

脆弱化する労働者の保護に関する覚書

—— 日本政策金融公庫（うつ病・自殺）事件（大阪高判平成26年7月17日
労判1108号13頁、大阪地判平成25年3月6日労判1108号52頁）を参考にして

笹 沼 朋 子

一、はじめに —— 脆弱化する労働者

日本における現代の労働者は一般に、精神的に脆弱化している。本稿は、このような脆弱化している労働者の精神病発症あるいは自死を防止するために、職場は何をすることができるのかについて、一つの考察を試みたい。その検討過程において、実は、労働者の自死を阻止するための対策は、労働者の主体性と矛盾するものであり、ここに、労働者の保護と主体性の対立という、古くから存在している論点を突きつけられるものであることが明らかになる。

労働者の業務上起因する精神病、特に「うつ病」の原因について、厚生労働省は、「ストレス—脆弱性理論」に基づくものと考えており、過労自殺裁判等でも、この「ストレス—脆弱性理論」を、もっぱら業務と病気の相当因果関係を検討する際の基本姿勢として採用している。この「ストレス—脆弱性理論」は平成11年の厚生労働省の諮問による「精神障害等の労災認定に係る専門検討会報告書」¹⁾によって、労災認定の基準として有力なものとして指示されてき

1) 精神障害等の労災認定に係る専門検討会「精神障害等の労災認定に係る専門検討会報告書」（1999年7月）

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000u8t2-att/2r9852000000u8y3.pdf>)。

た。この平成11年の報告書によれば、精神病の病因は必ずしも明らかとなっておらず、また、その病因の診断も専門家によって判断が異なるところから、業務に起因する疾病を、病因ではなくて、主にその症状から分類した世界保健機関 WHO の分類である国際疾病分類第10版 ICD-10に基づいて限定することとした。しかし、労災認定は、疾病の因果関係を問う作業であるため、症状に注目した ICD-10の分類のみでは認定作業には不十分である。そのため、病因を「ストレス-脆弱性理論」で補うこととなったものである。

「ストレス-脆弱性理論」とは、「環境からくるストレスと個体側の反応性、脆弱性との関係で精神的破綻が生じるかどうかが決まるという考え方である。ストレスが非常に強ければ、固定側の脆弱性が小さくても精神障害が起こるし、逆に脆弱性が大きければ、ストレスが小さくても破綻が生ずる」という説である²⁾。多くの場合、うつ病を発症しやすい性質として、まじめで几帳面、かつ我慢強い性質、いわゆる「メランコリック親和」な性質が指摘されている。しかし、こうした性質は、同時に、職業人として好ましいと考えられているため、労働者の多様な個性の一つとして通常想定されている範囲内であると認定され、裁判所は被災者に固有の脆弱性として認定することはほとんどない。

しかし、冒頭で触れた「労働者の脆弱性」とは、このメランコリック親和

2) 同上報告書5頁。

3) 平成26年の自殺者は、25,427人で、平成21年より減少傾向にあるとはいえ、未だ高い水準にある。なお、このうち勤労者は7,164人である。内閣府「平成26年中における自殺の状況」(<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/h26.html>)。また、平成25年度の精神障害の労災申請は、1,409件（うち自殺は177件）と過去最高となっている。「平成25年度 脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況」(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000049293.html>)。臨床医の対談である『うつ病治療 —— 現場の工夫より』メディカルレビュー社（2010年）では、最近では軽症のうつ病患者が非常に増加しているという発言がある（88頁、渡邊衡一郎氏の発言）。

なお、加藤敏氏は、「われわれの研究では、職場での明らかな問題が契機となったと判断された事例を『職場関連群』と規定した。その比率は65%（55例）で、職場で明らかな契機となりうる問題がなかったと判断された『非職場関連群』の事例34%（29例）に比べ、有意に多かった。非職場関連群のうち、発病時、最初の気分障害の病相では職場関連群に入る病態と判断される例が一部(8)あり、これを含めると職場関連群の比率は73%という高い値をみた」と説明している。『職場結合性うつ病』（2013年）金原出版53頁。

な性格とは直接関係ない。統計上、多くの労働者が自死に至っており³⁾、それも、就職活動に失敗した若者の増加など、従来は考えられないような原因で自死に至っている。こうした自死者の増加について、その原因として、景気の動向や就労環境の変化などを上げることもできる。しかし、他方で、よりいっそう厳しい状況にあった時代であっても、これまで自死者が必ず増加するわけではなかったし、また、近年効果的な抗うつ剤が広く導入されているにもかかわらず、自死者の人数が減っていないことも併せて考えると、この自死者の多さは労働者の脆弱化を意味していると考えの方が自然である。

この点について、最近の医療人類学の成果では、精神病には流行があることが指摘されており、数々の興味深い報告がなされている。つまり、権威ある場面で、ある症状の特定がなされ、その症状と病名が一般に周知されることにより、その疾患が流行するというのである。人間は、何か非常に強い苦しみを持つと、身体がその苦しみを表現する方法を選択するものである。表現とは、他者への情報伝達手段であるから、周囲に認知されている方法が無意識にでも選択することになる。他方で、医療専門家は、類似の症状について、類似の疾病を見いだそうとして、分類する。そうして、摂食障害の一つである拒食症が全世界に流行し⁴⁾、そして、日本におけるうつ病の増加も興味深い現象として研究の対象として、国際的に注目されている⁵⁾。

