(schizophrenia)、⑤パーソナリティ障害(personality disorder)

ただし、違法な薬物使用による精神的な機能障害は、ADA の保護する障害の定義から除外されると解されていることから、文言解釈に法理論的な価値判断（＊この場合は刑事法上の「原因において自由な行為」に類似する考え方）が介在することを看取できる。

また、これらの疾病類型に該当しても、それ（ら）によって１つ以上の主要な生活活動が実質的に制限されなければ同法にいう障害には該当しない。

「実質的な制限」の有無は、０８年法と施行規則上、①制限の程度と②期間の長さを参考に判断されるとされており、EEOC のガイドラインでは、生活活動の制限が数ヶ月以上継続することが必要とされている。しかし、前掲の第３条(4)(D)との関係上、問われるのは症状の継続期間自体の長短ではなく、あくまで生活活動の制限の長短であることに留意する必要がある。

・EEOC のガイドライン（「精神障害ガイドライン」）に掲載されている精神障害に関わる生活活動ごとの判断規準は以下の通り。

①他者との交流：同僚や上司と仲が悪いのみでなく、常に敵対的関係にある、社会的引きこもりである、必要なコミュニケーションがとれない等の深刻な問題が必要。

②集中すること：長時間会議での疲労による一時的なものではなく、不安障害により集中できず、細かいミスを繰り返し、注意を受けても改まらない等の状況が該当する。

③睡眠：精神的機能障害による場合にも、寝付きが悪い、時々充分な睡眠がとれないだけでは不充分であり、PTSD により数ヶ月にわたり睡眠薬なしではわずかしか寝られない場合や、うつ病により数か月間１日に２、３時間しか寝られない場合等が該当する。

④自分自身の世話：平均人と比較して、起床、入浴、着替え、食事の用意と摂取などの基本的活動が困難な場合が該当し、うつ病により睡眠過多となり、基本的行動が取りにくくなる場合も含まれ得る。

・ADA において差別禁止対象となるのは、合理的配慮があれば、あるいはなくても、職務の本質的機能を遂行できる個人（適格性を持つ障害者）（第１０１条(8)）に限られる。使用者が、学歴、熟練、経験等の職務に関連する基準を設定している場合、障害の有無にかかわらず、その基準を充たさなければ、適格性を欠くことになる。

・ADA 第１０２条(a)は、「いかなる適用対象事業体も、応募手続き、労働者の採用、昇進、解雇、報酬、職業訓練、並びにその他の雇用上の規定、条件及び特典に関して、適格性を有する人を障害を理由として差別してはならない」と定め、雇用の全局面における差別を禁止している。ADA 施行規則§1630.2(1)も、同法により禁止される行為には、「採用拒否、降格、休職命令、解雇、ハラスメント、その他の労働条件に関する不利益取扱い等」が含まれるとしている。

・ADA 第１０２条(b)は、同条(a)が規定する差別に該当する例として、以下の７例（要約）を列挙している。

(1)障害を理由として、応募者や労働者の地位や機会に不利となる方法で制限、分離又は分類すること。

(2)適格性を持つ障害者を差別するような

契約その他の取り決めや関係に参加すること。

(3)障害者等の差別につながったり固定化させる管理上の基準、判断規準、方法を用いること。

(4)適格性を持つ個人が関わっている個人が障害を持っていること（の認識）を理由に、その者（適格性を持つ個人）に均等な職務や特典（付加給付等）を付与しないこと。

(5)(A)労働者または応募者であって、（そうした制約がなければ適正に業務を遂行できるという意味で）適格性を持つ、認識された（known）障害者の身体的または精神的制約に対して合理的配慮を行わないこと、ただし、その配慮の提供が、使用者の事業の運営にとって過度の負担を課すことを使用者が証明できる場合はこの限りではない。(B)合理的配慮を提供する必要があることを理由に、適格性を持つ障害者である応募者や労働者の雇用機会を否定すること。

(6)障害者やその集団を排除するような適格性審査基準、試験等の選考基準を用いること。ただし、業務上の必要に基づくこと等を事業側が証明できる場合は該当しない。

(7)感覚、手作業、発話機能等の障害を持つ労働者などを対象とする試験の実施に際して、測定を目的とする技能、適性などの要素が最も効果的に測定されるような方法を用いないこと。

・以上の第１０２条(b)(1)～(7)のうち、(1)～(4)と(7)がいわゆる直接差別（≒差別的取扱い（disparate treatment））、(6)がいわゆる間接差別（≒差別的インパクト（disparate impact））に関する規定と解されている。また、以上のうち(5)が、（実質的に）使用者に合理的配慮の提供を義務づけると共に、過度な負担による免責を認める規定と解されている。

・ADA 施行規則§1630.4(b)は、障害のない人による逆差別の申し立てを認めない旨規定している。

・ADA の定める合理的配慮は、もとは１９７２年の公民権法第７編改定時に、従業員の宗教上の行為に安息日を付与するなど、積極的な配慮をなすべき定めが設けられたところに法律上の起源があるが、そこでは最小限のコストの範囲内を超えるものは過度な負担と解されていた。しかし、ADA の下では、最小限以上のコストを課す概念として再構成された。

・ADA 第１０１条(9)では、(A)にバリアフリー等の施設上の物的な配慮が規定され、(B)に「職務の再構成、労働時間の短縮、勤務割の変更、空席の職位への配置転換、機器や装置の購入・改良、試験・訓練材料・方針の適切な調整・変更、資格をもつ朗読者や通訳の提供、および個々の障害者に応じた他の類似の配慮」が例示列挙として規定されている。

・合理的配慮の要請は、原則として応募者や労働者側からなされねばならないが、根拠法や意味づけ（＊合理的配慮として）を伝える必要はなく、理由と要望事項を端的に伝えることで足りる。ただし、精神障害者の場合、自身の障害について認識がなかったり、合理的配慮の必要性や如何を使用者に伝達することが困難な場合もあるので、使用者側に精神障害罹患に関する認識がある場合、使用者側に「相互関与プロセス（interactive process）」の中で措置内容を特定するなどの積極的な働きかけを求め

る判例もある。

・合理的配慮は、現実に障害を持つ人（ADA 第３条(1)(A)）と、障害の記録を持つ人（ADA 第３条(1)(B)）であって、適格性を持つ人に対して求められるが、障害を持つとみなされた人（ADA 第３条(1)(C)）に対しては求められない（＊実質的に不要の故と解される)。

・使用者が指定医への受診を求めることは、職務関連性と業務上の必要性がある場合にのみ許される。

・ADA の定める過度な負担は、「著しい困難又は費用を要する行為」を指し、配慮の性質及び費用、使用者の財政状況、従業員数、使用者の事業の種類等、多様な基準により判断される(ADA 第１０１条(10))。

