

厚生労働省厚生労働科学研究費補助金
労働安全衛生総合研究事業

諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果と
わが国への適応可能性に関する調査研究

総括研究報告書

<第二分冊>

主任研究者 三柴 丈典

平成23（2011）年度～25（2013）年度

目 次

<第一分冊>

I.	総括研究報告書		
	諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果とわが国への適応可能性に関する調査研究	三柴 丈典	3
II.	分担研究報告書		
A.	法制度の調査結果		
1.	イギリスの産業精神保健法制度	三柴 丈典	139
1-2.	イギリスのストレス管理基準 (Management Standards) の効果が十分に確認されない理由に関する一考察		
(1)	公衆衛生学の立場から	堤 明純	315
(2)	精神医学の立場から	佐渡 充洋	317
2.	デンマークの産業精神保健法制度	井村 真己	321
3.	オランダの産業精神保健法制度	本庄 淳志	363
4.	ドイツの産業精神保健法制度	水島 郁子	381
5.	フランスの産業精神保健法制度	笠木 映里・鈴木 俊晴	419
6.	アメリカの産業精神保健法制度	林 弘子	443
7.	アメリカ (障害者差別禁止法とメンタルヘルス)	長谷川 珠子	473

<第二分冊>

B. 関連領域の調査結果

1. 精神医学

適応論的観点に基づくメンタルヘルス支援

—産業精神健康活動の現場からの提言—

白波瀬 丈一郎

503

2. 産業医学

産業保健専門職の視点からみた日本の職域メンタルヘルス対策

—法令、行政規則・ガイダンス等の効果の評価指標の開発を目指して—

梶木 繁之

515

3. 経営学

企業経営におけるメンタルヘルス問題に関する調査研究

—人事管理の観点を中心に—

團 泰雄

529

4. 社会学

産業精神保健の歴史

—1950年代～現在まで—

荻野 達史

553

C. 社会調査の結果

1. メンタルヘルス対策従事者向け電子調査・訪問調査の結果

1) メンタルヘルス対策従事者向け調査結果の整理・分析

—質問票のドラフト作成者の立場から—

三柴 丈典

653

2) 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—

荻野 達史

683

3)	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	701
4)	メンタルヘルス対策従事者向け調査結果に関する覚書 —障害者雇用促進法改正との関係を焦点に—	長谷川 珠子	715
5)	資料 質問内容：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 回答内容：エクセルデータ		724
2.	厚生労働省委託・労働者健康福祉機構・メンタルヘルス対策支援センター・メンタルヘルス対策促進員向け訪問調査の結果		733
	公的メンタルヘルス対策支援の効果評価指標の開発の試み ～公的アウトリーチの支援専門家に求められるコンピテンスの検討～	真船 浩介・井上 彰臣・梶木 繁之	751
III.	研究成果及び本研究プロジェクトに関連する主な刊行物に関する一覧表		803
IV.	研究成果及び本研究プロジェクトに関連する主な刊行物・別刷		807

B. 関係領域の調査結果

厚生労働科学研究費補助金

分担研究報告書

適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援

－産業精神健康活動の現場からの提言－

分担研究者 白波瀬 丈一郎 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室・講師

研究要旨

臨床精神医学と産業精神健康の双方で現場活動を行って来た精神医学者としての立場で、文献情報と報告者自身の現場経験等を踏まえた内省・整理を行い、今後の産業精神健康活動の望ましいあり方について一定の指針を得ることを目的として、わが国の産業精神健康活動の現状と歴史的経緯、報告者自身の現場活動等から得られた知見を整理した。その結果、次のことが明らかになった。①職域においてはストレス関連疾患が多い。②それらに対して、一次予防、二次予防、および三次予防による効果の可能性はあるが、現時点では効果的な介入法はまだ確立されていないのが実情である。

これらの結果より、産業精神健康活動においては適応論的観点に基づいた措置（介入）が有効であると考えられた。この措置（介入）を有効にするためには、企業の人事労務管理と産業保健活動との間で互いの独立性を担保しつつ相互交流を維持する努力および枠組みが必要である。その上で、「育て鍛える」という視点から労働者に介入することが有用であると考えられた。「育て鍛える」介入とは、まず休養と治療によってストレス関連疾患から回復するための期間を確保することが前提条件となる。次に、生活リズムを整えつつ、活動性や作業能力の向上を支援する。そして、労働者の「働く能力」を高めるための介入を行うことから成る。

A. 研究目的

法学者による法制度調査に際して基礎となる精神医学的な知識および視点を提供するため、臨床精神医学と産業精神健康の双方で現場活動を行って来た精神医学者としての立場で、文献情報と報告者自身の現場経験等を踏まえた内省・整理を行い、今後の産業精神健康活動の望ましいあり方について一定の指針を得ること。

B. 研究方法

第1に、準備作業として、わが国の産業精神健康活動の現状と歴史的経緯に関する文献情報、報告者自身の現場活動等から得られた知見を整理し、適応論的観点に基づく産業精神健康活動の重要性について論じた（添付資料（原著論文））。

第2に、主任研究者から示された課題（総括研究報告書に記載された「関連領域の専門家の調査課題」）に即した回答を試みた（本報告書）。

第3に、慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室で開発した、職場復帰支援プログラムKEAP（後述）による実践経験に基づいた考察を行った。

C. 研究結果

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

精神病理学者クレペリン Kraepelin, E (1896)¹¹⁾ は、同一の原因、症状、経過、転帰、病理組織変化をもつものを「疾患単位 disease entity」と定義づけたが、精神疾患・精神障害と、その他の一般身体疾患との端的な違いは「疾患単位」である

か否かである。一般身体疾患に比べて精神疾患・精神障害は、原因不明であったり、器質的な病理組織変化を伴わない機能的疾患であったりすることが多く、そのため疾患単位としての要件を満たしていないことが多い。ヤスパース Jaspers, K (1913)⁶⁾ は、精神疾患は疾患概念の理念には「無限に遠い未来にあっても到達できない」と記している。

精神疾患の病態およびその発症要因の科学的解明の研究作業は現在も続けられており、今後解明が進む可能性はある。その一方で、社会の多様化・複雑化に伴い、職域ではますます多様な病態が認められるようになって来ている。しがたって、今後精神疾患の生物学的な解明が進んだとしても、個人の準備性と環境要因との間の問題は存続すると思われる。

2. わが国の職域において多くみられる精神疾患の類型および様相について

精神疾患は、その病因から外因性精神疾患、内因性精神疾患、心因性精神疾患に分類され、職域においてはそのいずれもが認められうる。

しかし、職域においては、外因性精神疾患に含まれる、身体疾患に基づいて生じる症状性精神病や器質性精神病は、その好発年齢と労働年齢との違いから、発生は少ない。唯一、外因性精神疾患の中の中毒性精神病に含まれるアルコール症は、古くから産業精神保健の3Aの一つに数えられている。因みに、3Aのあとの二つは常習欠勤 absenteeism と事故頻発 accident である。

統合失調症および躁うつ病が含まれる

内因性精神疾患の発症率は、一般人口における発症率よりも低く1,000～1,500人に1人程度といわれている⁸⁾。統合失調症の発症年齢のピークは10代後半から20代前半にあり、発症後の就職や終了が労務能力や社会的制度の不備などの面から困難であるということも、職域における有病率の低さの理由の一つであると考えられる。

職域で多くみられる精神疾患としては、先のアルコール症に加えて、うつ病、不安障害、身体表現性障害、そしてパーソナリティ障害がある^{5)・14)・15)・22)}。うつ病は内因性精神疾患に含まれる重症例は少なく、軽症のものが多く、神経症と呼ばれる病態(不安障害や身体表現性障害が含まれる)やパーソナリティ障害との鑑別が困難な場合が少なくない⁵⁾。最近、現代型うつ病などと呼ばれて注目されている典型的でないうつ病は、典型的なうつ病に比べて、どこまでが病気どこまでが性格かはっきりしない事例もみられるようになってきている。

こうした職場で多くみられる病態は、環境と個人との間の不適合により生じる精神疾患を表す心因性精神疾患としてまとめることができる。表現を変えれば、職域ではストレス関連疾患が多いということも可能である。

3. 職域における精神疾患の社会的損失と、その発症予防の効果について

精神疾患は社会に大きな負担を強いている。The Global Burden of Disease studyによると、精神障害および行動障害は、あらゆる疾患によって生じる社会的な負担

の7.4%を占めていると報告されており[M]、特に先進国において、その影響は大きなものになっていると考えられる。たとえばイギリスでは全ての傷病休暇の40%は精神疾患によるものであると報告されている²¹⁾。日本においても精神疾患による経済的な損失は莫大であり、統合失調症、うつ病性疾患、不安障害による疾病費用はそれぞれ2.8兆円、3.1兆円、2.4兆円と推計されている^{18)・19)}。その中でも特に産業精神保健の分野で問題となることが多いうつ病性障害や不安障害では、間接費用の半分以上が、absenteeismやpresenteeismといった職場で発生する損失で占められていることが明らかになっている¹⁸⁾。

したがって、職場における生産性の損失を改善することは精神疾患による社会的な負担を軽減する最も重要な要素の一つと言える。その方法としては、新たな疾患の発生を予防する一次予防、できるだけ早期に治療を開始し早期寛解を目指す二次予防、そして職場復帰した労働者が再休養しないように支援する三次予防が考えられる。しかし、治療が主に医療機関で行われることを考えると、職場の介入として考えられるのは、一次および三次予防に限られるであろう。職場における介入として一次予防が重要なのは言うまでもなく、産業保健領域で幅広く研究も実施されてきている。一方で精神疾患が再燃・再発を起しやすいう事実を考えれば、精神疾患による長期休養後、職場復帰を果たした労働者に対する再燃・再発予防のための施策もまた重要であることは明白であろう。

そのためには、どのような労働者の再

燃・再発，再休養のリスクが高いのかを把握することや，職場におけるどのような介入が実際に再燃・再発，再休養予防に効果的なのかを理解することが必要になると思われる。また，単に，再燃・再発をアウトカムにするのではなく，生産性に直結する再休養などをアウトカムにした研究の知見を得ることが重要にもなる。しかし，これらは，そう簡単なことではない。

精神疾患の再燃・再発のリスクファクターについては数多くの研究が実施されている。具体的にはうつ既往歴，症状の残存，心理社会的な機能の低下などがそのリスクファクターとして報告されている^{1), 2), 3), 7), 9), 12), 16), 25)}。ただし，これらの研究はあくまで医療の場面で病状をアウトカムにして実施されたものである。職場における生産性に直結する再休養などをアウトカムにしたリスクファクターについては，オランダでの研究報告が若干認められる程度でほとんど報告がない¹⁰⁾。

また，介入効果に関する研究についても同様のことがいえる。再燃・再発をアウトカムにした介入の効果検証については，すでに数多くのものが実施されているが，再休養をアウトカムとした職場での介入効果に関するRCTについては，これを見つけないことができない（ただし，精神疾患が理由で休職中にある患者に，早期復帰を目的とした介入の効果を検証しているRCTは，いくつか認められている^{4), 24)}）。

このように，精神疾患による社会的損失が大きな問題となっているにもかかわらず，長期休養から復帰した労働者について，再休養のリスクファクターや，そのリスク

を低下させるための効果的な介入についての研究が，国際的にもあまり行われていないということは不思議であるが，その要因の一つが日本と諸外国の雇用環境の違いが影響している可能性が考えられる。日本の，特に大企業の正社員では休職期間が数年与えられていることも珍しくない。一方日本以外の諸外国では，そこまで長い休職期間が認められることは稀なようで，筆者が知る限りその期間は，数カ月程度であることも珍しくない。このように休職期間が短いと，精神疾患で長期休業した労働者が復帰する機会は相対的に少なくなると考えられる。また，無理に復帰しても，その後再び休業し，最終的には退職せざるをえないケースが多いのではないかと推測される。以上の状況にある諸外国では，三次予防より，一次予防に注力するのも自然な流れではないかと思われる。その例として，ヨーロッパを中心に展開しているPRIMA-EFモデルなどを挙げるができる¹⁷⁾。

いずれにしても，精神疾患によって長期休養した労働者が職場復帰を果たす際に，職場でどのような介入をすれば再燃・再発を防ぐことができるのかについては，効果的な介入法がまだ確立されていないのが実情である。

4. KEAPにおける実践経験

筆者をはじめ，慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室（以下「慶應精神科」とする）では，後述する「育て鍛える」という考え方に基づいて，KEAP（Keio Employee Assistance Program：キープ）という職場復帰支援プログラムを開発し，

2009年度から企業と委託契約を結び、実践を行っている^{2,3)}。

KEAP開発にあたって、慶應精神科の医師によって各自の精神科専門医としての企業での勤務経験に基づいて、現在の3次予防が十分に効果を挙げられない要因について議論した。その結果、精神疾患の直接的影響としての働く能力の障害と、関係者間のコミュニケーション障害を抽出した。関係者間のコミュニケーション障害には、主治医と使用者との間のコミュニケーション障害や、精神疾患をもつ労働者と彼らを取り巻く職場の人々との間のコミュニケーション障害が含まれる。このような議論と経験を踏まえて開発したのが、KEAPである。

KEAPは、1万人規模の企業に、精神科専門医が週4コマ（1コマ3時間）勤務し、臨床心理士が3名常駐する体制で実施される。その主たる機能は、コンサルティングファンクション、メディカルファンクション、そして「育て鍛える」メンタルヘルス支援という3つである（図1.参照）。コンサルティングファンクションでは、職場復帰を目指す労働者についての精神医学的な評価に基づいて、管理監督者、人事担当者、さらに産業保健スタッフに対して、当該労働者への接し方や業務の与え方、配置などに関する相談にのる。さらに、職場環境を改善する必要がある場合はその指摘を行い、改善を促す。メディカルファンクションでは当該労働者の主治医と連携して、職場の様子を伝えることで、正確な診断がなされより適切な治療が実施されることに貢献する。加えて、職場復帰システムの情報を提供する。そうすることで、

主治医が、精神疾患の寛解を以て職場復帰可能と判断するのではなく、精神医学的な意味で労働者が仕事に戻って差し支えない状態まで回復していることを判断できるように支援する。コンサルティングファンクションとメディカルファンクションは一定の独立性を担保しつつも、労働者の職場復帰支援という共通目標に向かって協働する。さらに、このような職場領域と医療領域の理解とサポートを受けながら、KEAPは当該労働者に対して「育て鍛える」メンタルヘルス支援を行う。

さらに、KEAPでは「骨折をしたスポーツ選手がレギュラー復帰を目指す過程」という比喻を用いて、休業から通常勤務復帰までの過程を4つのフェーズに分けて、可視化と標準化を行っている（図2.参照）。休養・治療期、職場復帰準備期、試し出勤期、復帰後支援期の各フェーズにおいて、労働者、職場管理監督者、人事担当者、産業保健スタッフが担うべき役割をクリティカル・パスという形で明確化も行った。それにより、職場復帰過程に関わる人々が過程全体を俯瞰しつつ、今自分がどのような役割を果たすべきかを認識できるようにした。それによって、すべての人が不安を感じることなく主体的に職場復帰過程に関われること、ひいては自然なコミュニケーションの実現を促すことを目指している。

復帰後支援期では6ヶ月間という期間を設定している。労働者と職場管理監督者とが中心となって、6ヶ月後に達成すべき業務役割を具体化する。次に、そこから遡る形で2ヶ月毎に達成すべき業務役割を中間目標として具体化する。こうして作成

された復帰後プランを、職場復帰時に関係者で共有し、その後はそのプランに沿って、職場復帰過程を進めていく。ここで、職場管理監督者はプランに従って業務管理をする役割を担い、その間の体調管理および支援の役割はKEAPが担うという役割分担を明確にしている。そうすることで、職場管理監督者が、業務役割を増やすと労働者の体調が悪くなるのではといった不安を軽減できる体制をとっている。

KEAPでは、2009年4月1日から2013年3月31日までの期間で約250名の職場復帰支援を行った。その結果、約8割が再休業することなく一定の生産性を上げながら働き続けている。なお、休業期間については、半数の休業者がおおよそ半年以内に復職過程に入った²⁰⁾。

D. 考察

1. 適応論的観点に基づいた措置（介入）の可能性について

職域においてはストレス関連疾患が多いことを踏まえると、人と環境との関係性を適応という視点で捉える、適応論的観点に基づいた措置（介入）が有効である可能性がある。職域はストレス関連疾患が生じたまさに現場であり、それはつまり、原因解決のためにさまざまなアプローチが存在する場所であるという捉え方ができる。原因によっては環境に働きかけること（職場管理監督者への指導、あるいは職場異動など）で解決を図ることが可能である。また、労働者が不適応に陥った状況を彼らとともに振り返り、そこから彼らの成長課題を見だし、彼らがその課題を達成できるような措置（介入）を行うことで、再発を

防ぐことも可能である。その意味で、発症要因は労働者にとって人としてあるいは企業人としての成長を促す機会となりうるのである。

しかしながら、適応論的観点には不可避免地に価値観が含まれるために、企業としての価値基準が精神健康活動の中に入り込み混同される危険性を孕むことになる。これは、産業精神健康活動に携わる精神科医等が知らぬ間に企業利益の代理人となる危険性としてしばしば指摘されてきた点である。したがって、職域において適応論的観点に基づいた措置（介入）を実施する際には、その措置（介入）が精神保健活動としての独立性を担保できる対策を併せて講じる必要がある。ただし、こうした対策は、組織的な整備や、守秘義務とか個人情報保護といった法的な規制だけでは硬直的になりがちで不十分なことが多い。何故なら、そうした対策はともすれば、企業の人事労務管理と産業健康活動を隔絶することになるからである。つまり、それらを如何に運用するかという視点が重要になるのである。適応論的観点に基づいた措置（介入）が有効性を発揮するためには、人事労務管理と産業保健活動との間で互いの独立性を担保しつつ相互交流を維持する努力が必要であり、そこには互いに対等であるという認識や、互いの違いを認め尊重する態度などが含まれてくる。

KEAPでは、臨床心理士が企業に常駐して、職場管理監督者、人事担当者、産業保健スタッフなどの関係者と緊密な連携をとることで、こうした相互交流の促進と維持に寄与している。

2. 臨床精神医学と産業精神健康との違いについて

臨床精神医学においては、精神医学的判断に基づいて患者の利益を最大限実現することを目指す。就業が精神疾患の悪化につながる可能性が低ければ就業を許可し、病状悪化につながる可能性がある場合には業務負荷を制限するよう企業に求めるといった具合である。一方、産業精神健康の場面においては、患者の利益に加えて企業の利益や職場の利益も勘案される。そのため、精神医学的判断の価値は相対化されることになる。患者と企業との最大公約数的な利益、つまり「落とし処」が模索されるのである。たとえば、精神疾患により休業した労働者が職場復帰する際には、就業が病状悪化をきたさないことに加えて、企業が求める生産性をある程度発揮できることも求めるといった具合である。

3. 「育て鍛える」という視点の妥当性について

産業精神健康活動の一つである適応論的観点に基づいた措置が企業利益の代理人となる危険性を孕んでおり、この点の対策の重要性は既に述べたとおりである。そのため、こうした危険性を十分認識し、人事労務管理との間で互いの独立性を担保しつつ連携する関係性を構築した上で、一つずつ手続きを踏みながら労働者と成長促進に取り組むことが重要であるし、さらにその過程を管理監督する仕組みも必要かもしれない。しかしながら、こうした対策を講じたとしてもなお、適応的観点に基づいた措置を非難する声がある。たとえば、そのやり取りの結果が、企業が配慮しう

る限界と、労働者が発揮しうる生産性との間に埋めがたい解離が存在していることが明らかになった場合などである。こうした労働者にとって苦痛や苦難となる結果だったことが、労働者に対して「やさしくない」とか「保護的でない」とされるのである。確かに、この結果は退職などにつながる可能性もあり、労働者だけでなくその家族にも大きな不利益をもたらしかねない。適応論的観点に基づいた措置を実践する者は、そのことは重く受け止めなければならない。とはいえ、産業精神健康に関わる問題（精神疾患に伴う休業だけでなく、出勤していても生産性の上まらない労働者の問題など）は企業の体力を奪い、競争力の低下をもたらす要因となっている現状が存在することもまた事実である。こうした現状は少なくとも部分的には、精神疾患をもつ労働者に対応する人々が上述の非難や重い結果を回避し続けてきた結果であるといえる側面も存在する。この現状を改善していくには、精神疾患をもつ労働者に対応する人々すべてが適応論的観点に基づいた産業精神健康活動の必要性とその痛みを実感した上で、その体制整備に努めることが重要であると考えられる次第である。

4. 「育て鍛える」介入について

「育て鍛える」介入にあたっては、ストレス関連疾患により休業に至った労働者が、休養と治療とによって健康の回復に専念できることが前提条件となる。そのために、全ての労働者が十分な休養の取得が可能となる保証やそのための法整備が必要である。医学的な側面からもどの程度の期

間を保証するのが適切なのかを検討する必要がある。また、病気休養に入った後、適切な時期に病気休養できる期間やその他の条件などについて労働者に説明することも重要である。

その上で、目的意識をもった休養の実行を支援する必要がある。具体的には、ストレス関連疾患の治療に専念すべき時期、生活リズムの調整や活動性および作業能力の向上に努める時期、「働く能力」を高めしていく時期を明確にすることである。そのために、各時期で達成すべき課題を明確にし、支援過程を可視化することが重要である。こうした可視化により、職場復帰を目指す労働者は自らが今どの時期にあり、どの課題に取り組まなくてはならないのかを認識できるようになる。こうした工夫により、心の健康問題により休業した労働者は、漫然と時間を過ごすことなく、目的意識をもった休業が実現される。こうした取り組みが、諸外国に比べて長期間認められることの多い、わが国の休職期間を有効に活用することにつながると考える。

職場復帰後に同じことを繰り返さないために、今回のメンタルヘルス不調のエピソードを振り返り、再発予防をしっかりと行うことも重要である。KEAPでは、労働者本人からの情報に加えて、職場からの情報も得た上で、専門スタッフが労働者と一緒に振り返り作業を行うことで、質の高い再発予防を実現している。KEAPがない環境では、この役割は主治医や外部EAP業者（以下「主治医等」とする）が担うことが適切であると考えられる。その場合、質の高い再発予防を行うために、主治医等と企業との間で緊密な連携体制が構築される

必要がある。

加えて、復帰後のプランを主治医等と共有し、KEAPのように職場管理監督者は業務役割をしっかりと管理し、その間の労働者の体調管理と支援を主治医等が担当するという役割分担ができれば、労働者も職場管理監督者も不安を抱くことなく、職場復帰に取り組むことが可能になる。

E. 結論

精神医学および産業精神健康に関する文献および現場の活動経験に基づいて、我が国における産業精神健康活動の歴史的経緯および現状について調査し、職域においてはストレス関連疾患が多いことが明らかになった。それらに対して、一次予防、二次予防および三次予防それぞれに治療効果の可能性はあるが、効果的な介入方法はまだ確立されていない。その中で、適応論的観点に基づいた措置（介入）が有効であると考えられた。この措置（介入）を有効にするためには、企業の人事労務管理と産業保健活動との間で互いの独立性を担保しつつ相互交流を維持する努力と枠組みを作り、「育て鍛える」支援を実行できる体制整備を行う必要がある。その上で、労働者個人に対して、「育て鍛える」という視点に基づく介入を行うことが重要であると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

白波瀬丈一郎（2011）：パーソナリティ障害を持つ社員の復帰後支援～枠組みを作るアプローチ～．産業精神保健，19（3）：157-161．

白波瀬丈一郎（2011）：パーソナリティ障害. 日本産業精神保健学会編：ここが知りたい 職場のメンタルヘルスケア 精神医学の知識&精神医療との連携法：138-144. 南山堂.

白波瀬丈一郎（2011）：企業におけるうつ状態-主治医と経営者はなぜ手を結べないのか-. 治療, 93（12）：2443-2446.

白波瀬丈一郎（2012）：境界領域としての働く場-適応と不適応-. 精神科治療学, 27（4）：437-442.

白波瀬丈一郎（2013）：産業精神保健活動に, 集団力動理論を具現化する取り組み-活動現場が「心理学的になる」ことを目指して-. 集団精神療法, 29（1）：38-44.

白波瀬丈一郎, 佐渡充洋, 二宮朗, 他（2013）：精神的健康の向上に加え社会的負担の軽減も目指した職場復帰支援の試み - KEAP（KEIO Employee Assistance Program）プロジェクト-. 臨床精神医学, 42（10）：1273-1280.

2. 学会発表

白波瀬丈一郎（2011）：成長課題を「今-個々で」取り扱う方法としてのKEAP. 第18回日本産業精神保健学会シンポジウムI「職場復帰場面における成長支援を考える」.

白波瀬丈一郎（2012）：「育て鍛える」産業精神保健の構想. 第19回日本産業精神保健学会メインシンポジウム2「日本型産業精神保健システムの姿」, 大阪.

Sado, M, Shirahase, J, Miura, Y, Ninomiya, A, Tabuchi, H, Kato, M, Mimura, M: Can the demographic variables predict the repeated sickness leaves? The 15th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, Seoul, 2012.

白波瀬丈一郎（2013）：迎合ではなく, したたかな適応を. 第11回日本精神分析的な精神医学会シンポジウム「精神分析の精神医学への適応」, 東京.

白波瀬丈一郎（2013）：大企業が精神医療に期待するもの-KEAPの経験から-. 第6回リワーク研究会年次研究会企画シンポジウムI「大企業とのネットワーク」, 東京.

白波瀬丈一郎（2013）：職場復帰をチームにする-「新型うつ病」という固定観念から脱却するために-. 第109回日本精神神経学会学術総会 ワークショップ8「精神分析からみた、『新型うつ病』の理解と治療的支援」, 福岡.

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他

H. 引用文献

1) Conradi HJ, de Jonge P, Ormel J(2008): Prediction of the three-year course of recurrent depression in primary care patients: different risk factors for different outcomes. J Affect

Disord, 105(1-3):267-271.

2) Gonzales LR, Lewinsohn PM, Clarke GN: Longitudinal follow-up of unipolar depressives(1985): an investigation of predictors of relapse. *J Consult Clin Psychol*, 53(4):461-469.

3) Gopinath S, Katon WJ, Russo JE, Ludman EJ(2007): Clinical factors associated with relapse in primary care patients with chronic or recurrent depression. *J Affect Disord*, 101(1-3):57-63.

4) Hees HL, Koeter MW, Schene AH(2012): Predictors of long-term return to work and symptom remission in sick-listed patients with major depression. *J Clin Psychiatry*, 73(8):e1048-1055.

5) 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）：887-893。

6) Jaspers, K (1913): *Allgemeine Psychopathologie*. (西丸四方訳：精神病理学原論。みすず書房)

7) Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, Paulus MP, Kunovac JL, Leon AC, Mueller TI et al(1998): Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *J Affect Disord*, 50(2-3):97-108.

8) 加藤清明（1985）：序説。小此木啓吾他（編著）：産業精神医学，臨床産

業医学全集7；1-3。

9) Keller MB, Lavori PW, Lewis CE, Klerman GL(1983): Predictors of relapse in major depressive disorder. *JAMA*, 250(24):3299-3304.

10) Koopmans PC, Bultmann U, Roelen CA, Hoedeman R, van der Klink JJ, Groothoff JW(2011): Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *Int Arch Occup Environ Health*, 84(2):193-201.

11) Kraepelin, E (1896): *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. (西丸四方, 遠藤みどり訳：精神分裂病。みすず書房)

12) Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, Warshaw M, Maser JD(1999): Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry*, 156(7):1000-1006.

13) Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, Ezzati M, Shibuya K, Salomon JA, Abdalla S et al(2013): Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859):2197-2223.

14) 中村裕（1985）障害者管理-発見からアフターケアまで-。小此木啓吾他（編）：産業精神医学 臨床産業医学全書7：305-316。医歯薬出版株式会

社.

15) 小此木啓吾 (1987): 産業精神医学の課題. 精神神経学雑誌, 89 (11) : 932-938.

16) Pintor L, Torres X, Navarro V, Matrai S, Gasto C(2004): Is the type of remission after a major depressive episode an important risk factor to relapses in a 4-year follow up? J Affect Disord, 82(2):291-296.

17) Psychosocial Risk Management Excellence Framework. www.prima-ef.org.

18) 佐渡充洋, 稲垣中, 吉村公雄, 他: 精神疾患の社会的コストの推計 平成 22 年度厚生労働省障害者福祉総合推進事業補助金事業実績報告書. Edited by 厚生労働省. 東京; 2011.

19) Sado M, Inagaki A, Koreki A, Knapp M, Kissane LA, Mimura M, Yoshimura K(2013): The cost of schizophrenia in Japan. Neuropsychiatric Disease and Treatment, in press.

20) Sado, M, Shirahase, J, Miura, Y, Ninomiya, A, Tabuchi, H, Kato, M, Mimura, M(2012): Can the demographic variables predict the repeated sickness leaves? The 15th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, Seoul.

21) Shiels C, Gabbay MB, Ford FM(2004): Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. Br J Gen Pract,

54(499):86-91.

22) 島悟, 荒井稔, 大西守他 (1997): 勤労者における精神障害に関する多施設共同研究. 精神医学, 39 (10) : 1117-1122.

23) 白波瀬丈一郎, 佐渡充洋, 二宮朗, 他 (2013): 精神的健康の向上に加え社会的負担の軽減も目指した職場復帰支援の試み-KEAP (KEIO Employee Assistance Program) プロジェクト-. 臨床精神医学, 42 (10) : 1273-1280.

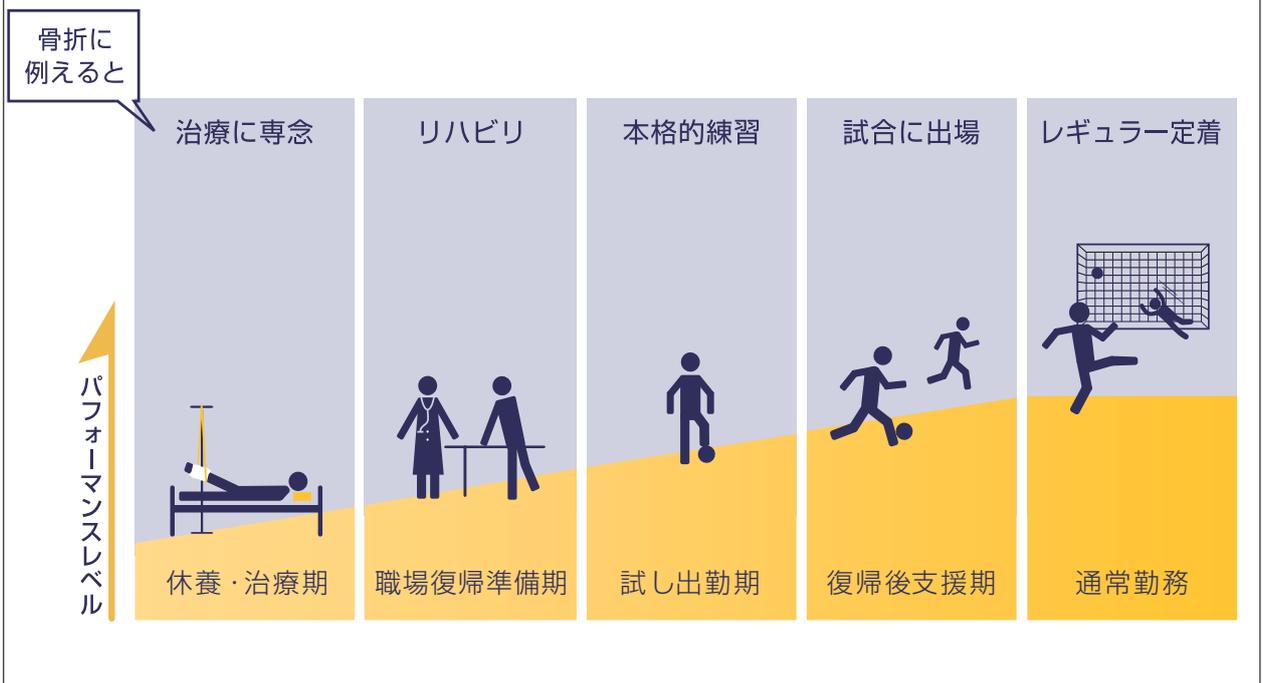
24) Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Ader HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, Beekman AT(2013): Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. Occup Environ Med, 70(4):223-230.

25) Winokur G, Coryell W, Keller M, Endicott J, Akiskal H(1993): A prospective follow-up of patients with bipolar and primary unipolar affective disorder. Arch Gen Psychiatry, 50(6):457-465.

図1. KEAPの全体イメージ



図2. 職場復帰過程の標準化と可視化



厚生労働科学研究費補助金

分担研究報告書

産業保健専門職の視点からみた
日本の職域メンタルヘルス対策

－ 法令、行政規則・ガイダンス等の効果の評価指標の開発を目指して －

分担研究者 梶木繁之 産業医科大学 産業生態科学研究所
産業保健経営学研究室 講師

研究要旨

本研究班では、国内外の職域メンタルヘルスに関する法令、行政規則・ガイダンス（以下 法令等）につき、その背景・特徴・効果にわたる体系的調査を行っているが、本研究では、法制度調査グループとの連携の下、産業保健専門職として、それらの効果指標を同定し、新たな指標の開発を行うことを目的としている。

初年度の調査の結果、国内では法令等の効果を直接測定する指標はないが、（おそらくは）法令に基づく指針やガイドライン等を参考にしつつ各企業で実施されてきた対策の内容や効果について、労使双方に質問紙により回答を求めた調査結果や、法令に基づく指針やガイドライン等の浸透のための公的支援サービスにつき、やはり質問紙による満足度調査の結果の存在が確認された。他方、海外では、企業・事業場毎の休業率や作業関連疾患罹患率、自発的な離職率、職務満足感、業務パフォーマンス等が指標として把握されていた。

これらは、いずれも法令等の制定時に意図された労働者のメンタルヘルスに関する重要な指標となっはいるものの、メンタルヘルスという多義的で、多因子的（multifactorial）かつ種々の媒体（中間指標となるべきもの）を通じて初めて達成され得る複雑多様・多層的な概念を考えたとき、充分とはいえない。

そこで、産業保健専門職の協力のもと、過去および将来実施が予想される関係法令等を基礎として、労働者の健康に影響が及ぶプロセスを整理し、社会、企業、労働者への法令等の影響の浸透度を捕捉できる指標（案）ならびに指標（案）の策定手順について検討した。

その結果、法令等の制定から労働者個人の健康度に変化が起こるまでの有効な中間プロセス指標（案）として、①社会全体の指標：EAP (Employee Assistance Program) 機関数、②企業・事業場に関する指標：メンタルヘルスに関する管理職研修の実施数、衛生委員会での議題出現数、産業医等によるメンタルヘルス

関連面談数、産業医意見書の発行枚数、産業医の関連業務時間、メンタルヘルス不調者の職場復帰者数、人事部門がこの問題に調整的に関与する機会の回数、メンタルヘルス対策担当者の役割の明確化数、メンタルヘルスに関する個人情報管理の強化数、③労働者に関する指標：メンタルヘルス対策の重要性などに関連する理解度等が抽出された。

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

A. 背景と目的

本研究班では、国内外の職域メンタルヘルスに関する法令、行政規則・ガイドランス（以下 法令等）につき、その背景・特徴・効果にわたる体系的調査を行っているが、本研究では、法制度調査グループとの連携の下、またその調査結果を参照しつつ、産業保健専門職として、それらの効果指標を同定し、新たな指標の開発を行うことを目的としている。

初年度の調査の結果、国内では法令等の効果を直接測定する指標はないが、（おそらくは）法令に基づく指針やガイドライン等を参考にしつつ各企業で実施されてきた対策の内容や効果について、労使双方に質問紙により回答を求めた調査結果や、法令に基づく指針やガイドライン等の浸透のための公的支援サービスにつき、やはり質問紙による満足度調査の結果の

存在が確認された¹⁻⁴⁾。ここでは、企業や事業場におけるメンタルヘルスケアの取組状況やその効果、取り組みに際しての留意事項、対策の必要性、産業保健専門職の配置等に加え、労働者個人の抱える不安や悩み、ストレス、行政が提供するメンタルヘルス支援活動への満足度や有益性などが指標とされていた。

他方、海外では、企業・事業場毎の休業率や作業関連疾患罹患率、自発的な離職率、職務満足感、業務パフォーマンス等が指標として把握されていた。

これらは、いずれも関係法令等が意図した労働者のメンタルヘルスに関する重要な指標となっはいるものの、メンタルヘルスという多義的で、多因子的（multifactorial）かつ種々の媒体（中間指標となるべきもの）を通じて初めて達成され得る複雑多様・多層的な概念を考えたとき、充分

とはいえない。

そこで、産業保健専門職の協力のもと、過去および将来実施が予想される関係法令等を基礎として、労働者の健康に影響が及ぶプロセスを整理し、社会、企業、労働者への法令等の影響の浸透度を捕捉できる指標（案）ならびに指標（案）の策定手順について検討した。

B. 方法

対象：産業医科大学産業医実務研修センターおよび同大学産業保健経営学研究室に在籍する医師 20 名。

グループ討議参加者：今回の討議に参加した医師の産業医経験年数と人数を記す。

産業医経験年数

- ・1 年未満：8 名
- ・1 年以上 3 年未満：5 名
- ・3 年以上 5 年未満：1 名
- ・5 年以上 10 年未満：3 名
- ・10 年以上：3 名

経験年数は 1 年未満～25 年（平成 24 年 6 月時点）と幅広い年齢層の構成であった。

討議テーマ（法令等）：労働者のメンタルヘルス対策に寄与した過去の指針ならびに今後実施が予想されている指針の例として以下を選択した。

- ①労働者の心の健康の保持増進のための指針：平成 18 年 3 月 4)
- ②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：平成 21 年 3 月 5)
- ③ストレスに関連する症状・不調とし

て確認することが適当な項目等に関する調査（2011 年 11 月 16 日の衆議院解散により廃案となった労働安全衛生法の一部を改正する法律案（閣第 16 号）関係）：平成 22 年 10 月 6)

討議方法：2012 年 6 月 25 日に上記メンバーで 90 分間の討議をおこなった。はじめに討議の進め方について簡単な説明を行い、その後 18 名の討議参加者をランダムに 3 つのグループに分けた。それぞれのグループは 1 つの討議テーマに対して以下のステップに基づきグループワークを行った（添付資料①：グループワーク時の説明用スライド）。

ステップ 1： 法令・指針の施行により影響を受ける集団や個人を特定した。

例) 企業（大企業、中小企業）、健康保険組合、企業外労働衛生機関、健診機関、外部 EAP 機関、労働基準監督署、産業保健推進センター、地域産業保健センター、産業医など。

ステップ 2： 「〇〇（だれ）が、どうなる」の記述で法令等の施行から個人の健康影響に変化が起こるまでの流れ図（パス図）を作成した。グループワークの際には、KJ 法等の活用も推奨した。また、法令等以外で労働者の健康に寄与すると思われるその他の要因も抽出した。

ステップ 3： 国が法令等の施行時に把握する必要があると思われる新たな指標（案）を各グループで検討した。

C. 結果

1) グループ討議での流れ図（パス図）と変化が予想される項目

個々のグループで作成された3つの流れ図（パス図）を示す。（図1）各討議テーマで挙げられた法令等の制定により生じると予想される変化は以下の通り。

①労働者の心の健康の保持増進のための指針：平成18年3月

- メンタルヘルス対策に取り組む企業数が増加する
- メンタルヘルスの相談体制が充実する
- 面談を希望する相談件数が増加する
- 産業医による面談件数が増加する
- うつ病などの労災認定数が増加する
- 企業における管理職研修の数が増える
- 上司と部下とのコミュニケーション機会が増加する
- 従業員間のコミュニケーション機会が増加する
- 衛生委員会でのメンタルヘルスに関する話題が増える
- 企業(事業者)のメンタルヘルス対策に対する理解度が増す
- CSR（Corporate Social Responsibility 企業の社会的責任）報告書におけるメンタルヘルス対策関連ページ数が増加する
- 産業保健スタッフの業務量が増加する

- 社内における個人情報管理がずさんになる
- 産業保健スタッフがメンタルヘルス対策以外の取組みをできなくなる
- 精神科医師(メンタル不調労働者の主治医)との連携が増える
- 精神科医の社会での需要が高まる
- 精神科への通院総回数が社会全体で増加する
- うつ病患者の数が増加する
- メンタルヘルス関連疾患にかかる医療費が増加する
- 病気休暇・病気休職者の数が増加する
- EAP(Employee Assistance Program) サービス機関数が増加する
- 社外 EAP サービス機関の業務量が増加する
- 50人未満の企業(事業場)におけるメンタルヘルス対策の実施割合数が増加する
- 地域産業保健センターの利用数が増加する
- 職場への復帰率(復職率)が増加する
- 人事部門が関与する調整業務の機会が増加する
- 報道機関等のマスコミがメンタルヘルスに関する記事などを多く掲載するようになる
- うつ病に対する偏見が減少する
- 精神科クリニックを受診する患者の心理的負担感が減少する
- 自殺者数が減少する

②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：平成 21 年 3 月

- 復職に関する社内の仕組み(システム)が明確になる
- 就業規則が明確になる
- 労災等の訴訟が増える
- 事業場外支援のプログラムが多様化する
- 企業(事業場)間での復職支援システムのばらつきが減少する
- 復職支援システムの(到達)目標が明確になる
- 社内での休職率が減少する
- 企業(事業場)が病休者対応に支払う(金銭的)負担が減少する
- 労働者の QOL(生活の質)が向上する
- メンタルヘルス不調者のスムーズな復職が促進する
- 精神科の業務量が増える
- 社内のプライバシー(個人情報)管理が強化される
- 復職支援システムを悪用(目的外使用)する労働者が増える
- 社内のメンタルヘルス対策を行う担当者の役割が明確になる
- 社内のメンタルヘルス対策を行う担当者の業務量が増加する
- 社内の復職支援の仕組みに対する理解度や周知度が向上する
- 企業内での適切な復職対応が行われるようになる
- 社内の労働生産性が向上する
- 企業イメージが上昇する
- 休職者が社内で非難される機会が増加する

- 休職者が発生した職場の周囲の労働者の業務量が増加する
- 社内でのメンタルヘルス不調者の発見が早まる
- 社内でのメンタルヘルスに関する(産業医)面談数が増加する
- 産業医の業務量が増加する
- 産業医意見書の発行枚数が増加する
- 企業(事業場)内の本業以外の業務量が増加する
- 社内のプライバシー(個人情報)管理の問題が増加する

③ストレスに関連する症状・不調として確認することが適当な項目等に関する調査(2011年11月16日の衆議院解散により廃案となった労働安全衛生法の一部を改正する法律案(閣第16号)関係)：平成 22 年 10 月

- 医師(産業医)面談対象者が増加/減少する
- 産業医の出務、業務量が増加する
- 中小企業における産業医の面談時間が増加する
- 開業医への産業医面談の依頼が増加する
- 産業医資格の取得希望者が減少する
- 精神科医の需要が増加する
- 精神科クリニック受診者が増加する
- 医療費(特に精神科関連疾患)が増加する
- 就業制限のかかる労働者の数が増加する

- 病気休暇、病気休職者が増加する
- 企業が支払う労災保険料が上昇する
- 周囲の労働者の業務負担が増加する。
- 景気が後退する
- 新たな雇用が増加する/解雇者(失業者)が増える
- メンタルヘルス不調者の数が増加/減少する
- 中小企業から企業外労働衛生機関や健診機関への面談依頼が増加する
- 中小企業における負担が増加する
- 保健師の業務が増加する
- 労働者のプライバシー(個人情報)が侵害される可能性が高まる
- 個人情報管理の新たなシステムが必要となる
- 自殺者の数が増加/減少する
- 訴訟件数が増加する
- 労働災害の申請・認定件数が増加する
- うつ病などのメンタルヘルス関連疾患の早期発見数が増加する
- 休職を要する労働者の数が減少する
- 企業の生産性が高まる

グループ間での違いはあるものの、変化が推測される項目は「社会全体」、「企業・事業場」、「労働者」の категорияに分類可能と考えられた。またこれらは相互に時系列の前後関係を有していた。項目によっては、相反する変化が起こると予想されるものが少なからず存在した。

3)メンタルヘルス対策に関する法令等の効果・評価指標(案)

過去および今後制定が予想される法令等が労働者の健康に影響を与えるまでの過程(流れ)のうち、社会全体、企業・事業場、労働者に関する指標(案)が列挙された。これらのうち、新たな評価指標(案)として検討に値すると考えられたものを以下に記す。

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

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

労働者に関する指標(案):メンタルヘルス対策の重要性などに関連する理解度

D. 考察

今回、産業保健専門職の視点から過去のメンタルヘルス対策に寄与した2つの指針と今後実施が予想される指針等について検討を行った。過去2つの指針については、既に社会や企業、労働者に変化が起きているため、指標(案)の多くが数値化可能で、またその変化の方向性(数値の上昇もしくは減少)についてもある程度の傾向分析が可能と思われた。ただし、今後実

施が予想される指針等については、現時点で未確定な要素が多く含まれており、同様の指標（案）であっても全く逆の変化が起こる可能性が推測された。

今回、法令等の施行が労働者の健康に影響を及ぼすまでの過程を検討することで、法令が目指す「事業場におけるメンタルヘルス対策の促進・充実」や「労働者の精神衛生状態の改善」、「メンタルヘルス関連疾患の発生予防」、「休職者のスムーズな復帰や休職期間の短縮」、「自殺者数の減少」に加えて、それらが起こる前に生じると察せられる社会全体、企業・事業場、労働者における変化を捕捉するいくつかの指標案が示された。国が法令等の施行で労働者のメンタルヘルスに何らかの好影響を及ぼすことを意図するならば、アウトカム評価（先述：メンタルヘルス体制の充実度、一人あたりのメンタルヘルス関連疾患による休職期間の短縮、自殺者数等）に加えて、その過程を評価できるプロセスやパフォーマンスに関する指標を設定する必要がある。また、複数の法令等が同時に運用されることを考慮すると、今回のグループ討議で表出した指標のうち、共通する指標（例：産業医によるメンタルヘルス関連の面談数等）などはその有力な候補になると思われる。

労働者のメンタルヘルス対策の促進を考慮した法令等はこれまで多数施行されており、それらの多くが主たる目的を満たすために有効に機能し

ていると考えられる。しかし、法令等の施行という大きな社会的変化が労働者の精神衛生状態に影響を与えるには非常に多くの間接的变化が、社会全体、企業・事業場、労働者に生じ、それらは、数日から年単位まで長期におよぶものも少なくない。そのため、何らかの社会的効果を意図して法政策を立案する場合には、その効果や影響を評価できる指標を事前に検討しておくことが重要である。

1つの素材として、何らかの社会的な変化により、その周辺に存在する人々の健康状態を事前に予測し、予想される負の健康影響を最小化するためのツール：健康影響評価 7) (Health Impact Assessment) があげられる。欧米やアジアの一部では法律で実施が義務づけられている国もあり、今後の重要な参考になると思われる。

今回の取組は、産業保健専門職の協力により実施した。しかし、法令等の施行が労働者の精神衛生状態に寄与するまでには様々な利害関係者、社会資源が関与しており、今回の討議で得られた指標（案）以外にも候補となる評価指標（案）が存在すると考えられる。法政策の社会全体への影響を捕捉する指標を考えるならば、様々な利害関係者の協力のもと、多様な視点から法令等の影響を測るための指標を検討する必要があることが認識された。

E. 結論

法令等の施行が労働者の精神衛生状態に変化を及ぼすまでには社会全

体、企業・事業場、労働者に多くの間接的な変化をもたらすため、様々な利害関係者の関与を得つつ、その過程（中間プロセス）を捕捉する指標を検討し、設定することが重要である。

F.引用・参考文献

- 1) 独立行政法人労働者健康福祉機構。「メンタルヘルス対策支援センター利用者アンケート報告書」平成24年3月
http://www.rofuku.go.jp/Portals/0/data0/sanpo/pdf/H23mental_houkoku.pdf
- 2) 中央労働災害防止協会.平成21年度「労働者の健康の保持増進対策事業」実施報告
- 3) 厚生労働省.「平成19年労働者健康状況調査結果の概況」平成20年10月
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou07/index.html>
- 4) 「職場におけるメンタルヘルスケア対策に関する調査」結果 独立行政法人 労働政策研究・研修機構 Press Release（平成23年6月23日）
- 5) 厚生労働省.「労働者の心の健康の保持増進のための指針」平成18年3月31日.
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/03/h0331-1.html>
- 6) 厚生労働省.「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」平成21年3月23日
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudo>

[ukijun/anzeneisei28/index.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudo/ukijun/anzeneisei28/index.html)

7) 独立行政法人 労働安全衛生総合研究所.「ストレスに関連する症状・不調として確認することが適当な項目等に関する調査研究 報告書」平成22年10月

http://www.jniosh.go.jp/results/2010/1129/pdf/report_stress_101129.pdf

8) John Kemm. Jayne Parry. Stephen Palmer 編著, 藤野善久、松田晋哉 監訳 Health Impact Assessment (健康影響評価) 社会保険研究所 2009

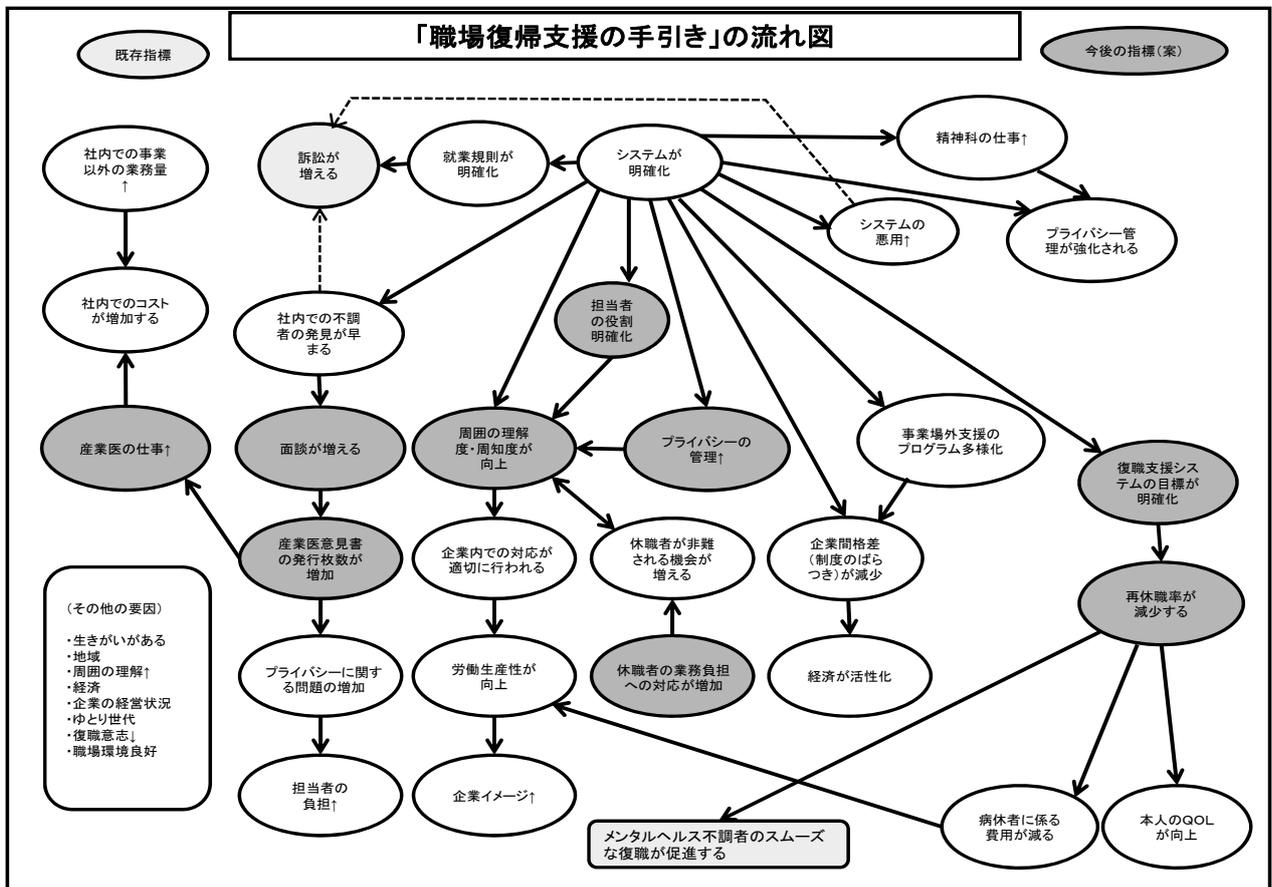
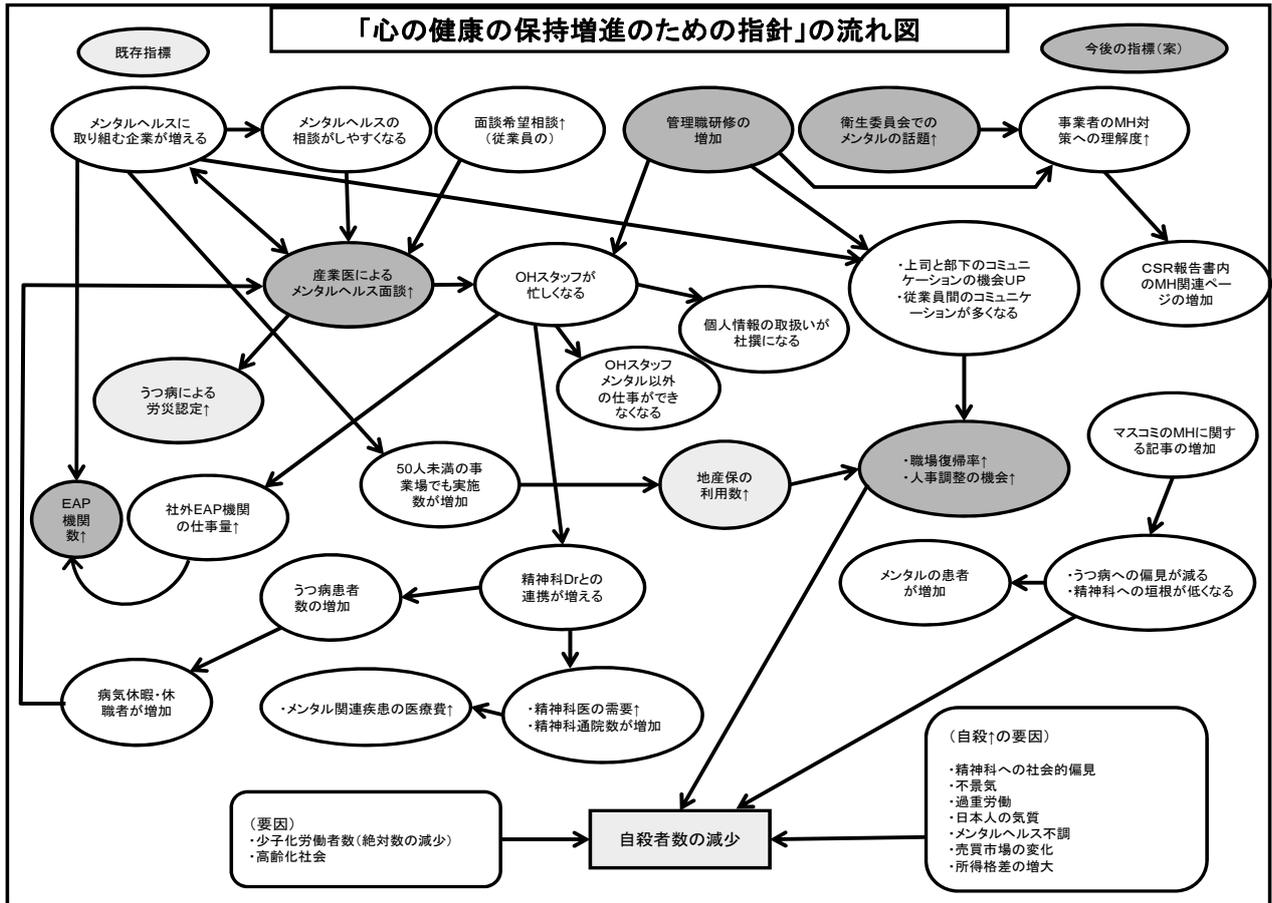
G.研究発表

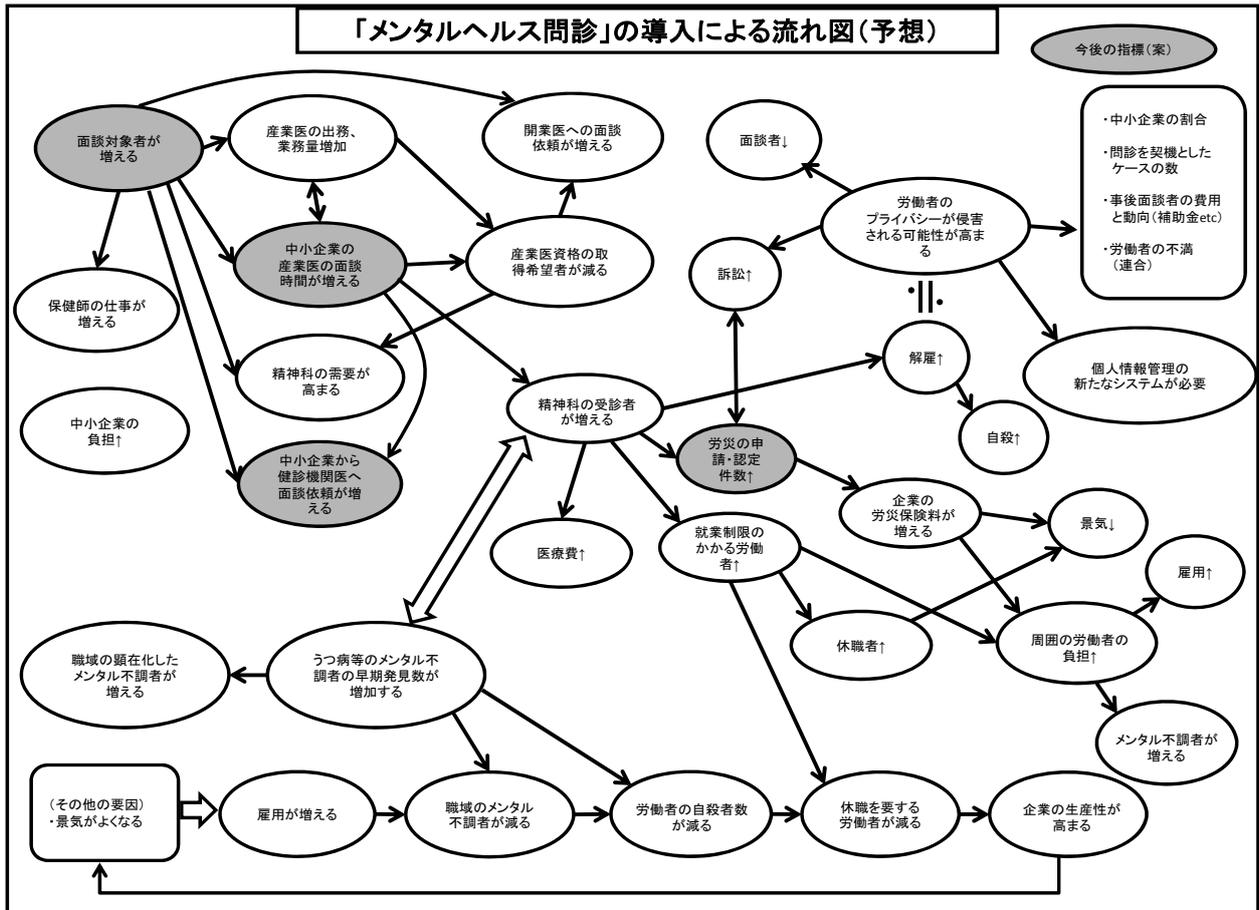
なし

H.添付資料

添付資料①:グループワーク用説明資料

図1:グループ討議での流れ図

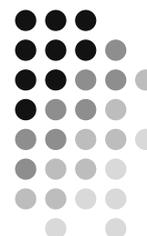




法令、指針等の施行は労働者の健康にどのように影響するか？

2012年6月25日

梶木繁之



本日の目的

労働安全衛生に関する法令・指針などの施行が労働者の健康に影響を及ぼすまでの過程を産業医の視点から検討することで、

- 1) 法令・指針などの施行から労働者の健康影響に変化が起こるまでのパス図を作成する
- 2) 法令・指針などの施行によるプロセス評価指標(案)を検討する



パス図作成時のステップ

Step1: 法令・指針の施行により影響を受ける集団や個人を特定する。

ex) 企業(大企業、中小企業)、健康保険組合、企業外労働衛生機関、健診機関、外部EAP機関、労基署、産業保健推進センター、地域産業保健センター、産業医など

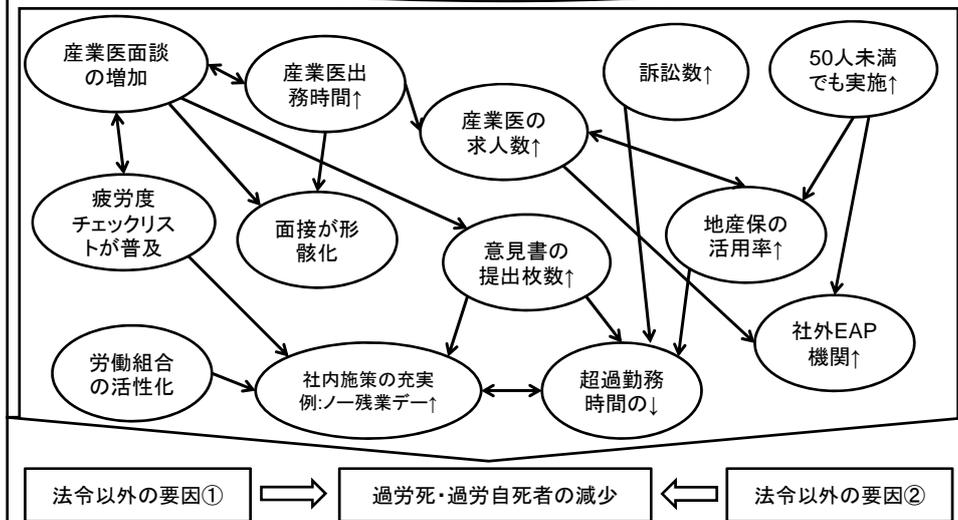
Step2: 「〇〇(だれ)が、どうなる」の記述で法令・指針の施行から個人の健康影響の変化までのパス図を作成する。また、健康影響に寄与するその他の要因も列挙する。

Step3: 国が法施行の際に把握すべきプロセス評価指標(案)を検討する。

パス図の作成(例): 「〇が□になる」

例) 過重労働対策としての医師面接の義務化

法施行「過重労働者への医師面接の義務化」



検討する法令・指針



- A) 平成18年3月：「心の健康の保持増進のための指針」とメンタルヘルス不調者への影響（具体的な影響の詳細：アウトカム評価も列挙する）
- B) 平成21年3月改訂：新「復職支援の手引き」とメンタルヘルス不調者への影響（具体的な影響の詳細：アウトカム評価も列挙する）
- C) 今後の追加予定：「メンタルヘルス問診の施行」とメンタルヘルス不調者への影響（具体的な影響の詳細：アウトカム評価も列挙する）

タイムスケジュール



- 説明、グループ分け 15分
- グループワーク 45分
 - Step1: 法令・指針の施行により影響を受ける集団や個人を特定する。
 - Step2: 「〇〇(だれ)が、どうなる」の記述で法令・指針の施行から個人の健康影響の変化までのパス図を作成する。また、健康影響に寄与するその他の要因も列挙する。
 - Step3: 国が法施行の際に把握すべきプロセス評価指標(案)を検討する。
- 結果発表・全体討議 30分
 - * 法律を施行する際の留意点は？(なにを指標にすべきか)

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

企業経営におけるメンタルヘルス問題に関する調査研究

－人事管理の観点を中心に－

分担研究者 團 泰雄 近畿大学経営学部 教授

研究要旨

本研究は、メンタルヘルス問題について企業経営の視点から問題点を抽出し、その解決に資する示唆を導き出すことを目的としている。そこで初年度には、日本企業のメンタルヘルス問題と組織運営や企業経営全体、とりわけ人事管理との関係について論究したか、示唆をくみ取り得る文献や資料のレビューを開始し、概括的な把握に努めた。

次年度は、関連文献の収集とレビューを進め、メンタルヘルスとの関係が深いと考えられる日本企業の人事管理、とりわけ雇用管理に関連するトピック（雇用不安とストレスの関係、エンプロイアビリティ、心理的契約）に焦点を合わせ、検討を深めることに重点を置いた。

最終年度の課題は、既存の調査研究の文献レビューに併せ、研究班全体で実施した企業等のメンタルヘルス対策従事者向け社会調査（WEBを用いたアンケート調査と個別企業への訪問調査）の結果を経営学的観点から検討することであった。以下、その結果について簡潔に述べる。

1. メンタルヘルス問題に対する企業の取り組みについて

最近の各種調査結果によれば、大企業を中心に日本企業はメンタルヘルス施策を積極的に実施していることがわかる。しかし、メンタルヘルス不調者が企業の対策によって相当程度減少したという調査結果は、現在のところ見出せない。また、労働者にとって厳しい労働環境の実態を報告する文献も数多くあるという、相反する結果が生じている。

その理由は、（実効性のいかんをとわずに）制度を整備するという対応が重視されていること、そのためにアウトソーシングが多く対応がきめ細やかになされないケースがあ

ること、その結果として利用率が低くなってしまっていることなどにある。

特に、形式的な制度の整備という対応が重視されていることについては、アンケート調査においても同様の傾向が示唆される結果となった。

2. メンタルヘルス問題への対応と企業経営

企業がメンタルヘルス問題に対応しなければならない理由について検討した。労働CSRの観点からは、雇用流動性が低い日本において正社員に対する雇用や労働条件維持の責任を企業が負うことが求められている。

リスク・マネジメントの観点からは、労働災害訴訟や従業員の離職、パフォーマンス低下などが企業の利益を損なうというリスクの増大への対応が求められている。しかし、利益の増大に直接つながるのではなく、利益の減少を防ぐという受け身の要素が強いもので、なおかつ効果が短期間に現れないことに対して、企業は経費をかけない傾向にあり、取り組みも消極的になりやすい。メンタルヘルス問題もその一つであると考えることができる。アンケート調査でも同様の傾向が示唆される結果となった。

また、日本企業の人事担当者へのインタビューにおいて、メンタルヘルス不調の問題が企業によって全面的に引き起こされているわけではなく、家族との関係など、家庭における問題が相当大きなウェイトを占めている可能性があり、メンタルヘルス対策において、どこまでが企業の責任であると考えべきか、またどこまで企業側の対策として踏み込むべきかを判断することが難しいという問題が指摘された。しかし、対応しなければ企業経営に支障が出るというリスクは高まっている。

また、職場組織のマネジメントという観点からは、組織風土あるいは組織文化とメンタルヘルスとの関係が注目されていることを指摘した。

3. 日本企業の人事管理の特性がメンタルヘルス問題への対応に与える影響について

日本企業がこれまでに構築してきた人事管理の特徴がメンタルヘルスに対して与える影響について検討を行った。

日本企業は欧米で通常用いられる職務記述書を作成せずに、従業員個人の職務をすべて事前に決めてしまうのではなく、ある程度の役割は決めつつも誰が行うのかは仕事を進める過程で決めていく余地を残すという職務構造がつくられ、それに適合するように雇用、評価、育成といった他の制度も形成されていった。

しかし、この曖昧な職務構造は、職場全体で仕事を行う際に、メンバーの働きぶりが相互に影響し合うことにつながる。従業員に対してプレッシャーを与えることになる場合もあり、そのことがメンタルヘルスに影響を及ぼす可能性がある。

職務内容とストレスとの関係に関する研究はこれまでに多く蓄積されてきているが、欧米を中心に行われてきた研究においては、他者との関係において職務のあり方が変更される状況はあまり想定されていないように思われる。日本企業におけるストレス発生

のメカニズムを明らかにするためには、そのような点を考慮することが必要である。

一方、1990年代以降、日本企業で広まった成果主義的な人事管理は、成果を測定するために各個人の仕事を明確化した。これによって、従来の職務構造に起因する問題は解決することが期待されたが、実際には従来とは異なる問題が生じた。

以上に挙げた問題が日本企業において起きやすい理由の一つとして、雇用の流動化が進展していないことによって、従業員にとっては転職の機会がない、すなわち逃げ道がないことがメンタルヘルス問題へとつながっていると考えられる。

この点にかかわるものとして、近年注目されているのが、エンプロイアビリティという考え方である。企業は、従業員の雇用される能力（エンプロイアビリティ）を高めることによって企業間の移動性を高めることで雇用保障に代わる従業員に対する責任を果たすことが求められる。エンプロイアビリティを高めることは、雇用不安に伴うストレス・コーピング資源としての有効性が期待される。

また、メンタルヘルス問題と雇用や人事管理との関係を考える際に有用な概念として、心理的契約の概念が挙げられる。心理的契約は、従業員と組織との相互期待を指すが、その契約不履行は従業員の態度に悪影響を及ぼす。その悪影響に対して従業員は自己調整を行っているが、それがうまく行かない場合にメンタルヘルス問題が生じていると考えられる。

さらに、人事管理の特徴は企業が活動している国や社会によって決まるのではなく、産業や職種によって決まってくるという主張もあるが、この点については今後の研究蓄積が必要である。

4. 日本企業のメンタルヘルス問題における今後の課題について

まず、休職期間長期化、メンタルヘルス不調の高い再発率、いわゆる新型うつが増加などの新たな問題に対する企業の対応が今後の課題である。特に、再発率が高いという問題についてはアンケート調査とインタビューにおいて改めて確認された。

次に、特にメンタルヘルスの問題にかかわる人（主に人事担当者と管理者）の対応力を高めることが必要であるとの指摘がなされている。これに対して、多くの企業が教育研修や不調者に関する情報共有の仕組みを整備するなどの対応を行っていることがアンケート調査とインタビューにおいて確認されたが、他方でメンタルヘルス不調者の上司が正確な知識を持ち合わせないまま中途半端に対応することで問題をさらに大きくしてしまうという問題が発生している可能性があることも、インタビューにおいて指摘された。

しかし、彼らに過度の負担をかけないような方法も同時に考えなければならないということが注意すべき点として挙げられる。メンタルヘルス問題に対する個人による対応には限界があり、組織的な取り組みが必要である。

その方法としては、企業によるパワーの抑制、サポートティブな組織風土の醸成、従業

員を強くすることといったことが挙げられる。

さらに、企業によるパワーの抑制については、法規制、労働組合、経営戦略として位置づける対応を広げていくことが挙げられる。ただし、いずれも利益に繋げるための効率性の原理を無視して行うことはできないため、それとの両立可能な方法が求められる。

法規制については、アンケート調査において、対応策の実施を促進する施策に対しては賛成する回答が多く、また有効な対策を講じている組織と手法を調査・公表する制度のみならず、十分な対策をしていない企業を公表する制度についても肯定的な見解が多いことが示された。日本企業の従業員においてはメンタルヘルス問題への対応について、法による強制力をより強く持たせる方がよいという見解が強まっていると見ることができる。

労働組合による対応については、メンタルヘルス対策に関与させていないという回答が多くを占めたが、関与しているケースにおいては、組合員からの相談受付、上司への提案、人間関係の調整、長時間を抑制するための規定づくりや調査・監視活動といった活動が細やかに行われている、労働組合が関与している場合には、効果があると感じているという回答が多く、労組による対応は有効であるという可能性が示唆される結果となった。

サポートイブな組織風土を醸成していくためには、トップが社内のメンタルヘルス問題に関する情報を共有し、経営状況を鑑みながら、現場を巻き込んで施策を講じていく必要がある。従業員を強くすることに関しては、メンタルヘルス障害発生予防の視点から重視されるべきである。

また、他方で人事管理施策からメンタルヘルス問題の発生につながる経路を明らかにすることも重要である。その足がかりとして、本研究ではエンプロイアビリティ、心理的契約、社会心理的安全風土といった概念に注目し、検討を行った。この点については、今後も引き続き検討をしていくことが必要であり、今後においてより深いレベルでの実証分析を行っていくことが必要である。

最後に、最終年度に行ったアンケート調査とインタビュー調査より明らかになった点とそこから導き出される今後の課題をまとめた。

A. 研究目的

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、またそもそも経営者がどのようなスタンスでこの問題に対応しようとしているのかといった問題について、企業経営の視点から整理する必要がある。

本研究では、関連領域の研究成果も踏まえ、メンタルヘルス問題について企業経営の視点から問題点を抽出し、メンタルヘルス問題の解決に資する示唆を導き出すことを目的としている。

B. 研究方法

初年度には、日本企業のメンタルヘルス問題と組織運営や企業経営全体、とりわけ人事管理との関係について論究したか、示唆をくみ取り得る文献や資料のレビューを開始し、概括的な把握に努めた。

次年度は、関連文献の収集とレビューを進め、メンタルヘルスとの関係が深いと考えられる日本企業の人事管理、とりわけ雇用管理に関連するトピック（雇用不安とストレスの関係、エンプロイアビリティ、心理的契約）に焦点を合わせ、検討を深めることに重点を置いた。

最終年度の課題は、既存の調査研究の文献レビューに併せ、研究班全体で実施した企業等のメンタルヘルス対策従事者向け社会調査（WEB を利用したアンケート調査（以下、「アンケート調査」と記述）と日本企業 3 社への個別的な訪問調査（以下、「インタビュー調査」と記述）の結果を経営学的観点から検討することであった。

調査にあたっては、本研究の視点を支える経営学、また従業員の意識や企業組織において生じるストレスにかかわる心理学の専門学術文献、公刊されている各種実態調査結果を活用した。

C. 及び D. 研究結果及び考察

本研究は、文献や資料に基づくものであるため、結果と考察を明確に切り分けて議論することが困難である。そのため、考察を含めてここで論じることにする。

1. 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日本企業が取り組み始めたのはいつ頃で、どのように対策が進められていったのか。インタビュー調査の結果によれば、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、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。

では、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。これについては、近年いくつかの調査が実施されている。それらによれば、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。

しかし、アンケート調査においては、メンタルヘルス対策の必要性について感じていると回答に対して、実際にメンタルヘルスを講じているという回答はそのうちの3分の2、全体の半数程度にとどまっている。この結果は、個人の見解がベースになっている点に注意する必要があるが、回答者の所属企業において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。

メンタルヘルス対策への取り組み内容について、先行研究では、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項目が指摘されてきた。本調査でも、それらの取り組みが引き続き行われている

ことが確認されたが、より細かい点についても明らかになった。

メンタルヘルス対策を行うためのスタッフ選任や事業所内での審議を行う会議体を整備していないという回答が約3分の2を占めており、積極的な取り組みが行われているとは言い難いが、一方でそれらが整備されている企業では、個別事例への対応や一次予防策について積極的な取り組みが行われている。

また講じた対策の効果については、あるのではないかと思っはいるものの、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。

その理由は効果がすぐに現れないことや、効果をわかりやすく認識することが難しい（時間的・金銭的なコストがかかる割に効果が高いと実感できない）といったことにあると考えられる。その一方で、対策に取り組んでいる企業はより積極的な取り組みを行っており、対策への取り組みが消極的な企業との温度差がかなりあるというのが現状であると考えられる。

また、最近では、メンタルヘルス対策の担い手として、セルフケアよりもラインケアが重視される調査結果もある。つまり、このことは、メンタルヘルスを個人が個々に対応すべきものとしてではなく、管理職を中心に職場組織運営の問題として対応すべきであると考えられつつあることを示唆しているように思われる。

しかし、メンタルヘルス不調者が企業の対策によって相当程度減少したという調査結果は、現在のところ見出せない。また、労働者にとって厳しい労働環境の実態を報

告する文献も数多くある。

なぜこのように相反する結果が生じるのであろうか。この問題について以下で検討する。

まず、メンタルヘルス問題に対応している、あるいは制度や規定を整備しているとする企業の比率は増加しているが、制度や規定が「ある」のか「ない」のかを問うだけでは不十分であるということである。むしろ、その制度が実際に利用されたかどうかの問題である。利用率が低ければ対策の実効性が上がらないという点が問題となる。

この点について、アンケート調査の結果によれば、メンタルヘルス対策のための社内規定の整備については、全般的には消極的であるように見受けられる。また、規定の整備自体が不調者の減少に貢献しているという実感が無いと感じられることも多く、このことは、規制を機能させるための工夫がさらに必要であることが示唆していると言えよう。

次に、メンタルヘルス問題に対応しているといっても、表面的であっても「対応している」という事実が重視されている可能性があるということである。EAP、相談窓口の設置、メンタルヘルス教育の実施といった施策を社内に抱え込んで行っている企業は多くなく、アウトソーシングするケースが多い。

例えば、カウンセリングなどは管理職が行うことが難しく、専門家の知識が必要とされるが、逆にそれらの専門家は職場の問題に対応することが困難であるため、管理職と専門家との連携が重要となるが、アウトソーシングしている場合には、サービス

の提供者は多数の企業にサービスを提供するため、対応窓口を増やすことが難しく、特定の企業に対するきめ細やかなフォローを行うことを困難にする。そのため、対応が不十分なままになっているケースも少なくない。

また、外部の企業に相談窓口を設けたとしても、管理者の働きかけがないために利用率が低いという問題もある。その解決策の一つとして考えられるのは、セルフケア教育の充実であるが、自分のことは自分で対応するよというメッセージを送ってしまうと、利用率の向上にはつながらないように思われる。

しかし、企業が制度を整備することは確かに重要であるが、それが難しい場面もある。例えば、メンタルヘルス不調による休職後の復帰に際して、その扱いを制度化することについて、対応に苦慮する例が少なくない。

対応が難しい理由は、人によって置かれている状況、症状などにかかなりの個人差があるので、対応が個別的にならざるを得ないということであろう。このような場合、それでも制度を一律に適用するか、運用による個別対応を行うかの選択を行うことになるであろう。この対応に関して、その都度検討して決めている企業、ルールとして定めている企業、医師の診断書に従う、の3つがほぼ同じような割合で存在しており、復職後の支援体制については、大企業ほど専門担当者を置いていることが多いという調査結果がある。

ただし、運用による対応では、現在のよように労働条件が個別化し、また処遇も個人差が大きくなっている状況下では、他の従

業員との公平性が問題となってくる。

これらの点が、企業はメンタルヘルス施策を積極的に行っているというのに、従業員にそのような実感が伴っていないという、相反する結果を生み出している理由であると考える。

また、最近では先進事例を参考にしたいというニーズもあることから、事例の開示や、調査などが行われている。

そこにおいて導き出されている示唆には以下のようなものがある。

- ・ 継続的支援を行う仕組みを持つ会社は、復職率を高めることができる可能性がある。
- ・ トップが知識を持ち、取り組む覚悟があることが重要である。
- ・ 管理者どうしが集まることによる意見交換の場をつくることで、現場で対応する管理者を孤立させないことが重要である。

ただし、この先進事例がなぜ生まれたのか、その条件とは何かといった点について現時点で一般化することは難しく、事例研究を蓄積していくことが必要であると考える。

先進事例の長所、それを可能にする条件については、事例研究を蓄積していく必要がある。

2. メンタルヘルス問題への対応と企業経営

メンタルヘルス不調は個人において生じるものであるが、その影響は個人のレベルにとどまらず、職場組織のレベルや、企業全体のレベルにもおよぶ。そのため、メンタルヘルス問題の解決に向けては、制度のみならず、企業がこの問題に対してどこま

で責任を負うべきか、またどのような姿勢で臨もうとしているのかという、企業経営の視点からも検討しなければならない。

まず、なぜ企業はメンタルヘルス問題に対応しなければならないのかという点について述べる。

メンタルヘルスへの対応は、経営学の領域において、近年盛んに論じられているCSR（企業の社会的責任）との関連で取り上げられるようになった。

従来から、日本においては正社員の解雇が厳しく制限されてきたことから、正社員との長期的な雇用関係が維持されてきた。近年、雇用の流動化が議論されているが、実態として正社員の雇用の流動化は進展しているわけではない。しかし、経営環境が厳しくなる中で、長時間労働、賃金の低下など、働く条件は厳しさを増している。

その結果、転職という選択を自発的に行うことが現実的に困難である状況下で、正社員（あるいは長期間雇用されている非正社員）は条件の悪化を受け入れている状況が長く続いている。これに対して企業は雇用者としての責任を果たすべきであるとする考え方が広がっているのである。

また、メンタルヘルスへの対応を企業が行わなければならない理由は、労働災害訴訟や従業員の離職、パフォーマンス低下などの組織マネジメント上のリスクの増大にあるという指摘も多くなされ、さらにはリスク・マネジメントの観点から対応すべきという見解も見られる。

従業員を組織目的から離反しないように組織へと統合していく人事管理の機能という観点からも、この問題への対応が必要である。

例えば、従業員の離職に伴い、新たな従業員を採用することによってメンバーの変更が生じるよりも、休職後に復職する人に復活してもらおう方が、募集費などの採用に関わる金銭的成本や、採用に関わる時間的なコスト、教育訓練費は少なく済むと考えられる。

しかし、利益の増大に直接つながるのではなく、利益の減少を防ぐという受け身の要素が強いもので、なおかつ効果が短期間に現れないことに対して、企業は、経費をかけない傾向にある（例えば教育訓練費は企業業績が低下するとそれに伴って減少する傾向がある）が、メンタルヘルス問題もそのような性質を持っていると考えられる。

受け身の要素が強い問題において、企業が経費をかけようとする場合には、対応すべき対象者が多くなってから行われることが多いと考えられる。アンケート調査の結果においても、メンタル不調者の全従業員に占める割合は多いわけではなく、発生しない場合もあることから、取り組みに積極的ではない企業が少なくないという結果になっていると考えられる。

また、メンタルヘルス問題への対応は期間も長く、家族の問題や本人の性格の問題など、会社の内部だけでは完結しないという問題があり、どこまで踏み込むかが難しい。仕事に関連するものだけを切り分けて発生原因を特定することも難しく、特定の施策を講じた場合に、その成果を把握することも難しい。例えば、インタビュー調査においても、40～50歳代であるとき急に不調となってしまうケースが増加する、不調者の高齢化が問題となっており、その原因は家庭要因が最も多いのではないかという

ことが指摘された。そのため、企業の対策も遅れがちであり、ゆっくりとした動きになってしまうのであろう。

ただし、これらの問題は、対応しなければ利益の減少につながる可能性が高いと考えられる。

さらに、企業が対応を怠れば、人材の使い捨てというイメージが定着し、勤続年数の短期化が進み、人材が育たなくなってくることもつながる可能性があるというだけでなく、現象が組織内に広がってから対応したのでは手遅れになってしまう可能性もある。この点は、中長期的にも大きな問題があると思われる。

そのような中で、企業のメンタルヘルスへの対応を進めるためには、メンタルヘルス不調による休業の後に復職した従業員の仕事のパフォーマンスがどの程度元に戻っているのか、どのように成功したのかといった点について、明らかにしていく必要があるだろう。

また、メンタルヘルス問題への対応は、職場組織という観点からも検討される必要がある。中でも、組織風土あるいは組織文化とメンタルヘルスとの関係が注目されている。

例えば、日本企業を対象とした場合、職場でのコミュニケーション機会の減少、職場での助け合い減少、個人で仕事をする機会の増加といったことが、メンタルヘルスを悪化させると人事担当者が感じていることを示す調査結果が存在する。

あるいは、企業への一体感の低下が感情的に企業から離れてしまうことにつながり、それが離職志向の高まりやwell-beingの低下に影響を与えているという研究結果があ

る。

後に詳しく述べるが、組織風土あるいは組織文化とメンタルヘルスとの関係についての研究は、ストレスへの影響を中心に、少しずつではあるが、海外を中心に行われている。そこでの知見が日本においても、どの程度活かせるのか、また日本において他国とは異なる独自の特徴があるのかどうかについて、今後調査していく必要があるだろう。

3. 日本企業の人事管理の特性がメンタルヘルス問題への対応に与える影響

従業員を組織目的から離反しないように組織へと統合していく人事管理の機能という観点からも、この問題への対応が必要であることはすでに述べたが、さらに具体的に日本企業がこれまでに構築してきた人事管理の特徴がメンタルヘルスに対して与える影響についても、検討する必要がある。

アンケート調査においても、人事管理にかかわるあらゆる領域が職場のメンタルヘルス対策に深く関わると労働者が考えていることが明らかになった。

ある国の企業の人事管理は、それが属する社会における経済制度や文化、法制度のあり方によってある程度一定の方向に収斂していくという考え方がある。

日本企業においては、すでに述べたように、雇用者の多くを占める大企業の正社員に対して長期雇用が適用されてきた。長期雇用は労働組合との交渉によって成立したと言われているが、企業が従業員を長期雇用によって定着を促すことは、育成された人材を長期にわたって活用することが可能

となるため、企業の経営活動の安定化に寄与すると考えられる。多くの大企業がこのような方法を採用したことによって、労働者が企業間を移動するケースは少なくなっていた。

一方、長期雇用と引き替えに、日本企業は企業主導型の異動やジョブ・ローテーションを実施していった。すなわち、欧米で通常用いられる職務記述書を作成せずに、従業員個人の職務をすべて事前に決めてしまうのではなく、ある程度の役割は決めつつも誰が行うのかは仕事を進める過程で決めていく余地を残すことによって、柔軟な職務編成と多能化を志向した人材育成を可能にしていったのである。

そして、このような職務構造に合うように他の制度も形成されていった。人事考課では、職務の価値を算定して決定するのではなく、職務遂行能力に対する評価、さらに仕事への取り組み姿勢を評価する情意考課が重視された。人材育成は職場での経験を積むことによって実現され、企業にとっても育成投資を確実に回収するために長期雇用を継続していった。

3. 1. 曖昧な職務境界

職務境界を明確に規定しないことは、柔軟な職務編成と多能化を志向した人材育成を可能にしたことから、日本企業は多くのメリットを享受することができた。

しかし、他方で曖昧な職務境界は、従業員に対してプレッシャーを与えることとなる場合もあり、そのことがメンタルヘルスに影響を及ぼす可能性がある。

日本企業における曖昧な職務構造は、職場全体で仕事を行う際に、メンバーの働き

ぶりが相互に影響し合うことにつながる。具体的には、以下のような問題が生じている。

第 1 に、残業の問題がある。日本では解雇に対する規制や考え方が厳しいため、一度雇った従業員を簡単に解雇することは難しい。そのため、仕事が一時的に増えた場合には、新たに従業員を増やすよりも現有の従業員の労働時間を増やすことで対応してきた。

しかし、現在ではリストラ実施後に仕事が増えても増員しないというケースが多く、一人あたりの仕事量は増加している。加えて、短い納期によるプレッシャーもますます強くなっており、従業員は残業時間を増やして対応しなければならないケースが増えている。こういった状況において、個人の仕事の範囲や量が明確になっていないために、仕事負荷の増大を抑制することが難しくなっている。また、仕事を分担しているメンバーが残業しないことで、他のメンバーにしわ寄せが行ってしまうという点も問題である。

この点については、アンケート調査結果において人員を確保できることを法律で規定することを望む回答が少なくなかったことから、問題視されていることであると言えよう。

第 2 に、休職が発生すると、代わりの人を手配することになるが、同じ能力レベルの人を改めて外部から採用することは難しく、その場合には職場の他のメンバーがしばらく休職者の分の仕事を行うことになることがある。仕事の配分において過度の偏りが生じることは、他のメンバーのモチベーションにも影響する。

第 3 に、休職者が長期間の休職を経て復職した場合、今度は復職者にどのような仕事をどの程度与えるかが難しいという問題もある。

第 4 に、職務境界が曖昧であることが目標や計画のなさと結びつき、職務を割り当てられる際に、必要以上の負荷を与えることになったり、役割の曖昧さを増大させたりすることで、強いストレス反応につながることも少なくない。目標を決める機会があっても、目標をその後調整し、決定する仕組みがないことが、長時間労働を促進してしまうことを指摘する研究もある。

また、企業の求める時間軸と従業員の求める時間軸とのズレがストレスにつながるという研究結果もある。

特に以上に挙げたことがたびたび繰り返されると、ストレスの多い職場風土につながっていく可能性もある。

第 5 に、人事考課において情意考課が重視されているために、メンタルヘルス不調であることが上司に知られると評価に影響してしまうのではないかという不安にもつながるのではないかという指摘もある。

職務内容とストレスとの関係に関する研究はこれまでに多く蓄積されてきているが、欧米を中心に行われてきた研究においては、他者との関係において職務のあり方が変更される状況はあまり想定されていないように思われる。日本企業におけるストレス発生のメカニズムを明らかにするためには、そのような点を考慮することが必要である。

3. 2. 成果主義への転換とその影響

1990 年代以降、日本企業で広まった成果

主義的な人事管理は、成果を測定するために各個人の仕事を切り分けたが、このことは職務の明確化につながるので、従来の職務曖昧な職務境界に基づく分担とは逆の方向性を持っている。

これによって、上で述べたような従来の職務構造に起因する問題は解決することが期待されたが、実際には別の問題が生じた。

例えば、仕事が個別化したために、周囲とのコミュニケーションが取れず、孤立したと感じることなどがそれに当たる。

コミュニケーションは多いが周囲からのプレッシャーも多い状況から、逆にコミュニケーションは少ないが成果へのプレッシャーも多いというように、このような急激な変化に対して、働く人がついていくことができず、ストレスが増大しているという問題がある。

また、管理職にも、プレイング・マネジャーとして成果を上げることが求められるようになったため、管理職が自身の成果を上げることに集中し、部下をケアできなくなってきた。

このような状況が一定期間続いてきたために、人材が育たないという問題が生じた。

3. 3. エンプロイアビリティ

以上に挙げた問題は、いずれも組織において対応が必要なものであるが、それらが日本企業において起きやすい理由の一つとして、雇用の流動化が進展してないことがあると考えられる。

転職しにくい状況は、働く人にとってみれば自分の働く環境を変えることが難しいことも意味している。

雇用の流動化に対して、人材育成の費用

回収という観点からすれば、企業は避けたいと考えるであろう。

しかし、労働条件の切り下げや長時間労働によってモチベーションが下がってしまった従業員にとっては転職の機会がない、すなわち逃げ道がないことがメンタルヘルス問題へとつながっている可能性がある。

ところが、それでも働く人はむしろ終身雇用を支持しているというデータがある。リストラによる雇用不安が増大しており、それは現在のところ不可逆的な動きとなっているが、長らく外部への転職機会がないと考えられてきた日本において、企業の外へ出るということが自身にとってリスクが大きいと働く人が考えているのであろう。

雇用が維持されることを働く人が期待することはごく自然なことであるが、雇用不安から逃れたいという消極的な雰囲気ばかりが広がってしまうと、企業にとっても成長を期待することは難しくなるだろう。

そこで近年注目されているのが、エンプロイアビリティという概念である。

エンプロイアビリティとは、「雇用される能力」を指し、これが高い人ほど、意に沿わず辞めさせられることも少なく、また仮に辞めさせられても転職が可能となり、雇用不安下の勤労者にとって理想的な状態であるともいえる。

雇用保障を約束できなくなった企業が、「何らかの理由で雇用が維持できなくなっても、能力が十分に高ければ他社での雇用機会を見つけることは可能である」という状況を作り出すために従業員の能力を高め、その結果として移動可能性を高めることで雇用保障に代わる従業員に対する責任を果たそうという考え方である。

エンプロイアビリティに関する研究は、ヨーロッパで盛んに行われてきた。一方、日本でも日経連が報告書を出版するなど、重要な課題であると言われた時期があったものの、その後は研究も少なく、実践的にも注目度が低い時期が続いた。

しかし、最近、グローバル競争の激化に伴い、事業所の海外移転が増加する中で、国内での雇用維持が難しくなってきた日本企業によるリストラが増加しており、再びその重要性が増している。

日本では失業する確率は低いが、一度失業してしまうと期間が長くなる傾向がある。そのような中で、エンプロイアビリティを高めることは、企業にとっても働く人に獲得しても喫緊の課題であると言えよう。

最近のエンプロイアビリティ研究の流れに言及している研究によれば、エンプロイアビリティにつながる能力やスキルのリスト化の研究が出尽くし、エンプロイアビリティの人的資源管理等への応用が近年数多く行われるようになっており、能力概念としてのエンプロイアビリティの捉え方が能力やスキルのリスト化から、過去 10 年で、雇用可能性実現のプロセスへと大きく変化しているという。

また、雇用不安（「脅かされた雇用状況における望ましい継続雇用維持の知覚された無力感」と定義される）や、エンプロイアビリティ知覚の職務態度への影響を明らかにし、ストレス理論に立脚したエンプロイアビリティ保障の可能性を探る試みが行われている。

それによれば、以下のことが明らかにされている。

- ・ 雇用不安は職務満足、組織コミットメ

ント、キャリア意識にネガティブに作用し、退職意思を促進していること

- ・ エンプロイアビリティ知覚が雇用不安と職務態度等との関係にある程度影響していること
- ・ エンプロイアビリティ知覚が雇用不安のキャリア意識へのネガティブな関係への緩和効果を持つこと

この結果は、エンプロイアビリティが高いと感じている従業員は、雇用が保障されない可能性を感じても、過度の悪影響を受けないことを示唆している。

それゆえに、エンプロイアビリティ知覚は特にストレス・コーピングの資源としての有効性が期待されると言えよう。

ただし、エンプロイアビリティを高めることの効果については、明らかにされていることがまだ少ないことから、さらに調査が必要である

例えば、日本では現在でも全般的には転職しにくい状況だと言っても、例えば求人が激減する 40 歳代、過労の 30 歳代、求人は比較的あると考えられる新卒 2~3 年の従業員というように、世代ごとに直面する問題は異なると考えられる。これらの点についても検討していく必要がある。

また、エンプロイアビリティを雇用可能性の実現プロセスにどう反映させるのか、具体的には、人事管理施策にどのように反映させるのかについても今後の課題であろう。

日本では、転職市場の整備が進んでおらず、中途採用に対して企業は依然として消極的である。そのため、エンプロイアビリティを高めることは、必ずしも転職につながるわけではないと考えられる。

積極的に転職していくための手段としてエンプロイアビリティを高めるというよりも、雇用機会が喪失する、いわばいざというときのための備えとしてエンプロイアビリティを高めるという考え方が働く人の間で広がる可能性が高いと思われる。

そこで企業に求められるのは、いっそうの能力開発機能であり、それに責任を負うことである。

そのためには、公正な評価方法、職務や目標の明確化、従業員が持つ時間軸と企業の持つ時間軸のマッチングといった視点から、企業が人事管理施策を点検していく必要があるだろう。

3. 4. 心理的契約

メンタルヘルス問題と雇用や人事管理との関係を考える際に有用な概念として、心理的契約を挙げるができる。

心理的契約とは、従業員と組織という当事者の相互期待を指す。心理的契約は、従業員のメンタルヘルスが、仕事経験によってどのように影響されるかを調べる過程で発見された。

心理的契約の考え方においては、法律と社会的関係という2つのメカニズムによって履行を担保された、約束の全体を契約と見なすという特徴を持っている。

心理的契約はその後の理論展開において、従業員による知覚現象として捉えられるようになり、実証研究が盛んに行われるようになった。

心理的契約研究のレビューを行った文献によれば、実証研究の測定タイプは、心理的契約に含まれる具体的な契約内容に主眼をおく内容志向と、組織側の契約の履行

と不履行に対する従業員の評価とそれがもたらす結果に注目する評価志向との研究に大別されるという。

心理的契約に対する評価に関して、日本企業を対象として心理的契約の履行状況を把握し、それが従業員に対して影響を与えているのかを調査した研究によれば、多くの企業において組織側による契約不履行が発生していること、そのことが従業員の態度に対してマイナスの影響を与えている（情緒的コミットメントを低下させ、離職意図を高めている）ことが示された。

しかし、それでも日本の従業員は企業にとどまり、契約関係を維持している。その理由は、心理的契約の不履行に対して、従業員が自己調整を行っている（期待水準を下げ、履行水準を下げる、離職してしまう）ことにあるという。

この点について、日本企業を対象とした研究によれば、多くの従業員は契約の不履行を知覚しているが、期待水準の低下という比較的穏当なオプションによって対応しているという。

しかし、自己調整がうまく行かない場合にメンタルヘルス問題が生じている可能性がある。それは性格など本人に起因するものであるかもしれないし、期待水準を低下させたり、履行水準を低下させたり、離職してしまうという、いずれのオプションも採用することが困難であるという状況に起因するものであるかもしれない。

このような問題への対応を考える際に、例えば上で取り上げたエンプロイアビリティの考え方は、日本企業で近年顕著になっている終身雇用に基づく心理的契約の不履行による悪影響を和らげることにつながる

可能性を持っていると思われる。これらの点についても、今後の研究蓄積が必要であろう。

3. 5. 産業や職種の違い

また、近年、人事管理の特徴は企業が活動している国や社会によって決まるのではなく、産業や職種によって決まってくるという主張がある。このことは、メンタルヘルス対策に関しても、産業や業種によって異なり、職種ごとの違いを考慮した検討が必要であることを示唆している。

例えば、コールセンターや営業といった、顧客と対峙する仕事は、感情労働におけるストレス問題として固有の問題があると指摘されている。

仕事において他の人と接触することの少ない職種や、職務に自律性を発揮する場面の少ないマニュアル化の進んだ職場においてメンタルヘルス問題が多く生じているとも考えられる。インタビュー調査においては、一人で動くことの多い業務の特性上、やむを得ずストレスが多くなってしまったために精神障がい者雇用が消極的であるというケースがあった。途中で障がいが発生した場合には、やむを得ず転身してもらうことも重要であることも述べられていた。

このようなストレスという観点からの研究は、心理学の領域において蓄積されているが、その研究対象は主として専門職（看護職や教育職）であることが多い。今後は一般企業においても検討すべきであると考えられる。また国際比較なども必要になってくるため、今後も引き続き研究の蓄積が必要である。

4. 日本企業のメンタルヘルス問題における今後の課題

職場レベルでの問題について、その背景要因を前で述べたが、ここではもう少し実践的な問題について検討しておく。

4. 1. 企業によるパワーの抑制

最近の問題として、休職期間長期化、メンタルヘルス不調の高い再発率、いわゆる新型うつの増加が挙げられる。

特に、再発率が高いという問題についてはアンケート調査とインタビューにおいて改めて確認された。

これらの問題に対して、企業がいかに対応していくかが今後の課題であり、特にメンタルヘルスの問題にかかわる人（主に人事担当者と管理者）の対応力を高めることが必要であるとの指摘がなされている。セルフケアからラインケアへと対応の際に重視すべき部分に移っていることは前でも述べたとおりである。

しかし、そこで注意すべきことは、彼らに過度の負担をかけないような方法を考えなければならないということである。担当者が疲れてしまう状況を放置することは事態を悪化させるだけということになりかねない。

メンタルヘルス問題に対する個人による対応には限界があり、組織的な取り組みが必要である。企業は教育研修や不調者に関する情報共有の仕組みを整備するなどの対応を行いつつあるが、他方でメンタルヘルス不調者の上司が正確な知識を持ち合わせないまま中途半端に対応することで問題をさらに大きくしてしまうという問題が発生

している。

企業におけるメンタルヘルス問題に関しては、企業による主体的な対応が中心となることは当然のことであるが、企業は経済主体であり、利益に繋げるための効率性の原理を無視して存続することはできない。その一方で、効率性の原理を過度に強調することで従業員のメンタルヘルスが損なわれることもまた、企業の存続を危うくすることにつながる可能性がある。

このような関係の中では企業側の立場が強くなりやすいために、それを抑制するものが必要である。

4. 1. 1. 法規制・国による施策

一つは法規制であり、これは企業の行動に対して直接的な拘束力を持つ。しかし、法規制が厳しすぎると、企業が自律的に行動できないという悩ましい部分をどう解決するのが問題になってくる。誰の利益を主として守っていくのが現実的に対応可能な選択肢であるのかを検討しなければならない。

この点に関しては、日本における労働CSRの調査結果が参考になる。そこでは、重要な労働問題として、メンタルヘルス問題への対応が挙げられているにもかかわらず、実際の動きはかなり鈍いと感じられる（他の労働問題に関しても同様である）。

労働CSRの文献においては、日本の法規制が弱く、努力義務規定に見られるように、問題への対応が企業側に任されている部分が多いことに問題があることが指摘されている。

CSRには、経営効率を高めるという一般の見方が強く支持されているとは言い難い

面がある。また、短期的な経営効率優先という大きな障壁があるため、CSRが経営効率に貢献するということが明らかにならないければ、広く支持されることも難しいのかもしれない。

そこで法規制や国の施策にかかる期待が高まると考えられるが、どの程度の法規制、あるいはどのような内容の施策が望ましいのか。

この点については、アンケート調査の結果は以下のようになっている。

国その他の公的機関が、個々の企業（団体）のメンタルヘルス状況の問題点（リスク）と良い点（グッド・ポイント）を調査し、その両者を総合的に評価して対応策の実施を促進させる施策、有効なメンタルヘルス対策を実践している組織と手法を調査して、当該企業（団体）の同意を得て公表する制度、多くの不調者を生み出しているにもかかわらず十分なメンタルヘルス対策を実施していない企業（団体）を公表する制度のいずれについても賛成するという回答が80%以上を占めていた。

また、今後メンタルヘルス対策の促進を図るための新たな法律条文や法律ができれば、企業（団体）で実際に役立つ対策が進むと思うという回答が78.8%を占めていた、

以上より、日本企業においては、メンタルヘルス問題への対応について、今後は法規制や国の制度などにより強制力をより強く持たせることによって企業による取り組みを促進する方がよいという見解が強まっているとみることができるであろう。

ただし、十分な取り組みを行っていない企業の公表については反対意見が多く出ることも予想される。そこで問われるのは、

「十分な取り組み」と「不十分な取り組み」とを分ける基準が何かということであり、メンタルヘルス不調の発生原因として職場要因と個人要因（家庭要因を含む）をどのように切り分けて考えるのか、つまりどこまでを企業の責任であるとするのかということである。

4. 1. 2 労働組合

もう一つは、労働組合である。労働組合は、従業員のニーズを細かくくみ取って企業側との協議を行い、場合によっては交渉を行う主体である。

日本における労働 CSR の調査によれば、企業が果たすべき CSR について、健康・メンタルヘルスを指摘する企業別組合の割合が高い（77.6%、全項目中第3位）。

また、先進事例として挙げられている中に、ストレス調査の結果を経営者と管理者、そして労働組合にも積極的に開示するものがあった。ただし、それがどの程度の広がりを見せているのかは現時点では不明であるので、今後明らかにしていく必要がある。

このように、メンタルヘルス問題への関心は高くなりつつあるが、各組合がどのように対応しているのかについても明らかにしていくことが必要である。

この点について、アンケート調査の結果によれば、事業所がメンタルヘルス対策に労働組合を関与させているという回答4分の1程度にとどまっていたが、関与させている場合には提案、調査、監視といった活動が細やかに行われており、その場合には効果があると感じられていた。すなわち、

労組を関与させる方法は有効であるという可能性が示唆される結果となったと言える。

4. 1. 3. 経営戦略として位置づける対応

メンタルヘルス問題への対応については、ワークライフバランスに対する企業の対応が参考になる可能性がある。出産・育児によって休職と復職という過程を経る点や、企業にとっては短期的な視点で見ると、効率性が損なわれると考えられやすいという点、そして対応を誤ると従業員の離職やモチベーション低下につながるという点は、両者において共通していると考えられる。

例えば、アメリカではワークライフバランスを経営戦略の一部として考え、その結果を明確に探ろうとしていると言われていたが、メンタルヘルスに対しても同様であるかということも今後検討する価値があると考えられる。

また、メンタルヘルス問題について、ダイバーシティ・マネジメントの分野における知見も併せて今後検討する必要があることも指摘しておきたい。アンケート調査においては、所属する事業所で障がい者雇用に対して積極的である理由として、「組織のダイバーシティが進む」という回答が多く見られた。これは近年注目されているダイバーシティ・マネジメントと精神障がい者雇用との関連性が認識されていることを示している。

ただし、ダイバーシティ・マネジメントにおいては、表層的な取り組み（つまり多様なカテゴリーの労働者を雇用している）ということだけでは不十分で、上でも述べ

てきたように、より深いレベルでの取り組みが必要である。

しかし、この点については、短期的な経営効率優先という大きな障壁があるため、経営効率に貢献するということが明らかにならなければ、積極的な取り組みを期待することは難しいかもしれない。

メンタルヘルス不調者を減らすことは、企業の利益を損なうリスクを軽減することにつながるが予想されるものの、その一方で短期的に劇的な改善を期待することが難しいことも予想される。メンタルヘルス不調については、再発率が高いという問題もあり、それも対策が進みにくいことの原因となっていると考えられる。

もっとも、例えばメンタルヘルス不調者を復職させる仕組みを持っていて、実際に復職させたことが経営成果に結びついていることを明確に示す結果があれば、対策に乗り出す可能性はあるだろう。

メンタルヘルス不調者をいかに復職させるのかという問題については、メンタルヘルス不調の原因がどこにあるのか、特に雇用の問題とどのようにかかわっているのかによって対処の仕方が変わってくると考えられる。

ただ、そのような調査結果は、特に企業横断的なレベルでは、今のところ見当たらない。今後の課題であろう。

4. 2. サポートティブな組織風土

企業においてメンタルヘルス問題に取り組む際には、職場レベル、全社レベル、個人レベルのそれぞれにおいて、それぞれに取り組むべき課題がある。しかし、それぞれがバラバラに取り組むのではなく、それ

らを連携させていくことが重要である。

4. 2. 1. 管理職の役割

職場でのメンタルヘルス問題を考える上で、管理職には、職場運営での日常的なストレス予防と改善努力、部下への適切なサポート、部下へのストレスの気づきと専門家に相談するよう助言する役割が期待されている。

職場においてサポートティブな組織文化を創り出す上でも、上司に期待される役割は大きい。メンタルヘルス施策において、管理職への啓発活動、教育訓練などがかなり重視されているのも、そのような理由からであると思われる。

また、ソーシャル・サポート研究において、メンタルヘルスの専門家ではない、職場の人々による有形無形のサポートが、労働者のストレス軽減に結びつく可能性が示されている。また、職場復帰に向けたソーシャル・サポート研究の必要性も指摘されている。

さらには、問題上司の早期発見・チェック体制の確立、管理職の評価項目にソーシャル・サポートを取り入れるといったことも人事管理施策として考えられている。

しかし、管理監督者にメンタルヘルス不調者が増加している。管理職の果たしうる役割は確かに大きなものがあるが、その一方で成果を上げることも求められ、かなり強いプレッシャーに晒されているとも言える。

このような状況の下では、監督者に対して部下の不調の気づきやケアに関する教育研修や情報提供だけでは不十分であろう。また、管理職に対するチェックや、評価項

目をさらに増やした場合には、仕事上の負荷を増やすことが危惧される。

4. 2. 2. 組織内の情報共有

組織内の各レベルが連携していくためには、従業員のメンタルヘルスに関する情報共有が欠かせない。しかし、各職場が正確な情報を伝達しないというケースがある。

メンタルヘルス不調者を休職をさせることに関してメンタルヘルス担当部署に強い権限がある場合に、そうした危険性がある。

組織内の情報共有を促進していくためには、各部署の間でどのような力学が働いているのかということについても、検討する必要がある。

4. 2. 3. 組織風土づくり

組織風土あるいは組織文化とメンタルヘルスとの関係についての研究は、ストレスへの影響を中心に、少しずつではあるが、海外を中心に行われている。

組織風土の測定尺度づくりは、日本においても試みられつつある。また、ストレス理論を組織風土との関連で拡大していこうという試みもある。

その一つとして、社会心理的安全風土（以下、PSCと略記する）概念がある。PSCは「労働者の健康と安全の保護のための政策、施策、手続き」と定義される。

PSCは、ワークストレスの原因とされる労働負荷などの仕事上の要求、仕事に対する労働者のコントロール、資源、ソーシャル・サポートなどに影響を与えるコンテクスト要因として位置づけられ、安全風土理論とワークストレス理論のギャップを埋めるものとして提唱された。

PSCは、心の健康とワークストレスの防止のための経営者によるサポートとコミットメントを詳述するものであり、それは組織の財産であるとされる。

PSCは、経営者の関与とコミットメントによるストレス防止へのサポート、組織内コミュニケーション（ストレス防止が組織内のすべての階層レベルにおいて行われている）、組織的な参加（仕事における健康と安全についての関心事を解決するための意見を経営者が聞きいれている）、関与（従業員、労働組合、企業内の安全衛生担当者を取り組みに参加している）といった尺度によって測定される。

PSCの実証研究においては、心理的消耗感や、精神的苦痛は、風土によって予測され、そのメカニズムは労働環境の媒介効果によって説明されることや、PSCにはトップダウン効果があること、心の健康と従業員のエンゲージメントにかかわる基本的な組織環境として位置づけられることなどが明らかにされている。

また、それらの研究において示されている実践的含意としては、PSCに焦点を絞ることによって、経営者の行動を変えること、労働者のケアを行うことが、一次予防につながる可能性があること、PSCはひとたび強いものが作られれば、より持続的な生産性という企業の目的につながるなどがある。

以上に述べてきたことから言えることは、メンタルヘルス問題への対処には、トップのフォローが強く求められるということであろう。現場レベルの取り組みはもちろん重要であるが、トップが情報を共有し、経営状況を鑑みながら、現場を巻き込んで施

策を講じていく必要がある。

組織風土がメンタルヘルスの重要な規定要因であることを PSC 概念は示唆しているが、今後は、PSC 概念の日本企業における有効性や妥当性を含めて、組織風土とメンタルヘルスとの関係について詳細な実証研究を重ねていくことが必要であろう。

4. 3. 従業員を強くする

企業経営の観点からすれば、メンタルヘルスとの関連で重視されているのは、特にメンタルヘルス障害発生予防の観点である。

従業員を守るための施策を充実させていくことはもちろん重要であるが、心の健康のポジティブな面に注目し、従業員に強くなってもらうことによってメンタルヘルス問題に対応していこうという考え方も、近年発展してきている。

この点に関して、ポジティブ心理学の知見に関連させた議論が増加している。そこには、心の活力に注目することで、メンタルヘルス対策の活動範囲が広がり、メンタルヘルスに取り組もうという動きにはつながるという考えが根底にあるようである。

例えば、労働者の強みを伸ばし、いきいきと働くことのできる状態である、ワーク・エンゲイジメントが注目されている。エンゲイジしている従業員や彼らが所属する部門は、業績が良く、高い収益があげることが実証研究から明らかにされている。

この点に関して、インタビュー調査においては、対策を行うことで退職者は減少したが従業員がイキイキするところまでは行っていないので、それを実現することが次の段階での課題であるという指摘があった。それは、企業においてもワーク・エンゲイ

ジメントをどのように実現するかという課題が認識されていることを示唆していると言えよう。

最近では、メンタルヘルス対策の一環として組織活性化施策が行われており、事例も紹介されている。そこでの施策がワーク・エンゲイジメントに対して一般的にどの程度の効果をもたらすのかについては、今後のさらなる研究蓄積が必要であろう。

E. 結論

経営学の一領域としての人事管理論において、メンタルヘルス問題が注目されるようになったのは、ごく最近のことである。

1990年代に日本の大企業で導入が進められた成果主義人事管理の浸透過程においては、能率促進機能の側面が注目され、さらに人件費削減を目的とした仕事や要員の管理が前面に押し出されてきたように思われる。

一方、従業員の立場からすれば、成果主義の下で大きなプレッシャーに晒されることとなり、また人件費削減によって働きに見合った賃金も得られてないケースも増大していることから、従業員の中にメンタルヘルス不調者が急増する結果となった。

それにより、離職者の増大、組織コミットメントの低下、訴訟リスクなどの問題が、企業経営のあり方に大きな影響を及ぼすこととなった。

しかし、これらの問題に対して企業がどのような対応を行おうとしているのかについては、施策の実施度に関する調査がいくつか見られる程度であり、またその対応の結果が従業員の行動にいかなる結果をもた

らすのか、それらが組織運営にいかなる影響を与えているのか、経営者は本音としてメンタルヘルス問題に対してどのように取り組もうとしているのか、といったことについての研究蓄積は徐々に重ねられてきているものの、まだ十分であるとは言えないように思われる。

そこで、最終年度は企業に対して、社内でのメンタルヘルス施策の実施状況やその利用の度合い、効果や問題点に関する聴き取り調査を行い、また特定企業の従業員という立場から離れる形でのアンケートによる労働者への意識調査を行い、様々な知見を得た。

詳細は別稿「日本企業の人事管理とメンタルヘルス問題への取り組み—企業調査の検討を中心に—」に譲り、ここでは発見事実から導き出される結論を簡潔に示す。

第1に、全体的に見ると、日本企業におけるメンタルヘルス対策は、制度や仕組みを整備するという点では進んできているように思われる。しかし、それを十分に機能させ、メンタルヘルス不調者の減少に十分貢献できているかどうか、またメンタルヘルス対策に積極的に取り組もうとしているかどうかという点については、企業によってばらつきがある。

第2に、メンタルヘルス対策については、消極的な回答が多かった。対策に取り組むことで費用対効果をすぐに、わかりやすく実感できない問題において、企業が経費をかけようとする場合には、対応すべき対象者が多くなってから行われることが多い。

第3に、自発的な取り組みが広がり定着することを待つよりも、法規制や国の対策、労働組合など、企業外部の力による取り組

みを促進するための誘導や問題発生を抑制するための措置が必要であると日本企業では考えられている。

第4に、その際に問題となるのは、「十分な取り組み」と「不十分な取り組み」とを分ける基準が何かということであり、メンタルヘルス不調の発生原因として職場要因と個人要因（家庭要因を含む）をどのように切り分けて考えるのか、つまりどこまでを企業の責任であるとするのかということである。

第5に、人事管理施策を実施していく現場のリーダーである管理職のみに重責を担わせることは新たな問題を生み出す。そこで、人事部門が産業保健スタッフと従業員との単なる窓口となるのではなく、現場を巻き込む取り組みを行うことは試みる価値がある。

また、他方で人事管理施策からメンタルヘルス問題の発生につながる経路を明らかにすることも重要である。その足がかりとして、本研究ではエンプロイアビリティ、心理的契約、社会心理的安全風土といった概念に注目し、検討を行った。これらについては、より深いレベルでの概念的検討および実証分析を行っていくことが今後の課題である。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当せず。
2. 学会発表
該当せず。

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

該当せず。

2. 実用新案登録

該当せず。

3. その他

該当せず。

H. 引用文献

- 1) 天野常彦・小杉佳代子『メンタルサポートが会社を変えた！ーオリンパスソフトの奇跡』創元社、2011年。
- 2) 石川邦子「コールセンターの職場環境特性とストレスの関連性ー感情労働の観点から」『日本労務学会誌』第12巻第1号、2010年、43～58頁。
- 3) 石田光男・寺井基博編『労働時間の決定ー時間管理の実態分析』ミネルヴァ書房、2012年。
- 4) 稲上毅・連合生活総合開発研究所編『労働CSRー労使コミュニケーションの現状と課題』NTT出版、2007年。
- 5) 大藪毅『長期雇用制組織の研究ー日本人材マネジメントの構造』中央経済社、2009年。
- 6) 大塚泰正・鈴木綾子・高田未里「職場のメンタルヘルスに関する最近の動向とストレス対処に注目した職場ストレス対策の実際」『日本労働研究雑誌』No.558、2007年、41～53頁。
- 7) 奥林康司『入門人的資源管理（第2版）』中央経済社、2010年。
- 8) 小野公一『働く人々のwell-beingと人的資源管理』白桃書房、2011年。
- 9) 久保真人『バーンアウトの心理学』サイエンス社、2004年。
- 10) 小杉正太郎『企業内メンタルヘルス・サービスの理論と実際』弘文堂、2009年。
- 11) 須田敏子『戦略人事論』日本経済新聞出版社、2010年。
- 12) ウィルマー・B・シャウフェリ、ピーターナル・ダイクストラ（島津明人・佐藤美奈子訳）『ワーク・エンゲイジメント入門』星和書店、2012年。
- 13) 社会生産性本部「第4回『メンタルヘルスの取り組み』に関する企業アンケート調査結果」2008年。
- 14) 鈴木安名『人事・総務担当者のためのメンタルヘルス読本』労働科学研究所出版部、2006年。
- 15) 谷俊子「従業員へのメンタルヘルス課題に求められる倫理観」『日本経営倫理学会誌』2011年、187～197頁。
- 16) 谷本寛治『企業社会のリコンストラクション』千倉書房、2002年。
- 17) 独立行政法人労働政策研究・研修機構「職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査」2012年。
- 18) 團泰雄「日本におけるエンプロイヤビリティ定着への課題」『商経学叢』第49巻第3号、2003年。
- 19) 日本経営者団体連盟教育特別委員会編『エンプロイヤビリティの確立を目指してー「従業員自律・企業支援型」の人材育成を』日本経営者団体連盟、1999年。
- 20) 日本生産性本部「第5回『メンタルヘルスの取り組み』に関する企業アンケート調査結果」2010年。
- 21) 日本生産性本部「第6回『メンタルヘルスの取り組み』に関する企業アンケート調査結果」2012年。
- 22) 服部泰宏『日本企業の心理的契約ー組織と従業員の見えざる約束』白桃書房、2011年。

- 23) 林吉郎・福島由美『異端パワー―「個の市場価値」を活かす組織革新』日本経済新聞社、2003年。
- 24) 久本憲夫『日本の社会政策』ナカニシヤ出版、2010年。
- 25) 平野光俊『日本型人事管理―進化型の発生プロセスと機能性』中央経済社、2006年。
- 26) 福井里江・原谷隆史・外島裕・島悟・高橋正也・中田光紀・深澤健二・大庭さよ・佐藤恵美・廣田靖子「職場の組織風土の測定―組織風土尺度 12 項目版 (OCS-12)の信頼性と妥当性」『産業衛生学雑誌』第 46 号、2004 年。
- 27) 松山一紀「メンタルヘルスと従業員態度および業績評価との関係―大手電機メーカーA社を事例として」『日本労務学会誌』第4巻第2号、2002年、2～13頁。
- 28) 松山一紀「非正規労働者の職務態度とメンタルヘルス」『経営行動科学』第23巻第2号、2010年、107～121頁。
- 29) 見波利幸『「新型」うつな人々』日本経済新聞出版社、2011年。
- 30) 森本三男『日本的経営の生成・成熟・転換』学文社、1999年。
- 31) 山崎哲弘「企業におけるメンタルヘルス・マネジメント―リスクマネジメント・プロセスの視点から」『経営研究』第62巻第2号、2011年、85～104頁。
- 32) 山本寛「雇用不安と従業員の職務上の態度、意思・行動との関係に及ぼすエンプロイアビリティ知覚の影響」『日本労務学会報告論集』2012年。
- 33) 労働・社会保険法研究会編『企業のうつ病対策ハンドブック』信山社、2011年。
- 34) 労務行政研究所『労政時報』第3725号、第3736号、2008年；3781号、2010年。
- 35) 若林直樹・松山一紀『企業変革の人材マネジメント』ナカニシヤ出版、2008年。
- 36) 涌井美和子『企業のメンタルヘルス対策と労務管理』労働法令、2005年。
- 37) 渡辺聰子・アンソニー・ギデンズ・今田高俊『グローバル時代の人的資源論―モチベーション、エンパワーメント、仕事の未来』東京大学出版会、2008年。
- 38) Avey, J.B., F.Luthans, R.M.Smith, and N.F.Palmer, "Impact of Positive Psychological Capital on Employee Well-Being over Time," *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol15, No.1,pp.17-28, 2010.
- 39) Bratton and Gold(2012)"health and safety management", Human Resource Management 5th Edition, Chap.14.
- 40) Cottini, E. and C. Lucifora(2013) "Mental Health and Working Conditions in Europe" *International Labor Relations Review*, Vol.66, No.4, pp.958-989.
- 41) de Cuyper, N. and H. De Witte(2006) "The Impact of Job Insecurity and Contract Type on Attitudes, Well-Being and Behavioral Reports: A Psychological Contract Perspective," *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol.79, pp.395-409.
- 42) de Jonge, J., H. Bosma, R.Peter, and J.Siegrist(2000)"Job Strain, Effort-Reward Imbalance and Employee Well-being: A Large-scale Cross-sectional Study," *Social Science and Medicine*, Vol.50, pp.1317-1327.

