

企業が果たすべき CSR について、健康・メンタルヘルスを指摘する企業別組合の割合が高い（77.6%、全項目中第 3 位）。

また、先進事例として挙げられている中に、ストレス調査の結果を経営者と管理者、そして労働組合にも積極的に開示するものがあった。ただし、それがどの程度の広がりを見せているのかは現時点では不明であるので、今後明らかにしていく必要がある。（→次年度への継続課題）

このように、メンタルヘルス問題への関心は高くなりつつあるが、各組合がどのように対応しているのかについても明らかにしていくことが必要であろう。

### ③ 経営戦略として位置づける対応

また、メンタルヘルス問題への対応については、ワークライフバランスに対する企業の対応が参考になる可能性がある。出産・育児によって休職と復職という過程を経る点や、対応を誤ると離職やモチベーション低下につながるという点は、両者において共通していると考えられる。

例えば、アメリカではワークライフバランスを経営戦略の一部として考え、その結果を明確に探ろうとしていると言われていたが、メンタルヘルスに対しても同様であるかということも今後検討する価値があると考えられる。

しかし、この点については、上でも述べたとおり、短期的な経営効率優先という大きな障壁があるため、経営効率に貢献するということが明らかにしなければ、積極的な取り組みを期待することは難しいかもしれない。

メンタルヘルス不調者を減らすことは、企業の利益を損なうリスクを軽減することにつながるものが予想されるものの、その一方で短期的に劇的な改善を期待することが難しいことも予想される。

もともと、例えばメンタルヘルス不調者を復職させる仕組みを持っていて、実際に復職させたことが経営成果に結びついていることを明確に示す結果があれば、対策に乗り出す可能性はあるだろう。

メンタルヘルス不調者をいかに復職させるのかという問題については、メンタルヘルス不調の原因がどこにあるのか、特に雇用の問題とどのようにかかわっているのかによって対処の仕方が変わってくると考えられる。

ただ、そのような調査結果は、特に企業横断的なレベルでは、今のところ見当たらない。今後の課題であろう（→次年度への継続課題）。

## 4. 2. サポートティブな組織風土

企業においてメンタルヘルス問題に取り組む際には、職場レベル、全社レベル、個人レベルのそれぞれにおいて、それぞれに取り組むべき課題がある。しかし、それぞれがバラバラに取り組むのではなく、それらを連携させていくことが重要である。

### ①管理職の役割

職場でのメンタルヘルス問題を考える上で、管理職には、職場運営での日常的なストレス予防と改善努力、部下への適切なサポート、部下へのストレスの気づきと専門家に相談するよう助言する役割が期待されている。

職場においてサポートティブな組織文化を創り出す上でも、上司に期待される役割は大きい。メンタルヘルス施策において、管理職への啓発活動、教育訓練などがかなり重視されているのも、そのような理由からであると思われる。

また、ソーシャル・サポート研究において、メンタルヘルスの専門家ではない、職場の人々による有形無形のサポートが、労働者のストレス軽減に結びつく可能性が示されている。また、職場復帰に向けたソーシャル・サポート研究の必要性も指摘されている（→次年度への継続課題）。

さらには、問題上司の早期発見・チェック体制の確立、管理職の評価項目にソーシャル・サポートを取り入れるといったことも人事管理施策として考えられている。

しかし、管理監督者にメンタルヘルス不調者が増加している。管理職の果たしうる役割は確かに大きなものがあるが、その一方で成果を上げることも求められ、かなり強いプレッシャーに晒されているとも言える。

このような状況の下では、監督者に対して部下の不調の気づきやケアに関する教育研修や情報提供だけでは不十分であろう。また、管理職に対するチェックや、評価項目をさらに増やした場合には、仕事上の負荷を増やすことが危惧される。

## ②組織内の情報共有

組織内の各レベルが連携していくためには、従業員のメンタルヘルスに関する情報共有が欠かせない。しかし、各職場が正確な情報を伝達しないというケースがある。

メンタルヘルス不調者を休職をさせるこ

とに関してメンタルヘルス担当部署に強い権限がある場合に、そうした危険性がある。

組織内の情報共有を促進していくためには、各部署の間でどのような力学が働いているのかということについても、検討する必要がある（→次年度への継続課題）。

## ③組織風土づくり

組織風土あるいは組織文化とメンタルヘルスとの関係についての研究は、ストレスへの影響を中心に、少しずつではあるが、海外を中心に行われている。

組織風土の測定尺度づくりは、日本においても試みられつつある。また、ストレス理論を組織風土との関連で拡大していこうという試みもある。

その一つとして、社会心理的安全風土（以下、PSCと略記する）概念がある。PSCは「労働者の健康と安全の保護のための政策、施策、手続き」と定義される。

PSCは、ワークストレスの原因とされる労働負荷などの仕事上の要求、仕事に対する労働者のコントロール、資源、ソーシャル・サポートなどに影響を与えるコンテクスト要因として位置づけられ、安全風土理論とワークストレス理論のギャップを埋めるものとして提唱された。

PSCは、心の健康とワークストレスの防止のための経営者によるサポートとコミットメントを詳述するものであり、それは組織の財産であるとされる。

PSCは、経営者の関与とコミットメントによるストレス防止へのサポート、組織内コミュニケーション（ストレス防止が組織内のすべての階層レベルにおいて行われている）、組織的な参加（仕事における健康と

安全についての関心事を解決するための意見を経営者が聞きいれている）、関与（従業員、労働組合、企業内の安全衛生担当者が取り組みに参加している）といった尺度によって測定される。

PSCの実証研究においては、心理的消耗感や、精神的苦痛は、風土によって予測され、そのメカニズムは労働環境の媒介効果によって説明されることや、PSCにはトップダウン効果があること、心の健康と従業員のエンゲージメントにかかわる基本的な組織環境として位置づけられることなどが明らかにされている。

また、それらの研究において示されている実践的含意としては、PSCに焦点を絞ることによって、経営者の行動を変えること、労働者のケアを行うことが、一次予防につながる可能性があること、PSCはひとたび強いものが作られれば、より持続的な生産性という企業の目的につながるなどがある。

以上に述べてきたことから言えることは、メンタルヘルス問題への対処には、トップのフォローが強く求められるということであろう。現場レベルの取り組みはもちろん重要であるが、トップが情報を共有し、経営状況を鑑みながら、現場を巻き込んで施策を講じていく必要がある。

