長が重度障害者対策の実績を誇る一方、HSE の担当者は休業者の低減などに貢献する（はずの）MSA の前衛的意義を強調し、雇用年金省の担当者は作業関連ストレスによる健康被害を労災認定しない方針の正当性を強調する、という様子に象徴される)。また、政府全体の方針である「welfare から workfare へ」の要請が、職域メンタルヘルス対策において MSA を通じた過剰な介入と受け止められたり、精神障害者福祉・雇用促進において福祉削減と受け止められるなどの結果を招いている可能性もある。

そして何より、いずれの施策も、その効果が具体的には明らかになっていない。

とはいえ、上記の法制度が背景とする経験則、疫学、社会的価値秩序などに照らし、１次予防施策から３次予防施策の全てにおいて確保されるべき理念は、①個別性（個性・背景・脈絡の考慮)、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、これらすべてを包括する⑧手続的理性の８要素に集約されるように思われる。

Ｆ．研究発表

1．論文発表

三柴丈典：職場におけるハラスメントと法,リスクマネジメントとしてのメンタルヘルス対策,115-138,2013

鎌田耕一,三柴丈典：シンポジウムの趣旨と総括,日本労働法学会誌,122;15-22,2013

三柴丈典：諸外国のメンタルヘルスと法,日本労働法学会誌,122;42-50,2013

三柴丈典：産業精神保健法学の狙い,学術の動向,19(1);70-75,2014

2．学会発表

三柴丈典：産業精神保健法学の狙い,日本学術会議・第 86 回日本産業衛生学会共催シンポジウム,「職場のメンタルヘルスのグランドデザインを考える」シンポジスト,愛媛県県民文化会館,2013

三柴丈典：シンポジウムの趣旨と総括, 第 125 回日本労働法学会ミニ・シンポジウム,第 1 会場「職場のメンタルヘルスと法」シンポジスト,鹿児島大学郡元キャンパス,2013

三柴丈典：諸外国のメンタルヘルスと法,第 125 回日本労働法学会ミニ・シンポジウム,第 1 会場「職場のメンタルヘルスと法」シンポジスト,鹿児島大学郡元キャンパス,2013

三柴丈典：企業と福祉の狭間におけるメンタル不調者の支援-法学の立場から-,第 32 回秋季日本心理臨床学会,「企業と福祉の狭間におけるメンタル不調者の支援」シンポジスト,パシフィコ横浜,2013

Ｇ．知的所有権の取得状況

1．特許取得

該当せず。

2．実用新案登録

該当せず。

3．その他

該当せず。

Ｈ．引用文献

（英語文献）直接参照文献

Bourbonnais,R., Jauvin,N., Dussault, J.,Vézina,M., Evaluation of an Intervention to Prevent Mental Health Problems Among Correctional Officers, In Biron,C.,Karanika-Murray,M.,Cooper,C.L .(Eds.). Improving Organizational Interventions for Stres and Well-Being:Addressing Process and Context.Routledge, 2012（Bourbonnais, et al., 2012）.

Briner, R.B. (Birkbeck College), Amati, C & Lardner R. (The Keil Centre): Development of Internal Company Standards of Good Management Practice and a Task-Based Risk Assessment Tool for Offshore Work-Related Stressors RR107 HSE Books(http://www.hse.gov.uk/research/rrhtm/index.htm),2003（Briner et al., 2003）

Cousins, R., MacKay, C.J., Clarke, S.D., Kelly, C., Kelly, P.J., & McCaig, R.H.: 'Management Standards' work-related stress in the UK: Practical development. Work & Stress, 18: 113-136, 2004（Cousins et al., 2004）

Daniels, K., Karanika-Murray, M., Mellor,

N.,Veldhoven M., Moving Policy and Practice Forward:Beyond Prescriptions for Job Characteristics. 313-332, In Biron,C.,Karanika-Murray,M.,Cooper,C.L .(Eds.). Improving Organizational Interventions for Stres and Well-Being:Addressing Process and Context.Routledge, 2012（Daniels et al., 2012）

Griffin,P., Sinclair,E.: Employment: Early warning system.,Industrial Law Society Ind Law J, 36(2):216, 2007(Griffin et al.,2007)

HSE: A Strategy for Workplace Health and Safety in Great Britain to 2010 and beyond, 2010（HSE, 2010）

HSE: Developing the Management Standards Approach within the Context of Common Health Problems in the Workplace, 2009（HSE, 2009a）

HSE: Organisational responses to the HSE management standards for work-related stress, 2009（HSE, 2009b）

HSE: Managing the Causes of Work-Related Stress(2d edition), 2007（HSE, 2007）

HSE: The Secretariat Paper to Advisory Committee on Dangerous Pathogens: Redusing Risks, Protecting People: HSE' s Decision Making Process(ACDP/72/P12), 2002（HSE, 2002）

WHO Profile Report 2009: Overview of Occupational Health and Safety, United Kingdom, 2009

（英語文献）間接参照文献

ADAms, J., & White, M.: When the population approach to prevention puts the health of individuals at risk. International Journal of Epidemiology, 34: 40-43, 2004（ADAms et al., 2004）

Arnold,J., Cooper,C.L., Robertson,I.T.: Work Psychology: Understanding Human Behavior in the Workplace, 3rd edn.,1998(Arnold et al.,1998)

Birman,J.: Covert violence in nursing, Australian National Safety Journal, 7:17-21, 1999(Birman,1999)

Briner,R.B., Amati,C., Lander,R.: Development of Internal Company Standards of Good Management Practice and a Task-based Risk Assessment Tool for Offshore Work-related Stressors. HSE Research Report 107, 2003(Briner et al.,2003)

Broughton, A., & Tyers, C. : Managing stress and absence: Evaluating the impact of Health & Safety Executive initiatives. Paper presented at the Institute of Work Psychology international conference Work, Well-being and Performance: New Perspectives for the Modern Workplace, 18-20 June 2008, Sheffield, UK., 2008（Broughton et al., 2008）

Broughton, A., Tyers, C., Denvir, A., Wilson, S., O' Regan, S. : Managing stress and sickness absence. Progress of the Sector Implementation Plan - Phase 2. Research Report RR694. HSE books, 2009（Broughton et al., 2009）

Brunner,E.: Stress mechanisms in

country heart disease. In S.Stansfeld & M.Marmot(Eds.), Stress and the Heart: Psychosocial Pathways to Coronary Heart Disease(pp.181-199),2002(Brunner,2002)

Brunner,E., Hemingway,B.R., Walker,P., Page,M.,Clarke,P., Juneja,M., Shipley,M.J., Kumar,M., Andrew,R., Seckl,J.R., Paradopoulus,A., Checkley,S., Rumley,A., Lowe,G.D.O., Stansfield,S.A., Marmot, M.G.: Adrenocortical,autonomic,and inflammatory causes of the metabolic syndrome-nested case-control study.Circulation,19 November, 2659-2665,2002(Brunner et al.,2002)

Clarke,L.: The Essence of Change, 1994(Clarke,1994)

Cooper,C.L., Dewe,P.J., O'Driscoll,M.P.:Organisational Stress, 2001(Cooper et al.,2001)

Cox, T.: Stress. Houndmills: Macmilan Press, 1978（Cox, 1978）

Cox, T., & Mackay, C.J.: A transactional approach to occupational stress. In E.N. Corlett & J. Richardson (Eds.), Stress, Work Design and Productivity. Chichester: Wiley & Sons, 1981（Cox et al., 1981）

Cox, T.: Stress research and stress management: Putting theory to work. Sudbury: HSE Books, 1993（Cox, 1993）

Cox, T., & Griffiths, A.J.: The assessment of psychosocial hazards at work. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), Handbook of work and health psychology. Chichester: Wiley & Sons, 1996（Cox et al., 1996）

Cox,T., Randall,R.,Griffiths,A.:Interventions to control stress at work in hospital, 2002(Cox et al.,2002)

Cox, T., Griffiths, A.J., Randall, R.: A risk management approach to the prevention of work stress. In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), Handbook of Work and Health Psychology. 191-206, Wiley Chichester, 2003（Cox et al., 2003）

Cox, T., Griffiths, A., Rial-Gonzalez, E : Work-related Stress. Luxembourg: Office for official Publications of the European Communities (http://europa.eu.int), 2000（Cox et al., 2000）

Cox, T., Karanika, M., Griffiths, A., Houdmont, J.: Evaluating organizational-level work stress interventions: Beyond traditional methods. Work & Stress 21: 348-362, 2007（Cox et al., 2007a）

Cox, T., Karanika, M., Mellor, N., Lomas, L., Houdmont, J., & Griffiths, A.: Implementation of the Management Standards for work-related stress: Process evaluation. Report to the Health & Safety Executive. Nottingham: Institute of Work, Health & Organisations, University of Nottingham, 2007（Cox et al., 2007b）

Cox, T., Randall, A, & Griffiths, A.: Interventions to Control Stress at Work in Hospital-based Staff. Sudbury: HSE

Books,2002（Cox et al., 2002）

Daniels, K. : Stress and well-being are still issues and something still needs to be done: Or why agency and interpretation are important for policy and practice. In G. P. Hodgkinson and J. K. Ford (Eds.), International review of industrial and organizational psychology (Vol. 25). Chichester: Wiley, 2011（Daniels, 2011）

Daniels, K. : Rethinking job characteristics in work stress research. Human Relations 59: 267-290, 2006（Daniels, 2006）

Daniels,K.:Why aren't managers concerned about occupational stress? Work & Stress 10:352-366, 1996(Daniels,1996)

Economic and Social Research Council, Mapping the public policy landscape: health and well-being of working age people, ESRC Seminar Series, Economic and Social Research Council, 2006（Economic and Social Research Council , 2006）

De Lange,A.H., Taris,T.W., Kompier,M.A., Houtman,I.L.D., Bongers,P.M.: 'The very best of the millennium': Longitudinal research and the demand-control-(support) model, Journal of Occupational Health Psychology, 8:282-305, 2003(De Lange et al.,2003)

ETUC. Framework agreement on work-related stress. Brussels: European Trade Union Confederation, 2004（ETUC, 2004）

European Agency for Safety & Health at Work: Assessment, elimination and substantial reduction of occupational risks. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009（European Agency for Safety & Health at Work, 2009）

Goldberg,D.P.: Manual for the General Health Questionnaire, 1978(Goldberg,1978)

Griffiths, A.: Organisational interventions: Facing the limits of the natural science paradigm.Scandinavian Journal of Work Environment & Health, 25(6): 589-596, 1999（Griffiths, 1999）

Griffiths, A., Cox, T., Karanika, M., Khan, S., & Tomás, J.M. : Work design and management in the manufacturing sector: Development and validation of the Work Organisation Assessment scale. Occupational & Environmental Medicine, 63(10): 669-675, 2006（Griffiths et al., 2006）

Head,H., Martikainen,P., Kumari,M., Kuper,H., Marmot,M.: Work Environment, Alcohol Consumption and Ill Health-The Whitehall 2 Study. HSE Contract Research Report 422/2002, 2002(Head et al.,2002)

HM Treasury.: 2004 Spending review - Stability, security and opportunity for all: Investing for Britain's long-term future. Retrieved from http://www.hm-treasury.gov.uk/spending_review/

spend_sr04/report/spend_sr04_repindex.c

fm, 2004（HM Treasury, 2004）
HSE: Stress at Work-A Guide for Employers.HS(G)116,1995(HSE,1995)
HSE: Managing Stress at Work, 1999（HSE,1999）
HSE: Management of Health and Safety at Work. Management of Health and Safety at Work Regulations 1999. Approved Code of Practice and Guidance, L21(2nd edn.),2000(HSE,2000)
HSE:Tackling Work-related Stress:A Manager's Guide to Improving and Maintaining Employee Health and Well-Being(HS(G)218),2001(HSE,2001)
HSE: Self-Reported Work-Related Illness 2005/6(http://hse.gov.uk/statistics/tables/0506/swit1.htm), 2007（HSE Statistics, 2007）
HSE: HSE Management Standards Analysis Tool. Retrieved from www.hse.gov.uk/stress/standards/pdfs/analysistoolmanual.pdf (September 2008)（HSE, 2008）
HSE: Business Solution Case studies. http://www.hse.gov.uk/stress/casestudies.htm. Accessed on 25 May 2010（HSE, 2009c）
HSE: http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh0809.pdf. Accessed on 25 May 2010 (HSE Statistics, 2009)
HSE:Managing Stress at Work, 1999(HSE,1999)
ILO. Guidelines on occupational safety and health management systems. Geneva: International Labor Office, 2001（ILO, 2001）
Jansen, I., Kompier, M., & Taris, T.: IMF-Study into stress prevention - Final Report. IMF, 2005（Jansen et al., 2005）
Jones,J.R., Huxtable,C.S., Hodgson,J.T., Price,M.J.:Self-reported Work-related Illness in 2001/02: Results from Household Survey. 2003(Jones et al.,2003)
Jordan, J., Gurr, E., Tinline, G., Giga, S., Faragher, B., & Cooper, C.: Beacons of excellence in stress prevention. Sudbury: HSE Books, 2003（Jordan et al., 2003）
Kahn,R.L., Byosiere,S.: Stress in organizations. In M.Dunnette(Ed.), Handbook of Industrial and Organizational Psychology, 1990(Kahn et al.,1990)
Karanika, M.: An appeal to reality: Modelling non-linear work-health relationships in the context of risk management. Unpublished doctoral dissertation. University of Nottingham, UK., 2006（Karanika, 2006）
Karasek,R.A.: Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign, Administrative Science Quarterly, 24: 285-307. 1979(Karasek, 1979)
Karasek, R., & Theorell, T.: Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990（Karasek et al., 1990）
Karasek,R.A., Traiants,K.P., Chaudhry,S.S.: Co-worker and supervisor

support as moderators of associations between task characteristics and mental strain, Journal of Occupational Behavior, 3:181-200(Chaudhry et al.,1982)

Kasl, S.V., & Cooper, C.L.: Stress and health: Issues on research methodology. Chichester: Wiley, 1987（Kasl et al., 1987）

Kompier, M.A.J.: New systems of work organization and workers' health. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 32: 421-430, 2006（Kompier, 2006）

Kompier, M.A.J.: Does the 'Management Standards' approach meet the standard? Work & Stress, 18: 137-139, 2004（Kompier, 2004）

Kompier, M.A.J., Cooper, C.L., & Geurts, S.A.E.: A multiple case study approach to work stress prevention in Europe. European Journal of Work & Organisational Psychology, 9: 371-400, 2000（Kompier et al., 2000）

Kompier, M.A.J., Geurts, S.A.E., Grundemann, R.W.E., Vink, P. & Smulders, P.W.G.: Cases in stress prevention: The success of a participative and stepwise approach. Stress Medicine, 14: 155-168, 1998（Kompier et al., 1998）

Lazarus, R.S.: Psychological stress and the coping process, New York: McGraw-Hill, 1966（Lazarus, 1966）

Lazarus, R.S., & Folkman, S.: Stress, appraisal and coping, New York: Springer, 1984（Lazarus et al., 1984）

Leka, S., Cox, T. PRIMA-EF: Guidance on the European framework for psychosocial risk management. A resource for employers and worker representatives. Geneva: World Health Organization, 2008（Leka et al., 2008）

Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. Work organization and stress: Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives. Geneva: World Health Organization,2003（Leka et al., 2003）

Lelliot P, Boardman J, Harvey S, Henderson M, Knapp M, Tulloch S: Mental Health and Work, A Report for the National Director for Work and Health, Royal College of Psychiatrists, 2008（Lelliot et al., 2008）

Mackay, C.J., Cousins, R., Kelly, P.J., Lee, S., & McCaig, R.H.: 'Management Standards' and work-related stress in the UK: policy background and science. Work & Stress, 18: 91-112, 2004（Mackay et al., 2004）

Mackay, C.J., & Cooper, C.L.: Occupational stress and health: Some current issues. In C.L. Cooper & I.T. Robertson (Eds.), International Review of Industrial & Organizational Psychology, Vol. 11. Chichester: Wiley, 1986（Mackay et al., 1986）

Mackay,C.J.: Psychological factors in the background of human ADAption: Some methodological issues. In Cullen,J. & Siegrest,J.(Eds.), Breakdown in Human ADAptation to Stress, Voli,e 1,1984(Mackay,1984)

Macleod, J., & Davey Smith, G.:

Psychosocial factors and public health: A suitable case for treatment? Epidemial Community Health, 57: 565-570, 2003（Macleod et al., 2003）

Mayhew,C., Chappell,D.,: ‘Internal’ occupational violence(or bullying) in the health care industry, Journal of Occupational Health and Safety-Australia & New Zealand, 19:59-71, 2003(Mayhew et al.,2003)

McPherson, K.: Are disease prevention initiatives working? Lancet, 357: 1790-1792, 2001（McPherson, 2001）

Main, C., Glozier, N., & Wright, I.: Validity of the HSE stress tool: An investigation within four organizations by the Corporate Health and Performance Group. Occupational Medicine, 55: 208-214, 2005（Main et al., 2005）

McEwan,B.S.: The neurobiology of stress: From serendipity to clinical relevance. Brain Research, 886:172-189, 2000(McEwan,2000)

Michie, S., & Williams, S.: Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. Occupational & Environmental Medicine, 60: 3-9, 2003（Michie et al., 2003）

O’Driscoll,M.,Beehr,T.: Supervisor behaviors, role stressors and uncertainty as predictors of personal outcomes for subordinators, Journal of Organizational Behavior, 15:141-155, 1994(O’Driscoll et al.,1994)

Packham, C., & Webster, S.: Psychosocial Working Conditions in Britain in 2009. Statistics Branch. Health and Safety Executive, 2009（Packham et al., 2009）

Pickering,T.: Job stress,control,and chronic disease: Moving to the next level of evidence, Psychological Medicine, 63:734-736, 2001(Pickering,2001)

Quick,J.C., Quick,J.D.: Organizational Stress and Preventative Management,1984(Quick,Quick,1984)

Quine,L.: Workplace bullying in NHS community trust: Staff questionnaire survey, British Medical Journal, 318:228-232, 1999(Quine,1999)

Rick, J., Thomson, L., Briner, R., O’Regan, S., & Daniels, K.: Review of existing scientific knowledge to underpin standards of good practice for key work-related stressors - phase 1. Sudbury: HSE Books, 2002（Rick et al., 2002）

Rick, J.& Briner, R.B.: Psychosocial risk assessment: Problems and prospects. Occupational Medicine, 50: 310-314, 2000（Rick et al., 2000）

Sapolsky,R.: Taming stress. Scientific American,
289(3):86-95,2003(Sapolsky,2003)

Sells,S.B.:On the nature of stress. In J.Mcgrath(Ed.), Social and Psychological Factors in Stress: New York, 1970(Sells,1970)

Selye, H.: A syndrome produced by diverse nocuous agents, Nature 138: 32, 1936（Selye, 1936）

Selye,H.: Stress without Distress,1974(Selye,1974)
Tyers, C., Broughton, A., Denvir, A., Wilson, S., & O ’ Regan, S. : Organisational responses to the HSE management standards for work-related stress. Progress of the Sector Implementation Plan - Phase 1. Research Report 693. HSE Books.）, 2009（Tyers et al., 2009）
Warr,P.B.:Decision latitude, job demands and employee well-being. Work&Stress, 4:285-294, 1990(Warr,1990)

（邦語文献）
石津克己（厚生労働省職業安定局派遣・有期労働対策部企画課課長補佐（元在英国日本国大使館書記官））:英国の労働安全衛生～課題・政策・組織～.（未定稿）,1-8, 2010
小畑史子:労働安全衛生法規の法的性質(2). 法学協会雑誌,112:377-425, 1995
龔 敏: 労働契約における権利規制と義務創設. 日本労働法学会誌, 118: 107-119, 2011
斎藤瑞希,菅原正和:ストレスとストレスコーピングの実行性と志向性（Ⅰ）.岩手大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要,6:231-243, 2007
鈴木隆:障害者差別禁止法制の新展開,労働法律旬報,1756:20-23,2011
内閣府:障がい者制度改革推進課意義差別禁止部会第 4 回議事録
長谷川聡:イギリス障害者差別禁止法の差別概念の特徴,季刊労働法,225:49-57,2009
長谷川聡:イギリス,独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター:欧米の障害者雇用法制及び施策の動向と課題,147-193,2012
長谷川聡:イギリス障害者差別禁止法の構造と限界, 内閣府:障がい者制度改革推進会議差別禁止部会第 4 回資料 1,2011
柳田亜希子: イギリスにおける職業性ストレス予防のためのリスクマネージメントへの取り組み.産業ストレス研究, 16(4): 223-227, 2009

【本調査研究の実施に際しては、総務省人事・恩給局調査官の石津克己氏（元在英国日本国大使館 1 等書記官）、在英国日本国大使館 1 等書記官松原哲也氏、雇用年金省健康局局長（Health and Well-being Directorate）Gareth Roach 氏、保健省メンタルヘルス・障害・平等局長（Director of Mental Health, Disability & Equality）Bruce Calderwood 氏、労働安全衛生庁職場環境・放射線・ガス担当部 Tony Almond 氏、英国産業連盟雇用・安全衛生部門政策アドバイザーPippa Morgan 氏、イースト・アングリア大学ノーリッチ・ビジネス・スクール行動科学教室教授 Kevin Daniels 氏、ノッティンガム・トレント大学心理学系上級講師（senior lecturer）Maria Karanika-Murray 氏より多くの協力を賜った。この場を借りて謝意を表する。】

○別添（附則第３Ａ条）

（試訳）（未了）

Offence	*Mode of trial*	*Penalty on summary conviction*	*Penalty on conviction on indictment*
An offence under section 33(1)(a) consisting of a failure to discharge a duty to which a person is subject by virtue of sections 2 to 6.	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding £20,000, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.
An offence under section 33(1)(a) consisting of a failure to discharge a duty to which a person is subject by virtue of section 7.	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding the statutory maximum, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.
An offence under section 33(1)(b) consisting of a contravention of section 8.	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding £20,000, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.
An offence under section 33(1)(b) consisting of a contravention of section 9.	Summarily or on indictment.	A fine not exceeding £20,000.	A fine.
An offence under section 33(1)(c).	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding £20,000, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.
An offence under section 33(1)(d).	Summarily only.	A fine not exceeding level 5 on the standard scale.	
An offence under section 33(1)(e), (f) or (g).	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding £20,000, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.
An offence under section 33(1)(h).	Summarily only.	Imprisonment for a term not exceeding 51 weeks (in England and Wales) or 12 months (in Scotland), or a fine not exceeding level 5 on the standard scale, or both.	

An offence under section 33(1)(i).	Summarily or on indictment.	A fine not exceeding the statutory maximum.	A fine.
An offence under section 33(1)(j).	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding the statutory maximum, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.
An offence under section 33(1)(k), (l) or (m).	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding £20,000, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.
An offence under section 33(1)(n).	Summarily only.	A fine not exceeding level 5 on the standard scale.	
An offence under section 33(1)(o).	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding £20,000, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.
An offence under the existing statutory provisions for which no other penalty is specified.	Summarily or on indictment.	Imprisonment for a term not exceeding 12 months, or a fine not exceeding £20,000, or both.	Imprisonment for a term not exceeding two years, or a fine, or both.

2(1)This paragraph makes transitional modifications of the table as it applies to England and Wales.

(2)In relation to an offence committed before the commencement of section 154(1) of the Criminal Justice Act 2003 (general limit on magistrates' court's powers to imprison), a reference to imprisonment for a term not exceeding 12 months is to be reADAs a reference to imprisonment for a term not exceeding six months.

(3)In relation to an offence committed before the commencement of section 281(5) of that Act (alteration of penalties for summary offences), a reference to imprisonment for a term not exceeding 51 weeks is to be reADAs a reference to imprisonment for a term not exceeding six months.

○別添（産業別／職業別／事業場規模別データ）

１）産業別データ

	２００３／０４年	２００９／２０１０年
全産業	１２８０３（０．５６）	９８３０（０．４２）
公共・防衛	２０４３（１．２８）	１１３７（０．７１）
保健・社会事業	１４９０（０．６１）	２３２５（０．８２）
製造	１２９７（０．３７）	５４２（０．２０）
金融仲介・不動産（仲介・賃貸等）	１１２０（０．３０）	１１９３（０．２８）
卸売・小売業	１０６８（０．３２）	９５３（０．２４）
（自動車修理、オートバイ、個人・家庭用グッズ）		
教育	９８５（０．５６）	１１７３（０．５６）

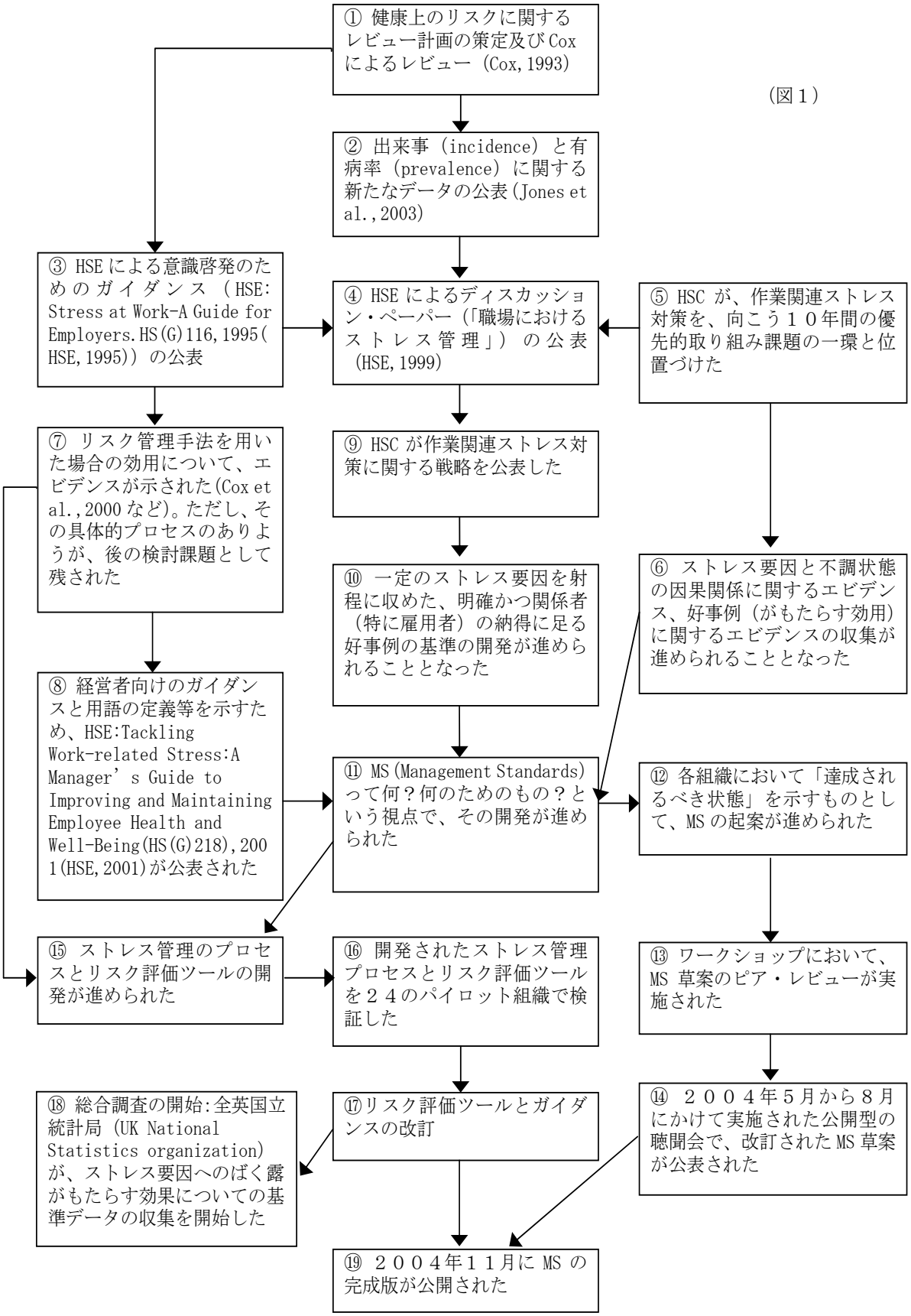
２）職業別データ

	２００３／０４年	２００９／２０１０年
全職種	１２８０３（０．５６）	９８３０（０．４２）
管理監督者	１９３１（０．４９）	１０８８（０．２６）
技術士補その他技術者	１９２２（０．５８）	２２０１（０．６２）
経営・秘書	１６１４（０．６２）	６３４（０．２７）
うち経営管理者	１２７７（０．６５）	５９４（０．３２）
専門職	１３７２（０．４６）	１５１１（０．４３）
単純作業	１０７５（０．４９）	不明
個人的なサービスの提供	７０２（０．４８）	１３８３（０．７９）
うち介護的業務	５０４（０．４７）	１１３５（０．８３）
営業・接客	５５９（０．４１）	不明
スキルを要する取引	５６４（０．１８）	８４１（０．３０）

３）事業場規模別データ

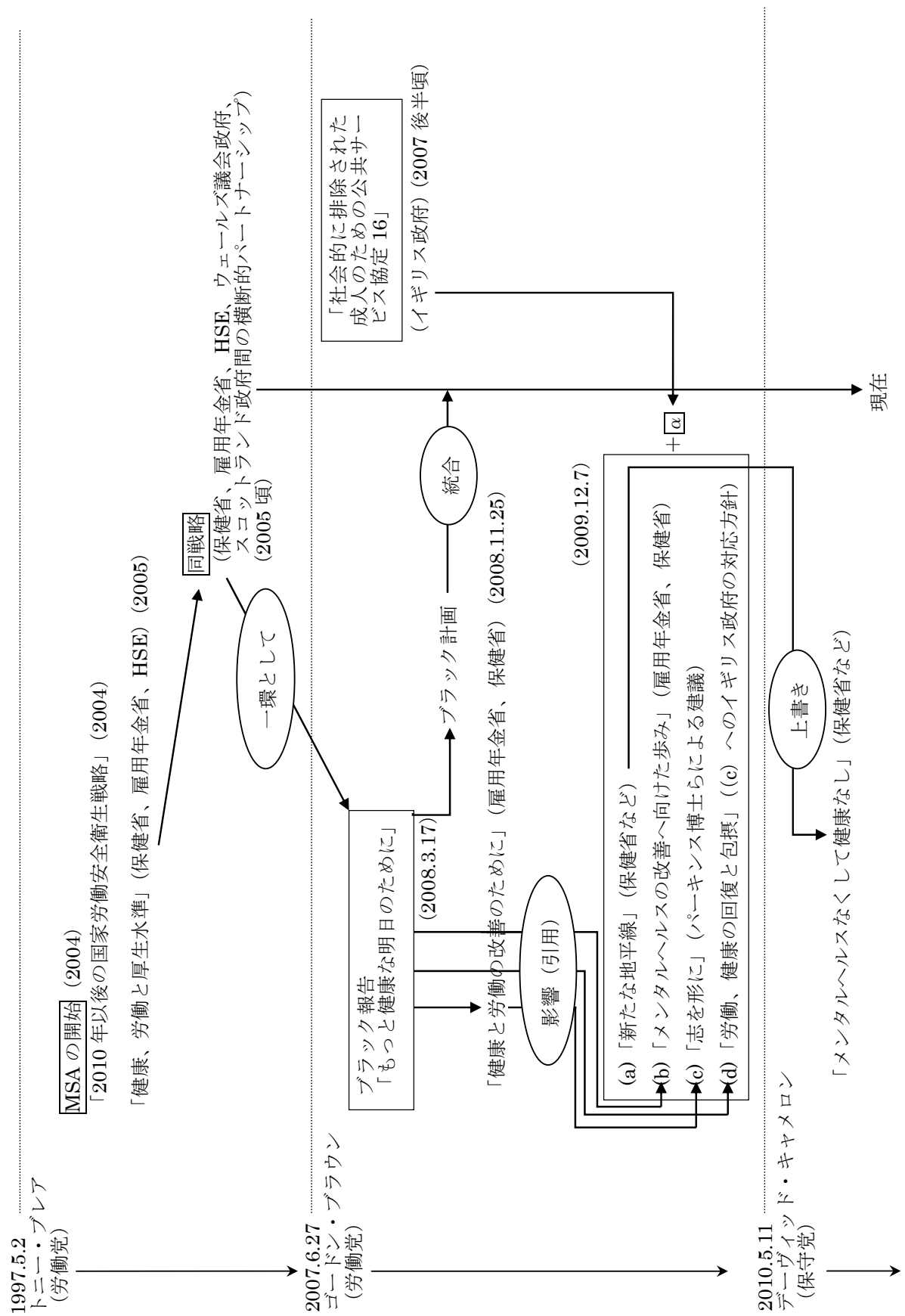
	２００３／０４年	２００９／２０１０年
全産業	１２８０３（０．５６）	９８３０（０．４２）
小規模		
（被用者数５０人未満）	４５４６（０．３７）	４１９６（０．３４）
中規模		
（被用者数５０～２４９人）	２９３３（０．６２）	１７４９（０．３７）
大規模		
（被用者数２５０人以上）	２９６９（０．５７）	２６１１（０．４８）

（図１）

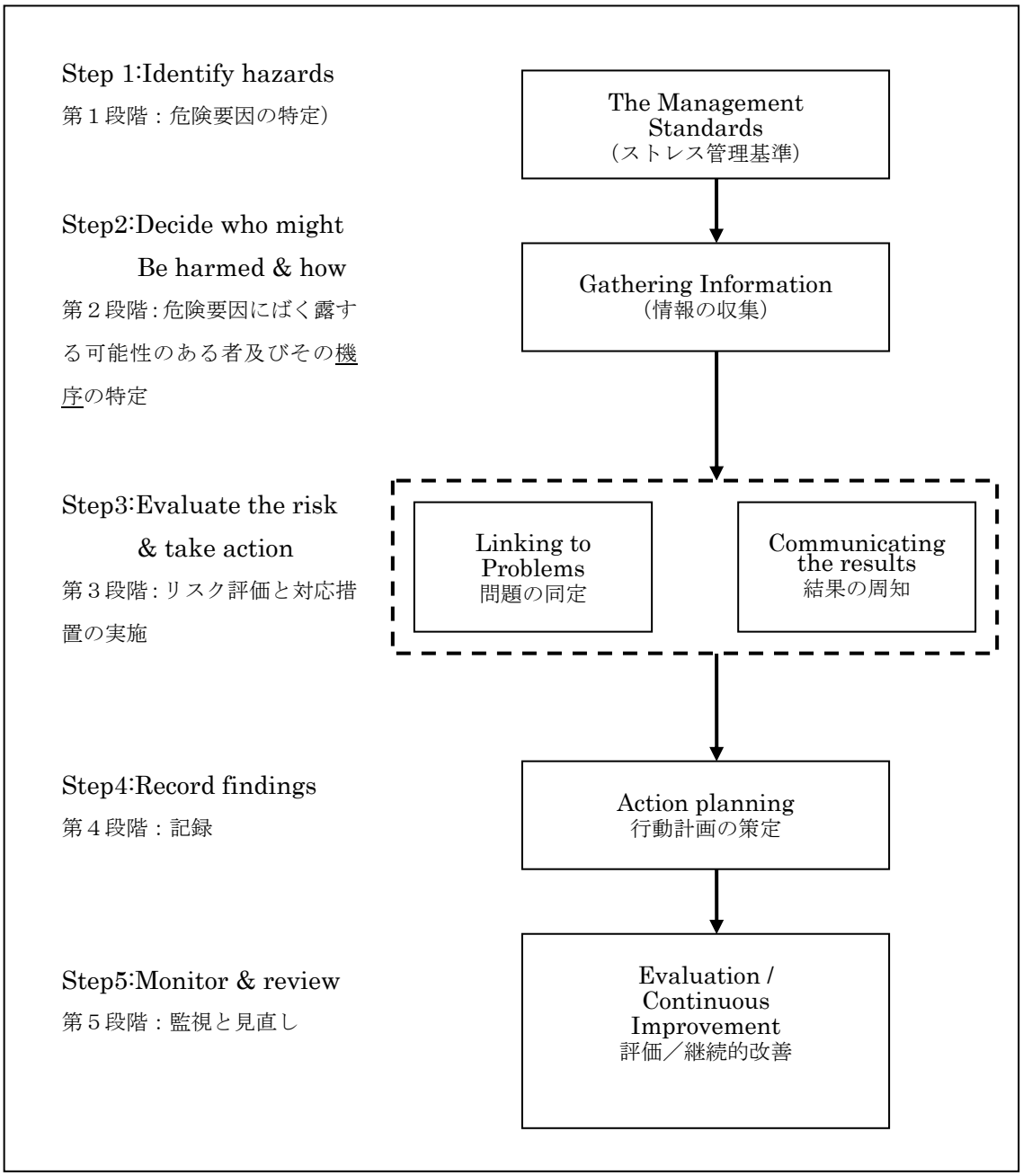


出典：Mackay,C.J., Cousins,R., Kelly,P.J., Lee,S., Mccaig,R.H.: ‘Management Standards’ and work-related stress in the UK: Policy background and science. Work &Stress,18:91-112,2004(Mackay et al.,2004)

（図２）


1997.5.2
トニー・ブレア
（労働党）
2007.6.27
ゴードン・ブラウン
（労働党）
2010.5.11
デーヴィッド・キャメロン
（保守党）
MSA の開始（2004）
「2010 年以後の国家労働安全衛生戦略」（2004）
「健康、労働と厚生水準」（保健省、雇用年金省、HSE）（2005）
同戦略
（保健省、雇用年金省、HSE、ウェールズ議会政府、スコットランド政府間の横断的パートナーシップ）
（2005 頃）
一環として
ブラック報告
「もっと健康な明日のために」
（2008.3.17）
ブラック計画
統合
「健康と労働の改善のために」（雇用年金省、保健省）（2008.11.25）
影響（引用）
（2009.12.7）
(a)「新たな地平線」（保健省など）
(b)「メンタルヘルスの改善へ向けた歩み」（雇用年金省、保健省）
(c)「志を形に」（パーキンス博士らによる建議）
(d)「労働、健康の回復と包摂」（(c) へのイギリス政府の対応方針）
＋α
「社会的に排除された成人のための公共サービス協定 16」
（イギリス政府）（2007 後半頃）
上書き
「メンタルヘルスなくして健康なし」（保健省など）
現在

（図３）



Management Standards Approach: Risk Management

（図４）

○イギリスのストレス管理基準（MS：Management Standard）のストレス評価指標

職務の内容
要求（Demands） これには仕事量、作業の型（パターン）、作業環境が含まれる。 **基準：** ・被用者が、課せられた職務に対応できると述べているか。 ・個々人の苦情にその場所ごとに対応できる体制が整っているか。 **達せられるべき事柄／状態** ・組織が、被用者に対して、所定労働時間との関係で充分かつ達成可能な要求を与えている。 ・その者のスキルや能力と仕事上の要求が見合っている。 ・職務が被用者の許容能力範囲内で設計されている。 ・被用者の作業環境に関する苦情が申し立てられている。
裁量（Control） 仕事のやり方についてどれだけ意見を述べられるか。 **基準：** ・被用者が、仕事のやり方について発言権を持っていると述べているか。 ・個々人の苦情にその場所ごとに対応できる体制が整っているか。 **達せられるべき事柄／状態** ・可能な場面において、被用者自身が作業のペースを決定できる。 ・被用者が、職務遂行にあたり、保有するスキルを活用したり、積極性を発揮することが奨励されている。 ・可能な限り、被用者が新しく挑戦的な仕事を遂行できるようになるような新たなスキルの習得が奨励されている。 ・被用者がそのスキルを高めることが組織的に奨励されている。 ・被用者が休憩をとるタイミングについて発言権を持っている。 ・被用者が、実施する作業の型（パターン）について協議することができる。
支援（Support） これには組織、ラインの管理職および同僚による励まし、援助、資源の提供が含まれる。 **基準：** ・被用者が、充分な情報と同僚や上司からの支援を受けていると述べているか。

・個々人の苦情にその場所ごとに対応できる体制が整っているか。

達せられるべき事柄／状態

・組織が、被用者を充分に支援できるだけの方針や手続を策定している。

・管理者が部下を支援することが可能となり、奨励されるような体制がある。

・被用者が同僚を支援することが可能となり、奨励されるような体制がある。

・被用者が、どのような支援を活用でき、いつどのようにそれを得られるかを知っている。

・被用者が、その職務遂行に必要な資源を得る方法を知っている。

・被用者が、定期的で建設的なフィードバックを受けている。

職務の背景

人間関係（Relationship）

これには紛争を避けるための積極的な取り組みの促進や、受け入れがたい行為への対応が含まれる。

基準：

・被用者が、職場でのいじめなどの受け入れがたい行為に侵されていないと述べているか。

・個々人の苦情にその場所ごとに対応できる体制が整っているか。

達せられるべき事柄／状態

・組織が、紛争を避け、公正さを確保するため、職場でのポジティブな行動を促進している。

・被用者が、作業に関する情報を共有している。

・組織が、受け入れがたい行動を回避し、解決するための方針や手続を策定している。

・管理者が受け入れがたい行為に対応することが可能となり、奨励されるような体制がある。

・被用者が受け入れがたい行為を報告することが可能となり、奨励されるような体制がある。

役割（Role）

就労者が組織内での自身の役割を理解しているか、就労者が役割葛藤に陥らない状態を組織が確保しているか。

基準

・被用者が、自身の役割や責任を理解していると述べているか。

・個々人の苦情にその場所ごとに対応できる体制が整っているか。

達せられるべき事柄／状態

・組織が、被用者に課される異なる役割の間で、できる限り調和がとれるようにしている。

・組織が、被用者が自身の役割と責任を理解できるだけの情報を提供している。

・組織が、被用者に課される役割が、できる限り明確になるようにしている。

・被用者がその役割や責任に関する不明確さや葛藤について、苦情を申し立てることが可能となり、奨励されるような体制がある。

変化（Change）

（大小を問わず）組織的な変化が、当該組織内でどのように管理され、伝達されているか。

基準

・被用者が、組織的な変化に遭遇する際には組織の支援がなされていると述べているか。

・個々人の苦情にその場所ごとに対応できる体制が整っているか。

達せられるべき事柄／状態

・組織が、被用者に対して、予定された変化の理由を理解させられるだけの時機に叶った情報を提供している。

・組織が、変化に関して被用者と充分に協議し、その予定について被用者の意見を反映させる機会を提供している。

・被用者が、変化がその職務に与える可能性の高い影響について認識している。また、必要に応じて、その職務上の変化に応じた支援のための教育訓練の機会が提供されている。

・被用者が、変化のスケジュールを認識している。

・被用者が、変化の過程でそれに関連する支援を受けられる。

[1] WHO Profile Report 2009: Overview of Occupational Health and Safety. United Kingdom. 2009（以下、WHO Profile Report 2009 と略称する）at 39.

[2] HSE: Developing the Management Standards Approach within the Context of Common Health Problems in the Workplace, 2009（以下、HSE, 2009a という） at 7.

なお、ここでは以下の参照文献が挙げられている（以下、間接参照文献は、一括して文献一覧に記載し、本文・脚注では文献一覧に掲げた略語のみを記載する）。

Cox, 1993; Cox et al., 2000; Cox et al.,2003.

[3] 小畑史子:労働安全衛生法規の法的性質(2).法学協会雑誌,112:381-382,1995 を参考にしつつ、現行規定に基づいて報告者が整理した。

[4] 小畑前掲論文 383 頁を参照した。

[5] HSE: A Strategy for Workplace Health and Safety in Great Britain to 2010 and beyond, 2010（以下、HSE, 2010 という） at 2.

[6] 小畑前掲論文 383 頁を参照した。

[7] 小畑前掲論文 384 頁。

[8] 典型は、さまざまな会社に店舗を貸している１ブロックの商店街の所有者などである（小畑前掲論文 385 頁）。

[9] 本規定は、まさに一般公衆の安全衛生も目的に含めた規定である。この規定のもとに規則や附則（schedule）が策定され、有害物質の取扱いにライセンス・登録が要求されている（小畑前掲論文 385 頁）。

[10] 日本の安衛法でも、第３条第２項（努力義務、罰則なし）、第５章第１節（機械等に関する規制）、同第２節（危険物及び有害物に関する規制）などに同様の規制がある。

うち第５章第１節の規定に付された罰則は以下の通り。

・第３７条第１項、第４４条第１項、第４４条の２第１項：１年以下の懲役又は１００万円以下の罰金（第１１７条）

・第５３条（第５３条の３から第５４条の２までにおいて準用する場合を含む。）、第５４条の６第２項の規定による業務停止命令違反：当該違反者たる登録製造時等検査機関等の役員又は職員に対して１年以下の懲役又は１００万円以下の罰金（第１１８条）

・第３８条第１項、第４０条第１項、第４２条、第４３条、第４４条第６項、第４４条の２第７項：６か月以下の懲役又は５０万円以下の罰金（第１１９条第１号）

・第４３条の２の規定による命令に違反した場合：当該違反者に対し同上（第１１９条第２号）

・第４０条第２項、第４４条第５項、第４４条の２第６項、第４５条第１項若しくは第２項：５０万円以下の罰金（第１２０条第１号）

・第４４条第４項又は第４４条の２第５項の規定による表示をせず、又は虚偽の表示をしたとき：当該違反者に対し同上（第１２０条第３号）

・第４９条（第５３条の３から第５４条の２までにおいて準用する場合を含む。）の規定による届出をせず、又は虚偽の届出をしたとき：当該違反者たる登録製造時等検査機関等の役員又は職員に対し５０万円以下の罰金（第１２１条第１号）

その他、製造時等検査、性能検査、個別検定又は型式検定の業務に従事する登録製造時等検査機関、登録性能検査機関、登録個別検定機関又は登録型式検定機関の役員又は職員の収賄等については、懲役刑の定めが設けられている（第１１５条の２）。

他方、第５章第２節の規定に付された罰則は以下の通り。

・第３７条第１項、第４４条第１項、第４４条の２第１項：１年以下の懲役又は１００万円以下の罰金（第１１７条）

・第５５条：３年以下の懲役又は３００万円以下の罰金（第１１６条）

・第５６条第１項：１年以下の懲役又は１００万円以下の罰金（第１１７条）

・第５６条第３項もしくは第４項、第５７条の３第５項、第５７条の４第５項：６月以

下の懲役又は５０万円以下の罰金（第１１９条第１号）
・第５６条第５項の規定による命令に違反した場合：当該違反者に対し同上（第１１９条第２号）
・第５７条第１項の規定による表示をせず、もしくは虚偽の表示をし、又は同条第２項の規定による文書を交付せず、もしくは虚偽の文書を交付した場合：当該違反者に対し同上（第１１９条第３号）
・第５７条の３第１項：５０万円以下の罰金（第１２０条第１号）
・第５７条の４第１項の規定による命令又は指示に違反した場合：当該違反者に対し同上（第１２０条第２号）

[11] 「協力」義務は工場法等既存の労働安全衛生立法には規定されておらず、HSWA で初めて設けられた義務であったという（小畑前掲論文 385 頁）。

[12] もっとも、本条違反は、使用者が第２条所定の義務を果たしていたことが明らかにされた場合にのみ問題とされるのが通例であるという（小畑前掲論文 385 頁）。

[13] HSWA 立法の土台となったローベンス報告の示した方向性の中には、事後的な補償の仕組みの構築による間接的なインセンティブよりも、専門性を持つ履行確保措置の担当機関に禁止命令や改善命令の発令権限など、法の運用にかかる大きな権限を与えることともって、実効的な労災予防を図る方策が含まれていた（小畑前掲論文 379 頁）。

[14] WHO Profile Report 2009 at 39.

[15] Id. at 39-40.

[16] Id. at 40.

[17] Id. at 40.

[18] 小畑前掲論文 379 頁。

[19] HSE: Managing the Causes of Work-Related Stress(2d edition), 2007（以下、HSE, 2007 という） at 2.

[20] 英国健康保護局（HPA）は、同国政府により２００３年に設立された独立機関であり、公衆を感染症や環境上の危険から保護することをその目的としている。その主な方法は、公衆一般、医師・看護師等の衛生専門職、国・地方政府へのアドバイスの提供である。ロンドンを含め計４か所にセンターを持つが、２０１３年に、そのうち１箇所を除き、英国保健省に新たに設置された英国公衆衛生庁（Public Health England）に組み込まれる予定である。

[21] WHO Profile Report 2009 at 39; HSE, 2007 at 1.

[22] WHO Profile Report 2009 at 40.

[23] HSE, 2009a at 7.
ここでは以下の参照文献が挙げられている。
Cousins et al., 2004; Mackay et al., 2004.

[24] HSE, 2009a at 7.

[25] Ibid.

[26] Ibid.
ここでは以下の参照文献が挙げられている。
Cox et al., 2007b; Broughton et al., 2008.

[27] このうち健康な職場づくりのための問題解決（SiP2）については、ストレスに関する MSA と公共部門の疾病休業管理プログラムの MS との連携が図られてきた。しかし、この連携の試みは、「いささか性急になされ、たしかにメッセージとして聞こえはよいが、いささか原理論的に過ぎる」と指摘されている。このような事態を招いた原因の一部には、ストレスと疾病休業間の特別な関係についての理解不足があったが、のみならず、ブラック報告書が勧告していた「健康と労働の関係性の認識と強化（health and work）」へ向けた一体的取り組みを支える概念的なモデル、知識、姿勢が未成熟であったことも指摘されている（HSE, 2009a at 8）。作業関連ストレス－健康－労働の三者関係に関する専門家を

含めた関係者の理解や、そうした理解に基づく関係強化のための概念づくりや仕組みづくりが進まなければ、実効的な対策が困難なことをうかがわせるが、逆に、そうした取り組みの充実化が望ましい結果を担保するかは定かでない。

[28] WHO Profile Report 2009 at 41.

[29] Daniels, K., Karanika-Murray, M., Mellor, N.,Veldhoven M., Moving Policy and Practice Forward:Beyond Prescriptions for Job Characteristics. 313-332, In Biron,C.,Karanika-Murray,M.,Cooper,C.L.(Eds.). Improving Organizational Interventions for Stres and Well-Being:Addressing Process and Context.Routledge, 2012（Daniels et al., 2012）.

本稿は、イギリスの国家的ストレス対策について新たな方向性を打ち出している。すなわち、これまでの施策は、MS を含め、Job-D（Demand）C（Control）S（Support）モデルを活用したリスク調査・管理を中心としており、これらはいわば欠点を見つけ出してバンソコを貼るような個別的、治療的な改善方式であったが、今後は、より積極的に理想的な職場環境が持つ条件（competence）を類型化し、現実の条件をそれに沿わせていくことで、良好な職場環境形成を包括的に実現していく改善方式（proactive approach）の方が有効と考えるようになって来ている。喩えれば、西洋医学的アプローチから東洋医学的アプローチへ、と形容することもできるであろう。

[30] ETUC, 2004; ILO, 2001; Leka et al., 2008; Leka et al., 2003（Daniels et al., 2012 at 313 に掲載された間接参照文献）.

[31] Mackay et al., 2004（Daniels et al., 2012 at 313 に掲載された間接参照文献）.

[32] Cousins et al., 2004（Daniels et al., 2012 at 313 に掲載された間接参照文献）.

[33] Mackay et al., 2004（Daniels et al., 2012 at 314 に掲載された間接参照文献）.

[34] Cox et al., 2000（Daniels et al., 2012 at 314 に掲載された間接参照文献）.

[35] HSE, 2007; Mackay et al., 2004（Daniels et al., 2012 at 314 に掲載された間接参照文献）.

[36] Cousins et al., 2004; Mackay et al., 2004（Daniels et al., 2012 at 314 に掲載された間接参照文献）.

[37] Daniels et al., 2012 at 314.

[38] Ibid.

[39] Rick et al., 2002（Daniels et al., 2012 at 314 に掲載された間接参照文献）.

[40] Cousins et al., 2004（Daniels et al., 2012 at 314 に掲載された間接参照文献）.

[41] Kompier, 2004（Daniels et al., 2012 at 314 に掲載された間接参照文献）.

[42] Daniels et al., 2012 at 314.

[43] Ibid.

[44] HSE, 2009a at 7.

ここでは以下の参照文献が挙げられている。

Cox et al., 2007b; Broughton et al., 2008.

[45] HSE, 2009a at 7.

[46] HSC(Health and Safety Commission)は、従前は、HSWA に基づき創設された、いずれの省庁にも属さないイギリス（UK）の独立国家機関であり、HSE の上位にある雇用年金省の外局だったが、２００８年に HSE 内部の役員会となった。委員長と公労使を代表する６～９名の委員から構成され、いずれも国務長官―現在は雇用年金大臣―により任命される。その職務は、①HSWA の運用に携わる要員を支援すること、②そうした業務に関連する調査や出版、教育訓練や情報提供を実施・支援すること、③そうした問題について、政府の省庁・部局、雇用者、被用者、両者がそれぞれ組織する団体などが必要な情報の提供を受け、またアドバイスを受けられるような条件を整えること、④規則を提案することなどである。また、従前は、国務長官に自身の立案する計画について報告し、長官の政策との整合性を維持する義務を負い、国務長官は、HSC に対して指令（direction）を与える

権限を持っていた。
[47] HSE: The Secretariat Paper to Advisory Committee on Dangerous Pathogens: Redusing Risks, Protecting People: HSE's Decision Making Process(ACDP/72/P12), 2002（以下、HSE, 2002 という） at 1.
[48] Id. at 2.
[49] HSE, 2007 at 7.
[50] Selye, 1936（斎藤瑞希,菅原正和:ストレスとストレスコーピングの実行性と志向性（Ⅰ）. 岩手大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要,6:231-243, 2007 などに掲載された間接参照文献）.
[51] Lazarus, 1966; Lazarus et al., 1984（斎藤,菅原前掲論文などに掲載された間接参照文献）.
[52] HSE, 2007 at 1.
[53] Id. at 7.
[54] Id. at 8.
[55] Ibid.
[56] Ibid.
[57] HSE, 2007 at 7.
[58] Psychosocial Working Conditions in Britain in 2007 HSE 2007, http://www.hse.gov.uk/statistics/pdf/pwc2007.pdf.
[59] Self-Reported Work-Related Illness and Workplace Injuries in 2005/06: Results from the Labour Force Survey HSE 2007, http://www.hse.gov.uk/statistics/lfs/lfs0506.pdf.
[60] Briner et al., 2003.
[61] HSE: Organisational responses to the HSE management standards for work-related stress, 2009（以下、HSE, 2009b という）.
[62] Lelliot et al., 2008（HSE, 2009b at 2 に掲載された間接参照文献）.
[63] HSE Statistics 2007 年（HSE, 2009b at 2 に掲載された間接参照文献）。
[64] Economic and Social Research Council, 2006（HSE, 2009b at 2 に掲載された間接参照文献）。
[65] Cox et al., 2000; Cox et al., 2002; Cox et al., 2003（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献）.
[66] Kompier, 2006; Kompier et al., 2000; Jansen et al., 2005（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献）.
[67] Mackay et al., 2004; Cousins et al., 2004（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献）。
[68] Kompier, 2004（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献）.
[69] HSE, 2009a at 14.
[70] Cox, 1993; Cox et al., 2000（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献）.
[71] Mackay et al., 1986; Kasl et al., 1987; Cox et al., 2007a; Karanika, 2006（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献）.
[72] Macleod et al., 2003（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献）.
[73] McPherson, 2001（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献）.
[74] Griffiths, 1999; Cox et al., 2007a（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献）.
[75] HM Treasury, 2004（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献）.
[76] Griffiths et al., 2006（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献）.
[77] WHO Profile Report 2009 at 40; HSE, 2009b at 2.
[78] HSE, 2009b at 2.
[79] このうち労災との関係を指摘する文献として、Briner, R.B. (Birkbeck College), Amati, C & Lardner R. (The Keil Centre): Development of Internal Company Standards of

Good Management Practice and a Task-Based Risk Assessment Tool for Offshore Work-Related Stressors RR107 HSE Books(http://www.hse.gov.uk/research/rrhtm/index.htm),2003（以下、Briner et al., 2003という）.

[80]石津克己（厚生労働省職業安定局派遣・有期労働対策部企画課課長補佐（元在英国日本国大使館書記官））：英国の労働安全衛生～課題・政策・組織～.（未定稿。ページ数には生原稿のページを記載する）,1,2010.

[81] この項の内容は、基本的に Mackay,C.J., Cousins,R., Kelly,P.J., Lee,S., Mccaig,R.H.: 'Management Standards' and work-related stress in the UK: Policy background and science. Work＆Stress,18:91-112,2004(Mackay et al.,2004)による。

[82] Cooper,C.L., Dewe,P.J., O'Driscoll,M.P.:Organisational Stress, 2001(Cooper et al.,2001)（Mackay et al.,2004 at 93 に掲載された間接参照文献）.

[83] Mackay et al.,2004 at 93.

[84] たとえば、Lazarus et al., 1984; Sells,S.B.:On the nature of stress. In J.Mcgrath(Ed.), Social and Psychological Factors in Stress: New York, 1970(Sells,1970)（Mackay et al.,2004 at 93 に掲載された間接参照文献）.

[85] Warr,P.B.:Decision latitude, job demands and employee well-being. Work＆Stress, 4:285-294, 1990(Warr,1990)（Mackay et al.,2004 at 93 に掲載された間接参照文献）.

[86] Cox,T., Randall,R.,Griffiths,A.:Interventions to control stress at work in hospital, 2002(Cox et al.,2002)（Mackay et al.,2004 at 95 に掲載された間接参照文献）.

[87] Mackay et al.,2004 at 95.

[88] Ibid.

[89] Ibid.

[90] Ibid.

[91] Mackay et al.,2004 at 91.

[92] Jones.J.R., Huxtable,C.S., Hodgson,J.T., Price,M.J.:Self-reported Wor-related Illness in 2001/02: Results from a Household Survey.,2003(Jones et al,2003)（Mackay et al.,2004 at 91-92 に掲載された間接参照文献）.

[93] Daniels,K.:Why aren't managers concerned about occupational stress? Work ＆ Stress 10:352-366, 1996(Daniels,1996)（Mackay et al.,2004 at 92 に掲載された間接参照文献）.

[94] Mackay et al.,2004 at 92.

[95] Mackay et al.,2004 at 96.

[96] Brunner,E., Hemingway,B.R., Walker,P., Page,M.,Clarke,P., Juneja,M., Shipley,M.J., Kumar,M., Andrew,R., Seckl,J.R., Paradopoulus,A., Checkley,S., Rumley,A., Lowe,G.D.O., Stansfield,S.A., Marmot, M.G.: Adrenocortical,autonomic,and inflammatory causes of the metabolic syndrome-nested case-control study.Circulation,19 November, 2659-2665,2002(Brunner et al.,2002)（Mackay et al.,2004 at 96 に掲載された間接参照文献）.

[97] McEwan,B.S.: The neurobiology of stress: From serendipity to clinical relevance. Brain Research, 886:172-189, 2000(McEwan,2000)（Mackay et al.,2004 at 96 に掲載された間接参照文献）.

[98] Shekelle,P.G., Woolf,S.H., Eccles,M., Grimshaw,J.: Clinical guidance: Developing guidance. British Medical Journal, 318:593-596, 1999(Shekelle et al.,1999)（Mackay et al.,2004 at 96 に掲載された間接参照文献）.

[99] Mackay et al.,2004 at 96.

[100] Macleod et al., 2003（Mackay et al.,2004 at 97 に掲載された間接参照文献）.

[101] McPherson,2001（Mackay et al.,2004 at 97 に掲載された間接参照文献）.

102 Griffiths,1999（Mackay et al.,2004 at 97 に掲載された間接参照文献）.
103 HM Treasury,2004（Mackay et al.,2004 at 97 に掲載された間接参照文献）.
104 Mackay et al.,2004 at 97.
105 Mackay,C.J.: Psychological factors in the background of human adaption: Some methodological issues. In Cullen,J.&Siegrest,J.(Eds.), Breakdown in Human Adaptation to Stress, Voli,e 1,1984(Mackay,1984) （Mackay et al.,2004 at 97 に掲載された間接参照文献）.
106 Mackay et al.,2004 at 97.
107 Mackay et al.,2004 at 97 に掲載された間接参照文献。
108 同前。
109 Sapolsky,R.: Taming stress. Scientific American, 289(3):86-95,2003(Sapolsky,2003)（Mackay et al.,2004 at 97 に掲載された間接参照文献）.
110 Mackay et al.,2004 at 97.
111 Ibid.
112 Mackay et al.,2004 at 97-98.
113 Karasek,R.A.: Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign, Administrative Science Quarterly, 24: 285-307. 1979（Karasek, 1979）（Mackay et al.,2004 at 98 に掲載された間接参照文献）.
114 Karasek が共同研究者と共に、このモデルをより具体化した成果が、Karasek et al., 1990（Mackay et al.,2004 at 98 に掲載された間接参照文献）に収められている。
115 Chaudhry,S.S.: Co-worker and supervisor support as moderators of associations between task characteristics and mental strain, Journal of Occupational Behavior, 3:181-200(Chaudhry et al.,1982) （Mackay et al.,2004 at 98 に掲載された間接参照文献）.
116 Mackay et al.,2004 at 98.
117 Mackay et al.,2004 at 98-99.
118 Stansfeld,S.,Head,J.,Marmot,M.: Work-related Factors and Ill-Health: The Whitehall Ⅱ Study. HSE Contract Research Report 266/2000, 2000（Stansfeld et al.,2000） （Mackay et al.,2004 at 98 に掲載された間接参照文献）.
119 Head,H., Martikainen,P., Kumari,M., Kuper,H., Marmot,M.: Work Environment, Alcohol Consumption and Ill Health-The Whitehall 2 Study. HSE Contract Research Report 422/2002, 2002(Head et al.,2002) （Mackay et al.,2004 at 98 に掲載された間接参照文献）.
120 Ibid.
121 Stansfeld et al.,2000（Mackay et al.,2004 at 98 に掲載された間接参照文献）.
122 Selye,H.: Stress without Distress,1974(Selye,1974) （Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参照文献）.
123 Arnold,J., Cooper,C.L., Robertson,I.T.: Work Psychology: Understanding Human Behavior in the Workplace, 3rd edn.,1998(Arnold et al.,1998) （Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参照文献）.
124 Quick,J.C., Quick,J.D.: Organizational Stress and Preventative Management,1984(Quick,Quick,1984) （Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参照文献）.
125 Mayhew,C., Chappell,D.,: 'Internal' occupational violence(or bullying) in the health care industry, Journal of Occupational Health and Safety-Australia & New Zealand, 19:59-71, 2003(Mayhew et al.,2003) （Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参照文献）.
126 Birman,J.: Covert violence in nursing, Australian National Safety Journal, 7:17-21, 1999(Birman,1999) （Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参照文献）.

127 Quine,L.: Workplace bullying in NHS community trust: Staff questionnaire survey, British Medical Journal, 318:228-232, 1999(Quine,1999) （Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参照文献）.
128 自己申告による心理的負荷につき、O'Driscoll,M.,Beehr,T.: Supervisor behaviors, role stressors and uncertainty as predictors of personal outcomes for subordinators, Journal of Organizational Behavior, 15:141-155, 1994(O'Driscoll et al.,1994) （Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参照文献）、生理学的指標につき、Kahn,R.L., Byosiere,S.: Stress in organizations. In M.Dunnette(Ed.), Handbook of Industrial and Organizational Psychology, 1990(Kahn et al.,1990) （Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参照文献）。
129 Clarke,L.: The Essence of Change, 1994(Clarke,1994)(Mackay et al.,2004 at 99 に掲載された間接参照文献）.
130 例えば、De Lange,A.H., Taris,T.W., Kompier,M.A., Houtman,I.L.D., Bongers,P.M.: 'The very best of the millennium': Longitudinal research and the demand-control-(support) model, Journal of Occupational Health Psychology, 8:282-305, 2003(De Lange et al.,2003) (Mackay et al.,2004 at 100 に掲載された間接参照文献）; Rick et al.,2002(Mackay et al.,2004 at 100 に掲載された間接参照文献）など。
131 Mackay et al.,2004 at 100.
132 Cox et al.,2002(Mackay et al.,2004 at 100 に掲載された間接参照文献）.
133 Briner,R.B., Amati,C., Lander,R.: Development of Internal Company Standards of Good Management Practice and a Task-based Risk Assessment Tool for Offshore Work-related Stressors. HSE Research Report 107, 2003(Briner et al.,2003) (Mackay et al.,2004 at 100 に掲載された間接参照文献）.
134 Mackay et al.,2004 at 100.
135 Pickering,T.: Job stress,control,and chronic disease: Moving to the next level of evidence, Psychological Medicine, 63:734-736, 2001(Pickering,2001) (Mackay et al.,2004 at 100 に掲載された間接参照文献）.
136 Goldberg,D.P.: Manual for the General Health Questionnaire, 1978(Goldberg,1978) (Mackay et al.,2004 at 100 に掲載された間接参照文献）.
137 Mackay et al.,2004 at 100.
138 Ibid.
139 Brunner,E.: Stress mechanisms in country heart disease. In S.Stansfeld& M.Marmot(Eds.), Stress and the Heart: Psychosocial Pathways to Coronary Heart Disease(pp.181-199),2002(Brunner,2002)(Mackay et al.,2004 at 100 に掲載された間接参照文献).
140 Mackay et al.,2004 at 101.
141 Brunner,2002(Mackay et al.,2004 at 101 に掲載された間接参照文献).
142 Head et al.,2002（Mackay et al.,2004 at 101 に掲載された間接参照文献）.
143 Mackay et al.,2004 at 101.
144 HSE: Management of Health and Safety at Work. Management of Health and Safety at Work Regulations 1999. Approved Code of Practice and Guidance, L21(2nd edn.),2000(HSE,2000) （Mackay et al.,2004 at 101 に掲載された間接参照文献）.
145 Rick et al.,2000（Mackay et al.,2004 at 101 に掲載された間接参照文献）.
146 Mackay et al.,2004 at 101.
147 Ibid.
148 Mackay et al.,2004 at 102.
149 Ibid.
150 (a)は保健省が中心となって作成した１００頁にわたるガイダンスであり、後に保守党・自民党連立政権下で新たなに上書きされた。上書き後のタイトルは、「メンタルヘル

スなくして健康なし～メンタルヘルスの改善に関する省庁横断的国家戦略～」（No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages）と命名されている。(c)はラカエル・パーキンス（Rachel Perkins）、ポール・ファーマー（Paul Farmer）、ポール・リッチフィールド（Paul Litchfield）の３名の学識者が雇用年金省に宛てた、政府のメンタルヘルス不調者支援の改善に関する建議的な文書であり、次の３つの視点を基本としている。

①メンタルヘルス不調状態にある人びとのニーズにより的確に応えられるような基盤を増大させると共に、現行の仕組みの中にある神話（：できもしないことをさもできるかのように言うこと）を排除すること。

②より充実した支援モデル～イギリス本国の歴史的文脈の中での「個人の就職支援（Individual Placement and Support(IPS)）」～

③取り組みの成果の効果的な監視及び修正実行のためのシステムの確立

そして、(d)は(c)に対する政府の基本的対応方針を記した文書である。

151 この文書と併せて、「社会的に排斥された成人のための公共サービス協定（PSA 16）」（Socially excluded adults Public Service Agreement (PSA 16)）も公表されている。これは、中央政府、地方公共団体、両者の関係にまたがる優先的な共通指標を整理した協定・戦略の一環として策定されたもので、８つの指標とガイドライン・ノートから成っている。その目的は、社会的に排斥された成人（犯罪者、保護の必要性がありながら遺棄された者、メンタルヘルス不調者、知的障害者など）に対し、サクセスフルな生活への道筋を付けさせるための調整を図ると共に、雇用・教育訓練機会を提供しようとする点にある。メンタルヘルス不調者に対しては、外部支援機関への橋渡しが主な調整措置と位置づけられている。

152 Health and Safety: The State of Play:XpertHR, Source: Health and Safety Bulletin Issue: 403 Date: 01/11/2011 Publisher: LexisNexis Butterworths.

