

ことである。

そのためには、公正な評価方法、職務や目標の明確化、従業員が持つ時間軸と企業の持つ時間軸のマッチングといった視点から、企業が人事管理施策を点検していく必要があるだろう。

3. 4. 心理的契約

メンタルヘルス問題と雇用や人事管理との関係を考える際に有用な概念として、心理的契約を挙げることができる。

心理的契約とは、従業員と組織という当事者の相互期待を指す。心理的契約は、従業員のメンタルヘルスが、仕事経験によってどのように影響されるかを調べる過程で発見された。

心理的契約の考え方においては、法律と社会的関係という2つのメカニズムによって履行を担保された、約束の全体を契約と見なすという特徴を持っている。

心理的契約はその後の理論展開において、従業員による知覚現象として捉えられるようになり、実証研究が盛んに行われるようになった。

心理的契約研究のレビューを行った文献によれば、実証研究の測定の種類は、心理的契約に含まれる具体的な契約内容に主眼をおく内容志向と、組織側の契約の履行と不履行に対する従業員の評価とそれがもたらす結果に注目する評価志向との研究に大別されるという。

心理的契約に対する評価に関して、日本企業を対象として心理的契約の履行状況を把握し、それが従業員に対して影響を与えているのかを調査した研究によれば、多くの企業において組織側による契約不履行が

発生していること、そのことが従業員の態度に対してマイナスの影響を与えている（情緒的コミットメントを低下させ、離職意図を高めている）ことが示された。

しかし、それでも日本の従業員は企業にとどまり、契約関係を維持している。その理由は、心理的契約の不履行に対して、従業員が自己調整を行っている（期待水準を下げる、履行水準を下げる、離職してしまう）ことにあるという。

この点について、日本企業を対象とした研究によれば、多くの従業員は契約の不履行を知覚しているが、期待水準の低下という比較的穏当なオプションによって対応しているという。

しかし、自己調整がうまく行かない場合にメンタルヘルス問題が生じている可能性がある。それは性格など本人に起因するものであるかもしれないし、期待水準を低下させたり、履行水準を低下させたり、離職してしまうという、いずれのオプションも採用することが困難であるという状況に起因するものであるかもしれない。

このような問題への対応を考える際に、例えば上で取り上げたエンプロイアビリティの考え方は、日本企業で近年顕著になっている終身雇用に基づく心理的契約の不履行による悪影響を和らげることにつながる可能性を持っていると思われる。これらの点についても、今後の研究蓄積が必要であろう。

3. 5. 産業や職種の違い

また、近年、人事管理の特徴は企業が活動している国や社会によって決まるのではなく、産業や職種によって決まってくると

いう主張がある。このことは、メンタルヘルス対策に関しても、産業や業種によって異なり、職種ごとの違いを考慮した検討が必要であることを示唆している。

例えば、コールセンターや営業といった、顧客と対峙する仕事は、感情労働におけるストレス問題として固有の問題があると指摘されている。

仕事において他の人と接触することの少ない職種や、職務に自律性を発揮する場面の少ないマニュアル化の進んだ職場においてメンタルヘルス問題が多く生じているとも考えられる。インタビュー調査においては、一人で動くことの多い業務の特性上、やむを得ずストレスが多くなってしまいうために精神障がい者雇用に消極的であるというケースがあった。途中で障がいが発生した場合には、やむを得ず転身してもらうことも重要であることも述べられていた。

このようなストレスという観点からの研究は、心理学の領域において蓄積されているが、その研究対象は主として専門職（看護職や教育職）であることが多い。今後は一般企業においても検討すべきであると考えられる。また国際比較なども必要になってくるため、今後も引き続き研究の蓄積が必要である。

