

さを示しているように受け取れる。

そして、いま引用した川上が、「ラインによるケアがある」と理解される、と述べたように、あるアクターが担うものとして形を与えることで理解しやすくなる、という予見がある。これは、THP のときの「心理相談員」と基本的には同じ構図ではないだろうか。実際、2006 年の新指針になると、そのアクターが今度は「産業医」になる。これが、筆者が「一定のパターン」という意味である。

そしてさらにいえば、このパターンには、“本当のところ、もっと組織的な取り組みを企業に求めたいのであるが、そうもできないので、ひとまず考えられるアクターがよき担い手となって成長・奮起してくれることを大いに期待する”という背景的な事情も見え隠れする。新指針の「産業医」の意味づけにもっとも顕著なところであるが、旧指針についても、やはりそうした側面は見受けられる。

たとえば、この検討委員会にも参加していた河野慶三が、このあたりの経緯について示唆的なことを述べている。4 つのケアについては、どれか一つをやればよいとならないように注意を促す文言はいれている。「これらの実施事項はひとつのシステムとして機能すべきものである」と、「はじめに」の最後には書いてはいる。

ただ、「この順番でやれ」という言い方は難しいので「出来るところから」

（「実態に応じて実施可能な部分から取り組むこと」）という表現にしたわけですよ。

実は、報告書の最後の図「心の健康づくりの基本的な考え方」に記載されている最初の文章に、「それ（ひとつのシステムとして機能すべし）を必ず入れるように」と言ったのですが、落ちていきますね。そういう意味では、若干…（櫻井 2000:10, 括弧内引用者）

報告書の最終段階では、検討委員が「必ず入れるように」と言っても、それがなぜか落とされてしまい、表現は弱められている。新指針が法令のバックグラウンドをもって出されたときに、主たる担当行政官であった労働衛生課長の阿部重一が「今までも指針はあったわけですが、……むしろこれは何か遠慮がちにやっていた」、あるいは「どうしてもメンタルヘルス対策になると……強力な指導・監督はできないというような経緯は確かにあった」と述べている（櫻井 2006:6）。たとえば、その「出来るところから」といった一文は、「遠慮がち」であることの一つのエピソードなのであろう。

それでは、「ラインによるケア」についての、検討委員たちの認識はどのようなものであったのだろうか。そこには、メンタルヘルスをセルフケアに還元しないという意味でかなり高い評価を寄せる発言もあり、この検討委員会参加者たちによる座談会でも、他のケアについてよりも多くのことが語られ、期待の高さも伺える。司会の櫻井がラインによるケアとして「労働環境の評価と改善」を打ち出したことが、この指針の特色であると述べているが、それに対して川上からは次のような発言がある。

ラインによるケアに職場環境が入っているということは非常に画期的だと思いまして、これが今まで抜けていたために、どうしても心の健康、メンタルヘルスという個人向けの対応で終わっていたのですが、これが入ったことで、組織的な対応に変化しつつあります。（職場環境には仕事量だけではなく、自由度や裁量権の問題、さらに人間関係も入ってくることで、それらが心理的ストレスにすべからず影響してることが諸研究で確かめられているが、そうした視点を）かなり盛り込んでいただいたという形になっていると思います。職場環境の定義が急に広がったので、読む方が多少の戸惑いを感じられるかもしれません。（後略、括弧内は引用者による発言の要約）（櫻井他 2000:13）

様々な論文や座談会で、産業衛生の専門家という立場から、セルフケアが先に来ることに批判を唱えていた廣も、この川上の発言を受けて語る。

職場環境というものを幅広くとらえたということは、やっぱり非常に大きいと思います。これまでの管理監督者教育は、問題の人を早く見つけて適切な対応をとることが中心でしたから、それに加えて、一次予防的なものがしっかりと盛り込まれたというのは大きな意味があります。（櫻井他 2000:13）

この上で、それでは管理監督者に対して

どのような研修が必要であるかといったことが議論されている。たとえば、まず部下の健康面についても配慮する必要性のあることを認識させること⁴⁶、そのために人の話が聴けるというスキルとしての素養が求められること、ただし話を聴いて自分で抱え込むことはせず適切に専門の産業保健スタッフにつなぐことができること、こうした事柄である。

ただし、スタッフによるケアについて、幾つかの難点も語られている。主に二つあるが、一つは事業者がトップとして従業員の健康について基本的な考え方を明確に示しておかないと「管理監督者はいろんなところで困ります」ということ。もう一つは、管理監督者という存在が、縮小されていく傾向もあれば、業務・組織形態によって部下と日常的に接するとは限らないという問題もあることなど、管理監督者に期待することが実際的な条件に照らしてどこまで一般的に可能であるか、という問題である⁴⁷。

後者の問題は、組織によっては人事管理部門に機能を集約するなど技術的に対応可能な側面もあるが、前者の問題、事業者がこの予防的取り組みについて、どれだけ、そしてどのような形で関与すべきなのかということは、この問題を考える上でさらに重要な点であろう。この指針内では、「事業者自らが、事業場におけるメンタルヘルスカケアを積極的に実施することが効果的である」とは記されており、指針を作成した検討会の座長も務めた櫻井は、別所でこの点が従来にはない重要なことであると評価している（唐沢他 2000:16）。しかし、これはもちろん責任を問うものではない。こうしたケアの体制を構築し実効性を持たせ

ていく上で、事業者がどのような役割を果たすべきなのかは、いたって漠然としたものである。この指針ではライン（管理監督者）の役割が、後で見ると新指針では産業医の役割が強調されるものの、かれらの役割の遂行に対して事業者が果たすべき事柄は曖昧なままであれば、そのことは一つの困難を構成することになるのではないだろうか。

ところで、この座談会では、③事業場内産業保健スタッフによるケアと④事業場外資源によるケアについての言及はいたって少ない。『産業医学ジャーナル』という産業医が多く読者であるはずの雑誌上に掲載が予定された座談会である。しかし、産業医がメンタルヘルスに主体的に「係わるべき重要な問題である」という認識はきちんと持っていないといけない」と河野が述べてはいるものの、現状では関心の低い人が多く、「一番中心になっているのは保健婦さん」で、「保健婦さんを支えることが一番現場では役に立つかな」といった山本（当時、労災病院の心療内科部長）の発言にみられるように、産業医の役割についての議論はとくに深化することはない。後者の④についても、ネットワーク構築が必要であるが、可能性があるのはどの組織・機関であろうかといった調子で話は終わっている。やはり、この旧指針においては、②のラインによるケアが、検討委員たちにとっても主要な論点であったことが確認されるところである。

5.4.2 「脳・心臓疾患の認定基準の改正」から「総合対策」まで

それでは、2006年に公表された新指針に

ついでに議論に移ろう。旧指針との相違がまず興味に向くところではあるが、それを列挙していく以上に、ここではその策定の経緯になによりも注目しておきたい。同年に施行された、改正・労働安全衛生法（安衛法）の改訂過程から考えなければ、メンタルヘルス指針が改訂される文脈は理解し得ないが、この改訂過程を通してこそ、新旧指針の相違点をもつ多分に政治的な意味を確認していくことができるからである。

