

は、労働者は労働契約に基づく債務の本旨に従って、履行の提供ができない」としたが、片山組事件<sup>4)</sup>では「職種や業務内容を特定せずに労働契約を締結した場合」、「その能力、経験、地位、企業の規模、業種、当該企業における労働者の配置・異動の実情及び難易等に照らして労働者が配置される現実的可能性があると認められる他の業務について労務を提供することができ、かつ、その提供を申し出ているならば」、配置転換を示唆した。

ただし、前述のカントラ事件でも「しかし、復職直後において従前の業務に復帰できないとしても、比較的短期で復帰することが可能である場合は、休職に至る事情、使用者の業務内容、労働者の配置等の実情から、短期間の復帰準備期間を提供したり、教育的措置をとること等が信義則上求められる」とされている。さらに、現在の傾向では、(裁判では労働契約の定めが、慣例や実態に照らしてそもそも有効か否かから争われることを考慮すれば)「職種を限定した労働契約」か否かによって単純に現職復帰と決定すべきではなく、結論に至る過程で現職以外についても十分に検討することが求められることは間違いないようである。

#### ■ 休職期間満了時か否かが判断に影響するか？

法律的には休職満了時か否かで、判断基準を変えることは難しいようであり、また裁判例からは、満了時に「現職復帰」の原則を通すことが少々困難なようにも見える。産業医学的な見解については、コンセンサスが無いので、ここでは私見を述べる。

私たちは最初の結論である「現職復帰の原則」は(休職期間が残った)通常の復職時にも、休職期間満了時にも共通して適用すると考える。しかし、会社側に必要性がなくても、復職時の配置転換の可能性を「十分に」検討するかどうかについては異なる。つまり、通常は検討しないが、満了時には十分に検討することを勧めている。

では、検討した結果、配置転換を事業者が行う場合はどう考えるか。判断そのものが他の社員などから見て妥当であれば、産業医としてはかまわない。ただし、冒頭でも述べたように、新しい業務・人間関係に慣れる必要から、現職復帰よりハードルが高いことは指摘する。

しかし、現実的にこのような「差し迫った」タイミングで慌てて考え始めることであろうか。一方でメンタル既往のある社員の異動の問題がある。これに関しては、配慮期間内の異動は避けるよう勧めるが、配慮期間終了後、つまり通常の労務管理下では産業医が口を挟むことはない。したがって、休職期間満了までの通常勤務下で、既に「十分」に検討しておけば、結局のところ事業者としても「現職以外での復帰は容易ではない」という結論になるかもしれないし、そもそも本人・家族自身が現職以外を希望することが無いかもしれない。逆に言えば、満了時点までに十分な検討がなされていなければ、産業医学的な理由ではなく、事業者が十分な「キャリア開発」を行ってこなかった「代償」として、現職以外での復帰を「試行」することが求められることになってしまうと言えるかもしれない。

#### ■ 最後に

現時点で求められることは、判断理由について、人事が「人事のコトバ」できちんと説明できることだろう。たとえば、「転勤の内示」に際して、「なぜ私があそこへ」というクレームを言うてくる社員に対して、人事は納得させるなり、最終的には命令してでも、的確に対応しているはずである。その判断には、家族状況(介護や就学)、持ち家など様々な情報をもとにしているにも関わらず、である。一方で、復職判断の場合は、「なぜ私が現職復帰なのか」というクレームに対して、小学生ではないのだから「医者が言っているから」では通用しない。自らの言語で説明できるようになれば、問題にならないのではないだろうか。

本稿は、特に議論のあるテーマであろう。様々な意見についても、「十分」に検討したいと考えているので、ご指摘いただければ幸いである。

#### 《参考文献》

- 1) 昭和電工事件、昭和60年5月31日 千葉地裁
- 2) エール・フランス事件、昭和59年1月27日 東京地裁
- 3) カントラ事件、平成14年6月19日 大阪高裁
- 4) 片山組事件、平成14年4月9日 最高裁



# 主治医と産業医

高尾 総司\*岩瀬 敏秀  
(たかお・そうし\*いわせ・としひで)

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 疫学・衛生学分野 産業医グループ

## ■ 関係の整理

まず主治医や産業医を含む関係者の「契約関係」の整理を行う。ここでよくある「思い込み」は、「主治医へ（直接）問い合わせて欲しい」という産業医への期待があることを先に挙げておく。

