

やりますと、減点主義で…。(平井他, 1971:308)

引用部分が長くなったが、この四者の語りは当時の精神科医が企業内で何を感じ、重点的に取り組んでいたかを知る手がかりであるだけでなく、幾つかの点で興味深いものである。まず、当然ではあるが、彼らが一定の取り組みをしながら、そこに存在するというものもつ意味、つまり周囲の反応に生じる変化というものがあろうということである。この点を敢えて書き出すのは、後述する「産業精神衛生」批判には、こうした過程的に生じる変化であるとか、医者が一定の場にいるのこと——つまり職場の人間たちと相互作用を繰り返すこと——によって果たしうる機能について、やはり想像力を欠如させていたのではないかと考えるからである。

次に興味深いのは、企業による違いである。特集の題名にあるように、ここで集められた精神科医たちの職場は、日本有数の（巨）大企業であり、その点では、先ほどの筆者の見方はその条件を無視した楽観論にすぎないのかもしれないが、ただ逆にいえば、「大」企業であるという条件では同等でも、そこに見られる雰囲気はかなり相違があることである。組織形態や職種の多寡、さらには企業文化によって、「精神障害」についての反応の仕方や復職についての難易はやはり当然のことながら変わってくる。一律には何事も語れないこと、比較の重要性を示唆するものとして受け止めておきたい。

## 2.2 学会の動向と幾つかの注目点

さて、企業側のいわば「内発的」な要請を超えて、その需要を開拓したとは必ずしもいえまいが、医療者を中心とした研究会や学会でも「産業精神衛生」を取り上げることが多くなってきたのもこの時期であり、その意味でも「創生期」といえる。先述した精神衛生普及会に「産業精神健康管理研究委員会」ができたのは1959年であり、翌年には同会名で『産業人の精神健康』という150ページほどの手引き書を出版している。加藤によると委員会ができたのは冊子刊行前年であるが、「5年間の経験と研究」を踏まえてとあるので、前節冒頭で触れた研究会活動がベースになっていたようだ（加藤, 1993b:7）。

上記の委員会のメンバーは、院長が中小企業研究所長の中島英信で、あとは日本鋼管、三菱石油、旭硝子の常勤医師、その他は国立精神衛生所の精神科医（加藤）と同所の産業社会学者（横山定雄）、そして最高裁家庭局の犯罪心理学者（土井正徳）という顔ぶれであった。内容的には、まず第I部で、職場で生じるトラブルのパターンとそれへの対応について概説的に述べている。「行動・人格に関するもの」「情緒に関するもの」「身体的欠陥に関するもの」「庶務、身分及び作業環境に関するもの」「集団現象に関するもの」というのがそのパターンである。

しかし、この本の特徴は、一種の啓蒙書としての側面だろう。第II部は横山が「産業における精神健康管理の意義」と題して、その導入が「能率的職場」になるために不可欠と説くことから始まり、アメリカでの“先進的”取り組みを紹介し、さらに社会的背景の説明から経営上の理念として「経

営者や管理者がまず、精神健康管理の必要性、すなわち人間を人間として扱うことの必要性と有効性を、実感をもって感じる必要があること」を強調し（横山, 1960:93）、そのための組織論について論じていく。

また最後の第Ⅳ部で、旭硝子の安井義之が「産業精神健康管理プログラム」と題して、「予防的措置および増進対策」について論じていくことになるが、「自己診断・自己啓発」「採用、適正配置、給与、人事考課」「コミュニケーション」「リクリエーション」「リハビリテーション」「環境整備」といった項目が並ぶ。第Ⅲ部「産業精神健康管理の基礎技術」（カウンセリング、コンサルテーション、精神療法の原則など）を執筆した加藤は、この冊子について、「精神障害の問題は前面に出さず、もっぱら1次予防に重点が置かれた。…昭和35年に出た本として、かなりすぐれた手引き書だったと思う」と後年述べている（加藤, 1993b:7）。この「1次予防」主義ともいえる発想とその内容、実際的な比重の置かれ方とその変遷は、「産業精神保健」という領域を考える上で重要なポイントであろう。理由の一つは、「心理主義化」という観点から検討した場合には焦点となりうるからである。

この時期で注目すべきもう一つの動きとしては、日本産業衛生協会（1972年より日本産業衛生学会）の取り組みがある。1960年はWHOおよび世界精神衛生連盟の提唱した「世界精神衛生年」であったことも作用してであろうが<sup>3</sup>、産業衛生学会の年次大会・産業医学会で「産業職場の精神衛生」がシンポジウムの一つとして開かれた。精

神衛生普及会の冊子・第Ⅳ部を執筆している旭硝子の安井が司会となり、翌年の『産業医学』でシンポジウムのまとめを書いている（安井 1960）。そこで、精神衛生問題を「本学会にはじめてとりあげた主な理由」を三点挙げている。

第一に「企業内の精神障害の発見、早期治療、保護、送還、加療、後処置という一連の健康管理活動がまず最初になされなければならぬ」、つまり「精神的非健康者の予防とか対策」から始めるといい、第二に「しかし問題の対象が精神ということであるならば、当然、人間の内部的環境と同時に、外部的環境の背景を考慮に入れて考えねばならない。すなわち問題の重点は裏側にある。広い意味での労働条件の至適化を行うことによって、よりより精神健康を作り上げることが、究極の目的とされるべき」と続けている。第三に先述の世界精神衛生年の実行計画に「産業精神衛生」が掲げられていることに触れている。

このシンポジウムで一つ気がつくことは、トップの講師役として経営学・産業心理学者の名取順一（早稲田大学理工学部）が据えられていることだ。上述の第二の理由——外部的環境の考慮——から入っているとみえるが、必ずしも精神科医がはじめに講義を行わなかったことはこの集団の特性を多少とも反映しているようにも思われる。産業衛生協会（学会）は「産業医」を中心とした集まりであり、精神科を専門とする医師は少ない。結核や中毒への対応を中心としてきた産業医学・産業医と、精神医学・精神科医とでは発想法も方法論も異なるところがあるようで、この部分は産業精神保健の歴史や現状を考える上で注意を要する

ところである。

産業衛生協会は、1965年にもシンポジウム「職場の精神衛生」を開くが、同年に「産業精神衛生研究会」を発足させている。この研究会が1年後に「産業精神衛生委員会」（委員長は精神科医の小沼十寸穂）となり2年かけて「産業精神衛生に関する答申書」を協会に対して提出したことになる。この「研究会」から「委員会」になる経過について、委員会を引き継ぐ形で開かれるようになった「職場不適應研究会」の代表である大道明が次のように述べている。

日本産業衛生協会で、精神衛生の問題が採り上げられるようになったのは、昭和38～39年のことで、昭和39年12月の理事会で、精神衛生研究会が昭和40年度から正式に発足することが認められた。最初から委員会ではなく精神衛生研究会として発足したのは、理事会としては必ずしも全員が賛成ではなく反対の意見があったからで、…一年間研究会で検討してみて、やはり委員会として採り上げる必要があるならば来年度から委員会とすればよい…（大道明, 1979:171）