- 43) Dollard and Baller(2010)
 "Psychological Safety Climate as A Precursor to Conducive Work Environments, Psychological Health Problems, and Employee Engagement," *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol.83, pp.579-599.
- 44) Dollard, M.F., T. Opie, S. Lenthall, J. Wakerman, S. Knight, S. Dunn, G. Rickard, and M. Macleod(2012)
 "Psychological Safety Climate as an Antecedent of Work Characteristics and Psychological Strain: A Multilevel Model," *Work and Stress*, Vol.26, No.4, pp.385-404.
- 45) Fugate, M., A.J.Kinicki (2008)"A Dispositional Approace to Employability: Development of A Measure and Test of Implications for Employee Reactions to Organizational Change", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol.81, pp.503-527.
- 46) Fugate, M., A.J.Kinicki and B.E. Ashforth(2004)
 "Employability: A Psycho-social construct, Its Dimensions and Applications", *Journal of Vocational Behavior*, Vol.65, pp.14-38.
- 47) Haeusser et al.(2010)
 "Ten Years on: A Review of Recent Research on The Job Demand-Control (-Support) Model and Psychological Well-Being"
Work and Stress, Vol.24, No.1, pp.1-35.
- 48) Huang,Y., C, Chen, P. Du., and I. Huang(2012)
 "The Causal Relationships between Job Characteristics, Burnout, and Psychological Health: A Two-wave Panel Study", *The International journal of Human Resource Management*, Vol.23, No.10, pp.2108-2125.
- 49) Mishra, S.K. and D.Bhatnagar
 "Linking Emotional Dissonance and Organizational Identification to Turnover Intention and Emotional Well-being: A Study of Medical Representatives in India", *Human Resource Management*, Vol.49, No.3, pp.401~419, 2010.
- 50) Rousseau, D. *Psychological Contracts in Organizations: Understanding Written and Unwritten Agreement*, Sage Publications, 1995. [Gold, 2012]

厚生労働科学研究費補助金
分担研究報告書

産業精神保健の歴史

－1950年代～現在まで－

研究協力者 荻野 達史 静岡大学 人文社会科学部 教授

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、時系列的に整理することを目的とする。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。戦前期にめぼしい産業精神保健活動の記録はなく、50年代より、一部の医師たちが研究会を立ち上げるなどの動きが出てくる。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「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ッチに進められた。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业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た問題である。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。

A. 研究目的

本稿は、日本における産業精神保健の取り組みがいかに関始められ、その後どのような展開を辿ったのかを、時系列的に整理することを目的とする。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。

すでに、とりわけ精神医療関係者によって、関連専門誌で概括的に歴史的経緯をまとめた論考は幾つか存在している。そうした議論に対して本論が有する特徴があるとすれば、次の二つの点に求められるだろう。第一に、これは二点目の事情によることも大きい、関係者のなかでやり取りされた議論をかなり詳細に記述していることである。

第二に、その視点や関心の相違である。筆者は社会学を専攻とする研究者であり、歴史的な記述・分析を行う上でも、医療者の視点はまた異なる、いわばその外側から医療的取り組みや法制度の変遷について観察する立場をとる。

もちろん、後述するように、精神医療関係者における、自らの医療活動についての反省的な思考が形成されている現在、社会的思考法や着眼点が社会学者のみに有されているわけではないし、むしろその点について社会学者としてより自省的になる必要があるだろう。しかし、そうした観察対象の反省的な知をさらに観察し分析する視点をもって、歴史を再構成することは、これまでの歴史記述とはまた異なる論点を掘り起こすことにも繋がるだろう。

本稿は、基本的には、比較的詳細な歴史

的記述を中心的な課題として担うものである。しかしまた、その作業を通じて、この産業精神保健という問題に関心をもつ人々に対して、現在も解消されてはならずまだ配慮していくべき問題がありうること、あるいは対外的にも説明していくべき事柄も存在することなど、幾つかの論点を提供することを意図するものである。

B. 研究方法

本稿が依拠するデータは、概ね文書資料に限定される。その種別は以下の通りである。産業精神保健に関する著作物、行政文書、各種審議会等議事、精神保健や産業医学に関連する学会の刊行している各種専門誌、その他労働問題に関する研究書や雑誌などである。

C. 研究結果

目次=====

- 1 時期区分について
- 2 第Ⅰ期「創生期」
 - 2.1 企業側の要請と企業における精神科医
 - 2.2 学会の動向と幾つかの注目点
 - 2.3 批判と反論、そして沈黙
- 3 第Ⅱ期「潜行期」
 - 3.1 幾つかの足跡
 - 3.2 職場不適応研究会の存続をめぐる
- 4 第Ⅲ期「展開期」
 - 4.1 関心の高まり
 - 4.2 この時期の背景—その1:2つの事件—
 - 4.3 この時期の背景—その2:「メン

- タルヘルス」への関心—
- 4.4 THP におけるメンタルヘルスケアをめぐる
- 4.5 専門家集団における活性化と議論の特徴
- 5 第IV期「拡充期」
 - 5.1 行政による取り組みの加速化と高密度化
 - 5.2 この時期の背景—その1:自殺者の急増—
 - 5.3 この時期の背景—その2:過労自殺裁判—
 - 5.3.1 最高裁判決とその影響
 - 5.3.2 神戸製鋼事件とその含意
 - 5.3.3 電通事件とその含意
 - 5.3.4 「精神障害等に係わる業務上外の判断指針」について
 - 5.4 新旧メンタルヘルス指針とその周辺
 - 5.4.1 「旧指針」とその特徴
 - 5.4.2 「脳・心臓疾患の認定基準の改正」から「総合対策」まで
 - 5.4.3 「在り方に係る検討会」と1つのアイデア
 - 5.4.4 「安全衛生分科会」の攻防
 - 5.4.5 改正安衛法と新指針—「期待」される産業医—
 - 5.5 その後の動向
 - 5.5.1 安衛法一部改正法案をめぐる
 - 5.5.2 リワークプログラムの興隆
 - 5.5.3 EAP 企業
 - 5.5.4 企業の取り組みと規模格差

=====

1. 時期区分について

「産業精神保健」の歴史というとき、本来、「産業精神保健」をなんらかの形で定義する必要があるだろう。しかしこれはなかなか困難なようでもある。1993年に設立された日本産業精神保健学会の初代会長である精神科医・加藤正明は、1950年代より“この領域”の重要性を訴えてきた中心的人物であるが、上記学会の専門誌創刊号で「産業精神保健活動の歴史」と題する文章を以下のように始めている。

産業精神保健または職場のメンタルヘルスの歴史は、なにを産業精神保健と呼ぶかによってその内容も異なってくる。一般の精神科外来や心療内科で、発病が職場に関連する患者の診断や治療を行ったからといって、それが産業精神保健のカテゴリーにはいるとはいえない。それでは、医師として企業の病院や診療所で行った診療がすべて産業精神保健活動か、産業衛生の立場から職場精神保健の調査を行うことだけで産業精神保健活動といえるのかなど、その範囲はかならずしも明らかではない。(加藤, 1993b:3)

そして、「私の知りえた『産業精神保健』について述べることをお許し願いたい」と述べ、その後もとくに定義をしないままで議論を終えている。実際、やはり同学会が編集した1998年の『産業精神保健ハンドブック』でも、2007年の『産業精神保健マニュアル』でも、その都度、歴史についての概説が冒頭に載せられるのであるが、この範囲をそれと呼ぶといった定義づけはなく、むしろ、「こうした活動や事柄を目指して

きた」といった記述がほぼ同じ内容で繰り返されることで、実質的にはそうした活動を我々は「産業精神保健」と考えていると表明しているといえそうだ。本稿としては、彼らがそれと語る事柄やそれらに関連づけられた事柄を広く「産業精神保健」と捉えることになるので、以下に引用しておこう。

産業精神保健(occupational mental health)の歴史をさかのぼると、職場における精神障害の発症予防(1次予防)、精神障害の早期発見と早期ケア・治療(2次予防)、職場復帰支援(3次予防)をめざして始められたものであるが、産業精神保健は、疾病予防のみからではなく、「労働者の精神健康の増進」という能動的な意味でのメンタルヘルスと、「精神障害の予防」という受動的なメンタルヘルスという2つの面から始まっているという特徴を持っている。(高田・島・加藤, 2007:2)

さて、既に言及したものもあるが、この活動に関わる歴史(概ね日本のという限定はつくが)については、とくに臨床的に関わってきた医師たちによって、断片的なものからかなり周到に文献を集めた論考まで幾つか存在する。既に言及したもの以外では、かなり情報を圧縮しているものの、夏目誠・川上憲人・藤井和久(1992)や廣尚典・島悟(2004)がとくに参考になる。こうした論文も手がかりにしつつ、様々な文献資料などから情報を寄せ集めて作ったのが本稿の「年表」である。

この年表をもとに産業精神保健の歴史を、整理のために時期区分を設けることにしたが、敢えて分ければ四つに分節することが適当なようだ。戦前に関しては、どの文献

も、1923年に鉄道省(国鉄)で行われた「外傷性神経症」についての調査研究と対策、そして1944年に精神神経学会が「青少年精神衛生調査委員会」を作り調査を行ったことに言及するのみである。ちなみに後者については、「青少年徴用工における事故頻発、神経症、非行など」の多発に対応したものであるが、結果が出ないうちに終戦となったという(加藤 1993b:6-7)。このように戦前期はごくわずかの取り組みしか行われていないので、戦後1950年代半ば以降から現在に至る半世紀程度の流れについて時期区分を行うことになる。

それぞれの時期の年代と、これも敢えてということになるがラベルを貼り付けてみたので、それを記しておこう。第Ⅰ期は、1950年代中頃～70年代初頭で、「創生期」。第Ⅱ期は、1970年代前半～80年代前半で、「潜行期」。1980年代中頃～1990年代前半で、「展開期」。第Ⅳ期は、1990年代中頃～現在で、「拡充期」。以上である。第Ⅲ期と第Ⅳ期を連続的に捉えることも可能であろうが、やはり各時期には直面した事態や、念頭におかれ対応上重点化された部分にかなりの相違も見られる。たとえば、行政が行った比較的大きな5年にわたる委託研究で二つの時期にまたがるものもあるが、1995年に着手された文脈——ストレス・マネジメントへの関心の高まり——としては基本的には第Ⅲ期に属する。しかし、「過労自殺」に関わる画期的な司法判断が下された1996年からは、行政的には労災認定基準の見直しから自殺防止も意識した各種指針の策定が次々となされ、企業としてリスクマネジメントとしてのメンタルヘルスという意味づけも強くなる。関係諸主体の抱

く切迫感というものは測りがたいが、取り組みの具体性や濃密さにおいても両時期はやはり区分されるべきと考えられた。

2. 第Ⅰ期 「創生期」

—1950年代中頃～1970年代初頭—

2.1 企業側の要請と企業における精神科医

日本の企業としてはかなり早い 1960 年頃より「精神衛生」活動に取り組み始めた企業に旭硝子があるが、その中心となっていた産業医・安井義之の回想から始めよう。戦前 1939 年に医師になると同時に軍医になり、戦後 1947 年に旭硝子に赴任した頃についてのものである¹。

その当時工場現場では精神健康についてはまったく手がつけられていないほどであった。職場で精神について語ることさえいけないことであった。第二次大戦中物が足りなければ精神力で戦えと言われ、その結果敗戦となったので、まことにやむを得ないことでもあった。精神衛生などと言うと、仲間の産業医からできえ目にも見えない、手に触れることのできないことをどうするのだ、と言われたものでできえあった。(安井 1993b:25)。

しかし、50年代半ばぐらいになると少し状況は変化してくる。これより 60年代末までの間で、まず記録として目に付きやすいのは、一部の医療者たちが、学会等の集まりにおいて、産業・職場における「精神衛生」「精神健康」について注目し始め、研究会やシンポジウムを開き、総論をまとめ

た書籍や答申が出されたことである。また、ごく一部の大企業に限られるが、「精神衛生活動」が着手され、ときに専属の精神科医を雇い入れるようになったことを見逃すべきではないだろう。

1952年に国立精神衛生研究所が設立され、その研究員であった加藤正明は産業精神保健の問題を取り上げ始めたと述べているが、やはり同年に設立された精神衛生普及会とともに、54年には第1回の産業精神衛生研究会を開催したという。ここで重要なのは、この研究会が、1993年の時点で、「普及会によって爾来今日まで400回以上の研究会が」開かれており、「多くの企業からの参加がある」としている点である。2001年に解散された社団法人・精神衛生普及会は、もとよりその運営が企業および個人からの寄付によって運営されてきた²。行政による指導も法的な義務もない時代に、こうした研究会が始められ続けられたのは、企業の側に一定の需要が既に認識されていたものと推測される。

ただし、実際に自らの足下で「精神衛生」に関わる取り組みを始めていた企業は、とりわけ50年代までは、ごくごく一部といえるだろう。代表的な企業（公営も含め）としては、国鉄、日本鋼管、三菱石油、旭硝子、九州電力などが挙げられよう。それでも、60年代も通してということになるだろうが、精神衛生活動の導入の経緯が、やはり企業の側の需要から発したことについては、たとえば60年代より松下電器の専属となり、この分野のパイオニアの一人と認知されている精神科医・小西輝夫が、1993年の回想記で一つの傍証を提供してくれている。

日本の産業精神保健の歴史は、精神科医主導であるよりは、企業主導であったことは否めないと思う。疾病構造の変化に加えて、技術革新と経営の合理化にもまれた産業界の要請が、日本の産業精神保健業務をスタートさせたことは事実であろう。従って本音では、職場の安全と秩序が、精神障害の発生によって攪乱されてることのない対策の確立を産業精神保健に期待したかも知れない。（小西, 1993:20）

ここで疾病構造の変化とされているのは、1955 年前後より結核による要療養者が激減してきたことを指しており、「職場における健康管理の重点が、結核から、いわゆる成人病と精神障害に移行しつつあることは、すでに周知の事実であろう」と、やはり小西が 60 年代末に語っている（小西, 1969:17）。この点は、加藤正明はじめ企業と関わりのあった多くの臨床家が、それぞれの職場における疾病統計も挙げながら再三論じていることである。いささかくどくなるが、やはり精神科医の平井富雄（当時の肩書きは東大付属病院勤務・日銀精神衛生管理医）が、ある座談会（1971 年）で司会として冒頭で語ったことを引いておこう。まず結核の治療が進んで長期欠勤者も少なくなっていることに触れた上で、以下のように語っている。

それに対しまして、いままでその裏に隠れていた精神障害での長期欠勤者が人事院の統計などでも 1960 年で第一位になり、これの対策を何とかしなければ、企業側にとってマイナスである。こういうふうな考えから、ある企業では、企業体の中の診療所を通して、ある

いは診療所の中の今まで結核管理をしておられた医者を通して、あるいは医務室から厚生課を通して、それぞれが各会社の一つの方針として、精神衛生管理一という言葉がいいかどうかわかりませんが、これをしなければいけないということで始まった、というふうに考えていいと思います。（平井他, 1971:304）

ただし、小西の回想記にあったように、単に「疾病統計」という“客観的数値”から精神衛生活動への要請が生まれてきたとばかりはいえないようだ。たとえば、九州電力は 50 年代の後半には取り組みを始めているが、そのキッカケについて当時の産業医（九電病院院長）が 1967 年の時点で次のように語っている。

われわれが、九州電力を対象として職場の結核管理を始めてから約 20 年になるが、結核なおはなやかなりし昭和 32 年（1957 年）に、精神障害者の健康管理をスタートした。職場の巡回診断を重ねるにしたがい、管理医が現場の人々に溶けこむにつれて、現場の声が分かってきた。当時、各職場で一番困っているのは、精神障害者の取扱いをめぐってのいろいろのトラブルであり、何とかしてほしい、という現場の人々の強いニーズを知った。これがわれわれをして、現場における精神衛生問題に取り組むきっかけとなったのである。（森, 1967:9）

こうした記述をみると、ややもすると精神衛生活動とは企業や職場の人間たちの意を受けた排除・統制活動であったかのようには話が進むようであるが、少なくとも文書資料として現在までに読み進めた範囲でい

えば、企業に入った精神科医たちはそうはならぬよう苦心してきたようであり、また企業にもよるが雰囲気の変化もみられたようである。様々な企業での体制づくりも含めた取り組みとその変遷については、また稿を改めて整理をしていく予定であるが、その一旦に触れておきたい。

例として、1971年の『中央公論経営問題』で特集「精神科医 大企業社員を診断す」が組まれたときに、精神科医4名による座談会が企画されたが、そのときの発言を拾っておこう。まず、50年代末に国鉄・鉄道病院に勤め始めた春原千秋が、冒頭で司会（先述の平井富雄）から「口火を切っていただきたい」と話を向けられたところ、企業内の「偏見」について語り出した部分である。それに続く発言は、上述の小西輝夫（松下電器）、そして原俊夫（NHK 嘱託）である。

春原：企業の中の精神科医としてまず感ずることは、どこの企業でもそうでしょうけれども、やはり精神障害に対する偏見が大きくて、精神障害にかかった者はなるだけ職場から排除しようという意識が、まだ根強いことだと思います。そのため、まず皆が精神障害に対する正しい知識を持つよう職場内において啓蒙運動が必要で、私も事あるごとにやっているわけですが、まだ充分ではないと思います。（平井他, 1971:305）

小西：企業体で精神衛生管理をやり出した当初は、たしかに企業側に防衛的な意図がなかったとはいえないと思うんです。従業員にも偏見があったのはたしかで、…最初はやはり抵抗がありましたね。松下では各事業所や各

工場に健康管理室という名前で医務室があるんですが、私が赴任しました当初は、その医者から紹介されて、私のところへきたあとで、「先生に行けと言われてきてみたら、あの先生は精神科の先生だった」と文句をいった人がいたらしいです。しかし、…このごろは、そういうことはほとんどなくなりまして、結婚の相談にさえくるようになりました…。（平井他, 1971:305-6）

原：私も管理職層の中に残っている偏見は極力はずすように努力しました。ことあるごとにすごく教育したんです。というのは、管理職が部下に向かって「まだお前の状態は、精神科にかかるほどじゃない」などと妙な元気づけをするので、それは間違いだということをお話したんです。やがて、管理職の方がご自分のことでも相談にくるし、家族のことでもくる。部下のことでも私の部屋に入ってきてお話しなさいますから、まわりから見れば、「あ、あの部長さんも相談に行ったのか」というようなことを考えるかも知れませんね。それが、だんだん相談者や患者の違和感をとってきたんじゃないでしょうか。（平井他, 1971:306）

平井：私は、十年ほど前から日本銀行で精神衛生の管理をやっていますが、あそこでは精神分裂症というレッテルが貼られますと、昇進はそれだけで完全にストップですね。つまり、前、十割だった能力が八割あるということをお認めない。クロカ、シロカ、です。それは日本銀行全体の気風でして、なにも、こと精神障害に限らないんです。あそこは、はいつたときからすでに、すべての人が百点なんです。ですから、なにか失敗でもちょっと

やりますと、減点主義で…。(平井他, 1971:308)

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

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

2.2 学会の動向と幾つかの注目点

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ところである。

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

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

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

る。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

この答申には他にも興味深い点がある。

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

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

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

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

2.3 批判と反論、そして沈黙

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

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

たとえば、当時、「東京医科歯科大無給

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

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

さらに、精神衛生の名のもとに差別を合理化する動きさえでています。大企業で注目して

きている産業精神衛生がそれです。そこでなされていることは、精神衛生的な職業環境の整備などよりは、精神障害者を企業から排除しようということで、そのためにあやしげなチェック・リストがいくつもつくられています。職場に不満をもつことも、精神障害と見なすような項目をそれは含んでいます。さらには、組合活動家に精神障害のレッテルを貼って追い出すようなことも、産業精神衛生の名でおこなわれています。（岡田・小坂, 1970:8）

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

当時の産業保健活動は、精神障害者の治療と社会復帰に重点をおかざるを得ず、労働組合や一部の論者から精神障害者を職場から排除しようとするものだという反論があった。職場の労働条件の改善や人間関係の調整の活動であり、健康人の精神健康の向上が基本的目標だといっても、なかなか納得してもらえなかった。勢い精神障害者の職場復帰に力を入れる産業医が多くなった。特にナイトホスピタルによる通勤や部分出勤が取り上げられ、職場内に復帰者のための指導センターが北欧の例に倣って検討され、日本鋼管の復帰班活動や国際電電のデイケア活動が注目された。」（加藤 1993b:7-8）

加藤はすでに触れたように、自らも参加・執筆した『産業人の精神健康』が「も

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

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

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

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

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

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

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

この座談会は、同年（69年）の『精神医学』で「第7回 精神医学懇話会 精神科診療所をめぐる諸問題 ディスカッションの部」として掲載されている。1950年に精神衛生法が公布施行され私宅監置が廃止されると、50年代の後半から60年代にかけて民間精神病院も「開設ブーム」となる。そこに64年のライシャワー殺傷事件が起きると、これを機に法改正が行われ、さらに入院措置への圧力が高まり、とりわけこの60年代後半は病床数が激増する時期である（浅井 2001:48-50）。この時代的趨勢のなかで、診療所、すなわち病床数でいえば19以下の外来中心の医療施設がことさらにテーマとなるのは、病院収容主義への批判が底にあるものと思われる。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

小西が言わんとするところを最後に要約

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

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

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

71年の文章に戻ると、小西は「精神衛生

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. 第 II 期 「潜行期」

—1970 年代前半～1980 年代前半—

3.1 幾つかの足跡

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

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

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

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

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

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

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

3.2 職場不適応研究会の存続をめぐって

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

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

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

福井：今ある会社が完全にいいものかどうか。

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

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

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

（皆川他 2000:86-87）

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

この名称からは不適合という点が強調され、ややもすれば臨床的となり、症状や経過など不適合後の問題やその処理、回復期のケアなどに重点がおかれやすく、とらわれていて、広く高い目的意識のものに進みにくくなっている。また最近は、（中略）精神衛生や心の健康が人々の関心を惹くようになってきたので、このような状況に即応する意味でも、名称を（後略）（大道 1982:219）

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

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

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

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

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

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

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

しかしここで問題になった「精神科医」

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

皆川：私はずっと傍観者で見ていたのですが、産業医で産業保健をやった方と精神科医で精神保健をやった方では、かなり考え方に違いがあったように思うのですが。（中略）ある意味では対立していたのではないか。対立という用語がありますが、一方は事例のみ、一方は観念的に予防とか健康増進という……。夏目：（精神衛生管理研究会について言及して）この研究会は主に精神科医が発表する場だったと聞いています。そして「職場不適應研究会」は主として産業医が中心になって発展したと思います。精神科医は、私自身もそうかもしれませんが、たこつぽに入りやすい習癖があります。一方、産業医の先生方は幅広い視野で考える。その点で研究会というのは非常に良かったのではないか。確かに精神科医の中にはやや反発する雰囲気もあったと思いますが、（後略）

皆川：バラバラというか、共通の場がなかったように感じるのですが。精神科医と産業医の間で、事例から予防対策へとつなげる共通の場でのディスカッションを本当にしていたのか。別々に、ただやっていたのではないか。夏目：（他の参加者の発言も挟んで）精神科医は事例が出てくると目が生き生きする。…職場の中でそれ（精神病理）がどんな意味を持っているかとなると関心がやや希薄になる。たとえば「職場不適應研究会」で産業医が主

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

（皆川他 2000:88）

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

4. 第Ⅲ期 「展開期」

—1980年代中期～1990年代前半—

4.1 関心の高まり

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

較してみれば、やはり潜行期ないしは停滞期と呼ぶのが適当であろう。

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

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

ただし、このSHPのなかに精神保健に関わる部分が組み込まれるのは、上述の通り1983年からである。ヘルスケア検討委員会のなかに「ストレス小委員会」が、86年まで設置された。1986年には、中災防から『企業におけるストレス対応一指針と解説一』という100ページ程度の小冊子が発行されている。

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

まとめられた。

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

当初は、労働省労働基準局通達として出すことが考えられていた。しかし、

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

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

これ（上記テキスト）を普及させるために、医師会を含めた組織が都道府県

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 この時期の背景

—その1：2つの事件—

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（皆川他 2000:87）

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

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

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

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

署長が業務上と認定するという経緯を経ながら、後述するような自殺についての認定基準を見直すようなことはなかったからである。1984年2月に、事務連絡として、「反応性うつ病等の心因性精神障害の取扱いについて」が出されたのみであった。

認定基準が見直されたのは、実に15年後の1999年だ。こちらは、あきらかに後述する「電通の事例」（過労自殺をめぐる民事訴訟で1996年には一審判決で会社側の賠償責任が認められている）などのインパクトによるものと考えられる。そうである以上、すでに引用したが、80年代に労働省にいた医師・河野の観察が妥当であったのだろう。すなわち、事故等による社会的関心の急激な高まりに押される形で着手はしたが、さほどの「切実さ」が行政にも企業にもあったわけではなく、いたって「理念的」なものにとどまっていたということだ。

4.3 この時期の背景

—その2:「メンタルヘルス」への関心—

そして、そのいわば「理念的」なゆるやかさと対応関係にあったと思われるのが、考えられる第二の背景である。それは、社会学者の佐藤(2007)の表現を使えば「日常的なメンタルヘルス」への関心の高まりということになる。ただし、この種の関心の高まりは、行政的な取り組みを促す原因というよりも、相互的な影響関係をもちつつ、行政的取り組みが社会的に受容される条件としての時代的な背景というべきだろう。さらにいえば、旧労働省が取り組みを始めたことも、より広範な「メンタルヘルス」への関心も、いわばより深い部分で生じていた社会的変化の現れと考えるべきではな

いだろうか。

佐藤(2007)は、1950年代以降の「心の病」についての語り口や意味づけのされ方を新聞・雑誌等の資料から辿っているが、1970年代の後半が大きな転換期であったとしている。1950～70年代初頭は「ノイローゼの時代」であり、それはときに犯罪や事件へと結びつく問題とされた。「受験勉強のノイローゼ」で学生が放火などをする、「育児ノイローゼ」の末に主婦が「子殺し」や「心中」をする、といったパターンである。

佐藤(2007)では、1970年代後半以降は、「ノイローゼ」といったキーワードは急速に姿を消し、「うつ病」「心身症」「自律神経失調症」「アルコール依存」など、診断名が細分化された時代であるとされる。ただし、「ストレス」という言葉の使われ方とその変遷に注目した津久井(2007)の研究では、1980年頃に、まさに「ノイローゼ」と入れ替わる形で「ストレス」が頻繁に用いられるようになったことを、新聞記事のデータベースに基づいて明らかにしている。「ストレス」はそうした細分化された症状や疾患の原因と位置づけられることも多いことを考えれば、「心の病」を語るキーワードは細分化されたというよりも、「ストレス」に集約されつつ転換したといえるだろう。また、津久井が指摘するように、その言葉の大衆化された使われ方をみると、「ノイローゼ」が精神的な状態を限定的に記述する言語であったことに対して、「ストレスの多い社会」といった、「精神」と「社会」が繋がっている形で、つまり両者を同時的に表象する装置として「ストレス」は機能しているところがある（津久井2007:119-121）。社会・時代認識とセット

になった「メンタルヘルス」への関心の高まりは、「ストレス」という言葉とその大衆化に象徴されるだろう。

そして、重要なことは、佐藤の議論に戻れば、「心の病」に関する報道が、事件や犯罪としてではなく、誰もが日常的に留意すべき「健康問題」や「メンタルヘルス」それ自体として取り上げられるようになったことである（佐藤 2007:194-206）。「ストレス」をタイトルに含む書籍も検討した津久井によれば、ストレスをいかに解消し、競争社会を勝ち抜くかを説く指南書も多く見られるようになる。後者は、病気にならないという意味での「健康」を通り越して、より「充実」した、より「幸福」な「生き方」を志向するものである（津久井 2007:126-128）。本稿の文脈で注意しておきたいのは、80年代の中頃には、ストレスという言葉を経典にして、非病気としての「健康」だけでなく、今日に至る「勝ち組」フレームと「メンタルヘルス」の問題がすでに一体化してきていたことである。

さて、佐藤(2007)の研究からも伺える、80年代の変化でもう一つ興味深いことは、事件報道などで取り上げられる属性が、それ以前の「学生」「主婦」といったものではなく、「会社人間」や「サラリーマン」、つまり、とくに高度成長期以降、日本社会においてはその数量的な大きさだけでなく、往々にして社会的存在としての中核性や正統性を付与された企業従業員（しかも中高年の）がクローズアップされたことである。たとえば、佐藤がとくに言及しているのは、「テクノストレス」という議論だ。

この用語は、もともとは、アメリカの精神療法家である Craig Brod が 1984 年に

Technostress を著し、同じ年の 8 月には訳書が新潮社から出版されたところから広まった。Brod の著書では必ずしも職場や中高年層に限った議論をしているわけではないが、日本では「オフィスオートメーション(OA)」化の進展という職場環境の変化に適応できない、とくに中高年の勤労者の問題としてもつばら注目されたところがある。そして、これは佐藤が指摘しているように、1986 年に通産資料調査会から出版された『テクノストレスとメンタルヘルス—職場の対応策』では、従業員の精神的失調は生産性を低下させるという意味でも問題であり、経営的な視点から企業が取り組むべき課題とされている（佐藤 2007:205）。

職場におけるメンタルヘルスへの注目や対応が、働く人々へのケア（福利厚生）のためか、それとも生産性向上という企業経営のためかという議論は、また最後に取り上げたいが、ここではもう少し、当時の関心の広まりについて触れておきたい。たとえば、書籍に注目してみよう。1984 年に精神科医の小西輝夫が『サラリーマンと心の健康』を、1985 年にはやはり精神科医の笠原嘉が『朝刊シンドローム—サラリーマンのうつ病操縦法』を、そして 1986 年に再び小西が『バンカー・シンドローム—サラリーマンの心の危機』を出版している。

小西については、本稿の時期区分では第 I 期のところで、その議論を多く引用している。企業で精神科医が医療活動を行うことへの批判を多々受けながら、1960 年代中頃より松下電器で専属の精神科医として勤務していた小西は、自説を展開し反論もした。しかし、強硬な批判が次々と寄せられるなかで、専門誌や一般誌においては口を

閉ざしたという経緯も紹介した通りである。その小西が 80 年代に一般書を世に出した経緯については、2 冊目の前書きに記されている。

退職の歳、20 年間の経験をまとめて『サラリーマンの心と健康』という本を上梓しました。産業精神衛生のガイドブックのつもりでしたから、産業医や、企業で働く保健婦さん、看護婦さん、ならびに職場の衛生管理者などを読者に想定してペンを進めました。ところが、その書名のせいか、思いのほか多くの一般サラリーマンの方々にも購読していただいたようです。

サラリーマン生活に役立つ精神健康増進法のノウハウを期待されたのでしょうか。そうだとすれば、そのご期待には十分添い得なかったのではないかと——と思います。

そこで、本書は、サラリーマンの^{メンタル}精神健康を、……とくにサラリーマン生活の危機克服という視点に立って考えることを目的に…(後略)。(小西 1986:10)

前著で一般の読者が多かったこと、そして「精神健康増進法」が期待されたのではないかと小西の推測は、当時の雰囲気^{ヘルス}を推測する上で重要な部分だろう。

ところで、笠原も著名な精神科医であるが、注目しておくべきことは、両者が「シンドローム」と銘打っている事柄は、ほぼ限定的に「うつ病」に焦点にしていることだ。笠原は、当時の職場の精神保健における重要なトピックとして、とくに「軽症うつ病」を挙げており、その早期発見のた

めのサインとして目をつけたのが「朝刊」であった。

あなたは、今朝、いつものように朝刊をお読みになったか。……ごくごく初期の段階ですでに、本人にも、周囲の第三者にも、ともに早期発見用となる目印がないものか。そう思って、ごくふつうの（中年）サラリーマンの軽い精神的不調の初期症状に注意をこらしていたところ、どうやら「何はともあれ朝刊を」という朝の生活パターンの乱れが一番共通しているのではないかと、思うようになった。そこで「朝刊^{モーニングペーパー・シンドローム}症状」などかつてに名前をつけて、十年くらい前からごく内輪で使っていたところ、それが弘文堂の重松編集長のお耳に入って…(後略)。(笠原 1985:1-8,括弧内は引用者)

臨床家が内輪で使っていた表現が一般書の形で取り上げられた経緯にも触れてあり、その点でも興味深いところがある。また、小西の「バンカー・シンドローム」も、それまで順調にゴルフコース（それは会社の比喩といってもよいであろう）を回っていた中高年サラリーマンが、中年期に「ふとした迷いやつまずき」から(小西 1986:12)、「うつ」という「バンカー」にはまり込むことを指している。

次節以降で確認することになるが、1990 年代後半以降の「うつ病」の取り上げられ方が、明瞭に、帰結としての自殺や原因としての過重労働あるいはハラスメントと関連づけられていることを考えれば、「ふとした迷いやつまずき」という表現は、その

リスクや環境負荷のもつ強度の一般的な認識として、まだ緩やかな印象を受ける。実際、小西に限らず、笠原においてもそうした職場における原因がとくに取り上げられることはない。しかし、そうした相違がありつつ、すでにこの時期に、職場で十全に機能し続けることへの不安や、いかにして機能不全に陥ることを回避するかという関心が、「うつ」についての精神科医の議論が求められ消費される形で表出されていたことが伺われる。第Ⅲ期の「展開期」を特徴付けるものとして重要な部分である。

4.4 THPにおけるメンタルヘルスクエアをめぐって

トータル・ヘルスプロモーション・プラン（THP）は、「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」¹⁸にその活動内容が示されたものである。基本的には、シルバー・ヘルス・プラン（SHP）の考え方を全年齢層に適用するものであるが、1988年に労働安全衛生法が改正され、その第69条に基づくことで、その実施が事業者に努力義務として課されることになった。そして先述したように、SHPに途中から「メンタルヘルス」の項目が加えられたことで、THPにもその部分が組み込まれることになった。その指針のなかで示された活動内容は第4節（3）メンタルヘルスクエアに示されている。

健康測定の結果、メンタルヘルスクエアが必要と判断された場合又は問診の際労働者自身が希望する場合には、心理相談員（改訂後は心理相談担当者）が産業医の指示のもとにメンタルヘル

スクエアを行う。

なお、本指針の「メンタルヘルスクエア」とは、積極的な健康づくりを目指す人を対象にしたものであって、その内容は、ストレスに対する気付きへの援助、リラクゼーションの指導等である。（括弧内は引用者。）

様々な現象や問題を社会的な原因や条件に関連づけて解釈したり、解決策を考えたりするのではなく、もっぱら個人個人の心理的な水準に結び付けて記述し解釈していく傾向を、社会学では心理学化、あるいは心理主義化という言葉で表現してきた。こうした視点から見た場合、重要なのは、この指針はあくまでも個人的な水準で行われるセルフケアを問題としているということになるだろう。実際、このことは産業衛生や産業精神保健に関わる専門家たちにも指摘されている。労働衛生に長く関わってきた皆川はある座談会の席上でTHP自体の問題性として指摘している。

産業保健活動とは、職場の健康阻害因を明らかにして、さらにその対策として職場改善を進めていく活動です。THPという公衆衛生活動は、この産業保健の基本的なところが抜け落ちる危険がある。それがTHPの功罪。（皆川他2000:90）

また、同じ座談会で、労働衛生・産業精神保健を専門とする医師の廣尚典も、労働環境の整備や作業方法の改善を飛び越して、THPでは「個への働きかけ」が先にきたことを問題として指摘している（皆川他

2000:90)。

こうしたことは確かに確認しておくべきことである。また、それに比べれば、セルフケアを勧奨するのがどのような資格や肩書きの行為者であるかは、さして重要ではないかもしれない。しかし、いくつかの理由から、ここでは「心理相談員」、あるいは「心理相談担当者」（後に呼称だけ変更されたが同じ資格）に注目しておこう。

理由の一つ目は、産業精神保健の取り組み方についての歴史的な変化をみる上で、よい切り口であるからだ。たとえば、後述する2000年に策定された「労働者の心の健康づくりのための指針」（旧メンタルヘルズ指針）では、期待される担い手はまた別のアクターに移行しており、そのことは少なくとも行政サイドが取り組むべきと想定した事柄が相当に変化していることを示している。二つ目の理由は、「心理相談員」とその役割については、関係する専門家——とくに精神科医——集団における見解の相違が現れやすいところがあり、第Ⅰ～Ⅱ期でも記述してきた、産業精神保健についてのいわば内在的な葛藤を理解する上で意味があると思われるからだ。

心理相談員とは、中災防の心理相談研修（3日間）を受講すれば取得できる資格である。受講資格もとくに制限されたものではなく、「素人でもすぐ取れる。とにかく3日間黙って座っていれば資格をくれるというもの」と語られるものでもある¹⁹。なぜ、これほど安易とさえ思われる資格の保有者をメンタルヘルスケアの中核に位置づけたのだろうか。この点については、まず、SHPのストレス小委員会からTHPの策定にも関わっていた精神科医・夏目誠の座談会（同

上）での発言が参考になるだろう。

（メンタルヘルスを）やらなあかんと思っているけどなにをしていいかわからへんというのが企業の本音だと思います。その時に「心理相談員」という、資格ではないけれど資格らしきものができたのが一番大きなポイントになった。主に保健婦、看護婦などを対象に、……「心理相談員」という名称を作った。この名前がエポックだったのではないか。そして心理相談員が担う役割が「メンタルヘルス・ケア」だと。……メンタルヘルスは、……漠然としているがゆえに何から始めたらいいかわかりにくい面もあった。特にストレスへの気づきへの援助をメンタルヘルスの大きな柱にしたことが、このストレスの時代をかき上げしたように思います。私もTHPのカリキュラム委員を後半になってやりましたが、心理相談員の講習会は回線がパンクするくらい申し込みがたくさん来る。（皆川他2000:89）

端的に言えば、分かりやすさのためであった、ということになる。メンタルヘルス・ケアといわれてもイメージがわからない企業人たちにとって、心に不調がありそうな人が相談をする特定の人を職場に配置しておくといのはきわめて分かりやすい。おそらく、その先に何がなされるべきであるのかは未規定であっても、ひとまずの分かりやすさは生じるだろう。また、企業にとって、「その人」も特別に雇い入れる必要はさしあたりなく、最低限の受講条件をみたせば

誰かが三日間で資格をとってくればいい、ということであれば受け入れやすい話でもあるだろう²⁰。

もちろん、この3日間研修については批判が多い。やはり同じ座談会で精神科医の島悟は「『こんなものしょうがない』と思っていた」と述べており、夏目自身も「問題点をひとつ挙げれば、玉石混淆だということ。たった3日間の研修で果たして何ができるかという問題がある」と語っている（皆川他 2000:89-90）。

ただし、ここで問題になるのは、そもそも心理相談員の役割として何をどこまで期待するのか、ということだろう。夏目は、「心理相談員はカウンセリングはしないのが原則です。最初から、それほど深いところを狙ってはいない」と明言している（ibid:90）。したがって、心理相談員をめぐって意見が分かるとすれば、そもそも職場のメンタルヘルスのためには何が本質的に求められているのか、という部分での見解の相違にもつながるところがある。

この部分を多少とも検討しておく上で、次の資料が参考になるだろう。旧厚生省の委託研究として産業精神保健研究会（後述）を中心に、1991年より「職場における精神保健医療ネットワーク検討委員会」が組織されたが、その数度の全体会議で交わされた議論が、『産業精神保健』誌上に収録されている。この中でとりわけ、THPの心理相談員制度を作った「張本人」と自ら述べている河野慶三と、やはりすでに言及した笠原嘉とのやりとりが注目される（おもに1992～1993年の会議）。それは、職場のメンタルヘルスとしてどのような部分がとくに問題になるのか、問題の性質によって誰

が担うべき事柄なのかといった点についての議論であるが、両者の議論はほぼ平行線のまま第2回の全体会議まで続けられている。

筆者なりに両者の噛み合わないポイントを整理していけば以下のようになるだろう。河野の立場は、心理相談員が対応できるのは、ごくごく軽い部分—多少の気疲れといったところ—に限られるし、それ以上の部分に自ら関与すべきではない。ただ、その軽い部分について、リラクゼーションなどストレスコーピングの方法を、つまりは「自己管理」を教えるだけでも²¹、職場の取り組みとしては新しいし、一定の（予防）効果を期待できる、というものだ。笠原が、心理相談員というのは「少し軽いケースを対象にしていると考えていいですか」と問うたところから、以下の一連の河野の発言になる。

笠原先生は「軽いケース」と言われましたが、我々は「軽いケースもやらなくていい」と言っています。要するに、原則としてTHPでは病的な人を対象にやらなくていい。……「健康測定の有見者を外せ」と初めから言っているわけです。

病人を直接の対象にしないと書いています。ですから、メンタルヘルスで一番中心にしているのはストレス対策なんです。病人じゃないんです。何らかの問題があっても働いていて、その解決をはかりたい。その手助けをする仕組みをつくらうということです。（大西編 1994a:119）

こうした河野の立論に対して、笠原は疑問を呈する。『朝刊シンドローム』で紹介したように、笠原は「軽症のうつ病」が職場において発生頻度においても重要な問題と考えているので、まずその部分を掬えないうシステムにどれほどの意味があるのか、懐疑的であるように読める。

笠原：問題は、そんなに重くない軽症の精神障害、あるいは軽うつ病患者、理由もなく無断欠勤する人、会社ではちゃんとしているが家に帰るとアルコールばかり飲んでる人など、一昔前とは違う精神障害者への対策になりつつあるわけです。（大西編 1994c:268）

河野：我々は病気の視点からの対応の必要性を否定しているわけではありません。企業に専門家が少ないので、できるところから対応しようとしているのです。具体的には、ストレスをテーマとして取り上げ、その自己管理を教える仕組みを事業場のなかに作ろうと考えています。これだと精神科医や心療内科医もたくさんはいりません。

笠原：それは企業が昔からやっていたことでは…

河野：やってないですよ。（大西編 1994d:340）

このように、「正常」範囲の問題について、ことさらに医療者が「健康」増進的な体制を構築する必要性について疑問をもつ

と同時に、さらに、むしろそうしたことに主導的な役割を果たす危険性について憂慮している。この最後の憂慮の部分が、決して十分に論じられてはいないのであるが、第Ⅲ期において記憶にとどめられるべき部分だろう。

河野：（対象として健康なのか病気なのかといえば）労働衛生の現場はやはり health からです。その場合のターゲットはストレスです。

笠原：何度も申し上げて恐縮ですが、メンタルなストレスマネジメントに関しては、企業家の方が上ではないかという気がします。医者メンタル・ヘルス談義、メンタル・ストレスマネージ談義はどうも素人くさいという懸念を持っているのです。（大西編 1994d:344）

河野：教育が基本だと思います。……health oriented な立場では、ストレスコントロールは一つの方向です。……職場におけるストレスの要因は大まかに言えば、仕事の量、仕事の質、人間関係が重要です。

笠原：それは何で分かるのですか？

河野：アンケートです。

笠原：私が敢えてくどくど言っているのは、医者が health oriented な面から問題に入っていく時には、慎重に慎重である必要があるということなのです。（大西編 1994d:346）

この笠原の懸念ないしは憂慮は、「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」という意味で²²、health oriented である THP とは、実のところ、労働者のためというよりは、「基本的には、企業のためにあるのですか」という問いかけに端的に表れている。当然、河野は即座に「いや、違います。しかし、結果的には企業にも役立つことが必要です」と答えるわけであるが（大西 1994d:345）、そうした論理が成り立つ条件や危うさについて笠原が腑分けして見せることはなかった。そのため、笠原の「慎重に慎重である必要」とはどこから生じてくるものであるのかは判然としないままであり、河野と議論は噛み合わないままに終わった感がある。

補足すれば、この会合のちょうど2年後にやはり同じ検討委員会が開かれ、そこでまた同種の問題が論じられている。「疾病モデル」ではなく、「健康モデル」で職場の精神保健を進めようという議論もあるが、実際にはそうした発想は臨床的にはないと、ある精神科医が発言したことに対して、河野は以下のように語っている。

健康モデルが、実は危険だということは皆さん身体的な面で分かっていると思います。WHO も健康を規定することをやめてしまいました。政策的に見た場合、例えば、成人病という病気をターゲットに据えて、成人病でない状態にする、糖尿病にならないようにすることが一つの健康の方向だと考え、ライフスタイルの問題、運動の問題、栄養の問題などを考えるわけです。ですから、メンタルな面でも何かを持ってくる必要があります。行政はストレスを持ってきて、ストレスによる健康障

害が幾つか想定され、それを防ぐために具体的に何をしたらいいかを考えるのです。したがって、健康モデルという考え方はあまりとりたくない。

この発言においては、様々な成人病に共通するような因子や状態が挙げられてはいないので、その対応関係が捉えにくいのが、基本的には、ストレスは成人病に当たる回避すべき状態とされているようだ。そして、こう解釈すると THP は健康モデルではないということになるようであるが、「ストレス」がマジックタームになってはいないだろうか。

議論を戻そう。おそらく、疾病から入っても、健康から入っても、生産性を維持・向上させるという意味では企業に「役に立つ」ことになるであろう。だが、とくに健康から入ってより仕事ができることへと駆り立てられるならば、それは働く人々にとって「役に立つ」ことになるのか、むしろ消耗へと導くことになるのではないのか、そしてその駆動力として医学や医者が機能することになるのではないのか。もし、笠原が憂慮した理由がこのようなものであれば、それはたとえばセルフ・コントロールの強化に関する社会学的な議論とほぼ重なってくるものであろう。

4.5 専門家集団における活性化と議論の特徴

行政による取り組みやストレスへの社会的関心の高まりと呼応する形で²³、メンタルヘルスに関わる専門家集団の産業精神保健についての取り組みが活性化してきたのもこの時期である。とくに注目しておきたい

のは、日本精神神経学会が再び「産業精神医学」や「職場における精神保健」を80年代中期以降に取り上げ出したことと、90年代前半には多職種の会員を集めた日本産業精神保健学会が発足したことである。

日本精神神経学会では、1966年に職場の精神衛生をテーマとした「精神衛生管理研究会」をその内部に立ち上げたものの、第I期で詳述したように、様々な批判のなかで、1973年以降は自然消滅させてしまった経緯がある。1985年には、小此木啓吾を中心に『産業精神医学』が編集・出版され、50名以上の多くの精神科医が執筆者として加わっており、その意味では、10年以上の時を経て、いわばタブーが解除されたようにも思われる。

ただし、学会としてこのテーマを取り上げたのは、その2年後の1987年であり、小此木啓吾が学会総会において教育講演「産業精神医学の課題」を行ったのは、一つの画期を成しているのではないだろうか。翌年の総会になるとシンポジウムの一つとして「産業における精神医療とその問題点」が企画され、その年の『精神神経学雑誌』には、報告者4名の論文と討論の様子が掲載されている。

2000年代以降の議論、たとえば、同じく精神神経学会の2005年総会で、荒井稔が「産業領域におけるメンタルヘルス対策と精神障害」と題して教育講演を行い、翌年の総会でシンポジウム「労働者のメンタルヘルスの現状と課題」が開かれたが、それらの報告論文を読むと、1980年代のものは当然のことながら顕著な違いがある。

比喩的な表現になるが、80年代の議論には、「職場の精神保健活動」といういわば

円の内側に踏み込む直前の、まだ外側の視点がなんらかの形で保持され、提示される。それは、60年代末に顕著であった批判——「企業の御用精神科医」といった——を意識せざるをえないという面もあるだろう。この時期における重要な内省的な視点といえるだろう。たとえば、小此木は1987年の教育講演のなかで、精神科医が産業場面に求められるようになった時代認識を示している。

世の中の時代風潮の大きな変化と同時に、高品質・高管理という言葉で示されるような、職場の職員がストレスに負けないような、それを乗り切って生産性を向上することができるような活力をいかにして開発するかといった、旧来ならば産業心理学や人事管理面で行っていたはずの精神面のかかわりを、メンタルヘルスの名のもとに、精神科医や心理学者にも協力を期待するような動向が高まっている。（小此木1987:933）

小此木はそうした時代認識を示した上で、「産業精神医学の問題点」を二つに分けて論じているが、共通する問題意識としては、なんらかの精神的不調を抱えた者を職場から排除する装置になってしまう危険性を指摘することにある。旧国鉄の常勤精神科医としてキャリアの長い春原の議論を参照した部分を引用しておこう。

春原氏は、精神障害者に対する管理と、広義の精神健康管理について明確な区別を行うことがとても重要だとい

うことを指摘している。精神障害者の管理に対しては、あくまでも精神医学的な判断と処理が第一義的であり、したがって、直接に労務管理の対象となる事柄ではない。この点を誤ると、精神健康管理が人事管理の手段として利用され、精神障害者や不適応者をただ職場から排除するために悪用されるおそれがあるという事実を厳しく警告している。

この戒めは、恐らく産業精神医学というものの機能をわれわれ精神科医が考える上で最も重大な指摘ではないかと考えられる。（小此木 1987:935）

もつとも、第一義とされる「精神医学的な判断と処理」が、もとより近代的な排除の論理であるという批判もありえよう。ただ、この講演で小此木も言及しているが、加藤正明²⁴の「疾病性と事例性」という議論がある。疾病であることと事例となること、つまり職場で問題とされることとは別の事柄でありえ、両者は区別されるべきであるというものだ。後者を規定するのはその職場の価値基準となる。この職場基準に精神科医が抵抗する、あるいはそうできるかは場合によるとしかいえないが、少なくとも医学的な正常／異常の線引きが一般的に社会生活の可能性を決定するとは、当の医療者たちも考えてはおらず、むしろ医学的線引きが職場の価値基準に合わせて援用・濫用される危険性が反省的に再三論じられていたことには注意を向けておきたい。

また、1988年のシンポジウムで報告役を務めた広瀬徹也は、この時点でも、また現在からみても注目し値する指摘をして報告

を終えている。

最後に産業精神科医の任務は精神衛生管理にあるとするこれまでの一般的な姿勢は誤解と危険を招くだけであり、代わってメンタルヘルスサービスを旨とすべきことを提唱したい。産業精神医学はあくまでも第一次予防を本務とすべしとの意見もあるが、現状では精神衛生管理となる怖れがあるので、第二次、第三次予防につながる相談・治療・復職サービスを中心に行うことが現実的で実り多いものとする。（広瀬 1988:892）

先ほど言及した加藤は、産業精神保健について1960年前後から積極的に論じ、そのなかで先ほどの危険性について注意を喚起しながら、一次予防を長らく称揚してきた²⁵。また後述する山田(2008, 2011)が検討しているEAP企業などは、まさに生産性向上に結びつくことを謳う「精神衛生管理」を売り物にしているわけである。このなかで、広瀬が医療者として関わるのは、二次・三次、つまり治療や復職支援を中心とすべきだと論じたことは興味深く、また、前小節で問題にした、health oriented であることに対する笠原嘉の憂慮と重なるものであると考えられよう。

さて、本節の最後に、「日本産業精神保健学会」について触れておこう。初代会長の加藤(1993)によれば、1989年に、当時日本鋼管の産業医であった島悟から「産業精神保健研究会」を作ろうという申し出があり、それがきっかけとなったという。THPが開始された翌年ということになる。第I

期でその回想録から引用した人物も多いが、1992年まで、早期から企業に産業医として勤めた経験のある精神科医らによる講演会を、ほぼ隔月のペースで開催している。

1991年より、旧厚生省が委託し、国立精神・神経センター精神保健研究所の藤縄昭が班長を務めた「職場の精神保健に関する研究」が、主にこの研究会によって担われることになった。12企業の労働者を対象に、ストレスモデルに従った要因分析を行うなどの調査研究がなされたが、前小節で言及した笠原と河野のやりとりは、この委託研究の一環として開かれた会合の記録である。そして、1993年には研究会が学会となった。研究会の当初より委託研究等を通じて行政との関わりも深く、第Ⅳ期に入るが大部のハンドブックやマニュアルも編集しており、産業精神保健の領域では現在に至るまで中心的な組織となっている²⁶。

同じく1993年には、やはりこの分野のもう一つの中心的存在といえる「日本産業ストレス学会」も発足しており²⁷、産業精神保健をめぐる取り組みがさらに興隆していく組織的な条件がこの時期に相当程度準備されたといえるだろう。

5. 第Ⅳ期「拡充期」

—1990年代後半～2000年代—

5.1 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。付言すれば、この委託研究を継続時期からみて時期区分としてはⅣ期に含めたが、少なくとも委託当初の課題意識としてはⅢ期に属すると見てもよいだろう。

さて、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、その後で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²⁸。

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²⁹。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³⁰、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はいる。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。

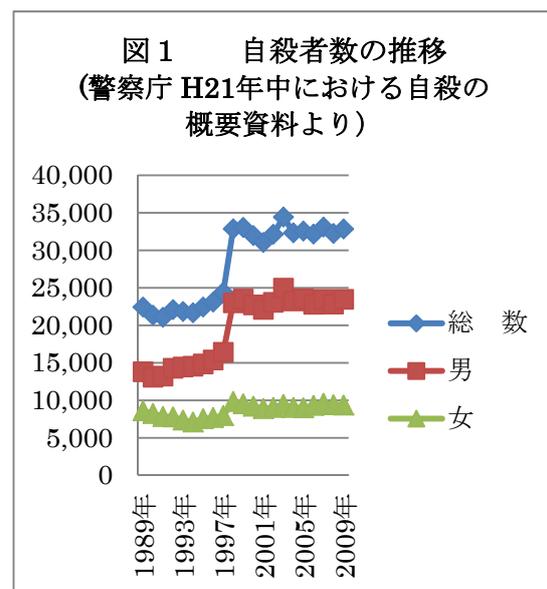
5.2 この時期の背景

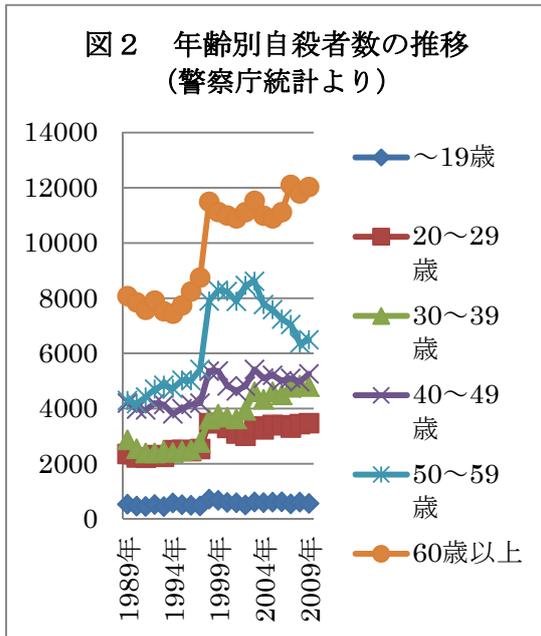
—その1：自殺者数の急増—

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³¹。後者について補足すれば、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³²。





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

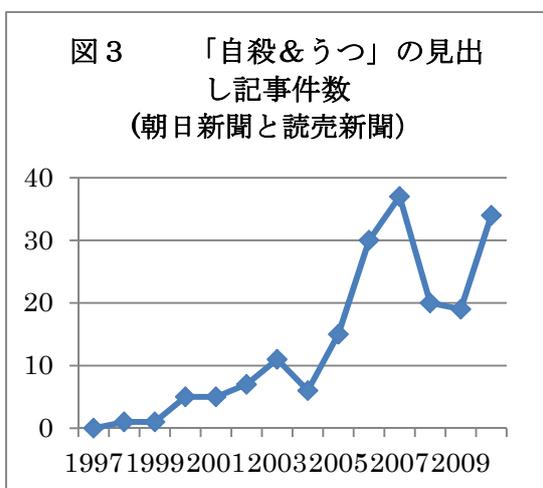
れた社会的状況を捉えたものであるが、この「構造的」な把握に対して、厚労省が「職場における自殺の予防と対応」に関連して打ち出していったことが、とりわけ「うつ病」に照準した「メンタル・ケア」であったことは、確かに批判的な評価も招くものではあろう³³。ただし、産業・労働に関わる行政的取り組みの総体がここに一元化されていたと断定できる経験的な裏付けも筆者は持たないため、この角度からの評価は、少なくとも現時点では留保しておきたい。

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、むしろ厚労省と厚労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。



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」にしかならない。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や厚労省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いいかも知れない」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³⁴。

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。

5.3 この時期の背景

—その2：過労自殺裁判—

5.3.1 最高裁判決とその影響

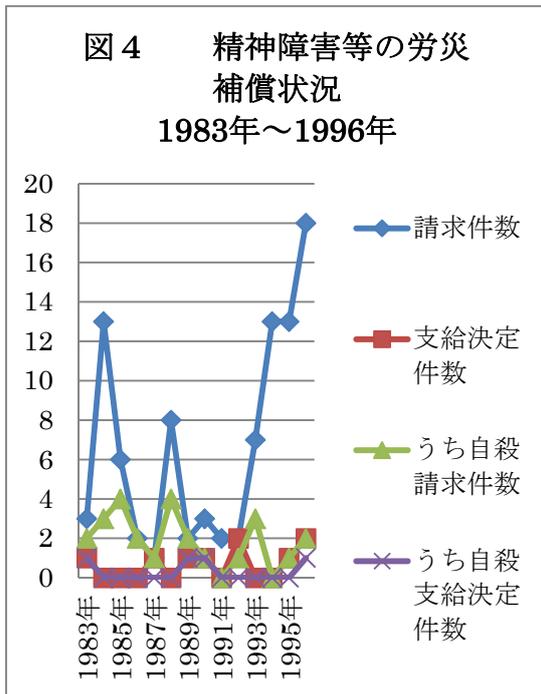
2000年前後より行政対応を加速化させた背景としては、90年代に「過労自殺」裁判が急増、そして行政や企業が立て続けに最高裁等で敗訴となったことがより重要かもしれない。「心理的負荷による精神障害に係わる業務上外の判断指針」が1999年に発表されたことは既に述べた通りであるが、そのための「精神障害等の労災認定に係わる専門検討委員会」は、1997年2月に発足している。その後の改訂に関わる検討委員会にも参加しており、この問題に詳しい精神科医の黒木が経緯を明瞭に述べている。

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。……この二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、最高裁に係属中に、東京労働基準監督署が労災と認定している³⁵。

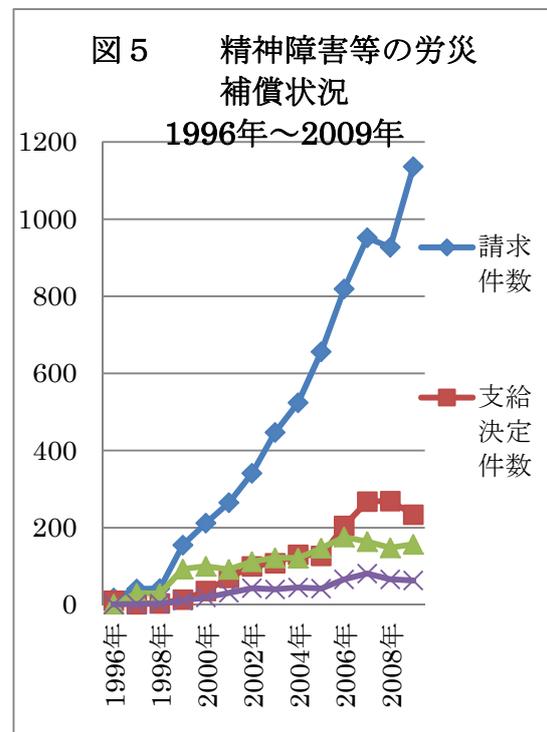
すでに、これらの事例やその他の過労死・過労自殺に関する経緯や訴訟における主要な論点を解説する記録・研究は多い。とりわけ熊沢(2010)は、膨大な資料に基づき、多くの事例を問題ごとに整理しつつ紹介し、この「過労」の背景に横たわる企業そして社会全体の問題を説得的に描き出した大変な労作である。ここでは、こうした優れた先行研究に依拠しつつ、とりわけこの二つの事例と、それによって新たに策定されることになった「業務上外の判定指針」について、産業精神保健をめぐる議論とその動向に与えた影響という観点から説明を加えておきたい。



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る可能性についての認識が大きくかかわっているものと考えられる。とくに二つ目を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急増の一途を辿り、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³⁶。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。



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³⁷。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にはなかった。それは、この5件の職種（騎手、運転手2名、溶接工、潜水工）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、ごく簡略にはあるが説明を加えておく必要があるだろう。

5.3.2 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³⁸。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）での自殺のみ例外的に労災と認めるとされていた³⁹。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、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、専門外の者からみ

るといささか分かりにくいですが、裁判所が要件論を少なくとも結果的には回避したことで、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。山川さんの精神的失調が業務上とされた時点で、労働省は認定基準の見直しに乗り出さなければならなかった——翌年からそのための検討委員会が招集される——ものの、「心神喪失状態」が従来通り要件とされたということで、この点についての議論のいわば余地ができてしまったということであろうか⁴⁰。

しかしまずこの事例について注目すべきは、自殺に関する論議ばかりでなく、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」になるであろう。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いにくい」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。

5.3.3 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1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⁴¹。

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、弁護士の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議論の導入となった。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の問題と、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）⁴²。そして、そもそも、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り、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だくことは、これからの社会の基本的な流れになると思います。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⁴³。

（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⁴⁴。

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のリスクを金額として計算すると6億円であり、「そういう金額的などところで、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が」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⁴⁵。

5.3.4 「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、
 個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。

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
 変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伺わせるも
 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な抑制力が

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
 そが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。

5.4 新旧メンタルヘルズ指針とその周辺

5.4.1 「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見える。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います。……ここに書かれている内容を、各企業はできること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。」そういった方向に行く恐れはないか。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もちています。（櫻井 2000:10）

楽観的に過ぎると思えようが、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しないように注意を促す文言はいれている。「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」の最後に書いてはいる。

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、落ちていきますね。そういう意味では、若干…（櫻井 2000:10, 括弧内引用者）

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で、それらが心理的ストレスにすべからず影響して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ひます。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ひます。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⁴⁶、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⁴⁷。

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もあるが、前者の問題、事業者がこの予防的取り組みについて、どれだけ、そしてどのような形で関与すべきなのかということは、この問題を考える上でさらに重要な点であろう。この指針内では、「事業者自らが、事業場におけるメンタルヘルスカケアを積極的に実施することが効果的である」とは記されており、指針を作成した検討会の座長も務めた櫻井は、別所でこの点が従来にはない重要なことであると評価している（唐沢他 2000:16）。しかし、これはもちろん責任を問うものではない。こうしたケアの体制を構築し実効性を持たせ

ていく上で、事業者がどのような役割を果たすべきなのかは、いたって漠然としたものである。この指針ではライン（管理監督者）の役割が、後で見るように新指針では産業医の役割が強調されるものの、かれらの役割の遂行に対して事業者が果たすべき事柄は曖昧なままであれば、そのことは一つの困難を構成することになるのではないだろうか。

ところで、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掲載が予定された座談会である。しかし、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いといけない」と河野が述べてはいるものの、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、産業医の役割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場所である。

5.4.2 「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

ついで議論に移ろう。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、新旧指針の相違点を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⁴⁸、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

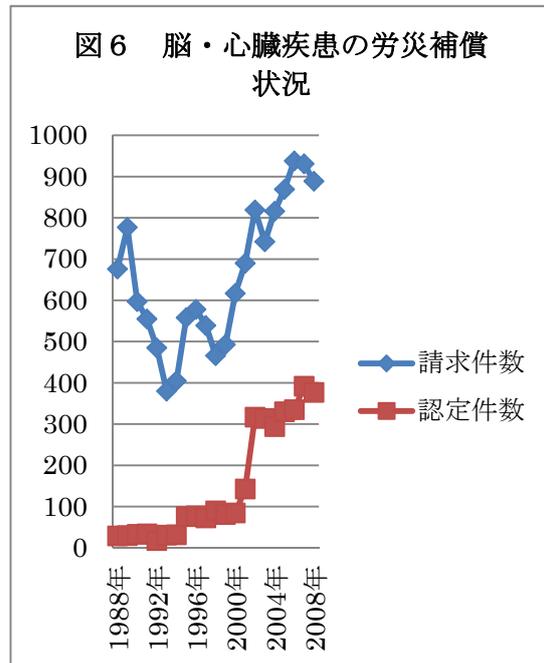
省が事業主に対して、やはり通達として示した「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（以降、総合対策）に反映されることになり、さらに2006年の改正・安衛法および労働安全衛生規則（安衛則）にも取り込まれていくことになる。この点でも、一連の過程の直接的な発端は、脳心疾患の認定基準見直しと考えられよう。

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の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、ぜひとも法改正を行って努力義務から義務にしていだけないかという空気がでてきたわけです」⁴⁹、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」⁵⁰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。



5.4.3 「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⁵¹。

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。その難点の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⁵²。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。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。

5.4.4 「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ってですね、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ったといことです」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って、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、過去の健康診断の結果等の当該労働者をした労働者に関する情報を産業医等に提供し、当該労働者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つ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⁵³。

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⁵⁴。

第15回ときには、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。

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いています。

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くるわけですが、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が、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、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、そしてその場合には、産業医が必要を認められ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」

とさせていただきます。……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なのである。

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つて、とりあえず申出があつ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。申出があつ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、これを受け身にとってしまうと、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、逆に言うとこれ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。

5.4.5 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⁵⁵。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⁵⁶。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きち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多い。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場所があったのを、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⁵⁷。しかし、分科会で労働者代表の徳永が繰り返し述べたように、「申し出」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は合意ができていますね。……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るということをして期待して入れているわけですので、そここ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えます。（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強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⁵⁸。

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——加害者にならせない——ということの方に注意がむけられるようになったといっただろう（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、それはやはり責任に関わる言明ではないし、具体的な水準で役割を明記しているわけでもない。そうしてみると、「メンタルヘルスケア」についての少なくとも日常的取り組み——またそれを可能にする体制の構築——に関する帰責の構図は、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、たとえ医師が企業の被雇用者であるにせよ、企業の外側へと漏れ出す形になりはしないだろうか。

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⁵⁹。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ようになる。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の強調しており、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。

6. その後の動向

6.1 安衛法一部改正法案をめぐって

ここまで、概ね2006年までの状況を辿ってきたが、それ以降から近年の動向について少しく触れておこう。

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」（以下、「プロジェクトチーム」）を組み、上記プロジェクト関係者な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。

そして、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対策検討会」（以下、「対策検討会」）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。この検討会では、新たに求められる枠組み——精神的不調を職場で定期的にチェックし、より適切な医療的対応がなされるようにする——からみると、産業医の現状は量的・質的に不十分であり、また経済的負担から事業所が専門領域を異にする複数の産業医を雇うことを期待すること出来ない。そこで、「メンタルヘルスに対応できる産業医等で構成される事業場外の組織（外部専門機関）を整備・育成」⁶⁰し、そのことを通してメンタルヘルス不調者への対応が各事業場で適切になされるようにすることが現実的であり、さらに検討する必要があることなどが提言された。これを受ける形で、同年のやはり9月より「事業場における産業保健活動の拡充に関する検討会」（以下、「拡充検討会」）が4回開かれ、事業場の従業員規模に即し

たメンタルヘルスへの対応の“受け皿”——新たな、あるいは既存の地域内組織——について議論され 11 月には報告書がまとめられている。

こうした検討を踏まえる形で、2010 年の 12 月には労働政策審議会建議がまとめられ、翌 2011 年 10 月、厚労省は「労働安全衛生法の一部を改正する法律案要綱」を労働政策審議会安全衛生部会に諮問する。そのまま部会が答申し法律改訂案は同年 12 月の臨時国会に提出された。結果的には、この時点でも翌年 9 月の通常国会でも審議未了で継続審議となっている。ここまで述べてこなかったが、この法律改定案に繋がる一連の流れについては、各方面から批判が寄せられることになった。日本産業衛生学会（以降、産衛学会）は、上記「メンタルヘルス検討会」が開催されている 2010 年 6 月の段階で、「一般的健康診断の一部として、全事業場で一律にうつ病のスクリーニングを実施することには現状では問題」が多いとする見解を表明している⁶¹。その後、2012 年に至るまで、産衛学会も含め幾つかの団体から批判がなされる⁶²。

こうした一連の動向は、そもそも 2010 年の「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」の議論とその報告書において明記されたものを起点としている。自殺防止の厚労省対策 5 本柱として示されたものの一つ（柱 3）に「職場におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援の充実」が掲げられている。さらにその 3 番目に「職場におけるメンタルヘルス不調者の把握及び対応」があり、チームメンバーであった内閣府参与の清水康之（NPO 法人自殺対策支援センター・ライフリンク代表）の意見として「定

期健康診断項目の追加検討が必要」と記されている。これがプロジェクトチームのとりまとめのなかにある「鳥瞰図」になると、

「職場の体制整備」のブロック内に「定期健康診断を実施する際のメンタルヘルス不調者の把握とその後の対応の検討」とプロジェクトチームのいわば結論の一部と読める形で示されている⁶³。また、この鳥瞰図の該当部分で、定期健康診断の項目の下には、「メンタルヘルスの専門家等を有する外部機関の活用と質の確保のための措置の検討」、「メンタル不調に対応できる産業医等の養成」といった項目が続く。外部機関の部分も、とくに産衛学会から強い批判がなされるところであるが、上記二つの検討会から安衛法改定案までの議論や内容を、この「プロジェクトチーム」の議論が強く枠付けたことは伺えよう。

実際に厚労省が法案改正の概要として示したものを、一部文章を簡略にしつつ以下に示しておこう。①医師又は保健師による労働者の精神的健康状況を把握するための検査を行うことを事業者に義務づける。②労働者は、事業者が行う当該検査を受けなければならないこととする。③検査結果は検査実施者から労働者に通知されるが、実施者が労働者の同意を得ずに結果を事業者に提供してはならないこととする。④検査結果によって労働者が（事業者に）医師の面接指導を申し出たときには、事業者がそれを実施することを義務づける。⑤面接指導の申出をしたことを理由に、（事業者は）不利益な取扱いをしてはならないこととする。⑥事業者は、面接指導の結果、医師の意見を聴き、必要な場合は、作業の転換、労働時間の短縮その他の適切な就業上の措

置を講じなければならないとする。

では、どのような点がとくに批判の対象となったのであろうか。様々な論点が提起されているが、主な点について大きく切り分けると以下のようなになるだろう。(1) メンタルヘルス不調を把握するためのスクリーニングテスト（医師面接を含まない労働者による自記式問診票）自体の有効性をめぐる問題、(2) 検査の結果、不調とされた労働者に対して生じる可能性のある不利益に関する問題（およびそれを回避するための方法に関する問題）、(3) 医療的対応の担い手をめぐる問題、(4) 事業主責任の曖昧性をめぐる問題、以上の4点である。

(1)については、実は「対策検討会」報告書でも指摘されていることなのだが、現在さほど精度の高い調査票があるわけでないこと——とりわけ偽陽性者の、あるいは(2)の理由による偽陰性者がかなりの頻度で生じうること——が、諸団体から指摘されている。とくに産衛学会は、厚労省が事業場に義務づけることを検討している「精神的健康の状況を把握する検査」について、「その妥当性や有効性は未だに確認されていません」と、2012年1月公表の意見書にも明記している。この「検査」は、もともと「対策検討会」の報告の提言を具体化するために、厚労省からの要請で(独)労働安全衛生総合研究所が2010年9～10月に検討を行い——「ストレスに関連する症状・不調として確認することが適当な項目等に関する調査研究」（座長：下光輝一）——、報告書にまとめた結果に基づくものである。具体的には、本稿の時期区分では、第Ⅲ期から第Ⅳ期をまたぐ形で行われた旧労働省の委

託研究の成果として作成された「職業性ストレス簡易調査票」（質問総数 57）から、とくに9つの項目——「ひどく疲れた」「不安だ」「何をするのも面倒だ」など——を抜き出したチェックリストである。同研究所が翌年に「試行的実施」を行い、厚労省としてはこの報告をもって9項目チェック方式の妥当性を主張してはいるのであるが⁶⁴、その報告書ではより大規模な調査でその精度を確認する必要があるとも述べられており、これが産衛学会の批判の論拠とされている。

(2)の労働者に生じる不利益については、「プロジェクトチーム」でも指摘され、「対策検討会」の報告書でも、たとえば「心の健康問題には、これ自体に対する誤解や偏見等解決すべき問題が存在しており、うつ病であることが分かった途端に解雇される事例も見られる」と記載されている。この点は、2010年6月の産業精神衛生研究会報告書でも、まず問題にされる場所である。かつてほどではないにせよ、メンタルヘルス不調には偏見や誤解があり、それは不調を不治のものと考えたり、当人の能力自体と結び付けたりするような傾向に現れる。こうした状況があるため、「安易なスクリーニングの導入は、精神疾患に関する不適切なレッテル貼り（誤解に基づく差別化等）につながり、まさに過去に問題視された精神障害者の企業からの排除を誘発するリスクも少なくない」と考えられると述べられている。

それゆえ、この報告書では続けて、質問票の結果情報が企業内で当該労働者に不利益を生まないための取扱い方も含め、適切

な事後措置がなされる体制が明確に整備されていなければ、スクリーニングの導入は見合わせるべきだと主張される。また、そうした十分な事後措置の体制がないところでは、労働者が不調と判断されるような回答を避けることになり、虚偽の回答が増え、スクリーニングテストを実施する意味はさらに無くなると指摘する。むしろマイナスの「副作用」が大きくなるばかりであると。

ところで、この労働者のメンタルヘルスに関する個人情報の取り扱いについては、安衛法一部改正案でも上述のとおり一定の規則が盛り込まれている（③～⑤）。しかし、④で、労働者が医師による面接指導を申し出る対象は、厚労省の「法律案の概要」では明示されていないが、「事業者」になるところは注意が必要だ。実際、「対策検討会」の報告書の段階では、医師の面接指導を受けるのに、労働者が事業者に出向を行うことが必要とは書かれていない。

健診をした——「ストレスに関連する症状・不調の確認を行った」——医師は、産業医など「就業上の措置について意見を述べる医師」との面接が必要と判断すれば、労働者にその旨通知する。ここで事業者に対して、健診をした医師が、ある労働者が面接を必要とするといったことを事業者には伝えないようにすることは法案と同じである。だが、労働者が産業医等と面接すること——さらに産業医などから勧められて、より専門的な外部医療機関を受診すること——を、事業者に願い出る必要など無い。事業者が当該労働者の医師面接を受けたことを知るのは、ただ産業医などが就業制限（時間外労働の制限や作業の転換等）や休職が必要であり、そのために労働者の同意

が得られた限りで、事業者に意見を伝えたときである。少なくとも「対策検討会」の報告書では、そのような形が「新たな枠組み」として提示されていた。

なるほど、「改正案」では、面接指導の申出それ自体を理由に、事業者が労働者に対して不利益となる扱いはしてはならないとされてはいる。しかし、まず、スクリーニングテストの結果、なんらかの不調（の疑いがあること）は事業者には伝わらざるを得ない。そして、これは全日本民主医療機関連合会が主張するところであるが、そもそも不調の主な原因がそれこそ職場環境に存する場合、申出は困難であるという批判もなされる。「長時間労働を強要しまたはハラスメントを行っている上司等に面接希望を申し出る事は、困難である」と（同連合会が2012年1月に公表した意見書より）。厚労省の「改正案」は、本稿の第6節で取り上げた2006年施行の改正安衛法・則で、一定の長時間労働を行った者が医師面接を希望ないし申出した場合に事業者は面接を受けさせる義務があるとしたことに合わせたものとも考えられるが、そうなれば当然、そのときと同様の批判も生じよう。それは(4)の問題となる。

(3)の医療的対応の担い手をめぐるとは、なによりもこれまでの産業医の産業保健活動上の位置付け、もっといえばその揺らぎに関する批判である。最終的な安衛法改正案では、「プロジェクトチーム」案にあった一般健診と一緒にメンタルヘルス不調のチェックも行うという方式は取り下げられ、「精神的健康の状況を把握するための検査等」については別の条文が新たに

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なではあるが、「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⁶⁵。

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ろ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、担い手をめぐり論点としては、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によって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⁶⁶。

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⁶⁷。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⁶⁸。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。

この拡がりをただ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、病気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・他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⁶⁹。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⁷⁰。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。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⁷¹。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Ⅲ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。

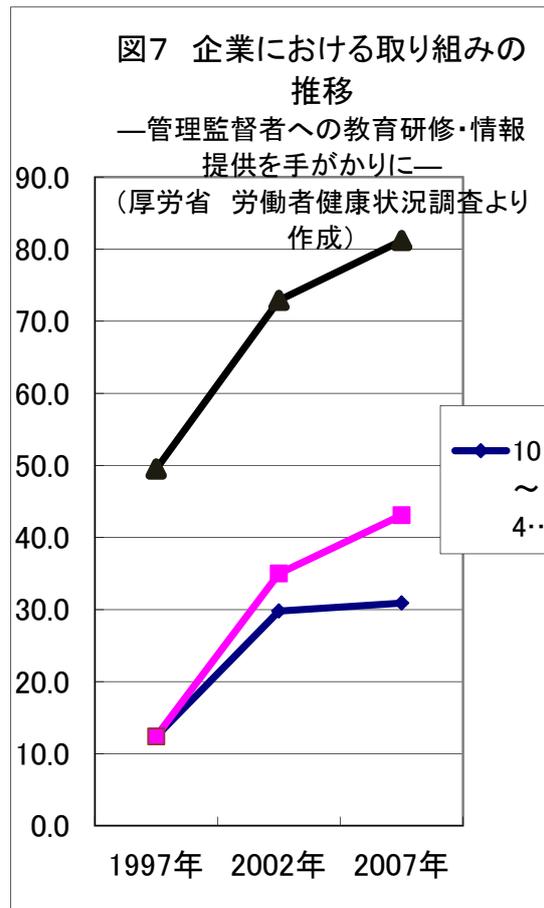
ただし、「精神科医の関与」という項目が目を引くところである。相談機関は精神科医又は精神科医が所属する医療機関と契約していることがまず要件とされる。そして関与する医師は、「臨床歴を5年以上有すること」が必要であり、たとえば「相談対応者による面接に先立ち面接を行い、その結果を相談機関に報告すること」、あるいは「(すべての労働者について相談内容を)相談対応者から報告を受け、その内容について医学的な観点から審査する」といった形で様々に関与していくことが求められる。医師の関与によって、EAP会社の質を担保しようということであるが、登録という制度によってどこまでそれが可能であるかは未知数である。また、EAP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

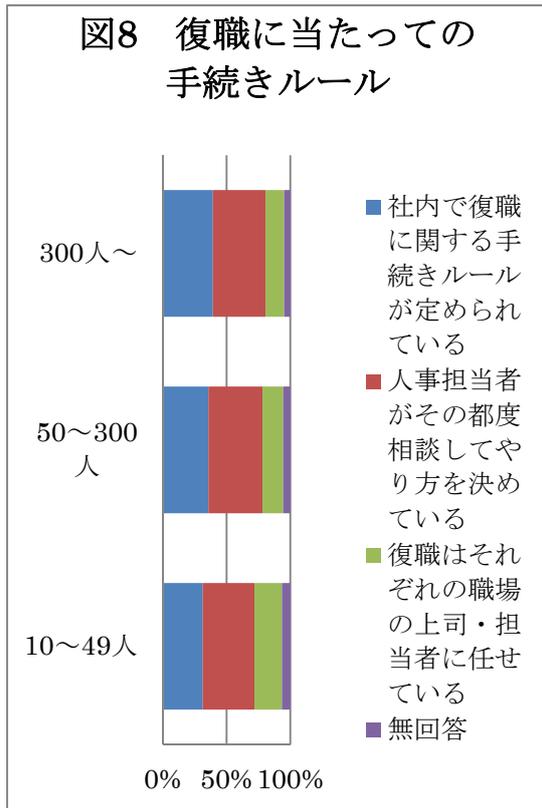
企業の取り組みについては、厚労省の労働者健康状況調査などにより、1990年代後半以降の動きがある程度把握できる。ごく簡略に触れておきたい。

たとえば、新旧のメンタルヘルス指針に「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。

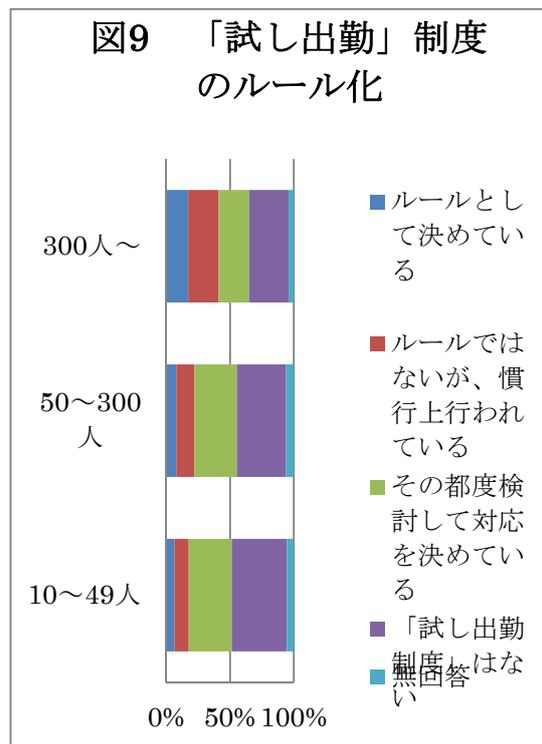


この調査は5年間隔で行われており、2012年実施分の結果はまだ公表されていないので、2010年9月～10月に行われた(独)労働政策研究・研修機構(JILPT)の「職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査」の結果も見ておこう。図7で示したものと全く同様の質問があり、事業所規模別にみると10～49人(36.4%)、50～299人(44.4%)、300人以上(64.9%)であった。50人未満の事業所を除けば、低めの結果が出ている。JLPTの調査設計は厚労省調査とほぼ揃えているが⁷²、事業所調査に限定し、労働者調査は並行して行っていない。厚労省調査の有効回答率が70.8%であることに対し、JILPT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、ルールとして決められ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、これ以上の概略的介绍は止めておきたい。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、囑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ことになった⁷³。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、もっといえば“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⁷⁴。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⁷⁵。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⁷⁶、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、労働問題が個人個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の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鑄型——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⁷⁷。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⁷⁸。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。そのためだろうか、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間で意識されてきた。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」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⁷⁹。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⁸⁰。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、そうしたことに關することであれば「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）⁸¹。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⁸²。

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ろう。「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⁸³。

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る、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、そしてまたそれほ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」と呼ぶ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パ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、おおよ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っていると反論した（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かつとめているが、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、厚生

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）。

³²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。

³³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いっていよう。

³⁴ 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。

³⁵ 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。

³⁶ 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）。

³⁷ 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。

³⁸ 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。

³⁹ 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。

⁴⁰ 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。

⁴¹ 電通事件については、川人(2000)を主に参照した。

⁴² 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。

⁴³ 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。

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

⁴⁵ 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

会である。

63 こうした資料は厚労省 HP で参照した。鳥瞰図になると書かれていないが、報告書内では、定期健康診断追記検討の意見の下に、「定期健康診断におけるメンタルヘルス不調の把握に当たっては、労働者が不利益を被らないようにすることが必要」と、弁護士・生越照幸（外部有識者としてヒアリングされた）の意見が併記されている。

64 たとえば 2012 年 2 月 10 日に労働基準局安全衛生部労働衛生課長・椎葉茂樹が行った報告のスライドでは、この 9 項目と他のストレス傾向を測る項目との間に高い相関があることが繰り返し示されている。

65 上記引用のすぐ後に、次の但し書きがある。「なお…現時点において、産業医に代わりうるものとして外部専門機関との契約を認めることについては、現場の混乱が危惧されるとして、その影響を見極めた上で慎重に判断すべきという意見があった」と記されている。

66 この点は、産衛学会の 2010 年 12 月の意見書にも明確に述べられているが、他に日本精神神経学会・精神保健に関する委員会が 2012 年 9 月に表明した見解において大きな位置を占めている。

67 この点は、たとえば全日本民主医療機関連合の意見書（2012.1.20 付け）でも指摘されているし、産衛学会は拡充検討会が終了した時点の意見書(2010.12.25 付け)で「検診時のスクリーニング結果を事業種は直接知る必要がなく、これによって、たとえ問題が発生しても、知らぬ、存ぜぬ、という立場が公然と許容される危険性をはらんでいる」と記している。

68 この点については検討会の段階から産衛学会が指摘しており(2010.12.25)、その後、働くもののいのちと健康を守る全国センター(2011.12)や全日本民主医療機関連合会(2012.1.20)、さらに日本精神神経学会(2012.9.15)からも批判点として挙げられている。

69 五十嵐による 2011 年実施の調査報告では、復職時の勤務先業の産業医・産業保健スタッフおよび人事労務担当者に対する連絡・調整について行っているとした割合が、もっとも簡便な方法（書面による）においても 5 割程度であり、そして前年調査よりも減少していたとされている（五十嵐 2012:12）。復帰する場である職場とのより協働的な支援への展開は、より困難な課題といえよう。

70 たとえば精神科医の玉井(2006)は、事業場外リハビリが有効でありうるのは、疾患が限定的であること、復職後の業務が外部で模擬的になしうるほど一般化しやすいものであること、あくまでも復帰準備段階までが期待できる回復の水準であることなどをもって、事業場内の就業リハビリがやはりより実効的であると論じ、その課題について検討している。

71 本節で度々言及してきた産衛学会の産業衛生研究会報告書(2010 年 6 月)では、このことについて「背景には、必ずしも良質とは言えないサービスを提供する民間のメンタルヘルスサービス期間が増加してきたこと」と述べている。

72 相違として、厚労省の 2007 年実施調査では、2004 年事業所・企業統計調査を母集団としているが、JLPT2010 年実施調査では帝国データバンクの事業所データベースを母集団にしていることも書き添えておこう。

73 それは、たとえば、達成不可能なノルマを課しながら、特定社員に対して低能力・無能力のラベルを貼り、一定の時間をかけて、当該社員の自己否定感を強めさせ、自分から退社を選択させるような方法である。労働相談等を行う NPO 法人 POSSE 代表の今野は、それを「違法にならないハラスメント」「ソフトな退職強要」によって解雇規制が無効化されている状況として告発している（今野 2012:85-92）。

74 たとえば、近年、内部通報したことで不当に異動させられたとして、某大手企業社員が起こした裁判では原告側が勝訴した。この案件に絡んで、会社と顧問弁護士が産業医と共謀して当該社員を「精神障害者」に仕立て上げ「合法的」に排除しようとしたと一部メディアで伝えられている。このようなことがあるとしたら、本稿では、雇い主である企業に対する産業保健スタッフの自律性の問題として論じたが、それ以前に医師等の元々の倫理性をどのように確保するのかという問題も確かに存在するだろう。2010 年の「拡充検討会」

での議論にも本論で言及したが、総括医師および複数の産業医からなるチームで企業と関わる外部専門機関の方式は、医師相互のチェックが働くことによって、ある程度はこうした危険性を減じるものであるのかもしれない。

75 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。

76 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怖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ど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。

77 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…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、それをもちかけること事態、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）。

78 推測にすぎないが、笠原は対談時に優生学に関わる歴史を意識していたのかもしれない。

79 もちろん、問題化の「主体」は、労働組合などであってもよいし、そうであるべきかもしれない。しかし、そうした申し立てには、「医学的」論拠も求められることもあろう。たとえば、個人加盟労組での相談経験をもとに、団体交渉の過程を可能にした、相談者本人の休職や経済保障を引き出す上で、精神医療の言語が有効であったことを橋口(2012)が指摘している。また、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ことも、この文脈で示唆的である。

80 日本産業精神保健学会の 2012 年度大会で、筆者はオリンパスソフトウェアテクノロジーの代表取締役として社内改革に当たった天野常彦氏の報告を傍聴した。

81 もちろん、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。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）。ただし、パワハラに関するルポルタージュなどによれば、パワハラのいわば常習者のような人物を一定の地位に就けるころには、当該企業の「社風」ともいべき問題もまみられるようであり、ラインへの研修によって制御可能な範囲は限られるところもあるのではないだろうか。

82 不調者の「個人環境」にのみ働きかける方法は様々に論じられている。たとえば、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はなるだろう。

83 社会保障制度の構想として、ここでは宮本太郎(2009)のアクティベーション論を筆者は

イメージしている。2000年代に入って以降に多くの議論と実践が生み出されている職場復帰支援は、これまで精神保健福祉領域では統合失調症者にとっての福祉的就労が多く論じられてきた社会的文脈からみても、また異なる試みとして評価できるのではないだろうか。たとえば、白波瀬らによる、事業場内リハビリテーションにおいて、職場集団そのものも支援対象とすることで、支援対象者の試行錯誤を高度に可能にしていくようなプログラムには、支援システムを設計していく上で多くのアイデアが含まれているように思われる。詳細は、白波瀬(2011,2012)などを参照されたい。

F. 研究発表

1. 論文発表

荻野達史,2012,「生きていく気と生きていく場のために」,一般社団法人日本臨床心理士会監修・津川律子責任編集『臨床心理士のための精神科領域における心理臨床』遠見書房

2. 学会発表

日本社会学会年次大会（福祉・保健・医療部会(4)）「『職場復帰支援』はいかに機能するのか？：労働領域の精神医療化を検討する」2012年11月

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 引用文献・資料

- 1)天笠崇,2007,『成果主義とメンタルヘルス』新日本出版社.
- 2)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.
- 3)浅井邦彦,2001,「病院精神医療の歩み」,昼田源四郎編『日本の近代精神医療史』ライフ・サイエンス:46-54.
- 4)芹沢一也編著『時代がつくる「狂気」』朝日新聞社.
- 5)Brod,Craig.,1984=1984, (池央耿・高見浩訳)『テクノストレス』新潮社.
- 6)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.
- 7)大道明,1979,「職場不適応件研究会」『産業医学』特別号:171-172.

-
- 8)大道明,1982,「職場不適応研究会の名称を産業精神衛生研究会に改正する理由と趣旨について」『産業医学』24:218-219.
- 9)Foucault,Michel.,1972=1975,(田村淑訳)『狂気の歴史』新潮社.
- 10)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.
- 11)藤井久和,1993,「職場のメンタルヘルスの現状と展望」『こころの健康』8(1):3-10.
- 12)原田憲一,2000,「精神障害の労災認定」『産業精神保健』8(4):275-279.
- 13)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.
- 14)橋口昌治,2012,「メンタルヘルスに関わる労働相談をめぐる困難」『大原社会問題研究所雑誌』642
- 15)平井富雄他,1971,「座談会 中堅管理者の組織病をどう癒やすか」『中央公論経営問題』10(5):304-317.
- 16)廣尚典,2002,「産業精神保健における産業医の役割と専門性」『産業精神保健』10(4):333-340.
- 17)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.
- 18)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.
- 19)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.
- 20)Hochschild,Arlie.,1983=2000(石川准・室伏亜希訳)『管理される心：感情が商品になるとき』世界思想社.
- 21)五十嵐良雄,2007,「メンタルクリニックにおける治療プラン」『こころの科学』135
- 22)五十嵐良雄,2012,「リワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究」主任研究者・秋山剛『うつ病患者に対する復職支援体制の確立』厚労科研報告書
- 23)飯田英男,1998,「日本産業衛生学会の立場から」加藤正明監修・日本産業精神保健学会編集『産業精神保健ハンドブック』中山書店:286-292.
- 24)池田政雄,1993,「戦後における『職場のメンタルヘルス活動』の展開」『こころの臨床ア・ラ・カルト』増刊号:9-13.
- 25)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.
- 26)笠原嘉,1985,『朝刊シンドローム』弘文堂
- 27)加藤正明,1993a,「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.
- 28)加藤正明,1993b,「産業精神保健活動の歴史」『産業精神保健』1(1):3-10.
- 29)加藤正明監修・日本産業精神保健学会編集,1998,『産業精神保健ハンドブック』中山書店.
- 30)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.
- 31)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」,
- 32)小西輝夫,1969,「企業と精神科医の問題」『精神医学』11(12):17-22.
- 33)小西輝夫,1971,「企業のなかの精神衛生」『精神医学』13(12):39-43.
- 34)小西輝夫,1984,『サラリーマンと心の健康』NHK ブックス
- 35)小西輝夫,1986,『バンカー・シンドローム』東京書籍
- 36)小西輝夫,1993,「産業精神保健業務 20年の回顧」『こころの臨床ア・ラ・カルト』増刊号:19-23.
- 37)今野晴貴,2012,「ソフトな退職強要という新段階：潜脱される解雇規制」『Posse』14:85-92.
- 38)小沼十寸穂,1968,「産業精神衛生に関する答申書」『産業医学』10(12):559-595.

- 39)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.
- 40)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』.
- 41)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』.
- 42)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』.
- 43)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.
- 44)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.
- 45)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.
- 46)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.
- 47)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.
- 48)Martin,Luther H.et al,1972=1975,(田村俣・雲和子訳)『自己のテクノロジー：フォーコー・セミナーの記録』岩波書店.
- 49)松崎一葉,2007a,『会社で心を病むということ』東洋経済新報社.
- 50)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.
- 51)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.
- 52)三田正也,1969,「若手精神科医は勝った：全理事を不信任した精神神経学会」『朝日ジャーナル』11(24):46-48.
- 53)宮本太郎,2009,『生活保障：排除しない社会へ』岩波書店.
- 54)森満万寿夫,1967,「推薦のことば」,ミクソンライター(中村豊訳)『産業における精神衛生』岩崎学術出版社.
- 55)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.
- 56)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.
- 57)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.
- 58)夏目誠・川上憲人・藤井久和,1992,「職場のメンタルヘルス」『産業医学レビュー』5(2):1-20.
- 59)新福尚武他,1969,「第7回 精神医学懇話会 精神科診療所をめぐる諸問題 ディスカッションの部」『精神医学』11(1):19-33.
- 60)野村茂,2008,『産業医学いまむかし』(財)労働科学研究所出版部.
- 61)小熊英二,2009,『1968(上)：若者たちの反乱とその背景』新曜社.
- 62)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.
- 63)大西守・近藤信子,2008,「職場でのメンタルヘルス活動を『叱る』」『こころの科学』64)142:123-126.
- 65)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：電通事件にかかる最高裁判決をめぐる」『産業精神保健』8(2):83-97.
- 66)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.
- 67)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.
- 68)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.
- 69)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
- 70)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.
- 71)岡田靖雄・小坂英世,1970『市民の精神衛生』勁草書房.
- 72)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.
- 73)Rafalovich,Adams2005"Relational troubles and semiofficial suspicion:educators and the medicalization of 'Unruly' children" Symbolic Interaction,28(1)
- 74)Rose, Nikolas, 1999, Governing the Soul: the shaping of the private self, second edition, Free association books.
- 75)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』.
- 76)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.
- 77)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.
- 78)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.
- 79)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.
- 80)櫻井治彦他,2005,「座談会 過重労働・メンタルヘルス対策の動向」『産業医学ジャーナル』28:5-30.
- 81)櫻井治彦他,2006,「座談会 メンタルヘルス指針について」『産業医学ジャーナル』29:4-31.
- 82)産業精神健康管理研究委員会編,1960,『産業人の精神健康』精神衛生普及会.
- 83)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の啓蒙へ」,芹沢一也編著『時代がつくる「狂気」』朝日新聞社.
- 84)島悟,2007,「職場のメンタルヘルスの現状と問題点」『日本医師会雑誌』136(1):19-24.
- 85)清水康之,「ライフリンク代
表」,<http://blog.livedoor.jp/bxs00035/archives/50175690.html>.
- 86)進藤雄三,2003,「医療化のポリティクス：「責任」と「主体化」をめぐって」『現代の社会病理』18:1-14.
- 87)白波瀬丈一郎,2012,「境界領域としての働く場」『精神科治療学』27(4)
- 88)ストレス疾患労災研究会・過労死弁護団全国連絡会議,2000『激増する過労自殺』皓星社.
- 89)高田昂・島悟・加藤正明,2007,「産業精神保健活動の歴史」,日本産業精神保健学会編『産業精神保健マニュアル』中山書店.
- 90)玉井光 2006「職場復帰の現状と課題」『精神科臨床サービス』6(1)
- 91)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.
- 92)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.
- 93)臺弘・土居健郎編,2010,『精神医学と疾病概念』みすず書房.
- 94)内海健,2006,『うつ病新時代：双極Ⅱ型障害という病』勉誠出版.
- 95)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.
- 96)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.
- 97)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.
- 98)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.

