

評価手法のこと（伊藤実＝小倉一哉＝原ひろみ＝堀晴彦＝勇上和史＝弓場美裕「労働市場政策の効果に係る定量的評価の欧米における先行研究についての調査」労働政策研究報告書 No.L-4（2004年）10頁（堀晴彦執筆部分））による設計）という形式での組織的介入が個々人の健康や組織的指標に与えた影響について調査した、質の高い事例研究が複数公表されて来た。これらの研究には、そのいずれにも、重要な職務特性（裁量、多様性、要求、役割葛藤など）や、精神的な不調状態（psychological morbidity：GHQ（General Health Questionnaire）<sup>136</sup>による）、職務に関連する心理的負荷（strain）や職務満足感に関するデータが含まれていた。これらの研究の示唆は、要約、職務設計が、作業システムの内部に被用者の積極的関与（そもそも必要条件とされている）を得て導入されると、メンタルヘルスが著しく改善する、というものであった。他方、より望ましい状況からさほど望ましくない状況（同じ工程を繰り返すような単純作業への再配置により、自律性や技術の多様性が低下する場合など）への変化は、メンタルヘル스에 重大な障害をもたらす、とする事例研究もあった<sup>137</sup>。

また、異なったタイプの病室に看護学生を配置して比較する実験的手法と、運転手に課す作業量を減少させる実験的手法を用いた研究の双方において、メンタルヘルスにおける著しい変化が顕れた<sup>138</sup>。

### 3-3) 特論：心理社会的危険源に関連する直接的・間接的効果

そもそも、心理社会的ストレス要因が効

果を現す機序はどのようなものか、という点について、Brunner,2002<sup>139</sup>は、2つの経路（pathway）が認められると論じていた。うち1つ目は、ストレス要因が、喫煙、麻薬の使用、欠勤、特定の食べ物の過剰摂取などの行動傾向に影響を及ぼすことによる間接的な経路であり、これらは、短期的にはストレスへの対処を支援するが、長期的には負の健康影響を及ぼしかねない、と指摘していた。2つ目は、心理社会的な侵襲や脅威への反応として、生理学的変化が生じるという直接的な経路である<sup>140</sup>。

実際には、両経路は排他的なものではないが、健康管理政策の観点では、そのいずれかに焦点を合わせることが、介入との関係で意味を持つことが指摘されていた。たとえば、裁量性の低い労働条件によりもたらされる生理学的変化は、不適切なストレス対処行動を通じ、不要な身体反応を下方制御する効果をもたらす可能性がある。高いレベルの要求が課される職務は、運動や、少なくとも休養に専念できる自由時間を奪う長時間労働をもたらす可能性がある<sup>141</sup>。よって、一所（ひとところ）に焦点を合わせた介入により、副次的効果が期待されると考えられた。

そして、政府による2つの調査から得られたデータの分析<sup>142</sup>を含めた多数の調査研究から抽出された実験的データにより、①上記の両経路共に、心理社会的労働環境と健康の間の重要な媒体となる、②アルコールの過剰摂取のようなストレス対処法は、裁量のような心理社会的ストレス要因と関連する、という仮説が裏付けられていた<sup>143</sup>。

#### 1.4.2.3.2.1.5 科学的な議論経過③～作業関連ストレスへのリスク・アセスメントアプローチの有効性について～

MS は、以上に述べて来た裏付けを背景に開発されたにもかかわらず、1.4.5で詳述するように、ナショナル・レベルでは、確たる成果を認められていない。その原因について、様々な指摘がなされているが、その1つに、介入方法の妥当性、とりわけリスク・アセスメント手法の妥当性を指摘するものがある。この手法では、組織に存在すると推定される心理社会的ストレス要因を欠点として抽出し、個別的に手当（管理）するサイクルを回転させていくことになるが、そうした手法では、経営者や管理者、その他組織の構成員の心理的抵抗感を招くほか、当該組織の脈絡や個性を捨象ないし軽視し、優れた点まで圧殺してしまいかねない、といったものがそれに当たる。

安全衛生へのヨーロッパ型のアプローチは、おおむね、上掲のイギリス（UK）の99年安全衛生管理規則が規定する「階層的管理（hierarchy of control）」を好例として、一次予防（primary prevention）の観念に集約される<sup>144</sup>。階層的管理によるアプローチの要諦は、個別的措置より集団的措置を重視する点にある。「安全衛生管理＝基準（standards）型のアプローチを典型とする管理手法の適用」との考え方は、職場で実際に措置を推進する上で、それなりに有効である。しかし、このアプローチには異論もある。たとえば、Rick and Briner,2000<sup>145</sup>は、ストレス発生の過程は、本質的に心理学的なものである（特に、危険源と危害の関係に不確実性がある）ため、

リスク・アセスメントやリスク・マネジメントの手法が常に奏功するとは限らない、と指摘していた。

そこで以下、改めて現行のMSが採用するリスク・アセスメントの仕組みを確認する（詳細は、1.4.3以下で詳述する）。

MSAのリスク・アセスメントにおいて、「組織の現状」と「望ましい状態」を区別する必要があることについては、既に述べた。「望ましい状態」は、一方で観念的な状態と解し得るが、他方では「より客観的な観点での」労働環境とも理解できる。ここで「より客観的な観点」という表現は、先に触れたD(Demands)・C(Control)モデルに関する文献でも用いられており、特定の職務の性格にかかる最低基準を設定するための出発点であって、「達成されるべき状態」と解することもできる。現に、組織心理学や職務設計に関する文献には、そうした状態に含まれるものがもたらす効用に関する良質なエビデンスが示されていた。他方、現実のレベルは、まさに調査作業従事者が「現状（current situation）」と認識し得るものであり、リスク・アセスメントにより具体化される。この具体化作業によって、「現状」と「望ましい状態」間の比較が可能になる。その比較は、労働者集団を対象とする調査の集計データに基づいて行われることになる<sup>146</sup>。

データの収集方法は様々だが、心理社会的危険源に関する調査で用いられている標準的なリスク・アセスメント手法は、おおむね適切と評価されていた。ただし、MSA開始前の時点で既に、その適切さを担保するには、いずれのアセスメント手法も、前述した6つの重要なストレス要因に関する

最新のエビデンスと、個々の組織の個性と脈絡を捉えた現場志向のアプローチを反映したものでなければならないと指摘されていた<sup>147</sup>。

リスク・アセスメントのその他の特徴として、雇用者によるリスク管理が特定されたリスクに「見合ったもの（commensurate）」となるよう確保する点が挙げられる。リスク・アセスメントの原則は、完全で理想的な状態より、実情に見合い十分な状態の実現にある。特に業務上のストレス要因のアセスメントについては、労働者の主体的な参加と関与の重要性を強調する必要があると指摘されていた。リスク・アセスメントとマネジメントの手法は、物理的リスクについては発達しているが、心理社会的リスクについてはそう言い切れない。しかし、Mackay et al.,2004などの積極派は、その基本原則の適用は可能と考えていた<sup>148</sup>。但し、その際のリスク・アセスメントは、一定の確実性（安定性）をもった特定の被用者集団を対象として、その職務や労働条件に関わり、その集団の健康や厚生水準との関係が立証可能な、何らかのストレス要因の同定を図るものでなければならない、とも指摘していた<sup>149</sup>。

