

IV. 研究成果の刊行物・別刷

産業精神保健のために法ができること・なすべきこと
～産業精神保健法の構想～

三 柴 丈 典

近畿大学法学部

産業精神保健のために法ができること・なすべきこと ～産業精神保健法の構想～

三 柴 丈 典

近畿大学法学部

What Law Can Do and Should Do for Industrial Mental Health?: Proposal for a New Conception of “Industrial Mental Health Law”

Takenori MISHIBA

Faculty of Law, Kinki University

Abstract This article proposes a new conception of “industrial mental health law”, which aims to achieve benefits for both workers and employers by improving human resources and the workplace environment through maturation of individuals and organizations. This law’s basic principles revolve around preventing excessively stressful events in the workplace and respecting the personality of each worker. It focuses on procedural regulation in order to promote rules in each workplace and to legislate detailed law at the nation’s level and procedural regulation by industrial engineering techniques and by the utilization of occupational health specialists in each organization. Until now, three obligations can be legislated into the law as follows: First, prohibition of discrimination against a worker for hatred. Second, supporting the worker when his work conditions are changed drastically. Third, securing sufficient sleep and private time for workers.

Key words: Occupational Safety and Health Law (労働安全衛生法), Industrial Mental Health (産業精神保健), Labour Administration (労働行政), Human Resource Management (人事労務管理)

1 はじめに

現在、職域を含めた幅広い領域における実効的な自殺・過重労働・メンタルヘルス対策（以下では一括してMH対策という）が喫緊の課題となっているが、職域での対策は、これまで主に人事労務や精神科医療、心理臨床などの所掌課題と考えられ、法による対応は

限定的であった。しかし、産業精神保健では、①リスク要因とそれらへの心身の反応、疾病障害に至った場合の病態などの全てが不可視であることが多く、定性的、定量的測定や診断が困難な対象を取り扱うこと、②実効的対策のためには人事労務管理のあり方ないし組織・職場風土自体の改善が求められる場合が少なくないこと、よって、従来の事業者や使用者を中心的な

著者連絡先：三柴丈典 〒577-8502 東大阪市小若江3-4-1
近畿大学法学部
TEL：06-6721-2332（内線3514） E-mail：ggjd512@yahoo.co.jp

名宛人とする規制体系では不十分な場合が少なくないこと^{脚注1}、③特に2次予防以降では個別的で継続的かつ内面的な対応が求められることなどから、現行の労働安全衛生法（以下、安衛法という）を中心とした労働者保護法では対応が叶わない場面が増加ないし顕在化して来ている。

他方、④強制力のない行政規則等による誘導的施策でも、それらが民事上の過失の判断規準となるなどして事実上の強制力を持つことはあるが、現に予防的な強制介入が必要となる場面において、他の疾病障害の発症やそのリスク要因と異なった取扱いを受けることが妥当か、という問題は残る。加えて、⑤事後的な補償・賠償を争う労災認定争訟事件や労災民訴事件において、予防的な行為規範に転用可能な判示をなす判例が相当蓄積して来ている。

そこで以下、母法を安衛法とする産業精神保健法という新たな立法について構想する^{脚注2}。もっとも、筆者は現在、厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）を受けて、諸外国の産業精神保健法制度の体系的な調査研究を開始したところであり（「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ついて」（H23-労働一般-002）研究代表者：三柴丈典）、構想の具体像は、その作業を終えた後に描出する予定である。よって本稿では、そのアウトラインを述べるにとどめる。

まず、この法領域と現行安衛法との関係について述べる。

現行安衛法の中で、事業者によるMH対策に適用可能な主な条文としては、以下のものが挙げられる。

①これまで、産業ストレスに関連する災害の賠償事件において裁判所が言及したもの

第28条の2（業務に起因するリスクのアセスメント及びマネジメントの努力義務等）

第65条の3（作業管理の努力義務）（電通事件最2小判平成12年3月24日労働判例779号13頁など）

第3章（安全衛生管理体制の構築にかかる義務及び努力義務）（真備学園事件岡山地判平成6年12月20日労働判例672号42頁など）

②メンタルヘルズ指針（行政規則・局長通達）の根拠とされたもの等

第69条第1項（健康の保持増進を図るための措置の努力義務）、第70条の2（厚生労働大臣による第69条第1項に定める措置に関する指針の公表及びそれに基づく指導）^{脚注3}

③快適職場指針（行政規則・省告示）の根拠とされたもの等

脚注1 現行安衛法や労基法にも、両罰規定（安衛法第122条、労基法第121条）があつて、事業者の従業者に違反があつた場合、その実行行為者と事業者の双方が処罰され得る仕組みとなっているし、事業者に安全衛生責任を負わせる仕組みの背景には、同人の指揮・業務命令権限、労働条件設定権限、事業による受益主体であること（いわゆる報償責任）、（経済的・社会的立場の優位性を念頭に置いた）損害分配の公平性などの事情がある。また、職場風土に問題があるならば、まさに事業者でなければ実効的対策を講じ得ない場合も少なくないであろう。さらに、加害者が明らかな場合、不法行為法を活用すれば、たとえ従業者や部外第三者であっても、当該加害者の法的責任を訴求することはできる。しかし、メンタルヘルズ問題では、法的責任要件である違法な過失の事実を特定し、立証すること自体が困難な場合もあり（ただちに違法性までは認められないが、過重負荷がかかる条件は数多い）、加害者が不明であったり、たとえ明らかとなる場合にも、法的な指揮命令権者以外であることもある。

脚注2 なお、学問的にも、産業精神保健法学という新領域の構想が求められる。すなわち、従前の労働法学領域からのアプローチは、おおむね既に生じた災害の補償・賠償理論の検討などに限られていた。しかし、物理的に立証が困難な問題に関する立証責任分配論の限界、意思能力・行為能力に支障を生じるには至らないが、易疲労感や視野狭窄、将来不安感などから訴訟の着想、遂行が困難となる者の救済の困難性に代表されるように、従来型の法規範学のアプローチでは、従前にも増して産業社会における実質的公平を図り得なくなって来ていること、他方、労働者保護の発想ばかりでは実効的対応、本質的解決が困難になって来ていること等から、少なくともその方法論について根本的な再考を迫られるからである。

脚注3 なお、メンタルヘルズ指針が快適職場環境形成にかかる第7章の2ではなく、健康の保持増進にかかる第7章の条文に根拠を置いて発出されたことの意義は軽視できない。第7章の守備範囲は、原則として、業務外、疾患か否かの双方でグレーゾーンにある。よって、日本の安衛法は、欧州諸国と同様に、MHは作業関連ストレスの問題であるとの理解に立っていると解されるからである。

第 71 条の 2 (作業環境管理, 作業管理, 労働者の疲労回復設備等の設置・整備等による快適職場環境形成の努力義務), 第 71 条の 3 (厚生労働大臣による第 71 条の 2 に定める措置に関する指針の公表及びそれに基づく指針), 第 71 条の 4 (国による事業者の快適職場形成支援の努力義務)

④近年の法改正 (平成 17 年法第 108) において, 主に MH 対策を意識して策定されたもの

第 66 条の 8 第 1 項, 第 3 項, 第 4 項, 第 5 項 (長時間労働者面接指導等の実施義務, その結果の記録義務, 医師への意見聴取義務, 医師の意見を踏まえた事後措置義務), 第 66 条の 9 (面接指導対象者以外の要配慮者に対する措置の努力義務)^{脚注 4}

⑤主に MH 対策を意識して策定されたわけではないが, 同対策も射程に捉えられていたもの

第 70 条 (健康の保持増進を図るための体育活動, レクリエーション等の活動についての便宜供与の努力義務), 第 71 条 (国による事業者の健康の保持増進措置のための援助の努力義務)

なお, 一般健診・特殊健診の実施義務, 都道府県労働局長による臨時健診の指示, 医師選任の自由について定める第 66 条も, 強制こそできないものの, 問診等による「心身の欠陥」の調査を予定しているから, これに連なる第 66 条の 3 (健診結果の記録義務), 第 66 条の 4 (健診結果についての医師等への意見聴取義務), 第 66 条の 5 (医師等の意見を踏まえた事後措置義務等), 第 66 条の 7 第 1 項 (健診結果を踏まえた医師等による保健指導の努力義務) についても, 任意に回答された MH 不調については射程に収めていると解される。

