

2000:90)。

こうしたことは確かに確認しておくべきことである。また、それに比べれば、セルフケアを勧奨するのがどのような資格や肩書きの行為者であるかは、さして重要ではないかもしれない。しかし、いくつかの理由から、ここでは「心理相談員」、あるいは「心理相談担当者」（後に呼称だけ変更されたが同じ資格）に注目しておこう。

理由の一つ目は、産業精神保健の取り組み方についての歴史的な変化をみる上で、よい切り口であるからだ。たとえば、後述する2000年に策定された「労働者の心の健康づくりのための指針」（旧メンタルヘルズ指針）では、期待される担い手はまた別のアクターに移行しており、そのことは少なくとも行政サイドが取り組むべきと想定した事柄が相当に変化していることを示している。二つ目の理由は、「心理相談員」とその役割については、関係する専門家——とくに精神科医——集団における見解の相違が現れやすいところがあり、第Ⅰ～Ⅱ期でも記述してきた、産業精神保健についてのいわば内在的な葛藤を理解する上で意味があると思われるからだ。

心理相談員とは、中災防の心理相談研修（3日間）を受講すれば取得できる資格である。受講資格もとくに制限されたものではなく、「素人でもすぐ取れる。とにかく3日間黙って座っていれば資格をくれるというもの」と語られるものでもある¹⁹。なぜ、これほど安易とさえ思われる資格の保有者をメンタルヘルスケアの中核に位置づけたのだろうか。この点については、まず、SHPのストレス小委員会からTHPの策定にも関わっていた精神科医・夏目誠の座談会（同

上）での発言が参考になるだろう。

（メンタルヘルスを）やらないあかんと思っているけどなにをしていいかわからへんというのが企業の本音だと思います。その時に「心理相談員」という、資格ではないけれど資格らしきものができたのが一番大きなポイントになった。主に保健婦、看護婦などを対象に、……「心理相談員」という名称を作った。この名前がエポックだったのではないか。そして心理相談員が担う役割が「メンタルヘルス・ケア」だと。……メンタルヘルスは、……漠然としているがゆえに何から始めたらいいかわかりにくい面もあった。特にストレスへの気づきへの援助をメンタルヘルスの大きな柱にしたことが、このストレスの時代をかき上げしたように思います。私もTHPのカリキュラム委員を後半になってやりましたが、心理相談員の講習会は回線がパンクするくらい申し込みがたくさん来る。（皆川他2000:89）

端的に言えば、分かりやすさのためであった、ということになる。メンタルヘルス・ケアといわれてもイメージがわからない企業人たちにとって、心に不調がありそうな人が相談をする特定の人を職場に配置しておくといのはきわめて分かりやすい。おそらく、その先に何がなされるべきであるのかは未規定であっても、ひとまずの分かりやすさは生じるだろう。また、企業にとって、「その人」も特別に雇い入れる必要はさしあたりなく、最低限の受講条件をみたせば

誰かが三日間で資格をとってくればいい、ということであれば受け入れやすい話でもあるだろう²⁰。

もちろん、この3日間研修については批判が多い。やはり同じ座談会で精神科医の島悟は「『こんなものしょうがない』と思っていた」と述べており、夏目自身も「問題点をひとつ挙げれば、玉石混淆だということ。たった3日間の研修で果たして何ができるかという問題がある」と語っている（皆川他 2000:89-90）。

ただし、ここで問題になるのは、そもそも心理相談員の役割として何をどこまで期待するのか、ということだろう。夏目は、「心理相談員はカウンセリングはしないのが原則です。最初から、それほど深いところを狙ってはいない」と明言している（ibid:90）。したがって、心理相談員をめぐる意見が分かるとすれば、そもそも職場のメンタルヘルスのためには何が本質的に求められているのか、という部分での見解の相違にもつながるところがある。

この部分を多少とも検討しておく上で、次の資料が参考になるだろう。旧厚生省の委託研究として産業精神保健研究会（後述）を中心に、1991年より「職場における精神保健医療ネットワーク検討委員会」が組織されたが、その数度の全体会議で交わされた議論が、『産業精神保健』誌上に収録されている。この中でとりわけ、THPの心理相談員制度を作った「張本人」と自ら述べている河野慶三と、やはりすでに言及した笠原嘉とのやりとりが注目される（おもに1992～1993年の会議）。それは、職場のメンタルヘルスとしてどのような部分がとくに問題になるのか、問題の性質によって誰

が担うべき事柄なのかといった点についての議論であるが、両者の議論はほぼ平行線のまま第2回の全体会議まで続けられている。

筆者なりに両者の噛み合わないポイントを整理していけば以下のようなになるだろう。河野の立場は、心理相談員が対応できるのは、ごくごく軽い部分—多少の気疲れといったところ—に限られるし、それ以上の部分に自ら関与すべきではない。ただ、その軽い部分について、リラクゼーションなどストレスコーピングの方法を、つまりは「自己管理」を教えるだけでも²¹、職場の取り組みとしては新しいし、一定の（予防）効果を期待できる、というものだ。笠原が、心理相談員というのは「少し軽いケースを対象にしていると考えていいですか」と問うたところから、以下の一連の河野の発言になる。

笠原先生は「軽いケース」と言われましたが、我々は「軽いケースもやらなくていい」と言っています。要するに、原則としてTHPでは病的な人を対象にやらなくていい。……「健康測定の有所見者を外せ」と初めから言っているわけです。

病人を直接の対象にしないと言っています。ですから、メンタルヘルスで一番中心にしているのはストレス対策なんです。病人じゃないんです。何らかの問題があっても働いていて、その解決をはかりたい。その手助けをする仕組みをつくろうということです。（大西編 1994a:119）

こうした河野の立論に対して、笠原は疑問を呈する。『朝刊シンドローム』で紹介したように、笠原は「軽症のうつ病」が職場において発生頻度においても重要な問題と考えているので、まずその部分を掬えないシステムにどれほどの意味があるのか、懐疑的であるように読める。

笠原：問題は、そんなに重くない軽症の精神障害、あるいは軽うつ病患者、理由もなく無断欠勤する人、会社ではちゃんとしているが家に帰るとアルコールばかり飲んでいる人など、一昔前とは違う精神障害者への対策になりつつあるわけです。（大西編 1994c:268）

河野：我々は病気の視点からの対応の必要性を否定しているわけではありません。企業に専門家が少ないので、できるところから対応しようとしているのです。具体的には、ストレスをテーマとして取り上げ、その自己管理を教える仕組みを事業場のなかに作ろうと考えています。これだと精神科医や心療内科医もたくさんはいりません。

笠原：それは企業が昔からやっていたことでは…

河野：やってないですよ。（大西編 1994d:340）

このように、「正常」範囲の問題について、ことさらに医療者が「健康」増進的な体制を構築する必要性について疑問をもつ

と同時に、さらに、むしろそうしたことに主導的な役割を果たす危険性について憂慮している。この最後の憂慮の部分が、決して十分に論じられてはいないのであるが、第Ⅲ期において記憶にとどめられるべき部分だろう。

河野：（対象として健康なのか病気なのかといえ）労働衛生の現場はやはり health からです。その場合のターゲットはストレスです。

笠原：何度も申し上げて恐縮ですが、メンタルなストレスマネジメントに関しては、企業家の方が上ではないかという気がします。医者メンタル・ヘルス談義、メンタル・ストレスマネージ談義はどうも素人くさいという懸念を持っているのです。（大西編 1994d:344）

