

病とは何か」というテーマでシンポジウムが組まれた。これに対して小澤（1975）は次のように痛烈な非難を浴びせている。「『精神分裂病とは何か』という問いは、過去の代表的な問い方である。そして、このような問い方こそ、解答のすべてを誤らせたものであったと、今、われわれははっきりと宣言しよう。われわれの問はこうでなければならない。『誰がいかなる都合で精神分裂病というレッテルを必要としたのか』。「なぜにかかる非論理が論理としてコンセンサスを得るにいたるのであろうか。それは、上の文脈を逆にたどればよいのだろう。つまり、まず『ある一群の人間を人間以下の生物に転落させる必要性』が『社会的要請』として存在し『必要性』を『必然性』にすりかえるために『生物学的過程』が要請され、かかる要請を基盤にその要請を証明するべく、ある一群の人間にスティグマが『発見』されるという手順である」。こうして、搾取する者と搾取される者という構図が定置され、その構図は産業精神医学、すなわち使用者と労働者の関係に当てはめられる。岡田と小坂（1970）は「精神衛生の名のもとに差別を合理化する動きさえでています。大企業で注目してきている産業精神衛生がそれです。そこでなされていることは、精神衛生的な職業環境の整備などよりは、精神障害者を企業から排除しようということで、そのためにあやしげなチェック・リストがいくつもつくられています。職場に不満をもつことも、精神障害と見なすような項目をそれは含んでいます。さらには、組合活動家に精神障害のレッテルを貼って追い出すようなことも、産業精神衛生の名で行われています」と糾弾したのである。

確かに企業の目的とするところは生産性と収益性の向上であり、その阻害要因に対しては除去を目指すことは企業にとってある意味道理にかなった姿勢である。精神科医がそこに関わるとき、こうした企業の論理に利用される可能性は否定できない。実際、業務ができるかできないかではなく診断名だけで処遇を決めたり、採用時にパーソナリティ障害や発達障害を見分けそれらを排除するための方法を精神科専門医に求めたりする企業が現在もなお存在することを耳にする。したがって、岡田と小坂の糾弾を完全に否定することはできない。

7. 学生運動と反精神医学に抗った者、そしてその姿勢について

そのような困難な状況を十分に承知した上で「実践家」でありつづけようとした小西（1971）の言葉は重い。「たしかに、われわれ『企業の精神科医が、どれほど良心的であり、どれほど精力的に活動したとしても、その企業のポリ

シーの限界をこえることは、極めて困難』なことは認めるものである。しかし企業という社会が現に存在し、その中で精神障害者になる人もあれば治って職場に復帰する人もある以上、精神衛生管理対策がないよりはあったほうがよく、また誰かがそれに従事しなくてはならないだろう。ここではっきりいえることは、たとえ企業のポリシーを越えることが困難であっても、精神科医が企業に関与しないよりはしている方が、精神障害者の利益になっているということである。かりに企業の中に精神衛生管理体制がまったくなかった場合、企業内に発生した精神障害者の扱いはそれこそ人事管理一辺倒で処理されてしまうであろう。ベストの方法がとれるのでなければ、精神科医の企業への関与は無意味であるとするのは、現実軽視の理想論にすぎない。われわれは時には企業のポリシーと患者の利益との間で板ばさみになることはあっても、ベストではないがベターである方策を懸命に模索しているつもりである」。

この小西の姿勢に触れて想起されるのが、児童精神医学の第一人者である小倉（2006）である。精神療法の副作用という原稿依頼を受けた小倉は、それを奇異に思う以上に、怒りを感じたという。そして、次のように述べている。「奇異な感じがするというのは、やはり精神療法では副作用というふうな考え方をしないものであるらしいからである。精神療法というものはもちろん技術的な面もあるが、それよりも治療者と患者との人間的なぶつかり合い全体を問題にするものであり、治療過程の過程全体を究極的にはみのあるものをもってゆこうと努力するものなのである」。「たとえば、子どもの性格の発達上、精神療法の過程が、何らかの意味で外傷体験になるようなものであるかということになれば、その時点において外傷体験のようにみえたとしても、全体として、全経過として、それを人間成長の上に役立つようにもってゆくというわけである」。

小西にも小倉にも、自らの取り組みの不完全性や矛盾を認識しつつ、それでも自らが相対する患者を少しでもよい方向にもっていかうと努力し続けるという点で共通している。この姿勢は、先に述べた「適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援」を実践していく上で欠かせないものである。われわれは常に合理的で正しい判断をできるとは限らない。そもそもわれわれには全体を俯瞰する能力はないし、その上「企業のポリシーと患者の利益」との狭間で双方からさまざまな影響を受けることを避けられない。そのことを常に認識し続けながら、目の前の労働者への支援を少しでも「みのあるものにもってゆこう」

と努力して行かなくてはならない。

小此木（1981）は、「職場の精神健康管理」という命題に対して、精神衛生管理との関係を用いて次のような議論を展開している。「これらの職種の人々（精神科医、心理学者、精神科ソーシャルワーカー）にとって、“精神衛生”ということばは、縁起の悪いことばになりかけている。精神衛生法に代表されるように、どうも精神衛生……ということばがつく組織や機能は、ここの精神健康よりも全体—社会の側からものを見、ともすると『個』尊重と矛盾する面をもつ、という印象が強くなってしまったからである。「しかし、せんじつめると、“精神健康管理”ということばを使ったから、この種のマイナスが現実になくなるわけでもないし、“精神衛生管理”ということばを使う人が、みなお役所や企業のご用係になるわけでもないだろう。「要は、この定義問題に反映しているさまざまな現実的問題について、十分な洞察をもつかどうかだと思ふ。したがって簡単にどちらのことばがよいかときめるよりは、この定義をめぐってますます論議を深めることのほうが、より生産的な歩みをもたらすのではないかと思ふ」。

