

産業精神保健の歴史(3)：1990年代後半から現在まで

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2011-10-05 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 荻野, 達史 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.14945/00006180

産業精神保健の歴史（３） —1990年代後半から現在まで—

荻 野 達 史

6 第Ⅳ期「拡充期」—1990年代後半～2000年代—

6.1 行政による取り組みの加速化と高密度化

前節で言及したように、1990年代前半に産業精神保健研究会が中心となって受託した「職場の精神保健に関する研究」は、旧厚生省が委託したものであったが、80年代末にTHPを策定した旧労働省も委託研究を行っている。とくに、1995年より1999年まで「作業関連疾患の予防に関する研究」の一部として、本稿でもたびたび言及してきた加藤正明が班長を務めた「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究」は大がかりなものであった。

この班内に「健康影響評価グループ」「ストレス測定グループ」「ストレス対策グループ」などが組織され、2000年3月には400ページを超える報告書が出されている。この報告に基づいて作成された「職業性ストレス簡易調査票」や「仕事のストレス判定図」は、その後に使用マニュアルも作成され、現在でも厚労省が「具体的取組で活用するためのチェックリスト」として掲げているものである。

この研究班に属したメンバーが、たとえば日本産業精神保健学会の学会あるいは学会誌において、90年代後半には盛んにストレス関連のシンポジウムを企画・開催しており、いわば政策的にストレス研究（とくに医療者を中心とした）が推し進められたことが見てとれる。事実、上述の研究班で副班長を務めた下光輝一（東京医科大学）が、2007年の『日本医師会雑誌』に収録された座談会で次のように述べていることは注目されよう。

国などの行政の施策と学会の研究活動の間に大きなギャップがある。つまり、ポリシーとサイエンスのギャップが大きいということがどの分野においてもいつも言われていることですが、このストレスとメンタルヘルスの

領域ではサイエンス、ポリシーギャップがほかの領域に比べてかなり少ないのではないかと私は思っています。メンタルヘルスに関して国の施策を立案する行政を行う人たちが、ストレス研究者たちに対して政策を進めるうえで解決すべき諸問題を投げかけ、そのための研究費を助成するなどしております。また、研究者のほうも施策の立案や展開に役立つような研究成果を出すよう努力するというように、学会の研究活動と国の施策との連携が比較的うまくいっているのではないかと思います。(久保他 2007: 12-13)

この傾向は、たとえば、自殺予防対策として、厚生労働科学研究費補助金に基づき、2005年より「自殺関連うつ対策戦略研究」(のちに「自殺対策のための戦略研究」に名称変更)が始められたことに象徴的に現れている。とりわけその出発点においては、山田(2008)がまとめているとおり、「自殺とうつ病について調査によって実証的に明らかにし、自殺率の減少とうつ病予防に寄与すること」を目的にしたものであるが、この研究には、5年間で10億円程度の予算が投入されている。

さて時間の流れをもとの地点に戻せば、委託研究という一般的には目に触れにくい取り組みから、行政による取り組みがより顕在的になり、加速化・高密度化していくのは、1990年代の末からである。羅列的になるが、公表された指針や法令について簡略に確認しておきたい。

まず、1999年9月、旧労働省から「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針」が公示された。これはそれまでの「心因性精神障害の業務上認定に際する留意事項」に比べると、精神障害そしてそれに起因する自殺について労働災害として認定される要件を緩和したものといえる¹。

翌2000年の8月には、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」が公表される。前年5月より検討会が組織され、その報告に基づくものである。企業内(外部資源も取り入れた形での)のメンタルヘルスケアの「メニューを包括的に示した」もの、言い方をかえれば「総花的とも取れるような感じ」の指針ではあるが、「これからがメンタルヘルス元年みたいな感じかなという印象を持っています」と検討会のメンバー自身が語っている²。内容については再度言及するが、関連事業も多く、たとえば「職場におけるメンタルヘルス対策の

¹ この点は、黒木(2001)などを参照にした。

² 櫻井他(2000)の座談会での、川上や廣の発言。

事業者等支援事業」などが翌年には創設されている。

さらに2001年の暮れには『職場における自殺の予防と対応』という小冊子を公表し大量に配布している。ただし、この自殺をテーマにした取り組みは、職場に限られるものではなく、厚労省社会・援護局に設置された有識者懇談会が検討したものとして、2002年には『自殺防止対策有識者懇談会報告』が、同じく社会・援護局から2004年には『地域におけるうつ対策検討会報告書』が公表されている。そして、2006年には、NPO法人ライフリンクが牽引役となり議員立法によって「自殺対策基本法」が6月に成立³、10月に施行された。2005年には大型の研究プロジェクトが立ち上がったことは既に記したとおりである。

より職場に限定された議論に戻れば、2004年に厚労省より「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」が公表された。それに先立つことになるが、2002年には、障害者職業総合センターにおいて、「在職精神障害者の職場復帰支援プログラム」（通称リワークプログラム）が開始されている。職場のメンタルヘルスということでは、おそらくもっとも実際に関心の高いトピックではないだろうか。

そして、第IV期の山場といえる「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が、2006年3月に公示される。この指針（新メンタルヘルス指針）は、2000年の「心の健康づくりのための指針」（旧指針）を基本的には踏襲しているが、2005年に改訂された労働安全衛生法に基づく指針として打ち出されるなど顕著な特徴をもつものである。その後も、2011年3月に至るまで、労災認定基準として新たに考慮すべき項目の検討、心理的負荷評価表の再検討などが続けられている。しかし、その実効性などについての評価は分かれるところであろうが、この新メンタルヘルス指針は、この時期の行政的な関心の高まりの主たる帰結でもあり象徴でもある。この指針について関係者たちが論じたことは、重要な観察ポイントを形成しているといえるだろう。

6.2 この時期の背景—その1：自殺者数の急増—

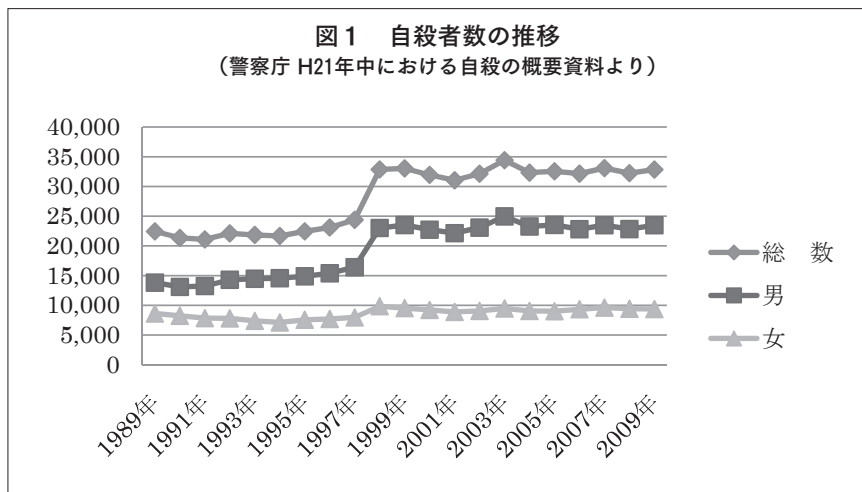
この時期に、なぜ行政対応が急速に進められたか。その背景については、各種検討会などに参加した複数の委員や行政官が語る通り、1990年代後半における自殺の急増と、やはり同時期に「過労自殺」裁判で行政側あるいは企業側が最高裁で敗訴するケースが相次いだことが挙げられるだろう⁴。後者について補

³ 毎日新聞 2006/4/17「自殺対策 新法で「遺族支援を」」など参照。

⁴ 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

足すれば、精神疾患についての労災申請件数は90年代に入って急上昇するが、1996年の2件の原告側勝訴によって申請数はさらに倍増する。

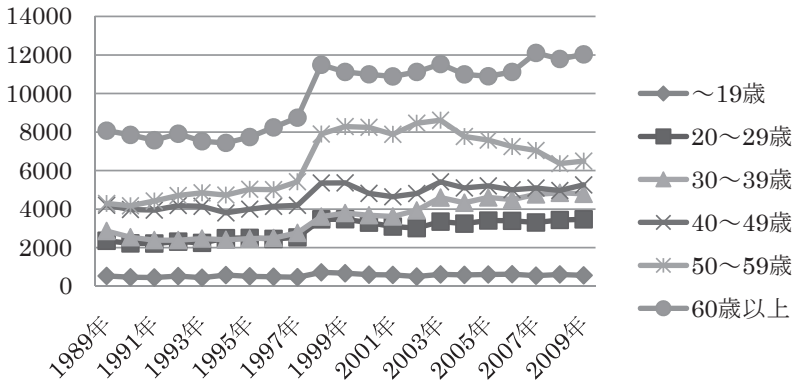
自殺件数の推移について多くを述べる用意はないが、図1・2に示したように、とくに1998年に生じた件数の突然ともいえる増加は、社会的に大きな反響を呼んだ。警察庁の統計をみると、1970年代末には2万1千件ほどで、90年代初頭まで、ほぼそのレベルで推移していた。そこから徐々に増加し、1997年には2万4千件を超えている。ところが、1998年には一挙に3万3千件に迫っており、翌99年には3万3千件を突破している。その後、多少の増減はあるが、ほぼこのレベルが維持されてしまっている⁵。



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）。

⁵ 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。

図2 年齢別自殺者数の推移
(警察庁統計より)



この激増の背景については、たとえば内閣府経済社会総合研究所が京都大学に分析を委託している。その報告書によれば、多角的な統計解析の結果、バブル崩壊後、この時期になって顕著な形で具現化した雇用・経済環境の悪化である可能性が高い。1998年3月決算期前後の失業・倒産の増加と平行して男性自殺者数が急増したことが確かめられている。そのメカニズムとしては、1997年から1998年にかけて、経営状態の悪化した金融機関による「貸し渋り・貸し剥し」が中小零細企業を多く破綻に追い込んだことが、自営層の自殺に大きく影響したこと。あるいは、経営状況の悪い企業が人員削減により無職者を増加させるとともに、被雇用者へのリストラ圧力となり、そのことも自殺率を高めたであろうこと、これらのことが結論的に述べられている（京都大学 2006：83-84）。

こうした分析は、当然、1998年に自殺件数が激増した男性、そして中高年層の置かれた社会的状況を捉えたものであるが、この「構造的」な把握に対して、厚労省が「職場における自殺の予防と対応」に関連して打ち出していったことが、とりわけ「うつ病」に照準した「メンタル・ケア」であったことは、確かに批判的な評価も招くものではあろう⁶。ただし、産業・労働に関わる行政的取

⁶ 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も、あきらかに「うつ病」が関心・対応の中心にあるといつてよいだろう。

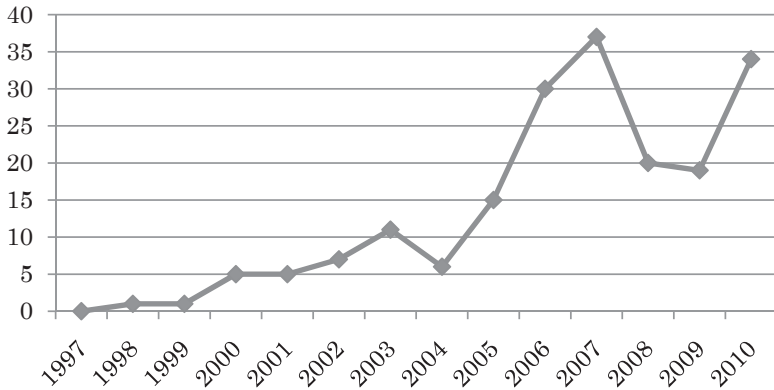
り組みの総体がここに一元化されていたと断定できる経験的な裏付けも筆者は持たないため、この角度からの評価は、少なくとも現時点では留保しておきたい。

ここでは、次の2つの点を確認しておこう。まず、自殺件数の急増は、国の対応を求めるメディア論調を生み出したことだ。たとえば、1998年内の統計が出る前に、朝日新聞は「働き盛りの男性自殺急増 国レベルの予防体制急げ」と論じている。その中で、日本での予防対策は進んでおらず、『自殺予防は重要なテーマ』という厚生省だが、研究は一件しかない。……労働省も、『自殺が急増する中高年へのアプローチは必要と考えている』（労働衛生課）と関心を示すが、職場でのメンタルヘルスに関する研究などがあるのみだ」と批判的に書かれている（朝日新聞 1998／6／12）。

