

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擬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…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,「職場不適應件研究会」『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, (田村俣訳)『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.

- 39)河野慶三,2005,「労働衛生行政と産業精神保健—私が直接かかわった3年」『産業精神保健』13(2):82-84.
- 40)厚生労働省,2000,『事業場における労働者の心の健康づくりのための指針』.
- 41)厚生労働省,2002,『重労働による健康障害防止のための総合対策』.
- 42)厚生労働省,2006,『労働者の心の健康の保持増進のための指針』.
- 43)厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課健康班,2004,『過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会議事録』第1回～第5回.
- 44)久保千春他,2007,「座談会 職場のストレスとメンタルヘルス」『日本医師会雑誌』136(1):5-17.
- 45)熊沢誠,2010,『働きすぎに斃れて：過労死・過労自殺の語る労働史』岩波書店.
- 46)黒木宣夫,2000,「職業性ストレスと精神疾患の特集にあたって：企業における自殺の現状と認定指針策定の背景」『産業精神保健』8(1):3-7.
- 47)黒木宣夫,2001,「いわゆる過労自殺」『現代のエスプリ』402:103-109.
- 京都大学,2006,『自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書』内閣府経済社会総合研究所.
- 48)Martin,Luther H.et al,1972=1975,(田村俣・雲和子訳)『自己のテクノロジー：フォーコー・セミナーの記録』岩波書店.
- 49)松崎一葉,2007a,『会社で心を病むということ』東洋経済新報社.
- 50)松崎一葉,2007b,「特別企画 職場復帰：うつかなまけか」『こころの科学』135:15.
- 51)皆川洋二他,2000,「座談会 知的労働と心の健康」,日本産業衛生学会『日本の産業保健』法研.
- 52)三田正也,1969,「若手精神科医は勝った：全理事を不信任した精神神経学会」『朝日ジャーナル』11(24):46-48.
- 53)宮本太郎,2009,『生活保障：排除しない社会へ』岩波書店.
- 54)森満万寿夫,1967,「推薦のことば」,ミリアン=ライター(中村豊訳)『産業における精神衛生』岩崎学術出版社.
- 55)宗万秀和・川合順子,2000,「海外出張中の新入社員の自殺：神戸製鋼所・山川短期反応精神病自殺事件」,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』皓星社.
- 56)中村純・吉村玲児・和田攻監修,2009,『産業医のための精神科医との連携ハンドブック(改訂新版)』昭和堂.
- 57)中山和彦,2009,「会長講演 激変する職場環境：普遍的課題は何か」『産業精神保健』17(増刊号):29.
- 58)夏目誠・川上憲人・藤井久和,1992,「職場のメンタルヘルス」『産業医学レビュー』5(2):1-20.
- 59)新福尚武他,1969,「第7回 精神医学懇話会 精神科診療所をめぐる諸問題 ディスカッションの部」『精神医学』11(1):19-33.
- 60)野村茂,2008,『産業医学いまむかし』(財)労働科学研究所出版部.
- 61)小熊英二,2009,『1968(上):若者たちの反乱とその背景』新曜社.
- 62)大西守,1998,「日本産業精神保健学会」『精神神経学雑誌』100(12):1092-1097.
- 63)大西守・近藤信子,2008,「職場でのメンタルヘルス活動を『叱る』」『こころの科学』64:142-123-126.
- 64)大西守他,2000,「特別企画(座談会):企業におけるメンタルヘルス管理:電通事件にかかる最高裁判決をめぐる」『産業精神保健』8(2):83-97.
- 65)大西守編,1994a,「職場における精神保健医療ネットワークに関する検討委員会」報告(第1回)『産業精神保健』2(1):114-120.
- 66)大西守編,1994b,「職場における精神保健医療ネットワークに関する検討委員会」報告

- (第2回)『産業精神保健』2(2):197-204.
- 68)大西守編,1994c,「職場における精神保健医療ネットワークに関する検討委員会」報告(第3回)『産業精神保健』2(3):265-274.
- 69)大西守編,1994d,「職場における精神保健医療ネットワークに関する検討委員会」報告(第4回)『産業精神保健』2(4):339-347
- 70)岡村親宜,2002,『過労死・過労自殺救済の理論と実務：労災補償と民事責任』旬報社.
- 71)岡田靖雄・小坂英世,1970『市民の精神衛生』勁草書房.
- 72)小此木啓吾,1987,「教育講演3 産業精神医学の課題」『精神神経学雑誌』89(11):932-938.
- 73)Rafalovich,Adams2005"Relational troubles and semiofficial suspcion:educators and the medicalization of 'Unruly' children" Symbolic Interaction,28(1)
- 74)Rose, Nikolas, 1999, Governing the Soul: the shaping of the private self, second edition, Free association books.
- 75)労働省,1999,『心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針』.
- 76)労働政策審議会安全衛生分科会,2004,『労働政策審議会安全衛生分科会議事録』第10回～第18回.
- 77)櫻井治彦,2000,「座談会 これからのメンタルヘルス」『産業医学ジャーナル』23:5-20.
- 78)櫻井治彦,2007,「労働安全衛生法等の改正の経緯について」『産業医学ジャーナル』30:5-12.
- 79)櫻井治彦他,2004,「座談会 自殺予防について」『産業医学ジャーナル』27:4-18.
- 80)櫻井治彦他,2005,「座談会 過重労働・メンタルヘルス対策の動向」『産業医学ジャーナル』28:5-30.
- 81)櫻井治彦他,2006,「座談会 メンタルヘルス指針について」『産業医学ジャーナル』29:4-31.
- 82)産業精神健康管理研究委員会編,1960,『産業人の精神健康』精神衛生普及会.
- 83)佐藤雅浩,2007,『『心の病』の戦後史：狂気の隔離からメンタルヘルスの啓蒙へ』,芹沢一也編著『時代がつくる「狂気」』朝日新聞社.
- 84)島悟,2007,「職場のメンタルヘルスの現状と問題点」『日本医師会雑誌』136(1):19-24.
- 85)清水康之,「ライフリンク代表」,<http://blog.livedoor.jp/bxs00035/archives/50175690.html>.
- 86)進藤雄三,2003,「医療化のポリティクス：「責任」と「主体化」をめぐる」『現代の社会病理』18：1-14.
- 87)白波瀬丈一郎,2012,「境界領域としての働く場」『精神科治療学』27(4)
- 88)ストレス疾患労災研究会・過労死弁護団全国連絡会議,2000『激増する過労自殺』皓星社.
- 89)高田勲・島悟・加藤正明,2007,「産業精神保健活動の歴史」,日本産業精神保健学会編『産業精神保健マニュアル』中山書店.
- 90)玉井光 2006「職場復帰の現状と課題」『精神科臨床サービス』6(1)
- 91)富高辰一郎,2010,『なぜうつ病の人が増えたのか』幻冬舎ルネッサンス新書.
- 92)津久井梨絵,2007,『『ストレス』はいかにして語られるか：戦後日本における言説の変容』『日本女子大学 人間社会研究科紀要』13:109-122.
- 93)臺弘・土居健郎編,2010,『精神医学と疾病概念』みすず書房.
- 94)内海健,2006,『うつ病新時代：双極Ⅱ型障害という病』勉誠出版.
- 95)和田攻他,2004,『過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会報告書』厚生労働省.
- 96)保原喜志夫,2006,「拡大する産業医の役割と法律問題」『季刊 労働法』215:85-94.
- 97)保原喜志夫編著,2003,『産業医制度の研究』北海道大学図書刊行会.
- 98)山田陽子,2008,『『心の健康』の社会学序説：労働問題の医療化』,『広島国際学院大学現代社会学』9:41-60.