-
- 99)山田陽子,2011a,「『感情資本主義』社会の分析に向けて」『現代思想』39(2):214-227.
100)山田陽子,2011b,「『感情資本主義』の進展」『社会分析』38
101)安井義之,1961,「第33回日本産業医学会シンポジウム 産業職場の精神衛生」『産業医学』3(1):1-5.
102)安井義之,1993a,「私の歩いた終戦後から現在までの労働衛生」『産業医学』35:63.
103)安井義之,1993b,「産業医の立場から」『こころの臨床ア・ラ・カルト』増刊号:25-31.
104)横山定雄,1960,「産業における健康管理の意義」,産業精神健康管理研究委員会編『産業人の精神健康』:69-99.

「産業精神保健」に関する年表 1950～2011年

行政、行政関連団体等、司法	学会(医学系を中心に)、民間団体、出版物(非行政刊行物)	企業
○精神衛生法の制定	○日本精神衛生会(戦前の精神厚生会が再発足)機関誌、『精神衛生』の復刊(1969年に「心と社会」に改称)	○国鉄が「精神病を」取り上げ始める
○国立精神衛生研究所の開設。同研究所の加藤正明を中心に産業精神健康管理研究会が開始。	○精神衛生普及会の発足	
	○精神衛生普及会:産業報を設けて、精神衛生研究会を開始(1993年までに400回以上。多くの企業参加あり)	○三菱石油職場精神衛生調査
	○精神衛生連盟(日本精神衛生会、精神衛生普及会、日本精神科病院協会など8団体が構成団体)主催の全国精神衛生大会にて、「産業精神衛生」がバネルとして取り上げられ	
	○土井正徳「職場の精神健康管理の方法」精神衛生普及会	○九州電力で精神衛生活動開始(中村豊が中心に)
	○日本精神衛生協会(戦前の精神厚生会が再発足)機関誌、『精神衛生』の復刊(1969年に「心と社会」に改称)	○日立製作所で「集団ロールシャッパ」実施
	○精神衛生普及会に「産業精神健康管理研究会」設置	○国鉄、鉄道病院に精神科医(春原千秋)着任
	○産業衛生協会(1929～)より『産業医学』創刊	○本田技研(埼玉製作所)近松製作所にて「精神衛生相談」を開始
	○産業精神健康管理研究会(産業精神衛生学)設立(国鉄の心理学者・相馬紀公を中心に産業講習会が開催された。延長で)	
	○労働科学研究所の桐原(産業心理学の立場から)『産業精神衛生の諸問題』	
	○日本産業医学学会(日本産業衛生協会の年次大会)で「産業職場の精神衛生」のシンポジウム	
	○日本精神神経学会:総会で「社会復帰」がシンポジウムのテーマに	○松下電器:健康管理センターに精神科医(小西輝男)着任
		○東芝:精神衛生対策を開始(産業医・御厨深人を中心に)
		○電電公社:療養者の統計で、結核を抜いて精神疾患がトップに

行政、行政関連団体等、司法	学会(医学系を中心に)、民間団体、出版物(非行政刊行物)	企業
○精神衛生法の改訂	○日本精神神経学会の第23分科会で「学校および職場の精神衛生管理」についての研究発表あり。	○富士通:精神衛生対策を開始
○人事院:精神衛生委員会を設置(主題は精神障害者の社会復帰)。委員が全国で現場調査。※特定できないがこの前後の時期と思われる。	○日本精神神経学会の「精神衛生管理研究会」発足(会長として金子仁郎氏を研究対象)。1973年までで「無期休会」に。	
	○国際精神保健連盟(WFMH)のコレエール理事長来日、産業精神衛生懇話会	○McLean&Taylor(中村登訳)『産業における精神衛生』岩崎学術出版社
	○大道明「職場の精神衛生」創刊	○五医学新書
	○小沼十寸「産業精神衛生」に関する寄申書『「産業医学」に掲載』→日本産業衛生協会に「職場不適応研究会」発足	
	○「教育と医学」で特集「職場の精神衛生」	
	○小沼十寸「産業精神衛生」の実際』金原出版	
	○『教育と医学』7(11)で特集「職場の精神衛生」	
	○池田篤信・石田一宏『働くもの精神衛生』新日本出版	
	○春原千秋「産業講習会」職場の精神衛生』医学書院	
○労働安全衛生法の施行(労働基準法から分離独立)	○平井富雄「精神衛生管理」中央論社	
	○日本産業衛生協会が日本産業衛生学会へ改称	
	○小沼十寸「産業神経症」新臨床医学文庫	
○労働省:シルバーヘルスプラン策定・提唱		
	○小沼十寸「職場の精神健康」管理の実際』労働科学研究所	
	○『教育と医学』で特集「職場のメンタルヘルス」有斐閣	
	○内山喜久雄・小田晋「職場のメンタルヘルス」有斐閣	
	○日本ストレス学会発足	
	○労働省:中央労働災害防止協会に委託し、中高年齢労働者ヘルスケア検討委員会に「ストレス小委員会」を設置。	
	○人事院・職員局、国家公務員を対象とした精神衛生対策専門家会議(加藤正明座長)発足	

1992	行政、行政関連団体等、司法	学会(医学系を中心に)、民間団体、出版物(非行政刊行物)	企業
	○労働省:「事業者が働きやすい職場環境の形成のための措置に関する指針」公示 ○労働省:「職場における心の健康づくり」(産業保健スタップ向けテキスト) ○労働省:「都道府県産業保健推進センター」および「地域産業保健センター」の設置開始(推進センターは2003年までに全国47センターを設置。保健センターは労働基準監督署を単位として設置)	○日本産業精神保健学会の発足(加藤正明会長、会誌『産業精神保健』) ○日本産業ストレス学会の発足(会誌『産業ストレス研究』藤和雄理事長) ○『こころの臨床』・『ラカルト』12巻増刊号で特集『職場のメンタルヘルス最前線』(編集:加藤正明)	
1993		○労働省:「作業関連疾患の予防に関する研究」(班長:加藤正明、「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)による「職業性ストレス簡易調査票」(仕事へのストレス判定図)の開発を含む(～99年)	○日本産業衛生学会:『産業医学』が『産業衛生学雑誌』に誌名変更
1994		○労働省:「作業関連疾患の予防に関する研究」(班長:加藤正明、「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)による「職業性ストレス簡易調査票」(仕事へのストレス判定図)の開発を含む(～99年)	○加藤正明監修・大西守・島悟編『職場のメンタルヘルス実践教室』星和書店
1995		○中央労働基準審議会建議「労働者の健康確保対策の充実強化について」においては、「メンタルヘルスに関する理解の促進」と「メンタルヘルスに関する相談体制の整備を図る必要がある」と指摘される(1月)	
1996		○電通労自総研「審判決(東京都)自設を長時間労働に起因するものとして、会社側の損害賠償責任を認める(3月)。 ○神戸製鋼自設訴訟(神戸地裁)労基署の不支給処分を取り消し労災と認定(4月) ○東京中央労基署・広島中央労基署で通労自総研労災認定(12月)	
1997		○川崎製鉄通労自設訴訟(岡山地裁)倉敷支部で原告勝訴(2月) ○自設損害賠償訴訟(札幌地裁)で原告勝訴(7月)	NTT東日本関東病院 院精神科で復職支援リハビリテーション開始
1998		○厚生省:「人口動態統計で中高年層の自殺者が急増」と発表(40～50代で前年度比1.4倍程度) ○労働省:「労働者のメンタルヘルスに関する検討会」(5月設置)。座長:櫻井治彦。翌年6月に報告書(翌年公表の指針へ) ○労働省:「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」公示 ○労働省:「精神障害による自殺の取扱いについて」	○日本産業精神保健学会『産業精神保健ハンドブック』中山書店 ○日本EAP(Employee Assistance Program)協会設立 ○朝日新聞「働き盛りの男性自殺急増 国レベルの予防体制急げ 1998.06.30 東京朝刊
1999			

1984	行政、行政関連団体等、司法	学会(医学系を中心に)、民間団体、出版物(非行政刊行物)	企業
	○東京労働基準局:「仕事によるうつ病で自殺を図り重傷の設計技師に対して、心因性精神障害として初の労災認定 2/23」 ○労働省:「産業医学専攻財団」委託し、「メンタルヘルスケア企業運営委員会」設置。 ○労働省:「メンタルヘルスケア研修の実施について」を通告。同時に、「メンタルヘルスケア講師養成研修会」を全国8ブロックで開催。労働省による行政指導で「メンタルヘルス」が初めて公用語として用いられる。 ○加藤正明・梅澤勉監修『職場メンタルヘルスのすすめ方』中央労働災害防止協会より刊行	○Craig Broadbentの「Technostress」が翻訳される。「テクノストレス」の用語が話題になる。 ○小西輝夫『サラリーマンと心の健康』NHKブックス ○小此木啓吾他編『産業精神医学』医歯出版 ○日本経済新聞に連載「働く人々のメンタルヘルス」(精神科医・大森健一)。 ○荻原薫『朝刊シンジローム:サラリーマンのうつ病操縦法』弘文堂	○富士通:メンタルヘルス研修の対象者を拡大(それまでは課長クラス→主任クラス) ○東芝:臨床心理士(森崎美奈子)が本社勤務部に着任
1985		○加藤正明・精神衛生普及会編『職場のメンタルヘルス』精神衛生普及会 ○小西輝夫『バンカー・シンジローム』東京書籍 ○百原浩編『テクノストレスとメンタルヘルス:職場の対応策』	
1986		○労働省:「中・高年齢労働者ヘルスケア検討委員会」小委員会中間報告。「サラリーマン精神健康調査」(ストレス関連疾患調査)報告。職場のストレス ○労働省:「中・高年齢労働者ヘルスケア検討委員会」設置(～1989年) ○加藤正明・精神衛生普及会編『職場のメンタルヘルス』(人事院の精神衛生委員会・専門委員会の検討から、各省庁のガイドラインとして) ○精神保健法の施行 ○労働省:「中・高年齢労働者ヘルスケア検討委員会」小委員会中間報告。「サラリーマン精神健康調査」(ストレス関連疾患調査)報告。職場のストレス ○労働省:「中・高年齢労働者ヘルスケア検討委員会」設置(～1989年) ○加藤正明・精神衛生普及会編『職場のメンタルヘルス』(人事院の精神衛生委員会・専門委員会の検討から、各省庁のガイドラインとして)	
1987		○日本精神神経学会にて教育講演「産業精神医学の課題」(小此木啓吾)	
1988		○大阪で「通労死110番」実施(4月)。通労死110番全国ネット第1回一斉相談(6月)、通労死110番全国連絡会議結成(10月)、全国一斉通労死労災申請(11月) ○日本精神神経学会・シンポジウム「産業における精神医療とその問題点」開催 ○産業精神保健研究会開始 ○朝日新聞で連載「働く人々の心の健康」(大原健士郎による。1989.7～1990.9 計61回)	
1989		○労働省:「THPの一環として、心理相談員研修の実施」(事後研修の会として、心理相談員会が1990年に設立)	
1990			
1991		○心身医学学会・シンポジウム「職場のメンタルヘルス」開催 ○日本産業カウンセラー協会の試験が労働省から技能審査として認定される	

C. 社会調査の結果

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整理・分析

—質問票のドラフト作成者の立場から—

分担研究者 三柴 丈典 近畿大学法学部・教授

研究要旨

・初年度と次年度の2年間にわたる諸外国の関連法制度の背景・特徴・効果に関する調査(及び関連分野の専門家による法制度調査への示唆)の成果を踏まえ、妥当性のある(法)政策提言を行うこと、そのために必要な限りで日本の企業等におけるメンタルヘルス及び対策の実情を明らかにすることを目的として、企業等でメンタルヘルス対策に直接・間接に携わっている者を対象に、WEBによる社会調査を実施した。

その結果、以下のような事柄が判明した。

<回答者及び回答者所属先の属性>

・回答者の所属産業部門別の割合は、国勢調査(産業等基本集計)の結果に比べ、5ポイントほど3次産業が多かった。また、大企業に所属する者が多かった。回答者にインターネット愛用者で、なおかつ、メンタルヘルス問題に関心の高い方が多かったことの帰結と解される。

・回答者の所属業種の中では、製造業、サービス業、医療・福祉が突出して多く、この問題への関心の高さがうかがわれた。また、公務従事者の回答者割合も比較的高かった。

・回答者の職種は、人事・労務・総務スタッフが過半数を占めたが、産業医学推進研究会(産推研)の協力を得たこともあって、産業医等の産業保健スタッフが約1割を占めたほか、その他の職種(経営、営業・営業管理、生産管理、財務・経理、教職など)も35%を超えており、人事労務スタッフを中心に企業等の戦力となっている幅広いスタッフの意見が反映されている可能性が高い。

<不調者発生の状況>

・過去3年間の回答者に認識されたメンタルヘルス不調者が100人に1～3人いる状況が一般的であった。

<対策の概況>

・回答者所属先で、メンタルヘルス対策を講じて「いる」と「いない」がほぼ拮抗し、事業規模が大きくなるほど「いる」の割合が高まる点などはJIL調査(日本労働研究研

修機構（担当：郡司正人、新井栄三）「職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査」（平成24年3月30日）とほぼ同様の結果となったが、クロス集計の結果から、医療・福祉事業で講じていない割合が高い（68%）ことが判明した。

・講じられている対策の内容は、相談窓口の設置（約70%）、管理職対象の研修（約60%）が多く、メンタルヘルス担当の専任職員の配置（約11%）、強いストレス要因の調査と対応（約17%）、雇用や所得の維持（へ向けた努力）（約18%）などが少なかった。このうち担当職員の配置は、兼任では約3割と高かったため、たとえ配置する場合にも兼任が適当と考えている企業等が多いことが明らかとなった。

<対策の効果>

・対策の効果について、本調査では、「現れているかもしれないが、認識できていない」が65.3%で最も多く、「現れている」は約27%にすぎなかった。JIL調査では、「あると思う」が7割で最も多く、「わからない」は26.4%にすぎなかった。この相違の理由は不明だが、JIL調査での肯定の選択肢が「あると『思う』」とされていたことにある可能性は否定できない。

<対策の具体的内容>

・衛生委員会等でメンタルヘルス対策に関する審議を行っているか、との問いには、約3割が「審議している」と回答し、そのうち約7割が個別事例への対応方法を協議していると回答し、同じく8割強が1次予防策について協議していると回答した。しかし、これに教育研修が含まれている可能性もあり、労働条件の調整などに関わる本質的な1次予防策がイメージされていなかった可能性もある。

・メンタルヘルスに関する組織内規定の整備状況に関する調査から、規定項目として割合が高かったのは、不調者への人事上の措置や就業上の配慮に関すること（約58%）、産業医との面談や同人への受診に関すること（約55%）、不調者の休復職管理に関すること（約53%）などで、逆に低かったのは、主治医との連絡に関すること（約2割弱）、個々人のストレス耐性の強化に関すること（約2割弱）であることが判明した。

就業管理に関することを積極的に規定し、個人的事柄と解されることへの介入を避ける傾向がうかがわれるが、メンタルヘルス問題のように、実効的対策に際してその両者への介入の連携が求められる可能性の高い問題に適応するかには疑問も生じる。

・また、組織内規定において、発症増悪事由の業務上外で対応を区分しているか否かを尋ねたところ、23.5%の回答者が「区分している」と回答した。メンタルヘルス不調をすべからず私傷病として取り扱う組織が殆どとも言える状況下、存外に区分有りの組織が多いと感じられるが、他の業務上傷病にも適用される規定があればそう回答している可能性もあり、早計な解釈はできない。

・規定の効果については、回答者の約41%が不調者の減少に「貢献している」と回答した。生じた問題（損害賠償問題等）の解決ではなく、不調者の減少への貢献を問うたにもかかわらず、4割以上が肯定したことは軽視できない。

<対策に関与すべき者～労働組合>

・所属先がメンタルヘルス対策に労働組合に関与させているとの回答は、回答者全体の3割弱にとどまった。関与させているところでの具体的な関与の内容は、不調者からの相談の受付と関係者間の人間関係の調整(約6割)、長時間労働防止のための諸活動(47%)などの回答が多かった。退職者の転職支援(約8%)を含め、比較的高いエフォートや知識を要する個別対応(に関する事柄)については、低い割合にとどまったが、関与がもたらした効果については、「効果があると感じている」が4割を超え、「効果がないと感じている」は約15%に過ぎなかった。

<対策の効果指標>

・組織ごとに実施されている対策の効果指標として適切と考えるものを尋ねたところ、群を抜いて選択割合が高かったのは、従業員の休業率(51.5%)だった。イギリスのストレス管理基準によるアプローチ(MSA)等が、従業員の休業率の低下を主たる目的として開始されたこととも整合する結果と言える。

<問題回避のための組織の対応～心因的素因を持つ者等のスクリーニング～>

・性格傾向などの本人要因から不調に至り易いと解される者を採用段階でどのようにスクリーニングしているのかを尋ねたところ、「特に対策を講じていない」が最も多く4割強、「面接の中で顔色・姿勢・受け答え方などの非言語的な情報を得る」が約26%でこれに続いた。回答者所属先の多くは、そもそも心因的素因を持つ者等のスクリーニングを行うという発想自体を有していないか、仮に可能性を検討していても実際には困難と考えている可能性が高い。

<職域で講じるべき対策のポイント～人事労務管理の基本事項との関係～>

・回答者に、①採用、②人事配置(適材適所)、③職務についての教育訓練、④職務の設計と配分、⑤動機付け、⑥その他の6項目とメンタルヘルス対策の関係について尋ねたところ、他を圧して②の選択者が多かった(約68%)。①③④も3割以上が選択し、その他の選択者は殆どいなかったため、職域でできるメンタルヘルス対策は、概ね①～⑤の5項目に関わると考えられていることが判明した。

<法的規制が適当な対策>

・過重労働やメンタルヘルス不調に関する従前の判例や諸外国の法制度等に照らし、新たな規制について検討に値すると解される事柄を5つ挙げ、法的規制の賛否を尋ねた。その結果、①一定の質量の業務を遂行するために必要な人員の確保が最も多くの賛成を得たが、過半数には至らなかった(約44%)。その他、②上司の好き嫌いによる部下への差別的な取り扱いの禁止(約37%)、③終業と次の始業の間のプライベートな時間(いわゆる「休息时间」)の確保(約33%)、④労働条件が急激かつ大幅に変化した場合の支援体制の構築(約37%)も、賛成者が3割を超えるにとどまった。

・Q41やQ13への回答結果と総合すると、法的規制が果たす役割に期待はするものの、事柄の性質との関係からも、法律で具体的な事柄を一律的に義務づけられることには

慎重と考える回答者が多かったものと察せられる。

<効果的な誘導策とは>

・個々の事業所の自律性、個別性を尊重しつつ、対策の効果を高めるための誘導策を立法化することへの賛否を尋ねた。その結果、①個々の組織のメンタルヘルス状況の良い点と悪い点を総合評価して対応策の実施を促進させる方法につき約8割、②有効なメンタルヘルス対策を実践している組織と手法を調査して公表する方法につき約85%、③多くの不調者を生み出しているながら十分な対策を講じていない組織を公表する方法につき約82%の賛意が示された。

中でも、③の方法に8割以上の賛意が示されたことが特筆される。単に「叱る」施策でなければ、「叱る」場合があっても法政策として受け入れられる可能性が示唆される。

<パーソナリティや発達に問題を抱える労働者その他職務への定着が困難な労働者の割合と対応法>

・調査の結果、過去3年間にメンタルヘルス不調者が発生した組織でも、背景に本人のパーソナリティや発達の問題があると解され、なおかつ職務への定着が難しい労働者の全従業員に占める割合は、0.1%程度である場合が多いことが判明した。

・リワーク施設等の利用の結果については、「症状はいったん快復したが、パーソナリティなどの問題が改善せずに再発再燃し、けっきょく職務に定着できなかった」が過半数を占め（約53%）、複数回答可の前提ながら、「症状が改善せず、けっきょく職務に定着できなかった」も約39%に達した。「症状もパーソナリティの問題も改善し、職務に定着できるようになった」は32%だった。

・こうした労働者への対策を誰が行うべきかを尋ねたところ、「労働者自身、家族、公的機関、医療機関、福祉関係機関、企業などの関係者全て」との回答が最も多く、約68%を占めた。たとえ本人要因の強い不調者に関する問題であっても、企業を含めたステークホルダー全ての対応課題と考える回答者が多いことがうかがわれる。

<発症増悪事由の業務上外で（法的）対応を分ける考え方の是非>

・業務上外に応じて法的に求められる対応を分ける日本型の仕組みと、原則として両者を分けないヨーロッパ型の仕組みのいずれが良いと考えるかを尋ねたところ、「日本型の方が良い」が約4割、「ヨーロッパ型の方が良い」が約22%で、一応日本型に軍配があがったが、「どちらともいえない」が約38%にのぼり、判断に迷う回答者が多かったことをうかがわせる結果となった。

<組織と精神科主治医の関係>

・精神科主治医の休復職に関する診断について、不調者や職場の実態を踏まえていないと感じた経験があるかを尋ねたところ、「ある」が約4割にのぼり、「ない」の約26%を大幅に上回った。

・他方、精神科主治医への主な面談申込者は、産業医が約52%で過半数を超え、医療職以外の者が主治医にコンタクトすることに一定の抵抗感を感じている可能性がうかが

われた。

・また、面談を申し込んだ後の主な結果に関する回答から、主治医側で組織からの面談申し入れを断る例はさほど多くなく、申し入れを躊躇する組織側に杞憂が生じている可能性が示唆された。

＜不調者管理に際して組織側の関係者が知るべき情報＞

・少なくとも診断名や典型的症状については、種々の人事措置に際しても最低限必要な疾病性に関する確認事項と考えられている可能性がうかがわれた。逆に、処方薬の如何は原則として医療マターであって、使用者の管轄外と認識する傾向がうかがわれた。

もつとも、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）を好例として、処方薬と人事労務管理を分断することが難しい場合もある。

・従前の判例でも、専門医による疾病性の確認は一種の手続的要件として重視されており、人事労務管理において疾病性を無視することはできないため、使用者が適正な手続のもとで一定範囲の医療情報を取り扱うこと自体は肯定されざるを得ないと解される。

＜メンタルヘルス対策における産業医の役割＞

・総じて、産業医が産業（精神）保健に関する組織（集団）への働きかけ、主治医との連絡、職場の観察や従業員との個別面談を含めたコミュニケーター的な役割を担っていることが多いこと、とはいえ、不調者に寄り添ったり、その環境調整にエフォートを割くような直接的な関与はできていないことが多いこと、他方で、社内規定など組織の秩序の基本づくりへの関与や、経営上層部への就業条件の本質的な改善提案などは殆どできておらず、法政策上果たすべきとされているメンタルヘルス情報の管理も実施されていない場合が多いことが看取された。

・本調査において、国の統計に比べて産業医の選任率がかなり低く見積もられたことの背景にこうした事情が無かったとは言えない。

＜メンタルヘルス対策における嘱託精神科医の役割＞

・メンタルヘルスに関しては、総じて産業医よりも高い介入効果を認められているが、そのポイントは、不調者の早期発見、診断及び治療、主治医との情報交換、主治医の診断の相対化など、精神科の専門性を活かした医療的な面にあったと解されるため、産業医とはそもそも期待される役割が異なっていると考えられる。

＜メンタルヘルス情報（メンタルヘルスに関する個人情報）に関する法的規制の周知度合い及び規制内容への納得度合い＞

・まず、関連する法規制（憲法、刑法、特別刑法、民法、個人情報保護法などの法律とその解釈例規、裁判例など）について知っているかを尋ねたところ、「業務に関わる部分の一部は知っている」が最も多く28%強、「ほとんど知らない」が28%弱でこれに続いた。「よく知っている」と「おおむね知っている」は合わせても29%弱に過ぎなかった。

・また、「よく知っている」と「おおむね知っている」と回答した方を対象に現行の法

規制のありようについての所感を尋ねたところ、「おおむね妥当」が最多で約64%を占めた。

- ・拙速に結論は出せないが、現行の法規制については、集約（特に複数の法規に共通する原則や、各法規の背景にある原則、各原則間の調整原理の抽出）と周知が課題であると解される。

<精神障害者雇用（の観点でのメンタルヘルス対策の）普及度合い>

- ・調査の結果、他の種類の障がい者に比べ、精神障がい者を雇用している組織は未だ少なく、他方、既に採用済みの労働者が発症して精神障がい者となった場合にも、処遇の枠組み自体を変更する組織は少数派にとどまることが判明した。

- ・現に精神障がい者を雇用している組織の多くが、精神障がい者と承知の上で雇用をする以上、一定の個別的配慮は必要だと認識していること、ただしその内容は、いわゆる就業上の配慮を中心とするもので、出退勤時間の自由化や人的措置など、職場秩序に一定以上の影響を与えたり、付加的な手間ないしコストのかかる措置を避けようとする傾向にあることがうかがわれる。

- ・未だ少数派ではあるが、福祉系の資格者を選任する組織が出て来ていること、選任しているところでは、主に組織内でのコミュニケーションや実作業の支援を行っていることがうかがわれ、社会保険・社会福祉給付の受給支援など、社会保障制度に関わる支援はさほど多く実施されていないことがうかがわれる。もっとも、福祉系資格者を選任している企業には相当大規模な事業所が多いと解されることから、社会保障関係の手続は既に内製化されている可能性もある。

- ・回答者の全体傾向としては精神障がい者雇用について消極的ながら、過去に雇用経験がある組織に所属する回答者の中には、多様な人材を受け入れられる風土やキャパシティが組織に醸成され、至局、メンタルヘルス不調者一般や健常者の人事労務管理にも貢献すると考えている者が半数近く存在することが判明した。

<今後10年間のメンタルヘルス不調者の増減傾向の予測>

- ・今後10年間のメンタルヘルス不調者の増減傾向の予測を尋ねたところ、「増加する」が約56.4%、「ほぼ横ばい」が約37.3%で、両者を合わせると実に9割を超え、JIL調査と概ね符合する結果となった。

<国の施策の認知度>

- ・国が苦心して立案し、周知を図って来た施策が、十分に浸透しきれていないことがうかがわれる。また、労災補償の認定基準は、予防のための行為規範にも広く影響することを想定して策定されていると解されるが、実際には必ずしもそうならない可能性がある。このことは、組織の経営者が一般的にメンタルヘルス対策をさほど重視していないことの証左である可能性もある。

<職域におけるメンタルヘルス対策の促進に法律が果たす役割>

- ・「今後、メンタルヘルス対策の促進を図るための新たな法律条文や法律ができれば、

企業（団体）で実際に役立つ対策が進むとお考えになりますか」との問いに対して、「そう思う」との回答が約8割（78.8%）に達し、「そうは思わない」との回答（13.8%）を大きく凌駕した。

・他方、Q13～16による調査から、法的規制が果たす役割に期待はするものの、事柄の性質との関係からも、法律で具体的な事柄を一律的に義務づけられることには慎重と考える回答者が多く、個々の事業所の自律性、個別性を尊重しつつ、対策の効果を高めるための誘導策の立法化を支持する回答者が多かった。

・以上の結果などから、国の法政策に対しては、基本的な目標設定、目標を実現するための主な手続の設定、手続に関与する重要な主体（利害関係者、専門家等）の設定、適性に手続を果たす事業者へのメリットの付与とそうでない事業者への制裁、不調者への差別禁止などの最低限の基準設定などが求められていると解される。

A. 研究目的

①過去2年間にわたる諸外国の関連法制度の背景・特徴・効果に関する調査（及び関連分野の専門家による法制度調査への示唆）の成果を踏まえ、妥当性のある（法）政策提言を行うこと。

②その目的に必要な限りで日本の企業等におけるメンタルヘルス及び対策の実情を明らかにすること。

B. 研究方法

①過去2年間にわたる諸外国の関連法制度の背景・特徴・効果に関する調査（及び関連分野の専門家による法制度調査への示唆）の成果を踏まえ、諸外国にあって日本にないか不十分な法政策、諸外国との比較で顕在化した日本の法政策の特徴などを意識しつつ、日本の法政策への暫定的な示唆を列挙した。

②その示唆が日本で妥当性、実効性を持つかを調べるため、日本の現状、今後の方向性に関する質問票のドラフトを主任研究者が作成し、研究班員全員で討議して、大

問41から成る最終案に至るまで洗練させた。ただし、加筆修正削除等の作業は、基本的に主任研究者が担当した。

③WEBによる社会調査（電子調査）を専門に行う民間業者（ネオ・マーケティング社<<http://www.neo-m.jp/>>）を選定し、WEB上で回答可能な質問画面の作成、調査、単純集計、クロス集計等を依頼した。調査対象者は、(i)当該業者と関係を持つモニター（業者の公表では200万人強）の中で、企業等の組織でメンタルヘルス対策に直接又は間接に携わっている者、(ii)産業医学推進研究会（*）に所属し、メーリングリストに加入している者、の2種類とした。(i)については、委託前に実施した出現率調査により400サンプル程度の回収が見込まれていたところ、実際にも400サンプルを得ることができた。(ii)は、同研究会のご協力により、上記民間業者がWEB上に設置した画面を同研究会に所属する方々に案内し、回答を依頼する方式により、29サンプルを得られた。その殆どは産業医だった（29サンプルのうち約9割は産業保健

スタッフで、その95%が産業医だった)。

(i)(ii)のいずれもWEB上での個人向けかつ匿名の調査としたことで、率直な回答を導けたと解される。

*産業医学推進研究会（会長：宮本俊明（新日鐵住金（株）君津製鐵所安全環境防衛部安全健康室上席主幹（産業医・診療所長））：1989年に産業医科大学医学部出身の産業医が中心となり設立した、産業医学に関する研究会。2013年9月時点で、顧問2名、正会員572名（医師455名、保健師等117名）、準会員12名が所属する。

C. 研究結果

1 回答者及び回答者所属先の属性（Q1～2関係）

・平成22年国勢調査産業等基本集計（総務省統計局）によると、産業別の就業者数は、1次産業（農林水産業・鉱業：本調査の設問項目では1～4に相当）267万400人、2次産業（建設業・製造業：同じく5、6に相当）1738万9900人、3次産業（本調査の設問の選択肢では7～19に相当）4419万9600人で、割合は、1次産業約4.2%、2次産業約27%、3次産業約68.8%である。本調査の回答者の所属産業部門別割合は、概ねそれに一致するものの、1次産業で3ポイントほど少なく、逆に3次産業が5ポイントほど多かったことになる。

調査方法がWEBによる調査であって、回答者にインターネット愛用者が多く含まれていると思われること、メンタルヘルス対策に関わっており、なおかつ大問のみで

も全41問にのぼる設問の全てに回答して頂ける程度にこの問題に関心がある方であったことの帰結と解される。

・なお、回答者の所属業種の中でも突出して多いのは、製造業、サービス業、医療・福祉であり、これらの業界での、この問題への関心の高さがうかがわれる。日本労働研究研修機構（担当：郡司正人、新井栄三）「職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査」（平成24年3月30日）（以下、JIL 調査という）でも、メンタルヘルス不調者を抱える事業所の業種は、突出して医療・福祉が多く（76.6%）、製造業は情報通信業に次いで第3位（67.9%）、サービス業（学術研究、専門・技術サービス業：62.1%、宿泊業、飲食サービス業：59.5%、生活関連サービス業、娯楽業：55.5%）も相対的に高い割合にのぼっていた。他方、JIL 調査では対象となっていない公務従事者の回答者割合が比較的高かったことは、本調査結果の特徴の1つと言える。

・回答者所属先の従業員数は、正社員数1000名以上が約3割と最も多く、同じく100～499名が約2割でこれに続いていた。この規模傾向は、JIL 調査の対象者の所属先の最頻値（会社全体の正社員数100～999名で全体の6割を超える）に比べ、明らかに大きい。また、Q9で、回答者所属先に労働組合があるとした方が約45%にのぼることからも、大企業の回答者が比較的多かったことがうかがわれる。この結果にも、回答者がWEBによる調査への協力者であることが影響していると解される。

・回答者所属先の男女比は、JIL 調査の

それとさほど変わらない。

・回答者の職種は、人事・労務・総務スタッフが全体の約56%を占めた。本調査では、産業医学推進研究会のご協力を頂き、概ね産業医から成る29サンプルが加わっていることもあり、メンタルヘルスに関する他の調査より産業保健スタッフの回答者が若干多くなっていた（約10%）と思われるが、その他の職種（経営、営業・営業管理、生産管理、財務・経理、教職など）も35%を超えており、人事労務関係者を中心に、企業等の戦力となっている幅広いスタッフの意見が反映されている可能性が高い。

2 不調者発生の状況（Q3関係）

・過去3年間に所属先で不調者が発生したとする回答者の割合は約63%で、その割合は、従業員の1%以上～3%未満が約3割と最も多く、3%未満全てで約77%にのぼった。厚生労働省の患者調査では、平成23年の気分（感情）障害の推計罹患者は10万3600人で、人口10万人当たりの受療者が入院・外来を含めて82人とされていることと比べても、人事労務に関わる方の多い本調査の回答者に認識されたメンタルヘルス不調者が100人に1～3人いる状況が一般的となると、決して軽視はできない。

・過去3年間の不調者割合の増減については、「変わらない」（約42%）と「増えている」（約50%）を合わせて9割を超えていた。JIL調査では、合わせて78.8%だったので、概ね同様の傾向ながら、本調査の回答者の所属先の方が若干不調者を抱える割合が高かったことになる。故にこそ、

大部の質問に回答して頂いたとも考えられる。

3 対策の概況（Q5、Q4関係）

・回答者所属先でメンタルヘルス対策を講じているか否かについては、「いる」「いない」がほぼ拮抗し、事業の規模が大きくなるほど講じている割合が増える点を含め、JIL調査とはほぼ同じ結果となった。クロス集計の結果からは、医療・福祉事業で講じていない割合が高いこと（68%）が判明した。JIL調査でも、医療・福祉の約54%がメンタルヘルスケアに取り組んでいないとされており、この業種での対策の必要性の高さがうかがわれる。

・講じられている対策の内容は、JIL調査とはほぼ同じく、相談窓口の設置（約70%）、管理職対象の研修（約60%）、一般職対象の研修（約50%）が多かった一方、少なかったのは、メンタルヘルス担当の専任職員の配置（約11%）、強いストレス要因の調査と対応（約17%）、雇用や所得の維持（へ向けた努力）（約18%）であった。このうち、強いストレス要因の調査と対応は、JIL調査では概ねストレス調査票による調査に相当すると思われるが、やはり実施率は約2割程度と少なかった。担当職員の配置は、兼任では約3割と高かったことから、たとえ配置する場合にも兼任が妥当とのレベルで捉えられていることがうかがわれる。

・他方、対策の必要性を感じるか、との問いには、約76%の回答者が「感じている」と答えていることから、現在所属先が対策を講じていなくても、講じるべきと考えている方が多いことがうかがわれる。な

お、JIL 調査では、現在取り組みを行っている事業所でも、今後、社内相談対応窓口の設置（25.7%）、管理監督者への教育研修（23.8%）といった、いわば定番とも言える措置を講じたいとするところは約4分の1あり、ストレス状況等に関する調査票による調査も17%を超えていた。

4 対策の効果（Q5SQ2関係）

・所属先で講じられている対策の内容が概ね JIL 調査の結果と一致したことは上述した通りだが、その効果については異なる結果となった。すなわち、本調査では、「現れているかもしれないが、認識できていない」が65.3%で最も多く、「現れている」は約27%にすぎなかった。他方の JIL 調査では、「あると思う」が7割で最も多く、「わからない」は26.4%にすぎなかった。この相違の理由は不明だが、JIL 調査での肯定の選択肢が「あると『思う』」とされていたことにある可能性は否定できない。

5 対策の具体的内容～要員配置～（Q6関係）

・所属先でメンタルヘルスのための要員を配置していると回答した方の割合は約3割、そのうち専任スタッフを配置していると回答した方の割合は概ね35%程度であった。JIL 調査では、専門スタッフの有無を尋ねる設問に対し、約58%の事業所が「あり」、約40%の事業所が「なし」と回答していたが、専任か否かは問われていなかった。なお、専門スタッフの主な職種は産業医やカウンセラーだが、職種から専任・兼任を推定することはできない。

6 対策の具体的内容～衛生委員会等での審議～（Q7関係）

・衛生委員会等でメンタルヘルス対策に関する審議を行っているか、との問いには、約3割が「審議している」と回答し、そのうち約7割が個別事例への対応方法を協議していると回答し、同じく8割強が1次予防策について協議していると回答した。JIL 調査では、メンタルヘルスケアに取り組んでいると回答した約5割の事業所のうち約3割が衛生委員会等での調査審議を挙げたものの（*となると、回答事業所の約15%のみが審議を実施していたことになり、本調査の回答者（所属先）の実施率の約半数にとどまることになるが）、審議内容についての設問はなかった。

なお、本調査では高い割合で協議していると回答された1次予防策の具体的内容までは調査が及ばなかったが、上記<対策の概況>との関係では、教育研修が含まれている可能性もある。となると、回答者にQ12やQ13で示した本質的な1次予防策がイメージされていなかった可能性もある。

7 対策の具体的内容～組織内規定の整備～（Q8関係）

・所属先がメンタルヘルス対策のための組織内規定を整備していると回答した方は、全体の約35%で、その約57%が就業規則内での規定整備、同じく約34%が就業規則の一環としての健康管理規程内での規定整備を実施していると回答したが、就業規則とは別個の規定整備をしているとの回答も2割強あった。

・JIL 調査でも、メンタルヘルスに関する

る組織内ルールの有無に関する質問が設けられていたが、対象は情報管理や復職管理（復職の手順、復職判定基準など）に関するものに限られていた。調査の結果、情報管理に関するルールを策定している事業所は28%余りで、それもメンタルヘルス関連情報の規制に特化したものではなかった。「特段のルールはないが、気を付けて対応するようにしている」が最も多く、約45%を占めていた。復職管理については、社内に手順のルールが定められている旨回答した事業所が約33%（従業員数1000人以上では約54%、過去1年間に1か月以上休職又は退職した者がいる事業所では約4割）、判定基準がルールとして定められている旨回答した事業所が約2割、慣行がある旨回答した事業所が約1割であった。情報管理は1次予防を含め、不調の予防と表裏一体の課題であり、復職管理は3次予防の要なので、これらの点に調査対象を絞ったこと自体が合理的と解されるが、メンタルヘルスにおける事業所自治の重要性にかんがみると、他の関連事項に関する規定や規定の効果も明らかにすべきと考え、本調査の対象に加えた経緯がある。

・その結果、規定項目として割合が高かったのは、不調者への人事上の措置や就業上の配慮に関すること（約58%）、産業医との面談や同人への受診に関すること（約55%）、不調者の休復職管理に関すること（約53%）などで、逆に低かったのは、主治医との連絡に関すること（約2割弱）、個々人のストレス耐性の強化に関すること（約2割弱）だった。就業管理に関することを積極的に規定し、個人的事柄と解されることへの介入を避ける傾向がうかがわれ

るが、メンタルヘルス問題のように、実効的対策に際してその両者への介入の連携が求められる可能性の高い問題に適応するかには疑問も生じる。

・また、日本の法制度及びその運用では、不調の発症増悪事由が業務上か業務外かで法的に求められる対応が異なるため、所属先の組織内規定における区分の有無を尋ねたところ、23.5%の回答者が「区分している」と回答した。JIL 調査において、メンタルヘルス不調者が現れる原因について尋ねたところ、本人の性格の問題を挙げた事業所が最も多かった（約68%）ことも連動し、メンタルヘルス不調をすべからず私傷病として取り扱う組織が殆どとも言える状況下、存外に区分有りの組織が多いと感じられるが、他の業務上傷病にも適用される規定があればそう回答している可能性もあり、早計な解釈はできない。

・規定の効果については、回答者の約41%が不調者の減少に「貢献している」と回答している。生じた問題（損害賠償問題等）の解決ではなく、不調者の減少への貢献を問うたにもかかわらず、4割以上が肯定したことは軽視できない。

8 対策に関与すべき者～労働組合～（Q9関係）

・先述した通り、本調査では、所属先に労働組合ありとした回答者の割合が約45%にのぼったことから、回答者に大規模事業所属者が多かったことがうかがわれる（JIL 調査でも労組の有無を尋ねているが、回答会社では38%が「有り」と回答しているため、こうした課題に関する調査に協力する方には、大規模事業所属者が多くな

る傾向があるように見受けられる）。

・しかし、所属先がメンタルヘルス対策に労働組合を関与させているとの回答は、回答者全体の3割弱にとどまった。

・「関与させている」と回答した方に具体的な関与の内容と効果を尋ねたところ、前者について最も多かった回答は、不調者からの相談の受付と関係者間の人間関係の調整（約6割）で、続いて長時間労働防止のための諸活動（47%）であった。不調者の休復職管理、労働時間以外のメンタルヘルス関連事項に関する規定整備についても15%以上の回答があったが、不調者へのジョブコーチのあっせん（約5%）、退職者の転職支援（約8%）、同じく公的支援制度のあっせん（6%）、メンタルヘルス専門スタッフの選任（約5%）といった、比較的高いエフォートや知識を要する個別対応（に関する事柄）については、低い割合にとどまった。

・特筆すべきは、労組の関与がもたらした効果についての回答で、「効果があると感じている」が4割を超え、「効果がないと感じている」は約15%に過ぎなかったことである。

・なお、JIL 調査における労組に関するデータは、メンタルヘルス不調者の最初の把握者に関するものに限られ、なおかつ、労組と回答した事業所がわずか0.1%であったことが示されている。

・総じて、今後のこの課題にかかる労組の関与の拡大の可能性を感じさせる。

9 対策の効果指標（Q10関係）

・組織ごとに実施されている対策の効果指標として適当と考えるものを尋ねたとこ

ろ、群を抜いて選択割合が高かったのは、従業員の休業率（51.5%）だった。その他は、質問紙でのストレス調査の結果から、作業関連疾患の罹患率、自発的な離職率、職務満足感、（守秘条件下での）従業員への聞き取りの結果に至るまで、全て2割台にとどまった。

イギリスのストレス管理基準によるアプローチ（MSA）等が、従業員の休業率の低下を主たる目的として開始されたこととも整合する結果と言える。

10 問題回避のための組織の対応～心因的素因を持つ者等のスクリーニング～（Q11関係）

・JIL 調査でも、メンタルヘルス不調者の発生の最大の原因は本人の性格的問題と考えている事業所が多いことは前述した。そこで、そうした問題を持つ者を採用段階でどのようにスクリーニングしているのかを尋ねたところ、「特に対策を講じていない」が最も多く4割強、「面接の中で顔色・姿勢・受け答え方などの非言語的な情報を得る」が約26%でこれに続いた。

割合は少なかったが、①「過去の既往歴などの情報の確認」（約19%）、②「過去の欠席率・欠勤率などのデータの確認」（約18%）、③「紙面での心理テスト的なツールの活用」（約17%）などにも2割程度の該当があった。④「関係者などへの身上調査」も約13%が該当した。

このうち、②には特段の法的問題はないと解される。④も、三菱樹脂事件最大判昭和48年12月12日民集27巻11号1536頁の判示（例えば、「企業者が雇傭の自由を有し、思想、信条を理由として雇入

れを拒んでもこれを目して違法とすることができない以上、企業者が、労働者の採否決定にあたり、労働者の思想、信条を調査し、そのためその者からこれに関連する事項についての申告を求めることも、これを法律上禁止された違法行為とすべき理由はない」、とする部分等）に照らし、違法とまでは言えない（もっとも、特に有名企業がそうした行為を行っていることが顕在化すれば、社会的批難は免れないであろう）。他方、①③には本人同意があれば違法とまでは言い切れないが、プライバシー保護の要請等との関係上、望ましくはないと解されている（平成5年5月10日付け事務連絡「採用選考時の健康診断について」、平成13年4月24日付け厚生労働省職業安定局雇用開発課長補佐から都道府県労働局職業安定主務課長宛事務連絡を参照）。

・以上のデータの中でも注視すべきは、「特に対策を講じていない」との回答が最も多かったことである。本調査は、インターネットを利用した匿名調査であって率直に回答し易い条件にあったと解される（だからこそ、割合は少ないながら①～④の回答が導かれたと察せられる）。にもかかわらずこの結果になったということは、回答者所属先の多くは、そもそも心因的素因を持つ者等のスクリーニングを行うという発想自体を有していないか、仮に可能性を検討していても実際には困難と考えている可能性が高い。

1 1 職域で講じるべき対策のポイント～人事労務管理の基本事項との関係～（Q12関係）

・過重労働やメンタルヘルス不調に関する

日本の判例の中には、人事労務管理の基本事項にかかるミスやミス・コミュニケーションを業務上の過重負荷ないし法的な過失と認めたものが多い。また、行政の発出した精神障害の労災認定基準でも、こうした事柄に深く関わる出来事が多く捕捉されている。さらに、本調査研究の過程で、イギリスの行動科学分野の有力な研究者から、人選、教育訓練、モチベーション、職務設計の4点がメンタルヘルスに深く関わる旨の示唆を受けた。

そこで、組織内でメンタルヘルス対策に関わっている回答者に、①採用、②人事配置（適材適所）、③職務についての教育訓練、④職務の設計と配分、⑤動機付け、⑥その他の6項目とメンタルヘルス対策の関係について尋ねたところ、他を圧して②の選択者が多かった（約68%）。①③④も3割以上が選択し、その他の選択者は殆どいなかったため、職域でできるメンタルヘルス対策は、概ね①～⑤の5項目に関わると考えられていることが判明した。

1 2 法的規制が適当な対策（Q13関係）

・過重労働やメンタルヘルス不調に関する従前の判例や諸外国の法制度等に照らし、新たな規制について検討に値すると解される事柄を5つ挙げ、法的規制の賛否を尋ねた。その結果、①一定の質量の業務を遂行するために必要な人員の確保が最も多くの賛成を得たが、過半数には至らなかった（約44%）。その他、②上司の好き嫌いによる部下への差別的な取り扱いの禁止（約37%）、③終業と次の始業の間のプライベートな時間（いわゆる「休息时间」）の確保（約

33%)、④労働条件が急激かつ大幅に変化した場合の支援体制の構築(約37%)も、賛成者が3割を超えるにとどまった。

Q41で、「メンタルヘルス対策の促進を図るための新たな法律条文や法律ができれば、企業(団体)で実際に役立つ対策が進むと考えるか」との質問に、約8割が肯定的回答をしたこと、他方、本設問(Q13)において、我々が列举した5つの事柄以外に法的規制に適するものがあるとの回答は約3%、「特になし」の回答も約18%に過ぎないこととの関係では、「総論賛成・各論反対」の感も否めないが、要は、法的規制が果たす役割に期待はするものの、事柄の性質との関係からも、法律で具体的な事柄を一律的に義務づけられることには慎重と考える回答者が多かったということではないかと察せられる(このことは、Q42FA(自由記述)2の回答からもうかがえる)。

13 効果的な誘導策とは(Q14～16関係)

・現在の法政策上、法律に与えられる性格、果たす役割は多岐にわたっており、Q13の回答からもうかがわれる通り、特にメンタルヘルス対策では、具体的な事柄の一律的義務づけが国民の合意を得、奏功するとは限らない。そこで本調査では、個々の事業所の自律性、個別性を尊重しつつ、対策の効果を高めるための誘導策を立法化することへの賛否を尋ねた。その結果、①個々の組織のメンタルヘルス状況の良い点と悪い点を総合評価して対応策の実施を促進させる方法につき約8割、②有効なメンタルヘルス対策を実践している組織と手法を調査して公表する方法につき約85%、

③多くの不調者を生み出しながら十分な対策を講じていない組織を公表する方法につき約82%の賛意が示された。

中でも特筆すべきは、③の方法に8割以上の賛意が示されたことである。信賞必罰を想起させる順に質問が並べられていたことも影響した可能性はあるが、単に「叱る」施策でなければ、「叱る」場合があっても法政策として受け入れられる可能性が示唆される。

14 業務上外判定の公的支援に対するニーズの有無(Q17関係)

・上述した通り、日本の法制度及びその運用では、不調の発症増悪事由が業務上か業務外かで法的に求められる対応が異なるため、両者を区分する必要があるが、たとえ行政から認定基準が示されていても、実際の区分に困難を来すことは少なくない。かといって、事業所関係者に対して、すべからく労働基準監督署への相談等を求めることは、現実的には難しい。そこで、職場にメンタルヘルス不調者が発生した場合に、その要因の業務上外判定を守秘条件下、廉価で支援する公的機関があれば利用する可能性を尋ねたところ、「可能性あり」との回答が過半数(約52%)に達した。あえて「わからない」(約36%)を加えると、実に9割近くの回答者が利用の可能性を示唆したことになる。

15 パーソナリティや発達に問題を抱える労働者その他職務への定着が困難な労働者の割合と対応法(Q18～22関係)

・先述した通り、JIL調査において、メ

メンタルヘルス不調者が現れる原因について尋ねたところ、本人の性格の問題を挙げた事業所が最も多かった（約68%）。そこで、その実相を確認するための設問を4問用意した。

・まず、過去3年間に、メンタルヘルス不調者の中で職務への定着が難しい労働者が何割程度いたかを尋ねたところ、1～9%との回答が最も多く（約46%）、「いなかった（いない）」が約32%、10～29%が約14%でこれに続いた。

・次に、その背景に社会的未熟さなどの本人のパーソナリティや発達問題が主な原因となっていることがわかる労働者が何割程度いたかを尋ねたところ、1～9%との回答が最も多く（約49%）、10～29%が約16%、「いなかった（いる）」が約13%でこれに続いた。

・すると、メンタルヘルス不調者のうち、背景に本人のパーソナリティや発達の問題があると解され、なおかつ職務への定着が難しい労働者の割合は、わずか1%程度に過ぎない場合が多かったということになる。

・また、そもそも、Q3につき、過去3年間に所属先でメンタルヘルス不調者が発生したと回答した方は約63%であり、その割合は、全従業員の1～3%程度が最も多かった（約32%）ことからすると、メンタルヘルス不調者が発生した組織でも、こうした労働者（：背景に本人のパーソナリティや発達の問題があると解され、なおかつ職務への定着が難しい労働者）の全従業員に占める割合は、0.1%程度である場合が多かったということになる。

・加えて、そうした労働者に利用させたことのある施設や制度を尋ねたところ、①

「地域障害者職業センターや医療機関が開設しているリワーク施設」（約3割）、②「それ以外に民間団体が開設しているリワーク施設」（約16%。複数回答可としたため、①②の回答は重複している可能性が高い）との回答があったものの、「利用させたことのある施設や制度はない」との回答が約6割を占めた。

・焦点となる施設や制度の利用の結果については、「症状はいったん快復したが、パーソナリティなどの問題が改善せず再燃し、けっきょく職務に定着できなかった」との回答が過半数を占め（約53%）、複数回答可の前提ながら、「症状が改善せず、けっきょく職務に定着できなかった」も約39%に達した。「症状もパーソナリティの問題も改善し、職務に定着できるようになった」が32%だったが、これを多いとみるか少ないとみるかは、識者により見解が分かれるように思われる。

・この質問項目の最後に、こうした労働者への対策を誰が行うべきかを尋ねたところ、「労働者自身、家族、公的機関、医療機関、福祉関係機関、企業などの関係者全て」との回答が最も多く、約68%を占めた。これらの関係者のうち、企業のみを外した選択肢については約14%、「労働者自身と家族」との選択肢については約17%の回答にとどまったことから、たとえ本人要因の強い不調者に関する問題であっても、企業を含めたステーク・ホルダー全ての対応課題と考える回答者が多いことがうかがえる。

16 発症増悪事由の業務上外で（法的）対応を分ける考え方の是非（Q2

3 関係)

・上述した通り、日本の法制度及びその運用では、不調の発症増悪事由が業務上か業務外かで法的に求められる対応が異なるため、両者を区分する必要があるが、たとえ行政から認定基準が示されていても、実際の区分に困難を来すことは少なくない。

そこで、業務上外に応じて法的に求められる対応を分ける日本型の仕組みと、原則として両者を分けないヨーロッパ型の仕組みのいずれが良いと考えるかを尋ねた。

結果、「日本型の方が良い」が約4割、「ヨーロッパ型の方が良い」が約22%で、一応日本型に軍配があがったが、「どちらともいえない」が約38%にのぼり、判断に迷う回答者が多かったことをうかがわせる結果となった。

1 7 組織と精神科主治医の関係（Q 2 4～2 5 関係）

・今回調査対象としたヨーロッパ諸国では、雇用者と主治医の連携的対応の必要性を示唆する政策や文書の存在が認められたが、この点に関する日本の実情についてはJIL調査でも質されていなかった。

・そこで先ず、精神科主治医の休復職に関する診断について、不調者や職場の実態を踏まえていないと感じた経験があるかを尋ねたところ、「ある」が約4割にのぼり、「ない」の約26%を大幅に上回った。

・次に、組織側から精神科主治医に面談を申し込んだ経験の有無を尋ねたところ、「ある」は約3割にとどまり、続いて主な面談申込者を尋ねたところ、産業医が約52%で過半数を超え、本人の直属の上司が約24%、人事労務部員が約23%でこれ

に続いた。

医療職以外の者が主治医にコンタクトすることによって一定の抵抗感を感じている可能性がうかがわれる。

・また、面談を申し込んだ経験ありと回答した方にその主な結果を尋ねたところ、「面談でき、主治医と連携できるようになり、不調者の快復に貢献した」との回答が最多で約28%、次に「面談はできたが、その後の連携が進まなかった」と「面談でき、その後の連携もできたが、不調者の快復には貢献しなかった」がほぼ同ポイントの約25%強、「主治医に面談を断られたり、回避され、連携が進まなかった」は約16%にすぎなかった。

このことから、主治医側で組織からの面談申し入れを断る例はさほど多くなく、申し入れを躊躇する組織側に杞憂が生じている可能性が示唆される。

1 8 不調者管理に際して組織側の関係者が知るべき情報（Q 2 6 関係）

・メンタルヘルス不調者の管理に際して人事労務担当者や直属の上司が知るべき医療関連情報を尋ねたところ、診断名（約58%）、必要な就業上の措置（約58%）、発症の背景事情（約56%）の3つが過半数を超えた。その他、典型的な症状（約44%）、禁忌事項（約41%）が4割を超えたが、処方薬については、3割弱にとどまった。

・これまで、行政の発出ないし公表してきたガイドラインや文書等では、使用者は、原則として診断名等の生データを取り扱うべきではないとのスタンスが示されてきたが、少なくとも診断名や典型的な症状につい

ては、種々の人事措置に際しても最低限必要な疾病性に関する確認事項と考えられている可能性がうかがわれる。逆に、処方薬の如何は原則として医療マターであって、使用者の管轄外と認識する傾向がうかがわれる。もっとも、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）の服用者について自動車の運転の制限を検討する企業も出て来ており、また、用法や分量によってはそれが不相当と言い切れない面もあるため、処方薬と人事労務管理を完全に分断することも難しい。

労働者の傷病（が影響した業務遂行能力の低下や非違行為）を理由とする解雇等の不利益措置に関する従前の判例でも、専門医による疾病性の確認は一種の手続的要件として重視されており、人事労務管理において疾病性を無視することはできないため、使用者が適正な手続のもとで一定範囲の医療情報を取り扱うこと自体は肯定されざるを得ない。

19 メンタルヘルス対策における産業医の役割（Q27関係）

・この点にはJIL調査でも力点が置かれている。同調査の結果を簡潔に示せば以下の通り。

①メンタルヘルスケアの担い手として事業所が最も重視しているのは、「職場の上司・同僚」（38.3%）であり、産業医等の健康保健スタッフとの回答は6%にとどまった。

②メンタルヘルスケアに取り組んでいる事業所のうち、過半数（約58%）が専門スタッフを配置しており、そのうち76.5%は「産業医その他の医師」をもって充

てていた。

③一人の産業医が身体の健康に加え、メンタルヘルスを扱うことは難しいと感じたことがあると回答した事業所の割合は全体では約4割だったが、実際に産業医を選任し、この問題について考えたことのある事業所では約6割を占めた。産業医として勤務する医師に内科医や外科医が多く、精神科医が少ないことの帰結とも言えるが、産業医としての勤務に一般的なメンタルヘルスの知識が必要との認識が浸透していないことの証左とも考えられる。

④複数の産業医で構成され、応分の経費・手間をもって専門的対応ができる社外の産業医チームの利用可能性については、大規模事業所ほど可能性ありと回答し（1000人以上規模では約5割）、全体では約4割が可能性ありと回答した。

・本調査の結果の要点を示せば以下の通り。

①回答者所属先の産業医の選任率は37.5%であった。国の調査では、事業所規模50人以上での産業医選任率は87%（平成22年労働安全衛生基本調査）であり、他方、本調査の回答者所属先に大規模事業場が多いことを考えると、回答者にとって産業医の活動や存在を実感できておらず、外形上選任されていても、されていないと回答した可能性も否定できない。

②所属先が産業医を「選任している」と回答した方のうち、専属産業医がいると回答した方は約47%、複数いると回答した方は約16%であった。

③メンタルヘルスに関連して産業医にしてもらっている業務は、健康相談（約55%）が最も多く、健診での問診（54%）、長時

間労働者対象の面接指導（約48%）、職場巡視（約42%）、休復職判断（43.5%）、休復職判断のための面接（約40%）などがこれに続く。その他、不調者に関する就業上の措置の勧告（36%）、衛生委員会への参加（36%）、専門医の紹介（約35%）、復職後の経過観察（約33%）なども実施率が3割を超えている。

他方、回答者の中では実施率が低かったのが、法律問題が生じた場合の弁護士との連携（約9%）、関連する社内規定（就業規則や健康管理規程等）の整備、改定への関与（約15%）、経営上層部に対する改善施策（特に1次予防策）の提言（約17%）で、残念ながら、不調者をめぐる関係者（人事、ライン管理職、産業保健スタッフ、主治医など）間の連携のかなめの役割も、約22%にとどまった。

その他、医学的診断や治療が約21%、従業員のメンタルヘルス情報の管理が約27%であったことも注視に値する。

④産業医の選任によるメンタルヘルス面での効果については、「感じている」との回答（約43%）が最も多かったものの過半数には達せず、「どちらともいえない」との回答（約38%）と拮抗していた。

⑤「効果が出ていると感じている」とした回答者に対し、そのポイントを尋ねたところ、「従業員がメンタルヘルス問題について理解するようになった」（約74%）との回答が最多を占め、「不調者を早く発見できるようになった」（約6割）、「不調者の適正な管理ができるようになった」（約54%）、「主治医とのコミュニケーションがとれるようになった」（約52%）がこれに続いた。逆に回答率が低かったのが、「病にかかる

者が減った」（約12%）、「心身の両面で働きやすい職場づくりが進んだ」（約12%）、「従業員の生産効率が上がった」（約6%）であった。

・総じて、産業医が産業（精神）保健に関する組織（集団）への働きかけ、主治医との連絡、職場の観察や従業員との個別面談を含めたコミュニケーター的な役割を担っていることが多いこと、とはいえ、不調者に寄り添ったり、その環境調整にエフォートを割くような直接的な関与はできていないことが多いこと、他方で、社内規定など組織の秩序の基本づくりへの関与や、経営上層部への就業条件の本質的な改善提案などは殆どできておらず、法政策上果たすべきとされているメンタルヘルス情報の管理も実施されていないことが多いことが看取される。

本調査において、国の統計に比べて産業医の選任率がかなり低く見積もられたことの背景にこうした事情が無かったとは言えない。

20 メンタルヘルス対策における嘱託精神科医等の役割（Q28関係）

・この点に関するJIL調査の結果の要約は以下の通り。

すなわち、メンタルヘルスケアに取り組んでいる事業所のうち、過半数（約58%）が専門スタッフを配置しており、そのうち76.5%は「産業医その他の医師」をもって充てていた。更にその76.5%（専門スタッフとして医師を配置している事業所）のうち、精神科医などメンタルヘルスを専門とする医師を配置している事業所は、約3割であった（調査対象事業場全体のう

ち約6.7%)。

・本調査結果の要約は以下の通り。

①所属先が嘱託精神科医または指定医となる精神科医を選任していると回答した方は約16%であった。

②実施してもらっている業務としては、「不調者の医学的な診断」が最多で約58%、「不調者との定期的または一定条件を充たした際の面談」が約55%でこれに続いた。その他、「不調者の治療」が約39%、「不調者の休復職判断」が約37%で3割を超え、「主治医との情報交換等」も約3割に達した。他方、「法律問題が生じた場合の顧問弁護士などとの連携」は約6%、「組織のメンタルヘルス体制づくりの企画立案」も約18%と少なかった。

③選任によるメンタルヘルス面での効果については、「感じている」が約6割に達した。その内容については、「不調者の適正な管理ができるようになった」が最多で約58%に達し、「主治医の診断を相対的にみられるようになった」が4割、「主治医とコミュニケーションがとれるようになった」が約38%、「不調者を早く発見できるようになった」が約33%でこれに続いた。

・以上の調査結果を産業医に関するものと比較すると、以下のようになれる。

すなわち、メンタルヘルスに関しては、総じて産業医よりも高い介入効果を認められているが、そのポイントは、不調者の早期発見、診断及び治療、主治医との情報交換、主治医の診断の相対化など、精神科の専門性を活かした医療的な面にあったと解されるため、産業医とはそもそも期待される役割が異なっていると考えられる。

2.1 メンタルヘルス情報（メンタルヘルスに関する個人情報）に関する法的規制の周知度合い及び規制内容への納得度合い（Q29～30関係）

・メンタルヘルス情報は極めて機微な情報である反面、関係者が一定範囲で知っておく必要性があり、正当性や妥当性の判断に困難を伴う場合が少なくない。また、関わる法規や行政が発出・公表して来たガイドライン等が複数にわたること、内容が複雑かつ相対性があること等も、関係者による判断の困難さを増しているように思われる。

他方、メンタルヘルス情報の取り扱いのありようは、メンタルヘルス対策と表裏一体の重要課題といえる。適正な取り扱ルールが設定、周知されていれば、不調者から組織への情報の流通が進み、適正な健康管理に貢献する可能性が高いこと、上司と部下の信頼関係が強ければ、本人同意のもとに必要な情報が流通し易くなり、2次・3次予防が進むと共に、そうした関係性がある職場では、そもそも心因的な不調が生じにくくなる点で一次予防にも貢献する可能性が高いこと等が好例といえる。

そこで本調査では、先ず、関連する法規制（憲法、刑法、特別刑法、民法、個人情報保護法などの法律とその解釈例規、裁判例など）について知っているかを尋ねたところ、「業務に関わる部分の一部は知っている」が最も多く28%強、「ほとんど知らない」が28%弱でこれに続いた。「よく知っている」と「おおむね知っている」は合わせても29%弱に過ぎず、「全く知らない」も15%強あった。

・また、「よく知っている」と「おおむね

知っている」と回答した方を対象に現行の法規制のありようについての所感を尋ねたところ、「おおむね妥当」が最多で約64%、その他は、「複雑すぎて、現場での実際の対応方法が分かり難い」、「厳しすぎる」と甘すぎるところがちぐはぐ、「甘すぎる」、「厳しすぎる」のいずれも10%前後にとどまった。

回答者の法規制についての実際の理解の範囲や程度が不明なため、拙速に結論は出せないが、以上の結果から、**現行の法規制については、集約（特に複数の法規に共通する原則や、各法規の背景にある原則、各原則間の調整原理の抽出）と周知が課題**であると解される。

2.2 精神障害者雇用（の観点でのメンタルヘルス対策の）普及度合い（Q31～38関係）

・精神障害者雇用に関する規制（差別禁止規制、雇用促進・福祉的規制の双方を含む）は、主に3次予防面でメンタルヘルスに貢献すると共に、障害とは何か、何が問題であり、なぜ救済の必要があり、どうすれば救済できるのかについての歴史的経験を踏まえた社会秩序的な価値判断を示すため、それらが職場の行為規範となれば、2次予防や1次予防にも貢献する。そこで本調査では、組織における精神障害者雇用の普及度合いに関する質問項目を設けた。

・先ず、所属先が公的に障がい者認定を受けている精神障がい者を雇用しているか（但し特例子会社での雇用を除く）を尋ねたところ、「雇用している」が約23%であった。政府の統計（平成24年「障害者雇用状況の集計結果」）でも、雇用されている

精神障がい者の数は約1万7千人で、身体障がい者（29万人）、知的障がい者（7万5千人）に比べ、割合がかなり少なくなっており、符合する結果といえる。次に、障害者用の雇用管理区分（いわゆる障がい者枠）を設けているかを尋ねたところ、「設定している」が約29%であった。また、もともと健常者枠で採用したが、その後発症して障がい者枠へ変更された者がいるかを尋ねたところ、「いる」と「いない」がほぼ4割ずつで拮抗する結果となった。さらに、「いる」と回答した方に彼らへの処遇について尋ねたところ、「（全員）健常者としての処遇のまま」と「健常者として処遇している者と障がい者として処遇している者が混在している」共に44.4%で拮抗する結果となり、「（全員）障がい者としての処遇に変更済み」は7.4%にとどまった。

・以上の結果から、**他の種類の障がい者に比べ、精神障がい者を雇用している組織は未だ少なく、既に採用済みの労働者が発症して精神障がい者となった場合にも、処遇の枠組み自体を変更する組織は少数派にとどまる**ことが看取される。

・現在、所属先が精神障がい者を雇用していると回答した方を対象に、同じく通常、健常者には実施しない特別な配慮（いわゆる合理的配慮）を実施しているかを尋ねたところ、「実施している」が約6割に達し、続いてその具体的内容を質したところ、「負荷のかかる仕事を指示しない」が約51%で最も多く、「労働時間の制限」（約48%）、「定期的な面談と状態確認」（約34%）、「本人に話や行動のペースを合わせる」（約32%）がこれに続いた。「ジョブコーチの選任」、「相性の合う人物との隣接配置」も

3割を超えた。逆に少なかったのは、「フレックス・タイム制の適用か、出退勤時間の自由化」（約14%）、「医師との面談」（約14%）、「心理専門職との面談」（約10%）などであった。

・以上の結果から、現に精神障がい者を雇用している組織の多くが、精神障がい者と承知の上で雇用をする以上、一定の個別の配慮は必要だと認識していること、ただしその内容は、いわゆる就業上の配慮を中心とするもので、出退勤時間の自由化や人的措置など、職場秩序に一定以上の影響を与えたり、付加的な手間ないしコストのかかる措置を避けようとする傾向にあることがうかがわれる。

・回答者全員を対象に、所属先において、社会福祉士（SW）、精神保健福祉士（PSW）などの福祉系の資格を持つ職員を選任しているかを訪ねたところ、「選任している」との回答が約1割（11.2%）であった。その内訳を尋ねたところ、SWが約67%、PSWが約25%であった。さらに、してもらっている業務を尋ねたところ、「本人と職場の上司や同僚などとのコミュニケーションや人間関係の調整・支援」が約48%で最も多く、「本人が仕事上出会う人々とのコミュニケーションの支援」（約42%）、「本人の職務のサポート」（約42%）がこれに続く。その他、2割を超えたのは、「本人に合った適切な精神科医の紹介」（約27%）、「社会保険や社会福祉給付の受給支援」（25%）、「不調者のメンタルヘルスに関する相談受付」（約23%）であった。

・以上の結果から、未だ少数派ではあるが、福祉系の資格者を選任する組織が出て来ていること、選任しているところでは、

主に組織内でのコミュニケーションや実作業の支援を行っていることがうかがわれ、社会保険・社会福祉給付の受給支援など、社会保障制度に関わる支援はさほど多く実施されていないことがうかがわれる。もっとも、福祉系資格者を選任している企業には相当大規模な事業所が多いと解されることから、社会保障関係の手続きは既に内製化されている可能性もある。

・以上の質問・回答の手続を経たうえで、回答者全員を対象に精神障がい者雇用についての率直な存念を尋ねたところ、「消極的」（約33%）が最多を占め、「どちらかという消極的」（約29%）と合わせると約62%にのぼった。逆に、「積極的」は僅か4.7%、「どちらかという積極的」（約12%）と合わせても2割に達しなかった。

消極方向の回答者に理由を尋ねたところ、「社内に適当な受け入れ体制が整っていない」が約61%で最も多く、「適当な支援要員がない」（約39%）、「周囲の従業員に迷惑や負担をかける」（約29%）と続いた。しかし、「過去に受け入れた結果、大きな負担を被ったことがある」は、約7%にすぎなかった。

積極方向の回答者に理由を尋ねたところ、「精神障がい者の雇用が、メンタルヘルス不調者一般や健常者の人事労務管理の参考になる」（約49%）、「組織のダイバーシティ（：人材の多様化）が進む」（約47%）がほぼ拮抗し、「過去に受け入れた経緯があり、業務上問題なく働いていた」も25.4%にのぼった。

・以上の結果から、回答者の全体傾向としては精神障がい者雇用について消極的なが、過去に雇用経験がある組織に所属す

る方の中には、多様な人材を受け入れられる風土やキャパシティが組織に醸成され、至局、メンタルヘルス不調者一般や健常者の人事労務管理にも貢献すると考えている方が半数近く存在することが判明した。

2.3 今後10年間のメンタルヘルス不調者の増減傾向の予測（Q39関係）

・今後10年間のメンタルヘルス不調者の増減傾向の予測を尋ねたところ、「増加する」が約56.4%、「ほぼ横ばい」が約37.3%で、両者を合わせると実に9割を超えた。

JIL 調査でも、「メンタルヘルス問題は、今後どのような状況になると考えているか」との設問により調査が行われ、「深刻になる」が13.2%、「やや深刻になる」が32.8%、「ほぼ現状のまま」が42.1%で、合計88.1%にのぼっていたため、ほぼ符合する結果といえる。

2.4 国の施策の認知度（Q40関係）

・通称メンタルヘルス指針、同じく職場復帰の手引き、同じくTHP、事業場における健康保持増進のための指針、心理的負荷による精神障害の労災認定基準、雇用管理分野における個人情報保護に関するガイドラインなど、主要な16の行政施策を列挙し、回答者が知っているかを尋ねたところ、「知っているものはない」が35.7%で最も多く、通称メンタルヘルス指針（労働者の心の健康の保持増進のための指針）を知っているが34.5%、パンフレット・職場における自殺の予防と対応を知っているが27.7%、パンフレット・こころの

健康気づきのヒント集などがこれに続いた。意外だったのは、平成23年の「心理的負荷による精神障害の労災認定基準」が14%、平成13年に改訂された「脳・心臓疾患の労災認定基準」が11.7%にとどまったことである。

・国が苦心して立案し、周知を図って来た施策が、十分に浸透しきれていない。また、労災補償の認定基準は、予防のための行為規範にも広く影響することを想定して策定されていると解されるが、実際には必ずしもそうになっていない可能性がある。このことは、組織の経営者がメンタルヘルス対策をさほど重視していないことの証左である可能性もある。

2.5 職域におけるメンタルヘルス対策の促進に法律が果たす役割（Q41関係）

・「今後、メンタルヘルス対策の促進を図るための新たな法律条文や法律ができれば、企業（団体）で実際に役立つ対策が進むとお考えになりますか」との問いに対して、「そう思う」との回答が約8割（78.8%）に達し、「そうは思わない」との回答（13.8%）を大きく凌駕した。

・とはいえ、Q13～16による調査から、法的規制が果たす役割に期待はするものの、事柄の性質との関係からも、法律で具体的な事柄を一律的に義務づけられることには慎重と考える回答者が多く、個々の事業所の自律性、個別性を尊重しつつ、対策の効果を高めるための誘導策の立法化を支持する回答者が多かったと解されることは、前述した通りである。

・なお、JIL 調査でも、国の関連施策に

対するニーズについて調べられており、結果を要約すれば以下の通り。

①不調を理由とする不利益取扱いを抑制させる施策・制度の設置については8割近くが賛成していた。

②不調の事実を産業医等の医療職以外には知らせないようにする施策・制度の設置については約6割が賛成していた。

③ストレスに関連する症状や不調を呈する労働者が、適宜（てきぎ）専門家による対応を得られるようにする施策・制度の設置については約87%が賛成し、産業医や精神保健の専門医等が事業者就業上の措置を勧告できるようにする施策・制度の設置についても約77%が有効と回答していた。

・以上から察するに、国の法政策に対しては、基本的な目標設定、目標を実現するための手続の設定、手続に関与する重要な主体（人選）の設定、差別禁止などの最低限の基準設定などが求められていると解される。

D 及び E. 考察及び結論

・本調査の結果判明したことがらを整理すれば、以下の通り。

<回答者及び回答者所属先の属性>

・回答者の所属産業部門別の割合は、国勢調査（産業等基本集計）の結果に比べ、5ポイントほど3次産業が多かった。また、大企業に所属する者が多かった。回答者にインターネット愛用者で、なおかつ、メンタルヘルス問題に関心の高い方が多かったことの帰結と解される。

・回答者の所属業種の中では、製造業、サービス業、医療・福祉が突出して多く、

この問題への関心の高さがうかがわれた。また、公務従事者の回答者割合も比較的高かった。

・回答者の職種は、人事・労務・総務スタッフが過半数を占めたが、産業医学推進研究会（産推研）の協力を得たこともあって、産業医等の産業保健スタッフが約1割を占めたほか、その他の職種（経営、営業・営業管理、生産管理、財務・経理、教職など）も35%を超えており、人事労務スタッフを中心に企業等の戦力となっている幅広いスタッフの意見が反映されている可能性が高い。

<不調者発生状況>

・過去3年間の回答者に認識されたメンタルヘルス不調者が100人に1～3人いる状況が一般的であった。

<対策の概況>

・回答者所属先で、メンタルヘルス対策を講じて「いる」と「いない」がほぼ拮抗し、事業規模が大きくなるほど「いる」の割合が高まる点などは JIL 調査（日本労働研究研修機構（担当：郡司正人、新井栄三）「職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査」（平成24年3月30日））とほぼ同様の結果となったが、クロス集計の結果から、医療・福祉事業で講じていない割合が高い（68%）ことが判明した。

・講じられている対策の内容は、相談窓口の設置（約70%）、管理職対象の研修（約60%）が多く、メンタルヘルス担当の専任職員の配置（約11%）、強いストレス要因の調査と対応（約17%）、雇用や所得の維持（へ向けた努力）（約18%）などが少なかった。このうち担当職員の配置は、兼任では約3割と高かったため、たとえ配置

する場合にも兼任が適当と考えている企業等が多いことが明らかとなった。

＜対策の効果＞

・対策の効果について、本調査では、「現れているかもしれないが、認識できていない」が65.3%で最も多く、「現れている」は約27%にすぎなかった。JIL調査では、「あると思う」が7割で最も多く、「わからない」は26.4%にすぎなかった。この相違の理由は不明だが、JIL調査での肯定の選択肢が「あると『思う』」とされていたことにある可能性は否定できない。

＜対策の具体的内容＞

・衛生委員会等でメンタルヘルス対策に関する審議を行っているか、との問いには、約3割が「審議している」と回答し、そのうち約7割が個別事例への対応方法を協議していると回答し、同じく8割強が1次予防策について協議していると回答した。しかし、これに教育研修が含まれている可能性もあり、労働条件の調整などに関わる本質的な1次予防策がイメージされていなかった可能性もある。

・メンタルヘルスに関する組織内規定の整備状況に関する調査から、規定項目として割合が高かったのは、不調者への人事上の措置や就業上の配慮に関すること（約58%）、産業医との面談や同人への受診に関すること（約55%）、不調者の休復職管理に関すること（約53%）などで、逆に低かったのは、主治医との連絡に関すること（約2割弱）、個々人のストレス耐性の強化に関すること（約2割弱）であることが判明した。

就業管理に関することを積極的に規定し、個人的事柄と解されることへの介入を避け

る傾向がうかがわれるが、メンタルヘルス問題のように、実効的対策に際してその両者への介入の連携が求められる可能性の高い問題に適応するかには疑問も生じる。

・また、組織内規定において、発症増悪事由の業務上外で対応を区分しているか否かを尋ねたところ、23.5%の回答者が「区分している」と回答した。メンタルヘルス不調をすべからず私傷病として扱う組織が殆どとも言える状況下、存外に区分有りの組織が多いと感じられるが、他の業務上傷病にも適用される規定があればそう回答している可能性もあり、早計な解釈はできない。

・規定の効果については、回答者の約41%が不調者の減少に「貢献している」と回答した。生じた問題（損害賠償問題等）の解決ではなく、不調者の減少への貢献を問うたにもかかわらず、4割以上が肯定したことは軽視できない。

＜対策に関与すべき者～労働組合＞

・所属先がメンタルヘルス対策に労働組合を関与させているとの回答は、回答者全体の3割弱にとどまった。関与させているところでの具体的な関与の内容は、不調者からの相談の受付と関係者間の人間関係の調整（約6割）、長時間労働防止のための諸活動（47%）などの回答が多かった。退職者の転職支援（約8%）を含め、比較的高いエフォートや知識を要する個別対応（に関する事柄）については、低い割合にとどまったが、関与がもたらした効果については、「効果があると感じている」が4割を超え、「効果がないと感じている」は約15%に過ぎなかった。

＜対策の効果指標＞

・組織ごとに実施されている対策の効果指標として適当と考えるものを尋ねたところ、群を抜いて選択割合が高かったのは、従業員の休業率（51.5%）だった。イギリスのストレス管理基準によるアプローチ（MSA）等が、従業員の休業率の低下を主たる目的として開始されたこととも整合する結果と言える。

＜問題回避のための組織の対応～心因的素因を持つ者等のスクリーニング～＞

・性格傾向などの本人要因から不調に至り易いと解される者を採用段階でどのようにスクリーニングしているのかを尋ねたところ、「特に対策を講じていない」が最も多く4割強、「面接の中で顔色・姿勢・受け答え方などの非言語的な情報を得る」が約26%でこれに続いた。回答者所属先の多くは、そもそも心因的素因を持つ者等のスクリーニングを行うという発想自体を有していないか、仮に可能性を検討していても実際には困難と考えている可能性が高い。

＜職域で講じるべき対策のポイント～人事労務管理の基本事項との関係～＞

・回答者に、①採用、②人事配置（適材適所）、③職務についての教育訓練、④職務の設計と配分、⑤動機付け、⑥その他の6項目とメンタルヘルス対策の関係について尋ねたところ、他を圧して②の選択者が多かった（約68%）。①③④も3割以上が選択し、その他の選択者は殆どいなかったため、職域でできるメンタルヘルス対策は、概ね①～⑤の5項目に関わると考えられていることが判明した。

＜法的規制が適当な対策＞

・過重労働やメンタルヘルス不調に関する従前の判例や諸外国の法制度等に照らし、

新たな規制について検討に値すると解される事柄を5つ挙げ、法的規制の賛否を尋ねた。その結果、①一定の質量の業務を遂行するために必要な人員の確保が最も多くの賛成を得たが、過半数には至らなかった（約44%）。その他、②上司の好き嫌いによる部下への差別的な取り扱いの禁止（約37%）、③終業と次の始業の間のプライベートな時間（いわゆる「休息时间」）の確保（約33%）、④労働条件が急激かつ大幅に変化した場合の支援体制の構築（約37%）も、賛成者が3割を超えるにとどまった。

・Q41やQ13への回答結果と総合すると、法的規制が果たす役割に期待はするものの、事柄の性質との関係から、法律で具体的な事柄を一律的に義務づけられることには慎重と考える回答者が多かったものと察せられる。

＜効果的な誘導策とは＞

・個々の事業所の自律性、個別性を尊重しつつ、対策の効果を高めるための誘導策を立法化することへの賛否を尋ねた。その結果、①個々の組織のメンタルヘルス状況の良い点と悪い点を総合評価して対応策の実施を促進させる方法につき約8割、②有効なメンタルヘルス対策を実践している組織と手法を調査して公表する方法につき約85%、③多くの不調者を生み出しながら十分な対策を講じていない組織を公表する方法につき約82%の賛意が示された。

中でも、③の方法に8割以上の賛意が示されたことが特筆される。単に「叱る」施策でなければ、「叱る」場合があっても法政策として受け入れられる可能性が示唆される。

＜パーソナリティや発達に問題を抱える労

働者その他職務への定着が困難な労働者の割合と対応法＞

・調査の結果、過去3年間にメンタルヘルス不調者が発生した組織でも、背景に本人のパーソナリティや発達の問題があると解され、なおかつ職務への定着が難しい労働者の全従業員に占める割合は、0.1%程度である場合が多いことが判明した。

・リワーク施設等の利用の結果については、「症状はいったん快復したが、パーソナリティなどの問題が改善せずに再発再燃し、けっきょく職務に定着できなかった」が過半数を占め（約53%）、複数回答可の前提ながら、「症状が改善せず、けっきょく職務に定着できなかった」も約39%に達した。「症状もパーソナリティの問題も改善し、職務に定着できるようになった」は32%だった。

・こうした労働者への対策を誰が行うべきかを尋ねたところ、「労働者自身、家族、公的機関、医療機関、福祉関係機関、企業などの関係者全て」との回答が最も多く、約68%を占めた。たとえ本人要因の強い不調者に関する問題であっても、企業を含めたステーク・ホルダー全ての対応課題と考える回答者が多いことがうかがわれる。

＜発症増悪事由の業務上外で（法的）対応を分ける考え方の是非＞

・業務上外に応じて法的に求められる対応を分ける日本型の仕組みと、原則として両者を分けないヨーロッパ型の仕組みのいずれが良いと考えるかを尋ねたところ、「日本型の方が良い」が約4割、「ヨーロッパ型の方が良い」が約22%で、一応日本型に軍配があがったが、「どちらともいえない」が約38%にのぼり、判断に迷う回答者が

多かったことをうかがわせる結果となった。

＜組織と精神科主治医の関係＞

・精神科主治医の休復職に関する診断について、不調者や職場の実態を踏まえていないと感じた経験があるかを尋ねたところ、「ある」が約4割にのぼり、「ない」の約26%を大幅に上回った。

・他方、精神科主治医への主な面談申込者は、産業医が約52%で過半数を超え、医療職以外の者が主治医にコンタクトすることに一定の抵抗感を感じている可能性がうかがわれた。

・また、面談を申し込んだ後の主な結果に関する回答から、主治医側で組織からの面談申し入れを断る例はさほど多くなく、申し入れを躊躇する組織側に杞憂が生じている可能性が示唆された。

＜不調者管理に際して組織側の関係者が知るべき情報＞

・少なくとも診断名や典型的症状については、種々の人事措置に際しても最低限必要な疾病性に関する確認事項と考えられている可能性がうかがわれた。逆に、処方薬の如何は原則として医療マターであって、使用者の管轄外と認識する傾向がうかがわれた。

もつとも、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）を好例として、処方薬と人事労務管理を分断することが難しい場合もある。

・従前の判例でも、専門医による疾病性の確認は一種の手続的要件として重視されており、人事労務管理において疾病性を無視することはできないため、使用者が適正な手続のもとで一定範囲の医療情報を取り扱うこと自体は肯定されざるを得ないと解

される。

<メンタルヘルス対策における産業医の役割>

・総じて、産業医が産業（精神）保健に関する組織（集団）への働きかけ、主治医との連絡、職場の観察や従業員との個別面談を含めたコミュニケーター的な役割を担っていることが多いこと、とはいえ、不調者に寄り添ったり、その環境調整にエフォートを割くような直接的な関与はできていないことが多いこと、他方で、社内規定など組織の秩序の基本づくりへの関与や、経営上層部への就業条件の本質的な改善提案などは殆どできておらず、法政策上果たすべきとされているメンタルヘルス情報の管理も実施されていないことが多いことが看取された。

・本調査において、国の統計に比べて産業医の選任率がかなり低く見積もられたことの背景にこうした事情が無かったとは言えない。

<メンタルヘルス対策における嘱託精神科医の役割>

・メンタルヘルスに関しては、総じて産業医よりも高い介入効果を認められているが、そのポイントは、不調者の早期発見、診断及び治療、主治医との情報交換、主治医の診断の相対化など、精神科の専門性を活かした医療的な面にあったと解されるため、産業医とはそもそも期待される役割が異なっていると考えられる。

<メンタルヘルス情報（メンタルヘルスに関する個人情報）に関する法的規制の周知度合い及び規制内容への納得度合い>

・先ず、関連する法規制（憲法、刑法、特別刑法、民法、個人情報保護法などの法

律とその解釈例規、裁判例など）について知っているかを尋ねたところ、「業務に関わる部分の一部は知っている」が最も多く28%強、「ほとんど知らない」が28%弱でこれに続いた。「よく知っている」と「おおむね知っている」は合わせても29%弱に過ぎなかった。

・また、「よく知っている」と「おおむね知っている」と回答した方を対象に現行の法規制のありようについての所感を尋ねたところ、「おおむね妥当」が最多で約64%を占めた。

・拙速に結論は出せないが、現行の法規制については、集約（特に複数の法規に共通する原則や、各法規の背景にある原則、各原則間の調整原理の抽出）と周知が課題であると解される。

<精神障害者雇用（の観点でのメンタルヘルス対策の）普及度合い>

・調査の結果、他の種類の障がい者に比べ、精神障がい者を雇用している組織は未だ少なく、他方、既に採用済みの労働者が発症して精神障がい者となった場合にも、処遇の枠組み自体を変更する組織は少数派にとどまることが判明した。

・現に精神障がい者を雇用している組織の多くが、精神障がい者と承知の上で雇用をする以上、一定の個別的配慮は必要だと認識していること、ただしその内容は、いわゆる就業上の配慮を中心とするもので、出退勤時間の自由化や人的措置など、職場秩序に一定以上の影響を与えたり、付加的な手間ないしコストのかかる措置を避けようとする傾向にあることがうかがわれる。

・未だ少数派ではあるが、福祉系の資格者を選任する組織が出て来ていること、選

任しているところでは、主に組織内でのコミュニケーションや実作業の支援を行っていることがうかがわれ、社会保険・社会福祉給付の受給支援など、社会保障制度に関わる支援はさほど多く実施されていないことがうかがわれる。もっとも、福祉系資格者を選任している企業には相当大規模な事業所が多いと解されることから、社会保障関係の手続は既に内製化されている可能性もある。

・回答者の全体傾向としては精神障がい者雇用について消極的ながら、過去に雇用経験がある組織に所属する回答者の中には、多様な人材を受け入れられる風土やキャパシティが組織に醸成され、至局、メンタルヘルス不調者一般や健常者の人事労務管理にも貢献すると考えている者が半数近く存在することが判明した。

＜今後10年間のメンタルヘルス不調者の増減傾向の予測＞

・今後10年間のメンタルヘルス不調者の増減傾向の予測を尋ねたところ、「増加する」が約56.4%、「ほぼ横ばい」が約37.3%で、両者を合わせると実に9割を超え、JIL調査と概ね符合する結果となった。

＜国の施策の認知度＞

・国が苦心して立案し、周知を図って来た施策が、十分に浸透しきれていないことがうかがわれる。また、労災補償の認定基準は、予防のための行為規範にも広く影響することを想定して策定されていると解されるが、実際には必ずしもそうになっていない可能性がある。このことは、組織の経営者が一般的にメンタルヘルス対策をさほど重視していないことの証左である可能性も

ある。

＜職域におけるメンタルヘルス対策の促進に法律が果たす役割＞

・「今後、メンタルヘルス対策の促進を図るための新たな法律条文や法律ができれば、企業（団体）で実際に役立つ対策が進むとお考えになりますか」との問いに対して、「そう思う」との回答が約8割（78.8%）に達し、「そうは思わない」との回答（13.8%）を大きく凌駕した。

・他方、Q13～16による調査から、法的規制が果たす役割に期待はするものの、事柄の性質との関係からも、法律で具体的な事柄を一律的に義務づけられることには慎重と考える回答者が多く、個々の事業所の自律性、個別性を尊重しつつ、対策の効果を高めるための誘導策の立法化を支持する回答者が多かった。

・以上の結果などから、国の法政策に対しては、基本的な目標設定、目標を実現するための主な手続の設定、手続に関与する重要な主体（利害関係者、専門家等）の設定、適性に手続を果たす事業者へのメリットの付与とそうでない事業者への制裁、不調者への差別禁止などの最低限の基準設定などが求められていると解される。

F.研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G.知的所有権の取得状況

1. 特許取得
該当せず。

2. 実用新案登録

該当せず。

3. その他

該当せず。

H.引用文献

なし

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することができる。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・検討が要請される場所であり、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、医療化論的の危惧（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）、実施メニューの間関係、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あるまい。つまり、どのような変数間関係であれ、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、ここではこ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ないようだが、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う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らうし、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す要因の調査と対応」（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き

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ろうが、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 らす要因 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%
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%
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%
100~499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%
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%
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%
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%

図 1

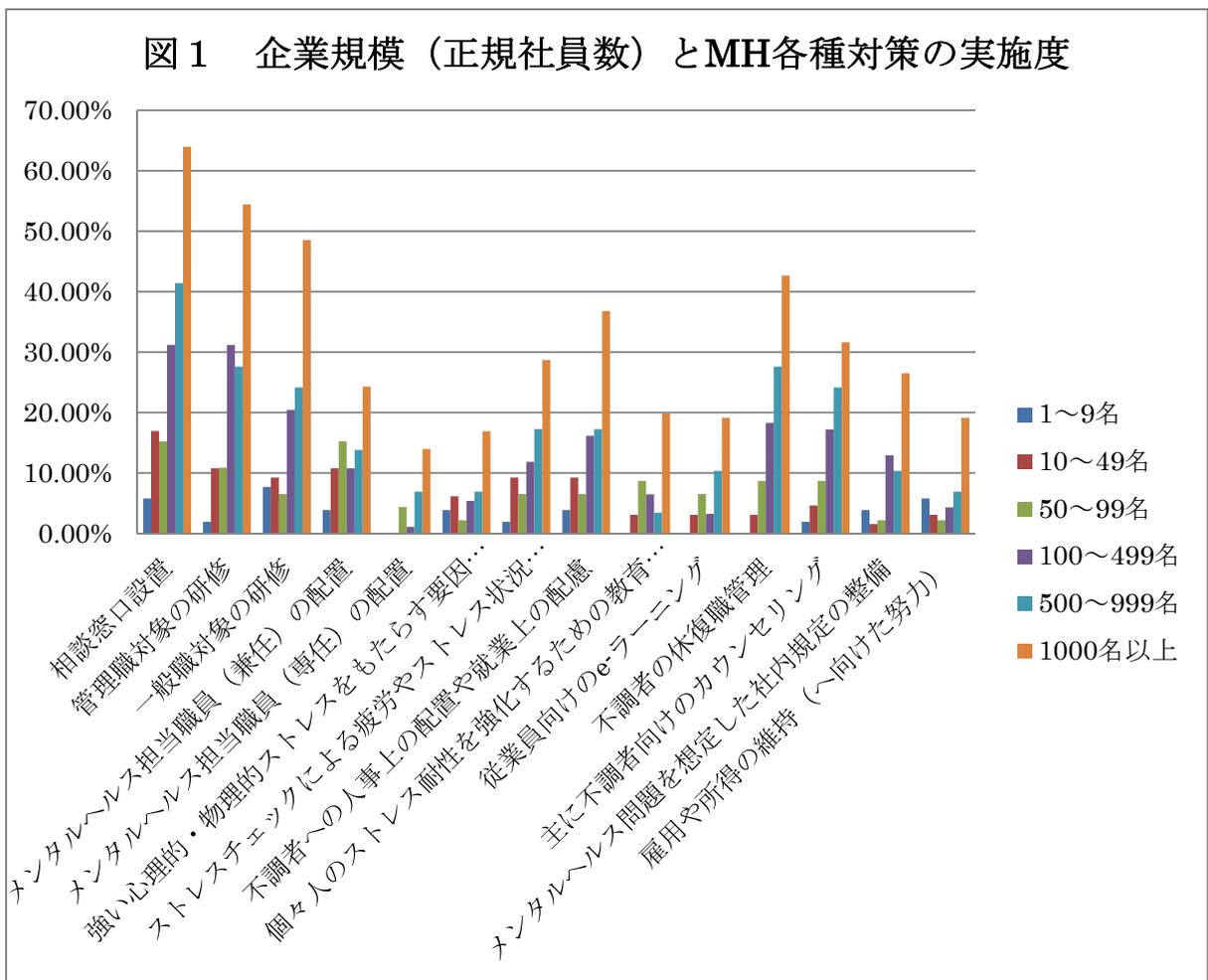


表2 企業規模と労組の関与（あり）

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+十分からない」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	81	429
	100%	100%	

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	110
	100%	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 10 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無いことから、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。

まず、メンタルヘルス対策を行うためのスタッフを選任しているかどうかという点(Q6)については、「選任していない」(69.7%)という回答が「選任している」(30.3%)という回答を上回っていた。

次に、メンタルヘルスについての事業所内での審議について、衛生委員会かそれと同じような会議体で審議を行っているかどうかという点(Q7)については、「審議していない」(68.8%)という回答が「審議している」(31.2%)という回答を上回る結果となった。審議を行っている場合、そこで個別事例への対応方法について協議しているかどうか(Q7Q2)については、「している」(69.4%)という回答が「していない」(30.6%)という回答を上回っていた。その審議において一次予防策について協議しているかどうか(Q7Q3)については、「している」(82.1%)という回答が「していない」(17.9%)という回答を上回っていた。これらの結果は、メンタルヘルスについての事業所内での審議を行っている場合には、個別事例への対応や一次予防策について積極的な取り組みが行われる可能性が高いことを示唆していると考えられる。

また、回答者が所属する事業所でメンタルヘルス対策のための社内規定の整備が行われているか(Q8)については、「行っていない」(63.6%)という回答が「行っている」(36.4%)という回答を上回っていた。

規定整備がなされている場合の形式(Q8SQ1)については、「就業規則の中での規定整備」(57.1%)や「(就業規則の一環としての)健康管理規制の中での規定整備」(34.0%)という回答が多く、「メンタルヘルス対策専用の規定整備」という回答は27.6%にとどまっていた。

規定整備の内容について(Q8SQ2)、回答率上位項目を示すと、「不調者の人事上の配置や就業上の配慮に関すること」(57.7%)、「産業医との面談や受診に関すること」(54.5%)、「不調者の休復職管理に関すること」(53.2%)、「強い心理的・物理的ストレスをもたらす要因の調査と対応に関すること」(37.2%)、「カウンセリングに関すること」(34.6%)、「管理職や一般職員への教育研修に関すること(30.8%)」となっている。

規定の整備が不調者の減少に貢献していると感じているかどうか(Q8SQ6)については、「貢献していない」(59.2%)が、「貢献している」(40.8%)という回答を上回っていた。

メンタルヘルス対策のための社内規定の整備については、全般的には消極的であるように見受けられるが、進められているケースでは対策と同様の項目が規定になっていることが読み取れる。しかし、規定の整備自体が不調者の減少に必ずしも貢献しているとは限らず、規制を機能させるための工夫がさらに必要であると考えられる。

また、アンケート調査において、メンタル不調者の割合が3年ほど前に比べてどのように変化しているかという問い(Q3SQ4)に対しては、「増加した」(49.8%)と「ほぼ横ばい」(41.7%)という回答が多くを占め、「減る」(8.5%)という回答を大きく上回っていた。その理由の一つとして、対策が綿密に行われるようになったことによって、不調者が次々に表面化した結果、不調者が増加しているという点がインタビュー調査において指摘され

た。つまり、企業の対応によって不調者が減少しても、それ以上にメンタルヘルス不調者であると判定される人が増加した結果として、トータルで不調者の数が増加しているという現象が起きている可能性もある。この点については今後も検討すべきであろう。

3. メンタルヘルス問題への対応と企業経営

メンタルヘルス不調は個人において生じるものであるが、その影響は個人のレベルにとどまらず、職場組織のレベルや、企業全体のレベルにもおよぶ。そのため、メンタルヘルス問題の解決に向けては、制度のみならず、企業がこの問題に対してどこまで責任を負うべきか、またどのような姿勢で臨もうとしているのかという、企業経営の視点からも検討しなければならない。

まず、なぜ企業はメンタルヘルス問題に対応しなければならないのかという点について述べる。メンタルヘルスへの対応は、経営学の領域において、近年盛んに論じられているCSR（企業の社会的責任）との関連で取り上げられるようになった。

従来から、日本においては正社員の解雇が厳しく制限されてきたことから、正社員との長期的な雇用関係が維持されてきた。近年、雇用の流動化が議論されているが、実態として正社員の雇用の流動化は進展しているわけではない。その結果、転職という選択を自発的に行うことが現実的に困難である状況下で、正社員（あるいは長期間雇用されている非正社員）は条件の悪化を受け入れている状況が長く続いている。これに対して企業は雇用者としての責任を果たすべきであるとする考え方が広がっているのである。

また、メンタルヘルスへの対応を企業が行わなければならない理由は、労働災害訴訟や従業員の離職、パフォーマンス低下などの組織マネジメント上のリスクの増大にあるという指摘も多くなされ、さらにはリスク・マネジメントの観点から対応すべきという見解も見られる。

さらに、従業員を組織目的から離反しないように組織へと統合していく人事管理の機能という観点からも、この問題への対応が必要である。例えば、従業員の離職に伴い、新たな従業員を採用することによってメンバーの変更が生じるよりも、休職後に復職する人に復活してもらう方が、募集費などの採用に関わる金銭的成本や、採用に関わる時間的なコスト、教育訓練費は少なく済むと考えられる。

しかし、利益の増大に直接つながるのではなく、利益の減少を防ぐという受け身の要素が強いもので、なおかつ効果が短期間に現れず、効果があるかどうか不確実であることに対して、企業は、経費をかけない傾向にある。

アンケート調査では、所属する事業所で過去3年間に現在の職場では職務への定着が難しい労働者の割合を尋ね、そのような人にリワーク施設を利用させた場合の結果(Q21)について尋ねている。そこでは、「症状はいったん快復したがパーソナリティなどの問題が改善せずに再発再燃し、結局職務に定着できなかった」(52.5%)という回答が多いという結果となった(「症状もパーソナリティなどの問題も改善し職務に定着できるようになった」

という回答は 31.7%)。

受け身の要素が強い問題において、企業が経費をかけようとする場合には、対応すべき対象者が多くなってから行われることが多いと考えられる。この点について、アンケート調査では、回答者が所属する事業所で最近 3 年間にメンタル不調者が発生したかどうか (Q3) を尋ねており、63.2%が発生したと回答している。また、メンタル不調者の全従業員に占める割合 (Q3SQ1) についても尋ねているが、3%未満とする回答が 77.1%を占めている。以上より、メンタル不調者の全従業員に占める割合は多いわけではなく、発生しない場合もあることから、取り組みに積極的ではない企業が少なくないという結果になっていると考えられる。

また、メンタルヘルス問題への対応は期間も長く、家族の問題や本人の性格の問題など、会社の内部だけでは完結しないという問題があり、どこまで踏み込むかが難しい。仕事に関連するものだけを切り分けて発生原因を特定することも難しく、特定の施策を講じた場合に、その成果を把握することも難しい。そのため、企業の対策も遅れがちであり、ゆっくりとした動きになってしまうのであろう。

インタビュー調査においても、メンタルヘルス不調の問題が企業によって全面的に引き起こされているわけではなく、家族との関係など、家庭における問題が相当大きなウェイトを占めている可能性があり、メンタルヘルス対策において、どこまでが企業の責任であると考えべきか、またどこまで企業側の対策として踏み込むべきかを判断することが難しいという問題が指摘された。対象企業の 1 つにおいては、40~50 歳代であるとき急に不調となってしまうケースが増加する、不調者の高齢化が問題となっており、その原因は家庭要因が最も多いのではないかということであった。

ただし、これらの問題は、対応しなければ利益の減少につながる可能性が高いと考えられる。さらに、企業が対応を怠れば、人材の使い捨てというイメージが定着し、勤続年数の短期化が進み、人材が育たなくなってくることにもつながる可能性があるというだけでなく、現象が組織内に広がってから対応したのでは手遅れになってしまう可能性もある。この点は、中長期的にも大きな問題があると思われる。

アンケート調査の自由記述設問 (Q5SQ3) において、「不調者が自主的に早い段階で相談することが多くなった。早めに休職となる例が増えたが、労災や、こじれるケースや、回復が遅れるケースが減った」という回答が見られたが、早期段階で対策を講じることは有効であることを示していると言えよう。

4. 日本企業の人事管理の特性がメンタルヘルス問題への対応に与える影響

従業員を組織目的から離反しないように組織へと統合していく人事管理の機能という観点からも、この問題への対応が必要であることはすでに述べたが、さらに具体的に日本企業がこれまでに構築してきた人事管理の特徴がメンタルヘルスに対して与える影響についても、検討する必要がある。

アンケート調査では、人事管理にかかわる事項のうち、職場のメンタルヘルス対策に深く関わると思うものについて回答を求めているが(Q12)、「人員配置(適材適所)」(68.1%)、「職務の設計と配分」(38.2%)、「職務についての教育訓練」(35.2%)、「採用」(33.3%)、「動機づけ」(26.3%)と、あらゆる領域がかかわっていると労働者が考えていることがわかる。

中でも、人員配置について、それが結果として適材適所という状態になるためには、職務の設計と配分すなわち職務構造が重要な役割を果たしている。この点に関して、日本企業では、職務構造が明確に決定され、そこに適した人材を配置(採用)していくという方法ではなく、主として人材を配置した上で職務構造にはある程度の曖昧性を持たせ、その都度柔軟に変更していくという方式を採用してきている。このことは、職場全体で仕事を行う際に、メンバーの働きぶりが相互に影響し合うことにつながる。

そのような方式を採用したことによって大きく影響を受けるのが、残業の問題である。日本では解雇に対する規制や考え方が厳しいため、一度雇った従業員を簡単に解雇することは難しい。そのため、仕事が一時的に増えた場合には、新たに従業員を増やすよりも現在の従業員の労働時間を増やすことで対応してきた。しかし、現在ではリストラ実施後に仕事が増えても増員しないというケースが多く、一人あたりの仕事量は増加している。加えて、短い納期によるプレッシャーもますます強くなっており、従業員は残業時間を増やして対応しなければならないケースが増えている。こういった状況において、個人の仕事の範囲や量が明確になっていないために、仕事負荷の増大を抑制することが難しくなっている。また、仕事を分担しているメンバーが残業しないことで、他のメンバーにしわ寄せが行ってしまうという点も問題である。

この点について、アンケート調査結果では、法律上の規制を設けることに賛成する事項として(Q13)、「一定の質量の業務を遂行するために必要な人員の確保」(43.8%)や、「労働条件が急激かつ大幅に変化した場合の支援体制の構築」(36.8%)など、人員を確保できることを法律で規定することを望む回答が少なくなかったことから、問題視されていることであると言えよう。

5. 日本企業のメンタルヘルス問題に対する外部者の関与

上でも述べたとおり、再発率が高いという問題についてはアンケート調査とインタビューにおいて改めて確認された。

これらの問題に対して、企業がいかに対応していくかが今後の課題であり、特にメンタルヘルスの問題にかかわる人(主に人事担当者と管理者)の対応力を高めることが必要であるとの指摘がなされている。しかし、そこで注意すべきことは、彼らに過度の負担をかけないような方法を考えなければならないということである。担当者が疲れてしまう状況を放置することは事態を悪化させるだけということになりかねない。メンタルヘルス問題に対する個人による対応には限界があり、組織的な取り組みが必要である。

そのために企業は教育研修や不調者に関する情報共有の仕組みを整備するなどの対応を行っていること上でも述べたとおりであるが、他方でメンタルヘルス不調者の上司が正確な知識を持ち合わせないまま中途半端に対応することで問題をさらに大きくしてしまうという問題が発生している可能性があることも、インタビューにおいて指摘された。

企業におけるメンタルヘルス問題に関しては、企業による主体的な対応が中心となることは当然のことであるが、日本ではメンタルヘルス対策を外部機関にある程度任せるための仕組みが十分に発展していないことから、企業内部での取り組みが重要となる。しかし、効率性の原理を過度に強調することで従業員のメンタルヘルスが損なわれることは、企業の存続を危うくすることにつながる可能性があるという一方で、企業は経済主体であり、利益に繋げるための効率性の原理を無視して存続することはできない。このような関係の中では企業側の立場が強くなりやすいために、それを抑制するものが必要であり、また企業内部での取り組みにも新たな工夫が必要である。

5. 1. 法規制・国による施策

一つは法規制であり、これは企業の行動に対して直接的な拘束力を持つ。しかし、法規制が厳しすぎると、企業が自律的に行動できないという悩ましい部分をどう解決するのが問題になってくる。誰の利益を主として守っていくのが現実的に対応可能な選択肢であるのかを検討しなければならない。

この点に関しては、労働 CSR の文献において、日本の法規制が弱く、問題への対応が企業側に任されている部分が多いことに問題があることが指摘されている。CSR には、経営効率を高めるという一般的見方が強く支持されているとは言い難い面がある。また、短期的な経営効率優先という大きな障壁があるため、CSR が経営効率に貢献するということが明らかにならなければ、広く支持されることも難しいのかもしれない。

そこで法規制や国の施策にかかる期待が高まると考えられるが、どの程度の法規制、あるいはどのような内容の施策が望ましいのか。この点については、アンケート調査の結果は以下のようになっている。

国による施策に関しては、国その他の公的機関が、個々の企業(団体)のメンタルヘルス状況の問題点(リスク)と良い点(グッド・ポイント)を調査し、その両者を総合的に評価して対応策の実施を促進させる施策について賛成するかどうか(Q14)については、「賛成する」(80.4%)という回答が「賛成しない」(6.3%)という回答を大きく上回る結果となった。

国その他の公的機関が有効なメンタルヘルス対策を実践している組織と手法を調査して、当該企業(団体)の同意を得て公表する制度を新設すること(Q15)については、「賛成する」(84.6%)という回答が「賛成しない」という回答を大きく上回る結果となった。

ただし、インタビュー調査においては、「グッドポイントを評価することを促進することについてはよいが、開示はあまり歓迎できない。なぜならば、社内の機密にかかわるので」

という指摘があった。

国その他の公的機関が、多くの不調者を生み出しているにもかかわらず十分なメンタルヘルス対策を実施していない企業（団体）を公表する制度に賛成するかどうか（Q16）については、「賛成する」（82.3%）という回答が「賛成しない」（9.3%）という回答を大きく上回る結果となった。

ただし、インタビュー調査においては、「十分な取り組みを行っていない企業の公表には反対。なぜならば、メンタルヘルス不調の発生にはパワハラと過重労働以外の要因（例えばプライベートな問題）が大きく影響しているので、そこまでを企業のせいにしてもらっては困る」という指摘もあった。

また、現在のメンタルヘルス情報（メンタルヘルスに関する個人情報）にかかわる法規制全体について「よく知っている」または「おおむね知っている」と回答した人にどのような見解を持っているかという問い（Q30）に対しては、「おおむね妥当」（64.2%）という回答が最も多いが、「甘すぎる」（12.2%）、「厳しすぎる」ところと「甘すぎる」ところが「ちぐはぐ」（12.2%）、「複雑すぎて現場での実際の対応方法が分かり難い」（13.8%）という回答も見られた。

