

って企業にとってメンタルヘルスケアの問題は、福利厚生の問題からリスクマネジメントの問題になったということが、関係者の間で明言されていることも、ある座談会を紹介するなかで触れた。2000年以降、行政から各種指針が出され、より日常的で多面的な取り組みがなされることも求められるようになった。こうした中で、企業に生じた新たな需要に注目した「産業」も成立してくる。

『日本医師会雑誌』で2007年に「職場のメンタルヘルス」の特集が組まれた。このとき、その「現状と課題」について論じた精神科医で、この分野の主導者的存在であった島悟は、「課題」に関連して、「非専門家が『職場のメンタルヘルス対策』を有望なビジネスチャンスとみなして、参入していること」を挙げている。そして、こうしたビジネスの「乱立」状態に抗して、「医師が、経営層や人事担当者などがメンタルヘルスに関する正しい理解をもつように働きかけること、……メンタルヘルス活動を適切にリードすること」を課題の一つとして訴えている（島 2007:24）。島が危惧していた対象とは、非医療者からなり経営コンサルタント的にEAP (employee assistant program) を提供するという民間企業 (EAP 会社) である。周知のようにEAP会社は、もともとアメリカで発達・確立したものであるが、日本では1998年に日本EAP協会が設立され、設立者である市川によると、2007年時点で企業数は約50社ということである（市川 2007:◇）。

この時点では企業数としてさほど多いわけではないが、厚生省は2008年には既に一定の対応をみせる。この年の6月、都道府

県労働局労働基準部長に対して「メンタルヘルス対策における事業場外資源との関係の促進について」という通達を出す、このなかでメンタルヘルス相談の専門機関について、「一定の要件を満たしたものについて登録・公表」することで、「優良な事業場外資源の確保を図り、その利用を促進する」と記している⁷¹。相談機関の登録基準では、「事業者と契約を結び有料でその労働者に以下のサービスを提供する機関であって医療法上の医療提供施設以外のものを対象とする」と冒頭部にある。「相談対応者」としては、「心理職」として一定の経験を有することを条件とはしているが、第Ⅲ期で取り上げたTHPの心理相談担当者も含まれ、必ずしも臨床心理士や精神保健福祉士である必要はなく、かなり緩やかである。

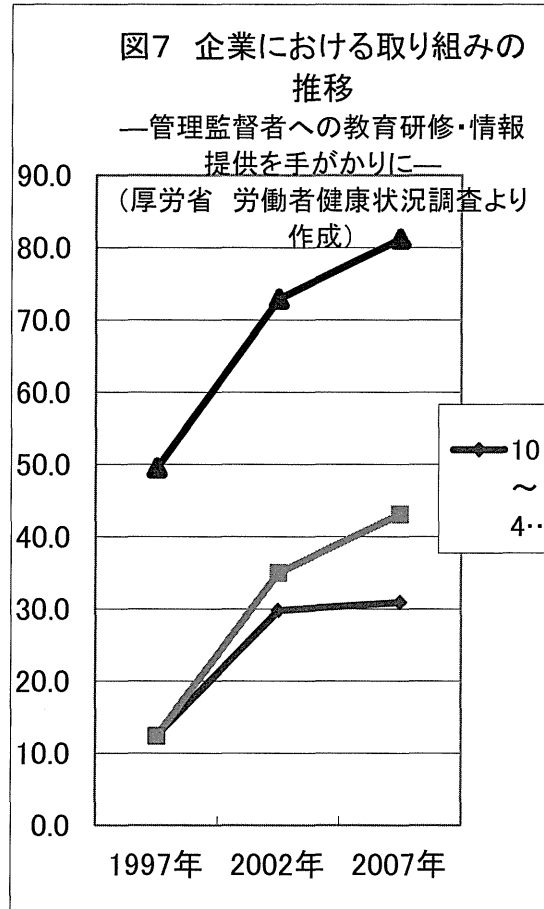
ただし、「精神科医の関与」という項目が目をつくところである。相談機関は精神科医又は精神科医が所属する医療機関と契約していることがまず要件とされる。そして関与する医師は、「臨床歴を5年以上有すること」が必要であり、たとえば「相談対応者による面接に先立ち面接を行い、その結果を相談機関に報告すること」、あるいは「(すべての労働者について相談内容を) 相談対応者から報告を受け、その内容について医学的な観点から審査する」といった形で様々に関与していくことが求められる。医師の関与によって、EAP会社の質を担保しようということであるが、登録という制度によってどこまでそれが可能であるかは未知数である。また、EAP会社の提供するサービスは面接相談と医療機関への仲介に限られるわけではなく、社会的な

視点からこうした企業活動が有する機能について、きわめて批判的な議論も存在する。この点は考察部分で取り上げてみよう。

6.4 企業の取り組みと規模格差

企業の取り組みについては、厚労省の労働者健康状況調査などにより、1990年代後半以降の動きがある程度把握できる。ごく簡略に触れておきたい。

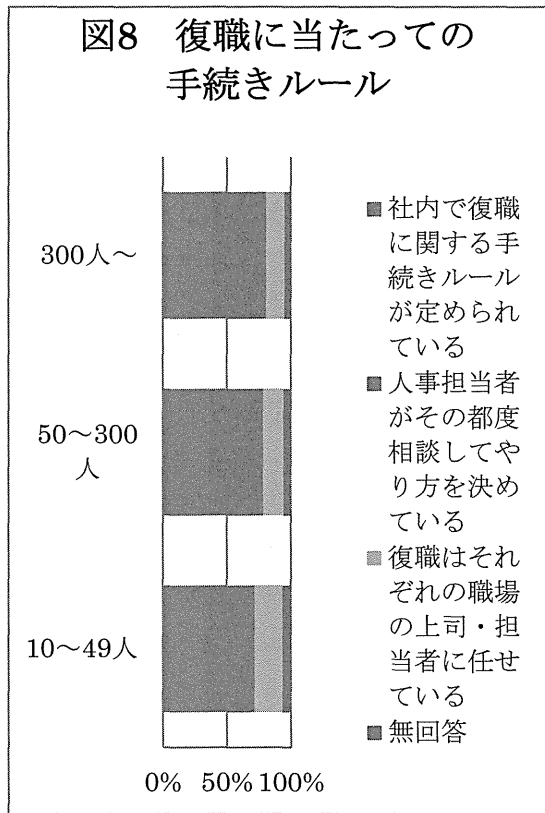
たとえば、新旧のメンタルヘルズ指針に「ラインによるケア」という項目が含まれているが、そのために「管理・監督者への教育研修」が求められている。こうしたものは、比較的“取り組みやすい”事柄に属するであろうが、その実施率の推移を確認したものが図7である。企業規模（従業員数）により相当に異なるが、とくに1997年から2002年の間で大きな上昇が認められる。電通事件の一審判決が出た翌年から、旧指針の公表された2000年を挟んでの時期であり、やはりこの時期に取り組みへの圧力が急激に増したことを示すものであろう。