-
- 99)山田陽子,2011a,「『感情資本主義』社会の分析に向けて」『現代思想』39(2):214-227.
100)山田陽子,2011b,「『感情資本主義』の進展」『社会分析』38
101)安井義之,1961,「第33回日本産業医学会シンポジウム 産業職場の精神衛生」『産業医学』3(1):1-5.
102)安井義之,1993a,「私の歩いた終戦後から現在までの労働衛生」『産業医学』35:63.
103)安井義之,1993b,「産業医の立場から」『こころの臨床ア・ラ・カルト』増刊号:25-31.
104)横山定雄,1960,「産業における健康管理の意義」,産業精神健康管理研究委員会編『産業人の精神健康』:69-99.

「産業精神保健」に関する年表 1950～2011年

	行政、行政関連団体等、司法	学会(医学系を中心に)、民間団体、出版物(非行政刊行物)	企業
1950	○精神衛生法の制定		
1951		○日本精神衛生会(戦前の精神厚生会が再発足)機関誌、「精神衛生」の復刊(1969年に「心と社会」に改称)	
1952	○国立精神衛生研究所の開設。同研究所の加藤正明を中心に産業精神健康管理研究会が開始。	○精神衛生普及会の発足	
1953			○国鉄が「精神病を取り上げ」始める
1954		○精神衛生普及会:産業部を設けて、精神衛生研究会を開始(1993年までに400回以上。多くの企業参加あり)。	
1955		○精神衛生連盟(日本精神衛生会、精神衛生普及会、日本精神科病院協会など8団体が構成団体)主催の全国精神衛生大会にて、「産業精神衛生」がパネルとして取り上げられ	○三菱石油職場精神衛生調査
1957		○土井正徳『職場の精神健康管理の方法』精神衛生普及会	○九州電力で精神衛生活動開始(中村豊が中心に)
1958			○日立製作所で「集団ロールシャッハ」実施
1959		○精神衛生普及会に「産業精神健康管理研究委員会」設置 ○産業衛生協会(1929～)より『産業医学』創刊	○国鉄・鉄道病院に精神科医(春原千秋)着任
1960		○産業精神健康管理研究委員会『産業人の精神健康』精神衛生普及会 ○日本産業カウンセラー協会の設立(国鉄の心理学者・相馬紀公を中心に産業カウンセラー養成講習会が開催された延長で) 労働科学研究所の桐原(産業心理学の立場から)『産業精神衛生の諸問題』 ○日本産業医学会(日本産業衛生協会の年次大会)で「産業職場の精神衛生」のシンポジウム	○本田技研(埼玉製作所、浜松製作所にて):精神衛生相談を開始
1962		○日本精神神経学会:総会で「社会復帰」がシンポジウムのテーマに	
1964			○松下電器:健康管理センターに精神科医(小西輝男)着任 ○東芝:精神衛生対策を開始(産業医・御厨潔人を中心に) ○電電公社:療養者の統計で、結核を抜いて精神疾患がトップに

	行政、行政関連団体等、司法	学会(医学系を中心に)、民間団体、出版物(非行政刊行物)	企業
1965	○精神衛生法の改訂	○日本産業衛生協会で「職場の精神衛生」のシンポジウム。 ○同協会内に「産業精神衛生研究会」が発足→1966産業精神衛生委員会(委員長・小沼十寸穂)に	
1966	○人事院:精神衛生委員会を設置(主題は精神障害者の社会復帰)。委員が全国で現場調査。※特定できないがこの前後の時期と思われる。	○日本精神神経学会の第23分科会で「学校および職場の精神衛生管理」についての研究発表あり。 ○日本精神神経学会の「精神衛生管理研究会」発足(会長として金子仁郎阪大教授。職場、学校、地域を研究対象)。1973年まで「無期休会」に。 ○国際精神保健連盟(WFMH)のルチエール理事長来日、産業精神衛生懇談会	○富士通:精神衛生対策を開始
1967		○McLean&Tyler(中村登訳)『産業における精神衛生』岩崎学術出版社 ○大道明『職場の精神衛生』創元医学新書	○電電公社:精神疾患管理規定を作成(精神科医・関口憲一らを中心に)
1968		○小沼十寸穂『産業精神衛生に関する答申書』(『産業医学』に掲載)→日本産業衛生協会に「職場不適応研究会」発足 ○「教育と医学」で特集「職場の精神衛生」	
1969		○小沼十寸穂『産業精神衛生の実際』金原出版 ○「教育と医学」17(11)で特集「職場の精神衛生」	
1970		○池田篤信・石田一宏『働くものの精神衛生』新日本出版	
1971		○春原千秋・梶谷哲男編『職場の精神衛生』医学書院	
1972	○労働安全衛生法の施行(労働基準法から分離独立)	○平井富雄『精神衛生管理』中央公論社 ○日本産業衛生協会が日本産業衛生学会へ改称	
1976		○小沼十寸穂『産業神経症』新臨床医学文庫	
1979	○労働省:シルバーヘルスプラン策定・提唱		
1981		○小沼十寸穂『職場の精神健康管理の実際』労働科学研究所 ○「教育と医学」で特集「職場のメンタルヘルス」有斐閣	
1982	日航羽田沖墜落(日航逆噴射)事故	○内山喜久雄・小田晋『職場のメンタルヘルス』有斐閣	
1983	○労働省:中央労働災害防止協会に委託し、中高年齢労働者ヘルスケア検討委員会に「ストレス小委員会」を設置。 ○人事院・職員局:国家公務員を対象とした精神衛生対策専門家会議(加藤正明座長)発足	○日本ストレス学会発足	

