

(1)For the purpose of providing practical guidance with respect to the requirements of any provision of any of the enactments or instruments mentioned in subsection (1A) below, the Executive may, subject to the following subsection.

次項（第1(A)項）に記された法令または法的文書の規定上の要件の履行にかかる実務的なガイダンスを提供するため、HSE は、以下の各号に従い、所定の措置を講じることができる。

(a)approve and issue such codes of practice (whether prepared by it or not) as in its opinion are suitable for that purpose;

(HSE が起案したものであるか否かを問わず) 実施準則を承認し、公布すること

(b)approve such codes of practice issued or proposed to be issued otherwise than by the Executive as in its opinion are suitable for that purpose.

HSE 以外の機関により公布されたか、公布の提案がなされ、HSE がその目的に適合すると認める実施準則を承認すること

(1A)Those enactments and instruments are—

ここで法令及び法的文書とは、以下のものを指す。

(a)sections 2 to 7 above;

本法第2条（※上記の雇用者の一般的義

務条項など）及び第7条（※被用者側の他の安全衛生にかかる注意義務など）

(b)health and safety regulations, except so far as they make provision exclusively in relation to transport systems falling within paragraph 1(3) of Schedule 3 to the Railways Act 2005; and

2005年鉄道法に即し、別表3の1(3)章に定める鉄道輸送システムに関する規定をそれに対象を絞って設ける場合を除き、安全衛生規則

(c)the existing statutory provisions that are not such provisions by virtue of section 117(4) of the Railways Act 1993.

1993年鉄道法第117条第4項に定める規定を除く現行法規定

(2)The Executive shall not approve a code of practice under subsection (1) above without the consent of the Secretary of State, and shall, before seeking his consent, consult—

HSE は、所管大臣の同意なくして前項に基づき実施準則を承認してはならず、また、同人の同意の獲得に先んじて、以下の者と協議しなければならない。

(a)any government department or other body that appears to the Executive to be appropriate (and, in particular, in the case of a code relating to electromagnetic radiations, the Health Protection Agency); and

HSE が協議相手として適当と判断する

省庁・部局（及び、特に電離放射線に関する準則については、健康保護局（HPA）²⁰）

(b) such government departments and other bodies, if any, as in relation to any matter dealt with in the code, the Executive is required to consult under this section by virtue of directions given to it by the Secretary of State.

実施準則が取り扱う問題に関わり、所管大臣が指図を与えることとの関係上、本条のもとで HSE が協議することが求められる省庁・部局その他の機関があればそれら

(3) Where a code of practice is approved by the Executive under subsection (1) above, the Executive shall issue a notice in writing—

本条第 1 項に基づいて HSE による実施準則の承認が行われた場合、HSE は、以下の事柄につき、文書により通知を行わなければならない。

(a) identifying the code in question and stating the date on which its approval by the Executive is to take effect; and

該当する実施準則を特定し、HSE による承認の発効日を明示すること

(b) specifying for which of the provisions mentioned in subsection (1) above the code is approved.

当該準則が、第 1 項の示す規定のうちいずれに対して承認されたものかを特定すること

(4) The Executive may—

HSE は、以下の事柄を行うことができる。

(a) from time to time revise the whole or any part of any code of practice prepared by it in pursuance of this section;

策定された実施準則の全てまたは一部を、本条に基づいて適宜改定すること

(b) approve any revision or proposed revision of the whole or any part of any code of practice for the time being approved under this section;

実施準則の全部または一部の修正または修正提案を、正式な承認に必要な期間中、本条に基づいて暫定的に承認すること

and the provisions of subsections (2) and (3) above shall, with the necessary modifications, apply in relation to the approval of any revision under this subsection as they apply in relation to the approval of a code of practice under subsection (1) above.

本条第 2 項及び第 3 項は、それらが第 1 項に基づき実施準則の承認に適用されるのと同様に、必要な修正に伴い、本項に基づく修正の承認にも適用される。

(5) The Executive may at any time with the consent of the Secretary of State withdraw its approval from any code of practice approved under this section, but before seeking his consent shall consult the same government departments and

other bodies as it would be required to consult under subsection (2) above if it were proposing to approve the code.

HSE は、いつ何時でも、所管大臣の同意を得て、本条に基づき承認された実施準則についてその承認を撤回することができる。ただし、所管大臣に同意を求めるより前に、第2項に基づき承認の提案の際に協議が求められる省庁・部局及びその他の機関との間で、改めて協議を行わなければならない。

(6)Where under the preceding subsection the Executive withdraws its approval from a code of practice approved under this section, the Executive shall issue a notice in writing identifying the code in question and stating the date on which its approval of it is to cease to have effect.

HSE が、前項に基づき、本条のもとで承認された実施準則につき、その承認を撤回する場合、該当する準則を特定し、その承認の効力が停止される期日を明示する通知を、文書で発行しなければならない。

(7)References in this Part to an approved code of practice are references to that code as it has effect for the time being by virtue of any revision of the whole or any part of it approved under this section.

本章において承認された実施準則とは、本条に基づき承認された準則の全てまたはどこか一部の修正により暫定的に発効している準則を指す。

(8)The power of the Executive under subsection (1)(b) above to approve a code of practice issued or proposed to be issued otherwise than by the Executive shall include power to approve a part of such a code of practice; and accordingly in this Part “code of practice” may be read as including a part of such a code of practice..

HSE が、本条第1(b)項に基づいて、HSE 以外の機関により公布されたか、公布の提案がなされた実施準則を承認する権限には、そのような実施準則の一部を承認する権限も含まれる。したがって、本章において「実施準則」とは、そのような準則の一部も含まれると解することができる。

このように、HSE には、HSWA や安全衛生規則その他労働安全衛生に関する現行法規則の目的に資する準則につき、策定、承認・公布から改定、改定準則の暫定承認、承認の撤回に至る大きな権限が付与されている。しかし、規定上ガイダンスにとどまるはずの当該準則について、承認や承認撤回に際しての所管大臣による同意の獲得、適当な省庁・部局との協議の義務づけなど、即応性を損ねない範囲で、やや厳しい手続的規制が設けられている。ガイダンスとはいえ、監督官による合法性監督に際しても違法性の判断規準として参照されるなどの意味で、日本の解釈例規とも重複する性格を持つことの証左といえよう。すなわち、HSE は、少なくとも法律並に強い法的効力を持つ安全衛生規則に併せ、即応性、網羅性に加え、実質的な法的効力を有する実施

準則のコントロール権限を付与されている、ということになる。

1.4 MS（ストレス管理基準）

1.4.1 概要

HSEは、職域における作業関連ストレス問題対策として、他の利害関係者の関与を得て、ストレス管理基準（MS）を用いたアプローチ手法を開発し、その普及促進を図っている。これは、職場内で遵守することで、高レベルの健康、厚生水準と組織的なパフォーマンスの実現が図られるような一連の条件を設定したものである。要は、一般の法令のように、要件（～をせねばならない）や禁止事項（～してはならない）を定めて強制するのではなく、ストレス管理の観点で理想的な条件を列挙し、実際の条件との乖離、適合状況を自主的にチェックしてその結果を対策に活用するサイクル（手続）を構築させることにより、少しでも列挙された理想条件に近づけようとする仕組みである。