この一連の過程のとくに“直接的”な発端を求めるとすれば、2000年7月に、脳・心臓疾患に関わる労災認定をめぐる2件の行政訴訟で、最高裁が原告側勝訴の判決を立て続けに下したことになるだろう。大阪淡路交通事件と東京海上横浜支店長事件であるが、ここではその内容については省略する。一点だけ重要なポイントを挙げるとすれば、発症前のどのぐらいの期間からの業務の過重性を判断の対象とするか、その点で国側の基準が完全に覆されたことになるだろう。

この点について、労災認定基準の変遷を振り返れば⁴⁸、1961年から1986年まで、「発病の直前、少なくとも当日」の間だけが因果関係を認める期間（という表現がそぐわないが）であり、1987年の基準改訂によってようやく「発症前一週間以内」になった。はじめて蓄積疲労が評価の対象になったわけである。しかし、後に暴露されるように、87年改訂とともに「認定マニュアル」が労働省から労基署に出されていた。それは、当日業務量が日常の3倍、あるいは一週間前から無休で日常の2倍の業務量であれば業務上と認定という、熊沢(2010)の表現に従えば「酷薄きわまるマニュアル」であっ

た。1995年になると、「発症前一週間以内の業務が日常業務を相当程度超える場合には、発症前一週間より前の業務もふくめて総合的に判断する」とさらに基準が緩和され、認定率も87年基準のもとで数%であったところから、10%を超えるようになった。しかし、労働時間の目安もないなど、過労という問題の実情からはまだまだ乖離していたといえる。

しかし、上記の2000年に最高裁判決が下った事例については、どちらについても半年あるいはそれ以上に渡る過重負荷とそれによる慢性疲労を業務上と判断したのである。労働省はその年の10月には認定基準の見直しを検討していくことを発表し、11月には和田攻（当時・埼玉医科大学）を座長とする医療者8名、法律家2名からなる検討会が設置された。2001年11月には検討会の報告書が出され、厚労省から「脳・心疾患の認定基準の改正について」が通達される。

座長の和田によると、検討会では、主として複数の疫学調査を根拠として、「睡眠時間と脳・心臓疾患の発症リスクの関係」を中心に検討し、そこから時間外労働の時間数の増大が脳・心臓疾患のリスクをどのように高めるかを推定する作業を行った。その結論として、月100時間以上の時間外労働がある場合はリスクが2～3倍になること、あるいは、2ないし6ヶ月の平均で80時間以上になると調査によって結果が分かるところがあったが、「安全サイドに立ちまして、それも一種の要件として」認めるということになったという（櫻井他2005:6-7）。この検討会が算定した数値は、労災認定基準だけではなく、2002年に厚労

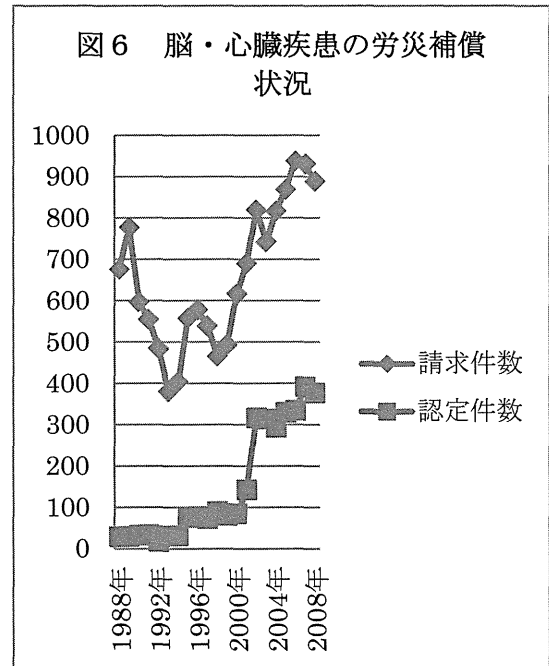
省が事業主に対して、やはり通達として示した「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（以降、総合対策）に反映されることになり、さらに2006年の改正・安衛法および労働安全衛生規則（安衛則）にも取り込まれていくことになる。この点でも、一連の過程の直接的な発端は、脳心疾患の認定基準見直しと考えられよう。

ここから、さらに安衛法の見直しへと進む背景としては、厚労省を中心とした関係者のなかに、上記の「総合対策」という通達、つまりあくまでも努力義務を課す「お願い」でしかないものでは不十分である、という認識があったようだ。たとえば、先述の和田は、認定基準の検討会から、さらにこの法律の見直しの原案を作成した検討会「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会」の座長も務めているが、その和田や当時の安全衛生部労働衛生課課長であった阿部重一らの共通の語りとして見られるのは、この通達では不十分であったというものである。

具体的に挙げられるのは、2002年に「総合対策」を通知したが、2003年に厚労省で行った調査では、大企業も含め実施率は62%にとどまり、労災認定患者も増えている（認定基準の改正の部分も勘案しても増えている）、ストレスや不安を持つ労働者も増えている、といったものである。そこから、「総合対策には限界がきたのではないかと、ぜひとも法改正を行って努力義務から義務にしていだけないかという空気がでてきたわけです」⁴⁹、あるいは「お願いベースでできる対応はやっているのですが、このような悲惨な過重労働・メンタルヘルス障害

を防ぐためには、法制化した上でもっと広く対策をとらなければならないという認識があったわけです」⁵⁰ということになる。

この点をいささかくどく引用するのは、後述するように、法改正に当たっては企業経営者側からの強い反対があり、そのサイドからの言い分としてまずあったのは、「総合対策」の通達後1～2年で効果を云々するのは拙速ではないか、というものであったからだ。確かに、全企業に網をかけて時間外労働を——三十六協定でそれ以上が認められてはいても——45時間に収まるように努力せよ、労基署はそれを指導せよと通達を出しても、実施率が100%に近くなり、健康面での効果も目に見える形で上がるということは、いささか難しいのかもしれない。しかし、法制化に対する厚労省の構えは相当に強いものであったと推測される。いささかうがった見方になるが、脳・心臓疾患の労災請求・認定数の推移（図6）や、精神障害等についての労災補償状況（図5）をみる通り、認定基準が現実に緩和されてそこでの財政支出に対する歯止めがきわめて困難になった以上、問題のいわば元の部分へ踏み込まざるをえなくなったという側面もあったのではないだろうか。



5.4.3 「在り方に係る検討会」と一つのアイデア

ともあれ、こうした厚労省の構えのもとに、2004年4月から「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会」（以降、在り方検討会）が開始される。ただし、衛生課長・阿部が座談会で述べているが、安衛法を「過重労働対策中心に改正するという議論を最初にしたときは、実はメンタルヘルス対策というのはそれほど大きなテーマとして意識はされていなかった」ということである（櫻井他 2006:5）。実際、この在り方検討会のメンバー10名のうち、精神科医は2名のみであり、座長の和田も含め6名が他科の専門医、あと2名が法律の専門家である。しかし、最終的には、とくに長時間労働を続けた者については医師による面接においてメンタルヘルスについてもチェックするという形で、法令のレベルに乗ってくることになる。まず検討会の議事

