

「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

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2015-09-08 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 荻野, 達史 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.14945/00009107

「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—

荻野達史

1 問題の所在

2000年頃より現在まで、「職場のメンタルヘルス」（産業精神保健）についての行政的対応は様々に展開され、民間企業における取り組みも広範に見られるようになった。これまで「精神医療化」論、あるいは「心理主義（心理学）化」論を展開してきた社会学の領域からも一部関心を向けられている急激な変化である。しかし、産業・労働領域でのこの社会的変化は多面的であり、たとえば Conrad と Schneider が1992年にその「医療化」論で指摘した患者や社会にとっての負機能を断片的に取り上げることによっては、生じている事態について適確な像を結べないように思われる。

そのため、本稿では、これまでの医療化論的な視角からは、あまり取り上げられてこなかった、しかし産業精神保健においては大きな比重を占めている「職場復帰支援」に注目する。まず、その取り組みの経緯や基本的な構成・特性について記述することで、この間に生じた変化の内実をより総体的に捉えるための土台としたい。次に、医療化論を踏まえつつ、社会的アプローチとしてどのような検討方法が求められるのかを思考する。最後に、資料・データ上の制約から、現段階で評価的分析を行うことは概ね困難であるため、予備的考察に留まるが、復職支援について検討すべきポイントの抽出を試みる。

2 産業精神保健の急速な展開

労働者の「メンタルヘルス」に対する社会的な関心の高まりや行政施策の展開には目を見張るものがある。この歴史的な流れについては、拙稿(2010, 2011a,b)で詳述した通りであるが、この15年ほどの動向についてごく簡略に触れておこう。

行政、そして民間企業にショックを与えてその対応を迫った事象として、1996年の2件の「過労自殺」判決がしばしば言及される。それぞれ行政訴訟と民事訴訟という違いはあるが、劣悪ないし過重な労働状況が若手社員のうつ病を発症させ、うつ病が自殺に帰結したという因果関係が認められ、自殺が業務上の要因による労働災害として認定されると同時に、企業はしかるべき安全配慮義務を怠ったとして多額の賠償金支払いを命じられた。この労働状況－自殺の連関が「うつ病」を挟んで認められ、「過労自殺」として大々的に報道されたのは画期的事態であった。

翌年2月には当時の労働省内に「精神障害等の労災認定に係わる専門検討委員会」が設置され、1999年には「心理的負荷による精神障害等に関わる業務上外の判断指針」が公示されるが、これ以後現在まで厚労省は関連する「基準」や「指針」を次々と策定（改訂）・公示してきた¹。

そして、2014年6月には労働安全衛生法一部改訂が行われ、その中心的な部分として「労働者の心理的な負荷の程度を把握するための制度」（ストレスチェック制度）が導入され、従業員規模50人以上の事業所については、ストレスチェックを行い、その結果に基づく医師による面接指導の実施などが義務付けられた。これについても2015年4月に指針が公表されている²。このような行政的な展開については、様々な側面は含みながらも、基本的には、職場ストレスがうつ病を引き起こし、ときにそれが自殺を招くという因果モデルに基づくものであることは、医療人類学者の北中（2012, 2014）なども指摘してきた通りである。

民間企業の取り組みの変化については、紙幅の関係上詳述できないが、厚労省による労働者健康状況調査から一つの指標として「管理監督者への教育研修・情報提供」を抜き出して、1997年から2012年まで5年刻みでその推移を記しておこう。全企業平均値でみると、1997年は13.2%、2002年は28.9%、2007年は

¹ たとえば、「心の健康」「メンタルヘルス」に特化したものについて幾つか列挙してみると、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（2000年、2006年に改訂）、「パンフレット・職場における自殺の予防と対応」（2001年、2009年改訂）、「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」（2004年、2009年改訂）、「上司のいじめによる精神障害等の業務上外の認定について」（2008年）、「メンタルヘルス対策における事業場外資源との連係の促進について」（2008年）、「当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について」（2009年）などがある。

² この制度については、2010年5月より検討会が設置され、2011年12月には臨時国会に提出されたが、国会解散のために審議未了となっていた。もとの法案については、ストレスチェックを現行の健康診断とは別立てで法制化すること、ストレスチェックのための質問項目についての妥当性などについて、日本医師会など幾つかの関連団体から反対声明も出されており、2014年に再度提案されたときには、チェック項目などについて一定の改変がなされている。もとの法案についての議論については荻野（2012）にまとめている。

34.5%、2012年は57.1%である。企業規模により相当の差はあるが、とりわけ300人規模までの企業での変化が著しく（1997年：12.4%→2012年47.1%）、15年間での4倍以上の伸びを示している。

3 社会学における関心の向けられ方について

3.1 医療化と心理主義化

こうした趨勢は、社会学という研究領域からみて関心の引かれるところである。様々な関心の向け方はありえようが、まず「うつ病」というキーワードに象徴されるように、当該社会領域やそこにおける諸問題について「医療化」がまさに生じているとも思われるからである³。1970年代初頭より論じられてきた「医療化」とは、「従来は医療的領域外にあった様々な現象が医療的現象として再定義される傾向」であり、「諸社会現象に対して医療的対処（医学的知識による解釈とそれに基づいた医療的実践による改善、それらの制度化）を促す歴史的傾向」である（佐藤 1999:122-123）。そして、それになぜ社会学者が長らく反応してきたかといえば、「医療化」論には趨勢記述の先に、それがもたらすもの、つまり医療関係者による「治療」に内在する、あるいは「治療」することによって派生する社会的機能について批判的に評価しようとする視点が含まれていたからであろう（cf.安藤 1999, 平井 2004, 進藤 2006）。

少なくとも90年代後半に至って医療化論批判が顕著になるまでという限定は付けられようが、それまでの医療化論における批判的視点とは主として二つの側面をもっていた。進藤（2006）の整理に従えば、第一に、とくに医療化に先んじて法的・道徳的観点から「逸脱」とされていた現象が「治療」対象化されるとき、その逸脱行動の有していた「社会問題」性が言説的に剥落するということである。そこには往々にして、本当は社会的原因によって発生している問題、その意味では社会・政治問題が個人問題にすり替えられてしまう、という社会学者なりの見込みがあった。ここで「見込み」と書いたように、この点は社会学内でもその後批判の対象となる。では、我々はその社会性をどこまで立証できるのか？と（安藤 1999:76）。

³ 本稿ではとくに「医療化」論に議論を絞っているが、当然その焦点の合わせ方は他にもありうる。付言すれば、RogersとPilgrimが精神医学と社会学との関係の歴史を辿りながら、いわば“関係修復”の可能性——疫学的研究に限らない——を探っているが、本稿が6節で医療化の多面的な機能評価を強調する理由の一つはそこにもある。

第二の批判的な側面とは、パーソンズ(1951=74)の「病人」役割の議論、とくにその「免責」機能と表裏であるが、「患者」は病気とされることで、その状態について免責されるが、同時に「主体性」を剥奪され、医療専門職の——さらにはいえばそれを通した政治・社会的意図を実現する——“過剰”な統制の対象にもされてしまうというものである。進藤が引く、旧ソビエト連邦における政治犯の「医療化」は、行為者の発言権を奪う(脱政治化)ものであり、そのもっとも苛烈な例に属しよう。しかし、とりわけインフォームドコンセントといったことが語れる以前の医師-患者関係においては、現在以上にそのリアリティが存在したとも考えられよう。

この二つ目の側面については、進藤は、医療化論はその批判の論理的必然として、病者の責任回復と「再主体化」を主張することになるが、それはややもすると健康についての自己責任を強調する議論——たとえば医療費削減を求める議論——と重なり合ってしまう点を指摘している。この点については、以下の議論と関係するので、「心理主義化・心理学化」という、社会学における一つの社会趨勢についての見方にもここで触れておこう。

様々な事象を「心」の問題として解釈するようになり、そこに多くは心理学的な知や臨床的技法を投入し、対応しようとする傾向を指している。こうした傾向についての批判点は、医療化論とかなり重なる部分はある、やはりその大きな部分は、社会・政治問題の個人化というところにある。

ただ、医療化論と一つ異なる点があるとすれば、それは少なくともある時期までの医療化が「脱主体化」という議論と結び付けられたとすれば、心理主義化・心理学化は、むしろ優れて「主体化」させる、その意味では自己責任論の一翼としてそれを強化するメカニズムと見なされてきた点に求められよう(cf. 崎山 2011)。例えば、ストレス・コーピングなどについての理論や技法が導入されることを捉えての議論であれば、それらは自身をより社会的に効率の良い主体——陰性感情に囚われることなく対社会的に有意義な行動がとれるように自身を管理し駆動していく——に仕立て上げていく知や技法であり、たとえばネオリベリズムと呼ばれる政治経済体制と相即的なものであると批判的に論じられる。

3.2 産業精神保健への適用

そして、職業領域における「メンタルヘルス」対策が、まさに「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、基本的にはこうした医療化論や心理主義(学)化論と視点を共有する批判

を行ってきた。例えば、知識社会学的研究として山田は、「労働問題の『医療化』」（とりわけ精神医療化）という観点から、長時間労働、過剰なノルマや職務上のトラブルなど様々な職場で生起する問題は、「従来きわめて社会的で政治的な問題として議論されてきたが、…自殺やうつ病のリスクファクター」として定位されることになったと論じている（山田 2008:53-54）。そして、過労自殺やうつ病に対する対策が整備され、「精神障害に係る労働災害」として補償・保障されること自体は「一定の評価」ができるとしながらも、次のことを結論部分で述べている。

だがその一方、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）

この視点はその後の議論でも堅持され、外部EAPなどが参入することで、あるいはそれに象徴される形で、労働者の「セルフケア」、それも単にストレスを緩和するのではなく、より生産的な労働者になるための圧力が増し、また労働者も自らの生き残りをモチベーションの向上によって果たそうとする時代・社会状況がある以上、「職場のメンタルヘルス」は自己責任論を強化することになることを論じている（山田 2011）。

また、やはり社会学的研究として、田中は、過労自殺あるいは自殺一般が「うつ病」に起因すると解釈されることで、「自殺問題が医療化された」と考え（田中 2012:257）、そのことは次のようになると述べる。

自殺が病死とみなされることによって、その責任が健康管理に失敗した個々に課せられ、問題は、個人の機能不全に変えられ、政治的には解消されていく社会の到来を意味している。（田中 2012:265）

同様に、先出の山田も労働者の自殺に焦点を当てている。ただし山田は、「うつ病」の発症をもって、つまり本人の理性的判断が失われた状況がそこに介在するとみなすことで、労働状況と死とを因果関係的に結び付けられるようになったことを確認する。そして、あまりにもその連関においてしか、自殺が労災と

して認定されない言説状況において、可能性としては存在しうる意思をもった行為としての——たとえば会社に対する抗議としての——自死が、それとして認められない、そうしたことを問題視する。それは故人の意思を歪めることになるかもしれない、同時に真相の究明を求める遺族の意思を阻害するものであると（山田 2012）。この山田の立論は、医療専門職に対する従属的關係によって生じるということではないが、病気と認定されることで免責されるが、同時に脱主体化されるという医療化論の一視点と通底するものである。

3.3 うつ病臨床における「主体性」の抑圧：文化人類学的研究からの示唆

これに対して、病気とされること一般が脱主体化させる、言い方を変えれば患者個人の実存的な在り方を無視させることになるというわけではないが、医療者やメディアが好んで使う病気の解釈パターン、とくにそれが「社会原因論」であることによって、当事者個人に即した「病」の解釈や語りを抑圧する点を強く問題にした議論がある。医療人類学者の北中の議論であり、きわめて重要であるのでここで取り上げておきたい。

