

【年代別；業績・勤怠の推移（6ヶ月間）】

40 歳未満：

. sum h0-h2 if age\_c==2 | c==3

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
h0	4	2.25	.5	2	3
h1	4	2.5	1.732051	0	4
h2	4	3	2.160247	0	5

. sum k0-k5 if age\_c==2 | c==3, separator(0)

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
k0	4	3.75	1.892969	1	5
k1	5	2.8	2.588436	0	5
k2	5	2.8	2.167948	0	5
k3	4	2	2.309401	0	4
k4	4	2	2.160247	0	5
k5	4	3	2.44949	0	5

40 歳代：

. sum h0-h2 if age\_c==4

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
h0	18	2.055556	1.055642	0	3
h1	14	1.785714	1.476929	0	5
h2	14	1.785714	1.423893	0	3

. sum k0-k5 if age\_c==4, separator(0)

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
k0	13	4.307692	1.377474	0	5
k1	14	3.428571	1.696797	0	5
k2	15	3.2	2.111195	0	5
k3	15	2.933333	2.218966	0	5
k4	11	2.272727	2.24013	0	5
k5	12	2.25	2.340357	0	5

50 歳以上：

. sum h0-h2 if age\_c==5 | c==6

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
h0	10	1.9	.9944289	0	3
h1	9	2.111111	.9279607	0	3
h2	9	2.222222	.9718253	0	3

. sum k0-k5 if age\_c==5 | c==6, separator(0)

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
k0	10	3.8	1.398412	1	5
k1	10	4.3	.6749486	3	5
k2	10	4.2	.9189366	2	5
k3	11	4.181818	.9816498	2	5
k4	10	4.1	1.100505	2	5
k5	10	3.8	1.229273	1	5

業績評価：40 歳未満は改善するが、40 歳代は増悪、50 歳以上はわずかな改善。

勤怠評価：50 歳以上はほぼ不変、40 歳代は落ち込みが激しい。

【療養期間ごとの業績評価】

①1ヶ月未満、②1～2ヶ月、③2～3ヶ月、④3～6ヶ月、⑤6ヶ月～1年、⑦1年以上

. sum h0 h1 h2 if duration>=6 & duration<=30

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
h0	6	2.333333	.5163978	2	3
h1	6	1.5	1.224745	0	3
h2	6	1.666667	1.36626	0	3

. sum h0 h1 h2 if duration>30 & duration<=60

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
h0	10	1.8	1.135292	0	4
h1	9	2	1.414214	0	4
h2	9	2.555556	1.666667	0	5

. sum h0 h1 h2 if duration>60 & duration<=90

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
h0	9	2.666667	.8660254	2	4
h1	8	2.375	1.187735	0	4
h2	8	2.5	1.195229	0	4

. sum h0 h1 h2 if duration>90 & duration<=180

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
h0	14	1.857143	.9492623	0	3
h1	10	1.8	1.135292	0	3
h2	10	2.5	1.581139	0	5

. sum h0 h1 h2 if duration>180 & duration<=365

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
h0	13	1.615385	.8697185	0	3
h1	13	2.076923	1.037749	0	3
h2	12	1.666667	1.302678	0	3

. sum h0 h1 h2 if duration>366 & duration<=678

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
h0	3	2.666667	.5773503	2	3
h1	3	3.333333	1.527525	2	5
h2	2	4	1.414214	3	5

私たちの推奨する、③2ヶ月～3ヶ月の業績評価が高い。(ただし、この場合は会社が療養期間についてコントロールをしていないので、そもそもの重症度によって説明されうる)

①1ヶ月未満は、復帰後の翌期、翌々期と低下。②1ヶ月～2ヶ月、④3ヶ月～6ヶ月は改善傾向だが、③に劣る。

【療養期間ごとの勤怠評価】

①1ヶ月未満、②1～2ヶ月、③2～3ヶ月、④3～6ヶ月、⑤6ヶ月～1年、⑦1年以上

. sum k0-k5 if duration>=6 & duration<=30, separator (0)

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
k0	6	3.166667	1.94079	0	5
k1	6	3.333333	1.36626	1	5
k2	6	2.833333	1.722401	1	5
k3	7	3.571429	1.511858	1	5
k4	7	2.857143	1.676163	1	5
k5	7	2.714286	1.799471	0	5

. sum k0-k5 if duration>30 & duration<=60, separator (0)

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
k0	8	3.625	1.767767	1	5
k1	10	3.2	1.932184	0	5
k2	10	2.8	2.097618	0	5
k3	9	2.666667	2.12132	0	5
k4	8	2.25	2.052873	0	5
k5	8	2.75	2.31455	0	5

. sum k0-k5 if duration>60 & duration<=90, separator (0)

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
k0	10	4	1.414214	1	5
k1	10	4.2	1.316561	1	5
k2	10	3.9	1.66333	1	5
k3	10	3.7	1.766981	0	5
k4	8	3.5	2.203893	0	5
k5	8	3.25	2.12132	0	5

. sum k0-k5 if duration>90 & duration<=180, separator (0)

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
k0	8	4	1.690309	0	5
k1	8	3.375	1.685018	0	5
k2	8	3.625	2.263846	0	5
k3	9	2.777778	2.166667	0	5
k4	7	2.428571	2.299068	0	5
k5	7	2.571429	2.149197	0	5

. sum k0-k5 if duration>180 & duration<=365, separator (0)

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
k0	11	3.636364	1.433369	1	5
k1	11	3.727273	1.3484	0	5
k2	12	3.333333	1.61433	0	5
k3	12	2.916667	1.975225	0	5
k4	12	3.25	1.959824	0	5
k5	12	3.166667	1.850471	0	5

. sum k0-k5 if duration>366 & duration<=678, separator (0)

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
k0	2	3.5	2.12132	2	5
k1	2	3	2.828427	1	5
k2	2	2.5	2.12132	1	4
k3	2	4.5	1.7071068	4	5
k4	2	4	0	4	4
k5	3	4	1	3	5

業績評価同様に、③2～3ヶ月が良い。しかし、低下傾向は否めず。

【非再療養例に限定】

①2ヶ月未満、②2～3ヶ月、③3～6ヶ月、④6ヶ月以上  
業績評価：

. sum h0 h1 h2 if duration>=6 & duration<=60 & reccur==0

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
h0	11	2	1.095445	0	4
h1	10	2.2	1.316561	0	4
h2	10	2.6	1.577621	0	5

. sum h0 h1 h2 if duration>60 & duration<=90 & reccur==0

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
h0	5	2.6	.8944272	2	4
h1	4	3	.8164966	2	4
h2	4	3	.8164966	2	4