4) イーサン・ウォッターズ(阿部宏美訳)『クレージー・ライク・アメリカ——心の病はいかに輸出されたか』紀伊國屋書店(2013年)第1章およびそこで参照されているSing Lee氏の多くの論文は、いかに摂食障害が地域文化によって異なる病因をもつ異なる病態であるかを詳細する。そして、そうした多様な病気が、文化と情報の伝播に応じて、同じような病態へと変容し、流行するさまを分析している。Sing Lee, *Self-Starvation in context: towards a culturally sensitive understanding of anorexia nervosa*, *Social Science Medicine* vol.41, no.1, pp. 25-36, 1995を参照のこと。わたしの個人的な経験から、日本の身近な環境にあっても、香港で最初に発見された拒食症の病態と、軽症だが類似のものを見いだすことも少なくないように思われる。それは、美しくなるためにやせたいという願望とは無関係の、太りたいが食物をうけつけないという症状である。

5) 北中淳子『うつ病の医療人類学』日本評論社(2014年)、Junko Kitanaka, *Depression in Japan: Psychiatric Cures for a Society in Distress*, Princeton U.P., US, 2011. なお、同上イーサン・ウォッターズ224-295頁第4章「メガマーケット化する日本のうつ病」は、北中淳子氏の研究成果より多くの示唆を受けて書かれたものである。

日本におけるうつ病の流行について実証的な研究を行った北中淳子氏によれば、日本における業務に起因するうつ病診断の増加は、過労自殺に対する使用者の責任を認めた電通事件判決の影響も大きいという⁶⁾。また、日本における新しい効果的な抗うつ剤である SSRI の到来と、その宣伝効果も大きな影響を与えたとされている⁷⁾。つまり、こうした事件や広報により、うつ病が一般に認知され、社会に許容されるに至ったということである。さらに、さまざまな実証的研究から、精神病とは、実は社会文化的な疾患という要素を持ち、したがって、特定の人間の精神病に対する脆弱性そのものも、社会文化によって作られ育てられていくものであるということが、次第に明らかになっているのである。うつ病の流行を特に研究対象とする北中氏はうつ病に関して、「うつ病に関してとくに重要なのは、この病には、ストレス状況→発症という直接的な因果関係以上に、そのストレス状況を（本人や周囲が）どう解釈するのかという主観的・文化的要因が強く関係している事実だろう」と指摘している⁸⁾。

このような興味深い分析は、労働者の健康をめぐる政策に当てはめると、深刻な問題を提起しているように思われる。つまり、日本における労働者に対して、過労による精神病を予防するための対策が、ときとして、「うつ病」を強調することになり、かえって労働者を精神病に親和的な状況に置く可能性があると考えられるからである。そしてまた、このような分析は、労働者の精神病の増加が、景気や職場慣行の変化というような外的環境要因の変化だけではなく、労働者自身の脆弱性の変化によって引き起こされていると考える必要があると示唆している。この点については、例えば、就職活動に失敗したことを理由とする若年労働者の自死の増加⁹⁾ が思い起こされる。若年層のこのような

6) 東京地判平8年3月28日労判692号13頁、東京高判平9年9月26日労判724号13頁、最二小判平成12年3月24日民集第54巻3号1155頁。おそらく、社会に与えたインパクトという意味では、確定する以前の1996年、地裁判決のあった時点ですでに大きな影響を与えたと考えられよう。

7) 「うつ病啓蒙キャンペーンは、『過労の病』『ストレスの病』としてのうつ病に注目することで、この病にある種の社会的正当性を与えることに成功した」前掲注(5)北中15頁。

8) 前掲注(5)北中166頁。

自死の増加は、たしかに、不況と就職難などの外的要因である程度説明がつく。しかし、就労は、生活し生きていくための手段でしかない。就労できないから生命維持が不可能になるということはあっても、就労不能を理由として生命を断つというのは、本末転倒の事態である。本末転倒するのは、まさに、就労こそ生命維持の目的であるという誤った観念が、若年労働者に内面化されているからであると考えべきだろう¹⁰⁾。このような内面化は、近年の職業訓練を重視する教育制度によって増強されたと考えることもできるかもしれない。教育の場での職業訓練は非常に重要である。しかし、教育の本来の目的は職業を得ることだけではないはずである。人間として生きるということの意味を熟考する機会を持たず、つまり、教養教育を重視することがなければ、どうやって就職難を生き抜くことができるのだろうか。教育の場において、就業こそがすべてであるかのような言説が、若年労働者の精神の脆弱化を進めているのではないかと考える。

しかしながら、政策は、このような労働者の脆弱化について気づいているようには思われない。したがって、このように脆弱化していく労働者を精神病や自死の危機などから、いかにして保護していくのか、改めて検討していく必要があるだろう。労働者の脆弱化を助長するのではなく、阻止するためにこそ、法が働くことができるのか、それはどのような役割・働きなのか、検討を進めていく必要があるのではないかと考えている。

脆弱化していく労働者に対する保護のあり方を考察するにあたり、本稿では、平成26年7月17日大阪高裁で判決された日本政策金融公庫事件の事案を検

9) 30歳未満の自殺者のうち、就職に失敗したことが原因となった件数は、2011年に150件となり、注目を浴びた。その後、2014年には111件まで減少したが、以前高い水準であり、他の年代と比較して非常に高くなっている。警察庁「平成26年中における自殺の状況」付録1 (https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/H26/H26_jisatunojoukyou_02-1.pdf)。

10) 本稿で検討する日本政策金融公庫事件においても、亡くなったKは、公庫で就労を続ける将来の意味を悲観していたと認定されている。また、たとえば、岡山県貨物運送事件(仙台高判平成26年6月27日労判1100号26頁)では、亡くなった労働者は24歳であるが、解雇されるかもしれないということに対して、非常に強く不安を覚えて、それが抑うつ状態の原因の一つとなったと認定されている。

討することから始めたい。この事件では、数名の医療専門家の鑑定が引用されており、特に「Kの注意欠如・多動性障害的な課題を順序立てることが困難な性格・行動特徴」¹¹⁾ という鑑定に着目したい。注意欠陥障害等の発達障害についても、その診断はここ数年で急激に増加しており、つまり、一種の「流行」が生じており、対応のいかんによっては深刻な状況を迎えることになると考えられるからである。

