

座談会

# 多様な健康状態の労働者と 人事管理

## ■出席者■

A氏：音響機器メーカー・労組執行委員長

B氏：化学製品メーカー・人事・総務部長

C氏：エンジニア派遣・労組中央執行委員長

D氏：総合電機メーカー・人事主任

E氏：総合商社・人事課長

F氏：総合電機メーカー・労組中央書記長

大内伸哉氏：神戸大学大学院法学研究科教授

佐野嘉秀氏：法政大学経営学部准教授（司会）

佐野 皆様お忙しいところありがとうございます。本日は私のほうで司会を務めさせていただきます。どうぞ宜しくお願いいたします。最初に手短かに今回の趣旨を説明させていただきます。

今回の座談会の議論を掲載する8月号は「健康と労働」というテーマなのですが、そうした論点に関して議論されることが多いのは、労働のあり方が健康に影響をあたえるという側面に関してだと思います。例えば、労災や仕事上のストレス、あるいは長時間労働や過労などによって、体を壊すとか、精神面で健康を害するといったことです。そのように健康状態に負の影響を与える要因をあきらかにし、それへの対策を考え取り組むことはもちろん大事なことと思います。

とはいえ、他方で、そうした取り組みにもかかわらず、残念ながら健康を損なう人はやはりでてくると思います。そうした場合に、様々な健康状態に合わせて、どのように人事管理を行い、処遇をしていくかということも、実務上、大事なことになっていると考えられます。多様な健康状態の人を人事管理や人事制度の側がどう受けとめるかという側面です。

社員が精神的・肉体的ダメージをうけないよう、今日ご参加の皆様の企業や労働組合も、苦勞して取り組みをされているのですが、その中でも、例えば社員がうつになったり、あるいは労災にあったりすることがあると思います。そういった事態が起こったとき、健康を害した人にどう対応されているのかということについても、実態のところを教えてください、広く企業の労使の皆様のご参考になるような座談会にしたいと考えています。なお、内容としてはデリケートな問題もはらむかもしれないということで、今回は匿名ということでお願いをさせていただきました。

今日の具体的な論点としては3つを考えています。

1つは、健康を害した人に対して企業はどう対応しているかということについて、特に、職場の配置、担当業務、人事制度上の格付や査定への配慮、労働時間への配慮などの実態をお伺いできればと思っています。

2点目としては、そういった社員の処遇に関して、労使間でどういった話し合いがされているのか。

それから、3点目として、起きてしまってから対応するというのも大事なわけですが、もちろん健康を害さないように何か対策をとるということも重要ですので、そのあたりの労使の取り組みについてもお聞かせいただければと思います。

なお、本日は、時間の関係もありますから、とくにメンタル面で健康を害する場合のを中心にお話を聞きしたいと思います。

大内 休職制度について、例えばどれぐらいの期間、休職させるかとか、賃金補償はどうなっているのかといったあたりもお聞かせいただけるとありがたいです。

#### \*健康状態を把握するための工夫と連携

佐野 では、本日、会場に来られた順ということで、Aさんからお願いしてよろしいでしょうか。

A(労) 労使の話し合いのなかで、何か起きたときにはきちんとした取り扱いができるようそうした場は確保するようにしています。例えばけがなど肉体面ではもちろん、メンタル面で何か徴候が見え始めたときは、労働組合は、会社の人事のほうから報告を受けますし、ある人が休職に入る前はその関連書類が人事から組合のほうにも必ず回ります。ですから、組合としても、従業員がどういう健康状態にいるかは常に把握できていると思います。

佐野 特にメンタル面の場合、すぐに休職というのではなく様子を見る期間があったりしますよね。そういうときの対応というのはどうでしょうか。

B(使) 肉体面と違って、メンタル面の病気というのは、目に見えないという意味で扱いが少し難しいですね。

実際、休ませるのか休ませないのかに関しては労使間の取り決めはなく、個別の判断をしているとしか言いようがないです。人事としては、思い切って休んでくれるほうが、本人の病気の改善のためには良いことが多いので、そういう指導をしています。

ただ、メンタルの病気を本人が認めたがらないことがありますので、周りが見えておかしいなというときには、まず保健師が本人と面談をした上でカウンセラーを紹介しています。カウンセラーまではまだいいんですが、精神科のクリニックを紹介すると、ここの抵抗がかなり大きくて、病院に行ってもらったところまでが実のところ大変です。結局、保健師が同行して病院に連れて行ったりしています。

大内 従業員にとっては、自分が精神疾患を抱えているということを会社に知られると、その後の処遇にマイナスとなるのではないかという懸念を持つと思うのです。そのような懸念をもたれないような配慮を何

かされていますか。

B (使) そんなことはないんだよということを説明するしかないですね。個人名は出しませんが、実例として病気をしても復職して今ではきちんと活躍している人の話をしたり、制度として何か不利益をこうむることは絶対ない。だから治ってフルに仕事をできるようになるのがあなたにとっては一番大事ですということを繰り返し言ってあげるしかないのかなという気がしています。

佐野 休ませるかどうかは個別の判断に任せているということですが、やはりまずは職場マネージャーが対応するということですか。

B (使) 一応、うつ病の場合は直接マネージャーから各事業所の総務グループ、人事に連絡がいて、そこで保健師と必ずペアで対応するということは決めています。

佐野 今のお話ですと、特にうつ病などでは病気だということを把握し、また本人がそれを認めるまでのプロセスまでがまず大変ということですが、他の企業ではいかがでしょうか。

C (労) 労使でつくっているメンタルヘルス労使委員会などでは、それぞれの従業員に協力してもらい、ヒアリングなどを通じて個人個人の心の健康状態を把握するようにしています。上司には、自分の部署の所属員がどういう状態にあるのかということをおある程度把握した上で、日々の業務、個人業績の評価や仕事の配分といったあたりも含めて、注意を払ったマネジメントをしてもらいます。もちろん上司に自分の状態を情報として伝えてもオーケーな人と嫌だという人がいますから、ここもきちんと把握してわかるということになります。日常的にはまずこういった基本的な、心の健康状態への配慮ということをやっています。

あとは、業績評価のプロセスの中で個人面談が必ずありますので、そこでメンタル不全の徴候が出てくれば、本人にも納得してもらおうようにしながら、治療を進めていきます。通勤しながら治療する人に対しては通常の枠組みの中で情報を把握していますので、業務対応の際に注意を払って対応するというのが基本的なアプローチになるし、自宅療養になった場合は休業、長くなれば休職ということになっていきますので、そちらはそちらのスキームで対応していきます。

ただ、間接部門の従業員に対しては今お話ししたような対応ですが、我々の業態はエンジニア派遣で、エ

ンジニアは直接お客様先で働いているので、派遣先の職場環境によって違ってきます。その場合は営業担当者が、本人の同意を得た上で、お客様に対してそういった状況をお伝えしながらご協力をいただくようお願いする、という形で対応しています。

佐野 そうすると、とくに派遣エンジニアの方はお客様さんのところで働いているわけですから、自社としては営業担当者以外はなかなか日常的な接点をもちにくいということですね。エンジニアを受け入れている企業のほうで状況を把握するというのはなかなか難しいですか。

C (労) お客様の会社でもメンタルへの対応の取り組みはされていますので、「おやっ」と思うところがあればお客様もわかります。業務状況についてはお客様と一定の情報はやりとりはしていてそういった状況があれば確認できますので、場合によってはお客様に少しその辺の配慮も求めるようなこともあります。

佐野 なるほど。他社さんはいかがでしょう。初動は、やはり上司にあたる職場のマネージャーがまずはきちんと把握した上で、それと人事が連携してということでしょうか。

D (使) 就業時間管理は職場のマネージャーが行うことが基本ですが、ホワイトカラーの業務に従事している者の就業時間はパソコンの使用状況から自動的に人事部門が把握することができます。長時間の利用が継続している者や、反対に長期間利用がない者については職場に対して「どうしたんですか」という声掛けを行うことができます。

#### \*配置する職場に関する配慮

佐野 例えはうつ病などメンタル面で問題が生じた人の職場の配置に関してはどうですか。異動を考えると場合があれば、あえて同じ職場でという場合もあると思うのですが。

A (労) 休職に至るまでの主たる要因がもし職場や業務内容にあるなら、組合は全てに関わるわけではありませんが、所属長と産業医、人事という三者で話し合いをした上で異動をする場合はあります。

D (使) 職場の配置転換については、基本的に同じ職場内で業務の配分や担当業務を変えます。部署を越えた異動となると、行った先にご本人の性格や現在の状況をきちんと把握できる人がいるとは限らないので、職場を動かすということは基本的にはしません。

