

論文

社会問題の医療化

——過労自殺に対する行政施策を事例として——

田中慶子*

1 はじめに

本稿の目的は、過労自殺に対する行政施策を事例として、自殺という社会問題が医療化されていく過程を明らかにすることである。

1998年以降、日本では自殺者が3万人を超え、政府は自殺者急増の背景に、自殺者全体の約6割を占める「働き盛りの中高年（30～64歳）」の自殺死亡数の増加を指摘する。また、1990年代後半から、過労自殺の労災申請数や過労自殺訴訟が増加し、過労自殺が社会問題化したために、政府は、労働省・厚生労働省を主導として、主に労働者を自殺対策の対象として設定し、初の自殺対策として過労自殺対策に取り組むこととなった。

労働省・厚生労働省が過労自殺対策を推進する契機となったのは、電通過労自殺訴訟（以下、電通訴訟）の判決であった。その電通訴訟の判決は、「長時間労働による過労および過度の睡眠不足からうつ病を発症し、そのうつ病で自殺に至った場合、企業が社員に対して、うつ病および自殺の予防・対策を行っていなかったならば、その自殺には企業責任がある」という内容だった。

この判決から、労働省・厚生労働省は、自殺対策として、主に職域を対象としたうつ病・メンタルヘルス対策を企業に要請する。また、労働省・厚生労働省は、判決で示された、うつ病の症状によって自殺に至ることを採用し、自殺の主な原因はうつ病であると位置づけた。

自殺原因の大半をうつ病にもとめる視点は、過労自殺だけでなく、自殺全般に適用され、うつ病・メンタルヘルス対策が自殺対策として収斂していくことになる。

本稿では、行政が初めて自殺対策を行った「過労自殺」に対する行政施策を事例として、自殺という社会問題が医療化されていく過程を明らかにし、自殺問題が医療化されることによってみえてくる現代社会のあり方を提示する。

2 先行研究と本稿の位置づけ

近年の社会学領域では、山田陽子（2008, 2011）、伊原亮司（2011）が過労自殺や自殺対策であるうつ病対策・職場におけるメンタルヘルス対策について、藤原伸行（2011）は、自死遺族のインタビューにもとづいて、自殺対策の医療化によって、自殺の責任を家族に帰する政治性を論じている。

山田は、近年の過労自殺やうつ病予防など「心の健康」に関する動向は、社員の自殺やうつ病が企業にとってリスクファクターであることから、労働者のメンタルヘルスのマネジメントがなされている、と述べる。また、従来は社会的政治的領域で議論されてきた労働問題が、労働者個人の「心の問題」へ移行し、それを労働問題の医療化であると指摘する（山田2008, 2011）。

キーワード：医療化、個人化、過労自殺、うつ病・メンタルヘルス対策、社会問題

*立命館大学大学院先端総合学術研究科 2006年度入学 公共領域

伊原は、1990年代の景気変動に伴った企業再編によって労働者のメンタルヘルスが悪化し、社員の「うつ病」や過労自殺に対して企業責任が問われることになったため、企業においてメンタルヘルスに関する「リスクマネジメント」が採用されたと指摘する（伊原 2011）。

藤原は、行政が医療化した自殺対策であるうつ病対策を推進していくうえで、家族を近親者の自殺予防のゲートキーパーになるように啓発していることから、うつ病を原因として自殺したとされる自死遺族が、自らのうつ病対策＝自殺対策に過失があったとして、近親者の自殺の責任が自死遺族に帰属されることを指摘する（藤原 2011）。

上記の先行研究は、過労自殺対策であるうつ病・メンタルヘルス対策が企業のリスクを回避するために行われ、自殺対策がうつ病・メンタルヘルス対策としてなされることを示すことで、自殺という社会問題が医療化し、医療化したことで自殺の責任が個人に帰せられることを明らかにしている。つまり、現在自殺対策として推進されるうつ病・メンタルヘルス対策は、自殺やうつ病が社会にとってリスクであるとされたために、医療化されたうつ病・メンタルヘルス対策が遂行されているのである。

本稿では、行政による自殺対策を批判するのではなく、まず、行政が自殺対策を推進し始める契機となった電通訴訟の裁判内容を取り上げ¹、その判決がもたらした影響を検討する。具体的には、電通訴訟で、遺族および電通が、過労自殺の原因がうつ病か否かを精神医学の知見を提出して争い、判決で遺族の主張である「長時間労働による過労から罹患した、うつ病の症状による自殺」と認定されたことで、行政が、過労自殺のみならず自殺全般の対策を精神医療によるうつ病・メンタルヘルス対策へと進展させていく過程を明らかにする。上記の先行研究では、過労自殺対策がうつ病・メンタルヘルス対策となったことにより、企業がうつ病・メンタルヘルス対策を行えば、企業のリスク回避として機能することを指摘されているが、過労自殺対策がうつ病・メンタルヘルス対策となる過程は詳細に検討されていない。そのため、本稿では、電通訴訟の裁判過程を通じて、自殺予防・対策が精神医療問題として構成（医療化）される過程を検討する。そして、自殺対策が医療化することにより、自殺の背景に存在する様々な社会問題が維持されていくことを示す。