北中（2012, 2014）では、抑うつ的な状態について、日本社会がどのような表現や意味を与えてきたのか、江戸期以降、そして明治期以降は欧米の医学知識が導入されるなかでの変転やその論理を歴史人類学的に辿りつつ、近年の急速な「うつ病」言説と罹患者の普及・増大、そしてそこにおける精神科臨床の問題を検討している。

まず、北中の議論で注意すべき点は、日本社会における近年急速に拡大した「うつ病」言説は、上述の90年代後半に出された諸判決に水路づけられる形で、欧米諸国ではそれまで見られないほど社会因（およびそこからくる心理的ストレス）を大きく見積もる議論であると性格規定するところである。働き盛りの男性が企業における苛烈な労働ゆえに心身共に疲弊し斃れるといったストーリーは日本社会ではきわめて受け入れられやすいものであり、うつ病対策も「労働問題の個人化」といった流れではなく、むしろ産業医学的に目指されるのは「システム論的な対策であり、多様な労働者を含む職場レベルでの対応」であり（北中 2014:190）、行政指導も「うつ病に陥る労働者の心理的特性や個別の状況分析よりは、むしろ労働時間や睡眠時間といった、どのケースに対しても数値化によって客観的に計りうる要因を重視」したものであったという（北中 2014:186）。

北中は、こうした動きについては、「過労に着目した身体的モデルで、政策も進んでいった。これはたしかに、日本の圧倒的な過労状況や、労働環境を改善するという意味できわめて有効であった」と述べている（北中 2014:206）。し

かし、日本におけるうつ病言説が社会因を重視する傾向があるとはいえ、近年のメンタルヘルス対策が、労働者のセルフケアや管理監督者による早期発見（それに続く早期治療）といった対応に還元されず、実際に職場環境の改善に実効的に結びついているかは、さらに検討すべき余地が多くあると筆者は考える⁴。とはいえ、90年代後半以降の関連議論の性質として社会的水準が大きく組み込まれていたことは確かであり、このことはたとえば2014年のストレスチェック制度法案が通過した際、採択された付帯決議の中には、ストレスチェックの結果を個人の健康状態を計るだけでなく、「職場ごとのストレスの状況を事業者が把握し、職場環境の改善を図る仕組みを検討すること」という文言が含まれていることとも無関係ではなからう。したがって、昨今のうつ病言説やメンタルヘルス対策の普及がもたら「労働問題の個人化」に帰着するとみることも適切でないことが北中の議論からも予測される。

上記の点を確認した上で、北中の批判的議論の中核部分についても言及しておきたい。それは臨床における問題について社会科学の立場から果敢に切り込んだものであり、とくに産業精神保健の興隆という状況を観察する者にとって、その視点のとり方は示唆的である。北中の精神科でのフィールドワーク——2000年代初頭の観察を含む調査からうつ病臨床の歴史について経験の長い医師にインタビューしたもので——に基づく議論を通してみると、以下のようにまとめられよう。

日本の精神医療のなかで80年代頃までに確立されてきた、うつ病治療（の理想型）においては、投薬を中心とする生物学的治療ばかりになるわけではないが、精神分析のような形で心理的側面に深く踏み込んでいくことはむしろ治療的には逆効果であるとして諫められてきた。とくに男性患者については、いわばうつ病臨床のモデルストーリーとしての過労とそれゆえの働き方の（部分的）見直しに語る場所は止められる傾向があった。その流れに加え、昨今のうつ病言説の傾向は——そしておそらくは投薬治療の拡大によっても——、さらに患者個人々の心的背景や生き方をめぐる問いに対して向き合うことのない臨床を主流化している。その意味で、患者の主体性や実存に関わる問題は抑圧されてしまう、と。

⁴ たとえば、たしかに北中が「システム」的対応と呼ぶものは、「集積的リスクとしてのうつを管理する」（北中 2012:186）ものではあるが、実際には直接的で全面的な「職場環境改善」というよりは、高リスク者——たとえば残業時間が月100時間を超える——を見つけ出す網をかけるものであることには注意を向ける必要もあろう。

北中の議論はあくまでも「うつ」に照準したものであり、産業精神保健をそれとして対象にしたものではない。しかし、企業の外側で営まれる——ではあるが「企業社会」の在り方にも影響されるであろう——精神科臨床の現在的な在り方を通して、産業・労働領域における精神医療化（あるいは／同時に心理主義化）の及ぼす影響や含意を検討するという視点を開くものであり、このフィールドについてまだまだ蓄積も視点も少ない社会学的研究に対しても多くの示唆を提供するものである。

4 「職場復帰支援」に注目する理由

4.1 歴史を辿るところから

「医療化論」については、その趨勢が生じるメカニズムについて、そして医療化の社会的機能をめぐって、すでに一部触れたように様々な批判はある。しかし、産業・労働領域で近年生じてきた趨勢についての社会学的な分析は、医療化論的な色調が強いことを前節で確認した通りである。したがって、これまでの社会学的な関心の持ちようからすれば、「職場のメンタルヘルス」に関わる取り組みとしては、労働者によるセルフケア、さらには感情管理に関わる局面が主たる検討対象となるところであろう。

具体的には、企業や企業の雇い入れた外部EAPがストレスチェックやとりわけ研修を通して、ストレス・コーピングの方法やよりポジティブに状況を捉え生産性を上げるための感情操作の方法を労働者に伝達・教授する場面が重要にもなろう。あるいは、そうした研修の影響に関わらず、かつて以上の競争圧力に曝された労働者が自らの生き残りを意識して、そうした感情管理・操作に関わる技法を取り入れようとする。あるいは、もはやポジティブでありえない自分、その意味では競争から脱落しかけている自己を意識すると早々に精神医療やカウンセリングの門を叩いたりする、そうした「下からの医療化」の姿を記述し、かれらの語りを分析することが重要とも思われる。

しかし、ここでは「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。労働領域の医療化・心理主義化の趨勢（そうした記述の適正さ自体）について検討するという以上、従来の社会学的関心からすれば労働者のセルフケアや受診行動が目にとまりやすいが、企業や医師をはじめとした保健スタッフの関心がより強く向けられている局面を素通りすることはバランスを欠くことになるだろう。

実際、復職支援についての関心は、意外と長いものがある。行政施策としては、1988年に開始されたトータル・ヘルスプロモーション・プラン（THP）に「メンタルヘルス」が含まれるようになったとはいえ、しばしば批判されてきたように、THPはセルフケアを中心とした一次予防に偏っていた。そのため3次予防にあたる復職支援は、2004年に厚労省が「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」を公表するまで、注意を向けられなかったようにもみえる。しかし、決して広範に行われていたとはいえまいが、たとえば1960年代の状況について精神科医の加藤正明が行っている述懐に以下のような部分がある。当時、企業に精神科医が入っての保健活動に対しては、労組や一部論者から精神障害者を職場から排除するものという批判があり、そのためもあり「勢い精神障害者の職場復帰に力を入れる産業医が多くなった」という。「ナイトホスピタルによる通勤や部分出勤が取り上げられ、職場内に復帰者のための指導センターが北欧の例に倣って検討され、日本鋼管の復帰班活動や国際電電のデイケア活動が目された」とも加藤は述べている（加藤 1993:7-8）。

また、同様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以下のように述べている。加藤の話では復職支援に取り組んだのは精神科医が自らの企業内活動の正当性を高めるためであるようにも受け取られるが、小西の回想では企業側の事情や現在にも通じる問題が示唆されており貴重な証言といえよう。

職場の精神衛生管理に従事する産業精神衛生医にとって、もっとも頭の痛い仕事は復職判定業務です。企業が職場の精神衛生管理に着目したそもその理由も、精神障害から回復した従業員の復職希望にどう対処したらよいか、というきわめて現実的な問題にあったことは否定できないでしょう。当該従業員の多くは、発病当初は大なり小なり職場でトラブルを起こしていますから、かれらの職場復帰はできることならかんにんしてほしい、というのが職場側のホンネであると思います。しかし、それは表にだせることではありませんから、復職判定という制度を作ることにより、この難問を合理的に処理できるのではないか……という期待が、会社側にまったくないといえば嘘になるでしょう。（中略）ところが、分裂病（現在は統合失調症）が再発することや、そううつ病がくりかえしてでてくることを経験的に知っている企業の人事担当者は、外部の精神科医の意見だけでは不安を感じ、やはり企業が精神衛生管理システムをもたなければならないと思い、

あるものは精神衛生管理制度を導入した——というのが、今日のわが国の、産業精神衛生の出発点であつたらうと思います。(小西 1984:96, 括弧内は引用者)

精神疾患・障害を理由として休業していた労働者の職場復帰への企業の対応として精神衛生活動が始められたという指摘自体、産業精神保健という問題を考える上で興味深いものである。加えて、企業における精神保健活動において復職をめぐる問題がきわめて大きな比重を占めていることを、企業組織的な事情を踏まえて説明しているという点においても、納得させるものである。

また、「外部の精神科医」とは主治医を指すと思われるが、主治医の「復職可」診断が必ずしも適当ではなく、業務内容などと照らし合わせての産業医や人事関係者などによる復職判定が必要という議論は、そのまま2004年の厚労省による「職場復帰支援の手引き」(旧版)にも見られるものである。多少この点について補足すれば、小西が引用部分に続けて、企業内での判定が復職不可となるときには、「病者を排除するシステムとして機能する」おそれもあると但し書きを付けているように、当初企業側が判定制度を設置した理由は、いささか排他的な思惑もあったようである⁵。しかし、現在判定委員会の設置を求める公式的な理由は、主治医の復職可能とするのは往々にして自宅での生活ができるレベルを意味しており、職場での業務遂行が可能となるレベルとの間には差があるためというものである。

4.2 近年の動向から

近年の証言や動向からも、復職支援の中心性を確認しておこう。2004年に厚労省が「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」(2009年に改訂)を発行するが、この時の検討委員会の中心的メンバーであ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、ある雑誌の座談会冒頭部で述べている(島・廣 2004:10)。

あるいは、1993年に設立された産業精神保健学会が2014年に設立25周年記念

⁵ この点に関連して法的な問題を確認しておく。労働法学者の三柴は、復職判定については医師が下す判断が法的にも極めて重要な意味を持ち、「基本的には医師による復職可能判断を踏まえた本人の復職希望があれば、使用者は合理的な理由がない限り、(必要に応じ一定期間の業務軽減等の措置と共に)復職を認めるべきことが原則となる」としている(三柴 2010a:193)。

企画の一つとして『特別号 職場のメンタルヘルス対策Q&A』を編集した。編集委員長である大西守が端書きで「単なるQ&Aに留まらないように、必要に応じて、内容に長短をつけた。とくに、Questionに関しては、職場関係者が実際に困ったりとまどったりすることが多い事項に焦点を当てた」と述べているが、その結果13の章が設けられ、筆頭に来ているのが「職場復帰」であり6つの質問・回答が取り上げられている。