153 Ibid.

154 HSE, 2009b at 2.

155 HSE, 2007 at 1.

156 HSE, 2009a at 12.

157 Mackay et al., 2004（HSE, 2009a at 12 に掲載された間接参照文献）.

158 HSE, 2009a at 12.

159 Cox, 1993; Cox et al., 2000（HSE, 2009a at 12 に掲載された間接参照文献）.

160 Jordan et al., 2003（HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献）.

161 Cousins et al., 2004（HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献）.

162 HSE, 2009a at 13.

163 Rick et al., 2002（HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献）.

164 Cousins et al., 2004（HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献）.

165 HSE, 2009a at 13.

166 Karasek et al., 1990（HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献）.

167 Cox, 1978; Cox et al., 1981; Cox et al., 1996（HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献）.

168 Michie et al., 2003（HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献）.

169 HSE, 2008（HSE, 2009a at 13 に掲載された間接参照文献）.

170 HSE, 2009a at 13.

171 WHO Profile Report 2009 at 40.

172 HSE, 2007 at 2.

173 Id. at 49.

174 Id. at 41.

175 HSE, 2009a.

この調査に際しては、並行して科学・政策関連論文や関連する灰色文献（政府や公的機関による調査報告書など学者のピアレビューに付されていないもの）のレビューが実施され、デルファイ調査の解釈分析に活用された。

176 HSE, 2009a at 26-27.

177 Daniels et al., 2012 at 315.

178 HSE Statistics, 2009（Daniels et al., 2012 at 315 に掲載された間接参照文献）.

179 HSE, Statistics 2009（Daniels et al., 2012 at 315 に掲載された間接参照文献）.

180 Ibid.

181 Packham et al., 2009（Daniels et al., 2012 at 315 に掲載された間接参照文献）.

182 Daniels et al., at 315.

183 Broughton et al., 2009（Daniels et al., 2012 at 315 に掲載された間接参照文献）.

184 HSE, 2009c（Daniels et al., 2012 at 315 に掲載された間接参照文献）.

185 Daniels et al., 2012 at 315.

186 HSE, 2007 at 8.

187 Id. at 9.

188 Id. at 10.

189 Id. at 10.

190 Id. at 11.

191 HSE, 2009a at 15-16.

もっとも、ここで Kompier の指摘する問題点は、いずれも致命的なものではなく、克服可能な課題として肯定的に捉えられている。

192 Kompier, M.A.J.: Does the 'Management Standards' approach meet the standard? Work & Stress, 18: 137-139, 2004（Kompier, 2004）.

193 Main et al., 2005（Kompier, 2004 に掲載された間接参照文献）.

194 この点について、HSE, 2009a at 15 は、「ただし、HSE が２００４年に基準値やフィルター（filters）の考え方を放棄したことは銘記されるべきであろう」との注釈を付している。

195 Cousins et al., 2004; Mackay et al., 2004（Kompier, 2004 に掲載された間接参照文献）.

196 Daniels et al., 2012 at 315-319.

197 Cox et al., 2007b（Daniels et al., 2012 at 315 に掲載された間接参照文献）.

198 Broughton et al., 2009（Daniels et al., 2012 at 315 に掲載された間接参照文献）.

199 HSE, 2009a（Daniels et al., 2012 at 315-316 に掲載された間接参照文献）.

200 Bourbonnais,R., Jauvin,N., Dussault, J.,Vézina,M., Evaluation of an Intervention to Prevent Mental Health Problems Among Correctional Officers, In Biron,C.,Karanika-Murray,M.,Cooper,C.L.(Eds.). Improving Organizational Interventions for Stres and Well-Being:Addressing Process and Context.Routledge, 2012（Bourbonnais et al., 2012）.

201 HSE, 2009a（Daniels et al., 2012 at 316 に掲載された間接参照文献）.

202 Cox et al., 2007b; HSE, 2009a; Tyers et al., 2009（Daniels et al., 2012 at 316 に掲載された間接参照文献）.

203 Broughton et al., 2009（Daniels et al., 2012 at 316 に掲載された間接参照文献）.

204 HSE, 2009a; Tyers et al., 2009（Daniels et al., 2012 at 316 に掲載された間接参照文献）.

205 European Agency for Safety & Health at Work, 2009（Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献）.

206 Cox et al., 2007b; HSE, 2009a; Tyers et al., 2009（Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献）.

207 Cox et al., 2007b（Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献）.
208 Broughton et al., 2008; Cox et al., 2007b; HSE, 2009a; Tyers et al., 2009（Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献）.
209 HSE, 2009a（Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献）.
210 Broughton et al., 2008（Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献）.
211 Tyers et al., 2009（Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献）.
212 HSE, 2009a（Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献）.
213 HSE, 2009a at 27（Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献）.
214 Tyers et al., 2009（Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献）.
215 Cox et al., 2007b; HSE, 2009a（Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献）.
216 Rick et al., 2002（Daniels et al., 2012 at 317 に掲載された間接参照文献）.
217 Daniels, 2011（Daniels et al., 2012 at 317-318 に掲載された間接参照文献）.
218 Daniels, 2006（Daniels et al., 2012 at 318 に掲載された間接参照文献）.
219 Ibid.
220 HSE, 2009a at 14-15.
221 Rick et al., 2000（HSE, 2009a at 14 に掲載された間接参照文献）.
222 Adams et al., 2004（HSE, 2009a at 15 に掲載された間接参照文献）.
223 報告者は、ここにイギリスがMSAの開発に関連して多額の予算を計上し、主な支援の対象としてきた心理社会学（者）の発想の斬新さと危うさが凝縮的に同居しているように感じる。メガ・コンペティション等の時代情勢を背景に、職場の健康管理についても後向き・保護的発想より前向き・自立的発想が求められるとの論旨に特段の異論はないが、不調者の再生や職務適応には、時期や場面によっては、後向きの発想を正面から受け止め、手厚い保護の下で安心して休息できる環境条件を職域ないし職場内で形成することも不可欠と解されるからである。例えば、日本の安衛法第６２条や安衛則第６１条第２項なども、疾病の治療や管理を全て個人の私生活に委ねる発想は採用していない。たしかに、イギリスの安全衛生法は、安全衛生のみならず、厚生水準の確保をも罰則付きで義務づけている一方、国自体として、EU の労働・社会規制からの自律性を確保しようという動きもあるようなので、日本と同じ文脈では論じられないであろう。しかし、各国の法令や法理論は、一定程度時代の影響を受けはするものの、それなりの歴史や脈絡を踏まえて形成されている以上、そうした前提を捨象し、軽視されるべきものではない。
224 HSE, 2009a at 8.
225 Ibid.
226 Ibid.
227 Ibid.
228 WHO Profile Report 2009 at 40.
229 日本におけるソーシャル・ファームの普及へ向けた取り組みの詳細については、公益財団法人・日本障害者リハビリテーション協会情報センターが開設しているWEBページ（http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/glossary/Social_Firm.html）に掲載されている各報告書等を参照されたい。
230 http://www.dwp.gov.uk/remploy
231 Griffin,P., Sinclair,E.: Employment: Early warning system.,Industrial Law Society Ind Law J, 36(2):216, 2007(Griffin et al.,2007).
232 Ibid.
233 龔 敏: 労働契約における権利規制と義務創設. 日本労働法学会誌, 118: 107-119, 2011.
234 Griffin et al,2007.
235 Ibid.

236 Ibid.
237 Ibid.
238 Ibid.

（1）イギリスのストレス管理基準（Management Standards）の効果が充分に確認されない理由に関する一考察～公衆衛生学の立場から～

北里大学医学部公衆衛生学講座教授　堤　明純

メンタルヘルス対策にリスクアセスメントの考え方を取り入れることには賛同できる。マネジメントスタンダードが、これまでのところ好ましい効果を挙げていない要因としては、開発プロセス自体の問題とともに、メンタルヘルスが有する固有の問題（客観的な指標の欠如)、および、理論・実務間のギャップ（個々の現場における、理想的な介入のむつかしさ）などがあるのではないかと考える。

開発プロセス自体の問題としては、困難を極めたと推測される、「具体的基準の策定」が、最も大きな要因になっているように思われる。

1）リスクアセスメントの妥当性・実効性

おおむね代表的なストレス要因（6つの要因群）はとらえられている。また、ステップ1からステップ5の手続きも正当で、作業関連ストレス対策でも採用されるべきであるとする意見には同意できる。しかし、稿でも述べられているように、具体的にどうリスクアセスメントされたか、リスクアセスメントは実効的であったか、という点は大きな課題と思われる。

基準の設定の妥当性（「望ましい状態」の基準は何か？妥当か？)、および、職場のストレスの程度の把握の正確性（「組織の現状」をどの程度正確に把握できているのか？）の両側面から妥当なリスクアセスメントが可能なのか課題が残っているのではないだろうか。

2）介入の実効性

介入の実効性（implication）に関する評価が必要と思われる。稿で述べられているように、個々の現場において対処法が不明だということに加えて、以下の 3 項目から実際の介入には、困難が伴ったであろうことが推測される。

介入方策に関するモデルの欠落：個々の事業場特異的に有効な介入が不明。一般的な問題でも、いじめや暴力は、メンタルヘルス不調のリスクとするエビデンスはあるが、介入についてはその方策を含めてエビデンスがない（お手本がない)。

被用者の関与：参加型の職場環境改善の効用など、被用者の関与が好ましい結果を生じているという根拠が提出され始めたところであり、現時点で、一般的に誰でもができる水準ではない。

介入に伴う「副作用」：本務を営みながら、MS に関わる作業を進めなければならない負担などが、介入活動を阻害する可能性がある。

以上より、理論的には正しいはずでも、実際に実行がされたのか（薬はあっても、服用

されたのか)、検証が必要。

3）アウトカム評価の困難

客観的な指標の欠如していること、多要因から影響を受けること、からアウトカムの評価が困難である。

リスク低減の測定が客観的に可能な化学物質などに対して、客観的な指標が欠如しているメンタルヘルスではアウトカムの評価が困難である（もちろん、化学物質でも、有害要因の低減は確認できても、そのために健康状況が改善するところまで把握することは、予防的活動の中では困難)。

さらに、職務レベルのリスク低減ができたとしても、別の要因、たとえば不況などの経済要因が、アウトカム増悪の方向に作用する可能性もある。

4）ストレス要因の把握の仕方

リストアップされた6つのストレス要因群は、それぞれメンタルヘルスのリスク要因として確立されたものであり、抽出されるべき構成概念としては妥当なものであると考える。しかし、個々にアプローチしたときのストレス対策効果は存在するものの、まだ乏しい。たとえば、要求度 - コントロールの要素である仕事の要求度と裁量は主要効果に基づく勧告をしているが、「要求度が高く裁量の低い」両者の交互作用を重視する所見や、要求度だけで言えば、過小な要求度もストレス要因となりうるとする所見があり、要求度低減だけの効果は不明である。

（２）イギリスのストレス管理基準（Management Standards）の効果が充分に確認されない理由に関する一考察～精神医学の立場から～

慶応義塾大学医学部精神神経科学教室助教　佐渡充洋

筆者は、三柴丈典主任研究者より、英国における MSA が少なくとも国家レベルにおいてその効果が確認されていない状況について、その理由として検討される事象を精神医学的立場から考察することを求められた。よって、その結果をここに報告する。ただし、筆者は、本報告書で引用されている様々な文献（一次文献）を直接精読しているわけではなく、報告書に記述されている内容から、筆者自身が理解した内容をもとに、上記の理由について考察を行っている。その結果、筆者の考察と一次文献の報告内容との間に何らかの矛盾が生じる可能性がある。そのような矛盾が生じたとすれば、それは筆者自身の理解不足に起因するものであり、主任研究者および本報告書の内容に起因するものでないことをあらかじめ述べておく。

筆者は、「MSA が明確な効果を上げたという根拠が乏しい」という事象に対する原因は、大きく以下の二つの要因に帰結するのではないかと考える。

１．MSA のそのものの妥当性の問題
２．MSA の効果の検証手法の問題

１．MSA そのものの妥当性の問題

まず、MSA そのものの妥当性の問題についてであるが、この問題を検証するには、以下の二点についての検討が必要になる。

①　MS が規定する介入が組織において実施されるプロセスにおける妥当性
②　MS によって規定されたリスク要因そのものの妥当性

①　MS が規定する介入が組織において実施されるプロセスにおける妥当性

MS で規定されているリスク項目についてであるが、研究報告書でも述べられている通り、「『～せねばならない』、『～してはならない』といった要件や禁止事項を定めて強制する方式ではなく、個々の要素について理想的な条件を掲げ、それと実際の職場との乖離を自発的にチェックさせ、あるべき方向に誘導する方式」（p１　研究要旨）がとられている。これは、組織としての理想的な状況（ゴール）を提示していることになるが、そこに到達するための手法については、必ずしも十分な提示がなされているわけではないようである。

もちろん、MSA が単に「理想的な状況」を提示するだけでなく、組織におけるリスク評価を行い、「理想」と「現実」のギャップを認識させることによって、理想的な状況の達成へのアシストを行っていることは事実である。しかし、それでもなお、「現実」から「理想」へいかに到達するかの方略に関しては、必ずしも明らかにされているとはいいがたく、この介入を実施するプロセスにおいてつまずいてしまった組織が出ている可能性があるのではないかと推測する。筆者のこの仮説が正しいか否かを検証するためには、MSA が規定する介入が、組織においてどの程度実施されているのかをまず検証する必要があるが、実はこれが十分に実施されていないことが窺われる（1.4.6.1.1 Kompier の示唆する総合的問題点　　5）介入の現実を想定した指針整備やその前提となる調査の不十分さ)。MSA の問題点を抽出するためにも、まずこの点の解明が必要になると思われる。

次に、検証の結果、もし MSA の介入の実施率が高くなかったと仮定すると、その実施可能性を高めるためのなんらかの工夫をこらすことが必要になるだろう。そのための１つの方策として、実験的に検証を行った企業において、うまく実施できている企業ではどのようなプロセスでこれらが実施されたのか、いわゆる「ベストプラクティス」事例を提示することも有効であるかもしれない。しかし、その場合でも、ある組織で有効であった介入の方法が、他の組織でも常に有効であるという保証はない。

これは、精神医療においてある患者の治療に有効であった精神療法的アプローチが別の患者に必ずしも有効とは限らないという事象と基本的に同じことであろうと考える。

これについて少し解説を加える。うつ病の治療では、認知行動療法という精神療法の有効性が実証されている。これは、うつ病の患者において、物事の捉え方（認知）が過度に悲観的になっていたり、自責的になっていたりしてバランスを欠いてしまっている事象に着目し、その認知をよりバランスのとれたものに改善してくことで抑うつ的な気分の改善を図ることを目的とした治療法である。認知療法を実施した結果としての「理想像」は、「認知がバランスのとれたものになること」になる。そして、その「理想像」と「現実（様々に歪んでいる認知)」のギャップを認識し、その変容を促すためのツールも様々開発されている。しかし、それぞれの患者のどの認知に着目し、どのようにその変容を促すかといった理想像に到達するための方略については、必ずしも定式的に導かれるものではなく、患者の背景、現在抱えている問題の重大さ、本人の認知の特徴などを加味しながら、臨床的に決定されていくことになる。そして、適切な方略を採用する力量をあげるためには、一定の期間のトレーニングが必要になる。

筆者は、これと同じことが、それぞれの組織における適切な MSA の介入法の選択についてもいえるのではないかと考えている。精神療法において、キーコンセプトは抑えながらも、患者の背景、抱えている問題、認知の特徴などをふまえてテーラーメードでその介入法を検討するのと同じように、組織において適切な MSA の介入法を検討する際にも、組織の風土、組織を構成する個人個人の特性、事業環境などをふまえた上で、その組織にそのタイミングで有効な介入法を作り上げる作業が必要になるのではなかろうか。もしそうで

あるならば、MSA がそのプロセスにおいて、組織のリスク要因を明らかにし、理想的状況とのギャップを明確にすることでその改善を促すといった標準化されたアプローチをとったとしても、その理想像に到達するための方略は、標準化されたアプローチから半ば自動的に決定されるものではないため、そのことが MSA の実行率を低下させたり、その効果を減じさせているのではないか、筆者はそのように推測する。

② MS によって規定されたリスク要因そのものの妥当性

MS 開発の経緯を確認する限り、MS によって規定されたリスク要因は、現時点で入手できる最良の科学的根拠にもとづいて決定される努力がなされており、そのプロセス自体に大きな問題はないと考える。ただし、これらのリスク要因の根拠となっているエビデンスの科学的根拠が必ずしも頑健でないことを考えると、これらのリスク要因の除去（介入）が真に効果的であるかは実際にこれらの介入を実施しその効果について検証をしないと確認ができない。しかし、先述のとおり、パイロットスタディにおいてもその検証が十分に実施されているとはいえない状況のようであり、そのことがリスク要因の妥当性の検証を困難にしている要因となっている。①でのべたとおりであるが、MSA の介入の実施率を上げる努力をすることが、間接的に、MS によって規定されたリスク要因そのものの妥当性の検証にも貢献すると考えられる。

２．MSA の効果の検証手法の問題

もう一つは、MSA の効果検証の手法にまつわる問題である。本報告書を見る限り、MSA の効果検証は、デルファイ法による評価や政府統計による様々なストレス関連疾患の発生率や休業日数といったデータの MSA 導入前後での経年的な変化をモニターすることで行われている。しかし、これらの手法は、MSA の効果を疫学的に評価するには必ずしも適切な方法とはいえない。デルファイ法は、客観的データが存在しない場合などにそれを補う目的などで実施されることが多く、これらの結果が客観性を有するとはいいがたい。また、政府統計による様々なデータについては、これらのデータに影響を与えうる MSA 以外の要因について、その補正はほとんどなされていないと考えられるため、これらのデータをもってして、MSA の効果を論じることには無理があるように感じられる。むしろ、MSA 導入以前に２２の組織で試験的な導入がなされているわけであり、この段階で、MSA 以外の要因を除去できるような形で（Cluster randomized control trial）その効果を検証するのが適切であったのではないかと推測する。

以上、MSA が国家レベルでその効果が確認されていない状況について、その原因を、MSA

そのものの妥当性の問題、MSA の効果の検証手法の問題の観点から考察を行った。

その結果、精神医学的観点から、MSA による介入を実施するにあたってその方略を選択する困難さが、効果が明確に出ない結果に関与している可能性が考えられた。しかし、同時にこの可能性を評価するだけの効果検証がほとんど実施されていないことも明らかになった。これらのことから、現状では、「『MSA の効果がみとられない』ことが確認されている」訳ではなく、「MSA に効果があるのかどうかの検証が十分にされていない」と考えるほうがむしろ自然であり、まずは小規模でも良いので適切な形でその効果の検証を行うことが重要なのではないかと考えられた。

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

デンマークの産業精神保健法制度

分担研究者　井村　真己　沖縄国際大学法学部・教授

研究要旨:デンマークにおける産業精神保健法制度は、労働環境法を中心として、いわゆる PDCA サイクルに準じた形で心理社会的労働環境（psychosocial working environment）に関する職場リスク評価とその改善という 1 次予防を中心として進めていくことを企業に義務づける形で発展してきた。その上で、企業の労働環境改善の実施状況を労働環境監督署による予告なしの査察および認証を通じて法の履行を確保するところに制度としての特徴を見ることができる。

デンマークの法政策の背景としては、労働政策および社会保障政策において先進的な取り組みを行ってきているにも関わらず、労働災害や労働を要因とする病気休暇が減少していないこと、人的資源にさほど恵まれていないことからその活用を図っていかなければならないことなどが挙げられよう。そうした中で、デンマークにおける一つの特徴である政府・使用者団体・労働組合の話し合いによって労働政策の方向性が定まるというデンマークの法文化が、心理社会的労働環境の知見を利用した労働環境のリスク評価とその改善という形で結実したものといえるが、これは、あくまでも従来の労働安全衛生の枠の中で考えられてきており、メンタルヘルス対策に特化したものではないという点には留意が必要であろう。1990 年代後半から現在に至るまで、デンマーク政府はさまざまな行動計画や戦略を積極的に設定してきているが、このことはメンタルヘルス対策を含む労働環境の改善が、デンマークにとって重要な政策課題となっていることを示しているということができる。

1 次予防の中心をなす労働環境法に基づく職場のリスク評価は、労働状態の認識および対応関係の作成、問題の記述と評価、病気休暇への関与、優先順位と行動計画、フォローアップという循環的な形で行われるものである。企業自身で取り組むことを主眼として、行政機関によるガイダンスツールや調査票の提供、また外部のコンサルタントの利用を容易にする方策が展開されている。また、この職場リスク評価のために独自の調査票（COPSOQ）の開発を行うなど、心理社会的労働環境の知見を積極的に活用している点は注目に値すると思われる。

また、2 次予防、3 次予防については、3 次予防に関しては、疾病手当法に基づく復職に関するフォローアップの規定があるとはいえ、その根底にあるのはいずれも被用者と使用者との間の話し合いを通じて職場における疾病の予防と被用者の段階的復職を図っていくというプロセスを重視し、柔軟な対応を可能としている点にデンマークの特徴を見ることができ、この点は上記のデンマークの法文化を反映したものであるといえよう。

デンマークにおける労災補償に関連して、国家労働災害委員会は、業務上疾病に認定可能な疾患

と業務形態の相関性を明示したリストを作成・公表している。このリストによれば、心的外傷後ストレス障害（PTSD）については、業務上疾病に認定可能な疾患としてリストに掲載されている。また、PTSD 以外にもストレスを要因とする精神障害に関する業務上疾病への認定可能性についての検討が行われているが、ストレスと精神障害の間に一定の相関性があること自体は明らかになったものの、国家労働災害委員会と業務上疾病委員会による検討の結果、エビデンスの不十分性や心理的要求の測定方法等の問題から、現時点では、これらの精神障害については業務上疾病のリストに追加されないこととされている。ただし、職場におけるストレスとうつ病の危険との間の相関性が、合理的疑いを超えて認められる場合には、例外的に、労災補償法 7 条 1 項 ii 号に規定されている特別な性質の労働として認定される余地は残されている。精神障害に対する労災認定状況は、2007 年から 2011 年までの総計で 16,657 件の申請があったのに対して、職業病認定件数は、796 件となっており、認定率は 4.7%程度と非常に低い数値となっている。

この他、精神障害に対する差別に関しては、デンマークの雇用差別禁止法には、障害を理由とする差別を禁止する規定自体は存在しているものの、これをメンタル不調者へ対する差別と捉えるような考え方は、現時点では一般的であるとはいえないようである。

このようなデンマーク政府の取り組みに対する具体的効果であるが、現時点では、良好な労働環境を維持している企業が多く、その意味では労働環境法に基づく職場リスク評価と査察制度は一定の効果を上げているものということができるが、これはあくまでも労働環境全体に対する評価であって、メンタル不調に起因する病気休暇を取得する被用者数について目立った減少が見られるわけではなく、また 2010 年のデンマーク労働健康調査においても未だに多くの被用者が社会心理的労働環境上の問題を抱えていることが明らかとなっている。

また、労使間でも、労使協定を通じたメンタルヘルス対策が展開されているが、個別の被用者の問題を処理するためのスキームを構築するのではなく、企業と労働者が協力して良好な心理社会的労働環境を構築していくために一般的な問題として話し合いの場を設けることが主な目的となっている。こうした協定により、どの程度の問題が解決されてきているのかという点に関する具体的統計は存在していないものの、こうした取り組みは、デンマークの労使文化を反映した特徴的な取り組みであるといえ、わが国の労使協議制度において同様の仕組みを設けることは不可能ではないとも考えられ、その意味でも参考になりうるのではないかと思われる。

こうした状況を受けて、最近のデンマーク政府および専門家の取り組みは、よりリスク要因の高い企業に対する査察を強化すると共に、病気休暇を取得した被用者の職場復帰へと政策の焦点を徐々に移行させているように見受けられるが、これまでの 15 年間で展開されてきた政策に対する評価にはもう少し時間が必要なのではないかと思われる。

A．研究目的

統一研究課題から明らかなように、本分担研究の目的は、デンマークの産業精神保健法制度の背景・特徴・効果を解明することにある。

B．研究方法

① 2011 年度

基本的には、第 1 回班会議（2011 年 4 月 23 日）でのブレインストーミングを踏まえて研究代表者が作成、呈示したフォーマット（「調査報告書の基本的な構成」）に即し、原則として第一次資料のレビューに基づいて必要事項を調査する方法を採用した。本研究の対象国であるデンマークに関しては、基本的に上記のフォーマットに即して研究を行った。

② 2012 年度

2012 年度は前年度に引き続き、第一次資料のレビューを行い、現地調査へ向けての調整を経た後、2013 年 1 月 11 日から 21 日にかけてデンマーク・コペンハーゲンへの現地調査を行った。現地調査では、デンマークの労使、および行政機関、研究機関の関係者へ、労働環境法への評価と課題に関してお伺いすべく面談調査を行った。インタビュー日程は以下の通りである。

日時	訪問先	担当者
1/14	デンマーク経営者連盟（The Confederation of Danish Employers, DA）	Maja Bejbro Andersen 氏（Advisor）
	デンマーク専門職連盟（Confederation of Professionals in Denmark, FTF）	Jan Kahr Frederiksen 氏（Senior Advisor）
1/15	デンマーク地方自治体連盟（Danish Regions）	Preben Meier Pedersen 氏（Senior Advisor at Local Government Denmark） Malene Vestergaard Sørensen 氏（Chief Advisor at Danish Regions）
	デンマーク労働環境監督署（Danish Working Environment Authority）	Lars Christian Lidsmoes 氏（Psychologist） Karsten Refgård 氏（Organizational psychologist）
1/16	国立労働環境研究センター（National Research Centre for the Working Environment）	Ida Elisabeth Huitfeldt Madsen 氏（Researcher） Maj Britt Dahl Nielsen 氏（Researcher）
1/17	デンマーク労働総同盟（The Confederation of Trade Unions）	Lone Jacobsen 氏（Advisor）

また、その前後の日程については、コペンハーゲン王立図書館（The Royal Library）にて資料調査を行った。

なお、この調査にあたっては、在デンマークの猪木祥司氏に面談先・日程の調整および当日の通訳として多大なる助力をいただくとともに、デンマークの労働事情に関して、大変有意義なアドバイスをいただいた。ここに記して感謝の意を表明する次第である。

③ 2013 年度

2013 年度は、前年度の現地調査の結果を踏まえて、現地資料やインタビュー内容

の分析を通じて報告書の完成に努めた。

C. 研究結果

デンマークは、人口約 554 万人ほどの小国であるが、労働政策[1]、社会保障政策の領域においては先進的な取り組みを行っている国として知られている。デンマークにおける産業精神保健法制度は、基本的にはわが国と同様に労働における安全衛生確保という枠組の中で行われているが、デンマークの場合は、いわゆる PDCA サイクルに準じた形で心理社会的労働環境（psychosocial working environment）の職場リスク評価とその改善という 1 次予防を中心として進めていくことを企業に義務づけた上で、その実施状況を労働環境監督署による予告なしの査察および認証を通じて法の履行を確保していこうとするところにその特徴をみることができる。この職場リスク評価は、メンタルヘルス対策に特化したものではなく、むしろ労働安全衛生全般を対象として予防を図ろうとするものであるが、近年のストレスによる病気休暇の増加傾向を受けて、よりメンタルヘルス対策としての側面を強めている。

また、企業が職場リスク評価を行うにあたって、さまざまなガイダンスツールや調査票に関する研究が積極的に行われており、その成果はデンマークのみならず世界各国で利用されるに至っている。

1. 公法

1.1. 法令、行政規則（ガイドラインなど）、計画など

1.1.1. 労働環境法

デンマークにおける産業精神保健法制度は、労働安全衛生に関する一般的規制を定める法制度である労働環境法（Working Environment Act, デンマーク語：Arbejds-miljøloven）[2]がその中心となっている。労働環境法の目的は、社会における技術的社会的発展に調和した安全かつ健康な労働環境を創設することである（法 1 条）。かかる法の目的の実現のために、行政機関である労働環境監督署による行政的監督が行われるが、デンマークの特徴として、労使間の協約にも同等の効力を認めた上で、これらによって労働環境に関する問題の解決を図ろうとしている。具体的には、72 条 b 1 項において、労働協約において労働環境法に規定する法的義務と類似の義務を含む場合には、労働環境監督署による行政的監督を受けず、協約当事者の自治に委ねられる旨規定されている。この規定に従って、2004 年 11 月 25 日行政命令 1156 号および 2005 年 8 月のガイダンスにより除外対象となる規定が定められている[3]。したがって、デンマークにおけるメンタルヘルス対策は、労働環境法のみならず、各産業における労働協約も重要な役割を果たしているものと考えられるが、本報告では、ひとまず立法上の規制内容を明らかにすることに主眼を置くことにする[4]。

デンマークにおけるメンタルヘルス対策は、心理社会的労働環境（Psychosocial Working Environment）を改善するといういわゆる 1 次予防を中心とするが、労働環境法の規定上重要なのは、使用者に対して職場リスク評価を義務づける 15 条 a である。同条は、使用者は、事業における労働の性質、手段、プロセス、規模に留意しつつ、事業場における労働安全衛生の状態につ

いて書面で職場リスク評価を行い、それを被用者がアクセスできる場所に掲示しなければならない義務を負うとしている。さらに、職場リスク評価は、3 年ごとに改訂が義務づけられているため、職場における労働環境の直近の問題点を洗い出して対応することが必要となっている。

1.1.2.　疾病手当法

デンマークにおいては、被用者が疾病により休業した場合の保障として疾病手当法（Sickness Benefit Act, デンマーク語：Lov om sygedagpenge）に基づく給付を受けることができる。

疾病手当法の目的は、(1) 疾病による欠勤に対する所得保障の供給、(2) 疾病による欠勤者ができる限り早期の復職を可能とするための援助、(3) 疾病を減少・予防するための地方自治体、企業等の協働を支援すること、となっており（1 条）、単なる社会保障給付としての規定のほか、疾病により欠勤している被用者の職場復帰に関する規定も設けられている点に特徴がある。

疾病手当は、被用者、自営業者、失業者、労災被災者等を対象として（法 2 条）、自らの疾病により労務を提供できなくなった者に対してその休業期間中支給される。手当の支給を行うのは、最初の欠勤の日から 30 日間については当該被用者を雇用している使用者であり、30 日間経過後は、地方自治体（コムーネ）がそれを引き継ぐ形で支給することとなっている（法 6 条 1 項）。

疾病手当の支給要件に関連して、被用者が労務の提供が不能であるということについては、被用者が罹患している疾病とそれが病気休暇へ与える影響とを勘案して決定される（法 7 条 1 項）。また、疾病により、遅刻や早退などが生じ、部分的に労務を提供できなくなっている時間が週当たり 4 時間を超えた場合にも支給される。これには、通院のために要する時間（診察時間のほか、移動時間、診察までの待ち時間を含む）も含まれる（法 7 条 2 項）。

被用者の病気休暇取得が 3 カ月を超える場合には、被用者の職場復帰に向けての調整（アセスメント）およびフォローアップが行われる。この点に関しては、3 次予防の項目にて詳述する。

1.1.3.　労災補償法

1.1.3.1.　概要

デンマークにおける労災補償法（Workers' Compensation Act, デンマーク語：Bekendtgørelse af lov om arbejdsskadesikring）[5]は、労働災害により負傷・疾病を被った被用者に対して、使用者の無過失責任に基づき保障を行うことを目的とする（法 1 条）。労災補償法は、労働災害（Industrial Injury）を業務上傷病（accident）と業務上疾病（occupational disease）とに分類し、それぞれについて補償の支払主体が異なっているところにその特徴がある。

業務上傷病は、発生 5 日以内の事故を原因とする傷病について補償が行われる（法 6 条）。この場合の補償は、使用者が民間の保険会社との間で保険契約を締結する義務を負い、当該契約に基づき給付が行われる（法 50 条）。

また、業務上疾病は、労働または労働環境に起因する疾患であるが、妊娠中の労働環境に起因する子供の疾患に対しても補

償が行われる（法 7 条）。いかなる疾患が業務上疾病に該当するかは、法に基づき設置される業務上傷病委員会（Occupational Disease Committee, デンマーク語：Erhvervssygdomsudvalget）がリストを作成する権限を与えられている（法 9 条）。職業病に対する補償は、使用者が、公的機関である労働市場職業病基金（Labour Market Occupational Disease Fund, デンマーク語：Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring）と保険契約を締結し、補償の支払は基金から行われる（法 55 条）。

これらの労働災害については、休業 1 日以上の災害については、労働環境監督署への届出を要し、また職業病の疑いがあるすべての事案については、国家労働災害委員会（National Board of Industrial Injuries, デンマーク語 : Arbejdsskadestyrelsen）に申請しなければならない。

1.1.3.2. 精神障害に対する労災補償

デンマークにおける労災補償に関連して、国家労働災害委員会は、職業病に認定可能な疾患と業務形態の相関性を明示したリストを作成・公表している[6]。このリストによれば、脅迫的ないし悲劇的な性質を有する衝撃的な出来事ないし状況の持続を要因とする心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic stress disorder, PTSD）については、2005 年 1 月 1 日以降に申請される職業病に認定可能な疾患としてリストに掲載されている。

また、このリストに関して認定上の詳細なガイドラインも公表しているが[7]、その中では、PTSD 以外に、ストレスを要因とする精神障害に関する職業病への認定可能性についての検討結果が明らかにされている[8]。それによれば、まず、専門家による検討結果を踏まえて[9]、ストレスと精神障害との相関性を以下のようにまとめている。

ストレス	相関性レベル
労働状況における心理的要求が、うつ病の進行について独立した危険要因となる	明確な相関性あり（相対リスク 2.0%）
職場における低度の社会的サポート	明確な相関性あり
努力−報酬の不均衡、不正、脅迫、暴力、いじめ	相関性あり
仕事の不安定性	相関性あり
影響力（influence）、職務上のストレス（jobstrain）、長時間労働	弱い相関性（矛盾する結果）

このように、ストレスと精神障害の間に一定の相関性があること自体は明らかになったものの、国家労働災害委員会と職業病委員会による検討の結果、これらの精神障害については職業病のリストに追加されないこととされた。

その理由として、エビデンスが不十分であること、また心理的要求や社会的サポートの測定方法が不明確であることから、うつ病が進行する危険につき、関連する持続性や負荷の過酷さによると結論づけることは不可能であるとされている[10]。ただし、職場におけるストレスとうつ病の危険との間の相関性[11]が、合理的疑いを超えて認められる場合には、例外的に、労災補償法 7 条 1 項 ii 号に規定されている特別な性質の労働として認定される余地は残されている。

1.1.3.3. 精神障害に関する労災認定状況

国家労働災害委員会の 2012 年度の年報によれば[12]、精神障害に対する労災認定状況は、2007 年から 2011 年までの総計で 16,657 件の申請があったのに対して、職業病認定件数は、796 件となっており、認定率は 4.7%程度と非常に低い数値となっている。これは、職業病の疑いがあるすべての疾患について国家労働災害委員会へ申請しなければならないのに対して、現状ではストレスとうつ病との連関性は PDSD を除けば例外的にしか認定されないことと関係しているものと思われる。

もっとも、後述するように、デンマークにおいては、かかる疾病による休業補償は、疾病手当法による手当が支給されるため、労働災害が認定されるか否かは、被用者側にとってはさほど重要な問題とはならないようである。

1.1.4. 行政命令 559 号（2004 年 6 月 17 日）

行政命令（Executive Order, デンマーク語:Bekendtgørelse）559 号は、労働安全衛生の改善を促進するための施策の導入に関する 1989 年 6 月 12 日 EU 指令 6 条 2 項に掲げられている予防原則[13]を前提としつつ、デンマークにおける労働環境の改善のための規則を定めている。

1.1.5. 行政命令 96 号（2001 年 2 月 23 日）

行政命令 96 号 6 条では、職場に関して、メンタルヘルスへの影響を考慮してデザインしなければならないとしている。

1.1.6. 職場リスク評価の準備および評価に関するガイドライン

労働環境法 15 条 a およびその関連行政命令を踏まえて、職場におけるリスク評価を行うためのガイドラインとして、「職場リスク評価の準備および評価に関するガイドライン（Guidelines to preparation and review of workplace assessments, D.1.1）」が 2002 年に労働環境監督署によって作成されている[14]。このガイドライン自体は法的な拘束力を持つものではないが、法律および規則を遵守するに当たっては、このガイドラインに基づく職場リスク評価を行うことが必要となる。ガイドラインの詳細については、後述の 1 次予防の項目において扱う。

1.2. 法の管轄機関・執行権限等

労働環境法の執行に関する最高責任者は、雇用担当大臣（Minister of Employment）であり、労働における安全衛生に関する行政上の権限を有する（法 69 条）。労働環境監督署は、雇用担当大臣の援助の下で実際の査察等を担当する（デンマークにおける労働安全衛生にかかる枠組については、後掲の図を参照）。また、デンマークの特徴として、労働環境法において雇用担当大臣の諮問機関として労使の代表により構成される労働環境評議会（Working Environment Council）が設置されており、労働安全衛生分野における法政策形成に大きな役割を果たしている。

1.2.1. 労働環境監督署

労働環境監督署（Working Environment Authority; WEA, デンマーク語：Arbejdstilsynet）は、中央組織と地方の監督官（regional inspectorates）により構成されており、その権限については、労働環境法 72 条 1 項に定められているが、主なも

のとして、(1) 企業、産業別労働環境評議会、労働者団体、使用者団体、および一般公衆に対して、労働安全衛生のすべての問題に関するガイダンスの提供、(2) 雇用担当大臣の名の下での規則の策定、(3) 労働のプロセスから作業場、技術装置、さらには物質・材料に関して、法または行政規則に基づくライセンスの発行に関する計画の精査、(4) 本法に基づき規定された法律およびその規則への遵守の確保、などが挙げられる。このうち、最も重要な権限と認識されているのは、(4) の規則遵守確保を目的とした労働環境に関する査察制度である。

デンマークにおける労働環境への査察制度は、72 条 a に規定されているが、この部分は、2011 年 6 月の改正[15]により、二段階のリスクベースによる査察（risk-based inspections in two tiers）が導入されるに至っている。この改正は、後述する 2011 年 3 月の与野党合意を反映したものであり、労働環境についてもっともリスクの高い企業への査察を確保することをその目的としており、特にメンタルヘルス対策に特別な焦点を合わせたものと説明されている。

労働環境監督署による査察の実際については、1 次予防の項目にて詳述する。

1.2.2.　その他の当事者

直接的な法の執行権限を有するわけではないが、メンタルヘルスに関する法政策の形成や企業がメンタルヘルス対策を行っていく上で重要な役割を果たしている機関として、労働環境法に基づき設定されている労働環境評議会や、私企業による労働安全衛生コンサルタントが挙げられる。

1.2.2.1.　国立労働環境研究センター

国立労働環境研究センター（National Research Centre for Working Environment; NRCWE, デンマーク語：Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø）は、それまでの国立安全衛生機構（National Institute of Occupational Health, デンマーク語：Arbejdsmiljøinstituttet）を 2006 年に改組して設立されたものであり、健康および安全に関する学術的なハブとして、雇用担当大臣やソーシャル・パートナー、企業や労働安全衛生コンサルタントなどが健康や労働状態に関する専門的知見を提供する機関として設置されており、所属する研究者が、Scandinavia Journal of Public Health、Scandinavia Journal of Work, Environment & Health といった北欧系の学術雑誌に最新の研究成果を発表している。

1.2.2.2.　労働環境評議会

労働環境評議会（Working Environment Council）は、労働組合や使用者団体の中央組織、および政府関係者の参加により設置されている機関であり、労働環境法第 12 章以下に規定が置かれている。労働環境評議会の主な権限は、(1) 労働環境に関する目標および優先順位、(2) 労働環境評議会、産業別労働環境評議会（現在建設業、重工業、小売業、農業、サービス業、福祉業など 11 種の産業について設立されている）、国立労働環境研究センター間で、法 68 条に規定された基金の分配、(3) 労働環境の問題について雇用担当大臣に対して助言を行い、必要に応じて勧告を行うことである（法 66 条 1 項）。

また、評議会は、労働環境に関して重要

な問題につき討議を行うことができ、またその問題に関する意見を雇用担当大臣に提出することができる。評議会は、その目的のために、学際的な性格をもつ開発あるいは分析活動を開始することや（同条 2 項）、法の改正および新規立法に関する意見や提案、法に基づく規則の草案作成に関与することができる（同条 3 項）。

このように、労働環境法は、労使参加による評議会を通じて、法政策決定前に三者間での協議を行うように規定されており、労使が法の具体的内容に関して大きく関与する余地があるということができるが、これはメンタルヘルス対策に限らず、デンマークの労働・社会保障関係の立法における一つの特徴であるといえよう。

1.2.2.3. 労働安全衛生コンサルタント

労働安全衛生コンサルタントは、労働環境に関する分析を行い、職場の具体的なデザインを提案することを通じて企業を援助する私企業である。使用者が、その内部に必要な労働安全衛生に関する専門家が存在していない場合、労働安全衛生コンサルタントに職場の労働環境について援助を受けることができるが、労働環境法違反の是正に関してはコンサルタントからの援助が義務づけられる場合がある（法 12 条・13 条）。

1.3. ストレスマネジメントの具体的方策

1.3.1. 1 次予防面

労働環境監督署による査察により労働環境の評価・改善のサイクルを通じて、企業による心理社会的ストレス対策の取り組みを進めることを目的としており、危険因子（労働量、速度、感情負担、夜勤・交替制勤務、暴力・脅威、いじめ・ハラスメント）ごとにガイドラインツールの活用により問題点を洗い出した上で、その改善のための対策を行っていくことが求められる。

ガイドラインは、職場リスク評価を行ってより良い労働環境を構築することによる利点を以下の 4 点に集約している。

- 事故および職業上の疾病に起因するコストの削減
- 病気休暇の削減
- （病気等による）被用者の配置転換の削減
- ・労働満足度、モチベーション、および生産性の向上

1.3.1.1. 職場リスク評価の要件

ガイドラインによれば、企業が職場リスク評価を遂行するに当たって必要となるのは以下の点である。

- 職場リスク評価は書面によらなければならない。
- 職場リスク評価は、管理職、被用者および労働監督官が読むことのできる場所に掲示されていなければならない。
- 職場リスク評価のプロセスに関しては、通常 5 つのフェーズから構成されており、各企業は、その中からもっともよく作用すると考える手法およびツールを選択しなければならない。
- 管理職および被用者は、職場リスク評価のプロセスにおいて協働しなければならない。

職場リスク評価のプロセスについては、労働環境法に基づいて設置が義務づけられている安全衛生委員会が関与すること

になる。このプロセスには、計画、編成、監視および評価を含むものである。安全衛生委員会の設置が義務づけられていない企業においては、被用者の代表が同様に関与しなければならない。

1.3.1.2. 職場リスク評価の 5 つの要素

職場リスク評価を機能させるためには、（1）労働条件の認識および対応関係の作成、（2）問題の記述と評価、（3）病気休暇への関与、（4）優先順位とアクションプラン、（5）フォローアップ、という 5 つの要素を含む形で職場リスク評価を行わなければならないものとされている。

1.3.1.2.1. 労働条件の認識および対応関係の作成

職場リスク評価のプロセスは、事業のすべての面における労働環境がどのようになっているかを位置づけなくてはならない。この場合、事業場外での労働についても同様に評価しなければならない。この位置づけに関して具体的な要件は定められていないが、少なくとも、被用者へとの面談、円卓会議、満足度調査（Trivselsundersøgelser）、質問票の配布、労働監督官によるチェックリストの利用、労働環境評議会による資料の活用などを通じて行わなければならない。問題がある場合、それは場合に応じてエルゴノミクス、バイオテクノロジー、化学、物理、社会心理に関して記述する必要がある。

1.3.1.2.2. 問題の記述と評価

問題の認識と位置づけによって、安全に関する問題が明らかとなった場合、当事者は、当該問題について記述し、どのように解決するかを評価しなければならない。この場合、企業が当該問題の本質、重大性およびその範囲について記述することが重要となる。同様に、問題の要因およびその最適な解決策について記述することも重要である。解決策については、問題の再発の回避、問題の源に向けられていること、被用者がより適切な方法で労働を行うことができるものであること、危険有害な状態について、より安全／ストレスの少ない／有害でない状態に置き換えること、できる限り多くの被用者を保護するものであること、必要に応じて被用者への教育訓練を行うこと、などが求められる。

1.3.1.2.3. 病気休暇への関与

安全かつ健全な労働環境は、被用者の長期欠勤を回避させるということは、逆に言うと労働環境に問題があれば、長期欠勤が増えるということである。したがって、職場リスク評価においては、企業の労働環境と病気休暇との関連性について明らかにすることが重要となる。この場合の評価の目的は、病気による休暇を減少することができるか否かである。

病気休暇が問題となっていない場合でも、企業は労働環境が全体としての病気休暇とどのように関連しているかについて評価を行わなければならない。病気の要因は多くの場合複雑かつ個別的であるため、病気休暇を取得している被用者は職場リスク評価に関与すべきではない。

1.3.1.2.4. 優先順位とアクションプラン

安全に関する問題は早急に解決されるべきであるため、企業は、安全に関する問題を把握した場合、その解決のために最良の方法を明らかにしなければならない。このアクションプランは、問題の概略および解決策の概略を記載することが求められ

る。職場リスク評価によって、健康に関する問題に被用者の安全衛生に喫緊の脅威が含まれている場合、企業は、即座に当該危険を除去するか受け入れ可能なレベルまで減少するための手段を執らなければならない。

1.3.1.2.5. フォローアップ

最後に、企業がアクションプランをどのようにフォローアップするかについてガイドラインを確立しなければならない。アクションプランを実施するのに誰が責任を持つのかを明らかにしなければならず、解決策がいつどのように機能しているか見定めた上で、必要に応じてアクションプランの改定を行わなければならない。

1.3.1.3. 労働環境監督署による査察の実際

上記の職場リスク評価のサイクルは、労働環境法に基づいて各企業により行われるが、これが適切になされているか否かの評価は労働環境署による査察を受けなければならない。以下では、労働環境監督署へのインタビューを踏まえた労働環境監督署による査察の実際について、その概略を述べる。

査察は、各企業に対して 3 年に 1 回のペースで行われることを基本とするが、労働環境に関してよりリスクが高いと評価された企業に対しては、必要に応じてこれよりも短いサイクルで行われる場合がある。また、査察のための使用者への訪問は、予告なしで抜き打ち的に行われるものとされているが、実務上は、査察に際して使用者側が提供すべき資料の準備や使用者の繁忙期などを考慮して、大まかな訪問時期については2ヵ月から6ヵ月前には使用者側に通知している。

使用者への訪問に当たって、査察官は、(1) 使用者から提供されたデータ、(2) 労働状況の観察、(3) 質問状への回答内容、という 3 点を中心として査察を行う。このうち、(1) については、当該資料が示すものと、実際の労働環境との間に齟齬がないかどうかを確認する。(2) については、人の配置、物の配置、被用者の労働の状態などについて観察するものであり、たとえば、ある部門の被用者が忙しく働いている状況の中で、他の部門の被用者が暇をもてあましているような状態であれば、人員の配置に問題があるものと判断される。(3) については、後述する COPQSOQ の簡易版の質問状への回答から、被用者の労働環境への認識や問題状況について調査を行うことになる。

このような査察の結果、労働環境に問題があるとされる場合であっても、その場での判断は行わず、持ち帰って合議の上で最終的な判断を行うものとされている。査察結果に不満がある使用者は、異議申立をすることができる。

査察の主たる目的は、被用者が病気にならない、あるいは疾病を引き起こす要因の排除である。あくまでもリスク要因を予防することが重要であって、必要以上に使用者のビジネスに介入することを目的とするものではない。査察官からみた労働環境法への対応に問題が生じる使用者の例としては、使用者自身の認識としては法に則した対応を行っているにもかかわらず、実質的にリスク要因を排除できていない場合、あるいは法への対応を必要以上に行った結果、かえって被用者へ過負荷が生じる

場合などが挙げられる。こうした事例に対しては、査察官による十分な説明を通じて対応してきており、最近では徐々に減少しているとのことである。

また、後述する与野党間の合意に基づく査察範囲の拡大を受けて、査察官自身の業務量が増加しており、その労働環境の悪化が懸念されるが、この点に関しては、上司と査察官との間で話し合いにより適宜調整を行うことになる。

1.3.2.　2 次予防面

職場における被用者のメンタルヘルス関連疾病の早期発見という 2 次予防に関しては、デンマークでは公的な規制ないしガイダンスは設けられてはいない。ただし、そのことがデンマークにおいて 2 次予防に関する意識が低いということを意味するものではない。以下、現地調査を踏まえたデンマークにおける 2 次予防の概要を述べる。

2 次予防に関連する前提として、疾病手当法の規定により、被用者が疾病により欠勤する場合、同法に基づく給付は、被用者が疾病により労務を提供できないとのみ規定されており、疾病が業務に起因するか否かを問わず支給される。したがって、疾病により欠勤する被用者は使用者に対してその病名を通知する必要がなく、また使用者も被用者の復職に関連して後述する医療情報法上の要件を満たす場合でなければ、単なる欠勤についてその理由を尋ねることは原則としてはできない。実務上も、デンマークへの訪問調査で見聞した限りではあるが、一般に使用者が疾病により欠勤している被用者がどのような疾病で欠勤しているかについて問うことは、プライバシーとの兼ね合いで難しいと認識されている。

したがって、2 次予防については、もっぱら個々の使用者によるその雇用する被用者の労務遂行状況へのマネジメントを通じて、被用者が職場環境に起因するメンタルヘルス関連疾患に罹患しないようにするという一般的な予防が中心となり、どのような予防策がとられるかは、もっぱら各企業の裁量に委ねられているといえよう。この点、デンマークへの訪問調査において、使用者団体、労働組合へのインタビューを通じて得られた話を総合するならば、労働環境に関連する問題に関してオープンに話し合いができる職場作りをしていかなければならないとの点については労使双方にて見解は一致しており、それを実現するための具体的な方策としては、職場におけるいじめ、暴力、脅迫、ストレスなどに関するガイダンスの作成および周知、年に 1 回は全員参加の話し合いの場を設けて上司と部下間、あるいは同僚間においてメンタルヘルスを含むさまざまな労働環境に関する問題について積極的なコミュニケーションをとることなどが重要視されている。こうしたコミュニケーションを通じて、上司や同僚によるメンタル不調となっている被用者への「気づき」や「声かけ」、また被用者自身によるメンタル不調の申出ができるような職場環境の構築が可能となるものと認識されている。

また、そうした環境作りの中では、管理職によるマネジメントが重要な役割を果たすことが期待されている。最近では、管理職への昇進要件として、部下たる被用者

への適切な指示・配置など従来的な人的資源の管理能力に加えて、メンタルヘルスに問題を抱える被用者への対処法について講習ないし研修を受けているかが問われることも多くなってきている。したがって、管理職への評価は、業績を上げているか否かのみならず、こうした被用者への対処ができているかどうかも最近では重視されるようになってきているといえよう。

1.3.3.　3 次予防面

1.3.3.1. 疾病手当法に基づく復職手続

上述のように、病気休暇からの復職に関しては、疾病手当法に規定が設けられている。以下に疾病手当法の規定内容を詳述する。

1.3.3.1.1. 使用者による面談および雇用維持計画

疾病手当法によれば、最初の欠勤の日以後 4 週間以内に、被用者の職場復帰の態様および時期に関する個別的な面談を行うために被用者を呼び出すことができる（法 7 条 a1 項）。この面談は対面で行うことが基本であるが、被用者の病状ないしその他の事情により出席が困難であるならば、電話によることも可能である。被用者が対面での面談に協力できなかったことは、疾病手当の受給には影響を与えないものとされている（同条 2 項）。

また、疾病により病気休暇を取得している被用者が、最初の欠勤日から 8 週間以内に復職することができないと予期している場合、被用者がどの程度の期間で復職できるかについて記載した雇用維持計画（retention plan）を要求することができる（法 7 条 b 1 項）。被用者はいつでも雇用維持計画を要求することができるが、使用者がかかる維持計画を作成しないと決定した場合には、使用者は被用者からの要求を拒否することができる（同条 2 項）。疾病被用者が雇用維持計画を受け取った場合、被用者は、自治体との間でフォローアップのために行う最初の面談の際に当該プランを提出しなければならなず、フォローアップは当該維持計画をベースとして行われる（同条 3 項）。

1.3.3.1.2. 地方自治体による面談およびフォローアップ

疾病手当法は、8 週間を超えて病気休暇を取得している被用者に対する自治体による面談およびフォローアップに関する規程を設けている。

1.3.3.1.2.1. 面談と情報シートの作成

自治体は、被用者の病気休暇の特徴と状態を考慮に入れた上で、個別的かつ柔軟なフォローアップのための行動計画を作成しなければならない。この過程において、自治体は被用者へ関与していかなければならない（法 8 条 1 項）。行動計画は、首尾一貫性と包括性を持ったものでなければならず、自治体は関係者と協力して作成していかなければならない（同条 2 項）。

自治体の担当者は、関連する利害関係者（使用者、医師、失業局、労働組合、リハビリ施設、病院・診療所）と連携していかなければならず、なかでも使用者とかかりつけ医との協力関係を構築することが必要となる（法 9 条）。

自治体は、被用者の病状等について必要に応じて照会を行うことができるが、医療情報の取得に関しては、適切な手続をふまなければならない（法 10 条 1 項）。また自治体は、当該事例に対する疾病手当の給付

等に関して十分な説明を行わなければならず、また病休被用者は、自らの病状を含む関連する情報について回答しなければならない（法 11 条 1・2 項）。自治体は、病気休暇の事例について情報シートを作成し、被用者に送付しなければならない。自治体は、この情報シートとフォローアップのための面談の結果を踏まえて、事例を以下の 3 つのカテゴリに分類して病休被用者に対応すべきとされる（法 12 条）。

- 早期復職が可能な事例（カテゴリ 1）
- 長期の疾病のリスクまたは労働に関してリスクを伴う事例（カテゴリ 2）
- 疾病が長期化している事例（カテゴリ 3）

1.3.3.1.2.2. フォローアップ

疾病被用者へのフォローアップの頻度は、上記のカテゴリごとに異なっており、カテゴリ 1 および 3 の場合は、最初のフォローアップは最初の欠勤日から 8 週間を経過したあとに行われ、2 回目は 1 回ののフォローアップから 3 ヵ月後に、それ以後は 3 ヵ月ごとに行われる。これに対して、カテゴリ 2 に属する場合は、最初のフォローアップについては同様であるが、2 回目以降は 4 週間ごとにフォローアップを行うこととされている（法 13 条 2 項・3 項）。

自治体が行うフォローアップも、使用者が行う場合と同様に対面での面談が基本となっているが、被用者からの要望や、復帰可能性が高い場合、手術を受ける予定がある場合、また病状により面談が困難な場合などの理由があれば、電話や電子メール、手紙で面談を行うことが可能である（同条 4 項）。これらのフォローアップについては再面談を行うことができ、その結果としてカテゴリの変更を行うこともできる（同条 7 項）。

自治体によるフォローアップは、病休被用者の雇用維持および早期復帰を図ることを目的として、病休被用者のニーズに合わせて全体的な調整を図っていくことが求められ、また継続的な対話を通じて、常に調整されなければならない（法 15 条 1・2 項）。被用者が労務復帰不可能と判断する場合もありうるが、それが正当化されるのは、自治体が当該被用者の復職に関してあらゆる手段を尽くした後である（同条 5 項）。

自治体が病休被用者に対して行うフォローアップは単発的なものでなく、常に次のフォローアップへと引き継がれていかなければならず、またフォローアップが調整・変更された場合には、後続のフォローアップにそれを反映させなければならない（法 16 条 1-3 項）。フォローアップに関する行動計画は、病休被用者に手交されなければならず、これはプランに重大な変更が加えられた場合にも同様である（同条 4 項）。

自治体は、段階的な復職に関連して使用者への働きかけを行い、また被用者をサポートすると共に、病状の進行について使用者と定期的なコンタクトを取っていかなければならない（法 17 条 1 項）。自治体は、すべての事例において、被用者ができる限り早期に完全復職することを確実にするために、段階的な復職を使用者に求めて行く必要があるが、かかる段階的な復職に関しては、基本的には自治体、使用者、病休被用者間の合意によって決定される

べきである（同条 2・3 項）。

1.3.3.1.3. 小括

以上、使用者・自治体による職場復帰に関する疾病手当法の規定を概観してきたが、これらの規定からデンマークにおける特徴を見いだすならば（1）話し合いを基礎とした職場復帰、(2) 自治体の積極的関与、(3) フォローアップの継続性といった点が挙げられよう。(1) については、疾病手当法は、病気休暇を取得している被用者の職場復帰に関する使用者、自治体の果たすべき役割を規定しているが、そのベースとなっているのは病休被用者との間の話し合いであり、被用者の病状や職場の状況を勘案して柔軟な対応を取ることが可能となっている。(2) については、疾病手当法の法的構造とも関連しているとはいえ、被用者と使用者という職場復帰の当事者にいわばコーディネーター的な役割を持って自治体が関与していくことによって、より冷静かつ客観的に職場復帰を進めていくことが可能となっている。

また、(3) については、上記の一連のフォローアップの過程について、わが国の労災補償における打切補償に相当する規定が疾病手当法には設けられておらず、フォローアップは病休被用者の職場復帰の可能性がある限り継続して行われる。このようにフォローアップが長期化する可能性がある点について、たとえばオランダのようにフォローアップ期間の上限を画するべきではないか、という意見はあるものの、人的資源の確保という目的からは重要であると一般には認識されている。ただし、フォローアップに関しては、使用者の経営状況次第で被用者の復職をどの程度待てるかは相当に異なるため、被用者間で不公平が生ずる可能性があるが、復職できなかったとしても失業保険をはじめとする社会保障制度が充実しているため、そこまで大きな問題とはなっていないようである。

デンマークにおいては、法的な規定は上記の通りであるが、実際の復職に関しては、いずれにしても使用者と労働者の話し合いを通じてどのような形で進められるかが決まるといえよう。

1.3.3.2. メンタルヘルス、病気休暇および職場復帰に関する調査報告および勧告

上記のような疾病手当法に基づく復職に関連して、国立労働環境研究センター内の研究グループは、特にメンタル関係に起因する病気休暇と復職に関する研究として、「メンタルヘルス、病気休暇および職場復帰に関する調査報告および勧告（Mental health, sickness absence and return to work, デンマーク語：Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde）」と題する報告書を 2010 年 4 月に発表している[16]。

この報告書によれば、デンマークにおけるメンタルヘルスの問題は、メンタル不調による欠勤の増加のほか、障害年金の受給者数増加といった問題を惹起しており、これら問題によるコストは、55 億デンマーククローネに達しており、そのうちの 90%を病気休暇、早期退職、能力の減少が占めており、医療にかかる費用は 10%にすぎないとされている。

また、雇用及び医療の介入を組み合わせた復職介入により、メンタルヘルス問題を

抱える被用者の病気休暇取得を減少させる効果がみられるとするが、かかる介入に当たっては、被用者の機能レベルを考慮し、職務内容の変更をすることが重要である。治療に関しても、医学療法のみならず心理療法へアクセス可能とすることを意味する協働的治療およびエビデンスを基礎としたガイドラインの適用により改善されると結論付けている。

また、メンタルヘルス問題に関して、ネガティブな結果を避けるための 9 つの勧告を行っている。

1. メンタルヘルス問題の早期発見および治療の保証
2. 個人の機能レベルと、それがどのように労働能力に影響するかについての資料へのアクセス
3. 機能レベルが低下している被用者に対する職務内容の変更
4. 職場復帰に関して、利害関係者すべてによる協力および関与
5. 被用者の病気休暇および職場復帰の選択についてのカウンセリングにより職場内の協力の促進
6. 被用者の職場復帰に関して、社会的統合の促進
7. 病気休暇および職場復帰に関する企業方針の採用および実践
8. オープンで、メンタルヘルス問題を受け入れられる職場文化の発展
9. 職場における健康促進介入の実践および職場におけるストレス要素の減少

1.4. 専門家や専門機関の活用によるストレスマネジメント

デンマークにおけるメンタルヘルス対策は、上述のように労働環境に対する職場リスク評価とその改善が中心となっている。実際に政策を展開していくにあたっては、国立労働環境研究センターによるさまざまな研究に基づく専門的知見が利用されてきているが、そうした知見の中でも特に重要なのは、労働環境の職場リスク評価に関する標準的調査票として開発されたコペンハーゲン心理社会調査（Copenhagen Psychosocial Questionnaire; COPSOQ）ではないかと思われる。以下、その背景と概要について述べる。

1.4.1. コペンハーゲン心理社会調査（COPSOQ）

1.4.1.1. COPSOQ 開発の背景と目標

COPSOQ は、デンマークの労働環境の専門家や研究者のために、広範囲な心理社会的要素を包含した標準的かつ有効な調査票として 1997 年に開発された[17]。その背景には、労働における心理社会的なストレス要因が、筋骨格障害（musculoskeletal disorder）、心臓血管系疾患（cardiovascular disease）、精神病、ストレス、燃え尽き症候群（burnout）、生活の質（quality of life）の低下、病気休暇（sick leave）、労働移動（labor turnover）、モチベーションと生産性の低下といったさまざまな問題を引き起こす要因となっており、それは労働者のみならず、企業にとっても社会にとっても重大な問題となっているとの認識が存在している。

COPSOQ に関する研究は、1990 年代半ばに当時のデンマーク国立労働衛生機構（現在の国立労働環境研究センター）に心理社会部門が設立されたことを契機とし

ており、労働衛生サービスや労働環境監督署、労働衛生クリニックなどから労働環境の専門家の知見を得て作成されている。COPSOQ は、調査票の長さに応じて、研究者向けとして詳細版、労働環境の専門家向けとして中間版、職場での簡易調査向けとして簡易版という 3 種類により構成されており、目的に応じて利用することができるようになっている[18]。

COPSOQ が目標としているのは、(1) 労働における心理社会的要素の評価のための有効かつ妥当な手法の展開、(2) 国内的および国際的な比較を可能とすること、(3) 介入の評価を改善すること、(4) サーベイランスおよびベンチマーキングの促進、(5) 利用者にとって難解な概念および理論を理解しやすくすること、である。その上で、COPSOQ における調査票は、(1) 理論をベースとするが特定の理論に固執するものではないこと、(2) 様々な分析レベル（組織、部門、職種、人と労働の界面（person-work interface）、個人）に関連した次元により構成されていること、(3) 職責（worktasks）、組織労働、労働における内部的人間関係、協働、リーダーシップに関連した次元を包含していること、(4) 潜在的な労働へのストレッサーのほか、サポート、フィードバック、コミットメント、良好な健康状態のようなリソースを含めること、(5) 包括的であること、(6) 労働市場におけるすべての産業部門（産業のみならず、サービス部門、保健福祉部門、コミュニケーション部門など）に適用可能であるという意味で一般的であること、(7) 調査票のうち、中間版および簡易版については、労働環境の専門家や被回答者（被用者）にとってユーザーフレンドリーであること、といった原則により作成されている[19]。

1.4.1.2. COPSOQ II

今日では、COPSOQ は労働環境における心理社会的状況を把握するためのツールとして、特に労働環境法上定められている職場リスク評価を行う際の標準的な調査票として利用されるようになっている。COPSOQ は、その後のフィードバックや心理測定学的分析（psychometric analyses）を利用することを可能とするために、現在では、COPSOQ II へと発展を遂げている[20]。

1.4.2. COPSOQ 調査に見るデンマークの労働環境の現状

COPSOQ の調査票による労働環境の現状測定は、デンマークのみならず、調査票が各国語に翻訳されるなど世界各国において利用されるようになってきている。また、その調査内容も、職種を区別しない一般的な調査から、女性労働者、福祉サービス労働者、看守、看護師など特定の労働者を対象として、その労働環境の調査が行われてきている[21]。

また、デンマーク国内においては、国立労働環境研究センターによって、2004 年から 2005 年にかけて、COPSOQ II を利用した心理社会的労働環境の全国調査が行われている。これは、無作為抽出により 20 歳から 60 歳までのデンマーク国内に居住する 8,000 人に対して、COPSOQ によるアンケート調査を行い、賃金労働者である 3,517 人から得られた回答をベースとしてデンマークの被用者の社会心理的労働環境の現状を示したものである[22]。これを基礎データとして、さまざまな研究が国立労

働環境研究センターを中心として展開されてきている。以下にそのうちの主要な研究の概要を述べる。

1.4.2.1. デンマークにおける被用者の心理社会的労働環境の推移に関する研究

Pejtersen らによる研究は、上記 2004 年から 2005 年に行われた COPSOQ II による調査結果を、1997 年調査と比較してデンマークにおける心理社会的労働環境の状況の推移を分析したものである[23]。デンマークの被用者の心理社会的労働環境は、上記の期間中全体として悪化していると結論づけており、特に攻撃的なふるまい（offensive behavior）については、仕事上の葛藤（conflicts at work）や中傷・陰口（slander and gossip）などが増加していると指摘している。

1.4.2.2. 心理社会的労働環境と病気休暇の連関性に関する研究

Rugulies らによる研究は、COPSOQ 調査により測定された心理社会的労働環境の状況をベースとして、調査後 1 年以内に 3 週間以上の病気休暇を取得した被用者の心理社会的労働環境を健常者と比較して、被用者の心理社会的労働環境の状態と病気休暇取得との関連性を調べたものである[24]。それによれば、デンマークにおいては、特に高度の感情的要求（high emotional demands）および高度の役割葛藤（high role conflicts）が病気休暇取得に関する重要なリスク要因となっており、これらの状態を把握することにより、COPSOQ II による社会心理的労働環境の調査は、個別被用者の健康状態把握のためにも利用できることを示唆している。もっとも、この研究における調査対象の被用者の病気休暇測定は、デンマーク全国社会移転支出公報（Danish National Regsiter of Social Transfer Payments, DREAM）から病気休暇給付の取得の有無を調査するという形で行われているため、当該被用者の具体的な病名については明らかではない。したがって、メンタルヘルス対策として、上記の要素について特に重視すべきということにはならないものの、労働環境が被用者の健康に与える影響の予測について COPSOQ が利用できるという示唆は、メンタルヘルス対策にも重要な意義を有するものであるといえよう。

1.5. 雇用にかかる精神障害者差別禁止法

本調査においては、デンマークにおける精神障害を理由とする差別禁止について、メンタルヘルス対策との関連性は資料によっても、現地調査におけるインタビューにおいても具体的な事例を見出すことができなかった。したがって、ここでは、一般的な雇用差別禁止に関する法の枠組に関する概要を述べるにとどめる。

1.5.1. 雇用差別禁止法

デンマークにおける雇用における差別禁止立法として、雇用差別禁止法（Act on Prohibiting Discrimination in Employment, デンマーク語：Bekendtgørelse af lov om forbud mod forskelsbehandling på arbejdsmarkedet m.v.）[25]が制定されている。

雇用差別禁止法は、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した直接および間接差別を禁

止している（法 1 条 1 項）。この他、ハラスメント（同条 3 項）なども禁止されているが、法は、労働協約に差別禁止の定めがある場合には適用されず（同条 6 項）、また労働協約による年齢および障害に対する非差別的な扱いについては、2000 年 EU 指令[26]に合致している限りにおいて、法の適用を受けないこととされている（同条 7 項）。

これらの差別の禁止は、採用、解雇、配転、昇進、賃金、その他の労働条件（法 2 条）、職業訓練（法 3 条）、採用時の情報収集（法 4 条）、募集広告（法 5 条）などあらゆる雇用上の場面について適用がある。

また、法違反に対しては、平等取扱の請求、損害賠償の請求が認められるほか、企業に対しては罰金刑が科される場合がある。

以上のように、デンマークにおける雇用差別禁止法は、ほかのヨーロッパ諸国と同様に、基本的には EU 指令への準拠を目的としているが、労働協約に定めることにより法の適用を排除するという点がデンマーク的特徴であるということができる。

1.6. メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制

1.6.1. 労働市場における医療情報等の利用に関する法律

上述のように、デンマークにおいては、被用者が疾病により欠勤する場合には、疾病手当法に基づいて所得保障が行われるが、いかなる病気によって休業するかについて使用者に報告する義務はない。しかし、復職に関しての話し合いを行うにあたっては、段階的に復職を行っていく際に、ある程度までは被用者の病状を把握する必要性があるが、使用者が被用者の医療情報を取得することによって被用者の雇用上の地位に不利益が生じる可能性があることは否定できない。

デンマークでは、被用者の医療情報へのアクセスに関して、「労働市場における医療情報等の利用に関する法律（Act on the Use of Health Information in the Labor Market, デンマーク語：Lov om brug af helbredsoplysninger m.v. på arbejdsmarkedet）」と題する法律が 1996 年に制定されている。

同法は、「採用または雇用を維持するための被用者の能力を制限するために誤って医療情報が使われることがないように確保すること」をその目的とし（法 1 条 1 項）、使用者が、被用者に対してその医療に関する情報の提供を求めることができるのは、「労働者の採用および雇用に関して、被用者が当該職務を遂行するための労働能力に重大な影響を及ぼすような疾病に罹患しているかまたは疾病の症状を示しているか否かを明確にするため」場合に限られるとの原則を定立している（法 2 条 1 項）。

