

作られ、あくまでも別の健診として行われる方針が打ち出されている。

この含意はなにであろうか。産業医が行う職務について規定した労働安全衛生規則の第14条内に記されている「健康診断及び面接指導」が既存の安衛法の条文に対応している以上、新たな条文によって指示される「精神的健康…の検査等」は、産業医の職務から外れることになる。実際、改定案では、安衛法の既存の第66条第1項中「健康診断」について、括弧書きとして「精神的健康の状況に関わるものを除く」ことを加えることを明記している。そして、新たに加えられる条文——第66条の10——のなかで、事業者が「医師又は保健師による精神的健康の状況を把握するための検査」を行わなければならないとする。メンタルヘルスの健診は必ずしも産業医の職務である必要はなく、他の医師や保健師が行ってもよいことになる。言い方を変えれば、他の医師や保健師が行うこともできるようになる。

産衛学会の2012年1月の意見書の冒頭にくるのは「(I) 心身の健康を分離して健康診断を行うことを強いる施策は、対象を全人的に捉える『医の倫理』を無視しており、…労働者のためになりません」という下りであるが、健康診断の分離方式がもつばら「医の倫理」に抵触するがゆえに問題とされたともいえないように思われる。いささか穿った見方のようにはあるが、「プロジェクトチーム」以降の一連の流れとそれに対する産衛学会の声明を一読すればそれは明らかだろう。

「プロジェクトチーム」の報告書およびその鳥瞰図で、メンタルヘルス不調者の把

握及び対応の受け皿として、「メンタルヘルスの専門家と産業医を有する外部機関の活用」「外部機関の質を確保するための措置」が今後の検討課題として明記された。この外部機関についてはとくに「拡充検討会」で、産業医の選任義務のある事業場（労働者数50人以上）について、メンタルヘルスに関して医療的なサービスを提供する「外部専門機関」として、その構成や役割について構想されることになった。本論でも既に述べた通り、精神科を専門とする産業医は少なく、その産業医と外部の主治医の連携が困難であることは長らく問題とされてきた。こうした現状に対して専門性や関係医師間の連携・調整を高めることが狙いとされるが、拡充検討会の報告書では、外部専門機関の位置づけについて以下のような提言を行っている。

嘱託産業医と同様の職務に責任をもって従事させるため、外部専門機関に属する産業医有資格者のうち1名を事業場に対する業務を総括する医師として当該事業場が定めた上で、総括する医師が主担当となり他の産業医有資格者との間で事業場や個々の労働者についての情報共有などによる連携を図りながら、産業医の職務を提供する契約を外部専門機関との間で結ぶことが必要である。（拡充検討会報告書2010:5）

補足すれば、報告書に付されている外部専門機関のイメージをみると、総括医師は一つないし数社ごとに組織される医療チームのリーダー役であり、さらに複数のチームを束ね統括する役割として「産業医長」

（「一定の見識を有する産業医有資格者」）が設定される<sup>65</sup>。

こうした構想に対して、産衛学会からは2010年12月の時点で強い懸念と反対が表明されている。懸念とは、この構想の流れで、外部専門機関と事業者が契約すれば産業医の選任義務を果たしたことになる、つまり「産業医選任義務の実質的撤廃」が法制度化に向けて「提議される恐れが極めて高い」というものだ。理由としては、こうした専門機関との契約には、現行の嘱託医制度よりはるかに高額の負担が事業者にかかる。また既に嘱託産業医が選任されているような場合、総括医師の存在は「権限責任の所在」について混乱を招く。そうなれば、事業者をして外部専門機関のみに産業保健活動を任せられるように法的改訂が求められざるを得ないということだ。

そして、それは職場でなされる産業保健活動の質を低下させるという。なぜなら、外部専門機関が拡充検討会で求められるような人員構成と活動を満たそうとすれば膨大な費用を事業者は支払わなければならない、それが回避されればむしろ低コストで劣悪なサービスしか受けられなくなるからだ。また、そもそも産業保健は、産業医や保健職が巡視や安全衛生委員会への参加を通して時間をかけて事業場との連携を深めることでその質を向上させられるものであり、ここに外部専門機関が割ってはいくようなことをすれば、嘱託産業医などの「これまでの努力が雲散霧消しかねない」とも述べられている。

日本医師会が2012年2月に公表した「産業保健委員会答申」にも、外部専門機関方式については、「安全衛生分科会において、

国がメンタルヘルス対策を急ぐあまり、産業医とメンタルヘルス対策に対応できる医師との連携の一つの方法として建議された者であり、日本医師会が発意したものでもない」とし、「日本医師会は…事業場を熟知する医師が産業医として選任される現行の制度を堅持していくよう提言すべきである」と述べられている。

こうした医師の団体からのきわめて強い反対が存在したことも作用してのことであろうが、上述したように安衛法一部改定案のなかには、外部専門機関や産業医選任義務に関わる項目は含まれなかった。そのため、一部改訂法案についての意見書では、産衛学会としては、健診における心身の分離が「医の倫理」に反するという形でのみ言明しているが、この言明の背後には上述の過程と問題が張り付いているとみるべきであろう。

その他、担い手をめぐる論点としては、医師不足の問題がある。外部専門機関が拡充検討会の報告書にあるような要件を満たすことになれば、大量の産業医（そして精神科の産業医）が必要である。あるいは、外部専門機関によらずとも、メンタルヘルス検査の結果、実際よりも多く陽性と判定される労働者が出て来ることで多くの面接希望者に対応できるだけの精神科専門医が必要となるし、事業者に必要なかつ適切な就業措置を具申できるだけの医師もさらに多く必要となる。このため法案改定を急げば、現状の質・両面での医師の不足ゆえに大きな混乱が生じるであろうし、医師の供給体制の整備こそがまず急がれるべきだという批判である<sup>66</sup>。

最後の(4)事業主責任の曖昧性をめぐる問題に移ろう。(2)でも言及した通り、この改定案では、労働者からの申出がある場合にのみ、事業者はからの不調を知ることになる。そうすると不調および不調の結果として生じたことについて、事業者は申出がない場合には、知り得なかったという理由で免責される可能性が高い<sup>67</sup>。働くもののいのちと健康を守る全国センター理事会の意見書(2011.12)でも、むしろ面接を「希望しなかった労働者個人の責任とされ、事業所の安全配慮義務に対する責任を免罪することに」と指摘される。同意見書では、長時間労働に関する面接指導受診の申出が50%にすぎないこともあげて、上記の問題が大きくなる可能性を示唆している。

また、事業者責任と関係してくると考えられるもう一つのこととして、この改定案で示されたメンタルヘルス不調についての検査結果は、職場の環境改善に結び付けられる形になっていないという批判がある。確かに、たとえば職場の単位ごとに集計したものを事業者が参考にして職場改善に取り組むといった主旨の文言は改定案にはない。上記の全国センターの意見書では、そもそも厚労省が考えているチェックリスト9項目には、「本人の気づきを促す」という目的の通り、個人のハイリスクチェックにはなりえても、「職場分析」に繋がるものではないと指摘している。

産衛学会の報告書(2010.6.26)でも、この点が問題にされており、労働者が特定されないことや当該職場管理者の責任追及にならぬように配慮しながらも、回答結果を職場単位で集計し、環境改善に結び付けられるべきことが語られている。また、スク

リーニングが重視されることによって、手間暇のかかる職場改善活動(一次予防)や不調者の早期発見のためになされる管理監督者への教育研修、あるいは随時利用できる相談窓口の整備などが軽視されるのではないかと危惧を述べている。

以上、安衛法改定案に対するいわば内在的批判あるいはその背景になった検討会案への批判を中心にみてきた。しかし改定案では書かれていない部分で重要な事柄を補足しておく必要もあるだろう。この案は、基本的に産業医の選任義務のある規模の企業に関する議論であり、外部機関などと契約できる経済力のない小規模企業の問題や、非正規労働者へのメンタルヘルスケアの供給に関する問題についてはなんら触れられていないと、やはり各方面から指摘されている<sup>68</sup>。拡充検討会などでは50人に満たない事業場については、地域産業保健センターの体制強化などが語られているが、検討会が開かれていた同じ2010年には厚労省内の仕分けによってその予算は削減され、それまでの労働基準局単位(347カ所)から都道府県単位に縮小された。また都道府県レベルで設置されてきた産業保健推進センターも多くが廃止され15センターにまで減らす方針が閣議決定されている。こうしてみると、現在もっともメンタルヘルスケア、あるいは産業医活動総体から遠ざけられている層についての取り組みは、やはり疑問の付されるところであろう。