筆者の行った関係者への聞き取りについても触れておく。外部EAPについて、断片的であるがここ数年の状況を伝えるものでもある。厚労省の関連サイトを受託している団体の担当職員であり、復職支援について多くの企業に取材も行っているAさんにインタビューを行った⁶。以下、Aさんの話である。厚労省調査でも従業員規模300名以上の企業の90%以上が何らかのメンタルヘルス対策に取り組み、その多くがなんらかの外部EAP企業と契約しているという意味で、すでにマーケットとしては飽和してきている。また、それでいて不調者が減ってきてはいない。そのため、提供されるサービスで淘汰が始まっている。自分が調査した企業担当者が契約するEAP企業を代えた折に相手側に要求したのは、ただ研修をやっているのでは駄目であり、休職者・復職者への支援をしっかりとすることであった、と⁷。

さて、産業精神保健における復職支援問題の比重の大きさを確認するために、いささか多く紙幅を割いた。その理由は、社会的分析が、その蓄積された学的関心に依拠するあまり、対象となる社会領域の関係者たちの問題認識——何を日々の中心的な取り組みとし、いかなる点を課題として認識しているか——と焦点や問題設定が大きく乖離してしまうことを避けるためである。研究分野独自の視点は貴重であるが、あまりに乖離が大きくなると、少なくとも当該フィールドにとってその研究は無意味なものとなるだろう。

⁶ インタビューは2014年2月に実施した。

⁷ この点に関連していえば、日本では老舗になるEAP企業の代表取締役Bさんが以下のように述べている（インタビューは2014年3月実施）。EAP企業のHPなどでは目立つものかもしれないが、EAP企業にとって研修は端的に「売れない」商品ということになる。そうした研修はEAPより「有名な研修会社とかコンサル会社の方を使う」ということであった。EAPに期待されるのは、「リスクマネジメント」に直結する部分ということであるようだ。そこには、たとえば最終的には解雇ないしは退職になった被用者に企業側が提訴された場合、企業は復職に対して相応の配慮やサポートを提供したかが問われるといった問題が含まれよう。

5 近年の復職支援をめぐる動向：行政、民間企業、リワークプログラム

5.1 開始時期と種別

上述のように精神的疾患・障害を経験した、あるいは寛解状態にある労働者が休職後に職場復帰することへの関心は、かなり限られるとはいえ一部大企業においては、たとえば2004年に厚労省より復職支援の手引きが通達される以前より存在した。実際、80年代までにも小西らは、復職判定委員会をなんらかの個別的な復職プランを作成する場としていたという（小西 1984:97）。

とはいえ、現在の「職場復帰支援」の状況に直接つながるのは、やはり2000年代に入って以降の動向ではある。この動きを、ここではあえて二つの系統に分けて概観しておこう。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／事業場内という分け方ができる。たとえ企業が休職者に利用を促す／命じるといことがあれ、復職のためのリハビリが企業の外側で、企業関係者以外によって行われる場合は、「事業場外リハビリ」といえる⁸。総合病院の精神科や精神科診療所で、あるいは障害者（等）を対象にした就労支援を行う公的機関で⁹、ある時期より行われているものは、「復職支援プログラム」であり、「リワークプログラム」と呼ばれることも多い。

他方、企業が、その一部に外部EAP会社を利用したり、事業場外リハビリを利用したりするものではあっても、労働者の休職開始時、休職中から必要と思われるなんらかの対応を開始し、やがては復職の可否の判定から、復職後の労働負荷のコントロール（段階的引き上げ）に関するプラン作成、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いく場合、それは事業場内支援（その一部として事業場内リハビリ）と呼ぶのが適当であろう。

5.2 事業場内支援

ここでは、厚労省による「復職支援の手引き」に触れておく意味でも事業場内支援から概説しておこう。当時の労働省が2000年に「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（以下、旧指針）を、翌年には厚労省が「職場における自殺の予防と対応」を公表したが、その次に出されたメンタルヘルス

⁸ 精神科医の玉井光は就業前リハビリテーションと就業リハビリテーションと区分している（玉井 2006:6-11）。

⁹ 手引きを公表した2004年、厚労省が予算を設け、（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構が運営・実施する形で、全国六カ所の地域障害者職業センターで精神障害者復帰支援事業（リワーク事業）が開始された。

に特化した指導文書が2004年の「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」である。旧指針で総論を展開して、急ぎ労災として問題になった「自殺」対策を打ち出したわけであるが、その次にきたという意味でも復職支援は行政的にも重視されていたことが伺えよう。

「復職支援の手引き」はこれまで2回改訂されているが、基本的な構成、「復職」に関わる5段階の「流れ」については当初より変わっていない。第1ステップ「病気休業開始及び休業中のケア」、第2ステップ「主治医による職場復帰可能の判断」、第3ステップ「職場復帰の可否の判断及び職場復帰支援プランの作成」、第4ステップ「最終的な職場復帰の決定」、第5ステップ「職場復帰後のフォローアップ」となる。2009年と2012年に改訂されているが、2009年の改訂は「検討・留意すべき点」が最初と最後の部分で補強された形になり、全体の量も増している。

具体的には、たとえば(1)個別の復職案件について作成される復職支援プランとは別に、各プランのいわば原型となる事業場としての復職支援プログラムを作成すべきこと、(2)再休職を招かぬよう、主治医と十分な連携を図りつつ、事業場の保健スタッフと人事労務、管理監督者などが本人も交えて慎重に復職可否判断を行うこと、こうしたなどが強調され、そのための方法や判断基準についても、改訂前より詳しく記載されている。

総じていえるのは、次の二点が強調されているということであろう。まず、個別ケースへの対応に先立ち、関係法上問題のないルールを事業場で策定しておくこと、そのことによって本人および周囲が休職開始時から一貫してその後の流れや身分的な保障等について見通しや理解が成り立つようにすることである。次に、復職させられる時期を適確に判断できることが決定的な重要性を持つこと、そのために主治医との連携や企業関係者などの情報収集が欠かせないということである。

後述するような関連資料に拠る限り、復職の手続き、とりわけ精神疾患・障害に起因する休職からの復帰手続きについて社内規定を90年代までに有していた企業はごく希であったと思われ、現在規定を有している企業の多くは、まずは旧版ないしは改訂版の「手引き」を参考にして、あるいはそれを基準にしたアドバイス——たとえば産業保健推進センター内に設置されたメンタルヘルス対策支援センターの促進員による——を受けて復職規定を作成しているようだ。その意味では、この「手引き」は大きな影響を与えたものといえるだろう。

5.3 民間企業の取り組み

5.3.1 全体的傾向について

それでは、民間企業で復職支援がどのようになされているのであろうか。現時点ではその像を系統的に描くのは資料的にも困難である。以下では、企業を対象になされた計量調査と聞き取りに基づく事例紹介に拠りながら、その範囲で把握できることを素描しておきたい。

まず、(独)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」から、関連部分を確認しておく。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%、「人事担当者がその都度相談してやり方を決めている」が43.1%、「それぞれの職場の上司・担当者に任せている」が17.4%で、残り6%程度は無回答となる。大方の企業にとっては取り組みの歴史が浅い「メンタルヘルス」という問題については、復職に関わらず一般的に企業規模によって相当の差がある。復職についてもやはり差があり、従業員規模1000人以上では53.6%が手続きルールが定められているが、30人未満では22.2%である。

復職の可否に関する判断基準のルール化についてみると、全体で「ルールを定めている」が21.0%、「ルールはないが慣行として一定の基準がある」が10.1%、「その都度検討して決めている」が34.6%、「独自の基準はなく、医師の診断書に従う」が28.4%となる。

もう一点、「試し出勤」制度に関する結果を引いておく。この調査では「試し出勤」には「リハビリ勤務」も含まれているように、ようは段階的に労働負荷を高めていく措置が基本的に想定されていること、そしてとくにルール化している場合には法的な検討もなされていることが伺えることになるだろう。結果は、全体についてみると、「ルールとして決めている」が7.6%、「ルールではないが、慣行上行われている」が13.2%、「その都度検討して対応を決めている」が32.8%、「試し出勤制度はない」が40.1%であった。規模1000人以上の企業では、ルール化されているとの回答が23.1%で、それ以下の規模の企業が多くて6%程度であることと対照的である。

厚労省の「手引き」では、主治医の復職可診断は旧版においても改訂版においても、職務に耐えうる水準に達しているものでは必ずしもないことが明記されており、それでありながら「医師の診断書」に従うとした企業が全体で30%であることを考えれば、決して行政指導が行き渡っているわけでもなく、また

復職支援について相応の取り組みが全域的になされているわけでは決してない。

5.4 取り組みの概要：22社のレポートから

こうした点を踏まえつつ、かなり意識的に取り組んでいる企業の復職支援について、一定のイメージを把握しておきたい。参照したのは、厚労省HP内にある「こころの耳：働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト」で、とくに「職場復帰支援の取り組み事例」として取り上げられた20社を超える企業のレポートである。このサイトの受託団体である日本産業カウンセラー協会の職員が、社名の公表を条件にインタビューを依頼し、受け入れた企業のメンタルヘルス対策の中心的人物たちにインタビューを行ったものである。

会社についての基礎情報から始まり、メンタルヘルス対策全般についての素描、そしてより多く復職支援についての取り組みに紙幅を割く形でまとめられている。精神保健に関わる専門誌で論文として提示される事例は、企業についての背景情報は少なく、また流れやそれができるまでの過程について触れられることは希である。また、とくに保健スタッフだけでなく、多くはより中心的な語り手として人事・総務のスタッフなど企業人もインタビューイとして実名入りで登場することが大きな特徴であろう。企業特性や現在の形に至るまでの内部的な文脈や経験も語られており、企業規模は従業員数300人代から1万人を超える相対的に大きなところが多いとはいえ、業種や事業場の集中・分散などの面での一定の多様性を確保しながら、これまでに22社の情報が揃えられていることは資料的に見ても非常に貴重である。

極めて規模の大きい企業や、バブル期の受注状況などで不調社員が多くなったといった経験のある企業では80年代、90年代初頭よりメンタルヘルス対策を行ってきたというところもあるが、とくに復職支援について踏み込んだ取り組みを始めたのはどの企業も2000年代に入ってから、それも上記の行政指針が公表されて以降の時期となる。ただ、指針が示されたので始めたというよりは、中規模企業では何らかの理由で、経営トップがメンタルヘルス対策に関心を示したり、人事部に対策を命じたりすることで始まるという例が散見された。たとえば、知人やよく知っている社員がうつ病になったのにショックを受けて、あるいはとくに目立ったケースがあったわけではないが社員の健康管理として「そうしたことにも取り組むべき時代」といった認識があって、といったパターンである。

規模の大きなところでは、メンタルヘルスを理由とした一定数の休職者の存在や、病気休職期間満了による退職者がいたことと、社会的関心の高まりが社

内対応の背中を押したということがあるようだ。そして、企業規模に限らず言うことは、復職支援に限らずメンタルヘルス対策に非常に熱意をもって取り組んできた「キーマン」がいることである。規模の大きなところでは常駐の保健スタッフがいることもあり、保健師がその役を担っていることもあるが、多く人事部門や総務部門のスタッフに熱心な人物がおり、周囲を説得しつつ体制を作っていた経緯が認められる。付言すれば、保健スタッフ数名でインタビューに応えている例も2つほどあるが、実際には人事労務関係者や部門の管理監督者などがかなり関わっていること、あるいは保健スタッフに丸投げにならないような配慮がなされていることも伺える。たとえば、(株)日立国際電気では、休職者への連絡については保健師からは原則しないことになっており、それは「保健師が動いてしまうと、職場の皆さんが保健師にお任せになってしまうことがあるので、あえて管理職経由で連絡をするルールとしています」と語られている(第22回)。

