



ヘルシーカンパニー創造を通じた日本元気プロジェクト

『人的資本への戦略的投資としての前向きメンタルヘルス』

～企業内外の社会的資源が抱える問題と解決策の方向性～

2010年7月21日開催

講演者・パネリスト

- 坪田國矢氏（日本アイ・ビー・エム株式会社 取締役専務執行役員 人事担当）
上島国利氏（国際医療福祉大学 医療福祉学部教授）
森崎美奈子氏（日本産業精神保健学会常任理事、日本うつ病学会理事）
浜口伝博氏（一般社団法人共同通信社 産業医）
赤石昌也氏（日本アイ・ビー・エム株式会社 人事 第1エリア人事
ヒューマンリソース・パートナー）
嘉納英樹氏（アンダーソン・毛利・友常法律事務所 パートナー）

主催 株式会社損害保険ジャパン 株式会社損保ジャパン・ヘルスケアサービス
後援 株式会社損保ジャパン総合研究所 株式会社全国訪問健康指導協会

損保ジャパン

損保ジャパン・ヘルスケアサービス

目 次

I.	セミナープログラム	2
II.	講演者、パネリスト略歴	4
III.	講演討議録	
	1. 開会挨拶・セミナーゴール	8
	2. 基調講演	10
	3. パネルディスカッション	25
	4. 閉会挨拶	63

1. セミナープログラム

1. シンポジウム名

人的資本への戦略的投資としての前向きメンタルヘルス
～企業内外の社会的資源が抱える問題と解決策の方向性～

2. 主催者・後援

主催：株式会社損害保険ジャパン、株式会社損保ジャパン・ヘルスケアサービス
後援：株式会社損保ジャパン総合研究所、株式会社全国訪問健康指導協会

3. 日時・場所

2010年7月21日（水） 13:00～16:45
（株）損害保険ジャパン 本社ビル 2階大会議室

4. プログラム

(1) 開会挨拶・セミナーゴール

株式会社損害保険ジャパン 取締役専務執行役員 吉満 英一

(2) 基調講演

日本アイ・ビー・エム株式会社 取締役専務執行役員 坪田 國矢 氏

(3) パネルディスカッション

国際医療福祉大学 医療福祉学部教授 上島 国利 氏

～精神科医の視点

日本産業精神保健学会常任理事、日本うつ病学会理事 森崎 美奈子 氏

～心理士の視点

一般社団法人共同通信社 産業医 浜口 伝博 氏

～産業医の視点

日本アイ・ビー・エム株式会社 人事 第1エリア人事
ヒューマンリソース・パートナー 赤石 昌也 氏

～人事労務部門の視点

アンダーソン・毛利・友常法律事務所 パートナー 嘉納 英樹 氏

～人事労務専門家の視点

(司会進行)

株式会社損保ジャパン・ヘルスケアサービス

代表取締役社長 小澤 正彦

(4) 質疑応答

(5) 総括

(6) 閉会挨拶

株式会社損害保険ジャパン ヘルスケア事業開発部長 松原 茂登資

◆会場風景



II. 講演者、パネリスト略歴（敬称略）

1. 基調講演

● 坪田 國矢（つばた くにや）氏

日本アイ・ビー・エム株式会社 取締役 専務執行役員 人事担当
1984年3月 フランクリン・アンド・マーシャル大学経済学部卒業
1984年8月 日本アイ・ビー・エム入社
1988年8月 人事企画・労務企画
1996年7月 人事 人事管理
1997年6月 IBM AP エグゼクティブ・コンペンセーション
プログラム・マネジャー
1998年10月 米国 IBM エグゼクティブ・コンペンセーション・マネジャー
2000年6月 米国 IBM ヒューマン・リソース パートナー/ストラテジー
2001年6月 IBM AP コンペンセーション&ベネフィット ディレクター
2005年11月 IBM AP グローバル・サービス AP ディレクター
2006年10月 日本アイ・ビー・エム 執行役員-人事担当
2007年5月 日本アイ・ビー・エム 取締役 執行役員-人事担当
2009年12月 日本アイ・ビー・エム 取締役専務執行役員-人事担当

2. パネルディスカッション

● 上島 国利（かみじま くにとし）氏

医学博士
慶応義塾大学大学院医学研究科卒業
慶応義塾大学医学部卒業
現在、国際医療福祉大学医療福祉学部教授
昭和大学医学部精神科教授、杏林大学医学部精神神経科教授、東京都精神医療審査
会委員、日本医師会学術企画委員、日本うつ病学会理事長等を歴任

著書：

「気分障害」医学書院、2008

「働く人のうつ病」中山書店 2008

「精神科薬物療法入門」金剛出版 2007 その他多数

● **森崎 美奈子（もりさき みなこ）氏**

臨床心理士、産業精神保健専門職、産業カウンセラー

東京女子大学卒業

(元)帝京平成大学 大学院健康科学研究科教授・健康メディカル学部 臨床心理学科教授

東京産業保健推進センター&千葉産業保健推進センター（相談員）、

東京経営者協会労務相談室（相談員）、日本うつ病学会（理事、コメディカル委員会委員長）、日本産業精神保健学会（常任理事）、日本産業ストレス学会（常任理事）、日本産業衛生学会（代議員）、産業心理技術研究会（代表世話人）、健康管理研究協議会（幹事）、日本臨床心理士会（産業領域委員）、電機連合ハートフルセンター（運営委員）。

慶應義塾大学医学部精神神経科を経て、株式会社東芝本社（副参事）、ソニー株式会社厚木&本社健康開発センター（課長）を歴任。長年にわたり、臨床心理士・産業カウンセラーの立場から企業におけるメンタルヘルス活動を推進。また、人事院・中央災害防止協会・地方公務員安全衛生推進協会のメンタルヘルス関連の委員会委員。

2002 年度 緑十字賞（労働衛生）

文献・共著等：

「ストレスマネジメントにおける産業医、産業看護職、カウンセラー、管理職の役割」「職場ですすめるメンタルヘルス対策」「うつ病診断のコツと落とし穴」「こころの病からの職場復帰」「職場復帰支援への取り組み」等

● **浜口 伝博（はまぐち つたひろ）氏**

1985 年産業医科大学医学部医学科卒業。

株式会社東芝にて 10 年間、日本アイ・ビー・エム株式会社にて 10 年間、それぞれ専属産業医として勤務。東芝では全社の産業保健管理を担当し、日本アイ・ビー・エムでは、統括産業医、産業保健部長、アジアパシフィック産業医として活躍。

この間、日本産業衛生学会理事、日本産業精神保健学会理事、日本橋医師会理事、東京都医師会産業保健委員、東京産業保健相談員、厚生労働省の各種専門委員会委員としても活躍した。

産業医科大学医学部作業病態学講師（非常勤）、慶応大学医学部衛生学公衆衛生学講師（非常勤）、愛媛大学医学部公衆衛生学講師（非常勤）も併任。

● 赤石 昌也（あかいし まさや）氏

1991年3月 中央大学文学部 卒業
1991年4月 日本アイ・ビー・エム入社。人事部門配属
1992年1月 ゼネラルビジネス事業部人事
1995年1月 人事管理 給与厚生グループ（給与企画）
2000年7月 給与・福利 福利厚生企画
2002年7月 日本アイ・ビー・エム人事サービス株式会社出向
給与福利部長
2004年7月 人材企画 ワークフォースマネジメント グループリーダー
2005年7月 人事企画 マネジャー
2007年10月 インテグレートッド・ヘルスサービス シニア・マネジャー
2010年6月 第一エリア人事 HR パートナー

（職務経歴概要）

1991年中央大学文学部卒業。同年日本アイ・ビー・エム入社し、人事部門に配属。事業部支援、人件費管理、給与および福利厚生制度の企画・運営等を担当。2002年に人事業務サービスを提供する子会社に出向し給与・福利厚生業務部門の長に着任。2004年に本社人事に帰任し要員管理、業績評価、多様な雇用制度等を企画・運営するグループリーダー。2005年からは人事企画部門の長として、採用も含む総合的な人材マネジメントを統括。そして2007年10月より、安全衛生・産業保健部門の長として、メンタルヘルス対策や、社員と管理者の健康・安全意識の向上推進に努め、本年6月より現職。人事プログラムの事業部における展開や人事や組織の諸問題解決・提案に取り組んでいる。

● 嘉納 英樹（かのう ひでき）氏

アンダーソン・毛利・友常法律事務所 パートナー

（取扱案件）

労働法・人事労務管理の全般。

年金、労働保険、社会保険、所得税等々の関連分野を含む、あらゆる人事労務問題/紛争を、会社側・企業側の視点から取り扱う

(経歴)

1995 年 最高裁判所司法研修所修了 (47 期)
1999 年 米国 Cornell Law School 修了
1999-2000 年 米国サンフランシスコの Lillick & Charles
(現事務所名 Nixon & Peabody) 法律事務所勤務
2004 年 アンダーソン・毛利・友常法律事務所パートナー就任

● 小澤 正彦 (おざわ まさひこ) 進行

株式会社損保ジャパン・ヘルスケアサービス 代表取締役社長

1979 年早稲田大学法学部卒業、同年安田火災海上保険株式会社 (現・株式会社損害保険ジャパン) 入社。欧州現地法人の事業再編後、生保や DC 事業等一貫して新事業企画・開発に従事。

2005 年ヘルスケア事業開発部長、2007 年企業内ベンチャーメンタルヘルスサービス事業を起案し、現職就任。

2010 年 4 月から損保ジャパン理事を兼務。

Ⅲ. 講演討議録

1. 開会挨拶・セミナーゴール

(吉満英一) 皆様こんにちは。ただいまご紹介いただきました損害保険ジャパンの吉満でございます。本日は、大変お忙しい中、このように多くの皆様方にご参加いただきまして、本当にありがとうございます。高い席からではございますが、セミナー開催に当たり、主催者を代表いたしまして、一言御礼とご挨拶を申し上げたいと思います。

釈迦に説法ではございますが、昨今、グローバル競争が進展し、情報社会における消費者の期待水準はどんどん高度化し、価格競争が激化しております。こういった中で勝ち残って成長を目指していくために、皆様方は高付加価値の製品、商品、サービスといったようなものを提供しなければならない一方、経営の効率化、ローコストオペレーション、効率性の高い事業構造への変革、生産性の向上、さらには従業員の少数精鋭化等へもチャレンジするという、非常に難しい経営課題に直面されていらっしゃると思います。もちろん弊社も例外ではございません。

こうした経営環境の変化の中で、掲げた目標を達成するためにも、大切な財産とも言える従業員が心身ともに健康で生き生きと働ける環境を整えることは重要なテーマであろうと思います。弊社の話で大変恐縮でございますが、損保ジャパンが新しい体制の中で目指すものとして、『成長』『信頼』No.1」というものを挙げており、これを支えるものとして、やはり人財、それからシステムの2つを掲げております。人でなければできないことは人でやる、それでなければこういう環境で生き残れないだろうということがテーマでありまして、心身ともに生き生きと活躍できる職場をつくるのが前提になっております。

本日のテーマでありますメンタルヘルス問題につきましては、弊社も例外ではございません。恐らく私も、本来は皆様の方にいなければならない立場であると思っております。実例も幾つか経験しております。私自身も目の前で見ましたけれども、一人でもメンタル不調者が出た職場というのは、その瞬間非常に困難な状況に陥ります。組織の状態を平時に戻すためには多くの時間と労力を要しました。その間、職場の他の要員への負荷というのは顕著に増大しまして、生産性は低下する。下手をすると、お客様にご迷惑をかけることもある。どんどん仕事が滞留する。そしてさらに生産性が低下する。こういった悪循環に陥る。時には、その職場で不調者がさらに発現するということもありました。

再発がない組織にするためには、組織のリーダーを中心として全員が実態を受けとめる必要があります。これがなかなか難しい。実態を受けとめるというのがなかなか難しい。現実のものとして受けとめるというところから解決が始まりまして、真に理解を深めて、共有して、その上に立って、ようやく職場の改善とか活性化に向けて、さらに難しいことですが継続的に行動する努力が必要だということを、私自身ある職場で認識したことがございます。恐らく、こういう職場は弊社内で例外ではなく、幾つか発生しているだろうと

思っております。そういう意味で、私も本来は皆様方と一緒にいると認識している次第でございます。

今や従業員のメンタルヘルス対策というのは、真の意味で人財マネジメントとして位置づけられる戦略的な経営課題であると認識しています。今まではコンプライアンス、守りということでありましたが、そうではない。グローバル社会、それから消費者の期待を満たすためには、人を生き生きと活躍できるようにしていかなければそれが達成できないということで、もっとポジティブな課題であろうと思っております。

しかしながら、現状におきましては、効果的な人財マネジメントとしてのメンタル対策を行うには、医療界その他各専門分野の、本日ご登場いただく先生方でありますけれども、ステークホルダーの皆様方が固有の悩みや障害を抱えているということも事実でございます。本セミナーではパネルディスカッションになるべく多くの時間を割き、どのようにすれば、それぞれのステークホルダーが協力し合って、よりよい企業のメンタルヘルス対策ができるかということをお客様と一緒に考えていきたいと思っております。

まず、パネルディスカッションに向けた問題提起として、日本アイ・ビー・エム株式会社人事部門ご担当の取締役専務執行役員であられる坪田様から基調講演をいただきます。恐らく IBM さんは、我が国で最もダイバーシティが進んだ企業体の一つであろうかと思っております。先ほども坪田専務とお話ししましたけれども、かつては人事、給与といったようなものが人事部門の大宗を占めていたけれども、今や同じぐらいの割合で職場の環境というものが大きな課題になっているということをお伺いしました。この基調講演をいただいて、次に、各界を代表する諸先生方、上島先生、森崎先生、浜口先生、嘉納先生、そして企業人事部門を代表して赤石様によって、パネルディスカッションをしていただこうと思っております。先生方はそれぞれその専門分野で大変ご活躍をなさっておりますが、お互いの枠を超えた話もしていただければいいのではないかと期待しております。

このセミナーを通じまして、現在企業のメンタルヘルス対策を主に担っている産業保健という枠組みのこれからのあり方と方向性について、専門領域を横断した何らかのコンセンサスを得られればということをお願いしている次第でございます。そして、新たな時代の人財マネジメントを模索されている企業関係者の皆様方にとって、より一層深く広い視点に立った理想的なソリューションを検討するためのお手伝いをさせていただければと考えております。本日のセミナーが皆様のメンタルヘルス対策、経営戦略の検討に少しでもお役に立てば幸いです。

ご多用の中、本日ご参加いただいた皆様には改めて御礼を申し上げて、簡単ではございますが、私の開会の挨拶にかえさせていただきたいと存じます。

なお、本セミナー終了後、当ビル 43 階で簡単な立食懇親会を用意しておりますので、最後までぜひおつき合い賜ればと思います。本日はどうもありがとうございました。(拍手)

2. 基調講演

(司会) 基調講演は、日本アイ・ビー・エム株式会社取締役専務執行役員、坪田國矢様より、「戦略的投資としてのメンタルヘルスソリューション～効果的予防施策のあり方とIBMの事例～」をテーマにご講演いただきます。

坪田様は、1984年にフランクリン・アンド・マーシャル大学経済学部を御卒業後、同年、日本アイ・ビー・エム株式会社にご入社、人事部門でのご経験を積まれた後、米国IBM、IBMアジア・パシフィックでパートナー、ディレクターを歴任され、2006年に日本アイ・ビー・エム株式会社執行役員人事担当にご就任、2007年に同社取締役執行役員人事担当、2009年より同社取締役専務執行役員人事担当としてご活躍されていらっしゃいます。

本日は、企業経営から見たヒューマンリソースマネジメントの観点より、後半のパネルディスカッションへの問題提起をしていただきます。それでは、坪田様よろしくお願いたします。

(坪田國矢氏) ご紹介ありがとうございます。私、日本アイ・ビー・エム人事を担当しております坪田と申します。よろしくお願申し上げます。(拍手)

◆ダイバーシティとメンタルヘルス～社員が生き活きと働ける職場

最初に、IBMはどういう会社ですか、と問われた場合に、私自身が、IBMという職場への自分自身の思いも込めて一言で申し上げますと、ダイバーシティに富んだ会社であり職場であると申し上げたいと思います。ダイバーシティということと、今日のテーマでありますメンタルヘルスということ、この二つが深いところでつながっているのではないかと私自身感じておまして、それがどこでつながっているかということをお話しできたらと思っています。

最初から結論めいたことを申し上げますけれども、IBMとして、あるいは一企業として、あるいは日本の中における一つの組織体として、ダイバーシティということを実践し、その結果として社員が生き活きと働ける職場を構築できるのであれば、多分、メンタルヘルスの問題も、その多くの部分は解決の方向が見つかってくるのではなかろうかと考えているわけです。その辺りも含めましてお話をしていきたいと考えております。

◆IBMにおける「社員の健康増進ポリシー」の位置づけ～企業は人なり、組織は人なり

一般的な物の見方ということになろうかと思いますが、「企業は人なり、組織は人なり」ですから、社員の心と体の健康、いわゆるフィジカルにもメンタルにも健康な社員が働いていることがよい企業文化を生み出す根源であります。また、よい企業文化が社員の成長を促進し、それがひいてはお客様の満足につながり、結果的に企業の成長につながってまいります。このような好循環を目指した経営ということが一般的にも重要ではなかろうかと思っております。これをIBMの健康増進ポリシーという角度でもう一度とらえ直してみますと、

IBM にはグローバル共通に明快な経営方針や理念がございまして、その中に社員の健康、あるいは社員の働きやすい職場を重視する、というものも含まれております。

◆インテグレートド・ヘルス～経営理念から発したビジネスのあり方における健康戦略

今、健康とか安全を扱う組織（部署）を IBM ではインテグレートド・ヘルスサービスという名称で呼んでおります。健康ということが統合された、そういう概念を表わしておりますが、例えば社員のメンタルヘルスや、その他の健康の問題一つをとっても、健康とか、メンタルとか、そういった断面だけをとらえるのではなくて、社員の働く組織や組織風土全体、あるいはそのバックにある企業文化、そういったものを含めて、いわゆる経営理念から発したビジネスのあり方、その中での健康戦略というふうに総合的に考えないと、なかなかこのトピックはとらえ切れないということでありまして、冒頭申し上げました、ダイバーシティということとの関連もその中に出てくるのではなかろうかと思っております。それがひいては安全で健康的な職場と組織風土をつくり、結果的に社員の成長、そして企業の成長につながっていくことができれば、理想が実現していけるわけです。

◆IBM の経営理念からひも解くインテグレートド・ヘルスのポリシー

① 予防を大前提にした安全で健康的な職場

今の IBM の経営理念からひも解いて、健康、インテグレートド・ヘルスのポリシーを幾つか柱にしてスライドに列記してありますが、一つは、予防が大前提ということでありまして。何かメンタルヘルスが起ってからそれに対処する、あるいは社員の職場環境が悪化してから対処するというのではなくて、予防が基本、ということです。「予防」という言葉も、広くとらえたり、狭くとらえたり、いろいろできますが、ここでは、先ほど申し上げました企業文化とか職場の風土、そういったもの全体が予防的な内容になっていけば、おのずとメンタルヘルスの課題もそこで予防できていく、そういう考え方で予防が大前提ということ掲げております。