## 6.2 リワークプログラムの興隆

精神医療者の側での近年の動向として一つ注目しうるのは、職場復帰支援に関わる

ものである。第Ⅰ期でも復職支援についての言及が精神科医の回想のなかでみられたように、この取り組みは一部企業では意外に長い歴史を持っているともいえる。しかし、やはり2000年代に入って急激に注目されるようになり、医療機関等で「リワークプログラム」が多く実践されるようになったといえるだろう。

この拡がりを持たず行政の主導によるものとはいえないが、2004年には厚労省が「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」を公表し、2009年には改訂版を出しているように、行政としてもこの3次予防の取り組みについては関心が高いところがある。2004年の手引きから、病欠休業開始から職場復帰後のフォローアップまでを5段階に分けて、それぞれの段階で基本的に踏まなければならない手続きや留意点が示されている。2009年の改訂版では、支援の対象者に対する復職までの流れ（プログラム）や事業場外で利用できる資源や制度について十分な情報提供を行うこと、そして休職に関わる、あるいは「試し出勤」に関わる対象者の身分上の規定についてあらかじめ整備しておくこと、さらに主治医と職場とが相互的な情報提供を含め連携を強化することなどが盛り込まれた。

医療関係者においては、とくにうつ病罹患患者に対する復職支援のリハビリテーションが、とりわけ事業場外での復職プログラムとして急速に普及した。この起点は、1997年NTT東日本関東病院の精神科で秋山剛を中心に始められたリハビリを、東京のオフィス街で精神科クリニックを開業していた五十嵐良雄がアレンジして実践し始めたところに求められよう。デイケアを含む「リワーク・カレッジ」と名付けられたプログラムは、うつ病罹患患者が回復して家庭生活を過ごせるようになったレベルから、実際に職場で働けるレベルになるまでの間を埋めていくことを目標とする。医師だけではなく心理士、精神保健福祉士などからなる多職種チームによる様々な取り組みがあるが、作業療法的なものばかりでなく、個人そして集団の認知行動療法も導入されている。五十嵐は、この経緯について、「診断書を発行して休職させて十分な休養をとらせた後に、復職を試みても、失敗する患

者が続出し」、かつて勤務していた「病院での経験がほとんど役に立たなかった」と語っている（五十嵐 2007:56）。ここには、彼がクリニックで診るようになったうつ病の様相が病院で診てきたものとはかなり異なるという認識もある。いわゆる現代型うつと呼ばれることもある問題に関わるところであるが、復職リハビリ・プログラムがうつ病治療の文脈でもつ意味についてはここでは省略する。

上述の秋山によると、2006年時点では、都内近県でこうしたリハビリ・プログラムを実践していたのは3カ所のみであった

（秋山 2006:13）。しかし、秋山や五十嵐を中心に2008年に「うつ病リワーク研究会」が発足し、2009年5月には正会員がすでに48機関であり、2012年2月時点で、「同研究会会員であるリワークを行う医療機関は32都道府県118施設」とされている（五十嵐 2012:2）。実際、近年開催される産業精神保健学会やデイケア学会をみても復職支援の報告は非常に多く、この5年ほどの間に急速に取り組みが普及していることが伺われる。

ただし、ここで「リワーク・プログラム」とされるものは、あくまでも事業場外のそれ——就業前リハビリテーション——であり、事業場内のもの——就業リハビリテーション——ではない<sup>69</sup>。後者については、そのときの身分や処遇について制度的に整備しておく必要があり、また職場と医療関係者との協働体制もより密に求められることから様々なコストもかかるものの、その有効性が高いことは指摘されている<sup>70</sup>。就業リハビリのための制度整備や実際の取り組みがどの程度行われているのか、こうした点も注視する必要がある。既存の調査結果を後ほど紹介したい。なお、復職支援については重点的に調査研究を進めており、詳細な議論は項を改めて展開する予定である。

### 6.3 EAP 企業

本稿では第Ⅳ期を産業精神保健の拡充期とし、それが過労自殺裁判についての画期的な最高裁判決によって開始されことは既に述べた通りである。また、そのことによ

って企業にとってメンタルヘルスケアの問題は、福利厚生の問題からリスクマネジメントの問題になったということが、関係者の間で明言されていることも、ある座談会を紹介するなかで触れた。2000年以降、行政から各種指針が出され、より日常的で多面的な取り組みがなされることも求められるようになった。こうした中で、企業に生じた新たな需要に注目した「産業」も成立してくる。

『日本医師会雑誌』で2007年に「職場のメンタルヘルス」の特集が組まれた。このとき、その「現状と課題」について論じた精神科医で、この分野の主導者的存在であった島悟は、「課題」に関連して、「非専門家が『職場のメンタルヘルス対策』を有望なビジネスチャンスとみなして、参入していること」を挙げている。そして、こうしたビジネスの「乱立」状態に抗して、「医師が、経営層や人事担当者などがメンタルヘルスに関する正しい理解をもつように働きかけること、……メンタルヘルス活動を適切にリードすること」を課題の一つとして訴えている（島 2007:24）。島が危惧していた対象とは、非医療者からなり経営コンサルタント的にEAP (employee assistant program) を提供するという民間企業（EAP会社）である。周知のようにEAP会社は、もともとアメリカで発達・確立したものであるが、日本では1998年に日本EAP協会が設立され、設立者である市川によると、2007年時点で企業数は約50社ということである（市川 2007:◇）。

この時点では企業数としてさほど多いわけではないが、厚労省は2008年には既に一定の対応をみせる。この年の6月、都道府

県労働局労働基準部長に対して「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」という通達を出すのが、このなかでメンタルヘルス相談の専門機関について、「一定の要件を満たしたものについて登録・公表」することで、「優良な事業場外資源の確保を図り、その利用を促進する」と記している<sup>71</sup>。相談機関の登録基準では、「事業者と契約を結び有料でその労働者に以下のサービスを提供する機関であって医療法上の医療提供施設以外のものを対象とする」と冒頭部にある。「相談対応者」としては、「心理職」として一定の経験を有することを条件とはしているが、第三期で取り上げたTHPの心理相談担当者も含まれ、必ずしも臨床心理士や精神保健福祉士である必要はなく、かなり緩やかである。

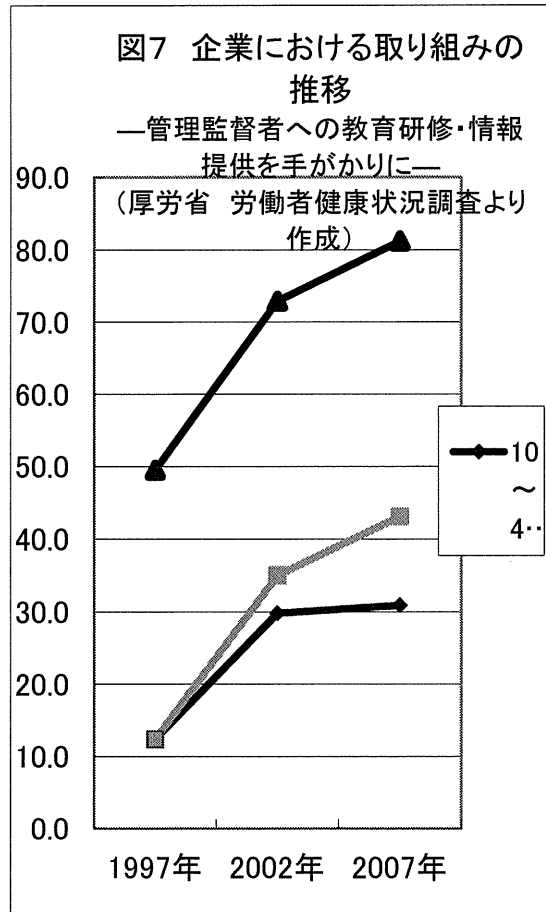
ただし、「精神科医の関与」という項目が目を引くところである。相談機関は精神科医又は精神科医が所属する医療機関と契約していることがまず要件とされる。そして関与する医師は、「臨床歴を5年以上有すること」が必要であり、たとえば「相談対応者による面接に先立ち面接を行い、その結果を相談機関に報告すること」、あるいは「（すべての労働者について相談内容を）相談対応者から報告を受け、その内容について医学的な観点から審査する」といった形で様々に関与していくことが求められる。医師の関与によって、EAP会社の質を担保しようということであるが、登録という制度によってどこまでそれが可能であるかは未知数である。また、EAP会社の提供するサービスは面接相談と医療機関への仲介に限られるわけではなく、社会学的な

