

間を変更すること等が含まれる。

合理的配慮を講じる際、事業主は障害者の意向を十分に尊重しなければならない(36条の4第1項)。障害をもつ労働者からの相談に応じるための体制整備を行わなければならない(同条2項)。事業主が、差別禁止および合理的配慮等の規定に反した場合には、厚生労働大臣が事業主に対して、助言、指導または勧告をすることができる(36条の6)³⁰⁾。

4 指針の作成

促進法上の差別禁止と合理的配慮の提供義務の内容をより明確なものとするを目的として、指針が定められることになっている。差別禁止(促進法34条・35条)に関し事業主が適切に対処するために必要な指針(以下、「差別禁止指針」という)(36条1項)と、合理的配慮(36条の2・36条の3・36条の4)に関しその適切かつ有効な実施を図るために必要な指針(以下、「合理的配慮指針」という)である(36条の5第1項)。指針の作成にあたっては、公益代表、労働者代表、使用者代表および障害者代表の4者で構成される労働政策審議会の意見を聴いて定めるものとされている。その前段階として、「改正障害者雇用促進法に基づく差別禁止・合理的配慮の提供の指針の在り方に関する研究会」(以下、「指針の在り方研究会」という)が2013年9月に設置され、各指針の構成案³¹⁾が示されたところである。同研究会は、障害者団体、経済団体および労働組合等からのヒアリングを開始しており、その結果等を踏まえ検討を進め、2014年5月を目標に研究会報告の取りまとめを行う予定である。

IV 障害者雇用促進法の評価と課題

1. 日本版障害者差別禁止法制の特徴

諸外国の障害者差別禁止法と比較すると、日本の障害者差別禁止法制は以下の特徴をもつ。

第1に、日本においては、諸外国で定められている「間接差別」が障害者差別として盛り込まれていない³²⁾。

第2に、多くの国や障害者権利条約が、合理的配慮を提供しないことが差別に当たると構成するのに対し、日本は事業主に合理的配慮の提供を義務づけることとした。

第3に、日本では、障害「者」であることを理由とする差別的取扱いを禁止するのに対し、諸外国の多くは、「障害」を理由とする差別的取扱いを禁止する構成をとる(アメリカ、イギリス、フランス)。

最後に、私法上の効果についても大きな違いがある。諸外国では障害者差別禁止法の私法上の効果として、違法な差別的行為が無効とされる。これに対して促進法の差別禁止規定から直接私法上の効果が生じるものではなく、公序良俗(民法90条)、不法行為(民法709条)または信義則(民法1条2項)等を介して、間接的に効果が生じるものと考えられている³³⁾。

これらの特徴は、日本の法制の「課題」と言い換えることができる。日本版の障害者差別禁止法制は、諸外国と比べると、禁止される差別の範囲が狭く、実効性の面においても課題の残す内容となっている³⁴⁾。

諸外国の法制度との比較から明らかとなっ

たこれらの課題に加え、障害者雇用促進法には、禁止される差別の中身、求められる合理的配慮の程度、合理的配慮と過重な負担の関係、および、雇用率制度と差別禁止の関係等、明らかにしなければならない課題が山積している。これらの課題は、法改正を視野に入れた大幅な修正が必要とされるものから、指針の内容次第で解決が見込まれる、あるいは、解釈により対応が可能と思われるものまで、多様なレベルの課題が含まれている。

現時点では、さらなる法改正まで見据えた議論を行う用意がないため、上記の課題に対しては若干のコメントを付すにとどめることとし、当事者の理解を深め、障害者雇用促進法の実効性を高めることを目的として、指針の作成にあたり留意すべき点を検討する。

2. 今後の検討課題

第1に、「間接差別」については、内容が明確でないこと³⁵⁾や合理的配慮の提供によって間接差別の問題が解決できるとの理由から、今改正では盛り込まれなかった。しかし、合理的配慮が問題となる事案と、間接差別が問題となる事案とは、労使双方の証明すべ

き内容は異なってくる。たとえば間接差別の優位性は、使用者の差別意図を証明する必要のない点にある。また、合理的配慮に対する使用者の拒否は「過重な負担」であるのに対し、間接差別の場合は「業務上の必要性や雇用管理上の必要性」とされる(均等法7条参照)。合理的配慮が提供されれば、間接差別が常に生じないということはいえないのであって、将来的には間接差別の規定を盛り込むことが望ましい³⁶⁾。

第2に、合理的配慮を提供しないことが差別に該当すると定めるのではなく、合理的配慮の提供義務を事業主が負うとした理由として、どちらも「効果」が同じであることが挙げられている³⁷⁾。しかし、この問題を、個々の事案における効果の異同にとどめることにより、「差別」とは何か、「平等」とは何かといった重要な命題の解明を先送りしてしまっているのではないだろうか。合理的配慮を提供しないことが差別に該当するのかどうかを議論することで、差別概念や平等概念自体を問い直す契機とすべきである³⁸⁾。

第3に、障害「者」であることを理由とする差別を禁止する日本の法制では、当該労働

34) 本号の中川純「障害者雇用促進法の差別禁止条項における『障害者』の概念」が指摘するように、諸外国と比べ、差別禁止の対象となる障害者の範囲も狭い。

35) 性差別においても間接差別の導入までに時間を要し、2006年均等法改正(7条)による導入後も、その内容が明確でないことを理由に間接差別に該当する措置を施行規則により限定する対応を図っている(均等法2条)。障害はその種類や程度が多様であるため、何が間接差別に該当するかを判断することは、性差別よりも困難であるといえよう。

36) 合理的配慮と間接差別の違いについて、詳細に検討したものとして、長谷川聡「イギリス障害者差別禁止法の差別概念の特徴」季刊労働法225号(2009年)49頁、53頁以下。

37) 分科会意見書2頁。

38) この点について検討したものとして、以下のものがある。障害をもたない者を前提として作られた雇用上の基準等をそのまま障害者に適用すると不利益が大きくなり公平とはいえないのであって、このような社会的不利益を軽減緩和し、事実上の条件を均衡化させていくこと、すなわち合理的配慮を提供することが、機会の平等の確保といえるものとして、関川秀孝「第7章障害をもつ人に対する雇用平等の理念」荒木兵一郎・中野善達・定藤弘編著『講座障害をもつ人の人権2 社会参加と機会の平等』(有斐閣、1999年)168頁、174頁以下。合理的配慮を提供しないことが差別に該当すると考えられる場合、誰との比較で差別的な取扱いを受けているのかを検討し、比較対象者の捉え方によって合理的配慮として認められる範囲が異なることを論じたものとして、長谷川珠子「障害者差別禁止法における差別概念—合理的配慮の位置付け—」日本労働法学会誌118号(2011年)77頁、82頁以下。憲法における議論を展開し、「障害」に起因する社会的不利益は、自然に存在する「相違」ではなく、国・公共団体の行為によって社会的に形成されるものであって、障害者が合理的配慮を要求することは、国や公共団体の提供する権利・利益等に関して、「障害」を理由とする「差別」を受けないための措置を要求するものとして理解され得るものとして、植木淳「障害のある人の権利と法」(日本評論社、2011年)172頁以下。機会平等とは、「結果を得る機会(チャンス)を平等にしよう」ということであり、スタートの処遇や競争の方法に差をつけることも機会平等の重要な方策であるとするものとして、新名隆志「第1章どこから『差別』になるの?」新名隆志・林大悟編著『エシックス・センス—倫理学の目を向け』(ナカニシヤ出版、2013年)3頁、14頁以下。

30) 分科会では、違反した事業主の「企業名の公表」についても議論されたが、均等法において同様の規定が盛り込まれたのは法施行から10年後(1997年改正時)であったことなどを理由に反対意見が出され(2013年1月22日第55回分科会議事録参照)、今回は見送られた。

31) 第1回指針の在り方研究会配布資料5および6(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000024498.html>)。

32) 諸外国が、障害者に対するハラスメントを差別として構成するのに対し、日本では障害者虐待防止法のみで、事業主に虐待防止のための措置をとることを義務づけている(21条)こと等を理由に、差別禁止の枠組みのみで規制されなかった点も課題といえよう。

33) 分科会意見書2頁。私法上の効果について検討したのもとして、池原毅和「合理的配慮義務と差別禁止法理」労働法2194号(2013年)12頁以下、長谷川珠子「障害者雇用促進法の解説」法学教室398号52頁(2013年)57頁以下参照。

者の家族に障害者がいることや、当該労働者が障害者と交際をもつことを理由とする差別的取扱い³⁹⁾に対応することができない⁴⁰⁾。また、過去に障害を有していた者や障害者とみなされて不利な取扱いを受けた者を、保護の対象として扱うことも困難である。この点は、障害者の雇用促進を目的とする促進法の枠内で解決することの限界を示すものといえる。「障害」差別禁止法の制定を視野に入れた検討を要する問題といえよう。

3. 指針の役割

(1) 差別禁止指針

第1回の指針の在り方研究会において示された差別禁止指針の構成案は、趣旨、基本的な考え方、差別の禁止からなる。基本的な考え方の項目には、対象となる障害者の範囲、対象となる事業主の範囲、差別の範囲が含まれ、また、差別の禁止の項目として、募集および採用、賃金、配置、昇進、降格、教育訓練、福利厚生、職種の変更、雇用形態の変更、退職の勧奨、定年、解雇、労働契約の更新などの事項に沿って禁止される差別を整理するとの案が示されている。

分科会意見書では、差別の範囲に関し、禁止される差別は障害を理由とする差別（直接差別）であること、合理的配慮が提供された

うえで労働能力等に基づく差異が生じた場合に異なる取扱いをすることは禁止すべき差別に該当しないこと、障害者への異なる取扱いのうち積極的差別是正措置は禁止すべき差別に該当しないこと等が確認されている。直接差別については、禁止される差別の具体的な例をわかりやすく示すことが重要であるとする分科会意見書の示す通りである。

問題は、労働能力に基づく差異と積極的差別是正措置であり、これらについては慎重な検討が必要になる。労働能力に基づく差異に関し、労働能力を測る評価基準自体が障害をもたない者を前提に作られている場合、その基準をそのまま障害者に適用すれば、障害者にとって不利な結果となりうる⁴¹⁾。また、何が労働能力に当たるのかを決めるのは事業主であるため、恣意的な運用・判断を防止する対策も検討されるべきであろう⁴²⁾。

次に、障害者を優遇する効果をもちつつ、同時に障害者に不利益を生じさせるような措置は、「積極的差別是正措置」として位置づけられるのであろうか。たとえば、採用に当たり障害者枠を設けることは、障害者の採用の道を広げるものであって積極的差別是正措置の一種と考えられる⁴³⁾。しかし、障害者枠採用の労働者には職務遂行能力や意欲を勘案することなく一律に軽易な作業のみを割り当

て、その分賃金等の処遇も低く取扱うことは、障害者差別に該当しないのだろうか。あるいは、職務への適格性に見極めに時間がかかるという理由で、障害者だけに、通常よりも長い試用期間を設けることは許されるだろうか⁴⁵⁾。この点は、雇用率制度を採用する日本においてもっとも検討されなければならない問題の一つである。私見としては、一面では障害者の雇用の維持・拡大に資する制度（積極的差別是正措置）であったとしても、個々の障害者の状況のみをこなく障害者におよそ一律に取扱い、結果として障害者に不利益が生じることは、許されるべきではないと考える⁴⁶⁾。性差別の事案において、かつて男女別コース制で採用され、その後の処遇の差により生じた男女間の処遇格差について、採用差別や配置差別が努力義務から禁止規定に改正された時点以降は、男女のコース別処遇を維持することは均等法6条および公序に違反するとした裁判例が多数みられている⁴⁷⁾。これらの裁判例では、男女別コース制に基づく格差を是正するための合理的な措置（一般職から総合職の転換制度等）をとらなかった事業主に対し、損害賠償責任を課している。促進法においては、障害者枠採用を設けることは、積極的差別是正措置であり差別を構成しないと考えられる。しかし、性差別の従来の裁判例を前提とすれば⁴⁸⁾、採用後の「処遇・配置」については、障害者の場合も一般枠採用による処遇への転換制度を設けるなど、差別的な状態を継続させることのないような対応が事業主に求められるのではないだろう

か。

指針の在り方研究会では、多様な障害者団体から、差別と合理的配慮に関するヒアリングを行っており、多様な障害の実状に合った差別が指針のなかで明らかにされることが期待される。検討すべき事項は多岐にわたるが、ここでは2点だけ挙げる。まず、通勤に関して、自力通勤あるいは公共交通機関での通勤を条件として設定することが、差別に該当するかどうかである。これらの条件を満たすことができない者は、障害をもたない者よりも障害者の方が圧倒的に多く、間接差別が成立する余地があるものの、促進法は間接差別を禁止していない。差別的意図をもってそのような条件を設定した場合を除き、通勤に関する条件設定を直接差別と捉えることは困難と考える。問題の解決は、合理的配慮としてこれらの条件の例外を認めるかどうかにかかるといえるのではないだろうか。合理的配慮指針の作成にあたっては、通勤に関する事項をどこまで事業主の合理的配慮の提供義務の範囲に含めるのかを明らかにすることが望まれる。

次に、募集・採用にあたり、障害に関連する質問をすることや障害者手帳の所持の有無を問うことが許されるかどうかである。差別禁止法の建前からすれば、職務関連性のない場合、そのような質問はすべきではない⁴⁹⁾。しかし、雇用率制度を採用する日本においては、障害者雇用は事業主の義務とされており、当該応募者が障害者かどうかを確認することは義務の履行にとって不可欠といえる⁵⁰⁾。こ

39) 家族に障害者がいることで、その介護・看護のためにより多くの休暇を必要とするであろうとの懸念から、採用を拒否することなどが想定される。

40) 本号の長谷川聡「障害を理由とする雇用差別禁止の実効性確保」でも、この相違が、実効性確保の際にも影響することが述べられている。

41) 合理的配慮として短時間勤務や休暇が認められた場合、短縮分の賃金を減額することや無給休暇とすることは、差別に該当しないと考えられる。しかし、これらを欠働として扱い皆勤手当や賞与の支給に関して不利益に取扱うことについても、労働能力等の差異であって差別に当たらないとすることは、合理的配慮規定の趣旨を失わせることになるのではないだろうか（産前産後休業や勤務時間短縮措置に基づく短縮時間分を欠働として扱い、賞与の支給要件である出勤率を満たさないとして賞与を支給しなかった措置は、労基法等が権利等を保障した趣旨を事実的に突わせるものであり、公序に反し無効であるとした、東朋学園事件（最一小判平成15・12・4労働662号14頁）参照）。

42) 性差別において、男女を比較する際の基準が、多数を占める人々または社会の主流をなしている者である男性労働者の基準とされ、その基準を満たさない女性への不利益取扱いが正当化されたとの指摘（浅倉むつ子「労働法とジェンダー」(勁草書房、2004年) 174頁以下)が、障害者差別にも当てはまるのではないかと考える。

43) ADAでは、障害をもつ労働者の適格性判断において、使用者の判断が重視されることを前提としつつ、恣意的な基準の設定を防ぐため、職務内容を示した書面等を事前に準備していた場合には、当該書面を証拠として扱うことができるとしている（101条（8））。

44) 性差別においては、男女別のコース制を設けることは均等法5条および6条に反し違法・無効とされる。障害者差別についても、障害者を障害者枠でしか採用しない場合には、促進法34条に違反する恐れが強い。

45) 日本曹達（退職勧奨）事件（東京地判平成18・4・25労働924号112頁）では、業務適正や業務遂行能力の有無を見極めるため、障害者枠採用の障害者に対し一律に6か月間の嘱託期間を設定していた。裁判所は、このような取扱いは障害者の雇用の維持・拡大に資するため障害者差別に当たらないと判断した。促進法施行後も同様に考えるべきか、明らかにする必要がある。

46) 雇用率制度の下で実施されている「特例子会社」制度であっても、特例子会社であれば直ちに差別には該当しないと評価すべきでなく、その実態を踏まえた差別性の評価が求められることになるのではないだろうか。

47) 野村證券（男女差別）事件・東京地判平成14・2・20労働822号13頁、岡谷鋼機（男女差別）事件・名古屋地判平成16・12・22労働888号28頁、兼松（男女差別）事件・東京高判平成20・1・31労働959号85頁等。

48) 私法上の効果を有する均等法と有さない促進法とでは法的効果が異なるが、障害者差別の文脈における公序や不法行為を判断するうえで、日本のこれまでの差別事例が参考になると考える。

49) ADAでは、採用決定前に、職務関連性のない障害や病気に関連する質問・調査をすることは許されない（102条（d））。

のような日本独自の制度のなかで、障害に関連する情報の収集がどこまで認められるのかについて、指針等で明らかにする必要がある⁵⁰⁾。

(2) 合理的配慮指針

合理的配慮に関しても、第1回の指針の在り方研究会において構成案が示されている。それによれば、①趣旨、②基本的な考え方、③合理的配慮の内容、④過重な負担、⑤相談体制の整備等の構成をとり、②については、対象となる障害者の範囲、対象となる事業主の範囲および合理的配慮の提供の在り方を記載すること、③については身体、知的、精神等の障害種別ごとに募集・採用時と採用後に分けて、具体的な事例を記載すること、④については過重な負担の判断要素を記載することとされる。