4. 日本企業のメンタルヘルス問題における今後の課題

職場レベルでの問題について、その背景要因を前で述べたが、ここではもう少し実践的な問題について検討しておく。

4. 1. 企業によるパワーの抑制

最近の問題として、休職期間長期化、メンタルヘルス不調の高い再発率、いわゆる新型うつが増加が挙げられる。

特に、再発率が高いという問題についてはアンケート調査とインタビューにおいて改めて確認された。

これらの問題に対して、企業がいかに対応していくかが今後の課題であり、特にメンタルヘルスの問題にかかわる人（主に人事担当者と管理者）の対応力を高めることが必要であるとの指摘がなされている。セルフケアからラインケアへと対応の際に重視すべき部分に移っていることは前でも述べたとおりである。

しかし、そこで注意すべきことは、彼らに過度の負担をかけないような方法を考えなければならないということである。担当者が疲れてしまう状況を放置することは事態を悪化させるだけということになりかねない。

メンタルヘルス問題に対する個人による対応には限界があり、組織的な取り組みが必要である。企業は教育研修や不調者に関する情報共有の仕組みを整備するなどの対応を行いつつあるが、他方でメンタルヘルス不調者の上司が正確な知識を持ち合わせないまま中途半端に対応することで問題をさらに大きくしてしまうという問題が発生している。

企業におけるメンタルヘルス問題に関しては、企業による主体的な対応が中心となることは当然のことであるが、企業は経済主体であり、利益に繋げるための効率性の原理を無視して存続することはできない。その一方で、効率性の原理を過度に強調することで従業員のメンタルヘルスが損なわ

れることもまた、企業の存続を危うくすることにつながる可能性がある。

このような関係の中では企業側の立場が強くなりやすいために、それを抑制するものが必要である。

4. 1. 1. 法規制・国による施策

一つは法規制であり、これは企業の行動に対して直接的な拘束力を持つ。しかし、法規制が厳しすぎると、企業が自律的に行動できないという悩ましい部分をどう解決するのが問題になってくる。誰の利益を主として守っていくのが現実的に対応可能な選択肢であるのかを検討しなければならない。

この点に関しては、日本における労働CSRの調査結果が参考になる。そこでは、重要な労働問題として、メンタルヘルス問題への対応が挙げられているにもかかわらず、実際の動きはかなり鈍いと感じられる（他の労働問題に関しても同様である）。

労働CSRの文献においては、日本の法規制が弱く、努力義務規定に見られるように、問題への対応が企業側に任されている部分が多いことに問題があることが指摘されている。

CSRには、経営効率を高めるという一般の見方が強く支持されているとは言い難い面がある。また、短期的な経営効率優先という大きな障壁があるため、CSRが経営効率に貢献するということが明らかにならなければ、広く支持されることも難しいのかもしれない。

そこで法規制や国の施策にかかる期待が高まると考えられるが、どの程度の法規制、あるいはどのような内容の施策が望ましい

のか。

この点については、アンケート調査の結果は以下のようにになっている。

国その他の公的機関が、個々の企業（団体）のメンタルヘルス状況の問題点（リスク）と良い点（グッド・ポイント）を調査し、その両者を総合的に評価して対応策の実施を促進させる施策、有効なメンタルヘルス対策を実践している組織と手法を調査して、当該企業（団体）の同意を得て公表する制度、多くの不調者を生み出しているにもかかわらず十分なメンタルヘルス対策を実施していない企業（団体）を公表する制度のいずれについても賛成するという回答が80%以上を占めていた。

また、今後メンタルヘルス対策の促進を図るための新たな法律条文や法律ができれば、企業（団体）で実際に役立つ対策が進むと思うという回答が78.8%を占めていた、

以上より、日本企業においては、メンタルヘルス問題への対応について、今後は法規制や国の制度などにより強制力をより強く持たせることによって企業による取り組みを促進する方がよいという見解が強まっているとみることができよう。

ただし、十分な取り組みを行っていない企業の公表については反対意見が多く出ることと予想される。そこで問われるのは、「十分な取り組み」と「不十分な取り組み」とを分ける基準が何かということであり、メンタルヘルス不調の発生原因として職場要因と個人要因（家庭要因を含む）をどのように切り分けて考えるのか、つまりどこまでを企業の責任であるとするのかということである。