しかし、今後、メンタルヘルス対策の促進を図るための新たな法律条文や法律ができれば、企業（団体）で実際に役立つ対策が進むと思うかという問い（Q41）については、「そう思う」（78.8%）という回答が、「そうは思わない」（13.8%）という回答を大きく上回っていた。

以上より、日本企業においては、メンタルヘルス問題への対応について、今後は法規制や国の制度などにより強制力をより強く持たせることによって企業による取り組みを促進する方がよいという見解が強まっているとみることができるであろう。

このことは、インタビュー調査においても指摘された。例えば、「国のリーダーシップが必要だと思っている。企業任せにせずに関係者をとりまとめて欲しい」「特に中小企業対策が必要。国の対策に従う会社にとっては、ちゃんとまとめて欲しいと思っているのではないか？自信のあるものについてはもっと広めて欲しい」といった意見が述べられた。

5. 2. 労働組合

もう一つは、労働組合である。労働組合は、従業員のニーズを細かくくみ取って企業側との協議を行い、場合によっては交渉を行う主体である。

日本における労働 CSR の調査によれば、企業が果たすべき CSR について、健康・メンタルヘルスを指摘する企業別組合の割合が高い。また、先進事例として挙げられている中に、ストレス調査の結果を経営者と管理者、そして労働組合にも積極的に開示するものがあった。ただし、それがどの程度の広がりを見せているのか、各組合がどのように対応しているのかについてはこれまでにあまり明らかにされてこなかった。

この点について、アンケート調査の結果は以下のようになっている。その回答者が所属

する事業所に労働組合があるかどうかという問い (Q9) に対しては、「ない」(55.2%) という回答が半数以上を占め、「ある」と (44.8%) という回答を上回る結果となった。

メンタルヘルス対策に労働組合を関与させているかどうかという問い (Q9SQ1) に対しては、「関与させていない」(72.7%) という回答が「関与させている」(27.3%) という回答を大きく上回っている。ただし、「関与させていない」という回答には、「労働組合がない」と回答したのも含まれているので、実際には組合のあるケースのうち半数程度が関与させていると考えられる。

労働組合を関与させている場合に、どのような点に関与させているのか (Q9SQ2) という問いについて、回答率の高いものを挙げると、「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 (59.8%)」、「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」(47.0%)、「不調者の休復職管理」(29.1%)、「労働時間以外でメンタルヘルスにかかわる社内規定の整備」(17.9%)、「心理的・物理的ストレスをもたらす要因の調査と対応」(17.1%) の順になっており、企業への提案、規定づくりや調査・監視活動といった活動が細やかに行われていることがわかる。

また、労組の関与により、何らかの効果があつたと感じているかという点 (Q9SQ3) については、「効果があると感じている」(42.7%) という回答が「効果がないと感じている」(15.4%) という回答を大きく上回っている一方で、「わからない」(41.9%) という回答も少なくない。ただし、労組による対応は有効であるという可能性が示唆される結果となったと言えよう。

5. 3. 経営戦略として位置づける対応

メンタルヘルス問題への対応については、ワークライフバランスに対する企業の対応が参考になる可能性がある。出産・育児によって休職と復職という過程を経る点や、企業にとっては短期的な視点で見ると、効率性が損なわれると考えられやすいという点、そして対応を誤ると従業員の離職やモチベーション低下につながるという点は、両者において共通していると考えられる。

例えば、アメリカではワークライフバランスを経営戦略の一部として考え、その結果を明確に探ろうとしていると言われているが、メンタルヘルスに対しても同様であるかということも今後検討する価値があると考えられる。

また、メンタルヘルス問題について、ダイバーシティ・マネジメントの分野における知見も併せて今後検討する必要があることも指摘しておきたい。アンケート調査においては、所属する事業所で障がい者雇用に対して積極的である(「どちらかという」と積極的)も含む) と回答した人に対してその理由を尋ねているが (Q38SQ1)、そこで「組織のダイバーシティが進む」と 46.5% が回答している。これは近年注目されているダイバーシティ・マネジメントと精神障がい者雇用との関連性が認識されていることを示している。

さらに、アンケート調査においてメンタルヘルス対策の効果として (Q5SQ3) 「メンタル

ヘルスの問題を特別な問題として切り離して考えるのではなく人間や組織が成長する過程での躓きや個性の一部として考えることができるようになってきている人が増えている」ことが挙げられている点からも、労働者属性の多様性のみならず、労働者の心理的状況の多様性を意識した対応がメンタルヘルス対策の効果を高める可能性があると言えよう。ただし、もちろんダイバーシティ・マネジメントにおいては、表層的な取り組み（つまり多様なカテゴリーの労働者を雇用している）ということだけでは不十分で、上でも述べてきたように、より深いレベルでの取り組みが必要である。

以上より、今後は法規制や国の制度などにより強制力をより強く持たせることによって企業による取り組みを促進する方がよいという見解が強まっているとみることができ、労働組合の関与による従業員のフォローや長時間労働に対する監視なども必要であると考えられていることがわかる。企業による自発的な取り組みが広がり定着することを待つよりも、企業外部の力による取り組みを促進するための誘導や問題発生を抑制するための措置が必要であるということであろう。しかし、もちろん企業が取り組みを行わなくてよいということではない。同時に、経営戦略として積極的に位置づける対応も考えられるべきである。

6. 結論と今後の課題

本稿では、本年度実施したアンケート調査とインタビュー調査の結果を詳細に検討してきた。そこでの発見事実をまとめ、今後の課題について述べておくこととしたい。

6. 1. メンタルヘルス対策の取り組みに対する企業間のばらつき

全体的に見ると、日本企業におけるメンタルヘルス対策は、制度や仕組みを整備するという点では進んできているように思われる。しかし、それを十分に機能させ、メンタルヘルス不調者の減少に十分貢献できているかどうか、またメンタルヘルス対策に積極的に取り組もうとしているかどうかという点については、企業によってばらつきがある。

メンタルヘルス対策については、消極的な回答が多かったが、その理由は、対策に取り組むことで費用対効果をすぐに、わかりやすく実感できない問題において、企業が経費をかけようとする場合には、対応すべき対象者が多くなってから行われることが多いからであると考えられる。アンケート調査の結果においても、メンタル不調者の全従業員に占める割合は多いわけではなく、発生しない場合もあることから、取り組みに積極的ではない企業が少なくないという結果になっていると考えられる。

しかし、逆になぜ積極的な取り組みを行う企業があるのかということはいずれだけでは説明できない。例えば、トップの強い主導の下でメンタルヘルス問題に取り組むことが組織風土として定着している、トップがダイバーシティ・マネジメントに積極的に取り組もうとしている、あるいは上場企業であれば短期的利益を求める株主が少ない、といった理由が考えられるが、これらの点については、今後もさらに検討すべき点であろう。

6. 2. メンタルヘルス問題に対する企業の責任範囲

企業は何らかの形でメンタルヘルス対策を行うべき主体であるが、どこまでメンタルヘルス問題に対して責任を負うべきか、またメンタルヘルス不調の発生原因として職場要因と個人要因（家庭要因を含む）をどのように切り分けて考えるのかが問題となる。この点は「十分な取り組み」を促進し「不十分な取り組み」を抑制するといった対策にもつながるが、それらを分ける基準をどのように設定するかが問題となる。その検討の際には、世代による発生理由の違いについても検討する必要があると思われる。

6. 3. 人事管理施策とメンタルヘルス問題との関係

人事管理施策を企画・立案し、その実施をチェックするのは人事部門の役割であるが、施策を実施していくのは現場である。特に現場のリーダーである管理職が重要な役割を担う。

しかし、管理職のみに重責を担わせることは新たな問題を生み出す。管理職本人が不調者の対応に疲弊しメンタル不調に陥ってしまったり、管理職が正確な知識を持ち合わせないままメンタル不調者に対して中途半端に対応することで問題をさらに大きくしてしまったりすることもある。

そこで、人事部門が産業保健スタッフと従業員との単なる窓口となるのではなく、管理職や一般従業員と産業医との直接的なコミュニケーションルートを作るといった、現場を巻き込む取り組みを行うことは試みる価値がある。

6. 4. 企業外部の力の利用

このようなばらつきの存在は企業も認識しており、企業による自発的な取り組みが広がり定着することを待つよりも、企業外部の力による取り組みを促進するための誘導や問題発生を抑制するための措置が必要であると考えられている。例えば、今後は法規制や国の制度などにより強制力をより強く持たせることによって企業による取り組みを促進する方がよいという見解が強まっているとみることができ、労働組合の関与による従業員のフォローや長時間労働に対する監視なども必要であると考えられている。

6. 5. 今後の課題

メンタルヘルス問題に対する日本企業の対応は今のところ積極的なものではないと言えよう。しかし、この問題への対応が遅れてしまうと、時間的・金銭的成本をかけて獲得した人的資源を消耗させ、また失うことにもつながってしまう。それを防ぐためには、人事部門のみならず、現場の協力や専門家との連携をうまく行っていくことが必要である。

また、メンタルヘルス問題は他方で、個人や家庭の問題と切り離せないという難しさを抱えている。企業は独立した経済組織でありながら、社会と切り離すことのできない存在

でもある。日本企業は長期雇用によって従業員、ひいては社会との関係を強く持ってきただけに、企業内の問題が従業員に与える影響が大きい。メンタルヘルス問題も従業員との関係を簡単に切ることができない（そうすることは極力避けるべきと考えられている）中で、日本企業は責任範囲をめぐって動きが取りづらいつ況にあると考えられる。それゆえに、企業外部の力に期待が寄せられているとも考えられる。関連主体がどのように今後かわっていくべきかについて考えていく必要があるだろう。

さらに、人事管理施策からメンタルヘルス問題の発生につながる経路を明らかにすることも重要である。例えば、雇用が従業員の心理にもたらす影響について考えるための概念として、エンプロイアビリティ、心理的契約、社会心理的安全風土などが挙げられるが、これらについても今後においてより深いレベルでの概念的検討と実証分析を行っていくことが必要である。

メンタルヘルス対策従事者向け調査結果に関する覚書
—障害者雇用促進法改正との関係を焦点に—

長谷川珠子 福島大学行政政策学類・准教授

1. はじめに

2013（平成 25）年 6 月の「障害者雇用促進法」の改正により、①障害を理由とする雇用差別が禁止され、合理的配慮の提供義務が事業主に課されることとなった（2016（平成 28）年 4 月 1 日施行）。また、②これまで、雇用率の対象は身体障害者と知的障害者であったが、精神障害者についても雇用が義務化された（2018（平成 30）年 4 月 1 日施行）。①の点は、一般就労が困難であるとして特別に雇用の枠を設定する雇用率制度を中心としてきたこれまでの障害者雇用施策に、「差別禁止」という新しい視点を取り入れるものであり、事業主はこれまでとは異なる対応が求められることとなる。また、②の点は、従来（2006（平成 18）年）から、現に雇用している精神障害者については実雇用率に算定することができると言われていたにもかかわらず、精神障害者の雇用が思うように進んでこなかったなかで、雇用義務化が行われることとなった。精神障害者の雇用義務化に伴い、法定雇用率も引き上げられるため、これまで身体障害者と知的障害者によって実雇用率を満たしてきた各事業主も、精神障害者の雇用に向けた積極的な取組みが求められることとなる。

本研究会において実施された「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」（以下、「企業アンケート」という）において、精神障害者の雇用についての質問項目（「3、精神障がい者雇用関係」¹（Q31～Q38））を設けた。また、これらのアンケート内容に基づき、3社を対象に対面調査を行った（2013（平成 25）年 11 月 11 日実施）。本稿では、これらの企業アンケートおよび対面調査の結果を分析することにより²、精神障害者の雇用の現状を明らかにする。さらに、上記の法改正が、企業の取組みにどのような影響を与えうるかについて検討する。

2. 障害者雇用促進法の概観

日本では、1960（昭和 35）年に制定された「障害者雇用促進法」³により、「雇用率制度」を中心に障害者雇用施策が図られてきた。2013（平成 25）年の法改正の内容は、障害者施策全体にとっての転換期となるもの出ることに加え、特にメンタルヘルス不調者を含む精

¹ 障害者の表記については、「障害者」「障がい者」等を使用する場面が増えてきており、アンケートにおいても「障がい者」を用いたが、本稿では「障害者」を用いる。

² アンケート調査と対面調査とを区別して使用する際には、前者を「企業アンケート」、後者を「対面調査」とし、区別しない場合には、「企業調査」とする。

³ 1960年当時は、身体障害者のみを対象とするものであったことから、「身体障害者雇用促進法」とされ、1987年に法の対象が知的障害者精神障害者にも広げられたことから、現在の法律名になった。

精神障害者に対して大きな影響を与えるものと考えられる。第 1 に差別禁止および合理的配慮に関し、精神障害者保険福祉手帳を所持しないメンタルヘルス不調者に対しても適用があること、第 2 に、手帳を所持する精神障害者は雇用義務の対象となったことである。以下では、2013 年改正の内容をふまえ、障害者雇用促進法の大きな柱である雇用率制度と、差別禁止（合理的配慮）について紹介する。

2-1 雇用率制度

雇用率制度の対象は、身体障害がある者で別表に掲げる障害がある者（2 条 2 号）、知的障害者判定機関において知的障害があると判定された者（同条 4 号、規則 1 条の 2）、及び症状が安定し就労が可能な状態にある者で精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者（2 条 6 号・37 条 2 項、規則 1 条の 4）とされる。身体、知的、精神の 3 障害についてはそれぞれ、身体障害者福祉法、1973 年の厚生省通知（療育手帳制度の実施について）、精神障害者保健福祉法に基づく、「障害者手帳」が整備されており、雇用率制度についても原則としてこれらの手帳の所持者を対象とする。

精神障害者については、2013（平成 25）年改正により、雇用義務化の対象となった。施行は 2018（平成 30）年 4 月 1 日であるが、上述したように、現に雇用されている精神障害者については、2006（平成 18）年 4 月以降、実雇用率にカウントされている。

事業主は、法定雇用率以上の障害者を雇用しなければならない。法定雇用率は、労働者（失業者を含む）の総数に占める「障害者」である労働者（失業者を含む）の総数の割合を基準として設定される（43 条 2 項）。2013（平成 25）年の法定雇用率は、一般事業主 2.0%、国・地方公共団体 2.3%等とされる。精神障害者の雇用義務化に伴い、法定雇用率が急激に上昇することを避けるため、施行日から 5 年間（2023 年 3 月 31 日まで）は、障害者の雇用状況や行政の支援状況を踏まえて法定雇用率を算定する経過措置がとられる。

この法定雇用率を達成できない事業主に対し、「障害者雇用納付金」が徴収される。障害者を雇用するには、作業施設や設備の改善、職場環境の整備等の経済的負担を伴うことが多い。このため、障害者を雇用することは事業主が共同で果たしていくべき責任であるとの社会連帯の理念に立ち、事業主間の障害者の雇用に伴う経済的負担を調整すること等を目的として、この「障害者雇用納付金制度」が創設された。法定雇用率を達成できない事業主（常用労働者 201 人以上。2015（平成 27）年 4 月 1 日以降 101 人以上）からは、法定雇用率の人数を下回るごとに一人につき月額 5 万円の納付金が徴収され（53 条）、法定雇用率を超えて障害者を雇用する事業主に対しては調整金（月額 27,000 円）が支給される（50 条）（納付金の徴収対象ではない事業主には月額 21,000 円の報奨金）。この他、障害者の新規採用や雇用維持のために施設や設備を改良した場合、障害者の職場適応のためにジョブコーチを配置した場合等には、助成金が支給される（51 条）。

障害者の特性に配慮した職場環境を整備した子会社を設立し、雇用する障害者の人数や割合などの一定の要件を満たした場合、子会社で雇用されている障害者を親会社に雇用さ

れている者とみなし、実雇用率に算定できる特例子会社制度がある（44条以下）。

2-2 差別禁止と合理的配慮の提供義務

差別禁止（合理的配慮を含む）の対象となる障害者は、「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）その他の心身の機能の障害があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者」とされる（2条1号）。これには、身体、知的、精神の障害者手帳の所持者だけでなく、精神障害者保健福祉手帳を所持しない統合失調症、躁うつ病又はてんかんに罹患する者（規則1条の4）と、手帳を所持しない発達障害者や難病患者等で、長期にわたる職業生活上の相当の制限を受ける者が含まれる。雇用率制度は原則として手帳所持者のみを対象とする、差別禁止はそれよりも広い定義が採用されている。メンタルヘルスとの関係では、手帳を所持しない精神疾患に罹患する者や、発達障害者が明文で対象者として定められたことが大きい。

事業主は、労働者を募集・採用するに当たり、「障害者に対して、障害者でない者と均等な機会を与えなければならず」（34条）、採用後において、「賃金の決定、教育訓練の実施、福利厚生施設の利用その他の待遇について、労働者が障害者であることを理由として、障害者でない者と不当な差別的取扱いをしてはならない」（35条）。差別禁止は、雇用に係るすべての事項に及ぶ。今後、差別及び合理的配慮に関する指針が定められることになっている（36条・36条の5）。

事業主は、労働者を募集・採用するに当たり、障害者と障害者でない者との均等な機会の確保の支障となっている事情を改善するため、障害者からの「申出」により合理的配慮を講じなければならない（36条の2）。採用後において、事業主は、障害者でない労働者との均等な待遇の確保又は障害者の有する能力の有効な発揮の支障となっている事情を改善するため、合理的配慮を提供する義務を負う（36条の3）。「合理的配慮」とは、障害特性に配慮した必要な措置や、職務の円滑な遂行に必要な施設の整備、援助を行う者の配置等をいう。合理的配慮を講じることにより事業主に「過重な負担」を及ぼす場合には、事業主は提供義務を免れる（36条の2但書・36条の3但書）。

合理的配慮を講じる際、事業主は障害者の意向を尊重しなければならない（36条の4第1項）、障害者からの相談に応じるための体制整備を行わなければならない（同条2項）。事業主が、差別禁止及び合理的配慮の規定に反した場合には、厚生労働大臣が事業主に対して、助言、指導又は勧告をすることができる（36条の6）。

障害者である労働者から（募集・採用時を除く）差別や合理的配慮に関する苦情を受けたとき、事業主は、事業主代表者と労働者代表者を構成員とする苦情処理機関を設け、自主的な解決を図る努力義務を負う（74条の4）。

自主的な取組みでは解決しない場合、紛争の当事者の双方又は一方から都道府県労働局長に援助を求めることができ、都道府県労働局長は必要な助言・指導・勧告をすることができる（74条の5・74条の6第1項）。これには、採用後だけでなく募集・採用時の紛争

も含まれる。都道府県労働局長の指導等の対象になる紛争（募集・採用時を除く）について、当事者の双方又は一方から申請があった場合、都道府県労働局長は、個別紛争解決促進法に基づく紛争調整委員会に調停を行わせることができる（74条の7第1項）。事業主は、障害者が援助や調停を求めたことを理由として不利益な取扱いをしてはならない（74条の6第2項・74条の7第2項）。

上記の差別禁止や合理的配慮義務の規定から、直接私法上の効果が生じるわけではないと考えられている。私法上は、公序良俗（民法90条）、不法行為（民法709条）又は信義則（民法1条2項）等を介して、間接的に効果が生じるものと考えられる（合理的配慮規定が導入される以前に、障害者に対し勤務配慮を合理的理由なく行わないことは、法の下の平等の趣旨に反し公序良俗又は信義則に反するものとして、阪神バス（勤務配慮）事件（神戸地尼崎支決平成24・4・9労判1054号38頁）がある）。

2-3 精神障害者の雇用実態

2-3-1 精神障害者の雇用状況

2006（平成18）年以降、現に雇用されている精神障害者を実雇用率にカウントすることが可能となった。その結果、2006（平成18）年には、56人以上の従業員を雇用する民間企業において、1,917.5人⁴の精神障害者が雇用されていることが、データとして初めて示された。その後精神障害者の雇用数は年々増加し、2013（平成25）年⁵には、22,218.5人となっている。確かに大幅な増加を見せているが、身体障害者の雇用者数が303,798.5人、知的障害者の雇用者数が82,930.5人であるのに対し、精神障害者の雇用数は低い状況にある。

表1 障害者種別ごとの雇用者数

障害種別	2006（平成18）年	2013（平成25）年
身体	238,267人	303,798.5人
知的	43,566人	82,930.5人
精神	1,917.5人	22,218.5人
総数	283,750.5人	408,947.5人

⁴ 実雇用率の算定は、週所定労働時間が30時間以上の常用雇用の障害者を一人雇用することにより一人としてカウントする。より雇用されにくい障害者の雇用促進を目的として、重度の身体・知的障害者を一人雇用した場合、2人としてカウントされる（促進法43条4項）。また、重度障害者で短時間労働者（週所定労働時間20時間以上30時間未満）の者については一人をもって一人として（同条5項）、重度でない短時間労働者については一人をもって0.5人としてカウントされる（同条3項）。雇用される障害者数も、上記のカウント方式により計算される。

⁵ 2013（平成25）年から、法定雇用率が2.0%に引き上げられたため、従業員数50人以上の民間企業は障害者の雇用義務を負うこととなった。そのため、同年以降は、従業員数50人以上の民間企業において雇用される障害者数を示したものとなる。

他方で、ハローワークを通じた職業紹介では、精神障害者の求職申込数や就職件数が他の障害よりも大幅に増えている。ハローワークでは、障害者のために、専門の職員・相談員を配置し、ケースワーク方式により、求職申込から就職後の指導まで一貫した職業紹介、職業指導をすることにより、障害者雇用の促進を図られている。ハローワークを通じた（精神）障害者の職業紹介は、2006（平成 18）年以前から行われていたが、同年と 2012（平成 24）年度とを比較すると、表 2 の通りとなる。精神障害者の職業紹介数が大幅に増え、就職件数も身体障害者に迫る数字となっている。

表 2 ハローワークを通じた障害者の職業紹介状況

障害種別	2006（平成 18）年		2013（平成 25）年	
	新規求職申込	就職件数	新規申込件数	就職件数
身体	62,217 件	25,490 件	68,798 件	26,573 件
知的	21,607 件	11,441 件	30,224 件	16,030 件
精神	18,918 件	6,739 件	57,353 件	23,861 件
その他	895 件	317 件	5,566 件	1,857 件
総数	103,637 件	43,987 件	161,941 件	68,321 件

上記の障害者の雇用状況や職業紹介状況から、近年、精神障害者の雇用者数が増加してきており、特に職業紹介においてその傾向が顕著であることがわかる。今後、精神障害者の雇用義務化が施行され、法定雇用率が引き上げられることになると、精神障害者を雇用するニーズはますます高まるものと考えられる。

そこで以下では、企業調査の結果の精神障害者雇用に関する部分を概観し、メンタルヘルス不調者および精神障害者の雇用に対し、改正法の内容が与える影響について検討する。

3. 企業調査

精神障害者（精神保健福祉手帳を有する者）を雇用しているかどうかの Q31 に対し、雇用していると答えた企業は約 23%、していないと答えた企業は約 77%であった。産業の違いにより、大きな違いはない。対面調査においては、身体障害者の雇用は一般就労として進んでおり、知的障害者については特例子会社での採用を積極的に行っているが、それに対し、精神障害者については今後の課題である旨の回答があった。表 1 でみたように、雇用されている精神障害者の人数が他の障害種別の者に比べて少ないこと（身体障害者の 10 分の 1 以下、知的障害者の 4 分の 1 程度）、および、精神障害者が実雇用率にカウントされるようになったのは比較的最近（2006（平成 18）年以降）であることを踏まえると、日本全体として精神障害者の雇用に向けた取組みが遅れているのであって、企業調査の結果を殊更低いと評価することは妥当ではない。

Q32 では、障害者用の「雇用管理区分」を設定し、一般の枠とは異なる処遇を行う企業

が多いのではないかと仮説のもと、問いをたてたが、予想に反し、そのような雇用管理区分を設定している企業は 3 割に満たず、設定していない企業が 7 割を超えた。特に、3 次産業においてその傾向が顕著である（74.3%）。対面調査においても、3 社とも設定していないとの回答であった。対面調査での回答を踏まえると、障害者枠での優先的な採用はするが採用後の処遇は一般枠採用と同じとする企業が多いのではないかと考える。ただし、実態として、昇進・昇格により、処遇に差がついているものと思われる。

Q33 では、障害者枠を設定している企業について、もともと一般の採用枠で採用したが、その後精神障害を発症して障害者用の雇用管理区分に変更された従業員がいるかどうかを尋ねたところ、「いる」と「いない」の回答がどちらも約 4 割であった（「わからない」が約 2 割）。ただし、「いる」と回答した企業の中（27 件）でも、次の Q34 において処遇を変えないとする回答が約 5 割（12 件）ある。Q32 ～34 を踏まえると、（精神）障害者ということをもって、異なる雇用管理区分を設定したり、処遇を変える対応をとっている企業は少数であることがわかる。

次に、雇用する精神障害者に対し、障害をもたない従業員には通常は実施しない特別な配慮を実施しているかどうか（Q35）、実施しているとすれば、どのような配慮を実施しているのか（Q36）を尋ねた。Q35 において、特別な配慮を実施している企業は約 6 割、実施していない企業は約 4 割であった。実施していない企業のなかには、そのような特別な配慮の実施の必要性を感じていない企業もあると考えられることから、6 割以上の企業が、必要に応じて精神障害者に対し特別な配慮を実施しているといえることができる。実施している配慮の中身（複数回答）についての Q36 に対し、約 5 割の企業が、負荷のかかる仕事を指示しない（50.8%）と、労働時間の制限（47.5%）を選択している。また、約 3 割の企業が、ジョブコーチの選任、相性の合う人物との隣接配置、定期的な面談と状態確認、本人に話や行動のペースを合わせる、を選択した。2 次産業と 3 次産業を比較すると、3 次産業において、配慮がなされている割合が高い（1 次産業の回答はない）。

社会福祉士（SW）や精神保健福祉士（PSW）等を選任している企業の割合は、1 割程度と低い（Q37）、それらを選任している企業では、SW や PSW が同僚間や工作上必要なコミュニケーションの支援や本人の職務のサポートなどを実施していることがわかる（Q37SQ2）。

最後に、精神障害者の雇用についての考え（Q38）とその理由（Q38SQ1・2）を尋ねた。障害者雇用に積極的（4.7%）とどちらかというとな積極的（11.9%）を選んだ企業は 2 割以下に過ぎず、6 割以上の企業が、どちらかというとな消極的（29.1%）と消極的（32.6%）を選択している。その理由として、積極的・どちらかというとな積極的を選択した企業の約 5 割が、メンタルヘルス不調者一般や人事労務管理一般の参考になることや、ダイバーシティが進むことを挙げている。また、約 25%の企業が、過去に受け入れた経験があり、業務上問題なく働いていたことを挙げている。これに対し、消極的・どちらかというとな消極的を選択した企業は、約 6 割以上が「社内に適当な受け入れ態勢が整っていない」ことを挙

げている。また、適当な支援要員がないこと（38.5%）、周囲の従業員に迷惑や負担をかける（29.1%）、受入れ・管理の具体的方法がわからないこと（27.9%）といった理由もみられている。過去の経験において負担が大きかったことを消極的になる理由として挙げる企業も7.2%ある。自由記述欄には、「接客ができない状況なら採用は困難」「障害のある者が就ける業務ではない」「そういった人ができる仕事がない」「任務上当初から精神疾患と判明している者は採用基準外である」との回答がみられた。

4 障害者雇用促進法の改正が与える影響

4-1 精神障害者の雇用義務化が与える影響

精神障害者の雇用義務化に伴い、法定雇用率が引き上げられることとなる。法定雇用率は2013（平成25）に0.2ポイント引き上げられたばかりであり、さらなる急激な上昇に対し、促進法の改正に向けた議論のなかで使用者側から強い懸念が示された結果、法施行後5年間（2023（平成35）年3月31日まで）は、障害者の雇用状況や行政の支援状況を踏まえて法定雇用率を算定する経過措置がとられることとなった。

これまで、法定雇用率を満たすために各企業は、身体障害者を中心に雇用を進めてきたとされる。また、「特例子会社」を設立し、知的障害者を積極的に雇用する企業も増えてきている。しかし、2023年以降、法定雇用率が確実に引き上げられることとなるため、各企業は身体障害者と知的障害者の雇用だけでは、法定雇用率を達成することがさらに困難になる。今後は、精神障害者の雇用に向けた対策をとることが迫られているといえよう。

企業調査の結果から、精神障害者を雇用したことがない企業が77%ある。精神障害者は、症状に波があったり、対人的な配慮が必要であるなど、身体・知的とは異なる対応を必要とされる。また、偏見や無知により、精神障害者は当該企業の職種に合わないと思いこんでいる場合も考えられる（Q38SQ2 自由記述参照）。さらに、障害者雇用に消極的・どちらかという消極的と回答した企業のうちの約3割が「受入れ・管理の具体的方法がわからない」と答えている。精神障害者の雇用の経験をもたない企業が、精神障害者の雇入れをしていくためには、行政をはじめとして様々な支援が必要とされる。この点、障害者職業総合センターやハローワークにより、精神障害者の就労に向けた各種の支援が実施されており、それらの利用を高めることが効果的であると考えられる。同時に、障害者雇用の成功例（グッドプラクティス）を広く伝える普及活動ことも重要である。

障害者雇用に積極的・どちらかという積極的と回答した企業のうちの約25%が、その理由として「過去の経験」を挙げていることから（Q38SQ1）（逆に、過去の経験から消極的・どちらかという消極的と回答する企業も1割程度みられる）、最初の精神障害者の雇用が成功するかどうか重要となろう。

4-2 差別禁止および合理的配慮の提供義務が与える影響

改正促進法は、募集・採用時に、「障害者に対して、障害者でない者と均等な機会を与え」

ることを事業主に求め（34条）、また、採用後において、「賃金の決定、教育訓練の実施、福利厚生施設の利用その他の待遇について、労働者が障害者であることを理由として、障害者でない者と不当な差別的取扱いをしてはならない」（35条）と定める。

しかし、障害者の採用枠を設定し優先的に採用することは、「積極的差別是正措置」であり、不当な差別的取扱いには当たらないと解釈される。しかし、障害者は一般枠での採用対象とはせず、障害者枠でしか採用しないような取扱いや、障害者枠によって採用した障害者をその後も合理的理由なく異なる（低い）処遇を続けることは、不当な差別に該当するおそれがある⁶。この点に関し、今回の企業調査から、そもそも障害者用の雇用管理区分を設定している企業は少数（3割未満）であり、健常者として採用された労働者が精神障害に罹患したため障害者枠の雇用管理区分に変更したとしても、処遇を変更しない企業も多くみられている。これらの結果から、改正法の下で懸念される障害者用の雇用管理区分の障害者の低い労働条件の問題を実際に抱える企業は、少数であることがわかった。問題は、少数であるとはいえ、（精神）障害者を障害をもたない者と異なる雇用管理区分（処遇）の下で働かせている企業において、その違いの合理的な理由が存するかどうかであろう。また、現在は、精神障害者の雇用者数自体が少ないため、雇用管理区分（処遇）が同じであっても問題が生じていないだけであって、今後精神障害者の雇用者数が増えるに従い、精神障害者の雇入れや雇用継続のためには、むしろ異なる雇用管理区分（処遇）を設定した方が望ましい場合も出てくるかもしれない。

次に、改正促進法は、募集・採用時においても、採用後においても、障害者に対し「合理的配慮」を提供することを事業主に義務づける（36条2・36条の3）。合理的配慮とは、「障害者でない労働者との均等な待遇の確保又は障害者の有する能力の有効な発揮の支障となっている事情を改善する」ためのものとされる。この点に関し、企業調査から、既に精神障害者を雇用する多くの企業において、合理的配慮類似の取組みがなされていることが明らかとなった。しかもそれらは、精神障害者にだけ特別に実施される配慮とされる。その内容は上記（3）で示した通りであるが、いずれも合理的配慮に含まれるものと考えられ、他企業が精神障害者の雇用や合理的配慮を実施していくうえで、参考になるものといえる。合理的配慮の提供を義務付けられたことに対し、企業の負担が増えることを懸念する声は少なくないが、既に各企業で行われているものを今後も引き続き実施すればよいといえる。ただし、対面調査により、既に実施している各種の配慮は、少なからず企業に負担を課すものであって、今後精神障害者の雇用者数が増えれば、今と同じ配慮を提供し続けられるかわからないとする回答や、既に働いていた従業員が途中で精神障害を罹患した場合には、解雇を避けるために様々な配慮を実施するが、新規で精神障害者を採用した場合に、同様の配慮を実施することは困難ではないかとの回答が得られた。従来から実施されてきた配慮については今後も継続して実施することが要請されると考えられるが、合理

⁶ 長谷川珠子「障害者雇用促進法における『障害者差別』と『合理的配慮』」季労 243号（2013年）25頁、34頁以下。

的配慮の規定が促進法に盛り込まれたことにより、従来実施されてきた配慮を超えて、さらに使用者に義務が負わされるのかどうかは検討を要する。

Q8SQ4-2-6	SN	勤続期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(正社員) 欠勤・休職保障3: か月]
Q8SQ4-2-7	SN	勤続期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(正社員) 欠勤・休職保障4: 勤続・か月の者につき]
Q8SQ4-2-8	SN	勤続期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(正社員) 欠勤・休職保障4: か月]
Q8SQ4-2-9	SN	勤続期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(正社員) 欠勤・休職保障5: か月]
Q8SQ4-2-10	SN	勤続期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(正社員) 欠勤・休職保障5: か月]
Q8SQ5-1	SA	あなたが所属する事業所の規定では、私傷病(: 業務以外の理由により生じた傷病) の不調者(非正規社員: 契約期間に定めのある労働者) について、どの程度の期間、欠勤・休職を保障していますか。(お答えは1つ)
Q8SQ5-1FA1	SN	あなたが所属する事業所の規定では、私傷病(: 業務以外の理由により生じた傷病) の不調者(非正規社員: 契約期間に定めのある労働者) について、どの程度の期間、欠勤・休職を保障していますか。【(正社員) 欠勤・休職保障1: か月]
Q8SQ5-1FA2	FA	あなたが所属する事業所の規定では、私傷病(: 業務以外の理由により生じた傷病) の不調者(非正規社員: 契約期間に定めのある労働者) について、どの程度の期間、欠勤・休職を保障していますか。【(正社員) 欠勤・休職保障1: か月]
Q8SQ5-2-1	SN	勤続期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(非正規社員) 欠勤・休職保障1: か月]
Q8SQ5-2-2	SN	勤続期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(非正規社員) 欠勤・休職保障1: か月]
Q8SQ5-2-3	SN	勤続期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(非正規社員) 欠勤・休職保障2: 勤続・か月の者につき]
Q8SQ5-2-4	SN	勤続期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(非正規社員) 欠勤・休職保障2: か月]
Q8SQ5-2-5	SN	勤続期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(非正規社員) 欠勤・休職保障3: 勤続・か月の者につき]
Q8SQ5-2-6	SN	勤続期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(非正規社員) 欠勤・休職保障3: か月]
Q8SQ5-2-7	SN	勤続期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(非正規社員) 欠勤・休職保障4: 勤続・か月の者につき]
Q8SQ5-2-8	SN	勤続期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(非正規社員) 欠勤・休職保障4: か月]
Q8SQ5-2-9	SN	勤続期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(非正規社員) 欠勤・休職保障5: 勤続・か月の者につき]
Q8SQ5-2-10	SN	勤続期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(非正規社員) 欠勤・休職保障5: か月]
Q8SQ6	SA	規定の整備は、不調者の減少に貢献していると感じていますか。(お答えは1つ)
Q9	SA	あなたの所属する事業所には、労働組合がありますか。(お答えは1つ)
Q9SQ1	SA	あなたの所属する事業所では、メンタルヘルス対策に労働組合を関与させていますか。(または、労働組合による関与を挙げ入れていますか)。(お答えは1つ)
Q9SQ2	MA	労働組合を関与させている」と回答頂いた方へお伺いします。どのような点に関与させていますか(または関与を挙げ入れていますか)。(お答えは1つ)
Q9SQ2FA	FA	労働組合を関与させている」と回答頂いた方へお伺いします。どのような点に関与させていますか(または関与を挙げ入れていますか)。(お答えは1つ)
Q9SQ3	SA	労働組合を関与させていない」と回答頂いた方へお伺いします。関与させていない理由は何でしょうか。(具体的に書きください)
Q9SQ4	FA	個々の企業(団体) ごとに行われているメンタルヘルス対策が有効か否かを測るためには、どのような指標が適当と考えますか。(お答えは1つ)
Q10	MA	個々の企業(団体) ごとに行われているメンタルヘルス対策が有効か否かを測るためには、どのような指標が適当と考えますか。【(その他) (FA)】
Q10FA	FA	個々の企業(団体) ごとに行われているメンタルヘルス対策が有効か否かを測るためには、どのような指標が適当と考えますか。【(その他) (FA)】
Q11	MA	あなたの所属する事業所は、精神的な不調を発生させやすい者や社内でトラブルを起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。(お答えは1つ)
Q11FA	FA	あなたの所属する事業所は、精神的な不調を発生させやすい者や社内でトラブルを起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。【(その他) (FA)】
Q12	MA	次の事柄のなかで、職場のメンタルヘルス対策に深く関わるとお答え下さい。【(お答えは1つ)】

Q12FA	FA	次の事柄のなかで、職場のメンタルヘルス対策に深く関わるとお答え下さい。【(その他) (FA)】
Q13	MA	次のことの中で、法律上の規制を設けることに賛成するものがあれば、お答え下さい。【(お答えは1つ)】
Q13FA	FA	次のことの中で、法律上の規制を設けることに賛成するものがあれば、お答え下さい。【上記以外 (FA)】
Q14	SA	国その他の公的機関が、個々の企業(団体) のメンタルヘルス状況の問題点(リスク) と良い点(グッド・ポイント) を調査し、その両者を総合的に評価して対応策の実施を促進させる施策について賛成されるでしょうか。(お答えは1つ)
Q14FA1	FA	国その他の公的機関が、個々の企業(団体) のメンタルヘルス状況の問題点(リスク) と良い点(グッド・ポイント) を調査し、その両者を総合的に評価して対応策の実施を促進させる施策について賛成されるでしょうか。【賛成しない(理由: F)】
Q14FA2	FA	国その他の公的機関が、個々の企業(団体) のメンタルヘルス状況の問題点(リスク) と良い点(グッド・ポイント) を調査し、その両者を総合的に評価して対応策の実施を促進させる施策について賛成されるでしょうか。【どちらともいえない(理由: FA)】
Q15	SA	国その他の公的機関が、有効なメンタルヘルス対策を実践している組織と手法を調査して、当該企業(団体) の同意を得て公表する制度を新設することに賛成されるでしょうか。(お答えは1つ)
Q15FA1	FA	国その他の公的機関が、有効なメンタルヘルス対策を実践している組織と手法を調査して、当該企業(団体) の同意を得て公表する制度を新設することに賛成されるでしょうか。【賛成しない(理由: FA)】
Q15FA2	FA	国その他の公的機関が、有効なメンタルヘルス対策を実践している組織と手法を調査して、当該企業(団体) の同意を得て公表する制度を新設することに賛成されるでしょうか。【どちらともいえない(理由: FA)】
Q16	SA	国その他の公的機関が、多くの不調者を生み出しているにもかかわらず、十分なメンタルヘルス対策を実施していない企業(団体) を公表する制度に賛成されるでしょうか。(お答えは1つ)
Q16FA1	FA	国その他の公的機関が、多くの不調者を生み出しているにもかかわらず、十分なメンタルヘルス対策を実施していない企業(団体) を公表する制度に賛成されるでしょうか。【賛成しない(理由: FA)】
Q16FA2	FA	国その他の公的機関が、多くの不調者を生み出しているにもかかわらず、十分なメンタルヘルス対策を実施していない企業(団体) を公表する制度に賛成されるでしょうか。【どちらともいえない(理由: FA)】
Q17	SA	職場にメンタルヘルス不調者が現れた場合に、その要因が業務上に当たるか否かについては、守秘が守られ、雇員で気軽に相談できるような公的機関が創設されるとすれば、利用する可能性はありますか。(お答えは1つ)
Q18	SA	過去3年間に、あなたの所属する事業所に、現在の職場では職務への定着が難しい労働者は(メンタルヘルス不調者全体の中で)何割くらいいましたか(現在いる場合を含む)。(お答えは1つ)
Q19	SA	職務への定着が難しい労働者がいる」と回答頂いた方へお伺いします。その背景に、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ことがわかれば、労働者への定着が難しい不調者全体の中で何割くらいいましたか。(お答えは1つ)
Q20	MA	そうした労働者に利用させたことのある施設や制度はありますか。(お答えは1つ)
Q20FA	FA	そうした労働者に利用させたことのある施設や制度はありますか。【その他 (F)】
Q21	MA	利用させた結果はどうでしたか。(お答えは1つ)
Q21FA	FA	利用させた結果はどうでしたか。【その他 (FA)】
Q22	SA	Q19に挙げたような、医療機関への受診や療養では快復しにくく、そのままでは雇用の継続が難しい不調者への対策は誰が行うべきだと思いますか。(お答えは1つ)
Q22FA	FA	Q19に挙げたような、医療機関への受診や療養では快復しにくく、そのままでは雇用の継続が難しい不調者への対策は誰が行うべきだと思いますか。【その他 (FA)】
Q23	SA	あなたは、日本型・ヨーロッパ型の仕組みのどちらが良いと考えますか。(お答えは1つ)
Q24	SA	不調者を担当する精神科の主治医(心療内科など) 精神科の専門性を持つ医師を含みます) の休職などに関する診断について、不調者自身の症状や働く能力、職場の実態などを十分に踏まえていないと感じる経験はありますか。(お答えは1つ)
Q25	SA	労働者の精神科主治医に診断の内容などについて確認するために面談を申し込んだこととはありますか。(お答えは1つ)
Q25SQ1	SA	労働者の精神科主治医に面談を申し込みましたか。(お答えは1つ)

Q265Q1FA	FA	労働者の精神科主治医に面談を申し込んだことがあると回答頂いた方へお伺いします。主に誰が面談を申し込まましたか。【その他 (F A)】
Q265Q2	SA	労働者の精神科主治医に面談を申し込んだことがあると回答頂いた方へお伺いします。申し込んだ結果は主にどのようなになりましたか。 (お答えは1つ)
Q265Q2FA	FA	労働者の精神科主治医に面談を申し込んだことがあると回答頂いた方へお伺いします。申し込んだ結果は主にどのようなになりましたか。【その他 (F A)】
Q26	MA	不調者の快復を図るうえで、企業の人事労務担当者や直属の上司は、不調者について、どのような情報を知る必要があると思いますか。 (お答えはいくつでも)
Q26FA	FA	不調者の快復を図るうえで、企業の人事労務担当者や直属の上司は、不調者について、どのような情報を知る必要があると思いますか。【その他 (F A)】
Q27	SA	あなたの所属する事業所は産業界 (精神科) を専門としており、産業界として勤務している医師の選任は、Q28でお答えください。 (お答えは1つ)
Q27SQ1CATE	SA	Q27SQ1CATE
Q27SQ1	MA	産業界は専属ですか、嘱託ですか。 (お答えはいくつでも)
Q27SQ1FA1	SN	産業界は専属ですか、嘱託ですか。【専属につき (F A)】
Q27SQ1FA2	SN	産業界は専属ですか、嘱託ですか。【嘱託につき (F A)】
Q27SQ2	MA	どのような業務をもちまわっていますか。 (お答えはいくつでも)
Q27SQ2FA	FA	どのような業務をもちまわっていますか。【その他 (F A)】
Q27SQ3	SA	産業界の選任によるメンタルヘルス面での効果は出ていると感じていますか。 (お答えは1つ)
Q27SQ4	MA	メンタルヘルス面での効果を感じていると回答頂いた方へお伺いします。効果が出ていると感じているのはどのような点でしょうか。 (お答えはいくつでも)
Q27SQ4FA	FA	メンタルヘルス面での効果を感じていると回答頂いた方へお伺いします。効果が出ていると感じているのはどのような点でしょうか。【その他 (F A)】
Q28	SA	あなたの所属する事業所は、嘱託精神科医または指定医となる精神科医を選任していますか。 (お答えは1つ)
Q28SQ1	MA	精神科医を選任していると回答頂いた方へお伺いします。どのような業務をもちまわっていますか。 (お答えはいくつでも)
Q28SQ1FA	FA	精神科医を選任していると回答頂いた方へお伺いします。どのような業務をもちまわっていますか。【その他 (F A)】
Q28SQ2	SA	精神科医を選任していると回答頂いた方へお伺いします。嘱託精神科医等の選任によるメンタルヘルス面での効果は出ていると感じていますか。 (お答えは1つ)
Q28SQ3	MA	精神科医を選任していると回答頂いた方へお伺いします。効果が出ていると感じているのはどのような点でしょうか。 (お答えはいくつでも)
Q28SQ3FA	FA	精神科医を選任していると回答頂いた方へお伺いします。効果が出ていると感じているのはどのような点でしょうか。【その他 (F A)】
Q29	SA	従業員のメンタルヘルス情報 (メンタルヘルスに関する個人情報) に関する法規制 (憲法、刑法、特別刑法、民法、個人情報保護法などの国の法律とその解釈例規、裁判例など) について知っていますか。 (お答えは1つ)
Q30	MA	前問で「よく知っている」または「おおむね知っている」と回答した方にお尋ねします。今のメンタルヘルス情報に関わる法規制全体についてどう思いますか。 (お答えはいくつでも)
Q30FA	FA	前問で「よく知っている」または「おおむね知っている」と回答した方にお尋ねします。今のメンタルヘルス情報に関わる法規制全体についてどう思いますか。【その他 (F A)】
Q31	SA	あなたの所属する事業所では、現在、精神障がい者 (精神保健福祉手帳を有する者など)、公的に障がい者としての認定を受けている者) を雇用していますか (特例子会社での雇用を除く。以下同じ)。 (お答えは1つ)
Q32	SA	あなたの所属する事業所では、障がい者の雇用管理区分 (いわゆる障がい者枠) を設定していますか。 (お答えは1つ)
Q33	SA	もともと健康者枠で採用したが、その後精神障がいを発症して障がい者枠へ変更された方はいいますか。 (お答えは1つ)
Q34	SA	前問で「いる」とお答えの方に「お伺いします。その精神障がい者の処遇についてお答えください。現在の処遇は、以下のいずれでしょうか。 (お答えは1つ)」
Q34FA	FA	前問で「いる」とお答えの方に「お伺いします。その精神障がい者の処遇についてお答えください。現在の処遇は、以下のいずれでしょうか。【その他 (F A)】
Q35	SA	「現在、精神障がい者を雇用している」とお答えの方に「お伺いします。精神障がい者に対する特別な配慮 (通常、健康者には実施しない措置) を実施していますか。 (お答えは1つ)」
Q36	MA	前問で「実施している」とお答えの方に「お伺いします。どのような配慮を行っていますか。 (お答えはいくつでも)」
Q36FA	FA	前問で「実施している」とお答えの方に「お伺いします。どのような配慮を行っていますか。【その他 (F A)】

Q37	SA	あなたの所属する事業所では、いま現在、社会福祉士 (S W) 、精神保健福祉士 (P W) など複数の福祉系の資格を持つ職員を選任していますか。 (お答えは1つ)
Q37SQ1	SA	福祉系の資格を持つ職員を選任しているとお答え頂いた方へお伺いします。どのような資格の持ち主でしょうか。 (お答えは1つ)
Q37SQ1FA	FA	福祉系の資格を持つ職員を選任しているとお答え頂いた方へお伺いします。どのような資格の持ち主でしょうか。【その他 (F A)】
Q37SQ2	MA	福祉系の資格を持つ職員を選任しているとお答え頂いた方へお伺いします。どのような業務をもちまわっていますか。 (お答えはいくつでも)
Q37SQ2FA	FA	福祉系の資格を持つ職員を選任しているとお答え頂いた方へお伺いします。どのような業務をもちまわっていますか。【その他 (F A)】
Q38	SA	あなたの所属する事業所では、精神障がい者の雇用について、率直に、どのようなお考えをお持ちでしょうか。 (お答えは1つ)
Q38SQ1	MA	前問で「積極的」または「どちらかというと積極的」とお答えの方に「お伺いします。その理由は何でしょうか。 (お答えはいくつでも)」
Q38SQ1FA	FA	前問で「積極的」または「どちらかというと積極的」とお答えの方に「お伺いします。その理由は何でしょうか。【その他 (F A)】
Q38SQ2	MA	前問で「消極的」または「どちらかというと消極的」とお答えの方に「お伺いします。その理由は何でしょうか。 (お答えはいくつでも)」
Q38SQ2FA	FA	前問で「消極的」または「どちらかというと消極的」とお答えの方に「お伺いします。その理由は何でしょうか。【その他 (F A)】
Q39	SA	今後10年間のメンタルヘルス不調者の傾向について、どう予測していますか。 (お答えは1つ)
Q39FA1	FA	今後10年間のメンタルヘルス不調者の傾向について、どう予測していますか。【増加する (理由: F A)】
Q39FA2	FA	今後10年間のメンタルヘルス不調者の傾向について、どう予測していますか。【ほぼ横ばい (理由: F A)】
Q39FA3	FA	今後10年間のメンタルヘルス不調者の傾向について、どう予測していますか。【減少する (理由: F A)】
Q40	MA	あなたが策定したメンタルヘルスに関する施策のうち、存在と概要を知っているものをお答え下さい。 (お答えはいくつでも)
Q41	SA	今後、メンタルヘルス対策の促進を図るための新たな法律案文や法律ができれば、企業 (団体) で実際に役立つ対策が進むとお考えになりますか。 (お答えは1つ)
Q41FA1	FA	今後、メンタルヘルス対策の促進を図るための新たな法律案文や法律ができれば、企業 (団体) で実際に役立つ対策が進むとお考えになりますか。【そうは思わない (理由: F A)】
Q41FA2	FA	今後、メンタルヘルス対策の促進を図るための新たな法律案文や法律ができれば、企業 (団体) で実際に役立つ対策が進むとお考えになりますか。【どちらともいえない (理由: F A)】
Q42	FA	これまでに実施されてきたもののほか、メンタルヘルス対策の推進のために国がなすべき施策について、ご意見があればお知らせ下さい。 (お答えは具体的に)

ID	FA	ID	回答属性
PALAM	SA	1	NM終由
PALAM	2	それ以外	
PALAM	MA	業種別子コリー	
Q1-1CATE	1	1次産業	
Q1-1CATE	2	2次産業	
Q1-1CATE	3	3次産業	
Q1-1CATE	4	飲食店・宿泊業	
Q1-1CATE	5	医療・福祉	
Q1-1	SA	あなたの所属する企業(団体)の業種についてお答え下さい。(お答えは1つ)	
Q1-1	1	農業	
Q1-1	2	林業	
Q1-1	3	漁業	
Q1-1	4	鉱業	
Q1-1	5	建設業	
Q1-1	6	製造業	
Q1-1	7	電気・ガス・熱供給・水道業	
Q1-1	8	情報通信業	
Q1-1	9	運輸業	
Q1-1	10	卸売・小売業	
Q1-1	11	金融・保険業	
Q1-1	12	不動産業	
Q1-1	13	飲食店・宿泊業	
Q1-1	14	医療・福祉	
Q1-1	15	教育・学習支援業	
Q1-1	16	複合サービス事業(郵便局委託業、農林水産業協同組合、事業協同組合など)	
Q1-1	17	サービス業(他に分類されないもの)	
Q1-1	18	公務(他に分類されないもの)	
Q1-1	19	その他	
Q1-1FA	FA	あなたの所属する企業(団体)の業種についてお答え下さい。【その他(FA)】	
Q1-2-1	SA	従業員数は何名程度でしょうか。【正規社員】	
Q1-2-1	1	1~9名	
Q1-2-1	2	10~49名	
Q1-2-1	3	50~99名	
Q1-2-1	4	100~499名	
Q1-2-1	5	500~999名	
Q1-2-1	6	1000名以上	
Q1-2-1	7	分からない	
Q1-2-2	SA	従業員数は何名程度でしょうか。【非正規社員】	
Q1-2-2	1	1~9名	
Q1-2-2	2	10~49名	
Q1-2-2	3	50~99名	
Q1-2-2	4	100~499名	
Q1-2-2	5	500~999名	
Q1-2-2	6	1000名以上	
Q1-2-2	7	非正規社員はいない	
Q1-2-2	8	分からない	
Q1-3-1	SA	従業員の男女比はどの程度でしょうか。【正規社員】	
Q1-3-1	1	男0・女10	
Q1-3-1	2	男1~2・女9~8程度	
Q1-3-1	3	男3~4・女7~6程度	
Q1-3-1	4	男5・女5程度	
Q1-3-1	5	男6~7・女4~3程度	
Q1-3-1	6	男8~9・女2~1程度	
Q1-3-1	7	男10・女0	
Q1-3-2	SA	従業員の男女比はどの程度でしょうか。【非正規社員】	
Q1-3-2	1	男0・女10	
Q1-3-2	2	男1~2・女9~8程度	
Q1-3-2	3	男3~4・女7~6程度	
Q1-3-2	4	男5・女5程度	
Q1-3-2	5	男6~7・女4~3程度	
Q1-3-2	6	男8~9・女2~1程度	
Q1-3-2	7	男10・女0	
Q2-1	MA	あなたの企業(団体)の中での所属についてお答え下さい。(お答えはいくつでも)	
Q2-1	1	人事・労務・総務	

Q2-1	2	産業保健スタッフ
Q2-1	3	その他
Q2-1FA	FA	あなたの企業(団体)の中での所属についてお答え下さい。【その他(FA)】
Q2-2	MA	前問で産業保健スタッフと回答頂いた方へお伺いします。具体的な、あなたの企業(団体)の中での所属についてお答え下さい。(お答えはいくつでも)
Q2-2	1	産業医
Q2-2	2	産業保健職・看護職
Q2-2	3	心理職(カウンセラーなど)
Q2-2	4	健康づくり専門職
Q2-2	5	その他
Q2-2FA	FA	前問で産業保健スタッフと回答頂いた方へお伺いします。具体的な、あなたの企業(団体)の中での所属についてお答え下さい。【その他(FA)】
Q3	SA	あなたの所属する事業所では、最近3年間にメンタルヘルス不調者が発生しましたか。(お答えは1つ)
Q3	1	発生していない
Q3	2	発生している
Q3SQ1	SA	その割合は全従業員の何%程度でしょうか。(お答えは1つ)
Q3SQ1	10	1%未満
Q3SQ1	20	1%以上0.5%未満
Q3SQ1	30	5%以上0.9%未満
Q3SQ1	40	1%以上3%未満
Q3SQ1	50	3%以上5%未満
Q3SQ1	60	5%以上10%未満
Q3SQ1	70	10%以上20%未満
Q3SQ1	80	20%以上
Q3SQ2-1	SN	不調者の男女比はどの程度でしょうか。合計を100%とどのようにご記入ください。【男性】
Q3SQ2-2	SN	不調者の男女比はどの程度でしょうか。合計を100%とどのようにご記入ください。【女性】
Q3SQ3	SN	不調者のうち非正規の割合はどの程度でしょうか。(お答えは半角英数字)
Q3SQ4	SA	不調者の割合は、3年ほど前と比べて増えていきますか、減っていますか。(お答えは1つ)
Q3SQ4	1	増えている
Q3SQ4	2	変わらない
Q3SQ4	3	減っている
Q4	SA	あなた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ますか。(既に対策を講じている場合、その対策の必要性も含まれます。)(お答えは1つ)
Q4	1	感じている
Q4	2	感じていない
Q5	SA	あなたの所属する事業所では、メンタルヘルス対策を講じていますか。(お答えは1つ)
Q5	1	講じている
Q5	2	特に講じていない
Q5SQ1	MA	どのような対策を講じていますか。(お答えはいくつでも)
Q5SQ1	1	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
Q5SQ1	2	管理職対象の研修
Q5SQ1	3	一般職対象の研修
Q5SQ1	4	メンタルヘルス担当職員(兼任)の配置
Q5SQ1	5	メンタルヘルス担当職員(専任)の配置
Q5SQ1	6	強い心理的・物理的ストレスをもたらし要因の調査と対応
Q5SQ1	7	ストレスチェックによる疲労やストレス状況の調査
Q5SQ1	8	不調者への人事上の配置や就業上の配慮
Q5SQ1	9	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
Q5SQ1	10	従業員向けのeラーニング
Q5SQ1	11	不調者の休職管理
Q5SQ1	12	主に不調者向けのカウンセリング
Q5SQ1	13	メンタルヘルス問題を想定した社内規定の整備
Q5SQ1	14	雇用や所得の維持へ向けた努力
Q5SQ1	15	その他
Q5SQ1FA	FA	どのような対策を講じていますか。【その他(FA)】
Q5SQ2	SA	対策の効果は現れていますか。(お答えは1つ)
Q5SQ2	1	現れている
Q5SQ2	2	現れていないかもしれないが、認識できていない
Q5SQ2	3	現れていない
Q5SQ3	FA	どのような形で効果は現れていますか。(お答えは具体的に)
Q6	SA	あなたの所属する企業(団体)では、メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)を選任していますか。(お答えは1つ)
Q6	1	選任している
Q6	2	選任していない

Q6SQ1-1-1	FA	メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか。兼任ですか。【職種1: 職について】
Q6SQ1-1-2	SN	メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか。兼任ですか。【職種1: 名】
Q6SQ1-1-3	SA	メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか。兼任ですか。【職種1: 専任/兼任】
Q6SQ1-1-3	2	専任
Q6SQ1-1-3	2	兼任
Q6SQ1-2-1	FA	メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか。兼任ですか。【職種2: 職について】
Q6SQ1-2-2	SN	メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか。兼任ですか。【職種2: 名】
Q6SQ1-2-3	SA	メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか。兼任ですか。【職種2: 専任/兼任】
Q6SQ1-2-3	1	専任
Q6SQ1-2-3	2	兼任
Q6SQ1-3-1	FA	メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか。兼任ですか。【職種3: 職について】
Q6SQ1-3-2	SN	メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか。兼任ですか。【職種3: 名】
Q6SQ1-3-3	SA	メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか。兼任ですか。【職種3: 専任/兼任】
Q6SQ1-3-3	1	専任
Q6SQ1-3-3	2	兼任
Q6SQ1-4-1	FA	メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか。兼任ですか。【職種4: 職について】
Q6SQ1-4-2	SN	メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか。兼任ですか。【職種4: 名】
Q6SQ1-4-3	SA	メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか。兼任ですか。【職種4: 専任/兼任】
Q6SQ1-4-3	1	専任
Q6SQ1-4-3	2	兼任
Q6SQ1-5-1	FA	メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか。兼任ですか。【職種5: 職について】
Q6SQ1-5-2	SN	メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか。兼任ですか。【職種5: 名】
Q6SQ1-5-3	SA	メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか。兼任ですか。【職種5: 専任/兼任】
Q6SQ1-5-3	1	専任
Q6SQ1-5-3	2	兼任
Q7	SA	あなたの所属する事業所では、衛生委員会とそれと同じような会議(合議)体でメンタルヘルスについて審議していますか。(お答えは1つ)
Q7	1	審議している
Q7	2	審議していない
Q7SQ1	SN	メンタルヘルスについて審議はどの程度の頻度でしょうか。(お答えは半角数字で)
Q7SQ2	SA	メンタルヘルスについて審議は個別の事例への対応方法について協議しているでしょうか。(お答えは1つ)
Q7SQ2	1	している
Q7SQ2	2	していない
Q7SQ3	SA	メンタルヘルスについて審議は一次予防策について協議しているでしょうか。(お答えは1つ)
Q7SQ3	1	している
Q7SQ3	2	していない
Q8	SA	あなたの所属する事業所では、メンタルヘルス対策のための社内(組織内)規定の整備を行っていませんか。(お答えは1つ)
Q8	1	行っている
Q8	2	行っていない
Q8SQ1	MA	整備はどのような形式で行っていますか。(お答えはいくつでも)
Q8SQ1	1	就業規則の中で規定整備
Q8SQ1	3	(就業規則とは別個)の規定整備
Q8SQ1	4	メンタルヘルス対策専用の規定整備
Q8SQ1	5	その他
Q8SQ1FA	FA	整備はどのような形式で行っていますか。【その他(FA)】
Q8SQ2	MA	整備はどのような内容について定めていますか。(お答えはいくつでも)
Q8SQ2	1	強い心理的・物理的ストレスをもちたらず要因の調査と対応(職場の環境調整など)に関すること
Q8SQ2	2	不調者への人事上の配置や就業上の配慮に関すること

Q8SQ2	3	個人々のストレス耐性の強化に関すること
Q8SQ2	4	不調者の休職管理に関すること
Q8SQ2	5	産業医との面談や同僚への受診に関すること
Q8SQ2	6	指定医への受診に関すること
Q8SQ2	7	主治医との連絡に関すること
Q8SQ2	8	カウンセリングに関すること
Q8SQ2	9	管理職や一般職員への教育研修に関すること
Q8SQ2	10	その他
Q8SQ2FA	FA	整備はどのような内容について定めていますか。【その他(FA)】
Q8SQ3	SA	あなたの所属する事業所の規定では、精神的な不調(症状が現れること)や罹患(症状が悪化する)などの理由が業務上の場合と業務上の場合とで保障や対応の内容を区別していますか。(お答えは1つ)
Q8SQ3	1	区別している
Q8SQ3	2	区別していない
Q8SQ4-1	SA	あなたが所属する事業所の規定では、私傷病(業務以外の理由により生じた傷病)の不調者(正社員)について、どの程度の期間、欠勤・休職を保障していますか。(お答えは1つ)
Q8SQ4-1	1	勤続期間により異なる
Q8SQ4-1	2	一律
Q8SQ4-1	3	特に保障していないか、保障期間を定めていない
Q8SQ4-1	4	その他
Q8SQ4-1FA1	SN	あなたが所属する事業所の規定では、私傷病(業務以外の理由により生じた傷病)の不調者(正社員)について、どの程度の期間、欠勤・休職を保障していますか。【(正社員)】
Q8SQ4-1FA2	FA	あなたが所属する事業所の規定では、私傷病(業務以外の理由により生じた傷病)の不調者(正社員)について、どの程度の期間、欠勤・休職を保障していますか。【(正社員)】
Q8SQ4-2-1	SN	勤続期間により異なる場合、勤続期間を定めていない
Q8SQ4-2-2	SN	勤続期間により異なる場合、勤続期間を定めていない
Q8SQ4-2-3	SN	勤続期間により異なる場合、勤続期間を定めていない
Q8SQ4-2-4	SN	勤続期間により異なる場合、勤続期間を定めていない
Q8SQ4-2-5	SN	勤続期間により異なる場合、勤続期間を定めていない
Q8SQ4-2-6	SN	勤続期間により異なる場合、勤続期間を定めていない
Q8SQ4-2-7	SN	勤続期間により異なる場合、勤続期間を定めていない
Q8SQ4-2-8	SN	勤続期間により異なる場合、勤続期間を定めていない
Q8SQ4-2-9	SN	勤続期間により異なる場合、勤続期間を定めていない
Q8SQ4-2-10	SN	勤続期間により異なる場合、勤続期間を定めていない
Q8SQ5-1	SA	あなたが所属する事業所の規定では、私傷病(業務以外の理由により生じた傷病)の不調者(非正規社員、契約期間に定めのある労働者)について、どの程度の期間、欠勤・休職を保障していますか。(お答えは1つ)
Q8SQ5-1	1	勤続期間により異なる
Q8SQ5-1	2	一律
Q8SQ5-1	3	特に保障していないか、保障期間を定めていない
Q8SQ5-1	4	その他
Q8SQ5-1FA1	SN	あなたが所属する事業所の規定では、私傷病(業務以外の理由により生じた傷病)の不調者(非正規社員、契約期間に定めのある労働者)について、どの程度の期間、欠勤・休職を保障していますか。【(非正規社員、契約期間に定めのある労働者)】
Q8SQ5-1FA2	FA	あなたが所属する事業所の規定では、私傷病(業務以外の理由により生じた傷病)の不調者(非正規社員、契約期間に定めのある労働者)について、どの程度の期間、欠勤・休職を保障していますか。【(非正規社員、契約期間に定めのある労働者)】
Q8SQ5-2-1	SN	勤続期間により異なる場合、勤続期間を定めていない
Q8SQ5-2-2	SN	勤続期間により異なる場合、勤続期間を定めていない
Q8SQ5-2-3	SN	勤続期間により異なる場合、勤続期間を定めていない
Q8SQ5-2-4	SN	勤続期間により異なる場合、勤続期間を定めていない

Q8SQ5-2-5	SN	勤務期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(非正規社員) 通勤・休職保障3: 勤務●か月の者につき】
Q8SQ5-2-6	SN	勤務期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(非正規社員) 通勤・休職保障3: か月】
Q8SQ5-2-7	SN	勤務期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(非正規社員) 通勤・休職保障4: 勤務●か月の者につき】
Q8SQ5-2-8	SN	勤務期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(非正規社員) 通勤・休職保障4: か月】
Q8SQ5-2-9	SN	勤務期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(非正規社員) 通勤・休職保障5: 勤務●か月の者につき】
Q8SQ5-2-10	SN	勤務期間により異なる」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な期間をお答えください。【(非正規社員) 通勤・休職保障5: か月】
Q8SQ6	SA	規定の整備は、不調者の減少に貢献していると感じていますか。(お答えは1つ)
Q8SQ6	1	貢献している
Q8SQ6	2	貢献していない
Q9	SA	あなたの所属する事業所には、労働組合がありますか。(お答えは1つ)
Q9	1	ある
Q9	2	ない
Q9SQ1	SA	あなたの所属する事業所では、メンタルヘルス対策に労働組合を関与させていますか。(または、労働組合による関与を教えてください)(お答えは1つ)
Q9SQ1	1	関与させていない
Q9SQ1	2	関与させている
Q9SQ2	MA	労働組合を関与させている」と回答頂いた方へお伺いします。どのような点に関与させていますか(または関与を教えてください)(お答えはいくつでも)
Q9SQ2	1	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
Q9SQ2	2	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
Q9SQ2	3	不調者の休職管理
Q9SQ2	4	心理的・物理的ストレスをたらず要因の調査と対応
Q9SQ2	5	ジョブローテーションのあわせ
Q9SQ2	6	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
Q9SQ2	7	退職者の転職支援
Q9SQ2	8	退職者への公的支援制度のあわせ
Q9SQ2	9	メンタルヘルス専門スタッフの選任
Q9SQ2	10	その他
Q9SQ2FA	FA	労働組合を関与させている」と回答頂いた方へお伺いします。どのような点に関与させていますか(または関与を教えてください)(お答えは1つ)
Q9SQ3	SA	労働組合により、何らかの効果があったと感じていますか。(お答えは1つ)
Q9SQ3	1	効果があると感じている
Q9SQ3	2	効果がないと感じている
Q9SQ3	3	わからない
Q9SQ4	FA	労働組合を関与させていない」と回答頂いた方へお伺いします。関与させていない理由は何でしょうか。(具体的に書きください)
Q10	MA	個々の企業(団体)ごとに行われているメンタルヘルス対策が有効か否かを測るためには、どのような指標を適当と考えますか。(お答えはいくつでも)
Q10	1	従業員の休業率
Q10	2	同じ作業に関連する疾患率
Q10	3	同じ自発的な離職率
Q10	4	同じ職務への満足感
Q10	5	同じ仕事上のパフォーマンスの推移
Q10	6	同じ出勤状況の推移
Q10	7	(守秘条件下での)従業員への聞き取り
Q10	8	質問紙でのストレス調査
Q10	9	対象従業員の周囲への聞き取り
Q10	10	その他
Q10FA	FA	個々の企業(団体)ごとに行われているメンタルヘルス対策が有効か否かを測るためには、どのような指標を適当と考えますか。【その他(FA)】
Q11	MA	あなたの所属する事業所は、精神的な不調を発生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に、どのような対策を講じていますか。(お答えはいくつでも)
Q11	1	面接の中で顔色・姿勢・受け答え方などの非言語的な情報を見る
Q11	2	面接での心理テストの活用
Q11	3	紙面での履歴書の確認
Q11	4	過去の欠席率、欠勤率などのデータの確認
Q11	5	過去の既往歴などの情報確認
Q11	6	関係者などへの身上調査
Q11	7	特に対策を講じていない

Q11	8	その他
Q11FA	FA	あなたの所属する事業所は、精神的な不調を発生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に、どのような対策を講じていますか。【その他(FA)】
Q12	MA	次の事柄のなかで、職場のメンタルヘルス対策に深く関わると思われるものをお答え下さい。(お答えはいくつでも)
Q12	1	採用
Q12	2	人員配置(人材適所)
Q12	3	職務についての教育訓練
Q12	4	職務の設計と配分
Q12	5	動機付け
Q12	6	その他
Q12FA	FA	次の事柄のなかで、職場のメンタルヘルス対策に深く関わると思われるものをお答え下さい。【その他(FA)】
Q13	MA	次のことから、法律上の規制を設けることに賛成するものがあれば、お答え下さい。(お答えはいくつでも)
Q13	1	一定の質量の業務を遂行するために必要な人員の確保
Q13	2	上司の好き嫌いによる部下への差別的な取り扱いの禁止
Q13	3	終業と次の始業の間のブレイクタイムを短縮する時間の確保
Q13	4	労働条件が急激かつ大幅に変化した場合の支援体制の構築
Q13	5	上記以外
Q13	6	特になし
Q13FA	FA	次のことから、法律上の規制を設けることに賛成するものがあれば、お答え下さい。【上記以外(FA)】
Q14	SA	国その他の公的機関が、個々の企業(団体)のメンタルヘルス状況の問題点(リスク)と良い点(グッド・ポイント)を調査し、その両者を総合的に評価して対応策の実施を促進させる施策について賛成されるでしょうか。(お答えは1つ)
Q14	1	賛成する
Q14	2	賛成しない
Q14	3	どちらともいえない
Q14FA1	FA	国その他の公的機関が、個々の企業(団体)のメンタルヘルス状況の問題点(リスク)と良い点(グッド・ポイント)を調査し、その両者を総合的に評価して対応策の実施を促進させる施策について賛成されるでしょうか。【賛成しない(理由:FA)】
Q14FA2	FA	国その他の公的機関が、個々の企業(団体)のメンタルヘルス状況の問題点(リスク)と良い点(グッド・ポイント)を調査し、その両者を総合的に評価して対応策の実施を促進させる施策について賛成されるでしょうか。【どちらともいえない(理由:FA)】
Q15	SA	国その他の公的機関が、有効なメンタルヘルス対策を講じている組織と手法を調査して、当該企業(団体)の同意を得て公表することに賛成されるでしょうか。(お答えは1つ)
Q15	1	賛成する
Q15	2	賛成しない
Q15	3	どちらともいえない
Q15FA1	FA	国その他の公的機関が、有効なメンタルヘルス対策を講じている組織と手法を調査して、当該企業(団体)の同意を得て公表することに賛成されるでしょうか。【賛成しない(理由:FA)】
Q15FA2	FA	国その他の公的機関が、有効なメンタルヘルス対策を講じている組織と手法を調査して、当該企業(団体)の同意を得て公表することに賛成されるでしょうか。【どちらともいえない(理由:FA)】
Q16	SA	国その他の公的機関が、多くの不調者を生み出しているにもかかわらず、充分なメンタルヘルス対策を実施していない企業(団体)を公表することに賛成されるでしょうか。(お答えは1つ)
Q16	1	賛成する
Q16	2	賛成しない
Q16	3	どちらともいえない
Q16FA1	FA	国その他の公的機関が、多くの不調者を生み出しているにもかかわらず、充分なメンタルヘルス対策を実施していない企業(団体)を公表することに賛成されるでしょうか。【賛成しない(理由:FA)】
Q16FA2	FA	国その他の公的機関が、多くの不調者を生み出しているにもかかわらず、充分なメンタルヘルス対策を実施していない企業(団体)を公表することに賛成されるでしょうか。【どちらともいえない(理由:FA)】
Q17	SA	職場にメンタルヘルス不調者が現れた場合に、その要因が業務上に当たるか否かについて、守秘が守られ、廉価で気軽に相談できるような公的機関が創設されるとすれば、利用する可能性はありますか。(お答えは1つ)
Q17	1	ある
Q17	2	ない
Q17	3	わからない
Q18	SA	過去3年間に、あなたの所属する事業所に、現在の職場では職務への定着が難しい労働者は(メンタルヘルス不調者全体の中で)何割くらいいましたか(現在いる場合を含む)。(お答えは1つ)
Q18	1	いなかっただい(ない)
Q18	2	1~9%程度

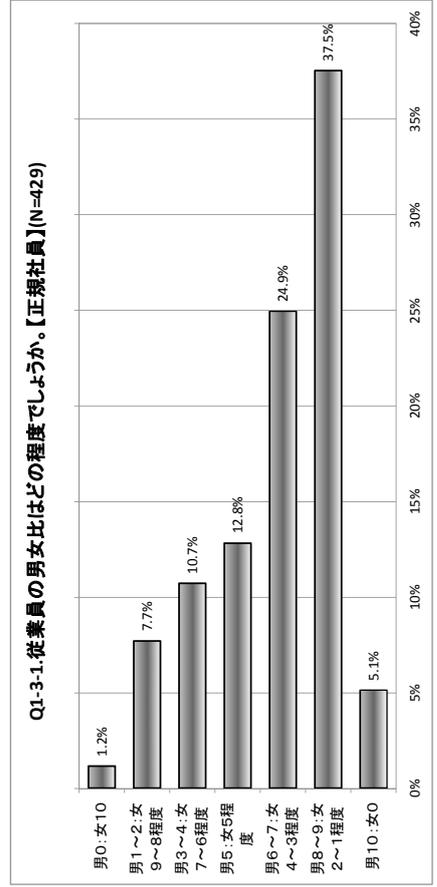
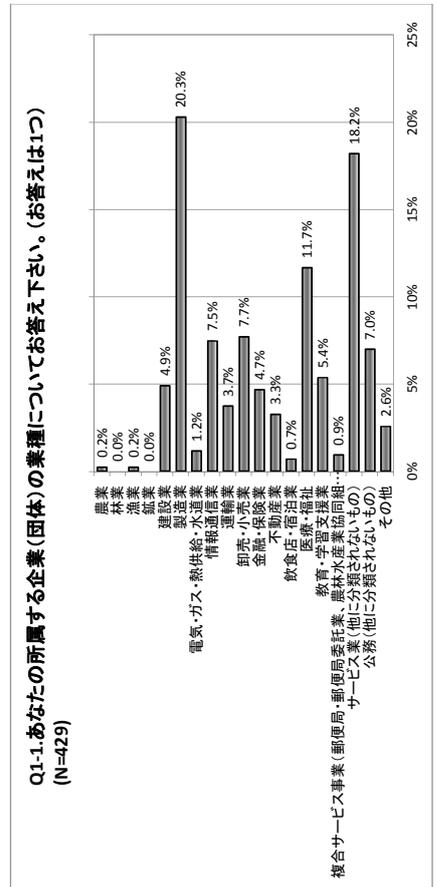
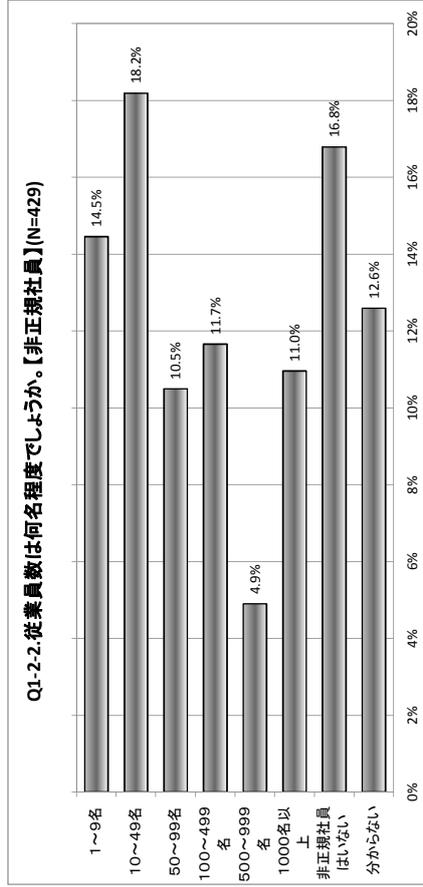
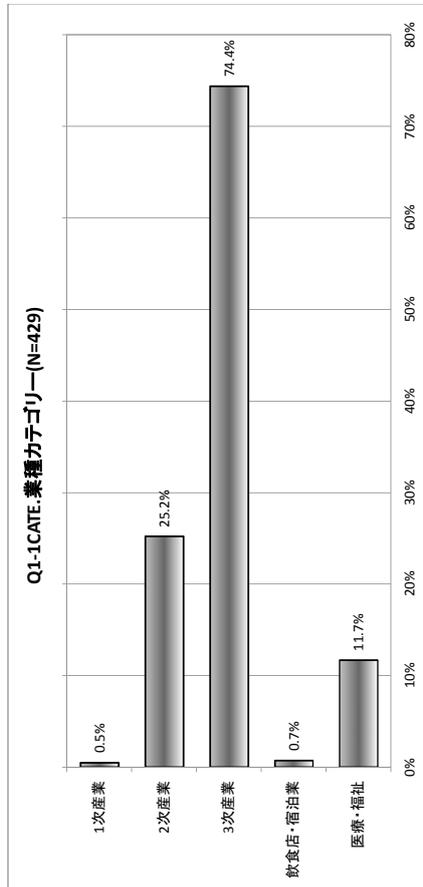
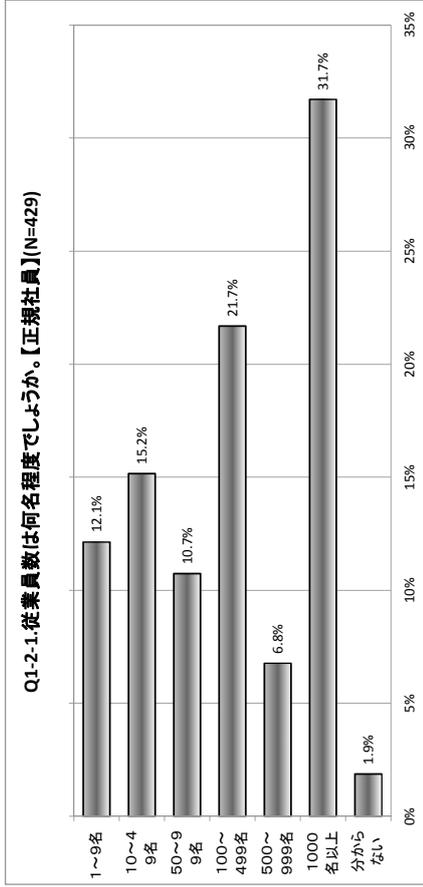
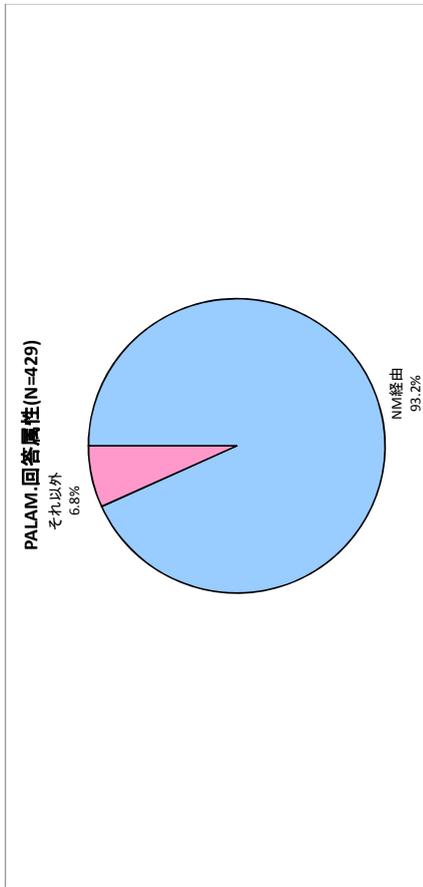
Q18	3	10～29%程度
Q18	4	30～49%程度
Q18	5	50～69%程度
Q18	6	70～99%程度
Q18	7	100%
Q19	SA	職務への定着が難しい労働者が多いと回答頂いた方へお伺いします。その背景に、社会的未熟さなどの本人のパフォーマンスや発達の遅れが主な原因となっていることがうかがわれる労働者は職務への定着が難しい不調者全体の中で何割くらいいましたか。(お答えは1つ)
Q19	1	いなかった(いない)
Q19	2	1～9%程度
Q19	3	10～29%程度
Q19	4	30～49%程度
Q19	5	50～69%程度
Q19	6	70～99%程度
Q19	7	100%
Q20	MA	そうした労働者に利用させたことのある施設や制度はありますか。(お答えはいくつでも)
Q20	1	地域障害者職業センターや医療機関などが開設しているリワーク施設
Q20	2	1以外の民間団体が開設しているリワーク施設
Q20	3	その他
Q20	4	利用させたことのある施設や制度はない
Q20FA	FA	そうした労働者に利用させたことのある施設や制度はありますか。(その他(FA))
Q21	MA	利用させた結果はどうでしたか。(お答えはいくつでも)
Q21	1	症状が改善せず、けつきよく職務に定着できなかった
Q21	2	症状はいつの間にか改善したが、パフォーマンスなどの問題が改善せず、再発再燃し、けつきよく職務に定着できなかった
Q21	3	症状もパフォーマンスリテイなどの問題も改善し、職務に定着できるようになった
Q21	4	その他
Q21FA	FA	利用させた結果はどうでしたか。(その他(FA))
Q22	SA	Q19に挙げたような、医療機関への受診や療養では回復しにくく、そのままでは雇用の継続が難しい不調者への対策は誰が行うべきだと思いますか。(お答えは1つ)
Q22	1	労働者自身、家族、公的機関、医療機関、福祉関係機関、企業などの関係者全て
Q22	2	労働者自身、家族
Q22	3	労働者自身、家族
Q22	4	その他
Q22FA	FA	Q19に挙げたような、医療機関への受診や療養では回復しにくく、そのままでは雇用の継続が難しい不調者への対策は誰が行うべきだと思いますか。(その他(FA))
Q23	SA	あなたは、日本型・ヨーロッパ型の仕組みのどちらが良いと考えますか。(お答えは1つ)
Q23	1	日本型の法制度の方が良い
Q23	2	ヨーロッパ型の法制度の方が良い
Q23	3	どちらともいえない
Q24	SA	不調者を担当する精神科の主治医(心療内科など)と精神科の専門性を持つ医師を含みます)の休職などに関する診断について、不調者自身の症状や働く能力、職場の実態などを充分に踏まえていないと感じた経験はありますか。(お答えは1つ)
Q24	1	ある
Q24	2	ない
Q24	3	どちらともいえない
Q25	SA	労働者の精神科主治医に診断の内容などについて確認するために面談を申し込んだことはありますか。(お答えは1つ)
Q25	1	ある
Q25	2	ない
Q25SQ1	SA	労働者の精神科主治医に面談を申し込んだことがあると回答頂いた方へお伺いします。主に誰が面談を申し込みましたか。(お答えは1つ)
Q25SQ1	1	産業医
Q25SQ1	2	人事労務部門の職員
Q25SQ1	3	本人の直属の上司
Q25SQ1	4	その他
Q25SQ1FA	FA	労働者の精神科主治医に面談を申し込んだことがあると回答頂いた方へお伺いします。主に誰が面談を申し込みましたか。(その他(FA))
Q25SQ2	SA	労働者の精神科主治医に面談を申し込んだことがあると回答頂いた方へお伺いします。申し込んだ結果は主にどうなりましたか。(お答えは1つ)
Q25SQ2	1	主治医に面談を断られたり、回避され、連携が進まなかった
Q25SQ2	2	面談はできたが、その後の連携は進まなかった
Q25SQ2	3	面談でき、その後の連携もできたが、不調者の回復には貢献しなかった
Q25SQ2	4	面談でき、主治医と連携できるようになり、不調者の回復に貢献した
Q25SQ2	5	その他

Q25SQ2FA	FA	労働者の精神科主治医に面談を申し込んだことがあると回答頂いた方へお伺いします。申し込んだ結果は主にどうなりましたか。(その他(FA))
Q26	MA	不調者の快復を図るうえで、企業の人事労務担当者や直属の上司は、不調者について、どのような情報を知る必要があると思いますか。(お答えはいくつでも)
Q26	1	診断名
Q26	2	発症の背景事情
Q26	3	発症の背景事情
Q26	4	典型的な症状
Q26	5	必要な就業上の措置
Q26	6	禁忌事項
Q26	7	その他
Q26FA	FA	不調者の快復を図るうえで、企業の人事労務担当者や直属の上司は、不調者について、どのような情報を知る必要があると思いますか。(その他(FA))
Q27	SA	あなたらの所属する事業所は産業医(精神科)を専門としていて、産業医として勤務している医師を含む)を選任していませんか。精神科を専門としており、主に臨床医として勤務している医師の場合は、Q28でお答えください。(お答えは1つ)
Q27	1	選任している
Q27	2	選任していない
Q27SQ1CATE	SA	Q27SQ1カテゴリ—
Q27SQ1CATE	1	専属あり・専属1名
Q27SQ1CATE	2	専属あり・専属2～3名
Q27SQ1CATE	3	専属あり・専属4名以上
Q27SQ1CATE	4	専属なし
Q27SQ1	MA	産業医は専属ですか、嘱託ですか。(お答えはいくつでも)
Q27SQ1	1	専属につき
Q27SQ1	2	嘱託につき
Q27SQ1FA1	SN	産業医は専属ですか、嘱託ですか。(専属につき(FA))
Q27SQ1FA2	SN	産業医は専属ですか、嘱託ですか。(嘱託につき(FA))
Q27SQ2	MA	どのような業務をもちまわっていますか。(お答えはいくつでも)
Q27SQ2	1	健康診断での問診
Q27SQ2	2	長時間労働者対象の面接指導
Q27SQ2	3	職場巡視
Q27SQ2	4	健康相談
Q27SQ2	5	会社に対する不調者に関する就業上の措置の勧告
Q27SQ2	6	休復職判断
Q27SQ2	7	休復職判断のための面接
Q27SQ2	8	復職後の経過観察
Q27SQ2	9	不調者をめぐる関係者間(人事、ライン管理職、産業保健スタッフ、主治医など)の連携の可否
Q27SQ2	10	従業員のメンタルヘルスに関する情報管理
Q27SQ2	11	衛生委員会への参加
Q27SQ2	12	関連する社内規定(就業規則や健康管理規程など)の整備、改定への関与
Q27SQ2	13	不調者の医学的な診断
Q27SQ2	14	経営上層部に対する改善施策(特に一次予防策)の提言
Q27SQ2	15	専門医の紹介
Q27SQ2	16	不調者へのセカンドオピニオンの勧めや指示
Q27SQ2	17	医学的な診断や治療
Q27SQ2	18	法律問題が生じた場合の顧問弁護士などとの連携
Q27SQ2	19	その他
Q27SQ2FA	FA	どのような業務をもちまわっていますか。(その他(FA))
Q27SQ3	SA	産業医の選任によるメンタルヘルス面での効果は出ていますか。(お答えは1つ)
Q27SQ3	1	感じている
Q27SQ3	2	感じていない
Q27SQ3	3	どちらともいえない
Q27SQ4	MA	メンタルヘルス面での効果を感じていると回答頂いた方へお伺いします。効果が出ていて感じているのはどのような点でしょうか。(お答えはいくつでも)
Q27SQ4	1	不調者がメンタルヘルス問題について理解できるようになった
Q27SQ4	2	不調者を早く発見できるようになった
Q27SQ4	3	関連する社内規定の整備が進んだ
Q27SQ4	4	不調者の適正な管理ができるようになった
Q27SQ4	5	主治医とコミュニケーションがとれるようになった
Q27SQ4	6	会社の方針や職場について理解してくれる専門医と関係をもてるようになった
Q27SQ4	7	病にかかっている者が減った
Q27SQ4	8	心身の両面で働きやすい職場づくりが進んだ
Q27SQ4	9	従業員の生産効率が上がった
Q27SQ4	10	その他

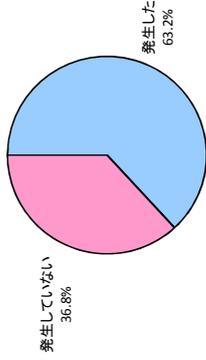
Q27SQ4FA	FA	メンタルヘルス面での効果を感じていると回答頂いた方へお伺いします。効果が出ていると感じているのはどのような点でしょうか。【その他(FA)】
Q28	SA	あなたの所属する事業所は、嘱託精神科医または指定医となる精神科医を選任していますか。(お答えは1つ)
Q28		1 選任している
Q28		2 選任していない
Q28SQ1	MA	精神科医を選任しているとは回答頂いた方へお伺いします。どのような業務をしておりますか。(お答えはいくつでも)
Q28SQ1		1 不調者との定期的または一定条件を満たした際の面談
Q28SQ1		2 不調者の医学的な診断
Q28SQ1		3 不調者の治療
Q28SQ1		4 不調者の休職職判断
Q28SQ1		5 不調者の職場環境などの労働条件の調整へ向けた勧告
Q28SQ1		6 主治医との情報交換、やりとり
Q28SQ1		7 従業員向けの研修講師
Q28SQ1		8 組織のメンタルヘルス体制づくりの企画立案
Q28SQ1		9 法律問題が生じた場合の顧問弁護士などの連携
Q28SQ1		10 その他
Q28SQ1FA	FA	精神科医を選任しているとは回答頂いた方へお伺いします。どのような業務をしておりますか。【その他(FA)】
Q28SQ2	SA	精神科医を選任しているとは回答頂いた方へお伺いします。嘱託精神科医等の選任によるメンタルヘルス面での効果は出ていると感じていますか。(お答えは1つ)
Q28SQ2		1 感じている
Q28SQ2		2 感じている
Q28SQ2		3 どちらともいえない
Q28SQ3	MA	精神科医を選任しているとは回答頂いた方へお伺いします。効果が出ていると感じているのはどのような点でしょうか。(お答えはいくつでも)
Q28SQ3		1 不調者を早く発見できるようになった
Q28SQ3		2 不調者の適正な管理ができるようになった
Q28SQ3		3 主治医とコミュニケーションがとれるようになった
Q28SQ3		4 主治医の診断を相対的にみられるようになった
Q28SQ3		5 精神疾患などの病にかかっている者が減った
Q28SQ3		6 心身の面で働き易い職場づくりが進んだ
Q28SQ3		7 従業員がメンタルヘルス問題に気づきやすくなり、安心感をもてるようになった
Q28SQ3		8 組織がメンタルヘルス不調者に対応するうえで、安心感をもてるようになった
Q28SQ3		9 その他
Q28SQ3FA	FA	精神科医を選任しているとは回答頂いた方へお伺いします。効果が出ていると感じているのはどのような点でしょうか。【その他(FA)】
Q29	SA	従業員のメンタルヘルス情報(メンタルヘルスに関する個人情報)に関する法規制(憲法、刑法、特別刑法、民法、個人情報保護法などの国の法律とその解釈例規、裁判例など)について知っていますか。(お答えは1つ)
Q29		1 よく知っている
Q29		2 おおむね知っている
Q29		3 業務に関わる部分の一部は知っている
Q29		4 ほとんど知らない
Q29		5 全く知らない
Q30	MA	前問で「よく知っている」または「おおむね知っている」と回答した方にお尋ねします。今のメンタルヘルス情報に関する法規制(憲法、刑法、特別刑法、民法、個人情報保護法などの国の法律とその解釈例規、裁判例など)について知っていますか。(お答えは1つ)
Q30		1 厳しすぎる
Q30		2 おおむね妥当
Q30		3 甘すぎる
Q30		4 厳しすぎるのと甘すぎるのとどちらがはるかに難しい
Q30		5 複雑すぎて、現場での実際の対応方法が分かりにくい
Q30		6 その他
Q30FA	FA	前問で「よく知っている」または「おおむね知っている」と回答した方にお尋ねします。今のメンタルヘルス情報に関する法規制(憲法、刑法、特別刑法、民法、個人情報保護法などの国の法律とその解釈例規、裁判例など)について知っていますか。【その他(FA)】
Q31	SA	あなたの所属する事業所では、現在、精神障がい者(精神保健福祉手帳を有する者など、公的に障がい者としての認定を受けている者)を雇用していますか(特例子会社での雇用を除く。以下同じ)。(お答えは1つ)
Q31		1 雇用している
Q31		2 雇用していない
Q32	SA	あなたの所属する事業所では、障がい者用の雇用管理区分(いわゆる障がい者枠)を設定していますか。(お答えは1つ)
Q32		1 設定している
Q32		2 設定していない

Q33	SA	もともと健康者枠で採用したが、その後精神障がいを発症して障がい者枠へ変更された方はいますか。(お答えは1つ)
Q33		1 いる
Q33		2 いない
Q33		3 分からない
Q34	SA	前問で「いる」とお答えの方にお伺いします。その精神障がい者の処遇についてお答えください
Q34		1 (全員)健康者としての処遇のまま
Q34		2 健康者として処遇している者と障がい者として処遇している者が混在している
Q34		3 (全員)障がい者としての処遇に変更済み
Q34		4 分からない
Q34		5 その他
Q34FA	FA	前問で「いる」とお答えの方にお伺いします。その精神障がい者の処遇についてお答えください
Q35	SA	「現在、精神障がい者を雇用している」とお答えの方にお伺いします。【その他(FA)】
Q35		1 別な配慮(通常、健康者には実施しない措置)を実施していますか。(お答えは1つ)
Q35		2 特に実施していない
Q36	MA	前問で「実施している」とお答えの方にお伺いします。どのような配慮を行っていますか。(お答えはいくつでも)
Q36		1 ジョブコーチの選任
Q36		2 相性の合う人物との隣接配置
Q36		3 労働時間の制限
Q36		4 フレックス・タイム制の適用か、同様の出勤時間の自由化
Q36		5 負荷のかかる仕事を指示しない
Q36		6 業務上の支障やめいわく行為があっても厳しい叱責を避ける
Q36		7 定期的な面談と状態確認
Q36		8 本人に話や行動のペースを合わせる
Q36		9 医師・産業医、嘱託精神科医などとの面談
Q36		10 カウンセラーなどの心理専門職との面談
Q36		11 その他
Q36FA	FA	前問で「実施している」とお答えの方にお伺いします。どのような配慮を行っていますか。【その他(FA)】
Q37	SA	あなたの所属する事業所では、いま現在、社会福祉士(SW)、精神保健福祉士(PSW)などの福祉系の資格を持つ職員を選任していますか。(お答えは1つ)
Q37		1 選任している
Q37		2 選任していない
Q37SQ1	SA	福祉系の資格を持つ職員を選任しているとは回答頂いた方へお伺いします。どのような資格の持ち主でしょうか。(お答えは1つ)
Q37SQ1		1 社会福祉士(SW)
Q37SQ1		2 精神保健福祉士(PSW)
Q37SQ1		3 その他
Q37SQ1FA	FA	福祉系の資格を持つ職員を選任しているとは回答頂いた方へお伺いします。どのような資格の持ち主でしょうか。【その他(FA)】
Q37SQ2	MA	福祉系の資格を持つ職員を選任しているとは回答頂いた方へお伺いします。どのような業務をもちあわせますか。(お答えはいくつでも)
Q37SQ2		1 本人と職場の上司や同僚などのコミュニケーションや人間関係の調整・支援
Q37SQ2		2 本人が仕事上出会う人々とのコミュニケーションの支援
Q37SQ2		3 本人の職務のサポート
Q37SQ2		4 社会保険や社会福祉給付の受給支援
Q37SQ2		5 本人に合った適切な精神科医の紹介
Q37SQ2		6 受診の介助
Q37SQ2		7 不調者のメンタルヘルスに関する相談受付
Q37SQ2		8 健康者のメンタルヘルスに関する相談受付
Q37SQ2		9 その他
Q37SQ2FA	FA	福祉系の資格を持つ職員を選任しているとは回答頂いた方へお伺いします。どのような業務をもちあわせますか。【その他(FA)】
Q38	SA	あなたの所属する事業所では、精神障がい者の雇用について、率直に、どのようなお考えをお持ちでしょうか。(お答えは1つ)
Q38		1 積極的
Q38		2 どちらかというと積極的
Q38		3 どちらかというと消極的
Q38		4 消極的
Q38		5 いずれでもない
Q38SQ1	MA	前問で「積極的」または「どちらかというと積極的」とお答えの方にお伺いします。その理由はどうなるのでしょうか。(お答えはいくつでも)

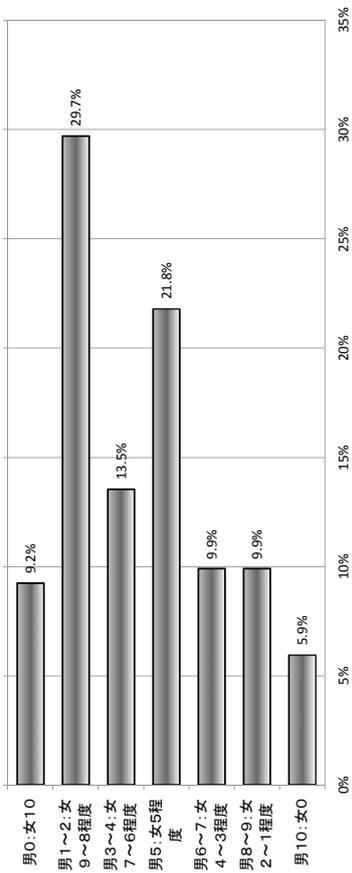
Q38SQ1	1 精神障がい者の雇用が、メンタルヘルス不調者一般や健常者の人事労務管理の参考にもなる
Q38SQ1	2 組織のダイバーシティ(人材の多様化)が進む
Q38SQ1	3 過去に受け入れた経験があり、業務上問題なく働いていた
Q38SQ1	4 その他
Q38SQ1FA	FA 前問で「積極的」または「どちらか」というと「積極的」とお答えの方にお伺いします。その理由はどのようなものでしょうか。【その他 (FA)】
Q38SQ2	MA 前問で「消極的」または「どちらか」というと「消極的」とお答えの方にお伺いします。その理由はどのようなものでしょうか。(お答えはいくつでも)
Q38SQ2	1 適当な支援要員がいない
Q38SQ2	2 社内に適当な受け入れ体制が整っていない
Q38SQ2	3 受入、管理の具体的方法が分からない
Q38SQ2	4 周囲の従業員に迷惑や負担をかける
Q38SQ2	5 過去に受け入れた結果、大きな負担を被ったことがある
Q38SQ2	6 その他
Q38SQ2FA	FA 前問で「消極的」または「どちらか」というと「消極的」とお答えの方にお伺いします。その理由はどのようなものでしょうか。【その他 (FA)】
Q39	SA 今後10年間のメンタルヘルス不調者の傾向について、どう予測していますか。(お答えは1つ)
Q39	1 増加する
Q39	2 ほぼ横ばい
Q39	3 減る
Q39FA1	FA 今後10年間のメンタルヘルス不調者の傾向について、どう予測していますか。【増加する(理由:FA)】
Q39FA2	FA 今後10年間のメンタルヘルス不調者の傾向について、どう予測していますか。【ほぼ横ばい(理由:FA)】
Q39FA3	FA 今後10年間のメンタルヘルス不調者の傾向について、どう予測していますか。【減る(理由:FA)】
Q40	MA 国が策定したメンタルヘルスに関する施策のうち、存在と概要を知っているものを答え下さい。(お答えはいくつでも)
Q40	1 通称「メンタルヘルス指針」(労働者の心の健康の保持増進のための指針)
Q40	2 当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について
Q40	3 通称「職場復帰の手引き」(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)
Q40	4 パンフレット・職場における自殺の予防と対応
Q40	5 パンフレット・こころの健康づくりの指針
Q40	6 パンフレット・派遣労働者の心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～
Q40	7 パンフレット・派遣労働者のためのこころの健康づくりの指針
Q40	8 過重労働による健康障害を防止するための総合対策
Q40	9 心身にわたる職場づくり(THP・トータル・ヘルス・プログラム)
Q40	10 平成17年の労働安全衛生法改正による長時間労働面・接制度
Q40	11 平成19年に改訂された事業場における労働者の健康保持増進のための指針
Q40	12 平成23年の「心理的負担」による精神障害の労災認定基準
Q40	13 平成13年に改訂された「脳・心臓疾患の労災認定基準」
Q40	14 平成24年5月「雇用管理分野における個人情報保護に関するガイドライン」(告示第357号)
Q40	15 労働者健康福祉機構や産業カウンセラー協会が受託しているメンタルヘルス対策支援事業(産業保健推進センター内のメンタルヘルス対策支援センターの設置など)
Q40	16 自殺総合対策大綱
Q40	17 知っているものはない
Q41	SA 今後、メンタルヘルス対策の促進を図るための新たな法律や法律ができれば、企業(団体)で実際に役立つ対策が進むとお考えになりますか。(お答えは1つ)
Q41	1 そう思う
Q41	2 そうは思わない
Q41	3 どちらともいえない
Q41FA1	FA 今後、メンタルヘルス対策の促進を図るための新たな法律や法律ができれば、企業(団体)で実際に役立つ対策が進むとお考えになりますか。【そうは思わない(理由:FA)】
Q41FA2	FA 今後、メンタルヘルス対策の促進を図るための新たな法律や法律ができれば、企業(団体)で実際に役立つ対策が進むとお考えになりますか。【どちらともいえない(理由:FA)】
Q42	FA これまでに実施されてきたもののほか、メンタルヘルス対策の推進のために国がなすべき施策について、ご意見があればお知らせ下さい。(お答えは具体的に)



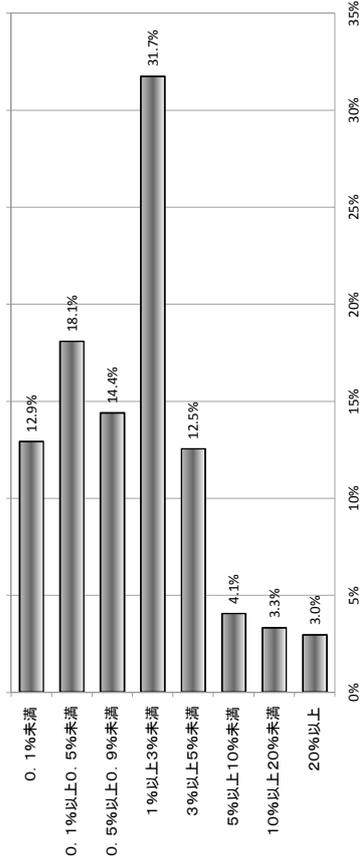
Q3.あなたの所属する事業所では、最近3年間にメンタルヘルス不調者が発生しましたか。(お答えは1つ)(N=429)



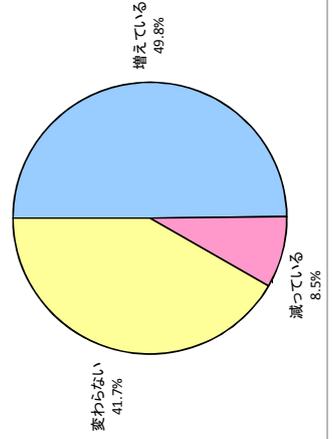
Q1-3-2.従業員の男女比はどの程度でしょうか。【非正規社員】(N=303)



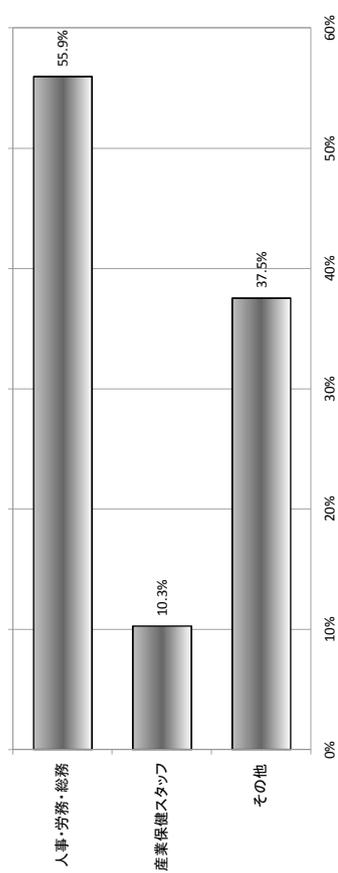
Q3SQ1.その割合は全従業員の何%程度でしょうか。(お答えは1つ)(N=271)



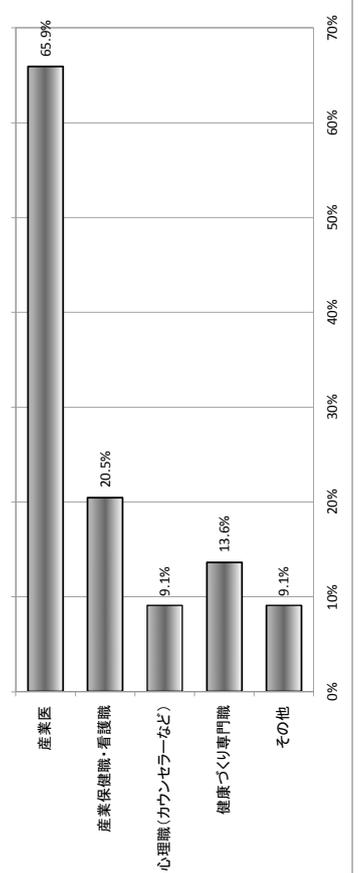
Q3SQ4.不調者の割合は、3年ほど前比べて増えていきますか、減っていますか。(お答えは1つ)(N=271)



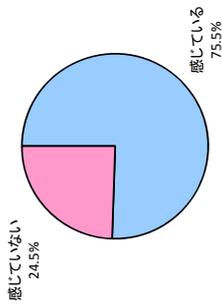
Q2-1.あなたの企業(団体)の中での所属についてお答え下さい。(お答えはいくつでも)(N=429)



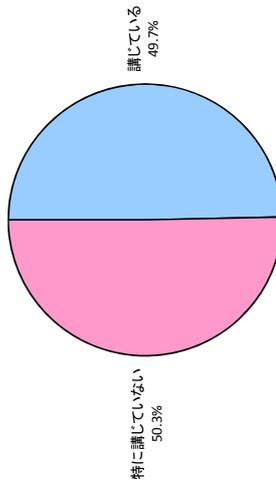
Q2-2.前問で「産業保健スタッフ」と回答頂いた方へお伺いします。具体的な、あなたの企業(団体)の中での所属についてお答え下さい。(お答えはいくつでも)(N=44)



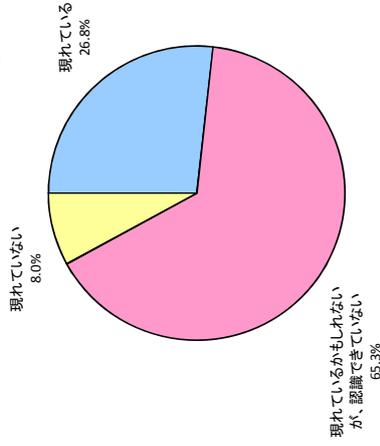
Q4.あなたの所属する事業所では、メンタルヘルス対策の必要性を感じていますか。
(既に対策を講じている場合、その対策の必要性も含まれます。)(お答えは1つ)
(N=429)



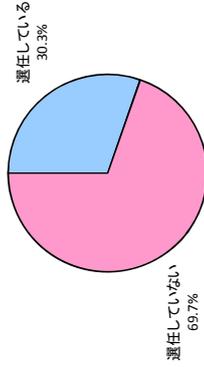
Q5.あなたの所属する事業所では、メンタルヘルス対策を講じていますか。(お答えは1つ)(N=429)