・合理的配慮のコストに対する直接的な公的援助の制度はないが、企業規模により、年間５０００ドル以内の税額控除などの優遇措置制度がある。

・精神障害者に対する典型的な合理的配慮について、EEOC の精神障害ガイドラインには、以下のような例が記載されている。

①労働時間の短縮、勤務スケジュールの変更、休暇の付与

有給休暇や追加的な無給休暇の付与、服薬等で午前中の集中力が低下する場合の出勤時間の遅めの時間への変更など。

②職場環境・設備の変更

個室やパーテーションの付与、ヘッドフォンの着用を認めること、集中力を欠く者には会議の際に録音を認めることなど。

③職場のルールの修正

水分補給のための短時間の休憩を１時間に１回認めることなど。

④ジョブコーチの提供

一時的にジョブコーチを障害者に付けることなど。

⑤配置転換

配置転換が合理的配慮となるのは、現職での合理的配慮が使用者にとって過度の負担となるか不可能な場合に限られる。また、使用者が配転義務を負うのは、配転先が空席の場合に限られる。

・精神障害者の服薬管理は職場特有のバリアを取り除くことに当たらず、合理的配慮とはいえない。

・ADA に関する従前の判例は、障害者認定に関するもので、かつ原告敗訴となるものが多かったが（＊２００９年に各巡回区控訴裁判所に提訴された ADA に関する訴訟４５４件（ただし、障害者認定に関するものに限られない）のうち、障害者側が勝訴した件数は９件。精神障害者に限ってみると、同年の訴訟７９件のうち障害者側勝訴は０件であった)、合理的配慮に関するものも一定数存在する（＊林弘子報告Ⅳでは、ADA 施行後１０年間は、障害の定義の範囲に争点が集中していたが、最高裁（U.S.Air Ways,Inc.v.Barnett,535 U.S.391(2002)が、その点を明確化して以後は、合理的配慮の内容に争点が移行していると指摘されている）。例えば、Ralph v. Licent Technologies,Inc.,135 F.3d 166(1st Cir.1998)は、同僚からのセクハラにより精神疾患に罹患して休職した原告が、合理的配慮として復職後の短時間勤務を求めた事案で、当該措置を合理的配慮として認めた。他方、Mobley v. Allstate Ins.Co.,531 F.3d 539(7th Cir.2008)は、睡眠障害を伴う神経性疾患に罹患した原告が、個室での勤務や始業時間の遅延等を認められた他に、在宅

勤務等の配慮を求めた事案で、そこまでの措置を講じる必要はないとした。過度な負担について定める ADA 第１０１条(10)との関係からか、一般に、低コストで済む措置は認められ易い傾向があるようだが、疾病罹患の背景（業務上外）などが考慮されている可能性もある。

・ADA と予防理論（１次予防から３次予防）の関係を整理すると、以下のように言える。

①１次予防との関係：障害者の有無にかかわらず、従業員や職場全体に対して講じられるものである限り、ADA と直接的な関係はない（合理的配慮にも当たらない）。

②２次予防との関係：たとえ使用者が従業員の利益のために不調（者）ないし障害（者）の有無を調査し、発症を予防しようとする場合にも、そのような調査は、業務上の必要性や職務遂行上の必要性がない限り、ADA の禁止する差別に該当する可能性がある。

③３次予防との関係：ADA が予定する障害を持つと判明した者に対して当該障害に応じた合理的配慮を尽くす枠組みは、３次予防と親和的である。ADA では、発症（事由）の業務上外を問わず、障害を持つと判明した者に対して、差別とみなされることを避けるために３次予防的措置として合理的配慮の提供を求められるが、たとえ本人の健康に資する場合でも、配転による降格や、労働時間短縮による賃金減額などは、逆に差別的取扱いに当たる可能性もあるため、労使間の協議が求められることになる。

・情報の取扱いについて、ADA は、基本的に、医学的検査や障害に関する調査について規制を加え、職務の本質的機能のみを調査の対象とすることを促して来た。具体的には、①採用前、②採用後・配置（就労）前、③雇用期間中、の三段階に分けて規制しており、①では、応募者に対する医学的検査や障害に関する調査（質問を含む）を差別として禁止する一方、②では、一定の条件（全応募者に同じ検査を受けさせること、検査結果情報の適正管理が行われること等）の下に、採用者への医学的検査の義務づけ又は医学的検査の結果をもって（遡って）採用の条件とすることを認め（調査や検査後に採用を取り消した場合、障害者差別に当たるかが改めて審査されるが、職務に関連し業務上の必要性に合致することが立証されれば、許容される）、③では、やはり、職務に関連し業務上の必要性に合致することを立証できる限り、障害に関する質問や医学的検査を実施できる（以上、ADA 第１０２条(d)）。

・EEOC は、情報取扱いについて、採用前調査ガイドラインと採用後調査ガイドラインを公表しており、そこには、「障害に関する調査に該当する質問例」、「使用者が自由に労働者に問える質問例」、「医学的検査に該当する例」「・・・しない例」などが詳細に記載されている。この中で、MRI や病気・遺伝情報を明らかにするための血液・尿・唾液・毛髪検査はむろん、精神的不調や精神的機能障害を確認するために作成された心理テストも、医学的検査に該当する例に含められている。しかし、職務能力を測るための身体的な敏捷さの検査、同じく読解力や認識力の能力検査、正直さ・好み・癖などの個性を図る心理テスト、うそ発見器による検査等は、医学的検査には該当しないとされている。

ウ　効果

・障害者の就業率についての調査では、ADA 制定前後で、悪化したか変化なしとする結果が出されている。

・ADA 制定前後で、賃金水準に変化はなかったが、雇用水準については、２１～３９歳範囲で障害者の水準が低下したとする研究が発表されている。

・以上のように、雇用率の改善には必ずしも貢献しなかったものの、特に賃金、職責、昇格、合理的配慮等の面では差別状態の解消に一定程度貢献したことをうかがわせるデータがある（National Council on Disability(NCD), The Impact of the Americans with Disabilities Act: Assessing the Progress Toward Achieving the Goals of the ADA, July 26 2007)。ただし、このデータでも、採用（面接）面の拒否については、大きな変化はみられない。

・なお、以上は身体・精神障害者の双方を含む調査結果であり、アメリカでは、制度や統計上、障害の種別や程度による分類が存しないため、精神障害者に特徴的な結果が生じているかの確認には極めて困難を伴う。

・他方、EEOC での紛争解決状況については、障害類型別の詳細なデータがある。

２０１２年に EEOC で解決に至った ADA に基づく申立２８，７９９件のうち、申立人に有利な解決（和解、取下げ、差別の合理的根拠ありとする調整を含む）は、約２割の５，９０７件となる。その解決済件数２８，７９９件のうち、精神障害関連事案は約３割の約６，４８２件を占め、うち約２割（１９．６%）が申立人に有利な形で解決している。その６，４８２件のうち、疾病類型として最も多いのはうつ病（解決件数２，００８件）で、申立人に有利な形で解決した割合が最も高いのもうつ病（４０２件：６．８%）であった。その他、不安障害（解決件数１６１３件のうち申立人に有利な解決２９９件）、躁うつ病（解決件数９２２件のうち申立人に有利な解決１９５件）、PTSD（解決件数６８４件のうち申立人に有利な解決１４４件）などがこれに続く。PTSD はもちろん、うつ病の中にも心因性のものが含まれている可能性はあるので、特に申立人に有利な解決を得たものの中には、作業関連ストレスによるものが多く含まれていると察せられる。

このように、EEOC による調整は、障害をめぐる紛争に一定の役割を果たしていることがうかがえ、個別事情に応じた ADA の遵守を確保することで、結果的にメンタルヘルスの３次予防、ひいては２次予防や１次予防にも一定の貢献をしている可能性がある。