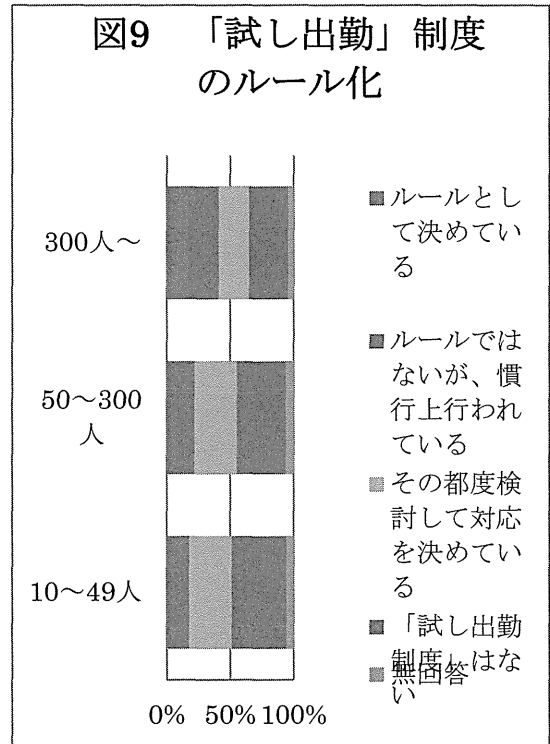
この調査は5年間隔で行われており、2012年実施分の結果はまだ公表されていないので、2010年9月～10月に行われた(独)労働政策研究・研修機構(JILPT)の「職場におけるメンタルヘルズ対策に関する調査」の結果も見ておこう。図7で示したものと全く同様の質問があり、事業所規模別にみると10～49人(36.4%)、50～299人(44.4%)、300人以上(64.9%)であった。50人未満の事業所を除けば、低めの結果が出ている。JLPTの調査設計は厚労省調査とほぼ揃えているが⁷²、事業所調査に限定し、労働者調査は並行して行ってはいない。厚労省調査の有効回答率が70.8%であることに對し、JILPT調査は37.5%であり、こうした点も作用した

ものと思われるが、とくに解釈はできない。

精神医療者集団の動向で言及した職場復帰支援に関わる項目については、JILPT 調査がより詳細な設問をしているので、そちらの結果を参照しておこう。



復職に当たっての手続きがルール化されているかという設問についてみると、ルール化されていると回答している事業所は全体的に少ない現状が伺える。50人未満の事業所で30%強であり、300人以上の事業所でも40%程度である。これが「試し出勤」制度のルール化状況についてみると、さらに少なくなる。300人以上でも、ルールとして決めていると回答している事業所は17%程度に止まり、それより小規模になると8%かそれより小さな値となる。



慣行上行われているという回答を含めれば、二倍程度にはなるが、復職支援においてはルールの透明性が当事者である労働者の、そしてその家族の安心に対してもつ意味が大きいことは、多く復職支援に関わってきた医師などからつとに指摘されることである。その意味では、やはりルール化されていることが、より望ましく、その視点から見ればやはりそれだけ憂慮すべき現状といえるだろう。

企業の取り組みについては、当然、より詳細で踏み込んだ検討が必要であるが、より多くの調査資料に基づき検討すべき課題であるので、これ以上の概略的介绍は止めておきたい。ただ、以下の考察部分で必要に応じて、既述の調査結果を改めて参照することもあるだろう。

D. 考察

ここまで、1950年代から近年に至るまでの産業精神保健に関わる様々な動向や、それに関連して論じられた事柄を辿ってきた。冒頭部で述べた通り、本稿は文献資料に拠りながら歴史的な記述を行うことを目的としたものであり、これまでの作業で議論は概ね終えたといえる。しかし、今一度、この歴史を振り返り、幾つかの論点にまとめながら考察を加えてみたい。

1. 精神科医が企業に雇用されることについて

まず、第I期に問題となった、精神科医が企業と契約を結び、その労働者に対して精神医療活動をする事について取り上げてみよう。主治医としてではなく、嘱託ないしは専属の産業医として産業保健活動をする事について、他科の医師では問題にならなかったことが、こと精神科医については、強い疑いの目をもって批判されることになった。精神疾患・障害に対する社会一般あるいは企業内に存する差別意識を背景にして、治療とはいいつつ、精神科医は不調者を結局は排除する役割を担い、企業の経営合理性に利するものにしかたらないのではないか。さらに、むしろ企業にとって都合な人員を恣意的な診断によって放逐するようなことにさえ手を染めているのではないか、という批判や疑いである。

こうした批判は、近代以降、精神医学が「正常／異常」の線引きを行いつつ、「異常」に分類された者を病院に隔離・監禁してきた主要な社会的装置であることを論じたフーコーや、それに続くとくに英国を中心にした反精神医学の動きが日本にも波及

してきたこと、またこの時代、それが企業という存在に批判的な学生運動と交錯したことによって確実に増幅された。しかし、本論で実際に産業医として企業と関わってきた医師たちの語りやそうした批判に対する反論などを多く引用して示したように、精神科医が企業に関わることが、あたかも自動的あるいは不可避的に労働者の不利益に繋がるというのは短絡に過ぎた。

反面、我々は現在、「ブラック企業」「追い出し部屋」という言葉に象徴される現象として、一定数の企業が人員削減をとくに「自己都合退職」の形で進めるために様々な“手法”を用いていることを改めて知ることになった⁷³。こうした状況のなかで、産業精神保健に関わる活動やその知識・情報が、不適切に利用される、もっといえば“悪用”される危険性について考えないとすれば、それも楽観的に過ぎるだろう⁷⁴。これはなにも産業医となる精神科医に限った話ではなく、他職種の専門家、あるいはEAP会社としての活動、そして精神医学・心理学に関する知識についても注意が求められる。

知識・情報については、次の論点で問題にすることにすれば、ひとまず産業精神保健活動に関わるスタッフの問題となる。労働安全衛生規則第14条第4項においては、産業医が企業担当者に対して作業環境や管理について勧告・指導・助言をしたことを理由に、事業者が産業医に対して「解任その他の不利益な取扱いをしないようにしなければならない」とある。その点で産業医には一定の身分保障がなされているとみるべきかもしれない。しかし、医師はもともと高い権威を付与された資格職であり、当

該企業から解雇されたことが即座に経済生活上の困難に結びつく可能性は比較的低いように思われる。問題は、医師が企業側の利益供与に抗し得る条件——倫理性は別に——と、医師よりも経済・社会的に身分保障の弱い他職種が不適切に企業側利益に誘導されない条件なのかもしれない。いずれにしても、契約者としての企業と、ときに患者としての労働者の間において産業保健スタッフがより自律的でありうる制度的条件が、精神保健の問題がクローズアップされることで改めて問題になるのではないだろうか。

この点でいささか気になるのは、総じて、近年の議論を第Ⅰ期から第Ⅲ期までの議論と比較したときに目立つ相違として、とくに産業医として職場に関わる精神科医の果たす——その意図とはときに関係なく生じるものも含め——機能そのものをめぐる議論がかなり少なくなったことである⁷⁵。第Ⅳ期に入って以降は、かつて「入り口」で問われていた問題は後景に退き、職場のメンタルヘルスに関わる各職種に求められる技量や注意点⁷⁶、あるいは企業内で実効的な対応方法などが議論の中心になっている。確かに、さしたる根拠も示さず危惧するというだけで、企業現場で臨床活動を行う者を批判することは控えられるべきであるし、逆に現場にいる者は法律と自らの倫理に照らして、最善の方途を探っていくよりないという部分もあろう。しかし、どのような企業や実際の状況が、たとえば精神科の産業医の自律性を脅かすものであるのか——もちろん守秘義務はあろうが——、その経験が何らかの形で公に伝えられ蓄積されていく必要あるだろう。