Q5Q2.対策の効果は現れていますか。(お答えは1つ)(N=213)



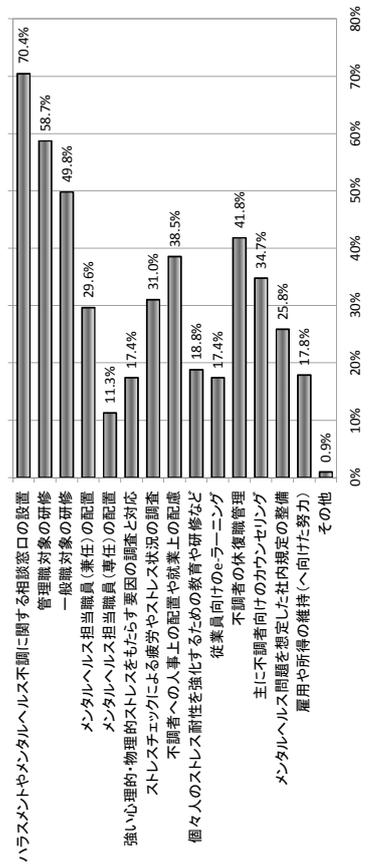
Q6.あなたの所属する企業(団体)では、メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)を選任していますか。(お答えは1つ)(N=429)



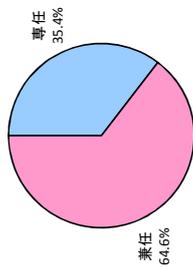
Q6SQ1-1-3.メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか、兼任ですか。
【職種1:専任/兼任】(N=130)



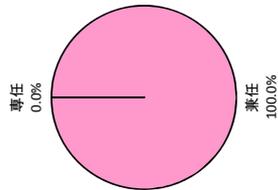
Q5SQ1.どのような対策を講じていますか。(お答えはいくつでも)(N=213)



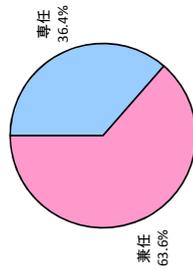
Q6SQ1-2-3.メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか、兼任ですか。
【職種2:専任/兼任】(N=48)



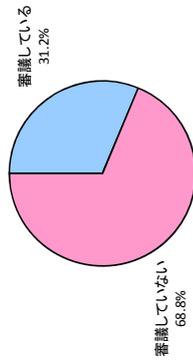
Q6SQ1-5-3.メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか、兼任ですか。
【職種5:専任/兼任】(N=1)



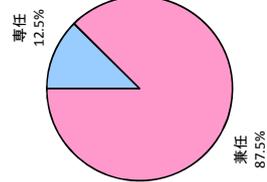
Q6SQ1-3-3.メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか、兼任ですか。
【職種3:専任/兼任】(N=22)



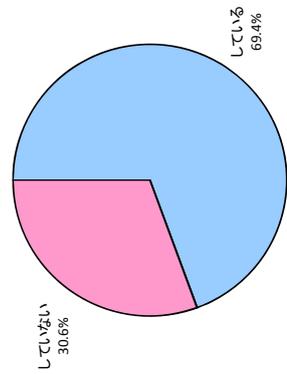
Q7.あなたの所属する事業所では、衛生委員会かそれと同じような会議(合議)体でメンタルヘルスについて審議していますか。(お答えは1つ)(N=429)



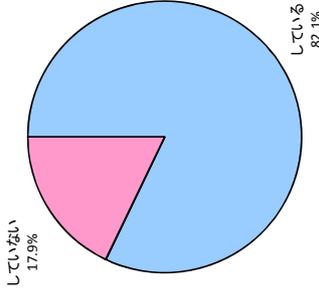
Q6SQ1-4-3.メンタルヘルス対策のための要員(スタッフ)はどのような職種ですか。何名選任していますか。また、その方はメンタルヘルス対策専任ですか、兼任ですか。
【職種4:専任/兼任】(N=8)



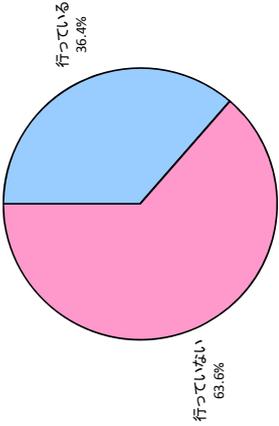
Q7SQ2.メンタルヘルスについて審議は個別の事例への対応方法について協議しているでしょうか。(お答えは1つ)(N=134)



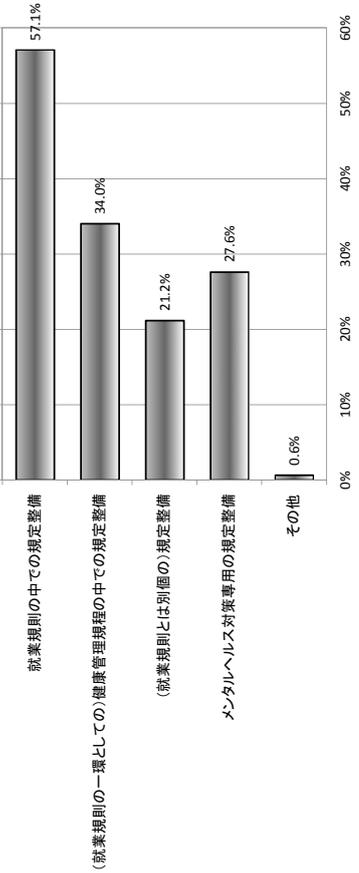
Q7SQ3.メンタルヘルスについて審議は一次予防策について審議しているでしょうか。(お答えは1つ)(N=134)



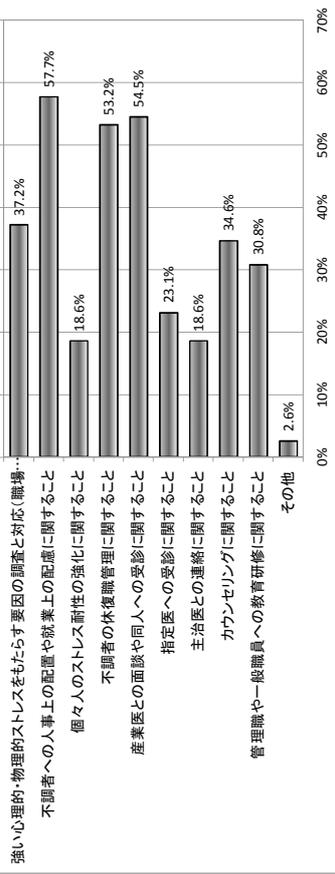
Q8.あなたの所属する事業所では、メンタルヘルス対策のための社内(組織内)規定の整備を行っていますか。(お答えは1つ)(N=429)



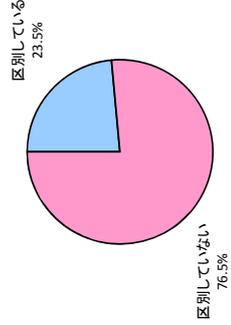
Q8SQ1.整備はどのような形式で行っていますか。(お答えはいくつでも)(N=156)



Q8SQ2.整備はどのような内容について定めていますか。(お答えはいくつでも)(N=156)



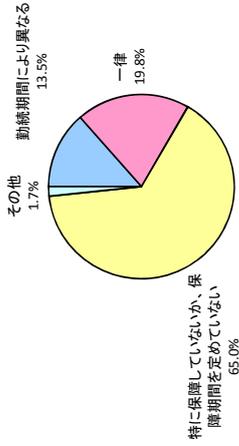
Q8SQ3.あなたの所属する事業所の規定では、精神的な不調の発症(：症状が現れること)や増悪(：症状が悪化する事)の理由が業務上の場合と業務外の場合で保障や対応の内容を区別していますか。(お答えは1つ)(N=429)



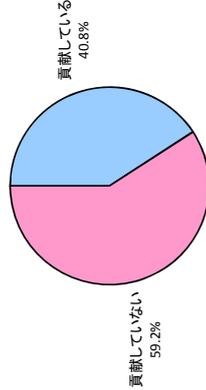
Q8SQ4-1.あなたが所属する事業所の規定では、私傷病(：業務以外の理由により生じた傷病)の不調者(正社員)について、どの程度の期間、欠勤・休職を保障していますか。(お答えは1つ)(N=429)



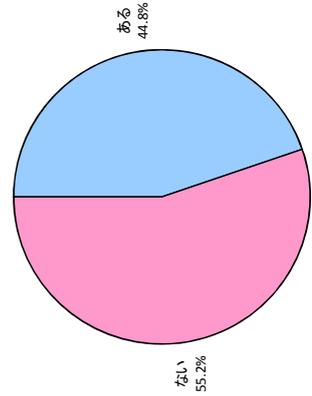
Q8SQ5-1.あなたが所属する事業所の規定では、私傷病（業務以外の理由により生じた傷病）の不調者（非正規社員・契約期間に定めのある労働者）について、どの程度の期間、欠勤・休職を保障していますか。（お答えは1つ）(N=303)



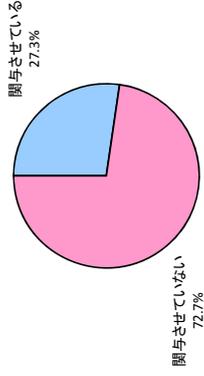
Q8SQ6.規定の整備は、不調者の減少に貢献していると感じていますか。（お答えは1つ）(N=429)



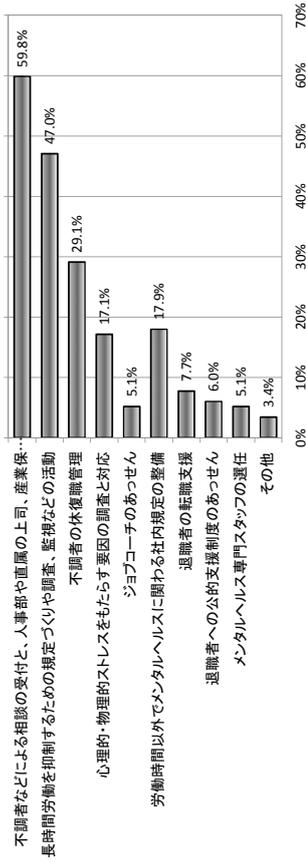
Q9.あなたの所属する事業所には、労働組合がありますか。（お答えは1つ）(N=429)



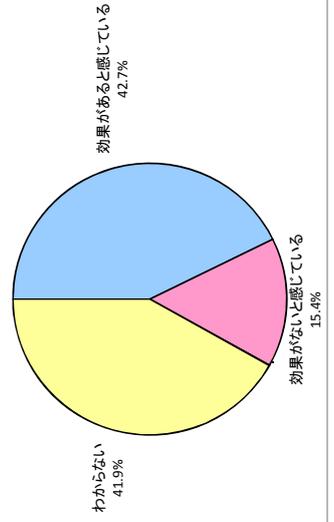
Q9SQ1.あなたの所属する事業所では、メンタルヘルス対策に労働組合を関与させていますか。（または、労働組合による関与を受け入れていますか）（お答えは1つ）(N=429)



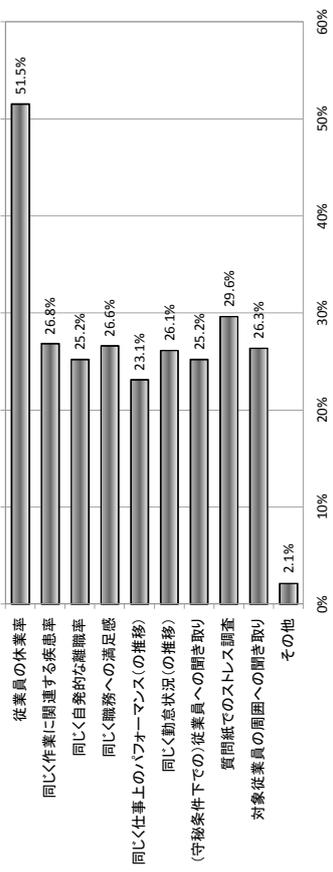
Q9SQ2.労働組合を関与させていると回答頂いた方へお伺いします。どのような点に関与させていますか（または関与を受け入れていますか）。（お答えはいくつでも）(N=117)



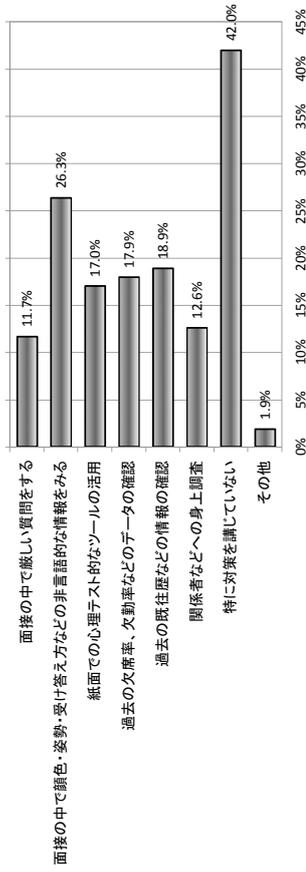
Q9SQ3.労働組の関与により、何らかの効果があったと感じているでしょうか。（お答えは1つ）(N=117)



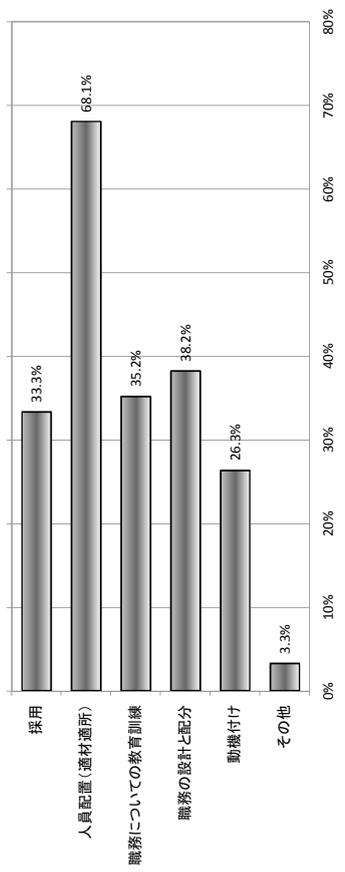
Q10. 個々の企業(団体)ごとに行われているメンタルヘルス対策が有効か否かを測るためには、どのような指標が適当と考えますか。(お答えは1つでも)(N=429)



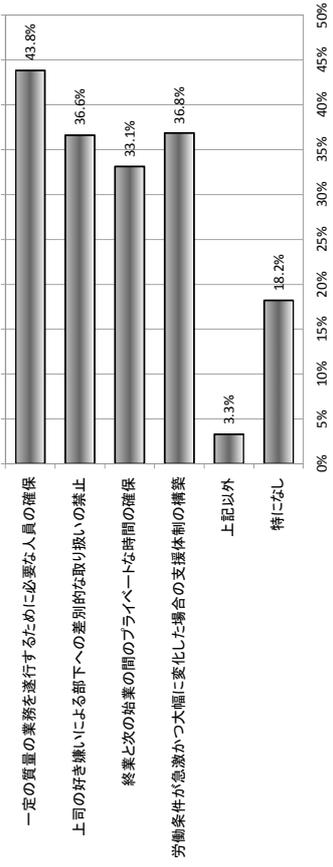
Q11. あなたの所属する事業所は、精神的な不調を発症させやすい者や社内トラブルを起こしやすい者の採用を回避するため、どのような対策を講じていますか。(お答えは1つでも)(N=429)



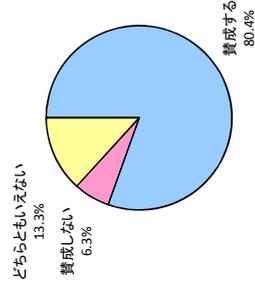
Q12. 次の事柄のなかで、職場のメンタルヘルス対策に深く関わると思うものをお答え下さい。(お答えは1つでも)(N=429)



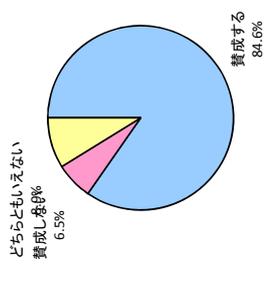
Q13. 次のことがらの中で、法律上の規制を設けることに賛成するものがあれば、お答え下さい。(お答えは1つでも)(N=429)



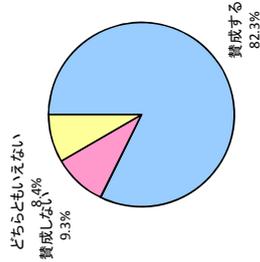
Q14. 国その他の公的機関が、個々の企業(団体)のメンタルヘルス状況の問題点(リスク)と良い点(グッド・ポイント)を調査し、その両者を総合的に評価して対応策の実施を促進させる施策について賛成されるでしょうか。(お答えは1つ)(N=429)



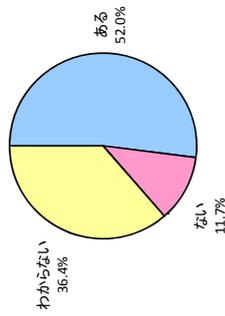
Q15. 国その他の公的機関が、有効なメンタルヘルス対策を実施している組織と手法を調査して、当該企業(団体)の同意を得て公表する制度を新設することに賛成されるでしょうか。(お答えは1つ)(N=429)



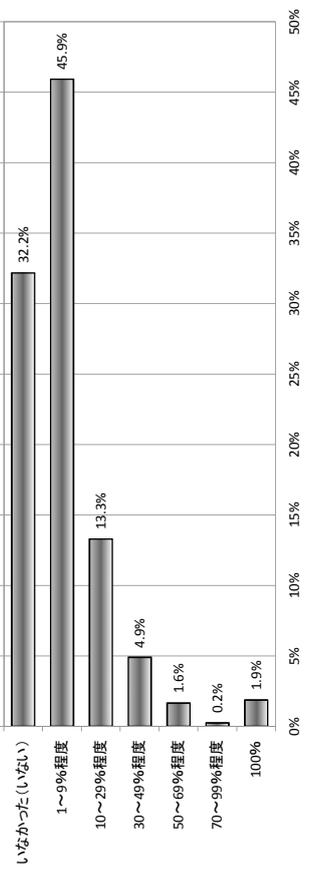
Q16. 国その他の公的機関が、多くの不調者を生み出しているにもかかわらず、十分なメンタルヘルス対策を実施していない企業(団体)を公表する制度に賛成されるでしょうか。(お答えは1つ)(N=429)



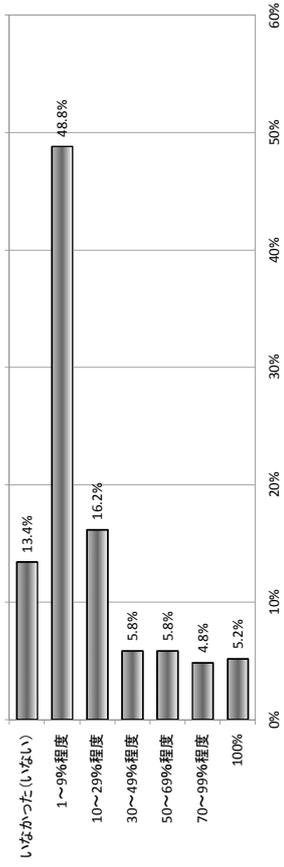
Q17. 職場にメンタルヘルス不調者が現れた場合に、その要因が業務上に当たるか否かについて、守秘が守られ、廉価で気軽に相談できるような公的機関が創設されるとすれば、利用する可能性はありますか。(お答えは1つ)(N=429)



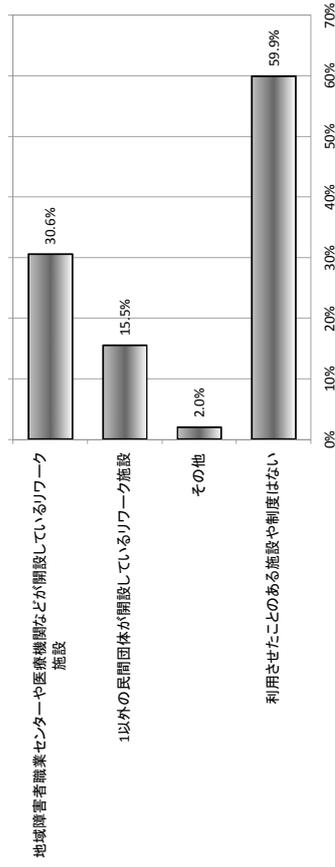
Q18. 過去3年間に、あなたの所属する事業所に、現在の職場では職務への定着が難しい労働者は(メンタルヘルス不調者全体の中で)何割くらいいましたか(現在いる場合を含む)。(お答えは1つ)(N=429)



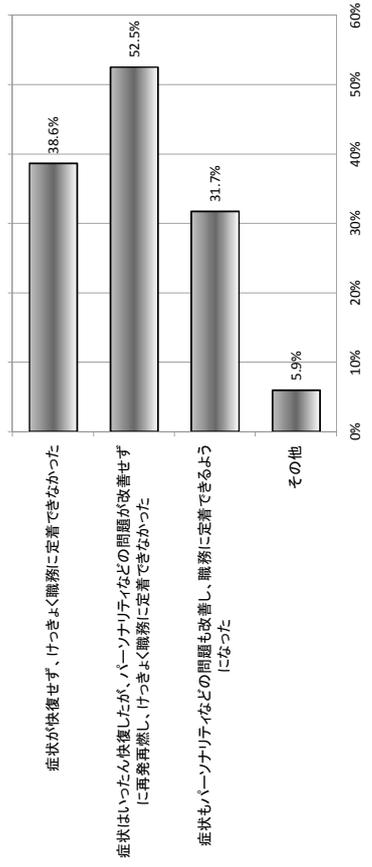
Q19. 職務への定着が難しい労働者がいると回答頂いた方へお伺いします。その背景に、社会的未熟さなどの本人のパーソナリティや発達の問題が主な原因となっていることがわかれば、労働者は(職務への)定着が難しい不調者の中で何割くらいいましたか。(お答えは1つ)(N=291)



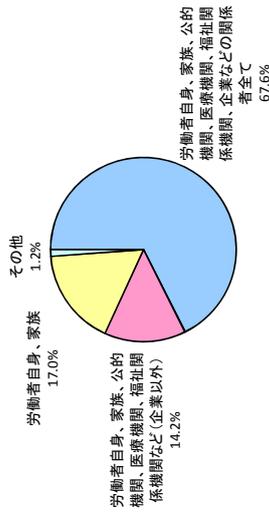
Q20. そうした労働者に利用させたことのある施設や制度はありますか。(お答えはいくつでも)(N=252)



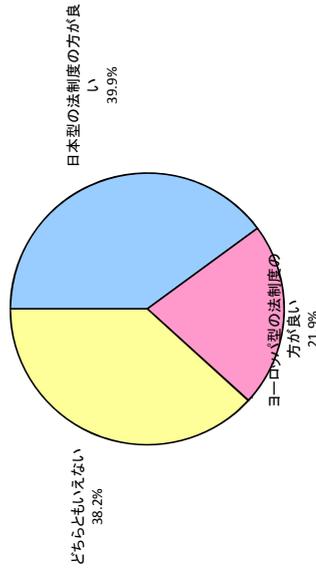
Q21. 利用させた結果はどうでしたか。(お答えはいくつでも)(N=101)



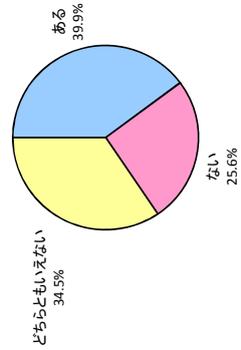
Q22.Q19に挙げたような、医療機関への受診や療養では快復しにくく、そのままでは雇用の継続が難しい不調者への対策は誰が行うべきだと思いますか。(お答えは1つ)(N=429)



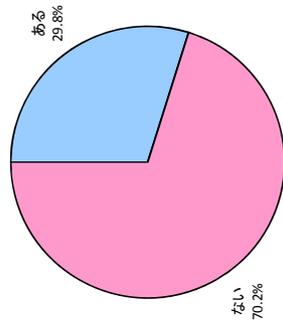
Q23.あなたは、日本型・ヨーロッパ型の仕組みのどちらが良いと考えますか。(お答えは1つ)(N=429)



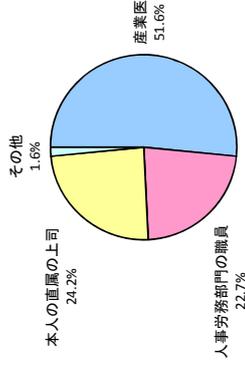
Q24.不調者を担当する精神科の主治医(心療内科など精神科の専門性を持つ医師を含みます)の休職などに関する診断について、不調者自身の症状や働く能力、職場の実態などを充分に踏まえていないと感じた経験はありますか。(お答えは1つ)(N=429)



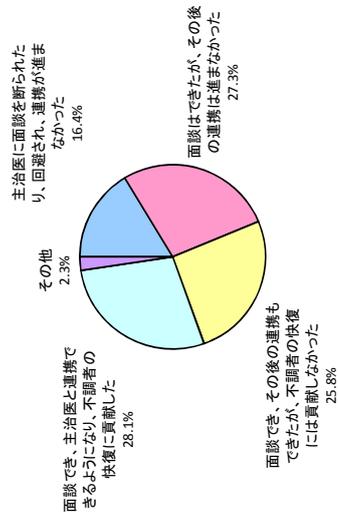
Q25.労働者の精神科主治医に診断の内容などについて確認するために面談を申し込んだことはありますか。(お答えは1つ)(N=429)



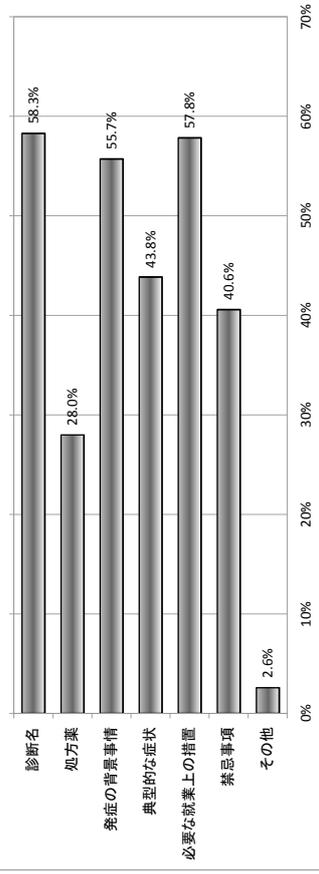
Q25SQ1.労働者の精神科主治医に面談を申し込んだことがあると回答頂いた方へお伺いします。主に誰が面談を申し込みましたか。(お答えは1つ)(N=128)



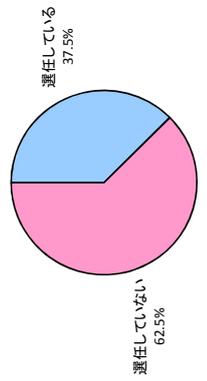
Q25SQ2.労働者の精神科主治医に面談を申し込んだことがあると回答頂いた方へお伺いします。申し込んだ結果は主にどうなりましたか。(お答えは1つ)(N=128)



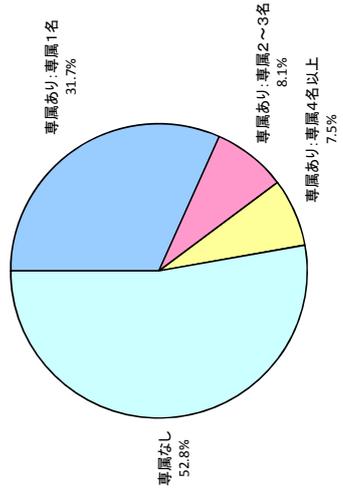
Q26.不調者の快復を図るうえで、企業の人事労務担当者や直属の上司は、不調者について、どのような情報を知る必要がありますか。(お答えはいくつでも)(N=429)



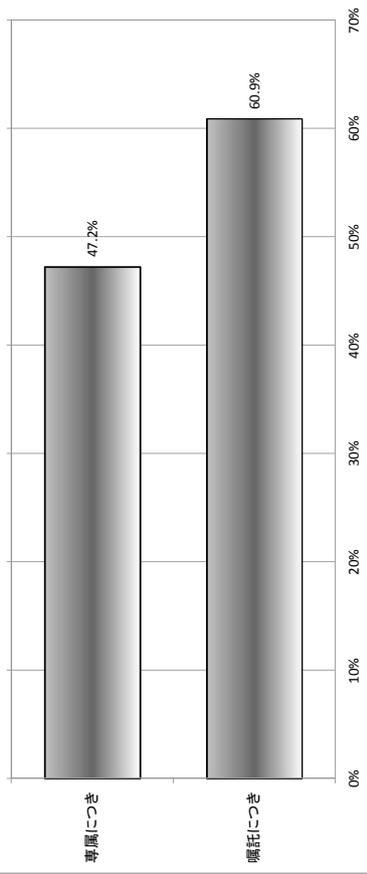
Q27.あなたの所属する事業所は産業医(精神科を専門としても、産業医として勤務している医師を含む)を選任していますか。精神科を専門としており、主に臨床医として勤務している医師の場合は、Q28でお答えください。(お答えは1つ)(N=429)



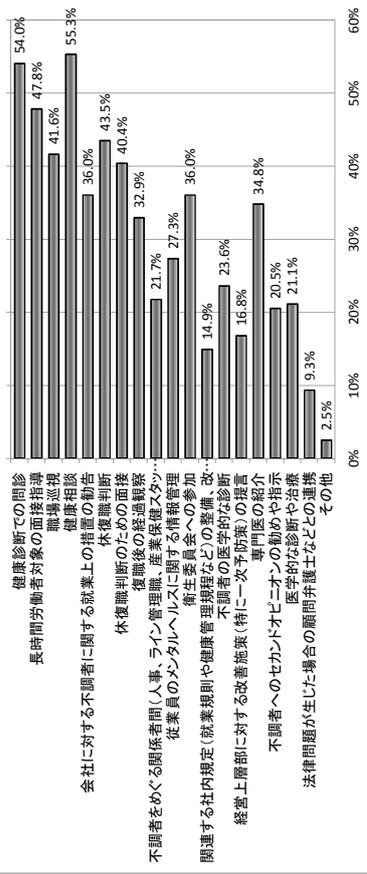
Q27SQ1CATE.Q27SQ1カテゴリ(N=161)



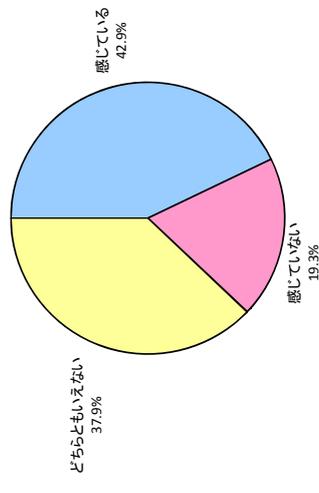
Q27SQ1.産業医は専属ですか、嘱託ですか。(お答えはいくつでも)(N=161)



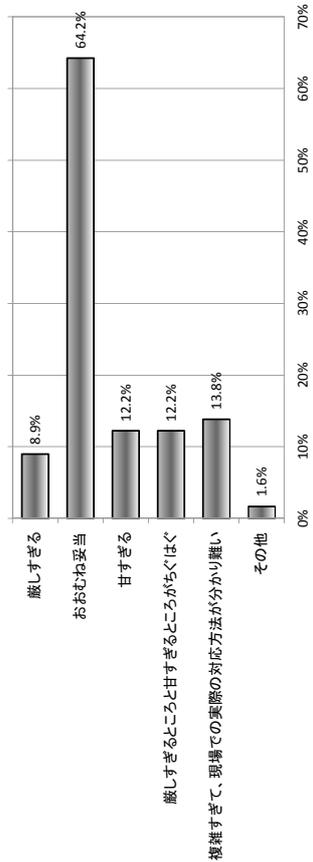
Q27SQ2.どのような業務をしてもらっていますか。(お答えはいくつでも)(N=161)



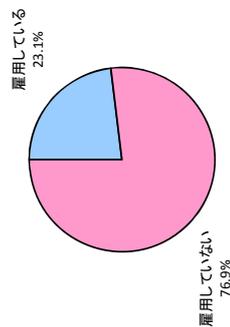
Q27SQ3.産業医の選任によるメンタルヘルス面での効果は出ていると感じていますか。(お答えは1つ)(N=161)



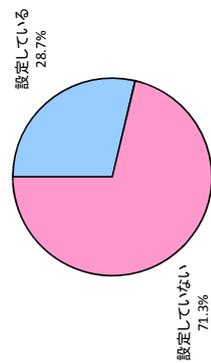
Q30.前問でよく知っているまたは「おおむね知っている」と回答した方にお尋ねします。今のメンタルヘルス情報に関わる法規制全体についてどう思われますか。(お答えはいくつでも)(N=123)



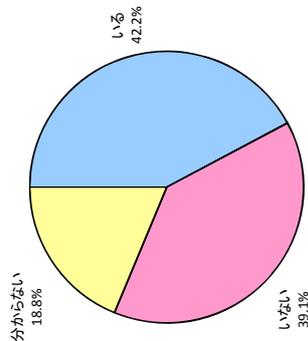
Q31.あなたの所属する事業所では、現在、精神障がい者(精神保健福祉手帳を有する者など、公的に障がい者としての認定を受けている者)を雇用していますか(特例子会社での雇用を除く。以下同じ)。(お答えは1つ)(N=429)



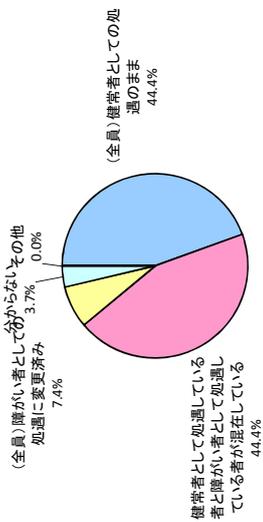
Q32.あなたの所属する事業所では、障がい者用の雇用管理区分(いわゆる障がい者枠)を設定していますか。(お答えは1つ)(N=429)



Q33.もともと健常者枠で採用したが、その後精神障がいを発症して障がい者枠へ変更された方はいますか。(お答えは1つ)(N=64)



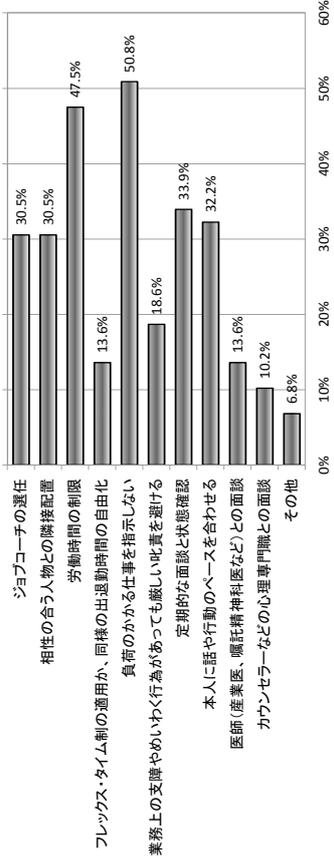
Q34.前問で「いる」とお答えの方にお伺いします。その精神障がい者の処遇についてお答えください。現在の処遇は、以下のいずれでしょうか。(お答えは1つ)(N=27)



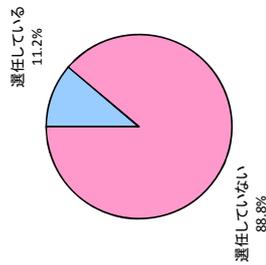
Q35.「現在、精神障がい者を雇用している」とお答えの方にお伺いします。精神障がい者に対する特別な配慮(：通常、健常者には実施しない措置)を実施していますか。(お答えは1つ)(N=99)



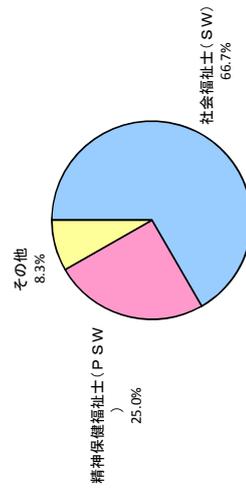
Q36. 前問で「実施している」とお答えの方にお伺いします。どのような配慮を行っていますか。(お答えはいくつでも)(N=59)



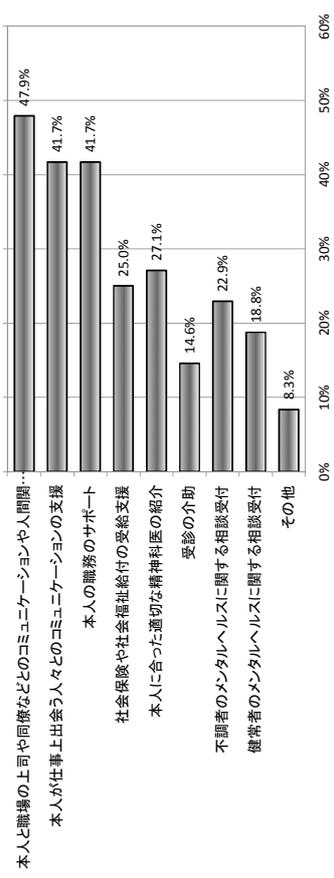
Q37. あなたの所属する事業所では、いま現在、社会福祉士(SW)、精神保健福祉士(PSW)などの福祉系の資格を持つ職員を選任していますか。(お答えは1つ)(N=429)



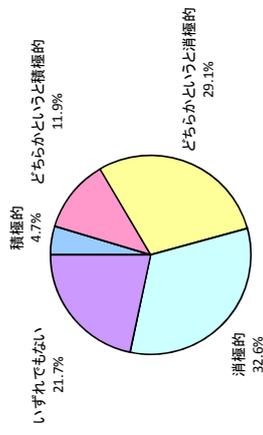
Q37SQ1. 福祉系の資格を持つ職員を選任しているとお答えの方にお伺いします。どのような資格の持ち主でしょうか。(お答えは1つ)(N=48)



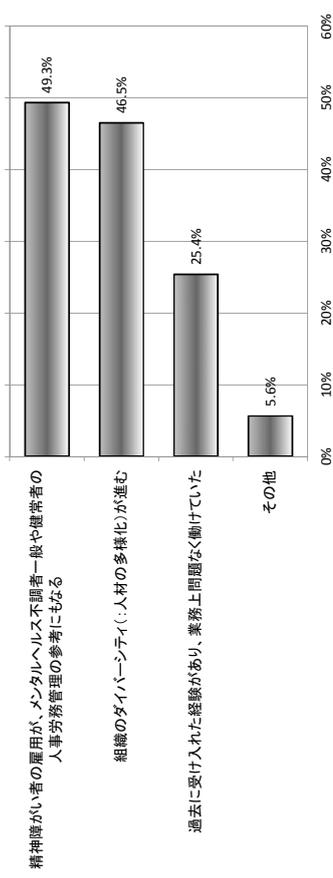
Q37SQ2. 福祉系の資格を持つ職員を選任しているとお答えの方にお伺いします。どのような業務をしてもらっていますか。(お答えはいくつでも)(N=48)



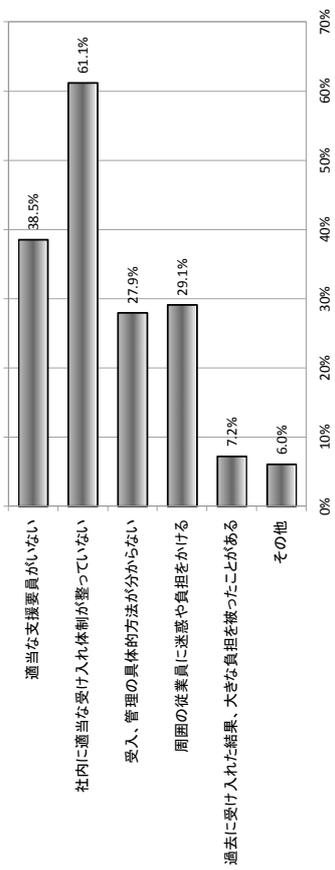
Q38. あなたの所属する事業所では、精神障がい者の雇用について、率直に、どのような考えをお持ちでしょうか。(お答えは1つ)(N=429)



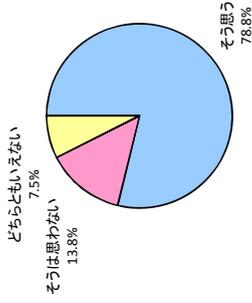
Q38SQ1. 前問で「積極的」または「どちらか」というと「積極的」とお答えの方にお伺いします。その理由はどのようなものでしょうか。(お答えはいくつでも)(N=71)



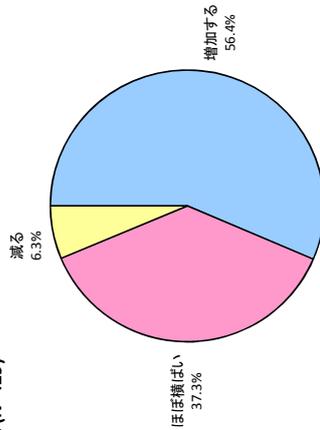
Q38SQ2. 前問で「消極的」または「どちらか」というと消極的」とお答えの方にお伺いします。その理由はどのようなものですか。(お答えはいくつでも)(N=265)



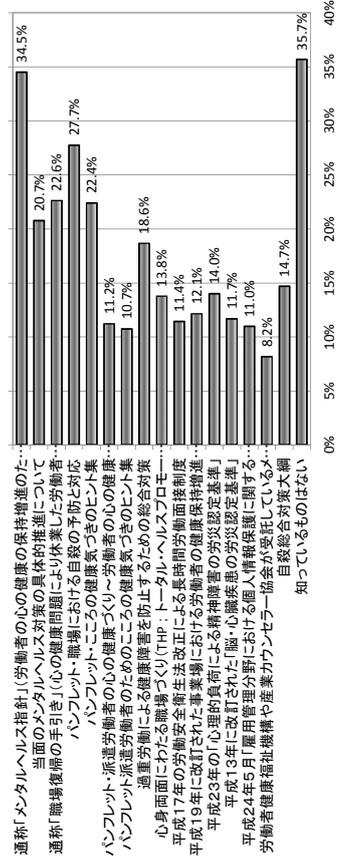
Q41. 今後、メンタルヘルス対策の促進を図るための新たな法律条文や法律ができれば、企業(団体)で実際に役立つ対策が進むとお考えになりますか。(お答えは1つ)(N=429)



Q39. 今後10年間のメンタルヘルス不調者の傾向について、どう予測していますか。(お答えは1つ)(N=429)



Q40. 国が策定したメンタルヘルスに関する施策のうち、存在と概要を知っているものをお答え下さい。(お答えはいくつでも)(N=429)



135	なし
136	特になし
137	なし
138	なし
139	もっと実情をとらえること
140	特になし
141	なし
142	なし
143	なし
144	なし
145	傷病手当てなどからの企業が不調者を多く出しているかわかるはずなので、そういった企業を調査するなどの対策がないと経営者は重剣に考えないと思う。
146	全部の会社でなにかしらのことをする。
147	特になし
148	わからぬ
149	職場へ補助金
150	休職中の保証
151	なし
152	今の風潮からすればしかたがないかも
153	治療に国庫負担を！
154	どくになし
155	医療機関に対する診療の適正化を働きかけるべきと思う。安易な投薬療法を規制し、人間工場のコミュニケーション不足がすべての根源だと思う。義務教育時代はデジタルなものを勉強する前に、まずは対人関係を鍛えるトレーニングが必要だと思う。長いこと義務教育の現場にいるが、授業に子どもたちの語彙力は衰退しているし、言葉が少なくせいで理解を生かす対人関係の構築がうまくいっていないと感じる。インターネットなどの大事だが、学校で学べるものは家庭ではできない！大勢の人との交わり方ではないか。一番前の義務教育の内容に戻してほしい。このままだと、日本はこれ
157	なし
158	メンタル対策の企業への補助金
159	わからぬ
160	働くだけで賃金はあがらない。雇用は不安。人間関係。すべて日本はだめ
161	どくになし
162	企業がメンタルヘルス対策を講じやすい助成措置や制度が必要
163	プレッシャーの病の人を守るような法律を作ってください。
164	特になし
165	もっと積極的に
166	わからぬ
167	労働者が目えるな
168	そう思う
169	特になし
170	なし
171	なし
172	義務教育時の忍耐努力等の精神苦行の実践
173	カウンセリングを全国的に広める
174	支援、援助
175	特になし
176	なし
177	特になし
178	全て行われる事が後手になっており、対策や予防策にならず後の対応しか行われていない。
179	企業にそういった対応できるセクションを設置するよう条件付けする
180	ワークライフバランスの推進にあたって、残業時間の多いもの評価を下げる仕組みを導入し、男性の勤務時間の短縮を推進する施策が必要
181	企業に問題があり、それに対して国がどんなに法整備をしても、企業側からしたら昔からずっと続いている流れの中の事なので、多少の事があっても今更変えようがないのが現実です。
182	無料カウンセリング
183	知らない
184	問題提起して一般的にしてほしい。(現在ではメンタルヘルスの言葉すら汎用的でない)
185	なし
186	わからぬ
187	総合的なメンタルヘルス対策
188	なし
189	なし
190	わからぬ
191	何とも言えない
192	なし
193	親身になってもらいたい
194	なし
195	過剰に保護するのにも問題がある
196	特になし
197	なし
198	なし
199	特になし
200	身分保証された方々には、そうでない方々の本当の事情は理解できないと思います。世の中で生きて行く厳しさを知るべきです。原点に立ち返って再考するべきです。
201	ケースバイケースな部分が多いと思いますが、国として指針を示すことは必要だと思っています。

202	まず学校のいじめをなくす
203	特になし
204	なし
205	頻りに広報して欲しい。
206	特になし
207	特異な人がなるように思っているのでは？ もっと身近な感覚で対応すべき
208	特になし
209	なし
210	補助金
211	特になし
212	ありませぬ
213	なし
214	障害者採用条件の撤廃
215	特になし
216	わからぬ
217	防止に関しては国はあまり関係ない
218	よくわからない
219	特になし
220	特に思いつかない
221	罰則があれば否応なくやらざるを得ないから。
222	特になし
223	仕方がなく組織の一員として所属しているが、いつもストレスが突き過ぎてくても辞めたいと考えている。メンタルヘルスの重要性はあるものの、この対策を打つことにより少しでも問題のある人間の採用は今後ますます難しくなると思う。
224	できるだけ早急に関係機関で相談して、いい施策を策定してほしい。
225	なし
226	さらに企業に強制力を持ってメンタルヘルスを進めて欲しい。
227	国への報告義務はあるか？
228	難しい問題
229	なし
230	治療などの関係に援助してもらいたい
231	もっと、親身になって取り組んで欲しい。
232	相談しやすい環境づくり
233	なし
234	カウンセリングの保険診療化
235	特になし
236	分からぬ
237	現状では悪者の保障所に相談することくらいしか思い当たりません
238	特になし
239	特になし
240	判りませぬ
241	罰則を叩きよすような法律にすれば企業は守ると思う
242	国や公共団体が、私企業に対して行うだけでなく、国や自治体自体も含めて対策されるべきである。
243	もっと、人間じゃない人である法人であるより、生きている人間を大事にするべき。国も国会議員も大臣も公的機関も企業やお金ばかりを大事にしているが、大事なのは人間なのを理解すべき。
244	住環境の改善 人口の分散化 自然共有権
245	メンタルヘルスに対するより、公共的な施設、病院、リハビリケアとの連携
246	わからぬ
247	各人の意識を変えるような施策が必要だと思うが、具体的方法は思いつかない
248	どくになし
249	特になし
250	わからぬ
251	個別相談、調子が悪くなる前の予防法を広めること
252	個人情報問題になる
253	心身のケアが、充実しているインフラの整備をもっと積極的に行うべき。
254	もっと真剣に考える！！
255	特になし
256	カウンセリングや精神科の受診をもっと一般的にするべき。
257	中間労務
258	わかりませぬ。
259	ブラック企業に対する取締りを厳しくしていただきたいです。
260	特になし
261	私病者の発生の統計と対策の方策を調べてほしい。
262	正直「嫌なら辞めて結構、辛いのは当たり前。辞めればまた別の採用すればいい」の使い捨てが蔓延しているのが介護福祉業界の現状です。国という大きな行政区分区分を叫ぶか叫ばない限り、今後何事も問題は改善されないのではないだろうか。
263	特になし
264	特になし
265	個々の事業所によって事情が違うので、個別のケース分析が必要。
266	なし
267	特に期待していない
268	精神科医のスキルがなさすぎ
269	労働時間の厳格的管理
270	なし
271	あるわけない
272	労働者、企業などに、精細的な情報公開をお願いしたい

273	特になし
274	復職制度
275	治安維持、希望の持てる政策
276	国はなにもしない方がよい
277	特になし
278	特に期待していない
279	ない
280	早めに対策するべきだと思う。
281	もっと積極的に行う
282	メンタルヘルスのデータの基盤設定。
283	とくになし
284	本当にメンタルヘルスの問題かどうかの際に企業側にも不利にならないような施策
285	なし
286	雇用環境の改善
287	なし
288	国が業種別、会社規模に対応した奨励を正確にどこまで労働者側の視点で把握できるかにかかっていると思います。
289	特に無し
290	補助金
291	特に意見、提言はありませんが、全ての人間を平等に扱う日本の政治、行政、マスコミのありかたは、日本の国益に反すると感じ
292	なく
293	とくになし
294	なし
295	メンタルヘルス障害を発生した人に対する職場復帰など、実際には難しいと思われる。国は企業に対して、職場復帰に際しての支援をもっと手厚くさせるべきだと思う。
296	支障をなく
297	特になし
298	わが国からなし
299	よくわからなし
300	教育の過程でメンタルヘルスの重要性を学習する機会を増やす。
301	もう働くのとか人と関わるとか
302	特になし
303	サービス残業が日常化している現状などをかきとみするため、労働基準監督署等の布行と連携が取れる体制が必要だと思う
304	どうなんだろうか、
305	国が推進してくれたいといった認識はない
306	なし
307	わからなし
308	特になし
309	企業にとつて最近のうつはわかりずらく、休職するものを多くなくしている。復帰して通常の勤務ができればいいが、できない場合、非常に負担となる場合が多い。そのため、場合により退職に誘導することもあると思うので、責任を持って復帰できるように体制の整備を希望する。
310	特になし
311	無料相談ができる環境
312	精神的な要因で退職し、個人事業主となつていくので、現状と自分の考えがマッチしない回答になっていきます。現状を知るため、実際に会う、詳しく聴く、勇気をつける、ということをしてほしいと願う。企業は、組織はトップダウンでも、実際の職務はボトムアップなので、正確な状態を公開できるわけがない、それは、より当人を苦しめることになっている。規則を認めることは、それさえしていればよい、という反応になつてしまつたことである。
313	個々の事業に対しての検討と対策
314	なし
315	ない
316	悪いつかない
317	特になし
318	心の病にかかると時に、どうやって復帰してゆくか？相談できる窓口を明確にして多くの人に伝えること
319	なし
320	精神医療に対する風評の問題
321	特にありません
322	地方公共団体への十分な資金支援。人員増が進められればかなり改善される。
323	メンタルヘルスについては、特に年配の方からの差別的な見方があり、一般的に受け入れられる体制がない。これらの方の考え方を要えないといつまでたってもなくならない。
324	組合との連携
325	働いている人が精神的にきつい環境なのか抜き打ちで企業に調査に入る。従業員の多い企業には医師をおくことを義務付け
326	企業の規模や業種別に行動プランを策定する
327	特になし
328	とくになし
329	わからなし
330	特になし
331	傷病の裏づけを明確にする
332	わからなし
333	国ではなく地方自治体間与がよい
334	特にありません
335	国には期待していない
336	CM等でもみんなに知つてもらつた機会を増やすようにする。
337	特になし
338	べつに
339	特になし

340	なし
341	特に無し
342	べつになし
343	悪徳企業への処分
344	なし
345	長時間労働などへの対応をもっときちんと行うべき
346	なし
347	離職者への聞き取り調査の充実
348	精神疾患患者への医療費の減額を今以上に認めてもらいたい
349	制度を企業に運送するだけに留まらず、雇用者特に非正規雇用者に広く通知する方法を取ることが必要。また、制度適用例を示し、本人のメンタル不調が就業や職場復帰に不利にならないことを認識させる必要あり。更に、就業・職場復帰が不利にならない制度を確立すべき。
350	力を入れてほしい
351	雇い主側に重大な過失がない限り、国が必要以上に保護する必要はあるのか疑問
352	なし
353	職種別認定制度で客観的に能力を認定し、評価の基準として採用することを義務付ける。
354	もっと現実をみて考えるべき。机上ではわからない。
355	ワタワードアみたいな限りなく黒い企業を徹底的に取り締まる。
356	特になし
357	わからなし
358	合理化の名の下での人員削減、給与抑制を止め、子育てをしやすい環境整備
359	一定年齢以上の検診に脳血流の低下を調査させるなど、潜在的な精神疾患の検査を義務付ける
360	事業所毎に対策方法を行政に提出する義務を負わせる
361	特になし
362	企業単位で調査してもらいたい。
363	なし
364	子供の頃から教育の仕方を変える
365	教育の過程でメンタルヘルスの重要性を学習する機会を増やす。
366	精神科医の増員
367	特にありません
368	抜本的に
369	相談機関の増加
370	特になし
371	特になし
372	具体的にはなし
373	企業体質の変化がない限り、頼るものは国となるが国も現も現在効力的には薄いものがある。そのため、法律と規程の強化が必要と思われる
374	メンタル障害の雇用継続のための補助金の整備
375	特になし
376	もっと真剣に具体策に取り組みすべき
377	特にありません
378	労働条件の改善につなげる労働法制の改正
379	労働者の実情をよく見て、指針等を立ててほしい
380	多様な働き場と心安らくなる居場所づくりが必要
381	雇用促進、減税、小さな政府、公務員の優遇反対
382	時代だから
383	色々な援助
384	対象となるような人のほとんどが社会的弱者であり、放置すれば社会問題化する。可能ならば、一定期間泊り込みで作業僚法的な施設に入られるような制度がほしい。働かない人を企業には置けない。
385	迅速な対応を進めたい
386	人員削減の撤廃
387	特になし
388	なし
389	企業ない警察
390	国が必ずすべき問題ではない
391	1次予防の具体的な仕組み作り
392	国が個々の企業に全員のアンケートを送り調査すべき。多い企業は公表すべきと思う。
393	頑張つて欲しい
394	特になし
395	ブラック企業を公表するに追加で何らかの措置をきちんと策定してもらえれば、改善対策として動きかけやすいと思います。
396	とくになし
397	特になし
398	特になし
399	なし
400	予算的な支援
500	特になし
501	管理監督者の定義にこだわらず、中間管理職も同様でなく疲弊している実態を認識して、中間管理職は管理監督の地位にあるとはいえない、という旨を示すことである。多くの企業での管理職は、課長程度なら自由裁量があるとはいえないと思われる。まずは管理職の課長を主眼点とし、課長程度を上げてから、精進してはどうか。休職可能期間の就業規則や労働条件等への明示の義務化もよいと思う(労働契約法)。また、教員員の残業代ゼロへの自治体や国への一斉廃止と憲法違反訴訟、国家公務員の(特に国家公務員中専の)過重労働対策、深夜に及ぶ国営や委員会を開催した首相や大臣への問責
502	現状の法律をきちんと企業が守っているか監視することが重要
503	Publishing the company name which makes mental health employees

504	雇用保険に加入していない公務員でも、障害者職業センターの職場復帰支援事業が使用できるようにする必要はある。民間企業の従業員を対象にした施策は考えられているが、公務員に対しては、対策が進んでいない
505	幼少時からメンタルヘルス対策（成長、周囲との協調、自主性、感謝といった情緒教育）
506	業種別の精神疾患罹病率、休業日数率の公表（労災の度数率、強度率の公表）をすると、労災と同様に会社に会社ごとの目標が設定しやすくと考える
507	ダニエル・ヒンクスのTEDの有名なプレゼンやる気に関する驚きの科学」でもあるように、「メンタルヘルス対策」として国が強制的にやらせると、自主性・創造性が失われていってしまう。よい企業経営自体がメンタルヘルス活動になり得る事を伝え、中小企業に不安ではなく、自信を与えると共に、活動がうまくいっているかの指標（休業率・退職率その他）を挙げるなどの自主的な活動をさせやすくと考えています。
508	なし
509	異気回復
510	今はとくにありません。
511	中小企業への対策、特に資金やマンパワーのみならず企業業績等との問題がある
512	休職者に対するリワークなどの施設の充実
513	日本では正社員の雇用が守られすぎているように思う。必ずしも終身雇用の必要はないと思う。その点の法整備が必要と思う。
514	国営農場を建設し、メンタルヘルス不調者の再雇用を図ること。国営の本格的リワーク施設の開設。安心して十分な治療、休養が図れる保健制度の導入。
515	産業医の権限強化
516	精神科連立は院内にいる頃からずっと種類に影響されつつ形成されているわけであるから、メンタルヘルス不調の原因を企業にだけ求める姿勢に偏りつつある国の施策、裁判例、精神医学的な判断の是正の必要性はある。特に、国としてやるべきは、脳
517	の成熟に一番必要な教育段階での精神科連立の健全な発育に力を注ぐべきである。文部科学省が他人事のような姿勢を呈してメンタルヘルス対策は企業にとって必要なのだから、国が響の上げ下ろしで決めるような決まりをあれこれ作るのではなく、企業の自由にごさせてほしい
518	小中高校、大学における社会教育やメンタルヘルス教育の充実
519	とくになし
520	なし
521	特になし
522	劇的な効果は出ていないが、やった分だけの抑止力は働いていると思う
523	学校教育。逆の答えですが、健診での問診はやめるべきだと思います。
524	特になし。
525	現施策の有効活用へのバックアップ
526	精神科医師同団体や製薬会社等と情報共有して不必要な患者の認定や投薬を制限しないことには、企業でのメンタルヘルス対策のこれ以上の推進は困難と感じます
527	家庭との面立支援。
528	事業者・労働者がともに利用しやすい総合窓口的な機関があると良いと思います（医学的支援、生活支援、復職支援、福祉、患者回生のつながり、法的なバックアップなどと連携）

厚生労働科学研究費補助金

分担研究報告書

公的メンタルヘルス対策支援の効果評価指標の開発の試み
～公的アウトリーチの支援専門家に求められるコンピテンスの検討～

本調査研究の分担研究者

真船浩介（産業医科大学 産業生態科学研究所 精神保健学研究室 助教）＊
井上彰臣（産業医科大学 産業生態科学研究所 精神保健学研究室 助教）＊
梶木繁之（産業医科大学 産業生態科学研究所 産業保健経営学研究室 講師）
＊は研究協力者

研究要旨

本研究では、公的なアウトリーチ支援に求められるコンピテンスについて、半構造化面接及び質問紙調査により定性的・定量的に検討した。

公的アウトリーチ支援を担うメンタルヘルス対策支援センターのメンタルヘルス対策促進員を対象とした半構造化面接では、実効的なアウトリーチ支援に求められるコンピテンスが 360 項目収集された。KJ 法の結果、意味内容の重複及び類似性から 69 項目に集約され、理論的飽和が示唆された。これらの 69 項目を用いた質問紙調査による定量的な検討により、事業場への配慮に加え、現状やニーズ等の把握に努める等の支援活動に直接関連する基礎的なコンピテンスから、幅広い視野による地域資源の活用や支援センター内の専門家との連携等、間接的に支援活動に寄与する応用的なコンピテンス、さらには、真摯な支援活動への動機づけの工夫まで、多様なコンピテンスが重要であることが示された。これらの項目群の測定精度は、項目反応理論による検討により、特に、低度から中等度の水準のコンピテンスの評価に適していることが示唆された。探索的因子分析による検討では、アウトリーチ支援に求められるコンピテンスには、「事業場への配慮」、「センター内の連携」、「モチベーション」、「地域資源の活用」、「アセスメント」から構成される 5 つの下位要素が示唆された。

また、これらのコンピテンスは、性別や年齢、活動頻度や専門性の相違により異なる傾向が認められた。これらの特徴から、本研究において明らかにされたアウトリーチ支援に求められるコンピテンスは、特に、アウトリーチ支援専門家の初任者から中級者の養成に資する知見であると考えられる。

本研究では、定性的・定量的な検討から、アウトリーチ支援に求められる多様なコンピテンスを明らかにし、十分な信頼性と内容的妥当性を確認した。しかし、アウトリーチコンピテンスの妥当性及びアウトリーチ支援の効果の検討には、今後、支援先事業場も対象に含めた縦断的研究も必要と考えられる。

A. 目的

労働者の心の健康の保持増進には、労働者自身による健康管理・増進（セルフケア）はもとより、事業場においても、労働者への配慮と環境整備、セルフケアの促進等を実現するための体制と対策も欠かせない（ラインケア）¹⁾。これらの活動には、産業医学等の専門的知識をはじめ、事業場の規則・制度、産業保健体制、職場環境の整備等、多岐に渡る理解と専門性が求められ、事業場の実情を熟知した産業保健スタッフ等との連携（事業場内産業保健スタッフ等によるケア）が重要となる¹⁾。

このような職場のメンタルヘルス対策は、事業場において自律的に展開されることが望ましい。一方で、高度に専門的な課題等に対応するためには、事業場外の専門家の助言・支援を得ること（事業場外資源によるケア）も必要である¹⁾。特に、中小規模事業場においては、人的にも経済的にも資源の確保が困難である場合が多く²⁾、事業場外資源の活用がますます重要となる。そのため、安価あるいは無償で利用できる事業場外からの質の高い支援による効果が期待される。また、中小規模事業場では、メンタルヘルス不調の事例が未だ発生していないこと等を理由に、メンタルヘルス対策の必要性を認識していない事業場も少なくない²⁾。メンタルヘルス対策の啓発・普及活動も重要な課題である。これらの課題を踏まえると、無償で利用できる公的なアウトリーチへの期待

は大きい。しかし、アウトリーチによるメンタルヘルス対策の効果的な支援方法は未だ確立されていない。

日本における職場のメンタルヘルス対策への公的な支援では、独立行政法人労働者健康福祉機構（以下、「本部」と略記）が、厚生労働省からメンタルヘルス対策支援センター事業（以下、「支援センター事業」と略記）を受託し、職場のメンタルヘルス対策の整備を推進している。支援センター事業では、各都道府県に設置されたメンタルヘルス対策支援センター（以下、「支援センター」と略記）にメンタルヘルス対策促進員（以下、「促進員」と略記）を配置し、公的なアウトリーチ支援も展開している。事業場の課題は一様ではないことから、促進員の活動は、事業場への画一的な対応ではなく、事業場の要請を踏まえた支援が求められる。このような現状において、促進員は、衛生管理者、看護師・保健師、労働衛生コンサルタント、産業カウンセラー、社会保険労務士等、様々な資格を有し、事業場におけるメンタルヘルス対策の整備における多様な課題への助言・支援が提供できると考えられる。これらの活動は、アウトリーチによる効果的な支援方法を検討する上で、貴重な資料となり得ると考えられる。しかし、促進員による多様な支援内容の実態は明らかにされていない。

本研究では、促進員が効果を実感している支援内容について、促進員を対象とした半構造化面接及び質問紙調

査により明らかにすることを目的とした。半構造化面接では、職場のメンタルヘルス対策の啓発と整備に効果が得られた支援内容を聴取し、公的アウトリーチの支援専門家に求められるコンピテンスを整理することを目的とした。質問紙調査では、半構造化面接により整理された公的アウトリーチの支援専門家のコンピテンスについて、定量的に検討することを目的とした。

B. 方法

1) 促進員を対象とした半構造化面接

1-1) 調査時期

2013年9月から10月にかけて面接調査を実施した。

1-2) 調査対象者

独立行政法人労働者健康福祉機構より推薦を得た石川、京都、福岡の支援センターに所属する促進員を対象とした。なお、面接は、各支援センターの運営責任者等の推薦が得られ、本研究の目的に同意が得られた促進員14名（男性4名、女性10名）を対象とした。

1-3) 面接者

面接は、本研究の第一筆者が行った。

1-4) 聴取内容

対象者には、「促進員としての活動頻度」、「動機：活動のモチベーションを維持向上するための工夫」、「活動：効果的と考えられる活動」、「資源：支

援活動に利用する情報源、相談先、紹介先等の資源」「評価：支援において重視する事業場等の変化」、「留意：支援活動における留意点」、「葛藤：効果的と考えられる活動と事業場の要望との乖離、支援センター事業の限界・制約等」の7点について面接調査による回答を求めた。面接の所要時間は、30～40分間に設定した。

1-5) 分析方法

心理学を専門とする研究者1名によるKJ法を行った。

2) 促進員を対象とした質問紙調査

2-1) 調査時期・方法

2013年11月15日から同年12月16日にかけてインターネット上での無記名調査を実施した。本調査では、本部を通じて、回答用WebページのURLを配信し、回答を求めた。

2-2) 調査対象者

各支援センターに所属する促進員約300名を対象とした。

2-3) 調査項目

調査協力への同意が得られた者に対して、性別、年齢、地域、資格、活動頻度の基本属性に加え、促進員を対象とした半構造化面接から得られた公的アウトリーチの支援専門家のコンピテンス（以下、「アウトリーチコンピテンス」と略記）を評価する 69

項目について回答を求めた。さらに、「支援活動における工夫と配慮」と「効果的と考えられる支援内容」について、自由記述による回答を求めた。

年齢は、「20歳代」、「30歳代」、「40歳代」、「50歳代」、「60歳以上」の5区分から回答を求めた。地域は、所属するセンターが設置されている地域を「北海道」、「東北」、「北陸」、「関東」、「東海」、「近畿」、「中国・四国」、「九州・沖縄」の8地域から回答を求めた。資格は、促進員が保持する資格について、「労働衛生コンサルタント」、「保健師・看護師」、「衛生管理者」、「臨床心理士」、「産業カウンセラー」、「社会保険労務士」、「精神保健福祉士」、「その他」の7種類から複数選択による回答を求めた。活動頻度は、「月1回以下」、「月2～3回」、「週1～2回」、「週3回以上」、「不定期」の5区分から回答を求めた。アウトリーチコンピテンスは、効果的と考えられる支援内容が列挙され、実際の支援活動において、各項目をどの程度、重視するかについて、「まったくあてはまらない」、「あまりあてはまらない」、「どちらともいえない」、「ややあてはまる」、「よくあてはまる」の5件法による回答を求めた。各選択肢には、順に1点から5点を割り当て、当該項目を重視する程、高値になるよう得点化した。

2-4) 分析方法

アウトリーチコンピテンスを定量的に検討するため、以下の4つの分析を行った。

2-4-1) 度数分布

アウトリーチコンピテンスの回答傾向を検討するため、各項目の平均値及び標準偏差、歪度、尖度、最頻値、度数を算出した。

2-4-2) 項目反応理論

各項目の測定精度を検討するため、項目反応理論における段階反応モデル³⁾により、項目母数を推定した。推定した項目母数に基づくテスト情報曲線から、各項目の特徴と尺度値レベルごとの測定精度を検討した。なお、項目母数の推定に先立ち、探索的因子分析により、項目反応理論による分析の前提となる一次元（一因子）性の確認を行った。

2-4-3) 因子分析

アウトリーチコンピテンスの構成概念を検討するため、主因子法プロマックス回転による探索的因子分析を行った。因子数は、固有値の減衰状況に加え、因子の単純構造と解釈可能性から決定した。なお、回転後の因子負荷量が0.4未満の項目、または、複数の因子に高い因子負荷量を示し、単純構造を妨げる項目を除外した。各因子を構成する全ての項目の因子負荷量

が0.4以上を示し、単純構造が得られるまで、条件を満たさない項目を除外し、分析を繰り返した。また、最終的に得られた因子構造から確認的因子分析を行い、構成した因子モデルとデータとの適合度を検討した。さらに、最終的に得られた各因子の信頼性を検討するため、Chronbachの α 係数を算出した。

2-4-4) 多元配置分散分析

基本属性によるアウトリーチコンピテンスの差異を検討するため、性別、年齢、地域、資格、活動頻度を独立変数、アウトリーチコンピテンスの各項目及び下位尺度得点を従属変数とした多元配置分散分析を行った。なお、アウトリーチコンピテンスの下位尺度は、2-4-3) 因子分析において、得られた因子構造を採用し、各因子を構成する項目の合計得点を項目数で除した値(1項目あたりの平均値)を下位尺度得点とした。また、地域間の差異は、各地域の事情を反映していると考えられるが、必ずしも促進員の専門性等を反映した要因とは言えず、アウトリーチコンピテンスを検討する本研究の目的と合致しないことから、交絡要因として分析に投入し、結果の解釈からは除外した。

C. 結果

1) 促進員を対象とした半構造化面接

表1-1に面接対象者の属性を示した。面接には、対象者1名あたり30~40分間を要した。

面接調査の結果、アウトリーチコンピテンスについて、合計360項目(平均 27.1 ± 6.0 個/人)の回答が得られた。質問の分類別では、「動機」が40個、「活動」が44個、「資源」が49個、「評価」が49個、「留意」が143個、「葛藤」が35個であった。

収集された360項目をKJ法により、分類した結果、内容の重複または類似性から、105項目の中分類に整理された。さらに、中分類の意味内容の類似性から、69項目の大分類に整理された。大分類の項目を表1-2に示した。大分類の項目をアウトリーチコンピテンスとして質問紙調査に使用した。

2) 促進員を対象とした質問紙調査

促進員を対象とした無記名式のWeb調査の結果、176名から回答が得られた。表2-1に回答者の属性を示した。

2-1) 度数分布

表2-2にアウトリーチコンピテンスの各項目の平均値及び標準偏差、歪度、尖度、最頻値、度数を示した。

表2-2より、最頻値が「5」であり、かつ歪度が1を超える項目は、14項目であった(項目No5, 7, 10, 13, 16, 18, 35, 40, 41, 42, 54, 55, 62, 63)。中でも、最も平均値が高かったのは、項目No5「事業場の担当者の立場や気持ちに配慮する」であった。次いで、

項目 No10「事業場の意思や決定を尊重する」、No41「事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する」、No16「管理監督者研修による啓発をメンタルヘルス対策のきっかけにする」、No35「事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する」、No63「事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する」の順に平均値が高かった。いずれも平均値が 4.5 を超えていた。最頻値が「1」であり、かつ歪度が 1 を超える項目は認められなかった。最頻値が「1」であった項目は、平均値の低い順に、No14「事業場の衛生委員会に出席する」、No36「周辺の医療機関や主治医と連携する」、No31「他の促進員と協力して支援ツールを開発する」、No48「地域産業保健センターと密に連携する」、No30「他の促進員と自主的な勉強会等を行う」であった。

自由記述では、「支援活動における工夫と配慮」が 121 名（延べ 322 項目）から、「効果的と考えられる支援内容」が 102 名（延べ 258 項目）からそれぞれ回答が得られた。

2-2) 項目反応理論

図 2-1 に主因子法プロマックス回転による探索的因子分析の結果として、固有値の減衰状況を示した。第 1 因子の固有値は 15.6、次いで、第 2 因子以降では順に、3.2、2.3、1.9 であった。第 1 因子と第 2 因子の間において、固有値に最も大きな減衰が認められた。

表 2-3 に項目反応理論（段階反応モデル）に基づき推定した項目母数を示した。全 69 項目の信頼性係数は .962 であった。識別力の平均は 1.12 ± 0.31 であった。識別力が 1.0 以上を示した項目は全 69 項目の内、45 項目であった。最も識別力が高かったのは、No63「事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する」であった。次いで、識別力の高かった順に、No54「メンタルヘルス対策に必要な雛形や様式等の具体例を示して分かりやすく説明する」、No41「事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する」、No35「事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する」、No25「事業場の担当者に支援後のフォローを具体的に提案する」であった。いずれも識別力が 1.6 を上回った。項目情報曲線 (IIC) では、No63 は、尺度値レベル (θ) が -3.0 から 0 周辺で情報量が 0.9 前後で推移し、尺度値レベル 0 以上で、次第に情報量が減衰していた。No54、No41、No35 の情報量も No63 と同様の減衰状況が認められた。No25 は、尺度値レベルが -2.0 から 1.6 までの周辺で 0.8 前後の情報量が維持されていた。

図 2-2 にアウトリーチコンピテンス全 69 項目のテスト情報曲線を示した。本尺度は、尺度値レベル -2.0 から 1 周辺までにおいて、情報量が高く維持され、尺度値レベルの両極で情報量が減衰していた。また、尺度値レベル 2 周辺から、標準誤差が大きくなることが示された。

2-3) 因子分析

主因子法プロマックス回転による探索的因子分析の結果、固有値の減衰状況は、第1因子と第2因子の間で最も大きな減衰が認められ、次いで、第5因子と第6因子の間の減衰が大きかった（図1）。第9因子から固有値が1を下回った（図1）。因子数を3から9に設定して、分析を繰り返した結果、9因子構造のみ単純構造が得られなかった。固有値の減衰状況と因子の単純構造及び解釈可能性から5因子構造を採用した。最初の分析において、いずれの因子に対しても因子負荷量が0.4未満を示した25項目を削除し、再分析を行った。同様の基準により、2回目の分析では6項目、3回目では2項目、4回目では1項目を除外した。5回目の分析において、全35項目が、5因子の内、いずれか1因子のみに0.4以上の因子負荷量を示し、単純構造が認められた。いずれの分析においても、因子を構成する項目が因子間で入れ替わることはなく、同様の因子構造が認められた。

表2-4に最終的に採用した5因子構造の5回目の分析結果を示した。各因子のCronbachの α 係数を算出した結果、第1因子から順に、0.847, 0.851, 0.761, 0.797, 0.801であった。確認的因子分析により、最終的に採用した5因子モデルとデータとの適合度を推定した結果、GFI:0.760, AGFI:0.722, RMSEA:0.060であった。

2-4) 多元配置分散分析

表2-5から表2-14までに、多元配置分散分析の結果を示した。

表2-5から、有意な性差が認められた項目は、No2, No7, No16, No17, No26, No35, No60であり、No13, No15, No38, No55, 及び下位尺度の第1因子（「事業場への配慮」）の性差に有意傾向が認められた。No13, No15, No26は、女性よりも男性の得点が高く、それ以外の項目及び下位尺度は男性よりも女性の得点が高かった。

表2-6から、有意な年代差が認められた項目は、No9, No11, No30, No46, No53, No57, No58, 及び下位尺度の第4因子（「地域資源の活用」）であり、No14, No18, No31, No33, No50, No55, No56, No59, No60, No67, 及び下位尺度の第2因子（「センター内の連携」）の年代差に有意傾向が認められた。No9, No11, No50, No55, No67及び第4因子（「地域資源の活用」）は、60歳以上において、最も得点が高かった。No14は、50歳代において、最も得点が高かった。No18, No30, No31, No33, No46, No53, No56, No58, No59, No60, 及び第2因子（「センター内の連携」）は、40歳代において、最も得点が高かった。No57は、30歳代において、最も得点が高かった。

表2-7から、活動頻度の主効果が有意であった項目は、No3, No15, No51, No54, No55, No64, 及び第3因子（「モチベーション」）であり、No26, No28, No52, No53, No59, No62, No67では活動頻度の主効果が有意傾向であった。No3, No15, No28, No59, No67は「月

1 回以下」の得点が最も高かった。No53, No54, No62 は「週 1～2 回」の得点が最も高かった。No26, No51, No52, No55, No64, 及び第 3 因子（「モチベーション」）は「週 3 回以上」の得点が最も高かった。

表 2-8 から、労働衛生コンサルタント資格の有無による差異が有意であった項目は、No6, No9, No11, No29, No52, No57, No68 であり、No16, No18, No26, No28, No44, No45, No49, No59, 及び第 4 因子（「地域資源の活用」）では労働衛生コンサルタント資格の有無による差異が有意傾向であった。この内、No6, No9, No18, No44, No45, No49, No52, No57, No59, No68, 及び第 4 因子（「地域資源の活用」）は、労働衛生コンサルタントの有資格者の得点が高かった。

表 2-9 から、保健師・看護師資格の有無による差異が有意であった項目は、No4, No18, No36, No41, No56, No60 であり、No1, No27, No37, No49, No68 では保健師・看護師資格の有無による差異が有意傾向であった。この内、No68 以外は、いずれの項目も保健師・看護師の有資格者の得点が高かった。

表 2-10 から、衛生管理者資格の有無による差異が有意であった項目は、No8, No9, No19, No34, No37, No38, No44, No45, No47, No48, No57, No58, No62, 及び第 3 因子（「モチベーション」）、第 4 因子（「地域資源の活用」）であり、No2, No5, No50, No52, No60, No68 では衛生管理者資格の有無による差異が有意傾向であった。この内、

No5 以外は、いずれの項目及び下位尺度も衛生管理者の有資格者の得点が高かった。

表 2-11 から、臨床心理士資格の有無による差異が有意であった項目は、No38, No62 であり、No36 では臨床心理士資格の有無による差異が有意傾向であった。いずれの項目も臨床心理士の有資格者の得点が高かった。

表 2-12 から、産業カウンセラー資格の有無による差異が有意であった項目は、No14, No36, No56 であり、No17, No18, No20, No21, No22, No59 では産業カウンセラー資格の有無による差異が有意傾向であった。この内、No17 以外は、いずれの項目も産業カウンセラーの有資格者の得点が高かった。

表 2-13 から、社会保険労務士資格の有無による差異が有意であった項目は、No13, No34 であり、No23 では社会保険労務士資格の有無による差異が有意傾向であった。いずれの項目も社会保険労務士の有資格者の得点が低かった。

表 2-14 から、精神保健福祉士資格の有無による差異が有意であった項目は、No51, No52 であり、No1, No14, No22, No24, 及び第 3 因子（「モチベーション」）では精神保健福祉士資格の有無による差異が有意傾向であった。この内、No14 以外は、いずれの項目も精神保健福祉士の有資格者の得点が高かった。

D. 考察

1) 促進員を対象とした半構造化面接

面接調査の結果、アウトリーチコンピテンスについて、支援活動において留意している点を中心に幅広く多数の項目が得られた。KJ法により、分類した結果、意味内容の重複及び類似性に基づいて、360項目から69項目と、全体の2割に集約でき、大分類はいずれも複数の項目から構成され、単一の項目で構成される大分類が少ないことから、理論的飽和が得られたと考えられる。

本面接調査は、本部及び各センターの運営責任者から、促進員として特に実績を上げていると推薦を得た者を対象としている。そのため、本面談調査において得られた項目は、いずれも、公的なアウトリーチの支援専門家に求められるコンピテンス、すなわち、アウトリーチコンピテンスとして妥当な内容であると考えられる。さらに、これらの項目は、事業場の経営者や担当者等、支援先への配慮とアセスメントから、支援センターや地域の資源の活用、自身の活動への動機づけまで幅広く項目が収集され、アウトリーチによる支援活動において、多様な工夫が求められることが示唆された。

2) 促進員を対象とした質問紙調査

本質問紙調査では、全国の促進員の約半数から回答が得られ、また、全ての地域から回答が得られた。これらのことから、促進員の活動の全容が反映されており、アウトリーチコンピテンスを検討するデータとして妥当であ

ると考えられる。

2-1) 度数分布

大半の促進員が、事業場の要望や決定を尊重し、事業上の担当者の立場や理解に応じて段階的に支援を講じていることが示唆された。これらは、アウトリーチによる支援活動において常に求められる中核的なコンピテンスであると考えられる。

一方で、日程調整を要する支援先事業場の衛生委員会への出席や支援センター内外の専門家との連携は、相対的に実行が困難なコンピテンスであることが示唆された。専門家との連携は、アウトリーチ支援において、応用的なコンピテンスであると考えられる。

また、質問紙調査において得られた自由記述の回答の大半は、面接調査にもとづいて構成したアウトリーチコンピテンスのいずれかの項目に意味内容が類似しており、面接調査による項目収集の理論的飽和が示唆された。

2-2) 項目反応理論

固有値の減衰状況から、本調査で使用したアウトリーチコンピテンスの69項目には1次元性が確認され、項目反応理論による検討の前提条件を満たしていると考えられた。

項目母数を推定した結果、識別力は1を超える項目が、全体の約7割を占め、大半の項目が、アウトリーチコンピテンスのレベルを適切に評価し得る項目であることが示唆された。

識別力の高かった項目は、アウトリーチコンピテンスの低いレベルにおいて高い情報量を保持している項目が多かった。支援先事業場の要請や事情、理解の程度を踏まえて柔軟に対応することが、アウトリーチ支援において基礎的なコンピテンスであることが示唆された。一方で、メンタルヘルス対策の非専門家である事業場担当者に、支援後のフォローや活動を具体的に指導し、事業場内の自律的な対策としての定着を試みる方法は、中等度以上のコンピテンスであることが示唆された。

また、テスト情報曲線から、本尺度はアウトリーチコンピテンスの非常に低いレベルから中等度あるいは+1標準偏差程度の高いレベルまでを幅広く評価できることが示唆された。ただし、アウトリーチコンピテンスの低いレベルでは、測定の誤差が小さいものの、2標準偏差を超える高いレベルでは、測定誤差が大きくなる可能性が示された。すなわち、本研究で使用したアウトリーチコンピテンスは、基礎的な要素から構成され、アウトリーチ支援専門家の初任者あるいは中級者までのコンピテンスを評価するのに適していると考えられる。本尺度を構成するアウトリーチコンピテンスは、特に、未経験者や初任者等をアウトリーチ支援専門家として養成する場合等において、参考となると考えられる。

2-3) 因子分析

探索的因子分析の結果、固有値の減衰状況、因子の単純構造と解釈可能性

から5因子解を採用した。因子負荷量の低い項目を除外し、最終的に構成した尺度では、十分な信頼性と因子的妥当性を備えていることが示唆された。

第1因子は、事業場のニーズや経営状況、地域性等の事情、担当者の立場等を考慮した対応を示す項目から構成され、「事業場への配慮」と命名した。第2因子は、支援センターの促進員や相談員、所長等との連携・協力を示す項目から構成され、「センター内の連携」と命名した。第3因子は、支援活動への張り合いや支援活動の準備を厭わない姿勢、自己研鑽等、支援活動への動機づけに関連する項目から構成され、「モチベーション」と命名した。第4因子は、地域の行政や医療機関、相談機関等の外部資源の活用に関連する項目から構成され、「地域資源の活用」と命名した。第5因子は、支援による事業場の変化やニーズの多面的な把握、支援に対する事業場の所感等の収集を通じて、現状の把握に努める項目から構成され、「アセスメント」と命名した。

支援の内容や回数等、限られた条件での支援活動を求められる公的なアウトリーチ支援では、事業場への配慮等の基礎的なコンピテンスから、他の地域資源への橋渡し、専門家間での連携、現状を踏まえた段階的な支援を可能にするアセスメント等、多様なコンピテンスが求められることが示唆された。また、事業場に対する支援において発揮されるコンピテンスにとどまらず、支援活動に対する自身の動機

づけに関連する工夫も重要となることが示唆された。

2-4) 多元配置分散分析

多元配置分散分析の結果、支援先への配慮は男性よりも女性において、特に重視されていることが明らかになった。一方で、事業場内産業保健スタッフや支援センターの専門家等、内外の資源の活用は、男性において、顕著に発揮されていることが明らかとなった。

60歳以上の促進員は、事業場における安全衛生全般の課題に意識を向け、地域資源と連携をはかる等、視野の広い活動を展開していることが示唆された。また、幅広く自己研鑽の機会を設けていることも示された。特定の専門的課題に特化するのではなく、総括的な支援を展開するためには、専門家としての一定の経験が必要とされることが考えられた。50歳代の促進員は、衛生委員会を支援の対象として重視していることが示唆された。40歳代の促進員では、地域に足を運ぶ周知・啓発活動が重視され、支援センターの促進員間でも、事業場に対する支援活動に直接関連した連携にとどまらず、勉強会や支援ツールの開発等、ネットワークやツール等の体制整備に幅広く活発に活動していると考えられる。30

歳代の促進員は、支援先事業場内でのメンタルヘルス対策に関連した既存の活動の把握を重視していることが示唆された。事業場の既存の活動を支援の足がかりとして、無理なくメンタルヘルス対策を整備する動機づけを重視している可能性が考えられる。

活動頻度が月1回以下の促進員は、事業場内の担当者の養成や産業保健スタッフとの連携を重視し、事業場の変化を観察していることが示唆された。限られた支援で効率的にメンタルヘルス対策を整備するために、事業場内資源の充実強化を通じて、自律的な活動としての定着を試みていると考えられる。週1回程度、活動している促進員は、支援先事業場に対して、様式等の具体例を示し、記録等での活用を促すことを通じて、メンタルヘルス対策の整備を支援していることが示唆された。また、支援内容を促進員が柔軟に判断できることも重視されていた。具体的にどのような様式等のツールが必要になるかは、事業場によって異なることが想定され、専門家としての判断が重要となると考えられる。活動頻度が週3回以上に及ぶ促進員は、支援活動へのモチベーションを維持向上するための工夫が重視され、支援センターの相談員や所長と連携し、事業場に対して継続的に支援を展開していることが示唆された。活動頻度が多い程、専門家との連携の機会が増え、事業場に対しても継続的な支援が可能となると考えられる。一方で、支援

活動に対する動機づけとして、アウトリーチ支援専門家の社会的意義等を理解し、自己研鑽を重ね、粘り強く事業場にかかわる姿勢も求められると考えられる。

専門性によるアウトリーチコンピテンスの差異については、労働衛生コンサルタントの有資格者において、安全衛生活動全般への配慮や事業場内外の資源の活用等、幅広い視野に基づく専門的な支援が展開されていることが示唆された。一方、支援センターの専門家との連携は、相対的に少ないことが示唆された。安全衛生に関する高度な専門性を有することから、支援活動においても、必ずしも他の専門家の協力を必要としない可能性も考えられる。

保健師・看護師では、地域、支援センター、事業場内のそれぞれの資源の活用が重視され、支援先事業場の要望に柔軟に対応していることが示唆された。一方、準備や移動等、支援活動に要する負担が相対的に強いことが示唆された。他職種連携によるチーム対応の専門性を活かして、多様な要望に幅広く対応しているものの、多様な対応により負担感も増大しやすい可能性も考えられる。

衛生管理者では、事業場内資源と地域資源を効果的に組み合わせて自律的な対策の整備を推進していることが示唆された。事業場内での衛生管理者としての経験が、効率的な対策の整備に寄与していると考えられる。一方で、事業場担当者への配慮が相対的に

少ないことが示唆された。実際の支援においては、事業場担当者と専門性を同じくすることも少なくないことが想定される。結果的に、事業場内における専門家としてのあるべき姿が経験的に得られており、配慮にとどまらない実践的な指導が提供されている可能性も考えられる。また、事業場内のキーパーソンの協力が得られにくい等の実践的な課題に対しても、豊富な実務経験が、粘り強い支援を展開する動機づけに活かされていると考えられる。

臨床心理士では、医療機関との連携や記録の重視等、個別事例対応を得意とする専門性を活かした支援活動を展開していることが示唆された。

産業カウンセラーでは、個別的な対応に向けた準備よりも、教育研修を主とした啓発的・導入的な支援活動を展開していることが示唆された。

社会保険労務士では、労務問題等、専門家の関与が欠かせない諸課題において専門性が活かされている可能性が考えられた。メンタルヘルス対策に関連する制度・体制の整備には、労務上、法務上の専門知識を求められることも少なくないことから、事業場におけるこれらの基盤づくりに寄与していることが示唆された。

精神保健福祉士では、ニーズを踏まえた粘り強い支援が展開されていることが示唆された。障害をはじめとする短期的な解決が困難な事案に対して、当事者のニーズを尊重し、継続的な関わりと社会資源の活用を通じて

支援を展開する本来の専門性がアウトリーチコンピテンスにも応用されている可能性が考えられる。

2-5) 総合的考察

本研究では、公的アウトリーチの支援専門家である促進員が、実際の事業場においてメンタルヘルス対策を整備するために、効果的と判断した支援内容を収集し、アウトリーチコンピテンスを検討した。その結果、事業場への配慮に加え、現状やニーズ等の把握に努める支援活動に直接関連する基礎的なコンピテンスから、幅広い視野による地域資源の活用や支援センター内の専門家との連携等、間接的に支援活動に寄与する応用的なコンピテンスに加え、真摯な支援活動への動機づけの工夫まで、多様なコンピテンスが重要であることが示された。これらは、内容的妥当性の高い検討であると考えられるが、支援先事業場についての評価・検討を行っていないことから、基準関連妥当性には限界が残されている。例えば、本研究で得られたアウトリーチコンピテンスが、支援先事業場において、いかなる変化を導くかは明らかにできていない。職場のメンタルヘルス対策は、労働者の心の健康の保持増進を目的としていることは言うまでもない。しかし、個人の精神的健康は、業務上・業務外を問わず多様な要因によって左右されることから、精神的健康の保持増進には、必要に応じて専門家による個別的な対応も欠かせない。すなわち、促進員が推

進する事業場における産業精神保健の啓発、体制・対策の整備だけでは、必ずしも労働者個人の精神的健康の保持増進に直接的に寄与できるとは限らない。事業場を対象とした縦断的な調査研究を通じて、本研究により整理されたアウトリーチコンピテンスが労働者の精神的健康に及ぼす効果を検討する必要がある。さらに、アウトリーチコンピテンスによる職業性ストレスの緩和や産業精神保健体制の充実等、精神的健康の保持増進に間接的に寄与する効果の有無等の検討も重要と考えられる。また、本研究で整理されたアウトリーチコンピテンスが、多様な業種・職種の事業場を支援先として想定した場合にも効果が認められるか、交差妥当性の検討も求められる。

これらの限界は、現在の支援センター事業においても重要な課題であると考えられる。支援先事業場を対象とした調査研究によるアウトリーチコンピテンスのさらなる妥当性の検討は、アウトリーチ支援専門家の養成及びアウトリーチ支援の質の維持向上に重要な知見をもたらすと考えられる。しかし、事業の性質上、各促進員が、中長期に渡り継続的に特定の事業場をフォローすることが困難であることから、事業場を対象とした支援効果等の評価には、本部あるいは支援センターが主体となる組織的な枠組みが重要になると考えられる。

組織的な枠組みという点から、専門性の発揮を促す仕組みも重要と考え

られる。本研究では、アウトリーチ支援を担う専門家には多様な専門性が求められることを明らかにした。また、これらの専門性を活かすためには、支援活動に対する動機づけも重要であることが示唆された。ただし、このような動機づけは、専門家自身による工夫等にとどまらず、アウトリーチ支援を展開する組織やルールに左右されることが窺い知れる。例えば、事業場のニーズに応じた支援を提供するには、多様な専門性を適切に使い分ける必要があると考えられ、支援の内容と方法の決定には、事業場に直接接する専門家の裁量が重要と考えられる。本研究においても、このような裁量が促進員の動機づけに寄与していることが示唆された。さらに、本研究では、アウトリーチ支援において、地域資源や支援センターの他の専門家等との連携の重要性が示唆された。これらの連携は、促進員の専門分野や経験等の属性に少なからず左右されることも示唆された。専門家の背景による差異を建設的に活かすためにも、支援活動の実施機関における専門家間の意見・情報交換等を促す仕組みが重要になると考えられる。これらの裁量権や専門家間の連携に関する課題は、専門家自身での対応が困難であると考えられ、組織的な枠組みが重要と考えられる。

E. 結論

【付録:用語解説】

本研究では、半構造化面接及び質問紙調査を通じて、公的なアウトリーチ支援を担う専門家のコンピテンスを検討した結果、多様なアウトリーチコンピテンスを明らかにし、十分な信頼性と内容的妥当性を確認した。しかし、アウトリーチコンピテンスの妥当性及びアウトリーチ支援の効果の検討には、今後、支援先事業場も対象に含めた縦断的研究も必要と考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

H. 引用文献

- 1) 厚生労働省労働基準局 労働者の心の健康の保持増進について
基発0331001号, 2006
- 2) 永田頌史（研究代表） 産業医学振興財団受託研究「中小規模事業場におけるメンタルヘルス対策の進め方に関する研究」平成19年度研究報告書 2008
- 3) Samejima 1969 Psychometric Monograph, No.17.

