

201130012A

厚生労働省厚生労働科学研究費補助金
労働安全衛生総合研究事業

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

平成23年度 研究報告書

主任研究者 三柴 丈典

平成23(2011)年度

目 次

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

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

I. 総括研究報告書

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

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

主任研究者 三柴 文典 近畿大学法学部・准教授（平成24年4月～同教授）

研究要旨

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

得られた結論を整理すると、以下の通り。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

分担研究者

①井村 真己

沖縄国際大学法学部・教授

②水島 郁子

大阪大学大学院法学研究科附属法政実務
連携センター・准教授

(平成24年4月～同高等司法研究科・

教授)

③勝亦 啓文

桐蔭横浜大学法学部・准教授

④長谷川 珠子

福島大学行政政策学類・准教授

⑤白波瀬 丈一郎

慶應義塾大学医学部精神・神経科学教

室・専任講師

⑥梶木 繁之

産業医科大学産業医実務研修センター・
講師

(平成24年4月～同産業生態科学研究
所・産業保健経営学講座・講師)

⑦團 泰雄

近畿大学経営学部・教授

研究協力者

①鈴木 俊晴

早稲田大学大学院法学研究科・博士後期
課程

大東文化大学環境創造学部・非常勤講師

A. 研究目的

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

B. 研究方法

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

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

○調査報告書の基本的な構成

1 公法

1.1 法令、行政規則(ガイドラインなど)、計画など

・行政規則等については、法令との関係を明記する。

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

1.2 法の管轄機関・執行権限者

・法や行政規則等の運用に関わる行政官の権限・役割を描出する。

・行政官以外の者が執行権限を持つ場合、その権限・役割等

例) ドイツの技術監督官(労災防止規程の合法性監督を行う) など

1.3 ストレスマネジメントの具体的な方策(仕組み・流れ)

- ・1次予防面
- ・2次予防面
- ・3次予防面
- ・その他

留意点

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

イ ストレス対策を直接的に規定して

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

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

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

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

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

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

あり得るので、それらも必要の限り捕捉する。

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

1.4 専門家や専門機関の活用によるストレスマネジメント

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

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

- ・具体的な運用実態も可能な限り調査する。

1.5 雇用にかかる精神障害者差別禁止法

- ・こうした法制については1.4でも触れるが、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。

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

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

- ・公法である場合、私法上の効果を明らかにする。私法である場合、2で独立項目

を立て、そこで論じる。

1.6 メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制

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

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

1.7 法政策の背景

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

1.8 確認できる効果

・数値データ、データ以外の専門家による評価等。

・公的支出のほか、民間支出、司法判断等を経た損害賠償支出なども捕捉する。

1.9 関係判例

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

2 私法

2.1 根拠法

2.2 関係する判例

2.3 確認できる効果

・数値データ、データ以外の専門家による評価等。

・公的支出のほか、民間支出、司法判断等を経た損害賠償支出なども捕捉する。

留意点

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

全体を通じた留意点

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

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

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

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

より以下の課題が示された。

○平成23年度における関連領域の専門家の調査課題

(1) 精神医学 (白波瀬)

ア 精神疾患・精神障害とその他の疾患との違い

- ・症状経過の不安定性？再発再燃可能性の高さ？
- ・結局、違いは相対的なものでしかない？

イ 現在、日本の職域で多くみられる精神疾患及び精神的な不調（以下、「疾患等」という）の類型、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動について

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

などに言及する。

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

(2) 産業医学 (梶木)

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

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

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

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

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

質のもので、その本質はどのようなものと考えられるか

(3) 経営学（團）

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

・手間とコストのかかる厄介な流行病？単なる経営上のリスク？

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

・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。

C. 結果

1. 法制度の調査結果（経過報告）

(1) イギリス

ア 背景

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

イ 特徴

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

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

・MS の法的な位置づけは、以下の通り。

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

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

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

そして、位置づけ的にはこれらのルール

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

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

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

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

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

ウ 効果

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

ている。

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

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

エ 図られている対応

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

ールと基準の関係の不明確さ、④基準値にかかる科学的根拠の脆弱性、⑤介入の現実を想定した指針整備やその前提となる調査の不充分さなど)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・レベルでの成果が十分に認められていないということは、”one size cannot fit all”の原則が妥当する可能性がある。つまり、国がモデルを示す意義は大きいですが、個人にしる組織にしる、その脈絡を十分に踏まえない対策は奏功し難いことを示唆している可能性は否定できない。

(2) デンマーク

ア 背景

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

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

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

③国際競争条件下で、人的資源にさほど

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

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

イ 特徴

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

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

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

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

EBサイトで公開されることとなった。

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

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

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

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

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

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

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

・リスク評価は、3年ごとに実施され、改訂されることが義務づけられている。

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

・リスク評価は、

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

を循環させる形で行われる。

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

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

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

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

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

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

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

ウ 効果

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

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

用者が社会心理的労働環境上の問題を抱えていることが明らかとなっている。

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

エ 図られている対応

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

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

(3) ドイツ

ア 背景

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

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

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

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

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

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

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