

適応障害（F43）が圧倒的に多い。

・メンタルヘルス不調者の増加は、企業の生産性や競争力の低下を招き、ひいては国の経済力を弱める可能性が高い。また、保険制度の仕組み上、医療保険財政、年金保険財政（特に稼得能力減退年金関係）への負担が現に大きくなっているか、その可能性が高いとの認識が拡大して来ている。

・労働者と失業者の比較では、労働者のほうが明らかに、精神障害を理由とする労働不能日数が少ない。

・総じて、精神疾患罹患者の増加とそれによる種々のマイナス効果は認められるものの、それが最近の働き方や職場環境の変化に直接影響を受けていることを示す証拠は見あたらなかった。むしろ、精神疾患に詳しい医師やセラピストの増加により精神疾患診断がされ易くなっていることを指摘する見解もある。

イ 特徴

・現段階で、産業精神保健法制度の枠組みが確立しているとはいえない。

・精神障害は、彼国の労災保険法（：社会法典）上、典型的な職業性疾病を定めた職業性疾病リスト（職業性疾病規則の別表1）に掲載されておらず、頭部外傷による外因性精神障害、重大事故（強盗や自殺など）の目撃によるトラウマなど、ごく例外を除いて業務上疾病とは捉えられていない（：私傷病と捉えられている）。

・労働保護法（Arbeitsschutzgesetz）上、人間らしい労働の実現を含めた最終目的のために求められる労働保護措置や、PDCAサイクルの構築によるリスク管理の対象には、精神疾患にかかるものも含まれ得る

が、ディスプレイ作業命令（Bildschirmarbeitsverordnung）第3条の定めるVDT作業に伴う心理的負荷のリスク評価義務などの例外を除き、関係法令上明示されているわけではなく、事業所ごとの具体化は労使に委ねられている。

・しかし、疾病労働者には、罹患事由の業務上外を問わず、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かなり低額である（社会法典第5編第61条以下）、労働不能期間が6週間を超えた労働者には、社会法典第5編第44条に基づき医療保険から傷病手当金が支給される（通常賃金の70%（社会法典第5編47条）、同一の疾病につき3年間で最長78週まで（社会法典第5編48条））など、療養に専念し易い条件が整備されている。

・また、事業主は、障害者の労働参加等を規定した社会法典第9編において、障害によって新たな労働不能に陥り、雇用の喪失に至る事態の予防措置の一環として、疾病により1年間に6週間以上労働不能となった労働者に対し、事業所編入マネジメント（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。

すなわち、前掲の社会法典第9編は、ほんらい障害者（「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」)のリハビリテーションと参加を規定しており、ドイツ政府は、割当雇用制度を含め、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る。その第9編第84条は、第1項で、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おり、前掲の事業所編入マネジメントに関する規定は、2004年になって第2項に追加された。これは、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するが、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、使用者に必要な予防措置の実施を義務づける点では、第1項と共通し、ドイツに特徴的な制度といえる。

・現段階で、こうした法的な保障について、精神障害と他の障害の間に区別はないが、これらの保障を受けるためには、疾病罹患の故の労働不能である旨の医師の診断書を提出せねばならず、単に精神的不調による労働不能というだけでは対象たり得ない。すなわち、①賃金継続支払の受給に際して、労働者は、労働不能が4日以上となるときは、使用者に、次の出勤日までに医師による労働不能の診断書を提出しなければならない(賃金継続支払法5条)。②傷病手当金の請求手続について法律上の規定はないが、実務上、労働者は、医師による疾病罹患による労働不能の証明を受け、それを疾病金庫に提出することが求められる。③事業所編入マネジメントは、労働者か

ら受益の申請をするものではなく、労働者の疾病罹患故の労働不能による欠勤期間が6週間を超える場合、事業者側に当然に措置義務が発生するものだが、労働者側は、その労働不能を裏付けるため、医師の診断書の提出を求められることになる)。