２．関連領域の調査結果（法制度調査への示唆）

（１）精神医学

ア　精神疾患における病態およびその発症要因の科学的な解明の度合いと今後の解明の可能性について

・精神疾患は、疾患単位としての要件（同一の原因、症状、経過、転帰、病理組織変化を持つもの）を充たしていないことが多い。現在、精神疾患の病態や発症要因の科学的解明が進められているが、社会の多様化・複雑化の影響もあり、職域ではますま

す多くの病態ないし問題が認められるようになって来ており、個人の準備性と環境要因との相互関係にかかる問題は今後も存続する可能性が高い。

イ　わが国の職域において多くみられる精神疾患の類型および様相について

・大企業での調査データに基づくと、外因性精神疾患の中の中毒性精神病に含まれる①アルコール症のほか、②いわゆる神経症（不安障害や身体表現性障害が含まれる）やパーソナリティ障害との鑑別が困難な軽症のうつ病、③不安障害、④身体表現性障害、⑤パーソナリティ障害などが多くみられる。

②～⑤は、環境と個人の不適合により生じる心因性精神疾患と言える。

・内因性精神疾患に含まれる統合失調症の職域での有病率は低いが、その背景には、その発症年齢のピークが１０代前半から２０代にあることのほか、それが労働能力に支障を来しやすいことや、社会的制度の不備などが影響していると解される。

・近年、現代型うつ病などと呼ばれて注目されている典型的でないうつ病では、病気と性格の区別をつけにくい例もみられ、これも心因的精神疾患の一環と解される。

ウ　職域における精神疾患の社会的損失と発症予防の効果について

・国際的に、精神疾患および行動障害による社会的負担は大きく、国内でも、統合失調症、うつ病性疾患、不安障害による疾病費用は、それぞれ２．８兆円、３．１兆円、２．４兆円と推計されている。特に産業精神保健領域で問題化することが多いうつ病性障害や不安障害は、absenteeism や presenteeism という形態で損失を生むことが多く、間接費用の半分以上を占めると試算されている。

・その低減のため、職域でできる予防策の中心は１次予防と３次予防となるが、相対的に（産業）精神医学による直接的な介入が可能で、かつ効果を見込めるのは、精神疾患による長期休業後の復職者の再燃・再発防止である。

・しかし、現状では、精神疾患の再燃・再発の産業におけるリスクファクターについては研究報告が乏しく、職場での生産性との関係が深い再休養のリスク・ファクターについては尚更である。また、再燃・再発をアウトカムとした介入効果検証は多く行われているが、再休養をアウトカムとしたものは見あたらない（休養の場合、国や企業ごとに認められる休職期間などの社会的条件の相違が、国際的に適用可能な研究を困難にしている可能性もある）。

エ　ＫＥＡＰにおける実践経験

・慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室は、KEAP（Keio Employee Assistance Program）という職場復帰支援プログラムを開発し、２００９年度から従業員数１万人規模の企業と委託契約を結び、２０１２年度末までの４年間に約２５０名の職場復帰支援を行った結果、約半数の休業者が概ね半年以内に復職過程に入り、約８割が再休業せず、職務に定着するに至った。

・KEAP は、従前の３次予防が充分な成果を挙げ得なかった要因について、精神疾患が労務遂行能力に直接的にもたらす障害

と、主治医－使用者、本人－周囲の関係を含む関係者間のコミュニケーション障害を措定し、①コンサルティング・ファンクション、②メディカル・ファンクション、③「育て鍛える」メンタルヘルス支援、の３種類の介入を実施して来た。

うち①は、対象労働者の精神医学的評価をベースとした関係者へのコンサルティングを中心とする。内容は、本人への接し方から、業務の与え方、配置などの環境調整にまで及ぶ。

②は、主治医とのコミュニケーションを通じた治療の適正化を中心とする。コミュニケーションの内容は、本人の職場での様子から、企業が運用している職場復帰システムの概要にまで及び、職場復帰支援という共通目的へ向け、労働者の最適な復職時期を判断できるよう協働する。

③は、休業から通常勤務への復帰の過程を、(i)休養・治療期、(ii)職場復帰準備期、(iii)試し出勤期、(iv)復職後支援期の４段階に分け、段階ごとに労働者、上司、人事担当者、産業保健スタッフ等の関係者が果たすべき役割を明確化することを含め、本人を「育て鍛える」体制づくりの支援を中心とする。

復職後支援期には、６か月のロードマップを作成し、最終的に達成すべき業務役割、２か月ごとに達成すべき業務役割等を具体化し、関係者の共有を図ると共に、各人が果たすべき役割を明確化する。KEAP 自身は、主としてその間の体調管理と個別的な支援の役割を担う。

KEAP では、以上の過程を、「骨折したスポーツ選手がレギュラー復帰を目指す過程」と喩え、固定的、単一的な視点での職場復帰判断を離れ、集団力動理論を踏まえた適応を図っている。

オ　適応論的観点に基づく措置（介入）の可能性について

・職域でストレス関連疾患が多いことを踏まえると、人と環境の関係性を「適応」の観点で捉える適応論的観点に基づく措置（介入）が有効に働く可能性があり、それは、場合によっては環境への働きかけ（＊職場の管理監督者への指導や職場異動など）となる（ことが適当な）場合もあれば、罹患者自身の振り帰りを通じた成長課題の発見と課題達成への介入となる（ことが適当な）場合もある。いずれにせよ、この観点を採ると、発症要因との遭遇は労働者の成長を促す機会となり得る。

・ただし、適応論的介入は企業（組織論）的な価値基準に干渉ないし支配されることとイコールではないので、精神保健活動には（一定の）独立性が求められる。しかし、人事労務管理と産業保健活動の相互交流は必要であり、その実現のためには、相互に尊重し合う姿勢が求められる。

・そのため、KEAP では、臨床心理士が支援先企業に常駐し、職場内の関係者との緊密なコミュニケーションを図っている。

カ　臨床精神医学と産業精神健康の違いについて

・小比木（１９８５）（小比木啓吾: 精神健康と適応・不適応. 小比木啓吾他（編）: 産業精神医学　臨床産業医学全書 7:27-33. 医歯薬出版株式会社）が言うように、「産業医学の実践では、患者または症例としての個々人を扱うだけでなく、その個々人が適

応すべき環境側とその相互関係をも診断し、治療するという方法論が特徴的である」。

・産業精神医学の出自の１つに軍隊精神医学があり、特にイギリスのビオン（Bion, WR（１９６１））らの精神分析医のグループがノースフィールドのホリームア病院で、精神疾患のために前線から本国に後送された兵士の治療にあたり実施した取り組み（ノースフィールド実験）が有名である。ここでは、戦闘という過酷なストレス状況による有害な影響に対する兵士の耐性を高めることが目的とされていた。視点を変えれば、有害な影響のもとで兵士が酷使され続けるのに手を貸すことになる危険性を孕んでいた。