② ビジネスプランに安全衛生管理を組み入れる

企業ですから、毎年ビジネスプランを作ります。その中には、投資のプラン、製品の販売のプラン、サービスのプラン等々あるわけですが、全く同じサイクルの中に、インテグレートド・ヘルスサービスのプランというものを組み入れております。会社の経営の戦略とかビジネスプランと違ったところで健康増進対策をしているというのではなく、経営の一部としてこの機能が備わっております。もちろん、経営の一部ですから、プログラムの実行を常に評価して、その評価の結果としてあくなき改善を目指していきます。これは、経営そのもののあり方を、この健康プログラムあるいは職場環境にも適用しているということでありまして。

③ プログラムの実行を評価し、あくなき改善に全力を尽くす

一方では、そういう観点からコスト管理も非常に厳しくしておりますので、ふんだんに投資ができるというのではなく、ビジネスプランをつくる場合と全く同じように、投資の効果、費用対効果、あるいは長期的な展望等々をビジネスプランと同じようにレビューされまして、その中で本当に効果があると思われるものを優先的にやっていくこととなります。いわば、経営計画の一つとして安全健康戦略がしっかり位置づけられていると思います。

④ 従業員の参画を促す

従業員の参画を促すという考え方も大切です。いろいろな意味で、この分野というのは社員の健康、社員の働き方そのものですから、社員の意見を取り入れて、社員が今この時代にどういう働き方、あるいはどういう健康対策を会社から求められているかということをよくよく酌み取って、それを経営に反映していく、こういうプロセスがきちんとポリシーの中に組み込まれております。

⑤ 遵守事項に対して監査とセルフアセスメントを実施する

もう一つは、当然のことですが、実行したことに関して、それが法律から見て、あるいは IBM のスタンダードから見て妥当であるか、基準を上回っているかということを中心に定期的に監査いたします。また、監査をする前に、管理者たちはセルフアセスメントを実施して、自分でアセスしたことが外部あるいは IBM から見た監査に耐えられるかどうかということを常に検証しております。こういうことが全体的にきちんできているとしたら、それが、イノベティブな、あるいは生産性が高い職場、社員のモラルが高い職場を実現できるのではないかと考えております。

◆健康な職場がイノベーションを生み、生産性を高め、お客様の成功に貢献

私は、経営の戦略の中の一環で、健康管理の戦略も、経営の通常の投資とか販売とか、そういったものと何ら変わることはないという話を申し上げましたが、これは要するに、健康な職場であることが IBM のイノベーションを生み、IBM の生産性を高めることによって、IBM が支援させていただこうとしているお客様の生産性にも寄与し、結果的には、高いモラルの社員がお客様の成功に貢献できるということです。そういう意味では、経営そのものの一環としての健康管理戦略ということが言えるのではなかろうかと思うわけです。

◆世の中の動向からもメンタルヘルス対策は必須

一方では、世の中の話として、皆様の方がよくご存じかと思いますが、自殺者の数がここずっと 10 年ぐらい年間 3 万人を超えているということ、メンタルヘルスを個々人の健康問題という範疇を超えて社会の問題や組織全体の問題というようなとらえ方をすること、

リスクマネジメントの観点から企業は社員の健康管理責任が問われる時代になってきているうえ、昔は病気やけがでの長期欠勤者が多かったが、最近ではメンタル事例が多くを占めているということもございます。こうしたことから、企業として、組織として社会的なニーズを満たし、応えていくという観点からのメンタルヘルスも大切であるということも言えるかと思えます。

皆様ご存じのとおり、うつ病の数も、近年、毎年毎年ずっと増え続けておりますし、精神障害等に起因する労災補償の件数も飛躍的に増えていると言っても過言ではありません。2000年冒頭から2年前にかけてほぼ4倍になっています。また、これはアンケートの結果ですが、最近3年間で心の病が増えていますかという質問に対して、56.1%の企業がイエスと答えています。8年前の2002年のアンケートですと、これが48.9%。この3年間でこういう認識を深めた企業がふえているということです。また、当然のことですが、そういったものを予防したり治療していくメンタルヘルス対策に力を入れているかという質問につきましても、2002年の結果では33.3%でしたが、現在は63.9%、約64%の企業がイエスと答えています。

さきほどのうつ病の増加もそうですが、そうした事例が増えることによってメンタルヘルスへのアテンションが強まり、それに伴って、企業もこの対策に力を入れ、この3年間だけをとっても、企業側の意識も、あるいは対策に費やす企業側の労力とかアテンションも、非常な勢いで増してきているということが言えると思えます。

◆メンタルヘルスを取り巻く環境と高まる重要性～IT化の進展に伴う職場環境の変化

今日の社会環境や一般産業界では、メンタルヘルスの事例、あるいはメンタルヘルスを引き起こすような環境がだんだん増幅してきているということが言えると思えます。

IBMを取り巻くIT社会という角度に話を戻しますと、IBMにかかわらず皆様の職場でもIT化は進んでいるかと思えますが、特にIBMに関しては、それが顕著であり、IT化の著しい進展に伴う職場環境や職場そのものの変化が、働き方全般に非常に大きな影響を及ぼしております。

それは、以前のように、工場なら工場、オフィスならオフィス、同じ場所に集まって同じことをするという環境や働き方からの脱却ということです。これは、個々人のライフスタイルを追求したり、より付加価値が高い分野に業務がシフトしていく中では好ましいことであって、一律にみんなが同じことを同じ場所ですというような大量生産型の社会からだんだん脱却してきているということが言えるわけです。

言い換えますと、一人一人が違ったことを違った場所で違った時間に行う、こういう職場環境でもあるということです。こうしたこと自体は、どんどんいい方向にも向けることができますし、そうではなくて、悪い方向に向くこともあります。ただ、IT化の進展によってこういう職場環境が通常になってきているのは事実です。一方、社員一人一人に要求されるスキルとか技術の変化も、IT化の進展によってだんだんそのスピードが増してきて

いるということも言えるわけです。

◆個々人のライフスタイルに合せた柔軟な就労が可能に

これらをプラスの面からとらえますと、さっき申し上げましたとおり、個々人のライフスタイルに合わせた柔軟な就労が可能であるということです。私自身もそうですが、今世界は IT や様々なネットワークでつながっておりますので、例えば私がヨーロッパの IBM の人事の者、アメリカの人事の者と、3つの地域をつないで電話とかテレビ会議でディスカッションをすることが頻繁にあります。それは早朝であったり深夜であったりします。以前の環境ですと、そういうことがなかなかできませんでした。そのためのツールも発達していなければ、あまり発想としても浮かびませんでした。出張して現地に行って、そこに集まってやっていました。現在では、ほぼ毎週1度、2度、3度、そのような国際会議を電話ベースでやっているというのが普通の環境となったわけです。

それは、ライフスタイルといいますよりもビジネスニーズから来ている側面ですが、例えば朝の5時から6時まで電話会議をして、それからベッドに戻って8時ごろまで寝て会社に行くこともあります。あるいは、深夜の会議ですと、会社を早く出て、一つ二つ宴会をこなして、それから家に帰って、少し落ちついて準備をして、深夜11時半から電話会議に入ることもあります。

◆孤立感やチームワークの希薄化、長時間労働といったマイナス面も

このように世界がより密接につながってきて、IBMが一つの企業体としてグローバルな力を発揮しやすくなったということはもちろん言えるわけですが、一方では、チームで集まって顔を合わせて、わいわいがやがや仕事をするという環境からは遠ざかってきたということも言えるわけです。バーチャルチームの協業は非常に望ましいし、それがあ意味では今の先端に行く働き方の一つかもしれませんが、それそのものは、放置しておきますと、孤立感とかチームワークの希薄化あるいは長時間労働を招き労働環境は悪化しますし、ずっと電話会議に追い回されていることになったり、所属長との意思疎通が困難になる、といったマイナス面を招くこともあるわけです。

ですから、IT化の進展に伴う働き方の変化というものは事実としてとらえながら、こういう中で、孤立感とか長時間労働といったものを少なくして、個々人のライフスタイルに合わせた柔軟な就労のあり方、あるいは出張をしなくてもバーチャルに協業できる新しい協業のあり方を促進するのだというポジティブな受け入れ方、こうしたことをどうやって促進していくかということが課題になってくるわけです。

◆個々人とチームが柔軟なワークスタイルで迅速に変化するビジネスニーズを充足

例えばダイバーシティということに話を戻しますと、IBMでは女性管理職もそれなりに増えてきており、子供が3人いる部長クラスも出てきております。そういう中で、彼女たち

が継続的に生き活きとして、家庭と職場のバランスを図りながら仕事をしていくためには、IT ツールそのものの進化が非常に助けになるわけです。ただ、いくら IT ツールが整っても、会社側の態度、会社側の意識そのものが備わっていませんと、なかなかうまくいきません。

ダイバーシティとメンタルヘルスというものが実はつながっているという話を冒頭させていただきましたが、例えばさっき申し上げました子供が 3 人いる部長が、早朝電話会議があった場合に、その職場が、社員であり部長である限りはお母さんといえども「必ず 9 時に出社すること」、となっていますと、それが一つのハードルになってしまって、逆に、早朝電話会議をしたり子供を幼稚園に送ったりができなくなるわけです。そうすると、それがストレスの原因にもなってきます。

一人一人のライフスタイルが違ってきて、一人一人の働くニーズが違ってきている中で、企業側として、一人一人の異なる働き方とかライフスタイルをいかに受け入れることができるかというダイバーシティの許容範囲が広ければ広いほど、あるいはその枠が大きければ大きいほど、個々人の多様な働き方を受容し、そのことで新しい時代の職場を活性化できます。そして、一人一人が自分のライフスタイルに合った形で自身を活性化し、自己実現ができ、生き活きとして働いている、そういう姿ができるわけです。それをいかに追求していくかということが、IBM もその中の一つですが、IT 化に伴う職場環境変化への対応ということになるのではないのでしょうか。健康環境に配慮した職場で、個々人とチームが柔軟なワークスタイルで迅速に変化するビジネスニーズを充足していく、こういうことがいかに実現できるかということがポイントになってきているわけです。

◆日本と世界の IBM 社員のワークスタイル

このスライドには幾つか数字を並べております。どういう数字かということ、自分の固定席を持たない、いわゆるモバイル社員の割合が、日本アイ・ビー・エムで 63%。さらにグローバル IBM 全体では 7 割以上が今や自分の固定席を持たっていません。お客様先、自宅、サテライトオフィス等々で、自分のパソコンをつないで仕事をするというライフスタイル、ワークスタイルになってきているのです。

在宅勤務もここ数年かなり力を入れてやってきましたが、去年の夏に完全在宅勤務という仕組みも導入しました。これは、月に 1 回程度会社に来ればよくて、あとは全部家で仕事をしてよいという仕組みです。多少条件を厳しくしておりますが、既に 30 名ぐらいがこの制度を使っておりまして、うち 20 名弱は男性が使っています。この制度を導入して私が非常にうれしかったのは、男性が使うといったときに、それを受容するダイバーシティが会社の側にあったということです。そういう意味では、今後、もしこの 30 名が 50 名、100 名、200 名と増えて行くのであれば、それは会社のダイバーシティの許容範囲がさらに広がったということの表れであるとの見方もできますし、その中で、一人一人のニーズに合った仕事の仕方が IBM では追求できるようになってきているということも言えるかと思うのです。

一方では、ここ 10 年近くやっております週に 1 日とか 2 日家で勤務する、いわゆる通常の在宅勤務も今では 2,000 人ぐらいの社員が利用しておりますので、そういう意味では、こういうライフスタイル、ワークスタイルが IBM では通常のこととなりつつあります。グローバル IBM では完全在宅勤務が社員の 12% ですから、日本 IBM の比ではないスピードで既に進んでいるわけです。一方、固定席で働く社員が約 3 割となっており、モバイル社員の比率の裏返しに近い水準です。

◆日本と世界の IBM 女性社員の退職理由比較

もう一つデータをお見せしますが、これを見ると日本 IBM では、ダイバーシティの課題というのはまだまだ途上にあるという状態であると思います。「あなたが会社をやめるとしたら、何が一番の要因ですか」と女性社員に聞いたデータです。IBM グローバル全体では、給与とか、処遇とか、そういったことが一番大きな理由です。いわゆる西洋的に考えましたら、よりよい処遇とか、キャリアアップを目指して転職していきます。男性、女性に限らず共通のことが会社をやめる要因ということですが、日本 IBM の場合は、仕事と個人生活の両立が一番の原因で、次に仕事の内容、三番目に処遇という順番になっています。

日本の女性にとっては、幾ら IBM がモバイルオフィスを奨励し、在宅勤務を奨励し、正社員の短時間勤務やフレックスタイムでありますとか、考え得るありとあらゆるワークフォース・フレキシビリティといいますが、そういったものを提供しているにもかかわらず、こういうことが課題になっているということでもあります。

◆総合的な職場環境・風土の活性化がメンタルヘルスの予防に

冒頭申し上げましたとおり、インテグレートド・ヘルスということは総合的な職場環境のことです。こういうデータではなくて、IBM は自分のライフスタイルを追求しつつ仕事も存分にできる職場であるというふうに社員が思い始めて、それが IBM の社員の 8 割、9 割の意見になってきたときには、その職場は、今の IT 化時代において活性化している、あるいは職場風土が非常にエネルギーあふれる、そういった場になって、その中では、多分、メンタルヘルスとかそういった問題は余り出てこないのではないのでしょうか。ですから、ライフスタイルや働き方の多様化といった問題を広くとらえて一つ一つ解決していくことが、結果的には、その職場の風土をよりよくし、それが社員のメンタルヘルスの予防になっていくと考えておるわけです。

◆組織風土と心の病増加の関係

これは外部のアンケートの結果ですが、例えば組織風土と心の病の増加の関係ということで、単純にアンケートとして、「人を育てる余裕がなくなってきていますか」という質問で、「イエス」と答えた企業では、「心の病気が増加した」と答えているケースが多いわけです。一方では、「我が社あるいは我が組織は、まだまだ人を育てる余裕がある」と思って

いる 51 社については、上の 211 社と比較して心の病が増加した割合はより少ないわけです。

全体的に社会はどんどん変化していきますから、何もしなければ、それがストレスをより増幅するということになるのでしょうかけれども、一方で、さっきのダイバーシティの話もそうですが、人を育てたり、人が働きやすい環境を提供したり、社員に目が行き届く職場であれば、多分、心の病といったものは抑制され、予防することができるのではなかろうかとも考えています。

◆企業の取組みの指針「4つのケア」

いうまでもなく、メンタルヘルス対策の「4つのケア」は企業が取り組むメンタルヘルスの基本指針です。

カウンセラーあるいは Web 等により提供される情報やチェックリスト等々を元に自分自身でケアしていくということから、ライン、いわゆる上司によるケア、企業内の専門家によるケア、事業所外の資源によるケア、こうすることで、一般的には、さまざまな取り組みをしてきております。これも、いわゆるメンタルヘルスに直接ヒットするものもあれば、職場環境全体にヒットするものも両方あって、既に各企業でもこれらをいろいろと実践されていると思いますし IBM でもいくつか取り入れています。できるだけ包括的に取り組んでいくことによって、結果的にはメンタルヘルス不調ということの予防につなげていきたいと考えています。

◆施策やプログラムの企画・導入における時代感覚と問題意識の重要性

これは皆様もよくご存じで、ここで言うまでもないかもしれませんが、IBM でもいろんな取り組みをしている中で、やはりあらゆることを自前でやることには限界があると感じております。ですから、特に近年、外部とのパートナーシップを生かした施策運営も進めているところであります。

一方では、外部に任せ切り、まる投げで全てうまく行くかということそう簡単ではなく、目に見える成果がでなかったり、結局社内のスタッフに負担がかかったりということもあり難しいものがあります。また、産業医や産業保健スタッフは、企業における、健康施策を企画するプロという側面と、社員個々人との相談相手というようなより広い意味での活用ということと両方あると思いますが、企画を中心としたフルの活用ができているのかということが重要だと思います。

また、専門スタッフの取り組み姿勢も重要なポイントです。職場というのは、結果的には、職場が持っているビジネス目標、あるいはお客様の満足、そういったものを向上させることが目的ですが、いわゆる専門スタッフがいて、カウンセリングをして、それぞれのが目的化していないでしょうか。そうではなくて、カウンセリングをし、メンタルヘルスを予防し、そういうことが起こってしまった場合にはより復帰を早くしたり、スムーズにしたり、そういうことがその部門のビジネスそのものを発展させていく、そういう目的

意識を持ってやっているのでしょうか。スタッフが本来の目的をちょっと横に置いて、より狭い医療的観点のみで取り組んでいるということはないのでしょうか。いわゆる IT 社会における企業が取り組むメンタルヘルスとしてどうしたらよいのか。今のこの時代、社員が多様な働き方をしている、IT 化が進展している、ビジネスの変化のスピードが速い、そういった感覚を一方で持ちながら、こうした環境下で起こるメンタルヘルスの問題にいかに取り組んでいくか、この時代感覚とメンタルヘルスの問題意識、この両輪が必要になってきているのではなかろうかというふうに考えているわけです。

◆ビジネスに貢献する健康管理、産業保健施策の模索

IBM の健康管理の中で、どういうところを重視して、あるいは模索して取り組んでいるかということについては、何度か申し上げましたように、まず、予防に特化した対策、現場をよく理解した対策を取っています。現場と一体となって、人事スタッフと健康管理スタッフが現場の中に入り込んでいくメンタルヘルス施策も展開しています。この事例は後ほど紹介します。さらに、産業保健スタッフが、彼ら、彼女らのもつ専門性を最大限発揮しつつ、ビジネス環境や職場の状況も十分に理解し、現場に役立つ施策を考えて行くことも大切です。そしてもう一つは、先ほど私は、健康管理というものもいわゆるビジネスの投資の中で戦略の一つとして計画され、何が本当に効果があるかというアセスメントを毎年行っているというような話をしましたが、最大の知恵と最小のコストでいかにメンタルヘルスという課題に取り組んでいくか、こういうことが IBM の中でも非常に重要な柱となってきたわけでありませう。

◆予防施策への特化、専門スタッフの観点とビジネスとの一体化、投資対効果

まとめますと、予防施策にフォーカスを当てるということ、それから、専門スタッフが専門スタッフならではの観点からビジネスの現場をよく熟知した上で現場と一体化して支援するということ、それから、我々がやっている投資、特に健康管理に対する対策が本当に効果を上げているのかどうかということを常に測って効率を追求していくという姿勢、この3つで取り組んでいるということが言えると思います。

◆IBM こころの健康づくりプログラム（予防プログラム）

少し具体的に申し上げますと、心の健康づくりプログラム、いわゆる予防プログラムということで、先ほどのダイバーシティということ全体にかぶさった枠組みとしてとらえていただければ、よくイメージできると思いますが、個々人のフレキシビリティ、すなわち、いつ会社に来て、どこで働いて、何時に帰るとか、そういったものは、個々の社員のニーズに最も合った方向に会社としては持っていきたいと考えています。

働き方の多様性は可能な限り受容、許容します。そういう方針の中で、会社に来て仕事をしている中でも、職場の中での運動プログラムとして、トレーナーが職場で実施するス

トレス解消のためのリフレッシュ・エクササイズプログラムがあり、一方でいつでもどこでもエクササイズができる Web 版や CD-ROM 版も用意しています。心の面からは、専門家によるカウンセリング、ストレスマネジメントの診断、あるいは個々人のカウンセリングではなくて、クラスルームによってストレスをいかに解消するかというクラスルームトレーニングがある一方、ストレストレーニングに関する e ラーニング、こういったものも会社として提供しております。