この小此木の議論から理解されるのは、固定観念化への警告である。われわれは複雑な問題に直面したときに、問題を適当に切り分けて単純化し対応しようとする。こうした方法は効率化を考えるときには欠かせない。しかし、この方法は短絡を生み出し、さまざまな固定観念を作り出す。「結局、企業が望んでいるのは、メンタルヘルス不調者の排除である」とか「企業に関わるとき、精神科医は企業に利用されないように十分気をつけなくてはいけない」といった言葉を耳にすることがある。これらの言葉は真実であることも真実でないこともあるだろう。しかし、ここで問題なのは、それが真実かどうかではなく、それを当然のこととして無批判に受け入れ、それを前提に思考を進めていくことである。産業メンタルヘルスの現場は複雑多岐であることに加え、しばしば利害の対立を伴う状況である。こうした状況においては、固定観念が誤った判断につながることが多い。したがって、産業メンタルヘルスに関わるとき、われわれは自らの固定観念化へ向かおうとする衝動に常に注意を向け、それに抗わなくてはならない。産業メンタルヘルスにおいては力動的な視点および思考が欠かせないといえる。

8. 経済不況による衝撃：「触れがたいもの」という、新たな排除へ

著者が産業精神医学活動に関わりはじめた1997年当時、特に印象的だったのは、労働者がメンタルヘルス不調に陥っていることや、そのために企業内の健康管理組織を利用していることを職場管理監督者や人事担当者に知られることがないように、健康管理組織の職員がプライバシーの保護に最大限の配慮をしていることだった。理由を問うと、労働者が会社側にそのことを知られると、出世に差し支えるとか会社を辞めさせられるとって不安に思うからだといわれた。はじめは「なるほどそうか、やはり会社というものは厳しいものなのだ」と考えて納得した。広瀬（1988）の記述から、その様子がよく窺える。「会社のビルの一角にある医務室は（略）プライバシーも保てる物理的構造になっている。時間予約制と内線による呼び出しの二本立で、待合室で待つことなく、診察を受けられるようになっている。精神科医が勤務する時間帯は他の診察室は使われていないため、他科受診の社員と顔を合わせるおそれもない」。「自発的受診者の秘密保持を完全にし、来室社の不安を減らすため、精神科のみ保険診療は行わず、薬は会社負担とし、カルテには処方のみを記し、記事は筆者のノートに期すという配慮をしている」。ところが、産業精神医学活動の経験を積むうちに、徐々に何のためにこうした配慮をしているのか、その目的が分からなくなった。そして、何かプライバシーを保護すること自体が目的化しているように感じて疑問をもつようになった。周囲の人々に疑問を投げかけてみたり新たな提案を行ってみたりしたが、周囲の人々がもつ変化することへの抵抗は強く、従来のやり方を変えるところまでは至らなかった。

変化は外圧によってもたらされた。1990年代後半からの経済状況の悪化、リストラに伴う終身雇用制度の実質的崩壊、そして業務のアウトソーシングなどの動きによって、2000年以降産業メンタルヘルスを取り巻く状況は一変した。まず、ストレスやメンタルヘルス不調は当たり前のこととなった。精神科診療所の診療報酬引き上げという動きも相俟って、精神科や心療内科の診療所は急増し、多くの人々が気軽に精神科にかかるようになった。そして、うつ病は市民権を得て、精神科受診はもはや隠すべきことではなくなっていった。他方、経済状況の悪化等は、企業がメンタルヘルス不調者を抱えておく体力を確実に奪っていった。しかし、同時にメンタルヘルス不調者を排除することについては、企業に対して強いブレーキがかかっていた。1996年に電通過労自殺訴訟の第一審判決で会社側の損害賠償責任が認められたことをきっかけにして自殺を中心とした精神疾患の労災問題が喧伝されるようになり、それに応え

る形で2000年以後次々と厚生労働省から発表される「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」、「職場における自殺予防と対策」、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」、「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」などにより、企業はメンタルヘルス対策の重要性を認識するようになった。とはいえ、その認識の多くはリスクマネジメントというものだった。そのため、不安と警戒心に彩られたメンタルヘルス支援は過剰とも思われる保護的な対応となりがちである。こうした「触らぬ神に祟りなし」という対応は、メンタルヘルス不調者の自信や自己効力感を損なうだけでなく、周囲の士気の低下につながり生産性の低下をもたらす。その影響はますます拡大する傾向にあるといえる。

かつて企業のメンタルヘルス不調者は、メンタルヘルス不調故に昇進の道を断たれ、さらには退職を迫られるのではないかという排除を体験していた。こうした排除は現在もまだ続いているが、さらにここ10年あまりでメンタルヘルス不調は不用意に触れられないものとなり、「触らぬ神に祟りなし」という対応により新たな形の排除を生み出しているといえる。うつ病が市民権を得たという状況がある反面で、実は本当の意味では誰もがその問題に触れがたい状況が生まれているのである。この状況が、心の健康問題による長期休業者や、出社はしていても生産性が上がらない労働者の増加の一因となっているのだろう。