復職支援の取り組みとしては、企業規模や支社・営業所の規模や分散の程度によって、保健スタッフ为中心的になりうる形にしているか、逆に保健スタッフが必ずしも常駐していなくても可能な形にしているかといった違いや、社内(産業医と人事総務、管理監督者も含めた)における復職可判定の前に「試し出社/出勤」を設けているかいないかといった違いはある。しかし、基本的な発想や枠組については共通する部分も多い。

非常に多いのは、それまでの経験として、主治医の判断に従う形で復職させたが、事後的にみれば、実際には職務に耐えられるだけの段階には至っておらず、再休職となることがしばしばあったということである。そのため厚労省の復職手引きでいえば第3ステップである「職場復帰の可否の判断及び職場復帰支援プランの作成」、つまりは社内での産業医等保健スタッフを含めた関係者間での合議とそのために準備すべき判断材料について明確化していることが、共通項としてまず上げられよう。判断材料として復帰前数週間から一ヶ月程度の「試し出社」(定時での通勤)や「試し出勤」(業務ではないが会社の一室を使ってなんらかの作業を一定時間継続して帰る)が示されることもあれば、本人が記入する「生活記録表」といったものが重視されることもある。

また、復職後は労働負荷を段階的に上げていくこと、その期間を概ね3ヶ月、長くて6ヶ月にしていることも共通している。ちなみに、第3ステップの後半に「プラン作成」が含まれているのは、プランと相即的に可否判断が決まるからだ。復職する職種や職場の状況に応じてどのような軽減措置やステップが準

備できるか、その具体的な見通しが立ち、その条件において3ヶ月程度で軽減措置をほぼ解除できるというレベルに健康状態が回復していること（概ねそれを70～80%の回復段階と呼んでいる）をもって復職の判断がなされる。そして、そのプランに即した負荷が守られるように人事総務部門や健康管理室でチェックしていくこと（これには状況を評価し必要に応じてプランの手直しをおこなうことも含まれる）、また幾つかの会社ではその期間の本人への指揮命令権を部門管理監督者ではなく人事部に委ねることもみとめられる。

5.5 復職プログラムの文書化

そして、最も基本的かつ重要な点として、1社を除いて復職プログラムを社内規定として作成していることである。そして、その狙いや効用として共通して認識されているのは、そのことが関係者（休職者本人・家族、管理監督者、人事・総務関係者、保健スタッフ、など）に対して、休職時から復職プランが終了するまでの一連の流れと、各人（とりわけ休職者本人）が受けられる保障および各人がその地位役割に応じて引き受けるべき役割（逆に言えばそれ以外については他に委ねられる）について、“透明性”を高めることであろう。そのため、内容もさることながら、“見やすさ”や“分かりやすさ”はすぐれて本質的な問題であり、できるだけコンパクトであること、不調時でも理解できるものであること、そうしたことに相当の手間がかけられている。

本人に休職前に伝えられることとしては、勤続年数に応じた休職可能期間、休職中の社会保険料や税金などの立替金の目安・返済方法、傷病手当金の支給額・支給期間などである。また、各種役割がどの役職に配分されるかは企業によって異なる部分はあるが、休職時には誰がどのように本人と連絡をとり、復職可能段階になったときには本人は何を準備する必要があるか、それに伴って誰がどのような対応や判断をする責任があるのか。復職後にはやはり誰が本人と面談し、その情報は誰がどのように管理しつつ職場に反映させていくのか、といったことが明確にされる。もちろん、実際には細々とした実務的問題が発生するわけであり、それを具体的に先んじて書き込んでいるわけではない。しかし、ようは流れと基本的役割、各ステップへ進むための要件が記されていることで、関係者における不透明感やそれに起因する不安・負担感は大きく軽減されるであろうし、それが意図されている。本人に対しては、経済面での不安がある程度取り除くことで「安心して休める」環境作りを手助けすることになる。

実際に効果的に運用していくには、管理監督者レベルを始め社内ですべての規定があることを広げておくことなどが必要であり、規則があればそれでよい

というわけではないことも語られているが、他にもこうしたことを文書化しておくことのメリットには事業所による対応の違いや社員内で生じる不公平感を小さくすることも上げられていた。またなによりも、こうした取り組みを始めて以降、再休職するケースがかなりの割合で減少し、企業によってはインタビュー時点で休職者がいないという例もあったように、プログラムの策定にはかなりの労力を要するが、相応の効果があったことはどの企業担当者も明言している。

5.6 事業場外リハビリ：リワークプログラム

ここで、もう一つ近年の動向として必ず押さえておかねばならない事業場外復職支援について概観しておこう。上述の企業が行う復職支援の過程においても、事業場外の復職支援プログラムが休職者に対して利用を勧められる、あるいは求められることもある。公設機関や民間医療機関のデイケアとして提供されることが多いものであるが、とくにうつ病者の復職を目的にしたプログラムの歴史はいたって短いものである。現在でも地域によってその利用可能性については相当に違いがあるものの、社会的関心は高く、短期間で取り入れる機関が急速に増えたことは間違いない。

マス・メディアで復職支援プログラムが取り上げられると必ずといってよいほど登場するのはメディカルケア虎ノ門のプログラム（リワークスクール、リワークカレッジという呼称をもつ）であり、その院長である精神科医・五十嵐良雄の話しである。五十嵐は2005年に自身のクリニックでプログラムを開始する前に、精神科医・秋山剛らがNTT東日本関東病院で1997年より行っていた復職支援リハビリテーションを見学し、参考にしている。

五十嵐はその間の事情について、クリニックをビジネス街に開いてみたところ「診断書を発行して休職させて十分な休養をとらせた後に復職を試みても、失敗する患者が続出」し、かつて勤務していた「病院での経験がほとんど役に立たなかった」と述べている（五十嵐 2007:56）。歴史的には、ごく一部、産業保健に関与した医師が復職支援を行っていたことは述べた通りであるが、うつ病治療の一環としてこうしたプログラムが思念され、実際に運用されていたわけでは決してなかった。たとえば、北海道大学病院の精神科で2006年より復職プログラムを始めている北川らは次のように述べている。

これまで急性期の薬物療法に重きが置かれてきたきらいのあるわが国のうつ病臨床において、リワークのようなりハビリテーション的視点と治療環

境は不足していたと言わざるを得ない。十分な休養と薬物療法で回復すれば、問題なく復職でき、社会機能も回復すると考えられていたことは今となっては途方もないことであった。復職支援の拡がり、うつ病臨床の治療戦略を豊かにするという意味で、画期的な出来事だった。(北川 2011:149)

先出の秋山と五十嵐は2008年3月に「うつ病リワーク研究会」を立ち上げている。2009年5月時点で48機関の参加があり、2012年5月には87機関に、そして2015年5月には197機関に増えている。この数字は復職支援プログラムが短い期間で急速に普及していることを示す傍証であると同時に、彼らの示すプログラムが内容的にみて、現在日本で行われているプログラムの一つの理念型であることを示している。そのため、ここでは「リワーク研究会」やその中心的な医師らが示すところから、事業場外リハビリの基本的な構成や特徴を押さえておくという意味で、まずメディカルケア虎ノ門のプログラムの概要を記しておこう¹⁰。

自宅での日常生活を送れる程度の回復から職場での労働に耐えられる水準に引き上げることを目的としたリハビリということで、当初秋山らのプログラムが作業療法2時間のなかに収められていたことに対して、五十嵐は「診療報酬上の精神科デイケアの6時間という枠組を利用し、週5日、一日6時間半のデイケア」を実施した(五十嵐 2007:56)。

ただし、もともとは五十嵐としては復職支援プログラムとは「デイケア」の部分だけを指すわけではなく、主治医として少なくとも休職開始時から関与し、デイケアに参加できるレベルに治療する過程も「プログラム」のなかに含めていた。しかし、他の医療機関等で参照・導入できるということを念頭におくからであろう、もっぱらデイケア部分が「リワークプログラム」として切り出される傾向もあるようだ。

さて、デイケア参加以前の段階にも触れておこう。とくに休職後1週間の完全休養の後は、投薬をしながら規則正しい生活を促し、「睡眠覚醒リズム」の改

¹⁰ 五十嵐の想定している対象者・集団について補足しておこう。「うつ病」といっても、「従来の内因性うつ病」とは異なる患者がかなりの割合を占めていると五十嵐は専門誌や医療関係者の学会で明言している。とくに20～30歳代では「うつ病+不安障害」の併存が多いと。すなわち、40代以降に多い、生真面目で自罰的であり、しばしば過重労働によって燃え尽きた、メランコリー親和型と呼ばれるようなうつ病とは違うタイプが多いと。そして、2008年の産業精神保健学会のランチョンセミナーでもこの点に言及しており、後述する自己分析をさせるのはこのタイプであるからこそ意味があるといったことも述べていた。しかし、本文中で参照している2007年の論文ではメランコリー親和型の患者にも自己分析を適用しており、効果もあることが述べられている。

善を図ることが、その後の日中活動を可能とすると、五十嵐は強調している。改善が図れたこと目の目安としては、日中は図書館に通い、あまり興味の無い本でも眠気が出ない程度になることとなる（五十嵐 2007:57）。この後は、「休職に至ったプロセスの自己分析」をさせるといふ。ただし、この自己分析（の作文作業）を本人がどこで行うかは2008年頃に変更もあったようで、2007年時点では自宅が基本であったが、2009年の文献では病院でのデイケアに含まれている。

「自己分析」の狙いは、第1に、環境要因を分析させると同時に、100%環境要因によるということはずなない以上、自身に内在する要因を分析させることであり、それが再休職を防止する上で重要になるという。また、クリニックでの経験でいえば、内容的にみると自罰的なものはほとんど見られず、「会社や上司や家庭や社会」などに原因を求めると他罰的なものが多く、この認知の修正を求めると自身の姿も描かれている。ただし、過重労働で燃え尽きたタイプであっても、組織への過剰適応や本人の気質を認識し、これまでの生き方の方向転換を図り安定した復職に資することも多く（五十嵐 2007:58,60）、場合によってはその自己分析を通して、軽躁状態が影響していたことや双極性障害であったことが判明することもあるという（五十嵐 2009:138）。

自己分析を要求する第2の狙いは、それが一定の心理的負荷を与えることになり、それによって調子を崩すことがないかチェックできることにある。規則的な生活が続けられなくなるなどの兆候がみられたら自己分析は即座に中止され、再び病状の安定化を主目的とした診療が継続される。自己分析をしても安定状態が保てるということはかなり重視されており、2007年時点では、そうした段階になれば、デイケアに入る前に復職プログラムの「おおよそ6～8割程度は終了した」と考えているとさえ述べている（五十嵐 2007:58）。デイケアで自己分析を行うようになったプログラムでいえば、この自己分析が終了するまでが、「リワークスクール／リワークカレッジ」と2段階に分けられたデイケアの第1段階（スクール）に当たる。

デイケアは今述べたように二段階に分かれているが、第一段階はオフィス街にある病院まで定時9：30に通えることがまずポイントとなる。週2日の通所から始まり、まず取り組むのは「うつ病講座」のテキストなどを読んで「自分の疾病」について学習することになる。これは「服薬アドヒアランス」を上げる上でも必要ということであろう。順調にいけば開始後6週間で週3日の参加となり、ここで「自己分析」を行うことになる。「スクール」の段階では、その

