

する有力なストレス・コーピング資源となり得るとする研究もある。たとえば、雇用不安やエンプロイアビリティの認識が労働者のストレスや職務態度に与える影響に関する研究から、以下の事柄が明らかにされている。

ア 雇用不安は、職務満足、組織コミットメント、キャリア意識にマイナス影響を及ぼし、労働者の退職意思を促進している。

イ エンプロイアビリティの認識は、雇用不安と職務態度等に一定の影響を及ぼしている。

ウ エンプロイアビリティの認識は、雇用不安がキャリア意識に及ぼすマイナス影響を緩和する効果を持つ。

ただし、エンプロイアビリティを人事管理施策に反映させる具体的なプロセスや、その向上がもたらす効果等は、未だ明らかにされていない。たとえば日本では、中途採用に積極的な企業は未だ少なく、外部労働市場が未整備なこともあり、個々の労働者のエンプロイアビリティの向上が転職に繋がるとは限らない。よって、その効用は、万一雇用機会を喪失した際の備えになるという心理面での安心や、企業内部での労働能力の向上による企業業績の向上にとどまる可能性が高い。

従って、当面は、企業内部での公正評価、職務へ目標の明確化、企業側が求める時間軸と労働者が求める時間軸のマッチング等に焦点を当て、企業自身が人事管理・職業能力開発施策の改善を図る必要がある。

#### ⑤「心理的契約」の履行確保等

心理的契約とは、法的ルールと社会的関係の総体をもって履行を担保された約束全体を指し、職域メンタルヘルス問題と有意

な関係を持つと解される。

この概念に関する研究は、当該契約の内容に着眼するものと、その履行・不履行が招く結果に着眼するものに大別され、うち後者によれば、昨今、多くの企業において組織側による契約不履行が生じ、それが従業員の情緒的コミットメントを低下させ、職務態度の質の低下や離職意図を高めている。

しかし、それでも日本の労働者の多くは当該企業にとどまって契約関係を維持し、(a)期待水準を下げる、(b)履行水準を下げる、(c)離職する、等の自己調整を迫られているが、多くは(a)で対応し、それも不可能な場面でメンタルヘルス不調の問題が発生している可能性がある。

よって、まずは心理的契約の履行確保が求められるが、それが不可能ならば、やはり、個々の労働者のエンプロイアビリティの向上等により対応を図る他はない。

## D. 考察

### <求められる実体的理念>

・以上の調査結果から示唆される確保すべき実体的理念を端的にキーワードで示せば、①個別性、②(連携的)専門性、③多面性、④柔軟性、⑤継続性、⑥人間性(心理的特性の考慮)、⑦客観性に加え、これらを包括する⑧手続的理性となる。以下では、個々のキーワードごとに、その内容を論じる。

①個別性は、個々の労働者ないし症例の現在の症状、パーソナリティ、志向性などの他、先天的資質、育成環境・条件、入職後にばく露したストレス要因などの経緯・

脈絡などを考慮した対応を意味する。また、個人のみではなく、組織の個別性も対象に含まれる。組織の場合には、当該組織が抱える現在の問題、実権者の個性や経営方針、個々の部門・職場の責任者の個性や管理方針、創業以後の経緯などを考慮した対応が求められることになる。

②専門性は、対策ないし対策決定プロセスへの専門家の関与と、そうした専門家の養成及びその前提となる専門的調査研究の支援を意味する。基本的には、精神科臨床と産業保健の双方に詳しい医師の関与が望ましいが、そうした領域の学識と臨床に詳しいコ・メディカルや心理専門職等の主体的関与も選択肢とされる余地はあり、そのための人材育成も求められよう。また、人事労務管理者やライン管理者、経営者らが、そうした領域の基本的な思考様式等を習得する必要もある。メンタルヘルス対策では、経営・人事労務管理、医療・心理・保健・福祉、それらを包括する法務の観点が必要でない。本調査プロジェクトから、たとえば休職者の復職過程についても、こうした分野のプロフェッショナルの連携を求める法制度を持つ国があることが判明し、現に国内でも、そうした作業により、復職後の職務定着に奏功する確率が上昇する旨を示すデータや事例報告が散見される。よって、当初は専門的属性間の連携から誘い、時間の経過と共に相互に専門性が浸透していくよう誘う作用が制度的に求められることが示唆される。

③多面性は、主に①個別性やメンタルヘルス問題の多因子的性格、複雑多様、多層性を前提とした介入方法の多様性を意味し、症例へのアプローチと組織へのアプローチ、

介入場面と介入方法のいずれにも妥当する。

1次予防面では、リスク・アセスメント手法のみではなく、グッドポイント・アセスメント手法を併せ持つ対策を講じること等がそれに当たる。3次予防面では、何より、雇用上の施策のみではなく、現状では一般的に乖離状況（①人と情報の交流機会の乏しさ、②症例が福祉制度や同施設の支援を受けることとなった場合の一般就労機会の乏しさ、③症例が福祉的給付を受給することとなった場合の就労意欲の低下等）にある産業と福祉を連携させ、精神障害者等の離職後の安心と再生を確保し、再度就労に適切に復帰させるための施策が求められる。一例として、イギリスのJobcentre Plusの体制と業務が挙げられる。同機関は、日本でいうハローワーク、社会保険事務所のほか、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や、主に自治体やNPOなどが運営する障害者就業・生活支援センターとしての機能も兼ね備え、労働能力テストを基礎として就労困難者を適切に「切り分け」、まさに多面的かつ継続的な支援を行っている。その際、Remploy社やソーシャル・ファームへの財政援助や彼らとの連携、NPOや地方自治体との連携などが実施されていたことも想起されるべきであろう。デンマークでは、地方自治体が、症例の利害関係者（使用者、医師、失業局、労働組合、リハビリ施設、病院・診療所）と協力して、当該症例に応じた個別かつ柔軟な行動計画を策定し、同人に継続的に関与することを義務づけられている。オランダでは、労働保険実施機関（UWV）が、使用者の復職プランを審査し、労使間に労働者の労働能力

の存否、リハビリ勤務の効果、配置予定の職務内容等について意見の対立が生じた場合には、彼らの求めに応じて専門的意見を発する役割を担っているほか、リハビリ勤務に特化した専門的受入事業所（re-integratiebedrijf）が、企業外で遂行される代替業務全般につき、使用者団体との情報共有を図りつつ、アドバイザー兼教育訓練機関としての役割を果たしている。

他方、主に2次・3次予防の双方に関わる障害者差別禁止法の設定に際しても、障害者の定義について、心理社会的要因により行為障害の常況にある者（職域では労働能力に支障を来している者）等を中心に広く捕捉し、（誤認も含めて）社会的に障害者と認識され得る者なども含めること、また、雇用者・被用者共に受入ないし実施可能な介入・救済策を規定し、雇用上の差別禁止が採用抑制等に繋がらないようにする工夫が求められる。

