

SURE: Shizuoka University REpository

<http://ir.lib.shizuoka.ac.jp/>

Title	産業精神保健の歴史(2) : 1980年代から1990年代前半まで
Author(s)	荻野, 達史
Citation	人文論集. 62(1), p. 21-40
Issue Date	2011-07-27
URL	http://dx.doi.org/10.14945/00006179
Version	publisher
Rights	

This document is downloaded at: 2015-02-16T07:24:35Z

産業精神保健の歴史（2） —1980年代から1990年代前半まで—

荻野達史

5 第三期「展開期」—1980年代中期～1990年代前半—

5.1 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¹。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。

第三期は、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ものではなく、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²。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。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）³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。

¹ 本稿（1）である荻野（2010）に掲載した年表を参照されたい。

² 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）を参照し綜合した。

³ 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。

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年からであり、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—指針と解説—』という100ページ程度の小冊子が発行されている。

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

ここで多少とも興味深いのは、旧労働省の踏み込み方である。1980年から医系技官として旧厚生省に入ったのち、1986年に旧労働省へ出向、上記の二つの取り組みから後述するトータル・ヘルスプロモーション・プラン（THP）にも中心的に関わることになった精神科医・河野慶三が回想として以下のようなことを述べている。

シルバー・ヘルスプロモーション・プラン（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のである。

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、尻すばみとなった。（河野 2005：82-83）

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

これ（上記テキスト）を普及させるために、医師会を含めた組織が都道府県単位でつくられ、労働基準局（当時）、労働基準協会、医師会が協力して、それぞれの地域で産業医、保健師、看護師、衛生管理者、人事労務担当者を対象とした研修会が開かれた。

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

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

ただ、おそらく重要なのは、行政内部に技官としていた医師が旧厚労省内部の「基本的な考え方」として、「メンタルヘルスの問題は…行政が直接関与しない方がよい」という主張（しかも一定の強さをもつ主張）がこの時期に存在したと証言していることである。この、メンタルヘルスには行政が関与しないというスタンスは、実際に、行政内に長らく存在したように推測される。2006年に改正された労働安全衛生法（安衛法）が施行され、同時にいわゆる「新メンタルヘルス指針」が打ち出されたときに、両者の決定過程にも関与が深かった行政官、医師を集めた座談会が『産業医学ジャーナル』で開かれたことがある。

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

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

非常に不明瞭な言い回しであるが、前後の文脈からみれば、1980年代の中期

以降、通達のようなかたちで「メンタルヘルス」対策を指導はしていたが、強力にはできなかった、その意味では、実際には不可侵の領域であったことを示しているように思われる。そこにはもちろん企業側の抵抗もあるという環境的な要因も考えられようが、「メンタルヘルス」についての行政内的な認識の仕方も作用していたのかもしれない。少なくとも前出の河野は、80年代における状況について、後述する事件（日航「逆噴射」事故）の影響で旧労働者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。行政サイドも同様で、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。

5.2 この時期の背景 一その1：2つの事件一

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のものとして、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⁴。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79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認められ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、もともとは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。

⁴ 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)。

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⁵。

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

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

このように、1984年の労災認定はとりわけ大きなインパクトを行政や企業に与えたようにも思われる。ただし、それは端緒を開き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

⁵ 福井の経歴については、福井（2005）を参照。

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。

5.3 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、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介して、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っ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、その書名のせいも、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副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^{メンタルヘルス}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いう小西の推測は、当時の雰囲気や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「朝刊症^{モーニングペーパー・シンドローム}状」などかってに名前をつけて、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についての認識が、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需要さ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。

5.4 THPにおけるメンタルヘルスケアをめぐって

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」⁶にその活動内容が示されたものである。基本

⁶ 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。

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）メンタルヘルスケアに示されている。

健康測定の結果、メンタルヘルスケ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ケアを行う。

なお、本指針の「メンタルヘルスケア」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。）

心理学化、あるいは心理主義化という視点から見た場合、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」が先に来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、産業精神保健の取組まれ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⁷。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ズ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「メンタルヘルズ・ケア」だと。……メンタルヘルズは、……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ズの大きな柱にしたことが、このストレスの時代をかさ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。メンタルヘルズ・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

⁷ 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。

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う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とせば誰かが3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⁸。

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、玉石混濁だということ。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、心理相談員をめぐる意見が分かれるとすれば、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多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、それ以上の部分に関与すべき

⁸ 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）。

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⁹、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。（大西編 1994a：119）

病人を直接の対象にしないとされています。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ろうということです。（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」が職場における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いる人など、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、できること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

⁹ 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）。

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、笠原は、「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、第三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¹⁰、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

¹⁰ 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)。

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ですが、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

これはたとえばセルフ・コントロールの強化に関する社会的な議論とほぼ重なってくるものであろう。

5.5 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¹¹、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1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年代のものと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ろうが、この時期における重

¹¹ 本稿（1）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。

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)

もともと、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¹²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

¹² 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（1）でたびたび言及している。

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に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¹³。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に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

¹³ この点については第I期についての本稿(1)の議論を参考にされたい。

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¹⁴。

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¹⁵、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。

【主要参考文献・資料】

「産業精神保健の歴史（3）」の末尾に記載した。

¹⁴ 大西（1998）によれば、98年当時の会員数は約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。

¹⁵ 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）。