社員と会社の間は「労働契約（雇用契約）」である。そして、社員と主治医が（暗黙の）「医療契約」で結ばれ、一方で会社と（嘱託）産業医は「嘱託契約」（など）で結ばれている。気づかれたかもしれないが、主治医と産業医を結ぶ直接の契約関係は存在しない。誤解の一端は、臨床医療における「診療情報提供書（いわゆる紹介状）」にあるのかもしれない。ここでは、紹介状における関係については議論しないが、患者からの依頼ではなく、主治医が他の病院での診療が医学的に適切と考えた場合にせよ、少なくとも患者本人に暗黙の同意があることは明らかである。

さて冒頭に挙げた思い込みに戻る。医学の素人である人事担当者にとって、ややこしい医学的なやりとりは産業医と主治医の間（医者同士）でやってくれればという気持ちは理解できる。しかし、復職の場面を想定した場合、ここに思い込みは少なくとも二つある。一つはそもそも「休職事由の消滅」の証明責任は社員側にあり、つまり、会社が復職できるかどうかを確認する直接の相手は当然、本来は本人である。そして、本人も医学の素人であるから、主治医から意見を書面でもらってきて（口頭ではうまく説明できないし、説明の仕方でも誤解も生じうる）、会社に提出するのである。つまり診断書は会社が必要なのではなく、社員が必要なのである。もし社員が提出しなければ、会社は休職を継続させれば良いだけである。

もう一つが本題であるが、産業医に依頼すべきことは、主治医との直接のやりとりではなく、「どのように」休職事由の消滅を判断したらよいかについての助言である。結果として、円滑な手続き処理のために助言に基づく内容を「どのように」証明したらよいかという形で具体化・文書化し、これを本人に提示する。それを本人が主治医に見せて、本人が意見をもらってくるのである。ややこしく思えるかもしれないが、このような関係を整理することは極めて重要である。なぜならば、専属産業医のように産業医を会社と一体とみなせば、現状で行われているような産業医から主治医への問い合わせを正当化することもできる。しかし、最も大きな問題は、そもそも会社と主治医の間にも直接の契約はなく、したがって主治医は会社からのお願いに応じる義務はない。仮に産業医が問い合わせをしたとしても、紹介状と異なり「本人の同意」が明確でなければ、お願いであることには変わりはなく主治医が応じなかったとしても、それ以上如何ともしがたいことになる。この点についての解決法は、以下で述べる。

## ■ 診断書が出ないという問題

関係を整理することで、別の問題の答えも見えてくる。時々職場で、「社員が診断書を出さない」または「主治医が書いてくれないと社員が言っている」というケースがある。私たちが提案しているように会社主導で復職判断を行うようになると、主治医が復職可能との診断書提出後も、なお療養継続と会社が決定した場合に、事務手続き上の診断書提出に際して、上記のような場面にでくわすことがある。関係を整理すると、この状況では二

つの関係が介在している。つまり①会社—社員、②社員・患者—主治医、である。①において、会社が社員に要求していることは、そもそも「診断書そのもの」の提出ではなく、働く義務を免除してもらうために必要な手続きを行うことである。結果的に、療養に関することであるから、医学の素人である社員の主張を鵜呑みにして判断することは会社も出来ないの、診断書が「添付書類」として必要になる。②において、患者が医師に、診察の結果としての診断書の交付を求めることはごく当たり前の流れである。医師法第19条には応召義務として、「正当な事由がなければ」これを拒んではならないと規定されており、社員が正式に求める限り、②は事実上あり得ないことになる。

つまり診断書が出ないという状況は、①社員が会社の命令に従っていない、もしくは②主治医が医師法に違反している（あるいは社員が正式に求めている）、のいずれかである。いずれにせよ、所定の手続きがなされないとして、会社は当該社員を「(正当な事由のない) 欠勤」として取り扱えば足りるのである。なお、ここでは詳しくは触れないが、診断書は出ても手続き上「ふさわしい内容」ではない、という場合がある。この場合は、正当な事由のない欠勤(または療養継続)としての取り扱いを前提として、改めて妥当な「証明」を行うよう社員によく手順を理解させることが重要になる。この場面でも、産業医は直接主治医に「問う」よりは、むしろ産業医からも社員に「よく説明」することは、主治医にとって情報源は通常は本人しかいない点を考慮すれば重要であることが分かるだろう。