1.4.2.3.2.2 MSA 開始以後の動向  
別添図2参照。

1.4.2.3.2.2.1 2010年以後の  
国家労働安全衛生戦略

トニー・ブレア労働党政権下、MSA が開始された2004年に公表された「2010年以後の国家労働安全衛生戦略（A

strategy for workplace health and safety in Great Britain to 2010 and beyond)）」は、メンタルヘルス対策に直接言及してはいないが、まさに世界をリードする安全衛生対策の実施を宣言すると共に、作業関連疾患対策の重要性や、労働者の健康が社会的な利害得失に与える幅広い影響を指摘していた。

その概要は以下の通り。

#### 序章

##### 1) 設定目標

我々の目標は、安全衛生は文明社会の基礎であるとの認識を共有すると共に、その認識に基づいて、世界をリードする労働安全衛生の成果を成し遂げることにある。

##### 2) 機関の使命

HSC および HSE の使命は、地方公共団体と協働し、変化する職場に内在するリスクの適切な管理を通じ、人びとの安全衛生を守ることにある。

##### ①HSC および HSE の継続的目標

国民への情報やアドバイスの提供、国による規制（法律・規則および行為準則など）における目標設定の促進およびその確保、調査の実施や促進、必要に応じ、法の強制を通じて人びとを保護すること。

組織に高い安全衛生水準の採用と実効的対策がもたらす社会経済的便益の認識を促すこと。

災害危険を伴う主要な産業における重大災害を防止するために、民間事業と協働すること、また、これらの使命や目標を達成するため、保有する資源活用の最適化を図ること。

②HSC および HSE の新たな目標

変容する経済情勢の下で、効果的な安全衛生を確立・維持するための手法を開発し、全ての雇用者がその責任を重く受け止め、労働者の完全参加、リスクの適切な管理が果たされるようにすること。

新しい、もしくは新たに顕在化する作業に関連した健康問題への取り組みを強化すること、また、安全衛生は、現代の競争的な民間事業や公共部門の双方にとって不可分の要素であり、社会正義や社会的包摂への貢献であるという、高いレベルの認識と敬意を獲得すること、そして、まずは公共部門において、保有する資源の最適な活用例を示すこと。

第1章 連携関係の強化

1) 他者との連携により可能となる幅広い目的への貢献

我々は、適切に計画・実施された安全衛生システムが、安全衛生を超えた、より広い課題にもたらす貢献について、完全な認識の共有を図ると共に、目指す目的のために、他の領域の方々の協力を得たい。

我々は、我々自身の体制やその作用について精査し、効果的な共同作業に悪影響を及ぼしている事情が認められれば修正する。

我々は、以下の目的への貢献を拡大するため、より緊密な戦略的協働関係の展開を図る。

- ・雇用と生産性（手段：就業者の健康と就労の維持）
- ・教育（手段：早い時期からのリスク管理についての適切な理解の促進）
- ・健康とリハビリ（手段：国民の健康と

厚生水準への貢献、健康格差対策)

- ・公共サービス改革（手段：公共部門の疾病の削減および同部門のサービスの拡大）

2) HSE と地方公共団体の協働

我々は、地方公共団体と HSE の間の執行責任の分担及び各業務の実情について、詳しく観察してきたが、現時点で両者を区分する実質的意味はないと言って良い。こうした重複構造は、複雑で分かり難く、事業や労働者の実際的な必要性よりも、監督取締側の都合による境界や取り組みに沿ったものである。こうした構造は、HSE と地方公共団体の協働の潜在能力を完全に引き出すものではなく、我々は、その両者が地方の取り組みと中央の取り組み双方の価値について相互に理解し合い、緊密な協働関係を築くことを望んでいる。特定の産業や大規模組織であれば、中央で立案された計画を通じてもたらされる国レベルの取り組みから利益を得られるであろう。例として、HSE が主導する建設業安全衛生対策（the construction programme）への地方公共団体の協力や、全国展開する大規模小売店舗に対する地方公共団体の働きかけの中央による調整などが挙げられよう。その他の産業ないしそこに内在する全ての問題については、地方同士の共同計画、共同的意思決定ないし協働がマッチするであろう。その結果、地方公共団体と HSE は、より理性的で相互理解のある執行領域と合意された枠組み内での合意された目標へ向けて、協働できるようになるだろう。

この新たな協働関係は、互いの姿勢と文

化の変容によって進展する。この関係の模範を示すため、HSE と地方公共団体は、現段階での成功事例の拡大を図ると共に、教育訓練および知識経験の共有化のための仕組みの開発を行う予定である。

この新たな共同関係は、地方公共団体の首長、HSE、HSC の署名を得た最高レベルの文書で表明される予定である。我々は、「HSE と地方公共団体間の運営連携委員会（HELA）」を含め、現段階における HSE と地方公共団体の連携の枠組みの効果と価値について、それらが新たな志に沿ったものとなるよう適宜点検する予定である。

看取できる特徴は以下の通り。

①イギリスが、国家の威信をかけて労働安全衛生政策に取り組む旨の強い決意が示されている。その際、「安全衛生は文明社会の基礎であるとの認識」がベースとなることが示されている。

②変容する経済情勢の下での新たな安全衛生対策の手法の開発の必要性が示されている。その際、雇用者の責任意識、労働者の完全参加、リスクの適切な管理が第1条件となることが示されている。

③②に関連して、作業関連疾患対策の強化の必要性が示されている。そこでは、安全衛生は、官民双方にとっての重大事であり、社会正義や社会的包摂への貢献である、との理解がベースとなることが示されている。また、その模範を公共部門が率先して示すべきとされている。

④直接的にメンタルヘルス対策に言及してはいないが、安全衛生対策は、狭義の安全衛生のみならず、雇用と生産性、国民の

健康、教育、公共サービス改革など幅広い課題に貢献することが示されている。

⑤以上の理念を達成するため、HSE や HSC といった中央機関と地方公共団体間の縦割り行政から、戦略的な協働関係の構築が必要となることが示されている。ただし、どちらかが他方（の機能）を吸収する方途ではなく、あくまで双方の長所についての理性的な相互理解を前提とした協働関係が前提とされている。

#### 1.4.2.3.2.2 ブラック報告

この戦略の公表後、保健省と雇用年金省、HSE は、それを具体的に実施に移す狙いもあって、2005年に「健康、労働と厚生水準～私達の未来を考える～」（Health, Work and Well-Being –Caring for Our Future）と題する報告書を公表すると共に、「健康、労働と厚生水準戦略」（Health, Work and Well-Being Strategy）をスタートさせた（現在も active であり、専用の Web サイト（<http://www.dwp.gov.uk/health-work-and-well-being/>）に最新の活動状況を含めた関連情報が掲載されている）。

この戦略は、保健省、雇用年金省、HSE、ウェールズ議会政府、スコットランド政府間の横断的なパートナーシップであり、産業保健に国民の注目を充分に向けさせ、より多くの人びとが幸福で健康的に就労でき、雇用の条件や機会の改善により、不調や障害を抱える者も恩恵を受けられるようにすることを目的とするものであった。