⑥MH 対策を射程に入れて策定されたわけではないが, 同対策にも類推適用が可能と解されるもの

第 65 条の 4 (物理的に有害な作業に従事する時間 [作業時間] の制限),

第 68 条 (特定の疾病罹患者の就業禁止措置義務) (本条所定の厚生労働省令に当たる労働安全衛生規則第 61 条は, 当初精神疾患罹患者も対象に含めていたが, 産業医に判断させるのは適当でないとして, 平成 12 年改正で除外された経緯がある。なお, 本条に関する京和タクシー事件京都地判昭和 57 年 10 月 7 日労働判例 404 号 72 頁は, 「左肺浸潤の疑, 要精査」との健診結果を受けながら, 本人にその結果を伝えず, 漫然と従前通りのタクシー運転業務に従事させたことにより肺結核の重篤化を招いたとして, 本条違反を要素として事業者の過失責任を認めている。)

以上からも窺われるように, もともと安衛法自体, 法体系的な整合性もさることながら, 合目的性を重視する現場志向の規制体系を採用している。以上の例でも, (1)事業所ごとの安全衛生上のリスクに対応した自主的かつ継続的な安全衛生管理を促進する規制, (2)労働者の健康状態を把握させ, その情報を記録・活用させることにより^{脚注 5}, 医療の関与の下に個別的な事後措置を義務づける規制 (なお, 事業者が労働者の不調状態を知れば, 民事上も実効的な事後措置が求められるので, その意義は小さくない), (3)医療人などの専門家を履行補助者として労働衛生管理を行わせる規制, (4)医療人を事業者の諮問機関 (衛生委員会) に関与させてその専門性を活用させる規制, (5)健康の保持増進, 快適職場形成といった高レベルの目標設定を本法で行いつつ, 国に比較的詳細な指針 (行政規則) を策定させ, 当該目標へ誘導する規制 (なお, 行政規則といえども民事上の過失の判断要素とされることが多いため, 事実上の強制力を持つ行為規範となり得る) など多様な規制手段が採用されており, それこそが同法が労基法の姉妹法として分離独立した意義の 1 つでもあ

脚注 4 この秋の臨時国会に提出予定の安全衛生法改正法案には, 事業者が労働者の精神的健康状態のチェックを義務づけ (労働者側にはその受検を義務づけ), 産業医等の医師による面接指導を経て就業上の措置等に結び付ける枠組みが盛り込まれる予定だが, これは基本的には労働者自身に不調の気づきの機会を与え, あげて精神的職場環境の改善を実現することを最終目的とするものである。訴訟との関係でも, 少なくとも客観的な記録に基づく (労使の) 責任の切り分けに貢献する可能性はある。例えば, 労働者が検査において正直な回答・愁訴を怠った場合, 一定の条件下では, 後の訴訟で使用者側の免責や減責を導く可能性もある。

脚注 5 記録の保存は, 事後措置のみならず, 労働監督行政や民事訴訟などにも貢献する。法令の立案者は, 言外にそのことを予定して起案している可能性が高い。

る。

しかし、産業精神保健の実効性の観点からは、未だ上記①～⑤の事情をカバーするには至っておらず、たしかに法第28条の2や関連規定である第88条などに将来展望の萌芽を見ることはできるが、現状は、行政規則やその他の行政公表文書に記載された緩やかな行為規範や、精神保健疫学、精神科学等の専門文献などが民事訴訟で活用され、それらを参考に、個別事案に応じた補償ないし過失認定がなされている状況といえる。

このような状況は、予防施策の裁量を事業者任せ、事後的な補償・賠償責任を厳格に問う、という意味である種のバランスはとれているが、結果予測の不確実性や、心理的なマイナス・インパクトを招き易く、事業者側にMH対策をリスク・マネジメントと捉えさせ、時に過剰な責任防御策を講ぜしめる一方、経営ないし個々の人材質の成熟化、活性化を含めた本質的な職域の環境改善から意識を逸らせてしまう危険を伴う。むしろ、労働法令による直接的な経営裁量領域への介入は原則として避けねばならないが、安全衛生、とりわけ産業精神保健が経営と不可分であり、条件によっては死者や重篤な疾病障害患者を生みかねない現実を踏まえれば、経営裁量にかかる実体的規制も、中長期展望で経営改善に繋がり、一定の柔軟性を持つ限り、不可避ではなかろうか。三柴¹⁾でも明らかにしたように、既に、産業ストレス性災害にかかる多くの裁判例が、事業者の人事労務管理にかかる健康確保上の義務を特定することで、それに直接介入するような判断を示してきている^{脚注6)}。

なお、産業精神保健法の構想は、安衛法とその母法たる労働基準法（以下、労基法という）の親子関係ないし労基法（親）の親たる工場法との直系（卑属）関係を再確認させる意義も持つ。先ず、安衛法—労基法関係についていえば、長時間労働による過労死事件を

典型として、特に産業精神保健の実現には、労働基準法令による幅広い労働条件規制が必要なことを再確認する必要がある。そもそも安衛法という領域自体、労働者の命と健康を守るという目的志向の法領域であり、労働関係法令のみならず、製造物責任法、建築基準法、消防法など、MHについては精神保健福祉法、障害者雇用促進法など、様々な法体系の規制を包括する。労働安全衛生法典は、その基軸となる法律であるというに過ぎない。次に、安衛法—工場法関係についていえば、工場法が、大河内一男博士の労働力再生産論に大きな後押しを受けて成立したことを再確認する必要がある。すなわち、工場法は、当時は当然視されていた長時間連続労働、深夜業、児童労働等を規制するに至ったが、大河内理論は、労働力を疲弊させれば資本側のためにもならず、ひいては国力の衰退にも繋がる^{と説き}、当初頑強に抵抗した経営者らを大いに説得した。そして、「国際競争」や「生き残り」という言葉が産業社会に席卷する現状は、幸か不幸か古典的な工場法制定の背景の再確認が求められる時代でもある^{脚注7)}。

なお、産業精神保健の観点では、労働契約法との関係も無視できない。そもそも日本の労基法は、一定類型の雇用差別の禁止、賃金の支払方法、労働時間の上限、上限逸脱の要件、算定方法、柔軟な労働時間制度、解雇の規制、労災補償などについて定めてはいるが、雇用の具体的条件については、一部の例外を除き殆ど規定しておらず、例えば、具体的な職務内容や職務の質量、賃金額、人事に関わる事項、いわゆるがな労使間・労務間の個別的なコミュニケーションのあり方等には触れていない。そして、これらはおおむね経営者側の作成する就業規則の規定等に委ねられたので、必然的に同人に大きな裁量が留保され、その運用によっては、特定の労働者に大きなストレスがかかる前提を作り出していた。判例も、人事面では経営側に比較的

脚注6 三柴¹⁾を参照されたい。

脚注7 むろん、三柴¹⁾からも明らかのように、現代に労働者を死に追いやる過重負荷要因は、複雑多様かつ従前であれば過重負荷とは認識されなかったであろう軽微なものもあるし、病態も、本人のパーソナリティの影響も大きいと解されているいわゆる新型うつを含め、多種多様である。しかし、仕事が集中する、パワハラに苛まれるなどして、過剰なストレスに見舞われる労働者については、大河内理論の直接適用が求められようし、それ以外の者についても、人材開発、経営改善の視点で対応する必要があることに変わりはない。すなわち、たしかに経済状況、社会制度、技術の発展など様々な条件の違いはあれ、岡実『工場法論』（有斐閣書房、1913年）からも汲みとり得るように、人びとが労災疾病に陥る基本的なプロセス、背景にある人間や組織の（心理）構造などに当時と通底する面はあると解される。

大きな裁量を認めて来たから、ドイツなどとは異なり、就業規則によるコントロールは割合に容易であった。そこで、就業規則規定に合理性の枠をはめる判例法理が発達し、それが近年に至り、労働契約法(平成19年法律第128号)において明文化されることになったのである。

