

る組織内ルールの有無に関する質問が設けられていたが、対象は情報管理や復職管理（復職の手順、復職判定基準など）に関するものに限られていた。調査の結果、情報管理に関するルールを策定している事業所は28%余りで、それもメンタルヘルス関連情報の規制に特化したものではなかった。

「特段のルールはないが、気を付けて対応するようにしている」が最も多く、約45%を占めていた。復職管理については、社内に手順のルールが定められている旨回答した事業所が約33%（従業員数1000人以上では約54%、過去1年間に1か月以上休職又は退職した者がいる事業所では約4割）、判定基準がルールとして定められている旨回答した事業所が約2割、慣行がある旨回答した事業所が約1割であった。情報管理は1次予防を含め、不調の予防と表裏一体の課題であり、復職管理は3次予防の要なので、これらの点に調査対象を絞ったこと自体が合理的と解されるが、メンタルヘルスにおける事業所自治の重要性にかんがみると、他の関連事項に関する規定や規定の効果も明らかにすべきと考え、本調査の対象に加えた経緯がある。

・その結果、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）だった。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、日本の法制度及びその運用では、不調の発症増悪事由が業務上か業務外かで法的に求められる対応が異なるため、所属先の組織内規定における区分の有無を尋ねたところ、23.5%の回答者が「区分している」と回答した。JIL調査において、メンタルヘルス不調者が現れる原因について尋ねたところ、本人の性格の問題を挙げた事業所が最も多かった（約68%）こととも連動し、メンタルヘルス不調をすべからず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」と回答している。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。

8 対策に関与すべき者～労働組合～（Q9関係）

・先述した通り、本調査では、所属先に労働組合ありとした回答者の割合が約45%にのぼったことから、回答者に大規模事業所属者が多かったことがうかがわれる（JIL調査でも労組の有無を尋ねているが、回答会社では38%が「有り」と回答しているため、こうした課題に関する調査に協力する方には、大規模事業所属者が多くな

る傾向があるように見受けられる)。

・しかし、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」と回答した方に具体的な関与の内容と効果を尋ねたところ、前者について最も多かった回答は、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)で、続いて長時間労働防止のための諸活動(47%)であった。不調者の休復職管理、労働時間以外のメンタルヘルス関連事項に関する規定整備についても15%以上の回答があったが、不調者へのジョブコーチのあっせん(約5%)、退職者の転職支援(約8%)、同じく公的支援制度のあっせん(6%)、メンタルヘルス専門スタッフの選任(約5%)といった、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。

・特筆すべきは、労組の関与がもたらした効果についての回答で、「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%に過ぎなかったことである。

・なお、JIL 調査における労組に関するデータは、メンタルヘルス不調者の最初の把握者に関するものに限られ、なおかつ、労組と回答した事業所がわずか0.1%であったことが示されている。

・総じて、今後のこの課題にかかる労組の関与の拡大の可能性を感じさせる。

9 対策の効果指標 (Q10関係)

・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。その他は、質問紙でのストレス調査の結果から、作業関連疾患の罹患率、自発的な離職率、職務満足感、(守秘条件下での)従業員への聞き取りの結果に至るまで、全て2割台にとどまった。

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。

10 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～(Q11関係)

・JIL 調査でも、メンタルヘルス不調者の発生の最大の原因は本人の性格的問題と考えている事業所が多いことは前述した。そこで、そうした問題を持つ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。

割合は少なかったが、①「過去の既往歴などの情報の確認」(約19%)、②「過去の欠席率・欠勤率などのデータの確認」(約18%)、③「紙面での心理テスト的なツールの活用」(約17%)などにも2割程度の該当があった。④「関係者などへの身上調査」も約13%が該当した。

このうち、②には特段の法的問題はないと解される。④も、三菱樹脂事件最大判昭和48年12月12日民集27巻11号1536頁の判示(例えば、「企業が雇傭の自由を有し、思想、信条を理由として雇入