	行政、行政関連団体等、司法	学会(医学系を中心に)、民間団体、出版物(非行政刊行物)	企業
1984	○東京労働基準局:仕事によるうつ病で自殺を図り重傷の設計技師に対して、心因性精神障害として初の労災認定 2/23 ○労働省:産業医学振興財団に委託し、「メンタルヘルスクエア企画運営委員会」設置。	○Craig Broadの“Technostress”が翻訳される。「テクノストレス」の用語が話題に。 ○小西輝夫『サラリーマンと心の健康』NHKブックス	○富士通:メンタルヘルス研修の対象者を拡大(それまでは課長クラス→主任クラス)
1985	○労働省:「メンタルヘルスクエア研修の実施について」を通達。同時に、「メンタルヘルスクエア講師養成研修会」を全国8ブロックで開催。労働省による行政指導で「メンタルヘルス」が初めて公用語として用いられた。 ○加藤正明・梅澤勉監修『職場メンタルヘルスのすすめ方』中央労働災害防止協会より刊行 ○労働省・中災防:中高年齢労働者ヘルスクエア検討委員会ストレス小委員会中間報告。「サラリーマン精神健康調査」「ストレス関連疾患調査」報告。職場のストレス	○小此木啓吾他編『産業精神医学』医歯薬出版 ○日本経済新聞に連載「働く人々のメンタルヘルス」(精神科医・大森健一) ○笠原嘉『朝刊シンドローム:サラリーマンのうつ病操縦法』弘文堂	○東芝:臨床心理士(森崎美奈子)が本社勤務部に着任
1986	○労働省:中災防より「企業におけるストレス対応—指針と解説」を発行 ○労働省:『労働衛生管理におけるメンタルヘルス』(労働省労働衛生課編)発行。全国で講習会開催。 ○労働省:「テクノストレス委員会」設置(～1989年) ○加藤正明・精神衛生普及会編『職場のメンタルヘルス』(人事院の精神衛生委員会・専門委員会の検討から、各省庁のガイドラインとして)	○加藤正明・精神衛生普及会編『職場のメンタルヘルス』精神衛生普及会 ○小西輝夫『バンカー・シンドローム』東京書籍 ○百瀬浩編『テクノストレスとメンタルヘルス:職場の対応策』	
1987	○精神保健法の施行 ○労働省・中災防:ヘルス・リサナー研修会	○日本精神神経学会にて教育講演「産業精神医学の課題」(小此木敬吾)	
1988	○労働安全衛生法の改正。「労働者の健康の保持増進のための措置」(69条)に基づき、「心とからだの健康づくり」指針を公表。「こころとからだの健康づくり運動(トータル・ヘルスプロモーション・プランTHP)」を開始	○大阪で「過労死110番」実施(4月)、過労死110番全国ネット第1回一斉相談(6月)、過労死弁護団全国連絡会議結成(10月)、全国一斉過労死労災申請(11月) ○日本精神神経学会・シンポジウム「産業における精神医療とその問題点」開催	
1989	○労働省:THPの一環として、心理相談員研修の実施→卒後研修の会として、心理相談員会が1990年に設立	○「産業精神保健研究会」開始 ○朝日新聞で連載「働く人の心の健康」(大原健士郎による。1989.7～1990.9 計61回)	
1990			
1991	○労働省:「メンタルヘルスのための管理者教育に関する調査研究」委託 ○厚生省・委託研究「職場の精神保健に関する研究」(国立精神神経センター・藤縄昭代表。産業精神保健研究会が実施。その一つとして「職場における精神保健医療ネットワークに関する検討委員会」、オブザーバー、運営協力者として厚生省、労働省、人事院関係者。～1994年)	○心身医学会・シンポジウム「職場のメンタルヘルス」開催 ○日本産業カウンセラー協会の試験が労働省から技能審査として認定される	

	行政、行政関連団体等、司法	学会(医学系を中心に)、民間団体、出版物(非行政刊行物)	企業
1992	○労働省:「事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針」公示 ○労働省:「職場における心の健康づくり」(産業保健スタッフ向けテキスト)		
1993	労働省:都道府県産業保健推進センター、および地域産業保健センターの設置開始(推進センターは2003年までに全国47センターを設置。保健センターは労働基準監督署を単位として設置)	○日本産業精神保健学会の発足(加藤正明会長、会誌『産業精神保健』)。 ○日本産業ストレス学会の発足(会誌『産業ストレス研究』齋藤和雄理事長)。 ○『こころの臨床ア・ラ・カルト』12巻増刊号で特集「職場のメンタルヘルス最前線」(編集:加藤正明)	
1994			
1995	○労働省:「作業関連疾患の予防に関する研究」(班長:加藤正明、「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」による「職業性ストレス簡易調査票」「仕事のストレス判定図」の開発を含む)(～99年)	○日本産業衛生学会『産業医学』が『産業衛生学雑誌』に誌名変更	
1996	○中央労働基準審議会建議「労働者の健康確保対策の充実強化について」においては、「メンタルヘルスに関する理解の促進とメンタルヘルスに関する相談体制の整備を図る必要がある」と指摘される(1月) ○電通過労自殺訴訟一審判決(東京地裁)自殺を長時間労働に起因するものとして、会社側の損害賠償責任を認める(3月)。 ○神戸製鋼自殺訴訟(神戸地裁)労基署の不支給処分を取り消し労災と認定(4月)	○加藤正明監修・大西守・島悟編『職場のメンタルヘルス実践教室』星和書店	
1997	○東京中央労基署・広島中央労基署で過労自殺労災認定(12月)		NTT東日本関東病院精神神経科で復職支援リハビリテーション開始
1998	○川崎製鉄過労自殺訴訟(岡山地裁倉敷支部)で原告勝訴(2月) ○自殺損害賠償訴訟(札幌地裁)で原告勝訴(7月)	○日本産業精神保健学会『産業精神保健ハンドブック』中山書店 ○日本EAP(Employee Assistance Program)協会設立 ○朝日新聞「働き盛りの男性自殺急増 国レベルの予防体制急げ 1998.06.30 東京朝刊	
1999	○厚生省・人口動態統計で中高年齢層の自殺者が急増と発表(40～50代で前年度比1.4倍程度) ○労働省「労働者のメンタルヘルスに関する検討会」(5月設置)。座長:櫻井治彦。翌年6月に報告書(翌年公表の指針へ) ○労働省「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」公示 ○労働省「精神障害による自殺の取扱いについて」	○読売新聞「倒産やリストラで中高年の自殺急増 昨年10月までで年間記録更新」03.17	