・この流れを汲む産業精神医学は、１９６０年代から１９７０年代にかけて現れた反精神医学の立場からの以下のような批判に晒された。

「精神衛生の名のもとに差別を合理化する動きさえでています。大企業で注目してきている産業精神衛生がそれです。そこでなされていることは、精神衛生的な職業環境の整備などよりは、精神障害者を企業から排除しようということで、そのためにあやしげなチェック・リストがいくつもつくられています。職場に不満をもつことも、精神障害と見なすような項目をそれは含んでいます。さらには、組合活動家に精神障害のレッテルを貼って追い出すようなことも、産業精神衛生の名で行われています」（岡田靖雄, 小坂英世: 市民の精神衛生. 勁草書房, 1970）。

・現状でも、（既に多くの論者から指摘されている通り、）臨床精神医学では精神医学的判断を通じて患者の利益（病状の快復等）を実現することを最優先にするが、産業精神健康ではその判断が相対化され、企業利益等も勘案したうえで、「落としどころ」が模索される傾向がある。その結果、疾病休業者の職場復帰等の際、同人の職務上の生産性を考慮する必要が生じたりする。また、未だに診断名のみで処遇を決めたり、採用時にパーソナリティ障害や発達障害を見分け、それらを排除するための方法を精神科専門医に求めたりする企業が存在するとの情報も側聞する。そして、企業の精神科医がいかに良心的に、精力的に活動しても、その企業のポリシーの限界を超えることは極めて困難との現実はある。

しかし、「精神科医が企業に関与しないよりはしている方が、精神障害者の利益に叶っている（小西輝夫: 企業のなかの精神衛生. 精神医学, 13(12): 1163-1167)」との考えをもとに、ベターな方策を懸命に模索していくのが産業精神医学の本来的な営みではなかろうか。

キ　「育て鍛える」という視点の妥当性について

・適応論的観点に基づいた措置（介入）は、労働者を取り巻く環境の調整と共に、労働者の適応能力の成長を図ることを重視するが、企業が配慮できる限界と労働者が発揮し得る生産性に乖離があるような場合には、解雇や退職措置を含めた不利益措置を排除しないため、批判を受けることがある。しかし、労働者保護を強調する方策のみでは、労使双方にとってベターな結果に至り難い。近年、うつ病が市民権を得たという状況がある反面、保護を強調する考え方の蔓延もあり、実は本当の意味では多く

の者がその問題に触れがたい状況が生まれている。結局、精神疾患を持つ労働者に対応する人びとは、それに伴う痛みを重く受け止めたうえで、固定観念によって決定的なルールや立場に拠る姿勢を排し（：力動的視点に立ち）、個人と個人をとりまく環境の双方を対象として、「悩みながら」、適応論的観点に基づく措置（介入）の整備改良に努めていく必要がある。

・その際、ビオン（Bion, WR: Experiences in group and other papers. Routledge, 1961）の説く集団力動的な集団分析理論（全ての集団には生産的に実働を果たす作業集団（work group）と何らかの幻想（非合理的発想）に囚われて生産的実働に至らない基底的想定集団（basic assumption group）の両面があり、心理的重圧に曝されると後者の面が活性化するとして、後者をさらに①依存集団、②逃走逃避集団、③つがい集団に分類して説明する考え方）などを参考にして、①基底的想定集団という現象の普遍性に関する認識の集団内での共有、②集団での話し合い、③心理的重圧感などの情緒の開示と共有などの手段を通じ、集団的に対策を練り上げることや、心理的重圧による基底的想定集団的側面の活性化と対策の立案・実践による課題集団的側面の回復というプロセスを経ることが、個人と集団双方の成長にとって有効に働くことも多いと解される。

ク　「育て鍛える」視点に基づく休復職保障と支援のあり方

・育て鍛える視点に基づく介入では、ストレス関連疾患の罹患者が、休養と治療によって健康回復に専念できる条件整備が不可欠の前提となる。よって、法的な発症増悪事由の業務上外等を問わず、全ての労働者に充分な休養を保障する法整備が必要である。その際、適当な保障期間について、医学的側面からも検討する必要がある。また、疾病休職者に対して、適当な時期に、休養可能な期間やその他の条件について説明する必要がある。

・そのうえで、目的意識を持った休養を実践させる必要がある。具体的には、①治療に専念すべき時期、②生活リズムの調整や、活動性及び作業能力の向上に努める時期、③労働能力を高める時期に加え、各時期の到達目標を明確化し、支援のプロセスを可視化する必要がある。

・復職後の再発防止も重要なので、KEAPでは、労働者本人と職場関係者の双方から得られた情報に基づいて、当該本人と共に休業に至った原因の振り返り作業を行うことで、良質な再発防止を実現している。一般的には、主治医やEAP等と企業が緊密な連携体制を整え、職場の上司らが業務管理、主治医等が体調管理と支援を図ることで、同種の作業を行う必要があると解される。

（２）産業医学

１）初年度の調査結果

・本研究では、法制度調査グループとの連携の下、産業保健専門職として、それらの効果指標を同定し、必要に応じて新たな指標の開発を行うことを目的としている。

ア　政府による公的な職域メンタルヘルス対策の効果について

・わが国において、政府による関係法整備を含めた公的な職域メンタルヘルス対策

の効果を直接的かつ客観的に評価できる指標は存しないが、政府が主導ないし支援する公的サービス事業では、受益者の満足度等を指標とする調査が行われ、その点では比較的高い値を示して来た。

なお、労働者健康福祉機構のメンタルヘルス対策支援センター事業では、受動的な相談・情報提供サービスと能動的な訪問支援サービスの双方で、比較的中小規模事業所の利用件数が多いこと、両サービス共に満足度調査の値が高いことは特筆されるべきであろう。

また、中央労働災害防止協会のメンタルヘルス関連セミナーのアンケートでも、参加者の５割以上が中小規模事業所に所属していたことは注視されるべきであろう。

イ　民間の EAP 機関の活動の効果について

・WEB 調査等による限り、民間の EAP 機関の効果に関する公的な調査結果等は現段階で存在せず、それらが開設している WEB ページ上、客観的に検証可能な効果を明示した例も見あたらず、おおむねサービス内容の概要を示すにとどまっていた。

ウ　個々の事業所で実際に実施されているメンタルヘルス対策とその効果について

・実際に事業所が取り組んでいるメンタルヘルス対策に関する労働者健康状況調査によれば、労働者からの相談対応体制の整備や、労働者や管理監督者への教育研修等を実施したり、産業医、衛生管理者・衛生推進者、カウンセラー、保健師・看護師等の専門スタッフを配置している事業所が一定割合あり、そうした取り組みにつき、「効果があると思う」と回答した事業所の割合は７割近くにのぼっている。他方、労働者対象の調査によれば、「健康管理やストレス解消のために会社に期待することがある」とする労働者の割合も７割近くに達しており、回答された具体的な措置の中には、「休養施設・スポーツ施設の整備、利用の拡充」（特に若年層）や「健康診断の結果に応じた健康指導の実施」（特に中高年層）のほか、「施設整備等の職場環境の改善」も含まれていた。

同じく独立行政法人・労働政策研究・研修機構が平成 23 年 6 月 23 日に結果報告を行った「職場におけるメンタルヘルスケア対策に関する調査」によれば、メンタルヘルス対策への取り組みとメンタルヘルス不調者の復職状況との関係について、前者があると後者における完全復帰の割合が高かった。また、メンタルヘルス不調による休職・退職者がいる事業所の方が、いない事業所よりも、復職に関する手続ルールが整備されている割合が多かった。