視点からこうした企業活動が有する機能について、きわめて批判的な議論も存在する。この点は考察部分で取り上げてみよう。

#### 6.4 企業の取り組みと規模格差

企業の取り組みについては、厚労省の労働者健康状況調査などにより、1990年代後半以降の動きがある程度把握できる。ごく簡略に触れておきたい。

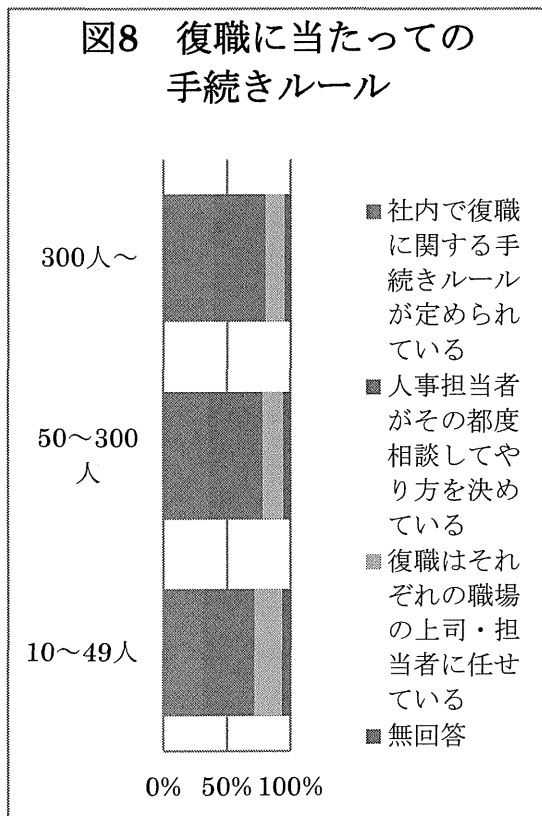
たとえば、新旧のメンタルヘルズ指針に「ラインによるケア」という項目が含まれているが、そのために「管理・監督者への教育研修」が求められている。こうしたものは、比較的“取り組みやすい”事柄に属するであろうが、その実施率の推移を確認したものが図7である。企業規模（従業員数）により相当に異なるが、とくに1997年から2002年の間で大きな上昇が認められる。電通事件の一審判決が出た翌年から、旧指針の公表された2000年を挟んでの時期であり、やはりこの時期に取り組みへの圧力が急激に増したことを示すものであろう。



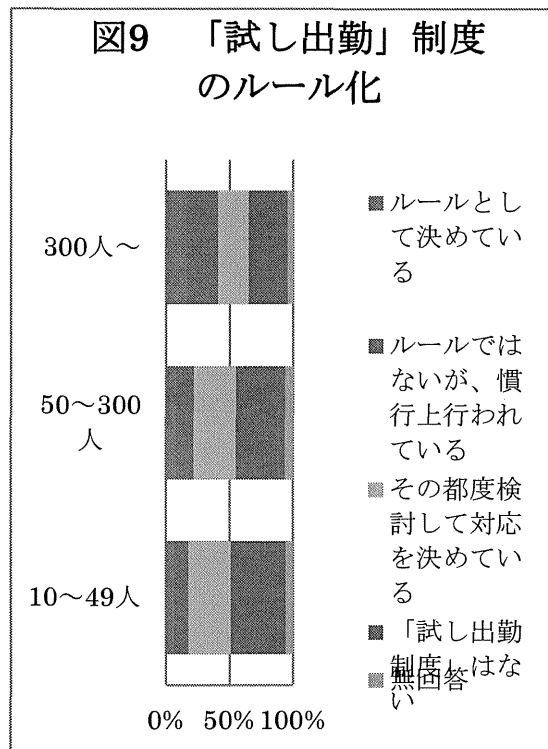
この調査は5年間隔で行われており、2012年実施分の結果はまだ公表されていないので、2010年9月～10月に行われた(独)労働政策研究・研修機構(JILPT)の「職場におけるメンタルヘルズ対策に関する調査」の結果も見ておこう。図7で示したものと全く同様の質問があり、事業所規模別にみると10～49人(36.4%)、50～299人(44.4%)、300人以上(64.9%)であった。50人未満の事業所を除けば、低めの結果が出ている。JILPTの調査設計は厚労省調査とほぼ揃えているが<sup>72</sup>、事業所調査に限定し、労働者調査は並行して行ってはいない。厚労省調査の有効回答率が70.8%であることに對し、JILPT調査は37.5%であり、こうした点も作用した

ものと思われるが、とくに解釈はできない。

精神医療者集団の動向で言及した職場復帰支援に関わる項目については、JILPT 調査がより詳細な設問をしているので、そちらの結果を参照しておこう。



復職に当たっての手続きがルール化されているかという設問についてみると、ルール化されていると回答している事業所は全体的に少ない現状が伺える。50人未満の事業所で30%強であり、300人以上の事業所でも40%程度である。これが「試し出勤」制度のルール化状況についてみると、さらに少なくなる。300人以上でも、ルールとして決めていると回答している事業所は17%程度に止まり、それより小規模になると8%かそれより小さな値となる。



慣行上行われているという回答を含めれば、二倍程度にはなるが、復職支援においてはルールの透明性が当事者である労働者の、そしてその家族の安心に対してもつ意味が大きいことは、多く復職支援に関わってきた医師などからつとに指摘されることである。その意味では、やはりルール化されていることが、より望ましく、その視点からみればやはりそれだけ憂慮すべき現状といえるだろう。

企業の取り組みについては、当然、より詳細で踏み込んだ検討が必要であるが、より多くの調査資料に基づき検討すべき課題であるので、これ以上の概略的紹介は止めておきたい。ただ、以下の考察部分で必要に応じて、既述の調査結果を改めて参照することもあるだろう。

## D. 考察

ここまで、1950年代から近年に至るまでの産業精神保健に関わる様々な動向や、それに関連して論じられた事柄を辿ってきた。冒頭部で述べた通り、本稿は文献資料に拠りながら歴史的な記述を行うことを目的としたものであり、これまでの作業で議論は概ね終えたといえる。しかし、今一度、この歴史を振り返り、幾つかの論点にまとめながら考察を加えてみたい。

### 1. 精神科医が企業に雇用されることについて

まず、第I期に問題となった、精神科医が企業と契約を結び、その労働者に対して精神医療活動をする事について取り上げてみよう。主治医としてではなく、嘱託ないしは専属の産業医として産業保健活動をする事について、他科の医師では問題にならなかったことが、こと精神科医については、強い疑いの目をもって批判されることになった。精神疾患・障害に対する社会一般あるいは企業内に存する差別意識を背景にして、治療とはいいつつ、精神科医は不調者を結局は排除する役割を担い、企業の経営合理性に利するものにしかならないのではないか。さらに、むしろ企業にとって不都合な人員を恣意的な診断によって放逐するようなことにさえ手を染めているのではないか、という批判や疑いである。

こうした批判は、近代以降、精神医学が「正常／異常」の線引きを行いつつ、「異常」に分類された者を病院に隔離・監禁してきた主要な社会的装置であることを論じたフーコーや、それに続くとくに英国を中心にした反精神医学の動きが日本にも波及

