

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

メンタルヘルス対策への取り組み方と、不調者あるいは潜在的な不調者の発生因を個人的資質や性向に求める傾向との関係を検討した。後者については、具体的には、採用時対策のあり方（とくに既往歴等のチェックの有無）とパーソナリティ障害や発達障害（と回答者が認識する）社員の比率（不調者で社内サポート困難な者の中での）を、その指標として取り上げた。結果としては、各種メンタルヘルス対策を実施している企業ほど、既往歴等チェックを行う傾向があり、同様にパーソナリティ障害や発達障害の発生率が高いと認識する傾向があった。この解釈は幾通りか可能である。取り組むほどに「真実の数値」に近づいた結果かもしれない。しかし、たとえば取り組むほどに、対応に要するコスト感覚が強まり、過去の罹患等を採用時に問題にするようなことがあれば、それは制度的な対応も要する問題ともいえよう。より質的な調査・検討が要請される所であり、報告では、問題の所在を示すに止めた。

最後に、医療化論的な関心も保持しつつ、どのような対策や取り組みがメンタルヘルス不調者の減少に貢献しているのかを検討した。具体的には、対策として実施されているメニュー（相談窓口の設置や休復職管理、社内規定の整備など）と、とくに産業医の果たしている役割を取り上げた。これについては、とくに各実施メニューや各役割の独立効果を測定することが求められるところであったが、一定の知見は得られた。端的に言えば、個々の臨床的な取り組みもさることながら、一次予防に資するような職場環境整備にまで施策や産業医の役割が及んでいることが、やはり重要なポイントであることが伺われた。

こうした検討から改めて指摘できること、あるいは今後の課題を示しておく。産業精神保健については臨床的な取り組みの強化と、その営みや経験を労働条件・職場環境の改善にフィードバックさせる有効な回路を形成すること、その双方が求められていると考えられる。回路形成の方途としては、本調査に基づけば、労働組合や産業医を社内的取り組みにおいてどのように位置づけるのか、社外的には法制度としてどのような権限をそうした行為者に付与するのか、といったことが問題になるだろう。また、医療化論的危惧（問題の個人化）が一定の現実味を帯びる場合、そこにはいかなるメカニズムが働いているのかを実際に調べていく必要があり、その上でそれを抑制する制度的対応が求められるだろう。

A. 研究目的

「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、社会学的な視点から特筆すべき点を示すことを目的とする。

B. 研究方法

この調査の方法については、代表者の報告書を参照されたい。得られた 400 サンプルを超えるデータについて、報告者は単純集計表と幾つかのクロス集計表を作成し、計量分析としては不十分な点を残すが、さらなる検討が期待される点を抽出した。

ただし、今回、社会学的な視点から主に注目したのは、企業等がメンタルヘルス対策（以下、MH 対策）として実際に講じている事柄（以下、実施メニューと呼ぶ）、実施メニューの関係、そしてそれらとメンタルヘルス不調者の 3 年間での増減との関係である。そのため、回答者（人事・労務・総務関係者 56%、産業保健スタッフ 10%、その他）による法政策的な指向性については、他の分担者の検討に委ねる。

C. 研究結果

1. 基礎的事項（企業規模の与える影響）についての確認

1.1. 企業規模の基底的な影響

日本においても、産業精神保健に関する、企業を対象とした比較的大規模な計量的調査はいくつか存在する。たとえば、JILPT が 2010 年に実施した「職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査」（以下、JILPT 調査）は、14000 の事業所に配布し、37.5%

の回収率に達した点においても、本調査と結果を比較する好適な調査といえるだろう。

さて、JILPT 調査でも明らかであるが、実施メニューについては、なによりも企業規模（本報告では正規社員数）による偏差が大きい。これは、後述する労働組合の MH 対策への関与にしても、あるいはそもそも労組の有無についてみても、企業規模による相違が大きいことにも表れるが、どのような変数間の関係にせよ、そこには常に企業規模による統制が必要であることは間違いない。つまり、どのような変数間の関係であれ、企業規模の影響を付加して読み込む必要がある。表記の煩雑さから、企業規模を逐次クロス集計に含めなかったが、まずこの点に留意する必要がある。

1.2. 企業規模と MH 対策実施メニュー

ここでは、直接、企業規模が MH 対策の実施に対して与える影響を確認しておきたい（質問項目 Q5SQ1, 表 1・図 1 を参照）。

まず、本調査の結果を JILPT 調査と比較すると、各種対策メニューの実施率は幾つかの共通する項目で、低い傾向がある。正規社員数 1000 名以上に限って、たとえば、相談窓口の設置についてみると、本調査 64% 程度であるが、JILPT 調査 78% である。同様に、管理職対象の研修（本調査 54%/JILPT 調査 63%）、メンタルヘルス担当職員（専任）の配置（本調査 14%/JILPT 調査 27%）といった結果になる。ただし、ストレス状況の調査では（29%/27%）、強いストレス要因の調査と対応（JILPT 調査では「職場環境の評価と改善」）では（17%/16%）とほぼ同様の結果が得られている。こうした異同が、たとえば回答企業の産業構成（3