2 理 念

2.1 理念の基本となる思想

産業精神保健法においても、法である以上、根本理念の核に公平があることに変わりはない。もっとも、公平という以上、比較対象の設定が求められる。結論からいえば、業務外のMH不調者については、たとえ健常者との平等が困難でも、身体的な疾病障害罹患者との実質的な平等取扱いが求められることとなる^{脚注8}(なお、アメリカで2008年に成立したメンタルヘルス・パリテティ法は、精神疾患に身体疾患等と同等の医療保険給付の受給を保障したものである)。他方、業務上の不調者については、原則として健常者との実質的な平等が求められる。いずれにせよ、「可能な限り目に見えにくい事象と目に見えやすい事象の平仄を図る」ことが求められる。しかし、これは単に身体的な疾病障害者と同じ措置を講じれば良いという趣旨ではなく、精神的不調(ないし同不調とその他の疾病障害の合併状態)の特質を踏まえた措置の必要性を説く趣旨である^{脚注9}。

また、職域で対応可能な疾病障害の性格やレベルも問われよう。アメリカのADA(障害を持つアメリカ人法)の示唆を汲めば、合理的な配慮・便宜さえなされれば、職務の本質的機能を果たせるレベル、という定性的な対象設定がなされることになる。もっとも、精神障害における合理的配慮の内容は、他の障害類型の場合より複雑多様、多層的となるから、精神医療等の専門的見解を踏まえつつ、本人との協議を行い、企業等の過剰な負担にわたらない措置が決定されるべきこ

ととなる。

2.2 プライバシー(権)や内心の自由との関係

むろん、精神状態の強制調査は、プライバシー(権)や内心の自由を侵害する可能性と隣り合わせだし、そもそも調査結果の信頼性・妥当性等にかかる問題も残る。しかし、プライバシー(権)はそもそも他の権利利益との関係で具体的内容が画定されるべき相対的な権利であり、内心の自由も、調査の趣旨目的や手法が、まさに内面的な精神の自由を保障するものである限りクリア可能であろう。さらにいえば、そもそも人事労務管理という作用自体、心理作用とは不可分な面があり、現に多くの企業等が組織への帰属意識を高め、企業利益に貢献させるための様々な心理作用を駆使していることは言うまでもない。不要と考えられた人材への対処も、法的・社会的に厳しい解雇制限に正面から挑むより、孤立化、低評価、やりがいを持てない仕事の割当を含めた種々の「いづらい雰囲気」の作出により、心理的プレッシャーをかける場合が少なくない(かといって、擬制解雇の法理論が容易に認められる現状にはない)。産業精神保健法には、適切な対象者につき、かような事情への「実質的な」対応も求められる。すなわち、形式的公平ではなく、実質的な公平の実現が求められる^{脚注10}。

2.3 理念的目標

同法では、トップダウンとボトムアップ、マクロとミクロ、学際性の発想が求められる。トップダウンは国などによる統一的法政策、ボトムアップは事業の性質、職場風土などの個別的事情に対応した規制を意味する。マクロは企業や業界団体、事業所全体のシステムなどにかかる措置、ミクロは個々の労働者等の事情に応じた措置を意味する。学際性は法学のほか、臨床医学、心理学、産業医学、経営学、人事労務管理学などにわたる専門性の「連携的な」活用を意味する。

また、同法では、現行安衛法が精神保健規制の根拠としている健康の保持増進や快適な職場環境形成の目

脚注8 むろん、障害者となっても、既に決定した職能資格等級などは本人合意のない限り、原則として降格させられないので、そのような場合には、健常者との平等が図られることとなるが、これは障害者一般と健常者との平等の問題であるうえ、契約論上の問題でもあるから、本文で述べたことと特に矛盾はしない。

脚注9 これは、アメリカの障害者差別禁止法上は、おおむね合理的配慮(reasonable accommodation)の問題となり、これを差別からの救済の問題と考えるか、差別救済とは別の積極的な支援措置の問題と考えるかは議論の余地がある。私見としては、両者に跨がる問題と考えている。

脚注10 この観点では、労働契約法第5条所定の安全配慮義務が心身両面の健康を対象とすること(「労働契約法の施行について」平成20年1月23日基発第0123004号)などが想起されるべきであろう。

的を敷衍し、労使双方の福利を目的とする。むろん、同法の祖母法である労基法が憲法第27条の定めを受けて目的とする「人たるに値する生活を営むための必要を充たすべき」労働条件の実現、同じく理念とする労使対等決定原則等は踏まえられねばならないが、かような目的設定がなければ、ほんらい人事労務管理の裁量領域に規制のメスを及ぼす正当性を担保し難いし、実効性も見込まれないからである。ここで労使双方の福利とは、次のような事柄を意味する。

(1)個々の人材質の成熟化：とりわけ「自」「他」と「自他の関係」についての客観的認識力、基本的な言語能力、思考力などを要素とする人格的な成熟化のほか、心身の健康の確保など。

これらをもって、ひいては職務上のパフォーマンスの向上が図られること。

(2)経営組織の質的な成熟化：(1)による個人と組織双方の成熟化。また、企業組織体の個性、目標設定が明確で、組織内における縦横のコミュニケーションがスムーズになされる求心力と帰属意識の高い経営の実現。これにより、(1)とは逆方向の作用として個人と組織の有効な機能と成熟化が図られ、ひいては個々人の人材質の維持・成長（職務遂行能力の向上、人格的成熟化）が図られること。

そして、こうした目標達成のための鍵となる考え方として、父性（比較的短期的な成果実績、形式を重視する北風の対応）と母性（比較的長期的なプロセス、内面を重視する太陽の発想）のバランスも求められよう。三柴²⁾で整理した幸福の経済学の示唆からも、そのいずれかばかりを強調する考え方では、その実現は困難と解されるからである。

2.4 特に踏まえておくべきことから

三柴³⁾からも明らかなように、司法が認定した産業ストレス要因にも、日本人の（最頻値としての）国民

性は色濃く反映されている。よって、国民性研究が示唆する以下のような「従前の」日本の職域文明に関する仮説を踏まえた構想が求められよう。

①組織帰属意識の強さ

②信頼と安心（ご恩と奉公）の関係

③同じ帰属性を持つ者の中でのプライバシー観念の希薄さ（プライバシーより相手が置かれた状況への介入的な思いやり）

④多層的・多軸的な階層（短期的視点で特定の定型的尺度による評価を行うより、長期的視点で多軸的・多層的な評価を行う傾向。処遇格差も、長期間に誰の目にも明らかな差異が生じた時を見計らって付けることで周囲の納得性を高める。）

⑤裏と表の使い分け

⑥紛争当事者間に共通する上位者の仲裁によるソフトな紛争解決など

3 実 体

産業精神保健法では、既に幾多の判例が言明する①過剰ストレスの防止や、②労働者人格の尊重が実体としての基本原則となる。しかし、これらは複雑多様、多層的で目に見えにくい事象（ほんらいは使用者の裁量範囲内にある個々の指揮命令や、事実行為にすぎない個々の発言内容など）に関わり、かつその実現のためには問題の文脈を捉えた本質的解決が求められるため、実体と手続の両面にわたる規制が必要になる。特に手続的規制では、経営学分野で開発されたPDCA（Plan-Do-Check-Action）サイクルによるマネジメント・システムの設定により、産業精神保健を経営システムに組み込み、個別的事情に応じた実効策が継続的に機能させるよう促進する規制が重要な意味を持つ^{脚注11}。そしてこれと同様のことは、個々の事業所のみならず、国の法政策レベルにも妥当する。すなわち、

脚注11 イギリスでは、イギリス労働安全衛生法（HSWA）に基づき、ストレス管理基準（MS）と呼ばれるシステムにより、あるべき職場環境、労働条件を措定し、それと実際の職場との差異を測定させ、理想的条件へと誘導する手法が採用されている。この施策は、心理社会学者を中心とする幾つかの研究グループの調査研究によりリードされており、筆者の調査によれば、現段階では、職域にある個々のリスクを見出して、バンソコを貼るような手当をしていく事後対応的な手法（いわば西洋医学的手法）ではなく、職域の環境、条件の積極的、本質的な改善によりイキイキとした組織を創出する、いわば東洋医学的手法に重点がシフトしていつていることがうかがわれる。そして、こうした施策により、既にナショナル・レベルでストレスに関連する症例の推定発生件数が7%減少したとの調査結果が出されている（Health and Safety Executive (2009). <http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh0809.pdf>. Accessed on 25 May 2010.）。ここで、法（HSWA）は、実質的には労働監督の強制介入と予算措置を裏付ける意味しか持っていないともいえるが、形式的には最低基準、施策立案の手続、最終目標の設定などに貢献していると解される。今後の日本の法整備に際しても、有益な示唆となろう。