では、その世論の圧力は、対応策として「うつ病」の予防・対応を求めたものであったのか。この点を確認しておきたい二つ目の事柄になる。結論からいえば、当時そうした圧力は必ずしもなく、むしろ厚生省と、厚生省がこの問題について「専門家」と認めた精神科医を中心とした集団とが、自殺と「うつ」をセットで認識するフレームを先導するように打ち出していったところがある。

図3は、見出しに「自殺」と「うつ」がともに含まれている新聞記事の件数を1997年から2010年までカウントしたものであるが、90年代にはほとんどなく、2003年頃より、「うつ」が「自殺」と強くリンクされ出したものと思われる。ただし、先述の朝日新聞の記事も含め、「倒産やリストラ」が中高年を襲ったという経済動向への言及もありつつ、コメントを求めた専門家としては、主として精神科医やカウンセラーであり、この問題をメンタルヘルスケアというフレームに収めていく条件は確かに存在していた。図3から推測されるのは、行政対応のフレームと一般メディア上のフレームが、顕在的な行政対応が進められるようになったこの10年ほどの間に、「うつ」というキーワードにおいてよりコンパクトに収斂してきたことであろう。

図3 「自殺&うつ」の見出し記事件数
(朝日新聞と読売新聞)



このことには、やはり注意を向けておくべきだろう。NPO法人ライフリンク代表の清水康之が自らのブログで興味深い経緯と重要な指摘を行っている。清水は、先述した5カ年の研究プロジェクトである「自殺関連うつ対策戦略研究」に、研究評価委員の一人（唯一の「非医療関係者」）として参加した。プロジェクト開始時の2005年11月の評価委員会に出席した清水は、そこでプロジェクト名を改称することを強く提案することになる。

当初より、研究テーマは「地域特性に応じた自殺予防地域介入研究」と「うつによる自殺未遂者の再発防止研究」の二本立てであるにも関わらず、現在の名称は、簡略化すれば「うつ研究」にしかない。しかし、自殺が起きない地域社会づくりに関する研究が「うつ」研究に限定されるべきではなく（このことはWHOや厚労相諮問機関がまとめた提言などでも明らかだ）、あたかも「自殺対策はうつ対策がすべて」のような誤解を与える名称は適当ではない、というのが清水の主張の骨子である。その上で清水は、精神医学的な個人対応モデルの席捲は、社会総体的な対応の必要性への感度を押し下げるものであり、「精神医学にできることの限界をもっと周知していれば、こうした研究だってもっと早くに実施され、自殺で亡くなる人を少しでも減らすことができてもっと知れない」とも述べている。このとき、評価委員長からは「うつよりも自殺対策」に重点があること、そして厚労省の行政官からは「うつ対策から自殺対策に重点がシフト」していった経緯に関する説明もあったという⁷。

その結果、この研究プロジェクトでは、翌年の3月に「自殺対策のための戦略研究」へと名称が改められた。しかし、図3にみられるように「自殺」と「うつ」をセットにするフレームはより一般化されてきたように考えられるところもある。そのなかで、「職場における」対策としては個人対応モデルを超えるものが打ち出されているのか、あるいは今後そうした方向にさらに議論が進むのか、そうした問題は注視していくべき事柄といえよう。

6.3 この時期の背景—その2：過労自殺裁判—

6.3.1 最高裁判決とその影響

2000年前後より行政対応を加速化させた背景としては、90年代に「過労自殺」裁判が急増したこと、そして行政や企業が立て続けに最高裁等で敗訴となったことがより重要かもしれない。「心理的負荷による精神障害に係わる業務上外の判断指針」が1999年に発表されたことは既に述べた通りであるが、そのための「精神障害等の労災認定に係わる専門検討委員会」は、1997年2月に発足している。その後の改訂に関わる検討委員会にも参加しており、この問題に詳しい精神科医の黒木が経緯を明瞭に述べている。

平成8年度（1996年度）に2件の新入社員の自殺が大々的にマスコミ等で報道されたが、この2事例に関しては、当初労働省は労災認定を否定したにもかかわらず、訴訟事件にまで発展した結果、……自殺労災申請急増の契機となった。……この2つの事案を契機に労働省労働基準局補償課職業病認定対策室は本省内に平成9年以後精神疾患に関する委員会を発足させ、事例ごとに業務上外の検討を行ってきたのである。（黒木 2001：104－105）

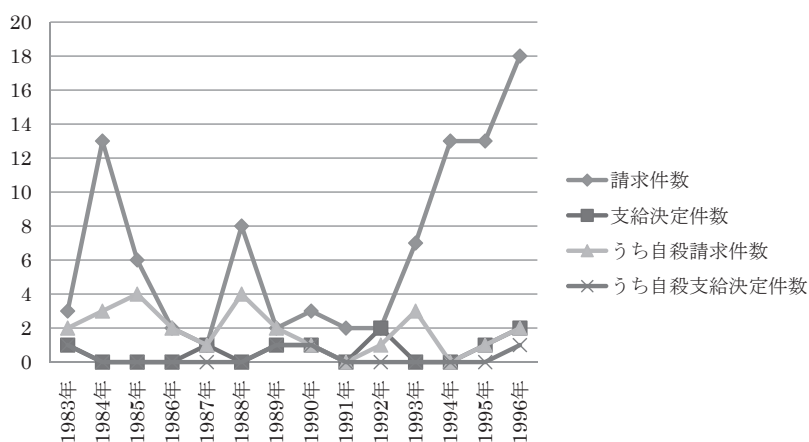
ここで述べられている事例とは、「神戸製鋼所・短期反応精神病自殺事件」と「電通・うつ病自殺事件」を指している。多少とも正確を期せば、前者は、黒木が別所で述べている通り、「労働基準監督署、労働基準局、労災審査会で一貫して業務外」と判断されたが（黒木 2000：5）、行政訴訟によって業務外の一連の判断が違法とされた事例である。しかし、後者については、労災申請に対する判断が下される前に、企業の責任を問う民事訴訟の一審で原告側が勝訴し、さらに二審でも原告側勝訴（ただし過失相殺を適用）したのちの三審、最高裁

⁷ 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。

に係属中に、東京労働基準監督署が労災と認定している⁸。

すでに、これらの事例やその他の過労死・過労自殺に関する経緯や訴訟における主要な論点を解説する記録・研究は多い。とりわけ熊沢（2010）は、膨大な資料に基づき、多くの事例を問題ごとに整理しつつ紹介し、この「過労」の背景に横たわる企業そして社会全体の問題を説得的に描き出した大変な労作である。ここでは、こうした優れた先行研究に依拠しつつ、とりわけこの二つの事例と、それによって新たに策定されることになった「業務上外の判定指針」について、産業精神保健をめぐる議論とその動向に与えた影響という観点から説明を加えておきたい。

図4 精神障害等の労災補償状況
1983年～1996年



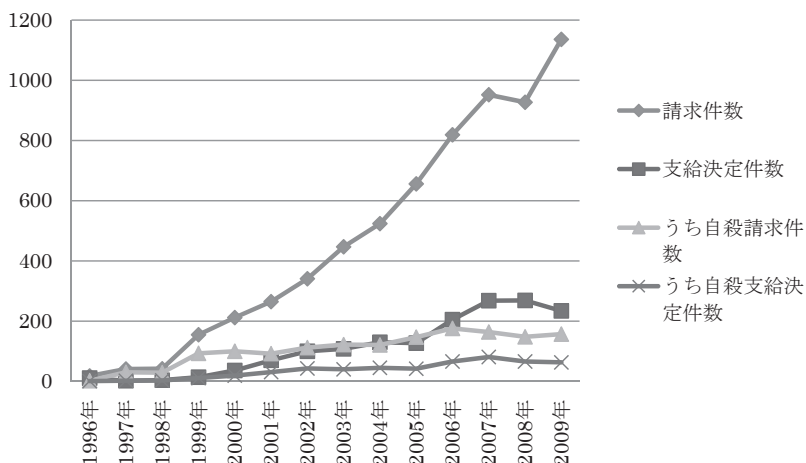
影響の大きさという点については、精神障害等の労災補償状況に関する厚労省発表データに基づく図4・5をみるだけで、ひとまず確認できるだろう。労災請求の件数は、様々な要因によって変化しようが、労働現場の実態とともに、請求という行為を可能にする条件、さらにそのなかに含まれるともいえるが請求の結果として認定されうる可能性についての認識が大きくかわっているも

⁸ 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。

のと考えられる。とくに二つ目の可能にする条件についていえば、1988年6月より、労働関係の弁護士たちが「過労死110番」活動を開始したことによって大きく変化した。しかし、「精神障害」にかかわる部分では、請求件数もごくごく限られたものであり、1994年になって年間10件を超える状況であった（ちなみに、脳・心臓疾患の労災請求は同年400件を超えている）。1996年でも18件に限られる。しかし、上述の2事例で原告側が勝訴した翌年の1997年には、41件と一挙に二倍以上になる。

そして、「業務上外の判断指針」がその年の9月に公表された1999年には、実に155件となる。その後は図5にみる通り、少なくとも請求件数は増加の一途を辿り、2009年には1136件となる。このことは、国はその監督責任を問われると同時に、認定の判断にかかわる膨大な行政コストを背負い込むことを意味し、企業はたとえ損害賠償の形でないにせよ、確実にその責任と社会的妥当性を、かつてとは比較にならない頻度で問われることになることを意味する⁹。この圧力を抜きにして、国や企業のその後の「メンタルヘルス」についての関わり方やその変化を解釈することはできまい。

図5 精神障害等の労災補償状況
1996年～2009年



⁹ 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

また、次の点も補足が必要であろう。図4をみると、前節でも紹介した1984年の設計技師の自殺未遂が労災として認定されて以降、1996年まで、5件の認定事例がある¹⁰。こうした事例があると、翌年の申請件数は多少増えることもあるが、しかし神戸製鋼所や電通の事例のような急増を惹起することはなかった。それは、この5件の職種（騎手、運転手2名、溶接工、潜土工）と密接にかかわるが、どの事例も物理的な事故が精神障害の原因と認定されたものであり、いわゆる精神的ストレスや長時間に渡る過重労働といった事柄が要因として認定されたわけではなかった。その意味でも、1996年に判決が出た神戸製鋼所と電通の事例については、他の事例とは異なる点を中心に、ごく簡略にではあるが説明を加えておく必要があるだろう。

6.3.2 神戸製鋼所事件とその含意

まず、神戸製鋼所の事例であるが、被災者の山川さん（24歳）が自殺を遂げたのは1984年のことであった¹¹。入社後1年も経たない研修中に、本社と電話による通信も困難であるインドのとある地域に赴任することになるが、現地企業とのトラブルに一人で対応せざるをえない状況に追い込まれる。遺族は、その年の11月には、この自殺を業務上の災害として遺族給付支給の申請を行った。しかし1985年には労基署は不支給処分の決定をし、1988年に審査請求棄却、1991年には再審請求も棄却された。同年、この行政の判断を不服として、遺族は行政訴訟を提起する。この当時、行政判断を覆す判例はなく、なによりストレス自殺への労災適用は先例がなかった。

争点としては、被災者が精神障害に罹患していたか、それが業務に起因するものかという点がまず問われ、さらに問題になるのは、この「自殺」が労災と認定されるかという点であった。労災保険法12条のなかで、労働者の「故意」による事故は労災の対象としない旨規定している。つまり、そこに労働者の自由な意思が介在する限り、その行為（たとえば自殺）は労働者に帰責されるべき事柄であり、業務に起因するとは判断しえないということである。それゆえに労働省の通達においても、心身喪失状態（自由意思の不在）での自殺のみ例

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、企業が行政訴訟に対してもとくく非協力的、さらにいえば妨害的である理由として指摘されている（熊沢2010：178）。

¹⁰ 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。

¹¹ 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。

外的に労災と認めるとされていた¹²。この点について、遺族側は、たとえその自殺が「外形的には労働者の意思的行為と見られる行為」であっても、その行為が業務に起因する「精神障害の症状」として認められる場合には、自由意思に基づくとは言えず、それはあくまでも業務に起因する災害として認められるべきであり、『心神喪失』の状況にあることを絶対的の要件」とすべきではない、と主張した。