次産業について本調査 75%/JILPT 調査 67%)に起因するの否かは現時点では分からない。ともあれ、調査による結果の揺れが存在することは注意しておきたい。

その上で、本調査から得られた結果に即してみると、幾つかの点が注目される。①どの項目でも企業規模が大きくなれば、実施率は上がるが、とくに 100 名未満の企業で、それ以上の規模の企業と比べて、顕著に低い実施率になっている項目が幾つか存在する。相談窓口の設置、管理職対象の研修、一般職対象の研修、不調者への人事上の配置や就業上の配慮、メンタルヘルス問題を想定した社内規定の整備といったメニューである。規模が小さくなることは資本や職種の少なさも意味するであろうが、どれもいわばいたって「基礎的」なメニューであることを考えれば、地域産業精神保健的な取り組みがまず補完しなければならない部分を示唆するものである。

②1000 名以上企業含めて、実施率 30%に届かない項目もまた多い。専任に限らず兼任でも MH 担当職員の配置は低調である。職場のストレス要因自体を調べ対応する取り組みは、1000 名以上企業でさえ 17%に満たない。ストレスチェック調査でさえ、1000 名以上企業で 27%弱である。以下、羅列すれば、個々人のストレス耐性を強化する教育・研修、MH 問題を想定した社内規定の整備、雇用や所得との維持（へ向けた努力）となる。

2. 「医療化」論について

ここで、以下の検討を水路づける視角について、ごく簡略に述べておきたい。社会学には、社会的に「問題」と見なされたこ

とが、どのような問題として解釈され、対応されていくのか、そうした解釈枠組や過程に注目してきた伝統がある。

その重要な検討対象として、なんらかの行為や性向（たとえば道徳的な逸脱と見なされる行動や嗜好性）が医療（とくに精神医療）の対象、つまり病と解釈され、治療対象化されるような現象がある。そこには幾つかの系譜も認められるが、ここでは次の点を確認するにとどめたい。とくに、なんらかの心身に関わる不調が心理学や精神医学の言語（メンタルヘルスの知）で解釈され治療対象化されることで、そこに関わっているであろう社会的背景や条件は等閑視され、放置されると。あるいは、その放置のために、メンタルヘルスの知は利用され、問題を常に個人化していくであろうと¹⁾。

産業精神保健という、職場にメンタルヘルスの知を積極的に導入しようとする動向に対して、やはり社会学者の山田(2011)は、この視角を強く打ち出している。とくに山田が問題の個人化の文脈で警戒を示すのは、不調になった後の問題だけではなく、不調にならないようにするために——さらには、より生産性を高めるために——、労働環境の問題を検討・改善するのではなく、個人のストレス耐性を高めるような取り組みばかりが浸透していくことである。

しかし、それでは、こうした「社会学的危惧」は、本調査データから現実のものとして確認されるだろうか。現時点の検討に基づくものではあるが、実態はさほど分かりやすいものではないようだ。たとえば、先ほど 1000 人以上規模の企業でさえ、実施率 30%に満たない対策メニューを羅列した。そこには、職場のストレス要因自体を調べ

対応する取り組みも含まれたが、同時に、個々人のストレス耐性を強化する教育・研修も含まれた。1000名以上企業で、それぞれ20%と17%程度の実施率であり、ともに低い水準であり、さらに両者に有意な差があるわけではない。

以下、こうした点に関わる調査票内の他の設問も取り上げて、多少の検討を加えていきたい。

3. 「労働組合の関与」について

3.1. 労組の関与への注目とその意味

本調査の設問で JILPT 調査にも見られない設問として、Q9SQ1～Q9SQ4 の労働組合のメンタルヘルス対策への関与を問うものがある。これは、先ほど述べた社会学的関心からみてもきわめて興味深いものである。なぜなら、労働条件・職場環境の改善を本旨とする組合を、ともすれば問題を個人化すると危惧される MH 対策に関与させるといった取り組みがあるのであれば、そこに一定の可能性（個人的ケアや支援と職場環境改善とを柔軟にリンクさせていく道筋）を見ることは強引な解釈では決してなかろうし、むしろその可能性に注目する必要もあるだろう。表 2～4 を参照されたい。

表 2 に見るように、労組の関与もまた、企業規模に大きく規定される。しかし、労組なしの企業も含めた、それぞれの企業規模集団での「労組関与有り」の比率は、500名以上の企業になると40%を超える（500～999名で41%、1000名以上で49%）。半数に満たないとはいえ、決して少ない数ではない。

表 3 は、労組関与有り企業に当然限られ

るが、その中で労組が関与している事柄それぞれについての実施比率を示している。一番多いものは、「不調者などによる相談の受付と、人事部や直属の上司、産業保健スタッフなどへの提案、人間関係の調整」という個別対応水準の事柄であるが（60%程度）、「長時間労働を抑制するための規定づくりや調査、監視などの活動」（47%）も半数近い数値である。また、数値としては20%に満たないが、「心理的・物理的ストレスをもたらし要因の調査と対応」（17%）への関与も一定数みとめられる。つまり、MH 対策との絡みで、あるいは MH 対策にも繋がる、労働条件・職場環境の調整・改善についても労組が関わる企業内制度の存在が一定の割合で認められるわけである。これが、どのように、どれほど機能しているのかは、さらに検討すべき余地はあるが、MH 対策がただ個人水準でのケアに終わらない可能性を示唆するものとして注目すべきだろう。

3.2. 象徴としての労組：MH 対策についての企業の姿勢を考える

表 4 は、労組の関与の有無と MH 対策実施メニューとの関係について調べたものである。企業規模による偏差を取り除くため、このクロス表で対象としたのは1000名以上の企業に限られる。つまり、規模としては大きい企業に限定した上で、労組の関与の有無と、たとえば「相談窓口の設置」の有無との関係性を検討するものだ。ただし、両者の因果関係は分からない。