録をもとにそこでの流れを概観しておこう⁵¹。

この流れの大まかな論理構成を、一部筆者の推測も含めて、先にまとめておこう。この検討会におけるメンタルヘルス対策とは、80年代のTHPにおけるような「健康増進」主義では当然なく、むしろ明確に自殺予防に焦点を合わせざるをえないものであった。そのため、どこかの時点で、とくにうつ病の発症をチェックし必要な対応がとれるようにすることが、とくに精神科医のメンバーから求められるわけであるが、その方法が問題となる。他科の医師メンバーからは、チェックリストを用いた従業者全面に網をかける必要も論じられたが、その記録をどのようにプライバシーの観点から問題のない形で——企業側の労務人事の視点から利用されない形で——利用できるかは、とくに慎重に検討を要する問題であった。その難点のある程度回避した形で、「メンタルヘルス不全に早期に対応する方策」として、厚労省側が作成した案は、「長時間労働者等に対する医師等による面接指導」であった⁵²。つまり、もともとは過重労働対策として「疲労の蓄積によるリスクが高まった場合」に講じられる措置としての医師面接において、メンタルヘルスについてのチェックも行うようにすればよいという案である。

この点について、衛生課長（当時）の阿部は、ある座談会で、過重労働に対する医師面接の制度を作ろうといったときに、「面接するのであればきちんとメンタルヘルスもチェックをするという必要がある。議論が始まった途端に、『いや、面接の意義はメンタルヘルスのチェックにこそあるんだ

よ』というようなお話も出まして…」と語っている（櫻井他 2006:5）。しかし、議事録を読む限り、参加メンバーからそうした発言があったようには必ずしも読み取れない。

第2回の検討会の時点では、精神科医の黒木宣夫から、「医療機関にかかっているで自殺する」労働者が多々いることが大きな問題であること、やはり精神科医の大野裕から、ライン（管理監督者）では分からないが、産業保健スタッフまで行かない、その中間的なところでチェックできる相談室のようなものがあるとよい、そうした発言がなされた。ただ、黒木は、とくにうつ病とは限定しない形で、調査結果からみると100時間以上の長時間残業をしている群では、発病後3ヶ月内でかなりの割合で亡くなる方が多いが、そこにも医療的介入がないままというケースがあることが問題と補足的に語っている。この時点での関連する発言はこの程度である。

第3回の企業関係者からのヒアリングについては議事録が公開されていないので分からないところがあるが、第4回の直前までには、厚労省は先述の案を作成して配布している。そこにはすでに、健康診断時等にストレス状況の把握が求められるところであるが、プライバシーの保護について考慮する必要があり、さらに「その際、チェックリスト等による形式的な点数評価にならないよう産業保健スタッフによる評価や事後措置を適切に実施できる体制にあること」が前提であると断り、その上で、「長時間労働者」に対する「医師等面接」では、「メンタルヘルス面にも留意して行うことが有効と考えられる」と、根拠となる調査

情報も添えて書かれている。

この第4回の席上で、その案に対して他科医師から、むしろ健診で「しっかり検討されたチェックリストだったら大いにやるべきではないか」、あるいはうつ病などはとくに病識を持ちにくい不調についてこそ一律のチェック体制がなければ意味がないではないか、と強い意見も出される。しかし、むしろ精神科医の黒木からは、「産業医が直に面接する分には構わない」と思うが、「ただ、チェックリストで○×がどこに残ってしまうと、それをどう使うかという問題が出てきますので、その辺はちょっと難しい」という慎重論が語られている。

こうした各回での関連する発言と、「議論のまとめ（案）」が出てきたタイミングを合わせて考えると、この「医師面接」による「メンタルヘルス」のチェックというアイデアは、むしろ厚労省関係者から主導的に出されてきたもののように思われる。そしてこの案は、そのまま8月には報告書となり、次の段階である、労働政策審議会安全衛生分科会（以降、分科会）へと持ち込まれる。検討会での細かな経緯に拘ったが、これはこれから紹介する「産業医」の役割に関する議論を考える上で記憶しておきたいポイントである。

5.4.4 「安全衛生分科会」の攻防

この分科会は、公益代表、労働者代表、使用者代表の各7名、計21名からなる審議会であるが、ここでの討議の結果が建議として国会の審議にかけられる。やはり公開されている議事録を参照すると、上述の検討会の報告書については2004年9月に報告され、実質的な審議は10月の第13回分科

会より始められ、12月末まで6回の会合がもたれた。先ほどから登場している安全衛生課長の阿部は、翌年に開かれた座談会において、「非常に喧々諤々の議論があつてですね、年末までずれ込んで予定の期間をはるかにオーバーいたしまして相当きつやり取りがあつたといことです」と語っている（櫻井 2005:11）。たしかに、使用者代表からは、とくに医師面接の法制化をめぐって、相当の批判・抵抗がみられた。

2002年の「過重労働」についての「総合対策」でも、「労働者の健康管理に係る措置の徹底」の項目があり、そのなかに次のような記載が認められる。

月100時間を超える時間外労働を行わせた場合又は2か月間ないし6月間の1か月平均の時間外労働を80時間を超えて行わせた場合については、業務と脳・心臓疾患の発症との関連性が強いと判断されることから、事業者は、上記アの措置に加えて、作業環境、労働時間、深夜業の回数及び時間数、過去の健康診断の結果等の当該労働をした労働者に関する情報を産業医等に提供し、当該労働を行った労働者に産業医等の面接による保健指導を受けさせるものとする。また、産業医等が必要と認める場合にあつては産業医等が必要と認める項目について健康診断を受診させ、その結果に基づき、当該産業医等の意見を聴き、必要な事後措置を行うものとする⁵³。

そして、この「総合対策」の記載に加えて、面接時には、脳・心臓疾患だけでなく

精神的な不調・疾患のチェックを加えた上で、厚労省は法制化を試みたわけである。しかし、第13回のときに、阿部からこの説明・提案がなされると、ただちに経団連の讃井暢子から、総合対策の通知からわずかの時間しか経過していないところで、これを法律において義務化する根拠はなにか、そうすることで効果が上がるというデータはあるのか、という質問が寄せられる。あるいは、日本IBMの金子多香子（産業医）からは、面接しても医師の指導に従わない従業員もいるので、「本人の自覚の責任、正直にいうと責任も一緒にないとうまくいかない」といった発言がなされる⁵⁴。

第15回するときには、商工会議所の伊藤雅人から、時間外労働について一律に算出するコストが大変なものになるといった論理まで持ち出され、伊藤はこれを年末まで主張し続けることになる。さらに、伊藤が、100時間という根拠は薄弱だということ、検討委員会の座長で公益委員として入っていた和田が詳細に反論する一幕もあった。伊藤の反論は、経営サイドの考え方、あるいはレトリックをある意味では率直に伝えている部分があり、先ほどのコスト問題に接続して次のような発言もなされている。

仕事の量が管理部門の経営者側の人間にとって、増えてしまうのです。その労働が増えてしまって、いま世界的な日本の製造業、企業がどのような立場に置かれているかということを考えてみればわかると思うのですが、100円ショップを考えてみてください。100円ショップへ行って皆さん安いと思いますね。あれはどのような環境で作られ

ているか。外国からの異常な労働によって生まれてきた産物以外の何ものでもないのです。コストなど全然あってないようなものです。そういう人たちと我々は闘って、日本の国を支えているのです。仮にこういうことが積み重なって、管理ばかり増えて、企業が経営できなくなるとなると、もう廃業してしましましょう。廃業してしまっても外国の人にすべてお任せしたら、結果的に一体どういうことが起きてくるか。我々は、日本の中で空洞化が起こって物が作れなくなってしまうような、1つの危惧を抱いているためにこういう話をさせていただいています。