医療情報法に関連して 2009 年に雇用大臣名で公表された「使用者による被用者の疾病に関連する情報の依頼に関するガイダンス（Vejledning om arbejdsgivers indhentelse af oplysninger i forbindelse med lønmodtagerens sygdom）」によれば[27]、被用者の病気休暇に関して、使用者が被用者に対して面談を求めることに関しては、労働協約などにより権利を放棄していなければ、経営権（managimental right）に基づいて行うことができるとした上で、使用者が

被用者の医療情報へアクセスしようとする際の留意点について具体的に明らかにしている。

それによれば、使用者が被用者に対して疾病に関して質問することができるのは、当該疾病が被用者の労務の提供に重大な影響を与える場合に限られるのが原則であり、被用者が疾病に罹患したと連絡してきたときですら、被用者の病状について尋ねることができるのは例外的な状況（たとえば、被用者が労務提供について重大な影響を及ぼす疾病に罹患していることが使用者に明らかな場合など）に限られている。

したがって、メンタルヘルスに問題を抱えた被用者の場合であっても、使用者がかかる被用者の治療状況などについて直接アクセスすることはできず、復職との関連で、病気の被用者が、どのような機能について問題があるのか、どのような行為ならば可能なのか、どの程度の欠勤が生じるのか、などについて確認することができるにすぎないものとされている。

1.7.　法政策の背景

デンマークにおける一般的なメンタルヘルス問題として挙げられるのは自殺者の多さであろう。デンマークは、1980 年には国民 100,000 人あたり 35 人が自殺するという世界で有数の自殺率の高さが社会問題となっており[28]、この数値自体は年々減少傾向にあるものの[29]、今日でも自殺者対策は、デンマーク社会にとって喫緊の課題となっている。

このことを裏付けるように、上記「メンタルヘルス、疾病休業および職場復帰に関する調査報告および勧告」では、デンマークにおける成人人口のうちメンタルヘルス問題を抱える人の比率は、他のヨーロッパ諸国と比較して 12%から 27%ほど高いことが指摘されている[30]。

しかし、デンマークの現地調査を通じて明らかになった点として、このように自殺者が多いということと、職場におけるメンタルヘルス対策との間には直接的な連関性はないということである。1995 年の労働環境法の改正により導入された心理社会労働環境の知見を基礎としたリスク評価の義務づけという政策は、政府、使用者団体、労働組合という三者間において労働施策を構築していくというデンマークの伝統的法文化に則って、労働災害やそれに伴う疾病休暇取得の減少ためにいかなる法政策を展開すべきかという話し合いの中で導入されたものである。ここでは、メンタルヘルス対策は、筋骨格系障害や騒音など、従来の労働安全衛生上問題とされる領域と並列的に位置づけられているにすぎない。

したがって、デンマークにおける法政策の肝要は、人的資源を大切にするという基本原則にのっとったうえで、政使労の三者間での話し合いを通じて政策を構築・展開してきたというその法文化にあるのではないかと思われる。

以下では、デンマークにおける法政策の背景とその展開について政府機関により公表されている報告書・白書を通じて検討していく。

1.7.1.　「クリーンな労働環境への行動計画」

デンマークにおいては、1996 年 4 月に雇用担当大臣、労働環境監督署がソーシャ

ル・パートナーと協力して、2005 年までの 10 年間における安全衛生の改善に関する枠組とその具体的な行動計画を設定することを目的として「クリーンな労働環境への行動計画（Action Program for the clean working environment 2005, デンマーク語 : Handlingsprogram for et rent arbejdsmiljø år 2005）」と題する行動計画が公表された[31]。デンマークにおいて安全衛生に関して包括的な行動計画について合意したのは今回が初めてである。

このような行動計画を策定した背景として、デンマークは、労働に関する安全性は他国と比較して高く、労働災害を回避するための努力を続けているにもかかわらず、1994 年の段階で 47,500 件以上の労働災害および 15,500 件の職業上の疾病が報告されており、労働環境の状態が良好とはいえないという状況が指摘されていた[32]。こうした問題を受けて、「すべてのデンマーク企業は、その将来像として人々を第一としつつ持続可能な発展のための競争的基礎として、（労働の）創造性、質、生産性のための安全で健康的で刺激的な枠組を提供しなければならない」として、労働事故や危険・有害物による健康障害、重量物運搬等に伴う筋骨格系障害、労働における心理社会的危険に起因する健康障害の減少・排除のために必要な施策について設定した。また、本行動計画策定にあたっては、1995 年 4 月にソーシャル・パートナー、雇用担当大臣、労働環境局の代表により構成された委員会が、心理社会的労働環境に関して、労働環境局の役割と方法に関して詳細な調査を行い、雇用担当大臣に勧告を行っている。この委員会では、企業、使用者、労働組合、労働監督署など労働環境の領域に関与する当事者が、心理社会的労働環境に関連する問題をいかに取り扱うべきかについての提案がなされている[33]。それによれば、心理社会的労働環境のリスク要因は、企業の経営上の決定に関連している要因（賃金、昇進、雇用の不安定性、職場におけるいじめ、ハラスメントなど）と被用者の労働状況に直接間接に関連している要因（反復労働、暴力のリスク、単独労働、シフト労働、バーンアウト）とに分類し、前者については、被用者や安全衛生の専門家と協力しつつ、企業が自身で解決すべき要因であり、後者については、労働環境局が介入すべき要因であるとしている[34]。

本行動計画により、労働環境法をはじめとする関連立法についてさまざまな改正が行われた。行動計画の報告書に示された法改正の概要は以下の通りである[35]。

1997 年：

- すべての企業に書面での職場リスク評価を義務づけ
- 5 名以上の被用者を雇用する企業に安全衛生委員会の設置を義務づけ
- 安全衛生の専門家のための 37 時間の新しい訓練モデルの策定
- 労働安全衛生コンサルタントに関する質的な保証制度の導入
- 労働安全衛生コンサルタントに関するテストスキームと評価の導入
- 産業別安全衛生評議会（branchesikkerhedsrådene, BSR）を 11 の産業別労働環境評議会（branchearbejdsmiljøråd, BAR）へと改組

- 労働環境基金（Arbejdsmiljøfondets）の任務を産業別労働環境評議会と労働環境評議会へと再割当
- 単一の組織としての労働環境監督署の編成
- 新しい苦情申立制度の導入
- 独立した研究機関として国立安全衛生機構の設立

2000 年～2001 年：
労働環境改善のための努力を強化するために企業に対して経済的インセンティブを与えるための包括的パッケージの構築が行われた。パッケージの内容は、以下の通り。

- 常勤被用者数（FTE）を基礎とした一般安全衛生税（arbejdsmiljøafgift）および国家労働災害委員会（Arbejdsskadestyrelsen）により課された補償および損害賠償を基礎とした税金の導入（Act No. 1247 of 20/12/2000）
- 特に良好な労働環境であることを証明した安全衛生認証を受けた企業については、当該企業が一般的安全衛生上の義務のために費やした金額を補助金として受け取れる可能性を認めるという認証および補助金制度の導入（Act No. 442 of 07/07/2001）
- 特に多忙な産業部門における労働環境の監督のために手数料徴収制度の導入

2001 年には労働環境の改善のための法改正が行われた。

- 社会心理的労働環境を含む労働環境上の主要領域における法違反に対する過料決定の権限を労働環境監督署に与える（Act No. 442 of 07/06/2001）
- サービス提供事業者が労働環境法の下で有する義務について提供者責任（Udbyderansvar）の肯定（Act No. 331 of 16/05/2001）
- 建造物所有者の責任の厳格化
- 労働安全衛生コンサルタントが健康促進のために行うことのできる範囲の拡大。2001 年財政法により、4 年間でデンマークのすべての企業へ安全衛生コンサルタントを展開することが決定された

2002 年：

- 一般安全衛生税の廃止（Act No. 435 of 10/06/2002）
- 一般労働安全税に対する補助金の廃止（Act No. 436 of 10/06/2002）
- 10 名未満の被用者を雇用する企業に対して安全衛生委員会の設置義務の廃止
- 手数料徴収による監督制度の廃止
- いじめに関する労働協約モデルを作成し、セクシュアル・ハラスメントを含む職場でのいじめの事例を監督し処理する権限を当事者に与える労働協約の交渉を当事者へ許可する
- 私宅における非営利的性質の労働に対する監督権限の限定

2004 年：

「被用者と企業にとっての良好な労働環境（Et godt arbejdsmiljø for medarbejdere og virksomheder）」と題して、以下のような労働環境法の改正が行われた（Act No. 425 of 09/06/2004）。

- どの企業が労働環境監督署による監督を必要とするか決定するために、被

用者を雇用するすべての企業は、今後7年の間に査察を受けること
- 労働安全に関する援助を必要とする企業に対して、労働安全衛生コンサルトの利用義務づけを含む強制的コンサルティング制度の創設
- 4年をメドに企業内安全衛生サービス義務の段階的廃止
- 労働安全衛生コンサルタントについて労働大臣による認可制度の創設
- 労働監督署のウェブサイトで3種のスマイリーによる企業の労働環境の状態の表示
- 建設業の領域における労働安全衛生のコーディネイターのための安全衛生教育の強化
- 労働環境監督署が企業に対して拘束力のある助言を与えることを可能とする
- 企業における職場リスク評価に病気休暇を含める

これらの多種多様な政策展開には当然ながら失敗したものも存在している。たとえば、2000年に導入され（2001年1月1日より施行）、2002年に廃止された一般労働安全衛生税法（Lov om en generel arbejdsmiljøafgift）は、使用者が安全かつ健康的な労働環境の提供を奨励することを目的として、使用者に対して課すものであった。この税は、使用者が雇用している常勤雇用者（FTE）の人数に応じて課すものと、2.8億クローネを労災補償の支出の多い使用者が按分して負担する形で課されるものとがあり、前者は国庫に、後者は労災補償の保険者に対して納入するという仕組みとなっていた。また、これらの税の使途については、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（Lov om arbejdsmiljøcertifikat til virksomheder og om statstilskud til virksomheder med certifikat）を制定し、特に良好な労働環境であることを証明した労働環境認証を受けた企業については、当該企業が一般的安全衛生上の義務のために費やした金額を補助金として受け取れる可能性を認めるという認証および補助金制度を導入することにより、最終的に企業に還元するものとなっていた。

これが2年足らずで廃止されるに至った最大の理由は、2001年11月に行われた総選挙で、1993年から社会民主党を中心とした連立内閣で政権を担当してきたポール・ニューロップ・ラスムセン（Poul Nyrup Rasmussen）内閣が敗北し、左翼党と保守国民党の連立政権により左翼党のアナース・フォー・ラスムセン（Anders Fogh Rasmussen）内閣に取って代わられたことであろう。同内閣のクラウス・ヨート・フレデリクセン（Claus Hjort Frederiksen）雇用大臣は、一般労働安全税について、同税が国家財政的の補充を目的としており、労働環境の改善という本来の目的を損なってしまっていること、また、こうした状況からすれば、同税の使途を企業のために用いられる可能性が少なく、同税に関連した認証と補助金支給制度についても官僚的かつ高価なシステムとなっており、労働環境の改善に寄与しているとは言い難いとして法の廃止を提案し、最終的に2002年10月に可決された。

こうした例から明らかなように、デンマークにおける法政策の展開は、その時々

の政治状況を反映して、試行錯誤を続けてきているものといえよう。

1.7.2. 「将来の労働環境に関する報告書」

上記の行動計画に伴う法改正により、デンマークにおける現在の労働環境改善に関する制度枠組が構築されたこと受けて、デンマーク政府は 2005 年 12 月に「将来の労働環境に関する報告書（Report in Future Working Environment 2010, デンマーク語：）」を発表し、2005 年から 2010 年までの 5 年間における労働環境改善のための優先順位を設定した[36]。この報告書は、労働環境に関して焦点を当てるべき問題を明らかにした労働環境監督署、国立安全衛生機構、労働災害全国委員会（National Board of Industrial Injuries, デンマーク語 : Arbejdsskadestyrelsen）の三者によって 2005 年 5 月に発表された「将来の労働環境（Fremtidens Arbejdsmiljø）」を技術的な面における基礎とし、労働環境評議会による「2010 年度までのデンマークにおける全体的労働環境の優先順位に関する新国家行動計画に関する報告書（Oplæg til ny national handlingsplan og prioriteringer for den samlede arbejdsmiljøindsats i Danmark frem til udgangen af 2010）」と題する勧告により政策の優先順位と数値目標が定められ、労働環境専門家を対象とした公聴会開催による意見聴取を経て作成されたものである。

この報告書においても、労働環境監督署が毎年 40,000 件以上の労働災害と約 12,500 件の労働に関連した健康問題の報告を受けていること、また労働災害全国委員会でも毎年 13,000 件から 14,000 件の労働災害および 2,000 件から 3,000 件の職業関連の疾病の報告を受けていることから、依然として労働環境に起因する問題が解決していないことが指摘されている。また、優先順位の設定にあたっては、グローバリゼーションと国際的競争の拡大、サービス産業の成長、急速な技術発展、高齢化、移民人口の増加など現在のデンマーク労働市場における発展傾向と既知の労働環境の問題の継続性、伝統的な生産関連の労働環境問題により影響を受ける職種の減少、座業による職種の増加、肉体的負担のある職種の増加、職場の人員構成の変化、技術発展により発生している新しいリスク要因の可能性といった労働環境の発展傾向を考慮すべきであるとしている。

こうした考察を踏まえて、政府は、労働災害、心理社会的労働環境、騒音、筋骨格系障害の 4 つの労働環境問題について優先課題として数値目標を設定した。このうち、メンタルヘルス対策にとって重要な心理社会的労働環境の改善については、病気休暇の 10 %削減が数値目標として設定されている。

1.7.3. 「2020 年までの労働環境へのエフォートに関する戦略（A Strategy for working environment efforts up to 2020）

上記のように 1990 年代後半から展開されている心理社会的労働環境のリスク要因の把握とその改善を労働環境監督署の査察により担保していくというデンマークの 1 次予防を中心としたメンタルヘルス対策は、さらなる展開を必要としている。この点に関して 2011 年 3 月 22 日に政府（デンマーク自由党、保守人民党）と野党（社会民主党、デンマーク人民党、社会自

由党）との間で、2012 年から 2020 年の労働環境に関する政策目標に関する合意がなされている[37]。心理社会的労働環境に関しては、2014 年と 2017 年の中間評価を経て 2020 年までに心理的に過負荷となっている被用者数の 20%減少を達成すべき目標として設定されている。

また、この合意においては、19 項目の新しいイニシアティブが掲げられているが、中でもメンタルヘルス対策との関連で重要と思われるのは、労働環境監督署による査察について、二段階のリスク対応方式（risk-based inspections in two tiers）により行われるべきとしている点である[38]。これが意味するところは、もっとも深刻な安全衛生問題を抱えている企業に対しては、現在行われているよりも詳細な査察を行う権限を労働環境監督署に与えるということである。また、このことと関連して、常勤換算（Full-Time Employees, FTE）で 2 名以上の被用者を使用するすべての企業に対して査察を行うべきこと、また常勤換算 2 名未満の被用者を使用する企業の半数についても同様に査察を行うべきことについて合意されており、かかる合意に即した法改正もすでに行われている。

1.8. 確認できる効果

デンマークに限らず、メンタルヘルス対策について確認できる効果を測定することはそれほど容易ではない。しかし、デンマークの場合は、心理社会的労働環境の職場リスク評価とその改善を通じて被用者のメンタル不調を阻止していくという 1 次予防が中心となっていること、また政策目標として病気休暇の削減を掲げていることから、これらの点について効果がどのようなものであるかを俯瞰していく。

1.8.1. 労働環境監督署による査察の結果

労働環境監督署による各企業に対する査察結果は、労働環境監督署のウェブページ（http://arbejdstilsynet.dk/da/）にスマイリーとして表示されている。本報告書の執筆時点（2012 年 3 月 5 日）における各スマイリーの取得状況は、クラウンスマイリー:3,322、グリーンスマイリー:87,125、イエロースマイリー：4,552、レッドスマイリー：747 となっており、労働環境に問題のある企業（イエロースマイリー・レッドスマイリーの合計）の割合は、査察を受けた企業全体の 5.5%となっている。この数値をどう見るかについては評価が分かれようが、デンマーク国内における企業数は 2009 年時点で 299,248 であり[39]、査察を受けた企業の割合が全体の 3 分の 1 程度にすぎないことに留意が必要であろう。

上述のように、2012 年から 2019 年までの 7 年間で常勤換算で 2 名以上の被用者を使用するすべての企業および常勤換算で 2 名未満の被用者を使用する企業の半数について査察が行われることから、これらの査察の結果、上記のスマイリーの比率に変化が現れるかどうかについて今後注視していくべきであろう。

1.8.2. 2010 年度デンマーク労働健康調査（Work and health in Denmark 2010）

2005 年調査からの改善として、上司や同僚によるメンタルヘルス問題への援助がより期待できるようになっていることが挙げられている。

悪化した点としては、労働における感情

的な要求の増大、意義ある労働と感じる労働者数の低下などが挙げられている。

また、上記「メンタルヘルス、病気休暇および職場復帰に関する調査報告および勧告」によれば、メンタルヘルス問題にかかる直接・間接費用の総計が 550 億デンマーククローネであり、医療に関する直接費用は全体の 10%を占めていると推計されている。間接費用は、早期退職、長期病気休暇、個人の生産性の低下などが挙げられている[40]。

2. 私法

2.1. 概要

デンマークにおける私法上の法的規制および裁判例に関しては、今回の現地調査におけるインタビューを通じても具体的な問題を確認することができなかった。そこで説明された理由として、デンマークの文化的特徴として特に強調される対話を通じた解決は、こうした問題においても貫徹されており、実際にメンタルヘルスの問題が裁判に至る前に、労組経由の調停を通じた和解で解決することがほとんどであるということであった。

そこで、本報告書では、現地調査にて提供を受けたメンタルヘルスに関する労使協定の検討を通じて、デンマークの労使がメンタルヘルスの問題にどのように対処しているかを紹介するにとどめる。

2.2. 「職場における健康と良好なメンタルヘルスに関する協定」

本協定は、2008 年 3 月にデンマーク経営者連盟（Dansk Arbejdsgiverforening, DA）傘下の使用者団体であるデンマーク産業連盟（Dansk Industri, DI）[41]とデンマーク労働総同盟（Landsorganisationen i Danmark, LO）傘下の労働組合であるデンマーク産業被用者中央連合（Centralorganisationen af industriansatte i Denmark, CO-industri）との間で締結された「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（Aftale om trivsel på arbejdet og et godt psykisk arbejdsmiljø）」と題する労使協定である。

2.2.1. 目的・適用範囲

本協定の目的は、仕事への満足度と良好な心理社会的労働環境の構築を促進すると共に、心理社会的労働環境における問題について、できる限り当事者間で解決することを確保することを目的としている。

また、本協定の適用範囲は、DI と CO-industri によって締結されている労働協約の傘下にある企業およびそこで雇用されている被用者となっている。

2.2.2. ソーシャル・パートナー

本協定は、個人の職務権限から直接的または間接的に発生する心理社会的労働環境に関する問題の取り扱いについて適用され、企業、経営者と被用者、被用者とその代表者、さらには被用者自身の相互作用に関するすべての経営上の決定の結果生じる効果によって惹起される問題を包含する。また、これには企業外の要素から生じる結果をも含むものである。

DI および CO-industri は、かかる職場の危険を除去するために、労働環境監督署に代わって対等な責任により行政命令 559 号 9 条 a の規定へのコンプライアンスを確保することにつき同意する。なお、労働環境監督署は、本協定への違反申し立てに対する手続を当事者が開始しないなどの場合につき、その監督権限を行使するものとする。

2.2.3.　紛争解決への取り組み

一般的な労使紛争において、心理社会的労働環境が問題の背景となっている場合には、当事者は企業内に設置される共同委員会（Samarbejdsudvalget）[42]においてその問題の解決に取り組まなければならない。問題を解決できなかった場合、TekSam[43]の事務局に当該問題の内容を送付しなければならない。

TekSam では、まずコンサルタントが問題の解決に取り組むが、それが失敗した場合には、上層部へ報告書を作成する。上層部でも解決策が見いだせなかった場合には、TekSam 上層部報告書を DI および CO-industri へ送付し、その後は、一般労働協約に基づき専門家による仲裁へと移行する。問題の調停のための調査に失敗した場合には、仲裁機関は、関係当事者に対して罰金を課すことができる。

共同委員会の設置義務がない 35 名以下の被用者を雇用する企業では、TekSam において手続が開始される。

また、個別の被用者に関するような特定の問題については、関連する労働協約に基づく一般的なルールの下で処理されることになる。

2.2.4.　共同委員会と TekSam

共同委員会は、心理社会的労働環境に関する原則およびガイドラインについて協議すべきであるとされ、個別の被用者の問題には関わらないこととされている。

また、TekSam のコンサルタントへは匿名でコンタクトを取ることが可能であり、この場合は、共同委員会が招集され、コンサルタントによって問題が提示された後、共同委員会は自らのイニシアティブによって調査を開始することになる。

2.2.5.　まとめ

本労使協定は、個別の被用者の問題を処理するためのスキームを構築するのではなく、企業と労働者が協力して良好な心理社会的労働環境を構築していくために一般的な問題として話し合いの場を設けることが主な目的となっている。

本協定により、どの程度の問題が解決されてきているのかという点に関する具体的統計は存在していないものの、個別の被用者に関してではなく、職場全体に関して問題点を労使間の対話を通じて解決を図ろうとすることは、デンマークの労使文化を反映した特徴的な取り組みであるといえ、わが国の労使協議制度において同様の仕組みを設けることは不可能ではないとも考えられ、その意味でも参考になりうるのではないかと思われる。

DおよびE．考察および結論

デンマークにおける産業精神保健法制度は、労働環境法を中心として、いわゆる PDCA サイクルに準じた形で心理社会的労働環境（psychosocial working environment）に関する職場リスク評価とその改善という 1 次予防を中心として進めていくことを企業に義務づける形で発展してきた。その上で、企業の労働環境改善の実施状況を労働環境監督署による予告なしの査察および認証を通じて法の履行を確保するところに制度としての特徴を見ることができる。

また、デンマークの労災補償に関しては、PTSD を業務上疾病として明示するとともに、ストレスを要因とするそれ以外の精

神障害についても、業務上疾病として認定可能か否かの検討が行われている。現在は、エビデンスの不足などから認定までには至っていないものの、労災補償の申請件数の多さからすれば、今後も検討の対象となり続けていくのではないかと考えられ、その検討結果には引き続き注目する必要があろう。

デンマークの法政策の背景としては、労働政策および社会保障政策において先進的な取り組みを行ってきているにも関わらず、労働災害や労働を要因とする病気休暇が減少していないこと、人的資源にさほど恵まれていないことからその活用を図っていかなければならないことなどが挙げられよう。そうした中で、デンマークにおける一つの特徴である政府・使用者団体・労働組合の話し合いによって労働政策の方向性が定まるというデンマークの法文化が、心理社会的労働環境の知見を利用した労働環境のリスク評価とその改善という形で結実したものといえるが、これは、あくまでも従来の労働安全衛生の枠の中で考えられてきており、メンタルヘルス対策に特化したものではないという点には留意が必要であろう。1990 年代後半から現在に至るまで、デンマーク政府はさまざまな行動計画や戦略を積極的に設定してきているが、このことはメンタルヘルス対策を含む労働環境の改善が、デンマークにとって重要な政策課題となっていることを示しているということができる。

1 次予防の中心をなす労働環境法に基づく職場のリスク評価は、労働状態の認識および対応関係の作成、問題の記述と評価、病気休暇への関与、優先順位と行動計画、フォローアップという循環的な形で行われるものである。企業自身で取り組むことを主眼として、行政機関によるガイダンスツールや調査票の提供、また外部のコンサルタントの利用を容易にする方策が展開されている。また、この職場リスク評価のために独自の調査票（COPSOQ）の開発を行うなど、心理社会的労働環境の知見を積極的に活用している点は注目に値すると思われる。

また、2 次予防、3 次予防については、3 次予防に関しては、疾病手当法に基づく復職に関するフォローアップの規定があるとはいえ、その根底にあるのはいずれも被用者と使用者との間の話し合いを通じて職場における疾病の予防と被用者の段階的復職を図っていくというプロセスを重視し、柔軟な対応を可能としている点にデンマークの特徴を見ることができ、この点は上記のデンマークの法文化を反映したものであるといえよう。

この他、デンマークにおける雇用にかかる精神障害者差別禁止法が、メンタルヘルス対策としてどのような役割を果たしているか、またメンタル不調者に対する不利益取扱が上記の差別禁止立法との関係で差別と評価される場合がありうるかという点に関しては、デンマークの雇用差別禁止法には、障害を理由とする差別を禁止する規定自体は存在しているものの、これをメンタル不調者へ対する差別と捉えるような考え方は、現時点では一般的であるとはいえないようである。

このようなデンマーク政府の取り組みに対する具体的効果であるが、現時点では、良好な労働環境を維持している企業が多

く、その意味では労働環境法に基づく職場リスク評価と査察制度は一定の効果を上げているものということができるが、これはあくまでも労働環境全体に対する評価であって、メンタル不調に起因する病気休暇を取得する被用者数について目立った減少が見られるわけではなく、また 2010 年のデンマーク労働健康調査においても未だに多くの被用者が社会心理的労働環境上の問題を抱えていることが明らかとなっている。

こうした状況を受けて、最近のデンマーク政府および専門家の取り組みは、よりリスク要因の高い企業に対する査察を強化すると共に、病気休暇を取得した被用者の職場復帰へと政策の焦点を徐々に移行させているように見受けられるが、これまでの 15 年間で展開されてきた政策に対する評価にはもう少し時間が必要なのではないかと思われる。

Ｆ．研究発表

1．論文発表

井村　真己:デンマークにおける産業精神保健対策に関する法制度の研究－労働環境法と疾病手当法を中心として、沖縄法政研究　15: 1-41, 2013

2．学会発表

該当せず。

Ｇ．知的所有権の取得状況

1．特許取得

該当せず。

2．実用新案登録

該当せず。

3．その他

該当せず。

Ｈ．引用文献

（英語文献）

Agreement between the Danish government (Denmark's Liberal Party and the Conservative People's Party), the Social Democratic Party, the Danish People's Party and the Social Liberal Party, A strategy for working environment efforts up to 2020, 22 March 2011.

Aust B, Helverskov T, Nielsen MBD, Bjorner JB, Rugulies R, Nielsen K, Sørensen OH, Grundtvig G, Andersen MF, Hansen JV, Buchardt HL, Nielsen L, Lund TL, Andersen I, Andersen MH, Clausen AS, Heinesen E, Mortensen OS, Ektor-Andersen J, Ørbæk P, Winzor G, Bültmann U, Poulsen OM, The Danish national return-to-work program – aims, content, and design of the process and effect evaluation, Scand J Work Environ Health – online first. doi:10.5271/sjweh.3272.

Danish Government, Report on future working environment 2010 - new priorities for the working environment, December 2005.

Directorate-General for Health and Consumer Protection, Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories (2nd Edition 2004)

EU-OSHA, European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks, 2010.

Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V, The Copenhagen Pychosocial Questionnaire – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. Scand. J. Work Envion. Health 2005;31:438-49

NRCWE, Mental Health, sickness absence and return to work - Summary, main conclusions and reccomendations, April 2010.

Pejtersen JH, Kristensen TS, Borg V, Bjorner JB, The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnarie. Scand. J. Public Health 2010; 38:8-24

Pejetersen JH, Kristensen TS, The development of the psychosocial work environment in Denmark from 1997 to 2005. Scand. J. Work Environ. Health 2009;35(4):284-293.

Rugulies R, Aust A, Pejtersen JH, Do psychosocial work environment factors measured with scales from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict regster-based sickness absense of 3 weeks or more in Denmark? Scand. J. Public Health 2010; 38:42-50.

（デンマーク語文献）

Arbejdstilsynet, 10 År med Handlingsprogrammet Rent arbejdsmiljø år 2005. February 2007.

Arbejdstilsynet, Handlingsprogram for et rent arbejdsmiljø år 2005, April 1996.

Ole Hasselbalch, Arbejdsbetinget stress i arbejdsretlig belysning, (Jurist- og Økonomforbundets Forlag 2010).

（日本語文献）

小田切優子、Mette Bøgehus Rasmussen「デンマークにおける産業ストレス対策」産業ストレス研究（Job Stress Res.），16, 217-222 (2009).

日本労働研究機構欧州事務所「デンマークの労働事情とデンマークモデル」（特別レポート No.7）2003 年 3 月 http://www.jil.go.jp/mm/kaigai/pdf/20030314.pdf

[1] いわゆる「デンマークモデル」と称されるデンマーク独自のフレキシュリティ制度に関しては、日本労働研究機構欧州事務所「デンマークの労働事情とデンマークモデル」（特別レポート No.7）2003 年 3 月を参照。

[2] Act No. 1072 of 07/09/2010.

[3] AT-vejledning F.0.8 af august 2005.

[4] ただし、実際にそのような労働協約を締結している例はそれほど多くなく、その理由として、デンマーク訪問でインタビューを行った使用者団体、労働組合のいずれも、労働環境法の規定およびガイダンスによる仕組を概ね妥当なものと評価しており、あえて労働協約で別な規定を定める必要性がないということ、また労働側からは、かかる問題を協約で扱うことの抵抗感が強いといった点が挙げられる。

[5] Act No. 278 of 14/03/2013.

[6] Administrative Order No. 1226 of October 24, 2013, on the List of Occupational Diseases Reported on or after January 1, 2005, http://www.ask.dk/~/media/ASK/pdf/English/English/Guides/Efortegn%20BE%201226%2024%20%20oktober%202013%20pdf.ashx.

[7] National Board of Industrial Injuries, Guide to Occupational Diseases Reported on or after 1st January 2005, July 2012, 8th edtion, http://www.ask.dk/~/media/ASK/pdf/English/EVejledning%20om%20erhvervssygdom%208%20%20UDGAVE%20pdf.ashx.

[8] *Id*. at 345-348.

[9] この検討結果については、以下を参照。Bo Netterstrøm, Nicole Conrad , The relationship between work-related stressors and the development of mental disorders other than post-traumatic stress disorder, http://www.ask.dk/~/media/4A37CFA4013E41C4B89F56C2F812D5F0.aspx

[10] National Board of Industrial Injuries, *supra* note 7 at 347.

[11] *Id*.

[12] Arbejdsskadestyrelsen, Arbejdsskadestatistik 2012, http://www.ask.dk/~/media/ASK/pdf/statistik/Arbejdsskadestatistik2012endelig%202pdf.ashx.

[13] Council Directive 89/391/EEC of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work.

[14] Guidelines to preparation and review of workplace assessments, D.1.1.

[15] Act No. 597 of 14/06/2011. 本改正は、2012 年 1 月 1 日より施行されている。

[16] Vilhelm Borg, Mette Andersen Nexø, Ida Viktoria Kolte and Malene Friis Andersen, Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde, April 2010. http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/nyheder/arkiv/2010/~/media/Boeger-og-rapporter/hvidbog-mentalt-helbred.pdf#

なお、この報告書は 400 頁を超える大著であり、英語版の要約が以下にまとめられている。Mental Health, sickness absence and return to work - Summary, main conclusions and reccomendations, http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/en/nyheder/arkiv/2010/~/media/Boeger-og-rapporter/summary---mental-health--sickness-absence-and-return-to-work.pdf#

[17] Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V, The Copenhagen Pychosocial Questionnaire – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. Scand. J. Work Envion. Health 2005;31:438-49.

[18] 英語版の調査票は、http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/en/publikationer/spoergeskemaer/psykisk-arbejdsmiljoe からダウンロードすることができる。

[19] Kristensen, *supra* note 17 at 438-439.

[20] Pejtersen JH, Kristensen TS, Borg V, Bjorner JB, The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnarie. Scand. J. Public Health 2010; 38:8-24. なお、COPSOQ II の開発により、それ以前のものは COPSOQ I と称されている。

[21] *Id.* at 9.

[22] 項目ごとの調査結果については、職種別、産業別に以下の Web ページにまとめられている。

http://data.arbejdsmiljoforskning.dk/National e%20Data/3DII.aspx?lang=da

[23] Pejetersen JH, Kristensen TS, The development of the psychosocial work environment in Denmark from 1997 to 2005. Scand. J. Work Environ. Health 2009; 35(4):284-293.

[24] Rugulies R, Aust A, Pejtersen JH, Do psychosocial work environment factors measured with scales from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict register-based sickness absense of 3 weeks or more in Denmark? Scand. J. Public Health 2010; 38:42-50.

[25] Act No. 1349 of 16/12/2008.

[26] Council Directive 2000/78/EC of 27 November 2000 establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation.

[27] VEJ nr 9327 af 29/06/2009.

[28] Directorate-General for Health and Consumer Protection, Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories (2nd Edition 2004), at 55. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_a02_30_en.pdf.

[29] *Id.* 自殺率は、1980 年のピークを境に減少傾向にあり、2001 年では 100,000 人辺りの自殺者が 14 名と約 60%減少している。その理由として、自殺手段に対する対策、デンマーク社会における社会的文化的な安定性の増大、電話でのカウンセリングや精神科に関する緊急窓口の利用の増加などが仮説としてあげられている。

[30] NRCWE, *supra* note 16 at 5.

[31] Handlingsprogram for et rent arbejdsmiljø år 2005, http://www.amr.dk/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2FFiler%2FAMR%2FArkiv%2FHandlingsplaner%2FHandlingsprogram_for_et_rent_arbejdsmiljo_ar_2005.pdf&ei=O3NUT8q5LcWNmQX6spiQCg&usg=AFQjCNFprQujbfiHnGVm1ahhJvB-rbkbSA&sig2=dH1yXKBB0izBi8kDSBbccQ

[32] *Id.* at 1.

[33] *Id.* at 14

[34] Ibid.

[35] Arbejdstilsynet, 10 År med Handlingsprogrammet Rent arbejdsmiljø år 2005. February 2007, at 5-7 http://arbejdstilsynet.dk/~/media/at/at/07-arbejdsmiljoe-i-tal/03-overvaagning/10-aar-med-handlingsprogrammet/rapport%20pdf.ashx

[36] Danish Government, Report on future working environment 2010- new priorities for the working environment. December 2005, http://arbejdstilsynet.dk/da/~/media/2ce5a3f790db4beca5c69c75e6086aa4.

[37] Agreement between the Danish government (Denmark's Liberal Party and the Conservative People's Party), the Social Democratic Party, the Danish People's Party and the Social Liberal Party, A strategy for working environment efforts up to 2020, 22 March 2011.
http://arbejdstilsynet.dk/~/media/at/at/12-engelsk/rapporter/2020%20engelskpdf.ashx

[38] *Id.* at 5-6.

[39] FRA DANMARKS STATISTIK Nr. 538, 17 November 2011, http://www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2011/NR538.pdf なお、この数値自体は前年度から約 3.9%減少している。

[40] NRCWE, *supra* note at 5.

[41] DA は製造業、小売業、運輸業、サービス業、建設業などを中心とした 14 の使用者団体の連合体であり、28,000 以上の企業がその傘下に収まっている。DI はその中で最大の使用者団体であり、10,000 以上の企業が加盟している。

[42] 共同委員会は、DA と LO 間で締結された共同協定（Samarbejdsaftalen）に基づいて、35 名以上の被用者を雇用する企業に設置されている。委員会は、労使の代表により構成され、(1) 各企業ごとの労働・厚生環境に関する原則、(2) 新技術導入に当たっての訓練・再訓練に関する原則、(3) 個人情報の収集・保存・利用に関する原則、(4) 一般的教育訓練に関する原則、(5) 生産計画および企業組織変動に関する意見交換、(6) 新技術の導入や既存技術の変更による技術的、財政的、人材的、訓練的、環境的結果に関する調整、(7) 企業における高齢者対策に関する原則、(8) インセンティブ付賃金に関する情報提供、(9) 差別のない融合された環境作りのための原則の確立などについて決定権限を持つものとされている。共同協定に関しては、以下に英語版が掲載されている。http://www.teksam.dk/LinkClick.aspx?fileticket=lF1DRuh0w-o%3d&tabid=89

[43] Teksam は、DA と LO により設置された労働安全衛生コンサルタントであり、企業に対して労働安全衛生問題に対する啓蒙・教育を行うと共に、DI と CO-indstri 間の労使紛争について、調停機関としての役割を果たすものとされている。

資料１：労働環境法（試訳）（抜粋）

第 1 章　目的および範囲
Kapitel 1 Formål og område

1 条　本法の規定は、以下を創設することを目的とする。
1）社会における技術的社会的発展に調和した安全で健康な労働環境および
2）使用者団体および労働組合によるガイドラインと労働環境監督署（Working Environment Authority; WEA）によるガイドラインと監督の下で健康と安全に関する問題を解決するための基礎
§ 1. Ved loven tilstræbes at skabe
1) et sikkert og sundt arbejdsmiljø, der til enhver tid er i overensstemmelse med den tekniske og sociale udvikling i samfundet, samt
2) grundlag for, at virksomhederne selv kan løse sikkerheds- og sundhedsspørgsmål med vejledning fra arbejdsmarkedets organisationer og vejledning og kontrol fra Arbejdstilsynet.

第 2 章　労働安全衛生における協力
Kapitel 2 Samarbejde om sikkerhed og sundhed

5 条　個別事業者における労働安全衛生は、使用者、監督者およびその他の被用者の間での協力を通じて実施されなければならない。
§ 5. Sikkerheds- og sundhedsarbejdet i den enkelte virksomhed varetages gennem samarbejde mellem arbejdsgiveren, arbejdslederne og de øvrige ansatte.

第 4 章　一般的義務
Kapitel 4 Almindelige pligter

15 条 a 1 項　使用者は、事業において適用される労働の性質、労働の手段および労働のプロセスのみならず事業組織の規模にも適切な関心をとりながら、事業場における労働安全衛生の状態に関して書面での職場リスク評価の準備を確実に行わなければならない。職場リスク評価は、事業場に掲げた上で、職場リスク評価の査察を行う労働監督署のみならず、事業場内の管理者、被用者が利用可能なものでなければならない。職場リスク評価は、労働、労働の手段、労働のプロセスなどの変化に応じて改訂されなければならず、かつこれらの変化は、労働安全衛生にとって重要でなければならない。職場リスク評価は、少なくとも 3 年ごとに改訂されなければならない。
§ 15 a. Arbejdsgiveren skal sørge for, at der udarbejdes en skriftlig arbejdspladsvurdering af sikkerheds- og sundhedsforholdene på arbejdspladsen under hensyntagen til arbejdets art, de arbejdsmetoder og arbejdsprocesser, der anvendes, samt virksomhedens størrelse og organisering. Arbejdspladsvurderingen skal

forefindes i virksomheden og være tilgængelig for virksomhedens ledelse, de ansatte og Arbejdstilsynet, som fører tilsyn med arbejdspladsvurderingen. En arbejdspladsvurdering skal revideres, når der sker ændringer i arbejdet, arbejdsmetoder og arbejdsprocesser m.v. og disse ændringer har betydning for sikkerhed og sundhed under arbejdet, dog senest hvert tredje år.

2 項　職場リスク評価は、事業場における労働安全衛生に関する問題およびこれらの問題が労働安全衛生法規に規定された予防原則に則して以下に解決されるかを含むものでなければならない。評価には以下の要素が含まれていなければならない：

1. 企業における労働安全衛生の状態の認識および位置づけ
2. 企業における労働安全衛生問題の記述および評価
3. 企業における労働安全衛生問題を解決するための優先順位およびアクションプラン
4. アクションプランをフォローアップするためのガイドライン

Stk. 2. En arbejdspladsvurdering skal omfatte en stillingtagen til virksomhedens arbejdsmiljøproblemer, og hvordan de løses, under iagttagelse af de forebyggelsesprincipper, der er angivet i arbejdsmiljølovgivningen. Vurderingen skal indeholde følgende elementer:

1) Identifikation og kortlægning af virksomhedens arbejdsmiljøforhold.
2) Beskrivelse og vurdering af virksomhedens arbejdsmiljøproblemer.
3) Prioritering og opstilling af en handlingsplan til løsning af virksomhedens arbejdsmiljøproblemer.
4) Retningslinjer for opfølgning på handlingsplanen.

3 項　使用者は、1 項および 2 項に規定された職場リスク評価の計画、組織、編成およびフォローアップについて、労働安全委員会または被用者に関与しなければならない。

Stk. 3. Arbejdsgiveren skal inddrage arbejdsmiljøorganisationen eller de ansatte i planlægningen, tilrettelæggelsen og gennemførelsen af samt opfølgningen på arbejdspladsvurderingen, jf. stk. 1 og 2.

4 項　雇用担当大臣は、第 1 項から第 3 項における義務に関してより詳細な規則を策定することができる。

Stk. 4. Beskæftigelsesministeren fastsætter nærmere regler om arbejdsgiverens pligter efter stk. 1-3.

5 項　雇用担当大臣は、被用者の健康診断に関連して、労働衛生調査について責任を有する医師、産業保健診療所、衛生当局による企業の職場リスク評価へのアクセスを確保するための使用者の義務に関してより詳細な規則を策定することができる。

Stk. 5. Beskæftigelsesministeren kan fastsætte nærmere regler om arbejdsgiverens pligt til at sikre, at læger, arbejdsmedicinske klinikker og sundhedsmyndigheder med ansvar for arbejdsmedicinske undersøgelser har adgang til virksomhedens arbejdspladsvurdering, når det er relevant for helbredskontrollen af de ansatte.

16 条　使用者は、労働が安全かつ健康への危険なしに履行されることについて効果的な監督を確保しなければならない。

§ 16. Arbejdsgiveren skal sørge for, at der føres effektivt tilsyn med, at arbejdet udføres sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt.

72 条 1 項　労働環境監督署は、以下の責務を有する:

1）企業、産業別労働環境評議会、労働者団体、使用者団体、および一般公衆に対して、労働安全衛生のすべての問題に関するガイダンスの提供

2）1 名から 4 名の被用者を使用する企業に対して、前号に定めた追加したガイダンスの提供

3）本法に基づく規則の策定準備に関して、雇用担当大臣を支援

4）雇用担当大臣の名の下での規則の策定

5）労働環境における労働安全衛生の促進のための活動を改善するという見地から、技術的社会的発展への認識の堅持

6）労働のプロセス、作業場、技術装置など並びに物質・材料、および法または行政規則に基づくライセンスの発行に関する計画の精査

7）法 17 条 a-c を除いて、本法に基づき規定された法律およびその規則への遵守の確保

§ 72. Arbejdstilsynet har til opgave at

1) vejlede virksomheder, branchearbejdsmiljøråd, arbejdsmarkedets organisationer og offentligheden om arbejdsmiljømæssige spørgsmål,

2) yde virksomheder med 1-4 ansatte yderligere vejledning end den, der er nævnt i nr. 1,

3) bistå Beskæftigelsesministeriet med forberedelse af regler i henhold til loven,

4) udstede forskrifter i henhold til bemyndigelse fra beskæftigelsesministeren,

5) holde sig orienteret om den tekniske og sociale udvikling med henblik på forbedring af arbejdet for sikkerhed og sundhed i arbejdsmiljøet,

6) behandle planer for arbejdsprocesser, arbejdssteder, tekniske hjælpemidler m.v. samt stoffer og materialer og meddele tilladelser i henhold til loven eller administrative regler,

7) påse, at loven og de forskrifter, der gives med hjemmel i loven, overholdes, bortset fra §§ 17 a-c.

2 項　（省略）

72 条 a 1 項　72 条 1 項 7 号に基づく査察の任務の一部として、労働環境監督署は、被用者を使用する企業に対してリスク対応の査察を行わなければならない。

§ 72 a. Som led i tilsynsopgaven efter § 72, stk. 1, nr. 7, gennemfører Arbejdstilsynet risikobaserede tilsyn på virksomheder med ansatte.

2 項　雇用担当大臣は、労働安全衛生状態の記録を有している企業が 1 項に基づく査察から除外さ

れるためより詳細な規定を策定することができる。

Stk. 2. Beskæftigelsesministeren kan fastsætte nærmere regler om, at virksomheder, der kan dokumentere et godt arbejdsmiljø, fritages for screening.

72 条 b 1 項　雇用担当大臣は、行政機関または使用者団体を一方当事者とし、労働者団体を他方当事者として締結された労働協約が本法に基づく規制と類似の義務を包含している場合、労働環境監督署は本法に基づいて策定された規則遵守を確保する責務を負わないことを規定する規則を策定することができる。

§ 72 b. Beskæftigelsesministeren kan fastsætte regler om, at Arbejdstilsynet ikke har til opgave at påse overholdelsen af regler, der udstedes i medfør af denne lov, når en tilsvarende forpligtelse er dækket af en kollektiv overenskomst, hvor aftaleparterne er landsdækkende myndigheder eller organisationer på den ene side og en landsdækkende lønmodtagerorganisation på den anden side.

2 項　使用者は、1 項の労働協約によって包含される類似の義務を記録しなければならない。

Stk. 2. Arbejdsgiveren skal dokumentere, at en tilsvarende forpligtelse er dækket af en kollektiv overenskomst, jf. stk. 1.

3 項　1 項の規定にもかかわらず、労働協約の当事者が、第 1 項の労働協約によって包含される義務への違反に対する紛争解決手続の開始を意図していない場合には、労働環境監督署は、規則遵守の確保を行う義務を負う。

Stk. 3. Uanset stk. 1 har Arbejdstilsynet til opgave at påse overholdelsen af reglerne, hvis den faglige aftalepart ikke agter at iværksætte fagretlig behandling for overtrædelse af forpligtelser, som er dækket af en kollektiv overenskomst, jf. stk. 1.

4 項　1 項の規定にもかかわらず、労働監督署は、労働協約の適用範囲に含まれない被用者に関連して、規則遵守の確保を行わなければならない。

Stk. 4. Uanset stk. 1 har Arbejdstilsynet til opgave at påse overholdelsen af reglerne i forhold til ansatte, som ikke er dækket af en kollektiv overenskomst.

5 項　1 項ないし 4 項の規定は、7 条 1 項、7 条 a 2 項、17 条 c、および 55 条の規定により締結された協定に対しては適用されない。

Stk. 5. Stk. 1-4 gælder ikke for aftaler indgået i henhold til § 7, stk. 1, § 7 a, stk. 2, § 17 c og § 55.

資料 2：行政命令 559 号（2004 年 6 月 17 日）（試訳）（抜粋）

第 2 章　労働に関する計画および組織
Kapitel 2 Planlægning og tilrettelæggelse af arbejdet

4 条　労働は、すべての側面において、労働者の安全衛生状態を保障するために計画されまた組織されなければならない。労働に関する計画および組織は、附則 1 に規定された予防原理を考慮に入れなければならない。労働の履行に関連して健康または安全を危険にさらすかその他侵害するようなデザイン、計画、詳細な解決策または労働手法がないことが規定されるかまたは用いられていることを確保しなければならない。さらに、労働環境における全体的なインパクトが短期またはより長期にわたって被用者の健康と安全を脅かすことがないことを確保しなければならない。

§ 4. Arbejdet skal i alle led planlægges og tilrettelægges således, at det kan udføres sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt. Planlægningen og tilrettelæggelsen af arbejdet skal ske under hensyntagen til de forebyggelsesprincipper, der er angivet i bilag 1. Det skal iagttages, at der ikke foreskrives eller forudsættes anvendt konstruktioner, planudformninger, detailløsninger og arbejdsmetoder, der kan være farlige for eller i øvrigt forringe sikkerhed eller sundhed ved arbejdets udførelse. Endvidere skal det sikres, at de samlede påvirkninger i arbejdsmiljøet på kort eller lang sigt ikke forringer de ansattes sikkerhed eller sundhed.

第 3 章　労働の履行
Kapitel 3 Arbejdets udførelse

7 条 1 項　労働は、すべての側面において、個別的査定および短期またはより長期にわたって被用者の肉体的または精神的健康に影響する労働環境の肉体的、人間工学的、および心理社会的状態の全体的査定の両方について、健康と安全を確保するために履行されなければならない。

§ 7. Arbejdet skal i alle led udføres sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt ud fra både en enkeltvis og samlet vurdering af de fysiske, ergonomiske og psykosociale forhold i arbejdsmiljøet, som på kort eller lang sigt kan have indvirkning på den fysiske eller psykiske sundhed.

2 項　短期またはより長期にわたって肉体的または精神的に有害かストレスフルである労働の場合、労働環境監督署（Arbejdstilsynet）は、特別な職業的健康予備安全診断を実行することを求めることができる。かかる診断は、特別な福祉診断および疾病、疲労、事故などの予防のために必要な職業的健康および安全診断である。

Stk. 2. Ved arbejde, som virker fysisk eller psykisk skadeligt eller belastende på kort eller lang sigt, kan Arbejdstilsynet stille krav om, at særlige arbejdsmiljømæssige foranstaltninger skal gennemføres. Sådanne foranstaltninger kan være særlige velfærdsforanstaltninger og andre arbejdsmiljømæssige foranstaltninger, som er nødvendige for at forebygge sygdom, nedslidning, ulykker m.v.

9 条　労働の履行に関連して、以下のエフォートが確保されなければならない。

1) 短期またはより長期にわたって肉体的または精神的損傷の危険を内在している単純作業は、回避または制限されるようにすること

2) 労働の速度が短期またはより長期にわたって肉体的または精神的な健康を危険にさらすことがないようにすること

3) 肉体的または精神的健康の損傷の危険の要因となる孤立した労働は、回避または緩和されるようにすること

§ 9 Ved udførelsen af arbejdet skal det tilstræbes

1) at ensidigt belastende arbejde, som medfører fare for fysisk eller psykisk helbredsforringelse på kort eller lang sigt, undgås eller begrænses,

2) at arbejdstempoet er således, at det ikke medfører fare for fysisk eller psykisk helbredsforringelse på kort eller lang sigt og

3) at isoleret arbejde, som kan medføre fare for fysisk eller psykisk helbredsforringelse, undgås eller begrænses.

第 9 条 a　労働の履行に関連して、労働が、セクシュアル・ハラスメントを含む暴力の結果として健康へ肉体的または精神的損傷の危険を内在しないように確保すること

§ 9 a. Ved arbejdets udførelse skal det sikres, at arbejdet ikke medfører risiko for fysisk eller psykisk helbredsforringelse som følge af mobning, herunder seksuel chikane.

特別規定

Særlige krav

11 条 1 項　被用者が、労働のプロセスに関与する唯一の人間であり、かつそのことが当該個人に関連する明白な危険を内在する場合には、労働は、かかる危険を予防するために組織されなければならない。かかる危険が予防できない場合、被用者は労働自体を許されるべきではない

§ 11. Hvis den ansatte går alene ved en arbejdsproces, og dette kan medføre en særlig fare for den pågældende, skal arbejdet tilrettelægges således, at denne fare imødegås. Kan faren ikke imødegås, må den ansatte ikke arbejde alene.

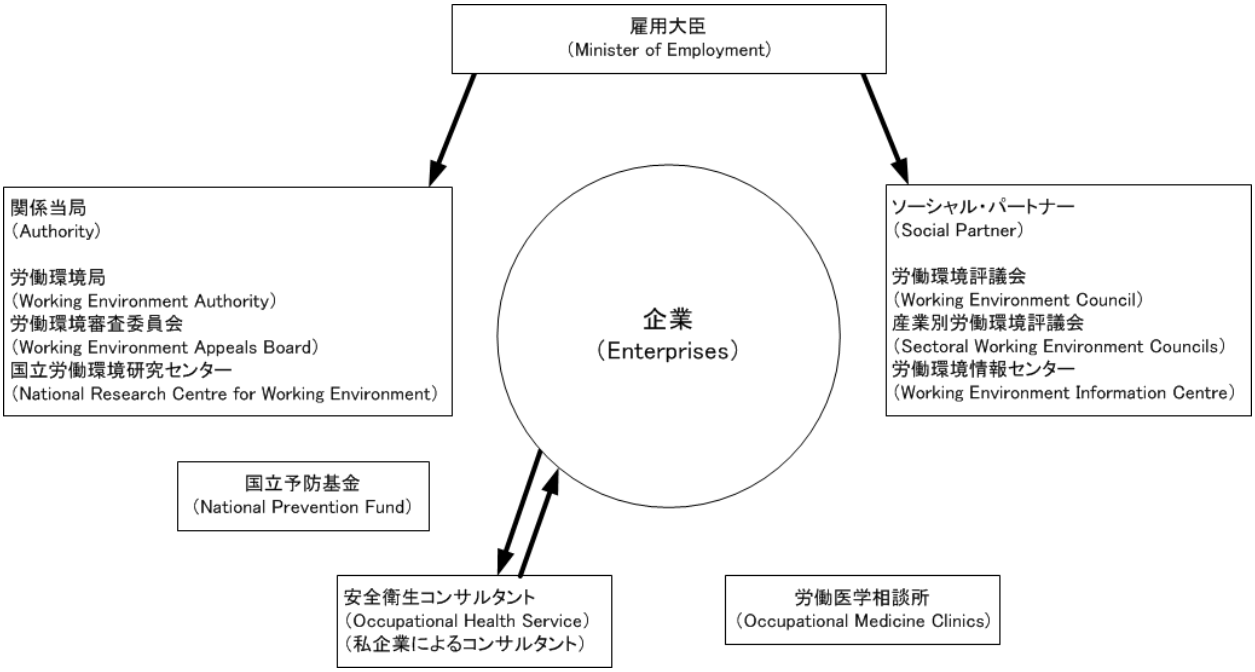
資料 3：行政命令 96 号（2001 年 2 月 23 日）（試訳）（抜粋）

第 2 章　職場における立案とデザイン
Kapitel 2 - Planlægning og indretning af arbejdsstedet

6 条　職場は、短期またはより長期にわたって被用者の肉体的精神的健康に影響を与える労働環境条件の個別的および全体的評価の両面を基礎として、安全および健康に関して完全に適切でなければならない。

§ 6. Arbejdsstedet skal indrettes sikkerheds- og sundhedsmæssigt fuldt forsvarligt ud fra både en enkeltvis og samlet vurdering af de forhold i arbejdsmiljøet, som på kort eller lang sigt kan have indvirkning på den fysiske eller psykiske sundhed.

資料 4：デンマークにおける労働安全衛生の枠組（Framework for occupational health and safety in Denmark）



出典：デンマーク労働環境評議会 Web サイト
<http://www.amr.dk/Default.aspx?ID=1052>

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

オランダの産業精神保健法制度

分担研究者　本庄　淳志　　静岡大学人文社会科学部法学科・准教授

研究要旨

オランダでは，精神保健に特化した労働法規制は現在のところ存在せず，メンタルヘルスに不調を来した労働者の処遇は，疾病労働者に関わる一般的な法規制の解釈・適用の問題となる。この点，オランダでは，1929 年に傷病手当法（Ziektewet）が制定されて以来，疾病に起因する労働者の休職に対しては，社会保障制度による手厚い保護が図られてきたものが，その後の社会保障財政の悪化のなかで，いわゆるウェルフェアからワークフェアへの転換が図られてきた。

現在の民法典では，疾病により労働者が休職する場合について，疾病の原因が業務に起因するか否かを問わず，最長 2 年間は使用者に賃金の継続支払いが義務づけられている。また，このような疾病労働者に対する所得保障面ではなく，療養に要する費用負担の面に着目すると，日本のように労災保険制度でカバーするのでなく，一般の国民健康保険制度による救済が図られており，ここでも，労働者の疾病が業務上であるか否かで差異はないことになる。オランダでは，疾病による休職に関連して，所得保障の面でも療養に要する費用の面でも，疾病の原因を問うことなしに一律に労働者の救済を図っており，日本のように，それが業務に起因するか否かという深刻な対立は生じない。そして，特に所得保障面では使用者に長期間の賃金継続支払いを義務づけている点で，労働者の保護に手厚い一方で，使用者にとっては相当に厳しい法規制が展開されている。

他方で，こうした法制度のもとで，疾病労働者について労働現場へ早期に復帰させることが重視されており，使用者には，労務の負担軽減や他の代替労働を提供する義務が課される一方で，労働者に対しても，このように使用者が講じる措置に協力する義務が課され，使用者の指揮命令権限の柔軟化がみられる。これらの義務に違反しているかどうかの判断は，各種の被用者保険の運営等や公共職業紹介を実施する行政機関である，労働保険実施機関（UWV）が行う。そして，職場復帰に向けた努力が不十分と評価される場合には，①使用者の義務違反については，使用者が賃金継続支払いを義務づけられる期間が延長され，②他方，労働者に義務違反がある場合には，使用者の賃金継続支払い義務が免責されたり，場合によっては解雇が正当化されるというかたちで，労使の利益調整が図られている。

こうした制度は精神疾患による休職の場合にも適用されるところ，最長 2 年間という長期間にわたる賃金継続支払いは，使用者にとっては相当に大きな負担であると同時に，①疾病への罹患を予防するために，職場環境を整備するインセンティブ，②および，休職中の労働者が職場に復帰するうえで，労使双方で協力するインセンティブを課すものとなっている。

以上は，主として労働契約上の賃金継続支払い義務という，疾病への罹患後の労働者の処遇問題について定める私法的な法規制であるが，職場環境の整備による疾病の事前予防の面では，労働環境法をはじめとした公法的な規制も，より直接的で重要な役割を果たしている。また，公法・私法を問わず，職場復帰に向けて，主治医，産業医，労働安全衛生に関する専門家協会（Arbodienst）といった医療専門家の関与が制度上予定されており，これらのアドバイス等を無視した当事者に対しては，たとえば使用者の賃金支払い義務を免責するといったかたちで，民事的なサンクションを課し，法の実効性確保を目指している点にも，オランダ法の特徴があるといえる。

Ａ．研究目的

統一研究課題から明らかなように、本分担研究の目的は，オランダの産業精神保健法制度の背景・特徴・効果を解明することにあるが、本研究では、特にメンタルヘルス不調の３次予防にかかる私法的な法規制を中心に，１次～２次予防も含めた全体像（の概要）の解明に注力した。

Ｂ．研究方法

文献調査を実施した。文献調査に際しては、研究代表者が作成、呈示した「調査報告書の基本的な構成（フォーマット）」に即し、文献資料等のレビューに基づいて必要事項を調査した。ただし、研究要旨に記したとおり、オランダの法制度には、同国特有の背景事情が認められることから、フォーマットの項目を一部変更した。

Ｃ．研究結果

１　公法的規制

歴史的にみると，オランダでは，1929 年に傷病手当法（Ziektewet）が制定されて以来，疾病に起因する労働者の休職に対しては，社会保障制度による手厚い保護が図られてきた。当時の制度のもとでは，労使の一律の保険料負担により，疾病による休職期間が 2 日を超える労働者に対して保険給付がなされていた。しかし，保険財政の圧迫のなかで，保険料を全国一律とする制度が，疾病を予防し，あるいは早期に復職するインセンティブを労使ともに削ぐものとして問題視され，社会保障費用の削減が重視された 1990 年代を通じて，現在の制度に大きく転換されてきた。

すなわち，1994 年の「疾病による休職の抑制に関する法律（Wet terugdringing ziekteverzuim：Wet TZ）」により，疾病を原因とする休職の場合には，事業所の規模に応じて，最初の 2～6 週間は使用者が賃金を継続的に支払うことが義務づけられた。その後，1996 年の制度改正のなかで，使用者に賃金継続支払いが義務づけられる期間は，一律に 52 週（1 年間）とされる一方で，支給額の面では，従前の賃金額の 70%へと引き下げられた。

さらに 2004 年の改正により，使用者が賃金支払を義務づけられる期間は 104 週（2 年間）にまで延長されている。すなわち現在では，労働者の疾病による休職期間中は，最長 2 年までは原則として使用者の賃金継続支払い（70%）が義務づけられており，休職期間が 2 年を超える長期に及ぶ場合にのみ，セーフティーネットとして補足的に障害保険制度（WIA）に基づく救済が図られている。こうした動きは，いわゆるウェルフェアからワークフェアへの転換であると同時に，少なくとも疾病による休職労働者の所得保障に限れば，公法的規制から私法的規制へと軸足を移すものとして評価できよう。

もっとも，現在のオランダ法でも，2 年間を超える長期療養者に対する保障面に加えて，とりわけ一次予防の面では，公法的な規制も重要な役割を担っている。オランダでは，公法的規制と私法的規制とが協同して労働者の疾病問題に取り組む状況にあり，そもそも両者の峻別は容易でないが，以下では便宜的に区別して概観する。

１．１．１　労働環境法

*未了。

オランダ労働法において，職場の安全衛生に関しては，他の EU 諸国，あるいは日本と同様に，労働環境法（Arbowet[1]），および，同法に基づく施行規則（Arbobesluit[2]），告示（Arboregeling[3]），指針（Arbobeleidsregels[4]）による詳細な規制がある。具体的な規制内容は，大きく 3 つに区別される。すなわち，①使用者への安全衛生対策の義務づけ，②安全衛生に関する労使協議や労使協働での取組みを促進すること，③労働安全衛生に関する専門家協会（Arbodienst）[5]にアドバイスを求めることである。このうち②と③の規制については，事業所委員会が設置されている場合には，同委員会で一定の役割を代替しうる仕組みとなっている。

安全衛生に関するこれらの規制について，人的適用範囲の制限はなく，たとえば試用期間中の労働者，外部労働者，不法就労者なども含めて，当該の職場で就労する全労働者について例外なく適用される。また，企業規模等による例外も認められておらず，原則として全ての規制が零細事業所に対しても適用される。もっとも，とりわけ②や③に属する規制については，事業所の規模に配慮したとみられるものもある。たとえば，事業所の労働者数が一定未満である場合（25 名未満のケースが多い）に，安全衛生に関するリスク評価責任を軽減したり，安全管理に関わる責任者の設置義務を軽減したりする規定などである（12 条，13 条，14 条）。

また，労働環境法をはじめとしたこれらの安全衛生法規は，身体的な面での安全確保だけでなく，たとえば，いじめ（pesten）のない環境整備など，精神疾患の予防も含んでいる（労働環境法 1 条）。精神疾患の予防に関する詳細については，施行規則（Arbobesluit）第 2 章・第 4 款 2.15 条以下で，使用者にリスク原因の調査と防止策の策定，労働者が必要としている措置等に関するアセスメント，検証が求められている。

1.1.2　労災保険に関する基本的枠組み

次に，労働者のメンタルヘルスが実際に不調を来した場合に関係しうる法制度のうち，公法的な側面が強いものとしては，労災保険制度が考えられる。

労働者のメンタルヘルス問題に関して，日本ではそれが業務に起因するか否かによって法的扱いが大きく異なっている。すなわち，日本の労災保険法では，労働者の傷病が業務に起因するケースであれば，使用者は当該労働者を解雇することを原則として禁止され（労基法 19 条），当該労働者に対しては労災保険制度によって，所得保障に加えて療養等に要する給付の面でも救済が図られる。他方，私傷病と評価された場合の休職措置の要否や期間，その間の所得保障や療養費用の負担関係については，就業規則をはじめとした労働契約の解釈問題に帰着するのであり，業務上外の判断がきわめて重要となる。

これに対してオランダでは，日本のように包括的な労災保険制度はない。労働者が障害を負い，または疾病に罹患した場合には，①当該期間中の所得保障と，②療養等に要する費用負担について，それぞれ異なる制度が適用される。すなわち，①については，最初の 2 年間は，原則として使用者に賃金の 70％相当額について継続支払が

義務づけられ（民法典 629 条），例外的に，有期雇用の期間満了などによって療養期間中に雇用関係が終了した労働者については，傷病手当（ZW）と呼ばれる公的制度にもとづいた所得保障が図られる。そして，いずれの場合についても，療養期間が 2 年を超えるケースでは，障害保険制度（WIA）のもとで所得保障が図られることになる。一方，②については，一般的な国民健康保険によってカバーされる仕組みとなっている（図 1 参照）。

このように，オランダでも，疾病労働者の所得保障に限れば，被用者に固有の強制保険として労災保険制度が整備されている点で日本と共通する。具体的に，「就労能力による所得保障法（Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen」に基づく障害保険制度（WIA）は，使用者の保険料負担によって運営され，労働者の就労能力に応じて所得保障を図るものとなっている。ただし，この制度が適用される前段階として，使用者による 2 年間という長期にわたる賃金継続支払いが義務づけられている点は，オランダ法の大きな特徴といえよう。

さらに，給付面に着目すると，オランダの障害保険制度は，日本の労災保険制度と異なり，労働者の疾病について業務起因性の有無を問題としていない点に特徴がある。すなわちオランダでは，労働者の疾病時の所得保障については，使用者による賃金継続支払いを原則とし，労働能力の喪失期間が 2 年を超える長期疾病に対しては，障害保険である WIA に基づいて，就労能力に応じた所得保障を図るという仕組みのもとで，いずれも，労働者の就労能力が欠如していれば，その原因が労災であるか私傷病であるのかを問わずに，ひとしく給付が保障される仕組みとなっている点で，日本の状況と大きく異なるといえる。

具体的に障害保険制度（WIA）の内容を概観すると，次のようである。

まず，労働者の疾病に伴う所得喪失期間が 2 年以上となる場合には，障害保険制度（WIA）によって所得保障が図られる。この制度は，従来の福祉的な給付制度に代えて，疾病労働者の職場復帰をめざして 2006 年に導入された被用者保険であり，保険料は全額を使用者が負担する。

障害保険制度（WIA）では，障害の程度に応じて，稼得能力（verdienvermogen）がどこまで低下しているかという点が重視されており，障害の程度が 35%未満と軽度の者に対しては，給付はなされない。他方，給付がなされる場合には，障害の程度に応じて異なる取扱いがなされ，重度障害でその回復の見込みがない者については（障害の程度が 80%以上），従前賃金の 75%相当額が，年金支給開始年齢まで支給される（IVA：完全な障害をもつ人の所得保障制度）。

これに対して，より軽度の障害（障害の程度が 35～80%）か，一時的に障害の程度が 80%以上であるものの回復の見込みがある場合であれば，就労履歴に応じて 3～38 ヵ月間の給付が行われる（WGA：部分的な障害をもつ人の労働復帰支援制度）。支給額は，最初の 2 ヵ月間は従前賃金の 75%，それ以後は 70%に相当する額である（ただし，日額に上限がある）。また，受給要件として，疾病前の 36 週間のうち 26 週以上にわたって賃金を得ていれば，3 ヵ月間の受給権が保障され，そのうえで，就

労期間１年につき１ヵ月の割合で受給期間の延長が図られる。

１.２　法の管轄機関・執行権限者

*未了。

安全衛生，および労働時間規制の履行確保については，労働監督官（arbeidsinspectie）による監督体制がとられている。

１.３　ストレスマネジメントの具体的な方策（仕組み・流れ）

*未了。

１.４　専門家や専門機関の活用によるストレスマネジメント

*未了。

１.５　雇用にかかる精神障害者差別禁止法

*未了。

１.５.１　差別禁止法制の展開

基本法１条によると，「オランダにおいては，いかなる者も，同一の状況下では同一に扱われなければならない。宗教，信条，政治的思想，人種，性，またはいかなる理由であっても，差別は許されない」[6]。こうした基本法の定めと EC 指令に沿うかたちで，オランダでは個別立法による広範な差別禁止規制がある。

まず，民法典（Burgerlijk Wetboek Boek）第７巻第 10 章の「労働契約」の章にいくつかの規定があり，典型的には，①男女差別，②労働時間や労働契約期間による差別，③労働組合員に対する差別が禁止されている。したがって，たとえば契約上の労働時間が異なる場合でも，使用者はそれだけでは異別取扱いを正当化できず，他の労働条件について時間比例的に定めることを要請される[7]。また，民法典に定めはないものの，個別的な立法によって，年齢差別（WGBl[8]）や障害者差別（WGBh/cz[9]）も禁止される。

さらに，差別禁止の一般法として，一般平等取扱法（AWGB[10]）がある。同法は，雇用関係も含め一定の公的生活（openbare leven）における差別を規制対象とするもので，性，民族，宗教，信条，政治的思想，人種，国籍，性的指向を理由とした直接差別と間接差別を禁止している。

１.５.２　均等処遇委員会

一般平等取扱法は，差別禁止の一般法として位置づけられるところ，とりわけ重要なのが，同法 11 条以下で定められる均等処遇委員会（以下，CGB[11]）である。CGB とは，議長と副議長を含む９人の専門家（メンバーは各省の大臣に指名される）で構成される準司法機関で，法違反の書面審査・判断を行う。被差別者は，裁判所のほか CGB に対しても，差別の是正や不法行為の禁止・除去（ongedaan te maken）を求めることができる。CGB に対しては，被差別者（労働者）のほか，使用者，労働組合，事業所組織，事件を扱う裁判官・調停人も申立てをすることができる（12 条）。