ここから伺えるのは、まず1960年にシンポジウムを開いてはいるのであるが、実は3～4年間は協会としてとくに採り上げることがなかったということであり、そして「委員会」にすることについても、なにがしかの反対があった、文面をそのままに解釈すれば、委員会にするほどのテーマではなからうといった意見があったということである。産業医学あるいは産業医集団において「精神衛生」というのは60年代前半までは、あまり市民権を得ていなかったと考えられ

る。

しかし、1968年には「答申書」が出されたわけであり、またその年の理事会で、「答申はいわば総論というべきもので、さらに具体的な問題を探り上げて深く研究すべきである」との意見もあり、「理事会で、研究会（職場不適應）の設置が認められた」というように（大道, 1979:171）、一定の認知は協会内で得られるようになったわけである。

「答申」についてみると、まず、「産業従業員の心身健康に影響する要件」として「A. 労働関係（地位の安定、賃金の安定、退職後の生活保障、昇進の機会、労使関係、仕事の評価の適正性）、B. 作業関係（作業様態、作業条件等）、C. 環境関係（物理的条件、社会的条件—人間関係を中心に職制との関係など—、心理的条件—職場の雰囲気、コミュニケーションなど—）」といった項目が並び、委員長は精神科医の小沼であるが、現在でいえば労働衛生の3管理（作業環境管理、作業管理、健康管理。これに総括管理と労働衛生教育を入れて5管理とすることもあり）といった趣があり、産業医学的な発想が示されているように思われる。

少し先取りが過ぎるかもしれないが、次のことを示しておきたい。1980年代後半に、労働省がTHP（トータル・ヘルスプロモーション・プラン）運動を開始し、その中に「メンタルヘルス・ケア」が含まれていたわけであるが、この点についての一つの批判がある。それは、これがもっぱら労働者個人レベルでなされるストレス・コーピングに偏っていたというものであり、それがそれまでの労働衛生の考え方からすれば

不可解でもあり問題含みだというものだ。産業衛生学会 70 周年記念として編集された冊子(2000年)に一つの座談会が収録されているが、現在もこの産業精神保健の分野で中心的な人物の一人である、廣尚典の発言である。

本来、日本の労働衛生だと、まず環境を整備して仕事の仕方を工夫して、その上での健康管理がある。ところが積極的な心身の健康づくりについては個への働きかけがあって、そのあと快適職場指針、環境の調整が出てきた。(皆川他 2000:90)

この発言に対して、他の参加者から「個人アプローチを先にやってしまったという感じですかね。最終的には両輪になったと思えますが」と話が打ち切られる形となるが、実はこの「なぜ精神保健については個人アプローチが先に来たのか?」という問いは、やはり残しておくべきことのようにも思われる。そうなっている結果を批判するのはたやすいが、なぜそうなるのかは実はそれほど分かっていないのではないだろうか。また、単に総花的に列挙すれば(最終的に「両輪」になれば)、問題が解消するかのようにも考えることも楽観的に過ぎるだろう。

興味深いのは、この 68 年の「答申」は上述のようにまず多様な労働環境の問題を列挙していくのであるが、途中のところ、この考え方に限定をつける必要もあると示唆していることだ。第Ⅱ節の「精神障害者の発見、処理、社会復帰の基準のたて方」の(1)理念と方針部分で、「健康以上に対する予防」の一般的区別として、1次予防(有害な環境条件をなくすこと)、2次予防(早

期診断と積極的治療)、3次予防(長期の未治患者の無能力ないし欠陥状態を改善させること)<sup>4</sup>とした上で、答申は次のように続ける。

一部の精神障害者や軽度の適応障害を除けば、その原因が十分明らかでない故、第1次予防を活動の中心とするわけにはいかないし、産業精神衛生全般は、その意味で考えられるとしても、ここで扱う精神障害にはあてはまらない。産業精神衛生全般の問題である。第3次予防は、これも企業内で行う範囲のものではない。したがって第2次予防が精神障害の予防の中心になるべきである。(小沼, 1968:13)

障害と呼ばれるレベルの問題については、原因が明らかではないので、1次予防はしようがなく、もっぱら事後的な対応に徹するよりないというものであり、原因が明らかでないということを前提にすれば無理のない議論であろう。ただし、「精神衛生全般」と「障害」とが、かくも截然と区別できるものであるのか一抹の疑問が残る。そしてまた、この答申の論理に従えば、THPにおける「健常者」の「こころの健康の増進」を趣旨とするような「メンタルヘルス・ケア」は、環境調整を含む1次予防の対象になりそうなものであるが、上述したように、そうはならなかった。もちろん、この答申から THP への影響関係のラインを引くことには無理があるが、「まずは作業環境管理」という思考法では収まらない部分が、「精神衛生」にはあると、いわば“わざわざ”明示されているところに、このテーマの特異性があるかもしれない。

この答申には他にも興味深い点がある。

近年論じられている方策や方針との違いがそれである。たとえば2次予防を企業内で行う範囲と考えている点や3次予防が職場復帰支援とは考えられていないことが指摘できるだろう。また、第Ⅲ節に「採用基準のたて方」という項目があり、当時企業と関わった医師たちに対する企業の要請が、やや赤裸々に語られている。

採用担当者やライン管理者は、最近の職場不適応者の漸増傾向と短期間の離職者増加に悩み、採用時健康診断で何とかして、性格異常者や入社後精神神経障害発生のおそれのある者を排除できないかという希望を強く要請している。（小沼, 1968:15）

こうした要請について、「すでに障害が相当すすんでいるもの」であれば発見もできようし、また幾つかの手がかりから推測される部分もあるが、「限界をよくわきまえて参考程度にとどめておかないと、入社後すぐれた成果をあげる者を逆にのがしてしまい、少数精鋭、高能率時代の人材不足に拍車をかける」し、結論としては「とくに危険な作業につける者を除いては、検診時にとくに精神衛生の立場から排除するための特別な検診は不要であろう」と結んでいる（小沼, 1968:16）。こうした、見方によっては企業の要請をやんわりとたしなめるようなところは、『産業人の精神健康』でも、またやはり前小節で引用した『中央公論経営問題』の座談会でも認められるところであり、精神医学の歴史に鑑みてということになるか判断はできないが、慎重な態度をとっているとも読めるのである。そして付言すれば、80年代以降に出された関

連書籍でいかに様々な問題を扱っていても、こと「採用」について項目を立てるということは見られなくなっている。

### 2.3 批判と反論、そして沈黙

産業衛生協会(学会)にみられるように、1960年代中期は医療者における「産業精神衛生」への関心が高まった時期である。象徴的なのは、精神医学関連ではもっとも規模が大きく主導的な位置にある日本精神神経学会が、1966年の大会で「学校および職場の精神衛生管理」という分科会を設け、同年に職場・学校・地域をテーマとした「精神衛生管理研究会」（会長として大阪大学の金子仁郎教授）を発足させたことであろう。しかし、この研究会は13回、全国で研究会を開いたのち、73年から無期休会になった。精神神経学会で産業精神衛生(保健)が再び採り上げられるのは、実に14年後の1987年に小此木啓吾が行った教育講演「産業精神医学の課題」においてであった。

この「精神衛生管理研究会」の発足については多くの論者が言及するのであるが、休会の経緯についてはあまり触れられておらず判然としない<sup>5</sup>。ただ、後年、やはりこの領域のパイオニアの一人である大阪府公衆衛生研究所の藤井久和がひと言、「『管理』という言葉が当時の趨勢と関連して問題になり、消滅してしまいました」と述べている（藤井, 1993:7）。いうまでもなく、この「当時の趨勢」とは、しばしば「学生運動」として表現されるものであるが<sup>6</sup>、「反精神医学」の議論も当然含まれた流れを指しているものと思われる。