3 電通過労自殺訴訟と「過労自殺訴訟」に対するその影響

電通訴訟とは、1991年に電通社員の大嶋一郎が自殺し、その遺族が、一郎の自殺は業務に起因する自殺——長時間労働による過労および過度の睡眠不足からうつ病を発症し、そのうつ病の症状による自殺——であるとして、電通を相手取り、一郎の自殺に対する損害賠償請求をもとめた訴訟をさす（高橋 2006, 川人 2006）。

本訴訟での遺族の訴えは、概ね以下のようにまとめられる。

一郎は、電通に長時間労働を強いられたために、過労状態に陥った。雇用主である電通には、社員である一郎の労働時間、労働状況を把握・管理し、過剰な長時間労働により健康が侵害されないよう配慮すべき義務（安全配慮義務）がある。しかし、電通は、一郎の長時間労働および体調不良を知らながら、長時間労働を軽減させる措置や体調不良に対する措置をとらなかった。そのため、一郎は過労からうつ病に罹患した。うつ病は、自殺を引き起こす症状の病であり、一郎には一郎自身の個人的な事情によって自殺を執行するような原因はないことから、一郎の自殺はうつ病による自殺である。よって、一郎の自殺は、電通の安全配慮義務違反によって罹患したうつ病による自殺であるから、業務に起因する死亡であり、一郎の自殺の全責任は、電通にある（『判例タイムズ』1996, 1999, 2000）。

本訴訟では、電通が安全配慮義務の履行において、一郎の労働時間を把握・管理していたかどうか、一郎の健康への配慮はどのようになされていたか、が争点となった。なかでも、一郎の自殺は、業務に起因したうつ病による自殺であるかどうか、に焦点が当てられた。

まず、電通が、一郎の労働時間の把握・管理の方法をどのように行い、一郎に長時間労働の実態があったかどうかをめぐる遺族と電通の主張・反論を整理すると、以下になる。

電通は、社員の労働時間の記録にタイムカードを採用しておらず、社員の労働時間の把握・管理は、社員の自己

申告制の勤務状況報告表によって行っていた。社員の間では、勤務状況報告表に、深夜・早朝にわたる残業時間をそのまま申告せず、短く申告することが通例となっていた。なぜなら、電通では深夜・早朝までの残業を行うと三六協定違反となり、電通の労働組合で深夜・早朝までの長時間労働が問題となっていたためである。それにより、電通が本訴訟で提出した一郎の勤務状況報告表に記載されていた一郎の勤務時間は、遺族の訴える長時間労働の実態はないものとなっていた。

遺族は、電通が所持していた深夜退館記録²と管理員巡察実施報告書³を用いて、一郎の深夜・早朝にわたる残業の実態を証明した。深夜退館記録と管理員巡察実施報告書によれば、一郎の退館時間は深夜2時以降となっており、深夜退館記録では最終退館者として一番多く記載されていた（『判例タイムズ』1996, 藤本1996）。

遺族の提出した深夜退館記録と管理員巡察実施報告書に対して、電通は、管理員巡察実施報告書は、建物内の安全管理のために使用していたものであり、社員の労働時間の把握・管理には採用していなかったといい、社員の労働時間の把握・管理は、社員による自己申告制の勤務状況報告表によって行っていたと主張した（『判例タイムズ』1996）。

次に、電通が社員の健康管理をどのように行い、一郎のうつ病罹患をめぐる遺族と電通の主張・反論を整理すると、以下になる。

電通が主張した社員に対する健康管理の履行は、次の三点であった。

- ①勤務状況報告表にもとづき、深夜残業の特別に多い社員にミニドック（健康ドック）の受診を義務づけていた。
- ②深夜まで業務を行った社員には、会社が契約しているホテルに宿泊できる制度や翌日の出勤時間を遅らすことができる出勤猶予制度を設けていた。
- ③社員の肉体的疲労を軽減させるために、無制限のタクシーチケットを配布していた。（判例タイムズ1996, 藤本1996）

電通は、一郎のうつ病罹患および自殺に対する健康管理について、「一郎が仮にうつ病に罹患していたとしても、外観上うつ病であることは全くわからないため、自殺を予見し、回避することは、不可能である」「自殺は、本人の自殺念慮に起因し、自ら死を選択した結果である」「一郎のうつ病の罹患に対する措置や自殺を予防する措置を行う義務が発生しないため、安全配慮義務違反とならない」と主張した（『判例タイムズ』1999）。

一郎の自殺が業務に起因した自殺かどうかについては、遺族と電通の両者ともに医学的知見にもとづいて主張・反論した。その医学的知見とは、精神医学の知見である。

遺族は、「一郎の自殺の引き金となったうつ病の原因は、異常、過酷な長時間労働およびこれによる極度の疲労、著しい睡眠不足であるため、業務に起因したうつ病罹患である」とし、「一郎自身にうつ病に罹患する原因はない」と主張した（『判例タイムズ』1999）。この主張を裏付けるため、遺族は、東京都立松沢病院長の金子医師³によって作成された医学鑑定書である金子意見書を提出した。金子意見書に書かれた内容を要約すると、次のようになる。

