

平成29年9月／30年4月入学

## 慶應義塾大学大学院入学試験問題

法務研究科

# 小論文試験

- 注 意
1. 指示があるまで開かないこと。
  2. この冊子は、問題用紙・メモ用紙を含めて16頁ある。試験開始後ただちに落丁、乱丁等の有無を確認し、異常がある場合にはただちに監督者に申し出ること。15・16頁はメモ用紙である。
  3. 受験番号（2箇所）と氏名は、解答用紙（表）上のそれぞれ指定された箇所に必ず記入すること。
  4. 解答用紙の※を記した空欄内には何も書いてはいけない。
  5. 答えは横書きとし、解答用紙（表）の左上から、小問ごとに順次、1マスに1字ずつ書き進めること。
  6. 答えは、黒インクの万年筆またはボールペンで書くこと。下書きの必要があれば、メモ用紙を利用し、解答用紙を下書きに用いてはならない。
  7. 注意に従わずに書かれた答案、乱雑に書かれた答案、解答者の特定が可能な答案はこれを無効とすることがある。

## 【問題】

以下の問題文を読み、それに続く〔問1〕および〔問2〕に答えなさい。

### 〔問題文〕

うつ病を「ストレスの病」とする考え方が広く流布する契機となったのが、1990年代以降メディアでもさかんに取り上げられている過労うつ病、過労自殺裁判であろう。

長引く不況下、過重な心理的負荷を経験した労働者が、追いつめられたすえにうつ病に陥る、というストレス説は、1990年代以降これを法的に確立した一連の裁判によって、社会的にも広く認められるところとなった。これらの判決によって、うつ病がまさに「誰でもなる病気」であることが立証されたといっている。さらに、判決を受けて政府が打ち出した新たなメンタルヘルス政策のもと、うつ病は現在、働く人々の健康問題として社会的にも広く認知されている。精神科医も、労災認定に日々かかわるなかで、社会的重責から人々を救済する新たな役目を担い始めている。(中略)

この意味において、うつ病のストレス説は、日本精神医学に新しい風を吹き込むものにも思える。というのも、精神医学は歴史的に、精神障害者を生物学的に異質な者として描きがちであったからだ。本来病者を救うべくして始まった精神病の生物学的研究は、その原因や治療法が一世紀以上見つからないことで、逆に精神病をスティグマ化してしまう弊害をもたらした。このような生物学的還元主義に対して、1960年代末からの反精神医学運動で内部批判が起こったものの、社会的視点をどう採り入れることができるのか、模索が続くなか、DSM〔出題者注：精神障害の診断と統計マニュアル〕や新世代向精神薬の台頭後、再度精神医学の生物学化が進みつつあるのが世界的状況だ。

そのような時代に逆行するかのようには、精神障害の社会因を確立したという意味で、日本のうつ病論は（北米のPTSD論と並んで）、社会精神医学的視点の一つの到達点を示すものであろう。筆者がインタビューした、ある反精神医学時代の闘士が語ったように、今こそ、60年代に熱く語られた社会的ビジョンが実現しつつある、といえるのかもしれない。

しかし、精神医学の内部では、現在のストレス説の流行に違和感を抱く人も少なくない。

従来の日本精神医学の見方からすれば、うつ病がストレスで発症するという説明は、いわゆる反応性うつ病に限定される。伝統的な（内因性を主とする）うつ病概念に関しては、ストレスだけで発症するというよりは、むしろそこになんらかの個人の素因や、素因と環境との相互作用があることを考えるほうが自然と思われているからだ。実際、うつ病のストレス説は、多くの（認識論的）問題を抱えている。厚生労働省の打ち出した政策にも明記されているように、ストレス説は正しくは精神障害の「ストレス—脆弱性モデル」に依拠しているが、日本ではこのモデルが臨床との連携のもとに理解されているとはいえない。