二、日本政策金融公庫事件¹²⁾ にみる問題点

(1) 事実の概要と判決

(事実の概要)

Kは、昭和41年生まれで、X₁とX₂の息子であり、X₃の夫であったが、平成17年7月7日に、自死した。X₁らは、この自死は、Kの勤務していたYの安全配慮義務違反もしくは不法行為によるものであるとして、Yを訴えた。一審では、ほぼX₁らの請求を認めたため、Yが控訴。控訴審ではX₁らの請求を退けた。

Yは、農林漁業金融公庫法に基づいて、農林漁業者に対して長期かつ低利の資金を融通することを目的として設置された法人である。Kの業務は、農業融資担当および筆頭調査役であり、まじめに職務遂行していたが、他の職員と比較して特に過重な負担を負っていたということはなく、むしろ多少負担の少ないほうだった。しかし、共稼ぎの妻と離れて暮らしていたA支店時代（平成17年3月31日まで）においては、早くに入社して職場で朝食を取るなどしていた

11) 成人の注意欠陥障害や広汎性発達障害については、当事者の視点からは、ニキ・リンコ『スルーできない脳—自閉は情報の便秘です』生活書院（2008年）が優れて分かりやすい。支援者など第三者の立場から書かれたものは数多いが、さしあたりノンラベル・田井みゆき『パスポートは特性理解』クリエイツかもがわ（2009年）を上げておく。その他、治療の方法等については神田橋條治ほか『発達障害は治りますか?』花風社（2010年）が平易で秀逸である。

12) 日本政策金融公庫（うつ病・自殺）事件（大阪高判平成26年7月17日労判1108号13頁、大阪地判平成25年3月6日労判1108号52頁）

ために、時間外労働は多くなる傾向にあり、特にB支店に転勤する直前である平成17年2月7日からの1ヶ月は、一審裁判所の認定によれば、99時間38分に及んだ。また、同年3月9日より4月7日については、64時間03分になった。しかし、同年4月1日に転勤したB支店では、時間外労働の削減が方針となっており、時間外労働が容易に認められなくなったため、時間外労働時間は激減し、平成17年4月8日から5月7日までは0時間、同年5月8日から6月6日までは31時間35分、同年6月7日から7月7日までは24時間10分に過ぎなかった。X₃は、Kの転勤を機に、それまで勤めていた仕事を辞めて、平成17年4月よりKと同居を始めている。しかし、それ以前A支店時代には、Kは週末にX₃の元に滞在するため、長距離の移動を繰り返していた。

(一審) 請求一部認容。

KのA支店での業務上の負担は、量的にも心理的にも、過重であるとは認められない。しかし、平成17年「2月から同年3月末までの業務は、労働時間という観点から見て、心理的負荷は大きかったといえる」。「さらに続いて、Kは、この平成17年3月末までの心理的負荷による疲労を解消しないまま、B支店での業務を始めたといえる」。そして、「Kの従事していた業務自体は、他の職員と比較して特段過重なものではなかったとしても、業務の遅れがちであったKにとっては、特に、異動直前の業務が滞留して相当過重であったと認められるし、B支店に異動してからも、事実上自由に残業できなくなったことによって業務の遅れが顕在化し、うつ病発症後もそれに対する上司の注意や叱責が特に本件自殺前に何回かあったと認められる」。

「Yは、Kがまじめで穏やかな性格で、時間外労働を相当しても業務がなお遅れがちであったことを……認識していたのであるから、そのKの性格や勤務状況について配慮することが可能であった。しかし、Kに対して、形式的な入庫以後の年数から筆頭調査役としての役割を期待し、K自身が十分自覚している業務の遅れを叱責して、心理的負荷を蓄積させるばかりであったといえる。Yは、Kの健康状態を悪化させることのないように配慮ないし注意し、K

に合った業務や対応をするについて十分な考慮もなく、適切な措置等を取らなかったといえ、このようなYの行為は安全配慮義務や注意義務に反するものである」。

「なお、仮に可能な限りの配慮や注意をした場合でも、業務成績が上がらず、例えば給与や賞与といった面で業務の評価は低くなることもあり得るが、これは、当該労働者の問題としてやむを得ないものであり、このことは使用者の労働者の健康等に対する安全配慮義務や注意義務とは別の問題である」。

「Kは、Yにおける勤務経験も14年と比較的長く、管理職ではないもののそれに準じる地位にあり、新人とは異なることなどからすれば、何らかの健康上の問題があれば、Kからの申出や相談があることも期待できる状況といえ、Yとして、Kの健康状態の悪化に気づきにくかったことは否定できない。また、労働者は、一般の社会人として、自己の健康の維持に配慮すべきことが期待されているのは当然であるが、Kは、A支店に勤務当時は、朝食をYにおいて取るなどしてYに滞在する時間を自ら長くし、休息の時間を適切に確保して自己の健康の維持に配慮すべき義務を怠った面があるというべきである」。「そして、Kの上記行為は、うつ病発症による自殺という損害の発生及び拡大に寄与しているというべきであるから、……損害額を3割減じることとする。」

(控訴審) 控訴認容、原判決取消

「A支店G課勤務当時、平成16年11月から平成17年3月末までの間に、Kの時間外労働が月に100時間前後ある月が2回あったが(ただし、連続した2か月ではない)、長時間労働が恒常的であったとは認められず」、自殺直前の3ヶ月間の時間外労働は長時間ではないこと、早出をして職場で朝食を取っていたりした時間が含まれていることを考えても、「本件自殺の7か月前から(A支店勤務及びB支店勤務を通じて)の労働時間等から検討してもKの業務が過重であったとは認められない。また、Kの業務内容に照らして業務の困難度が高度であったとか、労働密度が過重であったという事情も認められないことからすれば、この点からみてもKの業務が過重であったとは認められない。」