エ　諸外国の関連法制度調査等を行う際に注視すべき事項等

（略）

２）次年度の調査結果

・次年度の調査では、先ず、初年度の調査結果の総括が行われた。結果、国内外で採用されている指標は、いずれも関係法令等が意図した労働者のメンタルヘルスに関する重要な指標ではあるが、メンタルヘルスという多因子的（multifactorial）かつ種々の媒体を通じて初めて実現され得る複

雑多様・多層的な概念を考えたとき、充分とはいえないとの評価が導かれた。

・この結果を踏まえ、産業医科大学産業医実務研修センター及び同大学産業保健経営学研究室に在籍する医師２０名によるグループワークにより、メンタルヘルスに関する過去及び将来実施が予想される関係法令等を基礎として、労働者の健康に影響が及ぶまでのプロセスを整理し、社会、企業、労働者への法令等の影響の浸透度を捕捉できる指標（案）ならびに指標（案）の策定手順について検討した。

・その結果、法令等の制定から労働者個人の健康度に変化が起こるまでの有効な中間プロセス指標（案）として、

①社会全体の指標：EAP（Employee Assistance Program）機関数、

②企業・事業場に関する指標：メンタルヘルスに関する管理職研修の実施数、衛生委員会での議題出現数、産業医等によるメンタルヘルス関連面談数、産業医意見書の発行枚数、産業医の関連業務時間、メンタルヘルス不調者の職場復帰者数、人事部門がこの問題に調整的に関与する機会の回数、メンタルヘルス対策担当者の役割の明確化数、メンタルヘルスに関する個人情報管理の強化数、

③労働者に関する指標：メンタルヘルス対策の重要性などに関連する理解度

等が抽出された（詳細は、梶木報告書の添付資料を参照されたい）。

・これらの指標案は、法令等の社会、企業、労働者への浸透度を捕捉するものとして活用が期待されるが、やや産業保健専門職の視点に偏ったものとなっている可能性がある。メンタルヘルス関連の法令等は多くの利害関係者に影響を与え、それらが複雑に関与しあい労働者の健康に影響を与えると考えられるため、様々な利害関係者の協力のもと、多様な視点から法令等の影響を測るための指標を検討する必要がある。たとえば、法令等の変更時に利害関係者の将来にわたる健康影響を予測するツールとして健康影響評価（Health Impact Assessment）があり、有効に活用することで、効果的な指標（の素材）となる可能性があることが認識された。

（３）経営学

ア　日本企業によるメンタルヘルス対策の実状

・独自に何らかのメンタルヘルス対策を講じている企業は、大企業を中心に増加傾向にあり、EAP の導入、相談窓口の設置、一般職や管理職に対するメンタルヘルス教育などが多く実施されている（最近、セルフケアよりラインケアが重視される傾向を示唆する調査結果もあり、個々人の問題というより職場組織全体の問題と捉える傾向とも解され得る）。また、やはり大企業を中心に、不調者の復職後の支援を担う専門担当者を置いている企業もある。もっとも、本研究班による大手企業３社への訪問調査（以下、「訪問調査」という）では、メンタルヘルス問題が認識されたのは１９８０年代で、仕組みの整備などの対策が進められたのは２００５年頃であり、比較的歴史が浅いことが確認された。

・また、中小企業での対策は、全体に低調である（たとえば、「職場におけるメンタルヘルスケア対策に関する調査」結果　独

立行政法人 労働政策研究・研修機構 Press Release （平成２３年６月２３日）では、従業員規模１０００人以上の事業所では、７５．４％が何らかのメンタルヘルスケアに取り組んでいたが、３０人未満から９９人以下規模では、約３割しか当該取組を実施していなかった）。

・他方、本研究班による WEB を用いたアンケート調査（以下、「アンケート調査」という）からは、問題の性質上、対策の効果を認識しにくい状況下にあってなお、対策に積極的な企業は更にその取り組みを進め、消極的な企業はさらに消極化する、という意味で基本的姿勢の違いに基づく温度差が大きいことが確認された。また、メンタルヘルス問題にかかる規制を不調者の減少に役立てるノウハウが確立していない可能性も示唆された。

イ　日本企業がメンタルヘルス対策の必要性を感じるようになった主な理由

・人事管理論で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。

・企業などがメンタルヘルス対策の必要性を感じるようになった主な理由と解されるものは、以下の通り。

①CSR との関係

正社員を中心とした長期雇用慣行が実質的に残存する中で、経営環境の変化を背景とする長時間労働や賃金低下等が生じ、かつ自発的労働力移動も困難なため、企業が雇用者として社会的責任を自覚して対応すべきとの考え方が広まったこと。

②リスクマネジメントとの関係

労災訴訟、従業員の離職、パフォーマンス低下などのリスクがあること。

③人事管理上のメリットとの関係

従業員の新規採用、新規育成より、休業者を復職させた方がコストがかからないなど、人事管理上のメリットがあること（ただし、企業は、もとより利益の増大ではなく減少を防ぐ趣旨を持ち、効果が短期に現れ難い課題には充分な経費をかけない傾向にある中、メンタルヘルス対策については、不調者の全従業員に占める割合はさほど多いわけではないことに加え、職域での対策のみでは奏功し難いものと認識し（本研究班による訪問調査でも、当該企業では中高年齢になって不調に至る労働者が多い傾向から、家庭に原因がある可能性が高いとの認識が示された）、なおさらに経費をかけない傾向にあると解される）。

④企業イメージとの関係

CSR とも関連するが、企業が適切なメンタルヘルス対策を怠れば、「人材の使い捨て」というイメージが社会的に定着し、優れた人材の採用、労働者の帰属意識、取引先の信用などさまざまな面で中長期的にマイナス影響を与える可能性があると解する企業もある。

⑤職場組織の風土・快適性との関係

メンタルヘルス不調者の増加の背景に、職場でのコミュニケーション機会や助け合いの減少、個人作業の増加などを挙げる人事担当者が増えており、有効なメンタルヘルス対策は、職場組織の風土・快適性に貢献する可能性があると解されていること。

ただし、いずれも具体的かつ明確なデータに基づいた説ではない。組織風土とメンタルヘルスの関係については、主に海外で

一定の研究の蓄積があるが、日本での適応可能性については、未だ充分に検証されていない。

ウ　経営学的観点から考えられるメンタルヘルス不調者増加の普遍的背景

・企業活動のグローバル化やIT（情報技術）を中心とした技術の高度化により、予測困難な変化にさらされている現代の組織は、コストを削減し効率性を高めるために、柔軟性を重視した戦略を実施するようになった。このことは従業員にとっては、安心して働く基盤を提供する雇用の不安定化をもたらした。

エ　経営学的観点から考えられるメンタルヘルス不調者増加の日本的背景

・本研究班によるアンケート調査から、人事管理の要諦がメンタルヘルスに関わると考える担当者が多いことが判明した。他方、経営学でも、従前から日本的文脈との関係で人事管理を捉える見解があり、そこから以下のような指摘がなされてきた。