	行政、行政関連団体等、司法	学会(医学系を中心に)、民間団体、出版物(非行政刊行物)	企業
2000	<ul style="list-style-type: none"> ○労働省「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」策定 ○電通労自殺訴訟最高裁判決(3月)原告側全面勝訴 ○過労自殺損害賠償訴訟(広島地裁)で原告側全面勝訴(5月) ○東京海上横浜支店長事件最高裁判決(7月) ○大阪淡路交通事件最高裁判決(7月) ○厚労省「労災認定基準(脳・心臓疾患に関する)の改定に着手 	<ul style="list-style-type: none"> ○日本産業精神保健学会「職場におけるメンタルヘルス対策:精神障害等の労災認定「判断指針」対応」中山書店 	
2001	<ul style="list-style-type: none"> ○厚労省「職場における自殺の予防と対応」公表 ○厚労省「職場におけるメンタルヘルス対策の事業者等支援事業」創設 ○厚労省「脳・心臓疾患の認定基準の改正について」通達 		
2002	<ul style="list-style-type: none"> ○厚労省「加重労働による健康障害防止のための総合対策」(事業主に対する通達) ○厚労省社会・援護局内の有識者懇談会から「自殺防止対策有識者懇談会報告」 ○障害者職業総合センター「在職精神障害者の職場復帰支援プログラム(通称リ) 	<ul style="list-style-type: none"> ○産業カウンセラー資格:同協会認定資格に。 	
2004	<ul style="list-style-type: none"> ○厚労省「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」公表 ○厚労省社会・援護局から「地域におけるうつ対策検討会報告書」 ○労働政策審議会建議「今後の労働安全衛生対策について」→改正部分の骨子固まる ○厚労省「労働者の健康情報の保護に関する 	<ul style="list-style-type: none"> ○日本医師会監修『心の病いの治療と予防の現在』労働調査会 ○『臨床精神医学』33(7)で特集「職場のメンタルヘルス」。 ○『精神療法』30(5)で特集「産業精神保健と精神療法」。 	
2005	<ul style="list-style-type: none"> ○「労働安全衛生法の一部を改正する法律案」閣議決定、国会審議を経て、11月に公布 ○厚労省「セクシャルハラスメントによる精神障害等の業務上外の認定について」通達 	<ul style="list-style-type: none"> ○日本精神神経学会総会で、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」(荒井稔) ○日本産業精神保健学会編集『メンタルヘルスと職場復帰支援ガイドブック』 ○『こころの臨床ア・ラ・カルト』24巻で特集「EAP:勤労者のこころの病の支援プログラム」 ○メディカルケア虎ノ門でデイケア「リワーク・カレッジ」開始 	
2006	<ul style="list-style-type: none"> ○改正・労働安全衛生法の施行 ○厚労省「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(メンタルヘルス指針)公表 ○厚労省「過重労働による健康障害を防止するための総合対策」公表 	<ul style="list-style-type: none"> ○『精神科臨床サービス』で特集「職場に戻るためのメンタルヘルス」。 ○日本精神神経学会・シンポジウム「労働者のメンタルヘルスの現状と課題」開催 ○朝日新聞で連載「患者を生きたる うつ」(7~9月) 	<ul style="list-style-type: none"> 大阪商工会議所:「メンタルヘルス・マネジメント検定」を開始

	行政、行政関連団体等、司法	学会(医学系を中心に)、民間団体、出版物(非行政刊行物)	企業
2007		<ul style="list-style-type: none"> ○日本精神神経学会・シンポジウム「精神障害者の労災認定に伴う諸問題とメンタルヘルス」開催 ○日本産業精神保健学会『産業精神保健マニュアル』 ○『日医雑誌』136(1)で特集「職場のメンタルヘルス」 ○『こころの科学』135号で特別企画「職場復帰」 	
2008	<ul style="list-style-type: none"> ○厚労省「過重労働による健康障害を防止するための総合対策」改訂版公表 ○厚労省「上司の「いじめ」による精神障害等の業務上外の認定について」通達 ○地域産業保健センター事業の受託方式変更(地域医師会委託方式から企画競争方式へ) ○厚労省「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」通達 (そのなかで「メンタルヘルス不調者に対する相談サービスを提供する機関(相談機 	<ul style="list-style-type: none"> ○日本精神神経学会・シンポジウム「産業保健における精神科医の役割」開催 ○うつ病リワーク研究会発足 	
2009	<ul style="list-style-type: none"> ○厚労省「当面のメンタルヘルス対策の具体的な推進について」を通達 ○厚労省「心理的負担による精神障害等に係わる業務上外の判断指針」の一部改正について～職場における心理的負担評価表に新たな出来事の追加等の見直しを行う～」通達 ○厚労省「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」の改訂版公表 ○厚労省「職場における自殺の予防と対応」改訂版公表 ○厚労省「メンタルヘルス対策支援セン 	<ul style="list-style-type: none"> ○うつ病リワーク研究会『うつ病リワークのはじめ方』弘文堂 	
2010	<ul style="list-style-type: none"> ○厚労省「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム報告書」公表 ○厚労省「職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書」公表 ○厚労省「事業場における産業保健活動の拡充に関する検討会報告書」公表 ○厚労省「労働政策審議会安全衛生分科会にて「職場におけるメンタルヘルス対策」を主に審議(3回) ○都道府県産業保健推進センターが「省内仕分け」により2011年より3ヶ年で32センター廃止の方針が閣議決定 ○地域産業保健センターは同上の理由により、労働基準局単位(347カ所)から都道府県単位にされる 		
2011	<ul style="list-style-type: none"> ○厚労省「産業保健への支援の在り方に関する検討会報告書」公表 ○厚労省「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会報告書」公表 ○厚労省「労働安全衛生法の一部を改訂する法律案」臨時国会提出(審議未了) ○産業保健推進センターが6県で廃止される 		

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

メンタルヘルス対策従事者向け調査結果の整理・分析

—質問票のドラフト作成者の立場から—

分担研究者 三柴 丈典 近畿大学法学部・教授

研究要旨

・過去2年間にわたる諸外国の関連法制度の背景・特徴・効果に関する調査（及び関連分野の専門家による法制度調査への示唆）の成果を踏まえ、妥当性のある（法）政策提言を行うこと、そのために必要な限りで日本の企業等におけるメンタルヘルス及び対策の実情を明らかにすることを目的として、企業等でメンタルヘルス対策に直接・間接に携わっている者を対象に、WEBによる社会調査を実施した。

