

・衛生委員会等でメンタルヘルス対策に関する審議を行っているか、との問いには、約3割が「審議している」と回答し、そのうち約7割が個別事例への対応方法を協議していると回答し、同じく8割強が1次予防策について協議していると回答した。しかし、これに教育研修が含まれている可能性もあり、労働条件の調整などに関わる本質的な1次予防策がイメージされていなかった可能性もある。

・メンタルヘルスに関する組織内規定の整備状況に関する調査から、規定項目として割合が高かったのは、不調者への人事上の措置や就業上の配慮に関すること（約58%）、産業医との面談や同人への受診に関すること（約55%）、不調者の休復職管理に関すること（約53%）などで、逆に低かったのは、主治医との連絡に関すること（約2割弱）、個々人のストレス耐性の強化に関すること（約2割弱）であることが判明した。

就業管理に関することを積極的に規定し、個人的事柄と解されることへの介入を避ける傾向がうかがわれるが、メンタルヘルス問題のように、実効的対策に際してその両者への介入の連携が求められる可能性の高い問題に適應するかには疑問も生じる。

・また、組織内規定において、発症増悪事由の業務上外で対応を区分しているか否かを尋ねたところ、23.5%の回答者が「区分している」と回答した。メンタルヘルス不調をすべからず私傷病として取り扱う組織が殆どとも言える状況下、存外に区分有りの組織が多いと感じられるが、他の業務上傷病にも適用される規定があればそう回答している可能性もあり、早計な解釈

はできない。

・規定の効果については、回答者の約41%が不調者の減少に「貢献している」と回答した。生じた問題（損害賠償問題等）の解決ではなく、不調者の減少への貢献を問うたにもかかわらず、4割以上が肯定したことは軽視できない。

<対策に関与すべき者～労働組合>

・所属先がメンタルヘルス対策に労働組合を関与させているとの回答は、回答者全体の3割弱にとどまった。関与させているところでの具体的な関与の内容は、不調者からの相談の受付と関係者間の人間関係の調整（約6割）、長時間労働防止のための諸活動（47%）などの回答が多かった。退職者の転職支援（約8%）を含め、比較的高いエフォートや知識を要する個別対応（に関する事柄）については、低い割合にとどまったが、関与がもたらした効果については、「効果があると感じている」が4割を超え、「効果がないと感じている」は約15%に過ぎなかった。

<対策の効果指標>

・組織ごとに実施されている対策の効果指標として適当と考えるものを尋ねたところ、群を抜いて選択割合が高かったのは、従業員の休業率（51.5%）だった。イギリスのストレス管理基準によるアプローチ（MSA）等が、従業員の休業率の低下を主たる目的として開始されたこととも整合する結果と言える。

<問題回避のための組織の対応～心因的素因を持つ者等のスクリーニング～>

・性格傾向などの本人要因から不調に至り易いと解される者を採用段階でどのようにスクリーニングしているのかを尋ねたと

ころ、「特に対策を講じていない」が最も多く4割強、「面接の中で顔色・姿勢・受け答え方などの非言語的な情報を得る」が約26%でこれに続いた。回答者所属先の多くは、そもそも心因的素因を持つ者等のスクリーニングを行うという発想自体を有していないか、仮に可能性を検討していても実際には困難と考えている可能性が高い。

＜職域で講じるべき対策のポイント～人事労務管理の基本事項との関係～＞

・回答者に、①採用、②人事配置（適材適所）、③職務についての教育訓練、④職務の設計と配分、⑤動機付け、⑥その他の6項目とメンタルヘルス対策の関係について尋ねたところ、他を圧して②の選択者が多かった（約68%）。①③④も3割以上が選択し、その他の選択者は殆どいなかったため、職域でできるメンタルヘルス対策は、概ね①～⑤の5項目に関わると考えられていることが判明した。

