

# 精神の「健康」という「標準」について

—職場における精神病者の自己決定権

笹 沼 朋 子

時代は新しくなって、差別とは、集団全体に対するものではなく、その集団における、主流の標準と同じになることのできない部分に対するものとなった。…よそ者は、身内のように振る舞うかぎり仲間として扱われる。つまり、(違いを)カバーできるかぎりにおいてである。—— Kenji Yoshino<sup>1)</sup>

## 1. 問題の背景

2008年、厚生労働省は特定健康診査制度を導入し、日本人の体型の標準を作った。そして、現在、日本の健康政策は、精神の標準を設定すべく邁進している。すでに、精神の標準は、自殺予防や不登校、あるいは発達障害などの問題に関連して、関係省庁の施策のなかに、その先駆的試みをみることができる。そして、職場における精神の標準の設定については、2011年、精神の健康診断受診を労働者の義務とする、労働安全衛生法の改正案が策定された。この論考は、このような精神の「標準」について論じるものである。より具体的に

---

1) Kenji Yoshino, *Covering : The Hidden Assault on Our Civil Rights*, US, Random House, 2006, p22.

述べるならば、精神的健康という「標準」から外れた労働者に対する差別について、問題を提起するものである。

2008年に導入された特定健康診査制度は、国民に対して健康維持を要請し、各保険組合に対して健康情報の管理を担わせるものである。医療機関は、保健指導という名で、人々の生活に介入し、その結果、人々は健康維持のために「バランスの取れた食生活、適度な運動習慣」が指導されている。しかし、職場における過重労働については、保健指導は必ずしも関与するものではない。本来は、職場の労働条件や介護・育児等の日常の作業を改善して、毎日ウォーキングができるような余裕を作り出すことが健康政策の基本であるべきところ、政治は、そうした環境整備を含む健康維持全般の責任を個人に還元させたのである。そして、平成23年版の厚生労働白書によれば、がんや心臓疾患等、生活習慣病による死亡率については、ここ数年で大きな変化はなく、いまだその保健指導の効果は現れていないように思われる<sup>2)</sup>。

精神の標準も、体型の標準と同じように策定されつつある。日本においては、1998年以降、自殺による死亡者数は3万2千人前後で推移しており、減少の兆しはみせていない<sup>3)</sup>。そのような状況の中、2010年5月「こころの健康政策構想会議」（座長東京都立松沢病院院長岡崎祐士、副座長国立精神・神経医療研究センター竹島直、群馬大学大学院医学系研究科准教授福田正人）による「こころの健康政策構想会議提言書」（以下、提言書という）が、長沼昭厚生労働大臣（当時）に提出された<sup>4)</sup>。その後、この団体は「こころの健康政策構想実現会議」として発展的解消し、現在、「こころの健康保持および増進のため

2) 『平成23年版厚生労働白書』26頁および100～101頁。

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/11/>

3) 警察庁生活安全局生活安全企画課「平成22年中における自殺の概要資料」（2011年3月）4頁。なお、20～39歳の死因の第一位は自殺である。

<http://www.npa.go.jp/safetylife/scianki/H22jisatsunogaiyou.pdf>

4) 平成22年5月28日こころの健康政策構想会議「こころの健康政策構想会議 提言書」  
<http://www.cocoroseisaku.org/pdf/cocoro0625.pdf#search=%E3%81%93%E3%81%93%E3%82%8D%E3%81%AE%E5%81%A5%E5%BA%B7%E6%A7%8B%E6%83%B3%E4%BC%9A%E8%AD%B0>

の精神疾患対策基本法（仮称）制定に向けた運動を繰り広げている<sup>5)</sup>。2011翌年の12月には、超党派の国会議員らによる「こころの健康推進議員連盟」も発足している<sup>6)</sup>。この構想は、国立精神・神経センターを中心とする厚生労働省の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告<sup>7)</sup>を踏襲しており<sup>8)</sup>、そのため、すでに多くの分野で事業化され、導入されている。例えば、厚生労働省は、職場におけるメンタルヘルス対策の一環として「こころの耳 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト」を立ち上げた<sup>9)</sup>。また、文部科学省に至っては、いつのまにか不登校を「こころの問題」と位置づけている。たとえば『文部科学白書平成22年度』では、「社会環境や生活環境の急激な変化が、子どもの心身の健康に大きな影響を与えており、学校生活においても生活習慣の乱れ、いじめ、不登校などの心の健康問題が顕在化しています。」と明記している<sup>10)</sup>。また、『文部科学白書平成19年度』では、以下のような記述があり、この時期に発達障害に関連した研究事業を行った形跡が見られる。

「近年、いじめ、不登校、自殺等の生徒指導上の諸課題のほか、ニートやフリーターの問題などが大きな社会的問題となっています。／これらの問題は、様々な要因が複雑に絡み合って発生するものであり、子どものこころの発達過程を踏まえた効果的な教育活動等を実施することが必要となっています。／一方、近年、医学的な知見の蓄積や人の体外からの脳機能の計測が可能になったことなどから、子どもたちのこころの発達等に関する科学的な知見が蓄積され始めてきています。／こうした状況を踏まえ、子どもたちのこころの問題等に

---

5) 「こころの健康政策構想実現会議」<http://www.cocoroseisaku.org/aboutk.html>

2012年5月10日現在、226の地方自治体（20の都府県を含む）が同基本法制定の立法を望む決議を採択。

6) 同上

7) 2009年9月24日発表「『精神保健医療福祉の更なる改革に向けて』（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>

8) 注4、提言書4頁。

9) <http://kokoro.mhlw.go.jp/>

10) 第2部第2章第8節2（4）。

[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/hakusho/html/hpab201001/detail/1312281.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/hpab201001/detail/1312281.htm)

関して、科学的な視点からその背景や原因を探るとともに、効果の期待される指導方法等について科学的な検証を進め、関連諸科学の成果の教育への応用を促進するよう、総合的な施策を講じることが重要です。／このため、文部科学省では、平成18年度に実施した『情動の科学的解明と教育等への応用に関する調査研究』を踏まえ、19年度は『子どものこころの成長に関する基盤整備事業』を実施し、研究の成果を教育に還元するシステムの構築等に向けた調査研究を進めています<sup>11)</sup>。』