この点について、裁判所は、本件の自殺は「精神障害により心神喪失状態にあったことができる」とすることで、「心神喪失」の有無は本質的な問題ではないという意味での要件論についての判断はしなかった。もちろん、この判断によって、行政の業務外認定を覆して労災と認めた初の事例となったわけである。しかし、「あっさり」と心神喪失状態と認定してしまうことで、従前の労働省基準を超えるものではなく（労基署はそのため控訴を断念したものと推測もされるが）、それゆえに「精神障害等に係わる業務上外の判断指針」が出されるまでに、3年以上の時間が過ぎることにもなったと宗万＝川合（2000）は述べている。この宗万らの意味するところはいささかわかりにくいだが、裁判所が要件論を回避したことで、その点の法的解釈の変更に水路付けがなされなかったゆえに時間がかかったということになるのかもしれない。労働省が「心神喪失状態」が従来通り要件とされたということで安閑としていたのであれば（それで時間がかかったという意味であれば）、翌年から業務上外判断についての検討委員会が招集されることはなかったものとも考えられるからである¹³。

労働省が安閑としていられなかった理由として、この自殺についての論議ばかりでなく、宗万らが「判例」として高く評価しているとおり、「裁判所の具体的できめ細かな認定方法」がやはり考えられる。これも宗万らが述べているが、被災者の直面したトラブルだけを抜き出せば、「客観的には自殺の原因となるような重大なトラブルとは言にくい」ものであった（宗万＝川合 2000：57－58）。

筆者は、この点は、明瞭なる過重労働が背景となる電通事件以上に、労働省に対して大きなインパクトを持ち得たのではないかとさえ推測する。この一見すると軽く思えるトラブルについて、裁判所が示したのは、通信にも事欠く異

¹² 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。

¹³ 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。

文化の地でビジネスを行うことの負荷の大きさが——諸他の企業の経験や取り組みに鑑みても——きわめて大きいこと、そして研修期間中に過ぎない若手社員がサポートも得られない場合に置かれる苦境とストレスがやはり甚大なものであることであった。このように、自殺が生じた文脈を十分に配慮することで、「業務上」であることが認定されたわけであり、労働省としてはここに対応していく必要性に迫られたはずだ。

6.3.3 電通事件とその含意

さて、次の事例に移ろう。電通事件は、1991年に24歳の男性が、記録でわかる範囲でも、8ヶ月間ひたすら長時間労働を強いられ、最後の一ヶ月には3日に一度は徹夜という「常軌を逸した長時間労働」（一審判決の表現）の結果、疲労困憊し、うつ病を発症し、そして自死に至った事件である。その間には、上司からの明らかなハラスメントもあった。遺族は1996年に電通に損害賠償を求める民事訴訟を起こす。この事例でやはり注目すべきは、企業の安全配慮義務が精神疾患について従来より広く、かつ厳しく問われたことだろう¹⁴。

被災者の長時間労働と体調不良や精神的変調を知りながら、なんら実質的な対応をとることなく、なおざりな指導をただけの、否、その後も仕事を増やしさえした上司が複数いた。一審では、企業に対して、「(上司たちの)安全配慮義務の不履行に起因して、一郎(被災者)が被った損害を賠償する義務があるというべきである」と明瞭に断じている。1997年の二審では、原告勝訴としながらも、被災者の性格や遺族の対応にも問題をみとめる過失相殺を適用した。しかし、2000年の最高裁判決では、改めて企業の安全配慮義務違反が強調され、さらに二審の過失相殺適用には「違法がある」と完全にこれを否定している。この裁判の画期的意義として、弁護士岡村親宣は次のように述べている。

事業者の労働者に対する蓄積疲労等による労働者の心身の健康破壊を防止すべき注意義務を肯定し、この注意義務の懈怠である過失と被災者のうつ病罹患・自殺との相当因果関係を認め、我が国裁判史上初めて過労自殺の企業責任を認めたことにその画期的意義がある。(岡村 2002: 423)

電通事件の最高裁判決が下って間もない頃、『産業精神保健』誌上に、この判

¹⁴ 電通事件については、川人(2000)を主に参照した。

決をめぐって開かれた座談会の様子が、「特別企画」として収録されている（大西他 2000：83-97）。この事例がもつインパクトを象徴するものでもあるが、そのインパクトを内容的により明確に理解するためにも、そして産業精神保健に関わる一部ではあるが有力な精神科医たちにとって、それがどのような意味をもつものであったのか——より厳密にはどのような語りを引き出すものであったのか——を知るためにも、この座談会の席上で交わされた議論に注目しておきたい。ここで特記すべきは、電通事件の最高裁における最終局面で、企業側弁護人を務めた安西愈が出席していることである。

まず、最高裁の判断が安全配慮義務の範囲を拡大したことがやはり導入となった。前節で80年代の労働省でTHP策定に関わった河野慶三が、この当時は富士ゼロックスの産業医として切り出している。

現場で健康管理をしている立場では厳しい判決だと受け止めています。こういう判断がされると、最高裁の判決ですから企業・事業者にはこれを順守する義務が生じます。それに対して私たちは産業医としてどう技術的なサポートをしていくかが問われます。……「業務と密接な関連を有する」ものの「直接起因はしていない」健康上の問題に対しても、この判決では新しい考えが示されています。安全配慮義務からみると、その範囲が非常に拡大したということです。（大西他 2000：87）

配慮義務の対象が「業務起因」性から「業務関連」性に拡張されたことにまず目を向けたものであるが、弁護人であった安西が発言を始めると、会社側の管理責任と労働者の自己管理責任との対立軸が一気に議題の中心になっていく。

安西の発言には、筆者からみると、様々な項目が入り交じるところがあり、いささか論理構成がわかりにくいところがある。しかし、論旨としては、およそ以下になるだろう。会社側責任が問われるポイントとして、労働者が精神疾患になる可能性についての所属長の予見可能性と、予見できた場合の結果回避可能性、この二つが問題となる。しかし、どちらも困難である。

予見可能性についていえば、本人からの業務軽減要求や「健康管理上の対応」要求といった明確な申し出がなければ、「プライバシーの問題」もあるので、業務と関連づけて予測することは困難である（大西他 2000：88）¹⁵。そして、そも

¹⁵ 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

そも、被災者本人が精神面とは思わず耳鼻咽喉科で治療を受けていたが、「一流の病院でも気づかなかったのに、どうして会社の上司に予見可能性があるのか」が問題であるが、「最高裁では一顧だにされませんでした」と述べる（大西他 2000：89）。結果回避可能性についていえば、上司に本人がうつ病であるという認識がない——つまり予見可能性がない——以上、自殺についても予見できないのは当然であると語る（大西他 2000：88）。

そして、安西が発言のなかで織り交ぜながら繰り返し語るのは、労働者本人の「自己管理」責任である。長時間労働とはいうが、「自由裁量的な労働」であるのだから、自己管理すべきである。また、電通には三六協定に基づき、時間外労働が一定基準を超えれば、「なぜそのような長時間労働になったのかを検討し健康診断をするミニドッグという制度」もある。それを利用しなかった以上、それは本人の責任の問題が問われるべきだと。しかし、こうした制度が利用しにくいことを安西自らが説明している。

ところが、本人がたくさんの時間申告をすると、そういう労使の委員会に呼び出されたり、上司がなぜそういう仕事をさせたのかと問われ面倒になるので、自己規制したのです。本人自身がそのようになると面倒だから申請はしない。……裁判所は、「そういう制度があるだけでは駄目だ。利用させなければいけない」という判断なのです。制度があるのにそれを利用しない人について、手取り足取りやらなければならないというのが大問題だと思います。（大西他 2000：88－89）

上司とのトラブルが十分に予見され利用しにくいという事情を語りつつ、それで自己規制するのは自己利益のためであるから、それは自己責任としかいえない、ということであろうか。筆者はこの論法に啞然とするものも感じるが、様々な立論の仕方はあるだろう。しかし、こうした労働者側の「自己管理」責任に問題を還元していく企業側の論理は、後述する安衛法改正における「医師との面接義務」についても現れるものであり、産業精神保健が営まれる職場の概念操作上の文脈として重要であるので、ここであえて引用をした次第である。

ところで、安西のこの発言について、精神科医の荒井稔が——精神神経学会で2005年に産業精神保健について教育講演をしている——発言をしており、自

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。

己管理についての精神科医から示された一つの見解として興味深い。

健常者でも自分の不調に気づくように自己管理・自己責任を負っていたおくことは、これからの社会の基本的な流になると思います。とくに精神医学の分野では、父権主義といいますかパターンリスティックな対応が批判の対象になっており、患者の自己決定権とか、そういうものが尊重される時代になってきます。その点でいえば、(最高裁判決は)時代に逆行した意見になるだろうと思います。

……上司は医者でもないのに、部下の私的な部分も含めて聞き、かつ精神的な変調があるかないかを評価して、医者を受診させたり薬を飲ませたり、休養をとらせるといったことまで責任を負うのか、上司の役目は非常に重いわけです。(大西他 2000 : 89, 括弧内引用者)

この発言にいわば勢いづけられる形で、安西の「病院でもわからないものを上司がわかるのか」といった上記の発言が出てくる。しかし、精神科医の河野は、それは極端に過ぎる誤解であると指摘している。

最高裁でも上司に病気の有無の判断をしろとは考えているわけではないと思います。病気の判断をする必要はないが、おかしさには気づいてほしい。この点については、産業医として教育のなかで事業者にも言わなければいけないことだし、事業者が雇っているマネジャーに「そこまでは、して欲しい」と言うべきなのだという意味です¹⁶。(大西他 2000 : 89)

その後、1999年に公示された業務上外の判断指針も含め、産業医の求められる事柄——従業員の精神健康面についての把握力——が大きくなってきている

¹⁶ 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。

という話題も挟むが、最後に「企業防衛」について議論が及ぶことになる¹⁷。

司会の大西（精神科医）が、今回の判例によって、企業にとって従業員は明確にリスク管理の対象になったということかとの問いかけに、荒井が「その通りです」と答える。たとえば、電通の事例の賠償額と自殺の発生率から年間リスクを金額として計算すると6億円であり、「そういう金額的なところで、まずは会社の動機付け」が必要であり、そこで企業として産業医に何を求めるか、どのぐらい投資をしておくべきかが理解されてくるであろうと発言している。大西が端的にまとめているが、「福利厚生ではなく、いまやリスクマネジメントの時代になった」という認識になる（大西他 2000：93）。

そのマネジメントの仕組みとして、労働者本人が自分の健康情報を産業医にまず開示すること、産業医はそうできる条件を日々の活動を通して構築していくべきことなどが論じられる。そして、そうした仕組みをサポート体制として十分に実行していれば、「労災は認められても民事の過失責任は認められないということもあるかもしれません」という発言があり、あるいは本人と上司との不調をめぐるやりとりを文書記録として逐一残しておくことがリスクマネジメントにつながるし、そうしたことが企業に必要な投資であると認識されていくことが望ましいという発言などが参加者からなされた¹⁸。

6.3.4 「精神障害等に係る業務上外の判断指針」について

いささか2事件に関わる議論が長くなったが、それら判例への対応として出された「業務上外の指針」の特性について、黒木（2001）や、この指針についての検討委員会の座長を務めた原田（2000）、そして熊沢（2010）の議論に従って記しておこう。第1に、労災認定の対象となる精神障害の範囲が広げられた。それ以前の労働基準法施行規則のなかに「その他業務に起因することが明らかな疾病」の項（1987年より）や、「心因性精神障害の業務上認定に際する留意事項」では、精神障害を心因性、器質性、内因性に分け、内因性はあくまでも个体側の要因が主要因であるとしてこれを除外している。しかし、1999年の指針では、業務による心理的負荷、業務以外の心理的負荷、个体側要因を比較考量して、業務上外を判断するもので、障害の対象は国際疾病分類ICD-10で取り上げられているすべてのものになった。

¹⁷ 「企業防衛」という表現は、安西が使用したもの（大西他 2000：93）。

¹⁸ 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）。

第2に、この業務上外の判断のためにストレス評価表が作成された。これは、まず『あらゆる精神障害は外界からの刺激とそれを受ける個体の反応性との両方の要因によって生じる』という常識的な考え方」に基づくものである（原田 2000：276）。仕事上で生じる出来事の侵襲強度に重み付けをし、さらにそれぞれの出来事について心理的負荷の強度を三段階に分けて、質的变化や持続時間などにも留意して判定する。その上で、責任や環境の変化なども検討して総合評価を行うというもので、幾つかの点で曖昧さや恣意性の入り込む余地はあるが（熊沢 2010：28）、従前に比べればはるかに系統的な評価手続きが導入されたことになる。