＜法的規制が適当な対策＞

・過重労働やメンタルヘルス不調に関する従前の判例や諸外国の法制度等に照らし、新たな規制について検討に値すると解される事柄を5つ挙げ、法的規制の賛否を尋ねた。その結果、①一定の質量の業務を遂行するために必要な人員の確保が最も多くの賛成を得たが、過半数には至らなかった（約44%）。その他、②上司の好き嫌いによる部下への差別的な取り扱いの禁止（約37%）、③終業と次の始業の間のプライベートな時間（いわゆる「休息时间」）の確保（約33%）、④労働条件が急激かつ大幅に変化した場合の支援体制の構築（約37%）も、賛成者が3割を超えるにとどまった。

・Q41やQ13への回答結果と総合する

と、法的規制が果たす役割に期待はするものの、事柄の性質との関係からも、法律で具体的な事柄を一律的に義務づけられることには慎重と考える回答者が多かったものと察せられる。

＜効果的な誘導策とは＞

・個々の事業所の自律性、個別性を尊重しつつ、対策の効果を高めるための誘導策を立法化することへの賛否を尋ねた。その結果、①個々の組織のメンタルヘルス状況の良い点と悪い点を総合評価して対応策の実施を促進させる方法につき約8割、②有効なメンタルヘルス対策を実践している組織と手法を調査して公表する方法につき約85%、③多くの不調者を生み出しながら十分な対策を講じていない組織を公表する方法につき約82%の賛意が示された。

中でも、③の方法に8割以上の賛意が示されたことが特筆される。単に「叱る」施策でなければ、「叱る」場合があっても法政策として受け入れられる可能性が示唆される。

＜パーソナリティや発達に問題を抱える労働者その他職務への定着が困難な労働者の割合と対応法＞

・調査の結果、過去3年間にメンタルヘルス不調者が発生した組織でも、背景に本人のパーソナリティや発達の問題があると解され、なおかつ職務への定着が難しい労働者の全従業員に占める割合は、0.1%程度であることが多いことが判明した。

・リワーク施設等の利用の結果については、「症状はいったん快復したが、パーソナリティなどの問題が改善せずに再発再燃し、けっきょく職務に定着できなかった」が過半数を占め（約53%）、複数回答可の前提

ながら、「症状が改善せず、けっきょく職務に定着できなかった」も約39%に達した。「症状もパーソナリティの問題も改善し、職務に定着できるようになった」は32%だった。

・こうした労働者への対策を誰が行うべきかを尋ねたところ、「労働者自身、家族、公的機関、医療機関、福祉関係機関、企業などの関係者全て」との回答が最も多く、約68%を占めた。たとえ本人要因の強い不調者に関する問題であっても、企業を含めたステーク・ホルダー全ての対応課題と考える回答者が多いことがうかがわれる。
 <発症増悪事由の業務上外で（法的）対応を分ける考え方の是非>

・業務上外に応じて法的に求められる対応を分ける日本型の仕組みと、原則として両者を分けないヨーロッパ型の仕組みのいずれが良いと考えるかを尋ねたところ、「日本型の方が良い」が約4割、「ヨーロッパ型の方が良い」が約22%で、一応日本型に軍配があがったが、「どちらともいえない」が約38%にのぼり、判断に迷う回答者が多かったことをうかがわせる結果となった。
 <組織と精神科主治医の関係>

・精神科主治医の休復職に関する診断について、不調者や職場の実態を踏まえていないと感じた経験があるかを尋ねたところ、「ある」が約4割にのぼり、「ない」の約26%を大幅に上回った。

・他方、精神科主治医への主な面談申込者は、産業医が約52%で過半数を超え、医療職以外の者が主治医にコンタクトすることに一定の抵抗感を感じている可能性がうかがわれた。

・また、面談を申し込んだ後の主な結果

に関する回答から、主治医側で組織からの面談申し入れを断る例はさほど多くなく、申し入れを躊躇する組織側に杞憂が生じている可能性が示唆された。

<不調者管理に際して組織側の関係者が知るべき情報>

・少なくとも診断名や典型的症状については、種々の人事措置に際しても最低限必要な疾病性に関する確認事項と考えられている可能性がうかがわれた。逆に、処方薬の如何は原則として医療マターであって、使用者の管轄外と認識する傾向がうかがわれた。

