

令和元年6月18日現在

機関番号：13801

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2015～2018

課題番号：15K03841

研究課題名(和文) 企業におけるメンタルヘルス対策と組織的職場改善：医療モデルとマネジメント・モデル

研究課題名(英文) Mental Health in workplace and improvement of work environments

研究代表者

荻野 達史 (OGINO, Tatsushi)

静岡大学・人文社会科学部・教授

研究者番号：00313916

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,800,000円

研究成果の概要(和文)：企業メンタルヘルスについて多角的に検討した。まず、職場復帰支援についての政策的、医療的、企業の動向を記述し、企業の取り組みが有する社会保障的な機能と医療保健スタッフによる集団支援的な側面があることを指摘した。次に、一次予防としてセルフケアではなく、職場環境改善を訴える議論が近年の施策に取り込まれる中で、より実効的な議論として求められる要件について検討した。ここでは日本型雇用システムの解体を前提に、ダイバーシティ・マネジメントの有する可能性に注目した。最後に、うつ病休職・離職した労働者による、自身のストレス低耐性を前提とした「主体」の言説に注目し、その含意を検討した。

研究成果の学術的意義や社会的意義

まず、産業・労働領域の「医療化」という動向について、中心的な位置付けをもつ職場復帰支援に着目することで、セルフケアに注目する労働問題の個人化といった議論とは異なる、現代的な医療化のより複層的な機能を検討することができた。次に、日本型雇用システムの解体と「ダイバーシティ」の観念が、メンタルヘルス対策に対して有する意味に自覚的であることが、職場環境改善を唱える議論の質に関わることを指摘したことで、政策評価の視点を提示しえた。最後に、「心的なるものの科学」が「強い主体」化論と整合的であると見なされてきたことに対して、「脆弱性」を前提にした主体化論の出現を捉えたことで、「主体化」の理論的再考を促した。

研究成果の概要(英文)：I have analyzed the occupational mental health in Japan from various perspectives. Firstly, I describe the support programs for reinstatement which have unnoticed by sociological arguments about medicalization. But they have been focused in politics, medical care and companies. I point to its function as social security and the aspect of group support by health staff. Secondly, I argue about qualifications of effective discussions about improvement in workplaces as primary prevention. The awareness of the complex influences of transformation of Japanese employment system and the sensitivities to the implication of the concept of diversity on mental health are essential conditions. Thirdly, I pay attention to the discourse of the Subject which are constructed by workers leaving for work in depression. Their vulnerability to mental stress as unchangeable condition of their life were built into their narratives about their recovery and returning to work.

研究分野：社会学

キーワード：産業精神保健 職場のメンタルヘルス 医療化 心理学化 職場復帰支援 日本型雇用システム ストレス耐性 ダイバーシティ

## 様式 C - 19、F - 19 - 1、Z - 19、CK - 19 (共通)

### 1. 研究開始当初の背景

「過労自殺裁判」や「自殺者の急増」を受けて、1990年代末より現在に続く産業精神保健への政策的取り組みが活発化した。その中心は、医療的モデルに基づくうつ病自殺対策であり、この産業・労働領域の「医療化」現象に対しては、「労働問題の個人化」や逆にうつ病の原因をストレス（職場状況）に求めるがゆえの「罹患者の脱主体化」といった人文社会科学系の議論もなされてきた。しかし、こうした研究が想定している一次予防や二次予防の取り組みは、この間進行した産業精神保健の総体からみるとごく一部の取り組みや言説を問題にしているところがあるため、性急な一般化は避け、より多角的な検討が必要とされた。

### 2. 研究の目的

産業精神保健に関わる諸状況・諸言説を多面的・多角的に記述すること。その上で、その社会的な含意や社会的論議のしかるべき方向性について考察することが本研究の目的である。

医療保健的な、あるいは労務管理的な議論においても批判的な人文科学的視点が組み込まれる傾向は加速していることもあり、産業精神保健に関わる議論も様々に再帰的で対抗的な言説や実践が生じている。そして、また精神的不調を来した労働者（当事者）による情報発信もとりわけ近年には多く見られるようになってきた。

この問題に関わる様々なアクターの、これまで注視されてこなかったが重要な取り組みや言説を把握し、より必ずしも医療化論に限られない多角的な視点から検討することが目的となる。