2. 一次予防と「感情管理」について

次の論点は、労働者個々人に対してなされるストレス・コーピングなどの感情のコントロール法に関わる、あるいはラインによるメンタルヘルス不調者の早期発見に関わる指導や教育研修の問題である。THP でセルフケアが強調されたときに、産業衛生の専門家からは、環境改善・管理の思考が脱落していることに多く批判や反省の声があったことは本論で見たとおりである。2000年に公表された旧指針が総合的になったということで評価された所以でもあった。しかし、とくに労働者個々人がストレスを含め自らの感情を統制する方法が普及することについては、先鋭な批判もある。たとえば社会学者の山田陽子は、その一連の論考で、労働領域での精神保健活動の拡がりについて批判してきた(2008, 2011a, 2011b)。そのエッセンスは次の一文によく現れている。

労働者一般の普遍的利益を代弁するような主張や運動が展開されにくい状況の中で、労働問題が個々人のストレスの問題や健康問題として再定義され、医療的・心理学的介入が可能な個別的問題へと加工されている。(山田 2011a:224)

この文の主張には、とくにメンタルヘルス不調者が治療対象になったり、復職支援の対象になったりすることも医療化・心理学化を示す現象として含まれようが、こうした問題については、また次の最後の論点で扱いたい。ここでは山田の議論の本体、すなわち労働者をして、より生産性の高い

主体として、自らの感情を有効にコントロールすることのできる存在へと駆り立てること、そこに医学的・心理学的な知と活動が動員されているという主張ないし問題について、多少の検討を加えてみよう。

山田が注目している産業精神保健活動とは、なにより民間の EAP 会社である。企業経営からみれば「従業員のメンタルヘルスケアとはリスクマネジメントであり経営コストの抑制を意味」するが（山田 2011b:223）、EAP のコンサルタントは労働条件にはタッチせずに、上司と部下のコミュニケーションの取り方や労働者個々人のストレス・マネジメントの方法を伝授することでリスクを回避させ、生産性の向上が図られると謳う。

また既にして「仕事を自己実現の手段として見なす趨勢」があり、「大衆化された心理学的知識によって職業人として自己を語ったり人間関係や職場環境を観察したりすること」が広まっている。諸々の状況から生じる感情に自ら気づき冷静に取扱い、「高い生産性を維持する感情状態の鑄型——たとえば、明るく快活に前向きに職務に邁進する——に流し」込むことは、企業の側だけでなく、個々の労働者もまた求めている（山田 2011:224-225）。だから、そこには十分な「商機」がある。少なくとも山田は批判的にそう見た。

こうした「感情の管理」が、改善されるべき職場環境に存する問題を常に隠蔽するものとして強化されるものであるのか、あるいは意図はともかく隠蔽するものであるのかは、経験的に検討される必要がある。しかし、一定の感情——とりわけネガティブな——が常に職場環境についての集会的

な改善を求められる問題に起因するとは限らず、また感情そのものの取扱いとはまた別に、当該の環境への介入がなされうる可能性も仕組みとしてはありうる。したがって、まずは「感情管理」そのものの持つ意味が検討されるべきことになるだろう。

現代社会がとりわけ職業的な場において、適切な感情状態を作りだし、適切な感情表現を行うこと——感情管理であり、それが商品となりうるために感情労働と呼びうるもの——を求めることを最初に問題化し分析したのはホックシールド(1983=2000)である。サービス部門など働きかける対象が直接的に人である職業に顕著であるが、職業的場面において生産的・機能的であることの起点が「ポジティブ・シンキング」であることに求められるようになるとき、そうでありたいと願う人々にとって感情管理は半ば義務化するだろう。このより深いレベルでの自己統制——深層演技——は人に強度の負荷を与える。あえて私見を加えれば、深層演技の方法論を説くのも心理学的知識であるのなら、それによって生じる負荷を言語化しうるのも心理学的知識であることはいささか皮肉な事態といえるかもしれない。

こうした現代社会的趨勢と現代人にかかる負荷については、晩期フーコーの自己のテクノロジーに関する議論を引き継いだローズも、精神医学的・心理学的知識との関係において詳細に論じており、これらの議論からも EAP 企業などの行うセルフ・マネジメントについて批判的に評価することも可能ではあろう。しかし、本稿の主旨としては、むしろ産業精神保健に関わり、その具体的な文脈の中で関係者たちが論じたこ

とを今一度振り返っておきたい。

第Ⅲ期の後半部で、「職場における精神保健医療ネットワーク検討委員会」において THP の心理相談員（心理相談担当者）の役割をめぐって、その策定に中心的に関わった河野慶三と笠原嘉との間にあった議論をかなり詳しく取り上げた。ここで笠原は、「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 health oriented な方策というものは、労働者ではなく、あくまでも企業のためではないかと問う。そして、「医者が health oriented な面から問題に入っていくときには、慎重に慎重である必要」があるとも述べている。

実は、こうした問題は、2000年の旧指針が公表されたときに、やはり河野が出席している、ある座談会でも語られている。ここでは企業で日々労働者と向き合っている保健師から、非現実的なほど「健康」な精神状態を目標値にすることで、かえって労働者が思い悩むところがあり、メンタルヘルスに取り組む必要は十分認めつつも、そのときの「健康」概念の設定の仕方には注意を要すると語られた⁷⁷。これに対して河野は、会社として掲げるスローガンは何でもよいが、健康状態についての設定は個人が自覚している必要があり、それからのズレをさらに自覚できるようになることがセルフケアの目標と答えた（唐沢 2000:17）。保健師である野田悦子は、「悩みもなくいつも元気でニコニコ」といったゴールを掲げてしまうと、「そうなれない自分を悩んだり責めたりということが起こってくるのではないのでしょうか」と重ねて問いかけるが、この点についての議論はそこで終わ

りとされてしまう（唐沢 2000:18）。

このときの河野の言い分としては、「ゴール」はともかく、個々人が適度に健康である状態を自分で認識できていればよく、その状態との差において現状を把握できることがセルフケアだということになるのかもしれない。しかし、その適度に「健康」である状態とは何か？そこにはどれほど「健康」であることが求められているのか、という社会的期待値が、どうしても入り込んでくるだろう。そしてその期待値の形成に医師は大きな影響を与えるし、それが必ずしも必要のないゴールであっても負の影響を生み出すことになる⁷⁸。上記の座談会で、笠原は、医師のもつ社会的権威とそれが発する言葉が社会的に及ぼす（ときに思わぬ）影響について意識し、危惧したのではないだろうか。そしてとりわけ、よりよく機能することに人を駆り立てる、「健康」という理想値を定めることの危険性を指摘していたように思われる。すでに座談会から20年ほど経過した今、より機能的であれという社会的圧力は当時よりもはるかに上昇しているが、他専門職や関係者の議論も含め、自らの設定する理想値のもつ社会的意味を問い直す議論が、産業精神保健の領域であまり見られなくなっているように思う。

ここで健康モデルの議論からは離れるが、専門家たちの生み出す知や情報もたらす影響について議論を加えておきたい。たとえば、Rafalovich(2005)は、アメリカのある州でのフィールドワークをもとに、学校で「言うことをきかない児童」が発達障害と認定されるプロセスには、医師よりも学校の教師や親がより大きく関与している様相を描き出している。発達障害についての

知識が普及してきた日本でも同様のことは指摘されている。また、筆者は、ある EAP 企業の代表者から、「現代型うつ」についての情報が、近年、職場で普及するようになった結果、むしろ混乱を招いている——「百害あって一利なし」と表現していたが——という話しを講演で聴いたことがある。確かに、「他罰的」傾向などの断片的な知識や情報が安易に利用されることがあれば、それは単なるスティグマになりうるだろう。