第3に、自殺についての認定基準も、上記の変更に応じて変化した。神戸製鋼所の部分でも述べたように、それまでは「心神喪失」状態、つまり罹患した精神障害から自殺という行為までの間に「故意」が、いわば主体としての判断が介在しない場合だけが労災と認定されるとしてきた。「遺書」を残すという正常な判断能力を同わせるものがあれば認められないという、恐らく一般的には奇妙とも思える基準があった。これに対して、検討会は、故意がない自殺という設定に無理があるとし、心神喪失概念に代えて、「精神障害によって正常の認識、行為選択能力が著しく阻害され、あるいは自殺行為を思いとどまる精神的抑制力が著しく阻害されている状態」で行われた自殺は「故意にあたらない」との見解を示した（原田 2000：277）。そのため、「判断基準」においても、その「希死念慮」を生み出した精神障害が業務に濃厚に関連したものである限り、労災と認められることになった。

検討会座長の原田自身は、こうした検討結果（そして判断基準）について、精神障害によらない自殺（たとえば「引責自殺」）が業務上にならないことの問題、あるいはそもそも障害についての要因の現実的な割合から考えれば、労災補償が上／外の二者択一でしかないことが公平性を著しく欠くこと、さらに業務上外という発想を超えて、本人あるいは遺族の生活保障という観点こそ基本であるべきではないかといった問題を提起している（原田 2000：278）。それでも、熊沢も「やはり画期的だったのだ」と評価するように（熊沢 2010：28）、この新基準によって認定件数は大幅に増えていくことになる。

6.4 新旧メンタルヘルズ指針とその周辺

6.4.1 「旧指針」とその特徴

さて、ここまで、第IV期の行政的対応の加速化を説明する背景として、とく

に1990年代後半に生じた自殺件数の増加と過労自殺裁判に注目した記述を行ってきた。そのため、とくに労災認定の判断基準について多く言及することとなったが、ここでは2000年に策定・公表された「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（旧指針）と2006年の「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（新指針）について、とりわけ関係者たちがどのように論じているのかに注目して、その基本的な性格や経緯について論じておきたい。

労働省は、1999年5月に「労働者のメンタルヘルスに関する検討会」を設置し、1年後に出されたこの検討会の報告をもって旧指針としている。後述するように、新指針は改訂された安衛法に法的根拠を持っているのに対して、この旧指針は、あくまでも対応を促す程度のものであり、検討会の座長を務めた櫻井の表現を使えば「事業場に対しては、それぞれの実態に応じて実施可能な部分から取り組むことを求めた」ものである（櫻井他 2000：6）。

そしてその構成としては、先に述べたように「総花的」ともいえるし、「総合的」ともいえる。メンタルヘルスケアとして、①労働者によるセルフケア②ラインによるケア③事業場内産業保健スタッフによるケア④事業場外資源によるケアの“4つのケア”を明記しており、1988年に出されたTHPが基本的にはセルフケア中心主義であったことに比べれば、より系統的に職場環境の改善や職場におけるケア・システムの構築を指向したものといえる。ただし、この検討会のメンバーを集めた座談会において、産業医（精神科）の廣尚典は、この指針があくまでも努力義務であることからくる危惧を述べている。

正直なところ、この4つが並列で並べられるということに少し違和感を持っております。……ここに書かれている内容を、各企業はできるところから取り組めばいいということに関連してです。例えば、「ラインによるケアがあまり出来ない、難しい。それではセルフケアに重点を置いて進めよう。」そういった方向にいく恐れはないか。管理監督者の役割よりも、そのセルフケアの部分が強調されて、「わが社は、メンタルヘルス対策としてセルフケアを全面に出しています」ということになったとしたら（後略）（櫻井 2000：9）

この廣の「若干の懸念」に対して、疫学的アプローチを専門とする川上憲人は、異なる見通しを述べている。

それは、むしろ少し逆で、これまでメンタルヘルスは手がつけ難い、精神問題だからセルフケアだけしておけばいいや、という会社もあったと思いますが、そういう会社は、今回の報告書をセルフケア以外にもラインによるケアがあるという意味で理解されるでしょう。(……むしろセルフケアだけやって誤魔化そうという企業は少なくなるのではないかと期待をめています。(櫻井 2000 : 10)

楽観的に過ぎるとも思えようが、この2000年という時期における関係者たちの期待を示すものとして、そして行政的な取り組みとしての「職場のメンタルヘルス」というものが、ある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として、ここに引用してみた。期待の対象とは、ライン＝現場の管理監督者であるが、旧指針をめぐるこうした座談会では、議論の中心がラインによるケアに集められる傾向があり、ラインへの「期待」の大きさを示しているように受け取れる。

そして、いま引用した川上が、「ラインによるケアがある」と理解される、と述べたように、あるアクターが担うものとして形を与えることで理解しやすくなる、という予見がある。これは、THPのときの「心理相談員」と基本的には同じ構図ではないだろうか。実際、2006年の新指針になると、そのアクターが今度は「産業医」になる。これが、筆者が「一定のパターン」という意味である。

そしてさらにいえば、このパターンには、“本当のところ、もっと組織的な取り組みを企業に求めたいのであるが、そうもできないので、ひとまず考えられるアクターがよき担い手となって成長・奮起してくれることを大いに期待する”という背景的な事情も見え隠れする。新指針の「産業医」の意味づけにもっとも顕著なところであるが、旧指針についても、やはりそうした側面は見受けられる。

たとえば、この検討委員会にも参加していた河野慶三が、このあたりの経緯について示唆的なことを述べている。4つのケアについては、どれか一つをやればよいとならないように注意を促す文言は入れている。「これらの実施事項はひとつのシステムとして機能すべきものである」と、「はじめに」の最後に書いている。

ただ、「この順番でやれ」という言い方は難しいので「出来るところから」

（「実態に応じて実施可能な部分から取り組むこと」）という表現にしたわけですね。

実は、報告書の最後の図「心の健康づくりの基本的な考え方」に記載されている最初の文章に、「それ（ひとつのシステムとして機能すべし）を必ず入れるように」と言ったのですが、落ちていますね。そういう意味では、若干…（櫻井 2000：10、括弧内引用者）

指針という性質もあろうが、あまり多くを企業側に要求することはできないし、報告書の最終段階では、検討委員が「必ず入れるように」と言っても、それがなぜか落とされてしまい、表現は弱められている。新指針が法令のバックグラウンドをもって出されたときに、主たる担当行政官であった労働衛生課長の阿部重一が「今までも指針はあったわけですが、……むしろこれは何か遠慮がちにやっていた」、あるいは「どうしてもメンタルヘルス対策になると……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」と述べている（櫻井 2006：6）。たとえば、その「出来るところから」といった一文は、「遠慮がち」であることの一つのエピソードであるのであろう。

それでは、「ラインによるケア」についての、検討委員たちの認識はどのようなものであったのだろうか。そこには、メンタルヘルスをセルフケアに還元しないという意味でかなり高い評価を寄せる発言もあり、この検討委員会参加者たちによる座談会でも、他のケアについてよりも多くのことが語られ、期待の高さも伺える。司会の櫻井がラインによるケアとして「労働環境の評価と改善」を打ち出したことが、この指針の特色であると述べているが、それに対して川上からは次のような発言がある。

ラインによるケアに職場環境が入っているということは非常に画期的だと思ひまして、これが今まで抜けていたために、どうしても心の健康、メンタルヘルスという個人向けの対応で終わっていたのですが、これが入ったことで、組織的な対応に変化しつつあります。（職場環境には仕事量だけではなく、自由度や裁量権の問題、さらに人間関係も入ってくること、それらが心理的ストレスにすべからく影響してくることが諸研究で確かめられているが、そうした視点を）かなり盛り込んでいただいたという形になっていると思います。職場環境の定義が急に広がったので、読む方が多少の

戸惑いを感じられるかもしれません。(後略、括弧内は引用者による発言の要約)(櫻井他 2000 : 13)

様々な論文や座談会で、産業衛生の専門家という立場から、セルフケアが先に来ることに批判を唱えていた廣も、この川上の発言を受けて語る。

職場環境というものを幅広くとらえたということは、やっぱり非常に大きいと思います。これまでの管理監督者教育は、問題の人を早く見つけて適切な対応をとるということが中心でしたから、それに加えて、一次予防的なものがしっかりと盛り込まれたというのは大きな意味があります。(櫻井他 2000 : 13)

この上で、それでは管理監督者に対してどのような研修が必要であるかといったことが議論されている。たとえば、まず部下の健康面についても配慮する必要性のあることを認識させること¹⁹、そのために人の話が聴けるというスキルとしての素養が求められること、ただし話を聴いて自分で抱え込むことはせず適切に専門の産業保健スタッフにつなぐことができること、こうした事柄である。

ただし、スタッフによるケアについて、幾つかの難点も語られている。主に二つあるが、一つは事業者がトップとして従業員の健康について基本的な考え方を明確に示しておかないと「管理監督者はいろんなところで困ります」ということ。もう一つは、管理監督者という存在が、縮小されていく傾向もあれば、業務・組織形態によって部下と日常的に接するとは限らないという問題もあることなど、管理監督者に期待することが実際の条件に照らしてどこまで一般的に可能であるか、という問題である²⁰。後者の問題は、組織によっては人事管理部門に機能を集約するなど技術的に対応可能な側面があるが、前者の問題、事業者がこの問題にどれだけの責任をもつべきかということは、この問題を考える上で実はより根本的なところがある。管理監督者というあくまでも従業員に組織内で一定のタスクを課す限り、事業者の責任が問われてくるところであろう²¹。少し先取りすれば、このいわば難点が、新指針をめぐっては、産業医

¹⁹ 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)。

²⁰ 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)。

²¹ この旧指針内では、「事業者自らが、事業場におけるメンタルヘルスクアを積極的に実施するこ

への様々な期待を生み出す大きな背景となっているようにも思われる。

この座談会では、③事業場内産業保健スタッフによるケアと④事業場外資源によるケアについての言及はいたって少ない。『産業医学ジャーナル』という産業医が多く読者であるはずの雑誌上に記録が掲載されているものであるのだが、産業医がメンタルヘルスに主体的に「係わるべき重要な問題であるという認識はきちんと持っていなければいけない」と河野が述べてはいるが、現状では関心の低い人が多く、「一番中心になっているのは保健婦さん」で、「保健婦さんを支えることが一番現場では役に立つかな」といった山本（当時、労災病院の心療内科部長）の発言にみられるように、この点についての議論はとくに深化することはない。後者の④についても、ネットワーク構築が必要であるが、可能性があるのはどの組織・機関であろうかといった調子で話は終わっている。やはり、この旧指針においては、②のラインによるケアが、検討委員たちにとっても主要な論点であったことが確認されるところである。

6.4.2 「脳・心臓疾患の認定基準の改正」から「総合対策」まで

それでは、2006年に公表された新指針についての議論に移ろう。旧指針との相違がまず興味の向くところではあるが、それを列挙していく以上に、ここではその策定の経緯になによりも注目しておきたい。同年に施行された、改正・労働安全衛生法（安衛法）の改訂過程から考えなければ、メンタルヘルス指針が改訂される文脈は理解し得ないが、この改訂過程を通してこそ、新旧指針の相違点がもつ多分に政治的な意味を確認していくことができるからである。

この一連の過程のとくに“直接的”な発端を求めるとすれば、2000年7月に、脳・心臓疾患に関わる労災認定をめぐる2件の行政訴訟で、最高裁が原告側勝訴の判決を立て続けに下したことになるだろう。大阪淡路交通事件と東京海上横浜支店長事件であるが、ここではその内容については省略する。一点だけ重要なポイントを挙げるとすれば、発症前のどのぐらいの期間からの業務の過重性を判断の対象とするか、その点で国側の基準が完全に覆されたことになるだろう。

この点について、労災認定基準の変遷を振り返れば²²、1961年から1986年まで、「発病の直前、少なくとも当日」の間だけが因果関係を認める期間（という

とが効果的である」とは記されており、座長であった櫻井は別所でこの点が従来にはない重要なことであると述べている（唐沢他 2000：16）。

²² 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。

表現がそぐわないが）であり、1987年の基準改訂によってようやく「発症前一週間以内」になった。はじめて蓄積疲労が評価の対象になったわけである。しかし、後に暴露されるように、87年改訂とともに「認定マニュアル」が労働省から労基署に出されていた。それは、当日業務量が日常の3倍、あるいは一週間前から無休で日常の2倍の業務量であれば業務上と認定という、熊沢（2010）の表現に従えば「酷薄きわまるマニュアル」であった。1995年になると、「発症前一週間以内の業務が日常業務を相当程度超える場合には、発症前一週間より前の業務もふくめて総合的に判断する」とさらに基準が緩和され、認定率も87年基準のもとで数%であったところから、10%を超えるようになった。しかし、労働時間の目安もないなど、過労という問題の実情からはまだまだ乖離していたといえる。