たとえば、当時、「東京医科歯科大無給

医」であった三田正也は、『朝日ジャーナル』に「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—」という一文を残している。1968年5月に金沢で開催された日本精神神経学会の総会についてのこの記事は、「学会認定医（専門医制度）問題、既存の学会体制批判などから紛糾し、全理事が不信任され、予定されたシンポジウム、会長講演、一般演題がすべて中止されるという、学会はじまって以来の混乱状態」に陥ったと始まり、とりわけ精神医学をめぐる様々な問題が問い返され、学会内部が深い混迷・紛糾の状態へ突き進んでいく様子が描かれている（三田, 1969:46-48）。ただし以下では現時点で入手できた資料から、あくまでも「産業精神衛生」に直接言及された当時の議論の的を絞って話を進めよう。

企業に精神科医が関わること、その内部で臨床活動をすることについては、とくに精神科医の集団内部で相当の批判があったようだ。この批判の矢面に立ち、公に反論したのは大阪の松下電器・健康管理センターに1964年より着任していた小西輝夫であった。様々な批判が存在したようであるが、彼がその典型的なものとして挙げている、精神科医で現在では精神科医療史の専門家としても著名な岡田靖雄らの議論をまず引いておこう。岡田らは1970年に出版された著作の序章において、日本の精神障害者が国家の差別的扱いによってきわめて貧困な医療環境に止め置かれていることを批判しているが、その上で以下のように述べている。

さらに、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おこなわれています。（岡田・小坂, 1970:8）

こうした批判は60年代、多々あったようで、加藤正明もそれに苦慮したこと、そしてそれであるがゆえにますます職場復帰についての取り組みに力がいれられたことを回想している。小西の当時の反論や回想で語られていることをみる前に、加藤の話を引用しておこう。

当時の産業保健活動は、精神障害者の治療と社会復帰に重点をおかざるを得ず、労働組合や一部の論者から精神障害者を職場から排除しようとするものだという反論があった。職場の労働条件の改善や人間関係の調整の活動であり、健康人の精神健康の向上が基本的目標だといっても、なかなか納得してもらえなかった。勢い精神障害者の職場復帰に力を入れる産業医が多くなった。特にナイトホスピタルによる通勤や部分出勤が取り上げられ、職場内に復帰者のための指導センターが北欧の例に倣って検討され、日本鋼管の復帰班活動や国際電電のデイケア活動が注目された。」

（加藤 1993b:7-8）

加藤はすでに触れたように、自らも参加・執筆した『産業人の精神健康』が「も

つばら1次予防に重点が置かれた」ことをもって「かなりすぐれた手引き書だった」と評しているように、1次予防こそが産業精神保健の目指すべき地点と一貫して考えていたので「治療と職場復帰に重点をおかざるを得ず」という表現になっているが、60年代にごく一部の企業に限られるとはいえ、日本でも職場復帰支援の試みが開始されていたことを示すものとして興味深い<sup>7</sup>。また、やはり加藤が60年代の後半、人事院に設置された精神衛生委員会のメンバーとして全国の現業・非現業の状況調査を行った経験が語られているので、それも引いておこう。

ある郵便局では、職場復帰した配達係の若い男性が原職は無理なので、中年女性の職員と一緒に郵便物を入れる郵袋の修理を糸と針でやっていたり、会計事務をやっていた男性が専ら宛名書きをやったり、電気工が所長室で新聞の切り抜きをやったりしていた。意外だったのは、組合側が「あの男が居たのでは待遇改善の要求が出しにくいので、速やかに入院させてもらいたい」という要求が出たことなどであった。（加藤 1993b:8）

話がわき道に逸れるが、この復帰後に「原職」以外の相対的に容易な仕事をしている風景は、現在の困難を考える上で示唆的だ。どの職務も機械化あるいは外部化され、もはやこうした形での「復帰」が叶わぬことは想像に難くない。しかし、ここでの文脈で重要なのは、やはり組合の要求の部分だろう。岡田・小坂が産業精神衛生の批判として、組合委員にレッテルを貼って排除することもあると——とくに実例は挙げられ

ていないままに——述べられている一方で、逆に組合が「障害者」を排除するというのもあったという回想がある。筆者はどちらが事実的に正しいであるとか、どちらのパターンが当時の職場でより多かったといったことを判定するデータは持ち合わせていない。

そこで、敢えてどちらもありうるという前提に立つのであれば、考えられるのは、「経営者」「組合」といったカテゴリー自体にその行動を予測させることは実に難しいということであり、そしてまた「精神障害（者）」、さらに「精神科医」が、様々な思惑と力の交差する職場という現実の社会的文脈のなかで、様々な意味付けと期待のもとに置かれうること、ということになるだろう。松下電器に勤務した精神科医・小西の以下の主張は、この複雑な状況に現に身をおく者として、それでもなお一定の方向で機能しようとした者の困惑と苦闘を示すものであるように思われる。

さて、その小西の議論であるが、1969年1971年に『精神医学』誌上で展開されている。ちなみに69年の論考「企業と精神科医の問題」は、精神神経学会の精神衛生管理研究会（第5回）での発表に基づくものであり、小西らに対する批判がすなわち衛生管理研究会の体会と直接的とはいえないかもしれないが、かなりの程度関連していたことを推測させるものといえよう。それではまず69年の議論からみていきたい。これもすでに一部引用したが、小西は、職場の健康管理の重点が「結核からいわゆる成人病と精神障害に移行しつつ」あり、そうした社会的要請を背景にして企業に精神科医が関わっていくことは、「社会精神医学—

とくに地域精神医療の課題のひとつを担うもの」とは思うが、そうした関わりができることに「疑惑」をもつ精神科医も少なくないと始めている（小西 1969:17）。ここで、その批判の代表的なものであろうとして引かれるのは、ある座談会での土居健郎の発言である。

この座談会は、同年（69年）の『精神医学』で「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」として掲載されている。1950年に精神衛生法が公布施行され私宅監置が廃止されると、50年代の後半から60年代にかけて民間精神病院も「開設ブーム」となる。そこに64年のライシャワー殺傷事件が起きると、これを機に法改正が行われ、さらに入院措置への圧力が高まり、とりわけこの60年代後半は病床数が激増する時期である（浅井 2001:48-50）。この時代的趨勢のなかで、診療所、すなわち病床数でいえば19以下の外来中心の医療施設がことさらにテーマとなるのは、病院収容主義への批判が底にあるものと思われる。

ただし、「ディスカッションの部」では、まだまだ都市部であっても数も経験も少ない精神科診療所が果たして経営的に立ちゆくのか、そうした問題もまた中心的な関心点となっていた。2年後に『甘えの構造』を出版する土居健郎であるが、箱崎総——診療所を開設している経験から懇話会で演者となっていた——に対して、彼が次のように問うのは、そうした議論の流れの中である。