組織風土がメンタルヘルスの重要な規定要因であることをPSC概念は示唆しているが、今後は、PSC概念の日本企業における有効性や妥当性を含めて、組織風土とメンタルヘルスとの関係について詳細な実証研究を重ねていくことが必要であろう。（→次年度への継続課題）

#### 4. 3. 従業員を強くする

企業経営の観点からすれば、メンタルヘルスとの関連で重視されているのは、特にメンタルヘルス障害発生予防の観点である。

従業員を守るための施策を充実させていくことはもちろん重要であるが、心の健康のポジティブな面に注目し、従業員に強くなってもらうことによってメンタルヘルス問題に対応していこうという考え方も、近年発展してきている。

この点に関して、ポジティブ心理学の知見に関連させた議論が増加している。そこには、心の活力に注目することで、メンタルヘルス対策の活動範囲が広がり、メンタルヘルスに取り組もうという動きにはつながらないという考えが根底にあるようである。

例えば、労働者の強みを伸ばし、いきいきと働くことのできる状態である、ワーク・エンゲイジメントが注目されている。

エンゲイジしている従業員や彼らが所属する部門は、業績が良く、高い収益があげることが実証研究から明らかにされている。

最近では、メンタルヘルス対策の一環として組織活性化施策が行われており、事例も紹介されている。そこでの施策がワーク・エンゲイジメントに対して一般的にどの程度の効果をもたらすのかについては、今後のさらなる研究蓄積が必要であろう。

（次年度への継続課題）

#### E. 結論

経営学の一領域としての人事管理論において、メンタルヘルス問題が注目されるようになったのは、ごく最近のことである。

1990年代に日本の大企業で導入が進められた成果主義人事管理の浸透過程においては、能率促進機能の側面が注目され、さらに人件費削減を目的とした仕事や要員の管理が前面に押し出されてきたように思われる。

一方、従業員の立場からすれば、成果主義の下で大きなプレッシャーに晒されることとなり、また人件費削減によって働きに見合った賃金も得られてないケースも増大していることから、従業員の中にメンタルヘルス不調者が急増する結果となった。

それにより、離職者の増大、組織コミットメントの低下、訴訟リスクなどの問題が、企業経営のあり方に大きな影響を及ぼすこととなった。

しかし、これらの問題に対して企業がどのような対応を行おうとしているのかについては、施策の実施度に関する調査がいくつか見られる程度であり、またその対応の結果が従業員の行動にいかなる結果をもたらすのか、それらが組織運営にいかなる影響を与えているのか、経営者は本音としてメンタルヘルス問題に対してどのように取り組もうとしているのか、といったことについての研究蓄積は徐々に重ねられてきているものの、まだ十分であるとは言えないように思われる。

また、他方で人事管理施策からメンタルヘルス問題の発生につながる経路を明らかにすることも重要である。本年度においては、その足がかりとして、エンプロイアビリティ、心理的契約、社会心理的安全風土といった概念に注目し、検討を行った。この点については、今後も引き続き検討をしていくことが必要である。

さらには、企業に対して、社内でのメンタルヘルス施策の実施状況や、その利用の度合い、効果や問題点に関する聴き取り調査を行うことが挙げられる。

そして、企業の施策の対象となる従業員に対し、施策の利用状況や利用のしやすさへの意識などに関する調査、また特定企業の従業員という立場から離れる形での労働者への意識調査（聴き取りまたはアンケートによる）などを実施する必要があると考える。

#### F. 研究発表

1. 論文発表  
該当せず。
2. 学会発表  
該当せず。

#### G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得  
該当せず。
2. 実用新案登録  
該当せず。
3. その他  
該当せず。

#### H. 引用文献

- 1) 天野常彦・小杉佳代子『メンタルサポートが会社を変えた！－オリンパスソフトの奇跡』創元社、2011年。
- 2) 石川邦子「コールセンターの職場環境特性とストレスの関連性－感情労働の観点から」『日本労務学会誌』第12巻第1号、2010年、43～58頁。
- 3) 稲上毅・連合生活総合開発研究所編『労働CSR－労使コミュニケーションの現状

- と課題』NTT出版、2007年。
- 4) 大藪毅『長期雇用制組織の研究—日本の人材マネジメントの構造』中央経済社、2009年。
- 5) 大塚泰正・鈴木綾子・高田未里「職場のメンタルヘルスに関する最近の動向とストレス対処に注目した職場ストレス対策の実際」『日本労働研究雑誌』No.558、2007年、41～53頁。
- 6) 奥林康司『入門人的資源管理（第2版）』中央経済社、2010年。
- 7) 小野公一『働く人々のwell-beingと人的資源管理』白桃書房、2011年。
- 8) 久保真人『バーンアウトの心理学』サイエンス社、2004年。
- 9) 小杉正太郎『企業内メンタルヘルス・サービスの理論と実際』弘文堂、2009年。
- 10) 須田敏子『戦略人事論』日本経済新聞出版社、2010年。
- 11) ウィルマー・B・シャウフェリ、ピーターナル・ダイクストラ（島津明人・佐藤美奈子訳）『ワーク・エンゲイジメント入門』星和書店、2012年。
- 12) 社会生産性本部「第4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」2008年。
- 13) 鈴木安名『人事・総務担当者のためのメンタルヘルス読本』労働科学研究所出版部、2006年。
- 14) 谷俊子「従業員へのメンタルヘルス課題に求められる倫理観」『日本経営倫理学会誌』2011年、187～197頁。
- 15) 谷本寛治『企業社会のリコンストラクション』千倉書房、2002年。
- 16) 独立行政法人労働政策研究・研修機構「職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査」2012年。
- 17) 團泰雄「日本におけるエンプロイヤービリティ定着への課題」『商経学叢』第49巻第3号、2003年。
- 18) 日本経営者団体連盟教育特別委員会編『エンプロイヤービリティの確立を目指して—「従業員自律・企業支援型」の人材育成を』日本経営者団体連盟、1999年。
- 19) 日本生産性本部「第5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」2010年。
- 20) 日本生産性本部「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」2012年。
- 21) 服部泰宏『日本企業の心理的契約—組織と従業員の見えざる約束』白桃書房、2011年。
- 22) 林吉郎・福島由美『異端パワー—「個の市場価値」を活かす組織革新』日本経済新聞社、2003年。
- 23) 平野光俊『日本型人事管理—進化型の発生プロセスと機能性』中央経済社、2006年。
- 24) 福井里江・原谷隆史・外島裕・島悟・高橋正也・中田光紀・深澤健二・大庭さよ・佐藤恵美・廣田靖子（2004）「職場の組織風土の測定—組織風土尺度 12 項目版（OCS-12）の信頼性と妥当性」『産業衛生学雑誌』第 46 号。
- 25) 松山一紀「メンタルヘルスと従業員態度および業績評価との関係—大手電機メーカーA社を事例として」『日本労務学会誌』第4巻第2号、2002年、2～13頁。
- 26) 松山一紀「非正規労働者の職務態度とメンタルヘルス」『経営行動科学』第23巻第2号、2010年、107～121頁。