CGB は，一般平等取扱法への違反だけでなく，前述したような，他の個別的な差別禁止立法に違反するケースも取り扱う。したがって，たとえば，パートタイム労働者が労働時間による差別を受けた場合には，一般平等取扱法で禁止された差別事由に該

当しないにもかかわらず，CGB への申立が可能である。このような申立てに対して，CGB は，法違反の有無を調査したうえで，違反の事実が認められた場合には，その是正を勧告（aanbevelingen）する。この点，CGB の判断は当事者を法的に拘束するわけではないが，訴訟において，裁判官が CGB の判断に特別な意義を認めることがある。実務では企業のほとんどが CGB の判断に従うようであり，裁判例においても，約 65%が CGB の判断を追認している[12]。さらに CGB は，申立人が反対する場合を除き，裁判における当事者適格を有している。

１.５.３　障害者差別の禁止

*未了。

１.６　メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制

*未了。

１.７　法政策の背景

*未了。

１.８　確認できる効果

*未了。

２　私法的規制

２.１　民法典における諸規制

オランダでは，労働者のメンタルヘルス問題に関する私法上の規制として，民法典（Burgerlijk Wetboek Boek）第 7 巻第 10 章の「労働契約」の章で，いくつかの重要な規制がある[13]。すなわち，オランダ労働法におけるメンタルヘルス対策の特徴を概略すると，①民法典では，労働者の疾病による休職期間中は，最長 2 年間にわたり，解雇を禁止するとともに，賃金の 70%相当額の支払いを使用者に対して義務づけ，②当該期間中は労働者と使用者の双方に対して，職場復帰に向けて努力するよう様々なインセンティブを与えつつ，③2 年が経過した後にも結果的に職場復帰が不可能な労働者については，社会保障制度の枠組みで生活保障を図る仕組みへと移行する，というものである。

２.１.１　解雇制限

オランダでは，使用者が期間の定めのない労働契約を解消するには，①原則として労働保険実施機関（UWV）と呼ばれる行政官庁（日本の公共職業安定所に相当する）の許可を得た解雇，②または裁判所における解消手続が必要とされており，法制度上は比較的に厳格な解雇規制がある。また，オランダの解雇規制は，日本の労契法 16 条と同様に，解雇一般について合理性を求める点で包括的な規制を展開しているが，さらに，一定の解雇禁止事由が法律で列挙されている。

このうち民法典では，産前産後の労働者や，兵役期間中の労働者，各事業場での従業員代表を勤める労働者に対する解雇等と並んで，疾病労働者に対する解雇も原則的に禁止されている。すなわち，民法典 670 条 1 項によると，「使用者は，以下の場合を除いて，疾病により労務に従事することができない期間中の労働者を解雇することはできない」とされる。ここでいう疾病には精神疾患も含まれ，また，疾病の原因が

業務上のものであるか否かを問わない点で，この規制は使用者にとって相当に負担となり得るものである。

ただし，疾病労働者に対する解雇が，例外的に許容される余地もあり，

（a）労務に従事することのできない期間が，少なくとも 2 年続いた場合，
（b）所轄の労働保険実施機関（UWV）が解雇許可に関する使用者の申請を受理した後に，労働者が就労不能となった場合，

にも，解雇が許容される（同条）。なお，民法典で明文の規定はないものの，疾病の程度が極めて重大で職場復帰の見込みが全く無い場合にも，解雇が許容される。

さらに，続く民法典 670b 条でも解雇が例外的に許容される場合が列挙されており，具体的には，

１．試用期間中の労働者に対する解雇，または即時解雇事由に基づく解雇，
２．事業所の閉鎖に伴う解雇，
３．労働者によるリハビリ勤務の拒絶など，労働者が復職に向けた協力義務に違反している場合の解雇，

については，休職期間が 2 年に満たない場合でも解雇が認められる余地がある。このうち，第 1 項の即時解雇については，前述の一般的な解雇規制のなかでも裁判所での手続を経ることが必要であるし，第 2 項についても事業閉鎖を要件としている点で，いずれも解雇のハードルは相当に高い。これに対して，第 3 項の労働者の義務違反についてはより一般的に問題となりうるところ，具体的に民法典では 3 つの類型が列挙されており，

（a）使用者または使用者が指名する専門家による合理的な指示事項を遵守し，労働者の本来の労働または代替労働を可能にするために講じられる措置に協力すること，
（b）使用者が労働者に提供する代替労働（第 658a 条 4 項）に従事すること，
（c）就労能力による所得保障法（WIA）第 71a 条 2 項でいう復職プランの作成，評価，調整作業に協力すること，

が労働者の義務として課されており，これに違反した場合には解雇が認められ得る。

２.１.２　賃金継続支払義務

このように，オランダ民法典は，疾病労働者について，疾病の原因を問わず原則として 2 年間は使用者による解雇を制限することで，雇用継続を義務づけている。さらに民法典では，労働者の疾病による休職期間中は，最長 2 年間にわたり，賃金の 70%相当額の支払いをも使用者に対して義務づけている（民法典 629 条 1 項）。なお，休職期間中は，労働者と使用者の双方に，迅速な職場復帰に向けて協力する義務が課されているところ，使用者に義務違反がある場合には，賃金継続支払いの期間は最長 1 年の範囲で延長されうる。

２.１.２.１　規制内容

民法典 629 条 1 項によると，「疾病および妊娠または出産に伴って労務の提供ができない労働者は，・・・104 週間にわたって，少なくとも従前の賃金の 70%に相当する額の賃金を継続して受ける権利を有し，そのうち最初の 52 週間については，少なくとも当該労働者に適用される法定最低賃金額以上の賃金支払を受ける権利を有する」。

すなわち，使用者は，疾病等による休職開始後，最初の 2 年間については，労働者

に対して従前賃金の 70%の支払いを義務づけられており，かつ，最初の 1 年間について，その額は法定の最低賃金額を下回ってはならない。なお，2009 年の法改正によって，使用者が負担する賃金日額には上限が設けられている（187.77 ユーロ／日）。労働者に具体的に支払われる賃金額としては，法定の社会保険料等が控除されるほか，休職期間中の他の使用者の下での就労など，休職に起因して中間収入が発生している場合には，当該金額が使用者の支払うべき賃金額から控除される（同条 5 項）。

一方，2 年目については，使用者の負担額は，従前の賃金額の 70%以上を満たせば最低賃金額を下回ることも許容されるが，この場合で法定の最低所得保障の水準を下回るケースでは，不足分については社会扶助制度によって補われる仕組みとなっている。なお，休職原因が妊娠・出産または臓器移植のための手術に伴うものである場合には，1 年目と 2 年目ともに従前賃金の 100%の支払いが必要である。

統計情報はみあたらないものの，実務的には，使用者の賃金継続支払いに関して，最初の 1 年間は 100%の賃金が支払われ，2 年目には 70%を保障されているケースが多いことが指摘されている。なお，労働者が疾病により休職する際には，使用者はその初日から賃金継続支払いを義務づけられることが原則であるが，最初の 2 日間については，待機期間として，事前の合意によって無給とすることも認められる（同条 9 項）。もっとも，実務上は，労働契約においてこうした待機期間が設定されていることは稀であり，疾病労働者は休職の初日から賃金支払いを継続されることが一般的なようである。

このような民法典 629 条でいう使用者の賃金継続支払義務は，労働者の労働時間数や雇用期間とは無関係に発生するものであり，たとえばパートタイム労働者などでも当然に適用がある。ただし例外的に，第 2 項によると，「労働者が，使用者の家事または個人的用務にのみ従事し，かつ，その日数が週 4 日未満である場合には，第 1 項で保障される権利の期間は 6 週間とする」。すなわち，家事使用人を断続的に使用するような例外的な場合であれば，使用者の賃金負担が軽減されている。また，有期労働者について，契約の残期間が 2 年に満たない場合には，使用者は残期間について賃金を継続支払いすることで足り，期間満了によって労働契約も終了する。この場合に，当該有期労働者に対しては，休職開始から 2 年間を上限として，前述の傷病手当（ZW）から使用者による賃金継続支払義務と同額の給付がなされる仕組みとなっている。

疾病労働者が欠勤と出勤を繰り返すような場合，すなわち賃金継続支払いが義務づけられる 2 年という期間を算定する際に，一時的な復職（中断期間）がある場合について，各休職期間の間に 4 週間のクーリング期間がない場合には，前後の休職期間が通算される（民法典 629 条 10 項）。

2.1.2.2　訴訟手続

民法典 629 条の賃金継続支払義務は，使用者の民事上の義務であり，使用者が支払に応じない場合の履行確保手段としても，一般の民事裁判による。もっとも，訴訟手続に関しては，疾病による休職という医療の専門性と不可分であることをふまえて，

特別な要件が課されている。

すなわち，休職期間中に使用者が賃金を支払わないケースで，労働者が民法典 629 条に基づく賃金継続支払いを求める訴訟においては，「労働者が契約上の労働または代替労働をすることができなかった事情について，「労働保険給付の実施に関する法律」第 5 章にもとづいて労働保険実施機関（UWV）が指名する専門家の意見書を添付しない場合には，裁判官は当該労働者の請求を却下する（afwijzen）」（民法典 629a 条 1 項）。

ただし例外として，労務提供に支障があることが明白である場合，または，「労働者に対して，専門家の意見書の提示を求めることが妥当でないと考えられる事情がある場合」には，こうした専門家による証明書は必要でない（同条 2 項）。なお，前述のように専門家を指名するのは原則として行政機関たる労働保険実施機関（UWV）であるが，労働協約で別段の定めがある場合には，当該労働協約に基づいて指名をすることも認められている（同条 7 項）。

このように，賃金継続支払義務の有無が争われる訴訟においては，手続上，労働者は労働保険実施機関（UWV）という行政機関が指名する専門家の意見書を提出することが原則化している。そして，当該の専門家に対しては，「中立の立場で最善の知識を用いて審査」する義務が課され（民法典 629a 条 3 項），また，当該専門家が医師の資格を有する場合には，労働者の主治医から審査に重要と考えられる情報を入手する権利が保障されている。この場合，依頼を受けた主治医は，労働者の私生活の領域が不当に侵害されない範囲において，依頼された情報を提供しなければならない（同条 4 項）。そのうえで，労働者の提訴が提訴権の濫用と評価しうる場合には，例外的に，使用者側の弁護士費用についても労働者に支払いが命じられる余地がある（同条 6 項）。

２．１．２．３　例外－使用者が賃金支払いを免責される場合

このような使用者の賃金支払い義務も，以下のような場合には免責される（民法典 629 条 3 項）。すなわち，

（a）疾病が労働者の故意にもとづく場合，または，労働者が採用時の健康診断において，健康上の問題について虚偽の情報を提供したために，使用者が当該労働者の労働負担能力について適切な判断をすることができなかったことによる場合。

（b）労働者が，故意に，治癒や回復を妨げたり遅らせた場合については，当該期間。

（c）健康上の支障がないにも関わらず，労働者が，使用者または使用者が指名する第三者のもとで，第 658a 条 4 項で定めるリハビリ勤務の機会を与えられた場合に，正当な理由（deugdelijke grond）なく，そのリハビリ勤務を受け入れない場合については，当該期間。

（d）労働者が，使用者または使用者が指名する専門家が勧める合理的な注意事項に従うことについて，正当な理由なしに拒否するか，または，第 658a 条 4 項でいうリハビリ勤務をすることができるようにとの配慮から使用者がとる措置について，受け入れることを拒否する場合については，当該期間。

（e）第 658a 条 3 項で定める復職プランの作成，評価，調整に協力することについて，

労働者が正当な理由なしに拒否する場合については，当該期間。

などが，使用者の賃金継続支払義務が免責される場合として，民法典で列挙されている。これらの規制では，労働者の故意による疾病への罹患や治療機会の喪失などに加えて，とりわけリハビリ勤務（民法典 658a 条）への協力拒否についても，当該期間中の使用者の賃金支払いを免責することで利益調整が図られている点に特徴がある。

これに関連して，実際に使用者が賃金継続支払義務を負うかどうかを検討するうえでは，多くの場合に，労働者が保有する健康情報へのアクセスが不可欠と考えられる。この点，オランダ民法典では，使用者が労働者に対する直接の権利として情報請求権を認めているわけではない。しかし，使用者が情報提供を求める場合において，「使用者の書面による合理的な指示に労働者が従わない場合には，使用者は第 1 項で定める賃金支払いを，当該期間中は停止することができる」（民法典 629 条 6 項）。また，次で述べるように，使用者に賃金継続支払いが義務づけられる場合にも，民法典では，当該期間において職場復帰に向けて労使で協力することが義務づけられている。このうち労働者に義務違反があると使用者が認識している場合，または認識すべき場合には，使用者はその旨を遅滞なく労働者に対して忠告しなければならず，これを欠くケースでは，使用者が賃金継続支払いを拒絶するという抗弁は認められない（同条 7 項）。

２.１.３　職場復帰の促進

２.１.３.１　労使双方の協力義務

一般に，疾病による職場からの離脱が長期間になればなるほど，労働者の復帰は困難になると考えられる。こうした問題認識から，オランダ労働法でも，とりわけ 2002 年のゲートキーパー法（Wet Verbetering Poortwachter）による改革以来，必要に応じて，労働者の職務内容の変更なども含め，労働現場に迅速に戻すという職場復帰（re-integratie）が重視されている。ゲートキーパー法は，従来の労働者障害保険制度（WAO）のもとで，疾病を理由とする長期休職者が増大していた状況の改善を図ることを目的としたものであり，現在まで，小さな修正を加えながらも制度改革の基本的部分は維持されている。現在，職務への復帰に向けたリハビリ勤務に関連して，オランダ民法典では，労使双方が負うべき義務について，第 658a 条および第 660a 条で詳細に定められている。

まず，民法典 658a 条 1 項は使用者の義務を定めており，具体的には，

使用者は，疾病により労務の提供ができない労働者について，本来の労働に復帰し，使用者の事業に再統合（inschakeling）されるよう促進しなければならない。第 629 条にもとづいて労働者に賃金継続支払を行う期間，労働者障害保険法（WAO: Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering）71a 条 3 項，または，就労能力による所得保障法（WIA: Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen）25 条 3 項で定める療養期間において，労働者が本来の労働を続けることが不可能となり，使用者の事業所内で他の合理的な代替労働（andere passende arbeid）の可能性が無い場合には，使用者は労働者が他の使用者の下で合理的な代替労働に従事することができるよう促進しな

ければならない。

すなわち，リハビリ勤務の位置づけとして，従前の労務（労働契約で約定された職務）への復帰を目的とすること，それが不可能な期間については，他の軽易作業に従事することが予定されている。具体的な労務内容は，「合理的な代替労働」と評価できるか否かで判断され，「労働者の体力と能力（bekwaamheden）を考慮して期待されるあらゆる労働」が含まれるが，「身体的，精神的または社会的な理由でそれを労働者に強いることはできない場合は，この限りでない」（民法典 658a 条 4 項）。

ここでの使用者の協力義務は，労務の負担軽減など，労働者の職場復帰の可能性を模索することを主な内容とし，たとえば，パートタイム（deeltijd）での勤務や，職務上の責任軽減措置（aangepast takenpakket）などがこれに該当し，場合によっては職務の変更も含まれる。リハビリ勤務に必要な場合には，労働者は教育訓練についても受講義務を負う。要するに，リハビリ勤務が必要な場合には，使用者は上のような措置を講じる義務を負うと共に，見方を変えれば，指揮命令権が大幅に拡大されている点に特徴がある。

また，リハビリ勤務を行う労務提供先の面では，使用者の事業所内での代替労働を基本としつつも，それにとどまることなく，他の使用者の下での代替労働まで含まれる。これらの措置が「合理的な代替労働」と評価される限り，労働者もそれに応じる義務があり，応じない場合には，使用者の賃金継続支払義務が免責され，場合によっては解雇事由ともなる。

なお，日本ではリハビリ勤務が復職に該当するか否か，あるいはリハビリ勤務中の労働契約関係の評価が問題となることがあるが，オランダでは，労働者が，民法典 658a 条 4 項で規定される代替的リハビリ勤務に従事する場合にも，労働契約は継続することが明確に規定されている（民法典 629 条 12 項）。

このようなリハビリ勤務を円滑に進めるために，使用者はリハビリ勤務に必要な基準を遅滞なく策定する義務を負うとともに（民法典 658a 条 2 項），労働者との協力の下で，復職プランを策定しなければならない。ここでいう復職プランとは，労働者障害保険法（WAO）71a 条 2 項，または，就労能力による所得保障法（WIA）25 条 2 項で規定されるもので，使用者は策定したプランについて労働者の協力のもとで定期的に評価するとともに，必要に応じて再調整する義務を負う（民法典 658a 条 3 項）。

前述のように，リハビリ勤務は，使用者の従前の事業所以外でも行われうるものであるところ，使用者は，労働者の受入事業所（re-integratiebedrijf）に対して，当該使用者が委託する労務遂行に必要な情報，労働者の国民サービス番号（burgerservicenummer），または，それがない場合には社会保障および租税番号（sociaal-fiscaalnummer）について提供するものとされ，受入事業所は，これらの情報について，当該の労働にとって必要な限りで，または市民サービスおよび社会保障サービスを受けるために必要とされる限りで，当該情報を用いることができる（民法典 658a 条 5 項）。

以上のような使用者の義務に対応して，オランダ民法典では，リハビリ勤務に関し

て労働者が負うべき義務についても規定がある。すなわち，民法典 660a 条によると，

（a）使用者または使用者が指名する専門家によってなされる合理的な指示（redelijke voorschriften）を遵守し，第 658a 条 2 項で規定される使用者または使用者が指名する専門家が講じる措置に協力すること。
（b）第 658a 条 3 項で規定される，復職プランの作成，評価，調整（bijstellen）に協力すること。
（c）第 658a 条 4 項で規定される，使用者によって機会を提供された代替労働に従事すること。

という 3 つの類型が，疾病を原因として契約上の労働をすることができない労働者が負担すべき義務として，列挙されている。これらは，疾病による休職期間およびその後のリハビリ勤務期間における，労働者の一般的な義務を規定したものであり，民法典 670b 条（労働者の協力義務違反による解雇）および 629 条 3 項（賃金継続支払義務の免責事由）と基本的に平仄をあわせたものとなっている。すなわち，労働者は，職場復帰に向けた一般的な協力義務を負うと共に，義務に違反した場合の効果面では，使用者の賃金継続支払が免責され，場合によっては即時解雇が正当化されることになる。

6 週以内（原因調査）	休職開始後 6 週間以内に，産業医（bedrijfsarts）が疾病およびそれに伴う休職の原因調査を行う。 具体的には，職場への完全復帰の可能性とその時期，リハビリ勤務による復帰可能性が検討されるが，その判断は産業医が行う。主治医（huisarts）やセラピストに意見を求めるなどして原因が究明される。ただし健康情報に関わるプライバシー保護の観点から，産業医は，疾病労働者の病名，および医療機関やセラピストへの受診情報については，使用者に提供しない。他のセラピストでの受診を求める場合もあるが，労働者には応じる義務はない。

２.１.３.２　職場復帰への具体的な流れ

職場復帰に向けたリハビリ勤務の流れは，具体的に次のようなものである。

8週以内（復職プランの作成）	上の原因調査をふまえて，休職開始後 8 週間以内に，労働者の協力の下で，使用者が復職プラン（PvA: Plan van Aanpak）を作成する。復帰プランでは，職場復帰に向けて労使がなすべき事項が規定される。 具体的には，産業医の意見をふまえて，労務への従事が一時的に困難と評価された場合に復職プランを作成する。なお，短期間での職場復帰が見込まれる場合，あるいは逆に，復帰可能性が全くない場合には例外的に復職プランの作成義務が免除される。 復職プランでの必要記載事項は，①労働者に従事させることが可能な作業，不可能な作業（具体的に従事可能な職務内容を確定する際には，労働者が積極的に関与することが求められる），②職場復帰の目標（例：従前の職務への完全復帰を目標とするのか，それとも他の職務での復帰を目指すのかなど），③上の目標に向けてなすべき活動内容，④必要な調整策（例：他の仕事への配置の変更，療養（fysiotherapie）の内容，職業訓練，再教育の内容など），④リハビリ勤務の実施主体（使用者自身が行うのか，他の事業者が行うのか），⑤活動の具体的な計画，⑥労働者と使用者との面談時期（最低でも 6 ヵ月に 1 回以上）である。
42週目	使用者は，労働保険実施機関（UWV）に対して疾病労働者の状況を報告する。
44週目（UWVによる評価）	使用者は，2 年目の休職に向けて必要な確認（bevestiging）を労働保険実施機関（UWV）から受け，その際に UWV は，2 年目に使用者が講ずべき措置に関して指導する。 また，第 46 週目から第 52 週目の間に，労働者と使用者とで，復職プランの初年度の実施状況について検証・評価し，次年度に向けた計画を作成する。
91週目（WIAの申請）	職場復帰に向けたあらゆる努力が実を結ばなかったときには，労働者は労働保険実施機関（UWV）に対して障害保険（WIA）の申請をする。UWV は復職プランの実施状況について評価を行う。その際，使用者に協力義務違反があると認められるケースでは，賃金の継続支払を義務づけられる期間が 1 年間まで延長される。他方，労働者に協力義務違反があると認められるケースでは，WIA の給付について減額または不支給となる。

労働者と使用者は，最低でも 6 週間毎に，復職プランの実施状況について協議しなければならない。また，労働者と使用者でケースマネージャー（casemanager）を指名するものとされ，ケースマネージャーが復職プランの実施状況についてモニタリングを行うとともに，労使に対して助言する。なお，法定のモニタリング等とは別に，産業医による指導や，労働安全衛生に関する専門家協会（Arbodienst）による指導を受けることも当然可能である。

使用者は，労働者毎の復職プランとその効果に関する個人ファイルを作成・保管する義務を負う。そして，リハビリ勤務の終了時に，このファイルをもとに，労使の職

場復帰に向けた努力が十分か否かが評価される。ファイルに保管すべき情報は，①復職プランの内容，および必要に応じた修正点，②職場復帰に向けた労使のあらゆる活動の記録，③リハビリ勤務の遂行に関するあらゆる文書（書面やメール等），④就労時間数などのリハビリ勤務の実施状況である。

また，使用者は上の日常的な情報記録とは別に，休職期間が最長の 2 年を満了する（したがって，以後の賃金継続支払義務を原則として免れる）時点で，リハビリ勤務に関する最終報告書の作成を義務づけられている。報告書では，リハビリ勤務の実施に関するあらゆる情報を含むべきものとされるほか，①後遺症に関する情報（naw-gegevens），②事業の特性に関する情報，③労働者の職務上の地位に関する情報，④休職開始日，⑤産業医による原因調査の結果，および，その後に所見の変更があった場合には当該情報，⑥復職プランの内容，およびその後に修正があった場合には当該情報，⑦復職プランを実施した 1 年目の評価，⑧復職プランの実施についての最終評価，⑨復職プランに関する個人ファイル（前述），⑩休職期間やリハビリ勤務中に，労働者が主治医や産業医らの医療専門家で受診した際の明細，⑪産業医の最新の所見が必要である。この報告書に基づいて，労働保険実施機関（UWV）が障害保険（WIA）の受給資格について審査する。

復職プランの内容について，労働者と使用者との間で意見が相違して調整がつかない場合には，労使双方が，労働保険実施機関（UWV）に対して専門家としての意見（Deskundigenoordeel）を求めることができる。典型的に問題となるのは，労働者の労働能力の存否，リハビリ勤務の効果測定，配置予定の職務内容と当該職務での労働者の職務遂行能力などである。この専門家の意見そのものについては法的拘束力がなく，したがって取消等の対象外であるし，上位の行政機関での再審査の請求もできない。ただし，実務上，UWV による意見は，裁判所での審理において考慮されていることが指摘されている。

２.１.３.３　従前の使用者以外の下でのリハビリ勤務

前述のように，労働者のリハビリ勤務の提供先は，原則として従前の使用者であるが，場合によっては，他の使用者のもと，二次的リハビリ勤務（Re-integratie tweede spoor）が行われることもある。二次的リハビリ勤務の実施要件は，従前の使用者のもとで就労できないことであり，その判断については，労働安全衛生に関する専門家協会（Arbodienst）または産業医が書面で行う。

その上で，現実に就労可能な労務提供先となる新たな使用者が見つかった場合には，労働者と従前の使用者，および新たな使用者という全当事者の間で，合意に基づいて二次的リハビリ勤務が実施される。この場合，新たな使用者は，疾病休職時の賃金継続支払い義務など，労働契約上の義務の一部を免責される仕組みである。

二次的リハビリ勤務においても，それが実施される場合には，労働者は「合理的」な職務に就く義務を負う。合理性判断の際には，労働者の肉体的・精神的な能力，教育，職務経歴が考慮される。一般には以下

のような準則が妥当すると考えられている。

①疾病に罹患してからの期間が 6 ヵ月未満の場合には，労働者の職務遂行能力，トレーニング，職務経歴，従前の職務における賃金額を反映したものでなければならない。

②疾病に罹患してからの期間が 6 ヵ月以上の場合には，労働者は従前の訓練水準に基づく職務，または，ある程度軽易な作業に従事することが期待されうる。健康が許す場合には 2 時間以上の職務に従事することが期待される。

③労働者が休職している期間が長くなるほど，合理的な職務と評価される仕事の範囲が拡大し，労働者はそれを受け入れる義務を負う。

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

使用者は，必要に応じて，労働安全衛生に関する専門家協会（arbodienst），専門的受入事業所（re-integratiebedrijf），派遣会社，訓練施設（scholingsbedrijf）を利用することで，疾病労働者の現実の受け入れ先に関して，高度のマッチング手段を利用することができる。このうち専門的受入事業所（re-integratiebedrijf）とは，リハビリ勤務に特化した専門的な受入機関であり，労働安全衛生に関する専門家協会（Arbodienst）のうち大規模なものと連携している。専門的受入事業所を利用した復職支援は，使用者に十分な知識・能力がない場合などに有効な手段とされている[14]。専門的受入事業所は，現職への復帰を目指すだけでなく，他の使用者のもとでの復帰も含めて，アドバイザーとして機能しており，地域での他の使用者との仲介的な役割や労働者の再教育機能も果たしている。産業別で，専門的受入事業所の利用協定が結ばれているケースなどもあるようである。労働保険実施機関（UWV）を通じて，労働者側が専門的受入事業所を選択することもある。

リハビリ勤務先について従前の使用者に限定するのでなく，二次的リハビリ勤務を含めるオランダの法政策からは，労働現場への迅速な復帰が目指されている様子がうかがえる。なお，上のような柔軟な制度のもとで，実務上は，使用者団体の間で情報共有と専門特化による役割分担が行われ，コスト削減と効率化が図られていることが指摘されている。

２.１.４　民事賠償責任

*未了。

前述のように，オランダ民法典では，疾病労働者が休職をする際には，その原因が業務に起因しているか否かを問わず，最長 2 年間は，原則的に使用者に対して賃金の継続支払いを義務づけている。さらに，疾病原因が業務上のものと評価できる場合には，これに加えて，使用者は労働者に対して民事上の損害賠償責任を負う。

すなわち，民法典 658 条 1 項によると，「使用者は，労務に従事する労働者に危険がないようにするため，作業を行う部屋（lokalen），作業に使われる機械（werktuigen）および工具（gereedschappen）の配置，保全に配慮をし，作業のために妥当かつ必要な措置を講じ，適切な指示を与えなければならない」。

そして，「使用者は，労働者が労働中に被った被害について，労働者に対して損害賠償責任を負う」。これらはいずれも強行規定であって，これと異なる労働者に不利な約定を定めることはできず(同条 3 項)，仮にこうした約定があっても無効と解されている。日本では，派遣や業務処理請負をはじめとした企業外部の労働力を利用するケースで，労働契約の当事者以外にも，民事上，不法行為または安全配慮義務に基づいて損害賠償責任が問題となる。この点はオランダ法でも同様であり，「職務または事業の遂行上，労働契約を締結していない者に労働をさせ，その労務の遂行過程で当該労働者が被害を被った場合には，労働者を受け入れた者は，第 1 項から第 3 項までの規定に準じて損害賠償責任を負う」（民法典 658 条 4 項）。

もっとも，使用者が第 1 項で定める義務事項を遵守したこと，または，被害が主として労働者の故意または重過失によって引起されたものであることを証明しうる場合は」使用者は損害賠償責任を免れる（同条 2 項）。

なお，こうした民事上の賠償責任とは別に，労働環境法（Arbowet）や施行規則（Arbobesluit）等で，公法的な面でも使用者に職場環境の適正化を図る義務があることは前述した。また，民事損害賠償をめぐる問題は，前述の差別禁止法とも重複する領域である。

２.２　関係する判例

*未了。

２.３　確認できる効果

*未了。

ＤおよびＥ．考察および暫定的結論

Ｆ．研究発表

無し

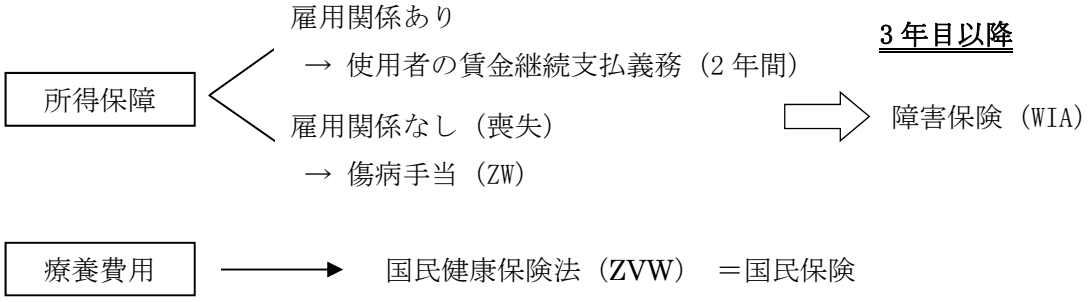
Ｇ．知的所有権の取得状況

無し

Ｈ．引用文献

文末脚注参照。

図１



[1] Arbeidsomstandighedenwet.
[2] Arbeidsomstandighedenbesluit.
[3] Arbeidsomstandigheden regeling.
[4] Beleidsregels arbeidsomstandighedenwetgeving.
[5] Arbodienst の構成メンバーは，産業医（bedrijfsarts）である場合もあるが，それに限らず，資格制度のもとで労働安全衛生に関する専門家が広く含まれているようである。
[6] 差別禁止法の展開については，*I. P. Asscber-Vonk en A. C. Hendriks*, Gelijke behandeling en onderscheid bij de arbeid(2 e druk),Kluwer, 2005,p.265 以下による。
[7] *Bakels* 2007,p.108.
[8] Wet Gelijke Behandeling op grond van Leeftijd bij de arbeid(Stb.2004,30).
[9] Wet Gelijke Behandeling op grond van Handicap of Chronische Ziekte (Stb.2003,206).
[10] Algemene wet gelijke behandeling (Stb.1993,690).
[11] Commisie Gelijke Behandeling.
[12] CGB 2007 年 10 月 29 日発表
（http://www.cgb.nl/_media/downloadables/paper_bewijslast_nov_2007.pdf）。
[13] 以下，特に断りがないかぎり，民法典の条数はすべて第 7 巻のものである。
[14] 専門的受入事業所は Web サイトで検索可能である（http://www.blikopwerk.nl/）。

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

ドイツの産業精神保健法制度

分担研究者　水島　郁子　　大阪大学大学院高等司法研究科・教授

研究要旨

ドイツでは近年、労働関係において精神保健への関心が高まっている。2008 年に公表されたあるレポートによれば､就業者の 5 人に 1 人が 2006 年の 1 年間に精神障害の診断を受けたとされている。労働関係において精神疾患に罹患した労働者とどのように関わっていくかは、喫緊の課題である。

ドイツにおけるこのような状況は、日本の状況に一見類似する。しかし、産業精神保健へのアプローチや取り組みは、日本のそれとかなり異なる。その背景には日本と異なる事情がある。

第 1 に、ドイツでは疾病労働者に対する保障が充実している。労働者が疾病を理由に労働不能となった場合、その疾病が業務上のものであるか私傷病であるかを問わず、労働者は最長 6 週間にわたり、賃金継続支払法に基づき、使用者から賃金が継続支払いされる。いわば、最長 6 週間の有給の病気休暇が、労働者に保障されている。このように疾病時の所得保障が充実しているので、疾病労働者は安心して欠勤することができる。もちろんそれが私傷病であれば、労働者は医療費の自己負担分を支払うことになる。ただ、ドイツの医療保険における自己負担額は非常に低額であるので、自己負担額が大きな負担になることはなく、疾病労働者が医療アクセスに躊躇することはほとんどない。このように所得保障・医療保障が充実しているので、疾病労働者は安心して欠勤して療養に専念することができる。

他方で、このような労働者に対する保障は、使用者にとってはマイナスに働きかねない。疾病労働者の欠勤により経済的負担が生じるうえ、労働者がしばしば欠勤することは労働意欲を減退させ事業所内のモチベーションを低下させることにつながりうる。そこで使用者の多くは、効率的で快適な企業運営のために労働者の欠勤を少なくしたいと考える。そのためには労働者の健康に留意し、必要な措置を講じるべきであると、使用者は考えるのである。実際に使用者が、労働者の健康に関してどの程度配慮し、どのような措置を講ずるかはさまざまであるが、それは企業の業種や規模だけでなく、企業のカルチャーが大きく影響するという。

使用者のこのような配慮の必要は、法的規制とも関係する。労働保護法は、使用者に、労働における安全衛生に関して必要な労働保護措置を講じることを義務づける。労働が労働者の健康を害することがないよう、使用者は対処すべきことになる。実務上、精神疾患等に作用しうる労働上の要因については把握できると考えられており、企業の適切な対処が求められる。さらに使用者には、別の角度からも法的義務が課されている。社会法典第 9 編は、1 年間に 6 週間以上疾病による労働不能となった労働者に関して、使用者に事業所編入マネージメントの実施を義務づける。事業所編入マネージメントは、労働者が再び労働不能に陥ることがないよう、ひいては職を失うことがないよう、使用者に対策を求めるものである。具体的な内容として、段階的な職場復帰や業務変更に伴う教育訓練があげられる。事業所編入マネージメントに参加すれば、疾病労働者は自分の労働能力に適した職務に就き、雇用が維持される可能性が高まる。事業所編入マネージメントを適切に実施したか否かは、使用者が疾病を理由として労働者を解雇できるか否かの法的判断に、大きく影響する。

疾病労働者に対するこのような使用者による配慮ないし措置が法律で定められ、事業所の従業員代表委員会や産業保健スタッフと協力して実行されていることが、第 2 の背景事情である。なお、これらの法律上の規制は疾病労働者全般に関わるものである。精神保健に限定した法規制は現在のところ存在しないが、最大野党の社会民主党（2013 年 12 月以降は連立政権与党）や主要産業別労働組合はアンチストレス規則制定に向けての動きを見せており、連邦議会の労働社会委員会でも取り上げられている。

第 3 に、労働者の精神疾患は基本的に私傷病であると理解されている点である。精神疾患が業務上と判断される例は、労働者が強盗に遭遇したなど特定の場面に限定されている。もちろん精神疾患の原因が業務になく、労働者の私傷病であるとしても、使用者は労働者の職場における健康を確保するために、心理的負荷を与えるような労働上の要因を軽減ないし排除すべきである。使用者が精神疾患罹患者に対応を行うのはこのような意味であり、業務上災害を理由とする賠償・補償リスクを避けるためというわけではない。近年、労災保険組合も精神疾患の問題への取り組みを行っているが、それも補償というよりは安全衛生の観点からである。

これらの背景事情も踏まえてドイツの産業精神保健法制度の特徴をまとめると、①国は法規制や労働監督により労働者の安全衛生全般について責任を果たすが、その詳細を国が決めてしまうのではなく、具体的措置は使用者に任せているということ、②使用者は従業員代表委員会や産業保健スタッフと協力して、労働者の安全衛生・健康の問題に積極的に取り組んでいること、③使用者の積極的な取り組みは、使用者の法的責任を果たすためでもあるが、それ以上に、企業の経済的効率性や企業カルチャーの維持・尊重が重要であるとの意識が強いこと、④労災保険組合も積極的にこの問題に取り組もうとしていることを、指摘できる。

Ａ．研究目的

統一研究課題から明らかなように、本分担研究の目的は、ドイツの産業精神保健法制度の背景・特徴・効果を解明することにある。

Ｂ．研究方法

平成 23 年度は、文献調査と訪問調査を実施した。

文献調査については､研究代表者が作成、呈示した「調査報告書の基本的な構成（フォーマット)」に即し､文献資料等のレビューに基づいて必要事項を調査した。なお、研究要旨に記したとおり特有の背景事情がドイツには認められることから、フォーマットの項目を一部変更している。

訪問調査については、平成 23 年 11 月上旬にベルリン市で行った。訪問先等は、以下のとおりである。

H23. 11.2. （水）	ドイツ使用者連盟 Herr Norbert Breutmann 社会保障局担当官 Frau Anne Schloz（社会保障担当） Frau Julia Kaute（国際関係担当）
同上	ドイツ法定労災保険組合 Herr Dirk Scholtysik 局長 Frau Dr. Marlen Hupke 労災保険労働衛生研究所員
11.3. （木）	ドイツ労働組合総同盟 Herr Dr. Hanns Pauli 社会政策専門員
11.4. （金）	連邦労働安全衛生所 Herr Prof. Dr. Hans Martin Hasselhorn 労働衛生局長 Frau Dr. Gabriele Freude メンタルヘルスと認知能力グループ長

各訪問先では、レクチャー、質疑応答、資料等によって、多くの情報提供を受けた。訪問調査に際しては、在ドイツ連邦共和国日本国大使館一等書記官渡辺正道氏（厚生労働省）に多大なご協力をいただいた。ティーテン礼子氏には通訳の労をとっていただいた。

平成 24 年度、平成 25 年度は、平成 23 年度に引き続き、文献調査を行った。

Ｃ．研究結果

ドイツでは従来から、疾病労働者の労働不能（欠勤）日数が重要な関心事の１つであり、近年は疾病の中でも精神疾患を理由とする欠勤が増加傾向にあることから、精神保健の必要性が高まっている。国や社会保険の各保険者もこの問題に対して関心を持ってはいるが、現段階では使用者による対応が産業精神保健の中心をなしているようにみえる。

以下では、ドイツにおける「１　問題状況」を明らかにしたうえで､「２　公法的規制」として、まず「２．１　労働安全衛生法制」をとりあげる。ドイツは安全衛生制度や監督の仕組みは整備されているが、精神疾患に特有な仕組みが設けられているわけではない。実際には労働関係においてこれらの制度が労使によってどのように具体化されるかが鍵となる。これについては、「３　労働関係における労働保護法の具体化」で紹介する。ドイツの「２．２　労災保険法制」の歴史は古いが、現在に至るまで、精神疾患は基本的に私傷病であると理解されている。したがって、労災保険関係における精神疾患に関する取り組みは業務

上疾病対策として行われるわけではなく、労働上の要因が労働者に心理的負荷を与えうるかといった観点から、措置を講じることになる。労災保険組合は、産業精神保健においては、補償よりも（「２．２　労災保険法制」参照）安全衛生の点で（「２．１　労働安全衛生法制」）、重要な役割を担っている。

「３　労働関係における労働保護法の具体化」の新たな動きとして注目されるのが、「３．３　ＩＧメタルによるアンチストレス規則の提案」である。規則案は、労働時の心理的負荷による危険から就業者を保護することを目的とするものであり、使用者に、必要な労働保護措置をとること、危険性評価を行うことなどを義務づけるものであるが、何が危険要素ととらえられ、それらがどのような点で評価されるかが、具体的に示されている。

精神保健の問題は、「４　障害者法制」とも関連する。ドイツでは、基本法（憲法）に障害を理由とする不利益取扱い禁止（差別禁止）が明記されているうえ、労働関係等に妥当する一般平等取扱法が制定されている。日本と比較すると「４．１　障害者差別禁止法制」が整備されているようにも見えるが、このような差別禁止アプローチは、主にＥＵ指令などの外圧によるものである。ドイツでは伝統的に「４．２　障害者雇用法制」のなかで、障害者の雇用にかかる措置や保護が実現されてきた。社会法典第９編（障害者のリハビリテーションおよび参加）は、障害者、とりわけ重度障害者の労働生活への参加に重点的に取り組んでいる。そのなかでもドイツ特有の制度として注目されるのが、疾病労働者に対する事業所編入マネージメントである。この事業所編入マネージメントは、疾病労働者が再び労働不能に陥ることがないよう、ひいては職を失うことがないよう、使用者に対策を求めるものである。事業所編入マネージメントの適用対象は、障害者に限定されず、一定期間疾病により労働不能の状態にある労働者がすべて対象となる。事業所編入マネージメントについても、近年精神疾患に罹患した労働者のケースが増加している。

「５　私法的規制」としては、「５．１賃金継続支払法等」が特徴的である。労働者は疾病を理由に労働不能となった場合、最長６週間、使用者から賃金を継続して支払われる。また、疾病のみを理由として労働者を解雇することは、原則として許されない。このように労働関係において、疾病労働者には一定の保護が図られている。なお、日本では民事裁判例が少なからず使用者の産業精神保健面での取り組みに影響を与えているが、ドイツでも、たとえばハラスメントを理由とする民事紛争が生じている（「５．２　民事上の解決」）。もっとも、その影響力は未だ大きいものではない。

１　問題状況

１．１　精神障害の診断に関する統計調査

近年、ドイツの労働関係においても精神保健は重要な問題となっている。2008 年に技術者疾病金庫[1]が公表したレポートには、就業者の 5 人に 1 人が、2006 年中に少なくとも１回、精神障害の診断を受けた、と記された[2]。これは全国民を対象とした統計調査ではなく、以下の方法から推計され

たものである。同金庫は、2006 年 1 月 1 日に同金庫の被保険者等である 15 歳から 64 歳までの労働能力がある者（246 万 2933 人）を対象として、外来診療において 2006 年中に ICD10 第 V 章に該当する診断がなされた件数を調べた。女性の 32.9%（修正後 32.1%）、男性の 16.1%（修正後 15.0%）が、少なくとも 1 回、ICD10 第 V 章に該当する診断を受けていた。これを全人口にあてはめて換算すると 22.1%となることから、就業者の 5 人に 1 人が精神障害の診断を受けたと判断された。

就業者のメンタルヘルスに関する全国民レベルの統計調査はなく、各疾病金庫が行う統計調査か（ただし、勤労世代のメンタルヘルス統計が各金庫で行われているとは限られない）、連邦統計局の患者統計によることになる。また、上述の技術者疾病金庫によるレポートでは ICD10 第 V 章という大枠での件数調査のため、日本の労働関係でイメージされるメンタルヘルスとは必ずしも一致しない。連邦統計局の患者統計によれば、退院した慢性患者のうち、精神および行動の障害（F00-99）を有する者の約 3 割はアルコールによる精神障害である[3]。この傾向は男性に強く、男性が、精神および行動の障害（F00-99）のうち、もっとも多く診断されるのは、精神作用物質使用による障害（F1）であり、なかでもアルコール依存が多い[4]。ちなみに女性に多いのは感情障害（F3）、とくにうつ病である。

最近では、就業者の約半数近くが精神不調を訴えているとも言われるが、それを直接示す統計調査はない。

１．２　疾病を理由とする労働不能に関する欠勤統計　－　地区疾病金庫の統計を例として

ドイツでは、疾病を理由とする労働不能による欠勤についての統計がとられており、参考になる。以下では、地区疾病金庫[5]の統計を用いる。同統計によれば、欠勤が多くみられる疾病は、筋・骨疾患（24.2%）、負傷（12.9%）、呼吸器疾患（12.0%）に続き、精神疾患（9.3%）は 4 番目に多い[6]。精神疾患は他の疾患と比較して次の特徴がある。すなわち、1999 年以降の約 10 年間で、精神疾患を理由とする欠勤日数は約 80%増加した。前年との比較でも 9.5%増加しており、これは労働不能主要疾病の中で最も高い増加率である。2010 年の欠勤日数は 11.6 日であるが、精神疾患の日数は平均 23.4 日であり、他の疾病と比べて欠勤が長い傾向が見られる。さらに、6 週間を超える労働不能が見られるケースも、筋・骨疾患（20%）、負傷（13%）に次いで、精神疾患（10%）に多く見られる。これらの統計からは、精神疾患を理由とする欠勤は、傷病を理由とする欠勤の中でもっともポピュラーなものであるとは言えないにしても、件数の増加傾向や日数の長期化傾向を見ると、今後の重要な欠勤原因となるであろうことがうかがえる。

精神疾患の中では、うつ病エピソード（F32）、重度ストレス反応および適応障害（F43）、身体表現性障害（F45）、他の神経性障害（F48）が上位にあがっている[7]。同統計からはアルコール依存の者が多いか否かはわからない。

産業分類別に見ると、精神疾患による欠勤事例は第 3 次産業に多く見られ、とくに、サービス業（12.9%）、公務・社会保険分野

（12.3%）、銀行・保険業（12.0%）に多い[8]。サービス業の中では、看護助手（17.0%）や介護士（16.9%）に比較的多い。欠勤日数の多さという点では、この 2 つの職業に加え、看護師や運転手が上位になる。

さて、ドイツではバーンアウトやバーンアウト症候群の語を目にすることが多いが、バーンアウト自体は生活管理困難（Z73）として位置づけられ、労働不能の原因となりうる精神疾患として診断されるわけではない[9]。医師は精神疾患にかかる付加情報としてバーンアウトの診断を行うことができる。バーンアウトの診断事例の欠勤日数は、2004 年の 8.1 日から 2010 年には 72.3 日と、約 9 倍に増加した。欠勤日数は男女間の差が大きく、女性が平均 101.9 日であるのに対して、男性は 49.7 日にとどまる。バーンアウトについても精神疾患の場合と同様に、医療・介護分野の労働者の欠勤日数が非常に多くなっている。バーンアウトの診断が付加される精神疾患としては、うつ病エピソード（F32）と重度ストレス反応及び適応障害（F43）が圧倒的に多い。

１．３　社会に与える影響

労働者の労働不能の原因となる精神疾患は、労働関係だけでなく、経済や社会保険財政に影響を与えうる。

労働者が精神不調に陥ったり、精神障害を発症したりすると、就業中の労働効率低下、あるいは欠勤により、企業の経済効率性が損なわれうる。後述のとおり疾病を理由とする欠勤は有給である（使用者が欠勤期間中の賃金を支払う）ので（１．４参照）、欠勤による企業の損失は日本におけるものより大きい。また、労働者の精神不調の原因が職場環境にあるような場合には、そのこと自体が生産性や競争力を低下させる可能性もある。企業の生産性や競争力の低下は、国の経済力を弱めることにつながる。

医療保険においては、問題はより深刻である。患者の増加は、保険給付の増加につながるからである。後述のとおり精神疾患が業務上であると認められることはほとんどないため（２．２参照）、精神疾患にかかる医療給付はもっぱら医療保険が行うことになる。また、治療の一環として行われるテラピーは医療保険の対象であるが、精神疾患罹患者のテラピーにかかる費用が医療財政に負担をかけている可能性がある[10]。

年金保険にも影響を与えている。精神疾患を理由とする稼得能力減退年金の支給決定件数は、1995 年には 55,000 件で、その後はほぼ横ばいに推移していたが、2010 年には 71,000 件に増加した[11]。精神疾患は、同年金の支給原因の第 1 位となっている。支給決定件数の増加に加え、精神疾患が原因の受給者の受給開始年齢がやや低い（48.3 歳）ことは、国民経済や社会保障システムへの影響も懸念されている[12]。また、年金保険による入院リハビリテーションの内訳は、筋・骨等疾患（32%）に次いで、精神疾患（20%）が多い[13]。筋・骨等疾患に対するリハビリテーションが、10 年前と比べると減少しているのに対して、精神疾患に対するリハビリテーションは増加している。このことも、年金保険財政に影響を与えうる。

また、労働者と失業者を比較すると、労働者の方が明らかに、精神障害を理由とする労働不能日数が少ない。この事実からは、精神障害の原因が必ずしも仕事にないこと

を明らかにするものであるとか、失業や失業に対する不安が精神障害の重要な原因となることを示すものであるとかといった解釈がなされうるが、ここでは精神障害を有する失業者の求職がうまくいかず失業手当の受給期間が長くなり、雇用保険等からの給付が増加する可能性のみ､指摘しておく。

１．４．小括と補足

文献調査（統計調査)、訪問調査のいずれからも、精神疾患罹患者が増加していること、そして産業精神保健対策の重要性が年々増していることが確認できた。

しかし、最近の働き方や職場環境の変化がその直接の原因であるとするものは、見受けられなかった。むしろ、以前と比べて精神疾患に詳しい医師やテラピストが増え精神疾患の診断が多くなされるようになったとか、患者はバーンアウトの「診断」結果を受け入れやすい（仕事を一生懸命したという満足感、恥ずべき行為でないという意識)といった意見や､精神疾患の原因は、プライベートの交友関係、家族関係、本人の性格など多様であり、かつ複数の要素が影響していることもあり、労働関係による対策（だけ）では精神疾患罹患を避けられない、といった意見があった。

また、精神疾患は基本的に業務上認定されない（後述２．２参照)。訪問調査でも、精神疾患は（例外的事例を除いて）私傷病であるという見解で一致していた。労働に原因があるかもしれない精神疾患が私傷病として取り扱われることは、一見、労働者の不利益が非常に大きいように思われるが、ドイツでは労働者の私傷病に関する保障は、日本よりも手厚い。

労働者が疾病を理由に労働不能となった場合、労働者の欠勤にかかわらず、使用者は通常の賃金を支払わなければならない（賃金継続支払法 3 条)。この賃金継続支払の対象となるのは、少なくとも当該使用者のもとで 4 週間雇用されていた労働者に限られるが､それ以外はとくに制限がない。フルタイム･パートタイム労働者を問わず、賃金継続支払請求権がある。また、労働者の疾病が、業務上であるか私傷病であるかは問われないし､精神疾患も当然含まれる。労働者の労働不能による欠勤中、労働者には最長 6 週間にわたり賃金が継続支払いされる。労働者の労働不能が 6 週間を超える場合には、以降の期間は医療保険から傷病手当金が支給される（社会法典第 5 編（公的医療保険）44 条)。傷病手当金の額は通常賃金の 70%で(社会法典第 5 編 47 条)、同一の疾病につき 3 年間で最長 78 週まで支給される（社会法典第 5 編 48 条)。

このように、労働者は欠勤しても賃金を喪失しないので、疾病により労働不能となった場合には、安心して欠勤することができる。賃金の継続支払いを受けるために、労働不能が 4 日以上となるときは、労働者は使用者に、次の出勤日までに医師による労働不能の診断書を提出しなければならない（賃金継続支払法 5 条)。この場合の労働不能とは、単なる精神不調による労働不能では足りず、疾病に罹患していること故の労働不能でなくてはならない。

次に、労働者は治療にあたり医療保険を使用するわけであるが、外来の場合の自己負担は無く（2013 年 1 月より。従前は 3 カ月ごとに 10 ユーロの負担があった)、薬剤・包帯類等については費用の 10%（その

大半は上限が 10 ユーロとされている)、入院の場合は 1 日 10 ユーロ（1 暦年につき 28 日まで）の負担のように、患者の負担はごく僅かである（社会法典第 5 編 28 条、61 条など)。医療へのアクセスは比較的容易であるといえる。

精神疾患は基本的に私傷病として取り扱われるが、私傷病時の所得保障も医療保障も、ドイツは日本と比べて充実している。

２　公法的規制

２．１　労働安全衛生法制

２．１．１　労働安全衛生法制の概要

ドイツの労働安全衛生法制の歴史は古いが、現行法の中心となるのは 1996 年制定の労働保護法（Arbeitsschutzgesetz）である[14]。労働保護法は、1989 年の労働安全衛生の改善を促進するための施策の導入に関する EU 理事会指令に適合させるために制定されたものであるが、同時にそれまで各法に分散していた労働安全衛生法制を体系的にした。労働保護法は、労働安全衛生法制の基本法として位置づけられる。

労働保護法の特徴は、一般規定を中心に構成されている点にある。柔軟な枠組み規定が置かれ、労働保護措置の計画、遂行、効果の審査や改善については、企業の裁量に任せられている。労働保護法の適用対象は、ほとんどすべての組織にわたり、適用対象者も労働者だけでなく労働者類似の者等にも広く及ぶ（労働保護法 1 条、2 条)。

労働保護法には、使用者の責任、そして使用者と並んで責任を負う者が明示されているが（労働保護法 3 条、13 条)、そのうち使用者の義務は、同法 3 条 1 項において次のように記されている。「使用者は、就業者の労働における安全衛生に影響する条件に配慮しつつ、必要な労働保護措置をとるべき義務を負う。使用者は、その効果について審査し、必要であればその他の臨機応変な対応をしなければならない。その際に使用者は、就業者の安全衛生の改善に努めなければならない。」使用者がとるべき労働保護措置は、同法 2 条 1 項において「人間としてふさわしい労働を具体化するための措置をも含む、労働災害と労働に関係した健康上の危険を防止するための措置」と定義されている。同法 3 条 1 項の使用者の基本的義務に加えて、同法 5 条は使用者にさらなる義務を課す。すなわち同法 5 条 1 項において「使用者は、労働と結びついている労働者に対する危険性を評価することにより、労働保護にいかなる措置が必要であるかを調査しなければならない」とし、使用者が労働者の労働条件等から労働上の危険性を評価すべき義務を課している。危険性評価の結果は文書化することが義務付けられている（同法 6 条)。

労働保護措置や労働上の危険性評価の対象には、精神疾患にかかるものも含まれると従来から理解されていたが、2013 年の労働保護法改正により、身体的健康とならんで精神的健康が（同法 4 条 1 号)、また危険性評価の対象として労働における心理的負荷が（同法 5 条 3 項 6 号）追加され、精神保健も対象となることが法律上も明確になった。

上述のとおり、労働保護法自体は枠組みを呈示するものであるので、労働関係における具体化は、労使に任せられているといえる（後述 3 参照)。

労働保護法の下位規範で、心理的負荷に言及している法規に、ディスプレイ作業規則（Bildschirmarbeits- verordnung）がある。同規則 3 条は次のように規定する。「労働保護法 5 条により労働条件を評価する際に、使用者は、ディスプレイ作業場の安全・健康にかかる条件を、とくに視力に対する、また身体上の問題ならびに心理的負荷となりうる危険の観点から、調査し評価しなければならない。」同規則 3 条は、労働保護法 5 条に基づく危険性評価の対象として、身体的負荷の観点のみならず心理的負荷の観点からも調査することを義務づける。

労働保護法以外に、労働安全法（Arbeitssicherheitsgesetz、法の正式名称は、産業医、労働安全技術者等労働安全専門職員に関する法律）[15]と社会法典第 7 編（公的災害保険）が、労働安全衛生法制では重要である。

社会法典第 7 編は公的災害保険について規定するが（後述２．２参照）、労働安全衛生にも大きく関わっている。事業場における安全衛生を実施する際の規範となるのが、労働災害予防規定であるが（後述２．１．２参照）、これは労災保険組合が自治規範として作成するものである（社会法典第 7 編 15 条）。なおドイツの労災保険の保険者は単一でなく、労災保険組合が産業・業種別に設立される。安全管理者は、産業医や労働安全技術者等とともに事業主の行う安全衛生を支援する役割を担うが、安全管理者の選任も、社会法典第 7 編に基づいて行われる。

２．１．２　事業場における安全衛生体制

使用者は、産業医と労働安全技術者を選任する義務を負う（労働安全法 1 条）。使用者はこれらの者の支援を受けて、労働保護や労働災害の予防に取り組むが、使用者はこれらをできるだけ高い水準で行うことが求められる。すなわち「確定的な産業医学上・安全技術上の知見」の水準であることが求められる。労災保険組合が作成する労働災害予防規定の内容には、事業主が労働安全法上の義務の履行のためになすべき措置が含まれており（社会法典第 7 編 15 条）、使用者は自らが加入する労災保険組合の労働災害予防規定にしたがう。

産業医は、使用者等への助言、労働者の健康診断や健康状態の判断・評価、定期的な職場巡視等による労働保護や労災予防の遂行の監視、労働保護や労災予防に関する情報の提供・教育等を、任務とする（労働安全法 3 条）。産業医の任務は条文に挙げられているものに限定されないが（例示列挙と理解されている）、基本的に予防面での役割が産業医に求められている。使用者は産業医を選任するが、これは専任・専属を意味するものではない。使用者が義務づけられているのは、所定時間従事する産業医の選任である。労働災害予防規定は、業種や従業員数に応じて、所定時間の最低基準を定める。

労働安全技術者も産業医と同様の任務に従事するが、医学上ではなく安全技術上の知見・能力が必要とされる点で、産業医の任務と区別される。すなわち労働安全技術者は、使用者等への助言、事業場施設や技術的労働手段の検査、定期的な職場巡視等による労働保護や労災予防の遂行の監視、情報の提供・教育等が、任務である（労働安全法 6 条）。

就業者が 20 人を超える事業所では、使

用者は労働安全委員会の設置が義務づけられる（労働安全法 11 条)。労働安全委員会は、使用者もしくは使用者の委任を受けた者、従業員代表委員会から 2 名、産業医、労働安全技術者と、社会法典第 7 編 22 条に基づく安全管理者によって構成される。労働安全委員会の任務は、労働保護と労災予防に関する事項を審議することにある。

社会法典第 7 編は、常時 20 人を超える就業者を使用する事業主に、安全管理者の選任を義務づける（同編 22 条)。安全管理者の人数は、労働災害予防規定で定めるのが原則である。事業主が規定の人数を超えて安全管理者を選任することは許される。安全管理者はそこで働く者の中から選ばれ、産業医、労働安全技術者等とともに、事業主が行う労働保護や労災予防を支援する。

２．１．３　監督行政

事業場内の安全衛生体制を実現するために、事業場外の機関による監督は有効であるが、ドイツでは 2 つの事業場外の機関による二重の監督が行われている。

1 つは、営業監督官（いわゆる工場監督官・査察官）による監督である。営業監督官の歴史は古く、19 世紀まで遡る。この営業監督は、労働・環境・消費者保護の規定の遵守について監督権限を有する。営業監督は州ごとに州営業局（州によっては異なる名称であったり、異なる行政区分であったりする）の下で行われ、管轄区域内のほぼすべての事業所と行政機関（若干の制限がある）を管轄する。労働保護は、技術上の保護（労働災害からの保護や労働衛生）と社会的保護(労働時間保護､年少者保護、母性保護など）から成る。営業監督官の任務は、国家による（実際には州による）監督・労働保護と位置づけられる。

もう 1 つは、労災保険の保険者、すなわち労災保険組合である。労災保険組合は、労働災害予防規定を作成し、労災予防の観点から適用事業所に対して、監督・労働保護を実施する。

この二重の監督体制により生じる問題を回避し、調整を図るために､「共同ドイツ労働保護戦略」との名称の会議体が設立され、連邦労働社会省、州労働保護安全技術委員会、ドイツ法定労災保険組合、連邦労働安全衛生所が共同して、労働保護の課題に取り組んでいる。

２．１．４　小括と補足

既存の労働安全衛生法制は、労働安全一般についての規制であり、産業精神保健に特有な規制が設けられているわけではない（なお、法規制の提案はなされている、後述３．３参照)。

訪問調査では事業場外の機関による監督に関し、いくつかの問題点が指摘された。営業監督官の多くは技術者であり、精神保健に関する知見を有している者は少なく、営業監督官に対して精神保健研修等を実施し始めたが、成果はまだあらわれていないとのことであった。また、営業監督官、労災保険組合からの派遣監督者に共通することとして、たとえば技術上の理由から安全面で問題のある機械を停止させたり、具体的な改善措置をとったりすることは可能であるが、その機械を使用している労働者が心理的負荷を受けていることを理由に機械を停止させることは難しい、との指摘があった。心理的負荷の理由がそれ以外にある場合（職場いじめなど）には、改善指導はより困難である、との現状認識であった。

二重監督について、当該区域を管轄する営業監督と、産業・業種に関係する労災保険組合とでは、労働保護の目的は共通するが、たとえば両機関に相談をした場合に異なる回答が得られることもあるとのことである。「共同ドイツ保護戦略」によって方針・意見の統一が図られているものの、現場実務では必ずしも統一されていないということであった。

２．２　労災保険法制

２．２．１　労災保険の概要

労災保険制度は、社会法典第７編において定められている。同編の適用対象は、労働者のほか、障害者作業所等で就労する障害者、家内労働者とその配偶者、医療福祉施設のボランティア、さらには、事故災害救助者（救助活動が対象）、学生・生徒（修学活動が対象）など、広範囲に及ぶが（社会法典第７編２条）、以下では労働者について述べる（そのため以下では「公的災害保険」の語を用いず、「労災保険」とする）。労災保険の保険者は、産業・業種別に設立される労災保険組合である。

労災保険の保険事故は、労働災害と職業性疾病である（社会法典第７編７条１項）。いずれも労働者に健康侵害が生じたことが前提となるが、この健康侵害には精神障害も当然含まれる。しかし精神障害について業務上と判断されるケースは、きわめて限られている。

２．２．２　労働災害

労働災害とは、補償対象となる活動における被保険者の事故のことであり、ここで事故とは、時間的に限定された、外部から身体に作用する、健康侵害もしくは死亡をもたらす出来事をいう（社会法典第７編８条１項）。精神障害が労働災害と認定されるには、時間的に限定された外部から身体に作用する出来事、すなわち具体的事故が必要である。精神障害が労働災害と認められるケースは、頭部外傷を原因として精神障害を発症した場合や、重大事故の目撃や体験により精神障害を発症した場合に、限定される。連邦社会裁判所も、精神障害を事故によるものと認めるためには、その精神障害がICD10やDSMIVといった国際的な診断基準に該当する疾病であることをまず必要とし、さらに通常の因果関係（業務と事故との間の因果関係、事故と健康障害との間の因果関係）に加え、現在の医学的知見により事故もしくは事故の結果が当該精神障害を引き起こすと一般的にいえる場合に限り、労働災害として認めるという判断枠組みを示している[16]。精神障害については、事故との因果関係がより慎重に判断される。

２．２．３　職業性疾病

職業性疾病は、連邦政府が連邦参議院の同意を得て、職業性疾病規則（Berufskrankheiten-Verordnung）により定める（社会法典第７編９条１項）。同規則の別表１（職業性疾病リスト）に、職業性疾病が列挙されている。職業性疾病リストに入れられる疾病は、①医学的な見識に基づくもので、②特別な作用によりもたらされるものであり、かつ、③特定のグループに、その活動を通じて、他の人々よりも非常に高い程度で生じるものである（社会法典第７編９条１項）。現在、職業性疾病リストに精神障害は含まれていない。

職業性疾病リストそれ自体は限定列挙

である。しかし、これに登載されていない疾病であっても、災害保険の保険者は、新しい医学的知見に基づき１項の要件を充たす疾病があれば、それを職業性疾病として承認しなければならない（社会法典第７編９条２項)。したがって、職業性疾病リストに登載されていない疾病も、新たな医学的知見が得られれば職業性疾病として認められる可能性がある。しかし、精神障害について、1 項の要件のうち③の要件が充たされるケースは想定しにくい。精神障害に罹患した者が、自己の精神障害と業務との間の因果関係を医学的に立証できたとしても、それだけでは職業性疾病として認めるに足りず､職業グループに特有な原因が存在し、かつ個別事例においても精神障害と業務との間の因果関係が肯定されるときに限り、職業性疾病として認められるのである。そのため２項適用によっても、精神障害が職業性疾病と認められる可能性はきわめて低い。

下級審では、PTSD を２項の意味での職業性疾病と認めた例がある。バーテン・ヴュルテンベルク州社会法裁判所は、開発途上国援助のソーシャルワーカーとして長年、西アフリカ諸国で働いていた者のPTSDについて､要件の③の特定のグループとして、「開発途上国の援助に従事する者」を措定し、PTSD を引き起こす作用がこれらの者の活動には十分ありうるとして、PTSD が職業性疾病にあたることを認めた[17]。しかし、連邦社会裁判所（上告審）は手続法上の理由から原判決を取り消した[18]。連邦社会裁判所は当該事案についての判断を行っていないものの、判断枠組みとして１項の要件を充たさなければならないこと、とくに要件の②の特別の作用は、抽象的・一般的に疾病の重要な原因であることが学術的に示されなければならないとし、慎重な態度を示している。

２．２．４　小括と補足

精神障害を職業性疾病として認めることは、法制度上困難である。連邦社会裁判所もこれまで、精神障害を職業性疾病として認めていない。訪問調査からも、精神障害は職業性疾病として認められないという実務上の理解を確認できた。

したがって、精神障害について労災保険給付支給が認められるとすれば、それは労働災害の場合に限られる。労働災害として認められるケースは、極度の心理的負荷による外傷を伴わない精神的外傷(トラウマ)と、身体的外傷後に生じる精神的障害とがある。訪問調査では、まず前者について、当該精神的外傷が労働災害によるものと意識されないこともあり、当該疾病と極度の心理的負荷を与えた事故（強盗事件や自殺者の目撃など）との因果関係の判断に時間を要することがあるとの問題を聞きとれた。ちなみに、このような事故に遭遇するリスクの高い業種では、使用者等が対策を講じているとのことである。後者については、病院では身体的外傷の治療が優先され、精神的外傷に注意がはらわれないことがしばしばあり、そのことが精神障害を悪化させることがあるとの問題が指摘された。

３　労働関係における労働保護法の具体化

３．１　実務書における質問票の例

使用者が労働法上の義務を履行するために、実務書が手助けとなることがある。使

用者が、労働保護法上義務づけられた、事業所内の安全や労働者の健康を保護する責任を果たすために、参考となりうる実務書が出版されている。たとえば、Haufe 社から出版されている Mustermappe Arbeitsschutz im Büro（オフィスの労働保護モデルファイル）には、労働安全衛生に関する情報や知識とともに、様式例（労働者向け文書､質問票やチェックリストなど）が掲載されている。以下では、心理的負荷に関する質問票を紹介する。

表１は、従業員に対する質問票の項目である。この質問票では、従業員に直接質問を行い、従業員は匿名で、質問項目 1～16 につき、自分の職場の精神面での実状を 5 段階で（1－いつも、2－ほとんどいつも、3－しばしば、4－たまに、5－ない）評価し、回答する。質問項目 17 は、自由記述回答となっている｡回答結果の分析評価は、事前に決められた利益代表者が行うものとされている。

表１：質問票－　労働者の職場の実状について〔質問項目のみ抜粋〕[19]

1.	自分の仕事は、いつも、通常の労働時間内に終わらせることができる。
2.	自分の仕事は、自分の能力に見合っている。
3.	自分の仕事は、自分のチーム／部課全体の成果に重要な貢献をしていると思う。
4.	自分の仕事は、楽しく変化に富んでいる。
5.	自分の仕事におけるルーティンの程度に満足している。
6.	自分の仕事の予定〔期日・納期〕は、はっきりと明らかになっている。
7.	自分の仕事を、自分の責任でやりくりできる。
8.	周りの人とうまく仕事をしていると思う。
9.	自分の仕事について、同僚や上司と話し合うことができる。
10.	自分の仕事中に邪魔をされることは、ほとんどない。
11.	仕事の質について、フィードバックされている。
12.	ミスの原因は客観的に調べられる。
13.	自分の仕事と関連する、全体の見通しがある。
14.	他の仕事や休憩をすることにより、ディスプレイ機器を用いた自分の仕事を、自分で中断できる。
15.	仕事に際して、自分の意見や考えを述べることができる。
16.	何かをする体調にある（余力がある）と、仕事の後に感じることがしばしばある。
17.	とくに負担となっているのは：

表２の質問票は、産業医、安全衛生担当者や人事担当者など広義の労働安全衛生従事者が評価・調査するためのものである。従業員には間接的に質問することになる。各項目について「はい」もしくは「いいえ」で回答する。「いいえ」と回答された項目については、何らかの措置が必要と考えられる。質問票の「はい」、「いいえ」の回答欄の横には、備考欄が設けられている。

表２：質問票－　精神面での労働の実状の評価　〔質問項目のみ抜粋〕[20]