本戦略の一環として、雇用年金省と保健省は、共同して、産業保健の専門家であり、この戦略の推進責任者（the National

Director for Health and Work) でもあったキャロル・ブラック卿 (Dame Carol Black) に、(メンタル・ヘルス対策を含め) イギリスの産業保健政策に関する見直し案の策定を委嘱し、同卿は、(ゴードン・ブラウン労働党政権下の) 2008年3月17日付けで、両大臣に対して「もっと健康な明日のために」(Working for Healthier Tomorrow) と題する報告書(以下、「ブラック報告書」という)を提出した。

この報告書は、導入部分で、労働自体が労働者の心身の健康に与える正の影響、疾病による社会的排除、貧困が子どもの健康に与える影響、労働衛生の改善が社会全体(経済成長、社会正義を含む)に与える正の影響などを指摘したうえ、イギリス国民全てが享受すべきベースラインとして、以下の3つの視点を提示している。

- ①疾病の予防と健康及び厚生水準の増進
- ②健康状態の快復を図る者への早期介入
- ③失業者の健康の改善(就労可能性を持つ全ての者が、必要な支援を受けられるようにすること)

その他、概要は以下の通り。

1) イギリスは長寿化しているが、主観的な健康状態は必ずしも連動していない。雇用率は相対的に高い水準にあるが、依然約7%が就労不能給付を受給し、3%は疾病により休業している。疾病は休業に至らなくても労働生産性を低下させる。

2) 喫煙率は低下傾向にあるが、依然22%が喫煙している。他方、肥満は急増しており、現在のペースでいくと、2050年には男性の約9割、女性の約8割が肥満状態となる。

3) たしかに、生活習慣病罹患者が増えているが、休業・失業の主因ではなく、それらの主因は、メンタルヘルス問題や筋骨格系障害である。これは、タイムリーで適切な診断や治療の機会の喪失とも連動している。給付費用、保健にかかる追加費用、税による補助などによる納税者負担は600億ポンド(約7兆5000億円)にのぼり、その他、不調に関わる疾病休業や失業による国の経済的な損失は、1000億ポンド(約12兆5000億円)に達し、これは保健省の年間予算より大きく、ポルトガル1国の予算に匹敵する。

4) よって、労働力人口全体の健康と厚生水準を改善する、すなわち健康的で活動的な退職を確保し、社会的な包摂(取込)を促進し、個人、雇用者及び国家全体に富と繁栄をもたらすための取り組みは、極めて有益である。

5) 現在求められているのは、労使双方が、不調の予防の重要性のみでなく、職場が健康や厚生水準を増進するために果たし得る役割を認識する、という考え方のシフトである。国レベルでの大規模なアンケート調査(Responses to the Call for Evidence)によれば、多くの雇用者が健康・厚生水準の増進のための職場での取り組みに投資して来たが、投資の事業面での効果については、未だ不透明な面があるとされていた。しかし、本報告のためになされた調査からは、健康・厚生水準増進計画が全業種、全事業規模において経済的利益をもたらすことを示す多くの証拠が判明している。言い換えれば、「良い健康状態こそが良い経営をもたらす(good health is good business)」ということである(※

下線は報告者が添付した）。

6) 雇用者の健康・厚生水準増進への投資効果を示す具体的なモデルができれば、雇用者の事業面での理解を促すことができ、安全衛生スタッフや労働組合の安全衛生代表が存在するところでは、その役割も拡大するであろうし、民間の専門支援機関もその活動の幅を拡げられ、各企業（ごとの事情）にカスタマイズされたサービスを行うこととなり、特に中小企業には大きな意味を持つであろう。

7) 健康や厚生水準は、単に医療的な問題ではない。被用者の従事する職務の性質は、職務満足感、（物心両面にわたる）報酬、裁量の観点からも非常に重要な意味を持つ。ライン管理職の役割も鍵になる。優れたライン管理は、良好な健康、厚生水準およびパフォーマンスの改善をもたらし得る。ライン管理職は、職責を果たすうえで支援を必要とする者を特定し、実際に支援する役割、必要に応じてその職責を調整する（：就業上の措置を講じる）役割も持っている。

8) 健康状態の快復を図る者に対する就業上の支援の改善に際しては、作業への適合性をめぐる一般的認識の本質的な変化が求められる。すなわち、100%の適合性が保証されない前提での労働は不適切であり、そのような状態の者が通常の労働に従事することは、その回復を妨げることになる。雇用者は、疾病休業者の早期復職を促進するうえで、大きな鍵を握る。休業期間中、早い段階からの、定期的で、繊細さを備えたコンタクトは、早期復帰を促進する重要な要素となり得る。にもかかわらず、4割もの組織が、休業管理方針を一切

持っていない。

9) 疾病障害の問題に正面から取り組むことは、健康に問題を抱える人びとを職に結び付け、定着させる上での鍵となる。このことは、メンタルヘルス不調の状態にある者に特に当てはまるが、実際には、多くの組織が自身にできる貢献の価値を十分に認識し得ていない。

10) 関係者の認識を変えるには、健康への取り組みがもたらす効用（の調査や情報提供）について公がより大きな関与を果たしたり、働きがいのある仕事（good job）を創出する要素や、健康に問題を抱える人びとが就労を継続したり休業状態から復職したりするために求める支援についての期待値を高める必要がある。

労働と患者の健康の関係について理解が不足していたり、産業保健スタッフの教育研修においてその点に関するエビデンスの伝達を怠ると、たとえ意欲自体は十分に持っていたとしても、彼らが患者に与える就業に関するアドバイスも自然に慎重なものとなり、結局、長期的には患者の利益にならないということになりかねない。

11) 産業保健専門職のリーダー達によって署名された先駆的な合意文書には、働きがいのある仕事と良好な健康の関係促進により深く関与すべきことが示されている。また、この宣言は、産業保健スタッフが労働者に対して職務適応に関するアドバイスを提供するための支援をより充実化させることが前提となるとしている。

12) これまで紙媒体で残っていた疾病記録（カルテ）を電子媒体（電子カルテ）に代えることは、こうした取り組みに貢献することになる。また、人びとができない

ことよりできることに着目することや、おそらくは、雇用者と臨床医（患者の主治医）とのコミュニケーションを改善することも同様の効果をもたらすであろう（※下線は報告者が添付した）。

13) 昨今、多くの対象者にとって、早期介入が短期間疾病休業の長期化や失業への発展を防ぐのに役立つことを示す証拠がどんどんと出て来ている。よって、仮に現在計画中的の新しい職務適応支援サービス（事例対応型、学際的アプローチに基づくサービス）が実現すれば、疾病休業に入ってから早い時期にある人びとに向けた個別対応、アドバイス、ガイダンスを提供することができるようになるだろう。現実には、医療適応でない者も多いことを考えれば、職務適応支援サービスに所属するケース・マネージャーが、これまでとは異なる、様々な種類の支援サービス機関（理学療法（physiotherapy）やカウンセリング（talking therapy）のような伝統的な保健サービスはもちろん、経済・住宅など社会的な問題に対するアドバイスや支援を含んだサービスを実施する機関）に紹介することもできるようになるだろう。

14) 実際には、多くの雇用者が産業保健を被用者に利用させる機会を提供せず、結果として納税者や国家経済にかかるコスト負担が高み、保健省が以上のような産業保健の介入の提供に取り組む上での強い根拠が生じている。本報告書での分析から、効果的な職務適応支援サービスがもたらす経済的便益は、税収の増益、職場の生産性向上、保険給付額の減少、保健省の費用の削減を含め、相当額に達し得ることが示唆される。この便益は、これらの支援サ