- 27) 見波利幸『「新型」うつな人々』日本経済新聞出版社、2011年。
- 28) 森本三男『日本の経営の生成・成熟・転換』学文社、1999年。
- 29) 山崎哲弘「企業におけるメンタルヘルス・マネジメントーリスクマネジメント・プロセスの視点から」『経営研究』第62巻第2号、2011年、85～104頁。
- 30) 山本寛「雇用不安と従業員の職務上の態度、意思・行動との関係に及ぼすエンプロイアビリティ知覚の影響」『日本労務学会報告論集』2012年。
- 31) 労働・社会保険法研究会編『企業のうつ病対策ハンドブック』信山社、2011年。
- 32) 労務行政研究所『労政時報』第3725号、第3736号、2008年；3781号、2010年。
- 33) 若林直樹・松山一紀『企業変革の人材マネジメント』ナカニシヤ出版、2008年。
- 34) 涌井美和子『企業のメンタルヘルス対策と労務管理』労働法令、2005年。
- 35) 渡辺聡子・アンソニー・ギデンズ・今田高俊『グローバル時代の人的資源論ーモチベーション、エンパワーメント、仕事の未来』東京大学出版会、2008年。
- 36) Avey, J.B., F.Luthans, R.M.Smith, and N.F.Palmer(2010)"Impact of Positive Psychological Capital on Employee Well-Being over Time," *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol15, No.1,pp.17-28.
- 37) De Cuyper, N. and H. De Witte(2006) "The Impact of Job Insecurity and Contract Type on Attitudes, Well-Being and Behavioral Reports: A Psychological Contract Perspective," *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol.79, pp.395-409.
- 38) Dollard and Baller(2010) "Psychological Safety Climate as A Precursor to Conductive Work Environments, Psychological Health Problems, and Employee Engagement," *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol.83, pp.579-599.
- 39) Dollard, M.F., T. Opie, S. Lenthall, J. Wakerman, S. Knight, S. Dunn, G. Rickard, and M. Macleod(2012) "Psychological Safety Climate as an Antecedent of Work Characteristics and Psychological Strain: A Multilevel Model," *Work and Stress*, Vol.26, No.4, pp.385-404.
- 40) Fugate, M., A.J.Kinicki (2008)"A Dispositional Approach to Employability: Development of A Measure and Test of Implications for Employee Reactions to Organizational Change", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol.81, pp.503-527.
- 41) Fugate, M., A.J.Kinicki and B.E. Ashforth(2004) "Employability: A Psycho-social construct, Its Dimensions and Applications", *Journal of Vocational Behavior*, Vol.65, pp.14-38.
- 42) Haeusser et al.(2010) "Ten Years on: A Review of Recent Research on The Job Demand-Control (-Support) Model and Psychological Well-Being"

*Work and Stress*, Vol.24, No.1, pp.1-35.

43) Mishra, S.K. and D.Bhatnagar

“Linking Emotional Dissonance and Organizational Identification to Turnover Intention and Emotional Well-being: A Study of Medical Representatives in India”, *Human Resource Management*, Vol.49, No.3, pp.401~419, 2010.

44) Rousseau, D. *Psychological Contracts in Organizations: Understanding Written and Unwritten Agreement*, Sage Publications, 1995.

### Ⅲ. 研究協力者研究報告書



厚生労働科学研究費補助金  
協力者研究報告書

産業精神保健の歴史

—1950年代～現在まで—

研究協力者 荻野 達史 静岡大学 人文社会科学部 教授

本稿は、日本における産業精神保健の取り組みがいかに始められ、その後どのような展開を辿ったのかを、まずは時系列的に記述していくことを目的とする。また、この流れの中で、どのような事柄が関係者において問題とされたのか、そしてまたそれはどのような社会的状況と関連していたのかを適宜検討していくものである。

関連する専門誌、書籍、行政文書等を中心に検討した結果、1950年代以降から現在までを四つの時期に区分して整理することになった。以下、各期の概略を示してみよう。

第Ⅰ期「創生期」は、1950年代中頃より1970年代初頭までになる。戦前期にめぼしい産業精神保健活動の記録はなく、50年代より、一部の医師たちが研究会を立ち上げるなどの動きが出てくる。ただし、より重要なのは、疾病構造の変化——結核罹患者の激減——もあり、職場における精神障害者への対応が企業としてより問題とみなされ、一部大企業で精神保健の専門家を導入するようになったことである。関わった医師たちは、社内の偏見に対峙しながら復職支援に取り組むなどしていた。しかし、1960年代後半になり、反精神医学の潮流と学生運動とが交錯するなかで、精神科医が企業に関わることに激しい批判が向けられるようになり、個々の企業内活動以上の営みは下火となる。

第Ⅱ期は「潜行期」は、1970年代前半から80年代前半までとなる。行政的な取り組みもまだなく、医療者関係の学会的な取り組みもほとんどない時期である。唯一、内科や公衆衛生学を専門とする医師の多い産業医の集まりである産業衛生学会内の研究会が規模は小さいながら継続されていた。

第Ⅲ期「展開期」は、1980年代中頃より90年代前半までとした。一件の事故とある労働者の自殺未遂・負傷に至ったうつ病が業務に起因すると労働本省で認められたことがきっかけとなり、行政的な取り組みが開始される。ただし、この時期は労災認定基準の見直しに至ることもなく、「健康作り」運動に含められた対策もごく軽いストレスを念頭においたものであった。社会一般においても「ストレス」という言葉が多用され、関心が高まってきた時期でもある。それでも、立ち上げも含め関連学会の動きが再び見られるようになり、行政委託の大規模なストレス研究なども開始された時期である。