9. 産業精神医学が目指すところ

小西（1969）は、精神科主治医が診断書の診断名をぼかすことに対して「問題の本質は診断書に本当の病名を書く書かぬということではなく、病名をぼかすことで患者のプライバシーが守られ、患者に利益を与えることができるという考えかたの安易さにあると思う」と指摘すると共に、「要するに精神病患者のプライバシーがとくに問題になるのは、治療医学としての精神医学がまだまだ無力であることにも一因があるといえればいいすぎだろうか」と述べている。

現在までに、精神医学においては薬物療法やリワーク・プログラムなど治療医学としての進展がみられる。さらに精神医学以外にもEAPの取り組みなどがある。しかし、それらの成果は十分とはいえない。産業精神医学自体が治療医学としてのさらなる一步を踏み出さなくてはならないのではないだろうか。著者の考えるその一步は、一つはメンタルヘルス不調者個人への介入であり、もう一つは彼らを取り巻く環境への介入である。前者は適応論的観点に基づいた

メンタルヘルス支援であり、後者はビオンによる集団力動に基づく実践である。

10. 適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援の実践

メンタルヘルス対応がリスクマネジメントの文脈で捉えられることの多くなった結果として、企業はメンタルヘルス不調者をリスクと見なし、彼らへの対応は保護的な側面に偏りすぎたきらいがある。長期休業していた労働者の職場復帰を受け入れるにあたって、企業側から「まずは、半日勤務からでもいい。できることからやればいい」とか「はじめは会社に来るだけでいい。あとは様子を見ながら仕事のペースを上げていこう」という声かけを耳にすることがよくある。一見、労働者に配慮した声かけのように感じられる。しかし、そこにはステップアップの具体的なプランもなく、実質的に負荷をかけないこと自体が目的化している可能性がある。確かに職場管理監督者にしてみれば、業務負荷を上げていくための何の目安もなく、その上労働者が再び調子を崩したり休みはじめたりすれば、自分の管理責任となりかねないのである。「保護的」な対応になるのも致し方ないといえる。当の労働者の中には、「何も言われないので、これでいいんだ」と思い、ただただ受身的にその状況に安住してしまう人もいれば、「周囲はみな忙しく働いているのに、自分だけ仕事がなくボーッとしている。とても申し訳ない」と思いが焦りにつながり再び調子を崩してしまう人もいる。

著者はこの状況に対応するために、新たな職場復帰支援プログラムの開発に取り組んでいる。その職場復帰支援プログラムは **KEAP** (**KEIO Employee Assistance Program** : キープ) といい、2009年から従業員1万人規模の企業と共同開発中である。**KEAP** のミッションは「メンタルヘルス不調者の働く能力の再生と、彼らを取り巻く人々の働く能力の回復」であり、ビジョンは「働くことに伴うストレスを、健康と成長のための糧とできる世界の実現」である。その特徴は、「保護的」な職場復帰支援からの脱却と、職場復帰の主役は本人であることの明確化である。職場復帰支援とは、支援者が労働者を仕事に戻してあげるのではなく、労働者が職場復帰に取り組む（挑戦する）のを支援することである。その過程は「骨折したプロ野球選手が骨折を治し、トレーニングを積んで、試合に戻り、さらにレギュラー復帰を果たすのを、周囲の人が手伝う」ということに喩えることができる。さらに、**KEAP** では、この喩えに基づいて「故障者リスト入りした選手を鍛え育てる」というパラダイムを掲げている。

労働者にとっての「レギュラー復帰」とは、企業がその労働者に期待する生産性を持続的に発揮できることを意味している。したがって、休業している状態から仕事に戻るという意味での職場復帰はゴールではなく、職場復帰プロセスのスタートにすぎない。KEAP では職場復帰後6カ月間でゴールに到達することを目指している。正確に表現すると、職場復帰したら何が何でも6ヶ月で「レギュラー復帰」を果たすのを目指すのではなく、労働者の回復状態を関係者がそれぞれの立場でしっかり評価し、6ヶ月後の「レギュラー復帰」が十分可能であろうという見極めができてはじめて、職場復帰を開始するという手続きを徹底しているということである。その開始にあたっては、6カ月間の職場復帰プランの作成を行う。まず、その労働者に求められる、6ヶ月後の「レギュラー」とはどのような業務役割であるかを労働者と職場管理監督者が中心になって具体化する。そこから遡る形で、職場復帰4ヶ月目に到達すべき業務役割、2ヶ月目に到達すべき業務役割、そして職場復帰時に到達できているべき状態といった具合に、職場復帰プランの可視化・具体化を進める。次に、この職場復帰プランに基づいて、労働者の精神症状の改善度合、日常生活リズムの安定性、活動性、作業能力、今回のメンタルヘルス不調の振り返りに基づく再発予防策の作成具合を労働者本人、職場管理監督者、人事担当者、そして精神科専門医がそれぞれの立場で評価する。振り返りと再発予防においては、精神科専門医がまずメンタルヘルス不調をもつ労働者本人に、職場復帰は再適応のための取り組みであり、周囲は可能な配慮や支援を行うものの、再び病状悪化をきたすリスクをゼロにすることはできない旨説明して、労働者の職場復帰の意思を確認する。その上で、複数回の面接で適応論的観点に基づいた分析を行い、再適応のための課題を設定し、課題の実行度合を評価する。また、正式職場復帰の前に試し出勤を実施して、職場環境における状態についても評価確認する。こうした評価を関係者が持ち寄って、職場復帰の可否を合議制で決定する。