労組の関与があるがゆえに、ある対策メニューがより実施されているとは容易に言えない。むしろ、MH 対策に対して、その企業がどれほど熱意やコストを傾けているか

ということが、両項目を規定している可能性も大きい。つまり、疑似相関の可能性であるが、たとえば相談窓口の設置について、労組関与有り 80%に対して、労組関与無し 49%という部分を見れば、かなり現実味のある解釈ではないだろうか。しかし、逆にいえば、MH 対策への熱意や一定のコストを支払うという企業としての姿勢は、ではなにによって規定されるのだろうか。

対策メニューの大半で労組の関与有りのグループの方が、無しのグループよりも、かなり高い実施率を示しているのを見ると、労組がそもそも存在すること、さらには対策に関与させることができるだけの組織性が保たれていることが、当該企業の性格の一部を構成している可能性もまた否定できない。聞き取り調査等によるさらなる検討が求められるところではあるが、MH 対策と企業そのもののあり方とを関連させて考える上で、一つの切り口を示唆しているものと思われる。なお、総体として実施している企業の少ない——20 社程度しか選択しなかった——対策メニューについては、比率の数値は不安定であり、あまり参考にならないことは補足してきたい。

4. 個人の資質・性向を問う傾向

4.1. 採用時対策と MH 対策との関係

ここまで、社会学における医療化論的危惧が必ずしも当たらない可能性について、本調査の結果を踏まえながら論じてきた。しかし、解釈はきわめて困難であるが、MH 対策に取り組むほどに、従業員個々人の資質や性向を問うまなざしを強化する可能性もまた存在することを以下で検討しておく

たい。

産業精神保健について歴史的資料を検討したり、保健スタッフに話を聞いたりすれば、しばしば採用時のスクリーニングを医師などが企業より期待されることがあることを知る。とくに過去の疾患などをもって採用時の選考を行うことは、雇用差別にも繋がる問題もあるが、ここには、より精神的にタフである者、トラブルを起こすことのない者を選びすぐって採用したいという企業の意向や、ありうる失調やトラブルをもつばら個人的な資質や性向に求める思考法も垣間見える。従って、採用時に企業がなにをするのかということは、メンタルヘルスに関する知が導入されるという、産業精神保健の文脈において重要な焦点の一つといえる。

本調査では、Q11 において、「あなたの所属する事業所では、精神的な不調を発症させやすい者や社内でトラブルを起こしやすい者の採用を回避するため、どのような対策を講じていますか」と聞いており、やはり他調査ではほぼ見られない項目である。ここでは、実施メニューでの取り組みの有無と、採用時対策のなかでとりわけ「過去の既往歴などの情報の確認」の有無との関係を取り出してみた。この「既往歴チェック」がもっとも精神医学的知の果たす機能に関わりが深いからである。

表 5 は、表 6 がどのような要素からできているのかを示すために提示した。メンタルヘルス (MH) 担当職員 (兼任) の配置の有無と既往歴チェックの有無とからなるクロス表である。既往歴チェックをしている企業の方がはるかに少ないが、チェックの無／有で分けたそれぞれの企業集団 (無しは

348社、有りは81社）のなかで、担当職員の配置有りとした企業の比率に注目してみる。すると、配置有りでは、既往歴チェック有りが26%と、チェック無しの12%より2倍ほど大きな値となっていることが分かる。表6は他の実施メニュー（6つを選択した）についても、同様の操作を行い、それを合成したものである。

実施メニュー7つ全てについて、既往歴チェック有りが無しよりかなり高い値を示していることが分かる。たとえば、MH担当職員（専任）がいれば、実数は少ないものの、実に3倍程度の既往歴チェックが行われていることになる。あるいは、不調者への人事上の配慮や就業上の配慮を行っている場合や不調者の休復職管理を行っている場合、既往歴チェックが有りが無しより2倍程度の比率を示している。反面、個々人のストレス耐性の強化（教育・研修）を行っている場合には、さしたる差がない。

より慎重な解釈とさらなる調査が求められるところであるが、二つの可能性を示しておこう。まず、MHの専門家を配置し、その知と権威を直接的に採用時スクリーニングに援用しようという意図が存在しうること。次に、不調者への対応を手厚く行う、あるいは行おうとするほどに、そこにかかるコストの大きさを認識し、かえってスクリーニングに力を入れることになる可能性である。これはどちらも、まったくの推測である。しかし、両者の関係が確かに存在し、可能性としては、MH対策への取り組みが多いほどに、採用時における既往歴の確認などが強化されるとすれば、制度的にも何らかの対応を図るべき事柄であるように思われる。

4.2. MH対策と個人的な帰責をめぐって

また、個人的資質・性向を問うということに関連して、もう一つクロス表を作成した。こちらについてはさらに解釈が困難なこともあり、あくまでも補足的に触れおくとどめる。Q19には、過去3年間について、メンタルヘルス不調者のなかで、職場では職務への定着がむずかしい労働者のなかで、さらに「社会的未熟さなどの本人のパーソナリティや発達の問題が主な原因となっているとかがわかる労働者は何割ぐらいいましたか」という質問をしている。精神医学的には、「現代型うつ」あるいはパーソナリティ障害と呼ばれるもの、あるいは発達障害と呼ばれるものに相当する個人的な行為・態度などの「疾患」「障害」の発生頻度を問う設問である。