. sum h0 h1 h2 if duration>90 & duration<=180 & reccur==0

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
h0	13	1.923077	.9540736	0	3
h1	9	1.777778	1.20185	0	3
h2	9	2.444444	1.666667	0	5

. sum h0 h1 h2 if duration>180 & duration<=678 & reccur==0

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
h0	15	1.8	.9411239	0	3
h1	15	2.333333	1.234427	0	5
h2	13	2.153846	1.463224	0	5

勤怠評価：

. sum k0-k5 if duration>=6 & duration<=60 & reccur==0, separator(0)

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
k0	9	3.555556	1.666667	1	5
k1	11	3.272727	1.902152	0	5
k2	11	2.636364	2.062655	0	5
k3	11	3.181818	1.834022	0	5
k4	10	2.6	1.897367	0	5
k5	10	3.3	1.946507	0	5

. sum k0-k5 if duration>60 & duration<=90 & reccur==0, separator(0)

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
k0	6	4.833333	.4082483	4	5
k1	6	4.833333	.4082483	4	5
k2	6	4.666667	.8164966	3	5
k3	6	4.5	.5477226	4	5
k4	4	4.75	.5	4	5
k5	4	4.25	.9574271	3	5

. sum k0-k5 if duration>90 & duration<=180 & reccur==0, separator(0)

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
k0	7	3.857143	1.772811	0	5
k1	7	3.285714	1.799471	0	5
k2	7	3.428571	2.370453	0	5
k3	8	2.75	2.31455	0	5
k4	6	2.166667	2.401388	0	5
k5	6	2.333333	2.250926	0	5

. sum k0-k5 if duration>180 & duration<=678 & reccur==0, separator(0)

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
k0	12	3.583333	1.505042	1	5
k1	12	3.583333	1.564279	0	5
k2	13	3.076923	1.60528	0	5
k3	13	3.076923	1.977437	0	5
k4	13	3.230769	1.83275	0	5
k5	14	3.214286	1.717716	0	5

(資料2) ビジネスレポートトレンド 業務遂行レベルに着目した対応

# メンタルヘルス不調にどう対応すべきか

## 産業医や企業の先進的な取り組み事例

### 業務遂行レベルに着目した対応

#### ／岡山大学大学院・高尾総司医師

専門家の講演とアンケート調査から、職場のメンタルヘルスにまつわる問題を見てきた。ここでは、産業医や企業の人事担当者らが具体策をどう考え、取り組んでいるのかを追ってみよう。

企業事例の前に、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科の高尾総司医師が提案している「業務遂行レベルに着目した新しいメンタルヘルス対応」を紹介する。高尾医師は、過去に産業医として、一次予防、二次予防（早期発見・早期治療）、三次予防（復職支援）を積み重ねて健康診断や面談などをしてきたものの、長期に渡る効果があまり感じられずに限界を実感。「これではいけない」と模索して、問題解決型のアプローチに行き着いた。

#### 人事不在の対応が問題

高尾医師は、「メンタルが悪いのか否か」と「仕事ができているか否か」の二つの問題を混同してきたことがメンタルヘルス対応を難しくさせていると言いつける。一般的にメンタルの不調を訴える社員（または上司がメンタルを疑う社員）が存在する場合、「メンタルか否か」を産業医や産業保健スタッフに相談し判断してもらい、それに「仕事をするかどうか」の本人希望を前提に「どういう配慮をすれば働けるか」を本人と主治医で決めてしまつて、それをまた産業医や産業保健スタッフに申し伝える形を取るため、対応が堂々

巡りになる。そして何より、こうした大事な判断が健康管理室に丸投げされるため、人事不在になっている（図1）。

#### 「職場は働く場所」の大原則を前提に

そこでこれを、①業務が出来ているか否かを上司が判断する②出来ていない場合、それが健康上の問題に起因するか否かを本人と家族、主治医が決定する③就業を継続するか否か（配慮を付けるか）を人事と産業医が判断する——といった一方通行型の意思決定システムに切り替えることにした（図2）。それを実施する前提に「職場は働く場所」との大原則と、後述する三原則に沿った対応をとることを必須とする。

図1 これまでの「難しい」対応

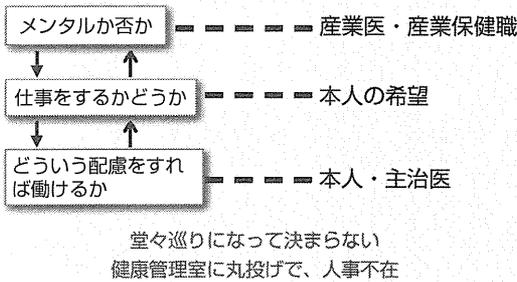
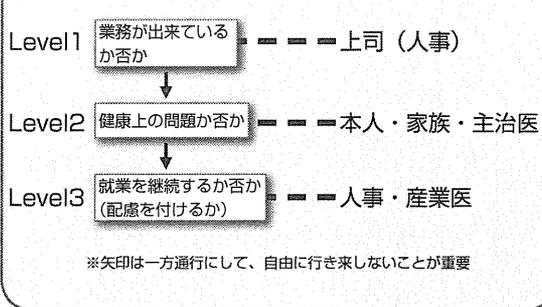


図2 これからの「できる」対応



なお、この事例に出てくる「通常勤務」とは、①上司による通常の業務管理の下、(効率・質・生産性の各面での)業務ができていて②会社における通常の労務管理下で(就業態度や勤怠などの)就業規則を守っている③「健康上の問題」はなく、業務の遂行(継続)によつても「健康上の問題」は生じない——状態を指す。また「健康上の問題」とは、疾病が業務遂行上の支障になつて療養を要する状態のことで、医学的疾患(病気)とは区別する。なぜなら、高血圧などの病気を患つていても、通常勤務が支障なく行えている人はたくさんいるからだ。

業務遂行に焦点を当て特別視しない以下、順を追つて三原則をみていこう。最初の原則は「通常勤務に支障があるか否か」の判断。上司がみて「業務ができていないか」もしくは「就業態

度が就業規則に基づいているか」のどちらかでも当てはまらなければ「支障あり」とする。

二つ目の原則は、「通常勤務に支障が予想されるなら」復職は延期し療養を継続させ、復職後（就業時）に「通常勤務に支障があったら」再度療養させること。ここでは曖昧さを排除することが重要なため、各関係者が自らの役割を果たすことがカギを握る。また、一人の判断で決定してしまうと責任が偏るので、上司と人事部門、産業医の意見が一致していることが要件になる。