その結果、以下のような事柄が判明した。

<回答者及び回答者所属先の属性>

・回答者の所属産業部門別の割合は、国勢調査（産業等基本集計）の結果に比べ、5ポイントほど3次産業が多かった。また、大企業に所属する者が多かった。回答者にインターネット愛用者で、なおかつ、メンタルヘルス問題に関心の高い方が多かったことの帰結と解される。

・回答者の所属業種の中では、製造業、サービス業、医療・福祉が突出して多く、この問題への関心の高さがうかがわれた。また、公務従事者の回答者割合も比較的高かった。

・回答者の職種は、人事・労務・総務スタッフが過半数を占めたが、産業医学推進研究会（産推研）の協力を得たこともあって、産業医等の産業保健スタッフが約1割を占めたほか、その他の職種（経営、営業・営業管理、生産管理、財務・経理、教職など）も35%を超えており、人事労務スタッフを中心に企業等の戦力となっている幅広いスタッフの意見が反映されている可能性が高い。

<不調者発生の状況>

・過去3年間の回答者に認識されたメンタルヘルス不調者が100人に1～3人いる状況が一般的であった。

<対策の概況>

・回答者所属先で、メンタルヘルス対策を講じて「いる」と「いない」がほぼ拮抗し、事業規模が大きくなるほど「いる」の割合が高まる点などはJIL調査（日本労働研究研

修機構（担当：郡司正人、新井栄三）「職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査」（平成24年3月30日）とほぼ同様の結果となったが、クロス集計の結果から、医療・福祉事業で講じていない割合が高い（68%）ことが判明した。

・講じられている対策の内容は、相談窓口の設置（約70%）、管理職対象の研修（約60%）が多く、メンタルヘルス担当の専任職員の配置（約11%）、強いストレス要因の調査と対応（約17%）、雇用や所得の維持（へ向けた努力）（約18%）などが少なかった。このうち担当職員の配置は、兼任では約3割と高かったため、たとえ配置する場合にも兼任が適当と考えている企業等が多いことが明らかとなった。

<対策の効果>

・対策の効果について、本調査では、「現れているかもしれないが、認識できていない」が65.3%で最も多く、「現れている」は約27%にすぎなかった。JIL調査では、「あると思う」が7割で最も多く、「わからない」は26.4%にすぎなかった。この相違の理由は不明だが、JIL調査での肯定の選択肢が「あると『思う』」とされていたことにある可能性は否定できない。

<対策の具体的内容>

・衛生委員会等でメンタルヘルス対策に関する審議を行っているか、との問いには、約3割が「審議している」と回答し、そのうち約7割が個別事例への対応方法を協議していると回答し、同じく8割強が1次予防策について協議していると回答した。しかし、これに教育研修が含まれている可能性もあり、労働条件の調整などに関わる本質的な1次予防策がイメージされていなかった可能性もある。

・メンタルヘルスに関する組織内規定の整備状況に関する調査から、規定項目として割合が高かったのは、不調者への人事上の措置や就業上の配慮に関すること（約58%）、産業医との面談や同人への受診に関すること（約55%）、不調者の休復職管理に関すること（約53%）などで、逆に低かったのは、主治医との連絡に関すること（約2割弱）、個々人のストレス耐性の強化に関すること（約2割弱）であることが判明した。

就業管理に関することを積極的に規定し、個人的事柄と解されることへの介入を避ける傾向がうかがわれるが、メンタルヘルス問題のように、実効的対策に際してその両者への介入の連携が求められる可能性の高い問題に適応するには疑問も生じる。

・また、組織内規定において、発症増悪事由の業務上外で対応を区分しているか否かを尋ねたところ、23.5%の回答者が「区分している」と回答した。メンタルヘルス不調をすべからく私傷病として取り扱う組織が殆どとも言える状況下、存外に区分有りの組織が多いと感じられるが、他の業務上傷病にも適用される規定があればそう回答している可能性もあり、早計な解釈はできない。

・規定の効果については、回答者の約41%が不調者の減少に「貢献している」と回答した。生じた問題（損害賠償問題等）の解決ではなく、不調者の減少への貢献を問うたにもかかわらず、4割以上が肯定したことは軽視できない。

<対策に関与すべき者～労働組合>

・所属先がメンタルヘルス対策に労働組合を関与させているとの回答は、回答者全体の3割弱にとどまった。関与させているところでの具体的な関与の内容は、不調者からの相談の受付と関係者間の人間関係の調整(約6割)、長時間労働防止のための諸活動(47%)などの回答が多かった。退職者の転職支援(約8%)を含め、比較的高いエフォートや知識を要する個別対応(に関する事柄)については、低い割合にとどまったが、関与がもたらした効果については、「効果があると感じている」が4割を超え、「効果がないと感じている」は約15%に過ぎなかった。

<対策の効果指標>

・組織ごとに実施されている対策の効果指標として適当と考えるものを尋ねたところ、群を抜いて選択割合が高かったのは、従業員の休業率(51.5%)だった。イギリスのストレス管理基準によるアプローチ(MSA)等が、従業員の休業率の低下を主たる目的として開始されたこととも整合する結果と言える。

<問題回避のための組織の対応～心因的素因を持つ者等のスクリーニング～>

・性格傾向などの本人要因から不調に至り易いと解される者を採用段階でどのようにスクリーニングしているのかを尋ねたところ、「特に対策を講じていない」が最も多く4割強、「面接の中で顔色・姿勢・受け答え方などの非言語的な情報を得る」が約26%でこれに続いた。回答者所属先の多くは、そもそも心因的素因を持つ者等のスクリーニングを行うという発想自体を有していないか、仮に可能性を検討していても実際には困難と考えている可能性が高い。

<職域で講じるべき対策のポイント～人事労務管理の基本事項との関係～>

・回答者に、①採用、②人事配置(適材適所)、③職務についての教育訓練、④職務の設計と配分、⑤動機付け、⑥その他の6項目とメンタルヘルス対策の関係について尋ねたところ、他を圧して②の選択者が多かった(約68%)。①③④も3割以上が選択し、その他の選択者は殆どいなかったため、職域でできるメンタルヘルス対策は、概ね①～⑤の5項目に関わると考えられていることが判明した。

<法的規制が適当な対策>

・過重労働やメンタルヘルス不調に関する従前の判例や諸外国の法制度等に照らし、新たな規制について検討に値すると解される事柄を5つ挙げ、法的規制の賛否を尋ねた。その結果、①一定の質量の業務を遂行するために必要な人員の確保が最も多くの賛成を得たが、過半数には至らなかった(約44%)。その他、②上司の好き嫌いによる部下への差別的な取り扱いの禁止(約37%)、③終業と次の始業の間のプライベートな時間(いわゆる「休息时间」)の確保(約33%)、④労働条件が急激かつ大幅に変化した場合の支援体制の構築(約37%)も、賛成者が3割を超えるにとどまった。