こうした疾患や障害についての「難しさ」とは、治療的・支援的なアプローチの難しさということもあるが、そもそもそれが「疾患・障害」であるのか容易に判別がつかないということもある。これは学校臨床などでも多々指摘されてきたことであるが、「発達障害」という言葉が流布することで、必ずしも専門的で詳細な検討を経ない、とりわけ非専門家による“過剰診断”が生じる可能性がある。表7、8は、各種対策メニューの実施の有無と、パーソナリティ障害や発達障害の発生頻度の高低（10%未満／10%以上）をクロスさせたものである。表7は、表8がどのように形成されたか示すために掲示した。

企業規模や業種による「発生頻度」の“真なる”相違があるのか、あるいは無いのか、それは分からない。しかし、表8を見る限

り、MH 対策として、各種メニューが講じられている場合、10%以上の発生頻度になる傾向が確かに認められる。これは、そうした取り組みがあるほどに、いわば“真なる”頻度に近づいた結果である可能性もある。休復職管理がある場合には、3 倍程度の比率で 10%以上となっているのは、より長く、より密に不調者と接するなかで、そうした認識に達したという可能性もある。

しかし、たとえば管理職・一般職対象の研修がなされている場合、2 倍程度の比率の高さが見られ、反面、専任の担当職員が配置されている場合には、ほとんど差がない傾向が見られる。すると、必ずしも厳密な診断を通さないものの、「知識」だけが広がり、「そのようなもの」として認識されてしまいやすくなる、そうした可能性も否定できない。現時点ではどちらとも判断が付けられないが、こうした点はメンタルヘルスの知に関わる社会的作用・過程として注視される必要がある。

5. 各種対策メニューと不調者の増減

5.1. MH 対策と不調者の増減

最後に、社内 MH 対策のあり方とメンタルヘルス不調者の増減とクロス集計しておきたい。医療化論的な社会学的視点はともあれ、最も重要なのは、どのような対策や仕組みが、現実的に不調者の減少をもたらすのか、という問いであり答えであることは論を俟たない。社会学的視点もこの点から最終的には評価される必要がある。表 9 は各種実施メニューと不調者の増減とをクロスさせたもの、表 10 は産業医の役割と不調者の増減をクロスさせたものである。

まず、表 9 について確認しておく。①実施率が相対的に高く（実施企業数が多い）、かつ不調者が増加より減少していると回答した企業の多い対策メニューとしては、相談窓口の設置、管理職研修、一般職研修、ストレスチェックによる状況調査、不調者への人事上の配置や就業上の配慮、不調者の休復職管理が挙げられる。ただし、個々の対策実施メニューが不調者減少に対して、どれほど独立的な貢献をしているのかは、この分析では明らかにならないので、さらに多変量解析を行うことが必要である。

②実施率が低い傾向にあり、数値に不安定な部分があることを踏まえなければならないが、実施しつつも不調者減少と答えた企業の比率が増加と答えた企業の比率とさして変わらない対策メニューもある。たとえば、MH 担当職員（兼任・専任）の配置、雇用や所得の維持（へ向けた努力）が挙げられる。

③実施率は低い、不調者減少と回答した企業が増加と答えた企業より顕著に多い対策メニューとしては、強い心理的・物理的ストレス要因の調査と対応がある。増加群における比率よりも減少群における比率が 3 倍以上に達している。労働条件・職場環境への介入であり、一次予防としては根本的な施策といえよう。

しかし、社会学的視点からいえば評価しにくい部分もあるが、同様の傾向を見せたメニューに、個々人のストレス耐性の強化（教育・研修）がある。こちらは 2 倍ほど比率が減少群で高い。独立効果を測定していないので、さらなる検討は必要であるが、メンタルヘルスに関わる不調が、すべからず職場環境に起因するわけではないことを

考えれば、当然考慮すべき結果であろう。

十分に考慮すべき結果である。

5.2. 産業医の役割と不調者の増減

最後に、産業医の役割（Q27SQ2「どのような業務をしてもらっていますか」の役割9項目）と不調者の増減を調べたクロス集計（表10）について記しておこう。この点に注目したのは、社会学的医療化論の視点からみても、産業医が臨床的水準のみに関与するのか、それとも企業内の制度や仕組みの設計についても関与するのか、そしてそれぞれの効果がどのようなものであるのか、問いとして重要な部分である。また、産業保健スタッフが今後どのような権限をもつべきであるのかを検討する上でもきわめて重要なポイントではないだろうか。

結果は興味深いものである。明らかに、形式的な関与・役割（たとえば健康診断の問診や長時間労働者対象の面接指導、健康相談など）を越えて、企業臨床場面で中心的な役割を果たすこと、そして臨床を越えて社内の職場環境整備に関わる意思決定の過程になんらかの形で参加していくことが、不調者の減少に一定の効果を及ぼしている可能性が高い。

たとえば、産業医が不調者をめぐる関係者間の連携のかなめの役割を果たしている企業の割合は、不調者増加集団に対して減少集団において3倍以上の高率を示している。衛生委員会の参加でも2~3倍、社内規定への関与や経営上層部への改善施策の提言に至っては4~5倍の高率である。これらについては、該当ケースの少なさに問題もあり、また多変量解析による独立効果の確定が求められるところではあるが、さらに検討すべきテーマを示唆するものとして、