具体的事例については、各種の団体へのヒアリングや、諸外国が定めている合理的配慮に関するガイドラインや裁判例⁵¹⁾を参考に、できる限り詳細な内容を盛り込むことが望まれる。合理的配慮の具体的事例は限定列举ではなく例示列举であることを明らかとしたうえで、当事者の理解を深めるためには、合理

的配慮に含まれないものも示すべきである。

また、基本的な考え方を示すにあたり、以下の点が明らかにされるべきである。まず、当事者間の話し合いや第三者のアドバイスによっても結論が出ない場合、たとえば、複数の合理的配慮の候補のうちどれを実施するか事業主と障害者との間で合意が得られない場合や、合理的配慮の提供により職務遂行が可能になるかどうか当事者間で意見が対立する場合に、誰が最終的な決定権限を有するのかについて、指針において定めておくことが重要である。促進法上、合理的配慮の提供に当たり「障害者の意向を十分尊重しなければならない」(36条の4第1項)と定められていることからすれば、事業主が十分な話し合いをすることなく一方的に合理的配慮の有無や内容を決定した場合には、合理的配慮の提供義務に違反したもとして取扱うことが望ましいのではないだろうか⁵²⁾。

次に、募集・採用時の合理的配慮は、障害者からの「申出」を契機とする促進法36条の2の解釈である。これについて、障害のあることを想定していない既存社会の偏頗な無配慮性から構造的に成立する義務であり、障害者が合理的配慮を求める意思表示をしている

ことを、事業主に合理的配慮義務が発生する要件とするべきではないとの批判がみられている⁵³⁾。また、自ら適切に合理的配慮の必要性を事業主に伝えることが困難な障害者もいる。合理的配慮指針では、申出の内容を柔軟に解するような規定を置くとともに、当該応募者以外の者(家族、友人、医療従事者、ジョブ・コーチ等)による申出も許されるかどうかを明らかにすべきである。

さらに、合理的配慮と過重な負担の関係をどうとらえるのかも重要である。これまでの議論では、過重な負担の判断基準として、企業規模や経営環境等の事業主側の事情のみが挙げられ、障害者側の事情(賃金額、残された労働契約期間等)は取り上げられてこなかった。たとえば、同じ企業内に高い賃金を得ている障害者とその半分賃金である障害者がいた場合、事業主は両者に対し(コストが)同じ合理的配慮を提供する義務を負うのかといった問題が考えられる⁵⁴⁾。また、代替可能な安価な合理的配慮がなく、かつ、当該事業主の規模が大きいと過重な負担とはいえない場合に、事業主は常に高コストの合理的配慮を提供しなければならないのかという問題もある⁵⁵⁾。

以上の検討点は一例に過ぎないが、指針の作成にあたっては、単に具体例を示すだけでなく、差別や合理的配慮に関する「基本的な考え方」を明確にしておくことが重要になると考える。

V むすびにかえて

障害者雇用促進法の改正により、日本でも

障害者差別の禁止と合理的配慮の提供義務が法律上明記されることとなった。確かに、諸外国の障害者差別禁止法と比較すると、日本のそれは発展途上であり、障害者に対する「差別」を解消するには不十分といわざるを得ない。改善の必要な点も多数ある。しかし、障害者と障害をもたない者との格差を一切許さないといった人権保障の観点からの差別禁止法を目指すことだけが、進むべき正しい道だとはいいきれない⁵⁶⁾。障害者の能力を見極め、障害をもたない者といかに平等に扱うかという観点よりも、いかに障害者の就労を支援していくかに重点を置くほうが、障害者にとって望ましい場合は少なくない。他方で、能力を見極めて平等に取扱われることを望む障害者も存在するであろう。諸外国との比較により指摘した私法上の効果の限界は、行政取締法規である障害者雇用促進法のなかに、差別禁止が定められていることにある。しかし、差別禁止規定を促進法と切り離し、均等法のようなかたちで立法化するべきとの単純な議論は必ずしも問題の解決にならないと考える。促進法のなかに雇用率制度と差別禁止が併存する現在の仕組みを活かすためには、多様な障害者に対して両制度が果たすべき役割を見極め、さらに、障害をもつ者ともたない者との「平等」の在り方を検討していくことが重要である。今後の課題としたい。

56) 池原・前掲注33, 12頁。

57) ADAの制定過程においては、過度の負担の判断基準を明確化すべきであるとの要請から、当該障害者の年収の10%を超えるコストのかかる配慮は過度の負担とすべきとの議論があった。結果的に、過度の負担の判断は事実ごとになされるべきで、一律の基準を設けることは望ましくないと取り入れられなかったが、当該障害者の所得が過重な負担の評価に影響することは、想定されているものといえる。

58) アメリカでは、使用者が過度の負担の抗弁を使えない場合であっても、合理的配慮にかかるコストが、それから得られるベネフィットよりも不釣り合いに大きいときは、「合理的」な配慮とはいえず、使用者はそのような配慮を提供する義務を負わないとする裁判例がある(Vande Zande v. Wisconsin Dept of Admin., 44 F.3d 538 (7th Cir. 1995))。

59) 差別禁止事由の拡大に伴い、差別禁止の内容も統一的に捉えられなくなってきていることを指摘する論文として、山川和義「雇用差別禁止法制の到達点と課題」法律時報85巻3号(2013年)37頁, 41頁以下。

50) さらに、使用者は、安全(健康)配慮義務に基づき、労働者の健康状態を把握することを求められることがある(労契法5条)。

51) 本号の所掲代「精神障害者の雇用義務化と今後の課題」においても、採用時に精神障害の有無を調査し、精神障害者には手帳の取得を採用の条件とすること等が障害者に対する差別に当たる可能性があることが指摘されている。

52) 使用者が、労働者の抱える障害についての情報を知った場合に求められる対応(プライバシー保護)についても、指針において明確化される必要がある。

53) たとえばアメリカでは、雇用機会均等委員会(Equal Employment Opportunity Commission(以下、「EEOC」という))によって、多数の詳細なガイドラインが作成されている。アメリカ、イギリス、フランス、ドイツにおける障害者差別禁止法、諸規則、ガイドライン等を邦訳し、裁判例を紹介したもとして、障害者職業総合センター編「欧米における障害者雇用差別禁止法制度 第1分冊:アメリカ・イギリス編 資料シリーズNo.73の1」,「同 第2分冊:フランス・ドイツ編 資料シリーズNo.73の2」がある。

54) アメリカでは、合理的配慮を適切に提供するためには、使用者と障害者が相互に関与し情報を共有することが重要であるとして、労使間の「相互関与プロセス」の在り方がEEOCによるガイドライン(ADA解釈ガイダンス(29 C.F.R. Appendix to Part 1630, Interpretive Guidance on Title I of the Americans with Disabilities Act) §1630.9)により示されている。このプロセスは法によって強制されるものではないが、誠実にプロセスに関与していたことを使用者が証明できる場合には、障害者との合意に至らず合理的配慮の提供を行えなかった場合にも、使用者の責任を問わないとする裁判例もみられている(EEOC v. Convergys Customer Mgmt. Group, Inc., 491 F.3d 790 (8th Cir. 2007))。

55) 従来の裁判例(片山組事件・最判平成10・4・9労判736号15頁, JR東海(退職)事件・大阪地判平成11・10・4労判771号25頁等)を前提とすると、中途障害者になった労働者が、職種や業務内容を限定せずに労働契約を締結しており、現実的に配置可能な他の業務において、当該労働者が労務を提供することができ、かつ、その提供を希望している場合には、使用者は休業を命じることや解雇をすることは許されず、他の業務に配置転換することが求められることになろう。

法解説

障害者雇用
促進法の改正

福島大学准教授
長谷川 珠子
HASEGAWA Tamako

I はじめに

2013年6月19日、「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律」が公布された。改正点は、①障害者権利条約の批准に向けた対応に係る部分（①-1障害を理由とする差別の禁止、①-2合理的配慮の提供義務、①-3苦情処理・紛争解決援助）と、②法定雇用率の算定基礎見直しに係る部分（精神障害者の雇用義務化）に大きく分けられる¹⁾。①については2016年4月1日に、②については2018年4月1日に施行される（以下、条文番号は原則として今改正がすべて施行される2018年4月1日時点のものに参照する）。

「障害者の雇用の促進等に関する法律」（以下、「障害者雇用促進法」または「促進法」という）は、障害者の職業生活の自立を促進し職業の安定を図ることを目的として、1960年に制定された²⁾。その目的を達成するためにこれまで

で講じられてきたのが、(a)障害者の雇用義務に基づく雇用促進措置（雇用率制度）と、(b)職業リハビリテーションの推進である。今回の改正により、法の目的を達成するための措置として、(c)障害を理由とする差別の禁止および合理的配慮の提供義務が加えられた（1条）。障害者雇用促進法は改正を重ねつつ、約50年に渡り障害者雇用の促進にとって中心的な役割を担ってきたが、今改正は、「障害を理由とする差別の禁止」という新しい視点を取り入れるものであり、日本の障害者雇用施策にとって転換点となりうる重要な改正といえる。

男女雇用機会均等法（以下、「均等法」という）の制定に続き、年齢を理由とする募集・採用差別の禁止（雇対法10条）、パートタイム労働者に対する差別的取扱いの禁止（パート法8条1項等）、および有期雇用労働者に対する不合理な労働条件の禁止（労契法20条）が相次いで導入されている。日本では、差別を禁止することにより適正な労働条件を確保し、各種の格差を解消しようとする方向に大きく転換しつつある。今回の障害者雇用促進法の改正もこの流れに位置づけられるものであり、上記の規定と並ぶ重要な項目として、議論や検討の対象となっていくものと考えられる。以下では、法改正の経緯および内容を紹介します。学習のポイントと残された課題を検討する。

II 改正の経緯

以下では、異なる経緯をもつ2つの改正点（①障害者権利条約対応の部分と②精神障害者の雇用義務化の部分）について分けて紹介する。

1. 障害者権利条約の批准に向けた対応

①の点については、1985年制定の均等法の時と同様³⁾、外からの圧力で随順する形で、議論が開始された。2006年12月13日、国連において「障害者の権利に関する条約」（Convention on the Rights of Persons with Disabilities）（以下、「障害者権利条約」という）が採択された。同条約は、締約国の一般的義務として、障害を理由とするあらゆる差別（合理的配慮の否定を含む）を禁止し、すべての障害者のあらゆる人権および基本的自由を実現することを確保すること等を定める。2007年9月28日に同条約に署名した日本は、批准に向けて国内法を整備する必要があった⁴⁾。

雇用の分野については、署名の翌年4月に厚生労働省内に研究会が設置され、2009年7月に「労働・雇用分野における障害者権利条約への対応について（中間整理）（案）」が取りまとめられた。これを受け、労働政策審議会障害者雇用分科会（以下、「分科会」という）が検討を行い、2010年4月に「中間的な取りまとめ」を作成した。

しかし、2009年秋の政権交代により、これまでの障害者制度を根本から見直し集中的な改革が行われることとなった。まず、すべての国務大臣を構成員とする「障がい者制度改革推進本部」が内閣に設置され、実質的な議論を行うため、学識経験者や障害当事者等による「障がい者制度改革推進会議」が開催された。さらに、包括的な障害者差別禁止法の制定に向けた検討を行うための「差別禁止部会」が設置された。この影響を受け、厚生労働省での議論は一時中断する。

内閣府の下で運営された上記の会議等の動向を踏まえつつ、2011年11月より厚生労働省内

の研究会が再開され、2012年8月に「労働・雇用分野における障害者権利条約への対応の在り方に関する研究会報告書」がまとめられた。このなかで、障害を理由とする差別を禁止し、合理的配慮の提供を事業主に義務づけること、紛争解決のための仕組みをつくること等が障害者権利条約の対応に必要なこととして示された。

2. 精神障害者の雇用義務化に係る改正

障害者雇用促進法に基づく「雇用率制度」とは、事業主に対し一定割合（法定雇用率）以上の障害者を雇用するよう義務づけ、雇用できない事業主から納付金を徴収する制度である。この雇用率制度の対象となる障害者、すなわち雇用義務の対象となる障害者は、これまで身体障害者と知的障害者に限られてきた。精神障害者については、施策の歴史が浅く理解も十分でないなど、雇用するための条件整備が整っていないことが雇用義務化を見送る理由とされてきた⁵⁾。

しかし、2004年の分科会の意見書で「将来的には〔精神障害者〕を雇用義務制度の対象とすることが考えられる」と明記され、2008年の障害者雇用促進法改正の附帯決議（衆議院）においても「精神障害者を雇用義務の対象に加えることについて、可能な限り早期に検討を行うこと」とされた。また、2006年4月1日以降、精神障害者を実際に雇用した場合には実雇用率に算定することとされ、精神障害者の雇用義務化に向けた環境整備が進められていた。このようななか、2011年11月から翌年7月に精神障害者の雇用義務化を主な検討対象とする研究会が開催され、2012年8月に「障害者雇用促進制度における障害者の範囲等の在り方に関

1) これらの改正に加え、同法における「障害者」に「発達障害」がある者も含まれることが明記された（2条1号。公布日より施行）。これは、2011年に改正された「障害者基本法」の表現に合わせるためであり、今改正の前後で障害者の範囲が変わるものではないと説明されている。

2) 制定当時は身体障害者のみを対象としていたため、

法律名は「身体障害者雇用促進法」であったが、法の対象を知的障害者および精神障害者を含むすべての障害者に拡大した1987年の改正により、現在の法律名に改称された。同法の歴史の変遷については、征矢紀臣「障害者雇用対策の理論と解説」（労務行政研究所、1998年）、長谷川珠子「日本における障害を理由とする雇用差別禁止法制定の可能性——障

害をもつアメリカ人法（ADA）からの示唆」日本労働研究雑誌571号（2008年）68頁を参照。

3) 同法は、国連による1979年の「女子差別撤廃条約」を批准するため、国内法の整備を迫られた結果として制定されたこととされる（菅野相夫「労働法〔第10版〕」〔弘文堂、2012年〕186頁）。

4) 当時の旧障害者基本法3条3項は、「何人も、障害者に対して、障害を理由として、差別することその他の権利利益を侵害する行為をしてはならない」と定められていたが、これは基本理念を定めたものであり、実効性がないと考えられていた。

5) 征矢・前掲注2)311頁等。

する研究会報告書」が作成された。

3. 分科会での議論

上記の2つの報告書を踏まえ、分科会は2012年9月からまとめて審議を行った⁶⁾。障害者権利条約関連の事項は報告書に沿った合意が得られたが、精神障害者の雇用義務化については使用者側代表が時期尚早として最後まで難色を示した。2013年3月にまとめられた「今後の障害者雇用施策の充実強化について（意見書）」（以下、「分科会意見書」という）では、精神障害者の雇用義務化について、十分な準備期間を設け企業に対する支援策の充実を進めることを前提に、実施が必要であるとされた。同意見書の内容を反映して、厚生労働省により「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律案要綱」が作成され、諮問を受けた労働政策審議会は、おおむね妥当として厚生労働大臣に答申した。2013年4月19日に第183回通常国会に提出された法案は、審議を経て、同年6月13日衆議院本会議で可決・成立した（国会における修正はない）。

なお、差別禁止部会で議論されていた包括的な障害者差別禁止法についても、同国会に提出され、「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」（以下、「障害者差別解消法」という）が同年6月19日に成立した⁷⁾。同法13条において、労働者に対して行う障害を理由とする差別を解消するための措置については、障害者雇用促進法の定めるところによるとされている。

6) 同分科会では、「地域の就労支援の在り方に関する研究会報告書」についての議論も行われ、障害者雇用促進制度の見直しを踏まえた支援の強化や障害特性を踏まえた支援の強化等が意見書のなかでまとめられた。

7) 障害者差別解消法を含む障害者権利条約の批准をめぐる国内法整備の経緯については、浅倉むつ子「障害者差別禁止立法の課題と展望」労働1794号（2013年）6頁参照。

III 改正の内容

1. 障害者権利条約の批准に向けた対応

(1) 障害を理由とする差別禁止（34条・35条）

障害を理由とする差別の禁止は、均等法の規定を参考とし、募集・採用の局面と雇入れ後の局面とに分けて定められている。労働者を募集・採用するに当たり、事業主は、「障害者に対して、障害者でない者と均等な機会を与えなければならない」（34条）。雇入れ後において、「事業主は、賃金の決定、教育訓練の実施、福利厚生施設の利用その他の待遇について、労働者が障害者であることを理由として、障害者でない者と不当な差別的取扱いをしてはならない」（35条）。差別禁止の規定は、雇用に係るすべての事項に及ぶ。

分科会意見書では、差別禁止は事業主に法的義務を課すものであって、禁止される差別の内容が明確でなければならないとし、直接差別（障害を理由とする差別）は禁止されるべきであるが、間接差別についてはその内容が明確でないことから現段階で盛り込むべきではないとされた⁸⁾。

厚生労働省作成の「障害者雇用促進法の改正の概要」⁹⁾によれば、差別の具体例として、障害を理由とする、採用拒否、賃金の引下げ、研修や現場実習の非実施、食堂や休憩室の利用の不許可等が挙げられている。差別の具体的内容をさらに明確なものとするため、分科会の意見を聴いたうえで、厚生労働大臣が指針を定めることとなっている（36条）。

8) 車いすや補助犬等の支援器具等の利用を理由とする不利益取扱いは、直接差別に含まれると考えられている。

9) http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/shougaisha_h25/dl/kaisei02.pdf