れを拒んでもこれを目して違法とすることができない以上、企業者が、労働者の採否決定にあたり、労働者の思想、信条を調査し、そのためその者からこれに関連する事項についての申告を求めることも、これを法律上禁止された違法行為とすべき理由はない」、とする部分等）に照らし、違法とまでは言い切れないが、プライバシー保護の要請等との関係上、望ましくはないと解されている（平成5年5月10日付け事務連絡「採用選考時の健康診断について」、平成13年4月24日付け厚生労働省職業安定局雇用開発課長補佐から都道府県労働局職業安定主務課長宛事務連絡を参照）。

・以上のデータの中でも注視すべきは、「特に対策を講じていない」との回答が最も多かったことである。本調査は、インターネットを利用した匿名調査であって率直に回答し易い条件にあったと解される（だからこそ、割合は少ないながら①～④の回答が導かれたと察せられる）。にもかかわらずこの結果になったということは、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。

1 1 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～（Q12関係）

・過重労働やメンタルヘルス不調に関する

日本の判例の中には、人事労務管理の基本事項にかかるミスやミス・コミュニケーションを業務上の過重負荷ないし法的な過失と認めたものが多い。また、行政の発出した精神障害の労災認定基準でも、こうした事柄に深く関わる出来事が多く捕捉されている。さらに、本調査研究の過程で、イギリスの行動科学分野の有力な研究者から、人選、教育訓練、モチベーション、職務設計の4点がメンタルヘルスに深く関わる旨の示唆を受けた。

そこで、組織内でメンタルヘルス対策に関わっている回答者に、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。

1 2 法的規制が適当な対策（Q13関係）

・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で、「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考えるか」との質問に、約8割が肯定的回答をしたこと、他方、本設問(Q13)において、我々が列挙した5つの事柄以外に法的規制に適するものがあるとの回答は約3%、「特になし」の回答も約18%に過ぎないこととの関係では、「総論賛成・各論反対」の感も否めないが、要は、**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ということではないかと察せられる**(このことは、Q42FA(自由記述)2の回答からもうかがえる)。

1.3 効果的な誘導策とは(Q14～16関係)

・現在の法政策上、法律に与えられる性格、果たす役割は多岐にわたっており、Q13の回答からもうかがわれる通り、特にメンタルヘルス対策では、具体的な事柄の一律的義務づけが国民の合意を得、奏功するとは限らない。そこで本調査では、**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てい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。

中でも特筆すべきは、③の方法に8割以上の賛意が示されたことである。信賞必罰を想起させる順に質問が並べられていたことも影響した可能性はあるが、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**。

1.4 業務上外判定の公的支援に対するニーズの有無(Q17関係)

・上述した通り、日本の法制度及びその運用では、不調の発症増悪事由が業務上か業務外かで法的に求められる対応が異なるため、両者を区分する必要があるが、たとえ行政から認定基準が示されていても、実際の区分に困難を来すことは少なくない。かといって、事業所関係者に対して、すべからく労働基準監督署への相談等を求めることは、現実的には難しい。そこで、職場にメンタルヘルス不調者が発生した場合に、その要因の業務上外判定を守秘条件下、廉価で支援する公的機関があれば利用する可能性を尋ねたところ、「可能性あり」との回答が過半数(約52%)に達した。あえて「わからない」(約36%)を加えると、実に9割近くの回答者が利用の可能性を示唆したことになる。

1.5 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(Q18～22関係)

・先述した通り、JIL調査において、メ

ンタルヘルス不調者が現れる原因について尋ねたところ、本人の性格の問題を挙げた事業所が最も多かった（約68%）。そこで、その実相を確認するための設問を4問用意した。

・まず、過去3年間に、メンタルヘルス不調者の中で職務への定着が難しい労働者が何割程度いたかを尋ねたところ、1～9%との回答が最も多く（約46%）、「いなかった（いない）」が約32%、10～29%が約14%でこれに続いた。