その理由として、うつ病のストレス説が、日本においては精神医学の臨床知というよりは、むしろ過労うつ病をめぐる法的論争の場で発展・確立したという経緯がある。これまで法的なうつ病モデルと臨床的うつ病モデルの齟齬についての議論は尽くされず、そのため、社会因に対する理解が進む一方で、病に陥る個人に関しての臨床知が抜け落ちてしまっているように見える。さらにうつ病のストレス説が抗うつ薬の宣伝と相まって一般に広がっているが、この単純化されたうつ病観は、病者自身にとって真の救済をもたらすものではなく、時にかえって彼らを追い詰め、さらに矛盾を深めているようにさえ見えるのだ。

ストレス説をめぐる根本的問題を考えるために、この説が広まる契機となった裁判での議論を振り返ってみたい。過労自殺裁判において、ストレス説の重要性をもっとも強く世間に印象づけ、政府・産業界のメンタルヘルスの方向転換に決定的な影響を及ぼしたのが、2000年に最高裁判決が出た「電通事件」である。

死亡時24歳のO氏が、入社2年目でみずからの命を絶ったのは、はたして本人の自由意志による行為（“覚悟の自殺”）であったか、それとも過労で生じたうつ病による病的行為（精神障害の症状）であったのかが争われたこの事件では、従来個人の素因を主張することに使われがちであった精神医学理論が、うつ病の社会因を確立するために用いられた点が、画期的であった。

裁判が東京地裁から高裁、最高裁へと進むなかで、基本的にはO氏の自殺は過重な労働が原因のうつ病によるもの、との原告側の主張が一貫して認められることになる。この判決をきっかけとして、1990年代後半以降、次々と労働者が受けた心理的負荷に対する企業（もしくは政府）の責任が問われるようになり、うつ病のストレス説が社会的にも確立さ

れていく。

しかし、東京地裁での歴史的判決を勝ち取った藤本正弁護士によると、当初彼にとって常識的だと思われた判断——つまり過重なストレスが課されればうつ病が起こりうる——ということ、精神医学理論を用いて立証する作業は困難を極めたという。たしかに、地裁から最高裁に至るまでの原告・被告側両方の議論を追いかけると、そこでは専門家の、時に相反する解釈が用いられ、最終的な判決に至るまでには、精神医学の根本的な認識論が問われるような論争が続いたのである。その経緯を簡単にたどってみたい。

東京地裁でまず争点となったのは、そもそもO氏を追いつめるほどの「過労状況」が成立していたのか、であった。したがって、電通側が当初否定していたO氏のサービス残業時間の記録が発見され、圧倒的な「過重労働」の実態が浮かび上がることによって、さらに生前の言動からO氏のうつ病罹患が認められたことで、「疲弊うつ病」——過労による自殺——という議論が認められた。つまり過労状況が認定されたことで、精神医学の議論にあまり踏み込むことのないまま、過労→うつ病→自殺という因果関係が認められることになったのである。

この論拠となったのが、原告側が提出した、金子嗣郎の意見書である。(中略) 金子は、O氏は過重労働の結果「疲弊困憊性のうつ病」に罹患していたために、正常な判断ができず自殺に追い込まれたとの意見書を出し、これが原告側の主張を支える重要な論拠となった。

しかし、電通側の控訴により東京高裁で再度議論が戦われた際には、この「疲弊うつ病」概念自体が議論の対象となり、より精緻な医学論争がかわされることとなる。そこで問題となったのは、うつ病の原因が疲弊（状況因）にあるのではなく、個人の脆弱性（素因）にある可能性であり、被告側がその論拠として持ち出したのが、日本精神医学で長年唱えられてきた「メランコリー親和型」性格理論であった。電通側は、O氏の性格が「真面目で、勤勉」という内因性うつ病の指標とされているメランコリー親和型であったことを指摘することで、たとえO氏がうつ病に罹患していたとしても、その原因は企業側にあるのではなく、そもそも過労状況を作り出し、そこにみずから追い込むような彼自身の性格にあると論じたのだ。

