

「3次予防」と親和的と解される。合理的配慮を行わないことは差別に該当するため、使用者は ADA における義務としてこれらの3次予防的な措置を行うことが求められる。ただし、使用者が一方的にこれらの配慮を行い、結果として障害者が不利益な取扱いを受ける場合（例えば、配置転換によって下位の格付けになる場合や、労働時間の短縮により賃金が減額される場合）には、障害を理由とする差別的取扱いに該当する恐れもあるため、合理的配慮を提供する際には、使用者と労働者が十分に話し合うことが重要となる。

なお、障害をもつとみなされた人（ADA3条(1)(C)）に対しても、使用者は合理的配慮を提供する義務を負うかどうかについて問題となっていたが、この点について ADA 改正法は、そのような人に対しては合理的配慮を提供する義務を負わないことを明らかにした（ADA501条(h)）。同改正を受けて改定された ADA 施行規則 § 1630.9(e)においても、「適用対象事業体は、『現実の障害』をもつ人と、『障害の記録』をもつ人であって、適格性を有する人に対して、過度の負担にならない限りにおいて、合理的配慮を提供する義務を負うが、障害をもつと『みなされた』人に対しては、合理的配慮を提供する義務を負わない。」と定められている。

ADA では、従業員及び応募者の身体的又は精神的機能障害に関する情報の取扱いについて、厳格な規定を置いている。以下では、EEOC の採用前調査ガイドライン及び採用後調査ガイドラインに基づいて、ADA の下で、どのような障害に関連する調査が許されているのか、あるいは許されていないのか、

収集された情報をどのように取扱うことが使用者に義務づけられているのかについて検討する。

1.6 メンタルヘルス情報の取扱いに関する法規制 - ADA における障害関連調査と医学的検査の取扱い

歴史的に、採用プロセスにおいて、使用者は、応募者の身体的及び（又は）精神的状態についての情報を応募者に求め、その者の職務遂行上の能力が評価されることなく障害をもつ応募者が選考から漏れることがしばしばみられてきた。そこで、連邦議会は ADA を制定するに当たり、障害に関連する調査や医学的検査に対し、特別の規定を置くこととした。しかし、ADA のこれらの規定は労働者の権利を守ることにあるだけでなく、使用者の権利も同時に守ることを意図して作られている。すなわち、採用時の調査を制限することによって、自身の能力のみによって評価されるという従業員及び応募者の権利を守るとともに、職務の本質的機能を当該労働者が十分に遂行できるかどうかを使用者が確実に知る権利を保障している。このように双方の権利を保障するため、

ADA102条(d)は、障害に関連する調査（disability-related inquiry）及び医学的検査（medical examination）調査及び検査に対し、「3段階」、すなわち、①採用前（pre-offer）、②採用後（post-offer）、③雇用期間中（during employment）に分けて規制している。

①採用前診断

採用前において、使用者は、応募者に対

し、医学的検査を行ったり障害についての調査をすること（障害をもつかどうか又は障害の程度や種類について質問すること）が禁止されている。これらの調査又は検査を行った場合、障害を理由とする差別となる。ただし、職務遂行に関連する応募者の能力に関する調査を行うことは許される（ADA102条(d)(2)）。

職務遂行能力に関連する調査とは、一定の重さの物を持ち上げる能力があるか、梯子を上ることができるかといった身体的な職務要件に関する質問、学歴・職歴・免許等の医学的要素をもたない能力に関する質問、実際に職務をさせてみることなどが含まれる。

②採用後、配置前診断

採用決定後、就労前の期間においては、
①障害の有無にかかわらず採用されるすべての応募者が同じ検査を受け、かつ、②応募者の健康状態や病歴に関して得られる情報が、個別の書式で個別の医療ファイルに収集・保管され、秘密の医療記録として扱われる場合に限り、使用者は応募者に医学的検査を義務づけ、又はそのような医学的検査の結果を採用提示の条件にすることができる（ADA102条(d)(3)）。この段階における調査は、採用前のように職務に関連するものである必要はない。使用者がこの調査や検査の後に当該応募者の採用を取り消した場合には、取消しが調査又は検査の結果に基づいて行われたかどうかを細かく調べることになる。もしも、調査又は検査が障害者を排除するものであった場合には、使用者は、当該取消の理由が職務に関連し業務上の必要性に合致するものであること

を証明しなければならなくなる。

③雇用期間中診断

就労開始後の雇用期間中においては、職務に関連し業務上の必要性に合致したものであると証明できる場合に限り、使用者は従業員に対し、障害に関連する質問や医学的検査を実施することができる（ADA102条(d)(4)）。その際得られた情報については、第2段階と同様の形で扱われなければならない。

「障害に関連する調査」とは、障害に関する情報を引き出す可能性のある質問を意味する。

【障害に関連する調査に該当する質問の例】

- ・ 労働者に対し、障害をもつか（かつて有していたか）どうか、どのようにして障害を負ったのか、障害の性質や程度を問うこと。
- ・ 障害に関する医療情報を提出するよう労働者に求めること。
- ・ 労働者の障害について、当該労働者の同僚、家族、医師、その他の者に問うこと。
- ・ 労働者の遺伝子情報について尋ねること。
- ・ 労災補償を受けたことがあるかどうか問うこと。
- ・ 何らかの処方薬を現在服用しているかどうか（過去に服用していたかどうか）を問うこと、及び、そのような服薬をしているか監視すること。

【使用者が自由に労働者に問うことができる質問の例】

- ・ 「元気ですか」などの一般的な問いかけをすること、疲れて見える労働者に対し「大丈夫ですか」と問うこと、鼻をすすったり咳をしている労働者に対し「風邪ですか」又は「アレルギーですか」と問うこと、近親者の死や離婚等を経験した労働者に対して「大丈夫か」と問うこと。
- ・ 障害に結びつかない機能障害（骨折等）について問うこと。
- ・ 飲酒しているかどうか問うこと。
- ・ 現在、違法な薬物使用をしているかどうか問うこと。
- ・ 妊娠している労働者に対して、具合はどうか、又は、いつ出産するのかを問うこと。