また、外部委託サービスですが、これは、社員が、自分の個人的な心の相談なので、会社には言いづらいというケースの場合などに有効なしくみになっています。これは第三者に委託していますが、社員が自分のプライバシーを完全に守った形で、電話相談、対面相談、Eメールによる相談の3種類での相談が可能になっております。自分の職場における悩みですとか、人間関係における悩み、そこから来るストレス等々、会社のプログラムとは切り離して、全くプライベートな個人として相談できるもので、アイ・サポートという名称で展開しています。

また、一般的な情報提供ですが、コンピュータ会社でもありますから、ここに特化した Web の情報を構築して提供したり、Web を通じた教育も行っております。こういう取り組みを特に近年力を入れてやってきておりますが、時代に合わせた取り組みとして、1つ事例を御紹介させていただきます。

◆現場や組織をよりよく理解した施策展開のための模索

これまで、多様な働き方と申し上げていますが、IBM の仕事は、お客様のサイトに出向いて、そこでプロジェクトを遂行する、あるいは、お客様の IT チームと共同でプロジェクトを遂行する、そういうモデルもかなり多くなっておりまして、そういう意味では、モバイルオフィスといっても、お客様先で仕事をしているということが中心という社員も多いのが実態です。プロジェクトの中身とか納期、その環境によっては、非常にストレスがかかるようなプロジェクトも中にはあります。そうした環境で働く社員たちに対しては、Web とか、クラスルーム教育とか、そういったものをこっから一方的に提供して終わりというのではなくて、我々人事と健康管理スタッフとが問題のありそうなお客様のサイトには出向いて、プロジェクトルームを自分たちで見て回って確認していくということを 2008 年から始めております。

お客様先サイト訪問数ですが、サイトは 6 つ位、そこにプロジェクトは複数あつたりしますが、およそ 600 人以上をアセスしています。いわゆるハイリスク組織、残業時間がすごくふえてきているとか、これも統計的な話ですが、ストレスで休んでいる社員がここのところ 2 人、3 人と増えてきたという職場を客観的にこちらでアイデンティファイして、そういったところにもアセスメントを実施しに行きます。そういうことで 4500 人以上に対して調査を行うなどをしており、待ちの姿勢から、人事、健康管理スタッフが現場に出向いていって、現場と一体となってストレスの度合いを診断し、問題点を洗い出して、最も有

効な解決方法を一緒に考える、そういう体制で臨んでいるというのが2008年からのやり方です。

こういったサイト訪問とかサイトアセスメントから問題点が出てきますと、私自身もそれを直接事業部の役員に言って、彼らと人事と一緒にアプターケアをしていきます。こういうことを積極的に働きかけるトップの姿勢が現場の姿勢と照応して、一体となって、ストレスマネジメント、メンタルヘルスの問題に取り組んでいくという体制がやっと積極的にできてきたかなというのが、現在の状況になります。

◆事業部トップや人事が現場をよく理解する体制がビジネス・社員の支援に

ダイバーシティの話にまた戻りますけれども、お客様先で働いて、そのまま家に直帰するというワークスタイルも、ダイバーシティの一つでありますので、「なかなか君たちの職場は見えないから、もっと本社の方に来なさいよ」ということが解決法になるわけではありません。そうではなくて、サテライトオフィスであったり、プロジェクトルームであったり、今の働き方を肯定した上で、その働き方の中で、いかにIBMとしてのチームワークを醸成し、いかに一人一人が今現在の職場の中で自分のライフスタイルに合った働き方をし、その結果として自分自身のスキルが上がり、ビジネスに貢献できるか、お客様に貢献できるか、そういう現状肯定型のモデルを追求していく、あるいはそれを支援していくこともダイバーシティの重要な要素ではなかろうかと考えております。

一旦メンタルヘルスという事例が起こってしまった場合には、対処療法的アプローチも必要でしょうが、対処に終始するのではなく、できるだけ今の職場環境そのものをよりよい職場にするためにどうしたらいいかということ、人事や事業部トップが積極的に現場に出かけて行って、一緒になって検討し、解決の方法、よりよい改善の方法を立案して、それをアプターケアしていく。こういう体制が実際にはビジネスの支援にもなり、社員の支援にもなって、効果的ではなかろうかと考えています。

◆効果効率と成果の追求に終わりはない

大体私の話も終わりの方に近づいてきましたが、2005年以前からやっているいわゆるクラスルームとかeラーニングといった、知識や情報を提供するコースを中心とした教育が始まって、産業保健スタッフに加えて外部委託のカウンセリングとか、さきほど申し上げましたサイト訪問、プロジェクトサポート、ここ数年そういったものを積極的に展開してきました。それから、ハイリスク組織の調査を、2008年、2009年は4,500人にまで拡大してきました。私が人事の責任者として、こういうところは問題があると認識した場合には、現場の役員と一緒にその解決方法に取り組んでいく、こういう体制ができてきたわけです。

こうした取り組みを積極的に進めてきている一方で、産業保健部門のコスト、要員数は、ここ数年非常な勢いで下げてきております。すなわち、治療的なものはほぼ行わず、さら

に個別対応型の対処的サービスは年々減らし、少数のプロフェッショナルスタッフによって予防施策を企画し、実行や問題解決は現場や人事他部署と共に行う形にシフトしてきているのです。さらに IBM の経営方針の一つとして、グローバル全体で最適化を図る、つまり、日本でできるものは日本でやるけれども、すべてを日本でやらなくてもいい面もあるだろうと考えております。既に給与にしても、福利厚生にしても、日常的なデータの管理やトランザクション、そういったものはいまや中国の大連でやっています。そういう意味で、日本における要員を対投資効果からさらに効率化する方向です。

一方で、2006 年をピークにして、メンタルケースの数の社員に対する比率もずっと下がってきているわけです。私が申し上げたかったのは、本当に効果がある施策は何なのかということを考えて、効果がないものはやらない。効果があるものに特化して、それを少数精鋭で実施していくということが一つ。もう一つは、人事とか健康管理のスタッフだけではなくて、現場をいかに巻き込むかということです。専門家が専門家として幾ら頭を悩ませても、現場と一体化していないとなかなかできないことが多々あるわけです。それを、できるだけ現場に出向いて行って、現場と一緒にやってやることで解決していくことで、メンタルの数も、10 年以上前に比べたら今の方がそれでも多いとは思いますが、2006 年をピークに、ケース数もケース率もここ 4 年ずっと減少傾向にあり、今そういう効果を表わしているということが言えるかと思えます。

◆まとめ～メンタルヘルスの予防がリスクを最小化し、会社組織の力の最大化に寄与する

最後になりましたけれども、おさらいです。働く人の空間とか、働く時間、環境、働き方、これらはますます千差万別になってまいります。IBM は、冒頭申し上げましたとおり、ダイバーシティを重視する経営を今後も続けていきますので、こうした個々人のライフスタイルに合った働き方の多様性を、今後もどんどん促進していこうと考えております。

これは一律の制度とか過去からの仕組みだけでは対応できないということでありますので、一律のクラスルームで行うストレスマネジメント講習とか、そうしたものも大事ですが、それに加えて、現場に自ら出かけて行って、現場のプロジェクトを一個一個アセスしていく、そういうやり方、あるいは、残業時間の増減とかメンタルヘルスの件数の推移をよくよく分析しながら、ここは問題があるかもしれないというところをピックアップして、役員同士の連携も図りつつ、職場の問題解決、あるいはその予防に取り組んでいく。そういったことを今の時代だからこそどんどんやっていくことが必要なのではなからうかと考えております。

それから、これは本当に何度申し上げても申し上げ過ぎることはないと思いますが、産業保健スタッフの仕事だけではこれはできませんので、トップマネジメント、人事もそうですし、現場のトップ、役員たちが、自ら一緒になってこの問題に取り組んでいく仕組みを進めて行き、その中で現場を診断し、ここにこういう問題があるとの認識を共有し、対策を考えます。もしもプロジェクトのリーダーに問題があるのであれば、リーダーは代わ

ってもらった方がいいのではないかとということも含めて検討します。現場と一体にならないとそういう解決方法はとることができません。当社ではそれを実際やっていますし、そういうことで、より包括的にメンタルヘルスの問題にも取り組んでいくことにより、結果的に、メンタルヘルス関連のリスクを最小化し、社員とか会社組織の力の最大化に寄与することにつながっていくのではなかろうかと思っておるわけでございます。

◆ダイバーシティとメンタルヘルス～IBMの取り組み

話を一番最初に戻しますが、ダイバーシティということとメンタルヘルスが、別々のテーマでありながらつながっているのではなかろうか、そういう話をしていきたいということを私は申し上げました。ダイバーシティで、今 IBM は 5 つのカウンシルという委員会を立ち上げていまして、これは社長直属でやっています。一つが、女性の活用あるいは女性のキャリアアップを推進する委員会、コミッティーで、女性の役員が委員長をやっています、女性のダイバーシティ委員会（ウィメンズ・カウンシル）を立ち上げています。

二つ目が、障害を持つ社員の雇用の促進と活用です。これは過去 20 年近くにわたってずっと取り組んできている課題でありまして、これも社長直属のコミッティーでやっております。

三つ目が、外国人の雇用、外国人の活用です。日本で生まれた外国人子女で日本で就職する方々もいれば、日本の大学とか大学院に留学して、日本で働こうという希望を持って IBM に入った方々、いわゆる外国籍の社員が今、約 150 名おりますので、そういった社員の活用、キャリアアップをいかに促進するかを中心の課題としています。マルチカルチャーと言う名称のこの委員会は私自身が委員長をやっております。

四つ目が、いわゆる性的少数派ですね。ゲイとか、レズビアンとか、性的な少数派の方々に対しても IBM はもちろん差別しません。そういうふうな性的志向を持っている方々も同じように雇用し、キャリアアップを図っていけるよということです。これは、副社長が委員長を務めています。

五つ目が、全体を支えるワークライフという委員会がありまして、これは実は一番熱を入れているところでもあります。ダイバーシティと密接に絡んでもありますが、サービスの現場の責任者の 1 人でありまして女性役員が委員長をやっています。

この 5 つの委員会を全部社長直属にして取り組んでいます。実は今六つ目をつくろうとしております。これはクロスジェネレーションといいまして、若者と OB、あるいは、団塊の世代は OB になっていらっしゃる方もかなりいらっしゃいますが、そのちょっと手前の定年間際の人の交流とか、いわゆるジェネレーションを超えて IBM 社員がもっと一つになって、価値観の違いといったものを強みに変えて活性化していこうじゃないかという取り組みで、ジェネレーション委員会というものを今年加えようとしています。これを加えて 6 つの委員会を社長直属で作っております、ダイバーシティの取り組みが、メンタルヘルスとか、そういった職場の環境に関連した諸問題解決に非常によい影響を及ぼしてくれる

のではなかろうかと考えおります。

◆ダイバーシティを促進することが、阻害された少数の社員を引き戻す

例えば部下に外国人がいて、その方は技術はすぐれているけれども、日本語があまりできないというケースがあったとしましょう。そうすると、その職場としては、その人をいかに早く同じチームで戦力化して、同じように働いてもらうようにするか、そういう協業体制をつくるのがよいマネジメントのあり方です。そういうチームワークを醸成して、その外国人の人はすぐれた技術で採用されているわけですから、日本のお客様に行って彼の技術が発揮できるような働きぶりを示してもらい、そのようなことがきちんと実現できているチーム、そういった職場には多分メンタルヘルス問題はあまり発生しないだろうと思うのです。

あるいは、さきほどのクロスジェネレーションの話をしめすと、例えばある年齢を超えて、自分の実績も積み上がったし、定年も近くなってちょっと疎外感を感じているというケースでも、もし会社に、もっと若者と一緒に交流をして、世代をまたがってもう一度チームを組んで、会社の課題解決に向けた努力をタスクチームで一丸となって取り組もうよという仕掛けがあれば、阻害される社員が減ってくるわけです。自分は何となく取り残されちゃった、窓際に追い詰められちゃったと言っている、疎外感を強く感じていた人が、まさにそのことをきっかけに自らをよみがえらせる、そういう一つの契機になるということも言えるかと思うわけです。

そういう意味では、ダイバーシティを促進する、推進することが、少数の阻害されてしまったであろう社員をチームの中にもう一度引き入れて、IBMは、ありとあらゆる皆さんの多様な価値観を全部含めて受容し、許容して、それを企業の強みに変えていく、そういう企業なんだということをもう一度社員によく理解していただいて、その結果として、一人一人が力を発揮できる職場にぜひしていきたいということを、このダイバーシティの6つの委員会を通じて考えるわけです。そうすることが、メンタルヘルスの予防にとっても、非常に効果があるのではなかろうかと思っています。

◆組織の活性化、産業界全体のあり方にプラスになるような人事を

人の育成とか人の成長といったことに心を配る余裕のある企業は、より心の病が少ないというグラフをさきほどお見せしました。そのことと密接に関係があって、会社として、社員一人一人が自分自身のライフスタイル、自分自身の働き方に一番合ったやり方でIBMで生き活きと仕事ができる、そういう職場環境を構築することが一番のメンタルヘルスの予防になるのではなかろうかと思えます。私自身、ダイバーシティとメンタルヘルスという2つのテーマの両立ということ、人事の方向、人事の方針の一番の礎のように据えて、今後とも組織の活性化、ひいては産業界全体のあり方にプラスになるような人事を実施していきたいと考えております。

本日は、どうも長い時間ご清聴ありがとうございました。(拍手)

3. パネルディスカッション

(司会) パネルディスカッションの進行は、株式会社損保ジャパン・ヘルスケアサービス代表取締役社長、小澤正彦が務めさせていただきます。それでは、小澤さん、よろしくお願いいたします。

◆パネルディスカッションの目的

(小澤正彦) 皆様、こんにちは。ご紹介いただきました小澤でございます。レイアウトの都合上、高い席から恐縮でございます。各界の第一人者を前に、ファシリテーションを務めさせていただくということで、非常に緊張しております。長時間になりますので、着席にて進行させていただきます。

今日は、IBMの坪田専務にお忙しい中基調講演をいただきました。お話を伺っていて、ここまで働く環境が変わったかのかというぐらい先進的なお話で、パネルディスカッション前の問題提起としては、成功事例として素晴らしすぎたのかなとも思いますが、良い刺激になったのではないかと考えております。

12年連続の3万人を超える自殺者——自殺が果たしてうつが主原因であるのかどうかは統計学的には証明されておりませんが、少なくともこれだけ長寿、健康、清潔志向が高まる中で、職場や家庭の問題、社会全体の問題の影響による抑うつ状態でもない限り、人間が自ら死を選ぶということはないでしょうから、そういった広い意味で、政府も厚生労働省も、先進国ワーストワンの自殺率の改善に向けて、かなり大きな対策を始めております。労働者の職場の環境を考えてみますと、私も損保ジャパン・ヘルスケアサービス社を創って4年目になりましたが、経営者の皆様、特に今日お集まりの、人事・労務部門の部長、課長の皆様（ご出席のメンバーの方は8割方が人事部門の方です。）にとっては、経営問題としてどう取り組んだらいいのか、抜本的な特効薬がない中で、かつ、先ほどの基調講演でもインテグレート・ヘルスサービスという考え方が提案されましたが、まさに経営資源を統合的に投入する良策はないものか、方向性だけでも何かコンセンサスがとれないものかということが大きな課題になっていると考えます。

そこで、今回は大変挑戦的な試みですが、本日各分野の第一人者の皆様にお集まりいただきました。各分野の第一人者の方々が一堂に会することは、なかなかございません。我が国では学会にしる研究にしる、専門分野別に活動していることが多く、分野を超えた議論の場が少ないというのが実感でございます。本日は、私どもが創業以来、直接、間接にご指導いただき、お世話になっている各界の第一人者の皆様にお時間を頂戴して、極力長い時間パネルディスカッションさせていただきたいと考えております。

私もセミナーによく参加しますが、パネルディスカッションはいつも時間が足りず、実質論議は15分とか20分で打ち切りになってしまいます。ですので、本日は議論の時間を極力多く取ります。前半・後半全体で2時間半弱ですが、前半1時間、後半1時間

ディスカッションいただいて、最後の30分位は皆様からのご質問にお答えいただく時間を取ろうと思っています。会場の皆様には、質問票をお手元に配付させていただいていますので、ぜひ積極的に、一緒に議論に参加いただければと思います。

◆パネリストのご紹介

大体、通常のセミナーですと一言ずつ自己紹介いただくのですが、本日は敢えて、議論を中心にとということで、私からパネリストの5名の皆様をご紹介さしあげたいと思います。お手元の資料に各先生の略歴がございますので、ご確認いただきながらお聞きいただければと思います。

まず初めに、上島国利先生でございます。(拍手) 上島先生には、損保ジャパン・ヘルスケアサービス社の創業以来、直接間接にご指導いただいております。我が国では精神医療の最高権威と私どもも尊敬いたしております。特に、現在話題になっております、かなり進化している薬物療法、我が国の治験、新薬の開発等における審査、なおかつ産業保健のご経験もお持ちになりながら、現在でも精神臨床のお仕事を続けていらっしゃいます。現在は国際医療福祉大学医療福祉学部の教授でいらっしゃいますが、以前には日本うつ病学会の理事長も務められています。著作も、多数お持ちでございます。今日は、精神科の医療だけでなく、日本の医療全体を代表してご意見を賜りたいと思っております。

続きまして、森崎美奈子先生でございます。(拍手) 森崎先生の専門分野は臨床心理であり、我が国の心理職を代表してご登壇いただきました。産業保健、企業の中で臨床心理士が活躍しているケースは非常に稀でございます。森崎先生におかれましては、東芝、ソニーを中心に、企業内メンタルヘルス対策の全国展開のご経験を長期にわたってお持ちです。我が国のメンタルヘルスの歴史をすべてご存知であるということで、今日は、臨床心理士だけでなく、心理職全般を代表いただいてコメントを頂戴したいと思っております。

続きまして、浜口伝博先生でございます。(拍手) 浜口先生は、1985年産業医科大学をご卒業され、以後産業医のプロフェッショナルとして、東芝を始め日本アイ・ビー・エムなど、日米の大企業において、労働者の健康全般の増進・予防・産業保健体制の構築でキャリアを積み、現在も、共同通信社を含む多数の会社にて産業医として活躍されています。産業医活動のかたわら、日本産業衛生学会をはじめ関連学会の理事等、プロフィールに記載のとおり幅広い社会活動を展開されておられます。特に企業のマネジメントをよく理解されている先生ということで、産業医の問題にとどまらず、産業保健スタッフの問題につきましてもご見解をご披露いただきたいと思っております。

続きまして、赤石昌也様でございます。(拍手) 赤石様は、日本アイ・ビー・エム社において、先ほど基調講演をいただいた坪田専務とともに、人事労務、インテグレート・ヘルスという国際的企業における社員の健康増進の企画、立案、運営をご経験なさっていらっしゃいます。本日は、企業の人事労務、マネジメントを代表いただき、ご意見をご披露いただきたいと思っております。

最後に嘉納英樹先生でございます。(拍手) 嘉納先生は、アンダーソン・毛利・友常法律事務所のパートナーで、労働法、人事労務管理の分野において我が国有数の弁護士でいらっしゃいます。労働法務実務の観点から、メンタルヘルスの労務問題につきまして、職場環境、マネジメント、ならびに医療に関する知識、実績、経験をもとにした、率直かつ明快な論理の、非常に深いご意見をお持ちでございますので、今日のご無理を申し上げまして、ご登壇いただいております。