・次に、その背景に社会的未熟さなどの本人のパーソナリティや発達問題が主な原因となっていることがうかがわれる労働者が何割程度いたかを尋ねたところ、1～9%との回答が最も多く（約49%）、10～29%が約16%、「いなかった（いる）」が約13%でこれに続いた。

・すると、メンタルヘルス不調者のうち、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割合は、わずか1%程度に過ぎない場合が多かったということになる。

・また、そもそも、Q3につき、過去3年間に所属先でメンタルヘルス不調者が発生したと回答した方は約63%であり、その割合は、全従業員の1～3%程度が最も多かった（約32%）ことからすると、メンタルヘルス不調者が発生した組織でも、こうした労働者（：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%程度である場合が多かったということになる。

・加えて、そうした労働者に利用させたことのある施設や制度を尋ねたところ、①

「地域障害者職業センターや医療機関が開設しているリワーク施設」（約3割）、②「それ以外に民間団体が開設しているリワーク施設」（約16%。複数回答可としたため、①②の回答は重複している可能性が高い）との回答があったものの、「利用させたことのある施設や制度はない」との回答が約6割を占めた。

・焦点となる施設や制度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」との回答が過半数を占め（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」が32%だったが、これを多いとみるか少ないとみるかは、識者により見解が分かれるように思われる。

・この質問項目の最後に、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。これらの関係者のうち、企業のみを外した選択肢については約14%、「労働者自身と家族」との選択肢については約17%の回答にとどまったことから、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える。

16 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（Q2

3 関係)

・上述した通り、日本の法制度及びその運用では、不調の発症増悪事由が業務上か業務外かで法的に求められる対応が異なるため、両者を区分する必要があるが、たとえ行政から認定基準が示されていても、実際の区分に困難を来すことは少なくない。

そこで、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ず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。

結果、「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。

1.7 組織と精神科主治医の関係（Q24～25関係）

・今回調査対象としたヨーロッパ諸国では、雇用者と主治医の連携的対応の必要性を示唆する政策や文書の存在が認められたが、この点に関する日本の実情についてはJIL調査でも質されていなかった。

・そこでまず、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。

・次に、組織側から精神科主治医に面談を申し込んだ経験の有無を尋ねたところ、「ある」は約3割にとどまり、続いて主な面談申込者を尋ねたところ、産業医が約52%で過半数を超え、本人の直属の上司が約24%、人事労務部員が約23%でこれ

に続いた。

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る。

・また、面談を申し込んだ経験有りとは回答した方にその主な結果を尋ねたところ、「面談でき、主治医と連携できるようになり、不調者の快復に貢献した」との回答が最多で約28%、次に「面談はできたが、その後の連携が進まなかった」と「面談でき、その後の連携もできたが、不調者の快復には貢献しなかった」がほぼ同ポイントの約25%強、「主治医に面談を断られたり、回避され、連携が進まなかった」は約16%にすぎなかった。

このことから、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る。

1.8 不調者管理に際して組織側の関係者が知るべき情報（Q26関係）

・メンタルヘルス不調者の管理に際して人事労務担当者や直属の上司が知るべき医療関連情報を尋ねたところ、診断名（約58%）、必要な就業上の措置（約58%）、発症の背景事情（約56%）の3つが過半数を超えた。その他、典型的な症状（約44%）、禁忌事項（約41%）が4割を超えたが、処方薬については、3割弱にとどまった。

・これまで、行政の発出ないし公表してきたガイドラインや文書等では、使用者は、原則として診断名等の生データを取り扱うべきではないとのスタンスが示されてきたが、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る。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る。もっとも、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）の服用者について自動車の運転の制限を検討する企業も出て来ており、また、用法や分量によってはそれが不適當と言い切れない面もあるため、処方薬と人事労務管理を完全に分断することも難しい。

労働者の傷病（が影響した業務遂行能力の低下や非違行為）を理由とする解雇等の不利益措置に関する従前の判例でも、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。