最後の原則は「配慮付きの通常勤務状態」を認める際の条件で、①一時的なものとする②少なくとも「健康上の問題」が改善方向であるとの共通認識が形成される（主治医の意見や家族の確認）③産業医などの意見を聞いておく——ことになる。この際、②と③が一致しない場合は、第二原則を適用することになる。

要するに、これまでの対応はメンタルにフォーカスが当たっていて、本人はメンタルを良くすること、上司はメンタルに注意すること、そして人事はメンタルを悪くしないようにするにはどうしたら良いかという労務管理に注力してしまい、業務遂行の観点は抜け落ちていた。それを、これからは業務遂行レベルにフォーカスさせることで、本人は就業規則の範囲で仕事をがんばる（周囲にメンタルということを感じる（させない）こと、上司は業務上の指導に専念すること、人事は配慮が「特別扱い」になっていないかを冷静に検証し、本人希望に左右されない）会社としての客観的決定を行うことにシフトすることになる。

トすることになる。

### リハビリ出社は基礎整備が出来てから

まず、リハビリ出社については、正式復職前の「試し出社」と正式復職後の「軽減勤務」を区別する必要があるが、いずれにせよ「複雑」な問題が伴うことを考慮すれば、いきなり取り組むべき課題ではない。言い換えると、現に制度の無い会社は当面のところ、大原則・三原則に沿った運用ができる状態になることを最優先すべきだ。

なお、既に制度がある会社においては「試し出社」については事後的に「業務に従事した」と判断されないよう、会社の生産性への貢献のない作業を行わせることに留意する。また「軽減勤務」については、これまでのように「復職しても働けるかどうか分からないから」適用するという考え方は捨て、「完全な労務提供が可能な状態である」が取えて安全マージンを取るために「軽減勤務」から開始する、との共通認識を関係者で持つ。ただし「完全な労務提供が可能な状態」なのだから復職発令するのであり、問題なく想定される業務を遂行できるはずなので、経過が思わしくなければ（軽減勤務期間を延長するなどではなく）再療養するとの事前確認が必要になる。

### 病名に振り回されない対応が可能に

この新しい対応の長所について、高尾医師は以下のメリットを強調する。

第一に、職場でみる様々なメンタルヘルス不調を区別して考える必要がないこと。後で取り上げる（三二頁）松崎教授の説明に詳しいが、一般的に職

場の人間の心理として、いわゆる従来型うつのような人には「かわいそうだからなんとか良くしてあげたい」となる。逆に自己愛の強い現代型うつタイプと席を並べていたりすれば「ふとどき者は罰したい」などといった陰性感情が芽生えることは往々にしてあるだろう。加えて、メンタルヘルス不調は数値などの目に見える形で示されず、あくまで自己申告に基づく主治医の診断がその根拠になることが対応を難しくさせる大きな原因にもなっている。

だが、この対応なら、安定的に継続して働けるか否かを判断基準にするので、病名にこだわることはなくなる。

第二に、上司の通常の労務管理で原則的にすべて対応できることも利点だとする。「メンタルを特別なものとして扱う」のではなく、「普通に扱う」こととなるため、原則論で考えれば大抵のことは人事労務と上司が話し合うレベルの常識的判断で済む。

そして三つ目は、「仕事ができているか否か」にフォーカスすることで、メンタルヘルス不調という「レッテル」への偏見を回避できること。高血圧や糖尿病など、疾病を抱えつきちゃんと働いている人同様「メンタルの既往」で差別されない対応になる。

復職にまつわる悩みも解消

さらに、この対応を取ることで今まで職場を大いに悩ませていた、①休職と復職を繰り返す社員の管理・対応②復職判定におけるブレ③同僚への（悪）影響——も解消されるといえる。

休職・復職の繰り返しについては、どの段階で負のスパイラルを止めるかがカギになるので、休職事由の消滅判定は事業者が復職時に行うことで不完全な労務提供を受領しないようにする。復職時の判定方法は、①本人に復職の意志がある（単に「復帰したい」ということではなく、「現職に復帰し、想定される配慮の範囲内において『健康上の問題』に再度短期間で至らないことを強く自信を持って関係者の前で宣言できること）②主治医が臨床医学的に「通常勤務」によって容易には症状が増悪しないことを「書面」で保証する③想定される配慮を行いうる職場（原職復帰が原則）が提供できる——の三要件で一致させる。これにより、モラルハザードの場合は（簡単に復職できないので）安易に休まなくなつて管理下におけるし、疾病が重症の場合には十分な療養をすることになり、時期尚早な復職による再発予防にもなる。ただし、ここで留意しなければならぬのは、就業規則に休職期間の合算規定を設けておく必要があることだ。

復職判定のブレに関する課題については、主治医の意見と産業医の意見を統合させると、最終的な判断を事業者（人事）が行うこと（疾病の治療レベルではなく、業務を遂行できそうかどうかという観点での）と判断基準を明確にすること、そしてうまくいかなかった時を想定しておくことをあげた。具体的にはうまく行かなかった場合は「完全な労務提供」を前提に安全配慮義務を履行する。「復帰後の直近一カ月間において、原疾患の増悪に起因することが否定できない欠勤、遅刻、早退、事前申請のない有休取得が〇回以上認められた場合、再度療養に専念

する」といったストップ要件を設定しておく。

そして、同僚への（悪）影響の管理

は「復職時に不完全労務提供を受領しなければ起こるはずの無い事態」とのことだった。

### 〈高尾医師へのインタビュー〉

## 医療職主導ではうまくいかない

高尾医師（写真左）の考え方は「メンタルヘルス不調者を特別扱いしない」点で明解だが、そのわかりやすさ故に極端な対応に映らなくもない。今までの延長上で現実運用できるかを考えると、細かい点もいろいろ気になる。疑問に感じた点を尋ねてみた。

——医療職主導ではうまくいかないと考えた理由は何なのか。

高尾 「仕事ができる人が病気をカミングアウトするメリットはほとんどない。逆に、仕事のできない人は病気の診断書を書いてもらうことで休めるし仕事ができないことをこれ以上責められないメリットがある。こう考えると、医療職が後者のような人においている人たちが馬鹿を見ることにもつながる。医療職にとつて命は平等だから、仕事ができるか否かの区別はない。

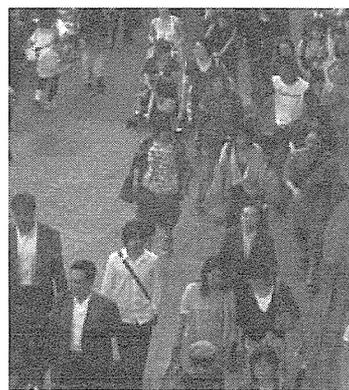


スタープレイヤーとお荷物社員の比較もできないから、医療職主導で職場はうまくいかない。医療職ができるのは病気を治すことだけ。仕事に関しては労務管理の分野で上司がやるべきことだ」

