

論 説

## デンマークにおける産業精神保健対策に関する法制度の研究 —労働環境法と疾病手当法を中心として—

井 村 真 己

はじめに

- |                                       |                           |
|---------------------------------------|---------------------------|
| I. デンマークにおけるメンタルヘルス対策の展開              | 1. 疾病手当法の概要               |
| 1. メンタルヘルスに関する問題状況                    | 2. 職場復帰に関する調査研究           |
| 2. 政府による行動計画の展開                       | V. その他の関連する枠組             |
| II. 心理社会的労働環境の改善による企業のメンタルヘルス対策—1次予防面 | 1. コペンハーゲン心理社会調査 (COPSOQ) |
| 1. 労働環境法の概要                           | 2. 労働市場における医療情報等の利用に関する法律 |
| 2. 職場リスク評価の方法                         | むすびにかえて                   |
| 3. 労働環境監督署による査察のプロセス                  |                           |
| III. 話し合いによる職場環境の改善—2次予防面             |                           |
| IV. 疾病手当法に基づく復職手続—3次予防面               |                           |

### はじめに

現在、わが国では長時間労働による過労や職場の人間関係などを理由として、労働者が鬱病をはじめとする精神障害を罹患して休職に追い込まれ、最悪の場合には自殺するなどの事例の増加が指摘されており、これに伴って精神障害を理由とする労災補償申請が増加の一途をたどっている<sup>1)</sup>。

こうした状況に対して、厚生労働省は、メンタルヘルス対策への取組として、厚生労働省は、2000年8月に「事業場における労働者の心の健康づくりの指針」を、またこれを改訂する形で2006年3月には「労働者の心の健康の保持増進のための指針」をそれぞれ策定し、2010年9月には、厚生労働省労働基準局による「職場におけるメンタルヘルス対

<sup>1)</sup>厚生労働省が発表した2012年度「脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況まとめ」によれば、2012年度の精神障害を理由とする労災申請件数は1,257件、支給決定件数が475件(39%)となっており、支給決定件数は過去最多を記録している。また、不支給決定に対する処分取消により新たに支給決定した件数も34件のぼっている。また、これらの申請のうち自殺(未遂も含む)については、申請件数が169件、支給決定件数が93件(45.8%)となっており、ここでも支給決定件数が過去最多を記録している。

策検討会報告書<sup>2)</sup>」を公表している。この報告書では、メンタルヘルス不調者の把握とその後の適切な対応のために、労働安全衛生法により義務づけられている年1回の一般定期健康診断に併せて、ストレスに関連する労働者の症状などについて医師が確認した上で、必要に応じて産業医と面談を行い、産業医が使用者に対して時間外労働の制限や作業転換などについて意見を述べることとし、使用者はこれに対応して労働時間の短縮を行う場合には産業医の意見を労働者に示して了解を得るための話し合いを行うべきであると提言しており、これに対応したパンフレットを作成・改訂<sup>3)</sup>するなど、メンタルヘルス不調者のスムーズな復職に向けて労使双方のメンタルヘルス問題への認識の浸透を図っている。

また、各企業においてもメンタルヘルス対策への取り組みが進められてきているが<sup>4)</sup>、産業医の関わり方や上司(管理職)による部下への対応など、まだまだ手探りでやっている部分が多く、確固とした方法論が確立されているとはいえない状況であるといえ<sup>5)</sup>、労働者が健全な職場環境の下で働くことを可能とするために被用者へのメンタルヘルス対策への取り組みが急務となっている。

一般にメンタルヘルスの問題については、被用者がメンタル不調に陥ることを予防するための職場環境の構築(1次予防)、メンタル不調者の早期発見(2次予防)、メンタル不調者の復職と再発予防(3次予防)という3つの側面から検討する必要がある、それぞれの側面において、

<sup>2)</sup> 報告書の本文については、<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000q72m-img/2r9852000000q7tk.pdf>>を参照。

<sup>3)</sup> 厚生労働省・中央労働災害防止協会「改訂心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援への手引き」(2010年9月)<<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/101004-1.pdf>>を参照。

<sup>4)</sup> 先進的な取り組みを行っている企業の実例については、「職場のメンタルヘルス対策—その最新動向と取り組み」ビジネス・レイバー・トレンド2011年7月号(2011年)22頁以下を参照。

<sup>5)</sup> 前掲註4)18頁以下において、高尾総司医師による「業務遂行レベルに着目した新しいメンタルヘルス対応」が紹介されているが、ここでは「メンタルが悪いか否か」と「仕事ができているか否か」の2つの問題を混同してきたことがメンタルヘルス問題への対応を難しくしてきていると指摘しており、問題解決型のアプローチが提唱されている。

どの程度の法的介入を行うべきかについては、慎重な検討を必要とする。この点について、デンマークにおけるメンタルヘルス対策は、基本的にはわが国と同様に労働における安全衛生確保という枠組の中で、いわゆるPDCAサイクルに準じた形で心理社会的労働環境(psychosocial working environment)<sup>6)</sup>について職場のリスク評価を行うことを使用者に義務づけるという1次予防を中心とした仕組を採用している。これは、使用者が労働者との協力の下で職場に内在する問題を把握してその改善を図ることを目的としており、その実施状況について行政機関である労働環境監督署による査察を通じて、法の履行を確保していこうとすることでその特徴をみることができる。また、メンタル不調となった被用者の職場復帰についても立法・行政が積極的な役割を担っており、この点についても先進的な取り組みを行っているといえよう。

本稿の著者は、厚生労働省科学研究費による共同研究に参画し、その補助を受けて2013年1月にデンマークを訪問し、デンマークのメンタルヘルス対策の現状について労働組合、使用者団体、政府関係者などの関係当事者へインタビューを行う機会を得た。本稿は、上記研究費による研究成果として、デンマークにおけるメンタルヘルス対策に関する法的枠組について検討を行うことをその目的とするものである。

<sup>6)</sup> 心理社会的労働環境とは、WHOによれば、被用者の精神的肉体的健康に影響を及ぼすような企業内で日常的に明示されている労働組織、企業文化(態度、価値観、信条、慣行)を含むものと定義されている。See WORLD HEALTH ORGANIZATION, HEALTHY WORKPLACE FRAMEWORK AND MODEL: BACKGROUND AND SUPPORTING LITERATURE AND PRACTICES, (Library Cataloguing-in-Publication Data 2010) at 91 available at <[http://www.who.int/occupational\\_health/publications/healthy\\_workplaces\\_background\\_documentdfinal.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_background_documentdfinal.pdf)>.

## I. デンマークにおけるメンタルヘルス対策の展開

デンマークは、人口約 554 万人ほどの小国であるが、労働政策、社会保障政策の領域においては先進的な取り組みを行っている国として知られている。特に(1)柔軟な労働市場、(2)充実した失業保障、(3)積極的労働市場策のゴールデン・トライアングルを基礎とするフレキシキュリティ・モデルについては、近年わが国でも検討すべき制度として多くの文献で論じられるようになってきている<sup>7)</sup>。こうした取り組みを可能としている法文化的背景として、小国であるがゆえに国力を維持していくには限りある人的資源を最大限に活用していかなければならないため、それに対応した労働市場を構築・維持していくのに必要な投資を労働政策および社会保障政策として行うべきであるとの認識が政府・労働者・使用者間で一定程度共有されていること、実際の政策制定過程においては、常に政労使間での話し合いにより、その合意に基づいて政策が展開されていること、などの点が挙げられよう<sup>8)</sup>。

こうした社会状況を踏まえて、デンマークにおけるメンタルヘルスに関する問題状況と、政府による施策の展開について見ていくことにする。

<sup>7)</sup> デンマークの雇用政策に関する邦語文献として、根本到「デンマークにおける求職者の生活保障と就労支援制度」季労 232 号 54 頁 (2011 年)、菅沼隆「デンマークの労使関係と労働市場」社会政策 3 巻 2 号 5 頁 (2011 年)、嶋内健「デンマークの積極的雇用政策」社会政策 3 巻 2 号 22 頁 (2011 年)、山田久「北欧労働市場の特徴と日本へのインプリケーション」翁百合・西沢和彦・山田久・湯元健治『北欧モデル：何が政策イノベーションを生み出すのか』(日本経済新聞出版社・2012 年) 54 頁以下などを参照。

<sup>8)</sup> もっとも、2008 年のリーマン・ショック後は、デンマークにおいても社会保障政策の切り下げが主張されるようになっており、こうした法文化にも変化が生じているようである。このようなデンマーク社会の「影」について論じたものとして、鈴木優美『デンマークの光と影：福祉社会とネオリベラリズム』(リベルタ出版・2010 年) がある。

## 1. メンタルヘルスに関する問題状況

デンマークにおいては、一般的にメンタルヘルスに問題を抱えている国民の比率が比較的高いことが指摘されている。たとえば、デンマーク国立労働環境研究センター (National Research Centre for Working Environment, デンマーク語: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 以下では NRCWE と略す)<sup>9)</sup> 内の研究グループが 2010 年 4 月に発表した「メンタルヘルス、病気休暇および職場復帰に関する調査報告および勧告 (Mental Health, Sickness Absence and Return to Work, デンマーク語: Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde)」<sup>10)</sup> によれば、デンマークにおける成人人口のうち、メンタルヘルス問題を抱える人の比率は、他のヨーロッパ諸国と比較して 12% から 27% ほど高いとされている<sup>11)</sup>。

また、この報告書によれば、被用者がメンタル不調となる要因として、いじめ、脅迫、トラウマ、勤務時間の長さ、仕事量、感情的負荷などが挙げられているが、メンタル不調の結果として生じる疾病手当や障害年金の受給者数の増加などにかかる費用は、年間 55 億デンマーク

<sup>9)</sup> NRWCE は、それまで設置されていた国立安全衛生機構 (National Institute of Occupational Health, デンマーク語: Arbejdsmiljøinstituttet) を 2006 年に改組して設立されたものであり、健康および安全に関する学術的なハブとして、雇用担当大臣やソーシャル・パートナー、企業や労働安全衛生コンサルタントなどが健康や労働状態に関する専門的知見を提供する機関として設置されており、所属する研究者が、Scandinavia Journal of Public Health, Scandinavia Journal of Work, Environment & Health といった北欧系の学術雑誌に最新の研究成果を発表している。

<sup>10)</sup> VILHELM BORG, METTE ANDERSEN NEX, IDA VIKTORIA KOLTE AND MALENE FRIIS ANDERSEN, HVIDBOG OM MENTALT HELBRED, SYGEFRAVÆR OG TILBAKEVENDEN TIL ARBEJDE (April 2010), at 5, <<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/nyheder/arkiv/2010/~media/Boeger-og-rapporter/hvidbog-mentalt-helbred.pdf>>. また、本報告書は、英語による要約がまとめられている。NATIONAL RESEARCH CENTRE FOR THE WORKING ENVIRONMENT, MENTAL HEALTH, SICKNESS ABSENCE AND RETURN TO WORK - SUMMARY, MAIN CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS (April 2010), <<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~media/Boeger-og-rapporter/summary--mental-health--sickness-absence-and-return-to-work.pdf>>.

<sup>11)</sup> *Id.*

クローネ(約 950 億円)に達すると推計されている<sup>12)</sup>。こうした面からは、職場におけるメンタルヘルス対策は、デンマーク社会全体にとって重要な政策課題であり続けているといえよう<sup>13)</sup>。

このようなデンマークにおけるメンタルヘルスに関する問題状況は、わが国との類似性を示すものといえよう。以下では、かかる問題状況に対してデンマークがどのような取り組みを行ってきたかについて、デンマークの政府機関が公表している各種報告書などを踏まえてその概要を素描する。

なお、デンマークにおけるメンタルヘルス対策への先進的取り組みと評価される政策は、政府、使用者団体、労働組合という三者間において労働施策を構築していくというデンマークの伝統的法文化に則って、労働災害やそれに伴う疾病休暇取得の減少ためにいかなる法政策を展開すべきかという話し合いの中で導入・展開されてきたものであり、メンタルヘルス対策に特化した政策としてというよりは、むしろ労働安全衛生の領域において従来から問題とされてきた領域と並列的に位置づけられているにすぎないことに注意が必要である。

<sup>12)</sup> この点に関連して、デンマークでは 1980 年には人口 100,000 人あたり 35 人が自殺するという自殺率の高さが社会問題となってきたが、自殺手段に対する対策、デンマーク社会における社会的文化的な安定性の増大、電話でのカウンセリングや精神科に関する緊急窓口の利用の増加などを背景として、1980 年をピークとして減少傾向にあり、2009 年には人口 100,000 人あたり 9.9 人と、EU 各国の平均を下回るまでに至っている(わが国の自殺率は、2011 年の統計で 100,000 人あたり 23.8 人である)。EU 諸国におけるメンタルヘルス対策に関する資料としては、DIRECTORATE-GENERAL FOR HEALTH AND CONSUMER PROTECTION, MENTAL HEALTHPROMOTION AND MENTAL DISORDER PREVENTION ACROSS EUROPEAN MEMBER STATES: A COLLECTION OF COUNTRY STORIES (2nd Ed. 2004), <[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_projects/2004/action1/docs/action1\\_2004\\_a02\\_30\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_a02_30_en.pdf)> を参照。また、自殺率に関する最新の統計データについては、*Death due to suicide, by sex*, EUROSTAT, <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00122&plugin=0>> を参照。

<sup>13)</sup> See *supra* note 10) at 5. その内訳としては、90% を病気休暇、早期退職、能力の減少が占めており、医療にかかる費用は 10% にすぎないとされている。

## 2. 政府によるアクションプランの展開

### (1) 「クリーンな労働環境へのアクションプラン」

デンマークにおいては、1996 年 4 月に雇用担当大臣、労働環境監督署がソーシャル・パートナー<sup>14)</sup>と協力して、2005 年までの 10 年間における安全衛生の改善に関する枠組と具体的なアクションプランを設定することを目的として「クリーンな労働環境へのアクションプラン (Action Program for the clean working environment 2005, デンマーク語: Handlingsprogram for et rent arbejdsmiljø år 2005)」と題するアクションプランが公表された<sup>15)</sup>。

本アクションプラン策定の背景として、デンマークでは、労働に関する安全性は他国と比較して高いとされており、労働災害を回避するための努力を続けているにもかかわらず、1994 年の段階で 47,500 件以上の労働災害および 15,500 件の職業上の疾病が報告され、労働環境の状態が良好とはいえないという状況が指摘されていた<sup>16)</sup>。こうした状況に対して、本行動計画においては、「すべてのデンマーク企業は、その将来像として人々を第一としつつ持続可能な発展のための競争的基礎として、(労働の)創造性、質、生産性のための安全で健康的で刺激的な枠組を提供しなければならない」とし、労働事故や危険・有害物による健康障害、重量物運搬等に伴う筋骨格系障害、労働における心理社会的危険に起因する健康障害の減少・排除のために必要な施策について設定すべきことを掲げたものである。

また、本行動計画策定にあたっては、1995 年 4 月にソーシャル・パートナー、雇用担当大臣 (Minister of Employment, デンマーク語:

<sup>14)</sup> ソーシャル・パートナーとは、その使用される文脈によってさまざまな意味をもちうるが、デンマークにおいては「労使」を意味することが多い。

<sup>15)</sup> HANDLINGSPROGRAM FOR ET RENT ARBEJDSMILJØ ÅR 2005, <[http://www.amr.dk/Files/Filer/AMR/Arkiv/Handlingsplaner/Handlingsprogram\\_for\\_et\\_rent\\_arbejdsmiljo\\_ar\\_2005.pdf](http://www.amr.dk/Files/Filer/AMR/Arkiv/Handlingsplaner/Handlingsprogram_for_et_rent_arbejdsmiljo_ar_2005.pdf)>. デンマークにおいて安全衛生に関して包括的な行動計画について合意したのは今回が初めてである。

<sup>16)</sup> *Id.* at 1.

Beskæftigelsesminister)、労働環境監督署 (Working Environment Authority, デンマーク語: Arbejdstilsynet) の代表により構成された委員会が、心理社会的労働環境に関して、労働環境監督署の役割と方法に関して詳細な調査を行い、雇用担当大臣に勧告を行っている。この委員会では、企業、使用者、労働組合、労働環境監督署など労働環境の領域に関与する当事者が、心理社会的労働環境に関連する問題をいかに取り扱うべきかについての提案がなされている<sup>17)</sup>。それによれば、心理社会的労働環境のリスク要因は、企業の経営上の決定に関連している要因 (賃金、昇進、雇用の不安定性、職場におけるいじめ、ハラスメントなど) と被用者の労働状況に直接間接に関連している要因 (反復労働、暴力のリスク、単独労働、シフト労働、バーンアウト) とに分類し、前者については、被用者や安全衛生の専門家と協力しつつ、企業が自身で解決すべき要因であり、後者については、労働環境監督署が介入すべき要因であるとしている<sup>18)</sup>。本行動計画により、労働環境法をはじめとする関連立法についてさまざまな改正が行われた。行動計画の報告書<sup>19)</sup> に示された 2004 年までの法改正の概要は以下の通りである。

|        |   |
|--------|---|
| 1997 年 | <ul style="list-style-type: none"> <li>●すべての企業に書面での職場リスク評価を義務づけ<sup>20)</sup></li> <li>●5名以上の被用者を雇用する企業に安全衛生委員会の設置を義務づけ</li> <li>●安全衛生の専門家のための 37 時間の新しい訓練モデルの策定</li> <li>●労働安全衛生コンサルタントに関する質的な保証制度の導入</li> <li>●労働安全衛生コンサルタントに関するテストスキームと評価の導入</li> <li>●産業別安全衛生評議会 (branchesikkerhedsrådene, BSR) を 11 の産業別労働環境評議会 (branchearbejdsmiljøråd, BAR) へと改組</li> <li>●労働環境基金 (Arbejdsmiljøfondets) の任務を産業別労働環境評議会と労働環境評議会へと再割当</li> <li>●単一の組織としての労働環境監督署の編成</li> <li>●新しい苦情申立制度の導入</li> <li>●独立した研究機関として国立安全衛生機構の設立</li> </ul> |
| 2000 年 | <p>労働環境改善のための努力を強化するために企業に対して経済的インセンティブを与えるための包括的パッケージの構築が行われた。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●常勤被用者数を基礎とした一般安全衛生税 (arbejdsmiljøafgift) および労災委員会 (Arbejdsskadestyrelsen) により課された補償および損害賠償を基礎とした税金の導入</li> <li>●特に良好な労働環境であることを証明した安全衛生認証を受けた企業については、当該企業が一般的安全衛生上の義務のために費やした金額を補助金として受け取れる可能性を認めるという認証および補助金制度の導入</li> <li>●特に多忙な産業部門における労働環境の監督のために手数料徴収制度の導入</li> </ul>  |
| 2001 年 | <ul style="list-style-type: none"> <li>●社会心理的労働環境を含む労働環境上の主要領域における法違反に対する過料決定の権限を労働環境監督署に与える</li> <li>●サービス提供事業者が労働環境法の下で有する義務について提供者責任 (Udbyderansvar) の肯定<sup>21)</sup></li> <li>●建造物所有者の責任の厳格化</li> <li>●労働安全衛生コンサルタントが健康促進のために行うことのできる範囲の拡大。2001年財政法により、4年間でデンマークのすべての企業へ安全衛生コンサルタントを展開することが決定された</li> </ul>  |
| 2002 年 | <ul style="list-style-type: none"> <li>●一般安全衛生税の廃止</li> <li>●一般労働安全税に対する補助金の廃止</li> <li>●10名未満の被用者を雇用する企業に対して安全衛生委員会の設置義務の廃止</li> </ul>   |

<sup>17)</sup> *Id.* at 14.

<sup>18)</sup> *See id.*

<sup>19)</sup> ARBEJDESTILSYNET, 10 ÅR MED HANDLINGSPROGRAMMET RENT ARBEJDSMILJØÅR 2005 (February 2007), at 5-7, <http://arbejdstilsynet.dk/~media/at/at/07-arbejdsmiljoe-i-tal/03-overvaagning/10-aar-med-handlingsprogrammet/rapport%20pdf.ashx>.

|       |   |
|-------|---|
| 2002年 | <ul style="list-style-type: none"> <li>●手数料徴収による監督制度の廃止</li> <li>●いじめに関する労働協約モデルを作成し、セクシュアル・ハラスメントを含む職場でのいじめの事例を監督し処理する権限を当事者に与える労働協約の交渉を当事者へ許可する<sup>22)</sup></li> <li>●私宅における非営利的性質の労働に対する監督権限の限定</li> </ul>   |
| 2004年 | <p>「被用者と企業にとっての良好な労働環境 (Et godt arbejdsmiljø for medarbejdere og virksomheder)」と題する労働環境法の改正が行われた。<sup>23)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●どの企業が労働環境監督署による監督を必要とするか決定するために、被用者を雇用するすべての企業は、今後7年の間に査察を受けること</li> <li>●労働安全に関する援助を必要とする企業に対して、労働安全衛生コンサルタントの利用義務づけを含む強制的コンサルティング制度の創設</li> <li>●4年をメドに企業内安全衛生サービス義務の段階的廃止</li> <li>●労働安全衛生コンサルタントについて労働大臣による認可制度の創設</li> <li>●労働監督署のウェブサイトで3種のスマイリーによる企業の労働環境の状態の表示</li> <li>●建設業の領域における労働安全衛生コーディネーターのための安全衛生教育の強化</li> <li>●労働環境監督署が企業に対して拘束力のある助言を与えることを可能とする</li> <li>●企業における職場リスク評価に病気休暇を含める</li> </ul> |

<sup>20)</sup> Gennemførelse af handlingsprogrammet »Rent Arbejdsmiljø År 2005«, LOV nr 379 af 10. juni 1997.

<sup>21)</sup> Bedriftssundhedstjenesternes arbejde med sundhedsfremme, ret for den ansatte til at forlade sin arbejdsplads ved en alvorlig og umiddelbar fare, udbyderansvar, stramning af bygherreansvaret, gebyr for tilsyn med virksomheder i arbejdsmiljømæssigt særligt belastede brancher, administrative bøder, LOV nr 331 af 16. maj 2001.

<sup>22)</sup> Ændring af regler om sikkerhedsorganisation, aftalemodel i forhold til mobning, herunder seksuel chikane, ophævelse af gebyrbelagt tilsyn, begrænsning i Arbejdstilsynets adgang til en privat bolig, LOV nr 437 af 10. juni 2002.

<sup>23)</sup> Gennemførelse af arbejdsmiljøloven »Et godt arbejdsmiljø for medarbejdere og virksomheder«, LOV nr 425 af 09. juni 2004.

(2) 「将来の労働環境に関する報告書」

上記のアクションプランに伴う法改正により、デンマークにおける現在の労働環境改善に関する制度枠組が構築されたことを受けて、デンマーク政府は2005年12月に「将来の労働環境に関する報告書 (Report in Future Working Environment 2010, デンマーク語: Redegørelse om Fremtidens Arbejdsmiljø 2010)」を発表し、2005年から2010年までの5年間における労働環境改善のための優先順位を設定した<sup>24)</sup>。この報告書は、2005年5月に発表された「将来の労働環境 (Fremtidens Arbejdsmiljø)<sup>25)</sup>」を技術的な面における基礎とし、労働環境評議会による「2010年度までのデンマークにおける全体的労働環境の優先順位に関する新国家アクションプランに関する報告書 (Oplæg til ny national handlingsplan og prioriteringer for den samlede arbejdsmiljøindsats i Danmark frem til udgangen af 2010)<sup>26)</sup>」と題する勧告により政策の優先順位と数値目標が定められ、労働環境専門家を対象とした公聴会開催による意見聴取を経て作成されたものである。

この報告書においても、労働環境監督署が毎年40,000件以上の労働災害と約12,500件の労働に関連した健康問題の報告を受けていること、また労働災害全国委員会でも毎年13,000件から14,000件の

<sup>24)</sup> DANISH GOVERNMENT, REPORT ON FUTURE WORKING ENVIRONMENT 2010- NEW PRIORITIES FOR THE WORKING ENVIRONMENT (December 2005), <<http://arbejdstilsynet.dk/da/~media/2ce5a3f790db4beca5c69c75e6086aa4>>.

<sup>25)</sup> ARBEJDSSTILSYNET, FREMTIDENS ARBEJDSMILJØ, <<http://arbejdstilsynet.dk/~media/at/at/05-information/04-andre-informationsmaterialer/fremtidens-arbejdsmiljoe-p2010/fremtidens-arbejdsmiljoe%20pdf.ashx>>. 本報告書は、労働環境監督署、国立安全衛生機構、労働災害全国委員会 (National Board of Industrial Injuries, デンマーク語: Arbejdsskadestyrelsen) 三者間の協議により労働環境に関して焦点を当てるべき問題を明らかにしたものである。

<sup>26)</sup> ARBEJDSMILJØRÅDET, OPLÆG TIL NY NATIONAL HANDLINGSPLAN OG PRIORITERINGER FOR DEN SAMLEDE ARBEJDSMILJØINDSAT I DANMARK FREM TIL UDGANGEN AF 2010 (December 2005), <[http://www.amr.dk/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=files%2Ffiler%2Famr%2Foffentlige+rapporter\%2Foplag\\_til\\_handlingsplan\\_-\\_endelig\\_-\\_13-10-05.pdf](http://www.amr.dk/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=files%2Ffiler%2Famr%2Foffentlige+rapporter\%2Foplag_til_handlingsplan_-_endelig_-_13-10-05.pdf)>.

労働災害および 2,000 件から 3,000 件の職業関連の疾病の報告を受けていることから、依然として労働環境に起因する問題が解決していないことが指摘されている<sup>27)</sup>。また、政策的優先順位の設定にあたっては、グローバリゼーションと国際的競争の拡大、サービス産業の成長、急速な技術発展、高齢化、移民人口の増加など現在のデンマーク労働市場における発展傾向と既知の労働環境の問題の継続性、伝統的な生産関連の労働環境問題により影響を受ける職種の減少、座業による職種の増加、肉体的負担のある職種の増加、職場の人員構成の変化、技術発展により発生している新しいリスク要因の可能性といった労働環境の発展傾向を考慮すべきであるとしている<sup>28)</sup>。

こうした考察を踏まえて、政府は、労働災害、心理社会的労働環境、騒音、筋骨格系障害の 4 つの労働環境問題について優先課題として数値目標を設定した。このうち、メンタルヘルス対策にとって重要な心理社会的労働環境の改善については、病気休暇の 10% 削減が数値目標として設定されている<sup>29)</sup>。

## II. 心理社会的労働環境の改善による企業のメンタルヘルス対策 —1次予防面

### 1. 労働環境法の概要

#### (1) 法の目的

デンマークにおける産業精神保健法制度は、労働安全衛生に関する一般規制を定める法制度である労働環境法 (Working Environment Act, デンマーク語: Bekendtgørelse af lov om arbejdsmiljø)<sup>30)</sup> がその中心となっている。

<sup>27)</sup> *Id.* at 2.

<sup>28)</sup> *Id.* at 3-5.

<sup>29)</sup> *Id.* at 6-9.

<sup>30)</sup> Bekendtgørelse af lov om arbejdsmiljø, LBK nr 1072 af 07. september 2010.

労働環境法は、(1) 社会における技術的社会的発展に調和した安全で健康な労働環境と (2) 使用者団体および労働組合によるガイドラインと労働環境監督署によるガイドラインと監督の下で健康と安全に関する問題を解決するための基礎を創設することを目的としており (法 1 条)、かかる労働安全衛生を、使用者、労働者、行政の三者間の協力を通じて実施すべきであると定められている (法 5 条)。

#### (2) 職場リスク評価の枠組

デンマークにおけるメンタルヘルス対策は、上述したように職場の心理社会的労働環境 (psychosocial working environment) の改善を通じて被用者のメンタル状況を改善するという 1 次予防を中心としている。労働環境法の規定上重要なのは、使用者に対して職場リスク評価を義務づける 15a 条である。同条は以下のように規定している<sup>31)</sup>。

15a 条 1 項 使用者は、事業において適用される労働の性質、労働の手段および労働のプロセスのみならず事業組織の規模にも適切な関心をとりながら、事業場における労働安全衛生の状態に関して書面での職場リスク評価の準備を確実に行わなければならない。職場リスク評価は、事業場に掲げた上で、職場リスク評価の査察を行う労働監督署のみならず、事業場内の管理者、被用者が利用可能なものでなければならない。職場リスク評価は、労働、労働の手段、労働のプロセスなどの変化に応じて改訂されなければならない。かつこれらの変化は、労働安全衛生にとって重要でなければならない。職場リスク評価は、少なくとも 3 年ごとに改訂されなければならない。

2 項 職場リスク評価は、事業場における労働安全衛生に関する問題およびこれらの問題が労働安全衛生法規に規定された予防原

<sup>31)</sup> LBK nr 1072, § 15a.

則に則していかんしてに解決されるかを含むものでなければなら  
ない。評価には以下の要素が含まれていなければならない：

1. 企業における労働安全衛生の状態の認識および位置づけ
2. 企業における労働安全衛生問題の記述および評価
3. 企業における労働安全衛生問題を解決するための優先順位  
およびアクションプラン
4. アクションプランをフォローアップするためのガイドライン

また労働環境法の具体的な施行に関連して、多くの行政命令  
(Executive Order, デンマーク語: Bekendtgørelse) が定められている  
が、上述の査察制度に関連するものとして、行政命令 96 号 (2001  
年 2 月 13 日)<sup>32)</sup> および行政命令 559 号 (2004 年 6 月 17 日)<sup>33)</sup> がある。  
行政命令 96 号は、その 6 条において「職場は、短期またはより長期  
にわたって被用者の肉体的精神的健康に影響を与える労働環境条件の  
個別のおよび全体的評価の両面を基礎として、安全および健康に関し  
て完全に適切でなければならない」と定め、職場環境に関する基本原  
則を明らかにしている<sup>34)</sup>。

また、行政命令 559 号は、労働安全衛生の改善を促進するための施  
策の導入に関する 1989 年 6 月 12 日 EU 指令 6 条 2 項<sup>35)</sup> に掲げられ  
ている予防原則を前提としつつ、デンマークにおける労働環境の改善  
のための規則を定めている。それによれば、労働は、「被用者の肉体的  
または精神的健康に影響する労働環境の肉体的、人間工学的、およ  
び心理社会的状態の全体的査定の方について、健康と安全を確保す  
るよう履行されなければならない」<sup>36)</sup>、そのために、長期または短期に

<sup>32)</sup> Bekendtgørelse om faste arbejdssteders indretning, BEK nr 96 af 13. februar 2001.

<sup>33)</sup> Bekendtgørelse om arbejdets udførelse, BEK nr 559 af 17. juni 2004.

<sup>34)</sup> BEK nr 96 § 6.

<sup>35)</sup> Council Directive 89/391/EEC of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work.

<sup>36)</sup> BEK nr 559, § 7 Stk. 1.

わたって肉体または精神の損傷の危険の要因となる可能性が高い (1)  
単純作業の回避・制限、(2) 労働の速度の制御、(3) 要因となる孤立  
した労働の回避・緩和、などの措置を講ずることが求められている<sup>37)</sup>。

### (3) 法の執行権限

労働環境法の執行に関する最高責任者は、雇用担当大臣であり、労働  
における安全衛生に関する行政上の権限を有する<sup>38)</sup>。労働環境監督署は、  
雇用担当大臣の下で実際の査察等を担当する。労働環境監督署は、中央組  
織および地方組織により構成されており、その主な権限として、(1) 企業、  
産業別労働環境評議会、労働者団体、使用者団体、および一般公衆に対し  
て、労働安全衛生のすべての問題に関するガイダンスの提供、(2) 雇用  
担当大臣の名の下での規則の策定、(3) 労働のプロセスから作業場、技  
術装置、さらには物質・材料に関して、法または行政規則に基づくライセ  
ンスの発行に関する計画の精査、(4) 本法に基づき規定された法律およ  
びその規則への遵守の確保、など労働環境法 72 条 1 項により定められて  
いる。このうち、最も重要な権限と認識されているのは、(4) の規則遵  
守確保を目的とした労働環境に関する査察制度である<sup>39)</sup>。

また、こうした実際の法の執行権限とは別に、雇用担当大臣の諮問機関とし  
て、労使の代表により構成される労働環境評議会 (Working Environment Council,  
デンマーク語: Arbejdsmiljørådet) が労働環境法 66 条に基づき設置されてお  
り、労働安全衛生分野における法政策形成に大きな役割を果たしている<sup>40)</sup>。

<sup>37)</sup> See *id.*, § 9. この他、9a 条では、セクシュアル・ハラスメントを含む暴力の結果として健  
康へ肉体的または精神的損傷の危険を内在しないことも求められている。

<sup>38)</sup> LBK nr 1072, § 69.

<sup>39)</sup> *Id.* § 72 Stk. 1.

<sup>40)</sup> *Id.* § 66 Stk. 1. 評議会は、労働組合や使用者団体の中央組織、および政府関係者の参加によ  
り設置されており、(1) 労働環境に関する目標および優先順位、(2) 労働環境評議会、産業  
別労働環境評議会 (現在建設業、重工業、小売業、農業、サービス業、福祉業など 11 種  
の産業について設立されている)、国立労働環境研究センター間で、法 68 条に規定された基金  
の分配、(3) 労働環境の問題について雇用担当大臣に対して助言を行い、必要に応じて勧告  
を行うなどの権限を有している

労働環境評議会は、労働環境に関して重要な問題につき討議を行うことができ、またその問題に関する意見を雇用担当大臣に提出することができる。評議会は、その目的のために、学際的な性格をもつ開発あるいは分析活動を開始することや<sup>41)</sup>、法の改正および新規立法に関する意見や提案、法に基づく規則の草案作成に関与することができることとされており、法政策決定前に評議会での協議を行うことを通じて、労使が法の具体的内容に関して大きく関与する余地があるということが出来る。これはメンタルヘルス対策に限らず、デンマークの労働・社会保障関係の立法における一つの特徴であるといえよう。

## 2. 職場リスク評価の方法

労働環境法 15a 条およびその関連行政命令を踏まえて、職場におけるリスク評価を行うためのガイドラインとして、「職場リスク評価の準備および評価に関するガイドライン (Vejledning om at gennemføre og revidere arbejdspladsvurdering)」が労働環境監督署によって作成されている<sup>42)</sup>。このガイドライン自体は法的な拘束力を持つものではないが、法律および規則を遵守するに当たっては、このガイドラインに基づく職場リスク評価を行うことが必要となる<sup>43)</sup>。

労働環境法に基づく職場リスク評価は、企業自身による心理社会的労働環境の評価・改善のサイクルを通じて、被用者のストレス対策の取り組みを進めることを目的としており、危険因子（労働量、速度、感情負担、夜

<sup>41)</sup> *Id.* Stk. 2.

<sup>42)</sup> Vejledning om at gennemføre og revidere arbejdspladsvurdering, AT-vejledning D.1.1 af januar 2005, <<http://arbejdstilsynet.dk/~media/at/at/04-regler/05-at-vejledninger/d-1-1-arbejdspladsvurdering/d11arbejdspladsvurderingpdf.ashx>>. 本ガイドラインについては、2009年および2010年にそれぞれ改訂されている。

<sup>43)</sup> 労働環境法に基づく職場リスク評価の概要については、小田切優子、Mette Bøgehus Rasmussen「デンマークにおける産業ストレス対策」産業ストレス研究 16号 217頁 222 (2009年)を参照。

勤・交替制勤務、暴力・脅威、いじめ・ハラスメント) ごとにガイドラインツールの活用により問題点を洗い出した上で、その改善のための対策を行っていくことが求められる。またその実施状況については労働環境監督署による査察を通じてチェックを受けることになる。ガイドラインは、職場リスク評価を行ってより良い労働環境を構築することによる利点を以下の4点に集約している<sup>44)</sup>。

- 労働災害および職業上の疾病に起因するコストの削減
- 病気休暇の削減
- 被用者の配置転換の削減
- 労働満足度、モチベーション、および生産性の向上

以下では、ガイドラインの内容についてその概要を記述する。

### (1) 職場リスク評価の要件

ガイドラインによれば、企業が職場リスク評価を遂行するに当たって必要となるのは以下の点である<sup>45)</sup>。

- 職場リスク評価は書面によらなければならない。
- 職場リスク評価は、管理職、被用者および査察官が読むことのできる場所に掲示されていなければならない。
- 職場リスク評価のプロセスに関しては、通常5つのフェーズから構成されており、各企業は、その中からもっともよく作用すると考える手法およびツールを選択しなければならない。
- 管理職および被用者は、職場リスク評価のプロセスにおいて協働しなければならない。

<sup>44)</sup> See *supra* note 42), at 4.

<sup>45)</sup> *Id.* at 5.

職場リスク評価のプロセスについては、労働環境法に基づいて設置が義務づけられている安全衛生委員会が関与することになる。このプロセスには、計画、編成、監視および評価を含むものである。安全衛生委員会の設置が義務づけられていない企業においては、被用者の代表が同様に関与しなければならない。

また、職場リスク評価を機能させるためには、(1) 労働条件の認識および対応関係の作成、(2) 問題の記述と評価、(3) 病気休暇への関与、(4) 優先順位とアクションプラン、(5) フォローアップ、という5つの要素を含む形で職場リスク評価を行わなければならないものとされている<sup>46)</sup>。

#### (a) 労働条件の認識および対応関係の作成

職場リスク評価のプロセスは、事業のすべての面における労働環境がどのようになっているかを位置づけ、評価する必要がある、この評価には事業場外での労働も含まなければならない。この位置づけに関して、ガイドライン上具体的な要件は定められていないが、少なくとも、被用者への面談、円卓会議 (Rundbordssamtaler)、満足度調査 (Trivselsundersøgelser)、質問票の配布、労働環境監督署によるチェックリストの利用、産業別労働環境評議会 (Branchear-bejdsrådene) による資料の活用などを通じて行わなければならない。労働環境に問題がある場合には、人間工学、生物学、化学、物理学、社会心理学の領域に関して問題の発生状況に応じて記述する必要がある<sup>47)</sup>。

#### (b) 問題の記述と評価

問題の認識と位置づけによって、安全に関する問題が明らかとなった場合、当事者は、当該問題について記述し、どのように解決するかを評価し

<sup>46)</sup> *Id.* at 6.

<sup>47)</sup> *Id.* 労働環境の解析については労働安全衛生に関する包括的なリストを作成する必要がある。また、企業内において労働環境に関して特段の問題が存在していない場合であっても、職場リスク評価は行わなければならないものとされている。

なければならない。この場合、企業が当該問題の本質、重大性およびその範囲について記述することが重要となる。同様に、問題の要因およびその最適な解決策について記述することも重要である。解決策については、問題の再発の回避、問題の源に向けられていること、被用者がより適切な方法で労働を行うことができるものであること、危険有害な状態について、より安全/ストレスの少ない/有害でない状態に置き換えること、できる限り多くの被用者を保護するものであること、必要に応じて被用者への教育訓練を行うこと、などが求められる<sup>48)</sup>。

#### (c) 病気休暇への関与

安全かつ健全な労働環境が被用者の長期欠勤を回避させることを可能とするということは、換言すれば労働環境に問題があれば、長期欠勤が増えるということである。したがって、職場リスク評価においては、企業の労働環境と病気休暇との関連性について明らかにすることが重要となる。この場合の評価の目的は、病気による休暇を減少することができるか否かである。病気休暇が問題となっていない場合でも、企業は労働環境が全体としての病気休暇とどのように関連しているかについて評価を行わなければならない。ただし病気休暇の評価に関しては、病気の要因は多くの場合複雑かつ個別的であることから、現実に当該職場において病気休暇を取得している被用者については職場リスク評価に関与すべきではないとされている<sup>49)</sup>。

#### (d) 優先順位とアクションプラン

安全に関する問題は早急に解決されなければならないため、企業は、安全に関する問題を把握した場合、その解決のために最良の方法を明らかにしなければならない。このアクションプランは、問題および解決策の具体

<sup>48)</sup> *Id.* at 7.

<sup>49)</sup> *Id.* at 7-8. 病気休暇については、その発生要因、増減傾向、職務部門別の発生状況について統計的データを基礎として評価を行うことが重要とされている。

的内容をそれぞれ記載することが求められる。職場リスク評価によって、健康に関する問題に被用者の安全衛生に喫緊の脅威が含まれている場合、企業は、即座に当該危険を除去するか受け入れ可能なレベルまで減少させるために必要な手段を執らなければならない<sup>50)</sup>。

(e) フォローアップ

最後に、企業がアクションプランをどのようにフォローアップするかについてガイドラインを確立しなければならない。アクションプランを実施するのに誰が責任を持つのかを明らかにしなければならず、解決策がいつどのように機能しているか見定めた上で、必要に応じてアクションプランの改訂を行わなければならない<sup>51)</sup>。

(2) 継続的な改訂と被用者への揭示

上記のようなサイクルにより作成された職場リスク評価は、職場における業務内容や被用者の職務内容に変更が生じたことにより、新たな職場リスクが発生する可能性がある場合には、継続的に再評価・改訂を行わなければならない<sup>52)</sup>。また、労働災害や病気休暇取得日数が相当数増加するなどの問題が発生している場合に、それが現状の労働環境の状態に起因するものであるのであれば、同様に随時改訂を行う必要がある。このような問題状況が存在してない場合であっても、法律上の規定に基づいて3年に1度、再評価を行わなければならない<sup>53)</sup>。

<sup>50)</sup> *Id.* at 8-9.

<sup>51)</sup> *Id.* at 9.

<sup>52)</sup> *Id.* at 9-10. この例としては、在宅勤務への変更や、生産における新しい機械や材料の導入など、労働環境の状態や労働の履行方法に関連する変更が挙げられている。

<sup>53)</sup> *Id.*

3. 労働環境監督署による査察のプロセス

上記の職場リスク評価については、それが適切に行われているか否かについて労働環境署による査察を受けなければならない。査察は、労働環境法 72 条より労働環境監督署に与えられた法遵守確保権限に基づいて行われる。この点に関して、2011 年 3 月 22 日に政府（デンマーク自由党、保守人民党）と野党（社会民主党、デンマーク人民党、社会自由党）間の 2012 年から 2020 年の労働環境に関する政策目標についての合意が「2020 年までの労働環境へのエフォートに関する戦略<sup>54)</sup>」として公表されており、この中に労働環境監督署による査察について、二段階のリスク対応方式（risk-based inspections in two tiers）により行われるべきとのイニシアティブが掲げられている<sup>55)</sup>。これは、もっとも深刻な安全衛生問題を抱えている企業に対しては、現在行われているよりも詳細な査察を行う権限を労働環境監督署に与えることを意味するものである<sup>56)</sup>。以下では、労働環境監督署による査察の実際について、その概略を述べる<sup>57)</sup>。

まず、労働環境法 15a 条が各企業に対して 3 年に 1 度の職場リスク評価を行うべきことを規定していることから、労働環境監督署による査察も概ねこのペースで行われることを基本とする。ただし、労働環境に関してよりリスクが高いと評価された企業に対しては、必要に応じてこれよりも

<sup>54)</sup> Agreement between the Danish government (Denmark's Liberal Party and the Conservative People's Party), the Social Democratic Party, the Danish People's Party and the Social Liberal Party, A strategy for working environment efforts up to 2020, 22 March 2011, <<http://arbejdstilsynet.dk/~media/at/at/12-engelsk/rapporter/2020%20engelskpdf.ashx>>.

<sup>55)</sup> *Id.* at 5-6.

<sup>56)</sup> LBK nr 1072, § 72a Stk.1. 本改正は、2011 年 6 月に可決され (Risikobaseret tilsyn, differentierede bøger, LOV nr 597 af 14. juni 2011)、2012 年 1 月 1 日より施行されている。

<sup>57)</sup> また、査察のプロセスとその効果について論じたものとして、Mette Bøgehus Rasmussen, Tom Hansen, Klaus T. Nielsen, *New tools and strategies for the inspection of the psychosocial working environment: The experience of the Danish Working Environment Authority*, 49 SAFETY SCIENCE 565 (2011).

短いサイクルで行われる場合もありうるとされる。また、査察のための使用者への訪問は、予告なしで抜き打ち的に行われるのが原則であるが、実務上は、査察に際して使用者側が提供すべきデータの準備に時間を要することや使用者の繁忙期などに配慮して、大まかな訪問時期については2ヵ月から6ヵ月前には使用者側に通知している。

使用者への訪問に当たって、査察官は、(1) 使用者から提供されたデータ、(2) 被用者の労働状況の観察、(3) 質問状への回答内容の3点を中心として査察を行う。このうち、(1)については、当該資料が示すものと、実際の労働環境との間に齟齬がないかどうかを確認する。(2)については、人の配置、物の配置、被用者の労働の状態などについて観察するものであり、たとえば、ある部門の被用者が忙しく働いている状況の中で、他の部門の被用者が暇をもてあましてような状態であれば、人員の配置に問題があるものと判断される。(3)については、後述するCOPSOQの簡易版の質問状への回答から、被用者の労働環境への認識や問題状況について調査を行うことになる。

このような査察の結果、労働環境に問題がある場合には、労働環境監督署は企業に対して社会心理的労働環境に関する改善通知を行う。なお、明らかに当該企業における労働環境に問題がある場合であっても、査察官はその場での判断は行わず、持ち帰って合議の上で最終的な判断を行うものとされている。企業は、かかる査察結果に対して異議申立を行うことができる。通知を受けた使用者は、心理社会的労働環境に関する問題解決のためにアクションプランを策定し、労働環境監督署の評価を受けなければならない<sup>58)</sup>。アクションプランが労働環境監督署に承認された場合には、当該プランに沿って問題の解決を図っていくことになるが、プランが承認されなかった場合には、労働安全衛生コンサルタントから問題解決のための援助を受けることが義

<sup>58)</sup> Rasmussen, et al. *supra* note 57), at 570. その際、労働環境監督署からアクションプラン策定のためのガイダンスの提供を受けることもできる。

務づけられる<sup>59)</sup>。

上記のようなプロセスを経て行われる査察については、その主たる目的は、被用者が病気にならない、あるいは疾病を引き起こす要因の排除であり、ここでは、リスク要因を除去し、疾病を予防することが重要であって、必要以上に使用者のビジネスに介入することを目的とするものではないという点が強調されている。査察官へのインタビューから明らかとなった労働環境法への対応に問題が生じる使用者の例としては、使用者自身の認識としては法に則した対応を行っているにもかかわらず、実質的にリスク要因を排除できていない場合、あるいは法への対応を必要以上に行った結果、かえって被用者へ過負荷が生じる場合などが挙げられている。査察制度が導入された当初はこうした事例が多かったようであるが、査察官による十分な説明を通じて使用者側の理解も深まってきているようで、最近では徐々に減少しているとのことである。

なお、上述した2011年の与野党間の合意により、査察に関連して、2012年から2019年までの7年間で常勤換算(Full-Time Employees, FTE)で2名以上の被用者を使用するすべての企業に対して査察を行うべきこと、また常勤換算2名未満の被用者を使用する企業の半数についても同様に査察を行うべきことについて合意されている。このような査察範囲の拡大を受けて、査察官自身の業務量が増加しており、その労働環境の悪化が懸念されるが、この点に関しては、上司と査察官との間で話し合いにより適宜調整を行うこととされている。

### III. 話し合いによる職場環境の改善—2次予防面

職場における被用者のメンタルヘルス関連疾病の早期発見という2次

<sup>59)</sup> LBK nr 1072, §§ 12-13. 労働安全衛生コンサルタントとは、労働環境に関する分析を行い、職場の具体的なデザインを提案することを通じて企業を援助する私企業であり、通常は、企業内部に必要な労働安全衛生に関する専門家が存在していない使用者に対して、職場の労働環境について援助を行うことを主たる任務としている。

予防に関しては、デンマークでは公的な規制ないしガイダンスは設けられてはいない。ただし、そのことがデンマークにおいて2次予防に関する意識が低いということを意味するものではない。以下、現地調査を踏まえたデンマークにおける2次予防の概要を述べる。

2次予防に関連する前提として、疾病手当法に基づく給付の支給要件は、被用者が疾病により労務を提供できない場合とのみ規定されており、疾病が業務に起因するか否かは問題とされない。したがって、疾病により欠勤する被用者は使用者に対してその病名を通知する必要がなく、また使用者も被用者の復職に関連して後述する医療情報法上の要件を満たす場合でなければ、単なる欠勤についてその理由を尋ねることは原則としてはできない。実務上も、デンマークへの訪問調査で見聞した限りではあるが、一般に使用者が疾病により欠勤している被用者がどのような疾病で欠勤しているかについて問うことは、プライバシーとの兼ね合いで難しいと認識されている。

したがって、2次予防については、個々の使用者によるその雇用する被用者の労務遂行状況へのマネジメントを通じて、被用者が職場環境に起因するメンタルヘルス関連疾患に罹患しないようにするという一般的な予防が中心となり、どのような予防策がとられるかは、基本的には各企業の裁量に委ねられている。

この点につき、デンマークへの訪問調査における使用者団体、労働組合へのインタビューを通じて得られた話を総合するならば、労働環境に関連する問題に関してオープンに話し合いができる職場作りをしていかなければならないとの点については労使双方にて見解は一致しており、それを実現するための具体的な方策としては、職場におけるいじめ、暴力、脅迫、ストレスなどに関するガイダンスの作成および周知、年に1回は全員参加の話し合いの場を設けて上司と部下間、あるいは同僚間においてメンタルヘルスを含むさまざまな労働環境に関する問題について積極的なコミュニケーションをとることなどが重要視されている。こうしたコミュニケーションを通じて、上司や同僚によるメンタル不調となっている被用者への

「気づき」や「声かけ」、また被用者自身によるメンタル不調の申出ができるような職場環境の構築が可能となるものと認識されている。

また、そうした環境作りの中では、管理職によるマネジメントが重要な役割を果たすことが期待されている。最近では、管理職への昇進要件として、部下たる被用者への適切な指示・配置など従来の人的資源の管理能力に加えて、メンタルヘルスに問題を抱える被用者への対処法について講習ないし研修を受けているかが問われることも多くなってきている。このことは、管理職への評価が、業績を上げているか否かのみならず、心理社会的労働環境の改善に資することができるかという点も重視されてきていることの表れであるといえよう。

#### IV. 疾病手当法に基づく復職手続－3次予防面

##### 1. 疾病手当法の概要

デンマークにおいては、被用者が疾病により休業した場合の保障として疾病手当法（Sickness Benefit Act, デンマーク語：Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge）に基づく給付を受けることができる<sup>60)</sup>。

疾病手当法は、(1) 疾病による欠勤に対する所得保障の支給、(2) 疾病による欠勤者ができる限り早期の復職を可能とするための援助、(3) 疾病を減少・予防するための地方自治体、企業等の協働を支援すること、をその目的としており<sup>61)</sup>、単なる社会保障給付としての規定のほか、疾病により欠勤している被用者の職場復帰に関する規定も設けられている点に特徴がある。

疾病手当の支給対象となるのは、被用者、自営業者、失業者、労災被災

<sup>60)</sup> Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge, LBK nr 653 af 26. juni 2012. なお、本稿脱稿後に、これ以降の改正をまとめたものが、LBK nr 87 af 28. juni 2013として制定されているが、本稿の記述は2012年の立法をベースとしている。

<sup>61)</sup> *Id.* § 1.

者等であり<sup>62)</sup>、自らの疾病により労務を提供できなくなった者に対してその休業期間中支給される。手当の支給を行うのは、最初の欠勤の日から30日間については当該被用者を雇用している使用者であり、30日間経過後は、地方自治体 (kommune) がそれを引き継ぐ形で支給することとなっている<sup>63)</sup>。

疾病手当の支給要件に関連して、被用者が労務の提供が不能であるということについては、被用者が罹患している疾病とそれが病気休暇へ与える影響とを勘案して決定される。また、疾病により、遅刻や早退などが生じ、部分的に労務を提供できなくなっている時間が週当たり4時間を超えた場合にも支給される。これには、通院のために要する時間 (診察時間のほか、移動時間、診察までの待ち時間を含む) も含まれる<sup>64)</sup>。

被用者の病気休暇取得が3カ月を超える場合には、被用者の職場復帰に向けての調整 (アセスメント) およびフォローアップが行われるが、これは使用者によるものと地方自治体によるものがあり、地方自治体が関わるという点にデンマークの特徴をみることができる。以下、制度の仕組みについて詳述する。

### (1) 使用者による面談および雇用維持計画

疾病手当法によれば、最初の欠勤の日以後4週間以内に、被用者の職場復帰の態様および時期に関する個別的面談を行うために被用者を呼び出すことができる<sup>65)</sup>。

また、疾病により病気休暇を取得している被用者が、最初の欠勤日から8週間以内に復職することができないと予期している場合、被用者がどの程度の期間で復職できるかについて記載した雇用維持計画 (Arbejdsgivers

opfølgning) の作成を使用者に要求することができる<sup>66)</sup>。疾病被用者が雇用維持計画を受け取った場合、被用者は、自治体との間でフォローアップのために行う最初の面談の際に当該維持計画を提出しなければならず、フォローアップはこれをベースとして行われる。

### (2) 地方自治体による面談およびフォローアップ

疾病手当法は、8週間を超えて病気休暇を取得している被用者に対する自治体による面談およびフォローアップに関する規程を設けている。

#### (a) 面談と情報シートの作成

自治体は、被用者の病気休暇の特徴と状態を考慮に入れた上で、個別的就業柔軟なフォローアップのためのアクションプランを作成しなければならない。この過程において、自治体は被用者へ関与していかなければならない。アクションプランは、首尾一貫性と包括性を持ったものでなければならない。自治体は関係者と協力して作成していかなければならない<sup>67)</sup>。

自治体の担当者は、関連する利害関係者 (使用者、医師、失業局、労働組合、リハビリ施設、病院・診療所) と連携していかなければならず、なかでも使用者とかかりつけ医との協力関係を構築することが必要となる<sup>68)</sup>。

自治体は、被用者の病状等について必要に応じて照会を行うことができるが、医療情報の取得に関しては、適切な手続をふまなければならない<sup>69)</sup>。また自治体は、当該事例に対する疾病手当の給付等に関して十分な説明を行わなければならない。また病休被用者は、自らの病状を含む関連する情報

<sup>62)</sup> *Id.* § 2.

<sup>63)</sup> *Id.* § 6 Stk. 1.

<sup>64)</sup> *Id.* § 7.

<sup>65)</sup> *Id.* § 7a. この面談は対面で行うことが基本であるが、被用者の病状ないしその他の事情により出席が困難であるならば、電話によることも可能である。被用者が対面での面談に協力できなかったことは、疾病手当の受給には影響を与えないものとされている。

<sup>66)</sup> *Id.* § 7b Stk. 1. 被用者はいつでも雇用維持計画を要求することができるが、使用者がかかる維持計画を作成しないと決定した場合には、使用者は被用者からの要求を拒否することも認められている。また、雇用維持計画は、使用者と被用者との話し合いにより作成されなければならない。

<sup>67)</sup> *Id.* § 8.

<sup>68)</sup> *Id.* § 9.

<sup>69)</sup> *Id.* § 10. 医療情報の取得に関する法規定については後述する。

について回答しなければならない<sup>70)</sup>。自治体は、病気休暇の事例について情報シートを作成し、被用者に送付しなければならない。自治体は、この情報シートとフォローアップのための面談の結果を踏まえて、事例を以下の3つのカテゴリに分類して病休被用者に対応すべきとされる。

- 早期復職が可能な事例 (カテゴリ 1)
- 長期の疾病のリスクまたは労働に関してリスクを伴う事例 (カテゴリ 2)
- 疾病が長期化している事例 (カテゴリ 3)<sup>71)</sup>

#### (b) フォローアップ

疾病被用者へのフォローアップの頻度は、上記のカテゴリごとに異なっており、カテゴリ 1 および 3 の場合は、最初のフォローアップは最初の欠勤日から 8 週間を経過したあとに行われ、2 回目は 1 回目のフォローアップから 3 カ月後に、それ以後は 3 カ月ごとに行われる。これに対して、カテゴリ 2 に属する場合は、最初のフォローアップについては同様であるが、2 回目以降は 4 週間ごとにフォローアップを行うこととされている<sup>72)</sup>。

自治体が行うフォローアップも、使用者が行う場合と同様に対面での面談が基本となっているが、被用者の事情によっては電話や電子メール、手紙で面談を行うことも可能である<sup>73)</sup>。フォローアップは、病休被用者の雇用維持および早期復帰を図ることを目的として、病休被用者のニー

<sup>70)</sup> *Id.* § 11.

<sup>71)</sup> *Id.* § 12.

<sup>72)</sup> *Id.* § 13 Stks. 2-3.

