

演題： IT産業における復職の取り組み（メンタル疾患）

講師： 富士通健康推進統括部 メンタルヘルスサービス部
臨床心理士 福井城次先生

三宅先生（司会）：

今日は私ども富士通の健康推進統括部のメンタルヘルスサービス部、臨床心理士であります福井先生に色々心の健康問題により休業した職員に対する職場復帰支援、そういう取り組みにつきまして色々お話を1時間半から2時間お願いしようと思います。

各産業医の先生方もご存知だと思いますが、やはり復職後また同じような症状で休業するようなケースも非常に多くなってきています。そして病気の欠勤から休職への移行、休職1年目から、2年目へ3年目への以降、まだ十分に回復していないにもかかわらず頑張って出勤してそのうちまた再発する。非常にそういう難しいケースが増えてきています。今日1回だけのこういう講習会でそれがクリアーできるわけではございませんが、皆さんで知恵を絞って、是非参考にしていただきたいと思います。

では、福井先生よろしくお願ひいたします。

福井先生（講師）：

富士通のカウンセラーの福井です。宜しくお願ひいたします。

今日はそういうことで復職の取り組みについてお話するつもりなのですが、実はこうすればうまく行くというような方法があるわけではなく、いろいろやっていてなかなかうまく行かないと言うことをお話ししようと思います。ひとつの話題提供みたいな形でやりたいと思っています。ですから今日は私が帰るときに何かいいアイデアをもらっていただければいいかと、そんな気持ちで来ました。宜しくお願ひします。

それでは始めに、復職前の取り組み方についてお話ししたいのですが、現在やっている方法はこの次にお話しますが、それ以前のやり方についてちょっとお話ししたいと思います。実は当社でも「リハビリ出勤」というのをやっていた時期があります。やり方は健康管理室から人事部門に対して、レポートを書いてリハビリ出勤をやらせてほしいと言うようお願いしてやっていました。これは1977年から実施しております。私が入社したのは75年なんですけれども。でもこれは人事部門はとて嫌がっていました、やりたくない。まず第一に労災が怖い、もし事故でも起こったらどうする、通勤途上で事故でも起こったらどうするんだと。非常に抵抗があったのですが、これが非常にいい方法なのでやらせてくれとお願いしてやっておりました。こういう依頼書だけでは良くないよね、ということで、数年後に実施方法を変えました。リハビリテーション出勤受諾書というのを、今日皆さんにお配りしております。

リハビリテーション出勤 受諾書

私は、以下の主旨にのっとりリハビリテーション出勤を受諾します。ということで 年、月、日と、名前を書きます。簡単に読みますと、リハビリテーション出勤とは、円滑な職場復帰を図るための医師の指示によるリハビリテーション期間である。従って、この期間中、身分取り扱いは病欠または休職のままとする。（この間は健康保険法に従って傷病手当金の請求ができます）ということで、給料は支払われないけれども傷病手当金で生活してくださいね、ということですね。

2 番目、リハビリテーション出勤期間中は正式勤務ではないので、指定された時間及び期間中に具合が悪くなった場合は速やかに医師の指示をあおぐこと。

3 番目、リハビリテーション出勤中に負傷した場合は私傷病扱いになるので十分注意すること。

4 番目、医師の指定時間外の作業はしないこと。

5 番目、医師の指示（服薬など）を厳守すること。

ということでリハビリテーション期間、出勤時間はいつにするということを書いてメンタルヘルスサービス部の医師と、健康管理部長が認めてやるというような形を始めました。

それは効果があるのかというと、確かに2つあるのですが、まず、ひとつは、テストですね。関門、ハードルとしての意味はあります。特に、統合失調症の人たちなどでもまだ回復してないのに、休職満了解雇になるのもう出勤したい、と。先生の方もあまりにひどい場合は、産業医のほうから無理ではないですかと。アアそうですかということで大概そのままになるんですけれど。いまいちだけれど、どうしても本人がやりたい、主治医もやらしてみとくれ、と言う場合も、よくあるんですね。そういった場合にリハビリ出勤をやらしてみると大概うまく行かない。リハビリ出勤に失敗するということで、じゃだめですね。ということでそこで退職してもらおうと言う意味合いで使っていたこともあるんです。

で、もうひとつはうつ病のリハビリに効果があるということは確かにあります。ソフトランディングするためにこういったことをやってきちんと復職できた人もけっこういるわけですね。今でもそうなんですけど、こういうリハビリの効果とテストの両方に使われることがあるんですけれども。これは1980年の後半になって止めました。当社で、全社の産業医とか総務部長が集まる管理委員会があります。今後の健康管理の方針を決める会議で「リハビリ出勤は止める」ということで止めました。なぜ止めたかと言いますと、ある患者さ