### 3. 研究の方法

メディア・データを含む文書資料の収集やフィールドワークに基づく質的な研究を行う。とりわけ本研究では、産業精神保健に関わる趨勢・状況の多面性や複層性を捉えるために、多様な取組みや多様なアクターに注目することが、それ自体方法的な特色ともなる。

具体的には、政策的な動向から企業の取り組みに関する文書データ、医療・心理・保健や労働法・労働衛生に関わる諸専門家の論考など、うつ病による休職や離職を経験した者によるテキストの収集、産業精神保健に関わる諸学会および一部専門家が企画する企業社員・行政職員による事例検討会での参与観察、関係専門家へのインタビューなど様々な種類のデータをより合わせながら検討する。この意味では、本研究は、日本社会における「産業精神保健」という現象についてのエスノグラフィックな手法を用いた研究といえる。

### 4. 研究成果

#### (1) 「職場復帰支援」の中心性、動向とタイプ、およびその含意

##### 職場復帰支援の中心性

職業領域におけるメンタルヘルス（以下、MH）対策が、「うつ」や「ストレス」をキーワードとして進展していく状況に対して、既存の社会学的研究は、主に医療化論や心理主義（学）化論に基づく批判を行ってきた。例えば、山田は、「労働問題の『医療化』」という観点から、「労働条件そのものの改善よりも、うつ病や自殺のリスクマネジメントのほうに社会的関心や予算が集中すると、当の労働問題が不可視化される。そして、それが労働者の自己責任を強調すること、ストレスにうまく対処できない労働者が非難されることへと容易に転化することも否めない」（山田 2008:55）と述べている。つまり自己責任論とセットになったセルフケアが焦点化される。代表者もこうした危惧は現在も一定の実現性をもつものと考えている。しかしながら、ここではとくに「職場復帰（復職）支援」を扱う。その理由は何よりも、産業精神保健における関心の高さや取り組みの中心性に求められる。

まず、復職支援の歴史は意外と長いものがある。たとえばある精神科医は、1960年代にもごく一部の企業ではあるが、その取組みがあったと述懐している。そしてとくに、この領域でパイオニア的な精神科医として知られる小西輝夫も80年代半ばに自らの産業精神保健活動を振り返って、大企業が精神衛生管理システムを導入した主たる理由は復職支援、とりわけ復職判定にあったと述べている。本人の希望と主治医の判断だけで復職させた場合、再発だけでなく周囲との葛藤も含めトラブルが多く、そのため復職判定を厳しくする意図もあったようだ（小西 1984:96）。指向は異なるとはいえ、近年でも復職判定は重大事である。

厚労省はMH対策を開始してまだ早い時点、2004年に「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年には改定版も作成している。この作成に中心的に関わった精神科医の島悟は、「企業においてメンタルヘルス教育を行う際に受ける質問の多くは、復帰をめぐる問題であることにみとれるように、職場においては、精神障害で休業した従業員のケアが最も重要で最も難しい課題の一つとなっている」と述べている。また、1993年に設立された産業精神保健学会が2014年に『特別号 職場のメンタルヘルス対策Q&A』を編集した。必要に応じて紙幅や配列を変えたという、この25周年冊子13章の筆頭に「職場復帰」が配置され、多くの紙幅が割かれている。実際、2010年代に入ると、企業が契約する外部EAPの選択基準は、休・復職者への支援体制であるとあるインフォーマントは述べていた。

##### 職場復帰支援のタイプ

復職支援を誰がどのような場で行うのかという点について注目してみると、事業場外/事業場内の2タイプに分けられる。その一部に外部EAP会社を利用するにしても、労働者の休職開始時、休職中から必要となる対応を開始し、やがては復職の可否の判定から、復職後の労働負

荷を統制する(リハビリ)プラン作成、一定期間の状況把握とそれによる負荷等の調整までを、当該企業の産業保健スタッフや人事労務担当者などが中心となって行う場合、それは事業場内支援と呼べるだろう。こちらは厚労省ガイドラインが基本としているものである。