<sup>73)</sup> *Id.* § 13 Stk. 4. そのような例としては、被用者からの要望や、復帰可能性が高い場合、手術を受ける予定がある場合、また病状により面談が困難な場合などの理由が挙げられている。また、これらのフォローアップについては再面談を行うことができ、その結果としてカテゴリの変更を行うこともできる

ズに合わせて全体的な調整を図っていくことが求められ、また継続的な対話を通じて、常に調整されなければならない。自治体が当該被用者の復職に関してあらゆる手段を尽くした後でなければ、労務復帰不可能との判断は正当化されないと規定されている<sup>74)</sup>。

自治体が病休被用者に対して行うフォローアップは単発的なものでなく、常に次のフォローアップへと引き継がれていかなければならず、またフォローアップが調整・変更された場合には、後続のフォローアップにそれを反映させなければならない。フォローアップに関するアクションプランは、病休被用者に手交されなければならない、これはプランに重大な変更が加えられた場合も同様である<sup>75)</sup>。

自治体は、段階的な復職に関連して使用者への働きかけを行い、また被用者をサポートすると共に、病状の進行について使用者と定期的なコンタクトを取っていかなければならない。自治体は、すべての事例において、被用者ができる限り早期に完全復職することを確実にするために、段階的な復職を使用者に求めて行く必要があるが、かかる段階的な復職に関しては、基本的には自治体、使用者、病休被用者間の合意によって決定されるべきである<sup>76)</sup>。

#### (3) 小括

以上、使用者・自治体による職場復帰に関する疾病手当法の規定を概観してきたが、これらの規定からデンマークにおける特徴を見いだすならば (1) 話し合いを基礎とした職場復帰、(2) 自治体の積極的関与、(3) フォローアップの継続性といった点が挙げられよう。(1) については、疾病手当法は、病気休暇を取得している被用者の職場復帰に関する使用者、自治体の果たすべき役割を規定しているが、そのベースとなってい

<sup>74)</sup> *Id.* § 15.

<sup>75)</sup> *Id.* § 16.

<sup>76)</sup> *Id.* § 17.

るのは病休被用者との間の話し合いであり、被用者の病状や職場の状況を勘案して柔軟な対応を取ることが可能となっている。(2)については、疾病手当法の法的構造とも関連しているとはいえ、被用者と使用者という職場復帰の当事者にいわばコーディネーター的な役割を持って自治体が関与していくことによって、より冷静かつ客観的に職場復帰を進めていくことが可能となっている。

また、(3)については、上記の一連のフォローアップの過程において、わが国の労災補償における打切補償に相当する規定が疾病手当法には設けられておらず、フォローアップは病休被用者の職場復帰の可能性がある限り継続して行われる。このようにフォローアップが長期化する可能性がある点について、たとえばオランダのようにフォローアップ期間の上限を設けるべきではないか、という意見はあるものの、人的資源の確保という目的からはフォローアップ期間が長期にわたることもやむを得ないというのが労使間の共通した認識となっているようである。

このことに関連して、使用者が被用者の復職をどの程度待てるかは、その時々使用者自身の状況により異なる可能性があるため、結果として被用者間で不公平が生ずる可能性があるが、復職できなかったとしても失業保険をはじめとする社会保障制度が充実しているため、そこまで大きな問題とはなっていないようである。デンマークにおいては、法的な規定は上記の通りであるが、いずれにしても、実際の復職に関しては、使用者と労働者の話し合いを通じてどのような形で進められるかが決まるといえる。

## 2. 職場復帰に関する調査研究

疾病手当法に基づく職場復帰に関連して、上述のように国立労働環境研究センター内の研究グループは、特にメンタル関係に起因する病気休暇と復職に関する研究として、「メンタルヘルス、病気休暇および職場復帰に関する調査報告および勧告」と題する報告書を2010年4月に発表し

ている<sup>77)</sup>。

この報告書では、雇用及び医療の介入を組み合わせた復職への介入により、メンタルヘルス問題を抱える被用者の病気休暇取得を減少させる効果がみられるとするが、かかる介入に当たっては、被用者の機能レベルを考慮し、職務内容の変更をすることが重要であると指摘している。治療に関しても、医学療法のみならず心理療法へアクセス可能とすることを意味する協働的治療およびエビデンスを基礎としたガイドラインの適用により改善されると結論付けている。また、メンタルヘルス問題に関して、ネガティブな結果を避けるための9つの勧告を行っている。

1. メンタルヘルス問題の早期発見および治療の保証
2. 個人の機能レベルと、それがどのように労働能力に影響するかについての資料へのアクセス
3. 機能レベルが低下している被用者に対する職務内容の変更
4. 職場復帰に関して、利害関係者すべてによる協力および関与
5. 被用者の病気休暇および職場復帰の選択についてのカウンセリングにより職場内の協力の促進
6. 被用者の職場復帰に関して、社会的統合の促進
7. 病気休暇および職場復帰に関する企業方針の採用および実践
8. オープンで、メンタルヘルス問題を受け入れられる職場文化の発展
9. 職場における健康促進介入の実践および職場におけるストレス要素の減少

こうした報告書のほか、疾病手当法に基づく復職プログラムについては、いくつかの研究が行われている。その評価は肯定的なものであること

<sup>77)</sup> See *supra* note 10).

が多いが、プログラムの効果測定については、もう少し時間が必要であるといえよう<sup>78)</sup>。

## V. その他の関連する枠組

### 1. コペンハーゲン心理社会調査 (COPSOQ)

デンマークにおけるメンタルヘルス対策は、上述のように労働環境に対する職場リスク評価とその改善が中心となっている。実際に政策を展開していくにあたっては、NRCWEによるさまざまな研究に基づく専門的知見が利用されてきているが、そうした知見の中でも特に重要なのは、労働環境の職場リスク評価に関する標準的調査票として開発されたコペンハーゲン心理社会調査 (Copenhagen Psychosocial Questionnaire; COPSOQ) ではないかと思われる。以下、その背景と概要について述べる。

#### (1) COPSOQ開発の背景と目標

COPSOQ は、デンマークの労働環境の専門家や研究者のために、広範囲な心理社会的要素を包含した標準的かつ有効な調査票として 1997 年に開発された<sup>79)</sup>。その背景には、労働における心理社会的なストレス要因が、筋骨格障害 (musculoskeletal disorder)、心臓血管系疾患 (cardiovascular disease)、精神病、ストレス、燃え尽き症候群 (burnout)、生活の質 (quality

<sup>78)</sup> See Aust B, Helverskov T, Nielsen MBD, Bjorner JB, Rugulies R, Nielsen K, Sørensen OH, Grundtvig G, AndersenMF, Hansen JV, Buchardt HL, Nielsen L, Lund TL, Andersen I, Andersen MH, Clausen AS, Heinesen E, Mortensen OS, Ektor-Andersen J, Ørbæk P, Winzor G, Bültmann U, Poulsen OM, *The Danish national return-to-work program-aims, content, and design of the process and effect evaluation*, 38 SCAND. J. WORK ENVIRON. HEALTH 120 (2012). この研究では、復職プログラムは、費用削減および労働力供給について貢献するだけの潜在的可能性を有しているものと評価されている。

<sup>79)</sup> Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V, *The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment*, 31 SCAND. J. WORK ENVIRON. HEALTH 438 (2005).

of life) の低下、病気休暇 (sick leave)、労働移動 (labour turnover)、モチベーションと生産性の低下といったさまざまな問題を引き起こす要因となっており、それは労働者のみならず、企業にとっても社会にとっても重大な問題となっているとの認識が存在している。

COPSOQ に関する研究は、1990 年代半ばに当時のデンマーク国立労働衛生機構 (現在の NRCWE) に心理社会部門が設立されたことを契機としており、労働衛生サービスや労働環境監督署、労働衛生クリニックなどから労働環境の専門家の知見を得て作成されている。COPSOQ は、調査票の長さに応じて、研究者向けとして詳細版、労働環境の専門家向けとして中間版、職場での簡易調査向けとして簡易版という 3 種類により構成されており、目的に応じて利用することができるようになっている<sup>80)</sup>。

COPSOQ が目標としているのは、(1) 労働における心理社会的要素の評価のための有効かつ妥当な手法の展開、(2) 国内のおよび国際的な比較を可能とすること、(3) 介入の評価を改善すること、(4) サーベイランスおよびベンチマーキングの促進、(5) 利用者にとって難解な概念および理論を理解しやすくすること、である。その上で、COPSOQ における調査票は、(1) 理論をベースとするが特定の理論に固執するものではないこと、(2) 様々な分析レベル (組織、部門、職種、人と労働の界面 (person-work interface)、個人) に関連した次元により構成されていること、(3) 職責 (worktasks)、組織労働、労働における内部的人間関係、協働、リーダーシップに関連した次元を包含していること、(4) 潜在的な労働へのストレスのほかに、サポート、フィードバック、コミットメント、良好な健康状態のようなリソースを含めること、(5) 包括的であること、(6) 労働市場におけるすべての産業部門 (産業のみならず、サービス部門、保健福祉部門、コミュニケーション部門など) に適用可能であるという意味で一般的であること、(7) 調査票のうち、中間版および簡易版については、

<sup>80)</sup> 英語版の調査票は、<<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/en/publikationer/spoergeskemaer/psykisk-arbejdsmiljoe>> からダウンロードすることができる。

労働環境の専門家や被回答者(被用者)にとってユーザーフレンドリーであること、といった原則により作成されている<sup>81)</sup>。

今日では、COPSOQは労働環境における心理社会的状況を把握するためのツールとして、特に労働環境法上定められている職場リスク評価を行う際の標準的な調査票として利用されるようになってきている。COPSOQは、その後のフィードバックの反映や心理測定学的分析(psychometric analyses)を利用するために、現在では、COPSOQ IIへと発展を遂げている<sup>82)</sup>。

## (2) COPSOQ 調査に見るデンマークの労働環境の現状

COPSOQの調査票による労働環境の現状測定は、デンマークのみならず、調査票が各国語に翻訳されるなど世界各国において利用されるようになってきている。また、その調査内容も、職種を区別しない一般的な調査から、女性労働者、福祉サービス労働者、看守、看護師など特定の労働者を対象として、その労働環境の調査が行われてきている<sup>83)</sup>。

また、デンマーク国内においては、NRCWEによって、2004年から2005年にかけて、COPSOQ IIを利用した心理社会的労働環境の全国調査が行われている。これは、無作為抽出により20歳から60歳までのデンマーク国内に居住する8,000人に対して、COPSOQによるアンケート調査を行い、賃金労働者である3,517人から得られた回答をベースとしてデンマークの被用者の社会心理的労働環境の現状を示したものである。これを基礎データとして、さまざまな研究がNRCWEを中心として展開されてきている。以下にそのうちの主要な研究の概要を述べる。

<sup>81)</sup> Kristensen, *supra* note 79) at 438-439.

<sup>82)</sup> Pejtersen JH, Kristensen TS, Borg V, Bjorner JB, *The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire*, 38 SCAND. J. PUBLIC HEALTH 8 (2010). なお、COPSOQ IIの開発により、それ以前のはCOPSOQ Iと称されている。

<sup>83)</sup> 項目ごとの調査結果については、職種別、産業別に以下のWebページにまとめられている。 <<http://olddata.arbejdsmiljoforskning.dk/Nationale%20Data/3DII.aspx?lang=da>>.

## (a) デンマークにおける被用者の心理社会的労働環境の推移に関する研究

Pejtersenらによる研究は、COPSOQ IIによる調査結果を、1997年調査と比較してデンマークにおける心理社会的労働環境の状況の推移を分析したものである<sup>84)</sup>。デンマークの被用者の心理社会的労働環境は、上記の期間中全体として悪化していると結論づけており、特に攻撃的なふるまい(offensive behavior)については、仕事上の葛藤(conflicts at work)や中傷・陰口(slander and gossip)などが増加していると指摘している。

## (b) 心理社会的労働環境と病気休暇の連関性に関する研究

Ruguliesらによる研究は、COPSOQ調査により測定された心理社会的労働環境の状況をベースとして、調査後1年以内に3週間以上の病気休暇を取得した被用者の心理社会的労働環境を健常者と比較して、被用者の心理社会的労働環境の状態と病気休暇取得との関連性を調べたものである<sup>85)</sup>。それによれば、デンマークにおいては、特に高度の感情的要求(high emotional demands)および高度の役割葛藤(high role conflicts)が病気休暇取得に関する重要なリスク要因となっており、これらの状態を把握することにより、COPSOQ IIによる社会心理的労働環境の調査は、個別被用者の健康状態把握のためにも利用できることを示唆している。もっとも、この研究における調査対象の被用者の病気休暇測定は、デンマーク全国社会移転支出公報(Danish National Register of Social Transfer Payments, DREAM)から病気休暇給付の取得の有無を調査するという形で行われているため、当該被用者の具体的な病名については明らかではない。したがって、メンタルヘルス対策として、上記の要素について特に重視すべきということにはならないものの、労働環境が被用者の健康に与える影響の予測

<sup>84)</sup> Pejtersen JH, Kristensen TS, *The development of the psychosocial work environment in Denmark from 1997 to 2005*, 35 SCAND. J. WORK ENVIRON. HEALTH 284 (2009).

<sup>85)</sup> Rugulies R, Aust A, Pejtersen JH, *Do psychosocial work environment factors measured with scales from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict register-based sickness absence of 3 weeks or more in Denmark?*, 38 SCAND. J. PUBLIC HEALTH 42 (2010).

について COPSOQ が利用できるという示唆は、メンタルヘルス対策にも重要な意義を有するものであるといえよう。

## 2. 労働市場における医療情報等の利用に関する法律

上述のように、デンマークにおいては、被用者が疾病により欠勤する場合には、疾病手当法に基づいて所得保障が行われるが、いかなる病気によって休業するかについて使用者に報告する義務はない。しかし、復職に関しての話し合いを行うにあたっては、段階的に復職を行っていく際に、ある程度までは被用者の病状を把握する必要があるが、使用者が被用者の医療情報を取得することによって被用者の雇用上の地位に不利益が生じる可能性があることは否定できない。

デンマークでは、被用者の医療情報へのアクセスに関して、「労働市場における医療情報等の利用に関する法律 (Act on the Use of Health Information in the Labour Market, デンマーク語: Lov om brug af helbredsoplysninger m.v. på arbejdsmarkedet)」と題する法律が 1996 年に制定されている<sup>86)</sup>。

同法は、「採用または雇用を維持するための被用者の能力を制限するために誤って医療情報が使われないように確保すること」をその目的とし<sup>87)</sup>、使用者が、被用者に対してその医療に関する情報の提供を求められることができるのは、「労働者の採用および雇用に関して、被用者が当該職務を遂行するための労働能力に重大な影響を及ぼすような疾病に罹患しているかまたは疾病の症状を示しているか否かを明確にするため」場合に限られるとの原則を定立している<sup>88)</sup>。医療情報法に関連して 2009 年に雇用大臣名で公表された「使用者による被用者の疾病に関連する情報の依頼に関するガイダンス (Vejledning om arbejdsgivers indhentelse af oplysninger

i forbindelse med lønmodtagerens sygdom)」によれば<sup>89)</sup>、被用者の病気休暇に関して、使用者が被用者に対して面談を求めることに関しては、労働協約などにより権利を放棄していなければ、経営権に基づいて行うことができるとした上で、使用者が被用者の医療情報へアクセス使用とする際の留意点を明らかにしている。

それによれば、使用者が被用者に対して疾病に関して質問することができるのは、当該疾病が被用者の労務の提供に重大な影響を与える場合に限られるのが原則であり、被用者が疾病に罹患したと連絡してきたときですら、被用者の病状について尋ねることができるのは例外的な状況（たとえば、被用者が労務提供について重大な影響を及ぼす疾病に罹患していることが使用者に明らかな場合など）に限られている。

したがって、メンタルヘルスに問題を抱えた被用者の場合であっても、使用者がかかる被用者の治療状況などについて直接アクセスすることはできず、復職との関連で、被用者がどのような機能について問題があるのか、どのような行為ならば可能なのか、どの程度の欠勤が生じるのか、などについて確認することができるにすぎないものとされている。

## むすびにかえて

デンマークにおける産業精神保健法制度は、労働環境法を中心として、いわゆる PDCA サイクルに準じた形で心理社会的労働環境に関する職場リスク評価とその改善という 1 次予防を中心として進めていくことを企業に義務づける形で発展してきた。その上で、企業の労働環境改善の実施状況を労働環境監督署による予告なしの査察および認証を通じて法の履行を確保するところに制度としての特徴を見ることができる。

<sup>86)</sup> Lov om brug af helbredsoplysninger m.v. på arbejdsmarkedet, LOV nr 286 af 24. april 1996.

<sup>87)</sup> *Id.* § 1 Stk. 1.

<sup>88)</sup> *Id.* § 2 Stk. 1.

<sup>89)</sup> Vejledning om arbejdsgivers indhentelse af oplysninger i forbindelse med lønmodtagerens sygdom, VEJ nr 9327 af 29. juni 2009.

デンマークにおける法政策の背景としては、労働政策および社会保障政策において先進的な取り組みを行ってきているにも関わらず、労働災害や労働を要因とする病気休暇が減少していないこと、人的資源にさほど恵まれていないことからその活用を図っていかねばならないことなどが挙げられよう。そうした中で、1990年代後半から現在に至るまで、デンマーク政府はさまざまな行動計画や戦略を積極的に設定してきているが、これらの施策は、あくまでも従来の労働安全衛生の枠の中で考えられてきており、メンタルヘルス対策に特化したものではないという点には留意が必要であるものの、このことはメンタルヘルス対策が過小評価されていることを意味するものではなく、メンタルヘルス対策を含む全体的な労働環境の改善こそが、デンマークにとって重要な政策課題であり、今後も継続的に取り組むべき問題として政府・労働者・使用者の関係当事者に認識されていることを示しているものというべきであろう。

1次予防の中心をなす労働環境法に基づく職場のリスク評価は、労働状態の認識および対応関係の作成、問題の記述と評価、病気休暇への関与、優先順位と行動計画、フォローアップという循環的な形で行われるものである。企業自身で取り組むことを主眼として、行政機関によるガイダンスツールや調査票の提供、また外部のコンサルタントの利用を容易にする方策が展開されている。また、この職場リスク評価のために独自の調査票 (COPSOQ) の開発を行うなど、心理社会的労働環境の知見を積極的に活用している点は注目に値すると思われる。

また、3次予防に関しては、疾病手当法に基づく復職に関するフォローアップの規定があるものの、2次予防、3次予防ともその予防政策の根底にあるのはいずれも被用者と使用者との間の話し合いを通じて職場における疾病の予防と被用者の段階的復職を図っていくというプロセスを重視し、柔軟な対応を可能としている。

このようなデンマークの取り組みに対する具体的効果であるが、たとえば、労働環境監督署による各企業に対する査察の結果は、労働環

境監督署のウェブページ<sup>90)</sup>のトップにスマイリーとして表示されている。労働環境に問題のある企業 (イエロースマイリー・レッドスマイリーの合計) の割合は、査察を受けた企業全体の7.3%となっている。この数値をどう見るかについては評価が分かれようが<sup>91)</sup>、現時点では、良好な労働環境を維持している企業が多く、その意味では労働環境法に基づく職場リスク評価と査察制度は一定の効果を上げているものといえることができる。ただし、上述した与野党合意によれば、2012年から2019年までの7年間で労働環境監督署による査察対象企業の範囲拡大が求められており、これらの査察の結果、上記のスマイリーの比率や心理社会的労働環境の状況に変化が現れるかどうかについて今後注視していく必要がある<sup>92)</sup>。また、最近のデンマークの取り組みは、よりリスク要因の高い企業に対する査察を強化すると共に、病気休暇を取得した被用者の職場復帰へと政策の焦点を移行させているように見受けられるが、これまでの15年間で展開されてきた政策に対する評価にはもう少し時間が必要なのではないかと思われる。

最後に、比較法的見地からわが国における問題状況への検討に関して有益と思われる点についていくつか述べておく。上述してきたように、デンマークの法政策の根底には、1次予防から3次予防のいずれの側面においても、労使間の対話により物事を決定していくという参加型の法文化あるいは企業文化が重要な役割を果たしているといえる。これは労使協調主義と単純に解すべきではなく、デンマーク国民の高

<sup>90)</sup> See <<http://arbejdstilsynet.dk/da/>>. 本稿執筆時点 (2013年6月23日) における各スマイリーの取得状況は、クラウンスマイリー: 3,244、グリーンスマイリー: 80,625、イエロースマイリー: 5,810、レッドスマイリー: 887となっている。

<sup>91)</sup> FRA DENMARKS STATISTIK, nr. 538, 17 november 2011, <<http://www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2011/NR538.pdf>> によれば、デンマーク国内における企業数は2009年時点で299,248であり、査察を受けた企業の割合は全体の3分の1程度にすぎない。

<sup>92)</sup> See *supra* note 54), at-5-6. このほか、上記与野党合意においては、心理社会的労働環境に関して、2014年と2017年の中間評価を経て2020年までに心理的に過負荷となっている被用者数の20%減少を達成すべき目標として設定されている。

い政治意識および政治参加により、労使が雇用関係に関する法政策の構築に積極的に関わってきたという長年にわたる歴史に裏打ちされているものであり<sup>93)</sup>、デンマークの法制度についてわが国への導入を検討するにあたっては、このような文化の違いを念頭においた上で慎重に検討していくことが求められよう。なお、そうした側面を踏まえても、労働環境法に基づく職場リスク評価と労働基準監督署による査察という1次予防の仕組みについては、査察に関する人的資源の問題はあるものの、メンタルヘルス対策としてわが国でも十分に検討に値するのではないと思われる。

ただし、その検討にあたっては、労働安全衛生関連立法のみならず、社会保障関連立法を含めた制度全体への比較検討を行うことが必要となる。たとえば、デンマークにおいては、疾病手当に基づく復職プログラムは、復職とその後の再発防止という3次予防のみならず、労働環境法に基づく1次予防の仕組みを構築していく上でも大きな意味を有している。すなわち、デンマークでは、わが国におけるようなメンタル不調者の問題を労働災害としてとらえ、それに安全配慮義務に基づく使用者責任の追及していくという形ではなく、あくまでも労働環境における問題への認識とその解決を図ることに重点を置いており、メンタル不調を要因とする被用者の休業への所得保障は労災補償ではなく疾病手当を通じて行われている。疾病の発生要因を問わず支給される疾病手当があることで、使用者は安全な労働環境の構築について専心することができ、メンタル不調者が当該使用者の下で発生したとしても、被用者は使用者の安全配慮義務違反を追及せずとも十分な所得保障が受けられることになる。このことは、安全な職場環境の構築とそれができていない場合における責任追及とを切り離すことを可能としているものといえ、これは使用者・労働者双方にとってメリットのある

<sup>93)</sup> デンマークの参加型社会については、ステューヴン・ポリッシュ(難波克彰監修・福井信子監訳)『生者の国：デンマークに学ぶ全員参加の社会』(新評論・2011年)に詳しい。

仕組みとなっているものと評価できる<sup>94)</sup>。したがって、疾病手当法のような制定法が現存していないわが国において、1次予防面は別として、デンマーク型の制度をそのまま構築していくことは困難といわざるをえず、現在の労災補償制度を中心とする労働者への休業補償のあり方について、全般的な再検討を行っていく必要があるものと考えられる。

本稿は、デンマークにおけるメンタルヘルス対策として、労働環境法および疾病手当法を中心として検討してきたため、デンマークの労働法制全般についての検討については不十分なままとなっている。デンマークの雇用関係に関する立法の枠組の中で、これらの法制度がどのように位置付けられているかという点については、今後の検討課題としたい。

(本研究は、平成24年度厚生労働省科学研究費(労働安全衛生総合研究事業)「諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果とわが国への適応可能性に関する調査研究(H23-労働-一般-002)」の助成を受けたものである。)

<sup>94)</sup> また、労働組合へのインタビューを通じて明らかになった点として、労災補償による休業手当と疾病手当との保障水準がほぼ同様であることから、被用者としては、疾病手当に代えてあえて労災補償の申請を行う動機に欠けていることと、またデンマークにおいては、精神疾患の発生要因について、被用者の個人的事情に起因する部分と心理社会的労働環境に起因する部分との判別が困難であると一般的に認識されており、労災を申請しても認められる可能性がさほど高くないという事情も指摘されている。

## 労働者の精神的健康の保護

### — 安全衛生問題の射程の拡大と従業員代表の役割 に関する一試論

笠木 映里

- I はじめに
- II フランスにおける労働者の精神的健康をめぐる議論状況
- III 安全衛生労働条件委員会（CHSCT）——創設の経緯と権限・役割
- IV CHSCTの権限拡大・破毀院判決とこれに対する評価
- V CHSCTの権限拡大が意味するもの
- VI まとめに代えて

#### I はじめに

1 労働者の健康・安全をいかに保護するかという論点は、労働法分野における最も原初的な問題関心の一つともいえる。この領域において、1990年代末以降、日本で重要性を増している比較的新しい論点として、労働者の精神的健康（メンタル・ヘルス）をいかに保護するかという問題がある。<sup>1)</sup>

日本においてこの問題は、これまで主として、精神的健康に問題を生じて自殺に至った労働者に対する労災保険による補償の可否、あるいは使用者の賠償責任の有無という事後的な補償・賠償問題として論じられ、使用者の事後的な

1) 参照、水島郁子「メンタルヘルス対策と企業の責任」季労 233号 7頁（2011）、保原喜志夫「労災認定の課題」講座 21世紀 7巻 75頁、品田充儀「使用者の安全・健康配慮義務」同 119頁以下ほか。

賠償責任との関係における限りで、企業が事前に果たすべき安全配慮義務の具体的内容が論じられる、という形で議論されてきたと思われる。これに対して、労働者の精神的健康を守るために考える予防の試みについて、立法論も含めて正面から論じることは（厚生労働省の指針等により問題の周知や啓発が行われてきたとはいえ<sup>2)</sup>）、賠償の問題に比して、少なくとも法学の分野においては積極的に行われてきたとはいえない状況である<sup>3)</sup>。また、労働者の精神的健康についても、他の労働安全衛生の問題と同様、問題が発生する前の段階における予防、いわゆる第1次予防が重要なことは争いのないところであろうが、上記のような、いわば賠償からの逆算としての予防という考え方もおそらくは一つの原因となって、企業の安全配慮義務と結びつけやすい第2次・第3次予防と比較して、特に第1次予防については議論の進展が遅れている状況であるように思われる<sup>4)</sup>。たとえば長時間労働による精神疾患・精神障害の発症のような、いわゆる「過労死」の延長に位置づける問題については、適切な労働時間管理、労働時間規制の遵守が重要かつ有効な第1次予防となりうる<sup>5)</sup>。これに対して、仕事の質、職場環境や職場の人間関係に由来するものを含めた広い意味での精神的健康の問題については、結果に関する使用者の責任と結びつけた形ではカバーしきれない、広範囲にわたるリスクへの対応まで、第1次予防の対象が広がりうる<sup>6)</sup>。

2) 参照、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（2000）、および、同指針を上書きする形で発せられた「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（2006）。

3) なお、第179回臨時国会に提出された労働安全衛生法改正法案においては、新たに、医師または保健師による精神的健康の状況を把握するための検査を労働者に受けさせる事業者の義務が定められていたが、その後の衆議院解散により同法案は廃案となっている。

4) 注3)で指摘した法改正案の基にもなった最近の厚生労働省労働基準局「職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書」（2010・9・7）においても、メンタルヘルス不調者の早期の把握と発見された不調者への適切な対応が議論の中心となっている。同報告書の解説として、三柴文典・安衛法改正の展望（2011）。第1次予防の重要性と施策の不十分さについては、川人博・過労自殺と企業の責任 137-138頁（2006）。

5) 使用者の損害賠償責任の範囲から帰結される、労働者の精神的健康にかかる使用者の安全配慮義務の内容として、適正な労働条件の措置・実施、特に労働時間、休憩時間、休日などに関して適切な労働条件を確保する義務を指摘する論文として、水島・前掲注1）78頁、80頁。同論文79頁は、作業環境の整備、安全衛生の実施についても使用者の責任を指摘している。これらの措置は、労働者の精神的健康を守るための第1次予防の措置として有効なものといえよう。

6) この点について、使用者の民事責任が無制限に広がる可能性という観点から議論するものとして、品田・前掲注1）120頁。

言い換えれば、このような広い意味での精神的健康の問題について、危険を早期に予防することを考えようとする、安全衛生という労働法の基本的な関心が、労働関係をとりまくあらゆる環境・（使用者による）決定に拡大しうる。

2) 本稿では、以上のように、精神的健康の問題が、特に予防という観点で重視する場合に労働安全衛生の問題に重要な変化をもたらすのではないかとという問題意識の下で、労働者の精神的健康を害しうるリスクをいかに予防するかという問題に関する試論的な検討として、外国法の動向を紹介し、分析を加えたい。具体的には、フランスにおいて、精神的健康に対する危険の予防の重要性が認識されるのに伴って、安全衛生・労働者の健康保護に関する従業員代表組織である安全衛生労働条件委員会（CHSCT）が、主に裁判所のイニシアチブによってその権限を著しく拡大しつつある状況について、その背景と今後の方向性について検討を加えることとする。以下、II、IIIにおいて、検討の前提としてフランスにおける精神的健康をめぐる議論の展開とCHSCTの役割・位置づけを検討し、IV、Vにおいて、破毀院判決および学説の検討を通じて、この組織をめぐる近年の動向と今後の方向性について分析を加える。最終節であるVIにおいては、日本法への具体的な示唆にまでは至らないものの、本稿の検討から示唆される今後の課題を指摘したい。

## II フランスにおける労働者の精神的健康をめぐる議論状況

1) フランスでは、従来、労働者の健康の問題は身体的健康の問題だけを意味するものと理解されてきたが<sup>7)</sup>、2000年前後から、精神的健康の問題が議論されるようになってきている。フランスにおいて、労働者の精神的健康を害しうるリスクとしては、大きく分けて、①同僚間ないし顧客による（精神的）暴力のリスクと、②疾病の原因となるような仕事の組織のあり方、の二つが意識されていると思われる<sup>8)</sup>。そして、さらに②の背景としては、特に労働時間制の柔軟

7) Adam (P.), Risques psychosociaux et consultation du CHSCT: aujourd'hui l'entretien annuel d'évaluation; et demain?, *Revue de droit du travail*, mars 2008, p.181, Lerouge (L.), *La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé mentale au travail*, L.G.D.J., 2005, pp.84 et 85. cf., Adam (P.), *Harcèlement moral*, *Rép. trav. Dalloz*, oct. 2008, p.5.

化等による労働密度・負荷の増大や労働関係の個人化、人的資源の管理手法の発展（目標設定や競争の導入、従来よりも洗練・緻密化された手法による業績評価等）等が指摘されている<sup>9)</sup>。このような議論の背景もあるためか、精神的な健康の問題は身体的な安全衛生とは異質な問題として論じられることが多く、労働者の精神的健康の問題が長時間労働・過労の問題から出発してきた日本における議論とは、全体として議論のニュアンスが若干異なっているように思われる。

2002年1月17日法律は、労働法典上のいくつかの規定に精神的健康の概念を導入し、結果として、フランスにおいて初めて、労働者の精神的健康という課題の存在、さらには、精神的健康の保護が使用者の責任の範疇であることを法典上明確に示すこととなった。この法改正を契機として、労働者の精神的健康の保護に関する議論が活発化している<sup>11)</sup>。

2 これまで、2002年の法改正によって導入された規定の中で最も注目を集めてきたのは、モラル・ハラスメントに関する労働法典L.1152-1条の規定である。同条は、「いかなる労働者も、その諸権利・尊厳を害する、あるいは、心身の健康を損ね、またはその職業生活上の将来を危険にさらしうる労働条件の劣悪化をもたらす目的で、ないしそのような効果を伴う形で、繰り返されるモラル・ハラスメントの行為にさらされてはならない」と定め、初めてモラル・ハラスメントを法典上定義し、この行為を刑事罰付きで禁止した（参照、刑事法典L.222-33-2条）。そして、破毀院は、使用者が労働契約上ないし法律上

（労働法典L.4121-1条）負うことになる安全保持義務（obligation de sécurité）を、いわゆる結果責任（obligation de résultat）と理解する2000年代以降の判例法理と、このモラル・ハラスメントの禁止規定を組み合わせ、かつ、モラル・ハラスメントの概念を広く解釈すること等により、労働者の精神的健康の問題について積極的な介入を行ってきた<sup>13)</sup>。こうした判例の動向に加えて、モラル・ハラスメントという言葉をクリックアップするメディアの動きも相まって、上記の法改正後は、労働者の精神的健康に関する議論がモラル・ハラスメントの問題に関するものに集中することになった<sup>14)</sup>。

これに対して、比較的最近になって、モラル・ハラスメント概念の拡大解釈ではなく、労働における苦痛、労働の負荷（charge de travail）、精神的健康、労働における精神的リスク（risques psychosociaux<sup>16)</sup>）の問題として、議論をより体系化・一般化しようとする方向性での議論が積極的に進められている<sup>17)</sup>。そこでは、使用者の安全保持義務の内容をモラル・ハラスメントから切り離して体

12) 2002年2月28日のいわゆるアスベスト判決が結果責任に関する議論の端緒となっている。この義務違反は労災の被害者に上乗せ的な労災給付および使用者に対する完全賠償を求める権利を付与する「許し難い過失（faute inexcusable）」を性格づける契約上の義務として議論されてきたが、その後、労働法典に定められている、労働者の身体的・精神的健康の安全と保護を担保するための様々な事業場長の予防義務（労働法典L.4121-1条・L.4121-2条・L.4121-4条）との関係でも議論されるようになり、その射程を拡大している。Aubert-Monpeyssen (T.)=Blatman (M.), op. cit., p.833, Lerouge (L.), op. cit., 2005, p.91. この義務については、Pélissier (J.) et al., op. cit., pp.753 et s. また、使用者による懲戒権がモラル・ハラスメントと評価され、刑事罰が課されることもある（同書 pp.741 et 742）。

13) Pélissier (J.) et al., op. cit., p.746, note 3. 背景にはEU法の影響もある。この分野の重要なEU指令として、労働者の職場における安全・健康の改善促進をめざす施策の実施に関する1989年指令（CE 89/391 du 12 juin 1989）があり、関連する立法や法解釈に影響を及ぼしている。

14) Adam (P.), Le droit du travail français à l'épreuve des risques psychosociaux, in: *Risques psychosociaux au travail. Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal*, 2009, p.96, Adam (P.), Harcèlement moral, op. cit., p.7.

15) Lafuma (E.), Charge de travail et représentants du personnel, Dr. Soc., 2011, pp.758 et s.

16) この概念は「労働条件に関わる職業上のリスクであって、その効果により、労働者の身体的・精神的健康に影響を及ぼすもの」と定義され、ストレス、ハラスメント、暴力、差別等が含まれるとされる。Lerouge (L.), Avant-propos, *Semaine sociale Lamy, Supplément*, 2012, n°1536.

17) Adam (P.), 2009, op. cit., pp.96 et s.

8) 参照, Gamet (L.), Risques psychosociaux et prise d'acte de la rupture du contrat de travail, *Droit Social*, 2011, p.776.

9) Pélissier (J.)=Auzero (G.)=Dockès (E.), *Droit du travail*, 25<sup>e</sup> édition, Dalloz, 2010, pp.745, 747, Davezies (P.), Défis et responsabilités face à la souffrance au travail, *Semaine sociale Lamy, Supplément*, 2012, n°1536, pp.41 et 42, Aubert-Monpeyssen (T.)=Blatman (M.), Les risques psychosociaux au travail et la jurisprudence française: la culture de la prévention, *Droit Social*, 2012, pp.832 et 833.

10) Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002.

11) 特に最近では、フランステレコム社における相次ぐ労働者の自殺等が契機となって、労働大臣（当時）のDarcos氏が緊急プランを宣言する状況となった（2009年10月9日）。緊急プランの内容は、1000人以上の被用者を擁する大企業においてストレスに関する団体交渉を義務づけること等を柱として、企業と政府（労働局）の双方に働きかけるものであった。Lanouzière (H.), L'intervention des pouvoirs publics depuis le plan d'urgence sur le stress: enseignements et perspectives, *Semaine Sociale Lamy, supplément*, 2012, n°1536, p.35.

系化しようとする議論や、使用者以外の企業内外の様々なアクターの役割・権限に関する議論が特に活発である。本稿で扱う CHSCT 以外にも、企業委員会等の他の従業員代表委員会や、労働安全衛生の専門家たる労働医（médecin du travail）<sup>18)</sup>の役割等について議論が行われている。

### Ⅲ 安全衛生労働条件委員会（CHSCT）

#### — 創設の経緯と権限・役割

1 安全衛生労働条件委員会（Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, CHSCT）は、1982年に、安全衛生委員会（Comité d'hygiène et de sécurité, CHS）と労働条件改善委員会（Comité pour l'amélioration des conditions de travail, CACT）<sup>20)</sup>という二つの委員会を統一・再編する形で導入された企業内委員会の制度である。1941年に導入された安全委員会（comité de sécurité）を原型とする安全衛生委員会は、企業長（chef d'établissement）、労働医（médecin du travail）、安全衛生に関する技術者、当該分野について能力のある労働者代表をメンバーとする、あくまで技術的な委員会であった。<sup>21)</sup>CHSCTはこの委員会の性格を大きく変えるものであり、技術的な性格よりも労働者代表による発言の場としての性格を強化するとともに、その対象を、安全衛生・労働条件という、より広い範囲に拡大したものと見ることができる。<sup>22)</sup>1982年当時、CHSCTという新しい組織の背景には、①労働者が企業内において完全な市民となること、②労働者が企業内の変化を引き起こすアクターとなること、という二つの大きな理想が提示され、労働災害や職業疾病（maladies profession-

nelles）の予防と労働条件の改善の分野において、この組織に従来よりも重要な影響力を行使させることが目指された。<sup>23)</sup>

2 現行法上、CHSCTは、労働における健康の問題を監視するという役割を特別に担っている従業員代表委員会であり、従業員数50人以上の企業においてその設置が義務づけられている（労働法典L.4611-1条）<sup>24)</sup>。CHSCTは、事業場長と従業員代表団をメンバーとする（同L.4613-1条・R.4613-1条）。従業員代表団は、従業員数に応じて3人～9人（うち1人～3人は幹部職員）の従業員代表から構成される<sup>25)</sup>。労働医（médecin du travail）、労働安全・労働条件に関するセクションの責任者等は、諮問的な立場で会議に出席することができる（同R.4614-2条）。

CHSCTは、大きく以下の三つの役割を担う（同L.4612-1条）。①当該事業場（établissement）の労働者、および外部の企業によって当該事業場において勤務させられている労働者の、身体的・精神的な健康および安全の保護に貢献すること、②労働条件の改善について、特に、あらゆる雇用への女性のアクセスを容易にし、母性に関連する問題に対応するという観点から貢献すること、③上記の領域における法律上の規定（prescriptions légales）の遵守を監督すること。

3 これらの目的を達成するためにCHSCTが行使しうる権限のうち、特に予防という観点から最も基本的なものは、労働者の健康・安全にかかる条件、および労働条件を変更しうる重要な決定について意見を述べるといえる（労働法典L.4612-8条）。特に、工場設備の修正、製品の変更、労働の組織の

18) フランスの労働医の役割については、鈴木俊晴「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）。

19) CHSCTについて、特に本稿で扱ったもの以外のこの機関の権限については、保原喜志夫「フランスの安全衛生労働条件委員会（CHSCT）（その1）（その2）」ろうさい53巻8号7-10頁・53巻9号4-8頁（いずれも2002）、保原喜志夫編・産薬医制度の研究208頁以下（1998）[加藤智章]も参照。

20) 1973年12月27日法によって導入された委員会であり、同時期に、全国労働条件改善局（Agencenationale pour l'amélioration des conditions de travail, ANACT）が創設されている。

21) Lerouge (L.), Risque psychosociaux au travail: quel rôle du CHSCT aujourd'hui?, *Semaine sociale Lamy, Supplément*, 2012, n°1536, p.49.

22) *Ibid.*「労働条件」という広い概念を用いた安全衛生・防災予防への取組という視点は、1970年代からフランスにおいて見られる「統合された安全（sécurité intégrée）」という考え方をふまえたものと考えられる。保原編・前掲注19）206頁[加藤]。なお、日本の労働安全衛生法も、「労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保する」責務を事業者に課している（同法3条1項）。

23) La loi du 23 décembre 1982, *Actualité législative dalloz*, 1983, A-6.

24) 500人以上の従業員を有する事業場においては、同一事業場に複数のCHSCTをおくことも可能である。Pélissier (J.) et al., op. cit., p.768. 従業員数50人以下の事業場についても、労働基準監督官（inspecteur du travail）が必要であると判断した場合にはその設置が義務づけられることがある（労働法典L.4611-3条）。

25) 企業委員会および従業員代表委員の中から選ばれた者が構成する選挙人団によって選任される。

あり方の変更から生じる、職務に関する重要な変更、さらに、仕事の速度や生産性にかかるルールの変更（労働への報酬との関係の有無にかかわらず）については必ず、CHSCT が諮問を受け意見を述べる。企業が意見聴取を怠った場合には罰則が用意されており（同L.4742-1条）、つまり企業にはCHSCT への諮問義務が課されている。

4 また、CHSCT にとって実際上大きな武器となり、そのために近年注目が集まっているのが、企業委員会には見られない、「専門的査定（expertise）」<sup>26)</sup>の権限である。<sup>28)</sup>CHSCT は、以下の二つの場合に、企業外の専門家（expert）への査定の依頼を行うことができる（労働法典L.4614-12）。①深刻なリスクが確認された場合（労働災害・職業性疾病等がすでに確認されている場合に限られない）、および②労働法典L.4612-8条にいう健康・安全にかかる条件、労働条件を変更しうる重要な計画が存在する場合である。②の場面が意味するのは、企業がL.4612-8条によってCHSCT に対して諮問義務を負う場合には、CHSCT は、必要に応じて自らの見解を十分に根拠づけるために専門的査定を行うことができるということである。

この専門的査定は、以下の理由で実務上重要な意味を有している。<sup>29)</sup>すなわち、CHSCT が査定を行う権限を有する場面においては、<sup>30)</sup>①専門家の任命の後、最大1カ月間（45日まで延長可能）の調査機関がおかれる。②査定が開始された場合、その終了前に査定の対象となっている計画の実施に踏み切ると、使用者

は査定を妨害したものとして罰則の適用を受ける。③使用者は、企業内への専門家の立入りを拒絶することができず、また専門家に求められたすべての情報を提供する義務を負う。⑤査定にかかる（専門家への報酬等の）費用は、当該専門家が大臣によって作成されたリストに登録されている有資格者であることを条件として、使用者が負担する。<sup>31)</sup>このように、實際上、この査定の手続は、まず、使用者の決定の実施を1カ月程度ストップさせる効果を有する。<sup>32)</sup>また、査定にかかる費用は事案によっては高額なものともなりえ、使用者に経済的負担を生じさせる。CHSCT の査定について法的な根拠が争われ、その不存在が確認された場合でも、CHSCT の側に権利濫用がない限り、訴訟費用は使用者により負担される。<sup>33)</sup>

5 なお、上記の諮問ないし査定の結果として示されるCHSCT の意見は強制力をもつものではなく、使用者は理由を付してこれに従わない旨の決定をすることも可能である。ただし、後述のとおり、（とりわけ査定に基づいて）CHSCT が反対の意を唱えた場合、裁判所が、使用者の安全保持義務を根拠として当該決定を覆すことを使用者に命ずる判決において、その意見が根拠とされることがありうる（→V2）。<sup>34)</sup>

#### IV CHSCT の権限拡大・破毀院判決とこれに対する評価

1 上記の2002年の法改正において、CHSCT についても改正が行われ、その業務の対象が、労働者の身体的・精神的健康の保護へと拡大された（労働法

26) ただし、300人以上の従業員を擁する企業においては、新しい技術の導入等の重要な技術的変更が実施される際に企業委員会が専門的査定を行うことができる。労働法典L.2325-38条。

27) 保原編・前掲注19) [加藤]は「専門家の委嘱」と呼んでいる。

28) この権限付与の背景には、労働者代表に、使用者の行う評価と比肩するような評価を行う手段を付与すべきという考え方があった。*Actualité législative dalloz*, op. cit. この査定手続は、1982年に制度が導入された際には（そもそも深刻なリスクの存在する場合にその実施できる場面が限定されていたうえ）、最後の手段として予定されており、企業内のリソースや労働監督官（inspection du travail）等の通常の関係者によっても解決できない新たな問題が発生した際に、外部の専門家への査定依頼が有効であると考えられていたが、その後、拡大されている。Guedes da Costa (S.)=Lafuma (E.), *Le CHSCT dans la décision d'organisation du travail*, *Revue de Droit du Travail*, 2010, p.425. 破毀院は、CHSCT が査定の依頼を、問題を解決する他の手段が企業内外に存在しないことを前もって確認することなく行うことができることを認めている。Lerouge (L.), 2012, op. cit., p.51.

29) Lerouge (L.), 2012, op. cit., pp.50 et 51.

30) 専門的査定をめぐる訴訟は近年増加している。使用者は、査定の有用性、専門家の選任、費用、範囲、期間等を争い、急速審理を求める訴えを提起することができる。Lerouge (L.), 2012, op. cit., p.51. 使用者が専門家の選択に異議を唱えた事案において、CHSCT がその権限の範囲内で決定した専門家の選択については、裁判所がこれに異なる評価を加えることができないと判断した破毀院判決としてCass. soc., 26 juin 2001, n°99-11.563.

31) Verkindt (P.-Y.), *Le Rôle des instances de représentation du personnel en matière de sécurité*, *Droit Social*, 2007, p.702.

32) Bilheran (A.)=Adam (P.), *Risques psychosociaux en entreprise-Les solutions psychologiques et juridiques*, Armand colin, 2011, p.104.

33) Guedes da Costa (S.)=Lafuma (E.), op. cit., p.425.

34) Lerouge (L.), 2012, op. cit., p.51.

典L.4612-1条)。このことを受けて、CHSCTについては、労働者の精神的健康に対するリスクの予防という観点から、諮問・査定の対象が従来よりも広く捉えられるようになり、学説の注目を集めている<sup>35)</sup>。上述のとおり、CHSCTの諮問権限（すなわち、企業の諮問義務）の対象となるのは、労働者の健康・安全にかかる条件、および「労働条件」を変更しうる重要な決定であり、この中でも「労働条件（conditions de travail）」という広い内容を含みうる概念<sup>36)</sup>がいかなる対象を示しているのかについては法典上明らかとされていない。労働法典L.4612-8条が挙げる、職務や仕事の速度、生産性にかかるルールといったものがこの概念に含まれることは想像がつくものの、法典上にはそれ以上の手がかりはなく、また判例や学説も十分な定義・限界づけを行ってこなかった<sup>37)</sup>。

裁判所は、上記の2002年法改正以前から、CHSCTの諮問（ないし専門的査定の実施）権限の対象に多様な内容が含まれることを認めており、たとえば、職務、権限の拡大、新しい（設備）保守の方法、報酬決定システム、休憩時間、さらには食堂の問題までが、諮問権限の範囲に含まれることを認めていた<sup>38)</sup>。もっとも他方で、これらの広範な諮問・査定の対象はいずれも、物質的・技術的な内容にとどまるものであった<sup>39)</sup>。

2 このようなCHSCTの権限の対象を、従来とは異質なものにまで拡大する解釈を示し、学説の注目を集めた重要な破毀院判決が、2007年11月28日破毀院社会部判決である。本件においては、使用者が年に1度の面談を通じた

従業員評価を導入する計画について企業委員会（comité d'entreprise）に諮問を求めたところ、企業委員会、CHSCTおよび労働組合組織（organisations syndicales）が、CHSCTに対する諮問を行っていないこと等を理由として使用者による当該計画の実行の差止めを求める訴えを提起し、急速審理判事（juge des référés）による当該計画の実行を禁止する判決が下され、使用者がこの差止判決の取消しを求めて控訴を行った。

控訴人たる使用者は、一般に行われる従業員評価のための面接において生じるものと原判決が評価したような単なる緊張、ストレス、精神的圧力のリスクは、労働法典L.236-2条（当時。現在のL.4612-1条に当たる）にいうところの労働者の身体および精神の健康を危険にさらすような性格のものではなく、したがってこの計画がCHSCTの権限の範囲内であると判断した原判決は法の適用を誤るものであると主張した。使用者が自らの監督下におかれる被用者の労働を評価するという行為は労働関係に固有のものであり、したがって、労働者の個別面談を導入することでこの評価プロセスに客観的で透明度の高い枠組みを設定するという決定は、労働条件の重要な変更には当たらないというのが使用者の主張であった。

これに対して破毀院は、原判決を全面的に支持する形で破棄上告に理由がないものとした。すなわち、原審は、年に1度の面談は賃金に関する決定と目的達成との関係をより整合的なものとするを可能にしようのものであったこと、そのため被用者の行動に影響を及ぼしうるものであって、面談の方法やそこでの争点は明らかに労働条件に影響を及ぼす精神的圧力をうみだす性格のものであると判断した上で、面談に関する計画がCHSCTの諮問を受けるべきものであるとしたのであり、その判断には誤りは無いものであると述べた。

3 使用者の主張においても述べられているように、本来、自らが雇用する労働者を評価することは、労働契約から発生する使用者の経営（指揮）権（pouvoir de direction）から導かれるものであることが認められている<sup>40)</sup>。そのた

35) 逆にいえば、この組織については、たとえば企業委員会（comités d'entreprise）と比較して、従来学説の関心が相対的に希薄であった。Verkindt (P.-Y.), les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail-Quelques développements jurisprudentiels récents, *Droit Social*, 2007, p. 1253.

36) 参照, Verkindt (P.-Y.), La montée en puissance du CHSCT, *Semaine sociale Lamy*, 2007, n° 1332, p. 10.

37) Guedes da Costa (S.) = Lafuma (E.), op. cit., p. 421, Adam (P.), 2008, op. cit., p. 180.

38) Guedes da Costa (S.) = Lafuma (E.), op. cit., p. 421. ロジスティック供給センター（centre de prestations logistiques）の労働者の大部分に関わりうる、また新しいロジスティックの職務（métier）の定義に至りうるような計画について、CHSCTに専門査定を行う権限があることを認めた破毀院判決として、Cass. soc., 1<sup>er</sup> mars 2000, 97-18.721.

39) 1993年に出された省庁通達（circulaire ministérielle）は、CHSCTの職務の対象として、物質的な仕事の組織のあり方（仕事の負荷やリズム）、身体的な労働環境（職場の気温や照明の明るさ等）等を挙げている。Circulaire ministérielle CHSCT n° 93-15 du 25 mars 1993.

40) Cass. soc., 28 novembre 2007, 06-21964, Bulletin 2007, V, n° 201.

41) そのほかに、情報処理および自由に関する全国委員会（Commission nationale de l'informatique et des libertés, CNIL）に対する届出（déclaration）の要否も論点となっていたが、本稿では検討を行わない。

め、労働者は原則としてこの経営権の行使を拒否することはできず、評価や目的設定といった人事管理の方法自体は、困難をかかえる労働者への配慮があれば、何ら問題をもたらすものではない。ただし、フランスにおける近年の労働者評価制度はアングロ・サクソン諸国の影響を受けて従来よりも高度なものとなっており、これをいかに評価するべきかが労働関係の様々な側面で問題となりつつあった。<sup>43)</sup> 本判決に従えば、労働者を評価する面接の導入はほぼ例外なくCHSCTの諮問の（義務的な）対象となると理解される。<sup>44)</sup>

学説によれば、本判決を受けて、内部告発制度の導入や、労働者の評価制度の導入、個別的賃金決定スキームの導入等、従来はCHSCTの諮問の義務的な対象とされてこなかった事象について、新たに使用者に諮問義務が課されることになりうる。<sup>45)</sup> なお、下級審判決には、会社の従業員が守るべき行動憲章（code de conduite）に関する新しい規定を当該会社のインターネットサイト上にアップする際に、CHSCTの諮問を受けなければならないとし、その理由づけの一つとして、この規定が、その適用の態様によっては、労働者の精神的健康を害する可能性があることを指摘したものがあ<sup>46)</sup>る。

また、本判決においては、労働条件に対する影響は潜在的なもので足りるのであり、実際に危険が顕在化していることは必要とされてないことも明白に示された。<sup>47)</sup>

4 本判決によって示された重要な変化は、CHSCTの諮問等による介入の足がかりとしての「労働条件」概念が、物質的・技術的なものだけでなく、精神的な条件にまで拡大されていることである。その背景には当然ながら、

42) Cass. soc., 10 juill. 2002, n. 00-42.368. 使用者の経営（指揮）権とは、被用者の労働遂行に対して企業主が有する一般的な権限であり、企業主が従業員の各自に対してその雇用ポストを定め、かつ、企業運営の最終的判断者・責任者として、必要な場合には、労働契約に変更を加えない限度でそのポストを変更する権限をいう。山口俊夫・概説フランス法（下）488-489頁（2004）。

43) Mole (A.) = Verkindt (P., -Y.), La Cnil et le CHSCT au chevet des systèmes d'évaluation, *Semaine sociale Lamy*, 2007, n°1332, p. 10.

44) Adam (P.), *Risques psychosociaux et consultation du CHSCT*, op. cit., p. 181.

45) Adam (P.), *Risques psychosociaux et consultation du CHSCT*, op. cit., p. 182.

46) TGI Nanterre, réf., 6 oct. 2004, *Dr. Ouvrier* 2005, pp. 219 et 220.

47) Guedes da Costa (S.) = Lafuma (E.), op. cit., pp. 422 et 423.

48) 以下, Guedes da Costa (S.) = Lafuma (E.), op. cit., p. 422.

CHSCTの役割の対象が身体的な健康のみならず精神的な健康の保護にも拡大されたことがあり、CHSCTの役割に関する一般的な規定（労働法典L.4612-1条）が、諮問権限に関する規定（同L.4612-8条）の解釈に影響を及ぼしている。<sup>49)</sup> 労働者の健康概念が身体的健康に限定されている際には、CHSCTの権限の対象となる労働条件の概念も、物質的・技術的な、労働の実施にかかる条件と狭義に理解されえたが、精神的健康が包含されたことにより、組織のあらゆる側面（戦略的、組織的、経営的、技術的側面等）に存在するリスク要因を考慮に入れざるをえないことになったのである。<sup>50)</sup>

5 学説の多くは、基本的に本判決を支持している。CHSCTの権限の拡大という論調に留保を示す見解としては、企業委員会との権限の分配が不明確になること、理論的な整理の必要性を指摘するものや、むしろ実態としてCHSCTがこうした役割を担えるような状況にないことを指摘するものがあるにとどまる（→V4参照）。ただし、2006年11月21日のヴェルサイユTGI判決は、「あらゆる計画が被用者に必ず不安を引き起こすという理由によって、すべての組織再編計画について」CHSCTが裁量的に諮問を要求し、専門的査定を行うことはできないと判断し、CHSCTの権限が過度に拡大することへの歯止めを設定している。<sup>51) 52)</sup>

49) Adam (P.), *Risques psychosociaux et consultation du CHSCT*, op. cit., p. 181, Lerouge (L.), 2012, op. cit., p. 52.

50) Adam (P.), *Risques psychosociaux et consultation du CHSCT*, op. cit., p. 181.

51) Teyssié (B.) = Cesaro (J., -F.) = Martinon (A.), Du CHSCT à la commission santé et sécurité du comité d'entreprise, *La semaine juridique - Édition Societae*, n°25, 21 juin 2011, pp. 10 et s.

52) 2010年に政府の依頼を受けて発表された、労働者の精神的健康の問題に関する専門家報告書は、経済的テーマと労働条件とが強い連続性を有するという今日の文脈において、CHSCTと企業委員会との連携を改善すべきと指摘している。Lachmann (H.) = Larose (C.) = Pénicaud (M.), *Rapport sur le bien-être et l'efficacité au travail*, févr. 2010, p. 10.

53) TGI Versailles, 21 nov. 2006, n. 06/01176, cité par Guedes da Costa (S.), Lafuma (E.), op. cit., p. 423.

## V CHSCT の権限拡大が意味するもの

1 学説は、2007年破毀院判決において、CHSCTが、労働における健康の法（le droit de la santé au travail）を貫く根本的な変化に共鳴するものとしての役割を担ったと評価する。ここでいう根本的な変化とは、①身体的健康のみならず精神的健康をも包含する健康概念への変化、②「補償」から「予防」への方向性の変化、③この精神的健康という概念を、個人的な関係の中でのみ捉えるのではなく、労働の組織という集団的なモデルの中で理解すること、の3点である。このうち①についてはすでに指摘したところであるので、以下、②、③について改めて検討を加えておこう。

2 労働者の健康に関与する他のアクターと比較した場合のCHSCTの強みは、集団のレベルで労働者にとってのリスクを評価することができるという点である。メンタルヘルスの問題は（モラル・ハラスメントに議論が集中したことにも見られるように）個人的な問題であると捉えられることが多いが、労働者の安全・健康の問題について個人のレベルで対応しようとすれば、すでに結果が生じてから、ないし個別の労働者に何らかの問題の兆候が生じてからの事後的な対応に終始する結果となり、またケースバイケースでの対応とならざるをえない。ここでは、メンタルヘルスが個人の問題でなく集団の問題として議論されるべきであり、また、できるだけ早い段階での予防に注目すべきであるという考えの転換を伴って、CHSCTが活用されることが期待されているのである。すなわち、②、③は相互に結びついていると整理することができるだろう。CHSCTの権限拡大は、メンタルヘルスについて、集団的なレベルでの（第1

54) 以下、Guedes da Costa (S.) et Lafuma (E.), *Le CHSCT dans la décision d'organisation du travail*, *Revue de Droit du Travail*, 2010, p. 421.

55) Lerouge (L.), 2012, op. cit., p. 50.