んが言うには「お礼奉公をしないと復職させてもらえないのか」と言うようなことを言い出したんですね。要するに、私は1年以上も休んだ、と。だからそのまま復職はさせてくれない。リハビリ出勤で、要するに休んでいる身分で働いてお礼奉公して、そして復職が認めてもらえるだろう。どうしてもそれをやらないと復職させてくれないのだという判断ですね。また、長期休業者は自分は弱い立場にある、だからこれをやったらどうですかと言われると断れないと言うんです。断ったら復職させてもらえないという弱い立場にあるから断れない。みんなついやってしまう。自主的にやるんですと言っているのにそうやっていない。やらざるを得ないという形になったので、それはいかんなどいうことで止めています。それまでに、色々訴訟だとか法律問題になったことはないのですけれども、弁護士などに聞いてみると「これは危ないよ」ということで、先ほど受諾書に、怪我をしてもこれは私病だと、労災になりませんよと、いわゆる受諾書で、「はいそうです」と判子を押しても、実際に怪我をすると労災扱いになる可能性がありますし、病気の人を働かせたというのは非常にまずいのではないかとされています。それから労働対価を払っていない、働いているのにお金を払っていない。健保からお金が出るのでいいだろうと言ってもダメ。まずいよというところで止めました。

それから、後でお話するケースにもあるのですが、何度も再発する、ほんとに復職して2, 3週間で休み始める、復職してまた2, 3週間で休み始めるという、それをドンドン繰り返されちゃうので、それを阻止しようということで試験とか関門として使われることがとても多くなってきて、以前私たちが始めたころ人事部門はとても嫌がっていた、「止めてくれ」といっていたのですが、もう80年の後半になってくると「是非やってくれ」と。それでやってうまく行ったら認めようね、と。ところが再発を繰り返す人というのはそういうのはちゃんとクリアするんですね、実は。頻回欠勤する人はこのテストをクリアする。ですからあまり試験にはならない。先ほど言った統合失調症なんかの場合も試験の関門としては意味があったのですけれども、結局どうしてもそれをやれやれと言うと、強制的になっちゃうので、本人の方もやらなければ復職許可が下りない、だから仕方なくやるというような形になっちゃう。「これはまずいよな」ということで止めました。(スライド2)

ただ止めるのもなんなのでということで、現在の取り組みとしては、通勤練習を認めています。条件としては復職前に三者面談をして主治医、産業医、の意見が一致した場合そういうことをやってみましょうねということでやることがある。全員にやらせるわけではありません。自宅から会社の健康管理部門に通勤練習をするだけなんです。朝の通勤ラッシュを練習しましょうと、朝その時間に起きて、お食事をして、会社に来て健康管理部門に顔を出して、では帰りますと。で、その通勤費だけは支給しましょうと。ただ、もちろん給料だけは払わない、と。職場で作業はしない。パソコンを立ち上げてメールをチェックするのは作業になるというのでメールのチェックはしないように言っています。職場で作業をしないということが原則です。会社から帰って、出来れば図書館などに通って、1

日のいろんなスケジュールを決めてやりましょうということになっています。ただ図書館など適切な施設がない場合、自宅で作業をしましょう、新聞の抄録作りをしましょう、と。それは健康管理のスタッフと決めて色々やってみたりしています。それからけっこう効果的なのが、生活行動表をつけることです。非常に簡略化したものなんですね。基本的には睡眠と食事時間をかいてもらって、出来れば外出をどういう風にしたかを書いてもらうことを基本にしています。保健スタッフの方が本人に、じゃあこれを書いてくださいということをお伝えしていますが、これは生活リズムを整えるのに非常に効果的なんですね。復職した後もこれをつけてもらっている場合があります。頻回欠勤をするような人はけっこう1日の睡眠がずれちゃっている。ずれているのはわざとずらしているという場合が多いですね。特に金曜日の夜、土曜日の夜みんなとお酒を飲みに行って深夜2時ぐらいまで飲んでいて、土曜日、日曜日お昼まで寝ている。そういったような生活をしていきますと、月曜日やっぱり出勤できない。そういうことを我々が言っても本人はなかなか納得しない。ところが本人にこれをつけさせますと、良く分かるんですね。「やっぱりこれではだめですね」と自分でやるといいですね。

で、今この通勤練習をやっているんですが、これでもやはり問題があります。この通勤練習でさえも長期休業者にプレッシャーになると言うんですね。これをしないと復職を認めてくれそうにないから、仕方がないじゃあ通勤練習をします、と。本人は産業保健のスタッフはそういうことは言っていないんですが、本人は「いや、実は私はそうでした、いやでいやでしょうがなかったけれどもこれをやらないと復職を認めてくれそうもない雰囲気だったので私はやりました」と。それから「主治医も、何でこんなことをやるのかね、と批判的ですよと言ってますよ」というようなことも聞かされます。本当にそうかどうかは分かりません。それから産業医のほうもこれは不満だと。どうして不満かという、こんなのでテストになるのか、と。ただ会社まで通勤して帰るだけでいわゆる関門、ハードルになるか、と。やっぱりテストとしてやりたいという気持ちがあるんですね。(スライド3)