・よって、事業主としては、こうした保障にかかる抛出や負担を避けるためにも、疾病労働者の欠勤による経済的負担や労働意欲の減退などを避け、効率的で快適な企業運営を図るためにも、自主的に、あるいは労使協議(ないし共同決定)を通じ、「作業関連ストレス対策(≠業務上疾病対策)」を推進する必要に迫られている状況にあるといえる。

・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、他者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。

ウ 効果

不明

エ 図られている対応

不明

(4) 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、明らかにEUの法政策（とりわけEC指令）の影響を強く受けて来た。

・当初はセクハラ・モラハラなどが重視され、主にハラスメント対策の法制度が展開して来ていたが、EC指令のリスク管理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、そもそも心身双方の健康を射程に収めていた国内法の解釈において、精神的健康確保対策全般が捉えられるようになってきている。また、2008年のフランス・テレコムでの従業員連続自殺の社会問題化も、自殺対策を含めた幅広いメンタルヘルス対策のための施策の展開を後押ししている。

より具体的な経過は以下の通り。

①89年6月12日：ECの89年「安全衛生の改善に関する基本指令（枠組み指令）（89/391/EEC）」の国内法化

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

③92年11月2日：②を受けて雇用の枠内においてセクハラ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

④02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）

⑤08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

⑥10年5月26日：07年4月26日の欧州枠組み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

・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）、③2008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

・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「組織と調整手段の設置」を列挙している。

また、労働法典 L.4121-2 条は、L.4121-1 条の履行に際して使用者が遵守すべき以下のような一般原則を示している。

①もとより「リスクを避けること」、②「不可避なリスクについて評価すること」、③「根源的なリスクに対処すること」、④「労働を人間に適応させること」、⑤「技術の発展状況を考慮すること」、⑥「危険のある状態を、危険がないか、より危険が少ない状態に転換すること」、⑦「技術、労働の組織編成、作業条件、社会関係及び特に L.1142-1 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、L.1142-1 条にリンクする⑦が特徴的である。

・L.1142-1 条は、「いずれの労働者も、そ

の尊厳に関わる権利を毀損され、身体若しくは精神の健康を増悪させ、又はその職業における今後のあり方を危険にさらす可能性のある、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を被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。

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。

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)。

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。

・その他、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)の関与と外部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。

・こうした使用者の義務の履行に深く関わる存在として、労働医(日本の産業医と類似の職)、安全衛生労働条件委員会、従業員代表制度などが重要な役割を果たしている。

・労使は、「ソーシャル・パートナー」として、(協定の締結を含めた)立法から現場運用に至るまで、法政策に深く関与している。

・法律上、個々の事業に設置される安全衛生労働条件委員会に強い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

②女性の労働条件を含めた労働条件一般の向上

③①②に関わる法規の遵守状況の監視

さらに、同-2条以下が、上記の基本的権限を展開し、以下のような個別的職務（権限）について規定している。

①労働者のばく露するリスクの評価分析（同-2条）

②リスク軽減に関する勧告（同-3条）

③事業場の巡視権限（同-4条）

④アンケートの実施権限（同-5条）

⑤監督官の臨検について使用者から伝達され、同人（監督官）にリスク分析の結果を伝えること（同-6条）

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。

・従業員代表委員会についても、L2313条が、雇い入れ、職業訓練、給与体系、配置、格付け、昇進、配置換え、契約更新、制裁、解雇に至る幅広い場面における人権侵害、身体・精神の侵害、職務の性格上正当化し得ず、達すべき目的と整合しない個人の自由の侵害について、確認次第、使用者に通告する権限を規定し、また、通告を受けた使用者側がしかるべき対応をしなかった場合、対応が不十分な場合等には、労働審判所に急速審理命令の申し立てを行う権限を規定しているなど、労働者のメンタルヘルスの保持増進に関わる活動について多くの法的保障がある（ただし、やはり精神的なハラスメントが主として念頭に置かれているように思われる）。

・事業主の諮問機関である企業委員会（L.2323-1条）も、企業の運営全般に関する事項が諮問事項とされている関係上、メンタルヘルス対策（作業関連ストレス対策）も、審議の対象とすることができる。

・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ことが多い（詳細は、V.資料：研究協力者の関係研究業績を参照されたい）。安全衛生労働条件委員会とも協働して職務を遂行する。