56) フランスにおいて、CHSCTへの注目は、従来集中して議論されてきたモラル・ハラスメントの概念が、問題を個人間の問題に矮小化してしまったことへの反省として議論されることも多い。参照、Adam (P.), *Harcèlement moral*, op. cit., p. 6.

57) Adam (P.), *Risques psychosociaux et consultation du CHSCT*, op. cit., p. 182, Lerouge (L.), 2012, op. cit., p. 52.

58) Lerouge (L.), 2012, op. cit., p. 52.

次的) 予防を強化することへの期待を背景としたものであると評価できる。

なお、学説には、近年の複数の司法判断（必ずしも精神的健康に関わる事案ではないが）において、CHSCTの義務的な諮問ないし査定の対象となるテーマが、人事管理の判断のみならず、その前提として行われる、経済的な経営判断（たとえば、企業再編）へと拡大される傾向を指摘した上で、こうした傾向と、2007年判決が潜在的な危険についてCHSCTの介入を要請したこととの関連性を指摘しているものも見られる<sup>59)</sup>。このように、精神的健康への着目は、CHSCTに関する一般論として、その介入の段階を前倒しする司法判断の背景の一つにもなっていると推測できる。

3 そして、このようなCHSCTの権限の拡大の傾向は、CHSCTの諮問・査定が有する効果という観点から、今後、さらに重要性を増していく潜在的な可能性を秘めている。

2008年のいわゆるSnecma判決<sup>60)</sup>において破毀院は、上述の使用の結果責任たる安全保持義務（→II）を根拠として、使用者は、被用者の健康を害する目的ないしそのような効果を有する経営権の行使をしてはならないと述べ、この場合、裁判官は疾病の原因となるようなあらゆる組織的決定を停止する（suspendre）ことができるとして、CHSCTによる専門査定や事業所委員会（comité d'établissement）によって消極的に評価された計画の停止を命じた。本件は、危険物質等も扱うエネルギー施設において、新しい組織計画によれば、メンテナンスを行う技術者がしばしば一人きりとなりうるという事案に関する判決であり、事案としてはむしろ身体的安全に関するものであるが、その射程は精神的健康にも及ぶものと理解されている<sup>61)</sup>。この判決によれば、使用者はCHSCTの見解に従う義務を負わない一方で、安全保持義務を理由に、CHSCTの見解を無視した決定について裁判所による停止命令を受ける可能性がある。その後、下級審のレベルでは、すでに、ストレス・精神的健康との関

59) Guedes da Costa (S.), Lafuma (E.), op. cit., pp. 422 et 423. 企業再編についてCHSCTの査定権限を認める破毀院判決として、soc, 29 sept. 2009, n° 08-17. 023.

60) Cass. soc., 5 mars 2008, 06-45.888, Bull. V, n° 46.

61) Adam (P.), *Le droit du travail français à l'épreuve des risques psychosociaux*, op. cit., p. 110.

係で *Sneema* 判決と同様の判断を行い、CHSCT の専門査定によって消極的に評価された従業員評価の方法に関する使用者の決定を停止する判決を下している<sup>62)</sup>。これらの裁判例も、安全衛生の分野において、できる限り早い段階における予防という考え方が重視されつつあることを示す判決であり、精神的健康に影響を及ぼしうる企業の決定をめぐる CHSCT の権限拡大の傾向と相まって、この組織の影響力が今後より一層大きくなる<sup>63)</sup>ことが予想されている。

4 他方、このような CHSCT の権限拡大は裁判所によって扱われる特別な事例ないし学説によって主張されているものであり、実務上、多くの企業において CHSCT がこの分野で果たす役割は大きいとはいえないという観点から、こうした議論の方向性に留保を付す見解もある。具体的には、CHSCT を設置する義務があるのは従業員数 50 人以上の企業のみであるため、CHSCT をもたない中小企業が全企業の 25% に上ることや、また、CHSCT は独自の資金をもたないこと等からして、この組織に過度な期待を抱くことには慎重であるべきとの指摘が見られる<sup>64)</sup>。今後の課題として、この組織の役割をより実質的なものとするために、精神的健康にかかる問題についてのメンバーの研修を行うこと<sup>65)</sup>、さらには、労働者の利益を保護するために労働者集団を代表して訴訟を提起する権限を与える等の権限強化の可能性が、議論されている<sup>66)</sup>。

## VI まとめに代えて

1 労働者の精神的健康の問題については、補償・賠償の観点から、精神疾患が私生活上の要因も含めた多様な原因の複合的な効果によって発症することや、ストレスに対する脆弱性が個人によって異なること等が、その特殊性とし

62) TGI de Nanterre, le 5 septembre 2008, *cité par* Adam (P.), 2009, op. cit., p. 110.

63) Adam (P.), 2009, op. cit., p. 110.

64) Adam (P.), *La prise en compte des risques psychosociaux par le droit du travail français, Le Droit Ouvrier*, Juin 2008, pp. 14 et 15, note 141.

65) Bilheran (A.)=Adam (P.), op. cit., pp. 102 et 103, Adam (P.), *Le droit du travail français à l'épreuve des risques psychosociaux*, op. cit., p. 100.

66) Adam (P.), *CHSCT et souffrance au travail-Rapports, accords (collectifs) et désaccords (judiciaires)*, *Le Droit Ouvrier*, n° 749, 2010, p. 636.

てしばしば論じられる。もっとも、予防という観点から見た場合に重要と思われる、精神的健康の問題に特有の性格は、精神疾患が業務から発生しうる<sup>67)</sup>ことが明らかだとしても、その業務に内在するいかなる危険から発生するかは事案によって多種多様であり、逆にいえばあらゆる労働条件・労働環境が原因となりうるということである。厚生労働省の 2006 年指針（「労働者の心の健康の保持増進のための指針」）は、「労働者の心の健康には、作業環境、作業方法、労働者の心身の疲労の回復を図るための施設及び設備等、職場生活で必要となる施設及び設備等、労働時間、仕事の量と質、セクシュアルハラスメント等職場内のハラスメントを含む職場の人間関係、職場の組織及び人事労務管理体制、職場の文化や風土等の職場環境等が影響を与えるものであり、職場レイアウト、作業方法、コミュニケーション、職場組織の改善などを通じた職場環境等の改善は、労働者の心の健康の保持増進に効果的である」としており、この問題の射程の広さが浮彫りになっている。

2 フランスの CHSCT をめぐる議論は、そもそも企業内の従業員代表の位置づけや役割が日仏で異なることや、労働者の精神的健康が問題となってきた社会的・経済的背景も異なると考えられること等を考慮すれば、具体的・直接に日本法に参考とできるものではない。しかしながら、労働者の精神的健康を守る予防の試みについて、以下のような抽象的な示唆を得ることは可能であろう。

まず、フランスでは、上記のような精神的健康に対するリスクの予防の問題が有しうる射程の広さゆえに、労働者の健康保護・安全衛生の問題が、その射程を従来よりも著しく拡大する理論的可能性が顕在化している。日本でも、上記のとおり精神的健康の問題の射程の広さが事実としてはある程度認識されているとはいえ、この問題が、理論的には一見して安全衛生と直接に関係のない使用者の決定にまで遡りうることは、必ずしも十分に意識されていないように思われる<sup>67)</sup>。

次に、このような広がりをもつ問題を対象とするからこそ、使用者の賠償責任との関係での個別的な議論では、予防（特に第 1 次予防を含む早期の予防）に関する議論には限界が生じうるのであり、また、事前に何らかの（実体的・具体的な）労働条件の遵守、使用者の行為を義務づけるという手法は機能しな

い可能性があり、むしろ職場におけるストレスをめぐる情報交換・問題発見のための労使対話、労働者の側からの問題提起の重要性が高い。その点で、労働者の安全・健康の問題を「労働条件」という広い観点から捉えた上で、従業員代表委員会たる CHSCT による関与を諮問義務等の形で要求する、フランスにおける労使対話を基礎としたいわば手続的・集団的な予防の使用者への義務づけの仕組みは、精神的健康の保護のためには特に有効なものとなりうるといえよう。

日本の労働安全衛生規則 22 条 10 号は、衛生委員会の付議事項として、「労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策の樹立に関すること」を挙げている。これを受けて、平成 21 年の行政通達（「当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について」〔基発第 0326002 号〕）においては、事業場におけるメンタルヘルス対策の重要な柱として衛生委員会または安全衛生委員会（以下、衛生委員会等という）における調査・審議の徹底等が挙げられるとともに、「心の健康づくり計画」の策定についての衛生委員会等の重要性が指摘されている。すでに言及した平成 18 年のメンタル・ヘルス指針においても、衛生委員会等の十分な審議に基づいて事業者が「心の健康づくり計画」を作成することが推奨されている。このように、日本でも、精神的健康に関する予防の試みが、従業員の代表としての性格を有するような、安全衛生に関わる組織の権限の対象とされて

いるし、その役割の重要性についても一定の一致した認識があるように思われる<sup>69)</sup>。他方で、各種委員会の関与に関する法の定めは、審議（労安衛 17 条以下）に関するものにとどまっており、調査に関する権限や、審議が行われないことの効果は明らかでない。また、問題が生じた際の委員会への報告も、基本的に企業の自発的な決定に委ねられている状況であり（労安衛 66 条の 5 第 1 項・66 条の 8 第 5 項参照）、実際にこれらの組織が果たしている役割は大きいとはいえないものと思われる。

今後、労働者の精神的健康の保護という観点から、このような安全衛生にかかる従業員代表の組織について、従来よりも積極的かつ実質的な役割を付与することも検討に値する。このとき注意すべきことは、繰り返しになるが、安全・健康の問題が、精神的健康に対するリスクの予防という問題を媒介することにより、従来考えられてきたよりも広い範囲に及びうることである。フランスでは（学説においてはおおむね好意的に評価されているとはいえ）、安全衛生の問題に関わるがゆえに CHSCT に与えられてきた比較的強い権限が、当初想定されたものよりもかなり広い範囲の企業の決定にまで広がりつつある。実際に従業員代表組織に与えられるべき権限については、労働者の安全・健康は人間の生命や尊厳にかかる重要な価値であることは当然としても、他方でその対象が無限定に拡大する理論的可能性をふまえた、慎重な議論が必要であろう。

3 業務が包含するリスクの具体的な内容を特定しづらい精神的健康の問題が論じられることにより、職場の安全衛生・労働者の健康という問題は、様々な観点から質的な変容を遂げる可能性を秘めている。本稿で検討したことはその一端に過ぎないが、様々な問題状況について、従来の安全衛生にかかる制度的枠組みが、精神的健康の問題に対応するために必要十分なものであるのかという観点からの検討が必要と考えられる。

67) 厚生労働省・心の健康づくり事例集（2008）に掲げられている「メンタルヘルス基本方針」においては、企業における第 1 次予防の主たる内容として（セルフケアについては省略）、ラインによる快適な職場づくりへの努力、社内産業保健スタッフによる啓蒙活動、セルフチェックの機会の提供、相談窓口、組織への提言・助言、社外資源によるケアとして、啓蒙・教育活動、カウンセリング等を挙げている。厚生労働省の「職場のあんぜんサイト」では、労働時間管理、人事労務管理、仕事の方法、評価制度など労働者の心の健康に影響を与えうる事業場内の事項（職場環境等）についての問題を点検し、その改善を図ることが第 1 次予防の内容として挙げられている。

68) Adam (P.), La prise en compte des risques psychosociaux, op. cit., p.12. 労働関連性疾患について、労使の協力と自主的な対応の重要性を論じ、労働安全衛生マネジメントシステムに注目する議論として、山口浩一郎・労災補償の諸問題 305 頁以下（2002）。参照、労働安全衛生マネジメントシステムに関する指針（平成 11 年労告 53 号）。また、労働者の健康保護、特に予防という課題に関する労働者参加の仕組みの重要性を指摘する国際条約として、日本もフランスも批准している ILO 第 187 号条約（「職業上の安全及び健康を促進するための枠組みに関する条約」）4 条を参照。EU 法も含めたこの点に関する各種の国際規範については、上記の Adam 教授の論文を参照。

69) 一般論としての安全・衛生委員会の組織、役割等については、保原ほか・労災 22 頁以下。

# 労災補償と健康保険と「過労死・過労自殺」

笠木映里

労働者が傷病に罹患し、あるいは死亡した時、労働者や遺族にはいかなる補償・社会保障給付・賠償が行われるのだろうか。日本法の下では、当該傷病が業務上の傷病と評価されるか、私傷病と評価されるかにより適用される制度が大きく異なっている。本章では、これらの補償等の全体像を概観したうえで、業務上の疾病にかかわる問題の中でも現代においてきわめて重要な問題である過労死・過労自殺を取りあげ、とくに労災保険制度との関係で提起されている理論的な問題に注目して検討を加える。

## 労働者の傷病に対して行われる社会保険・補償・賠償

(1) 本章の対象と構成

労働者が傷病に罹患したり、あるいは死亡すると、労働者(労働者死亡の場合には遺族。以下、労働者等という)には、医学的治療の必要や、労働能

力の低下による収入の喪失、扶養者の死亡による扶養の喪失等が生じる。このような場合に、現行法上、労働者等に対していかなる給付・補償・賠償が行われるのだろうか。また、当該傷病・死亡が業務に関連して生じている場合に、使用者に生じうる法的責任はいかなるものか。本章では、労働者の傷病罹患ないし死亡時に労働者等に行わ

れうる給付・補償・賠償の全体像を概観し、現代的課題の検討を試みる。まず前半部分で、労働者の傷病には私傷病と業務上の傷病があることを区別したうえで(↓本節「私傷病と業務上の傷病」)、まず、私傷病にかかる社会保障給付を概観する(第2節)。次に、労働者の傷病が業務上の傷病と評価される場合の労災補償(第3節)、及び業務に

関連して生じる傷病について使用者が負うる民事上の責任を概観する(第4節)。第5節では、業務に関連して生じる疾病・死亡の中で、社会的にも法的にも重要な問題を含む「過労死・過労自殺」の問題を取りあげて、この問題をめぐる各種の論点を検討することを通じて、とくに労災保険制度との関係でこれらの問題が提起する課題を指摘する。

## (2) 私傷病と業務上の傷病

上述の通り、労働者が傷病に罹患した場合、治療のために医療機関を受診する必要がある。また、就労能力が低下して賃金水準が低下したり、一時的な休職を余儀なくされることがある。さらに、傷病が重大なものである場合、心身に障害が残る場合もあり、長期にわたって就労能力が低下した状態となるため、仕事を辞めざるを得なくなることや、長期的に所得水準が従来よりも低いものにとどまることがある。さらに、労働者が死亡した場合には、当該労働者に扶養されていた遺族は、扶養者を失うことになる。

日本法は、これらの場合に労働者等が得ることのできる社会保障給付・補償給付等について、労働者の罹患した傷病(以下、とくに限定しない限り類型である(国保法五八条二項)。健康保険制度による傷病手当金は、原則として、就労不能状態となった日から数えて四日目より支給され、同一の傷病に基づく就労不能については支給開始から一年六カ月を限度に支給される。支給額は標準報酬日額の三分の二である(標準報酬日額とは、直前三カ月間に受けた賃金に基づいて決定される標準報酬月額を、労働日数で割った額である)。

## (2) 私傷病・業務上の傷病にかかわらず行われる年金給付

労働者は、原則として、あらゆる国民を対象とする国民年金制度と、被用者を対象とする厚生年金制度の、二つの年金制度に加入している(公務員等の特別な制度や、厚生年金制度の適用除外となる労働者も存在するが、ここでは省略する)。これらの年金給付は、私傷病・業務上の傷病を区別しない。そのため、労働者が傷病により障害のある状態になると、その原因が私傷病か業務上の傷病にかかわらず、一定の要件の下で、障害基礎年金(国民年金法三〇条以下)及び障害厚生年金(厚生年金保険法四七条以下)が支給される(障害等級によっては障害厚生年金のみが支給される)。また、労働者が死亡した場合には、同じく私傷病・業務上の傷病

その結果としての障害・死亡も含むものとす<sup>2)</sup>が、業務が原因で生じたもの(いわゆる業務上の傷病)か、あるいは、仕事とは無関係に私生活上発生したものの(いわゆる私傷病)か、によって大きく異なる対応をとっている。

まず、労働者の傷病が私傷病と評価される場合には、各種の社会保険給付によって、傷病により生じるニーズがカバーされる。これらの給付としては、労働者以外の者と共通のものに加え、労働者特有のものも存在する(「第2節」労働者の私傷病に対する社会保障給付)。

他方、労働者の傷病が業務上の傷病と評価される場合、いわゆる労働災害の補償に関する特別な制度が存在する(「第3節」労災補償)。

なお、社会保障・労災補償制度の枠外に存在する労働者等の損害填補の手段として、使用者は、業務上の傷病、及び労災補償との関係では業務上の傷病といえないものの、業務と「関連して」生じたといえる傷病について、労働者等に対して民事上の損害賠償義務を負うことがある(「第4節」使用者の安全配慮義務)。

の区別にかかわらず、一定の要件の下で、当該労働者により扶養されていた被扶養家族に対して遺族基礎年金(国民年金法三七条以下)及び遺族厚生年金(厚生年金保険法五八条以下)が支給される。

## 3 労災補償

### (1) 労災補償の考え方

労働者が、業務が原因で傷病に罹患し、あるいは死亡した場合(以下、このような場面を労働災害または略して労災という)、上記のような私傷病の場合とは大きく異なる考慮が行われる。傷病の原因が業務にあるのならば、使用者が何らかの形で責任を負うべきであり、通常の社会保険とは異なる制度が必要と考えられるためである。このような考え方に基づいて、労災については特別な補償の仕組みが用意されている。

労災について、労働者等に生じた損害の填補のあり方を私法上の一般法たる民法の世界で考えれば、まず、労働者等が自らに生じた損害について、使用者の民法上の責任を追求し、損害の填補・回復を求めること(損害賠償責任の追及)があり得よう(民法七〇九条等、「第4節」参照)。しかしながら、民法法の根本原則である過失責任主義の下では、

## 2 労働者の私傷病に対する社会保障給付

### (1) 健康保険法の適用

労働者の私傷病については、原則として、被用者を対象とする医療保険制度である健康保険制度による給付が行われる(健康保険法(以下、健保法)三条一項。健保法一条は、同法による給付の対象を「労働者の業務外の事由による疾病・負傷若しくは死亡」等と定め、第3節で扱う労災保険給付との役割分担を明確にしている)。

健康保険は、まず、現物給付の医療である療養の給付を提供する。その給付範囲・水準は、労働者以外の者が受ける医療保険給付と、一部の例外を除いてほぼ同じものである(療養の給付の内容につき、健保法六三条一号、国民健康保険法(以下、国保法)三六条等参照。一部負担金につき、健保七四条、国保四二条参照)。

また、健保法が労働者を対象とする法であることを前提として、同法は、療養のために業務に服することができない場合について、傷病手当金の支給を予定している(健保法五二条一号、九九条)。これは、被用者にあたらぬ者が加入する国民健康保険制度においては任意給付とされている給付

損害賠償責任の追及に際して、労働者等が、使用者の過失(注意義務違反)の存在を主張立証しなければならぬ。また、労災によって発生した損害を具体的に主張立証する必要もある。さらに、損害を発生させたのが同僚被用者のような第三者である場合には、当該第三者の行為が使用者に帰責されることを裏づける事情(具体的には、当該第三者の行為が業務と関連して行われたこと)についても主張立証が必要である。そして、こうした事情の主張立証はしばしば、労働者にとつてきわめて困難なものとなり得る。さらに、そもそも、使用者に過失がなくとも、業務は労働者にとつての危険をはらむものであり、このような業務に内在する危険が現実化した際には、業務から利益を得る使用者が何らかの責任を負うことが望ましいと考えられる。

このような考慮に基づいて構築されてきた制度が、労働基準法(以下、労基法という)上の使用者の労災補償責任(法第八章)、及び労働者災害補償(保険法上の労働者災害補償保険制度(以下、労災保険法、労災保険制度という)による労災補償である。これらの労災補償制度における基本的な考え方は、労働者を使用して利益をあげている使用者は、原則として、自らの過失の有無にかかわらず労働災

害により労働者に生じた損害を填補・補償する責任を負うのであり、上記のような主張立証の困難性のために被災労働者の救済が妨げられてはならないといふものである。そのため、労災補償制度においては、使用者の過失の有無を問わず(無過失責任原則)、原則として労働災害の発生のみを要件として補償が行われ、かつ、実際の損害額の立証なしに、事前に予定された内容の補償が行われる。

(2) 使用者の無過失責任と責任保険としての  
労災保険制度

労基法第八章は、労働者が業務上負傷し、または疾病にかかった場合に、使用者が、過失の有無を問わず各種の補償を行う義務を定めている(法七十五条―八二条)。ただし、これらの使用者の責任は、当該災害補償の事由について労災保険法による労災補償が行われる場合、その限りで縮減する(労災保険法八四条)。

業務上の傷病について給付を行う労災保険制度は、もともと、この労基法第八章が定める使用者の無過失の労災補償責任を前提として、使用者の補償責任にかかる責任保険として創設されたものである。使用者に補償責任を負わせたととしても、使用者が資力をもたない場合には結局労働者が十

も行うが、本章では検討を省略する。

(4) 労災保険と社会保険

これらの給付のうち主要なものについて、私傷病に関する健康保険給付等(↓第2節)と比較してみよう。まず、(1)労災保険による療養補償給付においては、健康保険法上要求される受診時の一部負担金(健保法七四条一項)が要求されない。また、(2)休業補償給付の額は、労働者の平均賃金の六〇%に相当する額であるが、これに加えて社会復帰促進等事業(労災保険法二九条一項参照)により支給される特別支給金が支給され(平均賃金の二〇%相当)、結果として、平均賃金の八〇%が保障され、健保法による傷病手当金(標準報酬日額の六〇%)と比べて高い水準となっている。さらに、健保法上の傷病手当金は一年六カ月が経過すると打ち切られるが、労災保険による休業補償給付は、一年六カ月を超えても就労不能状態にある場合には、傷病補償年金に切り替えられ、要件を満たす限り支給される(なお、労災保険による給付には、労働者の賃金額が二〇%以上変動した時に給付額も変動させるスライド制も存在している)。また、就労不能となつてからはじめの三日間について給付が行われないのは労災保険も健康保険も同様で

分な補償を受けられない可能性があるため、このような制度は労働者保護のために重要な意味をもつ。同制度は、政府が保険者となる公営保険であり、ごく一部の例外を除き、労働者を使用するあらゆる事業が適用事業とされる。そして、労災保険給付が業務上の傷病を対象とすることを前提として、この保険は使用者が支払った保険料(のみ)を財源として運営され、保険料率は、業務の危険性を反映して業種ごとに定められている。このような保険の制度設計は、各種の業務がそれぞれに一定程度定型化することの可能なリスクを内包しており、そのリスクが、使用者の過失の有無とはある程度独立して、一定の確率で偶発的に発生しうるものであることを前提としている。

ただし、一定規模以上の事業については、過去三年間の業務災害による保険給付の額に応じて保険料率を増減させる、いわゆる「メリット制」が採用されている。この制度を通じて、使用者に、労災予防への取組みに対するインセンティブを与えることが目指されている。このように、労災保険は、基本的に使用者の過失とは無関係の給付を行うものの、使用者の努力による労災発生回避の可能性も認めている。

上記の通り、労災保険による給付が行われるとあるが、業務上の傷病については、労基法上の使用者の労災補償責任が休業の初日から発生し、使用者によって、賃金の六割が補償される(労基法七六条一項)。

また、年金給付に目を向ければ、同じ事由により社会保険制度から支給される障害・遺族年金と、労災保険法上の休業補償給付・各種年金給付は、併給が可能である(額について調整(減額)の規定が存在する。法一四条二項、別表第一、同法施行令二条ほか)。

以上の検討からは、傷病が業務上の傷病と評価されるか、私傷病と評価されるかによって、労働者等が受けられる給付の水準に大きな違いが生じること、より具体的には、業務上の傷病について私傷病よりも明らかに有利な給付が行われることがわかる(この違いが、社会保険の給付水準の据え置き・後退という事情を背景として一九九〇年代末―二〇〇〇年代初頭にかけて拡大してきたことについては、岩村(二〇〇〇:二七頁)を参照)。このことは、それぞれの制度の趣旨・目的・財源等が違つてゐることから正当化されうが、業務上の傷病と私傷病の区別は必ずしも容易でないこともある。そして、このような給付水準の相違は、業務上疾病としての性格の評価が難しい傷病についても、出

使用者の労基法上の責任は縮減する。また、労災保険制度は、第二次世界大戦後に創設されてから、給付内容・水準を徐々に充実させ、労基法上の使用者の責任を超える内容・水準の給付を行っている。その結果、今日における労災補償の中心は労災保険法による保険給付であるため、以下では主としてこの労災保険制度を検討対象とする。

(3) 労災保険給付

労災保険制度は、業務上の傷病(業務災害)に関する給付として、(1)傷病の療養のために必要な現物の療養等が支給される療養補償給付、(2)休業第4日目以降について支給される休業補償給付、(3)労働者の身体に障害が残った場合に支給される障害補償給付(年金又は一時金)、(4)労働者が死亡した場合にその労働者によって生計を維持していた配偶者等に対して支給される遺族補償給付(年金又は一時金)、(5)葬祭料、(6)療養開始後一年六カ月を経過しても傷病が治癒しない場合に支給される傷病補償年金、(7)労働者が自宅等で介護を受ける場合に支給される介護補償給付、の七種を予定している(労災保険法二二条の八第一項、一三条以下)。なお、労災保険制度は、業務災害以外にも通勤時に発生した傷病(通勤災害)にかかる給付

来る限り広く労災保険給付の対象としようとする議論の現実的な背景となっている(↓第5節)。

使用者の安全配慮義務

(1) 民事法上の損害賠償請求

上述の通り、労災補償の重要な意義は、業務上内在するリスクを定型化し、過失や現実には発生した損害の大きさと無関係の給付を提供することで、一般民事法上の責任追及をめぐる労働者の立証の負担を軽減・緩和するところにあつた。他方で、まさにそのような制度の意義ゆえに、この制度は、労働者が実際に被つた損害を事後的に評価し、それをすべて填補するものではない。また、労災保険給付の要件を満たさない、すなわち、労災保険制度との関係では業務上の傷病といえない傷病であっても、使用者に対する民事法上の損害賠償請求が可能な場面も想定し得る。したがって、労働者には、業務と関連して生じた損害について、労災保険給付を受けると受けないとにかかわらず、使用者に対して一般民事法上の損害賠償請求を行う可能性がひらかれている(訴訟上のこのような請求を一般に「労災民訴」と呼ぶ)。

なお、このように労災保険給付と民事法上の損

害賠償請求の両方の請求を許す立場を、「併存主義」と呼ぶ。諸外国の中には、労災補償を受けられる労働者には民法上の損害賠償請求を原則として許容しない制度や、労働者にいずれかの請求を選択させる制度も存在する。

(2) 安全配慮義務

労働者が使用者に対して損害賠償請求を行う際の法的根拠としては、まず不法行為責任が存在する(民法七〇九条、七二五条、七二七条など)。

また、裁判所は、一九八〇年代以降、「雇傭契約は、労働者の労務提供と使用者の報酬支払をその基本内容とする双務有償契約であるが、通常の場合、労働者は、使用者の指定した場所に配置され、使用者の供給する設備、器具等を用いて労務の提供を行うものであるから、使用者は、右の報酬支払義務にとどまらず、労働者が労務提供のために設置する場所、設備もしくは器具等を使用し又は使用者の指示のもとに労務を提供する過程において、労働者の生命及び身体等を危険から保護するよう配慮すべき義務(以下「安全配慮義務」という)を負っている」(川義事件一最三小判昭五九・四・二〇民集三八巻六号頁)として、労働契約に付随する義務としての安全配慮義務が使用者に課さ

者の心身にとって過重な負担を内包する業務と定義する(が原因で死に追い込まれる労働者は跡を絶たない。労災認定がなされたものだけを数えても、平成二四年度に過労が原因で死亡あるいは自殺(未遂を含む)したと認定された労働者は二〇〇人以上に及ぶ(厚生労働省「平成二四年度 脳・心臓疾患および精神障害などの労災補償状況まとめ」)による)。とくに、近年の傾向としては、職場のストレスで精神疾患・精神障害を発症し、自殺に至る労働者の数が増えていることが注目される(いわゆる過労自殺)。長引く不況と雇用の不安定化を背景として、労働者は常に強いプレッシャーを抱えながら働くことを余儀なくされており、また、違法な労働環境も受け容れざるを得ない立場にあることも多い。職場の雰囲気や同僚間の人間関係もストレスの多いものとなりがちである。このような状況において、単純な長時間労働に限られない複合的な要因が労働者の心身の健康を害するという点(業務量を変えずに労働時間が減らされ、結果として長時間労働は克服されたものの労働密度が著しく増大する場合も想定できる)、近年の過重労働の問題の特徴であるといえる。

れることを認める判例法理を構築してきた。これを受けて、二〇〇八年に施行された労働契約法の五条は、「労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮」をする使用者の義務を明文で規定しており、労働者は、この「安全配慮義務」の不履行について使用者の債務不履行責任(民法四一五条)を追及し、損害賠償を請求することもできる。判例によれば、安全配慮義務の具体的内容は「労働者の職種、労務内容、労務提供場所等安全配慮義務が問題となる当該具体的状況等によつて異なる」(前掲、昭和五九年最判)。

安全配慮義務法理は、当初、不法行為による損害賠償請求権の短期時効(加害者及び損害者を知った時から三年)を克服するための手段として注目されたものであり(債務不履行構成の場合、損害賠償請求権の時効は権利が行使できる時から一〇年。民法一六六条一項、一六七条一項)、この点は現在もなお不法行為・債務不履行の二つの法律構成の重要な相異点といえる。他方、二つの法律構成には、他にも、立証責任、過失相殺や慰謝料等に関連して民法典上いくつかの相異が存在するが、法規定の類推適用等により両者は接近する傾向にあり、これらの点において二つの法律構成には大きな違い

(2) 脳・心臓疾患と精神障害

一般に「過労死」とは、業務上の疲労の蓄積による脳・心臓疾患(脳梗塞や心筋梗塞)によつて引き起こされる死亡をいう(ただし、過労は多様な疾病の原因となりうるため、理論的には、過労死につながる疾病は脳・心臓疾患に限られない)。また、「過労自殺」については、さしあたり、業務により疲労が回復されない状態が続き、これに、仕事上の他の要因、仕事以外の外部要因、本人の要因などが加わることにより、鬱病などの精神疾患にかかり自殺に至ること、と定義できよう(過労自殺の定義については、厚生労働省の提供するメンタル・ヘルスポータルサイト(「こころの耳」を参照した)。以下では、労働者死亡の場合に限定せず、過労によつて生じる上記の疾病(脳・心臓疾患及び精神障害)の場合にはこれらの疾病による死亡を、精神障害とする場合にはこれを原因とする自殺を含むものとする)。

もとより、第二次大戦後に創設された労災保険制度は、炭鉱業や製造業等(当時)定型的に災害発生頻度が高い、あるいは有害性の高い業務に従事する労働者が多数であることを前提に、これらの定型化しうるリスクを想定して構築されて

はないと考えられつつある。このことも背景となつて、今日、労災民訴においては、不法行為・債務不履行の両構成による訴えが選択的併合の形で提起されることが少なくない。

(3) 相当因果関係

労災民訴においては、不法行為でない安全配慮義務違反と労働者の傷病との間に相当因果関係が存在することが必要となる。この要件に関する議論は、業務上傷病と私傷病との区別の問題と、完全には一致しないものの類似の問題といえ、事案によつてはその判断はきわめて困難である。

5 過労による労働者の傷病・死亡・労働者の脳・心臓疾患と精神障害をめぐる問題

(1) 減らな「カローシ」と増える労働者の自殺

「カローシ」という言葉が、日本ではもちろん「Karoshi」として海外でも用いられるようになってから二〇年以上が経つ。この間、とくに長時間労働との関係で雇用慣行を変容させるための様々な試みがなされてきたものの、今日においても、過労(本章では、長時間労働に限られない、労働

きた。これに対して、近年問題となっている脳・心臓疾患や精神障害は、産業構造の変化(とくにサービス業、ホワイトカラーの増加、人口構造の変化等)を受けて、従来と異なる性格の労災として重要性を増してきたものであり(これらの問題が相対的な重要性を増した原因としては、製造業等における安全性の向上も存在するだろう)、制度創設時の労災保険制度が予定していなかった種類の疾病ともいえる(岩村(二〇〇〇:三三頁))。

(2) 労災保険給付・業務上疾病の業務起因性すでに述べた通り、労災保険給付を受けるためには、当該傷病が業務上のものと認められる必要がある(いわゆる「業務起因性」の必要性)。

業務上発生する「負傷」については、ほとんどの場合、事故等の特別な出来事が特定可能で、業務との関連性が比較的容易に判断できる。他方、「疾病」については、そのような特別な出来事がない場合がほとんどであり(「非災害性」、業務との関係について医学的な知見が必要とされること)が多い。そこで、法は、医学的知見により業務上の有害因子との因果関係が確立していると考えられる疾病を、特別な出来事が原因となつてい

災害性の疾病も含めて列挙し、これらの疾病について業務起因性を推定する規定をおいている（労基法七五条二項、労基法施行規則三五条、別表一の二）。この別表に掲げられた業務を行っていた労働者が、当該業務に併記されている疾病に罹患した場合に、業務起因性の不在が立証されない限り、業務起因性が認められる。

(4) 脳・心臓疾患、精神障害と業務起因性

脳・心臓疾患、精神障害との関連では、上記労働基別表一の二の八号が、「長期間にわたる長時間の業務その他血管病変等を著しく増悪させる業務」による「脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症、心筋梗塞、狭心症、心停止（心臓性突然死を含む）。若しくは解離性大動脈瘤又はこれらの疾病に付随する疾病」につき、同九号が「人の生命にかかわる事故への遭遇その他心理的過度の負担を与える事象を伴う業務」による「精神及び行動の障害又はこれに付随する疾病」につき、業務起因性が推定される旨を定めている。

これらの規定は、二〇一〇年の労基則改正により新たに加えられたものである。改正前は、脳・心臓疾患や精神障害を直接に対象とする推定規定はおかれていなかったが、別表九号（当時。現在は外労働が四五時間を超えて長くなるほど関連性が徐々に強まり、(2)発症前一カ月間に一〇〇時間を超えて、あるいは発症前一カ月一六カ月にわたって一カ月あたり八〇時間を超えて時間外労働をしている場合には関連性が強いと認められる。(1)の基準は「関連性が徐々に強まる」という相対的なものであるが、(2)の基準は、この値を超えていれば基本的に業務起因性が認められるものとして位置づけられており、発症前一カ月の一〇〇時間、ないし二一六カ月前の八〇時間は、長期的な疲労の蓄積が原因で発生する脳・心臓疾患の業務起因性判断の一つの重要なメルクマールとして機能する（後述する比較対象労働者の問題も、この基準を超えて働く労働者との関係では問題とならない）。

(6) 精神障害及び過労自殺の業務起因性

続いて、脳・心臓疾患に比べてより新しい問題といえる精神障害・自殺の業務起因性に議論を進めよう。精神障害及びその結果引き起こされる自殺についても、その業務起因性の評価には様々な困難が伴い、その問題状況は脳・心臓疾患の場面と類似している部分もある。まず、精神障害を引き起こす、あるいは悪化させるストレス要因が、労働者の日常生活・私生活の中に無数に存在し、そ

の二二の「その他業務に起因することの明らかな疾病」という一般規定の解釈として、これらの疾病の業務起因性が議論され、厚生労働省の発する認定基準等によって、業務起因性が認められるべき場面が実務上画されてきた。そして、上記の別表の新しい規程の文言は、「長期間にわたる長時間の業務」「心理的に過度の負担」など、具体的な内容が一義的に定められないようなものとなっており、これらの文言の解釈にあたっては、依然として、従来通り厚生労働省の認定基準等を参照する必要がある。以下、脳・心臓疾患と精神障害とに分けて、詳細に検討する。

(5) 脳・心臓疾患の業務起因性

被災性の疾病の業務起因性の問題の中で、従来最も活発な議論の対象になってきたのが、脳・心臓疾患である。その理由は、これらの疾病の性格に起因する以下のような理論的な困難性にある。すなわち、これらの疾病は通常、本人が有している動脈硬化等の基礎疾患が、日常生活上の要因、加齢、業務等の様々な要因によって悪化し発症に至るものであって、これらの多数の発症因子の中で、業務の負担をいかに評価するべきかが明らかでない。とくに、労働者の疾病が、長期的な業務

の負担による疲労の蓄積から発生したと思われるような場合には、業務の負担が労働者の心身の健康状態に及ぼす影響の評価はより複雑なものとなるし、比較すべき他の発症因子も一層多様になるので、業務起因性の評価は全体としてより困難となる。

厚生労働省は、このような判断の困難性に対応するために、確立した医学的知見に加えて判例・裁判例の動向も踏まえながら、脳・心臓疾患について詳細な実務上の判断基準を構築してきた（脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く）の認定基準について（平成一三年二月二二日基発第一〇六三号））。現在の基準によると、  
 (1)発症直前から前日までの間に異常な出来事に遭遇したこと、(2)発症に近接した時期（おおむね一週間）において過重な業務に従事したこと、(3)発症前の長期間（おおむね六カ月間）にわたって著しい疲労の蓄積をもたらす過重な業務に就労したこと、のいずれかの「過重負荷」を受けたことにより発症した脳・心臓疾患は、業務上の疾病と扱われる。(3)の長期にわたる疲労の蓄積については、さらに、労働時間の長さに応じた評価の基準等が示されている。基準によれば、(1)発症前一カ月一六カ月にわたって一カ月あたりの時間

れらの中で、業務がどの程度の重要性を有していたかを評価することがきわめて難しい。これは、脳・心臓疾患の場面でも、日常生活上の要因との関係で問題となった点である。また、労働者のストレスに対する脆弱性は個人ごとに大きく異なっており、その評価も複雑である。これは、脳・心臓疾患の場面における労働者のもつ基礎疾患の位置づけに類似する問題ともいえるが、精神疾患については依然として医学的知見の蓄積も少なく、個人差もより大きいと思われ、判断はより難しくなる（「本節」誰を基準に業務の過重性を判断するか）。脳・心臓疾患の業務上認定にかかる問題がより先鋭化して表れるのが、精神障害の業務上認定の問題といえよう。

厚生労働省は、この分野についても、詳細な認定基準を定め、脳・心臓疾患に関するものと同様に、医学的知見の発展や判例・裁判例の展開も踏まえ、度重なる修正を加えてきた（心理的負荷による精神障害の認定基準について（平成三年二月二六日基発二二六第一号））。

認定基準では、業務による心理的負荷の強度の評価の対象を原則として精神障害発症前の六カ月間としたうえで、心理的負荷の原因となった出来事及びその出来事後の状況が持続する程度につい

て総合的に検討する必要があるとして、別表一「職場における心理的負荷評価表」を定め、仕事の失敗や仕事の量・質、対人関係のトラブル等、職場における出来事についてその平均的な心理的負荷の強度を三段階で評価するとともに、個別事案ごとの事情により心理的負荷の強度を修正すべき場合についての具体例や、心理的負荷の総合評価の視点等を列挙している。他方、私生活上の出来事についても同様に心理的負荷の強度を評価する別表2を定め、さらに、考慮すべき個別側要因としては、既往歴、アルコール依存等の例をあげている。精神障害・自殺の業務起因性は、実務上、これらの要素の総合考慮によって行われることになる。総合考慮に際しては、業務による心理的負荷が強いと判断される場合、私生活上心理的負荷をもたらす出来事や個別側要因が存在するとしても、これらの心理的負荷や個別側要因によって発病したことが医学的に明らかである場合を除いて、原則として業務起因性が認められる。

(7) 自殺の業務起因性

過労自殺に特有の問題として、故意に引き起こされた結果について給付を行わないとしている労災保険法二二条の二の二第一項にあたるいかと

いう問題もある。この規定の趣旨は、労働者の故意が介在する場合、業務と労働災害との間の因果関係がカテゴリカルに切断され、業務起因性が否定されると考えられるため、そのような場合には給付を行わないとするものと理解できる。もともと、精神障害には症状として強い自殺念慮が伴うことがしばしばであり、自殺は精神障害が悪化したことの帰結にすぎず、通常の故意行為のような意志は介在しないと考えるのが自然であって、このような自殺を故意による死亡と評価すべきではない。一九九九年には、この問題に関する通達（平成二一年九月一四日基発第五四四号、第五四五号）により、業務が原因で精神障害を発生しその結果自殺をはかった者について、原則として業務起因性を認める扱いが採用されている。

(8) 労災認定を争う訴訟

上記の通り、脳・心臓疾患及び精神障害・自殺の労災認定については、実務上様々な認定基準・通達が示されており、処分が一貫性のあるものとなることが目指されているが、これらの処分を争う訴訟も多数提起されている。このとき、認定基準等はいずれも、裁判所を拘束しない行政規則であるから、裁判所は、これらの行政規則に拘束さ

ず、事案の特殊性にも配慮しながら、自ら勞基別表1の2の解釈を行って業務起因性を判断することができるとは、過労死、過労自殺のみならず、労災認定にかかるあらゆる行政規則に基本的に妥当する。裁判所は、多くの場合に、行政庁の作成した認定基準等が基本的に妥当なものであるとしてこれを一応基礎としつつ、事案の特殊性に応じて適宜基準を逸脱する形で、判断を加えている。例えば精神障害については、おおむね認定基準を前提とした判断を行った判決として豊田労基署長（トヨタ自動車）事件一名古屋高判平一五・七・八判八五六号一四頁がある一方、自殺に関する上記の平成二一年通達がおそらくは想定していないと思われる事案で、精神障害に罹患していた労働者の過剰服薬による死亡について、「精神障害の症状としての睡眠障害や希死念慮等に苦しみながら、その影響下において薬物依存傾向を示すようになり、過量服薬の結果、死亡するに至った経緯」に着目して業務起因性を認めた裁判例として、国・川崎北労基署長（富士通ソーシアルサイエンスラボラトリー）事件（東京地判平一三・三・三五判一〇三三三号六五頁）、精神障害にかかる認定基準（及びその前身となった指針）は、当該労働者が置かれた具体的な立場や状況等を十分斟酌

(10) 誰を基準に過重性を評価するのか

このように、業務起因性の判断にあたっては、しばしば、業務の過重性評価が結論を分けることになると思われる。このような判断手法は、多様なファクターの総合考慮がもたらす判断の複雑さをある程度回避することを可能にし、判断基準を客観化するとともに、何が危険な業務かを明らかにし、当該危険な業務から労働者を守り労災の発生を予防するべきという観点からも、基本的に妥当なものと思われる。とくに、長時間労働に関する上記の基準は、この値を超える時間外労働が基本的に労働者の健康にとって危険なものであることを端的に明示するという点で（法律上、時間外労働につき強行的な上限規制が存在しない日本においては特に）重要な意味をもつだろう。

もともと、業務の過重性評価については、なお残る困難な問題が存在する。それは、上記の長時間労働のような絶対的な基準が存在しない場合、あるいは長時間労働がこれらの基準に満たない場合に、業務の過重性を、誰を基準に評価するかという問題である。客観的にみて同内容・同程度の負荷の業務であっても、労働者の心身の脆弱性の程度次第で、当該業務が過重と評価されるか否かが変わってくるためである。この問題は、脳・心

して適正に心理的負荷の強度を評価するに足りるだけの明確な基準としては十分といえず、業務起因性を判断するための一つの参考資料にとどまると述べる最近の裁判例として、国・鳥取労基署長（富国生命・いじめ）事件（平成二四・七・六判一〇五八号二九頁）がある。

このように、認定基準等に即した労災認定実務と、当該労災認定について提起された取消訴訟における裁判所の判断とは必ずしも一致するわけではないことには注意する必要がある。同時に、労災認定の基準は、医学的知見のみならず従来の判例・裁判例の蓄積も踏まえたものとなっており、裁判所が特別な理由なしに基準とまったく異なる独自の基準を立て判断を行うことも希である。

(9) 業務の過重性評価の重要性

上記のような実務上の認定基準の内容に共通する傾向は、多様なファクターがもたらす脳・心臓疾患や精神障害について、労働者が従事した業務の過重性の評価を中心に業務起因性の存否を判断するということであろう。すなわち、脳・心臓疾患については、端的に長時間労働等による業務の過重性のみを評価する基準となっており、基礎疾患の重篤性や個人の生活習慣等が業務と直接に比

較考量されることは原則として予定されていない（過重性評価自体の基準・比較対象の問題については次項）。また、精神障害については、私生活上の出来事や個体側の要因が総合考慮の対象とされるものの、上述の通り、業務による心理的負荷が「強」と評価される場合には、他の出来事や要因があっても基本的には業務起因性を肯定する立場がとられている。判例も、基礎疾患を有していた労働者が過重な業務負担によりも膜下出血を発生したという事案について、継続的な過重業務を認定したうえで、「……右疾患が……自然の経過によって……一過性の血圧上昇があれば直ちに破裂を来す程度にまで増悪していた」はみられないこと、「他に確たる増悪原因が見いだせない」ことから（傍点筆者）当該労働者の発症したくも膜下出血の業務起因性を肯定しており（横浜南労基署長（東京海上横浜支店）事件一最一小判平一二・七・一七判七八五号六頁）、過重業務の存在が認められる場合には、当該過剰業務と基礎疾患や他の増悪原因との相対的關係（いずれが有力か、結果の発生に対して、どちらがどの程度寄与したか）を重視しない立場を採用していると考えられるべきである。

(11) 認定基準の立場

脳・心臓疾患に関する認定基準は、業務の過重性について、業務量、業務内容、作業環境等を考慮し、同僚労働者または同種労働者（同僚等）にとつても、とくに過重な身体的・精神的負荷と認められるか否かという観点から、客観的かつ総合的に判断するものとし、さらに、ここでいう同僚等とは、当該労働者と同程度の年齢、経験等を有する健康な状態にある者のほか、基礎疾患を有していたとしても日常業務を支援なく遂行できる者をいうとする。また、精神障害に関する判断指針は、業務による心理的負荷の判断においては「同種の労働者（職種、職場における立場や職責、年齢、経験等が類似する者）が一般的にどう受け止めるか」という観点から、客観的に検討されなければ

ならないとしている。このように、認定基準のレベルでは、脳・心臓疾患に関する基準では業務の過重性の評価の際に、基礎疾患という労働者側の事情も一定程度考慮されるのに対して、精神障害の場合には、同種労働者として客観化された労働者を基準とした評価が貫徹されていることがわかる(なお、上述の通り、脳・心臓疾患については、定量的な基準を超える場合には、比較対象労働者の問題とは無関係に、業務起因性が肯定される構造となっている)。

(12) 裁判例の立場

他方、この点に関する裁判例の立場はきわめて多様なものとなっているが、大まかにいって、脳・心臓疾患、精神障害のいずれについても、(1)精神障害に関する判断指針と同様に同種労働者等の基準を用いて、労働者の個体要因を考慮せずに客観的に判断する判決、(2)脳・心臓疾患の認定基準と近い立場で、同種労働者・平均的労働者等を基準としつつも、何らかの脆弱性を有しているが通常の勤務が可能である者をも比較対象に含むとするもの、(3)同種労働者の中で最も脆弱である者まで比較対象とすることによって、当該労働者に限りなく近い労働者を想定して業務の過重性を

判断するもの、に分けられると思われる(精神障害に関してより緻密な整理をするものとして、水町二〇一〇(二二五))。また、一部の裁判例と学説は、業務の過重性を被災労働者本人を基準に判断する、(4)いわゆる本人基準説を採用する。

(13) 業務に内在する危険

労災保険の考え方として、各種の業務が一定程度定型化可能なリスクを包含しているという前提が存在すること(第3節「使用者の無過失責任と責任保険としての労災保険制度」)、また、そのような前提も踏まえて、保険料は使用者のみが負担していることを考えれば、業務の危険性(過労死・過労自殺においていうところの業務の過重性)は、本来、労働者の個体としての特性とは独立したものであるとして、当該業務を行うことが想定されている労働者一般を基準に評価されることが望ましいといえよう。少なくとも、本人基準説については、この説をとると、結果として本人が疾病を発症している場合には常に業務が過重であったと判断されることになりかねず、上記のような労災保険制度の趣旨に反しうる。労災保険の対象を無限定に広げ、私傷病との境界が曖昧になれば、使用者のみが保険料負担を行うという労災保険制度の重要な

原則も揺るがされかねない(岩村二〇〇〇(三九)、保原二〇〇〇(七三三、七四))。

他方で、第3節「労災保険と社会保険」で検討した通り、労災保険給付は私傷病に比して労働者に手厚い保護を与えるものであるため、労働者保護の観点からして、業務と何らかの関連性を有して生じた傷病であれば、できるだけ広く労災保険給付の対象とすべきとも考えられる。また、そもそも現代の労働者にとって業務に内在する危険が、従来のような定型化されやすい災害性の危険や有毒物質による危険等よりも、心身に及ぼす影響が個人や状況により多様となりうる、疲労・ストレスによる危険へと性格を変容させつつあると考えられるのであれば、そのような働き方の変化に対応した形で労災保険法を解釈すべきとも思われる。このように、過労死・過労自殺の問題は、現代において労働者の抱えるリスクの個別化・多様化という流れと、労災保険制度のもつリスクの定型化という性格を、いかに調整するかという理論的な問題を提起しているのである。

(14) 障害者雇用と業務に内在する危険

業務に内在する危険をいかに評価するべきかという問題の延長線上にある応用問題として、障害者雇用と業務に内在する危険をいかに評価するべきかという問題が、近年一つの裁判例により提起されている(国・豊橋労基署長(マツヤデンキ)事件(名古屋高判平二三・四一六)労判一〇〇六号五頁。本件の評釈として、笠木二〇二二)。

この事件では、身体障害者等級三級に該当する心臓機能障害を有し慢性心不全の状態にあった労働者が、致死性不整脈症による心停止で死亡し、当該死亡が過重な業務により発生したものであるとして労災保険法上の遺族給付等の受給権を発生させるかが問題となった。被災労働者の本件災害直前の時間外労働は一カ月間で合計三三三時間で、脳・心臓疾患の判断基準からみて時間外労働が長時間にわたるとはいいがたく、他に特段の過重な業務も存在しない。したがって、判断基準に即して判断すれば、業務の過重性が認められない事案として業務起因性が否定され、労災保険給付が不支給とされることになると思われる。もともと、本件の特殊性は、不整脈症との関係で基礎疾患にあたる慢性心不全が、障害認定の対象となっており、労働者が障害者枠で採用されたという点にある。判決は、「少なくとも、身体障害者であることを前提として業務に従事させた場合に……障害とされている基礎疾患が悪化して災害が発生した場合に

は……業務起因性の判断基準は、当該労働者が基準となる」と述べて、労働者が障害者枠で採用され、業務に従事させられたことを理由として、業務過重性の判断にあたり労働者本人を基準とするべきと述べた(本件第一審(名古屋地判平二〇二二・二六)労裁速一七二五号一頁)も、結論としては業務の過重性を否定するものの、本人基準説を採用している。結果として、同判決は、長時間とはいえないものであっても時間外労働自体が被災労働者にとっては過重なものであったとして、業務起因性を肯定している。

一般論として、本人基準説には上述の通り重要な問題があり、また少なくとも通説とはいえない状況であったと思われるが、本件については、別の考慮要素が存在する。すなわち、仕事との関係で何らかの脆弱性を有する労働者を、この点を前提として法が積極的に雇用へと誘導している以上、そのような脆弱な労働者をも前提とした労災補償制度が予定されるべきではないかという問題である。障害者については、近年ではアクティブエイジやノーマライゼーションのかけ声の下で、積極的に雇用へと向かわせる政策の傾向が確立されつつある。そのような中で、本件のように、障害

者雇用と業務に内在する危険をいかに評価するべきかという問題の延長線上にある応用問題として、障害者雇用と業務に内在する危険をいかに評価するべきかという問題が、近年一つの裁判例により提起されている(国・豊橋労基署長(マツヤデンキ)事件(名古屋高判平二三・四一六)労判一〇〇六号五頁。本件の評釈として、笠木二〇二二)。

(15) 労災民訴による救済

第4節で述べた通り、労災保険給付が支給されるか否かにかかわらず、労働者本人ないし遺族は、使用者の不法行為責任ないし安全配慮義務違反による債務不履行責任を追及して、損害賠償を求めることができる。上記の通り、脳・心臓疾患、精神障害については、業務起因性の認定が困難であるために、業務との関連性が一定程度認められる

ような場合でも業務起因性が否定されることもありうる。このとき、労災民訴による救済が当事者にとって重要な意味をもつことになる。民事法上の責任は、責任追及される行為以外に結果の発生に大きく貢献した要素がある場合にも肯定されることがありうるためである。

他方で、民事訴訟による使用者の責任追及においては、使用者の側に故意・過失が必要であり、故意・過失による行為と、発生した損害との間に相当因果関係が必要である。このとき、特定の危険・有害な業務を行わせたことが問題となっていないのではない脳・心臓疾患、精神障害の場面においては、使用者のどのような行為を不法行為ないし安全配慮義務違反の行為と考えることができるのか、また、それらの行為と、労働者の疾病あるいは死亡との間に、相当因果関係が存在し、結果として生じた損害を使用者に帰責することができるとして生じた損害を使用者に帰責することができると問題となる。そして、労働者の脆弱性や私生活上の出来事、労働者の基礎疾患が、これらの論点に関する議論に及ぼす影響はきわめて複雑なものとなりうる。最高裁判所は、几帳面で「うつ病親和的」性格であったとされる労働者について、恒常的に著しく長時間にわたり業務に従事していること及びその健康状態が悪化している

いに理解できる。しかしながら、業務上の傷病と私傷病との境界が曖昧になると、上述の通り使用者による保険料負担の理論的基礎が揺らぐことに加え、そもそも何故労災について私傷病よりも有利な給付を行うのかという点に疑問が生じてくる。この点を踏まえれば、むしろ労災保険制度の理論的な限界を意識したうえで、労災保険によって合理的にカバーしきれないものの業務に関連する傷病について、何らかの別の補償枠組みを用意すること（例えば障害者雇用について、あるいは逆に私傷病について労働者が受けられる補償（例えば休業補償について）を充実させる必要性はないかという点についても検討を行う必要があるように思われる（但し筆者は、障害のある労働者にかんするものも含め、現行の労災保険制度でカバーされるべき脳・心臓疾患、精神疾患が存在することを否定するものではない）。立証責任の緩和等により民事法上の責任追及をより容易にすることも一つの途であるが、子見の困難な事案において使用者の責任をあまりにも厳格に追求することにも疑問が残る、労災保険・社会保険の側での制度的な対応が望まれる。

## (2) これからの課題

最後に過労死、過労自殺ないし脳・心臓疾患、

ことを認識しながら、その負担を軽減させるための措置をとらなかつたことにつき使用者に過失があるとして、使用者の不法行為責任を認め損害賠償を命じた原審判決を支持している（電通事件・最二小判平二・三・二四民集五四卷三二一・二五五頁）。

他方、労災民訴においては、不法行為構成であり、債務不履行構成であり、損害賠償請求が認められる場合でも、労働者側に損害の発生または拡大に寄与した被害者の性格等の心因的要因を一定の限度でしんしゃくし、損害賠償額を割合的に減額することが可能である（過失相殺規定の類推適用：民法七三三条二項）。このことは、「支給か、不支給か」の二者択一の解決しかありえない労災保険制度とは異なり、柔軟な解決を可能にする要素といえよう。ただし、上記の電通事件最高裁判決は、労働者の性格が「同種の業務に従事する労働者の個性の多様さとして通常想定される範囲」を「外れるものでない場合」にはその「性格及びこれに基づく業務遂行の態様等を、心因的要因としてしんしゃくすることはできない」と述べており、損害賠償額の減額の有無ないし程度を判断するにあたりいかなる労働者側の事情を考慮することができるかという問題は残ることになる（電通事件判決を参照する近年の判決として、ニコンほか事件

精神障害との関係で、今後重要な問題となりうる論点を三点あげておこう。

まず、問題意識としてはすでに新しいものではなくなりつつあるが、労働者のプライバシーと使用者の労災予防の努力との衝突という問題がある。上記の通り、脳・心臓疾患、精神障害との関係では、労災保険制度において、労働者の個別的事情をより広く考慮に入れる考え方が有力になりつつある。また、民事訴訟においては、安全配慮義務法理などを通じて使用者に、労働者の安全・健康を守る積極的な義務が課されており、結果として使用者は、労働者の健康状態を日頃から把握しておく必要が強まっている。他方で、現代社会においては、個人のプライバシーを保護すべきとの考え方が強くなっており、労働の場でもそれは同様である。とくに、健康状態、疾病にかかる情報はプライバシーにかかる情報の中でも核となる部分といえ、中でも、精神障害などの場合には社会の偏見等の問題もあつてとくに配慮が必要な類型の情報といえる。

二つめの問題は、労働市場の流動化・非正規雇用の労働者の増加の流れの中で、複数の仕事を掛け持ちする複数就業者（いわゆるマルチジョブホルダー）の長時間労働についてどのように考えるべき