(現にそうされているように)精神医学, 産業精神保健疫学, 裁判例などの継続的なレビューから, 立法的保護に値するレベルまで社会的に成熟した理論は, 行政規則レベルでの記載による誘導からはじめ, 更に社会実験的検証や既存の法体系との調整などを経て徐々に, 特に重要なものについてはそうしたプロセスを最低限にとどめ, 直ちに立法化させていく必要がある。現段階でも既に, ①労働者の公正取扱い義務, ②労働条件に質的・量的に大きな変化があった場合のサポート体制構築義務, ③休息時間の確保義務などが, 立法適性を得ていると解されることについては, 三柴⁹⁾でも論じたことがある。その他, 深夜・交替制労働の制限なども立法適性を充たしていると思われる。

実のところ, かような発想の萌芽は, 前述した通り, 立法上, 安衛法第28条の2, 第88条などにみることができし, 学説として, 水町ら⁹⁾が, 労働法体系全般にわたり, フォード的生産モデルに対応する規制モデルの改革を志向し, おおむね同旨の基礎理論の構築と展開を先駆的に図っている。そこで, 後者が要約する手続的・構造的規制理論のエッセンスを示す。水町ら⁹⁾では, 手続的規制理論はヨーロッパ型, 構造的規制理論はアメリカ型として区分して紹介されているが, 共通項が多いため, 以下では(属性のみ記しつつ)両者を区分せずに記載する。

①手続的アプローチにおける手続の中から公正妥当な結果を導くための当事者への義務の設定

- ア 関係者に広く情報を公開する義務
- イ 開かれた交渉を行う義務
- ウ 問題の解決策のみならずその案もたらす諸効果を含めたシナリオを提示・説明する義務
- エ 決定後もその決定の調査・評価を行う義務などの設定。

②手続的アプローチにおける問題の認識と解決を促す措置

- ア 合理的手続の履践についての司法審査
 - イ 専門家・専門機関によるサポート
 - ウ 公的基金による財政的援助
- など。

③手続的アプローチにおける国の役割

- ア 法令による平等権を含めた基本的人権にか

かる最低基準の設定

イ 法令による基本目的や原則の設定

ウ 法令による手続の枠組みの設定

④構造的アプローチにおける法の役割

ア 法違反を「ある条件または問題」として定義すること

イ ある行為の適法性・違法性を決定するプロセスにおいて文脈(前後関係)を重視すること

ウ 問題の予防・是正措置をとることにより使用者が免責されるアプローチにより制度的改革のインセンティブをもたらすこと

エ 内部手続の実効性評価等により説明責任を果たすこと

など。

⑤構造的アプローチにおける専門家・専門機関の役割

ア 組織内で構造的アプローチを推進し, 説明責任を果たし得るような担当部門を構築すること

イ 事例情報を広く収集し, 批判的に評価すること

ウ その組織独自の実効的なルールを作り出していくこと

エ 組織内にパイロット事業を立ち上げ, 成功事例を作り出して, 他に広めていくこと

など。

以上は欧米の先進的学説として極めて示唆的である。しかし, 先述したような日本の国民性研究を踏まえた調整が必要となろう。

例えば, 情報公開とは言っても, 日本の多層的・多軸的な階層を考えれば, その相手は(当面)一定の同質性を持つ人間(集団)に限らざるを得ず, 対象に応じて公開範囲を調整せざるを得ないであろう。また, 組織内事例の収集と批判的検討と言っても, 事業体質に対する急激かつ苛烈な正面からの批判は逆効果を生み出しかねないから, あくまで信頼関係のもとでの建設的批評(積極的改善策の提言)とする必要がある。

他方, 以上の仕組み自体にかかる問題も生じ得る。経営者側が基本的に良心的で, 気付けば対策する姿勢であれば有効に機能する可能性が高いが, 良識に欠け,

視野が狭く、多様性を認めない方針に固執するものの、事業利益や対外的ブランドイメージは維持されているような場合、内省的な手続の促進により本当に問題対策が前進するのか、といった問題は残る。内部に良識者がいても実権を与えられておらず、特定の個人や集団に対し様々な知略をめぐらせて、個別的には特に過重にわたらないストレス要因を長期的に作出するような組織もある。よって、上述した国策レベルでの最低基準設定の努力も欠かせない。

加えて、産業精神保健の目的に即した対策が意識される必要もある。具体的には、事業の性質に応じ、予防の段階（ゼロ次予防から3次予防）に応じた実効的対策が事業所ごと、職務単位ごとに規定される必要がある。三柴⁹⁾からも明らかのように、産業ストレス性災害は、多くの場合、複数のストレス要因が重なることで発生しているから、いわば「合わせ技一本」とならないよう、またたとえ単体でも極度に過重なストレス要因が生じないように対策される必要がある。また、仮に不幸にして災害（疾病障害の発症や死亡災害）が生じてしまった場合にも、その後の企業等の対応が誠実であれば、訴訟リスクを回避できる場合も多いし、適切かつ実効的な再発防止策（精神保健文化の構築）が講じられれば、大きな犠牲のうえに他社のモデルとなるような成功事例を生み出す可能性もある。また、産業保健職がその専門性をベースに組織内ネットワークの要として活用され、同人が特定の組織や職務の性格に応じ、かつ労使の大きなレベルでの中長期的なバランスを考え、個々のリスク要因や病態に応じ、法を踏まえた実効的かつきめ細やかな措置を勧告ないし指示できるような法的・社会的な条件整備が求められよう。そして、こうした手続履践の第三者による審査は、司法のみならず、労働基準監督官、労働衛生専門官等の行政によってなされる必要もある。

4 法の履行確保

産業精神保健法の下では、デンマークなどにおけると同様に、労働行政の役割が大きくなる。現況、労働行政は、すでにその重点が監督（取締）行政からサービス（指導）行政へ移行しつつあると指摘されることがあるが、デンマークなどの例に倣えば、全被用者に占める疾病休業者数、作業関連疾患罹患患者数、離職者数に加え、事業所の査察ないし観察、就労者へのイン

タビュー結果などを指標に、実効的な職場環境改善計画の審査や策定・改善指導を行うことなども選択肢となろう。むろん、最低基準にかかる監督取締も重要業務であり続けるだろうが、現在の流れを敷衍すれば、結果的に労働行政と経営コンサルティングの機能役割が接近する可能性も否定できない。その場合には、労働衛生専門官等の業務の重要性が今以上に増すことも予想される。

5 法的性質

産業精神保健法では、上述した休息時間の確保義務などの実体的な最低基準が危害防止基準として行政処分や刑事罰（以下、行政処分等という）の根拠となると共に、強行法規的性格を持って契約内容を規律する。ただし、三柴⁹⁾でも論じたように、公正取扱い義務では精神的ストレスを与えるような嫌悪感に基づく差別的取扱いを手続の中で特定していく必要があるため、違法性は手続と実体の両面から判断される必要があり、労働条件変更の際のサポート体制構築義務でも、どのようなサポートが必要となるかにつき、労働者との協議が求められるほか、産業保健スタッフ等による勧告、衛生委員会での審議等の手続が必要となる場合もあるから、やはり手続と実体の両面から違法性が判断されねばならないであろう。加えて、産業精神保健におけるコミュニケーションの重要性に鑑みれば、比較的軽微な法違反、法的解決に馴染まない法違反等については、個人情報保護法の履行確保手段の1つと同様に、ADRによる柔軟な問題解決も構想される必要があるだろう。他方、法令上の手続的規制は、それ自体が行政処分等の根拠となると共に、強行法規性を持ち、併せて当該手続の結果特定（ないし策定）された事業所ごとの実体規制もまた行政処分等の根拠となると共に、強行法規性を持つこととなろう。なお、策定された実体規制は、労働行政等の確認や労働組合・労働者の自由閲覧に供される必要があると解される。

6 他の法制度との関係

6.1 労働安全衛生法との関係

1や2.3等で述べた通り。

6.2 障害者差別禁止法の立法化の動きとの関係

周知の通り、現在、障害者差別禁止法の制定へ向けたい動きが政府で進められているが、アメリカのADA

(障害を持つアメリカ人法)が、それに基づく判例法理の発達もあり、その後の産業 MH 対策で大きな役割を担ったように、かような立法は、MH 対策と深い関わりがある。