◆企業におけるメンタルヘルス対策のステークホルダー

本日のパネリストの方々、企業のメンタルヘルス対策にかかわるステークホルダーでいらっしゃいます。労働者の皆様のメンタルヘルス問題は、企業の人事部だけが取り組むのではなく、社内外の様々な関係者と連携して解決しなければならないものであり、その利害関係者として、精神科医、産業保健スタッフ、産業医、人事、労働法務の5分野をあげさせていただきました。ここに加えて1名、従業員もしくは家族の問題を代表する方がいらっしゃるというのですけれども、今回のパネルディスカッションは、経営とタッグマッチで、労働者の心の健康問題に取り組むステークホルダーということで、このように分野を絞らせていただきます。

順不同でございますが、経営者、人事労務マネジメント部門ということで赤石様。労務専門の顧問弁護士として嘉納先生。最近ではADRですとか労務紛争処理あっせん問題で社労士もしくは特定社労士もおりますが、法律問題、企業側に立った労務問題のプロフェッショナルということで、その領域を代表いただきます。産業医、保健師、看護職、産業保健スタッフも含めたいいわゆる労働安全衛生法に基づく産業医という立場から、浜口先生。それから、心理職のプロフェッショナルとして森崎先生。心理職にはいろいろな資格があり、我が国には国家資格がございませんので、非常に人事の方も混乱なさっている。臨床心理士、心理療法士という名前もございまして、心理相談員もありますし、産業カウンセラーというのもあります。さまざまな民間のカウンセラーがいらっしゃいますが、森崎先生には心理を扱うプロとしてのお立場からご登壇いただきます。最後に、心の疾患の治療を扱う医療分野を代表しまして、上島先生です。

◆各分野・領域が抱える問題点、障害の発表

それでは、早速パネルディスカッションに入りたいと思います。前半は、各分野、領域が抱える問題点、障害ですね。異業種交流と一緒に、こういったプロフェッショナルの先生方が同じテーブルで、横に並んで論議していただく、そこに経営側の方も入っていただくという機会はほとんどありません。前半では、まずフロアの皆さんも一緒に問題を共有していただくということで、先生が今ご担当いただいている分野の中で、労働者の心の問題を解決するのに最も効果的と考えられるにも関わらず実行できない等、各分野で障害になっていること、問題点を一言もしくは短い言葉でパネルにご記載いただいて、それを

発表いただく、ここから議論を開始していこうと考えております。

それでは、先生方よろしく申し上げます。終わりましたら挙手お願いいたします。既に書いていただいている先生もいらっしゃいますが、そろいましたか。事務局が各パネリストの回答をスクリーンに投影させていただきます。プロフィールをご紹介しあげました順番でご披露をいただきたいと思っております。

① 精神科医の視点から（上島国利氏）

まず上島先生が掲げられました問題点につきまして、スクリーンの方を出していただけますか。先生は前のモニターをご確認ください。「心の問題に対する人々の認識の欠如」と書いていただきました。5分ぐらいでご説明いただけますでしょうか。

・心の問題に対する人々の認識の欠如

（上島国利氏） 今週の出来事でございますが、うつ病の診断書を書いたところ、2人の患者さんが会社から受け取りを拒否されました。気を持ちようだ、こんなに会社が大変なときに、うつ病などと女々しいことを言って休むとは何事だということでした。

一つは青山のエステサロンで、エステシャンになるために地方から出てきた女性が、大変な過重労働を強いられ過労になって、うつ状態になりました。睡眠時間もほとんどとれず、とても大変だろうと思って、「休養を要す」という診断書を出したら、その女性の責任者が、最近の医者なんていうのは診断書を書くに診断書料をもらえるから、こういうのを書くんだと。それで結局休ませてくれませんでした。

もう一人は、ある電鉄会社の子会社のスーパーマーケットの店長ですが、過酷な労働で参ってしまった。その方は定年少し前で、いわゆるメランコリー型と我々言っていますが、まじめで几帳面で、ちょっと融通がきかない。かつて典型的なうつ病の病前性格と言われた、古典的なうつ病の方でございますが、この人は、本当に休ませてあげてほしいと思うんですけど、それも認められませんでした。

うつ病は啓発が進んでおりまして、マスメディアも取り上げる機会が多いし、今日お集まりの方々のように人事をなさっている方はかなり理解されていると思いますが、まだまだそんな職場があるということでございます。精神医学の歴史というのは、スティグマとかそういう偏見と闘っている科でございますが、依然としてこういったことがあるということで、このことを書かせていただきました。

② 産業保健スタッフ、心理職の視点から（森崎美奈子氏）

（小澤） ありがとうございます。まずは全員の先生から、どんな問題点を書かれたかを皆さんにご披露いただきたいと思っております。続きまして、森崎先生からよろしく願いいたします。

・医療職には「事例性」の意識が乏しいのでは？

(森崎美奈子氏) 私は、「産業保健にかかわる医療職には『事例性』の意識が乏しいのでは？」ということです。「事例性」に関して、もしかしたらフロアの皆様方もご存知無いかもしれませんね、いかがでしょうか。

(小澤) ちょっと聞かれたことがないという方、挙手いただけますか。

(森崎氏) 「事例性とは何か？」お分かりいただけますでしょうか。

(小澤) わからない方が大勢いらっしゃいますので、簡単にご説明をお願いします。

(森崎) 「医療職には」と記載させていただいたのですが、実は「人事労務部門の方々や職場の管理監督者にも」と、もう少し広げてお書きすればよかったかなと思っております。私は、先ほどご紹介いただきましたように、企業の人事労務部門でずっとメンタルヘルスの施策に関わってきた者でございます。臨床心理士とご紹介をいただきましたが、従業員の個別カウンセリングに対応するというよりも、むしろ、臨床心理学のスキルによって、「従業員の方々のメンタルヘルス不調をいかに予防していくか、職場組織が健全であるためにはどうしたら良いか」という活動に従事してまいりました。

多分、今日ご出席の皆様と同じような立場であろうと思います。それ以前は、大学病院の精神科等で医療の現場に居りました。

・医療の世界の常識のみでメンタル不調者に接すると本人の問題に適切に対処できない

私が企業に関わり初めて分かりましたことは、一般的な医療の世界の常識・枠組みでメンタル不調従業員に接すると、必ずしもご本人の問題に適切に対処することができないという事実でした。企業の中で特に医療職は、保健師さんとか看護師さん、もちろん私のような心理職、それから産業医の先生も含めてですが、どうも医療的な観点で従業員のメンタルヘルスに関わろうとする。しかし、不調になられた従業員の方は、確かに疾病という問題はおありなのですが、職場の中では、病気だから云々というよりも、「その方のどういうことが職場の中で問題になっているのか」、「何がその方にとって周囲との関係性の中で問題になっているのか」が問題なのです。例えば仕事がうまくアウトプットできないとか、遅刻しがちであるとか、他のメンバーと比較的すぐけんかをしてしまうとか、「はい、はい」と返事はするけれども、ちっともアウトプットが出てこないとか、あるいは会議になると休んでしまうとか、そのような実際の職場の中での現実的な適応状態はどうか、不適応状況にあるとして、そのことを本人や周囲はどう感じているのか、困惑の状況は顕在化しているのかという視点で従業員に関わって行くことが重要なのです。これが事例性という考え方です。

・事例性という考え方

英語でケースネス (caseness) といいます、和製英語です。日本独特の表現といえます。お亡くなりになられた産業精神保健に造詣の深い加藤正明先生がつくられた言葉で、それ

を日本語にすると事例性。

心理職として、「Aさん、Bさんが何々病であるからこういうことが起きている。」というのではなくて、むしろ「Aさん、Bさんの何が職場の中で問題になっているのか。職場がどう困惑させられているのか。それに対してどのように職場は対応したらよいか。」という視点で関わっていかないと、職場の仲間や、管理者や、人事の方々に適切なアドバイスができないということです。

病院臨床から企業に入って、企業の中でメンタルヘルスの施策を立案するに当たって、まず最初に感じたのが事例性の問題です。最近健康増進にかかわられるスタッフの方たちも、この事例性という視点をかなり認識していらっしゃるようですが、「人事労務、管理職の方々も事例性という観点で部下たちの不適應の問題に関わっていただきたい。」が私の主張です。私は「医療職に任せなくても、あるところまでは現場で対応できる、素人だって対応できる、それが企業のメンタルヘルス活動だ。」というふうに今は考えておりますが、産業保健にかかわり始めの頃には、医療職の視点で職場不適應従業員へかかわり、事例性の視点でご本人の問題点や現状把握が欠如しがちであった反省を含め、パネルに書かせていただきました。従業員個人の問題は、組織の反映であるとの認識は重要です。そのため職場不適應状態を従業員個人の疾病性(illness)として捉えてしまうと、組織の問題や背景がみえなくなってしまうのです。

③ 産業医の視点から（浜口伝博氏）

（小澤） ありがとうございます。続きまして、浜口先生の一言を。やっぱりたくさんありますね。「1. Manager のメンタルヘルス基礎知識不良」「2. 過重労働」「3. メンタルヘルスプログラムの不在」。

・人事と産業医の意思疎通ができていないという問題

（浜口伝博氏） ホントはもっと書きたかったんですが、まずはこの3つに留めました。私は日本医師会や日本産業衛生学会で、産業医の研修講師をさせていただいている関係もあって先生方の産業医クオリティに非常に関心があります。今日ご出席の企業の皆さんから頼りにされるような人材をつくるのが私の目標です。

さて今日は多くの大企業の人事労務の方々がいらっしゃると思います。最初にせつかくの機会なのでちょっと皆さんにお聞きしたいのですが、「今いらっしゃる産業医が期待以上の活動をしている、いや期待以下だ、よくわからん」、この三択で手を挙げていただけませんか。お互い隣の企業は誰だか知らないと思いますので（笑）、遠慮なく手を挙げてもらえると幸いです。

産業医が「期待以上の活動をしてきている」というところ、ちょっと手を挙げていただけませんか。

（小澤） 10名ぐらいでしょうか。ありがとうございます。

(浜口氏) 1割強のようですね。じゃ二番目、「期待以下だ」というところ、ちょっと手を挙げていただけませんか。

(小澤) 遠慮がちに手を挙げられていますが、写真撮りませんので大丈夫です(笑)(1割くらいの挙手あり)。

(浜口氏) では「ちょっとよくわからん」というところ。よくわからんが一番多いですね(6~7割が挙手)。どうもありがとうございました。

人事の方にお話しする機会というのはなかなかないので、敢えてここで言わせていただきたいのですが、もしも「産業医が期待以上の仕事をしない」というのであれば、どちらかという皆さんがいけないと思いますよ。その話を、これから少しずつ話させていたどうかと思いますけれども、まずはこのコーナーは5分しかありませんので、いま出した三つを先に話します。

・ Manager のメンタルヘルス基礎知識不良

まず、多くの会社でマネージャーの皆さん、管理職の方の教育が全くなっていません。管理職の方をどういうふうに位置づけて、何を、どのくらい教育して、どういうふうに行動してもらいたいのか、等の意識も計画もない企業がある。だから現場で事例が解決せずに停滞してしまうんですね。

・ 過重労働

二番目は過重労働問題です。現場では過重労働が現実として減らないんですよ。過重労働さえなければこんなの発生しなかっただろう、というケースは非常に多いのですが、そういう事態を本気になって取り組んで無くそうとしない。やる気が本当に会社にあるのかどうかというのがポイントです。「人を大切にしよう」と言っておきながら、片方で労働時間を管理しないとか、マネージャーも管理しない。これはやっぱりちょっと違うんじゃないかなと思います。

・ メンタルヘルスプログラムの不在

三番目、多くの会社でメンタルヘルスプログラムがありません。例えばつい昨年、厚生労働省が復職プログラムの改訂版を出しましたが、皆さんは我が社の復職プログラムを持っていますか？ 皆さん、厚生労働省から今出ている、プロセスフローだとか、帳票フォームとかありますが、あれはそのままでは使えませんよ。あのおりやったら、現場は混乱しますから、皆さんが工夫をして、たとえば帳票フォームも変えて、今の会社の社内体制や社内文化に合うようなフォーム等に変えていかないとはいけません。とは言っても、皆さんは考える時間がないですよ。通常業務や基準法の関連法規を読むだけで手いっぱいでしょうから、労働安全衛生法や労働安全衛生規則、これでもかどってくる通達や指針なんて、読んでる時間はないでしょ。ですから、それらを読み込んで、我が社に必要なかど

うかを考えるのが産業医であって、衛生管理者であり、ナースです。たとえばここ10年間、毎年毎年メンタルヘルスに関する指針が出ていますが、それを今まで、見たことも聞いたことも読んだこともないという産業医は、「退場！」と私は言っています。産業医こそ、常に勉強して情報をアップデートしていなければいけません。厚労省の例示プログラムがあっても、使えないんだから見ていただけじゃしょうがない。自社用にモディファイして運用性を高めないとはいけません。誰がモディファイするか、そういう作業全体を管理するのは人事担当の皆さんだと思うんですが、実際の作業においては産業医等にしてもらった方がいいと思います。過重労働も減らない、それに対するプログラムもない。これじゃ現場はまったく解決しませんよね。メンタルヘルス不調者も増えて当たり前でしょ。ということだけ、まずご指摘させていただきます。

④ 人事労務マネージャーの視点から（赤石昌也氏）

（小澤） 大変手厳しいコメントを、ありがとうございました。フロアの皆様にとって耳の痛いお話ですが、怒らないで、まだ少し議論を聞いてくださいね。（笑）

続きまして赤石様、アイ・ビー・エムにいらっしゃった浜口先生の後でお話ししにくいと思いますが、お願いします。「1. 予防施策の費用対効果」「2. 多様な働き方と復帰支援」ですね。

・ 予防施策の費用対効果

（赤石昌也氏） まさに浜口先生の後には非常にお話ししづらいですね。私も欲張りで2つ書いたんですが、浜口先生は3つだったので、まだいいのかなと思っています。浜口先生からプログラムがないというお話もあったのですが、企業の立場から言うと、予防施策をいろいろと入れて、これまでいろいろ試行錯誤でやっているんですが、費用対効果を見るのが常に難しいところです。

ただ単にストレスチェックを入れても、70%、80%チェックを受けたからいいのかと思ったら、多くの社員が受けることだけがゴールじゃないと思いますし、また、たくさんのお金を投じた割には、復帰、復職にかける手間は常にかかっていたり、復帰した端から新たなケースが発生して休職者が減らなければ、結果的に潜在的な損失も多いということも含めて見ると、一体費用対効果をどのように測ればいいのかは難しいのだと思います。そして予防、予防と言いながら、いっぱい手間をかけた割には、労多くして実りなしということが多いのではないかと。外部に委託するにしても、いろいろなプロバイダーさんが、これはいい、あれはいいというようなことをご提案くださるのですが、本当かなという思いを常に繰り返しているということなんです。やはり企業としては、メジャーメントとしてどういうところにポイントを置くべきか考え、ある程度自社でちゃんと設定してコントロールしていくというのが第一義だと思うんですけども、私たち自身も常に悩みが多いということで（「1. 予防施策の費用対効果」を）挙げております。

・多様な働き方と復帰支援

それから、多様な働き方と復帰支援ということです。我々は、復帰支援プログラムといっても、基本的には専門医のもとでしっかり治していただいた後からの職場復帰ですので、例えばトライアルで3か月、6か月面倒を見る、そういうことは一切しません。基本的には、1週間から4週間ぐらいで職場になじんでもらうことを前提にしています。まずはパソコンの設定ぐらいの簡単なことや、朝9時から6時までの時間の中で粛々とできる事務的なことから始めて、本来の仕事のITプロフェッショナルとか営業職として（元の）7、8割の成果を出せる程度に戻して行くのがベースなのですが、先ほどの坪田の話ではないのですが、多様な働き方が当たり前になると、職場復帰して職場に行っても、職場に同僚が誰もいなかったりするわけです。マネージャーすらいないこともあります。そういうところでどうやって支援していったらいいのか。

そうじゃないにしても、今までは10人で仕事をしていたので面倒を見ることができた、あるいは、小さな組織であっても、その上の組織、部長レベルの組織の中でうまくマネージして、復帰サポート、職場になじむというようなことを手伝ったものが、今まで10人いたのが8人になり、6人になりというと、そういう余裕もなかなかとりづらいという中で、いかに円滑に復帰させていくか。これがやっぱり非常に難しい課題かなと思って（「2. 多様な働き方と復帰支援」を）挙げさせていただきました。

⑤ 人事労務分野専門弁護士からの視点から（嘉納英樹氏）

（小澤） ありがとうございます。それでは、最後になりますが、嘉納先生に問題点をご披露いただきたいと思います。「長期的には…法律・手続きの改正」「短期的には…社内におけるきっかけの除去」とあります。

・短期的には…社内におけるきっかけの除去

（嘉納英樹氏） 嘉納です。よろしく申し上げます。2つ書かせていただきました。短期的と長期的とあるんですけど、4人の先生がおっしゃっていただいたのとほとんど同じこととございます。特に浜口先生におっしゃっていただいたのと全く同じと言ってもいいんですが、まず短期的には、社内におけるきっかけの排除が必要ということです。私のような企業側、会社側に立つ人事労務屋からしますと、何というんですか、会社の方でわきが甘いというんですかね。

・メンタルヘルス発症の確率を高めるきっかけ～セクシャルハラスメント、いじめ

もちろん、実務的に、社内の出来事をきっかけとして生ずるメンタルヘルスの事例はたくさんあって、そのきっかけは、もしかしたら100個も200個もあるのかもしれませんが、そのうち特にメンタルヘルスの発症の度合いというんですか、確率が高いものが当然

幾つかあるわけで、一つは、申し上げるまでもないですけど、セクシャルハラスメントやいじめだったりするわけです。セクシャルハラスメントなんていうのは、男女雇用機会均等法で明文化して禁止されているし、いじめは、まだ法律レベルではありませんけれども、いじめがある場合にはもしかしたら労災に認定されるかもしれないという厚生労働省の通達が2009年4月6日に出ているわけでありまして。このような法律、通達のレベルで明文化されているにもかかわらず、いまだにセクシャルハラスメントなんていう古典的なものが社内にあったり、特に人事の人がなぜか加害者になることが非常に多いんですけど、あるいはパワーハラスメントと呼ばれるいじめも、最近の概念ではありますけれども、非常に多くある。これが一つ。

・メンタルヘルス発症の確率を高めるきっかけ～過重労働

二つ目に、実務上多いかもしれないのは、先ほど浜口先生におっしゃっていただいた過重労働あるいは長時間労働。これは法律で、一応36協定のもとである程度の上限があるにもかかわらず、36を守っていないことが日常茶飯事でありまして。もちろん、非常に忙しいときに、稀に破ってしまうというのはどの企業さんでもあることなので、そこまで縛るつもりもありませんけれども、恒常的にそれがあるといことであると、とても困るわけでありまして。