この基準を用いた取り組みをMSA（Management Standards approach）といい、それを通じ、組織内で、作業関連ストレスに起因する災害疾病の予防や、組織と個人双方の健康と厚生水準の促進の役割を担う者への支援となるよう設計されている²¹。

この基準が重点を置いているのは、以下のことがらである。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) リスク調査アプローチ 2) 質の高いストレス管理 3) 治療より予防 4) 個人的アプローチから集団的アプローチへのシフト 5) 活用可能な最良の証拠（the best available evidence）に基づくこと²² |
|--|

MSAには、2つの基本的側面がある。1つは、リスク管理の方法論としての側面、もう1つは、リスク調査のモデルとしての側面である。このうちリスク調査モデルは、6つの領域（domain）または尺度（dimension）として機能するよう主要な心理社会的危険源を列挙した体系的分類の形式を採っている²³。先述した通り、6つの危険源の類型は、リスク管理プロセスを通じて達成されるべき望ましい状態を示す一連の基準という形式で示されてきた。とはいえ、この基準をもって、当該組織が今現在講じている措置の有効性を測定したり、その効果を調査する指標たり得るかについては議論がある²⁴。

MSAは、HSEが提供するストレス対策のための「工具箱（toolbox）」の中でも主軸をなしている。この工具箱は、いまや、組織の人事管理能力、個別的なメンタルヘルス対策に関するその他の取り組みを含むところまで、その機能を拡大してきている。こうした機能拡大により、MSAの機能は、既に実現している1次予防戦略に、2次予防や3次予防戦略を加えるところまで拡大するとの予測も示されている²⁵。

HSEのMS計画は、これまでに、全国的に3段階で展開されて来た。第1は、「戦略的な実施計画（SiP1）」の段階、第2は、「健

康な職場づくりのための問題解決（SiP2）」の段階、第3は、「より幅広い実施計画（SiP3）」の段階である。この過程を通じ、既に大量の関連情報が蓄積されている^{26,27}。

なお、HSEは、Webサイトを通じて、組織内の作業関連ストレスに関するリスクアセスメントの実施責任者向けの情報を盛り込んだMSの実施手引き（toolkit）を提供している。加えて、MSAを通じて組織の支援を行うためのツール（①HSE版評価ツール[The HSE indicator tool]、②HSE版分析ツール[The HSE analysis tool]。両ツールには、ユーザーマニュアルが添付されている）やケーススタディ、ガイダンスもWebサイトで提供している²⁸。

なお、2012年5月に発刊されたDanielsらによる最新著作²⁹の第1節では、MSについて以下のように説明されている。

・WHO (World Health Organization)、ILO (International Labour Organization)、EU (European Union) は、イギリスがMSAを実施する以前から、ストレス要因を調査し、それを根源的に除去するための予防措置を実施する必要性を強調するガイダンスを公表していた（ETUC、ILO、Lekaら³⁰）。このガイダンスには既に、職務の性格に関わる問題（adverse job characteristics）は、職場における不快感（poor well-being）や不調のリスク要因となる、との考え方が盛り込まれていた（MacKayら³¹）。例示されたものの中には、①高レベルの要求、②低レベルの裁量、③同僚からの低水準の支援と、④役割の不明確さが含まれている

（Cousinsら³²）。こうした職務の性格に関する問題は、ストレス関連問題のリスク要因とみなされて来たため、心理社会的な危険源と認識されるようになってきている。そうした職務の性格は、まるで労働環境の客観的な特徴であるかのように取り扱われてきた（Mackayら³³）。仕事上の性格を労働環境の客観的側面として取り扱うことで、そうした問題がリスクマネジメントの対象となるその他の安全衛生上のリスクと同様に扱われ得ることとなる（Coxら³⁴）。

このようなストレス管理手法は、極めて洗練された手法を政策として実現させた。それが作業関連ストレスを対象としたMSである（HSE、Mackayら³⁵）。国家レベルでそのような取り組みを実施した例は珍しく、その先駆性のゆえに、・・・手続き上の問題も生じる。MSは、6つの心理社会的な危険源（①仕事上の要求、②仕事上の裁量、③支援、④職場の人間関係、⑤役割の明確性、⑥変化の管理）の規制を行うおうとするものである。MSは、①使用者が労働者にかかる心理社会的危険源を調査するための質問紙（評価ツールと呼ばれる（<http://www.hse.gov.uk/stress/standards/pdfs/indicatortool.pdf>））、②危険源が特定された際に講じるべき手続、③評価ツールで指標化された達成されるべき目的を提供している（Cousinsら、Mackayら³⁶）。もともと、MSを遵守することとHSEの評価ツールの活用は必ずしも一致せず、他の調査ツールの活用も、同じ目的と効果が見込まれる限り許される。MSは、法的強制力をもたない。その根拠となる規制の枠組み（が要件としてい

るの)は、職場の諸要素から生じるリスクを調査し、そのリスクから生じ得る効果を低減することに限られている。MSは、リスク調査を組織的な行動へと移行させるための段階的かつ参加型の問題解決手法である³⁷。

MSAは、イギリス本土において、2004年末に開始された。MSAの普及および組織による作業関連ストレス対策を推進するため、様々な介入が試みられた。3年間にわたり、作業関連ストレスは国家としての優先的な計画の対象とされ、複数の実験・実施計画が実行された。HSEがMSの導入に際して設定した目的は、各組織が作業関連ストレス対策（すなわちストレスに関連する事件や疾病休業を減少させること）に際して優れた管理を実践できるように支援することであった³⁸。

MSには、数多くの長所がある。その第1は、最新の科学的証拠のレビューに基づいた基準の開発であり（Rickら³⁹）、第2は、支援（care）的要素、第3は、細部への注目、第4は、運用への多様な利害関係者の関与である（Cousinsら⁴⁰）。その他、MSには、組織が国内・EUの精神衛生や厚生水準にかかる安全衛生規制を遵守することを容易にする面、診断（：調査による問題の特定）をベースとし、問題解決志向であり、かつ参加型である等の面がある（Kompier⁴¹）⁴²。

MSの良し悪しを評価するには、3つのレベルがあり得る。第1は、MSに関連する政策の進展や全国統計を尺度とするもの、第2は、MSの運用に伴う実務家の経験の調査結果を尺度とするもの、第3は、MSの基礎となる仮説の検証結果を尺度と

するものである⁴³。

1.4.2 背景

1.4.2.1 背景思想

MSAは、HSEにより、労働者が遭遇ないし愁訴する作業関連ストレスを低減するために開発されたものであり、その一般的な目的は、ストレス関連疾患により休業する労働者やストレスに晒された経験から十分な職務遂行を果たし得なくなる労働者の数を減少させることにある。MSAの役割は、管理者に対してそれを達成するのに必要な情報、手続、ツールを提供することにある。また、証拠に基づき、かつリスク管理手法を活用し、（管理者とその他の被用者間の）協働作業を通じた問題解決による労働衛生管理の模範的な実践モデル（good practice）を示す意図で採用されたアプローチである⁴⁴。