加えて、経営者や人事労務管理責任者にメンタルヘルス対策の重要性を理解させるための施策やコミュニケーション手法等の開発も重要な課題である。一般に、メンタルヘルスを担当することの多い保健職・心理職等には、彼らへの説得的なコミュニケーション能力が十分に備わっていない場合もあり、他方、経営者側は、メンタルヘルス問題を、短期に効果があがりやすく、個人要因の強い問題と捉えがちなため、必要なコストを投じた専門的、継続的、多面的対応には消極的な姿勢をとり易い。よって、いっけん労働衛生の所掌を外れるが、場合によっては第三者を活用した経営コンサルティング的要素を持つメンタルヘルス対策も求められるよう。

④柔軟性は、③多面性と特に密接な関係にある。1次予防面で、リスク・アセスメント手法のみではなく、グッドポイント・アセスメント手法を併せ持つ対策を講じること、求められる柔軟性の一環といえる。3次予防面で、個々の症例に対して、その症状の性質、レベル、期間、経過、症例の個性や志向性等に応じ、本人希望も踏まえた適正な配置、療養等を実施したりさせたりすることも、その一環といえる。というより、どの次元の予防措置でも、個人の労働能力制限の性質、レベル、期間、経過等に応じた対応の柔軟性は求められる。たとえば障害者差別禁止法によるアプローチをとる場合でも、障害の定義や、合理的配慮の内容の確定を含めた差別の認定、救済方法等の場面で、保護法益の実現を図るための一定の柔軟性が求められざるを得ない。

⑤継続性もまた、1次予防から3次予防の全てで求められる。1次予防面では、心理社会的側面を含めた職場環境改善や個々の労働者のレジリエンスの強化へ向けた継続的取り組みが求められる。これは、個々の組織や人間の背景・脈絡・特徴に応じた措置でなければならぬため、一定の試行錯誤が必要となる場合が多く、仮に実効性のある措置が発見された場合にも、一定期間にわたる粘り強い介入が求められることが多い。2次予防は、不調の早期発見・早期介入ではあるが、実効的かつ妥当な措置の如何は、たとえば専門家の所見や本人の希望を得ても、一定の試行錯誤なしには認識され得ないことが多いと思われる。もとより、専門家の介入も、個々の人や組織についての継続的な経過観察がなければ困難であろう。他方、3次予防こそは、もっとも

継続性が求められる場面といえる。この点では、実質的に日本の比較的恵まれた大企業の任意制度とほぼ同レベルの雇用・賃金保障を労働者及び国民全体に実施しているデンマークやオランダの法制度が参考になる。デンマークでは、疾病手当法に基づく休業手当の支払が、最初の30日間は使用者、その後は地方自治体に義務づけられ、日本の打切補償に相当する仕組みはない。報告書からは定かではないが、その期間途中の解雇も原則として認められない仕組みになっていると解される。オランダでは、民法典に基づき、原則として、計2年間にわたり雇用と一定割合の賃金が保障されている。ただし、どちらの国でも、そうした手厚い保障とセットで、利害関係者（使用者、主治医、外部リハビリ施設、労働者、労働組合等）の連携を前提とした復職支援が規定され、特にオランダでは、労使双方の復職へ向けた措置ないし協力義務が明文化されている。デンマークでも、復職支援の主体となる自治体に、当事者に復職可能性がある限り、利害関係者と協働して早期復職支援を果たす義務が課されている。また、両国共に、こうした3次予防措置と1次予防措置が関係者間の協議の下で一体的になされるよう、制度が整備されている。不調者を就労に連結するための関係者の連携の必要性については、イギリスのキャロル・ブラック卿の報告書でも示唆されており、日本の場合、連携が求められる関係者には、一次的には、産業医、主治医、人事労務担当者、リハビリテーション機関、安全衛生委員会、労働組合など、二次的には、職業紹介機関、社会保険機関、障害者就労支援機関などが該当するであろう。

⑥人間性は、メンタルヘルス問題の心理的特性を考慮した対策を意味する。それも、個人のみでなく、組織の心理的特性も考慮する必要がある。よって、この意味でも、1次予防面で、リスク・アセスメント手法のみではなく、グッドポイント・アセスメント手法を併せ持つ対策を講じることは、その代表例となる。加えて、2次・3次予防面でも、専門家の所見を基礎としつつ、本人希望と組織に可能な措置を調整して就業上の配慮を講じることなどが、その要請に応えることとなる。

⑦客観性は、一義的には自然科学や疫学的エビデンスに基づく対策の必要性を意味するが、メンタルヘルス問題では、疫学的エビデンスが根拠となることが多く、それすら不明な場合が少なくない。よって、組織内部での利害関係者による十分な協議のほか、②で述べた専門家を含めた第三者（機関）の関与が客観性を担保することになる。

⑧手続的理性は、合理的な手続を設定し、公正な運用を図ることを意味する。メンタルヘルス問題は、自然科学的な解明が進んでいないこともあり、民事訴訟を管掌する司法でさえ、過失、損害、因果関係等の認定の各場面で、基準の設定に悩みを抱えることが多く、人事・産業保健実務においては、一方では使用者側の利益や意向に沿い過ぎた解決、他方では（特に訴訟リスクを恐れる大企業等において）本人の保護に偏り過ぎた「抱え込み」に帰結し易い。それだけに、その解決に際しては、当事者や関係者の「納得」が重要な意味を持ち、その「納得」に貢献する手続的理性の履践が求められる。その実現は、政府レベル、地方自治体レベルの他、事業者と外部専門機関

との関係、事業所内では、組織全体、個々の部門や職場、個々の労働者への対応の各レベル・場面で求められるが、特に1次予防での快適職場形成や、3次予防での個々の労働者に対する休職措置への適用の必要性が高い。また、上記①～⑦の要素を全て手続に盛り込む必要がある。例えば、休職者の復職場面では、専門家である主治医と産業医の連携を基本としつつ、労使の代表者が参加する衛生委員会の下部組織として復職判定委員会を設立し、そこに当事者に直接関わる専門家、労使の代表、人事担当者、直属の上司のほか、客観的観点を持つ第三者（外部の専門家等）を参加させ、専門的かつ民主的な審議を行わせることで、納得性の高い結論が得られ、参加者の問題認識も深められる可能性がある。なお、デンマークにおけるように、復職支援プログラムの策定と運用に地方自治体の資源を活用する方途や、オランダにおけるように、外部の専門的支援機関を充実化させ、たとえ雇用者に就業可能なポストがない場合にも、当該雇用者との連携の下で本人に代替的な就業を行わせつつ、アドバイザー兼教育訓練機関として機能させたり、使用者が講じた復職支援を第三者に審査させるような方途も考えられる。

## <各論>

### 1) メンタルヘルスの定義

・本調査の結果を述べれば、国、関係機関、関係部門などにより、捉え方が異なる。個人の資質や生き方を強調するもの、伝統的な重度精神障害者対策を基本として、軽度精神疾患対策を含めて考えるもの、組織の健康という概念を設定し、職務満足度を