ひとつの事業所をご紹介しますけれど、ここには産業医として心療内科の先生が一人います。その先生は職場支援プログラムをやるんだということで、去年の1月からやり始めています。これはNTT関東病院のやり方を参考にしてやっています。去年の1月から、まだ10数名の体験者しかいませんけれど、半数以上がちゃんと復職してうまく行っています。大体3人ぐらいの集団でやるんですけども、ドンドン工夫してきているので去年の1月に始めたときから大分様変わりしていますけれども今も工夫してやっている途中です。もちろんこれを始めるときには、本人、主治医、産業医の意見が一致した場合にしかやらない。で、去年から通勤費が出るようになっている。先ほど言ったような簡単な生活行動表を自分で書かせる、それを持ってきなさい、という形ですね。会社の中で、午前10時半から15時ぐらいまでを使ってやります。この事業所は非常に大きなところで、事業所の中に農園まで持っているんです。そこで何十種類かの野菜を植えている。そういう恵まれたと

ころなんですね。

まず、来てパソコン作業や読書をやります。部屋というのは、特別な部屋を借りています。この復職支援プログラムのためだけに1部屋借りていてそこを使います。図書館に色々自己啓発用の本などがありますので、それを借りてきてそこで読んだり、自由な学習をします。そして農園で1時間ほどの農作業をします。ブロッコリーを作ったり、結構レベルの高い農作物を作っています。農園を指導する人が別にいるんですね。その人に頼んで一緒にやらせてもらっているという形です。もうひとつその事業所にはトレーニングルームがありますので、そこで軽いスポーツをします。その後、借りている部屋でみんなで集まって集団認知療法をやります。その認知療法をやるのがその心療内科の先生である産業医なんですね。話し合いがあって、適当に時間を使って帰ってもらう。一生懸命やりたい産業医で、なおかつ心療内科の先生だからやれると言うことはあると思います。当社で今やっているものは、この1箇所と先ほど言った出勤練習、この2つだけなんですね。(スライド4)

で、一般的な休業から復職の流れを簡単に言っておきます。保健スタッフと書いているところは、看護職とかカウンセラーと読み替えてください。まず休業開始の場合、本人が保健スタッフと無関係にメンタルクリニックなどを受診して休業することがあるわけですね。我々が全く関与しないところで休みましたと診断書が出て来たりします。そういう場合と、我々が話を聞いていて、「そのクリニックに行ったらどうですか」とすすめて受診し休業する、という2つの場合が考えられます。で、休業中はどうするかというと、保健スタッフと本人の連絡はどうするか決まりはありません。特に1番目の場合は保健スタッフと無関係に受診して診断書だけがあがって来るような場合、放置していることがとても多いですね、休業中は。もちろん復職前になったら連絡は取るんですが休んでる間はまるっきり連絡は取らない場合が多いです。富士ゼロックスは毎月1回必ず産業医が患者と会うというルールを作っていますが、わが社はそういうことはしていない。保健スタッフに相談して受診して休業をした場合はよく保健スタッフと連絡を取ったり相談をしたりということはあるんですが、決まりはありません。休んでる間上司と本人がどういう連絡をするかということ、これも特に何かあると言うわけではなく決まりはありません。月に1回診断書が送られてくる、あるいは傷病手当金の請求書を出してくる、そういったときに連絡をとるようにはしているということです。当社で、社内でEラーニングで勉強するので休んでいる人には月1回ぐらい連絡を取るのが適当であるというようなことを教育したら、何でもかんでも月1回必ず連絡を取って、本人が嫌がっても連絡を取るというので、本人の方から我々に電話がかかってきて「あの上司の声を聞くたびに私はノイローゼにかかるので連絡を止めさせてください」と訴えがあったりした場合があります。それで我々が上司に代わって連絡する場合があります。復職希望は本人が上司に連絡してきて、上司が保健スタッフに連絡して、本人と保健スタッフが手続きを始める。

ここで行動記録表で指導することがあるということですね。産業医が復職診断をします。

そのとき必ず参加するのが本人、上司、人事です。基本的には保健スタッフも入るようになっていきます。で、そのまま復職しますね。就業制限をすることもあります。普通残業だめだ、出張がだめだとか、深夜勤務もだめだとか、休日出勤だめだとかそういう就業規制をすることもあります。それから、そのまま復職ではなくて通勤練習をしてそこからやりましょうよということで、通勤練習をして再び産業医の復職診断になる。復職後どうするかというと、フォローアップの面接、これも特にはっきりした決まりはありません。必要だなあと認めた場合にやっている。(スライド5)