（度数分布）

- 歪度
分布の形状（特に，正規性：左右の対称性）を示す指標。値が 0 に近いほど，分布の形状が左右対称であり，正規分布に近いと判断される。0 を基準に値が大きい（正の値）ほど，分布の形状が正の方向に偏っている（高得点域の裾野が長い），すなわち，高得点域の回答が幅広く得られていると解釈する。同様に，値が小さいほど（負の値），分布の形状が正の方向に偏っている（低得点域の裾野が長い），すなわち，低得点域の回答が幅広く得られていると解釈する。
- 尖度
分布の形状（正規性：左右の対称性）を示す指標。値が 0 に近いほど，正規分布に近い形状と判断される。0 を基準に値が大きい（正の値）ほど，分布の形状が尖っている，すなわち，特定の回答に集中し，回答が偏っていると解釈する。同様に，値が小さいほど（負の値），分布の形状が扁平である，すなわち，全ての選択肢に偏りなく回答が得られていると解釈する。
- 最頻値
回答が得られた対象者の内，最も多くの対象者が回答した選択肢の値。

（項目反応理論）

- 項目母数
項目反応理論に基づく分析により推定される一連の指標であり，困難度と識別力に大別される。困難度 (b_i) とは，各項目の難しさ，すなわち，当該項目（尺度）を肯定または正答するために求められる特性（当該尺度で測定される構成概念）の水準を示す指標である。識別力 (a) とは，特性の水準の識別，すなわち，特性の水準の高い回答者と低い回答者を識別できる程度を示す指標である。
- 項目情報曲線
当該尺度で測定される特性の水準ごとに，各項目の項目母数から定義される情報量を示したグラフ。情報量が高いほど，該当する特性の水準を測定する精度が高いと解釈する。
- テスト情報曲線
各項目の項目情報曲線を積算し，当該尺度全体の測定精度を判断するグラフ。

（因子分析）

- 固有値

得られたデータの変動を各因子によって説明できる程度を表す指標。値が大きいほど、当該因子が、データ、すなわち、対象者の特徴を説明できていると解釈する。

- 因子負荷量
ある特定の構成概念（因子）の特徴・影響が、尺度を構成する各項目にどの程度、反映されているかを示す指標。値が大きいほど、因子と各項目との関連が強いと解釈される。
- 単純構造
尺度を構成する項目の因子負荷量が、ある特定の一因子のみに高値を示している状態。複数の因子からの因子負荷量が同程度に高値を示す項目は、異なる因子の特徴が同時に反映され、当該項目はどのような概念の特徴を表しているか明確に弁別できないため、特定の因子の測定には適していない項目と判断される。
- Chronbach's α 係数
測定の一貫性を表す指標（内的整合性）。同一の構成概念を測定する項目群は、項目間の関連が強くなり（尺度を構成する項目群の回答傾向が一貫する）、異なる構成概念を測定する項目が混在する場合は、項目間の関連が弱くなる（尺度を構成する項目群の回答傾向が一貫しない）。値が 1 に近いほど、項目群の回答傾向が一貫し、同一の構成概念を測定する項目群として整合性が保たれていると解釈する。

（項目収集）

- 理論的飽和
特定の概念の特徴が網羅できている状態。面接、質問紙等により同一の概念の特徴の収集を繰り返しても、既に収集された内容と類似した回答が得られ、新たな内容が得られない状態。

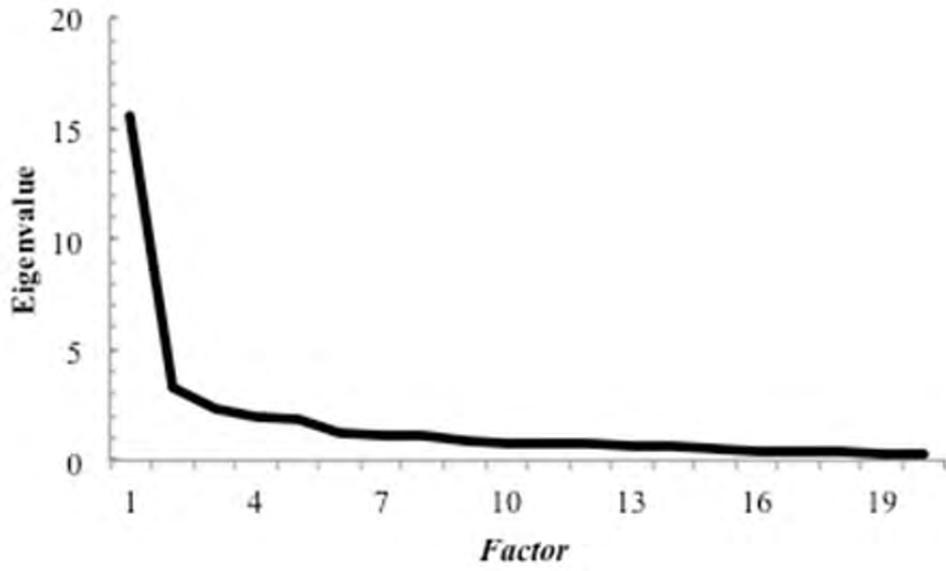


図 2-1 : 探索的因子分析における固有値の減衰状況

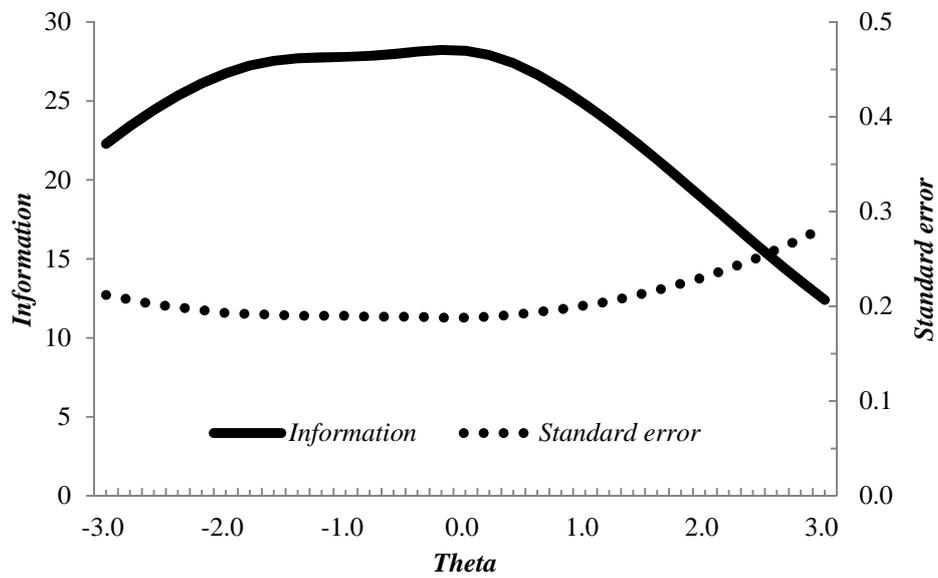


図 2-2 : アウトリーチコンピテンス全 69 項目のテスト情報曲線

表1-1：面接対象者の属性

	N (%)
Sex	
<i>Male</i>	4 (28.6)
<i>Female</i>	10 (71.4)
Age	
30's yrs	9 (5.2)
40's yrs	46 (26.4)
50's yrs	52 (29.9)
60's yrs	67 (38.5)
Affiliation	
石川	4 (28.6)
京都	6 (42.9)
福岡	4 (28.6)
労働衛生コンサルタント	
<i>Yes</i>	1 (7.1)
保健師・看護師	
<i>Yes</i>	2 (14.3)
衛生管理者	
<i>Yes</i>	3 (21.4)
臨床心理士	
<i>Yes</i>	9 (64.3)
産業カウンセラー	
<i>Yes</i>	9 (64.3)
社会保険労務士	
<i>Yes</i>	7 (50.0)

表1-2：面接により得られた大分類項目

No	Item
1	事業場内のキーパーソンを見つける
2	事業場の担当者に他の労働者と協力して対策を推進するよう促す
3	事業場の担当者に別の担当者を育てるよう促す
4	事業場内にメンタルヘルス対策のキーパーソンを育てる
5	事業場の担当者の立場や気持ちに配慮する
6	事業場の組織図を支援活動の参考にする
7	訪問前にメールや電話等で事業場のニーズを確認する
8	安全衛生活動全般から幅広く事業場のニーズを把握する
9	メンタルヘルス以外の安全衛生活動の相談にも対応する
10	事業場の意思や決定を尊重する
11	事業場の担当者だけでなく、事業主にも面会を求める
12	事業場内の複数の方からニーズを聴く
13	事業主や事業場の担当者のメンタルヘルス対策への理解や意識を確認する
14	事業場の衛生委員会に出席する
15	事業場の産業医や保健師等と面会する
16	管理監督者研修による啓蒙をメンタルヘルス対策のきっかけにする
17	相談窓口の整備を促す
18	事業場のニーズに応じた教育研修の企画立案を支援する
19	事業場のニーズに応じた教育研修の講師を紹介する
20	教育研修の内容を複数回に分けて、段階的に深化させる
21	教育研修を行う際には、参加者に自分なりの目標を設定してもらおう
22	教育研修の受講者アンケートや参加率から所感やニーズを確認する
23	教育研修等の支援内容を他の労働者にも教えられるように伝え方も指導する
24	教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する
25	事業場の担当者に支援後のフォローを具体的に提案する
26	センターの所長や相談員に相談する
27	センターの相談員と密に連携する
28	他地域のセンターの促進員の活動を参考にする
29	他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する
30	他の促進員と自主的な勉強会等を行う
31	他の促進員と協力して支援ツールを開発する
32	既存の支援ツールを分かりやすくつくり直す
33	他の促進員と密に連携する
34	専門家に依存しない自律的なメンタルヘルス対策の展開を支援する
35	事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する
36	周辺の医療機関や主治医と連携する
37	個人的な人脈を活かす
38	地域性を考慮して対応する

表2-1：質問紙調査の回答者属性

No	Item	N	(%)
39	事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する	69	(39.7)
40	事業場に無理のない対策を検討し、提案する	105	(60.3)
41	事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する		
42	メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ	9	(5.2)
43	公的機関の支援者として中立の立場を守る	46	(26.4)
44	事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる	52	(29.9)
45	労働局や労働基準監督署と情報交換を行う	67	(38.5)
46	行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う		
47	地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う		
48	地域産業保健センターと密に連携する		
49	事業場外資源の種類と機能を分かりやすく説明する		
50	地域のリーワープログラムと密に連携する	52	(29.5)
51	支援活動を楽しめる	27	(15.3)
52	事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心が乏しくも活動に張り合いを感じる	29	(16.5)
53	事業場への支援内容は、促進員が自由に判断できる	17	(9.7)
54	メンタルヘルス対策に必要な態勢や様式等の具体例を示して分かりやすく説明する	18	(10.2)
55	勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深める	16	(9.1)
56	事業場内でメンタルヘルス対策の好事例を見つける	2	(1.1)
57	事業場内で行われているメンタルヘルス対策以外の既存の活動とメンタルヘルス対策の共通点を説明	15	(8.5)
58	社内報やイントラネット等、事業場内の既存の媒体を利用して啓発を行う		
59	周知活動を通じて業界や地域ごとのニーズを把握する		
60	事業場の意欲や対策の進捗状況を一覧等として整理し、効果的にフォローする	7	(4.0)
61	メンタルヘルス対策を展開する仕組みや体制、計画の整備を促す	72	(41.1)
62	事業場内でメンタルヘルス対策に関連する記録を残すよう促す	55	(31.4)
63	事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する	18	(10.3)
64	複数回にわたる継続的な支援を行う	23	(13.1)
65	継続的に対応できる事業場外資源を紹介する		
66	ストレス調査をセルフケアの促進や対策の効果評価に活用する		
67	支援による事業場の変化を観察する		
68	支援に要する準備や移動の時間等が苦にならない		
69	実際の職場を巡視・見学する		

表1-2：面接により得られた大分類項目（続き）

No	Item
39	事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する
40	事業場に無理のない対策を検討し、提案する
41	事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する
42	メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ
43	公的機関の支援者として中立の立場を守る
44	事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる
45	労働局や労働基準監督署と情報交換を行う
46	行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う
47	地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う
48	地域産業保健センターと密に連携する
49	事業場外資源の種類と機能を分かりやすく説明する
50	地域のリーワープログラムと密に連携する
51	支援活動を楽しめる
52	事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心が乏しくも活動に張り合いを感じる
53	事業場への支援内容は、促進員が自由に判断できる
54	メンタルヘルス対策に必要な態勢や様式等の具体例を示して分かりやすく説明する
55	勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深める
56	事業場内でメンタルヘルス対策の好事例を見つける
57	事業場内で行われているメンタルヘルス対策以外の既存の活動とメンタルヘルス対策の共通点を説明
58	社内報やイントラネット等、事業場内の既存の媒体を利用して啓発を行う
59	周知活動を通じて業界や地域ごとのニーズを把握する
60	事業場の意欲や対策の進捗状況を一覧等として整理し、効果的にフォローする
61	メンタルヘルス対策を展開する仕組みや体制、計画の整備を促す
62	事業場内でメンタルヘルス対策に関連する記録を残すよう促す
63	事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する
64	複数回にわたる継続的な支援を行う
65	継続的に対応できる事業場外資源を紹介する
66	ストレス調査をセルフケアの促進や対策の効果評価に活用する
67	支援による事業場の変化を観察する
68	支援に要する準備や移動の時間等が苦にならない
69	実際の職場を巡視・見学する

表2-2: アウトリーチコンピテンスの得点分布

No	Item	M	(SD)	Skewness	Kurtosis	Mode	Frequency distribution				
							1	2	3	4	5
							N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1	事業場内のキーパーソンを見つける	4.05	(0.97)	-0.91	0.43	5	3 (1.7)	9 (5.2)	32 (18.4)	62 (35.6)	68 (39.1)
2	事業場の担当者に他の労働者と協力して対策を推進するよう促す	3.98	(1.01)	-0.75	-0.22	5	2 (1.1)	15 (8.6)	33 (18.9)	59 (33.7)	66 (37.7)
3	事業場の担当者に別の担当者を育てるよう促す	3.15	(1.09)	-0.18	-0.71	4	12 (7.0)	38 (22.2)	50 (29.2)	55 (32.2)	16 (9.4)
4	事業場内にメンタルヘルス対策のキーパーソンを育てる	3.94	(0.98)	-0.77	-0.04	4	2 (1.1)	16 (9.2)	29 (16.7)	70 (40.2)	57 (32.8)
5	事業場の担当者の立場や気持ちに配慮する	4.67	(0.66)	-2.61	8.41	5	1 (0.6)	3 (1.7)	4 (2.3)	37 (21.0)	131 (74.4)
6	事業場の組織図を支援活動の参考にする	3.78	(1.06)	-0.63	-0.37	4	4 (2.3)	21 (12.1)	34 (19.5)	65 (37.4)	50 (28.7)
7	訪問前にメールや電話等で事業場のニーズを確認する	4.17	(0.95)	-1.02	0.47	5	2 (1.1)	9 (5.1)	28 (16.0)	55 (31.4)	81 (46.3)
8	安全衛生活動全般から幅広く事業場のニーズを把握する	3.97	(1.02)	-0.78	-0.06	5	3 (1.7)	14 (8.0)	34 (19.3)	60 (34.1)	65 (36.9)
9	メンタルヘルス以外の安全衛生活動の相談にも対応する	3.64	(1.23)	-0.53	-0.81	5	10 (5.7)	27 (15.3)	35 (19.9)	48 (27.3)	56 (31.8)
10	事業場の意思や決定を尊重する	4.63	(0.55)	-1.36	2.09	5	0 (0.0)	1 (0.6)	3 (1.7)	56 (32.0)	115 (65.7)
11	事業場の担当者だけでなく、事業主にも面会を求める	2.84	(1.12)	-0.08	-0.74	3	26 (14.9)	37 (21.1)	61 (34.9)	41 (23.4)	10 (5.7)
12	事業場内の複数の方からニーズを聴く	2.91	(1.10)	0.03	-0.78	3	18 (10.2)	49 (27.8)	52 (29.5)	45 (25.6)	12 (6.8)
13	事業主や事業場の担当者のメンタルヘルス対策への理解や意識を確認する	4.47	(0.68)	-1.24	1.52	5	0 (0.0)	3 (1.7)	10 (5.7)	64 (36.6)	98 (56.0)

表2-2: アウトリーチコンピテンスの得点分布(続き)

No	Item	M	(SD)	Skewness	Kurtosis	Mode	Frequency distribution				
							1	2	3	4	5
							N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
14	事業場の衛生委員会に出席する	2.25	(1.17)	0.39	-1.11	1	65 (37.1)	36 (20.6)	42 (24.0)	29 (16.6)	3 (1.7)
15	事業場の産業医や保健師等と面会する	2.39	(1.09)	0.31	-0.81	2	44 (25.1)	53 (30.3)	47 (26.9)	27 (15.4)	4 (2.3)
16	管理監督者研修による啓発をメンタルヘルス対策のきっかけにする	4.51	(0.75)	-1.58	2.09	5	0 (0.0)	5 (2.9)	12 (6.9)	46 (26.3)	112 (64.0)
17	相談窓口の整備を促す	4.22	(0.85)	-0.94	0.55	5	1 (0.6)	5 (2.9)	27 (15.4)	64 (36.6)	78 (44.6)
18	事業場のニーズに応じた教育研修の企画立案を支援する	4.20	(0.95)	-1.18	1.11	5	3 (1.7)	7 (4.0)	25 (14.4)	57 (32.8)	82 (47.1)
19	事業場のニーズに応じた教育研修の講師を紹介する	2.94	(1.24)	-0.12	-1.01	4	30 (17.1)	33 (18.9)	47 (26.9)	48 (27.4)	17 (9.7)
20	教育研修の内容を複数回に分けて、段階的に深化させる	3.08	(1.38)	-0.14	-1.18	3	33 (18.8)	27 (15.3)	42 (23.9)	41 (23.3)	33 (18.8)
21	教育研修を行う際には、参加者に自分なりの目標を設定してもらう	2.84	(1.16)	0.05	-0.59	3	28 (16.1)	32 (18.4)	70 (40.2)	28 (16.1)	16 (9.2)
22	教育研修の受講者アンケートや参加率から所感やニーズを確認する	3.24	(1.21)	-0.25	-0.81	3	18 (10.3)	29 (16.7)	50 (28.7)	48 (27.6)	29 (16.7)
23	教育研修等の支援内容を他の労働者にも教えられるように伝え方も指導する	3.43	(1.07)	-0.58	-0.23	4	11 (6.4)	22 (12.7)	45 (26.0)	72 (41.6)	23 (13.3)
24	教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する	4.11	(0.85)	-0.88	0.89	4	2 (1.1)	4 (2.3)	31 (17.7)	74 (42.3)	64 (36.6)
25	事業場の担当者に支援後のフォローを具体的に提案する	3.74	(1.00)	-0.67	0.26	4	6 (3.4)	11 (6.3)	47 (26.9)	70 (40.0)	41 (23.4)
26	センターの所長や相談員に相談する	3.37	(1.15)	-0.38	-0.78	4	11 (6.4)	34 (19.8)	35 (20.3)	65 (37.8)	27 (15.7)

表2-2：アウトリーチコンピテンスの得点分布（続き）

No	Item	M	(SD)	Skewness	Kurtosis	Mode	Frequency distribution				
							1	2	3	4	5
							N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
27	センターの相談員と密に連携する	3.13	(1.26)	-0.14	-1.08	4	20 (11.6)	41 (23.7)	35 (20.2)	51 (29.5)	26 (15.0)
28	他地域のセンターの促進員の活動を参考にする	3.08	(1.13)	-0.43	-0.78	4	21 (12.3)	30 (17.5)	44 (25.7)	66 (38.6)	10 (5.8)
29	他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する	3.48	(1.08)	-0.69	0.03	4	13 (7.4)	15 (8.6)	48 (27.4)	73 (41.7)	26 (14.9)
30	他の促進員と自主的な勉強会等を行う	2.64	(1.27)	0.16	-1.13	1	44 (25.3)	38 (21.8)	41 (23.6)	39 (22.4)	12 (6.9)
31	他の促進員と協力して支援ツールを開発する	2.46	(1.29)	0.50	-0.85	1	51 (29.5)	47 (27.2)	35 (20.2)	25 (14.5)	15 (8.7)
32	既存の支援ツールを分かりやすくつくり直す	3.84	(1.09)	-0.90	0.26	4	8 (4.7)	13 (7.6)	31 (18.1)	66 (38.6)	53 (31.0)
33	他の促進員と密に連携する	3.18	(1.22)	-0.10	-0.96	3	16 (9.2)	39 (22.4)	46 (26.4)	44 (25.3)	29 (16.7)
34	専門家に依存しない自律的なメンタルヘルス対策の展開を支援する	3.08	(1.07)	-0.16	-0.36	3	16 (9.2)	28 (16.2)	71 (41.0)	42 (24.3)	16 (9.2)
35	事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する	4.51	(0.70)	-1.70	4.02	5	1 (0.6)	2 (1.1)	9 (5.1)	58 (33.0)	106 (60.2)
36	周辺の医療機関や主治医と連携する	2.41	(1.22)	0.42	-0.79	1	55 (31.3)	38 (21.6)	50 (28.4)	22 (12.5)	11 (6.3)
37	個人的な人脈を活かす	3.13	(1.23)	-0.24	-0.86	3	23 (13.2)	28 (16.1)	50 (28.7)	49 (28.2)	24 (13.8)
38	地域性を考慮して対応する	3.84	(1.05)	-0.78	0.12	4	6 (3.4)	13 (7.4)	38 (21.6)	65 (36.9)	54 (30.7)
39	事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する	4.01	(0.97)	-0.81	-0.10	4	1 (0.6)	17 (9.7)	25 (14.2)	70 (39.8)	63 (35.8)

表2-2：アウトリーチコンピテンスの得点分布（続き）

No	Item	M	(SD)	Skewness	Kurtosis	Mode	Frequency distribution				
							1	2	3	4	5
							N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
40	事業場に無理のない対策を検討し、提案する	4.49	(0.70)	-1.65	3.85	5	1 (0.6)	2 (1.1)	9 (5.2)	60 (34.5)	102 (58.6)
41	事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する	4.59	(0.58)	-1.27	1.60	5	0 (0.0)	1 (0.6)	5 (2.9)	58 (33.3)	110 (63.2)
42	メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ	4.20	(0.91)	-1.10	1.12	5	3 (1.7)	3 (1.7)	31 (17.8)	56 (32.2)	81 (46.6)
43	公的機関の支援者として中立の立場を守る	4.32	(0.82)	-0.98	0.10	5	0 (0.0)	5 (2.9)	24 (14.0)	53 (31.0)	89 (52.0)
44	事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる	3.85	(0.83)	-0.37	-0.08	4	1 (0.6)	7 (4.0)	49 (28.0)	79 (45.1)	39 (22.3)
45	労働局や労働基準監督署と情報交換を行う	2.80	(1.29)	-0.01	-1.16	4	39 (22.5)	32 (18.5)	42 (24.3)	45 (26.0)	15 (8.7)
46	行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う	3.13	(1.27)	-0.31	-1.00	4	26 (15.0)	29 (16.8)	37 (21.4)	59 (34.1)	22 (12.7)
47	地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う	2.77	(1.30)	0.02	-1.20	4	40 (23.1)	34 (19.7)	39 (22.5)	45 (26.0)	15 (8.7)
48	地域産業保健センターと密に連携する	2.50	(1.33)	0.43	-1.01	1	54 (30.7)	42 (23.9)	35 (19.9)	28 (15.9)	17 (9.7)
49	事業場外資源の種類と機能を分かりやすく説明する	3.93	(0.94)	-0.81	0.28	4	2 (1.1)	15 (8.6)	27 (15.4)	81 (46.3)	50 (28.6)
50	地域のリワークプログラムと密に連携する	2.74	(1.27)	0.14	-1.03	3	37 (21.4)	39 (22.5)	45 (26.0)	36 (20.8)	16 (9.2)
51	支援活動を楽しむ	4.10	(0.91)	-1.00	1.05	4	3 (1.7)	5 (2.9)	30 (17.3)	69 (39.9)	66 (38.2)
52	事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心が乏しくても活動に張り合いを感じる	3.72	(1.10)	-0.63	-0.18	4	8 (4.5)	14 (8.0)	47 (26.7)	57 (32.4)	50 (28.4)

表2-2: アウトリーチコンピテンスの得点分布(続き)

No	Item	M	(SD)	Skewness	Kurtosis	Mode	Frequency distribution				
							1	2	3	4	5
							N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
53	事業場への支援内容は、促進員が自由に判断できる	3.52	(1.24)	-0.54	-0.66	4	15 (8.6)	22 (12.6)	39 (22.3)	55 (31.4)	44 (25.1)
54	メンタルヘルス対策に必要な雛形や様式等の具体例を示して分かりやすく説明する	4.43	(0.68)	-1.12	1.31	5	0 (0.0)	3 (1.7)	10 (5.7)	70 (40.2)	91 (52.3)
55	勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深める	4.42	(0.72)	-1.02	0.35	5	0 (0.0)	2 (1.1)	18 (10.3)	59 (33.7)	96 (54.9)
56	事業場内にメンタルヘルス対策の好事例を見つける	3.78	(0.93)	-0.44	-0.40	4	1 (0.6)	16 (9.2)	43 (24.9)	73 (42.2)	40 (23.1)
57	事業場内で行われているメンタルヘルス対策以外の既存の活動とメンタルヘルス対策の共通点を説明する	3.79	(1.05)	-0.58	-0.36	4	4 (2.3)	17 (9.9)	41 (24.0)	58 (33.9)	51 (29.8)
58	社内報やイントラネット等、事業場内の既存の媒体を利用して啓発を行う	3.01	(1.27)	-0.02	-0.97	3	26 (15.0)	34 (19.7)	51 (29.5)	36 (20.8)	26 (15.0)
59	周知活動を通じて業界や地域ごとのニーズを把握する	3.35	(1.13)	-0.31	-0.64	4	11 (6.3)	29 (16.7)	50 (28.7)	56 (32.2)	28 (16.1)
60	事業場の意欲や対策の進捗状況を一覧等にして整理し、効率的にフォローする	2.62	(1.14)	0.28	-0.71	2	31 (17.9)	53 (30.6)	49 (28.3)	30 (17.3)	10 (5.8)
61	メンタルヘルス対策を展開する仕組みや体制、計画の整備を促す	4.03	(0.92)	-0.87	0.47	4	2 (1.1)	10 (5.7)	29 (16.6)	73 (41.7)	61 (34.9)
62	事業場内でメンタルヘルス対策に関連する記録を残すよう促す	4.15	(1.03)	-1.20	0.79	5	4 (2.3)	12 (6.9)	21 (12.1)	53 (30.6)	83 (48.0)
63	事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する	4.50	(0.71)	-1.75	4.27	5	1 (0.6)	3 (1.7)	7 (4.0)	61 (34.7)	104 (59.1)
64	複数回にわたる継続的な支援を行う	3.75	(1.07)	-0.69	-0.24	4	5 (2.8)	22 (12.5)	31 (17.6)	72 (40.9)	46 (26.1)
65	継続的に対応できる事業場外資源を紹介する	3.51	(1.21)	-0.49	-0.67	4	13 (7.4)	24 (13.7)	41 (23.4)	55 (31.4)	42 (24.0)

表2-2: アウトリーチコンピテンスの得点分布(続き)

No	Item	M	(SD)	Skewness	Kurtosis	Mode	Frequency distribution				
							1	2	3	4	5
							N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
66	ストレス調査をセルフケアの促進や対策の効果評価に活用する	3.49	(1.17)	-0.46	-0.60	4	12 (6.9)	23 (13.3)	45 (26.0)	55 (31.8)	38 (22.0)
67	支援による事業場の変化を観察する	3.03	(1.17)	-0.24	-0.76	3	24 (13.6)	29 (16.5)	56 (31.8)	51 (29.0)	16 (9.1)
68	支援に要する準備や移動の手間等が苦にならない	3.47	(1.29)	-0.35	-1.01	5	14 (8.0)	30 (17.2)	40 (23.0)	40 (23.0)	50 (28.7)
69	実際の職場を巡視・見学する	2.80	(1.19)	-0.05	-1.04	4	32 (18.2)	40 (22.7)	46 (26.1)	48 (27.3)	10 (5.7)

表2-3:アウトリーチコンピテンスの測定精度

No	Item	a (SE)	b ₁ ⁺ (SE)	b ₂ ⁺ (SE)	b ₃ ⁺ (SE)	b ₄ ⁺ (SE)	IIC
1	事業場内のキーパーソンを見つける	0.90 (0.25)	-4.51 (1.62)	-2.83 (0.94)	-1.01 (0.44)	0.92 (0.29)	
2	事業場の担当者に他の労働者と協力して対策を推進するよう促す	1.02 (0.28)	-4.43 (1.55)	-2.14 (0.69)	-0.71 (0.35)	0.93 (0.26)	
3	事業場の担当者に別の担当者を育てるよう促す	0.65 (0.22)	-3.85 (1.55)	-1.12 (0.63)	0.92 (0.36)	4.07 (1.18)	
4	事業場内にメンタルヘルス対策のキーパーソンを育てる	1.05 (0.22)	-4.32 (1.32)	-2.04 (0.53)	-0.76 (0.34)	1.18 (0.27)	
5	事業場の担当者の立場や気持ちに配慮する	1.07 (0.35)	-4.91 (2.12)	-3.59 (1.28)	-2.88 (1.01)	-0.80 (0.37)	
6	事業場の組織図を支援活動の参考にする	0.98 (0.25)	-3.85 (1.20)	-1.68 (0.53)	-0.39 (0.29)	1.46 (0.33)	
7	訪問前にメールや電話等で事業場のニーズを確認する	1.05 (0.28)	-4.37 (1.63)	-2.60 (0.84)	-1.02 (0.40)	0.56 (0.22)	
8	安全衛生活動全般から幅広く事業場のニーズを把握する	1.58 (0.33)	-2.83 (0.68)	-1.47 (0.35)	-0.38 (0.20)	0.85 (0.17)	
9	メンタルヘルス以外の安全衛生活動の相談にも対応する	1.02 (0.21)	-2.74 (0.72)	-1.16 (0.38)	-0.08 (0.25)	1.23 (0.29)	
10	事業場の意思や決定を尊重する	0.75 (0.25)	-9.33	-6.55	-4.80 (5.12)	-0.56 (0.55)	
11	事業場の担当者だけでなく、事業主にも面会を求める	0.65 (0.22)	-2.51 (0.99)	-0.55 (0.47)	1.88 (0.55)	4.95 (1.54)	
12	事業場内の複数の方からニーズを聴く	1.16 (0.25)	-1.85 (0.50)	-0.14 (0.23)	1.15 (0.25)	3.06 (0.61)	
13	事業主や事業場の担当者のメンタルヘルス対策への理解や意識を確認する	1.25 (0.31)	-6.70	-3.34 (2.72)	-2.01 (0.83)	0.14 (0.21)	
14	事業場の衛生委員会に出席する	0.90 (0.22)	-0.33 (0.30)	0.73 (0.26)	2.22 (0.43)	5.26 (1.33)	

表2-3:アウトリーチコンピテンスの測定精度(続き)

No	Item	a (SE)	b ₁ ⁺ (SE)	b ₂ ⁺ (SE)	b ₃ ⁺ (SE)	b ₄ ⁺ (SE)	IIC
15	事業場の産業医や保健師等と面会する	0.88 (0.23)	-1.05 (0.42)	0.66 (0.28)	2.36 (0.55)	5.05 (1.30)	
16	管理監督者研修による啓発をメンタルヘルス対策のきっかけにする	0.77 (0.29)	-8.88	-4.48 (3.87)	-2.77 (1.79)	-0.46 (0.53)	
17	相談窓口の整備を促す	0.73 (0.26)	-7.00 (3.37)	-4.50 (1.83)	-1.83 (0.82)	0.69 (0.33)	
18	事業場のニーズに応じた教育研修の企画立案を支援する	1.59 (0.33)	-2.84 (0.76)	-1.95 (0.49)	-0.82 (0.26)	0.47 (0.17)	
19	事業場のニーズに応じた教育研修の講師を紹介する	1.11 (0.25)	-1.28 (0.40)	-0.20 (0.24)	0.96 (0.23)	2.73 (0.52)	
20	教育研修の内容を複数回に分けて、段階的に深化させる	0.97 (0.25)	-1.43 (0.51)	-0.48 (0.33)	0.70 (0.24)	2.07 (0.42)	
21	教育研修を行う際には、参加者に自分なりの目標を設定してもらう	0.99 (0.26)	-1.55 (0.51)	-0.37 (0.29)	1.66 (0.35)	3.03 (0.71)	
22	教育研修の受講者アンケートや参加率から所感やニーズを確認する	1.19 (0.25)	-1.83 (0.46)	-0.66 (0.29)	0.64 (0.20)	2.03 (0.34)	
23	教育研修等の支援内容を他の労働者にも教えられるように伝え方も指導する	1.31 (0.26)	-2.12 (0.51)	-0.98 (0.30)	0.22 (0.18)	2.18 (0.38)	
24	教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する	0.94 (0.23)	-4.84 (1.58)	-3.57 (1.05)	-1.20 (0.46)	1.05 (0.29)	
25	事業場の担当者に支援後のフォローを具体的に提案する	1.69 (0.28)	-2.23 (0.50)	-1.40 (0.31)	-0.07 (0.16)	1.36 (0.21)	
26	センターの所長や相談員に相談する	1.01 (0.25)	-2.64 (0.79)	-0.80 (0.35)	0.24 (0.23)	2.32 (0.48)	
27	センターの相談員と密に連携する	1.11 (0.25)	-1.78 (0.52)	-0.30 (0.25)	0.59 (0.22)	2.23 (0.41)	
28	他地域のセンターの促進員の活動を参考にする	0.56 (0.21)	-3.38 (1.54)	-1.28 (0.77)	0.77 (0.42)	5.56 (1.89)	

表2-3:アウトリーチコンピテンスの測定精度(続き)

No	Item	a (SE)	b ₁ ⁺ (SE)	b ₂ ⁺ (SE)	b ₃ ⁺ (SE)	b ₄ ⁺ (SE)	IIC
29	他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する	0.97 (0.24)	-2.62 (0.84)	-1.66 (0.57)	-0.01 (0.26)	2.42 (0.46)	
30	他の促進員と自主的な勉強会等を行う	1.15 (0.26)	-0.74 (0.30)	0.27 (0.20)	1.31 (0.27)	3.05 (0.59)	
31	他の促進員と協力して支援ツールを開発する	1.15 (0.25)	-0.56 (0.28)	0.64 (0.22)	1.64 (0.31)	2.81 (0.54)	
32	既存の支援ツールを分かりやすく作り直す	1.03 (0.29)	-2.96 (0.97)	-1.86 (0.63)	-0.61 (0.33)	1.27 (0.31)	
33	他の促進員と密に連携する	1.05 (0.25)	-2.11 (0.59)	-0.48 (0.28)	0.74 (0.23)	2.17 (0.54)	
34	専門家に依存しない自律的なメンタルヘルス対策の展開を支援する	0.95 (0.23)	-2.35 (0.77)	-0.95 (0.41)	1.16 (0.30)	3.08 (0.66)	
35	事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する	1.78 (0.38)	-3.37 (0.94)	-2.64 (0.66)	-1.59 (0.36)	0.05 (0.14)	
36	周辺の医療機関や主治医と連携する	1.02 (0.22)	-0.53 (0.28)	0.51 (0.24)	2.06 (0.40)	3.44 (0.70)	
37	個人的な人脈を活かす	0.79 (0.23)	-2.24 (0.79)	-0.86 (0.45)	0.84 (0.31)	2.93 (0.74)	
38	地域性を考慮して対応する	1.09 (0.26)	-3.13 (0.89)	-1.86 (0.55)	-0.41 (0.27)	1.27 (0.30)	
39	事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する	1.35 (0.29)	-4.05 (1.35)	-1.62 (0.41)	-0.66 (0.26)	0.96 (0.22)	
40	事業場に無理のない対策を検討し、提案する	1.62 (0.39)	-3.51 (1.27)	-2.79 (0.73)	-1.73 (0.42)	0.08 (0.16)	
41	事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する	1.82 (0.42)	-5.37	-3.18 (4.41)	-2.07 (0.77)	-0.05 (0.15)	
42	メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ	0.75 (0.23)	-5.26 (1.99)	-4.31 (1.57)	-1.53 (0.62)	0.59 (0.31)	

表2-3:アウトリーチコンピテンスの測定精度(続き)

No	Item	a (SE)	b ₁ ⁺ (SE)	b ₂ ⁺ (SE)	b ₃ ⁺ (SE)	b ₄ ⁺ (SE)	IIC
43	公的機関の支援者として中立の立場を守る	0.69 (0.24)	-9.05	-4.86 (4.38)	-2.09 (1.16)	0.23 (0.42)	
44	事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる	1.53 (0.27)	-3.75 (1.05)	-2.14 (0.48)	-0.21 (0.18)	1.48 (0.22)	
45	労働局や労働基準監督署と情報交換を行う	0.80 (0.23)	-1.33 (0.56)	-0.11 (0.32)	1.26 (0.35)	3.54 (0.93)	
46	行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う	1.28 (0.24)	-1.34 (0.35)	-0.41 (0.24)	0.49 (0.19)	2.25 (0.37)	
47	地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う	1.18 (0.24)	-0.90 (0.30)	0.07 (0.23)	1.05 (0.23)	2.76 (0.52)	
48	地域産業保健センターと密に連携する	0.67 (0.23)	-0.92 (0.53)	0.72 (0.36)	2.15 (0.66)	4.00 (1.28)	
49	事業場外資源の種類と機能を分かりやすく説明する	1.51 (0.30)	-3.25 (0.91)	-1.58 (0.38)	-0.59 (0.23)	1.21 (0.21)	
50	地域のリワークプログラムと密に連携する	1.06 (0.26)	-1.05 (0.38)	0.15 (0.23)	1.36 (0.29)	2.88 (0.61)	
51	支援活動を楽しめる	1.59 (0.35)	-2.76 (0.71)	-2.09 (0.49)	-0.73 (0.24)	0.82 (0.17)	
52	事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心が乏しくても活動に張り合いを感じる	1.00 (0.26)	-3.02 (0.89)	-1.85 (0.55)	-0.17 (0.25)	1.43 (0.31)	
53	事業場への支援内容は、促進員が自由に判断できる	0.65 (0.24)	-3.43 (1.40)	-1.76 (0.81)	-0.06 (0.37)	2.18 (0.65)	
54	メンタルヘルス対策に必要な雛形や様式等の具体例を示して分かりやすく説明する	1.87 (0.37)	-5.29	-2.51 (1.10)	-1.48 (0.36)	0.32 (0.14)	
55	勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深める	1.19 (0.31)	-6.67	-3.81 (4.62)	-1.68 (0.65)	0.18 (0.22)	
56	事業場内にメンタルヘルス対策の好事例を見つける	1.48 (0.31)	-3.76 (1.15)	-1.56 (0.36)	-0.18 (0.19)	1.44 (0.25)	

表2-3:アウトリーチコンピテンスの測定精度(続き)

No	Item	a (SE)	b ₁ [*] (SE)	b ₂ [*] (SE)	b ₃ [*] (SE)	b ₄ [*] (SE)	IIC
57	事業場内で行われているメンタルヘルス対策以外の既存の活動とメンタルヘルス対策の共通点を説明する	1.01 (0.27)	-3.70 (1.23)	-1.90 (0.62)	-0.34 (0.29)	1.35 (0.33)	
58	社内報やイントラネット等、事業場内の既存の媒体を利用して啓発を行う	1.21 (0.26)	-1.45 (0.42)	-0.39 (0.26)	0.89 (0.23)	2.09 (0.40)	
59	周知活動を通じて業界や地域ごとのニーズを把握する	1.34 (0.29)	-2.14 (0.56)	-0.82 (0.30)	0.40 (0.18)	1.93 (0.35)	
60	事業場の意欲や対策の進捗状況を一覧等にして整理し、効率的にフォローする	0.94 (0.24)	-1.52 (0.55)	0.25 (0.26)	1.81 (0.38)	3.70 (0.86)	
61	メンタルヘルス対策を展開する仕組みや体制、計画の整備を促す	1.31 (0.28)	-3.55 (1.01)	-2.03 (0.49)	-0.75 (0.26)	0.99 (0.22)	
62	事業場内でメンタルヘルス対策に関連する記録を残すよう促す	1.18 (0.31)	-3.28 (0.96)	-1.89 (0.55)	-0.94 (0.33)	0.46 (0.21)	
63	事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する	1.91 (0.39)	-3.16 (0.92)	-2.36 (0.48)	-1.63 (0.34)	0.11 (0.14)	
64	複数回にわたる継続的な支援を行う	1.16 (0.26)	-3.13 (0.91)	-1.39 (0.42)	-0.38 (0.25)	1.45 (0.28)	
65	継続的に対応できる事業場外資源を紹介する	1.16 (0.27)	-2.20 (0.61)	-0.99 (0.35)	0.14 (0.20)	1.56 (0.31)	
66	ストレス調査をセルフケアの促進や対策の効果評価に活用する	1.33 (0.26)	-2.04 (0.49)	-0.96 (0.28)	0.21 (0.18)	1.57 (0.27)	
67	支援による事業場の変化を観察する	1.27 (0.24)	-1.40 (0.37)	-0.42 (0.23)	0.86 (0.19)	2.55 (0.48)	
68	支援に要する準備や移動の手間等が苦にならない	0.89 (0.25)	-2.68 (0.93)	-1.06 (0.46)	0.22 (0.26)	1.50 (0.37)	
69	実際の職場を巡視・見学する	0.95 (0.24)	-1.45 (0.48)	-0.09 (0.27)	1.24 (0.31)	3.72 (0.85)	

表2-4-2: 因子間相関と信頼性係数

Inter-Factor Correlation					
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Factor 1	1.000				
Factor 2	.269	1.000			
Factor 3	.386	.302	1.000		
Factor 4	.239	.431	.269	1.000	
Factor 5	.275	.270	.276	.292	1.000
Chronbach's alpha	.847	.851	.761	.797	.801

表2-4-1: 探索的因子分析結果(主因子法プロマックス回転; 因子数=5)

No. Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Communality
41 事業場のニーズに応じて、柔軟に*	.730	.031	.110	.055	-.089	.611
40 事業場に無理のない対策を検討し、	.694	.131	.042	-.147	-.043	.514
35 事業場の理解や意欲に応じて、分	.668	-.074	.210	.066	-.034	.582
38 地域性を考慮して対応する	.615	-.021	-.218	.239	-.034	.403
39 事業場の経営状況や事情等の背景	.586	.010	.068	-.017	.059	.403
63 事業場の理解や意欲に応じて、メン	.565	-.018	.354	-.069	-.016	.557
13 事業主や事業場の担当者のメンタ	.542	-.158	.155	-.036	.185	.426
5 事業場の担当者の立場や気持ちに	.527	.064	-.145	.000	.083	.284
43 公的機関の支援者として中立の立	.444	.013	-.264	-.006	.061	.187
30 他の促進員と自主的な勉強会等	.758	.106	-.016	-.036	.600	.600
29 他の促進員と活動の好事例や支援	.725	-.083	-.008	-.122	.516	.516
33 他の促進員と密に連携する	.670	.168	.085	-.092	.550	.550
27 センターの相談員と密に連携する	.666	.125	.037	.077	.551	.551
31 他の促進員と協力して支援ツール	.588	.089	.015	.073	.407	.407
26 センターの所長や相談員に相談す	.583	-.013	-.003	.230	.446	.446
28 他地域のセンターの促進員の活動	.508	-.237	.150	.053	.360	.360
51 支援活動を楽しめる	-.047	.047	.760	.126	.002	.646
52 事業場のメンタルヘルス対策への関	-.124	.041	.670	.005	.075	.447
54 メンタルヘルス対策に必要な態	.258	.052	.560	-.006	-.038	.499
68 支援に要する準備や移動の手間等	-.041	-.115	.438	.206	.119	.279
55 勉強会や研修会に参加し、幅広く	.049	.103	.428	.259	-.180	.346
53 事業場への支援内容は、促進員が	-.014	.044	.420	-.136	.158	.220
47 地域の安全衛生に関連した勉強会	-.114	.034	.113	.820	-.004	.716
46 行政や業界団体等が主催する研修	-.009	.071	.160	.696	-.012	.614
48 地域産業保健センターと密に連携	-.101	.023	.052	.553	.058	.336
45 労働局や労働基準監督署と情報交	.148	.110	-.196	.530	.108	.407
50 地域のプログラムと密に連	.085	.046	-.018	.485	.065	.306
9 メンタルヘルス以外の安全衛生活	.172	-.070	.172	.434	.057	.337
21 教育研修を行う際には、参加者に	.029	-.088	.020	.016	.670	.448
20 教育研修の内容を複数回に分けて	-.075	-.154	.168	.089	.623	.441
19 事業場のニーズに応じた教育研修	.017	.114	-.048	.163	.587	.479
22 教育研修の受講者アンケートや参	.088	.169	.239	-.248	.550	.498
11 事業場の担当者だけでなく、事業主	-.067	.213	-.090	.028	.494	.313
67 支援による事業場の変化を観察す	.094	-.010	.178	.053	.477	.373
12 事業場内の様数の方からニーズを	.151	.028	-.088	.166	.470	.347
Eigenvalue	7.975	2.675	1.816	1.568	1.416	

GFI: .760 AGFI: .722 RMSEA: .060

表2-5. アウトリーチコンピテンズの性差

No	Item	Male		Female		F
		M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	
1	事業場内のキーパーソンを見つける	4.05 (0.97)	4.64 (0.39)	0.54		
2	事業場の担当者以外の労働者と協力して対策を推進するよう促す	3.98 (1.01)	4.84 (0.38)	11.20 **		
3	事業場の担当者に別の担当者を育てるよう促す	3.15 (1.09)	3.43 (0.43)	0.97		
4	事業場内にメンタルヘルス対策のキーパーソンを育てる	3.94 (0.98)	4.63 (0.39)	0.24		
5	事業場の担当者や現場に配慮する	4.67 (0.66)	5.10 (0.27)	1.43		
6	事業場の組織図を支援活動の参考にする	3.78 (1.06)	4.64 (0.43)	0.18		
7	訪問前にメールや電話等で事業場のニーズを確認する	4.17 (0.95)	4.79 (0.38)	4.33 *		
8	安全衛生活動全般から幅広く事業場のニーズを把握する	3.97 (1.02)	4.53 (0.40)	0.05		
9	メンタルヘルス以外の安全衛生活動の相談にも対応する	3.64 (1.23)	4.95 (0.45)	0.88		
10	事業場の意思や決定を尊重する	4.63 (0.55)	4.97 (0.23)	0.04		
11	事業場の担当者だけでなく、事業主にも面会を求める	2.84 (1.12)	1.91 (0.43)	0.77		
12	事業場内の複数の方からニーズを聴く	2.91 (1.10)	3.72 (0.44)	0.52		
13	事業主や事業場の担当者のメンタルヘルス対策への理解や意識を確認する	4.47 (0.68)	4.81 (0.27)	2.85 †		
14	事業場の衛生委員会に出席する	2.25 (1.17)	2.41 (0.45)	1.02		
15	事業場の産業医や保健師等と面会する	2.39 (1.09)	1.96 (0.42)	3.45 †		
16	管理監督者研修による啓蒙をメンタルヘルス対策のきっかけにする	4.51 (0.75)	4.57 (0.28)	6.28 *		
17	相談窓口の整備を促す	4.22 (0.85)	4.58 (0.33)	7.69 **		
18	事業場のニーズに応じた教育研修の企画立案を支援する	4.20 (0.95)	4.86 (0.36)	0.60		
19	事業場のニーズに応じた教育研修の講師を紹介する	2.94 (1.24)	3.08 (0.49)	0.54		
20	教育研修の内容を複数回に分けて、段階的に深化させる	3.08 (1.38)	3.19 (0.54)	0.13		
21	教育研修を行う際には、参加者に自分なりの目標を設定してもらう	2.84 (1.16)	3.10 (0.46)	0.17		
22	教育研修の受講者アンケートや参加率から所感やニーズを確認する	3.24 (1.21)	3.86 (0.48)	0.00		

表2-6. アウトリーチコンピテンズの性差(続き)

No	Item	Male		Female		F
		M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	
23	教育研修等の支援内容を他の労働者にも教えられるように伝え方も指導する	3.43 (1.07)	3.38 (0.44)	1.29		
24	教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する	4.11 (0.85)	4.19 (0.35)	0.03		
25	事業場の担当者に支援後のフォローを具体的に提案する	3.74 (1.00)	3.58 (0.40)	1.02		
26	センターの所長や相談員に相談する	3.37 (1.15)	3.05 (0.46)	5.68 *		
27	センターの相談員と密に連携する	3.13 (1.26)	3.26 (0.51)	0.21		
28	他地域のセンターの促進員の活動を参考にする	3.08 (1.13)	2.36 (0.44)	0.36		
29	他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する	3.48 (1.08)	2.82 (0.43)	1.28		
30	他の促進員と自主的な勉強会等を行う	2.64 (1.27)	2.60 (0.49)	1.74		
31	他の促進員と協力して支援ツールを開発する	2.46 (1.29)	2.41 (0.49)	0.03		
32	既存の支援ツールを分かりやすくくり直す	3.84 (1.09)	4.22 (0.44)	0.43		
33	他の促進員と密に連携する	3.18 (1.22)	3.60 (0.47)	0.37		
34	専門家に依存しない自律的なメンタルヘルス対策の展開を支援する	3.08 (1.07)	3.86 (0.41)	0.64		
35	事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する	4.51 (0.70)	4.79 (0.28)	5.13 *		
36	周辺の医療機関や主治医と連携する	2.41 (1.22)	3.21 (0.47)	0.03		
37	個人的な人脈を活かす	3.13 (1.23)	3.72 (0.48)	2.32		
38	地域性を考慮して対応する	3.84 (1.05)	4.90 (0.40)	3.11 †		
39	事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する	4.01 (0.97)	4.70 (0.39)	0.05		
40	事業場に無理のない対策を検討し、提案する	4.49 (0.70)	4.81 (0.28)	0.98		
41	事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する	4.59 (0.58)	5.26 (0.23)	2.42		
42	メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ	4.20 (0.91)	4.52 (0.37)	0.50		
43	公的機関の支援者として中立の立場を守る	4.32 (0.82)	4.44 (0.33)	0.96		
44	事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる	3.85 (0.83)	4.20 (0.32)	0.03		

表2-5. アウトリーチコンピテンズの性差 (続き)

No	Item	Male		Female		F
		M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	
45	労働局や労働基準監督署と情報交換を行う	2.80 (1.29)	2.76 (0.49)	2.76 (0.49)	1.98	
46	行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う	3.13 (1.27)	2.68 (0.49)	2.68 (0.49)	0.00	
47	地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う	2.77 (1.30)	2.82 (0.51)	2.82 (0.51)	0.00	
48	地域産業保健センターと密に連携する	2.50 (1.33)	2.28 (0.51)	2.28 (0.51)	0.43	
49	事業場外資源の種類と機能を分かりやすく説明する	3.93 (0.94)	4.33 (0.37)	4.33 (0.37)	0.56	
50	地域のワーキングプログラムと密に連携する	2.74 (1.27)	2.84 (0.48)	2.84 (0.48)	0.00	
51	支援活動を楽しめる	4.10 (0.91)	4.58 (0.34)	4.58 (0.34)	2.39	
52	事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心が乏しくても活動に張り合いを感じる	3.72 (1.10)	4.43 (0.41)	4.43 (0.41)	0.08	
53	事業場への支援内容は、促進員が自由に判断できる	3.52 (1.24)	3.25 (0.47)	3.25 (0.47)	1.00	
54	メンタルヘルス対策に必要な難形や様式等の具体例を示して分かりやすく説明する	4.43 (0.68)	4.63 (0.27)	4.63 (0.27)	0.91	
55	勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深める	4.42 (0.72)	4.95 (0.28)	4.95 (0.28)	3.46 †	
56	事業場内にメンタルヘルス対策の好事例を身につける	3.78 (0.93)	4.30 (0.36)	4.30 (0.36)	1.18	
57	事業場内で行われているメンタルヘルス対策以外の既存の活動とメンタルヘルス対策の共通点を説明する	3.79 (1.05)	4.64 (0.41)	4.64 (0.41)	0.05	
58	社内報やイントラネット等、事業場内の既存の媒体を利用して啓発を行う	3.01 (1.27)	3.32 (0.49)	3.32 (0.49)	0.00	
59	周知活動を通じて業界や地域ごとのニーズを把握する	3.35 (1.13)	3.78 (0.44)	3.78 (0.44)	0.40	
60	事業場の意欲や対策の進捗状況を一覧等にして整理し、効果的にフォローする	2.62 (1.14)	2.92 (0.44)	2.92 (0.44)	7.23 **	
61	メンタルヘルス対策を展開する仕組みや体制、計画の整備を促す	4.03 (0.92)	4.30 (0.37)	4.30 (0.37)	0.07	
62	事業場内でメンタルヘルス対策に関連する記録を残すよう促す	4.15 (1.03)	5.02 (0.40)	5.02 (0.40)	1.06	
63	事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する	4.50 (0.71)	4.72 (0.29)	4.72 (0.29)	0.05	
64	複数回にわたる継続的な支援を行う	3.75 (1.07)	4.08 (0.40)	4.08 (0.40)	1.60	
65	継続的に対応できる事業場外資源を紹介する	3.51 (1.21)	4.41 (0.47)	4.41 (0.47)	1.72	
66	ストレス調査をセルフケアの促進や対策の効果測定に活用する	3.49 (1.17)	3.16 (0.49)	3.16 (0.49)	0.20	

表2-5. アウトリーチコンピテンズの性差 (続き)

No	Item	Male		Female		F
		M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	
67	支援による事業場の変化を観察する	3.03 (1.17)	2.59 (0.46)	2.59 (0.46)	1.25	
68	支援に要する準備や移動の手間等が吉に ならない	3.47 (1.29)	3.80 (0.50)	3.80 (0.50)	0.11	
69	実際の職場を巡視・見学する	2.80 (1.19)	2.45 (0.47)	2.45 (0.47)	0.44	
F1	事業場への配慮	4.68 (0.21)	4.84 (0.20)	4.84 (0.20)	2.80 †	
F2	センター内の連携	2.73 (0.37)	2.87 (0.34)	2.87 (0.34)	0.78	
F3	モチベーション	4.18 (0.26)	4.27 (0.24)	4.27 (0.24)	0.60	
F4	地域資源の活用	3.03 (0.36)	3.06 (0.33)	3.06 (0.33)	0.04	
F5	アセスメント	3.09 (0.34)	3.07 (0.32)	3.07 (0.32)	0.02	

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表2-5:アウトリーチコンピテンスの年代差

No	Item	30's yrs	40's yrs	50's yrs	60's yrs	F
		M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	
1	事業場内のキーパーソンを見つける	4.04 (0.50)	4.67 (0.41)	4.68 (0.43)	4.89 (0.40)	1.51
2	事業場の担当者に他の労働者と協力して対策を推進するよう促す	4.27 (0.50)	4.58 (0.41)	4.53 (0.42)	4.75 (0.40)	0.68
3	事業場の担当者に別の担当者を育てるよう促す	3.13 (0.55)	3.38 (0.45)	3.31 (0.47)	3.50 (0.45)	0.34
4	事業場内にメンタルヘルス対策のキーパーソンを育てる	4.28 (0.50)	4.62 (0.41)	4.70 (0.43)	4.74 (0.41)	0.46
5	事業場の担当者の立場や気持ちに配慮する	5.10 (0.35)	5.09 (0.28)	5.01 (0.30)	4.89 (0.28)	0.62
6	事業場の組織図を支援活動の参考にする	4.29 (0.57)	4.72 (0.46)	4.64 (0.48)	4.72 (0.45)	0.33
7	訪問前にメールや電話等で事業場のニーズを確認する	4.11 (0.49)	4.68 (0.40)	4.86 (0.42)	4.76 (0.40)	1.27
8	安全衛生活動全般から幅広く事業場のニーズを把握する	3.95 (0.52)	4.66 (0.43)	4.67 (0.44)	4.78 (0.42)	1.29
9	メンタルヘルス以外の安全衛生活動の相談にも対応する	4.43 (0.58)	4.59 (0.47)	5.03 (0.49)	5.37 (0.47)	3.55 *
10	事業場の意思や決定を尊重する	5.01 (0.30)	5.02 (0.24)	4.99 (0.25)	4.90 (0.24)	0.31
11	事業場の担当者だけでなく、事業主にも面会を求める	1.09 (0.57)	2.10 (0.45)	2.10 (0.47)	2.69 (0.45)	4.87 **
12	事業場内の複数の方からニーズを聴く	3.37 (0.56)	3.56 (0.46)	3.76 (0.48)	3.90 (0.45)	0.82
13	事業主や事業場の担当者のメンタルヘルス対策への理解や意識を確認する	4.75 (0.35)	4.74 (0.29)	4.63 (0.30)	4.67 (0.29)	0.20

表2-5:アウトリーチコンピテンスの年代差(続き)

No	Item	30's yrs	40's yrs	50's yrs	60's yrs	F
		M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	
14	事業場の衛生委員会に出席する	2.21 (0.58)	2.04 (0.47)	2.66 (0.49)	2.30 (0.47)	2.17 †
15	事業場の産業医や保健師等と面会する	1.49 (0.55)	1.65 (0.45)	1.99 (0.47)	1.97 (0.44)	1.12
16	管理監督者研修による啓発をメンタルヘルス対策のきっかけにする	4.32 (0.36)	4.51 (0.29)	4.44 (0.31)	4.34 (0.29)	0.45
17	相談窓口の整備を促す	4.60 (0.43)	4.38 (0.35)	4.30 (0.37)	4.18 (0.35)	0.65
18	事業場のニーズに応じた教育研修の企画立案を支援する	4.31 (0.46)	5.12 (0.38)	4.98 (0.39)	4.80 (0.37)	2.20 †
19	事業場のニーズに応じた教育研修の講師を紹介する	2.75 (0.64)	3.30 (0.52)	3.24 (0.54)	3.37 (0.51)	0.52
20	教育研修の内容を複数回に分けて、段階的に深化させる	3.07 (0.70)	3.09 (0.57)	3.58 (0.60)	3.20 (0.56)	1.11
21	教育研修を行う際には、参加者に自分なりの目標を設定してもらう	2.87 (0.63)	3.31 (0.49)	3.41 (0.50)	2.98 (0.48)	1.34
22	教育研修の受講者アンケートや参加率から所感やニーズを確認する	3.34 (0.64)	3.86 (0.51)	4.11 (0.53)	4.13 (0.50)	1.00
23	教育研修等の支援内容を他の労働者にも教えられるように伝え方も指導する	2.85 (0.66)	3.19 (0.46)	3.53 (0.48)	3.47 (0.45)	1.00
24	教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する	3.87 (0.47)	4.29 (0.37)	4.35 (0.39)	4.30 (0.37)	0.52
25	事業場の担当者に支援後のフォローを具体的に提案する	2.97 (0.52)	3.61 (0.43)	3.56 (0.44)	3.80 (0.42)	1.38
26	センターの所長や相談員に相談する	2.57 (0.59)	2.95 (0.48)	2.74 (0.50)	2.91 (0.47)	0.45

表2-5:アウトリーチコンピテンスの年代差(続き)

No	Item	30's yrs		40's yrs		50's yrs		60's yrs		F
		M	(SE)	M	(SE)	M	(SE)	M	(SE)	
27	センターの相談員と密に連携する	2.86	(0.66)	3.43	(0.54)	3.11	(0.56)	3.41	(0.53)	0.86
28	他地域のセンターの促進員の活動を参考にする	2.13	(0.57)	2.35	(0.47)	2.13	(0.49)	2.58	(0.46)	1.25
29	他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する	2.04	(0.55)	3.03	(0.45)	2.85	(0.47)	2.90	(0.44)	1.85
30	他の促進員と自主的な勉強会等を行う	1.52	(0.63)	2.90	(0.51)	2.65	(0.53)	2.72	(0.50)	2.71 *
31	他の促進員と協力して支援ツールを開発する	1.52	(0.63)	2.85	(0.52)	2.53	(0.54)	2.64	(0.51)	2.59 †
32	既存の支援ツールを分かりやすく作り直す	3.91	(0.57)	4.37	(0.47)	3.99	(0.49)	4.33	(0.46)	1.24
33	他の促進員と密に連携する	3.37	(0.61)	4.07	(0.50)	3.40	(0.52)	3.83	(0.49)	2.66 †
34	専門家に依存しない自律的なメンタルヘルス対策の展開を支援する	3.99	(0.55)	4.13	(0.44)	3.91	(0.45)	3.71	(0.43)	1.07
35	事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する	4.38	(0.36)	4.77	(0.29)	4.58	(0.31)	4.82	(0.29)	1.49
36	周辺の医療機関や主治医と連携する	2.78	(0.60)	3.62	(0.49)	3.29	(0.51)	3.26	(0.48)	1.49
37	個人的な人脈を活かす	3.19	(0.62)	4.02	(0.51)	4.14	(0.53)	4.22	(0.50)	1.46
38	地域性を考慮して対応する	4.97	(0.52)	4.82	(0.42)	4.50	(0.44)	4.63	(0.41)	0.92
39	事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する	4.84	(0.50)	4.81	(0.41)	4.54	(0.43)	4.67	(0.40)	0.57

表2-5:アウトリーチコンピテンスの年代差(続き)

No	Item	30's yrs		40's yrs		50's yrs		60's yrs		F
		M	(SE)	M	(SE)	M	(SE)	M	(SE)	
40	事業場に無理のない対策を検討し、提案する	4.71	(0.37)	4.78	(0.30)	4.69	(0.31)	4.78	(0.29)	0.18
41	事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する	5.15	(0.29)	5.21	(0.24)	5.21	(0.25)	5.15	(0.23)	0.14
42	メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ	4.73	(0.47)	4.50	(0.39)	4.33	(0.40)	4.27	(0.38)	0.73
43	公的機関の支援者として中立の立場を守る	4.22	(0.45)	4.37	(0.34)	4.43	(0.36)	4.43	(0.34)	0.14
44	事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる	3.85	(0.41)	4.46	(0.34)	4.21	(0.35)	4.23	(0.33)	1.62
45	労働局や労働基準監督署と情報交換を行う	1.77	(0.64)	2.82	(0.52)	2.82	(0.55)	2.97	(0.52)	1.83
46	行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う	1.33	(0.67)	3.30	(0.51)	2.93	(0.54)	3.13	(0.50)	4.90 **
47	地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う	2.22	(0.65)	3.14	(0.53)	2.82	(0.56)	3.06	(0.53)	1.39
48	地域産業保健センターと密に連携する	1.85	(0.66)	2.35	(0.54)	2.47	(0.56)	2.78	(0.53)	1.33
49	事業場外資源の種類と機能を分かりやすく説明する	3.86	(0.48)	4.71	(0.39)	4.49	(0.41)	4.52	(0.38)	1.88
50	地域のリワークプログラムと密に連携する	2.29	(0.62)	3.15	(0.51)	2.70	(0.53)	3.20	(0.50)	2.35 †
51	支援活動を楽しめる	4.22	(0.45)	4.51	(0.37)	4.43	(0.38)	4.64	(0.36)	0.68
52	事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心が乏しくても活動に張り合いを感じる	3.85	(0.53)	4.55	(0.44)	4.65	(0.45)	4.58	(0.43)	1.21

表2-5:アウトリーチコンピテンスの年代差(続き)

No	Item	30's yrs		40's yrs		50's yrs		60's yrs		F
		M	(SE)	M	(SE)	M	(SE)	M	(SE)	
53	事業場への支援内容は、促進員が自由に判断できる	2.28	(0.61)	3.95	(0.50)	3.70	(0.52)	3.52	(0.49)	4.52 **
54	メンタルヘルス対策に必要な雛形や様式等の具体例を示して分かりやすく説明する	4.53	(0.35)	4.59	(0.29)	4.44	(0.30)	4.72	(0.28)	1.22
55	勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深める	4.61	(0.36)	4.96	(0.30)	4.67	(0.31)	5.05	(0.29)	2.65 †
56	事業場内にメンタルヘルス対策の好事例を見つける	3.91	(0.46)	4.75	(0.38)	4.52	(0.40)	4.40	(0.37)	2.39 †
57	事業場内で行われているメンタルヘルス対策以外の既存の活動とメンタルヘルス対策の共通点を説明する	4.99	(0.53)	4.79	(0.44)	4.18	(0.45)	4.48	(0.43)	2.92 *
58	社内報やイントラネット等、事業場内の既存の媒体を利用して啓発を行う	3.45	(0.62)	3.81	(0.51)	3.10	(0.53)	2.94	(0.52)	3.62 *
59	周知活動を通じて業界や地域ごとのニーズを把握する	3.96	(0.57)	4.17	(0.47)	3.66	(0.49)	3.58	(0.46)	2.24 †
60	事業場の意欲や対策の進捗状況を一覧等にして整理し、効率的にフォローする	3.05	(0.57)	3.56	(0.47)	3.27	(0.49)	2.94	(0.46)	2.19 †
61	メンタルヘルス対策を展開する仕組みや体制、計画の整備を促す	4.42	(0.47)	4.52	(0.39)	4.12	(0.40)	4.23	(0.38)	1.48
62	事業場内でメンタルヘルス対策に関連する記録を残すよう促す	4.66	(0.52)	5.08	(0.42)	4.91	(0.44)	5.03	(0.42)	0.49
63	事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する	4.80	(0.38)	4.71	(0.31)	4.61	(0.32)	4.70	(0.30)	0.22
64	複数回にわたる継続的な支援を行う	3.82	(0.51)	3.86	(0.42)	4.11	(0.44)	4.04	(0.41)	0.50
65	継続的に対応できる事業場外資源を紹介する	3.85	(0.61)	4.48	(0.49)	4.18	(0.52)	4.56	(0.49)	1.35

表2-5:アウトリーチコンピテンスの年代差(続き)

No	Item	30's yrs		40's yrs		50's yrs		60's yrs		F
		M	(SE)	M	(SE)	M	(SE)	M	(SE)	
66	ストレス調査をセルフケアの促進や対策の効果評価に活用する	2.74	(0.62)	3.27	(0.51)	3.05	(0.53)	3.40	(0.52)	0.96
67	支援による事業場の変化を観察する	1.72	(0.59)	2.56	(0.49)	2.70	(0.51)	2.91	(0.48)	2.16 †
68	支援に要する準備や移動の手間等が苦にならない	3.80	(0.64)	3.58	(0.53)	3.62	(0.55)	4.06	(0.52)	1.20
69	実際の職場を巡視・見学する	1.83	(0.60)	2.53	(0.49)	2.70	(0.51)	2.44	(0.49)	1.25
F1	事業場への配慮	4.78	(0.26)	4.81	(0.21)	4.69	(0.22)	4.75	(0.21)	0.44
F2	センター内の連携	2.31	(0.44)	3.11	(0.36)	2.78	(0.38)	3.01	(0.36)	2.49 †
F3	モチベーション	3.87	(0.31)	4.34	(0.26)	4.25	(0.27)	4.42	(0.25)	1.84
F4	地域資源の活用	2.37	(0.43)	3.24	(0.35)	3.14	(0.37)	3.43	(0.35)	3.34 *
F5	アセスメント	2.65	(0.42)	3.11	(0.34)	3.27	(0.35)	3.31	(0.33)	1.48

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表2-7:アウトリーチコンピテンスの活動頻度による差異

No	Item	Once a month	A few times a month	Once a week	A few times a week	Unscheduled	F
		M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	
1	事業場内のキーパーソンを見つける	4.57 (0.54)	4.47 (0.40)	4.54 (0.39)	4.74 (0.47)	4.52 (0.45)	0.23
2	事業場の担当者に他の労働者と協力して対策を推進するよう促す	4.46 (0.56)	4.41 (0.40)	4.49 (0.39)	4.75 (0.47)	4.56 (0.44)	0.38
3	事業場の担当者に別の担当者を育てるよう促す	3.86 (0.62)	2.75 (0.44)	3.33 (0.43)	3.42 (0.52)	3.29 (0.49)	3.30 *
4	事業場内にメンタルヘルス対策のキーパーソンを育てる	4.26 (0.57)	4.36 (0.40)	4.57 (0.39)	4.95 (0.47)	4.79 (0.45)	1.54
5	事業場の担当者の立場や気持ちに配慮する	5.22 (0.37)	4.98 (0.28)	4.97 (0.27)	4.88 (0.33)	5.08 (0.31)	0.32
6	事業場の組織図を支援活動の参考にする	4.76 (0.60)	4.52 (0.45)	4.58 (0.44)	4.38 (0.53)	4.73 (0.50)	0.28
7	訪問前にメールや電話等で事業場のニーズを確認する	4.47 (0.53)	4.44 (0.40)	4.38 (0.39)	4.97 (0.47)	4.76 (0.44)	1.49
8	安全衛生活動全般から幅広く事業場のニーズを把握する	4.72 (0.56)	4.37 (0.42)	4.43 (0.41)	4.79 (0.49)	4.25 (0.46)	0.82
9	メンタルヘルス以外の安全衛生活動の相談にも対応する	4.84 (0.62)	4.78 (0.47)	4.90 (0.45)	4.92 (0.55)	4.83 (0.51)	0.09
10	事業場の意思や決定を尊重する	4.71 (0.32)	5.06 (0.24)	5.10 (0.23)	5.04 (0.28)	5.00 (0.26)	0.58
11	事業場の担当者だけでなく、事業主にも面会を求める	2.83 (0.59)	1.73 (0.44)	1.94 (0.43)	1.63 (0.52)	1.85 (0.49)	1.58
12	事業場内の複数の方からニーズを聴く	4.39 (0.61)	3.28 (0.45)	3.45 (0.44)	3.52 (0.53)	3.60 (0.50)	1.51
13	事業主や事業場の担当者のメンタルヘルス対策への理解や意識を確認する	4.80 (0.40)	4.66 (0.28)	4.76 (0.28)	4.73 (0.33)	4.55 (0.31)	0.43

表2-7:アウトリーチコンピテンスの活動頻度による差異(続き)

No	Item	Once a month	A few times a month	Once a week	A few times a week	Unscheduled	F
		M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	
14	事業場の衛生委員会に出席する	2.43 (0.62)	2.17 (0.47)	2.40 (0.45)	2.43 (0.55)	2.09 (0.51)	0.51
15	事業場の産業医や保健師等と面会する	2.18 (0.59)	1.78 (0.44)	2.12 (0.43)	1.47 (0.52)	1.32 (0.49)	2.64 *
16	管理監督者研修による啓発をメンタルヘルス対策のきっかけにする	4.10 (0.40)	4.45 (0.29)	4.55 (0.28)	4.75 (0.34)	4.17 (0.32)	1.88
17	相談窓口の整備を促す	4.11 (0.48)	4.40 (0.35)	4.36 (0.34)	4.62 (0.40)	4.35 (0.38)	0.42
18	事業場のニーズに応じた教育研修の企画立案を支援する	4.94 (0.50)	4.71 (0.37)	4.81 (0.36)	5.17 (0.44)	4.36 (0.41)	1.85
19	事業場のニーズに応じた教育研修の講師を紹介する	3.35 (0.69)	3.02 (0.51)	3.20 (0.50)	2.63 (0.60)	3.63 (0.57)	1.54
20	教育研修の内容を複数回に分けて、段階的に深化させる	2.75 (0.75)	3.01 (0.56)	3.46 (0.55)	3.80 (0.66)	3.16 (0.62)	1.46
21	教育研修を行う際には、参加者に自分なりの目標を設定してもらう	3.64 (0.64)	2.83 (0.49)	2.91 (0.47)	3.19 (0.56)	3.15 (0.53)	0.98
22	教育研修の受講者アンケートや参加率から所感やニーズを確認する	4.17 (0.67)	3.55 (0.50)	3.87 (0.49)	3.85 (0.59)	3.86 (0.56)	0.81
23	教育研修等の支援内容を他の労働者にも教えられるように伝え方も指導する	3.07 (0.61)	3.33 (0.46)	3.34 (0.45)	3.18 (0.54)	3.38 (0.51)	0.16
24	教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する	4.03 (0.49)	4.34 (0.36)	4.36 (0.35)	4.26 (0.43)	4.01 (0.41)	0.69
25	事業場の担当者に支援後のフォローを具体的に提案する	3.83 (0.56)	3.39 (0.42)	3.55 (0.41)	3.27 (0.49)	3.37 (0.46)	0.54
26	センターの所長や相談員に相談する	2.12 (0.63)	2.60 (0.47)	2.78 (0.46)	3.33 (0.55)	3.15 (0.52)	2.13 †

表2-7:アウトリーチコンピテンスの活動頻度による差異(続き)

No	Item	Once a month	A few times a month	Once a week	A few times a week	Unscheduled	F
		M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	
27	センターの相談員と密に連携する	3.02 (0.71)	2.95 (0.53)	3.15 (0.52)	3.32 (0.62)	3.58 (0.59)	1.01
28	他地域のセンターの促進員の活動を参考にする	3.00 (0.62)	2.36 (0.46)	1.95 (0.45)	1.79 (0.54)	2.39 (0.51)	2.07 †
29	他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する	2.91 (0.59)	2.72 (0.44)	2.87 (0.43)	2.46 (0.52)	2.58 (0.49)	0.61
30	他の促進員と自主的な勉強会等を行う	2.63 (0.67)	2.19 (0.50)	2.49 (0.49)	2.45 (0.59)	2.48 (0.55)	0.58
31	他の促進員と協力して支援ツールを開発する	2.84 (0.68)	2.07 (0.51)	2.57 (0.49)	2.14 (0.59)	2.33 (0.56)	1.54
32	既存の支援ツールを分かりやすくつくり直す	4.03 (0.61)	4.00 (0.46)	4.49 (0.44)	3.95 (0.54)	4.30 (0.50)	1.59
33	他の促進員と密に連携する	4.21 (0.66)	3.23 (0.49)	3.68 (0.48)	3.57 (0.57)	3.64 (0.54)	1.70
34	専門家に依存しない自律的なメンタルヘルス対策の展開を支援する	4.32 (0.60)	3.65 (0.43)	3.93 (0.42)	3.87 (0.50)	3.89 (0.47)	0.89
35	事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する	4.40 (0.39)	4.78 (0.29)	4.72 (0.28)	4.77 (0.34)	4.51 (0.32)	0.82
36	周辺の医療機関や主治医と連携する	3.44 (0.65)	3.14 (0.48)	3.05 (0.47)	2.88 (0.57)	3.66 (0.53)	1.24
37	個人的な人脈を活かす	4.03 (0.67)	3.86 (0.50)	3.95 (0.49)	3.65 (0.59)	3.96 (0.55)	0.21
38	地域性を考慮して対応する	4.53 (0.55)	5.03 (0.41)	4.67 (0.40)	4.45 (0.48)	4.98 (0.46)	1.70
39	事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する	4.86 (0.54)	4.58 (0.40)	4.58 (0.39)	4.51 (0.47)	5.05 (0.45)	1.07

表2-7:アウトリーチコンピテンスの活動頻度による差異(続き)

No	Item	Once a month	A few times a month	Once a week	A few times a week	Unscheduled	F
		M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	
40	事業場に無理のない対策を検討し、提案する	4.27 (0.39)	4.90 (0.29)	4.77 (0.29)	4.77 (0.34)	5.00 (0.32)	1.53
41	事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する	4.83 (0.31)	5.29 (0.23)	5.25 (0.23)	5.40 (0.27)	5.15 (0.26)	1.15
42	メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ	4.22 (0.51)	4.48 (0.38)	4.49 (0.37)	4.25 (0.45)	4.84 (0.42)	1.10
43	公的機関の支援者として中立の立場を守る	4.46 (0.47)	4.54 (0.35)	4.39 (0.33)	4.43 (0.40)	4.00 (0.38)	1.70
44	事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる	3.83 (0.47)	4.20 (0.33)	4.35 (0.32)	4.26 (0.39)	4.30 (0.37)	0.56
45	労働局や労働基準監督署と情報交換を行う	3.51 (0.72)	2.38 (0.51)	2.39 (0.50)	2.27 (0.60)	2.42 (0.57)	0.95
46	行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う	2.97 (0.68)	2.33 (0.52)	2.67 (0.50)	2.72 (0.59)	2.66 (0.56)	0.90
47	地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う	2.62 (0.73)	2.62 (0.52)	3.02 (0.51)	3.13 (0.61)	2.66 (0.58)	0.92
48	地域産業保健センターと密に連携する	2.46 (0.71)	2.26 (0.53)	2.37 (0.52)	2.20 (0.62)	2.51 (0.59)	0.22
49	事業場外資源の種類と機能を分かりやすく説明する	4.29 (0.51)	4.40 (0.38)	4.39 (0.37)	4.69 (0.45)	4.22 (0.42)	0.53
50	地域のリワークプログラムと密に連携する	3.03 (0.70)	2.75 (0.50)	3.02 (0.48)	2.46 (0.59)	2.92 (0.55)	0.76
51	支援活動を楽しめる	3.67 (0.50)	4.25 (0.36)	4.87 (0.35)	4.96 (0.42)	4.51 (0.39)	5.14 ***
52	事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心が乏しくても活動に張り合いを感じる	3.81 (0.57)	4.22 (0.43)	4.59 (0.42)	4.92 (0.50)	4.48 (0.47)	2.08 †

表2-7:アウトリーチコンピテンスの活動頻度による差異(続き)

No	Item	Once a month	A few times a month	Once a week	A few times a week	Unscheduled	F
		M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	
53	事業場への支援内容は、促進員が自由に判断できる	2.96 (0.65)	3.24 (0.49)	3.83 (0.47)	3.58 (0.57)	3.20 (0.54)	2.12 †
54	メンタルヘルス対策に必要な雛形や様式等の具体例を示して分かりやすく説明する	4.04 (0.38)	4.57 (0.28)	4.92 (0.28)	4.73 (0.33)	4.60 (0.31)	2.89 *
55	勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深める	4.50 (0.39)	4.70 (0.29)	4.98 (0.28)	5.22 (0.34)	4.71 (0.32)	2.44 *
56	事業場内にメンタルヘルス対策の好事例を見つける	4.09 (0.52)	4.29 (0.37)	4.49 (0.36)	4.86 (0.44)	4.24 (0.41)	1.42
57	事業場内で行われているメンタルヘルス対策以外の既存の活動とメンタルヘルス対策の共通点を説明する	4.57 (0.60)	4.64 (0.42)	4.58 (0.41)	4.61 (0.50)	4.67 (0.47)	0.05
58	社内報やイントラネット等、事業場内の既存の媒体を利用して啓発を行う	3.62 (0.68)	3.13 (0.51)	3.58 (0.49)	3.07 (0.59)	3.22 (0.56)	1.22
59	周知活動を通じて業界や地域ごとのニーズを把握する	4.67 (0.61)	3.48 (0.46)	3.75 (0.45)	3.35 (0.54)	3.96 (0.50)	2.23 †
60	事業場の意欲や対策の進捗状況を一覧等にして整理し、効率的にフォローする	3.35 (0.64)	2.96 (0.46)	3.27 (0.45)	3.33 (0.54)	3.11 (0.50)	0.75
61	メンタルヘルス対策を展開する仕組みや体制、計画の整備を促す	3.86 (0.51)	4.23 (0.38)	4.55 (0.37)	4.53 (0.45)	4.45 (0.42)	1.28
62	事業場内でメンタルヘルス対策に関連する記録を残すよう促す	4.55 (0.56)	4.67 (0.42)	5.20 (0.41)	5.08 (0.49)	5.12 (0.46)	2.24 †
63	事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する	4.28 (0.40)	4.77 (0.30)	4.94 (0.29)	4.82 (0.35)	4.71 (0.33)	1.16
64	複数回にわたる継続的な支援を行う	3.37 (0.55)	3.65 (0.41)	4.32 (0.40)	4.83 (0.48)	3.64 (0.45)	6.36 ***
65	継続的に対応できる事業場外資源を紹介する	4.17 (0.65)	4.30 (0.49)	4.41 (0.47)	4.17 (0.57)	4.28 (0.54)	0.17

表2-7:アウトリーチコンピテンスの活動頻度による差異(続き)

No	Item	Once a month	A few times a month	Once a week	A few times a week	Unscheduled	F
		M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	M (SE)	
66	ストレス調査をセルフケアの促進や対策の効果評価に活用する	3.37 (0.67)	2.91 (0.50)	3.25 (0.48)	2.99 (0.58)	3.05 (0.55)	0.67
67	支援による事業場の変化を観察する	2.78 (0.64)	2.04 (0.48)	2.61 (0.46)	2.43 (0.56)	2.51 (0.53)	2.11 †
68	支援に要する準備や移動の手間等が苦にならない	3.92 (0.69)	3.52 (0.52)	3.79 (0.50)	3.93 (0.60)	3.66 (0.57)	0.57
69	実際の職場を巡視・見学する	2.16 (0.65)	1.99 (0.49)	2.44 (0.47)	2.70 (0.57)	2.58 (0.54)	1.96
F1	事業場への配慮	4.63 (0.28)	4.84 (0.21)	4.79 (0.20)	4.75 (0.24)	4.78 (0.23)	0.31
F2	センター内の連携	2.99 (0.48)	2.60 (0.36)	2.80 (0.35)	2.73 (0.42)	2.89 (0.39)	0.77
F3	モチベーション	3.82 (0.34)	4.08 (0.25)	4.49 (0.25)	4.55 (0.30)	4.18 (0.28)	4.32 **
F4	地域資源の活用	3.35 (0.46)	2.87 (0.35)	3.06 (0.34)	2.94 (0.41)	3.00 (0.38)	0.70
F5	アセスメント	3.41 (0.45)	2.79 (0.33)	3.07 (0.32)	3.03 (0.39)	3.12 (0.37)	1.65

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表2-8:アウトリーチコンピューティングの労働衛生コンサルタント資格の有無による差異(続き)

No	Item	労働衛生コンサルタント		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
23	教育研修等の支援内容を他の労働者にも教えられるように伝える方も指導する	3.11 (0.61)	3.41 (0.38)	0.39
24	教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する	4.18 (0.49)	4.22 (0.30)	0.01
25	事業場の担当者に支援後のフォローを体系的に提案する	3.26 (0.56)	3.71 (0.34)	1.00
26	センターの所長や相談員に相談する	2.31 (0.63)	3.28 (0.38)	3.65 †
27	センターの相談員と密に連携する	2.91 (0.71)	3.49 (0.43)	1.04
28	他地域のセンターの促進員の活動を参考にし、配慮する	1.87 (0.62)	2.73 (0.37)	3.02 †
29	他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する	2.20 (0.59)	3.21 (0.36)	4.46 *
30	他の促進員と自主的な勉強会等を行う	2.42 (0.68)	2.47 (0.41)	0.01
31	他の促進員と協力して支援ツールを開発する	2.41 (0.68)	2.36 (0.41)	0.01
32	既存の支援ツールを分かりやすく作り直す	4.18 (0.62)	4.12 (0.37)	0.02
33	他の促進員と密に連携する	3.50 (0.66)	3.83 (0.40)	0.41
34	専門家に依存しない自律的なメンタルヘルス対策の展開を支援する	4.28 (0.58)	3.59 (0.35)	2.24
35	事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する	4.79 (0.39)	4.49 (0.23)	0.94
36	周辺の医療機関や主治医と連携する	3.36 (0.65)	3.11 (0.39)	0.24
37	個人的な人脈を活かす	4.09 (0.67)	3.69 (0.40)	0.53
38	地域性を考慮して対応する	5.08 (0.56)	4.38 (0.34)	2.39
39	事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する	5.06 (0.54)	4.37 (0.33)	2.48
40	事業場に無理のない対策を検討し、提案する	4.70 (0.40)	4.78 (0.24)	0.08
41	事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する	5.34 (0.32)	5.03 (0.19)	1.49
42	メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ	4.51 (0.51)	4.41 (0.31)	0.06
43	公的機関の支援者として中立の立場を守り、配慮する	4.52 (0.46)	4.21 (0.28)	0.74
44	事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる	4.51 (0.45)	3.86 (0.27)	3.28 †

表2-8:アウトリーチコンピューティングの労働衛生コンサルタント資格の有無による差異

No	Item	労働衛生コンサルタント		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
1	事業場内のキーパーソンを見つける	4.66 (0.54)	4.47 (0.33)	0.20
2	事業場の担当者に他の労働者と協力して対策を推進するよう促す	4.86 (0.54)	4.21 (0.32)	2.31
3	事業場の担当者に別の担当者育てるよう促す	2.97 (0.60)	3.69 (0.36)	2.26
4	事業場内にメンタルヘルス対策のキーパーソンを育てる	4.64 (0.55)	4.53 (0.33)	0.07
5	事業場の担当者の立場や気持ちに配慮する	5.18 (0.38)	4.87 (0.23)	1.02
6	事業場の組織図を支援活動の参考にする	5.18 (0.61)	4.01 (0.36)	5.76 *
7	訪問前にメールや電話等で事業場のニーズを確認する	4.84 (0.54)	4.36 (0.32)	1.24
8	安全衛生活動全般から幅広く事業場のニーズを把握する	4.77 (0.56)	4.26 (0.34)	1.29
9	メンタルヘルス以外の安全衛生活動の相談にも対応する	5.50 (0.63)	4.20 (0.38)	6.66 *
10	事業場の意思や決定を尊重する	5.10 (0.32)	4.86 (0.19)	0.86
11	事業場の担当者だけでなく、事業主にも面会を求める	1.42 (0.60)	2.57 (0.36)	5.75 *
12	事業場内の権威の方からニーズを聞く	3.81 (0.61)	3.48 (0.37)	0.46
13	事業主や事業場の担当者のメンタルヘルス対策への理解や意識を確認する	4.85 (0.38)	4.55 (0.23)	0.99
14	事業場の衛生委員会に出席する	2.29 (0.63)	2.32 (0.38)	0.00
15	事業場の産業医や保健師等と面会する	1.77 (0.59)	1.77 (0.36)	0.00
16	管理監督者研修による啓発をメンタルヘルス対策のきっかけにする	4.11 (0.39)	4.70 (0.23)	3.51 †
17	相談窓口の整備を促す	4.49 (0.47)	4.24 (0.28)	0.46
18	事業場のニーズに応じた教育研修の企画立案を支援する	5.17 (0.50)	4.43 (0.30)	3.38 †
19	事業場のニーズに応じた教育研修の講師を紹介する	3.39 (0.69)	2.95 (0.42)	0.63
20	教育研修の内容を複数回に分けて、段階的に深化させる	3.27 (0.76)	3.20 (0.46)	0.01
21	教育研修を行う際には、参加者に自分なりの目標を設定してもらう	3.36 (0.65)	2.93 (0.39)	0.71
22	教育研修の受講者アンケートや参加率から所感やニーズを確認する	3.76 (0.67)	3.95 (0.41)	0.13

表2-8:アウトリーチコンピテンスの労働衛生コンサルタント資格の有無による差異(続き)

No	Item	労働衛生コンサルタント		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
45	労働局や労働基準監督署と情報交換を行う	3.07 (0.69)	2.12 (0.42)	2.98 †
46	行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う	2.71 (0.68)	2.64 (0.42)	0.02
47	地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う	3.26 (0.71)	2.36 (0.43)	2.52
48	地域産業保健センターと密に連携する	2.51 (0.72)	2.21 (0.43)	0.29
49	事業場が資源の種類と機能を分かりやすくし、幅広く知識を深める	4.76 (0.52)	4.03 (0.31)	3.12 †
50	地域のワークプログラムと密に連携する	3.04 (0.67)	2.63 (0.41)	0.56
51	支援活動を楽しむ	4.54 (0.48)	4.36 (0.29)	0.22
52	事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心	4.87 (0.58)	3.94 (0.35)	4.07 *
53	事業場への支援内容は、促進員が自由に決める	3.38 (0.66)	3.35 (0.39)	0.00
54	メンタルヘルス対策に必要な鑑形や様式等	4.54 (0.38)	4.60 (0.23)	0.03
55	勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深める	5.04 (0.39)	4.60 (0.24)	1.93
56	事業場内にメンタルヘルス対策の好事例を	4.56 (0.50)	4.24 (0.30)	0.63
57	事業場内で行われているメンタルヘルス対策	5.15 (0.57)	4.08 (0.35)	5.54 *
58	社内報やイントラネット等、事業場内の既存	3.15 (0.68)	3.50 (0.41)	0.43
59	周知活動を通じて業界や地域ごとのニーズ	4.25 (0.62)	3.43 (0.37)	2.77 †
60	事業場の意欲や対策の進捗状況を一貫等	3.17 (0.62)	3.24 (0.37)	0.02
61	メンタルヘルス対策を展開する仕組みや体	4.37 (0.51)	4.28 (0.31)	0.05
62	事業場内でメンタルヘルス対策に関連する	5.19 (0.56)	4.66 (0.34)	1.41
63	事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘ	4.66 (0.41)	4.75 (0.24)	0.07
64	複数回にわたる継続的な支援を行う	4.08 (0.55)	3.84 (0.33)	0.31
65	継続的に対応できる事業場外資源を紹介す	4.49 (0.65)	4.05 (0.39)	0.71
66	ストレス調査をセルフケアの促進や対策の	3.01 (0.67)	3.22 (0.41)	0.15

表2-8:アウトリーチコンピテンスの労働衛生コンサルタント資格の有無による差異(続き)

No	Item	労働衛生コンサルタント		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
67	支援による事業場の変化を観察する	2.50 (0.64)	2.45 (0.39)	0.01
68	支援に要する準備や移動の手間等が苦にな	4.35 (0.69)	3.18 (0.42)	4.44 *
69	実際の職場を巡視・見学する	2.26 (0.65)	2.48 (0.39)	0.18
F1	事業場への配慮	4.91 (0.28)	4.61 (0.17)	1.81
F2	センター内の連携	2.53 (0.48)	3.07 (0.29)	1.93
F3	モチベーション	4.44 (0.34)	4.00 (0.20)	2.61
F4	地域資源の活用	3.36 (0.47)	2.72 (0.28)	2.92 †
F5	アセスメント	3.08 (0.45)	3.09 (0.27)	0.00

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表2-9:アウトリーチコンピテンスの保健師・看護師資格の有無による差異

No	Item	保健師・看護師		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
1	事業場内のキーパーソンを見つける	4.82 (0.46)	4.32 (0.38)	2.88 †
2	事業場の担当者に他の労働者と協力して対策を推進するよう促す	4.56 (0.45)	4.50 (0.37)	0.04
3	事業場の担当者に別の担当者を育てよう促す	3.41 (0.51)	3.25 (0.41)	0.25
4	事業場内にメンタルヘルス対策のキーパーソンを育てる	4.93 (0.46)	4.24 (0.38)	5.44 *
5	事業場の担当者の立場や気持ちに配慮する	5.18 (0.32)	4.87 (0.26)	2.17
6	事業場の組織図を支援活動の参考にする	4.71 (0.51)	4.47 (0.42)	0.51
7	訪問前にメールや電話等で事業場のニーズを確認する	4.67 (0.45)	4.54 (0.37)	0.20
8	安全衛生活動全般から幅広く事業場のニーズを把握する	4.65 (0.48)	4.38 (0.39)	0.75
9	メンタルヘルス以外の安全衛生活動の相談にも対応する	4.95 (0.53)	4.75 (0.44)	0.35
10	事業場の意思や決定を尊重する	5.04 (0.27)	4.92 (0.22)	0.44
11	事業場の担当者だけでなく、事業主にも面会を求める	2.12 (0.50)	1.87 (0.41)	0.57
12	事業場内の権限の方からニーズを聴く	3.88 (0.52)	3.41 (0.42)	1.96
13	事業主や事業場の担当者のメンタルヘルス対策への理解や意識を確認する	4.73 (0.32)	4.67 (0.27)	0.08
14	事業場の衛生委員会に出席する	2.49 (0.53)	2.12 (0.43)	1.18
15	事業場の産業医や保健師等と面会する	1.84 (0.50)	1.71 (0.41)	0.17
16	管理監督者研修による啓発をメンタルヘルス対策のきっかけにする	4.48 (0.33)	4.33 (0.27)	0.50
17	相談窓口の整備を促す	4.51 (0.39)	4.22 (0.32)	1.25
18	事業場のニーズに応じた教育研修の企画立案を支援する	5.08 (0.42)	4.52 (0.35)	4.08 *
19	事業場のニーズに応じた教育研修の講師を紹介する	3.30 (0.58)	3.04 (0.48)	0.47
20	教育研修の内容を複数回に分けて、段階的に深化させる	3.23 (0.64)	3.24 (0.52)	0.00
21	教育研修を行う際には、参加者に自分なりの目標を設定してもらう	3.32 (0.55)	2.97 (0.45)	0.91
22	教育研修の受講者アンケートや参加率から所感やニーズを確認する	3.97 (0.57)	3.74 (0.47)	0.40

表2-9:アウトリーチコンピテンスの保健師・看護師資格の有無による差異(続き)

No	Item	保健師・看護師		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
23	教育研修等の支援内容を他の労働者にも教えられるように伝える方も指導する	3.26 (0.52)	3.26 (0.43)	0.00
24	教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する	4.19 (0.41)	4.21 (0.34)	0.01
25	事業場の担当者に支援後のフォローを体系的に提案する	3.52 (0.47)	3.45 (0.39)	0.06
26	センターの所長や相談員に相談する	2.95 (0.54)	2.64 (0.44)	0.83
27	センターの相談員と密に連携する	3.55 (0.60)	2.85 (0.49)	3.22 †
28	他地域のセンターの促進員の活動を参考にしする	2.13 (0.52)	2.47 (0.43)	0.98
29	他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する	2.86 (0.50)	2.56 (0.41)	0.84
30	他の促進員と自主的な勉強会等を行う	2.51 (0.57)	2.38 (0.47)	0.12
31	他の促進員と協力して支援ツールを開発する	2.64 (0.58)	2.14 (0.47)	1.81
32	既存の支援ツールを分かりやすく作り直す	4.42 (0.53)	3.89 (0.43)	2.27
33	他の促進員と密に連携する	3.96 (0.56)	3.37 (0.46)	2.59
34	専門家に依存しない自律的なメンタルヘルス対策の展開を支援する	3.92 (0.49)	3.95 (0.40)	0.01
35	事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する	4.61 (0.33)	4.67 (0.27)	0.09
36	周辺の医療機関や主治医と連携する	3.61 (0.55)	2.86 (0.45)	4.44 *
37	個人的な人脈を活かす	4.21 (0.57)	3.57 (0.47)	3.07 †
38	地域性を考慮して対応する	4.81 (0.47)	4.66 (0.39)	0.24
39	事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する	4.75 (0.46)	4.68 (0.38)	0.05
40	事業場に無理のない対策を検討し、提案する	4.89 (0.33)	4.59 (0.27)	1.95
41	事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する	5.38 (0.27)	4.98 (0.22)	5.54 *
42	メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ	4.50 (0.43)	4.42 (0.35)	0.08
43	公的機関の支援者として中立の立場を守る	4.20 (0.39)	4.53 (0.32)	1.66
44	事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる	4.28 (0.38)	4.09 (0.31)	0.63

表2-9:アウトリーチコンピテンズの保健師・看護師資格の有無による差異(続き)

No	Item	保健師・看護師		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
45	労働局や労働基準監督署と情報交換を行う	2.56 (0.58)	2.64 (0.48)	0.05
46	行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う	2.88 (0.58)	2.47 (0.48)	1.23
47	地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う	2.99 (0.60)	2.62 (0.49)	0.93
48	地域産業保健センターと密に連携する	2.32 (0.60)	2.40 (0.50)	0.04
49	事業場外資源の種類と機能を分かりやすく説明する	4.66 (0.43)	4.14 (0.36)	3.41 †
50	地域のワークプログラムと密に連携する	3.04 (0.57)	2.63 (0.47)	1.24
51	支援活動を楽しめる	4.50 (0.41)	4.41 (0.33)	0.12
52	事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心が乏しくても活動に張り合いを感じる	4.38 (0.49)	4.43 (0.40)	0.03
53	事業場への支援内容は、促進員が自由に判断できる	3.65 (0.55)	3.07 (0.46)	2.62
54	メンタルヘルス対策に必要な難形や様式等の具体例を示して分かりやすく説明する	4.69 (0.32)	4.45 (0.26)	1.25
55	勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深める	4.83 (0.33)	4.81 (0.27)	0.01
56	事業場内にメンタルヘルス対策の好事例を見つける	4.69 (0.42)	4.11 (0.35)	4.49 *
57	事業場内で行われているメンタルヘルス対策以外の既存の活動とメンタルヘルス対策の共通点を説明する	4.59 (0.49)	4.64 (0.40)	0.03
58	社内報やイントラネット等、事業場内の既存の媒体を利用して啓発を行う	3.46 (0.57)	3.19 (0.47)	0.53
59	周知活動を通じて業界や地域ごとのニーズを把握する	3.88 (0.52)	3.80 (0.43)	0.06
60	事業場の意欲や対策の準備状況を一覧等にして整理し、効果的にフォローする	3.64 (0.52)	2.77 (0.43)	6.71 *
61	メンタルヘルス対策を履関する仕組みや体制、計画の整備を促す	4.54 (0.43)	4.11 (0.35)	2.39
62	事業場内でメンタルヘルス対策に関連する記録を残すよう促す	5.07 (0.47)	4.78 (0.39)	0.90
63	事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する	4.82 (0.34)	4.59 (0.28)	1.13
64	複数回にわたる継続的な支援を行う	3.84 (0.47)	4.07 (0.38)	0.57
65	継続的に対応できる事業場外資源を紹介する	4.51 (0.55)	4.02 (0.45)	1.90
66	ストレス調査をセルフケアの促進や対策の効果評価に活用する	3.06 (0.57)	3.16 (0.47)	0.07

表2-9:アウトリーチコンピテンズの保健師・看護師資格の有無による差異(続き)

No	Item	保健師・看護師		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
67	支援による事業場の変化を観察する	2.47 (0.54)	2.47 (0.44)	0.00
68	支援に要する準備や移動の手間等が苦にならない	3.44 (0.59)	4.09 (0.48)	2.92 †
69	実際の職場を巡視・見学する	2.23 (0.55)	2.51 (0.45)	0.60
F1	事業場への配慮	4.82 (0.24)	4.69 (0.19)	0.72
F2	センター内の連携	2.97 (0.41)	2.64 (0.33)	1.59
F3	モチベーション	4.24 (0.29)	4.21 (0.24)	0.03
F4	地域資源の活用	3.15 (0.39)	2.94 (0.32)	0.64
F5	アセスメント	3.20 (0.38)	2.97 (0.31)	0.92

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表2-10：アウトリーチコンピテンシスの衛生管理者資格の有無による差異（続き）

No	Item	衛生管理者		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
23	教育研修等の支援内容を他の労働者にも教えられるように伝える方も指導する	3.44 (0.48)	3.09 (0.44)	2.50
24	教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する	4.18 (0.38)	4.22 (0.35)	0.03
25	事業場の担当者に支援後のフォローを体系的に提案する	3.63 (0.43)	3.34 (0.40)	2.12
26	センターの所長や相談員に相談する	2.67 (0.49)	2.92 (0.45)	1.28
27	センターの相談員と密に連携する	3.25 (0.55)	3.15 (0.51)	0.15
28	他地域のセンターの促進員の活動を参考にする	2.15 (0.48)	2.44 (0.44)	1.68
29	他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する	2.54 (0.46)	2.87 (0.43)	2.30
30	他の促進員と自主的な勉強会等を行う	2.45 (0.52)	2.44 (0.49)	0.00
31	他の促進員と協力して支援ツールを開発する	2.34 (0.53)	2.44 (0.49)	0.17
32	既存の支援ツールを分かりやすく作り直す	4.32 (0.48)	3.98 (0.44)	2.31
33	他の促進員と密に連携する	3.75 (0.51)	3.58 (0.47)	0.49
34	専門家に依存しない自律的なメンタルヘルス対策の展開を支援する	4.17 (0.44)	3.70 (0.41)	5.04 *
35	事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する	4.68 (0.30)	4.59 (0.28)	0.45
36	周辺の医療機関や主治医と連携する	3.40 (0.50)	3.07 (0.47)	1.87
37	個人的な人脈を活かす	4.14 (0.52)	3.64 (0.48)	4.21 *
38	地域性を考慮して対応する	4.98 (0.43)	4.48 (0.40)	6.18 *
39	事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する	4.70 (0.42)	4.73 (0.39)	0.03
40	事業場に無理のない対策を検討し、提案する	4.74 (0.31)	4.74 (0.28)	0.00
41	事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する	5.26 (0.24)	5.11 (0.23)	1.73
42	メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ	4.60 (0.39)	4.32 (0.37)	2.29
43	公的機関の支援者として中立の立場を守る	4.43 (0.35)	4.30 (0.33)	0.53
44	事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる	4.44 (0.35)	3.93 (0.32)	9.92 **

表2-10：アウトリーチコンピテンシスの衛生管理者資格の有無による差異

No	Item	衛生管理者		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
1	事業場内のキーパーソンを見つける	4.61 (0.42)	4.53 (0.39)	0.17
2	事業場の担当者に他の労働者と協力して対策を推進するよう促す	4.70 (0.41)	4.37 (0.39)	2.96 †
3	事業場の担当者に別の担当者を育てよう促す	3.25 (0.46)	3.41 (0.43)	0.58
4	事業場内にメンタルヘルス対策のキーパーソンを育てる	4.62 (0.42)	4.55 (0.39)	0.12
5	事業場の担当者の立場や気持ちに配慮する	4.91 (0.29)	5.14 (0.27)	3.02 †
6	事業場の組織図を支援活動の参考ににする	4.71 (0.47)	4.48 (0.43)	1.08
7	訪問前にメールや電話等で事業場のニーズを確認する	4.66 (0.41)	4.55 (0.38)	0.30
8	安全衛生活動全般から幅広く事業場のニーズを把握する	4.75 (0.43)	4.27 (0.40)	5.60 *
9	メンタルヘルス以外の安全衛生活動の相談にも対応する	5.32 (0.48)	4.39 (0.45)	16.82 ***
10	事業場の意思や決定を尊重する	5.01 (0.25)	4.96 (0.23)	0.18
11	事業場の担当者だけでなく、事業主にも面会を求める	1.94 (0.46)	2.05 (0.43)	0.24
12	事業場内の権限の方からニーズを聞く	3.74 (0.47)	3.56 (0.44)	0.69
13	事業主や事業場の担当者のメンタルヘルス対策への理解や意識を確認する	4.71 (0.29)	4.69 (0.28)	0.02
14	事業場の衛生委員会に出席する	2.48 (0.48)	2.13 (0.45)	2.44
15	事業場の産業医や保健師等と面会する	1.89 (0.46)	1.66 (0.43)	1.16
16	管理監督者研修による啓発をメンタルヘルス対策のきっかけにする	4.36 (0.30)	4.45 (0.28)	0.38
17	相談窓口の整備を促す	4.49 (0.36)	4.25 (0.33)	2.09
18	事業場のニーズに応じた教育研修の企画立案を支援する	4.85 (0.39)	4.75 (0.36)	0.29
19	事業場のニーズに応じた教育研修の講師を紹介する	3.43 (0.53)	2.90 (0.50)	4.54 *
20	教育研修の内容を複数回に分けて、段階的に深化させる	3.27 (0.58)	3.20 (0.54)	0.06
21	教育研修を行う際には、参加者に自分なりの目標を設定してもらう	3.33 (0.50)	2.95 (0.47)	2.64
22	教育研修の受講者アンケートや参加率から所感やニーズを確認する	3.83 (0.52)	3.89 (0.48)	0.06

表2-10：アウトリーチコンピテンスの衛生管理者資格の有無による差異（続き）

No	Item	衛生管理者		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
45	労働局や労働基準監督署と情報交換を行う	2.86 (0.53)	2.33 (0.50)	4.52 *
46	行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う	2.85 (0.53)	2.49 (0.49)	2.12
47	地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う	3.15 (0.55)	2.47 (0.51)	7.04 **
48	地域産業保健センターと密に連携する	2.70 (0.55)	2.02 (0.51)	6.72 *
49	事業場外資源の種類と機能を分かりやすく説明する	4.55 (0.40)	4.25 (0.37)	2.51
50	地域のワークプログラムと密に連携する	3.04 (0.52)	2.63 (0.48)	2.90 †
51	支援活動を楽しめる	4.57 (0.37)	4.33 (0.35)	1.85
52	事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心が乏しくても活動に張り合いを感じる	4.58 (0.44)	4.23 (0.41)	2.85 †
53	事業場への支援内容は、促進員が自由に判断できる	3.47 (0.51)	3.26 (0.47)	0.77
54	メンタルヘルス対策に必要な難形や様式等の具体例を示して分かりやすく説明する	4.63 (0.29)	4.51 (0.27)	0.78
55	勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深める	4.91 (0.30)	4.73 (0.28)	1.55
56	事業場内にメンタルヘルス対策の好事例を見つける	4.52 (0.39)	4.27 (0.36)	1.81
57	事業場内で行われているメンタルヘルス対策以外の既存の活動とメンタルヘルス対策の共通点を説明する	4.83 (0.44)	4.40 (0.41)	4.07 *
58	社内報やイントラネット等、事業場内の既存の媒体を利用して啓発を行う	3.58 (0.52)	3.06 (0.49)	4.57 *
59	周知活動を通じて業界や地域ごとのニーズを把握する	4.00 (0.48)	3.69 (0.44)	1.91
60	事業場の意欲や対策の進捗状況を一覧等にして整理し、効果的にフォローする	3.42 (0.47)	2.99 (0.44)	3.68 †
61	メンタルヘルス対策を履関する仕組みや体制、計画の整備を促す	4.44 (0.40)	4.21 (0.37)	1.53
62	事業場内でメンタルヘルス対策に関連する記録を残すよう促す	5.12 (0.43)	4.72 (0.40)	3.95 *
63	事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する	4.69 (0.31)	4.72 (0.29)	0.04
64	複数回にわたる継続的な支援を行う	3.99 (0.43)	3.93 (0.40)	0.10
65	継続的に対応できる事業場外資源を紹介する	4.23 (0.50)	4.30 (0.47)	0.10
66	ストレス調査をセルクケアの促進や対策の効果評価に活用する	3.21 (0.52)	3.02 (0.48)	0.60

表2-10：アウトリーチコンピテンスの衛生管理者資格の有無による差異（続き）

No	Item	衛生管理者		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
67	支援による事業場の変化を観察する	2.54 (0.49)	2.40 (0.46)	0.37
68	支援に要する準備や移動の手間等が苦にならない	3.99 (0.54)	3.54 (0.50)	3.09 †
69	実際の職場を巡視・見学する	2.44 (0.50)	2.31 (0.47)	0.33
F1	事業場への配慮	4.79 (0.22)	4.73 (0.20)	0.38
F2	センター内の連携	2.75 (0.37)	2.85 (0.34)	0.35
F3	モチベーション	4.35 (0.26)	4.10 (0.24)	4.08 *
F4	地域資源の活用	3.34 (0.36)	2.75 (0.34)	11.89 ***
F5	アセスメント	3.16 (0.35)	3.01 (0.32)	0.88

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表2-11:アウトリーチコンピテンシスの臨床心理士資格の有無による差異(続き)

No	Item	臨床心理士		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
23	教育研修等の支援内容を他の労働者にも教えられるように伝える方も指導する	3.29 (0.59)	3.23 (0.40)	0.01
24	教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する	4.19 (0.46)	4.21 (0.32)	0.01
25	事業場の担当者に支援後のフォローを体系的に提案する	3.71 (0.53)	3.26 (0.37)	1.18
26	センターの所長や相談員に相談する	2.82 (0.59)	2.77 (0.42)	0.01
27	センターの相談員と密に連携する	3.34 (0.67)	3.06 (0.47)	0.29
28	他地域のセンターの促進員の活動を参考にし、他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する	2.41 (0.58)	2.19 (0.41)	0.24
29	他の促進員と自主的な勉強会等を行う	2.72 (0.56)	2.69 (0.39)	0.01
30	他の促進員と協力して支援ツールを開発する	2.41 (0.63)	2.49 (0.45)	0.03
31	既存の支援ツールを分かりやすく作り直す	2.59 (0.64)	2.18 (0.45)	0.68
32	他の促進員と密に連携する	4.21 (0.58)	4.10 (0.41)	0.06
33	専門家に依存しない自律的なメンタルヘルス対策の展開を支援する	4.04 (0.62)	3.29 (0.43)	2.46
34	事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する	4.08 (0.54)	3.79 (0.38)	0.45
35	周辺の医療機関や主治医と連携する	4.66 (0.36)	4.62 (0.26)	0.02
36	個人的な人脈を活かす	3.63 (0.61)	2.84 (0.43)	2.81 †
37	地域性を考慮して対応する	4.25 (0.63)	3.53 (0.44)	2.21
38	事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する	5.13 (0.52)	4.33 (0.37)	3.97 *
39	事業場に無理のない対策を検討し、提案する	4.96 (0.51)	4.47 (0.36)	1.55
40	事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する	4.90 (0.37)	4.58 (0.26)	1.29
41	メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ	5.37 (0.29)	4.99 (0.21)	2.67
42	公的機関の支援者として中立の立場を守る	4.54 (0.48)	4.37 (0.34)	0.20
43	事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる	4.40 (0.44)	4.33 (0.30)	0.03
44		4.33 (0.42)	4.04 (0.30)	0.79

表2-11:アウトリーチコンピテンシスの臨床心理士資格の有無による差異

No	Item	臨床心理士		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
1	事業場内のキーパーソンを見つける	4.35 (0.51)	4.78 (0.36)	1.21
2	事業場の担当者に他の労働者と協力して対策を推進するよう促す	4.70 (0.50)	4.37 (0.35)	0.71
3	事業場の担当者に別の担当者を育てよう促す	3.41 (0.56)	3.26 (0.39)	0.12
4	事業場内にメンタルヘルス対策のキーパーソンを育てる	4.63 (0.51)	4.54 (0.36)	0.05
5	事業場の担当者の立場や気持ちに配慮する	5.03 (0.35)	5.02 (0.25)	0.00
6	事業場の組織図を支援活動の参考にする	4.45 (0.57)	4.73 (0.40)	0.40
7	訪問前にメールや電話等で事業場のニーズを確認する	4.86 (0.50)	4.35 (0.35)	1.68
8	安全衛生活動全般から幅広く事業場のニーズを把握する	4.42 (0.53)	4.61 (0.37)	0.20
9	メンタルヘルス以外の安全衛生活動の相談にも対応する	5.07 (0.59)	4.63 (0.41)	0.93
10	事業場の意思や決定を尊重する	5.02 (0.30)	4.94 (0.21)	0.12
11	事業場の担当者だけでなく、事業主にも面会を求める	1.74 (0.56)	2.25 (0.39)	1.41
12	事業場内の権威の方からニーズを聞く	3.73 (0.57)	3.56 (0.40)	0.15
13	事業主や事業場の担当者のメンタルヘルス対策への理解や意欲を確認する	4.75 (0.36)	4.65 (0.25)	0.12
14	事業場の衛生委員会に出席する	2.55 (0.59)	2.06 (0.41)	1.16
15	事業場の産業医や保健師等と面会する	1.78 (0.55)	1.77 (0.39)	0.00
16	管理監督者研修による啓発をメンタルヘルス対策のきっかけにする	4.53 (0.36)	4.28 (0.26)	0.76
17	相談窓口の整備を促す	4.32 (0.43)	4.42 (0.31)	0.09
18	事業場のニーズに応じた教育研修の企画立案を支援する	4.97 (0.47)	4.63 (0.33)	0.88
19	教育研修の内容を複数回に分けて、段階的に深化させる	2.98 (0.65)	3.36 (0.46)	0.57
20	教育研修を行う際には、参加者に自分なりの目標を設定してもらう	2.94 (0.71)	3.54 (0.50)	1.19
21	教育研修の受講者アンケートや参加率から所感やニーズを確認する	3.03 (0.62)	3.26 (0.42)	0.23
22		4.18 (0.63)	3.54 (0.44)	1.68

表2-11：アウトリーチコンピテンスの臨床心理士資格の有無による差異（続き）

No	Item	臨床心理士		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
45	労働局や労働基準監督署と情報交換を行う	2.26 (0.65)	2.93 (0.46)	1.77
46	行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う	2.45 (0.65)	2.89 (0.45)	0.75
47	地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う	2.60 (0.66)	3.01 (0.46)	0.64
48	地域産業保健センターと密に連携する	2.58 (0.67)	2.14 (0.47)	0.74
49	事業場外資源の種類と機能を分かりやすく説明する	4.54 (0.48)	4.25 (0.34)	0.63
50	地域のワークプログラムと密に連携する	2.88 (0.63)	2.79 (0.44)	0.04
51	支援活動を楽しめる	4.38 (0.45)	4.52 (0.32)	0.17
52	事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心が乏しくても活動に張り合いを感じる	4.14 (0.54)	4.67 (0.38)	1.55
53	事業場への支援内容は、促進員が自由に判断できる	3.04 (0.61)	3.69 (0.43)	1.88
54	メンタルヘルス対策に必要な難形や様式等の具体例を示して分かりやすく説明する	4.61 (0.36)	4.53 (0.25)	0.07
55	勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深める	4.81 (0.37)	4.84 (0.26)	0.01
56	事業場内にメンタルヘルス対策の好事例を見つづける	4.51 (0.47)	4.29 (0.33)	0.36
57	事業場内で行われているメンタルヘルス対策以外の既存の活動とメンタルヘルス対策の共通点を説明する	4.82 (0.55)	4.41 (0.38)	0.90
58	社内報やイントラネット等、事業場内の既存の媒体を利用して啓発を行う	3.66 (0.66)	2.99 (0.44)	1.45
59	周知活動を通じて業界や地域ごとのニーズを把握する	3.86 (0.59)	3.82 (0.41)	0.01
60	事業場の意欲や対策の準備状況を一覧等にして整理し、効果的にフォローする	3.27 (0.58)	3.14 (0.41)	0.08
61	メンタルヘルス対策を履関する仕組みや体制、計画の整備を促す	4.50 (0.48)	4.15 (0.34)	0.87
62	事業場内でメンタルヘルス対策に関連する記録を残すよう促す	5.37 (0.52)	4.47 (0.37)	4.87 *
63	事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する	4.76 (0.38)	4.65 (0.27)	0.16
64	複数回にわたる継続的な支援を行う	3.86 (0.52)	4.06 (0.36)	0.24
65	継続的に対応できる事業場外資源を紹介する	4.46 (0.61)	4.07 (0.43)	0.69
66	ストレス調査をセルフレポートの促進や対策の効果評価に活用する	2.68 (0.66)	3.55 (0.44)	2.48

表2-11：アウトリーチコンピテンスの臨床心理士資格の有無による差異（続き）

No	Item	臨床心理士		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
67	支援による事業場の変化を観察する	2.41 (0.60)	2.54 (0.42)	0.09
68	支援に要する準備や移動の手間等が苦にならない	3.89 (0.65)	3.64 (0.46)	0.25
69	実際の職場を巡視・見学する	2.46 (0.61)	2.29 (0.43)	0.13
F1	事業場への配慮	4.63 (0.18)	4.89 (0.26)	1.70
F2	センター内の連携	2.68 (0.32)	2.92 (0.45)	0.50
F3	モチベーション	4.31 (0.22)	4.13 (0.32)	0.51
F4	地域資源の活用	3.07 (0.31)	3.02 (0.44)	0.02
F5	アセスメント	3.16 (0.30)	3.01 (0.42)	0.21

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表2-12:アウトリーチコンピテンシスの産業カウンセラー資格の有無による差異

No	Item	産業カウンセラー		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
1	事業場内のキーパーソンを見つける	4.55 (0.43)	4.59 (0.38)	0.04
2	事業場の担当者に他の労働者と協力して対策を推進するよう促す	4.60 (0.42)	4.47 (0.38)	0.40
3	事業場の担当者に別の担当者を育てるよう促す	3.37 (0.47)	3.29 (0.42)	0.12
4	事業場内にメンタルヘルス対策のキーパーソンを育てる	4.61 (0.43)	4.57 (0.38)	0.04
5	事業場の担当者の立場や気持ちに配慮する	5.03 (0.29)	5.02 (0.26)	0.01
6	事業場の組織図を支援活動の参考にする	4.55 (0.48)	4.64 (0.43)	0.16
7	訪問前にメールや電話等で事業場のニーズを確認する	4.63 (0.42)	4.57 (0.38)	0.09
8	安全衛生活動全般から幅広く事業場のニーズを把握する	4.53 (0.44)	4.50 (0.40)	0.02
9	メンタルヘルス以外の安全衛生活動の相談にも対応する	4.70 (0.49)	5.00 (0.44)	1.65
10	事業場の意思や決定を尊重する	4.95 (0.25)	5.01 (0.23)	0.25
11	事業場の担当者だけでなく、事業主にも面会を求める	1.99 (0.47)	2.00 (0.42)	0.00
12	事業場内の権威の方からニーズを聞く	3.65 (0.48)	3.64 (0.43)	0.00
13	事業主や事業場の担当者のメンタルヘルス対策への理解や意識を確認する	4.59 (0.30)	4.81 (0.27)	2.50
14	事業場の衛生委員会に出席する	2.60 (0.49)	2.00 (0.44)	6.77 *
15	事業場の産業医や保健師等と面会する	1.81 (0.47)	1.74 (0.42)	0.11
16	管理監督者研修による啓発をメンタルヘルス対策のきっかけにする	4.48 (0.31)	4.33 (0.27)	1.11
17	相談窓口の整備を促す	4.22 (0.36)	4.51 (0.33)	2.79 †
18	事業場のニーズに応じた教育研修の企画立案を支援する	4.96 (0.39)	4.63 (0.35)	3.20 †
19	事業場のニーズに応じた教育研修の講師を紹介する	3.22 (0.54)	3.11 (0.49)	0.17
20	教育研修の内容を複数回に分けて、段階的に深化させる	3.48 (0.59)	2.99 (0.53)	3.11 †
21	教育研修を行う際には、参加者に自分なりの目標を設定してもらう	3.37 (0.51)	2.91 (0.46)	3.81 †
22	教育研修の受講者アンケートや参加率から所感やニーズを確認する	4.12 (0.53)	3.60 (0.47)	4.47 *

表2-12:アウトリーチコンピテンシスの産業カウンセラー資格の有無による差異(続き)

No	Item	産業カウンセラー		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
23	教育研修等の支援内容を他の労働者にも教えられるように伝える方も指導する	3.18 (0.48)	3.34 (0.44)	0.47
24	教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する	4.30 (0.39)	4.10 (0.35)	1.12
25	事業場の担当者に支援後のフォローを体系的に提案する	3.47 (0.44)	3.50 (0.40)	0.02
26	センターの所長や相談員に相談する	2.65 (0.50)	2.94 (0.45)	1.51
27	センターの相談員と密に連携する	3.13 (0.56)	3.28 (0.50)	0.33
28	他地域のセンターの促進員の活動を参考にし、他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する	2.20 (0.49)	2.39 (0.44)	0.66
29	他の促進員と自主的な勉強会等を行う	2.63 (0.47)	2.78 (0.42)	0.44
30	他の促進員と協力して支援ツールを開発する	2.45 (0.53)	2.44 (0.48)	0.00
31	既存の支援ツールを分かりやすく作り直す	2.40 (0.54)	2.38 (0.48)	0.01
32	他の促進員と密に連携する	4.15 (0.48)	4.15 (0.43)	0.00
33	専門家に依存しない自律的なメンタルヘルス対策の展開を支援する	3.65 (0.52)	3.68 (0.46)	0.01
34	事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する	3.96 (0.45)	3.91 (0.41)	0.05
35	周辺の医療機関や主治医と連携する	4.61 (0.30)	4.67 (0.27)	0.18
36	個人的な人脈を活かす	3.57 (0.51)	2.90 (0.46)	7.82 **
37	地域性を考慮して対応する	3.91 (0.53)	3.87 (0.47)	0.02
38	事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する	4.62 (0.44)	4.84 (0.39)	1.10
39	事業場に無理のない対策を検討し、提案する	4.77 (0.43)	4.66 (0.38)	0.27
40	事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する	4.85 (0.31)	4.63 (0.28)	2.36
41	メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ	5.20 (0.25)	5.17 (0.22)	0.07
42	公的機関の支援者として中立の立場を守り、事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる	4.46 (0.40)	4.46 (0.36)	0.00
43		4.35 (0.36)	4.38 (0.32)	0.04
44		4.28 (0.35)	4.09 (0.32)	1.27

表2-12:アウトリーチコンピテンシスの産業カウンセラー資格の有無による差異(続き)

No	Item	産業カウンセラー		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
45	労働局や労働基準監督署と情報交換を行う	2.56 (0.54)	2.64 (0.49)	0.10
46	行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う	2.78 (0.54)	2.56 (0.49)	0.77
47	地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う	2.88 (0.55)	2.74 (0.50)	0.30
48	地域産業保健センターと密に連携する	2.17 (0.56)	2.55 (0.50)	2.10
49	事業場外資源の種類と機能を分かりやすく説明する	4.49 (0.40)	4.30 (0.36)	1.08
50	地域のワークプログラムと密に連携する	3.00 (0.53)	2.67 (0.47)	1.74
51	支援活動を楽しめる	4.44 (0.38)	4.46 (0.34)	0.01
52	事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心が乏しくても活動に張り合いを感じる	4.56 (0.45)	4.24 (0.40)	2.30
53	事業場への支援内容は、促進員が自由に判断できる	3.24 (0.52)	3.48 (0.46)	0.99
54	メンタルヘルス対策に必要な難形や様式等の具体例を示して分かりやすく説明する	4.55 (0.30)	4.60 (0.27)	0.12
55	勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深める	4.86 (0.31)	4.78 (0.28)	0.27
56	事業場内にメンタルヘルス対策の好事例を見つける	4.58 (0.39)	4.22 (0.35)	3.92 *
57	事業場内で行われているメンタルヘルス対策以外の既存の活動とメンタルヘルス対策の共通点を説明する	4.53 (0.45)	4.69 (0.40)	0.54
58	社内報やイントラネット等、事業場内の既存の媒体を利用して啓発を行う	3.49 (0.54)	3.15 (0.47)	1.65
59	周知活動を通じて業界や地域ごとのニーズを把握する	4.04 (0.49)	3.65 (0.43)	2.93 †
60	事業場の意欲や対策の準備状況を一覧等にして整理し、効果的にフォローする	3.27 (0.48)	3.14 (0.43)	0.36
61	メンタルヘルス対策を履関する仕組みや体制、計画の整備を促す	4.34 (0.40)	4.31 (0.36)	0.03
62	事業場内でメンタルヘルス対策に関連する記録を残すよう促す	4.82 (0.44)	5.03 (0.39)	1.06
63	事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する	4.68 (0.32)	4.73 (0.29)	0.09
64	複数回にわたる継続的な支援を行う	4.01 (0.43)	3.91 (0.39)	0.21
65	継続的に対応できる事業場外資源を紹介する	4.16 (0.51)	4.38 (0.46)	0.81
66	ストレス調査をセルフケアの促進や対策の効果評価に活用する	3.12 (0.54)	3.11 (0.47)	0.00

表2-12:アウトリーチコンピテンシスの産業カウンセラー資格の有無による差異(続き)

No	Item	産業カウンセラー		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
67	支援による事業場の変化を観察する	2.51 (0.50)	2.44 (0.45)	0.09
68	支援に要する準備や移動の手間等が苦にならない	3.92 (0.55)	3.61 (0.49)	1.54
69	実際の職場を巡視・見学する	2.42 (0.51)	2.33 (0.46)	0.13
F1	事業場への配慮	4.75 (0.22)	4.77 (0.20)	0.05
F2	センター内の連携	2.76 (0.38)	2.85 (0.34)	0.28
F3	モチベーション	4.25 (0.27)	4.20 (0.24)	0.20
F4	地域資源の活用	3.04 (0.37)	3.05 (0.33)	0.01
F5	アセスメント	3.20 (0.35)	2.97 (0.32)	2.07