（東京高判平二・四・二八判九〇号五〇頁）がある。

## 6 労災保険制度の現代的課題

(1) 現代的な労働者のリスクと労災保険制度第5節で検討してきた通り、脳・心臓疾患、精神障害（過労死・過労自殺）の問題は、法的には、とくに労災保険制度との関係で新しい問題を含むものといえる。とりわけ、労働者が職場で感じるストレスについて、これを定型的に評価し、保険の技術を用いてカバーすることはきわめて困難であり、この点で、精神障害・過労自殺の問題は、労働時間数などによって一定程度定型化が可能な長時間労働に比してさらに困難な理論的問題を含んでいるといえよう。また、障害者雇用をめぐる今日的な問題も注目されるべきである。

繰り返しになるが、労働者の抱えるリスクが個別化・多様化する一方で、労災保険制度の構造は業務の抱えるリスクの定型化を柱としたものとなっている。確かに、少なくとも業務と一定の関連性がある疾病・死亡については労働者が通常の社会保険よりも有利な給付を受けられるよう、労災保険給付の対象を広く捉えるべきとの考え方も大きかという問題である。労働時間規制との関係では、異なる事業場間の労働時間を通算する旨を定める労基法三八条一項が、使用者が異なる場合にも適用されるものと実務上解釈されているようであるが、実効性のない規制であるとの批判もある。むしろ複数就業が雇用の機会拡大として促進すべきものとされる中で、このような通算規定は撤廃すべきとの論調も見られる（島田二〇〇六）。

今後、労災保険制度、ないし使用者の安全配慮義務との関係で、こうした複数就業をどのように位置づけるかが重要な論点となることが予想される。労災保険制度との関係では、使用者が異なっている、全体として労働時間が長時間となっている、業務起因性が認められて然るべきと思われるが、実務上の扱いは必ずしも明らかでない（参照、東京地判平二四・一・一九労経連二四二二二頁、東京高判平二四・八・八判例集未登載。なお、本件にみられるように、労災との関係では兼業労働者の場合の保険給付の水準も重要な論点である。笠木二〇一三b)参照。また、安全配慮義務との関係では、他の使用者との関係で労働時間を調整する義務を使用者が負うとは必ずしも思われず、特別な事情のない限り使用者の責任追及は困難といわざるをえない。兼業労働者の長時間労働による疲労の蓄積

への対応としては、まったく異なる何らかの別の仕組みが必要となる可能性もある。

最後に、三つ目の問題は、本章のテーマから少し逸脱するが、とりわけ精神障害との関係での、予防施策の重要性である。本章で扱ったような補償・賠償という観点からの議論は、従来、日本において過労死・過労自殺を考える際の中心的な關心となってきた。また、補償・賠償に関する議論の発展は、長時間労働との関係ではある程度、予防の側面にも貢献してきたと考えられる(例えば八〇時間・一〇〇時間等の業務起因性の認定基準―第5節(5)参照)。しかしながら、精神障害のようにリスクの要因が長時間労働に限られないきわめて多様な職場環境に及ぶものについては、こうした議論は具体的な予防施策を導くには不十分である(笠木二〇一三a)。メンタルヘルスについては今後、上記のような特殊性を意識的に前提としたうえで、労使対話の重要性にも配慮した予防のためのスキームが構築されることが望ましい(参照、小畑二〇一三)。

【注】

(1) 標準報酬月額・給付額等の算定の基礎となる被保険者の報酬額で、四七の等級が存在する。健保法四〇条。被保険者の報酬がどのグループに属するかによって当該被保険者の給付額の算定基準が決定さ

れる。

(2) 過失責任主義・私人は、自らの故意・過失による行為が招いた結果についてのみ責任を負うという原則。近代市民社会において私人の自由な取引活動を支える根本原則である。

(3) 平均賃金・労災給付の対象となる傷病発生日以前の三か月間とその労働者に対し支払われた賃金の総額を、その期間の総日数で除した金額をいう(下限の定めがある。以上、法二二条一項)。

【参考文献】

岩村正彦(二〇〇〇)「労災保険政策の課題」日本労働法学会編『二世紀の労働法(七)』有斐閣、一九頁。  
岩村正彦(二〇〇三)「災害補償」東京大学労働法研究会『注釈労働基準法(下巻)』有斐閣、八四七頁。  
大内伸哉(二〇一一)「君は雇用社会を生き延びられるか―職場のうつ・過労・パワハラ問題に労働法が答える」明石書店。  
小畑史子(二〇一三)「障害者の労働安全衛生と労災補償」荒木尚志・岩村正彦・山川隆一編『菅野和夫先生古稀記念論集 労働法学の展望』有斐閣、三五頁。  
小畑史子(二〇一三)「精神的不調に陥っていると見られる労働者に対する使用者の対応―近時の最高裁判決と法と行政」日本労働研究雑誌六三五号、五九頁。  
笠木映里(二〇一三)「批判」『ジュリスト』一四四二号、有斐閣、一〇九頁。  
笠木映里(二〇一三a)「労働者の精神的健康の保護―安全衛生問題の射程の拡大と従業員代表の役割に関する一試験」荒木尚志・岩村正彦・山川隆一編『前掲書』三五五頁。  
笠木映里(二〇一三b)「批判」『ジュリスト』一四五五号、有斐閣、一三四頁。  
川入博(一九九八)『過労自殺』岩波書店。  
川入博(二〇〇六)『過労自殺と企業責任』旬報社。  
島田陽一(二〇〇六)「労働時間の運算規定をめぐる課題―増加する複数就業者」『世界の労働』五六巻六号、三〇頁。  
外井浩志(二〇一三)「職場の労災・精神疾患 補償・賠償の実務」中央経済社。  
保原喜志夫・西村健一郎・山口浩一郎編著(一九九八)『労災保険・安全衛生のすべて』有斐閣。  
保原喜志夫(二〇〇〇)「労災認定の課題」日本労働法学会編『二世紀の労働法(七)』有斐閣、六一頁。  
水町勇一郎(二〇一〇)「批判」『ジュリスト』一四一三三号、有斐閣、一三三頁。  
山川隆一(二〇一一)「労働災害訴訟における安全配慮義務をめぐる要件事実」『慶應法学』一九号、二六八頁。

## 障害者雇用促進法における「障害者差別」と「合理的配慮」

福島大学准教授

長谷川珠子

はせがわ たまこ

### I はじめに

日本における障害者雇用施策は、一定数以上の障害者を雇用することを事業主に義務づける雇用率制度を中心としてきた<sup>1)</sup>。この「雇用率アプローチ」により、障害者雇用は着実に進展してきたといえる。しかし、これまでの障害者雇用施策は、障害者の雇用の「量」的拡大に資するものではあったが、その「質」には十分に配慮してこなかった。これに対し、アメリカを中心に進められてきたのが、障害を理由とする差別を禁止することを通して、障害者雇用の促進を図ろうとするアプローチである。障害者を保護の対象としてとらえるのではなく、人権の享有主体であるととらえるこの「差別禁止アプローチ」は、雇用の質にも着目するものといえよう。差別禁止アプローチは、2006年12月に国際連合で採択された「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)に取り入

れられ、世界の国々に影響を与えることとなった<sup>2)</sup>。

障害者権利条約を契機として、日本でも障害者差別禁止法の制定に向けた議論が開始された。二度の政権交代の影響を受けるなど紆余曲折を経つつも、2013年6月19日、「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)が制定された<sup>3)</sup>。同法は、差別解消措置や差別解消支援措置を通じて障害者に対する差別の解消を推進し、それにより共生社会の実現に資することを目的とする。さらに、同日、「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(以下、改正内容を含め、「障害者雇用促進法」または「促進法」という)。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(障害者差別の禁止、合理的配慮の提供義務、および苦情処理・紛争解決援助)、②精神障害者の雇用義務化に係る部分、および③障害者の用語に係る部分に分けられる<sup>4) 5)</sup>。

障害者差別解消法は、障害者差別を包括的

1) このほか、障害者総合支援法に基づいて、障害者の就労支援が「福祉的就労」という形で実施されている。詳しくは、福島豪「障害者にとっての就労と労働市場」法律時報85巻3号(2013年)31頁以下、長谷川珠子「第4章障害者の福祉と雇用と『福祉的就労』」濱口桂一郎編『福祉と労働・雇用』(ミネルヴァ書房、2013年)71頁以下を参照のこと。

2) 2013年10月末現在、158か国・機関が同条約に署名し、138か国・機関が批准を済ませている(<http://www.un.org/disabilities/>)。

3) 施行日は2016年4月1日である。

4) 改正法の施行日は、①については2016年4月1日、②については2018年4月1日、③については2013年6月19日(公布日)である。本稿では、原則として今改正がすべて施行される2018年4月1日時点のもので条文番号を参照する。

5) 障害者差別解消法の制定および障害者雇用促進法の改正等を受け障害者権利条約の承認案が今(第185回)国会に提出されたところである。与野党に異論はなく、2013年度中の批准が見込まれている(毎日新聞2013年11月8日)。

に禁止し（行政機関について7条1項、民間の事業者について8条1項）、合理的配慮（社会的障壁の除去）に関し、行政機関に対してはその提供を義務づけ（7条2項）、民間の事業者に対しては「努力義務」とした（8条2項）。これに対し障害者雇用促進法は、雇用分野における障害者差別を禁止するとともに（34条、35条）、合理的配慮（均等な機会の確保等を図るための措置）の提供を事業主に「義務」づけている（36条の2、36条の3）。二つの法律の関係について、障害者差別解消法13条は、雇用関係における障害者差別解消措置については、促進法の定めるところによるとする。したがって、障害者差別解消法では「努力義務」とされる民間の事業者の合理的配慮の提供について、雇用分野に限っては「義務」としての責任を負う。本稿の検討対象は、雇用分野における障害者差別および合理的配慮の提供義務であり、障害者差別解消法については必要な範囲でのみ触れる。

障害者雇用促進法の改正により、障害者に対する雇用差別が禁止され、合理的配慮の提供が事業主に義務づけられることとなった。しかし、具体的にどのような行為が障害者差別に当たるのか、事業主はどのような合理的配慮を提供すれば義務を果たしたことになるのかは、現時点で明らかとなっていない部分も多い。これに対し、既に障害者差別禁止法を有する諸外国では、判例や学説を通して議論の蓄積がみられている<sup>6)</sup>。そこで本稿では、まず、諸外国の障害者差別禁止法および障害者権利条約を検討することにより、障害者差別禁止法の一般的枠組みを示す（Ⅱ）。次に、促進法の改正により新たに導入された日本版の障害者差別禁止規定と合理的配慮の提供義務について、改正の経緯を踏まえつつ整理する（Ⅲ）。そのうえで、諸外国の制度との比較から日本の法制度の特徴と課題を示し検討

を行う（Ⅳ）。

## Ⅱ 諸外国の障害者差別禁止法における障害者差別と合理的配慮

### 1 諸外国の法制度

#### (1) アメリカ

合理的配慮規定を含むかたちで障害を理由とする差別を包括的に禁止した法律を世界で初めて制定したのは、アメリカとされる。この背景には、1960年代以降長きにわたり差別禁止法理を進展させてきた経験がある。まず、1964年に雇用、公共施設、教育等の社会生活上の重要な場面において、人種、皮膚の色、宗教、性または出身国を理由とする差別を禁止する公民権法（Civil Rights Act of 1964）が制定された。この影響を強く受け、障害の分野においても障害者の社会参加の機会を保障するための法律の必要性が認識されるようになった。その結果、1973年のリハビリテーション法（Rehabilitation Act of 1973）改正時に、障害を理由とする差別を禁止する規定が盛り込まれた。しかし、同法は、連邦政府とごく一部の民間企業のみを規制の対象とするものであったことから、すべての民間企業を規制対象とする障害者差別禁止法の制定の必要性が強く主張され、1990年の「障害をもつアメリカ人法」（Americans with Disabilities Act of 1990、以下「ADA」という）の制定へとつながった。ADAにより、雇用、行政の運営する公共サービス、および民間企業の運営する施設・サービスの各分野において、障害を理由とする差別が包括的に禁止されることとなった。

「合理的配慮」（reasonable accommodation）の概念が、差別禁止法の分野において初めて用いられたのは、障害者差別の文脈ではなく、「宗教差別」の文脈である<sup>7)</sup>。アメリカでは

公民権法制定後、宗教的信念・戒律を労働者が守ることができるよう使用者が一定の配慮（安息日の労働義務の免除等）をすべきかどうかについて、争いがあった。この点に関し、1972年に公民権法が改正され、使用者は「過度の負担」（undue hardship）とならない範囲において、労働者の宗教的儀礼や慣行に対し、合理的な配慮を提供しなければならないとされた（公民権法701条（j））。これが、「合理的配慮」概念の始まりとされる。

1973年にリハビリテーション法が改正された際、法文上に合理的配慮の規定は置かれず、施行規則に、連邦政府から補助金を受ける事業は、過度の負担とならない限りにおいて障害者に合理的配慮を講じなければならないと定められた。その後、ADAの制定によって合理的配慮を提供しないこと、および合理的配慮が必要であることを理由として均等な機会を与えないことは、障害を理由とする雇用差別に当たるとして、法文上明確に定められ（102条（b）（5））、合理的配慮の具体的な内容が明記されることとなった（101条（9）（A））。

#### (2) EU 諸国

イギリスでは、ADAを参考として、「1995年障害者差別禁止法」（Disability Discrimination Act 1995）が制定された<sup>8)</sup>。同法は、雇用、教育、公共交通等の多様な分野において、障害を理由とする差別を禁止し、

使用者に「合理的調整義務」（reasonable adjustment）を課し、調整義務を履行しない場合は障害者差別に当たるとした。その後、1975年性差別禁止法および1976年人種差別禁止法（人種関係法）と統合する形で、「2010年平等法」（Equality Act 2010）が制定されており、現在では2010年平等法により、障害者差別が禁止されている。

フランスでは、1990年に刑法典および労働法典において、障害および健康状態を理由とする差別が禁止されていた。しかし、合理的配慮の規定等を欠いていたため、2000年のEC指令（雇用および職業における平等取扱いの一般的枠組みを設定するEC指令<sup>9)</sup>）の要請<sup>10)</sup>を完全に満たすことを目的として、2005年に「障害者の権利と機会の平等、参加、および市民権に関する2005年2月11日の法律」<sup>11)</sup>が制定された。これにより、「適切な措置」（mesure appropriée）の規定が盛り込まれ、「適切な措置」を行わないことは障害を理由とする差別に該当するとされた。

ドイツでも、2000年のEC指令等を国内法化することを目的として2006年に制定された「一般平等取扱法」（Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz）により、障害を理由とする差別が禁止された。また、社会法典第9編により、合理的配慮類似的対応を使用者に請求する権利が障害者に保障されている<sup>12)</sup>。

7) アメリカにおける合理的配慮概念の沿革については、中川純「障害者に対する雇用上の『便宜的措置義務』とその制約法理—アメリカ・カナダの比較研究（1）」北海学園大学法学研究39巻2号（2003年）25頁参照。

8) 本節の解説は、障害者職業総合センター編『欧米の障害者雇用法制及び施策の現状 資料シリーズNo.58』（2011年）「第1章ドイツ」39頁以下（高橋賢司執筆部分）、「第2章フランス」76頁以下（永野仁美執筆部分）、「第4章イギリス」144頁以下（長谷川聡執筆部分）、および同編『欧米の障害者雇用法制及び施策の動向と課題 調査研究報告書No.110』（2012年）「第1章ドイツ」11頁以下（高橋賢司執筆部分）、「第2章フランス」59頁以下（永野仁美執筆部分）、「第4章イギリス」147頁以下（長谷川聡執筆部分）を参照した。

9) Council Directive establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation (2000/78/EC)。

10) このEC指令では、宗教・信条、障害、年齢、性的指向を理由とする差別を、採用から解雇まで雇用の全局面で禁止すること、また、障害者に対して合理的配慮を提供すること等について、加盟国への義務づけが行われた。

11) Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JO n°36 du 12 février 2005, p.2353.

12) 国により、合理的配慮とは異なる用語が用いられているが、差別禁止の文脈において障害者に提供することが使用者に求められる措置・配慮について、以下では「合理的配慮」と呼ぶ。

6) 後述するように、諸外国は、日本と異なり、「障害者」であることを理由とする差別ではなく、「障害」を理由とする差別を禁止する構成をとる国が多い。この場合、厳密には「障害者差別」ではなく「障害差別」と表記すべきである。この点を意識して用語を用いる論稿も増えてきているが、両者の意味を区別せず使う場面も多いことから、本稿では「障害者差別」の用語を用いる。

### (3) 障害者権利条約

障害者権利条約<sup>13)</sup>は、差別の禁止について3条(b)において「差別されないこと」との一般原則を定め、4条1項において「締約国は、障害を理由とするいかなる差別もなしに、すべての障害者のあらゆる人権及び基本的自由を完全に実現することを確保し、及び促進することを約束する」とし、具体的には同項(b)「障害者に対する差別となる既存の法律、規則、慣習及び慣行を修正し、又は廃止するためのすべての適当な措置(立法を含む。)をとること」を締約国に求めている<sup>14)</sup>。

同条約において、「障害を理由とする差別」とは、「障害を理由とするあらゆる差別、排除又は制限であって、政治的、経済的、社会的、文化的、市民的その他のあらゆる分野において、他の者と平等にすべての人権及び基本的自由を認識し、享有し、又は行使することを害し、又は妨げる目的又は効果を有するものをいう。障害を理由とする差別には、あらゆる形態の差別(合理的配慮の否定を含む。)を含む」として、また、「合理的配慮」とは、「障害者が他の者と平等にすべての人権及び基本的自由を享有し、又は行使することを確保するための必要かつ適当な変更及び調整であって、特定の場合において必要とされるものであり、かつ、均衡を失した又は過度の負担を課さないものをいう」として定義

されている(2条)。

労働・雇用の分野については、「あらゆる形態の雇用に係るすべての事項(募集、採用及び雇用の継続、昇進並びに安全かつ健康的な作業条件を含む。)に関し、障害を理由とする差別を禁止すること」(27条(a))とし、「職場において合理的配慮が障害者に提供されることを確保すること」(同条(i))との規定が置かれている。

### 2 障害者差別の禁止

各国が定める障害者差別禁止法の中身は多様であるものの、多くの国が、障害者差別として、①直接差別、②間接差別、および③合理的配慮を提供しないことの3類型を定めている<sup>15) 16) 17)</sup>。①直接差別とは、障害を理由として(差別意図に基づいて)、不利な取扱いをすることを意味する。②間接差別とは、差別意図を伴わない表面的には中立的な基準または慣行を適用することにより、障害者または障害者集団に結果として不利な影響を及ぼすことをいう。ただし、当該基準または慣行が、職務と関連性をもつ場合や業務上の必要性に合致する場合(アメリカ)、あるいは正当な目的によって客観的に正当化される場合(イギリス、ドイツ、フランス)には、間接差別に該当しない。また、多くの国<sup>18)</sup>が③合理的配慮を提供しないことを差別とし

て規定する。

諸外国の障害者差別禁止法において、差別禁止は、賃金・労働時間等のあらゆる労働条件はもちろんのこと、職業訓練や施設利用などを含む、採用から解雇・退職に至るまでの雇用の全局面において及ぶとされる。

### 3 合理的配慮・過度の負担

合理的配慮に関し、配慮を提供することが、使用者にとって「過度の負担」となる場合には、配慮の提供義務を免れるとの定めが置かれる。合理的配慮の定義を法文上明記する国と、ガイドライン等に委ねる国とに分かれる。たとえばアメリカでは、ADA上に定義規定を置き、「労働者が使用する既存の施設を、障害者が容易にアクセスしかつ使用できるようにすること」、「職務の再編成、パートタイム化、勤務日程の変更、空席の雇用ポストへの配置転換、機器または装置の購入または改良、試験・訓練材料・方針の適切な調整または修正、資格をもつ朗読者または通訳者の提供、および障害者に対する他の類似の配慮」が合理的配慮に含まれると定めている(101条(9))。また、「過度の負担」について法文上に判断要素を明記する国は少ないが、定めを置くADAによれば、配慮の性質および費用、合理的配慮の提供に係る施設または諸施設の全体の財政的資力、従業員数、経営に与える影響、事業の規模や種類、立地等が判断要素として挙げられ、これらに照らして、著しい困難または出費をもたらす場合には、過度の負担となる(101条(10))。

雇用率制度を採用するフランスでは、合理的配慮の提供にあたり、使用者の負担する費用の全部または一部を補填する様々な助成制度を利用することができる。合理的配慮が当該使用者にとって過度の負担となるかどうかの判断においては、これらの助成の有無・多寡が考慮され、それを勘案してもなお過度の負担が生じる場合のみ、使用者は合理的配

慮を講じる義務を免れる<sup>19)</sup>。

## III 障害者雇用促進法における障害者差別と合理的配慮

### 1 障害者雇用促進法改正の経緯

障害者権利条約の批准に向けた本格的な検討は、同条約に署名を行った2007年9月前後から、内閣府および外務省を中心に開始された。当時の政府は、障害者基本法を改正することによって、すなわち、「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」と定めた旧障害者基本法3条3項において、差別が禁止される場面(雇用、公共サービス、施設利用等)を列挙すること、および、合理的配慮に関する規定を追加すること等により、障害者権利条約を批准することが可能と考えていた。しかし、障害者基本法は、障害者施策についての国の方針を定めるものであり、また、旧3条3項は基本理念を定めたものにすぎず私法上の効果をもつものではない。そのため、そのような表面的な修正により条約批准を行うことに対して、障害者団体等から強い批判を受けることとなった。

障害者基本法を所管する内閣府とは別に、雇用の分野については、2008年4月に厚生労働省内に「労働・雇用分野における障害者権利条約への対応に関する研究会」(以下、「研究会」という)が設置され議論が進められた。研究会での中間整理を踏まえ、労働政策審議会障害者雇用分科会(以下、「分科会」という)において議論がなされ、2010年4月27日に「中間的な取りまとめ」が作成された。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り、厚生労働省での議論は一時中断する。

民主党政権下において新体制が整備され、

13) 障害者権利条約については、松井亮輔＝川島聡編著『概説障害者権利条約』(法律文化社、2010年)参照。

14) 障害者権利条約の日本語訳については、外務省作成の仮訳文を使用した。http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/shomei\_32b.html

15) この他、ハラスメントや報復的取扱いを違法な取扱いとして禁止する国が多い。

16) イギリスの2010年平等法は、これらの3類型に加え「障害に起因する差別」(discrimination arising from disability)を4つ目の差別概念として定める(15条)。障害に起因する差別とは、障害自体ではなく「障害に起因する事柄」を理由に、障害者が不利に扱われた場合に生じるものとされる。たとえば、傷病により病気休暇を取得した障害者に対し、病気休暇を取得したことを理由として解雇を行う場合や、服装規定の一環としてひげを生やすことを禁止した使用者が、障害のためにひげを剃ることに痛みを感じて剃ることができなかった障害者に対し、服務規程違反を理由として懲戒処分を行う場合に、障害に起因する差別が成立し得る。長谷川聡・前掲注8『調査研究報告書No.110』156頁以下、川島聡「英国平等法における障害者差別禁止と日本への示唆」大原社会問題研究所雑誌641号(2012年)28頁、37頁。

17) 障害者権利条約の草案段階(2005年10月)においては、直接差別と間接差別の両者が含まれることが明記されていたが、日本政府が間接差別の文言が入ることに対し警戒感を示し、結果として現在の文言(「あらゆる形態の差別(合理的配慮の否定を含む)」)に落ち着いたとされる。ただし、内容的には、諸外国の法制度と同様に、直接差別、間接差別、および合理的配慮の否定が含まれると解されている。玉村公彦「第5章差別の禁止」・前掲注13書・63頁、70頁。

18) ドイツでは、合理的配慮を提供しないことを差別として規定するのではなく、障害者が使用者に対して合理的配慮に当たるような各種の措置を請求することができる権利として規定している(高橋賢司・前掲注8『資料シリーズNo.58』49頁以下)。

19) 永野仁美「フランスの障害者雇用政策」季刊労働法225号(2009年)60頁。なお、各種の助成金は、雇用率制度における「納付金」を原資とする。

これまでの方針を転換し、内閣府を中心として包括的な障害者差別禁止法の制定に向けた検討が進められることとなった<sup>20)</sup>。この動向を踏まえつつ、厚生労働省内においても2011年11月より研究会が再開され、翌年8月3日に「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」(以下、「研究会報告書」という)がまとめられた。このなかで、障害者差別を禁止し、合理的配慮の提供を事業主に義務づけること等が権利条約の対応に必要なこととして示された。

研究会報告書を受けて2012年9月から審議を開始した分科会が、翌年3月14日に「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)をまとめ、その内容を反映して作成された「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」が、2013年4月19日に第183回通常国会に提出され、審議を経て、同年6月13日衆議院本会議で可決・成立した。

障害者権利条約は障害者の生活全般を対象とするものであるため、包括的な障害者差別禁止法(のみ)を新たに制定することにより、条約の批准を目指すという方法もあったはずである。にもかかわらず、雇用分野独自の差別禁止規定を設ける道を選んだ理由の一つは、上述したように、当初は障害者基本法の改正により対応可能と考えられ、包括的な障害者差別禁止法を制定する予定がなくなったことが挙げられよう<sup>21)</sup>。また、2009年の政権交代を受けて、包括的な障害者差別禁止法の制定が現実化した後も、「障害者雇用促進法」の改正により、雇用分野における障害者差別禁止や合理的配慮の提供義務を規定しようとし

た理由は、同法がハローワークなどによる職業リハビリテーションサービスや障害者雇用に関する指導・助言の仕組みを規定しており、雇用分野における差別禁止および合理的配慮の提供等の実効性を担保するためには、既存の仕組みを活用していくことが効果的であると考えられたことにあるとされる<sup>22)</sup>。

## 2 障害者差別の禁止

障害者であることを理由とする差別の禁止は、男女雇用機会均等法(以下、「均等法」という)の規定と同様に、募集・採用の局面と採用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)。採用後において、「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)。同条で列挙された差別禁止事項は、詳細に定める均等法6条とは異なるものの、差別禁止は雇用に係るすべての事項に及ぶと考えられている<sup>23)</sup>。

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とされたが、「間接差別」については将来的には禁止規定を設ける必要性を検討する必要があるものの、現段階においてはその内容が明確でないことや、合理的配慮の提供によって間接差別の問題はほぼ解決できるのではないかといった理由から今改正

において盛り込むべきではないとされた。なお、車いす、補助犬その他の支障器具等の利用、介助者の付添等の社会的不利を補う手段の利用等を理由とする不当な不利益取扱いについては、直接差別に含まれるようにすることが適当であると考えられている<sup>24)</sup>。

厚生労働省作成の「障害者雇用促進法の改正の概要」<sup>25)</sup>によれば、障害を理由として、賃金を引下げること、低い賃金を設定すること、昇給させないこと、研修や現場実習を受けさせないこと、食堂や休憩室の利用を認めないことが、障害者差別に該当し得る。

なお、「ハラスメント」については、障害者虐待防止法ですでに職場においても心理的虐待等として虐待防止に向けた措置が講じられていることから、促進法において対応が図られることはなかった。また、合理的配慮が提供されたうえで、労働能力等を適正に評価した結果の異なる取扱いは、差別に当たらないとすることが適当であると考えられている<sup>26)</sup>。

## 3 合理的配慮・過重な負担

募集・採用に当たり、事業主は、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)。採用後において、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「障害者の特性に配慮した必要な措置」、また、採用後については「障害者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。

分科会では、合理的配慮の不提供を差別として禁止すべきであるとの意見が出されたが、差別として規定することと、合理的配慮の提供を義務づけることの効果は同じであると考えられることから、現在の規定になった<sup>27)</sup>。

募集・採用時においては、障害者からの「申出」を契機として事業主に合理的配慮の提供義務が生じると定められている。どのような障害をもつ者が応募してくるかが事前にわからないため、あらゆる障害者を想定して事前準備をすることは困難であることが、申出を必要とする理由として述べられている<sup>28)</sup>。

合理的配慮を講じることにより事業主に「過重な負担」を課す場合には、事業主は提供義務を免れる(36条の2但書・36条の3但書)。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の活用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<sup>29)</sup>。

上述の「障害者雇用促進法の改正の概要」によれば、募集・採用時の配慮には、問題用紙の点訳・音訳、試験などでの拡大読書器の利用、試験の解答時間の延長、解答方法の工夫が含まれる。また、採用後の配慮には、車いす利用者に合わせて机や作業台の高さを調整すること、文字だけでなく口頭での説明を行うこと、口頭だけでなくわかりやすい文書・絵図を用いて説明すること、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、事業主との間で調整する相談員を置くこと、通勤時のラッシュを避けるため勤務時

20) 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、浅倉むつ子「障害差別禁止立法の課題と展望」労旬1794号(2013年)6頁を参照のこと。

21) 2007年の分科会の意見書では、障害者権利条約27条が、労働・雇用分野における差別禁止と合理的配慮の提供を締約国に求めていることから、障害者雇用促進法制においてどのような措置を講ずるべきかについては、労働政策審議会の場で議論を進めることが適当であるとされている(「今後の障害者雇用施策の充実強化について—障害者の雇用機会の拡大に向けて—(意見書)」(2007年12月19日)9頁)。

22) 研究会報告書6頁以下。

23) 差別禁止事項の例として、募集・採用の機会、賃金その他の労働条件、昇進・配置その他の処遇、教育訓練、雇用の継続・終了(解雇・雇止め等)が示されている(分科会意見書2頁)。

24) 分科会意見書2頁。

25) [http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/shougaisha\\_h25/dl/kaisei02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/shougaisha_h25/dl/kaisei02.pdf)

26) 分科会意見書2頁。

27) 分科会意見書2頁。

28) 2013年3月21日第59回分科会議事録参照。同様の趣旨の発言として、2013年5月28日第183回国会参議院厚生労働委員会議事録9号(小川誠、石橋通宏発言)。

29) 分科会意見書4頁。

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)<sup>30)</sup>。

#### 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<sup>31)</sup>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月を目的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<sup>32)</sup>。

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<sup>33)</sup>。

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<sup>34)</sup>。

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<sup>35)</sup>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では、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抗弁は「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<sup>36)</sup>。

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<sup>37)</sup>。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<sup>38)</sup>。

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事項における「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(均等則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る。

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公平とはいえないのであって、このような社会的な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、岡川芳孝「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＝定藤丈弘編著「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」に起因する社会的な不利益は、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るとするものとして、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—倫理学の目を開け」(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なかで、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なか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ものととして、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<sup>39)</sup>に対応することができない<sup>40)</sup>。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<sup>41)</sup><sup>42)</sup>。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<sup>43)</sup>。

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<sup>44)</sup>。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<sup>45)</sup>。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ならず障害者のみを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<sup>46)</sup>。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<sup>47)</sup>。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<sup>48)</sup>、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委ねられることにな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<sup>49)</sup>。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<sup>50)</sup>。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、これらを欠勤として扱い皆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勤として扱い、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い措置は、労基法等が権利等を保障した趣旨を実質的に失わせるものであり、公序に反し無効であるとした、東期学園事件（最一小判平成15・12・4労判862号14頁）参照）。

42) 性差別において、男女を比較する時の基準が、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労判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労判822号13頁、岡谷鋼機（男女差別）事件・名古屋地判平成16・12・22労判888号28頁、兼松（男女差別）事件・東京高判平成20・1・31労判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<sup>51)</sup>。

## (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<sup>52)</sup>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当たり、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のと見て取扱うことが望ましいのではないだろうか<sup>54)</sup>。

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<sup>56)</sup>。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の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<sup>57)</sup>。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ため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どうかという問題もある<sup>58)</sup>。

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<sup>59)</sup>。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。

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(労働法5条)。

51) 本号の所収代「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語訳し、裁判例を紹介したものと、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 Acts §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、当該労働者が労働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る。

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案ごとにされるべきで、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。

## 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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。その目的を達成するためにこれま

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、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<sup>3)</sup>、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<sup>4)</sup>。

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<sup>5)</sup>。

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といわれる（菅野和夫「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<sup>6)</sup>。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<sup>7)</sup>。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。

## 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<sup>8)</sup>。

厚生労働省作成の「障害者雇用促進法の改正の概要」<sup>9)</sup>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）。

#### (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<sup>10)</sup>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「障害者の特性に配慮した必要な措置」、また、雇入れ後については「障害者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、

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）<sup>11)</sup>。

#### (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<sup>12)</sup>。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求めることができ、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

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「障害差別禁止立法の課題と展望」労旬1794号（2013年）6頁参照。

8) 車いすや補助犬等の支障器具等の利用を理由とする不利益取扱い、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](http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/shougaisha_h25/dl/kaisei02.pdf)

10) 障害者からの「申出」を契機とすることについて、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

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」労旬1794号〔2013年〕11頁）。

11) 分科会では、違反した事業主の「企業名の公表」に

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のと考えから、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<sup>13)</sup>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<sup>14)</sup>。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<sup>15)</sup>。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)の規定どおりに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<sup>16)</sup>。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、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。

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円の報奨金)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<sup>17)</sup>。

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<sup>18)</sup>。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としての障害者については、各手帳の所持者と同一視しうると考える。

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2.0%)、

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

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)。

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

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して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<sup>19)</sup>。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をみることなく、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<sup>20)</sup>。

### 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<sup>21)</sup>。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<sup>22)</sup>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（労契法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としても、復職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 労判423号23頁等）や、現実的に配置可能性のある業務の遂行が可能で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 労判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 労判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分をすべきであるとするもの

（日本ヒューレット・パッカード事件・最判平成24・4・27 労判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（労契法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 労判779号13頁等）<sup>23)</sup>。

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（労契法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上の配慮（育契法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 労判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<sup>24)25)</sup>。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<sup>26)</sup>。

（はせがわ・たまこ）

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 労判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・神戸地判平成

決平成24・4・9 労判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ものとして、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『詳説労働契約法』〔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「障害者雇用促進制度における障害者の範囲の見直し」労旬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）概念は違っても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

福島大学准教授

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(債務者)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こと等を内容とする「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和解が平成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的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、相当性も一応認められる。」

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労判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労判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示した点にある。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示する。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内容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判判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るとしたものがある〔京都府立聾学校事件・京地判平成2・7・18判判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、差別ではないと判示した(日本曹達(退職勧奨)事件・東京地判平成18・4・25判判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だ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、「人の現実の差異を捨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ものでない」と解し、「現実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判判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ほ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と考ええる(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判判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という職種であった(4段階の上から2番目。職種が上がるに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種にある者に、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判判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(うつ病リワーク研究会 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なお続いており(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

ルヘルス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られるグループ・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を試みた。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」と食い下がった。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を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、教師としてあるべき論や「絶対などということは不可能だ」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お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い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かった。

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、今で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にやってくるゲスト（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、提案内容が思いきっ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、思いきった提案が受け入れられる状況を生み出すためには、それこそ思いきっ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のかたち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。そこでは、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」といった質問が発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考える。

### (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間病休者実態調査結果. <http://www.jinji.go.jp/kisyu/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., Baase, 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病気休職者数等の推移 (平成13年度~平成22年度). [http://www.mext.go.jp/component/a\\_menu/education/detail/jcsFiles/afidfile/2011/12/22/1314343\\_14.pdf](http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/jcsFiles/afidfile/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<sup>1)</sup> 佐渡 充洋<sup>1)</sup> 二宮 朗<sup>1)</sup>  
三浦 有紀<sup>1)</sup> 山本 和広<sup>1)</sup> 新井万佑子<sup>1)</sup>

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める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 |

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ったら、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

### 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」と問うと、「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

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られない状況すらある。

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と考えられる。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)が不十分なまま職場復帰し、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目にする、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」<sup>24)</sup>。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、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<sup>25)</sup>、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<sup>19)</sup>。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<sup>17,18)</sup>。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(疾患に伴い次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<sup>17)</sup>。

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・再発を起こしやすい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見解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<sup>2-4,6,7,12,14,23)</sup>。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—

<sup>1)</sup> 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<sup>8)</sup>。

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、これを見つけないことができない(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<sup>5,22)</sup>)。

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、数カ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が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<sup>15)</sup>。

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<sup>10)</sup>。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<sup>20)</sup>。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ごちなくなることもある。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

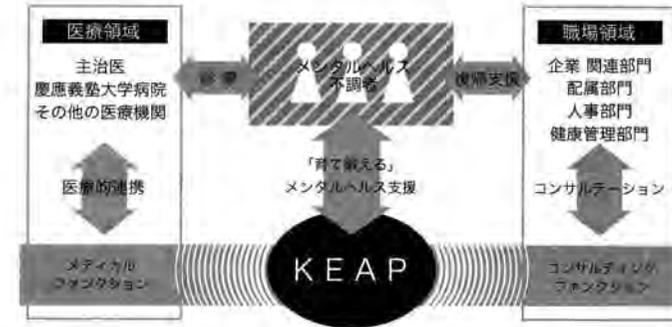


図1 KEAPの全体イメージ

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<sup>9,11,16)</sup>。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にのる。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。そこでは「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。そこでは、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、いわば通り一遍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<sup>21)</sup>。

## 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、関係者に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ペ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を実践してきている。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<sup>1)</sup>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える。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：限界にっぽん一 出向という名の「追い出し部屋」一。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](http://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<sup>1)</sup>

「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<sup>2)</sup>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))<sup>3)</sup>。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<sup>4)</sup>。

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)に自由に立ち入ることができる。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发点として、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<sup>5)</sup>。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<sup>6)</sup>。

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

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・ダ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. 4623-10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)。

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

Directive)<sup>7)</sup>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<sup>8)</sup>。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<sup>9)</sup>。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<sup>10)</sup>。

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<sup>11)</sup>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に目立った変化はなかったといわれている<sup>12)</sup>。

そこで、2004年7月28日のデクレ<sup>13)</sup>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康診断回数は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<sup>14)</sup>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康診断が、2年ごとに改められた(旧R. 241-49条)。これは、健康診断の中でも特に定期健康診断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<sup>15)</sup>。

さらに、2012年1月30日のデクレ<sup>16)</sup>では、

労働医の負担を軽減するため、各種健康診断の対象者が減らされたり、健康診断が一部簡略化された。たとえば定期健康診断は、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. 4624-16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<sup>17)</sup>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<sup>18)</sup>。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<sup>19)</sup>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くなったことである(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 6), p. 13.

10) *Id.*, p. 17.

11) Décret n° 231-79 du 20 mars 1979.

12) AMAUGER-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、以下の一定の部類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回以上の頻度で健康診断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のできる、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件の定期健康診断を行わなければならないが、実際にはその半分ほどしか実施することができず、結局375,654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ものと思われるが、少なくとも、労働医にとって定期健康診断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。GOSSELIN (H.), *op. cit.* note 5), 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<sup>20)</sup>、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う、極めて高度な役割をも期待されるようになってきている。

#### 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の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<sup>21)</sup>。この法律に基づくデクレ<sup>22)</sup>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<sup>23)</sup>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<sup>24)</sup>。

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<sup>25)</sup>。

#### 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が大量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)<sup>26)</sup>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<sup>27)</sup>。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

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.

20) 医師倫理法典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.

ため、大臣指令 (instruction ministérielle) により、軍事工場に勤務する医師に、定期的な作業場の巡視をおこなうことが命じられている<sup>28)</sup>。

以上の史実から、労働者の健康を管理しようとする考え方は、第一次世界大戦がきっかけとなって飛躍的に発達したと指摘することができる。ただ、当時の工場医 (médecin d'usine)<sup>29)</sup> は、使用者の指揮命令に従って職務を遂行するのみで、職務遂行における独立性・中立性の保障された存在ではなかった<sup>30)</sup>。

### 3. 労働医学の誕生

第1次世界大戦が終結し、1920年代に入った時点では、工場医はそこまで普及していなかった。しかし、前述のとおり労働者の健康を管理しようとする考え方が少しずつ普及し始めたこともあり、フランスにおいても「労働医学」という学問分野が芽生え始めた。1920年に、リユー大学医学部 (la faculté de médecine de Lille) で「社会医学 (médecine sociale)」の講座が初めて開かれた。また、1908年に設立された産業衛生労働医学研究所「L'Institut d'hygiène industrielle et médecine du travail (IHI)」が1921年にパリ大学医学部 (la faculté de médecine de Paris) と合併するなどして、労働医学教育もおこなわれはじめた<sup>31)</sup>。

そして、国の政策や国際的な潮流も労働医学の普及を後押しした。フランスでは、前述のとおり1898年に労災補償制度が誕生していたが、その労災補償の対象となる職業病の範囲を拡張すべく、労働大臣は1927年2月19日のデクレにより、補償の対象とはなっていな

い職業病のリストを作成し、その発生頻度の調査に乗り出した。しかしその過程において、一般の医師に過ぎない工場医では、労働者がそれらの職業病に罹患しているか否かを的確に診断できないことが問題となった。そのため、工場医の専門性をいかに高めるかが課題として強く意識されるようになった。一方、国際レベルでは1906年に職業病研究のための国際委員会が設立されていたが、その第4回大会が1929年4月3日からフランスのリオン (Lyon) で開催された。この会議では、労働医学教育の促進、職業病の定義などが議題とされていた<sup>32)</sup>。これらの影響もあり、フランスにおいても労働医学に関する教育機関が少しずつ増えていった。1930年には、リオン大学医学部に労働医学に関する教育研究機関が、また1934年には、リユーに法医学および社会医学に関する教育研究機関が設立された<sup>33)</sup>。

このようにして設立されていった労働医学の教育研究機関では、実践的教育が優先的に行われた。たとえば、前述のリオンの機関では、職業病に罹患した労働者の診察や工場の視察がプログラムに含まれていた。また、これらの機関では、衛生学、産業毒物学 (toxicologie industrielle)、労働生理学 (physiologie du travail)、法医学等、企業内で必要とされる様々な医学の教育も併せて行われた。このような研究教育体制が確立したことにより、フランスにおける労働医学が確立されたと言われている<sup>34)</sup>。そして、労働医の資格を持つ医師も本格的に誕生した。たとえばIHIは、1936年から1939年の間に、92名に労働医資格を与えている<sup>35) 36)</sup>。

以上のように、フランスにおいても1930年

代には労働医学が確立し、労働医学に関する教育研究機関も増加しつつあった。しかし、当時においてもなお、実際の企業内の医療環境は十分なものとは言えず、たとえば医療施設を備えている企業でも、その大部分が看護師を配置するだけであつたり、週に1, 2時間医師がカウンセリングに訪れるだけの状態であつた<sup>37)</sup>。また、労働災害が減少すると企業が納める労災補償の保険料が減額されるといった事情もあり、多くの医師は、企業から固定額の報酬を受け、労働災害が減少するとその報酬が増額されるといった形態の契約を結んでいた。結果として医師は、労働災害が起きた場合に現場で治療をしたり、現に疾患を有する労働者のカウンセリングを行うことを主な業務とするにとどまっていた。採用時健診は多くの企業で行われていたものの、その内容は簡素で、また職業病の調査や定期健診はほとんど行われていない状況であつた<sup>38)</sup>。

### 4. 労働医制度の成立

#### (1) 1940年6月9日勅告

第2次世界大戦に突入した1930年代末期には、軍需工場を中心に週60時間に及ぶような長時間労働が横行していた。また労働環境も悪化したことにより、労働者の傷病が激増するという事態が生じた。そこで、工場内における医療スタッフを配置することが重要な政

策課題として浮上し<sup>40)</sup>、政府も工場内の医療機関の整備に本格的に乗り出すこととなった。1940年6月9日の勅告 (recommandation) では、以下のような基準で、工場内に医療機関を設置することが促された<sup>41)</sup>。500人を超えた労働者が就労する事業場では、事業場ごとに医療機関を設置することとされた。また、50人以上500人以下の事業場では、企業内医療機関あるいは地域別ないし職業別の共同医療機関を設置することとされた。そして、そこに勤務する工場医は、労働医学を修得した者あるいはそれに類似する者とされ、ある特定の職業リスクにさらされている労働者の定期健診及び、高齢者、精神薄弱者や妊婦など、特定のケアを必要とするような健康状態にある者の健康管理をおこなうものとされた。また、おもに緊急の場合には労働者の治療をすることや、結核など伝染性の疾患を発見すること及び労働能力に応じて適正に配置することを目的とした採用時健診<sup>42)</sup>も実施するものとされた。

この勅告によって設置された工場医は、健診以外の予防医学的な任務を担うことも期待された。たとえば、労働災害の統計作成およびその(技術的、生理学的あるいは心理学的な)原因の調査、また労働者の安全衛生教育などもその任務とされた。授乳室の設置、慰労休暇の創設、食堂の整備、運動施設の整備など、労働者の健康を保つための職場づくり

36) もっとも、労働医学の定義はまだ定まっていなかったようである。IHIによると、労働医学とは「職業病の臨床研究および治療」と定義されていた一方で、ベルギー東部の都市リエージュで1930年6月に初めてフランス語で開催された労働医学に関する会議の中では、労働医学とは、より広く「医学、衛生学、生理学、精神工学の結合体」と捉えられていた。*Id.*, p. 33.

37) *Id.*, p. 39.

38) *Ibid.*

39) なお、この時期には、工場医の職務遂行における独立性・中立性を高めようとする議論もなされた。ある論者は、スイスの制度を参考に、工場医の中立性を高めるため報酬を国が支給するという方法を提案した。しかし、国家財政をひっ迫させてしまうおそれがあること、また工場医が公務員化して無料で医療を提供することを危惧したフランス医師組合連合の反対をうけたこともあり、あまり議論は本格化しなかった。*Ibid.*

40) *Id.*, p. 41.

41) この勅告では、労働安全衛生委員会 (comité d'hygiène du travail et de sécurité) の設置なども提唱されている。

42) 当時の工場医のためのマニュアルには、「採用時の健診は、とりわけ結核などの伝染病を予防する以外には、求職者を排除するためのものであってはならない。採用の際の健診は、事業所長が労働者の労働能力を判断し、いかなる職務が医学的に適切かを知るためのものである」とされていることが注目される。GOSSELIN (H.), *op. cit.*, note 5), p. 7.

28) *Ibid.*

29) 工場に勤務し、労働者の健康診断を実施したり診療を行う医師のことであるが、法律上の用語ではなく、厳密な定義が与えられているわけではない。

30) BUZZI (S.), DEVINCK (J.-C.) et ROSENAL (P.-A.), *op. cit.* note 22), p. 23.

31) *Id.*, p. 30.

32) *Id.*, p. 31.

33) *Id.*, p. 33.

34) *Ibid.*

35) *Id.*, p. 34.

の指導も認められた。事業所長の許可があれば、職場を巡視することもできた<sup>43)</sup>。おなじく当該勧告によって創設された労働安全衛生委員会への出席なども、工場医の任務とされた<sup>44)</sup>。

以上のような形で医療機関の整備が促されたが、当時は厳格な意味での設置義務があるものではなく、設置をしなくても特に制裁のない勧告に過ぎないものであった。しかし、はじめて政府によって労働医（法令上、当時はまだ労働医という名称は用いられていないが）の職務が示された点で、その後現在まで続く労働医制度の礎を築いた勧告として、重要な意義を有するものである。

### (2) ヴィシー政権下での労働医療制度改革

第2次大戦下の1940年6月22日に誕生したヴィシー政権は、フランスにおける労働医療体制の発展に大きく貢献した。ヴィシー政権の労働副大臣であったルネ・ブラン（René Belin）は、前述の1940年勧告の影響のもと、1941年10月31日法により、各地に労働監督医師を配置する労働医療監督体制（l'inspection médicale du travail）を創設した。また、労働医学を確立し、労働監督医師の職務に関する一般規則を作成することを任務とする「労働医学に関する常任委員会（Comité permanent de la médecine du travail）」も設置した<sup>45)</sup>。

そしてルネ・ブランは、労働医の選任義務化にも着手した。前述の1940年勧告では、医療機関の設置は努力義務にとどまっていたため、戦時下で栄養不足の状態のまま過酷な労働を強いられている労働者の状況に大きな変化をもたらすことはできなかった。そこで彼

は、1942年7月28日法<sup>46)</sup>により、50人以上の労働者を有する事業所について、医療機関の設置を義務付けることとした。そして、当該医療機関に勤務する医師として、はじめて「労働医（médecin du travail）」という言葉が明文規定により登場した<sup>47)</sup>。

### (3) フランスの解放と1946年法

パリがナチス・ドイツの支配から解放され、ヴィシー政府から臨時政府に移行したのちも、ヴィシー政府のおこなった労働医療制度改革の方向性は承継された。そしてこの時期には、特に労働医の法的地位およびその職務内容につき、議論が交わされた。

法的地位について、労働医は公衆衛生学的・社会医学的観点から職務を遂行する者であることから、公衆衛生を担う省庁の公務員とすべきとの議論が生じた<sup>48)</sup>。職務内容については、労働医との職務の競合を恐れていた医師組合連合の意見を汲みとり、労働医は原則として治療行為はおこなわない、予防医学に専念する医師とすべきとの議論もあった。また、健康診断については、労働医の負担が大きいわりにあまり効果のない定期健診を労働医の職務に含めるべきではないとの主張もなされた。しかし一方では、第一次世界大戦時から存在していた出産奨励主義者の主張にならい、労働力不足を解消するためには女性の健康を維持し出産を奨励する必要がある、そのために労働医が健康診断を実施することは重要であるとの主張もなされた<sup>49)</sup>。

これら議論を背景として、労働医療機関の組織に関する1946年10月11日法<sup>50)</sup>およびこの法律の適用に関する1946年11月26日のデクレ<sup>51)</sup>が制定された。この立法により、従業

員規模にかかわらず医療機関を設置することが義務付けられ、労働医制度が一般化することとなった<sup>52)</sup>。また、労働医の資格がなければ、労働医として活動することはできないことも明記された。労働医を公務員とする案は財政上の理由から見送られたものの、労働医の労使からの中立性が重視され、使用者等が労働医を選任あるいは解任する際には、企業委員会等の同意が必要とされた。

1946年の立法では、労働医の職務についても具体的に規定された。従来の工場医は、基本的には一般の医師と同様の医療サービスを提供し、副次的に予防医学的活動をしていたにすぎなかった<sup>53)</sup>。そこで1946年法では、労働医の職務は、もっぱら予防医学的観点から労働衛生条件等を監視することにより、労働者の労働に基づくあらゆる健康悪化を回避することにあるとされた<sup>54)</sup>。このような職務目的のもと、具体的には、労働衛生環境について使用者に助言をすることや、職業病があることを認識した際には公表することなどが職務として定められた。また、使用者が新たな生産技術を導入する際には労働医の意見を聞くことなども規定された。

このように労働医は、予防医学の観点から、労働環境全体を監視することをその中心的な職務としている。しかし、人的資源を有効に活用するためには、個々の労働者の身体的特性を把握するための採用時健診および定期健診は重要であるとの観点も加味された。そこで、労働医は予防医学に専念するもの、これまでと同様、各種健康診断も実施することとされた。各種健康診断として1946年11月26日のデクレでは、採用時健診、年に1回以上の定期健診、復職時健診、補足的健診、また

特定の危険業務に従事する労働者あるいは妊婦など特別の保護を必要とする者に対する医療監督が規定された。これにより労働医は、衛生政策の一環として労働者の健康悪化を一般的に予防することを主たる任務とするともに、労働者の職務適格性を判定する機能をも併せ持つ機関として制度化されることとなったのである<sup>55)</sup>。なお、従来どおり、労働災害等、緊急の場合には治療行為をおこなうことができることとされた。

### 5. 労働医に与えられた法制度的位置付け

ここまで検討したフランス労働医の形成過程をふまえ、ここから垣間見えるフランス労働医の法制度的位置付けを明らかにする。

労働医は、その成立当初より、高い専門性が求められていた。前述のとおりフランスでは、第1次世界大戦以降、軍需産業の増大による大規模工場化および植民地諸国からの移民労働者の増加等をうけて、労働災害の増加や工場内の衛生環境の悪化などが問題となっていた。そこで政府は、労災補償の対象となる職業病の範囲を拡大するため、1927年2月19日のデクレにより、補償の対象となっていない職業病のリストを作成し、その発生頻度の調査に乗り出した。しかしその過程において、一般の医師に過ぎない工場医では、労働者がそれらの職業病に罹患しているか否かを的確に診断できないことが問題となり、労働医学の知識をそなえた医師をいかに育成していくかが課題として浮かび上がった。また、1929年4月にはフランスのリヨンで労働医育成を目的とした国際会議が開催されたこともあり、フランスでは早い段階から労働医学の専門的教育をおこなう機関が創設されていっ

43) BUZZI (S.), DEVINCK (J.-C.) et ROSENAL (P.-A.), *op. cit.* note 22), pp. 42-43.

44) GOSSELIN (H.), *op. cit.* note 5), p. 7.

45) BUZZI (S.), DEVINCK (J.-C.) et ROSENAL (P.-A.), *op. cit.* note 22), pp. 48-50.

46) Loi n° 625 du 28 juillet 1942, *J. O. loi et décret*, 29 juillet 1942.

47) もっとも、1920年頃から、工場医を指す言葉として、労働医という言葉自体は使用されていた。GOSSELIN (H.), *op. cit.* note 5), p. 7.

48) BUZZI (S.), DEVINCK (J.-C.) et ROSENAL (P.-A.), *op. cit.* note 22), p. 57.

49) *Id.*, p. 58.

50) Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946, *J. O. loi et décret*, 12 octobre 1946, p. 8638.

51) Décret n° 46-2729 du 26 novembre 1946.

52) 労働医が勤務すべき時間が1月当たり150時間を超えた場合には、専任の労働医が勤務する単一労働保健機関を設置しなければならないとされた。労働医が勤務すべき時間は、商業および公共部門等の場合は、労働者20人ごとに1月当たり1時間、工業部門では労働者15人ごとに1月当たり1時間、アレテにより定められた特別な健診が必要な労働の場合には、労働者10人ごとに1月当たり1時間として計算された。そして、この基準以下の企業は、単一機関を設置するか、共同機関に加入することとされた。

53) *J. O. Rapport* (par M. Segelle), Assemblée consultative provisoire, N° 616, 1946, p. 467.

54) 1946年法1条。

55) GOSSELIN (H.), *op. cit.* note 5), p. 7.