### 9、7割の回復レベルは運用の救済

——休職者の復職要件に高い回復レベルを求めるのはわかるが、現実の職場にはメンタルヘルスの問題がなくても能力的に劣っている人はいるもの。そういう人ととの整合性はどうなるのか？

高尾 「説明したのはあくまで原則。実際にはこうした考え方を導入してすぐに六、七割の回復過程にある微妙な人までやみくもに適用するのは現実的ではない。最初は現場から『頼むからなんとかしてくれ』と人事が突き上げられるような人に、このロジックを適用する。今はそういった非常に低い回復レベルの人への対応すらできていない。主治医の診断書を優先すると、重篤な人ほどより強い配慮を求めるところになるからだ。低い回復レベルの人が問題になるのは、復帰ラインを明確に決めていないから。今は診断書に基づいてある人を救済することで前例ができ、自然に復帰ラインが下がってし



まっている。その結果、回復レベルの低い人まで救済して苦勞している。そうではなく、あくまで一〇〇%戻らないと復職できないとしておき、そのうえで六、七割の回復レベルの人を運用で救う。現実には六、七割の回復レベルの復職者は社内にはごく普通にいるが、当面はあまり問題にならないので、その間に徐々に求める回復レベルを引き上げていくことになるだろう」

### 人事評価は勤怠で制約を

——上司が仕事の労務管理をしつかりするというのが、実態は同じ会社でも上司に能力差があるのではないか？ また、評価についても、今は年功制が崩れ、メンタルヘルス不調者がいない職場でも難しいぐらいだろう。

高尾 「上司の労務管理スキルの平準化は真つ先に取り組むべき課題。確かに上司の管理能力にバラつきはあるだろうが、そこはあまり神経質にならず対策を進める。当面は人事部門がサポートするしかないだろう。パフォーマンス評価は確かに難しいので、勤怠で制約をかける。例えば、勝手に就業時間内に抜け出して組合に相談に行った

りしたら、それは上司が命じていなければ勝手な離席となるので、勤怠上の問題となる。そのうえで、客観的に評価することの難しさについては、家族を交えて対処し、上司だけで処理しない。たまにおかしな親もいるが、大抵は自分の子のことを重々わかっていて、本人の主張がどうみてもおかしいことは認識している。その場と同僚など会社の人と同僚を求めるときも有効で、客観性を高めて家族が常識でわかる範囲で事実を説明する。同じ職場で働く者として就業に関わることで容認できない事実が数多くあることを公の場で伝える。このことを通じて自己愛が強いが故に本人の勝手な解釈でしていることが一目瞭然となり、然るべき落としどころに持つていくことができる。評価というから大変なことのようにだが、換言すれば『受け入れ不能』といった拒否権を持つということだ」

### 家族を巻き込んで理解を求めることも

——家族が会社に任せきりというケースもよく聞く。

高尾 「会社が黙ってケアしてあげれば、家族は『会社には人事労務の専門はいるし産業医もいるのだから』と丸投げするし、その方が楽なので厚かましいことを言ってくるケースもある。だから良い意味で巻き込む。本人と家族に同席してもらい、迷惑行動を取ったことを認めさせたいので、同様のことがある度に家族を呼び出す旨、同意してもらおう。家族にも自分たちの仕事なり都合があるので、何かある度に呼び出されたら困ることになる。でも、

そこでわかって欲しいのが、職場の上司・同僚にだって自分の仕事があるのだから、迷惑するのは同じだということ。そうして、自ら仕事ができない状況をつくりだしていることを皆が共有して、どうしたら良いかを考えれば答えは自ずと出る。家族の方からで『よくわかりました。休ませます』となるはずだ」

**業務遂行の問題を関係者で共有**

——最近では、就業規則で休業の合算規定を設けるのは一般的になりつつある。ただ、合算規定があっても、仮に診断書に精神疾患系でない病名が付いて来た場合はどうなるのか？

高尾「そもそも休職規定そのものが法的になくとも良いのだから、『同一または類似の疾患により』といった対象疾患や『〇カ月以内に再度休職に至った場合』という期間についての制約も、いつそのことなく考えもあるが、そこまでできないというのであれば、現状から少しずつステップを踏んでゴールを見極めていくべきだろう。確かにメンタルヘルス不調で復帰した後に風邪をこじらせたなどの診断書を出して休む人はいる。どういう範囲を対象とし、復職後いつまで合算するかは会社が見極めて決めるべきで、わざわざ自ら制約をかけることはない。そのうえで、除外すべきと考えるものは合算しなければ良い。要は周囲の人と比べて行き過ぎていないようにして誰がみても納得することが大切。真面目に働く社員が救われるようにルール設定する」

——一番重要なポイントは職場の同僚

に迷惑をかけてはならないということだ。

高尾「今は頑張っても必ずしも報われるとは限らない時代。だったら、『楽して得しよう』といったずるい考え方ではないにしても、目一杯頑張ることが頑張らない人のためになっちゃいましょう。自分の頑張りもセーブしようと考えてしまうのはやむを得ない。頑張っていない人が隣にいるのに自分は関係ないと思える人はごく希だろう。最終的なゴールは（業務レベルに着目した対応をすることで）シャープだが、途中経過はその会社の八割の人が了とすることは問題ないし、逆にダメということとはダメといつているだけ。その感覚で始めたら、メンタルヘルス不調でパフォーマンスに問題のある人の行動を擁護する人はほとんどいないはずだ。今まではこの問題を密室にし過ぎていた。それを関係者で共有して約束事を明確にしてみんなが納得して働くようにする」

**仕事基準で正規・非正規の区別も解消**

——「仕事ができるか否か」に焦点を置くことで、メンタルヘルス不調の既往のレッテルの偏見を回避することができるといふことだが。

高尾「復職を中途採用のイメージで捉えてみて欲しい。中途採用時の面接で応募してきた人の履歴書に空白期間があったら、『この間は何をされていたのですか？』と聞く。それで『メンタルヘルス不調で休んでいました』との答えが返ってきたら、『ウチの会社はキツイ仕事が多いけど大丈夫ですか？』などと確認するだろう。回答に納得で

き、業務成果の期待が高ければ採用するだろうし、それと同じことを復職面談でもやるべきなのに、聞いていないから後々トラブルになる。ベースで雇用は維持しながらも復職時のハードルは中途採用と同様に仕事ができるか確認できるレベルと考えれば良い」