民間企業の取組みについては、まず厚労省が委託事業としている関連情報サイト「こころの耳」に取上げられた22の事例に基づき、その要点を以下に示しておく。どの企業も2000年代に入ってから始めており、保健スタッフ以上に人事や総務部分に非常に熱意ある人物がいたことで立ち上げられている。システムとして重要なのは、「文書化」である。たとえば復職判定で主治医の意見だけでは業務が可能な回復水準にあるかは分からないため、どのような判断材料が必要であるか、どこで誰が決定するかといったルールが一般的に定められていることである。この文書化によって、不調者が受けられる各種保障や支援について知りうるというだけでなく、社内関係者にとって今後の見通しや誰もが同様に対応されるという公平感も醸成されることで様々な効果が生まれる。こうした体制作りによって再休職者の減少など効果も認められている。

事業場外復職支援はリワークプログラムとも呼ばれる。現在では、精神科デイケアや公的な障害者就労支援機関などで多く取り組まれているが、歴史はごく短い。とくにうつ病から一定の回復水準に達した人に対して行われ、睡眠も含めた生活リズムの調整、自己分析、集団認知行動療法、軽作業や運動、そして業務を模した企画書作成・報告・討論などを行うことで、実際の業務も可能な水準に引き上げることを目的として行われる。それまで投薬と休養に治療戦略が限られる傾向もあったうつ病治療において、自宅生活ができる以上の水準に回復を引き上げる方法はきわめて画期的であったと、多くの精神科医は述べている。このプログラムは関連学会やメディアでも大きく注目された。2008年3月に「うつ病リワーク研究会」が立ち上げられ、2009年時点で48機関の参加であったが、2015年には156機関に増えている。

#### 復職支援の社会的含意

「医療化」の趨勢分析で重要なことは、その正負の機能分析にある。量的な比較検討は困難であれ、ごく一部の負機能をとりあげ全体を否定するようなことになれば、有害な研究ともなる。少なくとも復職支援についてみれば、これまではなかった社会的包摂の実際的な方法論という意味が強く、社会保障上の機能が大きいと考えられよう。ある精神科医も2004年時点で、統合失調症については入院状態から地域生活への移行についての取組みは存在しても、労働者がうつ病罹患後、寛解して職場に戻るための支援方法は未開拓で、その点が課題であると述べていた(廣・島2004:10)。また、リワークプログラムはとくにうつ病に照準したものであるが、企業内での復職手続きのルール化は、けっしてうつ病に限定されるものではなく、むしろ健康を害した労働者一般に必要なであったシステムが、これによって構築されはじめたと見ることが適切であろう。したがって、議論の方向としては、このシステムの実効性を高める社会的条件について検討することが有意義である。

この視点からみると、とくに事業場内/外支援のバランスや協働についての問題に注目しておくべきこととなる。まず、「外」支援であるリワークプログラムについては、実際の労働負荷に耐えられるようになるリハビリは、やはり職場においてしかできないという医師等からの指摘が多い。企業もそれに丸投げしたり過剰な期待を持ったりすることなく、事業場内支援の整備が求められることになるだろう。ただ、逆に、企業がリハビリ機関でない以上、保健スタッフなどがあまり多くを求めることも適切でないという批判があり、この点についてはリハビリ出社期間中の労働者の身分についての法的な整備なども含めて検討が求められている。

次により構造的な問題として、事業場内支援の実施可能性がなにより企業規模に左右されていることが指摘できよう。たとえば、労働政策研究・研修機構(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」で、復職の手続きがどの程度ルール化されているかを調べた項目についてみると、「手続きルールが定められている」は全体では32.9%、従業員規模1000人以上では53.6%であるが、30人未満では22.2%である。復職支援については、医師・心理士・保健師などによるチーム医療による「職場集団支援」という性格もあり、その点は社会的にも興味深いところであるが、こうした支援は当然コストがかかる。ルール化においても支援の実効性においても、企業の体力がそのまま反映されてしまう状況があり、社会保障上の機能を高めるという観点でいえば、より公的なバックアップが必要となるだろう。

また、しばしば主治医と産業医の連携が問題となるのと同様に、職場内/外支援の協働が進まないことも問題とされる。たとえば、リワーク研究会所属機関への調査結果(2013年実施)では、外部のリワーク機関が、企業側の保健スタッフや人事労務担当者と面談していると回答したのは、30%~40%程度である。書面では70%程度となっているが、精神科についての診療報酬の体系なども関わる問題ではないだろうか。他にも、(集団)認知行動療法について、問題の個人化や逆に共同性の出現可能性が指摘しうるなど、社会的な論点もあるがここでは割愛したい。