10) 障害者からの「申出」を契機とする事について、第59回分科会では、どのような障害をもつ者が応募してくるかわからないなかで、あらゆる障害を想定して事前準備を

(2) 合理的配慮の提供義務（36条の2～36条の4）

事業主は、労働者を募集・採用するに当たり、障害者と障害者でない者との均等な機会の確保の支障となっている事情を改善するため、障害者からの「申出」により合理的配慮を講じなければならない（36条の2）。雇入れ後において、事業主は、障害者でない労働者との均等な待遇の確保または障害者の有する能力の有効な発揮の支障となっている事情を改善するため、合理的配慮を講じなければならない（36条の3）。条文上は「合理的配慮」の文言は用いられず、募集・採用時については「障害の特性に配慮した必要な措置」、また、雇入れ後については「障害の特性に配慮した職務の円滑な遂行に必要な施設の整備、援助を行う者の配置その他の必要な措置」と定められている。

合理的配慮を講じることにより事業主に「過重な負担」を及ぼす場合には、事業主は提供義務を免れる（36条の2但書・36条の3但書）。分科会意見書では、合理的配慮の提供は事業主に義務づけられるものであることから、個々の事業主がそのコストを負担することが原則であるとされつつ、納付金制度の仕組みを活用することにより経済的負担の調整を行うことが望ましいとされた。

上述の「障害者雇用促進法の改正の概要」には、募集・採用時の配慮として、問題用紙の点訳・音訳、拡大読書器の利用、解答時間の延長等が、また、雇入れ後の配慮として、車いす利用者に合わせて机や作業台等の高さを調整すること、筆談すること、手話通訳者・要約筆記者等を配置・派遣すること、通勤時のラッシュを避けるため勤務時間を変更すること等が具体例として挙げられている。合理的配慮に関しても、

することは困難であることが理由として挙げられている。ただし、この点については、事業主に合理的配慮の提供義務が認められるためには、障害者がそれを求める意思表示をしていることを要件とすべきではないとする見解がある（池原毅和「合理的配慮義務と差別禁止法理」労働1794号（2013年）12頁）。

11) 分科会では、違反した事業主の「企業名の公表」に

分科会の意見を聴いたうえで、具体的な内容を記した指針が定められることとなっている（36条の5）。

合理的配慮を講じる際、事業主は障害者の意向を十分に尊重しなければならない（36条の4第1項）、障害をもつ労働者からの相談に応じするための体制整備を行わなければならない（同条2項）。事業主が、差別禁止および合理的配慮等の規定に反した場合には、厚生労働大臣が事業主に対して、助言、指導または勧告をすることができる（36条の6）¹¹⁾。

(3) 苦情処理・紛争解決援助（74条の4～74条の8）

障害者権利条約が、労働条件や苦情に対する救済の仕組みを図るよう求めていることから（27条1項(b)）、改正法では紛争解決の章（第3章の2）が新設された¹²⁾。分科会等では、差別や合理的配慮に関する紛争が生じた場合、まずは企業内での話し合いや相互理解等によりできる限り自主的に問題が解決されるべきであると考えられた。そこで改正法では、障害者である労働者から苦情の申出を受けたときは、事業主は、苦情の自主的な解決を図るための事業主代表者と労働者代表者を構成員とする「苦情処理機関」を設け、自主的な解決を図る努力義務を負うとされた（74条の4）。ただし、募集・採用時の苦情は自主的解決の対象に含まれない。

自主的な取組みでは解決しない場合、紛争の当事者の双方または一方から都道府県労働局長に援助を請求することができ、都道府県労働局長は必要な助言・指導・勧告をすることができる（74条の5・74条の6第1項）。援助の対象となる紛争は、雇入れ後だけでなく募集・採用時の差別や合理的配慮に関する紛争も含まれる。都道府県労働局長の指導等の対象になる紛争（募集・採用時の紛争を除く）について、当事者の

についても議論されたが、均等法において同様の規定が盛り込まれたのは法施行から10年後（1997年改正時）であったこと等から、今回は見送られた。

12) 既存の仕組みを活用することが早期解決や実効性につながるなどの考えから、均等法における紛争解決制度が参照されている。

双方または一方から申請があった場合、都道府県労働局長は、個別紛争解決促進法に基づく紛争調整委員会に調停を行わせることができる(74条の7第1項)。事業主は、障害者が援助や調停を求めたことを理由として解雇その他不利益な取扱いをしてはならない(74条の6第2項・74条の7第2項)。

2. 精神障害者の雇用義務化

(1) 精神障害者の雇用義務化の意味と経過措置

事業主は、法定雇用率以上の障害者を雇用することを義務づけられている。これまでこの「法定雇用率」は、労働者(失業者を含む)の総数¹³⁾に占める身体障害者・知的障害者である労働者(失業者を含む)の総数の割合を基準として設定されてきた。今改正の2点目である精神障害者の雇用義務化とは、法定雇用率の算定基礎に精神障害者を加えることである。このことは、それに伴い法定雇用率が引き上げられることを意味する。

法定雇用率を達成できない事業主からは、法定雇用率の人数を下回るごとに1人につき月額5万円の「障害者雇用納付金」が徴収される¹⁴⁾。この納付金制度は、障害者の雇用に伴う事業主間の経済的負担の調整を行うとともに、雇用水準を全体として引き上げるための助成・援助を行うものであり、障害者を多数雇用する事業主に対しては調整金等が支給される¹⁵⁾。2013年4月1日より法定雇用率が0.2%引き上げられ(民間企業については2.0%)、事業主の負担が増大したばかりであったこともあり、法定雇用率のさらなる引き上げにつながる精神障害者の雇用義務化には、使用者側から強い反対が示された。

そこで、改正法では、精神障害者の雇用義務化の施行日を公布日から約5年後の2018年4

月1日に設定するだけでなく、施行日からさらに5年間(2023年3月31日まで)は法定雇用率の算定に関する経過措置を設けることとした(改正法附則4条)。施行後5年間は、法律(43条2項)の規定どおり法定雇用率を算定するのではなく、障害者の雇用状況や行政の支援状況等を踏まえ決定される。障害者の雇用状況が改善しない場合等には、原則として5年ごとに見直される法定雇用率が据え置かれる可能性がある。

(2) 雇用率制度の対象となる障害者

雇用義務の対象障害者は、身体障害がある者で別表に掲げる障害がある者(2条2号)と、知的障害者判定機関において知的障害があると判定された者(同条4号、規則1条の2)とされてきた¹⁶⁾。改正により新たに雇用義務の対象となった精神障害者の範囲は、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者(かつ、症状が安定し、就労が可能な状態にある者)に限ることとされた(2条6号・37条2項、規則1条の4)。

分科会意見書では、雇用率制度はすべての企業に雇用義務を課すものであるため、企業が社会的な責任を果たすための前提として、対象範囲が明確であり、公正、一律性が担保されることが必要であるとされた。そのため、統合失調症や躁うつ病、てんかん等に罹患しているものの、手帳を所持していない(できない)者については、対象範囲が不明確であるため雇用義務の対象から外すこととした。同様の理由により、障害者手帳を所持しない発達障害者や難治性疾患患者等についても、雇用義務の対象とすることは見送られた。

また、雇用率制度の対象となる障害者の範囲が、身体障害者手帳を所持しない者(知的障害者)と重複する可能性があることから、重複する部分については、雇用率制度の対象から除外することとした。

13) 業種により障害者の就業が困難な場合があることから、障害者の雇用義務を軽減する目的で、法定雇用率の計算に当たり、除外率(困難度に応じた率)に相当する労働者数を控除する「除外率」が経過措置として設けられている。

14) 納付金の徴収対象は、常用労働者数201人(2015年4月1日より101人)以上の事業主である。

15) 法定雇用率を上回る障害者を雇用する事業主に対し

ては、1人につき月額2万7000円の調整金(納付金の徴収対象ではない事業主は2万1000円の根拠金)が支給される。障害者の新規採用や雇用継続のために施設や設備を改良した場合には、助成金が支給される。

16) 手帳を所持しない者については、指定医や産業医の診断による方法や、知的障害者判定機関等の判定書等による確認方法も認められているが、身体障害者手帳または療育手

IV 学習のポイント

1. 障害者の範囲

今改正により、障害者雇用促進法には、①障害者雇用促進制度、②合理的配慮の提供義務を含む差別禁止、および③雇用率制度の3つの役割が備わることとなった。改正促進法を正しく理解するためには、これらの制度が対象とする「障害者」の範囲を押さえる必要がある¹⁷⁾。

促進法2条1号は、「障害者」とは、「身体障害、知的障害、精神障害(発達障害を含む。第6号において同じ。)その他の心身の機能の障害(以下「障害」と総称する。)があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者をいう」と定める。これには、(a)身体障害者手帳の所持者、(b)療育手帳の所持者、(c)精神障害者保健福祉手帳の所持者だけでなく、(d)精神障害者保健福祉手帳を所持しない統合失調症、躁うつ病またはてんかんを罹患する者(規則1条の4第2号)、および(e)各種の手帳を所持しない、発達障害者や難治性疾患患者等で、長期にわたる職業生活上の相当の制限を受ける者も含まれる。この2条1号の範囲は、①および②が対象とする障害者の範囲と重なるが、③雇用率制度の対象は原則として手帳の所持者((a)~(c))に限定される。

このうち特に②と③の対象者の違いから、いくつかが問題が生じることが予想される。③雇用率制度の対象者は手帳制度によって範囲が明確となるが、②差別禁止規定の対象となる障害者は手帳を所持しない者((d)(e))も含まれ、その判断は事業主に委ねられることになる。第一に、これらの判断を事業主が適切に行えるかどうか、疑問がある¹⁸⁾。また、たとえ判断できたとしても、精神障害者の場合は、手帳の所持

者と手帳を所持しない者の間で対応に差が生じるおそれがある。例えば、精神疾患が軽度であるため手帳は取得できないが(d)に含まれる者(メンタルヘルスマス不調者等)は、差別禁止の対象となるため、当該労働者が合理的配慮を必要とした場合、事業主は配慮に係るコストを負担しなければならない。しかし、実雇用率には算定できないため、事業主は負担のみを負うことになる。場合によっては、そのような者の採用を避けることになりかねない。あるいは、手帳の取得を望まない者に対する手帳の取得強制につながるおそれがある。

他方、②差別禁止と③雇用率制度の両方において、原則として手帳の所持が要件となる身体障害者および知的障害者(発達障害者および難治性疾患患者を除く)については、異なる問題が生じる。手帳の取得には至らない軽度の、あるいは、手帳制度が予定していない種類の障害を有している者は、たとえ職業上の困難を抱えていたとしても、両制度の対象とならない(発達障害や難治性疾患の場合を除く)。雇用率の対象とならない軽微な障害を有しているものの、わずかな合理的配慮によって就労が可能となる者が、いずれの制度によっても救済されないこととなる。

2. 差別禁止規定の私法上の効果

促進法の差別禁止規定から、直接私法上の効果は生じないと考えられている。私法上は、公序良俗(民法90条)、不法行為(民法709条)または信義則(民法1条2項)等を介して、間接的に効果が生じるものと考えられる。また、障害を理由としてなされた解雇であれば、労契法16条の客観的合理性や社会的相当性を欠き無効と判断されることになろう。賃金差別に関しても、民法の一般規定を介して違法無効となる

によって確認することが原則とされていること、また、手帳によらない確認においても手帳の取得と同様の基準によって判断されることから、障害者雇用促進法における身体障害者や知的障害者については、各手帳の所持者と同視しうると考える。

17) なお、障害者の雇用義務を負う事業主は、常用労働者数50人以上の事業主とされているが(法定雇用率2%)、

差別禁止が義務づけられる事業主には企業規模にかかわらずすべての事業主が含まれる。

18) 事業主が判断に迷う場合には、ハローワーク等の外部機関が支援を行うべきとされる(分科会意見書)。

可能性はあるが、無効となった契約や賃金規定がどのような内容の契約によって補充されるべきかは、性差別等と同様の議論が必要となる。例えば、障害者而非障害者とで異なる賃金基準を用いている場合、民法90条と労基法13条を根拠として、就業規則等に定められた非障害者用の賃金基準を補充される賃金基準と解し、賃金の差額請求権を認めることは可能であろう。

ただし、一般枠採用の者と職務遂行能力に差があることや仕事内容が異なることを前提に、障害者の雇用促進のために障害者枠を設け、これに低い賃金基準を設定することは、労働能力等に基づく異なる取扱いであって、必ずしも障害を理由とする差別とはいえない¹⁹⁾。障害者枠採用と一般採用とを設けること自体が障害差別に該当するとも考えられるが、促進法は一方で障害者の雇用義務を事業主に課しており、障害者雇用の確保に一定の成果をあげる雇用率制度は、「積極的差別是正措置」であり差別には当たらないと整理されている。障害者雇用促進法は、「障害を理由とする差別の禁止」と「雇用の場を確保することが困難な障害者に特別に雇用を割り当てる制度」という2つの性質を合わせもつ。公序良俗を介して差別的取扱いの違法性を判断する場合、2つの性質のどちらを重視するかによって結論が異なることも考えられる。この点、個々の障害者の実体のみならず、およそ一律に障害者だけを別に扱うことは、公序良俗違反と評価すべきであろう²⁰⁾。

3. 合理的配慮義務の法的性質と裁判例に与える影響

合理的配慮の提供義務についても、促進法上の規定から直ちに私法上の効果が導かれるもの

ではない。特に、合理的配慮の内容は個々の事案によって異なり一義的に定まらないこと、促進法に定められた合理的配慮義務は公法上の義務と考えられること等から、障害者に合理的配慮の請求権を認めることは極めて困難といえる²¹⁾。この点については、促進法が定めるように、企業内での自主的な取組みや行政上の紛争解決手段を用いつつ、労使双方の話し合いのなかで合理的配慮に関する理解を深めていくことや、事業主の対応が悪質な場合には、厚生労働大臣の指導等によって合理的配慮の提供の実効性を高めていくことが重要となる。

他方で、合理的配慮に類似した対応を使用者に求める裁判例がこれまでも多数みられており、これらの裁判例に、促進法上の合理的配慮規定が影響を与えることが期待される。これまでの裁判例²²⁾は、配慮がなされなければ労務の提供ができない事案や解雇となってしまう事案において、解雇権濫用法理（労基法16条）や信義則（民法1条2項）を根拠に、使用者に何らかの配慮を求めてきた。例えば、私傷病により従前どおりの労務の提供ができないうとして、復職直後は軽易な業務に就き段階的に通常業務に復帰できればよいとするもの（エール・フランス事件・東京地判昭和59・1・27判例423号23頁等）や、現実的に配置可能性がある業務の遂行が可能かつその提供を申し出ている場合には配置転換すべきであるとするもの（片山組事件・最判平成10・4・9判例736号15頁）、配置転換したうえで配置転換先の職務を能力に応じて分担すべきとするもの（JR東海（退職）事件・大阪地判平成11・10・4判例771号25頁）、労働者が精神的不調のために欠勤を継続していると認められる場合に、使用者は健康診断の実施や休職等の処方をすべきであるとするもの

（日本ヒューレット・パカード事件・最判平成24・4・27判例1055号5頁）がある。また、使用者が適切な対応をとらなかったため労働者が傷病または死亡に至った場合には、使用者は、安全（健康）配慮義務（労基法5条）に違反し債務不履行による損害賠償責任を負うとされてきた（電通事件・最判平成12・3・24判例779号13頁等）²³⁾。

裁判例が使用者に求めてきた各種の対応は、促進法上求められている合理的配慮の内容と多くの部分が重なる。したがって、例えば、合理的配慮が提供されなかったために職務遂行ができずその結果解雇されたような場合には、解雇は無効とされるであろう（労基法16条）。また、育児介護休業法上求められている配転の際の使用者の配慮（育児法26条）が、配転命令の権利濫用性の判断に影響を与えると理解されているように（ネスレ日本（配転本訴）事件・大阪高判平成18・4・14判例915号60頁等）、促進法上の合理的配慮義務が、雇用関係における権利濫用性判断に影響を与える可能性は大きい。問題は、促進法の合理的配慮規定が、求められる配慮の「対象」や「範囲」にどのような影響を与えるかである。この点、これまでの裁判例における配慮の対象は、長期雇用を前提として雇用された正社員を中心としてきたが、合理的配慮は正社員が非正社員にかかわらず提供されなければならないため、配慮の対象が非正社員にも広がる可能性がある。ただし、促進法が定めるように、使用者にとって過重な負担となる場合には、使用者は合理的配慮義務を負わない。どの程度の負担が過重と評価されるのかは、今後作成される指針に委ねられるが、企業の規

模、業種、当該企業における労働者の配置・実状、職務分担、変更の可能性等を、配慮可能性の判断要素としてきたこれまでの裁判例が参考になると考えられる。また、納付金制度の仕組みを合理的配慮の負担にも活用することが考えられており、その面での制度設計も重要となる。

V 結びにかえて

日本では、雇用率制度を中心として障害者の雇用促進が図られてきたが、改正法により新たに差別禁止の視点が持ち込まれた。どちらのアプローチも最終的に目的とするところ——障害者の雇用促進——は同じであり、両制度を両立させることは可能であろう。しかし、障害者を特別扱いすることを求める雇用率制度と、障害者を等しく扱うことを求める差別禁止は、時にぶつかり合うことが予想される。今後作成される指針においては、両制度の役割の違いにも注意を払いつつ、差別や合理的配慮の内容が明らかとされることが期待される。