・メンタルヘルス発症の確率を高めるきっかけ～請負偽装

三つ目にあり得るのは、俗に言う請負偽装ですね。日本の労働法のもとでは、ある会社は、他社従業員に対して、あれせい、これせいと言うことはできない。これが日本労働法を貫く大原則なわけですが、2006年9月4日の通達で、これも非常にいけないということが明文化されているにもかかわらず、これに違反して請負偽装をやっているという状態。あるいは、今はやりの同種の事案ですと、名ばかり26業務。ご存じのとおり、派遣の世界では26個の重要な分野が26業務として取りざたされている。名前は26業務だけでも、実態がそこからはみ出ているというケースについては、2010年2月8日に通達がかちゃんと出ていまして、これについて厳しく取り締まりますよということになっているんですけども、いずれにしても、こういうことが社内で行われているわけでありまして。

以上の3つが、メンタルヘルスの悪化を、結果として、歴史的にというのか、統計的にというのか、非常に引き起こすことが多いことを私は知っていますし、恐らく皆さんも同じような意見だろうと思いますけれども、そういうことが法律あるいは通達のレベルで盛んに言われて久しいにもかかわらず、なぜかうまく管理ができていないということが短期的な視点からの障害でありましょう。

・長期的には…法律・手続きの改正 労働基準法、労働安全衛生法、職業安定法

長期的な視点からは、これは法改正の議論になりますけれども、今の労働基準法は、基

本的に第二次産業、工場労働者等々を前提にしてつくられた1947年の法律で、先ほどの坪田取締役の講演にもありましたとおり、これだけ多様化し第三次産業が基本となっているこの社会において、いまだに労働時間を基礎にして賃金を算定していることが原則なわけですが、果たしてそれでいいのかという問題。それとともに、産業医の義務が明確に示されない労働安全衛生法も、若干古いのかもしれませんが。

また、先ほど申し上げましたけど、例えば請負偽装を取り締まる法律は職業安定法というところにあるわけですが、それが時代に合っているのか。請負偽装の取り締まりというのは、メンタルヘルスが悪化するからあれだけ厳しい取締りが行われたはずであって、ところが、その目的がいつの間にかどこかに飛んじゃって、請負偽装そのもの、あるいは近ごろは、先ほど申し上げましたように、名ばかり26業務そのものについて厳しい取締りが行われるようになっていますが、果たして法律のあり方、実務のあり方としてこれでいいのか。

・裁判官のメンタルヘルスへの造詣、労働基準監督署のビジネスの知識の欠如

そして最後に、長期的に見て、メンタルヘルス等々について最終的に判断をする人たちが果たして人事労務の経験が多いのかどうか、あるいは造詣が深いのかということ。つまり、それは最終的には裁判所の裁判官ということになりますけれども、彼女ら、彼らが必ずしも労働法の専門家ではないにもかかわらず、最終的な決定権者とされている。あるいは、労働基準監督署の人たちは、もしかしたらビジネスというものが何なのか、を充分には知らないかもしれない。知らないんですけど、それにもかかわらず、強い権限を持っている。あるいは、請負偽装や名ばかり26業務については、東京労働局の人たち、都道府県労働局の人たちは必ずしもビジネスを知らないのに、判断権者としておられる。長期的な視点では、法律、手続の改正という実務的、手続的なことも、実態的なことと同様に、検討が必要とされるんじゃないかなと思っています。

◆心の病に対する認識の欠如に対する啓発

(小澤) ありがとうございます。各パネリストの取り上げた問題が揃いました。(スライド上に提示) これだけバラエティーに富みますと、議論の進行は独断と偏見でやるしかないんですが、私の経験から感じますのは、精神疾患に関する正しい情報への関心が最も強い。嘉納先生も、法手続ですとか物事の本質のところを書かれていますので触れたいところですが、まずは精神疾患の診断の難しさとか教育から入りたいと思います。

上島先生の書かれた「人々」というのは、人事の方も、弁護士の方も含めて関係者全部だと思いますけれども、その方々の認識の欠如。それから診断書の問題。

まずは認識の欠如からですが、正しく精神疾患をご理解いただくということで、薬物療法について。いろんな複雑な薬がありますけども、メンタルヘルス教育では、薬は飲まなきゃいけない、すぐにやめてはだめだと教えています。しかし最近、特にNHKの報道以降、

マスコミで多剤投与について盛んに言われていますし、行政からは「向精神薬による自殺のリスク」という通達が出たりしています（資料 2）。上島先生は薬物療法について日本の第一人者でいらっしゃいますので、心の病に対する認識のうち、特に治療法、つまり正しい精神科の治療のあり方と、それを踏まえた上で人事がどういうふうに対処したらいいかというところをまずご説明いただきたいと思います。

（上島氏） 最初に、人々の認識の欠如に対してどういう方策があるかということからちょっと触れさせていただきます。心の病に対する啓発が必要なわけですが、まずはマスメディアなどを通じた社会全体に対する啓発ですね。例えばうつ病学会とか、あるいはほかの学会でも、最近では市民公開講座が必ずあって、特にうつ病など臨床各科はいろんな学会で取り上げられることが多く、一般の方々に知っていただくという努力がなされています。

それから、医師への啓発です。うつ病の人が精神科を最初に受診するのは 10 人に 1 人なんです。ほとんどの方が、プライマリーケアの内科とか、ほかの科の先生のところを受診します。精神科でない医師もうつ病をよく知って、正しい診断をしないといけないわけです。日本医師会の発行する医師会雑誌、これは毎月 7 万部出しています。私はたまたまその企画委員なので、ここでも精神科領域のテーマを提案しています。

それから人事の方をお願いしたいのは、社内報でも何でもよいのですが、うつ病のような必ず治る病気は、例えば昇格、昇進といったことには決して影響しない、不利にならないという啓発をしていただくことです。

◆精神科治療における薬物療法の必要性

そして、さきほどの薬物療法に対するご質問ですが、精神の病気、心の病気は、精神療法、対話なり精神分析のようなもので治すのが本筋だろうとお考えの方が多いですね。ある大学でアンケートをしても、ほとんどの学生が、例えばうつ病のように心の病気に薬を使うなんて考えられない、ショックだというぐらいの意識を持っているわけです、今の精神科の臨床では、薬がなければ何もできないと言っていいぐらいに薬物をよく使うのが実態です。「向精神薬」という名前がついているのですが、これは中枢神経系に何らかの影響を与える薬でございます。その中に抗うつ薬、抗不安薬、抗精神病薬などがありますが、皆様方が日常いろんな意味で接することがあるお薬は、抗うつ薬と抗不安薬だと思っております。

◆抗うつ薬

抗うつ薬というのは、最近では SSRI と SNRI が主流で、今の精神科のうつ病の臨床では、SSRI をまず使うことが多いのです。世界には 6 つの SSRI があるんですが、そのうち 3 つが我が国でも使えます。

SSRI に関しては、これもマスメディアですが、使うと、人を殺したくなるとか、精神的

に賦活されてしまって問題行動が起きるといようなことが随分言われまして、アメリカの FDA（食品医薬品局）が諮問委員会をつくり結論的には、「注意をして使いなさい」ということになりました。特に 24 歳以下の若い人に SSRI を使うと、中には自殺企図や自殺念慮が起きることが多いという統計的な事実がありますから、薬の添付文書にはそういうことが書かれています。

ただ、ほとんどのうつ病の方は、薬物、休養で治すのが原則です。そして最近はそれらに加えて、認知行動療法とか、あるいは、仕上げのところではリワークというようなことで対応しているというようなことがございます。

◆抗不安薬

もう一つ、抗不安薬という薬がありまして、これは不安をとる薬です。またの名をマイナートランキライザー、あるいは緩和精神安定薬といって、日本に 18 種類あります。睡眠薬も大体似たような構造式ですが、この薬は我が国では非常によく使われます。心身症、血圧が高いとか、十二指腸潰瘍があるとか、そういうような方、あとはいわゆるノイローゼの方に使いますが、そんなに大きな副作用ありません。眠気、ふらつきぐらいです。この薬は軽い依存があるので長期に使うことは控えるべきです。日本ではそれほど影響は多分ないだろうと思っております。

◆多剤併用の問題

今日のはうつ病のことばかり言っていますが、なぜかという、企業などで一番問題になる疾患は、昔は結核でしたが、今はほとんどがうつ病だと思っているので、話を簡単にするために、うつ病を例にしてお話をしているわけです。

いずれにしろ、精神科では薬物は主要な治療の手段でございまして、これを適正に使用しないとイケない。それはこちら側の問題です。適正に使用しない医者がいるから、NHKにまで取り上げられる。例えば多剤併用といって、同じ作用の薬を 2 種類あるいは 3 種類を重ねる医師がいます。一番悪いのは、初診のレベルで抗うつ薬を 3 つ、4 つ出す先生。そういった先生がいるものだから、批判されてしまうんです。やはり薬は単剤が原則です。

それから、昔と違って、今は、アドヒアランスという言葉を使いますが、患者さんと医者が相談しながら薬物療法を行います。昔は服薬コンプライアンスといって、医者の指示どおりの服薬をしなさいと、片方が強制力を持ったような言葉があったんですが、今はアドヒアランス、お互いに相談して納得して、患者さんも薬物療法に協力しながら薬物療法を行うという時代になっています。

◆診断書の取り扱いにおいて産業医が果たすべき役割

（小澤） ありがとうございます。次に、浜口先生と嘉納先生に、診断書の問題をお聞きしたいと思います。産業医の教育ができていないという話ですけれども、人事の方がお

困りになるのは、診断書が適切か、どのくらい休むだろうかということですが、それに関して、産業医の先生が内科の先生中心ですと、かかりつけの先生との交渉もできないし、そのまま受け入れざるを得ないという実情があります。お二方のご経験に基づいて、診断書の取り扱い、特に人事労務担当者の対処の仕方とポイントをコメントいただけますか。

(浜口氏) 診断書は、いいのはいいんですが、なかに信用できないのが実際あります。明らかに患者の望み通りにしか書いていなくて、まだ十分治っていないのに復職できるよ、みたいに書いてあったりして、どうもあやしいのがありますね。産業医として面接をするわけですが、結局、これは診断書と現実の所見が違うと思ったら、私は基本的に主治医に会いに行きますね。電話で解決すればそれはそれでいいのですが、主治医の信用の問題にもなりますし、本人の了解をとって直接行きますね。本人がノーと言えば、「あなたの主治医はイエスと言っているけれども、僕はノーだ。僕の判断がもしも間違っているとすれば、あなたの主治医と話をしないとわからないし、もしあなたが僕のアクセスをノーと言うんだったら、話はこれ以上に進まないですよ。」と言うしかないんですね。

とにかく診断書については、産業医としては一種の参考値としてとらえておくというのが实际的です。診断書通りにすべてを進める必要はありません。そもそも診断名もよくわからないというものから、本人の言うとおりの診断名、というものまで、内容がどうも信頼できないというものがあるのが事実です。「先生、私明日から会社に行きたいんです。」「はい、そのとおりに書きます」、「私、先生、明日から行きたくないんです」「はい、明日から会社に行けませんね」と、そのまま書く医者も実際にはいるんです。だから要注意です。

◆「人事労務屋」からするとほぼすべての診断書が信用できない

(小澤) ありがとうございます。まず、お休みに入るときの診断書の問題が1つ。もう一つ、復職の際の診断書ですね。これは特に重要だと思うんですけども、そこもちょっと整理いただいて、嘉納先生、アドバイスをいただけますか。

(嘉納氏) 浜口先生のようなお医者さんばかりだったら、私は本当にありがたいんですけど、多分、人事労務屋からすると、すべての診断書を信用することはできないんじゃないかと思っています。お医者さんの立場から見れば、皆さんの会社の従業員はクライアントだから、クライアントが言うことは、違法でない限り、あるいは相当に不当とは言えない限り書くことが、ないわけではないでしょう。私も一応プロフェッショナルの端くれですから、その気持自体はわからないわけでもないです。けど、お医者さんはそれがどのぐらいのインパクトを与えるものか、多分おわかりにならずに書いておられるんだろうと思います。

◆診断書はほぼ唯一の証拠となりうる

というのは、仮にその診断書だけが唯一の診断書で、それが法廷に出た場合、あるいは

労働基準監督署に行った場合は、裁判官とか労基署の人たちはそんなに医学のことを十分知っているわけでもないですから、プロフェッショナルであるお医者さんが復職可能だと言っている、あるいは復職不可能だと言っている、あるいは、うつ病じゃなくてうつ状態だと言っているというような場合において、その医者判断のとおりなんだなと思っちゃうんだろうと思いますし、それがほぼ唯一の証拠となっちゃうんだろうと思います。

いろんなところで言うんですけど、裁判官や労働基準監督署の人たち、忙しくて時間のない人、忙しくて時間がないと言い張る人を説得するためには、やはり目に見える証拠が一番早く、かつ説得力があるわけです。それがそもそも診断書だったりするわけです。目に見える証拠という、早く、説得力がある証拠がもし信用できないとすると、そこで実務の方向性として崩壊していくというのが非常に大きな悩みとしてあります。

◆主治医の診断書は長期的な視点が抜けている

休職に付する場合の診断書も、大体「うつ状態」とか「抑鬱状態」と書いてあるんですけど、「病名」のところ「状態」が書いてあって、私に言わせれば、『「おなかが痛い」と言って内科医の先生のところに行ったら「腹痛」と書かれた診断書』のようなもので、我々人事労務屋は、その腹痛の原因が例えば胃潰瘍なのか、胃がんなのか、十二指腸潰瘍なのか、そういうことが知りたいんですけど、それが書かれていない。あるいは、浜口先生のおっしゃったように、より詳しい情報が知りたいのに、それが書かれていない。

復職の場合にも、どこから見ても顔が青ざめている従業員が、治ったと言って診断書を持ってくるわけです。やばいだろうと思うんですけど、主治医はやばくないと言うわけです。クライアントとプロフェッショナルの関係はとても大事で、それはよくわかるんですけど、長期的に見て何が大事なのかを考えてほしいんです。短期的にじゃなくて、長期的に見て大事なのは、その従業員が、長期的に見て治って、寛解して働けるようになることなんですけど、短期の視点で、短期的な利益として今この従業員を復職させるべきなのか、休職に付すのか、そういうようなことが、主治医の場合にはあくまで短期的にしか考えられていないような状態で、それがちょっと私たちの悩みです。

◆産業保健スタッフに期待される役割

(小澤) ありがとうございます。ここまでの話の流れでまいりますと、精神科の主治医を代表されている上島先生のお立場が不利になっていますので、(笑) 防衛するではないですが、ちょっと森崎先生にお聞きします。

スーパー産業医の浜口先生みたいな方は少ないと思うんですね。だからこそ産業保健スタッフというのがいて、特に心理職も活躍してほしい。このときに、診断書の意味するものが産業医に直接行くのではなくて、その間に立って、事情聴取をして何かの情報をもって正しい判断を提供することはできないものか、その辺の観点をちょっと。病名ではなくて事例性が大事だということもおっしゃっていましたので、そのあたりを含めて産業保健

スタッフに期待する役割をお願いいたします。

◆本当に就労できるかどうかを決めるのは会社側であるという認識

(森崎氏) そういう意味では、「休業を要する」という診断書が出てきたときには、例えば患者さんである従業員が主治医にお願いして書かれたものであったとしても、それを「ノー」と言うことは会社としてはできないのです。「休め」という診断書であるならば、休んでもらうしかないし、「休むのはノー」ということを会社は言えない。

しかし、復職に対しては、会社側の人事労務スタッフや健康管理にかかわる産業保健スタッフにもぜひ認識していただきたいと思うことは、「就労可」との診断書が提出されても、本当に就労できるか否か、復職に関しては会社側が決めるという事です。

主治医が「就労可」と言っても、それを「ノー」と言うことはできるわけです。なぜならば、復職の基準は企業によって微妙に違いはあるのですが、いずれにしても「一定の時間就労できること。業務遂行が可能であること。安全に職場生活が送れること。」という前提で復職を認めるからです。ですから、浜口先生がおっしゃったように、真っ青な顔をして、これで仕事できるのかというような人に対して、「診断書はオーケーだから就労させなきゃいけない」「専門医の言うことなのだから・・・。」という様に企業の担当者たちが思ったら、それは大間違いということなのですね。

そこら辺の認識を持っていただくことが、とても重要です。先ほど、病気であるか否かはさておきと申し上げたのは、例えばその従業員の方が本当に職場に戻っていらしたとき、一定時間就労できるのか、アウトプットはどのくらい可能か、就労条件を守るか、毎日一定の時間に通勤できるか、本人の職場生活に安全配慮できる上司・職場か、就労による再発再燃の可否、等々をきちんと見きわめる事(見立て・アセスメント)が健康管理担当の産業保健スタッフの役割だと思います。多くの企業では、そういったことを担当していらっしゃる方は、多分、看護師さんとか保健師さんで、心理職というのは、まだまだ企業の中では少数派だと思います。

◆スーパー産業医は少数、会社側は産業医を上手に巻き込む

あとは産業医の先生ですけれども、産業医の先生たちを上手にメンタルヘルス活動に巻き込むことです。

それが出来るのは会社側の姿勢にあると私は思っております。なぜならば、浜口先生のようなスーパー産業医は本当に少数しかいらっしゃらないわけです。多くの場合は、開業医の先生に、例えば月何回とか週1回という形をお願いをしている、あるいは、健診機関の先生に産業医業務をお願いしているという現状です。そうすると、産業医の先生は、契約はしているけれども、「僕は専門家じゃないから」と大概お逃げになりがちです。皆様方の企業の産業医が「主治医である専門家、つまり、精神科医や心療内科医が良いと判断したのだから、復職させて良いのではないか」との見解を示したときは、会社は産業医に「ノ

一」と言わなくてははいけないわけです。産業医が専門家であるか否かは別として、従業員がどんな職場環境の中で、どんな仕事をして、どんなことを求められるのか、安全に就労できるかどうか等々、それらを産業医はわかっていらっしゃるはずでしょうから、その観点で復職の可否を考えて欲しいということを、会社側がきちんと主張なさることが必要なと思います。

◆産業保健スタッフの役割は産業医のサポート、人事・従業員との橋渡し、主治医連携

しかし、産業医の先生は日数的に余りおいででないから、あとは、私たちのような健康管理を担当しているスタッフ（保健師さんや看護師さんや心理職）には、復職したいと言ってきた従業員ときちんと面談をし、アセスメント（見立て）をしていく力が必要なのです。少し宣伝をさせていただきたいのですが、心理職はカウンセリングが専門だというふうにご認識いただくことが多いのですが、実は、心理測定も、組織診断も、健康に関するプログラム企画も、教育も、やらせれば結構やれる力があります。なおかつ精神医学の臨床知識もあるので、もし心理職をうまく人事部門に採用していただければ、心理職ならだれもが大丈夫ということではないのですが、結構機能するはずなのです。

某大企業でも、人事部門に私と同じような仕事をしている方がいらっしゃいます。人事の立場できちんと従業員に接するし、仕組みもつくるし、時には大変厳しいことを従業員にも言うし、時には面談をしてサポートもするということで、心理職は、保健師さんや看護師さんのような純粹の医療スタッフでないだけに、逆に、事務的な部門での活躍もできるはずです。

そういうことで、心理職に限らずですが、産業医の先生をサポートしながら、従業員との橋渡しをし、そしてなおかつ主治医の先生に連携をとれるような産業保健スタッフを、それぞれの企業の中に1人でも2人でも置いていただけると、非常に良い復職や休業中の支援もできるかなというふうに思います。

（小澤） ありがとうございます。時間が超過しておりますので、ちょっと調整させていただいて、ここで休憩をとりたいと思います。

休憩後すぐにアンケートと次の課題に行こうと思いましたが、赤石様と浜口先生に職場復帰のところでちょっとディスカッションさせていただいて、それから最後のソリューションの方のテーマに移りたいと思います。