土居：（箱崎の書いたもののなかに）「各企業、団体内における精神衛生の問題に関与できれ

ば診療所にとってよい結果を生む」と書いてありますが。これは患者をまわしてもらうということですか、患者をピックアップできるということですか。

箱崎：そうではなくて患者個人から精神療法の費用を徴収するのは、かなり困難なわけです。ですから会社のそういうふうな問題についての顧問というかたちで、たとえばある会社から患者の数に関係なく顧問料をもらうという意味で、経済的にはそれが一番安定をはかれるものではないかということです。

土居：それはわかりましたけれど、しかしそのことに危険はないかと思うんです。それは、その企業と医者が直接関係すると、患者のプライバシーが侵害される危険がある。診断した医者が気をつけて侵害しないとしても、患者は「自分の病名とか状態が会社側に医者から報告されはしないだろうか」と勘ぐるでしょうし、また会社側の方も医者に「いったいあの人はどうですか」と聞いてくることがある。そこで医者がよほど注意していないと、結局企業の利益を知らず知らずのうちに代表して、精神科本来の仕事ができなくなるのではないのでしょうか。こういう危険が僕は非常にあるじゃないかと思うんです。最近企業で、非常に精神衛生をさかんにやっているところがありますけれど、どうもうっかりすると、われわれは軍医なみに扱われるおそれがあるんじゃないか。  
（下線部は引用者、新福他 1969:23-24）

小西が代表的批判として抜き出したのは、土居の発言における下線を付した部分である。本論に入る前に小西が多少の反論を行っているが、それは要するに、企業と精神科医という組み合わせをあまりにも特別視



しすぎるのではないかと、いうものだ。企業の利益を代表というが、どの科の医師であれ、開業医なら自分の利益に、勤務医ならその病院の利益に偏った医療行為をする危険性は同様に存在しようし、また企業もまたひとつの「社会」であり、そこで精神疾患にかかる人もいれば、寛解して復帰する人もある以上、「結核に産業医学的対策が必要であったように、精神衛生管理も当然必要」というシンプルな反論である（小西 1969:17）。

その上で、「あえて自己弁明をこころみたい」と断りつつ、とくに二つの点に批判を加えていく。第1に、精神衛生も含め企業のおこなう健康管理一般は、所詮「企業防衛にすぎない」という見方が根強い。しかし、現在行われている結核検診も消化器検診も、社員全体に行うため相当の費用的負担が企業にかかるが、実際にそれで病気が発見されるのはごく一部の従業員に限られ、その早期発見の利益は基本的には当該の労働者個々人のものと考えられる。したがって、健康管理すなわち「企業防衛」と考えるのは短絡にすぎるといえる。この部分は、精神医学・医療の特性には触れられていないので、再反論も多々可能であろう。しかし、次の第2の部分、つまり「患者のプライバシー」に関わる問題については、精神医学・医療自体の（少なくとも当時の、そしておそらくは現在においてもまた）現状に関わる議論が展開されている。

それは、その種の産業精神衛生への批判の論拠が、往々にして精神疾患に関わるスティグマを前提にしていることに向けられたものだからだ。精神科においては他科の

場合とは異なり、しばしば勤務先の診断書に、たとえ本当は「精神分裂病（統合失調症）」であれ、「汎神経症」とか「精神衰弱」とか「体質性神経衰弱」などと書くことが、「患者のプライバシーを守ることになっている」こと、つまりは「ほんとうのことを塗糊しなければプライバシーが守れない（と思われる）」（小西 1969:18-19）ことを問題にしている。なぜ他科で結核や胃潰瘍と書けるのに、精神科では書けないのか。差別があるからといえはその通りであるが、しかし「肺結核」もまた差別の対象であったことはよく知られたことである。実際、その病名を忌避して「肺浸潤」とか「肺尖カタル」という診断書用病名が広く使われていた。だが、現在は結核と書ける。なぜか。それは、なによりも「いまや早期発見・早期治療によって完全になおる病気となったから」だと（小西 1969:19）。そして小西は続ける。

要するに精神病患者のプライバシーがとくに問題になるのは、治療医学としての精神医学がまだまだ無力であることにも一因があるといえはいいすぎであろうか。もちろんなおる病気ならだれに知られてもよいというのではない。しかし…問題の本質は診断書にほんとうの病名を書く書かぬということではなく、病名をぼかすことで患者のプライバシーが守られ、患者に利益を与えることができるという考えかたの安易さにあると思う。（小西 1969:19）

ここで彼は自分の見聞から一つの例を示している。ある治療医が患者とともにエピソード（てんかん）であることを秘匿し

ていたため、雇用主が何も知らずにプレス作業に従事させた。その結果、発作時に手関節切断の重症を負わせ、患者の「プライバシー」と引き替えに「とりかえしのつかぬ不利益」を患者に与えることになった。しかし、企業体にもよろうが、エピソードが採用後に発覚したからといって齧首されるとはまったく限らない。そう指摘した上で、さらに彼は、企業側の反応や対応をことさらネガティブなものとして先取りしてしまうのは、実は精神科医自身のなかにある偏見ゆえではないかと切り込んでいく。

ほんとうの病名をふせることで患者の利益を守ろうとする精神科医の伝統的な思いやりがみられるが、一方、企業の態度はある意味では非常に合理的で、なおっていて仕事できれば、既往症が分裂病であろうがなんであろうがいつか頓着しないというところがある。みかたによればきわめて偏見のない態度といえよう。疾患の特性で管理するより、適応性で管理するほうがより実際的であることを、精神医学にはしろうとである企業の労務管理者が心得ているのである。皮肉なみかたをすれば、精神病患者を偏見の目でみているのは、実は案外われわれ精神科医のほうではないかという反省が必要ではないだろうか。（中略）精神病に罹患したことがまるで罪でも犯したかのように、勤務先にも近隣にもひたかくしにかくし、閉鎖的な拘束社会に閉じこめでも患者の秘密を守らなければならないとしたら、これはもはや残酷物語である。患者の利益や幸福と無関係な秘密保持は本末顛倒というべきであろう。（小西 1969:19-20）

小西が言わんとするところを最後に要約

すれば、「企業」と関わるということできくつかの批判や危惧がでてくるが、実のところそれは医療者や精神医学一般に関わる危険性や現時点での限界に発するものであり、その点を過剰に強調することによって、かえって開かれつつある可能性を閉ざすことは得策ではなかろうということになる。企業の操り人形に仕立てられるという批判については、「このような大義名分が、現在まだパイオニア的存在である精神衛生管理医の気持ちを委縮させないか」と、プライバシーについての指摘については「秘密の侵害をおそれての精神衛生管理に対する疑心暗鬼が、角を矯めて牛を殺すことにならないか」と、自らの危惧を述べている（小西 1969:17, 20）。

しかし、この反論では足りないほど、さらに産業精神衛生に対する批判が繰り返されたのであろう。2年後の1971年、再度同じ『精神医学』誌上で、「企業のなかの精神衛生」と題して一部反論を試みることになる。この文章の出だして典型的な批判として引用されたのが、上述の岡田・小坂の「あやしげなチェックリスト」云々の下りである。後年、小西は彼らの批判について以下のように述べている。

これを読んだときの私の衝撃と当惑は、今も忘れることができない。組織（企業）の利益と個人（病者）のそれとの板挟みになりながらも、懸命に病者の楯になっているつもりだったのに、自分の仕事が精神科医仲間からはこのように見られていようとは……。 （小西 1993:20）