「これは非正規社員にも応用できる。今は派遣や契約社員がメンタルヘルス不調になると、契約期間の満了などで退職し、同じ会社で再度就業することはほとんどないと言つてもいいが、『有事の出来』でみることで、『有能ならば一度辞めて、また戻つてもらえばいい』となる。メンタルの問題として扱うと、一旦レッテルを貼られたら最後、正社員は干されることになり、非正規社員は契約を切られる。でも、仕事ができる期間だけ働くことになれば、正規・非正規の区別はなくなる。案外、それを実践しているのがパート労働者の働き方。時給で仕事した分の報酬をもらつて、諸事情で辞めたりまた復帰したりしている」

**労多く美の見込めないリハビリ勤務**

——リハビリ勤務は認めない？

高尾「リハビリ勤務は一切やらない。ちゃんと就業できるようにしたうえで復職してもらおうとの覚悟が会社と本人の双方にないとうまくいかない。例えば半日勤務などを認めたら、それは通常勤務ではないため、会社側にもそれに見合うだけのさらなる安全配慮義務が求められる。それに軽減勤務でスタートして本当に業務が出来るようになるかといったような科学的根拠があればすべきなのだろうが、現状では私の

知る限りない。家族も仕事があつて面倒をみきれないから会社に預けたいという状況なども少なからず含まれていて、軽減勤務でのスタートが良いとは到底思えない。ただ、大手はリハビリ勤務制度をもつていて、既にやっちゃっている会社も少なくない。急に止めるわけにはいかないので、当面、感覚でも良いので（リハビリ勤務の是非を）ちゃんと評価してみても、後は、良ければ続けられ良いし、良くないと思うならできるだけ（復職時に本人に）『働めない』という形で現場の判断に委ねるのが現実的だろう」

——何故うまく行かないのだろうか？

高尾「感覚的なイメージとしては、復職時には大きな階段があるはずで、そこを超えられないレベルの人にわざわざハシゴをかけてあげて甘やかしても、次に待ち構える仕事ができることは考えにくい点で意味がないし、それがすべての甘やかしの第一歩になりかねない。また、軽減勤務を制度として利用することを勧めない最大の理由は、それを運用するために労災や事後の民事訴訟などへの対策のための相当複雑で膨大なロジックを追加しなくてはならなくなるからというのが一つ。もう一つは単純に軽減勤務を適用するだけでは結果は変わらないから、結果をよくするための（上司、人事、産業保健スタッフ側の）『労』としての仕掛けをさらに入れ込まねばならなくなる。そうでなくても、様々なメンタル対応の問題に頭を悩ませているのに、『このことだけにそんなに労力を割いてもいいのですか？』と問いたい」



(資料3) 日本生産性本部 産業人メンタルヘルス白書 (2011)

# 産業人メンタルヘルス白書

2011年版

組織と個人の健康度向上を通して  
働く人のやりがい・生きがいと組織の活性化を実現する

働く人ひとりひとりを尊重し大切にしようとする思想、  
それがメンタルヘルス活動のスタートであり、  
人的エネルギーの拡充と組織能力の向上を約束します。



公益財団法人 日本生産性本部  
メンタル・ヘルス研究所

## 目 次

はじめに	
<b>特別寄稿</b> .....	1
大震災とメンタルヘルス .....	3
<b>第1部 調査研究</b> .....	11
第1章 絆の分析 ～JMI健康調査の結果から～ .....	13
第2章 「東日本大震災とメンタルヘルスへの影響」に関する 緊急アンケート調査結果 .....	35
<b>第2部 論文</b> .....	63
第1章 職場におけるメンタルヘルス対策について .....	65
第2章 海外赴任にかかわる従業員・家族のメンタルヘルスを考える .....	73
第3章 職場復帰からみた企業のメンタルヘルスへのアプローチ .....	85
－人事部門の役割	
第4章 “組織”と“意識”との間 .....	96
－若者のメンタリティーの変化に適應できない企業組織	
<b>第3部 メンタル・ヘルス研究所の動向</b> .....	107
JMI電話相談からみた働く人のメンタルヘルス .....	109
－電話相談で、セルフケアのマネジメント力を引き出す	
<b>第4部 資料</b> .....	115
<b>第5部 年報</b> .....	193

## 第3章 職場復帰からみた企業のメンタルヘルスへの

### アプローチ — 人事部門の役割

岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科  
疫学・衛生学分野 講師 高尾 総司

#### 1. はじめに

職場のメンタル対応は難しいと認識されているようだ。しかし、メンタルや精神科を専門にしない立場から見た場合には、敢えて自ら「難しく」してしまっている面があるように思える。結論から言えば、職場において本来問題になるはずの「仕事ができていないかどうか」という視点から離れ、「いかなる病気なのか」ということに捕らわれてしまったことが、その最も大きな要因である。

しかし、そもそも「病気」に着目するようになった経緯にはやむを得ない点もあるように思われる。メンタルといえ、人事部門どころか内科系産業医などですら敬遠するものがある。したがって、社内に自信を持って対応できる人材がおらず、医療機関に「丸投げ」にならざるを得なかったのであろう。結果として、医療に付随した問題から徐々に様々なほころびを生じてきた。本稿では、これらの問題点のうち、「病気」への着目、治療的視点によるケース対応のための管理の複雑さ・困難さ、(医療契約同様の)本人の意志の尊重による福利厚生的な面、などをとりあげたい。そのうえで、いわば対照的に、人事部門として、業務遂行レベルに着目し、基本的なルールに沿った対応により、最終的には業務上の命令をもってしても実施しなくてはならない義務としてのメンタル対応の内容について詳細に論じることとする。

#### 2. 医療職主導のメンタル対応の限界

最初に検討する内容は、これまで実施されてきたメンタル対応がどの程度有効に機能するであろうかという点である。ここでは、結論を述べる前に事例を紹介したい<1>。ある総合病院において、研修医である麻酔科医が自殺し、遺族である両親が病院を訴えたというものである。秋頃から麻酔科に所属する指導医(麻酔科は2名の医師で構成)は当該研修医の精神的不調に関して、遅刻等の勤怠の問題も含め認知しており、大学の医局に対して異動の検討を願い出ていた。同時に安心して任すことのできない業務などについては従事させず、指導医自身が肩代わりしていた。一方で当該研修医

は「病院に居た方が落ち着く」などとして、病院内にいる時間は長時間におよんでいた。また自殺の直前に失踪しているが、病院内での検討の結果、両親との不仲を理由に本人が連絡を拒否したことから、病院内で勤務させながら様子を見ようと試みたようである。しかし、残念なことに静脈内に麻酔薬を注射するという方法で自殺をしてしまった。裁判においては、(1)業務が自殺の原因か、(2)自殺にあたり病院側の過失はあるか、の2点が争点となった。詳細は紙面の都合で省略するが、前者については「相当因果関係」があるとされた。後者については、特に失踪後に休職させたりすることなく、そのまま「通常勤務させた」ことに対して安全配慮義務違反があると判断された。