河野：教育が基本だと思います。…… health oriented な立場では、ストレスコントロールは一つの方向です。……職場におけるストレスの要因は大まかに言えば、仕事の量、仕事の質、人間関係が重要です。

笠原：それは何で分かるのですか？

河野：アンケートです。

笠原：私が敢えてくどくど言っているのは、医者が health oriented な面から問題に入っていく時には、慎重に慎重である必要があるということなのです。（大西編 1994d:346）

この笠原の懸念ないしは憂慮は、「疾病対応を通じて健康に寄与」するのではなく、

「健康な人間がより健康に」という意味で²²、health oriented である THP とは、実のところ、労働者のためというよりは、「基本的には、企業のためにあるのですか」という問いかけに端的に表れている。当然、河野は即座に「いや、違います。しかし、結果的には企業にも役立つことが必要です」と答えるわけであるが（大西 1994d:345）、そうした論理が成り立つ条件や危うさについて笠原が腑分けして見せることはなかった。そのため、笠原の「慎重に慎重である必要」とはどこから生じてくるものであるのかは判然としないままであり、河野と議論は噛み合わないままに終わった感がある。

補足すれば、この会合のちょうど2年後にやはり同じ検討委員会が開かれ、そこでまた同種の問題が論じられている。「疾病モデル」ではなく、「健康モデル」で職場の精神保健を進めようという議論もあるが、実際にはそうした発想は臨床的にはないと、ある精神科医が発言したことに対して、河野は以下のように語っている。

健康モデルが、実は危険だということ
は皆さん身体的な面で分かっている
と思います。WHO も健康を規定する
ことをやめてしまいました。政策的
に見た場合、例えば、成人病とい
う病気をターゲットに据えて、成
人病でない状態にする、糖尿病に
ならないようにすることが一つの健
康の方向だと考え、ライフスタイル
の問題、運動の問題、栄養の問題
などを考えるわけです。ですから、
メンタルな面でも何かを持って
くる必要があります。行政はストレ
スを持ってきて、ストレスによる健
康障

害が幾つか想定され、それを防ぐ
ために具体的に何をしたらいいか
を考えるのです。したがって、健
康モデルという考え方はあまりと
りたくない。

この発言においては、様々な成人病に共通するような因子や状態が挙げられてはいないので、その対応関係が捉えにくいですが、基本的には、ストレスは成人病に当たる回避すべき状態とされているようだ。そして、こう解釈すると THP は健康モデルではないということになるようであるが、「ストレス」がマジックタームになってはいないだろうか。

議論を戻そう。おそらく、疾病から入っても、健康から入っても、生産性を維持・向上させるという意味では企業に「役に立つ」ことになるであろう。だが、とくに健康から入ってより仕事ができることへと駆り立てられるならば、それは働く人々にとって「役に立つ」ことになるのか、むしろ消耗へと導くことになるのではないかと、そしてその駆動力として医学や医者が機能することになるのではないかと。もし、笠原が憂慮した理由がこのようなものであれば、それはたとえばセルフ・コントロールの強化に関する社会学的な議論とほぼ重なってくるものであろう。

4.5 専門家集団における活性化と議論の特徴

行政による取り組みやストレスへの社会的関心の高まりと呼応する形で²³、メンタルヘルスに関わる専門家集団の産業精神保健についての取り組みが活性化してきたのもこの時期である。とくに注目しておきたい

のは、日本精神神経学会が再び「産業精神医学」や「職場における精神保健」を80年代中期以降に取り上げ出したことと、90年代前半には多職種の会員を集めた日本産業精神保健学会が発足したことである。

日本精神神経学会では、1966年に職場の精神衛生をテーマとした「精神衛生管理研究会」をその内部に立ち上げたものの、第1期で詳述したように、様々な批判のなかで、1973年以降は自然消滅させてしまった経緯がある。1985年には、小此木啓吾を中心に『産業精神医学』が編集・出版され、50名以上の多くの精神科医が執筆者として加わっており、その意味では、10年以上の時を経て、いわばタブーが解除されたようにも思われる。

ただし、学会としてこのテーマを取り上げたのは、その2年後の1987年であり、小此木啓吾が学会総会において教育講演「産業精神医学の課題」を行ったのは、一つの画期を成しているのではないだろうか。翌年の総会になるとシンポジウムの一つとして「産業における精神医療とその問題点」が企画され、その年の『精神神経学雑誌』には、報告者4名の論文と討論の様子が掲載されている。

2000年代以降の議論、たとえば、同じく精神神経学会の2005年総会で、荒井稔が「産業領域におけるメンタルヘルス対策と精神障害」と題して教育講演を行い、翌年の総会でシンポジウム「労働者のメンタルヘルスの現状と課題」が開かれたが、それらの報告論文を読むと、1980年代のものは当然のことながら顕著な違いがある。

比喩的な表現になるが、80年代の議論には、「職場の精神保健活動」といういわば

円の内側に踏み込む直前の、まだ外側の視点がなんらかの形で保持され、提示される。それは、60年代末に顕著であった批判——「企業の御用精神科医」といった——を意識せざるをえないという面もあろうが、この時期における重要な内省的な視点といえるだろう。たとえば、小此木は1987年の教育講演のなかで、精神科医が産業場面に求められるようになった時代認識を示している。

世の中の時代風潮の大きな変化と同時に、高品質・高管理という言葉で示されるような、職場の職員がストレスに負けないような、それを乗り切って生産性を向上することができるような活力をいかにして開発するかといった、旧来ならば産業心理学や人事管理面で行っていたはずの精神面のかかわりを、メンタルヘルスの名のもとに、精神科医や心理学者にも協力を期待するような動向が高まっている。（小此木 1987:933）

小此木はそうした時代認識を示した上で、「産業精神医学の問題点」を二つに分けて論じているが、共通する問題意識としては、なんらかの精神的不調を抱えた者を職場から排除する装置になってしまう危険性を指摘することにある。旧国鉄の常勤精神科医としてキャリアの長い春原の議論を参照した部分を引用しておこう。

春原氏は、精神障害者に対する管理と、広義の精神健康管理について明確な区別を行うことがとても重要だとい

うことを指摘している。精神障害者の管理に対しては、あくまでも精神医学的な判断と処理が第一義的であり、したがって、直接に労務管理の対象となる事柄ではない。この点を誤ると、精神健康管理が人事管理の手段として利用され、精神障害者や不適応者をただ職場から排除するために悪用されるおそれがあるという事実を厳しく警告している。

この戒めは、恐らく産業精神医学というものの機能をわれわれ精神科医が考える上で最も重大な指摘ではないかと考えられる。（小此木 1987:935）

もともと、第一義とされる「精神医学的な判断と処理」が、もとより近代的な排除の論理であるという批判もありえよう。ただ、この講演で小此木も言及しているが、加藤正明²⁴の「疾病性と事例性」という議論がある。疾病であることと事例となること、つまり職場で問題とされることとは別の事柄でありえ、両者は区別されるべきであるというものだ。後者を規定するのはその職場の価値基準となる。この職場基準に精神科医が抵抗する、あるいはそうできるかは場合によるとしかいえないが、少なくとも医学的な正常／異常の線引きが一般的に社会生活の可能性を決定するとは、当の医療者たちも考えてはおらず、むしろ医学的線引きが職場の価値基準に合わせて援用・濫用される危険性が反省的に再三論じられていたことには注意を向けておきたい。