「医学的検査」とは、個人の身体的又は精神的機能障害や健康状態についての情報を求める手続き及び検査を意味する。

【当該手続きや検査が ADA の定める「医学的検査」に該当するかの判断要素】

以下の要素を総合的に考慮して判断される。

- ・ 検査がヘルスケアの専門家によって実施されるかどうか。
- ・ 検査がヘルスケアの専門家によって解釈されるかどうか。
- ・ 検査が機能障害や身体的又は精神的な健康状態を明らかにするために作成されたかどうか。
- ・ 体内に器具を挿入させるような検査かどうか。

- ・ 検査が労働者のパフォーマンスを測るものかどうか。
- ・ 検査が通常の医療現場で用いられているものかどうか。
- ・ 医療器具を用いるかどうか。

【医学的検査に該当する例】

- ・ 視力検査。
- ・ アルコールを検出するための血液・尿・呼気検査
- ・ 病気や遺伝情報を明らかにするための血液・尿・唾液・毛髪検査
- ・ 血圧検査及びコレステロール検査
- ・ 神経の状態を測る検査
- ・ 筋肉の強さや機能を測るための運動能力検査
- ・ 肺活量検査
- ・ 精神的不調や精神的機能障害を確認するために作成された心理テスト
- ・ MRI 等

【医学的検査に該当しない例】

- ・ 現在の違法な薬物使用を明らかにするための検査
- ・ 実際の職務能力を測るための身体的な敏捷さの検査
- ・ 実際の職務遂行の能力を測るための読解力や認識力の能力検査
- ・ 正直さ、好み、癖などの個性を測るための心理テスト
- ・ うそ発見器による検査 等

ADA は、障害者に対する偏見や差別を防ぐことを目的として、障害に関連する調査・検査を厳格に規制している。確かに、応募者又は従業員の能力を、障害を考慮に

入れずに、中立的に判断するという点では、これらの規制は重要といえる。しかし、雇用期間中の従業員に対して障害に関連する調査・検査が禁止されていることは、メンタルヘルス対策としての2次予防の点からは大きな問題といえる。

1.7 法政策の背景

法政策の背景については、1.1.1 参照。

1.8 確認できる効果

ADA の制定前後における障害者の就業率の推移については、様々な調査がなされているが、いずれの調査によっても ADA の制定によって障害者の就業率が悪化した、又は変化なしとの結果がみられている⁴¹。Cornell 大学が行った、1980 年から 2008 年までの障害をもたない人と障害をもつ人の就業率の推移に関する調査によっても、障害者の就業率が 1990 年の ADA 制定以降低下していることが明らかとなっている⁴²。この調査では、就業年齢（21 歳から 64 歳）にある者に対し、「健康問題や障害により、働くことができないか？あるいは、労働時間や業種の面で一定の制約を受けるか？」という問いにより、障害者か、障害者ではないかを振り分け、それぞれの就業率を調査したものである。1980 年に 24.2%（73.9%）であった障害者の就業率は、1990 年に 28.4%（78.4%）まで上昇したが、その後、1995 年 24.6%（79.6%）、2000 年 24.1%（81.7%）、2005 年 18.6%（79.5%）、2008 年 17.7%（79.7%）と低下している（カッコ内は、障害のない者の就業率）。障害がない者の就業率には大きな変化がないなかで、障害者の就業率だけが、ADA 制定後低

下していることがみてとれる。

上記の調査内容は、身体障害者、知的障害者及び精神障害者を含むものであるため、精神障害者に関して特徴的な結果が生じているかどうかについては、来年度以降の検討対象とする⁴³。

1.9 関連判例

ADA に関連する裁判例については、本文中に挙げた。2008 年 ADA 改正以降の裁判例については、来年度以降の研究対象とする。

¹ Pub. L. 93-112, 87 Stat. 394.

² リハビリテーション法の下における差別禁止規定の導入の背景や内容の変遷については、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（一）」北学研究 39 巻 2 号（2003 年）185 頁以下、リチャード・K・スコッチ（竹前栄治監訳）『アメリカ初の障害者差別禁止法はこうして生まれた』（2000 年、明石書店）66 頁以下に詳しい。また、アメリカにおける障害者施策の歴史的背景・経緯については、障害者職業総合センター編『資料シリーズ No.58 欧米の障害者雇用法制及び施策の現状』（2011 年）113 頁以下〔長谷川珠子執筆部分〕参照。

³ 障害者施策に関して、独立した立場から総合的な評価及び提言を行うために 1978 年に設立された機関（<http://www.ncd.gov/>）。

⁴ National Council on the Handicapped, *Toward Independence: An Assessment of Federal Laws and Programs Affecting Persons with Disabilities with Legislative Recommendations*, Feb. 1986.

⁵ National Council on the Handicapped, *On the Threshold of Independence*, Jan. 1988.

⁶ Pub.L. 101-336, 104 Stat. 327.

⁷ 1918 年の「スミスシアーズ法」

（Seare-Smith Veterans' Rehabilitation Act）。

⁸ Jonathan R. Mook ed., *Americans with*

Disabilities Act: Employee Right & Employer Obligations 1.31 (2002), citing Scotch, *From Good Will to Civil Rights: Transforming Federal Disability Policy 2* (Temple Univ. Press 1984).

⁹ S. Rep. No. 116, 101st Cong., 1st Sess. at 6 (1989) (Senate Committee on Labor and Human Resources).

¹⁰ Pub. L. 110-223, 122 Stat. 881.

¹¹ Chai R. Feldblum, *Definition of Disability Under Federal Antidiscrimination Law: What Happened? Why? And What Can We Do About It?*, 21-1 Berkley. J. Emp. & Lab. L. 91, 160 (2000).

¹² Pub. L. 110-325, 122 Stat. 3553.