6. まとめ

冒頭部要約にて代替する。

表 1

企業規模 (正規社員 数)	相談窓口設 置	管理職対象 の研修	一般職対 象の研修	メンタル ヘルス担 当職員 (兼任) の配置	メンタル ヘルス担 当職員 (専任) の配置	強い心理 的・物理 的ストレ スをもた らず要因 の調査と 対応	ストレス チェック による疲 労やスト レス状況 の調査	不調者へ の人事上 の配置や 就業上の 配慮	個々人の ストレス 耐性を強 化するた めの教育 や研修な ど	従業員向 けのe-ラー ニング	不調者の 休復職管 理	主に不調 者向けの カウンセ リング	メンタル ヘルス問 題を想定 した社内 規定の整 備	雇用や所 得の維持 (へ向け た努力)	
1~9名	5.77%	1.92%	7.69%	3.85%	0.00%	3.85%	1.92%	3.85%	0.00%	0.00%	0.00%	1.92%	3.85%	5.77%	100%
10~49名	16.92%	10.77%	9.23%	10.77%	0.00%	6.15%	9.23%	9.23%	3.08%	3.08%	3.08%	4.62%	1.54%	3.08%	100%
50~99名	15.22%	10.87%	6.52%	15.22%	4.35%	2.17%	6.52%	6.52%	8.70%	6.52%	8.70%	8.70%	2.17%	2.17%	100%
100~499名	31.18%	31.18%	20.43%	10.75%	1.08%	5.38%	11.83%	16.13%	6.45%	3.23%	18.28%	17.20%	12.90%	4.30%	100%
500~999名	41.38%	27.59%	24.14%	13.79%	6.90%	6.90%	17.24%	17.24%	3.45%	10.34%	27.59%	24.14%	10.34%	6.90%	100%
1000名以上	63.97%	54.41%	48.53%	24.26%	13.97%	16.91%	28.68%	36.76%	19.85%	19.12%	42.65%	31.62%	26.47%	19.12%	100%
分からない	12.50%	12.50%	12.50%	0.00%	0.00%	0.00%	12.50%	12.50%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100%