このような議論が続いた背景には、一世紀以上の科学的探求にもかかわらずうつ病の原因がいまだ十分に解明されていないこと、また原因を個人の素因に求めるのか、それとも社会的状況により比重を置くのかによって、さまざまな解釈がなされてきたこと、そしてこの遺伝 vs 環境の二項対立を乗り越えるような枠組みが、精神医学のなかで十分に熟成されていないことがある。(中略)

戦後のドイツでは、ナチス時代の遺伝的決定論への反省を込め、「根こそぎうつ病」「実存うつ病」といった概念を通じて状況因の探究が行われた。小俣によると、とくに強制収容所からの帰還者の中に、“正常”でありながらもうつ病を病む人々が大量に発生し、また彼らの少なからずが政府に対して補償を要求したため、はたしてうつ病が状況のみを原因にして発症しうるものであるのか、精神科医の間でさかんに議論されることとなったという。病因論に関しては科学的決着がつかないまま、賠償についての政治的な解決が図られるなか、その後は、1950年代の抗うつ薬発見により、精神医学研究の主軸はあらためて生物学的探究へと移っていく。そのなかで、実存的・現象学的ドイツ精神医学の潮流を受け継ぎつつも、生物学的要因（内因論）を否定することなく、遺伝 vs 環境の二項対立を超えるべく提唱されたのが、1962年テレンバッハの「メランコリー親和型」理論であった。

メランコリー親和型論の日本における理論的展開は、1950年代にアメリカやイギリスでもさかんに議論された「タイプAパーソナリティ」概念が、その後科学的根拠を疑われ、性格論自体徐々に影響力を失った歴史的経緯や、またメランコリー親和型が本国ドイツで決して主流の理論とはならなかった事実とは、きわめて対照的である。日本においては、この概念の妥当性、信憑性が何度か疑問視されながら、1990年代以降の新世代抗うつ薬の世界的な台頭後も、その非普遍性がさほど問題とされることもなく、精神医学の古典的教科書的知識となっている点も非常に特殊だ。現在も、メランコリー親和型性格そのものが社会変動によって変化したことが指摘されるものの、しかし理論の科学性自体が問われることはまれであり、むしろ政府の啓蒙活動のみならず、製薬会社の広告でも積極的に用いられ、日本人のうつ病理解を形作る重要なバックボーンとなっている。

その背景に、精神分析がマージナルなものに留まった日本では、病前性格論が心因探究に代わる場を提供したことが考えられる。また反社会精神医学運動以降、このような性格

傾向自体が、生物学的素因というよりはむしろ日本型労働倫理を反映した「社会的性格」として理解されるべきものであり、それは日本企業のみならず、義務教育を通じて社会化の過程で徐々に創られていくものであると論じられたことも重要だ。

この視点からいえば、メランコリー親和型はまさに社会の病理、時代の病であり、うつ病の大量発生も、日本型労働倫理を内面化した人々が、社会変動によって労働環境や企業文化が変わりゆくなかで、構造的に疎外されていく現象として説明される。よって、メランコリー親和型を生物学的異常や個人病理のレベルでのみ考えるのは、うつ病の本質を見逃すことになる。電通裁判での弁護を行った川人博弁護士が述べているように、過労によって引き起こされるうつ病を理解するためには、身体的拘束だけではなく、労働者がそこまで追いつめられるほどまでに、企業と一体化するに至ったその“心理的拘束”を解明することが、必要とされるのである。

ただし、このうつ病論は多重な解釈に開かれている。それゆえに電通事件では、メランコリー親和型に関して伝統的に対立する二つの解釈が、過労自殺をめぐる争われることとなり、あらためて精神医学知に潜む不確実性が浮き彫りになった。

法廷での論争は、メランコリー親和型を「(生まれつきの)気質・体質」と考える素因論と、「(社会的に形成された)性格」として捉える社会論の拮抗を軸として進んだ。電通側が提出した医師の意見書は素因論をとっており、O氏の病前性格そのものが、過労に至る病的状況を作り出したとして、個人の脆弱性に責めをおく議論となっている。それに対して、原告側の議論は、日本で独自に発展してきた社会的性格論と、状況因論に依拠した解釈となっている。