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表2-13：アウトリーチコンピテンシスの社会保険労務士資格の有無による差異

No	Item	社会保険労務士		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
1	事業場内のキーパーソンを見つける	4.61 (0.43)	4.52 (0.38)	0.20
2	事業場の担当者に他の労働者と協力して対策を推進するよう促す	4.63 (0.43)	4.43 (0.37)	1.04
3	事業場の担当者に別の担当者を育てるよう促す	3.49 (0.48)	3.18 (0.41)	1.86
4	事業場内にメンタルヘルス対策のキーパーソンを育てる	4.69 (0.44)	4.48 (0.38)	1.07
5	事業場の担当者の立場や気持ちに配慮する	4.93 (0.30)	5.12 (0.26)	1.83
6	事業場の組織図を支援活動の参考にする	4.61 (0.48)	4.58 (0.42)	0.02
7	訪問前にメールや電話等で事業場のニーズを確認する	4.48 (0.43)	4.73 (0.37)	1.51
8	安全衛生活動全般から幅広く事業場のニーズを把握する	4.43 (0.45)	4.60 (0.39)	0.66
9	メンタルヘルス以外の安全衛生活動の相談にも対応する	4.97 (0.50)	4.73 (0.43)	1.02
10	事業場の意思や決定を尊重する	5.00 (0.26)	4.96 (0.22)	0.11
11	事業場の担当者だけでなく、事業主にも面会を求める	1.94 (0.48)	2.05 (0.41)	0.22
12	事業場内の権限の方からニーズを聞く	3.68 (0.49)	3.62 (0.42)	0.08
13	事業主や事業場の担当者のメンタルヘルス対策への理解や意識を確認する	4.55 (0.31)	4.85 (0.26)	4.65 *
14	事業場の衛生委員会に出席する	2.47 (0.50)	2.14 (0.43)	1.96
15	事業場の産業医や保健師等と面会する	1.64 (0.47)	1.90 (0.41)	1.39
16	管理監督者研修による啓発をメンタルヘルス対策のきっかけにする	4.49 (0.31)	4.32 (0.27)	1.32
17	相談窓口の整備を促す	4.25 (0.37)	4.48 (0.32)	1.71
18	事業場のニーズに応じた教育研修の企画立案を支援する	4.66 (0.40)	4.94 (0.35)	2.13
19	事業場のニーズに応じた教育研修の講師を紹介する	3.16 (0.55)	3.18 (0.48)	0.01
20	教育研修の内容を複数回に分けて、段階的に深化させる	3.24 (0.60)	3.24 (0.52)	0.00
21	教育研修を行う際には、参加者に自分なりの目標を設定してもらう	3.12 (0.51)	3.17 (0.45)	0.04
22	教育研修の受講者アンケートや参加率から所感やニーズを確認する	3.80 (0.54)	3.92 (0.47)	0.22

表2-13：アウトリーチコンピテンシスの社会保険労務士資格の有無による差異（続き）

No	Item	社会保険労務士		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
23	教育研修等の支援内容を他の労働者にも教えられるように伝える方も指導する	3.06 (0.49)	3.46 (0.43)	3.07 †
24	教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する	4.14 (0.39)	4.27 (0.34)	0.50
25	事業場の担当者に支援後のフォローを体系的に提案する	3.33 (0.45)	3.64 (0.39)	2.17
26	センターの所長や相談員に相談する	2.67 (0.51)	2.92 (0.44)	1.18
27	センターの相談員と密に連携する	3.15 (0.57)	3.26 (0.49)	0.17
28	他地域のセンターの促進員の活動を参考にしする	2.26 (0.49)	2.33 (0.43)	0.08
29	他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する	2.59 (0.47)	2.82 (0.41)	1.09
30	他の促進員と自主的な勉強会等を行う	2.36 (0.54)	2.54 (0.47)	0.54
31	他の促進員と協力して支援ツールを開発する	2.39 (0.54)	2.38 (0.47)	0.00
32	既存の支援ツールを分かりやすく作り直す	4.22 (0.49)	4.08 (0.43)	0.39
33	他の促進員と密に連携する	3.74 (0.53)	3.59 (0.46)	0.41
34	専門家に依存しない自律的なメンタルヘルス対策の展開を支援する	3.72 (0.46)	4.15 (0.40)	3.96 *
35	事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する	4.55 (0.31)	4.73 (0.27)	1.57
36	周辺の医療機関や主治医と連携する	3.26 (0.52)	3.21 (0.45)	0.04
37	個人的な人脈を活かす	3.87 (0.53)	3.91 (0.46)	0.02
38	地域性を考慮して対応する	4.58 (0.44)	4.88 (0.39)	2.01
39	事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する	4.63 (0.43)	4.80 (0.38)	0.69
40	事業場に無理のない対策を検討し、提案する	4.77 (0.31)	4.71 (0.27)	0.13
41	事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する	5.20 (0.25)	5.16 (0.22)	0.15
42	メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ	4.41 (0.41)	4.50 (0.35)	0.24
43	公的機関の支援者として中立の立場を守る	4.36 (0.36)	4.37 (0.32)	0.01
44	事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる	4.19 (0.36)	4.18 (0.31)	0.01

表2-13:アウトリーチコンピテンスの社会保険労務士資格の有無による差異(続き)

No	Item	社会保険労務士		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
45	労働局や労働基準監督署と情報交換を行う	2.59 (0.55)	2.60 (0.48)	0.00
46	行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う	2.64 (0.54)	2.70 (0.48)	0.06
47	地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う	2.89 (0.56)	2.72 (0.49)	0.42
48	地域産業保健センターと密に連携する	2.36 (0.57)	2.36 (0.49)	0.00
49	事業場外資源の種類と機能を分かりやすく説明する	4.37 (0.41)	4.43 (0.36)	0.09
50	地域のワーキングプログラムと密に連携する	2.93 (0.54)	2.74 (0.46)	0.61
51	支援活動を楽しめる	4.44 (0.38)	4.47 (0.33)	0.03
52	事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心が乏しくても活動に張り合いを感じる	4.39 (0.46)	4.42 (0.40)	0.03
53	事業場への支援内容は、促進員が自由に判断できる	3.30 (0.52)	3.43 (0.45)	0.27
54	メンタルヘルス対策に必要な難形や様式等の具体例を示して分かりやすく説明する	4.57 (0.30)	4.57 (0.26)	0.00
55	勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深める	4.90 (0.31)	4.74 (0.27)	1.15
56	事業場内にメンタルヘルス対策の好事例を見つける	4.45 (0.40)	4.35 (0.35)	0.29
57	事業場内で行われているメンタルヘルス対策以外の既存の活動とメンタルヘルス対策の共通点を説明する	4.47 (0.46)	4.76 (0.40)	1.82
58	社内報やイントラネット等、事業場内の既存の媒体を利用して啓発を行う	3.35 (0.55)	3.29 (0.47)	0.06
59	周知活動を通じて業界や地域ごとのニーズを把握する	3.76 (0.49)	3.92 (0.43)	0.47
60	事業場の意欲や対策の準備状況を一覧等にして整理し、効果的にフォローする	3.16 (0.49)	3.25 (0.43)	0.15
61	メンタルヘルス対策を履関する仕組みや体制、計画の整備を促す	4.39 (0.41)	4.25 (0.35)	0.51
62	事業場内でメンタルヘルス対策に関連する記録を残すよう促す	4.92 (0.45)	4.93 (0.39)	0.00
63	事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する	4.64 (0.32)	4.77 (0.28)	0.78
64	複数回にわたる継続的な支援を行う	3.92 (0.44)	4.00 (0.38)	0.16
65	継続的に対応できる事業場外資源を紹介する	4.17 (0.52)	4.36 (0.45)	0.58
66	ストレス調査をセルフケアの促進や対策の効果評価に活用する	3.00 (0.54)	3.23 (0.46)	0.76

表2-13:アウトリーチコンピテンスの社会保険労務士資格の有無による差異(続き)

No	Item	社会保険労務士		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
67	支援による事業場の変化を観察する	2.39 (0.51)	2.56 (0.44)	0.49
68	支援に要する準備や移動の手間等が苦にならない	3.62 (0.55)	3.91 (0.48)	1.19
69	実際の職場を巡視・見学する	2.37 (0.52)	2.37 (0.45)	0.00
F1	事業場への配慮	4.69 (0.22)	4.83 (0.19)	1.70
F2	センター内の連携	2.76 (0.38)	2.85 (0.33)	0.25
F3	モチベーション	4.20 (0.27)	4.25 (0.24)	0.17
F4	地域資源の活用	3.08 (0.37)	3.01 (0.32)	0.16
F5	アセスメント	3.05 (0.36)	3.12 (0.31)	0.14

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表2-14:アウトリーチコンピテンシスの精神保健福祉士資格の有無による差異(続き)

No	Item	精神保健福祉士		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
23	教育研修等の支援内容を他の労働者にも教えられるように伝える方も指導する	3.44 (0.61)	3.08 (0.42)	0.43
24	教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する	4.60 (0.49)	3.80 (0.33)	3.39 †
25	事業場の担当者に支援後のフォローを体系的に提案する	3.42 (0.56)	3.55 (0.37)	0.08
26	センターの所長や相談員に相談する	2.73 (0.63)	2.86 (0.42)	0.05
27	センターの相談員と密に連携する	3.13 (0.71)	3.27 (0.48)	0.05
28	他地域のセンターの促進員の活動を参考にし、行う	1.97 (0.62)	2.62 (0.41)	1.42
29	他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する	2.50 (0.59)	2.91 (0.40)	0.60
30	他の促進員と自主的な勉強会等を行う	2.45 (0.67)	2.44 (0.45)	0.00
31	他の促進員と協力して支援ツールを開発する	2.09 (0.68)	2.69 (0.45)	1.00
32	既存の支援ツールを分かりやすく作り直す	4.18 (0.61)	4.12 (0.41)	0.01
33	他の促進員と密に連携する	3.57 (0.66)	3.76 (0.44)	0.11
34	専門家に依存しない自律的なメンタルヘルス対策の展開を支援する	4.04 (0.57)	3.83 (0.38)	0.18
35	事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する	4.76 (0.39)	4.52 (0.26)	0.50
36	周辺の医療機関や主治医と連携する	3.29 (0.65)	3.18 (0.43)	0.03
37	個人的な人脈を活かす	3.79 (0.67)	3.99 (0.45)	0.10
38	地域性を考慮して対応する	4.68 (0.56)	4.78 (0.37)	0.04
39	事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する	4.77 (0.54)	4.66 (0.36)	0.04
40	事業場に無理のない対策を検討し、提案する	4.93 (0.39)	4.55 (0.26)	1.21
41	事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する	5.35 (0.31)	5.01 (0.21)	1.54
42	メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ	4.45 (0.51)	4.47 (0.34)	0.00
43	公的機関の支援者として中立の立場を守る	4.37 (0.45)	4.36 (0.31)	0.00
44	事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる	3.97 (0.45)	4.40 (0.30)	1.21

表2-14:アウトリーチコンピテンシスの精神保健福祉士資格の有無による差異

No	Item	精神保健福祉士		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
1	事業場内のキーパーソンを見つける	5.01 (0.54)	4.13 (0.36)	3.34 †
2	事業場の担当者に他の労働者と協力して対策を推進するよう促す	4.54 (0.53)	4.53 (0.36)	0.00
3	事業場の担当者に別の担当者育てるよう促す	3.48 (0.60)	3.19 (0.40)	0.30
4	事業場内にメンタルヘルス対策のキーパーソンを育てる	4.92 (0.54)	4.25 (0.36)	1.91
5	事業場の担当者の立場や気持ちに配慮する	5.15 (0.37)	4.90 (0.25)	0.58
6	事業場の組織図を支援活動の参考にする	4.85 (0.60)	4.33 (0.40)	0.93
7	訪問前にメールや電話等で事業場のニーズを確認する	4.63 (0.53)	4.58 (0.36)	0.01
8	安全衛生活動全般から幅広く事業場のニーズを把握する	4.83 (0.56)	4.20 (0.37)	1.56
9	メンタルヘルス以外の安全衛生活動の相談にも対応する	5.10 (0.63)	4.61 (0.42)	0.78
10	事業場の意思や決定を尊重する	5.17 (0.32)	4.80 (0.21)	1.69
11	事業場の担当者だけでなく、事業主にも面会を求める	1.86 (0.60)	2.13 (0.40)	0.25
12	事業場内の権威の方からニーズを聞く	3.78 (0.61)	3.51 (0.41)	0.24
13	事業主や事業場の担当者のメンタルヘルス対策への理解や意識を確認する	4.64 (0.38)	4.76 (0.26)	0.12
14	事業場の衛生委員会に出席する	1.82 (0.63)	2.78 (0.42)	3.00 †
15	事業場の産業医や保健師等と面会する	1.42 (0.59)	2.13 (0.39)	1.85
16	管理監督者研修による啓発をメンタルヘルス対策のきっかけにする	4.50 (0.39)	4.31 (0.26)	0.30
17	相談窓口の整備を促す	4.27 (0.46)	4.46 (0.31)	0.22
18	事業場のニーズに応じた教育研修の企画立案を支援する	4.78 (0.50)	4.82 (0.33)	0.01
19	事業場のニーズに応じた教育研修の講師を紹介する	3.25 (0.69)	3.08 (0.46)	0.08
20	教育研修の内容を複数回に分けて、段階的に深化させる	3.59 (0.76)	2.88 (0.50)	1.11
21	教育研修を行う際には、参加者に自分なりの目標を設定してもらう	3.20 (0.64)	3.09 (0.44)	0.04
22	教育研修の受講者アンケートや参加率から所感やニーズを確認する	4.44 (0.67)	3.28 (0.45)	3.73 †

表2-14：アウトリーチコンピテンスの精神保健福祉士資格の有無による差異（続き）

No	Item	精神保健福祉士		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
45	労働局や労働基準監督署と情報交換を行う	2.42 (0.69)	2.77 (0.46)	0.33
46	行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う	2.61 (0.68)	2.74 (0.47)	0.05
47	地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う	2.59 (0.70)	3.02 (0.47)	0.47
48	地域産業保健センターと密に連携する	1.87 (0.71)	2.85 (0.48)	2.34
49	事業場外資源の種類と機能を分かりやすく説明する	4.26 (0.51)	4.54 (0.34)	0.38
50	地域のワークプログラムと密に連携する	2.40 (0.67)	3.28 (0.45)	2.20
51	支援活動を楽しめる	4.96 (0.48)	3.94 (0.32)	5.69 *
52	事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心が乏しくても活動に張り合いを感じる	5.14 (0.57)	3.67 (0.38)	8.28 **
53	事業場への支援内容は、促進員が自由に判断できる	3.32 (0.65)	3.40 (0.44)	0.02
54	メンタルヘルス対策に必要な難形や様式等の具体例を示して分かりやすく説明する	4.73 (0.38)	4.41 (0.25)	0.85
55	勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深める	5.05 (0.39)	4.60 (0.26)	1.64
56	事業場内にメンタルヘルス対策の好事例を見つける	4.60 (0.50)	4.20 (0.33)	0.82
57	事業場内で行われているメンタルヘルス対策以外の既存の活動とメンタルヘルス対策の共通点を説明する	4.37 (0.57)	4.85 (0.39)	0.88
58	社内報やイントラネット等、事業場内の既存の媒体を利用して啓発を行う	3.20 (0.67)	3.44 (0.46)	0.16
59	周知活動を通じて業界や地域ごとのニーズを把握する	3.48 (0.61)	4.20 (0.42)	1.71
60	事業場の意欲や対策の準備状況を一覧等にして整理し、効果的にフォローする	2.97 (0.61)	3.44 (0.41)	0.75
61	メンタルヘルス対策を展開する仕組みや体制、計画の整備を促す	4.06 (0.51)	4.58 (0.34)	1.31
62	事業場内でメンタルヘルス対策に関連する記録を残すよう促す	4.77 (0.56)	5.08 (0.37)	0.40
63	事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する	4.90 (0.41)	4.51 (0.27)	1.18
64	複数回にわたる継続的な支援を行う	4.34 (0.55)	3.58 (0.37)	2.38
65	継続的に対応できる事業場外資源を紹介する	4.57 (0.65)	3.96 (0.43)	1.10
66	ストレス調査をセルフレポートの促進や対策の効果評価に活用する	3.35 (0.66)	2.88 (0.46)	0.61

表2-14：アウトリーチコンピテンスの精神保健福祉士資格の有無による差異（続き）

No	Item	精神保健福祉士		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
67	支援による事業場の変化を観察する	2.14 (0.64)	2.81 (0.43)	1.41
68	支援に要する準備や移動の手間等が苦にならない	3.83 (0.69)	3.70 (0.46)	0.04
69	実際の職場を巡視・見学する	2.12 (0.65)	2.63 (0.43)	0.77
F1	事業場への配慮	4.84 (0.28)	4.68 (0.19)	0.42
F2	センター内の連携	2.65 (0.48)	2.96 (0.32)	0.52
F3	モチベーション	4.50 (0.34)	3.95 (0.23)	3.32 †
F4	地域資源の活用	2.84 (0.47)	3.25 (0.31)	1.01
F5	アセスメント	3.19 (0.45)	2.98 (0.30)	0.26

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表2-15: 支援における留意点に関する自由記述記入の有無による差異(続き)

No	Item	留意点(自由記述)		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
23	教育研修等の支援内容を他の労働者にも教えられるように伝える方も指導する	3.52 (0.12)	3.18 (0.18)	1.97
24	教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する	3.98 (0.09)	4.28 (0.14)	2.45
25	事業場の担当者に支援後のフォローを具体的に提案する	3.72 (0.11)	3.69 (0.16)	0.02
26	センターの所長や相談員に相談する	3.25 (0.13)	3.54 (0.19)	1.24
27	センターの相談員と密に連携する	3.01 (0.14)	3.30 (0.21)	1.00
28	他地域のセンターの促進員の活動を参考に にする	3.00 (0.13)	3.24 (0.19)	0.84
29	他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する	3.43 (0.12)	3.53 (0.18)	0.17
30	他の促進員と自主的な勉強会等を行う	2.64 (0.14)	2.62 (0.21)	0.01
31	他の促進員と協力して支援ツールを開発する	2.39 (0.14)	2.51 (0.21)	0.18
32	既存の支援ツールを分かりやすく作り直す	4.01 (0.12)	3.50 (0.18)	4.28 *
33	他の促進員と密に連携する	3.07 (0.14)	3.32 (0.20)	0.82
34	専門家に依存しない自律的なメンタルヘルス対策の展開を支援する	2.99 (0.12)	3.17 (0.17)	0.52
35	事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する	4.53 (0.08)	4.39 (0.11)	0.88
36	周辺の医療機関や主治医と連携する	2.47 (0.14)	2.31 (0.20)	0.30
37	個人的な人脈を活かす	3.08 (0.14)	3.18 (0.20)	0.11
38	地域性を考慮して対応する	3.84 (0.12)	3.79 (0.17)	0.04
39	事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する	3.88 (0.11)	4.14 (0.15)	1.41
40	事業場に無理のない対策を検討し、提案する	4.41 (0.08)	4.59 (0.11)	1.29
41	事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する	4.55 (0.06)	4.63 (0.09)	0.44
42	メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ	4.06 (0.10)	4.42 (0.15)	3.14 †
43	公的機関の支援者として中立の立場を守る	4.28 (0.10)	4.39 (0.14)	0.30
44	事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる	3.76 (0.09)	3.95 (0.14)	0.97

表2-15: 支援における留意点に関する自由記述記入の有無による差異

No	Item	留意点(自由記述)		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
1	事業場内のキーパーソンを見つける	4.05 (0.11)	4.07 (0.16)	0.01
2	事業場の担当者に他の労働者と協力して対策を推進するよう促す	4.01 (0.12)	3.91 (0.17)	0.19
3	事業場の担当者に別の担当者を育てよう促す	3.16 (0.12)	3.09 (0.18)	0.08
4	事業場内にメンタルヘルス対策のキーパーソンを育てる	3.88 (0.11)	4.02 (0.16)	0.38
5	事業場の担当者の立場や気持ちに配慮する	4.56 (0.07)	4.83 (0.11)	3.47 †
6	事業場の組織図を支援活動の参考にする	3.74 (0.12)	3.83 (0.18)	0.13
7	訪問前にメールや電話等で事業場のニーズを確認する	4.15 (0.11)	4.16 (0.15)	0.00
8	安全衛生活動全般から幅広く事業場のニーズを把握する	4.03 (0.11)	3.83 (0.17)	0.75
9	メンタルヘルス以外の安全衛生活動の相談にも対応する	3.73 (0.14)	3.44 (0.20)	1.12
10	事業場の意思や決定を尊重する	4.63 (0.06)	4.62 (0.09)	0.01
11	事業場の担当者だけでなく、事業主にも面会を求める	2.92 (0.13)	2.65 (0.18)	1.12
12	事業場内の権威の方からニーズを聞く	3.03 (0.12)	2.70 (0.18)	1.75
13	事業主や事業場の担当者のメンタルヘルス対策への理解や意欲を確認する	4.48 (0.08)	4.38 (0.11)	0.49
14	事業場の衛生委員会に出席する	2.28 (0.13)	2.15 (0.19)	0.25
15	事業場の産業医や保健師等と面会する	2.53 (0.12)	2.11 (0.18)	2.96 †
16	管理監督者研修による啓発をメンタルヘルス対策のきっかけにする	4.60 (0.08)	4.33 (0.12)	2.62
17	相談窓口の整備を促す	4.24 (0.09)	4.12 (0.14)	0.41
18	事業場のニーズに応じた教育研修の企画立案を支援する	4.17 (0.10)	4.14 (0.15)	0.01
19	事業場のニーズに応じた教育研修の講師を紹介する	2.98 (0.14)	2.86 (0.20)	0.18
20	教育研修の内容を複数回に分けて、段階的に深化させる	3.08 (0.15)	3.04 (0.22)	0.02
21	教育研修を行う際には、参加者に自分なりの目標を設定してもらう	2.82 (0.13)	2.86 (0.19)	0.02
22	教育研修の受講者アンケートや参加率から所感やニーズを確認する	3.21 (0.13)	3.15 (0.19)	0.05

表2-15: 支援における留意点に関する自由記述記入の有無による差異(続き)

No	Item	留意点(自由記述)		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
45	労働局や労働基準監督署と情報交換を行う	2.76 (0.15)	2.79 (0.21)	0.01
46	行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う	3.17 (0.14)	2.99 (0.21)	0.37
47	地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う	2.91 (0.15)	2.52 (0.21)	1.79
48	地域産業保健センターと密に連携する	2.64 (0.15)	2.26 (0.22)	1.61
49	事業場が資源の種類と機能を分かりやすく	3.93 (0.11)	3.88 (0.15)	0.05
50	地域のワークプログラムと密に連携する	2.75 (0.15)	2.67 (0.21)	0.07
51	支援活動を楽しめる	4.05 (0.10)	4.08 (0.15)	0.02
52	事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心	3.75 (0.12)	3.59 (0.18)	0.39
53	事業場への支援内容は、促進員が自由に	3.64 (0.14)	3.24 (0.20)	2.02
54	メンタルヘルス対策に必要な鑑形や様式等	4.42 (0.08)	4.37 (0.11)	0.09
55	勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深	4.47 (0.08)	4.33 (0.12)	0.74
56	事業場内にメンタルヘルス対策の好事例を	3.76 (0.11)	3.76 (0.15)	0.00
57	事業場内で行われているメンタルヘルス対	3.89 (0.12)	3.55 (0.17)	2.05
58	社内報やイントラネット等、事業場内の既	2.92 (0.14)	3.14 (0.21)	0.62
59	周知活動を通じて業界や地域ごとの二	3.29 (0.13)	3.40 (0.18)	0.19
60	事業場の意欲や対策の進捗状況を一	2.58 (0.13)	2.68 (0.19)	0.16
61	メンタルヘルス対策を展開する仕組	3.95 (0.10)	4.04 (0.14)	0.17
62	事業場内でメンタルヘルス対策に	4.12 (0.12)	4.13 (0.17)	0.00
63	事業場の理解や意欲に応じて、メン	4.45 (0.08)	4.48 (0.11)	0.03
64	複数回にわたる継続的な支援を行う	3.70 (0.12)	3.76 (0.17)	0.06
65	継続的に対応できる事業場外資源を	3.50 (0.14)	3.47 (0.20)	0.01
66	ストレス調査をセルフケアの促進	3.49 (0.13)	3.43 (0.19)	0.05

表2-15: 支援における留意点に関する自由記述記入の有無による差異(続き)

No	Item	留意点(自由記述)		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
67	支援による事業場の変化を観察する	3.02 (0.13)	2.97 (0.19)	0.05
68	支援に要する準備や移動の時間等が苦	3.37 (0.14)	3.59 (0.21)	0.56
69	実際の職場を巡視・見学する	2.76 (0.13)	2.85 (0.19)	0.11
F1	事業場への配慮	4.33 (0.06)	4.40 (0.08)	0.37
F2	センター内の連携	2.97 (0.10)	3.14 (0.14)	0.78
F3	モチベーション	3.95 (0.07)	3.87 (0.11)	0.25
F4	地域資源の活用	3.02 (0.10)	2.75 (0.15)	1.72
F5	アセスメント	3.01 (0.09)	2.89 (0.13)	0.44

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表2-16: 支援における効果的手法に関する自由記述記入の有無による差異

No	Item	効果的手法(自由記述)		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
1	事業場内のキーパーソンを見つける	4.05 (0.14)	4.07 (0.12)	0.01
2	事業場の担当者に他の労働者と協力して対策を推進するよう促す	3.98 (0.15)	3.94 (0.13)	0.04
3	事業場の担当者に別の担当者を育てよう促す	3.20 (0.16)	3.04 (0.14)	0.46
4	事業場内にメンタルヘルス対策のキーパーソンを育てる	4.04 (0.14)	3.86 (0.12)	0.73
5	事業場の担当者の立場や気持ちに配慮する	4.86 (0.09)	4.53 (0.08)	5.77 *
6	事業場の組織図を支援活動の参考にする	3.88 (0.16)	3.69 (0.13)	0.72
7	訪問前にメールや電話等で事業場のニーズを確認する	4.25 (0.14)	4.05 (0.12)	1.00
8	安全衛生活動全般から幅広く事業場のニーズを把握する	3.94 (0.15)	3.92 (0.13)	0.01
9	メンタルヘルス以外の安全衛生活動の相談にも対応する	3.59 (0.18)	3.58 (0.15)	0.00
10	事業場の意思や決定を尊重する	4.63 (0.08)	4.62 (0.07)	0.00
11	事業場の担当者だけでなく、事業主にも面会を求める	2.81 (0.16)	2.77 (0.14)	0.03
12	事業場内の権威の方からニーズを聞く	2.75 (0.16)	2.98 (0.14)	0.98
13	事業主や事業場の担当者のメンタルヘルス対策への理解や意識を確認する	4.55 (0.10)	4.31 (0.08)	2.77 †
14	事業場の衛生委員会に出席する	2.29 (0.17)	2.15 (0.15)	0.32
15	事業場の産業医や保健師等と面会する	2.28 (0.16)	2.37 (0.13)	0.15
16	管理監督者研修による啓発をメンタルヘルス対策のきっかけにする	4.45 (0.11)	4.48 (0.09)	0.05
17	相談窓口の整備を促す	4.26 (0.12)	4.10 (0.10)	0.76
18	事業場のニーズに応じた教育研修の企画立案を支援する	4.38 (0.13)	3.92 (0.11)	5.60 *
19	事業場のニーズに応じた教育研修の講師を紹介する	2.89 (0.18)	2.95 (0.16)	0.07
20	教育研修の内容を複数回に分けて、段階的に深化させる	3.13 (0.20)	3.00 (0.17)	0.20
21	教育研修を行う際には、参加者に自分なりの目標を設定してもらう	2.89 (0.17)	2.79 (0.14)	0.16
22	教育研修の受講者アンケートや参加率から所感やニーズを確認する	3.48 (0.17)	2.87 (0.15)	5.84 *

表2-16: 支援における効果的手法に関する自由記述記入の有無による差異(続き)

No	Item	効果的手法(自由記述)		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
23	教育研修等の支援内容を他の労働者にも教えられるように伝え方も指導する	3.44 (0.16)	3.26 (0.13)	0.65
24	教育研修等では要点を絞って簡潔に説明する	4.36 (0.12)	3.89 (0.10)	7.04 **
25	事業場の担当者に支援後のフォローを具体的に提案する	3.88 (0.14)	3.53 (0.12)	2.83 †
26	センターの所長や相談員に相談する	3.56 (0.17)	3.23 (0.14)	1.91
27	センターの相談員と密に連携する	3.31 (0.18)	3.00 (0.16)	1.31
28	他地域のセンターの促進員の活動を参考にしする	3.16 (0.17)	3.08 (0.14)	0.11
29	他の促進員と活動の好事例や支援ツールを共有する	3.59 (0.16)	3.38 (0.13)	0.81
30	他の促進員と自主的な勉強会等を行う	2.64 (0.18)	2.62 (0.16)	0.01
31	他の促進員と協力して支援ツールを開発する	2.63 (0.19)	2.27 (0.16)	1.76
32	既存の支援ツールを分かりやすく作り直す	3.68 (0.16)	3.82 (0.14)	0.35
33	他の促進員と密に連携する	3.39 (0.18)	3.00 (0.15)	2.32
34	専門家に依存しない自律的なメンタルヘルス対策の展開を支援する	3.28 (0.15)	2.88 (0.13)	3.00 †
35	事業場の理解や意欲に応じて、分かりやすく説明する	4.60 (0.10)	4.32 (0.08)	3.69 †
36	周辺の医療機関や主治医と連携する	2.33 (0.18)	2.45 (0.15)	0.20
37	個人的な人脈を活かす	3.25 (0.18)	3.01 (0.15)	0.84
38	地域性を考慮して対応する	3.93 (0.15)	3.70 (0.13)	1.08
39	事業場の経営状況や事情等の背景を把握し、配慮する	4.29 (0.14)	3.72 (0.12)	8.06 **
40	事業場に無理のない対策を検討し、提案する	4.68 (0.10)	4.32 (0.09)	5.70 *
41	事業場のニーズに応じて、柔軟に対応する	4.70 (0.08)	4.48 (0.07)	3.43 †
42	メンタルヘルス対策を押し付けず、提案のタイミングを待つ	4.44 (0.13)	4.03 (0.11)	4.69 *
43	公的機関の支援者として中立の立場を守る	4.38 (0.12)	4.29 (0.10)	0.21
44	事業場内でメンタルヘルス対策の方針を策定させる	4.01 (0.12)	3.70 (0.10)	2.92 †

表2-16: 支援における効果的手法に関する自由記述記入の有無による差異 (続き)

No	Item	効果的手法(自由記述)		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
45	労働局や労働基準監督署と情報交換を行う	2.93 (0.19)	2.62 (0.16)	1.23
46	行政や業界団体等が主催する研修会等で情報交換を行う	3.16 (0.19)	3.01 (0.16)	0.31
47	地域の安全衛生に関連した勉強会等で情報交換を行う	2.64 (0.19)	2.79 (0.16)	0.30
48	地域産業保健センターと密に連携する	2.32 (0.19)	2.57 (0.16)	0.77
49	事業場外資源の種類と機能を分かりやすく説明する	3.98 (0.14)	3.83 (0.12)	0.52
50	地域のワークプログラムと密に連携する	2.82 (0.18)	2.59 (0.16)	0.75
51	支援活動を楽しめる	4.29 (0.13)	3.84 (0.11)	5.53 *
52	事業場のメンタルヘルス対策への意欲や関心が乏しくても活動に張り合いを感じる	3.81 (0.16)	3.53 (0.13)	1.51
53	事業場への支援内容は、促進員が自由に判断できる	3.47 (0.18)	3.42 (0.15)	0.04
54	メンタルヘルス対策に必要な難形や様式等の具体例を示して分かりやすく説明する	4.57 (0.10)	4.21 (0.08)	6.43 *
55	勉強会や研修会に参加し、幅広く知識を深める	4.38 (0.10)	4.42 (0.09)	0.06
56	事業場内にメンタルヘルス対策の好事例を見つける	3.90 (0.13)	3.62 (0.12)	2.03
57	事業場内で行われているメンタルヘルス対策以外の既存の活動とメンタルヘルス対策の共通点を説明する	3.80 (0.15)	3.63 (0.13)	0.62
58	社内報やイントラネット等、事業場内の既存の媒体を利用して啓発を行う	3.20 (0.18)	2.86 (0.16)	1.52
59	周知活動を通じて業界や地域ごとのニーズを把握する	3.50 (0.16)	3.20 (0.14)	1.64
60	事業場の意欲や対策の準備状況を一覧等にして整理し、効果的にフォローする	2.71 (0.17)	2.55 (0.14)	0.39
61	メンタルヘルス対策を展開する仕組みや体制、計画の整備を促す	4.32 (0.13)	3.67 (0.11)	12.36 ***
62	事業場内でメンタルヘルス対策に関連する記録を残すよう促す	4.28 (0.15)	3.97 (0.13)	2.06
63	事業場の理解や意欲に応じて、メンタルヘルス対策の必要性や重要性を分かりやすく説明する	4.71 (0.10)	4.22 (0.08)	11.45 ***
64	複数回にわたる継続的な支援を行う	3.92 (0.15)	3.54 (0.13)	2.83 †
65	継続的に対応できる事業場外資源を紹介する	3.61 (0.17)	3.36 (0.15)	1.02
66	ストレス調査をセルフレポートの促進や対策の効果評価に活用する	3.54 (0.17)	3.38 (0.15)	0.40

表2-16: 支援における効果的手法に関する自由記述記入の有無による差異 (続き)

No	Item	効果的手法(自由記述)		F
		yes M (SE)	no M (SE)	
67	支援による事業場の変化を観察する	3.17 (0.17)	2.82 (0.14)	2.00
68	支援に要する準備や移動の手間等が苦にならない	3.67 (0.19)	3.29 (0.16)	2.00
69	実際の職場を巡視・見学する	2.87 (0.17)	2.73 (0.15)	0.34
F1	事業場への配慮	4.52 (0.07)	4.21 (0.06)	8.89 **
F2	センター内の連携	3.18 (0.12)	2.93 (0.11)	1.90
F3	モチベーション	4.04 (0.09)	3.78 (0.08)	3.41 †
F4	地域資源の活用	2.89 (0.13)	2.89 (0.11)	0.00
F5	アセスメント	3.01 (0.12)	2.89 (0.10)	0.49

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Ⅲ. 研究成果及び本研究プロジェクトに関連する主な刊行物に関する一覧表（過去3年度分）

○は、本年度の調査研究に関連する刊行物であって、本報告書に添付するもの

1. 分担研究者

三柴 丈典

○三柴丈典：安全配慮義務の意義・適用範囲、労働法の争点（第4版）：頁未定（3頁分）、2014

○三柴丈典：産業精神保健法学の狙い、学術の動向、19(1):70-75、2014

○鎌田耕一、三柴丈典：シンポジウムの趣旨と総括、日本労働法学会誌、122:15-22、2013

○三柴丈典：諸外国のメンタルヘルスと法、日本労働法学会誌、122:42-50、2013

○三柴丈典：職場におけるハラスメントと法、リスクマネジメントとしてのメンタルヘルス対策、115-138、2013

○三柴丈典：日本ヒューレット・パカード事件—精神的不調をうかがわせる労働者への諭旨退職処分を違法とした例、法律時報、1063号:126-130、2013

三柴丈典：産業保健に関する裁判事例、産業保健マニュアル（改訂6版）、株式会社南山堂、81-88、2013

三柴丈典：離職者はどこへ行く？～行き場のない人達の再生は誰がする？～、産業精神保健、第20巻増刊号:46-49、2012

三柴丈典：東芝（うつ病・解雇）事件、判例時報 2160:190-202、2012

三柴丈典：産業医の敗訴事件について～財団法人大阪市K協会事件大阪地判平成23年10月25日判例集未掲載～産業医学ジャーナル 35(1):81-88、2012

三柴丈典：産業医が法廷に立つ日、労働調査会、2011

三柴丈典：裁判所は産業ストレスをどう考えたか、労働調査会、2011

三柴丈典：安衛法改正の展望～メンタルヘルス対策検討会報告を受けて～、労働調査会、2011

三柴丈典：産業医に関する裁判例と産業精神保健、職場のメンタルヘルスケア、南山堂、21-38、2011

三柴丈典：産業精神保健のために法ができること・なすべきこと～産業精神保健法の構想～、産業ストレス研究 18(4):309-317、2011.

三柴丈典：休職・復職判定における課題について、産業保健 21 66:4-6、2011

三柴丈典：産業医に関する裁判例、産業医学ジャーナル 34(5):4-8、2011

林 弘子

○林弘子：廃案になった改正労安法から見えてきたメンタルヘルスケアの問題点、労働法律旬報 1799:4-5、2013

水島 郁子

水島郁子：使用者の健康配慮義務と労働者のメンタルヘルス情報、日本労働法学会誌 122号：23-31、2013

水島郁子：第2章ドイツ、加藤智章・西田和弘編『世界の医療保障』、法律文化社、23-42、2013

水島郁子：被災労働者の管理監督者性と労災保険の給付基礎日額、賃金と社会保障 1595号：37-44、2013

I. Mizushima, Workplace Harassment, Mental Health, and the Law, 2013, Japan Labor Review 10-3, 40-55

水島郁子：職場におけるハラスメント・メンタルヘルスと法、日本労働研究雑誌 627号：34-43、2012

水島郁子：労働条件の整備と社会保障、日本社会保障法学会編『新講座社会保障法第3巻 ナショナルミニマムの再構築』、法律文化社、219-236、2012

水島郁子：傷病を理由とする労働生活の中断と社会保障法、社会保障法 27号：119-132、2012

I. Mizushima, Der Schutz des erkrankten Arbeitnehmers in Österreich - ein Vergleich mit der japanischen Rechtslage, 2011, Osaka University Law Review, 58, 27-45

水島郁子：メンタルヘルス対策と企業の責任、季刊労働法 233:77-89,2011

井村真己

○井村真己：デンマークにおけるメンタルヘルス対策に関する法制度の研究－労働環境法と疾病手当法を中心として、沖縄法政研究 15:1-41、2013

井村真己：Thompson v. North American Stainless, LP－使用者が EEOC へ性差別救済の申立を行った被用者の婚約者である同僚被用者を解雇した場合、解雇された被用者は 1964 年公民権法第 7 編 704 条の反報復規定の適用を受け、同法 706 条に基づく「権利を侵害された個人」としてスタンディングを有するとされた事例、アメリカ法 2012-2:570-574, 2012

井村真己：アメリカ公正労働基準法 (FLSA) の適用除外規定をめぐる最近の議論について、労働法律旬報 1738:34-37, 2011

井村真己：Kasten v. Saint-Gobain Performance Plastics Corp.：アメリカ公正労働基準法における報復禁止規定の射程範囲について、沖繩法学 40:71-87, 2011

笠木 映里

KASAGI Eri, La prise en charge de la maladie mentale comme maladie professionnelle par analogie avec la maladie physique au Japon : un cadre de réflexion sur la maladie professionnelle au regard du droit français (身体的疾患とのアナロジーによる精神障害・疾患の職業疾病としての評価：フランス法との比較を通じた職業疾病に関する考察) (フランス Dalloz 社より 2014 年に刊行予定の論文集に収載予定)

○笠木映里：労働者の精神的健康の保護—安全衛生問題の射程の拡大と従業員代表の役割に関する一考察、菅野和夫先生古稀記念論文集 355-373、2013

○笠木映里：労災補償と健康保険と「過労死・過労自殺」、濱口桂一郎編福祉+α 福祉と労働・雇用 117-132、2013

長谷川 珠子

○長谷川珠子：障害者雇用促進法における「障害者差別」と「合理的配慮」、季刊労働法 243:25-37、2013

○長谷川珠子：障害者雇用促進法の改正、法学教室 398:52-59、2013

○長谷川珠子：身体障害を有する従業員に対する勤務配慮打切りと障害者差別—阪神バス(勤務配慮)事件一、1457:122-125、2013

本庄淳志

該当なし

白波瀬 丈一郎

○白波瀬丈一郎：産業精神保健活動に、集団力動理論を具現化する取り組み—活動現場が「心理学的になる」ことを目指して—、集団精神療法 29(1):38-44、2013

○白波瀬丈一郎ほか：精神的健康の向上に加え社会的負担の軽減も目指した職場復帰支援の取り組み—KEAP (Keio Employee Assistance Program) プロジェクト—、臨床精神医学 42(10):1273-1280、2013

白波瀬丈一郎：境界領域としての働く場、精神科治療学 27(4):437-442、2012

梶木 繁之

該当なし

團 泰雄

該当なし

荻野 達史

該当なし

2. 研究協力者

鈴木 俊晴

○鈴木俊晴：フランス労働医の権限拡大と「信頼」の起源、季刊労働法 242 号:133～144、2013

鈴木俊晴：フランス労働医が有する就労可能性判定機能の史的形成と現代的展開、労働法学会誌 120:175-189、2012

IV. 研究成果及び本研究プロジェクトに関連する主な刊行物・別刷



安全配慮義務の意義・適用範囲

三柴 丈典

I はじめに——そもそも論

ドイツでは、BGB（ドイツ民法典）618条が、公法上の労働保護法規を発展的に私法領域に導入することを主旨として雇用主の保護義務を規定し（三柴丈典「労働安全衛生法論序説」[2000] 153頁以下）、相前後して、学説が人格法的共同体理論に淵源をもつ配慮義務を広く観念するようになった経緯がある。日本では、鳩山秀夫博士、末川博教授らがドイツからこの法理を輸入し、我妻栄教授が、雇傭契約に信義則上付随する保護義務として観念し、1970年代に複数の下級審判決が種々の呼称で損害賠償責任の根拠として認知した（品田充儀「使用者の安全・健康配慮義務」日本労働法学会編『講座 21世紀の労働法(7)』[2000] 109頁）。

昭和50年に最高裁（陸上自衛隊八戸車両整備工場事件・最三小判昭和50・2・25民集29巻2号143頁。以下、「陸自最判」という）が安全配慮義務（以下、「配慮義務」という）の呼称で追認し、現在は、労働契約法5条（以下、「労契5」という）が明文規定を置いている。労契5の定義は、陸自最判のそれより狭いが、契約規律効が及ぶ最低範囲を示す意義はあり、当然に類推適用可能である（山川隆一「労働災害訴訟における安全配慮義務をめぐる要件事実」慶應法学19号[2011] 273頁）。

特に（不法行為法上の注意義務違反を述べた）電通事件・最二小判平成12・3・24（民集54巻3号1155頁）以後、精神・脳心臓疾患事案（以下、「精神・脳心事案」という）への適用を認める判例が増えており、制限を試みる学説も出て来ている。しかし、陸自最判が、実質的に不法行為法（この事件では主に消滅時効の短さ）を補う趣旨で下された経緯からも明らかのように、配慮義務には「衡平（equity）確保のための粘土」のような性質があり、要件事実論も事案に応じて一定の柔軟性を持たざるを得ない（山川・前掲273頁からもうかがえる）。最近は、安全衛生関係法規等の監督取締法規や行政規則等の設計も同義務との相互作用や棲み分けを意識するようになって来っており（特に努力義務規定や行政規則は、事案の性質に応じて民事訴訟での活用が期待されている節がある）、ア・プリオリな法規規範論による捕捉範囲外の意義を増している。

II 解説

1 定義——判例法理の到達点

陸自最判以後の判例傾向を平均値で捉えれば、①「対象者の安全・衛生」への②「実質的な影響可能性（特に支配・管理可能性）を持つ者」が、災害疾病にかかる③「予見可能性」に基づく④「結果回避可能性」の存在を前提に、⑤「当該結果回避のための手続ないし最善の注

意を尽くす」義務と解するのが妥当であろう。

(1) ③④関係：予見可能性と結果回避可能性

③は、配慮義務の内容と相当因果関係の両面で問われるが、通常損害との関係で要件事実となるかには議論がある。一般的・抽象的なものと個別的・具体的なものに分けられ、特別損害の場合（民416条2項）を別として、④との棲み分けの必要性からも前者にとどまると解され（山川・前掲280頁）、本質的に利害調整的機能を持つ（松久三四彦・判評323号[判時1170号]37頁など）。④は、配慮義務では帰責性とほぼ同義となり、被告側に主張立証責任が課せられる。予見可能性のうち特に具体的予見可能性とは多分に重なるが、従前の経験則で補強されるとの見解もある（品田・前掲114頁）。よって、例えば近年の労基法施行規則別表1の2（則35条関係）改正（平成22年厚生労働省令第69号）：石綿による石綿胸水、長時間労働による脳心臓疾患、過重な心理的負荷による精神障害等を新たに規定）等の施策は、③と④の両面で民事過失責任法にも影響を与える可能性が高い。

(2) ⑤関係：手段債務か結果債務か

講学上、配慮義務を信義則上の付随義務と解する民法学上の通説は手段債務と解し、労働契約の特殊性に根ざした本質と解する労働法学上の有力説は結果債務と解して来たが、こうした二分論には批判がある（奥田昌道編『注釈民法(10)』[1987] 369頁〔北川善太郎〕など）。判例も概ね明示的には採用していないが、前者を善管注意義務を尽くす義務と解する限り、殆どは手段債務と解して来たように思われる（品田・前掲116頁も同旨。結果責任性を明確に否定した例として、ボーダフォン（ジェイコム）事件・名古屋地判平成19・1・24判判939号61頁など。労契5の表現も参照）。しかし、①②を充たす者なら結果債務と解しても特段の問題はなく（伊藤浩「手段債務としての安全債務と結果債務としての安全債務（2・完）」立教法学31号[1988] 159頁）、そうした条件を充たす事例から表見証明的運用が始まり（例えば足立建設事件・静岡地浜松支判平成6・4・15判判664号67頁）、精神・脳心事案でも同様の傾向にある（三柴丈典「裁判所は産業ストレスをどう考えたか」[2011] 343頁以下。こうした事案では、広範な過重負荷要因の認定、実質的な本人基準の採用、被告による予見可能性の擬制等の形でその傾向が顕在化している）。背景には、①②のほか、限定的な労災補償制度の役割の補充、危険責任・報償責任等の発想もあると解される。

(3) ①②関係：義務の主体

陸自最判が「ある法律関係に基づいて特別な社会的接触の関係に入った当事者間において」その「一方又は双方が相手方に対して……負う義務」と判示して以後、雇用主以外に義務主体を拡張する判例が多数出ている。特別な社会的接触関係を推定させる要素としては、直接的・間接的な使用従属関係、就労場所や作業手段の提供、注文者の直接雇用労働者と同様の作業内容、注文者の企業秩序への組み入れ、継続的・専属的な請負契約関係、作業計画・方法の決定等を通じた間接的な雇用条件支配、注文者と直接雇用主の組織的一体性、社外労働者の保安義務を課す法令の存在、報酬の定期払い等が示されて来た（三柴丈典・労働判例百選〔第8版〕114-115頁）。総じて、(i)社会経済的な上下関係、(ii)安全衛生面での支配管理権限ないし災害疾病の予見・管理可能性、(iii)危険・報償責任ないし公的災害補償制度との関係も含めた被災者救済の必要性の3点を事案に応じて展開したものと解され、概ね配慮義務の規範的構造論（少なくとも陸自最判）の射程内にあると解される。

(4) ①関係：精神・脳心事案への適用について

日本では、1984年に過重労働による自殺未遂による負傷が初めて「労災」認定され、その後前掲通判を含めた複数の判例により、**安配義務が精神事案に適用される流れ**ができ、**脳心事案への適用範囲の拡大**にも寄与した。昨今のこうした事案に関する訴訟実務では、原告側に「(i)業務の過重性≒業務内在危険の現実化≒業務起因性≒業務と損害間の一般的予見可能性」と「(ii)被告による安配義務の違反事実(被告が予見・回避可能な業務上の過重負荷の創出・放置等)」の主張立証を求め、被告側に「(iii)具体的予見可能性等≒結果回避可能性等≒帰責性がないこと」の反証を求める手続が一般化して来ており(三柴・前掲[2011]343頁以下。これには業務起因性がない場合の審査を容易にするメリットもある〔山川・前掲282頁〕)、**安配義務＝手段債務の原則こそ維持されているが、実質的に結果債務的運用に傾いている**(腰痛事案だが、その傾向が顕著な例として空港グラウンドサービス・日航事件・東京地判平成3・3・22労判586号19頁)。また、長時間労働のみならず、人選、職務の設計・割当て、動機づけ、教育訓練、組織内コミュニケーション等、組織の人事労務管理に関わる問題につき、行政の認定基準を参考にしつつも、それよりやや広く重く業務上の過重負荷要因と捉える傾向が続いている。加えて、本人に素因や基礎疾患があっても、業務に客観的過重性があるか、本人からの愁訴を含め、被告側がその事情を知っているか知るべき場合、本人基準での過重性があれば、上記(i)や(ii)を認める傾向もみられる(デンソー(トヨタ自動車)事件・名古屋地判平成20・10・30労判978号16頁など)。

他方、有力学説は、この問題につき、法理学的観点から制約ないし整序を図って来た。例えば品田説は、プライバシーや自己決定の尊重を基底に、安配義務は、可視的なりリスク対策を基本とし、不可視的なりリスク対策は、それを講じるべき特殊事情(職務・職場の特性等)がない限り、(法的基準等の基本的対策を除き)本人の意向を尊重してなすべき旨を説く(品田・前掲122頁以下)。渡辺説は、業務内在リスクの顕在化防止を主な内容とする安配義務と私的な素因・基礎疾患による傷病の発症・増悪の防止を主な内容とする健康配慮義務(以下、「健配義務」という)を区分し、後者は労働者の自己保健への労働の場における協力の問題であり、適切な情報把握を前提とする不法行為上の注意義務であるとする。ただし、業務上の過重負荷による場合、後者も前者の問題となるほか、危険な素因等を持つ労働者への個別的配慮も使用者の義務となり得るとする(渡辺章「健康配慮義務に関する一考察」花見忠先生古稀記念『労働関係法の国際的潮流』[2000]75頁以下)。水島説は、全労働者向けに適正な労働条件を確保する一律的安全配慮義務(A)と、個々の労働者ごとの客観的事情に応じた適切な措置を講ずる個別的な安全配慮義務(B)を区分し、Aでは原則として使用者の予見可能性が擬制されるが、Bでは原則として労働者からの情報提供がない限りその予見可能性は否定されるという。さらにA・Bとは別個に、その違反に際して直ちに損害賠償責任が導かれるわけではないが、労働者が休職や解雇処分を受けるに至った場合、事後的に就業上の配慮を尽くしたかが問われる努力義務としての健配義務(C)があるとする(水島郁子「使用者の健康配慮義務と労働者のメンタルヘルス情報」労働122号[2013]29頁以下)。

2 不法行為法との関係

内容的には「ほぼ同一に帰す」と解される(三菱重工業(神戸造船所)事件・神戸地判平成6・7・12労判663号29頁)。

立証責任面では、当初は主に業務上の被災の事実さえ原告が主張立証できれば被告側に帰責事由の不存在(この場合、不可抗力または原告側の過失によること等)の抗弁が委ねられる点で、債務不履行構成にメリットがあったが、航空自衛隊芦屋分遣隊事件・最二小判昭和56・2・16(民集35巻1号56頁)が、義務の内容と違反事実の主張立証責任を原告側に負わせる方針を示したため、実質的差異はなくなった(ただし、衛生事案における実質的なヨリモドシ現象につき、1(4)参照)。

本人の慰謝料請求権の相続可能性についても、関連判例の態度に変遷がみられたが、最近是比较的緩やかに認めており(川義事件・名古屋高判昭和57・10・27判時1058号73頁〔上告審も支持〕など)、両構成間に相違はない。他方、近親者固有の慰謝料は、不法行為法では認められるが(民711条)、債務不履行構成では認められない(大石塗装・鹿島建設事件・最一小判昭和55・12・18民集34巻7号888頁)。

消滅時効の期間と起算点にも相違がある。期間の相違は、条文上(民167条1項、724条)明らかだが、起算点が問題となる。不法行為では、被害者が損害と加害者の双方を知った時(民724条)となる。継続的不法行為の場合、一般に、日々進行が更新されるほか、後遺障害等で損害が継続する場合、全体の把握が可能となった時点(後遺症ではそれが顕在化した時点)と解されている。債務不履行の場合、民法166条1項の解釈として、法律上の障害(条件・期限等)が消滅した時、すなわち損害発生を債権者が認識したか、し得た時とする説が有力である(三柴丈典「安全配慮義務裁判例の再検討(1)」近大法学52巻1号[2004]74-81頁、98頁以下)。不可逆進行性疾患等では、罹患につき最終の(≒最も重い)行政管理区分決定を基準とし、死亡につき死亡時とするのが判例の基本的な立場であり(①日鉄鉱業(長崎じん肺)第1事件・最三小判平成6・2・22民集48巻2号441頁、②筑豊炭田(じん肺・日鉄鉱業)事件・最三小判平成16・4・27労判872号13頁)、不法行為法でも援用されている(例えばトンネルじん肺東京訴訟・東京地判平成18・7・7訟月55巻3号319頁。ただし、結論的には②の原審判決時点を「加害者を知った時」と認め、起算点とした)。

遅延損害金の起算点や履行請求の可否等にも構成間の相違が生じ得るが、紙幅の関係上省略する。

3 履行請求の可否

現段階で、安配義務の履行請求を認容した判例は見当たらない(近年の否定例として、JR西日本(受動喫煙)事件・大阪地判平成16・12・22労判889号35頁〔ただし健康リスクの存在自体が否定されている〕)。唯一内容審査を行った高島屋工作所事件・大阪地判平成2・11・28(労経速1413号3頁)は、安配義務は付随的債務に過ぎないため、直接履行請求の対象とはできないが、「労使間の合意その他の特段の事情」(安衛法等の諸法規により債務内容が具体的に確定される場合を含む)があれば本来の履行義務に高められ、請求可能性を帯びるとしている(なお、岩手県(職員・化学物質過敏症等)事件・盛岡地判平成24・10・5労判1066号72頁は、安配義務違反または人格権侵害の差止め請求につき、当該行為の必要性和それによる被

侵害利益、防止措置の有無と効果等を総合考慮すべき旨を述べている。

現段階で学説上最も先駆的なのは、鎌田説（鎌田耕一「安全配慮義務の履行請求」水野勝先生古稀記念『労働保護法の再生』[2005] 359頁）である。同説は、安全配慮義務は付随的義務か給付義務かで履行請求可能性を考え分ける従来の議論を止揚し、同義務の予防的性格を出発点として、安衛法規を参照しつつ、段階的な手続的要件論を展開している。具体的には、安衛法上の作為、不作為義務規定のみでは状況に応じた具体的措置が特定され難い場合、生命・健康侵害の現存または具体的リスクを要件に、使用者との交渉と同人の裁量決定を訴訟外で求める任意的履行請求権が労働者に生じ、その行使をもってなお適切な措置がなされない場合、自ら具体的措置を考案し、訴訟上請求する強制的履行請求権が付与されるとする。

この説が擁する課題については、三柴・前掲[2011] 395頁以下で論じたため繰り返さないが、安全配慮義務の予防的本質、その実現のための手続的理性の履践の必要性を法理論的に具体化した点に最大の価値があると思われる。

4 取締役の責任

近年、会社法429条1項を根拠に、安全配慮義務の履行を含めた労働関係法遵守にかかる取締役の賠償責任を認める判例が増加している。同条については不法行為の特則とする少数説もあるが、通説判例は、株式会社の活動が取締役の職務執行に依存することを前提とした第三者保護の趣旨とする法定責任説を採っている。これによる限り、同人の任務懈怠と相当因果関係のある第三者（労働者を含む）の損害は、概ね、会社の損害を経由する場合（間接損害）としない場合（直接損害）共に賠償対象になる（法定責任・両損害包含説）。労働関係法規違反との関係では、取締役が直接担当する業務との関係上、大企業ほど不法行為責任を問い難い点をカバーできること（もともと、取締役の任務=会社の行為との推定が働き易いため、安全配慮義務事案では、小規模企業ほど本条の適用が認められ易い傾向がある〔南健悟「取締役の労働者に対する損害賠償責任」労旬1737号[2011] 11頁）、他方、コンプライアンス履行体制の構築を促せること、時効が10年に延びること等に同条活用のメリットがある。安全配慮義務との関係では、安全衛生と会社経営（権者）の蜜月関係を法的に象徴した運用とも言える。

取締役は会社と委任関係（会社330条）にあって、善管注意義務（民644条）および忠実義務（会社355条）を負い、これらの義務違反=任務懈怠となる。具体的な法令違反は直ちに任務懈怠となり、当該「法令」の中心は会社財産に関わる法令だが、代表的判例（野村證券損失填補事件・最二小判平成12・7・7民集54巻6号1767頁）はそれ以外も広く含む非限定説を採っており、労契5を含めた労働関係法規も該当し得る（天野晋介「安全配慮義務違反と取締役に対する責任追及の可能性」季労236号[2012] 157頁）。立証責任論には、主要な3要件（①会社の法令違反、②取締役の任務懈怠、③帰責事由）のうち、①②を第三者、③（の不存在）を取締役に配分する二元説と全てを第三者に配分する一元説があるが、②は概ね①から推認される。③には悪意・重過失が含まれ、違法性を認識すべき事情（違法のための積極的措置や、違法を発見した場合の是正措置の懈怠など）が含まれる、との理解が有力である（南・前掲9頁以下）。

安全配慮義務は原則として手段債務なので、その履行体制不備の認識が取締役の悪意・重過失を裏付けるとの構成に加え、同義務を内部統制システム構築義務と解し、会社法348条3項4号、同4項、同法施行規則100条により取締役の善管注意義務・忠実義務違反に当たるとの構成もできる。後者の構成では、限定説による責任追及も可能になる（一例として、大庄ほか事件・大阪高判平成23・5・25労判1033号24頁。同判決は、(i)生命・健康の重大性、(ii)それらへのリスクが高い状態の放置、(iii)関連する体制づくりにかかる権限等を責任肯定の前提としている）うえ、実際に取締役のコンプライアンスにかかる責任をかなり広く問えることになる。

これまでに、個人の不法行為責任や会社の賠償責任との関係、株式会社以外の組織との平仄等の観点から、会社法429条の適用範囲を限定しようとする学説が複数現れている（例えば南・前掲14頁は間接損害限定説を採る）。筆者は、法定責任・両損害包含説に与するが、取締役の業務運営上の役割の重要性を前提とする同説の趣旨に照らし、当該業務にかかる組織上の支配力（実権）と実際の関与の機会を基準とし、前者は組織上のポストなどから第三者に立証させ、後者は取締役に立証させるべきと考える。特に後者は、取締役の善管注意義務および監視義務の実質に関わるからである。

III おわりに

安全配慮義務の拡張（適用）傾向には根強い批判もあるが、そもそも最高裁（川義事件・最三小判昭和59・4・10労判429号12頁）が「使用者の指示のもとに労働を提供する過程」で「労働者の生命及び身体等を危険から保護するよう配慮すべき義務」と述べていたことは想起されねばならない。安衛法体系からも明らかのように、安全衛生とは、そもそも関連する専門知識を要する経営問題であって、精神衛生・保健は特に人事労務管理や人材育成と親和的である（イギリスでは、心理社会学者から職務設計や効果的職業訓練等による「遂行可能な労働（'do-able' job）」の概念が提唱されている）。とはいえ、法的な過失責任範囲を画する必要がある。

そこで使用者の安全配慮義務を再定義すれば、安全衛生関係法令の最低基準の遵守と共に、経営工学を活用した安全衛生面でのリスクの調査と管理を、同法令下の指針等を参照しつつ、適切な専門家や利害関係者の関与のもとで、「優先順位を付けて」実践する等の手続を尽くす義務、より具体的には、当該事業場ごとの事情に応じ、1次予防（災害疾病の事前防止）・2次予防（早期発見・早期対応）・3次予防（事後対応、再発防止）の全段階で、その支配管理の影響を受けることが通常予見される個人と集団の双方を対象に、実行可能な物的・人的対策を図る手続的な債務と理解するのが適当であろう。

使用者がこうした手続を尽くしたことを立証できれば、本人要因が強い災害疾病との責任の切り分けも進むように思われる。

〈参考文献〉

本文中に掲げたもの。

（みしば・たけのり = 近畿大学教授）

産業精神保健法学の狙い

三柴丈典

1. はじめに～本構想の狙い～

日本で企業や行政にメンタルヘルス（以下、「MH」という）を意識させた要素の一つは、電通判決（電通事件最2小判平12・3・24民集54巻3号1155頁）を代表とする判例である。心の健康は多分に「未」科学的な課題だが、裁判所は、業務上の過重な心理的・物理的負荷をもたらす被害の深刻さを受け止め、事案の「筋読み（個別事情と社会的背景を踏まえた総合判断）」の結果、必要性を認めた事件では、「客観性」、「推認」、「蓋然性」、「相当性」、「合理性」などの文言を駆使し、法的救済を図ってきた。業務上の心理的負荷の法的な捕捉という意味では、1984年に過重労働による自殺未遂による負傷が初めて労災認定されたところに端を発するが、その後は概ね判例が先行し、行政の労災認定の基準やその前提となる委託研究報告書等との間で相互作用を生んでいる。

他方、日本の職域MHに関する法政策は、こうした民事判例の傾向を意識しつつ、イギリス・デンマーク・フランスのような予防面での強制的規範づくりは最小限にとどめ、基本的には、予防のための目標設定、手続や人的体制づくりを規定すると共に、それらに基づくガイドライン等による誘導策をとり、著しく逸脱する使用者には、事後的な賠償責任を負担させる間接的な圧力等によって自発的対策を進めさせようとしてきた。先の衆院解散で審議未了廃案となっ

た、労働者の精神的健康の調査を義務づける労働安全衛生法改正案も同様の性格を持つ。間接的圧力という意味では、労災補償に関する認定基準も、同様の役割を果たしている。

近年の法令、特に公労使の調整を経て成立する厚労省発の法令は、多義的、多面的、多層的な性格を持つものが多い。訓示規定、努力義務規定、手続的規定なども多く、実質的目的も、社会啓蒙、社会実験、行政介入やガイドライン発出、予算付け、強制規範への布石まで様々である。

そうした認識を前提に、職域MHの推進を図ると共に、生じた問題（症例ないし事例）の改善ないし適正解決に貢献する法講学の構築ないし法体系の構築と適正かつ実効的な運用を図ることが、本構想の狙いである。特に予防の役割を重視し、1次予防（不調の事前防止。風通しの良い職場環境形成や、視野の拡大・思考の柔軟性・前向き発想を含めた個人々のストレス耐性の強化など）、2次予防（不調の早期発見・早期介入）、3次予防（不調者が発生した場合の応急対応、休職管理・支援、再発防止など）の全てにわたり、①個別性、②（連携的な）専門性、③多面性、④柔軟性、⑤継続性、⑥人間性（心理的特性の考慮）、⑦客観性に加え、それらを含む⑧手続的理性の8要素を確保し、個人（労使）と組織の双方の成長と、新たな環境条件への適応を図ることを目的とする。この点で、労働者保護を一義的な使命とする従来の労

働法体系とは異質な面を持つが、実質的に経営改善の役割も持つ労働安全衛生法（以下、「安衛法」という）の特別法と位置づけることは可能であろう。

2. いま、何が問題なのか

MHは国際的課題だが、現段階で確たる定義はない。本質的には個人と組織の心理的・社会的健康や生（せい）そのものと言えられるほど幅広く、多様かつ多層的な課題だが（筆者による定義は、「シンポジウムの趣旨と総括」日本労働法学会誌122号（2013）17頁等）、問題の増加と顕在化の背景に人間を取り巻く様々な環境条件の変化を指摘する識者は多い。そうした状況下、いま現在、職域にあって、職域で（ある程度）対策可能な問題を端的に言えば、①有形・無形の経営資源の弱体化（のおそれ）、②人事労務管理に関する基本事項や、言語的・非言語的なコミュニケーションの崩れ、③人材質やパフォーマンスの低下、④不調者の安易な排除と周囲に負担をもたらす雇用維持などが挙げられる。このうち②と④は、直接的に法的課題となり得る。

民事上の安全配慮義務や注意義務、労災認定基準や安衛法がMH問題を取り扱うようになると、その触手は必然的に人事労務管理や経営組織の問題に及ぶ。かつて、オタフクス事件広島地判平成12・5・18判タ1035号285頁は、



PROFILE
三柴丈典
(みしばい たけのり)
近畿大学法学部教授
専門：社会学、産業精神保健法学

会社には、労働者の心身両面における危険又は健康障害を防止する義務の一環として、業務上生じた暴行事件の原因経過を詳細に究明し、仕事の能力に欠ける者を当該部門から外す等の措置を講じる義務があったとし、その後の判例も、MHとの関係では、組織の人事措置に踏み込む判断傾向を維持している（三柴『裁判所は産業ストレスをどう考えたか』(労働調査会, 2011年) 350頁以下)。現行労災認定基準に添付された「業務による心理的負荷評価表」(別表1)も、実質的にそうした性格を持つ出来事を多々採り上げているし、安衛法が第66条の5第1項、第66条の8第5項に規定する就業上の配慮事項も、人事労務管理と極めて親和的である。

こうした法をめぐる状況と国内外の組織的健康に関する調査研究等の示唆を汲めば、職域では、(i)採用・配置等における人選、(ii)教育訓練、(iii)動機付け、(iv)職場における労働の構成に関わる職務設計等の人事労務管理に関する基本事項の再構成や、人事管理上のミス・コミュニケーションの解消、労働条件の急激な変化に対応する支援体制の構築、就業時間の間の私的時間（休憩時間）の確保、嫌悪感に基づ

くハラスメント防止等を法的に支援すると共に、一定条件下では、最低基準としての義務づけの必要性が生じる。

また、④については、疾病障害の発症・増悪事由が業務上か否か、症状（特に機能障害）の軽重や事例性の有無・程度、パーソナリティや発達面での問題の有無・程度などを基準として、解雇や退職措置の合法性、先だって果たすべき手続（専門医への回復可能性の確認、可能な就業上の配慮、必要な場合の教育指導など）などを判断できるよう、法理論の整理が求められる（筆者の試みは、前掲労働法学会誌（2013）17-18頁等）。加えて、パーソナリティや発達に関する問題等が症状の背景にあって、長期休職や離職が避けられない労働者の再生（特に休息と成長）を図るための法的支援も求められよう。

3. 諸外国のメンタルヘルスと法

筆者らが平成23年度より厚生労働科学研究費補助金を得て実施している比較法制度調査¹によれば、アメリカ、イギリス、デンマーク、オランダなど多くの国で、1960年代にアメリカで発芽した「welfareからworkfareへ」の政策転換が図られ、相関連して（法的根拠を持つ）MH対策が重視されるようになった経緯がある。政策転換の影響は、公権力の介入による1次予防策（*但し、個人のストレス耐性強化の視点はない）から、所得や雇用の保障、就労支援等の3次予防策まで多面に及んでいるが、調

査対象国で、完全なwork first modelを採っているところは見あたらなかった。

(1) 1次予防関係

イギリス、デンマーク、オランダなどでは、EUのPRIMA-EF（Psychosocial Risk Management - European Framework）の影響下で、公権力の介入による強制的リスク管理策を講じてきた。中でもデンマークでは、COSPAQと呼ばれる質問紙、使用者の提供する関連データ、状況観察等を通じ、労働者の休業率、作業関連疾患罹患率、自発的離職率、職務満足度、業務パフォーマンス等を指標として、当該事業場の心理社会的な労働環境等を詳しく審査し、4段階のグレードに対応する4種類のマークを付与して全てWEB上で公開するというラディカルな制度を採用している。のみならず、その評価が低ければ、根拠法である労働環境法違反として、過料による制裁のほか、労働安全衛生コンサルタントからの支援を受ける命令等を受ける場合もある。

しかし、現段階に至るまで、国レベルで顕著な成果が認められた例はない。そこで、たとえばイギリスのストレス管理基準の開発に当たった研究者らは、職場の問題点（欠点）を探索して手当を図るリスク管理アプローチから、理想的条件のコンピテンシー（特徴的要素）を抽出してあるべき条件を示しつつ、その職場にある優れた面の指摘と伸張を含めた柔軟かつ前向きな介入を行う方向性への転換を模索するなど、

組織を一つの人格と見立てるかのような方策（組織心理的方策）を志向している。

(2) 2・3次予防関係

日本では、不調の発症増悪事由が業務上か否かで、所得・雇用等の法的保障に違いが生じるが、諸外国では、概ねストレス関連疾患を業務上とは認めていない。にもかかわらず、上記のような1次予防策を講じたり、2・3次予防でも精神疾患対応を重視するようになってきている。心理社会的課題でも原因論は重要だが、そこに拘泥し過ぎるよりは解決論を進めるべきということかもしれない。実際に、1次予防策を労使の協議課題と位置づける国は多いし、3次予防面では、私傷病であっても日本の大企業レベルの公的な雇用・社会保障を行っている国が少なくない。また、3次予防を中心に1・2次予防にも貢献する（と解される）障害者差別禁止立法を置いている国も多い。

たとえば、イギリスでは、アメリカの障害者差別禁止法（ADA）の影響を強く受けた平等法があり、非障害者基準中心に形成された社会のありよう自体に警鐘をならす「障害者の社会モデル」的発想を基礎に、種々の差別類型ごとに規制を図っている。こうした障害者差別禁止法は、障害とは何か、障害者差別とは何か、いかなる介入により是正を図り得るか、に関する社会的な秩序の価値判断を示すものと言え、3次のみならず、1・2次予防面でもMHに一定の貢献を果たしていると解される。

また、DWP（雇用年金省）傘下のJobcentre Plusが、主に3次予防面で重要な役割を果たしている。先述した政府の基本方針の転換を踏まえ、障害者の就労支援のための専門家（基本的に全て国家公務員）を配置し、障害レベルに応じた保護雇用機関（*産業と福祉に跨がる準公的ないし公益的なバッファーとして重要な役割を果たし、その規模を拡大している）のほか、職業リハビリテーション等を行う地方公共団体などの公的機関、民間団体、専門家等とのネットワークを持ちつつ、障害の性質や程度に応じ、就労・復職・雇用継続等にわたる積極的、多面的、継続的、個別的、専門的な支援策を講じている。日本で言えば、ハローワーク、年金事務所、障害者職業支援センター等の機能を兼ね備え、援助付き雇用を含めたwork stepプログラムなども実践している。

その他、同じ3次予防であっても、失調の早期段階での対応を、組織外のコントロール・タワーによる休復職管理により実践しようとしている国もある。

デンマークでは、地方自治体が、症例の利害関係者（使用者、医師、失業局、労働組合、リハビリ施設、病院・診療所）と協力して、当該症例に応じた個別的かつ柔軟な行動計画を策定し、同人に継続的に関与することを義務づけている。また、その業務遂行に必要な健康情報を獲得する権限を与えている。オランダでは、労働保険実施機関（UWV）が、使用者の復職プランとその実施を審査する役割を負っているほ

か、リハビリ勤務に特化した専門的受入事業所(re-integratiebedrijf)が、不調者が雇用先で就業するポストを見出せない場合に企業外で遂行する代替業務を受け入れると共に、使用者団体との情報共有を図りつつ、アドバイザー兼教育訓練機関としての役割を果たしている。また、いずれの国も、発症事由を問わず、おおむね所得と雇用(※復職及び復職後の定着支援を含む)の両面で手厚い保障を与えている。

なお、ドイツは、国策としてのMH対策に熱心とは言えないが、私傷病者にも事業主に一定期間の賃金継続支給を義務づけ、その後も手厚い公的保障を用意している他、社会法典において、障害による労働不能や失業を防止するため、疾病により1年間に6週間以上労働不能となった労働者に対し、事業所編入マネージメント(段階的な職場復帰や、労働能力や健康状態に応じた適職配置などにより、再発再燃防止や雇用維持を図る措置)の実施を義務づけている。

4. おわりに～法にできることは～

以上の論旨に則れば、法にできることは少なくない。以下に要点のみ列挙する。

①事後的な民事賠償・補償、雇用保障、職場復帰支援、職務定着支援に関する法理論の再編成および形成

とりわけ契約法上の安全衛生配慮義務や不法行為法上の注意義務の現状や将来予測に応じた再定義が必要である(筆者の試みは、『労働法

の争点(第4版)』(近刊)所収予定)。安衛法や同法に基づく告示、公示などの行政規則等との関係性の整理も求められる。また、安全衛生配慮義務などと改正障害者雇用促進法が規定する障害者への合理的配慮や、労働契約法16条に基づく解雇回避努力義務などとの関係も整理される必要がある。

②性能要件規定の創設

MH問題は、危険源、介入方法、効果測定のいずれについても自然科学的には不明な点が多く、1次予防策を明確な基準として法定するには困難を極める。かといって、現行安衛法28条の2が定めるリスク管理手法のみで効果があがるとは限らない。よって、労使等の利害関係者や専門家の関与により目標となる効果を設定し、経営組織心理的な手法も含めた試行錯誤(手続的理性の実践)によって、組織ごとの目標達成を誘う性能要件規定(効果の担保を前提に、その実現手段を事業場ごとの決定に委ねる規定)と遵守を支援するガイドラインの設定が求められよう。ただし、規定形式や目標を達成した組織へのメリットの付与等について検討を要する。

③最低基準の設定

②の運用や疫学調査、判例等の蓄積、または人権や人格保護の観点等から一般性があり、立法適性が社会的に認められる基準が明らかになれば、最低基準の設定が求められよう。現段階では、私生活時間(特に休息时间)の保障、嫌悪感に基づく各種ハラスメント防止措置、急激

かつ大幅な労働条件変更に際しての支援体制整備などが候補となる。

④MH情報の取扱いルールの整序ないし再編

現在、この課題に関する法規制は多分に錯綜しており、不明瞭な点も多い。たとえば、採用時のストレス脆弱性調査の合法範囲、産業医等が得た情報の選任者への伝達など、判断に「さじ加減」が求められる論点が多い。不調者対応の担当者への適切な情報提供を保障する規定も求められる。MH情報の適正な取り扱い、MHの推進と表裏一体の関係にあり、人の成長にも関わるため、関係専門家の協力を得ながら図られるべき重要な課題である。

⑤産業一(精神保健)福祉連携の推進

日本では、産業と(精神保健)福祉の連携は殆ど行われていないが、長期休職者や離職者の再生や「居場所づくり」を考えれば、諸外国の制度に照らしても、精神保健の資源を持つ福祉やリハビリ事業との連携を進めることが有意と解される。そこで、両者の連携を進めるための基本規定の設定と基本的モデルの呈示、先駆的公益事業の創設、民間事業の支援などが求められよう。

最後に、そもそも論として、疾病障害の発症増悪事由を業務上外で分け、法的効果を異にする日本型モデルの妥当性、将来性についての検証の必要性を指摘して修辭とする。

本稿は、平成23～25年度厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)「諸外

国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果とわが国への適応可能性に関する調査研究」の成果の一部である。

注

1 詳しくは、平成24年度厚生労働科学研究費補助金調査研究報告書(労働安全衛生総合研究事業)「諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果とわが国への適応可能性に関する調査研究」(主任研究者:三柴丈典)、拙稿「諸外国のメンタルヘルスと法」日本労働法学会誌(2013)42-50頁。

《シンポジウムⅠ》

シンポジウムの趣旨と総括

鎌 田 耕 一

(東洋大学)

三 柴 丈 典

(近畿大学)

Ⅰ 報告の趣旨

1 はじめに

メンタルヘルス（以下、MHという）は、労働法上の課題ではあるが、従来の労働法規範学では容易に捉え切れない多因子的で多層かつ「未」科学的な現場課題である。

そのことを象徴する典型例として、この分野で著名な東芝（うつ病・解雇）事件・東京高判平23・2・23労判1022号5頁（X請求一部認容[上告]）と、その特徴がよく現れた富国生命保険ほか事件・鳥取地米子支判平21・10・21労判996号28頁（X請求一部認容[控訴]）が挙げられる。前者は、元より疲労状態にあった労働者の配属先の部門担当者を減らす会社の措置の背景に当該部門の廃止予定があったことを本人に伝えなかったことが、その「心理的・物理的負荷を継続させた」と認定し、後者は、苦心して10名程度の部下を持つチームリーダーにまで昇進した女性労働者の仕事を新任上司が評価せず、前例を無視して部下の数を半減させた措置を、「過剰な心理的負荷をもたらす違法行為」と明言している。

これまで、日本の労働裁判例は、おおむね、人事一般については使用者に広い裁量を認め、解雇や安全衛生については厳しい基準を課す傾向にあったが、電通事件・最二小判（平12・3・24民集54巻3号1155頁）等を転換点として、「過

シンポジウムⅠ（報告①）

度な心理的負荷」を積極的に認定するようになり、実質的に彼らの人事労務管理に介入するかのような判断傾向を強めている。また、三柴の判例分析からは、近年の組織的健康に関する調査研究の示唆と同様に、職種では、①採用・配置等における人選、②教育訓練、③動機付け、④職場における労働の構成に関わる職務設計等の人事管理の基本事項の再構成がMH状況に有意に影響を与えること、加えて、人事管理上のミス・コミュニケーションや人間関係、労働条件の急激な変化等が、過度な心理的負荷を招き易い、という示唆も導かれ得る。よって、契約法理として、これらの要素を義務化する議論も可能であり、既に部分的にはそうした議論も展開されている²⁾。

アメリカでは、労災補償との関係で、純然たる人事事項に介入するような判例傾向に歯止めをかけるような州法も成立したが、日本では未だそうした動きは見られない。

日本で企業や行政にMHを最も強く意識させたのは他ならぬ判例であり、判例法理を労働法学の射程とするなら、物理的負荷と心理的負荷の両者に関わるMHは、十分にその課題となり得る。フランス・ボルドー大学のロイ・レルージュ氏も、法規範学において心身を一体として捉える必要性を力説しているが、臨床を重視する医学では元より当然のことであり、労働・社会法学も、民刑事の一般法から派生した起源を考えれば、社会経済構造や自然環境の大きな転換点にあって、改めて、人間心理・組織心理の特性や人事労務管理の実態との対峙が求められよう。

以上の認識を前提に、労働・社会法の領域を、産業精神保健の観点から再検証し、現場課題の解決という視点を重視しつつ、学理的に法理・法制度形成を模索することが、本ミニシンポの狙いである。

1) 三柴丈典『裁判所は産業ストレスをどう考えたか』（労働調査会、2011年）。

2) 水島郁子「ホワイトカラー労働者と使用者の健康配慮義務」日本労働研究雑誌492号（2001年）30頁以下等。

3) Loic Lerouge: Moral Harassment in the Workplace: French Law and European Perspectives, *Comp Labor Law Policy J*, 32: 109-152, 2010.

2 メンタルヘルスの定義、産業保健の認識枠と（労働）法学の関係

先ず、議論の前提となるMHの定義について述べる。

本ミニシンポでは、精神疾患や障害の存否にとらわれず、業務上外の物理的・心理的負荷等により、労働や日常生活上の制約を招く問題への対応を、個人と組織の双方へのアプローチにより図ろうとする作用との理解を共有する。なお、三柴自身は、社会・経済構造、自然環境や生活スタイル等の大きな変化の中で、個人と組織の成長と適応を実践、支援する作用と理解している。

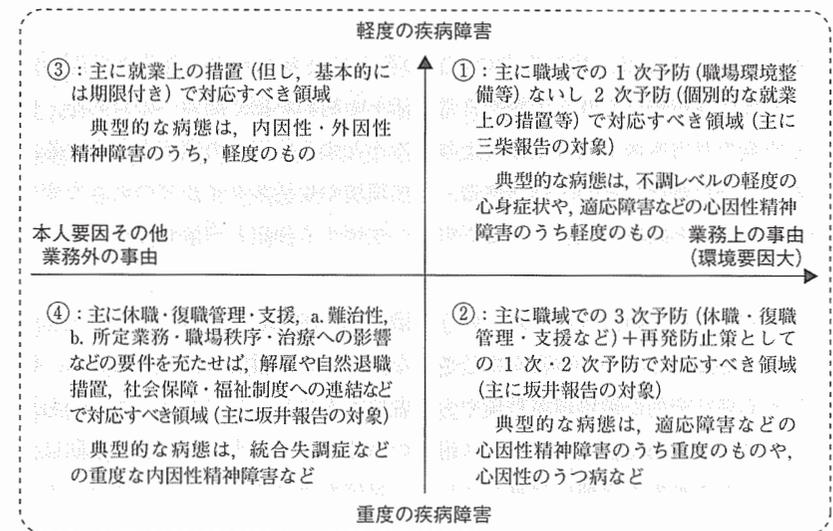
次に、MHにかかる認識枠について述べる。産業保健などの予防の分野では、1次予防、2次予防、3次予防という認識枠が一般化している。

1次予防は、そもそも被害を生じさせないための本質的対策。ここでは、物理的、心理社会的な職場環境整備や労働者個人のレジリエンス、すなわち思考の柔軟性を含めた個人のストレス耐性の強化などが該当する。2次予防は、生じつつある被害を早期に発見し、早期に対策を講じること。ここでは、不調への早期の気づきと個別対応等が該当する。3次予防は、既に生じてしまった被害に対する事後的ケアと再発防止策。ここでは、休復職措置と1次予防策への回帰などが該当する。法（政策）的議論でも参照すべき概念といえよう。

かように雲を掴むような課題ではあるが、必ずしも自然科学的な証拠に囚われずに手続と客観的な衡平観（equity）を重視しつつ、紛争解決志向のノウハウを確立してきた法律論には馴染む面がある。そこで、日本の現行法令と裁判例、一部は国外の法令や関連制度等を参考に、職域MHの所掌を法的観点から整理した（図1）。ここでは、ヨコ軸に業務上外、タテ軸に疾病障害の軽重をとってできる4領域ごとに、典型的な病態と法的に求められる措置を記している。この際、タテ軸は、単に医学的な病態の軽重ではなく、行動上の制約、職域では労働能力の制約の程度と期間を考慮して決定する。本ミニシンポでの各報告者の所掌も記載してある。

図2は、図1を横倒しし、高さの軸としてパーソナリティの要素を加えたものである。精神障害や知的障害とパーソナリティの区分は本質的に困難だが、従来の裁判例は、パーソナリティに起因する非違行為の労働法上の救済には消極的だった。よって、特に業務上の発症増悪事由とパーソナリティの両者に起

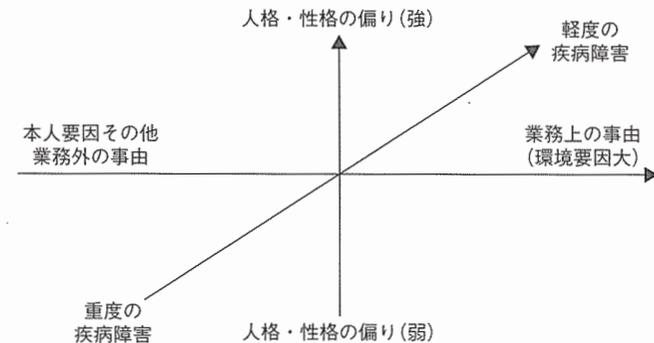
図1 「メンタルヘルスという概念の守備範囲」



*水島報告は、①から④の全てをカバーするが、②③④が主。

*三柴報告の主な対象は①だが、②③④もカバーする。

図2 第3軸（＝人格・性格に関する軸）を追加したもの



(注)・不調の事由、疾病障害の軽重の軸に加え、人格・性格の偏りの軸も考慮する必要がある。
・一般に、どの領域でも、人格・性格の偏りが強い場合、疾病の影響を超える（：責任能力、有責性が認められる）非違行為については、本人責任としての法的評価を受ける。
・但し、精神疾患等の周辺症状と区別する必要がある。
→結局、専門医のスクリーニングが手続として求められる。

因するような非違行為等については、当該症例に詳しい専門医の所見を重視して切り分けることになり、法は、その専門医の適性を選任手続などの法的観点から見分ける役割を負う。

3 産業精神保健法

次に、MHにかかる法的な認識枠について述べる。ここでは、三柴の私案として、上で定義した職域MHに貢献するか、その領域で生じる法律上の争訟を含めた問題の解決に関わる法領域の総称として、産業精神保健法という概念を観念する。

三柴らの比較法研究⁴⁾では、法と産業精神保健の両面で適正な対応を図るためには、個別性、(連携的な)専門性、多面性、柔軟性、継続性、人間性(心理的特性の考慮)、客観性に加え、それらを包括する手続的理性の8要素が求められることが明らかとなった。

対して日本の従前の法政策・法理は充分とは言えない。確かに、司法による補償・賠償法理の形成は、ある面で日本のMH対策をリードして来た。諸外国との決定的な違いとして、日本の司法は、ストレス関連疾患を労災と認定すると共に、労働者の労働条件決定権限を持つ使用者には、比較的容易に過失責任を認める傾向にあった。その傾向に歯止めをかけようとする例もあるが、一般的傾向とまでは言えない。

行政も、やや後追い気味ながら、ライフイベント説などに依拠し、精神障害の労災認定のための指針や基準を策定・改訂し、司法との相互作用を生んだ。とはいえ、心理的特性を持つ課題だけに、労働局ごとの認定割合にばらつきを生じるなどの問題も起きているし、平成23年12月の認定基準の策定後も、司法判断との乖離は埋まっていない。日本の司法は、人事管理上の問題点を幅広く捕捉する傾向にあるからである。

ひとたび賠償命令が発せられれば、その金額は、労災保険金の控除、損益相

4) 平成24年度厚生労働科学研究費補助金調査研究報告書(労働安全衛生総合研究事業)『諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果に関する調査研究』(主任研究者:三柴文典)3頁以下。

殺等を経ても、死亡事案で6000万から1億円以上に上ることが多く、存命事案でも、理論上、復職に至るまで支払が命じられることになる。最近では、会社法第429条に基づき、取締役個人の過失責任を認める判例も現れている。

日本のMHに関する法政策は、こうした民事判例の傾向等を意識しつつ、イギリス・デンマーク・フランスのような予防面での強制的規範形成は最小限にとどめ、主に予防のための目標設定、手続や人的体制づくりを規定し、後は、それに基づくガイドライン等による誘導策をとり、それらを著しく逸脱する使用者には、事後的な賠償責任を負担させることで自発的対策を誘ってきた。日本のメンタル面での予防規制の特徴は、手続的性格にあり、先の衆院解散で審議未了廃案となった、精神的健康の調査を義務づける安衛法改正案も同様である。

なお、3次予防の観点では特に、障害者関連立法が重要な意味を持つが、現行法上、裁判規範として直接適用可能な一般的な障害者差別禁止法は存在せず(改正障害者雇用促進法の差別禁止規定は平成28年施行予定である)、不当な差別に当たるとする事案では、公序良俗や信義則違反などとして救済が図られることになる。アメリカ発の合理的配慮の概念は、現段階では、公序良俗⁵⁾等の他、実質的に安全配慮義務や解雇回避努力義務などとの関係で一部実現可能な状態になっているといえよう。

以上のような仕組みは、応分の役割を果たしてはいるが、先述した8要素の確保という観点では不十分である。この問題の心理的特性を踏まえ、労働・社会的弱者保護の視点のみではなく、人事労務管理の基本の再構築や、個人と組織の成長や適応を支える柔軟な法制度・法理形成、産業と福祉を連結したり、複雑化しすぎた予防志向の個別規定を包括し、遵守を容易にするような法社会学的観点での工夫などが求められる。(三柴)

5) 身体障害者の例だが、神戸地尼崎支決平24・4・9判タ1380号110頁等。

II 総 括

以上の趣旨を踏まえ、各報告者は以下の通り報告した。

まず、水島報告は、「使用者の健康配慮義務と労働者のメンタルヘルス情報」と題し、使用者の取り扱い健康情報の中でも特に注意を要するMH情報の取り扱いと、一般の傷病+αの配慮が求められる健康配慮義務との相互関係について論じた。その中で、雇用過程における課題と、現在職域で問題となっている採用過程における課題の両者を取り扱った。

次に、坂井報告は、「メンタルヘルス不調者の処遇をめぐる法律問題——休職に関する法理の検討を中心に——」と題し、MH不調者の、労働契約展開過程、とりわけ休復職過程における法解釈上の課題について、不調の発症増悪事由の業務上外の区別を意識しつつ論じた。

最後に、三柴報告は、「諸外国のメンタルヘルスと法」と題し、諸外国のMH不調の1次予防から3次予防にかかる法制度の背景・特徴・効果を紹介し、日本の法政策と法理論への示唆について論じた。

報告に対して、会場からは、①パーソナリティ障害、てんかん等の症例の特殊性と休復職等をめぐる法的対応に際しての区別の必要性（廣石会員・林会員）、②水島報告における全労働者向けの一律的安全配慮義務（A）と個別労働者の事情を踏まえた個別的安全配慮義務（B）の実質的区分点（北岡会員）、水島報告のいう健康配慮義務とハラスメントの関係（松本会員）、③試し出勤中に軽作業ないし通常勤務させる場合の賃金支払義務の有無と金額、社会保険給付との関係（北岡会員）、④安衛法第66条の5を準用する就業規則規定の法的効力、メンタル疾患事案における特殊性のいかん（安西会員）、⑤正社員に試し勤務をさせるためのアルバイト契約の法的性質と復職プロセス上の有効性（安西会員）、⑥主に中小企業において休職者への保障（傷病手当金等）が欠ける場合への対応（塩見会員）等について質され、活発に議論された。

本ミニシンポの意義について、筆者（鎌田）は以下のように総括したい。

このミニシンポは、MHに関連する他の学問領域の知見および諸外国の経験

を踏まえて、法学がMHをめぐる有効な予防システムをどのように構築するかを問うものであった。三柴報告が提唱する「産業精神保健法」は、労働法学の伝統的な枠組みを超えた問題解決の必要性を提起するためのものであったと思われる。産業精神保健法の概念を観念すること自体については共通見解は得られなかったが、MH不調の予防について、第1次から第3次まで段階を分けて、それぞれの課題を明確にしたことは、労働法学に対して貴重な示唆を与えたものといえよう。

これに対して、水島報告、坂井報告は、労働法学が練り上げてきた法的構成（安全配慮義務と健康配慮義務、復職可能性に関する法的評価など）が、MHをめぐる法的問題に対してどのように有効に作用するかを究明したものと評価することができる。これらの報告は、多様な精神障害に対する伝統的な法的構成の限界と新たな発展の可能性を提示したものであった。

いずれの報告も挑戦的・刺激的であり、会場から多くの質問・意見がなされたことはこれを示している。

もっとも、本ミニシンポにおいて、三柴が諸外国を参考にして提示したMH不調の予防の様々な提案を、水島、坂井がこれまでの法的議論のなかに取り込んで、一定の方向性をうかび上がらせたとはいえない。

とはいいながらも、本ミニシンポは、MHの検討のために諸外国の立法動向と他の学問領域の研究が必要であること、そしてこの問題を解決するために、法学固有の概念の練り直しが避けられないことを強く印象づけた。

3人の報告は、こうした試みの端緒であり、これをどう発展させていくかは、労働法学に課せられた今後のテーマであり、本ミニシンポの問題提起を労働法学会が広く共有することを期待するところである。（鎌田）

（かまた こういち）

（みしば たけのり）

諸外国のメンタルヘルスと法

三 柴 丈 典

(近畿大学)

I はじめに——本稿の基礎

本稿は、筆者が、2011年度から厚生労働科学研究費の補助を得て、計12名から成る研究班を組織し、実施して来た調査を基礎としている。当該調査では、4名の関連領域の専門家の示唆を得つつ、6カ国の法制度調査を8名の法学者が担当し、筆者が総括を行っている。紙幅との関係上、その詳細は当該調査研究報告書に譲り、本稿では、2年目の調査結果を踏まえて考察した比較法の示唆のみを論じる。

II 比較法の示唆

1 確保されるべき実体的理念

上記の調査結果から、産業精神保健法という法領域を観念した際、1次～3次予防施策の全てにおいて確保されるべき実体的理念は、①個性性(個性・背景・脈絡の考慮)、②(連携的)専門性、③多面性、④柔軟性、⑤継続性、⑥人間性(心理的特性の考慮)、⑦客観性、及びこれらすべてを包括する⑧手続的理性の8要素であることが判明した。

以下では、この理念を基底に置き、各論を論じる。なお、産業精神保健はメンタルヘルス(以下、「MH」という)と同義で用い、MHの定義については、趣旨・総括で論じたところによる。

1) 平成24年度厚生労働科学研究費補助金調査研究報告書(労働安全衛生総合研究事業)「諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果に関する調査研究」(主任研究者:三柴丈典)。

2 1次予防施策のあり方

1次予防面では、デンマーク、オランダ、イギリスのように、労働環境法や労働安全衛生法に基づく公権力の介入により積極策を講じている国もあるが、その成果が顕在化していない。調査対象各国は、概ね2000年前後から、その国の個性や法制度展開の脈絡に見合った方途、それも直接的に1次予防策を講じる方途から2次・3次予防に注力することで間接的に1次予防を推進する方途、はたまたその両者を組み合わせる方途など、様々な方途でこの課題に取り組んで来ており、結果的に各国の労働・社会保障法政策のエッセンスが凝縮したような様相を呈しているが、確たる成果を挙げてはいない。

このうち欧州各国の1次予防政策は、ほぼ例外なく、心理社会的リスクを対象としたEUのPRIMA-EF(Psychological Risk Management-European Framework)の影響を受けている。この仕組みは、概ね、Job-D(Demand)C(Control)S(Support)を指標とするストレス評価モデルを活用したリスク調査・管理を中心としており、治療的な改善方式といえる。しかし、昨今は、より積極的に理想的な職場環境が持つ条件(competence)を類型化し、現実の条件をそれに適合させるよう誘うことで、良好な職場環境形成を包括的に実現していく改善方式(proactive approach)の方が有効と考えられるようになって来ている。

他方、リスク管理手法をベースにした制度の下でも、積極的な取り組みを行っている国では、既に個別的な成功・失敗事例の集積が図られて来ており、そのうち成功例は概ね、一定の標準を踏まえつつ、個々の事業の特性や脈絡を踏まえた個別的な取り組みであることがうかがわれる。

となれば、国の産業精神保健法政策でも、いわば性能要件化、すなわち一律的な規準への適合性審査ではなく、現場で実効性の挙がる方策の許容と法政策への積極的な吸収への発想の重点の移行ないし追加が求められる。要件となる性能の指標としては、デンマークなどが採用している、休業率、作業関連疾患罹患率、自発的離職率、職務満足感、業務パフォーマンス、守秘条件下での意見聴取の結果などが参考になるが、MH問題の多因子性、多様性、多層性などを考慮すれば、そうした最終指標に変化が現れる過程にある中間指標(管理者研修の実施件数、産業医面談の実施件数など)を重視する必要もある。また、この

課題の心理的特性に鑑みて、リスク・アセスメント手法に加え、組織の長所の調査と伸張を図るグッド・ポイント・アセスメント手法を併用する方策も、実効性の向上に貢献する可能性がある。

日本の安衛法政策でも、既に医師による個別面談や個別的な就業上の措置の勧告など、専門性と労使間協議に基づく個別の方策の基礎は提供されているが、現行安衛法第28条の2を準用する第88条に規定されるメリットを産業精神保健対策にも発展的に拡充するような、より積極的かつ柔軟な施策が求められていると解される。

こうした施策は、補償・賠償上の過失責任の切り分けに貢献する可能性もある。すなわち、欧米で法政策上講じられているような合理的な対策（①心理社会的なリスク管理とその手続への労使の参加、②衛生委員会等での施策の審議、③専門家・専門機関の活用、④種々の差別禁止施策や合理的配慮の実施等）を積極的に講じた事業主には、たとえ科学的に原因の不明な損害が生じた場合にも、手続的合理性を尽くしたとみなされ、労災認定を免れ、民事上の過失責任が免責ないし減責される可能性は高まる。そして、民事上の責任ルールの具体化は、組織の日常的な行為規範に影響を与えるため、至局、予防文化の拡大に繋がる可能性もある。

3 各国の法制度が対策の射程に捉えているメンタルヘルス問題

デンマークやイギリスなどの公権力の介入による積極的予防策を講じている国では、作業関連ストレスによる休業や業務遂行能力の低下などを射程に捉えているので、日本でいうMH不調と同様に、精神疾患・障害以外の労働や日常生活に影響を及ぼす問題が幅広く捉えられていると解される。²⁾

フランスでも、EUのリスク管理政策を継受した対策（労働法典L.4121-1、2³⁾条等）では同様と解されるが、モラル・ハラスメント対策（同L.1142-1条、刑

2) なお、今回の法制度調査では、日本で注目されている、いわゆる「新型うつ」の概念を射程に収めている国は見あたらなかった。ただし、気分変調症と訳されるディスチミア（Dysthymia）は、ICD-10のF34（持続性気分〔感情〕障害）に分類されており、国際的に精神疾患の一部として取り扱われている。

3) ただし、L.4121-2条⁴⁾は、精神的ハラスメントのリスク管理を規定している。

事法典222-33-2条等）や雇用平等対策（労働法典L.1132条等）では、精神疾患・障害はおろか不調の存在すら問われていない。

ドイツでは、既存の法制度の枠組みでは、業務上と捉えられる精神疾患・障害の範囲が極めて狭いうえ、たとえ私傷病（ないし法制度上職業性疾患として取り扱われないもの）として賃金継続支払法や社会法典による救済（第5編：傷病手当金、第9編：事業所編入マネージメント⁴⁾）を受ける場合にも、運用上、概ね疾病罹患の故に労働不能である旨の医師の診断書の提出が要件とされているので、その射程は医療上の疾病障害への対策に限られる。しかし、私傷病でも受けられる保障が手厚く、結局企業側の負担が大きくなることや、従業員の休業、労働生産性などを意識して、一部の企業では、不調レベルの問題への対策も図られるようになって来ている段階と解される。

アメリカでは、障害者差別禁止法の枠組み内で、雇用主が合理的な配慮さえ提供すれば職務の本質的機能を果たせるレベルの障害者が（合理的配慮を含めた）救済の対象とされて来た。もっとも、障害者の定義自体、同法の性格や機能を決する大問題であり、多くの議論を生み、法改正の契機ないし要目ともなって来た。そして現段階では、必ずしも医科学的裏付けがなくても、他者とのコミュニケーションや、仕事への集中、睡眠や自身の世話などに生活を実質的に制限するような機能的な障害が現にあるか、そのような記録があるか、そのように認識される事情がある限り、同法の適用を受けるなど、比較的広い解釈基準が確立されている。

結論的に、日本の法制度でMH対策を強化する際には、主として心理社会的・物理的リスク要因により長期（概ね2週間以上）にわたり労働能力に制限を受けることが専門家や諸事情から客観的に裏付けられる者の発生を防止することを射程に捉えるべきと解される。ただし、フランスやアメリカの法制のように、不当な差別等による人格的利益の侵害を防止する観点も求められよう。

4) 段階的な職場復帰や、労働能力や健康状態に応じた適職配置などにより、再発再燃防止や雇用維持を図る措置。

4 強制的方策と誘導的方策のいずれが適当か

ストレス要因の健康影響に関する科学的知見が不足していること、諸外国の関連法制度でも、顕著な成果を示している例が存しないことに加え、精神障害を含めた MH 不調の特質を踏まえ、現段階で一律的な実体的規制による強制的方策を採るには困難を伴う。たとえば、精神障害者に対する合理的配慮を義務づける場合にも、身体障害者に対するバリアフリー建築などの一律的措置ではなく、当該労働者の症状や個性をよく知る者との隣接配置、フレックスタイム制の適用を典型例として、医学等の専門所見を踏まえつつ、本人希望と事業上の都合を調整する個別的な措置が求められることは、アメリカの ADA (Americans with Disabilities Act) に基づくガイドライン⁵⁾からも示唆される。心理的反応からは主観性を排除できないこと、ある集団が幻想に支配された基底的理想集団 (basic assumption group) から脱し、それ本来の作業課題を遂行するには、メンバー同士の「率直な開示と対話」が鍵になるとする Bion, W. R. (1897-1979) の見解⁶⁾も後押しとなろう。

とはいえ、全てを当事者の任意に委ねる誘導的方策が適当とも言い切れない。オーダーメイド志向の対策を講じる中で、①嫌悪感に基づく差別的取扱の禁止、②各労働時間単位の間の休息時間の確保、③急激かつ大幅に労働条件が変化した場合の支援体制の構築など、一般性のある条件が判明すれば、一律的な義務規定の設定も求められる。

5 心理学的アプローチの正当性・妥当性

MH 対策では、作業関連ストレス状況の調査から介入、効果測定に至るまで、個人や組織の心理 (学) 的特性を考慮せざるを得ない。我々の研究班によるイギリスやデンマークの法制度調査からは、心理学的アプローチについて、以下のような特徴的態度が看取された。

①そもそも自然科学は、人間心理の実相や作用を捉え切れていない。

5) EEOC Enforcement Guidance on the Americans with Disabilities Act and Psychiatric Disabilities (1997).

6) Bion, W. R.: Experiences in Group and Other Papers, 1961.

②心理学的な事実は、そもそも百面相であり、相対的なものととどまる。心理学的調査研究では、介入のあり方自体の個別性が高いことから、確証性の高い前向き・大規模・横断的コホート調査などは極めて困難である。

③たとえ同じ事象についても、捉えどころ、表現・伝達方法により、相手方への伝わり方が変わる可能性が高い。個人や組織の中には、事実に関する客観的な指摘や批判に耐えられない者が多いことも、こうした理解を支援する。

したがって、科学的な事実の検証を多少放棄しても、結果志向で臨むべきであり、組織の心理学的診断などでも、その対象設定から診断結果の分析・評価、伝達に至るまで、このような姿勢が容認されるべきではないか、と。

問題は、法 (政策) 的観点からみたその妥当性 (ないし妥当範囲) と正当性である。実のところ、法政策・解釈論も実質的に類似の性質を内包していると解されるが、たとえ具体的対応策を個々の事業者に委ねる場合にも、当該事業場における休業率等のデータや関連情報の的確な把握は求められるべきであろう。

とはいえ、現段階では、ストレス状況の確実な把握はもとより、実効的な介入方法、特に組織的介入方法については、世界的に汎用的な研究成果を得られておらず、たとえ 1 次予防のためのリスク管理システムの一般化を図っても、P (Plan)-D (Do)-C (Check)-A (Action) サイクルのうち、D (Do) や A (Action) の場面で逡巡する担当者を増やしかねない。よって、グッドポイント・アセスメントの併用、中間指標の開発等の推進により、問題の心理的特性を踏まえた介入方法と効果について、引き続き調査研究を進める必要がある。

6 就労経験を持たないか、特別な配慮を受けずに就労した経験を持たない真正精神障害者対策と、過重なストレス要因へのばく露により不調に陥った者等、適切な休養・支援により復職可能な仮性精神障害者・不調者対策の関係

イギリスやアメリカの法制度調査からは、社会的包摂の理念の下で、両者を連続的に捉える必要性がうかがわれる。真正障害者の就労環境の改善は、仮性障害者・不調者のみならず健常者の就労環境の改善にも貢献し得るし、逆も然りと解されるからである。とはいえ、遺伝を含めた内因的な素因や疾患を持つ

ことが多く、職業・日常生活面での機能障害が前提となる真性精神障害者対策では、快復の可能性やゴール設定等で対応に違いが生じ得る。

そこで、イギリスの Jobcentre Plus や Remploy 社、ソーシャル・ファームのほか、日本の先駆的企業などが果たしている役割を参考に、産業と福祉の窓口兼バッファーとなる組織の創設について検討する必要がある。その際、客観的な労働能力の審査を前提に、障害レベルを重度と中・軽度等に区分したうえで、発症の経緯、症状経過、本人のパーソナリティや志向性、従前の労働能力等に応じ、個別的、専門的、多面的、継続的、人間的、客観的支援を行う必要がある。また、症例にかかるコントロール・タワー（窓口兼連携の核）となる人物と、彼らを孤立化に追い込まないためのプラットフォーム、彼らと使用者や使用者団体との有機的連携が求められる。加えて、コントロール・タワーとなる機関や人物は、関係情報を一元的に管理する必要があり、そのために障害となる医療個人情報取り扱い規制などは、合理的な範囲で排除される必要がある。

また、仮性精神障害者の休職管理や復職支援でも、組織外にコントロール・タワーを設ける方途は検討に値しよう。デンマークでは、地方自治体が、症例の利害関係者（使用者、医師、失業局、労働組合、リハビリ施設、病院・診療所）と協力して、当該症例に応じた個別かつ柔軟な行動計画を策定し、同人に継続的に関与することを義務づけられている。オランダでは、労働保険実施機関（UWV）が、使用者の復職プランを審査し、労使間に労働者の労働能力の存否、リハビリ勤務の効果、配置予定の職務内容等について意見の対立が生じた場合には、彼らの求めに応じて専門的意見を発する役割を担っているほか、リハビリ勤務に特化した専門的受入事業所（re-integratiebedrijf）が、企業外で遂行される代替業務全般につき、使用者団体との情報共有を図りつつ、アドバイザー兼教育訓練機関としての役割を果たしている。

いずれにせよ、2次・3次予防施策と1次予防施策は「車の両輪」と解されねばならない。

7 発症・増悪事由の業務上外による対策の区別の可否と是非

この課題は、産業保健を含めた保健の発想と法の発想の相違を浮き彫りにする。

日本では、疾病障害の発症・増悪事由が業務上と認められれば、少なくとも労基法と民事法上、私傷病の場合より手厚い所得や雇用の保障がなされる。しかし、調査対象国では、そもそもストレス関連疾患を業務上疾病と認める枠組自体に乏しく、両者を区分して対応を図る発想に乏しい。たしかに、アメリカの一部の州は、精神的なストレス要因による精神的な疾病障害に労災補償を行っており、オランダのように、雇用者と社会保障給付による保障とは別に、業務上疾病にかかる使用者への民事損害賠償請求訴訟を認めるところもあるが、そうした枠組、適用共に例外である。また、先述の通り、公権力の介入により業務上のストレス対策（1次予防対策）を講じている国もあるが、2次・3次予防面で業務上外を区別した対応を図っているわけではない。

そこで改めて、両者を区別した対応の可否と是非が問われる。実際問題として、日本の企業の多くは、ストレス関連疾患を私傷病として取り扱い、雇用条件に恵まれた大企業等であれば、その代わりに、概ね2～3年間程度は一定割合の賃金と雇用が保障される制度を設けており、奇しくもヨーロッパの保障制度に概ね相当する内容となっている。他方、中小零細企業の多くはそれが叶わないため、結果的に業務上外を区分した法的救済が求められざるを得ない構造になっている。

結論的に、筆者は、対応の区分は、当事者や関係者の納得性を別にすれば、実施してもしなくても良いと考える。ただし、実施する以上は、早期の適正な業務上外認定が求められ、実施しないならば、ヨーロッパのように私傷病罹患者に対する手厚い雇用・賃金保障と積極的な1次予防対策をなすべきと考える。また、実施する場合には、労働基準監督署のような官公署とは別に、症例の業務上外について気軽に判断を求められる第三者機関を設ける必要があると考える。

Ⅲ おわりに

筆者らは、最終年度に当たる今年度、以上のような比較法的な示唆を踏まえて国内でのアンケート調査や実地調査を実施し、関連領域の専門家との協議を重ねたうえ、具体的な法政策・法解釈論的な示唆を完成させる予定である。職域 MH は、喫緊の現場課題でありながら、「未」科学的な面が強い。よって、国内の法政策上も一定の試行錯誤は避けられないが、比較法制度的な調査研究により、国外の制度的な試行錯誤の結果を体系的、学際的に汲み取る作業が欠かせない。

【付記】 本稿は平成23～25年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）『諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果に関する調査研究』（主任研究者：三柴丈典）による成果の一部である。

（みしば たけのり）

〈Symposium I〉

Industrial Mental Health and Law: Purpose and Summary of the Symposium

Koichi KAMATA
Takenori MISHIBA

In Japan, the number of death due to overwork, mental stress, case of mental ill-health is remaining at a high level. The number of civil law suits over stress-related disease is globally top-level, and many cases affirm liability of employers for negligence concerning wide range of personnel management after Dentsu corporation case found excessive mental workload illegal. Particularly, the fault concerning choice of personnel, education and training, motivation or incentive, job design, weight of responsibility, communication, rapidity and scale of change over working conditions are often found to be negligence.