この事例から学ぶべき教訓は、3つある。一つ目は、当該病院は総合病院であり、いわば医療水準という面からは高度の知識と技術が集約された場であるにも関わらず、結局のところ、健康・生命という観点でも裁判というリスクマネジメントの観点でもいずれも残念な結果に終わってしまった。つまり、これまで行われてきた医療的なアプローチをさらに高度化・洗練化していくことで職場のメンタル問題を解決しうるのかについて重大な疑問を投げかける。二つ目は、本対応の様々な局面において本人の意志を尊重した対応が行われたが、上記の通り結果は散々である。こうした事態を回避するためには、前述したように最終的には業務上の命令をもってしても臨む対応法を企業としては備えておかななくてはならないことを示唆する。最後は、本対応を通して、当該麻酔科の組織としての業務パフォーマンスはどのように想像しても高かったとは思えない点である。少なくともこれまでのメンタル対応においては、本人のみの医療面にフォーカスしすぎた結果として、組織の業務パフォーマンスや全体最適化の視点が抜け落ちていたことは間違いない。誤解をおそれず一言でまとめると、すべて医療的なメンタル対応の限界の一側面を指し示している。

なお、敢えて補足するが、筆者は医療的なメンタル対応が不要と主張したいわけではない。物事の対策を考える上では、必ず基礎対策と応用対策の両面から構築する必要がある。このようなスキームの中で、医療的対応はケース対応と言われるように応用に属するものと考えべきだろう。その意味では、冒頭で述べたようにメンタル対応が難しいと言われる理由は、基礎を有してなかったことに起因するともいえ、諸問題を解決できるような基礎をいかに構築していくかが重要である。

### 3. 二つの健康管理<2>

なお、ここからしばらくは健康管理誌に連載した内容と重複する部分もあるが、便利のために視点を交えるなどして敢えて説明を繰り返すことにする。まず、ここまで述べて来たような医療的な対応というものを、よりマクロに「医療的健康管理」として一般化し、その対極としての「業務的健康管理」というものの存在を想定して検討

してみよう。医療的健康管理の問題点は前述の教訓と重複するものもあるが、3つである。一つ目は、「平均した」医療的帰結（健康）が良いとは限らないという点。二つ目は、本人希望を尊重することもあり、リスクマネジメントとして脆弱である点。三つ目は、会社の生産性への貢献が期待できるとは言い難い点である。対して、業務的健康管理においてはいかがであろうか。一点目については、詐欺と言われるかもしれないが、後述する「不完全労務提供」を受領しなければ、いわば最低水準が担保されることとなり、すべての救済を試みてしまうことになりかねない医療的健康管理に対して平均した帰結がよいのは当たり前とも言える。ただし、このようなトリックではなく、実際に同条件の対象者に適用したとしても結果は業務的健康管理の方が優れているとの仮説を検証するべく試みているところである。二点目については、昨今の企業運営にあつてリスクマネジメントの観点は欠くことは出来ない。一言で解決策を述べれば、メンタル対応や健康管理を聖域とみなさず、他の領域で得てきたノウハウをそのまま適用すれば良い。逆に言えば、通常のビジネス管理をそのまま健康管理に適用できるようにするための修正パッチが「業務的健康管理」と言えるかもしれない。三点目についても、一点目とおなじく、後述する「不完全労務提供」を受領しなければ、最低水準が担保され、平均した生産性が高いことは当然期待できる。

#### 4. 大原則・三原則<3, 4>

メンタル対応を考えるうえで関係者間での共通認識が必要であることは言うまでも無い。メンタル研修会などでグループワークを実施する際に、「より詳細な情報や条件が分からないと判断できない」という質問をよく受ける。この時、質問者の頭の中にはどうやら「患者の人生観、会社の方針、医師の治療方針、などなど」がよぎっているようである。もちろん前述した医療的健康管理の観点からは当然の帰結ともいえ、当該社員の健康を最大限高め、就労し、良い人生を送らせるために、出来る限りのことをしようとするれば、こうした情報が必須になるだろう。しかし、一方で、「労働契約および就業規則」が共通認識であることを前提とすれば、この質問に対する回答は実に簡単なもので、「諸条件に左右されない」ことになる。つきつめて考えれば、どの社員にも提供可能な内容というものは、仮に社員側の人生観が何であろうとも変わらない。理由は、「職場は働く場所」であつて、「自己実現の場」ではないからである。この「職場は働く場所」であるというのが、メンタル対応における大原則である。当たり前のようにしか聞こえないだろうが、敢えて振り返ってみていただければ、職場のメンタル対応が難しかったり、混乱したりする問題の原点はここにある。換言すれば、この大原則が守られるだけで大きな一歩となりうる。

さらに、この大原則を実際に運用するために必要な原則を三つ紹介する。第一原則は、「仕事が出来ているかどうかで判断する」ことである。既に説明した点でもあるが、

職場のメンタル対応において、医師（さらには特定の精神疾患の診断に長けた精神科専門医）の存在を常時必須とするような運用ルールに無理があることは言うまでも無い。したがって運用そのものは通常社内には存在する人材、つまり、人事や上司が担うことを前提とする。そうすると、必然的に職場のメンタル問題であっても、視点は「病気がどうか」ではなく、「仕事が出来ているかどうか」にフォーカスするしかない。きちんとこの原則が適用できれば、やはりメンタル対応を相当シンプルに構成できるだけに、非常に重要な点である。

第二原則は、第一原則に基づき「仕事できていない」と判断したならば、結論は休務させるしかない、ということである。ここで、仕事できていない「理由」を検討する。一つは「免責せざるをえない理由」、もう一つは「免責できない理由」である。もし、前者の理由であれば、就業規則に基づき労務を免除する（私傷病の場合は、病欠欠勤などの制度がこれに該当する）。一方、後者であれば、会社としてはきちんと仕事をするを改めて要求することになるし、もし、再三の指導・要請にも関わらず改善がなされないのであれば、最終的には契約の解除も検討しなくてはならない。少しかみくだいて言えば、後者の場合は、「故意に業務遂行レベルを落として」いることと同義であり、一般的な就業規則における規定（誠実に業務を遂行すること、など）からは、勤務怠慢の状態と言わざるを得ないことが分かる。まとめると、第一原則と第二原則を適用すれば、「仕事できている人は就労している」、「仕事できない人は休務している」という実に管理の容易な二分が完成するのである。