他に多少体を動かすこと（卓球やストレッチ）や比較的軽度のオフィスワークが入っている（五十嵐 2009:137-139）。

次の段階「カレッジ」になると、週4日から始まり、週5日の通所・参加が2ヶ月継続できることが、プログラム終了の目安となる。前段階よりも負荷の高いオフィスワークを行いつつ、セルフケア（心理教育）や認知行動療法が複数回含まれるようになる。心理教育の内容としては、セルフモニタリング、認知（ものごとの捉え方のクセを知る）、コミュニケーション、アサーショントレーニング、リフレーム（認知再構成法）、ストレスマネジメントとコーピングスキル、不安のメカニズムといったものが挙げられている。その他に参加メンバー主体でプロジェクト形式の課題を作り、役割分担や報告をしながら職場で生じる問題のいわばシミュレーションを行うこともある。

最終局面では、患者の勤め先企業の保健スタッフや人事労務担当者、管理職と、その希望があれば面談が行われること、産業医へのプログラムにおける本人状態を知らせる情報提供も行われることなども触れられている。

重要な点として、五十嵐が様々なところで強調しているプログラムの「仲間」形成機能に言及しておく必要があるだろう。

多くの患者にとっては同じ悩みを抱える仲間をはじめ得ることになり、家族以外に自分の悩みを理解してもらえる人ができたことになる。そして、デイケア終了後に安定した復職を目指すための集団認知行動療法を実施しているが、これはデイケアで親しくなった仲間という集団を利用しての再発予防である。…これまでもいくつかのグループが自然発生的に生まれ、グループ間の交流もある。年二回ほど、デイケアに通所しているメンバーと終了したメンバーとの交流会を催しているが、毎回100人近いかつてのメンバーが集まる。…（必ずしもデイケアに参加しなくても、生活リズムの安定と自己分析が十分になされていれば復職に成功している例もあるが）デイケアに参加しなければ得られないものは、仲間である」（五十嵐 2007:59）

こうしたことは文章あるいは講演会などでも再三述べられており、五十嵐としては、患者間の「仲間」形成が治療的に本質的な部分を担っているとみているようだ。また、この引用部分で興味深いのは、復職後に用意されている1回90分で10回の構成となっている集団認知行動療法が、もともとはデイケアで形成された関係性や共同性を活かす形で行われているという部分であろう。ここ

から、「仲間」集団の維持が主たる狙いであり、認知行動療法がその手段であると解釈することは適当でなかろうが、後述するとおり、2000年代に入って以降、認知行動療法が復職プログラムに多く取り入れられるようになったことを社会的に観察・解釈するとき、注意しておくべき事柄であるように思われる。

5.7 認知行動療法のこと

日本における認知行動療法への注目や、うつ病臨床一般での普及とある程度対応するものではあろうが、復職支援プログラムにおいて認知行動療法が取り入れられるようになったのも2000年代前半のこのようだ。たとえば1997年に『産業精神保健』5巻3号で特集「職場復帰と精神保健」が組まれるが、6本の論文のなかで、リハビリ出勤について主題的に扱っているものはあっても（藤井 1997:172-176）、認知行動療法に触れているものはなかった。また2002年の同誌10巻3号に文献レビュー「勤労者のうつ病と職場復帰」があるが、ここでも認知行動療法に言及はない¹¹。

実際、関連専門誌で調べる限り、NTT東日本関東病院精神科で「職場復帰のための集団認知療法」を2003年に実施し始めたことが、この種の療法を復職支援に導入した初めの試みと思われる（田島など 2007:61）。しかし、その後、たとえば2010年の『産業精神保健』18巻1号の特集「休職者への職場復帰支援プログラム最前線」を構成する6本の論文のうち2本は認知行動療法をタイトルに含めたものであり、2011年の『精神科治療学』26巻2号の特集「職場における『うつ』—臨床現場における留意点—II」の10論文のうち2本は認知行動療法を主題とし、その他の論文にも言及したものがみられる。したがって、事業場外リハビリがまさに普及していく過程において、復職後の業務を模した作業療法の部分ではなく、精神医療・心理学の知に基づく臨床実践として認められる特性が何かといえば、それは認知行動療法——その運用のされ方——にあると考えることもできるであろう。

ここでは、モデルケースとしてしばしば関連特集などでその取り組みが紹介されている上述のNTT東日本関東病院精神科の取り組みについて少しく触れておこう。以下は導入から7年たった時点での田島（2010）の論文を主に参考にしたものである。週1回90分、全9回で構成される集団認知行動療法（Cognitive Behavioral Group Therapy）であり、参加者は最大10名、クローズドグループ

¹¹ そもそも1987年からの医療関連文献を網羅している医学中央雑誌webにおいて、「うつ病」と「職場復帰または復職」と掛け合わせて検索を行っても、ヒットするのはわずか11件に留まったと執筆者は述べている（倉林 2002:242）。

で実施される。心理職を中心に2名のスタッフが配置されている。最初の5回は認知面へのアプローチであり、参加者は「自動思考記録表」作成のトレーニングを受け、ある参加者の発表に対して「参加者全員で反証（自動思考とは別の考え）や適応思考（バランスのとれた考え方）をブレインストーミング」していく（田島 2010:42）。

例示されている「自動思考記録表」を見ると、「状況」欄には、休職中に届けられた社内報を見て同期社員が社内賞を受賞したことを知ったこと、それを見ての「気分」欄には「不安90%、焦り80%、罪悪感80%」と記載されている。そして「自動思考」としては、「みんなは自分が休んでいる間に次々と実績を積んでいる。それに比べて自分は何もできていない…」、「職場の人々は自分を怠け者と思っているであろう。復職後、みんなとうまくやっていけるだろうか…ホットな自動思考」といったことが記入されている。そうした思いの「根拠」として「今回の休職も長期化している」などとある。自動思考に対する「反証」として、この人自身が思いついたのは「まだ、休職期間はあるのでなんとかなるだろう…」というものに限られるが、「他の参加者から挙げた反証」が列挙されており、「Dさん：立場を変えて考えると、受け入れる職場の人たちも不安を感じているかもしれない。…双方が理解し合えるように努力できればよい」「Eさん：拒否的な人もいるだろうが、心配してくれている人がいるのも事実である」「Fさん：（新入社員と違って）自分たちは経験もある。（休んで遅れるのは仕方がないが）少しずつ取り戻していこう。」などとある。そして「適応思考」欄には、これらの反証を取り入れて、「必要以上に臆病になることはない」「経験のある仕事に戻るのだから、焦らずに少しずつ勘を取り戻していけたらよいのだ」と書かれており、「今の気分」になると、不安や焦りはすべて「60%」となっている。

「集団」で行うということの実際として、発表者の自動思考の妥当性を参加者同士で検討し、「違う視点から捉え直すことができないかを話し合っていく」ことになる。この点は別の論文においても「グループで認知療法を行うメリット」として強調されており、「参加者同士の指摘は、スタッフによる指摘よりも、時に認知の再構成をより有効に進めるように思われる」と田島らは述べている（田島他 2007:63）。

行動面へのアプローチには5, 6回目のセッションが当てられており、「休職中の生活リズムの改善や復職に向けた準備性の向上などがテーマ」となるといい、たとえば日中の外出は近所の視線が気になってできないといった場合、具

体的な解決プランを作成してくことになる（田島他 2007:63）。最後の2回のセッションは対人交流面へのアプローチであり、内容としてはアサーショントレーニングが行われる。例えば、かつて上司から無理な業務を依頼されたときにうまく断ることもできずに引き受けてしまい、それが休職につながったことを思い返し、その場面をロールプレイングによって分析する。上司としてはどのような気分であったのか、スキルとしてはどのような断り方や交渉の仕方があったのかがやはり参加者の間で検討される（田島 2010:43-45）。

比較的最近の関連論文では、集団で行うときの配慮の仕方（田島 2010）や、療法の実際についての理解、患者のコミットメントを引き出す上で留意すべきポイントなどが論じられている。たとえば、「マイナス思考」を「プラス思考」に転換するという理解は不適切であり、「マイナス思考」への固着が問題で、思考の「柔軟性」や「多様性」を獲得させる援助が治療の実質であり、結果として患者が新たな「体験」をすることを促すことが本質なのだといった指摘である（鈴木 2010:36）。

5.8 指摘されている問題点

以上、復職支援について事業場内での取り組みと、事業場外リハビリとして行われているプログラムやその中で行われている療法について記述してきた。この節の最後に、関係者によって指摘されている問題点も紹介しておこう。ただし、例えば三木（2010）でも復職支援の特集にあたって諸問題を既にリストアップしており、網羅的に記す必要は無かろう。

まず、事業場での取り組みについては、とくに医療関係者の側から指摘されるのは、休職者・復職者への配慮や支援、フォローアップの不足や体制としての未整備である。そして近年、たとえば産業精神保健学会の年次大会などを傍聴していてもしばしば耳にするのは、復職へのハードルが高くなり、企業から主治医に対して「完全に直してから返してくれ」という要求がしばしばなされ、協力や支援の姿勢に欠けるということだ。反面、医療保健スタッフが復職前の試し出社・出勤や復職後のケアについて、あまりに多くを期待するのは筋違いである、「会社はリハビリ施設ではない」という指摘は、むしろ医療関係者からなされてきたことではある（大西 2000）。

企業の取り組みの不足ということに関していえば、復職に関する社内規定の文書化がさほど広がっていないという調査結果からも確かに認められよう。復職支援について22社のレポートを参照して述べたように、文書化された規定があること、つまりは制度として整備されていることには大きな意義があった。

この22社の取材を行い、また自身メンタルヘルス対策センターの促進員も経験しているAさんに筆者がインタビューをした際、それなりに取り組みはしつつ効果が上がらない企業の特徴として、同氏は文書化されていないことを指摘していた。「不調者が出て来るとモグラたたき状態」になっており、結局うまくいかない。反対に、文書化しているところは、すでにその他の部分での取り組み、たとえば管理監督者に対する教育や保健スタッフの活動が相当に浸透していることもあり、「相当悪くなってからじゃないと問題が分からない」ということがほぼなくなったということであった¹²。

この点に関連して、次の点も補足しておこう。メンタルヘルス対策について企業から相談を受ける立場にある機関、労働者健康福祉機構の担当者Bさんに話を伺うと、企業の悩みとして多いのは、この復職規定を作ることの難しさということになる。既に発生しているケースがあるところで文書化しようとする、一般的に適用される規則を作ることがかえって困難になるという場合も多いようだ。つまり、こうしたことから窺われるのは、復職（支援・手続き）について文書化しているとは、それだけのコストを払うだけの取り組みを総体として行っているということの象徴であることだ。そして、JILPTの2010年実施調査の結果では企業全体で33%程度、ちょうど1/3程度であり、企業規模による数値の偏りも考えれば、体制がそれなりに整備されている企業の割合がその程度に留まっているということになるだろう。

もう一点、事業場内リハビリと事業場外リハビリとの関係ないし分離についても触れておきたい。まず、事情場内リハビリについては、たとえばリハビリ出版社・出勤の間、労働者の労働法上の位置付けについて曖昧な部分がしばしば問題にされてきた。たとえばリハビリ出版社ということで会社に来るだけではあ