しかし、上記の2000年に最高裁判決が下った事例については、どちらについても半年あるいはそれ以上に渡る過重負荷とそれによる慢性疲労を業務上と判断したのである。労働省はその年の10月には認定基準の見直しを検討していくことを発表し、11月には和田攻（当時・埼玉医科大学）を座長とする医療者8名、法律家2名からなる検討会が設置された。2001年11月には検討会の報告書が出され、厚労省から「脳・心疾患の認定基準の改正について」が通達される。

座長の和田によると、検討会では、主として複数の疫学調査を根拠として、「睡眠時間と脳・心臓疾患の発症リスクの関係」を中心に検討し、そこから時間外労働の時間数の増大が脳・心臓疾患のリスクをどのように高めるかを推定する作業を行った。その結論として、月100時間以上の時間外労働がある場合はリスクが2～3倍になること、あるいは、2ないし6ヶ月の平均で80時間以上になると調査によって結果が分かるところがあったが、「安全サイドに立ちまして、それも一種の要件として」認めるということになったという（櫻井他 2005：6－7）。この検討会が算定した数値は、労災認定基準だけではなく、2002年に厚労省が事業主に対して、やはり通達として示した「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（以降、総合対策）に反映されることになり、さらに2006年の改正・安衛法および労働安全衛生規則（安衛則）にも取り込まれていくことになる。この点でも、一連の過程の直接的な発端は、脳心疾患の認定基準見直しと考えられよう。

ここから、さらに安衛法の見直しへと進む背景としては、厚労省を中心とした関係者のなかに、上記の「総合対策」という通達、つまりあくまでも努力義

務を課す「お願い」でしかないものでは不十分である、という認識があったようだ。たとえば、先述の和田は、認定基準の検討会から、さらにこの法律の見直しの原案を作成した検討会「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会」の座長も務めているが、その和田や当時の安全衛生部労働衛生課長であった阿部重一らの共通の語りとして見られるのは、この通達では不十分であったというものである。

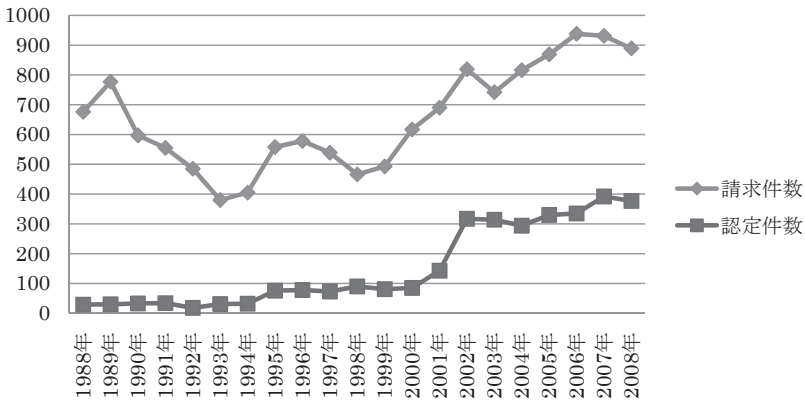
具体的に挙げられるのは、2002年に「総合対策」を通知したが、2003年に厚労省で行った調査では、大企業も含め実施率は62%にとどまり、労災認定患者も増えている（認定基準の改正の部分を勘案しても増えている）、ストレスや不安を持つ労働者も増えている、といったものである。そこから、「総合対策には限界がきたのではないかと、ぜひとも法改正を行って努力義務から義務にしていただけないかという空気がでてきたわけです」²³、あるいは「お願いベースでできる対応はやっているのですが、このような悲惨な過重労働・メンタルヘルス障害を防ぐためには、法制化した上でもっと広く対策をとらなければならないという認識があったわけです」²⁴ということになる。

この点をいささかくどく引用するのは、後述するように、法改正に当たっては企業経営者側からの強い反対があり、そのサイドからの言い分としてまずあったのは、「総合対策」の通達後1～2年で効果を云々するのは拙速ではないか、というものであったからだ。確かに、全企業に網をかけて時間外労働を三十六協定でそれ以上が認められてはいても、45時間に収まるように努力せよ、労基署はそれを指導せよと通達を出しても、実施率が100%に近くなり、健康面での効果も目に見える形で上がるということは、いささか難しいのかもしれない。しかし、法制化に対する厚労省の構えは相当に強いものであったと推測される。いささかうがった見方になるが、脳・心臓疾患の労災請求・認定数の推移（図6）や、精神障害等についての労災補償状況（図5）をみる通り、認定基準が現実に緩和されてそこでの財政支出に対する歯止めがきわめて困難になった以上、問題のいわば元の部分へ踏み込まざるをえなくなったという側面もあったのではないだろうか。

²³ ある座談会での和田の発言（櫻井他2005：7）。

²⁴ 同上の座談会での阿部の発言（櫻井他 2005：8）。

図6 脳・心臓疾患の労災補償状況



6.4.3 「在り方に係る検討会」と一つのアイデア

ともあれ、こうした厚労省の構えのもとに、2004年4月から「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会」（以降、在り方検討会）が開始される。ただし、衛生課長・阿部が座談会で述べているが、安衛法を「過重労働対策中心に改正するという議論を最初にしたときは、実はメンタルヘルス対策というのはそれほど大きなテーマとして意識はされていなかった」ということである（櫻井他 2006：5）。実際、この在り方検討会のメンバー10名のうち、精神科医は2名のみであり、座長の和田も含め6名が他科の専門医、あと2名が法律の専門家である。しかし、最終的には、とくに長時間労働を続けた者については医師による面接においてメンタルヘルスについてもチェックするという形で、法令のレベルに乗ってくることになる。まず検討会の議事録をもとにそこでの流れを概観しておこう²⁵。

この流れの大まかな論理構成を、一部筆者の推測も含めて、先にまとめておこう。この検討会におけるメンタルヘルス対策とは、80年代のTHPにおけるような「健康増進」主義では当然なく、むしろ明確に自殺予防に焦点を合わせざるをえないものであった。そのため、どこかの時点で、とくにうつ病の発症を

²⁵ 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。

チェックし必要な対応がとれるようにすることが、とくに精神科医のメンバーから求められるわけであるが、その方法が問題となる。他科の医師メンバーからは、チェックリストを用いた従業者全面に網をかける必要も論じられたが、その記録をどのようにプライバシーの観点から問題のない形で——企業側の労務人事の視点から利用されない形で——利用できるかは、とくに慎重に検討を要する問題であった。その難点がある程度回避した形で、「メンタルヘルス不全に早期に対応する方策」として、厚労省側が作成した案は、「長時間労働者等に対する医師等による面接指導」であった²⁶。つまり、もともとは過重労働対策として「疲労の蓄積によるリスクが高まった場合」に講じられる措置としての医師面接において、メンタルヘルスについてのチェックも行うようにすればよいという案である。

この点について、衛生課長（当時）の阿部は、ある座談会で、過重労働に対する医師面接の制度を作ろうといったときに、「面接するのであればきちんとメンタルヘルスもチェックをするという必要がある」という議論が始まった途端に、『いや、面接の意義はメンタルヘルスのチェックにこそあるんだよ』というようなお話も出まして…」と語っている（櫻井他 2006：5）。しかし、議事録を読む限り、参加メンバーからそうした発言があったようには必ずしも読み取れない。

第2回の検討会の時点では、精神科医の黒木宣夫から、「医療機関にかかっていないで自殺する」労働者が多々いることが大きな問題であること、やはり精神科医の大野裕から、ライン（管理監督者）では分からないが、産業保健スタッフまで行かない、その中間的なところでチェックできる相談室のようなものがあるとよい、そうした発言がなされた。だが、黒木は、とくにうつ病とは限定しない形で、調査結果からみると100時間以上の長時間残業をしている群では、発病後3ヶ月内でかなりの割合で亡くなる方が多いが、そこにも医療的介入がないままというケースがあることが問題と補足的に語っている。この時点での関連する発言はこの程度である。

第3回の企業関係者からのヒアリングについては議事録が公開されていないので分からないところがあるが、第4回の直前までには、厚労省は先述の案を作成して配布している。そこにはすでに、健康診断時等にストレス状況の把握が求められるところであるが、プライバシーの保護について考慮する必要があ

²⁶ 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。

り、さらに「その際、チェックリスト等による形式的な点数評価にならないよう産業保健スタッフによる評価や事後措置を適切に実施できる体制にあること」が前提であると断り、その上で、「長時間労働者」に対する「医師等面接」では、「メンタルヘルス面にも留意して行うことが有効と考えられる」と、根拠となる調査情報も添えて書かれている。

この第4回の席上で、その案に対して他科医師から、むしろ健診で「しっかり検討されたチェックリストだったら大いにやるべきではないか」、あるいはうつ病などはとくに病識を持ちにくい不調についてこそ一律のチェック体制がなければ意味がないではないか、と強い意見も出される。しかし、むしろ精神科医の黒木からは、「産業医が直に面接する分には構わない」と思うが、「ただ、チェックリストで○×がどこに残ってしまうと、それをどう使うかという問題が出てきますので、その辺はちょっと難しい」という慎重論が語られている。

こうした各回での関連する発言と、「議論のまとめ（案）」が出てきたタイミングを合わせて考えると、この「医師面接」による「メンタルヘルス」のチェックというアイデアは、むしろ厚労省関係者から主導的に出されてきたもののように思われる。そしてこの案は、そのまま8月には報告書となり、次の段階である、労働政策審議会安全衛生分科会（以降、分科会）へと持ち込まれる。検討会での細かな経緯に拘ったが、これはこれから紹介する「産業医」の役割に関する議論を考える上で記憶しておきたいポイントである。

6.4.4 「安全衛生分科会」の攻防

この分科会は、公益代表、労働者代表、使用者代表の各7名、計21名からなる審議会であるが、ここでの討議の結果が建議として国会の審議にかけられる。やはり公開されている議事録を参照すると、上述の検討会の報告書については2004年9月に報告され、実質的な審議は10月の第13回分科会より始められ、12月末まで6回の会合がもたれた。先ほどから登場している安全衛生課長の阿部は、翌年に開かれた座談会において、「非常に喧々諤々の議論があつてですね、年末までずれ込んで予定の期間をはるかにオーバーいたしまして相当きついやり取りがあつたということです」と語っている（櫻井 2005：11）。たしかに、使用者代表からは、とくに医師面接の法制化をめぐる、相当の批判・抵抗がみられた。

2002年の「過重労働」についての「総合対策」でも、「労働者の健康管理に係る措置の徹底」の項目があり、そのなかに次のような記載が認められる。

月100時間を超える時間外労働を行わせた場合又は2か月間ないし6月間の1か月平均の時間外労働を80時間を超えて行わせた場合については、業務と脳・心臓疾患の発症との関連性が強いと判断されることから、事業者は、上記アの措置に加えて、作業環境、労働時間、深夜業の回数及び時間数、過去健康診断の結果等の当該労働をした労働者に関する情報を産業医等に提供し、当該労働を行った労働者に産業医等の面接による保健指導を受けさせるものとする。また、産業医等が必要と認める場合にあっては産業医等が必要と認める項目について健康診断を受診させ、その結果に基づき、当該産業医等の意見を聴き、必要な事後措置を行うものとする²⁷。

そして、この「総合対策」の記載に加えて、面接時には、脳・心臓疾患だけでなく精神的な不調・疾患のチェックを加えた上で、厚労省は法制化を試みたわけである。しかし、第13回のときに、阿部からこの説明・提案がなされると、ただちに経団連の讃井暢子から、総合対策の通知からわずかの時間しか経過していないところで、これを法律において義務化する根拠はなにか、そうすることで効果が上がるというデータはあるのか、という質問が寄せられる。あるいは、日本IBMの金子多香子（産業医）からは、面接しても医師の指導に従わない従業員もいるので、「本人の自覚の責任、正直にいうと責任も一緒にないとうまくいかない」といった発言がなされる²⁸。

