

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の長官は、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十分であり、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 2007⁵⁸）。

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 2005/06⁵⁹)。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、当該不調に罹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おり、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る。

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(特筆すべきものとして、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、いくつか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、Karanika⁷¹)。

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、この主張に十分な根拠があるともいえない。公衆衛生的観点(McPherson⁷³)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 Treasury⁷⁵)。

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にはできず、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。むしろ、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十分な根拠となるだろうが、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十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到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 国内事情

1.4.2.3.1.1 「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な低水準に至り、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。

1.4.2.3.1.2 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。

1.4.2.3.1.2.1 MSA 開始以前の動向 (未了)

1.4.2.3.1.2.2 MSA 開始以後の動向

別添図1参照。

1.4.2.3.1.2.2.1 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。

1.4.2.3.1.2.2.2 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で、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十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たとしても、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。現実には、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

を支えるに十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つ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十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。

1.4.2.3.1.2.2.3 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⁸¹、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」⁸²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。

もともと、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、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人々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⁸³。

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⁸⁴。

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（※下線は報告者が添付した）。

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。

1.4.2.3.2 国際事情 (未了)

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⁸⁵。

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⁸⁶。

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る（would be deemed）、と記されている⁸⁷。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⁸⁸）⁸⁹。

遵守されるべき段階は、以下の通り。

（別添図2参照）

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⁹⁰。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⁹¹）、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⁹²）。その結果、評価ツ

ールは、MSA の主軸となるに至った⁹³。

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⁹⁴）。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⁹⁵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⁹⁶。

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3参照）

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）⁹⁷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⁹⁸）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⁹⁹)。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(HSE¹⁰⁰)。

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¹⁰¹。

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¹⁰²。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¹⁰³。

「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、十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、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¹⁰⁴。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¹⁰⁵。

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）¹⁰⁶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もあり、その意味で、HSE の MSA は、「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