た。その結果、労働医はその当初から高い専門性を持つこととなったのである。

また、フランス労働医は、当初から職務遂行における独立性・中立性が強く保障されていた。1946年に労働医制度を一般化する際には、労働医は公衆衛生の観点から職務を遂行する者であるので、国の衛生政策の一端を担う公務員とすべきとの議論もなされていたほどである。結局この案は財政上の理由等から実現しなかったが、その代わり、労働医の選任と解任には企業委員会等の同意が必要とされることとなった。また、当初は命令にとどまるものではあったが、労働医の職務遂行の妥当性を労働監督官が監視する制度もつくられた。

以上のように、労働医は1946年の成立当初から、労働医学の専門的知識の裏付けのもと、労使から一定程度独立した立場で、労働者の健康管理をおこなったり企業内の労働環境を監視する役割を担っていた。また、国の公衆衛生政策の一端を担い、労働安全衛生に関する各種調査をおこなう役割をも期待されていた。これは換言すれば、専門的、中立的な立場で労働環境を監視したり各種調査をおこなう、公的な第三者機関とも言うべき位置づけを与えられていたといえる。労働安全衛生に関し、医学的立場から使用者に助言をおこなうといった程度の役割にはとどまらないのである。労働医にこのような位置づけが与えられていたことで、労働医に対する強い制度的信頼が生まれ、その後、さまざまな局面において、強力な権限が与えられていたものと考えられる。

#### IV まとめと日本法への示唆

##### 1. フランス労働医に対する「信頼」の起源

現在フランスでは、就労形態、就労環境の変化およびそれに伴う新たな傷病の増加など

を背景として、企業内健康管理体制の改革が進められている。労働保健機関の学際化など、改革の内容は多岐にわたるが、その中で、労働医は労働保健機関のマネジメントに関わることができるようになるなど、労働医の権限はますます拡大される傾向にある。これをうけて本稿では、なぜフランスでは企業内健康管理体制が常に労働医を中心として組み立てられているのかという疑問を出発点に、歴史的観点から労働医の法制度的位置付けを明らかにすることを試みた。検討の結果、労働医はその成立当初から、労働医学の専門性及び職務遂行における独立性・中立性が強く保障された、労使から独立した第三者機関的な役割をもつものとして創設されたことを明らかにした。そのうえで、そのことが労働医に対する強い制度的信頼を生み、その後、さまざまな局面において、労働医に強力な権限が与えられていったと結論付けた。

##### 2. わが国の産業医制度の位置づけ<sup>56)</sup>

一方、わが国では、産業医にフランスにおける労働医ほどの権限は与えられていない。基本的には、労働者の健康管理について使用者に助言をする機関にすぎない。そのことは、産業医の歴史の変遷をみれば、より一層鮮明に見えてくる。

わが国の産業医は、戦前の工場法の時代とその起源をみることができる。軍需産業の増大などを背景として、悪化した安全衛生環境を改善し労働者を保護する政策が求められていた。そこで、1938年の法改正により、常時500人以上の職工を使用する工場では「工場医」を選任することが義務付けられた<sup>57)</sup>。工場医の職務は「工場及其ノ付属建築物ニ於ケル衛生ニ関スル事項」とされていたほか、工場主の義務の履行者として労働者の健康診断を実施したり工場を巡視することなどが規定されていた。しかし、具体的な規定はほとんど

ない状況であった。

戦後になり、労働基準法および関係法規が整備されたが、旧労働安全衛生規則11条により「医師である衛生管理者」制度が創設され、常時50人以上の労働者を使用する場合には、医師である衛生管理者を選任することとなった。医師である衛生管理者の職務は、工場医の時代よりは詳細に規定された。しかし、基本的には使用者がおこなうべき衛生管理業務を補助的に遂行するのみであり、それ以上の権限はなかった。また、健康診断以外は医師でない衛生管理者と職務内容は同じであり、それぞれの職務につき医学的な知見をも加味して遂行する独自性がある点以外に、医師である衛生管理者がおこなうべき独自の職務が規定上は存在しないような状況であった。

その後、1972年に労働安全衛生法が制定された際に、医師である衛生管理者は「産業医」に名称変更された。そして、医師である衛生管理者の時代とは異なり、産業医独自の職務内容も明記された。しかし、立法時の衆議院社会労働委員会では、政府の担当者が「『産業医』につきましては、いままで医師である衛生管理者という制度をこういう表現に変えたわけでございますが、従来の医師である衛生管理者と内容は同じでございます」と述べている<sup>58)</sup>。このことから、政府としては、名称を変えたことで制度を抜本的に変更する意図は無かったことが伺える。立法時には産業医の職務遂行における独立性・中立性を高めようと、選任は衛生委員会等でおこなうべきとの議論もあったが、使用者の助言・補助機関に過ぎないのでその必要はないとされていることから<sup>59)</sup>、そのことを伺い知ることができる。

このような形成経緯から分るとおり、わが国の産業医は、そもそも使用者の助言・補助機関以上の役割を与えられた存在ではない。また実際の制度上も、基本的には使用者に対して助言・指導すること以上の権限を持

っているわけではない。たしかに、1996年の労働安全衛生法改正により、勧告権が法律上の制度になったことから、表面的には産業医の権限が強化されているようにも見える。しかし、勧告権とは言っても、使用者はその勧告を尊重する義務があるのみであり、とりわけ強制力があるものではない。

このように、わが国の産業医はその制定経緯あるいは制度設計から見て使用者の助言・補助機関以上の役割を与えられておらず、その帰結として、産業医全体の専門性を高めようとする議論や職務遂行における独立性・中立性を担保しようとする議論があまり活発化しないまま、現在に至っている。

##### 3. むすびにかえて

現在わが国でも、フランスと同様、国際化、IT化等を原因とする労働密度の過密化等を背景として、労働者が抱える健康問題はますます多様化、複雑化している。そのため、労働者の健康管理体制のより一層の充実、企業が生産性を維持するためにも、またCSR的な観点からも、重要な課題となりつつある。このような状況のもと、産業医は、企業が健康管理体制をより一層充実していくうえで、重要な役割を果たし得るプレイヤーのひとりであることは疑いがない。未だ使用者の助言・補助機関にとどまるわが国の産業医に、今後どのような法的・社会的位置付けを与えていくべきかは、不断に検討していかなければならない重要な課題といえよう。

56) わが国の産業医制度の問題点については、拙稿「私傷病労働者の就労可能性判断と医師の関与」季労233号57頁（2011年）のIIを参照。

57) 工場法13条および昭和13年4月16日改正後の工場危害予防及衛生規則34条の3による。

58) 昭和47年5月25日の衆議院社会労働委員会における北川俊夫政府委員の発言。

59) 昭和47年4月12日の衆議院社会労働委員会における渡邊健二政府委員の発言。



論 説

## デンマークにおける産業精神保健対策に関する法制度の研究 —労働環境法と疾病手当法を中心として—

井 村 真 己

はじめに

- |                                       |                           |
|---------------------------------------|---------------------------|
| I. デンマークにおけるメンタルヘルス対策の展開              | 1. 疾病手当法の概要               |
| 1. メンタルヘルスに関する問題状況                    | 2. 職場復帰に関する調査研究           |
| 2. 政府による行動計画の展開                       | V. その他の関連する枠組             |
| II. 心理社会的労働環境の改善による企業のメンタルヘルス対策—1次予防面 | 1. コペンハーゲン心理社会調査 (COPSOQ) |
| 1. 労働環境法の概要                           | 2. 労働市場における医療情報等の利用に関する法律 |
| 2. 職場リスク評価の方法                         | むすびにかえて                   |
| 3. 労働環境監督署による査察のプロセス                  |                           |
| III. 話し合いによる職場環境の改善—2次予防面             |                           |
| IV. 疾病手当法に基づく復職手続—3次予防面               |                           |

### はじめに

現在、わが国では長時間労働による過労や職場の人間関係などを理由として、労働者が鬱病をはじめとする精神障害を罹患して休職に追い込まれ、最悪の場合には自殺するなどの事例の増加が指摘されており、これに伴って精神障害を理由とする労災補償申請が増加の一途をたどっている<sup>1)</sup>。

こうした状況に対して、厚生労働省は、メンタルヘルス対策への取組として、厚生労働省は、2000年8月に「事業場における労働者の心の健康づくりの指針」を、またこれを改訂する形で2006年3月には「労働者の心の健康の保持増進のための指針」をそれぞれ策定し、2010年9月には、厚生労働省労働基準局による「職場におけるメンタルヘルス対

<sup>1)</sup>厚生労働省が発表した2012年度「脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況まとめ」によれば、2012年度の精神障害を理由とする労災申請件数は1,257件、支給決定件数が475件(39%)となっており、支給決定件数は過去最多を記録している。また、不支給決定に対する処分取消により新たに支給決定した件数も34件のぼっている。また、これらの申請のうち自殺(未遂も含む)については、申請件数が169件、支給決定件数が93件(45.8%)となっており、ここでも支給決定件数が過去最多を記録している。

策検討会報告書<sup>2)</sup>」を公表している。この報告書では、メンタルヘルス不調者の把握とその後の適切な対応のために、労働安全衛生法により義務づけられている年1回の一般定期健康診断に併せて、ストレスに関連する労働者の症状などについて医師が確認した上で、必要に応じて産業医と面談を行い、産業医が使用者に対して時間外労働の制限や作業転換などについて意見を述べることとし、使用者はこれに対応して労働時間の短縮を行う場合には産業医の意見を労働者に示して了解を得るための話し合いを行うべきであると提言しており、これに対応したパンフレットを作成・改訂<sup>3)</sup>するなど、メンタルヘルス不調者のスムーズな復職に向けて労使双方のメンタルヘルス問題への認識の浸透を図っている。

また、各企業においてもメンタルヘルス対策への取り組みが進められてきているが<sup>4)</sup>、産業医の関わり方や上司(管理職)による部下への対応など、まだまだ手探りでやっている部分が多く、確固とした方法論が確立されているとはいえない状況であるといえ<sup>5)</sup>、労働者が健全な職場環境の下で働くことを可能とするために被用者へのメンタルヘルス対策への取り組みが急務となっている。

一般にメンタルヘルスの問題については、被用者がメンタル不調に陥ることを予防するための職場環境の構築(1次予防)、メンタル不調者の早期発見(2次予防)、メンタル不調者の復職と再発予防(3次予防)という3つの側面から検討する必要がある、それぞれの側面において、

<sup>2)</sup> 報告書の本文については、<<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000q72m-img/2r9852000000q7tk.pdf>>を参照。

<sup>3)</sup> 厚生労働省・中央労働災害防止協会「改訂心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援への手引き」(2010年9月)<<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/101004-1.pdf>>を参照。

<sup>4)</sup> 先進的な取り組みを行っている企業の実例については、「職場のメンタルヘルス対策—その最新動向と取り組み」ビジネス・レイバー・トレンド2011年7月号(2011年)22頁以下を参照。

<sup>5)</sup> 前掲註4)18頁以下において、高尾総司医師による「業務遂行レベルに着目した新しいメンタルヘルス対応」が紹介されているが、ここでは「メンタルが悪いか否か」と「仕事ができているか否か」の2つの問題を混同してきたことがメンタルヘルス問題への対応を難しくしてきていると指摘しており、問題解決型のアプローチが提唱されている。

どの程度の法的介入を行うべきかについては、慎重な検討を必要とする。この点について、デンマークにおけるメンタルヘルス対策は、基本的にはわが国と同様に労働における安全衛生確保という枠組の中で、いわゆるPDCAサイクルに準じた形で心理社会的労働環境(psychosocial working environment)<sup>6)</sup>について職場のリスク評価を行うことを使用者に義務づけるという1次予防を中心とした仕組みを採用している。これは、使用者が労働者との協力の下で職場に内在する問題を把握してその改善を図ることを目的としており、その実施状況について行政機関である労働環境監督署による査察を通じて、法の履行を確保していこうとすることでその特徴をみることができる。また、メンタル不調となった被用者の職場復帰についても立法・行政が積極的な役割を担っており、この点についても先進的な取り組みを行っているといえよう。

本稿の著者は、厚生労働省科学研究費による共同研究に参画し、その補助を受けて2013年1月にデンマークを訪問し、デンマークのメンタルヘルス対策の現状について労働組合、使用者団体、政府関係者などの関係当事者へインタビューを行う機会を得た。本稿は、上記研究費による研究成果として、デンマークにおけるメンタルヘルス対策に関する法的枠組について検討を行うことをその目的とするものである。

<sup>6)</sup> 心理社会的労働環境とは、WHOによれば、被用者の精神的肉体的健康に影響を及ぼすような企業内で日常的に明示されている労働組織、企業文化(態度、価値観、信条、慣行)を含むものと定義されている。See WORLD HEALTH ORGANIZATION, HEALTHY WORKPLACE FRAMEWORK AND MODEL: BACKGROUND AND SUPPORTING LITERATURE AND PRACTICES, (Library Cataloguing-in-Publication Data 2010) at 91 available at <[http://www.who.int/occupational\\_health/publications/healthy\\_workplaces\\_background\\_documentdfinal.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_background_documentdfinal.pdf)>.

## I. デンマークにおけるメンタルヘルス対策の展開

デンマークは、人口約 554 万人ほどの小国であるが、労働政策、社会保障政策の領域においては先進的な取り組みを行っている国として知られている。特に(1)柔軟な労働市場、(2)充実した失業保障、(3)積極的労働市場策のゴールデン・トライアングルを基礎とするフレキシキュリティ・モデルについては、近年わが国でも検討すべき制度として多くの文献で論じられるようになってきている<sup>7)</sup>。こうした取り組みを可能としている法文化的背景として、小国であるがゆえに国力を維持していくには限りある人的資源を最大限に活用していかなければならないため、それに対応した労働市場を構築・維持していくのに必要な投資を労働政策および社会保障政策として行うべきであるとの認識が政府・労働者・使用者間で一定程度共有されていること、実際の政策制定過程においては、常に政労使間での話し合いにより、その合意に基づいて政策が展開されていること、などの点が挙げられよう<sup>8)</sup>。

こうした社会状況を踏まえて、デンマークにおけるメンタルヘルスに関する問題状況と、政府による施策の展開について見ていくことにする。

<sup>7)</sup> デンマークの雇用政策に関する邦語文献として、根本到「デンマークにおける求職者の生活保障と就労支援制度」季労 232 号 54 頁 (2011 年)、菅沼隆「デンマークの労使関係と労働市場」社会政策 3 巻 2 号 5 頁 (2011 年)、嶋内健「デンマークの積極的雇用政策」社会政策 3 巻 2 号 22 頁 (2011 年)、山田久「北欧労働市場の特徴と日本へのインプリケーション」翁百合・西沢和彦・山田久・湯元健治『北欧モデル：何が政策イノベーションを生み出すのか』(日本経済新聞出版社・2012 年) 54 頁以下などを参照。

<sup>8)</sup> もっとも、2008 年のリーマン・ショック後は、デンマークにおいても社会保障政策の切り下げが主張されるようになっており、こうした法文化にも変化が生じているようである。このようなデンマーク社会の「影」について論じたものとして、鈴木優美『デンマークの光と影：福祉社会とネオリベラリズム』(リベルタ出版・2010 年) がある。

## 1. メンタルヘルスに関する問題状況

デンマークにおいては、一般的にメンタルヘルスに問題を抱えている国民の比率が比較的高いことが指摘されている。たとえば、デンマーク国立労働環境研究センター (National Research Centre for Working Environment, デンマーク語: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 以下では NRCWE と略す)<sup>9)</sup> 内の研究グループが 2010 年 4 月に発表した「メンタルヘルス、病気休暇および職場復帰に関する調査報告および勧告 (Mental Health, Sickness Absence and Return to Work, デンマーク語: Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde)」<sup>10)</sup> によれば、デンマークにおける成人人口のうち、メンタルヘルス問題を抱える人の比率は、他のヨーロッパ諸国と比較して 12% から 27% ほど高いとされている<sup>11)</sup>。

また、この報告書によれば、被用者がメンタル不調となる要因として、いじめ、脅迫、トラウマ、勤務時間の長さ、仕事量、感情的負荷などが挙げられているが、メンタル不調の結果として生じる疾病手当や障害年金の受給者数の増加などにかかる費用は、年間 55 億デンマーク

<sup>9)</sup> NRWCE は、それまで設置されていた国立安全衛生機構 (National Institute of Occupational Health, デンマーク語: Arbejdsmiljøinstituttet) を 2006 年に改組して設立されたものであり、健康および安全に関する学術的なハブとして、雇用担当大臣やソーシャル・パートナー、企業や労働安全衛生コンサルタントなどが健康や労働状態に関する専門的知見を提供する機関として設置されており、所属する研究者が、Scandinavia Journal of Public Health, Scandinavia Journal of Work, Environment & Health といった北欧系の学術雑誌に最新の研究成果を発表している。

<sup>10)</sup> VILHELM BORG, METTE ANDERSEN NEX, IDA VIKTORIA KOLTE AND MALENE FRIIS ANDERSEN, HVIDBOG OM MENTALT HELBRED, SYGEFRAVÆR OG TILBAKEVENDEN TIL ARBEJDE (April 2010), at 5, <<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/nyheder/arkiv/2010/~media/Boeger-og-rapporter/hvidbog-mentalt-helbred.pdf>>. また、本報告書は、英語による要約がまとめられている。NATIONAL RESEARCH CENTRE FOR THE WORKING ENVIRONMENT, MENTAL HEALTH, SICKNESS ABSENCE AND RETURN TO WORK - SUMMARY, MAIN CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS (April 2010), <<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~media/Boeger-og-rapporter/summary--mental-health--sickness-absence-and-return-to-work.pdf>>.

<sup>11)</sup> *Id.*

クローネ(約 950 億円)に達すると推計されている<sup>12)</sup>。こうした面からは、職場におけるメンタルヘルス対策は、デンマーク社会全体にとって重要な政策課題であり続けているといえよう<sup>13)</sup>。

このようなデンマークにおけるメンタルヘルスに関する問題状況は、わが国との類似性を示すものといえよう。以下では、かかる問題状況に対してデンマークがどのような取り組みを行ってきたかについて、デンマークの政府機関が公表している各種報告書などを踏まえてその概要を素描する。

なお、デンマークにおけるメンタルヘルス対策への先進的取り組みと評価される政策は、政府、使用者団体、労働組合という三者間において労働施策を構築していくというデンマークの伝統的法文化に則って、労働災害やそれに伴う疾病休暇取得の減少ためにいかなる法政策を展開すべきかという話し合いの中で導入・展開されてきたものであり、メンタルヘルス対策に特化した政策としてというよりは、むしろ労働安全衛生の領域において従来から問題とされてきた領域と並列的に位置づけられているにすぎないことに注意が必要である。

<sup>12)</sup> この点に関連して、デンマークでは 1980 年には人口 100,000 人あたり 35 人が自殺するという自殺率の高さが社会問題となってきたが、自殺手段に対する対策、デンマーク社会における社会的文化的な安定性の増大、電話でのカウンセリングや精神科に関する緊急窓口の利用の増加などを背景として、1980 年をピークとして減少傾向にあり、2009 年には人口 100,000 人あたり 9.9 人と、EU 各国の平均を下回るまでに至っている(わが国の自殺率は、2011 年の統計で 100,000 人あたり 23.8 人である)。EU 諸国におけるメンタルヘルス対策に関する資料としては、DIRECTORATE-GENERAL FOR HEALTH AND CONSUMER PROTECTION, MENTAL HEALTHPROMOTION AND MENTAL DISORDER PREVENTION ACROSS EUROPEAN MEMBER STATES: A COLLECTION OF COUNTRY STORIES (2nd Ed. 2004), <[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_projects/2004/action1/docs/action1\\_2004\\_a02\\_30\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_a02_30_en.pdf)> を参照。また、自殺率に関する最新の統計データについては、*Death due to suicide, by sex*, EUROSTAT, <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00122&plugin=0>> を参照。

<sup>13)</sup> See *supra* note 10) at 5. その内訳としては、90% を病気休暇、早期退職、能力の減少が占めており、医療にかかる費用は 10% にすぎないとされている。

## 2. 政府によるアクションプランの展開

### (1) 「クリーンな労働環境へのアクションプラン」

デンマークにおいては、1996 年 4 月に雇用担当大臣、労働環境監督署がソーシャル・パートナー<sup>14)</sup>と協力して、2005 年までの 10 年間における安全衛生の改善に関する枠組と具体的なアクションプランを設定することを目的として「クリーンな労働環境へのアクションプラン (Action Program for the clean working environment 2005, デンマーク語: Handlingsprogram for et rent arbejdsmiljø år 2005)」と題するアクションプランが公表された<sup>15)</sup>。

本アクションプラン策定の背景として、デンマークでは、労働に関する安全性は他国と比較して高いとされており、労働災害を回避するための努力を続けているにもかかわらず、1994 年の段階で 47,500 件以上の労働災害および 15,500 件の職業上の疾病が報告され、労働環境の状態が良好とはいえないという状況が指摘されていた<sup>16)</sup>。こうした状況に対して、本行動計画においては、「すべてのデンマーク企業は、その将来像として人々を第一としつつ持続可能な発展のための競争的基礎として、(労働の)創造性、質、生産性のための安全で健康的で刺激的な枠組を提供しなければならない」とし、労働事故や危険・有害物による健康障害、重量物運搬等に伴う筋骨格系障害、労働における心理社会的危険に起因する健康障害の減少・排除のために必要な施策について設定すべきことを掲げたものである。

また、本行動計画策定にあたっては、1995 年 4 月にソーシャル・パートナー、雇用担当大臣 (Minister of Employment, デンマーク語:

<sup>14)</sup> ソーシャル・パートナーとは、その使用される文脈によってさまざまな意味をもちうるが、デンマークにおいては「労使」を意味することが多い。

<sup>15)</sup> HANDLINGSPROGRAM FOR ET RENT ARBEJDSMILJØ ÅR 2005, <[http://www.amr.dk/Files/Filer/AMR/Arkiv/Handlingsplaner/Handlingsprogram\\_for\\_et\\_rent\\_arbejdsmiljo\\_ar\\_2005.pdf](http://www.amr.dk/Files/Filer/AMR/Arkiv/Handlingsplaner/Handlingsprogram_for_et_rent_arbejdsmiljo_ar_2005.pdf)>. デンマークにおいて安全衛生に関して包括的な行動計画について合意したのは今回が初めてである。

<sup>16)</sup> *Id.* at 1.

Beskæftigelsesminister)、労働環境監督署 (Working Environment Authority, デンマーク語: Arbejdstilsynet) の代表により構成された委員会が、心理社会的労働環境に関して、労働環境監督署の役割と方法に関して詳細な調査を行い、雇用担当大臣に勧告を行っている。この委員会では、企業、使用者、労働組合、労働環境監督署など労働環境の領域に関与する当事者が、心理社会的労働環境に関連する問題をいかに取り扱うべきかについての提案がなされている<sup>17)</sup>。それによれば、心理社会的労働環境のリスク要因は、企業の経営上の決定に関連している要因 (賃金、昇進、雇用の不安定性、職場におけるいじめ、ハラスメントなど) と被用者の労働状況に直接間接に関連している要因 (反復労働、暴力のリスク、単独労働、シフト労働、バーンアウト) とに分類し、前者については、被用者や安全衛生の専門家と協力しつつ、企業が自身で解決すべき要因であり、後者については、労働環境監督署が介入すべき要因であるとしている<sup>18)</sup>。本行動計画により、労働環境法をはじめとする関連立法についてさまざまな改正が行われた。行動計画の報告書<sup>19)</sup> に示された 2004 年までの法改正の概要は以下の通りである。

|        |   |
|--------|---|
| 1997 年 | <ul style="list-style-type: none"> <li>●すべての企業に書面での職場リスク評価を義務づけ<sup>20)</sup></li> <li>●5名以上の被用者を雇用する企業に安全衛生委員会の設置を義務づけ</li> <li>●安全衛生の専門家のための 37 時間の新しい訓練モデルの策定</li> <li>●労働安全衛生コンサルタントに関する質的な保証制度の導入</li> <li>●労働安全衛生コンサルタントに関するテストスキームと評価の導入</li> <li>●産業別安全衛生評議会 (branchesikkerhedsrådene, BSR) を 11 の産業別労働環境評議会 (branchearbejdsmiljøråd, BAR) へと改組</li> <li>●労働環境基金 (Arbejdsmiljøfondets) の任務を産業別労働環境評議会と労働環境評議会へと再割当</li> <li>●単一の組織としての労働環境監督署の編成</li> <li>●新しい苦情申立制度の導入</li> <li>●独立した研究機関として国立安全衛生機構の設立</li> </ul> |
| 2000 年 | <p>労働環境改善のための努力を強化するために企業に対して経済的インセンティブを与えるための包括的パッケージの構築が行われた。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●常勤被用者数を基礎とした一般安全衛生税 (arbejdsmiljøafgift) および労災委員会 (Arbejdsskadestyrelsen) により課された補償および損害賠償を基礎とした税金の導入</li> <li>●特に良好な労働環境であることを証明した安全衛生認証を受けた企業については、当該企業が一般的安全衛生上の義務のために費やした金額を補助金として受け取れる可能性を認めるという認証および補助金制度の導入</li> <li>●特に多忙な産業部門における労働環境の監督のために手数料徴収制度の導入</li> </ul>  |
| 2001 年 | <ul style="list-style-type: none"> <li>●社会心理的労働環境を含む労働環境上の主要領域における法違反に対する過料決定の権限を労働環境監督署に与える</li> <li>●サービス提供事業者が労働環境法の下で有する義務について提供者責任 (Udbyderansvar) の肯定<sup>21)</sup></li> <li>●建造物所有者の責任の厳格化</li> <li>●労働安全衛生コンサルタントが健康促進のために行うことのできる範囲の拡大。2001 年財政法により、4 年間でデンマークのすべての企業へ安全衛生コンサルタントを展開することが決定された</li> </ul>  |
| 2002 年 | <ul style="list-style-type: none"> <li>●一般安全衛生税の廃止</li> <li>●一般労働安全税に対する補助金の廃止</li> <li>●10 名未満の被用者を雇用する企業に対して安全衛生委員会の設置義務の廃止</li> </ul>  |

<sup>17)</sup> *Id.* at 14.

<sup>18)</sup> *See id.*

<sup>19)</sup> ARBEJDESTILSYNET, 10 ÅR MED HANDLINGSPROGRAMMET RENT ARBEJDSMILJØÅR 2005 (February 2007), at 5-7, <http://arbejdstilsynet.dk/~media/at/at/07-arbejdsmiljoe-i-tal/03-overvaagning/10-aar-med-handlingsprogrammet/rapport%20pdf.ashx>.

|       |   |
|-------|---|
| 2002年 | <ul style="list-style-type: none"> <li>●手数料徴収による監督制度の廃止</li> <li>●いじめに関する労働協約モデルを作成し、セクシュアル・ハラスメントを含む職場でのいじめの事例を監督し処理する権限を当事者に与える労働協約の交渉を当事者へ許可する<sup>22)</sup></li> <li>●私宅における非営利的性質の労働に対する監督権限の限定</li> </ul>   |
| 2004年 | <p>「被用者と企業にとっての良好な労働環境 (Et godt arbejdsmiljø for medarbejdere og virksomheder)」と題する労働環境法の改正が行われた。<sup>23)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●どの企業が労働環境監督署による監督を必要とするか決定するために、被用者を雇用するすべての企業は、今後7年の間に査察を受けること</li> <li>●労働安全に関する援助を必要とする企業に対して、労働安全衛生コンサルタントの利用義務づけを含む強制的コンサルティング制度の創設</li> <li>●4年をメドに企業内安全衛生サービス義務の段階的廃止</li> <li>●労働安全衛生コンサルタントについて労働大臣による認可制度の創設</li> <li>●労働監督署のウェブサイトで3種のスマイリーによる企業の労働環境の状態の表示</li> <li>●建設業の領域における労働安全衛生コーディネーターのための安全衛生教育の強化</li> <li>●労働環境監督署が企業に対して拘束力のある助言を与えることを可能とする</li> <li>●企業における職場リスク評価に病気休暇を含める</li> </ul> |

<sup>20)</sup> Gennemførelse af handlingsprogrammet »Rent Arbejdsmiljø År 2005«, LOV nr 379 af 10. juni 1997.

<sup>21)</sup> Bedriftssundhedstjenesternes arbejde med sundhedsfremme, ret for den ansatte til at forlade sin arbejdsplads ved en alvorlig og umiddelbar fare, udbyderansvar, stramning af bygherreansvaret, gebyr for tilsyn med virksomheder i arbejdsmiljømæssigt særligt belastede brancher, administrative bøder, LOV nr 331 af 16. maj 2001.

<sup>22)</sup> Ændring af regler om sikkerhedsorganisation, aftalemodel i forhold til mobning, herunder seksuel chikane, ophævelse af gebyrbelagt tilsyn, begrænsning i Arbejdstilsynets adgang til en privat bolig, LOV nr 437 af 10. juni 2002.

<sup>23)</sup> Gennemførelse af arbejdsmiljøloven »Et godt arbejdsmiljø for medarbejdere og virksomheder«, LOV nr 425 af 09. juni 2004.

## (2) 「将来の労働環境に関する報告書」

上記のアクションプランに伴う法改正により、デンマークにおける現在の労働環境改善に関する制度枠組が構築されたことを受けて、デンマーク政府は2005年12月に「将来の労働環境に関する報告書 (Report in Future Working Environment 2010, デンマーク語: Redegørelse om Fremtidens Arbejdsmiljø 2010)」を発表し、2005年から2010年までの5年間における労働環境改善のための優先順位を設定した<sup>24)</sup>。この報告書は、2005年5月に発表された「将来の労働環境 (Fremtidens Arbejdsmiljø)<sup>25)</sup>」を技術的な面における基礎とし、労働環境評議会による「2010年度までのデンマークにおける全体的労働環境の優先順位に関する新国家アクションプランに関する報告書 (Oplæg til ny national handlingsplan og prioriteringer for den samlede arbejdsmiljøindsats i Danmark frem til udgangen af 2010)<sup>26)</sup>」と題する勧告により政策の優先順位と数値目標が定められ、労働環境専門家を対象とした公聴会開催による意見聴取を経て作成されたものである。

この報告書においても、労働環境監督署が毎年40,000件以上の労働災害と約12,500件の労働に関連した健康問題の報告を受けていること、また労働災害全国委員会でも毎年13,000件から14,000件の

<sup>24)</sup> DANISH GOVERNMENT, REPORT ON FUTURE WORKING ENVIRONMENT 2010- NEW PRIORITIES FOR THE WORKING ENVIRONMENT (December 2005), <<http://arbejdstilsynet.dk/da/~media/2ce5a3f790db4beca5c69c75e6086aa4>>.

<sup>25)</sup> ARBEJDSSTILSYNET, FREMTIDENS ARBEJDSMILJØ, <<http://arbejdstilsynet.dk/~media/at/at/05-information/04-andre-informationsmaterialer/fremtidens-arbejdsmiljoe-p2010/fremtidens-arbejdsmiljoe%20pdf.ashx>>. 本報告書は、労働環境監督署、国立安全衛生機構、労働災害全国委員会 (National Board of Industrial Injuries, デンマーク語: Arbejdsskadestyrelsen) 三者間の協議により労働環境に関して焦点を当てるべき問題を明らかにしたものである。

<sup>26)</sup> ARBEJDSMILJØRÅDET, OPLÆG TIL NY NATIONAL HANDLINGSPLAN OG PRIORITERINGER FOR DEN SAMLEDE ARBEJDSMILJØINDSAT I DANMARK FREM TIL UDGANGEN AF 2010 (December 2005), <[http://www.amr.dk/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=files%2Ffiler%2Famr%2Foffentlige+rapporter\%2Foplag\\_til\\_handlingsplan\\_-\\_endelig\\_-\\_13-10-05.pdf](http://www.amr.dk/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=files%2Ffiler%2Famr%2Foffentlige+rapporter\%2Foplag_til_handlingsplan_-_endelig_-_13-10-05.pdf)>.

労働災害および 2,000 件から 3,000 件の職業関連の疾病の報告を受けていることから、依然として労働環境に起因する問題が解決していないことが指摘されている<sup>27)</sup>。また、政策的優先順位の設定にあたっては、グローバリゼーションと国際的競争の拡大、サービス産業の成長、急速な技術発展、高齢化、移民人口の増加など現在のデンマーク労働市場における発展傾向と既知の労働環境の問題の継続性、伝統的な生産関連の労働環境問題により影響を受ける職種の減少、座業による職種の増加、肉体的負担のある職種の増加、職場の人員構成の変化、技術発展により発生している新しいリスク要因の可能性といった労働環境の発展傾向を考慮すべきであるとしている<sup>28)</sup>。

こうした考察を踏まえて、政府は、労働災害、心理社会的労働環境、騒音、筋骨格系障害の 4 つの労働環境問題について優先課題として数値目標を設定した。このうち、メンタルヘルス対策にとって重要な心理社会的労働環境の改善については、病気休暇の 10% 削減が数値目標として設定されている<sup>29)</sup>。

## II. 心理社会的労働環境の改善による企業のメンタルヘルス対策 -1次予防面

### 1. 労働環境法の概要

#### (1) 法の目的

デンマークにおける産業精神保健法制度は、労働安全衛生に関する一般的规定を定める法制度である労働環境法 (Working Environment Act, デンマーク語: Bekendtgørelse af lov om arbejdsmiljø)<sup>30)</sup> がその中心となっている。

<sup>27)</sup> *Id.* at 2.

<sup>28)</sup> *Id.* at 3-5.

<sup>29)</sup> *Id.* at 6-9.

<sup>30)</sup> Bekendtgørelse af lov om arbejdsmiljø, LBK nr 1072 af 07. september 2010.

労働環境法は、(1) 社会における技術的社会的発展に調和した安全で健康な労働環境と (2) 使用者団体および労働組合によるガイドラインと労働環境監督署によるガイドラインと監督の下で健康と安全に関する問題を解決するための基礎を創設することを目的としており (法 1 条)、かかる労働安全衛生を、使用者、労働者、行政の三者間の協力を通じて実施すべきであると定められている (法 5 条)。

#### (2) 職場リスク評価の枠組

デンマークにおけるメンタルヘルス対策は、上述したように職場の心理社会的労働環境 (psychosocial working environment) の改善を通じて被用者のメンタル状況を改善するという 1 次予防を中心としている。労働環境法の規定上重要なのは、使用者に対して職場リスク評価を義務づける 15a 条である。同条は以下のように規定している<sup>31)</sup>。

**15a 条 1 項** 使用者は、事業において適用される労働の性質、労働の手段および労働のプロセスのみならず事業組織の規模にも適切な関心をとりながら、事業場における労働安全衛生の状態に関して書面での職場リスク評価の準備を確実に行わなければならない。職場リスク評価は、事業場に掲げた上で、職場リスク評価の査察を行う労働監督署のみならず、事業場内の管理者、被用者が利用可能なものでなければならない。職場リスク評価は、労働、労働の手段、労働のプロセスなどの変化に応じて改訂されなければならない。かつこれらの変化は、労働安全衛生にとって重要でなければならない。職場リスク評価は、少なくとも 3 年ごとに改訂されなければならない。

**2 項** 職場リスク評価は、事業場における労働安全衛生に関する問題およびこれらの問題が労働安全衛生法規に規定された予防原

<sup>31)</sup> LBK nr 1072, § 15a.

則に則していかんしてに解決されるかを含むものでなければなら  
ない。評価には以下の要素が含まれていなければならない：

1. 企業における労働安全衛生の状態の認識および位置づけ
2. 企業における労働安全衛生問題の記述および評価
3. 企業における労働安全衛生問題を解決するための優先順位  
およびアクションプラン
4. アクションプランをフォローアップするためのガイドライン

また労働環境法の具体的な施行に関連して、多くの行政命令  
(Executive Order, デンマーク語: Bekendtgørelse) が定められている  
が、上述の査察制度に関連するものとして、行政命令 96 号 (2001  
年 2 月 13 日)<sup>32)</sup> および行政命令 559 号 (2004 年 6 月 17 日)<sup>33)</sup> がある。  
行政命令 96 号は、その 6 条において「職場は、短期またはより長期  
にわたって被用者の肉体的精神的健康に影響を与える労働環境条件の  
個別のおよび全体的評価の両面を基礎として、安全および健康に関し  
て完全に適切でなければならない」と定め、職場環境に関する基本原  
則を明らかにしている<sup>34)</sup>。

また、行政命令 559 号は、労働安全衛生の改善を促進するための施  
策の導入に関する 1989 年 6 月 12 日 EU 指令 6 条 2 項<sup>35)</sup> に掲げられ  
ている予防原則を前提としつつ、デンマークにおける労働環境の改善  
のための規則を定めている。それによれば、労働は、「被用者の肉体的  
または精神的健康に影響する労働環境の肉体的、人間工学的、およ  
び心理社会的状態の全体的査定の方について、健康と安全を確保す  
るよう履行されなければならない」<sup>36)</sup>、そのために、長期または短期に

<sup>32)</sup> Bekendtgørelse om faste arbejdssteders indretning, BEK nr 96 af 13. februar 2001.

<sup>33)</sup> Bekendtgørelse om arbejdets udførelse, BEK nr 559 af 17. juni 2004.

<sup>34)</sup> BEK nr 96 § 6.

<sup>35)</sup> Council Directive 89/391/EEC of 12 June 12989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work.

<sup>36)</sup> BEK nr 559, § 7 Stk. 1.

わたって肉体または精神の損傷の危険の要因となる可能性が高い (1)  
単純作業の回避・制限、(2) 労働の速度の制御、(3) 要因となる孤立  
した労働の回避・緩和、などの措置を講ずることが求められている<sup>37)</sup>。

### (3) 法の執行権限

労働環境法の執行に関する最高責任者は、雇用担当大臣であり、労働  
における安全衛生に関する行政上の権限を有する<sup>38)</sup>。労働環境監督署は、  
雇用担当大臣の下で実際の査察等を担当する。労働環境監督署は、中央組  
織および地方組織により構成されており、その主な権限として、(1) 企業、  
産業別労働環境評議会、労働者団体、使用者団体、および一般公衆に対し  
て、労働安全衛生のすべての問題に関するガイダンスの提供、(2) 雇用  
担当大臣の名の下での規則の策定、(3) 労働のプロセスから作業場、技  
術装置、さらには物質・材料に関して、法または行政規則に基づくライセ  
ンスの発行に関する計画の精査、(4) 本法に基づき規定された法律およ  
びその規則への遵守の確保、など労働環境法 72 条 1 項により定められて  
いる。このうち、最も重要な権限と認識されているのは、(4) の規則遵  
守確保を目的とした労働環境に関する査察制度である<sup>39)</sup>。

また、こうした実際の法の執行権限とは別に、雇用担当大臣の諮問機関とし  
て、労使の代表により構成される労働環境評議会 (Working Environment Council,  
デンマーク語: Arbejdsmiljørådet) が労働環境法 66 条に基づき設置されてお  
り、労働安全衛生分野における法政策形成に大きな役割を果たしている<sup>40)</sup>。

<sup>37)</sup> See *id.*, § 9. この他、9a 条では、セクシュアル・ハラスメントを含む暴力の結果として健  
康へ肉体的または精神的損傷の危険を内在しないことも求められている。

<sup>38)</sup> LBK nr 1072, § 69.

<sup>39)</sup> *Id.* § 72 Stk. 1.

<sup>40)</sup> *Id.* § 66 Stk. 1. 評議会は、労働組合や使用者団体の中央組織、および政府関係者の参加によ  
り設置されており、(1) 労働環境に関する目標および優先順位、(2) 労働環境評議会、産業  
別労働環境評議会 (現在建設業、重工業、小売業、農業、サービス業、福祉業など 11 種  
の産業について設立されている)、国立労働環境研究センター間で、法 68 条に規定された基金  
の分配、(3) 労働環境の問題について雇用担当大臣に対して助言を行い、必要に応じて勧告  
を行うなどの権限を有している

労働環境評議会は、労働環境に関して重要な問題につき討議を行うことができ、またその問題に関する意見を雇用担当大臣に提出することができる。評議会は、その目的のために、学際的な性格をもつ開発あるいは分析活動を開始することや<sup>41)</sup>、法の改正および新規立法に関する意見や提案、法に基づく規則の草案作成に関与することができることとされており、法政策決定前に評議会での協議を行うことを通じて、労使が法の具体的内容に関して大きく関与する余地があるということが出来る。これはメンタルヘルス対策に限らず、デンマークの労働・社会保障関係の立法における一つの特徴であるといえよう。

## 2. 職場リスク評価の方法

労働環境法 15a 条およびその関連行政命令を踏まえて、職場におけるリスク評価を行うためのガイドラインとして、「職場リスク評価の準備および評価に関するガイドライン (Vejledning om at gennemføre og revidere arbejdspladsvurdering)」が労働環境監督署によって作成されている<sup>42)</sup>。このガイドライン自体は法的な拘束力を持つものではないが、法律および規則を遵守するに当たっては、このガイドラインに基づく職場リスク評価を行うことが必要となる<sup>43)</sup>。

労働環境法に基づく職場リスク評価は、企業自身による心理社会的労働環境の評価・改善のサイクルを通じて、被用者のストレス対策の取り組みを進めることを目的としており、危険因子（労働量、速度、感情負担、夜

<sup>41)</sup> *Id.* Stk. 2.

<sup>42)</sup> Vejledning om at gennemføre og revidere arbejdspladsvurdering, AT-vejledning D.1.1 af januar 2005, <<http://arbejdstilsynet.dk/~media/at/at/04-regler/05-at-vejledninger/d-1-1-arbejdspladsvurdering/d11arbejdspladsvurderingpdf.ashx>>. 本ガイドラインについては、2009年および2010年にそれぞれ改訂されている。

<sup>43)</sup> 労働環境法に基づく職場リスク評価の概要については、小田切優子、Mette Bøgehus Rasmussen「デンマークにおける産業ストレス対策」産業ストレス研究 16号 217頁 222 (2009年)を参照。

勤・交替制勤務、暴力・脅威、いじめ・ハラスメント) ごとにガイドラインツールの活用により問題点を洗い出した上で、その改善のための対策を行っていくことが求められる。またその実施状況については労働環境監督署による査察を通じてチェックを受けることになる。ガイドラインは、職場リスク評価を行ってより良い労働環境を構築することによる利点を以下の4点に集約している<sup>44)</sup>。

- 労働災害および職業上の疾病に起因するコストの削減
- 病気休暇の削減
- 被用者の配置転換の削減
- 労働満足度、モチベーション、および生産性の向上

以下では、ガイドラインの内容についてその概要を記述する。

### (1) 職場リスク評価の要件

ガイドラインによれば、企業が職場リスク評価を遂行するに当たって必要となるのは以下の点である<sup>45)</sup>。

- 職場リスク評価は書面によらなければならない。
- 職場リスク評価は、管理職、被用者および査察官が読むことのできる場所に掲示されていなければならない。
- 職場リスク評価のプロセスに関しては、通常5つのフェーズから構成されており、各企業は、その中からもっともよく作用すると考える手法およびツールを選択しなければならない。
- 管理職および被用者は、職場リスク評価のプロセスにおいて協働しなければならない。

<sup>44)</sup> See *supra* note 42), at 4.

<sup>45)</sup> *Id.* at 5.

職場リスク評価のプロセスについては、労働環境法に基づいて設置が義務づけられている安全衛生委員会が関与することになる。このプロセスには、計画、編成、監視および評価を含むものである。安全衛生委員会の設置が義務づけられていない企業においては、被用者の代表が同様に関与しなければならない。

また、職場リスク評価を機能させるためには、(1) 労働条件の認識および対応関係の作成、(2) 問題の記述と評価、(3) 病気休暇への関与、(4) 優先順位とアクションプラン、(5) フォローアップ、という5つの要素を含む形で職場リスク評価を行わなければならないものとされている<sup>46)</sup>。

#### (a) 労働条件の認識および対応関係の作成

職場リスク評価のプロセスは、事業のすべての面における労働環境がどのようになっているかを位置づけ、評価する必要がある、この評価には事業場外での労働も含まなければならない。この位置づけに関して、ガイドライン上具体的な要件は定められていないが、少なくとも、被用者への面談、円卓会議 (Rundbordssamtaler)、満足度調査 (Trivselsundersøgelser)、質問票の配布、労働環境監督署によるチェックリストの利用、産業別労働環境評議会 (Branchear-bejdsrådene) による資料の活用などを通じて行わなければならない。労働環境に問題がある場合には、人間工学、生物学、化学、物理学、社会心理学の領域に関して問題の発生状況に応じて記述する必要がある<sup>47)</sup>。

#### (b) 問題の記述と評価

問題の認識と位置づけによって、安全に関する問題が明らかとなった場合、当事者は、当該問題について記述し、どのように解決するかを評価し

<sup>46)</sup> *Id.* at 6.

<sup>47)</sup> *Id.* 労働環境の解析については労働安全衛生に関する包括的なリストを作成する必要がある。また、企業内において労働環境に関して特段の問題が存在していない場合であっても、職場リスク評価は行わなければならないものとされている。

なければならない。この場合、企業が当該問題の本質、重大性およびその範囲について記述することが重要となる。同様に、問題の要因およびその最適な解決策について記述することも重要である。解決策については、問題の再発の回避、問題の源に向けられていること、被用者がより適切な方法で労働を行うことができるものであること、危険有害な状態について、より安全/ストレスの少ない/有害でない状態に置き換えること、できる限り多くの被用者を保護するものであること、必要に応じて被用者への教育訓練を行うこと、などが求められる<sup>48)</sup>。

#### (c) 病気休暇への関与

安全かつ健全な労働環境が被用者の長期欠勤を回避させることを可能とするということは、換言すれば労働環境に問題があれば、長期欠勤が増えるということである。したがって、職場リスク評価においては、企業の労働環境と病気休暇との関連性について明らかにすることが重要となる。この場合の評価の目的は、病気による休暇を減少することができるか否かである。病気休暇が問題となっていない場合でも、企業は労働環境が全体としての病気休暇とどのように関連しているかについて評価を行わなければならない。ただし病気休暇の評価に関しては、病気の要因は多くの場合複雑かつ個別的であることから、現実に当該職場において病気休暇を取得している被用者については職場リスク評価に関与すべきではないとされている<sup>49)</sup>。

#### (d) 優先順位とアクションプラン

安全に関する問題は早急に解決されなければならないため、企業は、安全に関する問題を把握した場合、その解決のために最良の方法を明らかにしなければならない。このアクションプランは、問題および解決策の具体

<sup>48)</sup> *Id.* at 7.

<sup>49)</sup> *Id.* at 7-8. 病気休暇については、その発生要因、増減傾向、職務部門別の発生状況について統計的データを基礎として評価を行うことが重要とされている。

的内容をそれぞれ記載することが求められる。職場リスク評価によって、健康に関する問題に被用者の安全衛生に喫緊の脅威が含まれている場合、企業は、即座に当該危険を除去するか受け入れ可能なレベルまで減少させるために必要な手段を執らなければならない<sup>50)</sup>。

(e) フォローアップ

最後に、企業がアクションプランをどのようにフォローアップするかについてガイドラインを確立しなければならない。アクションプランを実施するのに誰が責任を持つのかを明らかにしなければならず、解決策がいつどのように機能しているか見定めた上で、必要に応じてアクションプランの改訂を行わなければならない<sup>51)</sup>。

(2) 継続的な改訂と被用者への揭示

上記のようなサイクルにより作成された職場リスク評価は、職場における業務内容や被用者の職務内容に変更が生じたことにより、新たな職場リスクが発生する可能性がある場合には、継続的に再評価・改訂を行わなければならない<sup>52)</sup>。また、労働災害や病気休暇取得日数が相当数増加するなどの問題が発生している場合に、それが現状の労働環境の状態に起因するものであるのであれば、同様に随時改訂を行う必要がある。このような問題状況が存在してない場合であっても、法律上の規定に基づいて3年に1度、再評価を行わなければならない<sup>53)</sup>。

<sup>50)</sup> *Id.* at 8-9.

<sup>51)</sup> *Id.* at 9.

<sup>52)</sup> *Id.* at 9-10. この例としては、在宅勤務への変更や、生産における新しい機械や材料の導入など、労働環境の状態や労働の履行方法に関連する変更が挙げられている。

<sup>53)</sup> *Id.*

3. 労働環境監督署による査察のプロセス

上記の職場リスク評価については、それが適切に行われているか否かについて労働環境署による査察を受けなければならない。査察は、労働環境法 72 条より労働環境監督署に与えられた法遵守確保権限に基づいて行われる。この点に関して、2011 年 3 月 22 日に政府（デンマーク自由党、保守人民党）と野党（社会民主党、デンマーク人民党、社会自由党）間の 2012 年から 2020 年の労働環境に関する政策目標についての合意が「2020 年までの労働環境へのエフォートに関する戦略<sup>54)</sup>」として公表されており、この中に労働環境監督署による査察について、二段階のリスク対応方式（risk-based inspections in two tiers）により行われるべきとのイニシアティブが掲げられている<sup>55)</sup>。これは、もっとも深刻な安全衛生問題を抱えている企業に対しては、現在行われているよりも詳細な査察を行う権限を労働環境監督署に与えることを意味するものである<sup>56)</sup>。以下では、労働環境監督署による査察の実際について、その概略を述べる<sup>57)</sup>。

まず、労働環境法 15a 条が各企業に対して 3 年に 1 度の職場リスク評価を行うべきことを規定していることから、労働環境監督署による査察も概ねこのペースで行われることを基本とする。ただし、労働環境に関してよりリスクが高いと評価された企業に対しては、必要に応じてこれよりも

<sup>54)</sup> Agreement between the Danish government (Denmark's Liberal Party and the Conservative People's Party), the Social Democratic Party, the Danish People's Party and the Social Liberal Party, A strategy for working environment efforts up to 2020, 22 March 2011, <<http://arbejdstilsynet.dk/~media/at/at/12-engelsk/rapporter/2020%20engelskpdf.ashx>>.

<sup>55)</sup> *Id.* at 5-6.

<sup>56)</sup> LBK nr 1072, § 72a Stk.1. 本改正は、2011 年 6 月に可決され (Risikobaseret tilsyn, differentierede bøger, LOV nr 597 af 14. juni 2011)、2012 年 1 月 1 日より施行されている。

<sup>57)</sup> また、査察のプロセスとその効果について論じたものとして、Mette Bøgehus Rasmussen, Tom Hansen, Klaus T. Nielsen, *New tools and strategies for the inspection of the psychosocial working environment: The experience of the Danish Working Environment Authority*, 49 SAFETY SCIENCE 565 (2011).

短いサイクルで行われる場合もありうるとされる。また、査察のための使用者への訪問は、予告なしで抜き打ち的に行われるのが原則であるが、実務上は、査察に際して使用者側が提供すべきデータの準備に時間を要することや使用者の繁忙期などに配慮して、大まかな訪問時期については2ヵ月から6ヵ月前には使用者側に通知している。

使用者への訪問に当たって、査察官は、(1) 使用者から提供されたデータ、(2) 被用者の労働状況の観察、(3) 質問状への回答内容の3点を中心として査察を行う。このうち、(1)については、当該資料が示すものと、実際の労働環境との間に齟齬がないかどうかを確認する。(2)については、人の配置、物の配置、被用者の労働の状態などについて観察するものであり、たとえば、ある部門の被用者が忙しく働いている状況の中で、他の部門の被用者が暇をもてあましてような状態であれば、人員の配置に問題があるものと判断される。(3)については、後述するCOPSOQの簡易版の質問状への回答から、被用者の労働環境への認識や問題状況について調査を行うことになる。

このような査察の結果、労働環境に問題がある場合には、労働環境監督署は企業に対して社会心理的労働環境に関する改善通知を行う。なお、明らかに当該企業における労働環境に問題がある場合であっても、査察官はその場での判断は行わず、持ち帰って合議の上で最終的な判断を行うものとされている。企業は、かかる査察結果に対して異議申立を行うことができる。通知を受けた使用者は、心理社会的労働環境に関する問題解決のためにアクションプランを策定し、労働環境監督署の評価を受けなければならない<sup>58)</sup>。アクションプランが労働環境監督署に承認された場合には、当該プランに沿って問題の解決を図っていくことになるが、プランが承認されなかった場合には、労働安全衛生コンサルタントから問題解決のための援助を受けることが義

<sup>58)</sup> Rasmussen, et al. *supra* note 57), at 570. その際、労働環境監督署からアクションプラン策定のためのガイダンスの提供を受けることもできる。

務づけられる<sup>59)</sup>。

上記のようなプロセスを経て行われる査察については、その主たる目的は、被用者が病気にならない、あるいは疾病を引き起こす要因の排除であり、ここでは、リスク要因を除去し、疾病を予防することが重要であって、必要以上に使用者のビジネスに介入することを目的とするものではないという点が強調されている。査察官へのインタビューから明らかとなった労働環境法への対応に問題が生じる使用者の例としては、使用者自身の認識としては法に則した対応を行っているにもかかわらず、実質的にリスク要因を排除できていない場合、あるいは法への対応を必要以上に行った結果、かえって被用者へ過負荷が生じる場合などが挙げられている。査察制度が導入された当初はこうした事例が多かったようであるが、査察官による十分な説明を通じて使用者側の理解も深まってきているようで、最近では徐々に減少しているとのことである。

なお、上述した2011年の与野党間の合意により、査察に関連して、2012年から2019年までの7年間で常勤換算(Full-Time Employees, FTE)で2名以上の被用者を使用するすべての企業に対して査察を行うべきこと、また常勤換算2名未満の被用者を使用する企業の半数についても同様に査察を行うべきことについて合意されている。このような査察範囲の拡大を受けて、査察官自身の業務量が増加しており、その労働環境の悪化が懸念されるが、この点に関しては、上司と査察官との間で話し合いにより適宜調整を行うこととされている。

### III. 話し合いによる職場環境の改善—2次予防面

職場における被用者のメンタルヘルス関連疾病の早期発見という2次

<sup>59)</sup> LBK nr 1072, §§ 12-13. 労働安全衛生コンサルタントとは、労働環境に関する分析を行い、職場の具体的なデザインを提案することを通じて企業を援助する私企業であり、通常は、企業内部に必要な労働安全衛生に関する専門家が存在していない使用者に対して、職場の労働環境について援助を行うことを主たる任務としている。

予防に関しては、デンマークでは公的な規制ないしガイダンスは設けられてはいない。ただし、そのことがデンマークにおいて2次予防に関する意識が低いということを意味するものではない。以下、現地調査を踏まえたデンマークにおける2次予防の概要を述べる。

2次予防に関連する前提として、疾病手当法に基づく給付の支給要件は、被用者が疾病により労務を提供できない場合とのみ規定されており、疾病が業務に起因するか否かは問題とされない。したがって、疾病により欠勤する被用者は使用者に対してその病名を通知する必要がなく、また使用者も被用者の復職に関連して後述する医療情報法上の要件を満たす場合でなければ、単なる欠勤についてその理由を尋ねることは原則としてはできない。実務上も、デンマークへの訪問調査で見聞した限りではあるが、一般に使用者が疾病により欠勤している被用者がどのような疾病で欠勤しているかについて問うことは、プライバシーとの兼ね合いで難しいと認識されている。

したがって、2次予防については、個々の使用者によるその雇用する被用者の労務遂行状況へのマネジメントを通じて、被用者が職場環境に起因するメンタルヘルス関連疾患に罹患しないようにするという一般的な予防が中心となり、どのような予防策がとられるかは、基本的には各企業の裁量に委ねられている。

この点につき、デンマークへの訪問調査における使用者団体、労働組合へのインタビューを通じて得られた話を総合するならば、労働環境に関連する問題に関してオープンに話し合いができる職場作りをしていかなければならないとの点については労使双方にて見解は一致しており、それを実現するための具体的な方策としては、職場におけるいじめ、暴力、脅迫、ストレスなどに関するガイダンスの作成および周知、年に1回は全員参加の話し合いの場を設けて上司と部下間、あるいは同僚間においてメンタルヘルスを含むさまざまな労働環境に関する問題について積極的なコミュニケーションをとることなどが重要視されている。こうしたコミュニケーションを通じて、上司や同僚によるメンタル不調となっている被用者への

「気づき」や「声かけ」、また被用者自身によるメンタル不調の申出ができるような職場環境の構築が可能となるものと認識されている。

また、そうした環境作りの中では、管理職によるマネジメントが重要な役割を果たすことが期待されている。最近では、管理職への昇進要件として、部下たる被用者への適切な指示・配置など従来の人的資源の管理能力に加えて、メンタルヘルスに問題を抱える被用者への対処法について講習ないし研修を受けているかが問われることも多くなってきている。このことは、管理職への評価が、業績を上げているか否かのみならず、心理社会的労働環境の改善に資することができるかという点も重視されてきていることの表れであるといえよう。

#### IV. 疾病手当法に基づく復職手続－3次予防面

##### 1. 疾病手当法の概要

デンマークにおいては、被用者が疾病により休業した場合の保障として疾病手当法（Sickness Benefit Act, デンマーク語：Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge）に基づく給付を受けることができる<sup>60)</sup>。

疾病手当法は、(1) 疾病による欠勤に対する所得保障の支給、(2) 疾病による欠勤者ができる限り早期の復職を可能とするための援助、(3) 疾病を減少・予防するための地方自治体、企業等の協働を支援すること、をその目的としており<sup>61)</sup>、単なる社会保障給付としての規定のほか、疾病により欠勤している被用者の職場復帰に関する規定も設けられている点に特徴がある。

疾病手当の支給対象となるのは、被用者、自営業者、失業者、労災被災

<sup>60)</sup> Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge, LBK nr 653 af 26. juni 2012. なお、本稿脱稿後に、これ以降の改正をまとめたものが、LBK nr 87 af 28. juni 2013として制定されているが、本稿の記述は2012年の立法をベースとしている。

<sup>61)</sup> *Id.* § 1.

者等であり<sup>62)</sup>、自らの疾病により労務を提供できなくなった者に対してその休業期間中支給される。手当の支給を行うのは、最初の欠勤の日から30日間については当該被用者を雇用している使用者であり、30日間経過後は、地方自治体 (kommune) がそれを引き継ぐ形で支給することとなっている<sup>63)</sup>。

疾病手当の支給要件に関連して、被用者が労務の提供が不能であるということについては、被用者が罹患している疾病とそれが病気休暇へ与える影響とを勘案して決定される。また、疾病により、遅刻や早退などが生じ、部分的に労務を提供できなくなっている時間が週当たり4時間を超えた場合にも支給される。これには、通院のために要する時間 (診察時間のほか、移動時間、診察までの待ち時間を含む) も含まれる<sup>64)</sup>。

被用者の病気休暇取得が3カ月を超える場合には、被用者の職場復帰に向けての調整 (アセスメント) およびフォローアップが行われるが、これは使用者によるものと地方自治体によるものがあり、地方自治体が関わるという点にデンマークの特徴をみることができる。以下、制度の仕組みについて詳述する。

### (1) 使用者による面談および雇用維持計画

疾病手当法によれば、最初の欠勤の日以後4週間以内に、被用者の職場復帰の態様および時期に関する個別的面談を行うために被用者を呼び出すことができる<sup>65)</sup>。

また、疾病により病気休暇を取得している被用者が、最初の欠勤日から8週間以内に復職することができないと予期している場合、被用者がどの程度の期間で復職できるかについて記載した雇用維持計画 (Arbejdsgivers

<sup>62)</sup> *Id.* § 2.

<sup>63)</sup> *Id.* § 6 Stk. 1.

<sup>64)</sup> *Id.* § 7.