また、1988年のシンポジウムで報告役を務めた広瀬徹也は、この時点でも、また現在からみても注目に値する指摘をして報告

を終えている。

最後に産業精神科医の任務は精神衛生管理にあるとするこれまでの一般的な姿勢は誤解と危険を招くだけであり、代わってメンタルヘルスサービスを旨とすべきことを提唱したい。産業精神医学はあくまでも第一次予防を本務とすべしとの意見もあるが、現状では精神衛生管理となる怖れがあるので、第二次、第三次予防につながる相談・治療・復職サービスを中心に行うことが現実的で実り多いものと考ええる。（広瀬 1988:892）

先ほど言及した加藤は、産業精神保健について1960年前後から積極的に論じ、そのなかで先ほどの危険性について注意を喚起しながら、一次予防を長らく称揚してきた²⁵。また後述する山田(2008, 2011)が検討しているEAP企業などは、まさに生産性向上に結びつくことを謳う「精神衛生管理」を売り物にしているわけである。このなかで、広瀬が医療者として関わるのは、二次・三次、つまり治療や復職支援を中心にするべきだと論じたことは興味深く、また、前小節で問題にした、health oriented であることに対する笠原嘉の憂慮と重なるものであると考えられよう。

さて、本節の最後に、「日本産業精神保健学会」について触れておこう。初代会長の加藤(1993)によれば、1989年に、当時日本鋼管の産業医であった島悟から「産業精神保健研究会」を作ろうという申し出があり、それがきっかけとなったという。THPが開始された翌年ということになる。第I

期でその回想録から引用した人物も多いが、1992年まで、早期から企業に産業医として勤めた経験のある精神科医らによる講演会を、ほぼ隔月のペースで開催している。

1991年より、旧厚生省が委託し、国立精神・神経センター精神保健研究所の藤縄昭が班長を務めた「職場の精神保健に関する研究」が、主にこの研究会によって担われることになった。12企業の労働者を対象に、ストレスモデルに従った要因分析を行うなどの調査研究がなされたが、前小節で言及した笠原と河野のやりとりは、この委託研究の一環として開かれた会合の記録である。そして、1993年には研究会が学会となった。研究会の当初より委託研究等を通じて行政との関わりも深く、第Ⅳ期に入るが大部のハンドブックやマニュアルも編集しており、産業精神保健の領域では現在に至るまで中心的な組織となっている²⁶。

同じく1993年には、やはりこの分野のもう一つの中心的存在といえる「日本産業ストレス学会」も発足しており²⁷、産業精神保健をめぐる取り組みがさらに興隆していく組織的な条件がこの時期に相当程度準備されたといえるだろう。

5. 第Ⅳ期「拡充期」

—1990年代後半～2000年代—

5.1 行政による取り組みの加速化と高密度化

前節で言及したように、1990年代前半に産業精神保健研究会が中心となって受託した「職場の精神保健に関する研究」は、旧厚生省が委託したものであったが、80年代

末にTHPを策定した旧労働省も委託研究を行っている。とくに、1995年より1999年まで「作業関連疾患の予防に関する研究」の一部として、本稿でもたびたび言及してきた加藤正明が班長を務めた「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究」は大がかりなものであった。付言すれば、この委託研究を継続時期からみて時期区分としてはⅣ期に含めたが、少なくとも委託当初の課題意識としてはⅢ期に属すると見てもよいだろう。

さて、この班内に「健康影響評価グループ」「ストレス測定グループ」「ストレス対策グループ」などが組織され、2000年3月には400ページを超える報告書が出されている。この報告に基づいて作成された「職業性ストレス簡易調査票」や「仕事のストレス判定図」は、その後に使用マニュアルも作成され、現在でも厚労省が「具体的取組で活用するためのチェックリスト」として掲げているものである。

この研究班に属したメンバーが、たとえば日本産業精神保健学会の学会あるいは学会誌において、90年代後半には盛んにストレス関連のシンポジウムを企画・開催しており、いわば政策的にストレス研究（とくに医療者を中心とした）が推し進められたことが見てとれる。事実、上述の研究班で副班長を務めた下光輝一（東京医科大学）が、2007年の『日本医師会雑誌』に収録された座談会で次のように述べていることは注目されよう。

国などの行政の施策と学会の研究活動の間に大きなギャップがある。つまり、ポリシーとサイエンスのギャップが大

きいということがどの分野においてもいつも言われていることですが、このストレスとメンタルヘルスの領域ではサイエンス、ポリシーギャップがほかの領域に比べてかなり少ないのではないかと私は思っています。メンタルヘルスに関して国の施策を立案する行政を行う人たちが、ストレス研究者たちに対して政策を進めるうえで解決すべき諸問題を投げかけ、そのための研究費を助成するなどしております。また、研究者のほうも施策の立案や展開に役立つような研究成果を出すよう努力するというように、学会の研究活動と国の施策との連携が比較的うまくいっているのではないかと思います。（久保他 2007:12-13）

この傾向は、たとえば、自殺予防対策として、厚生労働科学研究費補助金に基づき、2005年より「自殺関連うつ対策戦略研究」（のちに「自殺対策のための戦略研究」に名称変更）が始められたことに象徴的に現れている。とりわけその出発点においては、山田(2008)がまとめているとおり、「自殺とうつ病について調査によって実証的に明らかにし、自殺率の減少とうつ病予防に寄与すること」を目的にしたものであるが、この研究には、5年間で10億円程度の予算が投入されている。

さて時間の流れをもとの地点に戻せば、委託研究という一般的には目に触れにくい取り組みから、行政による取り組みがより顕在的になり、加速化・高密度化していくのは、1990年代の末からである。羅列的になるが、公表された指針や法令について簡

略に確認しておきたい。

まず、1999年9月、旧労働省から「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針」が公示された。これはそれまでの「心因性精神障害の業務上認定に際する留意事項」に比べると、精神障害そしてそれに起因する自殺について労働災害として認定される要件を緩和したものといえる²⁸。

翌2000年の8月には、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」が公表される。前年5月より検討会が組織され、その報告に基づくものである。企業内（外部資源も取り入れた形での）のメンタルヘルスケアの「メニューを包括的に示した」もの、言い方をかえれば「総花的とも取れるような感じ」の指針ではあるが、「これからメンタルヘルス元年みたいな感じかなという印象を持っています」と検討会のメンバー自身が語っている²⁹。内容については再度言及するが、関連事業も多く、たとえば「職場におけるメンタルヘルス対策の事業者等支援事業」などが翌年には創設されている。

さらに2001年の暮れには『職場における自殺の予防と対応』という小冊子を公表し大量に配布している。ただし、この自殺をテーマにした取り組みは、職場に限られるものではなく、厚労省社会・援護局に設置された有識者懇談会が検討したものとして、2002年には『自殺防止対策有識者懇談会報告』が、同じく社会・援護局から2004年には『地域におけるうつ対策検討会報告書』が公表されている。そして、2006年には、NPO法人ライフリンクが牽引役となり議員立法によって「自殺対策基本法」が6月に

成立³⁰、10月に施行された。2005年には大型の研究プロジェクトが立ち上がったことは既に記したとおりである。

より職場に限定された議論に戻れば、2004年に厚労省より「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」が公表された。それに先立つことになるが、2002年には、障害者職業総合センターにおいて、「在職精神障害者の職場復帰支援プログラム」（通称リワークプログラム）が開始されている。職場のメンタルヘルスということでは、おそらくもっとも実際に関心の高いトピックではないだろうか。