メンタルヘルスに関する管理監督者等に対する教育研修は、多くの企業でなしうる取り組みであり、また復職支援のような保健スタッフ自身が多く難しさを感じるものではないのかもしれない。そのためであろうか、そこで伝達された知識・情報がどのような意味を職場的に持つものであるのかを捕捉した研究は関係誌等で見るとあまりない。しかし、上述の感情管理や健康モデルの規範的設定と同様に、診断名などの医療的・心理学的な言葉が職場的文脈でもつ意味や作用について、検討する必要があるのではないだろうか。

3. 職場環境改善について

第 2 の論点で引用した議論にあるように、精神医学・心理学の知識にもとづくメンタルヘルスケアが職域に浸透していくことによって、労働問題、すなわち労働者の不調をもたらした、労働環境自体に存する原因が特定・除去されることなく、個人的水準の治療に回収されてしまうという批判がある。これは、シュナイダー＝コンラッドによる「逸脱の医療化」という議論から展開された「医療化論」の直系にあるといえるだろう。彼らの著書では、非行や学校にお

ける子どもの多動、あるいは同性愛などが精神医学的な疾患・障害とみなされてきたこと、あるいは政治的抗議者が精神障害とされ病院に監禁されるようなことが国によってなされてきたことなどが例として論じられている。このように、彼らの医療化論で論じられる「医療」とは精神医療である。そして、その問題性とは、大きくは、「病」とされた者の指向や主張が無効化されるという意味での「脱主体化」と、社会的背景が度外視されるという意味での「問題の個人化」との二つに分けられる（進藤 2003）。

前者については、本稿の辿ってきた歴史でいえば第 I 期に企業と関わった精神科医に対して投げかけられた批判のなかにあった議論ともいえ、その点については、はじめの論点で扱った。後者の問題については、労働者のメンタルヘルス不調がすべから職場環境に起因すると断定できない以上、産業精神保健活動のすべてについてそのフレームで扱うことはできない。業務に起因ないし関連することの有無や程度とは一旦切り離して、「労働問題の個人化」とは別の水準でなお問題として検討できる事柄については、それとして扱えばよいだろう。本稿では「感情管理」については、そのように判断し、第二の論点で扱った。しかし当然、職場環境の問題が個人水準のケアにもつぱら還元されるということの可能性は十分に検討されなければならない。

繰り返しとなるが、他科産業医と精神科医師とのアプローチの違いは長らく関わってきた関係者の中で意識されてきた。他科産業医からみれば、職場環境や作業工程に存する因子の特定と除去が産業衛生の基本であるはずだが、メンタルヘルスケアにつ

いての議論にはそこが抜けているのではないか。たとえば、THP の指示するものがストレスについてのセルフケアに限定されていたことに対してなされた疑義であり批判であった。しかし、2000年に旧指針が公表されて以降、とくに産業精神保健に関する議論のなかで、この種の問題はさらに踏み込んで論じられてきただろうか。

確かに、新旧のメンタルヘルス指針には職場環境改善の議論は含まれている。新指針でみれば、第6項メンタルヘルスケアの具体的進め方の(2)に職場環境等の把握と改善とある。その「ア 職場環境等の評価と問題点の把握」では、事業場内産業保健スタッフ等が中心的役割を果たすものとなり、観察、聞き取り調査、調査票によるストレスチェックなどにより、職場環境を多面的に評価することが求められている。その評価結果に基づいて産業保健スタッフは管理監督者に助言しつつ、自らも協力し、次の「イ 職場環境等の改善」を図ることになる。助言と協力を得て、管理監督者は、「労働者に過度な長時間労働、過重な疲労、心理的負荷、責任等が生じないようにする等…配慮を行うことが重要」とある。

実際には、2010年以降のメンタルヘルス健診に関わる議論に見たように、プライバシーの問題に多く配慮すれば、ストレスチェックの結果を職場改善の情報に容易には流用できないなど困難は多い。しかし、こうして指針等で描かれる流れは、逆に「医療化論」に対して重要な含意もあるだろう。精神医療化は、必ずしも問題を「個人化」とは限らない。むしろ、環境側にあるメンタルヘルス不調の因子をそれとして解釈してみせることができるのは、とくによ

り公式的な、つまりはより対立的な場になればなるほど、現在の専門家システムにおいては、医師——場合によっては他特定専門職もありうるであろうが——だけなのだ。労災をめぐる訴訟はもちろん、企業内においても、損傷と因子を言語化し、環境条件を「問題化」しうるポテンシャルは、精神保健スタッフとその知に準拠した解釈作業に(も)あるはずだ。たとえば、予防的調査によるばかりでなく、メンタルヘルス不調者が繰り返し出現するような場合、その職場の在り方を問題化することは、少なくとも論理的には可能であろう⁷⁹。というより、むしろ労働安全衛生規則(第14条)で定められた産業医の職務からいえば、衛生管理者等に勧告・指導・助言する立場にある。そのことにより事業者が産業医に対して不利益な扱いをしてはならないともある。

しかしながら、たとえばこの数年の関連学会大会を傍聴してきても、そうした事例報告を聴くことはまずないように思われる。むしろ医師を中心とした学会で、職場環境を劇的に改善し、不調者の数を激減させた事例として聴けたのは、あくまでも傑出した経営者の取り組みについての報告であった⁸⁰。医師はじめ心理・看護等の専門職を集めた学会で、こうした経営者の取り組みが関心を持たれること自体は、この領域がある重要な局面を迎えていることを示すものかもしれない。と同時に、精神保健スタッフが職場環境改善に踏み込むことの難しさも伝えているようにも感じられた。

印象論が過ぎたが、たとえば新メンタルヘルス指針が公表されたとき、『産業医学ジャーナル』誌で座談会を開いている。そこで参加者の医師から、管理・監督者に対

して「セクハラ、パワハラの問題について周知徹底させる」ことが1次予防として重要であると発言があった。加えて、「過重労働的などどうにも避けられない面のある労働の厳しさはある」けれども、そうしたことに关することであれば「常に予防可能」というコメントが付く。つまり医師の立場からも介入可能な方法と地点として、管理監督者研修とハラスメントが挙げられたわけである（櫻井 2006:15-16）⁸¹。経営状況も含めて、労働現場の「現実」を目の当たりにすれば、医師が長時間残業などに口を挟むことはできないという実感があるようにも思われる。であれば、過重労働の結果として生じるメンタルヘルス不調についても、個別のケアで対応するよりないということにもなるだろう。心ある医師等スタッフにとっては不本意な結果に過ぎないが、確かに「問題は個人化される」ことになる⁸²。

しかし、筆者の立場として確認しておきたいことは、個別のケアは確実に重要であり、事業場内での取り組みは極めて貴重であるということだ。多くは環境改善を回避するために個別的ケアが導入されているわけでもなければ、そうした意図を持って保健スタッフたちがケアに取り組んでいるわけではなかろう。「医療化論」からすれば関係者の意図ではなく、社会的機能が重要という立論もありえようが、意図を無視すれば、「問題の個人化」が生じる力学を見誤るところもある。また、たとえば復職支援の方法の蓄積と普及は、新たな社会保障制度の構想——その一部は福祉領域と労働領域を相互浸透させるところに求められる——を具体的な形で補強するものにもなるだろう⁸³。

議論を締めよう。個々の事業場で産業医等が、必要に応じて職場の環境改善の起点になることが可能であるとすれば、具体的にはどのような条件が必要であるのか。あるいは現状では、限りなく困難であるということであれば、それはどのような点に求められるのか。特定物質や作業の問題に取り組んできた他科産業医の経験なども含め、こうした事柄が改めて論じられることを求めるのは、現場を知らないナイーブな意見に過ぎるだろうか。