「B支店での時間外労働時間の管理の取組により、始業時刻前及び終業時刻後の時間外労働が制限されていたことが、それまでのKの長時間をかけて仕事を処理するスタイルとは合わなかったことが、同（平成17年 筆者注）5月ころからKに一定の心理的負担をもたらしたこと、また、Kが、同年6月ころ、当時Yで行われていた改革論議によりこれまでのYと変わっていくことについて、Y職員としての将来に不安感や悲観的な気持ちを有するようになったことに加え、同年4月以降、X₃と同居することを前提に、それまでの週末のみを一緒に過ごすという生活からある程度まとまった期間を一緒に過ごし、またある程度まとまった期間別居するという生活の変化により、ある程度まとまった期間別居することに一定程度の抑うつ気分を感じるようになり、さらに、X₃との同居後は、X₃との同居による生活の変化がKに一定程度の心理的負担をもたらしたことが相まって、Kは同年6月20日ころには、軽症うつ病を発症したものと認められる」。「そうすると、KのA支店及びB支店での業務が過重であることによりKに大きな心理的負担をもたらしたとは認められないこと、B支店での時間外労働時間の管理の取組がKに一定の心理的負担をもたらしたとしても、これをもって、社会通念上、業務に内在し又は通常随伴する危険が現実化したものと評価することはできないこと、KのYの職員としての将来に対する不安感や悲観的な気持ちも、Kの担当する業務に内在し又は通常随伴する危険が現実化したものと評価することはできない……、また、……業務以外のKの生活の変化による心理的負荷が認められることを総合すれば、Kの発症した軽症うつ病とKの担当した業務との間に相当因果関係があるということとはできない」。

(2) 制限された労働時間がもたらすストレスについて

本事件の特徴は、(1)自死した労働者の職務について、他の労働者と比較して、客観的に過度の負担を与えられていた形跡がないということ、(2)自死した直前の時間外労働が過重ではないこと、(3)自死するより数ヶ月前に100時間に近い時間外労働があったこと、(4)自死した労働者は、時間内に業務を終了させ

ることに困難を生じており、短時間で仕事をこなすことに苦痛を感じていた兆候がみられることである。

そのため、一審裁判所は、労働者の自死の原因を、転勤前の職場における長時間労働がうつ病を発症させ、転勤後、休息を回復することができずに就労しつづけたことが、うつ病を増悪させ、自死に至ったと判断した。他方で、控訴裁判所では、業務の過度の負担がみられないために、私生活上の問題を含む複合的な要因により、転勤後に軽うつ病に発症し、自死に至ったとして、労働者の業務起因性を否定したものである。

この点に関して、控訴審判決にはいくつかの医療専門家の意見鑑定書が引用されている。ここでは、2つの意見書を参照する。

Q 医師の見解：

「同月（＝6月 著者注）末に一審原告X₃に自殺をほのめかす言動をしていることからすれば、同月中旬にうつ病を発症したと考えるのが妥当であるとし、同年（＝平成17年 著者注）7月1日から6日にかけて食欲や気力が著しく減退し、体重も急激に減少していたことから、同年6月中旬ころに発症したうつ病が急速に増悪したものと認められ、強い希死念慮を惹起し、同年7月に衝動的な自殺に至ったものと考えられる。」そして、「Kのうつ病の発症の原因としては、B支店における労働時間管理が、非効率に長時間かけて仕事をする癖が身についてしまったKにとっては、やりにくいと強く感じ、それが徐々に強い精神的ストレスになり、また、公庫の改革や政策金融改革など将来の公庫を取り巻く環境が大きく変化することが予想され将来への不安感が徐々に増大し、さらに、一審原告X₃との同居の開始により、生活のペースを自分で決めることが難しくなり、同居に伴う一審原告X₃の退職により一家の大黒柱としての責任の重圧を感じたことによるものである」。

R 医師：

「Kのうつ病の発症の原因としては、Kの注意欠如・多動性障害的な課題を順

序立てることが困難な性格・行動特徴からA支店時代に早朝出勤をして長い時間をかけて仕事をする癖が身についてしまったところ、異動したB支店で実施されていた時間管理が自分にとって合わないと感じるようになり、いらだち焦りが募ってストレスが増していったことと、一方で、Kが強く甘えてきた一審原告X₃が同年（＝平成17年 著者注）6月18日から完全同居に至ったことで荷下ろし状態になり、それらが契機となったもの」。

以上の医療専門家の意見を総合するならば、自死したKの傾向として、注意欠陥障害のような素因があり、そのため、Kは、A支店での職務遂行について、通常の労働者以上に時間をかけることとなったと考えられる。そのため、このA支店での長時間労働はKの個人的素因として処理されている。また、B支店では時間外労働の制限が行われており、そのことがかえってKにストレスを与えていたと考えられる。

一般に、長時間労働により心的負担は過重となると考えられ、現在の政策においては、時間外労働を短縮するよう指導されている¹³⁾。そのため、Kのように、短時間で業務を遂行することに強いストレスを感じる労働者の場合、そこに業務起因性を認めていくことは、使用者としても、裁判所としても躊躇を覚えることは理解できる。しかし、責任を回避すべきというリスク・マネジメントの視点から控訴審判決に問題がなかったとしても、自殺予防対策という観点から、使用者には自死を予防するために何かができるのかを考察することは、意義のあることである。仮に使用者が業務の遂行に遅れがみられることを認識していた場合、使用者は、その労働者に対して何もできないのだろうか。あるいは、何もすべきではないのだろうか。従業員の自死を予防するための措置はいかにあるべきかという、あるべき政策上の争点は残ることになる。