4. 1. 2 労働組合

もう一つは、労働組合である。労働組合は、従業員のニーズを細かくくみ取って企業側との協議を行い、場合によっては交渉を行う主体である。

日本における労働 CSR の調査によれば、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。

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る。

この点について、アンケート調査の結果によれば、事業所がメンタルヘルス対策に労働組合を関与させているという回答 4 分の 1 程度にとどまっていたが、関与させている場合には提案、調査、監視といった活動が細やかに行われており、その場合には効果があると感じられていた。すなわち、労組を関与させる方法は有効であるという可能性が示唆される結果となったと言えよう。

4. 1. 3. 経営戦略として位置づける対応

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、企業にとっては短期的な視点で見ると、効率性が損なわれると考えられやすいという点、そして対応を誤ると従業員の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。

また、メンタルヘルス問題について、ダイバーシティ・マネジメントの分野における知見も併せて今後検討する必要があることも指摘しておきたい。アンケート調査においては、所属する事業所で障がい者雇用に対して積極的である理由として、「組織のダイバーシティが進む」という回答が多く見られた。これは近年注目されているダイバーシティ・マネジメントと精神障がい者雇用との関連性が認識されていることを示している。

ただし、ダイバーシティ・マネジメントにおいては、表層的な取り組み（つまり多様なカテゴリーの労働者を雇用している）ということだけでは不十分で、上でも述べてきたように、より深いレベルでの取り組みが必要である。

しかし、この点については、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ならなければ、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。メンタルヘルス不調については、再発率が高いという問題もあり、それも対策が進みにくいことの原因となっていると考えられる。

もっとも、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。

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。

4. 2. 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。

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。

4. 2. 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。

4. 2. 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。

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产予防の観点である。

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る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。

この点に関して、インタビュー調査においては、対策を行うことで退職者は減少したが従業員がいきいきするところまでは行っていないので、それを実現することが次の段階での課題であるという指摘があった。それは、企業においてもワーク・エンゲイジメントをどのように実現するかという課題が認識されていることを示唆していると言えよう。

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。

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。

そこで、本年度は企業に対して、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い、また特定企業の従業員という立場から離れる形でのアンケートによる労働者への意識調査を行い、様々な知見を得た。

詳細は別稿「日本企業の人事管理とメンタルヘルス問題への取り組み－企業調査の検討を中心に－」に譲り、ここでは発見事実から導き出される結論を簡潔に示す。

第1に、全体的に見ると、日本企業におけるメンタルヘルス対策は、制度や仕組みを整備するという点では進んできているように思われる。しかし、それを十分に機能させ、メンタルヘルス不調者の減少に十分貢献できているかどうか、またメンタルヘルス対策に積極的に取り組もうとしているかどうかという点については、企業によってばらつきがある。

第2に、メンタルヘルス対策については、消極的な回答が多かった。対策に取り組むことで費用対効果をすぐに、わかりやすく実感できない問題において、企業が経費をかけようとする場合には、対応すべき対象者が多くなってから行われることが多い。

第3に、自発的な取り組みが広がり定着することを待つよりも、法規制や国の対策、労働組合など、企業外部の力による取り組みを促進するための誘導や問題発生を抑制するための措置が必要であると日本企業では考えられている。

第4に、その際に問題となるのは、「十分な取り組み」と「不十分な取り組み」とを分ける基準が何かということであり、メンタルヘルス不調の発生原因として職場要因と個人要因（家庭要因を含む）をどのよう

に切り分けて考えるのか、つまりどこまでを企業の責任であるとするのかということである。

第5に、人事管理施策を実施していく現場のリーダーである管理職のみに重責を担わせることは新たな問題を生み出す。そこで、人事部門が産業保健スタッフと従業員との単なる窓口となるのではなく、現場を巻き込む取り組みを行うことは試みる価値がある。