また、上述のいわばボトムアップ式の職場環境改善の可能性も探りつつ、やはりこの問題はトップダウン式に対応されるべき側面があることも忘れてはならないだろう。本稿でも、2004年に開かれた安全衛生分科会で長時間労働と医師面接をめぐって、それが使用者側の義務になるのか、労働者側の義務となるのか、かなりのやりとりがあったことを紹介した。結局、労働者側の申出が条件になり、安全衛生の面から長時間労働に対する縛りを——たとえば2002年公表の「総合対策」で示された時間外労働45時間で——徹底するということにもならなかった。

その後、2010年以降の動向で「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」で論じられ、以降の議論の中心になるのも、あくまでも要注意者を早期に発見するための健診の問題であった。2006年施行の安衛法改訂のとき以来、危機的状況にある労働者をいかにチェックできるかということが厚労省の関心の中心にあったといえるかもしれない。ちなみに、上記のプロジェクトチームでも、長時間労働・過重労働対策の強化を求める意見は出されている。しかし、鳥瞰

図になると、それは「企業文化の醸成」という枠の中に収められているように、実効的な法的規制を設けるという意向にはなっていない。こうした部分での法制度的枠組みの在り方と、産業精神保健スタッフを起点とした職場環境改善の可能性とは相即的な関係にあるはずである。産業領域における精神医療的・心理学的ケアの浸透が、「問題の個人化」に終わらない大きな条件をやはり考える必要があるだろう。

E. 結論

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。戦前期にめば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ついて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ツ

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。

- 1 安井義之のこうした経歴については安井(1993a)を参照。安井の軍医の経験については本文中でも触れているが、加藤によると1960年に刊行された『産業人の精神健康』に執筆している医師のうち本人も含め4名が軍医の経験者であり(加藤 1993b:7)、また55年以降(昭和30年代)に始められた企業における精神障害者対策の中心にいた産業医たちは、「当時マッカーサーの命令によってパージとなった国立病院の精神科医であり、大企業での職場メンタルヘルスの基礎をつくった先覚者たちであった」と記されている(加藤 1993a:5)。
- 2 社団法人・精神衛生普及会は、2001年に解散しているが、その折り、常任理事であった精神科医で国立精神神経センター精神保健研究所名誉所長である吉川武彦が一文を残している。そこでは、普及会について「精神障害者の医療と保護のその先にある精神障害の発生活予防のみならず人々の精神健康の保持増進を図るため」に設立された団体であり、「職場の人間関係や職場のモラル向上を図るなどコンサルテーションを行ってきた。これらは職場のメンタルヘルス講習会や産業精神保健セミナーを企業からの依頼で行うなどしてきたが、今日的にいえば職場におけるストレス問題の解消を図るためのメンタルヘルス活動であり時代の先端を歩むものであった」と回想している(吉川,2002:114)。また、その解散の理由が運営資金の不足にあることも書かれており、普及会の「運営は個人会員と団体会員および賛助会員による会費および寄付金で行われてきたが…残念ながら退会される企業が多く円滑な運営に支障」が生じる見通しがでてきたことによるとしている(吉川,2002:115)。
- 3 この点については飯田(1998)でも言及がある。
- 4 現在、3次予防をこの領域で分かりやすく表現すると「職場復帰支援」とされているが、この答申内における3次予防は異なる状況を想定したものと考えられる。
- 5 たとえば、1950年代より三菱重工で精神衛生活動を行ってきた池田政雄は戦後の歴史について辿るなかで精神衛生管理研究会に触れているが「数年間の熱心な活動を経たのち諸般の事情で無期休会となってしまった」とだけ述べている(池田 1993:10)。
- 6 たとえば、日本産業衛生学会70周年を記念して出版された本に、産業精神保健に関する座談会が載せられているが、歴史を振り返る部分の一つに、「学生運動の興隆と産業精神保健の停滞」と見出しが付けられている(皆川他,2000:86)。
- 7 ただし、むしろ企業側が復職の問題への対応を主な理由として精神保健の専門家を導入したという証言もある。1960年代から松下電器で専従の産業医を務めてきた精神科医の小西は、「企業が職場の精神衛生管理に着目したそもそもの理由も、精神障害から回復した従業員の復職希望にどう対処したらよいか、というきわめて現実的な問題にあったことは否定できない」と述べている(小西 1984)。
- 8 この時期の言説上の変化—精神医学・医療に関わる言説が「障害者」に限定されたものから「健常者」一般を含めたものへと拡張されたこと—については佐藤(2007)が新聞記事等をデータとして論じている。
- 9 この引用は、中村・吉村・和田監修で2009年に刊行された改訂新版から行った。
- 10 この「精神科産業医」という表現に明確に批判を行っているのは、精神科専門の産業医である廣尚典であり、たとえば『精神科産業医』という表現は(中略)精神疾患など精神科臨床医が専門とする健康問題に限って事例対応や教育に携わる産業医の存在を認めることになるのである。これは、その産業医の対応とそれ以外の対応の間でバランスを欠くことになる恐れがある(後略)」と論じている(廣 2002:335)。
- 11 60年代末の「学生運動」に関する文献は多いが、たとえば東大闘争についても、小熊による当時の医学部が孕んでいた問題に関する周到な資料収集に基づく記述が参考になる(小熊 2009:665-692)。
- 12 皆川のように「対立的」に語るものではないが、池田政雄が1960年代中頃について回想

するなかで以下のように述べている。「昭和 40 年前後になると、この問題に着手する企業が輩出するが、当時の内情は常勤・非常勤を問わずに企業に身を投じた精神科医を中核にする群と、この問題に熱意を持つ産業医を中核とする群とに大別され、その間に多少の違いがあった。しかし、精神科医の確保が容易でなかったという事情もあって、結果的には後者の態勢が大半を占めることになる。そして、これに常勤の保健婦ないし看護婦と、常勤もしくは非常期の臨床心理の専門家（いわゆる産業カウンセラーを含む）が加わる形が、おおよその基本的な体制であったといえよう」（池田 1993:10）。

¹³ 本論考の前半部である荻野(2010)に掲載した年表を参照されたい。

¹⁴ この点については、皆川など(2000)の座談会における産業医学研究所（当時）の原谷の発言、廣=島(2004)、河野(2005)を参照し総合した。

¹⁵ 1964年に公布された「労働災害防止団体等に関する法律」（現「労働災害防止団体法」）に基づき同年に設立された団体。労働省、そして厚生労働省所管の認可法人であったが、2000年には特別民間法人となっている。

¹⁶ この件の労災認定については、厚生労働省のHP内「働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト」において「事例 7-1」として説明・紹介されている（2011年3月31日閲覧）。

¹⁷ 福井の経歴については、福井(2005)を参照。

¹⁸ このTHP自体は現在も存在しており、指針は1988年に策定されて以来、1997年と2007年に改訂されている。

¹⁹ 皆川他(2000)の座談会における福井の発言で、「あれは退屈でした」と結んでいる。

²⁰ 実際、労働省にいて、THP策定に関わった河野は、「法で『事業主が負担してやれ』と言えるのは限度があります。それ以上言えば、『お金は誰がもつのですか』という問題が必ず出てきます」と、ある会議の場で発言している（大西編 b 1994b:203）。

²¹ 河野は会議の席上で図を示しながら、中間管理職が行うのがストレスマネジメントであり、ストレス耐性を養うために本人が自ら行うのがストレスコーピングである。そしてマネジメントを前提にして、一人一人の労働者がコーピングを行える教育システムを事業場に作ることをストレスコントロールと呼んでいる、と説明している（大西編 1994d:340-341）。