第Ⅳ期「拡充期」は、1990年代中頃から現在までである。1996年に年若い労働者 2

名の「過労自殺」について、民事訴訟で企業が、行政訴訟で国が敗訴したこと、また 1998 年に自殺者が急増したことなどを引き金として、なによりも行政が主導的に動き出し、労災認定基準の見直し、各種指針や手引きの公表、安衛法の改定などが急ピッチに進められた。関連学会や企業での取り組みもさらに活発化する。自殺防止が強く意識されたことは第Ⅲ期の雰囲気とは大きく異なる。企業使用者代表側と労働者・公益代表側とのせめぎ合いも見られたが、結果としては、過重労働に対する法的規制よりも産業医等による不調者の早期発見がなされる仕組み作りがひとまず進められたところもある。しかし、たとえば復職支援に関する各種実践など、短期間で多くの取り組みがなされたことも含め、産業精神保健にとってやはり画期的な時期であったといえよう。

なお、本稿の主たる目的は上述の範囲に収まるものであるが、考察として、この間の歴史とそこであった議論を振り返りつつ、社会学における「医療化論」とも絡めながら 3 つの論点を検討した。一つ目の論点として、第Ⅰ期にとくに議論され、第Ⅲ期までは一定の言及がありながら、近年ではあまり目にしなくなった問題、すなわち企業に精神科医が関わることで企業側利益に追従することになるのではないかという問題を扱った。この危惧については一律に否定も肯定もできないわけであるが、医師等保健スタッフの対企業的自律性を担保する条件について、さらに検討も求められるとした。

二つ目の論点としては、社会学における「労働問題の精神医療化」という批判的議論を導線として、とくに一次予防として展開され、労働者個々人のレベルで行われるストレス・マネジメントなど「感情管理」と呼びうる問題を取り上げた。第Ⅲ期に行政的に導入された時期には、精神科医内部で health oriented な介入には慎重であるべきという議論もあったが、現在ではほとんど問題にされていない。しかし、このセルフケア教育も含め、精神医学的・心理学的知識の導入は、「健康」「正常」のゾーンを個人水準あるいは職場水準で狭めていき、かえって統制ないし管理的まなざしから生じる心的負荷を高める可能性もある。こうした点についても専門家の注意が改めて向けられることを期待した。

最後の論点は、職場環境に存する問題が、個人水準のケアに還元されて不問に付されるという批判である。医療化論では「問題の個人化」とされるところであるが、この点は、精神科医や行政の取り組み・施策について、とくに 2000 年頃まで産業医や産業衛生管理の専門家からも指摘されてきた問題である。ただし、個別的なケアが必然的に環境改善への取り組みを排除するわけではないことは踏まえるべきだろう。すると、メンタルヘルス不調の確認から保健スタッフが環境改善に向けた勧告などを行うことが、現実的に困難であるということが改めて問われるべきことなのかもしれない。たとえば産業医が、法的な権限や身分保障とは別に、そのポテンシャルを生かして環境改善に対して柔軟に関われる条件とはなにか。現在に至るまで、こうした報告や検討はかなり少ないように思われ、この点を指摘した。

## A. 研究目的

本稿は、日本における産業精神保健の取り組みがいかに始められ、その後どのような展開を辿ったのかを、まずは時系列的に記述していくことを目的とする。また、この流れの中で、どのような事柄が関係者において問題とされたのか、そしてまたそれはどのような社会的状況と関連していたのかを適宜検討していくものである。

すでに、とりわけ精神医療関係者によって、関連専門誌で概括的に歴史的経緯をまとめた論考は幾つか存在している。そうした議論に対して本論が有する特徴があるとすれば、次の二つの点に求められるだろう。第一に、これは二点目の事情によるところも大きいですが、関係者のなかでやり取りされた議論をかなり詳細に記述していることである。

第二に、その視点や関心の相違である。筆者は社会学を専攻とする研究者であり、歴史的な記述・分析を行う上でも、医療学的な視点とはまた異なる、いわばその外側から医療的取り組みや法制度の変遷について観察する立場をとる。

もちろん、後述するように、精神医療関係者における、自らの医療活動についての反省的な思考が形成されている現在、社会的思考法や着眼点が社会学者のみに有されているわけではないし、むしろその点について社会学者としてより自省的になる必要があるだろう。しかし、そうした観察対象の反省的な知をさらに観察し分析する視点をもって、歴史を再構成することは、これまでの歴史記述とはまた異なる論点を掘り起こすことにも繋がるだろう。

本稿は、基本的には、比較的詳細な歴史

的記述を中心的な課題として担うものである。しかしまた、その作業を通じて、この産業精神保健という問題に関心をもつ人々に対して、現在も解消されてはおらずまだ配慮していくべき問題がありうること、あるいは対外的にも説明していくべき事柄も存在することなど、幾つかの論点を提供することを意図するものである。

## B. 研究方法

本稿が依拠するデータは、概ね文書資料に限定される。その種別は以下の通りである。産業精神保健に関する著作物、行政文書、各種審議会等議事、精神保健や産業医学に関連する学会の刊行している各種専門誌、その他労働問題に関する研究書や雑誌などである。

## C. 研究結果

### 目次=====

- 1 時期区分について
- 2 第Ⅰ期「創生期」
  - 2.1 企業側の要請と企業における精神科医
  - 2.2 学会の動向と幾つかの注目点
  - 2.3 批判と反論、そして沈黙
- 3 第Ⅱ期「潜行期」
  - 3.1 幾つかの足跡
  - 3.2 職場不適應研究会の存続をめぐる
- 4 第Ⅲ期「展開期」
  - 4.1 関心の高まり
  - 4.2 この時期の背景—その1：2つの事件—
  - 4.3 この時期の背景—その2：「メン

- タルヘルス」への関心—
- 4.4 THP におけるメンタルヘルスケアをめぐって
- 4.5 専門家集団における活性化と議論の特徴
- 5 第IV期「拡充期」
  - 5.1 行政による取り組みの加速化と高密度化
  - 5.2 この時期の背景—その1:自殺者の急増—
  - 5.3 この時期の背景—その2:過労自殺裁判—
    - 5.3.1 最高裁判決とその影響
    - 5.3.2 神戸製鋼事件とその含意
    - 5.3.3 電通事件とその含意
    - 5.3.4 「精神障害等に係わる業務上外の判断指針」について
  - 5.4 新旧メンタルヘルス指針とその周辺
    - 5.4.1 「旧指針」とその特徴
    - 5.4.2 「脳・心臓疾患の認定基準の改正」から「総合対策」まで
    - 5.4.3 「在り方に係る検討会」と1つのアイデア
    - 5.4.4 「安全衛生分科会」の攻防
    - 5.4.5 改正安衛法と新指針—「期待」される産業医—
  - 5.5 その後の動向
    - 5.5.1 安衛法一部改正法案をめぐって
    - 5.5.2 リワークプログラムの興隆
    - 5.5.3 EAP 企業
    - 5.5.4 企業の取り組みと規模格差