1	**仕事の課題**
1.1	仕事の課題が明確に提示されている
1.2	仕事の課題が完全に示されている
1.3	ルーティン作業は多くない
1.4	仕事の課題が見通せる
1.5	指示
2	**労働体制**
2.1	時間的拘束がない
2.2	柔軟な労働時間
2.3	残業がない
2.4	交替制労働
2.5	休憩の定め
2.6	邪魔をされない
3	**仕事の裁量**
3.1	決定についての裁量
3.2	具体化についての裁量
3.3	自分の責任
4	**〔資格〕評価**
4.1	評価が〔仕事の〕課題にあわせられている
5	**コミュニケーション／協力**
5.1	仕事の結果についてのフィードバック
5.2	課題処理にあたっての支援
5.3	事業所内の情報伝達系統への組入れ
6	**技術的な労働手段／ソフトウェア**
6.1	労働手段が適切におかれている
6.2	講習会
6.3	技術の〔故障・障害〕耐性
6.4	相談担当者
6.5	短期間での問題解決
7	**労働環境**
7.1	推奨基準に適合した室内環境〔温度等〕
7.2	推奨基準に適合した騒音レベル
7.3	推奨基準に適合した照明
7.4	推奨基準に適合した部屋の区分
8	**仕事の形成**
8.1	身体作業
8.2	混合した作業
9	**全般**
9.1	ポジティブな事業所環境

表１、表２の質問票は、モデル例ではあるが、労働関係において想定されている心理的負荷の内容や、使用者の精神疾患の問題に対するアプローチを、ある程度読み取ることができる。

これらの質問項目は、大きく２つのグループに分けられる。第１のグループは、労働安全衛生や労働条件に関わるものである。労働体制（表２－2、表１－1,10,14,16）や労働環境（表２－7、表１－14）に関する質問項目がこれに該当する。労働時間や休憩が適切に定められ、必要な休息を自ら取ることができ、推奨基準に適合した労働環境下での労働が、労働者に保障されるべきである。これらが保障されない場合、とくに最低基準を下回るようなことになれば、労働者にストレス（心理的負荷）を与えることは十分に予測できる。

注目されるのは第 2 のグループである。ここに分類されるのは、労働者の仕事に対する意識や満足度（表１－3,4,5）、労働者に示された課題（表２－1、表１－5,6,13）、労働者に与えられた裁量（表２－3、表１－7,15）などで、これらは企業理念や人事戦略とも関係する労務管理に関わるものである。自分の仕事が所属部署や企業に重要な貢献をしているか、自分の仕事は楽しく変化に富んでいるか（単調ではないか）、仕

事の課題が明確に示されているかといった質問項目は、労働者が自分の仕事に意義を見出して働くことができているかを問うものでもある。労働者が自分の仕事を意義があるものととらえ、満足して働くことができれば、心理的負荷は緩和されよう。もう１つのポイントは、労働者に仕事の裁量が与えられているかである。労働者が、企業において歯車としてではなく、自律した人間らしい働き方ができているかは、心理的負荷に影響しうる。

さて、職場における心理的負荷に着目して、労働者の働き方を見直したり、必要な措置を講じたりすることは重要である。その際、心理的負荷を与えるマイナス要因を探し出す方法もあるが、表１、表２はそのような方法を取っていないようにみえる。表１、表２は、労働者に心理的負荷がかからないためのプラス要因をあげている。これは、この質問票ひいてはドイツ労働関係における産業精神保健のアプローチの特徴を示すものであると考える。すなわち、前者の方法（マイナス要因の発見）は補償・賠償法アプローチに、後者（プラス要因が維持されているかの確認）は予防法アプローチに馴染みやすい。表１、表２は、予防ないし問題の早期発見のために心理的負荷を見つけ出そうとするものであるが、このような方法は、使用者が行う労務管理マネージメント、すなわち使用者がいかに労働者の労働能力や労働意欲を引き出すかということと矛盾するものではない。むしろ近い関係にあり、このようなアプローチは使用者に受け入れられやすいと考える。

３．２　ダイムラー社における危険性評価

３．２．１　危険性評価に関する事業所協定

労働保護法 5 条が使用者に義務づける危険性評価に関し、ダイムラー社と同社の総従業員代表委員会[21]は、2005 年 12 月 15 日に「ダイムラー株式会社における労働保護法に基づく危険性評価の具体化に関する全体事業所協定」を締結した。その後、この危険性評価の構成要素に「心理的負荷」を加えることは、心理的負荷の観点から労働条件を評価することを容易にし、それは労働者の労働安全保護のさらなる発展につながるとの考えから、ダイムラー社と同社の総従業員代表委員会は、2008 年 5 月 23 日に「心理的負荷の評価に関する方法」について合意し、同年 6 月 30 日に両者間で協定が締結された。

ダイムラー社はドイツを代表する大企業であり、従業員総数は約 26 万人である[22]。そのため同協定の実施による効果が期待できるが、その効果は同社にとどまらず、関連産業を中心に、他社でもダイムラー社の方法の導入が進められているとのことである。

３．２．２　危険性評価

３．２．２．１　プロセス

ダイムラー社では、危険性評価のプロセスを 7 つのステップで構成する。①危険性の調査、②危険性の評価、③措置への誘導、④措置の具体化（開始）、⑤記録、⑥情報委託、⑦実効性の検証、である。①、②は労働保護法 5 条 1 項の危険性評価義務、⑤は労働保護法 6 条の文書化義務を履行するものといえる。

３．２．２．２　組織

ダイムラー社の協定および説明資料によ

れば、危険性評価に関係するのは、以下の3つの組織である。

まず、労働安全法 11 条に基づき設置される労働安全委員会である。労働安全委員会は、事業所の責任者（使用者）、産業保健責任者、安全責任者、計画責任者、社会法典第 7 編 22 条に基づく安全管理者、従業員代表委員会の代表者 2 名から、構成される。

次に、「危険性評価のための定期的なコミュニケーション会議」である。同会議は、危険性評価の問題を調整するために、定期的に（たとえば 6 週間ごとに）開催される。同会議は、労働安全委員会の構成員である安全責任者と従業員代表委員会からの 1 名、あわせて 2 名を核として、必要に応じて、産業保健や計画その他の専門家や従業員代表委員会委員を、メンバーとする。同会議では、危険性分析のスケジュール、分析の委託（場所、方法、分析の範囲の決定等）、分析チームが実施した危険性評価の評価、措置の種類やスケジュールおよびその具体化、実効性の検証時期やその基準および実施等が、合意・決定される。これは、危険性評価の実施にあたり、その計画や内容が、事業所における労働安全衛生の必要（利益）と従業員代表委員会により代表される労働者の利益を勘案して、決められることを意味する。

分析チームは、「危険性評価のための定期的なコミュニケーション会議」の委託を受けて設置される。分析チームは、安全専門員、産業医、専門領域の管理職、専門領域の安全管理者、従業員代表委員会委員に、必要に応じて従業員や専門家を加えて、構成される。分析チームは、危険性の分析を行い、評価について提案し、判断について同種の職場をまとめ、措置ならびに具体化された計画を提案する。

３．２．２．３　構成要素

危険性評価は、各構成要素の危険性評価を通じて行われる。従来の構成要素は、「安全教育」、「予防検診」、「防火検査」、「爆発予防記録」、「通行許可」、「火気作業許可証」、「安全巡視」、「労働手段に関する危険性評価」などであった。2008 年に、「心理的負荷」と「分析チームによる特別な危険性評価」が構成要素に追加された。

2005 年の協定により、危険性評価の制度は作られていたが、それは心理的負荷の要素を欠くものであった。2008 年に追加された 2 つの構成要素により、心理的負荷の観点からも危険性評価が行われるようになった。

３．２．３　心理的負荷に関する危険性評価

３．２．３．１　心理的負荷に関する危険性評価の概要

心理的負荷に関する危険性評価は、職場に関する一般的なデータ調査（たとえば労働時間がどのように規制されているか）、従事者の職務の内容の調査、負荷要因ないし要求因子の調査の、3 つから構成される。

心理的負荷に関する危険性評価に特徴的なのは、3 つ目の負荷要因である。負荷要因として調査されるのは、労働の複雑性、行動の裁量、可変性、時間についての裁量、責任の範囲、労働の中断、集中の必要性、協働の必要性の 8 つである。

心理的負荷に関する危険性評価は、心理的負荷を与えうるこれらの要因の（危険な）組み合わせに関して、労働条件を客観的に

調べようとするものである。

分析を行うのは、労働安全衛生や産業保健の従事者ならびに従業員代表委員会委員から構成された専門家チームであり、これらの者は事前に訓練を受ける。この専門家チームに、管理職と当該領域の従業員代表委員会委員が加わって、分析チームが構成される。さらに専門家が加わることもある。分析結果は、所定の分析フォームに記載される。

分析により危険な組み合わせが適示された場合には、まずは職場の管理職が、続いて当該部門で働く労働者が、心理的負荷を回避・軽減するために適切な措置を講ずるか、適切な対処方策をとる措置の遂行の責任は管理職が負う。

３．２．３．２　調査・評価の方法

心理的負荷に関する危険性評価は、1979年に Karasek が提唱した要求･指揮監督モデルを基礎としている。同モデルは、「仕事に対する要求」と「行動の裁量」の２つのベクトルを使用する。

表３：要求・指揮監督モデル

（多）行動の裁量（少）	「あまり負荷を受けない活動」	「積極的な活動」
	「消極的な活動」	「強い負荷を受けた活動」
	（少）仕事に対する要求（多）	

表３で示すように４通りに分類されるが、左上から右下に進むにつれて、健康に作用する負荷が大きくなる。

仕事に対する要求が高いこと、たとえば責任の度合いが高いことそれ自体に、危険性があるわけではない。このような例として、医師やパイロット、マネージャーの仕事が指摘される。それに対して、責任の度合いが高く、行動の裁量がわずかにしか認められない場合（たとえば敗戦したら解任されるサッカーの監督）には、適切でない負荷がかかる。

このことを踏まえて、心理的負荷に関する危険性評価では個々の要因に着目するのではなく、負荷要因となる危険な組み合わせを評価するという方法を採用している。

３．２．３．３　プロセス

心理的負荷に関する危険性評価のプロセスは、基本的に危険性評価のプロセス（前述３．２．２．１参照）にしたがうが、危険な組み合わせが生じているか否かによって、ステップ数が異なる（表５、表６参照）。まず、危険な組み合わせを表４に示す。

表４：危険な組み合わせ

労働の複雑性　↑	行動の裁量　↓
	時間の裁量　↓
	労働の中断　↑
	協働の必要性　↑
労働の複雑性　↓	集中の必要性　↑
行動の裁量　↓	責任の範囲　↑
	労働の中断　↑
可変性　↑	責任の範囲　↑
	労働の中断　↑
	集中の必要性　↑
可変性　↓	集中の必要性　↑
時間の裁量　↓	責任の範囲　↑
	労働の中断　↑
	集中の必要性　↑
	協働の必要性　↑
責任の範囲　↑	集中の必要性　↑

	協働の必要性　↑
労働の中断　↑	集中の必要性　↑
	協働の必要性　↑

危険な組み合わせが生じていない場合のプロセスは、表５で示すように３つのステップで行われる。

表５：心理的負荷に関する危険性評価の分析プロセスⅠ

①危険性の調査	職場の分析を行う。
②危険性の評価	分析を評価し、危険な組み合わせを検討する。
⑤記録	記録し、記録結果を労働安全部に保存する。

これらは、所定のフォームを用いて行われる。

それに対して、危険な組み合わせが見られる場合には、表６のとおり、６つのステップとなる。

表６：心理的負荷に関する危険性評価の分析プロセスⅡ

①危険性の調査	職場の分析を行う。
②危険性の評価	分析を評価し、危険な組み合わせを検討する。
③措置への誘導	危険な組み合わせに対しては、原則として心理的負荷を除去ないし克服するための措置に導く。
④措置の具体化	
⑤記録	記録し、記録結果を労働安全部に保存する。
⑥実効性の検証	措置の実効性を、検討・評価する。

措置や実効性の検証にあたっては、個別事例ごとに対応することになる。

３．２．３．４　役割

心理的負荷に関する危険性評価は、一般的な危険性評価の構成要素の１つであり、その役割は労働保護の遂行に求められる。

各職場において、管理職は労働保護規定を遵守し、労働保護を遂行する。その職場の産業医やその職場を代表する従業員代表委員会委員は、それぞれの専門的なノウハウを活用しなければならない。それはたとえば分析チームへの参加によって可能となる。

また、危険性評価の分析や、措置への誘導にあたり、ソーシャルスタッフを分析チームに組み入れることも可能であるとされる。

労働保護法上の義務を履行し、労働保護を遂行するために、心理的負荷に関する危険性評価も行われている。

３．２．４　小括と補足

ダイムラー社における危険性評価は、労働保護法上の義務が労働関係において具体化された１つの例である。労使間の協定を根拠とするが、労務管理や労働者の処遇を目的とするものではない。したがってその内容も､公法上､組織的なものにとどまり、労働者の権利義務を規制するものではない。

３．３　ＩＧメタルによるアンチストレス規則の提案

３．３．１　提案の背景と概要

ドイツ最大の産業別労働組合であるＩＧ

メタル（金属産業労働組合）は 2012 年に、アンチストレス規則（Anti-Stress-Verordnung、正式名称は、職場における心理的負荷による危険からの保護のための規則）を提案した。ＩＧメタルが提案を行ったのは、職場における心理的負荷により精神疾患に罹患する労働者が増加しているにもかかわらず、危険物質や騒音などについては各規則が存在しているのに対して、そのような規則が心理的負荷の問題については存在せず、そのため使用者がいかなる労働保護措置をとるべきかが、明らかにされていないことによる。

規則案は、労働科学における現在の議論状況を踏まえて作成された。たとえば、規則案で挙げられた危険要素（仕事の課題、労働体制など）は、ドイツ労働保護共同戦略の「危険性評価と文書化」のガイドラインや「危険性評価ポータル」に依拠している。また、労働保護法 18 条は、法規則によって、特定の危険領域に対する要請をより詳細に具体化することを認めているが、この規則案は同条による法規則を想定しており、それゆえ労働保護法の適用領域に相応するように作成されている。

アンチストレス規則の提案は、労働保護法の下位規範である規則の制定に向けた、労働組合の行動とみることができる。

規則案は、総則（第 1 条、第 2 条）、使用者の義務（第 3 条～第 5 条）、危険要素の基準（第 6 条～第 10 条）、組織（第 11 条）、罰則（第 12 条）から、構成されている（３．３．２参照）。

３．３．２　規則案（試訳）

第１条　目的、適用範囲

１項　この規則は、労働時の心理的負荷による危険から就業者を保護するためのものである。労働保護法上、健康は、就業者が身体的および精神的に侵害されないことを意味する。それゆえ、予防のための措置は、身体的および精神的健康の保護と関わる。労働保護法第 2 条に基づき、保護措置は、労働の人間的形成を含む。

２項　本規則の適用範囲は、労働保護法の適用範囲に相応する。

第２条　概念規定

１項　心理的負荷の概念は、外部から接近して人に作用する影響、すなわち、人の認識的、情報処理的、感情的な事象を引き起こすものと、表される。労働保護法第 4 条第 1 号にいう危険は、労働による心理的な影響が就業者の生命や健康に損害を及ぼしうる場合にあるとされる。

２項　労働による危険は、とくに

１．仕事の課題、

２．労働体制、

３．社会的条件、

４．職場や労働環境の条件、ならびに

５．労働時間

の形成が不十分であることから、生じうる。

第３条　使用者の基本的義務

１項　使用者は、労働時の心理的負荷による危険を回避するために、必要な労働保護措置をとるべき義務を負う。回避できない場合には、使用者は危険を最小限にするべき義務を負う。

２項　就業者の健康と安全を保障するために、とくに仕事の課題、労働体制、社会的条件、職場や労働環境の条件ならびに労働時間は、心理的負荷による危険を回避する

べく､労働科学の根拠ある知見にしたがい、工学、産業医学、衛生学の立場に立って、形成される。それに際し使用者は、本規則第 11 条により示された規定と知見を守らなければならない。これらの規定や知見を遵守するには、通常、この規則の要求を履行することから始まる。就業者の健康の保護が、少なくとも匹敵する方法による他の措置により保障される場合には、これらの規定や知見によらなくてよい。

３項　適切な保護措置を選択するにあたっては、労働保護法第 4 条の序列が考慮される。

４項　就業者の労働能力が、労働生活の期間にわたり、すなわち法定の年金受給年齢に到達するまで保持されるよう、使用者は必要な措置を採るべき義務を負う。労働条件は、加齢や年齢に適合するように形成される。

５項　各就業者の年齢グループにおける特有の能力と需要は、労働体制や労働時間の形成においてとくに考慮される。

第４条　危険性評価

１項　使用者は、労働保護法第 5 条の危険性評価を行うことにより、いかなる労働保護措置が心理的負荷の回避ないし最小化のために必要であるかを確かめなくてはならない。その際とくに〔本規則〕第 6 条から第 10 条までに挙げた危険要素が考慮されなくてはならない。使用者は危険性評価の結果に適合するよう、工学、産業医学、衛生学にしたがった保護措置を決定しなくてはならない。その他の労働科学の根拠ある知見が、考慮される。

２項　使用者は、危険性評価が専門的知識に基づき遂行され、適切な方法で就業者が関与することを保障しなくてはならない。使用者自身が相応する知識を有さない場合には、使用者は専門的助言を求めなくてはならない。

３項　使用者は、就業者数に関わりなく就労前に、危険性評価を文書にしなくてはならない。当該文書には、職場において生じうる危険と第１項により講じられるべき措置が、記載される。さらに文書には、必須の記述、とくに把握の方法、個別の危険要素の評価ならびに調査時期が、含まれていなくてはならない。実効性の検証も同様に文書にされる。

４項　危険性評価は、とくに次の場合に再び実施される、ないしは適応される。

１．本規則第 6 条から第 10 条までにしたがい条件が変更される場合、ならびに
２．就業者が根拠に基づき苦情を申し立てた場合。争いがある場合に使用者と就業者の利益代表者は、これについて意見の一致が得られるよう、目指す。

第５条　教示

１項　使用者は、労働による心理的負荷の危険について就業者にその労働時間中に、十分かつ適切に教示しなければならない。教示には、とくに就業者の職場や任務の範囲にあわせられた指示と説明を含む。教示はさらに、そこにあった労働による心理的負荷の危険とそこでとられた労働保護措置と関係するものでなくてはならない。教示は、採用時、労働の範囲を変更する時、新材料・新技術を導入する時、ならびに労働体制を変更するときに、就業者が就労する前になされなくてはならない。教示は、危

険性評価に適合するものであり、相当の間隔で繰り返しなされなくてはならない。

２項　労働者派遣においては派遣先が、第１項の教示義務を負う。派遣先は、自身に労務を譲渡する者の資格と経験を考慮して教示しなくてはならず、そのために派遣先事業所の利益代表者に対して相応する証明を行わなくてはならない。派遣元が負うその他の労働保護義務ならびに利益代表者の共同決定権は影響を受けない~~影響しない~~。

３項　使用者は、教示の内容、形式、期間につき、文書にしなくてはならない。

第６条　仕事の課題に関する評価基準と形成基準

１項　就業者の仕事の課題は、危険性評価の枠内で評価される。仕事の遂行は、健康に有益でなくてはならない。本規則第３条および第４条にしたがった危険性評価と措置の決定の際には、とくに第２項から第７項までの要求が考慮される。

２項　仕事の課題は、就業者がその能力と技能を維持・拡充できるよう形成されなければならない。

３項　仕事の課題の遂行は、質的に過少な要求をもたらすものであってはならない。それは資格を要求し促進するものでなくてはならない。

４項　仕事の課題の遂行は、質的に過大な要求をもたらすものであってはならない。個人の労働能力は、適切な格付け措置により変化する労働の要求にあわせられる。

５項　労働ノルマは、労働の人間的形成に際し労働生活の期間に健康の侵害をもたらさないよう形成される。

６項　中高年就業者の労働能力の変化は、仕事の課題の形成の際に考慮される。労働の要求ないし労働の課題により生じうる危険は、加齢により変化する労働能力を考慮して評価される。健康上一時的ではなく就業が制限される就業者についても、同じである。

７項　仕事の課題についての評価基準と形成基準はとくに、

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

をいう。

第７条　労働体制に関する評価基準と形成基準

１項　労働体制は、危険性評価の枠内で評価される。労働体制は、それが就業者の健康に有益であるよう、形成される。本規則第３条および第４条にしたがった危険性評価と措置の決定の際には、とくに第２項から第８項までの要求が考慮される。

２項　労働の進行は、就業者に適切な行動の裁量があるように、組織される。労働の進行における妨害は、技術的かつ組織的可能性の枠内で回避される。

３項　時間間隔と結びついた労働工程に際し、工程間隔は健康に有益である長さを下回ってはならない。

４項　強制制御された労働（流れ作業、時間間隔の工程）に際し、技術上もしくは組織上の措置により、就業者に裁量が与えられていなくてはならない（たとえば、緩衝器、休息時間）。

５項 プロジェクト形式で組織されている労働の進行は、危険性評価に含められる。労働の進行の大部分が第三者によって定められる場合（たとえば、外勤時の顧客の要求）も、同じである。

６項　労働リズム(「仕事のパターン」)は、健康に有益で、社会的に分配された労働時間と休憩時間の断続~~連続~~を可能にしなくてはならない（現代のコミュニケーションツールによって常に連絡可能である状態にはないこと、呼出待機、出張)。

７項　中高年就業者の労働能力の変化は、労働体制の際に考慮される。労働の進行ないし労働体制により生じうる危険は、加齢により変化する労働能力を考慮して評価される。健康上一時的ではなく就業が制限される就業者についても、同じである。

８項　労働体制の形成についての評価基準と形成基準はとくに

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

をいう。

第８条　社会的関係に関する評価基準と形成基準

１項　就業者が仕事を行う際の社会的関係は、危険性評価の枠内で評価される。社会的関係は、それが就業者の健康と健康な状態に有益であるよう、形成される。本規則第３条および第４条にしたがった危険性評価と措置の決定の際には、とくに第２項および第３項からの要求が考慮される。

２項　〔他の〕就業者、上司や第三者（たとえば顧客）との社会的関係は、それが仕事の課題の履行に有益であり、就業者の心理的もしくは社会的侵害が回避されるよう、形成される。

３項　適切な社会的関係の形成についての評価基準と形成基準はとくに

１．共同して作業する者の管理について、上司に必要とされる資格
２．適切な管理行為（コミュニケーションや決定過程への参加、支援、十分な情報と透明性、フィードバック、尊重、社会的対立の統制）
３．計画・決定過程への組入れ
４．十分な社会的接触
５．事業所の環境（人的受容性、従業員間の敬意をもった付き合い）
６．労務管理による職業上の発展可能性

をいう。

第９条　職場や労働環境の条件に関する評価基準と形成基準

１項　就業者の職場や労働環境の条件は、

心理的労働負荷の要因としてもまた、危険性評価の枠内で評価される。職場や労働環境の条件は、それが就業者の健康と健康な状態に有益であるよう、そして労務遂行を助長するよう、形成される(*)。本規則第３条および第４条にしたがった危険性評価と措置の決定の際には、とくに第２項および第３項からの要求が考慮される。

２項　情報の記録と加工および目標到達のために求められる仕事の結果に必要とされるコミュニケーションが、職場や労働環境の条件が不利であることにより、侵害されてはならない。

３項　労務遂行時の十分に形成されていない材料や適切でない姿勢による障害は、回避される。

４項　職場や労働条件の形成についての評価基準と形成基準はとくに

１．低い音圧レベル
２．健康によい室内環境
３．十分な自然光と適切な人工照明
４．単調で変化のない環境条件の回避
５．十分な空間幅
６．人間工学に基づくソフトウェア
７．情報が明確に示され、材料の警告が目立っていること

をいう。

(*)職場や労働環境の形成にかかる要求は、通常、職場規則の対象であるので、第９条は両規則間で同期調整されなくてはならない。

第１０条　労働時間の形成に関する評価基準と形成基準

１項　就業者の労働時間は、危険性評価の枠内で評価される。労働時間は、それが就業者の健康に有益であり再生を促すよう、形成される。本規則第３条および第４条にしたがった危険性評価と措置の決定の際には、とくに第２項から第４項までの要求が考慮される。

２項　人間工学的に形成されたものでない労働時間による、持続的な心理的疲労ならびに人間の労務能力への過大な要求は、回避される。実際の労働時間の長さや労働時間内の形成（状況と分配、休憩の形成）は、とくにその時々の仕事の課題や労働体制の方式との相互作用において、その健康に対する危険が評価される。

３項　中高年就業者の労働能力の変化は、労働時間の形成の際に考慮される。労働時間の状況と分配により生じうる危険は、加齢により変化する労働能力を考慮して評価される。健康上一時的ではなく就業が制限される就業者についても、同じである。

４項　労働時間の形成についての評価基準と形成基準はとくに

１．上限８時間の規則的な日々の労働時間
２．規則的な労働時間の上限を超える場合の、負荷と関係する時間の調整
３．負荷に対して適切な休憩の形成
４．人間工学的なシフトプランの形成
５．週末の休みが十分にあること
６．フレックス労働時間制による生物学的・社会的シンクロの欠落の回避

をいう。

第１１条　労働時の心理的負荷に関する委員会

１項　連邦労働社会省に、次の専門的知識を有する者から構成される、労働時の心理的負荷に関する委員会を、設置する。

民間使用者を代表する者　２名
公務使用者を代表する者　１名
この規則を所轄する州官庁を代表する者　３名
労働組合を代表する者　３名
労災保険者を代表する者　３名
専門的知識を有する者、とくに学識者　３名

２項　連邦労働社会省は、それぞれの団体や機関の提案に基づき、委員会の構成員および各構成員につき１名の代理人を、任命する。委員会は、運営規則に服し、委員会の中から議長を選出する。

３項　委員会は、次のことを任務とする。

１．労働時の心理的負荷による危険を回避もしくは軽減するのに資する、工学、産業医学、衛生学に適合する規定、その他の学問的知見を確認すること、

２．この規則により示された要求をいかに履行しうるかについての規定を公表すること、ならびに

３．心理的負荷の問題について、連邦労働社会省に助言すること。

委員会は任務を行うにあたり、労働保護法第４条の労働保護にかかる一般原則を尊重しなければならない。委員会の労働計画は、連邦労働社会省との間で調整される。委員会は、連邦労働社会省における他の委員会と緊密に共働する。

４項　連邦労働社会省は、委員会により確認された規則を共同官庁機関紙により公表することができる。

５項　連邦省庁ならびに所轄の最上級の州官庁は、委員会会議に代表者を出席させることができる。申出により、会議での発言が許される。

６項　委員会の職務は、連邦労働安全衛生所が担当する。

第１２条　罰則、秩序違反行為

１項　労働保護法第 25 条第 1 号の秩序違反が問題となるのは、故意または過失により、

１．第４条に反して、正確に、完全に、もしくは適宜に、危険性評価を文書にしない、

２．第５条に反して、就業者に適切な教示を行わない、

３．第６条から第 10 条までに反して、労働時の心理的負荷による危険を回避もしくは軽減するための要求を、完全に、また適切に行わない

者についてである。

２項　第 1 項に掲げた行為により故意に、就業者の生命もしくは健康を危険にさらした者は、労働保護法第 26 条第 2 号により罰せられる。

３．３．３　小括と補足

規則案は、労働時の心理的負荷による危険から就業者を保護することを目的とするものである。そのために、使用者に、必要な労働保護措置をとること、危険性評価を行いそれを文書にすること、危険について就業者に教示することを、義務づけようとするものである。労働による危険要素は多面にわたるが、その中でもとくに重要と考えられるものの１つが、労働時間と自由時間の分別である（規則案 7 条 6 項参照）。スマートフォン（規則案では、現代のコミュニケーションツール）での応対を、常時（終業後や休日にも）求められるような状態は、就業者に大きなストレスを与えるも

のであり、就業者はそのような危険から保護されなくてはならないと考えられている。

規則案は、労働保護法の下位規範である規則の制定提案ともいえる。いくつかの州政府・州労働相は、規則案を支持する立場を示している。

使用者団体は、この規則案に明確に反対の見解を示している。使用者団体は、労働保護法は心理的負荷の問題もカバーしている、すなわち既存の法制は職場における心理的負荷の問題に対応できており、規則案は不要であるとする。また、規則案では心理的負荷がすべて仕事上の領域における問題であるかのようにとらえているが、心理的負荷の原因は仕事以外の領域にも多くあり、規則案の理解では狭すぎるとする。

規則案は、使用者側の強硬な反対のため実現は困難であると思われていたが、地方選挙での社会民主党や緑の党の勝利により、連邦参議院における勢力関係に変化が生じたことを受けて、社会民主党がアンチストレス規則の実現をめざす姿勢を明らかにした。連邦労働相も職場における心理的負荷の問題への対応の必要を述べており、2013年1月には公労使のトップ会談が開かれた。労使による共同声明が予定されていたが、使用者側は共同声明へのサインを拒否し、なおも反対の立場を維持している。

アンチストレス規則を積極的に支持する社会民主党は同年 12 月に発足した連立政権に加わり、最大野党から政権与党の立場に転じた。同年末時点ではアンチストレス規則は実現していない。

4　障害者法制

4．1　障害者差別禁止法制

4．1．1　障害を理由とする差別の禁止

ドイツでも憲法において法の下の平等が明記されている（基本法 3 条）。同条 3 項は差別禁止事由を列挙するが、第 1 文で性別、血統、人種、言語、故郷および門地、信仰、宗教的ないし政治的な見解が、第 2 文で障害が挙がっている。障害は、第 1 文に挙げられた他の差別禁止事由と異なり、不利益な取扱いのみが禁止される。すなわち、有利な取扱いを排除するものではない。障害について定める第 2 文は、1994 年の改正により追加された。

憲法上の差別禁止の理念は、個別の立法によって具体化されている。2002 年制定の障害者同権法（Behindertengleich-stellungsgesetz）は、障害者に対する不利益取扱いを排除・防止し、障害者が障害を持たない者と同等に社会生活に参加することの保障を、法目的とする。この法目的実現のために、バリアフリーの生活領域を創成することが、同法の核心である。同法上の障害者は、身体的機能、知能もしくは精神的な健康状態が、高い蓋然性で 6 カ月以上、その年齢に典型的にみられる状態から逸脱しており、それゆえ社会生活への参加が妨げられる者をいう（障害者同権法 3 条）。この定義は、社会法典第 9 編（障害者のリハビリテーションおよび参加）2 条の障害者の定義にしたがったものである。

障害者同権法は連邦の公的領域における不利益取扱いを禁止するものであり、基本的に連邦および連邦政府を拘束するにとどまる。そのため連邦各州は、障害者同権法類似の、あるいは独自の州同権法を制定している。

障害者差別禁止法制としてもう１つ重要なのが、2006 年制定の一般平等取扱法（Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz）である。同法は包括的な差別禁止法であり、人種もしくは民族的背景、性別、宗教もしくは世界観、障害、年齢または性的志向を理由とする不利益取扱いの防止と排除を目的とする。同法は労働関係のほか（一般平等取扱法 6 条以下、後述４．１．２参照）、民法上の債務・取引関係にも適用される（一般平等取扱法 19 条以下）。

ドイツの障害者差別禁止法制の歴史は、比較的新しいが、それはドイツの障害者施策の重点が、障害者が置かれている状況、不利益に配慮した雇用確保措置にあったためである（その典型が割当雇用制度である、後述４．２．２参照）。1994 年の基本法改正により差別禁止アプローチも併用されるようになるが、実際に差別禁止法制の契機となったのはＥＵの雇用平等指令であった。

４．１．２　労働関係における障害を理由とする差別の禁止

2001 年に制定された社会法典第 9 編は、重度障害者に対する使用者の義務を定めている。その１つが重度障害を有する就業者に対する障害を理由とする不利益取扱いの禁止である（社会法典第 9 編 81 条 2 項 1 文）。同条の不利益取扱い禁止は重度障害者に限定されていることから、ＥＵの雇用平等指令の国内法化としては不十分であると考えられていた。2006 年制定の一般平等取扱法において、不利益取扱いの内容が詳細に規定された。また、禁止の対象がすべての障害者に拡大した。社会法典第 9 編 81 条 2 項の差別禁止規定は現在も削除されずに残っているが、その内容や救済方法は一般平等取扱法の規定にしたがう。

以下では、労働関係における障害を理由とする差別にしぼって、一般平等取扱法の内容を概説する。

一般平等取扱法では、障害者や障害の定義を行っていないが、社会法典第 9 編や障害者同権法の定義と同じであるとされる。すなわち、身体的機能、知能もしくは精神的な健康状態が、高い蓋然性で 6 カ月以上、その年齢に典型的にみられる状態から逸脱しており、それゆえ社会生活への参加が妨げられる状態が、障害である。6 カ月以上逸脱している状態にあること、すなわち継続性（永続性）が求められており、この点で疾病と区別される。

障害者に対する不利益取扱いが禁止されるのは、募集・採用、配置・昇進にかかる選択基準や雇用条件、賃金や解雇事由を含む労働条件、職業教育、社会保障その他社会的給付、教育、住宅を含む福利サービスなど（一般平等取扱法 2 条 1 項）、労働関係全般である。禁止される態様は、直接的不利益取扱い（直接差別）、間接的不利益取扱い（間接差別）のほか、ハラスメント、セクシュアルハラスメント、不利益取扱いの指示である（一般平等取扱法 3 条）。

もっとも、遂行される職務の種類や職務遂行の条件ゆえに本質的かつ重要な職務上の要請がある場合には、目的が正当であり要請が適切であるかぎりで、障害を理由とする異なる取扱いが許容される（一般平等取扱法 8 条 1 項）。

禁止される不利益取扱いに該当する約定は無効である（一般平等取扱法 7 条 2 項）。禁止される不利益取扱いは、契約上の義務の侵害にあたる（一般平等取扱法 7 条 3 項）。

また禁止される不利益取扱いにつき、義務違反の責を負う使用者は、損害賠償責任を負う（一般平等取扱法 15 条 1 項)。一般平等取扱法を根拠とする採用請求権や昇進請求権は否定されている（一般平等取扱法 15 条 6 項)。

一般平等取扱法は包括的な差別禁止法であり、そこに障害者も組み入れられている。しかしそれは、一般的な差別禁止と積極的な差別是正措置にとどまり、障害者保護独自の規定、たとえば使用者に合理的配慮を求めるような規定が置かれているわけではない。それに相応する規定は社会法典第 9 編にある（後述４．２．２参照)。すなわちドイツでは、基本法改正やＥＵの雇用平等指令により障害者法制において差別禁止アプローチがとられるようになってはいるが、障害者の雇用にかかる措置や保護は、障害者雇用法制（社会法典第 9 編）により実現されている。

４．２　障害者雇用法制

４．２．１　社会法典第 9 編の対象

社会法典第 9 編は、「第 1 部　障害者および障害者となるおそれのある者についての規定」と「第 2 部　重度障害者の参加に関する特別規定（重度障害者法)」から構成される。同法には、障害者に対するリハビリテーション、労働生活参加のための給付、社会生活参加のための給付等に加え、障害者の参加に関する規定がおかれている。

繰り返しになるが、同法上の障害者は、身体的機能、知能もしくは精神的な健康状態が、高い蓋然性で 6 カ月以上、その年齢に典型的にみられる状態から逸脱しており、それゆえ社会生活への参加が妨げられる者をいう（社会法典第 9 編 2 条)。障害の程度の認定は、10 ごとの単位で、20 から 100 の間でなされ（社会法典第 9 編 69 条)、障害の程度が 50 以上の者が重度障害者となる。障害の程度が 30 もしくは 40 の者は一定の要件のもとで重度障害者と同等に取り扱われる（社会法典第 9 編 2 条)。

同法第 2 部の対象となるのは、重度障害者ならびに重度障害者と同等に取り扱われる者（以下、重度障害者等とする）である（社会法典第 9 編 68 条 1 項)。重度障害者と同等に取り扱われる者となるには、障害者が連邦雇用エージェンシーによる確認を得なくてはならない（社会法典第 9 編 68 条 2 項)。

４．２．２　重度障害者等にかかる使用者の義務

社会法典第 9 編第 2 部では、重度障害者等の雇用に関して、使用者にさまざまな義務を課している（社会法典第 9 編 71 条以下)。

第 1 に、割当雇用制度である（社会法典第 9 編 71 条)。20 以上の雇用ポストを有する使用者は、少なくともその 5%について重度障害者等を雇用しなければならない。その際、とくに女性障害者に配慮するものとする。例外として、雇用ポストが 40 未満の使用者は 1 名、60 未満の使用者は 2 名の重度障害者等を雇用すれば足りる。雇用率を達成できない使用者には、調整金の支払が義務づけられる（社会法典第 9 編 77 条)。調整金の額は雇用率に応じて定められており、雇用ポスト 1 つにつき 105 ユーロ（達成雇用率 3%以上)、180 ユーロ（同 2%以上 3%未満）もしくは 260 ユーロ（同 2%未満）である。調整金制度は、使用者に重

度障害者等の雇用を喚起するとともに、使用者間でのコスト調整としての機能がある。

第 2 に、使用者は、雇用ポストに空きが出た場合に、重度障害者等、とくに雇用エージェンシーに求職登録をしている失業中のもしくは求職中の重度障害者等を、雇用できるか否かを審査すべき義務を負う（社会法典第 9 編 81 条 1 項)。審査にあたり使用者は、重度障害者代表者を参加させ、意見を聴取することが義務づけられる。同条は使用者に審査義務を課すにとどまり、雇用を義務づけられるわけではないが、審査過程に重度障害者代表者を参加させることによって、雇用ポストについての適性がある重度障害者等の雇用可能性は大きくなる。さらに割当雇用制度における雇用義務を果たしていない使用者の決定に関し、重度障害者代表者等の同意が得られない場合には、使用者はなぜそのように決定したかの理由を説明しなければならない。このように法は、使用者が形式的に審査をするだけではなく、真摯に実質的な審査をすることを、強く求めている。

第 3 に、使用者は適切な措置により、少なくとも所定の雇用ポスト数について、可能な限り持続的に障害者に適合した雇用を見つけることができるよう取り計らう（社会法典第 9 編 81 条 3 項)。これが合理的配慮に相応する。具体的には、重度障害者等は使用者に対して、自己の能力と知識に適した就労、事業所内での職業教育措置の優先的な考慮、事業所外の職業教育参加のための便宜供与、障害にあった職場の設置と維持、技術的な援助を含む職の形成を、使用者に求める権利を有しており、それに対応して使用者は義務を負う（社会法典第 9 編 81 条 4 項)。もっともこれらにより使用者にとって予期できない、あるいは不相当な費用を使用者に課すような場合には、請求権は否定される。

第 4 に、使用者が重度障害者等を解雇する場合には、事前に統合局の同意を得なくてはならない（社会法典第 9 編 85 条)。この手続きにおいても、重度障害者代表等が関与する。

このように、重度障害者等については労働生活参加のための状況が整えられているが、それを経済的に支えるものとして、雇用率を達成できない使用者の調整金を財源とする、統合局からの給付がある（社会法典第 9 編 102 条 3 項)。これは、重度障害者等に対する、技術的な労働上の援助（たとえば特別な眼鏡、特別な補装具）や通勤支援（たとえば自動車購入補助)、住居改修などに関する給付と、使用者に対する、重度障害者等の職場や教育訓練の場の整備などに関する給付とがある。このような給付のほかに、社会法典第 9 編第 1 部に基づく給付があり、使用者に対する給付としては、リハビリテーション機関による訓練助成金、編入助成金、事業所内の労働上の援助に対する手当、有期試用就業手当がある（社会法典第 9 編 34 条)。

以上述べてきた制度は障害の種別を問うものではないので、精神障害者にも適用されるが、精神障害者についてこれらの制度がどれほど機能しているかは、文献調査、訪問調査のいずれによっても把握できなかった。精神保健のテーマについては、むしろ次に述べる事業所編入マネージメントがきわめて重要であることが、訪問調査から明らかになった。

４．２．３　事業所編入マネージメント

４．２．３．１　事業所編入マネージメントの位置づけと意義

事業所編入マネージメントは、社会法典第 9 編において、予防として位置づけられている（社会法典第 9 編 84 条）。同条 1 項は使用者に、雇用関係を脅かすおそれのある人物・行動や企業に原因のある問題を除去し、雇用関係を維持するような支援等を検討することを義務づけている。同条項は、重度障害者等の雇用関係を維持するために必要な予防対策をするよう使用者に義務づける。

事業所編入マネージメントの規定は、2004 年に同条 2 項に追加された。これは、一定の労働不能の状態にある就業者が、新たな労働不能に陥ることなく、雇用関係を維持できるよう、使用者に予防対策を求めるものである。同条項の対象は重度障害者等に限定されておらず、障害の有無にかかわらず、該当するすべての就業者に適用される。

同条 2 項の規定は、次のとおりである。「就業者が、1 年間に中断することなくもしくは繰り返して、6 週間を超えて労働不能である場合に、使用者は第 93 条に基づく管轄の利益代表者ならびに、重度障害者については重度障害者代表者と、当該者の同意と関与のもとで、どうすれば労働不能ができるだけ克服されるのか、そしてどのような給付や支援によって新たな労働不能を防ぎ、雇用ポストを維持できるのか、それらの可能性を明らかにする（事業所編入マネージメント）。必要であるならば、工場医もしくは産業医の助言が求められる。当該者もしくはその法定代理人にはあらかじめ、事業所編入マネージメントの目的ならびに、そのために収集・使用されるデータの種類と範囲が示される。労働生活に参加するための給付やそれに伴う支援が問題となる場合に、地域の共通サービス機関、もしくは重度障害の就業者については統合局の助言が使用者により求められる。これらは、必要な給付もしくは支援が遅滞なく申請され、第 14 条第 2 項第 2 文の期間内に履行されるよう努める。第 93 条に基づく管轄の利益代表者ならびに、重度障害者については重度障害者代表者は、説明を求めることができる。これらの代表者は、この規定により課せられた義務を使用者が履行するよう、監視する。」

さらに同条 3 項は、「リハビリテーション機関と統合局は、事業所編入マネージメントを導入する使用者に報奨金もしくは奨励金による助成を行うことができる。」と規定する。

このような規定が設けられた背景には、次のような事情があった。疾病、とくに慢性疾病は、労働者の労働不能（欠勤）を引き起こすことがある。なかでも労働不能（欠勤）日数の増加は、長期疾病（6 週間を超えて労働不能をもたらす疾病）が大きな原因となっている。長期疾病が悪化すると障害の状態に至ることもある。実際に障害の原因の 8 割以上は疾病が原因である。さて、労働者の労働不能の期間が長くなると、医療保険者や事業所の負担は大きくなる。疾病による労働者の欠勤についてはじめの 6 週間は使用者が賃金を継続支払いし、その後は医療保険が傷病手当金を支給する。労働者の労働不能は生産力の低下につながり市場に悪影響をもたらす。そのため、長期

疾病労働者は労働市場から排除されやすくなる。長期疾病労働者は疾病を理由に解雇されるかもしれないが、再就職にも困難が予想される。そうなると、その後の生活は、失業手当を受給するか、あるいは早期年金を受給するか、いずれにせよ社会保障給付に頼らざるを得なくなるであろう。このような事態は、国・社会にとって、将来の労働力の減少と社会保障システムにかかる負担という問題をかかえることになる。もちろん、長期疾病者が労働市場から排除され社会保障給付に依存することなく、そして何よりも健康に生活できることが望ましいことはいうまでもない。そこで、労働者の健康改善強化のための措置が検討された。

４．２．３．２　関係当事者

事業所編入マネージメントの主たる当事者は、事業所編入マネージメントの対象となる労働者と使用者である。使用者は事業所編入マネージメントの実施につき責任があるが、実際に実施されるのは書面による労働者の同意が得られてからである。労働者は開始後もいつでも、事業所編入マネージメントを中止できる。このことから、事業所編入マネージメントのプロセスを支配するのは労働者であるとも言われる。

労働者と使用者は、事業所編入マネージメントに関わる当事者について話し合い、統合チームの人員を決める。具体的には、事業所の利益代表者（職員代表者など）、重度障害者につき重度障害者代表者、社会法典第 9 編 98 条に基づき使用者の委任を受けた者、直属の上司、人事部職員、産業医などである。これらの者は統合チームの構成員となりうるが、すべての者を含まなければならないというわけではなく、労働者と使用者の合意で統合チームの構成員が決められる。もっとも、一般的な場面においても共同決定権や参加権が認められる利益代表者の統合チームへの参加を、使用者が拒否することはできない。

有益であると考えられる場合には、労働者の同意の下、疾病金庫や統合局の職員、医師やリハビリテーション機関スタッフなど、事業所外の者も統合チームに参加する。

４．２．３．３　プロセス

事業所編入マネージメントをどのように実施するかは、法律等で定められておらず、プロセスは関係当事者の裁量に任されている。一般的には以下のようなプロセスで行われる。

事業所編入マネージメントは、対象となる労働者に①情報提供することから始まる。労働者の不安を取り除くためには仔細な情報提供が必要である。労働者との間で信頼関係が構築され、労働者の同意が得られたら、面談が開始される。

面談ではまず、②問題状況の把握が行われる。とくに欠勤の理由がどこにあるのか（個人的な理由か、業務上の理由か、健康上の理由か）や、労働不能による結果（業務上の制約など）が確認される。

問題状況の把握・分析をもとに、③問題を解決するための措置ならびに見通しが立てられる。この際、技術上の（technisch）解決、（労働）組織（Organisation）の変更、訓練やリハビリテーションなど人的（persönlich）措置という 3 つの基本方針（TOP 原則）にしたがって行われるべきである[23]。

この措置が事業所編入マネージメントの目標に資するようであれば、その内容が

④労働者との間で具体的に取り決められ、⑤実行される。措置開始後に効果を調査し、必要であれば当初の措置を修正する。

事業所編入マネージメントの使用者からの提案と労働者の承諾あるいは不同意は、人事書類に記録される。

事業所編入マネージメントの目標が達せられたとき、あるいは達成できないことが面談により確認されたときに、事業所編入マネージメントは終了する。事業所編入マネージメントが不成功に終わった場合、次の事業所編入マネージメントが検討・開始されることもあるし、一定期間経過後に（たとえば１年）検討・開始されることもある[24]。

４．２．３．４　事例研究書に見る実例

４．２．３．４．１　ベルリン市清掃局における事業所編入マネージメントの例[25]

４．２．３．４．１．１　前提事実

ベルリン市清掃局は、地方公共団体の廃棄物処理を行う企業として、ドイツ最大のものである。当時の従業員数は 5,300 人で、従業員の平均年齢は 46 歳であり、従業員の半数以上が 50 歳を超えている。従業員の疾病罹患状況は、守衛や清掃員といった職で相対的に多く見られ、管理部門では少ない。

Ｘ氏は 40 歳代半ばの男性で、廃棄物処理部門で長年ごみ回収に従事している。これまで健康であったが、最近 2 年くらいから疾病に罹患するようになった。それは背中や脚の痛みであり、当初は投薬で抑えられていたが、次第に欠勤を要するほどに症状が悪化した。そのようななか、Ｘ氏は仕事や同僚に対する喪失感を持つようになり、こうした精神的な問題が、Ｘ氏に長期の労働不能という事態をもたらした。

４．２．３．４．１．２　事業所編入マネージメント

Ｘ氏がふたたび数週間の療養を必要とする旨の診断を受けた後、Ｘ氏は、Ｘ氏が事業所編入マネージメントに参加できるとの使用者からの申し出を、手紙で受け取った。Ｘ氏は自分の健康状態にかかる問題を使用者に知らせる必要があるのか、知らせることによりどのような不利益を受けるのか、といった点に不安を持った。Ｘ氏は重度障害者代表者に電話して相談し、統合チームと一緒に面談を受けることになった。

第１回目の面談は、前述の電話から１週間後に行われた。面談にはＸ氏のほか、職員代表者、重度障害者代表者、人事部職員、産業保健スタッフが出席した。Ｘ氏はそこで、事業所編入マネージメントの目的と流れや、Ｘ氏の個人的な情報や健康情報の取扱いなどについて、説明を受けた。この面談により、Ｘ氏は事業所編入マネージメントに積極的に参加することを決心した。

Ｘ氏は健康上の問題点を説明した。一方統合チームも、職場の分析を行い、危険性評価の結果をふまえると、ごみ回収業務における特有の負荷がＸ氏の健康状態に悪影響を及ぼすことが懸念された。重い負荷と厳しい労働ノルマは新たな労働不能を引き起こす可能性がある。Ｘ氏の労働能力が減少していることから、配置転換が望ましいとされた。さらに健康上の理由による事業所内での配転にあたっては、産業医との相談が必要であるとされた。

Ｘ氏に提案されたのは、ごみ箱修繕作業場での業務であった。この作業場には労働能力が減少した者に対する 45 のポストが

あった。業務や仕事の流れは、このような就業者の労働能力にあわせたものになっている。X氏は同作業場で最初の6か月間は、労働時間を短縮して働くことができた。

X氏はごみ箱修繕作業場に編入されたことに、たいへん満足した。X氏は自分の労働能力にあった仕事の責務を維持した。技術上・人間工学上の職場の条件も、労働の流れも、X氏の希望に沿うものであった。収入は低下したが[26]、養生職場（Schonbereich）でX氏は仕事への喜びを感じ、意欲を持った。X氏は、上司が従業員の個別の希望に理解を示したこと、重度障害者代表者が毎週作業場を訪問しサポートしてくれたことを、高く評価している。ごみ箱修繕作業場への編入後、X氏は労働不能となる疾病を再発していない。

４．２．３．４．１．３　評価と問題点

X氏は従前の職場において重い身体的負荷を受けており、そのことが精神面にも影響し、長期の労働不能をもたらした。事業所編入マネージメントに参加し、身体的負荷の低い職場に配置転換されたことにより、身体的負荷が軽減され、そのことが精神面の安定にもつながった。この事案は、事業所編入マネージメントの成功例であると評価されている。

もっとも問題点も指摘されている。それは同社における年齢構成からすると、疾病や労働不能を訴える従業員はこれからますます増加することが予想される。さらに清掃業という業務には、特有な負荷の存在も指摘されている。X氏のような事案が増加しないよう、事業所編入マネージメント以前の段階での予防策が必要であると、捉えられている。

４．２．３．４．２　ミュンヘン施設局有限責任会社における事業所編入マネージメントの例[27]

４．２．３．４．２．１　前提事実

ミュンヘン施設局有限責任会社は、ミュンヘン市とその周辺地域に公的サービスを提供する企業である。同社の従業員は約7000名であり、その80%以上が男性である。男性従業員の平均年齢は43歳、女性従業員の平均年齢は41歳である。男性従業員の約3割、女性従業員の約4分の1は、50歳を超えている。従業員の8%が、重度障害者等であり、これは法定雇用率を大きく上回る。同社は従業員の健康問題に熱心に取り組んでおり、受賞歴もある。

Y氏は50歳代半ばの男性で、同社に30年勤続している。Y氏は仕事が気に入っており、事業所や同僚のことをよく知っていたし、同僚もY氏のことをよく知っていた。ところが近年、Y氏の行動に変化がみられるようになった。すなわち、Y氏の飲酒習慣が、ゆっくりと徐々に変化していった。Y氏は自分の飲酒量が通常の量を超えていることをなんとなく認識していた。Y氏は同社のイントラネットで、事業所編入マネージメントによる、反復的、長期の疾病罹患者に対するサポートがあることを知った。Y氏は当初、自分が病気であるかわからなかったが、アルコール依存症であることを認識し、事業所編入マネージメントに参加することにした。

４．２．３．４．２．２　事業所編入マネージメント

情報提供ならびに相談のための面談は、Y氏の上司が手配した。Y氏は自分の飲酒習慣がしばしば職場に問題をもたらしてい

ることを認識していたので、事業所編入マネージメントの申し出を受け入れた。Y氏は自分の依存症を上司に伝えるよい機会であると捉えていた。

上司との面談の結果、事業所のソーシャルスタッフとのつながりができ、Y氏は自分のアルコール依存症について専門的サポートが受けられるようになった。それによりY氏は、アルコールによる作用を受けた自分の行動が職場を危険にさらすおそれがあることを認識した。Y氏は外部の依存症支援機関訪問を約束し、そこでさらなるサポートを受けることになった。

Y氏はこのような事業所編入マネージメントにたいへん満足している。Y氏のアルコール依存は病気として認識されたことにより、具体的なサポートを受けることができた。上司もソーシャルスタッフも外部の支援機関スタッフも、Y氏をサポートしてくれた。その結果、Y氏は、職場や仕事内容、仕事の流れを変えることなく、働くことができている。

４．２．３．４．２．３　評価

Y氏はアルコール依存傾向にあり、放置していれば健康侵害の危険が生じた可能性があった。同社では従業員に対して、事業所編入マネージメントを含む健康問題に関する情報提供がなされ、Y氏がそれに反応したことから、病状が深刻化する前にサポートを受けることができた。配置転換や仕事の軽減を行うことなしに、Y氏の新たな労働不能を避けることができた本事案は、事業所編入マネージメントの成功例と評価されている。

４．２．３．５　個人情報の保護

事業所編入マネージメントを適切に行うには、労働者の健康情報が不可欠である。しかし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いるため（連邦情報保護法 3 条 9 項)、とくにその保護が図られる必要がある。

労働者の健康情報の取得、保有、利用にあたっては、労働者の明示的な同意が必要であり（連邦情報保護法 4 a 条 3 項)、これは事業所編入マネージメントにおいても同様である。事業所編入マネージメントにおいて労働者の明示的な同意を得るために、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なくてはならない（社会法典第 9 編 84 条 2 項も参照)。その際、組織的な内容、すなわち誰がどの情報に接するかも、明らかにされる必要がある。使用者や統合チームとしては、労働者の信頼を得てはじめて、適切に情報を取得し、保有し、利用できることになる。

得られた情報は、事業所編入マネージメントのためにのみ用いることが許される。事業所の利益代表者が健康管理のために用いること、いわんや使用者が解雇手続きを進めるために使用することは､許されない。

事業所編入マネージメントの開始後も、労働者はいつでも自己の情報に関する同意を撤回することができる。

４．２．３．６　解雇との関係

使用者による解雇は、それが社会的に正当化されるかぎりで許容される（解雇制限法１条１項参照）[28]。解雇は、労働者の人的理由による解雇、労働者の行為に起因する解雇と、差し迫った経営上の必要による解雇（整理解雇）に分類され、社会的正当性の判断もそれぞれ異なる。

疾病を理由とする解雇は、労働者の人的

理由による解雇に分類される。解雇が正当化されるのは疾病による契約不履行に対する制裁としてではなく、事業所に今後障害を与えうるからである。したがって、単に労働者の疾病を理由とする解雇は許されず、組織的（秩序ある業務遂行に与える支障）および経済的（たとえば使用者の賃金継続支払い）観点から、労働者の疾病により事業所がどのような具体的障害を受けうるかが、社会的正当性の判断として検討され、それに基づいて解雇の有効性が審査される。

ドイツ解雇法理における判断基準の１つに、最後的手段（ultima-ratio）原則があり、これは疾病を理由とする解雇についても妥当する。使用者は疾病労働者を解雇する前に、空いている他のポストでの継続雇用や労働条件の変更といった措置が可能であるかを検討しなくてはならない。

事業所編入マネージメントの実施が、法的に解雇の有効要件となっているわけではない。しかし、使用者が適切な事業所編入マネージメントを行わなければ、解雇法理の最後的手段原則に照らし、解雇は社会的に相当でなく無効であると判断されやすくなる。事業所編入マネージメントを実施しなかった使用者は、それを実施した後に解雇する場合と比べて、重い説明・立証責任を負うことになる。使用者は個別に、労働ポストの疾病に適した再編や他のポストへの転換が不可能であることを示さなければならない[29]。

使用者が適切な事業所編入マネージメントを提案したにもかかわらず労働者が実施に同意しなかった場合、事業所編入マネージメントを実施しなかったことは解雇の正当性判断にあたり中立的に作用する。労働者が事業所編入マネージメントに参加しなかったことのみをもって解雇が有効となるわけではない。もっとも解雇に際して使用者はまず、解雇以外にとりうる手段がないことを主張できるので（とりうる手段として適切な事業所編入マネージメントがあったが、それは労働者により拒否された）、使用者の説明・立証責任はいくぶんか緩和される。

４．２．３．７　使用者に対する援助

事業所編入マネージメントは労務管理の一部であり、それにかかる費用は当然に、使用者が負担する。もっとも事業所編入マネージメントの実施は、障害者の労働生活への参加促進ともなりうるので、リハビリテーション機関や統合局などからの給付が、使用者、あるいは就業者に対して直接、行われる（社会法典第９編 33 条、34 条、前掲４．２．２参照）。

事業所編入マネージメントに独自のものとして、リハビリテーション機関や統合局からの報奨金ないし奨励金がある（社会法典第９編 84 条３項）。報奨金が金銭支給であるのに対し、奨励金は社会保険料の減額である。奨励金は、労災保険や医療保険の一部で実施されている。

報奨金や奨励金は使用者に金銭面でのインセンティブを与えるものであるが、法律上は「できる」規定であるうえ、法律上支給基準が定められておらずリハビリテーション機関や統合局の裁量に委ねられている。さらに予算の制約もあることから、十分に実施されているとはいえない。統合局と中央福祉センターを構成員とする作業チームは統一的な支給基準を定めて、その使用を推奨している[30]。同基準によれば、報奨金

は最高2万ユーロとされている。

４．２．３．８　小括と補足

事業所編入マネージメントは、疾病労働者の労働不能（疾病状態）を克服し、疾病労働者が再び労働不能に陥ることがないよう、ひいては職を失うことがないよう、使用者に対策を求めるものである。これは重度障害者や長期疾病者の雇用関係を維持するための予防対策として使用者に義務づけられるものであり、長期疾病者を労働市場から排除しないという点で、社会保障や雇用政策の観点からの意義が見出される。

しかし事業所編入マネージメントは、個別の労働者と使用者の労働契約関係の安定と正常化にも資すると考える。すなわち、事業所編入マネージメントの対象となる労働者は6週間を超えて労働不能である者であり、これは労働契約で予定された労務提供に多かれ少なかれ支障があることを意味する。その原因が労働環境にあるのであれば、使用者がその原因を除去することによって労働者の就労も可能になるかもしれない。近年ドイツにおいても、職場いじめやそれを理由とする労働不能（長期疾病）の問題が見られるが、事業所編入マネージメントによる問題状況の把握・分析および措置は、職場いじめを受けた労働者の問題の解決にも資することを指摘する見解がある[31]。また、労働者の疾病により労働契約で予定された労働条件では就労が困難である場合には、労働条件を見直す必要もあろう。すなわち、事業所編入マネージメントは、不安定化し不具合を起こしている労働契約関係を安定させ正常化させるものとも評価できる。

労働環境の改善や労働条件の見直しは、場合によっては労働者に不利益になることもあるが、事業所編入マネージメントでは、労働者と使用者の合意、とくに労働者の意思が尊重されることが重要である。事業所編入マネージメントへの参加を、労働者は強制されるわけではない。労働者は情報提供により、事業所編入マネージメントを理解し納得したうえで参加し、使用者や統合チームを信頼して、事業所編入マネージメントの措置を受け入れる。労働者の納得と使用者らへの信頼が構築されているからこそ、場合によっては収入低下を伴う職場の変更も労働者に受け入れられていると考えられる。

事業所編入マネージメントによる使用者の負担は、使用者に対する援助も法定されているとはいえ、決して少なくない。しかし、労働契約関係の安定と正常化は、使用者にとっても意味があると考える。事業所編入マネージメントは、それに参加し、自らの労働不能の問題に真摯に対応しようとする疾病労働者の雇用を維持することに資するものである。事業所編入マネージメントへの参加が拒否された場合や、あるいは事業所編入マネージメントでとりうる措置が存在しない場合には、当該労働者の解雇を検討しやすくなる。労働契約関係にある労働者が、再び労働不能に陥ることなく、適切な職場で就労することができることは、当該労働契約関係、ひいては事業所組織の安定をもたらすといえる。

５．私法的規制

５．１　賃金継続支払法等

すでに述べたとおり（前述１．４参照）

労働者は疾病を理由に労働不能となった場合、賃金継続支払法に基づき、最長6週間、使用者から賃金を継続して支払われる（同法3条）。12カ月の間に同一の疾病により労働不能となった場合には、以前の労働不能期間（賃金継続支払期間）が合算され、合計6週間までが賃金継続支払の対象となる。ただし、新たな労働不能の前の6か月の間に同一の疾病により労働不能となっていない場合には、賃金継続支払請求権は失われない。労働者の疾病が、業務上であるか私傷病であるかは問われず、精神疾患も含まれる。

疾病を理由とする解雇保護が法律上規定されているわけではないが、使用者による解雇はそれが社会的に正当化されるかぎりで許容され(解雇制限法1条1項参照)、単に疾病のみを理由として労働者を解雇することは原則として正当化されない、と解されている（前述４．２．３．６参照)。労働者は最長6週間のいわば有給の病気休暇が保障されているし、回復・軽快の見込みがある場合には事業所編入マネージメントに参加することによって、雇用の維持が期待できる。このような場合に使用者が解雇をするのは正当とはいえない。事業所編入マネージメントの仕組みも相まって、疾病労働者は労働関係において保護されている。

５．２　民事上の解決

公法的規制により使用者に義務づけられた労働者保護が侵害された場合に、一般論として、以下の民事法上の効果が引き出される。

労働保護規範に対する侵害は、労働者に対する権利侵害として使用者は損害賠償の責任を負う(民法典823条1項)。ただし、労働保護が労働災害としてあらわれ、それが使用者災害である場合には、使用者が故意に労働災害を引き起こした場合などを除き、使用者は責任を免れる（社会法典第7編104条参照)。すなわち、労災保険からの給付のみとなる。

使用者が労働保護上の義務を履行しない場合は、労働者は自己の労務給付を留置する権利を行使できる（民法典273条)。労働者はこの場合に、労務を提供して使用者の受領遅滞を主張することも可能である。

労働保護は労働契約の内容であるとの構成も可能である（民法典618条参照)。その場合、労働保護の不履行は契約不履行となり、使用者はそれにより生じた損害を賠償する責任を負う(民法典280条1項)。

以上の法律構成で権利侵害を主張すれば、訴訟提起は可能であるが、労災保険からの給付がなされる場面で、労働者の使用者に対する損害賠償請求が認められることは、稀である。民事上の解決はほとんど機能せず、未発達である。

ＤおよびＥ．考察および結論

ドイツにおいて、産業精神保健法制度という枠組みが確立しているとは言い難い。産業精神保健へのニーズや関心が高まっているものの、独自の法制度を樹立するのではなく、既存の労働安全衛生法制の枠組みの中で制度が実施されている。

またドイツでは従来から、疾病労働者の労働不能(欠勤)が重要な関心事であった。疾病労働者に対する手厚い保障を行う一方で、使用者も国も、いかにして労働者の健康を保持するかに苦慮してきた。長期疾病

罹患者や障害者の労働生活への参加を促すことは、これらの者が社会から疎外されないようにするためでもあるが、同時に、企業や社会保障制度に大きな負担がかかることが危惧されるからでもある。疾病労働者に対する保障や処遇の問題は、ドイツの労働関係における１つの重要なテーマであり、精神保健の問題が生じて初めて注目されたわけではない。1 年間に 6 週間以上疾病による労働不能になった労働者に実施されうる事業所編入マネージメントは、ドイツの 1 つの特徴を示す制度であるが、これも疾病一般に対する問題関心から導入された制度であり、精神疾患罹患者を念頭に置いて作られた制度ではない。

以上のようにドイツではこれまで、既存の枠組みや制度を利用しながら、それを精神疾患事例にうまく適合させようとしてきた。近年のアンチストレス規則制定の動きもこれまでの流れに沿うものではあるが、心理的負荷の問題にかかる独自の規則を設けようという点で、新たな注目すべき動きともいえる。

産業精神保健法制度というよりは、産業保健法制度全般の特徴となるが、以下の 3 つの特徴を指摘して、まとめとしたい。第 1 に、国は法規制や労働監督により労働者の安全衛生全般について責任を果たすが、その詳細を国が決めてしまうのではなく、具体的措置は使用者に任せていることである。第 2 に、使用者は従業員代表委員会と協力して、労働者の安全衛生・健康の問題に積極的に取り組んでいることである。労使の協働が見られるわけであるが、労働側の当事者が労働組合ではなく従業員代表委員会であることが注目される。第 3 に、使用者の積極的な取り組みは、使用者が自らの法的責任を果たすためでもあるが、それ以上に、企業の経済的効率性や企業カルチャーの維持・尊重が重要であるとの意識が強いことである。

政府においても、また労働組合や使用者団体、労災保険組合も、産業精神保健への取組みの必要性を強く認識し、取組みは徐々に行われているが、法制度化にはもうしばらく時間を要するようである。

Ｆ．研究発表

無

Ｇ．知的所有権の取得状況

無

Ｈ．引用文献

文末脚注参照

---

[1] 技術者疾病金庫は、公的医療保険の代替金庫の１つであり、医療保険の保険者である。同金庫は、毎年、医療レポート（Gesundheitsreport）を公表しているが、2008 年のテーマが精神障害であった。

[2] Techniker Krankenkasse, Gesundheitsreport 2008, S.20.

[3] Statistiches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2010, S.245.

[4] Hibbeler, Mehr psychische Erkrankungen, Deutsches Ärztblatt 2011 108(37), A1884.

[5] 地区疾病金庫は、公的医療保険の重要な保険者の１つであり、公的医療保険の加入者の約 3 分の 1 をカバーする。

[6] Meyer/Stallauke/Weirauch, Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2010, in Badura/Ducki/Schröder/Klose/Macco(Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2011, 2011, S.223ff.

[7] Meyer/Stallauke/Weirauch(Anm. 6), S. 251.
[8] Meyer/Stallauke/Weirauch(Anm. 6), S. 261.
[9] Meyer/Stallauke/Weirauch(Anm. 6), S. 266f.　もっともこれは、医療保険の保険者の見解であることに留意する必要がある。民間保険契約の事案であるが、バーンアウトを業務疾病と認めた下級審裁判例も存在する。LG München vom 22.3.2006,　I Az 25 O 1979803.　同地裁判決は、控訴取下げにより、確定した。
[10] 2011 年 11 月 6 日付 Berliner Morgenpost の記事によれば、精神疾患者に対する誤ったテラピーに、少なくとも年間 50 億ユーロが支払われているという。テラピーにより、4 人に 1 人は病状が改善せず、10 人に 1 人はむしろ悪化しているという。同記事は、不要なテラピーも多く行われていると、指摘する。
[11] BDA, Erfolgsfaktor Psychische Gesundheit (kompakt), 2010, 2011.
[12] しかし他方、受給者が若年者や女性の場合、実際に支給される年金額がわずかでありそれでは生活できないといった問題も、訪問調査から得られた。なお精神疾患罹患者は、他の疾病と比べると若年者に多く、男女間では女性に多い。
[13] Hibbeler(Anm. 4), A1884.
[14] 労働保護法の詳細は、三柴丈典『労働安全衛生法論序説』（信山社、2000 年）137 頁以下を参照。
[15] 労働安全法ならびに産業医については、保原喜志夫編著『産業医制度の研究』（北海道大学図書刊行会、1998 年）165 頁以下〔倉田聡執筆部分〕、三柴・前掲 14 書 134 頁以下を参照。
[16] BSG vom 11.5.2006, NZS 2007, 212.
[17] LSG Baden-Württemberg vom 14.5.2009.
[18] BSG vom 20.7.2010 (juris).
[19] Schurr(Hrsg.), Mustermappe Arbeitsschutz im Büro, 2011, S. 297.
[20] Schurr(Anm. 19), S. 298f.
[21] 従業員代表委員会は、法律により労働者数 5 人以上の事業所に設置が義務づけられている、労働者の利益を代表する組織である。1 つの企業に複数の従業員代表委員会がある場合に、総従業員代表委員会が設置される。ドイツでは一般に、労働組合が産業別に組織されるため、従業員代表委員会は企業内の利益代表者として重要な役割を担っている。産業精神保健に関する課題には、産業全体というよりも、各企業ないし事業所ごとに取り組むべきであると考えられており、従業員代表委員会の果たすべき役割は大きい。
[22] http://nachhaltigkeit.daimler.com/reports/daimler/annual/2011/nb/German/6020/beschaeftigung.html
[23] Baßlsperger, Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) und Beendigung von Arbeits- und Beamtenverhältnissen wegen Krankheit, 2011, S. 88.
[24] Baßlsperger(Anm. 23), S. 89.
[25] Giesert/Weißling, Betriebliches Eingliederungsmanagement in Großbetrieben, 2012, S. 14ff.
[26] 収入がどの程度低下したかは、不明である。
[27] Giesert/Weißling(Anm. 25), S. 55ff.
[28] 解雇制限法ならびに解雇法理の詳細は、高橋賢司『解雇の研究』（法律文化社、2011 年）32 頁以下を参照。
[29] 小西啓文「ドイツ障害者雇用における合理的配慮論の展開」季刊労働法 235 号（2011 年）25 頁。
[30] BIH, Empfehlung zur Erbringung von Prämien zur Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements(stand:15.11.2010)
[31] Wolmerath, Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Ein bislang kaum beachtetes Werkzeug bei Mobbing, Wolmerath/Gallner/Krasshöfer/Weyand(Hrsg.), Recht-Politik-Geschichte, 2011, S. 193.