一郎やその家族に精神疾患の既往や負因はなく、電通に勤務する以前は心身ともに健康であり、一郎自身の個人的事情による悩みはないために、一郎は精神的疲労の極みに至ったことから、疲労困憊性うつ病に罹患し、その状態の中で決行された自殺である。よって、一郎の反応性うつ状態および自殺は、業務と相当因果関係があると考えるのが妥当である。また、使用者である電通は、労働者の健康管理の面で重大な瑕疵があった。（藤本1996: 181-2）

また、本訴訟において、金子医師は、「過労などによる長期の慢性疲労や睡眠不足がストレスを増大させることは経験則上明らかであり、慢性疲労が反応性うつ病を引き起こすことがあるとするのは神経医学会の定説である」旨の証言をしている（『判例タイムズ』1999）。

電通が採用した医学的知見は、帝京大学の精神神経科教授・医師である広瀬徹也による意見書であった。その意見書では、電通の長時間労働を認め、うつ病の原因は多忙に加え、一郎の完全主義者の性格などが原因であるとし、

遺族の主張する長時間労働によるうつ病罹患を否定したものであった（藤本 1996: 182-3）。

そして、電通は、「うつ病は過労などによる肉体疲労から発症するものではなく、感情上の苦悩によるストレスで発症する病であるため、一郎が仮にうつ病に罹患していたとしても、長時間労働からうつ病に罹患したのではなく、一郎の性格や失恋、父親との不仲によるものであると主張した（『判例タイムズ』1999）。

また、電通は、「自殺者は、重症分裂病などの例外を除き、病気に支配されて他律的に自殺するものではなく、自殺者の主体的自己決定として自殺がなされるものであるから、一郎の場合、失恋や父親との不仲によるストレスが自殺意思の形成の直接の契機であり」、一郎の自殺における一郎の落ち度として、「一郎本人が精神の異常に気づいていたなら、直ちに専門医を受診すべきであり、また、仕事が自分の健康を害するならば、退職することも可能であった」と主張した（『判例タイムズ』1999）。

遺族は、電通の「病気に支配されて他律的に自殺するものではない」という主張に、医学的知見から反論した。遺族の反論は、「うつ病の神経障害者の自殺は、自由意思によるものではなく、自殺という行為を選ぶことそのものが、うつ病の一つの症状であるから、うつ病になった以上は、うつ病とその自殺の間には、自由意思あるいは心的要因は介在しない」というものであった（『判例タイムズ』1999）。

以上の遺族および電通の主張・反論の応酬の結果、地裁および最高裁判決では、一郎の長時間労働や電通の安全配慮義務違反（社員の労働時間および健康状態の把握・管理の過失）、一郎は業務に起因するうつ病から自殺に至ったために業務上の死亡であることが認められ、遺族の主張が全面的に認められた（『判例タイムズ』1996, 2000）。

しかし、高裁判決では、電通が主張した「一郎の性格も一郎がうつ病に罹患する原因である」ことや、「同居していた遺族が一郎のうつ病や自殺の予見性があったにもかかわらず、その措置を遺族がとらなかつたことに過失がある」ことが採用された。この一郎および遺族の過失を認めた判決は、最高裁で一蹴され、不採用となった（『判例タイムズ』1999, 2000）。

本訴訟で問題となったのは、企業における社員の労働時間および健康状態の把握・管理のなされ方であった。判決では、電通が採用していた勤務状況報告表では、社員の実際の労働時間が記録されないため、労働時間の管理がなされていないこと、その勤務状況報告表にもとづいて健康管理を行うことは、長時間労働の多い社員にミニドックを受診させる義務づけなどの対策を用意していたとしても、それは実際には機能していないこと、一郎の勤務中に、体調不良（うつ病の症状）が出ており、それを上司（電通）が認識していながら、その対策をとらなかつたことが安全配慮義務違反として、電通にその責任が問われた。

本訴訟の判決は、「『過労による自殺』について、会社の責任を追及して勝訴した初の判決（藤本 1996: 5）」であった。また、過労とそれに起因するうつ病などの発症・増悪を放置し自殺を引き起こすことが、企業側の安全配慮義務違反であると最高裁で認定された最初の事例となった（サンユー会研修実務委員会法令研究グループ編 2005: 116）。そのため、最高裁判決の出た翌日の朝刊の社説において、「判決は企業への警告だ 過労自殺（朝日新聞）」「過労自殺判決 働き過ぎ社会への警鐘だ（毎日新聞）」「過労自殺で問われた企業責任（読売新聞）」と題し、各新聞社が残業時間を自己申告する裁量型の働き方や長時間労働・サービス残業の問題性について報じられた。

本訴訟の最高裁判決が出された2000年以後、過労自殺の労災申請数は増加し（表1）、過労自殺の企業に対する損害賠償請求訴訟も起きるようになった。その一因として、本訴訟が報じられる際に、過労死・過労自殺に関する相談機関である「過労死110番」が取り上げられたことがあげられる。