¹³ ADA 改正法は、2008年9月25日に、当時の George W. Bush 大統領により署名され、2009年1月1日より施行されている。

¹⁴ ADA 改正法の内容は、1990年 ADA に組み込まれている。

¹⁵ EEOC については、次節で説明する。

¹⁶ 29 C.F.R. Part 1630 Regulations to Implement the Equal Employment Provisions of the Americans with Disabilities Act (2011) (hereinafter cited as 29 C.F.R. § 1630).

¹⁷ 各種のガイドラインについては、以下の HP 参照

(http://www.eeoc.gov/laws/types/disability_guidance.cfm)。

¹⁸ 障害の定義を狭く解釈する 1999年の連邦最高裁判所の判決を受けて、EEOC は、1999年12月に Instructions for Field Offices Analyzing ADA Charges After Supreme Court Decisions Addressing "Disability" and "Qualified"を作成したが、2008年の ADA 改正を受けて、これを廃止している。

¹⁹ ODEP(<http://www.dol.gov/odep/>).

²⁰ EEOC(<http://www.eeoc.gov/>).

²¹ ADA 施行日 (1992年7月)以降の2年間は、従業員数25人以上の規模の使用者が対象とされていた。

²² 中窪裕也『アメリカ労働法 [第2版]』(弘文堂、2010年)196頁。

²³ 534 U.S. 184 (2002).

²⁴ この6か月の存続期間は、あくまで「み

なされた障害」を認定する場合に問題となるものであって、通常の「障害」の成立要件ではない。

²⁵ ADA 改正法2条(a)において、障害の定義が連邦最高裁判所により誤って解釈されていること、その影響により下級審裁判所においても誤った判断がなされていること等の「事実認定」をしたうえで、同条(b)において、連邦最高裁判所が用いた理論構成や解釈を拒否し、「差別をなくすための明確かつ包括的な国家的命令を設けること」及び「差別に対処するための明確かつ一貫性のある施行可能な基準を設けること」という ADA の目的を実現するために、ADA 改正法を制定することが明記されている。

²⁶ 軽減措置として挙げられているものは、(i)薬剤、医療用品、機器又は器具、弱視用機器 (通常の眼鏡やコンタクトレンズは含まない)、義手・義足、補助具を含む補装具、補聴器等の聴覚補助具、移動補助具等、(ii)支援技術の資料、(iii)合理的配慮、補助手段又はサービス等である。

²⁷ *Albertson's Inc. v. Kirkingbrug*, 527 U.S. 555 (1999).

²⁸ 当該職務が本質的かそうでないかの判断は、個々の事案ごとに判断されなければならないが、当該職務を取り除くと、その雇用上の地位の性質を変えてしまうような場合には、本質的なものであると判断されることになる (*Davidson v. America Online, Inc.*, 337 F.3d (10th Cir. 2003))。

²⁹ ただし、違法な薬物使用による精神的な機能障害は、ADA における障害から除外される。

³⁰ 働くことは、主要な生活活動の一つではあるが、働くことができる場合でも、精神的機能障害により他の生活活動に相当程度の制限が生じている場合には、障害を構成しうる。

³¹ ただし、ADA の文言上は、機能障害の存続期間又は存続予想期間についての定めはおかれていない。

³² 精神障害ガイドライン参照。

³³ 詳しくは、障害者職業総合センター・前掲注2、120頁参照。

³⁴ ADA 解釈ガイダンス § 1630.15(b)(c)。

³⁵ *US Airways, Inc. v. Barnett*, 122 S. Ct.

1516 (2002).

³⁶ 以下、精神障害ガイドライン参照。

³⁷ 精神障害ガイドライン参照。

³⁸ 以下の記述では、「使用者に対し過度の負担を課さない限り」との留保は付さないが、上述したように、合理的配慮を提供する義務が生じるのは、当該合理的配慮を提供することが使用者にとって過度の負担とならない場合に限られる。

³⁹ ジョブコーチの提供に限らず、各種の合理的配慮を使用者が実施する際に、どのような支援制度が設けられているかについては、ストレスマネジメントの具体的な方策との関連で重要と思われるため、来年度以降の研究対象とする。

⁴⁰ ただし、精神障害者は、身体障害者と異なり、自らに障害があることの認識がない場合や、合理的配慮の必要性やどのような合理的配慮が必要かを使用者に適切に伝えることが困難である場合が少なくない。そのため裁判例の中には、使用者が、当該従業員に精神的障害があると認識している場合には、使用者から積極的な働きかけを行うよう要請するものもある。例えば、**Bultemeyer v. Fort Wayne Cmty. Schs.** 事件判決（100 F.3d 1281 (7th Cir. 1996)）では、重度の精神障害をもつ、学校の用務員であった原告が、精神疾患を理由とする休業明けの配置転換に際し、何ら合理的配慮をされなかったために結果的に解雇された事案において、第7巡回区控訴裁判所は、合理的配慮を提供する際の「相互関与プロセス」(interactive process) が重要であることを強調し、特に労働者の障害が精神疾患である場合には、当該労働者が合理的配慮を必要とする旨を適切に伝えることが困難であるとして、使用者は障害者と話し合いをもつことにより、その内容を特定する義務を負うとした。他方で、原告が自らの障害の状況と、それに伴って必要とされる合理的配慮について、使用者に適切に伝えていなかったこと等を理由に、原告の訴えを退けた裁判例もある（**Reed. V. LePage Bakeries, Inc.** 事件判決（244 F.3d 254 (1st Cir. 2001)）。躁うつ病に罹患していた原告が、セラピストから、ストレスを軽減するような合理的配慮を使用者に要請するよう