そして、第IV期の山場といえる「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が、2006年3月に公示される。この指針（新メンタルヘルス指針）は、2000年の「心の健康づくりのための指針」（旧指針）を基本的には踏襲しているが、2005年に改訂された労働安全衛生法に基づく指針として打ち出されるなど顕著な特徴をもつものである。その後も、2011年3月に至るまで、労災認定基準として新たに考慮すべき項目の検討、心理的負荷評価表の再検討などが続けられてはいる。しかし、その実効性などについての評価は分かれるところであろうが、この新メンタルヘルス指針は、この時期の行政的な関心の高まりの主たる帰結でもあり象徴でもある。この指針について関係者たちが論じたことは、重要な観察ポイントを形成しているといえるだろう。

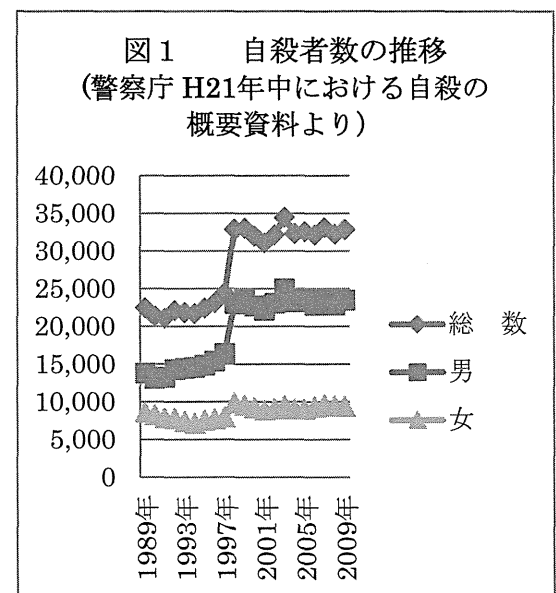
5.2 この時期の背景

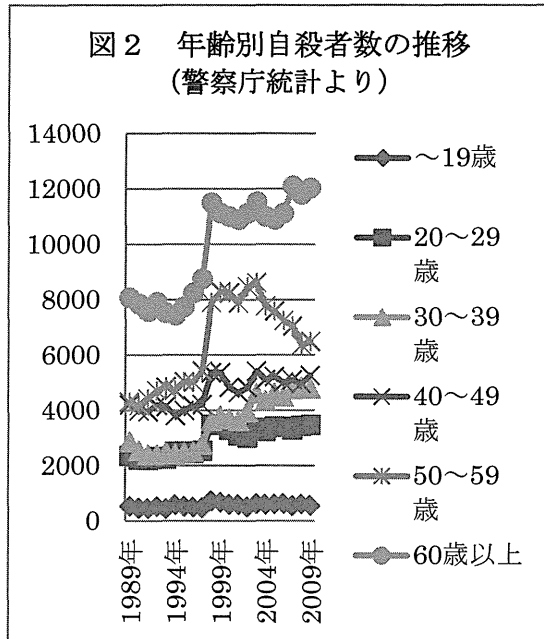
—その1：自殺者数の急増—

この時期に、なぜ行政対応が急速に進められたか。その背景については、各種検討

会などに参加した複数の委員や行政官が語る通り、1990年代後半における自殺の急増と、やはり同時期に「過労自殺」裁判で行政側あるいは企業側が最高裁で敗訴するケースが相次いだことが挙げられるだろう³¹。後者について補足すれば、精神疾患についての労災申請件数は90年代に入って急上昇するが、1996年の2件の原告側勝訴によって申請数はさらに倍増する。

自殺件数の推移について多くを述べる用意はないが、図1・2に示したように、とくに1998年に生じた件数の突然ともいえる増加は、社会的に大きな反響を呼んだ。警察庁の統計をみると、1970年代末には2万1千件ほどで、90年代初頭まで、ほぼそのレベルで推移していた。そこから徐々に増加し、1997年には2万4千件を超えている。ところが、1998年には一挙に3万3千件に迫っており、翌99年には3万3千件を突破している。その後、多少の増減はあるが、ほぼこのレベルが維持されてしまっている³²。





この激増の背景については、たとえば内閣府経済社会総合研究所が京都大学に分析を委託している。その報告書によれば、多角的な統計解析の結果、バブル崩壊後、この時期になって顕著な形で具現化した雇用・経済環境の悪化である可能性が高い。1998年3月決算期前後の失業・倒産の増加と平行して男性自殺者数が急増したことが確かめられている。そのメカニズムとしては、1997年から1998年にかけて、経営状態の悪化した金融機関による「貸し渋り・貸し剥し」が中小零細企業を多く破綻に追い込んだことが、自営層の自殺に大きく影響した。あるいは、経営状況の悪い企業が人員削減により無職者を増加させるとともに、被雇用者へのリストラ圧力となり、そのことも自殺率を高めたであろうこと、これらのことが結論的に述べられている（京都大学 2006:83-84）。

こうした分析は、当然、1998年に自殺件数が激増した男性、そして中高年層の置か

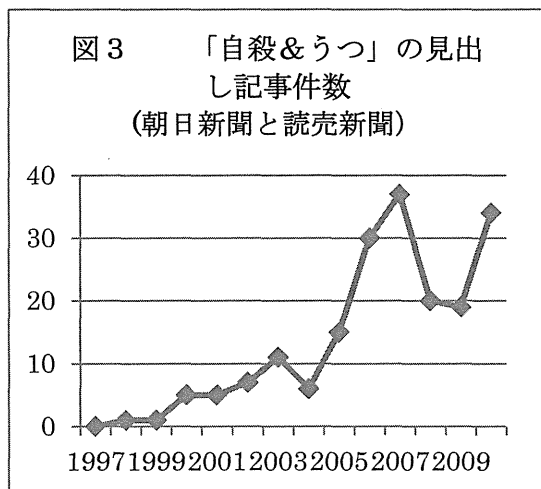
れた社会的状況を捉えたものであるが、この「構造的」な把握に対して、厚労省が「職場における自殺の予防と対応」に関連して打ち出していったことが、とりわけ「うつ病」に照準した「メンタル・ケア」であったことは、確かに批判的な評価も招くものではあろう³³。ただし、産業・労働に関わる行政的取り組みの総体がここに一元化されていたと断定できる経験的な裏付けも筆者は持たないため、この角度からの評価は、少なくとも現時点では留保しておきたい。

ここでは、次の2つの点を確認しておこう。まず、自殺件数の急増は、国の対応を求めるメディア論調を生み出したことだ。たとえば、1998年内の統計が出る前に、朝日新聞は「働き盛りの男性自殺急増 国レベルの予防体制急げ」と論じている。その中で、日本での予防対策は進んでおらず、「『自殺予防は重要なテーマ』という厚生省だが、研究は一件しかない。……労働省も、『自殺が急増する中高年へのアプローチは必要と考えている』（労働衛生課）と関心を示すが、職場でのメンタルヘルスに関する研究などがあるのみだ」と批判的に書かれている（朝日新聞 1998/6/12）。

では、その世論の圧力は、対応策として「うつ病」の予防・対応を求めたものであったのか。この点を確認しておきたい二つ目の事柄になる。結論からいえば、当時そうした圧力は必ずしもなく、むしろ厚労省と厚労省がこの問題について「専門家」と認めた精神科医を中心とした集団が、自殺と「うつ」をセットで認識するフレームを先導するように打ち出していったところがある。