過労死弁護団全国連絡会議事務局長の玉木一成弁護士は、「電通事件（電通訴訟）の最高裁判所の判決を筆頭に、長時間労働や業務によるストレスを原因とする自殺について、使用者の責任を認める判決が相次いでいます。このような判決が相次ぐことは、10年前にはおよそ予想できなかったことです。過労自殺の補償を求める運動が強まっている……ことを示すものです。長時間労働や業務によるストレスを原因とする……自殺があった場合には、その事実を闇に葬らせず、使用者に責任を認めさせ、また、労災補償させることが、被災労働者やその遺族の救済を実現し、新たな過労自殺の予防につながります」（玉木 2000: 330, 括弧内引用者）と論じている。

本訴訟の判決以後に増加した、過労自殺の労災申請や企業に対する過労自殺の損害賠償請求訴訟は、遺族側は本訴訟のように「長時間労働や過重労働からうつ病を発症し自殺に至った（安全配慮義務違反）」と訴え、訴えられた企業は、①長時間労働および過重労働の実態はない②実際にうつ病に罹患していたのか③自殺と業務に因果関係は

ない④安全配慮義務を怠ってはいない⑤本人の性格や個人的事情により自殺したなどと反論し、結果、遺族の主張を認める労災認定および勝訴となっている。事例として、川崎製鉄水島製鉄所・渡邊うつ病自殺訴訟、オタフクソース・木谷うつ病自殺訴訟、日立造船舞鶴工場・下中うつ病自殺訴訟などがあげられる。その際、遺族は、業務に起因するうつ病によって自殺に至ったことを証明するため、医学的知見である精神医学の鑑定書を提出しており、その鑑定書によって、個人的な事情による自殺ではなく、業務に起因する自殺であると認められるようになった。

(表 1) 過労死労災認定件数推移

年度	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
過労死 申請数	676	777	597	555	458	380	405	558	578	594	521	568	685	690	819	742	816	869
認定数	29	30	33	34	18	31	32	76	78	73	90	81	85	143	317	314	294	330
精神疾患 申請数	8	2	3	2	2	7	13	13	18	41	42	155	212	265	341	447	524	656
認定数	0	1	1	0	2	0	0	1	1	0	1	3	17	39	57	108	130	127
うち自殺数									1	2	3	11	19	31	43	40	45	42

「過労死・自死相談センター」<http://karoushi.jp/nintei.html> より

4 行政による自殺対策

電通訴訟以前、行政は自殺を原則的に労災として扱わなかったこともあり、長時間労働の是正や取り締まりに消極的であったが、電通訴訟の判決を受け、労働省・厚生労働省によって、過労自殺対策が推進されることとなった。

まず、電通訴訟で問われた企業の社員に対する労働時間の管理について、労働省（当時）は、電通訴訟の地裁判決（1996年3月28日）が出された翌月の4月8日に、電通訴訟の判決を引用した文書を、労働基準局長名で経団連（当時）と都道府県労働基準局へ送付した。電通訴訟の判決の引用は、「平成八年三月二九日、東京地裁において、広告会社に勤務する労働者について、サービス残業による過重な長時間労働がもとで自殺に至ったものとして、会社に損害賠償を認める判決が出され」というものであった（藤本 1996: 11）。そのため、労働省が送付したいずれの文書にも、電通訴訟で問題となった長時間労働の禁止を要請している。なかでも、都道府県労働基準局長宛に出された、「所定外労働の削減及び適正な労働時間管理の徹底について」という通達には、「各事業所が、労働時間の管理にタイムレコーダーやICカードなどの客観的な記録を行わなければならない」と具体的な労働時間の管理方法が記されている。これは、行政が、長時間労働による過労自殺に対する初めて行った対策であった。

次に、労働省（当時）は、電通訴訟の高裁判決で、「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が損なうことがないように注意する義務を負う」と明示されたことから、1999年に「心理的負荷による精神障害などに係る業務上外の判断指針について」、「精神障害などによる自殺の取り扱いについて」「心理的負荷による精神場外などに係る業務上外の判断指針の運用に関する留意点について」の通達を出した。これらは、過労自殺の精神疾患による労災認定をする際に、労働基準局が認定するか否かの判断を下しやすくするために作成されたものである。電通訴訟以前、労働省は、電通が訴訟で主張したように、自殺を故意による死亡とみなしていた。なぜなら、労働者災害補償保険法12条の2の2第1項で、「労働者が、故意に負傷、疾病、障害若しくは死亡またはその直接の原因となつた事故を生じさせたときは、政府は、保険給付を行わない。」と規定しており、自殺は業務に起因する労働災害ではなく、本人の自由意思にもとづく死亡としていたためである。しかし、電通訴訟の判決で、長時間労働による過労から罹患したうつ病を原因とする自殺は、本人の自由意思ではなく、うつ病の症状による死亡とされた。そのため、労働省は、自殺をどのように労災として扱うかの基準を設けなければなくなり、判断指針において「うつ病や重度ストレス反応等の精神障害では、病態として自殺念慮が出現する蓋然性が高いとされていることから、業務による心理的負荷によってこれらの精神障害が発病したと認められる者が自殺を図った場合には、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、又は自殺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

自殺したものと推定し、業務起因性を認めることとする。」としている。

行政が、電通訴訟の判決を受けて、過労自殺の精神疾患による労災認定の基準を設けたことにより、過労からうつ病を発症し自殺に至ったとする過労自殺の労災申請およびその認定数が増加する(表1)。この状況をうけ、行政は、職域におけるうつ病・メンタルヘルス対策を過労自殺対策の中心として推進することとなる。