助言されたものの、そのような要請を使用者に対して行わず、結果として原告が使用者に暴言を吐くなどして解雇された事案）。

⁴¹ ADA 制定前後において、障害をもたない労働者と障害をもつ労働者の賃金水準と雇用水準の変化を検討した結果、賃金については変化がみられないものの、雇用水準については、特に21歳から39歳の範囲の労働者について、障害をもつ労働者の雇用水準が下がったことについて報告した論文として、Daron Acemoglu and Joshua D. Angrist, *Consequence of Employment Protection? The Case of Americans with Disabilities Act*, 109 J. Pol. Econ. 915 (2000)がある。また、同様の結果を示した論文として、Thomas DeLeire, *The Wage and Employment Effects of the Americans with Disabilities Act*, 35 J. Hum. Resources 693 (2000)。

⁴² Melissa J. Bjelland et al., *Progress Report on the Economic Well-Being of Working-Age People with Disabilities*, Cornell University ILR School (2009)。この調査を紹介した論文として、所浩代「アメリカの障害者雇用政策—障害者差別禁止法(ADA)の成果と課題—」海外社会保障研究171号(2010年)62頁以下。

⁴³ ただし、アメリカでは、日本のように機能障害の種類と程度によって、身体・精神・知的に障害の種類とその重度が分類されているわけではなく、また、日本のような障害者手帳制度も存在しないため、精神障害者のみに対する効果を測ることは容易ではない。

B. 関係領域の調査結果

厚生労働科学研究費補助金

分担研究報告書

適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援

－産業精神健康活動の現場からの提言－

分担研究者 白波瀬 丈一郎 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室・講師

研究要旨

臨床精神医学と産業精神健康の双方で現場活動を行って来た精神医学者としての立場で、文献情報と報告者自身の現場経験等を踏まえた内省・整理を行い、今後の産業精神健康活動の望ましいあり方について一定の指針を得ることを目的として、わが国の産業精神健康活動の現状と歴史的経緯、報告者自身の現場活動等から得られた知見を整理した。その結果、次のことが明らかになった。①職域においてはストレス関連疾患が多い。②それらに対して、一次予防として効果が確認されたものはない。③二次予防および三次予防では、治療効果、再発予防という点で効果的な介入方法が認められている。

これらの結果より、適応論的観点に基づいた措置（介入）が有効であると考えられた。この措置（介入）を有効にするためには、企業の人事労務管理と産業保健活動との間で互いの独立性を担保しつつ相互交流を維持する努力および枠組みが必要である。さらに、「鍛え育てる」という視点も有用であると考えられた。

A. 研究目的

法学者が諸外国の法制度調査を実施するうえで基礎となる精神医学的な知識および視点を提供するため、臨床精神医学と産業精神健康の双方で現場活動を行って来た精神医学者としての立場で、文献情報と報告者自身の現場経験等を踏まえた内省・整理を行い、今後の産業精神健康活動の望ましいあり方について一定の指針を得ること。

B. 研究方法

第1に、準備作業として、わが国の産業精神健康活動の現状と歴史的経緯に関する文献情報、報告者自身の現場活動等から得られた知見を整理し、適応論的観点に基づく産業精神健康活動の重要性について論じた（添付資料（原著論文））。第2に、主任研究者から示された課題（総括研究報告書に記載された「関連領域の専門家の調査課題」）に即した回答を試みた（本報告書）。

C. 研究結果

1. 精神疾患における、病態およびその発症要因の科学的な解明の度合と、今後の解明の可能性について

精神病理学者クレペリン Kraepelin, E (1896)¹⁾ は、同一の原因、症状、経過、転帰、病理組織変化をもつものを「疾患単位 disease entity」と定義づけたが、精神疾患・精神障害と、その他の一般身体疾患との端的な違いは「疾患単位」であるか否かである。一般身体疾患に比べて精神疾患・精神障害は、原因不明であったり、器質的な病理組織変化を伴わない機能的

疾患であったりすることが多く、そのため疾患単位としての要件を満たしていないことが多い。ヤスパース Jaspers, K (1913)²⁾ は、精神疾患は疾患概念の理念には「無限に遠い未来にあっても到達できない」と記している。

精神疾患のほとんどは、個人の準備性と環境要因との相互関係によって発症すると考えられており、それ以上の科学的解明は行われておらず、現時点では今後も解明される可能性は低いと考えられる。

2. わが国の職域において多くみられる精神疾患の類型および様相について

精神疾患は、その病因から外因性精神疾患、内因性精神疾患、心因性精神疾患に分類され、職域においてはそのいずれもが認められうる。

しかし、職域においては年齢的な意味でも労働できているという意味でも、外因性精神疾患に含まれる、身体疾患に基づいて生じる症状性精神病や器質性精神病の発生は少ない。唯一、外因性精神疾患の中毒性精神病に含まれるアルコール症は、古くから産業精神保健の3Aの一つに数えられている。因みに、あとの二つは常習欠勤 absenteeism と事故頻発 accident である。

統合失調症および躁うつ病が含まれる内因性精神疾患の発症率は、一般人口における発症率よりも低く1,000～1,500人に1人程度といわれている³⁾。

職域で多くみられる精神疾患としては、先のアルコール症に加えて、うつ病、不安障害、身体表現性障害、そしてパーソナリティ障害がある^{4), 5), 6), 7)}。うつ病は

内因性精神疾患に含まれる重症例は少なく、軽症のものが多く、神経症と呼ばれる病態（不安障害や身体表現性障害が含まれる）やパーソナリティ障害との鑑別が困難な場合が少なくない⁶⁾。最近、現代型うつ病などと呼ばれて注目されている典型的でないうつ病は、典型的なうつ病に比べて、どこまでが病気でどこまでが性格かはっきりしないことが多い。

こうした職場で多くみられる病態は、環境と個人との間の不適合により生じる精神疾患を表す心因性精神疾患としてまとめることができる。表現を変えれば、職域ではストレス関連疾患が多いということも可能である。