・以上のうち労働法典の合法性監督の役割は、労働監督官が担っており、使用者に課せられた一般的義務の履行や個別労働者の権利保護の場面で、罰則（の威迫）をもって一定の作為や不作為を命じる権限を有している。

・その他、ARACT（地方労働条件改善所：1973年に設立され、労働者の年齢や性別、健康状態、スキル、地域的なデータに基づく企業の行動計画の作成支援や診断等を行う国立機関で、国立労働条件改善所（ANACT）を構成する25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。

・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。

・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、原則として公的補給給付で補償され、それが使用者の *faute inexcusable*（弁解の余地のない過失：重過失の中でも高度なものと解されてきた）による場合に限り、付加的な給付の請求ができることとされて来ていたが、近年の破産院判決が、使用者にその予見可能性が認められる場合一般に *faute inexcusable* の存在を認めるかのような解釈を示したこと、また、労働者の自殺やその未遂による後遺症について使用者の民事責任を認める判決も出て来ていることなどから、使用者の予防への取り組みに間接的な圧力がかかっている可能性も否定できない。

ウ 効果

・保健省管轄下の国立公衆衛生監視研究所 (L'Institut de veille sanitaire (InVS)) による調査が行われているとの情報があるが、調査未了。

エ 図られている対応

不明

(5) アメリカ

ア 背景

・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の適用対象となる障害者の範囲について、同法は、90年法、08年法共に、第3条(1)において、(A)その人の1つ以上の主要な生活活動を実質的に制限する身体的又は精神的機能障害があること、(B)そのような機能障害の記録があること、(C)そのような機能障害をもつとみなされること、の「いずれか」を障害と定義して来た。

(C)から明らかのように、ここでは、実際の機能障害の有無にかかわらず、機能障害と認識された者も障害者と解され、したがって差別を禁止される。

・現行の08年法は、90年法とは異なり、「読むこと、集中すること、考えること、コミュニケーションをとること」などを主要な生活活動の一環と規定し(第3条(2)(A))、実質的にその範囲を拡大した。08年の法改正後に策定されたADA施行規

則 § 1630.2(1)(i)も、「座ること、手を伸ばすこと」と共に、「他者と交流すること」が主要な生活活動に含まれると規定した。また、法でも規則でも、これらは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、(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、常に敵対的關係にある、社会的引きこもりである、必要なコミュニケーションがとれない等の深刻な問題が必要。

②集中すること : 長時間会議での疲労による一時的なものではなく、不安障害によ

り集中できず、細かいミスを繰り返し、注意を受けても改まらない等の状況が該当する。

③睡眠：精神的機能障害による場合にも、寝付きが悪い、時々十分な睡眠がとれないだけでは不十分であり、PTSDにより数ヶ月にわたり睡眠薬なしではわずかしか寝られない場合や、うつ病により数か月間1日に2、3時間しか寝られない場合等が該当する。

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

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

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

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

(要約)を列挙している。

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

(2)適格性を持つ障害者を差別するような契約その他の取り決めや関係に参加すること。

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

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

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

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

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

・以上の第102条(b)(1)～(7)のうち、(1)

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

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

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

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

・合理的配慮の要請は、原則として応募者や労働者側からなされねばならないが、根拠法や意味づけ(*合理的配慮として)を伝える必要はなく、理由と要望事項を端的に伝えることで足りる。ただし、精神障害者の場合、自身の障害について認識がなかったり、合理的配慮の必要性や如何を使

用者に伝達することが困難な場合もあるので、使用者側に精神障害罹患に関する認識がある場合、使用者側に「相互関与プロセス(interactive process)」の中で措置内容を特定するなどの積極的な働きかけを求める判例もある。

・合理的配慮は、現実には障害を持つ人(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。

・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：たとえば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・癖などの個性を因る心理テスト、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。

・ただし、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。

エ 図られている対応

不明

2. 関連領域の調査結果（法制度調査への示唆）

（1）精神医学

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

・精神疾患は、疾患単位としての要件（同一の原因、症状、経過、転帰、病理組織変化を持つもの）を充たしていないことが多

く、そのほとんどは、個人の準備性と環境要因との相互関係によって発症すると考えられている以上に（科学的）解明は行われておらず、現時点では今後も解明される可能性は低い。