²² この笠原の表現は、同じ会議のなかで旧厚生省の精神保健法の基本的な考え方も health oriented ではないのではないかと述べたところで使われた。これに対して河野は、精神衛生法の時代は「疾病から」だが精神保健法では違うと反論した（大西 1994d:344-345）。

²³ 本稿の前半部（荻野 2010）で掲載した年表にあるとおり、日本ストレス学会は1983年に発足している。

²⁴ 精神科医・加藤正明は日本産業精神保健学会の初代会長であるが、本稿の前半でたびたび言及している。

²⁵ この点については第I期についての本稿の議論を参考にされたい。

²⁶ 大西(1998)によれば、当時の会員数は約700名で、職種別には医師（多くは精神科医、心療内科医）が半数ほどで、その他では看護師・保健師が多く、臨床心理士などは少ない。

²⁷ こちらの学会は、主に産業医、公衆衛生・産業衛生の専門家によって構成されているという（久保他(2007)の座談会における東京医科大学の下光の発言より）。

²⁸ この点は、黒木(2001)などを参照にした。

²⁹ 櫻井他(2000)の座談会での、川上や廣の発言。

³⁰ 毎日新聞 2006/4/17「自殺対策 新法で「遺族支援を」」など参照。

³¹ たとえば『自殺予防』（岩波新書）などでも著名な精神科医・高橋祥友は、自殺関連の検討委員も多かつとめているが、ある座談会の席上で、やはりこれらの背景を指摘して、「この2つが大きく影響して、ようやく行政も重い腰をあげはじめました。そこで厚生労働省の…」と語っている（櫻井他 2004:5）。また、新指針の策定などに中心的に関わった、厚労

省労働基準局安全衛生部労働衛生課長(当時)の阿部重一は、また別の座談会で、「いろいろな統計がありますけれど、私たちが一番よく使うのは、労災補償状況でございまして、…」と、行政官としてどのような数値の推移に注目して対応の必要性を測っているのかについても語っている（櫻井他 2006:5）。

³²公式統計の常で、なにが自殺としてカウントされるのか、その点での検討も求められるかもしれないが、90年代後半におけるこの件数の変化に関する社会学的研究は管見の限りでは見あたらなかった。

³³たとえば、『職場における自殺の予防と対応』の第3章「自殺の予兆」の書き出しは次のようなものだ。「自殺が起きる背景には、うつ病、統合失調症、アルコール依存症、薬物乱用、パーソナリティ障害などの心の病が隠れていることが圧倒的に多いのです。……心の病の中でも、うつ病がもっとも自殺との関連が強いのですが、うつ病の治療には、…」その後につづく内容をみても、あきらかに「うつ病」が関心・対応の中心にあるとよいだろう。

³⁴清水康之「ライフリンク代表日記」(2005年11月3日および2006年3月17日)より。

³⁵この2事例については、原告の弁護士が裁判の経過や要点などを説明している、ストレス疾患労災研究会・過労死弁護団全国連絡会議編『激増する過労自殺』を主として参照した。

³⁶労災と認定された場合に生じる、企業（経営側）にとってのコストについては、熊沢が他の論者の洞察として3つの点をあげている。(1)社内における管理責任の問題。(2)同様の条件下で働いている従業員から労働条件改善の要求が噴出すること。(3)労働協約などの規定による企業保障が、労災認定によって上積みされること。とくに第2の点が大きく、企業が行政訴訟に対してもとかく非協力的、さらにいえば妨害的である理由として指摘している（熊沢 2010:178）。

³⁷この件数と後述の職種については、岡村(2002)第3部の表3-8を参照した。

³⁸この件についての説明は、宗万=川合(2000)に依拠するものである。

³⁹この説明には、筆者の解釈が入っており、より厳密な法律論が求められるところであろう。

⁴⁰もちろん、この事例の判決が下る一ヶ月前に、電通事件の一審判決が下されており、そのことが検討委員会の招集に大きく影響したので、この神戸製鋼所の事例だけで論ずるわけにはいかない。

⁴¹電通事件については、川人(2000)を主に参照した。

⁴²安西は、明瞭な申し出がなければ、「積極的に対応」できないと語っているが、あくまでも結果回避可能性についての議論ではなく、予見可能性についての話のなかで行われているので、業務との関係での失調と予見できないと論じているものと思われる。

⁴³河野がこう述べるのは、あくまでも現行法の枠組みにおいてそうならざるをえないという認識による。業務起因ではなく業務関連の疾病についても配慮せよというのは、1996年の安衛法改正によるものであるが、そもそも安衛法とそれにもとづく産業医制度は日本に特殊なものであり、たとえばアメリカには産業医制度自体がないと述べている（大西 2000:94）。これに反応してのことと思われるが、安西は、「グローバルスタンダード」は自己管理・自己責任であり、日本の安衛法や安全配慮義務は「世界的な契約からいうとおせっかい」にすぎず、「本来は自分でやることなんです」と語り、「電通の事件にしても、別に残業や徹夜を強制していたわけではないんです」と最後に結んでいる（大西他 2000:97）。しかし、川人(2000)や熊沢(2010)などで多く指摘されてきたことであるが、電通のいわば「社風」（たとえば「鬼十則」に象徴される）がもつ拘束力を度外視して、「強制していたわけではない」と断言することに、やはり筆者は違和感を抱かざるを得ない。

⁴⁴「企業防衛」という表現は、安西が使用したもの（大西他 2000:93）。

⁴⁵前者の発言は、とくに労災認定の問題の専門家として知られる精神科医・黒木宣夫によ

るものである。後者は荒井によるものである（大西他 2000:95-96）。

46 河野は別の座談会席上でも、「管理監督者が、部下の健康状態を把握することは自分の仕事なのだ」という認識をもつことが必要です。安全配慮義務の実行責任者は管理監督者なのですから」と強調している（唐沢他 2000:19）。

47 これらの問題は、主に河野から指摘されることで話題になっている（櫻井 2000:12-16）。

48 この認定基準についての概略については、熊沢(2010)を参照した。

49 ある座談会での和田の発言（櫻井他 2005:7）。

50 同上の座談会での阿部の発言（櫻井他 2005:8）。

51 この検討会は、2004年4月末から7月末まで5回開かれた。第3回は企業関係者のヒアリングのため個別事案を取り扱うことになるので非公開であるが、他の4回については逐語的におこされた議事録が公開されている。

52 この厚労省側が作成した案とは、第4回の検討会で配布された「過重労働・メンタルヘルス対策検討会 議論のまとめ（案）」であり、括弧内はそこからの引用である。

53 2002年2月12日付けの通達、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」の別添4(2)イの記載である。

54 これらの発言は、第13回の議事録より引用した。第14回的时候には、同じく金子から、メンタルヘルスについていえば、長時間労働によって発症するというよりは、うつ病の結果として生じてくることもあるといった指摘もなされる。ただし、この論理であれば、むしろ長時間労働者をチェックすることの意味が大きいことにもなるが、労災ではないという点を強調する意図によるものと思われる。

55 安衛法の改正点および新旧指針の相違点も含め、本稿で言及してきた安全衛生分科会や2005年に設置された関連検討委員会（後述）の座長を務めた櫻井が関連雑誌誌上で整理を行っており参考になった（櫻井 2007）。

56 この疲労の蓄積が認められるというとき、それを「誰が」認めるのかが問われる。検討委員会には委員として参加もしていた産業医制度の法律に関する専門家である保原は、この点について、文脈上「事業者」以外になく、その認定の手続きを定めておく必要があると述べている（保原 2006:89）。