もともと、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）を好例として、処方薬と人事労務管理を分断することが難しい場合もある。

・従前の判例でも、専門医による疾病性の確認は一種の手続的要件として重視されており、人事労務管理において疾病性を無視することはできないため、使用者が適正な手続のもとで一定範囲の医療情報を取り扱うこと自体は肯定されざるを得ないと解される。

<メンタルヘルス対策における産業医の役割>

・総じて、産業医が産業（精神）保健に関する組織（集団）への働きかけ、主治医との連絡、職場の観察や従業員との個別面談を含めたコミュニケーター的な役割を担っていることが多いこと、とはいえ、不調者に寄り添ったり、その環境調整にエフォートを割くような直接的な関与はできていないことが多いこと、他方で、社内規定など組織の秩序の基本づくりへの関与や、経営上層部への就業条件の本質的な改善提案

などは殆どできておらず、法政策上果たすべきとされているメンタルヘルス情報の管理も実施されていない場合が多いことが看取された。

・本調査において、国の統計に比べて産業医の選任率がかなり低く見積もられたこと
の背景にこうした事情が無かったとは言えない。

<メンタルヘルス対策における嘱託精神科医の役割>

・メンタルヘルスに関しては、総じて産業医よりも高い介入効果を認められているが、そのポイントは、不調者の早期発見、診断及び治療、主治医との情報交換、主治医の診断の相対化など、精神科の専門性を活かした医療的な面にあったと解されるため、産業医とはそもそも期待される役割が異なっていると考えられる。

<メンタルヘルス情報（メンタルヘルスに関する個人情報）に関する法的規制の周知度合い及び規制内容への納得度合い>

・まず、関連する法規制（憲法、刑法、特別刑法、民法、個人情報保護法などの法律とその解釈例規、裁判例など）について知っているかを尋ねたところ、「業務に関わる部分の一部は知っている」が最も多く28%強、「ほとんど知らない」が28%弱でこれに続いた。「よく知っている」と「おおむね知っている」は合わせても29%弱に過ぎなかった。

・また、「よく知っている」と「おおむね知っている」と回答した方を対象に現行の法規制のありようについての所感を尋ねたところ、「おおむね妥当」が最多で約64%を占めた。

・拙速に結論は出せないが、現行の法規

制については、集約（特に複数の法規に共通する原則や、各法規の背景にある原則、各原則間の調整原理の抽出）と周知が課題であると解される。

<精神障害者雇用（の観点でのメンタルヘルス対策の）普及度合い>

・調査の結果、他の類型の障がい者に比べ、精神障がい者を雇用している組織は未だ少なく、他方、既に採用済みの労働者が発症して精神障がい者となった場合にも、処遇の枠組み自体を変更する組織は少数派にとどまることが判明した。

・現に精神障がい者を雇用している組織の多くが、精神障がい者と承知の上で雇用をする以上、一定の個別的配慮は必要だと認識していること、ただしその内容は、いわゆる就業上の配慮を中心とするもので、出退勤時間の自由化や人的措置など、職場秩序に一定以上の影響を与えたり、付加的な手間ないしコストのかかる措置を避けようとする傾向にあることがうかがわれる。

・未だ少数派ではあるが、福祉系の資格者を選任する組織が出て来ていること、選任しているところでは、主に組織内でのコミュニケーションや実作業の支援を行っていることがうかがわれ、社会保険・社会福祉給付の受給支援など、社会保障制度に関わる支援はさほど多く実施されていないことがうかがわれる。もっとも、福祉系資格者を選任している企業には相当大規模な事業所が多いと解されることから、社会保障関係の手続は既に内製化されている可能性もある。

・回答者の全体傾向としては精神障がい者雇用について消極的ながら、過去に雇用経験がある組織に所属する回答者の中には、

多様な人材を受け入れられる風土やキャパシティが組織に醸成され、至局、メンタルヘルス不調者一般や健常者の人事労務管理にも貢献すると考えている者が半数近く存在することが判明した。