<sup>65)</sup> *Id.* § 7a. この面談は対面で行うことが基本であるが、被用者の病状ないしその他の事情により出席が困難であるならば、電話によることも可能である。被用者が対面での面談に協力できなかったことは、疾病手当の受給には影響を与えないものとされている。

opfølgning) の作成を使用者に要求することができる<sup>66)</sup>。疾病被用者が雇用維持計画を受け取った場合、被用者は、自治体との間でフォローアップのために行う最初の面談の際に当該維持計画を提出しなければならないが、フォローアップはこれをベースとして行われる。

### (2) 地方自治体による面談およびフォローアップ

疾病手当法は、8週間を超えて病気休暇を取得している被用者に対する自治体による面談およびフォローアップに関する規程を設けている。

#### (a) 面談と情報シートの作成

自治体は、被用者の病気休暇の特徴と状態を考慮に入れた上で、個別的就業柔軟なフォローアップのためのアクションプランを作成しなければならない。この過程において、自治体は被用者へ関与していかなければならない。アクションプランは、首尾一貫性と包括性を持ったものでなければならない。自治体は関係者と協力して作成していかなければならない<sup>67)</sup>。

自治体の担当者は、関連する利害関係者 (使用者、医師、失業局、労働組合、リハビリ施設、病院・診療所) と連携していかなければならず、なかでも使用者とかかりつけ医との協力関係を構築することが必要となる<sup>68)</sup>。

自治体は、被用者の病状等について必要に応じて照会を行うことができるが、医療情報の取得に関しては、適切な手続をふまなければならない<sup>69)</sup>。また自治体は、当該事例に対する疾病手当の給付等に関して十分な説明を行わなければならないが、また病休被用者は、自らの病状を含む関連する情報

<sup>66)</sup> *Id.* § 7b Stk. 1. 被用者はいつでも雇用維持計画を要求することができるが、使用者がかかる維持計画を作成しないと決定した場合には、使用者は被用者からの要求を拒否することも認められている。また、雇用維持計画は、使用者と被用者との話し合いにより作成されなければならない。

<sup>67)</sup> *Id.* § 8.

<sup>68)</sup> *Id.* § 9.

<sup>69)</sup> *Id.* § 10. 医療情報の取得に関する法規定については後述する。

について回答しなければならない<sup>70)</sup>。自治体は、病気休暇の事例について情報シートを作成し、被用者に送付しなければならない。自治体は、この情報シートとフォローアップのための面談の結果を踏まえて、事例を以下の3つのカテゴリに分類して病休被用者に対応すべきとされる。

- 早期復職が可能な事例 (カテゴリ 1)
- 長期の疾病のリスクまたは労働に関してリスクを伴う事例 (カテゴリ 2)
- 疾病が長期化している事例 (カテゴリ 3)<sup>71)</sup>

#### (b) フォローアップ

疾病被用者へのフォローアップの頻度は、上記のカテゴリごとに異なっており、カテゴリ 1 および 3 の場合は、最初のフォローアップは最初の欠勤日から 8 週間を経過したあとに行われ、2 回目は 1 回目のフォローアップから 3 カ月後に、それ以後は 3 カ月ごとに行われる。これに対して、カテゴリ 2 に属する場合は、最初のフォローアップについては同様であるが、2 回目以降は 4 週間ごとにフォローアップを行うこととされている<sup>72)</sup>。

自治体が行うフォローアップも、使用者が行う場合と同様に対面での面談が基本となっているが、被用者の事情によっては電話や電子メール、手紙で面談を行うことも可能である<sup>73)</sup>。フォローアップは、病休被用者の雇用維持および早期復帰を図ることを目的として、病休被用者のニー

<sup>70)</sup> *Id.* § 11.

<sup>71)</sup> *Id.* § 12.

<sup>72)</sup> *Id.* § 13 Stks. 2-3.

<sup>73)</sup> *Id.* § 13 Stk. 4. そのような例としては、被用者からの要望や、復帰可能性が高い場合、手術を受ける予定がある場合、また病状により面談が困難な場合などの理由が挙げられている。また、これらのフォローアップについては再面談を行うことができ、その結果としてカテゴリの変更を行うこともできる

ズに合わせて全体的な調整を図っていくことが求められ、また継続的な対話を通じて、常に調整されなければならない。自治体が当該被用者の復職に関してあらゆる手段を尽くした後でなければ、労務復帰不可能との判断は正当化されないと規定されている<sup>74)</sup>。

自治体有病休被用者に対して行うフォローアップは単発的なものでなく、常に次のフォローアップへと引き継がれていかなければならず、またフォローアップが調整・変更された場合には、後続のフォローアップにそれを反映させなければならない。フォローアップに関するアクションプランは、病休被用者に手交されなければならない、これはプランに重大な変更が加えられた場合も同様である<sup>75)</sup>。

自治体は、段階的な復職に関連して使用者への働きかけを行い、また被用者をサポートすると共に、病状の進行について使用者と定期的なコンタクトを取っていかなければならない。自治体は、すべての事例において、被用者ができる限り早期に完全復職することを確実にするために、段階的な復職を使用者に求めて行く必要があるが、かかる段階的な復職に関しては、基本的には自治体、使用者、病休被用者間の合意によって決定されるべきである<sup>76)</sup>。

#### (3) 小括

以上、使用者・自治体による職場復帰に関する疾病手当法の規定を概観してきたが、これらの規定からデンマークにおける特徴を見いだすならば (1) 話し合いを基礎とした職場復帰、(2) 自治体の積極的関与、(3) フォローアップの継続性といった点が挙げられよう。(1) については、疾病手当法は、病気休暇を取得している被用者の職場復帰に関する使用者、自治体の果たすべき役割を規定しているが、そのベースとなってい

<sup>74)</sup> *Id.* § 15.

<sup>75)</sup> *Id.* § 16.

<sup>76)</sup> *Id.* § 17.

るのは病休被用者との間の話し合いであり、被用者の病状や職場の状況を勘案して柔軟な対応を取ることが可能となっている。(2)については、疾病手当法の法的構造とも関連しているとはいえ、被用者と使用者という職場復帰の当事者にいわばコーディネーター的な役割を持って自治体が関与していくことによって、より冷静かつ客観的に職場復帰を進めていくことが可能となっている。

また、(3)については、上記の一連のフォローアップの過程において、わが国の労災補償における打切補償に相当する規定が疾病手当法には設けられておらず、フォローアップは病休被用者の職場復帰の可能性がある限り継続して行われる。このようにフォローアップが長期化する可能性がある点について、たとえばオランダのようにフォローアップ期間の上限を設けるべきではないか、という意見はあるものの、人的資源の確保という目的からはフォローアップ期間が長期にわたることもやむを得ないというのが労使間の共通した認識となっているようである。

このことに関連して、使用者が被用者の復職をどの程度待てるかは、その時々使用者自身の状況により異なる可能性があるため、結果として被用者間で不公平が生ずる可能性があるが、復職できなかったとしても失業保険をはじめとする社会保障制度が充実しているため、そこまで大きな問題とはなっていないようである。デンマークにおいては、法的な規定は上記の通りであるが、いずれにしても、実際の復職に関しては、使用者と労働者の話し合いを通じてどのような形で進められるかが決まるといえる。

## 2. 職場復帰に関する調査研究

疾病手当法に基づく職場復帰に関連して、上述のように国立労働環境研究センター内の研究グループは、特にメンタル関係に起因する病気休暇と復職に関する研究として、「メンタルヘルス、病気休暇および職場復帰に関する調査報告および勧告」と題する報告書を2010年4月に発表し

ている<sup>77)</sup>。

この報告書では、雇用及び医療の介入を組み合わせた復職への介入により、メンタルヘルス問題を抱える被用者の病気休暇取得を減少させる効果がみられるとするが、かかる介入に当たっては、被用者の機能レベルを考慮し、職務内容の変更をすることが重要であると指摘している。治療に関しても、医学療法のみならず心理療法へアクセス可能とすることを意味する協働的治療およびエビデンスを基礎としたガイドラインの適用により改善されると結論付けている。また、メンタルヘルス問題に関して、ネガティブな結果を避けるための9つの勧告を行っている。

1. メンタルヘルス問題の早期発見および治療の保証
2. 個人の機能レベルと、それがどのように労働能力に影響するかについての資料へのアクセス
3. 機能レベルが低下している被用者に対する職務内容の変更
4. 職場復帰に関して、利害関係者すべてによる協力および関与
5. 被用者の病気休暇および職場復帰の選択についてのカウンセリングにより職場内の協力の促進
6. 被用者の職場復帰に関して、社会的統合の促進
7. 病気休暇および職場復帰に関する企業方針の採用および実践
8. オープンで、メンタルヘルス問題を受け入れられる職場文化の発展
9. 職場における健康促進介入の実践および職場におけるストレス要素の減少

こうした報告書のほか、疾病手当法に基づく復職プログラムについては、いくつかの研究が行われている。その評価は肯定的なものであること

<sup>77)</sup> See *supra* note 10).

が多いが、プログラムの効果測定については、もう少し時間が必要であるといえよう<sup>78)</sup>。

## V. その他の関連する枠組

### 1. コペンハーゲン心理社会調査 (COPSOQ)

デンマークにおけるメンタルヘルス対策は、上述のように労働環境に対する職場リスク評価とその改善が中心となっている。実際に政策を展開していくにあたっては、NRCWEによるさまざまな研究に基づく専門的知見が利用されてきているが、そうした知見の中でも特に重要なのは、労働環境の職場リスク評価に関する標準的調査票として開発されたコペンハーゲン心理社会調査 (Copenhagen Psychosocial Questionnaire; COPSOQ) ではないかと思われる。以下、その背景と概要について述べる。

#### (1) COPSOQ開発の背景と目標

COPSOQは、デンマークの労働環境の専門家や研究者のために、広範囲な心理社会的要素を包含した標準的かつ有効な調査票として1997年に開発された<sup>79)</sup>。その背景には、労働における心理社会的なストレス要因が、筋骨格障害 (musculoskeletal disorder)、心臓血管系疾患 (cardiovascular disease)、精神病、ストレス、燃え尽き症候群 (burnout)、生活の質 (quality

<sup>78)</sup> See Aust B, Helverskov T, Nielsen MBD, Bjorner JB, Rugulies R, Nielsen K, Sørensen OH, Grundtvig G, Andersen MF, Hansen JV, Buchardt HL, Nielsen L, Lund TL, Andersen I, Andersen MH, Clausen AS, Heinesen E, Mortensen OS, Ektor-Andersen J, Ørbæk P, Winzor G, Bültmann U, Poulsen OM, *The Danish national return-to-work program—aims, content, and design of the process and effect evaluation*, 38 SCAND. J. WORK ENVIRON. HEALTH 120 (2012). この研究では、復職プログラムは、費用削減および労働力供給について貢献するだけの潜在的可能性を有しているものと評価されている。

<sup>79)</sup> Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V, *The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment*, 31 SCAND. J. WORK ENVIRON. HEALTH 438 (2005).

of life) の低下、病気休暇 (sick leave)、労働移動 (labour turnover)、モチベーションと生産性の低下といったさまざまな問題を引き起こす要因となっており、それは労働者のみならず、企業にとっても社会にとっても重大な問題となっているとの認識が存在している。

COPSOQに関する研究は、1990年代半ばに当時のデンマーク国立労働衛生機構 (現在のNRCWE) に心理社会部門が設立されたことを契機としており、労働衛生サービスや労働環境監督署、労働衛生クリニックなどから労働環境の専門家の知見を得て作成されている。COPSOQは、調査票の長さに応じて、研究者向けとして詳細版、労働環境の専門家向けとして中間版、職場での簡易調査向けとして簡易版という3種類により構成されており、目的に応じて利用することができるようになっている<sup>80)</sup>。

COPSOQが目標としているのは、(1) 労働における心理社会的要素の評価のための有効かつ妥当な手法の展開、(2) 国内のおよび国際的な比較を可能とすること、(3) 介入の評価を改善すること、(4) サーベイランスおよびベンチマーキングの促進、(5) 利用者にとって難解な概念および理論を理解しやすくすること、である。その上で、COPSOQにおける調査票は、(1) 理論をベースとするが特定の理論に固執するものではないこと、(2) 様々な分析レベル (組織、部門、職種、人と労働の界面 (person-work interface)、個人) に関連した次元により構成されていること、(3) 職責 (worktasks)、組織労働、労働における内部的人間関係、協働、リーダーシップに関連した次元を包含していること、(4) 潜在的な労働へのストレスのほかに、サポート、フィードバック、コミットメント、良好な健康状態のようなリソースを含めること、(5) 包括的であること、(6) 労働市場におけるすべての産業部門 (産業のみならず、サービス部門、保健福祉部門、コミュニケーション部門など) に適用可能であるという意味で一般的であること、(7) 調査票のうち、中間版および簡易版については、

<sup>80)</sup> 英語版の調査票は、<<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/en/publikationer/spoergeskemaer/psykisk-arbejdsmiljoe>> からダウンロードすることができる。

労働環境の専門家や被回答者(被用者)にとってユーザーフレンドリーであること、といった原則により作成されている<sup>81)</sup>。

今日では、COPSOQは労働環境における心理社会的状況を把握するためのツールとして、特に労働環境法上定められている職場リスク評価を行う際の標準的な調査票として利用されるようになってきている。COPSOQは、その後のフィードバックの反映や心理測定学的分析(psychometric analyses)を利用するために、現在では、COPSOQ IIへと発展を遂げている<sup>82)</sup>。

## (2) COPSOQ 調査に見るデンマークの労働環境の現状

COPSOQの調査票による労働環境の現状測定は、デンマークのみならず、調査票が各国語に翻訳されるなど世界各国において利用されるようになってきている。また、その調査内容も、職種を区別しない一般的な調査から、女性労働者、福祉サービス労働者、看守、看護師など特定の労働者を対象として、その労働環境の調査が行われてきている<sup>83)</sup>。

また、デンマーク国内においては、NRCWEによって、2004年から2005年にかけて、COPSOQ IIを利用した心理社会的労働環境の全国調査が行われている。これは、無作為抽出により20歳から60歳までのデンマーク国内に居住する8,000人に対して、COPSOQによるアンケート調査を行い、賃金労働者である3,517人から得られた回答をベースとしてデンマークの被用者の社会心理的労働環境の現状を示したものである。これを基礎データとして、さまざまな研究がNRCWEを中心として展開されてきている。以下にそのうちの主要な研究の概要を述べる。

<sup>81)</sup> Kristensen, *supra* note 79) at 438-439.

<sup>82)</sup> Pejtersen JH, Kristensen TS, Borg V, Bjorner JB, *The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire*, 38 SCAND. J. PUBLIC HEALTH 8 (2010). なお、COPSOQ IIの開発により、それ以前のはCOPSOQ Iと称されている。

<sup>83)</sup> 項目ごとの調査結果については、職種別、産業別に以下のWebページにまとめられている。 <<http://olddata.arbejdsmiljoforskning.dk/Nationale%20Data/3DII.aspx?lang=da>>.

## (a) デンマークにおける被用者の心理社会的労働環境の推移に関する研究

Pejtersenらによる研究は、COPSOQ IIによる調査結果を、1997年調査と比較してデンマークにおける心理社会的労働環境の状況の推移を分析したものである<sup>84)</sup>。デンマークの被用者の心理社会的労働環境は、上記の期間中全体として悪化していると結論づけており、特に攻撃的なふるまい(offensive behavior)については、仕事上の葛藤(conflicts at work)や中傷・陰口(slander and gossip)などが増加していると指摘している。

## (b) 心理社会的労働環境と病気休暇の連関性に関する研究

Ruguliesらによる研究は、COPSOQ調査により測定された心理社会的労働環境の状況をベースとして、調査後1年以内に3週間以上の病気休暇を取得した被用者の心理社会的労働環境を健常者と比較して、被用者の心理社会的労働環境の状態と病気休暇取得との関連性を調べたものである<sup>85)</sup>。それによれば、デンマークにおいては、特に高度の感情的要求(high emotional demands)および高度の役割葛藤(high role conflicts)が病気休暇取得に関する重要なリスク要因となっており、これらの状態を把握することにより、COPSOQ IIによる社会心理的労働環境の調査は、個別被用者の健康状態把握のためにも利用できることを示唆している。もっとも、この研究における調査対象の被用者の病気休暇測定は、デンマーク全国社会移転支出公報(Danish National Register of Social Transfer Payments, DREAM)から病気休暇給付の取得の有無を調査するという形で行われているため、当該被用者の具体的な病名については明らかではない。したがって、メンタルヘルス対策として、上記の要素について特に重視すべきということにはならないものの、労働環境が被用者の健康に与える影響の予測

<sup>84)</sup> Pejtersen JH, Kristensen TS, *The development of the psychosocial work environment in Denmark from 1997 to 2005*, 35 SCAND. J. WORK ENVIRON. HEALTH 284 (2009).

<sup>85)</sup> Rugulies R, Aust A, Pejtersen JH, *Do psychosocial work environment factors measured with scales from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict register-based sickness absence of 3 weeks or more in Denmark?*, 38 SCAND. J. PUBLIC HEALTH 42 (2010).

について COPSOQ が利用できるという示唆は、メンタルヘルス対策にも重要な意義を有するものであるといえよう。

## 2. 労働市場における医療情報等の利用に関する法律

上述のように、デンマークにおいては、被用者が疾病により欠勤する場合には、疾病手当法に基づいて所得保障が行われるが、いかなる病気によって休業するかについて使用者に報告する義務はない。しかし、復職に関しての話し合いを行うにあたっては、段階的に復職を行っていく際に、ある程度までは被用者の病状を把握する必要があるが、使用者が被用者の医療情報を取得することによって被用者の雇用上の地位に不利益が生じる可能性があることは否定できない。

デンマークでは、被用者の医療情報へのアクセスに関して、「労働市場における医療情報等の利用に関する法律 (Act on the Use of Health Information in the Labour Market, デンマーク語: Lov om brug af helbredsoplysninger m.v. på arbejdsmarkedet)」と題する法律が 1996 年に制定されている<sup>86)</sup>。

同法は、「採用または雇用を維持するための被用者の能力を制限するために誤って医療情報が使われないように確保すること」をその目的とし<sup>87)</sup>、使用者が、被用者に対してその医療に関する情報の提供を求められることができるのは、「労働者の採用および雇用に関して、被用者が当該職務を遂行するための労働能力に重大な影響を及ぼすような疾病に罹患しているかまたは疾病の症状を示しているか否かを明確にするため」場合に限られるとの原則を定立している<sup>88)</sup>。医療情報法に関連して 2009 年に雇用大臣名で公表された「使用者による被用者の疾病に関連する情報の依頼に関するガイダンス (Vejledning om arbejdsgivers indhentelse af oplysninger

i forbindelse med lønmodtagerens sygdom)」によれば<sup>89)</sup>、被用者の病気休暇に関して、使用者が被用者に対して面談を求めることに関しては、労働協約などにより権利を放棄していなければ、経営権に基づいて行うことができるとした上で、使用者が被用者の医療情報へアクセス使用とする際の留意点を明らかにしている。

それによれば、使用者が被用者に対して疾病に関して質問することができるのは、当該疾病が被用者の労務の提供に重大な影響を与える場合に限られるのが原則であり、被用者が疾病に罹患したと連絡してきたときですら、被用者の病状について尋ねることができるのは例外的な状況（たとえば、被用者が労務提供について重大な影響を及ぼす疾病に罹患していることが使用者に明らかな場合など）に限られている。

したがって、メンタルヘルスに問題を抱えた被用者の場合であっても、使用者がかかる被用者の治療状況などについて直接アクセスすることはできず、復職との関連で、被用者がどのような機能について問題があるのか、どのような行為ならば可能なのか、どの程度の欠勤が生じるのか、などについて確認することができるにすぎないものとされている。

## むすびにかえて

デンマークにおける産業精神保健法制度は、労働環境法を中心として、いわゆる PDCA サイクルに準じた形で心理社会的労働環境に関する職場リスク評価とその改善という 1 次予防を中心として進めていくことを企業に義務づける形で発展してきた。その上で、企業の労働環境改善の実施状況を労働環境監督署による予告なしの査察および認証を通じて法の履行を確保するところに制度としての特徴を見ることができる。

<sup>86)</sup> Lov om brug af helbredsoplysninger m.v. på arbejdsmarkedet, LOV nr 286 af 24. april 1996.

<sup>87)</sup> *Id.* § 1 Stk. 1.

<sup>88)</sup> *Id.* § 2 Stk. 1.

<sup>89)</sup> Vejledning om arbejdsgivers indhentelse af oplysninger i forbindelse med lønmodtagerens sygdom, VEJ nr 9327 af 29. juni 2009.

デンマークにおける法政策の背景としては、労働政策および社会保障政策において先進的な取り組みを行ってきたにもかかわらず、労働災害や労働を要因とする病気休暇が減少していないこと、人的資源にさほど恵まれていないことからその活用を図っていかねばならないことなどが挙げられよう。そうした中で、1990年代後半から現在に至るまで、デンマーク政府はさまざまな行動計画や戦略を積極的に設定してきているが、これらの施策は、あくまでも従来の労働安全衛生の枠の中で考えられてきており、メンタルヘルス対策に特化したものではないという点には留意が必要であるものの、このことはメンタルヘルス対策が過小評価されていることを意味するものではなく、メンタルヘルス対策を含む全体的な労働環境の改善こそが、デンマークにとって重要な政策課題であり、今後も継続的に取り組むべき問題として政府・労働者・使用者の関係当事者に認識されていることを示しているものというべきであろう。

1次予防の中心をなす労働環境法に基づく職場のリスク評価は、労働状態の認識および対応関係の作成、問題の記述と評価、病気休暇への関与、優先順位と行動計画、フォローアップという循環的な形で行われるものである。企業自身で取り組むことを主眼として、行政機関によるガイダンスツールや調査票の提供、また外部のコンサルタントの利用を容易にする方策が展開されている。また、この職場リスク評価のために独自の調査票(COPSOQ)の開発を行うなど、心理社会的労働環境の知見を積極的に活用している点は注目に値すると思われる。

また、3次予防に関しては、疾病手当法に基づく復職に関するフォローアップの規定があるものの、2次予防、3次予防ともその予防政策の根底にあるのはいずれも被用者と使用者との間の話し合いを通じて職場における疾病の予防と被用者の段階的復職を図っていくというプロセスを重視し、柔軟な対応を可能としている。

このようなデンマークの取り組みに対する具体的効果であるが、たとえば、労働環境監督署による各企業に対する査察の結果は、労働環

境監督署のウェブページ<sup>90)</sup>のトップにスマイリーとして表示されている。労働環境に問題のある企業(イエロースマイリー・レッドスマイリーの合計)の割合は、査察を受けた企業全体の7.3%となっている。この数値をどう見るかについては評価が分かれようが<sup>91)</sup>、現時点では、良好な労働環境を維持している企業が多く、その意味では労働環境法に基づく職場リスク評価と査察制度は一定の効果を上げているものといえることができる。ただし、上述した与野党合意によれば、2012年から2019年までの7年間で労働環境監督署による査察対象企業の範囲拡大が求められており、これらの査察の結果、上記のスマイリーの比率や心理社会的労働環境の状況に変化が現れるかどうかについて今後注視していく必要がある<sup>92)</sup>。また、最近のデンマークの取り組みは、よりリスク要因の高い企業に対する査察を強化すると共に、病気休暇を取得した被用者の職場復帰へと政策の焦点を移行させているように見受けられるが、これまでの15年間で展開されてきた政策に対する評価にはもう少し時間が必要なのではないかと思われる。

最後に、比較法的見地からわが国における問題状況への検討に関して有益と思われる点についていくつか述べておく。上述してきたように、デンマークの法政策の根底には、1次予防から3次予防のいずれの側面においても、労使間の対話により物事を決定していくという参加型の法文化あるいは企業文化が重要な役割を果たしているといえる。これは労使協調主義と単純に解すべきではなく、デンマーク国民の高

<sup>90)</sup> See <<http://arbejdstilsynet.dk/da/>>. 本稿執筆時点(2013年6月23日)における各スマイリーの取得状況は、クラウンスマイリー:3,244、グリーンスマイリー:80,625、イエロースマイリー:5,810、レッドスマイリー:887となっている。

<sup>91)</sup> FRA DENMARKS STATISTIK, nr. 538, 17 november 2011, <<http://www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2011/NR538.pdf>>によれば、デンマーク国内における企業数は2009年時点で299,248であり、査察を受けた企業の割合は全体の3分の1程度にすぎない。

<sup>92)</sup> See *supra* note 54), at-5-6. このほか、上記与野党合意においては、心理社会的労働環境に関して、2014年と2017年の中間評価を経て2020年までに心理的に過負荷となっている被用者数の20%減少を達成すべき目標として設定されている。

い政治意識および政治参加により、労使が雇用関係に関する法政策の構築に積極的に関わってきたという長年にわたる歴史に裏打ちされているものであり<sup>93)</sup>、デンマークの法制度についてわが国への導入を検討するにあたっては、このような文化の違いを念頭においた上で慎重に検討していくことが求められよう。なお、そうした側面を踏まえても、労働環境法に基づく職場リスク評価と労働基準監督署による査察という1次予防の仕組みについては、査察に関する人的資源の問題はあるものの、メンタルヘルス対策としてわが国でも十分に検討に値するのではないと思われる。

ただし、その検討にあたっては、労働安全衛生関連立法のみならず、社会保障関連立法を含めた制度全体への比較検討を行うことが必要となる。たとえば、デンマークにおいては、疾病手当に基づく復職プログラムは、復職とその後の再発防止という3次予防のみならず、労働環境法に基づく1次予防の仕組みを構築していく上でも大きな意味を有している。すなわち、デンマークでは、わが国におけるようなメンタル不調者の問題を労働災害としてとらえ、それに安全配慮義務に基づく使用者責任の追及していくという形ではなく、あくまでも労働環境における問題への認識とその解決を図ることに重点を置いており、メンタル不調を要因とする被用者の休業への所得保障は労災補償ではなく疾病手当を通じて行われている。疾病の発生要因を問わず支給される疾病手当があることで、使用者は安全な労働環境の構築について専心することができ、メンタル不調者が当該使用者の下で発生したとしても、被用者は使用者の安全配慮義務違反を追及せずとも十分な所得保障が受けられることになる。このことは、安全な職場環境の構築とそれができていない場合における責任追及とを切り離すことを可能としているものといえ、これは使用者・労働者双方にとってメリットのある

<sup>93)</sup> デンマークの参加型社会については、スティーヴン・ポリッシュ(難波克彰監修・福井信子監訳)『生者の国：デンマークに学ぶ全員参加の社会』(新評論・2011年)に詳しい。

仕組となっているものと評価できる<sup>94)</sup>。したがって、疾病手当法のような制定法が現存していないわが国において、1次予防面は別として、デンマーク型の制度をそのまま構築していくことは困難といわざるをえず、現在の労災補償制度を中心とする労働者への休業補償のあり方について、全般的な再検討を行っていく必要があるものと考えられる。

本稿は、デンマークにおけるメンタルヘルス対策として、労働環境法および疾病手当法を中心として検討してきたため、デンマークの労働法制全般についての検討については不十分なままとなっている。デンマークの雇用関係に関する立法の枠組の中で、これらの法制度がどのように位置付けられているかという点については、今後の検討課題としたい。

(本研究は、平成24年度厚生労働省科学研究費(労働安全衛生総合研究事業)「諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果とわが国への適応可能性に関する調査研究(H23-労働-一般-002)」の助成を受けたものである。)

<sup>94)</sup> また、労働組合へのインタビューを通じて明らかになった点として、労災補償による休業手当と疾病手当との保障水準がほぼ同様であることから、被用者としては、疾病手当に代えてあえて労災補償の申請を行う動機に欠けていることと、またデンマークにおいては、精神疾患の発生要因について、被用者の個人的事情に起因する部分と心理社会的労働環境に起因する部分との判別が困難であると一般的に認識されており、労災を申請しても認められる可能性がさほど高くないという事情も指摘されている。

## 労働者の精神的健康の保護

### — 安全衛生問題の射程の拡大と従業員代表の役割 に関する一試論

笠木 映里

- I はじめに
- II フランスにおける労働者の精神的健康をめぐる議論状況
- III 安全衛生労働条件委員会（CHSCT）——創設の経緯と権限・役割
- IV CHSCTの権限拡大・破毀院判決とこれに対する評価
- V CHSCTの権限拡大が意味するもの
- VI まとめに代えて

#### I はじめに

1 労働者の健康・安全をいかに保護するかという論点は、労働法分野における最も原初的な問題関心の一つともいえる。この領域において、1990年代末以降、日本で重要性を増している比較的新しい論点として、労働者の精神的健康（メンタル・ヘルス）をいかに保護するかという問題がある。<sup>1)</sup>

日本においてこの問題は、これまで主として、精神的健康に問題を生じて自殺に至った労働者に対する労災保険による補償の可否、あるいは使用者の賠償責任の有無という事後的な補償・賠償問題として論じられ、使用者の事後的な

1) 参照、水島郁子「メンタルヘルス対策と企業の責任」季労 233号 7頁（2011）、保原喜志夫「労災認定の課題」講座 21世紀 7巻 75頁、品田充儀「使用者の安全・健康配慮義務」同 119頁以下ほか。

賠償責任との関係における限りで、企業が事前に果たすべき安全配慮義務の具体的内容が論じられる、という形で議論されてきたと思われる。これに対して、労働者の精神的健康を守るために考える予防の試みについて、立法論も含めて正面から論じることは（厚生労働省の指針等により問題の周知や啓発が行われてきたとはいえ<sup>2)</sup>）、賠償の問題に比して、少なくとも法学の分野においては積極的に行われてきたとはいえない状況である<sup>3)</sup>。また、労働者の精神的健康についても、他の労働安全衛生の問題と同様、問題が発生する前の段階における予防、いわゆる第1次予防が重要なことは争いのないところであろうが、上記のような、いわば賠償からの逆算としての予防という考え方もおそらくは一つの原因となって、企業の安全配慮義務と結びつけやすい第2次・第3次予防と比較して、特に第1次予防については議論の進展が遅れている状況であるように思われる<sup>4)</sup>。たとえば長時間労働による精神疾患・精神障害の発症のような、いわゆる「過労死」の延長に位置づける問題については、適切な労働時間管理、労働時間規制の遵守が重要かつ有効な第1次予防となりうる<sup>5)</sup>。これに対して、仕事の質、職場環境や職場の人間関係に由来するものを含めた広い意味での精神的健康の問題については、結果に関する使用者の責任と結びつけた形ではカバーしきれない、広範囲にわたるリスクへの対応まで、第1次予防の対象が広がらう<sup>6)</sup>。

2) 参照、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（2000）、および、同指針を上書きする形で発せられた「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（2006）。

3) なお、第179回臨時国会に提出された労働安全衛生法改正法案においては、新たに、医師または保健師による精神的健康の状況を把握するための検査を労働者に受けさせる事業者の義務が定められていたが、その後の衆議院解散により同法案は廃案となっている。

4) 注3)で指摘した法改正案の基にもなった最近の厚生労働省労働基準局「職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書」（2010・9・7）においても、メンタルヘルス不調者の早期の把握と発見された不調者への適切な対応が議論の中心となっている。同報告書の解説として、三柴文典・安衛法改正の展望（2011）。第1次予防の重要性と施策の不十分さについては、川人博・過労自殺と企業の責任 137-138頁（2006）。

5) 使用者の損害賠償責任の範囲から帰結される、労働者の精神的健康にかかる使用者の安全配慮義務の内容として、適正な労働条件の措置・実施、特に労働時間、休憩時間、休日などに関して適切な労働条件を確保する義務を指摘する論文として、水島・前掲注1) 78頁、80頁。同論文79頁は、作業環境の整備、安全衛生の実施についても使用者の責任を指摘している。これらの措置は、労働者の精神的健康を守るための第1次予防の措置として有効なものといえよう。

6) この点について、使用者の民事責任が無制限に広がる可能性という観点から議論するものとして、品田・前掲注1) 120頁。

言い換えれば、このような広い意味での精神的健康の問題について、危険を早期に予防することを考えようとする、安全衛生という労働法の基本的な関心が、労働関係をとりまくあらゆる環境・（使用者による）決定に拡大しうる。

2) 本稿では、以上のように、精神的健康の問題が、特に予防という観点で重視する場合に労働安全衛生の問題に重要な変化をもたらすのではないかとという問題意識の下で、労働者の精神的健康を害しうるリスクをいかに予防するかという問題に関する試論的な検討として、外国法の動向を紹介し、分析を加えたい。具体的には、フランスにおいて、精神的健康に対する危険の予防の重要性が認識されるのに伴って、安全衛生・労働者の健康保護に関する従業員代表組織である安全衛生労働条件委員会（CHSCT）が、主に裁判所のイニシアチブによってその権限を著しく拡大しつつある状況について、その背景と今後の方向性について検討を加えることとする。以下、II、IIIにおいて、検討の前提としてフランスにおける精神的健康をめぐる議論の展開とCHSCTの役割・位置づけを検討し、IV、Vにおいて、破毀院判決および学説の検討を通じて、この組織をめぐる近年の動向と今後の方向性について分析を加える。最終節であるVIにおいては、日本法への具体的な示唆にまでは至らないものの、本稿の検討から示唆される今後の課題を指摘したい。

## II フランスにおける労働者の精神的健康をめぐる議論状況

1) フランスでは、従来、労働者の健康の問題は身体的健康の問題だけを意味するものと理解されてきたが<sup>7)</sup>、2000年前後から、精神的健康の問題が議論されるようになってきている。フランスにおいて、労働者の精神的健康を害しうるリスクとしては、大きく分けて、①同僚間ないし顧客による（精神的）暴力のリスクと、②疾病の原因となるような仕事の組織のあり方、の二つが意識されていると思われる<sup>8)</sup>。そして、さらに②の背景としては、特に労働時間制の柔軟

7) Adam (P.), Risques psychosociaux et consultation du CHSCT: aujourd'hui l'entretien annuel d'évaluation; et demain?, *Revue de droit du travail*, mars 2008, p.181, Lerouge (L.), *La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé mentale au travail*, L.G.D.J., 2005, pp.84 et 85. cf., Adam (P.), *Harcèlement moral*, *Rép. trav. Dalloz*, oct. 2008, p.5.

化等による労働密度・負荷の増大や労働関係の個人化、人的資源の管理手法の発展（目標設定や競争の導入、従来よりも洗練・緻密化された手法による業績評価等）等が指摘されている<sup>9)</sup>。このような議論の背景もあるためか、精神的な健康の問題は身体的な安全衛生とは異質な問題として論じられることが多く、労働者の精神的健康の問題が長時間労働・過労の問題から出発してきた日本における議論とは、全体として議論のニュアンスが若干異なっているように思われる。

2002年1月17日法律は、労働法典上のいくつかの規定に精神的健康の概念を導入し、結果として、フランスにおいて初めて、労働者の精神的健康という課題の存在、さらには、精神的健康の保護が使用者の責任の範疇であることを法典上明確に示すこととなった。この法改正を契機として、労働者の精神的健康の保護に関する議論が活発化している<sup>11)</sup>。

2 これまで、2002年の法改正によって導入された規定の中で最も注目を集めてきたのは、モラル・ハラスメントに関する労働法典L.1152-1条の規定である。同条は、「いかなる労働者も、その諸権利・尊厳を害する、あるいは、心身の健康を損ね、またはその職業生活上の将来を危険にさらしうる労働条件の劣悪化をもたらす目的で、ないしそのような効果を伴う形で、繰り返されるモラル・ハラスメントの行為にさらされてはならない」と定め、初めてモラル・ハラスメントを法典上定義し、この行為を刑事罰付きで禁止した（参照、刑事法典L.222-33-2条）。そして、破毀院は、使用者が労働契約上ないし法律上

（労働法典L.4121-1条）負うことになる安全保持義務（obligation de sécurité）を、いわゆる結果責任（obligation de résultat）と理解する2000年代以降の判例法理と、このモラル・ハラスメントの禁止規定を組み合わせ、かつ、モラル・ハラスメントの概念を広く解釈すること等により、労働者の精神的健康の問題について積極的な介入を行ってきた<sup>13)</sup>。こうした判例の動向に加えて、モラル・ハラスメントという言葉をクリックアップするメディアの動きも相まって、上記の法改正後は、労働者の精神的健康に関する議論がモラル・ハラスメントの問題に関するものに集中することになった<sup>14)</sup>。

これに対して、比較的最近になって、モラル・ハラスメント概念の拡大解釈ではなく、労働における苦痛、労働の負荷（charge de travail）、精神的健康、労働における精神的リスク（risques psychosociaux<sup>16)</sup>）の問題として、議論をより体系化・一般化しようとする方向性での議論が積極的に進められている<sup>17)</sup>。そこでは、使用者の安全保持義務の内容をモラル・ハラスメントから切り離して体

8) 参照、Gamet (L.), Risques psychosociaux et prise d'acte de la rupture du contrat de travail, *Droit Social*, 2011, p. 776.

9) Pélissier (J.) = Auzero (G.) = Dockès (E.), *Droit du travail*, 25<sup>e</sup> édition, Dalloz, 2010, pp. 745, 747, Davezies (P.), Défis et responsabilités face à la souffrance au travail, *Semaine sociale Lamy, Supplément*, 2012, n° 1536, pp. 41 et 42, Aubert-Monpeyssen (T.) = Blatman (M.), Les risques psychosociaux au travail et la jurisprudence française: la culture de la prévention, *Droit Social*, 2012, pp. 832 et 833.

10) Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002.

11) 特に最近では、フランステレコム社における相次ぐ労働者の自殺等が契機となって、労働大臣（当時）のDarcos氏が緊急プランを宣言する状況となった（2009年10月9日）。緊急プランの内容は、1000人以上の被用者を擁する大企業においてストレスに関する団体交渉を義務づけること等を柱として、企業と政府（労働局）の双方に働きかけるものであった。Lanouzière (H.), L'intervention des pouvoirs publics depuis le plan d'urgence sur le stress: enseignements et perspectives, *Semaine Sociale Lamy, supplément*, 2012, n° 1536, p. 35.

12) 2002年2月28日のいわゆるアスベスト判決が結果責任に関する議論の端緒となっている。この義務違反は労災の被害者に上乗せ的な労災給付および使用者に対する完全賠償を求める権利を付与する「許し難い過失 (faute inexcusable)」を性格づける契約上の義務として議論されてきたが、その後、労働法典に定められている、労働者の身体的・精神的健康の安全と保護を担保するための様々な事業場長の予防義務（労働法典L.4121-1条・L.4121-2条・L.4121-4条）との関係でも議論されるようになり、その射程を拡大している。Aubert-Monpeyssen (T.) = Blatman (M.), op. cit., p. 833, Lerouge (L.), op. cit., 2005, p. 91. この義務については、Pélissier (J.) et al., op. cit., pp. 753 et s. また、使用者による懲戒権がモラル・ハラスメントと評価され、刑事罰が課されることもある（同書 pp. 741 et 742）。

13) Pélissier (J.) et al., op. cit., p. 746, note 3. 背景にはEU法の影響もある。この分野の重要なEU指令として、労働者の職場における安全・健康の改善促進をめざす施策の実施に関する1989年指令（CE 89/391 du 12 juin 1989）があり、関連する立法や法解釈に影響を及ぼしている。

14) Adam (P.), Le droit du travail français à l'épreuve des risques psychosociaux, in: *Risques psychosociaux au travail. Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal*, 2009, p. 96, Adam (P.), Harcèlement moral, op. cit., p. 7.

15) Lafuma (E.), Charge de travail et représentants du personnel, *Dr. Soc.*, 2011, pp. 758 et s.

16) この概念は「労働条件に関わる職業上のリスクであって、その効果により、労働者の身体的・精神的健康に影響を及ぼすもの」と定義され、ストレス、ハラスメント、暴力、差別等が含まれるとされる。Lerouge (L.), Avant-propos, *Semaine sociale Lamy, Supplément*, 2012, n° 1536.

17) Adam (P.), 2009, op. cit., pp. 96 et s.

系化しようとする議論や、使用者以外の企業内外の様々なアクターの役割・権限に関する議論が特に活発である。本稿で扱う CHSCT 以外にも、企業委員会等の他の従業員代表委員会や、労働安全衛生の専門家たる労働医（médecin du travail）<sup>18)</sup>の役割等について議論が行われている。

### Ⅲ 安全衛生労働条件委員会（CHSCT）

#### — 創設の経緯と権限・役割

1 安全衛生労働条件委員会（Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, CHSCT）は、1982年に、安全衛生委員会（Comité d'hygiène et de sécurité, CHS）と労働条件改善委員会（Comité pour l'amélioration des conditions de travail, CACT）<sup>20)</sup>という二つの委員会を統一・再編する形で導入された企業内委員会の制度である。1941年に導入された安全委員会（comité de sécurité）を原型とする安全衛生委員会は、企業長（chef d'établissement）、労働医（médecin du travail）、安全衛生に関する技術者、当該分野について能力のある労働者代表をメンバーとする、あくまで技術的な委員会であった。<sup>21)</sup>CHSCTはこの委員会の性格を大きく変えるものであり、技術的な性格よりも労働者代表による発言の場としての性格を強化するとともに、その対象を、安全衛生・労働条件という、より広い範囲に拡大したものと見ることができる。<sup>22)</sup>1982年当時、CHSCTという新しい組織の背景には、①労働者が企業内において完全な市民となること、②労働者が企業内の変化を引き起こすアクターとなること、という二つの大きな理想が提示され、労働災害や職業疾病（maladies profession-

nelles）の予防と労働条件の改善の分野において、この組織に従来よりも重要な影響力を行使させることが目指された。<sup>23)</sup>

2 現行法上、CHSCTは、労働における健康の問題を監視するという役割を特別に担っている従業員代表委員会であり、従業員数50人以上の企業においてその設置が義務づけられている（労働法典L.4611-1条）<sup>24)</sup>。CHSCTは、事業場長と従業員代表団をメンバーとする（同L.4613-1条・R.4613-1条）。従業員代表団は、従業員数に応じて3人～9人（うち1人～3人は幹部職員）の従業員代表から構成される<sup>25)</sup>。労働医（médecin du travail）、労働安全・労働条件に関するセクションの責任者等は、諮問的な立場で会議に出席することができる（同R.4614-2条）。

CHSCTは、大きく以下の三つの役割を担う（同L.4612-1条）。①当該事業場（établissement）の労働者、および外部の企業によって当該事業場において勤務させられている労働者の、身体的・精神的な健康および安全の保護に貢献すること、②労働条件の改善について、特に、あらゆる雇用への女性のアクセスを容易にし、母性に関連する問題に対応するという観点から貢献すること、③上記の領域における法律上の規定（prescriptions légales）の遵守を監督すること。

3 これらの目的を達成するためにCHSCTが行使しうる権限のうち、特に予防という観点から最も基本的なものは、労働者の健康・安全にかかる条件、および労働条件を変更しうる重要な決定について意見を述べるといえる（労働法典L.4612-8条）。特に、工場設備の修正、製品の変更、労働の組織の

18) フランスの労働医の役割については、鈴木俊晴「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）。

19) CHSCTについて、特に本稿で扱ったもの以外のこの機関の権限については、保原喜志夫「フランスの安全衛生労働条件委員会（CHSCT）（その1）（その2）」ろうさい53巻8号7-10頁・53巻9号4-8頁（いずれも2002）、保原喜志夫編・産薬医制度の研究208頁以下（1998）[加藤智章]も参照。

20) 1973年12月27日法によって導入された委員会であり、同時期に、全国労働条件改善局（Agencenationale pour l'amélioration des conditions de travail, ANACT）が創設されている。

21) Lerouge (L.), Risque psychosociaux au travail: quel rôle du CHSCT aujourd'hui?, *Semaine sociale Lamy, Supplément*, 2012, n°1536, p.49.

22) *Ibid.* 「労働条件」という広い概念を用いた安全衛生・労災予防への取組という視点は、1970年代からフランスにおいて見られる「統合された安全（sécurité intégrée）」という考え方をふまえたものと考えられる。保原編・前掲注19）206頁[加藤]。なお、日本の労働安全衛生法も、「労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保する」責務を事業者に課している（同法3条1項）。

23) La loi du 23 décembre 1982, *Actualité législative dalloz*, 1983, A-6.

24) 500人以上の従業員を有する事業場においては、同一事業場に複数のCHSCTをおくことも可能である。Pélissier (J.) et al., op. cit., p.768. 従業員数50人以下の事業場についても、労働基準監督官（inspecteur du travail）が必要であると判断した場合にはその設置が義務づけられることがある（労働法典L.4611-3条）。

25) 企業委員会および従業員代表委員の中から選ばれた者が構成する選挙人団によって選任される。

あり方の変更から生じる、職務に関する重要な変更、さらに、仕事の速度や生産性にかかるルールの変更（労働への報酬との関係の有無にかかわらず）については必ず、CHSCT が諮問を受け意見を述べる。企業が意見聴取を怠った場合には罰則が用意されており（同L.4742-1条）、つまり企業にはCHSCT への諮問義務が課されている。

4 また、CHSCT にとって実際上大きな武器となり、そのために近年注目が集まっているのが、企業委員会には見られない、「専門的査定（expertise）」<sup>26)</sup>の権限である。<sup>27)</sup>CHSCT は、以下の二つの場合に、企業外の専門家（expert）<sup>28)</sup>への査定の依頼を行うことができる（労働法典L.4614-12）。①深刻なリスクが確認された場合（労働災害・職業性疾病等がすでに確認されている場合に限られない）、および②労働法典L.4612-8条にいう健康・安全にかかる条件、労働条件を変更しうる重要な計画が存在する場合である。②の場面が意味するのは、企業がL.4612-8条によってCHSCT に対して諮問義務を負う場合には、CHSCT は、必要に応じて自らの見解を十分に根拠づけるために専門的査定を行うことができるということである。

この専門的査定は、以下の理由で実務上重要な意味を有している。<sup>29)</sup>すなわち、CHSCT が査定を行う権限を有する場面においては、<sup>30)</sup>①専門家の任命の後、最大1カ月間（45日まで延長可能）の調査機関がおかれる。②査定が開始された場合、その終了前に査定の対象となっている計画の実施に踏み切ると、使用者

は査定を妨害したものとして罰則の適用を受ける。③使用者は、企業内への専門家の立入りを拒絶することができず、また専門家に求められたすべての情報を提供する義務を負う。④査定にかかる（専門家への報酬等の）費用は、当該専門家が大臣によって作成されたリストに登録されている有資格者であることを条件として、使用者が負担する。<sup>31)</sup>このように、實際上、この査定の手続は、まず、使用者の決定の実施を1カ月程度ストップさせる効果を有する。<sup>32)</sup>また、査定にかかる費用は事案によっては高額なものともなりえ、使用者に経済的負担を生じさせる。CHSCT の査定について法的な根拠が争われ、その不存在が確認された場合でも、CHSCT の側に権利濫用がない限り、訴訟費用は使用者により負担される。<sup>33)</sup>

5 なお、上記の諮問ないし査定の結果として示されるCHSCT の意見は強制力をもつものではなく、使用者は理由を付してこれに従わない旨の決定をすることも可能である。ただし、後述のとおり、（とりわけ査定に基づいて）CHSCT が反対の意を唱えた場合、裁判所が、使用者の安全保持義務を根拠として当該決定を覆すことを使用者に命ずる判決において、その意見が根拠とされることがありうる（→V2）。<sup>34)</sup>

#### IV CHSCT の権限拡大・破毀院判決とこれに対する評価

1 上記の2002年の法改正において、CHSCT についても改正が行われ、その業務の対象が、労働者の身体的・精神的健康の保護へと拡大された（労働法

26) ただし、300人以上の従業員を擁する企業においては、新しい技術の導入等の重要な技術的変更が実施される際に企業委員会が専門的査定を行うことができる。労働法典L.2325-38条。

27) 保原編・前掲注19) [加藤]は「専門家の委嘱」と呼んでいる。

28) この権限付与の背景には、労働者代表に、使用者の行う評価と比肩するような評価を行う手段を付与すべきという考え方があった。*Actualité législative dalloz*, op. cit. この査定手続は、1982年に制度が導入された際には（そもそも深刻なリスクの存在する場合にその実施できる場面が限定されていたうえ）、最後の手段として予定されており、企業内のリソースや労働監督官（inspection du travail）等の通常の関係者によっても解決できない新たな問題が発生した際に、外部の専門家への査定依頼が有効であると考えられていたが、その後、拡大されている。Guedes da Costa (S.)=Lafuma (E.), *Le CHSCT dans la décision d'organisation du travail*, *Revue de Droit du Travail*, 2010, p.425. 破毀院は、CHSCT が査定の依頼を、問題を解決する他の手段が企業内外に存在しないことを前もって確認することなく行うことができることを認めている。Lerouge (L.), 2012, op. cit., p.51.

29) Lerouge (L.), 2012, op. cit., pp.50 et 51.

30) 専門的査定をめぐる訴訟は近年増加している。使用者は、査定の有用性、専門家の選任、費用、範囲、期間等を争い、急速審理を求める訴えを提起することができる。Lerouge (L.), 2012, op. cit., p.51. 使用者が専門家の選択に異議を唱えた事案において、CHSCT がその権限の範囲内で決定した専門家の選択については、裁判所がこれに異なる評価を加えることができないと判断した破毀院判決としてCass. soc., 26 juin 2001, n°99-11.563.

31) Verkindt (P.-Y.), *Le Rôle des instances de représentation du personnel en matière de sécurité*, *Droit Social*, 2007, p.702.

32) Bilheran (A.)=Adam (P.), *Risques psychosociaux en entreprise-Les solutions psychologiques et juridiques*, Armand colin, 2011, p.104.

33) Guedes da Costa (S.)=Lafuma (E.), op. cit., p.425.

34) Lerouge (L.), 2012, op. cit., p.51.

典L.4612-1条)。このことを受けて、CHSCTについては、労働者の精神的健康に対するリスクの予防という観点から、諮問・査定の対象が従来よりも広く捉えられるようになり、学説の注目を集めている<sup>35)</sup>。上述のとおり、CHSCTの諮問権限（すなわち、企業の諮問義務）の対象となるのは、労働者の健康・安全にかかる条件、および「労働条件」を変更しうる重要な決定であり、この中でも「労働条件（conditions de travail）」という広い内容を含みうる概念<sup>36)</sup>がいかなる対象を示しているのかについては法典上明らかとされていない。労働法典L.4612-8条が挙げる、職務や仕事の速度、生産性にかかるルールといったものがこの概念に含まれることは想像がつくものの、法典上にはそれ以上の手がかりはなく、また判例や学説も十分な定義・限界づけを行ってこなかった<sup>37)</sup>。

裁判所は、上記の2002年法改正以前から、CHSCTの諮問（ないし専門的査定の実施）権限の対象に多様な内容が含まれることを認めており、たとえば、職務、権限の拡大、新しい（設備）保守の方法、報酬決定システム、休憩時間、さらには食堂の問題までが、諮問権限の範囲に含まれることを認めていた<sup>38)</sup>。もっとも他方で、これらの広範な諮問・査定の対象はいずれも、物質的・技術的な内容にとどまるものであった<sup>39)</sup>。

2 このようなCHSCTの権限の対象を、従来とは異質なものにまで拡大する解釈を示し、学説の注目を集めた重要な破毀院判決が、2007年11月28日破毀院社会部判決である。本件においては、使用者が年に1度の面談を通じた

従業員評価を導入する計画について企業委員会（comité d'entreprise）に諮問を求めたところ、企業委員会、CHSCTおよび労働組合組織（organisations syndicales）が、CHSCTに対する諮問を行っていないこと等を理由として使用者による当該計画の実行の差止めを求める訴えを提起し、急速審理判事（juge des référés）による当該計画の実行を禁止する判決が下され、使用者がこの差止判決の取消しを求めて控訴を行った。

控訴人たる使用者は、一般に行われる従業員評価のための面接において生じるものと原判決が評価したような単なる緊張、ストレス、精神的圧力のリスクは、労働法典L.236-2条（当時。現在のL.4612-1条に当たる）にいうところの労働者の身体および精神の健康を危険にさらすような性格のものではなく、したがってこの計画がCHSCTの権限の範囲内であると判断した原判決は法の適用を誤るものであると主張した。使用者が自らの監督下におかれる被用者の労働を評価するという行為は労働関係に固有のものであり、したがって、労働者の個別面談を導入することでこの評価プロセスに客観的で透明度の高い枠組みを設定するという決定は、労働条件の重要な変更には当たらないというのが使用者の主張であった。

これに対して破毀院は、原判決を全面的に支持する形で破棄上告に理由がないものとした。すなわち、原審は、年に1度の面談は賃金に関する決定と目的達成との関係をより整合的なものとするを可能にしようのものであったこと、そのため被用者の行動に影響を及ぼしうるものであって、面談の方法やそこでの争点は明らかに労働条件に影響を及ぼす精神的圧力をうみだす性格のものであると判断した上で、面談に関する計画がCHSCTの諮問を受けるべきものであるとしたのであり、その判断には誤りは無いものであると述べた。

3 使用者の主張においても述べられているように、本来、自らが雇用する労働者を評価することは、労働契約から発生する使用者の経営（指揮）権（pouvoir de direction）から導かれるものであることが認められている<sup>40)</sup>。そのた

35) 逆にいえば、この組織については、たとえば企業委員会（comités d'entreprise）と比較して、従来学説の関心が相対的に希薄であった。Verkindt (P.-Y.), les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail-Quelques développements jurisprudentiels récents, *Droit Social*, 2007, p.1253.

36) 参照, Verkindt (P.-Y.), La montée en puissance du CHSCT, *Semaine sociale Lamy*, 2007, n°1332, p.10.

37) Guedes da Costa (S.)=Lafuma (E.), op. cit., p.421, Adam (P.), 2008, op. cit., p.180.

38) Guedes da Costa (S.)=Lafuma (E.), op. cit., p.421. ロジスティック供給センター（centre de prestations logistiques）の労働者の大部分に関わりうる、また新しいロジスティックの職務（métier）の定義に至りうるような計画について、CHSCTに専門査定を行う権限があることを認めた破毀院判決として、Cass. soc., 1<sup>er</sup> mars 2000, 97-18.721.

39) 1993年に出された省庁通達（circulaire ministérielle）は、CHSCTの職務の対象として、物質的な仕事の組織のあり方（仕事の負荷やリズム）、身体的な労働環境（職場の気温や照明の明るさ等）等を挙げている。Circulaire ministérielle CHSCT n°93-15 du 25 mars 1993.

40) Cass. soc., 28 novembre 2007, 06-21964, Bulletin 2007, V, n°201.

41) そのほかに、情報処理および自由に関する全国委員会（Commission nationale de l'informatique et des libertés, CNIL）に対する届出（déclaration）の要否も論点となっていたが、本稿では検討を行わない。

め、労働者は原則としてこの経営権の行使を拒否することはできず、評価や目的設定といった人事管理の方法自体は、困難をかかえる労働者への配慮があれば、何ら問題をもたらすものではない。ただし、フランスにおける近年の労働者評価制度はアングロ・サクソン諸国の影響を受けて従来よりも高度なものとなっており、これをいかに評価するべきかが労働関係の様々な側面で問題となりつつあった<sup>43)</sup>。本判決に従えば、労働者を評価する面接の導入はほぼ例外なくCHSCTの諮問の（義務的な）対象となると理解される<sup>44)</sup>。

学説によれば、本判決を受けて、内部告発制度の導入や、労働者の評価制度の導入、個別的賃金決定スキームの導入等、従来はCHSCTの諮問の義務的な対象とされてこなかった事象について、新たに使用者に諮問義務が課されることになりうる<sup>45)</sup>。なお、下級審判決には、会社の従業員が守るべき行動憲章（code de conduite）に関する新しい規定を当該会社のインターネットサイト上にアップする際に、CHSCTの諮問を受けなければならないとし、その理由づけの一つとして、この規定が、その適用の態様によっては、労働者の精神的健康を害する可能性があることを指摘したものがあ<sup>46)</sup>る。

また、本判決においては、労働条件に対する影響は潜在的なもので足りるのであり、実際に危険が顕在化していることは必要とされてないことも明白に示された<sup>47)</sup>。

4 本判決によって示された重要な変化は、CHSCTの諮問等による介入の足がかりとしての「労働条件」概念が、物質的・技術的なものだけでなく、精神的な条件にまで拡大されていることである。その背景には当然ながら、

CHSCTの役割の対象が身体的な健康のみならず精神的な健康の保護にも拡大されたことがあり、CHSCTの役割に関する一般的な規定（労働法典L.4612-1条）が、諮問権限に関する規定（同L.4612-8条）の解釈に影響を及ぼしている<sup>49)</sup>。労働者の健康概念が身体的健康に限定されている際には、CHSCTの権限の対象となる労働条件の概念も、物質的・技術的な、労働の実施にかかる条件と狭義に理解されえたが、精神的健康が包含されたことにより、組織のあらゆる側面（戦略的、組織的、経営的、技術的側面等）に存在するリスク要因を考慮に入れざるをえないことになったのである<sup>50)</sup>。

5 学説の多くは、基本的に本判決を支持している。CHSCTの権限の拡大という論調に留保を示す見解としては、企業委員会との権限の分配が不明確になること、理論的な整理の必要性を指摘するものや、むしろ実態としてCHSCTがこうした役割を担えるような状況にないことを指摘するものがあるにとどまる（→V4参照）。ただし、2006年11月21日のヴェルサイユTGI判決は、「あらゆる計画が被用者に必ず不安を引き起こすという理由によって、すべての組織再編計画について」CHSCTが裁量的に諮問を要求し、専門的査定を行うことはできないと判断し、CHSCTの権限が過度に拡大することへの歯止めを設定している<sup>53)</sup>。

42) Cass. soc., 10 juill. 2002, n. 00-42.368. 使用者の経営（指揮）権とは、被用者の労働遂行に対して企業主が有する一般的な権限であり、企業主が従業員の各自に対してその雇用ポストを定め、かつ、企業運営の最終的判断者・責任者として、必要な場合には、労働契約に変更を加えない限度でそのポストを変更する権限をいう。山口俊夫・概説フランス法（下）488-489頁（2004）。

43) Mole (A.) = Verkindt (P., -Y.), La Cnil et le CHSCT au chevet des systèmes d'évaluation, *Semaine sociale Lamy*, 2007, n°1332, p. 10.