ービスの設置及び運営にかかる費用をはるかに上回る。

15) 職務適応支援サービスのパイロット事業は、介入のタイミングや公共・民間・ボランティアなどサービス提供者の組みあわせといった面で、様々な形態のサービスの提供を試みるべきである。そして、当然のことながら、そうした事業の効果が評価されるべきである。仮にその効果が認められる場合、職務適応支援サービスは、イギリス全土において、より効果の認められないサービスより優先活用され、一部の者に独占されるのではなく、全労働者の利用が可能な条件が整備されねばならない。

16) この報告書に示された調査研究は、イギリスに存する全労働力人口の健康と厚生水準を支援するための新たなアプローチを示すものである。この変化の実現は、現在および今後生じるニーズに見合うサービスを提供し得る産業保健スタッフの質量を確保できるか否かにかかってくるであろう。そのため、彼らには適正な技能、証拠に基づく業務、組織的な構成が求められる（※下線は報告者が添付した）。

17) 仮に我々が労働力人口を構成する人びとの健康を支援する方法を本質的に変えようと望むならば、産業保健を今現在のような状況に直面させている数多くの課題に取り組まねばならない。これには、現在主流となっている健康管理、すなわち作業中の健康管理のみに着目する姿勢、不規則性、質のムラ、学問的基礎の後退に伴う作業の質量の低下（diminishing workforce）や質の高いデータの欠如といった状況からの歴史的な転回が含まれる。

18) 労働力人口への統一的なアプロー



ちを進展させるには、産業保健を健康管理業務の主流とする必要がある。臨床医（かかりつけ医）も、全ての労働力人口のニーズをマッチングさせるうえで、公衆衛生（予防医療）、一般診療、職業リハビリテーションとより緊密に協働せねばならない。これは、明確な業務計画（ロードマップ）、明確な基準及び全てのサービス提供者による公式の参加表明により実施されねばならない。

こうした取り組みは、産業保健や職業リハビリテーション領域の専門家による労働力人口を構成する人びとの健康支援における積極的な協働の拡大へ向けたリーダーシップを含むものでなければならない。

19) これらの取り組みに際しては、労働力人口の健康に関わる調査や支援を提供する上で求められる学問的根拠の発展を支えるに十分な質量の要員の確保が必要となる。そして彼らには、政策立案や健康管理サービスへの委託に際して必要な情報を提供させるためにも、全国、地方、地域レベルでの体系的なデータ収集と分析のための条件が付与されねばならない。

20) 本報告書は、労働力人口の健康に関わる全ての者の積極的取り組みがあつて初めて成し遂げ得る産業保健への新たなアプローチを示すものである。

個々人は、自身の健康を保持する基本的な責任を負っている。他方、雇用者は、単に既存の法的義務を果たすのみではなく、被用者と協働して、現在の職場の性格を変え、健康と労働力の生産性の両者を確保せねばならない。労働組合は、職場の健康と厚生水準を擁護する機会を積極的につか

み取らねばならない。

産業保健スタッフは、患者に対し、可能な限り、職務にとどまるか、復職することの重要性をアドバイスせねばならない。政府は、早期介入へ向けた新規開発的な取り組みや、公共部門を模範例とする取り組みを通じて長期的な変化を促進するための基金（財政措置）を設定せねばならない。

以上の通り、本報告書からは、以下の特徴を看取できる。

①メンタルヘルスに関する問題と対策をかなり重視している。

②とはいえ、基本的には主観的な職務満足感や客観的な労働生産性を含めた仕事の充実度合いと健康一般の関係、すなわち労働と健康の関係（職務適応）一般に焦点を合わせているので、メンタルヘルスのみではなく、他の作業関連疾患ないしそれ以外の様々な疾患も広く射程に捉えている。

③健康問題がもたらす社会的性格を重視し、疾病障害や不調がもたらす社会的損失（7兆円を超える納税者負担や12兆円を超える国家経済にかかる損失など）、その改善がもたらす社会的利益を、個々の組織における生産性から税収、医療・社会保険給付、行政コストの低減、社会的包摂、生活の質に至るまで多角的に捉えている。

その他、

④有効な対策として、快適職場形成（職場の性格の変容・改善）、労働者の職務適応等の本質的対策（いわゆる1次予防）が最も重要としつつ、早期発見・早期介入（いわゆる2次予防）の重要性も指摘している。また、公的支援を受けた健康増進投資の「見える化」（：モデル化）の重要性も指摘して

いる。

⑤関係者の協働などのため、事業者と臨床医（かかりつけ医）とのコミュニケーションや、電子カルテ化の必要性が説かれている。また、より大きなレベルでの臨床医療と予防医療、職業リハビリテーション等の連携の必要性も説かれている。

⑥医療適応でない段階の者に対する職務適応支援サービスによるカウンセリングや理学療法等の保健サービスや、経済・住宅・社会的問題等の解決支援などの重要性が説かれている。

⑦産業保健スタッフの質量の確保は、新たな産業保健アプローチにとって決定的に重要な意味を持つと解され、その技能の向上、業務の科学的裏付けの強化のほか、組織的構成（チーム編成）の重要性などが説かれている。

⑧現在の産業保健の問題点として、作業中の健康管理ばかりに着目する傾向、不規則性、質のムラ、学問的基礎の不十分さによる業務の質量の低下、質の高いデータの欠如といった問題が指摘されている。

⑨労働者の健康支援には、学問的な調査研究を支える十分な質量の要員確保と彼らによるデータ収集への公的な支援が必要となることが指摘されている。

#### 1.4.2.3.2.3 メンタルヘルスと雇用に関する国家戦略

やはりゴードン・ブラウン労働党政権下の2008年11月25日、雇用年金省と保健省は、ブラック報告書に対する政府の対応方針を示す文書として、「健康と労働の改善のために～生活の変革～」(Improving Health and Work: Changing Lives) を公表

し、この中で、2009年春に、「メンタルヘルスと雇用に関する国家戦略」(National Strategy for Mental Health and Employment) を公表予定であることを明記した。

その後、省庁横断的戦略(Cross-Governmental Strategy)の体制が整えられ(その中にメンタルヘルス部門も設定され)、やはりブラウン政権下の2009年12月7日になって、(a)保健省など「新たな地平線～メンタルヘルスのための共通見解～」(New Horizons: a shared vision for mental health)、(b)雇用年金省、保健省「メンタルヘルスの改善へ向けた歩み」(Working Our Way to Better Mental Health)、(c)パーキンスら「志を形に～メンタルヘルス不調者に対する就労支援の改善～」(Realizing Ambitions: Better Employment Support for People with a Mental Health Condition)、(d)イギリス中央政府「労働、健康の回復と包摂～外部専門機関の利用者に対する就労支援～」(Work, Recovery & Inclusion: Employment Support for People in Contact with Secondary Mental Health Services)という4つの関係重要文書が公表されたが<sup>150</sup>、このうち雇用とメンタルヘルスの関係を正面から取り扱った政府の政策宣言(雇用年金省と保健省が議会で宛てた文書)に当たる(b)の概要(要約)は以下の通り。