＜今後10年間のメンタルヘルス不調者の増減傾向の予測＞

・今後10年間のメンタルヘルス不調者の増減傾向の予測を尋ねたところ、「増加する」が約56.4%、「ほぼ横ばい」が約37.3%で、両者を合わせると実に9割を超え、JIL調査と概ね符合する結果となった。

＜国の施策の認知度＞

・国が苦心して立案し、周知を図って来た施策が、十分に浸透しきれていないことがうかがわれる。また、労災補償の認定基準は、予防のための行為規範にも広く影響することを想定して策定されていると解されるが、実際には必ずしもそうになっていない可能性がある。このことは、組織の経営者が一般的にメンタルヘルス対策をさほど重視していないことの証左である可能性もある。

＜職域におけるメンタルヘルス対策の促進に法律が果たす役割＞

・「今後、メンタルヘルス対策の促進を図るための新たな法律条文や法律ができれば、企業（団体）で実際に役立つ対策が進むとお考えになりますか」との問いに対して、「そう思う」との回答が約8割（78.8%）に達し、「そうは思わない」との回答（13.8%）を大きく凌駕した。

・他方、Q13～16による調査から、法的規制が果たす役割に期待はするものの、事柄の性質との関係からも、法律で具体的

な事柄を一律的に義務づけられることには慎重と考える回答者が多く、個々の事業所の自律性、個別性を尊重しつつ、対策の効果をも高めるための誘導策の立法化を支持する回答者が多かった。

・以上の結果などから、国の法政策に対しては、基本的な目標設定、目標を実現するための主な手続の設定、手続に關与する重要な主体（利害関係者、専門家等）の設定、適性に手続を果たす事業者へのメリットの付与とそうでない事業者への制裁、不調者への差別禁止などの最低限の基準設定などが求められていると解される。

（2）メンタルヘルス対策促進員向け社会調査の結果

・本調査の結果判明したことがらを整理すれば、以下の通り。

①面接調査のKJ法による検討の結果、理論的飽和として得られた69項目のコンピテンスは以下の通り。

No	Item
1	事業場内のキーパーソンを見つける
2	事業場の担当者に他の労働者と協力して対策を推進するよう促す
3	事業場の担当者に別の担当者を育てるよう促す
4	事業場内にメンタルヘルス対策のキーパーソンを育てる
5	事業場の担当者の立場や気持ちに配慮する
6	事業場の組織図を支援活動の参考にする
7	訪問前にメールや電話等で事業

	<u>場のニーズを確認する</u>
8	<u>安全衛生活動全般から幅広く事業場のニーズを把握する</u>
9	<u>メンタルヘルス以外の安全衛生活動の相談にも対応する</u>
10	<u>事業場の意思や決定を尊重する</u>
11	<u>事業場の担当者だけでなく、事業主にも面会を求める</u>
12	<u>事業場内の複数の方からニーズを聴く</u>
13	<u>事業主や事業場の担当者のメンタルヘルス対策への理解や意識を確認する</u>
14	<u>事業場の衛生委員会に出席する</u>
15	<u>事業場の産業医や保健師等と面会する</u>
16	<u>管理監督者研修による啓発をメンタルヘルス対策のきっかけにする</u>
17	<u>相談窓口の整備を促す</u>
18	<u>事業場のニーズに応じた教育研修の企画立案を支援する</u>
19	<u>事業場のニーズに応じた教育研修の講師を紹介する</u>
20	<u>教育研修の内容を複数回に分けて、段階的に深化させる</u>
21	<u>教育研修を行う際には、参加者に自分なりの目標を設定してもらう</u>
22	<u>教育研修の受講者アンケートや参加率から所感やニーズを確認する</u>
23	<u>教育研修等の支援内容を他の労働者にも教えられるように伝え方も指導する</u>
24	<u>教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する</u>
25	<u>事業場の担当者に支援後のフォローを具体的に提案する</u>