44) Adam (P.), *Risques psychosociaux et consultation du CHSCT*, op. cit., p. 181.

45) Adam (P.), *Risques psychosociaux et consultation du CHSCT*, op. cit., p. 182.

46) TGI Nanterre, réf., 6 oct. 2004, *Dr. Ouvrier* 2005, pp. 219 et 220.

47) Guedes da Costa (S.) = Lafuma (E.), op. cit., pp. 422 et 423.

48) 以下, Guedes da Costa (S.) = Lafuma (E.), op. cit., p. 422.

49) Adam (P.), *Risques psychosociaux et consultation du CHSCT*, op. cit., p. 181, Lerouge (L.), 2012, op. cit., p. 52.

50) Adam (P.), *Risques psychosociaux et consultation du CHSCT*, op. cit., p. 181.

51) Teyssié (B.) = Cesaro (J., -F.) = Martinon (A.), Du CHSCT à la commission santé et sécurité du comité d'entreprise, *La semaine juridique - Édition Societae*, n°25, 21 juin 2011, pp. 10 et s.

52) 2010年に政府の依頼を受けて発表された、労働者の精神的健康の問題に関する専門家報告書は、経済的テーマと労働条件とが強い連続性を有するという今日の文脈において、CHSCTと企業委員会との連携を改善すべきと指摘している。Lachmann (H.) = Larose (C.) = Pénicaud (M.), *Rapport sur le bien-être et l'efficacité au travail*, févr. 2010, p. 10.

53) TGI Versailles, 21 nov. 2006, n. 06/01176, cité par Guedes da Costa (S.), Lafuma (E.), op. cit., p. 423.

## V CHSCT の権限拡大が意味するもの

1 学説は、2007年破毀院判決において、CHSCTが、労働における健康の法（le droit de la santé au travail）を貫く根本的な変化に共鳴するものとしての役割を担ったと評価する。<sup>54)</sup>ここでいう根本的な変化とは、①身体的健康のみならず精神的健康をも包含する健康概念への変化、②「補償」から「予防」への方向性の変化、③この精神的健康という概念を、個人的な関係の中でのみ捉えるのではなく、労働の組織という集団的なモデルの中で理解すること、の3点である。このうち①についてはすでに指摘したところであるので、以下、②、③について改めて検討を加えておこう。

2 労働者の健康に関与する他のアクターと比較した場合のCHSCTの強みは、集団のレベルで労働者にとってのリスクを評価することができるという点である。<sup>55)</sup>メンタルヘルスの問題は（モラル・ハラスメントに議論が集中したことにも見られるように）個人的な問題であると捉えられることが多いが、労働者の安全・健康の問題について個人のレベルで対応しようとすれば、すでに結果が生じてから、ないし個別の労働者に何らかの問題の兆候が生じてからの事後的な対応に終始する結果となり、またケースバイケースでの対応とならざるをえない。ここでは、メンタルヘルスが個人の問題でなく集団の問題として議論されるべきであり、また、できるだけ早い段階での予防に注目すべきであるという考えの転換を伴って、CHSCTが活用されることが期待されているのである。<sup>57)</sup>すなわち、②、③は相互に結びついていると整理することができるだろう。<sup>58)</sup>CHSCTの権限拡大は、メンタルヘルスについて、集団的なレベルでの（第1

54) 以下、Guedes da Costa (S.) et Lafuma (E.), *Le CHSCT dans la décision d'organisation du travail*, *Revue de Droit du Travail*, 2010, p. 421.

55) Lerouge (L.), 2012, op. cit., p. 50.

56) フランスにおいて、CHSCTへの注目性は、従来集中して議論されてきたモラル・ハラスメントの概念が、問題を個人間の問題に矮小化してしまったことへの反省として議論されることも多い。参照、Adam (P.), *Harcèlement moral*, op. cit., p. 6.

57) Adam (P.), *Risques psychosociaux et consultation du CHSCT*, op. cit., p. 182, Lerouge (L.), 2012, op. cit., p. 52.

58) Lerouge (L.), 2012, op. cit., p. 52.

次的) 予防を強化することへの期待を背景としたものであると評価できる。

なお、学説には、近年の複数の司法判断（必ずしも精神的健康に関わる事案ではないが）において、CHSCTの義務的な諮問ないし査定の対象となるテーマが、人事管理の判断のみならず、その前提として行われる、経済的な経営判断（たとえば、企業再編）へと拡大される傾向を指摘した上で、こうした傾向と、2007年判決が潜在的な危険についてCHSCTの介入を要請したこととの関連性を指摘しているものも見られる。<sup>59)</sup>このように、精神的健康への着目は、CHSCTに関する一般論として、その介入の段階を前倒しする司法判断の背景の一つにもなっていると推測できる。

3 そして、このようなCHSCTの権限の拡大の傾向は、CHSCTの諮問・査定が有する効果という観点から、今後、さらに重要性を増していく潜在的な可能性を秘めている。

2008年のいわゆるSnecma判決<sup>60)</sup>において破毀院は、上述の使用の結果責任たる安全保持義務（→II）を根拠として、使用者は、被用者の健康を害する目的ないしそのような効果を有する経営権の行使をしてはならないと述べ、この場合、裁判官は疾病の原因となるようなあらゆる組織的決定を停止する（suspendre）ことができるとして、CHSCTによる専門査定や事業所委員会（comité d'établissement）によって消極的に評価された計画の停止を命じた。本件は、危険物質等も扱うエネルギー施設において、新しい組織計画によれば、メンテナンスを行う技術者がしばしば一人きりとなりうるという事案に関する判決であり、事案としてはむしろ身体的安全に関するものであるが、その射程は精神的健康にも及ぶものと理解されている。<sup>61)</sup>この判決によれば、使用者はCHSCTの見解に従う義務を負わない一方で、安全保持義務を理由に、CHSCTの見解を無視した決定について裁判所による停止命令を受ける可能性がある。その後、下級審のレベルでは、すでに、ストレス・精神的健康との関

59) Guedes da Costa (S.), Lafuma (E.), op. cit., pp. 422 et 423. 企業再編についてCHSCTの査定権限を認める破毀院判決として、soc, 29 sept. 2009, n° 08-17. 023.

60) Cass. soc., 5 mars 2008, 06-45.888, Bull. V, n° 46.

61) Adam (P.), *Le droit du travail français à l'épreuve des risques psychosociaux*, op. cit., p. 110.

係で *Sneema* 判決と同様の判断を行い、CHSCT の専門査定によって消極的に評価された従業員評価の方法に関する使用者の決定を停止する判決を下している<sup>62)</sup>。これらの裁判例も、安全衛生の分野において、できる限り早い段階における予防という考え方が重視されつつあることを示す判決であり、精神的健康に影響を及ぼしうる企業の決定をめぐる CHSCT の権限拡大の傾向と相まって、この組織の影響力が今後より一層大きくなる<sup>63)</sup>ことが予想されている。

4 他方、このような CHSCT の権限拡大は裁判所によって扱われる特別な事例ないし学説によって主張されているものであり、実務上、多くの企業において CHSCT がこの分野で果たす役割は大きいとはいえないという観点から、こうした議論の方向性に留保を付す見解もある。具体的には、CHSCT を設置する義務があるのは従業員数 50 人以上の企業のみであるため、CHSCT をもたない中小企業が全企業の 25% に上ることや、また、CHSCT は独自の資金をもたないこと等からして、この組織に過度な期待を抱くことには慎重であるべきとの指摘が見られる<sup>64)</sup>。今後の課題として、この組織の役割をより実質的なものとするために、精神的健康にかかる問題についてのメンバーの研修を行うこと<sup>65)</sup>、さらには、労働者の利益を保護するために労働者集団を代表して訴訟を提起する権限を与える等の権限強化の可能性が、議論されている<sup>66)</sup>。

## VI まとめに代えて

1 労働者の精神的健康の問題については、補償・賠償の観点から、精神疾患が私生活上の要因も含めた多様な原因の複合的な効果によって発症することや、ストレスに対する脆弱性が個人によって異なること等が、その特殊性とし

62) TGI de Nanterre, le 5 septembre 2008, *cité par* Adam (P.), 2009, op. cit., p. 110.

63) Adam (P.), 2009, op. cit., p. 110.

64) Adam (P.), *La prise en compte des risques psychosociaux par le droit du travail français, Le Droit Ouvrier*, Juin 2008, pp. 14 et 15, note 141.

65) Bilheran (A.)=Adam (P.), op. cit., pp. 102 et 103, Adam (P.), *Le droit du travail français à l'épreuve des risques psychosociaux*, op. cit., p. 100.

66) Adam (P.), *CHSCT et souffrance au travail-Rapports, accords (collectifs) et désaccords (judiciaires)*, *Le Droit Ouvrier*, n° 749, 2010, p. 636.

てしばしば論じられる。もっとも、予防という観点から見た場合に重要と思われる、精神的健康の問題に特有の性格は、精神疾患が業務から発生しうる<sup>67)</sup>ことが明らかだとしても、その業務に内在するいかなる危険から発生するかは事案によって多種多様であり、逆にいえばあらゆる労働条件・労働環境が原因となりうるということである。厚生労働省の 2006 年指針（「労働者の心の健康の保持増進のための指針」）は、「労働者の心の健康には、作業環境、作業方法、労働者の心身の疲労の回復を図るための施設及び設備等、職場生活で必要となる施設及び設備等、労働時間、仕事の量と質、セクシュアルハラスメント等職場内のハラスメントを含む職場の人間関係、職場の組織及び人事労務管理体制、職場の文化や風土等の職場環境等が影響を与えるものであり、職場レイアウト、作業方法、コミュニケーション、職場組織の改善などを通じた職場環境等の改善は、労働者の心の健康の保持増進に効果的である」としており、この問題の射程の広さが浮彫りになっている。

2 フランスの CHSCT をめぐる議論は、そもそも企業内の従業員代表の位置づけや役割が日仏で異なることや、労働者の精神的健康が問題となってきた社会的・経済的背景も異なると考えられること等を考慮すれば、具体的・直接に日本法に参考とできるものではない。しかしながら、労働者の精神的健康を守る予防の試みについて、以下のような抽象的な示唆を得ることは可能であろう。

まず、フランスでは、上記のような精神的健康に対するリスクの予防の問題が有しうる射程の広さゆえに、労働者の健康保護・安全衛生の問題が、その射程を従来よりも著しく拡大する理論的可能性が顕在化している。日本でも、上記のとおり精神的健康の問題の射程の広さが事実としてはある程度認識されているとはいえ、この問題が、理論的には一見して安全衛生と直接に関係のない使用者の決定にまで遡りうることは、必ずしも十分に意識されていないように思われる<sup>67)</sup>。

次に、このような広がりをもつ問題を対象とするからこそ、使用者の賠償責任との関係での個別的な議論では、予防（特に第 1 次予防を含む早期の予防）に関する議論には限界が生じうるのであり、また、事前に何らかの（実体的・具体的な）労働条件の遵守、使用者の行為を義務づけるという手法は機能しな

い可能性があり、むしろ職場におけるストレスをめぐる情報交換・問題発見のための労使対話、労働者の側からの問題提起の重要性が高い。その点で、労働者の安全・健康の問題を「労働条件」という広い観点から捉えた上で、従業員代表委員会たる CHSCT による関与を諮問義務等の形で要求する、フランスにおける労使対話を基礎としたいわば手続的・集団的な予防の使用者への義務づけの仕組みは、精神的健康の保護のためには特に有効なものとなりうるといえよう。

日本の労働安全衛生規則 22 条 10 号は、衛生委員会の付議事項として、「労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策の樹立に関すること」を挙げている。これを受けて、平成 21 年の行政通達（「当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について」〔基発第 0326002 号〕）においては、事業場におけるメンタルヘルス対策の重要な柱として衛生委員会または安全衛生委員会（以下、衛生委員会等という）における調査・審議の徹底等が挙げられるとともに、「心の健康づくり計画」の策定についての衛生委員会等の重要性が指摘されている。すでに言及した平成 18 年のメンタル・ヘルス指針においても、衛生委員会等の十分な審議に基づいて事業者が「心の健康づくり計画」を作成することが推奨されている。このように、日本でも、精神的健康に関する予防の試みが、従業員の代表としての性格を有するような、安全衛生に関わる組織の権限の対象とされて

いるし、その役割の重要性についても一定の一致した認識があるように思われる<sup>69)</sup>。他方で、各種委員会の関与に関する法の定めは、審議（労安衛 17 条以下）に関するものにとどまっており、調査に関する権限や、審議が行われないことの効果は明らかでない。また、問題が生じた際の委員会への報告も、基本的に企業の自発的な決定に委ねられている状況であり（労安衛 66 条の 5 第 1 項・66 条の 8 第 5 項参照）、実際にこれらの組織が果たしている役割は大きいとはいえないものと思われる。

今後、労働者の精神的健康の保護という観点から、このような安全衛生にかかる従業員代表の組織について、従来よりも積極的かつ実質的な役割を付与することも検討に値する。このとき注意すべきことは、繰り返しになるが、安全・健康の問題が、精神的健康に対するリスクの予防という問題を媒介することにより、従来考えられてきたよりも広い範囲に及びうることである。フランスでは（学説においてはおおむね好意的に評価されているとはいえ）、安全衛生の問題に関わるがゆえに CHSCT に与えられてきた比較的強い権限が、当初想定されたものよりもかなり広い範囲の企業の決定にまで広がりつつある。実際に従業員代表組織に与えられるべき権限については、労働者の安全・健康は人間の生命や尊厳にかかる重要な価値であることは当然としても、他方でその対象が無限定に拡大する理論的可能性をふまえた、慎重な議論が必要であろう。

3 業務が包含するリスクの具体的な内容を特定しづらい精神的健康の問題が論じられることにより、職場の安全衛生・労働者の健康という問題は、様々な観点から質的な変容を遂げる可能性を秘めている。本稿で検討したことはその一端に過ぎないが、様々な問題状況について、従来の安全衛生にかかる制度的枠組みが、精神的健康の問題に対応するために必要十分なものであるのかという観点からの検討が必要と考えられる。

67) 厚生労働省・心の健康づくり事例集（2008）に掲げられている「メンタルヘルス基本方針」においては、企業における第 1 次予防の主たる内容として（セルフケアについては省略）、ラインによる快適な職場づくりへの努力、社内産業保健スタッフによる啓蒙活動、セルフチェックの機会の提供、相談窓口、組織への提言・助言、社外資源によるケアとして、啓蒙・教育活動、カウンセリング等を挙げている。厚生労働省の「職場のあんぜんサイト」では、労働時間管理、人事労務管理、仕事の方法、評価制度など労働者の心の健康に影響を与えうる事業場内の事項（職場環境等）についての問題を点検し、その改善を図ることが第 1 次予防の内容として挙げられている。

68) Adam (P.), La prise en compte des risques psychosociaux, op. cit., p.12. 労働関連性疾患について、労使の協力と自主的な対応の重要性を論じ、労働安全衛生マネジメントシステムに注目する議論として、山口浩一郎・労災補償の諸問題 305 頁以下（2002）。参照、労働安全衛生マネジメントシステムに関する指針（平成 11 年労告 53 号）。また、労働者の健康保護、特に予防という課題に関する労働者参加の仕組みの重要性を指摘する国際条約として、日本もフランスも批准している ILO 第 187 号条約（「職業上の安全及び健康を促進するための枠組みに関する条約」）4 条を参照。EU 法も含めたこの点に関する各種の国際規範については、上記の Adam 教授の論文を参照。

69) 一般論としての安全・衛生委員会の組織、役割等については、保原ほか・労災 22 頁以下。

# 労災補償と健康保険と「過労死・過労自殺」

笠木映里

労働者が傷病に罹患し、あるいは死亡した時、労働者や遺族にはいかなる補償・社会保障給付・賠償が行われるのだろうか。日本法の下では、当該傷病が業務上の傷病と評価されるか、私傷病と評価されるかにより適用される制度が大きく異なっている。本章では、これらの補償等の全体像を概観したうえで、業務上の疾病にかかわる問題の中でも現代においてきわめて重要な問題である過労死・過労自殺を取りあげ、とくに労災保険制度との関係で提起されている理論的な問題に注目して検討を加える。

## 労働者の傷病に対して行われる社会保険・補償・賠償

(1) 本章の対象と構成

労働者が傷病に罹患したり、あるいは死亡すると、労働者(労働者死亡の場合には遺族。以下、労働者等という)には、医学的治療の必要や、労働能

力の低下による収入の喪失、扶養者の死亡による扶養の喪失等が生じる。このような場合に、現行法上、労働者等に対していかなる給付・補償・賠償が行われるのだろうか。また、当該傷病・死亡が業務に関連して生じている場合に、使用者に生じうる法的責任はいかなるものか。本章では、労働者の傷病罹患ないし死亡時に労働者等に行われうる給付・補償・賠償の全体像を概観し、現代的課題の検討を試みる。まず前半部分で、労働者の傷病には私傷病と業務上の傷病があることを区別したうえで(↓本節「私傷病と業務上の傷病」)、まず、私傷病にかかる社会保障給付を概観する(第2節)。次に、労働者の傷病が業務上の傷病と評価される場合の労災補償(第3節)、及び業務に

関連して生じる傷病について使用者が負いうる民事上の責任を概観する(第4節)。第5節では、業務に関連して生じる疾病・死亡の中で、社会的にも法的にも重要な問題を含む「過労死・過労自殺」の問題を取りあげて、この問題をめぐる各種の論点を検討することを通じて、とくに労災保険制度との関係でこれらの問題が提起する課題を指摘する。

## (2) 私傷病と業務上の傷病

上述の通り、労働者が傷病に罹患した場合、治療のために医療機関を受診する必要がある。また、就労能力が低下して賃金水準が低下したり、一時的な休職を余儀なくされることがある。さらに、傷病が重大なものである場合、心身に障害が残る場合もあり、長期にわたって就労能力が低下した状態となるため、仕事を辞めざるを得なくなることや、長期的に所得水準が従来よりも低いものにとどまることがある。さらに、労働者が死亡した場合には、当該労働者に扶養されていた遺族は、扶養者を失うことになる。

日本法は、これらの場合に労働者等が得ることのできる社会保障給付・補償給付等について、労働者の罹患した傷病(以下、とくに限定しない限り)の種類である(国保法五八条二項)。健康保険制度による傷病手当金は、原則として、就労不能状態となった日から数えて四日目より支給され、同一の傷病に基づく就労不能については支給開始から一年六カ月を限度に支給される。支給額は標準報酬日額の三分の二である(標準報酬日額とは、直前三カ月間に受けた賃金に基づいて決定される標準報酬月額を、労働日数で割った額である)。

## (2) 私傷病・業務上の傷病にかかわらず行われる年金給付

労働者は、原則として、あらゆる国民を対象とする国民年金制度と、被用者を対象とする厚生年金制度の、二つの年金制度に加入している(公務員等の特別な制度や、厚生年金制度の適用除外となる労働者も存在するが、ここでは省略する)。これらの年金給付は、私傷病・業務上の傷病を区別しない。そのため、労働者が傷病により障害のある状態になると、その原因が私傷病か業務上の傷病にかかわらず、一定の要件の下で、障害基礎年金(国民年金法三〇条以下)及び障害厚生年金(厚生年金保険法四七条以下)が支給される(障害等級によっては障害厚生年金のみが支給される)。また、労働者が死亡した場合には、同じく私傷病・業務上の傷病

その結果としての障害・死亡も含むものとす<sup>2)</sup>が、業務が原因で生じたもの(いわゆる業務上の傷病)か、あるいは、仕事とは無関係に私生活上発生したものの(いわゆる私傷病)か、によって大きく異なる対応をとっている。

まず、労働者の傷病が私傷病と評価される場合には、各種の社会保険給付によって、傷病により生じるニーズがカバーされる。これらの給付としては、労働者以外の者と共通のものに加え、労働者特有のものも存在する(「第2節」労働者の私傷病に対する社会保障給付)。

他方、労働者の傷病が業務上の傷病と評価される場合、いわゆる労働災害の補償に関する特別な制度が存在する(「第3節」労災補償)。

なお、社会保障・労災補償制度の枠外に存在する労働者等の損害填補の手段として、使用者は、業務上の傷病、及び労災補償との関係では業務上の傷病といえないものの、業務と「関連して」生じたといえる傷病について、労働者等に対して民事上の損害賠償義務を負うことがある(「第4節」使用者の安全配慮義務)。

の区別にかかわらず、一定の要件の下で、当該労働者により扶養されていた被扶養家族に対して遺族基礎年金(国民年金法三七条以下)及び遺族厚生年金(厚生年金保険法五八条以下)が支給される。

# 3

## 労災補償

### (1) 労災補償の考え方

労働者が、業務が原因で傷病に罹患し、あるいは死亡した場合(以下、このような場面を労働災害または略して労災という)、上記のような私傷病の場合とは大きく異なる考慮が行われる。傷病の原因が業務にあるのならば、使用者が何らかの形で責任を負うべきであり、通常の社会保険とは異なる制度が必要と考えられるためである。このような考え方に基づいて、労災については特別な補償の仕組みが用意されている。

労災について、労働者等に生じた損害の填補のあり方を私法上の一般法たる民法の世界で考えれば、まず、労働者等が自らに生じた損害について、使用者の民法上の責任を追求し、損害の填補・回復を求めること(損害賠償責任の追及)があり得よう(民法七〇九条等、第4節参照)。しかしながら、民法法の根本原則である過失責任主義の下では、

# 2

## 労働者の私傷病に対する社会保障給付

### (1) 健康保険法の適用

労働者の私傷病については、原則として、被用者を対象とする医療保険制度である健康保険制度による給付が行われる(健康保険法(以下、健保法)三条一項。健保法一条は、同法による給付の対象を「労働者の業務外の事由による疾病・負傷若しくは死亡」等と定め、第3節で扱う労災保険給付との役割分担を明確にしている)。

健康保険は、まず、現物給付の医療である療養の給付を提供する。その給付範囲・水準は、労働者以外の者が受ける医療保険給付と、一部の例外を除いてほぼ同じものである(療養の給付の内容につき、健保法六三条一号、国民健康保険法(以下、国保法)三六条等参照。一部負担金につき、健保七四条、国保四二条参照)。

また、健保法が労働者を対象とする法であることを前提として、同法は、療養のために業務に服することができない場合について、傷病手当金の支給を予定している(健保法五五条二号、九九条)。これは、被用者にあたらぬ者が加入する国民健康保険制度においては任意給付とされている給付

損害賠償責任の追及に際して、労働者等が、使用者の過失(注意義務違反)の存在を主張立証しなければならぬ。また、労災によって発生した損害を具体的に主張立証する必要もある。さらに、損害を発生させたのが同僚被用者のような第三者である場合には、当該第三者の行為が使用者に帰責されることを裏づける事情(具体的には、当該第三者の行為が業務と関連して行われたこと)についても主張立証が必要である。そして、こうした事情の主張立証はしばしば、労働者にとつてきわめて困難なものとなり得る。さらに、そもそも、使用者に過失がなくとも、業務は労働者にとつての危険をはらむものであり、このような業務に内在する危険が現実化した際には、業務から利益を得る使用者が何らかの責任を負うことが望ましいと考えられる。

このような考慮に基づいて構築されてきた制度が、労働基準法(以下、労基法という)上の使用者の労災補償責任(法第八章)、及び労働者災害補償(保険法上の労働者災害補償保険制度(以下、労災保険法、労災保険制度という)による労災補償である。これらの労災補償制度における基本的な考え方は、労働者を使用して利益をあげている使用者は、原則として、自らの過失の有無にかかわらず労働災

害により労働者に生じた損害を填補・補償する責任を負うのであり、上記のような主張立証の困難性のために被災労働者の救済が妨げられてはならないといふものである。そのため、労災補償制度においては、使用者の過失の有無を問わず(無過失責任原則)、原則として労働災害の発生のみを要件として補償が行われ、かつ、実際の損害額の立証なしに、事前に予定された内容の補償が行われる。

(2) 使用者の無過失責任と責任保険としての  
労災保険制度

労基法第八章は、労働者が業務上負傷し、または疾病にかかった場合に、使用者が、過失の有無を問わず各種の補償を行う義務を定めている(法七十五条―八二条)。ただし、これらの使用者の責任は、当該災害補償の事由について労災保険法による労災補償が行われる場合、その限りで縮減する(労災保険法八四条)。

業務上の傷病について給付を行う労災保険制度は、もともと、この労基法第八章が定める使用者の無過失の労災補償責任を前提として、使用者の補償責任にかかる責任保険として創設されたものである。使用者に補償責任を負わせたととしても、使用者が資力をもたない場合には結局労働者が十

も行うが、本章では検討を省略する。

(4) 労災保険と社会保険

これらの給付のうち主要なものについて、私傷病に関する健康保険給付等(↓第2節)と比較してみよう。まず、(1)労災保険による療養補償給付においては、健康保険法上要求される受診時の一部負担金(健保法七四条一項)が要求されない。また、(2)休業補償給付の額は、労働者の平均賃金の六〇%に相当する額であるが、これに加えて社会復帰促進等事業(労災保険法二九条一項参照)により支給される特別支給金が支給され(平均賃金の二〇%相当)、結果として、平均賃金の八〇%が保障され、健保法による傷病手当金(標準報酬日額の六〇%)と比べて高い水準となっている。さらに、健保法上の傷病手当金は一年六カ月が経過すると打ち切られるが、労災保険による休業補償給付は、一年六カ月を超えても就労不能状態にある場合には、傷病補償年金に切り替えられ、要件を満たす限り支給される(なお、労災保険による給付には、労働者の賃金額が二〇%以上変動した時に給付額も変動させるスライド制も存在している)。また、就労不能となつてからはじめの三日間について給付が行われないのは労災保険も健康保険も同様で

分な補償を受けられない可能性があるため、このような制度は労働者保護のために重要な意味をもつ。同制度は、政府が保険者となる公営保険であり、ごく一部の例外を除き、労働者を使用するあらゆる事業が適用事業とされる。そして、労災保険給付が業務上の傷病を対象とすることを前提として、この保険は使用者が支払った保険料(のみ)を財源として運営され、保険料率は、業務の危険性を反映して業種ごとに定められている。このような保険の制度設計は、各種の業務がそれぞれに一定程度定型化することの可能なリスクを内包しており、そのリスクが、使用者の過失の有無とはある程度独立して、一定の確率で偶発的に発生しうるものであることを前提としている。

ただし、一定規模以上の事業については、過去三年間の業務災害による保険給付の額に応じて保険料率を増減させる、いわゆる「メリット制」が採用されている。この制度を通じて、使用者に、労災予防への取組みに対するインセンティブを与えることが目指されている。このように、労災保険は、基本的に使用者の過失とは無関係の給付を行うものの、使用者の努力による労災発生回避の可能性も認めている。

上記の通り、労災保険による給付が行われるとあるが、業務上の傷病については、労基法上の使用者の労災補償責任が休業の初日から発生し、使用者によって、賃金の六割が補償される(労基法七六条一項)。

また、年金給付に目を向ければ、同じ事由により社会保険制度から支給される障害・遺族年金と、労災保険法上の休業補償給付・各種年金給付は、併給が可能である(額について調整(減額)の規定が存在する。法一四条二項、別表第一、同法施行令二条ほか)。

以上の検討からは、傷病が業務上の傷病と評価されるか、私傷病と評価されるかによって、労働者等が受けられる給付の水準に大きな違いが生じること、より具体的には、業務上の傷病について私傷病よりも明らかに有利な給付が行われることがわかる(この違いが、社会保険の給付水準の据え置き・後退という事情を背景として一九九〇年代末―二〇〇〇年代初頭にかけて拡大してきたことについては、岩村(二〇〇〇:二七頁)を参照)。このことは、それぞれの制度の趣旨・目的・財源等が違つてゐることから正当化されうが、業務上の傷病と私傷病の区別は必ずしも容易でないこともある。そして、このような給付水準の相違は、業務上疾病としての性格の評価が難しい傷病についても、出

使用者の労基法上の責任は縮減する。また、労災保険制度は、第二次世界大戦後に創設されてから、給付内容・水準を徐々に充実させ、労基法上の使用者の責任を超える内容・水準の給付を行っている。その結果、今日における労災補償の中心は労災保険法による保険給付であるため、以下では主としてこの労災保険制度を検討対象とする。

(3) 労災保険給付

労災保険制度は、業務上の傷病(業務災害)に関する給付として、(1)傷病の療養のために必要な現物の療養等が支給される療養補償給付、(2)休業第4日目以降について支給される休業補償給付、(3)労働者の身体に障害が残った場合に支給される障害補償給付(年金又は一時金)、(4)労働者が死亡した場合にその労働者によって生計を維持していた配偶者等に対して支給される遺族補償給付(年金又は一時金)、(5)葬祭料、(6)療養開始後一年六カ月を経過しても傷病が治癒しない場合に支給される傷病補償年金、(7)労働者が自宅等で介護を受ける場合に支給される介護補償給付、の七種を予定している(労災保険法二二条の八第一項、一三条以下)。なお、労災保険制度は、業務災害以外にも通勤時に発生した傷病(通勤災害)にかかる給付

来る限り広く労災保険給付の対象としようとする議論の現実的な背景となっている(↓第5節)。

使用者の安全配慮義務

(1) 民事法上の損害賠償請求

上述の通り、労災補償の重要な意義は、業務上内在するリスクを定型化し、過失や現実には発生した損害の大きさと無関係の給付を提供することで、一般民事法上の責任追及をめぐる労働者の立証の負担を軽減・緩和するところにあつた。他方で、まさにそのような制度の意義ゆえに、この制度は、労働者が実際に被つた損害を事後的に評価し、それをすべて填補するものではない。また、労災保険給付の要件を満たさない、すなわち、労災保険制度との関係では業務上の傷病といえない傷病であっても、使用者に対する民事法上の損害賠償請求が可能な場面も想定し得る。したがって、労働者には、業務と関連して生じた損害について、労災保険給付を受けると受けないとにかかわらず、使用者に対して一般民事法上の損害賠償請求を行う可能性がひらかれている(訴訟上のこのような請求を一般に「労災民訴」と呼ぶ)。

なお、このように労災保険給付と民事法上の損

害賠償請求の両方の請求を許す立場を、「併存主義」と呼ぶ。諸外国の中には、労災補償を受けられる労働者には民法上の損害賠償請求を原則として許容しない制度や、労働者にいずれかの請求を選択させる制度も存在する。

(2) 安全配慮義務

労働者が使用者に対して損害賠償請求を行う際の法的根拠としては、まず不法行為責任が存在する(民法七〇九条、七二五条、七二七条など)。

また、裁判所は、一九八〇年代以降、「雇傭契約は、労働者の労務提供と使用者の報酬支払をその基本内容とする双務有償契約であるが、通常の場合、労働者は、使用者の指定した場所に配置され、使用者の供給する設備、器具等を用いて労務の提供を行うものであるから、使用者は、右の報酬支払義務にとどまらず、労働者が労務提供のために設置する場所、設備もしくは器具等を使用し又は使用者の指示のもとに労務を提供する過程において、労働者の生命及び身体等を危険から保護するよう配慮すべき義務(以下「安全配慮義務」という)を負っている」(川義事件一最三小判昭五九・四・二〇民集三八巻六号頁)として、労働契約に付随する義務としての安全配慮義務が使用者に課さ

者の心身にとって過重な負担を内包する業務と定義する(が原因で死に追い込まれる労働者は跡を絶たない。労災認定がなされたものだけを数えても、平成二四年度に過労が原因で死亡あるいは自殺(未遂を含む)したと認定された労働者は二〇〇人以上に及ぶ(厚生労働省「平成二四年度 脳・心臓疾患および精神障害などの労災補償状況まとめ」)による)。とくに、近年の傾向としては、職場のストレスで精神疾患・精神障害を発生し、自殺に至る労働者の数が増えていることが注目される(いわゆる過労自殺)。長引く不況と雇用の不安定化を背景として、労働者は常に強いプレッシャーを抱えながら働くことを余儀なくされており、また、違法な労働環境も受け容れざるを得ない立場にあることも多い。職場の雰囲気や同僚間の人間関係もストレスの多いものとなりがちである。このような状況において、単純な長時間労働に限られない複合的な要因が労働者の心身の健康を害するという点(業務量を変えずに労働時間が減らされ、結果として長時間労働は克服されたものの労働密度が著しく増大する場合も想定できる)、近年の過重労働の問題の特徴であるといえる。

れることを認める判例法理を構築してきた。これを受けて、二〇〇八年に施行された労働契約法の五条は、「労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮」をする使用者の義務を明文で規定しており、労働者は、この「安全配慮義務」の不履行について使用者の債務不履行責任(民法四一五条)を追及し、損害賠償を請求することもできる。判例によれば、安全配慮義務の具体的内容は「労働者の職種、労務内容、労務提供場所等安全配慮義務が問題となる当該具体的状況等によつて異なる」(前掲、昭和五九年最判)。

安全配慮義務法理は、当初、不法行為による損害賠償請求権の短期時効(加害者及び損害者を知った時から三年)を克服するための手段として注目されたものであり(債務不履行構成の場合、損害賠償請求権の時効は権利が行使できる時から一〇年。民法一六六条一項、一六七条一項)、この点は現在もなお、不法行為・債務不履行の二つの法律構成の重要な相異点といえる。他方、二つの法律構成には、他にも、立証責任、過失相殺や慰謝料等に関連して民法典上いくつかの相異が存在するが、法規定の類推適用等により両者は接近する傾向にあり、これらの点において二つの法律構成には大きな違い

(2) 脳・心臓疾患と精神障害

一般に「過労死」とは、業務上の疲労の蓄積による脳・心臓疾患(脳梗塞や心筋梗塞)によつて引き起こされる死亡をいう(ただし、過労は多様な疾病の原因となりうるため、理論的には、過労死につながる疾病は脳・心臓疾患に限られない)。また、「過労自殺」については、さしあたり、業務により疲労が回復されない状態が続き、これに、仕事上の他の要因、仕事以外の外部要因、本人の要因などが加わることにより、鬱病などの精神疾患にかかり自殺に至ること、と定義できよう(過労自殺の定義については、厚生労働省の提供するメンタル・ヘルスポータルサイト(「こころの耳」を参照した)。以下では、労働者死亡の場合に限定せず、過労によつて生じる上記の疾病(脳・心臓疾患及び精神障害)の場合にはこれらの疾病による死亡を、精神障害とする場合にはこれを原因とする自殺を含むものとする)。

もとより、第二次大戦後に創設された労災保険制度は、炭鉱業や製造業等(当時)定型的に災害発生頻度が高い、あるいは有害性の高い業務に従事する労働者が多数であることを前提に、これらの定型化しうるリスクを想定して構築されて

はないと考えられつつある。このことも背景となつて、今日、労災民訴においては、不法行為・債務不履行の両構成による訴えが選択的併合の形で提起されることが少なくない。

(3) 相当因果関係

労災民訴においては、不法行為でない安全配慮義務違反と労働者の傷病との間に相当因果関係が存在することが必要となる。この要件に関する議論は、業務上傷病と私傷病との区別の問題と、完全には一致しないものの類似の問題といえ、事案によつてはその判断はきわめて困難である。

5 過労による労働者の傷病・死亡・労働者の脳・心臓疾患と精神障害をめぐる問題

(1) 減らな「カローシ」と増える労働者の自殺

「カローシ」という言葉が、日本ではもちろん「Karoshi」として海外でも用いられるようになってから二〇年以上が経つ。この間、とくに長時間労働との関係で雇用慣行を変容させるための様々な試みがなされてきたものの、今日においても、過労(本章では、長時間労働に限られない、労働

きた。これに対して、近年問題となっている脳・心臓疾患や精神障害は、産業構造の変化(とくにサービス業、ホワイトカラーの増加、人口構造の変化等を受けて、従来と異なる性格の労災として重要性を増してきた)とあり(これらの問題が相対的な重要性を増した原因としては、製造業等における安全性の向上も存在するだろう)、制度創設時の労災保険制度が予定していなかった種類の疾病ともいえる(岩村(二〇〇〇:三三頁))。

(2) 労災保険給付・業務上疾病の業務起因性

すでに述べた通り、労災保険給付を受けるためには、当該傷病が業務上のものと認められる必要がある(いわゆる「業務起因性」の必要性)。業務上発生する「負傷」については、ほとんどの場合、事故等の特別な出来事が特定可能で、業務との関連性が比較的容易に判断できる。他方、「疾病」については、そのような特別な出来事がない場合がほとんどであり(「非災害性」、業務との関係について医学的な知見が必要とされること)が多い。そこで、法は、医学的知見により業務上の有害因子との因果関係が確立していると考えられる疾病を、特別な出来事が原因となつてい

災害性の疾病も含めて列挙し、これらの疾病について業務起因性を推定する規定をおいている（労基法七五条二項、労基法施行規則三五条、別表一の二）。この別表に掲げられた業務を行っていた労働者が、当該業務に併記されている疾病に罹患した場合に、業務起因性の不在が立証されない限り、業務起因性が認められる。

(4) 脳・心臓疾患、精神障害と業務起因性

脳・心臓疾患、精神障害との関連では、上記労働基別表一の二の八号が、「長期間にわたる長時間の業務その他血管病変等を著しく増悪させる業務」による「脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症、心筋梗塞、狭心症、心停止（心臓性突然死を含む）。若しくは解離性大動脈瘤又はこれらの疾病に付随する疾病」につき、同九号が「人の生命にかかわる事故への遭遇その他心理的過度の負担を与える事象を伴う業務」による「精神及び行動の障害又はこれに付随する疾病」につき、業務起因性が推定される旨を定めている。

これらの規定は、二〇一〇年の労基則改正により新たに加えられたものである。改正前は、脳・心臓疾患や精神障害を直接に対象とする推定規定はおかれていなかったが、別表九号（当時。現在は外労働が四五時間を超えて長くなるほど関連性が徐々に強まり、(2)発症前一カ月間に一〇〇時間を超えて、あるいは発症前一カ月一六カ月にわたって一カ月あたり八〇時間を超えて時間外労働をしている場合には関連性が強いと認められる。(1)の基準は「関連性が徐々に強まる」という相対的なものであるが、(2)の基準は、この値を超えていれば基本的に業務起因性が認められるものとして位置づけられており、発症前一カ月の一〇〇時間、ないし二一六カ月前の八〇時間は、長期的な疲労の蓄積が原因で発生する脳・心臓疾患の業務起因性判断の一つの重要なメルクマールとして機能する（後述する比較対象労働者の問題も、この基準を超えて働く労働者との関係では問題とならない）。

(6) 精神障害及び過労自殺の業務起因性

続いて、脳・心臓疾患に比べてより新しい問題といえる精神障害・自殺の業務起因性に議論を進めよう。精神障害及びその結果引き起こされる自殺についても、その業務起因性の評価には様々な困難が伴い、その問題状況は脳・心臓疾患の場面と類似している部分もある。まず、精神障害を引き起こす、あるいは悪化させるストレス要因が、労働者の日常生活・私生活の中に無数に存在し、そ

の二二の「その他業務に起因することの明らかな疾病」という一般規定の解釈として、これらの疾病の業務起因性が議論され、厚生労働省の発する認定基準等によって、業務起因性が認められるべき場面が実務上画されてきた。そして、上記の別表の新しい規程の文言は、「長期間にわたる長時間の業務」「心理的に過度の負担」など、具体的な内容が一義的に定められないようなものとなっており、これらの文言の解釈にあたっては、依然として、従来通り厚生労働省の認定基準等を参照する必要がある。以下、脳・心臓疾患と精神障害とに分けて、詳細に検討する。

(5) 脳・心臓疾患の業務起因性

被災性の疾病の業務起因性の問題の中で、従来最も活発な議論の対象になってきたのが、脳・心臓疾患である。その理由は、これらの疾病の性格に起因する以下のような理論的な困難性にある。すなわち、これらの疾病は通常、本人が有している動脈硬化等の基礎疾患が、日常生活上の要因、加齢、業務等の様々な要因によって悪化し発症に至るものであって、これらの多数の発症因子の中で、業務の負担をいかに評価するべきかが明らかでない。とくに、労働者の疾病が、長期的な業務

の負担による疲労の蓄積から発生したと思われるような場合には、業務の負担が労働者の心身の健康状態に及ぼす影響の評価はより複雑なものとなるし、比較すべき他の発症因子も一層多様になるので、業務起因性の評価は全体としてより困難となる。

厚生労働省は、このような判断の困難性に対応するために、確立した医学的知見に加えて判例・裁判例の動向も踏まえながら、脳・心臓疾患について詳細な実務上の判断基準を構築してきている（脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く）の認定基準について（平成一三年二月二二日基発第一〇六三号））。現在の基準によると、

(1)発症直前から前日までの間に異常な出来事に遭遇したこと、(2)発症に近接した時期（おおむね一週間）において過重な業務に従事したこと、(3)発症前の長期間（おおむね六カ月間）にわたって著しい疲労の蓄積をもたらす過重な業務に就労したこと、のいずれかの「過重負荷」を受けたことにより発症した脳・心臓疾患は、業務上の疾病と扱われる。(3)の長期にわたる疲労の蓄積については、さらに、労働時間の長さに応じた評価の基準等が示されている。基準によれば、(1)発症前一カ月一六カ月にわたって一カ月あたりの時間

れらの中で、業務がどの程度の重要性を有していたかを評価することがきわめて難しい。これは、脳・心臓疾患の場面でも、日常生活上の要因との関係で問題となった点である。また、労働者のストレスに対する脆弱性は個人ごとに大きく異なっており、その評価も複雑である。これは、脳・心臓疾患の場面における労働者のもつ基礎疾患の位置づけに類似する問題ともいえるが、精神疾患については依然として医学的知見の蓄積も少なく、個人差もより大きいと思われ、判断はより難しくなる（「本節」を基準に業務の過重性を判断するか）。脳・心臓疾患の業務上認定にかかる問題がより先鋭化して表れるのが、精神障害の業務上認定の問題といえよう。

厚生労働省は、この分野についても、詳細な認定基準を定め、脳・心臓疾患に関するものと同様に、医学的知見の発展や判例・裁判例の展開も踏まえ、度重なる修正を加えてきた（心理的負荷による精神障害の認定基準について（平成三年二月二六日基発二二六第一号））。

認定基準では、業務による心理的負荷の強度の評価の対象を原則として精神障害発症前の六カ月間としたうえで、心理的負荷の原因となった出来事及びその出来事後の状況が持続する程度につい

て総合的に検討する必要があるとして、別表一「職場における心理的負荷評価表」を定め、仕事の失敗や仕事の量・質、対人関係のトラブル等、職場における出来事についてその平均的な心理的負荷の強度を三段階で評価するとともに、個別事案ごとの事情により心理的負荷の強度を修正すべき場合についての具体例や、心理的負荷の総合評価の視点等を列挙している。他方、私生活上の出来事についても同様に心理的負荷の強度を評価する別表2を定め、さらに、考慮すべき個別側要因としては、既往歴、アルコール依存等の例をあげている。精神障害・自殺の業務起因性は、実務上、これらの要素の総合考慮によって行われることになる。総合考慮に際しては、業務による心理的負荷が強いと判断される場合、私生活上心理的負荷をもたらす出来事や個別側要因が存在するとしても、これらの心理的負荷や個別側要因によって発病したことが医学的に明らかである場合を除いて、原則として業務起因性が認められる。

(7) 自殺の業務起因性

過労自殺に特有の問題として、故意に引き起こされた結果について給付を行わないとしている労災保険法二二条の二の二第一項にあたるいかと

いう問題もある。この規定の趣旨は、労働者の故意が介在する場合、業務と労働災害との間の因果関係がカテゴリーカルに切断され、業務起因性が否定されると考えられるため、そのような場合には給付を行わないとするものと理解できる。もともと、精神障害には症状として強い自殺念慮が伴うことがしばしばであり、自殺は精神障害が悪化したことの帰結にすぎず、通常の故意行為のような意志は介在しないと考えるのが自然であって、このような自殺を故意による死亡と評価すべきではない。一九九九年には、この問題に関する通達（平成二一年九月一四日基発第五四四号、第五四五号）により、業務が原因で精神障害を発生しその結果自殺をはかった者について、原則として業務起因性を認める扱いが採用されている。

(8) 労災認定を争う訴訟

上記の通り、脳・心臓疾患及び精神障害・自殺の労災認定については、実務上様々な認定基準・通達が示されており、処分が一貫性のあるものとなることが目指されているが、これらの処分を争う訴訟も多数提起されている。このとき、認定基準等はいずれも、裁判所を拘束しない行政規則であるから、裁判所は、これらの行政規則に拘束さ

ず、事案の特殊性にも配慮しながら、自ら勞基別表1の2の解釈を行って業務起因性を判断することができるとは、過労死、過労自殺のみならず、労災認定にかかるあらゆる行政規則に基本的に妥当する。裁判所は、多くの場合に、行政庁の作成した認定基準等が基本的に妥当なものであるとしてこれを一応基礎としつつ、事案の特殊性に応じて適宜基準を逸脱する形で、判断を加えている。例えば精神障害については、おおむね認定基準を前提とした判断を行った判決として豊田労基署長（トヨタ自動車 事件―名古屋高判平一五・七・八判八五六号一四頁がある一方、自殺に関する上記の平成二一年通達がおそらくは想定していないと思われる事案で、精神障害に罹患していた労働者の過剰服薬による死亡について、「精神障害の症状としての睡眠障害や希死念慮等に苦しみながら、その影響下において薬物依存傾向を示すようになり、過量服薬の結果、死亡するに至った経緯」に着目して業務起因性を認めた裁判例として、国・川崎北労基署長（富士通ソーシアルサイエンスラボラトリー 事件（東京地判平一三・三・三五判一〇三三号六五頁）、精神障害にかかる認定基準（及びその前身となった指針）は、当該労働者が置かれた具体的な立場や状況等を十分斟酌

(10) 誰を基準に過重性を評価するのか

このように、業務起因性の判断にあたっては、しばしば、業務の過重性評価が結論を分けることになると思われる。このような判断手法は、多様なファクターの総合考慮がもたらす判断の複雑さをある程度回避することを可能にし、判断基準を客観化するとともに、何が危険な業務かを明らかにし、当該危険な業務から労働者を守り労災の発生を予防するべきという観点からも、基本的に妥当なものと思われる。とくに、長時間労働に関する上記の基準は、この値を超える時間外労働が基本的に労働者の健康にとって危険なものであることを端的に明示するという点で（法律上、時間外労働につき強行的な上限規制が存在しない日本においては特に）重要な意味をもつだろう。

もともと、業務の過重性評価については、なお残る困難な問題が存在する。それは、上記の長時間労働のような絶対的な基準が存在しない場合、あるいは長時間労働がこれらの基準に満たない場合に、業務の過重性を、誰を基準に評価するかという問題である。客観的にみて同内容・同程度の負荷の業務であっても、労働者の心身の脆弱性の程度次第で、当該業務が過重と評価されるか否かが変わってくるためである。この問題は、脳・心

して適正に心理的負荷の強度を評価するに足りるだけの明確な基準としては十分といえず、業務起因性を判断するための一つの参考資料にとどまると述べる最近の裁判例として、国・鳥取労基署長（富国生命・いじめ）事件（平成二四・七・六判一〇五八号二九頁）がある。

このように、認定基準等に即した労災認定実務と、当該労災認定について提起された取消訴訟における裁判所の判断とは必ずしも一致するわけではないことには注意する必要がある。同時に、労災認定の基準は、医学的知見のみならず従来の判例・裁判例の蓄積も踏まえたものとなっており、裁判所が特別な理由なしに基準とまったく異なる独自の基準を立て判断を行うことも希である。

(9) 業務の過重性評価の重要性

上記のような実務上の認定基準の内容に共通する傾向は、多様なファクターがもたらす脳・心臓疾患や精神障害について、労働者が従事した業務の過重性の評価を中心に業務起因性の存否を判断するということであろう。すなわち、脳・心臓疾患については、端的に長時間労働等による業務の過重性のみを評価する基準となっており、基礎疾患の重篤性や個人の生活習慣等が業務と直接に比

較考量されることは原則として予定されていない（過重性評価自体の基準・比較対象の問題については次項）。また、精神障害については、私生活上の出来事や個体側の要因が総合考慮の対象とされるものの、上述の通り、業務による心理的負荷が「強」と評価される場合には、他の出来事や要因があっても基本的には業務起因性を肯定する立場がとられている。判例も、基礎疾患を有していた労働者が過重な業務負担によりも膜下出血を発生したという事案について、継続的な過重業務を認定したうえで、「……右疾患が……自然の経過によって……一過性の血圧上昇があれば直ちに、破裂を来す程度にまで増悪していた」とはみられないこと、「他に確たる増悪原因が見いだせない」ことから（傍点筆者）当該労働者の発症したくも膜下出血の業務起因性を肯定しており（横浜南労基署長（東京海上横浜支店）事件―最一小判平一七・一七判七七八号六頁）、過重業務の存在が認められる場合には、当該過剰業務と基礎疾患や他の増悪原因との相対的關係（いずれが有力か、結果の発生に対して、どちらがどの程度寄与したか）を重視しない立場を採用していると考えられるべきである。

(11) 認定基準の立場

脳・心臓疾患に関する認定基準は、業務の過重性について、業務量、業務内容、作業環境等を考慮し、同僚労働者または同種労働者（同僚等）にとつても、とくに過重な身体的・精神的負荷と認められるか否かという観点から、客観的かつ総合的に判断するものとし、さらに、ここでいう同僚等とは、当該労働者と同程度の年齢、経験等を有する健康な状態にある者のほか、基礎疾患を有していたとしても日常業務を支援なく遂行できる者をいうとする。また、精神障害に関する判断指針は、業務による心理的負荷の判断においては「同種の労働者（職種、職場における立場や職責、年齢、経験等が類似する者）が一般的にどう受け止めるか」という観点から、客観的に検討されなければ



ような場合でも業務起因性が否定されることもありうる。このとき、労災民訴による救済が当事者にとって重要な意味をもつことになる。民事法上の責任は、責任追及される行為以外に結果の発生に大きく貢献した要素がある場合にも肯定されることがありうるためである。

他方で、民事訴訟による使用者の責任追及においては、使用者の側に故意・過失が必要であり、故意・過失による行為と、発生した損害との間に相当因果関係が必要である。このとき、特定の危険・有害な業務を行わせたことが問題となっていないのではない。脳・心臓疾患、精神障害の場面においては、使用者のどのような行為を不法行為ないし安全配慮義務違反の行為と考えることができるのか、また、それらの行為と、労働者の疾病あるいは死亡との間に、相当因果関係が存在し、結果として生じた損害を使用者に帰責することができるとして生じた損害を使用者に帰責することができると問題となる。そして、労働者の脆弱性や私生活上の出来事、労働者の基礎疾患が、これらの論点に関する議論に及ぼす影響はきわめて複雑なものとなりうる。最高裁判所は、几帳面で「うつ病親和的」性格であったとされる労働者について、恒常的に著しく長時間にわたり業務に従事していること及びその健康状態が悪化している

ことを認識しながら、その負担を軽減させるための措置をとらなかつたことにつき使用者に過失があるとして、使用者の不法行為責任を認め損害賠償を命じた原審判決を支持している（電通事件・最二小判平二・三・二四民集五四卷三二一・二五五頁）。

他方、労災民訴においては、不法行為構成であり、債務不履行構成であり、損害賠償請求が認められる場合でも、労働者側に損害の発生または拡大に寄与した被害者の性格等の心因的要因を一定の限度でしんしゃくし、損害賠償額を割合的に減額することが可能である（過失相殺規定の類推適用：民法七三三条二項）。このことは、「支給か、不支給か」の二者択一の解決しかありえない労災保険制度とは異なり、柔軟な解決を可能にする要素といえよう。ただし、上記の電通事件最高裁判決は、労働者の性格が「同種の業務に従事する労働者の個性の多様さとして通常想定される範囲」を「外れるものでない場合」にはその「性格及びこれに基づく業務遂行の態様等を、心因的要因としてしんしゃくすることはできない」と述べており、損害賠償額の減額の有無ないし程度を判断するにあたりいかなる労働者側の事情を考慮することができるかという問題は残ることになる（電通事件判決を参照する近年の判決として、ニコンほか事件

いに理解できる。しかしながら、業務上の傷病と私傷病との境界が曖昧になると、上述の通り使用者による保険料負担の理論的基礎が揺らぐことに加え、そもそも何故労災について私傷病よりも有利な給付を行うのかという点に疑問が生じてくる。この点を踏まえれば、むしろ労災保険制度の理論的な限界を意識したうえで、労災保険については理論的にカバーしきれないものの業務に関連する傷病について、何らかの別の補償枠組みを用意すること（例えば障害者雇用について、あるいは逆に私傷病について労働者が受けられる補償（例えば休業補償について）を充実させる必要性はないかという点についても検討を行う必要があるように思われる（但し筆者は、障害のある労働者にかんするものも含め、現行の労災保険制度でカバーされるべき脳・心臓疾患、精神疾患が存在することを否定するものではない）。立証責任の緩和等により民事法上の責任追及をより容易にすることも一つの途であるが、

子見の困難な事案において使用者の責任をあまりにも厳格に追求することにも疑問が残る。労災保険・社会保険の側での制度的な対応が望まれる。

## (2) これからの課題

最後に過労死、過労自殺ないし脳・心臓疾患、

（東京高判平二・四・二八判九〇号五〇頁）がある。

## 6 労災保険制度の現代的課題

(1) 現代的な労働者のリスクと労災保険制度  
第5節で検討してきた通り、脳・心臓疾患、精神障害（過労死・過労自殺）の問題は、法的には、とくに労災保険制度との関係で新しい問題を含むものといえる。とりわけ、労働者が職場で感じるストレスについて、これを定型的に評価し、保険の技術を用いてカバーすることはきわめて困難であり、この点で、精神障害・過労自殺の問題は、労働時間数などによって一定程度定型化が可能な長時間労働に比してさらに困難な理論的問題を含んでいるといえよう。また、障害者雇用をめぐる今日的な問題も注目されるべきである。

繰り返しになるが、労働者の抱えるリスクが個別化・多様化する一方で、労災保険制度の構造は業務の抱えるリスクの定型化を柱としたものとなっている。確かに、少なくとも業務と一定の関連性がある疾病・死亡については労働者が通常の社会保険よりも有利な給付を受けられるよう、労災保険給付の対象を広く捉えるべきとの考え方も大きかという問題である。労働時間規制との関係では、異なる事業場間の労働時間を通算する旨を定める労基法三八条一項が、使用者が異なる場合にも適用されるものと実務上解釈されているようであるが、実効性のない規制であるとの批判もある。むしろ複数就業が雇用の機会拡大として促進すべきものとされる中で、このような通算規定は撤廃すべきとの論調も見られる（島田二〇〇六）。

今後、労災保険制度、ないし使用者の安全配慮義務との関係で、こうした複数就業をどのように位置づけるかが重要な論点となることが予想される。労災保険制度との関係では、使用者が異なっている場合でも、全体として労働時間が長時間となっていれば業務起因性が認められて然るべきと思われるが、実務上の扱いは必ずしも明らかでない（参照、東京地判平二四・一・一九労経連二四二二二頁、東京高判平二四・八・八判例集未登載。なお、本件にみられるように、労災との関係では兼業労働者の場合の保険給付の水準も重要な論点である。笠木二〇一三b)参照。また、安全配慮義務との関係では、他の使用者との関係で労働時間を調整する義務を使用者が負うとは必ずしも思われず、特別な事情のない限り使用者の責任追及は困難といわざるを得ない。兼業労働者の長時間労働による疲労の蓄積

精神障害との関係で、今後重要な問題となりうる論点を三点あげておこう。

まず、問題意識としてはすでに新しいものではなくなりつつあるが、労働者のプライバシーと使用者の労災予防の努力との衝突という問題がある。上記の通り、脳・心臓疾患、精神障害との関係では、労災保険制度において、労働者の個別的な事情をより広く考慮に入れる考え方が有力になりつつある。また、民事訴訟においては、安全配慮義務法理などを通じて使用者に、労働者の安全・健康を守る積極的な義務が課されており、結果として使用者は、労働者の健康状態を日頃から把握しておく必要が強まっている。他方で、現代社会においては、個人のプライバシーを保護すべきとの考え方が強くなっており、労働の場でもそれは同様である。とくに、健康状態、疾病にかかる情報はプライバシーにかかる情報の中でも核となる部分といえ、中でも、精神障害などの場合には社会の偏見等の問題もあつてとくに配慮が必要な類型の情報といえる。

二つめの問題は、労働市場の流動化・非正規雇用の労働者の増加の流れの中で、複数の仕事を掛け持ちする複数就業者（いわゆるマルチジョブホルダー）の長時間労働についてどのように考えるべき

への対応としては、まったく異なる何らかの別の仕組が必要となる可能性もある。

最後に、三つ目の問題は、本章のテーマから少し逸脱するが、とりわけ精神障害との関係での、予防施策の重要性である。本章で扱ったような補償・賠償という観点からの議論は、従来、日本において過労死・過労自殺を考える際の中心的な關心となってきた。また、補償・賠償に関する議論の発展は、長時間労働との関係ではある程度、予防の側面にも貢献してきたと考えられる(例えば八〇時間・一〇〇時間等の業務起因性の認定基準―第5節(5)参照)。しかしながら、精神障害のようにリスクの要因が長時間労働に限られないかわめて多様な職場環境に及ぶものについては、こうした議論は具体的な予防施策を導くには不十分である(笠木二〇一三a)。メンタルヘルスについては今後、上記のような特殊性を意識的に前提としたうえで、労使対話の重要性にも配慮した予防のためのスキームが構築されることが望ましい(参照、小畑二〇一三)。