## (2) 産業精神保健における「マネジメントモデル」

医学的な知識をもとに行われるMH対策、とりわけ労働者のセルフケアや不調者の早期発見・早期治療、あるいは復職支援については、「医療モデル」と呼ぶことができる。逆に、医療的アプローチではなく、企業人が主体となって別様の取組みを行うということもありうる。こちらについては、大きく分けると法的な問題に関わる「リスクマネジメント」と、職場環境改善に関わる「人事労務マネジメント」ということになるだろう。

## 「リスクマネジメント」をめぐる考察

2000年以降のMH対策については、社員のMHが「福利厚生からリスクマネジメント」の問題となったと各所で批判的に指摘された。90年代に企業側が敗訴し多額の賠償支払命令が下されたことによって、企業としては訴訟リスクをいかに減らすかに関心が集中し、もっぱらそのための取組みとしてMH対策を見ている、と。もちろん、こうした批判が当てはまる企業も存在しうることとは否定しない。しかし、代表者は本研究期間中、ある団体が主催する事例検討会に8回参加してきたが(守秘義務上詳細は明かせない)、こうした批判が想定しているケースとはかなり異なる問題もまた多いことも重要であると考えている。

すなわち、企業側に格別の瑕疵といえるものがなくとも、「不調」になる、あるいは「不調を訴える」従業員は生じるものであり、ときにかねは保健スタッフや上司を繰り返し難詰し、さらに同僚を巻き込んで大変な混乱を生じさせることも決して珍しいことではないということである。しばしば見られた経過のパターンは、保健スタッフや上司、人事スタッフが当初は長時間労働や周囲の上司・同僚の問題も考慮しつつ、激しくなる訴えにむしろ押される形で対応をしていくなかで、結局なにが問題であるのか、本人の不調とはなんであるのかも分からなくなり、行き詰まってしまったというものであった。最終的には退職勧奨も含まれるが、当人に対して何を会社として要請できるのか、できないのか、そして組織防衛上もどのようなことを当人に提案していく必要もあるのか、こうしたことが問題となる。

ここで注意を向けたいのは、不調になった、あるいは不調を訴える社員を闇雲に排除しようとする企業でなければ、法的知識だけでなく、「医学的知識」が求められることである(逆に排除のために医学的権威を導入するという、医療化の暗い側面にも注意は向けなければならないが)。事例検討会ではコメント役として法律専門家と精神科医が参加していたが、精神科医の役割としては、不調者本人の発言・行動内容や事態の推移などから、幾つかの可能性のある見立てを提示することである。それは結局、「複雑性の縮減」のために要請されるからだ。どのように働きかけるべきなのか(どのような働きかけは無意味なのか)、今後起きうる事態とはどのようなものでありうるのか、こうした不透明性に対応するものとして診断的な情報が求められる。

こうした不確定性に対処していく(暫定的な判断の拠り所を作っていく)ために医学的知がかつてよりも多く導入されていくこともまた、産業・労働領域の「医療化」の一面である。この知の運用が何をもたらしていくのかは、今後さらに多くの調査地点において検討されなければならないだろう。検討会で垣間見た限りでは、周囲の困惑を低減させ、比較的穏当なステップを踏んでいくことに資する限りは、当人に対して包摂的な組織対応がなされる可能性を高めていると見ることはできた。

### 人事労務的「マネジメントモデル」言説の存在とその評価

「医療モデル」に対して、人事労務管理としての「マネジメントモデル」を意識的に対置する議論も存在する。代表的な論者としては、日本生産性本部メンタルヘルス研究所の研究主幹を務める根本忠一氏が挙げられる。日本生産性本部は、1980年より「心の定期健康診断システム」(JMI健康調査)を用いた企業メンタルヘルスへのコンサルテーションを行ってきた。根本氏も20年以上のキャリアを有し、関わってきた企業は全国的に多く、新聞等メディアへの寄稿やコメントも多く行ってきた。その氏は、現在の潮流に違和感を示し、従前の対策とは「労務管理施策」であり、「生産性を阻害する問題を従業員が抱え込まないような相談体制を敷き、職場のコミュニケーションを高めるための取組みを展開する。(中略)多くの企業においては、...人を大切にしたいという労使の共通理念に裏打ちされていたとみるのが妥当である」と述べている(根本 2016:105)。