図 1

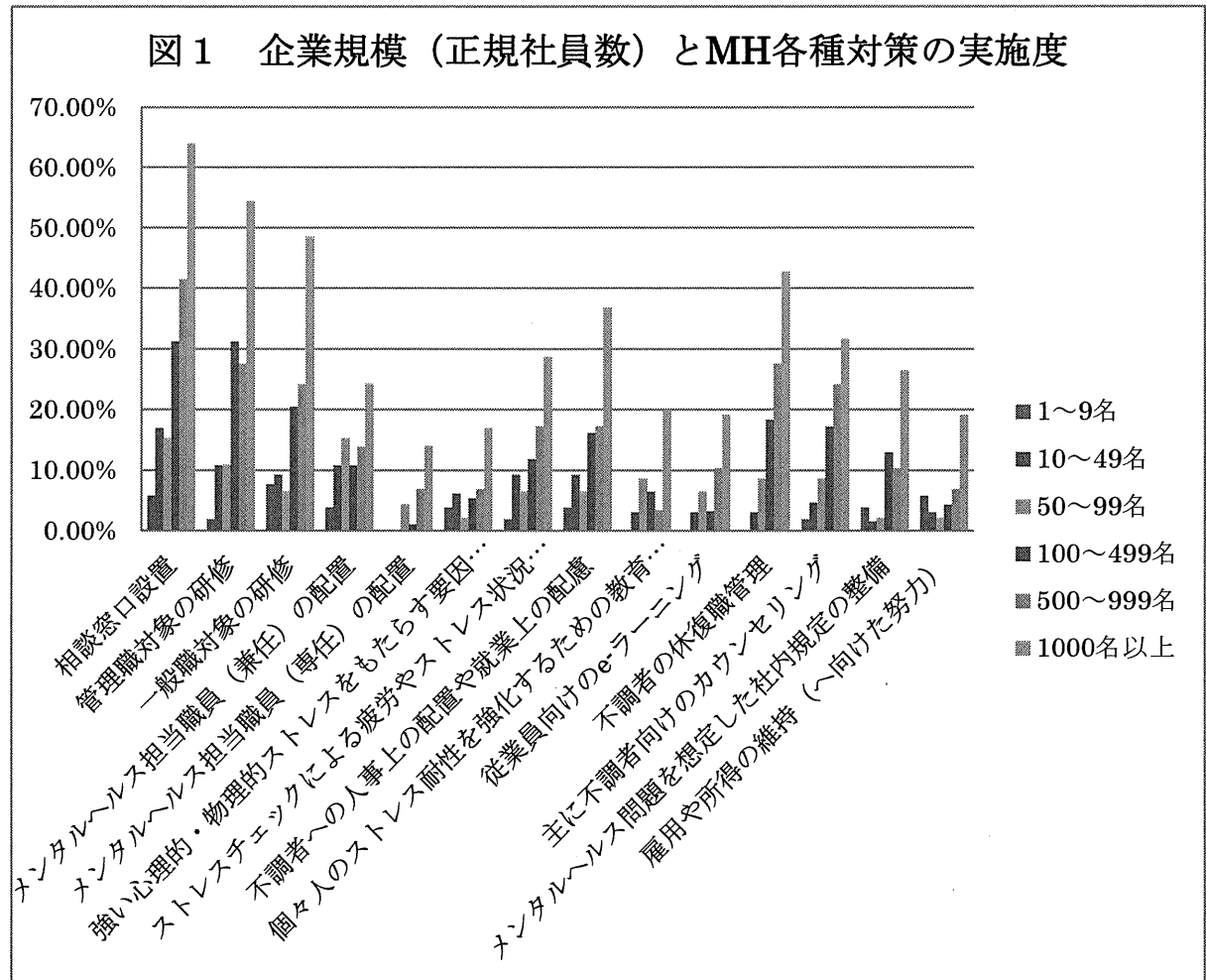


表2 企業規模と労組の関与（あり）

企業規模 （正規社員数）	労組の関与あり	該当規模企 業の度数
1～9名	1 1.92%	52
10～49名	9 13.85%	65
50～99名	7 15.22%	46
100～499名	21 22.58%	93
500～999名	12 41.38%	29
1000名以上	66 48.53%	136
分からない	1 12.50%	8
全グループ	117	429
※下段数値は該当企業規模集団内比率		

表3 「労組関与あり企業」内での労組関与メニューの比率

不調者などによる相談の受付と、人事部や直属の上司、産業保健スタッフなどへの提案、人間関係の調整	59.83
長時間労働を抑制するための規定づくりや調査、監視などの活動	47.01
不調者の休復職管理	29.06
心理的・物理的ストレスをもたらす要因の調査と対応	17.09
ジョブコーチのあっせん	5.13
労働時間以外でメンタルヘルスに関わる社内規定の整備	17.95
退職者の転職支援	7.69
退職者への公的支援制度のあっせん	5.98
メンタルヘルス専門スタッフの選任	5.13
その他	3.42

表4 MH対策実施メニューと労組関与有無との関係

企業規模(正規社員1000人以上に限る)		
	労組関与有り	労組関与無し
相談窓口	53	34
	80.30%	48.57%
管理職対象研修	42	32
	63.64%	45.71%
一般社員研修	42	24
	63.64%	34.29%
MH担当職員(兼任)配置	20	13
	30.30%	18.57%
MH担当職員(専任)配置	12	7
	18.18%	10.00%
強度心理的・物理的ストレス要因の調査と対応	14	9
	21.21	12.86
ストレスチェックによる疲労やストレス状況の調査	22	17
	33.33%	24.29%
不調者への人事上の配置や就業上の配慮	27	23
	40.91%	32.86%
個々人のストレス耐性を強化するための教育や研修など	17	10
	25.76%	14.29%
従業員向けのe-ラーニング	16	10
	24.24%	14.29%
不調者の休復職管理	30	28
	45.45%	40.00%
主に不調者向けのカウンセリング	21	22
	31.82%	31.43%
メンタルヘルス問題を想定した社内規定の整備	18	18
	27.27%	25.71%
雇用や所得の維持(へ向けた努力)	11	15
	16.67%	21.43%

※上段数値(実数)、下段数値(「正社員数1名～1000名以上+分からない」の労組関与有/無それぞれの総数における比率)

表5 MH担当職員の配置と既往歴等チェックとの関係

	既往歴 チェック なし	既往歴 チェック あり	
MH担当職員（兼任） の配置なし	306 87.93%	60 74.07%	366
MH担当職員（兼任） の配置あり	42 12.07%	21 25.93%	63
全グループ（度数）	348 100%	81 100%	429

表6 MH対策実施メニューと既往歴等チェックとの関係

	既往歴 チェック なし	既往歴 チェック あり
MH担当職員（兼任）の配置あり	42 12.07%	21 25.93%
MH担当職員（専任）の配置あり	13 3.74%	11 13.58%
強い心理的・物理的ストレス要因の調査と 対応あり	26 7.47%	11 13.58%
不調者への人事上の配置や就業上の配慮	57 16.38%	25 30.86%
個々人のストレス耐性の強化（教育・研 修）あり	30 8.62%	10 12.35%
不調者の休復職管理	59 16.95%	30 37.04%
雇用や所得の維持（へ向けた努力）	30 8.62%	8 9.88%
全グループ実数	348	81

表7 相談窓口の設置と個人的資質・性向による困難の比率

	社会的未熟さなどの本人のパーソ ナリティや発達の問題が主な原因 となっているとかがわれる労働者 は（職務への定着が難しい不調者 全体のなかで）何割ぐらい？	
	10%未満	10%以上
相談窓口設置なし	218 68.34%	61 55.45%
相談窓口設置あり	101 31.66%	49 44.55%
	319 100%	110 100%

表8 MH対策実施メニューと個人的資質・性向による困難の比率との関係

	社会的未熟さなどの本人のパーソナリティや発達の問題が主な原因となっているとかがわれる労働者は(職務への定着が難しい不調者全体のなかで)何割ぐらい？	
	10%未満	10%以上
相談窓口の設置あり	101 31.66%	49 44.55%
管理職対象の研修あり	77 24.14%	48 43.64%
一般職対象の研修あり	62 19.44%	44 40.00%
MH担当職員（兼任）の配置あり	40 12.54%	23 20.91%
MH担当職員（専任）の配置あり	19 5.96%	5 4.55%
強い心理的・物理的ストレス要因の調査と対応あり	19 5.96%	18 16.36%
ストレスチェックによる疲労やストレス状況の調査あり	38 11.91%	28 25.45%
不調者への人事上の配置や就業上の配慮	43 13.48%	39 35.45%
個々人のストレス耐性の強化（教育・研修）あり	20 6.27%	20 18.18%
従業員向けのeラーニングあり	15 4.70%	22 20.00%
不調者の休復職管理	42 13.17%	47 42.73%
主に不調者向けのカウンセリングあり	42 13.17%	32 29.09%
メンタルヘルス問題を想定した社内規定の整備あり	27 8.46%	28 25.45%
雇用や所得の維持（へ向けた努力）	19 5.96%	19 17.27%