HSEが2001年に公開した「リスク軽減、被災防止」と称する報告書（Reducing Risks, Protecting People (R2P2), 2001）には、HSEによる健康上のリスク管理手法の基底にある思想が示されている⁴⁵。R2P2は、HSEが自ら策定する規則を実効的かつ妥当なものとするために設置した規則改善専門委員会（Better Regulation Task Force）が示した以下の5原則に従っている。

- 1) 開放性と透明性
- 2) 結果についての説明責任
- 3) 均衡性
- 4) 一貫性
- 5) 明確な目標の設定

そしてその中心的な目的は、HSE が（HSC⁴⁶に代わって）リスク管理措置に関する決定を行う際の手続と基本原則を明らかにすることにある⁴⁷。

R2P2 は3部構成となっており、第1部にはその目的が記載されている。第2部では、HSWA 導入以後に蓄積されたリスク及びリスク管理に関する知見についてレビューされており、特に、以下のことがらについて議論が展開されている。

- 1) 人びとのリスクに関する認識の拡大、個人的な懸念（個人が察知する危害）及び社会的な懸念（強い恐怖感をもたらすリスク、ふだんなじみのないリスク、現実化すると多数の犠牲者をもたらしたり、特に脆弱性の強い特定の人びとに危害が及ぶようなリスクに対する社会政策的な対応）
- 2) (国際化、多様化、「リスク」の意味に関する法的判断などの) 規定的な環境変化
- 3) 事業状況の変化
- 4) 社会における指向性、価値観、期待の変化

第3部では、HSC および HSE を対象に決定・判断の枠組みを提供している。これは以下の6つの反復的なステージによって構成されており、利害関係者は、その全ての段階に積極的に関与する仕組みとなっている。

- 1) HSC および HSE が扱うべき問題か否かを決定する
- 2) 問題を定義し、特徴を描出する
- 3) 問題に対応し得る方策の選択肢とそれを採用するメリットを精査する
- 4) 問題に対する一連の対応策を採用する
- 5) 決定事項を実施する
- 6) 採用した措置の効果を評価し、必要に応じて当初の決定を見直す

このうち4)のステージの適正化は、特に重要と解されている。R2P2 には、その適正化の鍵は、あるリスクが、①受け入れ不可能か、②何とか堪え得る範囲か、③おおむね可能か、の判断規準に関する理解のありようにある、と記載されている。この、「リスクへの対応能力」の判断規準は、そもそも1988年に HSE が公刊した出版物（「原子力発電所におけるリスクへの対応能力」(The Tolerability of Risk from Nuclear Power Stations)）で示されたものである。

HSE の委員長は、R2P2 が公刊された2001年に、全職員に向けて、以上の枠組みが職務上確実に遵守されるよう通達している。また、R2P2 は、HSC および HSE の意思決定に一貫性の確保を求めているので（むろん、R2P2 は細部にわたり厳格な指示を与えるものではなく、あくまで枠組みにすぎないので、両者の判断が完全に一致する必要はない）、やむを得ない事情がない限り、上記プロセスの遵守が当然に期待される条件となっている⁴⁸。

1.4.2.2 データ・学術的背景

本報告書内の白波瀬報告でも述べられているように、とりわけ環境因や心因と精神疾患との関係については自然科学的な解明が不十分であり、メンタルヘルスにかかる1次予防への投資と回収効果の関係について不明瞭な事情はイギリスでも変わらない。

そこで、そうした条件下、同国では、どのような論理・論法で公的なストレス対策が基礎づけられてきたのかについて、以下で整理する。

1.4.2.2.1 HSE 自身による説明～ストレスの定義とストレスが及ぼす負の影響にかかる一般論～

HSE は、まず、ストレスの定義において、相対的に心理学的な知見を採用した。例えば、HSE が2007年に公刊したガイダンスには、ストレスについて、以下のように定義されている。

すなわち、「過重負荷（excessive pressures）や当該人物にかかるその他の要求に対する人間の負の反応（adverse reaction）であり、興奮をもたらし、よってモチベーションを向上させ得るような負荷と、負荷が過剰にわたる際に生じ得るストレスの間には明確な違いがある」、と⁴⁹。

周知の通り、ストレスに関するこのような理解は、Nature 誌に掲載された Selye の生理学・心理学的なストレス学説⁵⁰（の説く定義）を端緒とし、Lazarus らによる心理学的側面を強めた学説⁵¹の定義を経て、確立されてきたものである。

ガイダンスは、かような理解のうえに立ち、以下のように述べている。

HSE が MSA を開始した背景には、作業関連ストレスが、職業性疾病、生産性の低下、ヒューマンエラーの主要な原因であるばかりでなく、病気休職、職員の頻繁な入れ替わり、パフォーマンスの低下や、ヒューマンエラーによる災害の増加すら招きかねない、との認識があった⁵²。

すなわち、調査結果によれば、作業関連ストレスは、次の観点で組織に負の影響をもたらすことが明らかにされている⁵³。

- 1) 被用者の職務への従事
- 2) 職員のパフォーマンスや生産性
- 3) ヒューマンエラーに起因する労働災害
- 4) 職員の入れ替わりや休業
- 5) 勤怠水準
- 6) 職員の採用活動や定着
- 7) 顧客満足
- 8) 組織のイメージや評価
- 9) 訴訟リスク

また、誰かが作業関連ストレスに関わる疾病で長期間にわたって職場を離れると、周囲の者の作業負荷やモラル（志気）に大きな影響を及ぼしかねないことも認識されていた⁵⁴。

さらに、現在では、作業関連ストレスを含め、長期間にわたる連続したストレスは、負の健康影響をもたらすことについても、説得的な証拠が示されている。調査研究成果からは、ストレスと以下のことがらとの強い関係が示されている⁵⁵。

①心臓病、腰痛、頭痛、胃腸の障害の他、様々な軽度の疾病

②不安、抑うつ状態、集中力の喪失や判断力の低下などの心理的效果

その他、ストレスは、社会的な引きこもり（social withdrawal）や、攻撃的行動、

アルコールや薬物の濫用、摂食障害、長時間労働といった心身両面の健康や厚生水準に負の影響を及ぼし得る行動を導く可能性もある⁵⁶。

1.4.2.2.2 HSE 自身による説明～ストレスがもたらす負の影響に関する社会調査データ等～

HSE のガイダンスには、作業関連ストレスがもたらす負の影響を示す具体的なデータについて、以下のような記載がある⁵⁷。

1) 7名に1名の割合で、その仕事が「かなり」または「過剰に」ストレスフルであると述べている（**Psychological working conditions in Britain in 2007**⁵⁸）。

2) 2005年から2006年にかけての1年間で、イギリス本土において、50万人弱の者が、自ら疾病に発展すると考えるレベルの作業関連ストレスに苛まれているとの報告があった。