3. 職域における精神疾患の発症予防の効果について

現在、うつ病を中心にいくつかの一次予防の試みが行われているが、ハイリスク群に対する介入を除けば、一般人口や職員全体に対する介入でうつ病の発症を低下させる効果が確認されているものは認められない。一方、二次予防、三次予防に関しては、職域内外で治療効果、再発予防効果という点で効果的な介入法が数多く認められている。したがって、現状では二次予防および三次予防が貢献の期待できる介入方法である。

D. 考察

1. 適応論的観点に基づいた措置（介入）の可能性について

職域においてはストレス関連疾患が多いことを踏まえると、人と環境との関係性を適応という視点で捉える、適応論的観点

に基づいた措置（介入）が有効である可能性がある。職域はストレス関連疾患が生じたまさに現場であり、それはつまり、原因解決のためにさまざまなアプローチが存在する場所であるという捉え方ができる。原因によっては環境に働きかけること（職場管理監督者への指導、あるいは職場異動など）で解決を図ることが可能である。また、労働者が不適応に陥った状況を彼らとともに振り返り、そこから彼らの成長課題を見だし、彼らとその課題を達成できるような措置（介入）を行うことで、再発を防ぐことも可能である。その意味で、発症要因は労働者にとって人としてあるいは企業人としての成長を促す機会となりうるのである。

しかしながら、適応論的観点には不可避免地に価値観が含まれるために、企業としての価値基準が精神健康活動の中に入り込み混同される危険性を孕むことになる。これは、産業精神健康活動に携わる精神科医等が知らぬ間に企業利益の代理人となる危険性としてしばしば指摘されてきた点である。したがって、職域において適応論的観点に基づいた措置（介入）を実施する際には、その措置（介入）が精神保健活動としての独立性を担保できる対策を併せて講じる必要がある。ただし、こうした対策は、組織的な整備や、守秘義務とか個人情報保護といった法的な規制だけでは硬直的になりがちで不十分なことが多い。何故なら、そうした対策はともすれば、企業の人事労務管理と産業健康活動を隔絶することになるからである。つまり、それらを如何に運用するかという視点が重要になるのである。適応論的観点に基づいた措

置（介入）が有効性を発揮するためには、人事労務管理と産業保健活動との間で互いの独立性を担保しつつ相互交流を維持する努力が必要であり、そこには互いに対等であるという認識や、互いの違いを認め尊重する態度などが含まれてくる。

2. 臨床精神医学と産業精神健康との違いについて

臨床精神医学においては、精神医学的判断に基づいて患者の利益を最大限実現することを目指す。就業が精神疾患の悪化につながる可能性が低ければ就業を許可し、病状悪化につながる可能性がある場合には業務負荷を制限するよう企業に求めるといった具合である。一方、産業精神健康の場面においては、精神医学的判断の価値は相対化される。企業の利益や職場の利益も勘案されて、最大公約数的な利益、つまり「落とし処」が模索される。たとえば、精神疾患により休業した労働者が職場復帰する際には、就業が病状悪化をきたさないことだけでなく、企業が求める生産性のある程度発揮できることも求めるといった具合である。

3. 「鍛え育てる」という視点の妥当性について

産業精神健康活動の一つである適応論的観点に基づいた措置が企業利益の代理人となる危険性を孕んでおり、この点の対策の重要性は既に述べたとおりである。そのため、こうした危険性を十分認識し、人事労務管理との間で互いの独立性を担保しつつ連携する関係性を構築した上で、一つずつ手続きを踏みながら労働者と成長

促進に取り組むことが重要であるし、さらにその過程を管理監督する仕組みも必要かもしれない。しかしながら、こうした対策を講じたとしてもなお、適応的観点に基づいた措置を非難する声がある。たとえば、そのやり取りの結果が、企業が配慮しうる限界と、労働者が発揮しうる生産性との間に埋めがたい解離が存在していることが明らかになった場合などである。こうした労働者にとって苦痛や苦難となる結果だったことが、労働者に対して「やさしくない」とか「保護的でない」とされるのである。確かに、この結果は退職などにつながる可能性もあり、労働者だけでなくその家族にも大きな不利益をもたらしかねない。適応論的観点に基づいた措置を実践する者は、そのことは重く受け止めなければならぬ。とはいえ、産業精神健康に関わる問題（精神疾患に伴う休業だけでなく、出勤していても生産性の上まらない労働者の問題など）は企業の体力を奪い、競争力の低下をもたらす要因となっている現状が存在することもまた事実である。こうした現状は少なくとも部分的には、精神疾患をもつ労働者に対応する人々が上述の非難や重い結果を回避し続けてきた結果であるといえる。この現状を改善していくには、精神疾患をもつ労働者に対応する人々すべてが適応論的観点に基づいた産業精神健康活動の必要性とその痛みを実感した上で、その整備に努めることが重要であると考え次第である。

E. 結論

精神医学および産業精神健康に関する文献および現場の活動経験に基づいて、我

が国における産業精神健康活動の歴史的経緯および現状について調査し、職域においてはストレス関連疾患が多いことが明らかになった。それらに対して、一次予防として効果が確認されたものはない。一方、二次予防および三次予防では、治療効果、再発予防という点で効果的な介入方法が認められている。その中で、適応論的観点に基づいた措置（介入）が有効であると考えられた。この措置（介入）を有効にするためには、企業の人事労務管理と産業保健活動との間で互いの独立性を担保しつつ相互交流を維持する努力と枠組みが必要である。さらに、「鍛え育てる」という視点も有用であると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

白波瀬丈一郎（2011）：パーソナリティ障害を持つ社員の復帰後支援～枠組みを作るアプローチ～. 産業精神保健, 19（3）：157-161.

白波瀬丈一郎（2011）：パーソナリティ障害. 日本産業精神保健学会編：ここが知りたい 職場のメンタルヘルスケア 精神医学の知識&精神医療との連携法: 138-144. 南山堂.

白波瀬丈一郎（2011）：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（12）：2443-2446.

2. 学会発表

白波瀬丈一郎（2011）：成長課題を「今-個々で」取り扱う方法としてのKEAP. 第18回日本産業精神保健学会シンポジウムI「職場復帰場面における成長

支援を考える」.