## 1. 時期区分について

「産業精神保健」の歴史というとき、本来、「産業精神保健」をなんらかの形で定義する必要があるだろう。しかしこれはなかなか困難なようでもある。1993年に設立された日本産業精神保健学会の初代会長である精神科医・加藤正明は、1950年代より“この領域”の重要性を訴えてきた中心的人物であるが、上記学会の専門誌創刊号で「産業精神保健活動の歴史」と題する文章を以下のように始めている。

産業精神保健または職場のメンタルヘルスの歴史は、なにを産業精神保健と呼ぶかによってその内容も異なってくる。一般の精神科外来や心療内科で、発病が職場に関連する患者の診断や治療を行ったからといって、それが産業精神保健のカテゴリーにはいるとはいえない。それでは、医師として企業の病院や診療所で行った診療がすべて産業精神保健活動か、産業衛生の立場から職場精神保健の調査を行うことだけで産業精神保健活動といえるのかなど、その範囲はかならずしも明らかではない。(加藤, 1993b:3)

そして、「私の知りえた『産業精神保健』について述べることをお許し願いたい」と述べ、その後もとくに定義をしないままで議論を終えている。実際、やはり同学会が編集した1998年の『産業精神保健ハンドブック』でも、2007年の『産業精神保健マニュアル』でも、その都度、歴史についての概説が冒頭に載せられるのであるが、この範囲をそれと呼ぶといった定義づけはなく、むしろ、「こうした活動や事柄を目指して

きた」といった記述がほぼ同じ内容で繰り返されることで、実質的にはそうした活動を我々は「産業精神保健」と考えていると表明しているといえそうだ。本稿としては、彼らがそれと語る事柄やそれらに関連づけられた事柄を広く「産業精神保健」と捉えることになるので、以下に引用しておこう。

産業精神保健(occupational mental health)の歴史をさかのぼると、職場における精神障害の発症予防(1次予防)、精神障害の早期発見と早期ケア・治療(2次予防)、職場復帰支援(3次予防)をめざして始められたものであるが、産業精神保健は、疾病予防のみからではなく、「労働者の精神健康の増進」という能動的な意味でのメンタルヘルスと、「精神障害の予防」という受動的なメンタルヘルスという2つの面から始まっているという特徴を持っている。(高田・島・加藤, 2007:2)

さて、既に言及したのものもあるが、この活動に関わる歴史(概ね日本のという限定はつくが)については、とくに臨床的に関わってきた医師たちによって、断片的なものからかなり周到に文献を集めた論考まで幾つか存在する。既に言及したもの以外では、かなり情報を圧縮しているものの、夏目誠・川上憲人・藤井和久(1992)や廣尚典・島悟(2004)がとくに参考になる。こうした論文も手がかりにしつつ、様々な文献資料などから情報を寄せ集めて作ったのが本稿の「年表」である。

この年表をもとに産業精神保健の歴史を、整理のために時期区分を設けることにしたが、敢えて分ければ四つに分節することが適当なようだ。戦前に関しては、どの文献

も、1923年に鉄道省(国鉄)で行われた「外傷性神経症」についての調査研究と対策、そして1944年に精神神経学会が「青少年精神衛生調査委員会」を作り調査を行ったことに言及するのみである。ちなみに後者については、「青少年徴用工における事故頻発、神経症、非行など」の多発に対応したものであるが、結果が出ないうちに終戦となったという(加藤 1993b:6-7)。このように戦前期はごくわずかの取り組みしか行われていないので、戦後1950年代半ば以降から現在に至る半世紀程度の流れについて時期区分を行うことになる。

それぞれの時期の年代と、これも敢えてということになるがラベルを貼り付けてみたので、それを記しておこう。第Ⅰ期は、1950年代中頃～70年代初頭で、「創生期」。第Ⅱ期は、1970年代前半～80年代前半で、「潜行期」。1980年代中頃～1990年代前半で、「展開期」。第Ⅳ期は、1990年代中頃～現在で、「拡充期」。以上である。第Ⅲ期と第Ⅳ期を連続的に捉えることも可能であろうが、やはり各時期には直面した事態や、念頭におかれ対応上重点化された部分にかなりの相違も見られる。たとえば、行政が行った比較的大きな5年にわたる委託研究で二つの時期にまたがるものもあるが、1995年に着手された文脈——ストレス・マネジメントへの関心の高まり——としては基本的には第Ⅲ期に属する。しかし、「過労自殺」に関わる画期的な司法判断が下された1996年からは、行政的には労災認定基準の見直しから自殺防止も意識した各種指針の策定が次々となされ、企業としてリスクマネジメントとしてのメンタルヘルスという意味づけも強くなる。関係諸主体の抱

く切迫感というものは測りがたいが、取り組みの具体性や濃密さにおいても両時期はやはり区分されるべきと考えられた。

## 2. 第Ⅰ期 「創生期」

—1950年代中頃～1970年代初頭—

### 2.1 企業側の要請と企業における精神科医

日本の企業としてはかなり早い 1960 年頃より「精神衛生」活動に取り組み始めた企業に旭硝子があるが、その中心となっていた産業医・安井義之の回想から始めよう。戦前 1939 年に医師になると同時に軍医になり、戦後 1947 年に旭硝子に赴任した頃についてのものである<sup>1</sup>。

その当時工場現場では精神健康についてはまったく手がつけられていないほどであった。職場で精神について語ることもさえないことであつた。第二次大戦中物が足りなければ精神力で戦えと言われ、その結果敗戦となつたので、まことにやむを得ないことでもあつた。精神衛生などと言うと、仲間の産業医からでさえ目にも見えない、手に触れることのできないことをどうするのだ、と言われたものでさえあつた。(安井 1993b:25)。

しかし、50年代半ばぐらいになると少し状況は変化してくる。これより 60年代末までの間で、まず記録として目に付きやすいのは、一部の医療者たちが、学会等の集まりにおいて、産業・職場における「精神衛生」「精神健康」について注目し始め、研究会やシンポジウムを開き、総論をまとめ