19 メンタルヘルス対策における産業医の役割（Q27関係）

・この点にはJIL調査でも力点が置かれている。同調査の結果を簡潔に示せば以下の通り。

①メンタルヘルスケアの担い手として事業所が最も重視しているのは、「職場の上司・同僚」（38.3%）であり、産業医等の健康保健スタッフとの回答は6%にとどまった。

②メンタルヘルスケアに取り組んでいる事業所のうち、過半数（約58%）が専門スタッフを配置しており、そのうち76.5%は「産業医その他の医師」をもって充

てていた。

③一人の産業医が身体の健康に加え、メンタルヘルスを扱うことは難しいと感じたことがあると回答した事業所の割合は全体では約4割だったが、実際に産業医を選任し、この問題について考えたことのある事業所では約6割を占めた。産業医として勤務する医師に内科医や外科医が多く、精神科医が少ないことの帰結とも言えるが、産業医としての勤務に一般的なメンタルヘルスの知識が必要との認識が浸透していないことの証左とも考えられる。

④複数の産業医で構成され、応分の経費・手間をもって専門的対応ができる社外の産業医チームの利用可能性については、大規模事業所ほど可能性ありと回答し（1000人以上規模では約5割）、全体では約4割が可能性ありと回答した。

・本調査の結果の要点を示せば以下の通り。

①回答者所属先の産業医の選任率は37.5%であった。国の調査では、事業所規模50人以上での産業医選任率は87%（平成22年労働安全衛生基本調査）であり、他方、本調査の回答者所属先に大規模事業場が多いことを考えると、回答者にとって産業医の活動や存在を実感できておらず、外形上選任されていても、されていないと回答した可能性も否定できない。

②所属先が産業医を「選任している」と回答した方のうち、専属産業医がいると回答した方は約47%、複数いると回答した方は約16%であった。

③メンタルヘルスに関連して産業医にしてもらっている業務は、健康相談（約55%）が最も多く、健診での問診（54%）、長時

間労働者対象の面接指導（約48%）、職場巡視（約42%）、休復職判断（43.5%）、休復職判断のための面接（約40%）などがこれに続く。その他、不調者に関する就業上の措置の勧告（36%）、衛生委員会への参加（36%）、専門医の紹介（約35%）、復職後の経過観察（約33%）なども実施率が3割を超えている。

他方、回答者の中では実施率が低かったのが、法律問題が生じた場合の弁護士との連携（約9%）、関連する社内規定（就業規則や健康管理規程等）の整備、改定への関与（約15%）、経営上層部に対する改善施策（特に1次予防策）の提言（約17%）で、残念ながら、不調者をめぐる関係者（人事、ライン管理職、産業保健スタッフ、主治医など）間の連携のかなめの役割も、約22%にとどまった。

その他、医学的診断や治療が約21%、従業員のメンタルヘルス情報の管理が約27%であったことも注視に値する。

④産業医の選任によるメンタルヘルス面での効果については、「感じている」との回答（約43%）が最も多かったものの過半数には達せず、「どちらともいえない」との回答（約38%）と拮抗していた。

⑤「効果が出ていると感じている」とした回答者に対し、そのポイントを尋ねたところ、「従業員がメンタルヘルス問題について理解するようになった」（約74%）との回答が最多を占め、「不調者を早く発見できるようになった」（約6割）、「不調者の適正な管理ができるようになった」（約54%）、「主治医とのコミュニケーションがとれるようになった」（約52%）がこれに続いた。

逆に回答率が低かったのが、「病にかかる

者が減った」（約12%）、「心身の両面で働きやすい職場づくりが進んだ」（約12%）、「従業員の生産効率が上がった」（約6%）であった。

・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ことが多いこと、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ことが多いこと、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ことが多いことが看取される。

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背景にこうした事情が無かったとは言えない。

20 メンタルヘルス対策における嘱託精神科医等の役割（Q28関係）

・この点に関するJIL調査の結果の要約は以下の通り。

すなわち、メンタルヘルスケアに取り組んでいる事業所のうち、過半数（約58%）が専門スタッフを配置しており、そのうち76.5%は「産業医その他の医師」をもって充てていた。更にその76.5%（専門スタッフとして医師を配置している事業所）のうち、精神科医などメンタルヘルスを専門とする医師を配置している事業所は、約3割であった（調査対象事業場全体のう