On the other hand, Japanese Occupational Safety and Health Act has set some procedural provisions and regulations including obligation for employers to assign experts to do the right duties and the basis to authorize the government to make guidelines to deal with those problems, while being aware of trend of civil cases.

At this symposium, we define mental health as “the action for both individuals and organizations to do by themselves and to help those solve the mental problems which lead some limitations in work or daily lives due to physical and mental workload or other factors inside and outside the workplaces”, thus try to develop statutory interpretation and legislation theories for that.

We utilize the conception “prevention, intervention, postvention” as the

recognition frame, and name the law related to realize the conception “industrial mental health law”.

Workers' Mental Health Information and Employers' Duty to Care for Workers' Health

Ikuko MIZUSHIMA

This paper examines the duty of employers to care for their employees' health from the standpoint of workers' health information with regards to mental health cases.

Personal information belonging to workers must be appropriately managed. Mental health information requires greater care. Obtaining workers' mental health information by employers should be restrained, especially be curtailed at the hiring stage. However, they need to obtain mental health information of workers in order to manage employment and to fulfill their duty to pay attention to workers' health/occupational safety. Certainly, they cannot be permitted to demand that workers provide mental health information exceeding the necessary scope; nor can they place employees at an outstanding disadvantage if they refuse to provide the information.

When employers' duty of care for occupational safety is seen from the standpoint of working conditions, it can be divided into two types: the duty to ensure suitable working conditions for all workers, and the duty to change working conditions, reduce labor, etc., based on the conditions of individual workers. To fulfill the latter duty, a worker's health information is essential. However, it is difficult for employers to handle mental health information, even if they are able to obtain, because of the particularities of mental health disorders. The duty of employers for

- 2 The Injury and Disease Allowance / the Temporary Absence from Work Compensation Benefits
- IV The Role and Significance of Interpretation Concerning Treatment

Comparative Study on Industrial Mental Health Law

Takenori MISHIBA

Interests in industrial mental health problems are spreading globally. Also in European countries and the United States, various measures have been taken by applying framework of labor and social security laws.

This study is based on the research funded by Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW), which is implemented by the research group (representative: Mishiba, T.) including 8 jurists and 4 experts in relevant fields. This group has researched legal system related to industrial mental health in 5 European countries and the United States.

As a result, I found the elements -1) individuality, considering individuality, context of each individual and organization, 2) participation and collaboration of experts, 3) multiplicity, 4) flexibility, 5) continuity, 6) humanity, considering individual and organizational psychological characteristics, 7) objectivity, 8) procedural rationality including the elements- are needed in Industrial Mental Health Law.

In each discussion, I set 6 subjects as below.

- 1) way of legal prevention policy
- 2) what kind of mental problem is captured in each county's industrial mental health law ?
- 3) which is appropriate for mental health problem, hard law or soft law ?

- 4) justifiability and validity of psychosocial approach
- 5) relationship between legal policy for a person who has no work-experience or has only experienced work with special support and the policy for a person who had worked regularly and became sick or ill-health due to work-related stressors or other factors
- 6) can and should we distinguish measures for mental health problems arising from work-related stressors and those for the problems arising from other private factors in legal policy

《Symposium II》

Significance and Issues of an Autonomous Labour-Employer Relations System for Public Employees: Purpose and Summary of the Symposium

Itaru NEMOTO

This symposium discussed bills of collective labour relations for the civil servants were presented to the Diet and scrapped since then, because their aim was to establish a rapport among the principle of working conditions determined by laws or ordinances and basic labour rights.

First reporter Professor Shimizu explained the general contents of the bills and examined the relationship between the registration system of organizations (trade unions) and freedom of association. Second reporter Lawyer Okada pointed contents and problems of collective bargaining, collective agreement and compulsory arbitration in the bills. Third reporter Professor Shimoi classified subject matters by laws and by collective agreement under the public service law. After these reporter's speeches, we had significant and argumentative discussions about collective labour relations for the civil servants.

2 職場におけるハラスメントと法

1. はじめに

(1) ハラスメントとは

ハラスメントは、当事者間の視点や常識観念、認識や前提条件の違いが背景となることも多く、誰が加害者となり、被害者となっても不思議のない問題である。しかし、真に悪質なものには応分の対応・救済が求められる重要課題であり、その区分けに事件の筋読みや心理社会的知見の応用が必要な古くて新しい課題である¹⁾。また、現段階では、自然科学的知見より社会認識が基礎となる概念でもある²⁾。

現在、わが国では、ハラスメントとして、セクシュアル・ハラスメント（SH）を筆頭に、パワー・ハラスメント（PH）、アカデミック・ハラスメント（AH）などの用語が一般化している。このうち職域で主に問題となるのはSHとPHだが、PHは、そもそも株式会社クオレ・シーキューブ（C3）が造り出した和製英語であり、欧州ではモラル・ハラスメント（MH）などと呼ばれている。

ハラスメントは一般に「いやがらせ」と訳されるが、EUやEU加盟諸国では暴力に近い趣旨で捉えられている。MHも、肉体的暴力と性的暴力と並ぶ精神的暴力であって、集団的ないじめ＝モビングや個別的ないじめ＝プリングの他、脅迫や差別等を含む概念と解されており（Euro-OSHA, European Picture, 2010; EUROFOUND, Dublin Report, 2003）、立法で規制を図っている国も多い。日本では立法上の規定はないが、司法上の法理として徐々に確立しつつある。

判例をみる限り、ハラスメントが問題化する局面として、対象者が長時間労働等で疲弊していたり、そもそも持っていたパーソナリティと組織風土の環境不適應等の条件下で、いわば「合わせ技一本」的に過重負荷ないし不調をもたらしたとして違法認定される例が多い。その意味でも、採用、動機付け、教育訓練、配置・職務設計等の人事労務管理の基本に関わる場合が多いと解される。

MHについて、労働法学界では、水谷英夫弁護士が「職場のいじめー「パワハラ」と法」（信山社、2006年）を刊行して以後、山崎文夫教授、大和田敢太教授、内藤忍研究員らにより、体系的な比較法、実態調査等が実施されるようになった他、2009年頃からハラスメント判例研究会が開催され、「法律のひろば」誌で継続的に成果が公表されるなど、公表著作件数が増加する傾向にある。ただし、法学界では、この問題を産業精神保健（法）の一環と捉える視点は希薄であり、おおむね雇用平等や労働者人格権、職場環境整備義務等、SH等に関連して蓄積された既存の法理論から法的救済を図る方が模索されるにとどまっている。

(2) 本稿の取扱対象とその定義

イギリスの平等法 (Equality Act 2010) を典型として、欧州の多くの国では、SHもPHも人間の尊厳を侵し、職場環境を悪化させかねないハラスメントとして立法上の規制を受けているが、SHは性差別の一面を持つこと、概念形成の沿革と射程の違い、近年の問題状況の拡大傾向等から、ここではPHのみを取扱対象とする。

周知のように、PHIについては、厚生労働省「職場のいじめ・嫌がらせ問題に関する円卓会議ワーキング・グループ報告」(平成24年1月30日)(WG報告)が、下掲の定義を示した。

「職場のパワーハラスメントとは、同じ職場で働く者に対して、職務上の地位や人間関係などの職場内の優位性を背景に、業務の適正な範囲を超えて、精神的・身体的苦痛を与える又は職場環境を悪化させる行為をいう」。

PH概念を最初に提唱したC3の定義との比較では、①職務上の地位に加え、「人間関係などの職場内の優位性」が前提となる旨明記したこと、②C3定義にあった「継続的に」との文言を採用していないこと、③同じく「人格と尊厳を侵害する言動」を「精神的・身体的苦痛を与える」に変えたこと、④同じく「雇用不安を与えること」との文言を採用していないこと等の違いがある。よって、人間関係等を利用した先輩→後輩間や同僚間、部下→上司間のハラスメントを重視したこと、必ずしも行為の継続性に囚われないこと、身体的苦痛をもたらす行為も射程に入ること、雇用不安の結果に囚われないこと等の趣旨を看取できる。

また、平成23年12月26日に公表された厚生労働省「心理的負荷による精神障害の認定基準」(基発1226第1号別添)別表1「業務による心理的負荷評価表」(巻末資料1)で個別項目化された「(ひどい)嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた」(項目29)の解説及び総合評価の視点との比較では、①(適正な)業務(指導)範囲の逸脱を要素としていること、②上司→部下関係のみならず同僚等による行為を含むこと、③身体的攻撃と精神的攻撃の両者を含むこと等で共通するが、別表では、④「人格や人間性」を否定する趣旨の発言について、「執拗」さが求められていること、⑤同僚等による場合、多人数の結託が求められていること等で異なる。よって、WG報告では、行為の継続性のほか、多人数の結託に囚われないこと等の趣旨を看取できる。

なお、ここでいう業務の適正範囲は、場所的・時間的概念とは限らない。WG報告では、下掲の身体的攻撃(①)の全て、精神的攻撃(②)、人間関係からの切り離し(③)の殆どは範囲外、同じく過大な要求(④)、過小な要求(⑤)、個の侵害(⑥)は、行為の状況や継続性等により判断すべきとされており、基本的には質的概念と解すべきであろう。

また、WG報告、C3の定義、認定基準別表の解説・総合評価の視点のいずれも、(おそらく派遣労働者や社外工等、組織と特別な接触関係にある者を別として)組織外の者からのハラスメントを想定していない点で、複数のEU加盟国(ベルギー、イタリア、オランダ等)のMH概念とは射程が異なる。

次に、上記報告書によるPHの定義の意義について述べる。

第1に、労使の日常的な行為規範への影響可能性、即ち紛争予防的な意義が考えられる。この意図は、報告書内でも述べられている。

第2に、司法による民事上の違法性判断への貢献が考えられる。たしかに、判例の中には、SHやPHの概念は、啓蒙、労使の自覚の促進のため有用だが、民事上の違法性を確定する概念ではないと述べるものもある(札幌地判平成23年4月7日)。しかし、従前の判例を参考にしつつ、専門家と労使の代表等が審議のうえ公的に定義が打ち出された以上、司法側がもとより不確定な面のある民事上の過失認定に際して参照する可能性は高く、そもそも公表者側にその意図がなかったとは言い切れない。その場合、司法の過失認定の予測可能性を高める意味では、使用者側にもメリットはある。

ただし、報告書も述べるように、精神的苦痛などの実体や解釈は、受け手の主観にも左右されるうえ、一律的な解決法もないため、司法での採用に際しては、事件の背景・脈絡等を十分に踏まえる必要がある。

第3に、国による規制へ向けた布石としての意義が考えられる。先ずは公的な報告書によりこの定義を周知して現実の動向を観察し、データ等から必要性が確認されたところで「駒を進める」可能性はある。

もっとも、刑法典と労働法典の双方でMHを規制しているフランスでは、「ハラスメント概念の一人歩き」現象が問題視されるようになった経緯がある。その一因には、規定上、「人格」、「心身の健康の悪化」、「職業生活への影響」、「雇用条件の悪化」、「精神的な嫌がらせ」等の文学的とも言える抽象的概念を用いざるを得なかった事情があるが³⁾、(過度な)精神的苦痛の防止のためには抽象的概念が不可欠という事情もあり、この問題の難しさを物語る。

2. 既存の法規制との関係

WG報告には、上記の定義を具体化する趣旨で、以下のような行為類型が例示されているが、これらの中には、既存の法規制の対象となるものがある。大別して、①刑事責任を課されるもの、②民事責任を課されるもの、③その他の3種類に分かれる。

- ①暴行・傷害(身体的な攻撃)、②脅迫・名誉毀損・侮辱・ひどい暴言(精神的な攻撃)、③隔離・仲間外し・無視(人間関係からの切り離し)、④業務上明らかに不要なことや遂行不可能なことの強制、仕事の妨害(過大な要求)、⑤業務上の合理性なく、能力や経験とかけ離れた程度の低い仕事を命じることや仕事を与えないこと(過小な要求)、⑥私的なことに過度に立ち入ること(個の侵害)。

一般に、刑事責任の認定には、罪刑法定主義の要請から条文に照らして構成要件該当性が厳格に問われ、かつ実際の運用上明文に定めのない制約が設けられることが多く、さらに可罰的違法性(*処罰に値する違法性)のフィルターがかかる。実務上は、司法警察職

員の「多忙さ」、送検後の起訴、公判維持の必要性（*被告人となる者を、その弁護を凌駕して確実に有罪にする必要性）等から、殊に精神犯罪については告訴の受理に消極姿勢を示されることも少なくない。とはいえ、非法律家には一般に認識されていない罪刑も多く、それらを的確に理解しておく必要がある。他方、民事責任は、既に生じた被害（：損害）の当事者・関係者間の（法の趣旨に照らした）公正な分担（：切り分け）を図る趣旨を持つため、通例、刑事責任よりは広く、法解釈論の範囲内で責任分担の論拠が立てば、より緩やかに認められ得る（*その分、当事者には予測可能性が立ち難い）。刑事裁判では原則として一般人を想定した客観基準が採られるが、民事裁判では、事前の長時間労働による疲弊や本人の病状など、本人事情を考慮した判断がなされる可能性があることにも留意する必要がある。

上述したように、PH概念の定立には、時代状況の変化の中で、特に民事の領域で、精神的嫌がらせを規制する方向に誘おうとする駆け引きという面もあるが、司法には刑事犯罪の構成要件の認識枠が根強く存在するため、先ずはその外延や周辺に違法評価を加える可能性が高い。上記のPHの行為類型にも刑事犯罪的要素が多いことには、充分留意する必要がある。

（1）刑事責任

①名誉毀損罪（刑法第230条：親告罪）

公然と行う「具体的な事実の指摘（：特定の人物の名誉が毀損されたと分かる程度の具体性）」により、人の社会的評価を低下させる行為を処罰の対象とする（*民法上の名誉毀損（民法第710条、723条）では、「具体的な事実の指摘」は不要）。例えば、「〇〇は社内の△△と不倫した（との噂がある）」、「〇〇の成績は、ずっと最低ラインだ」などの発言を不特定または多数の者に行う場合などが該当し得る。原則として、事実であるか否かは問われないが、第230条の2の定めにより、公益性がある場合、真実性（真実と信じるに足る相当な理由がある場合も含む）があれば、処罰されない。

なお、たとえ少数者を対象とした発言でも、その情報が不特定多数の者に伝わることを意図していれば、公然性の要件は充たされる。

名誉毀損には、本質的にほんらい合法な人物「評価」等との区別が困難な面があり、たとえば社内ネットワーク等での「〇△の人格・素行には□等の面で問題がある」旨の発言、人事に関わる複数名への事実等を挙示した悪評の伝達などが問題となり得るが、実務上は、発言者の従前の言動等、害意を示す間接的な証拠から区別が図られることが多い。

保護法益は、客観的な内部的名誉、同じく外部的名誉、本人の主観的な名誉感情の三種である。

本罪は親告罪なので、被害者本人等特定の者からの告訴がなければ公訴提起（狭義には、検察官による国家刑罰権の発動を求める訴え）はできない。

②侮辱罪（刑法第231条）

名誉毀損とは異なり、事実の指摘なしに、公然と他人の人格を蔑視するような価値判断を示すことで成立する。多人数の前で「ばかやろう」、「お前なんか生きていない」と発言する等の行為が該当する。態度・動作による場合も含む。保護法益は、客観的な内部的名誉、同じく外部的名誉、本人の主観的な名誉感情の三種である。

③暴行罪（刑法第208条）

暴行を加えた相手方が傷害を負うに至らなかった場合に成立し、事実上の傷害未遂罪とも言える。暴行の意思をもって人の身体に障害を負わせた時は傷害罪となる。狭義には、殴る、蹴るなど、人の身体に向けた有形力の行使、広義には、人ないし物に向けられた有形力の行使が該当する。

もっとも、過去の判例では、ア)毛髪を根元から切る（大判明治45年6月20日刑録18輯896頁）、イ)お清めと称して食塩をふりかける（福岡高判昭和46年10月11日刑月3巻10号1311頁）、ウ)拡声器を使って耳元で大声を発する（大阪地判昭和42年5月13日下刑集9巻5号681頁）等に本罪が適用されており、傷害罪との制裁の軽重を意識しつつ、有形力の行使は、人の身体・精神に対する攻撃という質的観点で評価され、結果も「法的な意味での」傷害の有無で判断される場合があることが分かる。

④傷害罪（狭義：刑法第204条、広義：同第204～208条の2）

暴行または傷害の故意で傷害の結果が発生した場合に成立する。

暴行罪と同様に、要件としての有形力の行使は質的に評価され、嫌がらせ電話による精神衰弱の場合のように、実質的に無形的な手段による場合も含まれ得る（最2小判昭和27年6月6日）。また、暴行・脅迫に併せて「指を歯でかめ」と命じて傷害を負わせる場合も含まれ得る（鹿児島地判昭和59年5月31日判タ531号251頁）。

最も重要な要件は傷害であり、代表的判例は、「あまねく健康状態を不良に変更する場合」とするが（最1小決昭和32年4月23日刑集11巻4号1393頁）、通例、処罰に値する程度が求められる（名古屋高金沢支判昭和40年10月14日高刑集18巻6号691頁）。具体的な判例として、以下のようなものがある。

ア)毛髪を抜く（大阪高判昭和29年5月31日高刑集7巻5号752頁）。暴行について掲げた毛髪を根本から切る行為との比較では、身体的損傷と痛みの有無が問われていると解される。

イ)湖に突き落として失神させる（大判昭和8年9月6日刑集12巻1593頁）。

ウ)暴行によりめまい・吐き気を引き起こさせる（大判昭和8年6月5日刑集12巻648頁）。

なお、PTSDについては、最2小決平成24年7月24日最高裁WEBページ登載が、監禁による罹患について本罪の成立を認めている。

⑤脅迫罪（刑法第222条）

人の生命・身体・名誉又は財産に対して害を加える旨の告知により成立する。保護法益は人の意思決定の自由であり、その告知によって恐怖心を抱かせ、意思決定を制約することが、この罪の本質である。貞操は自由に含まれ、信用は名誉・財産に含まれる。対象人物には、被害者本人（第1項）と親族（第2項）が含まれ、方法には、口頭・書面に限らず、態度も含まれる。従って、「殺す」、「しばく」等のほか、「何をするかわからない」等の告知や、暴力団員を同席させる等の行為も含まれる。「ダイナマイトを仕掛けておまえを殺すと言っている者がある」等、第三者が加える害悪を告知する場合でも、第三者に影響を与え得る立場にあることを相手に知らせたと評価できる場合には、本罪を成立させ得る（最2小判昭和27年7月25日刑集6巻7号941頁）。

相手に恐怖心を与え、意思決定を制約することを本質とするため、「告訴する」等の告知も、真実の追究ではなく、単に相手を畏怖させることを目的としていれば、本罪を成立させ得る。

本罪は（抽象的）危険犯であるため、一般人基準で畏怖させるに足る言動があれば成立するが、特に臆病な者に本人基準で畏怖をもたらした場合、加害者がその条件（：当該本人基準）を認識していても成立しない。ただし、被害者の年齢、性別等の客観的条件は考慮される（東京高判昭和33年6月28日東高刑報9巻6号169頁）。

⑥強要罪（刑法第223条）

本罪の核心は、義務なき行為の強制又は権利行使の妨害にあり、その手段として本人又はその親族への脅迫又は本人への暴行が用いられると成立する。財物の提供や財産上の利益を得る目的で強要し（*特にそうした目的を示した場合が該当する）、現に対象者の財産的処分行為に至った場合、恐喝罪（刑法第249条）が成立する。

典型的には、解雇の客観的合理性・社会的相当性を充たさない労働者への退職強制や、労基法違反の労基署への申告（労基法第104条参照）を妨害する行為などが該当するが、本条にいう権利義務に具体的な法令の裏付けが必要か否かには、学説上の争いがある。たとえば、就業規則規定に基づく懲罰に相当する行為（反省文の執筆等）の強制も、当該規定が不合理ないし適用が不正な場合、手法が不相当な場合等には成立する可能性がある（参考になる例として、大阪高判昭和63年3月29日判時1309号43頁など）。

脅迫罪又は暴行罪の側からは、それらの加重犯的側面もあるが、暴行の故意による傷害罪の成立のような結果的加重犯ではなく、住居不法侵入による窃盗のように、個々に独立した別個の犯罪同士が手段と結果の関係に立つ場合等に法定刑の重い方のみで処罰する牽連犯（刑法第54条）とも異なる。

このことは、第3項に規定された未遂犯の処罰の際、特に問題となる。強要目的で脅迫又は暴行を行ったが義務なき行為の強制又は権利行使の妨害に至らなかった場合の未遂犯の成立は明らかだが、強要目的ながら脅迫又は暴行自体が未遂に終わった場合について、代表的判例は成立とするものの（大判昭和7年3月17日刑集11巻437）、脅迫罪・暴行

罪自体に未遂犯が規定されていないこと等から異論もある。

(2) 民事責任

①不法行為（民法第709条、第710条、第715条、第719条、第722条、第723条等）

不法行為に関する基本規定は民法第709条にあり、ア)故意又は過失、イ)他人の権利利益の侵害、ウ)ア)イ)間の相当因果関係、エ)有責性が充たされた場合に、損害賠償責任を負わせる旨を定めている（エ）は明文上明らかではないが、そう解釈されている）。

このうち過失は、通説判例では注意義務違反と解されており、雑ばくに言えば、「その折々にその立場でなすべきことをなさなかった」という「法的評価」によって判断される。他人の権利利益も法的に「解釈」される概念であり、いずれも操作的ではあるが、司法に一定の裁量や価値判断が委ねられる概念である。よって、上記のような刑事犯罪に該当する場合はもちろん、その周辺等に位置する言動も違法評価を受ける可能性がある。

こうした前提がある中で、判例は、女性労働者へのSHにかかる事案で以下のように述べ、注意義務の一環として職場環境整備義務との概念を造り出した（福岡Q企画出版社SH事件（福岡地判平成4年4月16日労判607号6頁））。

「使用者は、被用者との関係において社会通念上伴う義務として、被用者が労務に服する過程で生命及び健康を害しないよう職場環境等につき配慮すべき注意義務を負うが、そのほかにも、労務遂行に関連して被用者の人格的尊厳を侵しその労務提供に重大な支障を来す事由が発生することを防ぎ、又はこれに適切に対処して、職場が被用者にとって働きやすい環境を保つよう配慮する注意義務もあると解されるところ、被用者を選任監督する立場にある者が右注意義務を怠った場合には、右の立場にある者に被用者に対する不法行為が成立することがあり、使用者も民法715条により不法行為責任を負うことがあると解すべきである」。

ここでは、上司に限らず、同僚・部下を含め、会社従業員によるハラスメントに対して使用者が実効的対策を講じない場合、使用者自身の過失責任が認められるほか、民法第715条により、使用者責任が認められることが看取される。

この法理をPH事案に応用し、かつ詳細に展開した例として、川崎市水道局いじめ自殺事件東京高判平成12年3月25日労判849号87頁（原審：横浜地川崎支判平成14年6月27日労判833号61頁を支持したもの）が挙げられる。本判決が支持した原判決は、市職員が上司らの集団的ないじめにより自殺した事案について、いじめの制止、謝罪、いじめの事実に関する迅速かつ積極的な調査、調査結果に基づく速やかな善後策（防止策、加害者等関係者に対する適切な措置、本人の配転など）を講じるべき安全配慮義務があったと述べている（*判決は安全配慮義務違反を述べたが、結論的に国家賠償法上の救済を認めており、実質的には不法行為法上の注意義務違反と変わらない）。

まさに、いじめ事案にかかるPDCAサイクルの必要性を示唆した例といえる。

また、関西電力事件最3小判平成7年9月5日労判680号28頁は、会社が、共産党員やその同調者に対して、企業秩序紊乱のおそれがないにもかかわらず、①職制等を通じた

継続的な監視、②同じく経営方針に非協力である等の思想批難による他の従業員との接触・交際の妨害や孤立化、③一部の者(A)の尾行やロッカー内の私物の無断での写真撮影等を実施したとの事実認定を踏まえ、以下のように述べた。

「これらの行為は、被上告人らの職場における自由な人間関係を形成する自由を不当に侵害するとともに、その名誉を毀損するものであり、また、被上告人Aらに対する行為はそのプライバシーを侵害するものでもあって、同人らの人格的利益を侵害するものというべく、これら一連の行為が上告人の会社としての方針に基づいて行われたというのであるから、それらは、それぞれ上告人の各被上告人らに対する不法行為を構成する」。

ここでは、一連の行為が一体として捉えられていること、「自由な人間関係を形成する自由」を、名誉・プライバシー等と同様に保護すべき法的利益と捉えられていることが看取される。

他に留意すべき点として、不法行為構成の場合、次に述べる安全配慮義務違反構成の場合とは異なり、加害者個人の責任が認められ得ることが挙げられる（最近では、会社法第429条に基づき、職務遂行上の悪意又は重過失を前提に、取締役個人の過失責任が認められるケースも出て来ている）。会社の業務上の方針に従ってなされた、いわゆる組織的過失に当たるような場合でも、原則として（：会社から脅迫され、自由意思を失っていた等の特別な事情がない限り）免責されない。使用者自身に独自の過失責任又は使用者責任が認められる場合には、概ね連帯責任を負うことになる（民法第719条、三洋電機サービス事件東京高判平成14年7月23日判例852号73頁などを参照されたい）。また、たとえ会社に使用者責任が認められた場合にも、当該加害者への求償がなされ得る。

通例、当該加害者の在職中は、懲戒を含めた人事上の不利益措置等に対応されるであろうし、法的にも、信義則（民法第1条第2項）や衡平の見地などから、賠償すべき損害額について、一定の調整が働くことになるが（K興業事件大阪高判平成13年4月11日判例825号79頁など。民法第715条第3項に基づく求償の制限については、茨城石炭商事事件最1小判昭和51年7月8日民集30巻7号689頁など）、退職時に時効にかかっていなかったり、会社側が人事上の不利益措置では対応できない場合等にはそのリスクが残ることになる。

なお、ハラスメント事案では、その性質上、被害者側から人格権侵害との主張がなされることがある。これも民事上は不法行為法に根拠を置く立論だが、原則として、名誉侵害など法定されているもの以外は、通常の不法行為よりも不法性が大きい場合でなければ認められない。いったん認められれば、差し止め請求が認められる場合があるほか、人格権侵害⇒故意又は過失⇒違法性⇒損害と解されるため、実務一般では、損害事実の立証ができなくても慰謝料の支払いにより法的救済を受けられる方法と解されている。ただし、支払が認められる金額はさほど大きくならないのが通例である。

②安全配慮義務違反（民法第1条、第415条、労働契約法第5条）

基本的には、雇用契約等、特別な接触関係を伴う契約に信義則上付随する義務であり、

その違反は債務不履行に問われることになる。

この義務については、一般に労働契約法第5条の定めに近い理解が定着しているが、実際には、「①対象者の安全衛生を左右できる立場にある者（：指揮命令権、労働条件設定権限など安全衛生管理の権限と可能性を持つ者＝直接的な契約関係はなくても良い）が、②予見可能、回避可能な災害疾病について、③その防止のために可能な物的・人的手段を尽くす義務」と、より広く理解する方が判例の解釈に通う。よって、産業（精神）保健にいう1次予防から3次予防の全てが内容となり得るし、ポピュレーション・アプローチも個別的なハイリスク・アプローチも内容となり得る（なお、産業医等の法定産業保健体制の不備を即座に同義務違反と認定した例もある（真備学園事件岡山地判平成6年12月20日判例672号42頁））。また、労働安全衛生マネジメントシステムが採用するPDCAサイクルは、その構造上、同義務の履行を大いに支援する⁴⁾。

メンタルヘルス事案については、著名な電通事件最2小判平成12年3月24日判例779号13頁が、「使用者は、その雇用する労働者に従事させる業務を定めてこれを管理するに際し、業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷等が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なうことがないように注意する義務を負うと解するのが相当であり、使用者に代わって労働者に対し業務上の指揮監督を行う権限を有する者は、使用者の右注意義務の内容に従って、その権限を行使すべきである」と述べて以後、その内容が、（同判決が述べた不法行為法上の注意義務のみならず）契約法上の安全配慮義務の内容としても捉えられるようになった。過重ストレス対策が安全配慮義務の射程に収められた結果、ハラスメント対策の懈怠、特に現に行われているハラスメントの放置は、使用者の安全配慮義務違反と解されるようになってきている（ハラスメントに関する最近の例として、神戸地判平成25年3月13日掲載誌不明（原告請求認容）、静岡地浜松支判平成23年7月11日判時2123号70頁（安全配慮義務違反については原告請求棄却）など）。

もっとも、最新の労働法学説の中には、拡張し過ぎた安全配慮義務の概念を妥当な範囲に収めようとする見解もある。たとえば水島郁子教授は、全労働者向けに適正な労働条件を確保する一律的安全配慮義務（A）と、個々の労働者の年齢、健康状態などに応じて従事する作業時間や内容の軽減、就労場所の変更など適切な措置を講ずる個別的安全配慮義務（B）を区分し、さらにABとは別個に、その違反に際して直ちに損害賠償責任が導かれるわけではないが、労働者が休職や解雇処分を受けるに至った場合、事後的に業務軽減や配置転換等の措置を尽くしたかが問われる努力義務としての健康配慮義務（C）があるとする。ここでABを区分する意味は、Aでは原則として使用者の予見可能性が擬制される（：半自動的に認められる）が、Bでは原則として労働者からの情報提供があって初めてその予見可能性が認められるという点に求められ、メンタルヘルス関連事案には、このような考え方がその妥当すと述べられている⁵⁾。

Bの予見可能性を狭く捉えすぎていること、ABC間、特にBC間の実質的相違を見出しにくいこと等には問題を感じるが、方向性としては妥当と解される。

(3) その他

①指揮命令・業務命令の違法評価

たとえば、実質的には会社の新たな生産計画、形式的には就業規則上の包括的な根拠規定に基づき、通算20年前後の長きにわたって機械工として勤務してきた労働者を機械職場以外に配置転換した措置の法的効力を審査した日産自動車村山工場事件東京高判昭和62年12月24日労判554号6頁（上告審（最2小判平成元年12月7日労判554号6頁）により支持された）は、以下のように述べている。

「もとより、労働者にとって、職種の如何は就労場所等とともに重要な労働条件をなすものであり、殊に本件のように長年従事してきた職種を変更するときは労働者の利益に重大な影響を与えることになるから、職種変更の命令権」の濫用は許されないが、「雇用契約において職種変更命令権が留保された趣旨に照らせば、職種変更を行うことが企業の合理的運営に寄与するなど当該職種変更命令を発するについて業務上の必要性が存在し、かつ、その命令が他の不当な動機、目的をもってなされたとか、又は労働者に対して通常受忍すべき程度を著しく超える不利益を負わせることになるなどの特段の事情がない限りは、当該職種変更命令は権利の濫用に」はならない。

また、勤務地限定の合意はなく、就業規則上の包括的な根拠規定に基づいてなされた、転居を伴い、高齢の母親、妻及び長女との別居を余儀なくされる配転命令の法的効力を審査した東亜ペイント事件最2小判昭和61年7月14日労判477号6頁は、以下のように述べている。

「使用者は業務上の必要に応じ、その裁量により労働者の勤務場所を決定することができる……が、転勤、特に転居を伴う転勤は、一般に、労働者の生活関係に少なからぬ影響を与える」から、使用者の転勤命令権の濫用は許されないが、「当該転勤命令につき業務上の必要性が存しない場合又は業務上の必要性が存する場合であっても、当該転勤命令が他の不当な動機・目的をもってなされたものであるとき若しくは労働者に対し通常甘受すべき程度を著しく超える不利益を負わせるものであるとき等、特段の事情の存する場合でない限りは、当該転勤命令は権利の濫用になるものではない」。

よって、ほんらい合法的な配転・転勤命令等の指揮命令ないし業務命令といえども、「不当な（≠違法な）」動機・目的による場合には権利濫用として違法評価を受け、当該命令が無効となるほか、慰謝料等の損害賠償請求の対象となることがある。それらがPH等の一環としてなされた場合には、まさにその可能性が高まることとなる（最近の例として、温泉旅館業を営む会社及びその代表取締役が、その長男を後継者にすること等を理由として、同社の常務執行役員兼総調理部長であった者を執行役員から解任し、調理部顧問として一介の調理人と同等の補助業務に従事させて影響力の行使を封じるなどした行為を不法行為と認め、慰謝料の支払を命じると共に、その後になされた解雇措置を無効として（降格後の顧問としての）労働契約上の地位を確認し、不法行為として慰謝料の支払を命じた萬世閣事件札幌地判平成23年4月25日労判1032号52頁、会社の事業部長らが同社の行動規範に反して取引先企業の従業員の引き抜き行為を図っている旨の内部通報をきつ

けに、同部長らにより行われた3回にわたる報復的な配転、低査定・低処遇等の行為を不法行為と認め、全配転措置の無効を確認すると共に、同部長らと会社に損害賠償の支払を命じたオリンパス事件東京高判平成23年8月31日労判1035号42頁などが挙げられる。

②企業秩序違反

PH、SH等のハラスメントは、いわゆる従業員の志気、就業意欲など精神面の企業利益＝企業秩序の紊乱を招くため、就業規則などに懲戒・解雇事由として定められていることが多い。

もっとも、ハラスメント概念の抽象性・多義性や立証の困難さ、加害者・被害者間の認識の乖離等から、そうした処分の正当性が争われる例も多い（肯定例：P大学（SH）事件大阪高判平成24年2月28日労判1048号63頁、日本HP本社セクハラ解雇事件東京地判平成17年1月31日判時1891号156頁など、否定例：東京地判平成23年10月28日掲載誌不明など）。

加害者が加害認識を欠く場合も、企業側が「坊主憎けりゃ袈裟まで」的にハラスメントの烙印を押しして懲戒・解雇事由に加える場合もあるが、予防の観点からは、何より事実確認のための手続的理性（：合理的な手続の策定と公正な運用）が求められる。

3. 関連する判例

現在までに下されたPHに関する判例は相当数にのぼるが、ここではその後の判例に大きな影響を与えた従前の代表的な民事裁判例3例と最近の特徴的な裁判例7例を示し、PHに関する裁判所の基本姿勢と法理形成の水準を明らかにする。

(1) 従前の代表的判例

①名古屋南労基署長（中部電力）事件名古屋高判平成19年10月31日労判954号31頁（控訴棄却・X請求認容【確定】）

【認定事実】

被災者（Z）は死亡時点で36歳の男性であり、中部電力環境設備課燃料グループの主任を務めていた。工業高校を卒業し、入社後15年強は火力発電所等で技術職として勤務していたが、燃料グループに配属後2年で主任に昇格し、部下の管理、予算・計画関係業務等、責任の重い職務を任されるようになった。また、経験の浅い業務に配属されたこともあって、自身の仕事で手一杯で、部下の指導などを十分に行い得ず、昇格直後の人事評価は最低ランクとなり、元気を失っていった。

担当業務のうちの一部には時間を要し、難易度が高いものがあり、深夜まで検討して上司（C副長、J副長）の了解を得てとりまとめたにもかかわらず、別の上司（F課長）から何度もやり直しを指示され、予想外の業務量の増大を招いたり、別途、一時期4回の残業や泊まり込み、祝日出勤などを要する業務もあった。その結果、昇格以後の法定時間外労

働時間数は、月30～100時間程度にのぼったが、直属の上司は（*うち1名はF課長との軋轢から軽いうつ病に罹患していたため）Zを支援できる状況になかった。

そうした条件下、F課長より、幾度も呼び出しを受け、他の課員にも聞こえるように厳しい指導が行われた。時には、「主任失格だ」、「お前なんか、いてもなくても同じだ」等の発言もあったほか、職場で結婚指輪をはめていることを捉え、Zのみに対し、「目障りだから、そんなちゃらちゃらした物は着けるな、指輪は外せ」等の発言が、少なくとも2回行われた。また、「主任としての心構え」に関する反省文を提出させられ、さらに書き直しを命じられた結果、経験不足を殊更に強調する記載、自身が担当業務につき全責任を負う旨の記載が加筆された。

以上の経過の後、Zはうつ病に罹患し、自家用車車内で焼身自殺した。本件は、行政が遺族補償年金等の不支給決定をしたために提起された取消訴訟である。

【判 旨】

判断指針（労働省労働基準局長通達「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」（平成11年9月14日付け基発第544号））「は、上級行政庁が下部行政機関に対してその運用基準を示した通達に過ぎず、裁判所を拘束するものでないことは言うまでもないし、その内容についても批判があり……、現在においては未だ必ずしも十全なものとは言い難い」。

「そこで、業務起因性の判断に当たっては、判断指針を参考にしつつ、なお個別の事案に即して相当因果関係を判断して、業務起因性の有無を検討するのが相当である」。

本件認定事実「によれば、前記……の業務等による心理的負荷は、一般的平均的労働者に対し、社会通念上、うつ病を発生させるに足りる危険性を有するものであったと認められるから、Zのうつ病の発症は、業務に内在する危険性が現実化したものといえることができ、業務とAのうつ病の発症との間には相当因果関係が認められる」。

「そして、前記認定のZの自殺前の言動に照らし、Zの自殺と業務とは条件関係があることが明らかであり、うつ病の典型的な抑うつエピソードに、自傷あるいは自殺の観念や行為が含まれていることからすると、Zは、うつ病によって正常の認識、行為選択能力が著しく阻害され、又は、自殺行為を思い止まる精神的な抑制力が著しく阻害されている状態で自殺に及んだものと推定でき……、Zのうつ病発症と自殺との間にも相当因果関係を認めることができる」。

「したがって、Zの自殺と業務との間にも相当因果関係があり、Zの死亡は、業務起因性があるものと認められる」。

【くみ取り得る示唆】

本判決からくみ取り得る示唆は以下の通り。

ア) 裁判所は、行政が発出した当時の判断指針を相対視し、それを参考にしつつも独自に「業務の内在危険が現実化したか否か」の観点から判断を行うことを宣言している⁸⁾

（この姿勢は、認定基準（「心理的負荷による精神障害の認定基準について」（平成23年12月26日付け基発1226第1号別添））が公表された現段階でも基本的には変わっていない⁷⁾）。よって、現在の認定基準についても、司法では、PHを含めたストレス要因について、それより広く・重く業務上と認められる可能性を踏まえ、事前及び事後の対応を図る必要がある。

イ) 現在の認定基準とは異なり、当時の判断指針では、業務上の過重負荷の認定に際し、個々の出来事の強度が「Ⅱ（中程度）」と評価される場合、それが複数存在しても、原則として総合評価は「中」と判断される仕組み・運用であった。また、長時間労働については、勤務・拘束時間の長時間「化」（変数）は出来事に含まれていたが、絶対的基準は設けられていなかった（現在の認定基準でも、本件の労働時間数は評価対象となる出来事には該当しない）。しかし本判決は、複数のストレス要因を合算して（いわば「合わせ技一本」方式で）評価している（他の関連判例も、従前から同様の判断を行う傾向にある⁹⁾）。

ウ) 他の従業員のいる前での人格否定的な発言のほか、不条理な指示（直属の上司の承認を受けた作業のやり直しの指示）の繰り返しや、差別的な取扱い（Zのみに結婚指輪の取り外しを指示したこと等）を過重負荷の要素と捉えている。

エ) 司法により業務上の過重負荷がうつ病等の精神疾患をもたらしたと認められれば、自殺との相当因果関係は半自動的に認められる。業務上の過重負荷、及び当該負荷と精神疾患の相当因果関係は、社会通念に基づく法的評価となる。

②静岡労基署長（日研化学）事件東京地判平成19年10月15日判労950号5頁（X請求認容【確定】）

【認定事実】

被災者（Z）は、大学卒業後、訴外A社に入社し、MR（医業情報担当者）として大阪支店京都営業所で勤務した後、入社7年目から静岡県東部の営業を担当する静岡2係に配属された。配属3年後にF係長が赴任し、その半年ほど後から、Zに対し営業成績や仕事の仕方について、しばしば厳しい言葉を浴びせるようになった。その2年ほど後には心身に不調が現れるようになると共に仕事上のトラブルが重なり、その3か月ほど後に縊死した。

そこで、X（Zの妻）が労災保険法に基づき遺族補償年金・葬祭料の申請をしたが、不支給決定を受け、審査請求、再審査請求も棄却されたため、Y（国）を相手方として提訴した。

本件で、F係長がZに対して述べた言葉は、概ね以下の通り（ただし、各発言には応分の脈絡がある）。

〈1〉存在が目障りだ、居るだけでみんなが迷惑している。おまえのカミさんも気がしれん、お願いだから消えてくれ。

- 〈2〉車のガソリン代がもったいない。
 〈3〉何処へ飛ばされようと俺はZは仕事しない奴だと言い触らしたる。
 〈4〉お前は会社を食いものにしていて、給料泥棒。
 〈5〉お前は対人恐怖症やろ。
 〈6〉Zは誰かがやってくれるだろうと思っているから、何にも堪（こた）えていないし、顔色ひとつ変わってない。
 〈7〉病院の廻り方がわからないのか。勘弁してよ。そんなことまで言わなきゃいけないの。
 〈8〉肩にフケがベターと付いている。お前病氣と違うか。

また、F係長の発言の背景として、以下のような事情があったと認定されている。

- 〈1〉そもそも業績が低迷している静岡2系の体質改善を行うことを指示されて、Zを含む同僚のMRの上司となったところ、Zの業績や営業手法に疑問を抱き、同僚の営業活動のてこ入れをすることを目指し、同人に同行して営業先に赴くこととなった。
 〈2〉Zについて、部下として指導しなかなければならないという任務を自覚していた。
 〈3〉部下との間では、ものの言い方から口論になる等、衝突することが多かった。言い返すような性格の部下でない者にとっては、きつく感じ、傷つく可能性があった。また、前後を考えないで決めつけたようなものの言い方をし、個人攻撃にわたることもあった。自分の仕事はよくできるものの、部下に対する指導の面において、どうすれば解決できるかという建設的な方向性ではなく、直截なものの言い方で単に状況だけをとらえて否定的な発言をすることも受け取られる面があるため、相談を持ちかけにくく、部下や若い人からは人気がなかった。

【判 旨】

「一般に、企業等の労働者が、上司との間で意見の相違等により軋轢を生じる場合があることは、組織体である企業等において避け難い……。……しかしながら、そのトラブルの内容が、上記の通常予定されるような範疇を超えるものである場合には、従業員に精神障害を発症させる程度に過重であると評価される」。

「以下の点に照らしていえば、Zが業務上接したF係長との関係の心理的負荷は、被告の主張する平均的強度を大きく上回るものである」。

「第1に、F係長がZに対して発したことは自体の内容が、過度に厳しいことである。……F係長のことは、……そもそもMRとして本件会社で稼働することを否定する内容であるばかりか、中には、Zの人格、存在自体を否定するものもある。このようなことばが、企業の組織体の中で、上位で強い立場にある者から発せられることによる部下の心理的負

荷は、通常の『上司とのトラブル』から想定されるものよりもさらに過重なものである。

第2に、F係長のZに対する態度に、Zに対する嫌悪の感情の側面があることである。……上記のようなZのMRとしてのキャリアや人格までも否定するような発言が、仮に主観的には上司としての指導的な意図に基づいたものであるとしても、上司としての優位性を前提としたその発言を受ける側から見れば、上記の意図から出た発言であるからといって心理的負荷が軽減されるか、はなはだ疑問であるし、……F係長の性格やものの言い方も相まって考えるならば、その悪感情の側面は、Zの心理的負荷を加重させる要因であるといえる。

第3に、F係長が、Zに対し、極めて直截なものの言い方をしていたと認められることである。……上司の側から、表現の厳しさに一定の悪感情を混じえた発言を、何らの遠慮、配慮なく受けるのであるから、そこには、通常想定されるような『上司とのトラブル』を大きく超える心理的負荷があるといえる。

第4に、静岡2系の勤務形態が、上記のような上司とのトラブルを円滑に解決することが困難な環境にあることを挙げることができる。……本件の証拠関係を見ても、F係長のZに対する言動を本件会社の職制として探知、察知して、何らかの対処をした形跡を認めることはできない。このような勤務形態と本件会社の管理態勢の問題も相まって、本件会社は、F係長によるZの心理的負荷を阻止、軽減することができなかつたと認められる。

……Zの自殺後、Zの同僚らが原告方を訪問して弔意を表した際に、同僚が、ZとF係長の関係に言及し、このままではまたZのような犠牲者が出る旨述べたという事実は、本件会社の従業員の中にも、F係長の言動は部下の自殺を引き起こし得る程度の過重な心理的負荷をもたらすと感じる者が少なからず存在したことを意味する。このことは、……Zの受けた心理的負荷を客観的に評価すれば、同種労働者にとって、判断指針が想定している『上司とのトラブル』を大きく超えていることを根拠付けている。

よって、「F係長のZに対する態度によるZの心理的負荷は、人生においてまれに経験することもある程度に強度のものといえることができ、一般人を基準として、社会通念上、客観的にみて、精神障害を発症させる程度に過重なものと評価するのが相当である」。

【くみ取り得る示唆】

本判決からくみ取り得る示唆は以下の通り。

- ア) 当時の判断指針を参照しつつ、行政とは出来事や証拠の評価等で異なった判断を行っている。
 イ) ストレス要因の過重性評価に際して一般人基準を採用しているが、本人の置かれた諸条件（職務上の地位、心理状況など）を積極的に勘案している。また、本人の職務遂行能力を考慮の対象から外している。
 ウ) PHにかかる過重負荷認定の判断要素として、4つの要素（i）組織において上位の立場にある者からのキャリアや人格・存在を否定する言動、ii）嫌悪の感情の側面のある言動、iii）過度に直截な表現、iv）勤務形態や管理体制に関わる社会的支援の

欠如や問題解決の困難さ)を示している。また、これらの要素の中心は1)であり、他はその補完的要素であることも示されている。

③前田道路事件高松高判平成21年4月23日労判990号134頁(原判決取消・X5請求棄却【上告】)

【認定事実】

亡Aは、25才頃にY(1番被告)に入社し、概ね土木関係業務を担当して転勤と昇進を重ね、43才頃(Yの会計年度では第80期)に東予営業所の所長職に就任した。しかし、同職就任の1か月ほど後から、毎月、ア)架空受注、イ)架空出来高、ウ)原価未計上、エ)原価移動などの不正経理を行うようになり、その1か月ほど後に、当時四国支店工務部長であったGの確認によりイ)が発覚したが、3か月ほど後の中間決算期までに数値を是正するよう指示されるにとどまった。実際には是正できていなかったが、その3か月ほど後には是正したと報告したため、それ以上の調査は行われなかった。

翌年の第81期の開始後、当時四国支店工務部長だったFと同支店総務部長だったTが不正経理の有無について事実確認したところ、Aから約1800万円のイ)を計上していると報告されたため、既に四国支店長に昇任していたGは、「去年もやっていて注意したのに、何やっているんだ」と注意した。しかしFは、解消計画の策定・運用による解消は可能と考え、次会計年度(第82期)までの解消を目標として、工事着工後の実発生原価と変更管理の迅速・正確な実施に不可欠な工事日報の作成と原価計算、業績検討会での工事内容の精査と大型工事の利益のイ)への充当などについて指導した。この際、他の不正経理等の有無についてもAに確認したところ、他にはないとの虚偽の回答がなされた。また、その翌月にFが確認したところ、Aは工事日報を作成していなかったため、日報を毎朝FAXで送らせることとした。これに応じてAが報告をした際、電話で叱責を受けることがあり、他の従業員から立ち上げられないような雰囲気でも落ち込んで考えている姿が目撃された。

この頃、Aは、「怒られるのも、言い訳するのも、つかれました」と記載した遺書を残している。また、X1(1番原告:Aの妻)が電話連絡しても電話に出なくなったり、携帯電話を持ち歩かなくなる等の異常が見られるようになった。

その翌月、東予営業所を訪れた四国支店長から業務遂行に関する改善指導を受けた。そして、その翌日に開催された四国支店の幹部らが参加する業績検討会では、不正経理の責任をとるのは所長である等の叱責や注意を受けたほか、Aが部下のBに命じて改ざんした資料を提出したことで生じた日報との内容の相違に気付いたFから、「会社を辞めれば済むと思っているかもしれないが、辞めても楽にはならない」等の叱責を受け、その3日後に東予営業所周辺で自殺した。なお、Aの死亡前6か月間の所定時間外労働時間数は、50～100時間程度であった。

以上の経緯を踏まえ、Aの相続人であるX1とX2(1番原告:AとX1の子)が、Aの自殺は、上司から社会通念上正当と認められる職務上の業務命令の限界を著しく超えた過剰なノルマ達成の強要や執拗な叱責を受けたこと等により心理的負荷を受けてうつ病を発

症し又は増悪させたからであるなどとして、主的に不法行為に基づき、予備的に債務不履行(安全配慮義務違反)に基づき、Yに対して損害賠償金等を請求した。

原審(松山地判平成20年7月1日労判968号37頁)は、第81期については、営業所を取り巻く営業環境に照らして達成困難な目標が設定され、工事日報を毎朝報告することを義務づけられ、他の職員から見ても明らかに落ち込んだ様子を見せるに至るまで叱責を受けた以上、改善指導自体が正当な業務の範囲内に入ることを考慮しても、社会通念上許される業務上の指導の範疇を超えるものと評価せざるを得ず、Aはその結果自殺の直前にうつ病に罹患し、自殺したものであり、Yに不法行為及び安全配慮義務違反があったとした。他方で、上司による叱責等がAの不正経理に端を発するものであること、不正経理自体がうつ病の発症又は拡大に寄与したと認められること、叱責の内容、不正経理金額等を考慮し、6割の過失相殺を認めた。

【判旨】

ア) 上司らの行為の不法行為該当性

たしかに、第81期にAが上司らから受けた業務改善の指導は、当時の「東予営業所を取り巻く業務環境に照らすと、必ずしも達成が容易な目標であったとはいえない」。

また、その時期、FからAに対して、「毎朝工事日報を報告させ、工事日報の確認に関する指導を行っていたが、その際にAが落ち込んだ様子を見せるほどの強い叱責をしたことがあったことが認められる」。

しかし、「上司からAに対して架空出来高の計上等の是正を図るように指示がされたにもかかわらず、それから1年以上が経過した時点においてもその是正がされていなかったことや、東予営業所においては、工事着工後の実発生原価の管理等を正確かつ迅速に行うために必要な工事日報が作成されていなかったことなどを考慮に入れると、Aの上司らがAに対して不正経理の解消や工事日報の作成についてある程度の厳しい改善指導をすることは、Aの上司らのなすべき正当な業務の範囲内にあるものというべきであり、社会通念上許容される業務上の指導の範囲を超えるものと評価することはできないから、上記のようなAに対する上司らの叱責等が違法なものであるとはいえない」。

イ) Yの安全配慮義務違反の有無

Aの死亡前の直近6か月の所定外労働時間の推計からすると、「Aが恒常的に著しく長時間にわたり業務に従事していたとまでは認められない」。

また、死亡直前3か月間「のAの様子について、東予営業所のAの部下らには、Aに元気がないあるいはAが疲れていると感じていた者はいたものの、Aが精神的な疾患に罹っているかもしれないとか、Aに自殺の可能性があると感じていた者」はいなかった。さらに、Aの上司らによる上記の「業務改善の指導は、……東予営業所の業績環境にかんがみると、不可能を強いるものということではできないのであり、架空出来高の計上の解消を求めることによりAが強度の心理的負荷を受け、精神的疾患を発症す

るなどして自殺に至るということについては、Aの上司らに予見可能性はなかったというほかない。

「以上のとおり、……Yに安全配慮義務違反があったと認めることはできない。

【くみ取り得る示唆】

本判決からくみ取り得る示唆は、以下の通り。

ア) PH及びそれによる負荷のレベルの判定には、社会通念に照らした価値判断が大いに介入する。すなわち、本判決と原判決の結論の違いのポイントは、ほぼ同様の認定事実についての「評価」の違いにあり、その評価には司法が意識する社会通念（このケースでは、Aの不正経理による自縄自縛、自業自得という考え方）が少なからず作用していると解される。なぜならば、人間の心理的反応を客観視すれば、厳しい叱責をもたらすストレス反応の強さは、背景事情としての不正経理の有無には左右されないはずだからである。能力不足に起因するPHでは救済に積極的な司法も、法規制や秩序違反行動（*本質的にはこれらにも能力不足は寄与するだろうが）に起因する「叱責（*この文言を用いること自体が価値判断といえる）」には寛容な面があるとも言えよう。

イ) この種の事件については特に、裁判所による「事件の筋読み」が結論を大きく左右し得る。本件では、まさにAによる不正経理による自業自得という観念が、安全配慮義務違反の重要な要件である予見可能性など、他の法理論的論点の審査やその前提となる事実の認定・評価に作用したとも解し得る。

ウ) 原審は、安全配慮義務違反と不法行為（法上の注意義務違反）をほぼ同一視し、けっきょく不法行為法に基づいて処理しているが、2審は、上司らのPHの有無を不法行為法上の問題、会社（Y）による人事労務管理面での職場環境整備の「出来（でき）・不出来（ふでき）」を安全配慮義務にかかる問題に区別して取り扱っている。しかし、そもそも安全配慮義務自体、不法行為法上の注意義務と重複する面があり、特に本件のようなケースでは、各々の問題をどちらに位置づけることも可能な場合が多く、被告とし得る者（被告適格）、細かな要件事実論や請求権の消滅時効（不法行為：3年、債務不履行：10年）などを除き、結論自体を大きく左右するわけではない。

(2) 最近的特徴的裁判例

①地公災基金愛知県支部長（A市役所職員・うつ病自殺）事件名古屋高判平成22年5月21日労判1013号102頁【上告】

市職員（Z）が、その当時複数の重要課題があり、厳しい上司がいて、かつ従前経験したことのない部署（健康福祉部児童課）に課長として配置された後、うつ病を発症し自殺した出来事の公務災害該当性が認められた例。

判決からくみ取り得る示唆は以下の通り。

ア) 当時の配置部署の業務自体にかかる心理的負荷に加え、仕事に詳しく、部下に厳し

かった上司（B部長）によるPHが過重な心理的負荷をもたらしたとされており、やはり「合わせ技一本」的な判断傾向がうかがわれる。

イ) 上司自身は担当部署の業務に詳しく、部下への注意・指導の内容もおおむね正当だったが、人前で大声を出して高圧的、攻撃的に叱責・叱責する、部下の個性や能力に配慮しない等の点で、PHに当たると明言されている。PHが法的概念として司法上採用され得ること、その態様等とともに「部下の個性や能力への配慮」の欠如が判断要素となり得ることなどがうかがわれる。

ウ) 本件では、上司による厳しい指導はZ自身にもなされたが、Zの部下に対する叱責や叱責もなされ、それこそがPHに該当し、Zに責任を感じさせ、同僚の心理的負荷をもたらしたと評価されている。ここから、本人の部下など本人が管理責任を負う本人以外の者へのPHが本人の過重な心理的負荷となり得ることがうかがわれる。

エ) 本件でZは、事情を熟知しない条件下で、外部の団体（H青年会議所）からの苦情対応を迫られた事情があったが、裁判所は、「客観的には脅迫に及ぶものではなかったが、既にうつ病に罹患し、事情を知らずに対応したZにとってはうつ病の増悪をもたらす出来事であった」としており、外部からの苦情への対応も重大な心理的負荷と評価され得ることがうかがわれる。

②藍澤證券事件東京高判平成22年5月27日労判1011号20頁【確定】

うつ病により精神障害3級（その後2級）の認定を受け、会社（Y）に障害者雇用枠で有期雇用されていた労働者（X）が、作業上のミスを重ね、指導を受けて一度契約更新されたにもかかわらず改善されず、その失敗を隠蔽するなどしたためになされた雇止め適法性が認められると共に、雇用期間中にハラスメントがなされたとの主張について、そのように評価できる事実がないか立証されていないとされた例。

判決からくみ取り得る示唆は以下の通り。

ア) 判決は、障害者雇用促進法第5条が障害を持つ労働者に障害の実情に応じた指導等の配慮を求めている一方、同法第4条は、同労働者自身の職業人としての自立へ向けた自助努力を求めていること、YはXに対して、郵便物の仕分け等の簡易な事務に従事させ、担当者を決めて指導に当たらせ、本人希望に沿って定時に帰宅させるなど相応の配慮をしていたこと、具体的な指導がなされたにもかかわらずミスを改善せず、それを隠蔽したこと等を指摘したうえ、本件雇止めは合理的であったとした。よって、たとえ障害者雇用枠で採用された労働者でも、使用者側が本人事情に見合った適正な雇用管理や手続的理性を履践する限り、労働者側の職業的自立へ向けた努力が欠けていれば、雇止めが合理化され得ることがうかがわれる。

イ) 判決は、Xからのハラスメントの主張については、そのように評価できる事実がないとした原審（東京地判平成21年9月28日労判1011号27頁）の判断を支持した。実際に、Xの主張には事実認識の偏り、曲解がうかがわれ、裁判所もこうした主張内容に本症例の事例性（職務遂行能力や職場秩序への悪影響）をみたように察せられる。

II メンタルヘルスをめぐる法的諸問題

なお、本件原審も、ハラスメントの用語を使用してその適合性審査を行っており、法的概念としての定着性がうかがわれる。

③日本ファンド（PH）事件東京地判平成22年7月27日労判1016号35頁【確定】

消費者金融会社（Y1）の部長（Y2）が、3名の労働者（X1、X2、X3）に対して個別に行った、(i)喫煙者であるという理由で頻繁に扇風機の風を当てた行為（対X1、X2）及び過度に叱責した行為、(ii)「給料泥棒」等の叱責及び「給料をもらっていないがら仕事をしていませんでした」との念書を提出させた行為（対X2）、(iii)正当な理由もなく暴力をふるった行為（対X3）、(iv)昼食の際、他の従業員1名がいる前でその配偶者に言及し、「よくこんな奴と結婚したな。もの好きもいるもんだ」との発言をした行為（対X3）につき、いずれもY2の不法行為に当たり、それらの行為はY1の事業の執行中ないしその延長線上で行われた以上、Y1も使用者責任を負うとされた例。損害としては、抑うつ状態により休職したX1に対しては休業損害・治療費・慰謝料、X2、X3に対しては慰謝料が認められた。

判決からくみ取り得る示唆は以下の通り。

- ア) 上記の「よくこんな奴と…」との発言が、本人と配偶者の双方を侮辱する趣旨と解されている。公然性などの点で刑事法上の侮辱罪に該当するかには疑問が残るが、民事上は明らかに違法とされることがうかがわれる。
- イ) 昼休み中の言動も、事業執行中の延長線上の行為として、使用者責任が認められ得ることがうかがわれる。

④池袋労基署長（光通信）事件東京地判平成22年8月25日労経速2086号14頁【帰趨不明】

大学院文学研究科を修了後にH社に雇用され、はじめ社に出向して電話での保険加入勧誘業務に従事し、次にJ社に出向（本件出向）してコールセンター業務（顧客からの問い合わせ、故障等の対応、消耗品の受注等）に従事していた女性労働者（X）が、上司（C）から約4時間にわたり指導・注意を受けたほか、本件出向に伴う業務内容の変化（不慣れた業務の担当）、長時間労働（発症前6か月の平均所定時間外労働数は約86時間。ただし、所定労働時間は1日7時間）等の業務上の心理的負荷によりうつ病等の精神障害（本件精神障害）に罹患し、休業を余儀なくされたとして、労災保険法上の休業補償給付の請求を行ったが不支給決定を受け、その後の取消訴訟でも請求が棄却された例。

主な争点は、約4時間にわたる指導・注意による心理的負荷の過重性にあったが、判決は、CはXの電話対応上の問題や、電話受信を停止して作業を行うワークタイムの長さを具体的に指摘して改善努力を促し、その中で「1分が60秒なのを知っていますか?」、「小学校でどう教わったの?」等の発言したこと、30分ほど後には返事がなくなり、その理由を尋ねると、「黙秘権を行使している」などと回答したため、やりとりが聞こえる位置にいた隣のグループのサブマネージャー（D）が間に入り、それでも謝罪・反省等がなかったこと等の経緯を認めたとえ、Cの指導方法に全く問題がなかったとはいえないが、指導

の主要部分は不合理ではなく、Xの頑なな態度が長時間に及んだ原因である、その他、長時間労働にかかる主張についても、「生理的に必要な最小限度の睡眠時間」は確保できるなどとした。

判決からくみ取り得る示唆は、まさに指導・注意の時間的長さはPHの絶対的基準ではなく、その成否はその背景脈絡等から「質的に価値判断」されるという点にある。

⑤新明和工業事件神戸地判平成23年4月8日労判1033号56頁【確定】

主にPHの違法性が問われた事件ではないが、上司のPH的な発言による心理的負荷も業務の過重性の1要素として考慮されたほか、PH事案にも応用可能な重要な示唆を含んでいるため、特に採り上げる。

血管病変等の基礎疾患を有していた労働者（X）が、会社（Y）での過重な労働等によりその基礎疾患を自然経過を超えて増悪させ、急性心筋梗塞を発症して心臓機能障害（陳旧性心筋梗塞）を残したがそのまま従前の職場で稼働し、6年ほど後に精神障害（恐怖症性不安障害）を発症してやはり後遺障害を残したとして、Yに対して安全配慮義務違反に基づく損害賠償請求を行ったところ、Xが元より有していた高脂血症にかかる素因減額等を除いた請求の一部が認められた例である。

判決は、先ず業務の過重性を質量の両面（15日以上にわたる連続労働と平均60時間程度の時間外労働、自動車の運転による広範囲の移動など）から認めたとえ、急性心筋梗塞の発症及び上記後遺障害との間の相当因果関係を認めた。また、その後遺障害が身体障害者等級4級と認められて以後の業務の過重性を、以下のような基準に基づいて、やはり質量の両面（2か月間30～40時間程度の時間外労働があったこと、ずっと立ち仕事となる現場研修の引率業務があったこと、長時間の通勤時間、上司（A）からの「心臓が悪いので身障者には見えにくく、腕の一本でもなかったら身障者に見えるのに」との発言など）から認め、上記精神障害との相当因果関係を認めた。

相当因果関係は、原則として平均的労働者を基準に判断すべきものだが、あらゆる場合に当該基準を用いるのは妥当でない。「企業が、身体障害者等の障害者を…（それと（*筆者注））知りながら雇用し、又は障害を負ったことを知りながら雇用を継続した場合には、当該障害を有する労働者を基準として、業務と災害の発生の間の相当因果関係を判断す」べきである。

判決からくみ取るべき最大の示唆もこの点にある。

⑥航空自衛隊（パワハラ）事件静岡地浜松支判平成23年7月11日判時2123号70頁【確定】

自衛隊の三等空曹（Z）が先輩隊員の暴行や暴言を伴う行き過ぎた指導の繰り返し（：「死ね」、「馬鹿」等の発言、平手で殴る、工具で頭部を殴る、蹴る等の行為、権限のない飲酒禁止の指示、身分証明書の半強制的なとりあげ、100枚もの反省文を書くか辞表を作成

するかを命じ、現に作成された文書を本人の面前で後輩の女性自衛官に読み上げさせる行為等を含む)により受けた苦痛は相当強度なものであり、当該公務上の負荷と適応障害の発症には相当因果関係が認められ、同人の自殺(本件死亡)は、当該適応障害を発症したうえでやむにやまれず行われたもので、それとの間にも相当因果関係が認められるが、公務員に対する損害賠償の直接請求を認める場合、公務員に应诉の負担を強い、ひいては公務の萎縮又は停滞を招くし、故意又は重過失がある場合には求償され得るため、違法な職務遂行の抑制は図られているとして、Xら(Zの相続人)による先輩隊員への賠償請求が否定され、国の安全配慮義務違反(；履行補助者である先輩隊員の安全配慮義務違反)による国賠法上の請求のみが認められた例。なお、本件死亡については、先に公務災害認定がなされていた。

判決からくみ取るべき示唆は、公務員によるPHの第一次責任は原則として任用の主体(国又は地方公共団体)が負うという点にある。

⑦ザ・ウィンザー・ホテルズインターナショナル(自然退職)事件東京地判平成24年3月9日労判1050号68頁【控訴】

被告会社(Y1)営業本部営業係長としてホテルの結婚式等の営業業務を担当していた労働者(X)が、精神疾患等を発症(本件発症)して休職し、その期間満了により自然退職扱いされたところ、本件発症は元上司であったY2からPHを受けたことによる業務上疾病であるとして、Y1、Y2に対して損害賠償、Y1に対して雇用契約上の地位確認等を求めた事案につき、Y2がXの夏季休暇中の深夜、その留守番電話に、「(電話に(*筆者注))でろよ!ちえっ、ちえっ、ぶっ殺すぞ、お前!……お前何やってるんだ!お前。辞めていいよ。辞める!辞表を出せ!ぶっ殺すぞ、お前!」と録音し、怒りを露わにした行為(本件留守録)を除いて不法行為性は認められず、それも本件発症との間に相当因果関係は認められないとして、本件留守録にかかる慰謝料以外の請求をいずれも棄却した例。

判決は、XがPHと主張した複数の出来事の実事認定及び法的評価に際し、以下のよう

に述べている。「世上一般にいわれるPHは極めて抽象的な概念で、内包外延とも明確ではない。そうだとするとPHといわれるものが不法行為を構成するためには、質的にも量的にも一定の違法性を具備していることが必要である。したがって、PHを行った者とされた者の人間関係、当該行為の動機・目的、時間・場所、態様等を総合考慮の上、『企業組織もしくは職務上の指揮命令関係にある上司等が、職務を遂行する過程において、部下に対して、職務上の地位・権限を逸脱・濫用し、社会通念に照らし客観的な見地からみて、通常人が許容し得る範囲を著しく超えるような有形・無形の圧力を加える行為』をしたと評価される場合に限り、被害者の人格権を侵害するものとして民法709条所定の不法行為を構成するものと解するのが相当である」。

そして、本件留守録のPH性の認定に際し、Xの夏季休暇中の深夜に行われたこと、暴力団紛いの脅し文句を2度も使用したこと(；害悪の告知を行ったこと)、口汚く罵りな

がら辞職を強要したことから「社会的相当性を逸脱する脅迫行為に該当する」とした。

判決からくみ取るべき直接的な示唆は、まさに判決が示した「不法行為法上のPH概念」の定義に尽きるが、不法行為法と直接関わらないWG報告の定義より狭いことは当然としても、本稿で挙示した複数の判例が、「過重な心理的負荷」の観点から多面的に不法行為性を評価してきたこと等に照らし、この定義のみをもってPHの法的定義が確定したと考えるのはやや早計と思われる。

4. おわりに

繰り返しになるが、本稿が解説ないし考察の対象としたPHは多分に心理的、社会認識的な事象であり、状況次第では誰でも加害者・被害者になり得る問題である。特に昨今は、職場での価値観や就業形態の多様化等により、問題が発生・顕在化し易くなっていると解される。かように動的な面の大きい課題だけに、刑事犯罪としての取扱いは、立法上の構成要件と実際の運用の両面からかなり制限され(てい)るが、責任の公正な切り分けを本旨の1つとする民事裁判例は、電通判決やメンタルヘルス問題への社会的意識の高まり等を背景に、司法の衡平観(狭義の法適合性のみならず、その上位にある均衡の観念)を活用し、目に見えにくい被害を吸収しようとしてきた一方で、その無制限な拡大に歯止めをかけようとしてきたものと解される。

現在はまだ、労災認定や民事損害賠償請求等に関わる民事裁判例で言及ないし活用され始めた段階であり、今後、法理形成面での発展は、行政の取り組みや法学的検討の支援も得つつ進められていくと思われるが、産業精神保健の領域では、予防の観点が何より重要である。

その際、多くの裁判例が実質的に冒頭でも述べた人事労務管理の基本の懈怠や組織の縦横にわたるミス・コミュニケーションを重視していることを再確認すること、すなわち産業ストレス面からHRM(人的資源管理)、経営の質的改善を支援する視点や、加害者臨床の視点を含め、人間観・組織観を深め、個人と組織の成長や環境条件への適応を図ることの重要性が指摘されるべきであろう。

その一環として、心理的創傷は、小さな一言や、粘り強く時機を捉えたコミュニケーションによって治癒や改善、悪化の防止がもたらされ得ることも、より強く意識されて良いように思われる。

〈文 献〉

1) 日本労働政策研究・研修機構(内藤忍担当)「職場のいじめ・嫌がらせ、パワーハラスメント対策に関する労使ヒアリング調査結果」(平成24年4月27日)は、ハラスメント発生の背景に関する労使の推測として、以下のような要素を列挙している。

①人員削減・人材不足による過重労働とストレス、②①により惹き起され易い職場のコミュニケーション不足、③企業間競争の激化を背景とする職場・個人への業績向上

圧力、④管理職のプレーイングマネージャー化、⑤業界特有の徒弟制度的関係（映画・演劇業界）、⑥就労形態の多様化、⑦事業構造の変化に伴う人事異動、職場環境の変化、⑧業界特有の低賃金構造（介護業界）、⑨行為者の資質（上司の場合、マネジメント能力・コミュニケーション能力・部下の育成能力等）の低下、⑩人権意識や個人尊重意識の低下等。

私見では、これらの要素は関連連し、概ね①②に集約され、それらによって、（伝統的な）業界特有事情の負の側面がデフォルメされ、顕在化しているようにも思われる。となれば、実効的対策の鍵は、市場競争力の維持向上による経営改善、人事労務管理の基本の立て直し、組織に居場所を無くした労働者の再生と彼らへの居場所の提供の3点になるであろう。

- 2) たとえば、前田道路事件高松高判平成21・4・23労判990号134頁は、部下に命じて不正経理（出来高の架空計上）を行っていた労働者に対して、1会計年度内の解消や日報報告を指示したり、「この成績は何だ。これだけしかやっていないのか」、「会社を辞めれば済むと思っているかもしれないが、辞めても楽にならない」等の叱責をしたことにつき、その経緯を重視して、「正当な業務の範囲内にあり合法と判断している。
- 3) 諸外国のハラスメント法制は、モラル・ハラスメントを雇用平等関係法で規制する国（イギリス、ドイツ、デンマーク、アイルランド等）と、労働安全衛生関係法で規制する国（ノルウェー、スウェーデン等）、労働条件一般の問題として労働法典等で規制する国（フランス等）に大別されるが、いずれも概ね本文で掲げた要素を規定に盛り込んでいる。
- 4) 三柴丈典「安全配慮義務」産業ストレス研究19,185-187（2012）。
- 5) 水島郁子「使用者の健康配慮義務と労働者のメンタルヘルス情報」労働法学会誌122（近刊）所収予定。
- 6) 行政は、この判決を踏まえ、平成20年2月6日付けで、厚生労働省労働基準局労災補償課長名の通達（基労補発0206001号）を发出した。この通達には、平成11年の判断指針が、職場のいじめ（いわゆるハラスメント）に関わるストレス要因について、「必ずしも統一的な取り扱いができていなかった」ことから、その基本的枠組みを維持しつつ、その位置づけ、整合性を明らかにするために发出されたものと記載されていた。
- 7) 認定基準の合理性を積極的に認める最近の例として、平塚労基署長（財団法人A県甲協会）事件東京地判平成24年4月25日労経速2146号3頁など、同基準を業務起因性判断に際しての参考資料に過ぎないとする最近の例として、鳥取労基署長（富国生命保険）事件鳥取地判平成24年7月6日労判1058号39頁などが挙げられる。
- 8) 三柴丈典『裁判所は産業ストレスをどう考えたか』（労働調査会、2011年）。

（三柴 丈典：近畿大学法学部）



【231】

精神的不調をうかがわせる労働者への 論旨退職処分を違法とした例

日本ヒューレット・パッカード事件

最高裁第二小法廷平成24年4月27日判決
平成23年(受)第903号 地位確認等請求事件 裁判1555号 8頁他
第一審：東京地判平22年6月11日労判1025号14頁、第二審：東京高判平23年1月26日
労判1025号5頁【確定】

現在、多くの組織において、業務上外の様々な事由に基づく不調者への対応が問題となっている。従来の判例は、パーソナリティ障害等に起因する事例性（：労働能力や職場秩序への影響等）が大きい非違行為への法的救済には消極的だったが、本最高裁判決は、Yの就業規則規定の解釈適用上、妄想により欠勤を続ける者には、①専門医による診断、②診断結果に基づく事後措置等を講じるべきであり、これらの対応を怠って無断欠勤による論旨退職の懲戒処分を下すことは不適法とした。そこで本稿では、事例性と使用者に求められる手続的理性の関係に焦点を当て、本判決の意義を考察した。

●— 事実の概要

X（原告、控訴人、被上告人）は、平成12年10月に電子計算機やソフトウェアの製造等を営むY（被告、被控訴人、上告人）に雇用され、システムエンジニアとして勤務していた。同人は、被害妄想など何らかの精神的な不調により、約3年間にわたり、特定の加害者集団が依頼した専門業者や協力者らによる盗撮や盗聴、つけまわし等により私生活を子細に監視すると共に、その情報を共有した加害者集団が職場の上司、同僚らを脅迫、欺罔したり、職場外の者を使うなどして自己に関する情報のほめかし等の嫌がらせをさせたと誤認し、自身の業務に支障が生じると共に、自身に関する情報が外部に漏えいされる危険があると考えた。そこで、同20年4月上旬頃、Yに関係事実の調査を依頼し、Y側もXの周囲の従業員6名からの聞き取り、Xから送付されたICレコーダーのデータ等の検討を行ったが被害事実はないと結論づけたため納得できず、4月8日以降有給休暇を取得し、その残りが少なくなった4月後半から5月中頃にかけて、休職を認めるよう求めた。しかし、Xが述べるような理由では休職を認められないとして、出勤を促すなどの対応にとどまった。そこで、上記問題が解決したと確信できない限り出勤しない旨をYに伝えたくて、有給休暇を全て取得し終えた6月3日以降約40日間にわたり欠勤

を続けた。すると、出勤命令を受けて出社した日から約2か月後の8月後半になって、就業規則第51条第3号所定の正当な理由のない14日以上は無断欠勤があったとの理由で翌月末日付けで論旨退職の懲戒処分（「本件処分」）を受けた。そこで、本件処分は無効であるとして、雇用契約上の地位確認及び賃金（月例給与、賞与）等の支払を求めて提訴した。

1審は、Xの妄想とYの対応上の負担を慮り、概ねYよりの事件の筋立てを図った。事実認定段階で、Y側の発言のブレや間接言語の趣旨を積極的に汲み取り、YはXの欠勤が無断欠勤と扱われる旨を予め明示し、X側がそれを承知で欠勤したと解したり、Yの就業報告システムで欠勤承認手続を履践しなかったことを重視する等した。その上で、Xが求めた調査の結果についてYから十分な説明があったこと、有休期間の終了後、業務命令権の行使として出勤を指示していたこと等から、Y就業規則所定の無断欠勤、職場放棄に当たり、「債務不履行の態様として悪質」であること、Y側が対応に要した負担等から、「職場秩序を著しく乱した」こと、Xの欠勤の主因はXの妄想への固執にあったこと等から、処分の相当性も認められるとして、Xの請求を棄却した。

他方、原審は、Xの申告内容に根拠がないことを認めつつ、Yの解雇に至る手続的理性の不備を重視した。即ち、①Xの従前の言動から「被害妄想など何らかの精神的な不調」の存在と同人の病歴の欠如を

認識できた、また、②Yが休職を認めない状態での欠勤の継続がもたらす不利益や回避のための手続（Y就業規則第63条所定の就業報告書による届出等）についての回答拒否等の事情から、Y就業規則第63条所定の「やむを得ない理由により事前の届出ができない場合」に該当する他、「適宜の方法で欠勤の旨を所属長に連絡」にも該当する。また、精神的な不調が疑われる場合に求められる職場復帰支援や休職の促進を怠ったこと等から無断欠勤には該当せず、本件処分は無効であるとして、Xの請求を認容した。

●— 判旨

上告棄却

「このような精神的な不調のために欠勤を続けていると認められる労働者に対しては、精神的な不調が解消されない限り引き続き出勤しないことが予想されることであるから、使用者であるYとしては、その欠勤の原因や経緯が上記のとおりである以上、精神科医による健康診断を実施するなどした上で（記録によれば、Yの就業規則には、必要と認めるときに従業員に対し臨時に健康診断を行うことができる旨の定めがあることがうかがわれる。）、その診断結果等に応じて、必要な場合は治療を勧めた上で休職等の処分を検討し、その後の経過を見るなどの対応を採るべきであり、このような対応を採ることなく、Xの出勤しない理由が存在しない事実に基づく無断でされたものとして論旨退職の懲戒処分の措置を執ることは、精神的な不調を抱える労働者に対する使用者の対応としては適切なものとはいえない。

そうすると、以上のような事情の下においては、Xの上記欠勤は就業規則所定の懲戒事由である正当な理由のない無断欠勤に当たらないものと解さざるを得ず、上記欠勤が上記の懲戒事由に当たるとしてされた本件処分は、就業規則所定の懲戒事由を欠き、無効であるというべきである。

以上の次第で、原審の判断は、是認することができる。

●— 研究

結論賛成・判旨の一部に反対

評者は、本判決がXの不調にかかる事例性を軽視した点には賛成できないが、本判決及び本判決が支

持した原審と同様、精神的な不調が疑われる者に尽くすべき手続、Yが休職手続をXに説示する等の作業を怠った点、即ちやや拙速に論旨退職措置を講じた点は軽視できず、その結論には賛成する。

1 本判決の特徴

本判決の特徴は、原審の判断を支持しつつも、精神的な不調が疑われる者への手続的理性の履践の必要性を強調した点にある。すなわち、Yの就業規則規定の解釈適用上、妄想により欠勤を続ける者には、①専門医による診断、②診断結果に基づく事後措置（：必要な場合の治療の勧奨、休職処分、その後の経過観察等）等を講じるべきであり、これらの対応を怠って無断欠勤による論旨退職の懲戒処分を下すことは不適法とした点にその特徴がある。そこで以下、この点に絞って検討を加える。なお、本件では、懲戒としての論旨退職処分の効力が争われたが、普通解雇との性質的な連続性にかんがみて、普通解雇事件も検討対象に加える。

2 症状と求められる手続的理性

(1) 従来の判例傾向

従来の判例は、労働者の疾患症状としての債務不履行や職場秩序紊乱については、(a)当該疾病の発症・増悪事由の業務上外、(b)治療の難易と見込まれる治療期間¹⁾、(c)職務遂行能力²⁾・職場秩序・治療への影響可能性等を主な基準として、解雇・懲戒処分等の不利益措置の適法性を審査してきた。

本件では、Xの不調の内容は特定されていないが、おそらく業務外疾病であり、事例性は明らかである。精神疾患では、精神医学的な診断（に基づく疾病性の軽重）に相対性があり、人事措置の合法性との関係では特に事例性が重視されざるを得ないが、本件では、特に本人の長期間の妄想への固執、それらによる企業側の負担、ある種周到とも言える記録の収集等の行動がその重さを示しており、1審はまさにこの点を重視したものと解される。

たしかに、従前の判例は、事例性が重い業務外疾病罹患患者についても、概ね専門医等の診断を前提になされた人事措置の適否を判断しており、一般的には、解雇回避努力義務や安全配慮義務、場合によっては障害者雇用促進を図るべき公序や信義則等の要請から、かかる診断が措置の前提として求められる。しかし、判例の中には、身体疾患（脳梗塞）の事例についてさえ、就業規則所定の休職措置を採らずに実施された解雇を合法としたものがある³⁾。

いわく、被告の就業規則上の私傷病休職制度の趣

旨は解雇の猶予にあるため、「かかる休職制度があるからといって、直ちに休職を命じるまでの欠勤期間中解雇されない利益を従業員に保障したものとはいえず、使用者には休職までの欠勤期間中解雇するか否か、休職に付するか否かについてそれぞれ裁量があり、この裁量を逸脱したと認められる場合のみ解雇権濫用として解雇が無効となる」。

本件で原告は、医師の診断書から、仮に就業規則所定の欠勤期間及び休職期間「を経過したとしても就労は不能であったのであるから、被告が原告を解雇するに際し、所定の「欠勤期間を待たず、かつ、休職を命じなかったからといって、本件解雇が労使間の信義則に違反し、……解雇権の濫用になるとはいえない」。

また、精神障害にかかる事件でも、休職制度の利用可能性を考慮せずに採られた普通解雇措置を合法とした例として、①東京芝浦電気事件・東京地判昭58・12・26労経連1181号13頁、②東京合同自動車事件・東京地判平9・2・7労経連1655号16頁が挙げられる。

前者は、原告が、はじめ神経症、その後肺結核で欠勤し、職場復帰後に上司から精神科再診を勧められたが拒否し、原子力事業本部の耐震設計グループでの勤務軽減期間中、雇用主の関係先企業が開発したプログラムに欠陥があると思ひ込み、その開発担当者に直接電話をして、そのせいで左遷されたのではないか、との趣旨の発言をする、その他の関係先や顧客相手に非常識な言動を繰り返す等して業務遂行に支障を来したり、上司との業務上のやりとりで怒鳴り散らす等したため、就業規則所定の解雇事由（能力・成績不良、勤務怠慢、業務阻害等）に該当するとして普通解雇された事案である。

後者は、妄想性状態や躁状態などと診断され、医療保護入院、任意入院の後、職場復帰したタクシー運転手が、会社が本人の家族を騙して無理矢理入院させたとする手紙を会社に郵送したり、上司へ罵詈雑言を浴びせたり、自身が起こした交通事故について一切反省の態度を示さない等の非違行為を繰り返して、就業規則規定に従って普通解雇された事案である。

さらに、事案の性格的に本件と共通項の多い例として、③豊田通商事件・名古屋地判平9・7・16労判737号70頁、④三菱電機エンジニアリング事件・神戸地判平21・1・30労判984号74頁が挙げられる。

③では、原告（男性）が、入社10年目位から、同僚女性への執拗な好意の伝達（その後精神科受診）、業務命令（配転に伴う勤務場所の変更命令）違背、

関連会社社員複数名への傷害や上司への暴行、妄想性人格障害や単純型分裂病等の診断名による精神科保護入院、他社社員への執拗な好意の伝達（その後妄想性人格障害等の診断名による精神科保護入院）、ナイトホスピタルの利用を前提とした復職、復職後一定の作業自体は無事にこなしていた中で無銭飲食、業務不履行、上司への暴言・傷害、業務妨害（業務用データの破壊等）、自宅謹慎命令の拒否等の経過を経て、就業規則上の懲戒及び普通解雇事由（非違行為と心身の障害による業務上の支障）に基づき普通解雇された事案につき、当該労働者の精神疾患への罹患を認めつつ、(i)主に人格障害等の精神疾患への罹患があったこと、(ii)被告が複数の専門医の診断書により本人の疾患を確認していたこと、(iii)当時の時点では、被告に対応する精神保健体制整備と対策を期待し得なかったこと、(iv)被告がナイトホスピタルの活用や本人の専門医受診にかかる親族への働きかけ等相応の努力をなしたことを理由に、その効力を認めている。

④では、原告（男性）が、根拠のない配転要求、遅刻や業務命令違背、納期の不遵守、1日3～4時間以上のばらばらな必要離席、著しく精度の低い業務、上司を侮辱するメール、朝礼時の安全唱和で「頑張るって働いて体を壊そう」と述べるなどの非違行為を繰り返して、降職の他、注意・警告、始末書提出の指示等を受けても行状が改善しなかったことを踏まえて懲戒処分（出勤停止処分）を受けた後、就業規則所定の解雇事由（甚だしい能力不備、職務怠慢、著しい勤務成績不良、業務阻害等）に該当するとして普通解雇された。原告は、非違行為が目立ち始めて後、自律神経失調症、うつ病などの診断を受けたが、判決は、以上の経過を通じ、「自らの行為によって被告との信頼関係を破壊した」以上、「被告にこれ以上の……労働契約関係の維持を強いるのは相当でな」としたうえで、原告が「処分を受けても勤務態度を改めないことが精神疾患に由来するものとは認められず、当該疾患に業務起因性も認められない以上、精神疾患への罹患は本件解雇の有効性を左右しない」とした。

他方、⑤カンドー事件・東京地判平17・2・18労判892号80頁では、躁うつ病により、長期間にわたり休職や欠勤を繰り返して、労働能力低下、職場秩序紊乱を来した労働者の解雇が権利濫用とされた。

原告（男性）は、入社約10年後に日黒営業所に異動して以後（業務は従前から資材担当）、業務上の指示違反、協力会社作業員への高圧的言動、大声での私用電話、上司（所長）への暴言（「お前の上司は

誰だ」等）、勤務時間中倉庫内での睡眠等の問題行動が続き、異動後4年目は、月毎の欠勤が無断欠勤含め2～13日に至って約8か月休職し、復職後は、パソコン入力、雑務等の軽作業（その半年ほど後、電話料金の口座振替通知書の整理、特株会会員名簿の作成等の業務が加わった）に就いた。一時期一定の業務を遂行できた時期もあったが、電話に出ない、頻繁な欠勤（復職の翌月は12日の欠勤）、低い業務効率（通常2時間程度で終了する配布作業を2～3日かけて行う等）、特定の女性従業員への言い寄り、上司の指示違反、自身に責任のある問題での他者批判や謝罪拒否、同僚や他社社員への奇異な発言（「仕事ができなから飛ばされたのか」等）等の問題行動が取まらなかつたため、異動後計6年目に解雇された。被告は、異動の1年後には、原告の躁うつ病罹患を認識し、本人もその数か月後に主治医から躁うつ病の診断を受けていた。判決は、(i)列举された非違行為の性格、程度、(ii)解雇に際して被告が主治医の所見を求めなかつたこと、(iii)解雇後の主治医による、一部の事務的な作業なら支障なしとの診断結果、(iv)残余の休職期間内での治療の可能性、(v)その他の疾病（肝臓・自律神経失調症）罹患患者への対応との不平等を根拠に、本件解雇を違法とした。

(2)「何らかの精神的な不調」の実体

確かに本件では、医師の診断自体がなされておらず、疾病休職制度の有無、期間、当事者の訴訟上の主張内容等も異なる（可能性がある）ため、上記判例と全く同列には論じられない。しかし、裁判所自身が、Xの言動等から同人の「何らかの精神的な不調」への罹患を認め（原告は、Yはその「疑いを抱くことができた」と述べていた）⁹¹、かつ事例性もある。一般に、妄想を伴い、ある種の自己防衛術に長けた不調者への対応は、専門医でも一定の困難を伴う。1審の指摘通り、Y側（特に人事統括本部労務担当のB部長）がXのために費やした作業量（人日）も相当に上る。被害申告を受けた当初は、専門部署のHマネージャーがXの家族と話し種々のアドバイスをするなど親身な対応もしていた。

また、原審でY側が主張した、妄想＝精神疾患とは限らない、どの論理も一考に値する。Xは妄想性パーソナリティ障害（PD）であった可能性も否定できず、その場合、上記②の示す通り法的救済には値しない。国の職員の降任・免職事由について定める国公法第78条も、心身の故障に拠らない適格性の欠如に人事院規則第11の4第7条第2項の定める指定医の診断等の手続は求めない⁹²。また、同条第1

号～第3号は競合関係にあるとして、妄想性障害の症例にさえ、そうした手続を不要とした例もある⁹³。

PDは、DSM-IV⁹⁴では寛解や増悪を前提としない第2軸に位置づけられ、「その人の置かれた社会・文化のなかで、一個の人格として期待される適切な人間関係が持続的に保てず、社会的機能ないし職業への従事に顕著な制約が長期間続いている社会的不適応な行動パターン」を指し、「正常と明らかな精神障害の間の中間的位置を占め、……基本的には慢性的に続く」。病因として先天性と後天性の両者が想定される⁹⁵。通常人も持つ個性の量的偏りと捉える見解からは、「不安などの心理的な負荷がかかる」と、スイッチが入った状態になり、歪みの強い部分で外界を見てしまい、……極端な行動に⁹⁶に至る、との指摘もなされている⁹⁷。本症例について疑われる妄想性PD⁹⁸は、統合失調症との遺伝的親和性があり、合理的根拠なく自分への敵意を感じたり、危害を加えられる等の疑念を抱く。自己不確定感を基底に、高い自尊心、名誉心のほか、執着性等の強力性を持つ。一般的には、良心的で秩序を重んじる傾向もあるという⁹⁹。

もっとも、事例性的原因がPDが精神障害（の周辺症状）かの見分けには、精神科主治医でも一定の時間を要し、PD→精神障害→事例性的経路もあり得る。その意味でも、判示が専門医の受診指示を求めた点には賛同できる。問題は、かかる手続と事例性的の「兼ね合い」である。

3 まとめと本判決の射程

従来の判例は、業務外の事由による精神的な不調（が疑われる）者への重い不利益措置の適法性につき、①事例性の重さ・期間と、②使用者に求められる手続的理性（専門医所見の獲得・快復可能性の確認、休職措置、教育指導・軽い懲戒処分、業務軽減・配転等の就業上の配慮等）を反比例関係で捉えて来たとして解される。本判決も、基本的にはその延長線上にあり、民事上の厳しい解雇規制、従前の類似事件に照らし、①がさほど重くないと認められたため、②を述べたに過ぎないとも解し得る。ただし、②の一環として、就業規則上の根拠規定、妄想等何らかの不調をうかがわせる事情があることを前提に、精神科医への受診の指示を「積極的に」示唆した点は、特微的である。従来、頸肩腕症候群にかかる法定外検診の受診命令を間接的に根拠付ける就業規則規定の合理性を認め、当該受診命令を適法とした例¹⁰⁰や、労働者に異常な言動がみられない場合には使用者に

最高裁新判例紹介

● 刑事事件

- 1 家庭裁判所から選任された成年後見人が成年被後見人所有の財物を横領した場合と刑法 244 条 1 項の準用の有無
- 2 家庭裁判所から選任された成年後見人が成年被後見人所有の財物を横領した場合に成年後見人と成年被後見人との間の親族関係を量刑上酌むべき事情として考慮することの可否

平 24(あ)878 号、業務上横領被告事件
平 24・10・9 第二小法廷決定、棄却
第一審：さいたま地方裁判所 平 24・1・26 判決
第二審：東京高等裁判所 平 24・5・15 判決

【決定要旨】 1 家庭裁判所から選任された成年後見人が業務上占有する成年被後見人所有の財物を横領した場合、成年後見人と成年被後見人との間に刑法 244 条 1 項所定の親族関係があっても、同条項は準用されない。
2 家庭裁判所から選任された成年後見人が業務上占有する成年被後見人所有の財物を横領した場合、成年後見人と成年被後見人との間に刑法 244 条 1 項所定の親族関係があることを量刑上酌むべき事情として考慮するのは相当ではない。
【参照条文】 (1、2につき) 刑法 244 条 1 項、253 条、255 条

【事件の概要】 本件は、交通事故により植物状態となった養子を成年被後見人とする成年後見人に家庭裁判所から選任された被告人が、後見の事務として業務上預かり保管中の被後見人の預貯金を払い戻し、うち合計 930 万円余りを競馬等の自己の用途に費消して横領したという事案である。事実関係に争いはなく、1 審判決は、公訴事実のとおり罪となるべき事実を認定して被告人を懲役 3 年に処したが、(量刑の理由)において、被告人のために酌むべき事情を提示するに当たり、被告人が被後見人との間で養親子関係にあることについては一切言及しなかった。

被告人が控訴し、控訴趣意は量刑不当の主張であったが、原判決は、控訴趣意を排斥すると共に、「家庭裁判所から選任された成年後見人は、被後見人と親族関係にあるか否かの区別なく、等しく被後見人のためにその財産を誠実に管理すべき法律上の義務を負っており、後見の事務は公的性格を有するものであるから、本件の場合に刑法 244 条 1 項が準用されるべきでないのもとり、被後見人と親子関係にあることをもって、その量刑を酌量すべき事情として重視することは相当でない」旨判示し、控訴棄却した。

被告人が上告し、上告趣意は量刑不当の主張であったが、その中で、「刑法 244 条 1 項の規定は、法は家庭に立

ち入らないという趣旨から定められたものであり、成年後見人である被告人への準用は困難としても、被告人が被後見人の養父であることは、同条項の趣旨に鑑み、量刑判断に当たり酌むべき事情である」旨主張した。

【本判決】 本決定は、弁護人の上告趣意は、刑罰法 405 条の上告理由に当たらないとした上、なお書きで、「家庭裁判所から選任された成年後見人の後見の事務は公的性格を有するものであって、成年被後見人のためにその財産を誠実に管理すべき法律上の義務を負っているものであるから、成年後見人が業務上占有する成年被後見人所有の財物を横領した場合、成年後見人と成年被後見人との間に刑法 244 条 1 項所定の親族関係があっても、同条項を準用して刑法上の処罰を免除することができないことはもとより、その量刑に当たりこの関係を酌むべき事情として考慮するものも相当ではないというべきである」と判示した。

【説明】 1 刑法 244 条 1 項は、配偶者、直系血族又は同居の親族との間で窃盗罪、不動産侵奪罪又はこれらの罪の未遂罪を犯した者の刑を免除する旨規定し、刑法 255 条により、これが横領罪、業務上横領罪、遺失物等横領罪に準用されている。本件では、所論に鑑み、家庭裁判所から選任された成年後見人が業務上占有する被後見人所有の財産を横領した場合で、成年後見人と被後見人との間に刑法 244 条 1 項所定の親族関係があるときに、親族相盗例の準用により刑を免除することの可否(判示事項 1)、及び刑法 244 条 1 項所定の親族関係があることを量刑上酌むべき事情として考慮することの可否(判示事項 2)について職務判示が加えられたものである。

2 判示事項 1 については、家庭裁判所から選任された成年後見人が業務上占有する被後見人所有の財物を横領した場合で、成年後見人と被後見人との間に刑法 244 条 1 項所定の親族関係があるときの親族相盗例の準用の可否について、これまで最高裁判例はなかったが、未成年後見人による横領事案については、平成 20 年 2 月 18 日第一小法廷決定・刑集 62 卷 2 号 37 頁(以下「平成 20 年決定」という。)が、刑法 244 条 1 項は、親族間の一定の財産犯罪については、国家が刑罰権の行使を差し控え、親族間の自律にゆだねる方が望ましいという政策的な考慮に基づき、その犯人の処罰につき特例を設けたものである旨を確認した上、未成年後見人は、被後見人のためにその財産を誠実に管理すべき法律上の義務を負い、その後見の事務は公的性格を有するものであって、上記の趣旨の同条項は準用されないとの判断を示していた。平成 20 年決定については、学説上、これに反対する見解が見られるもの(林幹人・判例刑法 265 頁以下など)、同決定の射程については、同決定の論旨からすればその趣旨が成年後見人の場合に及ぶとほぼ異論なく理解されていた(同旨の理解を明示する見解に、担当調査官の判例解説である家令和典・最高裁判所判例解説刑事編平成 20 年度 28 頁以下のほか、山

精神的疾患の調査義務を課し得ないとした(反対解釈が可能な)例¹³⁾もあったが、逆に、被告会社の負う安全配慮義務について検討を加える中で、精神的疾患への社会的偏見を考慮し、その診断の受診の義務づけはプライバシー侵害のおそれが大いとした例¹⁴⁾もあり、精神科受診命令やその就業規則上の根拠規定の適法性ないし射程は不明確であった¹⁵⁾。

他方、本判決による PD が疑われる精神的不調者の特性の理解には疑問が残る。本症例は、その症状から、私傷病の可能性が高いことを前提として、治療・寛解は困難で、事例性は軽くない。また、妄想性障害、妄想性 PD のいずれであっても、妄想的疑念自体で自ら受診に応じる場合は少ない¹⁶⁾うえ、仮に応じても、客観的な確定診断の可否は定かではなく、それまでに相当の期間を要する可能性が高い。

とはいえ、専門医による診断へ向けた努力は手続的に求められるし、精神的不調と身体・知的不調との平等確保も必要なので、本件程度の事例性であれば、「通常の疾病」の治療に必要な期間(≠会社所定の私傷病による休職期間)の雇用保障は図られるべきであり(その間に受診命令違反等があれば、秩序違反性が高まる¹⁷⁾)、Y による解雇処分の拙速さは咎められてもやむを得ない。

- 7) アメリカ精神医学会編『精神障害の診断・統計マニュアル』(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)第 4 版。
- 8) 前掲・注 4) 野村他編著 243-245 頁(加藤敏執筆)。
- 9) 白波楓文一郎「パーソナリティ障害」日本産業精神保健学会編『ここが知りたい職場のメンタルヘルスケア』(南山堂、2011 年) 139 頁。
- 10) PD は、A 群(奇異な行動、引きこもり傾向)、B 群(情動面の激しさと不安定傾向)、C 群(他解、内向的傾向)に大別され、妄想性 PD は B 群に属するが、B 群全体、PD 全体を通じた共通要素があり、各群内外での合併もよく生じる。
- 11) 前掲・注 4) 野村他編著 246 頁。
- 12) 電電公社帯広電報電話局事件・最一小判昭 61・3・13 労判 470 号 6 頁。
- 13) ボーダフォン(ジェイフォン)事件・東京地判平 19・1・24 労判 939 号 61 頁。
- 14) 富士電機 E & C 事件・名古屋地判平 18・1・18 日労判 918 号 65 頁。
- 15) 評者の見解は、労働基準広報 1760 号(2012 年) 11-13 頁に記した。
- 16) 前掲・注 4) 野村他編著 247 頁。むろん、受診が拒否されれば、そのこと自体が症例の難治性や事例性をうかがわせる。
- 17) 判決は、この点を間接的に示唆していたとも解し得る。

(みしば・たけのり 近畿大学教授)

- 1) 公務員の休職制度適用後の期間満了等による分限免職処分有効性が争われた芦屋郵便局職員分限免職事件・最一小判平 12・10・19 判例集未登載(1 審：神戸地判平 11・2・25 公判速 284 号 32 頁、原審：大阪高判平 12・3・22 判タ 1045 号 148 頁)を筆頭に、特に休職期間満了による自然退職や解雇措置の合法性の判断に際し、この点を重要な判断要素とする例は多い。
- 2) 障害者雇用促進法第 2 条における障害者の定義も、行為障害を基本としつつ(同法第 2 条第 1 号)、医学的な病態を参照する(同法施行規則第 1 条の 4)方法に換っている。
- 3) 岡田運送事件・東京地判平 12・4・24 労判 828 号 22 頁。
- 4) 吉野聡医師(精神科医・産業医、吉野聡産業医事務所所長・元京大大学院総合科学研究科助教)によれば、本症例は、おそらく男性であること、体系的な妄想構築、症状の持続期間の長さ等の事情から、発症年齢が早い場合には妄想性障害(精神疾患)、発症年齢が早い場合には妄想性パーソナリティ障害(パーソナリティ障害)、妄想的症状に着眼すれば統合失調症(精神疾患)の順に疑われるという。うち妄想性障害は、種々の妄想の長期継続がほぼ唯一の症状とし、社会適応は比較的良好とされている(野村総一郎=樋口順彦=尾崎紀夫=朝田隆雄『標準精神医学(第 5 版)』(医学書院、2012 年) 300 頁(鈴木道雄執筆))。
- 5) 詳細は、春田吉備彦「職場における精神疾患者をめぐる判例分析と労働法上の課題」水野勝先生古稀記念論集編集委員会編『労働保護法の再生』(信山社、2005 年) 463、465 頁。
- 6) 小松郵便局職員分限処分事件・金沢地判平 6・4・22 公判速 236 号 46 頁。

◆◆◆労働と法—私の論点◆◆◆
廃案になった改正労安法から見えてきた
メンタルヘルスケアの問題点

林 弘子 宮崎公立大学学長

1 増える精神疾患

二〇一二年に自殺者の数が二万七千八百八十八人になり、一五年ぶりに三万人を割った。自殺者の二六・六％が「被雇用者・勤め人」となっており、勤務問題（仕事疲れ、職場の人間関係、仕事の失敗、職場環境の変化）を自殺の原因とする人は約二五〇〇人に達している。厚労省の調査によれば、うつ病等の気分障害、不安障害、統合失調症、認知症、発達障害などの精神疾患で医療機関を受診する患者数は年間三二〇万人（二〇〇八年）を超えている。うつ病、統合失調症、依存症等の精神疾患は、アルコール中毒、薬物乱用、自傷などの背景にもなっており、社会経済的に大きな損失（二・七兆円（二〇〇九年））となっている。現実には、受診していない人もかなりいると推測され、精神疾患は、国民的な問題となっている。

二〇〇六年の労安法改正により、衛生委員会等の調査審議事項に労働者の精神的健康の増進（メンタルヘルスケア）を図るための対策の樹立が追加され、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が策定された。しかし、メンタ

ルヘルスケアに取り組む事業所は五〇％（二〇一〇年）にとどまっている。

2 改正労安法とメンタルヘルス検査

精神的不調が疑われる従業員を抱えている職場や事業場は少なくない。現行法上は、労安法の一般定期健康診断（六六条一項）にもとづく「自覚症状及び他覚症状の有無の検査」（労安則四四条一項第二号）の対象には、精神的不調の検査が含まれると解されているが、その具体的な手法は医師の判断に委ねられている。不調等の確認は、法定検診の一環ではないので、受検の強制はできない。

自殺やうつ病の増加に対して二〇一〇年五月に厚労省内に設置された「自殺・うつ病対策プロジェクトチーム」の報告を受けて設置された「職場におけるメンタルヘルス対策検討会」の報告書（二〇一〇年九月）にもとづいて、メンタルヘルス検査を行なうことを事業主に義務づけることなどを骨子とした「労働安全衛生法等の一部を改正する法律案」が二〇一一年末に通常国会に出されたが、廃案となった。

改正労安法案には、医師または保健師による

には、認定要件としてICD-10が採用されており、認定基準の対象となる精神障害（対象疾病）は、その第五章「精神および行動の障害」の分類コードF0からF9の二〇種類の疾病であるが、認知症や頭部外傷などによる障害F0やアルコールや薬物による障害F1は除かれている。業務に関連して発病する可能性のある精神障害の代表的なものは、うつ病F3や急性ストレス反応F4である。

4 精神的な不調者の処遇をめぐる新たな問題

精神的な不調（被害妄想）のために年休取得後、約四〇日にわたり欠勤を続けた労働者に対する懲戒処分としての諭旨退職処分の無効が争われた日本ヒューレット・パッカード事件（最二小判平二四・四・二七）において最高裁は、精神的な不調のために欠勤を続けている労働者に対して懲戒処分をとる際に、精神科医による健康診断を実施するなどをし、診断結果等に応じて、必要な場合は治療を勧めたうえで休職などの処分を検討し、その後の経過を見るなどの対応を採るべきであったとして、諭旨退職処分は無効であると判示した。

労働者の健康情報を精神科医や家族から収集する際には、あらかじめ、利用目的とその必要性を明らかにし、本人の承諾を得るとともに、これらの情報は労働者本人から提出をうけることが望ましい。しかし、受診の強制はできない。本人が復職の前提として医師の診断を勧めても本人がすべて拒否した場合の解雇を認めた裁判例がある（大建工業事件（大阪地決平一五・

労働者の精神的健康の状況を把握するための検査を行なうことを事業者に義務づける規定が置かれていたが、検査の結果は、医師または保健師から労働者に通知されることになっている（改正法六六条の二〇第一項関係）。医師または保健師は労働者の同意を得ないで検査の結果を事業者に提供するとは禁止されている（改正法六六条の二〇第三項関係）。不調等確認による結果が要面談であれば、使用者には伝達されず、労働者本人にのみ伝達される。面接を行なう医師が必要性を認めた場合、その内容を事前に労働者に示し、話し合いを行ない、労働者の同意を得たうえで、事業者に対する就業上の措置に対する意見を述べることになっている（同三項）。

事業者に従業員のメンタルヘルス検査を義務づける改正労安法案に対しては、日本産業衛生学会を始め、各方面からの強い反対があった。厚労省が標準例とするメンタルヘルス検査の九項目（最近一カ月の健康状態について、①ひどく疲れた、②へたとへたと落ち着かない、③気分が晴れぬ、④何をやる気にもならない、⑤気分が晴れない）について、ストレスの高い人がうつ病のリスクが高いとは言えないことから妥当性が疑問視された。九項目の検査がうつ病や自殺の予防に有効であることを示す科学的根拠が示されておらず、検査の結果精神科の受診が急増すれば、医療現場が混乱するという懸念もあった。

3 精神障害とストレス脆弱性理論

メンタルヘルス不調とは「精神及び行動の障害」が、就業規則の解雇事由に「精神又は身体の障害については適正な雇管理を行ない、雇用の継続に配慮してもなおその障害により業務に耐えられないとき」という規定を置く必要がある。

精神の不調に関する裁判例では、精神疾患が原因なのか、本人のパーソナリティ等の問題なのか、判然としないものもある。パーソナリティに障害がある場合、日常生活場面において、柔軟性を欠き、不適応な行動パターンを持続、あるいは反復するために対人関係や就業において問題が発生するが、パーソナリティ障害者の多くは、過食症、拒食症、アルコール依存症、薬物乱用、不安症候群、抑うつ症候群などを併発している。一九八〇年にDSM-IIIが、「パーソナリティ障害か？ 病気が？」という伝統的な鑑別診断の判断から訣別して、精神疾患の基底にもパーソナリティ障害があること、つまり精神疾患とパーソナリティ障害の共存、精神障害のアウトサイダーのような存在として潜伏してきたパーソナリティ障害が注目されるようになった。DSM-III-R（改訂版）で正常な人と境界づけが難しいものや、他方で明らかな精神障害との区別が鮮明ではない境界性パーソナリティ障害(Borderline personality disorder)が提唱された。アメリカの境界性パーソナリティ障害者は、一〇〇〇万人を超えており、企業の多くは、従業員支援プログラム(EPPA)で対応している。日本でも増えており、メンタルヘルスケアの新たな対策が求められている。(はやし ひろし)

害に部類される精神障害や自殺のみならず、ストレスや強い悩み、不安など、労働者の心身の健康、社会生活及び生活の質に影響を与える可能性のある精神的及び行動上の問題を幅広く含むものという（職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書）と広く定義されている。メンタルヘルス不調の中核をなす精神障害のこれまでの診断法は、①内因性、②外因性、③心因性という分類法であり、原因によって事前に分類されているという問題があった。近年精神科における診断法として、WHOによる分類であるICD-10（国際疾病分類基準第一〇回修正）第五章やアメリカ精神医学会による「精神障害の診断と統計の手引き 第四版」(DSM-IV)が診断のガイドラインとして採用される傾向にある。

精神障害発病の原因としては、医学上、これまで様々な議論がされてきたが、現在は、精神分裂病（統合失調症）の研究において発展したストレス脆弱性理論がもっとも有力とされている。環境由来のストレスと個体側の反応性、脆弱性との関係で、精神的破壊が生じるかどうか決まるといって考えられ、ストレスが非常に強ければ、個体側の脆弱性が小さくても精神障害が起ころし、逆に脆弱性が大きければ、ストレスが小さくても破壊が生ずるとする考え方である。労働法にも援用され、精神障害の労災認定基準もストレス脆弱性理論に依拠することが適当とされ、裁判においても認められている。精神障害による労災認定に関する「心理的負荷による精神障害の認定基準」（二〇一一年）