職場復帰開始時には、2ヶ月毎に業務負荷を段階的に上げていく職場復帰プランについても一度確認すると共に、労働者が取り組む再適応のための課題が共有され、関係者はその課題取り組みへの協力を求められる。職場復帰後は、関係者間で緊密に連携して、労働者の病状を観察する。ただし、病状悪化がみられたとしても職場復帰プランの修正は原則行わず、既定の職場復帰プランを継続しつつ病状回復に取り組むよう労働者に促すか、職場復帰プランを中止す

るかのどちらかを判断する。中止理由が労働者の準備不足と判断されれば、再度休業して準備を整えてくるように伝える。中止理由がその労働者の到達可能な限界、換言すればそれ以上の回復は今後望めないと判断されれば、職場復帰プランはそこで終了とする。その後は、到達時点の業務負荷でその労働者の雇用を継続する対応について、雇用継続するかどうかを含めて人事担当者が検討する。

1 1. 集団力動に基づいた実践：基底的理想集団から課題集団へ

職場復帰には病状悪化の危険性だけでなく、雇用継続に関する問題が伴っている。「いつまでも休んでいると、会社を辞めさせられるのではないか」という労働者の側の不安であったり、「こんな状態で戻ってきても、任せられる仕事がない」という使用者側の懸念や「かといって、強引なことをしたら、不当解雇で訴えられたり、自殺につながったりするのでは」という不安であったりする。このように職場復帰に際しては、労使間の利害対立が惹起されやすく、緊張と不安を伴い疑心暗鬼に陥りやすい（白波瀬 2011）。職場復帰支援プログラムを実行性のあるものにするためには、こうした緊張と不安への対応が必要となってくる。著者の考案した職場復帰支援プログラムでは、職場復帰プランの可視化と合議制という方法で不安緩和を図っている。しかし、それだけでは職場管理監督者や人事担当者の理解は知的なものに留まり、頭では分かるものの行動にはなかなか移せなかった。労働者、職場管理監督者、そして人事担当者が過剰な緊張や不安によって振り回されることなく、主体性をもって職場復帰のプロセスに関わるためには、さらなる工夫が必要だった。そのヒントがピオン（1961）による集団力動に関する研究である。

ピオンによれば、すべての集団には課題集団 *work group* と基底的理想集団 *basic assumption group* という二つの側面が存在している。課題集団とは、その集団が担っている課題の解決に向けてメンバーが主体的に取り組むことができている状態をさす。一方、基底的理想集団とは、メンバー同士が打ち合わせたわけでもないのに集団全体を非合理的な想定が支配しているような状態をさす。心理的重圧に曝されると基底的理想集団の側面が活性化する。この状態に陥った集団のメンバーたちは自分たちに課題解決はできないという思いに支配され、みな受動的になるという特徴がある。ピオンは基底的理想集団の例として、依存集団、逃走-逃避集団、つがい集団を挙げている。職場復帰に関する場

面ではしばしば目にする光景はこの基底的理想集団によく当てはまる。依存集団では、課題はリーダーにしか解決できないという想定があるかのように、メンバーはみなリーダーに依存的となり盲目的に従属する。産業精神医学においては、職場管理監督者や人事担当者が精神科専門医にメンタルヘルス不調者の処遇を決めてもらおうとする状況である。逃走-逃避集団とは、課題が解決しない原因を誰かに負わせて、その人を非難したり攻撃したりする集団である。そこには、原因となっている人がちゃんとすれば、課題は解決するという想定が存在するかのようである。それが「犯人探し」という形で表面化すると、集団内の軋轢が強まる。健康管理組織のスタッフの「人事は、産業衛生を何たるかを何も分かっていない」という発言や、人事担当者の「健康管理組織のスタッフは個人情報を守る盾にとって、何も協力しない」という発言がそれにあたる。一方、迫害者を集団の外側に見出した場合は、「本人はわがままばかりいっている」とか「主治医は会社の状況を何も分かっていない」といった議論がおこり、集団は偽りの団結力を示す。つがい集団では、集団内のカップルにより何か新しいものが生み出され、それによって課題は解決するという想定があるように、メンバーはカップルのやりとりを見守り続ける。いつかカップルから救世主が生み出され、自分たちは救われるという救世主願望である。

このような基底的理想集団が活性化した集団において、課題集団としての側面を回復させるためにはまず、1) こうした基底的理想集団という現象が普遍的なものであることを集団全体で理解すること、2) 立て直しを目的として集団で話し合う場をもつこと、3) その場で自らが感じている情緒を率直に話し、自分たちが心理的重圧に直面していることをそこで感じている情緒を含め全体で共有することである。

こうした取り組みは定期的なカンファレンスの開催によって実践される。カンファレンスを運営するとき心がけるべきなのは、対等であるという文化の醸成である。具体的には、一見的外れな発言や少数意見を無視せず尊重することが挙げられる。こうした姿勢は、集団の中に自由に発言できる雰囲気を育む一助となる。カンファレンスにおいて、話題になりづらいものとしてネガティブな感情がある。「そんな発言をしたら、非常識と思われ非難される」という不安につながり、その結果集団内でそうした感情を発言することははばかられてしまう。しかし、こうしたネガティブな感情は言葉にしなくても、言葉の端々や態度に現れ、他者との関係性を損なう原因になることが多い。したがって、

こうした悪影響を防ぐためにも、自らが抱いたネガティブな感情はカンファレンスで仲間と共有し、そうした感情を抱くにいたった経緯を考え、その対処方法を話し合うのが有効である。こうしたコミュニケーションを促進するために、リーダーが時に自らのネガティブな感情を率直に言葉にすることが有効である。また、自由な発言を保障するための工夫として、カンファレンスにおいて結論が出ない場合もあるという選択肢をリーダーが担保しておくこともまた有用である。