ち約6.7%）。

・本調査結果の要約は以下の通り。

①所属先が嘱託精神科医または指定医となる精神科医を選任していると回答した方は約16%であった。

②実施してもらっている業務としては、「不調者の医学的な診断」が最多で約58%、「不調者との定期的または一定条件を充たした際の面談」が約55%でこれに続いた。その他、「不調者の治療」が約39%、「不調者の休復職判断」が約37%で3割を超え、「主治医との情報交換等」も約3割に達した。他方、「法律問題が生じた場合の顧問弁護士などとの連携」は約6%、「組織のメンタルヘルス体制づくりの企画立案」も約18%と少なかった。

③選任によるメンタルヘルス面での効果については、「感じている」が約6割に達した。その内容については、「不調者の適正な管理ができるようになった」が最多で約58%に達し、「主治医の診断を相対的にみられるようになった」が4割、「主治医とコミュニケーションがとれるようになった」が約38%、「不調者を早く発見できるようになった」が約33%でこれに続いた。

・以上の調査結果を産業医に関するものと比較すると、以下のようになれる。

すなわち、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。

2.1 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（Q29～30関係）

・メンタルヘルス情報は極めて機微な情報である反面、関係者が一定範囲で知っておく必要性があり、正当性や妥当性の判断に困難を伴う場合が少なくない。また、関わる法規や行政が発出・公表して来たガイドライン等が複数にわたること、内容が複雑かつ相対性があること等も、関係者による判断の困難さを増しているように思われる。

他方、メンタルヘルス情報の取り扱いのありようは、メンタルヘルス対策と表裏一体の重要課題といえる。適正な取り扱いルールが設定、周知されていれば、不調者から組織への情報の流通が進み、適正な健康管理に貢献する可能性が高いこと、上司と部下の信頼関係が強ければ、本人同意のもとに必要な情報が流通し易くなり、2次・3次予防が進むと共に、そうした関係性がある職場では、そもそも心因的な不調が生じにくくなる点で一次予防にも貢献する可能性が高いこと等が好例といえる。

そこで本調査では、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29%弱に過ぎず、「全く知らない」も15%強あった。

・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%、その他は、「複雑すぎて、現場での実際の対応方法が分かり難い」、「厳しすぎるところと甘すぎるところがちぐはぐ」、「甘すぎる」、「厳しすぎる」のいずれも10%前後にとどまった。

回答者の法規制についての実際の理解の範囲や程度が不明なため、拙速に結論は出せないが、以上の結果から、**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。

2.2 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（Q31～38関係）

・精神障害者雇用に関する規制（差別禁止規制、雇用促進・福祉的規制の双方を含む）は、主に3次予防面でメンタルヘルスに貢献すると共に、障害とは何か、何が問題であり、なぜ救済の必要があり、どうすれば救済できるのかについての歴史的経験を踏まえた社会秩序的な価値判断を示すため、それらが職場の行為規範となれば、2次予防や1次予防にも貢献する。そこで本調査では、組織における精神障害者雇用の普及度合いに関する質問項目を設けた。

・まず、所属先が公的に障がい者認定を受けている精神障がい者を雇用しているか（但し特例子会社での雇用を除く）を尋ねたところ、「雇用している」が約23%であった。政府の統計（平成24年「障害者雇用状況の集計結果」）でも、雇用されている

精神障がい者の数は約1万7千人で、身体障がい者（29万千人）、知的障がい者（7万5千人）に比べ、割合がかなり少なくなっており、符合する結果といえる。次に、障害者用の雇用管理区分（いわゆる障がい者枠）を設けているかを尋ねたところ、「設定している」が約29%であった。また、もともと健常者枠で採用したが、その後発症して障がい者枠へ変更された者がいるかを尋ねたところ、「いる」と「いない」がほぼ4割ずつで拮抗する結果となった。さらに、「いる」と回答した方に彼らへの処遇について尋ねたところ、「（全員）健常者としての処遇のまま」と「健常者として処遇している者と障がい者として処遇している者が混在している」共に44.4%で拮抗する結果となり、「（全員）障がい者としての処遇に変更済み」は7.4%にとどまった。