26	<u>センターの所長や相談員に相談する</u>
27	<u>センターの相談員と密に連携する</u>
28	<u>他地域のセンターの促進員の活動を参考にする</u>
29	<u>他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する</u>
30	<u>他の促進員と自主的な勉強会等を行う</u>
31	<u>他の促進員と協力して支援ツールを開発する</u>
32	<u>既存の支援ツールを分かりやすくつくり直す</u>
33	<u>他の促進員と密に連携する</u>
34	<u>専門家に依存しない自律的なメンタルヘルス対策の展開を支援する</u>
35	<u>事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する</u>
36	<u>周辺の医療機関や主治医と連携する</u>
37	<u>個人的な人脈を活かす</u>
38	<u>地域性を考慮して対応する</u>
39	<u>事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する</u>
40	<u>事業場に無理のない対策を検討し、提案する</u>
41	<u>事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する</u>
42	<u>メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ</u>
43	<u>公的機関の支援者として中立の立場を守る</u>
44	<u>事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる</u>
45	<u>労働局や労働基準監督署と情報</u>

交換を行う
46 行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う
47 地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う
48 地域産業保健センターと密に連携する
49 事業場外資源の種類と機能を分かりやすく説明する
50 地域のリワークプログラムと密に連携する
51 支援活動を楽しめる
52 事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心が乏しくても活動に張り合いを感じる
53 事業場への支援内容は、促進員が自由に判断できる
54 メンタルヘルス対策に必要な雛形や様式等の具体例を示して分かりやすく説明する
55 勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深める
56 事業場内にメンタルヘルス対策の好事例を見つける
57 事業場内で行われているメンタルヘルス対策以外の既存の活動とメンタルヘルス対策の共通点を説明する
58 社内報やイントラネット等、事業場内の既存の媒体を利用して啓発を行う
59 周知活動を通じて業界や地域ごとのニーズを把握する
60 事業場の意欲や対策の進捗状況を一覧等にして整理し、効率的にフォローする
61 メンタルヘルス対策を展開する

仕組みや体制、計画の整備を促す
62 事業場内でメンタルヘルス対策に関連する記録を残すよう促す
63 事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する
64 複数回にわたる継続的な支援を行う
65 継続的に対応できる事業場外資源を紹介する
66 ストレス調査をセルフケアの促進や対策の効果評価に活用する
67 支援による事業場の変化を観察する
68 支援に要する準備や移動の手間等が苦にならない
69 実際の職場を巡視・見学する

②調査結果の度数分布の分析からの示唆

(ア) 事業場の要望や決定を尊重し、事業場の担当者の立場や理解に応じて段階的に支援を講じる力が、支援活動上常に求められる中核的なコンピテンスである可能性が高い。

(イ) 支援先事業場の衛生委員会への出席や、支援センター内外の専門家との連携による対応は、相対的に実行が困難なコンピテンスといえる。後者は、高い実効性をもたらす可能性を否定できないが、少なくとも公的アウトリーチ支援においては応用的コンピテンスと解される。

③調査結果の項目反応理論による分析からの示唆

(ア) テスト情報曲線から、69項目のコンピテンスは、最低限から中等度ないし

+1 標準偏差程度のレベルまでを幅広く評価できる尺度と解されるが、これを教材（の素材）として活用する場合、主に未経験者や初任者等をアウトリーチ専門家として養成する際に役立つ可能性が高い。

（イ）度数分布の分析結果①と同様に、支援先事業場の要請や事情、理解の程度を踏まえた柔軟な対応力がアウトリーチ支援における基礎的なコンピテンスといえる。

（ウ）メンタルヘルス対策の専門家ではない支援先事業場の担当者に、支援後のフォローや活動を具体的に指導し、事業場内の自律的な対策としての定着を試みる方法の実践力は、中等度以上のコンピテンスといえる。