こうした取り組みによって、課題集団としての側面が回復してくると、メンバーに、問題を解決するために自らに何ができるのかを考える姿勢が見られるようになる。他人任せではない主体的な姿勢である。こうした動きが出てくれば、メンバーでアイデアを出し合い、それを集団全体で協議して、実効性のある対策を生み出す作業を始める。対策が決まったら、それを実行に移しその効果を再び話し合い、その結果に基づいてより実効性の高い対策を模索していく。こうして、課題集団としての側面はさらに確実なものになっていく。

さらに、心理的重圧→基底的想定集団の活性化→課題集団の回復という作業を通して、メンバーたちは自らの技術にさらに磨きをかけ、より積極的に目的達成に取り組み、緊密に連携を取るようになる。これが集団としての成長につながるのである。

以上の集団力動に関する理解に基づいて著者が取り組んだのは、企業内に専門チームを作ることだった。まず、KEAPの側で精神科専門医2名と臨床心理士3名からなるチームを作り、契約先企業に精神科専門医はそれぞれ週2回3時間ずつ勤務し、臨床心理士は週4日間勤務するという体制とした。このチームに、契約先企業の産業保健スタッフおよび人事担当者を含めたメンタルヘルス対応の専門チームを作った。臨床心理士が契約先企業に常駐することで、労働者に対して細やかに対応できるようになったのに加えて、職場管理監督者や人事担当者とのコミュニケーションも密になったことで、新しい職場復帰支援プログラムの現場への浸透は促進された。さまざまな機会を利用して関係者でカンファレンスを開き、課題集団の活性化も積極的に行うことができた。また、精神科専門医や臨床心理士がメンタルヘルス不調者への対応の仕方をやってみせることで、職場管理監督者や人事担当者は「そんなふうに接すればいいんだ」とか「そこまで率直な話し合いをしてもいいんだ」と納得し安心するという効

果もみられている。

12. おわりに：法律に望むこと

労働法に適応的観点を適用すると、それは次のように理解できるのではないだろうか。

まず、労働法の目的は、労働契約においては使用者と労働者との間に不平等が存在しているために、使用者が生産性向上のために労働者にとって適応困難な労働環境を設定したとしても、労働者はその条件で契約を結ばざるをえない状況が存在している。この状況を修正して、平均的な個人が適応可能であると想定できる、平均的な環境条件を保障することである。その意味で、労働法は適応的観点に基づいたメンタルヘルス支援の適切な実践を保障するための前提条件ということになる。と同時に、「10. 適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援の実践」の冒頭で触れたように、労働者を保護する視点が強調されすぎると、労働法がメンタルヘルス不調の労働者が再適応のために取り組むべき課題を免除する結果につながりうる可能性ももっている。その意味で適応的観点に基づいたメンタルヘルス支援の実践を困難にしている側面がある。

著者の考える、適応的観点に基づいたメンタルヘルス支援の実践から法律に望むことは、労働者を保護するだけでなく、彼らの成長促進を目的とした誠実な取り組みをも保障する枠組みである。

【文献】

- Bion, WR (1961): Experiences in group and other papers. Routledge.
- Grinker, RR and Spiegel, JP (1945): War neuroses. Ayer Co Pub.
- 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.
- Jaspers, K (1913): Allgemeine Psychopathologie. (西丸四方訳：精神病理学原論。みすず書房)
- 加藤正明（1985）：序説。小此木啓吾他（編）：産業精神医学 臨床産業医学全書7：1-3。医歯薬出版株式会社。
- 加藤正明他（編）（1993）：新版精神医学事典。弘文堂。
- 加藤正明（1998）：精神医学，精神保健における歴史。加藤正明（監修）産業精神保健ハンドブック：2-9。中山書店。
- 小西輝夫（1969）：企業と精神科医の問題。精神医学，11（12）：953-958.
- 小西輝夫（1971）：企業のなかの精神衛生。精神医学，13（12）：1163-1167.
- 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)
- 中村純，行正徹（2007）：気分障害。日本産業精神保健学会（編）：産業精神保健マニュアル：307-311。中山書店。
- 中村豊（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。
- 小倉清（2006）：子ども・思春期の精神療法の副作用。小倉清：小倉清著作集1「子どもの臨床」：66-74。岩崎学術出版社。
- 岡田靖雄，小坂英世（1970）：市民の精神衛生。勁草書房。
- 小此木啓吾（1981）：無題。小沼十寸穂（著編）：労働科学叢書57 職場の精神健康管理の実際-諸家の知見と方策から-：60-62。労働科学研究所。
- 小此木啓吾（1985）：精神健康と適応・不適応。小此木啓吾他（編）：産業精神医学 臨床産業医学全書7：27-33。医歯薬出版株式会社。

- ・ 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．
- ・ 小澤勲（1975）：呪縛と陥穽-精神科医の現認報告．田畑書店．
- ・ 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．
- ・ 白波瀬丈一郎（2011）：企業におけるうつ状態-主治医と経営者は何故手を結べないのか-．治療，93（12）：2443-2446．
- ・ 田中雅人，廣尚典，小田島恵子他（1992）：職域における精神保健相談（第1報）．産業医学，34：912．
- ・ 樽味伸，神庭重信（2005）：うつ病の社会文化的試論-特に「ディスチミア親和型うつ病」について-．日本社会精神医学会雑誌，13（3）：129-136．