・以上の結果から、**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、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**ことが看取される。

・現在、所属先が精神障がい者を雇用していると回答した方を対象に、同じく通常、健常者には実施しない特別な配慮（いわゆる合理的配慮）を実施しているかを尋ねたところ、「実施している」が約6割に達し、続いてその具体的内容を質したところ、「負荷のかかる仕事を指示しない」が約51%で最も多く、「労働時間の制限」（約48%）、「定期的な面談と状態確認」（約34%）、「本人に話や行動のペースを合わせる」（約32%）がこれに続いた。「ジョブコーチの選任」、「相性の合う人物との隣接配置」も

3割を超えた。逆に少なかったのは、「フレックス・タイム制の適用か、出退勤時間の自由化」（約14%）、「医師との面談」（約14%）、「心理専門職との面談」（約10%）などであった。

・以上の結果から、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。

・回答者全員を対象に、所属先において、社会福祉士（SW）、精神保健福祉士（PSW）などの福祉系の資格を持つ職員を選任しているかを訪ねたところ、「選任している」との回答が約1割（11.2%）あった。その内訳を尋ねたところ、SWが約67%、PSWが約25%であった。さらに、してもらっている業務を尋ねたところ、「本人と職場の上司や同僚などとのコミュニケーションや人間関係の調整・支援」が約48%で最も多く、「本人が仕事上出会う人々とのコミュニケーションの支援」（約42%）、「本人の職務のサポート」（約42%）がこれに続く。その他、2割を超えたのは、「本人に合った適切な精神科医の紹介」（約27%）、「社会保険や社会福祉給付の受給支援」（25%）、「不調者のメンタルヘルスに関する相談受付」（約23%）であった。

・以上の結果から、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わかる。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。

・以上の質問・回答の手続を経たうえで、回答者全員を対象に精神障がい者雇用についての率直な存念を尋ねたところ、「消極的」（約33%）が最多を占め、「どちらかという消極的」（約29%）と合わせると約62%にのぼった。逆に、「積極的」は僅か4.7%、「どちらかという積極的」（約12%）と合わせても2割に達しなかった。

消極方向の回答者に理由を尋ねたところ、「社内に適当な受け入れ体制が整っていない」が約61%で最も多く、「適当な支援要員がない」（約39%）、「周囲の従業員に迷惑や負担をかける」（約29%）と続いた。しかし、「過去に受け入れた結果、大きな負担を被ったことがある」は、約7%にすぎなかった。

積極方向の回答者に理由を尋ねたところ、「精神障がい者の雇用が、メンタルヘルス不調者一般や健常者の人事労務管理の参考になる」（約49%）、「組織のダイバーシティ（：人材の多様化）が進む」（約47%）がほぼ拮抗し、「過去に受け入れた経緯があり、業務上問題なく働いていた」も25.4%にのぼった。

・以上の結果から、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

る方の中には、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方が半数近く存在することが判明した。

2.3 今後10年間のメンタルヘルス不調者の増減傾向の予測（Q39関係）

・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割を超えた。

JIL 調査でも、「メンタルヘルス問題は、今後どのような状況になると考えているか」との設問により調査が行われ、「深刻になる」が13.2%、「やや深刻になる」が32.8%、「ほぼ現状のまま」が42.1%で、合計88.1%にのぼっていたため、ほぼ符合する結果といえる。

2.4 国の施策の認知度（Q40関係）

・通称メンタルヘルス指針、同じく職場復帰の手引き、同じくTHP、事業場における健康保持増進のための指針、心理的負荷による精神障害の労災認定基準、雇用管理分野における個人情報保護に関するガイドラインなど、主要な16の行政施策を列挙し、回答者が知っているかを尋ねたところ、「知っているものはない」が35.7%で最も多く、通称メンタルヘルス指針（労働者の心の健康の保持増進のための指針）を知っているが34.5%、パンフレット・職場における自殺の予防と対応を知っているが27.7%、パンフレット・こころの