労働省・厚生労働省が推進する職域におけるうつ病・メンタルヘルス対策とは、電通訴訟の最高裁判決が出された2000年に策定された「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」にもとづいたものである。この指針は、事業場における労働者の心の健康の保持増進を図るため、事業者が行うことが望ましい基本的な措置(メンタルヘルスケア)の具体的実施方法を総合的に示したものとされている。内容は、四つのケア——ア セルフケア(労働者自らが行うストレスへの気づきと対処) イ ラインによるケア(管理監督者が行う職場環境などの改善と相談への対応) ウ 事業場内産業保険スタッフ等によるケア(産業医などによる専門的ケア) エ 事業場外資源によるケア(事業場外の専門機関によるケア)——を継続的かつ計画的に行うことが重要であると記されている(厚生労働省2000)。

また、厚生労働省は2001年に、労働者の自殺予防マニュアル作成検討委員会によって作成された『職場における自殺予防と対応』と題するパンフレットを発行した。このパンフレットでは、社員の自殺予防・対策として、企業が産業医や精神科と連携し、労働者の心の健康管理を行う必要性が説かれている。また、企業が安全配慮義務の履行として、労働者のうつ病・メンタルヘルス対策を行わなければならない理由に、企業のリスクをあげている。安全配慮義務を履行しなかった(うつ病・メンタルヘルス対策を行わなかった)場合に起きる企業のリスクとは、①労働者にメンタルヘルス問題が発生すると、業務に集中することが困難となり、遅刻・欠勤や作業能率の低下といった問題が起ること、②最悪の場合には精神障害による自殺が発生し、その結果として企業の信用の低下、収益の減少といった事態につながることも限らないこと、③労災をめぐる損害賠償請求訴訟が起きることである。そのために、必然的に企業はメンタルヘルスケアに取り組まざるをえなくなったと書かれている(黒木2010: 18-20)。

2004年には、厚生労働省によって、「心の問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」が作成された。また、厚生労働省は同年に、「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会」を開き、その報告書を作成した。報告書では、過労死や長時間労働による精神障害・過労自殺を防止するためになされるべきことが記され、「労働安全衛生法等の一部を改正する法律(平成17年法律第108号)」に反映させた。法改正の内容は、長時間労働に伴う健康障害の増加など労働者の生命や生活にかかわる問題が深刻化したことに的確に対処するため、全ての事業場を対象として、2006年から一定以上の時間外・休日労働(1週当たり40時間を超えて行う労働が1月当たりで100時間を超える労働)を行い、疲労の蓄積が認められる労働者に対して、医師による面接指導の実施を事業者にも義務づけるといった面接指導制度の導入であった(厚生労働省2006)。

電通訴訟の最高裁判決が出された2000年に、厚生労働省は「健康日本21(21世紀における国民健康づくり運動)」を始動する。健康日本21は、電通訴訟の判決で明示された「長時間労働による過労および過度の睡眠不足からうつ病に罹患して自殺に至る」旨を採用した内容となっており、「休養・こころの健康づくり」の項で、「うつ病対策を自殺対策における最優先の課題(厚生労働省2000)」とし、2010年までに自殺者3万人を超える現状を2万2,000人に減少させることが示され、うつ病対策を自殺全般に対する対策として採用した。

「休養・こころの健康づくり」で示された具体的内容は、「自殺の原因はうつ病であるため、うつ病を早期発見し、適切な治療を受ければ大部分が改善するにもかかわらず、患者の多くは自分がうつ病であることを認識していない」「一般の人々や医療関係者がうつ病の症状や治療についての正しい知識を持つことが必要である」「自殺はひとつの要因でなく、多くの要因が絡み合って起こるが、特にうつ病は最も重要な要因であるといわれているため、うつ病を早期発見し、適切に治療することが自殺予防のひとつの大きな鍵になる」というものである(厚生労働省2001, 2003, 2004)。

また、厚生労働省は、「国民の約15人に1人がこれまでにうつ病にかかった経験があるにもかかわらず、その4分の3は医療を受けていないとされる」(厚生労働省2004: 90)といい、国民のうつ病に対する理解や関心の啓発が必要であり、心の不調が起きた場合には、精神科を受診することが求められるという。それにより、現行の自殺対策は、主に個人におけるうつ病・メンタルヘルス対策の啓発がなされ、毎年9月は自殺予防強化月間として、心

の健康管理の必要性を説く活動（街頭でティッシュの配布やTVCMを流すなど）を行っている。

5 社会問題の医療化

4節で示したように、電通訴訟の判決によって、行政は過労自殺を労災認定する基準を設け、それにより過労自殺の労災申請および認定数が増加した。それにより、行政は企業に対し、過労自殺対策（社員の労働時間の把握・管理および心の健康管理）を行うよう指導・要請した。なかでも、行政が過労自殺対策として主に推進し、各事業場にもとめた対策は、社員の心の健康管理であるうつ病・メンタルヘルス対策であった。