2011年5月12日に開催された日本労働法学会では、「障害者差別禁止法の理論的課題——合理的配慮、障害の概念、規制システム」と題するミニ・シンポジウムで、主にアメリカ ADA の示唆を踏まえた法理的検討結果が報告された。そこでは先ず、救済対象となる障害者の定義につき、疾病障害罹患者のみでなく不調者全般を含むべきこと、実際に障害者でなくても障害者と誤解された者、偏見を受け易い障害者の家族なども射程に収められるべきこと、次に、合理的便宜・配慮は差別救済とは別物と考えて措置を義務づける余地もあること、また、差別の認定に際しては比較対象者を指定する必要があること、実効的な差別救済のためには、ADR の活用が有効に働く場合もあること、等が報告ないし(報告を受けて)指摘された。さらに、人権擁護法案との関係を意識すべき、との指摘もなされた。

現に2010年9月7日に公表された厚生労働省「職場におけるメンタルヘルス対策検討会」報告書及びそれを受けた2010年12月22日付け労働政策審議会建議「今後の職場における安全衛生対策について」でも示唆されているように、近い将来、MH 対策の一環として、MH チェックの結果、不調が判明した者に対する不利益取扱いの禁止が法定される可能性が高い。そして、これが罹患事由の業務上外、疾病の軽重、性格等を分かたず適用され得る定めとなれば、実質的に雇用における精神障害者差別禁止法となる可能性もあるから、必然的に障害者差別禁止法案との趣旨の異同、所掌範囲は整理されねばならないが、そのためには同法との平仄も意識されねばならない。

7 おわりに

改めて、産業精神保健法が必要な理由について述べ

る。

厚生労働省の患者調査では、外来・入院を含め医療機関に受診する精神障害者(ICD-10で「精神及び行動の障害」に分類されるもののほか、てんかん・アルツハイマー病等を含む)の数は平成11年からほぼ増加の一途を辿り、平成20年には約323万3千人と推計されている。国際比較的にみて、日本の自殺率は先進国で最も高いのに対し、有病率、重症度などはさほど高くないが(OECD Factbook)、その国々の文化事情などを背景に、ストレス要因には違いがあらうし、増加率という点では上位ではないかと思われる。

しかし、重要なことは、そうした数字の問題ばかりでもない。職域のみならず、ウェットな人間関係が希薄化して来ている中で、個人・組織共に自他の個性に関する客観的認識力と情報伝達力の向上を図り、多様性と帰属性、すなわち多元共生性が認められる心豊かな環境を職域で実現し、産業の活性化を呼び起こす役割が、いよいよ法令に託されざるを得ない事態に至っているということなのではなかろうか。逆にいえば、法令にも、かゆいところに手が届き、現場に責任を持てる実質性が求められるようになって来ている、ともいえよう。

そのためにも、独立法典としての立法が望ましいように思われる。

【本稿は、平成23年度厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)を受け、実施した研究成果の一部である】

文 献

- 1) 三柴丈典：裁判所は産業ストレスをどう考えたか～司法による過重負荷認定～、労働調査会、東京(2011)
- 2) 三柴丈典：解雇の法社会学～法は雇用不安を救済するか～、産業ストレス研究、17(3)、207-224(2010)
- 3) 水町勇一郎、連合総研(編)：労働法改革、日本経済新聞社、東京(2010)

(受付 2011年6月1日、受理 2011年7月10日)

V. 資料：研究協力者の主要な関係研究業績

学術論文

1. 鈴木 俊晴: フランスの雇用関係における労働医制度の機能と問題点、季刊労働法 231: 130-153, 2010

季刊

労働法

2010 / 冬

[特集]

これからの有期・派遣・請負

有期労働契約に対する法規制の今後 中内 哲
派遣先事業主の責任の再構成に向けて 郷庭雲
派遣先での直用化をめぐる諸問題 本庄淳志
雇用、請負、委任の区別についての一考察 向田正巳

[第2特集] 個別労働紛争の実態とその処理

研究の目的と概要 濱口桂一郎
雇用終了事案の分析 濱口桂一郎
いじめ・嫌がらせによる非解雇型雇用終了事案に関する若干の分析 濱口桂一郎
労働局のあっせんにおける労働条件引下げ事案の分析 鈴木 誠
個別労働紛争処理事案から見る三者間労務提供関係における紛争の実態と課題 細川 良

【シンポジウム】労働審判制度の実情と課題を探る

菅野和夫 渡辺 弘 石澤正通 村上陽子 石崎信憲 鶴飼良昭

【研究論文】

フランスの雇用関係における労働医制度の機能と問題点 鈴木俊晴

ドイツ法における普通取引約款規制と労働法 高橋賢司

●個別労働関係紛争「あっせんファイル」(第12回・最終回)——あっせん制度の課題 野田 進

●アジアの労働法と労働問題——中国労働契約法施行後の労働事情と法的問題 山下 昇

【イギリス労働法研究会】イギリス公務における営業譲渡とストライキ 清水 敏

【神戸労働法研究会】高齢者雇用確保措置に関する法的問題の検討 山川和義

【北海道大学労働判例研究会】宮崎信金事件 山田 哲

WINTER / 2010

労働開発研究会

フランスの雇用関係における労働医制度の機能と問題点

早稲田大学大学院

鈴木俊晴

すずき としはる

フランスの労働医の最も重要な機能は、傷病労働者の就労可能性を判定する機能と人事上の提案をする機能である。労働医は、これらの機能をつうじて、医学的客観的見地から、傷病労働者を巡る使用者の人事権行使に深く関与している。そして、近年の傷病の多様化とともに、その機能はさらに強化されている。しかし、使用者の人事権行使や労働者のプライバシーの利益と対立する局面が生じており、判例上も大きな問題となっている。また、労働医制度が事実上、傷病労働者の個別的な保護に特化してしまっていることから、労働者の集団的な傷病予防機能を強化するため、就労可能性を判定する機会は減らされている。さらに、不適格認定制度それ自体の弊害を指摘する議論もある。このような動きの中、人事発言権をもつことで、傷病労働者の処遇を巡る労使交渉の重要な「仲裁役」としての機能も果たしてきたフランス労働医制度は、この先どのような議論をたどり、変遷していくのだろうか。傷病の多様化等、同様の問題を抱える我々は、その推移を慎重に見守ることにより、有益な示唆を得ることができる。

I はじめに

1. 傷病労働者の就労可能性を巡る問題点
2. フランス労働医制度検討の意義

II フランス労働医制度の概要

1. 労働保健機関
2. 労働医の法的地位
3. 労働医の医療業務

III 人事発言権をめぐる法的問題点

1. 労働医の提案権の範囲
2. 労働医の提案権に対する使用者の考慮義務
3. 提案権行使と労働者のプライバシー保護

IV 労働医制度の政策的課題と人事発言権の帰趨

1. 労働医制度の政策的課題
2. 人事発言権の帰趨

V おわりに—労働医制度の機能と問題点—

I はじめに

1. 傷病労働者の就労可能性を巡る問題点

労働者が傷病により、一時的または永続的に従前の業務を十分に行うことができなくなることがある。このような場合に、使用者は、当該労働者（以下、「傷病労働者」とする。）をいかに処遇すべきか、という問題に直面する。配置転換を含む職務軽減措置を講じるべきか、休職命令を発するべきか、また、休職していた労働者をいかなる基準で復職させるか、といった問題である。

この点につき、わが国では法律上、事業者は、労働者の健康診断の結果、労働者の健康保持のために必要と認めるときは、就業場所の変更や作業の転換、労働時間の短縮等の措置を講じなければならないとされている（労働安全衛生法66条の5）。また、伝染性の疾

病その他一定の病気では働かせてはならない義務が生じる（同法68条）。ただし、その他には特段立法的な規制はない¹⁾。もっとも、裁判例の蓄積により、傷病労働者の処遇に関する法理が次のように形成されてきている。

労働者が長期の療養を要する疾病に罹患した場合、使用者は、病気休職制度を設けていれば、それを利用せずに解雇することは許されない²⁾。休職命令に関しては、労働者が疾病を罹っているとしても、完全な形で、もしくは相当程度に労働義務を履行しうる場合に、労働者に大きな不利益を与える休職命令を発することはできない³⁾。病気が治癒した場合は、休職期間の満了前でも、休職事由の消滅により当然に復職できる⁴⁾。