・Q41やQ13への回答結果と総合すると、法的規制が果たす役割に期待はするものの、事柄の性質との関係からも、法律で具体的な事柄を一律的に義務づけられることには

慎重と考える回答者が多かったものと察せられる。

<効果的な誘導策とは>

・個々の事業所の自律性、個別性を尊重しつつ、対策の効果を高めるための誘導策を立法化することへの賛否を尋ねた。その結果、①個々の組織のメンタルヘルス状況の良い点と悪い点を総合評価して対応策の実施を促進させる方法につき約8割、②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公表する方法につき約85%、③多くの不調者を生み出しながら十分な対策を講じていない組織を公表する方法につき約82%の賛意が示された。

中でも、③の方法に8割以上の賛意が示されたことが特筆される。単に「叱る」施策でなければ、「叱る」場合があっても法政策として受け入れられる可能性が示唆される。

<パーソナリティや発達に問題を抱える労働者その他職務への定着が困難な労働者の割合と対応法>

・調査の結果、過去3年間にメンタルヘルス不調者が発生した組織でも、背景に本人のパーソナリティや発達の問題があると解され、なおかつ職務への定着が難しい労働者の全従業員に占める割合は、0.1%程度であることが多いことが判明した。

・リワーク施設等の利用の結果については、「症状はいったん快復したが、パーソナリティなどの問題が改善せずに再発再燃し、けっきょく職務に定着できなかった」が過半数を占め（約53%）、複数回答可の前提ながら、「症状が改善せず、けっきょく職務に定着できなかった」も約39%に達した。「症状もパーソナリティの問題も改善し、職務に定着できるようになった」は32%だった。

・こうした労働者への対策を誰が行うべきかを尋ねたところ、「労働者自身、家族、公的機関、医療機関、福祉関係機関、企業などの関係者全て」との回答が最も多く、約68%を占めた。たとえ本人要因の強い不調者に関する問題であっても、企業を含めたステーク・ホルダー全ての対応課題と考える回答者が多いことがうかがわれる。

<発症増悪事由の業務上外で（法的）対応を分ける考え方の是非>

・業務上外に応じて法的に求められる対応を分ける日本型の仕組みと、原則として両者を分けないヨーロッパ型の仕組みのいずれが良いと考えるかを尋ねたところ、「日本型の方が良い」が約4割、「ヨーロッパ型の方が良い」が約22%で、一応日本型に軍配があがったが、「どちらともいえない」が約38%にのぼり、判断に迷う回答者が多かったことをうかがわせる結果となった。

<組織と精神科主治医の関係>

・精神科主治医の休復職に関する診断について、不調者や職場の実態を踏まえていないと感じた経験があるかを尋ねたところ、「ある」が約4割にのぼり、「ない」の約26%を大幅に上回った。

・他方、精神科主治医への主な面談申込者は、産業医が約52%で過半数を超え、医療職以外の者が主治医にコンタクトすることに一定の抵抗感を感じている可能性がうかが

われた。

・また、面談を申し込んだ後の主な結果に関する回答から、主治医側で組織からの面談申し入れを断る例はさほど多くなく、申し入れを躊躇する組織側に杞憂が生じている可能性が示唆された。

<不調者管理に際して組織側の関係者が知るべき情報>

・少なくとも診断名や典型的症状については、種々の人事措置に際しても最低限必要な疾病性に関する確認事項と考えられている可能性がうかがわれた。逆に、処方薬の如何は原則として医療マターであって、使用者の管轄外と認識する傾向がうかがわれた。

もっとも、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）を好例として、処方薬と人事労務管理を分断することが難しい場合もある。

・従前の判例でも、専門医による疾病性の確認は一種の手続的要件として重視されており、人事労務管理において疾病性を無視することはできないため、使用者が適正な手続のもとで一定範囲の医療情報を取り扱うこと自体は肯定されざるを得ないと解される。

<メンタルヘルス対策における産業医の役割>

・総じて、産業医が産業（精神）保健に関する組織（集団）への働きかけ、主治医との連絡、職場の観察や従業員との個別面談を含めたコミュニケーター的な役割を担っている場合が多いこと、とはいえ、不調者に寄り添ったり、その環境調整にエフォートを割くような直接的な関与はできていない場合が多いこと、他方で、社内規定など組織の秩序の基本づくりへの関与や、経営上層部への就業条件の本質的な改善提案などは殆どできておらず、法政策上果たすべきとされているメンタルヘルス情報の管理も実施されていない場合が多いことが看取された。

・本調査において、国の統計に比べて産業医の選任率がかなり低く見積もられたことの影響にこうした事情が無かったとは言えない。

<メンタルヘルス対策における嘱託精神科医の役割>

・メンタルヘルスに関しては、総じて産業医よりも高い介入効果を認められているが、そのポイントは、不調者の早期発見、診断及び治療、主治医との情報交換、主治医の診断の相対化など、精神科の専門性を活かした医療的な面にあったと解されるため、産業医とはそもそも期待される役割が異なっていると考えられる。

<メンタルヘルス情報（メンタルヘルスに関する個人情報）に関する法的規制の周知度合い及び規制内容への納得度合い>

・先ず、関連する法規制（憲法、刑法、特別刑法、民法、個人情報保護法などの法律とその解釈例規、裁判例など）について知っているかを尋ねたところ、「業務に関わる部分の一部は知っている」が最も多く28%強、「ほとんど知らない」が28%弱でこれに続いた。「よく知っている」と「おおむね知っている」は合わせても29%弱に過ぎなかった。

・また、「よく知っている」と「おおむね知っている」と回答した方を対象に現行の法

規制のありようについての所感を尋ねたところ、「おおむね妥当」が最多で約64%を占めた。

・拙速に結論は出せないが、現行の法規制については、集約（特に複数の法規に共通する原則や、各法規の背景にある原則、各原則間の調整原理の抽出）と周知が課題であると解される。

<精神障害者雇用（の観点でのメンタルヘルス対策の）普及度合い>

・調査の結果、他の類型の障がい者に比べ、精神障がい者を雇用している組織は未だ少なく、他方、既に採用済みの労働者が発症して精神障がい者となった場合にも、処遇の枠組み自体を変更する組織は少数派にとどまることが判明した。