3) 『イギリス実地医家（UK General Practitioners:GPs）』によれば、ストレスに関連する愁訴のうち最もよくみられるものが、抑うつ状態（**depression**）や不安（**anxiety**）であり、イギリス全土の労働人口の20パーセントがこのような不調に苛まれているとされている。

4) ストレスが休職に発展した場合、病氣休業期間の平均は30.1日である（**Labour Force Survey 2005/06**⁵⁹）。この数値は、作業関連疾患一般による疾病休業期間の平均日数（21.2日）をはるかに凌いでいる。

5) 2005年から2006年にかけての1年間に、ストレス、抑うつ状態や不安

により、トータルでほぼ1100万の労働日が失われている。

6) 2003年に海外勤務について行われたHSEの調査⁶⁰の結果、作業関連ストレス要因の約70パーセントが、ヒューマンエラー（人的過失）により生じた労働災害の潜在的な遠因となっていることが判明した。

1.4.2.2.3 雇用問題研究所らのグループによる報告書の示唆～精神的不調がもたらす経済的損失の指摘～

雇用問題研究所（**The Institute for Employment Studies**）がHSEに提出する目的で作成し、2009年に公刊された報告書⁶¹には、以下の通り、MSAの開始前後のイギリスでの精神的不調の状況と、それがもたらす経済的損失が示されている。

Lelliotら⁶²に掲載された2001年の国立統計局（**Office for National Statistics**）の統計によれば、どの時点でも、イングランド（イギリス本国）の生産年齢人口の6分の1が、精神的不調（**mental ill-health**）に関連する兆候を経験していた。これには、人間の生活機能に影響を及ぼし得る、および／または休業をもたらし得るような、不眠（**sleep problem**）、疲労（**fatigue**）、易怒性（**irritability**）、強い不安感（**worry**）が含まれる。作業に関連する精神的不調（不安、抑うつ状態、ストレス状態と定義されるもの）は、毎年1050万日の逸失労働日数をもたらし、当該不調に罹患した個人の平均的な逸失労働日数は30.1日と試算されている⁶³。

職業性ストレス（Occupational Stress）は、イングランドの労働人口にとって最も一般的な作業に関連する精神衛生問題と認識されてきた⁶⁴。精神的不調が個々の労使双方にもたらす費用的負担は甚大であり、アブセンティズム（absenteeism：※常習的な遅刻や欠勤による生産性の低下）により雇用者が負担する費用は84億ポンド（※日本円で約1兆80億円）、プレゼンティズム（presenteeism：※疾病障害患者の（無理な）出勤による生産性の低下）により雇用者が負担する費用は154億ポンド（※日本円で約1兆8480億円）にのぼると試算されている。

1.4.2.2.4 ノッティンガム大学の研究グループによる報告書の示唆～公衆衛生疫学・組織論的観点の重要性の指摘～

ノッティンガム大学の研究グループは、HSEの委託研究を積極的に実施してきており、少なくとも従前は、MSAの推進に積極的な立場で、MSAの学術的背景としての公衆衛生疫学・組織論的観点の重要性について、以下のように指摘していた。

科学雑誌では、MSAが採用した調査モデルを支える理論とリスク管理の成功事例を水平展開する手法の双方を一般的に支持する多くの研究が公表されているが、当該方法論を具体的に特定して、その有効性（validity）と利便性（usefulness）を直接調査したものは殆どない。僅かに存在するものの殆どは、Coxら⁶⁵によりイギリス（UK）ノッティンガムで実施された開発作業か、Kompierら、Jansenら⁶⁶によりオランダで実施された作業関連ストレ

スへの段階的取り組み（stepwise approach）に関連するものである。

2004年にMackayら、Cousinら⁶⁷による2編の論文が関連する解説書（特筆すべきものとして、Kompierら⁶⁸およびMSAによる公式の紹介が挙げられる）と共に公表されて以降、その科学的根拠、適応性及び利便性の観点からMSAの問題点を指摘する論文が蓄積されてきている⁶⁹。

近年、心理社会的危険源へのばく露とストレス反応および健康影響の間の関係について、いくつもの権威あるレビューが発表されている（例えば、Cox、Coxら⁷⁰など）。そして、こうした変数集団の間には有意な、時には本質的な関係があることが明らかになっている。しかし、よく論文等でも指摘されるいくつかの概念上、方法論上の理由から、その関係の本質や、何らかの因果関係が示唆するものを特定することは困難である（Mackayら、Kaslら、Coxら、Karanika⁷¹）。

仮にそこに因果関係が存しない場合、心理社会的なばく露への介入が集団の健康改善という効果をもたらさない可能性が高いため、因果関係が不明であることは軽視できないとの主張がある（Macleodら⁷²）。しかし、この主張に十分な根拠があるともいえない。公衆衛生的観点（McPherson⁷³）と組織論的観点（Griffiths、Coxら⁷⁴）の双方から、この主張を支える自然科学的な認識体系（パラダイム）は、組織への介入（方法）を特定し評価するうえで最も適切な方法ではないと示唆されている。公衆衛生領域に「金科玉条的な基準（gold standard）」がない

ことは、適切な措置を講じないことの言い訳にはならない（HM Treasury⁷⁵）。

組織における生活の複雑さや流動的な性格を前提にすれば、自然科学的な認識体系に基づくデータを文字通りに受け取ることはできず、修正も可能であろう。また、人為的操作のない変数集団において、線形（≒連続的なもの）、非線形（≒非連続的なもの）を含めて有意な相関関係を示すことは可能であった。こうした状況は、作業に関連した健康状態に関する確率的な多因子アウトカムモデルとも共通する。むしろ、関連性の指摘は、介入を基礎とする共同的問題解決手法にとっては十分な根拠となろうが、組織横断的な比較の結果を容易に導くには至らないであろう。したがって、組織の全メンバーに適用できる簡便化された質問紙方式のツール（ポピュレーション・アプローチ）は、実務的な考慮によって支持される。しかし、それが最適の戦略であるか否かには未だ疑問が残る。そのような取り組みは、挑戦的なものとならざるを得ず、組織や部門を横断する基準の「意義」にかかる問題から、HSE の6つの領域にわたる調査モデルの信頼性、有効性、実務的な利便性についての疑問が即座に生じるし、他のモデルが存在し得ないかなどの疑問も避けられず、現に特定の部門において幾つかは既に示されている（Griffithsら⁷⁶）。

このように、MSA の推進に好意的な立場の研究者からも、その自然科学的根拠が不十分なこと自体は認められている。しかし、HSE は、MS の開発に際して活用可能な最良の証拠（the best available evidence）に

基づくことを基本方針の1つとしており⁷⁷、学術的根拠付けを放棄することはできない。そこで、現段階では、公衆衛生学的観点や組織論的観点、とりわけ疫学的観点到に拠ることでその実現が図られているが、依然として克服すべき課題があるということであろう。例えば、HSE による最近の試算では、ストレス、不安、抑うつ状態が、作業に関連する傷病による逸失労働日数の3分の1を占めており、新規疾病罹患者については、その3分の1を超えているという⁷⁸。こうしたデータも、職域ストレス対策推進の説得材料とはなり得るが、異論を許さないといった性格のものではない。