57 やはり阿部は「医師」面接であること座談会で強調している（櫻井 2006:12）。

58 ただし、本論では言及していない重大な問題として、そもそも50人未満の事業場では産業医を指定することが法的に求められておらず、また50人以上～500人未満の事業場では嘱託産業医でよいことになっていることである。このため、70%程度の労働者は産業医と無縁ないしあまりその制度の恩恵を受けられないところにいる。そのために、産業保健推進センターや地域産業保健センターが期待されることになるが、2005年以降の座談会などでも、これから充実が必要と語られることが多かった。

59 櫻井(2007)の他に、島(2007)も参照した。

60 この文は、検討会に続き組織された「事業場における産業保健活動の拡充に関する検討会」の開催要項から抜粋した。

61 これは、2010年6月26日付けで、メンタルヘルス対策検討会（座長 相澤好治）に対して、産業性衛生学会理事会 理事長 大前和幸の名で送られた見解にある一文であるが、参考資料として「産業精神衛生研究会報告書」が付されている。報告書の代表世話人は廣尚典であり40名ほどの世話人には、この問題に関連してよく名のしられた医師あるいはカウンセラーが多く見られる。

62 他の団体としては、たとえば、働くもののいのちと健康を守る全国センター、あるいは全日本民主医療機関連合会などが挙げられる。しかし、「検討会」メンバーを通じて厚労省に働きかけ、繰り返し声明を発表するなど、もっとも強力で抗議を行ったのは産業衛生学

会である。

63 こうした資料は厚労省 HP で参照した。鳥瞰図になると書かれていないが、報告書内では、定期健康診断追記検討の意見の下に、「定期健康診断におけるメンタルヘルス不調の把握に当たっては、労働者が不利益を被らないようにすることが必要」と、弁護士・生越照幸（外部有識者としてヒアリングされた）の意見が併記されている。

64 たとえば 2012 年 2 月 10 日に労働基準局安全衛生部労働衛生課長・椎葉茂樹が行った報告のスライドでは、この 9 項目と他のストレス傾向を測る項目との間に高い相関があることが繰り返し示されている。

65 上記引用のすぐ後に、次の但し書きがある。「なお…現時点において、産業医に代わりうるものとして外部専門機関との契約を認めることについては、現場の混乱が危惧されるとして、その影響を見極めた上で慎重に判断すべきという意見があった」と記されている。

66 この点は、産衛学会の 2010 年 12 月の意見書にも明確に述べられているが、他に日本精神神経学会・精神保健に関する委員会が 2012 年 9 月に表明した見解において大きな位置を占めている。

67 この点は、たとえば全日本民主医療機関連合の意見書（2012.1.20 付け）でも指摘されているし、産衛学会は拡充検討会が終了した時点の意見書（2010.12.25 付け）で「検診時のスクリーニング結果を事業種は直接知る必要がなく、これによって、たとえ問題が発生しても、知らぬ、存ぜぬ、という立場が公然と許容される危険性をはらんでいる」と記している。

68 この点については検討会の段階から産衛学会が指摘しており（2010.12.25）、その後、働くもののいのちと健康を守る全国センター（2011.12）や全日本民主医療機関連合会（2012.1.20）、さらに日本精神神経学会（2012.9.15）からも批判点として挙げられている。

69 五十嵐による 2011 年実施の調査報告では、復職時の勤務先業の産業医・産業保健スタッフおよび人事労務担当者に対する連絡・調整について行っているとした割合が、もっとも簡便な方法（書面による）においても 5 割程度であり、そして前年調査よりも減少していたとされている（五十嵐 2012:12）。復帰する場である職場とのより協働的な支援への展開は、より困難な課題といえよう。

70 たとえば精神科医の玉井（2006）は、事業場外リハビリが有効でありうるのは、疾患が限定的であること、復職後の業務が外部で模倣的になしうるほど一般化しやすいものであること、あくまでも復帰準備段階までが期待できる回復の水準であることなどをもって、事業場内の就業リハビリがやはりより実効的であると論じ、その課題について検討している。

71 本節で度々言及してきた産衛学会の産業衛生研究会報告書（2010 年 6 月）では、このことについて「背景には、必ずしも良質とは言えないサービスを提供する民間のメンタルヘルスサービス期間が増加してきたこと」があると述べている。

72 相違として、厚労省の 2007 年実施調査では、2004 年事業所・企業統計調査を母集団としているが、JLPT2010 年実施調査では帝国データバンクの事業所データベースを母集団にしていることも書き添えておこう。

73 それは、たとえば、達成不可能なノルマを課しながら、特定社員に対して低能力・無能力のラベルを貼り、一定の時間をかけて、当該社員の自己否定感を強めさせ、自分から退社を選択させるような方法である。労働相談等を行う NPO 法人 POSSE 代表の今野は、それを「違法にならないハラスメント」「ソフトな退職強要」によって解雇規制が無効化されている状況として告発している（今野 2012:85-92）。

74 たとえば、近年、内部通報したことで不当に異動させられたとして、某大手企業社員が起こした裁判では原告側が勝訴した。この案件に絡んで、会社と顧問弁護士が産業医と共謀して当該社員を「精神障害者」に仕立て上げ「合法的」に排除しようとしたと一部メディアで伝えられている。このようなことがあるとしたら、本稿では、雇い主である企業に対する産業保健スタッフの自律性の問題として論じたが、それ以前に医師等の元々の倫理性をどのように確保するのかという問題も確かに存在するだろう。2010 年の「拡充検討会」

での議論にも本論で言及したが、総括医師および複数の産業医からなるチームで企業と関わる外部専門機関の方式は、医師相互のチェックが働くことによって、ある程度はこうした危険性を減じるものであるのかもしれない。

⁷⁵ この変化は、やはり 1960 年代末から 70 年代初頭にかけての“時代的特殊性”と、それがいわば記憶として影響力を保持しえた時代という視点から考えるべきことのように思われる。たとえば、1974 年 2 月に臺弘、土居健郎を呼びかけ人として、本稿でもその発言などを度々引用した加藤正明や笠原嘉などを含む、11 名の精神科医が、3 日間に渡って「精神医学における疾病概念」について討議集会を行っている。事前に論考を用意し、回覧した上での集会であったが、その理由として、疾患概念が大きく動いてきていること、そして「伝統的な医学モデルによる疾患概念は社会モデルに挑戦されており…」という一文も見られる。実際、参加者の一人、荻野恒一は「精神医学における社会学的視点」と題してレインやフーコーに言及した議論を提起しており、精神科医たちが直面した時代の雰囲気伝えてる。

⁷⁶ たとえば、大西・近藤(2008)では、リワークに関連して、職場はリハビリ施設ではなく多くを期待するのは筋違いであること、リハビリ期間中の労災の扱いにも事前の取り決めが必要なこと、あるいは心理カウンセラーが守秘義務を重視しすぎて、雇い主である企業の利益に反すること（とくに他の社員への他害の怖れを必要な部署に伝えないなど）は問題であること、医師もうつ病などが完治してもどのように働けるとは限らないことを、企業側にきちんと伝えないことなどについて、「叱って」いる。

⁷⁷ 雑誌『働く人の安全と健康』誌上に収録されている「座談会 どう進めるメンタルヘルス」において、住友金属工業に勤める保健師で心理相談員の野田悦子が「毎日にこここ…で働けるようになることを目指そうとしてやり出すと、行き着く先もないところを目指して走っているようなもので、それを持ちかけること事態、働く人にストレスを与えるということになるのではないかという気がしています」と発言している（唐沢 2000:17）。