た書籍や答申が出されたことである。また、ごく一部の大企業に限られるが、「精神衛生活動」が着手され、ときに専属の精神科医を雇い入れるようになったことを見逃すべきではないだろう。

1952年に国立精神衛生研究所が設立され、その研究員であつた加藤正明は産業精神保健の問題を取り上げ始めたと述べているが、やはり同年に設立された精神衛生普及会とともに、54年には第1回の産業精神衛生研究会を開催したという。ここで重要なのは、この研究会が、1993年の時点で、「普及会によって爾来今日まで400回以上の研究会が」開かれており、「多くの企業からの参加がある」としている点である。2001年に解散された社団法人・精神衛生普及会は、もとよりその運営が企業および個人からの寄付によって運営されてきた<sup>2</sup>。行政による指導も法的な義務もない時代に、こうした研究会が始められ続けられたのは、企業の側に一定の需要が既に認識されていたものと推測される。

ただし、実際に自らの足下で「精神衛生」に関わる取り組みを始めていた企業は、とりわけ50年代までは、ごくごく一部といえるだろう。代表的な企業（公営も含め）としては、国鉄、日本鋼管、三菱石油、旭硝子、九州電力などが挙げられよう。それでも、60年代も通してということになるだろうが、精神衛生活動の導入の経緯が、やはり企業の側の需要から発したことについては、たとえば60年代より松下電器の専属となり、この分野のパイオニアの一人と認知されている精神科医・小西輝夫が、1993年の回想記で一つの傍証を提供してくれている。

日本の産業精神保健の歴史は、精神科医主導であるよりは、企業主導であったことは否めないと思う。疾病構造の変化に加えて、技術革新と経営の合理化にもまれた産業界の要請が、日本の産業精神保健業務をスタートさせたことは事実であろう。従って本音では、職場の安全と秩序が、精神障害の発生によって攪乱されてることのない対策の確立を産業精神保健に期待したかも知れない。（小西, 1993:20）

ここで疾病構造の変化とされているのは、1955 年前後より結核による要療養者が激減してきたことを指しており、「職場における健康管理の重点が、結核から、いわゆる成人病と精神障害に移行しつつあることは、すでに周知の事実であろう」と、やはり小西が 60 年代末に語っている（小西, 1969:17）。この点は、加藤正明はじめ企業と関わりのあった多くの臨床家が、それぞれの職場における疾病統計も挙げながら再三論じていることである。いささかくどくなるが、やはり精神科医の平井富雄（当時の肩書きは東大付属病院勤務・日銀精神衛生管理医）が、ある座談会（1971 年）で司会として冒頭で語ったことを引いておこう。まず結核の治療が進んで長期欠勤者も少なくなっていることに触れた上で、以下のように語っている。

それに対しまして、いままでその裏に隠れていた精神障害での長期欠勤者が人事院の統計などでも 1960 年で第一位になり、これの対策を何とかしなければ、企業側にとってマイナスである。こういうふうな考えから、ある企業では、企業体の中の診療所を通して、ある

いは診療所の中の今まで結核管理をしておられた医者を通して、あるいは医務室から厚生課を通して、それぞれが各会社の一つの方針として、精神衛生管理—という言葉がいいかどうかわかりませんが、これをしなければいけないということで始まった、というふうに考えていいと思います。（平井他, 1971:304）

ただし、小西の回想記にあったように、単に「疾病統計」という“客観的数値”から精神衛生活動への要請が生まれてきたとばかりはいえないようだ。たとえば、九州電力は 50 年代の後半には取り組みを始めているが、そのキッカケについて当時の産業医（九電病院院長）が 1967 年の時点で次のように語っている。

われわれが、九州電力を対象として職場の結核管理を始めてから約 20 年になるが、結核なおはなやかなりし昭和 32 年（1957 年）に、精神障害者の健康管理をスタートした。職場の巡回診断を重ねるにしたがい、管理医が現場の人々に溶けこむにつれて、現場の声が分かってきた。当時、各職場で一番困っているのは、精神障害者の取扱いをめぐってのいろいろのトラブルであり、何とかしてほしい、という現場の人々の強いニーズを知った。これがわれわれをして、現場における精神衛生問題に取り組むきっかけとなったのである。（森, 1967:9）

こうした記述をみると、ややもすると精神衛生活動とは企業や職場の人間たちの意を受けた排除・統制活動であったかのように話が進むようであるが、少なくとも文書資料として現在までに読み進めた範囲でい

えば、企業に入った精神科医たちはそうはならぬよう苦心してきたようであり、また企業にもよるが雰囲気の変化もみられたようである。様々な企業での体制づくりも含めた取り組みとその変遷については、また稿を改めて整理をしていく予定であるが、その一旦に触れておきたい。

例として、1971年の『中央公論経営問題』で特集「精神科医 大企業社員を診断す」が組まれたときに、精神科医4名による座談会が企画されたが、そのときの発言を拾っておこう。まず、50年代末に国鉄・鉄道病院に勤め始めた春原千秋が、冒頭で司会（先述の平井富雄）から「口火を切っていただきたい」と話を向けられたところ、企業内の「偏見」について語り出した部分である。それに続く発言は、上述の小西輝夫（松下電器）、そして原俊夫（NHK 嘱託）である。

春原：企業の中の精神科医としてまず感ずることは、どこの企業でもそうでしょうけれども、やはり精神障害に対する偏見が大きくて、精神障害にかかった者はなるたけ職場から排除しようという意識が、まだ根強いことだと思います。そのため、まず皆が精神障害に対する正しい知識を持つよう職場内において啓蒙運動が必要で、私も事あるごとにやっているわけですが、まだ充分ではないと思います。（平井他, 1971:305）

小西：企業体で精神衛生管理をやり出した当初は、たしかに企業側に防衛的な意図がなかったとはいえないと思うんです。従業員にも偏見があったのはたしかで、…最初はやはり抵抗がありましたね。松下では各事業所や各

工場に健康管理室という名前で医務室があるんですが、私が赴任しました当初は、その医者から紹介されて、私のところへきたあとで、「先生に行けと言われてきてみたら、あの先生は精神科の先生だった」と文句をいった人がいたらしいです。しかし、…このごろは、そういうことはほとんどなくなりまして、結婚の相談にさえくるようになりました…。（平井他, 1971:305-6）