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他

H. 引用文献

1) Kraepelin, E (1896): *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. (西丸四方, 遠藤みどり訳：精神分裂病. みすず書房)

2) Jaspers, K (1913): *Allgemeine Psychopathologie*. (西丸四方訳：精神病理学原論. みすず書房)

3) 加藤清明（1985）：序説. 小此木啓吾他（編著）：産業精神医学, 臨床産業医学全集7；1-3.

4) 中村裕（1985）障害者管理-発見からアフターケアまで-. 小此木啓吾他（編）：産業精神医学 臨床産業医学全書7：305-316. 医歯薬出版株式会社.

5) 小此木啓吾（1987）：産業精神医学の課題. 精神神経学雑誌, 89（11）：932-938.

6) 広瀬徹也（1988）：精神障害の早期発見・治療に直結する精神科産業医の毎週勤務-企業嘱託医16年の経験から-. 精神神経学雑誌, 90（10）：887-893.

7) 島悟, 荒井稔, 大西守他（1997）：勤労者における精神障害に関する多施設共同研究. 精神医学, 39（10）：

1117-1122.

添付資料（原著論文）

適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援

慶應義塾大学医学部
精神・神経科学教室
白波瀬 丈一郎

1. はじめに

小此木（1987）は、産業精神医学が孕むジレンマと発展のための課題について次のように述べている。「産業精神衛生場面における診療関係の場合、一般の治療関係に比べて企業内に共通の利害関係のある現実的な人間関係をもつことを避けることができなかつたり、あるいはその産業精神科医が同じ企業の一員としてのさまざまな組織の中での利害や圧力の中にいることもまた避けられない場合がある。また、情報連絡についても、（略）ある範囲の病状や見通しについての連絡を、職場の人事・労務関係者ととることがどうしても必要となる場合がある。・・・これらの点を十分にのみ込んだところで、しかもなお、基本的な精神科医としてのアイデンティティをどのように全うしていくかが、産業精神医学の最大のジレンマであると同時に、今後の発展の上でどうしても達成しなければならない課題である」と述べている。

精神疾患は原因不明のことが多く、客観的な評価も困難である。それでいて、産業場面においては、統合失調症やうつ病といったいわゆる精神疾患に加えて勤怠の乱れ、生産性の低下、あるいは職場の対人関係トラブルなどのさまざまな問題が精神医学領域に属すると見なされることが多く、産業臨床に関わる精神科医がこれらの問題の解決を求められる。これらの問題は多岐にわたり境界が曖昧なため、当然のことながら精神医学的な方法だけでは十分な対応ができないことが少なくない。その一方で、これらの問題は休復職などその労働者の労働者生命を左右しかねない可能性を含んでいる。産業臨床に関わる精神科医はこうした問題に対応しなければならないのである。本論では、産業精神医学の抱える困難やジレンマを振り返りつつ、一つの解決策として「適応論的観点に基づいた、産業メンタル支援」を提唱する。

そして、最後に適応論的観点に基づいたメンタル支援を実施する上で法律に望むことを述べる。

2. 精神疾患の病因

精神疾患は、その病因から外因性精神疾患、内因性精神疾患、心因性精神疾患に分類される。

外因性精神疾患には、中毒性精神病、症状性精神病、器質性精神病が含まれる。中毒性精神病とは、産業化合物（一酸化炭素、有機溶剤、有機水銀、鉛、マンガン、砒素など）、嗜好品（アルコール、ニコチン、カフェイン）、医薬品（向精神薬、ジギタリス、降圧剤など）、麻薬（大麻、覚醒剤、幻覚薬）といった化学物質の摂取により生じる精神病を指す。症状性精神病とは、脳を除く身体疾患に随伴して生じる精神障害に対する総称である。症状精神病を生じる基礎疾患としては、急性伝染病、代謝疾患、内分泌疾患などがある。器質性精神病とは、脳の器質変化や解剖学的変化に伴う精神障害を指し、基礎疾患としては頭部外傷、脳腫瘍、脳血管障害（脳出血、脳梗塞）、変性疾患、脳炎などがある。以上述べたとおり、外因性精神疾患は原因が明らかな精神疾患であり、原因が除去されれば、原則として精神症状は改善する。

内因性精神疾患には、統合失調症、躁うつ病（双極性障害）、非定型精神病、真性てんかんが含まれる。これらはなんらかの身体的基盤を原因として生じる精神疾患であると想定されているが、その身体的基盤は未だ解明されていない。この未だ解明されていないにもかかわらず、身体基盤の存在を無批判に想定することへの批判が、1960年代前半から1970年代にかけて現れた反精神医学である。わが国では反精神医学は学生運動と合流したが、その影響は精神医学、特に産業精神医学に長く影を落とすことになる。この点については後述する。

心因性精神疾患とは、環境と個人との間の不適合により生じた精神疾患をいう。シュナイダー-Schneider, K は環境との相互関係において個人に生じる反応を正常な体験反応と異常な体験反応とに分類した。正常な体験反応とは、環境との相互関係に相応しい悲嘆、抑うつ、不安、怒り等の感情的反応と、それに伴う意欲や行動の変化を意味する。その典型的な例が、配偶者などの親しい存在を失ったときにみられる悲嘆反応である。これに対して、異常体験反応とは、相互関係に対する反応の強さ、持続、反応の外観、態度の異常が正常な体験反応から偏っているものをいう。その要因が環境側により多くの比重が存在する場合を狭義の異常体験反応という。たとえば、自然災害やテロリズムによる心的外傷後ストレス障害 PTSD であるが、産業場面ではいじめやハラスメントに

よる精神疾患がこれにあたる。一方、その要因が個人側により多くの比重がある場合は内的葛藤反応という。このような整理があるものの、環境と個人の間には複雑な相互関係があり、狭義の異常体験反応と内的葛藤反応を明確に区別することは困難となる。さらに、これらは責任や補償問題にも関わってくるため、極めてデリケートな問題である。この課題は、適応論的観点から引き続き検討する。