重視するものなどが代表例と言えようが、概ね、精神疾患や障害の存否にとらわれず、物理的・心理的負荷等により、労働や日常生活上の制約を招く問題への対応を、個人と組織の両面から図ろうとする作用と解される。なお、研究代表者自身は、『ヤドカリの引越』の実践と支援」という表現で、社会・経済構造、自然環境や生活スタイル等の大きな変化の中で、個人と組織の成長と適応を実践、支援する作用と理解している。

### 2) 1次予防施策のあり方

・1次予防面では、デンマーク、オランダ、イギリスのように、公権力の介入により法的対策を講じている国もあるが、その成果が見えにくい状態が続いている。本調査の対象各国は、その国の個性、法制度展開の脈絡に見合ったアプローチ、それも直接的に1次予防策を講じる方途から2次・3次予防に注力することで間接的に1次予防を推進する方途、はたまたその両者を組み合わせる方途など、様々な方途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。正確に言えば、国・政策レベルで講じた対策と成果の因果関係が明らかになっていない。

・相撲に喩えれば、①「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大幅にアレンジし、積極的に勝負を挑んで来た」（イギリス、デンマーク、オランダ）、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)、③「従来の取り口自体が新たな問題に対応可能なものとの確信のもと、それを展開させる形で対応を図って来た」(アメリカ、フランス)、のいずれかの状態にあり、たとえ積極的な勝負をして来た力士でも、結局、「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。

・このうちヨーロッパの制度は、ほぼ例外なく、心理社会的リスクを対象としたEUのPRIMA-EF (Psychological Risk Management- European Framework)の影響を受けている。これは、WHOを中心とする複数の国の関係機関が連携して設置したコンソーシアムにより開発されたものだが(詳細は、矢倉尚典/川端勇樹「欧州におけるメンタルヘルス対策と取り組み—PRIMA-EF プロジェクトの成果の概要—」損保ジャパン総研クオータリー 52:2-32,2009等を参照されたい)、法的には、1989年にEU(EC)のローマ条約第118条(a)に基づき発令された「安全衛生の改善に関する基本指令(枠組み指令)(89/391/EEC)」及び2002年に欧州委員会が公表した職業性ストレスに関する欧州委員会指針(European Commission, "Guidance on work-related stress", 2002)の具体化ないし促進を図るものと解される。

・しかし、この仕組みは、おおむね、Job-D (Demand) C (Control) S (Support) モデルを活用したリスク調査・管理を中心と

しており、いわば欠点を見つけ出してバンソコを貼るような個別的、治療的な改善方式といえる。しかし、昨今は、より積極的に理想的な職場環境を持つ条件(competence)を類型化し、現実の条件をそれに沿わせていくことで、良好な職場環境形成を包括的に実現していく改善方式(proactive approach)の方が有効と考えられるようになって来ている。また、ここでは、必然的に「叱る」「縛る」規制から、「褒める」「伸ばす」作用を支援する規制への転換も求められる。これは、西洋医学的アプローチから東洋医学的アプローチへ、と形容することもできるであろう。要するに、「～がいけない」とか「～してはいけません」と叱るより、「～ができて立派だね～」と褒めつつ、必要な要件を明示してあるべき方向に誘導するほうが、個人・組織を問わず長所の伸張と欠点の改善に役立つ、という組織心理学的特性を活かした発想であろう。もっとも、そうした発想や方策で、知略を駆使して確信犯的に職場環境を悪化させている人物やグループに対応できるか、特に経営者自身の個性や考え方の偏りに根ざす問題に対応できるか、等の疑問は残る。また、そうした経営コンサルティング的側面を持つ作用に公的支援を行ったり公権力を介入させることの正当性も改めて問われよう。

・また、リスク・マネジメント手法をベースにした制度の下でも、積極的な取り組みを行っている国では、既に個別的な成功・失敗事例の集積が図られて来っており、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。

・となれば、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。もともと、メンタルヘルス問題の多因子性、多様性、多層性などを考慮すれば、梶木報告書が示した中間指標を重視する必要もある。

もとより、日本の安衛法政策でも、先の衆議院解散で審議未了廃案となった安全衛生法案を含め、医師による個別面談や個別的な就業上の措置の勧告など、専門性と協議に基づくオーダーメイド方策の基礎は提供されているが、個々の労働者とその所属組織の双方に対する、より包括的かつ継続的な措置を基礎づけるような法政策が求められている可能性はある。より具体的にいえば、現行安衛法第28条の2を準用する第88条に規定するようなメリットを産業精神保健対策にも発展的に拡充するような施策が求められよう。

・また、「欧」「米」の手法は、たとえ現段階で予防への貢献が十分にみられないとしても、少なくともわが国における補償・

賠償上の過失責任の切り分けに貢献する可能性はある。すなわち、障害者差別禁止法を含め、欧米で法政策上講じられているような合理的な対策を積極的に講じた事業主には、科学的に原因の不明な災害が生じた場合にも、手続的理性を尽くしたとみなされ、民事上の過失責任が免責ないし減責されるケースが増加する可能性はあるように思われる。そして、民事上の賠償責任ルールの具体化は、組織の日常的な行動を促進する可能性が高いため、至局、予防文化の拡大に繋がる可能性もある。

### 3) メンタルヘルスは科学たり得るか

・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。そうした中で、デンマーク、オランダ、イギリスなどは、問題状況の深刻さ等を背景に、一定の方法論的問題点を意識しつつも、実験室での生物学的研究、臨床報告、一定の労働環境条件を再現した上での行動観察、パイロット事業でのチェックリスト等を用いた調査、フィールド調査、専門家・実務家に

よるグループワーク、デルファイ調査、執筆者の学識や権威なども踏まえた疫学的エビデンスを根拠に、一定の強制性を持つ施策を講じてきた。日本の司法も、確たる根拠の乏しさや基準設定の困難さを意識しつつも、equity（狭義の「公平」の上位概念としての「衡平」）の実現のため、「過重な心理的負荷」を比較的積極的に認定してきた。

・結論的に、この点については、イギリスのノッティンガム大学の研究グループが著した以下の論述が妥当すると思われる。

仮に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）。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（McPherson）と組織論的観点（Griffiths、Coxら）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 Treasury）。

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はできず、修正も可能であろう。

#### 4）各国の法制度が対策の射程に捉えているメンタルヘルス問題とは

・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射程に捉えているので、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、その射程は医療上の疾病障害対策に限られている。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、従業員が休業、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、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。もっとも、障害者の定義自体、同法の性格や機能を決する大問題であり、多くの議論を生み、法改正の契機ないし要目ともなって来た。そして現段階では、必ずしも医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。

・結論的に、日本の法制度でメンタルヘルス対策を強化する際には、主として心理社会的・物理的リスク要因により長期（概ね2週間以上）にわたり労働能力に制限を受ける（ことが専門家や諸事情から客観的に裏付けられる）者の発生を防止することを射程に捉えるべきではないかと解される。ただし、フランスやアメリカの法制のように、生じる被害（損害）の観点を離れ、不当な差別等による人格的利益の侵害を防止する観点も求められる。