①日本的雇用慣行がもたらす曖昧な職務構造（：分担範囲の不明確性）により、柔軟な職務編成と多能化が叶い、日本企業に多くのメリットがもたらされたが、以下のような問題も指摘されて来た。

ア　柔軟な職務編成と労働者の多能化→法的・倫理的な解雇制限ルール→一時的な職務の増加に際して現有勢力での残業、という経路を辿りやすく、特に現在のような景気低迷の条件下では、企業側の求める時間軸と労働者側の求める時間軸にギャップが生じ、結果的に個々の労働者の作業負荷の増大を招き易い（この点は、本研究班によるアンケート調査でも、法的対応を望む声として示された）。

イ　欠勤が周囲に直接迷惑をかけるなど、個々のメンバーの働きぶりが相互に影響し合うこととなるため、同僚間の相互監視状況が生じ易くなり、日常的にも休職者の復職時にも、勤務軽減の具体的条件（職務の質量や目標、労働時間限界など）を決めにくいなどの問題が生じ易くなる（こうした問題は、個々人の職務が明定されている欧米では生じにくい）。かつ、個々人のキャパシティーなどによる職務配分の偏りが他のメンバーのモチベーションに直接影響し易くなる。

ウ　最近では、管理職にもプレイング・マネージャーとしての役割が求められるようになって来たため、管理職自身が管理業務に専念できなくなり、部下をケアできず、結果として人材育成が困難になるなどの問題も生じている。

②同様に、人事考課において情意考課を重視する傾向から、労働者がメンタルヘルス不調を上司に知らせることに不安を感じやすい。

③他方、９０年代に広まった成果主義的人事管理は、個人の職務の切り分けに貢献したが、逆に孤立感の深まりなど新たな問題を生んだ（コミュニケーション（多）＋周囲からのプレッシャー（多）→コミュニケーション（少）＋孤立感（多）へ）。こうした急激な変化に労働者の適応が追いついていない。

④①～③に共通する背景として、自発的な労働力移動の困難がある。「転職しにくい

こと＝自身の就労環境を変えにくいこと」との事情が作用している可能性がある（もっとも、世代ごとに転職のしやすさ等が異なることから問題状況や背景が異なる可能性もある）。また、その背景に、労働者自身がいわゆる定年雇用（：長期雇用）を支持しているというデータもあり、外部労働市場へ参入するリスクを感じる労働者が多いことをうかがわせる。

・もっとも、近年、人事管理の特徴は、企業が活動している国や社会に規定されるのではなく、産業（業種）や職種に規定されるものとの主張もなされている。例えば、コールセンターでの顧客対応や営業職などの感情労働のほか、逆に仕事上他者との接触が少ない職種や、職務上自律性を発揮しずらい職場で問題が多いと指摘もある（なお、本研究班による訪問調査先には単独作業の多い業種があり、そうした業種では強い心理的負荷が避けられないため、精神障害者の雇用には消極的にならざるを得ない、との認識が示された）。

しかし、現段階では、看護職や教育職などの専門職以外の職種についてのストレス研究の蓄積が少なく、今後の取り組みが求められる。

オ　対策の効果及び考えられる理由

・上掲のような、これまで実施されて来た対策に著しい効果が見られたとする調査結果は、現段階では見あたらない。

・その理由の１つとして、対策の中身よりも対策を実施しているという形式が重視されている可能性も否めない。また、EAPを利用している組織には、対策を丸投げしてしまっていたり、必要な連携、EAPによるサービスから判明した事柄の社内へのフィードバック等を充分に行い得ていないところも少なくない。組織がセルフケア教育を重視することで、却って利用率の向上を妨げている可能性もある。

・メンタルヘルス対策が本来的に個別的性格を持つが故の問題もある。策定した制度を一律に適用するのみでは実効的対策になり難い反面、運用を個別化すれば処遇の不公平に繋がりかねない。

カ　現在よく行われている新たな取り組み

・先進事例から学ぼうとの機運は見られる。そうした事例からは、①継続的支援の実施が復職率の向上に貢献する可能性があること、②トップの理解と関与が実効的対策にとって重要であること、③管理者同士の意見交換等により個々の管理者の孤立化を避ける必要があることなどが示されている。

ただし、客観的な分析をするには、未だ事例の集積が不足している。

キ　経営学的観点からの提言～求められる対応～

・経済主体たる企業は効率性の原理を重視せざるを得ず、なおかつ労働者に対して強い立場に立ち易い構造があるため、その抑制手段ないし望ましい方向性へ向けた対策の促進手段が必要である。考えられるものとして、以下のものが挙げられる。

①経営戦略の一環としての位置づけを基本とした経営者による積極的取り組み

ア　ワークライフバランスの視点に立った企業活動

出産・育児などと比較して、休復職の過程を経る場合が多いこと、その失敗、成功が労働者の離職やモチベーションに影響する可能性がある点などで共通項が多い。よって、たとえばアメリカでは、ワーク・ライフ・バランスを経営戦略の一環とする考え方が拡大しているとの情報があるが、日本では短期的な経営効率優先の考え方が支配的なため、この点で確たる効用を示さなければ積極的取り組みの一般化は見込まれ難い。

打開策の１つとして、比較的効果を測定しやすい３次予防面、とりわけ休職者の復職支援に着眼し、発症・増悪事由を踏まえ、適宜職場環境の調整を含めた積極的介入を行った場合の職務定着率や雇用維持割合等を測定することで、効用を顕在化させる方法が考えられる。

また、ダイバーシティ・マネージメントの観点から精神障害者雇用を促進する方策も考えられるが、本研究班によるアンケート調査と訪問調査の双方からも、改めてメンタルヘルス不調の再発率の高さが示唆されており、表層的ではなく、「腰を据えた」取り組みが求められる。

イ　サポーティブな組織風土の醸成

有効なメンタルヘルス対策を実施するためには、個人、職場、全社の各レベルが連携しつつ、各々必要な取り組みを図る必要がある。

その際、以下の事項が要目となる。

ア）管理職の役割

ソーシャル・サポート研究では、メンタルヘルスの専門家ではない、職場の上司や同僚等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付く可能性が示唆されており、とりわけ上司には、職場運営上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、部下のストレスへの気付きと専門家への相談の勧奨など、さまざまな役割が期待されている。

その延長線上で、問題上司の早期発見やチェック体制の確立、管理職の評価項目にソーシャル・サポートを採り入れる等の人事管理施策も模索されている。

しかし、結果的に管理職層にも不調者が生じている実態があり、こうした問題には、一般的な管理職教育や彼らへの情報提供のみでは対応できないので、上述したトップの理解と関与、管理者同士の意見交換等により個々の管理者の孤立化を避ける必要がある。

イ）組織内の情報共有

１次予防から３次予防、とりわけ２次予防や３次予防では、組織内の各レベルの連携的取り組みが必要となり、そのためには労働者のメンタルヘルス情報の共有が不可欠の前提となる。しかし、たとえばメンタルヘルス不調者への対応に際してその担当部署に強い権限が委ねられているような場合には、関連情報の独占等のリスクが生じ易い。こうした問題への対応に際しては、各部署間の力学の検討等が求められる。