また、上述したように両制度の対象障害者が異なることで生じる問題もある。両制度の対象とすべき障害者像は、本来大きく異なるものであり、違いがあること自体に問題がある訳ではない。問題は、促進法2条1号が障害者の定義に「長期にわたる職業生活上の相当の制限」を用いつつ、他方で職業上の困難さを必ずしも考慮要素としない障害者手帳制度に大きく依拠した制度設計を行っていることから生じている²⁴⁾²⁵⁾。将来的には障害概念の根本的な見直しも視野に入れた検討が必要である²⁶⁾。

（はせがわ・たまこ）²⁷⁾

19) このような状況においても、労働能力の差異以上に賃金に差がある場合は、障害差別となる可能性がある。

20) 日本曹達（退職勧奨）事件・東京地判平成18・4・25判例924号112頁は、障害者枠による採用の場合にのみ一律に6か月間の嘱託期間を設定したことは、障害者の雇用の維持・拡大に資するため、障害差別に当たらないと判示したが、促進法の施行後は、このような取扱いについても、より慎重な判断が求められる。

21) ただし、阪神バス（勤務配慮）事件・神戸地判崎文

決平成24・4・9判例1054号38頁のように、従来から実施されていた配慮を打ち切られた場合には、合理的配慮の内容が明確であるため、配慮がなされた状態以外で勤務する義務のない地位にあることの確認を求めることにより、従前の配慮を受けられる可能性が高い。

22) 障害者雇用に関する裁判例を検討したのもとして、小西啓文「日本における障害者雇用にかかる裁判例の検討」季刊労働法225号（2009年）70頁。

23) これまでの裁判例を整理すると、安全配慮義務の内

容は、労働者の利用する物的施設、機械等を整備する義務と、安全等を確保するための人的管理を適切に行う義務とがある（荒木尚志ほか『評説労働契約法』[弘文堂、2008年]84頁）。

24) 同様の指摘をするものとして、瀧澤仁唱「障害者雇用促進法における障害者の範囲の見直し」労働1794号（2013年）20頁。「社会福祉関係法で言う障害（者）概念と障害者雇用法制の障害（者）概念は進んで良いはずであるのにそうならない」。

25) 就労の困難さは障害特性により多様であることに加え、企業の職場環境や本人の希望職種などによっても異なるため、この判断のための一律の基準を作ることが困難であることは、分科会意見書のなかでも指摘されている。

26) 障害者の範囲の見直しの方法について、長谷川珠子「障害者差別禁止法における差別概念——合理的配慮の位置付け」日本労働法学会誌118号（2011年）85頁以下。

身体障害を有する従業員に対する勤務配慮打切りと障害者差別

—阪神バス(勤務配慮)事件

福岡大学准教授

長谷川珠子

Hasegawa Tamako

東京大学労働法研究会

神戸地裁尼崎支部
平成24年4月9日決定

平成24年(ヨ)第13号、甲野太郎対阪神バス株式会社、義務不存在確認仮処分申立事件/労働判例1054号38頁/参照条文:憲法14条、民法1条2項・90条

事実

I Y(債権者)は、鉄道会社A(申立外会社)グループのバス事業会社として設立され、阪神地域の路線バス事業等を行っている株式会社である。Yの社員数は417名(平成22年4月時点)、運転士数は368名(平成24年3月時点)である。X(債権者)は、平成4年11月にAにバス運転士として入社し、現在はYにおいてバス運転士として稼働している。

II Yでは、バスの路線およびダイヤに対応したバス運転士の勤務シフト(以下、「運番」)を作成し、乗務日の3日前に乗務員に知らせていた。運番作成にあたり、休日出勤の頻度や時間外労働時間が各乗務員に可能な限り公平になるようにしていた。

III Xは、平成9年4月腰椎椎間板ヘルニアを罹患し、後遺症として「排尿・排便異常」の身体障害が残存した。Xは、同年12月まで休職し翌年1月に復職した。これに先立ちXとAは、Xの勤務シフト等において必要な配慮(以下、「勤務配慮」)についての協議を行い、遅くとも平成15年4月までに、Xに対する勤務配慮は午後の比較的遅い時間からの運番ばかりを担当させる内容を含むものとなった(以下、「本件勤務配慮」)。

IV AとB(A社労組)との交渉の結果、平成20年6月20日、Aの自動車運送事業部門を平成21年4月1日付でYに統合しバス事業として継続すること、これに伴い、A従業員は同年3月31日付で同社を退職し同年4月1日付でYに転籍すること、労働条件はYの労働条件のとおりとする内容とする「大綱合意」を締結した。また、平成20年7月10日、A、B、YおよびC(Y社労組)は、バス事業の承継に伴う従業員の労働条件等について協議し、「4者協議に関する合意書」(以下、「4者合意」)を締結し、労働条件の変更の項目の一つとして、「勤務配慮は原則として認めない」とした。

同年10月24日、AとBの協議により、現行の勤務配慮を翌年1月1日以降全廃し、新たなルール(①原則、半年を超える勤務配慮は行わない。②「勤務配慮願ひ」を提出しても内容によっては認めない場合がある)を作成し運用する旨の書面が作成され、従業員に配布された。平成21年4月1日のYへの転籍後も、Xは平成22年12月末日まで本件勤務配慮を受けたが、翌年1月以降、勤務配慮が打ち切られた。打切り期間中(同年1月から3月)の当日欠勤(勤務日前日午後10時以降に欠席連絡)は17回であった。

V 同年3月4日に、XがYに対し地位保全仮処分申立てを行い、同年8月8日から平成24年3月31日までに限り、勤務配慮を行う旨の租解が平成23年8月4日に成立した。なお、この間の当日欠勤は2回であった。このようななかXは、平成23年8月26日、Yに対し、従前受けてきた配慮がなされた内容以外で勤務する義務のない地位にあることの確認を求める義務不存在確認等請求訴訟を提起した。

決定要旨

認容。

I 「Xは、遅くとも平成15年以降、通常の乗務循環による乗務を免除され、Xの有する障害に配慮した勤務シフトにより勤務することとされてきたものであることに加え、4者合意においても、勤務配慮は原則として認めないことが労働条件の変更と位置付けられていることからすれば、X・Y間には、上記内容の勤務配慮がなされることを労働条件とするとの黙示の合意があったものと一応認められる。……現段階でXに4者合意の規範的効力が及ぶと断定することはできないが、たとえXに対して規範的効力を有するとしても、「身体障害者に対し適切な配慮を行うことは、厚生労働省の障害者雇用対策基本方針においても求められており、障害者に対し、必要な勤務配慮を合理的理由なく行わないことは、法の下での平等(憲法14条)の趣旨に反するものとして公序良俗(民法90条)ないし信義則(同法1条2項)に反する場合があります」と解される。

II 1 「勤務配慮を行わないことが公序良俗又は信義則に反するか否かについては、①勤務配慮を行う必要性及び相当性と、②これを行うことによるYに対する負担の程度とを総合的に考慮して判断をする。」

2 「①についてみると、……Xには、緊急の場合に休憩をとることが比較的容易な路線を担当し、かつ毎日の勤務時間帯に比較の変動が少ないような勤務形態とする必要性が一応認められる。また、勤務配慮がなされていた時期と、これがなされていない時期におけるXの勤怠状況の比較からも、上記必要性は裏付けられる。そうすると、Xが求める勤務配慮については、その必要性が一応認められる。そして、排便のコントロールが困難であるというXの症状と、その職務がバスの運転であり、乗客はもとより他の車両に乗車した者や歩行者等も含めた生命・身体等の安全の確保が強く求められるものであることに鑑みれば、上記配慮をすべき必要性は強いものといえる。」

3 「このような勤務配慮が、Xの待遇との関係で相当といえるか疑問がないではないが、Aにおいて、相当の期間、本件勤務配慮が継続された後である平成21年4月1日の転籍時に、Yから、XをM2の職階とする旨の辞令が発せられていることに加え、現時点においては、Yから、その主張に沿う立証が十分にはなされていないことも考慮すれば、相当性は一応認められる。」

4 「②についてみると、Yの事業規模に加え、Xが所属する尼崎営業所に在籍する運転士数が平成24年3月時点で194名あり、実際にXが担当する運番を当日になって欠勤した場合に、4名の運転士によりバスの運行に支障の生じないような乗務分担の変更ができたこと及びYから、その主張に沿う的確な立証が、現時点においては十分になされていないことも考慮すれば、Xに対する勤務配慮が、Yにとって過度の負担となっていないことも一応認められる。」

5 「Xに対する勤務配慮は、その必要性及び相当性が認められ、とりわけ必要性については相当強い程度で認められる反面、配慮を行うことによるYへの負担は過度のものとは認められないことから、これらの事情を総合的に考慮すれば、Xに対する勤務配慮を行わないことが公序良俗ないし信義則に反するものとするXの主張は、一応認められる。」

評釈

結論賛成。

I. 本判決の意義

本件は、会社分割に伴う労働条件の変更等により、従来受けていた勤務配慮を打ち切られた障害をもつ労働者が、勤務配慮の継続を求めた事案である。本決定は、①勤務配慮を行う必要性および相当性が認められ、②勤務配慮を行うことがYにとって過度の負担になるとまで認められない場合に、Xに対する勤務配慮を行わないことは、法の下での平等(憲法14条)の趣旨に反し、公序良俗(民法90条)ないし信義則(同法1条2項)に反すると判断した。これまでも、心身に不調を抱える労働者に対する適切な配慮を使用者に求める裁判例は多数みられてきており、本決定もその流れに沿うものといえる。ただし従来の裁判例は、安全(健康)配慮義務に基づくもの(電通事件・最判平成12・3・24判例779号13頁)や、解雇権濫用法理等を背景に信義則上求められるとするもの(東海旅客鉄道(退職)事件・大阪地判平成11・10・4判例771号25頁)であった。これに対し本決定は、法の下での平等の趣旨から使用者の配慮義務を導き出している点に特徴をもつ。

1990年代以降、アメリカやEU諸国を中心に障害者差別禁止法が導入され、2006年には国連が「障害者権利条約」を採択した。日本でも同条約の批准を目

指して国内法の整備が進められ、2013年6月に障害者雇用促進法の改正および障害者差別解消法の制定が相次いでなされたばかりである。雇用の分野に関して、改正障害者雇用促進法は、障害者に対する差別を禁止し(34条・35条)、障害者と障害者でない者との均等な機会の確保等を図るための措置(合理的配慮)を講じるよう事業主に義務づけた(36条の2・36条の3)。

本決定の意義は、このような実効性のある障害者差別禁止規定がないなかで(障害者基本法4条1項の差別禁止規定は基本理念であり実効性がないと考えられている)、障害者に対し必要な配慮を合理的理由なく行わないことは、法の下での平等の趣旨に反し公序良俗ないし信義則に反する場合があると判断した点にある。さらに、公序良俗ないし信義則違反の判断において、勤務配慮を行う必要性および相当性と、使用者の被る負担を総合的に考慮するとの枠組みを示した点も注目される。これらの点は、上記改正法等を解釈するうえでも重要な示唆を与えるものといえよう。

なお本件では、Xが身体障害者手帳を所持しているかどうかについて触れられていない。Xの症状からすれば、本決定が何らの留保なくXを障害者として扱っていることに疑問がないわけではないが、法の下での平等の趣旨を問う本件において手帳の有無は必ずしも結論を左右するものではないと考える。この点について本評釈ではこれ以上立ち入らない。

II. 勤務配慮と法の下での平等

判旨Iは、障害者に対し必要な勤務配慮を合理的理由なく行わないことは法の下での平等の趣旨に反するものとして公序良俗ないし信義則に反する場合があると判断する。差別を直接禁止する立法措置がなくとも、平等に取り扱うことが公の秩序の一部分になっている場合には、差別的取扱いはそれを正当化する合理的理由のない限り公序に反し違法・無効となることは判例も認めているところであり(男女の差別的定年制を公序違反とした日産自動車事件・最判昭和56・3・24労判360号23頁等)、障害者差別においても、同法理の成立の余地はある(公務員の事案であるが、聾学校の教員に対する障害を理由とする人事上の差別的取扱いが、地公法13条に反し使用者の不法行為となしたものがあ[京都府立聾学校事件・京都地判平成2・7・18労判567号22頁])。

問題は、勤務配慮等の障害者に対する特別の取扱いが、法の下での平等から導かれるのかどうかである。障害者枠により採用された障害者を一般枠での採用とは異なり、半年間嘱託契約期間を設けその後正社員に移行する取扱いをした事案において、裁判所は、当該制度から生じる不利益が小さく、障害者雇用の維持・拡大を図る制度であり合理性があるとして、差別ではないと判断した(日本曹達(退職勧奨)事件・東京地判平成18・4・25労判924号112頁)。裁判所は、障害者に対する異なる取扱いも、障害者にとって有利な要素を含んでいる場合には合理性が認められ、違法な差別とはならないとしており、障害をもつ者ともたない者との平等を「単に両者を等しく取り扱うこと」としては捉えていない。本決定は、このような考えを発展させ、両者の平等の実現のためには、障害者に対し特別な措置(勤務配慮)をする必要があり、それをしないことが法の下での平等に反すると解したものと読むこともできる。

しかし、合理的配慮規定を含む差別禁止法がないなかで、障害者に対し適切な配慮を行うことを、法の下での平等の趣旨から導き出すことができるのかについては、なお検討を要する。鉄道車両に車いす対応のトイレを設置することを求めた事案において、裁判所は、憲法14条について、「人の現実の差異を抽象して一律平等に取り扱うことを保障したものであって、人の現実の差異に着目して積極的にその格差の是正を行うことまでも保障したのではない」と解し、「現実に存在する差異のうちどの差異について、どのような対策を講じ、いかなる程度まで実質的平等を実現するかは、具体的な立法に委ねられている」としている(東京高判平成14・3・28判タ1131号139頁)。本決定は、配慮義務の根拠として、厚生労働省の障害者雇用対策基本方針(以下、「基本方針」)が障害者に対する適切な配慮を行うよう求めていることを挙げる。しかし基本方針は、雇用管理に関する指針を事業主に示すものであって、法的な義務を課す性質のものではない。憲法14条の解釈や、公序を厳格にとらえるこれまでの裁判例(男女別のコース制の公序良俗が争われた野村證券(男女差別)事件・東京地判平成14・2・20労判822号13頁等)を踏まえると、必要な配慮を行うことが現時点の「公序」であるということには抵抗を感じる。

本決定のポイントは、違法性の根拠として「信義

則」を同時に挙げた点にある。信義則違反が成立するためには、法または公序良俗に反する行為であることは必ずしも必要ではなく、権利・義務のある当事者間で設定された義務に反する行為であることで十分であるとされる(谷口知平=石田喜久夫編・新版注釈民法(1)総則(1)94頁[安永正昭])。労働条件の不利益変更の事案である本件において、労働者に大きな不利益をもたらす一方的な勤務配慮打切りは、労働契約の当事者間の信義則に反するものといえよう。また、勤務配慮の打切りは全従業員に及ぶとはいえ、実質上その影響を強く受けるのは障害者であり、障害者に対する不利益取扱いにはかならないと本決定は考えたものと理解できる。

なお本件は、4者合意による不利益変更の合理性を問うことで、勤務配慮の継続を求めることもできたことを考える(特定の組合員を殊更不利益に取り扱うことを目的として締結された労働協約の規範的効力を否定した[朝日火災海上保険(石堂・本訴)事件・最判平成9・3・27労判713号27頁等])。

III. 勤務配慮を廃止することの可否

I 判旨IIは、勤務配慮を行わないことが公序良俗または信義則に反するかどうかの判断に際し、①-1勤務配慮を行う必要性、①-2その相当性、および②Yの負担の程度を総合的に考慮するとした。①-1については、本件勤務配慮によってXの勤怠状況が大きく改善されたこと、バス運転士という職務の性質上、周囲の人々の安全の確保が強く求められること等を理由に、勤務配慮の必要性は相当強いとする(判旨II 2)。①-2について、Xの待遇との比較から相当性も一応認められるとする(判旨II 3)。②については、Yの事業規模やバス運転士の人数、Xの欠勤により支障が生じたことがないこと等から、Yにとって過度の負担ではないとする(判旨II 4)。本決定の示すこれらの考慮要素は、諸外国の障害者差別禁止法における「合理的配慮」の考慮要素を踏まえたものと考えられる。①-1については、労働者本人にとっての必要性だけでなく、公共の安全等の観点からの必要性についても検討されている点が注目される。

② Xが配置されていたのは、乗合路線だけでなく空港線および高速線も担当するM2という職階であった(4段階の上から2番目。職階が上がるとつれ賃金も上昇する)。①-2で問われているのは、職務負

担が重くそれゆえ高い賃金を得ている職階にある者に、比較的容易な乗合路線のみを担当させることが、勤務配慮として相当かどうかであろう。本決定は本件勤務配慮が相当期間継続した後の転籍時にYがXをM2に配置したことを相当性を認める根拠としており、「社会一般」における相当性ではなく、「当該事案」における相当性を問題にしたと読むことができる。障害者に対する配慮は個性が高く、事案に即した評価・判断が求められる。その意味でも①-2の判断枠組みは評価できる。