東京高裁では、一審と同じく、過労によって自殺に至るうつ病が生じたとして、基本的には原告側の主張を認めたものの、しかしO氏の病前性格をも考慮し、賠償額を30%軽減した判決が出された。判決文にはメランコリー親和型を個人の脆弱性として捉える立場が反映されている。

過労ないしストレス状況があれば誰でも必ずうつ病に罹患するわけではなく、うつ病の罹患には、患者側の体質、性格等の要因が関係していると認められるところ、Oは、

真面目で責任感が強く、几帳面かつ完璧主義で、自ら仕事を抱え込んでやるタイプで、能力を超えて全部自分でしょい込もうとする行動傾向があったものであり、Oにこのようにいわゆるうつ病親和性ないし病前性格が存したことが、結果として自分の仕事を増やし、その処理を遅らせ、また、仕事に対する時間配分を不適切なものにし、さらには、自分の責任ではない仕事の結果についても自分の責任ではないかと思ひ悩むなどの状況を作りだした面があることは否定できない……。

このように、高裁判決では、状況のみでうつ病を発症することはまれであり、そこには個人の素因が「損害の発生及びその拡大」に寄与したとして、伝統的なうつ病論が展開されている。

しかし最高裁において、この判決は再度覆されることになる。判決文では、たしかに「うつ病の発症には患者の有する内因と患者を取り巻く状況が相互に作用するということが、広く知られつつある」として、O氏の「うつ病親和性」を認め、「過度の心身の疲労状況の後に発症するうつ病の類型について、男性患者にあっては、病前性格として、まじめで、責任感が強すぎ、負けず嫌いであるが、感情を表さないで対人関係において敏感であることが多く、仕事の面においては内的にも外的にも能力を超えた目標を設定する傾向があるとされる」との断りがある。他方で、O氏の性格は「一般の社会人の中にしばしば見られるものの一つ」であり、それはO氏の上司らも「積極的に評価していた」性格であるのだから、「同種の業務に従事する労働者の個性の多様さとして通常想定される範囲」内の性格に基づいて斟酌することはできないとの論が展開されている。

また判決文は、「長期の慢性的疲労、睡眠不足、いわゆるストレス等によって、抑うつ状態が生じ、反応性うつ病に罹患することがあるのは、神経医学界において広く知られている」と断言した後で、O氏が、1991年7月ころには「心身共に困ばいした状態」になり、それが誘因となって、「遅くとも同年8月上旬ころに」うつ病に罹患したと述べる。判決文には疲弊うつ病概念の背景にある実存的うつ病論の影響を帯びた言葉で、死の直前にあるO氏の、「荷降ろし」的心理状態にまで言及した第一審の判決が繰り返されている。

同月27日、前記行事が終了し業務上の目標が一応達成されたことに伴って肩の荷が下りた心理状態になるとともに、再び従前と同様の長時間労働の日々が続くことをむなしく感じ、うつ病によるうつ状態が更に深まって、衝動的、突発的に自殺したと認められる。

したがって電通裁判における一連の医学論争は、仕事による疲弊という社会因を確立する一方で、同時に、個人の素因と社会の状況因との相互作用に焦点をあて、二項対立的思考を乗り越えるという本来メランコリー親和型論がもっていた可能性をも再確認するものであったのだ。つまり、20世紀を通じて日本のうつ病論が育んできた思想——鬱とは個人と社会とのきわめて動的な相互作用によるものであるという考え方——を法的な議論の場にあげたのである。そこでは、社会がどこまで個人を形成するのか、さらには環境自体が“病的”である場合、個人はそれにどうかかわっていくべきなのか、という問題が問われることとなった。

過労自殺、過労うつ病裁判の法的判断は、政府の精神障害対策に、根本的な変化をもたらすこととなった。そしてこのような法曹界・行政主導でもたらされた変化が、結果的には精神医学界にも大きな波紋を投げかけたのである。