してきたこと、またこの時代、それが企業という存在に批判的な学生運動と交錯したことによって確実に増幅された。しかし、本論で実際に産業医として企業と関わってきた医師たちの語りやそうした批判に対する反論などを多く引用して示したように、精神科医が企業に関わることが、あたかも自動的あるいは不可避免的に労働者の不利益に繋がるというのは短絡に過ぎた。

反面、我々は現在、「ブラック企業」「追い出し部屋」という言葉に象徴される現象として、一定数の企業が人員削減をとくに「自己都合退職」の形で進めるために様々な“手法”を用いていることを改めて知るようになった<sup>73</sup>。こうした状況のなかで、産業精神保健に関わる活動やその知識・情報が、不適切に利用される、もつといえは“悪用”される危険性について考えないとすれば、それも楽観的に過ぎるだろう<sup>74</sup>。これはなにも産業医となる精神科医に限った話ではなく、他職種の専門家、あるいはEAP会社としての活動、そして精神医学・心理学に関する知識についても注意が求められる。

知識・情報については、次の論点で問題にすることにすれば、ひとまず産業精神保健活動に関わるスタッフの問題となる。労働安全衛生規則第14条第4項においては、産業医が企業担当者に対して作業環境や管理について勧告・指導・助言をしたことを理由に、事業者が産業医に対して「解任その他の不利益な取扱いをしないようにしなければならない」とある。その点で産業医には一定の身分保障がなされているとみるべきかもしれない。しかし、医師はもともと高い権威を付与された資格職であり、当



該企業から解雇されたことが即座に経済生活上の困難に結びつく可能性は比較的低いように思われる。問題は、医師が企業側の利益供与に抗し得る条件——倫理性は別に——と、医師よりも経済・社会的に身分保障の弱い他職種が不適切に企業側利益に誘導されない条件なのかもしれない。いずれにしても、契約者としての企業と、ときに患者としての労働者の間において産業保健スタッフがより自律的でありうる制度的条件が、精神保健の問題がクローズアップされることで改めて問題になるのではないだろうか。

この点でいささか気になるのは、総じて、近年の議論を第Ⅰ期から第Ⅲ期までの議論と比較したときに目立つ相違として、とくに産業医として職場に関わる精神科医の果たす——その意図とはときに関係なく生じるものも含め——機能そのものをめぐる議論がかなり少なくなったことである<sup>75</sup>。第Ⅳ期に入って以降は、かつて「入り口」で問われていた問題は後景に退き、職場のメンタルヘルスに関わる各職種に求められる技量や注意点<sup>76</sup>、あるいは企業内で実効的な対応方法などが議論の中心になっている。確かに、さしたる根拠も示さず危惧するというだけで、企業現場で臨床活動を行う者を批判することは控えられるべきであるし、逆に現場にいる者は法律と自らの倫理に照らして、最善の方途を探っていくよりないという部分もあろう。しかし、どのような企業や実際の状況が、たとえば精神科の産業医の自律性を脅かすものであるのか——もちろん守秘義務はあろうが——、その経験が何らかの形で公に伝えられ蓄積されていく必要あるだろう。

## 2. 一次予防と「感情管理」について

次の論点は、労働者個々人に対してなされるストレス・コーピングなどの感情のコントロール法に関わる、あるいはラインによるメンタルヘルス不調者の早期発見に関わる指導や教育研修の問題である。THP でセルフケアが強調されたときに、産業衛生の専門家からは、環境改善・管理の思考が脱落していることに多く批判や反省の声があったことは本論で見たとおりである。2000年に公表された旧指針が総合的になったということで評価された所以でもあった。しかし、とくに労働者個々人がストレスを含め自らの感情を統制する方法が普及することについては、先鋭な批判もある。たとえば社会学者の山田陽子は、その一連の論考で、労働領域での精神保健活動の拡がりについて批判してきた(2008, 2011a, 2011b)。そのエッセンスは次の一文によく現れている。

労働者一般の普遍的利益を代弁するような主張や運動が展開されにくい状況の中で、労働問題が個々人のストレスの問題や健康問題として再定義され、医療的・心理学的介入が可能な個別的問題へと加工されている。(山田 2011a:224)

この文の主張には、とくにメンタルヘルス不調者が治療対象になったり、復職支援の対象になったりすることも医療化・心理学化を示す現象として含まれようが、こうした問題については、また次の最後の論点で扱いたい。ここでは山田の議論の本体、すなわち労働者をして、より生産性の高い

主体として、自らの感情を有効にコントロールすることのできる存在へと駆り立てること、そこに医学的・心理学的な知と活動が動員されているという主張ないし問題について、多少の検討を加えてみよう。

山田が注目している産業精神保健活動とは、なにより民間の EAP 会社である。企業経営からみれば「従業員のメンタルヘルスケアとはリスクマネジメントであり経営コストの抑制を意味」するが（山田 2011b:223）、EAP のコンサルタントは労働条件にはタッチせずに、上司と部下のコミュニケーションの取り方や労働者個々人のストレス・マネージメントの方法を伝授することでリスクを回避させ、生産性の向上が図られると謳う。

また既にして「仕事を自己実現の手段として見なす趨勢」があり、「大衆化された心理学的知識によって職業人として自己を語ったり人間関係や職場環境を観察したりすること」が広まっている。諸々の状況から生じる感情に自ら気づき冷静に取扱い、「高い生産性を維持する感情状態の鋳型——たとえば、明るく快活に前向きに職務に邁進する——に流し」込むことは、企業の側だけでなく、個々の労働者もまた求めている（山田 2011:224-225）。だから、そこには十分な「商機」がある。少なくとも山田は批判的にそう見た。

こうした「感情の管理」が、改善されるべき職場環境に存する問題を常に隠蔽するものとして強化されるものであるのか、あるいは意図はともかく隠蔽するものであるのかは、経験的に検討される必要がある。しかし、一定の感情——とりわけネガティブな——が常に職場環境についての集合的

な改善を求められる問題に起因するとは限らず、また感情そのものの取扱いとはまた別に、当該の環境への介入がなされうる可能性も仕組みとしてはありうる。したがって、まずは「感情管理」そのものの持つ意味が検討されるべきことになるだろう。

現代社会がとりわけ職業的な場において、適切な感情状態を作りだし、適切な感情表現を行うこと——感情管理であり、それが商品となりうるために感情労働と呼びうるもの——を求めることを最初に問題化し分析したのはホックシールド(1983=2000)である。サービス部門など働きかける対象が直接的に人である職業に顕著であるが、職業的場面において生産的・機能的であることの起点が「ポジティブ・シンキング」であることに求められるようになるとき、そうでありたいと願う人々にとって感情管理は半ば義務化するだろう。このより深いレベルでの自己統制——深層演技——は人に強度の負荷を与える。あえて私見を加えれば、深層演技の方法論を説くのも心理学的知識であるのなら、それによって生じる負荷を言語化しうるのも心理学的知識であることはいささか皮肉な事態といえるかもしれない。

こうした現代社会的趨勢と現代人にかかる負荷については、晩期フーコーの自己のテクノロジーに関する議論を引き継いだローズも、精神医学的・心理学的知識との関係において詳細に論じており、これらの議論からも EAP 企業などの行うセルフ・マネージメントについて批判的に評価することも可能ではあろう。しかし、本稿の主旨としては、むしろ産業精神保健に関わり、その具体的な文脈の中で関係者たちが論じたこ

とを今一度振り返っておきたい。

第Ⅲ期の後半部で、「職場における精神保健医療ネットワーク検討委員会」において THP の心理相談員（心理相談担当者）の役割をめぐって、その策定に中心的に関わった河野慶三と笠原嘉との間にあった議論をかなり詳しく取り上げた。ここで笠原は、「疾病対応を通じて健康に寄与」するのではなく、「健康な人間がより健康に」という health oriented な方策というのは、労働者ではなく、あくまでも企業のためではないかと問う。そして、「医者が health oriented な面から問題に入っていくときには、慎重に慎重である必要」があるとも述べている。