71年の文章に戻ると、小西は「精神衛生

に名を借りた組合活動への干渉など、およそ想像もできないこと」が疑惑・不信の例証としてあげられていることに「産業精神衛生のおかれている立場の難しさを痛感」と述べつつ、企業内での精神衛生活動には確かに困難があるとして、三つの点を上げている。

まず、病院精神医療と異なり、産業精神医学や職業精神医学とは本来、予防精神医学であり、そこにおける医療者の職務は「精神疾患の治療対策よりはむしろ精神健康の増進対策」であるべきだが、「しかしわれわれ日本の精神科医は、そうした教育や訓練をまったく受けていない」ことが言及される（小西 1971:40）。次に、初めの点と重なるところがあるが、ジャンルとしての未確立が問題にされる。「産業精神医学は、一方では予防および社会精神医学と、他方では産業医学と密接に関係しているが、現状では産業医学のもつ伝統と実績にひきづられているといっても過言ではない」と（小西 1971:40）。もちろん、たとえば産業医学において結核対策から確立された集検法（胃集検など）はその効果を示しており、まねるべき点もある。しかし、それも容易ではないとして以下のように述べている。

CMI のごとき質問紙法による集団スクリーニングも（中略）、単なるレッテル貼りが区分け作業に終わる危険性を持っている。精神障害という非実体的現象を対象に、しかも制度化された健康管理というオートメーション作業に個人を埋没させることなく、企業集団の中の作業員ひとりひとりのかけがえのない精神健康をケアしていくことは、健康管理それ自体がみずからの健康に対する個人の自主決定

権を犯すおそれがあることを思うときまことに至難の業といわざるをえない。（小西 1971:40）

批判に対する反論という色調が強くなるのは、最後の困難に関する記述、すなわち自ら「もっとも頭を悩ます」と認める、「企業のポリシー」と関わることについての部分である。精神衛生管理の第一目標が「生産力向上」ではなく、あくまでも労働者の健康の維持・向上であることを見誤れば、人事管理の手段とされ、「精神障害者」を排除するための手段にもされかねないという指摘はその通りではある。だが、それは「すべての産業精神科医が承知ずみのこと」であろうし、またそうした指摘が「虚心坦懐な忠告であるとき、われわれもまた虚心にそれを受け容れなければならないが」としつつ（小西 1971:40-41）、かなり強い反論が続けられている。

たまたま手を汚さずにすむ立場にいるというにすぎない人からの「産業精神科医は要するに企業の御用医師ではないか」というような評言ほど、われわれを悲しませるものはない。

（中略）企業という社会が現に存在し、その中で精神障害になる人もあれば治って職場に復帰する人もある以上、精神衛生管理対策がないよりはあった方がよく、また誰かがそれに従事しなくてはならないだろう。（中略）はつきりいえることは、たとえ企業のポリシーを越えることが困難であっても、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なっているということである。かりに企業の中に精神衛生管理体制がまったくなかった場合、企業内に発生した精神障害

者の扱いはそれこそ人事管理一辺倒で処理されてしまうであろう。（小西 1971:41）

小西は「ベスト」というわけにはいかないが「ベターである方策を懸命に模索しているつもり」であり、妥協を伴うことはあっても、「批評家ではなく実践家であることの重みに耐えてゆかねばならない」と続けるが、「いささかみずからの苦衷を強調しすぎたことを反省しなければならない」と結んでいる。いささか激したことを恥じるかのような終わり方であったが、諸々の批判に憤ることも多かったのであろう。

しかし、こうして反論を続けた小西であるが、その後は退職する 80 年代半ばまで、ほとんど公の場での発言をしなくなる。この事情については、93 年の回想のなかで触れている。時間的な前後関係に多少の混乱がみとめられるが、当時の様相と渦中に置かれた小西の苦渋を伝えるものとして読めるだろう。

しかし、産業精神保健に対する精神科医の眼はきびしく、それが日本の精神医療界のなかで市民権を得ていないことを痛感させられるような出来事に次から次へと遭遇した。（中略）有名な某博士からは、「精神科医が企業に関与すると、知らず知らずのうちに企業の利益を代弁してしまう危険がありはしないか」という趣旨のご指摘も受けた。それを受けて私は、「産業精神科医のみならず、医師はすべて、よほど注意しないと開業医なら自分自身の、勤務医なら勤務先の利益を代弁する恐れがあるのではないか。要は医師個人の覚悟の問題であろう」という趣旨の幼稚な反論を某誌に投じた。（中略）某博士からはのちにあたたか

い励ましを頂いたのであるが、この時もまったく別の方向から痛烈な横槍が突きつけられた。これまた高名な精神科医である某博士が、如上の拙論を「居直り強盗の論理」ときめつけられたのである。大学紛争の余塵がさめやらぬ頃であったから、それ以来私は、公の場で産業精神保健について論じることをやめた。病者にだけ、会社に精神科医がいてくれて助かった——と思ってもらえるような仕事ができれば、それでよしとしようと思ったからである。（小西 1993:21）

既に述べたように、こうした沈黙は小西に限るものではなく、精神神経学会の研究会も 1973 年で休会に入り、関連雑誌等でもシンポジウムなどが開かれることもなくなった。さほど厳密に時期区分をする必要もなかろうが、敢えて明確にすれば、1971 年と翌年にも関連書籍が出されていることも考慮すると（年表参照）、第 I 期の終わりは 1973 年ということになるだろう。

### 3. 第 II 期 「潜行期」

—1970 年代前半～1980 年代前半—

#### 3.1 幾つかの足跡

「潜行期」と名付けたように、この時期について書くことは少ない。実際、1970 年代については、たとえば 2000 年に行われた産業衛生学会のある座談会の場で、幾人かの精神科医が「低迷期」、あるいは「沈滞」と語っている（皆川他 2000:86）。しかし、ただ「低迷」期、あるいは「沈滞」期とするのも躊躇われるところがある。それは、

第Ⅲ期をいつから始まるとするのかという、いささか恣意的な線引きによっても変わるが、少なくとも行政的な取り組みが着手される 1983 年以降を第Ⅲ期とする本稿の立場からすると、それ以前にもわずかではあるが足跡が残されているからである。

具体的には、二つの点を挙げられるだろう。第 1 に、70 年代後半から 80 年代の初頭にかけて、多少の関連書籍が出されていることが指摘できる。たとえば、76 年には小沼十寸穂『産業神経症』、81 年には小沼十寸穂編著『職場の精神健康管理の実際：諸家の知見と方策から』、82 年には内山喜久雄・小田普『職場のメンタルヘルス』が出版され、また 81 年に『教育と医学』で特集「職場の精神衛生」が組まれていることも補足できる。

小沼編著の『職場の精神健康管理の実際』は、序論等の情報を総合すると、労働科学研究所発行の雑誌『労働の科学』の 32 巻 5 号 (1977 年) で特集「精神健康管理の実際」が生まれ、そこに掲載された文章がまず組み込まれている。その上で、実際に企業との関わりで臨床活動をしている医師を中心に 30 数名の執筆者に原稿が依頼されたものと推測される。このことは、出版のような形で顕在化することは少なかったが、一定数の企業や医師が「産業精神衛生」についての取り組みを 70 年代を通じて継続させていたということを示すものであり、留意すべき点であろう。こうした現場での継続性と次の第 2 の活動も合わせて考えると、「低迷」期とするよりは「潜行」期と形容することが相応しいように思われた。