対人上のコンフリクトが少ないような業務に移したりというような職場内での配慮、業務分担の差配というレベルで初期的には対応を行っています。

佐野 異動させるとなると、受け入れる側も、本人についてよく知らず、しかもメンタル面で健康を害している人となると抵抗感があったりするということがありますね。

D(使) 職場内での人間関係が問題である場合は異動という可能性もあるかもしれませんが、基本的には、まずは職場の中である程度状況を変えていただくという形で対応することが通常かなと考えています。

大内 うつ病の話でいうと、主たる原因は過労などの仕事によるものと、職場の人間関係によるものではないかと思います。それぞれで、おそらく対策方法が違うのでしょうか。前者だと、労働時間の短縮や業務の軽減などになるのでしょうかし、人間関係の問題だと異動という使い分けが必要なのかなと。今の異動による対策というのは人間関係のトラブルの問題への対策ということで、長時間労働が原因ということになるとまた違う対策がとられるということですね。

D(使) はい。

佐野 ほかの企業では、いかがでしょうか。異動させるかどうかという判断は、ひとつにはその原因を考慮するということですが。

E(使) 大内先生がおっしゃっていたことに関連してですが、人間関係の問題と長時間労働の原因には微妙に重なり合うところがあって、その両方の理由で、健康を害しているケースも多いので、一概にすぐ異動だとは決められません。具体的な例でいうと、管理職なのですが、どうも様子がおかしいということで調べてみると、残業も多いし休日出勤がものすごく増えていたんです。調べてみると実は物理的な仕事量がそんなにたくさんあるわけじゃない。結局聞いてみると、仕事の人間関係ではなく家庭的にうまくいっていないから休日に会社にばかり来てしまって、だんだん健康を害してしまった方がいます。我々は商社ですので、ほぼ8割は事業部門、2割が管理部門です。メンタル面で健康を害する社員が出てくると、管理部門に異動させてくれと必ず要請されますが、本来2割でいい管理部門にどんどん人を入れるわけにもいきませんから、いきなり異動させるのではなくて、事業部門での作業軽減ができないか、というアプローチをしています。いきなり異動させるとご本人にとってもよくな

いですからね。それから若い社員が異動したいために診断書を持ってきたという逆のケースまであったりして、やはり簡単に異動させるのではなく、ケースバイケースの対応が必要だと思います。

D(使) 先ほどなかなか受診しないというお話がありましたが、私自身は逆に、あまりにも簡単に診断書を書いてもらってくるケースの方が多いという印象があります。異動や、就業上の配慮をしてもらうために使おうとしているというか。

佐野 社員としては、診断書があれば会社も何らかの対応をしてくれるだろうと考えるということですか。

E(使) 40歳前後あたりを分水嶺に若年層にそういう人が多い気はします。

大内 実際には詐病もあるのではないかと想像するのですが、それに対する対策というのは何かおやりですか。

E(使) 難しいですね。医者が書く診断書に対してはわれわれは何も言えませんし、それは面談を何回も繰り返して見きわめていくしかないのかなと。

D(使) 詐病とまでは思いませんが、人それぞれで病気に対するレベル感が違うというか、本人もうそをついているということまで思っていなかったとしても、普通なら自分は疲れているかな、くらいのレベルなのに、これは病気だと考えてしまう人はいるかなという印象です。病院に行けば当然病人の扱いを受けますので、その循環が始まってしまうのかなと。

大内 そういう循環になってしまうと、その後の対処が難しくなるのでしょうかね。

D(使) 難しくなりますね。そういう方に割り振る仕事といってもなかなか限られていますし、基本的にうちの会社の文化風土として、少しうまくいかなかったからといって、すぐほかの職場に移すということは適切ではないという認識があって、その職場で責任を持つことを大前提にしています。ただ複数名ということになると職場がもたなくなってくる。そこは対応に大変苦慮しているところですよ。

#### \*職場管理者への情報提供

佐野 病気の状態をまず把握するのはやはり職場のマネジャーであることが多いようですが、そうした把握の仕方のノウハウみたいなものは社内でも共有されているのでしょうか。

大内 法的には健康配慮義務というものがあって、

何もしていなければ、後で法的責任を問われるというリスクを抱えることになるので、いろいろご苦労があるとは思いますが。

A(労) 全幹部に対して統一のレクチャーとか勉強会はもちろんやっていますが、最終的にそれを感じ取る力は個人によってばらばらです。とても敏感に会社の保健室に相談に来る上長もいれば、同じレクチャーを受けていてもぎりぎりまで全く気づかない上長もいるのが実態ですね。

佐野 各社、そういうフォーマルなレクチャーはあるのでしょうか。

A(労) 定期的にやっていますね。メンタルヘルスについての知識と、どういうアプローチをするかというのを年に何回か幹部向けにやっています。

C(労) 事前予防、早期発見の対応という基本的な取り組みガイドラインがあります。やはり心の変調を来しやすいパターン、時期、状況というのが基本的にあって、例えば先ほどの勤怠の話は顕著だと思えますし、勤怠の内訳としても長時間労働だとか、あるいは休日出勤が急に多くなるとか、年休申請が計画年休以外にどんと来るとか。また業務上でちょっとミスが重なったときも、要注意です。例えば、エンジニア派遣の開始から3カ月程度経過したときは必ずチェックするとか、基本的なチェックポイントみたいなものは共有してやっているというのがまずあります。

佐野 そういう情報提供は役立つでしょうね。しかし、そういうものがあつたとしても、やはりほんとうに把握できるかどうかというのは、上司の意識や感覚によるところも大きいということでしょうか。

C(労) あとは組合としてもご本人へのヒアリングを行っています。ただヒアリングで得た情報を上司に開示してもいいという人と嫌だという人がいますので、そこはそれぞれの方の気持ちをきちんと尊重した上で、組合として把握しておくということです。

#### \*同僚の負担と理解

佐野 先ほど病気になっても異動させないことも多いというお話がありました。それは会社としていろんな配慮をした上で、環境をあまり変えずに同じような仕事を担当してもらうほうが良いという判断なのだと思うのですが、そういうときにあまりよく思わない同僚の方々もいらっしゃるんですね。そういう人に対する説明というのは、実務面でいうとどのように行って

いるのでしょうか。

B(使) メンタルの病気というのは外からみていると病気なのかさぼっているのかなかなかわかりにくいですよ。ですから当社では、カウンセリングを受けたり、通院しているという段階になったときには、こういうことなので皆理解して協力してあげて欲しいという話を職場の同僚にはします。周りからさぼっていると思われたりしたら、本人にとっても余計に悪い影響をあたえてしまいますから。

佐野 同僚の方はどう受けとめられるのでしょうか。そういう方がいらっしゃる職場のパフォーマンスが悪くなって自分たちの負担が増えるかもしれないですね。でも、他方で、あすはわが身みたいなのところもあって納得しているという面もあるかと思うんですけれども、実際にはどうなのでしょう。

B(使) そうした方はやはり仕事が十分にはできませんから、周りがカバーしなきゃいけない負担というのはどうしても増える感じがします。きちんと休んで治療してくれたほうが良いというのが同僚の正直な感想だとは思います。

E(使) 実は私の上司がそうだったんですが、この方はうつだけではなく躁もあるという難しい症状の方で、躁になると、例えばこなしきれない契約を突然決めてくる。しかし次の日に突然うつに入ってしまった仕事で全く手につかない、といった状態で、下はどうすればいいのか、とても大変でした。やはり正直なところ、現実として本当に困るというのはありますね。

こういう方が配属されていると人件費がその部署に賦課されますから、先ほど申し上げたようにとにかく異動させてほしいという要望が、人事に上がってきますが、いきなり異動させるのではなくて、その部署に対する人件費の賦課を変えるなどして対応を始めます。

佐野 今お話しいただいたのは上司の方が健康を害された例ですが、反対に、上司として部下にそういう人を持つ場合には、職場の業績が落ちて、管理者としての自分の評価にもかかわってくる場合がありますよね。そういうときに何か会社として、例えばそれを大目に見るような仕組みとか、要員への配慮などというのはあるのでしょうか。

B(使) 当社にはないですね。

佐野 なかなか難しいですか。

D(使) 難しいですね。いつ戻ってくるかわからない状態のときに、新しい人を入れるというわけには

いかないので。また、ストレスの比較的少ない定型的な業務はアウトソースされていることも多いので、そもそもそういう方にやっていただけるような業務自体がおそらく5、10年前よりは格段に減っている。ですから、周りも、あすはわが身、本人も頑張っているというのはわかっているので理解したいんですが、その人と同じ給料というのはやっぱり納得感が得られないですし、本人もつらい部分はあると思います。