⁷⁸ 推測にすぎないが、笠原は対談時に優生学に関わる歴史を意識していたのかもしれない。

⁷⁹ もちろん、問題化の「主体」は、労働組合などであってもよいし、そうであるべきかもしれない。しかし、そうした申し立てには、「医学的」論拠も求められることもあろう。たとえば、個人加盟労組での相談経験をもとに、団体交渉の過程を可能にした、相談者本人の休職や経済保障を引き出す上で、精神医療の言語が有効であったことを橋口(2012)が指摘している。また、産業医の経験をもつ精神科医・天笠崇が、とくに成果主義とメンタルヘルスとの関係について論じた著書の冒頭で、労働組合の組合員に向けて書いていると述べていることも、この文脈で示唆的である。

⁸⁰ 日本産業精神保健学会の 2012 年度大会で、筆者はオリンパスソフトウェアテクノロジーの代表取締役として社内改革に当たった天野常彦氏の報告を傍聴した。

⁸¹ もちろん、現実問題として、ハラスメントへの対応が大きな部分を占めるというところはある。たとえば、2009 年のことであるが、日本産業精神保健学会の会長講演として中山和彦は、「産業精神保健の課題は、『過重労働』と『パワハラ』に集約されていた」と話を切り出している（中山 2009:29）。ただし、パワハラに関するルポルタージュなどによれば、パワハラのいわば常習者のような人物を一定の地位に就けるところには、当該企業の「社風」ともいべき問題もまみられるようであり、ラインへの研修によって制御可能な範囲は限られるところもあるのではないだろうか。

⁸² 不調者の「個人環境」にのみ働きかける方法は様々に論じられている。たとえば、産業医が上司や人事担当者をコーディネートして、当人を復職後に別の部署に移す「適正配置」は（松崎 2007a:138-139）、企業全体としてみれば仕事量も人件費もさして変えることなくしうる有効な方法ということにはなるだろう。

⁸³ 社会保障制度の構想として、ここでは宮本太郎(2009)のアクティベーション論を筆者は

イメージしている。2000年代に入って以降に多くの議論と実践が生み出されている職場復帰支援は、これまで精神保健福祉領域では統合失調症者にとっての福祉的就労が多く論じられてきた社会的文脈からみても、また異なる試みとして評価できるのではないだろうか。たとえば、白波瀬らによる、事業場内リハビリテーションにおいて、職場集団そのものも支援対象とすることで、支援対象者の試行錯誤を高度に可能にしていくようなプログラムには、支援システムを設計していく上で多くのアイデアが含まれているように思われる。詳細は、白波瀬(2011,2012)などを参照されたい。

F. 研究発表

1. 論文発表

荻野達史,2012,「生きていく気と生きていく場のために」,一般社団法人日本臨床心理士会監修・津川律子責任編集『臨床心理士のための精神科領域における心理臨床』遠見書房

2. 学会発表

日本社会学会年次大会（福祉・保健・医療部会(4)）「『職場復帰支援』はいかに機能するのか？：労働領域の精神医療化を検討する」2012年11月

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 引用文献・資料

- 1)天笠崇,2007,『成果主義とメンタルヘルス』新日本出版社.
- 2)荒井稔,2005,「教育講演 産業領域におけるメンタルヘルス対策と精神障害について」『精神神経学雑誌』107(10):1116-1124.
- 3)浅井邦彦,2001,「病院精神医療の歩み」,昼田源四郎編『日本の近代精神医療史』ライフ・サイエンス:46-54.
- 4)芹沢一也編著『時代がつくる「狂気」』朝日新聞社.
- 5)Brod,Craig.,1984=1984,(池央耿・高見浩訳)『テクノストレス』新潮社.
- 6)Conrad,Peter.&Joseph W.Schneider.,1992=2003,(進藤雄三監訳)『逸脱の医療化』ミネルヴァ書房.
- 7)大道明,1979,「職場不応件研究会」『産業医学』特別号:171-172.

-
- 8)大道明,1982,「職場不適応研究会の名称を産業精神衛生研究会に改正する理由と趣旨について」『産業医学』24:218-219.
- 9)Foucault,Michel.,1972=1975,（田村俶訳）『狂気の歴史』新潮社.
- 10)福井城次,2005,「産業精神保健活動を振り返る 福井城次」『産業精神保健』13(2):95-96.
- 11)藤井久和,1993,「職場のメンタルヘルスの現状と展望」『こころの健康』8(1):3-10.
- 12)原田憲一,2000,「精神障害の労災認定」『産業精神保健』8(4):275-279.
- 13)原田憲一他,1999,『精神障害等の労災認定に係る専門検討会報告書』労働省.
- 14)橋口昌治,2012,「メンタルヘルスに関わる労働相談をめぐる困難」『大原社会問題研究所雑誌』642
- 15)平井富雄他,1971,「座談会 中堅管理者の組織病をどう癒やすか」
『中央公論経営問題』10(5):304-317.
- 16)廣尚典,2002,「産業精神保健における産業医の役割と専門性」
『産業精神保健』10(4):333-340.
- 17)廣尚典,2008,「産業精神保健における精神科医と産業医の連携」
『精神神経学雑誌』110(11), 1103-1108.
- 18)廣尚典・島悟,2004,「職場のメンタルヘルス：その歴史と今日の問題」
『精神医学』46(5):460-472.
- 19)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):887-892.
- 20)Hochschild,Arlie.,1983=2000（石川准・室伏亜希訳）『管理される心：感情が商品になるとき』世界思想社.
- 21)五十嵐良雄,2007,「メンタルクリニックにおける治療プラン」『こころの科学』135
- 22)五十嵐良雄,2012,「リワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究」主任研究者・秋山剛『うつ病患者に対する復職支援体制の確立』厚労科研報告書
- 23)飯田英男,1998,「日本産業衛生学会の立場から」加藤正明監修・日本産業精神保健学会編集『産業精神保健ハンドブック』中山書店:286-292.
- 24)池田政雄,1993,「戦後における『職場のメンタルヘルス活動』の展開」『こころの臨床ア・ラ・カルト』増刊号:9-13.
- 25)唐沢正義他,2000,「どう進める メンタルヘルス：『事業場における労働者の心の健康づくりのための指針』を巡って」『働く人の安全と健康』1(11):12-23.
- 26)笠原嘉,1985,『朝刊シンドローム』弘文堂
- 27)加藤正明,1993a,「産業精神保健の歴史と展望」『こころの臨床ア・ラ・カルト』増刊号:2-7.
- 28)加藤正明,1993b,「産業精神保健活動の歴史」『産業精神保健』1(1):3-10.
- 29)加藤正明監修・日本産業精神保健学会編集,1998,『産業精神保健ハンドブック』中山書店.
- 30)加藤正明他,1999,『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報告書』労働省.
- 31)川人博,2000,「大手広告代理店青年社員の自殺：電通：大嶋うつ病自殺事件」,
- 32)小西輝夫,1969,「企業と精神科医の問題」『精神医学』11(12):17-22.
- 33)小西輝夫,1971,「企業のなかの精神衛生」『精神医学』13(12):39-43.
- 34)小西輝夫,1984,『サラリーマンと心の健康』NHK ブックス
- 35)小西輝夫,1986,『バンカー・シンドローム』東京書籍
- 36)小西輝夫,1993,「産業精神保健業務 20年の回顧」『こころの臨床ア・ラ・カルト』増刊号:19-23.
- 37)今野晴貴,2012,「ソフトな退職強要という新段階：潜脱される解雇規制」
『Posse』14:85-92.
- 38)小沼十寸穂,1968,「産業精神衛生に関する答申書」『産業医学』10(12):559-595.