

により認められる) 傷病を被った配偶者、
近親者の世話、③労働者自身の深刻な健康
状態(：入院治療または医療介護機関によ
る継続的治療が必要な状態)により、労働
不能に至った場合に、12か月以上の雇用
期間、前年に1250時間以上の就労の条
件を充たす労働者に、最長12週/年の無
給休暇を保障する規定を置いている。労働
者が休暇開始前から団体保険に加入してい
れば、使用者は、当該休暇期間中の保険金
(*保険料の趣旨が要確認)負担を維持せ
ねばならないが、労働者が職場復帰しない
ことが明らかになった時点で、保険給付が
停止される。休暇の取得方法は、連続的取
得、断続的取得、軽減労働日程に合わせた
取得のいずれも可能である。

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

・FMLAとADAの関係は以下の通り。

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

イ ADAでは、使用者に過度の負担を強
いるものでない限り、合理的配慮の一環と
して、労使間で決められた期間、休暇の取
得が認められるが(いったん決定した期間

の満了後の延長も可能)、FMLAでは、任
意の12か月間に最長12週間の無給休暇
を、連続的、断続的または軽減労働日程で
取得する権利が付与される一方、追加給付
は認められない。他方、FMLAでは、家族
等の看護・介護のための休暇取得を認めら
れるが、ADAでは認められない。

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

<メンタルヘルス・パリティ法>

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

・1996年には、精神疾患罹患者に対
して身体疾患罹患者等と同様の医療保険給
付の保障を図るため、96年メンタルヘル
ス・パリティ法(MHPA：the Mental
Health Parity Act of 1996)が制定され、
1998年に発効したが、以下の通り、そ
の内容は、必ずしもその目的に沿うもので
はなかった。

ア メンタルヘルス・プログラムを一般
的なヘルス・プランの一環として取扱い、
団体医療保険の給付パッケージにメンタル

ヘルスを含める必要も規定していなかった。

イ 団体医療保険につき、従業員数50人未満の企業への適用を免除していた。

ウ 同じく、精神疾患罹患者への給付に特別な制限を設けることを禁止していなかった。

エ 同じく、精神疾患罹患者のみを対象に、医療受診の回数、年間給付金額、生涯給付金額に制限を設けていた（精神疾患に対する典型的な年間給付限度額は5,000ドル、生涯給付限度額は50,000ドルだったが、身体疾患の場合、年間給付に上限はなく、生涯給付でも100万ドルまで許容されていた）。

・96年MHPAは、サンセット条項（*当該法律について、一定期間ごとに適否を審査し、廃止か続行かを決する旨の条項）により6回延長された後、2001年9月30日に廃止された。

・しかし、2008年になって、ジョージ・W・ブッシュの尽力により、MHPAより保障内容を拡大するメンタルヘルス・パリティ・依存症衡平法（the Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA)）が制定された。同法は、リーマン・ショックを契機とする金融危機対策のために制定された「金融安定化法（the Emergency Economic Stimulus Act）」の一部であり、従来、上掲のようにさまざまな制限が付されていた精神疾患対象の保険の保障レベルを、控除、自己負担、私費負担、自己保険、適用される入院、外来受診など、まさにさまざまな面で身体疾患と同レベルに引き上げさせると共に、メンタルヘルス（不調者）に対する偏見と差別の抑制に国家として取

り組むことを宣言した点に意義がある。

<医療費負担適正化法>

・オバマ政権下の2010年3月に、患者保護および医療費負担適正化法（the Patient Protection and Affordable Care Act (PL 111-148)）にヘルスケア及び教育負担抑制調整法（the Health Care and Education Reconciliation Act of 2010 (PL 111-152)）を上乗せして成立した法律であり、一般にヘルスケア改革法と呼ばれている。

・同法は、国民の大半に医療保険への加入を義務づけると共に、

①零細企業の労働者や自営業者など企業保険に加入できない者も、新設される保険市場（Exchange）から加入できる体制をつくること、

②持病や重病、性別等を理由に保険加入や契約更新を拒否されないようにすること、

③医療業界が医療の質の向上とコスト削減のための措置を講じるようにさせること、等を定めている。

・同法制定の背景には、

ア 医療費高騰と景気後退を背景とする企業の保険離れと約5000万人にのぼる保険未加入者の発生、保険加入者の負担増加（「隠れた税金（Hidden Tax）」問題の深刻化）、