佐野 定型的な仕事が減ってきたことで、健康を害した際に、そういう人が活躍するチャンスが狭まっているというのは、多くの会社で共通でしょうか。

D(使) 事務的なある程度定型的なことは外からの派遣の人がしますの。

A(労) こういうメンタル不全の対応が難しくなってきたのは、定型業務がアウトソースされているからだけではなくて、昔に比べると一人ひとりの業務が目いっぱい、抜けたときのカバーリングが非常にしにくい業務分担、業務量になってきているからだと思います。当社ではさらにはマネジメント層がプレイングマネジャーになっていて、部下のカバーまで手が回らない状況になっている。ですから、あすはわが身ということでカバーリング、サポートをしないとイケないという気持ちはみんな持っているんですが、とてもできない状況の中で困ってしまうというのが職場によってはあります。

佐野 各社さんとも要員はぎりぎりのところで、カバーする余裕は本当にないような感じだと。そういうときに要員を増やすという判断にはなりづらいのでしょうか。

D(使) その人の籍が残っている状態では無理ですね。もしその人が戻ってきたら、かわって入っていた人にまたどこかに行ってくれというわけにはいかないですから。非常にそこは難しいですね。

佐野 そういうところは何か労使間の協議のポイントにはならないのでしょうか。

A(労) 常に論議はしていますけれど、1つにすばっと決まるような解というのはなかなか難しい。

佐野 Fさんのところもそうですか。

F(労) おそらく全て個別対応にならざるを得ないですね。労使で協力してどれだけその職場を見てあげられるかということに尽きるのではないかと。

佐野 とくにメンタルの病気の場合だとどれくらいで回復するのか、回復するかどうか自体もわからない

ので、要員のやりくりについてあらかじめ決められないし、ルール化もしづらいということでしょうか。

A(労) それこそ休職というのが1つのルールでしかないで、そこまでは人員を充てるというのはなかなか難しいですね。

#### \*休職発令・休職期間・復職の判断

大内 欠勤を頻繁に繰り返すというようなことになると、会社としても困るのはよくわかります。そのような場合にそなえて、多くの会社では休職制度を設けているのだと思います。メンタルヘルスの場合に休職を命じるというのは、そう簡単ではないのでしょうか。

E(使) 私どもの場合、休職に至る欠勤期間というのを設けていて、その間は全額給与が支給されて、その期間を超えると休職発令をします。ですから、そういう手続きなしにいきなり会社が休職させるような扱いはしていません。規則上は休職の命令を出すこともできますが、ただ来るなど命令して、給料だけ支払うという状態をつくるのが果たしてよいのかといえ、決してよくはありません。会社に出てくることによって、ある程度心のバランスを保っているようなところがあると思いますので、やはりそれはよくないのかな、と。

大内 自宅待機命令とかは、おそらくできるんですけど、それはかえって本人にとってもよくないということでしょうか。

E(使) そこまではしないですね。できないことはありませんが、ご本人が病気になったことで不利益な取り扱いをしている、と訴えを起されるリスクは常にありますから、そんなリスクはとれないな、とは思っています。そこが難しいところで、個別に判断するしかないと思います。

B(使) 当社では休職を促したことがあります。当社の原則は、Eさんのところと同じように、有給休暇を使った後、3カ月欠勤をして、それから休職に入るという、これが一応基本のルールになっています。欠勤が始まったところから18カ月間は傷病手当金が健康保険から出ます。その18カ月が終わったら、残り、あと9カ月は共済会が休業補償手当を出しましょうということにしているの、有給休暇が終わってトータル2年3カ月の間に治せば復職できるという期間があります。もちろん、逆に言うと2年3カ月経過したら退職してもらうことになるのですが、休職期間の途中

で復職したものの全く仕事にならない状態だったので、本人もというか、ご両親も納得していただいて休職に入ってもらったことがあります。

F(労) うちでもそうした事例はありますね。ただ、やはりある程度リスクはありますから、ご両親やご家族に何がしかの同意をとった上で、というのは現実にあります。

C(労) 基本的に会社が直ちに判断ということではなくて、まず本人と話をして、その業務に従事する中で、労務の提供という点でいろいろ不十分なところや不本意なところがあると本人もわかれば、まずは病院に行って一定の診断をしてもらおうということを勧めます。そうすると勤務できる状態にあるか否かという判断は、まず主治医が診断を通じて情報を提供してきますので、それを見るということと、ただ、主治医が勤務できると判断していても、現状、対話していて明らかにこれは難しいと思えることについては産業医がそれに対して意見を述べます。それで休ませたほうが良いということになったときに初めて会社としては自宅療養して治療に専念してほしいと勧めるというやり方をしています。

大内 休職期間が満了したといっても、現在の裁判例だと、完全に前の職に戻れなくても解雇したり退職扱いしたりすることを認めない傾向にあります。休職制度というのはほんとうは解雇猶予措置のはずで、所定の期間内に治らなかつたらやめてもらうよということなのですが、なかなかそうはいかない。実際上は、完全に復帰不可能であるという場合でない限り、何らかの形でずっと雇い続けねばならないことになりかねません。そういう例はまだ出てきませんか。

B(使) 現実にはそういうケースもあります。休職と復職を繰り返すというケースです。そのときはやはり退職勧奨をしました。そういうことの反省から、一番きちんとしてはといてやってるのが復職の判断ですね。

大内 法的にも難しい問題だと言われているのですが、復職の判断はどうされるんですか。

B(使) 本人は大概治ったといいます。でも、そういう人の中には就業規則を一所懸命読んで、これはそろそろ復職しないとやめさせられるからと、医者診断書を書いてもらって復職に来る人がいます。こうした場合についてそれほど完璧な仕組みがあるわけではないのですが、一応2つハードルを設けていて、会社

の指定する医者の診断を受け直してくれというのが1つです。もう1つは、復職する前にリハビリ期間を設けましょうということで、ちゃんと仕事ができるかの判断を最大1カ月の予行演習期間の中で行います。

ただ予行演習はともかく、会社の指定する医者の判断というのが、これが実はあまり歯どめにならないと感じています。というのはこういうメンタルな問題はずっと診ているお医者さんが一番よくわかっていて、実は会社の指定した別のお医者さんが急に診断してもなかなかわからないということがあるようです。だから、これはあまり有効な歯どめではないですが、一応そんなことにしています。

大内 予行演習でパフォーマンスが悪いからといって切るということは実際上なかなかやりにくいでしょうね。

B(使) そうですね。

E(使) 私どもではこんな事例がありました。休職して寛解したからということでフルタイムで働き出して9カ月後にまた疾患になりました、と。私どもでは6カ月以内に同じ疾患で新たに休職の場合は前の休職と通算するルールになっていますので、9カ月経過して違う病気なんだということで、もう1回フルに休職に入って、復職というときに、時間短縮に加えて、定期的に休む復職希望を持ってきた。こちらは、そういう勤務はさせられない、完全な形で労働を提供できるようになってから復職してくださいという話をしたら、それは無理だ、というわけです。では、あなたの言うとおりに会社に出て来てもらうのはいいけど、あくまでも復職しているわけでもなく、業務ではないので給料は支払いません、ということにして、それを4カ月ぐらい続けました。その間はまだ傷病手当金が出ていましたから、その間の収入は大丈夫だったわけです。そしてたまたま傷病手当金が切れるころに復帰できるようになってきたので、復帰してもいいですよ、としたことがあります。

B(使) 当社も休職明け3カ月以内にまた同じ病気で休んだら、その休職は前の休職期間と通算するという規定になっていますので、あまり同じ病気を繰り返していると休職期間が満了してしまうことになりま。ですから笑い話みたいな話ですけど、毎回病名が違うんです。こちらから見ると同じうつだろうとは思いますが、診断書はこうなっていますといって持ってこられると、素人は反論できないというようなこと

で引っ張られた経験はあります。

大内 最近の就業規則では、再発のケースは休職期間を通算するというものになっているものが多いと聞いていますけれど、同じ精神疾患でも違うタイプの精神疾患だということはある得るんですね。こうなると、通算規定を設けてもあまり関係ないということになりそうですね。

B(使) そうですね。

大内 それであれば他にどのような策を考えられるのでしょうか。あるいは、もう仕方がないことなのでしょう。

B(使) そこで反省して、先ほどいいましたように復職の判定を厳しくしようと考えたわけですが、なかなかこれも難しいです。

大内 難しいですね。しかも今の判例からすると難しいです。

E(使) たとえば、当人はどうしても出てくるという。でも復職が認められる状態ではないので、出てきたとしても給料は支払えません、という「何ですか」という話になるわけです。ですから、会社としては完全な形で労務提供をしてほしいということで、実際に相当話をしました。あなたのことを考えると復職はまだ無理だろうとか。それは本当に個別で話をするしかないと思います。