精神病理学者クレペリン Kraepelin, E (1896) は、同一の原因、症状、経過、転帰、病理組織変化をもつものを「疾患単位 disease entity」と定義づけたが、精神疾患・精神障害と、その他の一般身体疾患との端的な違いは「疾患単位」であるか否かである。外因性精神疾患を除くと精神疾患は、一般身体疾患に比べて、原因不明であったり、器質的な病理組織変化を伴わない機能的疾患であったりすることが多く、そのため疾患単位としての要件を満たしていないことが多い。ヤスパース Jaspers, K (1913) は、精神疾患は疾患概念の理念には「無限に遠い未来にあっても到達できない」と記している。

このことは、精神科医の場合に一般身体科の医師に比べて医師の拠って立つ医学的基盤が脆弱であることにつながり、さらに精神科医が自らの活動範囲を医療場面から産業精神保健活動の場面へ拡大するのを躊躇する要因の一つにもなっている。医療場面においては医学的判断が最優先されるという前提が成立するのに対して、産業精神保健活動の場面では医療的判断の価値が相対化される故に、自らの判断に対して他の関係者の理解を得るためには、それを分かりやすく説明したり議論したりする必要がある。ところが、その際の根拠となる医学的基盤が脆弱な分、精神科医はこうした場면을敬遠したり、逆に強引な主張を押し通そうとしたりする態度につながる場合がある。

3. 職場におけるメンタルヘルスと、適応・不適応

適応とは、人が環境や状況の中で、その要請に応じつつ、同時に自らの要求をも生かして、著しい葛藤や不安などのストレスを経験することなしに生活することをいう。換言すれば、人と環境との間には齟齬をきたす可能性が常に存在しており、齟齬防止のために、人は環境に働きかけたり自らを変化させたりするよう努力する必要がある。

職場環境と人との間にも同様の関係性があり、適応に失敗した結果として精神疾患が生じる危険性がある。ただし、職場環境への適応の失敗が常に精神疾

患という結果に至るわけではない。むしろ、精神疾患という結果となるのは不
 適応のごく一部であり、多くは勤怠問題（遅刻欠勤）、生産性の低下、事故頻発、
 職場の対人関係問題や士気の低下などのより広い問題を呈する。さらにそうし
 た問題は、昇進や昇給、さらに雇用契約を継続するか否かといった問題にまで
 波及していく。また、不適応と精神疾患の関係は、不適応の結果精神疾患が発
 生するという関係性だけでなく、精神疾患が要因となって種々の不適応が生じ
 てくる場合もある。いずれの場合も、適応困難となる要因が職場環境にある場
 合と人の側にある場合とを両極として、その中間に環境と人との相性が位置づ
 けられる連続体を想定することができる。

以上のような理解を小此木（1985）は適応的観点と呼び、「産業精神医学
 の領域では、職場環境と個体のかかわりが最も基本的である。産業精神医学の
 実践では、患者または症例としての個々人を扱うだけでなく、その個々人が適
 応すべき環境側とその相互関係をも診断し、治療するという方法論が特徴的で
 ある」と述べている。換言すれば、適応的観点は、産業精神医学の実践におい
 て狭義の精神疾患を取り扱う場合だけでなくより広範な問題に対応するために
 欠かせない視点である。と同時にこの視点は、産業精神医学の実践が精神科医
 のみによって担えるものではなく、産業医、保健師、看護師、臨床心理士、社
 会福祉士、さらに人事・労務担当者や職場管理監督者など、多職種からなるチ
 ームによって担われるべきものであることをも示している。

また、適応的観点は単純な因果関係に留まらない。不適応は単なる結果では
 なく、それは新たな適応のための出発点でもある。人には、不適応に陥った経
 験からさらなる成長課題を見出し、その課題達成に向けて努力する能力がある。
 産業精神医学の実践には、不適応となった人がそこから成長課題を見出し、そ
 の課題達成に向けて努力するのを支援することもまた含まれる。すなわち、小
 此木が適応的観点に「治療」を含めたとおりに、産業精神医学の実践は労働者が
 不適応を起こしている現場に精神科医が赴き、本人に加えてさまざまな人々か
 らの情報を得ると共に、そうした人々と連携して、不適応に陥った労働者の成
 長を促す取り組みであるといえる。こうした成長支援を「適応論的観点に基づ
 いたメンタルヘルス支援」と呼びたい。

4. 産業領域における精神疾患の疾患構造

一般に日本の企業における内因性精神疾患の発生率は、一般人口におけるそ

れ（統合失調の発症率は1%弱，躁うつ病のそれは0.2%）よりも少なく1,000～1,500人に1人といわれている（加藤，1985）。

中村（1985）の示したデータによれば，中村が九州電力で活動を開始した1957年頃は，「しばしば劇的な精神症状を呈し，精神障害の中核ともいえる」統合失調症や，「性格的な偏りが強く，そのため職場集団の中でさまざまなトラブルを起こしやすい」精神病質の割合が比較的大きいが，年月を経るうちにこれらの割合は縮小する。逆に，アルコール症の割合が拡大する。神経症の割合は1957年当初から最も大きいが，年月を経るにつれますます拡大する傾向にある。うつ病，心身症，神経症，心因反応，アルコール症はストレス関連疾患として一括されることがあり，これらをあわせると1957年から1961年までの期間を除いて，おおよそ55%～65%の割合で推移している（表1. 参照）。広瀬（1988）はある保険会社の東京本社圏の従業員3,707名（男性2,177名 女性1,590名）を対象とした医務室を訪れた受診者の診断名別件数をまとめている（表2. 参照）。ストレス関連疾患は60.5%を占めている。小此木（1987）は，ある金融機関の本社圏（東京）従業員約1万人を対象とした健康管理センターで彼が20年間に面談した527例のうち，内因性精神疾患は47例で，残り480例（91.1%）は適応障害，神経症などのストレス関連疾患だったと報告している。田中ら（1992）は鉄鋼業企業の精神保健相談室を1960年から1990年の間に訪れた来室者316例の診断名別件数をまとめている。それによると，統合失調症の割合は25.6%（81例）で，ストレス関連疾患の割合は54.4%（172例）である。島ら（1997）は，勤労者における精神障害に関する多施設共同研究を行っている。1993年から1994年に各施設を訪れた来談者250名のうち，統合失調症の割合は18.4%で，ストレス関連疾患の割合は71.0%である。