第15回のときには、商工会議所の伊藤雅人から、時間外労働について一律に算出するコストが大変なものになるといった論理まで持ち出され、伊藤はこれを年末まで主張し続けることになる。さらに、伊藤が、100時間という根拠は薄弱だということ、検討委員会の座長で公益委員として入っていた和田が詳細に反論する一幕もあった。伊藤の反論は、経営サイドの考え方、あるいはレトリックをある意味では率直に伝えている部分があり、先ほどのコスト問題に接続して次のような発言もなされている。

²⁷ 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。

²⁸ 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長時間労働が生じてくると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うが、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。

仕事の量が管理部門の経営者側の人間にとって、増えてしまうのです。その労働が増えてしまって、いま世界的な日本の製造業、企業がどのような立場に置かれているかということを考えてみればわかると思うのですが、100円ショップを考えてみてください。100円ショップへ行って皆さん安いと思いますね。あれはどういう環境で作られているか。外国からの異常な労働によって生まれてきた産物以外の何ものでもないのです。コストなど全然あってないようなものです。そういう人たちと我々は闘って、日本の国を支えているのです。仮にこういうことが積み重なって、管理ばかり増えて、企業が経営できなくなるとなると、もう廃業してしましましょう。廃業してしまって外国の人にすべてお任せしたら、結果的に一体どういうことが起きてくるか。我々は、日本の中で空洞化が起こって物が作れなくなってしまうような、1つの危惧を抱いているためにこういう話をさせていただきます。

こうした使用者サイドからの主張と折り合いを付けるということになるのが、公益代表で日本クレーン協会会長（当時）の北山宏幸からは、法制化は必要であると思うが、時間外労働の時間だけを基準にするのではなく、「疲労が非常に蓄積しているという自覚をするような、特にリスクの高い労働者に限って」法制化、つまり面接を義務化すればよいのではないかという意見も出される。これに対して、やはり公益代表で医師の和田は、検討会座長としても当然反論する。

過労を自覚をした人ということが出ているわけですが、過労を自覚したことはこの前もお話しましたが二次予防に入るわけです。すでに何らかの病気があって、それをきちんとチェックしましょうということで、本来であれば100時間で一次予防をやるべきである。すべてについてチェックすべきであると私自身考えていますが、そういった意味で、皆さんの合意でそういう自覚症状がある人だけということであれば、特にリスクの高い人を選んだことになるわけです。すべて二次予防でいくことになると考えられるわけです。いまの世の中、大体一次予防に全部移行しているところへ、二次予防を入れるというのも、ちょっと残念な気がすることはします。もし、二次予防を重視するのであれば、ただ疲労の自覚症状がある人だけではなく、やはり産業医が健康診断の結果や個別の事例、そのほかの情報によって、この人はちゃんとした相談をすべきであると判定した人を、是非入れ

ていただきたいと考えています。

この和田の発言は、この後の議論の進行に一定の影響を与えたようにも思われる。「自覚症状」がある人にだけ限られるという条件付けが結果としてなされること、あるいは、産業医が必要性を認めた人には面接を行うようにすべきこと、こうした発想は、次の第16回分科会で、厚労省（事務局）から提示された「取りまとめ素案」に盛り込まれることになる。「申出」と「勧奨」がキーワードだ。結局、この案が法令になるので、労働衛生課長（阿部）からの説明を記しておこう。

時間外労働が「100時間を超え、疲労の蓄積が認められるものであって、面接指導に係る申出を行った者に対して、面接及び事後措置を義務づけること」とさせていただいています。……もう一つ重要な点ですが、……「イ産業医は必要があると認めたときは、労働者に対してアの面接指導の申出を行うよう勧奨できるものとする」というところを入れております。

これに対しても、使用者側からの抵抗は続けられ、特に商工会の伊藤からは、総合対策の時間外労働45時間内の指導をしていけば、100時間などにはならないはずだからそれでよいではないかという発言もなされる。このときには、計画課長から、45時間ではやはり収まらない部分もあるから「若干抜け道的な部分」も大事にしてほしいといったのは「使用者側の皆さん」であり、100時間の基準にさらに「申出」をつけたのはその意をいわば汲んだわけである。しかるに、今の伊藤氏の発言は、45時間内での管理を徹底すればよいといった発言と受け取れるが、「その辺は使用者側の皆さん方で、少し意見の相違があるということではよろしゅうございますか」と、書き起こされた文言からもその場の緊張が伝わる発言があった。それでも、讃井などからは、やはり法制化することの効果について説明がないといった反論は続けられる。

こうした使用者代表の主張に対して、労働者代表の一人、全国建設労働組合総連合書記次長（当時）の徳永国安の語りには、無念と諦念が滲むかのようである。

いままで議論してきた中身がかなり後退しているという印象です。……きちんとした一定の歯止めをかけておく必要がいま必要ではないかと私は思っ

て議論に参加しておりました。このなかで産業医の面接指導の義務づけについてはいろいろ議論があって、とりあえず申出があった者というところを読んで、後退しているのだと思っています。申出があった者についてその辺をきちんと把握して、過重労働から救っていくという方向でむしろ前向きにこれをとらえていく姿勢がないと、これを受け身になってしまうと、結局は労働者がしんどい思いをして……

徳永は、第17回分科会でも使用者側から反論が続けられたあとで、「あえて申し上げたいのですが、労働側の立場からすればここはぎりぎり、逆に言うところ以上の後退は困るというのが率直な感じなのです。言ってしまいましたが、そのような議論がありますので控え目に申し上げておきます。できれば、この辺でまとめたらいかがでしょうか」と、この回の最後を締めくくることになるが、少なくとも公開の審議の場での実質的な議論はこれで終了し、医師面接については素案の形で法令となる。

6.4.5 改正安衛法と新指針 ―「期待」される産業医―

それでは、2005年3月に閣議決定され、翌2006年4月から大部分が施行された改正・安衛法と安衛則の内容で、とくに「メンタルヘルス」と関わってくる部分をまず確認しておこう²⁹。第1に、月100時間を超える時間外勤務を行った労働者で、疲労の蓄積が認められ、面接指導を希望する者に対し、医師による面接指導を受けさせることを義務化した³⁰。これは事業者の義務となるが、第2に、労働者に事業者が行う面接指導を受けることを義務化している。第3に、100時間以下の時間外労働の場合については、やはり申し出を行った者について、医師面接を努力義務化した。第4に、長時間労働者に対する面接指導を産業医の職務として明記した。第5に、産業医は、必要を認める場合は、面接指導の申し出を行うよう、勧奨できることを明記した。

以上は、過重労働一般についての対策であり、メンタルヘルスにのみ関わる

²⁹ 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）。

³⁰ 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、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）。

ことではないが、とくにメンタルヘルス対策の部分として次の安衛則の改正点を挙げておく。第1に、長時間労働を行った者に対する医師の面接指導では、心身の状況、つまりメンタルヘルスも含めたチェックを行うことが明記された。第2に、安全衛生委員会の調査審議事項として、労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策の樹立に関することが明記された。その対策を枠付けするということになるが、第3に、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を、法に基づく指針として策定した。この法とは、安衛法の「第七十条の二 厚生労働大臣は、第六十九条第一項の事業者が講ずべき健康の保持増進のための措置に関して、その適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を公表するものとする。2 厚生労働大臣は、前項の指針に従い、事業者又はその団体に対し、必要な指導等を行うことができる。」というものである。

安全衛生課長（当時）の阿部が強調するように、「法文や規則レベルでは結構微々たる」ものではあるが、メンタルヘルス対策が法令ベースに乗ってきたのは初めてのことであり（櫻井他 2006：6）、確かに日本の産業精神保健の歴史を考える上で一つの画期点であることは間違いない。とくに、明確に義務化された部分として、残業100時間以上の医師面接が入ってくることは関係組織の取り組みに一定の影響を与えることになるだろう。たとえば訴訟の場面で企業側が問われるクリティカルなポイントになりうるであろうし、行政も明確に監督責任を問われるポイントになるだろう。この点については阿部が語っている。

これ（医師面接の義務化）を入れることによって今度は監督行政がきわめてしっかりしたものになるであろうというような期待が実はあったわけです。申し出の書式、それから窓口、それから証拠ですね、そういうものをきちんと外形的に監督行政の側からするときちゃんと監視できることになりますので……（櫻井他 2006：12）

ただし、こうした側面での実効性は、さらに経験的に検討されなければ確認のしようのないところが大きい。たしかに、とりまとめ案の時点では「産業医等」という形で、医師以外の面接が解釈的に許容されるところがあったのを、最終的な法文においては「医師」に限定したことで、健康面でのチェック機能と過重労働に対する規制力が増すところもあるかもしれない³¹。しかし、分科

³¹ やはり阿部は「医師」面接であることを座談会で強調している（櫻井 2006：12）。

会で労働者代表の徳永が繰り返し述べたように、「申出」があった場合という条件が入ることで、大きく後退したことはいうまでもない。

自ら職場のなかで医師面接を望むことを労働者が申し出なければ、事業者側の義務は発生しない。当然、労働者が受診することなく健康上に問題が生じた場合には、本人が申し出をしなかったということで自己責任を問われて終わる可能性が大きくなる。そこで、医師、とくに想定されているのは産業医であるが、産業医の「勧奨」に多大な期待が寄せられることになる。2005年に『産業医学ジャーナル』で企画された座談会の席上では、そのことが繰り返し強調される。日本IBMの産業医・浜口伝博が、申し出と義務との関連について問いかけると、まず阿部が答えている。

（申し出をしてとはいうものの）なかなか実際の議論のなかでは申し出られない雰囲気、環境にあるのではなかというところを担保するために、……産業医は面接を勧奨することができるという、分かりきった話だと思うんですが、念を入れて書き込むということで合意ができていますからね。……つまり産業医がきちんと職場を……見て回って、あなたもう相当疲れているみたいだから1回私のところにきなさいと、じっくり話を聞いて中身調べてやりましょうというような勧奨をしてそういう面接機能を働かせてくれるということを期待して入れているわけですので、そのところもよくご理解いただいてがんばっていただきたいと思います。（櫻井他 2005：13、括弧内引用者）

その座談会には、在り方検討会から分科会まで参加してきた医師の和田も出席しており、その点は使用者側の「強い要望」で後退せざるをえなかった事情があると前置きした上で、やはり以下のように語っている。

それを担保するものとしては……産業医は申し出をしない人に対して受診を勧奨できるとか、あるいは労働者は受診する義務があるんだとか、その他努力義務として……そういったことをやってくださいということなるべく補完したつもりです。そのへんの後退したところを広く医師が活躍して面接指導に準じた対応をしてほしいと思います。（櫻井他 2005：14）

いずれにしても、産業医の職務がより明確になると同時に、義務と責任が

かなりつよくなってきたことがありますから、その辺をきちんと考えられてぜひ全力で活躍して欲しいと希望しているわけです。(櫻井他 2005: 18)

この「後退」は、なによりも使用者側の圧力によって生じたものであり、阿部や和田がその責任を問われるものでは当然ないが、メンタルヘルスも含めて労働者の健康に関する「職場」ゆえの困難や難問は、ややもすると産業医に“丸投げ”されてしまった印象が強い³²。

振り返ると、80年代のTHPのときには、セルフケアとその分かりやすさから「心理相談員」が強調された。2000年の旧指針では、職場環境の改善についての実行責任者としてライン＝管理監督者に期待するという意味で、ラインによるケアが強調された。そして、後述するように、安衛法の改正とセットで改訂された新指針の文面においても産業医の面接指導が追加されているが、なによりも指針を根拠づける法令において、その職務に面接指導等の実施が追加されている以上、産業医がよりクローズアップされることになる。

たとえば、新指針について、やはり『産業医学ジャーナル』で座談会が開かれ、この指針改定に関わる検討会にも参加していた医師数名も参加している。このなかで管理・監督者に議論が及んでも、そこで強調されるのは「基本的な知識としてセクハラ、パワハラの問題について周知徹底させること」であり、むしろ「最大の環境要因」である「直接の上司」はケアをする主体というよりは、加害の側に回らないということの方が注目されているといっていよう(櫻井他 2006: 15-17)。