過度の負担について検討する②では、Yの事業規模とX所属の営業所のバス運転士の数等を考慮要素としている。これまでの裁判例でも、使用者の規模や業種、従業員の配置や異動の実情、難易等に照らして、現実的可能性のある配置先や業務があれば、使用者に配慮義務を課してきた(片山組事件・最判平成10・4・9労判736号15頁、前掲・東海旅客鉄道(退職)事件等)。②で示された要素は、従来の裁判例に沿うものであり、改正障害者雇用促進法の事業主に対する「過重な負担」の解釈にあたっては、参考になると思われる。ただし、従来の裁判例は、長期雇用を前提とする労働者の解雇を回避するための措置として配慮義務を使用者に課す事案が多い。差別禁止の枠組みのなかでは、従来の裁判例では考慮されなかった、均等な待遇の確保や障害者の能力の発揮といった目的を勘案する必要がある。本判決が示すように、①-1と①-2を含めた総合的な判断が重要となる。

IV. 本決定の射程と改正障害者雇用促進法の意義

本件は、労使の合意の下で行われていた勤務配慮の打切り(労働条件の不利益変更であり、障害者に対する不利益取扱いとも考えられる)の事案であり、本決定の射程が、新たに勤務配慮を求める事案にまで及ぶかどうかは必ずしも明らかではない。しかし、改正障害者雇用促進法は、募集および採用の場面における配慮や、職務遂行に必要な配慮を講じるよう事業主に義務づけるものである。同法施行(2016年4月1日)後は、障害者が求める配慮が既に行われていたものなのか、新規のものなのかに関係なく、事業主に対して過重な負担を及ぼすこととならない範囲で、講じられなければならないこととなる。

特集1

産業精神保健活動に、集団力動理論を具現化する取り組み ——活動現場が「心理学的になる」ことを目指して——

白波瀬 丈一郎*

Key words

occupational mental health, Keio Employee Assistance Program, group psychodynamics, social constructionism
産業精神保健、KEAP、集団力動、社会構成主義

要約

筆者が2009年度から取り組んでいる新たな産業精神保健活動について、集団力動の視点から次の事柄を述べた。それは、基礎となるグループ・ワークの生成過程、産業精神保健活動へ応用する着想とそのための課題、具現化するための手段の開発である。最後に全体を振り返り、産業精神保健現場が「心理学的になる」ことについて考察した。その結果、「心理学的になる」とは次の状況を実現することに他ならなかった。それは、現場の一人一人が自らの考えることが社会を構成し未来の現実を生成していくことを実感できるようになり、さらにその考えに基づいて行動できるようになる状況である。

I. はじめに

心の健康問題により長期休業する労働者に対しては、厚生労働省(2012)だけでなく各企業(日本生産性本部 2011)、そして医療機関(うつ病ワーク研究会 2011)においてもさまざまな対策が行われている。しかし、その数が右肩上がりに増加する状況は現在もおおまかにおおまかにおおまかに続いている(人事院 2007; 文部科学省 2011)未だ十分有効な対策は見出されていない状況にあるといえる。

筆者は2009年度から、KEAP (Keio Employee Assistance Program: キープ) と名付けた、産業精神保健活動を実践している。KEAPでは「メンタ

ルヘルズ不調者の働く能力の再生と、彼らを取り囲む人々の働く能力の回復」をミッションに掲げて、心の健康問題により長期休業する労働者の問題に取り組んでいる。このKEAPの独自性は、その活動の中で集団力動理論の具現化を目指していることである。別言すれば、筆者の中に産業精神保健活動においても実効性があると考えるグループ・ワークの体験があり、それを実現するための手段、仕組みがKEAPである。

本論では、このグループ・ワークの生成から、産業精神保健活動へ応用するための手段、仕組みとしてKEAPを開発するまでの過程を述べ、その上で、このグループ・ワークとは如何なるものなのかを考察してみたい。

II. あるグループ・ワークの生成

そのグループ・ワークは、ある学校精神保健活動における、学生本人、両親、教員、スクールカウンセラー(以下「SC」と表記する)、そして精神科専門医である筆者によるコラボレーションを通して生成された(後藤・白波瀬 2012)。そのコラボレーション体験の概要を述べる。

急性幻覚妄想状態となったAは同級生Bに対して脅迫や威圧行為を含む暴力事件を起こした。SCと連携しつつ筆者はただちにAを医療につなげ、一方SCは教員およびBに対応した。この対応により当面の混乱は鎮静した。しかし、しばらくしてAの両親から教員に、Aの復学を希望する旨の連絡が入ったことで、教員の不安が再び顕在化した。対策を検討すべく教員、SC、筆者でミーティングをもったが、教員からの発言は「これは医学的問題で自分たちが判断できる問題ではない。だから、復学して大丈夫という専門医の判断があれば、学校としては受け入れるべきだと考える」というものに留まり、復学判断は回避され、彼らの不安はべき論の向こう側に隠されてしまった。筆者はこれに対して、復学を希望する学生に機会を提供する姿勢の重要性に賛同した上で、教員には学校を管理監督する役割、すなわち学生全員の安全を守る役割があることに言及した。他の学生やその父兄に向かって実際に言うかどうかは別として、大丈夫と胸を張れるだけの確信をお持ちだろうかと問いかけしてみた。教員たちの表情に一瞬不安が顔を出したが、「そもそも絶対などというのは不可能なことだ」という発言により、不安は再び姿を隠してしまった。筆者は「確かに世の中には絶対はないと思うが、それでもやれるだけの確認作業は行うべきなのではないか」と食いつがった。教員の一人が「確認作業って、たとえば」と発言したのに応える形で、筆者は「Aに今回の出来事に関する反省文を書いてもらい、同じことを繰り返さないために自分にどんな努力ができるかを考えてもらうのはどうか」と提案した。

すると、別の教員が「そんなことをしたら、せっかくよくなった病気がまた悪くなってしまうのではないか」と発言し、ようやく不安が話題に上った。「病状悪化を防止するために、周囲が配慮することはとても重要だと思うが、しかしAが学校に戻りたいと希望するのであれば、そのハードルを越えられるくらいの回復を求めざるをえないのでは」と応えると、また別の教員が「確かに、登校するようになればいろいろなやり取りがあり、それをこっぴど完全にコントロールすることはできないな」と賛同してくれた。その場の空気は筆者の考えに傾きかけたようだったが、ここでSCが「とはいえ、心配なことはないですか」と介入してくれた。その結果、筆者の話はよく分かるが、病気を悪化させるのはやはり忍びないとか、両親に可哀想なんじゃないかといった本音の発言が少しずつ出てきた。こうした教員の不安や懸念と一緒に考えるというやり取りを経て、次の方針が合意された。まず、筆者が本人と会い、事件の振り返りをしてよい程度に病状が回復しているかどうかを評価する。加えて、主治医にも事件の振り返りを行う必要性を伝え、その了解を得る。筆者と主治医の確認を得た上で、学校長が本人と両親に会い、以下の提案を行う。①学校としてはAの希望を是非受け入れたいと思っている、②ただし、復学すればさまざまな刺激があり再び病気が悪化する危険性があり、それをゼロにはできないと考えている、③最悪の場合、再び同様の事件が繰り返される可能性も否定できない、④最悪の事態を防ぐためにも、Aが先の事件をどのように理解し、再発予防のためにどのような対策を考えているかをまとめてもらいたい。

そして、一連の方針が実行に移された。Aが学校長の話をとても真剣に受け止めたとのことで、学校長は何よりもこのAの態度に安心した。おおよそ2週間後に提出された反省文を読み、他の教員たちもAの復学に賛成した。

復学後のAは教員たちの支援を得て安定した学校生活を送り、1年後無事卒業すると共に進学を果たした。

Activities to embody the theory of group psychodynamics in occupational mental health programs: Aiming at making the workplace "psychological"

* 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室(〒160-8582 東京都新宿区信濃町35)
Joichiro Shirahase, M.D., Ph.D.: Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine, 35, Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo, 160-8582, Japan

Ⅲ. 生成過程において認められたこと

この学校は生徒の精神衛生の重要性を十分理解しており、その理解は筆者が約10年前から月2回精神科専門医として勤務していることや、SCが週3日勤務していることに表れていた。それでも、精神病の急性発症という出来事は教員集団にとっては未知の出来事であり、不安が集団を支配した。ただし、その不安は直ちに、教師としてのあるべき論や「絶対などということとは不可能だ」といった一般論によって覆い隠され、教員集団は一見冷静さを保っているかのようだった。

そうした教員集団とのやり取りで筆者が感じたのは、「対処不能と思われる事柄の責任を負わされることへの抵抗」だった。それは、無責任さというよりも、自分たちは教員として役割を全うしなくてはならないという責任感の強さゆえに生じているように思われた。彼らはその責任感によってがんじがらめになり、全面的に責任を負うか放棄するかという極端で硬直化した思考に陥っていたようだった。そのため、当時の教員たちには自分たちに負える範囲の責任とは何かを考えることはできなかった。

筆者は、Aの病状悪化防止や他の生徒の安全の保証について教員が全面的に責任を負うのは不可能であると共に、その必要もないという考えを伝えることで、彼らの極端で硬直した思考に介入した。その上で、「ただし、それらに対して大丈夫だろうという実感を教員自身が持つための努力は最大限行うべきではないか」と提案した。この提案を含む一連のやり取りを通して、教員集団の過剰な責任感は緩和され、彼らが本来備えている主体性や創造性が回復した。そして、Aが事件を振り返りどのような再発予防に取り組むのかをAに尋ね、それを明らかにしてもらおうという、Aにも応分の責任を負ってもらうことが合意された。さらに、学校長がAと両親に復学過程の説明を行うことでリーダーシップを回復し、他の教員たちもAの復学に主体的に賛成した。

そして、このグループ・ワークは「メンバーが依存的にならず、できないことは無理しないが、できることは主体的に一所懸命取り組む」ことを実現できた体験として私の中に記憶された。

Ⅳ. 産業精神保健活動への応用可能性

筆者の産業保健活動への関わりは、1997年から週1回3時間精神科専門医としてある企業内診療所に勤務したのがはじまりである。当時の筆者は精神科医としては10年以上の経験があったが、産業精神保健の知識はほぼ皆無だった。そのため、産業医、産業保健スタッフ、人事担当者、そして職場管理監督者に教えを請い、試行錯誤を繰り返しながら、産業精神保健活動に取り組んだ。少しずつ周りが見えるようになると、自分が職場復帰過程に関わった労働者の状況が分かってきた。彼らの少なからずは病状悪化を来し再び休業した。就業を続けていたとしても、一人前の戦力として働けている人々はごく限られており、多くは保護された状況にあった。精神疾患が慢性疾患であることを考えれば、その状況も無理からぬことと自らを納得させた。ところが、さらに全体が見え、メンタルヘルス不調から職場復帰する労働者を受け入れる職場の負荷を実感できるようになると、そんなことで納得している訳にはいけなくなった。

そのため、復帰を希望する労働者に複数回面談することで病状の回復具合や、今という職場復帰準備性(うつ病リワーク研究会 2011)に相当する事柄などを詳しく確認したり、人事担当者や職場管理監督者と交流することを心がけたりした。しかしながら、期待した効果は得られなかった。その一方で、自分が職場復帰過程により積極的に関わるようになるにつれて、人事担当者や職場管理監督者との温度差を感じるが増えた。彼らにより積極的な関与の必要性を説いたりしたが、「前例がない」とか「法律的に難しい」といった通り一遍の言葉に阻まれ、彼らからより積極的な関与

を引き出すことはかなわなかった。こうした場面に直面する度に、筆者は産業精神保健活動の難しさを実感した。産業精神保健活動の現場では、筆者のような非常勤の精神科専門医はたまたまやってくるゲスト(佐藤 2006)にすぎず、主体はあくまで産業医を含めた産業保健スタッフであり、人事担当者であり、そして職場管理監督者である。精神科専門医がいくら躍起になったところで、彼らがその気にならなければ、現場は動かないのである。ただそれでも、彼らをその気にすることができれば産業精神保健活動を変えることができるのではないかと考えるようになった。先に述べた学校精神保健活動におけるグループ・ワークを産業精神保健活動でも実現できたならば、もっと創造的で生産的な活動を実現できるのではと考えたのである。

Ⅴ. 産業精神保健活動へ応用するための課題の検討

そのために、まず自らが直面している産業精神保健活動との比較で、先の学校精神保健活動を振り返り、どうして実現できたのかを検討した。

学校精神保健においても筆者はゲストであった。それでも、約10年間の勤務により一定の信頼感を教員集団から得てはいた。さらに、SCという存在があった。彼女は頻繁にそして積極的に教員集団と関わることで、新参者(佐藤 2006)としての立場を得ていた。彼女は直接的には筆者と教員集団をつなぐ通訳者としての役割を果たした。加えて、筆者が教員集団への介入戦略を考える際に、まず誰に話をもっていくのがよいなど教員集団におけるしきたりや文化についてさまざまな助言を与えてくれた。その意味で、インフォーマント(佐藤 2006)の役割も果たしていた。

このような背景の下で生じた、Aの事件が突発的で衝撃的だったことも意味があったと考えられる。不安により教員集団の思考は極端で硬直化した。その一方非常時ということで外部からの提案、すなわちゲストである筆者からの提案を受け

入れる準備性が通常よりも高まっていたと考えられる。

以上のことから、先のグループ・ワークを産業精神保健活動の現場で実現するために、筆者は次の二つの課題を抽出した。一つ目は、その現場に通訳者/インフォーマントをどのように作り出すかである。そして、二つ目は外部からの提案を受け入れる集団の準備性を如何に高めるかである。

Ⅵ. 手段、そして仕組みとしてのKEAPの開発

この二つの課題を達成するにあたってまず筆者の前に立ちはだかったのが、職場のメンタルヘルスが慢性的な問題だということである。それは深刻な問題であるものの、長年にわたって存在しているが故に産業保健活動の現場には「すでに自分たちはできることをやってきている」という思いがあり、外部からの提案を受け入れる準備性は高くはなかった。さらに、提案内容が思いついたものであればあるほど、「今のやり方が完全だとは思わない。しかし、今でもやれていることはある」というように現状維持に傾きやすい状況があった。したがって、思いついた提案を受け入れられる状況を生み出すためには、それこそ思いついた手段が必要だった。

筆者は、産業精神保健活動を従来の福利厚生枠組みで捉えるのではなく、メンタルヘルスに関連した影響を金額に換算することでそれを経営課題という枠組みで捉えるという新しいパラダイムを提案した。精神疾患による休職者に関して公表されている数字としては公立学校の教員のものがあり、在職者に対して休職者の占める割合は0.5~0.6%である(文部科学省 2011)。一方、大企業の関係者からは1%という数字がしばしば聞かれる。1万人の企業において、休職者の従業員に対して占める割合を1%、休職期間中の給与保証(傷病手当金を含む)を年間平均500万円と仮定すると、それだけで5億円という数字が出てくる。企業が被る影響はこれだけに留まらず、休職

による生産性損失、プレゼンティーズム (Loeppke 2003) としての生産性損失、職場の士気の低下による生産性低下などを加えると、さらにその金額は膨らむ。このパラダイムを経営層に説明すると同時に、その対応策としての実効性のあるプログラムを提案することで、新たな産業精神保健活動の取り組みをトップダウンの決定とし、それに権威を賦与することを試みたのである。

VII. 職場復帰支援プログラムとしての KEAP の開発

実効性のあるプログラムとして、精神疾患で休養した労働者の「レギュラー復帰」(白波瀬 2012b) という目標を明確に掲げたプログラム内容作りを行った。ここでは、職場復帰過程の標準化と可視化を行った (白波瀬 2012a)。

このプログラム内容に加えてその実効性をより高めるために、精神科専門医が週4コマ (1コマ3時間)、臨床心理士3名が週4日勤務するというチーム編成を行った (このメンバーを以下「KEAPスタッフ」と呼ぶ)。この規模は年間100例の事例に対応することが一次的な目的であるが、臨床心理士を常駐としたことには通訳者/インフォーマントとしての役割を担うという意図が含まれていた。また、チームが大きな規模になることで、現場の集団に対して存在感を示す意図もあった。

こうして、新しい産業精神保健活動の担い手である KEAP というチームは権威と共に存在感をもつという手段で、現場の集団に対する影響力を獲得し、集団が外部からの提案を受け入れるための準備性を高める課題の達成を目指したのである。

VIII. 産業精神保健の現場が「心理学的になる」ための触媒としての KEAP

以上のような用意をして2009年4月に開始した KEAP だったが、それでも現場にはあからさ

まな抵抗と密かな抵抗が存在していた。

常駐した臨床心理士は現場集団からの値踏みする視線に常に曝され、彼らに話しかけるためだけに煩雑な手続きを要求された。そして、事前の申し合わせと異なる行動を臨床心理士が取ろうものなら、筆者を含めた精神科専門医に激しいクレームが寄せられた。こうした要求やクレームに対して、KEAPスタッフは内部で議論を重ねながら、一つ一つ対応した。しかし、要求やクレームは際限がないのではと思えるほど続いた。