¹² Aさんへのインタビューは2014年2月に実施。また、管理監督者への教育が早期発見・早期治療を促すという部分については、確かに注意も必要なところである。たとえば現代型うつや発達障害といった言葉や断片的知識が濫用されることへの警戒は社会学者のみならず外部EAP関係者からも聞かれることである。しかし、22社のレポートを読むと明らかであるが、人事部門スタッフであれ保健スタッフであれ、社員がより気軽に相談に来られるように担当者が社員に接触する場面を様々に増やし、一定の信頼関係を築くことに注力した企業では、休職願いが出るまでその社員のことについてまったく把握していないということがなくなった、あるいは状況が深刻になる前に環境調整をすることで復調し休職に至るケースが減った、そうした発言がインタビューのなかで複数なされている点には、やはり注意を向けるべきであろう。あらゆる取り組みは両義的であるというるかもしれない。また、そこまで取り組みが進んだ企業関係者が「保健室」的なものを作ることが次の課題と語っていたことは、筆者の企業関係者インタビューでもまったく同じ言葉が使われており興味深い。二次予防の在り方について経験の蓄積が導く方向性にも関心を払っていきたい。

るが、その往復の間に怪我をした場合、それは労災の対象になるのかといったことがある。実際には、復職していなければ労災の対象にならないが、それでよいのかという問題が残る。また、たとえ軽度の作業を短時間で行うといっても、それが業務に関わるものである場合、相応の賃金が支払われるべきであるが、そのためには復職をしていなければならず、しかしその段階では復職可とすべきか否か判断がつかない、といったジレンマが存在する。それらの問題を回避するために、たとえば作業内容に制限をかけて労働法規上問題のない方法を定め、復職規定においてリハビリ入社・出勤も選択肢として残しておくという企業もあるが、その曖昧さや困難を避けてそうした選択肢を残さず、復職後の段階的負荷の引き上げという復職プランは残すが、復職前は事業場外リハビリ施設の利用を勧めるという方途を選ぶ企業も存在する¹³。

したがって、労働法規上の配慮からも事業場外リハビリ施設への需要は、休職者本人に限らず、企業側にとっても存在する。しかし、一定の内容を備えたリワークプログラムを提供できる施設には地域的に偏りがあるという問題もあるが、それが事業場外であること自体に限界のあることも指摘されている。たとえば、2006年の時点ではあるが、精神科医の玉井は、今後は就業リハビリが主体になると予想されると述べ、その理由としてリワークプログラムに対して手厳しい意見を述べている。

(事業場外リハビリは) 復職準備には有効であるが、職場環境から離れたリハビリに終始するため、現実の職場での適応力を予測しがたい。…単に作業能力の向上のみならず、職場環境への適応能力も必要とされることは当然であり、職場から切り離しては、どのようなリハビリも実効性がないと考えられる (玉井 2006:6-8)

この玉井の発言は2006年時点であるため、事業場外リハビリとして想定されているのは主に2004年度から厚労省予算で全国6ヶ所の地域障害者職業センターで開始されたリワーク事業である。そのため、認知行動療法などが取り入れられた医療機関における現在のリワークプログラムについてはどのように判断するかは定かではないが、上述の指摘はやはり当てはまる部分はある。自ら大

¹³ ただし、産業界としても経験の長い広瀬によると、その有用性から、トライアル出勤、リハビリ出勤を再び実行する企業が近年増えているようだという (広瀬 2012:44)。なお、休復職に関する法的問題は多く、この点については例えば三柴 (2010) が系統的な解説を与えている。

学病院で集団認知行動療法（CBGT）も取り入れたプログラムを運営している北川らも以下のように論じている。

リワークは不十分な回復状態の患者を魔法のように回復させるツールではない。また、復職準備性を高めると言っても、職場環境を擬似的に用意するには自ずと限界がある。もちろん、CBGTなどで残存する抑うつ症状の改善は図れたとしても、本プログラムはあくまでも本来の治療の補助的な位置付けと考えるべきである。復職を最終的に達成するためには、復職準備性を高めるだけでなく、職場での環境調整や、職場に戻ってからの業務や心理面でのサポートが重要なのは言うまでもない。（北川他 2010:154）

その上で北川は、では職場とリワーク機関との有機的連携がどうなっているかといえば、かなり難しい状況という。企業側の理解や対応は「ピンからキリまで」であり、産業保健スタッフと主治医などが情報を共有できる仕組みの整備こそ重要と述べている（北川他 2010:154）。

しかし、こうした主には主治医側ないしはリワーク施設側の認識がありながらも、リワークプログラムの広がりの中なかで、そうした点はいささか取り残されているのかもしれない。先出のAさんは、企業側にしばしば事業場外リハビリ施設への過剰な期待があることを指摘しており（それはときに「丸投げ」につながるということでもある）、またところにもよるがある種のプログラムを卒業した休職者が周囲から見れば自信を持ちすぎてしまうということも最近では起きているという。後者については、2014年度の産業精神保健学会年次大会の場でも、ある大手企業の保健スタッフが関連セッションの場で同様の発言を行っていた。こうしてみると、90年代から産業医と主治医との連携が困難であると再三論じられていたわけであるが、復職準備性という面でみればその懸隔を埋めるものとして期待された事業場外リワークもまた、もとの主治医と同様の位置にある、すなわちまだ復職できる段階ではないのであるが、可能との判断を与えてしまうアクターと見られかねない状況もあるようだ。

関連して参考になる情報としては、うつ病リワーク研究会所属機関への調査結果（2011年実施：89機関回答/110機関配布と2013年実施：123/168機関）がある。「復職時に勤務先企業と行う連絡・調整」について複数回答で聞いたものであるが、産業医・産業保健スタッフに書面で実施（2011年51.7%→73.4%）、人事労務担当者に書面で実施（2011年47.1%→51.6%）、人事労務担当者に診察で

実施（47.1%→41.9%）、産業医・産業保健スタッフに診察で実施（34.5%→33.1%）、人事労務担当者にしていない（25.3%→25.8%）、産業医・産業保健スタッフにしていない（25.3%→17.7%）となる。2013年調査ではリワーク機関スタッフが企業側に訪問するという回答選択肢も含まれており、産業保健スタッフと人事労務担当者ともに17%程度の結果が得られている（五十嵐 2012:7, 2014:111）。数値をどのように評価するかはまだ確定できる段階ではないが、2011年時点でリワーク施設側から文書資料が提供されている割合が50%程度であったことは、やはり連携することが前提になっていたと言いがたく、また2013年時点でも対面的に情報交換できているのは30~40%程度に“限られている”といえるだろう¹⁴。

6 社会学的視点のとり方についての再検討

前節では、とくに2000年代に入って以降の復職支援に関わる諸状況・諸議論を概観してきた。産業精神保健には厚労省のメンタルヘルズ指針にもあるように、一次予防（セルフケア）、二次予防（早期発見・早期治療）とあるなかで、本論では特に三次予防の中核である復職支援に焦点を当てた。その意図として、まず産業・労働領域の精神医療化という事態は確かに起きているといえるのであるが、関係者においてはきわめて関心の高い復職支援が、医療化論的視角のなかでは扱われてこなかったため、記述的な作業も含めてその部分を補おうとしたことが挙げられる。

ただ、問題は、記述的に穴埋めをすることで議論が終わるわけではなく、さらにその社会学的な意図をより明確にしていくことであろう。より包括的に、各パーツを記述すること自体にどのような意味があるのだろうか。確かに、現在進行中の「医療化」に関わる事態を記述しておくこと自体にも一定の価値はありえようが、そもそも医療化論に意味があったのは、その趨勢がもたらす影響、その社会的機能についての批判的分析がセットになっていたからだ。たとえば、医療化の推進主体が医療専門職集団ではなく、製薬会社であったり¹⁵、あ

¹⁴ こうした連携における限定性は、企業・リワーク施設のどちらに起因するのかは必ずしも決められず、企業について外部医療者側からは「ピンキリ」という指摘もあれば、診療ポイントの制度的枠組のなかでリワーク施設側医療スタッフが積極的にはなれないという事情もありうる。労力的にはコンパクトにコミュニケーションができる方法と、連携へのインセンティブを生み出す制度的条件がともに求められるところである。

¹⁵ 医療化の推進主体の変化、その市場依存性の問題を指摘したものとしては、Conrad (2005) な

る種の発達障害とされる児童の親であったりすることを指摘することに意味があるのは¹⁶、投薬治療に内在する副作用問題や、時に過剰な診断（偽陽性）を導くことがもたらす問題が指摘できるからであろう。

その意味では、「医療化」研究は、その趨勢の認識が適確であるか否かを示すためにまずは記述的検討に取り組まなければならないが、より重要になるのは機能分析ということになるだろう。その医療化は何をもたらしたのか、その点について論じることがなければ、記述的作業も多く意味を失うことになる。

しかしながら、この機能分析はおそらく非常に困難なものになるだろう。その主たる理由として考えられるのは、「その医療化」がもたらす影響は多く複層的であるからだ。これまでも社会学者が批判的に指摘した機能——たとえば社会的原因の軽視——はあれど、実際に治療やケアを受けられることで利益を得る当事者が現に存在し、しかもその数が多くなる可能性があるとき、「その医療化」についての評価はプラス面とマイナス面の比較考量によることになる。しかし、それぞれを「測定」して差引勘定をすることは著しく困難だ。では、とりあえず、社会学者がマイナスと見なす部分を指摘していけば、それで事足りりとなるだろうか。必ずしもそうはならないと私は考えている。

なるほどプラス面ばかりが語られる言説的状况においては、そうすることにも一定の価値があると思われる。しかし、さほど単純な状況というのはもはやあまり出現しないようにも思われる。そしてなにより、研究倫理の問題にも関わろうが、社会分析としてその両義性を示すことが必要であろうし、両面を照らし合わせることを通してしか有意な考察や構想はできないだろう。マイナスを消去しようとするればプラスも失われるという場合、求められる思考はマイナスを減じてでもプラスを残しうる条件を検討することであろうし、あるいはプラスを保存できるマイナスの減じ方を探ることになるだろう。

この点について示唆的な研究の一つとして、立岩の2014年の著作『自閉症連続体の時代』が上げられる¹⁷。立岩は、「発達障害」、とくにその原因を「器質」的なものにあると見なす言説が当事者や当事者家族に急速かつ自発的に受け入

どを参照。

¹⁶ アメリカにおいて1990年代を通して「軽度の自閉症」診断が急増した背景を、精神医療をめぐる歴史的变化が複数の疾患・障害名についてのスティグマ性に差異を生み出したこと、そこに階層的な問題がリンクしていったことなどから読み解いたエーヤルらの研究については、中山（2011）のレビューを参照した。

¹⁷ 立岩自身、著作のなかで「『医療化』などと言って、例えば医療社会学は批判的に語ってきたのだが、そういう紋切り型は現実には追いついていないのではないか。本書はそのような思いから発して書かれているところもある」と述べている（立岩 2014:155）

れられている状況から議論を出発させる。その後展開されているのは、基本的には、メリットとされるもの（「免責」）を確認しつつ、そのメリットがどこまで確かなものであるのかを検討し、またその現在のメリットの受け取り方——ある種の医学言説を取り入れる——は、メリットだけをもたらすのか、ある種のリスクも付随するのか。そもそも免責を求めざるをえない構造とはなにか、そのために支払われる当人のコストやその他の人々のデメリットとはなにか、といったことを逐次検討していく方法がとられている¹⁸。

産業精神保健についての分析もまた、誰・何にとってどのようなメリットやデメリットが生み出されていくのか、幾つかのアスペクトに分節しつつ、そうした点をまずはリストアップする作業が必要であろう。またここで注意すべきは、メリット／デメリット、機能／負機能を検討する上で、医療化論は変わらず幾つかの着眼点を提供してくれることであり、同時にまた着眼点をより柔軟に増やしていくことも求められているということである。以下では残された紙幅を使い、「復職支援」に限るが、さらに調べ考察すべき幾つかのポイントを試みに取り出し、今後の研究への橋渡しとしたい。