表9 MH対策実施メニューと不調者の増減（過去3年間）

	増えている	変わらない	減っている
相談窓口の設置あり	61 45.19%	47 41.59%	13 56.52%
管理職対象の研修あり	50 37.04%	47 41.59%	14 60.87%
一般職対象の研修あり	39 28.89%	36 31.86%	14 60.87%
MH担当職員（兼任）の配置あり	34 25.19%	15 13.27%	5 21.74%
MH担当職員（専任）の配置あり	11 8.15%	7 6.19%	4 17.39%
強い心理的・物理的ストレス要因の調査と対応あり	13 9.63%	12 10.62%	7 30.43%
ストレスチェックによる疲労やストレス状況の調査あり	23 17.04%	28 24.78%	12 52.17%
不調者への人事上の配置や就業上の配慮	31 22.96%	29 25.66%	12 52.17%
個々人のストレス耐性の強化（教育・研修）あり	12 8.89%	17 15.04%	5 21.74%
従業員向けのeラーニングあり	16 11.85%	11 9.73%	6 26.09%
不調者の休復職管理	39 28.89%	34 30.09%	11 47.83%
主に不調者向けのカウンセリングあり	30 22.22%	28 24.78%	8 34.78%
メンタルヘルス問題を想定した社内規定の整備あり	23 17.04%	16 14.16%	8 34.78%
雇用や所得の維持（へ向けた努力）	17 12.59%	12 10.62%	4 17.39%

※下段数値は、たとえば「増えている」と回答した企業集団におけるメニュー実施企業の比率

表 1 0 産業医の役割と不調者の増減との関係

	増えている	変わらない	減っている
健康診断での問診	35 25.93%	30 26.55%	5 21.74%
長時間労働者対象の面接指導	30 22.22%	32 28.32%	7 30.43%
職場巡視	26 19.26%	26 23.01%	8 34.78%
健康相談	32 23.70%	31 27.43%	8 34.78%
休復職判断	34 25.19%	24 21.24%	7 30.43%
不調者をめぐる関係者間の連携のかなめ	12 8.89%	14 12.39%	7 30.43%
衛生委員会への参加	21 15.56%	22 19.47%	9 39.13%
社内規定の整備・改定への関与	6 4.44%	12 10.62%	5 21.74%
経営上層部に対する改善施策の提言	7 5.19%	11 9.73%	6 26.09%

※下段数値は、たとえば「増えている」と回答した企業集団におけるメニュー実施企業の比率

¹ こうした視点を提供した代表的な議論としては、コンラッド&シュナイダー(1992=2003)やニコラス・ローズ(1999)などがある。

〈参考文献〉

Conrad, Peter & Joseph W. Schneider., 1992=2003, (進藤雄三監訳) 『逸脱の医療化』 ミネルヴァ書房.

Rose, Nikolas, 1999, *Governing the Soul: the shaping of the private self*, second edition, Free association books.

山田陽子, 2011, 「『感情資本主義』社会の分析に向けて」 『現代思想』 39(2):214-227.

メンタルヘルス対策従事者向け調査結果に関する覚書
—経営学の観点から—

團 泰雄 近畿大学経営学部・教授

1. はじめに

企業活動のグローバル化や IT 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。

また、日本でも成果主義の広がりによって、仕事の成果を個人ごとに明確化される仕組みが整備されたことにより、仕事へのプレッシャーがさらに大きくなった。

これらの背景のもとで、メンタルヘルス不調者が増大した結果、企業経営に支障をきたすケースが増加したことを受けて、メンタルヘルスに対する企業の関心は高まりを見せている。すでに、厚生労働省の指針に応える形で、企業組織の現場では、メンタルヘルスの知識やメンタルヘルス不調者への対応に関する社員教育が行われ、その効果についても関心が寄せられている。

しかし、メンタルヘルス問題に対して実際に企業がどのように対応しているのか、対応のための施策が実際に効果をあげているのか、それに対して従業員がどのような影響を受け、組織運営にどのような影響が出ているのかといった問題については、十分に明らかにされているわけではない。

そこで、本稿では、本研究会において実施された「今後のメンタルヘルスにおける法政策に関する企業（団体）調査¹」（以下、「アンケート調査」と記述）と 2013 年 11 月 11 日に実施した 3 社に対する企業訪問調査（以下、インタビュー調査）と記述）の結果を分析

¹アンケート調査結果については、インターネット調査会社のモニターである労働者個人 400 名と調査協力を依頼した産業医学推進研究会所属の産業医等 29 名を含むサンプル数 429 人から回答を得たものである。そこでの制度実施などにかかわる回答については、実施している企業の割合ではないことや、回答者が必ずしも人事スタッフや産業保健スタッフに限定されないことや、企業だけではなく企業以外の団体に所属する回答者も含まれていることに注意を要する。

しかしながら、当該企業を代表する形で回答する必要があることから、メンタルヘルス対策について本音の意見をきくことが可能であることから、このような手法による調査には意義がある。