（司会） それでは、ここで10分間の休憩とさせていただきます。会場前方の時計で10分後より再開いたしますので、お時間までにご着席ください。

ご質問がございましたら、質問票をご提出いただきますよう、よろしく願いいたします。

（休憩）

(司会) 再開させていただきます。

(小澤) 休憩時間に多くのご質問をいただきまして、拝見しますと、8割方が職場復帰のタイミングや診断書の問題となっています。従いまして、少し予定していたシナリオを変えまして、かつ、赤石様から費用対効果の問題についてのコメントもありましたので、休職に入るときの診断書と、特に戻ってくるときのポイントですね。職場復帰の問題で、経営上、人事として赤石様、新しい取り組みとして現場（オンサイト）に行かれているとのご紹介がありましたので、その辺、産業保健職を使ってどんな取り組みをなさっているか。できれば5分ずつで。時間があっという間に経ってしまうので、よろしくお願いします。

◆人事と産業医がチームになって、診断書を判断することが必要

(赤石氏) 話し出すと尽きないですけども、まず、先ほどの流れで診断書ですね。もちろん、診断書は最優先ですが、冒頭の上島先生のお話のように受取を拒否することはしませんが、例えば「1年の休養を要する」といきなり出てくると、「えっ、本当？」と思いますよね。6か月でもおかしいかなと。あとは働けない理由を書いてあったり。あるいは逆に、「復帰可能」とだけ書いてあっても、もう少し休んだ方がよさそうに見える、とか本当に難しい。診断書は信用すべきものと、錦の御旗みたいに思わざるを得ないところがあるのですが、ここはやはり企業の人事労務と産業医の腕の見せどころだと思います。

産業医は、職場の状況、職域での判断ということで専門性を発揮するわけなので、別に精神科である必要はないわけで、この会社の仕事に戻れるかどうか、を会社の特性を踏まえてみてくれればよいのです。例えば「復帰可」となっているも、専門医の方が判断する復帰というのは、単純な仕事を繰り返すだけなら復帰可能なのかもしれない。ところが、企業にもよるでしょうけれども、弊社のような場合は、事務作業とか単純なルーチンワークは子会社に全部出していたり、あるいは海外に出していたりということで、復帰したら、軽微な仕事ではなく、即お客様の所へ行くとか、あるいは即ITのソリューションを考える仕事につかざるを得ないような環境にあることを考えると、弊社では復職可能ではない。それを判断するのは産業医の力だと思うのです。そういう意味では、診断書を見て、おかしくないかと人事も見て、産業医が、この会社の特性からするとおかしいなとちゃんと判断できるようにすべきだし、そういう産業医になってくださいと、教育ではありませんが、一緒にチームでやっていくという意識にしていくのは、人事労務の努めだと思います。

◆主治医・産業医のコミュニケーションの壁に苦労

疑問の残る診断書なのに、診断書どおりに対応しましょうということになると、ガクッとずっこけてしまうんですね。なので、そういうふうにならないような判断をしていたきたいし、そのためには産業医と主治医の連携も必要があると思います。しかし、やっていてちょっと難しいなと思うのは、主治医と産業医との間でのコミュニケーションはなか

なかとってもらえない、とりにくいのが実情なのかなということです。あるいは、産業医から主治医に働きかけても、主治医があまり取り合ってくれなかったり、そちらで勝手に考えてくださいと言う主治医の方もおられる。でも、ここで情報を交換することが、社員本人にとっても、会社にとっても最終的にプラスになるはずなのです。この辺のしがらみがあるのかないのかわかりませんが、そういうところでいつもつまずいて苦勞が耐えない。やはり復歸のときに苦しむことが多いです。

◆産業医に働いていただく実践的な方法

(小澤) ありがとうございます。浜口先生がご指摘されたとおりにということになります。先ほどの質問の中に、「浜口先生のような産業医はどうやったら探せるか? どこにいるか?」というものがありました。それから、選任された産業医を人事のスタッフが変えることは、私の経験でも非常に難しいのではないかと思います。その場合に、人事部門の方が産業医の先生に最低限のレベルのお仕事をしていただく実践的な口説き方といいますか、働いていただくための方法についてアドバイスいただければと思います。

(浜口氏) 冒頭、産業医の先生方がうまく働いていないとすれば、それは皆さんのせいです、なんて大変失礼なことを言いましたが、大変申しわけございませんでした。皆さんは産業医を雇うときに契約していらっしゃると思いますが、そのときに、「私たちは先生にご来社をお願いしたいと思います。ついては先生にこの業務とこの業務をしてほしいからです。」と言うべきなのです。それもなるべく具体的に。産業医の先生方に高いお金を払いますよね。高いお金を払って、「適当にやってください」ではだめですよ。高いお金を払う以上、何をしてほしいかということを確認に伝えなければいけません。例えば我が社は1000名です、ここ3年で2名が自殺しました。何とかして欲しくて先生をお願いしたのですと言わないとだめです。

◆産業医にもコストパフォーマンスを適用すべき

皆さん企業ではよく「コストベネフィット」「コストイフェクティブ」ということを言いますよね。IBMの坪田さんもコスト、コストとおっしゃっていました。しかし産業医のことになるとコストという観点がなくなってしまうんですね。皆さん、それでいいんですか。こんなにコストをかけているのに産業医として全然パフォーマンスがないなんて、それでいいんですか?

例えば、復職のプログラムのどのステップにも産業医が登場しない。あるいは、先生が「イエス」と言ったから復職させたら、全部1か月後には再発してしまって結局休みに入ってしまっている等々。健康診断だって、保健指導だって、過重労働だとかメンタル指針においても、産業医の業務や関わり具合については全部(通達に)書いてあるんだから、しっかりと最低限の活動はしてもらいましょうよ。例えばメンタルヘルスにしても、平成18年3月の通達にメンタルヘルス指針がありますが、その中にも産業医は何々しろと書いて

である。ぜひ産業医の先生に役割をしっかりとやらせてあげてください。それができるのが産業医なんですから、当たり前のお話です。

◆復職プログラムの必要性

皆さんも既にご存じのように、臨床的に治ったということと、仕事ができるということは全く別次元の問題です。病気が治っても仕事ができるとは限りませんし、治ってなくても仕事ができないということでもない。これらをどうやってチェックするかです。例えば面接していて、「昨日は何時に起きたの?」「昨日は朝の 9 時に起きました」と答えれば、朝 9 時に起きている人が、明日から仕事ができるわけじゃないですか。ですので自分たちでチェックリストなどを作っておくことも方法です。また復職に際しては、本人が本当に復職したいと思っているのか? 家族も OK を出しているのか? 復職先は受け入れ準備は済んでいるのか? 加えて、我が社は 8 時間勤務ができない限り復職できないという会社もありますので、本当に 8 時間勤務を開始できるのか? などについて検討しなければなりません。逆に、半日勤務から出社ができるという会社もあります。会社によってすぐまちまちなのです。そういう条件を含めての復職プログラムを作らないと有効に使えません。

障害者職業センター等ではリワークプログラムがあります。東京では上野と立川にありますが、そういったシステムを利用して復職準備プログラムを行うのもいいですね。そういうプログラムを参考に産業医に作ってもらうのはいかがですか。皆さんでは恐らく作れないと思いますから、プログラムを産業医に作ってもらうんです。産業医側も喜ぶと思いますけどね。

◆復職プログラム作成について

(小澤) ありがとうございます。人事労務担当者がよく悩まれているのは、ドクターの場合、我々事務職がやっているようなマニュアルを作るとか、今お話に出たようなチェックリストの企画作成のような実務、これを最初から先生にやってくれと言うと、非常に長時間がかかる。いわゆるビジネススキルを持って、産業医の先生が話されたことをうまくまとめ上げられるような産業保健スタッフがいらない。例えば先ほど森崎先生がおっしゃったような心理職でこれができれば最高なのですが。赤石様もご経験があると思いますが、どうしても、医療専門職でない、例えば企業内の事務職、人事労務担当者などが、先生がおっしゃったいろいろなことを全部一から僕（しもべ）のように、負荷をかけて作らざるを得なくなってしまうことが少なくないと思います。

(浜口氏) でも、復職プログラムは厚生労働省が既にひな形を出していますから。あれを使ってちょっと作ればいいだけですよ。

(小澤) 難しくないですか。

(浜口氏) 作れるような人を産業医にすべきですね。

(小澤) わかりました。

◆「信頼できる」医師を見つけることの困難さ

(嘉納氏) 浜口先生のおっしゃるとおりです。私は人事労務屋にすぎませんが、会社の人事労務担当者から見れば、やっぱりお医者さんって偉いんです。すごく偉い。もうすごいです。私などが隣に座らせていただいているのかというぐらい。

(浜口氏) いやいや、何をおっしゃいますか。

(嘉納氏) いや、本当です。我々弁護士は、間違っただアドバイスを企業や会社にしてしまったら、明日から要らないといわれる身分なのです。企業や会社の方は我々弁護士に対して非常にシビアなのですが、お医者さんには本当に平身低頭。東京のお医者様は、ある程度ビジネス感覚をお持ちの方もおられるかと思いますが、東京から距離が離れるに従って、お医者さんはその地域で相当偉い、すごい人という位置づけを、個人的には感じています。

今日は大会社の方もおられると思いますので、東京以外にいろいろな営業所や支店を全国に多分お持ちだろうと思いますが、それぞれの地方で信頼できるお医者さんを探されます。信頼できるという意味は、偉そうでなくて、きちんとビジネスもわかってくださって、説明もきちんとわかりやすくしてくださって、会社の立場にも立ってくださる。そういう方を見つけるのは本当に至難のわざでありまして、第一にすごく偉いと思いきまされてしまう。第二に信頼できる方がほとんどおられない。ということで、2人の先生方にぜひそこはご解説をいただきたい。

◆産業医は人事のサポートをすべき、と教育しているが…

(浜口氏) 私は産業医の教育講師をさせていただいていると紹介しましたが、講義では私は、産業医は人事のサポートをすべきと言っています。産業医は人事の側に立ってまずは行動してみてください、と言っています。何を勘違いしてか、「人事は敵だ」と言っている産業医がときどきいるのですが、それは互いが特殊な人間関係なんでしょうね(笑)。人事をサポートすることが会社をサポートすることになるし、それは結果的に従業員をサポートすることになる。そういうことを言うと、「産業医は中立であるべきだ」とか、「俺は産業医の前に医者なんだ」とか、声高に言い出す先生がいて、そして労働安全衛生法より個人情報保護法の方が優先するなんて言い出すような人もいます。こういう安全配慮義務優先を理解していない先生方も時々いらっしゃるので皆さんもときどきお困りのことと思います。残念なことに、要は産業医とは言っても不勉強な方もおられるので皆さんの方でよく吟味いただく必要があるんです。

◆産業医問題

(小澤) 浜口先生のお話を伺っていると、メンタルヘルス問題、産業医問題が非常にシ

ンプルであつという間に対応できそうに聞こえるので、何を悩んでいたんだろうと皆さん思ってしまうかもしれないですが、私はそんなに簡単にはいかないと思っておりますので、もう少し掘り下げたいと思います。政策論でいきましたも、今、産業医は何名ぐらい全国にいらっしゃいますか。

(浜口氏) 今、日本医師会の認定産業医という認定書をもっているのが7万5000人程度だと思います。

(小澤氏) 産業医大は国策大学として設立後ちょうど32年目ですが、産業医の養成専門学校という意味では世界でも珍しいですね。

(浜口氏) はい、産業医学の専門家を作るという意味では世界で唯一の国立大学ですね。

(小澤) 定員の一学年100名全員が産業医になっても産業医の充足には大分時間がかかりますね。そうしますと、法律上、企業は産業医として開業医の先生、臨床の先生を登録せざるを得ないという問題がありまして、今日の参加者だけでも約170社として170名、全然足りません。この辺も含めてどうしたらいいか。私は、ドクター、産業医の先生だけではなくて、コメディカルのところの協力も要ると思います。上島先生、精神科医の立場で最近では産業医への就任要請が多いと思いますが、いかがでしょう。トレーニングという意味で、クリニックの先生に産業医を委嘱された方がまだ内科の先生より良いのかどうか。予算もありますので、1人だけ任命したいという場合、いかがでしょうか。精神科医の先生は産業保健については非常に不得意な方が多いような気もいたしますが、いかがでしょうか。

◆精神科医を産業医として雇うことは大変、だからこそ産業医と主治医の連携が大切

(上島氏) 精神科医も産業医の仕事を理解して、両方を兼ねてできる人が望ましいようなことは我々の学会でもよく言っていますが、少なくとも、精神科医で常勤の産業医をしている人はそうはいないのではないかと思います。

我々としては、企業が産業医のほかに精神科医をもう一人雇うというのはなかなか大変なことなので、産業医の先生と主治医の連携をよくすることが極めて大切だというふうに思います。先ほど診断書のこといろいろお話がありましたけれど、主治医は企業の現場を知らないんですね。患者さんからそれなりのことは聞いているけれど、それ以上のことは知らない。そうすると、患者さんがこうしてくれ、ああしてくれと言うと、まずそのとおりに書くというようなことがあるものですから、確かに信用はできない。

しかし、統合失調症という病気がありますが、そういう病気の人が、かつてある大きな企業で、製造機を食物を作るところに何か投げ込んだりしたことがあって、復職可能であると診断書を書いた精神科医が企業から訴えられた。カルテには、まだ幻覚、妄想があると書いてあって、しかし復職可能であると。そういうようなことがあってからだんだん精神科医の間でも、きちんとしたことを書かないと、という風潮がでてきました。先程の嘉納先生のご指摘のように、長期的に考えたら、患者さんのためにも実はその方が良い。そ

のかわり、企業の方でも多少欠陥が残る病気でもその病気を理解して上手に使ってほしいということです。今は世の中が厳しいので、なかなか企業はオーケーをしてくれないというようなことはあるかと思えますけれど。

◆安全配慮義務の履行と雇用の問題

(小澤) ありがとうございます。残り時間が短くなってまいりました。

最後に1点、質問にもありましたが、雇用の維持、労働基準法上、日本は非常に解雇をしにくい法体系になっている中で、休職ぎりぎり、本人も無理だとは承知しながら、かつ主治医は無理かなと思いつつも、復職可と診断が出てこざるを得ない。そういうときに、解雇権の濫用と言われたいのために、休職規定の満了をもって安全配慮義務を果たしたという主張をするしかないと思うんですけども、このあたりにつきまして、企業のリスクマネジメント、安全配慮義務の履行という観点で、注意事項といいますか、嘉納先生コメントをいただければ。

(嘉納氏) 日本では、2008年3月から新たな法律――労働契約法――が施行されています。労働契約法の第5条に、先ほど浜口先生のおっしゃられた安全配慮義務ということが明文化して書かれているわけです。これによると、簡単に言うと、企業というものは従業員の生命、身体について配慮しなさいと、平たく言えばそのように書いてあるわけです。

同じ労働契約法の16条にある条文は、客観的な立場から見て、まあいいんじゃないのという場合には解雇していいよという条文も明文で盛り込まれているわけです。客観的な立場から見て、まあ解雇してもいいんじゃないのという場合に解雇できると言っているのは、要するにどういう場合に解雇できるかについて何も言っていないに等しいわけですが、何も言っていない労働契約法の16条というのは、今までの判例上で大体4つ位のカテゴリーに分類でき、かつそれしかないだろうと言われてます。

一つは、従業員が余りにもとんでもない就業規則違反をしたので、仕方なく解雇する。例えばパワハラとかセクハラとかで解雇するような場合。二つ目は、従業員のデキが目を覆わんばかりに悪くて、どうしようもなく解雇する場合。三つ目は、その従業員が私的な病気、けがのために労務提供できない場合。四つ目に会社が左前の場合。この4つです。

◆解雇の実務上の困難さ

問題は、三番目のプライベートな理由の病気、けがということになれば、まさにメンタルヘルスが主として本人の側の理由で生じた場合で、かつ労務提供できない場合には解雇できるというのが、労働契約法16条が言っていることです。それは法律上そのとおりであって、「解雇できますか」という問いに対する回答は、「法律上はできますよ」というのが正しい回答です。では、実務上はできるのかというお話は、ここにおられる人事労務の皆さんは、労働法の場面では、法律に書いてあることと実務は余りにかけ離れているという

のはご存知だと思いますので、労働契約法 16 条がいかにか言おうと、実務上はすぐさま解雇することはない。理由は何かというと、すぐさま解雇するようなことがあったら、多分、次の日に労基署に労災申請されたり裁判所に訴えられたりすることになるからです。そのリスクは時間的、費用的に計り知れない。そういう混沌の中に企業が自ら身を置くことになります。

◆実務での着地点

それを避けるためには何とか着地点を探らなければいけないということで、実務上優れているというか、ほぼ唯一のやり方は、主治医が言っていることを吟味する意味で、信頼できるお医者さんからセカンドオピニオンをきちんととって、復職が不可だということと、主原因がどちらかということと本人側にあるのではないかということ、できればこの 2 つをきちんととって、ただ、それでもすぐは解雇せずに、労災手続や訴訟に巻き込まれることのバスターとして、ある程度の経済的なパッケージを示すことによって合意離職を図るというか、合意退職を図るというのが実務で最も多くやられていることですし、かつ、皆さんもそうやられていると思います。

その目的を達成する手段の 1 つとしては、復職の場合には、主治医の診断書だけではなく、主治医と会って話を聴けるという条文と、セカンドオピニオンをきちんととれるという条文と、社外のデイケア施設を利用できるという条文と、社内の復職プログラムのある程度の概要みたいなものも就業規則という物体の中に書いて、従業員に対しては、この条文を根拠にあなた方に対してこの命令を出しますというような形で、企業は予防的に自らを守っておく。これが、その目的を達成する手段だろうと思うところです。

◆企業の役に立つ弁護士・産業医はいくらくらいするのか

(小澤) ありがとうございます。嘉納先生のアドバイスは明快ですけれども、顧問弁護士の世界でも、労務人事担当者からいうと、先ほどの産業医と同じように弁護士の先生もあごで使うわけにいきません(笑)。今のお話のような就業規則を作ることになって、そのような整備をしたくてもお金と時間がないというときには、どうしたらよろしいでしょうか。

嘉納先生にお願いすると、良いものは高い。浜口先生も結構高いですね。相場観のようなものがあるのではないかと思います。フロアの皆さんもご関心があると思います。今、東京地区だと、優秀な産業医はどのくらい出さなきゃ来ませんよ、ということをご存じない企業が多い。例えば地域で、嘱託産業医の名前だけ貸すというケースがないわけではなく、むしろ非常に多いような気がしています。やはりここは、診療報酬体系の外側で自由な市場原理でやっていますので、このあたりが結構ポイントではないかと思いますが、勉強されて、優秀な人にはそれなりに払いなさいということもあるでしょう。弁護士と産業医というのは、その相場観、レポートをとらないと、人事は社長に言えませんから。ちょ

っと失礼な話かもしれないですが、安かろう悪かろうということはあると思います。

◆産業医の相場観

(浜口氏) たぶん報酬は弁護士の先生の方が高いのではないかと思います(笑)、一応産業医の場合をご紹介します。報酬についてはほしい都道府県医師会で内規を持っていて、50人ぐらいの会社の嘱託産業医になるという条件でいえば、月にほしい5万くらいではないでしょうか。会社に行って帰ってロスタイムも入れるとどうしても半日はかかりますよね。