このように、「提言書」の内容は、すでに政策の中に浸透しているように思われるため、少し検討を必要とする。

まず、その理念であるが、提言によれば「自殺や精神疾患の弊害から国民を救済するには、まず国民全体の精神保健を充実させなければなりません。心の変調について学校や地域の窓口で気軽に相談でき、熟練した多職種の支援者がチームで対応し、訪問も行ないます。そのときに専門知識とともに大切なのはきめ細かい心の交流による理解と信頼関係です。支援者には高い資質が求められ、充実した養成研修が不可欠です。また、地域の社会資源を使つての長期にわたる総合的ケースマネジメントが必要になります。その前提として、啓発及び福祉や教育等との緊密な連携が不可欠ですが、今回は先ず精神保健と精神医療に限って提案します」とある。

ここで注目されているのは、精神保健と精神医療の国民への浸透であつて、精神的疾患や自殺の原因の究明ではない。このことは、「こころの健康推進政策」の必要性について述べた次の記述からも明らかである。「こころの健康の問題は、精神疾患として認められるだけでなく、多くは緊急の社会問題という形で表れます。壮年男性では死因の第1位をしめる“自殺”、育児の困難を象徴する“虐待”、家庭で出口が見えない“ひきこもり”や“ドメスティック・バイオレンス”、学校で対応を迫られる“不登校、いじめ”、青少年の“薬物汚

---

11) 『文部科学白書 平成19年度』第2部第2章第2節3。  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/hakusho/html/hpab200701/002/002/003.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/hpab200701/002/002/003.htm)

染”、職場で増加を続ける“うつ”悲惨な事故を引起す“飲酒運転”、街中で見かける“路上生活者”、高齢者の生活を脅かす“孤立”、これらすべての問題の基礎には、こころの健康の問題があります。／こうした国民のこころの健康の危機という現状、多くの緊急の社会問題の背景にこころの健康の問題があるという状況を考えると、『国民のこころの健康の回復と増進』は国や政府が政策として優先して取り組むべき国家的戦略課題と言えます。それぞれの問題に個別の対策を立てるだけでなく、それらを総合して国民のこころの健康を推進するために、国としての包括的な政策を確立することが急がれます。そうした政策にもとづいて、保健・医療・福祉について、三大疾患の一つとしての精神疾患にふさわしいサービスの量と質を確保し、そのサービスを一体として提供できる制度を確立することが必要です。また、精神疾患患者についての制度としての差別を率直に反省し、そうした事態をすみやかに解消しなければなりません。『こころの健康について、いつでも、どこでも、良質のサービスを受けることができる』という国民の願いに応えた安心社会が実現できるよう、国はそのサービス提供の体制を抜本的に改革する必要があります。そのことが、緊急の社会問題の解決をももたらします。自殺者の減少も、そうした国の包括的な取り組みを通じてこそ期待できます」とある<sup>12)</sup>。

ここには、社会における抑圧や排除が、個人の精神を狂わせているという発想はない。逆に、DV、不登校そして路上生活者といったあらゆる社会問題の「基礎」は、こころの健康の問題、つまり個人の精神異常の問題であると主張するのである。DV、不登校、路上生活者等の問題を解決するためには、「国民」が精神医療を簡便に受けられるようにすべきであり、「国民」が向精神薬を服用すれば社会問題は解決できるということのようである<sup>13)</sup>。要するに、この提言書の目指すところは「健全な国民」の育成であり、そのために必要とされているものは、職場や教育現場の環境改善ではなく、個人の精神的「健康」の維持増進への努力である。このことは、人々の精神あるいは脳の中に、医療

---

12) 注4) 提言書17頁。

と政治の介入がされることを意味する。特定健康診査制度によって、「適度な運動」が強迫的に強調され、人々の生活に医療と政治の介入されるようになったのと同じことである。

この団体が単なる私的研究会である限り、このような提言の持つ意味は重要なものではない。しかし、この会議の発端は、前述のとおり厚生労働省にある。実際に提言を策定した「構想会議」には国立精神・神経医療研究センターなどが副座長として参加しており、そして、2011年には「構想実現議員連盟」が立ち上がっている。多くの自治体では、この提言書の主張する基本法を制定するための決議が採択されており、一種の「国民運動」とも言うべき状況にある。そして、何よりも、この提言に沿った事業が、各省庁あるいは各地方公共団体において、すでに進行しているのである<sup>14)</sup>。そうした政策の動きと連動するかのように、2011年、国会に労働安全衛生法改正案が提出されたわけである。

13) また、NPO法人「全国不登校新聞」発行Fonte327号（2011年12月1日号）2頁に「第52回日本児童青年精神医学会総会」に関する記事が掲載されていた（奥地圭子氏執筆）が、参考になる。曰く「以前から、製薬会社からの利益供与など学会との関係が問題となっていた。……今大会で……企業主催のランチョンセミナーでは製薬会社からのお弁当は供与されず、地元福祉作業所が提供するお弁当を500円で参加者が買う形式になった」。「薬物療法の研究には、こういう症例の改善がみられた、というなかに『不登校』が入っており『服薬は登校に有効』という結論になってしまう発表もあり、問題を感じた。」

14) 身近な問題から例を挙げれば、愛媛県松山市教育委員会が、主に児童のコミュニケーション能力を向上させる目的で、日本赤十字病院と連携事業を始めたことも、この政策の影響を受けたものと思われる。2012年5月9日付け愛媛新聞「学校教育 医療が一役 松山赤十字病院/小中のボランティア派遣市・教委と協定/意志疎通能力向上へ」によれば、同病院測上院長は「(ボランティア活動により)子どもたちの身体や精神面の異常に早期に気づき、対応できるようにする」と述べた。また、松山市教委の広報誌「まつやまの教育」(17号、2012年7月3日)では、市教委のコメントとして「子どもたちの身体や精神面の異常に早期に気づいて対応する、教育と医療の連携が期待されています」と記述されている。教育と医療の連携については、提言書の前身である注7) 検討会報告書では、提言書より明確に記されていることもあり、全国でも実験的な事業が進められている地域はすでに存在している。しかし、学校を通じて行われる精神科医療の子どもへの介入については、向精神薬の不適切な投与の危険性が問われており、実際にも多くの被害例が報告されている。この松山市の問題は、教育における精神の標準化に関連する重大な論点をいくつか含むものであり、ここでは論じる余裕がない。別稿を用意して、改めて検討する予定である。資料として、とりあえず「精神科早期介入の問題を考える会」のサイト (<http://soukiantai.jp/>) をあげておく。