1)メンタルヘルス不調が一般化している。どの時点をとっても、労働力人口の3分の1は、何らかの種類のストレスに苛まれ、抑うつのような状態にあるとされてい

る。圧倒的多数は、幸いにも早期に回復する。しかし、かなり多くの者が、長期の疾病休業や失業状態に至る。

2) 精神的不調は、いまや、(※就労不能給付などの(※三柴添付))健康関連給付の最多申請事由であり、86パーセントが3か月を超えて受給している(他の事由による申請者の場合、76パーセント)。また、労働市場から離れる期間が長いほど、職務への復帰が困難となるとするデータもある。

3) この問題は、国際的な経済問題が世界中で失業者数を押し上げている現在、より一層深刻である。我々は、過去の不況から、短期的な雇用の喪失が永続的な失業へと転化する現実の危険があることを学んでおり、二度と同じ過ちを繰り返すまいと誓っている。

4) 雇用とメンタルヘルス間に相関関係があることは、絶対的に明白である。人間は、職にあるとメンタルヘルスが良好となることは、調査上示されている。対照的に、離職状態が長くなるほど抑うつや不安に苛まれ易くなる。すなわち、労働は、人間の厚生水準やメンタルヘルスの改善にとって決定的な役割を果たし得る。

5) メンタルヘルス不調が個人と家族に甚大な影響を与えることは言うまでもないが、そのことで国にかかる費用負担も相当に大きい。キャロル・ブラック卿が実施したイギリスの労働年齢層の健康に関する最近の調査が示した試算によれば、不調及びそれに関連する疾病休業や失業を通じ、1000億ポンド(約12兆5000億円)を超える損失が発生しているという。

6) そして、我々の試算では、このうち約3分の1(30~40億ポンド(約3兆7500億円~約5兆円))が、精神的な不調による労働生産の喪失や健康保険現物給付(National Health Service (NHS))の拠出による可能性がある。もともと、ここには、現在就労してはいるが、精神的な不調により、その者の潜在能力からすると労働生産性が低下している場合の付加しないし顕在化しない費用は計上されていない。

7) 現在の経済情勢は、こうした個人的能力の無駄や高い福祉コストを容認するような状況にはない。我々は、現在就労している人びとの支援と共に、就労を離れた者が早期に復職して職務を遂行し、報酬を得られるようにするため、より一層の取り組みを果たす決意である。

8) 「メンタルヘルスの改善へ向けた歩み」は、メンタルヘルスと雇用の関係に関する初めての国家的な枠組みであり、こうした費用や無駄を解消するための省庁横断的な取り組みの確立を図るものである。この枠組みの開発は、「健康、労働と厚生水準戦略」の推進責任者であり、メンタルヘルス不調を抱える人びとはもちろん、メンタルヘルス問題の専門家、ベテランの研究者、経営者や第3セクターの代表との協議を重ねてきたキャロル・ブラック卿との協働で行われた。

また、ラカエル・パーキンス(Rachel Perkins)ら3名の学識者が雇用年金省に宛てた政府のメンタルヘルス不調者支援の改善に関する建議的文書に対する政府の基本的な対応方針を記した(d)「労働、健康の回

復と包摂」<sup>151</sup>の概要（要約）は、以下の通り。

1) 「労働、健康の回復と包摂」は、高いレベルの将来構想と、外部専門機関の利用者の復職支援のための一連の取り組みを提示するものである。

2) 「労働、健康の回復と包摂」における最も重要なメッセージは、働くことは就労中の労働者のメンタルヘルスに貢献するだけでなく、不調状態にある者の回復にも正の影響をもたらすということである。

3) 我々の設定した長期視点での将来構想は、2025年までに、こうした状態（：不調状態）にある人びとの就労者数を劇的に増やすこと、及び彼らの雇用率と障害者一般の雇用率の差異を縮小すること（：障害者一般の雇用率をその程度まで向上させること）にある。

4) 「労働、健康の回復と包摂」には、外部専門機関の利用者の雇用機会の改善への取り組みが含まれる。これには、労働市場で競えるだけの技能を身につけるための訓練の支援措置や、直接的な就職支援措置のほか、労使双方が雇用維持を図るよう支援するための措置が含まれている。

もっとも、これらの文書が、2010年5月の政権交代を経て、保守党・自民党政権によってどれほど尊重されて来たかは定かではない。

上記(a)は、保健省主導で策定された文書であり、保守党・自民党政権下で、「メンタルヘルスなくして健康なし～メンタルヘルスの改善に関する省庁横断的国家戦略～」(No Health Without Mental Health: A

Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages) に上書きされる形で継承されたが、比較的時の政権との関わりが深かった(b)～(d)の文書は、2005年の発足後、政権を跨いで現在まで運営されている「健康、労働と厚生水準戦略」(Health, Work and Well-Being Strategy) のWEBページのリソース欄 (<http://www.dwp.gov.uk/health-work-and-well-being/resources/>) に一切掲載されていないことから、保守党・自民党政権下において、あまり尊重されていない可能性が高い。

他方、ブラック報告書は政権を跨いで尊重され、その実現へ向け、予算措置に基づく各種の取り組みが実施された。現在は、その殆どがトライアル（試行作業）や政府補助による支援期間を終えているが、ブラック報告書に記載された提言の多くは、ブラック計画として、イギリス政府が運営する「健康、労働と厚生水準戦略」(Health, Work and Well-Being Strategy) に統合された。そして、ごく最近の2011年2月17日にも、雇用年金省が、その計画のうちの幾つかに1200万ポンド（約15億円）の追加補助を行う旨を発表した。この中には、職務適応支援サービスや労働衛生電話相談サービスも含まれている。政府は、これらの業務は、既に雇用者と疾病休業初期段階にある被用者個人々の双方への支援において高い効果をあげていると認めたということである<sup>152</sup>。

このうち、職務適応支援サービスの促進策は2009年10月に公表されたもので、その中には11の地域で2011年3月を期限に実施された、中央政府による一時的

な刺激策としての補助金の支給も含まれていた。このサービスの目的は、人びとの職務定着や疾病休業後の早期復職、健康の保持増進や障害の克服などを支援することにある。このサービスの具体的内容は、その規模や条件によって異なるが、健康づくり、治療、労働市場能力、その他借金、人間関係、住宅など広範な問題に関わる支援サービスをカバーする。2011年2月の雇用年金省による公表の後、現段階で、従前補助を受けていた11のサービス地域のうち7つ（の地域）が2013年3月を期限とする追加補助を受けている。

その他、主な提言の帰趨は以下の通り<sup>153</sup>。

1) 雇用年金省のウェブサイトに掲載された「健康、労働と厚生水準」政策の推進者（Coordinator）は、2010年より9つのイギリスの地域（region）とスコットランド、ウェールズで活動を開始している。彼らの役割は、「健康、労働と厚生水準」をまもり、それに関する事柄をリードすると共に、各地域レベルで健康と雇用へむけた統一的な取り組みを促進することにある。

2) 「職場の厚生水準測定ツール（The Workplace Wellbeing Tool）」は、雇用者が被用者の不調状態が事業に与えるコストや対策の結果の指標化を支援するものであり、2010年3月9日に運用が開始された。