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。その足がかりとして、本研究では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。これらについては、より深いレベルでの概念的検討および実証分析を行っていくことが今後の課題である。

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) 石田光男・寺井基博編『労働時間の決定－時間管理の実態分析』ミネルヴァ書房、2012年。
 - 4) 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。
 - 5) 大藪毅『長期雇用制組織の研究－日本人材マネジメントの構造』中央経済社、2009年。
 - 6) 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。
 - 7) 奥林康司『入門人的資源管理（第2版）』中央経済社、2010年。
 - 8) 小野公一『働く人々のwell-beingと人的資源管理』白桃書房、2011年。
 - 9) 久保真人『バーンアウトの心理学』サイエンス社、2004年。
 - 10) 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。
 - 11) 須田敏子『戦略人事論』日本経済新聞出版社、2010年。
 - 12) 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。
 - 13) 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。
 - 14) 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。
 - 15) 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。
 - 16) 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。
 - 17) 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。
 - 18) 團泰雄「日本におけるエンプロイヤビリティ定着への課題」『商経学叢』第49巻第3号、2003年。
 - 19) 日本経営者団体連盟教育特別委員会編『エンプロイヤ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。
 - 20) 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。
 - 21) 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。
 - 22) 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。
 - 23) 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。
 - 24) 久本憲夫『日本の社会政策』ナカニシヤ出版、2010年。
 - 25) 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。

- 26) 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「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、2004 年。
- 27) 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。
- 28) 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。
- 29) 見波利幸『「新型」うつな人々』日本経済新聞出版社、2011年。
- 30) 森本三男『日本的経営の生成・成熟・転換』学文社、1999年。
- 31) 山崎哲弘「企業におけるメンタルヘルス・マネジメント－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。
- 32) 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。
- 33) 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。
- 34) 労務行政研究所『労政時報』第3725号、第3736号、2008年；3781号、2010年。
- 35) 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。
- 36) 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。
- 37) 渡辺聰子・アンソニー・ギデンス・今田高俊『グローバル時代の人的資源論－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。
- 38) Avey, J.B., F.Luthans, R.M.Smith, and N.F.Palmer, "Impact of Positive Psychological Capital on Employee Well-Being over Time," *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol15, No.1, pp.17-28, 2010.
- 39) Bratton and Gold(2012)"health and safety management", *Human Resource Management 5th Edition, Chap.14.*
- 40) Cottini, E. and C. Lucifora(2013)"Mental Health and Working Conditions in Europe" *International Labor Relations Review*, Vol.66, No.4, pp.958-989.
- 41) 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.
- 42) de Jonge, J., H. Bosma, R.Peter, and J.Siegrist(2000)"Job Strain, Effort-Reward Imbalance and Employee Well-being: A Large-scale Cross-sectional Study." *Social Science and Medicine*, Vol.50, pp.1317-1327.
- 43) 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.

- 44) 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.
- 45) 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.
- 46) 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.
- 47) 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.
- 48) Huang, Y., C. Chen, P. Du., and I. Huang(2012)
"The Causal Relationships between Job Characteristics, Burnout, and Psychological Health: A Two-wave Panel Study", *The International journal of Human Resource Management*, Vol.23, No.10, pp.2108-2125.
- 49) 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.
- 50) Rousseau, D. *Psychological Contracts in Organizations: Understanding Written and Unwritten Agreement*, Sage Publications, 1995. [Gold, 2012]

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

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

（*本報告書は平成24年度に完成したため、平成24年度版を援用している。
よって、同年度を基準とした記述となっている）

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、時系列的に整理することを目的とする。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「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、時系列的に整理することを目的とする。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、医療者の視点はまた異なる、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な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めぐって
- 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¹。

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った。第二次大戦中物が足りなければ精神力で戦えと言われ、その結果敗戦となったので、まことにやむを得ないことでもあった。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った。(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、その研究員であっ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²。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は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、なにか失敗でもちょっと