1999年に労働省（当時）は、電通事件の最高裁判決前に、全国の労働基準監督署に対して職場の心理的負荷の評価法に関する通達を行い、精神障害対策に関する三つの方向転換を示している。

そこでは第一に、労災をめぐる精神障害の判断基準として、内因・心因の区分に基づいた従来診断を廃し、国際的診断基準であるICD-10が採択されている。ICDの特徴は（DSMと同じく）精神障害の原因論をとりあえず括弧に入れ、そのメカニズムは未解明であることを認めたとうえで、精神障害を症状論レベルで概念化・分類した点にある。ICD-10の正式採用によって内因論自体がすでに時代に即さないものとされ、日本の精神医学に根強く残る、正常と異常の境界には質的断絶があるという立場が大きく揺るがされることになった。

第二に、ICD-10の分類に基づいて、職場の心理的負荷によって生じる可能性のある精神障害の範囲が決められたが、これは日本の伝統的な（狭義の）精神障害の枠を大きく

超えるものであった。(中略)つまり精神障害の概念自体が拡大され、その原因もいったん不問とされることで、大部分の精神障害を社会因との関係で問うことが可能になったのだ。よって、伝統的に遺伝的要素が強いと考えられていた統合失調症や躁うつ病までもが、労災の対象となった。

第三に、精神障害の発生メカニズム理論として「ストレス—脆弱性モデル」が採用されたことで、精神障害は、社会因と個人の脆弱性との相互作用によって生じる現象として理解され直すこととなった。さらには、職場における心理的負荷を評価する尺度が作られ、全国の労働基準監督署に通達されるなか、いまやストレスの結果としてうつ病を発症するというストレス説は産業医学の常識となった感がある。(中略)

過労自殺裁判が浮き彫りにした日本のうつ病論は、状況論だけでなく、病に陥る個人の、心理的・身体的病理機制を問い直すという意味において、本来は個人の生き方という側面まで射程に入れた、深い概念だったといえる。しかし、残念ながらそのような思考が要する複雑さゆえか、臨床でも個人の生き方とその変革の可能性をどう考えればいいのか、治療をも射程に入れた実際の議論が十分に重ねられてきたとはいえない。

同時に司法・行政の領域においても、精神医学理論の混乱が露呈されるに至り、精神障害の原因探究は必ずしも医学的論争によって解決されるものではないとの認識が強化された結果か、その後過労うつ病、過労自殺の議論からは、このような問題意識が徐々に欠落していったようにもみえる。医学的論争が未消化なまま終わるなかで、その後過労自殺をめぐる論争は、法的視点からの、社会因の判断基準の精密化を中心に進んでいく。(中略)

さらに現在、疲弊と精神病理をめぐる一連の論争は、労働科学への新たな関心を呼び起こし、産業現場で独自の知を生みだし始めている。

最初行政による産業界への指導で、うつ病対策のために用いられたのは、疲弊と状況因に着目した「生理学的身体モデル」と「環境モデル」の折衷とでもいうべき考え方だった。そこでは、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得る要因を重視したうつ病対策がとられた。つまり、うつ病を「疲弊した身体」の病と考えることで、疲弊とうつ病とのあいだに比較的単純で直線的な因果関係が想定されたといえる。

疲弊と精神障害の因果関係については、政府が行った疫学調査によっても検証されており、この調査によると、労働者の過重労働時間が月100時間を超えるとき、精神障害を含む疾病にかかるリスクが有意に高くなるという。このような調査結果を踏まえ、2005年政府が公布した改正労働安全衛生法では、残業が月100時間（もしくは過去2～6ヵ月以内に平均80時間）を超過する労働者に対しては、本人が希望する場合には医学的面接を受けられる権利を保障する義務が、企業に課されている。うつ病の原因を疲弊に還元し、労働時間で数値化するこのモデルは、政府の求める客観的な指標づくりに確実に役立った。このよううつ病理解は、企業にとっても、うつ病対策を一種のリスクマネジメントとして、システム化するための合理的枠組みを与えたといえる。