#### ■主治医意見と産業医意見

主治医の想定する「就業可能」は、これを実現するために、基本的に周囲の負担を考慮したものではなく、むしろ最大限の負担を要求する場合も少なくない。この流れでは主治医が悪いように聞こえるかもしれないが、本稿でまとめた「契約関係」を考えれば、主治医がそのような意見を述べることは、「当たり前」のことである。換言すれば、主治医は本人の100%の味方であって何ら差し支

えなく、また、主治医の意見(たとえば、半日勤務が望ましい)に対して、それを受け入れるかどうかを決めるのは事業者である。それゆえ、治療上、あるいは、治療の延長線上で必要なことであれば、それが専門家の意見として矛盾がない限りは、第三者がどのような迷惑を被ろうが、そんなことを考慮する必要はないのである。極言すれば、救急医療現場において目前の心肺停止患者に対して、日本の医療費の逼迫状況を考慮して治療を変えたりしないのと同じことである。

しかし、会社は経済活動を行う場であって、治療を行う場ではないため、医療現場と異なり数々の制約が伴うのも当然である。ここでは大きく三つの視点について検討する。①業務遂行レベルは十分か、②通常勤務において再度短期間で増悪することがないか、③周囲への負担は上司の通常の労務管理の範囲内か。これらの点について、事業者としての判断が求められる。①は、メンタルが悪化すれば業務遂行レベルは低下するが、逆は真ではない。つまり、メンタルが改善したからといって、「ちゃんと働くかどうかは分からないのだから、きちんと確認する必要がある。②は、会社としての安全配慮義務履行のために重要である。③は、主治医とは対照的な点であり、要は産業医が対象とするのは当該社員だけではなく、全社員であるということである。これらの点を踏まえれば、実は会社が主治医に問うべきことは、必ずしも医学的ではなく、むしろ人事が自ら検討可能な内容であり、したがって産業医から問い合わせる必要性も現実的には決して高くはないのである。

#### ■まとめ

主治医意見にせよ、産業医意見にせよ、「自由に」述べさせるものではなく、会社が必要とする事項について、明確に提示した上で回答を求めるべきことは明らかである。様々な主治医・産業医意見書の様式が各社にもあるだろうが、「自由記述」欄が多くあるのではないだろうか。現在開発中の私たちの書式では、自由記述欄は、ほぼ無い形で構成されている。



## 環境調整の是非

高尾 総司\*小林 朋子

(たかお・そうし\*こばやし・ともこ)

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 疫学・衛生学分野 産業医グループ

### ■ 結論

メンタル対応の一手法として「環境調整」が取り上げられることがある。これをどう考えるべきか改めて検討してみたい。まず、最初に私たちの結論は「(メンタルの悪い) 当該社員のためだけの環境調整はすべきではないし、する必要もない」である。一方で、職場や部署のすべての社員にあまねく有用と考えられる環境調整は強く推奨する。換言すると、環境調整はメンタル対応としてのスポット対策ではなく、あくまでも快適職場構築や生産性向上のための日常業務の一環として行うことが望ましいと考えている。

### ■ 当該社員のためだけのメンタル対応型環境調整

確かに本人の主張する(場合によっては主治医の支持(指示?)する)環境調整を行うことは、前々号で述べた「ウマの合わない上司」の例と同様に短期的には効果をあげる可能性が期待できる。したがって、人事担当者にとっても、「当面の間、問題を先送りにできる」という利点もあるだろう。

しかし、そこには大きな見落としがある。これは、ある意味、医療の「特徴」かもしれないが、奏功した場合のことしか念頭においていない。言い過ぎの感はあるが、失敗した場合のことを考慮した上での対応ではないことがほとんどである。

ぜひ真面目に考えてみて欲しいことは、(1) 絶対にならざる環境調整というものがあるかどうか、(2) うまくいかなかった場合に「次に」どうすればいいのか、の2点である。

まずは(1)から考えてみよう。「絶対に」うまくいくものなどこの世の中には無いので、「出来る限り」と言い換えるべきだろう。この場合における可能性を最大化するための方法は、「個人(部

分)最適化」であろう。つまり、当該社員にとって有用かもしれないものは何でも試すことで、可能性を最大化するのである。しかし、ここでいつもの議論が重要になってくるが、そもそも会社において個人最適化は実施すべき事項なのであるか。もちろん、もしこれが治療上必要であるということであれば、会社としてこれを止める理由も権限もない。ただし、治療上必要なことは療養して行すべきものであって就業しながら行すべきものではないため、そのような配慮が必要な状態であるならば、会社の判断は「要休業」となるに過ぎない。つまり、「出来る限りうまくいく環境調整」を求める当該社員に必要なのは環境調整ではなく、さらなる療養と考えられるのである。