原：私も管理職層の中に残っている偏見は極力はずすように努力しました。ことあるごとにすごく教育したんです。というのは、管理職が部下に向かって「まだお前の状態は、精神科にかかるほどじゃない」などと妙な元気づけをするので、それは間違いだということをお話したんです。やがて、管理職の方がご自分のことでも相談にくるし、家族のことでもくる。部下のことでも私の部屋に入ってきてお話しなさいますから、まわりから見れば、「あ、あの部長さんも相談に行ったのか」というようなことを考えるかも知れませんね。それが、だんだん相談者や患者の違和感をとってきたんじゃないでしょうか。（平井他, 1971:306）

平井：私は、十年ほど前から日本銀行で精神衛生の管理をやっていますが、あそこでは精神分裂症というレッテルが貼られますと、昇進はそれだけで完全にストップですね。つまり、前、十割だった能力が八割あるということをお認めない。クロか、シロか、ですね。それは日本銀行全体の気風でして、なにも、こと精神障害に限らないんです。あそこは、はいつたときからすでに、すべての人が百点なんです。ですから、なにか失敗でもちよっと



やりますと、減点主義で…。(平井他, 1971:308)

引用部分が長くなったが、この四者の語りは当時の精神科医が企業内で何を感じ、重点的に取り組んでいたかを知る手がかりであるだけでなく、幾つかの点で興味深いものである。まず、当然ではあるが、彼らが一定の取り組みをしながら、そこに存在するというのもつ意味、つまり周囲の反応に生じる変化というものがあろうということである。この点を敢えて書き出すのは、後述する「産業精神衛生」批判には、こうした過程的に生じうる変化であるとか、医者が一定の場にいるのこと——つまり職場の人間たちと相互作用を繰り返すこと——によって果たしうる機能について、やはり想像力を欠如させていたのではないかと考えるからである。

次に興味深いのは、企業による違いである。特集の題名にあるように、ここで集められた精神科医たちの職場は、日本有数の（巨）大企業であり、その点では、先ほどの筆者の見方はその条件を無視した楽観論にすぎないのかもしれないが、ただ逆にいえば、「大」企業であるという条件では同等でも、そこに見られる雰囲気はかなり相違があることである。組織形態や職種の多寡、さらには企業文化によって、「精神障害」についての反応の仕方や復職についての難易はやはり当然のことながら変わってくる。一律には何事も語れないこと、比較の重要性を示唆するものとして受け止めておきたい。

## 2.2 学会の動向と幾つかの注目点

さて、企業側のいわば「内発的」な要請を超えて、その需要を開拓したとは必ずしもいえまいが、医療者を中心とした研究会や学会でも「産業精神衛生」を取り上げることが多くなってきたのもこの時期であり、その意味でも「創生期」といえる。先述した精神衛生普及会に「産業精神健康管理研究委員会」ができたのは1959年であり、翌年には同会名で『産業人の精神健康』という150ページほどの手引き書を出版している。加藤によると委員会ができたのは冊子刊行前年であるが、「5年間の経験と研究」を踏まえてとあるので、前節冒頭で触れた研究会活動がベースになっていたようだ（加藤, 1993b:7）。

上記の委員会のメンバーは、院長が中小企業研究所長の中島英信で、あとは日本鋼管、三菱石油、旭硝子の常勤医師、その他は国立精神衛生所の精神科医（加藤）と同所の産業社会学者（横山定雄）、そして最高裁家庭局の犯罪心理学者（土井正徳）という顔ぶれであった。内容的には、まず第I部で、職場で生じるトラブルのパターンとそれへの対応について概説的に述べている。「行動・人格に関するもの」「情緒に関するもの」「身体的欠陥に関するもの」「庶務、身分及び作業環境に関するもの」「集団現象に関するもの」というのがそのパターンである。

しかし、この本の特徴は、一種の啓蒙書としての側面だろう。第II部は横山が「産業における精神健康管理の意義」と題して、その導入が「能率的職場」になるために不可欠と説くことから始まり、アメリカでの“先進的”取り組みを紹介し、さらに社会的背景の説明から経営上の理念として「経

営者や管理者がまず、精神健康管理の必要性、すなわち人間を人間として扱うことの必要性和有効性を、実感をもって感じる必要があること」を強調し（横山, 1960:93）、そのための組織論について論じていく。

また最後の第IV部で、旭硝子の安井義之が「産業精神健康管理プログラム」と題して、「予防的措置および増進対策」について論じていくことになるが、「自己診断・自己啓発」「採用、適正配置、給与、人事考課」「コミュニケーション」「リクリエーション」「リハビリテーション」「環境整備」といった項目が並ぶ。第III部「産業精神健康管理の基礎技術」（カウンセリング、コンサルテーション、精神療法の原則など）を執筆した加藤は、この冊子について、「精神障害の問題は前面に出さず、もっぱら1次予防に重点が置かれた。…昭和35年に出た本として、かなりすぐれた手引き書だったと思う」と後年述べている（加藤, 1993b:7）。この「1次予防」主義ともいえる発想とその内容、実際的な比重の置かれ方とその変遷は、「産業精神保健」という領域を考える上で重要なポイントであろう。理由の一つは、「心理主義化」という観点から検討した場合には焦点となりうるからである。

この時期で注目すべきもう一つの動きとしては、日本産業衛生協会（1972年より日本産業衛生学会）の取り組みがある。1960年はWHOおよび世界精神衛生連盟の提唱した「世界精神衛生年」であったことも作用してであろうが<sup>3</sup>、産業衛生学会の年次大会・産業医学会で「産業職場の精神衛生」がシンポジウムの一つとして開かれた。精

神衛生普及会の冊子・第IV部を執筆している旭硝子の安井が司会となり、翌年の『産業医学』でシンポジウムのまとめを書いている（安井 1960）。そこで、精神衛生問題を「本学会にはじめてとりあげた主な理由」を三点挙げている。

第一に「企業内の精神障害の発見、早期治療、保護、送還、加療、後処置という一連の健康管理活動がまず最初になされなければなるまい」、つまり「精神的非健康者の予防とか対策」から始めるといい、第二に「しかし問題の対象が精神ということであるならば、当然、人間の内部的環境と同時に、外部的環境の背景を考慮に入れて考えねばならない。すなわち問題の重点は裏側にある。広い意味での労働条件の至適化を行うことによって、よりより精神健康を作り上げることが、究極の目的とされるべき」と続けている。第三に先述の世界精神衛生年の実行計画に「産業精神衛生」が掲げられていることに触れている。