3) 労働党政権は、ブラック卿の提言の殆どについて、その全てまたは一部を採り

入れたが、その重要な要素の一つ（新たなビジネス主導型の健康・厚生水準に関するコンサルティング）についてはあえて実施しなかった。また、2つ目の勧告（「健康、労働と厚生水準」基金）にかかる施策は、予算的制約を理由に正式に廃止された。この基金は、中小企業やローカル・パートナーシップ（※地方公共団体等に有効な支援をもたらすことにより公益の実現を図る民間組織）に対して、被用者の健康や厚生水準に関する革新的な計画を支援するため、1000ポンド（約12万5000円）から50,000ポンド（約625万円）の範囲で授与されるものである。その第1段階は2010年4月に開始され、第2段階の公募受付は同年9月に開始される予定だったが、雇用年金省が、「必要な財源が確保され次第、2011年から2012年の間に実施の可能性を検討する」と約束し、延期した。しかし、結局廃止を公表するに至った。

#### 1.4.3 具体的内容

先述した通り、2004年に初めて公表されたMSは、要件や禁止事項の設定による規制的なアプローチより、ガイダンスとしての活用を予定したものであり、国内の雇用者に実務的なモデルを示すことを目的としている<sup>154</sup>。

##### 1.4.3.1 仕組み

繰り返しになるが、HSEによるMSAは、作業関連ストレスをゼロにするのではなく、それによる悪影響を最小化することを目的とするものであり、被用者やその代表によるそうした問題への理性的対応を支援する

ものである。そのため、MS は、先ず、その活用に組織の現状と理想的条件とのギャップを認識させ、その後、そのギャップを埋める支援が行われるよう設計されている<sup>155</sup>。

#### 1.4.3.1.1 5段階の管理プロセス

HSE は、MSA の一環として、組織内の管理者に作業関連ストレスを低減する手段と手段を提供するため、5段階のリスク管理プロセスを開発した。このプロセスは、管理者とその他の被用者が、証拠に基づく共同的問題解決手法によって労働衛生管理を行えるよう、模範的な実践モデルを示そうとするものである。HSE の報告書には、この管理プロセスを活用した MSA やそれに準じる取り組みを履行した組織は、自身に課された法的義務を履行したとみなされることになろう (would be deemed)、と記されている<sup>156</sup>。この手法が焦点を当てているのは、特定の部署や作業工程、就業管理だが、このアプローチの力点は、予防および組織的な統制手法にあり、専門家からは、ポピュレーション・ベースのアプローチと捉えられてきた (Mackay ら<sup>157</sup>)<sup>158</sup>。

遵守されるべき段階は、以下の通り。

(別添図 3 参照)

Cox、Cox らの分析では、ここで示された5段階は、①一連のリスク調査、②リスク調査結果の管理・介入計画への反映 (translation)、③当該計画の実行、④記録、⑤評価に集約される<sup>159</sup>。リスク調査とそれに続く介入の焦点は、心理社会的な危険源、すなわち作業の設計や管理、システム

や組織にある。

#### 1.4.3.1.2 評価ツール (Indicator Tool)

イギリスでも、大規模な組織の中には、MSA が導入される前から、心理社会的要因の調査をリスク管理手続に組み込んでいたところもあったが (Jordan ら<sup>160</sup>)、殆どの組織はそこまでは行っていなかった。その理由として指摘されていたのが、情報や支援の不足、リスク調査にふさわしい手続やツールの不足などであった。そこで HSE は、調査ツールとその実施手順を併せた評価ツールの開発を含め、MSA の実施に前向きな組織を支援するための段階的取り組みを開始した (Cousins ら<sup>161</sup>)。その結果、評価ツールは、MSA の主軸となるに至った<sup>162</sup>。

評価ツールは、MS の現場運用に基づいて編み出された測定手段である。6つの項目にわたって被用者の回答をはかる自記式の質問用紙の形式を採っている。個々の項目のそれぞれが心理社会的な尺度 (dimension) であり、共同的に1つの調査モデルを形成している。この尺度は、HSE の委託により実施された、作業上のストレス要因と健康の関係に関する調査研究の最新のレビューに基づき選択されたものである (Rick ら<sup>163</sup>)。このレビューで調査対象となった労働条件は、

- ①仕事量、仕事のスケジュール、作業計画、身体的環境その他の要求 (demand)
- ②作業の手段に関する裁量、決定権限その他の裁量 (control)
- ③支援、いじめ (bullying or harassment) であった。

MSA の開始後比較的早い時期に被用者を対象に実施された Cousins らの調査<sup>164</sup>によって、6つの尺度から成るこのモデル（の適正さ）が支持され、MSA の実践的性格も一定の評価を受けた<sup>165</sup>。

以下の通り、6つの尺度のうち3つは職務の内容を反映し、他の3つはその背景を示している。

（別添図4参照）

実のところ、以上の6区分は、労働心理学（の文献）では伝統的な区分法である。職務内容を示す3つの尺度は Karasek and Theorell（1990）<sup>166</sup>にいう Job Demands-Control モデル（DC モデル）や、（要求、裁量、支援を尺度とする）Cox ら（Cox、Cox ら、Cox ら<sup>167</sup>）の評価モデル（Job Demands-Control-Support モデル：DCS モデル）のような最近の作業関連ストレスに関する理論と一致している。DC モデルは、MS の評価ツールを開発する際の基礎として用いられたし、職務の背景を示す3つの尺度は、主にミシガン州立大学社会科学部の研究に基づく（役割、人間関係、変化を尺度とする）理論を支柱としている。すなわち、6つの尺度は、心理社会的な不調や疾病休業に影響する作業関連要因に関する体系的なレビューを反映させたものである（Michie ら<sup>168</sup>）。評価ツールを活用して収集されたデータから各領域ごとに特定の集団の平均スコアが示される（HSE<sup>169</sup>）。

評価ツールは、一律的な国の基準とは異なり、作業関連ストレス管理に関する組織のパフォーマンスを測定する「方法の1つ」として提供されたものである。そこに示された基準値（threshold）を達成すれば、当

該組織の管理は、作業関連ストレスの発生防止について、模範例に準ずる範囲内にあると推認される<sup>170</sup>。

#### 1.4.3.2 流れ

（未了）

#### 1.4.4 法的位置づけ及び法的効力

先述した通り、MS は、あくまでガイダンスとして設計されたものであり、少なくとも現段階では、それ自身が直接的に法的拘束力を持つわけではない。もっとも、組織が HSWA の一般的義務条項を履行したというためには、作業関連ストレスについて適切かつ十分なリスクアセスメントを実施したことを証明せねばならず、それを怠れば、強制措置（enforcement）を招くこともある<sup>171</sup>。その意味では、間接的な強制性を持つとはいえよう。

また、HSE が Web と紙媒体で公表している MS のガイダンスには、当該ガイダンスについて以下の記載がある<sup>172</sup>。

「このガイダンスの遵守は義務ではないので、他の手段を採用するのも自由です。しかし、このガイダンスを遵守すれば、通常は、十分に法令遵守を果たしたこととなります。安全衛生監督官は、その職分として法令遵守の確保を求めますが、その一環として模範例を示す際、このガイダンスを参考に挙げることになるでしょう」。