表1. 初診時の診断分類

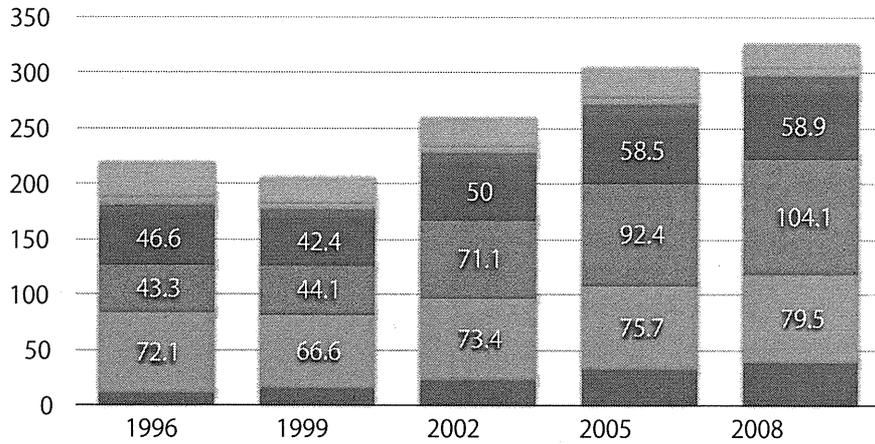
	精神分裂病		躁うつ病		てんかん		器質性精神病		その他の精神病		中毒性精神病		精神病質		神経症		その他		計
57-61	43	19.5%	18	8.1%	12	5.4%	16	7.2%	6	2.7%	19	8.6%	24	10.9%	76	34.4%	7	3.2%	221
62-66	21	8.9%	19	8.1%	15	6.4%	24	10.2%	3	1.3%	40	16.9%	11	4.7%	92	39.0%	11	4.7%	236
67-71	10	5.7%	13	7.4%	8	4.5%	16	9.1%	10	5.7%	33	18.8%	7	4.0%	64	36.4%	15	8.5%	176
72-76	6	5.0%	6	5.0%	7	5.8%	11	9.2%	0	0.0%	21	17.5%	4	3.3%	61	50.8%	4	3.3%	120
77-80	3	3.6%	6	7.2%	3	3.6%	5	6.0%	5	6.0%	18	21.7%	4	4.8%	37	44.6%	2	2.4%	83
	83	9.9%	62	7.4%	45	5.4%	72	8.6%	24	2.9%	131	15.7%	50	6.0%	330	39.5%	39	4.7%	836

表2. 診断(疑診)名別件数(1980年~1987年) 従業員数3,707(男2,177名 女1,590)

精神分裂病	パラノイア	双極病	うつ病	心身症	神経症	心因反応	人格障害	アルコール症	家族相談	計
4(3)	3(1)	11(2)	41(6)	17(9)	24(10)	9(4)	20(4)	4(0)	24(2)	157(45)
2.5(7.3)	2.0(2.4)	7.0(4.9)	26.1(14.6)	10.8(21.9)	15.3(24.4)	5.8(9.8)	12.7(9.8)	2.5(0)	15.3(4.9)	100

()内数字は女子の再掲を示す

図 1. 医療機関に受診する患者の疾病別内訳



【出典】患者調査

- 認知症
- 統合失調症など
- うつ病など
- 不安障害など
- その他
- 薬物・アルコール症
- てんかん

表 3. メランコリー親和型とディスチミア親和型うつ病との対比

	メランコリー親和型	ディスチミア親和型
年齢層	層 年 高 中	層 年 青
関連する気質	執着気質 メランコリー性格	スチューデント・アパシー 退却傾向と無気力
病前性格	社会的役割・規範への愛着 規範に対して好意的で同一化 秩序を愛し、配慮的で几帳面 基本的に仕事熱心	自己自身(役割ぬき)への愛着 規範に対して「ストレス」であると抵抗する 秩序への否定的感情と漠然とした万能感 もともと仕事熱心ではない
症候学的特徴	焦燥と抑制 疲弊と罪業感(申し訳なさを表明) 完遂しかねない“熟慮した”自殺企図	不全感と倦怠 回避と他罰的感情(他者への非難) 衝動的な自傷、一方で“軽やかな”自殺企図
薬物への反応性	多くは良好(病み終える)	多くは部分的効果にとどまる(病み終えない)
認知と行動特性	疾病と服薬で全般に軽快しやすい	どこまでが「生き方」でどこからが「症状経過」か不分明
予後と環境変化	場・環境の変化は両価的である(時に自責的になる)	休養と服薬のみではしばしば慢性化する 置かれた場・環境の変化で急速に改善することがある

樽味伸 (2005)

厚生労働科学研究費補助金

分担研究報告書

産業保健実務者および産業医の視点からみた
日本の職域メンタルヘルス対策

- 法令、行政規則・ガイダンス、公的支援体制、民間支援事業の効果と問題点
および諸外国への訪問調査に関する提言 -

分担研究者 梶木繁之 産業医科大学産業医実務研修センター・講師

研究要旨

これまでの日本の官民両者による職域メンタルヘルス対策について概観したうえで、その効果ならびに問題点について産業保健実務者および産業医の立場から整理・考察し、法学者が諸外国の訪問調査を行う際に注視すべき事項について提言することを目的として調査を実施した。

職域におけるメンタルヘルス対策として、国は立法（労働安全衛生法）、行政規則やガイダンス、法律に基づく公的機関による支援事業の推進を行ってきた。その他、民間レベルではEAP (Employee Assistant Program) などの支援機関がその存在感を高めている。国レベルでは、5年に一度行われる「労働者健康状況調査」の他、不定期に様々なメンタルヘルスカケア対策に関する調査が実施されている。これらの調査では、事業所と労働者の両方もしくは事業者のみを対象に調査が行われており、メンタルヘルスに関する幅広い、様々な情報が収集されている。