それでも、現場の人々と一緒に職場復帰支援を続けて半年が過ぎた頃、職場復帰を目指す労働者に対してさまざまな疑問をもった現場の人々から、KEAPスタッフに「あの人はどうしてあんなふうな考え方をするんだろうか」といった質問が寄せられるようになった。この問いに対して KEAP スタッフは精神医学的な答えを返すのではなく、その労働者のそれまでの対人関係パターンや、休職に至った経緯などと関連づけながら説明することを心がけた。そうすることで、現場の人々がその労働者を、精神疾患という得体の知れないものをもっている人ではなく、他の人々と変わらない人として理解できるよう支援したのである。彼らもまた、何かを感じ考え反応する心を持っているという意味では他の人々と何ら変わらず、ただその心の有り様が異なっているだけなのである。

こうした取り組みを続けた結果、現場の人々から「こんな率直な話をしても大丈夫なんだと知って、ビックリした」とか「メンタルで休んだ人がここまで働けるようになるとは想像もしなかった」といった声が聞かれるようになった。こうした変化に伴って、現場の人々からはあからさまな抵抗も密かも抵抗も姿を消し、彼らもまた KEAP スタッフと一緒に新たな産業精神保健活動の実現を目指す人になっていた。それは、2010年の春を迎える頃だった。

IX. 考察

相田 (2006) は、グループが病院の中にあることの利点を病棟が「心理学的になる」という言葉で表現している。その考えを援用して、筆者も産業精神保健活動の現場が「心理学的になる」という表現を用い、その過程における KEAP の役割を触媒とした。

このことを別の表現を行うならば、現場の一人一人が「社会構成主義的」(杉万 2006) になることではないかと考える。それは自らの考えることが社会を構成し未来の現実を生成していくことを実感できるようになることであり、さらにその考えに基づいて行動できるようになることだと考える。KEAP はその過程において、現場の人々が以前には想像することができなかったことを想像できるように支援するという形で触媒の役割を果たす。

今回の過程を振り返って改めて筆者が実感するのは、KEAP 導入における強引さである。新たなことを始めるためにはこの強引さが必要だったと考える一方で、その強引さは KEAP スタッフに、そして何より現場の人々に大きな負担を強いたと考える。今後は、KEAP を現場の人々に負担を強いるのではなく、現場の人々が目指すものにしていく必要があると考えている。そのための KEAP の次なる課題は、その成果を定量的に提示していくことである。その課題を達成できれば、KEAP の効果は分かりやすくなり、KEAP を我が国の産業精神保健活動の現場に広げる貢献ができると思われる。

(文献)

- 相田信男 (2006) 病院の中にグループがあるということ—その利点と注意点—, 相田信男, 実践・精神分析的 精神療法—個人療法そして集団療法—, 東京: 金剛出版, 209-217.
- 後藤かおる・白波瀬丈一郎 (2012) 学校臨床におけるコラボレーションの試み—その1—妄想状態により事件を起こした事例をめぐって—, 思春期成年期精神医学, 21(2), 144-152.
- 人事院 (2007) 平成18年度国家公務員長期病休者実態調査結果. <http://www.jinji.go.jp/kiya/0804/byoukyu-besshi.pdf>.
- 厚生労働省 (2012) こころの耳. <http://kokoro.mhlw.go.jp>.
- Loeppke, R., Hymel, P.A., Lofland, J.H., Pizzi, L.T., Konicki, D.L., Anstadt, G.W., Baasc, C., Fortuna, J. and Scharf, T. (2003) Health-related workplace productivity measurement: general and migraine-specific recommendations from the ACOEM Expert Panel. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 45, 349-359.
- 文部科学省 (2011) 平成22年度教育職員に係る懲戒処分等の状況について—資料14病休退職者数等の推移 (平成13年度～平成22年度). http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/fieldfile/2011/12/22/1314343_14.pdf.
- 日本生産性本部メンタルヘルス研究所 (2012) 第6回「メンタルヘルスの取り組み」に関する企業アンケート調査結果. <http://www.js-mental.org/images/02/enquete2012.pdf>.
- 佐藤郁哉 (2006) フィールドワーク増補版—書を持って街へ出よう—. 東京: 新曜社.
- 白波瀬丈一郎 (2012a) 境界領域としての働く場—適応と不適応—. *精神科治療学*, 27(4), 437-442.
- 白波瀬丈一郎 (2012b) 産業精神保健への、精神分析の活用—KEAP (Keio Employee Assistance Program) の実践—. *精神神経学雑誌* 電子版に投稿中.
- 杉万俊夫 (2006) グループ・ダイナミックス. 杉万俊夫 編著, コミュニティのグループ・ダイナミックス, 京都: 京都大学学術出版会, 19-86.
- うつ病リワーク研究会 (2011) うつ病リワークプログラムの続け方—スタッフのために—. 東京: 南山堂.

ABSTRACT

Activities to embody the theory of group psychodynamics in occupational mental health programs: Aiming at making the workplace “psychological”

Joichiro Shirahase, M.D., Ph.D.*

Key words: occupational mental health, Keio Employee Assistance Program, group psychodynamics, social constructionism

The author describes, from the perspective of group psychodynamics, the new occupational mental health activities which the author has been tackling since 2009, focusing on the following three points: (1) the creation process of group work, which forms the foundation of such activities, (2) the idea of applying this concept to occupational mental health activities, and (3) the development of a means of embodying this concept. In concluding the paper, the author looks back over the entire paper and discusses what it means for a site of occupational mental health to become “psychological.” The results revealed that “becoming psychological” is none other than the realization of the following situation: to have each individual at the workplace become able to perceive that his or her thoughts construct society and create the reality of the future, and to act based on his or her thoughts.

J. Jpn. Assoc. Group Psychother. 29:38-43, 2013

* Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine

特集◆職場のメンタルヘルス問題と精神医学

精神的健康の向上に加え社会的負担の軽減も目指した 職場復帰支援の取り組み

—KEAP (KEIO Employee Assistance Program) プロジェクト—

白波瀬丈一郎¹⁾ 佐渡 充洋¹⁾ 二宮 朗¹⁾
三浦 有紀¹⁾ 山本 和広¹⁾ 新井万佑子¹⁾

抄録：精神疾患は社会に大きな負担を強いている。わが国では特に、働く場で発生するアブゼンティーズムおよびプレゼンティーズムの問題が、精神疾患に関連した経済的損失の多くを占めている。したがって、この問題は精神科医療に携わる専門家と使用者が協力して可及的速やかに取り組むべき問題である。筆者らはその先鞭をつけるべく、労働者の精神的健康の向上に加え、社会的負担の軽減も目指した職場復帰支援プログラムを作成し、2009年からその実践を行いながら開発研究を続けている。このプログラムでは精神科医療の専門家が働く場に積極的に入り込むことで、職場復帰を目指す労働者だけでなく、彼らを取り巻く人々もまた安心し、かつ主体性をもって職場復帰過程に取り組むための体制作りを支援している。本論では、このプログラムの概要を報告するとともに、現状と今後の課題について述べた。

臨床精神医学42 : 1273~1280

Key words: 職場復帰支援 (return to work assist), 社会的負担 (societal burden), 内部EAP (in-house EAP)

(2013年9月10日受理)

共同研究者一覧

氏名	所属
別所 晶子	慶應義塾大学医学部精神神経科学教室
高橋 智子	慶應義塾大学医学部精神神経科学教室

1 「働く能力」に注意を向けること

企業の精神科専門医という役割で職場復帰面談を行う際に、復帰を希望する労働者に「主治医は、あなたの今の状態で十分働けると判断しておられるのでしょうか」と問う。「主治医は、自分の役割は病気をよくすることであって、働けるかどうかの判断は会社がすべきこととおっしゃいます」といった類の答えに出会うことが少なくない。確かに多忙な診療業務の中、さらに会社の様子も把握できない状況では、患者の「働く能力」を責任をもって判断することは実際困難な作業であ

り、この主治医のような考えも無理からぬ部分がある。とはいえ、使用者の側がその判断ができるかといえば、それも難しい。「復帰してきた人に業務を与えて、それで具合が悪くなら、責任を問われるのではないですか」という現場の声が、その難しさを象徴している。使用者としては、精神をわずらった労働者も仕事に戻る以上は一定の

業務役割を担ってもらいたいという考えをもってはいる。もってはいが、病状悪化を怖れるあまりに腫れ物に触るような対応となり、実質的にほとんど業務を与えることができない状況すらある。

こうした主治医の考え方や使用者の対応もいたし方ない部分がある。しかし、「働く能力」(ここでは、その労働者が職場において求められる業務役割を継続して果たせることと定義する)が不十分のまま職場復帰し、その結果病状を悪化させて再び休業する労働者や、休みはしないものの期待される役割期待を果たせぬまま漫然と制限勤務を続ける労働者をみると、この問題の深刻さを痛感する次第である。この問題の解決には、精神科医療に携わる専門家と使用者とが互いに1歩踏み出す必要があると考える。

世界保健機構によれば、「健康とは肉体的、精神的、社会的に完全に良好な状態であり、単に病気でないとか虚弱でないということではない」²⁾。この定義に従うならば、働くことは健康の重要な構成要素であると考えられる。人は働くことで生活の糧を得て自らの生活を豊かにできるだけでなく、自らが社会に貢献している感覚を得ることで自尊心や自己効力感を獲得できる。精神疾患に罹患した労働者が「働く能力」を回復することは、彼らの健康回復という面でも重要な課題である。したがって、精神科医療に携わる専門家は、その実践をどこまで医療の範囲で行うかはまず置くとして、自らの専門性として精神疾患の改善だけでなく患者の「働く能力」の改善まで視野に入れる必要性があると考えられる次第である。

2 社会的負担としての側面からみた精神疾患

精神疾患は社会に大きな負担を強いている。The Global Burden of Disease studyによると、精神障害および行動障害は、あらゆる疾患によって生じる社会的な負担の7.4%を占めていると報告されており³⁾、特に先進国において、その影響は大きなものになっていると考えられる。たとえばイギリスではすべての傷病休暇の40%は精神疾患によるものであると報告されている⁴⁾。日本においても精神疾患による経済的な損失は莫大であ

り、統合失調症、うつ病性疾患、不安障害による疾病費用はそれぞれ2.8兆円、3.1兆円、2.4兆円と推計されている^{5,6)}。その中でも特に産業精神保健の分野で問題となることが多いうつ病性障害や不安障害では、間接費用の半分以上が、アブゼンティーズム(疾患に伴い欠勤が生じている状態)やプレゼンティーズム(就業はしているが、疾患に伴い生産性が低下している状態)といった職場で発生する損失で占められていることが明らかになっている⁷⁾。

したがって、職場における生産性の損失を改善することは精神疾患による社会的な負担を軽減する最も重要な要素の1つといえる。その方法としては、新たな疾患の発生を予防する1次予防、できるだけ早期に治療を開始し早期寛解を目指す2次予防、そして職場復帰した労働者が再休養しないように支援する3次予防が考えられる。しかし、治療が主に医療機関で行われることを考えると、職場の介入として考えられるのは、1次および3次予防に限られるであろう。職場における介入として1次予防が重要なのはいうまでもなく、産業保健領域で幅広く研究も実施されてきている。一方で精神疾患が再燃・再発を起しやすという事実を考えれば、精神疾患による長期休養後、職場復帰を果たした労働者に対する再燃・再発予防のための施策もまた重要であることは明白であろう。

そのためには、どのような労働者の再燃・再発、再休養のリスクが高いのかを把握することや、職場におけるどのような介入が実際に再燃・再発、再休養予防に効果的なのかを理解することが必要になると思われる。また、単に、再燃・再発をアウトカムにするのではなく、生産性に直結する再休養などをアウトカムにした研究の知見を得ることが重要にもなる。しかし、これらは、そう簡単なことではない。

精神疾患の再燃・再発のリスクファクターについては数多くの研究が実施されている。具体的にはうつ既往歴、症状の残存、心理社会的な機能の低下などがそのリスクファクターとして報告されている^{8-10,12,14,20)}。ただし、これらの研究はあくまで医療の場面で病状をアウトカムにして実施さ

A return-to-work assistance approach designed to reduce societal burden through improving individual mental health—KEAP Project—

¹⁾ SHIRAHASE Joichiro, SADO Mitsuhiro, NINOMIYA Akira, MIURA Yuki, YAMAMOTO Kazuhiro and ARAI Mayuko
慶應義塾大学医学部精神神経科学教室 (〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35)

れたものである。職場における生産性に直結する再休養などをアウトカムにしたリスクファクターについては、オランダでの研究報告が若干認められる程度でほとんど報告がない⁸⁾。

また、介入効果に関する研究についても同様のことがいえる。再燃・再発をアウトカムにした介入の効果検証については、すでに数多くのものが実施されているが、再休養をアウトカムとした職場での介入効果に関するRCTについては、これを見つけることができない(ただし、精神疾患が理由で休職中にある患者に、早期復帰を目的とした介入の効果を検証しているRCTは、いくつか認められている^{5,20)})。

このように、精神疾患による社会的損失が大きな問題となっているにもかかわらず、長期休養から復帰した労働者について、再休養のリスクファクターや、そのリスクを低下させるための効果的な介入についての研究が、国際的にもあまり行われていないということは不思議であるが、その要因の1つに日本と諸外国の雇用環境の違いが影響している可能性が考えられる。日本の、特に大企業の正社員では休職期間が数年与えられていることも珍しくない。一方日本以外の諸外国では、そこまで長い休職期間が認められることは稀なようで、筆者らが知る限りその期間は、数か月程度であることも珍しくない。このように休職期間が短いと、精神疾患で長期休業した労働者が復帰する機会は相対的に少なくなると考えられる。また、無理に復帰しても、その後再び休業し、最終的には退職せざるをえないケースが多いのではないかと推測される。以上の状況にある諸外国では、3次予防より、1次予防に注力するのも自然な流れではないかと思われる。その例として、ヨーロッパを中心に展開しているPRIMA-EFモデルなどをあげることができる¹⁵⁾。

いずれにしても、精神疾患によって長期休養した労働者が職場復帰を果たす際に、職場でどのような介入をすれば再燃・再発を防ぐことができるのかについては、効果的な介入法がまだ確立されていないのが実情である。

このような現状をふまえ、筆者らが属する慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室および慶應義

塾大学ストレス研究センターでは、KEAP (KEIO Employee Assistance Program: キープ)という職場復帰支援プログラムを作成し、日本の実情に合った、より効果の高い復帰支援プログラムの開発に取り組んでいる。

3 KEAP作成のプロセス

筆者らは、精神疾患による経済的損失を改善するための対策として、実効性が見えやすいという理由から3次予防、すなわち職場復帰支援に取り組むことを選択した。

続いて、各自の精神科専門医としての企業での勤務経験に基づいて、現在の3次予防が十分に効果をあげられない要因について議論した。その結果、精神疾患の直接的影響としての働く能力の障害と、関係者間のコミュニケーション障害を抽出した。関係者間のコミュニケーション障害には、主治医と使用者との間のコミュニケーション障害や、精神疾患をもつ労働者と彼らを取り巻く職場の人々との間のコミュニケーション障害が含まれる。

主治医は、患者である労働者およびその家族からの情報とその希望に基づいて判断せざるをえないのが現状であるが、その判断は使用者が労働者に求める「働く能力」とは解離していることが多い。平成21年に改訂された「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」でもこの点が重視され、プライバシー保護に十分配慮したうえで、主治医と使用者との間で積極的に情報交換することが奨励されている¹⁰⁾。それでも、守秘義務の問題に加えて双方の理解不足により、十分なコミュニケーションは行われていない状況が存在している²⁰⁾。このコミュニケーション障害により職場で適切な配慮が行われないならば、労働者にとっても使用者にとってもその不利益は大きい。

職場の人々にとって精神疾患はまだまだ馴染みのないものである。そのため、通常なら労働者と職場の人々との間で自然と交わされていたコミュニケーションも、精神疾患をもつ労働者となった途端ぎこちなくなることがある。精神疾患の悪化を心配するあまりに、労働者と職場の人々

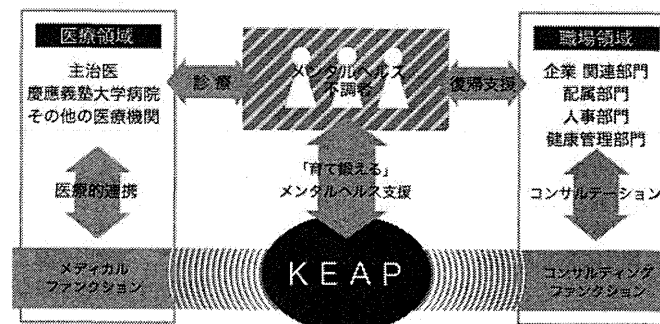


図1 KEAPの全体イメージ

の間で話し合いがもたれることなく漫然と軽減勤務が継続されている場合などがその例である。こうしたコミュニケーション障害もまた、職場での適切な配慮を損なうことになる。この問題を解決するために、厚生労働省では、職場でのメンタルヘルスに対する啓発や支援を積極的に行っている^{8,10)}。また、筆者らも管理監督者の研修会などでこの問題を取り上げてきた。しかし、その効果は限定的であるというのが筆者らの共通した実感だった。

このような議論と経験をふまえて、筆者らはコミュニケーション障害の改善に実効性のある職場復帰支援プログラムを目指して、KEAPを作成した。

4 KEAPの概要

KEAPの全体のイメージは図1に示したとおりである。KEAPの主な機能は、コンサルティングファンクション、メディカルファンクション、そして「育て鍛える」メンタルヘルス支援の3つである。コンサルティングファンクションでは、職場復帰を目指す労働者についての精神医学的な評価に基づいて、管理監督者、人事担当者、さらに産業保健スタッフに対して、当該労働者への接し方や業務の与え方、配置などに関する相談のの。さらに、職場環境を改善する必要がある場合はその指摘を行い、改善を促す。メディカルファンクションでは当該労働者の主治医と連携して、職場