健康気づきのヒント集などがこれに続いた。意外だったのは、平成23年の「心理的負荷による精神障害の労災認定基準」が14%、平成13年に改訂された「脳・心臓疾患の労災認定基準」が11.7%にとどまったことである。

・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。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。

2.5 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（Q41関係）

・「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。

・とはいえ、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と解されることは、前述した通りである。

・なお、JIL 調査でも、国の関連施策に

対するニーズについて調べられており、結果を要約すれば以下の通り。

①不調を理由とする不利益取扱いを抑制させる施策・制度の設置については8割近くが賛成していた。

②不調の事実を産業医等の医療職以外には知らせないようにする施策・制度の設置については約6割が賛成していた。

③ストレスに関連する症状や不調を呈する労働者が、適宜（てきぎ）専門家による対応を得られるようにする施策・制度の設置については約87%が賛成し、産業医や精神保健の専門医等が事業者に就業上の措置を勧告できるようにする施策・制度の設置についても約77%が有効と回答していた。

・以上から察するに、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手続の設定、手続に関与する重要な主体（人選）の設定、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。

D 及び E. 考察及び結論

・本調査の結果判明したことがらを整理すれば、以下の通り。

<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い可能性もある。

・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ず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%にすぎなかった。

<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「休息時間」）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ていないが充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%程度である場合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つた」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つた」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ことが多いこと、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ことが多いこと、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こと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背景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、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。

F.研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

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

なし

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示唆に関する一考察

— 社会学的観点から —

分担研究者 荻野 達史 静岡大学 人文社会科学部・教授

本報告では、このプロジェクトが実施した「今後のメンタルヘルスに関する法政策に関する企業（団体）調査」から得られたデータについて、社会学的な視点に基づき検討を加えるものである。分析方法としてはクロス集計が主となるため、たとえば各変数の独立効果を測定するには至っておらず、多変量解析を用いた検討がさらに必要となる。しかし、現段階においても幾つかの注目すべき事柄は見いだせた。

まず、基礎的な認識として、企業規模が企業における諸々のメンタルヘルス対策のあり方に基底的な影響を与えていることを確認し、まず小規模企業で顕著に実施が低率になっている取り組み（メニュー）を明示した。これは地域産業精神保健の観点から重要な問題である。

その上で、社会学的な視点として、とりわけ医療化的な議論を紹介した。産業精神保健の文脈に限定していえば、この医療化論的議論とは、職場領域におけるメンタルヘルスに関わる精神医学的・心理学的な専門知の普及や臨床実践の浸透は、本来的には環境改善が図られるべき「労働問題」が、個人を対象とした治療やケア、ないしは「啓発」活動にすり替えられてしまうという批判ないしは危惧である。

結論からいえば、この批判・危惧は当たっていない部分もあり、反面、可能性として否定出来ない部分もあったといえることができる。当たっていない部分としては、メンタルヘルス対策として実施されているメニューを見れば、たとえば個人的ストレス耐性の強化に取り組んでいるという企業は少数派である。また、本調査の一つの特色ともいえるが、メンタルヘルス対策への労働組合の関与を聞いた設問があり、正規社員 500 名以上の企業では 45%程度が労組を関与させている。さらにその関与内容を確認すると、個別事例についての取り組みばかりでなく、労働条件・職場環境のチェックや関連社内規定整備への参加がある。これらは、メンタルヘルス対策が必ずしも個人水準に還元されているとはいえず、そこには環境改善に繋がる回路もまた形成されていることが示されている。そして、労組の問題とは、当該企業がメンタルヘルス対策にどれほど取り組む姿勢を有しているのか、それを知る象徴的な局面であることも検討から伺われた。

逆に、医療化論的な危惧が一定の現実性を持つことも示された。本報告では、とくに