## 2. 精神の健康診断——労働安全衛生法改正案

労働安全衛生法改正案によれば、健康診断を受診する労働者の義務が創設される。具体的には、簡単な9項目のメンタルチェック<sup>15)</sup>を受けることになる。簡単な項目でチェックすることとしたのは、産業医や保健師など、必ずしも精神医療の専門的知識が豊富ではない者も、簡便にメンタル不調者を発見できるようにするためである。すなわち、精神の健康標準から外れるものが簡便な方法でチェックされるということである。一般の健康診断と異なり、このメンタルチェックについては、労働者が希望しても外部の医療機関で診査することは、現段階ではできないこととなっている。「実施する医師なり保健師によって結果が大きく変わるものではない」というのが主な理由である<sup>16)</sup>。しかし、仮に結果が変わらないとしても、外部医療機関でメンタルチェックができるようになることには、労働者に少なからぬ利益があるだろう。つまり、労働者が事業者に対する通知を拒否したいと希望する場合、外部医療機関を利用したほうが、労働者の拒否権は確実に担保されることになるからである。

さて、問題は、労働者にメンタル不調の疑いがある場合である。事業者にもその結果が通知された場合、労働時間やハラスメント等の職場環境の見直しが必要になると思われる。しかし、労働安全衛生法改正案が想定している労働条件／環境改善の手続きは、少し複雑になっている。

まず、労働者がメンタルチェックの結果を受けてから、労働者自身が産業医や地域産業保健センターの医師（以下産業医等という）との面接を「事業

15) 以下の項目について、それぞれ4段階評価を行い、合計点により評価する。

<疲労>	<不安>	<抑うつ>
ひどく疲れた	気がはりつめている	ゆううつだ
へとへとだ	不安だ	何をするのも面倒だ
だるい	落ち着かない	気分が晴れない

16) 厚生労働省第55回（2011年10月24日）労働政策審議会安全衛生分科会議事録 計画課長補佐の発言。http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001zyhk.html

者」に申し出ることが推奨される。そこで、労働者が事業者者に依頼をしてはじめて、事業者が産業医等に当該労働者との面接を依頼することになる。産業医等は、事業者からの依頼を待って労働者と面接指導を行う。その結果、ようやく、事業者と産業医等が労働条件／環境の改善について相談することになる(図1参照)。実際には、労働者が直接産業医等に面接を申し出るような運用もなされると思うのだが、労働条件／環境の改善には、必ずしも産業医の意見を必要としない場合もあるはずである。長時間残業など、労働条件の悪化が客観的に見て明白な場合などである。そして労働者とすれば、自ら医療機関は選択したいだろうと思うのだが、外部医療機関は、労働条件／環境の改善については、産業医等との連携を図ることができるだけである。

この点は、長時間労働を理由とする医師の面接指導の場合も、同様に複雑な手続きが参考とされているので、こちらを踏襲したのではないと思われる<sup>17)</sup>

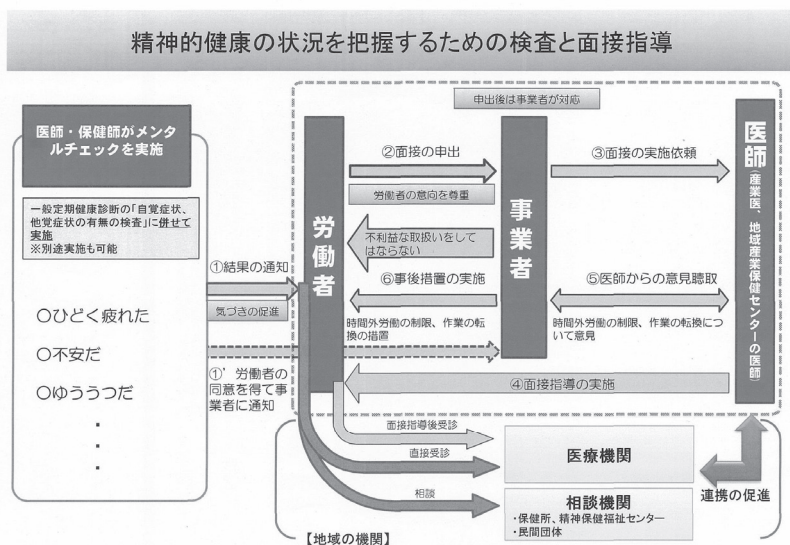


図1 厚生労働省「労働安全衛生法の一部を改正する法律案の概要」平成23年10月24日発表 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001slsj-att/2r9852000001stfx.pdf>)



(図2参照)。すなわち、時間外・休日労働時間が100時間を超えた場合、労働者に対して産業医等の面接指導が実施され、その産業医が必要と認めた場合に労働時間が改善されるように設計されている。しかし、例えば、時間外・休日労働時間が1月当たり100時間を超えるということはすでに危険有害労働ということができ<sup>18)</sup>、産業医と労働者が面接をするまでもなく、改善がなされるべきなのではないかと思われる。このように、必ず医療、それも産業医等の介入を必要とする複雑な手続きには疑問が残る。

労働安全衛生法改正案のメンタルチェックは簡便なものであるので、さらに詳しい状況を知るために、チェックの結果の後、産業医等との面接は必要なのかもしれない。けれども、実際は、職場におけるメンタルヘルス対策は、メンタルチェックのみならず、上述の過重労働による健康障害防止の施策と重層的に行われることになるだろう。そうであるならば、労働者の精神ではなく、むしろ労働条件／環境のチェックを優先して行うべきではないか。そのほうが、労働者のプライバシーや人格権／自己決定権等を損なうことなく、労働者の職場のストレスを改善することができるからである。

この点、労働安全衛生法改正案の基礎となっている「労働者の心の健康の保持増進のための指針」では、「メンタルヘルスケアは『セルフケア』、『ラインによるケア』、『事業場内産業保健スタッフ等によるケア』及び『事業場外資源におけるケア』の『4つのケア』が継続的かつ計画的に行われることが重要」と考えており、労働者の自己管理を最も重視していることが理解できる<sup>19)</sup>。メンタルチェックの第一の目的も、労働者の気づきを促すためであり、だからこそ、労働者に結果が通知され、労働者の申し出を待って、労働条件／環境の整備がなされる仕組みが想定されているのである。