## 5) 職域メンタルヘルス対策に相応しい法制度

・諸外国のメンタルヘルス関連法制度の趣旨・性格は、アメリカ型とヨーロッパ型に大別される。アメリカは、精神障害者の雇用対策という観点で、主に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ず、その事情は、アメリカの障害者差別禁止法（ADA）が飛び火したイギリス、ドイツなどの法制でも変わりはない）、ヨーロッパでは、フランスのハラスメント防止規定など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）。

・ドイツでも、統計上、精神疾患罹患者が増加し、産業精神保健に関する問題認識も拡大しているが、私傷病でも最初の6週間は事業主負担で、その後の3年間は最長78週まで社会保障による所得保障がなされる仕組みを基本として、業務上の対策は事業主（ないし労使）による自主的取り組みに委ねられ、現段階で政府による本格的な予防対策は法制度化されていない。

・しかし、いずれも明らかに奏功しているとは言えない。障害者差別禁止法は、差別状況の抑制と障害者の雇用の促進を主な目的としているが、少なくとも後者の目的は十分に達せられていない。ドイツでは、先述した事情から、そもそも効果を問う前提に欠ける。デンマークやオランダは、1次予防と3次予防の両面で、かなりラディカルとも言える施策を講じているが、なお成果が明らかではない。

・となると、現段階で、職域メンタルへ

ルス対策にとってどのような法制度が最も適当とは言い切れない。後掲の図1で示すように、労働安全衛生、経営、人事労務管理、医療、福祉に関わる法制度の全てに対応が求められていると言わざるを得ない。ただ、職域で可能な対策に限定すれば、イースト・アングリア大学ノーリッチ・ビジネス・スクール行動科学教室教授 Kevin Daniels 氏や、日本の関連判例も示唆するように、結果として、①training（教育訓練）、②motivation（動機付け）、③selection（採用・配置等における人選、適材適所）、④job design（職務の設計と割当）の適正化を「促す」ような法政策の構築が望ましいとはいえよう。

・また、予防効果が直ちに確認できるか否かにかかわらず、基本的人権の保護の観点から、ハラスメント防止や雇用平等の充実化を図る必要はある。たとえば、フランスでは、「労働における差別禁止法」の改正（2001年11月16日法）により、差別を定義する労働法典（L122-45条）の適用範囲が拡大され、実質的に賃労働者の訴訟上の立証責任が軽減されることとなったが、これは、従来の差別事由（出身、性別、家族内の地位、民族・国民・人種への所属など）に、肉体的外観（身長・体重・美容など）、姓名、性的志向、年齢を追加するものであった。そして、2005年秋には、青年を主とした「暴動」事件を契機に、履歴書「匿名化」立法（2006年3月9日法）が制定され、従業員50人以上の企業では、履歴書に年齢・性別・氏名・住所・写真を記述、記載させてはならないこととなるなど、差別としての救済範囲の拡大により、精神面に関わる基本的人権の保護が

図られている（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: 77, 2006）。アメリカのADAの枠組みも、労働力の積極活用の趣旨を基底に置きつつ、相当範囲の差別を対象とし、実効的な救済を図ろうと努めていることがうかがわれる。

この面でも、欧米のアプローチに参照価値を見出すことはできるように思われる。

## 6) 強制的方策と誘導的方策のいずれが適当か

・この課題への回答に際しては、強制的方策を採る前提として科学的知見が不足していることのほかに、精神障害を含めたメンタルヘルス不調の特質を踏まえる必要がある。たとえば、精神障害者に対する合理的配慮は、身体障害者に対するバリアフリー建築などの一律的措置ではなく、相性の良い人物との隣接配置、フレックスタイム制など、医学等の専門所見を踏まえつつ、本人希望と会社都合を調整する個別的な措置が求められることは、アメリカのADAからも示唆されるし、そもそも人間の心理的反応から主観性を排除できないことから導かれ得る。「率直な対話の必要性」という意味では、ビオンのいう基底的思想集団の改善という観点でも同様・同類のことが妥当する。

・要するに、メンタルヘルス対策の本質として、ヨコ（一律）からタテ（オーダーメイド）への流れを促進する必要性を説く趣旨だが、かといって、全てを当事者の任意に委ねる誘導的方策が適当とも言い切れない。タテの対策を講じる中で、①嫌悪感に基づく差別的取扱の禁止、②各労働時間

単位間の休息時間の確保、③急激かつ大幅に労働条件が変化した場合の支援体制の構築など、一般性のある条件が判明すれば、一律的な義務規定の設定が求められる。また、タテの対策を促進するためにも、ヨコの権威や信用力が求められる。たとえば精神科医などの精神問題の専門家も、個人個人の個性・背景・脈絡を組織に説くべき存在として機能し得るが、一般的な権威や信用力を失えば、その役割すら果たし得なくなる危険性もある。

## 7) 心理学的アプローチの正当性・妥当性

・多くの国の公的・私的メンタルヘルス対策で用いられている質問紙方式のストレス調査測定ツールを好例として、メンタルヘルス対策では、人間や組織の心理(学)的特性を考慮せざるを得ない。また、精神医学でも、診断や投薬などの純然たる医療行為以外に、精神療法など心理学との境界が曖昧な作用と不可分な面はあるし、組織の人事労務管理でも、集団統制や職場秩序の維持増強から個別交渉の場面に至るまで、心理的手法が用いられることが少なくない。本研究班による調査でも、特にイギリスの法制度調査から、心理学的アプローチについて、以下のような特徴的態度が看取された。

①そもそも自然科学は、人間心理の実相や作用を捉え切れていない。生理学的検査なども進展しつつはあるが、心理的側面へのアプローチは困難で、捕捉できる事象があっても極めて限られている。

②心理学的な事実は、そもそも百面相であり、相対的なものにとどまる。心理学的

調査研究では、介入のあり方自体の個別性が高いことから、確証性の高い前向き・大規模・横断的コホート調査などは極めて困難である。

③たとえ同じ事象についても、捉えどころ、表現・伝達方法により、相手方への伝わり方が変わる可能性が高い。個人や組織の中には、事実に関する客観的な指摘や批判に耐えられない者が多いことも、こうした理解を支援する。

したがって、科学的な事実検証を多少放棄しても、結果志向(「結果オーライ」の態度)で臨むべきであり、組織の心理学的診断などでも、その対象設定から診断結果の分析・評価、伝達に至るまで、このような姿勢が容認されるべきではないか、と。

・仮にこうした理解が正しいとすれば、その妥当性(ないし妥当する範囲)と正当性が問われるが、現段階では、報告者が関連知識に疎いこともあり、未だ確たる回答を持ち得ていない。ただ、たとえ産業精神保健に非科学的な面があるとしても、的確で客観的な現状認識が対策の出発点になること、よって、少なくとも事業主、管理職層、産業(精神)保健の専門家等は、上掲した当該事業組織における休業率等のデータや関連情報を的確に把握することが適切な対策の前提条件になることは、国内外の個別組織における個別対策の転帰からも明らかと考えられる。