ただし、第 1 と第 2 の営みは別のものというよりは、より連続的なものと考える方

が適当であろう。1968 年に産業衛生協会において「産業精神衛生に関する答申書」を出した小沼十寸穂が上記書籍の主な執筆者・編集者であるが、第 2 の取り組みとは、その産業衛生協会 (72 年より産業衛生学会) 内で開かれていた「職場不適應研究会」であるからだ。この研究会については既に触れているが、「答申」がまとめられた翌年、1969 年に第 1 回が開かれ 1982 年に名称を「産業精神衛生研究会」に変えているように、70 年代も一貫して継続されていた。

産業衛生学会の学会誌『産業医学』に研究会についての要約が報告されており、たとえば 1982 年の改名直前には第 22 回が開かれ、前節で多く言及した小西輝夫が「職場における精神不健康者への対応」と題した報告を行っている。この期間の一部になるが、参加者数などを知る手がかりがやはり同誌から得られる。研究会代表の大道明が 79 年に過去 15 回について報告しているが、69 年から 74 年までは年 1 回開催であったが、75 年より年 2 回 (77 年は 3 回) になっている。参加者数は、多いときで 60 名以上でときに 100 名に達しているときもあるが、20~40 名程度のときも 5 回ほどみられる。大道によると「最近では、午前中を個人研究発表にあて、午後はテーマを選び、予定発言者、話題提供者を選んで、自由討議を行い、参加者すべてが発言できるようにしている」とある (大道 1979:171)。

### 3.2 職場不適應研究会の存続をめぐる

ところで、「部外者」からみると、ここに一つの疑問が生じる。なぜ「職場不適應研究会」は存続しえたのか。上述したよう

に、「精神衛生管理研究会」は「管理」という言葉が問題にされ、ほぼ同時期に開始されながら 73 年には休会に追い込まれたという。では、「不適応」は問題にされなかったのか。この点について、2000 年に産業衛生学会 70 周年記念として編集された、『日本の産業保健』に収録されている座談会で言及されている部分がある。なぜ「不適応研究会」が、82 年に「精神衛生研究会」に名称を変更したのかが話題になったときである。発言したのは、70 年代中頃より富士通に常勤で勤めているカウンセラー・福井城次と、この領域でのキャリアが長く、労働省が 1983 年に委託したストレス関連の研究委員会（後述）にも参加した精神科医・夏目誠である。夏目は、不適応という言葉が「先生方や職場関係者にフィットしなかった」といい、以下のように続けている。

夏目：端的に言えば、診断書に病名を書くとき、「職場不適応」ではイメージが悪いという意見があった。（中略）もう一つは時代の流れがメンタルヘルス、ポジティブヘルス、ストレスというように変わってきて、それに合わせる形で「産業精神衛生」の方がいいのではないかと。

福井：今ある会社が完全にいいものかどうか。

「不適応」という言うと、「適応することがいいことだ」という感じで受け取られたらまずいのではないか。つまり「不適応」があまりいい言葉ではないということで変わったのかなど。

夏目：その要素も確かにあると思います。適応というのは非常に難しい概念です。適応することがいいのか悪いのかということは、た

ぶん学生運動のなかでも問われたことがあると思います。それに対するためらいも、どこかにあったのかなという気もしています。

（皆川他 2000:86-87）

このやり取りは 70 年代後半から 80 年代初頭にかけての関連言説の変容、とくに「ストレス」という概念のもちえた社会的作用を考えるとときには興味深いのが、本稿のここでの疑問にはあまり「フィット」しないようだ。福井の意見に合わせる形で、「不適応」という言葉が前提にするものへの批判的見方が研究会の名称を変えた一因にされているが、「学生運動」の影響というには遅すぎる時期であろう。この改称の理由については、その 82 年に会代表の大道明がやはり『産業医学』誌上で以下のように説明している。

この名称からは不適応という点が強調され、ややもすれば臨床的となり、症状や経過など不適応後の問題やその処理、回復期のケアなどに重点がおかれやすく、とらわれていて、広く高い目的意識のものに進みにくくなっている。また最近は、（中略）精神衛生や心の健康が人々の関心を惹くようになってきたので、このような状況に即応する意味でも、名称を

（後略）（大道 1982:219）

いささか回りくどい議論の運びとなったが、そうしたの、これらの発言や説明は、この「なぜ不適応研究会は存続しえたか？」という問題を考える上で幾つかのヒントを与えてくれると同時に、その点を通して、「産業精神保健」において一貫して問題であり続けた事柄を照射できるからである。

まず、名称の変更には福井の指摘したような理由があった可能性も完全には否定できないが、時期から考えると、むしろ夏目の始めの発言や大道の後半の説明が指摘しているように「ストレス」や「心の健康」といった表現が流布してきたことを背景としてみるとするのがより適当であろう<sup>8</sup>。すると、このことから推測されるのは、「職場不適応研究会」は、実はさして「学生運動」の影響を受けなかったということである。

そしてこの影響を免れた理由は、おそらく大道の説明の前半に色濃く表れているのではないだろうか。つまり「臨床的」であることや「回復期のケア」に重点を置くことは「広く高い目的意識」に反するという感覚を持ち得たということである。この感覚は、精神科医のものではなく、「産業医」のそれのようだ。実際、大道の専門は精神科ではない。そして不適応研究会の母体である産業衛生学会は「産業医」の集まりであり、精神科の医師はごく少数である。

論理的には精神科医であり、かつ産業医であることは可能であり、もちろんそうした医師も一定数存在してきたわけであるが、様々な資料で共通して述べられているのは、そうした医師はごくわずかであるということだ。大方の文書資料では「産業医」とは、明示することなく「精神科医」ではないことが含意されている。産業医とは概ね内科や外科、あるいは公衆衛生学などが専門であることが前提にされている。

たとえば、『産業医のための精神科医との連携ハンドブック』といった小冊子が編集されているが、そのとき「産業医」には精神科を専門とする医師はほぼいないことが前提にされていよう。序文にも「精神医

学の非専門家である産業医の先生方が常に悩むのが、どのように専門の精神科医と接触し、連携し、目的を達成するかということだと思います」と述べられている<sup>9</sup>。このことは、「精神科産業医」という呼称の存在とも関連していよう。この呼称は、なによりも産業医活動から精神科部分だけを分節し精神科医に一任してしまう態度や傾向を象徴するものとして批判されることもあるが<sup>10</sup>、同時に産業医集団における精神科医の少数性を現実的な背景ともしていよう。

ようするに、「学生運動」の影響は、反精神医学の潮流を組み込んで激しい内部批判となった精神医学関係者において、すなわち精神神経学会とその内部に設置された「精神衛生管理研究会」にとっては、巨大な影響を及ぼしたが、他科の医師の世界においては、そこまでの影響にはならなかったと推測される。たとえば東大闘争の発端には、医学部闘争があり、インターン制への、そしてそれに代わるものとして導入されようとしていた登録医制への批判や、教授支配に象徴される医学部の体質への根底的な憤懣があった<sup>11</sup>。それらは決して精神科の問題に限られるわけではない以上、他科においても大きな影響が生じたはずであるが、少なくとも産業衛生協会（学会）においては「不適応研究会」を休会に追い込むような影響は生じなかったようである。そこには専門の違いだけではなく、学会メンバーの年齢や身分上の構成などにも理由があるものと考えられるが、残念ながら現時点ではそこまで資料収集が進まなかったので、その点についての検討にはここでは踏み込まない。