しかし、5万円だと、一般の開業医が自分のクリニックで半日開業していれば、当然5万円以上稼ぐわけですから、まあ、流行っていないクリニックはだめですが、それ以上払ってあげないとまずは先生方のモチベーションが維持できないと思いますね。5万円だと、産業医はそのうち欠勤しますよ(笑)。

(小澤) ちょっと産業医の資料を画面に出してもらえますか。

(浜口氏) 先生方の感覚は、医師がどこかのクリニック、もしくはどこかの病院に外来の担当として半日アルバイトに行くところのくらいではないか、と知っているところからこの金額を出しているんだと思います。上島先生、今も医師の半日アルバイトは大体5万くらいでしょうか。こんなところで先生にふるとまずいかな(笑)。

(上島氏) 精神科医は安いから。

(浜口氏) よく産業医研修会で先生方に「5万円出したら行かれますか?」と聞いてみると、6割の先生方が手を挙げます。しかしこれは私の偏見ですが、5万で行くという先生は世間相場を全く知らないし、おそらく産業医の勉強をまともにしなくてもまあ大丈夫、なんて思っている先生かもしれません。私は産業医の仕事が5万円で売れるようなものではないと思っていますからね。こういう先生は、おれはメンタルわからないよ、メンタルヘルスは別の人にやってもらってくれ、なんて平気で言うのではないのでしょうか。それより、高血圧いないのか、糖尿いないのか? そんなレベルで終わるのかもしれませんが。だから、5万では期待できる先生は来ませんので報酬を皆さん上げてください。では幾ら出したらいいい先生が来るかといったら、それは地域によってもことなるし、業界によっても違うんでしょうが、まあ最低10万ですね。15万出したらもう大丈夫です。そうしたら毎回、「おい、今日は仕事ないか」とか、「今日は来る日じゃないけど、何かないか?」とか先生方の方から連絡が入りますよ。先生方によく話をしますが、産業医として契約をしたら、産業医は24時間、365日その会社の安全衛生健康管理の面倒を見るわけですから、5万をもらって、半日だけの産業医という職務の考え方があり得ないんですよ、と言っています。「先生、うち社員が失踪しました!」「先生、深夜に事故が起きました。」なんていう連絡が入ったら、すぐに出かけて必要な産業医としての対処をしてもらわないといけませんよね。それが産業医として当たり前ではないですか。嘱託産業医だろうが専属産業医だろうが法律上は差はないんですからね。だから、5万で手を打ってはだめだ

と逆に先生方に言っています。

◆産業医の費用対効果を高めるために

(小澤) ありがとうございます。これは意外とビジネス視点でのディスカッションで、相場観が最もわかりにくいのが、特に定価のない産業医業務かと思います。顧問弁護士の方がまだ相場観というのがあるような気がします。

それから、もう一つは、労働安全衛生法上の産業医の義務というのはほとんど記載がないんですね。これは、私は問題だと思っているんですが、浜口先生のように、ペイをちゃんと出せば、使命感を持ってやるべきことをやってくださる先生はいらっしゃると思います。これは企業側も、IBMさんはどのくらいの相場観をお持ちか後でちょっとお聞きしたいですけれども、首都圏と地域では違いますし、医師会の規定というのは、最低水準はわかりますが、最低月1回の巡視義務でさえなさっている産業医の先生は少ないとも伺います。唯一2つの義務、衛生委員会への出席と巡回義務が明記されております。これは罰則ありますか。後でちょっと嘉納先生に伺ってみたいと思いますが、罰則が緩いような気がします。

ところが、企業の責務は労働（安全）衛生法にたくさん書いてあります。これを読んでいない方が多い。企業がやらなければいけないこと、従わなければいけないことがたくさん書いてありまして、左側は空白が多いですが（資料3）、産業医の権限はものすごく強いというふうに理解しておりまして、投資として、3万でも価値がないものは投資ゼロですね。20万でもいいバリューがあれば、費用対投資の問題で、価値が100万あれば20万でもいいと思うんですけど、この辺含めましていかがでしょうか。一言で。

(浜口氏) 産業医の職務については労働安全衛生法には総論的な記述しかありません。労働安全衛生規則でも、健康管理に関する事とか、作業環境管理に関する事等となっていて、具体的な記述がない。だから、逆に皆さんが決めていいんですよ。先程の繰り返しになりますが、我が社に先生に来てもらったのは、これとこれをして欲しいからだ、例えば、健康診断の精度を上げてほしいんだ、健康増進してほしいんだ、あるいはメンタルヘルスプログラムを作ってほしいんだ、と明確に先生に伝えることです。言ってくれば先生方はやりますよ。言わないからやらないんですよ。先生方は真面目な人だから、皆さんが言ってくださればやりますって。言ってくればくれるほど喜ぶます。ぜひお願いします。

そして皆さんの方も、3万、5万じゃなくて、15万出すとすれば、こんなに払っているんだから働いてよという気持ちになるじゃないですか！ だから、双方がハイパフォーマンスを約束し合って、社員のために企業が勝つために産業医は必要なんだ！ そういう合意というか、信頼感というか、期待感がすごく大事だと思います。産業医の先生方はみなさんから期待されていることに大いに喜ぶますよ。

◆特定社労士と弁護士

(小澤) ありがとうございます。では、嘉納先生に、弁護士の問題と、通常の顧問弁護士の活用と、それから特定社労士もうまく使えないかということで、ライバルの話になるかもしれませんが、弁護士会は非常に注意をしている特定社労士の問題を。これは72条の非弁の問題といつもせめぎ合いであると思いますが、特定社労士がどの程度能力があるかも含めて、言いにくいでしょうけれどもお願いします。

(嘉納氏) 社労士の先生はとても優れています。私は、残念なことに、人事労務以外の分野をやったことがありません。それで15年位経ってしまいました。が、これは例外です。弁護士というのは、普通は何でもやる。お医者さんの世界は分科して分かれていますけど、弁護士というのは基本的に何でも屋であるというのが歴史的にはあります。従って、弁護士の中で、例えば私のように人事労務しかやらないというのはほとんどいない。我々のような大きな事務所にはいますよ。私がいるような300人規模の弁護士事務所には、一人一人の弁護士が例えば特許の専門だとか、銀行法の専門だとか、知的所有権の専門だとかがあります。が、普通の弁護士の先生方は必ずしも分科しているわけではありません。

かつ、我々のような300人ぐらいいる弁護士事務所は、残念ながら確かに高い。これは本当に申し訳ないですけど、我々の基本的な……。こういうことを話す場面ですか。(笑)

(小澤) 申しわけありません。非常に実践的な話で。

◆顧問弁護士の相場観

(嘉納氏) 我々は1時間当たりの単価が決まっています。掛ける、その弁護士のかけた時間、例えば皆さんと会議を持ったり、皆さんと電話会議を持ったり、皆さんから送られてきたメールを読んだり、皆さんに意見書を書いたり、その総合時間、要するに何分というのを単純に掛け算をするわけです。それが大きな事務所の費用の出し方で、普通の弁護士の先生は、例えば1件当たり幾らとか、1か月幾らとか、そういう計算の仕方だと思いますけど、我々は、本当に申し訳ないんですが、1時間当たり幾ら、掛ける時間ということになります。

社労士の先生だからまずいというようなことも全くなくて、私も尊敬できる社労士の先生は数多く存じ上げていますので、我々のような大きな弁護士事務所に頼むのが高いということであれば、実際高いと思いますので、社労士の先生をお使いになるのは何の問題もないと思います。

◆社労士は相手方との直接交渉ができない

ただ、社労士の先生ができないのは、相手方との直接交渉です。これが禁じられているわけですね。我々弁護士は、法律上の問題については、いかなることでもできるということになっているので、労働者側の弁護士や労働組合や労働者側の人たちとの折衝も我々弁護士がやるのは違法ではないわけです。が、社労士の先生は基本的に相手方との折衝はで

きないことになっている。例えば労基署と話すときも、労基署に対して直接物を言うたてつけにはなっていないはずです。労基署の人たちが目の前にいて、労基署から何か問われれば、会社の人に、その質問についてこう答えなさいと目の前で言って、それを会社の人が答えるというのが本来の正しいやり方で、法律上はそうなっているはずですが、実務上はそんなことをやっていたら大変ですから、社労士の先生が直接労基署の監督官に答えますけど、本当はそこには疑義があるはずですが、ただ、それは実務上行われているので、我々弁護士は別に目くじらは立てませんけれども。

◆IBMの費用対効果の測定方法

(小澤) ありがとうございます。それから赤石様に、ちょっとお答えしにくいかもしれないですけど、一部前半の中で質問があったのですが、費用対効果のはかり方について、差し支えない範囲で、IBMさんでは何をもってメンタル問題の効果として評価をなさっているかというのを、ご披露いただける範囲内で一言コメントをいただけますか。

(赤石氏) 悩みとしても挙げていて、決め手はないかなというのが答えです。一番代表的なのは、各社さんやっておられると思いますけれども、いわゆるケース数の減少、対前年で減っているかどうかということですね。ケース数というのは、休業者または何らかの勤務制限がかかっている者の数の推移ですね。それから、新規でケースになる数の推移が対前年でどうだったかということ、これは重視しています。あとは総休業日数が対前年比でどうだったか。

これらは大事な指標として継続的に見ていますが、経営者は、こういう数字が四半期ごとによくなるのではないかと思っている節もあるので、成果の有無の見せ方は難しい。ただ、短期でもできなくはないという思いでやらないと、「結果はなかなかすぐには出ないんです」なんて言っている限りは、いろいろなことに総花的に投資したり、プログラムを試すだけで終わってしまって、結果は横ばいだったり、調子がでません。もちろん横ばいでよしよしという場合もありますけれども、高い目標を常に置いて見ていくことは重要です。ただ、費用対効果の追い方という意味では、アウトソーサーなんかには頼むものも含めて、どれだけ会社が投資しました、その結果、削減できた費用、対前年で休んでいる人が減ったということであれば、休んでいる人に対して休業の補償も出しているわけですから、その分と相対してどうなのかということも見ていくポイントなのかなと思いますが、いろいろな定義が考えられることもあり、恥ずかしながら我々もきちんと計算しきれていないのが実情です。しかし定義を定めて、短期・長期で追っていかなくてはならないと思っています。

◆うつ病の場合の適切な休職期間

(小澤) ありがとうございます。上島先生と森崎先生に、最後に、診断書の問題につきまして、ご経験豊富なのでうつ病のケースで結構なんですけれども、うつ病の診断書が普通

に出てきたら、私の感覚ですと1か月休職と書かれる方がすごく多い。もしくは3か月。最終的に、丁寧に治療をして、医療の目的である社会復帰に戻れるような適切な期間としては、企業側は平均的にどのくらい休職期間を見ておいたらよいかという目安のようなものをお教えてください。産業衛生学会での統計等は私どもも把握しておりますが、臨床の現場で見てどのくらいかということ。個人差はあると思いますが、通常のうつの場合、早過ぎる復帰をしない、適切な復帰という観点では最低でもどのくらいの期間が必要かを、コメントできる範囲内で、上島先生と森崎先生から一言ずついただけますか。

◆最近、治療期間が長引く傾向にあり、診断書はまず1か月から

(上島氏) うつ病というのは、病相があって良い時と悪い時を繰り返すことがある病気で、良いときは全く普通と変わりません。まず初発例ですと、3か月も治療すると、それなりによくなります。その後6か月ほどの維持療法をして、大体1年以内によくなるだろうということで、初発で割と典型的なうつの人であれば、少なくとも3か月でまずよくなります。ところが最近、1年を超える人がかなりの数出てきたんですね。うつも、場合によっては2年、3年治療しなければいけないというような時代になっているのです。

先ほど診断書の期間のお話がありましたが、我々がかつては、うつ病の診断書というのは、まあちょっと休みなさいということで2週間程度を書くことが一般的でした。ところが、それではとても対応できないということが大体わかってきてより長い休養を要すると書くことが多くなりました。まず診断書は1か月程度場合によっては3か月程度をめどにします。初発例で6か月見ていただければ復帰ができる。非常に順調にいけば3か月ぐらいを目標にしています。

◆企業側は健康管理スタッフにアドバイスを求めてくる

(小澤) ありがとうございます。森崎先生からコメントは何かございますか。

(森崎氏) 上島先生は、医療の現場から専門医としてのご意見でしたが、私は企業の中でということ。うつということで診断書が出てきた従業員の方に対しては、私たち健康管理担当の者が人事部門や職場の方に、「どのくらい休むのかね」と聞かれます。急に休まれたりすると、他の人を充当しなければいけない。ご本人を待っていてもいいのか、他の人を手配した方がいいのかとの相談があります。最初の診断書には「1か月の休養を要する」と記載されていることが多いようです。1か月と主治医の先生が最初お出しになるけれども、多分1か月の職場復帰は難しいでしょうね、最低でも3か月と言うふうに申し上げています。しかし、3か月でスムーズによくなる方は最近少ないような気がいたします。半年ぐらいかかるような感じでございます。ですから、企業の中では、初発の方ですけど、半年ぐらいをめどに、半年たてば職場に戻ってくる。早くて3か月ぐらい。そのため、仕事によっては、他の方を充当しなければいけない場合もあるかもしれないということを申し上げます。

◆診断書は従来型うつも最近のタイプも「うつ」とでてくる

それから、うつという診断書ですが、これは企業サイドとして申しあげますと、いろいろな状態の方がみんな「うつ」という診断書を出してくるのです。「うつ」が多様化しているとの印象を受けます。従来型のメランコリータイプの方たちは大体予測がつくのですが、そうでない、比較的現代型のうつと最近言われているような方たちへの対応はなかなか難しいです。現代型といわれるうつの方は、比較的すぐ復帰しがります。1か月も休んでいると、すごく元気になって、職場に戻りたいということをおっしゃるのですが、復職しても、またすぐ調子が悪いと言ってお休みになるものですから、会社には、相当慎重にきちんと対応すること、主治医と連携をとって情報確認することをして欲しいと申し上げています。従来型のうつと、そうでない最近のタイプとでは対応が異なることを、健康管理スタッフは人事の方にはご説明しているという状況です。

◆会場からの質問：ならし勤務・リハビリ実施企業数と有効性、期間

(小澤) ありがとうございます。16時40分までお時間がございます。幾つかまだ論議していないところのご質問を会場の皆様からもいただいていますので、私の独断と偏見でピックアップさせていただきたいと思います。

職場復帰に近いですが、ならし勤務、仮入社と言ったり、リハビリですね。企業内で行う、ならし勤務の有効性なり期間の問題が2つ来ていますので、1点読み上げさせていただきます。

「メンタル疾患によって休職後復帰する際、ならし勤務制度を実施している会社は実際のどのくらいあるか」。これは統計がないので難しいですが、「その有効性について伺いたい」。そのご質問と、「休職者が職場復帰する場合、受診機関でのリワークを経て、職場でのならし勤務を行った後に正式に復職しています」。これは素晴らしいと思いますが、その「職場でのならし勤務ですが、どのくらいの長さ(期間)をとればいいのでしょうか」。これは、法的観点、医療の観点、両方あると思うんですけども、「労災保険の関係もあり、余り長くは勤務させることはできないのですが、いかがでしょうか」というご質問が来ています。こちらは就業規則の規定にもよるんじゃないでしょうか。

◆会場のならし勤務導入企業数

(浜口氏) 小澤さん、会場の方々に挙手でアンケートをとってみてはいかがですか？ ならし勤務を導入されている企業はどのくらいあるか。

(小澤) 休職期間中のならし勤務の規定をお持ちの場合と、復職してから、時間短縮で給与も圧縮しながらと、2通りあると思うんですが、休職期間中に、本人の同意をとってなさるというケースが多くて、嘉納先生、弁護士からいうと労災の問題がありますので、強制すると非常に問題があるというふうに理解していますが、両方あわせて規定をお持ちだという皆様、挙手をお願いします。…結構少ないですね。

(浜口氏) 2割ぐらいですかね。ありがとうございます。

(小澤) マニュアルも含めて、規定まで行かなくても、事務ルールも持っていないということですね。以上を踏まえまして、1分か2分ずつ、4先生と、赤石様も含めて、ポイントだけお願いできますか。では、嘉納先生から。

◆リハビリは事業場外で実施すべき

(嘉納氏) 私がお勧めをするのは、事業場外のリハビリというのか、デイケアというのか。名前はともいいですけど、ある一定の時刻に一定の場所にいないといけないというのが基本的な従業員の義務なので、例えば朝8時半始業、朝9時始業というときに、指定された時刻に指定された場所に来られないというのは、我々は、労務提供できないというふうに見ざるを得ないわけですね。そのところは、会社に来させる方法でやり始めると、本人もためらったり、周りもおもしろくなかったりするんで、社外でやった方が良いのではないかというのが一つ。

◆ならし勤務には労災の問題もあるが、どういう仕事を与えるのが永遠の悩み

それから、社内で、その期間が終わった後にならし勤務を実際にやる場合には、多分労務の提供とみなされてしまうので、給料の発生とか、もし通勤途上で何かあった場合に労災になったりする可能性が出てくる、ということのほかに、実務上、我々人事労務屋は、復帰後にどういう仕事をさせるのかということで頭を悩ませるわけです。それは復職の前、デイケアの場面も同じなんですけど、仕事に近いものを与えなきゃいけないわけですが、仕事を与えられないわけでしょう。仕事を与えたら大変なことになるんだけど、仕事と全然違うことも与えられない。では、仕事に近いことって何だ、そんなことどうやってやるんだというのが我々実務家の永遠の悩みでありまして、そこはお医者さんの先生、産業医の先生と一緒に悩まなきゃいけないということですね。

◆ならし勤務はフルタイムで仕事をしないということ、ルール化が必須

(小澤) 浜口先生、お願いします。

(浜口氏) ならし勤務というのは、いわゆる本格的な通常勤務までに至らない前段階での勤務ですよ。復職前に行うのか、復職後に行うのか、は会社によって異なると思いますが、向こう2週間は2時間就業時間を短くして様子を見ようとか、あるいは、向こう1か月は残業なしにするとか、向こう1か月は夜勤なしにするとか、という場合の勤務をさすんだと思います。病み上がりなので当初からフルパフォーマンスをさせるとせつかくの体調回復を障害させてしまっはいけないと思っているからです。

では、その手加減程度を誰がどのように決めるのかというと、実態はほとんどが産業医だと思えますよ。それは基本的に産業医の権限——権限という言い方は変かもしれませんが、産業医の判断によって就業上の措置事項が提案されるからです。産業医としても

就業を開始するに当たり、何を、どのくらいさせてよいか、について会社側に提案をすることが求められていますので必要と思われる事項はすべて書き上げざるを得ない。でも産業医の意見だけを尊重していると、結果として半年間も半日勤務をしていましたという人が出てくる。それではならし勤務の意味がなくなっちゃうし、職場の士気の問題にも波及することになる。こういうことを起こさないためにも産業医ができる措置基準についても全部ルール化しておく必要があります。

◆ならし勤務は休業中のリハビリではないか

(小澤) 森崎先生お願いします。

(森崎氏) 浜口先生がおっしゃったのは復職してからということなのですが、通常、「ならし出勤」とか「ならし勤務」というのは、休業中のリハビリという形でだと思っただけですね。そうすると、労災保険法の問題が絡み結構難しいことが生じます。休業中に事業場内に本当に立ち入らせていいのかという問題と、会社が認めたということになれば、何かあったときに会社の責任になりますよね。