・かといって、現段階では、未だ世界的に実効的な介入方法、とりわけ組織的介入方法について研究の蓄積が乏しく、たとえ1次予防面でのストレス対策のため、リスク管理システムを導入したところで、P(Plan)-D(Do)-C(Check)-A(Action)サイク

ルのうち、D (Do) や A (Action) の場面で逡巡する担当者を増やす結果となりかねない。よって、グッドポイント・アセスメントとリスク・アセスメントの併用、中間指標の開発を含め、問題の心理的特性を捉えた介入と効果について、引き続き調査研究を進める必要がある。

#### **8) 就労経験を持たないか、特別な配慮を受けずに就労した経験を持たない、真正精神障害者対策と、過重なストレス要因へのばく露により不調に陥った仮性精神障害者・不調者対策の関係**

・イギリス、アメリカの例からは、両者を連続的に捉える必要性がうかがわれる。特に精神的な問題への対策では、真正精神障害者の就労環境の改善は、仮性精神障害者・不調者のみならず健常者の就労環境の改善にも貢献し得るし、逆もまた然りと解されることが理由の1つである。もっとも、仮に対応の基本理念に通底する面があるとしても、遺伝を含めた内因的な素因や疾患を持ち、職業・日常生活面での機能障害が前提となる真性障害者への対策では、回復の可能性や回復のゴール設定をはじめ、多くの点で対応に違いが生じ得る。

・そこで、イギリスの Jobcentre Plus や Remploy 社、ソーシャル・ファームのほか、日本の先駆的企業などが果たしている役割を参考に、産業と福祉の窓口兼バッファとなる組織の創設について検討する必要性が生じる。その際、客観的な労働能力の審査を前提に、障害レベルを重度と中・軽度等に区分したうえで、発症の経緯、症状経過、本人のパーソナリティや志向性、従前の労

働能力等に応じ、個別的、専門的、多面的、継続的、人間的、客観的支援を行う必要がある。支援の内容は、社会保障給付の受給支援から、適当な医療機関や医師の選択、日常生活上のケア、生活上の悩みの解消、就労能力の回復と育成、就労支援、雇用継続支援にまで及ぶものでなければならない。その際、窓口となり、連携の核となる人物の存在と、彼らを孤立化に追い込まないためのプラットフォームの存在、使用者や使用者団体との有機的連携が重要な意味を持つ。公的機関が主導する場合、民間の NPO などの資源との連携も必要だが、コントロール・タワーとして、情報を一元的に管理する必要があり、そのために障害となる医療個人情報<sup>1</sup>の取扱い規制などは、合理的な範囲で排除される必要がある。

・障害者差別禁止法の介入も考えられるが、ADA の射程に鑑みても、真正精神障害者の採用や雇用の継続は困難を極めると解されるため、基本的には、上記の枠組で対応すべきではないかと考えられる。

#### **9) 発症・増悪事由の業務上外による対策の区別の可否と是非**

・この課題は、産業保健を含めた保健の発想と法の発想の相違を浮き彫りにする。

日本では、疾病障害の発症・増悪事由が業務上と認められれば、少なくとも労基法と民事法上、私傷病の場合より手厚い所得や雇用の保障がなされる。しかし、本研究班の調査対象国では、そもそもストレス関連疾患を業務上疾病と認める枠組自体に乏しく、従って、両者を区分して対応を図る発想自体乏しいことが判明した。確かに、アメリカの一部の州では、精神的なストレ

ス要因による精神的な疾病障害に労災補償を  
するところがあるし、オランダのように、  
雇用者と社会保障給付による保障とは別に、  
業務上疾病にかかる使用者への民事損害賠  
償請求訴訟を認めるところもあるが、そう  
した枠組の存在、適用共に例外といえる。  
また、デンマーク、イギリス、オランダの  
ように、公権力の介入により、業務上のス  
トレス対策（1次予防対策）を講じている  
国もあるが、3次予防面で業務上外を区別  
した対応を図っているわけではない。

・そこで、改めて、疾病障害の発症・増  
悪事由による対応の区別の可否と是非が問  
われるが、実際問題として、日本の企業の  
多くは、ストレス関連疾患を私傷病として  
取り扱い、雇用条件に恵まれた大企業等で  
あれば、その代わりに、(勤続年数等にもよ  
るが、)概ね2～3年間程度は一定割合の賃  
金と雇用が保障される仕組みを設け、適用  
しており、奇しくもヨーロッパの保障制度  
に概ね相当する内容となっている。要は、  
日本の大企業の3次予防策は、日本の大企  
業のそれと概ね一致している、ということ  
になる。他方、中小零細企業の多くは、そ  
の範疇から外れることとなり、ここでは業  
務上外を区分した法的救済が求められざる  
を得ない構造になっている。

・結論的に、報告者は、発症・増悪事由  
による対応の区分は、当事者や関係者の納  
得性を高める効果は見込めるものの、実施  
してもしなくても良いと考える。ただし、  
実施する以上は、早期の適正な業務上外認  
定が求められ、実施しないならば、ヨーロ  
ッパのように私傷病罹患に対する手厚い  
雇用・賃金保障をなすべきと考える。また、  
実施する場合、労働基準監督署のような官

公署とは別に、症例の業務上外について気  
軽に判断を求められる第三者機関を設ける  
必要があると考える。

## 10) メンタルヘルス情報の保護の あり方

・端的に言えば、労働能力・適性に関す  
る情報は使用者による取得を含めた取扱い  
が可能だが、疾患名など、ダイレクトに医  
療個人情報に相当する情報については、そ  
れを許すべきではない、というのが本調査  
の帰結である。

・ただし、症例対応の窓口やコントロー  
ル・タワーとなるべき機関や人物には、適  
正範囲で情報の取扱いが認められなければ  
ならない。また、実効的なメンタルヘルス  
対策に際して、人事労務部門や直属の上司  
等の関与が求められる場合も多いことは、  
日本のメンタルヘルス指針でも明らかにさ  
れている。よって、情報の取扱いにも手続  
的理性が求められることを前提として、以  
下のような対応が求められよう。

・先ず、採用前のストレス脆弱性等の調  
査は原則として行われるべきではないが  
(平成5年5月10日付け事務連絡「採用  
選考時の健康診断について」、平成13年4  
月24日付け厚生労働省職業安定局雇用開  
発課長補佐から都道府県労働局職業安定主  
務課長宛事務連絡を参照)、労働能力・適性  
に関わる調査は可能である。メンタルヘル  
ス情報は、その両者に関わる点で区分が困  
難だが、一応の判断規準は、アメリカの  
EEOC ガイドライン等を参考に設定される  
べきであろう。また、採用時に病歴等を秘  
匿ないし偽って採用された後、健常者であ  
れば不調を来さないレベルの業務上の負荷