の様子や職場復帰システムなどを情報提供するとともに、治療に関する情報を得る。そうすることで、精神医学的な意味で労働者が仕事に戻って差し支えない状態まで回復することを支援する。コンサルティングファンクションとメディカルファンクションは一定の独立性を担保しつつも、労働者の職場復帰支援という共通目標に向かって協働する。さらに、このような職場領域と医療領域の理解とサポートを受けながら、KEAPは当該労働者に対して「育て鍛える」メンタルヘルス支援を行う。

5 「育て鍛える」メンタルヘルス支援

KEAPでは、「育て鍛える」メンタルヘルス支援を実施するにあたって、まず職場復帰過程の標準化と可視化を行った(図2参照)。通常勤務までの職場復帰過程を、休養・治療期、職場復帰準備期、試し出勤期、復帰後支援期の4つのフェーズに分けて、それぞれのフェーズにおいて目指すべき目標を明確にした。ここでは「骨折して故障者リスト入りした野球選手がレギュラー復帰する過程」という喩えを用いて説明している。休養・治療期では治療に専念する。精神症状が改善したら、リハビリを開始して日常生活が普通に送れることを目指す。その達成を経て、試し出勤に入り、職場環境においても同様に安定した状態を維持できることを確認する。加えて試し出勤期では、復帰を目指す労働者と管理監督者が中心となって、通常

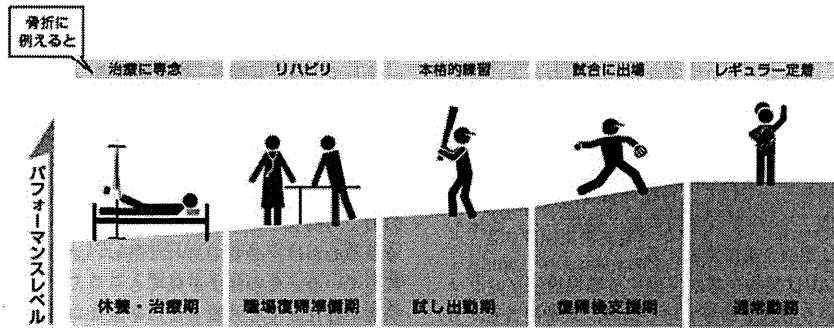


図2 職場復帰過程の標準化と可視化

勤務の業務内容を具体化するとともに、一定期間でその通常勤務に到達するためのプランを作成する。続く復帰後支援期では、このプランに基づいて、病状悪化をきたすことなく段階的にステップアップしながら、通常勤務に到達することを目指す。さらに、各フェーズで労働者、管理監督者、人事担当者、産業保健スタッフが担うべき役割を明確化したクリティカルパスも作成することで、職場復帰に関わる人々が職場復帰過程全体を俯瞰しつつ、今自分が果たすべき役割は何かをすぐに認識できるようにした。それによって、すべての人が不安を感じることなく主体的に職場復帰過程に関われること、ひいては自然なコミュニケーションの実現を促すことを目指している。

KEAPは、職場復帰可能である旨の主治医診断書と労働者の職場復帰希望が出された時点、すなわち職場復帰準備期の途中から支援を開始することが多い。ここでは、精神症状の評価を行うとともに、活動記録や作業課題などを用いて日常生活リズムや活動量、さらに作業能力の回復程度を確認する。加えて、今回の休業に至った過程の振り返りを通して、再燃・再発をきたさないための課題の抽出に取り組み、その課題解決を目指す。この作業は、職場復帰準備期あるいは試し出勤期においてしっかり行われることもある。しかし、いざ一通りの再発予防策に留まることも少なくない。その場合は、労働者は復帰後支援期でプラ

ンについていけなくなる体験を通して初めて再発予防のための課題を実感する。

その意味で、職場復帰過程の標準化と可視化は、あくまで「育て鍛える」メンタルヘルズ支援を実行するための枠組みであり、標準化したとおりに進むこと自体は目的ではない。その過程から逸脱したり躓いたりする体験により、労働者自身が取り組む必要のある再発予防のための課題を実感することを重視している。KEAPスタッフは、復帰後支援期での労働者の躓き体験を、その人がその企業で働き続けていけるための課題と位置づけて、課題解決を支援していく²⁰⁾。

6 KEAPの体制

KEAPは慶應義塾大学と企業が委託契約を結ぶというかたちを取っている。すなわち、契約企業が自社の職場復帰プログラムとしてKEAPを導入し、その実行をKEAPスタッフに依託するという仕組みである。そこでKEAPスタッフが担う役割は医療者ではなく、精神医学などの専門知識をもったコンサルタントである。したがって、この業務は医療ではなく、EAP（従業員支援プログラム）業務に準ずるものである。EAP事業者の多くは、労働者が「相談したことが会社に知られてしまうのでは」といった不安を抱くことなく安心して相談できることを重視して、企業の外部にある相談支援機関という形態（外部EAP）をとってい

る。これに対してKEAPでは、労働者と関係者とが一丸となった職場復帰の実現を目的としているため、関係者より緊密な連携を取れるように企業の内部で活動する形態（内部EAP）を取っている。具体的には、従業員数10,000人規模の企業を対象として、精神科専門医2名、臨床心理士3名の体制をとっている。各精神科専門医は週2コマ（3時間/コマ）ずつ契約企業に勤務する。臨床心理士は契約企業に常駐する。

KEAPは契約企業が実施する職場復帰プログラムという形式をとっているため、人事担当者が労働者にプログラムの概要を説明し、プログラムへの参加の同意を得る。そのうえで、人事担当者から支援依頼書が提出され、精神科専門医と臨床心理士がベアを組んで担当となり、支援が開始される。まず、担当臨床心理士が管理監督者、人事担当者、産業保健スタッフからヒアリングを行い、休業に至った経緯、過去の休業回数などの情報を得る。次に、職場復帰を目指す労働者と面談して、事例の概要をまとめる。このまとめに基づいて担当の精神科専門医と臨床心理士で情報共有を行い、今度は精神科専門医と臨床心理士2名で労働者と面談して、主に精神医学的評価を行う。その後は、臨床心理士が週1回の頻度で労働者と面談して、①労働者の日常生活リズム、活動性、作業能力の程度の評価確認、②今回の休業エピソードの振り返りに基づいた再発予防策の策定を行う。以上の結果を受けて、試し出勤に対する専門医意見書を精神科専門医が作成する。意見書には、精神医学的観点からみた妥当性に加え、労働者への対応の仕方、再発予防策からみた今後の見通しなどの内容が含まれる。以上の作業を1カ月間を目処に実施する。

続いて、労働者、管理監督者、人事担当者、精神科専門医、臨床心理士が一堂に会して専門医意見書を中心に情報共有を行い、4週間の試し出勤を開始する。試し出勤中は、臨床心理士が週1回定期的に労働者との面談を実施するとともに、必要に応じて管理監督者や人事担当者と連携して、労働者の状態確認と復帰後プラン作成の進捗具合の確認を行う。試し出勤終了時に精神科専門医と臨床心理士とで労働者と面談して、試し出勤中の

状態をもとに職場復帰に対する専門医意見書を作成する。

そして、再び労働者、管理監督者、人事担当者、精神科専門医、臨床心理士が一堂に会して、復帰後支援期に向けて情報共有を行う。なおKEAPでは、この一堂に会する機会を含めさまざまな場面を利用して、精神科専門医や臨床心理士が関係者の前で労働者との率直なコミュニケーションをとるよう心がけ、必要であれば厳しい話もするようにしている。その様子を見てもらうことで、精神疾患が存在しても労働者とは率直なコミュニケーションが可能であることを関係者に知ってもらうことが目的である。ただし、精神科専門医が厳しい役割を担う時は、臨床心理士が支持的な役割を担う（逆の配役の場合もある）という対応を行い、労働者に過剰な負担がかからないための配慮も行っている。

復帰後支援期でも、臨床心理士と精神科専門医が定期的に面談を実施する。加えて、臨床心理士が常駐することで、復帰後の労働者が体調を崩したり、管理監督者が対応に困ったりした場合に迅速に対応できるようにしている。こうした体制を整えることで労働者、管理監督者、人事担当者が安心して職場復帰過程に関われるようにしている。

7 今後の課題

筆者らは、以上のような取り組みによって、職場復帰に関わるすべての人々が過剰な負担を感じることなく、労働者の「働く能力」の回復を目指すことのできる職場復帰支援に取り組んでいる。

2009年から従業員数10,000人規模の企業と委託契約を結び、KEAPを実践してきた。その結果は、時点休業者の人数や職場復帰後の生存曲線といったかたちで得られており、筆者らは一定の効果をあげることができていると考えている。しかしながら、その数字を具体的に提示することはできない。それは、KEAPの成果発表は自社の精神保健の現状を公表することにつながる可能性があるという認識が、企業側にあるためである。この企業に限らず、自社の精神保健の現状を公表することに対して、企業は一般に慎重な態度であ

る。それは、精神疾患に関する数字の公表は企業に対するマイナスイメージに直結するといった考えが存在しているためではないだろうか。こうした懸念は、過重労働問題や精神障害の労災補償、さらには「追い出し部屋」報道²⁾などを考えれば無理からぬことと思える。そう思えるが、それでも、真に効果的な職場復帰支援の方法を解明するためには、この状況を変えていく必要がある。

筆者らは、KEAPの契約企業を増やし、複数の企業のデータとして匿名化を高めることで成果発表の道を探る考えである。そして、こうした取り組みが精神医療に携わる専門家と企業、そして労働者による前向きな取り組みであることを社会に発信していくことが重要であると考え。さらに、社会と企業、そして労働者の理解を得ながら、研究の質をより高めていく取り組みも続けていく考えである。そして、真に効果的な職場復帰支援の方法を解明する。

文献

- 1) 朝日新聞：限界にっぽん—出向という名の「追い出し部屋」—。2013年7月14日朝刊。
- 2) Conradi HJ, de Jonge P, Ormel J : Prediction of the three-year course of recurrent depression in primary care patients : different risk factors for different outcomes. *J Affect Disord* 105 : 267-271, 2008
- 3) Gonzales LR, Lewinsohn PM, Clarke GN : Longitudinal follow-up of unipolar depressives : an investigation of predictors of relapse. *J Consult Clin Psychol* 53 : 461-469, 1985
- 4) Gopinath S, Katon WJ, Russo JE et al : Clinical factors associated with relapse in primary care patients with chronic or recurrent depression. *J Affect Disord* 101 : 57-63, 2007
- 5) Hees HL, Koeter MW, Schene AH : Predictors of long-term return to work and symptom remission in sick-listed patients with major depression. *J Clin Psychiatry* 73 : e1048-1055, 2012
- 6) Judd LL, Akiskal HS, Maser JD et al : Major depressive disorder : a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *J Affect Disord* 50 : 97-108, 1998
- 7) Keller MB, Lavori PW, Lewis CE et al : Predictors of relapse in major depressive disorder. *JAMA* 250 : 3299-3304, 1983
- 8) Koopmans PC, Bültmann U, Roelen CA et al : Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *Int Arch Occup Environ Health* 84 : 193-201, 2011
- 9) 厚生労働省：「労働者の心の健康の保持増進のための指針について」。http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/roudou/an-eihou/dl/k060331001a.pdf
- 10) 厚生労働省：「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」の改訂について。http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzenisei28/
- 11) 厚生労働省：こころの耳—働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト。http://kokoro.mhlw.go.jp
- 12) Mueller TI, Leon AC, Keller MB et al : Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry* 156 : 1000-1006, 1999
- 13) Murray CJ, Vos T, Lozano R et al : Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380 : 2197-2223, 2013
- 14) Pintor L, Torres X, Navarro V et al : Is the type of remission after a major depressive episode an important risk factor to relapses in a 4-year follow up? *J Affect Disord* 82 : 291-296, 2004
- 15) Psychosocial Risk Management Excellence Framework. www.prima-ef.org.
- 16) 労働者健康福祉機構：メンタルヘルス対策支援事業。http://www.rofuku.go.jp/yobo/mental/tabid/111/Default.aspx
- 17) 佐渡充洋, 稲垣 中, 吉村公雄ほか：精神疾患の社会的コストの推計。平成22年度厚生労働省障害者福祉総合推進事業補助金事業実績報告書。Edited by 厚生労働省, 東京, 2011
- 18) Sado M, Inagaki A, Koreki A et al : The cost of schizophrenia in Japan. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2013
- 19) Shiels C, Gabbay MB, Ford FM : Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. *Br J Gen Pract* 54 : 86-91, 2004
- 20) 白波瀬丈一郎：企業におけるうつ状態—主治医と経営者はなぜ手を結べないのか—。治療 93 : 2443-2446, 2011
- 21) 白波瀬丈一郎：境界領域としての働く場—適応と不適応—。精神科治療学 27 : 437-442, 2012
- 22) Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Adèr HJ et al : Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder : a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. *Occup Environ Med* 70 : 223-230, 2013
- 23) Winokur G, Coryell W, Keller M et al : A prospective follow-up of patients with bipolar and primary unipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 50 : 457-465, 1993
- 24) World Health Organization : WHO definition of health. http://www.who.int/about/definition/en/print.html.

* * *

フランス労働医の権限拡大と「信頼」の起源

大東文化大学非常勤講師

鈴木俊晴

すずき としはる

I はじめに

1. フランス労働医制度¹⁾

「フランスにおける労働医は、わが国の産業医に相当するものである」と説明されることもあるが、その選任形態および職務内容は大きく異なる。フランスにおける労働医(médecin du travail)とは、医師免許を取得したのち、原則としてさらに4年間、労働医学²⁾の教育・研修課程を経た、労働医学に関する高い専門性を備えた医師のことである。労働医は、「労働保健機関(service santé au travail)」という機関に勤務しながら労働者にサービスを提供しているが、フランスでは、労働者全員に労働医によるサービスを提供するため、すべての企業で労働保健機関の設置が義務付けられている(労働法典L. 4622-1条(以下、法典名を明記しない場合は労働法典の条文を指す))³⁾。労働保健

機関には、ひとつの企業が単独で設置する単一企業労働保健機関(service santé au travail autonome, 以下、「単一機関」と呼称する)と、いくつかの企業が共同して設置する企業共同労働保健機関(service santé au travail interentreprises, 以下、「共同機関」と呼称する)がある。いずれの労働保健機関を設置するかは、基本的には企業規模により決まる⁴⁾。

労働医は、使用者あるいは共同機関の委員長との間で労働契約を締結することで労働保健機関に勤務することとなるが、使用者等から独立した立場で職務を遂行できるように、様々な手当がなされている。まず、使用者等が労働医を選任あるいは解任する際には、労使の代表者による同意が必要となる。すなわち、単一機関の場合は企業委員会(comité d'entreprise)の、共同機関の場合には企業共同委員会(comité d'interentreprises)または監督委員会(commission de contrôle)

の同意が必要となる(L. 4623-4条, R. 4623-5条, R. 4623-18条)。このほか、労働医は職業的独立性を保ちながら職務を遂行すべきことが規定されている(L. 4623-8条, R. 4623-15条)。

労働医は、職務遂行においても強い権限が与えられている。労働医の職務内容は多岐にわたるが、たとえば、労働医は労働環境の監視あるいは調査等のため、作業場(lieu de travail)に自由に立入ることができる。また、労働者の健康診断は原則としてすべて労働医がおこなうこととなっているほか、労働者が傷病に陥った際には、この労働医が就労可能性がないと判断しない限り、使用者は、当該労働者を、傷病を直接の理由として解雇することはできないこととなっている(以下、労働医が有するこの機能を「適格性判定機能」と呼称する)。仮に労働医の判断なしに解雇した場合には、それは無効となる。労働医の就労可能性判定が法的に義務付けられている、世界にも類をみない独自の法制度をもっているのである。

2. 本稿の主題と構成

以上のように、広範な権限をもつフランス労働医であるが、近年、労働環境等の変化を受けて、その権限はさらに拡大される傾向にある。では、なぜフランスでは、労働医にこれほどまでに権限を集中させる傾向にあるのだろうか。そこには、われわれが単に制度内容を眺めただけでは分からない、労働医制度の本質的役割、あるいはフランス社会が労働医制度に期待する社会的責務のようなものが隠されているのではないだろうか。

そこで本稿では、このような問題意識を出発点として、なぜ労働医がフランス社会においてこれほどまでに信頼され、強力な権限が与えられているのかについて、単に制度概要を眺めるにとどまらず、その歴史的起源を探

ることを通じて、労働医制度の法制度的位置付けを探ることを目指したい。

具体的には、IIにおいて、フランスにおける近年の労働環境の変化およびその問題点を指摘するとともに、これに対応するため労働医の職務内容がどのように変化しているのかにつき、概観する。そしてIIIにおいて、なぜ労働医が社会からこれほどまでに信頼されているのかを探るため、歴史的視点も踏まえその法制度的位置付けを明らかにしたい。最後にIVでは、本稿を概括するとともに、わが国における産業医制度の位置づけについても簡単に触れることとする。

II 労働医の権限拡大とその背景

1. 背景

労働医制度を変革すべきとの議論が生じた背景には、労働者の安全と健康をめぐるさまざまな変化がある。なかでも最も大きな要因とされるのが、労働環境の変化による新たな傷病の増加である。国際競争の激化にともなう労働環境の過酷化、新しいテクノロジーの導入、あるいは集団的労働関係の衰退による労働関係の個別化などを原因として、フランスでもここ20年ほどのうちに、精神疾患や筋骨格系(musculo-squelettiques)疾患の増大が認められている⁵⁾。また、有期雇用、在宅勤務、テレワークといった労働形態の多様化、また深夜労働の増加などにより、傷病のリスクファクターを調査することが困難となっているなどの問題点も指摘されている。このほか、労働者の転職が増え、労働者の流動性が増していることから、石綿被害など、長期的な被害調査、労働環境調査を要する傷病の調査が非常に困難となっていることも問題視されている⁶⁾。

また、労働医改革の背景には、EECの1989年6月12日理事会指令(Council

5) 現在、労働医によってなされる不適格認定の4分の1以上が、精神疾患を原因とするものである。GOSSELIN (H.), *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives*, rapport pour le ministre délégué à l'Emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, janvier 2007, pp. 14-15.