1.4.2.3 （法）政策的背景

1.4.2.3.1 「福祉から就労へ」政策との関係

1.4.6.2 で後述する通り、イギリスでは、2000年代になると、メンタルヘルス問題は、労働者の生産非効率、休業、離職などを招くほか、労働者の安全面での労働災害の遠因となるとの調査報告⁷⁹が出されるようになり、MSA を中心とするメンタルヘルス対策が積極的に進められるようになったが、こうした動向の背景の1つに、「福祉から就労へ（welfare-to-work）」政策があった。

すなわち、彼国の福祉給付は、主に、①失業者向けの求職者給付、②生活困窮者向けの生活扶助（所得扶助）、③就労能力喪失者向けの就労不能給付（incapacity benefit）（現在の雇用・支援給付（employment and support allowance））から成るが、うち①は、1992年から2008年に至る経済成長により歴史的低水準に至り、②は、労

働党政権による一人親支援策などにより、緩やかな減少傾向を示していた。他方、③については、1990年代以降、受給者数が増加傾向を示しており、その原因の1つに職域でのメンタルヘルス問題があると指摘されて来ている⁸⁰。

1.4.2.3.2 労働安全衛生政策としての展開

もっとも、周知の通り、イギリスは、労働安全衛生については、古くは工場法（1833年制定）、その後はHSWA制定の土台となったローベンス報告（1972年）などに遡る世界に先駆ける伝統を持っており、彼国におけるメンタルヘルス対策も、こうした政策的流れを汲んでいる。

そこで以下では、この領域での政策的展開について述べる。

1.4.2.3.2.1 MSA開始以前の動向⁸¹

1.4.2.3.2.1.1 Coxレポート

1980年代後半、HSEは、健康に及ぼすリスクのランク付けを実施し、その結果、作業関連ストレスは、筋骨格系障害に次いで、業務上の不調（ill-health）を招く2番目の要素に位置づけられた。この結果を受け、HSEは、Tom Cox教授に作業関連ストレスに関する文献のレビューを委託するなどして、この問題への対策を本格化させた。委託に際しては、現行の安全衛生法制度の枠組みの中で、職務上のストレスの性格、健康影響や、ストレス管理プログラムの性格、効果に関する科学論文を概観することが求められた。

その成果をまとめた Cox, T.: Stress research and stress management:

Putting theory to work. Sudbury: HSE Books, 1993 (Cox, 1993) では、先ず、ストレスについて、客観的に認識可能な側面と感情的な側面の双方から成る心理的状态との理解が定着しつつあるとして、交流分析的なアプローチに基づく既存のストレス・モデルを採用した。その上で、ストレスが生じるプロセスの中に鍵となる要素（ストレスを構成する一連の出来事（event））があることについても、今や十分な合意があり⁸²、その代表格の1つに職務上の要求（demand）があるとした。これは、脅威（threat）、体力・気力・時間などの個人的資源への圧迫（impact）その他個人に通常機能以上の何かを求めるものという意味で、客観的に過重と認識されるプロセスであって、一般に、個人の厚生水準に影響を及ぼす（ストレス）反応の拡大をもたらすものを意味する⁸³。

たしかに、この時点で既に、要求に対する個体側の評価や受け止め方、ストレス・コーピングの問題を指摘する見解も存在した⁸⁴。また、そもそも組織のシステムというものは、組織リーダーによる一方的な作用のみを頼みとするものではなく、自己効力感のような個人的資質を拡大する能力を統合するものであるはずで、そうした能力は、組織側による職務設計の見直しや、変化への対応によってもたらされる自律性の拡大を活用する上でも重要な意味を持つ、とする見解もあった。しかし、結局、こうした見解が説くものは、特定の環境因の理想的レベルと現実的レベルの相違の重要性であって、環境因自体の否定ではなかった⁸⁵。

なお、Coxレポートは、心理的なストレ

ス要因のみならず、心身両面のストレス要因を統合し、職務の内容とその背景に着眼して、そこに存する危険源 (hazard) をベースとした分類を行うと共に、リスク管理にPDCAサイクルの概念 (the concept of control cycle approach) を導入した。この考え方は、HSEによる雇用者の意識啓発のためのガイドライン (HSE: Stress at Work-A Guide for Employers.HS(G)116,1995(HSE,1995)) に踏襲され、このガイドラインは、過剰な要求は、被用者のストレス耐性を奪う可能性があることを強調すると共に、より優れた職務適応を導く職務設計や効果的な教育訓練のコンビネーションを通じて実現される「遂行可能な職務 (job that are 'do-able')」という概念を導入することとなった。その後、この手法は、更に改良され、「組織介入のための基本的枠組 (frameworks for intervention) ⁸⁶⁾」に統合された⁸⁷⁾。

Cox レポート及びその他複数の HSE の補助を受けた調査研究から導かれた作業関連ストレス要因の分類は、Management Standards (MS) と命名された、ストレス管理の好事例の基準をまとめた草案の基礎をなした。また、後述する1999年のディスカッション・ペーパーの公開の後、HSEは一連のワーク・ショップを開催し、そこでその分類の実践面での課題について議論した。さらに、既存の作業関連ストレスに関する分類や、個々のストレス要因の相互作用についてもレビューを行った。こうした調査や議論の結果、以下の7つのストレス要因群への分類について、大筋の合意が得られた。この考え方は、2001年に公表された HSE のガイダンス (HSE:

Tackling Work-related Stress: A Manager's Guide to Improving and Maintaining Employee Health and Well-Being(HS(G)218),2001(HSE,2001)) に反映されることとなった⁸⁸⁾。

①要求 (仕事量、作業の型 (パターン)、職場環境を含む)

②裁量 (職務を遂行するうえで、当該被用者がどの程度の発言権 (say) を持つか)

③支援 (組織、ライン管理職、同僚による励まし、援助、資金の提供などが含まれる)

④職場における人間関係 (紛争を避けるための積極的な取り組みの促進や、受け入れがたい行為への対応が含まれる)

⑤役割 (就労者が組織内での自身の役割を理解しているか、就労者が役割葛藤に陥らない状態を組織が確保しているか)

⑥変化 ((大小を問わず) 組織的な変化が、当該組織内でどのように管理され、伝達されているか)

⑦文化 (組織による運営管理手法及び公正で開放的な手続)

もつとも、以上のストレス要因群のうち⑦文化だけは、後の基準の開発作業の過程で、他の要因群とは異質である (*指標化、測定共に困難との趣旨と思われる (報告者)) との理由から削除され、他の6つの要因群に要素として吸収されることとなった⁸⁹⁾。

なお、2001年のHSEのガイダンスでは、以下の5段階のアプローチを用いたリスク管理の概念が導入された。これは、あらゆる安全衛生上の危険源に有効な手法として提案され、作業関連ストレス対策でも採用されるべきとされている⁹⁰⁾。