しかしここで問題になった「精神科医」

と「産業医」との相違という問題は、関係者たちの間でも長らく意識されてきた点であるようだ。先述の座談会で、労働衛生コンサルタントとしてやはりキャリアの長い皆川洋二が関連する発言をしているが、歴史的な観察も含まれたという意味で興味深く引用しておきたい<sup>12</sup>。

皆川：私はずっと傍観者で見ていたのですが、産業医で産業保健をやった方と精神科医で精神保健をやった方では、かなり考え方に違いがあったように思うのですが。（中略）ある意味では対立していたのではないか。対立という用語がありますが、一方は事例のみ、一方は観念的に予防とか健康増進という……。

夏目：（精神衛生管理研究会について言及して）この研究会は主に精神科医が発表する場だったと聞いています。そして「職場不適應研究会」は主として産業医が中心になって発展したと思います。精神科医は、私自身もそうかもしれませんが、たこつぼに入りやすい習癖があります。一方、産業医の先生方は幅広い視野で考える。その点で研究会というのは非常に良かったのではないか。確かに精神科医の中にはやや反発する雰囲気もあったと思いますが、（後略）

皆川：バラバラというか、共通の場がなかったように感じるのですが。精神科医と産業医の間で、事例から予防対策へとつなげる共通の場でのディスカッションを本当にしていたのか。別々に、ただやっていたのではないか。

夏目：（他の参加者の発言も挟んで）精神科医は事例が出てくると目が生き生きする。…職場の中でそれ（精神病理）がどんな意味を持っているかとなると関心がやや希薄になる。たとえば「職場不適應研究会」で産業医が主

体になったときのテーマはわりあい総論が多いのですが、精神科医は総論になると元気がなくなる。この視点の違いがズレといえばズレだし、その職種がもつ宿命のようなものはあったと思います。

（皆川他 2000:88）

以上、第Ⅱ期について多少の活動を取り上げることと同時に、「不適應研究会」が「精神衛生管理研究会」とは異なり70年代も存続してきたことに注目し、そこから「精神科医」と「産業医」との組織的な歴史や関心の持ち方における相違にも目を向けてきた。現在に至るまで産業医と精神科医がいかに有効に連携するかという問題は繰り返しテーマ化されてきた。そして、とりわけ第Ⅳ期になると産業医の法的な位置づけや責務が重くなる傾向があり、関連する問題はさらに重要性を増しているように見受けられる。後に再度論じるころではあるが、第Ⅱ期の着眼点として、「産業精神保健」における一つの問題の在処を示唆することとした。

#### 4. 第Ⅲ期 「展開期」

—1980年代中期～1990年代前半—

##### 4.1 関心の高まり

前節でみてきたように、1970年代前半から80年代初頭にかけての第Ⅱ期でも、産業衛生に関心をもつとくに非精神科の医療関係者による研究会は小規模ながら続けられ、関連する書籍もいくつか出版されてはいる<sup>13</sup>。しかしながら、精神科医の組織的な取り組みもなく、なによりも行政による政策的な取り上げがなかった。前後する時期と比



較してみれば、やはり潜行期ないしは停滞期と呼ぶのが適当であろう。

第Ⅲ期は、行政的な取り組みが始められ、精神科医集団が再び職場における精神保健を取り上げ出した時期であり、1990年代にも引き継がれていく側面はある。ただし、第Ⅳ期とした90年代後半以降の切迫感や濃密さと呼びうるものはなく、その意味で「展開期」と名付けた。

行政が産業精神保健に関わる事柄を取り上げたのは、1983年からである<sup>14</sup>。70年代末頃より、労働省は、職業病をはじめとする健康障害の早期発見・早期対策から、健康の保持増進を施策目標に転換した。1978年には、とくに中高年齢層を対象にした「シルバー・ヘルス・プラン（SHP）構想」を発表した。このSHP構想を進めるために、中央労働災害防止協会（中災防）<sup>15</sup>に中高年齢労働者ヘルスケア検討委員会が設置され、1982年からは、運動を中心にした身体面での健康づくり活動であるSHPが展開された。

ただし、このSHPのなかに精神保健に関わる部分が組み込まれるのは、上述の通り1983年からである。ヘルスケア検討委員会のなかに「ストレス小委員会」が、86年まで設置された。1986年には、中災防から『企業におけるストレス対応一指針と解説』という100ページ程度の小冊子が発行されている。

また、やはり労働省の委託で、産業医学振興財団に「メンタルヘルスケア企画運営委員会」が1984年に設置されている。この委員会の検討結果は、労働省労働衛生課編として『労働衛生管理におけるメンタルヘルス—職場における心の健康づくり』という400ページを超える研究会用テキストに

まとめられた。

ここで多少とも興味深いのは、旧労働省の踏み込み方である。1980年から医系技官として旧厚生省に入ったのち、1986年に旧労働省へ出向、上記の二つの取り組みから後述するトータル・ヘルスプロモーション・プラン（THP）にも中心的に関わることになった精神科医・河野慶三が回想として、以下のようにことを述べていることだ。SHPのなかで設置された「ストレス小委員会」の作成した「企業におけるストレス対応の指針」については、旧労働省はかなりその関与の度合いを弱めたということである。

当初は、労働省労働基準局通達として出すことが考えられていた。しかし、「メンタルヘルスの問題は、あくまでも企業もしくは労働者個人が処理すべきもので、行政は直接関与しないほうがよい」というそれまでの労働省の基本的な考え方に押し切られ、国の定める指針とはならなかった。…（中災防が冊子を発行し）…指針を広めるための講演会を北海道・東北・関東などブロック単位で全国的に行ったが、行政からの支援も乏しく、尻すぼみとなった。（河野 2005:82-83）

だが、産業医学振興財団が同じく1986年に出したテキスト『労働衛生管理におけるメンタルヘルス』については、「『指針』に比べるとはるかに行政主導的」であったと述べている。

これ（上記テキスト）を普及させるために、医師会を含めた組織が都道府県

単位でつくられ、労働基準局（当時）、労働基準協会、医師会が協力して、それぞれの地域で産業医、保健師、看護師、衛生管理者、人事労務担当者を対象とした研修会が開かれた。

こちらの研修事業「メンタルヘルスケア研修」は、1988年より、トータル・ヘルスプロモーション・プラン（中高年齢層に限定しないという意味でのトータル）が開始されることで、「自然消滅」、いわば“発展的に解消”したということであるが、ストレス小委員会の「指針」とその遇され方の相違がどのように説明できるのかは判然としない。旧労働省のメンタルヘルスには国が直接関与しないという「基本的な考え方」が一貫しているのであれば、『労働衛生管理…』のテキストの普及を企図した研修会も、決して「行政主導的」にはならなかったであろう。

可能性としては、旧労働省としては、ほぼ同じテーマで二つの検討委員会を同時期に走らせてしまった結果、どちらかを優先せざるを得なくなったこと。そして、それぞれの検討委員会を受託した母体の性格（たとえば医師会に対する影響力）や参加委員のもつ動員力の違いもあり、そうした処遇の相違を生み出したことも考えられる。しかし、それらは推測の域をでない。