---

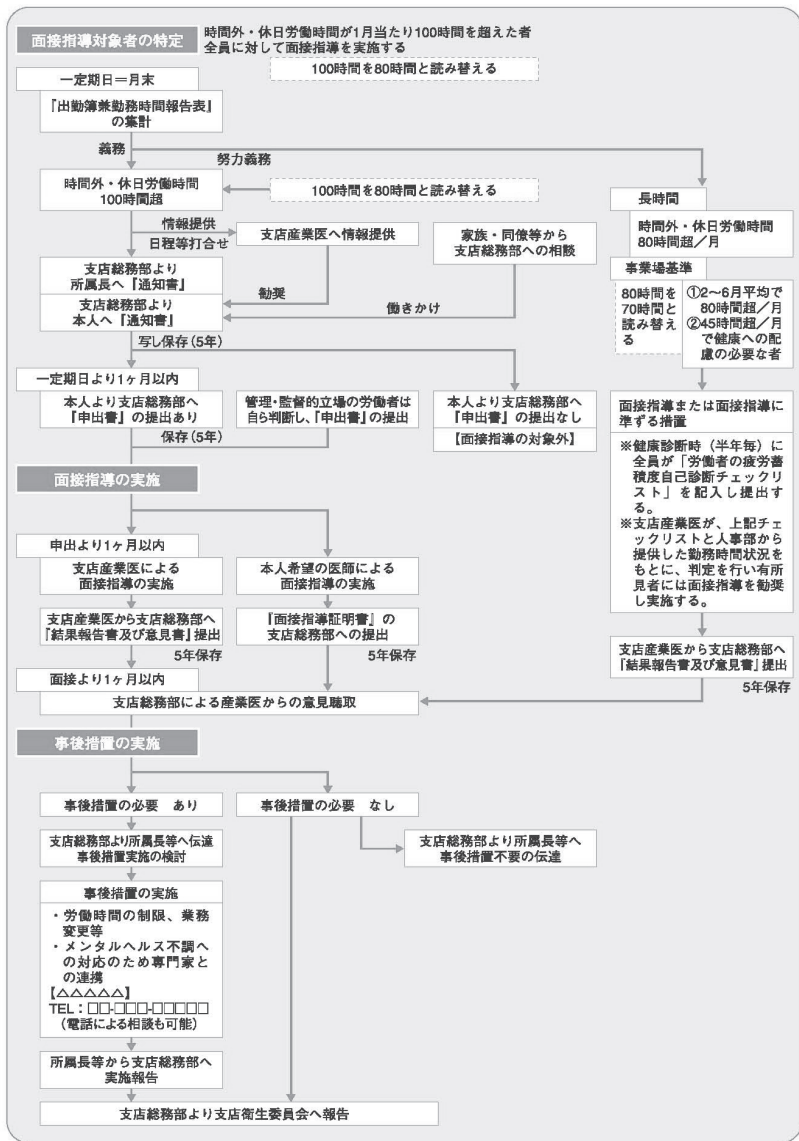
17) 厚生労働省中央労働災害防止教会『労働者の健康を守るために——加重労働による健康障害防止対策』（2010年）参照。

18) 平成23年12月26日基発1226第1号「心理的負荷による精神障害の認定基準について」参照。

19) 厚生労働省中央労働災害防止協会編『職場における心の健康づくり——労働者の心の健康の保持増進のための指針』（2010年）83頁。

図2 厚生労働省中央労働災害防止協会『労働者の健康を守るために一過重労働による健康障害防止対策』（2010年）

例▶企業の面接指導フローチャート（本社対応のものを支店で対応している例）



### 3. 健康診断受診義務による被侵害利益とは何か。

法案は、メンタルチェックの結果を事業者に通知することによる、労働者のプライバシーや、不利益取扱いの可能性について留意をするよう規定している。しかし、精神疾患（の可能性）について労働者および事業者に通知することによって侵害される利益とは、プライバシーや平等取扱いなど、その程度のものなのだろうか。

精神疾患という情報につき、特にプライバシーが重視されるのは、一般に精神病患者が、病気であるというだけで社会において不当な取扱いを受けているという現実があるからである。他方で、精神疾患は、症状の程度によっては、他者に秘匿しておくことのできる疾患である。秘匿して生活していれば、社会において不当な取扱いを受けないという意味で、「健常者」であり、「標準」であり、「平均的労働者」でしかない。しかし、一度それが明らかになった途端に、精神病患者は「精神疾患」に陥るのであり、住居や就労から排除され、非人道的な「治療」に晒されることになる。まさに「標準」から外れた瞬間に、劣等に位置づけられ、差別を受ける者に陥る存在である。

精神疾患が上記のような偏見を背負っている限り、精神疾患の疑いを受けた労働者は、自己肯定感を傷つけられ、あるいは絶望に至ることさえ考えられる。まさに人格を揺るがすものである。したがって、留意すべきはプライバシーの取扱いでも、事業者による不利益取扱いでもない。社会において不当な取扱いを受けない権利、言い換えれば社会的平等、あるいは社会的人格権である<sup>20)</sup>。

さらに、精神疾患は、診断も治療も容易ではない疾患である。専門医でさえ、誤診誤処方危険が問われている現在、はたして事業者やメンタルチェックを行う人々が、労働者の精神の健康に介入したことによって新たに生じる、

---

20) 差別の効果は、単なる不合理な格差にとどまらない。このことについては、笹沼朋子「ジェンダー視座による労働法理——差別と自己決定の再定義」『日本労働法学会誌』106号68頁以下（2005年）を参照のこと。

労働者の健康上の問題につき、どこまで責任を持つのかという問題が後に残される。

ここでは、一般にプライバシーの問題として考えられている、労働者の人格に対する侵害について検討し、治療の問題については、最後に触れることにする。

さて、差別によって、社会から不当な取扱いを受け、他者から否定されることになっても、だからといって、必ずしも個人の尊厳が損なわれるわけではないと、わたしは考えている。ただ、障害や疾病を自らのものとして引き受けるか否かは、当事者が決定していくしかないものであって、他者から強要されるものではない。自らのものとして引き受けたからといっても、数々の社会的差別から逃れることができるわけではない。その意味で、障害者には、「健常者」と「同じになる」権利は保障されてはいない。しかし、だからこそ、その社会と立ち向かい、自己と社会の変革を求めて日常を生きる覚悟は、当事者自身が引き受けるしかないのである。法と事業者により、精神疾患であると一方的に烙印を押されることは、結局、障害者/病者にとって人生最大の自己決定の権利を奪うことになる。