ステップ1：危険源の調査

ステップ2：危険源にばく露する人物とその機序の特定

ステップ3：リスク評価と従前の対策の実効性の確定

ステップ4：(対策の過程と効果の)記録

ステップ5：必要な場合の評価の見直し

1.4.2.3.2.1.2 HSE・HSC が進めた主な手続

1999年に公表されたHSEのレポートによれば、作業関連ストレスにより雇用者が負担する費用は、1年に3億5300万ポンド（*日本円で約423億6000万円）から3億8100万ポンド（*同じく約457億2000万円）にのぼり、社会全体のコストは、37億ポンド（*同じく約4440億円）から38億ポンド（*同じく約4560億円）にのぼると推計されていた⁹¹。また、この推計の実施以後、MS開始直前の2002年までに、作業関連ストレスによる逸失労働日数の推計値は、約2倍にまで膨らんでいた⁹²。

こうしたデータを基礎に、何らかの対抗施策が必要との認識が広がり、イギリス全土の安全衛生問題の監理責任を負うHSEが、国家の労働衛生にかかる全ての負担の軽減を目標に、作業ストレス対策をリードすることとなった。

まず、1999年4月から6月にかけて公開型の聴聞会（public consultation exercise）が開催され、その結果がディスカッション・ペーパーにまとめられた（HSE:Managing Stress at Work, 1999（HSE,1999））。同文書には、数多くの斬新かつ実施可能な対応策が盛り込まれ、その

中には行為準則を策定すべきとする提案も含まれていた。この際、所見を述べた者の殆どは、職場のストレスは、労働安全衛生ないし厚生水準の問題であり、現行のイギリスの規制枠組の下で取り扱われるべき課題とする点では一致していた。また、多くの者が、対策に際して、行為準則を活用すべきであり、そこに問題対応のノウハウを書き込むべきと考えていた。結果的に、HSCは、この課題へのアプローチに際して、行為準則を用いて（間接的とはいえ）強制をかけるには、不確実性を伴うと考え、その時点での実行はしないこととしたが、将来的にその必要性が生じる可能性を踏まえ、経過を観察することとした。HSCは、ストレス管理について勧告を発するには、科学的、実践的な面での障害があることも認識していた。それには、①用語の定義や理論面での合意が存在しないこと、②介入の効果に関する研究が殆ど存しないこと、③措置の実施に消極姿勢をとるライン管理職が多かったこと、などが含まれていた⁹³。

こうした障害に直面して、HSCは、作業関連ストレス対策を、向こう10年間の優先的取り組み課題の一環と位置づけた。その第一目的は、一定のストレス要因を射程に収めた、明確かつ関係者（特に雇用者）の納得に足る好事例の基準を開発すること、すなわち、雇用者に何が期待されるかを明確にできるような基準を開発することであった。労働者の安全衛生や厚生水準の確保と共に組織的な効用（*生産性）の拡大を図ることも、この基準に求められる課題の一つであった⁹⁴。

具体的な基準の策定に当たり、HSCは、解決すべき課題として以下の5項目を設定

した。

①基準が具体的に意味するものは何か
（問題管理のプロセスか、達成されるべき
成果か、あるいはその双方か）

②幅広い雇用者に対し、いかにして適用
可能性を担保するか

③主なストレス要因の同定と、相関関係
等の解明

④利害関係者（stakeholders）の役割を
含めた、基準の開発プロセス

⑤個々の組織が基準に照らして自身の取
り組み成果を評価する手法

その後、図1（後掲）の⑥以降の展開を
経て、MSの成案の公開に至った。

1.4.2.3.2.1.3 科学的な議論経 過①～3つのキーワードについて～

以下では、MSの開発に際してなされた
科学的議論の系譜を辿る。

その前提として、Mackay et al.,2004に
示された3つのキーワードに関する解説を
紹介する。

①危険源（Hazards）：身体的なもの、
心理社会的なもの、またはその両者を含
め、職場にある要素のうち、人間に危害ま
たは受け入れがたい結果をもたらす可能
性を持つもの。このうち心理社会的要因
は、職務の設計、組織や作業管理のありよ
うと関連が深く、現段階の知見では、個々
人の人格や行動特性、職場外の社会的要
素、コーピングのありよう、情動の消極性、
家族状況や社会経済的位置づけなどは
関係しないと解されている。こうした理解
を踏まえ、Cox,1993は、心理社会的危険
源を、職務内容、労働組織や作業管理、環

境ないし組織的条件のうち心理社会的、身
体的危害をもたらし得るものと定義して
いる⁹⁵。

②危害（Harm）：被用者の健康影響の
類型またはそうした性格を持つもの。危害
という以上、ある程度、重大（acute）か、
慢性的（chronic）なものであって、心身
両面の効果や機能に関係するものでなけ
ればならない。Mackay,2004の執筆当時、
職場のストレスとの関連性が一般に指摘
されていた身体的効果には、心臓病やメタ
ボリック・シンドロームなどがあり⁹⁶、
精神的な効果には、不安や抑うつ状態など
があるが、その重篤さは区々多様である。
また、ごく最近（2000年）には、職場
のストレスによる心身への効果が、共通の
生物学的経路を辿る可能性を示唆する研
究成果が発表されている⁹⁷。

なお、危害という用語は、被用者個人へ
の健康影響とは別に、疾病休業や職務上の
ミス、パフォーマンスの低下など、組織へ
の影響を意味する場合もある。

③リスク（Risk）：危険源へのばく露が
危害をもたらす可能性。なお、あらゆる予
防措置は、ばく露レベルを危険源が表面化
するレベル以下に抑えるよう目標設定さ
れねばならない。

1.4.2.3.2.1.4 科学的な議論経 過②～心理社会的危険源と危害の関 係について～

British Medical Journalに掲載されたレ
ビュー⁹⁸によれば、2000年の時点で既
に、リスク要因と疾病の関係を裏付けるエ
ビデンスの確証度を評価する仕組みや、介
入効果の科学的エビデンスの質を評価する

場は、数多く存在していた。これらが指標化するエビデンスの中には、無作為抽出され、臨床的にコントロールされた試験データを体系的に整理分析したものから、権威ある研究者の見解、臨床的な経験則、記述的研究、専門家会合の報告に至るまで、さまざまなレベルのものがあつた⁹⁹。

そうした条件下、作業関連ストレスについては、作業上の要因と不調の関係性を説得的に示す研究は極めて多数あるものの、そうした研究が依拠するデータの解釈という点では、例えば、特定の作業上の要因が特定の健康上の影響をもたらすといった因果関係の証明を結論づけるには、多くの文献が示唆する方法論的問題があつた。そして、両者の因果関係が明確にならなければ、たとえ心理社会的ストレス要因へのばく露に介入したとしても、労働者の健康に寄与するとは限らなくなる以上、その問題は軽視できない、との見解もあつた¹⁰⁰。しかし、公衆衛生的観点¹⁰¹や組織の健康の観点¹⁰²からこの問題に取り組んできた論者からは、上記のような評価システムの背景にある臨床医学的、自然科学的なパラダイムは、労働組織への介入効果を判定するには適応せず、公衆衛生領域で質の高いデータが存しないことは、何の措置も講じないことの方便にはならない¹⁰³、と指摘されていた¹⁰⁴。