13) 労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関する基準（平成13年4月6日付け基発第339号）。また、厚生労働省は、2014年11月に「過重労働解消キャンペーン」として、重点的な監督を、「長時間の過重労働による過労死等に関する労災請求のあった事業場や、若者の『使い捨て』が疑われる事業場など、労働基準関係法令の違反が疑われる事業場に対して集中的に実施した」（<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072217.html>）。

(3) 職務遂行に遅れが出る労働者の苦悩

(2)で紹介した医療専門家の意見鑑定書および控訴審判決から、KのA支店における働きぶりは、まじめに精一杯仕事をしているというよりも、むしろ、ダラダラと時間を無駄に使っているような印象を受ける。これは、一般にうつ病に発症して自死を果たす「メランコリック親和」的な労働者像が、まじめで几帳面であり、我慢強い素質として描かれているのと対照的である。まじめで責任感の強いメランコリックな性質は、企業社会において、むしろ望ましい気質であり、社会において、望ましいと強調されつづけてきた気質である。だからこそ、「うつ病」というそれまでは受け入れがたい病として認識されてきた精神病を、労働者自身も社会一般も、「普通の病気」として受け入れるようになったと評価することもできる¹⁴⁾。「あなたの性質は、うつ病親和的であるが、それはとてもよい性質なのだから、うつ病になることを恥じる必要はない」というわけである。

しかしながら、Kは、本当にダラダラと無駄な時間を過ごし、そこには、過労はなかったのだろうか。仮に、医療専門家がいうように注意欠陥障害という素因を、Kが保有していたとするならば、彼の毎日は、想像以上に過酷なものだったかもしれないのである。

この点については、実は、サリ・ソルデン（ニキ・リンコ訳）『片づけられない女たち』という文献で、すでに2000年に日本に紹介されている。

「ADD（＝注意欠陥障害 著者注）の人々が話題にするのは、ごく普通の日常生活を破綻させずに片づけていく難しさ、そんな当たり前のことができない苛立ちだった。皆、物を片づけられず、時間が守れないばかりか、生き方や自己イメージまでも混乱している。そうして中年期にさしかかるころには、すっ

14) 前掲注(5)：北中では、「脆弱性」というと、十分な検証もないままに、弱さ、遺伝的負因といったネガティブなものが想定されがちであった。ところが日本でうつ病になりやすいとされた『メランコリー気質』は、脆弱性が単純な『弱さ』を示すものではなく、むしろ社会的に広く見られ、時には理想とされる特性でもあり得ることを明らかにした」と分析されている（205頁）。

かり絶望してしまう。若いころは壮大な計画もいろいろあったのに、雑用を片づけられないばかりに、何一つ完成したためしがないのだから。ところがなお悪いことに、ADDの人には、アイデアだけは人並み以上というタイプが多い。優れた思いつきが次々浮かぶのに、どれも計画倒れで、散らかった部屋のそこそこに埋もれている。こうして投げ出したアイデアの残骸を見るたび、自分の情けなさを思い知らされる。

確かに ADD の人々も、一般のクライアントと同様、人間関係で悩んだり、鬱状態に陥ったりすることはあるが、それも実は、見えない障害の副産物であることが多い。」¹⁵⁾

以上によれば、注意欠陥障害の傾向を持つ者にとっては、時間どおりに業務を遂行することは、苦痛と疲労を伴うものなのである。そして、サリ・ソルデンはまた、「本書では、『片づけられないという障害』と、社会が女性に期待する『女の役割』との関係を中心に扱っていく。整理整頓能力の欠如という症状が、社会の決めた『女らしさ』の枠に ADD 女性がはまれなくなってしまう大きな原因になっている。そして、社会の決めた理想の女性像に追いつけないために、本来の実力を発揮できなくなったり、鬱状態に陥ったり、人間関係に苦労したりといった二次的な障害につながってしまう」¹⁶⁾と紹介している。サリ・ソルデンのこの文章における「女性」の部分で、「働き過ぎによって自死してしまうほどの『まじめで几帳面な性格』な労働者を尊重するような現代の企業社会における労働者像」に置き換えてみるならば、注意欠陥障害が故に業務遂行に遅れが出てしまう労働者の苦悩もまた、「片づけられない女たち」と同様、苦痛と疲労を伴うものであるということが理解できよう。

したがって、Kの事情については控訴審判決の判断よりも、むしろ、一審判決の「他の職員と比較して特段過重なものではなかったとしても、業務の遅れ

15) サリ・ソルデン (ニキ・リンコ訳)『片づけられない女たち』WAVA 出版 (2000年) 38 - 39頁。

16) 同上14頁。

がちであったKにとっては、特に、異動直前の業務が滞留して相当過重であったと認められるし、B支店に異動してからも、事実上自由に残業できなくなったことによって業務の遅れが顕在化し」たことは、心理的負荷が相当に大きかったという判断は、Kの状態に近いように思われる。

(4) 脆弱性に中立な判断の必要性

問題は、Kの精神病発症および自死が、Kの注意欠陥障害様の個人的素因、すなわち、Kの脆弱性によるところが大きいか否かということになるだろう。一番は、この点について、労働者の個性の一つとして業務起因性を認めた上で、過失相殺をした。控訴審は、この点については分かりにくいですが、労働者の脆弱性が強いと判断したと考えられる。

思うに、電通事件に代表されるような「まじめで几帳面」タイプの労働者については、その脆弱性を重視せず、他方で通常の生活を滞りなく営んでいるにもかかわらず、業務をきちんと時間内にこなせないKについて、その脆弱性を強く認めるということは、裁判所および企業社会が、労働者像につき一定のあるべき理想像を設定しているのではないかと指摘できる。メランコリック親和型のうつ病は、まじめで几帳面なために、企業における職務命令に忠実に従うという、企業社会には理想的な労働者像である。しかし、それは、自らの生命よりも職務を重視してしまうほどに（そうでなければ、うつ病に発症するまで働くことはできない）、生真面目であるという点で、やはり病的であることには違いない。社会における労働者とは、一般に、このような一定程度の不健康さを抱えて生きている存在であるというのが、電通事件で確認されたのではなかっただろうか。そして、労働者に個性があり、多様性があるというのであれば、この「まじめで几帳面」ではない、別の形の不健康さについても、当