イ 予防医療を軽視する傾向の拡大、等の事情があった。

・この法律の制定に際しては、26の州や、個人企業全国連合等が違憲訴訟を提起し、2つの州連邦地裁が違憲判決をだしたが、2012年6月18日の連邦最高裁判決は、裁判官5対4の僅差で合憲とした。

4名の裁判官は、医療保険に加入しない者への罰則について、州際通商条項違反としたが、長官を含む5名は、税負担とみなし、合憲とした。

<民間の制度～EAP～>

・アメリカでは、労災補償制度を筆頭に、他国では公的制度となっているものも、民間に委ねられていることが多い。日本でもその役割と存在感を増しつつある EAP が、アメリカ発祥であることはよく知られているが、現在のアメリカの EAP は、日本であれば精神保健福祉センター、保健所、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構傘下の都道府県障害者職業支援センター、イギリスであれば Jobcentre Plus などが果たしている役割の多くを担っている。

・アメリカの EAP は、1940年代に、労働者のアルコール問題への対応のニーズから生まれ、アルコール中毒や薬物依存問題への対応を主な業務として拡大して来た。60年代には、職務のパフォーマンス障害全般に焦点が移り、80年代中頃から、諸障害発生の前段階での予防を図るウェルネス・プログラムの策定と実施にも取り組むようになった。現在の EAP は、通例、フルタイムの従業員を対象に、職務に関連する諸種の支援を行っており、その範囲は、抑うつ、ストレス、不安、摂食障害から、キャリアに関する困難、結婚・家族、家計、エイズ・がんなどの医療、その他の法律関連問題など多岐にわたる。ただし、セクシュアル・ハラスメントの問題は、一般に、EAP ではなく、HR（人事労務）が対応すべき課題と捉えられている。うつ（depression）については、EAP が直接診

断する場合もあるし、医師の診断を前提に個人・グループでのカウンセリングを施す場合もあるが、基本的には、原則として本人の健康保険プランに従い、医療受診を勧める。特に自殺念慮がうかがわれる場合には、直ちに医療機関にリファーする。

・一例として、ボストンのパートナー・ヘルス・ケアは、身体障害、家族の介護資源、家庭内暴力、性的暴行、高齢者介護、母乳サポート、子育て、一般的な人間関係なども業務範囲に含めている。

・EAP の主なスタッフは、Ph.D 等の学位を有する心理学の専門家だが、産業医がそのサービスに関与する例も多い。

・なお、EAP の品質保証を図る動きもある。たとえば、Journal of Workplace Behavioral Health : Employee assistance practice and research を刊行している従業員支援サービス協会（the Employee Assistance Trade Association）は、1985年に EAP プロバイダー基準を策定するために設立された団体である。また、北アメリカ EAP 事業者協会（the Employee Assistance Society of North America（EASNA））は、2001年に、認定基準協会（the Council on Accreditation）と協力し、基準による認定を開始し、現在までに60近い EAP プログラムを認定している。

・2011年段階での北アメリカ EAP 事業所協会の調査によれば、同協会傘下に800のグループ会員があり、アメリカ国内で3140万人、国外を併せると計4610万人の労働者をカバーしているという。

ウ 効果

・不明

エ 図られている対応

・イで示したもの。

(7) アメリカ（障害者差別禁止法関係）

ア 背景

・(6)で述べたように、アメリカでは、デンマークやイギリスのように、作業関連ストレス対策のための法に基づく体系的な制度は存しない。

・しかし、世界で初めて包括的な障害者差別禁止法を制定した国として、その領域での法規定や法理を大きく発展させて来ており、メンタルヘルス不調者対策の一部（主として2次・3次予防面）をカバーするまでに至っている。

すなわち、同国の障害者差別禁止法は、1918年のスミス・シアーズ法（Seare-Smith Veterans' Rehabilitation Act）に淵源を持ち、当時は傷痍軍人を対象に職業訓練や教育を提供することを主な目的としていたが、1920年のスミスフェス法（Smith-Fess Act）により、身体障害を持つ全てのアメリカ人に対象が拡大され、43年の改正で精神障害者・知的障害者にも拡大された。しかし、障害者の職業訓練とカウンセリングを主な目的としていたため、むしろ社会的分離に繋がり易い面があった。

その後、公民権運動とそれを経て制定された1964年公民権法は、障害者の自立運動の拡大にも影響を及ぼし、1973年

リハビリテーション法（Rehabilitation Act of 1973）や、その後の1990年障害を持つアメリカ人法（ADA）の制定にも一定の影響を及ぼした。