ただ、おそらく重要なのは、行政内部に技官としていた医師が旧厚労省内部の「基本的な考え方」として、「メンタルヘルスの問題は…行政が直接関与しない方がよい」という主張（しかも一定の強さをもつ主張）がこの時期に存在したと証言していることである。この、メンタルヘルスには行政が

関与しないというスタンスは、実際に、行政内に長らく存在したように推測される。2006年に改正された労働安全衛生法（安衛法）が施行され、同時にいわゆる「新メンタルヘルス指針」が打ち出されたときに、両者の決定過程にも関与が深かった行政官、医師を集めた座談会が『産業医学ジャーナル』で開かれたことがある。

そこで、当時、厚労省の労働基準局安全衛生部労働衛生課長であった阿部重一が、改正された安衛法に「法文や規則レベルでは結構微々たる部分」ではあるが、メンタルヘルス対策が盛り込まれたことは画期的であり、2000年に策定された旧メンタルヘルス指針にしても、「法令のバックグラウンド」なしに、「何か遠慮がちにやっていた」と語っている。

どうしてもメンタルヘルス対策になると行政側が事業者を指導したり、監督したりすると言いますか、どうしても今までのような形で強力な指導・監督はできないというような経緯は確かにあったわけです。（櫻井他 2006:6）

非常に不明瞭な言い回しであるが、前後の文脈からみれば、1980年代の中期以降、通達のようなかたちで「メンタルヘルス」対策を指導はしていたが、強力にはできなかった、その意味では、実際には不可侵の領域であったことを示しているように思われる。そこにはもちろん企業側の抵抗もあるという環境的な要因も考えられようが、「メンタルヘルス」についての行政内的な認識の仕方も作用していたのかもしれない。少なくとも前出の河野は、80年代における

状況について、後述する事件（日航「逆噴射」事故）の影響で旧労働省が一定の反応を示したが、その切実さはごく弱いものであったと述べている。

多くの事業者や人事管理担当者が、メンタルヘルスの問題に直面し、何とかしなければならぬと切実に思っていたわけではない。行政サイドも同様に、問題意識は将来に向かっての理想的なものであった。（河野 2005:83）

1987年には、翌年に向けた安衛法改正の作業が始まり、それと連動する形で、「シルバー」ではなく労働者全体を対象とした、つまり SHP の対象を拡大させることで、トータル・ヘルスプロモーション・プランが企画された。すでに、上記のストレス小委員会や企画運営委員会の流れもあり、THP に「メンタルヘルス」を組み込むこととくに異論はなかったようである。このプランにおけるその基本的な性格については後述する。

#### 4.2 この時期の背景

##### —その1：2つの事件—

ところで、なぜ 1983 年や 84 年という時点で、労働省が精神保健に関わる取り組みに踏み出したのだろうか。ここでは、二つの背景が指摘できる。まず、この時期、労働者の精神面の失調が原因と考えられた事件や関連する出来事が社会的に注目を集めたこと。次に、まさに「メンタルヘルス」という言葉が象徴する、より広い意味での精神的・心理的な「健康」への関心の高まりがみられたこと、である。後者のより広

いとは、不具合のレベルが「疾患」や「障害」というほどのこともないという意味で多くの状態を含むことを、またそれゆえにより広範な人々に関わる可能性があることを含意している。

労働省の対応を促したものとして、主に二つの出来事がしばしば言及される。1982年2月に日本航空の旅客機が羽田沖に墜落した事故がその一つである。この点については、当時労働省内部にいた前出の河野も明言している。

（旧労働省が委員会を設置した）背景となったのは、1982年に起こった日航「逆噴射」事故であった。事故の原因が機長のメンタルヘルス不全であること、日本航空のその機長に対する健康管理が不十分であったことが明らかとなり、労働者の心の健康を企業がどう扱うかに国民の関心が集まるというやや特殊な事情があったのである。（河野 2005:83）

確かに、この墜落事故は、乗客 24 名の死者と多数の負傷者を生み出した大惨事であり、メディアにおいても多大な関心を呼んだ。

もう一つの「事件」は、メディアの取り上げ方としてははるかに目立たないものであったが、旧労働省そして企業にとって、きわめて大きなインパクトをもつものであったと思われる。それは、1984年2月となるが、ある労働者の自殺未遂による負傷が労働災害と認定されたことである<sup>16</sup>。この被災者は、1978年より上野駅の新幹線が乗り入れる地下プラットフォームを設計する技

師であり、その事実上の責任者であった。技術的な難易度がきわめて高い上に、発注者による設計条件の度重なる変更があり、しかも与えられた期間は半年と短かった。周囲からの支援も少ないなかで身体的にも不調が現れ、翌年には大学病院等で「うつ病」あるいは「心因反応」と診断され、通院・入院もしていた。同年の7月には復職したが、通勤中に駅ホームより電車に飛び込み、両下肢切断の重傷を負い長期入院となった。

労災申請がなされたが、判断が困難であるとして、労働本省（当時）で検討されることとなった。その結果、業務には「反応性うつ病」の原因となるだけの強度の精神的ストレスがあったこと、業務以外のストレスは主たる発病原因とはみなせないことなどが認められ、また自殺企図は、そうして発症したうつ病が原因として認められた。つまり、自殺未遂による負傷も業務上の災害と認定されたわけである。

この事例が行政や企業に対してもったインパクトについては、日本産業衛生学会が編集した『日本の産業保健』に収められている座談会「知的労働と心の健康」で、複数の参加者が言及している。医師の原谷隆史（当時、旧労働省の内部にあった産業医学総合研究所に勤務）は、以下のように述べている。

労働災害として認められた1984年の事例は、労働省が精神疾患に対する対策が必要だと示した点で画期的である。それまでは精神疾患、たとえばうつ病などに関して業務起因性はほとんど考えていなかった。それがあの事例によ

って労働省の対象とする業務上の傷病として認められ、自殺もそれに結びついた労働災害として認められたというのは画期的な事件だったと思います。

（皆川他 2000:87）

また、1975年に富士通に常勤のカウンセラーとして入社した福井城次（座談会当時は、富士通川崎病院勤務）は、企業に対する影響を回想している<sup>17</sup>。

（この労災認定は）企業にとってものすごくインパクトが強かったと思います。うつ病の問題でも、会社の責任が問われることになったわけですから、私のいる富士通でも、それまで課長へのメンタルヘルスの研修はやっていたのですが、1984年度から、さらに若い主任クラスまで全社的にやり始めました。これも労災認定が追い風になったのだらうと思います。（皆川他 2000:87）

やはり参加者の医師（当時、岐阜大学医学部公衆衛生学に勤務）・川上憲人も「1985年前後は、産業精神科医などがどんどん職場に入って、精神分裂病やうつ病など精神的な病気に対応し始めた大きな時期だと思います」と述べている（皆川他 2000:87）。

このように、1984年の労災認定はとりわけ大きなインパクトを行政や企業に与えたようにも思われる。ただし、それは端緒を開くきっかけになったという表現がよりふさわしいのかもしれない。というのは、労災申請に対して判断が難しいと、東京労働基準局（現・東京労働局）から本省に判断が委ねられ、最終的には中央労働基準監督