この「治癒」の基準につき、かつては、当該傷病労働者が従前の業務を通常程度に行える健康状態にまで回復することが必要とされており、かなり厳格に解釈する裁判例がみられた⁵⁾。しかしながら、片山組事件最高裁判決⁶⁾の出現以降は、治癒の認定基準が緩和される可能性が認められている。すなわち、片山組事件最判では「労働者が職種や業務内容を特定せずに労働契約を締結した場合においては…労働者が配置される現実的可能性があると認められるほかの業務について労務の提供をすることができ、かつ、その提供を申し出ているならば、なお債務の本旨に従

った履行の提供があり、当該労働者の再配置を検討しなければならないとされた。この判決は、休職中の賃金請求権の有無が争点となった事案であるが、事案の射程を超えて、傷病労働者の治癒認定の一般的な基準として機能し始めている。

「治癒」の基準を緩和した裁判例として、「労働者が休職直後において従前の業務に復帰することができないとしても、労働者の基本的な労働能力に低下がなく、短期間に従前の業務に復帰可能な状態になり得る場合には、ただちに労働者が債務の本旨に従った履行の提供ができないということとはできない」と判示したものがある⁷⁾。そのほか、精神疾患の事例において、「他の軽易な職務であれば従事することができ、当該平易な職務へ配置転換することが現実的に可能であったり、当初は軽易な職務に就かせれば、ほどなく従前の職務を通常に行うことができると予測できるといった場合には、復職を認めるのが相当である」とする裁判例がある⁸⁾。これらの裁判例では、必ずしも従前の業務を通常程度に遂行することができない場合でも、復職を認めるべき場合があるとされている⁹⁾。

ここで、労働者が復職可能な程度にまで「治癒」したことをいかなる方法で判断するかが問題となるが、この点は、通常は労働者側が医師の診断書等を提出することにより証

1) 水島郁子「疾病労働者の処遇」日本労働法学会編『講座21世紀の労働法第7巻 健康・安全と家庭生活』(有斐閣, 2000) 129頁以下。また、吉田美喜夫「疾病労働者の処遇」浅倉むつ子ほか編著『労働法の争点[第3版]』(有斐閣, 2004) 242頁も参照。

2) 読売新聞見習社員解雇事件・東京地判昭31・9・14労民7巻5号851頁。

3) 富国生命保険(第3回休職命令)事件・東京地八王子支判平7・7・26労判684号42頁参照。

4) 振興相互銀行事件・仙台地判昭46・6・16労判130号39頁。

5) 平仙レース事件・浦和地決昭40・12・16労民集16巻6号1113頁、アロマカラー事件・東京地決昭54・3・27労経速1010号25頁、昭和電工事件・千葉地判昭60・5・31労判461号65頁、ニュートラント事件・静岡地富士支決昭62・12・9労判511号65頁。

6) 最一小判平成10年4月9日労判736号15頁。

7) カントラ事件・大阪地判平13・11・9労判824号70頁。

8) 独立行政法人N事件・東京地判平16・3・26労判876号56頁。

9) 本文中に挙げたもののほか、「治癒」の概念を柔軟にとらえる判決として、JR東海事件・大阪地判平11・10・4労判771号25頁、全日空事件・大阪地判平成11・10・18労判772号9頁、神奈川都市交通事件・横浜地判平15・6・5労判919号69頁、キャノンソフト情報システム事件・大阪地判平20・1・25労判960号49頁など。青野覚「私傷病と労務受領拒否—片山組事件」村中孝史=荒木尚志編『労働判例百選[第8版]』(有斐閣, 2009) 54-55頁、吉田美喜夫・前掲注1) 242-243頁、小西康之「判批」ジュリスト1295号230-233頁(2005)参照。

明することとなる¹⁰⁾。当該労働者の復職が可能である旨の診断書が提出された場合には、使用者は合理的な理由がない限り、復職を拒否することはできないとされる¹¹⁾。

傷病労働者の処遇に関しては、おおむね以上のような法理が形成されている。しかしながら、依然として解決すべき問題は残されている。診断書を書く医師は基本的には主治医であろうが、わが国の法律上、当該医師の判断の独立性・公平性を担保する仕組みは特段存在しない。そのため、労働者に懇願されるなどして、その意向を色濃く反映した診断書が提出される場合も少なからずあり、診断書の医学的妥当性につき疑問が生じる余地がある。また、当該医師はほとんどの場合産業医学の専門家ではなく、また特に当該労働者の就業する企業の内実を詳しく知りうるような立場にもないことから、企業の労働実態を正確に把握して診断書を書いているとは言いがたい。そのため、はたしてその判断内容が労働者の就業している企業の労働環境からみて妥当なものか否かについても、疑問が生じる余地がある。そして、就労が可能か否かを決定するには、これら診断書を参照しつつ、労働者と面接等を行うことにより使用者が判断することとなろう。しかしながら、診断書が前述のような問題をはらんでいる状況において、いかなる基準で当該傷病労働者を復職させ、あるいは再配置するのが判断として適切なのか、予測することが非常に難しくなっている。このことは、特に、病気が長期化する傾向があり、安易に「治癒」を認めづらく、またしばしば病状が不安定であるという特徴をもつ精神疾患罹患者の処遇の問題を中心として、労務管理上の大きな課題となっている¹²⁾。

このように、傷病労働者をめぐる法的問題

を検討する上では、医学的判断をする専門家としての医師の役割をどのように考えるかが重要な課題となっているのである。

2. フランス労働医制度検討の意義

これら問題を考察する上で、フランスの労働医 (médecin du travail) 制度を検討することが非常に有益である。なぜなら、フランスでは産業医学を学んだ専門医である労働医のみが、職務的中立性を維持しつつ、傷病労働者の就労可能性を判断することが許されているため、わが国に比してその判断の医学的客観性が担保されているからである。また、労働医は特定の企業を受け持ち、当該企業の作業場 (lieu de travail) にも自由に立入ることができる。そのため、当該企業の労働実態を十分に把握することができ、その企業の労働環境に即した就労可能性判断を行うことができるという利点も備えている。さらには、フランス労働医が使用者に対して傷病労働者の再配置等、人事上の措置を提案した場合、その提案には一定の法的効力が生じ、使用者がその提案に従わない場合には、その理由を明らかにしなければならない。このように、フランス労働医制度は、わが国にはない、国際的に見ても独自の制度をもつのである。そこで本稿では、わが国がかかえる前述の問題を考察するに際して一定の示唆を得るべく、本稿の問題意識と関わりのある就労可能性に関する労働医の判定機能および人事上の提案権 (本稿では便宜上、これらを併せて「人事発言権」と称する) を中心に、フランスの労働医制度を明らかにしたい (本稿Ⅱ)¹³⁾。

ただし、フランス労働医の人事発言権も現在多くの法的課題を抱えていることが指摘されている¹⁴⁾。たとえば、労働医が有する傷

10) 大建工業事件大阪地決平15・4・16労判849号35頁。

11) マルタヤタクシー事件・仙台地判昭61・10・17労判486号91頁。

12) このような事態をうけて、厚生労働省は「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(平成18年3月31日付け基発第0331001号)を発表し、企業に対し、職場内における精神疾患予防あるいは精神疾患罹患者保護のための体制を整えるよう呼びかけている。

13) 「人事発言権」のフランス原語は存在しない。あくまで本稿における便宜上の呼称であることをお断りしておく。

14) さしあたり、BABIN (M.), *Les perspectives de la médecine du travail, Dr. soc.*, 2005, pp. 653-664をあげておく。

病労働者の再配置等に関する提案権が、使用者の労務指揮権をどこまで制約できるのかについては、活発な議論が展開されている。また、近年では、フランスでもわが国と同様に、国際競争の激化、就労環境の激変等を背景に、精神疾患に代表される傷病の多様化が大きな問題となっている¹⁵⁾。そのため、精神疾患雇患者の就労可能性につき労働医はどのように判断すればよいのか、また、労働医は使用者に対していかなる配慮を要請すべきかなどが議論されはじめている。そこで本稿では、フランス労働医制度についてその現状を紹介することに加え、以上紹介した人事発言権の法的問題点を明らかにする(本稿Ⅲ)。