うち1973年リハビリテーション法は、連邦政府と同政府から財政補助を受ける計画や事業につき、適格性を持つ障害者の参加の自由の剥奪、利益の享受の否定、差別を禁止したほか（同法第504条）、連邦政府に対し、適格性を持つ障害者の採用、配置、昇進などにつき積極的差別是正措置（Affirmative Action）を義務づけ（第501条）、さらに、連邦政府と1万ドルを超える契約を締結する民間企業に、適格性を持つ障害者の採用、昇進について積極的差別是正措置を義務づけた（第503条(a)）が、その射程は非常に狭かった。

そこで、全米障害者評議会（NCH（現在はNCD））は、1986年に「自立に向けて」と題するレポートにより、包括的な障害者差別禁止法の制定に向けた提言を行い、1988年には、「自立の入口」と題するレポートにより、障害を理由とする差別の禁止と合理的配慮（reasonable accommodation）の義務づけ等の提言を行い、これらが草案となって1990年ADAが制定された。

また、ADAの制定過程では、障害者の隔離・差別の実態が再確認され、それらが、①数十億ドルの不要な国家的コスト負担、②貴重な労働力の喪失、等に繋がっていることと、それらへの対策の必要性が強調された経緯がある。

・メンタルヘルス対策に関連するその他の差別禁止立法として、2008年に、使用者が従業員・応募者の遺伝子情報を得る

ことを原則として禁止し、遺伝子情報に基づく差別を雇用の全局面において禁止する遺伝子情報差別禁止法（Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008）が制定されている。

・同じ2008年にADAが改正され、現在のADAは、2008年ADAとなっている。この改正は、1990年ADAの制定以後、裁判所が同法における障害者の範囲を狭く解釈する傾向に対して寄せられていた批判に対応することを主な目的としていた。

イ 特徴

・上記の経緯から、ADAの下では、メンタルヘルス不調者も、①労働力として活躍することが期待され、②その障害ゆえに職務遂行上支障がある場合には、その障害を取り除くための「合理的配慮」の提供が使用者に求められる。

・ADAおよび遺伝子情報差別禁止法の施行規則やガイドラインを策定し、差別の救済窓口となって実際に救済にあたるのは、雇用機会均等委員会（EEOC：Equal Employment Opportunity Committee）であり、議会上院の助言と承認を得て大統領の任命を受けた、各種の差別問題について専門的な知識経験を持つ5名の委員から構成されている。スタッフ数は約2400名で、ワシントンDCの本部のほか全米に53の支部を持つ。

ADAを含め、EEOCが取り扱う連邦法（リハビリテーション法、1963年同一賃金法、1964年公民権法第7編、1967年雇用における年齢差別禁止法、1991年公民権法第7編及びGINA）については、EEOCによる調整前置主義が採られ

ており、訴訟の前にEEOCへの申立（charge）がなされなければならない。ここで調整が成立すれば、申立人・被申立人・EEOCの三者間で拘束力を持つ書面が締結されるが、成立しない場合、EEOCが自ら原告となって訴訟を提起することができる。申立人は、①EEOCが訴訟を提起しない場合、②EEOCが申立を却下した場合、③申立後180日を経過した場合、EEOCから訴権付与通知（notice of rights to sue）を受け取り、裁判所に訴訟を提起することができる。

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

(C)から明らかのように、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举に過ぎないと強調されている。

精神障害との関係では、これらの活動の

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

・08年法は、90年法とは異なり、障害の定義について、第3条(4)で以下の解釈ルールを規定した。(A)障害の定義は広範囲の個人に有利となるよう、ADAの文言上許される最大限になされるべきこと、(B)「実質的に制限する」の解釈は、国家が差別をなくすための明確で包括的な命令を発する等の目的に沿うよう解釈されるべきこと、(C) (省略)、(D)時々生じるか寛解期にある機能障害でも、発症時に主要な生活活動を制限する以上、障害に該当すること（*これにより、フラッシュバック等により主要な生活活動に相当程度制限を受けることがあるPTSDのほか、うつ病・てんかん等の罹患者が障害認定を受ける可能性が拡大すると解される）、(E)軽減措置による改善効果（※精神障害の場合、服薬による（一時的な）症状緩和等の改善効果等が該当すると解される）を考慮しないこと。