しかし、既存の活動の効果を直接的に評価できる指標は乏しく、国内において何らかのメンタルヘルスカケア対策を展開する場合には、それらの取組成果が直接検出（評価）できるような指標を開発する必要性が認められた。

法学者による諸外国の訪問調査に際して注視すべき点としては、①メンタルヘルスに関する法律および関連するシステム（社会的な枠組み）の内容等、②「メンタルヘルス不調者」の診断もしくは認定基準、③認定する場合の医師の資格や診療科、専門、経験等、④メンタルヘルス不調による労災認定数ならびに詳細、⑤当該国におけるメンタルヘルス不調者の周囲ないし社会からの受け止められ方、⑥国レベルでの緊急相談窓口の設置状況、⑦復職可否を判断する際の責任者、⑧EAPなどの外部機関との連携状況、⑨法的な枠組みの一環として行われるメンタルヘルススクリーニングの有無などが提示された。

A.目的

これまでの日本の官民両者による職域メンタルヘルス対策について概観したうえで、その効果ならびに問題点について産業保健実務者および産業医の立場から整理・考察し、法学者が諸外国の訪問調査を行う際に注視すべき事項について提示すること。

B.方法

政府による公的な職域メンタルヘルス対策は、主として労働安全衛生法上の法整備、行政規則やガイダンス、法律に基づく公的機関による支援事業の推進によって行われて来た。

そこで先ず、三柴¹⁾の整理に従い、労働安全衛生法におけるメンタルヘルス対策に適用可能な条文を確認した。

次に、1972年の労働安全衛生法（以下、安衛法という）制定以降のメンタルヘルス対策に関連する主要な指針等²⁾を列挙し、関連施策展開の系譜を確認した。

第3に、メンタルヘルス対策に関する以下の公的サービスを列挙し、各サービスの実施主体が独自に実施した調査から判明した各サービスの効果（ないしそれを推定させるデータ）等を確認した。

①独立行政法人・労働者健康福祉機構が全国の産業保健推進センター等にメンタルヘルス対策支援センターを設置して実施して来た同名の支援事業：同事業では、その利用者に対し、平成21年度のサービス開始時よりア

ンケート調査を実施して来た³⁾。

②1964年（昭和39年）に労働災害防止団本法に基づき設立された中央労働災害防止協会（以下、中災防ともいう）におけるメンタルヘルス支援（各種セミナー、社内研修会の講師派遣、ストレスチェック等）活動：中災防が実施する様々な研修プログラムでは、実施するセミナー毎に受講者を対象としたアンケートが行われて来た⁴⁾。

第4に、民間レベルで存在感を高めているEAP（Employee Assistant Program）が提供しているサービスの概要と効果についてインターネット等で検索した⁵⁾。

第5に、上記の法制度・施策等を踏まえて個々の事業で実際に実施されているメンタルヘルス対策に関する調査として、厚生労働省の「労働者健康状況調査」⁶⁾と独立行政法人・労働政策研究・研修機構の「職場におけるメンタルヘルスケア対策に関する調査」⁷⁾を採り上げ、対策の概要や効果（を推定させるデータ）等について確認した。

以上の作業を踏まえ、諸外国の訪問調査を行う際に注視すべき事項に関し、産業医実務研修センターに所属する医師の内、産業医経験者18名（産業医経験年数2～15年）で討議を行った。

C.結果

1) 職域におけるメンタルヘルス対策に適用可能な条文

三柴¹⁾は現行の安衛法の中で、メン

タルヘルス（以下、この項においてMHと標記することがある）対策に適用可能な条文について、以下のように整理している。

①これまで、産業ストレスに関連する災害の賠償事件において裁判所が言及したもの

第28条の2（業務に起因するリスクのアセスメント及びマネジメントの努力義務等）

第65条の3（作業管理の努力義務）（電通事件平成12年3月24日労働判例779号13頁など）

第3章（安全衛生管理体制の構築にかかる義務及び努力義務）（真備学園事件岡山地判平成6年12月20日労働判例672号42頁など）

②メンタルヘルス指針（行政規則・局長通達）の根拠とされたもの等

第69条第1項（健康の保持増進を図るための措置の努力義務）、第70条の2（厚生労働大臣による第69条第1項に定める措置に関する指針の公表及びそれに基づく指導）

③快適職場指針（行政規則・省告示）の根拠とされたもの等

第71条の2（作業環境管理、作業管理、労働者の疲労回復設備等の設置・整備等による快適職場環境形成の努力義務）、第71条の3（厚生労働大臣による第71条の2に定める措置に関する指針の公表及びそれに基づく指針）、第71条の4（国による

事業者の快適職場形成支援の努力義務）

④近年の法改正（平成17年法第108）において、主にMH対策を意識して策定されたもの

第66条の8第1項、第3項、第4項、第5項（長時間労働者面接指導等の実施義務、その結果の記録義務、医師への意見聴取義務、医師の意見を踏まえた事後措置義務）、第66条の9（面接指導対象者以外の要配慮者に対する措置の努力義務）

⑤主にMH対策を意識して策定されたわけではないが、同対策も射程に捉えられていたもの

第70条（健康の保持増進を図るための体育活動、レクリエーション等の活動についての便宜供与の努力義務）、第71条（国による事業者の健康の保持増進措置のための援助の努力義務）