イ わが国の職域において多くみられる精神疾患の類型および様相について

・大企業での調査データに基づく、外因性精神疾患の中の中毒性精神病に含まれる①アルコール症のほか、②いわゆる神経症（不安障害や身体表現性障害が含まれる）やパーソナリティ障害との鑑別が困難な軽症のうつ病、③不安障害、④身体表現性障害、⑤パーソナリティ障害などが多くみられる。

②～⑤は、環境と個人の不適合により生じる心因性精神疾患と言える。

・非定型のうつ病では、病気と性格の区別をつけにくい例が多い。他方、中村と行正（2007）（中村純、行正徹：気分障害。日本産業精神保健学会（編）：産業精神保健マニュアル：307-311。中山書店）は、こうした典型的でないうつ病は、ストレス関連疾患としての職場不適応症に代表されるとしている。

ウ 職域における精神疾患の発症予防の効果について

・現在行われている従業員全体への一次予防策の試みについて、ハイリスク群への介入を除き、うつ病の発症防止の効果は確認されていない。他方、二次予防、三次予防に当たる介入では、職域内外で治療効果、再発防止効果が数多く認められている。

エ 適応論的観点に基づく措置（介入）の可能性について

・職域でストレス関連疾患が多いことを踏まえると、人と環境の関係性を「適応」の観点で捉える適応論的観点に基づく措置（介入）が有効に働く可能性があり、それは、場合によっては環境への働きかけ（*職場の管理監督者への指導や職場異動など）となる（ことが適当な）場合もあれば、罹患者自身の振り返りを通じた成長課題の発見と課題達成への介入となる（ことが適当な）場合もある。いずれにせよ、この観点を採ると、発症要因は労働者の成長を促す機会となり得る。

・ただし、適応論的介入は企業（組織論）的な価値基準に干渉ないし支配されることとイコールではないので、精神保健活動には（一定の）独立性が求められる。しかし、人事労務管理と産業保健活動の相互交流は必要であり、その実現のためには、相互に尊重し合う姿勢が求められる。

オ 臨床精神医学と産業精神健康の違いについて

・小比木（1985）（小比木啓吾：精神健康と適応・不適応。小比木啓吾他（編）：産業精神医学 臨床産業医学全書 7:27-33。医歯薬出版株式会社）が言うように、「産業医学の実践では、患者または症例としての個々人を扱うだけでなく、その個々人が適応すべき環境側とその相互関係をも診断し、治療するという方法論が特徴的である」。

・産業精神医学の出自の1つに軍隊精神医学があり、特にイギリスのビオン（Bion, WR（1961））らの精神分析医のグルー

プがノースフィールドのホリームア病院で、精神疾患のために前線から本国に後送された兵士の治療にあたり実施した取り組み（ノースフィールド実験）が有名である。ここでは、戦闘という過酷なストレス状況による有害な影響に対する兵士の耐性を高めることが目的とされていた。視点を変えれば、有害な影響のもとで兵士が酷使され続けるのに手を貸すことになる危険性を孕んでいた。

・この流れを汲む産業精神医学は、1960年代から1970年代にかけて現れた反精神医学の立場からの以下のような批判に晒された。

「精神衛生の名のもとに差別を合理化する動きさえでています。大企業で注目してきている産業精神衛生がそれです。そこ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か良心的に、精力的に活動しても、その企業のポリシーの限界を超えることは極めて困難との現実はある。

しかし、「精神科医が企業に関与しないよりははしている方が、精神障害者の利益に叶っている（小西輝夫：企業のなかの精神衛生. 精神医学, 13(12): 1163-1167)」との考えをもとに、ベターな方策を懸命に模索していくのが産業精神医学の本来的な営みではなかろうか。