つまり、MH対策とは、必ずしも疾病予防・管理(治療的関与)ではなく、人事労務管理的になされる職場改善そのものであり、すぐれて経営倫理的な発想と取組みであったということになろう。それを氏は「本来のマネジメントモデル」とも表現している(根本 2016:105)。それはセルフケアではなく職場集団レベルでの改善である。氏が協働的に関わってきた結果もあり、こうした主張はとくに企業関係者において賛同と一定の存在感を有しているものと思われる。

ただし、職場環境改善による一次予防という面にも限定して「マネジメントモデル」を定義するのであれば、近年それは決して特別なポジションではなくなっている。たとえば2015年に施行されたストレスチェック(SC)制度は、集団分析をもとにして職場改善に取り組むことも推奨している。厚労省は集団分析の仕方とそこから職場改善に繋げるための方法などについて情報発信を盛んに行っている。関連学会でも職場改善ツールとしてSCをいかに活用するかといったトピックが取上げられることはほぼ常態となっている。

あるいは、経産省も「健康経営優良法人認定制度」を2015年より開始している。MH対策も含め従業員の健康管理のためになされるべき取組みの項目を一定数満たせば「優良法人」として認定される。そのメリットとしては、株価の上昇などに繋がる企業イメージの向上が謳われている。開始された2017年の認定企業数は大規模法人で235(中小規模法人で294)、2018年は539(775)、2019年は820(2502)と広まってきている。

もちろんこうした制度の導入が実質的にどれほどの職場改善に繋がっているのか不透明である。しかし、だからこそ、医療モデルにマネジメントモデルを言説的に対置して、その存在を確認するだけではもはや実際的にも研究的にも意味をなさなくなってきた。そのなかにある差異に注目する必要がある。それもSCをうまく活用しているといった技術的な視点ではなく、職場環境に関わってくる構造的条件や基本的発想法にどれだけ自覚的であるかが問題になろう。

この点についても根本氏の議論が導きの糸となる。氏は「従来、同じ職場で働く仲間同士の信頼、自分の所属する組織への信頼を絆に各人が職務に専心し、持てる力を発揮し、職場や組織に貢献していたと言っても過言ではない」(根本 2015)と述べている。だが、こうした「職場共同体」的なものが、90年代半ば以降顕著となる経営環境・経営様式の変容によって動揺し、従業員の企業への帰属意識も揺らぐなかで、かれらが「実存的不安」に駆られており、それがうつ病罹患者の増加とも無縁ではないとも述べている(根本 2015)。

「職場共同体」への評価は分かれようが、こうした議論は、例えば濱口桂一郎による日本型雇用システムについての一連の著作(濱口 2014 など)が示す問題と、職場MHとを繋げて考察する必要を示唆しよう。MHとりわけ職業性ストレスは、仕事の量・質ばかりでなく、むしろ裁量性、職務・役割の明瞭性、そして同僚性に大きく依存することは経験的研究によって繰り返し確認されている。濱口が日本型雇用システムの本質をメンバーシップ型と呼び、その対極をジョブ型と呼んでいることは、周知の通りである。おそらく裁量性も、そしてもちろん職務や役割の明瞭性においてメンバーシップ型はあきらかに逆機能的である。反面、「社員」として評価される限り、長期雇用や年功制によって、身分が保証され、見返りも期待できることによって、比較的鷹揚な相互扶助的職場を生み出してきた可能性も考えられる。

とはいえメンバーシップ型雇用が維持されると考えることはもはや現実的ではない。しかし、雇用システムの深層での在り方が、職場環境においてはMHに与える複雑な影響を考慮しながら、次なる方策を検討していることが、様々なアクターが語る「マネジメントモデル」言説の質を見極めていくポイントとなるだろう。

もう一点、ポイントとなるのは、おそらく「ダイバーシティ・マネジメント」である。雇用システムは社会保障の在り方とも関わる国家的・長期的な課題である。相対的には個々の企業での判断にも依存する部分でいえば、ダイバーシティが焦点となる。それは裁量性とも多く関わろうが、まさに従業員に対して一律の働き方を期待してきた日本企業の在り方が、様々な問題を生み出してきたと考えられるからである。また近年の「ダイバーシティ」が多様性を考慮すべき属性を拡張してきたことも考えれば、疾患や障害の有無に限らず、たとえばストレスへの耐性の相違といった見えにくい属性もまた配慮の対象となりうるからである。