図3は、見出しに「自殺」と「うつ」が

ともに含まれている新聞記事の件数を1997年から2010年までカウントしたものであるが、90年代にはほとんどなく、2003年頃より、「うつ」が「自殺」と強くリンクされ出したものと思われる。ただし、先述の朝日新聞の記事も含め、「倒産やリストラ」が中高年を襲ったという経済動向への言及もありつつ、コメントを求めた専門家としては、主として精神科医やカウンセラーであり、この問題をメンタルヘルスケアというフレームに収めていく条件は確かに存在していた。図3から推測されるのは、行政対応のフレームと一般メディア上のフレームが、顕在的な行政対応が進められるようになったこの10年ほどの間に、「うつ」というキーワードにおいてよりコンパクトに収斂してきたことであろう。



このことには、やはり注意を向けておくべきだろう。NPO 法人ライフリンク代表の清水康之が自らのブログで興味深い経緯と重要な指摘を行っている。清水は、先述した5カ年の研究プロジェクトである「自殺関連うつ対策戦略研究」に、研究評価委員の一人（唯一の「非医療関係者」）として参

加した。プロジェクト開始時の2005年11月の評価委員会に出席した清水は、そこでプロジェクト名を改称することを強く提案することになる。

当初より、研究テーマは「地域特性に応じた自殺予防地域介入研究」と「うつによる自殺未遂者の再発防止研究」の二本立てであるにも関わらず、現在の名称は、簡略化すれば「うつ研究」にしかならない。しかし、自殺が起きない地域社会づくりに関する研究が「うつ」研究に限定されるべきではなく（このことはWHOや厚労相諮問機関がまとめた提言などでも明らかだ）、あたかも「自殺対策はうつ対策がすべて」のような誤解を与える名称は適当ではない、というのが清水の主張の骨子である。その上で清水は、精神医学的な個人対応モデルの席捲は、社会総体的な対応の必要性への感度を押し下げるものであり、「精神医学にできることの限界をもっと周知していれば、こうした研究だってもっと早くに実施され、自殺で亡くなる人を少しでも減らすことができてもいいかも知れない」とも述べている。このとき、評価委員長からは「うつよりも自殺対策」に重点があること、そして厚労省の行政官からは「うつ対策から自殺対策に重点がシフト」していった経緯に関する説明もあったという³⁴。

その結果、この研究プロジェクトでは、翌年の3月に「自殺対策のための戦略研究」と名称が改められた。しかし、図3にみられるように「自殺」と「うつ」をセットにするフレームはより一般化されてきたように考えられるところもある。そのなかで、「職場における」対策としては個人対応モデルを超えるものが打ち出されているのか、

あるいは今後そうした方向にさらに議論が進むのか、そうした問題は注視していくべき事柄といえよう。

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

2000年前後より行政対応を加速化させた背景としては、90年代に「過労自殺」裁判が急増、そして行政や企業が立て続けに最高裁等で敗訴となったことがより重要かもしれない。「心理的負荷による精神障害に係わる業務上外の判断指針」が1999年に発表されたことは既に述べた通りであるが、そのための「精神障害等の労災認定に係わる専門検討委員会」は、1997年2月に発足している。その後の改訂に関わる検討委員会にも参加しており、この問題に詳しい精神科医の黒木が経緯を明瞭に述べている。

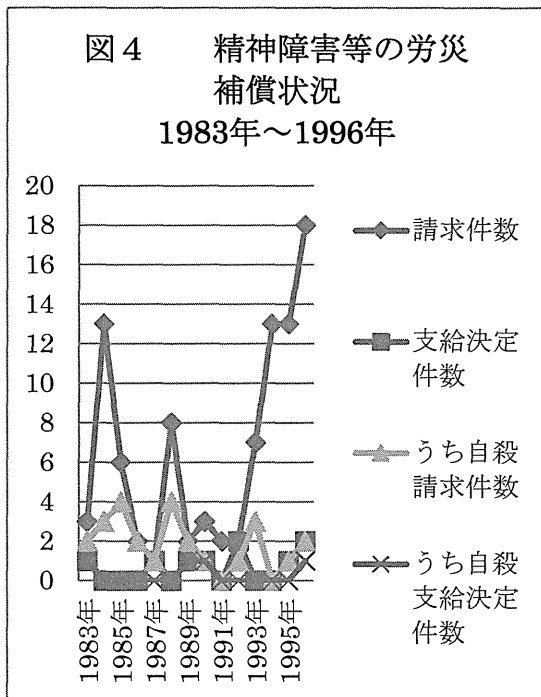
平成8年度(1996年度)に2件の新入社員の自殺が大々的にマスコミ等で報道されたが、この2事例に関しては、当初労働省は労災認定を否定したにもかかわらず、訴訟事件にまで発展した結果、……自殺労災申請急増の契機となった。……この二つの事案を契機に労働省労働基準局補償課職業病認定対策室は本省内に平成9年以後精神疾患に関する委員会を発足させ、事例ごとに業務上外の検討を行ってきたのである。

(黒木 2001:104-105)

ここで述べられている事例とは、「神戸製鋼所・短期反応精神病自殺事件」と「電通・うつ病自殺事件」を指している。多少

とも正確を期せば、前者は、黒木が別所で述べている通り、「労働基準監督署、労働基準局、労災審査会で一貫して業務外」と判断されたが(黒木 2000:5)、行政訴訟によって業務外の一連の判断が違法とされた事例である。しかし、後者については、労災申請に対する判断が下される前に、企業の責任を問う民事訴訟の一審で原告側が勝訴し、さらに二審でも原告側勝訴(ただし過失相殺を適用)したのちの三審、最高裁に係属中に、東京労働基準監督署が労災と認定している³⁵。

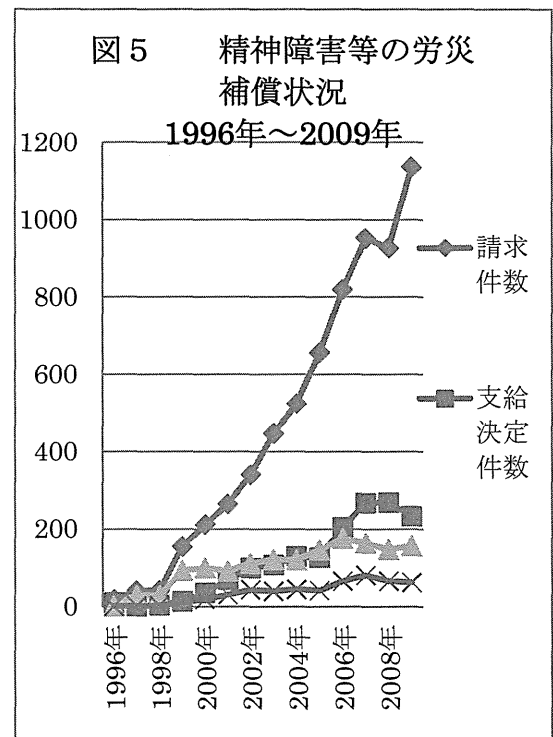
すでに、これらの事例やその他の過労死・過労自殺に関する経緯や訴訟における主要な論点を解説する記録・研究は多い。とりわけ熊沢(2010)は、膨大な資料に基づき、多くの事例を問題ごとに整理しつつ紹介し、この「過労」の背景に横たわる企業そして社会全体の問題を説得的に描き出した大変な労作である。ここでは、こうした優れた先行研究に依拠しつつ、とりわけこの二つの事例と、それによって新たに策定されることになった「業務上外の判定指針」について、産業精神保健をめぐる議論とその動向に与えた影響という観点から説明を加えておきたい。