ウ）働き易い組織風土づくり

組織風土の測定尺度は、日本でも開発が進められており、その１つに社会心理的安全風土（PSC：「労働者の健康と安全の保護のための政策、施策、手続」）がある。これは、心の健康とワーク・ストレスの抑制のため、経営者に求められるサポートとコミットメントを詳述するものであり、組織の財産であると説明されている。具体的には、

経営者の関与と注力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（：ストレス防止策が組織内の全ての階層レベルで講じられていること）、組織的な参加（：労働安全衛生上の課題を解決するための意見の具申と経営者による聞き入れ）、関与（個々の労働者、労働組合、企業内の安全衛生担当者の取り組みへの参加）等の尺度が設定されている。

PSCを用いた実証研究では、組織風土は心理的消耗感や精神的苦痛に影響し、そのメカニズムは労働環境の媒体効果により説明されること、PSCにはトップダウン効果があること、PSCは労働者の心の健康とワーク・エンゲージメントに関係する基本的な組織環境と位置づけ得ることなどが明らかにされている。また、そこから、PSCへの取り組みによる経営者の行動変容や労働者へのケアの実践が、１次予防に繋がる可能性があること、組織においていったん強固なPSCが形成されれば、持続的な生産性に繋がる可能性が高いことなどが示唆される。加えて、経営者の関連情報の共有によるコミットメントの重要性も示唆される。

エ）労働者のストレス耐性の強化

近年、心の健康のポジティブな側面に注目し、従業員にストレス耐性を強化してもらうことで、メンタルヘルス問題に対応していこうとする考え方が発展して来ている。そうした実務上の動きに関連して、心の活力に注目するポジティブ心理学の知見に関連する議論が展開して来ている。その一例として、労働者の長所を伸ばし、いきいきと働ける状況を形成しようとするワーク・エンゲージメントの考え方が注目を集めており（このことは、本研究班による訪問調査でも示されたが、実際には不調者や退職者の減少などのリスク管理段階からなかなか脱皮しきれないとの現実も垣間見られた）、実際に、これが実現している労働者や組織では、好業績、高い収益性が図られる傾向が、実証研究から明らかにされている。

また、メンタルヘルス対策の一環として組織活性化策を講じる企業も出て来ているが、ワーク・エンゲージメントとの関係は充分に整理されていない。

②法規制を含めた国の施策

現実に、CSRの視点ばかりでは拡がりに限界があることもあり、企業行動により直接的な影響力を持つ法規制が求められるが、企業の自律性を奪うような規制は望ましくなく、他国の法制度も参考に、受益者視点で規制のあり方等を検討する必要がある。

本研究班によるアンケート調査からは、国その他の公的機関が、個々の企業等のメンタルヘルス状況の長所と短所を調査し、その両者を総合的に評価して、企業名の公表を含め、対応策の実施を促進させる施策の施行には高い支持が得られた。また、今後、そうした施策を根拠づける法律条文等ができれば、企業等で実際に役立つ対策が進むとの回答が約８割を占めた。

よって、法規制による対策の促進を求める社会認識は強くなっていると解されるが、対策の良し悪しを判断する基準、不調の発生原因の鑑別などが課題となる。

③労働組合による対応

労働組合は、ほんらい従業員の細かなニーズを汲み取ることができ、必要に応じて使用者と交渉できる存在であり、この問題への対策に際しても果たし得る役割は多い。現に、労働組合のこの問題への関心は高ま

っており、先進事例の中には、経営者と管理者に加え、労働組合にもストレス調査の結果を積極的に開示している例があった。しかし、現段階で労働組合自身による積極的な取り組み例は稀少であり、また一般化していく保障もない。

アンケート調査の結果からも、メンタルヘルス対策に関与させている企業等は回答の４分の１程度であることが確認されたが、関与させているところでは、種々の提案、調査、監視等の活動がなされ、高い割合で効果をあげていると認識されていた。よって、労組を関与させる方策が有効に働く可能性が示唆される。

④労働者のエンプロイアビリティの向上

その他、労使双方が、労働者のエンプロイアビリティ（：雇用される能力）を高めることにより、移動可能性を高めると共に、結果的に内部労働市場で通用する実力も育成され、結果的に企業の内部外部双方での雇用保障が高まる可能性が生じる。

エンプロイアビリティに関する研究は、当初、ヨーロッパで盛んに行われ、日本でも日経連などが注目し、報告書を公表するなどしたが、その後、注目度が低下した。しかし、グローバル競争の激化等に伴い、再度その重要性が増している。特に日本では、（従前に比べて瓦解状況にあるとはいえ、）比較的手厚い雇用保障が確保されてきた反面、いったん失業すると、再就職が困難となり易い傾向があるため、エンプロイアビリティ育成の重要性が高い。この課題に関する最近の研究は、その要素となる能力やスキルのリスト化の作業をおおむね終え、臨床（実践）も進み、雇用可能性を実現するための具体的方策の調査研究にステージを移しているので、近い将来これらの成果を活用できるようになるかもしれない。

なお、エンプロイアビリティの認識は、雇用不安（「脅かされた雇用状況における望ましい継続雇用維持の知覚された無力感」と定義される）によるマイナス影響を緩和する有力なストレス・コーピング資源となり得るとする研究もある。たとえば、雇用不安やエンプロイアビリティの認識が労働者のストレスや職務態度に与える影響に関する研究から、以下の事柄が明らかにされている。

ア　雇用不安は、職務満足、組織コミットメント、キャリア意識にマイナス影響を及ぼし、労働者の退職意思を促進している。

イ　エンプロイアビリティの認識は、雇用不安と職務態度等に一定の影響を及ぼしている。

ウ　エンプロイアビリティの認識は、雇用不安がキャリア意識に及ぼすマイナス影響を緩和する効果を持つ。

ただし、エンプロイアビリティを人事管理施策に反映させる具体的なプロセスや、その向上がもたらす効果等は、未だ明らかにされていない。たとえば日本では、中途採用に積極的な企業は未だ少なく、外部労働市場が未整備なこともあり、個々の労働者のエンプロイアビリティの向上が転職に繋がるとは限らない。よって、その効用は、万一雇用機会を喪失した際の備えになるという心理面での安心や、企業内部での労働能力の向上による企業業績の向上にとどまる可能性が高い。

従って、当面は、企業内部での公正評価、職務や目標の明確化、企業側が求める時間軸と労働者が求める時間軸のマッチング等

に焦点を当て、企業自身が人事・キャリア開発施策を通じ、企業内外で通用する職業能力の向上と職務や職場への適応の改善を図る必要がある。

⑤「心理的契約」の履行確保等

心理的契約とは、法的ルールと社会的関係の総体をもって履行を担保された約束全体を指し、職域メンタルヘルス問題と有意な関係を持つと解される。

この概念に関する研究は、当該契約の内容に着眼するものと、その履行・不履行が招く結果に着眼するものに大別され、うち後者によれば、昨今、多くの企業において組織側による契約不履行が生じ、それが従業員の情緒的コミットメントを低下させ、職務態度の質の低下や離職意図を高めている。

しかし、それでも日本の労働者の多くは当該企業にとどまって契約関係を維持し、(a)期待水準を下げる、(b)履行水準を下げる、(c)離職する等の自己調整を迫られているが、多くは(a)で対応し、それも不可能な場面でメンタルヘルス不調の問題が発生している可能性がある。