実は、こうした問題は、2000 年の旧指針が公表されたときに、やはり河野が出席している、ある座談会でも語られている。ここでは企業で日々労働者と向き合っている保健師から、非現実的なほど「健康」な精神状態を目標値にすることで、かえって労働者が思い悩むところがあり、メンタルヘルスに取り組む必要は十分認めつつも、そのときの「健康」概念の設定の仕方には注意を要すると語られた<sup>77</sup>。これに対して河野は、会社として掲げるスローガンは何でもよいが、健康状態についての設定は個々人が自覚している必要があり、それからのズレをさらに自覚できるようになることがセルフケアの目標と答えた（唐沢 2000:17）。保健師である野田悦子は、「悩みもなくしていつも元気でニコニコ」といったゴールを掲げてしまうと、「そうなれない自分を悩んだり責めたりということが起こってくるのではないのでしょうか」と重ねて問いかけるが、この点についての議論はそこで終わ

りとされてしまう（唐沢 2000:18）。

このときの河野の言い分としては、「ゴール」はともかく、個々人が適度に健康である状態を自分で認識できていればよく、その状態との差において現状を把握できることがセルフケアだということになるのかもしれない。しかし、その適度に「健康」である状態とは何か？そこにはどれほど「健康」であることが求められているのか、という社会的期待値が、どうしても入り込んでくるだろう。そしてその期待値の形成に医師は大きな影響を与えるし、それが必ずしも必要のないゴールであっても負の影響を生み出すことになる<sup>78</sup>。上記の座談会で、笠原は、医師のもつ社会的権威とそれが発する言葉が社会的に及ぼす（ときに思わぬ）影響について意識し、危惧したのではないだろうか。そしてとりわけ、よりよく機能することに人を駆り立てる、「健康」という理想値を定めることの危険性を指摘していたように思われる。すでに座談会から 20 年ほど経過した今、より機能的であれという社会的圧力は当時よりもはるかに上昇しているが、他専門職や関係者の議論も含め、自らの設定する理想値のもつ社会的意味を問い直す議論が、産業精神保健の領域であまり見られなくなっているように思う。

ここで健康モデルの議論からは離れるが、専門家たちの生み出す知や情報をもたらす影響について議論を加えておきたい。たとえば、Rafalovich(2005)は、アメリカのある州でのフィールドワークをもとに、学校で「言うことをきかない児童」が発達障害と認定されるプロセスには、医師よりも学校の教師や親がより大きく関与している様相を描き出している。発達障害についての

知識が普及してきた日本でも同様のことは指摘されている。また、筆者は、ある EAP 企業の代表者から、「現代型うつ」についての情報が、近年、職場で普及するようになった結果、むしろ混乱を招いている——「百害あって一利なし」と表現していたが——という話しを講演で聴いたことがある。確かに、「他罰的」傾向などの断片的な知識や情報が安易に利用されることがあれば、それは単なるスティグマになりうるだろう。

メンタルヘルスに関する管理監督者等に対する教育研修は、多くの企業でなしうる取り組みであり、また復職支援のような保健スタッフ自身が多く難しさを感じるものではないのかもしれない。そのためであろうか、そこで伝達された知識・情報がどのような意味を職場的に持つものであるのかを捕捉した研究は関係誌等で見ることあまりない。しかし、上述の感情管理や健康モデルの規範的設定と同様に、診断名などの医療的・心理学的な言葉が職場的文脈でもつ意味や作用について、検討する必要もあるのではないだろうか。

### 3. 職場環境改善について

第 2 の論点で引用した議論にあるように、精神医学・心理学の知識にもとづくメンタルヘルスケアが職域に浸透していくことによって、労働問題、すなわち労働者の不調をもたらした、労働環境自体に存する原因が特定・除去されることなく、個人的水準の治療に回収されてしまうという批判がある。これは、シュナイダー＝コンラッドによる「逸脱の医療化」という議論から展開された「医療化論」の直系にあるといえるだろう。彼らの著書では、非行や学校にお

ける子どもの多動、あるいは同性愛などが精神医学的な疾患・障害とみなされてきたこと、あるいは政治的抗議者が精神障害とされ病院に監禁されるようなことが国によってなされてきたことなどが例として論じられている。このように、彼らの医療化論で論じられる「医療」とは精神医療である。そして、その問題性とは、大きくは、「病」とされた者の指向や主張が無効化されるという意味での「脱主体化」と、社会的背景が度外視されるという意味での「問題の個人化」との二つに分けられる（進藤 2003）。

前者については、本稿の辿ってきた歴史でいえば第 I 期に企業と関わった精神科医に対して投げかけられた批判のなかにあった議論ともいえ、その点については、はじめの論点で扱った。後者の問題については、労働者のメンタルヘルス不調がすべから職場環境に起因すると断定できない以上、産業精神保健活動のすべてについてそのフレームで扱うことはできない。業務に起因ないし関連することの有無や程度とは一旦切り離して、「労働問題の個人化」とは別の水準でなお問題として検討できる事柄については、それとして扱えばよいだろう。本稿では「感情管理」については、そのように判断し、第二の論点で扱った。しかし当然、職場環境の問題が個人水準のケアにもつぱら還元されるということの可能性は十分に検討されなければならない。

繰り返しとなるが、他科産業医と精神科医師とのアプローチの違いは長らく関わってきた関係者の中で意識されてきた。他科産業医からみれば、職場環境や作業工程に存する因子の特定と除去が産業衛生の基本であるはずだが、メンタルヘルスケアにつ

いての議論にはそこが抜けているのではないか。たとえば、THP の指示するものがストレスについてのセルフケアに限定されていたことに対してなされた疑義であり批判であった。しかし、2000年に旧指針が公表されて以降、とくに産業精神保健に関する議論のなかで、この種の問題はさらに踏み込んで論じられてきただろうか。

確かに、新旧のメンタルヘルス指針には職場環境改善の議論は含まれている。新指針でみれば、第6項メンタルヘルスケアの具体的進め方の(2)に職場環境等の把握と改善とある。その「ア 職場環境等の評価と問題点の把握」では、事業場内産業保健スタッフ等が中心的役割を果たすものとなり、観察、聞き取り調査、調査票によるストレスチェックなどにより、職場環境を多面的に評価することが求められている。その評価結果に基づいて産業保健スタッフは管理監督者に助言しつつ、自らも協力し、次の「イ 職場環境等の改善」を図ることになる。助言と協力を得て、管理監督者は、「労働者に過度な長時間労働、過重な疲労、心理的負荷、責任等が生じないようにする等…配慮を行うことが重要」とある。

実際には、2010年以降のメンタルヘルス健診に関わる議論に見たように、プライバシーの問題に多く配慮すれば、ストレスチェックの結果を職場改善の情報に容易には流用できないなど困難は多い。しかし、こうして指針等で描かれる流れは、逆に「医療化論」に対して重要な含意もあるだろう。精神医療化は、必ずしも問題を「個人化」するとは限らない。むしろ、環境側にあるメンタルヘルス不調の因子をそれとして解釈してみせることができるのは、とくによ

り公式的な、つまりはより対立的な場になればなるほど、現在の専門家システムにおいては、医師——場合によっては他特定専門職もありうるであろうが——だけなのだ。労災をめぐる訴訟はもちろん、企業内においても、損傷と因子を言語化し、環境条件を「問題化」しうるポテンシャルは、精神保健スタッフとその知に準拠した解釈作業に(も)あるはずだ。たとえば、予防的調査によるばかりでなく、メンタルヘルス不調者が繰り返し出現するような場合、その職場の在り方を問題化することは、少なくとも論理的には可能であろう<sup>79</sup>。というより、むしろ労働安全衛生規則(第14条)で定められた産業医の職務からいえば、衛生管理者等に勧告・指導・助言する立場にある。そのことにより事業者が産業医に対して不利益な扱いをしてはならないともある。

しかしながら、たとえばこの数年の関連学会大会を傍聴してきても、そうした事例報告を聴くことはまずないように思われる。むしろ医師を中心とした学会で、職場環境を劇的に改善し、不調者の数を激減させた事例として聴けたのは、あくまでも傑出した経営者の取り組みについての報告であった<sup>80</sup>。医師はじめ心理・看護等の専門職を集めた学会で、こうした経営者の取り組みが関心を持たれること自体は、この領域がある重要な局面を迎えていることを示すものかもしれない。と同時に、精神保健スタッフが職場環境改善に踏み込むことの難しさも伝えているようにも感じられた。