電通訴訟およびそれ以後の過労自殺の労災申請事案や企業に対する損害賠償請求訴訟で、第一に問われた点は、うつ病という精神疾患よりも、それを誘発する長時間労働という労働状況であった。そのため、行政は、企業にタイムカードやICカードなどの客観的な記録媒体の採用を遵守するようにもとめ、それらを採用することで、社員の労働時間を把握・管理することを要請した。しかし、大阪過労死問題連絡会に相談される事案のなかには、社員の労働時間を把握・管理するためのタイムカードでありながら、終業時間にタイムカードを打刻し、その後に残業を開始するため、過労自殺訴訟を起こすにしても、企業のタイムカードは長時間労働の実態を立証する証拠にならず、また、企業のタイムカード以外に残業時間を含んだ真の労働時間を記録したものがないというものがある（大阪過労死問題連絡会編 2003: 118）。この相談内容が示すことは、行政が企業に対し、客観的な労働時間の把握・管理のために導入を要請したタイムカードやICカードが、企業によっては、労働時間の把握・管理として機能せず、むしろ、タイムカードやICカードに契約上の労働時間のみを記録させることで、長時間労働の実態を隠蔽することが可能だということである。また、行政が企業に要請した、タイムカードやICカードなどの記録媒体の採用の遵守は、企業が遵守しなくとも、企業に対する罰則などの不利益は生じないことになっている。

過労自殺で企業に生じる不利益は、電通訴訟の判決で明示された「企業が社員の業務遂行における健康管理を行わず、社員が過労による自殺を執行した場合には、安全配慮義務違反として企業責任を問うことができる」ことであった。電通訴訟やその後の過労自殺の労災申請や損害賠償請求訴訟では、遺族は自殺者の自殺原因を業務に起因するうつ病であることを証明するため、自殺後であっても、過労によってうつ病に罹患した旨の精神医学の鑑定書を作成・提出し、それが判決で採用されている。そのため、上述した厚生労働省の『職場における自殺の予防と対応』で、安全配慮義務違反で過労自殺の損害賠償請求訴訟や労災申請などの問題を回避するために、社員のうつ病・メンタルヘルス対策を行う必要性が説かれたように、行政は、企業に心の健康管理対策における過失という不利益を被らないために、社員の健康管理を努めたことの証として、とくにうつ病・メンタルヘルス対策の推進の指導を行ったと考えられる。

また、4節で示したように、労働者を対象とした過労自殺対策であるうつ病・メンタルヘルス対策は、国民全体を対象を広げ、自殺全般に適用される。自殺対策におけるうつ病・メンタルヘルス対策の重要性は、健康日本21のみならず、2006年に公布・施行された自殺対策基本法（以下、基本法）や2007年に策定された自殺総合対策大綱（以下、大綱）でも記されている。基本法と大綱では、自殺対策は社会的要因を含めながら行い、自殺はうつ病の予防・早期発見・治療によって回避できるため、個々人が自らの心の健康管理を行い、また、身近な人々の心の健康状態の把握・管理も行い、異常が認められれば精神科へ行くことが重要であると述べられている。

社会的要因を含めながら行うとされた自殺対策であるが、過労自殺訴訟の内容をみていくと、過労自殺における社会的要因となるのは、長時間労働であると考えられる。しかし、上述したように、行政が企業に長時間労働を規制するためのタイムカードやICカードの導入の遵守を通達したとしても、企業によってはその意味をなさないところもある。そのような場合、基本法や大綱に則してうつ病罹患・自殺予防対策を行うならば、企業はもとより労働者である個々人やその身近にいる者たちが、労働者それぞれにつき、うつ病・メンタルヘルス対策を行わなければならないことになる。電通訴訟の最高裁判決では、一郎の自殺の責任は、電通にある（安全配慮義務違反）と認められた。しかし、基本法や大綱が成立した現在、個々人が自らの心の健康管理を怠り、または失敗し、その結果、うつ病に罹患し自殺に至った場合には、個々人自らの過失による自殺となるため、電通訴訟の高裁判決のように、その責任は、自殺者本人および遺族にも問われる可能性がある。よって、その責任を問われないように、個々人が

自らの心の健康管理に努めなければならないことになる。

企業も、社員の心の健康管理を怠った、または失敗したとして、過労自殺訴訟で安全配慮義務違反と遺族に訴えられるリスクを軽減するために、社員の心の健康管理に努めなければならない。また、企業は、社員の心の健康管理を行うことで得られる利益もある。企業がタイムカードやICカードを導入しつつ、タイムカードの打刻後に社員に残業をさせたとしても、電通訴訟以後の労働省による「所定外労働の削減及び適正な労働時間管理の徹底について」の通達によって、その記録媒体は、行政に客観的で正確な労働時間を記録したものとして取り扱われる。そのため、過労自殺訴訟の場合、長時間労働は、遺族に、より客観的で正確な記録を証拠として訴えられるなどしない限り、問題として表出しにくい。そもそも、遺族は、長時間労働の実態を裏付ける証拠を提出することは困難な状況にある。なぜなら、家族が自殺すると思い、過労自殺をする前から各々のサービス残業の時間を事細かく記録していることは少ないからである。企業の生産性を上げ、また、社員のコスト削減を図るために、過労自殺訴訟で問題となる長時間労働を社員に行わせるならば、企業はより社員の心の健康管理に努める必要がある。なぜなら、社員に長時間労働をさせたとしても、企業がうつ病・メンタルヘルス対策を行い、社員が心の健康を損ねず、過労自殺しなければ、企業の心の健康管理は成功となり、過労自殺訴訟は起こされず、企業の利益追求のもとにある長時間労働の問題を放置することが可能だと考えられるためである。さらに、仮に、遺族に「長時間労働による過労からうつ病を発症し、自殺に至った」と過労自殺訴訟を起こされても、企業がタイムカードを導入し、厚生労働省の通達・指導に従ったうつ病・メンタルヘルス対策を行っていたならば、企業の安全配慮義務は履行されていたと判断される可能性がある。