17) そもそも、抑うつ状態を「悪しき状態」と認識することも、生産性を重視する資本主義的発想であると指摘することもできる。たとえば、前掲注(3)神田橋他30頁では、「病気になったことが悪いというより、病気になったからその人は気づけたんだとか、休めたんだというように考えるようになった」というような発言も聞かれている（渡邊衡一郎氏の発言）。

然、企業社会は許容していかなければならない¹⁷⁾。そうでなければ、一定の気質の者だけを優良とする、いわば一種の優生主義を許容することとなるからである。換言すれば、発達障害的な要素に対する差別を生み出すという意味である。

したがって、ストレス—脆弱性理論に依拠するならば、労働者の脆弱性については、あらゆる方向の脆弱性を同じように取り扱うような、脆弱性の質については中立的な判断が必要かと考える。おそらく、この点について、裁判所も、あえて偏見と差別をもって判断したわけではないだろう。しかし、偏見と差別は、いわば社会の根底にある無意識から生み出されているものであるので、労働者側の素因について、中立な判断がなされているか、改めて検証する必要はあると考えている。

三、労働者の自殺を予防するために必要なこと

さて、ここで、仮に日本政策金融公庫事件のKの自死を未然に防ぐために、法は、あるいは使用者には何ができるかにつき、検討を試みたい。

(1) 労働時間管理

第一に、一審判決がいうように、業務の遅れがちなKの仕事ぶりについて、使用者が介入していくことになるだろう。このときKの実労働時間は、「業務が遅れがち」であるか否かを検証し、判断する大きな基準となるに違いない。一般的なメランコリック親和な労働者のうつ病発症を予防するのと同じように、ここでも実労働時間の管理は重要な要素となるのである。したがって、当該労働者の素因に関係なく、労働時間管理および規制は、自死をもたらす精神病の予防には重要な制度であることを、改めて認識すべきであろう。どんな理由があっても、時間外労働が一月に100時間を超えるような働き方は、それだけで重大な問題であるという認識を持つべきである。また、過労に関連する労災事件判決を検討することにより、一般に、職務遂行の準備作業や後片付け

のみならず、記録に残されていない時間外労働が存在しているものがほとんどであるということも明白である。こうした状況を踏まえるならば、時間外労働が一月に100時間を超えていないからといって、安心できないことは当然である。災害の責任が発生する基準である労災認定の基準と、実際に労働者の健康を守るための基準を同様に考えることはできないだろう。むしろ、労働者の健康を守る基準として、労働基準法36条2項の労働時間を延長させることができる基準が、もう少し重視されるべきではないかと考える。

なお、本件における事業主は、定期健康診断の際の問診のほかにメンタルヘルス対策として、「勤務地ごとに専門病院と契約して職員が面接相談できる体制があり、また、平成16年1月5日からはメンタルヘルスについて専門カウンセラーと電話で相談できる体制ができ、これらの案内は職員にされていた」¹⁸⁾。また、業務の自己申告の際にも、業務遂行にストレスを感じているか否かが申告事項となっている。この点において、控訴審判決では、「Kは、職場で、同僚らに心身の異常を訴えたことはなく、心身の不調のために遅刻、早退をしたこともなく、公庫での定期健康診断……でも、Kに心身の異常は認められず、さらに、Kは職場での歓迎会等の行事や支店の職員で行った野球の練習にも参加していた（中略）。そうすると、B支店の上司らにおいて、Kの担当する業務によりKの心身の健康が損なわれることを具体的に予見することは困難であったと認められ、（中略）Kに対する安全配慮義務等の注意義務に違反したことになるということはできない」と評価している¹⁹⁾。しかしながら、実際には、Kは抑うつ状態にあって、自死を果たしているのである。

思うに、自己の精神状態を評価することは、非常に主観的な行為であって、客観的に表現することは困難である。現在のこの状態を、「疲れている」と表現するのか、「やや疲れている」と表現するのかは、難しい。特に、抑うつ状態にある場合には、理性的な判断も困難となっているため、自己の内面を客観

18) 地裁判決、労判1108号65頁。

19) 労判1108号52頁。

視することは容易ではないだろう。また、自己の精神状態は、そのまま職務能力の評価にも繋がりがねず、そうした不安を抱えている労働者が、正直に自己の状態を包み隠さず話をするのできるだろうか。厚生労働省が作成したストレスチェック²⁰⁾でも、自己の状態を客観的に把握でき、包み隠さずに表現できなければ、ストレスを見つけることは困難である。例えば、「疲れているか」という質問に対して、客観的に見て非常に疲れている状態であっても、主観的にそうは感じていない場合もあり、あるいは非常に疲れていると感じても、さまざまな差し障りや遠慮から「ややそうである」と答える傾向は少なくないと考える。すべての項目について、労働者がそのような遠慮がちな回答を行えば、労働者の抑うつ状態は見つけることはできない。このようなチェックで、重篤な抑うつ状態を見つけることは不可能ではないと考えるが、労働者の精神病発症を予防することは容易ではないだろう。

したがって、労働者の精神病発症そのものを予防するためには、労働時間管理などの日常的な労働環境そのものを常に検証し、改善していくことは、きわめて重要であると考えられる。

(2) 職務遂行の方法への介入

労働時間の上限を決め、使用者が時間管理を適切に行ったとしても、Kを自死から救うためには、いまだいくつかの問題が残されている。使用者、具体的にはKの指導を行うべき上司が、業務に遅れが見られるKの職務遂行の方法に、実際に介入しなければならないという点である。