当時の心理社会的危険源と特定の危害の因果関係に関するエビデンスは、2つの領域に跨がっていた。うち一方は、実際の職業生活で通常経験する労働条件、職務遂行に関する経験則の調査から得られたもの、他方は、生物学的な経路ないし機序の調査から得られたものであつた。人体を対象と

する研究で得られたデータの蓄積もあるが、その殆どは（必ずしもそれに限られるわけではないが、）疫学的調査に基礎を置くものであつた¹⁰⁵。それには、ラボ（実験室）で調査されたもの、一定の労働環境を再現して調査されたもの、フィールド調査によるもの、臨床報告によるもの、事例検討（ケース・スタディ）資料に基づくものなどが含まれていた¹⁰⁶。

以下、類型ごとに当時のエビデンスの集積状況を整理する。

1) 生物学的エビデンス

MS の開発時点で既に、ストレスと様々な病態間を結び付ける生物学的機序が幾通りも存在することを示すエビデンスが少なからず存在した。そうした文献を一通り概観したものとして、Brunner et al.,2002¹⁰⁷、McEwan,2000¹⁰⁸、Sapolsky,2003¹⁰⁹などが挙げられるが、それらを要約すると、心理社会的要因と特定の健康影響の関係にあるメカニズムと考えられるものには、概ね以下のようなものがあつた¹¹⁰。

①ストレスによるホメオスタシス（：恒常的機能）及びアロスタシス（：環境反応的機能）両面での変化

②神経内分泌や自律神経機能の変化

③メタボリック・シンドロームの増悪やインスリン抵抗性の進展

④血液凝固機能の低下

⑤感染症への罹患を媒体する炎症や免疫応答

⑥不安、過覚醒（不眠）、危険行動などの心理的メカニズム

2) 疫学的・心理社会的エビデンス

1.4.2.3.2.1.1で挙示した要素に代表される心理社会的要因については、その全てについて、労働と精神・身体的機能障害の関係を裏付ける機序の存在が認められていた（以下の枠内を参照）。ここでいう障害には、精神衛生、一般的な身体的健康、免疫機能、血圧レベルに関するものが含まれていた¹¹¹。

作業上のストレスの概念化を試みた初期の研究では、その背景に、被用者が持つ技術や能力と職務上の要求の齟齬、被用者に設定される目標とその価値の齟齬があることが強調されていた。こうした知見に基づき、過重な業務（overload）、役割の不明確さ（role ambiguity）、求められる役割間の葛藤（conflicting role demands）などをもたらす「人間－環境間の不適応」という概念が構成された。「人間－環境間の不適応」概念、とりわけ役割の不明確さや役割葛藤は、数多くの調査研究で検証された。また、その過程で、職場における個別的な人間関係（上司、同僚、部下との関係）の重要性も浮かび上がって来た¹¹²。

その後、Karasek,1979¹¹³が、Demand-Control モデルを打ち出した。これは、客観的な職務上の要求と被用者がその要求に応える際に持つ決定上の裁量の相関関係に焦点を当てたものである¹¹⁴。また、このモデルを洗練する過程で、上司及び同僚による支援の重要性が認識されるようになった¹¹⁵。このモデルの開発前には、社会的支援が人間の健康に及ぼす影響に関する調査に研究者の関心が集中していたが、このモデルの登場後には、職務に関連する要素が個人や組織の成果に及ぼす影響に関

する新たなデータが、文献の中で蓄積されていった。それと同時に、これら2つのアプローチ（①社会的支援が人間の健康に与える影響、②職務に関連する要素が個人・組織の成果に及ぼす影響）を統合する実験的試みもなされるようになっていった¹¹⁶。

以下では、1.4.2.3.2.1.1で挙示した6つの心理社会的要因の健康影響に関する当時の主要な研究に関する Mackay et al,2004 の整理¹¹⁷を掲示する。

（1）職務上の要求（Demand）と職務遂行上の裁量（Control）

政府による2つの調査から得られたデータの分析¹¹⁸から、職務上の要求レベルの高さは、身体機能や精神疾患の「先行指標（predictor）」となり、職務遂行上の裁量の欠如は、アルコール依存のリスクと緩やかな関連性を持つことが判明した。他方、職務ないし職務遂行上の社会的支援や裁量は、被用者の精神衛生や健康機能を保護する効果を持ち、連続的な疾病休業のリスクを減少させる効果を持つことも判明した。また、身体的な健康との関係に関する調査研究¹¹⁹の結果、職務上の要求の高さ、職務遂行上の裁量の少なさと努力に対する（様々な意味での）報酬の不均衡は、冠状動脈性心疾患と関連することが判明した。これらの効果は、喫煙や血圧などの習慣的、慢性的なリスク要因では説明できないものである。職場における社会的支援を好例とする「職務の性格（work characteristics）」の質的低下が、男女双方の精神衛生上の機能の悪化をもたらす可能性が高いことも判明した。さらに、た

とえ職務の性格の変化が身体的機能や冠動脈性心疾患に及ぼす影響がさほど強くない場合にも、身体的機能や慢性疾患に長期的影響を与えることを示すエビデンスも存在する¹²⁰。

D・C モデルの検証を図る数多くの調査をレビューした文献も、複数公表されている。ここから、特に過重な仕事量などの職務上の要求は、身体的、医学的な健康影響を説明するうえで、本人の裁量（の有無や程度）に関する認識と相関関係に立つという Karasek, 1979 の仮説について、経験則的な裏付けが複数あることが示唆される。とはいえ、それを支えるエビデンスは、分野横断的な研究に拠る傾向があり、要求と裁量は、それぞれが別個にストレスに重要な影響を与えるものであり、両者は必ずしも相関関係にないとする批判もあった。そして、こうした批判は、大規模な前向き疫学的調査の結果、職務上の要求と職務遂行上の裁量は、相関関係よりむしろ独自の健康影響を持つとの傾向が示されたことで、一定の裏付けを得ることとなった¹²¹。こうした事情を踏まえ、HSE は、特に実践面の理由から、少なくとも現段階では、MS の運用上、要求と裁量については、その主要な効果に基づく勧告を行うにとどめている。

（2）社会的支援（social support）

組織的な観点での調査研究を記した文献において、「社会的支援」という用語は、被用者と上司、同僚、家族、友人の関係の可用性（availability）や質（quality）、彼らから得られる能動的な配慮や職務上の援助と定義されている。社会的支援全般に

そうだが、特に上司からの支援は、労働者の成果や厚生水準にプラスの効果をもたらすこと、ストレスによる不調への影響を緩和し、健康管理にかかる費用の低減に役立つことを示唆する文献もある。また、メタ分析では、社会的支援の可用性は、ストレスや緊張を緩和し、ストレス要因へのばく露の影響を抑制する等の効果を持つことが判明した。