【注】

(1) 標準報酬月額・給付額等の算定の基礎となる被保険者の報酬額で、四七の等級が存在する。健保法四〇条。被保険者の報酬がどのグループに属するかによって当該被保険者の給付額の算定基準が決定さ

れる。

(2) 過失責任主義・私人は、自らの故意・過失による行為が招いた結果についてのみ責任を負うという原則。近代市民社会において私人の自由な取引活動を支える根本原則である。

(3) 平均賃金・労災給付の対象となる傷病発生日以前の三か月間とその労働者に対し支払われた賃金の総額を、その期間の総日数で除した金額をいう(下限の定めがある。以上、法二二条一項)。

【参考文献】

岩村正彦(二〇〇〇)「労災保険政策の課題」日本労働法学会編『二世紀の労働法(七)』有斐閣、一九頁。  
岩村正彦(二〇〇三)「災害補償」東京大学労働法研究会『注釈労働基準法(下巻)』有斐閣、八四七頁。  
大内伸哉(二〇一三)「君は雇用社会を生き延びられるか―職場のうつ・過労・パワハラ問題に労働法が答える」明石書店。  
小畑史子(二〇一三)「障害者の労働安全衛生と労災補償」荒木尚志・岩村正彦・山川隆一編『菅野和夫先生古稀記念論集 労働法学の展望』有斐閣、三五頁。  
小畑史子(二〇一三)「精神的不調に陥っていると見られる労働者に対する使用者の対応―近時の最高裁判決と法と行政」日本労働研究雑誌六三五号、五九頁。  
笠木映里(二〇一三)「批判」『ジュリスト』一四四二号、有斐閣、一〇九頁。  
笠木映里(二〇一三a)「労働者の精神的健康の保護―安全衛生問題の射程の拡大と従業員代表の役割に関する一試験」荒木尚志・岩村正彦・山川隆一編『前掲書』三五五頁。  
笠木映里(二〇一三b)「批判」『ジュリスト』一四五五号、有斐閣、一三四頁。  
川入博(一九九八)『過労自殺』岩波書店。  
川入博(二〇〇六)『過労自殺と企業責任』旬報社。  
島田陽一(二〇〇六)「労働時間の運用規定をめぐる課題―増加する複数就業者」『世界の労働』五六巻六号、三〇頁。  
外井浩志(二〇一三)「職場の労災・精神疾患 補償・賠償の実務」中央経済社。  
保原喜志夫・西村健一郎・山口浩一郎編著(一九九八)『労災保険・安全衛生のすべて』有斐閣。  
保原喜志夫(二〇〇〇)「労災認定の課題」日本労働法学会編『二世紀の労働法(七)』有斐閣、六一頁。  
水町勇一郎(二〇一〇)「批判」『ジュリスト』一四一三三号、有斐閣、一三三頁。  
山川隆一(二〇一三)「労働災害訴訟における安全配慮義務をめぐる要件事実」『慶應法学』一九号、二六八頁。

# 障害者雇用促進法における「障害者差別」と「合理的配慮」

福島大学准教授

長谷川珠子

はせがわ たまこ

## I はじめに

日本における障害者雇用施策は、一定数以上の障害者を雇用することを事業主に義務づける雇用率制度を中心としてきた<sup>1)</sup>。この「雇用率アプローチ」により、障害者雇用は着実に進展してきたといえる。しかし、これまでの障害者雇用施策は、障害者の雇用の「量」的拡大に資するものではあったが、その「質」には十分に配慮してこなかった。これに対し、アメリカを中心に進められてきたのが、障害を理由とする差別を禁止することを通して、障害者雇用の促進を図ろうとするアプローチである。障害者を保護の対象としてとらえるのではなく、人権の享有主体であるととらえるこの「差別禁止アプローチ」は、雇用の質にも着目するものといえよう。差別禁止アプローチは、2006年12月に国際連合で採択された「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)に取り入

れられ、世界の国々に影響を与えることとなった<sup>2)</sup>。

障害者権利条約を契機として、日本でも障害者差別禁止法の制定に向けた議論が開始された。二度の政権交代の影響を受けるなど紆余曲折を経つつも、2013年6月19日、「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)が制定された<sup>3)</sup>。同法は、差別解消措置や差別解消支援措置を通じて障害者に対する差別の解消を推進し、それにより共生社会の実現に資することを目的とする。さらに、同日、「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(以下、改正内容を含め、「障害者雇用促進法」または「促進法」という)。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(障害者差別の禁止、合理的配慮の提供義務、および苦情処理・紛争解決援助)、②精神障害者の雇用義務化に係る部分、および③障害者の用語に係る部分に分けられる<sup>4) 5)</sup>。

障害者差別解消法は、障害者差別を包括的

1) このほか、障害者総合支援法に基づいて、障害者の就労支援が「福祉的就労」という形で実施されている。詳しくは、福島豪「障害者にとっての就労と労働市場」法律時報85巻3号(2013年)31頁以下、長谷川珠子「第4章障害者の福祉と雇用と『福祉的就労』」濱口桂一郎編『福祉と労働・雇用』(ミネルヴァ書房、2013年)71頁以下を参照のこと。

2) 2013年10月末現在、158か国・機関が同条約に署名し、138か国・機関が批准を済ませている(<http://www.un.org/disabilities/>)。

3) 施行日は2016年4月1日である。

4) 改正法の施行日は、①については2016年4月1日、②については2018年4月1日、③については2013年6月19日(公布日)である。本稿では、原則として今改正がすべて施行される2018年4月1日時点のもので条文番号を参照する。

5) 障害者差別解消法の制定および障害者雇用促進法の改正等を受け障害者権利条約の承認案が今(第185回)国会に提出されたところである。与野党に異論はなく、2013年度中の批准が見込まれている(毎日新聞2013年11月8日)。

に禁止し（行政機関について7条1項、民間の事業者について8条1項）、合理的配慮（社会的障壁の除去）に関し、行政機関に対してはその提供を義務づけ（7条2項）、民間の事業者に対しては「努力義務」とした（8条2項）。これに対し障害者雇用促進法は、雇用分野における障害者差別を禁止するとともに（34条、35条）、合理的配慮（均等な機会の確保等を図るための措置）の提供を事業主に「義務」づけている（36条の2、36条の3）。二つの法律の関係について、障害者差別解消法13条は、雇用関係における障害者差別解消措置については、促進法の定めるところによるとする。したがって、障害者差別解消法では「努力義務」とされる民間の事業者の合理的配慮の提供について、雇用分野に限っては「義務」としての責任を負う。本稿の検討対象は、雇用分野における障害者差別および合理的配慮の提供義務であり、障害者差別解消法については必要な範囲でのみ触れる。

障害者雇用促進法の改正により、障害者に対する雇用差別が禁止され、合理的配慮の提供が事業主に義務づけられることとなった。しかし、具体的にどのような行為が障害者差別に当たるのか、事業主はどのような合理的配慮を提供すれば義務を果たしたことになるのかは、現時点で明らかとなっていない部分も多い。これに対し、既に障害者差別禁止法を有する諸外国では、判例や学説を通して議論の蓄積がみられている<sup>6)</sup>。そこで本稿では、まず、諸外国の障害者差別禁止法および障害者権利条約を検討することにより、障害者差別禁止法の一般的枠組みを示す（Ⅱ）。次に、促進法の改正により新たに導入された日本版の障害者差別禁止規定と合理的配慮の提供義務について、改正の経緯を踏まえつつ整理する（Ⅲ）。そのうえで、諸外国の制度との比較から日本の法制度の特徴と課題を示し検討

を行う（Ⅳ）。

## Ⅱ 諸外国の障害者差別禁止法における障害者差別と合理的配慮

### 1 諸外国の法制度

#### (1) アメリカ

合理的配慮規定を含むかたちで障害を理由とする差別を包括的に禁止した法律を世界で初めて制定したのは、アメリカとされる。この背景には、1960年代以降長きにわたり差別禁止法理を進展させてきた経験がある。まず、1964年に雇用、公共施設、教育等の社会生活上の重要な場面において、人種、皮膚の色、宗教、性または出身国を理由とする差別を禁止する公民権法（Civil Rights Act of 1964）が制定された。この影響を強く受け、障害の分野においても障害者の社会参加の機会を保障するための法律の必要性が認識されるようになった。その結果、1973年のリハビリテーション法（Rehabilitation Act of 1973）改正時に、障害を理由とする差別を禁止する規定が盛り込まれた。しかし、同法は、連邦政府とごく一部の民間企業のみを規制の対象とするものであったことから、すべての民間企業を規制対象とする障害者差別禁止法の制定の必要性が強く主張され、1990年の「障害をもつアメリカ人法」（Americans with Disabilities Act of 1990、以下「ADA」という）の制定へとつながった。ADAにより、雇用、行政の運営する公共サービス、および民間企業の運営する施設・サービスの各分野において、障害を理由とする差別が包括的に禁止されることとなった。

「合理的配慮」（reasonable accommodation）の概念が、差別禁止法の分野において初めて用いられたのは、障害者差別の文脈ではなく、「宗教差別」の文脈である<sup>7)</sup>。アメリカでは

公民権法制定後、宗教的信念・戒律を労働者が守ることができるよう使用者が一定の配慮（安息日の労働義務の免除等）をすべきかどうかについて、争いがあった。この点に関し、1972年に公民権法が改正され、使用者は「過度の負担」（undue hardship）とならない範囲において、労働者の宗教的儀礼や慣行に対し、合理的な配慮を提供しなければならないとされた（公民権法701条（j））。これが、「合理的配慮」概念の始まりとされる。

1973年にリハビリテーション法が改正された際、法文上に合理的配慮の規定は置かれず、施行規則に、連邦政府から補助金を受ける事業は、過度の負担とならない限りにおいて障害者に合理的配慮を講じなければならないと定められた。その後、ADAの制定によって合理的配慮を提供しないこと、および合理的配慮が必要であることを理由として均等な機会を与えないことは、障害を理由とする雇用差別に当たるとして、法文上明確に定められ（102条（b）（5））、合理的配慮の具体的な内容が明記されることとなった（101条（9）（A））。

#### (2) EU 諸国

イギリスでは、ADAを参考として、「1995年障害者差別禁止法」（Disability Discrimination Act 1995）が制定された<sup>8)</sup>。同法は、雇用、教育、公共交通等の多様な分野において、障害を理由とする差別を禁止し、

使用者に「合理的調整義務」（reasonable adjustment）を課し、調整義務を履行しない場合は障害者差別に当たるとした。その後、1975年性差別禁止法および1976年人種差別禁止法（人種関係法）と統合する形で、「2010年平等法」（Equality Act 2010）が制定されており、現在では2010年平等法により、障害者差別が禁止されている。

フランスでは、1990年に刑法典および労働法典において、障害および健康状態を理由とする差別が禁止されていた。しかし、合理的配慮の規定等を欠いていたため、2000年のEC指令（雇用および職業における平等取扱いの一般的枠組みを設定するEC指令<sup>9)</sup>）の要請<sup>10)</sup>を完全に満たすことを目的として、2005年に「障害者の権利と機会の平等、参加、および市民権に関する2005年2月11日の法律」<sup>11)</sup>が制定された。これにより、「適切な措置」（mesure appropriée）の規定が盛り込まれ、「適切な措置」を行わないことは障害を理由とする差別に該当するとされた。

ドイツでも、2000年のEC指令等を国内法化することを目的として2006年に制定された「一般平等取扱法」（Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz）により、障害を理由とする差別が禁止された。また、社会法典第9編により、合理的配慮類似的対応を使用者に請求する権利が障害者に保障されている<sup>12)</sup>。

7) アメリカにおける合理的配慮概念の沿革については、中川純「障害者に対する雇用上の『便宜的措置義務』とその制約法理—アメリカ・カナダの比較研究（1）」北海学園大学法学研究39巻2号（2003年）25頁参照。

8) 本節の解説は、障害者職業総合センター編『欧米の障害者雇用法制及び施策の現状 資料シリーズNo.58』（2011年）「第1章ドイツ」39頁以下（高橋賢司執筆部分）、「第2章フランス」76頁以下（永野仁美執筆部分）、「第4章イギリス」144頁以下（長谷川聡執筆部分）、および同編『欧米の障害者雇用法制及び施策の動向と課題 調査研究報告書No.110』（2012年）「第1章ドイツ」11頁以下（高橋賢司執筆部分）、「第2章フランス」59頁以下（永野仁美執筆部分）、「第4章イギリス」147頁以下（長谷川聡執筆部分）を参照した。

9) Council Directive establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation (2000/78/EC)。

10) このEC指令では、宗教・信条、障害、年齢、性的指向を理由とする差別を、採用から解雇まで雇用の全局面で禁止すること、また、障害者に対して合理的配慮を提供すること等について、加盟国への義務づけが行われた。

11) Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JO n°36 du 12 février 2005, p.2353.

12) 国により、合理的配慮とは異なる用語が用いられているが、差別禁止の文脈において障害者に提供することが使用者に求められる措置・配慮について、以下では「合理的配慮」と呼ぶ。

6) 後述するように、諸外国は、日本と異なり、「障害者」であることを理由とする差別ではなく、「障害」を理由とする差別を禁止する構成をとる国が多い。この場合、厳密には「障害者差別」ではなく「障害差別」と表記すべきである。この点を意識して用語を用いる論稿も増えてきているが、両者の意味を区別せず使う場面も多いことから、本稿では「障害者差別」の用語を用いる。

### (3) 障害者権利条約

障害者権利条約<sup>13)</sup>は、差別の禁止について3条(b)において「差別されないこと」との一般原則を定め、4条1項において「締約国は、障害を理由とするいかなる差別もなしに、すべての障害者のあらゆる人権及び基本的自由を完全に実現することを確保し、及び促進することを約束する」とし、具体的には同項(b)「障害者に対する差別となる既存の法律、規則、慣習及び慣行を修正し、又は廃止するためのすべての適当な措置(立法を含む。)をとること」を締約国に求めている<sup>14)</sup>。

同条約において、「障害を理由とする差別」とは、「障害を理由とするあらゆる区別、排除又は制限であって、政治的、経済的、社会的、文化的、市民的その他のあらゆる分野において、他の者と平等にすべての人権及び基本的自由を認識し、享有し、又は行使することを害し、又は妨げる目的又は効果を有するものをいう。障害を理由とする差別には、あらゆる形態の差別(合理的配慮の否定を含む。)を含む」として、また、「合理的配慮」とは、「障害者が他の者と平等にすべての人権及び基本的自由を享有し、又は行使することを確保するための必要かつ適当な変更及び調整であって、特定の場合において必要とされるものであり、かつ、均衡を失した又は過度の負担を課さないものをいう」として定義

されている(2条)。

労働・雇用の分野については、「あらゆる形態の雇用に係るすべての事項(募集、採用及び雇用の継続、昇進並びに安全かつ健康的な作業条件を含む。)に関し、障害を理由とする差別を禁止すること」(27条(a))とし、「職場において合理的配慮が障害者に提供されることを確保すること」(同条(i))との規定が置かれている。

### 2 障害者差別の禁止

各国が定める障害者差別禁止法の中身は多様であるものの、多くの国が、障害者差別として、①直接差別、②間接差別、および③合理的配慮を提供しないことの3類型を定めている<sup>15) 16) 17)</sup>。①直接差別とは、障害を理由として(差別意図に基づいて)、不利な取扱いをすることを意味する。②間接差別とは、差別意図を伴わない表面的には中立的な基準または慣行を適用することにより、障害者または障害者集団に結果として不利な影響を及ぼすことをいう。ただし、当該基準または慣行が、職務と関連性をもつ場合や業務上の必要性に合致する場合(アメリカ)、あるいは正当な目的によって客観的に正当化される場合(イギリス、ドイツ、フランス)には、間接差別に該当しない。また、多くの国<sup>18)</sup>が③合理的配慮を提供しないことを差別とし

て規定する。

諸外国の障害者差別禁止法において、差別禁止は、賃金・労働時間等のあらゆる労働条件はもちろんのこと、職業訓練や施設利用などを含む、採用から解雇・退職に至るまでの雇用の全局面において及ぶとされる。

### 3 合理的配慮・過度の負担

合理的配慮に関し、配慮を提供することが、使用者にとって「過度の負担」となる場合には、配慮の提供義務を免れるとの定めが置かれる。合理的配慮の定義を法文上明記する国と、ガイドライン等に委ねる国とに分かれる。たとえばアメリカでは、ADA上に定義規定を置き、「労働者が使用する既存の施設を、障害者が容易にアクセスしかつ使用できるようにすること」、「職務の再編成、パートタイム化、勤務日程の変更、空席の雇用ポストへの配置転換、機器または装置の購入または改良、試験・訓練材料・方針の適切な調整または修正、資格をもつ朗読者または通訳者の提供、および障害者に対する他の類似の配慮」が合理的配慮に含まれると定めている(101条(9))。また、「過度の負担」について法文上に判断要素を明記する国は少ないが、定めを置くADAによれば、配慮の性質および費用、合理的配慮の提供に係る施設または諸施設の全体の財政的資力、従業員数、経営に与える影響、事業の規模や種類、立地等が判断要素として挙げられ、これらに照らして、著しい困難または出費をもたらす場合には、過度の負担となる(101条(10))。

雇用率制度を採用するフランスでは、合理的配慮の提供にあたり、使用者の負担する費用の全部または一部を補填する様々な助成制度を利用することができる。合理的配慮が当該使用者にとって過度の負担となるかどうかの判断においては、これらの助成の有無・多寡が考慮され、それを勘案してもなお過度の負担が生じる場合のみ、使用者は合理的配

慮を講じる義務を免れる<sup>19)</sup>。

## III 障害者雇用促進法における障害者差別と合理的配慮

### 1 障害者雇用促進法改正の経緯

障害者権利条約の批准に向けた本格的な検討は、同条約に署名を行った2007年9月前後から、内閣府および外務省を中心に開始された。当時の政府は、障害者基本法を改正することによって、すなわち、「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」と定めた旧障害者基本法3条3項において、差別が禁止される場面(雇用、公共サービス、施設利用等)を列挙すること、および、合理的配慮に関する規定を追加すること等により、障害者権利条約を批准することが可能と考えていた。しかし、障害者基本法は、障害者施策についての国の方針を定めるものであり、また、旧3条3項は基本理念を定めたものにすぎず私法上の効果をもつものではない。そのため、そのような表面的な修正により条約批准を行うことに対して、障害者団体等から強い批判を受けることとなった。

障害者基本法を所管する内閣府とは別に、雇用の分野については、2008年4月に厚生労働省内に「労働・雇用分野における障害者権利条約への対応に関する研究会」(以下、「研究会」という)が設置され議論が進められた。研究会での中間整理を踏まえ、労働政策審議会障害者雇用分科会(以下、「分科会」という)において議論がなされ、2010年4月27日に「中間的な取りまとめ」が作成された。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り、厚生労働省での議論は一時中断する。

民主党政権下において新体制が整備され、

13) 障害者権利条約については、松井亮輔＝川島聡編著『概説障害者権利条約』(法律文化社、2010年)参照。

14) 障害者権利条約の日本語訳については、外務省作成の仮訳文を使用した。http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/shomei\_32b.html

15) この他、ハラスメントや報復的取扱いを違法な取扱いとして禁止する国が多い。

16) イギリスの2010年平等法は、これらの3類型に加え「障害に起因する差別」(discrimination arising from disability)を4つ目の差別概念として定める(15条)。障害に起因する差別とは、障害自体ではなく「障害に起因する事柄」を理由に、障害者が不利に扱われた場合に生じるものとされる。たとえば、傷病により病気休暇を取得した障害者に対し、病気休暇を取得したことを理由として解雇を行う場合や、服装規定の一環としてひげを生やすことを禁止した使用者が、障害のためにひげを剃ることに痛みを感じて剃ることができなかった障害者に対し、服務規程違反を理由として懲戒処分を行う場合に、障害に起因する差別が成立し得る。長谷川聡・前掲注8『調査研究報告書No.110』156頁以下、川島聡「英国平等法における障害者差別禁止と日本への示唆」大原社会問題研究所雑誌641号(2012年)28頁、37頁。

17) 障害者権利条約の草案段階(2005年10月)においては、直接差別と間接差別の両者が含まれることが明記されていたが、日本政府が間接差別の文言が入ることに対し警戒感を示し、結果として現在の文言(「あらゆる形態の差別(合理的配慮の否定を含む)」)に落ち着いたとされる。ただし、内容的には、諸外国の法制度と同様に、直接差別、間接差別、および合理的配慮の否定が含まれると解されている。玉村公彦「第5章差別の禁止」・前掲注13書・63頁、70頁。

18) ドイツでは、合理的配慮を提供しないことを差別として規定するのではなく、障害者が使用者に対して合理的配慮に当たるような各種の措置を請求することができる権利として規定している(高橋賢司・前掲注8『資料シリーズNo.58』49頁以下)。

19) 永野仁美「フランスの障害者雇用政策」季刊労働法225号(2009年)60頁。なお、各種の助成金は、雇用率制度における「納付金」を原資とする。

これまでの方針を転換し、内閣府を中心として包括的な障害者差別禁止法の制定に向けた検討が進められることとなった<sup>20)</sup>。この動向を踏まえつつ、厚生労働省内においても2011年11月より研究会が再開され、翌年8月3日に「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」(以下、「研究会報告書」という)がまとめられた。このなかで、障害者差別を禁止し、合理的配慮の提供を事業主に義務づけること等が権利条約の対応に必要なこととして示された。

研究会報告書を受けて2012年9月から審議を開始した分科会が、翌年3月14日に「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)をまとめ、その内容を反映して作成された「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」が、2013年4月19日に第183回通常国会に提出され、審議を経て、同年6月13日衆議院本会議で可決・成立した。

障害者権利条約は障害者の生活全般を対象とするものであるため、包括的な障害者差別禁止法(のみ)を新たに制定することにより、条約の批准を目指すという方法もあったはずである。にもかかわらず、雇用分野独自の差別禁止規定を設ける道を選んだ理由の一つは、上述したように、当初は障害者基本法の改正により対応可能と考えられ、包括的な障害者差別禁止法を制定する予定がなくなったことが挙げられよう<sup>21)</sup>。また、2009年の政権交代を受けて、包括的な障害者差別禁止法の制定が現実化した後も、「障害者雇用促進法」の改正により、雇用分野における障害者差別禁止や合理的配慮の提供義務を規定しようとし

た理由は、同法がハローワークなどによる職業リハビリテーションサービスや障害者雇用に関する指導・助言の仕組みを規定しており、雇用分野における差別禁止および合理的配慮の提供等の実効性を担保するためには、既存の仕組みを活用していくことが効果的であると考えられたことにあるとされる<sup>22)</sup>。

## 2 障害者差別の禁止

障害者であることを理由とする差別の禁止は、男女雇用機会均等法(以下、「均等法」という)の規定と同様に、募集・採用の局面と採用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)。採用後において、「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)。同条で列挙された差別禁止事項は、詳細に定める均等法6条とは異なるものの、差別禁止は雇用に係るすべての事項に及ぶと考えられている<sup>23)</sup>。

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とされたが、「間接差別」については将来的には禁止規定を設ける必要性を検討する必要があるものの、現段階においてはその内容が明確でないことや、合理的配慮の提供によって間接差別の問題はほぼ解決できるのではないかといった理由から今改正

において盛り込むべきではないとされた。なお、車いす、補助犬その他の支障器具等の利用、介助者の付添等の社会的不利を補う手段の利用等を理由とする不当な不利益取扱いについては、直接差別に含まれるようにすることが適当であると考えられている<sup>24)</sup>。

厚生労働省作成の「障害者雇用促進法の改正の概要」<sup>25)</sup>によれば、障害を理由として、賃金を引下げること、低い賃金を設定すること、昇給させないこと、研修や現場実習を受けさせないこと、食堂や休憩室の利用を認めないことが、障害者差別に該当し得る。

なお、「ハラスメント」については、障害者虐待防止法ですでに職場においても心理的虐待等として虐待防止に向けた措置が講じられていることから、促進法において対応が図られることはなかった。また、合理的配慮が提供されたうえで、労働能力等を適正に評価した結果の異なる取扱いは、差別に当たらないとすることが適当であると考えられている<sup>26)</sup>。

## 3 合理的配慮・過重な負担

募集・採用に当たり、事業主は、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)。採用後において、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「障害者の特性に配慮した必要な措置」、また、採用後については「障害者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。

分科会では、合理的配慮の不提供を差別として禁止すべきであるとの意見が出されたが、差別として規定することと、合理的配慮の提供を義務づけることの効果は同じであると考えられることから、現在の規定になった<sup>27)</sup>。

募集・採用時においては、障害者からの「申出」を契機として事業主に合理的配慮の提供義務が生じると定められている。どのような障害をもつ者が応募してくるかが事前にわからないため、あらゆる障害者を想定して事前準備をすることは困難であることが、申出を必要とする理由として述べられている<sup>28)</sup>。

合理的配慮を講じることにより事業主に「過重な負担」を課す場合には、事業主は提供義務を免れる(36条の2但書・36条の3但書)。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の活用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<sup>29)</sup>。

上述の「障害者雇用促進法の改正の概要」によれば、募集・採用時の配慮には、問題用紙の点訳・音訳、試験などでの拡大読書器の利用、試験の解答時間の延長、解答方法の工夫が含まれる。また、採用後の配慮には、車いす利用者に合わせて机や作業台の高さを調整すること、文字だけでなく口頭での説明を行うこと、口頭だけでなくわかりやすい文書・絵図を用いて説明すること、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、事業主との間で調整する相談員を置くこと、通勤時のラッシュを避けるため勤務時

20) 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、浅倉むつ子「障害者差別禁止立法の課題と展望」労旬1794号(2013年)6頁を参照のこと。

21) 2007年の分科会の意見書では、障害者権利条約27条が、労働・雇用分野における差別禁止と合理的配慮の提供を締約国に求めていることから、障害者雇用促進法制においてどのような措置を講ずるべきかについては、労働政策審議会の場で議論を進めることが適当であるとされている(「今後の障害者雇用施策の充実強化について—障害者の雇用機会の拡大に向けて—(意見書)」(2007年12月19日)9頁)。

22) 研究会報告書6頁以下。

23) 差別禁止事項の例として、募集・採用の機会、賃金その他の労働条件、昇進・配置その他の処遇、教育訓練、雇用の継続・終了(解雇・雇止め等)が示されている(分科会意見書2頁)。

24) 分科会意見書2頁。

25) [http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/shougaisha\\_h25/dl/kaisei02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/shougaisha_h25/dl/kaisei02.pdf)

26) 分科会意見書2頁。

27) 分科会意見書2頁。

28) 2013年3月21日第59回分科会議事録参照。同様の趣旨の発言として、2013年5月28日第183回国会参議院厚生労働委員会議事録9号(小川誠、石橋通宏発言)。

29) 分科会意見書4頁。

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)<sup>30)</sup>。

#### 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<sup>31)</sup>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月を目的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<sup>32)</sup>。

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<sup>33)</sup>。

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<sup>34)</sup>。

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<sup>35)</sup>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では、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抗弁は「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<sup>36)</sup>。

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<sup>37)</sup>。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<sup>38)</sup>。

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(均等則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る。

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公平とはいえないのであって、このような社会的な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、関川芳孝「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＝定藤丈弘編著『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」に起因する社会的な不利益は、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るとするものとして、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—倫理学の目を開け』(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なかで、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なか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ものととして、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<sup>39)</sup>に対応することができない<sup>40)</sup>。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<sup>41)</sup><sup>42)</sup>。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<sup>43)</sup>。

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<sup>44)</sup>。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<sup>45)</sup>。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ならず障害者のみを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<sup>46)</sup>。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<sup>47)</sup>。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<sup>48)</sup>、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委ねられることにな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<sup>49)</sup>。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<sup>50)</sup>。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、これらを欠勤として扱い皆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勤として扱い、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い措置は、労基法等が権利等を保障した趣旨を事実的に失わせるものであり、公序に反し無効であるとした、東期学園事件（最一小判平成15・12・4労判862号14頁）参照）。

42) 性差別において、男女を比較する時の基準が、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」(勤草書房、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労判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労判822号13頁、岡谷鋼機（男女差別）事件・名古屋地判平成16・12・22労判888号28頁、兼松（男女差別）事件・東京高判平成20・1・31労判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<sup>51)</sup>。

## (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<sup>52)</sup>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のと見て取扱うことが望ましいのではないだろうか<sup>54)</sup>。

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と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<sup>56)</sup>。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の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<sup>57)</sup>。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ため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どうかという問題もある<sup>58)</sup>。

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<sup>59)</sup>。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。

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(労働法5条)。

51) 本号の所収代「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語訳し、裁判例を紹介したものと、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 Acts §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る。

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案ごとにされるべきで、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。

## 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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。その目的を達成するためにこれま

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ている。以下では、法改正の経緯および内容を紹介し、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<sup>3)</sup>、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<sup>4)</sup>。

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<sup>5)</sup>。

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といわれる（菅野和夫「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<sup>6)</sup>。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<sup>7)</sup>。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。

## 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<sup>8)</sup>。

厚生労働省作成の「障害者雇用促進法の改正の概要」<sup>9)</sup>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）。

#### (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<sup>10)</sup>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・採用時には「障害者の特性に配慮した必要な措置」、また、雇入れ後については「障害者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、

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）<sup>11)</sup>。

#### (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<sup>12)</sup>。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求めることができ、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

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「障害差別禁止立法の課題と展望」労旬1794号（2013年）6頁参照。

8) 車いすや補助犬等の支障器具等の利用を理由とする不利益取扱い、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](http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/shougaisha_h25/dl/kaisei02.pdf)

10) 障害者からの「申出」を契機とすることについて、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

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」労旬1794号〔2013年〕11頁）。

11) 分科会では、違反した事業主の「企業名の公表」に

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のと考えから、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<sup>13)</sup>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<sup>14)</sup>。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<sup>15)</sup>。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)の規定どりに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、身体障害者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<sup>16)</sup>。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。

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円の報奨金)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<sup>17)</sup>。

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<sup>18)</sup>。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としての障害者については、各手帳の所持者と同一視しうると考える。

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2.0%)、

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

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して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<sup>19)</sup>。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<sup>20)</sup>。

### 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<sup>21)</sup>。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<sup>22)</sup>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（労契法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としても、復職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 労判423号23頁等）や、現実的に配置可能性のある業務の遂行が可能であった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 労判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 労判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分をすべきであるとするもの

（日本ヒューレット・パッカード事件・最判平成24・4・27 労判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（労契法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 労判779号13頁等）<sup>23)</sup>。

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（労契法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上の配慮（育契法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 労判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<sup>24)25)</sup>。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<sup>26)</sup>。

（はせがわ・たまこ）

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 労判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・神戸地判平成

決平成24・4・9 労判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ものとして、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『詳説労働契約法』〔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「障害者雇用促進制度における障害者の範囲の見直し」労旬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）概念は違っても良いはずであるにそうならない」。

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

福島大学准教授

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(債務者)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こと等を内容とする「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和解が平成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的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、相当性も一応認められる。」

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労判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労判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示した点にある。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示する。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内容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判判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るとしたものがあつた〔京都府立聾学校事件・京都地判平成2・7・18判判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、差別ではないと判示した(日本曹達(退職勧奨)事件・東京地判平成18・4・25判判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だ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、「人の現実の差異を捨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ものでない」と解し、「現実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判判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ほ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と考ええる(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判判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という職種であった(4段階の上から2番目。職種が上がるに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種にある者に、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判判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」の解釈にあたっても、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(うつ病リワーク研究会 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なお続いており(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

ルヘルス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られるグループ・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を試みた。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」と食い下がった。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得ないのでは」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を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、教師としてあるべき論や「絶対などということは不可能だ」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お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い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かった。

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、今で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にやってくるゲスト（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、提案内容が思いきっ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、思いきった提案を受け入れられる状況を生み出すためには、それこそ思いきっ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のかたち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。そこでは、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」といった質問が発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考える。

### (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間病休者実態調査結果.  
<http://www.jinji.go.jp/kisyu/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., Baase, 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病気休職者数等の推移 (平成13年度~平成22年度).  
[http://www.mext.go.jp/component/a\\_menu/education/detail/\\_jcsFiles/afidfile/2011/12/22/1314343\\_14.pdf](http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_jcsFiles/afidfile/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一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<sup>1)</sup> 佐渡 充洋<sup>1)</sup> 二宮 朗<sup>1)</sup>  
三浦 有紀<sup>1)</sup> 山本 和広<sup>1)</sup> 新井万佑子<sup>1)</sup>

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める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 |

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ったら、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

### 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」と問うと、「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

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られない状況すらある。

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と考えられる。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)が不十分なまま職場復帰し、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目にする、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」<sup>24)</sup>。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、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<sup>25)</sup>、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<sup>19)</sup>。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<sup>17,18)</sup>。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<sup>17)</sup>。

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・再発を起こしやすい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<sup>2-4,6,7,12,14,23)</sup>。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—

<sup>1)</sup> 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)





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。そこでは、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、いわば通り一遍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<sup>21)</sup>。

## 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、関係者に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ペ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を実践してきている。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<sup>1)</sup>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える。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：限界にっぽん一 出向という名の「追い出し部屋」一。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](http://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<sup>1)</sup>

「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<sup>2)</sup>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))<sup>3)</sup>。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<sup>4)</sup>。

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)に自由に立ち入ることができる。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发点として、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<sup>5)</sup>。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<sup>6)</sup>。

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

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 CONSEIL D'ETAT の議を経てデクレ(décret pris en Conseil d'Etat)、Dはそれを経ない単独デクレ(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. 4623-10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)。

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

Directive)<sup>7)</sup>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<sup>8)</sup>。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<sup>9)</sup>。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<sup>10)</sup>。

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<sup>11)</sup>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に目立った変化はなかったといわれている<sup>12)</sup>。

そこで、2004年7月28日のデクレ<sup>13)</sup>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康診断回数は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<sup>14)</sup>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康診断が、2年ごとに改められた(旧R. 241-49条)。これは、健康診断の中でも特に定期健康診断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<sup>15)</sup>。

さらに、2012年1月30日のデクレ<sup>16)</sup>では、

労働医の負担を軽減するため、各種健康診断の対象者が減らされたり、健康診断が一部簡略化された。たとえば定期健康診断は、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. 4624-16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<sup>17)</sup>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<sup>18)</sup>。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<sup>19)</sup>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くなったことである(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 6), p. 13.

10) *Id.*, p. 17.

11) Décret n° 231-79 du 20 mars 1979.

12) AMAUGER-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、以下の一定の部類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回以上の頻度で健康診断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のできる、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件の定期健康診断を行わなければならないが、実際にはその半分ほどしか実施することができず、結局375,654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ものと思われるが、少なくとも、労働医にとって定期健康診断の負担がいかにか大きなものであるかを伺い知ることのできるだろう。GOSSELIN (H.), *op. cit.* note 5), 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<sup>20)</sup>、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う、極めて高度な役割をも期待されるようになってきている。

#### 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の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<sup>21)</sup>。この法律に基づくデクレ<sup>22)</sup>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<sup>23)</sup>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<sup>24)</sup>。

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<sup>25)</sup>。

#### 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が大量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)<sup>26)</sup>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<sup>27)</sup>。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

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.

20) 医師倫理法典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.

ため、大臣指令 (instruction ministérielle) により、軍事工場に勤務する医師に、定期的な作業場の巡視をおこなうことが命じられている<sup>28)</sup>。

以上の史実から、労働者の健康を管理しようとする考え方は、第一次世界大戦がきっかけとなって飛躍的に発達したと指摘することができる。ただ、当時の工場医 (médecin d'usine)<sup>29)</sup> は、使用者の指揮命令に従って職務を遂行するのみで、職務遂行における独立性・中立性の保障された存在ではなかった<sup>30)</sup>。

### 3. 労働医学の誕生

第1次世界大戦が終結し、1920年代に入った時点では、工場医はそこまで普及していなかった。しかし、前述のとおり労働者の健康を管理しようとする考え方が少しずつ普及し始めたこともあり、フランスにおいても「労働医学」という学問分野が芽生え始めた。1920年に、リユー大学医学部 (la faculté de médecine de Lille) で「社会医学 (médecine sociale)」の講座が初めて開かれた。また、1908年に設立された産業衛生労働医学研究所「L'Institut d'hygiène industrielle et médecine du travail (IHI)」が1921年にパリ大学医学部 (la faculté de médecine de Paris) と合併するなどして、労働医学教育もおこなわれはじめた<sup>31)</sup>。

そして、国の政策や国際的な潮流も労働医学の普及を後押しした。フランスでは、前述のとおり1898年に労災補償制度が誕生していたが、その労災補償の対象となる職業病の範囲を拡張すべく、労働大臣は1927年2月19日のデクレにより、補償の対象とはなっていな

い職業病のリストを作成し、その発生頻度の調査に乗り出した。しかしその過程において、一般の医師に過ぎない工場医では、労働者がそれらの職業病に罹患しているか否かを的確に診断できないことが問題となった。そのため、工場医の専門性をいかに高めるかが課題として強く意識されるようになった。一方、国際レベルでは1906年に職業病研究のための国際委員会が設立されていたが、その第4回大会が1929年4月3日からフランスのリオン (Lyon) で開催された。この会議では、労働医学教育の促進、職業病の定義などが議題とされていた<sup>32)</sup>。これらの影響もあり、フランスにおいても労働医学に関する教育機関が少しずつ増えていった。1930年には、リオン大学医学部に労働医学に関する教育研究機関が、また1934年には、リユーに法医学および社会医学に関する教育研究機関が設立された<sup>33)</sup>。

このようにして設立されていった労働医学の教育研究機関では、実践的教育が優先的に行われた。たとえば、前述のリオンの機関では、職業病に罹患した労働者の診察や工場の視察がプログラムに含まれていた。また、これらの機関では、衛生学、産業毒物学 (toxicologie industrielle)、労働生理学 (physiologie du travail)、法医学等、企業内で必要とされる様々な医学の教育も併せて行われた。このような研究教育体制が確立したことにより、フランスにおける労働医学が確立されたと言われている<sup>34)</sup>。そして、労働医の資格を持つ医師も本格的に誕生した。たとえばIHIは、1936年から1939年の間に、92名に労働医資格を与えている<sup>35) 36)</sup>。

以上のように、フランスにおいても1930年

代には労働医学が確立し、労働医学に関する教育研究機関も増加しつつあった。しかし、当時においてもなお、実際の企業内の医療環境は十分なものとは言えず、たとえば医療施設を備えている企業でも、その大部分が看護師を配置するだけであつたり、週に1、2時間医師がカウンセリングに訪れるだけの状態であつた<sup>37)</sup>。また、労働災害が減少すると企業が納める労災補償の保険料が減額されるといった事情もあり、多くの医師は、企業から固定額の報酬を受け、労働災害が減少するとその報酬が増額されるといった形態の契約を結んでいた。結果として医師は、労働災害が起きた場合に現場で治療をしたり、現に疾患を有する労働者のカウンセリングを行うことを主な業務とするにとどまっていた。採用時健診は多くの企業で行われていたものの、その内容は簡素で、また職業病の調査や定期健診はほとんど行われていない状況であつた<sup>38)</sup>。

### 4. 労働医制度の成立

#### (1) 1940年6月9日勅告

第2次世界大戦に突入した1930年代末期には、軍需工場を中心に週60時間に及ぶような長時間労働が横行していた。また労働環境も悪化したことにより、労働者の傷病が激増するという事態が生じた。そこで、工場内における医療スタッフを配置することが重要な政

策課題として浮上し<sup>40)</sup>、政府も工場内の医療機関の整備に本格的に乗り出すこととなった。1940年6月9日の勅告 (recommandation) では、以下のような基準で、工場内に医療機関を設置することが促された<sup>41)</sup>。500人を超えた労働者が就労する事業場では、事業場ごとに医療機関を設置することとされた。また、50人以上500人以下の事業場では、企業内医療機関あるいは地域別ないし職業別の共同医療機関を設置することとされた。そして、そこに勤務する工場医は、労働医学を修得した者あるいはそれに類似する者とされ、ある特定の職業リスクにさらされている労働者の定期健診及び、高齢者、精神薄弱者や妊婦など、特定のケアを必要とするような健康状態にある者の健康管理をおこなうものとされた。また、おもに緊急の場合には労働者の治療をすることや、結核など伝染性の疾患を発見すること及び労働能力に応じて適正に配置することを目的とした採用時健診<sup>42)</sup>も実施するものとされた。

この勅告によって設置された工場医は、健診以外の予防医学的な任務を担うことも期待された。たとえば、労働災害の統計作成およびその(技術的、生理学的あるいは心理学的な)原因の調査、また労働者の安全衛生教育などもその任務とされた。授乳室の設置、慰労休暇の創設、食堂の整備、運動施設の整備など、労働者の健康を保つための職場づくり

36) もっとも、労働医学の定義はまだ定まっていなかったようである。IHIによると、労働医学とは「職業病の臨床研究および治療」と定義されていた一方で、ベルギー東部の都市リエージュで1930年6月に初めてフランス語で開催された労働医学に関する会議の中では、労働医学とは、より広く「医学、衛生学、生理学、精神工学の結合体」と捉えられていた。*Id.*, p. 33.

37) *Id.*, p. 39.

38) *Ibid.*

39) なお、この時期には、工場医の職務遂行における独立性・中立性を高めようとする議論もなされた。ある論者は、スイスの制度を参考に、工場医の中立性を高めるため報酬を国が支給するという方法を提案した。しかし、国家財政をひっ迫させてしまうおそれがあること、また工場医が公務員化して無料で医療を提供することを危惧したフランス医師組合連合の反対をうけたこともあり、あまり議論は本格化しなかった。*Ibid.*

40) *Id.*, p. 41.

41) この勅告では、労働安全衛生委員会 (comité d'hygiène du travail et de sécurité) の設置なども提唱されている。

42) 当時の工場医のためのマニュアルには、「採用時の健診は、とりわけ結核などの伝染病を予防する以外には、求職者を排除するためのものであってはならない。採用の際の健診は、事業所長が労働者の労働能力を判断し、いかなる職務が医学的に適切かを知るためのものである」とされていることが注目される。GOSSELIN (H.), *op. cit.*, note 5), p. 7.

28) *Ibid.*

29) 工場に勤務し、労働者の健康診断を実施したり診療を行う医師のことであるが、法律上の用語ではなく、厳密な定義が与えられているわけではない。

30) BUZZI (S.), DEVINCK (J.-C.) et ROSENAL (P.-A.), *op. cit.* note 22), p. 23.

31) *Id.*, p. 30.

32) *Id.*, p. 31.

33) *Id.*, p. 33.

34) *Ibid.*

35) *Id.*, p. 34.

の指導も認められた。事業所長の許可があれば、職場を巡視することもできた<sup>43)</sup>。おなじく当該勧告によって創設された労働安全衛生委員会への出席なども、工場医の任務とされた<sup>44)</sup>。

以上のような形で医療機関の整備が促されたが、当時は厳格な意味での設置義務があるものではなく、設置をしなくても特に制裁のない勧告に過ぎないものであった。しかし、はじめて政府によって労働医（法令上、当時はまだ労働医という名称は用いられていないが）の職務が示された点で、その後現在まで続く労働医制度の礎を築いた勧告として、重要な意義を有するものである。

### (2) ヴィシー政権下での労働医療制度改革

第2次大戦下の1940年6月22日に誕生したヴィシー政権は、フランスにおける労働医療体制の発展に大きく貢献した。ヴィシー政権の労働副大臣であったルネ・ブラン（René Belin）は、前述の1940年勧告の影響のもと、1941年10月31日法により、各地に労働監督医師を配置する労働医療監督体制（l'inspection médicale du travail）を創設した。また、労働医学を確立し、労働監督医師の職務に関する一般規則を作成することを任務とする「労働医学に関する常任委員会（Comité permanent de la médecine du travail）」も設置した<sup>45)</sup>。

そしてルネ・ブランは、労働医の選任義務化にも着手した。前述の1940年勧告では、医療機関の設置は努力義務にとどまっていたため、戦時下で栄養不足の状態のまま過酷な労働を強いられている労働者の状況に大きな変化をもたらすことはできなかった。そこで彼

は、1942年7月28日法<sup>46)</sup>により、50人以上の労働者を有する事業所について、医療機関の設置を義務付けることとした。そして、当該医療機関に勤務する医師として、はじめて「労働医（médecin du travail）」という言葉が明文規定により登場した<sup>47)</sup>。

### (3) フランスの解放と1946年法

パリがナチス・ドイツの支配から解放され、ヴィシー政府から臨時政府に移行したのちも、ヴィシー政府のおこなった労働医療制度改革の方向性は承継された。そしてこの時期には、特に労働医の法的地位およびその職務内容につき、議論が交わされた。

法的地位について、労働医は公衆衛生学的・社会医学的観点から職務を遂行する者であることから、公衆衛生を担う省庁の公務員とすべきとの議論が生じた<sup>48)</sup>。職務内容については、労働医との職務の競合を恐れていた医師組合連合の意見を汲みとり、労働医は原則として治療行為はおこなわない、予防医学に専念する医師とすべきとの議論もあった。また、健康診断については、労働医の負担が大きいわりにあまり効果のない定期健診を労働医の職務に含めるべきではないとの主張もなされた。しかし一方では、第一次世界大戦時から存在していた出産奨励主義者の主張にならい、労働力不足を解消するためには女性の健康を維持し出産を奨励する必要がある、そのために労働医が健康診断を実施することは重要であるとの主張もなされた<sup>49)</sup>。

これら議論を背景として、労働医療機関の組織に関する1946年10月11日法<sup>50)</sup>およびこの法律の適用に関する1946年11月26日のデクレ<sup>51)</sup>が制定された。この立法により、従業

員規模にかかわらず医療機関を設置することが義務付けられ、労働医制度が一般化することとなった<sup>52)</sup>。また、労働医の資格がなければ、労働医として活動することはできないことも明記された。労働医を公務員とする案は財政上の理由から見送られたものの、労働医の労使からの中立性が重視され、使用者等が労働医を選任あるいは解任する際には、企業委員会等の同意が必要とされた。

1946年の立法では、労働医の職務についても具体的に規定された。従来の工場医は、基本的には一般の医師と同様の医療サービスを提供し、副次的に予防医学的活動をしていたにすぎなかった<sup>53)</sup>。そこで1946年法では、労働医の職務は、もっぱら予防医学的観点から労働衛生条件等を監視することにより、労働者の労働に基づくあらゆる健康悪化を回避することにあるとされた<sup>54)</sup>。このような職務目的のもと、具体的には、労働衛生環境について使用者に助言をすることや、職業病があることを認識した際には公表することなどが職務として定められた。また、使用者が新たな生産技術を導入する際には労働医の意見を聞くことなども規定された。

このように労働医は、予防医学の観点から、労働環境全体を監視することをその中心的な職務としている。しかし、人的資源を有効に活用するためには、個々の労働者の身体的特性を把握するための採用時健診および定期健診は重要であるとの観点も加味された。そこで、労働医は予防医学に専念するもの、これまでと同様、各種健康診断も実施することとされた。各種健康診断として1946年11月26日のデクレでは、採用時健診、年に1回以上の定期健診、復職時健診、補足的健診、また

特定の危険業務に従事する労働者あるいは妊婦など特別の保護を必要とする者に対する医療監督が規定された。これにより労働医は、衛生政策の一環として労働者の健康悪化を一般的に予防することを主たる任務とするともに、労働者の職務適格性を判定する機能をも併せ持つ機関として制度化されることとなったのである<sup>55)</sup>。なお、従来どおり、労働災害等、緊急の場合には治療行為をおこなうことができることとされた。

### 5. 労働医に与えられた法制度的位置付け

ここまで検討したフランス労働医の形成過程をふまえ、ここから垣間見えるフランス労働医の法制度的位置付けを明らかにする。

労働医は、その成立当初より、高い専門性が求められていた。前述のとおりフランスでは、第1次世界大戦以降、軍需産業の増大による大規模工場化および植民地諸国からの移民労働者の増加等をうけて、労働災害の増加や工場内の衛生環境の悪化などが問題となっていた。そこで政府は、労災補償の対象となる職業病の範囲を拡大するため、1927年2月19日のデクレにより、補償の対象となっていない職業病のリストを作成し、その発生頻度の調査に乗り出した。しかしその過程において、一般の医師に過ぎない工場医では、労働者がそれらの職業病に罹患しているか否かを的確に診断できないことが問題となり、労働医学の知識をそなえた医師をいかに育成していくかが課題として浮かび上がった。また、1929年4月にはフランスのリヨンで労働医育成を目的とした国際会議が開催されたこともあり、フランスでは早い段階から労働医学の専門的教育をおこなう機関が創設されていっ

43) BUZZI (S.), DEVINCK (J.-C.) et ROSENAL (P.-A.), *op. cit.* note 22), pp. 42-43.

44) GOSSELIN (H.), *op. cit.* note 5), p. 7.

45) BUZZI (S.), DEVINCK (J.-C.) et ROSENAL (P.-A.), *op. cit.* note 22), pp. 48-50.

46) Loi n° 625 du 28 juillet 1942, *J. O. loi et décret*, 29 juillet 1942.

47) もっとも、1920年頃から、工場医を指す言葉として、労働医という言葉自体は使用されていた。GOSSELIN (H.), *op. cit.* note 5), p. 7.

48) BUZZI (S.), DEVINCK (J.-C.) et ROSENAL (P.-A.), *op. cit.* note 22), p. 57.

49) *Id.*, p. 58.

50) Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946, *J. O. loi et décret*, 12 octobre 1946, p. 8638.

51) Décret n° 46-2729 du 26 novembre 1946.

52) 労働医が勤務すべき時間が1月当たり150時間を超えた場合には、専任の労働医が勤務する単一労働保健機関を設置しなければならないとされた。労働医が勤務すべき時間は、商業および公共部門等の場合は、労働者20人ごとに1月当たり1時間、工業部門では労働者15人ごとに1月当たり1時間、アレテにより定められた特別な健診が必要な労働の場合には、労働者10人ごとに1月当たり1時間として計算された。そして、この基準以下の企業は、単一機関を設置するか、共同機関に加入することとされた。

53) *J. O. Rapport* (par M. Segelle), Assemblée consultative provisoire, N° 616, 1946, p. 467.

54) 1946年法1条。

55) GOSSELIN (H.), *op. cit.* note 5), p. 7.

た。その結果、労働医はその当初から高い専門性を持つこととなったのである。

また、フランス労働医は、当初から職務遂行における独立性・中立性が強く保障されていた。1946年に労働医制度を一般化する際には、労働医は公衆衛生の観点から職務を遂行する者であるので、国の衛生政策の一端を担う公務員とすべきとの議論もなされていたほどである。結局この案は財政上の理由等から実現しなかったが、その代わり、労働医の選任と解任には企業委員会等の同意が必要とされることとなった。また、当初は命令にとどまるものではあったが、労働医の職務遂行の妥当性を労働監督官が監視する制度もつくられた。

以上のように、労働医は1946年の成立当初から、労働医学の専門的知識の裏付けのもと、労使から一定程度独立した立場で、労働者の健康管理をおこなったり企業内の労働環境を監視する役割を担っていた。また、国の公衆衛生政策の一端を担い、労働安全衛生に関する各種調査をおこなう役割をも期待されていた。これは換言すれば、専門的、中立的な立場で労働環境を監視したり各種調査をおこなう、公的な第三者機関とも言うべき位置づけを与えられていたといえる。労働安全衛生に関し、医学的立場から使用者に助言をおこなうといった程度の役割にはとどまらないのである。労働医にこのような位置づけが与えられていたことで、労働医に対する強い制度的信頼が生まれ、その後、さまざまな局面において、強力な権限が与えられていたものと考えられる。

#### IV まとめと日本法への示唆

##### 1. フランス労働医に対する「信頼」の起源

現在フランスでは、就労形態、就労環境の変化およびそれに伴う新たな傷病の増加など

を背景として、企業内健康管理体制の改革が進められている。労働保健機関の学際化など、改革の内容は多岐にわたるが、その中で、労働医は労働保健機関のマネジメントに関わることができるようになるなど、労働医の権限はますます拡大される傾向にある。これをうけて本稿では、なぜフランスでは企業内健康管理体制が常に労働医を中心として組み立てられているのかという疑問を出発点に、歴史的観点から労働医の法制度的位置付けを明らかにすることを試みた。検討の結果、労働医はその成立当初から、労働医学の専門性及び職務遂行における独立性・中立性が強く保障された、労使から独立した第三者機関的な役割をもつものとして創設されたことを明らかにした。そのうえで、そのことが労働医に対する強い制度的信頼を生み、その後、さまざまな局面において、労働医に強力な権限が与えられていったと結論付けた。

##### 2. わが国の産業医制度の位置づけ<sup>56)</sup>

一方、わが国では、産業医にフランスにおける労働医ほどの権限は与えられていない。基本的には、労働者の健康管理について使用者に助言をする機関にすぎない。そのことは、産業医の歴史の変遷をみれば、より一層鮮明に見えてくる。

わが国の産業医は、戦前の工場法の時代とその起源をみることができる。軍需産業の増大などを背景として、悪化した安全衛生環境を改善し労働者を保護する政策が求められていた。そこで、1938年の法改正により、常時500人以上の職工を使用する工場では「工場医」を選任することが義務付けられた<sup>57)</sup>。工場医の職務は「工場及其ノ付属建築物ニ於ケル衛生ニ関スル事項」とされていたほか、工場主の義務の履行者として労働者の健康診断を実施したり工場を巡視することなどが規定されていた。しかし、具体的な規定はほとん

どない状況であった。

戦後になり、労働基準法および関係法規が整備されたが、旧労働安全衛生規則11条により「医師である衛生管理者」制度が創設され、常時50人以上の労働者を使用する場合には、医師である衛生管理者を選任することとなった。医師である衛生管理者の職務は、工場医の時代よりは詳細に規定された。しかし、基本的には使用者がおこなうべき衛生管理業務を補助的に遂行するのみであり、それ以上の権限はなかった。また、健康診断以外は医師でない衛生管理者と職務内容は同じであり、それぞれの職務につき医学的な知見をも加味して遂行する独自性がある点以外に、医師である衛生管理者がおこなうべき独自の職務が規定上は存在しないような状況であった。

その後、1972年に労働安全衛生法が制定された際に、医師である衛生管理者は「産業医」に名称変更された。そして、医師である衛生管理者の時代とは異なり、産業医独自の職務内容も明記された。しかし、立法時の衆議院社会労働委員会では、政府の担当者が「『産業医』につきましては、いままで医師である衛生管理者という制度をこういう表現に変えたわけでございますが、従来の医師である衛生管理者と内容は同じでございます」と述べている<sup>58)</sup>。このことから、政府としては、名称を変えたことで制度を抜本的に変更する意図は無かったことが伺える。立法時には産業医の職務遂行における独立性・中立性を高めようと、選任は衛生委員会等でおこなうべきとの議論もあったが、使用者の助言・補助機関に過ぎないのでその必要はないとされていることから<sup>59)</sup>、そのことを伺い知ることができる。

このような形成経緯から分るとおり、わが国の産業医は、そもそも使用者の助言・補助機関以上の役割を与えられた存在ではない。また実際の制度上も、基本的には使用者に対して助言・指導すること以上の権限を持

っているわけではない。たしかに、1996年の労働安全衛生法改正により、勧告権が法律上の制度になったことから、表面的には産業医の権限が強化されているようにも見える。しかし、勧告権とは言っても、使用者はその勧告を尊重する義務があるのみであり、とりわけ強制力があるものではない。

このように、わが国の産業医はその制定経緯あるいは制度設計から見て使用者の助言・補助機関以上の役割を与えられておらず、その帰結として、産業医全体の専門性を高めようとする議論や職務遂行における独立性・中立性を担保しようとする議論があまり活発化しないまま、現在に至っている。

##### 3. むすびにかえて

現在わが国でも、フランスと同様、国際化、IT化等を原因とする労働密度の過密化等を背景として、労働者が抱える健康問題はますます多様化、複雑化している。そのため、労働者の健康管理体制のより一層の充実、企業が生産性を維持するためにも、またCSR的な観点からも、重要な課題となりつつある。このような状況のもと、産業医は、企業が健康管理体制をより一層充実していくうえで、重要な役割を果たし得るプレイヤーのひとりであることは疑いがない。未だ使用者の助言・補助機関にとどまるわが国の産業医に、今後どのような法的・社会的位置付けを与えていくべきかは、不断に検討していかなければならない重要な課題といえよう。

56) わが国の産業医制度の問題点については、拙稿「私傷病労働者の就労可能性判断と医師の関与」季労233号57頁（2011年）のIIを参照。

57) 工場法13条および昭和13年4月16日改正後の工場危害予防及衛生規則34条の3による。

58) 昭和47年5月25日の衆議院社会労働委員会における北川俊夫政府委員の発言。

59) 昭和47年4月12日の衆議院社会労働委員会における渡邊健二政府委員の発言。