このように、基本法や大綱で、社会的要因に自殺原因をもとめながらも、うつ病・メンタルヘルス対策の知識の普及および啓発を主に推進していくことは、過労自殺の原因の一つであるとされる社会的要因・社会問題（長時間労働や上司によるハラスメントなど）が潜在化されていく。そして、自殺原因はうつ病であるとされることによって、自殺は医療問題として社会において認識が広められていく。この現状は、自殺という社会問題が医療化された問題、すなわち医療問題として構成されたことをあらわす。

自殺が医療問題として取り扱われることに対し、精神科医の富高辰一郎は、「職場での不適応がきっかけで、うつ病になった若い会社員がいるとする。うつ病になったきっかけは何であれ、ある程度の症状を認め、うつ病の診断基準を満たせば、当然うつ病と診断される。抗うつ薬を処方され、休養を勧められることになる。しかし職場への強い不満を抱きながら、うつ病が改善していくことはあまりない。・・・『会社が嫌で、職場ではほとんど口もききません。でも、抗うつ薬のおかげで気分は良好です』ということはまずありえない」（富高 2009: 156）という。

また、斎藤貴男は警察庁による自殺者の原因・動機の判別について、「うつ病が職場で追い詰められた結果なら、それは『健康問題』というより『勤務問題』ではないのか」という（斎藤 2009: 11）。つまり、富高や斎藤は、うつ病や自殺を引き起こした根本の原因である社会的要因の存在を、医学的知見であるうつ病に還元することの問題性を述べているのである。

うつ病対策という疾病対策を自殺対策に採用することは、自殺を病死と位置づける。長時間労働や過重労働などの社会的要因を起因とする自殺であっても、個人が健康管理を行わなかった結果の自殺として扱われてしまう。コンラッドとシュナイダーによれば、「ある逸脱行動を社会状況の兆候として見るのではなく、医療的な眼差しは個人に焦点を合わせて、病気それ自体を診断・治療し、一般的に社会状況を無視する」（Conrad & Schneider 1992=2003: 473）。そして、自殺が個人の病気による結果である病死とみなされることは、「逸脱に対して投薬を行うことは、その逸脱行為を現状に対する何らかの『意見』としてではなく個人の病気の『症状』としてとらえることを意味し、現存する社会や政治制度を擁護」し、「逸脱行動を医療化することによって、その行動が現行の制度に対する意図的な拒絶である可能性を見逃す」のである（Conrad & Schneider 1992=2003: 474）。つまり、過労自殺においては、長時間労働の拒絶のために決行された自殺であったとしても、電通訴訟で認定されたように、うつ病の症状から起きた自殺とされることで、過労自殺対策は、うつ病治療となり、企業における長時間労働などの労働問題は放置される可能性がある。また、自殺全般に対する対策でも、行政が自殺の主な原因をうつ病とし、自殺の解決策をうつ病・メンタルヘルス対策という精神医療にもとめたことで、仮に自殺者が現存する社会に対する拒絶行為として自殺したとしても、自殺者の自殺原因として存在した多様な社会的要因・社会問題は潜在化されてしまうのである。

本稿で明らかにした「自殺をめぐる社会問題の医療化」は、自殺を病死とみなすことによって、その責任が健康管理に失敗した個人に課せられ、問題は、個人の機能不全へと変えられ、政治的には解消されていく社会の到来を意味している。つまり、個人の病と社会の危機とが直接的連関をもち、ベックが個人化社会として警告したように、社会の危機が個人的なものとしてあらわれるのである (Beck 1986=1998: 140)。

注

- 1 電通訴訟の裁判内容は、判例タイムズに掲載された判決文を使用する。また、判決文ではわかりえない、遺族や電通が提出した証拠内容などは、遺族の担当弁護士であった藤本正の文献を扱う。
- 2 当時の電通では深夜2時から午前6時30分までは玄関および通用口が閉められるため退社する社員は退社時刻記録一覧表に、自分の所属局、資格、氏名、社内番号、退社時刻を記入し、管理員に通用口を開けてもらっていた。この記録が深夜退館記録である (藤本 1996)。
- 3 電通が委託した管理会社の管理員が1時間ごとに社内各フロアを巡察し、巡察結果を記録したもので、とりわけ午前0時以降は1時間ごとにどこの職場の誰が在館していたか記されていた (藤本 1996)。
- 4 金子意見書とは、松沢病院の院長である金子医師 (自殺未遂事件における労災認定の第一号事件の鑑定人) によって作成されたものである (藤本 1996: 85)。