佐野 復職の判断は個別にというのは各社ともそうですね。

A(労) 当社では判断基準を設けています。当社の休職期間は3年なんですけど、以前は1日でも出てくると復職ということになっていたんで、1日復職して翌日からまた同じ病気で休職に入っても、これはまたリセットというルールになっていました。さすがにそれではまずいでしょうということで数年前によく試行勤務制度を入れました。

この制度では最長3カ月で、最初の2週間は1日4時間勤務になります。うつの方というのは不規則な生活パターンになりつつあるので、必ず4時間の中でも朝の始業は定時に来てくださいという形で2週間、経過措置をして、それがクリアされれば今度は少しずつ延ばしていったというようにします。最終的には出勤率8割以上とか、そういう判断基準をもとに、産業医・主治医と人事部門での復職判定会議で最終ジャッジをして復職という流れにしましょうというものです。その途中によっては、外部機関で復職の支援をし

てくれるような機関もありますから、そういうところに行く方もいますけれど、そういうことも併用してやるようにしてからは、復職判定で再休職に入る例は極端に減りました。

#### \* 試行勤務中の対応と処遇

大内 厚生労働省の出している「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」(平成21年3月改訂)でも、そういう柔軟な取り組みを勧めていますよね。ところで、その間の給与はどうされていますか。

A(労) これが問題で、当然休職中は健康保険ですとか共済会で、6割以上の補償はしています。ただ試行勤務中というのは、会社としては休職が解けてない状態でも、何かあったときには労災の扱いだとか、そういうものがあるって、休職といっても全く労働してないということにはできないだろうということで、最終的な判断としては時給相当で支払う、つまり休職前の月例の時給に換算して、1日4時間分の手当は払いましょうということにしたんです。

ところが、そうしてしまうと健康保険からの傷病手当がとまってしまう。本人からすると単なる時給しかもらえないので、家族もちの場合は家族手当や住宅補助といったものが一切出なくなって非常に目減りをするということで、いま休職明けの方から労働組合に相当数の相談が来ています。ですから最低補償は少し考えないと、復職後のモチベーションにかかわってくる可能性も出てくるので、それはセーフティーネットを考えなきゃいけないなということ、いま労働組合側では論議をしている最中です。

C(労) 復職支援のあり方という点で、見方はおそらくいろいろあると思います。例えば先ほどのリハビリ出社をどういう位置づけにしているのかというときに、その目的が、会社が復職要件を満たしたという判定をするためなのか、あるいは本人が大丈夫だと思うためなのか。私どもでは、復職要件は明示してあるので、まずは本人がリハビリ出社をする中で、この要件を満たしているのか自身で客観的事実に基づいて確認をすることができます。そうして自信を持つことで復職に向かっていくと。また併せて、復職判定のステップとして、主治医や産業医等の対応も踏まえた復職判定会議も行うことで、たとえ復職できないという結果になった場合でも、おおむねもめることなく結果



を受け入れるという状況になっています。

かつて復職判定の仕組みを取り入れるまでは、ラインがそれを通知していたんですが、どうしても反発が出ていたんです。でもこうした仕組みを取り入れることで、本人も客観的なところで決まっているんだからやむを得ないという、ある程度の受け入れのマインドのようなものができてくる状況が生まれているのかなと我々は感じています。

したがって、交通費だけは会社が支援という位置づけで負担していますが、あくまで休業・休職扱いなので、もし通勤中に何かあっても通勤災害の認定はされません。そこはそういうリスクも一定あるということで本人にも納得してもらって、対応をしているところなんです。

大内 給与も払われないということですね。それは、リハビリ期間の就労は会社に利益が及んでないからという理解からでしょうか。

C (労) そうですね。リハビリ期間は通勤の訓練ということで、会社にくるときも必ずしも自分の職場でなくてもかまいませんし、就業時間の中で自分の判断で自由に帰っていいということにしているので、労務管理の対象になっていないということです。

大内 法学のチームでいうと、会社の指揮命令で働かせているわけではないと。その間は雇用関係じゃないんですね。

C (労) そうです。そこはきちんと制度が位置づけられているということで組合側も理解しているので、今のところは特に労使交渉の必要はないと考えています。

大内 Aさんのところの試行勤務というのも同じような感じですか。

A (労) 私どもでは完全に労働とみなして、労災の対象にせざるを得ないという考えです。

佐野 各社、どちらにするかの判断は分かれていませんね。

大内 労働扱いにしないということにするのであれば、Cさんのところのようなきちんとした制度を整えておかなければいけませんね。企業側に何らかの利益が及んでいるとか、指揮命令が入っているとか、形はともかく、実質的に雇用関係にあるということになると、労働法の適用が及んでくると思います。

D (使) 私どもでは休職期間中は基本的に職場には入れません。復職前の段階としては、休職期間が満

了する数カ月前から本人と面談を実施して、日常生活や主治医との会話の内容などの状況を聞き取ります。また、事業所には通常からメンタルヘルスの顧問医に月に数回来ていただいているので、休職になった人というのは大抵休職前の段階からすでにこの顧問医の先生と面談をしています。ですから、復職のプロセスの際も、その先生と面談してもらうこともあります。

先ほどBさんから会社の指定医が急に判断するというのは難しいというお話がありましたが、当社の場合、休職前からずっと診ていただいている先生に、復職判定の際もご意見を伺うということにしています。労働はさせないけれども、出来る限りのフォローはしていくということです。

#### \*処遇上の取り扱いと納得性

佐野 休職を挟んで復職というパターンのほか、休職しなくても、例えば定型的な仕事を担当させることにして、継続的に働いてもらうというのもあるかと思えます。そうしたときの格付というのはどうなりますか。

E (使) どれぐらいの仕事ができるかというのにもよると思うんです。やはり通常のパフォーマンスはできていませんから、当然人事考課は下についてきます。指導してもパフォーマンスが上がらないままで、標準以下の人事考課が続くと、少なくともその部署にとどまる以上は、そういう状態が続いて給料が上がらないことになってしまふ。そうなってくると、どんな仕事合うのか、何ができるのかを考慮して異動させることを検討していきます。

佐野 査定は低くなりますから昇給はないでしょうが、ただ、今の格付自体は維持される形になりますか。

E (使) うちでは維持しています。

大内 降格というのはさすがにないのでしょうか。

E (使) 病気でパフォーマンスが低いという理由で、降格させるのは非常に難しいです。それは不利益変更当たる可能性が否定できませんから。また一般社員なのか管理職なのかということによっても異なると思いますね。管理職であれば、ある程度の降格とか役職を落とすといったこともオーケーかもしれませんが、一般社員に対して不利益変更を行うということになれば、相当固めないと難しいかなと。いずれにしろ人事としては難しいなという判断です。

大内 よくわかります。

E (使) ただ、どうしても現在の部署でうまくいか

なくて異動させざるを得ないということはあるのですが、そうすると特定の部署にそういう人が多くなってしまおうという状態ができてしまうので、それもよくないと思います。

佐野 職能資格制度だと理屈上は能力に応じて賃金を支払うという形なので、解釈によっては能力が低くなったということで降格もあり得ると思うのですが、実際にはそれはなかなか難しいと。

E (使) なかなか定量的にはできないですから。

大内 基本的には、職能格付制度での格付の引き下げという意味での降格には本人の同意が要ります。というのは、これまでの日本の雇用慣行だと、毎年能力が上がっていくのが普通で、上昇が遅れることはあり得るけれども、下がるということは労働契約上も予定されていない。それをする場合には、労働契約上、予定されていないことをするわけですから、人事権で一方的に行うことはできず、本人の同意が必要ということになるのです。降格があるというような特別な規定が最初から入っていれば別ですが。役職を引き下げるといった意味での降格は、これとは話が違い、通常は、会社の裁量に任されていると解されています。

D (使) うちでは降格はあります。といっても、まずは昇給ゼロという対応があるので、昇給ゼロで賞与の評価も低ければ、公平性もある程度得られ、会社としても降格までする必要はありません。ただ、例えば管理職一步手前ぐらいのクラスでかなりの賃金水準にあるのに、一般的な事務処理のレベルの仕事すら現実にはできないような状態ということになれば、降格を実施するケースはあり得ます。そうしなければ現在の処遇制度自体の否定になってしまいますので。