すなわち、メンタルチェックで留意されるべきは、労働者の社会的人格にかかわる自己決定権の尊重であり、単なるプライバシーとか就労にかかわる不利益取扱いではない。

この点で、参照されるべきは、東京都（警察学校・警察病院HIV）事件判決（東京地判平成15年5月28日労判852号11頁）である。

この事件は、本人の承諾がないままHIV検査が行われ、検査の結果、陽性であることを理由に辞職勧告を行ったという例である。東京地裁は「医療機関は、HIV検査を実施するに当たり、本人の同意をとり、検査前後のカウンセリングを行い、結果についてプライバシーを守り、患者・感染者に対し適切な医療を提供する必要がある（平成5年「労働省保健医療局エイズ結核感染課通知」参考）ところ、警察病院は、本件検査を行うに当たり、実施および結果通知に関し、本人の同意の有無の確認を一切行わず、上記医療機関に求められ

る留意事項に顧慮することなく…漫然と検査を実施し、その結果を伝えたもので、故意または重大な過失により原告のプライバシーを侵害したというべきである」と判断した。

判決で引用されている通知は、現在改廃されているが、HIV検査に関する現在の通知も、当事者の「プライバシー」に対する配慮が規定されている。以下引用する。

### **HIV検査実施に対する基本的な考え方**

HIV抗体検査の実施に当たっては、人権保護の観点から、本人の同意を得て検査を行うこと。また、検査結果の取扱いについてはプライバシーの保護に十分配慮すること。

### **医療機関におけるHIV検査実施について**

患者に対する検査実施に当たっては以下の点に十分配慮すること。

(1) 患者本人の同意を得ること。

観血的処置を行う場合において医療機関内感染防止を主たる目的としてHIV検査を実施する場合にも、患者の同意が必要であること。

患者本人が意識不明である等により同意がとれない状況においては、医師の判断によってHIV検査を実施することも認められる。小児患者に対してHIV検査を実施する場合には、保護者の同意を得て行う。

なお、HIV検査の実施に当たって患者の同意が得られない場合には、HIVに感染している可能性があることを前提として対応する。

(2) 検査前及び検査後の保健指導あるいはカウンセリングがなされること。

(3) 結果についてプライバシーが守られること。

(中略)

### **医療従事者に対する検査実施について**

医療従事者のHIV検査の実施に当たっては、あくまでも本人の同意のもとに任

意で行い、結果についてのプライバシーの保護に十分配慮すること。

### 就学時、就職時のHIV検査の実施について

HIVは日常生活においては感染しないことから、就学時、就職時のHIV検査は実施しないこと。

(以上、厚生労働省健康局疾病対策課長「『HIV検査の実施について』の改廃について（HIV抗体検査に係る迅速な検査方法の導入等）」（平成16年10月29日健康感発第1029004号）

HIVは、非常に弱いとはいえ、感染力を有するものであり、また、感染した場合にはエイズ発症を抑えるためにも、早期に治療をはじめべきものとされている。にもかかわらず、検査の実施について、本人の同意を必要とするのはなぜか。あるいは、何度も重ねてプライバシー保護を強調するのはなぜか。当然、その理由は、HIV感染者に対する根拠のない社会的偏見を考慮したものと考えることができる。他方で、やはり強い社会的偏見の残る精神疾患については、メンタルチェックに関する労働者の同意どころか、労働者に受診が義務づけられることになった。しかも、メンタルチェックは、必ずしも精神医療の専門家によるものではない。二つの手続き上の違いは、どのように整合するのだろうか。

この点に関連して、これまでも、精神病者が社会において不当に取り扱われてきたにもかかわらず、先例は、事業者を通じた精神医療の個人への介入について、配慮を怠ってきた。ここで参照したいのは、電電公社帯広電報電話局事件最高裁判決（最一小判昭和61年3月13日労判470-6）で認定された事実である。最高裁判所は、問題となった電電公社の就業規則上の健康診断受診命令は、労働契約上の義務として合理的であると判断している。しかし、ここで問われている問題は、健康診断をどこで受けるかを決定する選択権が労働者に保障されるべきかという単純な問題ではない。というのも、電電公社を訴えた女性労働者（頸肩腕症候群に罹患）が受診を命じられた健康診断は、「整形外科

を中心に内科、精神科、精神神経科、皮膚科、眼科及び耳鼻咽喉科のほか、必要に応じて他科の検診を含む総合精密検診を行う」と非常に多岐に渡るものであり、2週間の入院を必要とするものであった。言い換えれば、自らの心身のあらゆる健康情報がある特定の医療機関にすべて提供することを意味していると言えよう。そして、その医療機関は、使用者の附属機関であって、使用者から独立していない。帯広電報電話局事件で改めて検討されるべき点は、労働者は使用者に対して、「心身のあらゆる情報を提供する」義務があるか、その際、労働者の受ける不利益はいかなるものかという問題である。そして、特に問題の健康診断には、精神科における検査も含まれている。精神科における診査とその結果は、社会的偏見と切り離して行うことができるだろうか。重ねて言及するならば、労働者の受ける不利益は、社会的人格を揺がすような重大なことがらにかかわる自己決定権を侵害される恐れということになる。そのような全人格的な指示命令が、合理的であるとは、到底判断できないはずである<sup>21)</sup>。

前述したように、労働安全衛生法改正案における手続きでは、労働者の労働条件／職場環境改善措置のためには、使用者の指定する産業医等が情報を集め、介入する必要がある。労働者は外部の医療機関を利用することもできるが、産業医等と連携を深め、その限りにおいて労働者の職場改善を援助できるだけである。このような職場における個人に対する医療の介入ともいえる手続きは、その典型を、電電公社帯広電報電話局事件に見いだすことができるのである。医的権威が、健康維持の名の下に、使用者を代弁しつつ、個人に介入するのである。しかし、精神疾患を引き受けるということは、時として、個人の生活全体に対する大きな変革であることを考えるならば、当事者が自ら熟慮して納得する必要性は、本人の軽快のためにも、不可欠である。結局、最高裁判決も労働安全衛生法改正案も労働者の重大な局面における自己決定権を侵害しているのではないかと考える。