2013年には、障害者差別解消法が制定され、それに伴って障害者雇用促進法が改正されたため、Kが注意欠陥障害であると認定されるならば、合理的配慮を求める権利を得ることができよう。問題は、どのような介入がKにふさわしいか、どのような介入であれば、使用者の負担が少なく、効果的であるかという技術的な問題に移ることになる。しかし、精神障害や発達障害に関して

20) ストレスチェックは <http://kokoro.mhlw.go.jp/tool/worker/> を参照。

は、配慮の方法も一律ではなく、制度設計も難しいと感じる者も多いだろう。多くの場合、精神医療機関への紹介ということに留まるのかもしれない。ところが、残念ながら、精神医療機関の役割は投薬による治療に留まり、労働者が職場において安心して就労するための配慮を設計することは含まれていない。したがって、むしろ、医的に専門的な措置ではなく、使用者が、業務の滞っている状態を客観的に把握することだけでも、労働者の状況を改善することに寄与するのではないかと思われる。

前述のサリ・ソルデンは、注意欠陥障害で職務遂行に問題を感じている女性たちに対して、「職場では、上司や同僚に『NO』と言うこと、『ここまでが限界です』と説明することを覚えなければならない」と説明している²¹⁾。このサリ・ソルデンのような説明を、使用者が労働者に対して伝えることは、使用者に対して過度な負担をかけるようなものではないはずである。

(3) 合理的配慮にまつわる問題

しかし、上述のような、簡単で日常的な助言に留まらず、より積極的に専門的な配慮を想定するならば、問題は少し複雑になるだろう。アメリカにおいても、日本においても、合理的配慮によってK個人は救われることになるだろうが、より根本的ないくつかの問題は残されたまま、解決されないのである。

第一に、それは、Kが法律上の合理的配慮を受けるためには、Kは注意欠陥障害という障害認定を得なければならないという点である。これはKのアイデンティティに関わる問題でもあるが、そればかりではない。同時に、発達障害診断の増加をもたらすと考えられるからである。企業社会において、配慮を受けるために障害者を生み出すことは、本稿冒頭で紹介したように疾病・障害の流行をもたらすものであって、予防の本質とは正反対の措置であることは認識しなければならない。

第二に、より本質的な問題であるが、Kが注意欠陥障害の認定を受け、配慮

21) 前掲注(15)サニ・ソルデン307頁。

を受けることになったとしても、Kの職務遂行上の問題を解決するためには労働時間のみならず、その職務遂行の方法のすべてを使用者が管理することが必要となるだろう。例えば、現在、うつ病予防のために進められているメンタルヘルス対策において、労働者の精神の状況が使用者が管理することとなっているが²²⁾、その管理がより詳細に、より厳密に行われることを意味する。しかし、それでは、労働者が、その職務を遂行するという上で、なんら主体性を持つことができないということなのだろうか。確かに、Kの職務遂行に対して、使用者は介入し、整理整頓の仕方、ものの考え方、あるいは日常生活の送り方に至るまで、きちんと指導すれば、Kの生命は救われたかもしれない。しかし、それでは、逆に、Kの生活は、すべて使用者のために、使用者の考える労働者として存在することとなり、K自身の主体性はなくなっていくであろう。これは、精神障害や発達障害を有する労働者に対する就労支援というだけの問題ではなく、うつ病等を予防するために行われる国家や使用者の様々な施策を通じて、広く一般の人々にかかわる問題となるだろう。そして、自死を結果としてもたらすうつ病などの精神病が、人間の精神の脆弱性にかかわる疾患であるならば、労働者の主体性を損なうこのような政策は、労働者の精神世界に深く侵食していくこととなり、労働者の独創性や積極性は損なわれていくように感じられる²³⁾。

(4) 労働者の主体性

したがって、問題の焦点は、労働者がその主体性を失うことなく、その労働条件を確保するために、法が何を行うべきなのかという点に移ることになる。

この点について、明確な解答を得ることは難しいだろう。しかし、解答を得るために行うべき作業はいくつか存在している。第一に、何が「労働者の主体性を奪う措置」なのか、あるいは何が「労働者を脆弱にする措置」なのか、よ

22) 2015年より、労働者は使用者の指示に従い、ストレスチェックを受けることとなった。

23) サリ・ソルデン氏は「何よりも重要なのは、『自分が本当に行きたい所を目的地に選ぶ』という点に尽きるだろう」と述べるが、とても参考となる。前掲注15)238頁。

りいっそう厳しく吟味する必要がある。ここでは、その詳細について検討することはできないが、例えば、労働者に対して、画一的にその精神の状態を告知させる、現在のメンタルヘルス対策はどうだろうか。この対策は、一定の精神状態、一定の性質を理想として、それ以外の性質を「悪しきもの」として排除するものとならないだろうか。それは、つまり、労働者の多様性と主体性を損なう方向に働かないのだろうか。

伝統的に、日本や欧州の一部の地域では、抑うつ状態を必ずしも「悪しき状態」とは考えてこなかったと言われている。自己の心理や精神を内省する、人間が生まれてきたことの意味を問う大切な気づきをもたらす時間と考える傾向にあった。これに対して、アメリカ合衆国は抑うつ状態を「悪しき状態」と考え、薬を飲んででも積極的な性質に生まれ変わろうという傾向があったと指摘される²⁴⁾。日本におけるメンタルヘルス対策においては、疾病の診断について、ICD-10の他、アメリカ合衆国で生まれて広く利用されている「精神障害の診断と統計マニュアル (DSM)」(現在は第5版) というマニュアルが使われている。つまり、精神病当事者の生まれ育ち、生活している環境を考慮しつつ、この病気の持つ意味を当事者なりに考える余地は与えられずに、アメリカ式の異常に関する診断がなされることになっているのである。これは、自らが成長し、生活している環境における文化と異なる文化基準によって、画一的に、自らの正常／異常を診断されることを意味するものである。このような基準を使用する現代のメンタルヘルス対策においては、自分の状態が異常であるのか、病気であるのか、自ら内省し、納得するような時間と空間は保障されると言えるのだろうか。そして、そのような現代の医的環境にあって、労働者