大内 精神的な疾患を抱えておられる方についても同じような対応をされますか。

D (使) そうですね。休職期間中はもちろんしません。復職した後であれば。ただ反対に、過去にメンタルヘルス系の疾患によって休んでも、その後、管理職に登用されたりだとか、昇進した方というのも実際多数いるので、業績を評価するという制度自体はいい面も悪い面もあるということだと思います。

大内 それはわかるのですが、企業の外から見てみますと、精神的な疾患を抱えている方を降格させたり賃金を下げたりするというのは会社としても勇気が要るのかなと思ったのです。そこはうまく対応されているのでしょうか。

D (使) ケースとしてそんなに数が多いわけではもちろんないですが、そういう場合は通常の制度にしたがって粛々とやっています。

佐野 そこまでして降格させるというのは、周りの人の納得感を維持するためということですか。

D (使) 逆にそれをしないと、周りの人はなかなか納得しにくいのではと思います。やはり職場自体の就労意欲が下がってしまう可能性はあります。

大内 制度が最初からきちんと整備されていて、そういう人事処遇でやるんだという趣旨が社内にて着して理解されているからこそできるということなのでしょうね。

E (使) うちの会社ではやはり異動をさせますね。

B (使) うちもDさんのところと同じで就業規則の中で制度として降格は入れているんですけども、懲戒処分以外で使ったことはないです。この病気については労使協定で、全休になったときの取り扱いというのを決めています。降格を適用しないとは書いてないのですが、例えば賞与もその全休期間中は100%に対して42%を最低保証するという、かなり手厚い形になっています。

それから考課点については、全休になった最初の年は休職に入る直前の考課点をそのまま使う、次の半年からは考課なしということになっています。ですから半年程度で復職すれば、休職の影響を受けずに復職できる仕組みです。

佐野 Aさんのところでは、この降格の問題についてはいかがでしょうか。

A (労) 来春から導入予定の制度なのですが、全等級について降格があり得るものになっています。評価によってはその等級内での降給もあり得るというものです。ただし、我々労組側の立場からすると、過去も幹部社員の一步手前ぐらいでは降給も降格もあったんですが、若手のラインのところ果たしてそれが必要かということとずっと訴えてきました。ある意味、定昇要素も含めて維持はさせていたのですが、今回そこも手をつけるということで、降格に関しては慎重を期すということはもちろん会社にも約束させましたし、降格になった場合については労組側でもチェックするという条件つきです。そうしないと、こういった病気のような事例だけでなく、通常にまで悪用をされてしまつては困るので、そこはきっちりとしたチェック機能を果たしていかななくてはいけないと。

佐野 今ご説明いただいたのは、病気の方だけのことでなくて、全体の制度のことですね。

A (労) そうです。

佐野 ただ、そういう制度が入ると、病気の方もパフォーマンス、査定の結果によっては降格の可能性があると。

A (労) 何が理由かというところが大事になってきますね。1回休職明けの状態だからという理由が、果たして適切な降格理由なのか。我々も会社も慎重を期さないと、降格というのは周りに対していい面、悪い面、両極端の影響を及ぼすと思いますので、そこはきちんと論議をしていかないといけません。

佐野 確かに頑張りに対して公平にということになると降格がいいのかもしれませんが、それが働く人たちにあまりに冷たいと映ればかえって公正感を損ないますよね。そのあたりは各社での判断ということになるのでしょうか。

D (使) そこまでというのはほんとうにレアケースです。

佐野 Fさんのところではいかがでしょうか。

F (労) 評価に応じての降給はありますが、降格はないですね。管理職一步手前の層、40万円程度給与をもらっているような層あたりは、評価が悪いと一気に下がりますので、休職していたり、休職明けでパフォーマンスが上がらないという場合はかなり下がります。ただし、格付は変わりません。

佐野 例えば職務給であれば、配置転換で仕事が変わって軽易なものになれば、それによって賃金を下げるということは比較的容易だと思うのですが、皆さんのところでは異動させてもそういうことはできないのでしょうか。

E (使) 職務給にすればできるのでしょうか、基本的に職能資格制度をベースにしていますので。

佐野 そうすると、異動させて簡単な仕事になった場合、仕事の水準と賃金が釣り合いませんが、それはそういうものだと。

A (労) うち完全役割給で能力給ではないので、降格は可能です。ただやはり極端にやってしまうのはだめですね。

佐野 ただ、逆に、今度、そうするとご本人がなかなか異動したくないということにならないでしょうか。

A (労) その可能性はありますね。それから今後の

制度設計の中では、適切な異動と併せて賃金バンドの問題についても組合側としても要求していかなければと考えています。

佐野 そういうとき、こういう健康を害した方への対応をどうするかという点はあまりメインな検討事項にはならないのでしょうか。

A (労) 確かに主ではないですね。

佐野 主ではないけども、配慮はするような形にはなると。

A (労) 考えなくてはいけないでしょうね。

佐野 職能資格制度の場合は、仕事が変わったからといって賃金を下げなくてもよいので、異動させやすいという側面はありますね。

E (使) そうですね。病気だからといって降格することはありませんし、役割給とか職務給ではないので、異動させても一応同じ給料が維持されますので。ただ評価は低いので、当然昇給はしませんし、賞与も低い。商社の場合は賞与の割合が大きいのので、年収格差は大きくなっていく。ですから、その辺で周りの納得感もあるんじゃないかなと思います。もちろん昇格もしませんね。

ただ管理職層には降格制度を設けていますので、これは完全に格付を変えてしまいます。実際に発動したケースもあったのですが、やはりそうではない一般社員さんの部分では先ほど申し上げたとおりやりにくいですね。

#### \*復職後の労働時間について

大内 精神疾患を抱えている方に対して、パフォーマンスが低いから賃金を下げるとするのは理屈としてはよくわかるのですが、他方で能力がより発揮できるように何かより一層のサポートをするということはあるのでしょうか。

D (使) 突然降格になるわけではなく、その状態にいたるまでの段階で、職場のマネージャーから例えばここを伸ばしてほしいとか、こういう業務につけるのでこうしてほしいとかいった要望がだされ、それに対して本人がそれはできるとかまた難しいといった回答をするとか、そういった話し合いをしてもらうことはあります。

大内 例えば、勤務時間に配慮してほしいとかというようなことはマイナスにカウントされますか。

D (使) 勤務時間についてはフルタイムで就業で

きるという前提です。

大内 1日6時間しか働けないということでは復職はできないわけですね。

佐野 復職の後というのはフルタイム勤務が原則になってしまうということですね。

F(労) うちも原則はそうですが、複数の勤務形態、例えば短時間勤務だとか、あるいはフレックスと短時間の併用の制度などが用意してあるので、実際は個別対応になります。それぞれ本人のパフォーマンスがあがるような一番ベストな手法を選んであげるというコーディネートをしていくことが一番大事ということをやっています。ただ実際にはずっと短時間勤務の人も出てきてしまったりと、なかなかうまくいかないですけれどね。

B(使) Fさんのところでは正社員で短時間勤務という制度をお持ちなんですか。

F(労) そうです。短時間勤務とフレックスの併用、この2つですね。育児、介護、傷病、いわゆるメンタル復職も同じ枠組みです。

佐野 もともとは育児や介護への対応ですか。

F(労) 制度の導入は2004年で、元々育児・介護、傷病、復職は3点セットで導入しました。当時、全員一律のフレックスは休止し、個別配慮のためにだけ残した上で、育児・介護の対応としての短時間勤務制度、あるいはフレックスとの併用というのをうまく組み合わせ、制度化した。そういう経緯がありますね。

大内 それをお聞きすると、他社の方のフルでしか戻せないというのはやや厳しいという気もします。例えば育児だとこの7月からは短時間勤務制度の希望があれば導入しなくてはいけないという状況にあるわけですが、それに比べると傷病休職とかで戻ってくる人の場合の取り扱いはやや違うということなのでしょう。

F(労) 皆さんと同じで復職基準が問題だと思えます。私どもでも7時間45分働けなくてもいいという復職基準を設けているわけでは決してなくて、あくまでも7時間45分だけれども、そこに到達するまでに少し時間の要る人は、例えば2カ月間はいいと。そこは個別対応です。実際の期間については、産業医とか現場の総務とかが状況を見ながら、上長と相談をしたりもして個別に判断をしていきます。

大内 他社では、それと同じような機能を果たしているのが、先ほども出てきた試行期間とか、あるいは

リハビリということになるのでしょうか。

佐野 それでもやはり、フルタイムでなくてはというのは、厳しい条件である気もするのですが。

D(使) フルタイムでなくてはということよりも、完全に治っているということが前提だということです。傷病に基づいて休んでいる方についてはあくまでもきちんと治ってから戻って来ていただかないと、育児や介護とは違って、業務が理由で症状が悪化するというような可能性もありますので。