また、新たなADA施行規則§1630.2(j)は、すべての機能障害が本法にいう障害に当たるわけではないが、一般人口の殆どの人びとの能力と対象者の能力を比較する際、科学的、医学的又は統計的な証拠を用いる必要はないことなどを規定している。

・EEOCの「精神障害ガイドライン」は、ADA第3条(1)(A)における精神的機能障害に該当する例として、以下のものを挙げている。

①うつ (major depression)、②躁うつ

(bipolar disorder)、③不安障害 (anxiety disorder)：パニック障害、強迫神経症、PTSDを含む、④統合失調症 (schizophrenia)、⑤パーソナリティ障害 (personality disorder)

ただし、違法な薬物使用による精神的な機能障害は、ADAの保護する障害の定義から除外されると解されていることから、文言解釈に法理論的な価値判断（*この場合は刑事法上の「原因において自由な行為」に類似する考え方）が介入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、時々充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

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

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

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

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

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

がある場合、使用者側に「相互関与プロセス（interactive process）」の中で措置内容を特定するなどの積極的な働きかけを求める判例もある。

・合理的配慮は、現実には障害を持つ人（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（*実質的に不要の故と解される）。

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

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

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

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

①労働時間の短縮、勤務スケジュールの変更、休暇の付与

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

②職場環境・設備の変更

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

③職場のルールの修正

水分補給のための短時間の休憩を1時間に1回認めることなど。

④ジョブコーチの提供

一時的にジョブコーチを障害者に付けることなど。

⑤配置転換

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

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

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

539(7th Cir. 2008)は、睡眠障害を伴う神経性疾患に罹患した原告が、個室での勤務や始業時間の遅延等を認められた他に、在宅勤務等の配慮を求めた事案で、そこまでの措置を講じる必要はないとした。過度な負担について定めるADA第101条(10)との関係からか、一般に、低コストで済む措置は認められ易い傾向があるようだが、疾病罹患の背景（業務上外）などが考慮されている可能性もある。

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

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

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

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

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

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

癖などの個性を図る心理テスト、うそ発見器による検査等は、医学的検査には該当しないとされている。

ウ 効果

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

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

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

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

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

2012年にEEOCで解決に至ったADAに基づく申立28,799件のうち、申立人に有利な解決（和解、取下げ、差別の合理的根拠ありとする調整を含む）は、約2割の5,907件となる。その解決済

件数28,799件のうち、精神障害関連事案は約3割の約6,482件を占め、うち約2割(19.6%)が申立人に有利な形で解決している。その6,482件のうち、疾病類型として最も多いのはうつ病(解決件数2,008件)で、申立人に有利な形で解決した割合が最も高いのもうつ病(402件:6.8%)であった。その他、不安障害(解決件数1613件のうち申立人に有利な解決299件)、躁うつ病(解決件数922件のうち申立人に有利な解決195件)、PTSD(解決件数684件のうち申立人に有利な解決144件)などがこれに続く。PTSDはもちろん、うつ病の中にも心因性のものが含まれている可能性はあるので、特に申立人に有利な解決を得たものの中には、作業関連ストレスによるものが多く含まれていると察せられる。

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

2. 関連領域の調査結果(法制度調査への示唆)

(1) 精神医学

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

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

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ところで、そのためにあやしげなチェック・リストがいくつもつくられています。職場に不満をもつことも、精神障害と見なすような項目をそれは含んでいます。さらには、組合活動家に精神障害のレッテルを貼って追い出すようなことも、産業精神衛生の名で行われています」（岡田靖雄，小坂英世：市民の精神衛生。勁草書房，1970）。

・現状でも、（既に多くの論者から指摘されている通り、）臨床精神医学では精神医学的判断を通じて患者の利益（病状の快復等）を実現することを最優先にするが、産業精神健康ではその判断が相対化され、企業利益等も勘案したうえで、「落としどころ」が模索される傾向がある。その結果、疾病休業者の職場復帰等の際、同人の職務上の生

産性を考慮する必要が生じたりする。また、未だに診断名のみで処遇を決めたり、採用時にパーソナリティ障害や発達障害を見分け、それらを排除するための方法を精神科専門医に求めたりする企業が存在するとの情報も側聞する。そして、企業の精神科医がいかに良心的に、精力的に活動しても、その企業のポリシーの限界を超えることは極めて困難との現実はある。