24) アメリカにおいて「うつ病」の診断が増加した背景には、プロザックという SSRI の発売により、「これまでは精神療法によって暗い性格を変えようとしていた人たちが服用するようになり、『プロザックを飲んで明るい性格になった』『幸せの薬だ』という報告が増えた」という事情もある。前掲注(5)北中3頁。これに対して日本においてうつ病という診断および SSRI という治療薬が流行できたのは、前に述べたように、「まじめで几帳面な」性格はうつ病になりやすいと言われているが、こうした性質は日本にとって美徳とされていたからである。

あるいは精神病を有する労働者の主体性が守られることになるのだろうか。現在の政策では、脆弱な労働者、抑うつ状態にある労働者は、企業や国家によって一方的に保護されることはあっても、同時に、平等な尊厳を与えられることはないように、わたしには感じられるのである。

第二に、精神病に対して、その主体性を失うことなく克服していった成功例を研究していくことである。成功例として、前出北中淳子氏は、日本の当事者らによる自助活動を紹介している²⁵⁾が、わたしは、同書で紹介されている別の例として、以下の文章を引用する。

「……1950年代～70年代にかけての抗不安剤・精神安定剤が大流行した北米の歴史的経緯である。

当時、この薬が *housewife's little helper*（主婦の助っ人）と呼ばれ、女性に広く使われた背景には、閉塞的社会状況があったことが指摘されている。戦時中、男性の欠員を埋めるため、社会のあらゆる領域に進出し、一時的な男女平等を経験した女性たちは、戦後再び主婦役割に閉じ込められる。そのなかで生まれた不満や自己実現への焦燥感を、抗不安薬が社会的に「和らげる、役割を果たした」といわれている。1970年代末には薬の依存性が問題になり、80年代に抗不安薬の流行は急速に終息していくが、みずからの不安や欲望に耳を傾け始めた女性たちが、薬だけに頼ることなく、自分自身の生き方を変えることで社会を変革していった経緯は重要であろう。」²⁶⁾

以上の引用は、フェミニズムの運動がアメリカのうつ病流行を一掃した例で

25) 前掲注(5)北中145頁以下。経験から、当事者の自助活動は当事者の回復に大きな効果があると感じている。抑うつ状態などの病態をよく理解し、服薬している薬の効果と副作用を実感しており、病気そのものに対する感情や周囲の反応について最もよく理解している者は、病気を経験し、実際に服薬をしている当事者なのである。しかしながら、自助活動には問題がないわけではない。当事者は、得てして自らの経験を一般化しやすい。個別具体的な悩みが世の中に存在することを失念する場合も少なくないからである。

26) 前掲注(5)北中168頁。

ある。それは、当事者が、社会通念に疑問を抱き、自己に内面化されたその観念を壊し、社会を改革していったという積極的な方法である。おそらく、わたしたち日本の労働者に必要なことは、自己に内面化された、この日本企業社会における労働者像という観念に疑問を抱き、自己内部から打ち壊し、さらに社会を語る勇気を持つことではないかと考えている。

むすびに代えて

SSRI という画期的な抗うつ剤が世に送り出され、うつ病は「こころの風邪」と表現されるほど、一般に知られる病気となった。しかしながら、実際のところ、この病気の原因も解明されておらず、またその治療法も確立しているものではない。平成11年の報告では、うつ病は「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考えられる。(中略)原因となった業務によるストレス要因を取り除き、治療を開始してから、うつ病にあっては多くは3～9か月、神経症にあっては概ね数週間から6か月とされている」と記述されている²⁷⁾。東芝(うつ病)事件でも、使用者は「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、最終出勤日である平成13年10月6日以降、今日現在まで6年間以上も会社業務(原告が主張する病気発症の原因)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、原告の病気発症の原因は業務に起因するものではない」²⁸⁾と主張した。しかし、実際には、うつ病が慢性化し、遷延化する傾向は非常に多い。精神科臨床医としてすぐれた仕事を継続している神田橋條治氏は、うつ病の遷延化について述べ、また、「下手くそに治療するとすぐに境界例(境界性人格障害)を作

27) 前掲注(1)報告書42頁。

28) 東芝(うつ病)事件最二小判平成26年3月24日労判1094号22頁。引用は一審判決、東京地判平成20年4月22日労判965号5頁。

29) 前掲注(3)163頁。

れる」とさえ述べている²⁹⁾。

したがって、うつ病が流行し、なかなか効果的にその流行が収まらないのは、社会状況の厳しさだけではなく、現在の精神医療の責任も大きいのもかもしれない。しかし、それでは、精神病を発症した労働者、あるいは発症するかもしれない労働者は、このような状況の中で、ただ、病の苦しみに堪えて生きていくことしかできないのだろうか。病者とは、そのような弱く、受動的な、治療の対象でしかないのだろうか。労働者とは、使用者から使用され、支配され、搾取されるだけの存在なのだろうか。一部の専門家が主張するように、抑うつ状態は、人々に人生の意味に関する気づきを与えるものとして、わたしたちの生に豊かさを与えることはないのだろうか。そして、抑うつ状態の暗闇にあってなお、そこから人生を取り戻すために人類が発明した道具が、まさに、自由、平等、尊厳という概念であり、権利と名前が付けられたそのものではないのだろうか。であるならば、病者がその道具を行使できるように、適切な形に形成することもまた、法の役割ではないかと考え、今後の検討につなげたい。