#### \* 休職期間満了後の雇用継続

佐野 これは少し聞きにくいのですが、休職期間満了後の解雇とかということは実際に行われているのでしょうか。

E(使) 休職期間が満了しても復職は無理だということであれば、私どもでは退職となりますが、いままでではないですね。

佐野 他の会社でも、それはないのでしょうか。

大内 日本の終身雇用というのは、最近ではだんだん崩れつつあるといいますが、ある大企業の方から、いったん正社員として雇った従業員はどんなことがあっても雇い続ける、病気になることは人生の間、当然あることだから、病気になっても定年までは面倒を見る、というようなことを聞いたことがあるのですが、実際、みなさんの企業でもそういうように考えておられるのでしょうか。

B(使) 終身雇用については歴代トップがそう言っていますし、我々もそれを前提に考えています。

大内 それは、終身雇用をきちんとやると従業員に示すほうが、従業員に安定、安心感を与えて、長い目でみればそのメリットのほうが大きいということからでしょうか。

B(使) そうですね。仕事は厳しいけれど、安心して働ける、そういう考え方ですね。

大内 他社の方もそうですか。

D(使) アウトプットとか能力に応じて中での動きはあるにしても、そこから退場までというのは基本的には想定していませんね。

大内 身体的な障害を負ってしまった場合はいかがですか。

B(使) 肉体的な病気ของときには、もちろん予告はしますけれども、休職期間が終われば退職していただくこととなります。

D (使) 休職期間の満了でというのはありますね。

大内 もう少し待てば治りそうだとかいう場合も待つことはしないのでしょうか。

B (使) 待たないと思います。ただ、これは制度ではありませんが、そういうことで退職を余儀なくされた方に代わって、その奥様や子供さんに当社で働いてもらっているケースもあります。

F (労) 目処がつきにくいのでおそらく難しいと思いますね。

D (使) そうですね。

大内 少し前の裁判例(JR 東海事件・大阪地判平成 11・10・4 労判 771 号 25 頁)で、これは脳内出血で長期休んでいた人が、前の仕事には戻れないけれど軽易な仕事ならできると申し込んだところ、会社がこれを認めず判定委員会にかけて、治癒してないので終わりだといって退職させたので訴訟になったというものなのですが、会社が負けています。そこでの裁判所の判断はもし働ける可能性があるんだったら、就労させなくてはいけない、会社にはそのぐらいの余裕はあるだろうということだったのです。こうした判断は、現実的じゃないということでしょうか。

A (労) レベルの問題かもしれないですね。確かに復職後に同じ業務で同じアウトプットが出せるかといったら難しいかもしれないですけど、そこはどの程度できるのかと。それから本人の職場内での安全の問題もあります。体が不自由になられた方ですと、例えばどこかでつまずいてけがをする可能性もあります。ですから単純にアウトプットと労働の対価ということではなくて、その会社が提供できる業務があるかというのと、本人の安全確保ということだと思います。休職期間が満了したからだめだよというのではなくて、そういったことを会社と本人で話し合う中で決まっていくと思います。

D (使) 休職前の就業状況の影響もあると思います。ほんとうに一生懸命仕事をしていて、周りもあの人はほんとうによく頑張っているねという人が倒れて、体調はまだ完全じゃないけれども休職期間が満了してしまうので、職場に戻ろうとしているといったときには、うちにはこんな仕事があるから、きっとこれだったらできるでしょうという形で、ウエルカムで迎えられと思います。また、会社としても復職後の継続的な回復、改善を期待することができると思います。ただ普段の就業状況に問題がある人というのは難

しいかと思います。

大内 そこは厳しい選別があるということですか。

佐野 休職期間満了で復帰できない方にやめてもらうというのは、ひとつの判断基準になりうる。しかし、そこでほんとうにやめてもらうかどうか、あるいは最後の手を差し伸べるかどうかというのは、会社の方針のほか、かなり個別の職場レベルの判断によるというのが実情なのでしょうか。

D (使) 体調が完全に戻ってれば別ですが、体調回復も不完全な上に、休職前の就業態度も悪いという状況であれば、復職後の業務に対する期待可能性が持てないですから、やはり休職期間満了のタイミングでやめていただくことになるかと思います。

大内 就業規則の多くに休職期間が入っていますが、あれはもともと結核などを想定して2年とか、かなり長期になっているのですが、この期間が長過ぎるという議論はありますか。

C (労) うちの短いんでしょうか。基本的には12カ月、1年です。その他、会社が認めた場合に24カ月という形になっています。

B (使) 普通の病気だと少し長過ぎるかなと感じていたこともありますが、最近ではメンタルの問題もありますし、脳卒中などで倒れられた場合リハビリをしても1年で結果を出すというのはなかなか難しいこともあるので、今は2年ぐらい持っていたほうがいいのかという気はしています。

C (労) 会社側からの労組側への提供情報として、比較的短い期間で回復して復職した人は、その後いわゆる再発という状況にはならずわりと安定して通常の軌道に乗っていくけれど、休職期間が長いと再発するという傾向があるようだ。どこまでそういうことが言えるのか少しわかりませんが、そういうことを言われているので、今は1年にしていますが、もしもう少し長くすることでいい状況が生まれるのであれば、検討してもいいかなとは思っています。

#### \* 処遇のルールに関する労使の話し合い

佐野 精神面の疾患でパフォーマンスが落ちた人に対して、どういう格付にするかとか、処遇をするかというのは難しいテーマだと思うのですが、それについて労使で何か特別に協議してルールをつくるかということはあるのでしょうか。特に組合からの参加者の方にお聞きしたいのですが。

C(労) 例えば育児休業や、介護休業など、色々配慮が必要な方がいますので、特にメンタルの方だけに関して、組合から会社に協議を申し入れるということはありません。やる場合は、全体としてですね。個人的なケースについてはその時々で対応することはあります。

A(労) 休職とか業務に対する配慮といったことはもちろん組合側としてもやるべきだと思っていますが、賃金保障まで手厚くすることについては果たして公平な処遇かという問題があるので、そこは少し割り切って考えざるを得ないかと思っています。職場の環境整備とか、本人に対する業務配慮はもちろんやらなくてはいけないと思いますが、賃金的な配慮というところまた別な不公平感が出てくるかもしれないなど。

佐野 健康を害した社員の処遇について何か労使間でルールを作るとするのはなかなかないのでしょうか。

D(使) 処遇については、きちんとした取り扱い、運用をしていますかという協議をすることはあっても、処遇のルール自体をどうするというのはないですね。ルールはやはり属性を問わず統一した形にしなければいけないので、ルールはルールとしてあった上で、運用面のところでの協議というのはしています。

F(労) メンタル不全の人にだけ特別な処遇というものはないですね。防止の取り組みはもちろんありますし、休職期間中には産業医の方と定期的に面談をしてもらって早期復帰につなげるようにするとか、そういうことはありますけれど、ダイレクトな処遇制度はないです。あくまでもどの労働者に対しても公平にやるということですね。

C(労) 具体的な協議レベルにはなっていないのですが、メンタル不全で休職した方の場合、復職判定は産業医が判断するのですが、その際病気の種類によって判断が分かれるのだなというのを感じていて、ここはどういう判断をしているのか、その辺をしっかりと病気の中身で議論をさせてくれということをやとりしたことはあります。他社さんではいかがでしょうか。

佐野 経営側としては病気の種類によって回復可能性が違うので、それで判断しているのですが、どういう病気についてどう復職判定するかについても労使の話し合いの俎上に乗せたいということですね。

C(労) そうですね。病気の専門的な知見がないと、会社側の判断がほんとうにそう言えるのかどうか

というところで太刀打ちできないので、労組としてはそういう認識・知識もしっかりと入れておく必要があるのかなと考えています。

佐野 判定基準については専門的な知識が必要ですから、労使協議で決めるというのはなかなか難しいですね。ほかに例えば復帰にあたっての取り組みについての協議といったあたりはいかがでしょうか。ソフトランディングな復職のさせ方については、個別に職場と組合が話しあってということでしょうか。

F(労) 実際そういうものもありますし、制度づくりもあって、いろんなケースがあります。

佐野 例えば該当の職場への復職のプロセスがうまくいっているかをヒアリングしたり、というようなことでしょうか。

F(労) それはあります。組合は当然そういった状況は把握していますから、職場にも声がけをしたりします。円滑になるように手助けをするのが我々の仕事ですから。決して会社への牽制というようなことではありません。