---

21) この判決を、プライバシーの観点から問い直すものに、砂押以久子「情報化社会における労働者の個人情報とプライバシー」労働法学会誌105号（2005年）。

#### 4. 障害の秘匿と告白の選択

上述したとおり、精神疾患は、症状の程度によっては、他者に秘匿しておくことのできる疾患である。そこで、労働者の精神疾患を秘匿する利益と、精神疾患に罹患している労働者に対する配慮を、どう調整するかという問題が残るので、ここで検討しておきたい。精神病者は、社会において圧倒的な差別を受ける。最近では、精神医療への敷居が低くなり、精神医療に足を運ぶ人々は増加している。しかし、だからと言って、社会における差別がなくなったわけではない。むしろ、非人道的な取扱いや多量投薬など、精神医療そのもののの中に、精神病者に対する不当な取扱いも少なくなく<sup>22)</sup>、精神病者に対する偏見差別が深刻であることには変わりはない。

さて、精神病者は、病者であることが明らかになれば、社会から排除される恐怖と立ち向かうことを余儀なくされている。しかし、だからといって、多くの精神病者は、「健常者」と同じように就労できるわけではない。精神病者が、職務を遂行するためには、職場から一定の配慮を受ける必要があり<sup>23)</sup>、その配慮を受けるためには、自ら精神病者であると告白しなければならない。そこで、精神疾患について、職場において秘匿するか告白するか葛藤が生まれる。秘匿か告白かのいずれかを選択する権利は、当然、当事者に専属する。しかし、この自己決定権は、自らの生き方を主体的に選ぶ積極的な決定権ではない。それは、その他の自己決定と同様<sup>24)</sup>、強制された環境において、強制された選択肢のなかから選ぶという、苦渋の選択を行う権利に過ぎない。その苦渋の選択を、法はどのように取り扱うのか、留意を要するところである。

この秘匿か告白かという問題に関連して、内臓疾患を有する労働者に対する

22) 例えば、「頻発する患者の死」(1)(2)(3)佐藤記者の「医療ルネサンス」読売新聞2012年1月18日、1月23日、2月1日 (<http://www.yomidr.yomiuri.co.jp/page.jsp?id=50566>)

23) 内臓疾患など、障害が他者からは視覚的に分からないため、配慮を受けることができない現象を「見えない障害」と称し、その障害を視覚的に他者に表現することによって、配慮を求める運動がインターネットをきっかけに広がっている。「『見えない障害』対策 統一マーク作り必要」2011年11月12日読売新聞。



配慮について、裁判所は一定の判断を行った。

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

原告労働者は過労により急性心筋梗塞を発症し、その後、心臓機能に障害が残り身体障害者3級に認定された。その後しばらく、会社は原告の作業については配慮をしていたが、心筋梗塞から4年半後、会社は原告に対して東京へ転勤を命じた。それまでの生活に比べ、東京での生活は通勤時間が長く身体的にも精神的にも大変であった。原告の仕事は新人研修であったが、同僚に比べてもその就労の程度は重く、また、工場見学の引率という立ちっぱなしの仕事も入った。

原告はしばしば体調が良くないことを上司に訴えたが、上司は「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」などと言った。ところが、原告が京成上野駅でパニック障害を起こして倒れるという事件が、発生した。そのため、原告は、精神障害者保健福祉手帳を求め、障害等級3級の手帳を取得した。その後、原告は休業し、業務外休職期間満了を理由として解雇された。そこで、この原告の身体障害および精神障害は、被告会社の安全配慮義務違反によるものとして損害賠償を求めたものである。

神戸地裁は、心臓疾患および精神的疾患について会社の責任を認めたが、本

---

24) 例えば、人工妊娠中絶に関する女性の性的自己決定権について、旧優生保護法の改悪反対運動を続けてきた米津知子氏は、次のように述べている。「私は、外に向かったの表現のしかたが難しいけれど、中絶は人間になっていく可能性のあるものをそうさせない、抹殺する行為であるという認識は持っている。じゃあ中絶はいけないこと、禁止するべきことなのかというと、抹殺であるにもかかわらず、それを私たちは選択し、引き受ける場合もある。人間はたとえ中絶をしないと、いろんな形で自分以外の命を抹殺したり、傷つけたり、利用したりしているんです。誰だって何かしら命を殺して食べているわけで(中略) やっていると認めて引き受けるしかないんじゃないか。ただ、それを法的に処罰するというのはやめてもらいたい。女性だけが引き受けざるを得ない中絶のみを取り上げて、法律的な罪にできるものではないだろう。こう考えています。」『月刊フォーラム』83号(1997年6月)40頁。

稿の目的から、精神的疾患に関する部分を引用する。

業務と障害の因果関係を判断するについては、「当該労働者と同種の業務に従事し、遂行することが許容できる程度の心身の健康状態を有する労働者（以下「平均的労働者」という。）を基準とすることを原則とすべきである」。

しかしながら、「企業が、身体障害者等の障害を有する者を雇用して業務に従事させた場合、施設設備や職場環境を改善したり、特別の雇用管理や能力開発等を行うなど当該障害者の障害の程度に即して当該労働者の安全に配慮することが求められるところ、平均的労働者と同程度に労働することが困難な障害者が精神疾患等の発症等の災害が発生したことについて企業の安全配慮義務違反の有無を判断する場合の前提要件である業務と災害との間の相当因果関係の有無について、平均的労働者を基準とすると、業務と災害の発生との間の相当因果関係を認めるのが実質的に困難になり、障害者が企業の安全配慮義務違反を理由として責任を追及する道を閉ざすことになりかねない。また、企業が障害者を障害者と知りながら雇用し、業務に従事させた場合には、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との間の相当因果関係の有無を判断したとしても、企業にとっても、酷な結果をもたらさないと考えられる。そこで、企業が、身体障害者等の障害者をその者が障害を有することを知りながら雇用し、または、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、業務と災害の発生との相当因果関係を判断するのが相当である。」

要するに、精神疾患と業務との間の相当因果関係を判断するためには、原則的には「平均的労働者」を基準とするべきであるが、使用者が労働者の障害／疾病について認識している場合には、当該障害／疾病を有する労働者を基準とするということである。「平均的労働者」を基準とすることによって、障害を有する労働者にとって過酷な結果にならないよう、合理的に考慮されたもので