当該社員にとって有用と信じて環境調整を行っても、うまくいかなかったという場合も当然想定すべきである。ここで(2)について考えるが、うまくいかなかった「次の」策とは一体何が考えられるのであろうか。現状であれば、本人や主治医からさらなる「提案」がなされていたら、会社として考えてみたことはないかもしれない。しかし、繰り返しになるが、本人や主治医からの提案はあくまでも「部分最適化」を目的としており、これを継続的に受け入れることは、本人のために周囲は負担に耐え続けることを意味する。当然、会社の本来の目的、すなわち、全体として生産性をあげることは合致しない。さらにいえば、この過程が普通の社員を対処困難事例に変貌させてしまう一要因ではないかと危惧している。

### ■ 全社員にとっての快適職場指向型環境調整

一方で、同じ部署の全員にとって平均的に有用と考えられる環境調整について考えてみよう。(1)については、全員にとって平均的にうまくい

く可能性を最大化できるかどうかが問題となる。ケースごとに個別の対応をする個人最適化とは異なり、全員にとって有用なものは普遍的で常識的なものとなる。本人にとってベストではないかもしれないが、ベターなものであることは間違いないだろう。そして、(2)については、うまくいかなかったとしても、それは「仕方がない」ものとして受け入れるしかない。仕方がないで済ませるとは何事だと怒られそうであるが、全員にとって平均的に有用なやり方でうまくいかないのであれば、それ以上のよい方法はなかったのであり、「犯人探し」をしなくて済むという良い面もあると言える。

#### ■ 同僚から見て

主治医から見た場合の、「同じ部署の同僚」の位置づけは何であろうか。おそらく、「無関係の第三者」もしくは「当該社員を支えるための要員」のいずれかとしか考えていないのではないだろうか。少なくとも、「当該社員の不足分を負担させられる可哀想な社員」との見方はない。結果として、主治医意見には、主治医が家族や公的制度にもとめるような「支援」の意味合いが同僚にも期待されている可能性は否定出来ない。しかし、一方で同僚の立場からはどうであろうか。昨今の厳くなる経済環境の中、敢えて言わないものの、たとえ理由がメンタルであれ、療養なり、あるいは、中途半端な勤務であれ、当該社員の不足分は「すでに」補っている状況にある。しかも、誰も決して余裕があるわけではないことも、ひとたび視点を変えれば、全く同意できることであろう。

もちろん「お互い様」と考えることはできる。しかし、大事な条件は、「一時的」であることである。既に指摘したように、これまで良く行われてきている個人に特化したスポット的「環境調整」には明確な終わりはなく、効果が出るまで続けられることになりやすい。しかるに、少なくとも個人間の人間関係に基づいて、仮に「一時的」との保証が無くても、善意で支援を提供することを止めるものではないにせよ、これを会社が同僚に「命ずる」ことができるかという点は真剣に考えるべ

きであろう。会社として、業務として「命令」するのであれば、「いつまで続くか分からないけど、とりあえず」という形式はあり得ないだろう。

同僚の視点からしても、「できる支援」はしてあげたい気持ちはまだ十分残っている（もちろんこう見ても私自身もそうである）。職場におけるメンタル対応の「しかけ」として考えるならば、この「気持ち」を持続可能な形で活かすことを考えるべきだろう。その意味において、一つの単純な回答は、上司に対しても「通常の労務管理」を求めるのが私たちの考え方の根本であるが、これは同僚に対しても同じである。つまり、一時的に自らの業務を「少し多めに」遂行すること、そして、当該社員に「普通に」接すること、このことが最大の支援であって、かつ、「できること」である。

#### ■ まとめ

これまで12回にわたってメンタル対応について述べてきたが、極言すれば「普通にやること」がもっとも重要である。なぜかは分からないが、職場のメンタル対応は、かなりの部分が「特殊な」対応になってしまっている感が否めない。