・現に精神障がい者を雇用している組織の多くが、精神障がい者と承知の上で雇用をする以上、一定の個別的配慮は必要だと認識していること、ただしその内容は、いわゆる就業上の配慮を中心とするもので、出退勤時間の自由化や人的措置など、職場秩序に一定以上の影響を与えたり、付加的な手間ないしコストのかかる措置を避けようとする傾向にあることがうかがわれる。

・未だ少数派ではあるが、福祉系の資格者を選任する組織が出て来ていること、選任しているところでは、主に組織内でのコミュニケーションや実作業の支援を行っていることがうかがわれ、社会保険・社会福祉給付の受給支援など、社会保障制度に関わる支援はさほど多く実施されていないことがうかがわれる。もっとも、福祉系資格者を選任している企業には相当大規模な事業所が多いと解されることから、社会保障関係の手続は既に内製化されている可能性もある。

・回答者の全体傾向としては精神障がい者雇用について消極的ながら、過去に雇用経験がある組織に所属する回答者の中には、多様な人材を受け入れられる風土やキャパシティが組織に醸成され、至局、メンタルヘルス不調者一般や健常者の人事労務管理にも貢献すると考えている者が半数近く存在することが判明した。

<今後10年間のメンタルヘルス不調者の増減傾向の予測>

・今後10年間のメンタルヘルス不調者の増減傾向の予測を尋ねたところ、「増加する」が約56.4%、「ほぼ横ばい」が約37.3%で、両者を合わせると実に9割を超え、JIL調査と概ね符合する結果となった。

<国の施策の認知度>

・国が苦心して立案し、周知を図って来た施策が、十分に浸透しきれていないことがうかがわれる。また、労災補償の認定基準は、予防のための行為規範にも広く影響することを想定して策定されていると解されるが、実際には必ずしもそうになっていない可能性がある。このことは、組織の経営者が一般的にメンタルヘルス対策をさほど重視していないことの証左である可能性もある。

<職域におけるメンタルヘルス対策の促進に法律が果たす役割>

・「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お考えになりますか」との問いに対して、「そう思う」との回答が約8割（78.8%）に達し、「そうは思わない」との回答（13.8%）を大きく凌駕した。

・他方、Q13～16による調査から、法的規制が果たす役割に期待はするものの、事柄の性質との関係からも、法律で具体的な事柄を一律的に義務づけられることには慎重と考える回答者が多く、個々の事業所の自律性、個別性を尊重しつつ、対策の効果を高めるための誘導策の立法化を支持する回答者が多かった。

・以上の結果などから、国の法政策に対しては、基本的な目標設定、目標を実現するための主な手続の設定、手続に関与する重要な主体（利害関係者、専門家等）の設定、適性に手続を果たす事業者へのメリットの付与とそうでない事業者への制裁、不調者への差別禁止などの最低限の基準設定などが求められていると解される。

A. 研究目的

①過去2年間にわたる諸外国の関連法制度の背景・特徴・効果に関する調査（及び関連分野の専門家による法制度調査への示唆）の成果を踏まえ、妥当性のある（法）政策提言を行うこと。

②その目的に必要な限りで日本の企業等におけるメンタルヘルス及び対策の実情を明らかにすること。

B. 研究方法

①過去2年間にわたる諸外国の関連法制度の背景・特徴・効果に関する調査（及び関連分野の専門家による法制度調査への示唆）の成果を踏まえ、諸外国にあって日本にないか不十分な法政策、諸外国との比較で顕在化した日本の法政策の特徴などを意識しつつ、日本の法政策への暫定的な示唆を列挙した。

②その示唆が日本で妥当性、実効性を持つかを調べるため、日本の現状、今後の方向性に関する質問票のドラフトを主任研究者が作成し、研究班員全員で討議して、大

問41から成る最終案に至るまで洗練させた。ただし、加筆修正削除等の作業は、基本的に主任研究者が担当した。

③WEBによる社会調査（電子調査）を専門に行う民間業者（ネオ・マーケティング社<<http://www.neo-m.jp/>>）を選定し、WEB上で回答可能な質問画面の作成、調査、単純集計、クロス集計等を依頼した。調査対象者は、(i)当該業者と関係を持つモニター（業者の公表では200万人強）の中で、企業等の組織でメンタルヘルス対策に直接又は間接に携わっている者、(ii)産業医学推進研究会（*）に所属し、メーリングリストに加入している者、の2種類とした。(i)については、委託前に実施した出現率調査により400サンプル程度の回収が見込まれていたところ、実際にも400サンプルを得ることができた。(ii)は、同研究会のご協力により、上記民間業者がWEB上に設置した画面を同研究会に所属する方々に案内し、回答を依頼する方式により、29サンプルを得られた。その殆どは産業医だった（29サンプルのうち約9割は産業保健

スタッフで、その95%が産業医だった)。

(i)(ii)のいずれもWEB上での個人向けかつ匿名の調査としたことで、率直な回答を導けたと解される。

*産業医学推進研究会（会長：宮本俊明（新日鐵住金（株）君津製鐵所安全環境防災部安全健康室上席主幹（産業医・診療所長））：1989年に産業医科大学医学部出身の産業医が中心となり設立した、産業医学に関する研究会。2013年9月時点で、顧問2名、正会員572名（医師455名、保健師等117名）、準会員12名が所属する。

C. 研究結果

1 回答者及び回答者所属先の属性（Q1～2関係）

・平成22年国勢調査産業等基本集計（総務省統計局）によると、産業別の就業者数は、1次産業（農林水産業・鉱業：本調査の設問項目では1～4に相当）267万400人、2次産業（建設業・製造業：同じく5、6に相当）1738万9900人、3次産業（本調査の設問の選択肢では7～19に相当）4419万9600人で、割合は、1次産業約4.2%、2次産業約27%、3次産業約68.8%である。本調査の回答者の所属産業部門別割合は、概ねそれに一致するものの、1次産業で3ポイントほど少なく、逆に3次産業が5ポイントほど多かったことになる。

調査方法がWEBによる調査であって、回答者にインターネット愛用者が多く含まれていると思われること、メンタルヘルス対策に関わっており、なおかつ大問のみで

も全41問にのぼる設問の全てに回答して頂ける程度にこの問題に関心がある方であったことの帰結と解される。

・なお、回答者の所属業種の中でも突出して多いのは、製造業、サービス業、医療・福祉であり、これらの業界での、この問題への関心の高さがうかがわれる。日本労働研究研修機構（担当：郡司正人、新井栄三）「職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査」（平成24年3月30日）（以下、JIL 調査という）でも、メンタルヘルス不調者を抱える事業所の業種は、突出して医療・福祉が多く（76.6%）、製造業は情報通信業に次いで第3位（67.9%）、サービス業（学術研究、専門・技術サービス業：62.1%、宿泊業、飲食サービス業：59.5%、生活関連サービス業、娯楽業：55.5%）も相対的に高い割合にのぼっていた。他方、JIL 調査では対象となっていない公務従事者の回答者割合が比較的高かったことは、本調査結果の特徴の1つと言える。