こうした使用者サイドからの主張と折り合いを付けるということになるだろうが、公益代表で日本クレーン協会会長（当時）の北山宏幸からは、法制化は必要であると思うが、時間外労働の時間だけを基準にするのではなく、「疲労が非常に蓄積しているという自覚をするような、特にリスクの高い労働者に限って」法制化、つまり面接を義務化すればよいのではないかという意見も出される。これに対して、やはり公益代表で医師の和田は、検討会座長としても当然反論する。

過労を自覚をした人ということが出ているわけですが、過労を自覚したことはこの前もお話しましたが二次予防に入るわけです。すでに何らかの病気があって、それをきちんとチェックしましょうということ、本来であれば100時間で一次予防をやるべきである。す

べてについてチェックすべきであると私自身考えていますが、そういった意味で、皆さんの合意でそういう自覚症状がある人だけということであれば、特にリスクの高い人を選んだことになるわけです。すべて二次予防でいくことになると考えられるわけです。いまの世の中、大体一次予防に全部移行しているところへ、二次予防を入れるというのも、ちょっと残念な気がすることはします。もし、二次予防を重視するのであれば、ただ疲労の自覚症状がある人だけではなく、やはり産業医が健康診断の結果や個別の事例、そのほかの情報によって、この人はちゃんとした相談をすべきであると判定した人を、是非入れていただきたいと考えています。

この和田の発言は、この後の議論の進行に一定の影響を与えたようにも思われる。「自覚症状」がある人にだけ限られるという条件付けが結果としてなされること、そしてその場合には、産業医が必要性を認めた人には面接を行うようにすべきこと、こうした発想は、次の第16回分科会で、厚労省（事務局）から提示された「取りまとめ素案」に盛り込まれることになる。「申出」と「勧奨」がキーワードだ。結局、この案が法令になるので、労働衛生課長（阿部）からの説明を記しておこう。

時間外労働が「100 時間を超え、疲労の蓄積が認められるものであって、面接指導に係る申出を行った者に対して、面接及び事後措置を義務づけること」

とさせていただいています。……もう一つ重要な点ですが、……「イ 産業医は必要があると認めたときは、労働者に対してアの面接指導の申出を行うよう勧奨できるものとする」というところを入れております。

これに対しても、使用者側からの抵抗は続けられ、特に商工会の伊藤からは、総合対策の時間外労働 45 時間内の指導をしていけば、100 時間などにはならないはずだからそれでよいではないかという発言もなされる。このときには、計画課長から、45 時間ではやはり収まらない部分もあるから「若干抜け道的な部分」も大事にしてほしいといったのは「使用者側の皆さん」であり、100 時間の基準にさらに「申出」をつけたのはその意をいわば汲んだわけである。しかるに、今の伊藤氏の発言は、45 時間内の管理を徹底すればよいといった発言と受け取れるが、「その辺は使用者側の皆さん方で、少し意見の相違があるということではよろしゅうございますか」と、書き起こされた文言からもその場の緊張が伝わる発言があった。それでも、讃井などからは、やはり法制化することの効果について説明がないといった反論は続けられる。

こうした使用者代表の主張に対して、労働者代表の一人、全国建設労働組合総連合書記次長（当時）の徳永国安の語りには、無念と諦念が滲むかのようなのである。

いままで議論してきた中身がかなり後退しているという印象です。……きちんとした一定の歯止めをかけておく必要がいま必要ではないかと私は思っ

議論に参加しておりました。このなかで産業医の面接指導の義務づけについてはいろいろ議論があって、とりあえず申出があった者というところを読んで、後退しているのだと思っています。申出があった者についてその辺をきちんと把握して、過重労働から救っていくという方向でむしろ前向きにこれをとらえていく姿勢がないと、これを受け身にとってしまうと、結局は労働者がしんどい思いをして……

徳永は、第17回分科会でも使用者側から反論が続けられたあとで、「あえて申し上げたいのですが、労働側の立場からすればここはぎりぎり、逆に言うとこれ以上の後退は困るというのが率直な感じなのです。言ってしまいましたが、そのような議論がありますので控え目に申し上げておきます。できれば、この辺でまとめたらいかがでしょうか」と、この回の最後を締めくくることになるが、少なくとも公開の審議の場での実質的な議論はこれで終了し、医師面接については素案の形で法令となる。

5.4.5 改正安衛法と新指針

—「期待」される産業医—

それでは、2005年3月に閣議決定され、翌2006年4月から大部分が施行された改正・安衛法と安衛則の内容で、とくに「メンタルヘルス」と関わってくる部分をまず確認しておこう⁵⁵。第1に、月100時間を超える時間外勤務を行った労働者で、疲労の蓄積が認められ、面接指導を希望する者に対し、医師による面接指導を受けさせることを義務化した⁵⁶。これは事業者の義務とな

るが、第2に、労働者に事業者が行う面接指導を受けることを義務化している。第3に、100時間以下の時間外労働の場合については、やはり申し出を行った者について、医師面接を努力義務化した。第4に、長時間労働者に対する面接指導を産業医の職務として明記した。第5に、産業医は、必要を認める場合は、面接指導の申し出を行うよう、勧奨できることを明記した。

以上は、過重労働一般についての対策であり、メンタルヘルスにのみ関わることではないが、とくにメンタルヘルス対策の部分として次の安衛則の改正点を挙げておく。第1に、長時間労働を行った者に対する医師の面接指導では、心身の状況、つまりメンタルヘルスも含めたチェックを行うことが明記された。第2に、安全衛生委員会の調査審議事項として、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が明記された。その対策を枠付けするということになるが、第3に、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を、法に基づく指針として策定した。この法とは、安衛法の「第七十条の二 厚生労働大臣は、第六十九条第一項の事業者が講ずべき健康の保持増進のための措置に関して、その適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を公表するものとする。2 厚生労働大臣は、前項の指針に従い、事業者又はその団体に対し、必要な指導等を行うことができる。」というものである。

安全衛生課長（当時）の阿部が強調するように、「法文や規則レベルでは結構微々たる」ものではあるが、メンタルヘルス対策が法令ベースに乗ってきたのは初めてのことであり（櫻井他 2006:6）、確かに日本

の産業精神保健の歴史を考える上で一つの画期点であることは間違いない。とくに、明確に義務化された部分として、残業 100 時間以上の医師面接が入ってくることは関係組織の取り組みに一定の影響を与えることになるだろう。たとえば訴訟の場面で企業側が問われるクリティカルなポイントになりうるであろうし、行政も明確に監督責任を問われるポイントになるだろう。この点については阿部が語っている。

これ（医師面接の義務化）を入れることによって今度は監督行政がきわめてしっかりしたものになるであろうというような期待が実はあったわけです。申し出の書式、それから窓口、それから証拠ですね、そういうものをきちんと外形的に監督行政の側からするとききちんと監視できることになりますので……（櫻井他 2006:12）