現在、フランスの労働医は、前述した人事発言権がその中心的職務である。しかしEUの影響もあり、労働医制度そのものを変革すべきだとする議論がここ10年ほどで活発化している。その議論の中には、労働医の就労可能性判定機能が不要であるとする見解すら現れている。そこで、本稿では、なぜこのような議論が生じているのかを見ていきたい。そ

うすることで、フランス労働医の抱える政策的課題や、その下で浮かび上がってきた人事発言権の問題点を明らかにすることができる。と考えるからである(本稿Ⅳ)。

最後に、まとめにかえて、フランス労働医の中心的職務である人事発言権を通じて、フランス労働医がフランスの雇用関係の中でどのような機能を果たしているのかを明らかにしたい。そこには、わが国において傷病労働者を巡る労使の紛争を未然に防止し、新たな労使関係を構築するうえでの、重要な示唆が隠されているように思われるからである(本稿Ⅴ)¹⁶⁾。

II フランス労働医制度の概要¹⁷⁾

1. 労働保健機関

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。そして、労働医は、この機関に勤務する(労働法典L.4622-1(以下、法

15) CERVANTES (M.-H.), *La souffrance psychosociale au travail, rôle du médecin de travail face à l'aptitude au travail, Les cahiers des fps*, n°4, août 2006, p. 21. また、2005年2月に雇用相(ministre de l'Emploi)が発表した職業リスクの予防改善を目的とした「職場における健康計画2005-2009(Le Plan santé au travail 2005-2009)」では、企業内における精神疾患、特にストレスの予防を促進することが目標のひとつとして掲げられている。さらに、2008年7月2日には、職場ストレスに関する全国職協定(accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008)が締結されている。このように、国や労働組合もこの問題の重要性を強く認識し始めており、積極的にこの問題に取り組み始めている。ADAM (P.), *La prise en compte des risques psychosociaux par le droit du travail français, Dr. Ouvr.*, 2008, p. 313参照。

16) フランス労働医制度については、我が国においてすでにいくつかの文献により紹介がなされている。フランス労働医制度の概要を網羅的に紹介したものと、保原喜志夫「フランスの産業医制度」産業医学レビュー第4巻第3号1頁(1991)、おもに不適格認定制度と提案権あるいは健康診断とプライバシーの問題に絞って論じたものとして、保原喜志夫編著『産業医制度の研究』203-231頁〔加藤智章〕(北海道大学図書刊行会, 1998)、労働契約の停止後に行われた不適格認定と提案権に対する使用者の考慮義務について論じた野田進「休暇」労働法の研究(日本評論社, 1999)90-98頁、不適格認定と使用者の考慮義務について近年の裁判例を紹介したものとして、勝亦啓文「労働医による就労不能認定と使用者の再配置義務」労働法律旬報1599号21-23頁(2005)、フランスの制度などとの比較から、日本の産業医制度の課題について詳細に論じた保原喜志夫「産業医制度の課題」伊藤博義・保原喜志夫・山口浩一郎編著『労働保護法の研究』(有斐閣, 1994)469-488頁などがある。ただし、近年フランス労働医制度については改正も多く行われ、また重要な裁判例が多く蓄積されており、これらを踏まえた上でもう一度制度概要及び法的課題について整理しなおす必要がある。また、今般の労働医制度改革議論や、労働医がフランスの労使関係においてどのような機能を果たしているのかについて論じた研究は見られない。本稿は、これらの点につき検討を試みるものである。

17) CLAVEL-FAUQUENOT (M.-F.) et RIGAUD (F.), *La médecine de travail, Liaison Sociales Quotidien*, mai 2005による。

18) フランス労働法典は、法律(Loi)と命令(Règlement)の2部によって構成されている。法律は国会が制定する。命令は、大統領および首相がデクレ(décret. わが国の政令に近似する概念)によって制定する法規のことであり、おおまかにいえば、わが国の施行令に相当するものである。労働法典では、法律は「L」、命令は「R」または「D」と表記される。なお、Rはコンセイユ・デタの儀を経たデクレ(décret pris en Conseil d'Etat)、Dはそれを経ない単純デクレ(décret simple)である。以下の叙述ではこの用例による。なお、制定法の種類については、滝沢正『フランス法 第3版』(三省堂, 2008)204頁および264-276頁参照。

典名を明記しない場合は労働法典の条文を指す))¹⁸⁾。労働保健機関は、単一企業労働保健機関 (service santé au travail autonome, 以下、単に「単一機関」とも呼称する) と企業共同労働保健機関 (service santé au travail interentreprises, 以下、単に「共同機関」とも呼称する) に大別することができる¹⁹⁾。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²⁰⁾ ²¹⁾ ²²⁾。

単一機関の場合、当該機関は企業内の一部局として扱われる。共同機関の場合は、企業の外部に存在する組織であるため、その法的性格を決定する必要があるが、非営利組織として法人格を与えられている (D. 4622-23)。共同機関は、D. 4622-42本文に規定する例外的な場合を除き、R. 2323-28以下に規定する企業共同委員会 (comité interentreprises)²³⁾ ないし D. 4622-46以下に規定する監督委員会 (commission de contrôle)²⁴⁾ によって組織され、その管理下に置かれることとなる

(D. 4622-42)。労働保健機関の費用は、単一機関であれば当該企業が、共同機関であれば参加企業がその従業員の数に応じて負担する (L. 4622-6)。

労働保健機関には、労働医のほか、労働医の職務をサポートする看護スタッフ (personnel du service, R. 4623-51~55) が配置されることがある²⁵⁾。そのほか、共同機関では、労働医の同意のもと、事務作業を行う医療事務員 (secrétaire médical, R. 4623-56) もおかれている。

2. 労働医の法的地位

労働医は、産業医学の専門教育を受けた、一般の医師とは異なる専門医である。労働医になるためには、6年間の一般医師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²⁶⁾、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)。

労働医は、単一機関の場合は使用者との間、共同機関の場合は共同機関の委員長

19) 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.

20) 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は、単一機関の設置が義務付けられている (D. 4622-5, R. 4623-10)。

21) 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.), *op. cit.*, p. 653.

22) やや古いだが、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.

23) 企業共同委員会は、使用者の中から彼らが選出した者1名が委員長となり、他の委員はそれぞれの企業委員会の中から労働者の多様性を考慮しつつ2名ずつ、12人を超えないように選出される。ただし、組合との集団協定がある場合や、労働監督官による除外措置を受けた場合には、12名を超えて選出することができる (R. 2323-29)。

24) 管理委員会は、委員長のほか、9~21人で構成される。その3分の1は使用者側の代表者で、3分の2は労働者側の代表者でなければならない (D. 4622-46)。

25) 看護スタッフは、工業部門においては、従業員が200~800人いる場合には1人以上配置しなければならない、従業員が801人以上いる場合には2人以上、1401人以上いる場合には3人以上と、600人ごとに1人増員しなければならないこととなっている。非工業部門においては、従業員が500~1000人いる場合には1人以上配置しなければならないこととなっている。工業部門においては2人以上、2001人以上いる場合には3人以上と、1000人ごとに1人増員しなければならない。工業部門において200人未満、非工業部門において500人未満の場合、看護スタッフを配置する義務はないが、労働医と企業委員会の要求があった場合には、1人配置しなければならない。

26) CE, 3 novembre 1967, Dr. soc., 1968, p. 510.