厚生労働省の患者調査によれば，医療機関に受診する患者数は増加傾向にあり，中でもうつ病と認知症の増加が著しい（図1. 参照）。こうした傾向はおそらく産業場面においても同様であると考えられる。さらに，すでに広瀬（1988）がうつ病は軽症が多く，神経症やパーソナリティ障害との鑑別が困難な例もあると述べているが，近年産業場面では新型，現代型，未熟型，非定型，逃避型，あるいはディスチミア親和型などと呼ばれる典型的でないうつ病が増加している。樽味と神庭（2005）によるメランコリー親和型うつ病（典型

的なうつ病)とディスチミア親和型うつ病(典型的でないうつ病)との対比(表3. 参照)からも分かるように、典型的でないうつ病はより性格に基づく部分の大きい精神疾患であるといえる。中村と行正(2007)は、こうした典型的でないうつ病は職場不適応症に代表されるとしている。

以上のことから、わが国の、少なくとも大企業においては内因性精神疾患の割合は小さく、ストレス関連疾患の割合が大きいといえる。こうした疾病構造という側面からも、適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援の重要性が支持される。

5. 軍隊精神医学 *military psychiatry* : 産業精神医学の出自の一つ

欧米における産業精神保健のはじまりは、1923年から1932年までの期間、ウェスタン・エレクトリック社のホーソン工場において行われた、メーヨーら産業心理グループによる取り組みであるとされる。この実験は労働者のメンタルヘルスの保持向上を目的としており、その成果は非指示的面接、インフォーマル・リーダーの重要性、および管理監督者の教育にまとめることができる(加藤正明 1998)。

しかし、そうした成果によっても、労働者における精神疾患の発生を未然に防ぐことはできなかつたために、その後の産業精神保健には精神科医が関わるようになった。その大きな流れの一つが軍隊精神医学である。加藤(1985)は「戦後、産業精神医学ないしは産業精神衛生の課題を取り上げた産業医の多くが、かつて軍隊内で健康管理や予防医学を経験した医師であったことは、欧米でも日本でも共通していると思われる」と述べている。

メニングァー *Menninger, W* は米国陸軍において軍医総監の精神科チーフコンサルタントを務め、集団精神療法やグループワークなどの軍隊精神保健活動を行った。さらに、グリンカー *Grinker, RR* とシュピーゲル *Spiegel, JP* (1945) は、北アフリカの前線に赴き英米の陸軍および空軍の部隊で生じる急性の戦争神経症の治療に当たった。英国においてはビオン *Bion, WR* (1961) を中心とした精神分析医のグループがノースフィールドにあるホリームア病院において、精神疾患のために前線から本国に後送された兵士の治療にあつた。この取り組みはノースフィールド実験として知られている。1939年9月から1944年7月までの期間に精神障害のために英国陸軍を除隊した兵士の数は実に118,000名にのぼつたという。ノースフィールド実験に参加した

メイン Main, TF は、当時の精神科医による対応について次のように述べている。「英国がまさに生き残りをかけて戦っていた1940年のある日、一人の恐怖症の歩兵が、指揮官の命を受けた軍医によって、ある精神科医のところへ送られてきた。診察の結果を精神科医は『この兵士にはライフルの取り扱いを免除し、じゅうたん用スリッパをはかせ、ブラッドフォードの彼の自宅から半径2マイル以内に任務地を準備すべきである』と報告した」とのことである。この精神科医の考え方を含め当時の英国陸軍の状況は、現在の産業精神保健の現状とよく似ている。ノースフィールドの精神科医たちはこうした状況の打開を試みた。ビオンは、兵士を単なる砲弾の餌食と考えるのはとんでもない勘違いであるといつて、メインが描いたような精神科医の考え方を軽蔑したという。そして、彼は神経症と「戦う」ために患者を集めたのである。ノースフィールド実験における取り組みは、後述する集団力動に関する理解の礎となっている。

軍隊精神医学においては、戦争神経症の発症を如何に防ぐか、さらに戦争神経症を発症した兵士については如何に早く戦線に復帰させるかが大きな課題である。この課題に軍隊精神医学が取り組むとき、それは戦闘という過酷なストレス状況による有害な影響に対する兵士の耐性を高めることを目指すわけであるが、視点を変えれば、軍隊精神医学は有害な影響のもとで兵士が酷使され続けるのに手を貸すことになるという危険性を孕んでいるともいえる。軍隊精神医学の流れを汲む産業精神医学もまた同様の危険性を孕むことになり、その危険性を認識しつつ、労働者の適応を支援するとはどういうことなのかを常に考え続けなくてはならない。

6. 学生運動と反精神医学：適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援の前に立ち塞がるもの

1960年代前半から1970年代にかけて現れた反精神医学は内因性精神疾患、特に統合失調症について、その身体的基盤が明らかになっていないことを問題視した。新版精神医学事典（1993）によれば、反精神医学は「19世紀以来の伝統的精神医学が『正気と狂気』に対して身体医学的な枠組みを無批判に適用し、つねにあるいは暗黙に、狂気イコール病気と仮定し続けてきた視点の一面性への異議申立てであり、『正気と狂気』の問題を社会的政治的次元において見直すことを要求」している。「戦後日本の精神医学・医療の再検討」を総会テーマとした、1975年の日本精神神経学会総会において「精神分裂