ただし、こうした側面での実効性は、さらに経験的に検討されなければ確認のしようのないところが大きい。たしかに、とりまとめ案の時点では「産業医等」という形で、医師以外の面接が解釈的に許容される場所があったのを、最終的な法文においては「医師」に限定したことで、健康面のチェック機能と過重労働に対する規制力が増すところもあるかもしれない⁵⁷。しかし、分科会で労働者代表の徳永が繰り返し述べたように、「申出」があった場合という条件が入ることで、大きく後退したことはいうまでもない。

自ら職場のなかで医師面接を望むことを労働者が申し出なければ、事業者側の義務

は発生しない。当然、労働者が受診することなく健康上に問題が生じた場合には、本人が申し出をしなかったということで自己責任を問われて終わる可能性が大きくなる。そこで、医師、とくに想定されているのは産業医であるが、産業医の「勧奨」に多大な期待が寄せられることになる。2005 年に『産業医学ジャーナル』で企画された座談会の席上では、そのことが繰り返し強調される。日本 IBM の産業医・浜口伝博が、申し出と義務との関連について問いかけると、まず阿部が答えている。

（申し出をしてとはいうものの）なかなか実際の議論のなかでは申し出られない雰囲気、環境にあるのではなかというところを担保するために、……産業医は面接を勧奨することができるという、分かりきった話だと思んですが、念を入れて書き込むということで合意ができていますね。……つまり産業医がきちんと職場を……見て回って、あなたもう相当疲れているみたいだから 1 回私のところにきなさいと、じっくり話を聞いて中身調べてやりましょうというような勧奨をしてそういう面接機能を働かせるということをして期待して入れているわけですので、そのところもよくご理解いただいてがんばっていただきたいと思います。（櫻井他 2005:13, 括弧内引用者）

その座談会には、在り方検討会から分科会まで参加してきた医師の和田も出席しており、その点は使用者側の「強い要望」で

後退せざるをえなかった事情があると前置きした上で、やはり以下のように語っている。

それを担保するものとしては……産業医は申し出をしない人に対して受診を勧奨できるとか、あるいは労働者は受診する義務があるんだとか、その他努力義務として……そういったことをやってくださいということであるべく補完したつもりです。そのへんの後退したところを広く医師が活躍して面接指導に準じた対応をしてほしいと思います。（櫻井他 2005:14）

いずれにしても、産業医の職務がより明確になると同時に、義務と責任がかなり強くなってきたことがありますから、その辺をきちんと考えられてぜひ全力で活躍して欲しいと希望しているわけです。（櫻井他 2005:18）

この「後退」は、なによりも使用者側の圧力によって生じたものであり、阿部や和田がその責任を問われるものでは当然ないが、メンタルヘルスも含めて労働者の健康に関する「職場」ゆえの困難や難問は、ややもすると産業医に“丸投げ”されてしまった印象が強い⁵⁸。

振り返ると、80年代のTHPのときには、セルフケアとその分かりやすさから「心理相談員」が強調された。2000年の旧指針では、職場環境の改善についての実行責任者としてライン＝管理監督者に期待するという意味で、ラインによるケアが強調された。そして、後述するように、安衛法の改正と

セットで改訂された新指針の文面においても産業医の面接指導が追加されているが、なによりも指針を根拠づける法令において、その職務に面接指導等の実施が追加されている以上、産業医がよりクローズアップされることになる。

たとえば、新指針について、やはり『産業医学ジャーナル』で座談会が開かれ、この指針改定に関わる検討会にも参加していた医師数名も参加している。このなかで管理・監督者に議論が及んでも、そこで強調されるのは「基本的な知識としてセクハラ、パワハラの問題について周知徹底させること」であり、むしろ「最大の環境要因」である「直接の上司」はケアをする主体というよりは、加害の側に回らない——加害者にならせない——ということの方に注意がむけられるようになったとあってよいだろう（櫻井他 2006:15-17）。

あるいは、なるほど、櫻井(2007)で指摘されているとおり、新指針でも「事業者の（メンタルヘルスケアへの）積極的な意思表示」が社内における取り組みの効果を上げるために必要であることが繰り返し述べられてはいる。しかし、それはやはり責任に関わる言明ではないし、具体的な水準で役割を明記しているわけでもない。そうしてみると、「メンタルヘルスケア」についての少なくとも日常的取り組み——またそれを可能にする体制の構築——に関する帰責の構図は、管理・監督者が後景に退き、産業医が法的にも前景化されることで、たとえ医師が企業の被雇用者であるにせよ、企業の外側へと漏れ出す形になりはしないだろうか。

ここで、旧指針と新指針との主な相違点についてまとめておこう⁵⁹。新指針は、2004年末に安全衛生分科会建議がまとめられたあと、2005年4月より「職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会」が設置され、翌年1月まで計9回の会合を経て策定された。既に本論で言及した事柄も多いが、ごく簡略に新指針の特徴を示せば以下ようになる。第1に、法律に基づく指針になったこと。第2に、労使、産業医、衛生管理者等で構成される衛生委員会等において調査審議の上、メンタルヘルスケアについて実効性ある対応体制を樹立することの強調しており、そのための章が設けられたこと。第3にメンタルヘルスケアの進め方についてより包括的かつ詳細に記されたこと。具体的には、旧指針では1つの章にまとめられていたものが2つの章に分節された。第4に、産業医の職務に面接指導が追加された。第5に、事業場内メンタルヘルス推進担当者が新設されたこと。保健師等看護職や衛生管理者が候補となる。第6に、職場復帰における支援について新たに項立てされた。第7に、個人情報保護について、より詳細に記されるようになった。第8に家族との連携について言及された。主な点としては以上である。

6. その後の動向

6.1 安衛法一部改正法案をめぐって

ここまで、概ね2006年までの状況を辿ってきたが、それ以降から近年の動向について少しく触れておこう。

第6節の前半部でも述べたとおり、1998年の自殺件数の急増もきっかけとして自殺

予防への関心が高まり、2006年には自殺対策基本法が成立している。厚労省の委託研究として、2005年から「自殺対策のための戦略的研究」という大型プロジェクトが2009年まで継続された。その直後2010年1月から、厚労省は「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」（以下、「プロジェクトチーム」）を組み、上記プロジェクト関係者などを対象にヒアリングや意見交換を行い、5月にはとりまとめとして『誰もが安心して生きられる、温かい社会づくりを目指して：厚生労働省における自殺・うつ病等への対策』を発表している。

そして、この報告で職場のメンタルヘルスが重点課題の一つとされたということで、その5月末から「職場におけるメンタルヘルス対策検討会」（以下、「対策検討会」）が設置され、6回の会議を経て9月には報告書も出されている。この検討会では、新たに求められる枠組み——精神的不調を職場で定期的にチェックし、より適切な医療的対応がなされるようにする——からみると、産業医の現状は量的・質的に不十分であり、また経済的負担から事業所が専門領域を異にする複数の産業医を雇うことを期待すること出来ない。そこで、「メンタルヘルスに対応できる産業医等で構成される事業場外の組織（外部専門機関）を整備・育成」⁶⁰し、そのことを通してメンタルヘルス不調者への対応が各事業場で適切になされるようにすることが現実的であり、さらに検討する必要があることなどが提言された。これを受ける形で、同年のやはり9月より「事業場における産業保健活動の拡充に関する検討会」（以下、「拡充検討会」）が4回開かれ、事業場の従業員規模に即し