幾つかの例をご紹介したいと思います。種々問題は有るがそれでも休業中の「ならし勤務」をするという企業はあります。2009年に職場復帰支援の手引きが改訂されましたね。その中で、企業は極力、社内ルール、規程・規約の中でリハビリ実施を検討して欲しいと企業側へ投げかけているのですが、それを前向きに進めている企業は結構最近出ています。休業中にやっている企業があります。いざ問題が生じたときに企業の法的な責任は回避できるのか否か疑問は残るのですが、「うちの会社には復職に際して〇〇の支援の制度があります。ご本人が望むなら、休業中に通勤のトレーニングの援助をする制度があります。ついては、利用しますか、しませんか」。つまり、復職のための義務ではなく、あくまでも従業員が望んだから手助けをしたのだということで「ならし出勤」等を実施している企業があるのです。ですから、交通費等は勿論支給しませんし、事故等が起きたときも本人の責任で対処するとの一筆を取っているのです。本当にそれでリスク回避できるのかという問題は今後のペンディングです。

それから、休業中は職場に行ってはいけなから、健康管理室に出向く。でも、健康管理室だって事業場の中でしょうと思うのですが、その企業は、職場ではないというふうに一応企業の中でコンセンサスを得て、毎日朝出てきて、産業医の先生や看護師さんに会って、そこで半日とか1日過ごして帰っていくということで通勤の練習をしているところもあります。

◆労災の問題で、仮復職とする企業もある

それから、労災保険の問題があるからということで、とりあえず復職したことにして出社練習をするという仮復職制度を採用している企業もあります。正式復職ではないのですが、復職出社したことにして、上限1か月間にわたって通勤のトレーニングと少し業務的

なトレーニングをします。賃金は一応支払われますが、時間給です。途中で難しくなったら、もう一回休業に戻すという規程を決めた企業もあります。それぞれの企業がいろいろと知恵を絞りながらやっているのが現状ではないかと思います。

◆復職後の疾病休業リセットまでの期間は検討が必要

それから、復職して3か月たつと、多くの企業が疾病休業のリセットになってしまうのですね。最近では、きちんと復職した後、半年間ぐらいをフォローアップ期間として、その間に調子を崩したら、疾病休業を再開するとルール変更をする企業も出てきています。それによって、ご本人たちの早まった復職の気持ちを抑え、十分療養に専念することを目指している企業もごぞいます。

そんなところを情報提供ということで。

◆リワークの是非

(小澤) ありがとうございます。上島先生お願いいたします。

(上島氏) 患者さんによってさまざまな形をとるんですが、我々が一番目標にしているのは、リズムが整うかどうかということを見ています。

(小澤) いわゆる医療行為としての「リワーク」について余りご存知ない方がいらっしゃると思います。うつでも、精神保健治療の中で施設を持って、クリニックで医療のリワークをされています。この辺の中身の簡単なご紹介と、積極的に活用していいものかどうか。行列になっているという話もありますが、いかがでございましょうか。

(上島氏) 今のところよく聞こえてくる声として、リワークは良いという声が多いですね。そもそもプログラムに入る人を厳選しているところの成績は良いようですね。

リワークをやっておくと、せっかく職場に帰ってもまた悪くなるという再燃を防げるとするのが一番です。リワークというのはセッションが決まっていますから、だらだら長くやらないんですね。12回なら12回のセッション。それで帰ると再燃、再発を防ぐという意味では、今評価は結構高いですね。

(小澤) 待ち時間ですとか予約のとりにくさはかなりございますでしょうね。

(上島氏) 話を聞くと、なかなか入れないというようなことがあるみたいですね。

(小澤) 立川の方も、確かに障害者のリハビリセンター、心身のところでプログラムが非常にいい。ただ、何百人というウェイティングリストがあるようですね。

(浜口氏) となりますと、実際は利用したくても利用できないということですね。

(小澤) ですから、緊急度の高い企業側に立つとやはり使えない、と言う点は問題かなと。最後に赤石様、一言お願いします。

◆IBMの事例

(赤石氏) 弊社の事例ということで言えば、森崎先生がおっしゃっていたような形で、

休職の最後の期間に、復職可能そうだねということであれば、試験入社という形で、出だし短時間をまぜることもあります。基本的には通常の勤務時間出られるかどうかというのを大体2~3週間見ます。そこはまさに出だしは生活リズム。実際には休職中なので、これをやるのはリスクを伴っているとは思っています。やらなくてもいいのかなという思いは少しあったりもしますが、一方では、復職するのだという意欲が社員にあるのなら、本人からそういうトレーニングをしたいという思いを持ってもらいたいということも正直あります。なので、これは本人の同意のもとで行っています。ただ、リスクゼロではないだろうなというのはわかってはおります。

そういう意味では、100%完全に通常勤務にしようといった後も、残業禁止だとか、残業20時間とか、残業30時間とか、こういう制限があるのをうまく利用していくのであれば、手前の試験入社なしで復職させるというのが次のステップなのかなとは思いつつも、今は、その手前での休職期間とかぶった試験出社を、現場も、復帰したいという本人からも、両方のニーズがあるにはあるので、現在のところはそういう仕組みを入れているということです。いわゆるリワークについては、もっとインフラが整わないと企業としては使い勝手がまだまだよくないかな、という思いがあります。

◆まとめに向けて

(小澤) ありがとうございます。残念ながら残り時間5分になりましたので、1分ずつでは無理かと思えますけど、最後に先生方から一言ずつお願いしたいと思えます。全体の議論は、方向性を見出すというチャレンジをしたわけですが、会場の皆様も幾つかお感じになることもあると思えます。本パネルディスカッションを通じて気づかれたこととか、異分野のところで議論することの有効性や成果ということでお感じになったことを、パネリストの皆様から一言ずつ。順番は今度は逆に赤石様からお願いします。

①人事労務マネージャーの視点から～ワンチームで専門家とやっていく

(赤石氏) まずは、産業医の方、それから主治医の本当に治療をやっている臨床の方とのコミュニケーションとか情報交換をもっとうまくできないのかなという思いがあって、こういうところでご活躍されている先生方にぜひそういうアプローチも推奨していただきたいということとがひとつ。

それから、もうひとつは、企業で産業医の先生、弁護士先生を活用する上では、先生方にまかせっきり、あるいは、意見されたとおりにしてしまうだけ、というのではもったいない。企業のミッションや事情をよく理解してもらって、企業としてやりたいことをいかにしてやるかを一緒に考え、同じチームで問題解決をしていくんだ、ワンチームでやっていくということなしにはいい成果は出てこないと思うのです。私が産業保健チームのリーダーをやっていたときにも、「今会社でこういうことをやっているんだ」というのは、常々ミーティングで共有しましたし、逆に企業側に、一緒にやっ行って行こうという思いがないと、

どうしても壁があつてうまく物事が回らないと思います。企業としてはそういうところを意識しながら、ワンチームで専門家たちとやっていくということを考えれば、そして、ビジネスに貢献する産業保健という視点で産業医やスタッフ自らが動き、成果を出してくるようであれば、費用対効果のところもまあまあいいのかなと思えてくるのではないかと思います。

②精神科医の視点から～トップの決断、チームの役割分担、システムの整備が重要

(小澤) ありがとうございます。

(上島氏) これはよく言われていることですが、トップの決断というか、トップがメンタルヘルスに力を入れるというようなことは非常に大事だと思います。それから、今、医療はかなりチーム医療になっているんですね。メンタルヘルスに関して、チームのそれぞれの職種の人たちが自分たちの役割をはっきりさせて、しかも、その中で風通しをよくして、外部の機関ともうまく情報のやりとりをすることが大切だと思います。

もう一つは、システムを会社の中できちんと構築すべきだと思います。どこに相談してどういうことをしてもらえるとというシステムがないと、なかなかメンタルヘルスはうまくいかないのではないかと思います。

③産業保健スタッフ、心理職の視点から

～システムの徹底、管理職の目配り、発症の背景の要因分析、主治医との連携が必要

(小澤) ありがとうございます。森崎先生、お願いします。

(森崎氏) 上島先生のご意見につなげて、システムはできているけれども、従業員も管理職も知らなかったというところも結構あるのですね。ですから、ぜひ、その仕組みをつくったら、それを徹底して周知することが大切かと思えます。そういう流れの中でキーになるのはやはり現場の管理者やチームリーダーであるという観点で、ぜひその方たちに、メンタルヘルス活動は特別な専門家がやることではなく、日々の労務管理の中での目配りとか気配りとか心配りの中にかかわっていくことであると啓発していただきたいのです。つまり、スーパー産業医とかスーパー保健師さんとかいう方が世の中にはおいでですけれども、そういう方がいなくても職場のみんなでも推進できる。現場の管理職をサポートするのは人事労務担当であり、そして健康管理を担当している産業医、看護師、保健師さんたちであり、関連部門の連携をぜひおつくりになっていただきたいことと、それから復職に際しては、外部の主治医の先生とどれだけいい連携がとれるかです。

そして、復職に際して、できれば一人一人の従業員の方の発症した背景にどんな問題があったのか、そういう要因分析をしていただけると、もしそれが職場の問題であるならば、再発、再燃を防ぐ形での受け入れ態勢ができるわけですね。個人の問題で不調になられる従業員の方も多くいらっしゃるのですが、職場にもし何かトリガーがあったとしたら、それは何だったかというようなことも主治医の先生から産業医を通して情報が得られるよう

な、そういう仕組みづくりをぜひしていただければというふうに思います。

④産業医の視点から～役に立つ産業医の人事による教育を推進してほしい

(小澤) ありがとうございます。浜口先生お願いします。

(浜口氏) 今いる産業医が皆さんの役に立っているかどうかというのが私の最大の関心事です。ここ20年ずっと産業医教育に関係してきましたので非常に気になっています。同時に全国の産業医の職業意識調査も行っておりまして、たしかに産業医の意識も変化しつつあります。先生方は、何をすることが皆さんの役に立つことかがわからないので、ぜひ、冒頭から申し上げていますように、皆さんから産業医にフィードバックしてあげてほしいんです。フィードバックしてあげないと、何をすることが、自分がこの会社で役に立つことなのかということがわからないんです。ですのであらためてお願いですが、お互いにぜひコミュニケーションをしていただきたいと思います。

世界広しといえども、一国に産業医の認定証をもつ医師が7万5000人もいるなんていう国は日本しかありません。7万5000人も産業医がいて、それでいて毎年毎年の健康診断の有所見率が上がっているんです。メンタルヘルスでの労働災害認定件数も上がっている。7万5000人の産業医はどこで、どのような活動をしているのでしょうか？ 現象をそのまま追えば、産業医の数が増えれば増えるほど、健診の有所見率が上がり、メンタルヘルス労災事例が増えているという構図になるのです。変な世界ですよ。

産業医の先生方がちゃんと知識を持って、スキルもつければ、皆さんの役に立つんです。でも、何が足りないよとか、何をもっとしてほしいとか、先生、ここがこうだから役に立っていないよ、というのを言ってほしいんです。言っていただければ足りない部分をきちんと補いますから。そのためには皆さん、今いる産業医をチェックしてください。チェックリストを作って、我が社の産業医活動としてはここが足りない、ここもやってほしい、1年ごとでもいいんだけど、それをやってご本人にフィードバックしてほしいと思います。そうすると、お互いに良質な緊張感と期待感ができます。産業医は、自分の会社が何で困っているかを知ることができます。そうすると報酬だってきっとあがるでしょ(笑)。このままでは、うちの会社で何をすることが本当に自分が評価されることなのかかわからないんです。ぜひ、皆さんと産業医とでコミュニケーションをしてください。

⑤人事労務専門弁護士の視点から～就業規則の整備ときっかけの除去を進めてほしい

(小澤) ありがとうございます。では、最後の結びで、嘉納先生お願いします。

(嘉納氏) パネルディスカッションに参加して良かったのは、上島先生の非常に専門的なご経験と知識を伺ったことと、浜口先生のように、医者に物を申すということが許されるんだということを知ったことです。私が懇意にさせていただいている少数のお医者様は確かにそうおっしゃっていただいているんですが、これをこのような大きな場で公に伺えたというのは、とても私にとっての収穫でありました。

皆さんにお伝えしたいことはたった 2 点しかなくて、就業規則をきちんと整備してくださいということ、その就業規則の中には、先ほど先生方がおっしゃっておられたようなことをどんどん入れて、プログラムの概要であってもいいし、私は近ごろ、うちの会社で「復職可能」とは何ぞやという定義まで入れ込んでしまうことをお勧めしています。

もちろん、これが裁判所でどこまで通るかは別ですけど、裁判官に物を示すときには、何も無いより目に見える証拠があった方がいいというのは冒頭に申し上げたとおりで、従ってうちの会社で復職可能というのはこういうことをいうという定義まで入れ込んでしまうという就業規則の整備。それと、例えばうちの会社の休職というのは権利じゃなくて会社が命ずるものなんだと。大体普通の会社は権利のたてつけになっているんですけど、権利ではなくて義務、あるいは会社が命ずるものだというたてつけもそうですが、そのような就業規則の整備とともに、冒頭に申し上げた、きっかけとなり得るような事象の除去、例えば浜口先生がおっしゃった長時間労働であったり、あるいは私が申し上げた名ばかり 26 業務や請負偽装であったり、最も深刻なのはセクシャルハラスメントやいじめをできるだけ未然に防ぐことであったりするわけです。

特に近ごろ、いじめなどは、パワハラという名前と言われて非常にうるさくなっていますけど、皆さんからご覧になると、従業員を教育している、訓練している、叱咤激励している、どこが悪いんだというふうに開き直る管理職の方もおられるんだろーと思えますけれど、教育訓練や叱咤激励とパワハラはやっぱり違うので、先ほど浜口先生がおっしゃられた、そこが管理職に対する教育の一環として私がいつも思っているところでなんですけど、うまい具合に叱らないといけない。近ごろは、うまい具合に叱るのが管理職に求められる資質の一つなんです。それができないと、管理職失格であり、本人が足をすくわれる以上に、会社が足をすくわれてしまうので、叱るならうまい具合に叱る。そういうことをパワハラと言われぬように気をつけていただきたいなと思います。

◆最後に

(小澤) ありがとうございます。まだまだご質問、ご関心がある方は、この後先生方に残っていただきますので、懇親会の場合でも更にざっくばらんに本音を聞けると思っていますので、ぜひともご参加いただきたいと思います。

長時間にわたりまして誠にありがとうございました。私からも一つだけ言わせていただくと、費用対効果のところでは相場観について、先ほど素晴らしい話があったなど。ドクターの先生もなかなかご自分の値段をおっしゃりにくいんです。やっていただく先生に対して、時間単位で 3 万とか 4 万、一流の完璧にやったださる先生は結果的にバリューの方で安くつくなど、4 年ほど経験して感じております。例えば臨床心理、カウンセラーの皆様で、実力のある方は、個人のカウンセラーでも大体 1 万円は軽く超えます。1 万、1 万 5000 円とありますし、相場観みたいなものを経営者——上島先生がおっしゃったとおり、トップを説得して、良いものはブランド物と同じように、サービスは目に見えませんが、こ

のくらいのものを投資して、月 1 回でもきちっと訪問いただいて、きちっと効果を出していくというところがポイントかなと。

それからコーディネーション、かつコメディカル。医療職の教育で、人事担当者は企画から何かからかなりご負担がありますので、その間を人事担当者がサポートする。それから、各分野の先生方の間を効率よくコーディネートするような人材の存在がどこかに必要だなということを改めて感じました。

時間を少しオーバーいたしましたけれども、長時間のセミナーご参加、大変ありがとうございました。先生方もありがとうございました。(拍手)

4. 閉会挨拶

(司会) 改めまして、パネリストの先生方ありがとうございました。皆様、もう一度盛大な拍手をお願いいたします。(拍手)

最後に、株式会社損害保険ジャパン ヘルスケア事業開発部長、松原茂登資より、閉会のご挨拶をさせていただきます。

(松原茂登資) ただいまご紹介いただきましたヘルスケア事業開発部長の松原でございます。本日は、お忙しい中、しかも、これだけの猛暑の中多数お集まりいただきまして、本当にありがとうございます。やや時間が延びておりますので、簡単にご挨拶させていただきます。

今日のセミナーは、今までのセミナーと違ひまして、各界でご活躍されている先生方にお越しいただきまして、専門家の立場を含めてお話をいただきました。司会をした小澤さんも相当苦勞されたと思いますが、先生方のご支援、ご協力のおかげで、主催である私の方も非常に楽しくお話を聞かせていただきました。本当にありがとうございました。

損保ジャパンは、小澤さんが社長を務めさせていただいております損保ジャパン・ヘルスケアサービス社という、従業員の心の健康増進によって企業さんを元気にしようという会社の一つ、それともう一つ、2008年の4月から義務化されました特定保健指導、いわゆるメタボ指導ですね、これを中心とした健保組合の組合員さんの体の健康づくりをご支援する全国訪問健康指導協会という2つの会社を持っております。

皆様ご存知のとおり、損保業界は、この4月に、損保ジャパンと日本興亜損保が立ち上げましたNKSJホールディングス、東京海上ホールディングス、三井住友海上さんを中心としたMS&ADホールディングスの3メガ体制にほぼ集約をされておまして、競争が激しくなっている状況でございますが、グループの会社の中に、心身両面にわたる従業員並びに組合員の方々のご支援をさせていただく会社を持っているのはNKSJグループだけでございます。その特長を生かしまして、今日お集まりの皆様方も含めまして、日本の企業様を元気にするご支援をしていきたいと思っておりますので、ご要望、ご意見等ございましたら、お声をどんどんいただければと思っております。更に重ねましてご支援をあわせてお願いできたらと思っております。

最後に、本日お集まりいただきました皆様方のご健勝とご活躍を祈念いたしまして、閉会のご挨拶とさせていただきます。本日は誠にありがとうございました。(拍手)

(司会) これをもちましてセミナーを終了させていただきます。本日は、お忙しい中最後までご参加いただきまして、誠にありがとうございました。

なお、今後の参考のため、アンケートへのご回答をお願い申し上げます。アンケートは、会場出口にある箱にお入れいただくか、お近くのスタッフへお渡しください。

また、お配りいたしましたお水は、環境への配慮により、中身がある場合はお持ち帰りいただければありがたく存じます。空の場合は机の上に置いてお帰りください。

最後に懇親会につきましてご案内申し上げます。懇親会にご参加いただける方は、会場出口でネームプレートをお受け取りになり、お名刺を入れてご着用ください。お名刺のない方は、紙とペンをご用意しておりますので、会社名とお名前をご記入いただき、ご着用ください。

会場は43階になりますが、まずはエスカレーターで1階にお下りくださいますようお願い申し上げます。1階にて係員が誘導いたします。また、お帰りの方の出口も1階になりますので、エスカレーターでお越しくください。

それでは、皆様、本日はありがとうございました。(拍手)

(了)

セミナー講演録

ヘルシーカンパニー創造を通じた日本元気プロジェクト
『人的資本への戦略的投資としての前向きメンタルヘルス』
～企業内外の社会的資源が抱える問題と解決策の方向性～

発行日 2010年10月15日

発行者 株式会社損害保険ジャパン ヘルスケア事業開発部
〒163-0510 東京都新宿区西新宿 1-26-2 新宿野村ビル10F
電話 03-3349-3502 FAX 03-3349-4065

URL <http://www.sompo-japan.co.jp/>