7 復職支援をめぐる幾つかの着眼点

7.1 復職支援の制度化と社会的包摂

第一に、「職場復帰支援」が一定の制度として整備される時、その意味はまず福祉国家・福祉社会論の文脈において検討される必要があるだろう。社会的包摂をどのような形で実現するのかについては様々な議論はあろうが、たとえば宮本は、「労働市場の外部で、つまり雇用を離れて生活が成り立つ条件」（脱商品化）や「補完型所得保障」を確保しつつ、労働市場への参入に対して十分な支援——就労訓練を含めた就労支援——も行う包摂方法であるアクティベーションを提唱してきた（宮本 2014:8-16）¹⁹。

¹⁸ たとえば、それまで「できないこと」の責任を問われていた当人や家族は、それによって「納得」が得られることと引き換え「免責」されることを最大のメリットとしており、立岩はそれを確認する。しかし実際には、「できないこと」をカバーする責務は負わされたり、「できない」ゆえに職業的ポジションから退席を強いられたりすることはあり、今現在の社会的枠組においてはその免責効果はかなり限定されるものである、といったことが検討されていく。あるいは「脳の機能障害」という原因論を認めることと、リスクを伴う投薬治療の対象となることの間には論理的必然はないのであるが、それがそうならない傾向があることなどが指摘される。

¹⁹ 宮本（2014）では、脱商品化の側面などがかなり強調されており、なんらかの理由で労働市場から外れた様々な人々を、支援によって雇用労働に何度でも結び付けていく「トランポリン型社

復職支援は、職業技術の伝達・習得を中心とした就労訓練とは異なるが、確かに雇用に関わる包摂政策や企業を含めた社会的環境の整備の一部と見なすことができるだろう。この点に注目しておくのは、この施策や社内制度が、「うつ病」ひいては「精神科」臨床の変化と双方向的に連関しているからである。復職支援についての座談会で、精神科医の島は以下のように述べている。

この職場復帰は、「リハビリテーション」のコンセプトの中で考えられるべきものである。精神科領域のリハビリテーションは、これまで統合失調症を中心として展開されてきて、大きな成果を上げている。しかしながら、統合失調症を対象としたモデルは、…生活支援が中心であり、…うつ病などの精神障害の場合には、在職精神障害が多く、就業支援よりは、復職支援が中心課題となる。このように、…従来統合失調症を中心として研究・実践されてきた精神科リハビリテーションを再検討する必要がある。（島 2004:10）

厚労省の復職支援手引きは、既に述べたように「自殺うつ病」対策という政策的指向から発し、「うつ病」臨床についての精神科医たちのいわば経験知を中心に作られたものである。その意味では、確かに「精神科リハビリテーション」が本体にあるとみることはできるが、急速に政策化されることで、それは同時に社会的包摂策の一部となった。

またこの部分でもう一点注意しておきたいのは、「うつ病」対策から始まっているものではあるが、制度としては必ずしもそれに限定されないものとなってきたことである。復職支援手引きには「治療によって比較的短期に寛解するものが想定」されており、「その他のこころの健康問題については異なる対応」が必要という断り書きもあるが、ここでも既に「うつ病」とは限定されていない。

なにより、民間企業の取り組み（制度化）においてそれは明らかである。比較的熱心に取り組んでいるところでは「復職支援プログラム」が作成され、かれらの認識する効用についても触れたが、このプログラムは概ね「傷病休業規定」など関連する社内規則の整備や、それを社員に対して明示できる形にする

会」について論じた宮本（2009）よりは就労支援についての論調は弱められている。それゆえ、本文でのアクティベーションの説明は宮本の付与した意味、あるいはニュアンスとはいささか異なるかもしれない。

ことと一体になっている。つまり、うつ病やメンタルヘルスに限らず、あえていえば「あってしかるべきもの」が「メンタルヘルス」対策が脚光を浴びるなかで検討され整備されていったという流れが見出せる。そのため、「医療化」がそれまで労働問題として認識されていたものを個人化したという議論は、少なくともここには当たらず、むしろ実際には経営問題としても労働問題としても対応されてこなかった側面が掘り起こされたみることも可能であろう。

筆者は労基署長を長らく務め、現在はメンタルヘルス対策を促進する行政機構で相談役を務める男性にインタビューをしたが、メンタルヘルス対策で聞えるようになったことはなにかと質問をした際、「組織風土だ」と即答されたことがある²⁰。出発点としては医療モデルがありながらも、それが様々なところで取り組まれていく連鎖を辿るとき、とくに初期医療化論には到底収まらない社会的状況が見えてくるところがあり、その点については別稿で取り上げたい。

7.2 リワークプログラムと休職者の「主体」問題

第二点目は、3節の最後で言及した北中の議論、すなわちうつ病臨床で労働災害的なフレームが強くなると、個々の患者の背景やこれからの生き方をめぐる実存的な問いが抑圧される、という問題に関わる。北中はそれゆえ、昨今盛んになっているリワークプログラムが、そうした患者の「主体の問題」に向き合い応えていけるかに注目している（北中 2014:191）。北中としては、そこで導入される臨床技法が認知行動療法であることで、社会環境上の歪みよりも個人の「認知の歪み」が問題にされる可能性に触れつつも、そうした「医療化」批判を退け²¹、自身の聞き取りの感触としては、そうした「抑圧的側面という

²⁰ インタビューは2014年3月に実施。

²¹ 認知行動療法については、N.Roseの議論に基づく榊原の調査研究がある。認知行動療法を受けた人々の語りから、とくに労働の場面場面において「適応的な『精神』を、自己コントロールを通じて組成するとともに、非適応的な要因を除去する試み」に近いものであり、仕事を効率的に遂行していくために必要な精神の調整を「自ら望み、積極的に行う主体を構成する」と論じている（榊原 2015:584）。この意味では、職場環境問題の個人治療化ということが北中にとって憂うべき事態ではなく、むしろ精神分析的な「内面」を素通りして、労働場面に限定された精神的調整に「治療」が終始することが問題になるのである。

ただし、やはり「個人化」という点については一定の懸念もある。たとえば新聞で復職支援、とくに事業場外リハビリについての記事は一定数存在し、そこでは認知行動療法に言及されることが多い。たとえば、朝日新聞の記事（2012.9.4～9.9「患者を生きる」うつからの復職）をみると、職場環境については悪いところもあれば、良いところもあったといった中立的な描かれ方がされつつ、取材対象となった休職者がリワークに関わる専門職に促されて、それまでの対人関係などについての自己の認知の仕方を含まれる問題を自覚していき、安定的な復職に至るといったストーリーが複数認められる。また、企業レポートのなかに、事業所の保健スタッフが復職困難な社員のパターンとして、「認知の捉え方が変わらない」人、リワーク施設に通っても自分の側

のは、あまりみえてこない」と語る。むしろ、5節でも取り上げた、プログラム利用者の共同性に注目し、ときにそれが社会批判を可能にする自助グループ機能を持ち始めていると指摘している（北中 2014:209-210）。つまり、医療の枠内（デイケア）にありながらも、個人水準の治療に終始せず、むしろ問題の集合化＝社会化の契機にもなりうる可能性がある。

たしかに事業場外リハビリについてみると、こうした共同性の形成が含意するものに注目していく必要がある。その点を確認した上で、患者あるいは休職者の「主体の問題」、加えて既存職場への「適応」主義に関わる議論を取り上げておこう。もとより産業精神保健の歴史には、“企業による従業員支配の尖兵”といった激しい批判に曝されたこともあり（荻野 2010:29-38）、その面での自戒を述べる医師も少数ながら存在する（e.g.白波瀬 2012:244-245）。復職支援に関していえば、産業医としての復職支援経験から、元の職場に復帰させることだけがよいわけではない、と明言する精神科医もいる。劣悪な職場についてはもちろんであるが、必ずしもそうとはいえないところで、職務遂行能力の回復レベルに関連して、「退職」という選択肢も考えられるべきであり、そうすることが本人にとっても生き方として適切であったといった指摘である。これは笹原（2007）の議論であるが、ただこの論文においては「主体」や「実存」についての記述があるわけではない。

5節で資料として用いた民間企業22社のレポートのなかに、やはり休職支援の末の退職について記しているケースがある。従業員規模700名程度の精密機器メーカーで、総務人事担当者の発言であるが、以下に引用しておこう。

何度も何度もトライして、傷病手当金の支給期間も終了してしまっていて、もう、いっそ、新たな進路を考えた方が、かえってよい場合もあります。本人とじっくり話をし、本人も十分納得した上で、退職手続きをとっています。本人の答えが出てくるまで、本人の気持ちを整うまで、じっくり待っていることが、大事だと思います。…本人も納得した上で、退職している。その点ではこれまで、休職者との間でこじれたケースはありません。」（第8回）

の問題を認めない、その意味で「ふりかえりのできない人」が上げられている。この“事実に妥当性”は問えないが、認知行動療法が普及するにつれ、回復できない者に対して「認知の歪み」を自ら修正しないものという予見が作動しやすくなる可能性は否定できない。

医師による治療過程でも臨床の場でもないが、こうした発言からは、「生き方」に関わる一定の対話もあったことが推測される。もちろん退職した場合にのみ「主体」の問題が問われるわけでも発生するわけでもないが、そうした選択を含み込んだ状況の方が、自己（物語）の再構成がドラスティックに求められるところはあり、この種の問題に言及される可能性が高いものと推測される。しかし、公表された論文や報告の範囲では、個別事例についての踏み込んだ記録や解釈を見出すことはできなかった。

いわゆるリワークプログラムの中で、北中が指摘した「主体の問題」が取り上げられているか否かは、今後の議論と調査を待たなければ分からないところである。たとえば、リワークプログラムを90年代に開始した秋山が「リワーク・アイデンティティ」という造語を用いている。秋山は、「自分の脆弱性を理解し受入ながら、資質を発揮することが大切」であり、「仕事のストレスが体調にどんな影響を及ぼすのか、自分を見つめる自分がいること」が復職には求められるが、それが「リワーク・アイデンティティ」であると述べる。このアイデンティティの構築には、同様の経験をした「仲間」とのコミュニケーションが決定的に重要であるともいう（秋山 2010:258-260）。非常に短い記述であり、職業領域に限らない自らのこれまでの生の在り方とこれからの生き方をめぐり問題について踏み込んだ検討や対話となされることになるのかは判然としない。しかし、場面場面での「認知の歪み」や固着をチェックするといったことには還元されない点も明らかに含まれており、秋山のいう「リワークは全人的プロセス」といった事柄が何を指し、どの程度の広がりを持つものであるのかは注目すべき点であろう。

7.3 事業場内支援における「臨床実践」の在り方

第三の検討すべきポイントとして、とりわけ事業場内での取り組みの在り方、それもとくに保健スタッフの介入対象や方法を上げておきたい。第1のポイントとして休復職に関わる制度化それ自体の意味を取り上げ、比較的肯定的に評価した。しかし、とりわけ復職判定前後から復職後のいわば「リハビリ」期間に導入される医学的あるいは心理学的な知識や、そこでおこなわれる「臨床実践」について検討する必要がある。たとえば、段階的に業務負荷が引き上げられていくようにされているとはいえ、それがもつばら復職者一人の自己管理や認知的調整等に向けた相談支援ということであれば、休職となった原因はどうか、対応の責任はやはり個人化されているといえよう。その場合、上述の制度化についての評価は楽観的に過ぎることになるだろう。