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

カ 「育て鍛える」という視点の妥当性について

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

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

・その際、ビオン（Bion, WR: *Experiences in group and other papers*. Routledge, 1961）の説く集団力動的な集団分析理論（全ての集団には生産的に実働を果たす作業集団（work group）と何らかの幻想（非合理的発想）に囚われて生産的実働に至らない基底的理想集団（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、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。

キ 「育て鍛える」視点に基づく休職保障と支援のあり方

・育て鍛える視点に基づく介入では、ストレス関連疾患の罹患者が、休養と治療によって健康回復に専念できる条件整備が不可欠の前提となる。よって、法的な発症増悪事由の業務上外等を問わず、全ての労働者に十分な休養を保障する法整備が必要である。その際、適当な保障期間について、医学的側面からも検討する必要がある。ま

た、疾病休職者に対して、適当な時期に、
休養可能な期間やその他の条件について説
明する必要がある。

・そのうえで、目的意識を持った休養を
実践させる必要がある。具体的には、①治
療に専念すべき時期、②生活リズムの調整
や、活動性及び作業能力の向上に努める時
期、③労働能力を高める時期に加え、各時
期の到達目標を明確化し、支援のプロセス
を可視化する必要がある。

(2) 産業医学

1) 昨年度の調査結果

・本研究では、法制度調査グループとの
連携の下、産業保健専門職として、それら
の効果指標を同定し、必要に応じて新たな
指標の開発を行うことを目的としている。

ア 政府による公的な職域メンタル ヘルス対策の効果について

・わが国において、政府による関係法整
備を含めた公的な職域メンタルヘルス対策
の効果を直接的かつ客観的に評価できる指
標は存しないが、政府が主導ないし支援す
る公的サービス事業では、受益者の満足度
等を指標とする調査が行われ、その点では
比較的高い値を示して来た。

なお、労働者健康福祉機構のメンタルヘルス対策支援センター事業では、受動的な相談・情報提供サービスと能動的な訪問支援サービスの双方で、比較的中小規模事業所の利用件数が多いこと、両サービス共に満足度調査の値が高いことは特筆されるべきであろう。

また、中央労働災害防止協会のメンタル

ヘルス関連セミナーのアンケートでも、参加者の5割以上が中小規模事業所に所属していたことは注視されるべきであろう。

イ 民間の EAP 機関の活動の効果について

・WEB 調査等による限り、民間の EAP 機関の効果に関する公的な調査結果等は現段階で存在せず、それらが開設している WEB ページ上、客観的に検証可能な効果を明示した例も見あたらず、おおむねサービス内容の概要を示すにとどまっていた。

ウ 個々の事業所で実際に実施されているメンタルヘルス対策とその効果について

・実際に事業所が取り組んでいるメンタルヘルス対策に関する労働者健康状況調査によれば、労働者からの相談対応体制の整備や、労働者や管理監督者への教育研修等を実施したり、産業医、衛生管理者・衛生推進者、カウンセラー、保健師・看護師等の専門スタッフを配置している事業所が一定割合あり、そうした取り組みにつき、「効果があると思う」と回答した事業所の割合は7割近くにのぼっている。他方、労働者対象の調査によれば、「健康管理やストレス解消のために会社に期待することがある」とする労働者の割合も7割近くに達しており、回答された具体的な措置の中には、「休養施設・スポーツ施設の整備、利用の拡充」（特に若年層）や「健康診断の結果に応じた健康指導の実施」（特に中高年層）のほか、「施設整備等の職場環境の改善」も含まれていた。

同じく独立行政法人・労働政策研究・研

修機構が平成 23 年 6 月 23 日に結果報告を行った「職場におけるメンタルヘルスケア対策に関する調査」によれば、メンタルヘルス対策への取り組みとメンタルヘルス不調者の復職状況との関係について、前者があると後者における完全復帰の割合が高かった。また、メンタルヘルス不調による休職・退職者がいる事業所の方が、いない事業所よりも、復職に関する手続ルールが整備されている割合が多かった。

エ 諸外国の関連法制度調査等を行う際に注視すべき事項等 (略)

2) 今年度の調査結果

・今年度の調査では、先ず、昨年度の調査結果の総括が行われた。結果、国内外で採用されている指標は、いずれも関係法令等が意図した労働者のメンタルヘルスに関する重要な指標ではあるが、メンタルヘルスという多因子的 (multifactorial) かつ種々の媒体を通じて初めて実現され得る複雑多様・多層的な概念を考えたとき、充分とはいえないとの評価が導かれた。