たメンタルヘルスへの対応の“受け皿”——新たな、あるいは既存の地域内組織——について議論され 11 月には報告書がまとめられている。

こうした検討を踏まえる形で、2010 年の 12 月には労働政策審議会建議がまとめられ、翌 2011 年 10 月、厚労省は「労働安全衛生法の一部を改正する法律案要綱」を労働政策審議会安全衛生部会に諮問する。そのまま部会が答申し法律改訂案は同年 12 月の臨時国会に提出された。結果的には、この時点でも翌年 9 月の通常国会でも審議未了で継続審議となっている。ここまで述べてこなかったが、この法律改定案に繋がる一連の流れについては、各方面から批判が寄せられることになった。日本産業衛生学会（以降、産衛学会）は、上記「メンタルヘルス検討会」が開催されている 2010 年 6 月の段階で、「一般的健康診断の一部として、全事業場で一律にうつ病のスクリーニングを実施することには現状では問題」が多いとする見解を表明している⁶¹。その後、2012 年に至るまで、産衛学会も含め幾つかの団体から批判がなされる⁶²。

こうした一連の動向は、そもそも 2010 年の「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」の議論とその報告書において明記されたものを起点としている。自殺防止の厚労省対策 5 本柱として示されたものの一つ（柱 3）に「職場におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援の充実」が掲げられている。さらにその 3 番目に「職場におけるメンタルヘルス不調者の把握及び対応」があり、チームメンバーであった内閣府参与の清水康之（NPO 法人自殺対策支援センター・ライフリンク代表）の意見として「定

期健康診断項目の追加検討が必要」と記されている。これがプロジェクトチームのとりまとめのなかにある「鳥瞰図」になると、「職場の体制整備」のブロック内に「定期健康診断を実施する際のメンタルヘルス不調者の把握とその後の対応の検討」とプロジェクトチームのいわば結論の一部と読める形で示されている⁶³。また、この鳥瞰図の該当部分で、定期健康診断の項目の下には、「メンタルヘルスの専門家等を有する外部機関の活用と質の確保のための措置の検討」、「メンタル不調に対応できる産業医等の養成」といった項目が続く。外部機関の部分も、とくに産衛学会から強い批判がなされるところであるが、上記二つの検討会から安衛法改定案までの議論や内容を、この「プロジェクトチーム」の議論が強く枠付けたことは伺えよう。

実際に厚労省が法案改正の概要として示したものを、一部文章を簡略にしつつ以下に示しておこう。①医師又は保健師による労働者の精神的健康状況を把握するための検査を行うことを事業者に義務づける。②労働者は、事業者が行う当該検査を受けなければならないこととする。③検査結果は検査実施者から労働者に通知されるが、実施者が労働者の同意を得ずに結果を事業者に提供してはならないこととする。④検査結果によって労働者が（事業者に）医師の面接指導を申し出たときには、事業者がそれを実施することを義務づける。⑤面接指導の申出をしたことを理由に、（事業者は）不利益な取扱いをしてはならないこととする。⑥事業者は、面接指導の結果、医師の意見を聴き、必要な場合は、作業の転換、労働時間の短縮その他の適切な就業上の措

置を講じなければならないとする。

では、どのような点がとくに批判の対象となったのであろうか。様々な論点が提起されているが、主な点について大きく切り分けると以下ようになるだろう。(1) メンタルヘルス不調を把握するためのスクリーニングテスト（医師面接を含まない労働者による自記式問診票）自体の有効性をめぐる問題、(2) 検査の結果、不調とされた労働者に対して生じる可能性のある不利益に関する問題（およびそれを回避するための方法に関する問題）、(3) 医療的対応の担い手をめぐる問題、(4) 事業主責任の曖昧性をめぐる問題、以上の4点である。

(1)については、実は「対策検討会」報告書でも指摘されていることなのだが、現在さほど精度の高い調査票があるわけでないこと——とりわけ偽陽性者の、あるいは(2)の理由による偽陰性者がかなりの頻度で生じること——が、諸団体から指摘されている。とくに産衛学会は、厚労省が事業場に義務づけることを検討している「精神的健康の状況を把握する検査」について、「その妥当性や有効性は未だに確認されていません」と、2012年1月公表の意見書にも明記している。この「検査」は、もともと「対策検討会」の報告の提言を具体化するために、厚労省からの要請で(独)労働安全衛生総合研究所が2010年9～10月に検討を行い——「ストレスに関連する症状・不調として確認することが適当な項目等に関する調査研究」（座長：下光輝一）——、報告書にまとめた結果に基づくものである。具体的には、本稿の時期区分では、第Ⅲ期から第Ⅳ期をまたぐ形で行われた旧労働省の委

託研究の成果として作成された「職業性ストレス簡易調査票」（質問総数 57）から、とくに9つの項目——「ひどく疲れた」「不安だ」「何をするのも面倒だ」など——を抜き出したチェックリストである。同研究所が翌年に「試行的実施」を行い、厚労省としてはこの報告をもって9項目チェック方式の妥当性を主張してはいるのであるが⁶⁴、その報告書ではより大規模な調査でその精度を確認する必要があるとも述べられており、これが産衛学会の批判の論拠とされている。

(2)の労働者に生じる不利益については、「プロジェクトチーム」でも指摘され、「対策検討会」の報告書でも、たとえば「心の健康問題には、これ自体に対する誤解や偏見等解決すべき問題が存在しており、うつ病であることが分かった途端に解雇される事例も見られる」と記載されている。この点は、2010年6月の産業精神衛生研究会報告書でも、まず問題にされる場所である。かつてほどではないにせよ、メンタルヘルス不調には偏見や誤解があり、それは不調を不治のものと考えたり、当人の能力自体と結び付けたりするような傾向に現れる。こうした状況があるため、「安易なスクリーニングの導入は、精神疾患に関する不適切なレッテル貼り（誤解に基づく差別化等）につながり、まさに過去に問題視された精神障害者の企業からの排除を誘発するリスクも少なくない」と考えられると述べられている。

それゆえ、この報告書では続けて、質問票の結果情報が企業内で当該労働者に不利益を生まないための取扱い方も含め、適切

な事後措置がなされる体制が明確に整備されていなければ、スクリーニングの導入は見合わせるべきだと主張される。また、そうした十分な事後措置の体制がないところでは、労働者が不調と判断されるような回答を避けることになり、虚偽の回答が増え、スクリーニングテストを実施する意味はさらに無くなると指摘する。むしろマイナスの「副作用」が大きくなるばかりであると。

ところで、この労働者のメンタルヘルスに関する個人情報取り扱いについては、安衛法一部改正案でも上述のとおり一定の規則が盛り込まれている（③～⑤）。しかし、④で、労働者が医師による面接指導を申し出る対象は、厚労省の「法律案の概要」では明示されていないが、「事業者」になるところは注意が必要だ。実際、「対策検討会」の報告書の段階では、医師の面接指導を受けるのに、労働者が事業者に出向を行うことが必要とは書かれていない。