により発症・増悪した場合、本人の不調を察知しているか、すべき場合を除き、使用者側は過失責任を免れる。ただし、使用者側は、①取得した情報の適正管理を含めた合理的な情報取扱規程の策定、②本人同意を得て情報を取得する努力、③情報取得を理由として不利益取扱いを行わないことの宣言、④取得した生情報の専門家（産業医、衛生管理者等）による一元的管理、⑤情報を必要とする部署や人物に対しては、加工情報を提供することなど、労働者側が情報提供する前提条件を整える必要がある。

・次に、採用後の雇用過程におけるメンタルヘルス情報の取扱いについては、これまでに労働省ないし厚生労働省から発出ないし公表されてきた数多の指針や文書（以下、「指針等」という）が、法的観点でも参考にされるべきである。指針等の主旨は、要約、①本人同意の獲得、②産業医等による一元的な情報管理、③衛生委員会等での審議に基づく各事業所での情報取扱規程の整備、④産業医等以外に情報を流通させる場合の加工（主に、実施されるべき就業上の措置を想定）の4点に集約されるが、①本人同意の獲得が困難な場合については、直接的には触れられていない。となると、そうした場合には、②③④を徹底すれば、手続的理性が果たされたことになるであろう。

ただし、(α)使用者が業務上の過重負荷を創出ないし放置し、労働者がそれにばく露したため、心身の不調を生じても当然といえる場合、(β)定期健診、欠勤・休職時の診断書の提出、その他自発的な申告等により、既に法人に必要な情報が提供されている場合、(γ)「密接な接触関係」にある

上司等が、本人の不調を知っているか、当然に知るべき場合（特に、(α)の前提がある場合に妥当し易い）、(δ)労働者側が情報提供を躊躇しても当然といえる条件を使用者側が創出していた場合には、たとえ個々の場面で情報提供を拒否されても、使用者側が免責されることにはならない。

・残る問題は、冒頭に述べた「症例対応の窓口やコントロール・タワーとなるべき機関や人物」に誰が相当するか、である。日本の指針等の立場では、産業医や衛生管理者等のほか、中小企業者の場合、地域産業保健センター（以下、「地産保」という）等がそれに該当することとなろうが、産業医には刑法第134条の守秘義務が課され、地産保には概ね個人情報保護法の規律が及び、情報管理委託契約の締結と、情報委託元による監視がなされない限り、たとえ加工情報といえども、個人を特定する情報を使用者側に提供すれば、法律論的には違法の取扱いを受けることになる。逆に、衛生管理者は、人事労務管理者が兼務している場合が多いので、いかに役割を切り分けるといっても、知り得た情報の同一人物内での使い分けは、実質的に困難であろう。また、近時の判例の中には、直属の上司と産業医間の情報流通を当然視し、注意義務の一内容と解するものもある（例えば東芝事件東京高判平成23年2月23日労働判例1022号5頁）。従って、こうした法令上の規律を整理し、所要の要件を規定したうえで、「症例対応の窓口やコントロール・タワーとなるべき機関や人物」について明文の適用除外規定を設ける必要があると思われる。また、現段階で、メンタルヘルス情報の取扱いについて、最も詳細な指針を示

した公文書は、平成18年3月中央労働災害防止協会（厚生労働省委託）『「職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会」報告書』であるが、労働者の同意の獲得が困難な場合の規律についても、一定の指針を示す必要があると思われる。

・メンタルヘルス情報の取扱いについては、その他にも言及すべき論点は多いが、研究代表者において、別稿を期す予定である。

### 11) 法政策は1次予防・2次予防・3次予防のいずれに注力すべきか

・3次予防が喫緊の課題であり、かつその履践が1次・2次予防にも繋がることは認められるが、本研究班による国際法制度比較の結果からいえば、3次予防と1次予防は「車の両輪」と考えるのが妥当と解される。

・たしかに、1次予防については、実効的な介入方策が未だ明らかでない等の問題もあるが、繰り返すように、リスク・アセスメントをベースとした取り組みでも、個々の組織ごとの個性・背景・脈絡を踏まえた組織的介入を行うことで奏功した事例は数多く報告されている。よって、これにグッドポイント・アセスメント等を併用することで、より効果的な改善が図られる可能性がある。

・他方、3次予防面での所得・生活保障と就労支援機能の充実化も喫緊の課題である。特に、症例対応のコントロール・タワーとなるべき多機能をもった機関の設定と、当該機関による産業と福祉の連携は、多くの労働者の生活と福祉に貢献すると思われる。ただし、この対策には、労働衛生行政

と社会・援護行政等との連携が求められるであろう。

### 12) 作業関連ストレス対策と経営・人事労務管理問題の切り分けの可否と是非

・これまで、日本の労働裁判例は、おおむね、人事一般については使用者に広く裁量を認め、解雇や安全衛生については厳しい基準を課すポリシーで来たと言えようが、著名な電通事件最高裁判決を転換点として、「過度な心理的負荷」を積極的に認定するようになったことで、実質的に彼らの人事労務管理のありように介入するかのような判断を示すようになって来ている。また、ここでは、研究代表者が行った体系的な判例調査（三柴丈典『裁判所は産業ストレスをどう考えたか』（労働調査会、2011年）と、この領域では著名なイギリスの Kevin Daniels 教授の組織的健康に関する文献レビュー等の結果が奇妙に一致した事実も指摘できる。すなわち、職域では、①採用・配置等における人選、②教育訓練、③動機付け、④職場における労働の構成に関わる職務設計、といった人事管理の基本事項の再構成がメンタルヘルス状況の改善に有意に影響を与える。加えて、人事管理上のミス・コミュニケーションや人間関係のありよう、労働条件の変化等が、過度な心理的負荷を招き易いという示唆である。契約法理として、これらの要素を義務化する議論も可能だろうが、立法論としての議論も不可能ではない。

・アメリカでは、労災補償に関して、純然たる人事事項に介入するような判例傾向に歯止めをかけるような立法もなされた

が、日本では未だそうした動きは見られず、むしろ精神障害の労災認定基準の精緻化（「心理的負荷による精神障害の認定基準について」（平成23年12月26日付け基発1226第1号別添）を参照）により、人事事項との境界線が混沌として来ているようにも思われる。

・この点について結論を言えば、やはり、メンタルヘルス対策の効果指標を中間指標も重視しつつ開発し、性能要件的な規定（前述した第88条の発展的拡大等がそれに当たる）の下で各組織独自の取り組みを支援する体制を整え、結果的に上掲のような作用が誘われる方向性が望ましいと解される。

## <補論～産業精神保健法学の構想～>

・補論として、研究代表者が現行法を前提に開発を進めている産業精神保健法学の構想について述べる。その目的は、『切り捨て』ではなく『切り分け』により、個人と組織の成長と適応を支援することにある。

### （1）産業精神保健法学の所掌

・この領域の所掌に関する理解の一助として、研究代表者が作成した産業精神保健法（職場のメンタルヘルスに関する法）の鳥瞰図を示す（図1）。ここでは、現在、国の職域メンタルヘルス対策は、労働法体系の「一部の一部の一部の一部」という位置づけに留められているものの、それに実質的に関わる法体系は幅広く、従って、その成功がもたらす効果も極めて幅広いことを一覧できるようにしている。このことは、国の発出する関連指針などが、かなり幅広