ただし、うつ病をこのように捉えることの限界と、弊害も指摘され始めた。時間（という客観的で集団管理になじみやすい）要因を問うことは、たしかに一方で、過重労働の削減という具体的な目標を企業に与え、より人道的な職場環境を生み出すことにつながる。しかし他方では、すでにうつ病にかかった労働者にとっても、回復が時間で管理される状況が生じるのではないか——そうした懸念が産業医学の現場で聞かれるようになったのだ。

現場の医師たちが指摘するのは、従来日本の企業（少なくともそれだけの経済的余裕があった大企業）においては、精神障害を病んだ社員に対して、比較的寛容で柔軟な対処が行われることが多かったということだ。現在、より厳密なリスクマネジメントが目指され、定期的な精神健康診断、面接といったシステムが急速に整備されていくなかで、画一化され、より徹底した管理体制が生まれつつあることを彼らは懸念する。

産業におけるうつ病対策の難しさは、うつ病のストレスモデルから主体へのまなざしが抜け落ちていることにもその一因がありそうだ。

本来「ストレス—脆弱性」モデルにおいて主体を考える基盤となるのが、「脆弱性」という概念である。しかし「ストレス」に関する知が独自の発展を遂げるなかで、もうひとつの軸である「脆弱性」に関しては、産業医学において十分な考察が行われているとはいえない。それはなぜであろうか。

従来、精神医学においては、「脆弱性」そのものが十分に議論されぬまま、暗黙のうちに、「脆弱性＝素因＝遺伝的決定論」として単純化されてきた。明確な遺伝要因や生物学

的基盤をもたない場合には、「脆弱性＝社会的規範からの逸脱」という道徳的価値判断が入り込むことも少なくなかった。

日本のうつ病論が画期的であったのは、「精神病＝異質な他者」「脆弱性＝性格的に弱い人」という暗黙の前提を覆した点にある。この視点は、電通事件後に判決が出され、「弱者の勝利」として広く報道されたトヨタ事件に、最も顕著にあらわれている。これは、トヨタの係長が、残業時間削減という会社の方針下、それでも減らない仕事量と、監督責任のある部下の急増といった悪条件のなかでうつ病を発症し、みずからの命を絶つにいたった事件である。

ここで注意したいのは、故人が生前、有能で周囲から高い評価を得ていた“理想的なトヨタマン”であったことだ。さらに彼は学生時代には国体に出場したほどのスポーツマンであり、その人生史をみても、「脆弱性」として一般的に連想するような「弱さ」はみられない。むしろ人望も厚く、責任感の強い社員として、日本型うつ病のある種の典型例を示している。レジリエンス〔出題者注：回復力，強靱さ〕と表裏一体にあるかのような脆弱性こそ、日本のうつ病概念の中心をなすものであるが、このような発想の転換は、伝統的な遺伝的決定論に書き込まれていた「弱さ」や「強さ」の意味を根本的に相対化することを可能にした。

日本で発展したうつ病病前性格論は、第一に、「脆弱性」自体が社会規範で形成されるもの——凝集性の高い集団に潜むリスク——とする、外在化の視点を提供した。第二に、ある時代においては認められ称賛された性格が、社会変動時には「脆弱性」へと転換し得るという歴史的視点を提供した。いいかえるなら、「脆弱性」を、普遍的生物学的身体に内在するものではなく、社会的心身に刻印される「文化的脆弱性」として相対化したのである。朝日新聞でうつ病対策について論じている産業メンタルヘルスの専門家も、「『絶対うつ病にならない人を採用したい』と相談してくる企業もあります。ストレス耐性の高い人を見分けるテストもありますが、そういう人は対人関係に極めて鈍感で戦力にならないことが多い」と語っているのは興味深い。

精神医学の社会科学研究をリードしてきたニコラス・ローズは、現代の生物学的思考においては、もはや単一の遺伝的脆弱性を想定することもなければ、体質を「健康 vs 変質」