印象論が過ぎたが、たとえば新メンタルヘルス指針が公表されたとき、『産業医学ジャーナル』誌で座談会を開いている。そこで参加者の医師から、管理・監督者に対

して「セクハラ、パワハラの問題について周知徹底させる」ことが1次予防として重要であると発言があった。加えて、「過重労働的などどうにも避けられない面のある労働の厳しさはある」けれども、そうしたことに関することであれば「常に予防可能」というコメントが付く。つまり医師の立場からも介入可能な方法と地点として、管理監督者研修とハラスメントが挙げられたわけである（櫻井 2006:15-16）<sup>81</sup>。経営状況も含めて、労働現場の「現実」を目の当たりにすれば、医師が長時間残業などに口を挟むことはできないという実感があるようにも思われる。であれば、過重労働の結果として生じるメンタルヘルス不調についても、個別のケアで対応するよりないということにもなるだろう。心ある医師等スタッフにとっては不本意な結果に過ぎないが、確かに「問題は個人化される」ことになる<sup>82</sup>。

しかし、筆者の立場として確認しておきたいことは、個別のケアは確実に重要であり、事業場内での取り組みは極めて貴重であるということだ。多くは環境改善を回避するために個別的ケアが導入されているわけでもなければ、そうした意図を持って保健スタッフたちがケアに取り組んでいるわけではなからう。「医療化論」からすれば関係者の意図ではなく、社会的機能が重要という立論もありえようが、意図を無視すれば、「問題の個人化」が生じる力学を見誤るところもある。また、たとえば復職支援の方法の蓄積と普及は、新たな社会保障制度の構想——その一部は福祉領域と労働領域を相互浸透させるところに求められる——を具体的な形で補強するものにもなるだろう<sup>83</sup>。

議論を締めよう。個々の事業場で産業医等が、必要に応じて職場の環境改善の起点になることが可能であるとすれば、具体的にはどのような条件が必要であるのか。あるいは現状では、限りなく困難であるということであれば、それはどのような点に求められるのか。特定物質や作業の問題に取り組んできた他科産業医の経験なども含め、こうした事柄が改めて論じられることを求めるのは、現場を知らないナイーブな意見に過ぎるだろうか。

また、上述のいわばボトムアップ式の職場環境改善の可能性も探りつつ、やはりこの問題はトップダウン式に対応されるべき側面があることも忘れてはならないだろう。本稿でも、2004年に開かれた安全衛生分科会で長時間労働と医師面接をめぐって、それが使用者側の義務になるのか、労働者側の義務となるのか、かなりのやりとりがあったことを紹介した。結局、労働者側の申出が条件になり、安全衛生の面から長時間労働に対する縛りを——たとえば2002年公表の「総合対策」で示された時間外労働45時間で——徹底するということにもならなかった。

その後、2010年以降の動向で「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」で論じられ、以降の議論の中心になるのも、あくまでも要注意者を早期に発見するための健診の問題であった。2006年施行の安衛法改訂のとき以来、危機的状況にある労働者をいかにチェックできるかということが厚労省の関心の中心にあったといえるかもしれない。ちなみに、上記のプロジェクトチームでも、長時間労働・過重労働対策の強化を求める意見は出されている。しかし、鳥瞰

図になると、それは「企業文化の醸成」という枠の中に収められているように、実効的な法的規制を設けるという意向にはなっていない。こうした部分での法制度的枠組みの在り方と、産業精神保健スタッフを起点とした職場環境改善の可能性とは相即的な関係にあるはずである。産業領域における精神医療的・心理学的ケアの浸透が、「問題の個人化」に終わらない大きな条件をやはり考える必要があるだろう。

## E. 結論

本稿は、日本における産業精神保健の取り組みがいかに始められ、その後どのような展開を辿ったのかを、まずは時系列的に整理することを目的とした。また、この流れの中で、どのような事柄が関係者において問題とされたのか、そしてまたそれはどのような社会的状況と関連していたのかを適宜検討していくものである。

関連する専門誌、書籍、行政文書等を中心に検討した結果、1950年代以降から現在までを四つの時期に区分して整理することになった。以下、各期の概略を示してみよう。第Ⅰ期「創生期」は、1950年代中頃より1970年代初頭までになる。戦前期にめばしい産業精神保健活動の記録はなく、50年代より、一部の医師たちが研究会を立ち上げるなどの動きが出てくる。ただし、より重要なのは、疾病構造の変化——結核罹患者の激減——もあり、職場における精神障害者への対応が企業としてより問題とみなされ、一部大企業で精神保健の専門家を導入するようになったことである。関わった医師たちは、社内の偏見に対峙しながら復

職支援に取り組むなどしていた。しかし、1960年代後半になり、反精神医学の潮流と学生運動とが交錯するなかで、精神科医が企業に関わることについて激しい批判が向けられるようになり、個々の企業内活動以上の営みは下火となる。

第Ⅱ期は「潜行期」は、1970年代前半から80年代前半までとなる。行政的な取り組みもまだなく、医療者関係の学会的な取り組みもほとんどない時期である。唯一、内科や公衆衛生学を専門とする医師の多い産業医の集まりである産業衛生学会内の研究会が規模は小さいながら継続されていた。

第Ⅲ期「展開期」は、1980年代中頃より90年代前半までとした。一件の事故とある労働者の自殺未遂・負傷に至ったうつ病が業務に起因すると労働本省で認められたことがきっかけとなり、行政的な取り組みが開始される。ただし、この時期は労災認定基準の見直しに至ることもなく、「健康作り」運動に含められた対策もごく軽いストレスを念頭においたものであった。社会一般においても「ストレス」という言葉が多用され、関心が高まってきた時期でもある。それでも、立ち上げも含め関連学会の動きが再び見られるようになり、行政委託の大規模なストレス研究なども開始された時期である。

第Ⅳ期「拡充期」は、1990年代中頃から現在までである。1996年に年若い労働者2名の「過労自殺」について、民事訴訟で企業が、行政訴訟で国が敗訴したこと、また1998年に自殺者が急増したことなどを引き金として、なによりも行政が主導的に動き出し、労災認定基準の見直し、各種指針や手引きの公表、安衛法の改定などが急ピツ

チに進められた。関連学会や企業での取り組みもさらに活発化する。自殺防止が強く意識されたことは第Ⅲ期の雰囲気とは大きく異なる。企業使用者代表側と労働者・公益代表側とのせめぎ合いも見られたが、結果としては、過重労働に対する法的規制よりも産業医等による不調者の早期発見がなされる仕組み作りがひとまず進められたところもある。しかし、たとえば復職支援に関する各種実践など、短期間で多くの取り組みがなされたことも含め、産業精神保健にとってやはり画期的な時期であったといえよう。

なお、本稿の主たる目的は上述の範囲に収まるものであるが、考察として、この間の歴史とそこであった議論を振り返りつつ、社会学における「医療化論」とも絡めながら3つの論点を検討した。一つ目の論点として、第Ⅰ期にとくに議論され、第Ⅲ期までは一定の言及がありながら、近年ではあまり目にしなくなった問題、すなわち企業に精神科医が関わることで企業側利益に追従することになるのではないかという問題を扱った。この危惧については一律に否定も肯定もできないわけであるが、医師等保健スタッフの対企業的自律性を担保する条件について、さらに検討も求められるとした。

二つ目の論点としては、社会学における「労働問題の精神医療化」という批判的議論を導線として、とくに一次予防として展開され、労働者個々人のレベルで行われるストレス・マネジメントなど「感情管理」と呼びうる問題を取り上げた。第Ⅲ期に行政的に導入された時期には、精神科医内部で health oriented な介入には慎重である