影響の大きさという点については、精神障害等の労災補償状況に関する厚労省発表データに基づく図4・5をみるだけで、ひとまず確認できるだろう。労災請求の件数は、様々な要因によって変化しようが、労働現場の実態とともに、請求という行為を可能にする条件、さらにそのなかに含まれるともいえるが請求の結果として認定される可能性についての認識が大きくかかわっているものと考えられる。とくに二つ目を可能にする条件についていえば、1988年6月より、労働関係の弁護士たちが「過労死110番」活動を開始したことによって大きく変化した。しかし、「精神障害」にかかわる部分では、請求件数もごくごく限られたものであり、1994年になって年間10件を超える状況であった（ちなみに、脳・心臓疾患の労災請求は同年400件を超えている）。1996年でも18件に限られる。しか

し、上述の2事例で原告側が勝訴した翌年の1997年には、41件と一挙に二倍以上になる。

そして、「業務上外の判断指針」がその年の9月に公表された1999年には、実に155件となる。その後は図5にみる通り、少なくとも請求件数は急増の一途を辿り、2009年には1136件となる。このことは、国はその監督責任を問われると同時に、認定の判断にかかわる膨大な行政コストを背負い込むことを意味し、企業はたとえ損害賠償の形でないにせよ、確実にその責任と社会的妥当性を、かつてとは比較にならない頻度で問われることになることを意味する³⁶。この圧力を抜きにして、国や企業のその後の「メンタルヘルス」についての関わり方やその変化を解釈することはできまい。



また、次の点も補足が必要であろう。図4をみると、前節でも紹介した1984年の設

計技師の自殺未遂が労災として認定されて以降、1996年まで、5件の認定事例がある³⁷。こうした事例があると、翌年の申請件数は多少増えることもあるが、しかし神戸製鋼所や電通の事例のような急増を惹起することはなかった。それは、この5件の職種（騎手、運転手2名、溶接工、潜水工）と密接にかかわるが、どの事例も物理的な事故が精神障害の原因と認定されたものであり、いわゆる精神的ストレスや長時間に渡る過重労働といった事柄が要因として認定されたわけではなかった。その意味でも、1996年に判決が出た神戸製鋼所と電通の事例については、他の事例とは異なる点を中心に、ごく簡略にはあるが説明を加えておく必要があるだろう。

5.3.2 神戸製鋼所事件とその含意

まず、神戸製鋼所の事例であるが、被災者の山川さん(24歳)が自殺を遂げたのは1984年のことであった³⁸。入社後1年も経たない研修中に、本社と電話による通信も困難であるインドのとある地域に赴任することになるが、現地企業とのトラブルに一人で対応せざるをえない状況に追い込まれる。遺族は、その年の11月には、この自殺を業務上の災害として遺族給付支給の申請を行った。しかし1985年には労基署は不支給処分の決定をし、1988年に審査請求棄却、1991年には再審請求も棄却された。同年、この行政の判断を不服として、遺族は行政訴訟を提起する。この当時、行政判断を覆す判例はなく、なによりストレス自殺への労災適用は先例がなかった。

争点としては、被災者が精神障害に罹患していたか、それが業務に起因するものか

という点がまず問われ、さらに問題になるのは、この「自殺」が労災と認定されるかという点であった。労災保険法12条のなかで、労働者の「故意」による事故は労災の対象としない旨規定している。つまり、そこに労働者の自由な意思が介在する限り、その行為（たとえば自殺）は労働者に帰責されるべき事柄であり、業務に起因するとは判断しえないということである。それゆえに労働省の通達においても、心身喪失状態（自由意思の不在）での自殺のみ例外的に労災と認めるとされていた³⁹。この点について、遺族側は、たとえその自殺が「外形的には労働者の意思的行為と見られる行為」であっても、その行為が業務に起因する「精神障害の症状」として認められる場合には、自由意思に基づくとは言えず、それはあくまでも業務に起因する災害として認められるべきであり、「『心神喪失』の状況にあることを絶対的要件」とすべきではない、と主張した。

この点について、裁判所は、本件の自殺は「精神障害により心神喪失状態にあったことができる」とすることで、「心神喪失」の有無は本質的な問題ではないという意味での要件論についての判断はしなかった。もちろん、この判断によって、行政の業務外認定を覆して労災と認めた初の事例となったわけである。しかし、「あっさり」と心神喪失状態と認定してしまうことで、従前の労働省基準を超えるものではなく、それゆえに「精神障害等に係わる業務上外の判断指針」が出されるまでに、3年以上の時間が過ぎることにもなった、と宗万=川合(2000)は述べている。この宗万らの意味するところは、専門外の者からみ

るといささか分かりにくい、裁判所が要件論を少なくとも結果的には回避したことで、その点の法的解釈の変更に水路付けがなされなかったゆえに時間がかかったということになるのかもしれない。山川さんの精神的失調が業務上とされた時点で、労働省は認定基準の見直しに乗り出さなければならなくなった——翌年からそのための検討委員会が招集される——ものの、「心神喪失状態」が従来通り要件とされたということで、この点についての議論のいわば余地ができてしまったということであろうか⁴⁰。

しかしまずこの事例について注目すべきは、自殺に関する論議ばかりでなく、宗万らが「判例」として高く評価しているとおり、「裁判所の具体的できめ細かな認定方法」になるであろう。これも宗万らが述べているが、被災者の直面したトラブルだけを抜き出せば、「客観的には自殺の原因となるような重大なトラブルとは言いにくい」ものであった（宗万=川合 2000:57-58）。

筆者は、この点は、明瞭なる過重労働が背景となる電通事件以上に、労働省に対して大きなインパクトを持ち得たのではないかとさえ推測する。この一見すると軽く思えるトラブルについて、裁判所が示したのは、通信にも事欠く異文化の地でビジネスを行うことの負荷の大きさが——諸他の企業の経験や取り組みに鑑みても——きわめて大きいこと、そして研修期間中に過ぎない若手社員がサポートも得られない場合に置かれる苦境とストレスがやはり甚大なものであることであった。このように、自殺が生じた文脈を十分に配慮することで、「業務上」であることが認定されたわけであり、

労働省としてはここに対応していく必要性に迫られたはずだ。

5.3.3 電通事件とその含意

さて、次の事例に移ろう。電通事件は、1991年に24歳の男性が、記録でわかる範囲でも、8ヶ月間ひたすら長時間労働を強いられ、最後の1ヶ月には3日に一度は徹夜という「常軌を逸した長時間労働」（一審判決の表現）の結果、疲労困憊し、うつ病を発症し、そして自死に至った事件である。その間には、上司からの明らかなハラメントもあった。遺族は1996年に電通に損害賠償を求める民事訴訟を起こす。この事例でやはり注目すべきは、企業の安全配慮義務が精神疾患について従来より広く、かつ厳しく問われたことだろう⁴¹。