あり、一見、妥当な結論ということが出来る。

しかしながら、障害者／病者のおかれている現状から検討すると、いまだ、重大な問題が残ることに気づくだろう。すなわち、障害者／病者は、使用者にその障害／疾病を告白することによって、はじめて、災害の補償を受けることができることになるからである<sup>25)</sup>。障害者／病者は、「健常者」であれば当然受けられるはずの賠償ないし補償を受けるためには、事前にその症状等について使用者に告白すべきこととなる。しかし、何度も説明しているように、社会的に劣等なものと評価されている一定の障害／疾病を有する者にとっては、その告白は、単なるプライバシーの公開以上の重たい意味を持つ。

この点、確かに、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」等、さまざまな法令においては、使用者の精神疾患に対する理解を求める記述がある。しかし、問題は、職場における精神疾患の理解にとどまらないのである。はたして、使用者は、労働者に対して、社会全般における不当な取扱い（例として結婚差別等）から保護するべく力を注ぐことができるのだろうか。法は、そのような重たい負担を使用者の負わせることができるのだろうか。それとも、数々の社会的不利益を、障害／疾病を負ったことによる自己の行為の結果として、障害者／病者は、自ら責任を引き受けるよう、法は命じているのだろうか。

労働安全衛生法が改正される以前から、労働者は自らの健康につき重大なことがらを告白するよう強く要請されてきたのである。法による告白（カムアウト）の強制とも言うべきものである。

---

25) この判決は、民事損害賠償請求事件なので、労働災害に関して異なる判断もありうる場所である。しかし、業務上災害の認定は、「精神障害を発病した労働者とその出来事及び出来事後の状況が持続する程度を主観的にどう受け止めたかではなく、同種の労働者が一般的にどう受け止めるかという観点から評価される」ので（平成23年12月26日基発1226号「心理的負荷による精神障害の認定基準について」）、損害賠償請求事件における相当因果関係の認定と、実質的に大きく異なることはないと思われる。

## 5. 医療の安易なる介入に対する警鐘

最後に、3の冒頭で最初に整理した、メンタルチェックが侵害しうる労働者の健康について検討しておきたい。すなわち、精神疾患は診断も治療も容易ではないという点である。

例えば、平成23年11月8日発表の「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会報告書」によれば、「うつ病について、薬物が奏功する場合には、①急性期から症状が安定するまでの期間としては91%が治療開始から3か月以内、②医学的なりハビリテーション療法としてのリハビリ勤務を含めた職場復帰が可能となるまでの期間としては88%が治療開始から6か月以内、③完全な回復や復職を含む症状固定までの期間としては治療開始から1年以内が79%、2年以内が95%とする報告がある」<sup>26)</sup>。しかし、裁判例を検討すると、「薬物が奏功」しない場合も散見される。

例を二つ上げ、状況少しだけ検討することにする。

東芝（うつ病）事件 東京高判平成23年2月23日労判1022号5頁、東京地判平成20年4月22日労判965号5頁

平成2年4月入社の一審原告女性（以下、原告という）は、一審被告会社（以下、被告会社という）の液晶テレビの製造ラインを立ち上げる生産技術の仕事に携わり、10年後にはプロジェクトのリーダーになった。しかし、労働が過重になり、抑うつ状態に陥った。原告は、自主的に心療内科でデパス等の向精神薬を処方してもらっていたが、ついに、平成13年10月頃出社できなくなった。被告会社の就業規則では最長15ヶ月の傷病欠勤（業務外）が認められ、その後、最長20ヶ月の休職命令が出され、その休職期間が満了したところで、平成16年9月、原告は解雇された。原告は、

26) 同報告書13～14頁。なお文書中の報告は、黒木宣夫、杉田雅彦 編集：PTSD医の診断と法の判断：p139-143（2009）。

罹患した疾患は、業務上のものであり、解雇は無効であると主張して、被告会社を訴えたというのが、大雑把な事件の概要である。なお、被告会社にはメンタルヘルスの諸施策が用意されていた。そして、原告は、残業が多かったために、何度か産業医との面接を行っている。休職直前の面接においては、産業医は「薬を飲んで治療したほうがいいかもしれない」とは言ったものの、原告の労働条件を改善することはなかった。これに対して、原告は「もう精神科に通って抗うつ剤を飲んでいます」と答えている。さらに、上司も「うつ状態ではないの。病院には行っているのか。その病院はちゃんとしたところなのか。週2回行っているのか。」などと質問した。原告は「精神科に定期的に通って」いて、仕事ができないので作業を軽減してほしい旨、答えているものの、欠勤中に電話で、会議への出席を求められたりしていた。

東京高裁は、原告の請求を認め、被告会社に損害賠償を命じた。しかし、彼女が疾病の初期にデパス等の抗不安剤を処方された時点で、会社に自己申告しなかったことは彼女の過失であるとして、2割の過失相殺を行った。自己の疾病について告白しなければ、賠償の請求はできない（減額される）という趣旨である。しかし、原告に与えられた職務の量と責任は、原告の裁量によって決定されたものではなく、被告会社の命じたものである。また、原告がその健康状態について秘匿したとしても、会社は時間外労働の量で、原告の負担をはかることが可能だったはずである。つまり、この判決においても、労働者は自己の疾病について告白することが強制されているのである。

しかし、ここで注目したいのは、医療関係者の関わり方についてである。産業医は過重労働の事実を知っていながら、作業の軽減を提案せず、投薬治療を勧めている。また、長年の治療にもかかわらず、原告の女性は軽快していない。このことは被告会社が東京地裁において、「業務による心理的負荷による精神障害は、医学上一般的には6か月から1年程度の治療で治癒する例が多いとされているところからすると」、原告が6年以上も会社業務に「一切携わっていないにもかかわらず、現在も治癒していないことからしても、原告の病気

発症の原因は業務に起因するものではないと考える<sup>27)</sup>」と主張していることから、これは明らかである。この見解は、「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会報告書」の説明と一部合致する。つまり、通常であれば1年で寛解するであろう疾病が、6年以上も寛解していないのである。これは、専門検討会の見解が正しいとすれば、原告を診断治療している医療関係者に問題があったことになる。あるいは、いずれにしても、医療機関の力だけでは、精神疾患は容易に快復させることはできないということである。

国・川崎北労基署長（富士通ソーシャルサイエンスラボラトリ）事件 東京地判平成23年3月25日労判1032号65頁。

ソフトウェアの研究開発等を行っている会社の従業員が過労の末、精神疾患に罹患し、自死した事件である。被災者の母親が労災申請したところ、自殺の原因は、向精神薬の多量服薬であって、業務上の災害ではないと認定した。そのため、労基署の決定を取り消すよう、母親が訴えた。東京地裁は、被災者は、過重労働により精神疾患に陥り、その疾患の苦痛によって多量服薬を繰り返し、その結果死亡したものであると判断して、母親の請求を認めた。