・この結果を踏まえ、産業医科大学産業医実務研修センター及び同大学産業保健経営学研究室に在籍する医師 20 名によるグループワークにより、メンタルヘルスに関する過去及び将来実施が予想される関係法令等を基礎として、労働者の健康に影響が及ぶまでのプロセスを整理し、社会、企業、労働者への法令等の影響の浸透度を捕捉できる指標 (案) ならびに指標 (案) の策定手順について検討した。

・その結果、法令等の制定から労働者個

人の健康度に変化が起こるまでの有効な中間プロセス指標 (案) として、

① 社会全体の指標：EAP (Employee Assistance Program) 機関数、

② 企業・事業場に関する指標：メンタルヘルスに関する管理職研修の実施数、衛生委員会での議題出現数、産業医等によるメンタルヘルス関連面談数、産業医意見書の発行枚数、産業医の関連業務時間、メンタルヘルス不調者の職場復帰者数、人事部門がこの問題に調整的に関与する機会の回数、メンタルヘルス対策担当者の役割の明確化数、メンタルヘルスに関する個人情報管理の強化数、

③ 労働者に関する指標：メンタルヘルス対策の重要性などに関連する理解度

等が抽出された (詳細は、梶木報告書の添付資料を参照されたい)。

・これらの指標案は、法令等の社会、企業、労働者への浸透度を捕捉するものとして活用が期待されるが、やや産業保健専門職の視点に偏ったものとなっている可能性がある。メンタルヘルス関連の法令等は多くの利害関係者に影響を与え、それらが複雑に関与しあい労働者の健康に影響を与えると考えられるため、様々な利害関係者の協力のもと、多様な視点から法令等の影響を測るための指標を検討する必要がある。たとえば、法令等の変更時に利害関係者の将来にわたる健康影響を予測するツールとして健康影響評価 (Health Impact Assessment) があり、有効に活用することで、効果的な指標 (の素材) となる可能性があることが認識された。

(3) 経営学

ア 日本企業によるメンタルヘルス対策の実状

・独自に何らかのメンタルヘルス対策を講じている企業は、大企業を中心に増加傾向にあり、EAP の導入、相談窓口の設置、一般職や管理職に対するメンタルヘルス教育などが多く実施されている（最近、セルフケアよりラインケアが重視される傾向を示唆する調査結果もあり、個々人の問題というより職場組織全体の問題と捉える傾向とも解され得る）。また、やはり大企業を中心に、不調者の復職後の支援を担う専門担当者を置いている企業もある。

・ただし、中小企業での対策は、全体に不十分である（たとえば、「職場におけるメンタルヘルスカケアに関する調査」結果 独立行政法人 労働政策研究・研修機構 Press Release（平成23年6月23日）では、従業員規模1000人以上の事業所では、75.4%が何らかのメンタルヘルスカケアに取り組んでいたが、30人未満から99人以下規模では、約3割しか当該取組を実施していなかった）。

イ 日本企業がメンタルヘルス対策の必要性を感じるようになった主な理由

・人事管理論でメンタルヘルス問題が注目されるようになったのは、ごく最近のことである。

・企業などがメンタルヘルス対策の必要性を感じるようになった主な理由と解されるものは、以下の通り。

①CSR との関係

正社員を中心とした長期雇用慣行が実質

的に残存する中で、経営環境の変化を背景とする長時間労働や賃金低下等が生じ、かつ自発的労働力移動も困難なため、企業が雇用者として社会的責任を自覚して対応すべきとの考え方が広まったこと。

②リスクマネジメントとの関係

労災訴訟、従業員の離職、パフォーマンス低下などのリスクがあること。

③人事管理上のメリットとの関係

従業員の新規採用、新規育成より、休業者を復職させた方がコストがかからないなど、人事管理上のメリットがあること（ただし、企業は、もとより利益の増大ではなく減少を防ぐ趣旨を持ち、効果が短期に現れ難い課題には十分な経費をかけない傾向にある中、メンタルヘルス対策については、それに加えて職域での対策のみでは奏功し難いものと認識し、尚更に経費をかけない傾向にある。）。

④企業イメージとの関係

CSR とも関連するが、企業が適切なメンタルヘルスカケアを怠れば、「人材の使い捨て」というイメージが社会的に定着し、優れた人材の採用、労働者の帰属意識、取引先の信用などさまざまな面で中長期的にマイナス影響を与える可能性があると解する企業もあること。