カ 「鍛え育てる」という視点の妥当性について

・適応論的観点に基づいた措置（介入）は、労働者を取り巻く環境の調整と共に、労働者の適応能力の成長を図ることを重視するが、企業が配慮できる限界と労働者が発揮し得る生産性に乖離があるような場合には、解雇や退職措置を含めた不利益措置を排除しないため、批判を受けることがある。しかし、労働者保護を強調する方策のみでは、労使双方にとってベターな結果に至り難い。近年、うつ病が市民権を得たという状況がある反面、保護を強調する考え方の蔓延もあり、実は本当の意味では多くの者がその問題に触れがたい状況が生まれている。結局、精神疾患を持つ労働者に対応する人びとは、それに伴う痛みを重く受け止めたうえで、固定観念によって決定的なルールや立場に拠る姿勢を排し（：力動

的視点に立ち）、個人と個人をとりまく環境の双方を対象として、「悩みながら」、適応論的観点に基づく措置（介入）の整備改良に努めていく必要がある。

・その際、ビオン（Bion, WR: *Experiences in group and other papers*. Routledge, 1961）の説く集団力動的な集団分析理論（全ての集団には生産的に実働を果たす作業集団（work group）と何らかの幻想（非合理的発想）に囚われて生産的実働に至らない基底的理想集団（basic assumption group）の両面があり、心理的重圧に曝されると後者の面が活性化するとして、後者をさらに①依存集団、②逃走逃避集団、③つがい集団に分類して説明する考え方）などを参考にして、①基底的理想集団という現象の普遍性に関する認識の集団内での共有、②集団での話し合い、③心理的重圧感などの情緒の開示と共有などの手段を通じ、集団的に対策を練り上げることや、心理的重圧による基底的理想集団的側面の活性化と対策の立案・実践による課題集団的側面の回復というプロセスを経ることが、個人と集団双方の成長にとって有効に働くことも多いと解される。

（2）産業医学

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

・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経験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)

(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）。

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。

④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や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こと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論理ではない。

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日本的背景

・以下のような指摘がなされてきた。

①日本の雇用慣行がもたらす曖昧な職務構造（：分担範囲の不明確性）により、職場全体で仕事を行う際、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。休職者の復職時にも、勤務軽減のさせ方を決めるににくいなどの問題が生じやすい。

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が異なる可能性もある）。

・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、仕事上他者との接触が少ない職種や、職務上自律性を発揮しづらい職場で問題が多いと指摘もある。

エ 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な性格を持つが故の問題もある。策定した制度を一律に適用するのみでは実効的対策になり難い反面、運用を個別化すれば処遇の不公平に繋がりがかねない。

オ 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、客観的に分析をするには、未だ事例の集積が不足している。

カ 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、その抑制手段が必要。考えられるものとして、以下のものが挙げられる。

①法規制

ただし、他国の法制度も参考に、受益者、規制のあり方等を検討する必要あり。

②労働組合

組合は、ほんらい従業員の細かなニーズを汲み取り得る存在である。

③ワークライフバランスの視点に立った企業活動

出産・育児などとも、休復職の過程を経る場合が多いこと、失敗、成功の影響などで共通する。

D. 考察

・以上の調査結果が示唆する通り、積極性に濃淡こそあれ、調査対象国のいずれにおいても、それぞれの国の個性、法制度展開の脈絡に見合ったアプローチ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。より正確に言えば、一定の成果が出ている可能性もあるが、講じた対策との因果関係が（少なくとも政策レベルでは）明確になっていない。

相撲に喩えれば、①「正体のしれない初顔合わせの相手に従来の成功体験を踏まえ

た得意の型を多少アレンジして積極的に勝負を挑んで来た」(イギリス、デンマーク)、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、または流行の取り口の受け売りで済ませている」(ドイツ)、③①②の中間(アメリカ、フランス)、のいずれかの状態にあり、たとえば積極的な勝負をして来た力士でも、結局、「効いている技もあるようだが、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。