べきという議論もあったが、現在ではほとんど問題にされていない。しかし、このセルフケア教育も含め、精神医学的・心理学的知識の導入は、「健康」「正常」のゾーンを個人水準あるいは職場水準で狭めていき、かえって統制ないし管理的まなざしから生じる心的負荷を高める可能性もある。こうした点についても専門家の注意が改めて向けられることを期待した。

最後の論点は、職場環境に存する問題が、個人水準のケアに還元されて不問に付されるという批判である。医療化論では「問題の個人化」とされるところであるが、この点は、精神科医や行政の取り組み・施策について、とくに2000年頃まで産業医や産業衛生管理の専門家からも指摘されてき問題である。ただし、個別的なケアが必然的に環境改善への取り組みを排除するわけではないことは踏まえるべきだろう。すると、メンタルヘルス不調の確認から保健スタッフが環境改善に向けた勧告などを行うことが、現実的に困難であるということが改めて問われるべきことなのかもしれない。たとえば産業医が、法的な権限や身分保障とは別に、そのポテンシャルを生かして環境改善に対して柔軟に関われる条件とはなにか。現在に至るまで、こうした報告や検討はかなり少ないように思われ、この点を指摘した。



- 1 安井義之のこうした経歴については安井(1993a)を参照。安井の軍医の経験については本文中でも触れているが、加藤によると1960年に刊行された『産業人の精神健康』に執筆している医師のうち本人も含め4名が軍医の経験者であり（加藤 1993b:7）、また55年以降（昭和30年代）に始められた企業における精神障害者対策の中心にいた産業医たちは、「当時マッカーサーの命令によってページとなった国立病院の精神科医であり、大企業での職場メンタルヘルスの基礎をつくった先覚者たちであった」と記されている（加藤 1993a:5）。
- 2 社団法人・精神衛生普及会は、2001年に解散しているが、その折り、常任理事であった精神科医で国立精神神経センター精神保健研究所名誉所長である吉川武彦が一文を残している。そこでは、普及会について「精神障害者の医療と保護のその先にある精神障害の発生予防のみならず人々の精神健康の保持増進を図るため」に設立された団体であり、「職場の人間関係や職場のモラル向上を図るなどコンサルテーションを行ってきた。これらは職場のメンタルヘルス講習会や産業精神保健セミナーを企業からの依頼で行うなどしてきたが、今日的に言えば職場におけるストレス問題の解消を図るためのメンタルヘルス活動であり時代の先端を歩むものであった」と回想している（吉川,2002:114）。また、その解散の理由が運営資金の不足にあることも書かれており、普及会の「運営は個人会員と団体会員および賛助会員による会費および寄付金で行われてきたが…残念ながら退会される企業が多く円滑な運営に支障」が生じる見通しがでてきたことによるとしている（吉川,2002:115）。
- 3 この点については飯田(1998)でも言及がある。
- 4 現在、3次予防をこの領域で分かりやすく表現すると「職場復帰支援」とされているが、この答申内における3次予防は異なる状況を想定したものと考えられる。
- 5 たとえば、1950年代より三菱重工で精神衛生活動を行ってきた池田政雄は戦後の歴史について辿るなかで精神衛生管理研究会に触れているが「数年間の熱心な活動を経たのち諸般の事情で無期休会となってしまった」とだけ述べている（池田 1993:10）。
- 6 たとえば、日本産業衛生学会70周年を記念して出版された本に、産業精神保健に関する座談会が載せられているが、歴史を振り返る部分の一つに、「学生運動の興隆と産業精神保健の停滞」と見出しが付けられている（皆川他,2000:86）。
- 7 ただし、むしろ企業側が復職の問題への対応を主な理由として精神保健の専門家を導入したという証言もある。1960年代から松下電器で専従の産業医を務めてきた精神科医の小西は、「企業が職場の精神衛生管理に着目したそもそもの理由も、精神障害から回復した従業員の復職希望にどう対処したらよいか、というきわめて現実的な問題にあったことは否定できない」と述べている（小西 1984）。
- 8 この時期の言説上の変化—精神医学・医療に関わる言説が「障害者」に限定されたものから「健常者」一般を含めたものへと拡張されたこと—については佐藤(2007)が新聞記事等をデータとして論じている。
- 9 この引用は、中村・吉村・和田監修で2009年に刊行された改訂新版から行った。
- 10 この「精神科産業医」という表現に明確に批判を行っているのは、精神科専門の産業医である廣尚典であり、たとえば『精神科産業医』という表現は（中略）精神疾患など精神科臨床医が専門とする健康問題に限って事例対応や教育に携わる産業医の存在を認めることになるのである。これは、その産業医の対応とそれ以外の対応の間でバランスを欠くことになる恐れがある（後略）」と論じている（廣 2002:335）。
- 11 60年代末の「学生運動」に関する文献は多いが、たとえば東大闘争についても、小熊による当時の医学部が孕んでいた問題に関する周到な資料収集に基づく記述が参考になる（小熊 2009:665-692）。
- 12 皆川のように「対立的」に語るものではないが、池田政雄が1960年代中頃について回想

するなかで以下のように述べている。「昭和 40 年前後になると、この問題に着手する企業が輩出するが、当時の内情は常勤・非常勤を問わずに企業に身を投じた精神科医を中核にする群と、この問題に熱意を持つ産業医を中核とする群とに大別され、その間に多少の違いがあった。しかし、精神科医の確保が容易でなかったという事情もあって、結果的には後者の態勢が大半を占めることになる。そして、これに常勤の保健婦ないし看護婦と、常勤もしくは非常期の臨床心理の専門家（いわゆる産業カウンセラーを含む）が加わる形が、およそその基本的な体制であったといえよう」（池田 1993:10）。

13 本論考の前半部である荻野(2010)に掲載した年表を参照されたい。

14 この点については、皆川など(2000)の座談会における産業医学研究所（当時）の原谷の発言、廣=島(2004)、河野(2005)を参照し総合した。

15 1964年に公布された「労働災害防止団体等に関する法律」（現「労働災害防止団体法」）に基づき同年に設立された団体。労働省、そして厚生労働省所管の認可法人であったが、2000年には特別民間法人となっている。

16 この件の労災認定については、厚生労働省のHP内「働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト」において「事例7-1」として説明・紹介されている（2011年3月31日閲覧）。

17 福井の経歴については、福井(2005)を参照。

18 このTHP自体は現在も存在しており、指針は1988年に策定されて以来、1997年と2007年に改訂されている。

19 皆川他(2000)の座談会における福井の発言で、「あれは退屈でした」と結んでいる。

20 実際、労働省にいて、THP策定に関わった河野は、「法で『事業主が負担してやれ』と言えるのは限度があります。それ以上言えば、『お金は誰がもつのですか』という問題が必ず出てきます」と、ある会議の場で発言している（大西編 b 1994b:203）。

21 河野は会議の席上で図を示しながら、中間管理職が行うのがストレスマネジメントであり、ストレス耐性を養うために本人が自ら行うのがストレスコーピングである。そしてマネジメントを前提にして、一人一人の労働者がコーピングを行える教育システムを事業場に作ることをストレスコントロールと呼んでいる、と説明している（大西編 1994d:340-341）。

22 この笠原の表現は、同じ会議のなかで旧厚生省の精神保健法の基本的な考え方も health oriented ではないのではないかと述べたところで使われた。これに対して河野は、精神衛生法の時代は「疾病から」だが精神保健法では違くと反論した（大西 1994d:344-345）。

23 本稿の前半部（荻野 2010）で掲載した年表にあるとおり、日本ストレス学会は1983年に発足している。

24 精神科医・加藤正明は日本産業精神保健学会の初代会長であるが、本稿の前半でたびたび言及している。

25 この点については第I期についての本稿の議論を参考にされたい。

26 大西(1998)によれば、当時の会員数は約700名で、職種別には医師（多くは精神科医、心療内科医）が半数ほどで、その他では看護師・保健師が多く、臨床心理士などは少ない。