6) DELLACHEME (C.), *L'avenir de la médecine du travail*, avis et rapport du conseil économique et social, 2008, p. 12.

1) フランス労働医制度の概要については、拙稿「フランスの雇用関係における労働医制度の機能と問題点」季労231号130頁(2010年)のIIを参照。

2) わが国における「産業医学」に相当する学問分野である。

3) フランスの労働法典は、法律(Loi)と命令(Règlement)の2部によって構成されている。法律は国会が制定する。命令は、大統領および首相がデクレ(décret, わが国の政令に近似する概念)によって制定する法規のことであり、おおまかにいえば、わが国の施行令に相当するものである。労働法典では、法律は「L」、命令は「R」または「D」と表記される。なお、Rはコンセイユ・デタの機を経たデクレ(décret pris en Conseil d'Etat)、Dはそれを経ない単純デクレ(décret simple)である。制定法の種類について詳しくは、滝沢正『フランス法 第3版』(三省堂、2008年)204頁および264-276頁参照。

4) 従来は労働者が2200人以上いる企業、あるいは、1年あたりの健診の数が2134件以上ある企業の場合に単一機関の設置が義務付けられていたが、(旧D. 4622-5条, 旧R. 4623-19条)、2012年の改正により、労働者が500人以上いる企業の場合に単一機関の設置が義務付けられることとなった(D. 4622-5条)。

Directive)⁷⁾ が1991年にフランス国内法化された影響があることも否定できない⁸⁾。これは、加盟国の労働における安全・健康を促進することを旨とし、安全衛生の最低基準等を定めるものである。この影響により、労働における安全及び健康を「公衆衛生 (santé publique)」の一環として位置づけ、労働環境を改善し、傷病を未然に防ごうとする動きが強まった⁹⁾。このような潮流の根底には、人間にとって労働は生活の重要な部分を占めるものであり、また、労働条件あるいは労働環境などは労働者の職業生活や私生活に重大な影響を与えるのみならず、環境など企業外にも大きな影響を与えるものであることから、労働環境を保全することは社会的にも極めて重要であるとの認識があるものと思われる¹⁰⁾。

このような背景事情をもとに、現在、労働医制度に関する法改正が順次進められている。改正点は多岐にわたるが、主なものとしては、「労働医の負担軽減」および「労働保健機関の学際化」の2点が挙げられる。

2. 労働医の負担軽減

労働医の勤務時間のほとんどが健康診断に充てられてしまい、作業場立入りなど、それ以外の職務を遂行する時間がなくなってしま

っていることは、ずいぶん前から指摘されていた。そこで、このような状況を解消し、労働環境を改善することによる集団的な傷病予防を優先するため、1979年3月20日のデクレ¹¹⁾によって、少なくとも勤務時間の3分の1以上は、作業場立入りなど現場での活動に充てるものとされた(旧R. 241-47条)。しかし、この規定が作られたのちも、労働医の健康診断に係る負担が目立った変化はなかったといわれている¹²⁾。

そこで、2004年7月28日のデクレ¹³⁾によって、労働医の健康診断にかかる負担を減らすための様々な規定が設けられた。まず、労働医ひとりあたりの年間健診回数は3200回を超えてはならないものとされた。また、ひとりの労働医が、強化医療監守¹⁴⁾下にある労働者を3300人以上受け持つことができないこととなった。このほか、共同機関の場合には、労働医ひとりが受け持つ企業あるいは事業場の数が450を超えてはならないものとされた(旧R. 241-32条)。さらに、このデクレでは、これまで1年ごとに行われるべきとされていた定期健診が、2年ごとに改められた(旧R. 241-49条)。これは、健診の中でも特に定期健診の負担があまりにも重すぎることから、その改善が図られたものである¹⁵⁾。

さらに、2012年1月30日のデクレ¹⁶⁾では、

労働医の負担を軽減するため、各種健診の対象者が減らされたり、健診が一部簡略化された。たとえば定期健診は、原則は2年以内の間隔で実施するが、労働者の健康を十分に調査することができるという条件付きで、労働保健機関の同意により、2年を超える間隔で実施することができるようになった。ただしこの場合には、1年ごとに看護師による面談および学際的調査をおこなわなければならないとされている(R. 462416条)。

3. 労働保健機関の学際化

近年の傷病の多様化および、長期的な労働環境調査の要請に対処するため、労働医と他の専門家が連携するなど、学際的な保護システムの構築が必要となる。そこで、2003年6月24日のデクレ¹⁷⁾により、「職業上のリスク予防のための介入者 (Intervenant en Prévention des Risques Professionnels : IPRP)」という制度が導入され、労働保健機関はIPRPに職務のサポートを申し出ることができることとなった(旧R. 241-1-1条以下)。IPRPとは、技術的、組織的、医学的な専門知識をもち、労働医の活動を補佐して職業上のリスクの予防および労働条件の改善をおこなう、国の承認を得た自然人あるいは法人のことである。人間工学、毒物学、産業衛生学をはじめとした様々な専門家が想定されている¹⁸⁾。このIPRPに労働医の任務の一部を補佐させることで、労働医の負担軽減をはかるとともに、学際的なアプローチを要するような職業上のリスクに対しても有効に対処できるようにすることを目指した。

また、前述の2004年7月28日のデクレでは、ある一定の要件のもと、労働保健機関に「医療技術委員会 (commission médico-technique)」を設け、労働医とIPRPその他の構成員が労働保健機関の活動方針等につき協議することとした。すなわち、少なくとも

労働医が3名以上いる労働保健機関では、医療技術委員会が、労働保健機関の職務の優先順位について提案したり、委員会のメンバーによっておこなわれる学際的な性質をもった活動を提案することとした。また、労働保健機関の医学的、技術的および組織的な権限について、あるいは、労働保健機関の設備、作業場での活動や健康診断の方法、各種の調査および啓蒙活動の方法について、適宜、助言をおこなうことも、この委員会の任務とされた。医療技術委員会の構成員は、使用者あるいは労働保健機関の委員長あるいはその代理人、当該労働保健機関の労働医、IPRPあるいはその代表者などである。委員会は、使用者あるいは労働保健機関の委員長によって召集され、少なくとも1年に3度開催しなければならない。委員会は議論の結果を毎年、企業委員会、事業所委員会、企業共同委員会、監督委員会などに報告しなければならない(旧R. 241-28-1条)。

その後、2011年7月20日法¹⁹⁾では、IPRPの関与形態および職務が変更された。従来との最も大きな相違点は、共同機関では少なくとも1人以上のIPRPを「内部IPRP」として雇用しなければならないことである(L. 4622-8条)。もともと、この内部IPRPには、従来のような国による承認を得ていない者でも就任できることとした。一方、外部IPRPについては従来と同様、国による承認を得た自然人または法人である必要がある。職務内容については、従来は「もっぱら予防の観点から、労働者の安全と健康の保護および労働条件の改善に参加する」とのみ記載されていた(旧R. 241-1-1条)。これが2012年のデクレでは、「この枠組みのもと、診察、カウンセリング、付き添い、支援などのサポートをするほか、調査結果を労働医に伝える」ことが付け加えられた(R. 4623-38条)。IPRPの職務をより具体化して記載すること

7) Council Directive 89/391 EEC of 12 June 1989. たとえば、その5条1項では、「雇用主は労働に関するあらゆる局面において、労働者の健康と安全を保障する義務を負う」と規定されている。

8) 旧L. 230-2条(現L. 4121-1条)以下。

9) DELLACHERIE (C.), *op. cit.* note 61, p. 13.

10) *Id.*, p. 17.

11) Décret n° 231-79 du 20 mars 1979.

12) AMAUBER-LATTES (M.-C.), *Pénurie de médecins du travail et visites médicales obligatoires*, Dr. soc., 2011, p. 352.

13) Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004.

14) 強化医療監守とは、以下の一定の部に属する労働者につき、一般の労働者よりも多く、少なくとも2年に1回以上の頻度で健診をおこなうことである(R. 4624-19条)。対象となる労働者は、①18歳未満の者、②妊婦、③障害をもつ者、④その他、一定の化学物質等にさらされている者などである(R. 4624-18条)。労働医は、強化医療監守に必要な診断の種類と回数を決定する権限を持つ(R. 4624-19条)。

15) このことをうかがい知ることできる。以下のようなデータがある。L'ACMSというparisienne地方の共同機関では、2005年の1年間に742,890件の定期健診を行わなければならないが、しかし、実際にはその半分ほどしか実施することができず、結局375,634件しか行われなかった。このデータは2005年のものなので、2004年のデクレが影響しているところもあると思われるが、少なくとも、労働医にとって定期健診の負担がいかに大きなものであるかを伺い知ることができる。GOSSSELIN (H.), *op. cit.* note 51, p. 23.

16) Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012.

17) Décret n° 2003-546 du 24 juin 2003.

18) Circ. DGT n° 13, 9 novembre 2012.

19) Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011.

で、学際的アプローチを促進するねらいがあったものと思われる。

4. 労働医の権限拡大

以上の改革により、労働医の職務の一部を他の機関が補助することも可能となった。このことから、今後は労働医の権限は縮小されていくようにも思える。しかし、近年の法改正をみても、労働医の権限はむしろ拡大されているとみるべきである。

前述の2011年法では、労働医は、法によって規定され保障された職務的独立性を保ちながら職務を遂行できる旨規定された(L. 4623-8条)。もちろん従来から、医師一般の職務遂行における独立性を規定する法律は存在しており²⁰⁾、また、労働医についても、命令のレベルでは職務遂行上の独立性は保障される旨規定されていたが(R. 4623-15条)、この法改正により、法律のレベルでもそのことが確認された。

また、これまで共同機関がどのようなメンバーで構成されるかについては労働保健機関の委員長に決定権限があったが、前述の2011年法により、労働医がイニシアティブをとってコーディネートすることとなった(L. 4622-8条)。そして、前述の2012年のデクレでは、労働医はその責任のもと、職務の一部を看護師や学際的な機関に割り振ることができるようになった(R. 4623-14条)。

以上のとおり、2011年から2012年におこなわれた改革では、労働医の職務遂行上の独立性が高められるとともに、労働医が企業の健康管理体制そのものをマネジメントできるようになった。労働医に対しては、労働者の健康管理に関する企業あるいは社会全体のニーズを的確に把握し、ふさわしい労働保健機関を自ら作り上げるといふ、極めて高度な役割をも期待されるようになっていく。

5. 労働医に対する「信頼」

以上みてきたように、労働医の権限はますます拡大される傾向にある。フランスにおいて、企業の健康管理体制は、常に労働医を中心に組立てられているのである。労働医に対して、極めて高い社会的信頼が寄せられていることが分かる。

ではなぜ、フランスでは労働医に対して、これほどまでの信頼が寄せられ、高度な社会的役割が期待されているのだろうか。この点に関しては、ひとつには、労働医になるためには原則として、医師免許を取得したのち、4年間の教育研修を経なければならず、高い専門性が担保されている点が挙げられるだろう。しかし、それ以外に、私たちが労働医の制度内容を表面的に見ただけではなかなか見えてこないような、労働医に与えられている法制度的位置付けのようなものも、影響を与えているのではないだろうか。

そこで以下では、労働医の法制度的位置付けを探るため、フランスの労働医制度がどのような歴史的変遷を経て形作されたのかをみることにする。

III 労働医の起源

1. 適格性判定機能の誕生

フランスにおいては19世紀後半ごろから、労働災害を防止し、労働環境の改善をめざす動きが本格的になっていった。当時の安全衛生に関する法規としては1898年の労災補償法規の制定が象徴的であるが、その5年前の1893年6月12日に、工業部門の事業所を対象にすでに労働安全衛生法規が誕生していた²¹⁾。この法律に基づくデクレ²²⁾により、特定の有害業務に従事する労働者に対する健康診断が規定され、医師が書面により病気の兆候

の有無を証明することとなった。そして、この医師の診断により病気の兆候が見られた労働者は、労働現場から排除された。当時、すでに医師による健康診断を実施していた企業も一部にはあったようであるが、年少者の保護²³⁾という観点を除いて、医師による健康診断を義務付けた規定はこれらのデクレが初めてであった。したがって、これらデクレにより、医師による適格性判定機能が法的にも創設されたと見ることができる。ただ、健診にあたる医師は、使用者と契約を結んだ一般の医師であり、職務遂行における独立性・中立性が保障された存在ではなかった²⁴⁾。

また、これらデクレの制定と時を同じくして、労働者の健康を保全するため、労働医学の必要性が議論されはじめたとされる。もっとも、一連の議論は、健康状態の悪い労働者を選別し企業から排除するという観点から人々の健康を捉える点で、優生学的視点と密接に結びついたものであった²⁵⁾。

2. 第一次世界大戦の影響

第一次世界大戦の戦時下に入ると、フランスにおいても大量の軍需関係物資を製造する必要が生じた。そこで、弾薬工場、兵器工場などを中心に、テーラーシステムを導入した大規模工場で大規模生産が行われるようになった。しかしその結果、労働者の労働環境は以前にもまして過酷化してしまい、結核などの感染症も増大した。また、労働力不足も深刻となったことから、女性が工場労働者として駆り出されるとともに、植民地諸国などから移民を大量に受け入れるようになった。このような事情のもと、人的資源を確保し、工場

内で効率的かつ安定的に労働力を提供できるよう、工場の衛生管理および労働者の健康管理をすることが、政府などにより意識されるようになっていった。

当時の軍需大臣であったアルベール・トマ(Albert Thomas)²⁶⁾は、1915年、国営の弾薬工場や兵器工場に医療サービスを提供できるようにシステムを整備した。1916年には、軍需工場において医学的視察をおこなうようにした。

また彼は、イギリスをモデルとして、労働監督組織を発達させた。当時、この監督組織の任務のひとつは、さらなる労働力不足を防ぐため、女性労働者の出産を奨励することであった。そこで、乳幼児のための授乳室を設けるなど、女性のための労働環境の整備が進められた。また、工場内の衛生及び「風紀」を維持することも、監督組織の任務とされた。そのため、優生学的観点から女性労働者と移民労働者との間の種の混血を防いだり、性病を防止したりするための労働管理も進められた。

このように、第一次世界大戦をきっかけとして、労働現場の安全衛生環境を管理監督しようという動きが強まったが、それは同時に、健康診断等を通じて労働者の傷病を予防しようとする動きにもつながっていった。アルベール・トマは、軍需工場の労働者が健康診断を受診できるよう、パリ地区に10か所の無料診療所を設けた²⁷⁾。また、北アフリカなどの植民地においても、労働者を本国に移送する前に健康診断等を実施するための機関を設置した。

このほか、1917年には、職業病を予防する

20) 医師倫理典95条、公衆衛生法典R. 4127-5条など。

21) 工業部門以外の他の事業所についても、1903年7月11日法により適用が拡大された。GOSSELIN (H.), *op. cit.* note 5), p. 6.

22) たとえば、鉛を扱う労働者を対象に健康診断をおこなうことを規定した1909年12月28日のデクレなど。BUZZI (S.), DEVINCK (J.-C.) et ROSENAL (P.-A.), *La santé au travail 1880-2006*. Éditions La Découverte, 2006, p. 16.

23) 1813年のデクレでは、10歳未満の炭鉱労働者について、労働契約の締結前に医師の診断を受け、身体的な適格性があることを証明すべきとされた。また、1892年法では、12~13歳の年少者が就労するためには、就学義務とともに「身体的に適格性があることの証明書」の作成を要求した。GOSSELIN (H.), *op. cit.* note 5), p. 5.

24) 健診にあたる医師の独立性を担保するため、当時は、当該医師を公務員にすべきとの議論もあったが、採用されなかった。BUZZI (S.), DEVINCK (J.-C.) et ROSENAL (P.-A.), *op. cit.* note 22), p. 17.

25) GOSSELIN (H.), *op. cit.* note 5), p. 6.

26) 戦前のフランスにおいて活躍した社会主義者、政治家。Albert Thomasの経歴については、アルベール・トマ(松本重治訳)『労働史講話』(日本労働協会, 1974年) 379頁以下参照。

27) BUZZI (S.), DEVINCK (J.-C.) et ROSENAL (P.-A.), *op. cit.* note 22), p. 19.