・そもそも「メンタルヘルスは科学たり得るか」との命題を立てれば、イギリスの調査報告が応えている通り、公衆衛生疫学的なアプローチは可能だが、自然科学的なアプローチは困難な課題ということになる。精神障害だけをみても、精神医学の報告が示唆する通り、そもそも疾患単位を充たしておらず、外因性精神障害を除き、発症要因や病態も未解明である。よって、どこか雲を掴むような課題とならざるを得ないが、イギリスでもドイツでも、職種別では介護職や看護職などの心身のハードワークにおいて作業関連ストレスにかかる逸失労働日数や精神障害罹患率が多いといった傾向が見られるなど、業務上の疲労やストレスによる健康影響を含めた負の影響を否定することもできない。

・別に問われるべきそもそも論として、各国の法制度が対策の射程に捉えている問題の何如があるが、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捉えているので、日

本でいうメンタルヘルス不調(厚生労働省『『職場におけるメンタルヘルス対策検討会』報告書(平成22年9月7日公表)1頁)と同様に、精神疾患・障害以外の問題が幅広く捉えられていると解される。フランスでは、ハラスメント対策や雇用平等対策では、精神疾患・障害はおろか不調の存在すら問われていないが、EUのリスクマネジメント政策を継受した対策では、デンマークやイギリスと同様に、広くメンタルヘルス不調全体が捉えられていると解される。ドイツでは、既存の法制度の枠組みでは、業務上と捉えられる精神疾患・障害の範囲が極めて狭いうえ、たとえ私傷病(ないし制度上労災とは扱われないもの)として賃金継続支払法による有給疾病休暇制度や、社会法典所定の社会補償給付や事業所編入マネジメント制度の適用を受ける場合にも、実質的には疾病罹患の故に労働不能である旨の医師の診断書の提出が要件とされているので、その射程はかなり狭い。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、メンタルヘルス不調レベルの問題への対策も図られるようになって来ている段階と解される。アメリカでは、障害者差別禁止法の枠組みの中で、雇用主が合理的な配慮さえ提供すれば職務の本質的機能を果たせるレベルの障害者が、救済の対象とされて来た。もともと、障害者の定義自体、同法の性格や機能を決める大問題であり、多くの議論を生み、法改正の契機ない

し要目ともなってきた。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。

・さらに別の切り口（関連法制度の趣旨・性格による区分法）からみると、大別して、アメリカは精神障害者の雇用対策については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ない）、ヨーロッパでは、フランスのハラスメント対策など最低基準として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ように見受けられる）。

しかし、いずれも明らかに奏功していると言える状況にはない。なお、ドイツの場合には、そもそも私傷病でも事業主や社会保障による給付がなされる仕組みと事業主（ないし労使）による自主的取り組みが中心で、政府による本格的な予防対策は充分

でないので、効果を問う前提に欠ける。これは、彼国でそうした問題自体が少ないことを示唆しているとも考えられるが、（精神科医など精神問題の専門家等の人数の増加や、彼らによる意図的な操作がない限り、）精神疾患罹患者自体は増加しているほか、産業精神保健に関する問題認識は拡大しているとのことなので、そうとも言い切れない。

・もっとも、積極的な取り組みをしている国では、それぞれの試行錯誤の過程で、（たとえマクロレベルではなくても）個別的な成功・失敗事例の集積が図られて来ており、これらを今後の実効的な対策モデルの形成へ向けた萌芽と見ることはできる。そして、そのうち成功例はおおむね、一定の標準を踏まえつつ、個々の事業の個性や脈絡を踏まえたオーダーメイドの取り組みであることがうかがわれる。

仮にその通りであれば、国の産業精神保健法政策でも、いわば性能要件化（：一律的な規準への適合性審査ではなく、現場で実効性のあがる方策の許容と国の法政策への積極的な吸収）への発想の重点の移行ないし追加が求められることになる。要件となる性能の指標としては、現段階では、デンマークなどが採用している、休業率、作業関連疾患罹患率（筋骨格障害（musculoskeletal disorder）や心臓血管系疾患（cardiovascular disease）など器質性疾患の罹患率を含む）、自発的離職率、職場の問題（：労働環境に関する問題）とこれらの指標との因果関係、職務満足感、業務パフォーマンス、守秘条件下での意見聴取の結果などが参考になろう。もとより、日本の安衛法政策でも、現在国会上程中の法