少し見方を変えると、労働衛生の三管理、つまり、作業環境管理、作業管理、健康管理といった「標準的」な方法からの逸脱が、メンタルに関しては著しく、そのことがメンタル対応をより複雑なものにしてしまっている面があるだろう。もちろん、多くの会社にとって「職場のメンタル」が対処すべき大きな問題となったのはこの10年ほどのことであり、その中でさまざまな試行錯誤が行われ、一定の成果をあげてきたことには十分な評価をすべきである。しかし、メンタル対応についても、「標準的」な方法に基づく、よりシンプルで有効な方法論の必要性が切実なものとして求められるようになってきたのではないだろうか。

私たちの考える方法がそうであるなどおこがましいことは言えないが、こうした状況に一石を投じることができれば幸いである。

なお、いかにも連載が終わりそうなまとめであるが、次号以降も続くのであしからず（ご期待ください）。

(資料5) 日本産業衛生学会中国地方会ニュース 2012年22号

# トピックス

## 企業における メンタルヘルス対策のあり方

高尾 総司

(岡山大学大学院医歯薬学総合研究科  
疫学・衛生学分野)



まず述べておくと、私はメンタルヘルス対応の専門家ではない(臨床研修で1ヶ月間精神科に従事したけれど)。しかし、当たり前だが、人事労務担当者もメンタルヘルス対応という点では「素人」にすぎない。にもかかわらず、これまでの企業におけるメンタルヘルス対策は、

こうした「できるはずの無い人材」に対して、「できないこと(医療的なこと)」をやらせようとするか、あるいは、「できる人材」を送り込むことを指向してきたように見える。

このような対応の是非についてはともかく、「やらせようとする」医療職と「やらされる」人事労務担当者の間に相当な温度差があると危惧する。具体的には、医療職側は人事労務担当者が「できなくても」、医療的なことをやらせることにあまり疑問を持たず、根気よく指導を続けているようだ。一方で、人事労務担当者側は、少なくとも自分には出来ない(し、ヒマも無い)ことを達観し、4つのケアに華々しく登場しなかったことをうまく利用して、こうした医療職の熱意と情熱を現場に転嫁しているのではないだろうか(上司に医療職の代わりにさせるような内容の上司向け研修会が頻繁に行われている点から推察される)。また財務的に余力のある企業では「できる人材」へのアウトソーシングも積極的に行われている。

もちろん、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」に基づく過去10年ほどの間の対策によって促進された面は少なくないし、その功績を否定するつもりは全くない。しかし、「休職復職を繰り返すケース」や「新型うつ病(あるいは病気と判断するかどうかを迷う)」、さらには、「誠実に業務に従事する意志があるとは考えにくいケース(=モラルハザード)」といった新たな問題には解決を与えてくれそうにないというのが現場の印象ではないだろうか。

たしかに、こうした問題の中には医療職の範疇外と考えられるものも含まれることがある。とはいえ行き詰

まってしまったそもそもの分かれ道はどこにあったのかを振り返ると、これまで推進されてきた「医療目線」からの対策が起点だったのではないかと懸念する。職場は労働契約に基づき(完全な)労務を提供するところであるはずだが、「医療」は患者支援の立場をとるためか、契約を下回る労務を許容する対策が行われがちであり、このことが問題を複雑化してしまったと感じられる。であるとするならば、問題解決のためには、まったく異なる起点と視点が必要であろう。また、ある程度の軌道修正については医療職も責任を負って関わるべきものではないだろうか。

具体的には、人事労務や上司の「業務マネジメントスキル」を企業の持つリソースとしてそのまま活用することで、精神科領域の知識もスキルも無いことを前提として対応できるように対策を見直すのである。こうした方向性は私自身に精神科医としての素地がないことから生まれたものであるが、同時に多くの産業保健職リソースもそのまま活用できる点で安定した供給が可能な方法である上に、既存の方法では解決困難な問題に対応可能な方法でもあると確信している(この観点におけるメンタルヘルス対策構築の専門家とは自負している)。

なるほどと思われるならば、以下の資料等を参照してみて頂きたい。

1. メンタル不調にどう対応すべきか。ビジネスレーバートレンド、2011年7月号  
<http://www.jil.go.jp/kokunai/blt/backnumber/2011/07/018-021.pdf>
2. しごとと健康1~12(連載)。健康管理、保健文化社、2010、2011
3. 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。産業人メンタルヘルス白書2011、日本生産性本部、2011
4. 職場における新たな精神疾患罹患労働者に対する業務遂行レベル最適化メンタル対応(業務的対応)の評価報告書(平成22年度)(以下での申込みによりパスワード通知可能)。  
<http://www.unit-gp.jp/eisei/wp/?p=671>