といった二項対立で捉えることもないと述べている。ゲノム時代に生きる私たちはみな、なんらかの脆弱性を抱え、その脆弱性は異なる状況によって発現するものなのである。であるとすれば、日本のうつ病論は、脆弱性理論の新たな展開を先取りしたものとさえ考えられる。

そのような脆弱性のパラドックスを反映し、トヨタ判決でも、(勤務時間が短縮され、すくなくとも表面上は減少した) ストレスの「量」ではなく、(時間制約のなかで内容が濃くなった仕事や責任の増加による) ストレスの「質」が問題とされるべきだとの議論が認められることになった。つまり、(残業数等の) 数として“客観”化できる量的心理的負荷のみならず、労働者がある出来事を“主観”的にどのように体験したのかという質的負荷を認める司法判断がなされたのである。また、心理的負荷の標準化によって生じる弱者の切り捨てに対しても異議が唱えられた結果、その職場において想定しうる限り「最も脆弱な者」も働けるように職場は考慮するべきであるという判決が出され、当時の政府にも大きな衝撃を与えた。本判決が、ストレスの主観性を排除し、客観的な指標を作ることを目指していた政府の方針に対する批判も意味したからである。

このような司法判断は、病発生のメカニズム解明のために、個人の内部に向かうのではなく、システム全体の脆弱性分析に立ち戻ることを促す。脆弱性という言葉自体、コンピュータやネットワークなどの情報システムの弱点について、もしくは軍事・保安上の脅威となり得るシステム上の欠陥を示すものとして、使用されてきた経緯がある。産業医学において、リスクマネジメントとしてのうつ病対策で目指されるのも、個人の差異への注目よりはむしろ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る。(中略)

しかし、システムの整備が促進されるなかで、ある意味一元化され、単純化されたうつ病の病前性格論が、逆に脆弱性についての個別の議論を難しくしているようにもみえる。

過労うつ病をめぐる論争では、うつ病者が理想的な労働者であり、犠牲者であると繰り返し表象されてきた結果、彼らがどのようにして病に陥ったのか、また自己をどのように変革していけるのかといった主体への視点が抜け落ちてしまった。

同時に懸念されるべき点は、産業からの要請に応えようとするシステムにおいては、病

からの回復であっても、ある種の「効率性」が求められることになるという事実だ。そこで問題となるのが、「うつ病」の精神病としての側面である。

うつ病は（たとえその直接の原因が疲弊によるものであっても）薬物療法と休養に基づく画一化された治療によって誰もが一律的に治癒する疾患では必ずしもない。うつ病は、「こころの風邪」という言葉が喚起するような、比較的早く、直線的に元の状態に戻る病というイメージとは異なり、その人のアイデンティティと時には複雑に絡み合い、長期化する病である。治療を受け、十分な休養をとったようにみえても、なかなか治らない社員に対して、また、回復までにどれほどの時間を要するのかさえ予測のつかないうつ病そのものに、患者のみならず、家族や企業の人事部が戸惑いを感じることも少なくない。リスクマネジメント的思考は、一元的管理では制御しきれない精神障害の複雑さをかえって浮き彫りにする。現在発展しつつある新たな精神療法（認知行動療法、リワーク等）が、この「主体の問題」にどう応え得るのかが、精神科臨床が現在直面している最も重要な問題であろう。

出典：北中淳子『うつ病の医療人類学』（日本評論社，2014年）

\*なお、本文は、問題文として適切な体裁になるよう必要な修正を施している。

## 【問 1】

問題文中の下線部「うつ病のストレス説が、日本においては精神医学の臨床知というよりは、むしろ過労うつ病をめぐる法的論争の場で発展・確立したという経緯がある。」(3頁8～9行目)とは、具体的にどのようなことを述べているのか、説明しなさい(800字以上, 1,000字以下)。

## 【問 2】

日本のうつ病論をどのように評価すべきか。問題文の記述を踏まえて、あなた自身の見解を述べなさい(1,200字以上, 1,500字以下)。