被災者の長時間労働と体調不良や精神的変調を知りながら、なんら実質的な対応をとることなく、なおざりな指導をただけの、否、その後も仕事を増やしさえした上司が複数いた。一審では、企業に対して、「（上司たちの）安全配慮義務の不履行に起因して、一郎（被災者）が被った損害を賠償する義務があるというべきである」と明瞭に断じている。1997年の二審では、原告勝訴としながらも、被災者の性格や遺族の対応にも問題をみとめる過失相殺を適用した。しかし、2000年の最高裁判決では、改めて企業の安全配慮義務違反が強調され、さらに二審の過失相殺適用には「違法がある」と完全にこれを否定している。この裁判の画期的意義として、弁護士岡村親宣は次のように述べている。

事業者の労働者に対する蓄積疲労等に

よる労働者の心身の健康破壊を防止すべき注意義務を肯定し、この注意義務の懈怠である過失と被災者のうつ病罹患・自殺との相当因果関係を認め、我が国裁判史上初めて過労自殺の企業責任を認めたことにその画期的意義がある（岡村 2002:423）

電通事件の最高裁判決が下って間もない頃、『産業精神保健』誌上に、この判決をめぐって開かれた座談会の様子が、「特別企画」として収録されている（大西他 2000:83-97）。この事例がもつインパクトを象徴するものでもあるが、そのインパクトを内容的により明確に理解するためにも、そして産業精神保健に関わる一部ではあるが有力な精神科医たちにとって、それがどのような意味をもつものであったのか——より厳密にはどのような語りを引き出すものであったのか——を知るためにも、この座談会の席上で交わされた議論に注目しておきたい。ここで特記すべきは、電通事件の最高裁における最終局面で、企業側弁護人を務めた安西愈が出席していることである。

まず、最高裁の判断が安全配慮義務の範囲を拡大したことがやはり議論の導入となった。前節で80年代の労働省でTHP策定に関わった河野慶三が、この当時は富士ゼロックスの産業医として切り出している。

現場で健康管理をしている立場では厳しい判決だと受け止めています。こういう判断がされると、最高裁の判決ですから企業・事業者にはこれを順守する義務が生じます。それに対して私た

ちは産業医としてどう技術的なサポートをしていくかが問われます。……「業務と密接な関連を有する」ものの「直接起因はしていない」健康上の問題に対しても、この判決では新しい考えが示されています。安全配慮義務からみると、その範囲が非常に拡大したということです。（大西他 2000:87）

配慮義務の対象が「業務起因」性から「業務関連」性に拡張されたことにまず目を向けたものであるが、弁護人であった安西が発言を始めると、会社側の管理責任と労働者の自己管理責任との対立軸が一気に議題の中心になっていく。

安西の発言には、筆者からみると、様々な項目が入り交じる場所があり、いささか論理構成がわかりにくいところがある。しかし、論旨としては、およそ以下になるだろう。会社側責任が問われるポイントとして、労働者が精神疾患になる可能性についての所属長の予見可能性の問題と、予見できた場合の結果回避可能性、この二つが問題となる。しかし、どちらも困難である。

予見可能性についていえば、本人からの業務軽減要求や「健康管理上の対応」要求といった明確な申し出がなければ、「プライバシーの問題」もあるので、業務と関連づけて予測することは困難である（大西他 2000:88）⁴²。そして、そもそも、被災者本人が精神面とは思わず耳鼻咽喉科で治療を受けていたが、「一流の病院でも気づかなかったのに、どうして会社の上司に予見可能性があるのか」が問題であるが、「最高裁では一顧だにされませんでした」と述べ

る（大西他 2000:89）。結果回避可能性についていえば、上司に本人がうつ病であるという認識がない——つまり予見可能性がない——以上、自殺についても予見できないのは当然であると語る（大西他 2000:88）。

そして、安西が発言のなかで織り交ぜながら繰り返し語るのは、労働者本人の「自己管理」責任である。長時間労働とはいうが、「自由裁量的な労働」であるのだから、自己管理すべきである。また、電通には三六協定に基づき、時間外労働が一定基準を超えれば、「なぜそのような長時間労働になったのかを検討し健康診断をするミニドッグという制度」もある。それを利用しなかった以上、それは本人の責任の問題が問われるべきだと。しかし、こうした制度が利用しにくいことを安西自らが説明している。

ところが、本人がたくさんの時間申告をすると、そういう労使の委員会に呼び出されたり、上司がなぜそういう仕事をさせたのかと問われ面倒になるので、自己規制したのです。本人自身がそのようになると面倒だから申請はしない。……裁判所は、「そういう制度があるだけでは駄目だ。利用させなければいけない」という判断なのです。制度があるのにそれを利用しない人について、手取り足取りやらなければならないというのが大問題だと思います。（大西他 2000:88-89）

上司とのトラブルが十分に予見され利用しにくいという事情を語りつつ、それで自己規制するのは自己利益のためであるから、

それは自己責任としかいえない、ということであろうか。筆者はこの論法に啞然とするものも感じるが、様々な立論の仕方はあるだろう。しかし、こうした労働者側の「自己管理」責任に問題を還元していく企業側の論理は、後述する安衛法改正における「医師との面接義務」についても現れるものであり、産業精神保健が営まれる職場の概念操作上の文脈として重要であり、ここであえて引用をした次第である。

ところで、安西のこの発言について、精神科医の荒井稔が——精神神経学会で2005年に産業精神保健について教育講演をしている——発言をしており、自己管理についての精神科医から示された一つの見解として興味深い。

健常者でも自分の不調に気づくように自己管理・自己責任を負っていただくことは、これからの社会の基本的な流れになると思います。とくに精神医学の分野では、父権主義といいますかパターンナリストティックな対応が批判の対象になっており、患者の自己決定権とか、そういうものが尊重される時代になってきます。その点でいえば、（最高裁判決は）時代に逆行した意見になるだろうと思います。

……上司は医者でもないのに、部下の私的な部分も含めて聞き、かつ精神的な変調があるかないかを評価して、医者を受診させたり薬を飲ませたり、休養をとらせるといったことまで責任を負うのか、上司の役目は非常に重いわけです。（大西他 2000:89, 括弧内引用者）

この発言にいわば勢いづけられる形で、安西の「病院でもわからないものを上司がわかるのか」といった上記の発言が出てくる。しかし、精神科医の河野は、それは極端に過ぎる誤解であると指摘している。

最高裁でも上司に病気の有無の判断をしろとは考えているわけではないと申します。病気の判断をする必要はないが、おかしさには気づいてほしい。この点については、産業医として教育のなかで事業者にも言わなければいけないことだし、事業者が雇っているマネージャーに「そこまでは、して欲しい」と言うべきなのだという意味です⁴³。
(大西他 2000:89)

その後、1999年に公示された業務上外の判断指針も含め、産業医の求められる事柄——従業員の精神健康面についての把握力——が大きくなってきているという話題も挟むが、最後に「企業防衛」について議論が及ぶことになる⁴⁴。

司会の大西（精神科医）が、今回の判例によって、企業にとって従業員は明確にリスク管理の対象になったということかとの問いかけに、荒井が「その通りです」と答える。たとえば、電通の事例の賠償額と自殺の発生率から年間のリスクを金額として計算すると6億円であり、「そういう金額的ところで、まずは会社の動機付け」が必要であり、そこで企業として産業医に何を求めるか、どのぐらい投資をしておくべきかが理解されてくるであろうと発言している。大西が端的にまとめているが、「福