厚生労働科学研究費補助金

分担研究報告書

フランスの産業精神保健法制度

分担研究者　笠木　映里　　九州大学大学院法学研究院・准教授
研究協力者　鈴木　俊晴　　大東文化大学環境創造学部・非常勤講師

研究要旨

フランスにおいては、フランステレコム等の労働者の相次ぐ自殺等、この問題がセンセーショナルな形で注目されたこともあり、特に最近 10 年において、労働者の精神的健康に関する議論が大きく揺れ動いている。議論の流れは、以下のような、大きくわけて 3 つの段階をたどっている。すなわち、従来、フランスでは、①精神的健康は職場における安全衛生の問題の埒外にあるとして、少なくとも法律家の関心を引いてこなかったが、事実としては、当然のことながら、仕事により精神的健康を害する労働者がいなかったわけではない。そして、労働密度の増加や現代的な業績評価制度の導入等が原因となり、あるいは、職場における同僚間ないし顧客との関係での攻撃的な言動により、精神的健康に不調をきたす労働者が 2000 年前後になって特に増えつつあった。こうした状況を受けて、②2002 年以降労働法典に初めて、身体的健康に加えて精神的健康の概念が導入され、その中でも「モラル・ハラスメント」という法定の概念に注目が集まった。③その後、より最近になって、「モラル・ハラスメント」概念の拡張解釈やこの問題への議論の集中を反省すると共に、個人のレベルでなく集団的なレベルでこの問題を扱い、労使交渉を軸とした早期の予防を行うことへと議論の方向を転換しようとする動きが見られる（その背景には EU 法の影響もある）。

このうち、②のハラスメントをめぐる議論は、フランスにおいて精神保健の問題の重要性を専門家のみならず一般に知らしめる効果を有した。また、ハラスメント概念の拡張的解釈をはじめとする一連の破毀院判決は、使用者が労働者との関係で負っている安全保持義務を厳格に解釈する同時期の判例と相まって展開してきたものである。このような判例は、労働者の救済に資するのみならず、使用者に対して、精神保健に関する適切な事前の対応を取ることの重要性を認識させる効果を有したといえるだろう。他方で、従来の法的枠組みの中で行われる労働者に対する事後的な補償・賠償には限界があることも専門家によって認識されるに至る。また、ハラスメント概念の拡張的解釈については法律家を中心として理論的な正当性に疑念が示されるようになった。

このようにして、②の時期の議論や経験の蓄積の上に生じているのが③のような方向転換である。そこでは、早期予防の重要性と、この問題を個人でなく集団のレベルで考

えることの重要性とが結びつけられ、労使対話や従業員代表の重要性、あるいはそうした集団レベルでのリスク評価を行うことのできる専門家の役割の重要性が強調されつつある。また、職場における生活の質といったより広い観点からこの問題を捉える視点も特徴的である。

A．研究目的

統一研究課題から明らかなように、本分担研究の目的は、フランスの産業精神保健法制度の背景・特徴・効果を解明することにある。但し、常に日本との比較という視点に配慮しながら研究を行うことにより、我が国への適応可能性についても基礎となりうる研究成果が得られたと考えている。

B．研究方法

国内において各調査項目について文献による調査を行うと共に、2012 年 6 月に笠木・鈴木両名により、現地でのインタビュー調査・研究者への聞取り調査を行った（調査内容の詳細については後掲の表を参照）。また、2012 年 9 月 18 日には、この問題の専門家であるフランスの法律家（Loic Lerouge（ボルドー大学）。2012 年 9 月当時東京大学に滞在中であった）と共に、本研究事業のメンバーとのジョイント研究会を行い、フランス法の状況に関するレクチャーを受けた（於九州大学法学部）。

（2012 年 6 月の現地調査の際の主な訪問先）※　以下の他、パリ市内の図書館・書店にて資料収集を行った。

6月 11 日（月）	パリ第十大学 Lyon-Caen 教授	パリ
6月 12 日（火）	労働・雇用・医療省（労働監督医ら）	パリ
6月 13 日（水）	ナンシー大学 Adam 教授	ナンシー
6月 14 日（木）	全国被用者医療保険金庫（CNAMTS）	パリ
6月 15 日（金）	全国労働条件改善局（ANACT）	リヨン

C．研究結果

1. 公法

1.1　法令、行政規則

1.1.1　モラル・ハラスメントの禁止

2002 年の改正により、労働法典には「いかなる労働者も、その諸権利・尊厳を害する、あるいは、心身の健康を損ね、またはその職業生活上の将来を危険にさらしうる労働条件の劣悪化をもたらす目的で、ないしそのような効果を伴う形で、繰り返されるモラル・ハラスメントの行為にさらされてはならない」との定めがおかれ、モラル・ハラスメントが法典上定義されると共にこの行為を刑事罰つきで禁止している（労働法典 L. 1152-1 条、刑事法典 L. 222-33-2 条）。この規定は法律上は公法的性格のものであるが、使用者が労働契約上ないし法律上（労働法典 L. 4121-1 条）負うことになる私法上の安全保持義務（obligation de sécurité）との関係で破毀院がこの概念を広く解釈する判断を示しており、ハラスメントについて使用者が私法上の責任を問われることも十分にありうる。このような破毀院の積極的な介入の姿勢は、法律家による評価と批判の双方に曝されている。ハラスメント概念の拡張的な解釈については、この規定が罰則を伴う

ものであることもあり批判が多い。

1.1.2 従業員代表の関与の義務付け（→1.4.3 参照）

1.1.3 リスク評価の義務付け

2001 年 11 月 5 日デクレ[1]は、使用者が労働法典法上負っている安全保持義務（現行労働法典 L. 4121-1 条、デクレ当時の L. 320-1 条）の内容として、並びに、罰則を伴う公法的性格の義務として、「労働者の健康と安全に対するリスクの評価に関する文書（document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs」（DUER と略されることがある。また、「統一文書（document unique）と俗に呼ばれることもある）を創設した（労働法典 R.230-1 条）。この新しい制度は、後述する健康・安全へのリスクの予防に関する 1989 年の EU 枠組指令の国内法化の一環として導入されたものである。事業の規模・業種にかかわらずあらゆる使用者に、リスク評価の結果をまとめた文書を作成し、定期的に更新する義務が課されている（少なくとも年 1 回、また、安全衛生にかかる条件や労働条件に重要な修正をもたらす場面でも更新が求められる）。この義務に反して DUER を作成しない使用者には刑事罰が科されうる。

DUER の評価対象には、とりわけ 2002 年の法改正により精神的健康の保護が労働法典上の要請となってから後については明確に、精神的健康へのリスクも当然に含まれるものと考えられている。もっとも、実務上は、精神的健康の問題を一切扱わないことや、形式的な評価に留まるものも多い[2]。こうした不十分な文書であっても、罰則との関係では作成義務違反を問われることはないものと考えられる。但し、何らかの結果が事後的に発生した場合に、労災の被害者に使用者に対して完全賠償を求める権利を付与する「許し難い過失（faute inexcusable）」の評価等の際には、この文書の不作成あるいは十分でない作成のあり方が評価の一要素とされることも想定されるとの議論もある。

1.1.4 法の管轄機関・執行権限者

原則として労働・雇用・職業訓練・社会的対話省に属する労働基準監督署（Inspection du travail）が、安全衛生を含む労働法規の遵守を監督する。特に、1.1.3 で検討したリスク評価の義務付け規定の実効性は労働基準監督署による監督を通じて確保されることになり、労働基準監督署の監督のあり方如何によって実際の運用は大きく変わりうる。

1.2 ストレスマネジメントの具体的な方策

1.3 専門家や専門機関の活用によるストレスマネジメント

フランスでは、EU 指令の影響も受けて、また、事後的な補償の限界もおそらく背景となって、モラル・ハラスメントの概念を超えたより一般的な産業精神保健リスク（risques psychosociaux, RPS）の早期予防に重点を置いた施策が近年積極的に議論されている（その背景については 1.7 で詳述する）。その中で重要な役割を担っている（あるいは担うことを期待されてい

る）アクターとして注目すべきと思われるのが、専門家の知見を活用して独立の立場で機能する労働医（1.4.1）、労働条件の改善が企業の生産性の拡大にもつながるとの理想の下に企業に対するコンサルタント・助言を行う ANACT（1.4.2）、労働環境の中にある危険を専門家の力もかりながら早期に発見することを目指す企業内の従業員代表組織 CHSCT（1.4.3）であり、上述の通り 2012 年 6 月にはフランス（パリ・ナンシー・ナント）においてこれらの組織および専門家に現地調査も実施した。それぞれに、法的性格や企業との関係も大きく異なっているが、いずれも、専門家・専門機関として、あるいは、専門的知見を重要な武器として、一次予防の段階から精神的健康の問題に介入する組織である点に置いて共通している。なお、労働医の役割については 2011 年度報告書に添付された鈴木俊晴（研究協力者）の論文において既に詳細に論じていることから、本報告書では特に近年の動向や上記の出張調査による成果をまとめている。

1.4.1. 労働医（Médecins du travail）[3]

労働医とは、産業医学の専門教育を受けた、一般医（médecin généraliste）とは異なる専門医（médecin specialiste）である[4]。労働医になるためには、6 年間の一般医養成課程を修了したのち、さらに選抜試験を受け、4 年間の理論的・実務的教育を受ける必要がある。労働医は、他の医療活動との兼業が許されないのみならず[5]、労働医の独立性や尊厳を侵害するような他の職業活動との兼業も禁止されている（医師倫理法典（code de déontologie médicale）26 条）。

フランスでは、労働医によるサービスを提供するために、すべての企業で労働保健機関（service santé au travail）の設置が義務付けられている。労働保健機関は、単一企業労働保健機関（service santé au travail autonome, 以下、「単一機関」）と企業共同労働保健機関（service santé au travail interentreprises, 以下、「共同機関」）に大別することができる[6]。いずれの労働保健機関を設置するかは、基本的には企業規模により決まる。すなわち、大企業では当該企業のためだけの労働保健機関（単一機関）を設置することとなるが、中小企業では複数の企業が共同して共同機関を設け、あるいはこれに加入するというシステムが採用されている[7][8][9]。

本稿に関わる労働医の職務としては、集団的側面にかかわるものと個別的側面にかかわるものが挙げられる。まず前者の集団的側面に関わるものとして、労働医が、企業内の労働条件や職務および技術の導入などについて、労働者の健康をおびやかすリスクがあると考えるときは、使用者に対し書面で改善措置を講ずるよう提案することができる（労働法典 L. 4624-3 条）。また、後者の個別的側面にかかわるものとして、労働医は、労働者の健康診断等を実施した際、労働者の年齢、体力、あるいは健康状態に応じて、使用者に対して、当該労働者の配転（mutations）や労働ポストの内容の変更（transformations de postes）などの個別的措置を提案することができる（労働法典 L. 4624-1 条）。いずれの提案についても使用者は十分に考慮

しなければならず、提案内容を実施しないときには、労働者及び労働医にその理由を明らかにしなければならない。

このように労働医は、労働者の健康を保護するため、使用者に対し集団的側面、個別的側面の双方から、使用者に種々の提案をすることができる。しかし、この制度についてはいくつか問題点が指摘されている。まず、労働医が使用者に嫌われるのをおそれて、労働環境を整備するよう使用者に助言を行わないことも少なくないとされる。また、労働者がメンタルヘルス疾患に罹患した場合でも、それを労働条件、労働環境の問題とは捉えずに、個人の職務適格性の問題にしてしまう傾向があり、なかなか労働条件・労働環境全体の向上までは貢献できない場合があるとされる[10]。

しかし、このような問題が指摘されているにもかかわらず、労働医の権限は近年強化される傾向にある。2011 年 7 月 20 日の法律[11]では、労働医は、法によって規定され保障された職務的独立性を保ちながら職務を遂行できる旨規定された（労働法典 L. 4623-8 条）。もちろん従来から、医師一般の職務遂行における独立性を規定する法律は存在しており[12]、また、労働医についても、命令のレベルでは職務遂行上の独立性は保障される旨規定されていたが（労働法典 R. 4623-15 条）、この法改正により、法律のレベルでもそのことが確認された。

また、これまで共同機関がどのようなメンバーで構成されるかについては労働保健機関の委員長に決定権限があったが、2012 年 1 月 30 日のデクレ[13]により、労働医がイニシアティブをとってコーディネートすることとなった（労働法典 L. 4622-8 条）。そして、労働医はその責任のもと、職務の一部を看護師や学際的な機関に割り振ることができるようになった（労働法典 R. 4623-14 条）。

以上のとおり、2011 年から 2012 年におこなわれた改革では、労働医の職務遂行上の独立性を高めるとともに、労働医を職務の一部から解放しつつ、企業の健康管理体制そのものをマネジメントすることができるようにした。労働医に対しては、労働者の健康管理に関する企業あるいは社会全体のニーズを的確に把握し、ふさわしい労働保健機関を自ら作り上げるという、極めて高度な役割をも期待されるようになっている[14]。

1.4.2. 全国労働条件改善局（ANACT）

全国労働条件改善局（Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail, ANACT）は、1973 年に創設された政府機関であり、雇用・職業訓練・労使対話省（現在）の所轄に属する。26 の地方局を有している。この組織の創設の背景には、1970 年代のフランスにおける労使対立の激化、特にテイラー主義に対する労働者の反発から生じる労使関係の不安定化があった。また、テイラー主義に代わる労働組織のあり方が必要との認識が、当時、米国を中心として欧米諸国に広がりつつあった。こうした状況において、労働はマーケットの状況や技術革新と同じように生産性に影響を及ぼすものであり、労働者にとっての労働条件の改善と生産性の向上は両立するものであるとの考え方が ANACT の活動の軸となって

いる。その活動は基本的に使用者に向けられたものであり、企業に対するコンサルタントや、より一般的・包括的な調査・啓発活動等多岐にわたっている。具体的な活動の内容は、国との間で締結される契約によって決定される。2009 年から 2012 年度にかかる契約においては RPS が重要な課題の一つとして掲げられており、現代における仕事のあり方の変容によって生じてきた新しい労働条件に伴う問題として、実際にも ANACT は、近年、ヨーロッパレベルでの情報交換も含めた調査や企業への相談業務を積極的に行っている。とりわけ、この問題への取り組みに困難を抱えうる中小企業へのサポートが活動の一つの重要な柱となっており、ANACT の web サイト上では、後述する DUER の詳細な作成マニュアルが無料で提供されている[15]。

1.4.3. 企業内従業員代表委員会（CHSCT）

（1） 安全衛生労働条件委員会（Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, CHSCT）[16]は、1982 年に、安全衛生委員会（Comité d'hygiène et de sécurité, CHS）と労働条件改善委員会（Comité pour l'amélioration des conditions de travail, CACT）[17]という 2 つの委員会を統一・再編する形で導入された企業内委員会の制度である。1941 年に導入された安全委員会（comité de sécurité）を原型とする安全衛生委員会は、企業長（chef d'établissement）、労働医（médecin du travail）、安全衛生に関する技術者、当該分野について能力のある労働者代表をメンバーとする、あくまで技術的な委員会であった[18]。CHSCT はこの委員会の性格を大きく変えるものであり、技術的な性格よりも労働者代表による発言の場としての性格を強化すると共に、その対象を、安全衛生・労働条件という、より広い範囲に拡大したものと見ることができる[19]。1982 年当時、CHSCT という新しい組織の背景には、①労働者が企業内において完全な市民となること、②労働者が企業内の変化を引き起こすアクターとなること、という 2 つの大きな理想が提示され、労働災害や職業疾病（maladies professionnelles）の予防と労働条件の改善の分野において、この組織に従来よりも重要な影響力を行使させることが目指された[20]。

（2） 現行法上、CHSCT は、労働における健康の問題を監視するという役割を特別に担っている従業員代表委員会であり、従業員数 50 人以上の企業においてその設置が義務付けられている（労働法典 L. 4611-1 条）[21]。CHSCT は、事業場長と労働者代表団をメンバーとする（労働法典 L. 4613-1 条 R. 4613-1 条）。労働者代表団は、従業員数に応じて 3 人～9 人（うち 1 人～3 人は幹部職員）の労働者代表から構成される[22]。労働医（médecin du travail）、労働安全・労働条件に関するセクションの責任者等は、諮問的な立場で会議に出席することができる（労働法典 R. 4614-2 条）。

CHSCT は、大きく以下の 3 つの役割を担う（労働法典 L. 4612-1 条）。①当該事業場（établissement）の労働者、及び外部の企業によって当該事業場において勤

務させられている労働者の身体的・精神的な健康および安全の保護に貢献すること、②労働条件の改善について、特に、あらゆる雇用への女性のアクセスを容易にし、母性に関連する問題に対応するという観点から貢献すること、③上記の領域において採られる法律上の規定（prescriptions légales）の遵守を監督すること。

（3） これらの目的を達成するために、特に精神的健康との関係で CHSCT が行使しうる権限の中で最も基本的なものは、労働者の健康・安全にかかる条件、および労働条件を変更しうる重要な決定について意見を述べるというものである（労働法典 L. 4612-8 条）。特に、工場設備の修正、製品の変更、労働の組織のあり方の変更から生じる、職務に関する重要な変更、さらに、仕事の速度や生産性にかかるルールの変更（労働への報酬との関係の有無にかかわらず）については必ず、CHSCT が諮問を受け意見を述べる。企業が意見聴取を怠った場合には罰則が用意されており（労働法典 L. 4742-1 条）、つまり企業には CHSCT への諮問義務が課されている。

（4） また、CHSCT にとって実際上大きな武器となり、そのために近年注目が集まっているのが、企業委員会には見られない[23]、「専門的査定（expertise）」の権限である。CHSCT は、以下の 2 つの場合に、企業外の専門家（expert）への査定の依頼を行うことができる（労働法典 L. 4614-12 条）。①深刻なリスクが確認された場合（労働災害・職業性疾病等が既に確認されている場合に限られない）、および②労働法典 L. 4612-8 条にいう健康・安全にかかる条件、労働条件を変更しうる重要な計画が存在する場合である。②の場面が意味するのは、企業が労働法典 L. 4612-8 条によって CHSCT に対して諮問義務を負う場合には、CHSCT は、必要に応じて自らの見解を十分に根拠付けるために専門的査定を行うことができるということである。

この専門的査定は、以下の理由で実務上重要な意味を有している[24]。すなわち、CHSCT が査定を行う権限を有する場面においては[25]、①専門家の任命の後、最大 1 ヶ月間（45 日まで延長可能）の調査機関がおかれる。②査定が開始された場合、その終了前に査定の対象となっている計画の実施に踏み切ると、使用者は査定を妨害したものとして罰則の適用を受ける。③使用者は、企業内への専門家の立ち居りを拒絶することができず、また専門家に求められた全ての情報を提供する義務を負う。⑤査定にかかる（専門家への報酬等の）費用は、当該専門家が大臣によって作成されたリストに登載されている有資格者であることを条件として、使用者が負担する[26]。このように、実際上、この査定の手続は、まず、使用者の決定の実施を一ヶ月程度ストップさせる効果を有する[27]。また、査定にかかる費用は事案によっては高額なものともなりえ、使用者に経済的負担を生じさせうる。CHSCT の査定について法的な根拠が争われ、その不存在が確認された場合でも、CHSCT の側に権利濫用がない限り、訴訟費用は使用者により負担される[28]。

上記の諮問ないし査定の結果として示される CHSCT の意見は強制力をもつものではなく、使用者は理由を付してこれに従わない旨の決定をすることも可能である。但し、後述の通り、（とりわけ査定に

基づいて）CHSCT が反対の意を唱えた場合、裁判所が、当該決定を覆すことを使用者に命ずる判決において、その意見が根拠とされることがありうる[29]。

（5） 2002 年の法改正において、CHSCT の権限についても改正が行われており、その業務の対象が、労働者の身体的・精神的健康の保護へと拡大された（労働法典 L. 4612-1 条）。このことを受けて、CHSCT については、労働者の精神的健康に対するリスクの予防という観点から、諮問・査定の対象が従来よりも広く捉えられるようになり、学説の注目を集めている[30]。上述の通り、CHSCT の諮問権限（すなわち、企業の諮問義務）の対象となるのは、労働者の健康・安全にかかる条件、および「労働条件」を変更しうる重要な決定であり、この中でも「労働条件（conditions de travail）」という広い内容を含みうる概念[31]がいかなる対象を示しているのかについては法典上明らかとされていない。労働法典 L. 4612-8 条が挙げる、職務や仕事の速度、生産性にかかるルールといったものがこの概念に含まれることは想像がつくものの、法典上にはそれ以上の手がかりはなく、また判例や学説も十分な定義・限界付けを行ってこなかった[32]。

裁判所は、従来から、CHSCT の諮問（ないし専門的査定の実施）権限の対象に多様な内容が含まれることを認めており、例えば、職務、権限の拡大、新しい（設備）保守の方法、報酬決定システム、休憩時間、さらには食堂の問題までが、諮問権限の範囲に含まれることを認めていた[33]。他方で、これらの広範な諮問・査定の対象はいずれも、物質的・技術的な内容にとどまるものであった[34]。

このような CHSCT の権限の対象に関する解釈をさらに拡大し、学説の注目を集めた重要な破毀院判決が、2007 年 11 月 28 日破毀院社会部判決である[35]。本件においては、企業が年に一度の面談を通じた従業員評価を導入する計画について企業委員会（comité d'entreprise）に諮問を求めたところ、企業委員会、CHSCT 及び労働組合組織（organisations syndicales）が、CHSCT に対する諮問を行っていないこと等[36]を理由として使用者による当該計画の実行の差止めを求める訴えを提起し、急速審理判事（juge des référés）による当該計画の実行の禁止する判決が下され、企業がこの差止判決の取消を求めて控訴を行った。

控訴人たる使用者は、一般に行われる従業員評価のための面接において生じるものと原判決が評価したような単なる緊張、ストレス、精神的圧力のリスクは、労働法典 L. 236-2 条（当時。現在の L. 4612-1 条にあたる）にいうところの労働者の身体および精神の健康を危険にさらすような性格のものではなく、従ってこの計画が CHSCT の権限の範囲内であると判断した原判決は法の適用を誤るものであると主張した。使用者が自らの監督下におかれる被用者の労働を評価するという行為は労働関係に固有のものであり、従って、労働者の個別面談を導入することでこの評価プロセスに客観的で透明度の高い枠組を設定するという決定は、労働条件の重要な変更には当たらないというのが使用者の主張であった。

これに対して破毀院は、原判決を全面的

に支持する形で破棄上告に理由がないものとした。すなわち、原審は、年に一度の面談は賃金に関する決定と目的達成との関係をより整合的なものとすることを可能にしうるものであったこと、そのため被用者の行動に影響を及ぼしうるものであって、面談の方法やそこでの争点は明らかに労働条件に影響を及ぼす精神的圧力をうみだす性格のものであると判断したうえで、面談に関する計画が CHSCT の諮問を受けるべきものであるとしたのであり、その判断には誤りは無いものであると述べた。

（6） 使用者の主張においても述べられているように、本来、自らが雇用する労働者を評価することは、労働契約から発生する使用者の経営（指揮）権（pouvoir de direction）から導かれるものであることが認められている[37]。そのため、労働者は原則としてこの経営権の行使を拒否することはできず、評価や目的設定といった人事管理の方法自体は、困難をかかえる労働者への配慮があれば、何ら問題をもたらすものではない。但し、フランスにおける近年の労働者評価制度はアングロ・サクソン諸国の影響を受けて従来よりも高度なものとなっており、これをいかに評価するべきかが労働関係の様々な側面で問題となりつつあった[38]。本判決に従えば、労働者を評価する面接の導入はほぼ例外なく CHSCT の諮問の（義務的な）対象となると理解される[39]。

学説によれば、本判決を受けて、内部告発制度の導入や、労働者の評価制度の導入、個別的賃金決定スキームの導入等、従来は CHSCT の諮問の義務的な対象とされてこなかった事象について、新たに使用者に諮問義務が課されることになりうる[40]。なお、下級審判決には、会社の従業員が守るべき行動憲章（code de conduite）に関する新しい規定を当該会社のインターネットサイト上にアップする際に、CHSCT の諮問を受けなければならないとし、その理由付けのひとつとして、この規定が、その適用の態様によっては、労働者の精神的健康を害する可能性があることを指摘したものがある[41]。

（7） 2006 年 11 月 21 日のヴェルサイユ TGI 判決は、「あらゆる計画が被用者に必ず不安を引き起こすという理由によって、全ての組織再編計画について」CHSCT が裁量的に諮問を要求し専門的査定を行うことはできないと判断し、CHSCT の権限が過度に拡大することへの歯止めを設定している[42]。

また、このような CHSCT の権限拡大は裁判所によって扱われる特別な事例ないし学説によって主張されているものであり、実務上、多くの企業において CHSCT がこの分野で果たす役割は大きいとはいえないという観点から、こうした議論の方向性に留保を付す見解もある。具体的には、CHSCT を設置する義務があるのは従業員数 50 人以上の企業のみであるため、CHSCT をもたない中小企業が全企業の 25%に上ることや、また、CHSCT は独自の資金をもたないこと等からして、この組織に過度な期待を抱くことには慎重であるべきとの指摘が見られる[43]。今後の課題として、この組織の役割をより実質的なものとするために、精神的健康にかかる問題についてのメンバーの研修を行う

こと[44]、さらには、労働者の利益を保護するために労働者集団を代表して訴訟を提起する権限を与える[45]等の権限強化の可能性が、議論されている。

1.4.4.　民間のコンサルタント会社や非営利団体の役割

上述の通り、CHSCT は、大臣によって作成されたリストに登載されている専門家に、リスクの査定を求めることができる。ここでは、民間の会社・団体が重要な役割を担っている。

また、精神的健康に関する議論が活発化するにつれ、企業にとっても、この問題は重要なリスク要因として認識されつつある。このような状況において、大企業を中心として、企業が直接に契約を締結して民間のコンサルタント会社の助言を受けて対応するところも多くなっている。コンサルタント関係の会社は近年著しく増加しており、精神的健康の問題は、フランスにおいて一つの大きなマーケットを生み出したとの指摘もある。また、他方で、質の問題も生じており、雇用省は優良な機関についてのラベリングを行うことを検討している。

1.4　雇用にかかる精神障害者差別禁止法

障害者の職業生活に関する差別を禁止する法律として、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 号法律が制定され、労働法典に改正が加えられている。2000 年の EC 指令を受けて、「適切な措置（mesures appropriées）」概念が導入され（労働法典 L. 5213-6 条）、適切な措置の拒絶が差別にあたるとの規定もおかれている（同条 4 項）。適切な措置は、この措置にかかる負担が蓄積することによって不均衡（過度）なものになる場合には義務付けられない（同条 2 項）。適切な措置については、国による財政的な支援が付与されうる（同項、L. 5213-10 条）。適切な措置としては、例えば、障害に適応するソフトウェアや作業具の導入といった技術的な労働環境の改善、あるいは、柔軟な労働時間のあり方やチューター制度といった組織的な労働環境の改善等が考え得る[46]。

1.5. 法政策の背景

（1）　フランスにおける産業精神保健法をめぐる近年の法政策ないし法政策をめぐる議論の背景として重要なのは、①伝統的な、身体的健康と精神的健康の明確な区別、②2002 年の法改正による①のような考え方の転換と、これ以降のハラスメント規定への議論の集中、③②に関する反省とさらなる方向転換、④EU 指令による予防政策の重視である。③、④が背景となり、最近では、専門家の関与と労使対話を重視した早期予防の重要性に議論が集中しつつある（→1.4.）以下、順に詳しく検討を加える。

（2）　フランスにおいては、伝統的に、労働安全衛生にかかる法は、原則として身体的健康だけを対象とするものであり、精神的健康は対象としないものとの考え方が支配的であった[47]。もっとも、2000 年前後から、労働者の精神的健康の問題が活発に論じられるようになり、とりわけ、2002 年の労働法典改正が、上記のような伝統的な状況を大きく変容させることに

なる。2002 年の法改正は、労働法典上の安全衛生にかかるいくつかの規定に身体的健康と並んで精神的健康の概念を明示的に加えると共に、上記 1.1.1 で検討した通り、労働法典の中に初めてモラル・ハラスメントの定義規定をおき、これを罰則つきで禁止した（労働法典 L. 1152-1 条）。

（3） この法改正による新しい規定の中で特に注目されたのは「モラル・ハラスメント」という新しい概念であり、法律家、さらには、法律家以外のこの問題の専門家やメディアによる報道が集中し、労働者にも広くこの概念が知られることになる。このようなモラル・ハラスメントへの注目は司法の場にも見られ、2.で述べるように使用者の私法上の責任を問うための手段としてハラスメントという概念が破毀院をはじめとする司法裁判所において積極的に用いられるようになる。他方で、現実の職場においては、「モラル・ハラスメント」の概念が一人歩きし、職場での些細なトラブルについて労働者がモラル・ハラスメントに該当すると指摘するという問題も見られるようになる（近年のこの問題の広がりの原因の一端は、従来知られていなかった産業精神保健リスク（RPS）やモラル・ハラスメントという概念が広く知られることによるラベル効果（effet d'étiquetage）によるものであるとの理解も専門家によって述べられることがある）。これに呼応して使用者の側も、モラル・ハラスメントの存在を容易には認めず、結局のところ議論が膠着状態となって問題の解決には必ずしも資さない状況が見られるようになった。また、モラル・ハラスメントへの注目は、精神的健康という問題が、本来は労働の組織の問題として議論されなければならないにもかかわらず、職場における個人間の問題に矮小化するという副次的な作用をもたらしたことも指摘されている[48]。労働法典が一般論として身体的健康に加えて精神的健康を関心の対象としたことが看過されてしまっていたとも評価できるだろう。そこで、モラル・ハラスメント概念を通じた使用者の事後的な責任追及ではなく、この問題をむしろ集団の問題と捉え、事前の予防へと方向性を転換しようという考え方が、強く主張されるようになるのである。また、この問題を通じて停滞気味である企業内の労使対話を活性化しようとする議論もしばしば見られる[49]。

（4） こうした一般的な予防施策の重視という議論の方向性は、EU レベルでの安全衛生に関する 80 年代末以降の議論の影響をも色濃く受けている。1989 年 6 月 12 日の、労働者の職場における安全・健康の改善促進に向けた措置の実施に関する EU 枠組み指令（Directive-cadre du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail）は、労働者を中核においた予防政策、できる限り早期のリスク予防、リスクの評価等の予防政策、労働のあり方を労働者に適応させること（労働者を労働に適応させるのではなく）の重要性等の諸原則を提示している。この枠組み指令は、1991 年に国内法化されたが、当時は上記の通り身体的健康だけが想定されていた。その後、枠組み指令の国内法化が不十分であるとして、2001 年

に RPS 評価に関する新しいデクレが定められ（上述の DUER の導入等を内容とする。décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001）、その直後に上記の 2002 年改正が行われたという経緯がある。このように、EU 法との関係で見れば、フランスにおいては、精神的健康への注目という流れと並行して、EU 法によって求められている早期のリスク評価・予防という政策の尊重という流れが同時に展開していたといえるのである。2009 年にフランステレコム等の労働者の相次ぐ自殺を受けて労働大臣のグザビエ・ダルコスが緊急計画（plan d'urgence）を発表した際にも、労使対話が一つの重要な軸とされていた（1000 人以上の労働者を使用する私企業においては 2010 年 2 月 1 日までに労使交渉を開始することが義務付けられた）。今日においても、特に労働省の取り組みはこの問題に関する労使対話・労働協約の締結を前面に押し出すものとなっている（民間セクター、公的セクターの労使による取組みの内容については、3 で改めて整理する）。

（5） このような状況において注目されているのが、リスクの評価・予防に関与できる様々な専門家や、労使間のコミュニケーションの契機を作ることのできる従業員代表の役割である（→1.4.で既述）。また、こうした予防政策への議論の転換の背景には、この問題についてフランスにおいて労災等による事後的な補償が十分ではない現状[50]、またこのような事後的な補償を広く拡大することへの（特に使用者団体等の）反発が強いといった事情により、事後的補償による対応に限界があるという認識が共有されていることもあるように思われる。

（6） 2010年2月に首相宛に提出され、とりわけ企業に大きな影響を与えたと思われる専門家による報告書「労働における幸福（bien-être）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」（Lachmann(H.), Larose (C.), Pénicaud (M.)による）の内容は、この問題についてフランスの専門家や関係する実務家がとろうとしている立場の特色をよく表していると思われる。報告書による10の提言の内容は以下の通りである。①企業の指揮系統の中枢や取締役会が積極的に問題に関与することの重要性、②労働者との距離の近いマネージャーが一義的な予防のアクターとなること、③労働者に、仕事における自己実現の余地を与えること、④労働における健康を守る条件の構築について労使代表の関与を促すこと、⑤具体的な行動に結びつく対策を行うこと、⑥マネージャーの、チームや一人一人の労働者との関係での責任を具体的に認め、マネージャーがそのような責任を負えるような訓練を施すこと、⑦職場を単なる個人の集まりに矮小化せず、仕事がよりやりがいのある、また効果的な（efficient）ものになるように集団のパフォーマンスを評価すること、⑧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、考慮に入れること（あらゆる再編・リストラクチャリングの計画について、その人的なインパクトや、人的にみて実行可能なものかが評価されなければならない）、⑨労働における健康は企業内に留まる問題ではなく、企業は、当該企業を取り巻く広い意味での環境（とりわけ取引相手：fournisseurs）に人

的なインパクトを及ぼすこと、⑩問題を有する労働者を一人にせず、彼らに寄り添うこと。

報告書の提案事項は多岐にわたっているが、そこから読み取れるのは、メンタルヘルスの問題を企業の生産性の問題にも関係する経営者にとっての重要な課題であることを強調する立場である。このような議論は、精神的健康は労働者のプライベートな問題であると考えられてきた従来の意識を大きく変え、メンタルヘルスの問題は企業自身の問題であることを強調しようとする議論と思われる（メンタルヘルスの問題については、フランスでは、企業の社会的責任という論点との関連性も意識されることがあるようである）。フランスにおいては、労働者の尊厳や人権という観点から使用者に強い規制や罰則、補償責任を課すよりも、職場におけるより効率的・効果的な生産体制という組織的な観点から、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好まれてきたことが読み取れる（報告書には、仕事における健康という論点が、「社会的な」関心と「経済的な」関心を和解させるものであるとの指摘がある[51]）。また、フランスにおいてこの問題が生じてきた経緯に強い影響を受けて、企業再編等の組織改編の労働者の健康への影響を強く意識した議論となっている。

（7） なお、近年フランスで議論が遅れているとして今後の課題と考えられているのは、公的セクターにおけるRPS対策である。例えば社会保障金庫のように自らがこの問題の予防に関与している組織についても、窓口業務を中心に労働者のメンタルヘルスの問題が深刻化しており、このセクターの規模の大きさもふまえて、今後、重要な論点となることが予想されている（公的セクターの枠組み合意については、3を参照）。

1.5 確認できる効果

以上のように、フランスでは、労使対話の促進・義務付けという緩やかな形での規制が重視される傾向にある。そのため、実際にいかなる効果が生じているかを知ることは困難であるが、少なくとも1.1.3で検討した統一文書の作成の義務づけという制度は、メンタルヘルスを含む健康上のリスクを会社が毎年評価することを義務づけており、その評価にあたっては、各種の専門家機関や労使代表の関与が期待される。メンタルヘルスのリスクが企業の経営問題の一部であることを考慮する姿勢や労使対話の重要なテーマとしてこの問題を位置づける考え方も含め、フランスにおいて確認できる最大の効果は、このように、事業所ごとにメンタルヘルスにかかるリスクを評価し、現状を把握することの重要性が関係者によって比較的広く共有され、上記のような労使対話の義務付けとも相まって、まずはこの現状把握に向けた取組みが、とりわけ大企業の多くで行われていると思われる点であろう。なお、労使による具体的な取組みについては、3で整理する。

2. 私法

2.1 根拠法

使用者は、労働契約上の義務[52]として、

労働者に対して、安全保持義務（obligation de sécurité）を負うと理解されている。このような使用者の労働者に対する義務については、2002 年 2 月 28 日のいわゆるアスベスト判決が端緒となり、破毀院はこれをいわゆる結果責任（obligation de résultat）と理解する議論を構築してきた。2006 年 6 月 24 日の大法廷判決がこの理論構成を判例として確認している[53]。

上記 2006 年破毀院判決によれば、何らかの結果が発生し、使用者が労働者の曝されている危険を察知していた、あるいは察知しているべきであったといえる場合で、使用者が必要な措置をとらなかったというときには同義務違反が成立する。こうした判示については、使用者は結果が発生しないためにあらゆる措置をとらねばならないのであり、結果が生じた場合にはほぼ自動的に使用者の責任が問われるというように、かなり厳格に評価する見解もある[54]。このような判例については、2006 年 6 月 21 日の破毀院判決により精神的健康にもその射程が及ぶものとされた。こうした使用者の厳格な結果責任をハラスメントとの関係で認めると解される破毀院判決の一例として、2009 年 11 月 10 日破毀院判決（07-45321）は、労働者が職場において受けた上司からの嫌がらせについて、これに対処するための何らかの措置が使用者にとって取られていた場合であっても、使用者はそうした被害について責任を負うと述べた（就労不能による解雇を争う訴訟）[55]。こうした破毀院判決を背景として、学説も、使用者にはハラスメントが生じないように予防の対策をとることが求められており、ハラスメントが生じてから対策を講じても、労働者に損害が発生してしまった場合にはなお使用者の責任が問われるとの解釈を示している[56]。

また、安全保持義務への違反は、労災の被害者に使用者に対して完全賠償を求める権利を付与する「許し難い過失（faute inexcusable）」を直ちに構成する。破毀院は、上記のような安全保持義務の厳格な解釈を基礎としつつ、さらに労働法典上のモラル・ハラスメントの概念をきわめて広く解釈し[57]、使用者に対する労働者の責任追及の途をひらいている。悪意のある嫌がらせというよりはむしろ組織のあり方を原因として労働者にストレスが発生したのではないかというような場面であっても、モラル・ハラスメントの存在を認める破毀院判決みられるようになった[58]。

このように、私法上の使用者の義務は、労働法典に導入された公法上の義務を取り込む形で拡張される傾向にある。とりわけ上記の結果責任の理論は、使用者にハラスメントの予防（特に、問題が発生することを未然に防ぐ一次予防）を強く義務付ける効果を有していると思われる。

2.2　関係する判例

（2.1 参照）

2.3　確認できる効果

モラル・ハラスメントにかんする使用者の責任を従来よりも厳格に判断する破毀院の判断は、それ自体が、安全配慮義務の一般論との関係でも重要であるが、同時に、この問題に対する使用者の関心を高め、労使間の対話への積極性を強めるといった

影響を有してきたのではないかと推測される。このような破毀院の判例は、使用者がRPSを会社経営に内在する重要なリスクと捉えるような考え方の転換を導く一つの原因となっている。

3. 労働関係における予防のための試み

3.1 民間セクターにおける産別・企業別の労使協定

（1） はじめに

以下では、2011年に労働・雇用・医療省の労働総局によりまとめられた、従業員数1000人以上の企業において締結された労使協定（産別協定を含む）を分析する報告書（Analyse des accordes signés dans les entreprises de plus de 1000 salariés, Direction Générale du Travail）、及び、比較的先進的な試みと評価されたダノン社の労使協定の内容を検討することにより、労使対話の中からいかなる展開が生じているかを検討する[59]。なお、労働省のHPにおいては随時この問題についての労使交渉の状況の調査・公開が行われており（http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Suivi-des-negociations-sur-la,144.html：最終閲覧日2013年12月12日）、大企業を中心として、労使交渉の状況と労使協定の締結の有無、内容の概要等が公表されている（2013年12月現在、イル＝ド＝フランスだけで304の企業につき、情報が挙がっている）。

（2） 労働総局報告書

上記の通り、2010年2月1日までに、1000人以上の従業員数を有する企業においては、労使交渉を開始することが義務づけられていた（1.6）。このような義務づけをふまえて交渉され、合意された労使協定を分析するのが労働総局報告書である。報告書によれば、報告書が対象とする労使合意（2009年から2010年にかけて締結された234の合意）の半分はサービス業の領域で締結されている。8割の協定が、「方法に関する協定（accords de méthode）」と報告書が呼ぶもの（メンタルヘルスに関する今後の調査のあり方や、今後の労使対話の日程等の進め方等、メンタルヘルスの問題を「扱う方法」について合意する協定[60]）の性格を有する定めをおいているが、実質的な内容を定める合意（accords de fond）は2010年最初の四半期において46%、第二四半期においては40%に留まっている。また、方法に関する合意は、その後の実質的内容に関する交渉等について何ら予定していないものも多い（その後実質的内容の交渉を行う旨を明示する協定は40%に留まる）

いずれの場合も、多くの協定が、まずは実態調査に関する内容を定めるに留まり、その後、調査結果を受けていかなる対応をするかを検討する段階には至っていない。完成された企業の行動計画を定める協定はほとんど存在しない。何らかの具体的行動を合意する協定においては、その多くが、メンタルヘルスについての管理職の教育について定めている（87%）。

報告書は、社内での実態調査を、量的評価（無記名でアンケートに答えさせる方法での調査や、労働医があらかじめ決められた質問を労働者との面談時に行うことなど）と質的評価（CHSCTや人材活用部、労働医等が定期的に集まって情報を共有

し議論をすることなど）に分けており、量的評価を予定する協定がより多いことを指摘している。また、質的な評価においては、CHSCT や労働医が中核的な役割を担っていることがしばしばである。また、フランスにおいて、企業における組織変更がメンタルヘルスの問題を引起こす一つの重要な原因と考えられていることは既に 1.6 で述べたが、リストラクチャリングや雇用の不安定が、労働者の精神的健康に影響を及ぼすことはフランスにおいて強く意識されており、実質的な内容に関する合意の半数弱、方法に関する合意の 4 割程度が、この問題に言及している。例えば製薬業界においては、重要なリストラクチャリングが行われた場合、9 ヶ月後に状況の調査が行われる旨が合意されている。プラスチック成形加工業の協定では、「労働時間やポストの変化の「社会的」管理」への言及があり、これらの変化が労働者にとってのストレスの原因となること、使用者が変更の理由等を明確に説明することや労働者自身の声をすくいあげるよう努めることなどが合意されている。

（3） ダノン（Danone）社[61]の労使協定

2010 年 3 月にダノン社の労使代表により締結された「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（accord cadre）」においては、労働の場においてストレスが存在する場合に、それを予測し、探知し、回避し、対応することを可能にするような一般的枠組みを、企業と被用者代表の双方に提供することを目的とする。ストレス・職場におけるストレスおよび RPS の定義がおかれた後に、労働におけるストレスの原因が例示され、企業および労働組合の採るべき具体的な行動として以下のようなものが列挙されている（合意の中からいくつかのものを抜粋して以下に掲げる）。

—あらゆる事業場においてストレス評価が行われること

—職業生活・家庭生活・私生活のバランスが考慮されるべきこと（労働時間の遵守等の伝統的な関心を、新しいコミュニケーション技術の発展に特に配慮しつつ改めて確認する）

—あらゆる組織再編の際に、RPS を含めた人的なインパクトが、適宜外部の専門家や労働医・CHSCT の力も借りながら検討されること

—仕事の組織・プロセス・条件・環境等の改善のための対策が採られること

—人事管理の改善とそのためのマネ—ジャーの教育

—人事管理部門や CHSCT 等、職場の多様なアクターによる集団的な見守りの実施

この労使協定については労使代表から成る追跡調査委員会がおかれ、1 年に一度、合意の追加協定の形で、実施された対策と、今後必要となる対策を決定するものとされた。

3.2 公的セクターにおける取組の始まり

1.6 で述べた通り、公的セクターにおけるメンタルヘルスの問題は、フランスにおいて潜在的に重大な問題となることが従来から意識されていた。2013 年 10 月 22 日に、公的セクター（fonction publique）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、数ヶ月の議論と交渉を経て、大臣と組合代表・公的セクター企業の代表によって合意・公表された。この合意は、RPS を他の産業リスクと同じように継続的にリスク予防政策の中で考慮していくこと、また、より長期的には、職業生活の質（qualité de vie au travail）に関するより大きな施策に向かっていくことを目指すものである[62]。合意は、各使用者によって RPS の評価と予防に関するプランが作成され、全体として、全国レベルの予防行動計画が構築されることを予定している（計画は、統一文書（document unique）（→1.1.3）の中に一体化される）。計画作成のための調査・診断が 2014 年に行われ、2015 年以降に具体的な行動が開始される。合意の中では、多様なアクターが予防のために積極的な役割を果たすべきこと、そのためにも RPS の予防のための教育訓練が継続的に行われるべきこと CHSCT の極めて重要な役割が強調されている（CHSCT のメンバーについては、2014 年と 2015 年に、RPS 予防に関する教育を二日間（そのうち少なくとも 1 日は 2014 年に）受けることが予定されている）。

D．考察および　E．結論

近年のフランスにおける産業精神保健法の全体的傾向の中で注目されるのは、労使対話を軸とした早期予防の重要性が様々なアクターの共通認識となりつつあるように見えることである。特に CHSCT の役割が重視されていることについては後述の発表論文（2）で詳しく論じた。

なお、この点とも関連して、フランスの産業精神保健法の状況を日本と比較する際に注意すべきなのは、この問題が論じられるに至る経緯が両国で大きく異なることである。過労という、身体・精神のいずれにも関わる問題から出発し、身体的健康との連続性が（少なくとも事後的補償の面では）自然なものとして意識されてきた日本と比べると、伝統的に身体的健康と精神的健康とを明確に区別してきたフランスにおいては、精神的健康の問題は従来の職場の安全衛生に関する問題とは質的に異なる問題として捉えられていると思われる。モラル・ハラスメントという新しい概念を通じて初めてこの問題が積極的に論じられたことや、そうした状況の反省をふまえつつ、労災保険等による補償よりも労使対話による予防という方向へ方向転換している近年の状況も、こうしたフランスにおける議論の経緯を一つの背景としているのではないか。日本への応用可能性を検討するにあたっては、このような、両国においてこの問題が論じられてきた背景・経緯の相異を大いに考慮に入れる必要がある。以下、この点を少しだけ敷衍して述べておこう。発表論文（4）で述べたように、日本では、過労から生じる身体的リスクと精神的リスクが同じ文脈の中で論じられたこともあり、労働者の精神障害や自殺がフランスに比べてより積極的に（少なくとも、過労によって生じる身体的健康のリスクと同程度に）労災補償制度によりカバーされている状況がある一方で、同じ事情の帰結として、予防の議論が長時間労働をめぐる問題に集中し、その他の多様なメンタルヘルスリスクには必ずしも強い関心が向けられなかった時期が長かった

ように思われる。労使対話に関する議論がそれほど活発でなかったことも、このように、日本において長時間労働という問題があまりにも重要であったことを一つの原因としているのではないか。これに対して，上記の通りフランスでは精神的健康は身体的健康の問題と質的に異なると捉えられ、安全衛生に関する関心の射程を広げ、職場における労使対話を復活させうる問題と考えられている（他方で、労災によるカバーは進んでいない）。両国における産業精神保健リスクに関する補償・予防のあり方は、ある問題が法制度によって認識される歴史的・社会的文脈により、各国の制度が異なる形で発展していく姿を示しており、比較法的観点からも興味深い。

Ｆ．研究発表

1．論文発表

（1） 鈴木俊晴「フランス労働医が有する就労可能性判定機能の史的形成と現代的展開」労働法学会誌 120 号（2012 年 10 月）175-189 頁

（2） 笠木映里「労働者の精神的健康の保護―安全衛生問題の射程の拡大と従業員代表の役割に関する一考察」『菅野和夫先生古稀記念論文集』（2013 年）収載

（3） 笠木映里「労災補償と健康保険と「過労死・過労自殺」」濱口桂一郎（編著）『福祉+α 福祉と労働・雇用』ミネルヴァ書房（2013 年）収載

（4）KASAGI Eri, La prise en charge de la maladie mentale comme maladie professionnelle par analogie avec la maladie physique au Japon：un cadre de réflexion sur la maladie professionnelle au regard du droit français （身体的疾患とのアナロジーによる精神障害・疾患の職業疾病としての評価：フランス法との比較を通じた職業疾病に関する考察）（フランス Dalloz 社より 2014 年に刊行予定の論文集に収載予定）

（5）鈴木俊晴「フランス労働医の権限拡大と「信頼」の起源」季刊労働法 242 号（2013 年 9 月）133～144 頁

2．学会発表

鈴木俊晴「フランス労働医が有する就労可能性判定機能の史的形成と現代的展開」【第 123 回労働法学会】（2012 年 5 月 20 日に関西学院大学にて開催）

笠木映里「産業精神保健リスク：日仏法比較による検討（Les risques psychosociaux à la lumière d'une comparaison entre droit japonais et droit français）」【労働における精神保健リスクに関する比較分析―南北ヨーロッパ、ケベック、日本（Approche comparée des risques psychosociaux au travail - Démarche française et systèmes étrangers (Europe du Sud et du Nord, Canada/Québec, Japon)）】（2013 年 1 月 17 日-19 日：フランスボルドー市にて開催）

Ｇ．知的所有権の取得状況

1．特許取得

（該当なし）

2．実用新案登録

（該当なし）

3．その他

（該当なし）

H．引用文献

脚注で挙げたもの

[1] Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail.

[2] Bilheran (A.), Adam (P.),*Risques Psychosociaux en entreprise, Les solutions Psychologiques et juridiques,* Armand Colin, 2011, p. 40.

[3] 詳細は 2011 年度報告書（添付論文）を参照されたい。

[4] フランスでは、6 年間の一般医養成課程が終了すれば、国家試験を受けることなく一般医として研修医になることができる。研修期間は 3 年間であり、それが修了すると多くの者が開業する。一般医は主に外来診療全般を業務とする。これに対して専門医は、6 年間の一般医養成課程が終了した際に専門医研修資格試験を受けて合格し、さらに 4～6 年間の専門医研修を受けた医師のことである。専門医も研修後その多くが開業する。専門医研修資格試験に合格できるのは、一般医養成課程修了者の半分ほどとされる。専門医の専門分野は腎臓科、アレルギー科、神経内科、腫瘍科、呼吸器科、循環器科など多くの分野に細分化されており、専門医研修課程には、それぞれにつき定員がある。専門医が一般医診療をすることは許されておらず、研修制度の性格からも専門分野はひとつだけである。このような医師養成制度のもと、フランスでは患者が一般医、専門医を問わず自由に医師を選択し受診することができる。フランスの医学教育については、岡田正人「フランスの医学教育」医学教育 36 巻 6 号 377 頁（2005）参照。

[5] Cons. d'Et. 3 novembre 1967, *Dr. soc.*, 1968, p. 510.

[6] 2008 年のデータによると、労働保健機関の数は工業・商業部門合わせて 943 あり、そのうち単一機関は 659、共同機関は 284 である。Dellacherie (C.), *L'avenir de la médecine du travail*, avis et rapport du conseil économique et social, 2008, p. 10.

[7] 従来は労働者が 2200 人以上いる企業、あるいは、1 年あたりの健診の数が 2134 件以上ある企業の場合に単一機関の設置が義務付けられていたが、（旧 D. 4622-5 条、旧 R. 4623-10 条）、2012 年改正により、労働者が 500 人以上いる企業の場合に単一機関の設置が義務付けられることとなった（D. 4622-5 条）。

[8] 2005 年のデータによると、約 7000 人いる労働医のうちの 80%が共同機関に雇用されている。Babin (M.), *Les perspectives de la médecine du travail, Dr. soc.,* 2005, p. 653.

[99] やや古いが、2002 年のデータによると、単一機関の管轄下におかれている労働者は全体の 9%に過ぎず、共同機関の管轄下に置かれている労働者が全体の 91%を占めている。また、労働医一人当たりが受け持つ労働者数は、単一機関では 1683 人、共同機関では 2864 人となっている。Jacques (C.), *Travail et santé : le point de vue d'un médecin, Dr. soc.*, 2002, p. 482.

[10] 以上は、2012 年 6 月 13 日にナンシー第 2 大学にておこなった同大学准教授の Patrice Adam 氏に行ったインタビュー調査による。

[11] Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011.

[12] 医師倫理法典 95 条、公衆衛生法典 R. 4127-5 条など。

[13] Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012.

[14] フランス労働医の近年の改革についてより詳しくは、鈴木俊晴の発表論文（5）参照。

[15] ANACT のウェブサイト上で PDF ファイルの形で提供されている。http://www.calameo.com/read/00008815588c2f233b292（最終閲覧日：2013 年 1 月 29 日）

[16] CHSCT については、保原喜志夫「フランスの安全衛生労働条件委員会(CHSCT)(その 1・その 2)」ろうさい 53 巻 8 号 7-10 頁、53 巻 9 号 4-8 頁（いずれも 2002）、保原喜志夫（編）『産業医制度の研究』北海

道大学図書刊行会（1998）208 頁以下（加藤智章執筆箇所）も参照。

[17] 1973 年 12 月 27 日法によって導入された委員会であり、同時期に、全国労働条件改善局（Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, ANACT）が創設されている。

[18] Lerouge (L.), Risque psychosociaux au travail : quell rôle du CHSCT aujourd'hui?, *Semaine sociale Lamy, Supplément,* 2012, n. 1536, p. 49.

[19] *Ibid.*「労働条件」という広い概念を用いた安全衛生・労災予防への取り組みという視点は、1970 年代からフランスにおいて見られる「統合された安全（sécurité intégrée）」という考え方に基づくものと考えられる。保原（編）・前掲注 20）書 206 頁。

[20] La loi du 23 décembre 1982, *Actualité legislative dalloz,* 1983, A-6.

[21] 500 人以上の従業員を有する事業場においては、同一事業場に複数の CHSCT をおくことも可能である。Pélissier (J.) et al., op. cit., p. 768. 従業員数 50 人以下の事業場についても、労働基準監督官（inspecteur du travail）が必要であると判断した場合にはその設置が義務付けられることがある（労働法典 L. 4611-3 条）。

[22] 企業委員会及び従業員代表委員の中から選ばれた者が構成する選挙人団によって選任される。

[23] 但し、300 人以上の従業員を擁する企業においては、新しい技術の導入等の重要な技術的変更が実施される際に企業委員会が専門的査定を行うことができる。労働法典 2325-38 条。

[24] Lerouge (L.), op. cit., pp. 50 et 51.

[25] 専門的査定をめぐる訴訟は近年増加している。使用者は、査定の有用性、専門家の選任、費用、範囲、期間等を争い、急速審理を求める訴えを提起することができる。なお、破毀院は、CHSCT が査定の依頼を、問題を解決する他の手段が事業所内外に存在しないことを前もって確認することなく行うことができることを認めている。Lerouge (L.), op. cit., p. 51. また、使用者が専門家の選択に異議を唱えた事案において、CHSCT がその権限の範囲内で決定した専門家の選択については、裁判所がこれに異なる評価を加えることができないと判断した破毀院判決として Cass. soc., 26 juin 2001, n. 99-11.563.

[26] Verkindt (P. –Y.), Le Rôle des instances de représentation du personnel en matière de sécurité, *Droit Social,* 2007, p. 702.

[27] Bilheran (A.) = Adam (P.), op. cit., p. 104.

[28] Guedes da Costa (S.) = Lafuma (E.), Le CHSCT dans la décision d'organisation du travail, *Revue de Droit du Travail,* 2010, P. 425.

[29] Lerouge (L.), op. cit., 51.

[30] 逆にいえば、この組織については、例えば企業委員会（comités d'entreprise）と比較して、従来学説の関心が相対的に希薄であった。Verkindt (P.-Y.), les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail – Quelques développements jurisprudentiels récents, *Droit Social,* 2007, p. 1253.

[31] 参照、Verkindt (P. –Y.), La montée en puissance du CHSCT, *Semaine sociale Lamy*, 2007, n. 1332, p. 10.

[32] Guedes da Costa (S.) = Lafuma (E.), op. cit., p. 421.

[33] Guedes da Costa (S.) = Lafuma (E.), op. cit., p. 421. ロジスティック供給センター（centre de prestations logistiques）の労働者の大部分に関わりうる、また新しいロジスティックの職務（métier）の定義に至りうるような計画について、CHSCT に専門査定を行う権限があることを認めた破毀院判決として、Cass. soc., 1er mars 2000, n. 97-18.721.

[34] 1993 年に出された省庁通達（circulaire ministérielle）は、CHSCT の職務の対象として、物質的な仕事の組織のあり方（仕事の負荷やリズム）、身体的な労働環境（職場の気温や照明の明るさ等）等を挙げている。Circulaire ministérielle CHSCT n. 93-15 du 25 mars 1993.

[35] Cass. soc. 28 novembre 2007, 06-21964, Bulletin 2007, V, n. 201.

[36] そのほかに、情報処理及び自由に関する全国委員会（Commission nationale de l'informatique et des libertés, CNIL）に対する届出（déclaration）の要否も論点となっていたが、破毀院は判断を行っていない。

[37] Cass. soc., 10 juill. 2002, n. 00-42.368.

被用者の労働遂行に対して企業主が有する一般的な権限であり、企業主が従業員の各自に対してその雇用ポストを定め、かつ、企業運営の最終的判断者・責任者として、必要な場合には、労働契約に変更を加えない限度でそのポストを変更する権限をいう。山口俊夫『概説フランス法　下』東京大学出版会（2004）488-489 頁。

[38] Mole (A.) = Verkindt (P. –Y.), La Cnil et le CHSCT au chevet des systèmes d'évaluation, *Semaine sociale Lamy,* 2007, n. 1332, p. 10.

[39] Adam (P.), Risques psychosociaux et consultation du CHSCT : aujourd'hui l'entretien annuel d'évaluation ; et demain?, *Revue de droit du travail,* mars 2008, p. 181.

[40] Adam (P.), Risques psychosociaux et consultation du CHSCT, op. cit., p. 182.

[41] TGI Nanterre, réf., 6 oct. 2004, *Dr. Ouvrier* 2005, pp. 219 et 220.

[42] TGI Versailles, 21 nov. 2006, n. 06/01176, cité par Guedes da Costa (S.), Lafuma (E.), op. cit., p. 423.

[43] Adam (P.), La prise en compte des risques psychosociaux par le droit du travail français, *Le Droit Ouvrier,* Juin 2008, pp. 14 et 15, note 141.

[44] Bilheran (A.) = Adam (P.), op. cit., pp. 102 et 103, Adam (P.), op. cit., Le droit du travail français à l'épreuve des risques psychosociaux, p. 100.

[45] Adam (P.), CHSCT et souffrance au travail – Rapports, accords (collectifs) et désaccords (judiciaires), *Le Droit Ouvrier,* n. 749, 2010, p. 636.

[46] AGFIPH（障害者職業編入基金）のウェブサイト参照。
http://www.agefiph.fr/Entreprises/Dossiers-pratiques/Compensation-du-handicap-quelles-sont-vos-obligations（最終閲覧日：2013 年 12 月 21 日）

[47] Adam (P.), Risques psychosociaux et consultation du CHSCT, p. 181, Lerouge (L.), *La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé mentale au travail,* L.G.D.J., 2005, pp. 84 et 85. cf., Adam (P.), Harcèlement moral, *Rép. trav. Dalloz,* oct. 2008, p. 5.

[48] Adam (P.), Harcèlement moral,op. cit., p. 6.

[49] 一例として、Philippe Douillet, La prévention des RPS : une opportunité de développer le dialogue sur le travail, Semaine Sociale Lamy Supplément, 2012, n. 1536, pp. 26 et s.

[50] フランスの労災保険給付は「労働災害」と「職業疾病（maladie professionnelle）」に別れており、前者については何らかの事故の発生が必要であり、後者についてはそのような出来事は不要であるものの、法令の定めるリストに掲載のない疾病については専門家委員会の判断（煩雑で時間のかかる手続である）を経て初めて職業疾病と認められるという構造になっている。とりわけ、職場の外での労働者の自殺や、精神的健康が徐々に悪化した場合のような事故性のない事案においては、補償を受けることは難しい、あるいは労働者にとっての予測可能性に欠けるというような状況にある。Bilheran (A.), Adam (P.), op. cit., pp. 133 et suiv.

[51] もっとも、本報告書については、そもそも、報告書の作成者が、企業家（シュナイダーエレクトリックの PDG 等を歴任した（Lachmann）・労働組合のリーダー（Larose）・大企業の人事部長（ダノンの Pénicaud）というメンバーであり、内容については、そのような報告書作成者の組合せも反映したものとして読む必要がある（例えば法律家や医学的な専門家の立場とは異なる）。また、後掲の労働総局の報告書によれば、組合の側にはこの問題は「交渉」の対象とすべきではなく、専ら経営陣の「義務」に属するとの主張から、労使交渉に消極的な立場も見られたという。

[52] 近年では、労働法典上の義務（労働法典 L.4121-1 条、L. 4121-2 条、L. 4121-4 条）の内容との関係でも議論されている。Aubert-Monpeyssen (T.), Blatman (M.), op. cit., p. 833.

[53] N° 03-30038, Bulletin 2005 A. P. N° 7 p. 16.