このシンポジウムで一つ気がつくことは、トップの講師役として経営学・産業心理学者の名取順一（早稲田大学理工学部）が据えられていることだ。上述の第二の理由——外部的環境の考慮——から入っているともみえるが、必ずしも精神科医がはじめに講義を行わなかったことはこの集団の特性を多少とも反映しているようにも思われる。産業衛生協会（学会）は「産業医」を中心とした集まりであり、精神科を専門とする医師は少ない。結核や中毒への対応を中心としてきた産業医学・産業医と、精神医学・精神科医とでは発想法も方法論も異なるところがあるようで、この部分は産業精神保健の歴史や現状を考える上で注意を要する

ところである。

産業衛生協会は、1965年にもシンポジウム「職場の精神衛生」を開くが、同年に「産業精神衛生研究会」を発足させている。この研究会が1年後に「産業精神衛生委員会」（委員長は精神科医の小沼十寸穂）となり2年かけて「産業精神衛生に関する答申書」を協会に対して提出したことになる。この「研究会」から「委員会」になる経過について、委員会を引き継ぐ形で開かれるようになった「職場不適合研究会」の代表である大道明が次のように述べている。

日本産業衛生協会で、精神衛生の問題が採り上げられるようになったのは、昭和38～39年のことで、昭和39年12月の理事会で、精神衛生研究会が昭和40年度から正式に発足することが認められた。最初から委員会ではなく精神衛生研究会として発足したのは、理事会としては必ずしも全員が賛成ではなく反対の意見があったからで、…一年間研究会で検討してみて、やはり委員会として採り上げる必要があるならば来年度から委員会とすればよい…（大道明, 1979:171）

ここから伺えるのは、まず1960年にシンポジウムを開いてはいるのであるが、実は3～4年間は協会としてとくに採り上げることがなかったということであり、そして「委員会」にすることについても、なにがしかの反対があった、文面をそのままに解釈すれば、委員会にするほどのテーマではなからうといった意見があったということである。産業医学あるいは産業医集団において「精神衛生」というのは60年代前半までは、あまり市民権を得ていなかったと考えられ

る。

しかし、1968年には「答申書」が出されたわけであり、またその年の理事会で、「答申はいわば総論というべきもので、さらに具体的な問題を採り上げて深く研究すべきである」との意見もあり、「理事会で、研究会（職場不適合）の設置が認められた」というように（大道, 1979:171）、一定の認知は協会内で得られるようになったわけである。

「答申」についてみると、まず、「産業従業員の心身健康に影響する要件」として「A. 労働関係（地位の安定、賃金の安定、退職後の生活保障、昇進の機会、労使関係、仕事の評価の適正性）、B. 作業関係（作業様態、作業条件等）、C. 環境関係（物理的条件、社会的条件—人間関係を中心に職制との関係など—、心理的条件—職場の雰囲気、コミュニケーションなど—）」といった項目が並び、委員長は精神科医の小沼であるが、現在でいえば労働衛生の3管理（作業環境管理、作業管理、健康管理。これに総括管理と労働衛生教育を入れて5管理とすることもあり）といった趣があり、産業医学的な発想が示されているように思われる。

少し先取りが過ぎるかもしれないが、次のことを示しておきたい。1980年代後半に、労働省がTHP（トータル・ヘルスプロモーション・プラン）運動を開始し、その中に「メンタルヘルス・ケア」が含まれていたわけであるが、この点についての一つの批判がある。それは、これがもっぱら労働者個人レベルでなされるストレス・コーピングに偏っていたというものであり、それがそれまでの労働衛生の考え方からすれば

不可解でもあり問題含みだというものだ。産業衛生学会 70 周年記念として編集された冊子(2000年)に一つの座談会が収録されているが、現在もこの産業精神保健の分野で中心的な人物の一人である、廣尚典の発言である。

本来、日本の労働衛生だと、まず環境を整備して仕事の仕方を工夫して、その上での健康管理がある。ところが積極的な心身の健康づくりについてだけは個への働きかけがあって、そのあと快適職場指針、環境の調整が出てきた。(皆川他 2000:90)

この発言に対して、他の参加者から「個人アプローチを先にやってしまったという感じですかね。最終的には両輪になったと思いますが」と話が打ち切られる形となるが、実はこの「なぜ精神保健については個人アプローチが先に来たのか？」という問いは、やはり残しておくべきことのようにも思われる。そうなっている結果を批判するのはたやすいが、なぜそうなるのかは実はそれほど分かっていないのではないだろうか。また、単に総花的に列挙すれば（最終的に「両輪」になれば）、問題が解消するかのように考えることも楽観的に過ぎるだろう。

興味深いのは、この 68 年の「答申」は上述のようにまず多様な労働環境の問題を列挙していくのであるが、途中のところ、この考え方に限定をつける必要もあると示唆していることだ。第Ⅱ節の「精神障害者の発見、処理、社会復帰の基準のたて方」の(1)理念と方針部分で、「健康以上に対する予防」の一般的区別として、1次予防（有害な環境条件をなくすこと）、2次予防（早

期診断と積極的治療）、3次予防（長期の未治患者の無能力ないし欠陥状態を改善させること）<sup>4</sup>とした上で、答申は次のように続ける。

一部の精神障害者や軽度の適応障害を除けば、その原因が十分明らかでない故、第1次予防を活動の中心とするわけにはいかないし、産業精神衛生全般は、その意味で考えられるとしても、ここで扱う精神障害にはあてはまらない。産業精神衛生全般の問題である。第3次予防は、これも企業内で行う範囲のものではない。したがって第2次予防が精神障害の予防の中心になるべきである。(小沼, 1968:13)

障害と呼ばれるレベルの問題については、原因が明らかではないので、1次予防はしようがなく、もっぱら事後的な対応に徹するよりないというものであり、原因が明らかでないということを前提にすれば無理のない議論であろう。ただし、「精神衛生全般」と「障害」とが、かくも截然と区別できるものであるのか一抹の疑問が残る。そしてまた、この答申の論理に従えば、THPにおける「健常者」の「こころの健康の増進」を趣旨とするような「メンタルヘルス・ケア」は、環境調整を含む1次予防の対象になりそうなものであるが、上述したように、そうはならなかった。もちろん、この答申から THP への影響関係のラインを引くことには無理があるが、「まずは作業環境管理」という思考法では収まらない部分が、「精神衛生」にはあると、いわば“わざわざ”明示されているところに、このテーマの特異性があるかもしれない。

この答申には他にも興味深い点がある。