⑤職場組織の風土・快適性との関係

メンタルヘルス不調者の増加を背景に、職場でのコミュニケーション機会や助け合いの減少、個人作業の増加などを挙げる人事担当者が増えており、有効なメンタルヘルスカケアは、職場組織の風土・快適性に貢献する可能性があると解されていること。

ただし、いずれも具体的かつ明確なデータに基づいた説ではない。組織風土とメン

タルヘルスの関係については、主に海外で一定の研究の蓄積があるが、日本での適応可能性については、未だ十分に検証されていない。

ウ 経営学的観点から考えられるメンタルヘルス不調者増加の普遍的背景

・企業活動のグローバル化やIT（情報技術）を中心とした技術の高度化により、予測困難な変化にさらされている現代の組織は、コストを削減し効率性を高めるために、柔軟性を重視した戦略を実施するようになった。このことは従業員にとっては、安心して働く基盤を提供する雇用の不安定化をもたらした。

エ 経営学的観点から考えられるメンタルヘルス不調者増加の日本的背景

・以下のような指摘がなされてきた。

①日本的雇用慣行がもたらす曖昧な職務構造（：分担範囲の不明確性）により、柔軟な職務編成と多能化が叶い、日本企業に多くのメリットがもたらされたが、以下のような問題も指摘されて来た。

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

イ 欠勤が周囲に直接迷惑をかけるなど、個々のメンバーの働きぶりが相互に影響し

合うこととなるため、同僚間の相互監視状況が生じ易くなり、日常的にも休職者の復職時にも、勤務軽減の具体的条件（職務の質量や目標、労働時間限界など）を決めにくいなどの問題が生じ易くなる。かつ、個々の人のキャパシティーなどによる職務配分の偏りが他のメンバーのモチベーションに直接影響し易くなる。

ウ 最近では、管理職にもプレイング・マネージャーとしての役割が求められるようになって来たため、管理職自身が管理業務に専念できなくなり、部下をケアできず、結果として人材育成が困難になる、等の問題も生じている。

②同様に、人事考課において情意考課を重視する傾向から、労働者がメンタルヘルス不調を上司に知らせることに不安を感じやすい。

③他方、90年代に広まった成果主義的人事管理は、個人の職務の切り分けに貢献したが、逆に孤立感の深まりなど新たな問題を生んだ（コミュニケーション（多）＋周囲からのプレッシャー（多）→コミュニケーション（少）＋孤立感（多）へ）。こうした急激な変化に労働者の適応が追いついていない。

④①～③に共通する背景として、自発的な労働力移動の困難がある。「転職しにくいこと＝自身の就労環境を変えにくいこと」この事情が作用している可能性がある（もともと、世代ごとに転職のしやすさ等が異なることから問題状況や背景が異なる可能性もある）。また、その背景に、労働者自身がいわゆる定年雇用（：長期雇用）を支持しているというデータもあり、外部労働市場へ参入するリスクを感じる労働者が多い

ことをうかがわせる。

・もともと、近年、人事管理の特徴は、企業が活動している国や社会に規定されるのではなく、産業（業種）や職種に規定されるものとの主張もなされている。例えば、コールセンターでの顧客対応や営業職などの感情労働のほか、逆に仕事上他者との接触が少ない職種や、職務上自律性を発揮しづらい職場で問題が多いと指摘もある。

しかし、現段階では、看護職や教育職などの専門職以外の職種についてのストレス研究の蓄積が少なく、今後の取り組みが求められる。

オ 対策の効果及び考えられる理由

・上掲のような、これまで実施されて来た対策に著しい効果が見られたとする調査結果は、現段階では見あたらない。

・その理由の1つとして、対策の中身よりも対策を実施しているという形式が重視されている可能性も否めない。また、EAPを利用している組織には、対策を丸投げしてしまっていたり、必要な連携、EAPによるサービスから判明した事柄の社内へのフィードバック等を充分に行い得ていないところも少なくない。組織がセルフケア教育を重視することで、却って利用率の向上を妨げている可能性もある。

・メンタルヘルス対策が本来的に個別的性格を持つが故の問題もある。策定した制度を一律に適用するのみでは実効的対策になり難い反面、運用を個別化すれば処遇の不公平に繋がりがかねない。