④調査結果の探索的因子分析からの示唆
以下の 5 因子解について、十分な信頼性と因子的妥当性が示唆された。

第 1 因子（事業場への配慮）：事業場のニーズや経営状況、地域性等の事情、担当者の立場等を考慮した対応を行う力。

第 2 因子（センター内の連携）：支援センターの他の促進員、相談員、所長等、支援元内部の関係者との連携・協力関係のもとに対応する力。

第 3 因子（モチベーション）：支援活動へのほりあいや準備を怠らない姿勢を保ち、自己研鑽を継続する力。

第 4 因子（地域資源の活用）：地域の行政、医療機関、相談機関等の外部資源と連携し、活用しつつ対応する力。

第 5 因子（アセスメント）：事業場のニーズの多面的な把握、支援による事業場の変化、支援に対する事業場の所感等の収集を通じて現状の把握を行う力。

⑤調査結果の多元配置分散分析からの示唆

ア 性別による傾向

（ア）女性の方が男性より第 1 因子（事業場への配慮）を重視する傾向がみられた。

（イ）男性の方が内外の資源の活用（第 2・第 4 因子）を重視する傾向がみられた。

イ 年齢による傾向

（ア）60 歳以上の促進員は、事業場における安全衛生全般の課題に意識を向け、第 3 因子を重視するなど、視野の広い活動を展開する傾向がみられた。

（イ）50 歳代の促進員は、衛生委員会の活用を重視する傾向がみられた。

（ウ）40 歳代の促進員は、地域に足を運ぶ周知・啓発活動や内外の資源の活用（第 2・第 4 因子）を重視する傾向、ネットワークやツール等の体制整備に尽力する傾向がみられた。

（エ）30 歳代の促進員は、支援先での既存の活動の把握（第 5 因子）を重視し、無理なく対策を推進させようとする傾向がみられた。

ウ 活動頻度による傾向

（ア）活動頻度が月 1 回以下の促進員は、事業場内の担当者の養成や産業保健スタッフとの連携を重視し、事業場内資源の充実強化を通じて自律的活動を促進させようとする傾向がみられた。

（イ）活動頻度が週 1 回程度の促進員は、様式等の呈示、記録の活用の促進等を通じた対策の整備を図ると共に、具体的な支援内容についての自ら判断する裁量を重視す

る傾向がみられた。

（ウ）活動頻度が週3回以上に及ぶ促進員は、支援活動へのモチベーションの維持向上のための工夫（第3因子関係）を重視しつつ、センター内の相談員や所長と連携し（第2因子関係）、事業場への継続的支援を展開する傾向がみられた。

エ 専門性（資格）による傾向

（ア）労働衛生コンサルタント資格を持つ促進員は、安全衛生活動全般への配慮や事業場内外の資源の活用（第4因子関係）を重視し、幅広い視野に基づく専門的支援を展開する傾向がみられたが、支援センター内の専門家との連携（第2因子関係）が相対的に少ない傾向もみられた。

（イ）保健師・看護師資格を持つ促進員は、地域（第4因子関係）、支援センター（第2因子関係）、事業場内の各資源の活用を重視し、事業場の要望に柔軟に対応しようとする傾向がみられた。ただし、多様な要望に多様な対応を図ろうとするあまり、負担感が増大し易い可能性も示唆された。

（ウ）衛生管理者資格を持つ促進員は、事業場内資源と地域資源（第4因子関係）を効果的に組み合わせて自律的な対策の促進を図ろうとする傾向がみられた。他方、事業場の担当者への配慮が相対的に少ない傾向もみられた。

（エ）臨床心理士資格を持つ促進員は、医療機関との連携や記録の重視等、個別事例対応の延長線上での支援活動を重視する傾向がみられた。

（オ）産業カウンセラー資格を持つ促進員は、個別対応よりも、教育研修を主とした啓発的・導入的な支援活動を展開する傾

向がみられた。

（カ）社会保険労務士資格を持つ促進員は、労務問題として課題を把握して対応したり、関連制度・体制の整備に貢献する傾向がみられた。

（キ）精神保健福祉士資格を持つ促進員は、障がい等の短期的解決が困難な課題に対して、当事者本人のニーズを尊重し、継続的な関わりと社会資源の活用を通じて支援を図ろうとする傾向がみられた。

⑥得られた示唆の総括と残された課題

（ア）公的アウトリーチに求められる基礎的なコンピテンスから応用的コンピテンスまでが明らかにされた。また、アウトリーチを行う専門家には、多様な専門性やそれを使い分ける力、事業場内外の資源と連携・情報交換を図る力やそれらを促す仕組み、動機付け、具体的な支援方法を判断できる裁量等が求められることも明らかにされた。