[54] 2012 年 6 月の Loic Lerouge 氏講演による。

[55] 同様の判示をした判決として、Cass. Soc. 3 février 2010, n. 08-44019（使用者側の過失によるみなし解雇が問題となった事例）。

[56] Bilheran (A.), Adam (P.), op. cit., p. 43.
[57] 背景には EU 法の影響もある。CE 89/391 du 12 juin 1989.
[58] 例えば、2009 年 11 月 10 日の破毀院判決（07-45321）。B.で挙げた 2012 年 9 月 18 日の Loic Lerouge 氏によるレクチャーによる。
59 なお、2008 年 7 月 2 日には、職場のストレスに関する全国職際合意（accord national interprofessionnel sur le stress au travail）が締結され、2009 年 4 月 23 日のアレテによって法令としての効果を付与されて、その後の労使交渉の枠組みとして機能している。同合意は、職場のストレスに関して対応する責任は使用者にある一方で、対策の実施については労働者及びその代表者が協力することを定めている。このような立場は、その後のメンタルヘルスリスクに関する労使交渉においても基本的に維持されている。Dedessus-Le-Moustier (N.), Lerouge (L.), Une réflexion syndicale contrastée sur la prévention des risques psychosociaux, Revue du droit du travail,2011, pp. 627 et s.
[60] 労使交渉の義務づけにあたり、労働総局長は、議論が十分に成熟していない企業において、こうしたタイプの協定が許容されることを前もって明言していた。報告書の 8 頁を参照。
[61] フルタイムの従業員数 12000 人（2013 年現在）。ヨーグルト等の乳製品では世界一位、ミネラルウォーターの業界では世界二位のシェアを有する。
[62] 「職業生活の質の向上」は、Areva 社や Thales 社などの精神保健リスクに関する労使協定においても、タイトルを含めて積極的に用いられている言葉である。

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

アメリカの産業精神保健法制度

分担研究者　林　弘子　宮崎公立大学・学長

研究要旨

１　背景

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

・昨今は、アメリカでも、メンタルヘルスという用語は、単なる精神疾患対策の枠を超え、自己効力感、行動、社会生活、職業生活などに関わる幅広い意味で理解されるようになって来ており、行動科学の一環との理解も進んでいる。その意味で良好なメンタルヘルス状態にある国民は約１７％に過ぎず、うつ（depression＊「うつ状態」か「うつ病」か判然としないが、前者を指すものと察せられる）が拡大し、全国民の約２６％に何らかの影響を及ぼしていると試算されている。

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

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

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

・アメリカでは、８０年代、ホワイトカラー労働者の増加と共に、精神障害による労災補償請求件数が増え、メディアの報道もあって、メンタル・ストレスに関心が集まるようになった。労災補償では、民間の団体医療保険のような支給制限や一部負担金がないこと、労災保険のプロバイダー自身が請求を奨励したこと、労災補償法をリベラルに

解釈し、作業関連ストレスによる疾患を対象に含める司法判断が出て来たことなども、請求件数の増加を後押しした。

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

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

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

・１９９９年には、ゴア副大統領夫人（Tipper Gore）が、アメリカ史上初めて、ホワイトハウスでメンタルヘルス会議（White House Conference on Mental Health）を開催した。

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

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

・アメリカでは、２００７年段階で、自殺者は年間３４，０００人以上にのぼり、人口１０万人当たり１１．３人に達していた。中でも若年者の自殺が多く、１５～２４歳の若者の死亡理由の３番目、大学生の２番目に位置していた。

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

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

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

２　特徴

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

・OSHA では、日本でいう一般健診の定めはなく、特殊健診の一部に相当する制度が定められているに過ぎない。また、産業医の選任を義務づける規定もない。その理由の１つは、同法の規制行政的性格にあり、基本的に各州で設定された安全衛生基準を監督官による臨検と罰則により履行確保を図る仕組みを採っている。それゆえに、産業医制度はもとより、自主的な安全衛生の確保を求める内容に乏しい。また、同法に基づく私訴権（private cause of action）も認められていないため、民事の領域で同法の規定を緩やかに解釈するような司法判断も下され得ない。

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

＜労災補償法関係＞

・労災補償は、あくまで事後的な措置なので、予防に直接的には関わらない。また、アメリカでは、日本のように、精神障害で労災認定が下りると、企業のブランド・イメージが毀損されるといった事情は殆どない。州により異なるが、彼国の労災補償制度は、州法によりその枠組みを決定される一方、その財政と運用は、①州基金、②使用者の加入する私保険、③（災害リスクが少ない、財政的な担保がある事業などは例外的に）使

用者が保険会社とは契約せずに企業内で起こる労災に対して危険を負担する自家保険（self-insurance）が認められており、基本的に民間ベースで運営されているからである。また、彼国の労災補償制度は、州により千差万別であり、一概に論じられない。

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

・各州のメンタルに関する労災補償申請は、次の３種類に大別される。

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

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

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

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

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

＜ADA と労災補償法の関係＞

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

・労災補償法上の労働不能給付（disability benefit）を受ける者は、合理的配慮があれば、あるいはなくても、原則として、職務の本質的機能を遂行できる個人（適格性を持つ障害者）（ADA 第１０１条(8)）の条件を充たさないと解され、ADA の適用を受けない。

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

措置を拒めば、同法に基づく損害賠償を請求できることになる。

＜FMLA と ADA の関係＞

・FMLA（家族・医療休暇法）は、日本でいう育児・介護休業法と組織が任意に設ける疾病休職制度の内容を併せ持った法律である。具体的には、①出産・育児、養子の養育、②重度の（：３日以上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４６１０万人の労働者とその家族をカバーしているという。

３　効果

・不明

４　図られている対応

・イで示したもの。

Ａ．研究目的

統一研究課題から明らかなように、本分担研究の目的は、アメリカの産業精神保健法制度の背景・特徴・効果を解明することにある。

Ｂ．研究方法

研究代表者が呈示したフォーマット「調査報告書の基本的な構成」に即し、現地渡航調査と第一次資料のレビューに基づいて必要事項を調査する方法を採用した。ただし、アメリカの法事情に即し、研究目的に資する限りで、フォーマットの項目を変更した。

現地調査は以下のスケジュールで行われた。

（１）ボストンでの調査

２０１３年１月７日
（訪問先） Professor Emily Spieler, Professor and former Dean of School of Law, North Eastern University and Dr. Gregory Wagner, MD, Senior Advisor to the Director UN National Institute for Occupational Safety and Health, Harvard School of Public Health

（調査内容等） ・NIOSH のメンタルヘルス及び産業保健分野での現在の活動内容 ・ボストンでの調査計画の再検討
１月８日
（訪問先１） Senior Administrative Judge Omar Hernadez,Department of Industrial Accidents, the Commonwealth of Massachusetts ＊行政審判官（Administrative Judge）は、労災補償にかかる申立について審査（聴聞）を行う役職。行政法審判官（Administrative Law Judge）は、この審査手続を経た決定に対する抗告について再審査（聴聞）を行う役職。Omar Hernadez 氏は、上級行政審判官の職にある。
（調査内容） ・業務上の精神障害に対する労災補償の制度と運用実態
（訪問先２） Dr.Ron Schouten, M.D.,J.D.Dr.Director of the Law & Psychiatry Service of the Massachusetts General Hospital and Associate Professor of Psychiatry at Harvard Medical School ＊Dr.Ron Schouten は、職場の暴力、脅威の調査、障害者の専門業務、セクシュアル・ハラスメント、障害者差別禁止法の領域の専門家であり、組織へのコンサルティングも行ってきた他、司法精神医学の領域では、教員及びコンサルタントとして、広範囲にわたる経験を重ねてきた。
（調査内容） ・職場の暴力、脅威の調査、障害者の専門業務、セクシュアル・ハラスメント、障害者差別禁止法に関する制度と実態
（訪問先３） Dr.Dean Hashimoto,J.D.M.D, Chief of Occupational and Environmental Medicine for the Partners and Health Care System(See http://www.partners.org/) and the Chair of the Health Care Services Board at Department of Industrial Accidents. Andrea Piraino Stidsen, LICSW, CEAP, Director of Employee Assistance Program of Partners
（調査内容） ・EAP の歴史・現状等
１月９日
（訪問先１） Michael Ashley Stein ＊氏は、障害者法の専門家であり、現在はハーバード・ロースクールの障害に関する調査研究プロジェクトの統括を務めている。
（調査内容） ・ADA と同法に関する諸問題
（訪問先２） Christine Pontus,MS,RN.,Associate Director of Health & Safety for the Massachusetts Nurses Association
（調査内容） ・ストレス、暴力、バーンアウト、長時間労働を中心に、看護師の労働条件
１月１０日
（訪問先１） Tom Eswiller, Community Catalyst

（調査内容） ・国民の健康管理を推進するために国が創設した公益団体の活動と財政
（訪問先２） William “Bill” Kiernan, Dean of the School of Global Inclusion and Social Development at the University of Massachusetts, Boston, and Director of the Institute for Community Inclusion, and his staff
・ADA と障害者の地域参加
１月１１日
（訪問先１） Ingrid I. Nava, Esq.,General Counsel of Service Employees International Union(SEIU) and Health and Hospital Workers Union(HEU), both unions that represent low wage workers, ＊SEIU も HEU も共に低賃金労働者を代表している。 Deborah G. Kohl,P.C., Attorney at Law ＊Deborah 氏は、労災補償にかかる訴訟で原告側代理人を務めている。
・ADA、低賃金労働、ストレスなどの雇用にかかる諸問題
（訪問先２） Prof. David G. Yamada, Suffolk University Law School ＊Prof.David は、職場のいじめ問題に関する専門家である。
（調査内容） ・職場のいじめの実態と対策の状況など
（訪問先３）
Dr.Susan F.Butler, Professor of School of Arts and Sciences, Tufts University
・アメリカでの精神科医と心理職の役割と職場での暴力の現状

（２）ホノルルでの調査

１月１４日
（訪問先１） Joyce M. Najita, Director of Industrial Relations Center, University of Hawaii at Manoa
（実施内容） ・１５日に実施するグループディスカッションの打合せなど
（訪問先２） Library of William S. Richardson School of Law, University of Hawaii at Manoa
（実施内容） ・文献コピー、インターネットでの情報検索
１月１５日
（訪問先１） Audrey Hirano, Deputy Director, Department of Labor & Industrial Relations Walter B. Kawamura, Disability Compensation Administrator
（調査内容） ・メンタル・ストレスと労災補償、ADA に基づく合理的配慮
（訪問先２） William D. Hoshijo, Executive Director,Hawaii Civil Rights

Commission Marcus L. Kawatachi, Deputy Executive Director Tin Shing Chao, MPH, Manager, State of Hawaii, Hawaii Occupational Safety & Health Division Amrita Malllik, Senior Trial Attorney, U.S. Equal Employment Opportunity Commission Honolulu Local Office
（調査内容：グループディスカッション） ・ADA と差別の状況、EEOC と司法救済、合理的配慮の状況 ・ハワイでの職場におけるメンタル・ストレスの状況
１月１６日
（訪問先１） Mie Watanabe, Director of EEO/AA, University of Hawaii at Manoa
（調査内容） ・大学内でのハラスメントとストレス
（訪問先２） Mark Levin, Professor of Law, William S. Richardson School of Law, University of Hawaii at Manoa
（調査内容） ・喫煙習慣と職場におけるストレス
１月１７日
（訪問先） Law School Library, Industrial Relations Center, Hamilton Library, University of Hawaii at Manoa
（実施内容） ・情報収集とデータ分類

Ｃ．研究結果

はじめに－アメリカにおけるメンタル・ヘルスの定義

アメリカでは、メンタルヘルスという言葉は、今日でも精神疾患(mental illness)への対策を意味するために使われていることが少なくない。しかしながら、この分野における知識は、メンタルヘルスと精神疾患を明らかに区別するところまで進んでいる。アメリカ疾病管理予防センターの定義によれば[1]、メンタルヘルスは、個々人が自身の能力を認識し、生活上の通常のストレスと対応し､生産的､かつ効果的に働き、そのコミュニティに貢献できることをいう。しかし､アメリカの成人の約 17%のみが最適なメンタルヘルスの状態にあると推測されている。

アメリカの文献等では、behavioral health という用語がメンタルヘルスと同義で使われることが多い。例えば、ＥＡＰ事業者協会が出している雑誌は、Journal of Workplace Behavioral Health となっている。

精神的疾患（mental illness）とは、「すべての診断できる精神的異常、思考、ムード、或いは健康状態、行動における異常によって特徴付けられる健康状態を集合したものと定義される。」

ディプレッション（depression）は、精神疾患のもっともありふれたタイプである。アメリカの成人人口の２６％以上に影響している（図１参照）。２０２０年までにディプレッションは、世界中で、虚血性心臓疾患に次いで二番目に多い疾患になるであろうと予測されている。

Ⅰ　1980 年代から急増したメンタル・ストレス問題

アメリカの職場におけるストレスをめぐる主要な問題は、（1）職場暴力の顕在化（2）欠勤の急増（3）雇用不安である。アメリカは、先進国の中では、もっとも職場内の凶悪犯罪発生率が高く、毎週 20 件の殺人事件が起き、性的暴力等の凶悪犯罪も平均して 1 週間に 100 万件起きるなど、年ごとに職場が凶悪化する傾向が強まっている。また、ストレスにより欠勤する労働者の数は毎日 100 万人に及び、約 50%以上の労働者が雇用に関して不安を覚えている[2]。

アメリカの国立労働安全衛生研究所（NIOSH）は、1983 年に主要な労災・職業病を1位から10位までリストアップした一覧表を出している[3]。この一覧表は、①労災・職業病の被害者数と発生率、②各労災・職業病の深刻さ、③予防の可能性の 3 つの基準を考慮して作成されたもので、専門家の注意を喚起するとともに職場における健康障害予防に必要とされる努力の指標として順位がつけられたものである。

このうち 10 位が精神障害でノイローゼ、パーソナリティ障害、アルコール中毒、薬物依存が挙げられている。メンタル・ストレスは、労働安全衛生における重要な構成部分とされ、業務上のストレスには、公的な関心が高まっており、職務関連ストレスは 1990 年代の職務上・外のもっとも重要な健康問題となると予測されていた。

1980 年にアメリカ労働省が出した「職業病に関する議会への中間報告」によれば、労災の被害者が労災補償制度によって喪失所得の 60%を回復しているのに対して、職業病の被害者は 40%しか回復していなかった。労災の被害者の中心的な所得保障は、労災補償給付であったのに対し、職業病によって重度の労働不能（disability）に陥っている労働者の所得保障は、社会保障 53%, 私的年金 38%、退役軍人給付 17%、社会福祉 16%、労災補償 5%となっていた。

職業病の場合、労災補償が受けられないために、損害賠償請求訴訟を起す事例は、労災の場合よりもはるかに多くなっている。また、労災に対しては労災補償が平均 2 カ月で支給されているのに対して、職業病の場合には 1 年かかっていた。さらに、労災のうち補償請求が認められないのは、10%に過ぎないのに、職業病の場合には 60%に達している。このような不平等の結果、労災の場合には、和解が 16%しかないのに、職業病の場合には半分以上に達しており、被害者あるいは遺族がわずかの一時金で所得保障と医療の権利を放棄する結果となっている（アメリカでは、数州を除いて労災補償の権利を和解によって放棄することが認められている）。

アメリカにおけるメンタル・ストレスを含む職業病の激増は、労災補償制度をめぐる重大な問題であり、伝統的な労災補償制度が予期していなかった現象であった。

Ⅱ　メンタルストレスに対する労災補償請求の増加

アメリカでは、80 年代にホワイトカラー労働者の増加とともに、メンタルストレスに関心が集まるようになったのは、メディアによる職業上のストレスの特集が契機と

なっている。メディアが注目していたのは、メンタル・ストレスに対する労災補償請求の増加である。特にカリフォルニア州では、1980 年から 1986 年に掛けてメンタルストレス・クレイムの数が 430 パーセントも増加していた[4]。

国民医療保険制度がないアメリカにおける Blue Cross and Blue Shield などに代表されるような多くの団体医療保険は、受診回数や受診ごとに支払われる金額に制限を設けている。これとは対照的に、労災補償による医療給付は全額支給で、控除もなく、一部負担金もない。受診回数、受診コストにも制限がない。

労災保険のプロバイダーは、労働者に対して職業上のストレスに対する労災補償請求を奨励するようになり、メンタルストレス・クレイムにより、医療のプロバイダーは、多大な利益を得ることになった。メンタルヘルス関連の疾病は、業務起因性の立証が非常に困難であるにもかかわらず、メンタルストレス関連の労災申請が増えた。裁判所は、労災補償法をリベラルに解釈し、職業病の定義にストレスや職務上の緊張による精神的、身体的疾病を含めるようになった（Albertson’s Inc.v WCAB(Bradley)(1982)134 CA3d 308,182 CR 304,47CCC460)。胃潰瘍、ノイローゼも業務上のストレスによるものであれば、認められた[5]。この結果、メンタルストレスに対する労災申請が急増した。

これに対して、州の中には労働者に有利な裁判所の判決を制限するような労災補償法の改正を行うところも出てきた。カリフォルニア州、マサチューセッツ州等を初めとして、州の労災補償法は、労災補償の人的傷病（personal injuries）の定義から信義則違反ではない人事上の行為（Bona Fide Personnel Actions）に起因する精神障害を除外するようになった。

「配転、昇進、降格、あるいは解雇は、そのような行為が意図的に精神的な傷害を与えることを目的としたものではない限り、本章の意味での人的傷病とはみなされない。」（Massachusetts 州 General Laws,Ch.152 Sec.1, 7(A)）。「精神的な傷病は、もし傷病が合法な、差別的ではない、善意の人事上の行為によるものであれば、いかなる補償もなされない。」（Workers’Compensation Laws of California Sec.3208.4(h)）

これらの背景には、以下の 3 点の社会変化があげられている。①国際的な競争と経済的な低迷が、レイオフや工場閉鎖を招いている。どんなに状況がいいときでも、これらは、ストレスに充ちた出来事である。②ベビーブーマー世代は、彼らの前の世代とは異なる期待を持っている。これらの期待が満たされないときには、結果的にストレスになる。③伝統的に、組合の苦情手続きは多様な苦情に対して重要な救済となってきた。しかし、組合のないセクターが拡大し、内部に組合の苦情手続きに取って代わるものが設置されていない。その結果、労働者は、外部に救済を求めざるをえなくなり、弁護士に依頼して、労災補償の申請や損害賠償を請求するケースが増えた。

職業上のストレスに対する労災補償の申請が制限されれば、労働者は使用者に対して損害賠償を請求するようになり、さらに違法な解雇に対する損害賠償請求が増えた。カリフォルニアを初めとして、1980 年代初

めに裁判所は、使用者の解雇自由（employment –at –will）原則に重要な制限を加えるようになった。1988 年には『労働者の苦情に対する責任―メンタルストレスと違法解雇』と題する本が出されている[6]。

業務上の精神障害に対する請求はその後も増加し続けている。ＮＩＯＳＨディレクターのリンダ・ローゼンストックは「過去十年間でアメリカの職場は大幅に変化し続けている。この激変は、労使双方に先例のない負担をもたらし、仕事によるストレスの増大は、重要な職業的、公衆衛生上の問題となっている。経済のグローバル化は、企業に圧力を加え、労働者のプレッシャーが高まっている。労働者の健康と幸福に価値を認め、守るための作戦と方法を発展させ、職場における男女労働者の効率を助け、組織的な生産性を上げることが必要である。」と語っている[7]。

Ⅲ　メンタルストレスと労災補償

アメリカにおけるメンタルに関連する労災補償申請は、次の３種類に大別される[8]。

① Physical-mental claims from a physical injury that produce a mental consequence

フィジカル―メンタル請求　身体的な傷病の結果、精神的な疾患を引き起す。例えば、痛みの強い腰つい障害の結果、精神的不安による労働不能。

②Mental-physical claims resulted from a physical stimulus that produce physical consequence for example, when stressful working conditions contribute a heart attack

メンタルーフィジカル請求　メンタルな刺激によって身体的な疾患が引き起される。たとえば、ストレスフルな労働条件が、心筋梗塞を引き起こす。

③Mental-mental claims result from a mental stimulus(for example ,job pressures) that produced a mental disabilities (for example on chronic anxiety of depression)

メンタルーメンタル請求　メンタルな刺激によって（例えば、業務上のプレッシャー）精神的な障害を引き起こす（例えば、慢性的な不安や抑うつ）

アメリカでは、①②については、すべての州が労災補償の適用対象としており問題がないが、問題は③のメンタル―メンタルである。2012 年 1 月現在で、メンタル―メンタルを労災補償の適用対象外としている州が１８州ある（表１参照）。

後出の表１の中で、身体的傷病を伴わないメンタルストレスを理由とする労災補償の申請を認める州のうち適用について、条件を付しているのは、次の各州である[9]。

①メンタルス・ストレスが同等の職場で働く労働者に比べて甚大で異常な場合に、業務上のストレスは適用対象となる。職場のストレスが、精神障害の主たる原因であること、仕事のストレスが「訓練、職務評価、配転、レイオフ、降格、解雇、その他、使用者の信義則違反に違反しない行為によるものによって引き起こされた場合には、含まれない。」（アラスカ州）。

②医師免許を持った精神科医あるいは心理学者の証言証拠による証明がなければならない（コロラド州）。

③身体的な症状を伴わないメンタルストレスによる労災申請は、業務遂行中に業務に起因する突然の出来事による重大なメンタルストレスが発生した場合にのみに認められる。信義則(bona fide)に基づく使用者の人事上の行為に基づく請求は認められない。(ユタ州)。

④メンタルストレスに適用はあるが、身体的な症状を伴わなければならない（ニューハンプシャー州)。

原則として認めないが、条件付きでメンタルーメンタルを例外的に認める州は、次の各州である。

①業務に起因して遂行中に起きたレイプ（オクラホマ州)。

②暴力的な犯罪の被害者（アーカンサス州)。

アメリカでは、連邦法の適用下にある労働者(連邦公務員、鉄道労働者、港湾労働者)を除けば、すべての州に州労災補償法が制定されている。しかし、メンタルヘルスについては、まだ、労災補償法の適用は、限定されている[10]。

Ⅳ　労災補償法とＡＤＡ

ジョージ・W・ブッシュ大統領の時に成立した 1990 年の障害者差別禁止法（Americans' with Disabilities Act：ＡＤＡ(42 USCA§§1201to 12213）は、身体的な障害者と同様に精神的な障害者に対する雇用における差別を禁止した。ＡＤＡ制定前には、1973 年のリハビリテーション法(Rehabilitation Act)の第Ⅴ編が一定の障害を持つ個人を差別から保護していた。リハビリテーション法 504 条、503 条、505 条などＡＤＡは多くの実質的な用語と定義の多くをリハビリテーション法から継承している。リハビリテーション法は、プライベイト・セクター全般に適用されるのではなく、連邦政府との契約者か連邦補助金の受給者のみに限定されている。

ＡＤＡは、障害者の職務遂行上のバリアがある場合にそのバリアを除くために合理的な措置（reasonable accommodation）をとることを従業員 15 人以上雇用する事業主に義務づけている。ＡＤＡは、2008 年に改正され（ADA Amendment Act of 2008)、精神的障害者に対する合理的な措置には、労働時間の短縮、勤務時間スケジュール変更、診療予約のための休暇、休職、職場における各種ルールの修正、在宅勤務の許可、配置転換等がある。ＡＤＡの差別禁止は、①ＡＤＡの下で権利請求できるのは、「障害」の定義を満たす個人だけである、②使用者のＡＤＡ違反の差別の有無は、労働者が「合理的な措置」の有無で職務の資格を得るか否かで判断される。ＡＤＡをめぐる訴訟の多くは、ＡＤＡのこの２つのユニークな規定から発生している[11]。

ＡＤＡ施行の最初の１０年間は、「障害」の定義の範囲に争点が集中していた。ＡＤＡに関する５つの最高裁判決のうち５つの判決がこの問題を取り扱っている。最高裁（U.S.Air Ways, Inc. v. Barnett,535 U.S.391(2002)）がＡＤＡの障害者について明確にしたので、今や争点は、合理的な措置規定に移っている。

いかなる措置が合理的であるかが正確ではない。しかも、ＡＤＡは、使用者に「過度の負担(undue hardship)」を課す場合には、措置を取らなくても違法ではないと規

定している。「合理的な措置」も「過度な負担」も曖昧な概念である。「合理的な措置」と「過度な負担」の調査は、ともに個々の使用者に特定される事実であり、使用者一般には適応しない。さらに合理的な措置は、一種のアファーマティブ・アクションだと解釈する説もある[12]。

労災補償法の目的は、職務関連のディプレッションを含む業務遂行中に業務に関連して傷病を被った労働者に法律で規定された必要な給付を支給することであり、ＡＤＡの目的は、障害を理由とする差別から人々を守ることである。労災補償の下で労働不能給付（disability benefit）を受ける者は、精神的、あるいは肉体的に実質的に主要な生活活動が出来なくなる場合を除いて、ＡＤＡの適用を受けない。

裁判所は、ＡＤＡの前身であるリハビリテーション法で、労災補償が認められても障害者差別に対する損害賠償は認められると判示している（Johnson v. Sullivan, 764 F. Supp.1053(D. Md. 1991)。労災の結果、障害者となった労働者は、障害者の資格のある個人として、使用者に職場復帰できる措置を請求することができる。もし使用者が正当な理由なく「合理的な措置」を拒めば、労働者は使用者に差別を理由とする損害賠償請求訴訟を提起することができる。この場合には、労働者は労災補償と差別に対する損害賠償を認められる。

Ⅴ　ＦＭＬＡとＡＤＡ[13]

1993 年に制定・施行された家族・医療休暇法(Family and Medical Leave Act: FMLA)は、出産・育児または養子を育てる場合、重度の傷病の配偶者や近親者の世話をするため、もしくは労働者自身の深刻な健康状態(29§2612（B）)のために働くことができない場合に、資格を満たす従業員に、1 年間で最長 12 週の無給休暇を取得する権利を与える法律である。従業員のメンタルヘルスにも関連する法律である。ＦＬＭＡに基づいて事業主は、従業員が休暇を取得している期間、既存の健康保険の負担を継続しなければならない。加えて、従業員は休暇期間が終了すると元のポストまたは同等のポストに復職できる。

休暇取得資格を得るためには、12 ヶ月以上の雇用期間があり、休暇の開始前年に最低 1,250 時間の就労が条件となる。事業主が半径 75 マイル以内の職場で 50 人以上の従業員を雇用していることが条件である。

深刻な健康状態(serious health condition)とは、「入院治療、または医療介護機関による継続的な治療が必要な状態・・・」（29 CFR Part 825.114(1)(2)) と定義されている。職務を遂行できない従業員とは、治療または病気のために、一時的に職務機能を遂行できない者を意味する。

3 日以上にわたって休暇をとると重度とみなすと規定(29CFR825.114(a)(2)(i))されている。また、同規則では、個々の医学的必要性に応じて、断続的休暇や軽減した作業日程に合わせた休暇も認めている。慢性的な健康障害や妊娠中の女性は、治療等の医療スケジュールのための FMLA 休暇を取得することができる。

事業主は、FMLA 休暇の必要性を証明するヘルスケアプロバイダーの診断書の提出を求めることができる（Federal Labor Law Ch.28 § 2613）が、ＡＤＡでは、明ら

かにその仕事に係わる障害（disability）についてのみ調査することができる。健康診断については、ＡＤＡの方が厳格である。

従業員が、FMLA 休暇の始まる際に団体保険に加入していれば、事業主は FMLA 休暇期間中の保険金負担を維持しなければならない。保険金負担は、休職中も休暇前と同じように継続しなければならない。従業員が職場復帰しないことを事業主が知った場合、医療保険給付を継続する義務は消滅する。

従業員が FMLA 休暇後に職場復帰が可能となった場合、従業員は休暇以前に就いていたポストと同様のポストに復職することになる。同じポストに復職できない場合、従業員は元のポストと同じ賃金・手当、労働条件で同等のポストに復帰することができる。

ポストが廃止になったり、改編されたりした場合には、従業員は同じポストに復職する権利がない。例えば、人員削減で従業員の労働契約が終了した場合、従業員は元のポストが廃止になったことから、そのポストに復職することはできない。しかし、連邦法である FMLA を上回る基準の州や地方の法律は、ＦＭＬＡに優先する。

多くの場合、FMLA と ADA の適用範囲は一致している。しかし、休暇期間や復職の権利には、かなり違いがある。FMLA では、任意の 12 ヶ月間で最長 12 週の無給休暇が認められている。休暇は連続もしくは断続的、または軽減労働日程で使うことができる。事業主は FMLA 所定の 12 週の休暇に追加休暇を付与する義務はない。

これに対して、ADA の下では、従業員は、事業主と従業員双方によって決められた期間、休暇をとる権利を認められている。ＡＤＡの下では、休暇は、事業主に「過度の負担」が掛かることがなければ付与される。事業主は、従業員が FMLA 所定の休暇を全部取得していても、従業員が ADA の障害者の要件をたしていて、追加の休暇が事業主に「過度の負担」にならなければ、「合理的措置」として、追加的休暇を付与する義務がある。

FMLA では、休暇を自身の傷病だけではなく、家族等の看護・介護をするため使用することができるが、ADA では、認められない。

休暇期間が完了した時点で、従業員が職場復帰できない場合、事業主は ADA の「合理的措置」として追加の休暇を付与することができる。ADA に基づいて休暇が付与される場合、従業員は、ポストを空けておくことが事業主の「過度の負担」でできなかった場合を除いて、元のポストに復職する権利を与えられている。事業主がポストを空けておくことができなかった場合、事業主は従業員に同等の空席ポストを検討しなければならない。同等のポストが得られない場合、事業主は下位のポストを探すことができるが、 それでもポストがなく、「過度な負担」に該当する場合には、合理的措置を講ずる義務はない。

Ⅵ　メンタルヘルスとＥＡＰ

近年、労働者のメンタルヘルスに関して従業員支援プログラム（Employees' Assistance Program)の重要性が増している。ＥＡＰプログラムは、個人的な問題に起因する職場における問題を緩和し、助け

ることを目的としている。ＥＡＰは、1940年代の当初、従業員のアルコール問題を契機として登場した。労働者のメンタルヘルスを維持するための企業内の自主的な活動であるが、アルコール中毒や薬物検査との関係で急速に拡大してきてきた。

1960年代に労働者のアルコール依存症から､仕事のパーフォーマンス障害にＥＡＰの焦点が移った。アルコールのみならず仕事のパーフォーマンスに影響を与える他の問題にもＥＡＰの対象を拡大した。1980年代の中頃から、ＥＡＰと職場におけるウエルネスの取り組みの統合が見られるようになった。ウエルネス･プログラムは､障害が発生する前にリスクを予防しようとするものである[14]。

ＥＡＰの主なスタッフは、Ph. D 等の学位をもった心理学の専門家であり､産業保健の分野とは切り離して考えられているものであるが､企業によっては一体化しており､産業医がこれらのサービスの提供に関与するケースも少なくない。

ＥＡＰは、アルコール依存症の問題から始まったが､企業は､アルコール依存症は、単に生産性の問題だけではないと理解するようになった。職場で支援を必要としている労働者が援助を求めやすくするために、使用者は通常フルタイムの従業員にこれらのサービスを無料で提供している。アルコール依存症、薬物濫用等の労働者に限定しているＥＡＰもあるが、労働者の個人的な職務に関連したサービスで労働者を助けるために、抑うつ、ストレス、不安、摂食障害、早期退職計画、キャリア関係の困難に関連した問題､結婚､家族問題､法律問題、財政問題、家庭的な医療問題（エイズ、ガンなど）に提供するものが増えている。セクシュアル･ハラスメントは、EAP ではなく、ＨＲの担当である。すべての私的、個人的な情報は、秘密に保たれる。

ディプレッションは、個人的あるいはグループ・カウンセリングをしながら、投薬かあるいは投薬なしで治療できる。いずれにしても、医者や精神科医による診断が必要である。自殺念慮については、医学的な援助を直ちに求めなければならない。ディプレッションに対しては、ＥＡＰが直接診る場合もあるし、他の機関に紹介する場合もある。本人の
健康保険プランに従って、医学的な援助や医学的な治療を受けるように勧める。保険がない場合には、他の財源を見つける援助をする（Partners EAP 866-724-4EAP, Understanding Depression)。

ＢＮＡによる調査対象１２０社におけるＥＡＰの共通のサービスの例とその実施率は､以下の通りである。

サービスの例	%
アルコール中毒カウンセリング	95%
薬物中毒カウンセリング	92%
メンタルヘルスカウンセリング	92%
家族・夫婦関係カウンセリング	92%
職場における暴力の防止	77%

(出典)BNA（1996－1999）Phyllis Gabriael, Mental Health in the Workplace: Situation

Analysis United States, ILO
（2000） p.47.

ボストンのパートナー・ヘルス・ケア[15]の従業員支援プログラム（EAP）は、自主的な職場ベースのコンサルテーション、短期カウンセリング、情報、および従業員とその世帯員に対する求人紹介プログラムである。資格を持った専門の EAP カウンセラーが個人的な、非公開で安全な支援をあらゆるタイプの仕事と生活、家族あるいは個人的な心配ごとに対してサービスを提供している。パートナー・ヘルス・ケアの EAP は、次のような仕事/生活の問題のサポートを提供している(2013)。ＢＮＡの調査による 90 年代のＥＰＡサービスと比較すると、ウエルネス・プログラムの比重が高くなっている。

パートナー・ヘルス・ケアのＥＡＰ（http://www.eap.partners.org/）は、次のようなケースに対処している(2013 年)。

①依存症、②アルコール情報、③重要な出来事と有害な医療上のイベント、④身体障害、利用可能性と家族の介護資源、⑤家庭内暴力と性的暴行、⑥エルダーケア、⑦経済問題、
⑧悲しみと喪失、⑨健康な生活、⑩健全な関係、⑪住宅、⑫法律問題、⑬母乳サポート、⑭人生の変化、⑮マネージャー/スーパーバイザー、⑯メンタルヘルス、⑰軍事家族や退役軍人、⑱子育て、⑲人間関係、⑳セミナーやプログラム、㉑ストレスと回復力である。

EAP は、その専門性を Employee Assistance Professional Association による私的な認証で保証し始めた。ＥＡＰ認定基準は、2001 年に the Employee Assistance Society of North America が認定基準協会（the Council on Accreditation(COA)）と協力して始めた。６０近いＥＡＰプログラムが認定されている。Journal of Workplace Behavioral Health : Employee assistance practice and research を刊行している the Employee Assistance Trade Association は、1985 年に優れた EPA プロバイダー基準策定のために設立され、2001 年に認定機関となり、EAP の認定を行っている。

北アメリカ EAP 事業者協会(the Employee Assistance Society of North America : EASNA）の調査（2011 年）によると、同協会には、800 のグループの会員が全体で 4610 万人の従業員(その内訳は、アメリカ 3140 万人（65%)、カナダ 1150 万人（35%）、メキシコ 10 万人（－%)、その他 300 万人（3%））を代表している。家族の平均人数は、2.3 人であるから、同協会のＥＡＰとプロバイダーが、世界中で約 1 億 600 万人の生活を代表していることを意味している。

Ⅶ　コミュニティによるメンタルストレス・ケア

１・The Mental Parity Act of 1996 (MHPA)

1960 年代後半から始まった deinstitutionalization(精神障害患者等の施設収容者を健常者と差別せず自由にさせる目的で施設から外に出すこと)のために, アメリカにおける多くのメンタルヘルスストレス・ケアは、コミュ二ティを中心に行われてきた。

1990 年代後半､アメリカでダウンサイジング、レイオフ等により大量の人員削減が行われた。ホワイトカラーもその対象となり、雇用不安から多くの労働者がストレスを感じるようになり、特に白人男性の自殺率が上昇した。

また、アメリカではベトナムシンドロームは、今も深刻な問題である。さらにイラク解放作戦に派遣された兵士の中から多くの自殺者と精神疾患罹患者が出て､90 年代半ば過ぎに、米空軍が自殺予防対策に取り組み始めた。空軍の取り組みは、コミュニティ・アプローチと呼ばれ、アメリカで最も成功した自殺予防対策とされている[16]。

アメリカでも、メンタルヘルスに対するスティグマが強かった。特に精神科医、セラピスト等を受診することには、抵抗があった。精神科受診の抵抗を減らすために、2008 年には､セキュリティ・クリアランス（秘密情報を任せるための人物調査)が改正され、国家の重要機密にアクセスするために充たさなければならない要件から資格のあるメンタル・ヘルスの専門家から心身喪失者と認定された者という条件が SAPs, Restricted Data, SCI の志願者を除いて削除された（On January 1,2008,Public Law 1110-181(The Bond Amendment)repealed Title 10 U.S.C/986(Smith Amendment)）。

ヘルスケアシステムは、どこの国でも複雑であるが、アメリカのヘルスケアシステムは、その労災補償システムと同様に独特で非常に複雑である。高齢者医療保険のメディケア（Medicare)、低所得層向け医療保険のメディケイド（Medicaid）などの公的制度はあるが、全国民を対象とする社会保険としての医療保険制度がなく、企業が従業員とその家族を対象に民間保険会社と団体保険契約をして、従業員福利厚生の一環として医療保障サービスを提供するケースが多数を占めている。

1996 年にクリントン政権下で制定された the Mental Health Parity Act of 1996 (MHPA)は、団体保険のメンタルヘルスの年間金額や生涯金額に制限を付し、同じプランの普通の医療や手術の金額よりも低い制限を課していた。「メンタルヘルス・プログラム」は、ヘルス・プランで規定され、しかも、ＭＨＰＡは、団体保険の給付パッケージに、メンタルヘルスを入れることを求めていなかった。ＭＨＰＡは、従業員 50 人未満の企業の団体医療保険プランには適用されなかった。加えて、ＭＨＰＡは、メンタルヘルスに他の制限を加えることを禁止していなかった。メンタルヘルス受診の回数を制限し、自己負担を増やしたが、他の医療や手術にはそのような制限がなかった(精神疾患に対する典型的な生涯限度額は、50,000 ドル、年間 5,000 ドル、これに対して身体的な不調に対しては生涯限度額が 100 万ドル、身体的な不調に対しては限度額がない。)。また、メンタルヘルスの重要な問題である薬物濫用やその他の依存症には適用されなかった。

1998 年に発効したＭＨＰＡは､サンセット条項を含んでおり、6 回延長され、2001 年 9 月 30 日に廃止された。1999 年には、ゴア副大統領夫人 Tipper Gore がアメリカ史上初めてホワイトハウスでメンタルヘルス会議（White House Conference on Mental Health）を開催した。

２・The New Freedom Commission on Mental Health

メンタルヘルス対策を公約に掲げたジョージ・W・ブッシュ大統領は、大統領命令で 2002 年にメンタルヘルス委員会（The New Freedom Commission on Mental Health）を設立した。委員会は 2003 年に大統領に「ニューフリーダム委員会報告書：アメリカにおけるメンタルヘルス・ケアの変換への勧告（The President's New Freedom Commission: Recommendations to Transform Mental Health Care in America）[17]を提出し、メンタルヘルスの変革について提言した。

本報告書は、メンタルヘルスの回復に焦点を当て、消費者とその家族が主導するシステムの確立を強調した点が画期的であるとされている。メンタルヘルスの目的は、単なる「病気・障害の治癒」ではなく、「会社や社会に復帰すること」であるという意味では、政府機関は、省庁、自治体の壁を越えて、連携して個人個人に合わせたプランを作らなければ、利用者中心のケアはできないと結論づけた。

いずれにせよ、政府機関およびメンタルヘルス・サービス・プロバイダー（医師、精神科医、精神療法家、ソーシャル・ワーカー、ＥＡＰプロバイダーなど）は、利用者中心の発想に変革し､「会社や社会に戻って以前と同じように生活していきたい」という利用者の望んでいる最終目的を見誤ってはならないということが強調されている。

この報告書をもとに、アメリカ精神医学会をはじめ、主要なメンタルヘルス関連団体が、法整備を求めるなどの「メンタルヘルス改革キャンペーン」を実施した。議会関係者も超党派でこのキャンペーンを支援し、政府機関においては、国立メンタル・ヘルス研究所（National Institute of Mental Health：アメリカ国立衛生研究所の構成機関。1946 年設立。メリーランド州ベセスダ所在）は、自殺を防止するための啓発キャンペーンを展開し、青少年の自殺防止法などいくつかのメンタルヘルス対策法が制定された。

３・自殺とメンタルヘルス

アメリカでは、年間 3,4000 人以上が自殺し、自殺率は、人口 10 万人当り 11.3 人(2007)である。精神障害と薬物濫用が自殺の主要なリスクファクターである[18]。

2004 年に若者の自殺を予防するための法律 the Garrett Lee Smith Memorial Act (GLSMA) が制定された。法律は、Gordon Smith's (R-OR)上院議員の 2003 年に自殺した当時大学生だった息子の名前にちなんでいる。

GLSMA は、保健福祉省ＳＡＭＨＳＡが管轄する自殺防止のための最初の重要な連邦法である。この法律は、州、民族、準州、高等教育機関の若者や大学生の自殺防止プログラムに対する連邦の援助に関するするものである。プログラム開始以来 300 件を越える GLSMA 自殺予防補助金が設立され、そのうち 27 件は、2010 年に成立した医療費負担適正法による予防とパブリック･ヘルス･ファンドによって設立された。2007 年には、自殺は、15 歳から 24 歳までの若者の死亡理由の 3 番目、大学生の間では、2 番目の死亡理由であった。

また、メンタルヘルスを担当する保健福祉省ＳＡＭＨＳＡは、報告書をもとに、事

業者向けガイドライン、教育関係者向けガイドラインを作ったり、大人向けサイト、青少年向けサイトを作ったりするなど、様々な取り組みを進めている。

他の重要な自殺防止関連の連邦法は、2007 年の the Joshua Omvig Veterans Suicide Prevention Act (JOVSPA)である。退役軍人の自殺を減らすための総合的なプログラムの開発をサポートしてきた。法律の名前は、2005 年にイラク解放戦争に従事して、自殺した兵士の名前にちなんでいる。この法律は、退役軍人関連局長官に退役軍人のための自殺防止プログラムの実施を命じた。構成内容は、スタッフの教育、全体的なメンタルヘルスの評価の一部として、メンタルスの評価、すべての医療施設における自殺防止コーディネーターの配置、24 時間メンタル・ヘルスケア、無料非常電話、退役軍人とその家族への教育と対応などを含む。2009 年ＶＡはインターネットよりも直接話すことを好む退役軍人のために 1 対 1 で話すサービスを（Telephone Consultation）を始めた。

４・2008 年メンタルヘルス・パリティ・依存症衡平法（MHPAEA 法)

ジョージW・ブッシュ政権はメンタルヘルス対策法の成立に力を入れ、2007 年 9 月に上院は、メンタルヘルス疾患に身体的な病気と同等の保険給付を医療保険のプロバイダーに求める立法を通過させた。2007 年に下院の companion 法案が委員会を通過し、コスト負担を伴う企業経営への影響も考慮し、リーマン・ショックを契機とした金融危機を受けて緊急成立した「金融安定化法(the Emergency Economic Stimulus Act)」の一部としてメンタルヘルス・パリティ・依存症衡平法（the Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)が成立した。

MHPAEA 法は、身体的疾患のみならずメンタルヘルス疾患を持つ多くの人に適用される。従来は、通院回数、入院日数などの事実上の上限があったメンタルヘルス疾患の保険が、身体の病気と同等の保険となり、治療の際の経済的な面にとどまらず、メンタルヘルスに対する偏見と差別を減らすことに、大統領・上院・下院が共同して国家として真剣に取り組むことを示したという点に意義がある[19]。

2008 年のメンタルヘルス・パリティ・依存症衡平法は、1996 年のメンタル・パリティ法の単なる改正法ではない。適用対象が従業員５０人以上の事業であることは同じだが、医療保険プランにメンタル・ヘルス疾患に対して身体的な疾病と同じ保険適用を求め、控除、自己負担、私費負担、自己保険、適用される入院、外来受診の適用を含めることによってパリティ(平等)を現実に拡大し、薬物濫用も適用対象としている。

５・2010 年ヘルスケア改革法

米国では医療費の高騰が続き、家計を圧迫し、従業員に医療保険を提供する企業の負担が増え、高齢者医療保険のメディケア（Medicare)、低所得層向け医療保険のメディケイド（Medicaid）を運営する連邦政府や州政府の財政悪化につながった。また、負担増のために従業員への医療保険の提供を取りやめる中小企業が増え、労働者およびその家族を中心に無保険者の数が増えた。

無保険者にかかる医療費の支払い（救急医療施設は患者が無保険であっても診療することが法律で義務付けられている）は「隠れた税金（Hidden Tax）」として、保険に加入している国民の負担になっている。政府はこうした「隠れた税金」は保険加入世帯あたり年間約 1,000 ドルに上ると指摘している[20]。

ところで、「ヘルスケア改革法」という名前の法律があるのではなく the Patient Protection and Affordable Care Act(PL 111-148)「患者保護および医療費負担適正化法」に the Health Care and Education Reconciliation Act of 2010(PL111-152)「ヘルス・ケア及び教育負担抑制調整法」を上乗せして、2 つの法律で the Affordable Care Act（医療費負担適正化法）となり、オバマ大頭領の「ヘルスケア改革法」と呼ばれている。

2010 年 3 月に成立したヘルスケア改革法は、こうした問題を是正するため、国民の大半に医療保険への加入を義務付け、①零細企業の従業員や自営業者など雇用主が提供する保険に加入できない人も、新設される保険市場 Exchange（エクスチェンジ）から保険を購入できる体制を作ること、②加入者が持病や新たに罹患した重病、性別などを理由に保険会社から保険の加入や更新を拒否されないように保護すること、③医療業界が医療の質の向上とコスト削減のための措置を講じることなどを定めている。そして、同法には、これらの改革の実施にかかる予算を調達するため医療業界に対する新たな課税措置などが盛り込まれている。2010 年ヘルスケア改革法は、順次時間を掛けて実施されることになっており、多くの実施事項は 2014 年となっている。

ヘルスケア改革法が制定された背景には、約 5,000 万人に達する保険未加入者、景気後退による未加入者の増大、予防医療の軽視などが上げられている。国民に保険加入を義務づけたヘルスケア改革法案に対し、26 の州、複数の個人、個人企業全国連合がヘルスケア改革法違憲訴訟を提起し、バージニア州連邦地裁(2010 年 12 月 13 日）およびフロリダ州連邦地裁(2011 年 2 月 1 日）が違憲判決を出したが、第１１巡回区連邦控訴裁判所（2011 年 8 月 12 日）は、個人に加入を強制する権限はないとし、連邦地裁判決を維持し、Medicade の対象者を拡大するための措置は合憲とした。2012 年 6 月 18 日、連邦最高裁は、国民の保険加入を義務付ける条項を合憲とする判決(National Federation of Independent Business v. Sebelius, 132S.Ct.2566(2012))を出した。5 対 4 で連邦最高裁は、ヘルスケア改革法を合憲と判決した。4 人の裁判官は、医療保険に加入しないことに対して罰金を課される（26 U.S.C. 5000A）のは、憲法の州際通商条項に違反すると判断した。ロバーツ最高裁長官を含む 5 人の裁判官は、それを税と見なすことで合憲とした[21]。

Ⅷ　職場における暴力

ＮＩＯＳＨのレポートによれば、アメリカおけるストレスに起因する職務遂行上の弊害として、（１）職場暴力の顕在化、（２）欠勤の急増―ストレスにより欠勤する労働者の数は毎日 100 万人、（３）約 50%以上の労働者が雇用に関して不安を覚えていることが 2000 年代の初めには指摘されてお

り[22]、職場における暴力が大きな職業上のストレスとなっていたことが明らかである。

1993 年 10 月にアメリカ労働省統計局（ Bureau of Labor Statistics）が、労災死亡事故に関する最初の全国調査の結果を発表し、交通事故に次いで、殺人（homicide）が労災事故の原因の第 2 位になっていることが明らかにされた。1992 年に職場で殺された労働者は、1004 人、1 日に平均 8 人が殺されており，業務上の死亡の約 5 分の 1 が殺人によるものであり、女性労働者の死亡原因の 1 位は殺人であった。職場暴力がさらに深刻化することが予測されたために、1992 年から職場暴力に関するデーターが政府や民間企業によって収集されるようになった[23]。1993 年にノースウエスターン・ナショナル生命保険会社が「職場における恐怖と暴力」に関する包括的な調査を実施したのが、アメリカにおける職場における暴力の最初の本格的な調査だと言われている（Northwestern National Life ,Employee Benefits Division, Fear and Violence in the Workplace (October 1993)）。

労働統計局（ＢＬＳ）の致死的業務上傷病センサス（Census of Fatal Occupational Injuries（CFOI））によれば、2000 年から 2009 年にかけて、毎年平均 590 人の殺人が発生し、業務関連死亡災害の 4 位になっている。2009 年は、女性の職場死亡の 1 位は殺人であった。2010 年に発生した 4547 件の死亡労災のうち、506 件が職場殺人によるものであった。さらに毎年平均 15000 件以上の非致死的な傷害が報告されている。職場暴力被害者の 19%は法執行官、13%が小売業、10%が医療関係労働者であった[24]。

1998 年にＩＬＯが職場における暴力に関する報告書(Violence at Work)[25]を発行して以来、国際的に職場における暴力に関心と意識が高まったが、職場における暴力は、今日では、アメリカの労働者にとって、もっとも深刻なストレスの原因となっている。

一般の人々との現金の遣り取り、興奮しやすい・情緒不安定な人々との労働、一人で労働する、あるいは人がいない場所で働くことも潜在的な暴力に繋がる、サービスやケアを与える、アルコールをサービスする場合には、暴力のインパクトがある。犯罪率の高い地域での深夜の労働は、職場暴力のリスクファクターである。現金の授受、配達労働者、ヘルスケア専門家、公務員、カスタマーサービス要員、法執行官、一人または少人数で働く労働者などはリスクが高い。

1970 年の労働安全衛生法は、使用者に労働者に安全かつ健康な職場を提供する一般義務を課している（OSHA General Duty Clause, Section 5(a)(1) ）。OSHA の役割は、基準を設定および執行し、またトレーニング、教育および支援を提供することによって働く男女に安全で健康な職場を提供することである。ＯＳＨＡは、2011 年 9 月 8 日に「職場暴力の調査または監督の執行手順」（OSHA Directive CPL 02-01-052, (2011, September 8). Enforcement Procedures for Investigating or Inspecting Workplace Violence Incidents）を指令として出した。同時に開設された「職場暴力」のホームページ（http://www.osha.gov/SLTC/workplaceviolence/index.html）

では、職場の暴力を「職場で起こる、身体的暴力のあらゆる行為または脅威、ハラスメント、脅迫、その他の脅威となる破壊的行動のことである。それは、脅しや言葉の乱用から、身体的暴力や殺人にまでにもわたる。それは、労働者、利用者、顧客、訪問者にまで影響を与え、また巻き込む可能性がある。」と定義している[26]。

おわりにーOSHA と職場のいじめ・嫌がらせー健康な職場法案（Healthy Workplace Bill）

故スウェーデンの心理学者スウェーデンの心理学者ハインツ・レイマンは 1980 年代に職場におけるいじめを概念化し理解する出発点を作ったが、労働者に向けられる敵対的な行動を現わすために“mobbing“という言葉を使った[27]。レイマンのパイオニア的な研究は、職場における心理的な虐待に対する最も影響力のある仕事の１つであると考えられている。しかし、「職場におけるいじめ」（workplace bullying）という言葉は、1990 年代までアメリカには入ってこなかった。

働く男女労働者に安全で健康な職場を保障する OSHA の一般義務条項および OSHA に基づく規制は全体として、産業部門の職場における身体的な危険に対応するものである。ところで、アメリカでは、定期健康診断は使用者に義務づけられているものではなく、あくまで健康に悪影響を及ぼす可能性のある職場に限り、影響を受ける可能性のある部位についてのみ行うものとされており、企業に産業医の雇用を義務づける一般的な法制度がない。OSHA にも産業医その他の産業保健専門家を企業で選任を義務づける規定がない。OSHA が、産業医の選任を法的に義務づけていない理由の１つは、同法の規制行政的性格にある。OSHA は各州の安全衛生基準を設定し、その実効性を確保するために監督官による臨検と罰則を科すという強行的なものであり、産業医はもとより、自主的に職場の安全衛生を維持、改善させるという観点は最初から法の内容となっていない[28]。

したがって、現状では、OSHA の監督官が職場におけるメンタルヘルスを十分に調査できるとは考えられない。さらに OSHA は、私訴権（private cause of action）を認めていないために、被害者は法的保護を得るために政府に頼らざるを得ない。さらに、OSHA 違反に対する罰金が余りに低いために、使用者が OSHA を遵守するインセンティブにはなっていないのである。

精神的苦痛を故意に引き起すいじめは、職場における大きなストレスであるが、セクシュアル・ハラスメントやその他の差別と関連していない場合には、ほとんど使用者責任が認められない。いじめは、不法行為の基準を満たすほど極端でも法外でもないというのがその理由である。これに対して、アメリカでは、いじめに対する使用者責任を強化する健康な職場法案（the Healthy Workplace Bill）が 2003 年以降 24 の州で出されているが、いずれも立法化されていない[29]。

---

1 Centers for Disease Control and Prevention(CDC),http://www.cdc.gov/mentalhealth/basics/htm.

2 Center for Disease Control, Morbidity and Mortality Weekly Report, Jan. 21,

1983, Vol. 23, No.2,.25.
[3]林弘子「80 年代の新しい労災問題と補償制度」季刊労働法 150 号(1989 年)122 頁。
[4] Richard B. Victor(ed.),Libability for Employee Grievances: Mental Stress and Wrongful Termination, Workers' Compensation Research Institute(1988),p.10.
[5] Charles Lawrence Swezey, California Workers' Compensation Practice(Third Edition), California Continuing Education of the Bar(1985)p.15.
[6] Richard B. Victor(ed.),op.cit.
[7] Phyllis Gabriael, Mental Health in the Workplace: Situation Analysis United States,ILO（2000）p.15.
[8] Richard B. Victor(ed.) liability for Employee Grievance: Mental Stress and Wrongful Termination, Workers Compensation Research Institute,1988.
[9] Richard B. Victor,the Challenge of Occupational Stress, Liability for Employee Grievances: Mental Stress and Wrongful Termination, Workers' Compensation Research Institute(1988) pp.3-4.
[10] Romano P. Tanabe, Workers' Compensation Laws As of January 2012, Workers' Compensation Research Institute (2012), pp.49-52.
[11] Stephen F. Befort, Reasonable Accommodation and Reassignment under the Americans with Disabilities Act :Aanswers,Questions and Suggested Solutions after U.S. Airways,Inc. v. Barnett , Arizona Law Review, Vol.45,p.932.
[12] Stephen F. Befort, the Most Difficult ADA Reasonable Accommodation Issues: Reassignment and Leave of Absence,34 Wake Forest L.Rev.441(2002).
[13] ADA と FMLA については、Stephen F. Befort, op.cit.pp.466-468,Leave Rights under the FMLA and the ADA – Cornell University, http://www.ilr.cornell.edu/extension/files/download/ADA_FMLA.pdf.
[14]矢倉尚典・川端勇樹「米国におけるメンタルヘルス分野のヘルスサポートの取り組み:損保ジャパン総研クォータリーVol.49,2頁。
[15] １９９４年に Brigham and Women's Hospital and Massachusetts General Hospital によってボストンで設立されたパートナーズ・ヘルスケアは、非営利ヘルスケア・システムである。コミュニティ病院、専門病院、ＭＣＯ（マネジド・ケア・オーガニゼーション―医療サービスの提供を保険者側がコントロールすることによって、効率的に医療サービスを供給するシステム。被保険者は、基本的に保険者が指定した医師にまず受診することが求められ、必要に応じて専門医療機関に受診することができる。提供される医療は，保険者が指定した医師および保険者が決定する。医療費を抑制することができるといわれているが、弊害も指摘されている。）、医者のネットワーク、コミュニティ・ヘルスケアセンター、ホームケアその他の関連施設を含んでいる。生体医学調査ではリーダーシップをとり、ハーバードメディカルスクールの授業も担当している。アメリカにおけるヘルスケアには、専門家である医師・看護師等が提供する診断・治療、病院の医療施設において提供される広範な医療サービス、介護サービス、疾病予防、健康増進まで含まれている。
[16] U.S.Air Force, Mental Health,2011（www.e-Publishing.af.mil）.
[17] Michael F. Hogan ,New Freedom Commission Report: The President's New Freedom Commission: Recommendations to Transform Mental Health Care in America,Psychiatric Services 2003;doi: 10.1176/appi.ps.54.11.1467.
[18] SAMHSA，Mental Health United States，2010,p.15.
[19]加藤直之「アメリカのメンタルヘルス政策」 http://stresscare.com/report/rep_usadmin.html.
[20]小林篤「米国における 2010 年ヘルスケア改革後の健康保険の新動向－ヘルスケア改革法は何を変えたか、健康保険市場はどう変化するか－」損保ジャパン総研レポート Vol.59(2011.9)21～43 頁、「医療保険制度(ヘルスケア) 改革法が産業界に与える影

響～新たに生まれる負担とビジネスの可能性～」日本貿易振興機構(ジェトロ）2011年10月 www.jetro.go.jp/jfile/report/07000743/us_healthcare.pdf.

[21]秋葉丈志「医療保険改革法と合衆国憲法における連邦政府の権限：National Federation of Independent Business v.Sebelius, 132S.Ct.2566(2012)」比較法学45巻3号328頁。

[22] http://www.cdc.gov/niosh/stresswk.h(2005);Anne Beck et al. ,Severity of Depression and Magnitude of Productivity Loss, Annals of Family Medicine.,www ANNFAMED.OR.Vol/9,NO.4, July/August 2011 pp.305-311;C. Donald Williams, Ronald Shouten , Assessment of Occupational Impairment and Disability from Depression ,JOEM, Vol. 50, No.4, April, 2008,pp.441-450.

[23]林弘子「アメリカにおける職場暴力と使用者責任」海外社会保障情報 No.112、4頁。

[24]看護・介護職を職場における暴力から護るために出されたパンフレットの例―Protecting our Care giver from Workplace Violence,Why the healthcare Industry faces increased workplace violence & what can be done to prevent it, Prepared by the Commonwealth of Massachusetts, William R. Keating, Norfolk District Attorney, A Project of the Norfolk County Partnership to Prevent Workplace Violence in Healthcre.

[25] Duncan Chappell, Vittorio Di Martino, Violence at Work, ILO(1998).

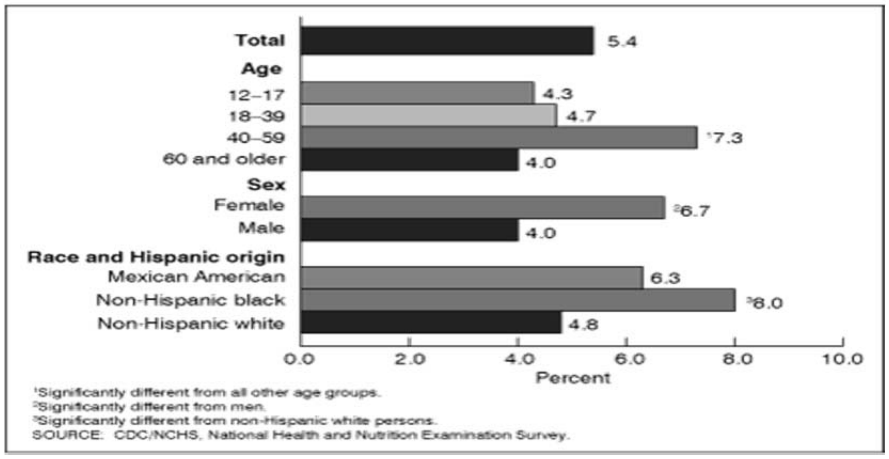
[26] 「職場暴力への関心の増大・監督機関による取り組みーアメリカ・ヨーロッパでの新たな動き」労働安全センター情報 2012年4月号2～6頁。

[27] Heinz Leymann, The Content and Development of Mobbing at Work,5 EUR.J. WORK & ORG.PSYCHOL.165(1995).

[28]品田充儀「第3章アメリカ」『産業医制度の研究』北海道大学図書刊行会(1998年)251頁以下。

[29] David C.Yamada, Workplace bullying and American Employment Law: A Ten –Year Progress Report and Assessment, Comparative Labor Law & Policy Journal.Vo. 32,No..1, Fall 2010.

Figure 1. Percentage of persons 12 years of age and older with depression by demographic characteristics: United States, 2005–2006



（図１）12 歳以上のディプレッションの年齢・性別・人種・ヒスパニックによる比率
(出典)Pratt LA, Brody DJ. Depression in the United States household population, 2005–2006. NCHS Data Brief. 2008(7):1–8.

表１メンタルストレスに対する各州の労災補償法の適用の有無(2012 年１月)

WORKERS' COMPENSATION LAWS AS OF JANUARY 2012 - A JOINT PUBLICATION OF WCRI AND IAIABC

TABLE 9. COVERAGE OF MENTAL STRESS, CUMULATIVE TRAUMA, HEARING LOSS, AND DISFIGUREMENT AS OF JANUARY 2012

Information on how broad the coverage is in each jurisdiction, which statutes cover mental stress, cumulative trauma, hearing loss, and disfigurement.

Jurisdiction	Coverage Of Mental Stress Claims When No Physical Injury	Coverage Of Cumulative Trauma	Coverage Of Occupational Hearing Loss	Coverage Of Disfigurement
Alabama	No	Yes	Yes	Yes
Alaska	Yes (1)	Yes	Yes	No
Arizona	Yes	Yes	Yes	Yes
Arkansas	No (2)	Limited to rapid repetitive motion, back or neck, and hearing loss injuries	Yes	Yes (3)
California	Yes	Yes	Yes	Yes
Colorado	Yes (4)	Yes	Yes	Yes
Connecticut	No	Yes	Yes	Yes
Delaware	Yes	Yes	Yes	Yes
District of Columbia (5)			Yes	Yes
Florida	No	Yes	If the employment is the major contributing cause	No
Georgia	No	Yes	Yes	No
Hawaii	Yes	Yes (6)	Yes	Yes
Idaho	No	Yes	Yes	Yes (7)
Illinois	Yes	Yes	Yes	Yes
Indiana	No	Yes	Yes	No
Iowa	Yes	Yes	Yes	Yes
Kansas	No	Yes	Yes	Yes
Kentucky	No	Yes	Yes	Yes
Louisiana	Yes	Only when considered an occupational disease	Yes	Yes
Maine	Yes	Yes	Yes	No
Maryland	Yes (8)	Yes	Yes	Yes
Massachusetts	Yes	Yes	Yes	Yes
Michigan	Yes	Yes	No	No
Minnesota	No	Yes	Yes	Yes
Mississippi	Yes	Yes	Yes	Yes
Missouri	Yes	Yes	Yes	Yes (9)
Montana	No	Yes	Yes	Yes
Nebraska	Yes (10)	Yes	Yes	No
Nevada	Yes	Yes	Yes	No

TABLE 9. COVERAGE OF MENTAL STRESS, CUMULATIVE TRAUMA, HEARING LOSS, AND DISFIGUREMENT AS OF JANUARY 2012

Information on how broad the coverage is in each jurisdiction, which statutes cover mental stress, cumulative trauma, hearing loss, and disfigurement.

Jurisdiction	Coverage Of Mental Stress Claims When No Physical Injury	Coverage Of Cumulative Trauma	Coverage Of Occupational Hearing Loss	Coverage Of Disfigurement
New Hampshire	Yes (11)	Yes	Yes	Yes
New Jersey	Yes	Yes	Yes	No
New Mexico	Yes	Yes	Yes	Yes
New York	Yes	Yes	Yes (12)	Yes
North Carolina	Yes	Yes	Yes	Yes
North Dakota	No	Yes	Yes	Yes
Ohio	No	Yes	Yes	Yes
Oklahoma	No (13)	Yes	Yes	Yes
Oregon	Yes	Yes	Yes	(14)
Pennsylvania	Yes	Yes	Yes	Yes
Rhode Island	Yes	Yes	Yes	Yes
South Carolina	Yes	Yes	Yes	Yes
South Dakota	No	Yes	Yes	Yes
Tennessee	Yes	Yes (15)	Yes (15)	Yes
Texas	No	Yes	Yes	No
US Federal Programs - FECA	Yes	Yes	Yes	Yes
US Federal Programs - Longshore	Yes	Yes	Yes	Yes
Utah	Yes (16)	Yes	Yes	Yes
Vermont	Yes	Yes	Yes	Yes
Virginia	Yes	Yes (17)	Possibly (18)	Yes
Washington	Yes	Yes	Yes	No
West Virginia	No	Yes	Yes	Yes
Wisconsin	Yes	Yes	Yes	Yes
Wyoming	No	Yes	Yes	Yes
Canadian Jurisdictions Participating				
British Columbia	Yes (19)	Yes	Yes	Yes
New Brunswick	Yes (20)	Yes (21)	Yes	No (22)
Nova Scotia	Yes (23)	Yes	Yes	Yes
Ontario	Yes	Yes	Yes	Yes
Prince Edward Island	Yes, when stress is an acute reaction to a traumatic event	Yes (24)	Yes	Yes
Saskatchewan	Yes	Yes	Yes	Yes

TABLE 9. COVERAGE OF MENTAL STRESS, CUMULATIVE TRAUMA, HEARING LOSS, AND DISFIGUREMENT AS OF JANUARY 2012

Information on how broad the coverage is in each jurisdiction, which statutes cover mental stress, cumulative trauma, hearing loss, and disfigurement.

Jurisdiction	Coverage Of Mental Stress Claims When No Physical Injury	Coverage Of Cumulative Trauma	Coverage Of Occupational Hearing Loss	Coverage Of Disfigurement
Notes:				

1 **Alaska** - Mental stress is covered if work stress was extraordinary and unusual compared to the experiences of others in a comparable work environment; work stress was the predominant cause of the mental injury; and the work stress was not the result of "a disciplinary action, work evaluation, job transfer, layoff, demotion, termination, or similar action taken in good faith by the employer."

2 **Arkansas** - There is an exception for victims of crimes of violence.

3 **Arkansas** - Limited to facial or head.

4 **Colorado** - A claim of mental impairment must be proven by evidence supported by the testimony of a licensed physician or psychologist. For purposes of this subsection (2), "mental impairment" means a recognized, permanent disability arising from an accidental injury arising out of and in the course of employment when the accidental injury involves no physical injury and consists of a psychologically traumatic event that is generally outside of a worker's usual experience and would evoke significant symptoms of distress in a worker in similar circumstances. A mental impairment shall not be considered to arise out of and in the course of employment if it results from a disciplinary action, work evaluation, job transfer, lay-off, demotion, promotion, termination, retirement, or similar action taken in good faith by the employer; and (2)(b)...the claimant shall be limited to twelve weeks of medical impairment benefits...This limitation shall not apply to any victim of a crime of violence...nor to the victim of a physical injury or occupational disease that causes neurological brain damage.

5 **District of Columbia** - Users should be aware that no survey was completed for the current year and that answers are from the 2008 survey.

6 **Hawaii** - Not in the statute, but these are handled just like any other claim.

7 **Idaho** - If it affects return to work.

8 **Maryland** - This is covered but under very limited circumstances.

9 **Missouri** - Disfigurement coverage is restricted to injuries of the head, neck, hands and arms.

10 **Nebraska** - Effective July 15, 2010, first responders may claim mental injury unaccompanied by physical injury if the mental injury was a result of extraordinary and unusual conditions as compared to the normal conditions of the employment. Mental injuries incidental to employee/employer relations are not compensable.

11 **New Hampshire** - There must be a physical manifestation of stress. Disfigurement must be caused by burns.

12 **New York** - Scheduled PPD benefits are reduced by temporary partial benefits paid only. Nonscheduled PPD benefits are not reduced by any temporary benefits paid.

13 **Oklahoma** - The exception is rape arising out of and in the course of employment.

TABLE 9. COVERAGE OF MENTAL STRESS, CUMULATIVE TRAUMA, HEARING LOSS, AND DISFIGUREMENT AS OF JANUARY 2012

Information on how broad the coverage is in each jurisdiction, which statutes cover mental stress, cumulative trauma, hearing loss, and disfigurement.

	Jurisdiction	Coverage Of Mental Stress Claims When No Physical Injury	Coverage Of Cumulative Trauma	Coverage Of Occupational Hearing Loss	Coverage Of Disfigurement
14	**Oregon** - The law covers some disfigurement. There is no set dollar amount; however, compensation is payable only if disfigurement results in certain psychological adjustment problems.				
15	**Tennessee** - Hearing loss, carpal tunnel, and repetitive injury claims are compensable only if the condition primarily arises out of and in the scope of employment.				
16	**Utah** - Mental stress claims are allowed, without a physical injury, only when there is extraordinary mental stress from a sudden stimulus arising out of and in the course and scope of employment. Mental stress claims are not allowed if the basis for the claim is good faith employer personnel actions.				
17	**Virginia** - Only cumulative hearing loss and carpal tunnel are covered as "ordinary diseases of life" and subject to higher "clear and convincing" evidentiary standards as opposed to the "preponderance of the evidence" standard.				
18	**Virginia** - It is covered upon clear and convincing evidence as an "ordinary disease of life" under Va. Code Section 65.2-401.				
19	**British Columbia** - This is covered if it is the result of an acute reaction to a sudden and unexpected traumatic event arising out of and in the course of the worker's employment and not caused by a decision of the worker's employer relating to the worker's employment.				
20	**New Brunswick** - Under limited circumstances. The WC Act excludes mental stress as a compensable condition, except when the mental stress or disablement caused by mental stress is the result of an acute reaction to a traumatic event.				
21	**New Brunswick** - Yes, if proven to arise out of and in the course of employment.				
22	**New Brunswick** - Not specifically; however, if the disfigurement leads to increased impairment, then the higher impairment translates into a higher PPI award. Otherwise, there is no specific award.				
23	**Nova Scotia** - When stress is an acute reaction to a traumatic event.				
24	**Prince Edward Island** - If risk factors are present.				