MS の法的な位置づけを改めて整理すれば、以下の通り。

まず、HSWA が上位の根拠法として存在し、その第2条第1項に「罰則の裏付けを伴う」職域の安全衛生および厚生水準確保を定めた一般的義務条項が置かれている。

その下に法律並の法的規範性（強制力）を持つ複数の規則（日本でいう安全衛生規則などの政省令）があり、これらがその具体化を図っているが、その制定改廃については、所管大臣に大きな権限が与えられており、安全衛生における、現場対応的柔軟性、機動性、専門性の確保の要請を踏まえた選択と解される。MS との関係では、職場のリスク調査を義務づけた 99 年安全衛生管理規則第 3 条が、その直接的な根拠規定と解されている。

それより下位に、日本では大臣告示、局長通達などの行政規則（解釈例規）に当たる実施準則があり、これは、MS よりは一段上位の格付けに当たるものの、性格的にはガイダンスにとどまる。よって、名宛人は、その遵守を直接的に義務づけられるわけではなく、別の手段で同じ目的を達することも許されるが、その遵守により上位にある法規則の合法性が推認される点でも MS と類似する。HSWA やその下位にある安全衛生規則を含め、労働安全衛生に関する幅広い法規則の目的を達するために設けられるもので、制定改廃については、専門的行政機関たる HSE（安全衛生庁）に大きな権限が委ねられ、その専門性、網羅性、機動性が担保されているが、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間接的、実質的な法的拘束力を持ち得ることなどから、制定改廃については、所管大臣その他の行政機関との間での協議など、やや厳しい手続的規制が設けられている。MSA の開始前から MS をこれに格上げすべき、との主張があるが、今のところ実現していない。

そして、位置づけ的にはこれらのルール

の更に下位にあるのが MS であり、これは、基本的な根拠を（遠縁の）法令に置きつつも、リスク調査と管理の手法をベースとしつつ、実効的なストレス対策のためにあるべき条件を掲げ、それと実際の職場との相違を確認させたうえで、理想的方向へ誘導しようとするガイダンスである。よって、実施準則と同様に、この手段を講じないことがただちに法違反を導くわけではなく、他の方法による法目的の実現ももちろん可能である。逆に、このシステムの活用はおおむね法遵守の推定を導くと考えられており、外部の EAP（Employee Assistance Program）などが、このアプローチに「貢献する」と記載する報告書もある<sup>173</sup>。その制定改廃は HSE の専権事項とされており、こうした方途により、専門性、網羅性、機動性の確保が図られているといえる。

実際に、HSE は、MSA の開始以後、イギリス国内での災害発生件数や作業関連ストレスの低減を図るため、数多くの国家レベルでの介入計画を策定して来た。これらの計画は、データ上、災害発生件数や作業関連ストレスが最も多い産業分野を対象として来た。そして、Web での公表を基本としたガイダンス、教育研修機会、国による無料の電話相談によるサポート、HSE の擁する専門家への労使双方のアクセスや、組織の取り組みの進捗状況を監視する監督プログラムの提供に至るまで、数多くのソフトな（：誘導的な）関連施策を実施して来た<sup>174</sup>。

結論的に、MS にとって、上位にある法規則は、実質的には、リスク管理自体を行っていない雇用者や、著しくパフォーマンスの悪い雇用者に対する公権力行使や予算



の割当を裏付ける形式的意味しか持たないともいえるが、目標設定、手続、体制整備などの規定という点では、応分の意義が認められよう。

#### 1.4.5 確認できる効果

##### 1.4.5.1 ノッティンガム大学の研究グループによるデルファイ調査の示唆

MSA の効果に関する専門家の評価については、ノッティンガム大学労働衛生・産業組織研究所の研究班が HSE の委託を受けて実施したデルファイ調査（専門家を対象とする反復的な聞き取り調査をベースとした将来予測）<sup>175</sup>が、最も詳細に論じていると思われるため、以下に該当箇所を引用する（以下、斜字部分は、聞き取り調査を受けた専門家の発言を指す）。

「回答者には、MSA が総じてうまく機能していると思うか、と問われた。幸い、実務的な経験不足のために回答できなかった者は殆どいなかった。おおむね意見の一致をみたのは、MS は、作業関連ストレスを管理するうえで、現実のニーズがあり、革新的かつシンプルで、実務的な包括的アプローチではあるが（「MS は、まさに前向きかつ積極的なもの。現存する問題をそのままにとどめるより、その克服に努め、予防的措置による積極介入を図るものである」（J 氏へのインタビューによる）、実施上の重要な問題がある、ということである。たしかに、MSA は、特に中小企業にとっては（「MS は、おそらくヨーロッパ全土で重大な関心を持たれているであろう中小企業にとっては、最も抜本的かつシンプルな出発点である」（U 氏へのイン

タビュー）、理解も実施もし易い優れた包括的枠組みである（「ストレスを理解し、概念化するための枠組みとして、雇用者は両者（※MS による測定結果とストレス）の関連づけをうまく行えているように思われる。MS が採用した6つのストレス要因の類型は、彼らの理解と合致している。つまり彼らは、もしあなた方がここに挙げられた6つの類型を侵せば、『ストレス』と呼ばれるものを見ることになることになるという、その理由をちゃんと理解している。MS は、まさに枠組みとして機能している」（F 氏へのインタビューによる）。

しかし、専門家的一致した見解として、MS には更に改善の余地がある（「それは、決して MS が機能していないということではない。その適用実績が、未だその潜在能力を全て示すに至っていないというに過ぎない」（P 氏へのインタビューによる）。たしかに、MS のリスク・アセスメントの要素はよく出来あがっているが、組織が MS を実施する方法やその要求を達成するために求められるスキルやコンピテンシー（適格性）（「ラインの管理職は、現実に MS で求められるアドバイスやガイダンスを行うスキルや知識を欠いている。私の考えでは、このことは、メンタルヘルス問題のみならず、その他の労働安全衛生上の問題に広く当てはまるのではないか」（Q 氏へのインタビューによる）の観点では、まだ残された課題がある。組織は、リスクを削減するための介入の際か、その後多くの問題に直面する（「私としては、MS が、組織が問題解決のためになすべきことを的確に捉えているか、確信が持てない。おそらく、少々規範的介入が行

き過ぎているのではなからうか」(L氏へのインタビューによる))。回答者の一人は、MSの効果をあげるためには強制的要素は必要だろう、と述べたが、その他複数の回答者は異なる見解を述べた。また、MSは、既に作業関連ストレスを管理するための包括的なシステムやプログラムを構築している大規模な組織には何の意味も持たない、との意見もあった。

ヨーロッパ諸国では、全体に労働衛生管理が進んでいるが、特定の問題の管理については他の国々より進んでいる国がある。HSEのMSAも、「他のヨーロッパ諸国にはない興味深い管理の取り組みである(G氏へのインタビューによる)」。また、MSAは、今現在作業に関連する健康管理に本気で取り組もうとしているヨーロッパの国々の幾つかに、一定の先例的枠組みを提供する役割を果たしている、との見方もある(「現在、多くのヨーロッパの国々が、HSEがMSAを用いて実施している取り組み—どのように定義され、どのように実施されているかなど—に注目している。MSAは、我々が既に持っている知識を現場に適用するシステムを構築するための最も実践的なアプローチではなからうか」(K氏へのインタビューによる))。ただし、仮にMSが他のヨーロッパ諸国に採用される場合にも、文化的な相違については考慮される必要がある。