ダイバーシティは建前的な議論に終わるだろうか。長期的な身分保障や昇進によって一律に従業員を動機づけ、帰属意識や同僚性を梃子に生産性を高めるといったことは、もはや望ましくもなければ可能でもない。医療モデルではない、職場環境にアプローチする「マネジメントモデル」が実質的なものとなるには、日本的雇用システムからの自覚的にしてポジティブな離脱を模索する議論と実践を備えたものであることが確実に必要とされよう。

### (3) うつ病休職・離職を経験した「労働者」側の言説の存在とその含意

ストレスに強いことは、現代産業社会においては望ましい資質として考えられている、といわれてよいだろう。日本社会で「ストレス」という言葉が使われるようになったのは1980年代であるが、ストレスに対処する法を説く一般書(自己啓発書)は大量に生み出されてきた。そして、北中(2014)によれば日本特有とも言われるうつ病言説、すなわち職場環境におけるストレス要因を非常に大きく見積もる議論は、かえって企業側の本音としてストレス低減ではなく、高ストレス耐性を備えた社員を作る指向性を強化した可能性も否めない。近年、企業にMH対策を商品として売るEAP企業が、「メンタルタフネス」や「レジリエンス」を強化する研修等をアピールする様子はこうした状況を反映しつつ促進もしていよう。

こうした部分に議論を限定する限り、産業・労働領域の医療化は、労働問題を個人化し、ストレスに対処し精神的健康を維持することを個々の労働者の責任にする傾向を強化するという社会学者の指摘は確かに正鵠を得たものともいえる。そしてこうした労働者の自己責任論に対抗する言説があるとすれば、それは(2)で検討した「マネジメントモデル」であり、そしてもう一つ、労働者側から提起される関連議論も注目しうるように思われる。とくにうつ病に罹患し、休職・離職を経験しつつ、再び就労することを続けている者のなかには、ストレス耐性を再度高めるといった方策ではなく、むしろストレスへの脆弱性を自らの前提として、「社会」に向き合い就業も行っていく「生き方」を語り、それを何らかのテキストの形で発信する者も最近になって現れるようになった。ここでは4名の作品を取上げている。

鈴木晃徳氏は2012年にweb上で『「うつ病」就労体験記』(文字数は総計6万2千字を超える)を発表しており、それが各種メディアや一部研究者からも注目された。氏は90年代後半、大手メーカーの若手社員として中高年社員がリストラされる様子を眺めながら、組織に頼らない「強い主体」としてビジネス社会を生きていくことを目指し、ベンチャー企業の立ち上げにも関わることが、30代後半で発病し、入退院後には、多少の紆余曲折の末、「障害者」として雇用されることを選び、ときに再発の危機も乗り越えながら就労を継続してきた経験とその方法を記している。氏はうつ病は調子の波が大きい(つまり脆弱性が与件となる)病気であるがゆえに、それをオープンにして周囲の理解を得ながらでしか就労は継続しえないという点を強調する。

田村浩二氏『長年のうつ病 転職で完治』は2012年に出版された。行政外郭団体に勤めていたが、30代後半で発病し、休復職を繰り返し3度目の休職で退職。その後仕事を変えて働いている。氏は自身のうつ病の理由は、生来からの脆弱性の上に、「価値観の合わない仕事」に就いていたことが決定的であり、それを辞めて別の仕事に就いたら「完治」と述べている。認知行動療法などによって、仕事についての見方を変えるといった方法は無効とされている。



汐街コナ氏『死ぬくらいなら会社をやめれば ができない理由』は2017年に出版された漫画である。会社に寝泊まりするような長時間労働が当たり前とされる会社で疲弊し、うつ病となり退職する。特徴的なのは、周囲の人々が「それくらいは当たり前」「自分なんかもっと大変」（つまりは耐える）といった語り方をすることで、本人が辞職することさえ許さない社会を描いたことだ。そして、それに追い詰められないために、敢然と「(耐性に)個人差はあるのだ」、そんないわばタフネスを競うことは無意味なことなのだと言い放った点であろう。

田中圭一『うつヌケ』も2017年に出版され多大な注目を集めた漫画である。著者だけでなく他15名のうつ病経験者の体験が紹介されていく。発症のきっかけについての共通性もさることながら、発症後、寛解状態における調子の波、とりわけ不調に転ずるパターンが、うつ病に抜きがたいパターンとして描かれている。「突然リターン」「うつスイッチ」と表現され、それを消去するのではなく、うまく付き合っていくこともまた「うつヌケ」と強調している。