また、訪問調査に関しては、アンケート調査の項目をベースにさらに具体的な取り組みに関して追加的に質問を行うという形式で実施された。なお、3 社すべてが先端的な試みを行っているということではないことを付言しておく。

することにより、企業のメンタルヘルス対策の現状を明らかにし、今後企業がメンタルヘルス問題に対していかに取り組むべきかについて検討する。

2. メンタルヘルス問題に対する企業の取り組み

メンタルヘルス問題に対して日本企業がどのような施策を実施しているのか、また施策がどの程度充実しているのかといった観点から、近年いくつかの調査が実施されている。

それによれば、メンタルヘルス問題に対して何らかの対策を講じているとする企業が増加しており、大企業ほどメンタルヘルス対策が重要であると認識している。具体的には、相談窓口の設置、管理者・労働者への教育訓練・情報提供、衛生委員会等での調査審議、労働者のストレス状況について調査票を用いた調査といったところが主な取り組み内容である。

本研究のアンケート調査では、これらの取り組みの内容に加え、その必要性の認識、効果、推進体制などについても尋ねており、インタビュー調査では取り組みの歴史についても尋ねている。具体的な結果を以下に示す。

2. 1. メンタルヘルス対策の歴史

まず、企業におけるメンタルヘルス対策の歴史について、対象企業3社のうち2社で尋ねることができた。1社においては、メンタルヘルス問題が顕在化したのは、1980年代前半。1980年代後半にメンタルヘルス問題が生じ始め、産業医と人事部のメンバーとで個別事案のフォローが始まった。2000年代に入りメンタルヘルス問題が多く発生し始め、長期欠勤、休職への対応（特に情報共有）の仕組みを構築した。2005年、2006年頃、残業へのフォローと健康チェックが始まった。2008年頃、経営トップの問題意識に基づき、ルール化への措置が始まった。現在では管理職向けマニュアルを設定し、マネジメント上の支援を行うようになった。

もう1社において、メンタルヘルス問題が顕在化したのは1980年頃。1987年に専属スタッフが置かれ、1990年代に仕組みを作り始めた。事業ごとだった取り組みを横断的な者にして、人事部と産業医によるカウンセリングルームが作られた。2005年からは心の健康支援が始まり、2010年から復職支援プログラムが開始された。

いずれのケースにおいても、メンタルヘルス問題が認識されたのは1980年代が、特に対策が進み、仕組みが整備されていったのは2005年頃であり、この問題に深くコミットするようになってからの歴史は比較的浅いということがわかる。

2. 2. メンタルヘルス対策の必要性認識

回答者の所属する事業所では、メンタルヘルス対策の必要性を感じているか(Q4)という質問に対しては、「感じている」という回答が75.5%、「感じていない」という回答が24.5%であった。

これに対して、実際にメンタルヘルスを講じているかという質問（Q5）に対しては、「講じている」という回答が 49.7%、「特に講じていない」という回答が 50.3%であった。この結果は、個人の見解がベースになっているが、対策の必要性は感じられているのに対して、実際に対策が講じられていないケースが少なからずあることを示唆していると言えよう。

2. 3. メンタルヘルス対策の具体的内容と効果

具体的に講じられている対策としては（Q5SQ1）、回答率上位項目を示すと、「ハラスメントやメンタルヘルス不調に関する相談窓口の設置」（70.4%）、「管理職対象の研修」（58.7%）、「一般職対象の研修」（49.8%）、「不調者の休復職管理」（41.8%）、「不調者への人事上の配置や就業上の配慮」（38.5%）「主に不調者向けのカウンセリング」（34.7%）、「ストレスチェックによる疲労やストレス状況の調査」（31.0%）、メンタルヘルス担当職員（兼任）の配置（29.6%）、メンタルヘルス問題を想定した社内規定の整備（25.8%）となっている。

日本企業におけるメンタルヘルス対策の具体例については、インタビュー調査によっても確認された。以下で要点を述べる。

インタビュー調査においては、メンタルヘルス対策について尋ねており、例えば以下のような対策が行われていることが明らかになった。

- ・ 20～30人の管理職研修でピア・レビューを行ったり、管理職を産業医と引き合わせてパイプづくりを行った。
- ・ 採用時に不調になる要素を見極めることはきわめて難しいので、産業保健スタッフが新人に採用後4回会うというシステムを作っており、配属時に注意すべき点をチェックしている。

次に、講じた対策の効果については（Q5SQ2）、「現れているかもしれないが認識できていない」（65.3%）という回答が最も多く、「現れている」（26.8%）という回答がそれに次ぐ。「現れていない」とする回答は8.0%であり、自信を持って効果を認識できていると実感する段階には至っていないことが示唆されている。

また、自由記述回答（Q5SQ3）においては、「復職上申があった者については全員が復職できており、その後も安定的に就業できている」、「病欠者1人あたりの病欠日数は減少しており、早期発見早期治療に結びついている」といったことが指摘された。

インタビュー調査においては、「復職支援プログラムにより再発者が減少。管理職の啓発教育を行ったことで不調者増加がストップし、相談件数も増加、管理職の認識も向上した」という企業や、「メンタルヘルス対策は一通りやった。効果は現れていると感じている。」という企業があった。

2. 4. メンタルヘルス対策の推進体制

メンタルヘルス対策を推進していくためには、専門のスタッフの充実や事象所内での審議、あるいは規定整備といった体制づくりが必要となると考えられる。