しかし、この視点はこれまでのメンタル対応が主として行ってきたように、まず医学的診断を確認し、その上で対応を協議するという方法とはまったく順序が逆であり、果たしてこれまでのやり方ではここまでの手順がどうなるのかは検証に値する。まず、人事部門としては就業継続させるかといったことまで含めて何も分からないので、すべて医療機関にたずねることになってしまう。そのため、受け手となる精神科医の診断結果も(1)業務継続できる精神疾患・状態（→周囲が支援・配慮すれば働ける）、(2)業務継続できない精神疾患・状態（→療養が必要）、(3)精神疾患はないという、3つの選択肢があることになる。しかし、業務継続するかどうかには、当然、本人の意志というものを含まざるを得ない。この点に基づき、(1)をさらに詳細に分類すると、(a)本人に就業継続の意志が有り、主治医としても支持できる場合、(b)本人に強い意志はあるが、主治医としては困難と考える場合（だが、周囲の相当な支援と配慮を前提とすれば出来ないとはいえない）、となる。こうして、本人の病名や重篤度に応じて、(1)-(a)～(1)-(b)の間における必要な周囲の支援・配慮の内容が、最近はやりのオーダーメイド医療のごとくケース対応として細分化されていくことになる。さらに大きな問題は、既に述べたように単に就業継続するかどうかのみならず、配慮の内容にも本人の希望が反映される面が少なく無いことがあげられる。この議論をさらに進めても良いが、すでに相当な混迷を極めてきたことは十分にご理解いただけたと思うので、

このあたりで止めようと思うが、この方法はとにかく「難しい」。しかも、そもそも最初に「就業の可否」判断まで医療機関に委ねてしまった以上、そこで出た結論を簡単には覆せなくなってしまう。これによって、支援や配慮の内容が頻繁に変更されうるだけでなく、当然のことながら、(1)と(2)の境界線を決める際に無視できない要因の一つが、本人の希望であることも考慮すれば、頻繁に「休んだり」「出社したり」することを前提として受け入れざるを得ない対応になってしまう点も事態をさらにややこしくしてしまう。つまり、メンタルか否かという議論からスタートした場合、一見表面的には医学的診断の妥当性を論じているように見えても、実際には本人の意志という非医学的な側面が分離不能な形で伴っていることが問題になる。

乱暴に言ってしまうえば、本人が「気が向くときだけ働く」ような「意志」に依存した就労ルールは、どのように考えても職場としては受け入れられないし、そもそも正当化もしえない。それゆえに、第一原則で指摘したように、結果としての「仕事ができるかどうか」の視点で判断することの重要性が脚光を浴びるのである。そして、これまでの対応では、医学的診断は主治医、意志は本人のみぞ知るというような構造で、会社側が主体的に運用できる方法になっていなかった。第二原則を適用することで、本人の主張する理由を免責してあげるかどうかの判断の自由は会社側にあることが明らかになり、本人が仕事は出来ていないにも関わらず、周囲を巻き込むような就業上の制約を次々に会社に突きつけるといった、おかしな主従逆転現象は解決をみる。

第三原則は、第一、第二原則を時間的な間隙無く実施できないことに対する「修正パッチ」である。また、一般的に、特に復帰時に会社側が何らの配慮もせずに、当該社員に対して「完全な労務提供」をいたずらに求めることも、やや社会的責任の点からは会社側が譲歩してしかるべき点でもあろう。内容を詳しく紹介すると、「配慮付き通常勤務」を認めるための3つの条件である。(1)一時的なものにする（期間は合理的であれば良い）、(2)病勢の点においては回復一方向であるとの共通認識が構成されること、(3)もし増悪した場合にも、事後的に本人・家族や主治医が増悪した理由を、事前に約束した会社の配慮以外から導き出さない（配慮不十分として上司や人事のせいにしな）との合意形成がなされること、である。

## 5. 不完全労務提供の受領<5>

用語は難解であるが、要は大原則を言い換えたものと理解してもらって良い。医療職向けには「大原則」として「職場は働く場所である」といった方が理解に優しく、一方で人事部門向けには「不完全労務提供の受領」という言葉の意味をそのまま理解してもらった方が、運用がしやすいようであり、言い換えるメリットがある。

すでに論じたところではあるが、本人・家族・主治医・上司・人事・産業医といった多様な関係者が話し合う場面にあっては、共通認識を労働契約や就業規則におくほ

かない。労働契約上規定されることは、おおまかに言えば、労働者は労務提供の義務があり、使用者は賃金を支払う義務がある、ということに集約される。しかし、メンタルの場合は、往々にして「半日勤務」や「軽減勤務」といった主治医意見をみかけることもあり、労務提供に、「完全」と「不完全」を区別して考える必要が生じてきた。この「不完全」労務提供に関して言えば、使用者は受け取っても良いし、受け取らなくても良い。言い換えると、受け取らなければならない法的義務はないのである<6>。まずは、この結論を頭の片隅にとどめておいてほしい。

## 6. 復帰の三要件<7>

詳細は健康管理誌を参照いただくこととして簡単に復習する。要件は(1)本人に復帰の意志があること、(2)主治医が通常勤務によって容易には増悪しない程度まで原疾患が回復したことを書面で保証すること、(3)職場の受け入れの限度を超えないこと、である。(1)は、単に「出社して賃金がもらいたい」ということを意味しているのではないことに注意する。会社が指定した職場・職務内容(通常、元職場・元職務)に通常勤務に従事したとしても、短期間(通常、6ヶ月程度)で再度増悪しない程度には回復したと本人が自信をもって宣言できる、と言い換えている。ばかばかしい話であるが、これまでのメンタル復帰の場面では、こうした本人の明確な「意思確認」を行っていないケースが少なくない。もちろん、本人にもそれが未来のことである以上、100%の保証ができるものではないが、だからといって本人以外の他の誰も替わりに保証できないことも明らかである。この点は、実は前述した「意志」の問題の言い換えでもあり、会社の定めたルールのもとで誠実に業務を行いますという約束でもある。(2)は、後で詳細な水準について議論するが、主治医の言葉の口伝えではなく、最低限書面で提出されることをここでは求める。なぜならば、主治医の言葉は状況によってはその内容そのものが治療の一環であり、語弊はあるが客観的事実や認識と一致しているとは限らないという特殊性があるからである(たとえば、患者から「永遠に復帰できないのでしょうか」と質問され、いくら専門家として復帰が見込めないと考えていても「そうですね」とは言わないものである)。(3)は少し運用を変化させてきているが、要は復帰の条件は上司や人事が決め、定めた条件下では増悪するといった指摘があれば復帰は延期すれば良く、周囲の過度の負担を前提とした不完全労務提供を受け入れる義務はない(=職場側の常識レベルでの受忍限界)という意味である。