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

アメリカ（障害者差別禁止法とメンタルヘルス）

分担研究者　長谷川　珠子　　福島大学行政政策学類・准教授

研究要旨

アメリカでは、障害者差別禁止法（障害をもつアメリカ人法（Americans with Disabilities Act、ADA））が障害者の雇用にとって非常に重要な役割を果たしており、本研究課題の主要テーマである「メンタルヘルス対策」にとっても障害者差別禁止法が一定の役割を果たしているといえる。

例えば、ADA のもっとも重要な概念の一つである「合理的配慮」（reasonable accommodation）とは、障害者が障害ゆえに職務遂行上の支障がある場合、そのバリアを取り除くものであり、そのような合理的配慮を提供しないことが障害を理由とする差別に該当する。精神障害者に対する合理的配慮としては、労働時間の短縮、勤務スケジュールの変更、職場における各種のルールの修正、配置転換などが考えられるが、これらの合理的配慮は、実際に精神疾患に罹患した従業員に対する「３次予防」的な側面を有すると考えられる。

しかし、ADA は、使用者が応募者や従業員に対して障害に関連する調査をすることや医学的検査を行うことを原則として禁止しているため、２次予防として従業員のなかにメンタルヘルスの不調者がいないかどうかを調査することが差別に該当するおそれがある。同時に、精神障害者が望まない対応を使用者が行った場合には、それが労働者の健康のために行われたものであったとしても、差別に該当するおそれが生じる。

これらは、障害に対する偏見や差別を解消するという差別禁止法の趣旨には適する制度設計といえるが、労働者が健康を害することを事前に防ぐというメンタルヘルスケア対策の点からは、問題があると考えられる。日本でも、労働者のプライバシー保護と使用者の安全（健康）配慮義務の関係が議論されているが、今後は、アメリカにおいて労働者の健康確保のための措置が、差別禁止法とどのような関係にあるのかについて検討したいと考えている。

A．研究目的

統一研究課題から明らかなように、本分担研究の目的は、アメリカの産業精神保健法制度の背景・特徴・効果を解明することにあるが、特に障害者差別禁止法とメンタルヘルスの関係に特化して調査を行った。

B．研究方法

第１回班会議（平成２３年４月２３日）での議論を踏まえて研究代表者が作成、呈示したフォーマット（「調査報告書の基本的な構成」）に記された必要調査事項に対応する法令、行政のガイドライン及び裁判例について調査を実施した。ただし、アメリカでは障害者差別禁止法が主たる調査対象となるため、適宜フォーマットの項目や順番を変更した。

C. 研究結果目次

１　私法 475
１．１　障害者差別禁止法 475
１．１．１　障害者差別禁止法制定における背景と問題の所在 475
１．１．２　ADA の概要 477
１．１．３　施行規則及びガイドライン 478
１．２　ADA の管轄機関と実施機関 479
１．３　ストレスマネジメントの具体的な方策 480
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 480
１．５．１　規制対象 480
１．５．２　保護対象 - 「障害」（disability）の定義 - 480
１．５．２．１　ADA における障害の基本的定義と ADA 改正法の要点 480
１．５．２．２　「主要な生活活動」とは 481
１．５．２．３　「機能障害をもつとみなされること」とは 482
１．５．２．４　障害の定義に関する解釈ルール 482
１．５．２．５　適格性（qualified）要件 483
１．５．３　ADA の禁止する障害を理由とする差別 486
１．５．４．１　合理的配慮概念の誕生と ADA における合理的配慮の規定 487

１．５．４．３　精神障害者に対する合理的配慮.....489
１．５．４．４　ストレスマネジメントの具体的な方策－合理的配慮との関連において－...490
１．６　メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制 - ADA における障害関連調査と医学的検査の取扱い－.....491
１．７　法政策の背景.....494
１．８　確認できる効果.....494
１．９　関連判例.....497

１　私法

アメリカは、世界で初めて包括的な障害者差別禁止法を制定した国であり、この障害者差別禁止法が障害者の雇用にとって非常に重要な役割を果たしていることは、既に広く知られているところである。さらに、本研究の主要テーマである「メンタルヘルス対策」にも、同法が一定の役割を果たしている。そこで本分担研究報告書では、差別禁止法アプローチによるメンタルヘルスへの取り組みについて検討する。なお、本分担研究においては、障害者差別禁止法とそれに関連する法制度がメンタルヘルス対策にどのような形で関与・寄与し得るのかを中心的な研究課題とし、同法に基づき、具体的に企業においてどのようなメンタルヘルス対策が行われ、どのように労働者のメンタルヘルスの維持・改善につながっているのかといった実態的な側面については、今後の研究に委ねる。

１．１　障害者差別禁止法

１．１．１　障害者差別禁止法制定における背景と問題の所在

アメリカにおいて、障害を理由とする差別が連邦法として最初に禁止されたのは、1973 年の「リハビリテーション法（Rehabilitation Act of 1973）」[1]である。このリハビリテーション法は、もともと、アメリカにおける障害をもつ人々の生活全般（教育、職業訓練、就労、医療等）に関係する多様な施策を規定する法律として存在していたが、1973 年の同法改正によって、連邦政府及び連邦政府から財政補助を受けるすべてのプログラム及び事業について、適格性を有する障害者に対し、参加の自由を奪うこと、利益の享受を否定すること、又は差別をすることを禁止する条項が追加された（リハビリテーション法 504 条）。さらに同法 501 条は、連邦政府に対して、適格性を有する障害者の採用、配置及び昇進などについて積極的差別是正措置（Affirmative Action）のためのプログラムを計画・実施することを義務付けるとともに、同法 503 条（a）によって、連邦政府と 10,000 ドルを超える契約を締結する民間企

業に対し、適格性を有する障害者の雇用及び昇進について積極的差別是正措置をとるよう義務付けている[2]。

しかしながら同法の規制を受けるのは、主として連邦政府であり、一般の民間企業については、上述したように、連邦政府と一定額（10,000 ドル）以上の契約を締結した民間企業に限定されていた。そのため、保護の対象となる者も、連邦の公務員や上記要件を満たす、ごく一部の民間企業の従業員のみであった。そこで 1980 年代以降、障害者団体を中心に、障害を理由とする差別の禁止を一般のすべての民間企業にまで拡大することが強く求められるようになった。NCH（National Council on Handicapped、全米障害者評議会（現在は NCD（National Council on Disability)。以下「NCD」という）[3]は、1986 年に「自立に向けて（Toward Independence)」[4]と題するレポートを提出し、包括的な障害者差別禁止法の制定に向けた提言を行った。さらに NCD は、1988 年に、障害を理由とする差別の禁止と合理的配慮（reasonable accommodation）の提供を義務付けること等を内容とする「自立の入口（On the Threshold of Independence)」[5]と題するレポートを提出した。これが、1990 年に制定された「障害をもつアメリカ人法」（Americans with Disabilities Act with Disabilities Act of 1990、以下「ADA」という）[6]の草案となったものである。ADA 法案は 1988 年 4 月に第 100 回連邦議会に提出されたが、審議時間が足りず見送られ、翌第 101 回連邦議会に再提出された。当初の法案はいくつかの修正を受けたものの、1990 年 7 月に下院及び上院において賛成多数で可決され、同月 26 日、当時の George Bush 大統領による署名を受けて、成立した。ADA は、一部を除き、1991 年 7 月から施行されている。

リハビリテーション法は、もともと傷痍軍人を対象とした職業訓練や教育を提供すること、すなわち「職業リハビリテーション」をその目的としていた[7]。その対象は、1920 年の「スミスフェス法」（Smith-Fess Act）によって、傷痍軍人だけではなく身体障害をもつすべてのアメリカ人に拡大され、さらに、1943 年の法改正によって身体障害者だけでなく、精神障害者や知的障害者にも拡大されたが、それでもなお、職業訓練とカウンセリングを主要な目的とするものであり、このようなアプローチが、障害者をむしろ社会から「分離」させる結果につながったといわれている。つまり、支援を受けるための条件が障害者の働こうとするインセンティヴを妨げ、障害者はプログラムに依存するようになり、そのことが障害者を社会から分離するという方向に働く、という悪循環に陥ってしまった。

このような状況のなか、1950 年代後半から 1960 年代前半にかけてアメリカで広がった「公民権運動」の影響を受けて、障害者の自立生活を求める草の根運動が拡大していくこととなる。公民権運動は、人種、皮膚の色、性、宗教又は出身国を理由とする差別を禁止した 1964 年の公民権法（Civil Rights Act of 1964）の制定という成果を達成する。確かに、障害を理由とする差別は公民権法には取り入れられることはなかったが、同法の制定がその後の障害者運動の方向性に大きな影響をもたらしたといえる[8]。

1973 年のリハビリテーション法改正による差別禁止条項の追加や、その後の 1990 年の ADA の制定の背景には、このような公民権運動を契機に活発となった障害者の自立運動の拡大がある。これに加え、ADA の制定過程においては、障害者が隔離・差別され、社会的又は経済的に劣位な立場におかれていることが改めて確認され、このような差別によって、①障害者が社会参加の機会を失い、社会福祉プログラムに依存せざるを得ず、結果としてアメリカ合衆国全体として不必要な数十億ドルのコスト負担につながっていること、②障害者の活用が進まず、貴重な労働力の喪失につながっていることが強調された[9]。つまり ADA は、障害を理由とする差別を禁止することにより、①障害者の福祉プログラムへの依存による社会保障費等の増大を回避し、②障害者を労働力として活用することを目指して、制定されたものといえる。ADA は、精神障害者もその保護対象としており、本研究との関係では以下のことが指摘できる。精神障害を抱える人に対して、使用者はその障害を理由として差別することは許されず、ADA の下では、原則として、メンタルヘルス不調者も、労働力として活躍することが期待されているといえる。労働者の雇用の維持のために、ADA では、障害者がその障害ゆえに職務遂行上支障がある場合には、その障壁を取り除くための「合理的配慮」（reasonable accommodation）を提供することを使用者に求めている。つまり、メンタルヘルス不調者は、職務内容の軽減や労働時間の短縮、配置転換等の合理的配慮の提供を受けつつ、就労を継続することが可能となる。ただし、①ADA の下での「障害者」の定義や、②合理的配慮の内容・程度によって、メンタルヘルスの不調者が ADA によって保護される範囲は大きく影響を受ける。したがって、ADA の基本的枠組みのなかで、メンタルヘルス不調者が保護される境界を明らかにすることが重要となる。

なお、メンタルヘルスと関連する差別禁止法として、ADA のほかに、2008 年に制定された「遺伝子情報差別禁止法」（Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008、以下「GINA」という）[10]がある。同法は、従業員及び応募者の遺伝子情報を得ることを原則として禁止し、遺伝子情報に基づく差別を雇用の全局面において禁止する。同法は 2009 年 11 月から施行されている。GINA についても、メンタルヘルスと関わりのある範囲において、検討対象とする。

１．１．２　ADA の概要

1990 年に制定された ADA は、法の目的や用語の定義を設けた「総則」、「雇用における差別の禁止」を定めた第 1 編、「地方公共団体、州、連邦政府などの公共サービス及び公共交通機関によるサービスの提供における差別の禁止」を定めた第 2 編、「民間企業によって運営される施設及びサービス提供における差別の禁止」を定めた第 3 編、「テレコミュニケーション」について定めた第 4 編、及び、「雑則」を定める第 5 編から構成される包括的な障害者差別禁止法であり、ADA によって、生活全般における障害を理由とする差別が禁止されている。以下では、「雇用差別」についてのみ検討の対象とし、特に断らない限り ADA 第 1 編を ADA とする。

ADA が 1990 年に制定されて以降、2008 年に一度改正されている。ADA 制定後、裁判所が「障害」の範囲を狭く解釈する傾向にあったことから、ADA の起草者や障害者団体を中心に批判が高まり[11]、2008 年に ADA が改正された（Americans with Disabilities Act Amendments Act of 2008、以下「ADA 改正法」という）[12] [13]。詳細は後述するが、2008 年改正では、障害の定義について、従来の定義をそのまま踏襲しつつ、障害の範囲が狭く解釈される余地がなくなるようにするために、その内容が明確化された[14]。

１．１．３　施行規則及びガイドライン

ADA の施行規則を作成する権限を有する EEOC[15]は、ADA 改正法制定後、同法の施行規則の改定作業に取りかかり、暫定版を作成するとともに、各地で公聴会を開くなどして意見を集めた。その結果、EEOC は、2011 年 3 月 25 日に ADA 改正法施行規則を実施するための最終版となる規則（29 C.F.R. Part 1630 Regulations to Implement the Equal Employment Provisions of the Americans with Disabilities Act, as Amended、以下、「ADA 改正法施行規則」という）を発行し、その内容を反映させる形で、2011 年 7 月 1 日に、ADA 施行規則を改定した（29 C.F.R. Part 1630 Regulations to Implement the Equal Employment Provisions of the Americans with Disabilities Act、以下、「ADA 施行規則」又は「施行規則」という）[16]。さらに、この ADA 施行規則には、「第 1630 部の付録 - 障害を持つアメリカ人法第 1 編の解釈ガイダンス」（29 C.F.R. Appendix to Part 1630 - Interpretive Guidance on Title I of the Americans with Disabilities Act）がついており、ADA 第 1 編についての詳細な解釈がなされている（以下、「ADA 解釈ガイダンス」という）。

EEOC は、さらに詳細なガイドラインを作成している[17]。ガイドラインの数は多数あるため、本研究との関連があると思われるものに限って紹介する[18]。

- ADA における合理的配慮と過度の負担（Undue Hardship）についてのガイドライン〔改訂版〕（2002 年 10 月）（Revised Enforcement Guidance: Reasonable Accommodation and Undue Hardship Under the Americans With Disabilities Act
- 採用前の障害に関連する調査と医学的検査についてのガイドライン（1995 年 10 月）（ADA Enforcement Guidance: Preemployment Disability-Related Questions and Medical Examinations、以下「採用前調査ガイドライン」という）
- ADA における従業員に対する障害に関連する調査と医学的検査についてのガイドライン（2000 年 7 月）Enforcement Guidance on Disability-Related Inquiries and Medical Examinations of Employees Under the Americans with Disabilities Act (ADA)、以下「採用後調査ガイドライン」という）
- 労働災害補償と ADA についてのガイドライン（1996 年 9 月）（EEOC Enforcement Guidance: Workers' Compensation and the ADA）
- ADA と精神障害についてのガイドライン（1997 年 3 月）（EEOC Enforcement

Guidance on the Americans with Disabilities Act and Psychiatric Disabilities、以下「精神障害ガイドライン」という）

なお、裁判所は、施行規則をはじめとしてEEOCの各種のガイドラインの内容には拘束されないが、使用者はガイドラインを順守することによって無用な訴訟を回避するできる可能性が高くなることから、企業の行動に対する実質的な効果は大きいと評価されている。

１．２　ADAの管轄機関と実施機関

ADA を管轄するのは、連邦の労働省（United States Department Labor）である。このなかの障害者雇用政策局（Office of Disability Employment Policy、以下「ODEP」という）[19]が、障害者差別禁止法をはじめとする、障害者の雇用全般に関わる連邦の様々な施策を実施している。ODEP は、障害者の雇用機会拡大のために国家的なリーダーシップを発揮することを目的として、2001 年に労働省内に設置された機関である。ただし、労働省の 2001 年度予算の中でODEPを設置する予算が組まれたもので、ODEP の設立根拠となる立法はない。

ADA に関し、施行規則やガイドラインを作成し、雇用差別の救済窓口となるのは、雇用機会均等委員会（Equal Employment Opportunity Committee、以下「EEOC」という）である。EEOC は、連邦の雇用差別禁止法の実効性を確保することを目的として、1964 年の公民権法制定と同時に、連邦政府の独立機関として創設された機関である（公民権法 705 条）[20]。現在、EEOC が扱う連邦の雇用差別禁止法は、ADA 及びリハビリテーション法の差別禁止規定のほか、1963 年の「同一賃金法」（Equal Pay Act of 1963）、1964 年の「公民権法第 7 編」（Title Ⅶ of the Civil Right Act of 1964）、1967 年の「雇用における年齢差別禁止法」（Age Discrimination in Employment Act of 1967）、1991 年公民権法第 7 編及び GINA である。EEOC は、これらの連邦の雇用差別禁止法について施行規則や各種のガイドラインを作成する権限と、行政上の救済機関としての権限をもつ。

上記の連邦法に違反する差別を受けたと感じた被害者は、訴訟を提起する前に、必ず EEOC への申立（charge）を行わなければならない。申立を受けた EEOC は、申立内容を書面化し、10 日以内に被申立人である使用者に書面を提示し、「調査」（investigation）開始の報告を行う。当該申立を担当する調査官は、被申立人が差別を行ったかどうかについての情報を収集し、差別を行ったと思われる合理的根拠があると判断された場合には、「調整」（conciliation）が行われる。これは、当事者との協議や説得を通して、当事者間での差別の自主的解決を図ることを意味する。調整が成立した場合、申立人、被申立人およびEEOCとの間で拘束力を持つ書面が締結され、手続きが終了する[21]。手続きのなかで解決に至らない場合、EEOC は自ら原告となって被申立人を相手取って連邦地方裁判所に差別の救済を求める民事訴訟を提起することができる。EEOC が訴訟を提起しない場合、EEOC が申立を却下した場合、または、申立から 180 日経過後に申立人が

請求した場合は、申立人は EEOC から訴権付与通知（notice of rights to sue）を受け取り、裁判所に訴訟を提起することが可能となる。

EEOC は、上院の助言と承認を得て、大統領によって任命される 5 名の委員から構成される。5 名はそれぞれ、各種の差別問題について専門的知識・経験をもつ人々で構成されている。本部はワシントン DC にあり、全米に 53 の支部をもつ。スタッフ数は、2,400 名程度であり、予算は 367,303 ドルである（2010 年）。

１．３　ストレスマネジメントの具体的な方策

１．４　専門家や専門機関の活用によるストレスマネジメント

1.3 ストレスマネジメントの具体的な方策及び、1.4 専門家や専門機関の活用によるストレスマネジメントについて、下記 1.5.4.3 において、ADA の下での合理的配慮との関連で触れることとし、差別禁止の枠組みを超える部分については、来年度の研究対象とする。

１．５　雇用にかかる精神障害者差別禁止法

ここでは、ADA について精神障害者差別に焦点を当て、さらに詳しく検討する。

１．５．１　規制対象

ADA の規制対象である「適用対象事業体」（covered entity）には、使用者（employer）、雇用斡旋機関（employment agency）、労働団体（labor organization）又は労使合同委員会（joint labor management committee）が含まれる（ADA101 条(2)）。使用者とは、当年又は前年において 20 週以上の各労働日に 15 人以上の従業員を使用する者で、州際通商に影響を与える産業に従事するものをさす（同条(5)(A)）[22]。従業員数の算定は、事業所ごとではなく、企業ごとに行われる。規制対象を定めた規定は、人種、皮膚の色、宗教、性、又は出身国を理由とする雇用差別を禁止した公民権法第 7 編の規定を ADA にも利用したものであり、従業員数の要件が定められている理由は、ごく小規模な企業では同族的経営が多いことに配慮されたものであるとされている[23]。

なお、使用者には、アメリカ合衆国、アメリカ合衆国政府が完全所有する法人又はインディアン部族は含まれない。アメリカ合衆国及び同政府が完全所有する法人は、リハビリテーション法により類似の規定の適用を受ける（ADA101 条(5)(B)(ⅰ)）。

１．５．２　保護対象 -「障害」（disability）の定義 -

１．５．２．１　ADA における障害の基本的定義と ADA 改正法の要点

ADA における障害とは、以下のいずれかをさす（ADA3 条(1)）。

（A）その人の一つ以上の主要な生活活動（one or more major life activities）を実質的に制限する（substantially limits）身体的又は精神的機能障害（a physical or mental impairment）。

（B）そのような機能障害の記録（record）。

（C）そのような機能障害をもつとみなされること（being regarded）。

この定義は、1990 年の ADA 制定当初か

ら規定されていたもので、ADA 改正法においてもこの基本となる定義はそのまま踏襲されている。ただし、ADA 改正法では、①ADA3 条(2)に「主要な生活活動」の内容が追加され、②上記 ADA3 条(1)(C)に「第(3)項参照」との一文が加えられ、ADA3 条(3)として、「そのような機能障害をもつとみなされること」についての説明が加えられている。さらに、③ADA3 条(4)として、「障害の定義に関する解釈ルール」が設けられた。ADA の障害の定義は、これらの追加項目に従って解釈されなければならない。

１．５．２．２　「主要な生活活動」とは

連邦最高裁判所は、2002 年の Toyota Motor Mfg., Ky., Inc. v. Williams 事件判決[24]において、職務のなかのある特定の一種類の職務を遂行できないことは、「主要な生活活動」の制限ではないとの判断を下した。連邦最高裁判所は、ADA の障害の定義のなかの「主要な生活活動に対する実質的な制限」であるというためには、「ほとんどの人々の日常生活にとって中心的な重要性をもつ活動」を妨げ、あるいは、極めて制限する機能障害を有することであると判示した。

ADA 改正法以前、この「主要な生活活動」については、ADA の法文上ではなく、施行規則にその具体的内容が記載されていた。それによると、主要な生活活動とは、「自分自身の世話をすること、手作業を行うこと、歩くこと、見ること、聞くこと、話すこと、呼吸すること、学ぶこと、働くこと」であった。しかし、連邦最高裁判所の狭い解釈を受け、ADA 改正法では、「主要な生活活動」の内容を法文上明記し、かつ、その内容を拡充している。すなわち、新設された ADA3 条(2)(A)では、主要な生活活動とは、「自分自身の世話をすること、手作業を行うこと、見ること、聞くこと、食べること、眠ること、歩くこと、立つこと、持ち上げること、かがむこと、話すこと、呼吸すること、学ぶこと、読むこと、集中すること、考えること、コミュニケーションをとること、及び、働くことを含み、かつ、これに限定されない。」とされている。また、主要な生活活動には、主要な肉体機能（bodily function）の働きも含まれるとし、これには、「免疫システム、通常の細胞成長、消化器官、膀胱、神経、脳、呼吸器、循環器、内分泌機能、及び、生殖機能が含まれ、かつこれに限定されない」とされる（ADA3 条(2)(B)）。

ADA 改正法後に作られた ADA 施行規則§1630.2(1)(ｉ)には、ADA の内容に加え、「座ること、手を伸ばすこと、他者と交流すること」が主要な生活活動に含まれると定められている。ADA3 条(2)(A)や ADA 施行規則を作成するに当たっては、使用者側や障害者側から様々な意見が出された結果、現在の規定となっている。ADA 改正法施行規則において強調されていることは、これらの主要な生活活動の例は、あくまでも例示列挙であって、限定列挙ではない点である。

ADA 改正法に、「集中すること、考えること、コミュニケーションをとること」が、主要な生活活動に当たると明記されたことにより、メンタルヘルス不調者を含む精神障害者の多くが、ADA の保護対象となることが期待される。また、これらの活動は、

職務の本質的機能の遂行に影響を与える可能性が高い活動であることから、職務遂行上の支障を取り除く合理的配慮を提供することが使用者に求められることとなる。

１．５．２．３　「機能障害をもつとみなされること」とは

新たに追加された ADA3 条(3)(A)は、どのような場合に「そのような機能障害をもつとみなされ」たことになるのかを明記し、原告（障害者）側の立証すべき内容を明らかにした。すなわち、「個人が、実際の又は知覚された（actual or perceived）身体的又は精神的機能障害を理由として、本法の下で禁じられた行為を受けたことを証明できた場合には、その機能障害が主要な生活活動を実際に制限したかどうかにかかわらず、又は、制限すると思われていたかどうかに関わらず、そのような機能障害をもつとみなされているとの要件を満たす」。ただし、続く ADA3 条(3)(B)において、「ADA3 条(1)(C)は、一時的あるいはささいな（minor）機能障害には、適用されてはならない。」と定められ、その一時的な機能障害とは、「実際の又は予想される存続期間が 6 か月以下のものをさす。」とされた[25]。

ADA 施行規則§1630.2(l)によれば、本法の下で禁じられた行為とは、「採用拒否、降格、休職命令、解雇、ハラスメント、その他の労働条件に関する不利益取扱い等」が含まれる。

１．５．２．４　障害の定義に関する解釈ルール

ADA 改正法は、今後、裁判所によって再び障害の定義が狭く解釈されることのないよう、ADA3 条(4)に、障害の定義に関する 5 つの解釈ルールを定めた。すなわち、

(A)本法における障害の定義は、本法の下で対象となる広範囲の個々人が有利となるよう、本法の用語により許される最大限の範囲において解釈されなければならない。

(B)「実質的制限する（substantially limits）」という用語は、2008 年 ADA 改正法の事実認定と目的[26]に従って解釈されなければならない。

(C)障害の有無を決するという目的においては、主要な生活活動の一つを実質的に制限する機能障害は、他の主要な生活活動を制限する必要はない。

(D)時々生じる又は寛解期にある（episodic or in remission）機能障害は、その症状があらわれた際に、主要な生活活動を実質的に制限するのであれば、障害に該当する。

(E)機能障害が主要な生活活動を実質的に制限するかどうかは、軽減措置（mitigating measure）による改善効果に関わらず、決定されなければならない[27]。

これにより、ADA における障害の定義は、上記のルールに従って解釈されなければならないこととなった。

EEOC は、この解釈ルールを受けて、施行規則のなかの障害の定義に関する項目について改定を行った。改定内容は多岐にわたるため、以下では、大幅な改定が加えられた「実質的な制限」（substantially limits）に関する施行規則を紹介する。

旧施行規則§1630.2(j)(1)は、実質的な制限とは、「①一般人口のなかの平均的な人であれば実行できるような主要な生活活動を実行できないこと、又は、②特定の主な生活活動を実行する際の条件、方法又は持続

性に関して、一般人口における平均的な人が同じ主要な生活活動を実行する際の条件、方法又は持続性に比較して著しく（significantly）制限されていることをいう。」と説明していた。これに対し、改定された施行規則§1630.2(j)では、「(1)(ⅰ)『実質的に制限する』という文言は、ADA の用語により許される最大限の範囲内において、広範囲の個人が有利となるよう解釈されなければならない」としたうえで、「(ⅱ)一般人口におけるほとんどの人と比較して、ある人が主要な生活活動を遂行する能力を機能障害が実質的に制限するのであれば、それは障害となる。実質的な制限かどうかを判断する際に、機能障害がその人の主な生活活動を行うことを、妨害、又は著しく（significantly）又は厳しく(severely）制約する必要はない。とはいえ、すべての機能障害が本法の下での障害になるわけではない。」と説明している。また、一般人口のほとんどの人々の能力と、その人の制限とを比較する際には、多くの場合、科学的、医学的又は統計的な証拠を用いる必要はないこと、生活活動への機能障害の制限具合を検討するに際し軽減措置の改善効果は考慮しないこと等、詳細に用語の説明がなされている。

これらの改正を受けて、精神障害の分野においては、以下の効果が生じると考えられている[28]。まず、時折生じるまたは寛解期の状態にある機能障害について、それが発症した際に主要な生活活動を相当程度制限する場合には障害に該当するとされたことにより（ADA3 条(4)(D)）、PTSD、うつ病、てんかん等が、障害として認定される可能性が広がる。たとえば、発症している時間が短く、時折にしか症状が出ないPTSD 等についても、フラッシュバックにより脳の機能や考えるという主要な生活活動が相当程度制限を受ける場合には、障害に該当することとなる[29]。

次に、軽減措置の効果を考慮に入れないと明記されたことにより（ADA3 条(4)(E)）、投薬により症状が改善されるため、障害として認められてこなかった、うつ病等の精神疾患が、障害として認められる可能性が高まったといえる。

１．５．２．５　適格性（qualified）要件

ADA において差別禁止の対象となるのは、あくまで、合理的配慮があれば、あるいはなくとも、当該労働者が、職務の本質的機能（essential functions of the employment position）を遂行できる場合に限られる。ADA は、職務の本質的機能が遂行できる者を「適格性をもつ個人」（qualified individual）として定める（ADA101 条(8)）。使用者が、学歴、熟練、経験等の職務に関連する基準を設定している場合、障害をもつかどうかに関わらず、その基準を満たしていなければ、適格性を欠くことになる。たとえば、連邦政府が定める視力要件を満たしていないトラック運転手が、適格性を欠くと判断された裁判例がある[30]。

この「適格性要件」は、公民権法第 7 編には定められていないが、障害がある場合、その障害ゆえに職務遂行能力に影響を与える蓋然性が高いことから、あえて ADA の法文上明記されているものであると考えられる。したがって、ADA においても使用者は

職務能力をもつ者を平等に取扱うことを義務付けられているのであって、職務能力の低い障害者を特別扱いするよう使用者に求めるものではない。ただし、職務のうちの本質的機能を遂行できればよいことから、周辺的（marginal）な職務を遂行できないとしても、適格性判断には影響しない[31]。また、本質的職務を遂行できる場合には、それを行う時間の変更やその方法を変更するといった合理的配慮が求められることもある。

１．５．２．６　ADA における精神障害

以下では、EEOC の「精神障害ガイドライン」に基づき、ADA における精神障害の範囲について解説する。

ADA3 条(1)(A)における精神的機能障害（mental impairment）には、以下のものが含まれる。

- うつ（major depression）
- 躁うつ（bipolar disorder）
- 不安障害（anxiety disorder）：パニック障害、強迫神経症、PTSD を含む
- 統合失調症（schizophrenia）
- パーソナリティ障害（personality disorder）[32]

これらの精神的な機能障害がある場合、その状態が自動的に障害となるわけではない。上述したように、そのような機能障害が、その人の一つ以上の主要な生活活動を実質的に制限することになってはじめて、障害のレベルに達することになる。

精神的機能障害によって制限されうる主要な生活活動は、人によってさまざまであるが、典型には、「学ぶこと、考えること、集中すること、他者と交流すること（interact with others）、自分自身の世話をすること、話すこと、手作業をすること[33]、眠ること」などが含まれる。

実質的に制限するかどうかは、上述した ADA 改正法及び施行規則に基づいて、①制限の程度と②その期間によって判断されることになる。存続期間については、ADA の中では明記されていないが、EEOC の精神障害ガイドラインによれば、生活活動を制限する期間が少なくとも数か月以上[34]継続することが必要であるとされている。ガイドラインでは、以下の例が示されている。

例１：激しい孤独感、出勤すること以外の社会的引きこもり状態、深刻な不眠及び集中できないという問題を抱え、うつ状態が 1 年以上継続していた従業員の例。この場合、この従業員は、他者との交流、睡眠、集中という能力に対し、機能障害（うつ病）が深刻な制限をもたらしていたということがいえる。そのため、機能障害による影響は、実質的な制限といいうる程度に深刻であり、存続しているということができる。

例２：数か月間、躁うつ病の投薬治療を受けている従業員の例。投薬を受ける前は、症状が深刻で、躁と鬱が頻繁に繰り返され、次第に社会的に引きこもりがちとなり、自分自身の世話をすることが困難となっていた。投薬によって症状は落ち着いたが、医師によれば、彼の躁鬱病は不安定であり、長期に存続する可能性があった。この従業員の機能障害（躁うつ病）は、投薬の影響を考慮に入れなければ、他者との交流と自分自身の世話という主要な生活活動に対

し、深刻な制限をもたらしているといえる。

例３：恋人との別れにより、悲しみに打ちひしがれている従業員の例。彼は日常生活はこなしていたものの、仕事において動揺することが時折みられ、この状態が一か月ほど継続していた。カウンセラーによれば、彼の症状は「適応障害」（adjustment disorder）であるが、症状は恋人との別れの件に起因するものであって、長期にわたって継続することはないとされた。この場合、彼は適用障害という機能障害を抱えていたものの、短期間だけのものであり、その間も主要な生活活動を実質的に制限したとまではいえない。したがって、この従業員は、ADA における障害をもつとはいえない。

なお、慢性（chronic）のものであれ、一時的なものであれ、また、寛解期にあるものであれ、その精神的機能障害の症状があらわれたときに、主要な生活活動を実質的に制限する場合には、ADA における障害となる（ADA 3 条(4)(D)参照）。

以下では、ADA が、どのような場合に、主要な生活活動への実質的制限となるととらえているのかを知るため、主要な生活活動の類型ごとの判断枠組みを紹介する。原則として、各種の生活活動において実質的な制限をもつかどうかは、平均的な一般人との比較で判断される[35]。

①他者との交流

同僚や上司と仲が悪いというだけでは、不十分である。常に敵対的関係にある、社会的引きこもりである、又は必要があるにも関わらずコミュニケーションが取れない、などの深刻な問題がある場合に限って、主要な生活活動への実質的制限であると判断される。

②集中すること

関連のないものが視野に入ってくる、雑音・騒音が耳に入ってくる、又は関連のない考えが頭に浮かぶ等によって、容易にかつ頻繁に気が散る場合、集中するという主要な生活活動への実質的制限となりうる可能性がある。より具体的には、例えば、不安障害のため集中できず、細かい仕事でミスを繰り返し、叱責された後も同様のミスを繰り返すという場合、障害となる可能性がある。他方で、長時間の会議で疲れ、集中力が続かないというような場合は、多くの人がそうなることが予想されるため、たとえその人が慢性的なうつ病を抱えていたとしても、会議に集中できないということだけをもって、主要な生活活動への制限ということはできない。

③睡眠

例えば、PTSD のために何か月もの間、睡眠薬なしには、ごくわずかにしか眠ることができないという場合、又は、うつ病のため数か月間 1 日に 2、3 時間しか眠ることができないといった場合には、睡眠という生活活動への実質的制限となりうる。他方、精神的機能障害により、寝つきが悪い、あるいは、時々十分な睡眠がとれないというだけでは不十分である。

④自分自身の世話

例えば、機能障害があるために、平均的な人と比べて、朝に起床すること、風呂に入ること、衣服を着替えること、食事を用意して食べることなどの基本的な活動を行うことができない場合、主要な生活活動への実質的な制限となりうる。うつ病の場合、睡眠過多となることが多く、それにより自分自身の世話が十分にできなくなることが考えられる。

１．５．３　ADA の禁止する障害を理由とする差別

１．５．３．１　差別禁止事項

ADA は、「いかなる適用対象事業体も、応募手続き、労働者の採用、昇進、解雇、報酬、職業訓練、並びにその他の雇用上の規定、条件及び特典に関して、適格性を有する人を障害を理由として差別してはならない。」と定め、雇用の全局面における差別を禁止している（ADA102 条(a)）。施行規則§1630.4(a)(1)には、これらの項目に関する差別禁止のほかにも様々な差別禁止事項が定められている[36]。

なお、ADA 改正法を受けて改定された施行規則では、§1630.4(b)として「障害がないことの申立」という項目が追加され、障害のない人が提供してもらえない配慮を、障害者が得られることを含めて、障害のない人が障害がないことを理由として差別を受けることに関する申立に、本規則は何ら根拠を与えないことが定められた。これは、障害のない人が障害者よりも不利に取扱われたという、いわゆる逆差別が ADA においては成立しないことを明記したものである。

１．５．３．２　ADA の禁止する差別の類型

ADA102 条(a)の「障害を理由とする差別」には以下を含むとして、ADA102 条(b)において、7 種の差別が列挙されている。

(1)応募者又は労働者を、その障害を理由として、その応募者又は労働者の機会又は地位に不利な影響を及ぼす方法で制限、分離又は分類すること。

(2)使用者が、その使用者の応募者又は労働者である適格性をもつ障害者を差別の対象とする契約その他の取り決め又は関係に関与すること。

(3)障害を理由とする差別を引き起こす、又は、共通の管理下にある他の人々の差別を永続的にする管理上の基準（standards）、判断規準（criteria）、方法（methods）を用いること。

(4)適格性をもつ個人が関係をもっている又は交際をしている（relationship or association）ことが知られている者が既知の障害を有していることを理由として、その適格性をもつ個人に対し、均等な職務又は特典を排除し、又は、否定すること。

(5)(A)応募者又は労働者であるその他の点では適格性をもつ障害者の既知の身体的又は精神的機能障害に合理的配慮を提供しないこと。ただし、その配慮を提供することが、使用者の事業の運営にとって過度の負担を課すことを使用者が証明できる場合はこの限りではない。(B)労働者又は応募者の身体的又は精神的機能障害に合理的配慮を提供する必要があるという理由によって、適格性をもつ障害者である応募者又は労働者の雇用機会を否定すること。

(6)障害者又は障害者集団を排除する又は排除する傾向のある（tend to）適格性基準、試験、その他の選考項目を用いること。た

だし、当該基準、試験又は選考項目が当該職務に関連し、業務上の必要性に合致することを、適用対象事業体が証明できる場合は、この限りではない。
(7)感覚、手作業又は発話技能が損なわれた障害をもつ応募者又は労働者に試験を実施する際に、その試験が測定することを目的としている技能、適性、その他の要素を、結果が正確に反映されるようにするのに最も効果的な方法によって、雇用に関する試験を選択したり実施したりしないこと。

アメリカでは、直接差別を「差別的取扱い」（disparate treatment）、間接差別を「差別的インパクト」（disparate impact）と呼ぶが、上記で示したように、ADA の条文上はこれらの用語を用いた形で差別の禁止規定が置かれている訳ではない。ただし、ADA 施行規則§1630.15 において、差別的取扱いと差別的インパクトの訴えに対する抗弁について説明されている。

それによると、ADA§102(a)、同条(b)(1)～(4)及び同項(7)並びに ADA503 条（報復差別）に基づく「差別的取扱い」の訴えに対して、使用者は、「訴えられた行為は適法であり、非差別的な理由により正当化される」という抗弁が可能である。

他方で、「差別的インパクト」とは、一律に適用された基準が、特定の障害をもつ人に不利な影響を及ぼすこと、又は障害者の集団に不均衡な不利な影響を及ぼすことをいうとされ[37]、ADA102 条(b)(6)にその根拠をもつ。このような差別的インパクトの訴えに対しては、使用者は、適用された資格基準、試験又は選考基準が職務に関連し、業務上の必要性があること、及び合理的配慮によっては問題が解決されないことを証明する必要がある。

１．５．４　合理的配慮（reasonable accommodation）

ADA102 条(b)(5)が定めるように、ADA は、適格性をもつ障害者に対し、合理的配慮を提供しないことが差別に該当すると定める。以下では、ADA における合理的配慮について解説し、その後、ストレスマネジメントとの関連に焦点を当てて検討する。

１．５．４．１　合理的配慮概念の誕生と ADA における合理的配慮の規定

合理的配慮は、障害者差別の文脈で初めて登場したものではなく、宗教差別の場面で 1960 年代後半から登場していた概念である。宗教的信念や戒律を労働者が守るようにできるよう使用者が一定の配慮をすべきかどうか（例えば、安息日に労働義務を免除すること）が問題となり、この問題の解決のために、1972 年に公民権法が改正され、「宗教という文言には、合理的な配慮を要する宗教的儀礼や慣行を含む」という文言を第 7 編に明記することになった。これにより、使用者は単に消極的に差別を禁止されるだけでなく、過度の負担とならない範囲で、従業員の宗教上の行為に、「合理的な配慮」を図るべき積極的な義務を負うこととされた。ただし、その後の裁判例等で、宗教差別における合理的な配慮については「最小限のコストを超えるものは、過度の負担となる」との判断がなされており、宗教差別の文脈における使用者の合理的配慮義務はそれほど高度の責任ではない。

これに対し ADA における合理的配慮は、

宗教差別の場面と比べても、使用者により大きな負担を求めるものであり、最小限以上のコストを課すものであることが連邦最高裁判所によって確認されている[38]。

ADA では、以下のものが合理的配慮の具体例として列挙されている。すなわち、ADA101 条(9)は、合理的配慮に含まれるものとして、「(A)従業員が使用する既存の施設を障害者が容易に利用もしくは使用できるようにすること。」「(B)職務の再編成、労働時間の短縮、勤務割の変更、空席の職位への配置転換、機器や装置の購入・改良、試験・訓練材料・方針の適切な調整・変更、資格をもつ朗読者もしくは通訳の提供、および障害者への他の類似の配慮。」を挙げている。これらは、あくまでも例示列挙であり、限定列挙ではないことに注意しなければならない。

障害をもつ応募者又は従業員が合理的配慮を必要とした場合、原則として応募者や従業員側から使用者に合理的配慮の必要性を伝えなければならないが、その際に、「『ADA』に基づいて必要である」ということや、「『合理的配慮』として必要である」という言葉を用いることは必要ではなく、例えば、「うつ病のために労働時間を短縮してほしい」といった平易な言葉で伝えればよい[39]。また、労働者本人ではなく、その家族、友人又は専門家等の本人以外の者が合理的配慮の必要性を使用者に伝えることも可能である。これらの要求は書面である必要はなく、口頭で伝えるだけでもよい。ただし、使用者が、当該労働者が障害者であるかどうか、合理的配慮が本当に必要なのかどうか、あるいは、どのような合理的配慮が必要なのかを判断するために、労働者に書面の提出を求めることができる。使用者の指定する医師の診断を受けるよう労働者に求めることは、職務関連性がありかつ業務上の必要性がある場合にのみ許される。その際、診断にかかった費用は使用者が負担するものとされている。

１．５．４．２　合理的配慮に対する抗弁－過度の負担（undue hardship）等 -

使用者が適格性を有する障害者に合理的配慮を提供しなかった場合、差別が成立しうるが、使用者が、当該合理的配慮を提供することが「過度の負担」（undue hardship）となることを証明できた場合には、この責任を免れる（ADA102 条(b)(5)(A)）。過度の負担とは、「著しい困難又は費用（significant difficulty or expense）を要する行為」を指し、配慮の性質及び費用、使用者の財政状況、従業員数、使用者の事業の種類等、多様な基準によって判断される（ADA101 条(10)）。ADA の制定過程においては、過度の負担の判断基準があいまいで、使用者が混乱するとの懸念が示され、従業員の年収の 10%を超えるものを過度の負担としてはどうかとの議論があった。しかし、過度の負担の判断は事例ごとに判断されるべきであり、一律の基準を設けるべきではないとの考えから、年収の 10%のという基準は取り入れられていない。

また、合理的配慮を提供してもなお、当該障害者が職務の本質的機能を遂行できない場合には、使用者は配慮をする必要はない。

アメリカでは、合理的配慮に要するコストを直接的に政府が給付する仕組みはない。ただし、企業規模によって税制上の優遇措

置が設けられている。まず、企業の総利益が 100 万ドル以下又はフルタイムの従業員が 30 人未満の企業では、障害者雇用に要したコストについて、年間 5,000 ドルを上限に税額控除される。それ以上の規模の企業については、建物の改築や交通・移動手段に関するバリアを取り除くために係ったコストを対象として年間 15,000 ドルの所得控除が受けられる。

１．５．４．３　精神障害者に対する合理的配慮

精神障害者への合理的配慮も、身体障害者への合理的配慮と同様、非常に多種多様であり、個々の事案ごとに判断されなければならない。典型的には、職場のルールや手続き、慣習等の変更、あるいは職場環境や職場施設の変更が、精神障害者への合理的配慮となる。どのような合理的配慮が適切なのかが不明の場合、メンタルヘルス専門家の助言や指導を受けることができる。以下、具体的な合理的配慮の例について紹介する[40]。

①労働時間の短縮、勤務スケジュールの変更、休暇の付与

当該企業で一般的に認可されている有給休暇を付与することや、追加的な無給休暇を与えることはそれが過度の負担を課さない限り、合理的配慮となる[41]。また、精神障害の場合、服薬等で午前中の集中力が低下することが多いため、勤務時間をずらすこと（例えば、午前 9 時から午後 5 時までの勤務時間を、午前 10 時から午後 6 時にずらす）は、精神障害者にとって有効な合理的配慮となる。

②職場環境・設備の変更

精神障害者にとって、余計な物が視界に入ってくることや、騒音・雑音が職務遂行の妨げとなることが多い。したがって、個室を与えることやパーテーションで区切ること、あるいは、騒々しい場所から席を移動させること、電話の音量を下げること又はヘッドホンの着用を認めることなどが、有効な合理的配慮となる。また、障害のために集中力に欠ける場合には、訓練や会議の際にテープレコーダーの私用を認めることも合理的配慮といえる。

③職場のルール（workplace policy）の修正

職場のルールを変更することも合理的配慮となりうる。例えば、職場のルールとして職場での飲食が禁止されており、休憩時間も限られている場合であっても、服薬のため非常にのどが渇き、1 時間に 1 回の水分補給が必要な従業員に対しては、既存の飲食禁止のルールを修正する必要がある。例えば、職場での水分補給を特別に許可することや、水分補給のための短時間の休憩を 1 時間に 1 回認めることなどが、合理的配慮となる。

④ジョブコーチの提供

一時的にジョブコーチを障害者に付けることも、合理的配慮となる。ジョブコーチを雇うためのコストは、民間又は公的な団体からの補助をうけられる[42]。

⑤配置転換

配置転換が合理的配慮となるケースは、現職での合理的配慮が使用者にとって過度

の負担となるか、現職において合理的配慮を行うことが不可能な場合に限られる。また、配置転換先が空席である場合にのみ、使用者はその空席に障害をもつ労働者を配置転換する義務を負う。空席がない場合には、下位のポジションに空席があるかどうかを検討し、空席がある場合には下位のポジションへ配置転換することが合理的配慮となるが、下位のポジションも空席がない場合には、これ以上の合理的配慮は不可能となる。

なお、精神障害者にとって、きちんと服薬することは非常に重要であるが、服薬をきちんとしているかどうかを確認することは、職場に特有のバリアを取り除くものではないため、合理的配慮とはいえない。

裁判で争われた事例について、障害者側の主張が認められたものと、認められなかったものを紹介する。

同性の同僚からのセクシュアル・ハラスメントにより、精神疾患を患った原告が、有給の傷病休暇を取得後、復職に際し、短時間勤務を合理的配慮として求めたところ、使用者に拒否された事案において、第 1 巡回区控訴裁判所は、短時間勤務は合理的配慮の一つであり、それが有効に機能する見込みがあるとした原審判決を支持した（労働者側勝訴）[43]。

これに対し、睡眠障害を伴う神経性疾患を患う原告が、追加の合理的配慮を求めた事案では、原告側が敗訴している。第 7 巡回区控訴裁判所によれば、既に使用者が原告に対して、個室での勤務を認めたり、始業時間を遅らせるなどの措置をとっており、それが障害者に対して効果を有しているのであれば、それを超えて原告の希望する配慮（在宅勤務等）を認める必要はないとしている[44]。

ADA に基づく訴訟では、障害者ではないとしてそれ以上の審理がなされず、原告（障害者側）が敗訴となる事案が非常に多かったため、合理的配慮の内容まで争われる事例はそれほど多くない。また、合理的配慮として認められる内容は、事案ごとに判断されるため、一概にどういった合理的配慮は認められるとはいい難い。ただし、勤務時間の変更・短縮や、パーテーションで区切った個室での就労を認めることなどの、比較的低コストで済むような合理的配慮は認められやすい傾向にあるといえる。したがって、軽度のメンタルヘルス不調の場合には、このような合理的配慮が認められ、就労の継続が可能になると考えられる。

１．５．４．４　ストレスマネジメントの具体的な方策－合理的配慮との関連において－

ADA においては、自身が障害者であること、及び、それゆえに合理的配慮が必要であることは、原則として労働者の側から使用者に伝える必要があると考えられている[45]。このことは、使用者が労働者に対し障害に関する調査や健康診断をすることが厳格に制限されていることや（詳細は後述）、合理的配慮を提供する義務が「既知の」（known）障害に対してのみ生じる（ADA102 条(b)(5)(A)参照）ことから導かれる。

したがって、メンタルヘルスの不調者を出さないための条件づくりという意味での「1 次予防」的対応は、障害をもつ・持た

ないに関わらず、従業員全員に対して、あるいは職場全体で行われるものであるため、ADA における差別には該当しないと考えられる。ただし、これらの一次予防的対応は、ADA の文脈においては合理的配慮等の一環として使用者に義務づけられるものではなく、使用者が任意で行うことは許容されるものと整理できる。

次に「2 次予防」とは、従業員のなかにメンタルヘルス不調者がいないかどうかを調べ、精神的な疾患に罹患する前に事前に予防しようとするものであり、不調者の調査が後述する障害に関する調査に該当する恐れがある。たとえ使用者が、不調者に該当した従業員を不利益に取扱うつもりはなく、当該従業員の利益のためにそのような 2 次予防を行ったとしても、障害をもつかどうかを判明させるような調査を使用者が行うことは ADA の禁止する差別に該当する恐れがある。ただし、業務上の必要性がある調査や職務遂行上必要な調査は許容される場合があるため、この点については後ほど検討する。

労働時間の短縮や勤務割の変更、職場環境の変更等、精神障害者に対する合理的配慮として考えられている使用者の対応は、実際に障害をもつに至った後の対応である「3 次予防」と親和的と解される。合理的配慮を行わないことは差別に該当するため、使用者は ADA における義務としてこれらの 3 次予防的な措置を行うことが求められる。ただし、使用者が一方的にこれらの配慮を行い、結果として障害者が不利益な取扱いを受ける場合（例えば、配置転換によって下位の格付けになる場合や、労働時間の短縮により賃金が減額される場合）には、障害を理由とする差別的取扱いに該当する恐れもあるため、合理的配慮を提供する際には、使用者と労働者が十分に話し合うことが重要となる。

なお、障害をもつとみなされた人（ADA3 条(1)(C)）に対しても、使用者は合理的配慮を提供する義務を負うかどうかについて問題となっていたが、この点について ADA 改正法は、そのような人に対しては合理的配慮を提供する義務は負わないことを明らかにした（ADA501 条(h)）。同改正を受けて改定された ADA 施行規則§1630.9(e)においても、「適用対象事業体は、『現実の障害』をもつ人と、『障害の記録』をもつ人であって、適格性を有する人に対して、過度の負担にならない限りにおいて、合理的配慮を提供する義務を負うが、障害をもつと『みなされた』人に対しては、合理的配慮を提供する義務を負わない。」と定められている。

ADA では、従業員及び応募者の身体的又は精神的機能障害に関する情報の取扱いについて、厳格な規定を置いている。以下では、EEOC の採用前調査ガイドライン及び採用後調査ガイドラインに基づいて、ADA の下で、どのような障害に関連する調査が許されているのか、あるいは許されていないのか、収集された情報をどのように取扱うことが使用者に義務づけられているのかについて検討する。

１．６　メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制 - ADA における障害関連調査と医学的検査の取扱い－

歴史的に、採用プロセスにおいて、使用者は、応募者の身体的及び（又は）精神的

状態についての情報を応募者に求め、その者の職務遂行上の能力が評価されることなく障害をもつ応募者が選考から漏れることがしばしばみられてきた。そこで、連邦議会はADAを制定するに当たり､障害に関連する調査や医学的検査に対し、特別の規定を置くこととした。しかし、ADAのこれらの規定は労働者の権利を守ることにあるだけでなく、使用者の権利も同時に守ることを意図して作られている。すなわち、採用時の調査を制限することによって、自身の能力のみによって評価されるという従業員及び応募者の権利を守るとともに、職務の本質的機能を当該労働者が十分に遂行できるかどうかを使用者が確実に知る権利を保障してもいる。このように双方の権利を保障するため、

ADA102 条(d)は、障害に関連する調査（disability-related inquiry）及び医学的検査（medical examination）調査及び検査に対し、「3 段階」、すなわち、①採用前（pre-offer)、②採用後（post-offer)、③雇用期間中（during employment）に分けて規制している。

①採用前診断

採用前において、使用者は、応募者に対し、医学的検査を行ったり障害についての調査をすること（障害をもつかどうか又は障害の程度や種類について質問すること）が禁止されている。これらの調査又は検査を行った場合、障害を理由とする差別となる。ただし、職務遂行に関連する応募者の能力に関する調査を行うことは許される（ADA102 条(d)(2)）。

職務遂行能力に関連する調査とは、一定の重さの物を持ち上げる能力があるか、梯子を上ることができるかといった身体的な職務要件に関する質問、学歴・職歴・免許等の医学的要素をもたない能力に関する質問、実際に職務をさせてみることなどが含まれる。

②採用後、配置前診断

採用決定後、就労前の期間においては、①障害の有無にかかわらず採用されるすべての応募者が同じ検査を受け、かつ、②応募者の健康状態や病歴に関して得られる情報が、個別の書式で個別の医療ファイルに収集・保管され、秘密の医療記録として扱われる場合に限り、使用者は応募者に医学的検査を義務づけ、又はそのような医学的検査の結果を採用提示の条件にすることができる（ADA102 条(d)(3)）。この段階における調査は、採用前のように職務に関連するものである必要はない。使用者がこの調査や検査の後に当該応募者の採用を取り消した場合には、取消しが調査又は検査の結果に基づいて行われたかどうかを細かく調べることになる。もしも、調査又は検査が障害者を排除するものであった場合には、使用者は、当該取消の理由が職務に関連し業務上の必要性に合致するものであることを証明しなければならなくなる。

③雇用期間中診断

就労開始後の雇用期間中においては、職務に関連し業務上の必要性に合致したものであると証明できる場合に限り、使用者は従業員に対し、障害に関連する質問や医学的検査を実施することができる（ADA102 条(d)(4)）。その際得られた情報については、

第 2 段階と同様の形で扱われなければならない。

「障害に関連する調査」とは、障害に関する情報を引き出す可能性のある質問を意味する。

【障害に関連する調査に該当する質問の例】

- 労働者に対し、障害をもつか（かつて有していたか）どうか、どのようにして障害を負ったのか、障害の性質や程度を問うこと。
- 障害に関する医療情報を提出するよう労働者に求めること。
- 労働者の障害について、当該労働者の同僚、家族、医師、その他の者に問うこと。
- 労働者の遺伝子情報について尋ねること。
- 労災補償を受けたことがあるかどうか問うこと。
- 何らかの処方薬を現在服用しているかどうか（過去に服用していたかどうか）を問うこと、及び、そのような服薬をしているか監視すること。

【使用者が自由に労働者に問うことができる質問の例】

- 「元気ですか」などの一般的な問いかけをすること、疲れて見える労働者に対し「大丈夫ですか」と問うこと、鼻をすすったり咳をしている労働者に対し「風邪ですか」又は「アレルギーですか」と問うこと、近親者の死や離婚等を経験した労働者に対して「大丈夫か」と問うこと。
- 障害に結びつかない機能障害（骨折等）について問うこと。
- 飲酒しているかどうか問うこと。
- 現在、違法な薬物使用をしているかどうか問うこと。
- 妊娠している労働者に対して、具合はどうか、又は、いつ出産するのかを問うこと。

「医学的検査」とは、個人の身体的又は精神的機能障害や健康状態についての情報を求める手続き及び検査を意味する。

【当該手続きや検査が ADA の定める「医学的検査」に該当するかの判断要素】

以下の要素を総合的に考慮して判断される。

- 検査がヘルスケアの専門家によって実施されるかどうか。
- 検査がヘルスケアの専門家によって解釈されるかどうか。
- 検査が機能障害や身体的又は精神的な健康状態を明らかにするために作成されたかどうか。
- 体内に器具を挿入させるような検査かどうか。
- 検査が労働者のパフォーマンスを測るものかどうか。
- 検査が通常の医療現場で用いられているものかどうか。
- 医療器具を用いるかどうか。
-

【医学的検査に該当する例】

- 視力検査。
- アルコールを検出するための血液・

尿・呼気検査
- 病気や遺伝情報を明らかにするための血液・尿・唾液・毛髪検査
- 血圧検査及びコレステロール検査
- 神経の状態を測る検査
- 筋肉の強さや機能を測るための運動能力検査
- 肺活量検査
- 精神的不調や精神的機能障害を確認するために作成された心理テスト
- MRI　等

【医学的検査に該当しない例】
- 現在の違法な薬物使用を明らかにするための検査
- 実際の職務能力を測るための身体的な敏捷さの検査
- 実際の職務遂行の能力を測るための読解力や認識力の能力検査
- 正直さ、好み、癖などの個性を測るための心理テスト
- うそ発見器による検査　等

ADA は、障害者に対する偏見や差別を防ぐことを目的として、障害に関連する調査・検査を厳格に規制している。確かに、応募者又は従業員の能力を、障害を考慮に入れずに、中立的に判断するという点では、これらの規制は重要といえる。しかし、雇用期間中の従業員に対して障害に関連する調査・検査が禁止されていることは、メンタルヘルス対策としての 2 次予防の点からは大きな問題といえる。

１．７　法政策の背景

法政策の背景については、1.1.1 参照。

１．８　確認できる効果

１．８．１　障害者の就業率

ADA の制定前後における障害者の就業率の推移については、様々な調査がなされているが、いずれの調査によっても ADA の制定によって障害者の就業率が悪化した、又は変化なしとの結果がみられている[46]。Cornell 大学が行った、1980 年から 2008 年までの障害をもたない人と障害をもつ人の就業率の推移に関する調査によっても、障害者の就業率が 1990 年の ADA 制定以降低下していることが明らかとなっている[47]。この調査では、就業年齢（21 歳から 64 歳）にある者に対し、「健康問題や障害により、働くことができないか？あるいは、労働時間や業種の面で一定の制約を受けるか？」という問いにより、障害者か、障害者ではないかを振り分け、それぞれの就業率を調査したものである。1980 年に 24.2%（73.9%）であった障害者の就業率は、1990 年に 28.4%（78.4%）まで上昇したが、その後、1995 年 24.6%（79.6%）、2000 年 24.1%（81.7%）、2005 年 18.6%（79.5%）、2008 年 17.7%（79.7%）と低下している（カッコ内は、障害のない者の就業率）。障害がない者の就業率には大きな変化がないなかで、障害者の就業率だけが、ADA 制定後低下していることがみてとれる。

上記の調査内容は、身体障害者と精神障害者双方を含むものであるため、精神障害者に関して特徴的な結果が生じているかどうかについては、来年度以降の検討対象とする[48]。

１．８．２　ADA に基づく訴訟

ADA に基づく訴訟では、障害者側の勝訴率が非常に低いことが指摘されている[49]。2009 年に各巡回区控訴裁判所に提訴された ADA 訴訟 454 件のうち、障害者側が勝訴した件数はわずか 9 件であり、勝訴率は 2.6%となっている。1992 年から 97 年にかけての障害者側の勝訴率が 7.9%であったのに対し、1998 年から 2009 年までは 3.9%と、障害者が勝訴する割合は低下している。これは、連邦最高裁判所が障害の範囲を狭く解釈したことで、そもそも ADA の適用対象となる障害者ではないとして、障害者側が敗訴することが大きな要因であるとされる。

精神障害（Mental Illness Cases）についてみると、2009 年に各巡回区控訴裁判所に提訴された ADA 訴訟 79 件のうち、障害者側が勝訴した件数は 0 件である。年により勝訴率は変動するが、精神障害についての訴訟は、障害者が勝訴することがより困難な傾向にある。

ただし、2008 年の ADA 改正により、障害者の範囲が広く解釈されることになったため、今後は、障害者側の勝訴率が高まることが期待されている[50]。また、アメリカでは雇用差別について訴訟を提起する前に、必ずEEOCに申立を行わなければならないこととなっており、その段階で自主的な解決が図られているとの指摘もされる。これについて、以下で検討する。

１．８．３　EEOC での解決の状況

2012 年の EEOC への申立件数の総数 99,412 件のうち ADA に基づく申立は 26,379 件であり、全体の 26.5%を占め、過去最高を記録した[51]。2012 年に解決に至った申立は 28,799 件の内容は、表 1 の通りである。これによれば、申立人に有利な形での解決は、和解、取下げ、差別の合理的根拠ありとされたものを足した、5,907 件（20.5%）である。

【表１　ADAに基づくEEOCへの申立の解決内容（2012 年)】

種別	件数	割合（%）
和解	2,902	10.1
申立人に有利な形での取下げ	1,718	6.0
行政的終結[52]	4,335	15.1
差別の合理的根拠なし	18,557	64.4
差別の合理的根拠あり	1,287	4.5
調整成立	572	2.0
調整不成立	715	2.5
総件数	28,799	100

次に、これらの申立のうち、精神障害に関する事案については、表 2 の通りである。多様な障害種別があるなかで、精神障害に関する事案の割合は比較的高い。具体的には、解決済件数 28,799 件のうち、過去の障害 1,771 件と、みなされた障害 3,350 件を除くと、23,678 件となり、このうちの約 6,500 件が精神障害関連の事案となっており、全体の約 3 割を占める[53]。

精神障害を有する労働者にとっても、ADA は差別の解消にとって効果を有していると考えられる。メンタルヘルス不調者も、雇用差別禁止法により、雇用の維持・促進の効果が得られると考えられる。

なお、申立人に有利な形での解決の割合

は、19.6%で、全体的な割合（20.5%）と大きく変わらない。

【表 2　EEOC への申立件数のうち、精神障害に関する事案（2012 年)】

障害の種類	解決済件数	申立人に有利な解決
うつ病	2,008（7.0%）	402（6.8%）
不安障害	1,613（5.6%）	299（5.1%）
躁うつ病	922（3.2%）	195（3.3%）
PTSD	684（2.4%）	144（2.4%）
てんかん	400（1.4%）	81（1.4%）
アルコール依存症	221（0.8%）	37（0.6%）
薬物依存症	144（0.5%）	27（0.5%）
その他の精神疾患	490（1.7%）	84（1.4%）
精神障害関連の件数	6,482	1269
（参考）総数	28,799	5,907

＊（）内は割合

１．８．４　雇用差別の減少

先にみたように、障害者の就業率の点では、ADA によってはプラスの効果が得られていない。しかし、雇用差別の解消の点では、一定の効果がみられることが、National Council on Disability（NCD）の 2007 年の報告書[54]等が明らかにしている。ADA 制定前から実施されていた障害者に対するアンケート結果によると、就労中に差別を受けたと答えた者の割合が、ADA 制定前の 1986 年には 28.2%であったものが、制定後の 1994 年には 28.5%となり、1998 年に 32.8%と上昇するが、2004 年には 22.1%と減少している。

また、表 3 に示すように、差別の場面別にみると、ADA 導入直後の 1994 年と、2004 年とでは、全体として、差別を受けたと答えた障害者の割合が大きく減少している。

特に、採用拒否や配慮の提供の場面でこの傾向が顕著である。ただし、採用面接の拒否は大きな変化がない。

【表 3　障害を理由とする雇用差別のタイプ】

差別の場面	差別を受けた人の割合		
	1994 年	1998 年	2004 年
面接拒否	28.8	23.7	26.9
採用拒否	61.4	59.3	30.8
昇進拒否	24.6	29.3	16.7
劣った職責の付与	37.3	39.0	14.1
賃金差別	18.6	32.8	12.8
健康保険の拒否	23.3	31.7	3.8
配慮の不提供	22.4	23.3	6.4

ADA の制定により、雇用差別を受けたと感じる障害者の割合が減ったことが確認できる。障害を理由とする差別が禁じられ、実態としても差別が減少していることが労働者にも感じられる場合、メンタルヘルスの不調者にとっても、不調状態を使用者に伝えることに躊躇がなくなり、より早期に予防的措置が図れるものと考えられる。ま

た、労働者にとってはストレスの軽減にもつながると考えられる。

１．９　関連判例

ADA に関連する裁判例については、2008 年の ADA 改正以降の裁判例も含め、本文中に挙げた。

---

1 Pub. L. 93-112, 87 Stat. 394.
2 リハビリテーション法の下における差別禁止規定の導入の背景や内容の変遷については、中川純「障害者に対する雇用上の『便宜的措置義務』とその制約法理－アメリカ・カナダの比較研究（一）」北学研究 39 巻 2 号（2003 年）185 頁以下、リチャード・K・スコッチ（竹前栄治監訳）『アメリカ初の障害者差別禁止法はこうして生まれた』（2000 年、明石書店）66 頁以下に詳しい。また、アメリカにおける障害者施策の歴史的背景・経緯については、障害者職業総合センター編『資料シリーズ No.58　欧米の障害者雇用法制及び施策の現状』（2011 年）113 頁以下〔長谷川珠子執筆部分〕参照。
3 障害者施策に関して、独立した立場から総合的な評価及び提言を行うために 1978 年に設立された機関（http://www.ncd.gov/）。
4 National Council on the Handicapped, *Toward Independence: An Assessment of Federal Laws and Programs Affecting Persons with Disabilities with Legislative Recommendations*, Feb. 1986.
5 National Council on the Handicapped, *On the Threshold of Independence,* Jan. 1988.
6 Pub.L. 101-336, 104 Stat. 327.
7 1918 年の「スミスシアーズ法」（Seare-Smith Veterans' Rehabilitation Act）。
8 Jonathan R. Mook ed., Americans with Disabilities Act: Employee Right & Employer Obligations 1.31 (2002), citing Scotch, From Good Will to Civil Rights: Transforming Federal Disability Policy 2 (Temple Univ. Press 1984).
9 S. Rep. No. 116, 101st Cong., 1st Sess. at 6 (1989) (Senate Committee on Labor and Human Resources).
10 Pub. L. 110-223, 122 Stat. 881.
11 Chai R. Feldblum, *Definition of Disability Under Federal Antidiscrimination Law: What Happened? Why? And What Can We Do About It?*, 21-1 Berkley. J. Emp. & Lab. L. 91, 160 (2000).
12 Pub. L. 110-325, 122 Stat. 3553.
13 ADA 改正法は、2008 年 9 月 25 日に、当時の George W. Bush 大統領により署名され、2009 年 1 月 1 日より施行されている。
14 ADA 改正法の内容は、1990 年 ADA に組み込まれている。
15 EEOC については、次節で説明する。
16 29 C.F.R. Part 1630 Regulations to Implement the Equal Employment Provisions of the Americans with Disabilities Act　(2011) (hereinafter cited as 29 C.F.R. §1630).
17 各種のガイドラインについては、以下の HP 参照（http://www.eeoc.gov/laws/types/disability_guidance.cfm）。
18 障害の定義を狭く解釈する 1999 年の連邦最高裁判所の判決を受けて、EEOC は、1999 年 12 月に Instructions for Field Offices Analyzing ADA Charges After Supreme Court Decisions Addressing "Disability" and "Qualified"を作成したが、2008 年の ADA 改正を受けて、これを廃止している。
19 ODEP(http://www.dol.gov/odep/).
20 EEOC(http://www.eeoc.gov/).
21 この他、近年は、ADR の一種であるメディエーションが利用されることも増えている。詳しくは、障害者職業総合センター編・前掲注２、125 頁以下参照。
22 ADA 施行日（1992 年 7 月）以降の 2 年間は、従業員数 25 人以上の規模の使用者が対象とされていた。
23 中窪裕也『アメリカ労働法〔第 2 版〕』（弘文堂、2010 年）196 頁。
24 534 U.S. 184 (2002).
25 この 6 か月の存続期間は、あくまで「みなされた障害」を認定する場合に問題とな

るものであって、通常の「障害」の成立要件ではない。

[26] ADA 改正法 2 条(a)において、障害の定義が連邦最高裁判所により誤って解釈されていること、その影響により下級審裁判所においても誤った判断がなされていること等の「事実認定」をしたうえで、同条(b)において、連邦最高裁判所が用いた理論構成や解釈を拒否し、「差別をなくすための明確かつ包括的な国家的命令を設けること」及び「差別に対処するための明確かつ一貫性のある施行可能な基準を設けること」という ADA の目的を実現するために、ADA 改正法を制定することが明記されている。

[27] 軽減措置として挙げられているものは、(ⅰ)薬剤、医療用品、機器又は器具、弱視用機器（通常の眼鏡やコンタクトレンズは含まない）、義手・義足、補助具を含む補装具、補聴器等の聴覚補助具、移動補助具等、（ⅱ）支援技術の資料、（ⅲ）合理的配慮、補助手段又はサービス等である。

[28] Jhon Parry, J.D., EQUAL EMPLOYMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES - FEDERAL AND STATE LAW, ACCOMMODATIONS, AND DIVERSITY BEST PRACTICES (2011)pp53-62.

[29] Carmona v. Sw. Airlines Co., 604 F.3d 848 (5th Cir. 2010). 乾癬症のフライトアテンダントについて、症状が出ている時には歩くという活動が制限されるとして、障害として認めた裁判例。この判決のなかで、PTSD が例えとして挙げられている。

[30] Albertson's Inc. v. Kirkingbrug, 527 U.S. 555 (1999).

[31] 当該職務が本質的かそうでないかの判断は、個々の事案ごとに判断されなければならないが、当該職務を取り除くと、その雇用上の地位の性質を変えてしまうような場合には、本質的なものであると判断されることになる（Davidson v. America Online, Inc., 337 F.3d (10th Cir. 2003）.

[32] ただし、違法な薬物使用による精神的な機能障害は、ADA における障害から除外される。

[33] 働くことは、主要な生活活動の一つではあるが、働くことができる場合でも、精神的機能障害により他の生活活動に相当程度の制限が生じている場合には、障害を構成しうる。

[34] ただし、ADA の文言上は、機能障害の存続期間又は存続予想期間についての定めはおかれていない。

[35] 精神障害ガイドライン参照。

[36] 詳しくは、障害者職業総合センター編・前掲注２、120 頁参照。

[37] ADA 解釈ガイダンス § 1630.15(b)(c)。

[38] US Airways, Inc. v. Barnett, 122 S. Ct. 1516 (2002).

[39] 以下、精神障害ガイドライン参照。

[40] 精神障害ガイドライン参照。

[41] 以下の記述では、「使用者に対し過度の負担を課さない限り」との留保は付さないが、上述したように、合理的配慮を提供する義務が生じるのは、当該合理的配慮を提供することが使用者にとって過度の負担とならない場合に限られる。

[42] ジョブコーチの提供に限らず、各種の合理的配慮を使用者が実施する際に、どのような支援制度が設けられているかについては、ストレスマネジメントの具体的な方策との関連で重要と思われるため、来年度以降の研究対象とする。

[43] Ralph v. Lucent Technologies, Inc., 135 F.3d 166 (1st Cir. 1998).

[44] Mobley v. Allstate Ins. Co., 531 F.3d 539 (7th Cir. 2008).

[45] ただし、精神障害者は、身体障害者と異なり、自らに障害があることの認識がない場合や、合理的配慮の必要性やどのような合理的配慮が必要かを使用者に適切に伝えることが困難である場合が少なくない。そのため裁判例の中には、使用者が、当該従業員に精神的障害があると認識している場合には、使用者から積極的な働きかけを行うよう要請するものもある。例えば、Bultemeyer v. Fort Wayne Cmty. Schs.事件判決（100 F.3d 1281 (7th Cir. 1996)）では、重度の精神障害をもつ、学校の用務員であった原告が、精神疾患を理由とする休業明けの配置転換に際し、何ら合理的配慮をされなかったために結果的に解雇された事案において、第 7 巡回区控訴裁判所は、合理的配慮を提供する際の「相互関与プロセス」（interactive process）が重要である

ことを強調し、特に労働者の障害が精神疾患である場合には、当該労働者が合理的配慮を必要とする旨を適切に伝えることが困難であるとして、使用者は障害者と話し合いをもつことにより、その内容を特定する義務を負うとした。他方で、原告が自らの障害の状況と、それに伴って必要とされる合理的配慮について、使用者に適切に伝えていなかったこと等を理由に、原告の訴えを退けた裁判例もある（Reed. V. LePage Bakeries, Inc.事件判決（244 F.3d 254 (1st Cir. 2001)。躁うつ病に罹患していた原告が、セラピストから、ストレスを軽減するような合理的配慮を使用者に要請するよう助言されたものの、そのような要請を使用者に対して行わず、結果として原告が使用者に暴言を吐くなどして解雇された事案）。

[46] ADA 制定前後において、障害をもたない労働者と障害をもつ労働者の賃金水準とと雇用水準の変化を検討した結果、賃金については変化がみられないものの、雇用水準については、特に 21 歳から 39 歳の範囲の労働者について、障害をもつ労働者の雇用水準が下がったことについて報告した論文として、Daron Acemoglu and Joshua D. Angrist, *Consequence of Employment Protection? The Case of Americans with Disabilities Act*, 109 J. Pol. Econ. 915 (2000)がある。また、同様の結果を示した論文として、 Thomas DeLeire, *The Wage and Employment Effects of the Americans with Disabilities Act*, 35 J. Hum. Resouces 693 (2000)。

[47] Melissa J. Bjelland et al., *Progress Report on the Economic Well-Being of Working-Age People with Disabilities,* Cornell University ILR School (2009). この調査を紹介した論文として、所浩代「アメリカの障害者雇用政策－障害者差別禁止法（ADA）の成果と課題－」海外社会保障研究 171 号（2010 年）62 頁以下。

[48] ただし、アメリカでは、日本のように機能障害の種類と程度によって、身体・精神・知的に障害の種別とその重度が分類されているわけではなく、また、日本のような障害者手帳制度も存在しないため、精神障害者のみに対する効果を測ることは容易ではない。

[49] 訴訟のデータおよび分析については、前掲注２８, pp231-237.

[50] ADA 改正法の施行は 2009 年 1 月であり、遡及効がないと考えられているため、同法の効果を図るには、もう少し時間を要する。

[51] EEOC への申立件数等に関する情報については、EEOC の HP 参照。
http://www.eeoc.gov/eeoc/statistics/enforcement/index.cfm

[52] 行政的終結（administrative closure）には、被申立人である使用者の宛先不明や、被申立人が EEOC からの連絡に応えない場合、裁判等の他の手続きに移った場合等が含まれる。

[53] 障害種別ごとの件数を示した EEOC の資料には、表 2 にある障害以外にも、学習障害や脳の損傷等の事案が含まれている。

[54] National Council on Disability, The Impact of the Americans with Disabilities Act: Assessing the Progress Toward Achieving the Goals of the ADA, July 26 2007.