・回答者所属先の従業員数は、正社員数1000名以上が約3割と最も多く、同じく100～499名が約2割でこれに続いていた。この規模傾向は、JIL 調査の対象者の所属先の最頻値（会社全体の正社員数100～999名で全体の6割を超える）に比べ、明らかに大きい。また、Q9で、回答者所属先に労働組合があるとした方が約45%にのぼることからも、大企業の回答者が比較的多かったことがうかがわれる。この結果にも、回答者がWEBによる調査への協力者であることが影響していると解される。

・回答者所属先の男女比は、JIL 調査の

それとさほど変わらない。

・回答者の職種は、人事・労務・総務スタッフが全体の約56%を占めた。本調査では、産業医学推進研究会のご協力を頂き、概ね産業医から成る29サンプルが加わっていることもあり、メンタルヘルスに関する他の調査より産業保健スタッフの回答者が若干多くなっていた（約10%）と思われるが、その他の職種（経営、営業・営業管理、生産管理、財務・経理、教職など）も35%を超えており、人事労務関係者を中心に、企業等の戦力となっている幅広いスタッフの意見が反映されている可能性が高い。

2 不調者発生の状況（Q3関係）

・過去3年間に所属先で不調者が発生したとする回答者の割合は約63%で、その割合は、従業員の1%以上～3%未満が約3割と最も多く、3%未満全てで約77%にのぼった。厚生労働省の患者調査では、平成23年の気分（感情）障害の推計罹患者は10万3600人で、人口10万人当たりの受療者が入院・外来を含めて82人とされていることと比べても、人事労務に関わる方の多い本調査の回答者に認識されたメンタルヘルス不調者が100人に1～3人いる状況が一般的となると、決して軽視はできない。

・過去3年間の不調者割合の増減については、「変わらない」（約42%）と「増えている」（約50%）を合わせて9割を超えていた。JIL調査では、合わせて78.8%だったので、概ね同様の傾向ながら、本調査の回答者の所属先の方が若干不調者を抱える割合が高かったことになる。故にこそ、

大部の質問に回答して頂けたとも考えられる。

3 対策の概況（Q5、Q4関係）

・回答者所属先でメンタルヘルス対策を講じているか否かについては、「いる」「いない」がほぼ拮抗し、事業の規模が大きくなるほど講じている割合が増える点を含め、JIL調査とほぼ同じ結果となった。クロス集計の結果からは、医療・福祉事業で講じていない割合が高いこと（68%）が判明した。JIL調査でも、医療・福祉の約54%がメンタルヘルスケアに取り組んでいないとされており、この業種での対策の必要性の高さがうかがわれる。

・講じられている対策の内容は、JIL調査とほぼ同じく、相談窓口の設置（約70%）、管理職対象の研修（約60%）、一般職対象の研修（約50%）が多かった一方、少なかったのは、メンタルヘルス担当の専任職員の配置（約11%）、強いストレス要因の調査と対応（約17%）、雇用や所得の維持（へ向けた努力）（約18%）であった。このうち、強いストレス要因の調査と対応は、JIL調査では概ねストレス調査票による調査に相当すると思われるが、やはり実施率は約2割程度と少なかった。担当職員の配置は、兼任では約3割と高かったことから、たとえ配置する場合にも兼任が妥当とのレベルで捉えられていることがうかがわれる。

・他方、対策の必要性を感じるか、との問いには、約76%の回答者が「感じている」と答えていることから、現在所属先が対策を講じていなくても、講じるべきと考えている方が多いことがうかがわれる。な

お、JIL 調査では、現在取り組みを行っていない事業所でも、今後、社内相談対応窓口の設置（25.7%）、管理監督者への教育研修（23.8%）といった、いわば定番とも言える措置を講じたいとするところは約4分の1あり、ストレス状況等に関する調査票による調査も17%を超えていた。

4 対策の効果（Q5SQ2関係）

・所属先で講じられている対策の内容が概ねJIL 調査の結果と一致したことは上述した通りだが、その効果については異なる結果となった。すなわち、本調査では、「現れているかもしれないが、認識できていない」が65.3%で最も多く、「現れている」は約27%にすぎなかった。他方のJIL 調査では、「あると思う」が7割で最も多く、「わからない」は26.4%にすぎなかった。この相違の理由は不明だが、JIL 調査での肯定の選択肢が「あると『思う』」とされていたことにある可能性は否定できない。

5 対策の具体的内容～要員配置～（Q6関係）

・所属先でメンタルヘルスのための要員を配置していると回答した方の割合は約3割、そのうち専任スタッフを配置していると回答した方の割合は概ね35%程度であった。JIL 調査では、専門スタッフの有無を尋ねる設問に対し、約58%の事業所が「あり」、約40%の事業所が「なし」と回答していたが、専任か否かは問われていなかった。なお、専門スタッフの主な職種は産業医やカウンセラーだが、職種から専任・兼任を推定することはできない。

6 対策の具体的内容～衛生委員会等での審議～（Q7関係）

・衛生委員会等でメンタルヘルス対策に関する審議を行っているか、との問いには、約3割が「審議している」と回答し、そのうち約7割が個別事例への対応方法を協議していると回答し、同じく8割強が1次予防策について協議していると回答した。JIL 調査では、メンタルヘルスケアに取り組んでいると回答した約5割の事業所のうち約3割が衛生委員会等での調査審議を挙げたものの（*となると、回答事業所の約15%のみが審議を実施していたことになり、本調査の回答者（所属先）の実施率の約半数にとどまることになるが）、審議内容についての設問はなかった。

なお、本調査では高い割合で協議していると回答された1次予防策の具体的内容までは調査が及ばなかったが、上記<対策の概況>との関係では、教育研修が含まれている可能性もある。となると、回答者にQ12やQ13で示した本質的な1次予防策がイメージされていなかった可能性もある。

7 対策の具体的内容～組織内規定の整備～（Q8関係）

・所属先がメンタルヘルス対策のための組織内規定を整備していると回答した方は、全体の約35%で、その約57%が就業規則内での規定整備、同じく約34%が就業規則の一環としての健康管理規程内での規定整備を実施していると回答したが、就業規則とは別個の規定整備をしているとの回答も2割強あった。

・JIL 調査でも、メンタルヘルスに関す