佐野 そういうサポートはAさんの労組でもされていますか。

A(労) 純粋に「処遇」という意味では特別なものではなくてルールどおりです。ただ、先ほどの試行勤務の場合や、他にも例えば休職期間満了ぎりぎりの方の取り扱いですとか、単純な産業医の診断とか判断だけで済まないような社員が出てきたときは、労使協議を実施するようにはしています。

佐野 そういうときに、経営側の視点と組合側の視点とで、特に違うというところはありますか。

A(労) それはあまりないように思いますね。私がか実際に関わった事例なのですが、メンタル不全で休職した後、産業医からも主治医からも普通に働けるという診断が出て復職したのですが、相変わらず休みがちだったり、薬を飲み続けていたりしていた。要するに客観的なデータからすると一般の社員・従業員と変わらないはずなのに、実際はそうではないと。職場環境の問題などの事情がある可能性もあるので、水面下で調査をしたりもしましたが、私たちが専門家ではないので、最終的なジャッジメントには絡みませんでした。そういう問題は会社側も気を遣って必ず報告してくれますので、我々も非公式に情報交換をしてやるようにはしています、やはり微妙な問題です。

佐野 労組が会社と協力しながら進めていこうとし

ているのが実態に近いということでしょうか。そんなに利害が食い違うということではないと。

**\*健康維持のための労使の取り組み**

佐野 それでは最後に、健康を害する人がでないよう、そうしたことの予防についてはどのように取り組まれているかということをご社教えていただけますか。とくに、メンタル面での健康維持に関する取り組みをお伺いしたいと思います。

A(労) 当社はやはり未然に防げるよう防止のほうに力を入れます。それは労使ともに意見が一致しているところです。組合側からすれば当然のことですし、会社側にとっても何か起きたときの対応が一番お金がかかりますから、多少費用をかけてでも防止しようと。ここは目標が一致してやっています。

大内 ひとつお聞きしたいのは、労働者のメンタルヘルスを配慮すべきであるのは一体誰なのかということです。企業、本人、あるいは政府とか行政、もしくはみんなということなのかもしれませんが、どこをメインに据えるものなのか。例えば、メンタルな問題というのはプライバシーにもかかわるし、そうするとまずは労働者個人の問題で、企業はそれに手を差し伸べるだけだというような考え方が1つあるし、あるいは企業で雇われているからこそ生じた問題なのだから企業が責任を持つべきだということもあります。難しい質問かもしれないですけど、労働組合さんではどう考えられているのか、もし教えていただければ。

A(労) まさに厚生労働省の言ったラインケアだと思っています。やはりまずは自己管理ということと、その次はラインケアなので上長、この2つが一番大事だと組合も思っていますし、会社も思っている。産業医や専門医、外部機関というのはあくまでもその先の話で、やはり上長と個人というのが一番強いように思います。

佐野 各社ともいろいろな取り組みをされていると思うのですが、特にこれが予防に役立っているのではないかというのがあれば教えてください。

A(労) 現実、まだそういう休職している方がいるので、すべて効果的だとは思ってはいませんが、試行勤務の導入で少なくとも長期化はかなり防げるようになりました。それから、きちんと従業員の勤務実態を把握することですね。組合・会社・産業医が三位一体となった相談窓口を整備してオープンにやるようにし

ていけば、おかしいことがあれば必ずどこかにひっかかってきます。

佐野 病気に至る前の早い段階で把握するというのがやはり一番だということですね。

大内 労働安全衛生法の2006年改正で長時間の時間外労働については医師の面接指導が必要ということになりましたが、実際に役に立っていますか。

A(労) 面接の際に問題が発覚することも結構あります。

B(使) 大内先生がおっしゃられた、だれの責任で健康を維持するのかということについてですが、私はやはり肉体的にも精神的にも完全なたちで就労を提供するのが労働者の義務なんだろうと思っています。ただ、そういっても精神のメンタルの問題というのは、職場側にも安全配慮義務がありますし、ますます悪化させてしまうというようなことになってはいけませんので、会社としても管理職にメンタルヘルス教育をしたりと一所懸命やっています。最近さらにもう少し踏み込んでメンタルの原因となっている障害を取り除くということにも取り組んでいるところです。

それから先ほど、メンタルの理由には過労と職場の人間関係と、大きく2つあるというお話がありましたが、自分の経験でいうともう1つの類型があって、これが一番大きいのかなと。それは何かというと、普通の通常の労働負荷で、通常我々が普通だと思っているレベルのストレスに耐えられないケースです。原因は、家庭の問題など私的なもので本人の気持ちが参ってしまって、会社に来ても通常のストレスに耐えられなくなって病気になる。このようなケースが当社の中では一番多いです。

それで、まだ今年の2月から始めたばかりなんですけど、会社と社外の相談員で契約をして、よろず相談ということで、何でもいいからとにかく相談してと。相談に乗ってあげることによって早目に問題を解決してあげようというあたりまで踏み込もうかということですが、少しとりかかっています。

大内 それはだれが対応するんですか。

B(使) 専門の相談員です。フリーダイヤルで24時間対応してくれる、そういう会社が幾つかありますので、そういったところと契約をしています。会社は利用件数とどういった種類の相談があったかという結果だけもらうことにして、具体的な内容にはタッチしないことにしています。そういったこともして、安全

配慮義務という受け身の話から積極的に障害を取り除くという方向へ進んできているところです。

それから、何が一番効果的かと言われるとこれは大変難しい。例えば管理者のメンタルヘルス教育とか従業員の意識調査、定期健康診断の際のメンタルチェック表の提出など、いろいろやっていますが、実は何が効果的かはわからない。会社の中に安全衛生委員会というものがある、人事としても、もっと効果的な活動をやるうとは言っているのですが。

ただ、業界の中でも当社でのメンタルの病気の発生率が他社の半分ぐらいになっているのですが、それはいろんなことをやっているのが総合的に効いているのではないかと思っています。あるいは、こういった活動によって醸成された社内の雰囲気とか風土みたいなものが1つあって、それが発生率をわりあいと低目に抑えているのかもしれない。何が効果的なのかはほんとうによくわからないですけど、いろいろやらないと効果にはつながらないのかなという気がしています。

佐野 確かにいろいろな取り組みを行うということは、防止に取り組みうという雰囲気をつくる上でも大事ですね。それから職場の外の問題にも会社が積極的に関与していこうとしているのは、やはり一度病気になってしまうと会社にとってマイナスの影響がとても大きいからと、そういうことなんでしょうか。

B (使) そうですね。

F (労) 私どもでは、対策ということでは、大きくいうと2つあって、ストレスの高い事象に対する対応と、ストレスそのものを軽減させようという対応です。例えば今実際にやっているのは、新入社員、転勤者、昇格者、単身赴任者といった方々全員を対象に、産業医もしくは契約カウンセラーの方に定期的に面談してもらって、その中からこれは少し問題があるなという人を早めに発見して、病気にならないうちにケアしてあげる。これが大きく1つです。

次にストレスそのものの軽減ですが、これは職場のコミュニケーション以外にないと思うんです。ただ実際、労働組合はコミュニケーションをよくしましょうといつもいっているのですが、なかなかできない。例えばうちでは、月に1回就業時間内に会議室でみんなで雑談しましょうということをやっています。そういう時間を全職場で必ずとる。ただ長年実施しているため、形骸化してしまっているんで、今度リニューアルしよう

と今準備しているところです。フェース・トゥー・フェースでの対話というが集まる場をつくるのが一番簡単なかなというので今やっています。大きくはその2つです。

佐野 そういう場をつくらないとコミュニケーションというのはなかなか難しいということですね。

F (労) それは難しい。私も労働組合の役員になって10年ぐらいになりますけど、ずっと取り組み続けていてもこれはなかなかできません。会社のトップが言ってもできない。やっぱり一番効果的なのは場、仕組みを作ってしまうことです。

E (使) 私どもも健康管理は社員個人でやることだと考えていまして、会社としてやっていることは、カウンセリングと研修です。新入社員研修や新任課長研修といったいわゆる転機のところでは研修をやっているのですが、新入社員には、会社にいる産業カウンセラーの研修に加えて、外部のカウンセラーにも研修をさせて、この人がカウンセラーだから何かあれば相談して、というのをはっきり伝えています。

先ほどいわれた社外の専門の相談会社についても、うちでも委託してやっていますが、あまり利用率が高くないんです。電話しにくい。なぜかという、顔を知らないので電話しにくい。ですから新入社員には、人事にはこの人が産業カウンセラーにいるからということで実際に顔を見せたうえで、相談内容は口外しないことをはっきり伝えて何かあればその人に相談をさせるということをまずしています。