（イ）ただし、支援が事業場ないしそこで就労する労働者のメンタルヘルスに与えた変化等に関する調査と評価・検討が行われていないため、基準関連妥当性に限界が残されている。

（ウ）そうした調査研究を行うに際しては、本調査研究で明らかにされたコンピテンスが労働者のメンタルヘルスに間接的に影響する過程も調査する必要がある。また、多様な業種・職種の事業場にも妥当するかを調査する必要もある。

ただし、効果を的確に把握するためには、特定の促進員が特定の事業場に継続的に支援する過程をフォローする条件が望まれる。

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、これらを含む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理解する必要もある。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、それらを含む法務の観点が必要でない。本研究プロジェクトから、たとえ

ば退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、当初は専門家同士の連携から誘い、時間の経過と共に専門家以外の職種を含めた相互ないし多元的な理解が進むよう誘う作用が制度的に求められる。

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、個々人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、短所を修正するリスク・アセスメント手法のみではなく、長所を伸ばすグッドポイント・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気づきの機会を確保し、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、年金事務所のほか、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(職域では一定期間を超えて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、労使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。メンタルヘルス

対策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、場合によっては外部機関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も、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。

メンタルヘルス対策では、どの次元の予防措置でも、個々人の労働にかかる障害の性質、程度、期間、経過等に応じた対応の柔軟性は求められる。たとえ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。こうした作業を個々の経営者や使用者のみに求めることは困難なため、専門家の関与や組織内外の関係者の連携を促す必要がある。

2次予防は、不調の早期発見・早期介入ではあるが、実効的かつ妥当な介入のためには「変化」の観察が求められるため、継続的な経過観察が必要になる。

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。分担報告書では明らかにされていないが、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、関係者（使用者、労働者、主治医、外部リハビリ施設、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義務および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、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。

不調者を就労につなげ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がその代表例となる。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、それさえ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然るべき中立的機関や人物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復職措置において必要性が高い。

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

・本調査から、国、官庁、部門を含め、主体により捉え方が異なることが判明した。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・社会への両面的アプローチによって図ろうとする作用を含む点では一致する。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。

・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」（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が持つ条件（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。もっとも、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、現在法案の再提出のための作業が進められてい

る安全衛生法改正法案を含め、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。具体的には、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及び同条に基づく対策を講じない企業名を公表する等の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。そして、民事上の賠償責任ルール具体化は、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える。精神障害だけをみても、精神医学の報告が示唆する通り、外因性精神障害を除き、発症要因や病態に未解明な点が多い。

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・ドイツ共に、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関わる逸失労働日数や精神障害罹患率が多い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、「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「因果関係が存在しない場合、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（平成18年3月31日厚生労働省労働基準局長名通達「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（メンタルヘルス指針）（健康保持増進のための指針公示第3号、送付案内：基発第0331001号）9）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、従業員の休業、生産性などさまざまな人事管理上の問題への対策のため、一部では、事業主自身または従業員代表委員会との協議等を通じて、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、必ずしも医科学的裏付けがなくても、他者とのコミュニケーションや、仕事への集中、睡眠や自身の世話などに生活を実質的に制限するような機能的な障害が現にあるか、そのような記録があるか、そのように認識される事情がある限り、同法の適用を受けるなど、同法の趣旨目的の実現に資するような、比較的広い解釈基準が確立されている。

・結論的に、日本の安全衛生関係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連続的又は断続的に長期（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、職域メンタルヘ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きれない。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れる。

・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（L.122-45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って精神面に関わる基本的人権の保護が図られた（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。

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。

・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（オーダーメイド志向）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各労働時間単位の中の休息時間の確保、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。

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。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

難しい。

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、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的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、原始的な精神障害者対策と、過重なストレス要因へのばく露により不調に陥った後発的な精神障害者・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、原始的な精神障害者の就労環境の改善は、後発的な精神障害者・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。もともと、仮に対応の基本理念に通底する面があるとしても、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原始的な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ーとなる組織の創設について検討する必要がある。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、そうした人物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。

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ことがあるし、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