あるいは、なるほど、櫻井(2007)で指摘されているとおり、新指針でも「事業者の(メンタルヘルスケアへの)積極的な意思表示」が社内における取り組みの効果を上げるために必要であることが繰り返し述べられてはいる。しかし、それはもちろん責任に関わる言明ではない。むしろ、「メンタルヘルスケア」についての帰責の構図は、管理・監督者が後景に退き、産業医が法的にも前景化されることで、たとえ産業医が企業の被雇用者であるにせよ、意味的には企業の外側へとずれ込んできたということにならないだろうか。

³² 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。

ここで、旧指針と新指針との主な相違点についてまとめておこう³³。新指針は、2004年末に安全衛生分科会建議がまとめられたあと、2005年4月より「職場におけるメンタルヘルス対策のあり方検討委員会」が設置され、翌年1月まで計9回の会合を経て策定された。既に本論で言及した事柄も多いが、ごく簡略に新指針の特徴を示せば以下になる。第1に、法律に基づく指針になったこと。第2に、労使、産業医、衛生管理者等で構成される衛生委員会等において調査審議の上、メンタルヘルスケアについて実効性ある対応体制を樹立することを強調しており、そのための章が設けられたこと。第3にメンタルヘルスケアの進め方についてより包括的かつ詳細に記されたこと。具体的には、旧指針では1つの章にまとめられていたものが2つの章に分節された。第4に、産業医の職務に面接指導が追加された。第5に、事業場内メンタルヘルス推進担当者が新設されたこと。保健師等看護職や衛生管理者が候補となる。第6に、職場復帰における支援について新たに項立てされた。第7に、個人情報の保護について、より詳細に記されるようになった。第8に家族との連携について言及された。主な点としては以上である。

7. 議論の動向と幾つかの論点

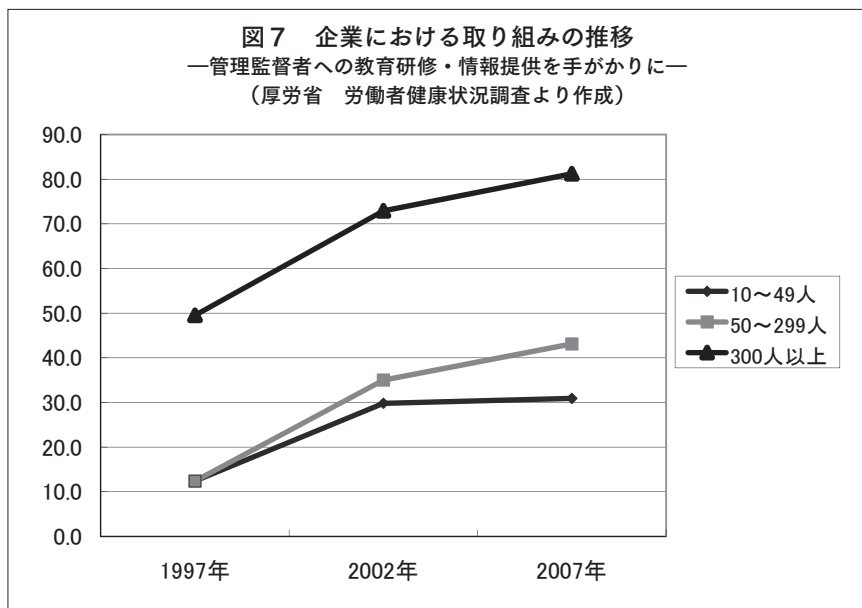
7.1 諸主体の動向

ここまで、概ね2006年までの状況を辿ってきた。とりわけ、第Ⅲ期から第Ⅳ期にかけては、行政的対応の進展、その拡充の経緯と内容を関係者の様々な場での発言と関係文書を資料としながら整理することが主たる作業となった。また、これは第Ⅰ期から一貫したところであるが、とくに関係者の間で意見の対立が認められた点には注意を向け、「産業精神保健」について、専門家や行政官がどのように意味づけを行ってきたのかを記録することに努めた。最後に、ごく近年の動向に触れ、また考える幾つかの論点を挙げてみたい。

第6節の前半部でも述べたとおり、1998年の自殺件数の急増もきっかけとして自殺予防への関心が高まり、2006年には自殺対策基本法が成立している。厚労省の委託研究として、2005年から「自殺対策のための戦略的研究」という大型プロジェクトが2009年まで継続された。その直後2010年1月から、厚労省は「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」を組み、上記プロジェクト関係者な

³³ 櫻井（2007）の他に、島（2007）も参照した。

どを対象にヒアリングや意見交換を行い、5月にはとりまとめとして『誰もが安心して生きられる、温かい社会づくりを目指して：厚生労働省における自殺・うつ病等への対策』を発表している。さらにこの報告で職場のメンタルヘルスが重点課題の一つとされたということで、その5月末から「職場におけるメンタルヘルス検討会」が設置され、6回の会議を経て9月には報告書も出されている。このように行政的取り組みは間断なく続けられている。



当然、こうした関心や取り組みの増加は、行政や研究者の間に限られるものではない。繰り返しになるが、2000年前後から精神障害に係る労災認定基準やメンタルヘルス指針が示され、企業も一定の対応を迫られるようになれば、企業内での取り組みも増加するし、そこから生じる「需要」もまた大きなものになる。たとえば、新旧のメンタルヘルス指針に「ラインによるケア」という項目が含まれていたが、そのために「管理・監督者への教育研修」が求められていた。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新旧指針の公表の前後で確認したものが図7である。企業規模により相違は異なるが、とくに1997年から2002年の間で大きな上昇が認め

られる。

そして、たとえばこうした研修が多くなれば、「講師」も必要になるといったように、様々な需要を生む。『日本医師会雑誌』で2007年に「職場のメンタルヘルス」の特集が組まれたときに、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」の一つとして「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。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であろう。

ちなみに、この点については、社会の「心理学化」を研究してきた山田が既に注目している。まず山田は、「労働問題」が「精神医療化」されてきているという視点を検討している（山田 2008）。さらにその医療化の延長線上に、「生産性の維持向上」という謳い文句で「メンタルヘルス」を露骨に商品化するEAP会社があると見取り、その存在とレトリックを通して、感情の自在な統制が圧倒的な価値を持つようになる「感情資本主義」のありようを活写する（山田 2011）。企業の組織形態も労働者の雇用形態も多様化されることで、「労働問題」を集散的に構成することが困難な中で、個別に対応しうる問題として、つまり医療化（「心理学化」）する趨勢があるという指摘は重要なものであり、現在の産業精神保健の趨勢に対してクリティカルな視点を提供するものといえよう。

7.2 その他の論点

近年の動向についてさらに補足しておこう。おそらく自殺対策というだけでは説明のつかないレベルで、うつ病への関心が2000年前後を境に急激かつ一般的に高まっている³⁴。産業精神保健に関わる議論においても、行政的取り組みに限らず、やはりうつ病についての、あるいはうつ病を主として想定した議論

³⁴ 富高（2010）では、職場等におけるストレスの急増という仮説では説明のつかない、90年代末以降のうつ病発症件数の激増について、新たな抗うつ薬の日本への導入と製薬会社のプロパガンダがその直接的な原因となっていることが指摘されている。富高が冒頭部で挙げているように、うつ病関連書籍の刊行数は90年代前半は30冊にも満たないが、1999年から2004年の間に180冊近くが刊行されているというとき、この「病」についての関心がいかに高まり、精神的不調がいかにこの病に関連づけられやすくなったかが伺える（富田 2010：21）。

が圧倒的な重みを有しているようにみえる。その場合、一方で強調されるのは、「一次予防」ということになるだろうが、セルフケアとしての「気づき」である。自らの精神的変調や不調に敏感になれる「主体」となれるような「サポート」が問題となる。この点で、本稿を振り返ると興味深く思われるのは、その「気づき」がもたらされる「期待値」の設定に、専門家集団はいかに関わるべきか、という自省的な問いかけの問題である。

その自省の部分で顕著であったのは、第Ⅲ期で記述した笠原嘉の「健康モデル」、Health Orientedであることへの警戒であり、THPのメンタルヘルス部分の策定に主に関わった河野慶三との緊張を孕んだやりとりである。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、ある座談会でも認められた。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っている³⁵。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語る（唐沢 2000：17）。ここでもまた、議論は噛み合わない。上記の保健師である野田悦子は、「悩みもなく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）。関連雑誌の座談会等で、この種の「健康モデル」のもつ問題性が語られることは、これ以降、筆者は見つけることができなかった。

もう一つ、やはり「うつ病」を想定したものとして目立ったテーマになるのは、3次予防に含められる「職場復帰」の問題である。この点はまさに臨床的に重要な問題となろうが、ここでは、ひとまず関連議論のなかで顕著である二つの点に触れておこう。一つ目は、第Ⅱ期で言及したが、概ね精神科以外を専門とする産業医と、とくに労働者本人の主治医となる精神科医との間にある齟齬の問題である。非常に多い議論は、主治医である精神科医が、本人の求めに

³⁵ 雑誌『働く人の安全と健康』誌上に収録されている「座談会 どう進めるメンタルヘルス」において、住友金属工業に勤める保健師で心理相談員の野田悦子が「毎日にここにこ……で働けるようになることを目指そうとしてやり出すと、行き着く先もないところを目指して走っているようなもので、それを持ちかけること事態、働く人にストレスを与えるということになるのではないかという気がしています」と発言している（唐沢 2000：17）。

従って職場への復帰が可能であるとの診断書を書いてしまうが、職場の実情を知る産業医としてはあきらかにまだその段階にないと思うことも多く困惑することが多い、あるいは結局うつ病を再発させて再度の休職にいたることも多く、なにより当人がより苦しく不利な状況に陥っていくという問題である³⁶。『産業医のための精神科医との連携ハンドブック』といった本が改訂されつつ出されている所以である。この連携の困難さについては、精神科医師と他科医師とのいわば「発想」の違いが背景にあるのかもしれない。筆者が日本産業精神保健学会大会（2009年7月）を傍聴した折り、両者の連携について特別講演をした癌研究の専門家は、最後に「精神医学もより科学的になっていただきたい」と述べ、「うつ病 血液で診断」という同年7/11の朝日新聞の記事をスライドで見せながら、こうした方向で励んで欲しいと議論を結んでいる。

二つ目は、「現代型うつ病」（あるいは「非定型うつ病」など）と呼ばれる問題である。もちろん、職場復帰に関連してのみ論じられることではないが、「復職（リワーク）プログラム」がただ「馴らし運転」だけには限られない、それだけ複雑で工夫を求められるものとして論じられる論拠にもなっている。たとえば、うつ病リワーク研究会の代表世話人（2009年当時）であり東京都心部で病院長を務める五十嵐良雄は、やはり日本産業精神保健学会大会でのランチョンセミナーで、リワークプログラムとしてある種の集団認知療法が必要であるのは、現代型うつ病に限られるものであり、古典的なメランコリー型にはむしろ有害であるといった説明を行っていた³⁷。「現代型うつ病」は、過重労働やハラスメントといった職場環境に起因するものとしてよりは、当人の「パーソナリティの未熟」と関連づけられることもままあり、帰責をめぐる論議としても注意を要するところであろう³⁸。

³⁶ この問題については、双方の言い分はあり、たとえば、精神科主治医の立場から、日本精神科病院協会常務理事（当時）の長瀬輝誼は、患者から「あと一週間休むと会社の方からペナルティが来る」、悪くすると臍首ということもあるといわれると、「しょうがないかな」と思って診断書を書かざるをえないことも結構あるわけであり、そこは、むしろ企業の論理の問題だという（櫻井2006：20）。反面、ごく最近おこなわれた大企業人事担当者を集めた座談会では、産業医から個別に相談したくても主治医が「応じてくれない」ことが多いという不満が口々に出されている（「こころのりんしょう a・la・carte」29（4）：553）。

³⁷ 2009年7月25日のフィールドノーツより。

³⁸ 『こころの科学』誌でも「職場復帰」について特集が組まれているが、その副題に「うつかなまげか」とあることは象徴的である。企画者の松崎は冒頭部で「近年、企業内で増えているのは、……『復帰したがないうつ』である」と述べ、厚労省のメンタルヘルス指針では適確には対応できないとしている（松崎2007b：15）。また、この新型うつ病に関しては、たとえば内海（2006）が社会的変化も合わせて論じており興味深い。

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は、やはりとくに産業医として職場に関わる精神科医（精神科産業医）の存在そのものをめぐる議論の有無だろう³⁹。各時期で引用も含め多く記述してきたので繰り返しは避けるが、精神医療が企業という基本的には経営合理性が支配的である場でいかなる機能をもつものであるのか、当の精神科医の意思では抗えない部分や意図を超えたところで生じる問題はないのか、そうした事柄への一種の自省的な警戒をめぐる議論が、第Ⅰ期から第Ⅲ期までにはあった。第Ⅳ期に入って以降は、そうした「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⁴⁰、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。