以上の通り、MSが実務的または理論的に機能しているか、との問いへの回答は明らかである。合意の到達点は、理論的には機能しているが、実務的にはそうともいい切れない、ということになる<sup>176</sup>。

#### 1.4.5.2 Danielsらによる最新著作の示唆

MSAの効果を推定させる数値については、2012年6月に発刊されたDanielsらによる最新著作が最も詳細かつ具体的に論じていると思われるため、以下に該当箇所<sup>177</sup>を引用する。

2009年に公表されたデータでは、国全体レベルにおいて、自己申告による作業関連疾患の調査から、2004年にMSAが導入されて以来、ストレス関連の症例の推定発生件数が7%減少した<sup>178</sup>ことが示唆されている。他方、労働力人口における自己申告に基づく作業関連ストレス、抑うつ状態、不安の保有・発生率は、2001/02年から08/09年にかけて、01/02年の数値が例外的に08/09年に比べて著しく高かったことを除き、おおむね横ばいであった<sup>179</sup>。ストレス、抑うつ状態、不安による推定逸失労働日数も、上記の保有・発生率とほぼ同様の傾向を示してきた。すなわち、01/02年から08/09年にかけて、06/07年の数値が例外的に08/09年に比べて著しく高かったことを除き、おおむね横ばいであった<sup>180</sup>。

ストレスレベルの動向は、2004年から2009年の6年間、イギリスで行われた心理社会的労働環境調査の結果からもうかがわれる<sup>181</sup>。その最初の調査は、MS導入の直後に完了したので、初期的な条件を示すものといえる。調査結果からは、「(労働条件の)変化の管理」および「上司による支援」において積極的な変化が見られたが、「要求」、「裁量」、「同僚の支援」、

「人間関係」や「役割の明確化」については、6年間を通じて有意な変化は見られなかった<sup>182</sup>。

2007年に実施された、公共部門に勤務し、HSEが主催したMSAの実施方法に関する教育研修ワークショップに参加した500名の人事労務管理・労働衛生スタッフへの調査によれば、①（彼らの所属する）組織は、それまでの時点で既にストレス対策に関する内部の方針や手続を改善していたこと、②（研修機会を通じて）ストレスや休業の問題に注目し直したこと、③研修の受講者は、こうした問題への対応およびストレスのリスク調査の実施について、より自信を持ったことなどが明らかにされている<sup>183</sup>。

組織の中には、事例検討で示されたストレス軽減努力を継続し、その結果、休業日数やストレス関連問題の発生件数が相対的に減少したと報告した例もあるが<sup>184</sup>、克服すべき多くの障害に直面し、実効を挙げられなかった例もあった。要するに、統計分析上は、職場において何らかのストレス対策を講じる例が増加しているものの、組織によるMSの実施を実効的に支援するには、相当程度の政策上の支援やガイダンスが必要とされることが示唆されよう<sup>185</sup>。

#### 1.4.5.3 政府による統計調査の示唆

その他、報告者の調べによれば、MSAとの直接的な因果関係は定かではないが、それを推定させるような政府による統計調査の結果がある。

すなわち、HSEが公表した自己申告による労災・作業関連疾患統計（Self-Reported

Work-Related Illness and Workplace Injuries in 2003/04 and 2009/2010: Results from the Labour Force Survey HSE 2005 and 2011) から、MSAが開始される直前の2003年から2004年にかけての1年間、最近の2009年から2010年にかけての1年間の作業関連ストレスにかかる推計逸失労働日数のデータを比較してみると、以下のように整理できる。

なお、より正確に言えば、下掲の数値は、調査時点より過去12か月間に、現在または最近の仕事に起因するか、それによって増悪した、自己申告上のストレス、抑うつ状態、不安を原因とする推計逸失労働日数（※単位1000）（および労働者一人あたりの平均逸失労働日数）を現している。

##### 1) 産業別データ

別添（産業別データ）参照

##### 2) 職種別データ

別添（職業別データ）参照

##### 3) 事業場規模別データ

別添（事業場規模別データ）参照

ここから読み取り得る傾向は、以下の通り。

1) トータルでの逸失労働日数は、明らかに減少している（約23パーセント）。

2) 産業別では、公共・防衛、保健・社会事業の逸失労働日数が相対的にかなり多い。うち前者は減少傾向にあるが、後者は増加傾向にある。

3) 職種別では、管理監督者の逸失労働日数が多かったが、減少傾向にある。経営・

秘書も大幅に減少している。特筆すべきは技術士補その他技術者で、もともと逸失労働日数が多かったが、近年に至ってもむしろ増加傾向にある。専門職も高水準で推移している。また、03/04年調査では、単純作業でも逸失労働日数が多かった。その他、個人的なサービスの提供、とりわけ介護的業務の逸失労働日数が大幅に増加していることが注目される。

4) 事業場規模別では、09/10年で見ると、意外なことに、中規模より大規模のほうが絶対数、一人当たり平均逸失労働日数、減少率共に多い/大きい。また、03/04年、09/10年の双方で、大規模は、小規模と比べても、一人当たり平均逸失労働日数が多い。

他方、HSEが2009年に公表した心理社会的労働環境に関する調査報告（Psychosocial Working Conditions in Britain in 2009 HSE 2009）には、以下のような調査結果が記されている。

「2004年から2009年にかけて行われた調査の結果からは、たしかに条件の変化及び上司のサポートの指標では大幅な向上傾向がみられるものの、この期間を通じて心理社会的労働条件が一般的に有意に変化したとまではいえない。2007年の報告では、全人口平均レベルでの改善傾向が顕れているといえるかもしれないが、2008年と2009年の調査結果では、そうした傾向は継続していない。仕事がかかなりまたは過度にストレスになっていると答える被用者の数の減少傾向はもはやみられず、職場で積極的なストレス対

策がなされていると認識したり、ラインの管理職とのストレス問題についての話し合いがあると報告する被用者の数にほとんど変化がみられない」。

この資料は、HSEが2004年から毎年実施している心理社会的労働条件調査の2009年版であり、同調査は、①仕事上の要求度合い（Demand）、裁量の程度（Control）、上司によるサポート（Managerial Support）、同僚によるサポート（Peer Support）（いわゆるD-C-Sモデル）や、②役割（Role）、③人間関係（Relationships）、④条件の変化（Change）の観点からみた心理社会的労働条件の変化をモニターすることを目的に開始されたもので、これらの要素は、HSEがまさに使用者によるMSAの実施を通じて改善を図ろうとしてきた労働条件である。

その意味では、イギリスにおける公的ストレス対策の限界が示されているともいえるが、良心的に解釈すれば、MSAの有効性自体が否定されているとまではいえず、雇用者サイドの実施努力により結果が改善される可能性は認めているともいえる。

#### 1.4.5.4 HSEが示す個々の組織レベルでの改善例

上述の通り、今のところ、全国レベルでのデータ上、MSAの効果が有意に認められる状況にあるとはいえないが、HSEのガイダンスには、個々の組織レベルにおいて、MSを参考にした積極的な作業関連ストレス対策により、1.4.2.2.1～1.4.2.2.3で述べたような負の影響を回避または最小限にとどめることに成功した例が数多く