よって、先ずは心理的契約の履行確保が求められるが、それが不可能ならば、やはり、個々の労働者のエンプロイアビリティの向上等により対応を図る他はない。

（４）社会学

・我が国の産業精神保健の歴史は、産業、学会、（法）政策、マスコミ報道、社会認識等の動きに着目すると、１９５０年代中頃に始まり、現在に至るまで概ね４つの時期に区分できる。

１）経緯

ア　第Ⅰ期「創生期」

・第Ⅰ期「創生期」は、１９５０年代中頃より１９７０年代初頭までとなる。戦前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生じた。また、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碍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が特筆される。この動きに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。

・１９６０年代後半になり、反精神医学の潮流と学生運動が交錯し、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、個々の企業内での活動以外の営みは下火になった。

イ　第Ⅱ期「潜行期」

・第Ⅱ期「潜行期」は、１９７０年代前半から８０年代前半までとなる。この時期には、まだ行政的な取り組みはなく、医療者が関係する学会の取り組みもほとんどなかった。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、小規模ながら活動を継続していた。

ウ　第Ⅲ期「展開期」

・第Ⅲ期「展開期」は、１９８０年代中頃より９０年代前半までとなる。ある労働者が過重労働の末に自殺未遂して負傷したケースで、同人のり患したうつ病の業務起因性が労働本省の判断によって認められた

ことがきっかけとなり、行政的な取り組みが開始された。ただし、労災認定基準の見直しに至ることもなく、「健康づくり」運動に含められた対策も、軽いストレスを念頭においたものであった。他方、マスコミ報道では「ストレス」という言葉が多用され、社会一般に関心が高まってきた。また、関連学会の立ち上げ等、学会関係の動きが再び見られるようになり、行政委託による大規模なストレス研究なども開始された。

エ　第Ⅳ期「拡充期」

・第Ⅳ期「拡充期」は、１９９０年代中頃から現在までである。年若い労働者の過重労働後の自殺に関する別個の事件で、同じ１９９６年に、損害賠償請求訴訟で企業が、行政訴訟で国が敗訴したこと、９８年に自殺者が急増したことなどを契機として、特に行政が積極的に動き出し、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で進められ、関連学会や企業での取り組みも活発化した。経緯との関係から、こうした動きにおいて自殺防止が強く意識された点が第Ⅲ期とは大きく異なる。

・法政策の立案に際しては、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、結果的に、過重労働に対する直接的な法的規制よりも、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進められた。とはいえ、医療者による復職支援の実践と効果的な手法の開発が進められるなど、産業精神保健にとって画期的な時期であったと解される。

２）示唆

・産業精神保健の領域では、問題、介入方法、効果のいずれについても（自然）科学的解明が十分とはいえず、特定が難しい。よって、事件ないし司法判断、疫学的・社会的なデータ、実体験の拡大やマスコミ報道などによる社会的な認識や圧力がこの領域の発展を促してきたと解される。そしてその本質は、広義の社会心理やそれらを裏付ける経験則的な蓋然性（判断）といえるかもしれない。むろん、精神疾患や障害の医学的な病態、病因等の解明（へむけた努力）、一部の経営者や医療人らによる先駆的取組やその成果なども重要な役割を担ってきたが、未だ関連政策や企業内外での自主的な取組を強く動機づけるには至っていない。もっとも、他の分野に比べると、（特にストレス研究を行う）学術と行政が近しいか、少なくとも相互を意識する関係にあった。

・そうした分野の性質に基づき、その歴史は、以下のような複数の観点で捉えることができる。

①対策の社会的広がりの程度。

②対策の中心を１次予防に置くか、２・３次予防に置くか。

③対策の中心を医療的アプローチに置くか、健康増進（人事労務管理）的アプローチに置くか。

④精神科医と産業医の役割と関係性をどう捉えるべきか。

・以上のような観点を踏まえつつ、本調査の結果を総括すれば、以下の通り。

すなわち、我が国の産業精神保健の歴史は、まさに産業精神保健ないしメンタルヘルスという用語の対象設定をめぐる攻防の

過程ともいえる。社会的な問題認識は高まる一方、非科学的な面が強い課題だけに、さまざまな力学が働く中で、一定のパターンで対応を形象化し、推進を図ろうとする「象徴的な語り」の積み重ねとも表現できる。そこでは、対策の担い手を決め、対象をパターン化して示すことで対策が動き出すという予見が前提とされた。

行政による取り組みを焦点とすれば、当初は関与すべきでないと考えられていたところから積極的推進の担い手となるに至った過程ともいえる。それは、８４年の事例を嚆矢とする個別的な精神障害の労災認定事例を別として、主に脳心臓疾患の労災認定基準の緩和から始まった。これが請求・認定件数の増加を誘ったこともあり、予防施策の面でも長時間労働の防止やそれへの対応が中心に据えられた。その後、景気や雇用情勢の悪化、社会・経済構造の急激な変化等を背景に置く（と分析された労働者内外での）自殺者数の増加を受け、自殺対策の一環として進められるようになった。象徴的なのが２００５年の法改正で導入された長時間労働者対象の面接制度であり、ここでは、原則として、一定の法定時間外労働を行い、疲労の蓄積があって、自ら希望する者を対象に、医師による面接が行われることとされたが、面接の際にその精神的健康状態を確認することが予定されている。総じて、実質的には施策を進める説得力をどこに求めるか、という力学的な作業であったようにも解される。

他方、精神科医の関与を焦点とすれば、やはり当初（第Ｉ期）から企業に精神科医が介入すること自体に抵抗を示す医師や関係者等が多くおり、真摯にその役割を模索する医師さえ排斥するような動きがあった。その後も、何らかの施策や現実の動きが模索されるたびに労働問題の医療化（企業の意向に沿わない者の排斥に医師の診断や指示を利用する傾向など）ないし個人化（経営や人事労務管理上の問題をあまねく労働者個人の問題に帰せしめる傾向など）への懸念が示され、現に感情管理ともいわれる事業の生産性に貢献するポジティブな「心持ち（感情状態）」の半強制が進められて来た実態もある。しかし、その歴史を辿れば、けっきょく、支援介入に当たる医師（集団）らが、自身の属性のみにとらわれず、産業の現場に作用する力学をいかに見極め、自身にできる有効な貢献モデルを構築し、運用するかにかかっているともいえる。

なお、産業精神保健の歴史は、ひっきょう、「経営や人事労務管理の質的改善に誰がどう切り込むか」を模索してきた過程ともいえる。すなわち、産業精神保健に関わる者が、いわゆる組織的公正を含めた組織の一次予防にどう支援介入するかの模索の過程ともいえる。であればこそ、責任や負担の回避を図る経営者サイドとの相克は避けられない。しかし、支援介入者側の視点や視野の広さ、能力や資質に関わる問題のほか、労働者側の自己理解などに関わる問題もある。

対策およびその効果の実効を図るには、さまざまな関係当事者間の対話と有機的な連携が求められることが示唆されよう（本調査報告書では殆ど言及されなかったが、精神保健福祉関係者も重要なステークホルダーとなり得る）。

３．（１及び２の調査結果を踏まえた）