しかし、たとえばBehague (2009) の文化人類学的研究では、ブラジルにおいて、青年に施される心理カウンセリングはかれらの直面している困難を心的レベルで解消する方向ではなく、むしろかれらを取り巻く生活状況に目を向けさせ、政治的主体化させることさえあることが報告されている。日本においては主流といわれるロジャース派のカウンセリングが、社会学的研究では多く批判されてきた (e.g. 中島 2010)。しかし、臨床の世界における多様性や変化にも注視する必要はある。

実際、筆者が関係者にインタビューを行った事業場内におけるチーム医療的介入についていえば、本人に対する相談支援はもちろん行われるが、その主要な部分は集団サポート的介入とも呼べるものである²²。4節で引用した産業医の議論にもあるように、休職前に周囲とトラブルが発生していたり、複数回の休職で周囲にある種の諦めがあったりすることで、周囲が本人に対して陰性感情を抱いているということは珍しくない。あるいは復職者をどのように遇するか分からないがゆえに、腫れ物に触るようになり、それがかえって本人の孤立感を高め調子を崩す理由になることも多いという (白波瀬 2012:250)。そのため、医師と心理士が主に取り組むのは、本人と周囲がいわば普通にコミュニケーションをとれるようにすることである。

この他職種からなるチームのプログラムはかなり資金力のある企業に提供されるものではあるが、この集団サポートのコンセプトは決して特異なものではない。1980年代より産業精神保健について主導的立場にある精神科医・廣が次のように述べている。

受け入れ側の立場を考えると、受け入れ側はどうしたらいいのかわからない部分があります。一般に医療従事者は受け入れ側に対していろいろなことを要求したり、求めたりしますが、受け入れ先へのバックアップ、受け入れ先がよりストレスなく受け入れられるようなシステムなり、支援体制を作らないといつまでたっても進まないと思います。(島・廣他 2004:16)

²² インタビューは2012年9月～10月に医師と臨床心理士に対して実施した。なお、復職プログラムやプランが組まれることについては批判もある。北中はそれが病者の臨床的時間よりも企業の産業的時間を優先するものであり、いわば本来予定通りにはいかない回復という過程が強引な管理の対象になってしまうことを問題にしている (北中 2012:187)。この点は確かに注意が必要である。ただし、こうしたプログラム化やプラン化には管理監督者をはじめとする周囲の負担や役割を明確にするという意図や効用もあることは押さえておくべき事柄であり、そうした面への配慮もまた必要であろう。

こうした臨床的な取り組みや指向がある以上、精神医療化や心理学化がすなわち「個人化」を意味するとは軽々に論じられないところがあり、復職支援についても臨床の実情に即した「医療化」についての機能評価を行う必要がある。この点については、筆者が行ってきた調査データも踏まえ改めて検討したい。

8 結語

本稿では、対象領域である産業精神保健でその重要性が関係者においては自明でありながら、社会学では視角の限定性もあり、これまで格別に焦点化されてこなかった職場復帰支援を取り上げた。4節と5節においては、この復職支援について関係者がどのように語ってきたのか、とりわけ2000年代に入ってどのような取り組みがなされてきたのかを記述した。

また、こうした記述的作業の傍らで、もう一つの課題として、この種の社会的変化・趨勢、つまりは「医療化」という現象を社会的にはどのように論じることができるのか、改めて検討し（3節および6節）、記述された具体的な対象について予備的な考察を行った（7節）。医療化論は、趨勢についての記述的検討を前提とするが、その意味は「その医療化」の社会的機能評定に概ね依存する。問題は、当初論じられていたような機能（脱主体化や社会問題の個人化）がどのアスペクトにおいても見通しがたい状況があり、また治療・ケアによって「患者」が救済されるということだけではなく、様々な方向での影響、つまりは社会的機能が発生することである。ごく一部を取り上げて負機能（の可能性）を指摘することは確かに可能ではあるが、生じている事態の分析としては一面的に過ぎ、有意味な提言となることが難しい。

そこで、分析としては煩雑でもあり、また正負機能の比較考量が機械的にはできないという決定的な困難はありながらも、複数のアスペクトを取り出し、その影響を検討し、そして総合していくことが必要なことを述べた。その上で、復職支援については、復職支援プログラムの制度化が社会的包摂という文脈において有する意味、リワークプログラムが休復職者の「主体性」や「実存」に対してもつ意味、そして事業場内での臨床実践の在り方が有する（問題対応についての）社会的な意味を取り出し、予備的な考察を加えた。

《参考文献》

- 秋山剛, 2006, 「職場復帰支援の課題」『精神科臨床サービス』6(1):6-11.
- 秋山剛, 2010, 「プログラムにおける評価の標準化」『精神神経学雑誌』112(3):258-263.
- 安藤太郎, 1999, 「P.Conradの医療化論の検討」『保健医療社会学論集』10:75-83.
- Behangue, Dominique P. 2009 “Psychiatry and Politics in Pelotas, Brazil: the equivocal quality of conduct disorder and related diagnoses” *Medical Anthropology Quarterly*, 23(4):455-482.
- Conrad, Peter. & Joseph W.Schneider., 1992=2003, 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.
- Conrad, Peter., 2005=2006, 「医療化の推進力の変容」森田洋司・進藤雄三編『医療化のポリティクス』学文社, 3-27.
- 平井秀幸, 2004, 「『医療化』論再考」『現代社会理論研究』14:252-264.
- 広瀬徹也, 2012, 「高まる復職の壁に“入院リハビリテーション療法”を」『産業精神保健』43-44.
- 堀井清香・岡崎渉・秋山剛, 2011, 「リワーク支援の現状と困難」『精神科治療学』26(2):141-148.
- 五十嵐良雄, 2007, 「メンタルクリニックにおける治療プラン」『こころの科学』135:56-60.
- 五十嵐良雄, 2009, 「うつ病リワークプログラム 各施設の実践例 メディカルケア虎ノ門」秋山剛監修『うつ病リワークプログラムのはじめ方』弘文堂.
- 五十嵐良, 2012, 「リワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究」主任研究者・秋山剛『うつ病患者に対する復職支援体制の確立』厚労科研報告書:1-13.
- 五十嵐良雄, 2014, 「リワークプログラムの実施状況と利用者に関する調査研究」『うつ病患者に対する復職支援体制の確立：うつ病患者に対する社会復帰プログラムに関する研究』厚労科研報告書:77-117.
- 加藤正樹, 1993, 「産業精神保健活動の歴史」『産業精神保健』1(1):3-10.
- 北川信樹・加藤ちえ・小山司, 2011, 「うつ病に対する職場復帰支援プログラムにおける限界と工夫」『精神科治療学』26(2):149-156.
- Kitanaka, Junko., 2012, *Depression in Japan: Psychiatric Cures for a Society in Distress*. Princeton University Press.

- 北中淳子, 2014, 『うつの医療人類学』 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.
- 厚生労働省HP, 2012~2015, 「こころの耳 職場復帰支援の取り組み事例 第1回~22回」.
- 倉林るみい, 2002, 「文献レビュー (第10回): 勤労者のうつ病と職場復帰」『産業精神保健』 10(3):242-245.
- 榊原克哉, 2015, 「精神医療技術を通じた自己形成に関する社会学的研究」『社会学評論』 65(4):574-591.
- 三木明子, 2010, 「メンタルヘルス不調者を取り巻く職場復帰支援の問題: 特集にあたって」『産業精神保健』 18(1):27-29.
- 三柴文典, 2010a, 「コメント2: 法的観点からの留意点」『産業衛生誌』 52:192-194.
- 三柴文典, 2010b, 「職場復帰をめぐる法律上の諸問題: 法学者の立場から」中央労働災害防止協会編『心の健康 詳説 職場復帰支援の手引き』中央労働災害防止協会, 141-176.
- 宮本太郎, 2009, 『生活保障: 排除しない社会へ』 岩波新書.
- 宮本太郎, 2013, 『社会的包摂の政治学: 自立と承認をめぐる政治対抗』 ミネルヴァ書房.
- 中島浩籌, 2010, 『心を遠隔管理する社会: カウンセリング・教育におけるコントロール技法』 現代書館.
- 中村豊, 1996, 「精神障害者の職場復帰」『産業精神保健』 4(4):259-264.
- 日本産業精神保健学会編, 2014, 『産業精神保健 特別号 職場のメンタルヘルス対策Q & A』 22.
- 荻野達史, 2010, 「産業精神保健の歴史 (1)」『人文論集』 60(2):15-53.
- 荻野達史, 2011a, 「産業精神保健の歴史 (2)」『人文論集』 62(1):21-40.
- 荻野達史, 2011b, 「産業精神保健の歴史 (3)」『人文論集』 62(2):41-86.
- 荻野達史, 2013, 「産業精神保健の歴史: 1950年代から現在まで」三柴文典編『諸外国の産業精神保健精度の背景・特徴・効果とわが国への適応可能性に関する調査研究』 厚労科研報告書 (平成24年度):475-569.
- Parsons, Talcott., 1951=1974 『社会体系論』 青木書店.
- Rogers, Ann and Pilgrim, David., 2011, "Medical Sociology and Its Relationship to Other Disciplines :the case of mental health and the ambivalent relationship between sociology and psychiatry" Handbook of the sociology of health, illness,

and healing. Springer-Verlag:21-37.

崎山治男, 2011, 『『心』を求める社会：心理主義化と感情労働』『社会学評論』61(4):440-454.

笹原信一郎, 2007, 「先進的職場復帰制度を考える：退職も重要な選択肢のひとつ」『こころの科学』135:73-78.

佐藤哲彦, 1999, 「医療化と医療化論」進藤雄三・黒田浩一郎編著『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社, 122-138.

進藤雄三, 2006, 「医療化のポリティクス：「責任」と「主体化」をめぐる」森田洋司・進藤雄三編『医療化のポリティクス』学文社, 29-46.

白波瀬丈一郎, 2012, 「適応論的観点に基づいたメンタルヘルス支援」三柴丈典編『諸外国の産業精神保健精度の背景・特徴・効果とわが国への適応可能性に関する調査研究』厚労科研報告書（平成23年度）:239-258.

白波瀬丈一, 2012, 「境界領域としての働く場：適応と不適応」『精神科治療学』27(4):437-442.

島悟・廣久典他, 2004, 「座談会・職場復帰の現状と課題」島悟編『現代のエスプリ別冊 こころの病からの職場復帰』至文堂:10-28.

鈴木伸一, 2010, 「休職者に対する認知行動療法の実践のポイント：うつ病休業者の支援を中心に」『産業精神保健』18(1):35-39.

田島美幸, 2010, 「休職者が抱える不安と現実：集団認知行動療法の実践現場から」『産業精神保健』18(1):40-46.

田島美幸・中村聡美・秋山剛・大野裕, 2007, 「職場復帰のための認知行動療法」『こころの科学』135:61-66.

玉井光, 2006, 「職場復帰の現状と課題」『精神科臨床サービス』6(1):6-11.

田中慶子, 2012, 「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」『Core Ethics』8:257-266.

立岩真也, 2014, 『自閉症連続体の時代』みすず書房.

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.

山田陽子, 2011, 『『感情資本主義』社会の分析に向けて』『現代思想』39(2):214-227.

山田陽子, 2013, 「労働者災害補償保険制度における自死の『医療化』と『動機の語彙』：故意の存在から『故意の欠如の推定』へ」『広島国際学院大学 現代社会学』14:3-17.

山中浩司, 2011, 「テーマ別研究動向 (医療)」『社会学評論』63(1):150-165.