カ 現在よく行われている新たな取り組み

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

ただし、客観的な分析をするには、未だ事例の集積が不足している。

キ 経営学的観点からの提言～求められる対応～

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

①経営戦略の一環としての位置づけを基本とした経営者による積極的取り組み

ア ワークライフバランスの視点に立った企業活動

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

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

イ サポート型な組織風土の醸成

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

その際、以下の事項が要目となる。

ア) 管理職の役割

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

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

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

イ) 組織内の情報共有

1次予防から3次予防、とりわけ2次予

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

ウ) 働きやすい組織風土づくり

組織風土の測定尺度は、日本でも開発が進められており、その1つに社会心理的安全風土(PSC:「労働者の健康と安全の保護のための政策、施策、手続」)がある。これは、心の健康とワークストレスの抑制のため、経営者に求められるサポートとコミットメントを詳述するものであり、組織の財産であると説明されている。具体的には、経営者の関与と注力によるストレス防止へのサポート、組織内コミュニケーション(：ストレス防止策が組織内の全ての階層レベルで講じられていること)、組織的な参加(：労働安全衛生上の課題を解決するための意見の具申と経営者による聞き入れ)、関与(個々の労働者、労働組合、企業内の安全衛生担当者の取り組みへの参加)等の尺度が設定されている。

PSCを用いた実証研究では、組織風土は心理的消耗感や精神的苦痛に影響し、そのメカニズムは労働環境の媒体効果により説明されること、PSCにはトップダウン効果があること、PSCは労働者の心の健康とワーク・エンゲージメントに関係する基本的な組織環境と位置づけ得ることなどが明らかにされている。また、そこから、PSCへの取り組みによる経営者の行動変容や労働

者へのケアの実践が、1次予防に繋がる可能性があること、組織においていったん強固なPSCが形成されれば、持続的な生産性に繋がる可能性が高いことなどが示唆される。加えて、経営者の関連情報の共有によるコミットメントの重要性も示唆される。

エ) 労働者のストレス耐性の強化

近年、心の健康のポジティブな側面に注目し、従業員にストレス耐性を強化してもらうことで、メンタルヘルス問題に対応していこうとする考え方が発展して来ている。そうした実務上の動きに関連して、心の活力に注目するポジティブ心理学の知見に関連する議論が展開して来ている。その一例として、労働者の長所を伸ばし、いきいきと働ける状況を形成しようとするワーク・エンゲージメントの考え方が注目を集めており、実際に、これが実現している労働者や組織では、好業績、高い収益性が図られる傾向が、実証研究から明らかにされている。

また、メンタルヘルス対策の一環として組織活性化策を講じる企業も出て来ているが、ワーク・エンゲージメントとの関係は十分に整理されていない。

②法規制

現実に、CSRの視点ばかりでは拮がりに限界があることもあり、企業行動により直接的な影響力を持つ法規制が求められるが、企業の自律性を奪うような規制は望ましくなく、他国の法制度も参考に、受益者視点で規制のあり方等を検討する必要がある。

③労働組合による対応

労働組合は、ほんらい従業員の細かなニーズを汲み取ることができ、必要に応じて使用者と交渉できる存在であり、この問題

への対策に際しても果たし得る役割は多い。現に、労働組合のこの問題への関心は高まっており、先進事例の中には、経営者と管理者に加え、労働組合にもストレス調査の結果を積極的に開示している例があった。しかし、現段階で労働組合自身による積極的な取り組み例は稀少であり、また一般化していく保障もない。

④労働者のエンプロイアビリティの向上

その他、労使双方が、労働者のエンプロイアビリティ（：雇用される能力）を高めることにより、移動可能性を高めると共に、結果的に内部労働市場で通用する実力も育成され、結果的に企業の内部外部双方での雇用保障が高まる可能性が生じる。

エンプロイアビリティに関する研究は、当初、ヨーロッパで盛んに行われ、日本でも日経連などが注目し、報告書を公表するなどしたが、その後、注目度が低下した。しかし、グローバル競争の激化等に伴い、再度その重要性が増している。特に日本では、(従前に比べて瓦解状況にあるとはいえ、)比較的手厚い雇用保障が確保されてきた反面、いったん失業すると、再就職が困難となり易い傾向があるため、エンプロイアビリティ育成の重要性が高い。この課題に関する最近の研究は、その要素となる能力やスキルのリスト化の作業をおおむね終え、臨床(実践)も進み、雇用可能性を実現するための具体的方策の調査研究にステージを移しているので、近い将来これらの成果を活用できるようになるかもしれない。

なお、エンプロイアビリティの認識は、雇用不安(「脅かされた雇用状況における望ましい継続雇用維持の知覚された無力感」と定義される)によるマイナス影響を緩和