利厚生ではなく、いまやリスクマネジメントの時代になった」という認識になる（大西他 2000:93）。

そのマネジメントの仕組みとして、労働者本人が自分の健康情報を産業医にまず開示すること、産業医はそうできる条件を日々の活動を通して構築していくべきことなどが論じられる。そして、そうした仕組みをサポート体制として十分に実行していれば、「労災は認められても民事の過失責任は認められないということもあるかもしれない」という発言があり、あるいは本人と上司との不調をめぐるやりとりを文書記録として逐一残しておくことがリスクマネジメントにつながるし、そうしたことが企業に必要な投資であると認識されていくことが望ましいという発言などが参加者からなされた⁴⁵。

5.3.4 「精神障害等に係る業務上外の判断指針」について

いささか2事件に関わる議論が長くなったが、それら判例への対応として出された「業務上外の指針」の特性について、黒木(2001)や、この指針についての検討委員会の座長を務めた原田(2000)、そして熊沢(2010)の議論に従って記しておこう。第1に、労災認定の対象となる精神障害の範囲が広げられた。それ以前の労働基準法施行規則のなかに「その他業務に起因することが明らかな疾病」の項(1987年より)や、「心因性精神障害の業務上認定に際する留意事項」では、精神障害を心因性、器質性、内因性に分け、内因性はあくまでも側面の要因が主要因であるとしてこれを除外している。しかし、1999年の指針では、業務

による心理的負荷、業務以外の心理的負荷、
 個体側要因を比較考量して、業務上外を判
 断するもので、障害の対象は国際疾病分類
 ICD-10 で取り上げられているすべてのもの
 になった。

第 2 に、この業務上外の判断のためにス
 トレス評価表が作成された。これは、まず
 「『あらゆる精神障害は外界からの刺激と
 それを受ける個体の反応性との両方の要因
 によって生じる』という常識的な考え方」
 に基づくものである（原田 2000:276）。仕
 事上で生じうる出来事の侵襲強度に重み付
 けをし、さらにそれぞれの出来事について
 心理的負荷の強度を三段階に分けて、質的
 変化や持続時間などにも留意して判定する。
 その上で、責任や環境の変化なども検討し
 て総合評価を行うというもので、幾つかの
 点で曖昧さや恣意性の入り込む余地はある
 が（熊沢 2010:28）、従前に比べればはる
 かに系統的な評価手続きが導入されたこと
 になる。

第 3 に、自殺についての認定基準も、上
 記の変更に応じて変化した。神戸製鋼所の
 部分でも述べたように、それまでは「心神
 喪失」状態、つまり罹患した精神障害から
 自殺という行為までの間に「故意」が、い
 わば主体としての判断が介在しない場合だ
 けが労災と認定されるとしてきた。「遺書」
 を残すという正常な判断能力を伺わせるも
 のがあれば認められないという、恐らく一
 般的には奇妙とも思える基準があった。こ
 れに対して、検討会は、故意がない自殺と
 いう設定に無理があるとし、心神喪失概念
 に代えて、「精神障害によって正常の認識、
 行為選択能力が著しく阻害され、あるいは
 自殺行為を思いとどまる精神的な抑制力が

著しく阻害されている状態」で行われた自
 殺は「故意にあたらぬ」との見解を示し
 た（原田 2000:277）。そのため、「判断基
 準」においても、その「希死念慮」を生み
 出した精神障害が業務に濃厚に関連したも
 のである限り、労災と認められることにな
 った。

検討会座長の原田自身は、こうした検討
 結果（そして判断基準）について、精神障
 害によらない自殺（たとえば「引責自殺」）
 が業務上にならないことの問題、あるいは
 そもそも障害についての要因の現実的な割
 合から考えれば、労災補償が上／外の二者
 択一でしかないことが公平性を著しく欠く
 こと、さらに業務上外という発想を超えて、
 本人あるいは遺族の生活保障という観点こ
 そが基本であるべきではないかといった問
 題を提起している（原田 2000:278）。それ
 でも、熊沢も「やはり画期的だったのだ」
 と評価するように（熊沢 2010:28）、この
 新基準によって認定件数は大幅に増えてい
 くことになる。

5.4 新旧メンタルヘルズ指針とその周辺

5.4.1 「旧指針」とその特徴

さて、ここまで、第IV期の行政的対応の
 加速化を説明する背景として、とくに 1990
 年代後半に生じた自殺件数の増加と過労自
 殺裁判に注目した記述を行ってきた。その
 ため、とくに労災認定の判断基準について
 多く言及することとなったが、ここでは
 2000年に策定・公表された「事業場におけ
 る労働者の心の健康づくりのための指針」
 （旧指針）と 2006年の「労働者の心の健康
 の保持増進のための指針」（新指針）につ
 いて、とりわけ関係者たちがどのように論

じているのかに注目して、その基本的な性格や経緯について論じておきたい。

労働省は、1999年5月に「労働者のメンタルヘルスに関する検討会」を設置し、1年後に出されたこの検討会の報告をもって旧指針としている。後述するように、新指針は改訂された安衛法に法的根拠を持っているのに対して、この旧指針は、あくまでも対応を促す程度のものであり、検討会の座長を務めた櫻井の表現を使えば「事業場に対しては、それぞれの実態に応じて実施可能な部分から取り組むことを求めた」ものである（櫻井他 2000:6）。

そしてその構成としては、先に述べたように「総花的」ともいえるし、「総合的」ともいえる。メンタルヘルスカケアとして、①労働者によるセルフケア②ラインによるケア③事業場内産業保健スタッフによるケア④事業場外資源によるケアの“4つのケア”を明記しており、1988年に出されたTHPが基本的にはセルフケア中心主義であったことに比べれば、より系統的に職場環境の改善や職場におけるケア・システムの構築を指向したものといえる。ただし、この検討会のメンバーを集めた座談会において、産業医（精神科）の廣尚典は、この指針があくまでも努力義務であることからくる危惧を述べている。

正直なところ、この4つが並列で並べられるということに少し違和感を持っております。……ここに書かれている内容を、各企業はできるところから取り組めばいいということに関連してです。例えば、「ラインによるケアがあ

まり出来ない、難しい。それではセルフケアに重点を置いて進めよう。」そういった方向に行く恐れはないか。管理監督者の役割よりも、そのセルフケアの部分が強調されて、「わが社は、メンタルヘルス対策としてセルフケアを全面に出しています」ということになったとしたら（後略）（櫻井 2000:9）

この廣の「若干の懸念」に対して、疫学的アプローチを専門とする川上憲人は、異なる見通しを述べている。

それは、むしろ少し逆で、これまでメンタルヘルスは手をつけ難い、精神問題だからセルフケアだけしておけばいいや、という会社もあったと思いますが、そういう会社は、今回の報告書をセルフケア以外にもラインによるケアがあるという意味で理解されるでしょう。……むしろセルフケアだけやって誤魔化そうという企業は少なくなるのではないかと期待を持っています。（櫻井 2000:10）

楽観的に過ぎると思えようが、この2000年という時期における関係者たちの期待を示すものとして、そして行政的な取り組みとしての「職場のメンタルヘルス」というものが、ある一定のパターンで対応を形象化し、推進を図ろうとする象徴的な語りとして、ここに引用してみた。期待の対象とは、ライン＝現場の管理監督者であるが、旧指針をめぐるこうした座談会では、議論の中心がラインによるケアに集められる傾向があり、ラインへの「期待」の大き