い分野の法規に関連する内容となっていることから、容易に看取される。

・先ず、企業のガバナンスや会計等を司る商法・会社法、税法・会計法等は、メンタルヘルス不調の遠因となり得る。例えば、国際会計基準や外形標準課税の導入などによる企業経営への圧力はもとより、商法改正による分社化がもたらした不調者に雇用責任等を負う主体の変容等が挙げられる。民法は、加害者等の過失責任のみならず、メンタルヘルスに関わる民事問題全般を取り扱い、同法や個人情報保護法、刑法・特別刑法等は、不調者の情報管理に関わる。しかし、法の定め・趣旨を見誤った過剰反応は、却って適切な健康管理のみならず、個々人の人格的な成長の妨げとなりかねず、他方、偏見を招き易い関連情報の不適正な取扱いは、問題を悪化させることもあり得る（ex.）民間保険への加入や事故発生時の保険金受給への障害等）。医療関係法は、専門科間の関係を含め、医療機関や医療人の業務のありように関わり、社会保障・福祉関係法は、在職者、離職者の安心や再生に深く関わる。とりわけ、産業と福祉が乖離している（(i)人材と情報交流の断絶、(ii)福祉対象者の一般就労機会の乏しさ、(iii)福祉給付対象者の再生の困難さ等）現状の打開は、これらの法にも関わる喫緊の課題である。また、労働法の中でも、職場の秩序や具体的な労働条件（や人事労務管理の基本方針）を規定する就業規則等を司る労働契約法は、職域メンタルヘルスと極めて深い関係を持つ。就業規則は、悪用すれば、使用者に過度な裁量を根拠づけ、労働者の恣意的な排除をもたらすが、適正に活用すれば、不調者への適正手続を明示したり、快



適な職場環境形成にも貢献する。労働市場法も、労働者の横断的職務能力の形成や転職市場の開発等を通じ、特定企業の組織風土に適応しにくい人物のメンタルヘルス等に貢献する可能性がある。集団的労使関係法が司る労働組合や組合と使用者の関係は、未だメンタルヘルス領域では存在感が薄いと言わざるを得ないが、本来、組合が貢献すべき余地は多くあり、その存在意義も示し得る。

## (2) 「切り分け」とは

・端的に言えば、「法的に適正な区分け」を意味する。ここで「法的に」という場合、そこには、組織経営、医療、心理、福祉など、さまざまな視点が含まれる。これは、一律的な発想で組織経営を制約する、ということではなく、メンタルヘルス法務という観点で、個人と組織のリスク・マネジメントと、成長・適応を支援する趣旨である。

それを具体化したものが、図2である。

・図2は、横の軸と上下の軸で構成されている。横軸は、右が発症や増悪の事由が業務上に当たる疑いが濃い例、左が業務外に当たる疑いが濃い例、上下軸は、上が軽度の例、下が重度の例を指す。もともと、特にメンタルヘルス不調について、業務上外を敢然と区分することは困難なので、当初は、あくまで蓋然性レベルでの切り分けとならざるを得ない。また、症状の軽重も、単なる医学的診断によるものではなく、行動上の制約（職域においては就業上の制約）の程度や改善・寛解までの期間等を加味して決定することになる。

・こうした軸を立てると、①～④の4つのフィールドが形成される。

①は、業務上の事由による発症・増悪の疑いが濃く、軽症レベルの不調者への対応領域なので、基本的に1次予防策（\*「風通しの良い職場環境形成」や「個々人のレジリエンスの維持増強」など、不調者を生じさせないための本質的対策）や、2次予防策（\*不調が生じつつあるところでの早期発見・早期介入策）で対応することが、（上述した意味で）「法的に」求められる。

②は、業務上の事由による発症・増悪の疑いが濃く、重症レベルの不調者への対応領域なので、基本的に3次予防対策（\*不調者の休職・復職管理と支援、再発防止策など）が法的に求められる。併せて、所得と雇用の保障も求められる。また、再発防止策は、翻って、①の措置を要求することになる。

③は、業務外の事由による発症・増悪の疑いが濃く、軽症レベルの不調者への対応領域である。業務外の事由による不調への対応領域ではあるが、安衛法第62条や第66条以下が示すように、人間を雇用している以上、所要のパフォーマンスがあがらないからといって、直ちに休職措置や退職措置などの不利益措置を講じるべきではなく、期限付きではあれ、専門医や産業医の判断、本人希望等を踏まえ、短時間勤務、勤務軽減、配置の変更などの就業上の措置で対応することが、法的に求められる。

④は、業務外の事由による発症・増悪の疑いが濃く、重症レベルの不調者への対応領域である。ここでも、解雇権濫用規制（労働契約法第16条）から導かれる解雇回避努力義務や、障害者の雇用促進等の信義則上の要請を果たすため、原則として、休職措置や復職支援は法的に求められるが、a.

難治性、b.所定業務・職場秩序・治療への悪影響などの要件を充たせば、解雇や自然退職措置も正当化される。

しかし、ただ離職させてよしとすべきではなく、社会保障や福祉制度にスムーズに連結する方が、当事者や関係者の納得性を高め、司法を含めた第三者への説得性も増すこととなる。さらに、可能であれば、当該症例を単に福祉に受け渡すのではなく、「人間再生」の視点を持つべきであろう。すなわち、先に述べた産業と福祉の乖離状況 (i)人材と情報交流の断絶、(ii)福祉対象者の一般就労機会の乏しさ、(iii)福祉給付対象者の再生の困難さ等) を打開するためのバッファーとして、一定の事業性と自律性を持ち、一般就労機会を積極的に創出する企業合弁型授産施設などを創設し、福祉と産業の人材・情報の交流を図るとともに、継続雇用となる高齢者等も受け入れる、といった方策も考えられよう。イギリスの保護雇用などの先駆例もあるので、日本の社会保障や福祉制度に関する実践的な知識を併せ、そうしたアイデアの着想や実践の基礎となる知識も獲得する必要がある。もとより、メンタルヘルス対策では、「道なきところに道をつくる」、「無いものは作れば良い」、という発想が求められる。

・次に、図3を参照されたい。

これは、図3を横倒しにして、高さの軸として、いわゆるパーソナリティの偏りを採用したものである。一般に、法律論上、疾病障害の場合、その性質や程度により、その影響下での非違行為は、責任能力や有責性がないとして、免責されたり、対抗的な不利益措置から救済されることがある。他方、パーソナリティに起因する非違行為