なお、一般健診・特殊健診の実施義務、都道府県労働局長による臨時健診の指示、医師選択の自由について定める第66条も、強制こそできないものの、問診等による「心身の欠陥」の調査を予定しているから、これに連なる第66条の3（健診結果の記録義務）、第66条の4（健診結果についての医師等への意見聴取義務）、第66条の5（医師等の意見を踏まえた事後措置義務等）、第66条の7第1項（健診結果を踏まえた医師等による保健指導の努力義務）も、任意に回答されたMH不調については射程に収めてい

ると解される。

⑥MH対策を射程に入れて策定されたわけではないが、同対策にも類推適用が可能と解されるもの

第65条の4（物理的に有害な作業に従事する時間[作業時間]の制限）、

第68条（特定の疾病罹患者の就業禁止措置義務）（本条所定の厚生労働省令に当たる労働安全衛生規則第61条は、当初精神疾患罹患者も対象に含めていたが、産業医に判断させるのは適当でないとして、平成12年改正で除外された経緯がある。なお、本条に関する京和タクシー事件京都地判昭和57年10月7日労働判例404号72頁は、「左肺浸潤の疑、要精査」との健診結果を受けながら、本人にその結果を伝えず、漫然と従前通りのタクシー運転業務に従事させたことにより肺結核の重篤化を招いたとして、本条違反を要素として事業者の過失責任を認めている。）

2) 安衛法制定以降のメンタルヘルス対策に関する主な指針等

職域におけるメンタルヘルス対策の主な指針として下が挙げられる。

- 1979年（昭和54） シルバー・ヘルス・プラン
- 1988年（昭和63） トータル・ヘルスプロモーション・プラン
- 1992年（平成4） 快適な職場環境の形成
- 1996年（平成8） 過労死の労災認定基準（改正）

- 1999年（平成11） 心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針
- 2000年（平成12） 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針
- 2002年（平成14） 過重労働による健康障害防止のための総合対策 職場における自殺の予防と対応
- 2004年（平成16） 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
- 2006年（平成18） 労働者の心の健康の保持増進のための指針
- 長時間労働者への医師による面接指導の実施
- 2009年（平成21） 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（改訂）
- 2011年（平成23） 心理的負荷による精神障害の認定基準

3) メンタルヘルス対策支援センター事業と利用者アンケート報告書

独立行政法人・労働者健康福祉機構では、全国のメンタルヘルス対策支援センターの利用者に対し、年次毎のアンケート調査が行われて来た。これまでに、平成21年度ならびに平成22年度の報告書が作成されており平成21年度は、「相談、情報提供サービス」の利用者452件、「訪問支援事業場サービス」の利用者2133件、平成22年度は、「相談、情報提供サービス」の利用者589件、「訪問支援事業場サービス」の利用者2396件より回答が得

られていた。

平成 23 年度の報告書の内、「相談、情報提供サービス」を利用した回答者の職種が一番多いのは「人事労務担当者：35.1%」で「衛生管理者：21.2%」、「メンタルヘルス推進担当者：9.3%」と続いた。また、回答者の所属する事業所の規模でみると、100名～299名が30.2%と最も多く、以下、50名～99名が22.4%、10～49名が17%と続き、回答者の多くが中小規模の事業所であることが判明した。業種としては、製造業の38.5%に続き、建設業が6.5%、運輸業4.1%と続いた。

センターへの満足度については、70.8%が満足していると答えており特に「メンタルヘルス対策の構築に役に立った」との回答率が81.2%であった。

一方、平成23年度の報告書の内、「訪問支援事業サービス」を利用した回答者の事業所規模は、100～299名が34.4%、50～99名が26.7%、10～49名が18.4%と続き、こちらも中小規模事業所の利用が多いことが判明した。業種の特徴も製造業、建設業、運輸業の順で高い傾向が見られた。

メンタルヘルス支援センターの内容に対する満足度調査では、64.3%が満足していると回答しており、「相談、情報提供サービス」同様、回答者は比較的高い満足度であることが判明した。

4) 中央労働災害防止協会によるメンタルヘルス関連セミナーと受講者ア

アンケートの結果

平成 21 年度の「メンタルヘルス教育研修担当者等能力向上研修会（札幌、仙台、東京、名古屋、大阪、広島、福岡 計7回）」の参加者762名の内741名（回収率97.2%）より回答を得た。参加者の内52.3%が中小規模事業場からの参加で参加者は事業場内産業保健スタッフが27.9%、以下、人事労務管理スタッフ24.2%、管理監督者15.6%と続いた。研修会全体の印象では、「大変満足」と「満足」を併せると93.6%の参加者が満足との回答であった。また、講義内容についても、「大変有益である」と「有益である」を併せると、86.6%～93.5%であり研修会に対する参加者の高い満足度がうかがえた。

また、平成 21 年度の「メンタルヘルス教育研修担当者等養成研修」では229名が参加し、218名（回収率95.2%）より回答を得た。参加者の内55%が300人以下の中小規模事業場から参加しており、参加者の職種は人事労務管理スタッフが32%、ついで事業場内産業保健スタッフ16%、管理監督者13%と続いていた。研修会全体の満足度は「大変満足である」と「満足である」を併せると96.2%であり、参加者の高い満足度がうかがえた。

この他、職場における、「自殺予防セミナー：参加者3758名」や「心の健康づくりシンポジウム-職場（組織）の能力を発揮できるようにするために-参加者1210名」なども開催しているが、アンケート結果からは86.4%、