健診をした——「ストレスに関連する症状・不調の確認を行った」——医師は、産業医など「就業上の措置について意見を述べる医師」との面接が必要と判断すれば、労働者にその旨通知する。ここで事業者に対して、健診をした医師が、ある労働者が面接を必要とするといったことを事業者に伝わらないようにすることは法案と同じである。だが、労働者が産業医等と面接すること——さらに産業医などから勧められて、より専門的な外部医療機関を受診すること——を、事業者に願い出る必要など無い。事業者が当該労働者の医師面接を受けたことを知るのは、ただ産業医などが就業制限（時間外労働の制限や作業の転換等）や休職が必要であり、そのために労働者の同意

が得られた限りで、事業者に意見を伝えたときである。少なくとも「対策検討会」の報告書では、そのような形が「新たな枠組み」として提示されていた。

なるほど、「改正案」では、面接指導の申出それ自体を理由に、事業者が労働者に対して不利益となる扱いはしてはならないとされてはいる。しかし、まず、スクリーニングテストの結果、なんらかの不調（の疑いがあること）は事業者に伝わらざるを得ない。そして、これは全日本民主医療機関連合会が主張するところであるが、そもそも不調の主な原因がそれこそ職場環境に存する場合、申出は困難であるという批判もなされる。「長時間労働を強要したまたはハラスメントを行っている上司等に面接希望を申し出る事は、困難である」と（同連合会が2012年1月に公表した意見書より）。厚労省の「改正案」は、本稿の第6節で取り上げた2006年施行の改正安衛法・則で、一定の長時間労働を行った者が医師面接を希望しないし申出した場合に事業者は面接を受けさせる義務があるとしたことに合わせたものとも考えられるが、そうなれば当然、そのときと同様の批判も生じよう。それは(4)の問題となる。

(3)の医療的対応の担い手をめぐるとは、なによりもこれまでの産業医の産業保健活動上の位置付け、もっといえばその揺らぎに関する批判である。最終的な安衛法改正案では、「プロジェクトチーム」案にあった一般健診と一緒にメンタルヘルス不調のチェックも行うという方式は取り下げられ、「精神的健康の状況を把握するための検査等」については別の条文が新たに

作られ、あくまでも別の健診として行われる方針が打ち出されている。

この含意はなにであろうか。産業医が行う職務について規定した労働安全衛生規則の第14条内に記されている「健康診断及び面接指導」が既存の安衛法の条文に対応している以上、新たな条文によって指示される「精神的健康…の検査等」は、産業医の職務から外れることになる。実際、改定案では、安衛法の既存の第66条第1項中「健康診断」について、括弧書きとして「精神的健康の状況に関わるものを除く」ことを加えることを明記している。そして、新たに加えられる条文——第66条の10——のなかで、事業者が「医師又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」を行わなければならないとする。メンタルヘルスの健診は必ずしも産業医の職務である必要はなく、他の医師や保健師が行ってもよいことになる。言い方を変えれば、他の医師や保健師が行うこともできるようになる。

産衛学会の2012年1月の意見書の冒頭にくるのは「(I) 心身の健康を分離して健康診断を行うことを強いる施策は、対象を全人的に捉える『医の倫理』を無視しており、…労働者のためになりません」という下りであるが、健康診断の分離方式がもたら「医の倫理」に抵触するがゆえに問題とされたともいえないように思われる。いささか穿った見方のようなではあるが、「プロジェクトチーム」以降の一連の流れとそれに対する産衛学会の声明を一読すればそれは明らかだろう。

「プロジェクトチーム」の報告書およびその鳥瞰図で、メンタルヘルス不調者の把

握及び対応の受け皿として、「メンタルヘルスの専門家と産業医を有する外部機関の活用」「外部機関の質を確保するための措置」が今後の検討課題として明記された。この外部機関についてはとくに「拡充検討会」で、産業医の選任義務のある事業場（労働者数50人以上）について、メンタルヘルスに関して医療的なサービスを提供する「外部専門機関」として、その構成や役割について構想されることになった。本論でも既に述べた通り、精神科を専門とする産業医は少なく、その産業医と外部の主治医の連携が困難であることは長らく問題とされてきた。こうした現状に対して専門性や関係医師間の連携・調整を高めることが狙いとされるが、拡充検討会の報告書では、外部専門機関の位置づけについて以下のような提言を行っている。

嘱託産業医と同様の職務に責任をもって従事させるため、外部専門機関に属する産業医有資格者のうち1名を事業場に対する業務を総括する医師として当該事業場が定めた上で、総括する医師が主担当となり他の産業医有資格者との間で事業場や個々の労働者についての情報共有などによる連携を図りながら、産業医の職務を提供する契約を外部専門機関との間で結ぶ必要がある。（拡充検討会報告書2010:5）

補足すれば、報告書に付されている外部専門機関のイメージをみると、総括医師は一つないし数社ごとに組織される医療チームのリーダー役であり、さらに複数のチームを束ね統括する役割として「産業医長」

（「一定の見識を有する産業医有資格者」）が設定される⁶⁵。

こうした構想に対して、産衛学会からは2010年12月の時点で強い懸念と反対が表明されている。懸念とは、この構想の流れで、外部専門機関と事業者が契約すれば産業医の選任義務を果たしたことになる、つまり「産業医選任義務の実質的撤廃」が法制化化に向けて「提議される恐れが極めて高い」というものだ。理由としては、こうした専門機関との契約には、現行の嘱託医制度よりはるかに高額の負担が事業者にかかる。また既に嘱託産業医が選任されているような場合、総括医師の存在は「権限責任の所在」について混乱を招く。そうなれば、事業者をして外部専門機関のみに産業保健活動を任せられるように法的改訂が求められざるを得ないということだ。

そして、それは職場でなされる産業保健活動の質を低下させるという。なぜなら、外部専門機関が拡充検討会で求められるような人員構成と活動を満たそうとすれば膨大な費用を事業者は支払わなければならない、それが回避されればむしろ低コストで劣質なサービスしか受けられなくなるからだ。また、そもそも産業保健は、産業医や保健職が巡視や安全衛生委員会への参加を通して時間をかけて事業場との連携を深めることでその質を向上させられるものであり、ここに外部専門機関が割ってはいくようなことをすれば、嘱託産業医などの「これまでの努力が雲散霧消しかねない」とも述べられている。

日本医師会が2012年2月に公表した「産業保健委員会答申」にも、外部専門機関方式については、「安全衛生分科会において、

国がメンタルヘルス対策を急ぐあまり、産業医とメンタルヘルス対策に対応できる医師との連携の一つの方法として建議された者であり、日本医師会が発意したものでもない」とし、「日本医師会は…事業場を熟知する医師が産業医として選任される現行の制度を堅持していくよう提言すべきである」と述べられている。

こうした医師の団体からのきわめて強い反対が存在したことも作用してのことであろうが、上述したように安衛法一部改定案のなかには、外部専門機関や産業医選任義務に関わる項目は含まれなかった。そのため、一部改訂法案についての意見書では、産衛学会としては、健診における心身の分離が「医の倫理」に反するという形でのみ言明しているが、この言明の背後には上述の過程と問題が張り付いているとみるべきであろう。