Selye, 1974¹²²は、他者と生活せねばならない状況は、人生の中でも最もストレスがかかる局面だと示唆していたが、労働生活も然りである。なぜならば、相手が同僚、上司、部下のいずれであろうと、職場にいることは他者との密接に関わることに他ならないからである。この関係は、ストレスの要因にも支援の要因にもなり得る。Arnold, Cooper, Robertson, 1998¹²³は、人間関係の乏しさを、信頼関係の欠如、支援の少なさ、職場問題への取り組みへの関心不足を含むものと定義している。Quick, Quick, 1984¹²⁴は、職場の体制的關係性に由来する5つの人間関係面でのストレス要因（①設定された立場と個性や適性の不調和、②接触関係の（過剰な）濃密度、③他者に不快感を与える人格、④リーダーシップのありよう、⑤集団的圧力）を同定した。このような変数（variables）に関連するものとして、一般に、被害者に著しい苦痛を与えると認識されている職場でのいじめ（bullying）や暴力（violence）がある。たしかに、こうした関係性にかかる変数とストレスや健康の関係を明確に象（かたど）る研究は少ないが、裁判に発展したストレスに関する事件に、当事者の最初の不満の基礎となる何らかの人間関

係面での障害（困難、問題）が含まれていることが多いことは、我々の観察から明らかである。さらに、Mayhew, Chappell, 2003¹²⁵は、いじめや暴力は、個人レベルと組織レベル双方の費用を発生させると論じている。彼らの論述は、被害者のうち4割は、誰にも助けを求めず、いじめが継続すると、就業への意欲を失い、終には組織を去る、という調査結果（エビデンス）に依拠している。

同様に、看護職のいじめについて調査した Birman, 1999¹²⁶は、いじめは、看護職の人手不足の重要な要因であると報告し、Quine, 1999¹²⁷は、いじめの愁訴に対して早期対応を怠る保健機関（看護職の雇用者）は、却って高いコストを支払うことになりかねない、と警告している。この指摘は、保健業種に限らず妥当する可能性が高い。

（3）役割の不明確さ（role ambiguity）

「役割の不明確さ」は、そもそも、ある者が遂行した役割がもたらす結果の予測可能性が欠けている状態を示す用語であった。後のモデルは、その定義を、役割の遂行に必要な情報が欠けている状態を含むようになった。その結果、この構成概念の典型的な指標は、役割に沿った行動にかかる予測不可能性と情報の欠如の双方を測るものとなった。そして、数多くの調査研究が、具体化された職務上の役割の不明確さと高レベルの心理的負荷の間の持続的関係性を論証してきた。同様に、特定の人物への相矛盾する要求を意味する役割葛藤が、自己申告による心理的負荷（strain）のみならず、生理学的指標に悪

影響をもたらすことを示唆する研究もある¹²⁸。

（4）組織的な変化（organizational change）

「組織的な変化」は、今や、組織での生活上、多くの者が直面するようになって来ているストレス要因である。言うまでもなく、（規模の大小を問わず）変化のプロセスの管理法や、その手法の適切さは、それに関係する人物の受容や経験に大きく影響する。ストレスと変化の関連性を示す報告は、組織が効率的に変化を管理する上で大きな困難を抱える、という事実裏付けを得ている。現実には、組織の改変計画が失敗に終わった例を示す文献は枚挙に暇がない。ストレスは、多くの組織的変化が、「合理化」の要請から強制されるところに発生している。ここで「合理化」とは、雇用不安や、少ない人員への負担増（*より少ない人員でより多くの職務を遂行させようとするところに生じる負担の増加）を伴う人員削減を意味する。現在、変化の管理に関する様々なモデルが開発されて来ているが、その殆どは、1940～50年代に、アメリカで Kurt Lewin が行った研究を実質的な基礎としている。組織的変化とストレスの関係について、HSE の MSA（Management Standards' Approach）は、組織の改編管理計画の策定・運用に際しては、Clarke, 1994¹²⁹が述べるように、開始から終了まで、被用者とのボトムアップ型の協議を実施すべきと強く推奨している。

3）文献が示唆するその他のエビデン

ス

3-1) 体系的な文献レビュー

MSの開発段階にあった2000年前後、職場の心理社会的ストレス要因による健康等への影響に関する公表文献を対象とする体系的レビューが、数多く実施されていた¹³⁰。そのうち、Rick et al.,2002は、HSEから、MSの普及を支える科学的根拠の調査を委託されたことを受けて実施された文献レビューである。このレビューが着目したのは、①イギリス(UK)の労働者にかかる要求、裁量、支援と人間関係の側面がストレス要因たり得るか、②それらのストレス要因が健康、厚生水準、労働生産性に及ぼす効果、③それらのストレス要因がそうした評価指標に影響する機序、④組織的な活動がストレス要因による悪影響の低減や健康の増進に貢献する程度、の4項目であった。そしてその結論は、この4項目のいずれについても、確たる回答を得るにはエビデンスが不十分というものであった¹³¹。

いわく、調査対象となる組織や個人の「背景・脈絡の重要性、また、あらゆる背景・脈絡を通じて適用可能なエビデンスが相対的に不足している状況を前提にすると、開発された基準の全てについて、ストレス要因が特定の個別的組織や組織の一部においてどのように問題を生じるか、そうした課題の解決のために、個々の現場で何をなし得るか、について現場の理解を誘う取り組みが必要とされる。この文脈では、現場重視の取り組みが、特に求められる。現代の労働をめぐる事情の下では、職務の性格にも相当の幅があるからである」、と(Rick et al.,2002 at 163)。

要は、現行のMSに沿ったリスクアセス

メント手法では、たとえ基準との相違という意味での問題点は浮かび上がっても、それが真に解決すべき問題か否か、仮にそうだととしても、その対処法が分からず、それは個々の組織や集団の背景・特質に即した現場重視の取り組みによって初めて明らかになり、客観的検証の対象となり得る、との趣旨であろう。

なお、2002年にHSEの補助を受けて行われた組織的介入に関する研究には、プロセスをベースとする取り組み¹³²と、基準をベースとする取り組み¹³³の2種類があったが、両者共に、被用者のプロセスへの関与の少なさについて、批判的に指摘していた¹³⁴。

3-2) 職務設計における変化を射程に収めた研究

従前より、推認されている心理社会的なリスク要因が、疾病の発症や増悪との因果関係に一定の介入を及ぼすことは確かだが、当該リスク要因へのばく露制限が、疾病の発症や増悪の可能性を低減させる効果が実証される必要がある、との指摘がなされていた¹³⁵。これまでに、職務の再設計(典型的には非実験的手法

(quasi-experimental design: 実際には同一主体ではないものについて、その客体の個人属性を限りなく近い状態でマッチングさせる等の統計的処置を行いつつ、計量経済学的手法を駆使して、プログラムへの参加グループと非参加グループから成る比較対象グループについての比較を行うことにより、プログラム本来の効果を抽出するといった、自然科学のような実験が容易でない社会科学の分野において確立しつつある