後者についていえば、たとえば、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次予防として必要であるというとき、それは「過重労働のな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、そうしたハラスメントに関することであれば「常に予防可能」、つまり医師の立場からも介入可能な方法という意味付けもなされている（櫻井 2006：15-16）⁴¹。あるいは、産業医が上司や人事担当者をコーディネートして、当人を復職後に別の部署に移す「適正配置」は（松崎 2007a：138-139）、企業全体としてみれば仕事量も人件費もさして変えることなくしうる有効な方法ということにもなるだろう。実際、こうした方法で予防される事態もあるだろうし、

³⁹ この変化は、やはり1960年代末から70年代初頭にかけての“時代的特殊性”と、それがいわば記憶として影響力を保持しえた時代という視点から考えるべきことのように思われる。たとえば、1974年2月に臺弘、土居健郎を呼びかけ人として、本稿でもその発言などを度々引用した加藤正明や笠原嘉などを含む、11名の精神科医が、3日間に渡って「精神医学における疾病概念」について討議集会を行っている。事前に論考を用意し、回覧した上での集会であったが、その理由として、疾患概念が大きく動いてきていること、そして「伝統的な医学モデルによる疾患概念は社会モデルに挑戦されており…」という一文も見られる。実際、参加者の一人、荻野恒一は「精神医学における社会学的視点」と題してレインやフーコーに言及した議論を提起しており、精神科医たちが直面した時代の雰囲気伝えてる。

⁴⁰ たとえば、大西・近藤（2008）では、リワークに関連して、職場はリハビリ施設ではなく多くを期待するのは筋違いであること、リハビリ期間中の労災の扱いにも事前の取り決めが必要なこと、あるいは心理カウンセラーが守秘義務を重視しすぎて、雇い主である企業の利益に反すること（とくに他の社員への他害の恐れを必要な部署に伝えないなど）は問題であること、医師もうつ病などが完治してもとのように働けるとは限らないことを、企業側にきちんと伝えないことなどについて、「叱って」いる。

⁴¹ ただし、現実問題として、ハラスメントへの対応が大きな部分を占めるというところはあるようだ。たとえば、2009年のことであるが、日本産業精神保健学会の会長講演として中山和彦は、「産業精神保健の課題は、『過重労働』と『パワハラ』に集約されていた」と話を切り出している（中山 2009：29）。

救われる人もいるであろうから、この点は踏まえなければならない。しかし同時に、そうした支援技術の高次化によって、かつてあった理念的な危惧の問題が解消されているのか、総体としての機能についての自省的な視点や議論も問われるところであるように思う。

そして、たとえ知識社会的な関心をもつものにせよ、職場環境自体の改善にはどのようなアプローチが実効的であるのかという問いは、「臨床的」に過ぎるのかもしれないが、やはりこの領域に関心を向けるものとして、なんらかの形で検討していかなければならない。本稿で辿ってきた制度的な側面から発想するのであれば、職責の大きくなった産業医が、果たして企業内で職場改善についてどの程度の発言力や意味を持ちうるのかという点は、経験的に確かめていくべき事柄になるだろう⁴²。

以上、本稿は、冒頭でも述べたように、たとえば「心理学化」や「医療化」といった一定の視点から整理された記述を行う意図に基づくものではなく、実際、各時期で注意を向けた側面は精神科医たちの自己認識的な語りであることもあれば、法制度の改変をめぐる行政、精神科医、企業の駆け引きであることもあった。ときに、オーソドックスな心理学化の視点が現れるところもあり、その意味での、整理の粗さや視点の恣意性、焦点の散逸性を指摘されれば、それは甘んじて受けたいと思う。ただし、「社会学的研究」が、この種の臨床的な営みを扱う以上、「観察の観察」という水準を何らかの形で引き受ける必要性を筆者も認めるものであるが、その視点は、必ずしも「心理学化」に還元されるとは限らず、他の様々な視角の可能性がまだまだ検討される余地はあるのではないかと考えている。その意味で、本稿のような「ひねりのない」基礎的記述作業が、新たな観点を見いだすことの一助になれば幸いである。

【主要参考文献・資料】

天笠崇, 2007, 『成果主義とメンタルヘルス』新日本出版社。

荒井稔, 2005, 「教育講演 産業領域におけるメンタルヘルス対策と精神障害について」『精神神経学雑誌』107 (10): 1116-1124。

⁴² 産業医の経験をもつ精神科医・天笠崇が、とくに成果主義とメンタルヘルスとの関係について論じた著書の冒頭で、労働組合の組合員に向けて書いていると述べている。組織率は低下の一方であるが、やはり組合が取り組むことが不可欠の問題であると。たとえば、こうした営みにも注目していきたい。

- Brod,Craig,1984,Technostress, (池央耿・高見浩訳, 1984,『テクノストレス』新潮社)
- 原田憲一他, 1999,『精神障害等の労災認定に係る専門検討会報告書』労働省.
- 原田憲一, 2000,「精神障害の労災認定」『産業精神保健』 8 (4): 275-279.
- 廣尚典・島悟, 2004,「職場のメンタルヘルス: その歴史と今日の問題」『精神医学』 46 (5): 460-472.
- 廣尚典, 2008,「産業精神保健における精神科医と産業医の連携」『精神神経学雑誌』 110 (11), 1103-1108.
- 広瀬徹也, 1988,「精神障害の早期発見・治療に直結する精神科産業医の毎週勤務: 企業嘱託医16年の経験から」『精神神経学雑誌』 90 (10): 887-892.
- 保原喜志夫編著, 2003,『産業医制度の研究』北海道大学図書刊行会.
- 保原喜志夫, 2006,「拡大する産業医の役割と法律問題」『季刊 労働法』 215: 85-94.
- 福井城次, 2005,「産業精神保健活動を振り返る 福井城次」『産業精神保健』 13 (2): 95-96.
- 和田攻他, 2004,『過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会報告書』厚生労働省.
- 唐沢正義, 2000,「座談会 どう進める メンタルヘルス: 「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を巡って」『働く人の安全と健康』 1 (11): 12-23.
- 加藤正明, 1993,「産業精神保健の歴史と展望」『こころの臨床ア・ラ・カルト』増刊号: 2-7.
- 加藤正明他, 1999,『労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書』労働省.
- 笠原嘉, 1985,『朝刊シンドローム』弘文堂
- 川人博, 2000,「大手広告代理店青年社員の自殺: 電通: 大嶋うつ病自殺事件」, ストレス疾患労災研究会・過労死弁護団全国連絡会議,『激増する過労自殺』皓星社.
- 唐沢正義他, 2000,「どう進める メンタルヘルス: 『事業場における労働者の心の健康づくりのための指針』を巡って」『働く人の安全と健康』 1 (11): 12-23.
- 河野慶三, 2005,「労働衛生行政と産業精神保健—私が直接かかわった3年」『産業精神保健』 13 (2): 82-84.

- 小西輝夫, 1984,『サラリーマンと心の健康』NHKブックス
- 小西輝夫, 1986,『バンカー・シンドローム』東京書籍
- 厚生労働省, 2000,『事業場における労働者の心の健康づくりのための指針』.
- 厚生労働省, 2002,『重労働による健康障害防止のための総合対策』.
- 厚生労働省, 2006,『労働者の心の健康の保持増進のための指針』.
- 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課健康班, 2004,『過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会議事録』第1回～第5回.
- 久保千春他, 2007,「座談会 職場のストレスとメンタルヘルス」『日本医師会雑誌』136(1): 5-17.
- 熊沢誠, 2010,『働きすぎに斃れて: 過労死・過労自殺の語る労働史』岩波書店.
- 黒木宣夫, 2000,「職業性ストレスと精神疾患の特集にあたって: 企業における自殺の現状と認定指針策定の背景」『産業精神保健』8(1): 3-7.
- 黒木宣夫, 2001,「いわゆる過労自殺」『現代のエスプリ』402: 103-109.
- 京都大学, 2006,『自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書』内閣府経済社会総合研究所.
- 松崎一葉, 2007a,『会社で心を病むということ』東洋経済新報社.
- 松崎一葉, 2007b,「特別企画 職場復帰: うつかなまけか」『こころの科学』135: 15.
- 皆川洋二他, 2000,「座談会 知的労働と心の健康」, 日本産業衛生学会『日本の産業保健』法研.
- 宗万秀和・川合順子, 2000,「海外出張中の新入社員の自殺: 神戸製鋼所・山川短期反応精神病自殺事件」, ストレス疾患労災研究会・過労死弁護団全国連絡会議編『激増する過労自殺』皓星社.
- 中村純・吉村玲児・和田攻監修, 2009,『産業医のための精神科医との連携ハンドブック(改訂新版)』昭和堂.
- 中山和彦, 2009,「会長講演 激変する職場環境: 普遍的課題は何か」『産業精神保健』17(増刊号): 29.
- 岡村親宜, 2002,『過労死・過労自殺救済の理論と実務: 労災補償と民事責任』旬報社.
- 小此木啓吾, 1987,「教育講演 3 産業精神医学の課題」『精神神経学雑誌』89(11): 932-938.
- 大西守編, 1994a,「職場における精神保健医療ネットワークに関する検討委員会」報告(第1回)『産業精神保健』2(1): 114-120.

- 大西守編, 1994b, 「職場における精神保健医療ネットワークに関する検討委員会」報告(第2回)『産業精神保健』2(2):197-204.
- 大西守編, 1994c, 「職場における精神保健医療ネットワークに関する検討委員会」報告(第3回)『産業精神保健』2(3):265-274.
- 大西守編, 1994d, 「職場における精神保健医療ネットワークに関する検討委員会」報告(第4回)『産業精神保健』2(4):339-347
- 大西守, 1998, 「日本産業精神保健学会」『精神神経学雑誌』100(12):1092-1097.
- 大西守他, 2000, 「特別企画(座談会):企業におけるメンタルヘルスマネジメントにかかわる最高裁判決をめぐって」『産業精神保健』8(2):83-97.
- 大西守・近藤信子, 2008, 「職場でのメンタルヘルスマネジメントを『叱る』」『こころの科学』142:123-126.
- 労働政策審議会安全衛生分科会, 2004, 『労働政策審議会安全衛生分科会議事録』第10回～第18回.
- 労働省, 1999, 『心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針』.
- 櫻井治彦, 2000, 「座談会 これからのメンタルヘルス」『産業医学ジャーナル』23:5-20.
- 櫻井治彦他, 2004, 「座談会 自殺予防について」『産業医学ジャーナル』27:4-18.
- 櫻井治彦他, 2005, 「座談会 過重労働・メンタルヘルスマネジメントの動向」『産業医学ジャーナル』28:5-30.
- 櫻井治彦他, 2006, 「座談会 メンタルヘルスマネジメントについて」『産業医学ジャーナル』29:4-31.
- 櫻井治彦, 2007, 「労働安全衛生法等の改正の経緯について」『産業医学ジャーナル』30:5-12.
- 佐藤雅浩, 2007, 「『心の病』の戦後史:狂気の隔離からメンタルヘルスマネジメントの啓蒙へ」, 芹沢一也編著『時代がつくる「狂気」』朝日新聞社.
- 島悟, 2007, 「職場のメンタルヘルスマネジメントの現状と問題点」『日本医師会雑誌』136(1):19-24.
- 清水康之, 「ライフリンク代表日記」, <http://blog.livedoor.jp/bxs00035/archives/50175690.html>.
- ストレス疾患労災研究会・過労死弁護団全国連絡会議編, 2000, 『激増する過労自殺』皓星社

- 富高辰一郎, 2010, 『なぜうつ病の人が増えたのか』 幻冬舎ルネッサンス新書.
- 津久井梨絵, 2007, 「『ストレス』はいかにして語られるか: 戦後日本における言説の変容」『日本女子大学 人間社会研究科紀要』 13: 109-122.
- 臺弘・土居健郎編, 2010, 『精神医学と疾病概念』 みすず書房.
- 内海健, 2006, 『うつ病新時代: 双極Ⅱ型障害という病』 勉誠出版.
- 山田陽子, 2008, 「『心の健康』の社会学序説: 労働問題の医療化」, 『広島国際学院大学 現代社会学』 9: 41-60.
- 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.