(président du service interentreprises) との間の労働契約により選任されることとなっている (R. 4623-4)。ここから、労働医も、労働法上の「労働者」とされていることが分かる。もっとも、労働契約という形態をとると、労働医が経済的従属関係のもと使用者の指揮命令下におかれてしまうため、その職務を中立に行うことができないおそれがある。そこで法律上、その独立性と中立性を維持するための、さまざまな手当てがなされている。

まず、この労働契約は、医師としての独立性と義務を遵守するという観点から、医師倫理法典の定める条件に基づいて締結される (R. 4623-4)。

つぎに、労働医を選任する際には、従業員代表機関などの同意の手続きが必要となる (R. 4623-5)。すなわち単一機関の場合は企業委員会または事業場委員会の、共同機関の場合には企業共同委員会または監督委員会の同意がなければ、使用者は労働医を選任することができない²⁷⁾。これらの同意が得られない場合には、労働監督官が労働監督医師 (médecin-inspecteur du travail) の意見を聞いた後、選任の承認または不承認の決定を下す (R. 4623-7)²⁸⁾。以上の手続きを経ずに労働医と労働契約を締結した場合には、当該

労働契約は無効となるほか、その労働契約を締結した使用者および委員長らには、罰則が科されることとなる (R. 4745-2)。なお、この同意手続きは遅くとも労働医の試用期間終了までに行わなければならない (R. 4623-7)。また、従業員代表機関等は同意権をもつとはいえ、労働医の人選に関わることはできない²⁹⁾。

さらに、労働医を解雇する際にも、職務的独立性を担保する仕組みが作られている。まず、労働医も労働者であることから、労働医を解雇する際には、労働者の個別解雇に関する一般規定が適用される。すなわち「真実かつ重大な理由 (cause réelle et sérieuse)」の存在が求められる (L. 1232-1)³⁰⁾。そのほか、通常の労働者の解雇の場合と同様に、あらかじめ告知を受けかつ意見を述べる機会を設けられる (L. 1232-2)。そのうえで、前述の従業員代表機関などによる同意が必要とされる (L. 4623-4, R. 4623-20)³¹⁾。さらに使用者は、この同意を得た上で、書留郵便により、労働監督官に解雇の許可を申請しなければならない。この申請の際、使用者は解雇理由を記さなければならない (R. 4623-22)。そして、これをうけた労働監督官は、労働監督医師の意見を聞いたうえで、解雇の許可・不許可の決定を下す (L. 4623-5前段)。労働医監

27) この同意は、各委員会の委員の無記名投票で、その過半数を得た場合に行われる (R. 4623-14)。

28) 労働監督医師とは、労働医学上の任務を担った労働監督官のことである。一般の労働監督官と同様に地方労働長官のもとに配置され、その役割は、職業危険の研究・予防活動、労働医に対する情報提供活動、および労働医の活動の技術的審査などである。同医師の設置は、1994年12月28日のデクレに基づく。野田進・前掲注16) 88-90頁参照。

29) CE, 20 avril 1984, n° 33691. (※現在ではフランスでもオンラインで裁判例が公表されており、コンセイユ・データを中心とした行政裁判所の判決は、<http://www.legifrance.gouv.fr/initRechJuriAdmin.do>で、破毀院を中心とした司法裁判所の判決は<http://www.legifrance.gouv.fr/initRechJuriJudi.do>で、判決日や左記判例番号を入力することにより判決文を閲覧することができる。)

30) フランスでは、わが国と異なり、不当な解雇から労働者を救済するための法理が2通り存在している。ひとつは、不適法な解雇 (真実かつ重大な理由 (cause réelle et sérieuse) のない解雇) または濫用的解雇の場合である。この場合、労働者は金銭賠償を請求することができるが、裁判所が当該労働者の復職を使用者に命じることはない。またひとつは、無効な解雇の場合である。これは例えば、健康状態、出身、性、家族状況、民族、国籍、人種、政治的意見、労働組合又は共済活動、ストライキ権の通常の行使などを理由とする解雇を禁止し、当該解雇を無効とするものである。解雇が無効と評価された場合、その権利の性質により、当該労働者が希望する場合には、復職が認められることもある。復職を希望しない場合には、金銭賠償を請求することができる。不当な解雇の救済についての詳細は、野田進『労働契約の変更と解雇—フランスと日本—』(信山社、1997) 387頁以下参照。なお、同書では、健康状態を理由とする解雇について復職は認められないとされているが、その後の判例により、復職が認められるようになった。V. Cass. soc., 26 mai 2004, n° 02-41. 325. 同書の著者自身も、後にこれを指摘している。野田進・前掲注16) 84頁。

31) この同意も、選任の場合と同様、各委員会の委員の無記名投票で、その過半数を得た場合に行われる (R. 4623-14)。

督官の許可を受けずに労働医が解雇された場合には、当該解雇は無効となるほか³²⁾、違反者には罰則が科される (L. 4745-1)。解雇が無効となった場合には、当該労働医の復職が認められる³³⁾。ただし、重非行 (faute grave) が存する場合には、例外的に労働監督官の許可は不要となる。もっとも、労働医がこれを拒否した場合には通常の手続きにかかることとなる (L. 4623-5後段)。

加えて、職務を遂行する際にもその中立性と独立性を確保するため、R. 4623-15および医師倫理法典95条にその旨が規定されており、労働医の全ての職務遂行につき、使用者は干渉することができない³⁴⁾。そのほか、あまりに多く不適格認定の診断をしたことを理由として当該労働医を解雇することは濫用的解雇にあたる³⁵⁾、判例上確認されている。

労働医の報酬は、一般の労働契約と同様に、基本的には使用者との合意により決定される。ただし、前述の医師倫理法典95条や、「いかなる場合であっても、労働医は生産ノルマ、効率性その他労働医の職務的独立性を制限ないし破棄しあるいはその職務の質を低下させるような条件が付された契約による報酬を受け入れてはならない」と定める同法97条の趣旨を没却しないことが求められる。労働医の労働契約がこれら規定を遵守している

か否かは、医師会のメンバーによって構成された職団評議会 (conseil de l'ordre) が監視する³⁶⁾。

3. 労働医の医療業務

フランス労働法典上、労働医制度の目的は、「労働者の労働によるあらゆる健康状態の悪化を避けること」と明記されているとおり、基本的には予防医学の見地から、労働者の健康を保護することをその職務上の目的とする (L. 4622-3)。労働医は、この目的のもとで、さまざまな職務を行っている。特に、健康診断とそれに付随する労働者の職務適格性診断は重要な職務である。また、労働者の健康状態を適切に把握、管理するために、健康診断等の際に医療関係文書を作成することも労働医の職務である。そこで、以下では、これら労働医の医療業務につき概観する³⁷⁾。

(1) 健康診断 (suivi médical des salariés)

労働医は、労働者の健康を維持するため、各種健康診断を行う。健康診断 (suivi médical des salariés) には、採用時健診 (visite médicale d'embauche)、定期健診 (visite médicale périodique)、要請に基づく健診 (visite sur demande)、強化医療監守 (surveillance médicale renforcée)、復職時健診 (visite médicale de reprise)、補足的健診 (examens complémentaires) などがある³⁸⁾。

32) Cass. soc., 4 juillet 1989, n° 87-41. 053P et n° 87-45. 198P.

33) Cass. soc., 12 février 1991, n° 88-41. 339.

34) 医師倫理法典 (code de déontologie médicale) 95条 (一部抜粋) : 医師の職務が契約に基づいているからといって、職業的義務やとりわけ守秘義務や判断の独立性がなんら脅かされるものではない。いかなる場合であっても、医師は企業やその他当該医師が雇用されている機関から職務の独立性につき制限を受けてはならない。医師は、何よりもまず、公衆衛生や労働者の安全・健康を優先して行動しなければならない。

35) Cass. soc., 10 octobre 1979, n° 78-12. 275. 不適格認定については、後述 3(2)参照。

36) CLAVEL-FAUQUENOT (M.-F.) et RIGAUD (F.), *op. cit.*, p. 79.

37) 労働医は、本文中に挙げた医療業務のほか、調査・研究業務や、記録作成・保存業務等を行っている。調査・研究業務とは、公的機関と連携するなどして、伝染病、労働災害及び職業病その他安全衛生に関する事項の調査・研究を行うことである。それに関連して、労働医はいつでも、使用者に対し技術管理文書の提出を求めることができるし、作業場等にある化学物質等の採取およびその分析を行うことができる。記録作成・保存業務には、労働医の活動を記録し、企業委員会等に報告するための年次活動報告書 (rapport annuel d'activité) の作成および、安全衛生労働条件委員会 (CHSCT) 等に報告するための、企業内の危険や労働条件に関する記録である検討計画書 (plan d'études) の作成、使用者に提出するための、職業危険およびこれにさらされる労働者の数を記した企業カード (fiche d'entreprise) の作成がある。これら業務は労働医のみによって行われるものではなく、企業委員会、安全衛生労働条件委員会等の企業内の諸機関との連携は不可欠である。また、労働監督機関や社会保障機関等の企業外の関係機関との密接な協力が必要なことはいうまでもない。CLAVEL-FAUQUENOT (M.-F.) et RIGAUD (F.), *op. cit.*, pp. 37-67.

38) CLAVEL-FAUQUENOT (M.-F.) et RIGAUD (F.), *op. cit.*, pp. 38-50参照。