それから、私どもでは、毎年10月に、全社員がイントラの中で会社に対して自分の言いたいことを言っていという制度を設けています。人事は事務的なとりまとめはしますが、口外はしない。読むのは人事の担当役員など少数に限定されています。これを実施すると、例えばこの課長と仕事するのはきついか、ストレスとなる人間というのが必ず現れてくるんです。たいていその指摘というのは特定の人に集まるので、人事担当役員から指導するよう指示がきて、その人に対しては、人事から指導します。

また、上司がストレスになっているような場合は、評価会議や異動会議などのときに指摘して、人事からそのストレスの上司である役員と相談しながら異動を試みます。上司の立場でストレスとなる人というのは、多面評価を実施すると明らかにできます。その場合、ラインケアをすべき部長や課長がス



トレッサーになっているという矛盾を抱えていますから、様々な方法で現状を把握しないと絶対にうまくいきません。ご自身がストレッサーであるということに全く気づいていないことがほとんどで、しかもそういう人は仕事がとてもできて、下の人はついていけないのに、営業成績は良かったりするというケースが多くて、非常に苦慮しています。

佐野 ご本人にお伝えするしかないわけですね。

E(使) ご本人にお伝えしてやっていくしかないです。多面評価のフィードバックは本人にはされていますが、フィードバックに追加して直接的に人事から何かというと本人もショックでしょうから、様々な機会にやりわり伝えてもらうというようなこともやっています。それと、話を聞くということですが、人事の若いスタッフには現場でどんどん話を聞いてきて、といって、その上がってきた話を聞いています。それで、例えば何か相談があるということで私のところに来た場合は、私自身は話をきくだけで、相談者が若い人だったら若い人事のスタッフを紹介したり、カウンセラーさんを紹介したり、とできるだけ、幅広くいろんな人にふるようにしています。

佐野 フォローしてうまく部下のストレスを軽減するのが上司はずなのに、人によってはかえって上司がストレスの原因になっている。

E(使) むしろ上司がストレッサーであることが多いように思います。上司自身は一生懸命指導しているつもりでも、それが結局、部下にとってはものすごいプレッシャーになっていると。そういう状態の中で、いったん信頼を失うと、ラインケアをしてくださいといってもそれは無理です。

佐野 いろんな相談のルートをつくるというのは、上司任せでもやっぱりいけないということですね。

E(使) 上司任せだけではいけないと思います。若手には若手のやり方というように、世代ごとのアプローチがあると思いますから、そこは、話をする人間をできるだけ決めて、その人が話をしていくような形でやるしかないかな、と。

D(使) 効果の測定はなかなか難しいですね。おそらく複合的にいろんな取り組みをしていて、それはそれなりに一定の効果はあると思うんですが、決定的に重要なのはラインのマネジャーだと思うので、どれだけそのラインのマネジャーを助けてあげられるかがすべてだと思っています。優秀なラインのマネジャー

というのは人が足りないとか、家庭の状況がどうだとか、SOSを早く出してくれるし、よく見えています。ですからそのラインのマネジャーが信頼をもって管理部門のところに来てもらえるような状況をいかにつくっていくか、教育施策もすべてラインマネジャーのところいきちとケアができるような形にやっていけるかどうかが決定的に大事なかと。

またもう少し広げていうと、そういうきちんとした素養を身につけた方にマネジャーになってもらうよう育成もしないといけない。やはり一番大事なのはマネジャーかなと思っています。

佐野 部下のケアをするのはマネジャーの基本的な仕事だと思うんですが、ともするとそういう基準を軽視して昇格や配置をしてしまうということでしょうか。

D(使) 先ほどのお話にあったように、優秀な方がストレッサーになることはまああることなので、例えば営業として優秀でも、即、マネジャーとして優秀とは違うところをきちんと見なきゃいけないのかなと。

佐野 メンタル面での対応というよりは、多分、管理者に求められる基本的なところですよ、部下の話をよく聞くとか。

D(使) コミュニケーションスキルもそうでしょうし、基本的なその知識を付与するというのもそうでしょうね。

佐野 そういう基本的な人事管理がうまくいってれば、メンタルヘルスで問題のある人というの減るかもしれないということですか。

D(使) 部下の状況をきちんと把握しているマネジャーかどうかというところはとても大きくて、そこは非常に重要なポイントじゃないかなと思います。

佐野 では最後にCさん、いかがでしょう。

C(労) やはり未然予防という点で、まずはセルフケア、セルフマネジメント力を高めることができるよう、いろんな角度からきちんと基本的な情報を提供するということですね。それは会社も出すし、労組も出すと。そのときに、本人の職業生活を送っていく上での目標とかライフデザインができるような、そういった観点の情報もあわせて提供していくことで、職業生活上でのリスクについてもある程度、可能性として認識してもらおうと。そういったアプローチをしていくということが1つ大事です。その上で、労組側と会社側が互いの取り組み状況について情報を共有し

て、ラインケアの部分につなげていく。ラインケアはマネジャーの対応も難しいものですから、産業医の支援もきちんと受けられるような連携体制をとりつつ、相談窓口とか、あるいはカウンセリングも複合的に取り入れていくと。そういう体制づくりに向けて、コミュニケーションとかヒューマン研修をいろんな角度でその都度企画しながら適用していくということになるかと思います。

それから最近感じているのは、ある程度ベテランの方が発症する場合、そこにはいろんな要因が複合的に重なっているということです。対処がかなり困難な状況になるとも考えられるので、そういう複合的な要因が重なった場合の対処のための情報提供がこれから必要です。企業内だけで対応できない側面があると思いますので、外部の情報も含めていかにいろんな選択肢の情報を提供していけるか。そのあたりをこれから課題としてやっていかなければと思っています。

また、専門職の場合、職業生活の中でキャリアの壁にぶつかる方が増えてきているのかなという気がしています。顧客の期待にこたえられないとか、基本的な対応ができなくなってくるといったところで悩んでしまうということがあるので、キャリア開発のみならず、キャリアプラトーのところも含めていろんな対応をしていくことで、そういった様々なリスクをヘッジしていくことが必要なんだろうと。まだまだこれからだとは思っていますけれども、そんなことをいろいろと総合的に労使で共有しながら、一つひとつ具体的に提供をしていくということをやっていかなければいけないと今、感じています。

佐野 複合的なのというのは、家庭のこととか職場のこととかいろんなことがまじってと。

C (労) そうですね。会社はキャリア形成、キャリア支援というところに力点を置いていますので、ライフデザインに関する部分の情報提供というのは労組の役割になってくるのかなと。我々はそれを両輪と考えていますので、やはり労使が協調しないと両輪としての運営ができていけない。その辺の連携という意味で歩調を合わせるのが大事だと感じていますし、なるべく情報交換と情報共有を行うようにしています。

佐野 最近は、昇進のためのポストの数も限られるなかで、しかもかつてのように長期的に昇格があるようなキャリアをつくることは難しくなっていると思うんですが、そういうこともメンタルヘルスとかかわり

があるということなのでしょうか。

C (労) 壁にぶち当たってきている面はあると思います。

佐野 そういう場合も、なかなかポストを増やすわけにいかないですし、どういう対応が可能なのでしょう。

C (労) そういう意味では、今は活躍する場が少ないという厳しい状況で、悩ましいところです。自分が仕事で活躍できているという状況があるときというのは、メンタル的にもいい効果が出てくるとは思います。今は実際厳しい状況があります。我々としては景気回復といいますか、業況改善ということに希望をつないでいるのですが、一方で新しい業務に対応できるような準備といいますか、自己開発、能力開発のための教育訓練もあわせて工夫して、対応力を育成しておかなければいけない。新しい業務に対応できない場合にもストレスは出てきますので、そういったことも含めてやっていかなければいけないと思っています。

佐野 やはり各社とも防止のほうにかなり力を入れられているということなんですね。実際なってしまった後の対応というのは限られてきますね。

大内 特にメンタルの部分では、いったん病気になってしまうと、大きなコスト要因にならざるを得ないということがあるので、予防に資金を投入するだけの意味は十分あるということですね。

佐野 そうですね。各社の防止策の共通点としては、相談窓口の設置のほか、コミュニケーションと、きちんとした上司の存在ということでしょうか。座談会全体をつうじてですが、病気が発生してしまうと、会社としては、その把握からはじまって、ご本人や同僚への説得、休職や復職の判断、それから配置や処遇、雇用継続など様々な局面で難しい対応をしなくてはいけない、また病状・健康状態も多様なのでルールによる一律の対応が難しい場合も多い、それだけに、労使で協力して予防のほうに力を入れるということのいっそうの意義というのがよくわかって、大変勉強になりました。本日はありがとうございました。

(2010年5月18日：神戸)