文献

- Beck, U., 1986, *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Suhrkamp. (東兼・伊藤美登里訳, 1998, 『危険社会』法政大学出版)
- Conrad, P&J W Schneider, 1992, *Deviance&Medicalization: From Badness to sickness, Expanded edition.*, Philadelphia: Temple University Press. (進藤雄三監訳/杉田聡・近藤正英訳『逸脱と医療化——悪から病いへ』ミネルヴァ書房)
- 藤本正, 1996, 『ドキュメント「自殺過労死」裁判——24歳夏アトマンの訣別』ダイヤモンド社。
- , 1997, 「日本型企業社会の病理と青年の死——電通自殺過労死事件」『季刊労働者の権利』。
- 藤原信行, 2011, 「『医療化』された自殺対策の推進と〈家族員の義務と責任〉のせり出し——その理念的形態について」『生存学』3:117-132。
- 判例タイムズ, 1996, 判例タイムズ社, 906:164-79。
- , 1999, 判例タイムズ社, 990:87-96。
- , 2000, 判例タイムズ社, 1028:87-91。
- 伊原亮司, 2011, 「職場を取り巻く環境の変化と『うつ病』の広まり」『現代思想』39-2。
- 川人博, 1998, 『過労自殺』岩波書店。
- , 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」ストレス疾患労災研究会・過労死弁護団全国会議編『激増する過労自殺——彼らはなぜ死んだか』皓星社。
- , 2006, 『過労自殺と企業の責任』旬報社。
- 厚生省監修, 1999~2000, 『厚生白書』ぎょうせい。
- 厚生労働省監修, 2001~2010, 『厚生労働白書』ぎょうせい。
- 黒木宣夫, 2010, 「産業精神保健の動向」中央労働災害防止協会編『職場における自殺の予防と対応』中央労働災害防止協会, 14-20。
- 内閣府編集, 2007~2010, 『自殺対策白書』佐伯印刷株式会社。
- 本橋豊編, 2007, 『自殺対策ハンドブック——基本法の解説と効果的な連携の手法』ぎょうせい。
- 大阪過労死問題連絡会編, 2003, 『Q&A 過労死・過労自殺110番』民事法研究会。
- 斎藤貴男, 2009, 『強いられる死——自殺者三万人の超の実相』角川グループパブリッシング。
- 高橋祥友, 2003, 『中高年自殺——その実態と予防のために』筑摩書房。
- , 2006, 『自殺予防』岩波書店。
- 玉木一成, 2000, 「労働者の精神障害・自殺と労災補償・損害賠償——精神障害・自殺の法律学的考察」ストレス疾患労災研究会・過労死弁護団全国会議編『激増する過労自殺——彼らはなぜ死んだか』皓星社。
- 富高長一郎, 2009, 『なぜうつ病の人が増えたのか』幻冬舎ルネッサンス。
- 山田陽子, 2008, 「『心の健康』の社会学序説——労働問題の医療化」『現代社会学』9: 41-60。
- , 2011, 「『感情資本主義』社会の分析にむけて——メンタル不全=リスク=コスト」『現代思想』39-2。

Medicalization of a Social Problem: Administration Policy for Preventing of Suicide Due to Overwork

TANAKA Keiko

Abstract:

This article examines the administration's policy for preventing suicide due to overwork to clarify how the social problem of suicide has been medicalized. In Japan, over 30,000 people have committed suicide annually since 1998, and this trend has come to be considered as a social problem. The government has pointed to an increase in the number of the suicide cases among middle aged and elderly working people as the main cause of the trend. Meanwhile, there has been an increase in the number of lawsuits and applications related to industrial accidents, which are another cause of suicides, but the administration's suicide prevention policy has been mainly promoting mental health measures for the prevention of depression, because suicide due to overwork has come to be seen as a social problem. The perspective that ascribes suicide to depression has come to be applied not only to suicide due to overwork but also to suicide in general; thus, anti-depression and mental health measures have converged with suicide measures. The social problem around suicide has concealed the social factors, which have come to be individualized, as the prevention of suicide becomes constructed (medicalized) as an issue for applied science like psychiatry.

Keywords: medicalization, individualization, suicide due to overwork, depression and mental health measures, social problem

社会問題の医療化 ——過労自殺に対する行政施策を事例として——

田 中 慶 子

要旨:

本稿の目的は、過労自殺に対する行政施策を事例として、自殺という社会問題が医療化されていく過程を明らかにすることである。

1998年以降、13年連続で自殺者が3万人を超えた日本では、自殺者数の急増が社会問題となっている。その原因として、政府は、働き盛りの中高年の自殺者数の増加を指摘している。自殺原因を労働災害にもとめる労災申請や労災訴訟が増加していく中で、過労自殺が社会問題化したために、行政は、主として職場における自殺対策として、うつ病・メンタルヘルス対策を推進するようになる。自殺原因をうつ病にもとめる視点は、過労自殺だけでなく、自殺全般に適用されるようになり、うつ病・メンタルヘルス対策が自殺対策として収斂していくことになる。自殺予防が精神医療による応用科学的な問題として構成（医療化）されることによって、自殺をめぐる社会問題は、社会的要因を潜在化し、個人化されていくことになる。