この事件では、被災者と同期入社の人にも、不調を訴え、休職し、退職を余儀なくされた者が数名いるなど、職場全体の労働条件に大きな問題が推認されるような事件である。しかし、本稿との関係で指摘しておきたいことは、被災者が、多量服薬を繰り返しており、医師もそれを十分に知っていたということである。被災者は、多量服薬の事実をブログに書き込んでおり、最後に服用した薬が明らかになっている。それによれば、服用した薬の種類は、デパケン（抗てんかん薬、気分調整剤として使用される）、パキシル（抗うつ剤）、トリプタノール（抗うつ剤）、メイラックス（抗不安剤）、コントミン（抗精神病薬、主に統合失調症や躁病に使われる）そして、マイスリー（睡眠薬）であ

---

27) 東京地裁判決（労判965号12頁）からの引用。

る。このほかに、ベグタミンA（抗精神病薬、主に統合失調症や躁病に使われる）も処方されていたらしい。しかし、パキシルは、添付文書情報<sup>28)</sup>によれば、重要な基本的注意として、「若年成人（特に大うつ病性障害患者）において、本剤投与中に自殺行動（自殺既遂、自殺企図）のリスクが高くなる可能性が報告されているため、これらの患者に投与する場合には注意深く観察すること。」「自殺目的での過量服用を防ぐため、自殺傾向が認められる患者に処方する場合には、1回分の処方日数を最小限にとどめること」とされているし、主に統合失調症の当事者に処方されるコントミンやベグタミンAが、抑うつ状態の被災者に処方されているなど、素人目にも処方の在り方に疑問を生じる。実際に、精神科医療に通院し、あるいは入院しながら、多量服薬により死に至る人々は少なくなく、重要な社会問題となっている<sup>29)</sup>。そして、被災者をこのような精神医療の混沌の中へ、最初に紹介したのは、会社の産業医である。

被災者は、2回休職をし、2回目の復帰の直後に死亡している。問題は、1回目休職後の復職時の様子である。休職は2ヶ月半程度であったが、その後、産業医との面談を行い、「時間外労働・出張等について業務軽減措置を取ることを条件に『再出勤可』」となり、出勤を始めた。ところが、その後、復職から2ヶ月半で、今度は、産業医は「うつ状態が回復したため規制は解除します」と意見を出し、業務軽減措置が解除された。この業務軽減措置の解除によって、被災者の時間外労働は再び増加し、症状が悪化し、被災者は多量服用を繰り返すようになった。

上述したように、確かに、精神医療のあり方は、この事件においても重要な論点の一つである。しかし、本稿との関連でより重要な問題は、なぜ、会社の産業医が、業務軽減措置を解除したのかということである。そもそも、被災者

28) 医療用医薬品の添付文書情報はインターネットで公開されている。[http://www.info.pmda.go.jp/psearch/html/menu\\_tenpu\\_base.html](http://www.info.pmda.go.jp/psearch/html/menu_tenpu_base.html)

29) 精神医療の現状については、多くを、誤診・誤処方を受けた患者とその家族たち／笠陽一郎編著『精神科セカンドオピニオン—正しい診断と処方を求めて』シーニュ（2008年）に依拠している。

の精神疾患の原因は過重労働である。たとえ被災者が完全に回復していたとしても、被災前と全く同じ労働条件／環境で作業を行えば、やはり以前と同じように健康を害することは容易に理解できるはずである。この会社の産業医、あるいは会社自身が、精神疾患の原因が長時間労働等の労働条件／環境にあるということを理解していなかったということなのだろうか。投薬によって「健常者」と同じような心身を取り繕いながら、過酷な労働条件を甘受することを、会社も医療も労働者に求めていた。そして、被災者は、その会社と医療の期待に答えるべく、自らが「健常」の「標準」に届くよう、服薬を繰り返して亡くなったのである。

実は、精神疾患の原因が過酷な労働条件／環境にある場合、精神医療が、環境を変えずに投薬を続けようとする考え方は、精神医療には一般的なことのようにある。ここで冒頭の「こころの健康政策構想会議」の提言書を思い起こそう。「すべての問題の基礎には、こころの健康の問題が」とあると主張し、こころの健康を取り戻すための医療こそ「緊急の社会問題の解決を」もたらすという考え方が、この事件の背景にあることが理解できよう。しかし、医療は完全からほど遠いものでしなく、むしろ、安易に医療につなげることにより、労働者の健康／生命は直接危険にさらされることさえある。このような仕組みが労働者の健康にとってよいものであるとは、到底信じることはできないだろう。

## むすびにかえて——雇用における障害者差別禁止

はたして、雇用における障害者差別禁止とは、具体的に、どういうことを意味しているというのだろうか。カムアウト（自らの障害の告白）が強制されず、パス（障害を秘匿して「健常者」として生きること）もカバー（障害があっても「健常者」と同じように働くこと）も強制されない。それでいて、「健常者」と同様に就労し生活する。それは、夢でしかないのだろうか。

「健常者」と同様に取り扱われることが夢でしかないとしても、カムアウト



したところで、労働条件／環境についていかなる「配慮」が施されるのだろうか。単に、精神医療という名の混沌の中に投げ込まれ、医原病という新たな苦痛を引き受けながら、労働を強いられるだけなのではないだろうか。つまり、精神の「標準」から外れた労働者は、労働条件に対する異議申し立ても許されず、「配慮」という施しを求める代わりに、自らの身体に医療の介入を強いられる。それが、精神病患者の視点から見える、労働者の精神健康診断の義務化という政策の風景である。この政策によって、精神病患者から剥奪されるものは、異議申立ての声である。しかし、障害や疾病を抱えていると否とに関わらず、異議申立ての声を失って、どうやって自由で平等な社会を作り上げていくのだろうか。自由で平等な社会を構想する、想像力と創造力という力を「健康」という名で抑圧するものが、精神の健康、すなわち、精神の標準化政策である。とすれば、問題は、広くすべての人々の自由と平等にかかわるものではないのか。おそらく、障害者／病者は、夢でしかない自由と平等を、それでも追い求め続けるだろう。そして／しかし、「健常者」は、自由と平等の夢を売り渡し、安泰だが狭隘な社会に適応しようと「標準」にしがみつく。