## 7. 復帰基準の設定の仕方

これまでのところ、関係者が「同じもの」を共有していると自信をもって言えるような復帰基準は、ほとんど存在していないといっても過言ではないだろう。したがっ

て、新たに復帰基準を設定する流れを追ってみることにする。まずは、まったく何も考えずに全員復帰させる（無策）から、休んだ人は一切だれも復帰させない（やりすぎ）という両極を想定しよう。当然、そのような極端な基準はありえないので、もう少し現実に落としこむと、「無策」とは主治医意見をそのまま鵜呑みにして事業者としての判断を加えないような実態に該当するだろう。一方で、「やりすぎ」とは一頃、精神疾患の100%完治を求める会社があったようであるが、これに該当する。

会社として考えるべきは、それぞれの基準に対する全体としての業務遂行レベルとリスクマネジメントの面からみた場合の結果の良し悪しであろう。前者については、特に「無策」の場合に周囲が過度の負担に耐えきれず、ドミノ倒しが起こることを懸念する向きがあるように、決して良いは言えない。後者についても、近年では主治医意見や本人希望に基づく安易な復帰後の自殺等の転帰について、会社側の安全配慮義務違反を問う事案が増加してきている。一方で、100%の完治を求めることで解決するかといえば、再発可能性のある病気の場合、初発より再発リスクが高いことは一般的であることを考えると現実的ではない。どちらの側でも一長一短あるが、これまでの方法論と比較すれば、これらの真ん中よりは少し「厳しめ」が目標となるだろう。

最終的には「復帰か否か」というただ一つの判断基準が必要になるのであるが、関係者の全員がこの同じ判断基準に対して、「満たしている」「満たしていない」をそれぞれの立場から述べて多数決で決めるような方法は容易ではない。そこで、それぞれの関係者が判断すべき基準範囲の中で、出来る限り重複しない別々のサブ基準を満たしているかどうかについて意見を述べ、最終的にこれらを集約し、最後の「復帰か否か」の判断は人事部門が行うことを提案する。ここでは、いわば復帰可能性が低い方から順々にその責任を負う関係者から検討していく。まずは、(1)本人が復帰のことを検討する気になること、これがなくては始まらない（富士山で言えば1合目くらいであろうか）。(2)次に主治医意見を考えるが、あまり一律に規定することは現実的ではなく、ある程度の幅を持って考えることにする。(a)主治医としては復帰してもすぐに増悪すると考える、(b)復帰できないとは言えない、(c)経験上、復帰は検討できるレベルにある、(d)復帰を検討するに足る経過を確認している、の4つくらいであろう。もちろん、人事部門から問い合わせをするのであれば、(d)を満たしていることを確認すべきであろうが、ここでは従来型の自由形式の診断書を想定するため、すべてについて検討してみる。(a)は本人に復帰の意向はあるが、主治医としては時期尚早と考える場合である。通常、このレベルにも関わらずむやみと復帰可能との意見が出されるものではないが、休職期間満了目前には予期しておく必要がある(0-2合目)。(b)は主治医としても経験も含め、今ひとつ自信がないというレベルであろう。しかし、本人や家族から懇願されれば基準となりえる(3-4合目)。(c)多くの主治医はこのあたりで復帰へのゴーサインを出しているのではないだろうか、臨床医学の場面では「周囲からの相応のサポートがあれば」出来ることを広げていきたいレベルであろう(5-6

合目)。(d)産業医がきちんとコミットしている企業における基準に近いものと思われる(7合目付近)。もう一度まとめると、主治医のサブ基準はこのいずれのレベルでも良い。

一方で、産業医のサブ基準の前に、(3)上司と人事のサブ基準を考える。これら二者の役割は非常に簡単で、それぞれの職業的専門性の観点から(上司はより個別具体的に、人事は会社の枠組みや就業規則下で想定される業務に、安定継続的に従事できそうか)、「復帰させない(復帰を延期する)」に足る合理的常識的理由があるか、また、説明可能か、だけにフォーカスして考える。たとえば、上司の視点からは特定の業務について本人が「できない(あるいは、従事すると悪くなる)」と主張するのであれば、復帰を延期するに足る合理的理由であろう。また、人事の視点からはそもそも復帰の面接に遅れて来たり(就業規則が守れない懸念がある)、上司から仕事の説明をしていると涙ぐんだりする場合には、安定継続的に就業できるとは言えないと判断し、可能な限りその理由を「なんとなく不安だからではなく、具体的な懸念点として明確化し、本人や家族が「納得できる」一般常識的説明を行うことが求められる。すでによく用いている例ではあるが、中途採用者対象の面接を念頭において(メンタルかどうかは良い意味で「忘れて」)、本当に働いて欲しいと思えば復帰を命じれば良いし、不安があれば復帰の延期を命じれば良い(7-8合目)。

この流れでは、(4)産業医のサブ基準が無くても良いことになってしまう(主治医以上、会社未滿)が、実際、各関係者がきちんと自らの役割を遂行してくれるようになれば、必ずしも「キーパーソン」ではないのかもしれない。しかし、当面の間は大きく二つの役割があると考え。一つは、主治医が明らかに時期尚早な復帰可能の判断をしてしまった場合である((2)-(a)レベル)。これに対して、もちろん上司や人事による常識的な説明でも復帰を延期するに足る合理的な理由に至ることは可能と考えるが、その過程において本人のメンタルが短期的とは言え増悪したりして(もともと良くないわけであるし)、説得がうまくいかない局面が予想される。こうした場合、産業医として精神科の専門知識は無くても、医学的に説得を試みることは有用である。そして、もう一つは上司や人事が(人間的に)良い人になりすぎて、本来7-8合目であるはずの判断ラインが5-6合目などに下がってしまい主治医のサブ基準と交錯する場合には、「産業医としてはこの条件下で復帰させても、早期に増悪する可能性を否定しえない」と、まさに「ドクターストップ」をかける役割が期待される。

役割を整理すると、本人・家族・上司・人事は「働かせる」という判断をする役割、主治医・産業医は基準は異なるが「ドクターストップ(復帰の延期)」を判断する役割ということになる。これまでの問題点は、主治医や産業医に「働いても大丈夫」という判断をさせようとしてきたことであるが、実際には働いても大丈夫かどうかは、医師には分からないものであるから、労働契約に基づく労務提供を行うかどうかという点で本人を含むその他関係者で決めるしかないという認識が重要である。