27 こちらの学会は、主に産業医、公衆衛生・産業衛生の専門家によって構成されているという（久保他(2007)の座談会における東京医科大学の下光の発言より）。

28 この点は、黒木(2001)などを参照にした。

29 櫻井他(2000)の座談会での、川上や廣の発言。

30 毎日新聞 2006/4/17「自殺対策 新法で「遺族支援を」」など参照。

31 たとえば『自殺予防』（岩波新書）などでも著名な精神科医・高橋祥友は、自殺関連の検討委員も多くつとめているが、ある座談会の席上で、やはりこれらの背景を指摘して、「この2つが大きく影響して、ようやく行政も重い腰をあげはじめました。そこで厚生労働省の…」と語っている（櫻井他 2004:5）。また、新指針の策定などに中心的に関わった、厚労

省労働基準局安全衛生部労働衛生課長(当時)の阿部重一は、また別の座談会で、「いろいろな統計がありますけれど、私たちが一番よく使うのは、労災補償状況でございまして、…」と、行政官としてどのような数値の推移に注目して対応の必要性を測っているのかについても語っている（櫻井他 2006:5）。

<sup>32</sup>公式統計の常で、なにが自殺としてカウントされるのか、その点での検討も求められるかもしれないが、90年代後半におけるこの件数の変化に関する社会学的研究は管見の限りでは見あたらなかった。

<sup>33</sup>たとえば、『職場における自殺の予防と対応』の第3章「自殺の予兆」の書き出しは次のようなものだ。「自殺が起きる背景には、うつ病、統合失調症、アルコール依存症、薬物乱用、パーソナリティ障害などの心の病が隠れていることが圧倒的に多いのです。……心の病の中でも、うつ病がもっとも自殺との関連が強いのですが、うつ病の治療には、…」その後につづく内容をみても、あきらかに「うつ病」が関心・対応の中心にあると見てよいだろう。

<sup>34</sup> 清水康之「ライフリンク代表日記」(2005年11月3日および2006年3月17日)より。

<sup>35</sup> この2事例については、原告の弁護士が裁判の経過や要点などを説明している、ストレス疾患労災研究会・過労死弁護士全国連絡会議編『激増する過労自殺』を主として参照した。

<sup>36</sup> 労災と認定された場合に生じる、企業（経営側）にとってのコストについては、熊沢が他の論者の洞察として3つの点をあげている。(1)社内における管理責任の問題。(2)同様の条件下で働いている従業員から労働条件改善の要求が噴出すること。(3)労働協約などの規定による企業保障が、労災認定によって上積みされること。とくに第2の点が大きく、企業が行政訴訟に対してもとかく非協力的、さらにはいけば妨害的である理由として指摘している（熊沢 2010:178）。

<sup>37</sup> この件数と後述の職種については、岡村(2002)第3部の表3-8を参照した。

<sup>38</sup> この件についての説明は、宗万=川合(2000)に依拠するものである。

<sup>39</sup> この説明には、筆者の解釈が入っており、より厳密な法律論が求められるところであろう。

<sup>40</sup> もちろん、この事例の判決が下る一ヶ月前に、電通事件の一審判決が下されており、そのことが検討委員会の招集に大きく影響したので、この神戸製鋼所の事例だけで論ずるわけにはいかない。

<sup>41</sup> 電通事件については、川人(2000)を主に参照した。

<sup>42</sup> 安西は、明瞭な申し出がなければ、「積極的に対応」できないと語っているが、あくまでも結果回避可能性についての議論ではなく、予見可能性についての話のなかで行われているので、業務との関係での失調と予見できないと論じているものと思われる。

<sup>43</sup> 河野がこう述べるのは、あくまでも現行法の枠組みにおいてそうならざるをえないという認識による。業務起因ではなく業務関連の疾病についても配慮せよというのは、1996年の安衛法改正によるものであるが、そもそも安衛法とそれにもとづく産業医制度は日本に特殊なものであり、たとえばアメリカには産業医制度自体がないと述べている（大西 2000:94）。これに反応してのことと思われるが、安西は、「グローバルスタンダード」は自己管理・自己責任であり、日本の安衛法や安全配慮義務は「世界的な契約からいうとおせっかい」にすぎず、「本来は自分でやることなんです」と語り、「電通の事件にしても、別に残業や徹夜を強制していたわけではないんです」と最後に結んでいる（大西他 2000:97）。しかし、川人(2000)や熊沢(2010)などで多く指摘されてきたことであるが、電通のいわば「社風」（たとえば「鬼十則」に象徴される）がもつ拘束力を度外視して、「強制していたわけではない」と断言することに、やはり筆者は違和感を抱かざるを得ない。

<sup>44</sup> 「企業防衛」という表現は、安西が使用したもの（大西他 2000:93）。

<sup>45</sup> 前者の発言は、とくに労災認定の問題の専門家として知られる精神科医・黒木宣夫によ

- るものである。後者は荒井によるものである（大西他 2000:95-96）。
- 46 河野は別の座談会席上でも、「管理監督者が、部下の健康状態を把握することは自分の仕事なのだという認識をもつことが必要です。安全配慮義務の実行責任者は管理監督者なのですから」と強調している（唐沢他 2000:19）。
- 47 これらの問題は、主に河野から指摘されることで話題になっている（櫻井 2000:12-16）。
- 48 この認定基準についての概略については、熊沢(2010)を参照した。
- 49 ある座談会での和田の発言（櫻井他 2005:7）。
- 50 同上の座談会での阿部の発言（櫻井他 2005:8）。
- 51 この検討会は、2004年4月末から7月末まで5回開かれた。第3回は企業関係者のヒアリングのため個別事案を取り扱うことになるので非公開であるが、他の4回については逐語的におこされた議事録が公開されている。
- 52 この厚労省側が作成した案とは、第4回の検討会で配布された「過重労働・メンタルヘルス対策検討会 議論のまとめ（案）」であり、括弧内はそこからの引用である。
- 53 2002年2月12日付けの通達、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」の別添4(2)イの記載である。
- 54 これらの発言は、第13回の議事録より引用した。第14回のときには、同じく金子から、メンタルヘルスについていえば、長時間労働によって発症するというよりは、うつ病の結果として生じてくることもあるといった指摘もなされる。ただし、この論理であれば、むしろ長時間労働者をチェックすることの意味が大きいことにもなるが、労災ではないという点を強調する意図によるものと思われる。
- 55 安衛法の改正点および新旧指針の相違点も含め、本稿で言及してきた安全衛生分科会や2005年に設置された関連検討委員会（後述）の座長を務めた櫻井が関連雑誌誌上で整理を行っており参考になった（櫻井 2007）。
- 56 この疲労の蓄積が認められるというとき、それを「誰が」認めるのかが問われる。検討委員会には委員として参加もしていた産業医制度の法律に関する専門家である保原は、この点について、文脈上「事業者」以外になく、その認定の手続きを定めておく必要があると述べている（保原 2006:89）。
- 57 やはり阿部は「医師」面接であること座談会で強調している（櫻井 2006:12）。
- 58 ただし、本論では言及していない重大な問題として、そもそも50人未満の事業場では産業医を指定することが法的に求められておらず、また50人以上～500人未満の事業場では嘱託産業医でよいことになっていることである。このため、70%程度の労働者は産業医と無縁ないしあまりその制度の恩恵を受けられないところにいる。そのために、産業保健推進センターや地域産業保健センターが期待されることになるが、2005年以降の座談会などでも、これから充実が必要と語られることが多かった。
- 59 櫻井(2007)の他に、島(2007)も参照した。
- 60 この文は、検討会に続き組織された「事業場における産業保健活動の拡充に関する検討会」の開催要項から抜粋した。
- 61 これは、2010年6月26日付けで、メンタルヘルス対策検討会（座長 相澤好治）に対して、産業性衛生学会理事会 理事長 大前和幸の名で送られた見解にある一文であるが、参考資料として「産業精神衛生研究会報告書」が付されている。報告書の代表世話人は廣尚典であり40名ほどの世話人には、この問題に関連してよく名のしられた医師あるいはカウンセラーが多く見られる。
- 62 他の団体としては、たとえば、働くもののいのちと健康を守る全国センター、あるいは全日本民主医療機関連合会などが挙げられる。しかし、「検討会」メンバーを通じて厚労省に働きかけ、繰り返し声明を発表するなど、もっとも強力に抗議を行ったのは産業衛生学