その他、担い手をめぐる論点としては、医師不足の問題がある。外部専門機関が拡充検討会の報告書にあるような要件を満たすことになれば、大量の産業医（そして精神科の産業医）が必要である。あるいは、外部専門機関によらずとも、メンタルヘルス検査の結果、実際よりも多く陽性と判定される労働者が出て来ることで多くの面接希望者に対応できるだけの精神科専門医が必要となるし、事業者に必要なかつ適切な就業措置を具申できるだけの医師もさらに多く必要となる。このため法案改定を急げば、現状の質・両面での医師の不足ゆえに大きな混乱が生じるであろうし、医師の供給体制の整備こそがまず急がれるべきだという批判である⁶⁶。

最後の(4)事業主責任の曖昧性をめぐる問題に移ろう。(2)でも言及した通り、この改定案では、労働者からの申出がある場合にのみ、事業者はからの不調を知ることになる。そうすると不調および不調の結果として生じたことについて、事業者は申出がない場合には、知り得なかったという理由で免責される可能性が高い⁶⁷。働くもののいのちと健康を守る全国センター理事会の意見書(2011.12)でも、むしろ面接を「希望しなかった労働者個人の責任とされ、事業所の安全配慮義務に対する責任を免罪することに」と指摘される。同意見書では、長時間労働に関する面接指導受診の申出が50%にすぎないこともあげて、上記の問題が大きくなる可能性を示唆している。

また、事業者責任と関係してくると考えられるもう一つのこととして、この改定案で示されたメンタルヘルス不調についての検査結果は、職場の環境改善に結び付けられる形になっていないという批判がある。確かに、たとえば職場の単位ごとに集計したものを事業者が参考にして職場改善に取り組むといった主旨の文言は改定案にはない。上記の全国センターの意見書では、そもそも厚労省が考えているチェックリスト9項目には、「本人の気づきを促す」という目的の通り、個人のハイリスクチェックにはなりえても、「職場分析」に繋がるものではないと指摘している。

産衛学会の報告書(2010.6.26)でも、この点が問題にされており、労働者が特定されないことや当該職場管理者の責任追及にならぬように配慮しながらも、回答結果を職場単位で集計し、環境改善に結び付けられるべきことが語られている。また、スク

リーニングが重視されることによって、手間暇のかかる職場改善活動(一次予防)や不調者の早期発見のためになされる管理監督者への教育研修、あるいは随時利用できる相談窓口の整備などが軽視されるのではないかと危惧を述べている。

以上、安衛法改定案に対するいわば内在的批判あるいはその背景になった検討会案への批判を中心にみてきた。しかし改定案では書かれていない部分で重要な事柄を補足しておく必要もあるだろう。この案は、基本的に産業医の選任義務のある規模の企業に関する議論であり、外部機関などと契約できる経済力のない小規模企業の問題や、非正規労働者へのメンタルヘルスケアの供給に関する問題についてはなんら触れられていないと、やはり各方面から指摘されている⁶⁸。拡充検討会などでは50人に満たない事業場については、地域産業保健センターの体制強化などが語られているが、検討会が開かれていた同じ2010年には厚労省内の仕分けによってその予算は削減され、それまでの労働基準局単位(347カ所)から都道府県単位に縮小された。また都道府県レベルで設置されてきた産業保健推進センターも多くが廃止され15センターにまで減らす方針が閣議決定されている。こうしてみると、現在もっともメンタルヘルスケア、あるいは産業医活動総体から遠ざけられている層についての取り組みは、やはり疑問の付されるところであろう。

6.2 リワークプログラムの興隆

精神医療者の側での近年の動向として一つ注目しうるのは、職場復帰支援に関わる

ものである。第Ⅰ期でも復職支援についての言及が精神科医の回想のなかでみられたように、この取り組みは一部企業では意外に長い歴史を持っているともいえる。しかし、やはり2000年代に入って急激に注目されるようになり、医療機関等で「リワークプログラム」が多く実践されるようになったといえるだろう。

この拡がりをただ行政の主導によるものとはいえないが、2004年には厚労省が「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」を公表し、2009年には改訂版を出しているように、行政としてもこの3次予防の取り組みについては関心が高いところがある。2004年の手引きから、病気休業開始から職場復帰後のフォローアップまでを5段階に分けて、それぞれの段階で基本的に踏まなければならない手続きや留意点が示されている。2009年の改訂版では、支援の対象者に対する復職までの流れ（プログラム）や事業場外で利用できる資源や制度について十分な情報提供を行うこと、そして休職に関わる、あるいは「試し出勤」に関わる対象者の身分上の規定についてあらかじめ整備しておくこと、さらに主治医と職場とが相互的な情報提供を含め連携を強化することなどが盛り込まれた。

医療関係者においては、とくにうつ病罹患患者に対する復職支援のリハビリテーションが、とりわけ事業場外での復職プログラムとして急速に普及した。この起点は、1997年NTT東日本関東病院の精神科で秋山剛を中心に始められたリハビリを、東京のオフィス街で精神科クリニックを開業していた五十嵐良雄がアレンジして実践し始めたところに求められよう。デイケアを含む「リワーク・カレッジ」と名付けられたプログラムは、うつ病罹患者が回復して家庭生活を過ごせるようになったレベルから、実際に職場で働けるレベルになるまでの間を埋めていくことを目標とする。医師だけではなく心理士、精神保健福祉士などからなる多・他職種チームによる様々な取り組みがあるが、作業療法的なものばかりでなく、個人そして集団の認知行動療法も導入されている。五十嵐は、この経緯について、「診断書を発行して休職させて十分な休養をとらせた後に、復職を試みても、失敗する患

者が続出し」、かつて勤務していた「病院での経験がほとんど役に立たなかった」と語っている（五十嵐 2007:56）。ここには、彼がクリニックで診るようになったうつ病の様相が病院で診てきたものとはかなり異なるという認識もある。いわゆる現代型うつと呼ばれることもある問題に関わる場所であるが、復職リハビリ・プログラムがうつ病治療の文脈でもつ意味についてはここでは省略する。

上述の秋山によると、2006年時点では、都内近県でこうしたリハビリ・プログラムを実践していたのは3カ所のみであった

（秋山 2006:13）。しかし、秋山や五十嵐を中心に2008年に「うつ病リワーク研究会」が発足し、2009年5月には正会員がすでに48機関であり、2012年2月時点で、「同研究会会員であるリワークを行う医療機関は32都道府県118施設」とされている（五十嵐 2012:2）。実際、近年開催される産業精神保健学会やデイケア学会をみても復職支援の報告は非常に多く、この5年ほどの間に急速に取り組みが普及していることが伺われる。

ただし、ここで「リワーク・プログラム」とされるものは、あくまでも事業場外のそれ——就業前リハビリテーション——であり、事業場内のもの——就業リハビリテーション——ではない⁶⁹。後者については、そのときの身分や処遇について制度的に整備しておく必要があり、また職場と医療関係者との協働体制もより密に求められることから様々なコストもかかるものの、その有効性が高いことは指摘されている⁷⁰。就業リハビリのための制度整備や実際の取り組みがどの程度行われているのか、こうした点も注視する必要がある。既存の調査結果を後ほど紹介したい。なお、復職支援については重点的に調査研究を進めており、詳細な議論は項を改めて展開する予定である。

6.3 EAP 企業

本稿では第Ⅳ期を産業精神保健の拡充期とし、それが過労自殺裁判についての画期的な最高裁判決によって開始されことは既に述べた通りである。また、そのことによ