が法的に救済されることは、原則としてない。このことは、図2の4領域のいずれにも当てはまる。しかし、精神障害の場合、客観的にはパーソナリティの問題にも映る周辺症状などもあって、両者の切り分けは、実際には非常に困難であり、現状、最終的には、経験値の高い専門医の判断に拠る場合が多い。特に、業務上の事由と本人のパーソナリティの双方が不調に寄与した場合には、「どこまでが疾病障害の影響で、どこからが(社会科学的な意味での)『わがまま』か」を、経験豊かな専門医に切り分けてもらう必要性が生じる。よって、法的に適正な対応に際しても、然るべき専門医などとのネットワーク形成が重要な意味を持つことになる。

### (3) 結語

・以上の通り、現行法の解釈からも、メンタルヘルス問題への適正な対応は一定程度可能だが、産業精神保健法の観点から解釈論を整理する必要がある他、1次予防の促進や3次予防面での産業-福祉連携を含め、①個別性、②(連携的)専門性、③多面性、④柔軟性、⑤継続性、⑥人間性(心理的特性の考慮)、⑦客観性に加え、これらを包括する⑧手続的理性を実現するための立法論を含めた創設的措置に関する議論が求められる。

・この点は、次年度の課題となる。

### E. 結論

・以上の考察の結果を、端的に示す。  
<求められる実体的理念>

・1次予防施策から3次予防施策の全てにわたり、①個別性、②(連携的)専門性、

③多面性、④柔軟性、⑤継続性、⑥人間性  
(心理的特性の考慮)、⑦客観性の7要素が  
求められる。

<各論>

#### 1) メンタルヘルスの定義

・「精神疾患や障害の存否にとらわれず、  
物理的・心理的負荷等により、労働や日常  
生活上の制約を招く問題への対応を、個人  
と組織の両面から図ろうとする作用」のこ  
と。

・研究代表者の私見は、「社会・経済構造、  
自然環境や生活スタイル等の大きな変化の  
中で、個人と組織の成長と適応を実践、支  
援する作用」のこと。「『ヤドカリの引越』  
の実践と支援」と喩えることもできる。

#### 2) 1次予防施策のあり方

・現行の労働安全衛生法第28条の2を  
準用する第88条に規定されるメリットを  
産業精神保健対策にも発展的に拡充するよ  
うな施策により、実質的に性能要件化（：  
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）を図る方途が望まれ  
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るが、メンタルヘル  
ス問題の多因子性、多様性、多層性などを  
考慮し、梶木報告書が示した中間指標を重

視する必要がある。

・また、欧米の法制が採るリスク管理手  
法や、障害者差別禁止の手法の採用を促す  
ことで、民事上の手続的債務の履行を誘う  
ことも可能。

#### 3) メンタルヘルスは科学たり得るか

・自然科学的な認識体系に基づくデータ  
のみで論じることは困難だが、それ故に適  
切な措置を講じないことの言い訳にはなら  
ない、とするイギリスの研究者グループの  
示唆が妥当であろう。至局、自然科学的な  
解明が進むまでの間、公衆衛生疫学的な傾  
向分析に抛らざるを得ない。

4) 各国の法制度が対策の射程に捉えて  
いるメンタルヘルス問題とは

・各国の法制度の射程はさまざまだが、  
日本の法制度でメンタルヘルス対策を強化  
する際には、主として心理社会的・物理的  
リスク要因により長期（概ね2週間以上）  
にわたり労働能力に制限を受ける（ことが  
専門家や諸事情から客観的に裏付けられる）  
者の発生を防止することを射程に捉えるべ  
きではないかと解される。ただし、フラン  
スやアメリカの法制のように、生じる被害  
(損害)の観点から離れ、不当な差別等によ  
る人格的利益の侵害を防止する観点も求め  
られる。

5) 職域メンタルヘルス対策に相応しい  
法制度

・諸外国のメンタルヘルス関連法制度の  
趣旨・性格は、障害者差別禁止アプローチ  
を主軸とするアメリカ型とリスク管理アプ  
ローチを主軸とするヨーロッパ型に分かれ  
るが、その効用をみる限り、現段階で、職  
域メンタルヘルス対策にとってどのような  
法制度が最も適当とはいえない。図1

で示すように、労働安全衛生、経営、人事労務管理、医療、福祉に関わる法制度の全てに対応が求められていると言わざるを得ない。ただ、職域で可能な対策に限定すれば、イースト・アングリア大学ノーリッチ・ビジネス・スクール行動科学教室教授 Kevin Daniels 氏や、日本の関連判例も示唆するように、結果として、①training（教育訓練）、②motivation（動機付け）、③selection（採用・配置等における人選、適材適所）、④job design（職務の設計と割当）の適正化を「促す」ような法政策の構築が望ましいとはいえよう。

・また、予防効果が直ちに確認できるか否かにかかわらず、基本的人権の保護の観点から、ハラスメント防止や雇用平等の充実化を図る必要はある。アメリカの ADA の枠組みも、労働力の積極活用の趣旨を基底に置きつつ、相当範囲の差別を対象とし、実効的な救済を図ろうと努めていることがうかがわれる。

6) 強制的方策と誘導的方策のいずれが適当か

・科学的知見が不足しているほか、精神障害を含めたメンタルヘルス不調の特質を踏まえると、直ちに一律的な強制的方策（ヨコの方策）を採ることには困難が伴うが、全てを当事者の任意に委ねる誘導的方策（タテの方策）が適当とも言い切れない。タテの方策を講じる中で、①嫌悪感に基づく差別的取扱いの禁止、②各労働時間単位の間の休息時間の確保、③急激かつ大幅に労働条件が変化した場合の支援体制の構築など、一般性のある条件が判明すれば、一律的な義務規定の設定が求められる。また、タテの方策を促進するためにも、ヨコの権

威や信用力が求められる。たとえば精神科医などの精神問題の専門家も、個々人の個性・背景・脈絡を組織に説くべき存在として機能し得るが、一般的な権威や信用力を失えば、その役割すら果たし得なくなる危険性もある。

7) 心理学的アプローチの正当性・妥当性

・メンタルヘルス対策では、人間や組織の心理（学）的特性を考慮せざるを得ないが、的確で客観的な現状認識が対策の出発点になること、よって、少なくとも事業主、管理職層、産業（精神）保健の専門家等は、上掲した当該事業組織における休業率等のデータや関連情報を的確に把握することが適切な対策の前提条件になることは、国内外の個別組織における個別対策の転帰からも明らかと考えられる。

・ただし、1次予防面では、グッドポイント・アセスメントとリスク・アセスメントの併用、中間指標の開発を含め、問題の心理的特性を捉えた介入と効果について、引き続き調査研究を進める必要がある。

8) 就労経験を持たないか、特別な配慮を受けずに就労した経験を持たない、真正精神障害者対策と、過重なストレス要因へのばく露により不調に陥った仮性精神障害者・不調者対策の関係

・イギリス、アメリカの例からは、両者を連続的に捉える必要性がうかがわれる。特に精神的な問題への対策では、真正精神障害者の就労環境の改善は、仮性精神障害者・不調者のみならず健常者の就労環境の改善にも貢献し得るし、逆もまた然りと解されることが理由の1つである。ただし、真正障害者への対策では、回復の可能性や