カナダでの研究でも、ストレスへの脆弱性は職場で知られるようなことは極力避けられるべきものとして語られることが示されているが(Harkness et al 2005)、自らの脆弱性を前提とし、それを羞恥の対象とはせず、必要であれば積極的に開示して就労や生活全般を組み立てることを説いている作品は、ごく最近になって現れたものである。自分の弱さを受け入れよといった啓発本は多々あれど、こうした労働社会と向き合う形で持論を展開したものは、まさに「強い主体」が称揚される状況下において注目に値するものなのである。日本のうつ病臨床では、とりわけ男性に対して職場原因論が強調されることで、本人に固有の語りや抑圧されるという指摘もあるが(北中 2014)、この点においても上記作品は異なる傾向をみせ興味深い。

ただし、その中での差異にも注意する必要がある。鈴木氏と田中氏の作品では、脆弱性はあくまでもうつ病に罹患したことで本人に組み込まれたものであり、それをいわば飼いや自己管理することで就労を継続したり、さらには仕事において有能性を取り戻したりすることが語られている。そこには、ときに「心的なるものの科学」(Rose 1989)の知が動員され、ストレスに脆弱性を持ちながらの「主体化」が図られているとも解釈できる。その意味では、ワークフェア型福祉国家というシステムに対してすぐれて補完的な役割を果たす言説という側面も持ちうる(ただし、Roseのいう「神経科学的自己」のもつエンハンスメント・モードの主体像とは明らかに異なる基礎付けがなされていることにも注意を向ける必要はあろう)。

しかし、田村氏と汐街氏の作品は、また異なるトーンを持つ。かれらの作品では、脆弱性はいわば「生まれつき」の個体差とされており、医学的な説明を導入することはない。また、その脆弱性を精神医学や心理学の知によって統制しようという議論もない。かれらにおいてより重要なのは、「価値観」の違いやストレス耐性を競う風潮の無意味性を強調することで、すべてではないにせよ、ある種の「社会」の在り方を拒絶し、そこから身を引き剥がすことである。端的には産業社会と自身との距離の取り方によって、動員される知も異なり、ストレス耐性についての論じ方にみる対抗性にも一定の相違が存在することは確認しておきたい。

#### 引用文献

- 濱口桂一郎, 2014, 『日本の雇用と中高年』ちくま書房。  
Harkness, Avril M.B. et al. 2005 'Talking about work stress: Discourse analysis and implications for stress interventions', *Work and Stress*, 19(2):121-136.  
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.  
北中淳子 2014 『うつ病の医療人類学』日本評論社  
小西輝夫, 1984, 『サラリーマンと心の健康』NHK ブックス。  
根本忠一, 2015, 『ストレスチェック義務化が問う職場の今』『生産性新聞』2015年10月19日。  
根本忠一, 2016, 『SC制度施行と『ポスト医療化』の課題』『日本の人事部』2016年2月。  
Rose, Nikolas. 1989 "Governing The Soul: The shaping of the Private Self", Free Association Books. 堀内進之・神代健彦監訳 2016 『魂を統治する』以文社。  
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。

#### 5. 主な発表論文等

##### 〔雑誌論文〕(計2件)

荻野達史「脆弱性を前提とした「主体」をめぐる言説分析：再就労するうつ病経験者の語りから」『静岡大学 人文論集』69(2): 1-39, 2019年1月。査読無し。

荻野達史「職場のメンタルヘルス対策」をどう見るか? : 医療化論の再検討と職場復帰支援」『静岡大学 人文論集』66(1), 43-82, 2015年7月。査読無し。

##### 〔学会発表〕(計1件)

荻野達史「ストレス耐性を価値化しない：うつ病からの退職、そして再就労の語りから」日本社会学会 2017年度大会、保健医療部会(2017年11月)。

#### 6. 研究組織

- (1) 研究分担者 なし
- (2) 研究協力者 なし

科研費による研究は、研究者の自覚と責任において実施するものです。そのため、研究の実施や研究成果の公表等については、国の要請等に基づくものではなく、その研究成果に関する見解や責任は、研究者個人に帰属されます。