これはみなさんには配布してないんですが、就業規則としては休み始めたらどうなるかという、はじめの6ヶ月間は病気欠勤となります。病気欠勤は勤続年数に算入できる。それが過ぎると休職に入ります。休職できる期間が1年から1年9ヶ月、勤続年数によって変わります。休業中の収入は1ヶ月間は給与100パーセント会社が出します。その後1年6ヶ月の法定期間傷病手当金プラス1年6ヶ月の延長傷病手当金、合計3年ですね。出るお金は標準月収の85パーセント出ます。復職手続きは本人が主治医の復職可能だという復職意見書を、会社に提出して始まります。

ちょっとこれはごちゃごちゃになっていて、文字が小さくて申し訳ないですけど、ある雑誌に載せるということで書いたものです。

30歳の大卒男性技術者、というようなケースをお話しようかと思いますが、今までのところで何か分からないところがありましたら、どうぞ。

西田先生：

新キャタピラー三菱の西田と申します。

最後のところ、すごく大事だと思うのですが、その制度もう一度フルに病気休養できる期間が回復するには、どのくらい入社しなければならないのでしょうか。

福井先生：

それですね。有難うございます。病気欠勤して、休職して、復職しました。当社の場合1日でクリアされるんです。実は通算するルールがないんです。ある幹部社員のと、数週間でまた休み始めて、人事の方が通算するとか言い出して問題になったのですが、本人が「それはしょうがないです」と認めて通算にはなったのですけれどもね。

これからお話しするケースも、実は人事院の方もいらっしゃるのご相談したりしているんですけど、要するにいろんな企業を調べまして大体はこういうルールが多いんです、「1ヶ月以内、あるいは3ヶ月以内に再び長期欠勤に入ると、通算しますよ」といっているところが多い、それも同一原因で、というのがとても多いんです。同一原因でということ、ザル法ですね、いくらでも休めるという形です。実はもう20年も昔に私は人事のほうにそういうのきちんとルール化して欲しいといっていたのですが、ぜんぜん聞いてくなくて、やっとならばこれから検討してくれるようです。

30歳の大卒の男性技術者、入社して期待通りの仕事をしていました。周りとの人間関係も悪くない人ですね。7年後に会社の都合で別の忙しい職場に移った。それまでの仕事との関連のある仕事ではあったが、それでも新しく覚えなければならないことが多く、残業も多くなってきました。で、半年を過ぎたころから、ポツポツと休むことが多くなってきました。下痢、腹痛、頭痛、風邪などの症状でだんだんとその頻度が多くなり、上司が、「ちゃんと治して来い」と指示して、内科や脳外科などを受診して、色々な検査を受けても、何も異常はないと言われて、それでも休みが多いので、上司から「ちゃんと出られるようになるまで休んで治せ」と指示して、本人は心療内科を受診し「うつ病」の診断書を出して3ヶ月休む。そして復職したけれども、3週間後からまた同じような症状で休む。でこれはいかんと、上司に指示されて、心療内科を受診してうつ病の診断書をもって6ヶ月休む。そして復職したら復職直後はとても明るく元気な様子だったけれども、3週間後から同じく腰痛、今度は腰痛ですね、頭痛、下痢で休むようになった。(スライド6)

それで、カウンセリングが必要ではないかということでカウンセリング室に連れてこられる。で、本人も相談したいということで次の相談日を決めて帰ってもらわなければならないけれども、その日に本人からメールで、「頭痛がするので休みます」と連絡が入ります。そして、次回を予約するんですけどもキャンセルされるんですね。結局は話をすることなく、また2年休むんですね。で、復職の可否を産業医が判断することになっているんですけども、復職判定時はとても元気で、復職するには何も問題もないと判断されるけれども復職後数週間でまたうつ病で数ヶ月休む。また復職して数ヶ月で休み始める。同じ病気で休みだと健康保険組合からの傷病手当金が支給されなくなるからかも分りませんが、今回は腰痛で6ヶ月休むんです。病名が全く違うので傷病手当金が支給されます。そして、復職診断を社内で行い問題ないということで復職します。(スライド7)しかし、数ヶ月後に上気道炎で1ヶ月の休業という診断書が出され、それが半年間も続く。何で風邪で半年間も休めるのか分らないんですけども。復職診断をした後に問題なく復職する。復職診断時に産業医が「こんな仕事振りだと仕事にならないね。他の仕事を考えてもいいね」と言うと本人が「会社を辞めろと言うんですか、退職勧告ですか」なんて怒ったりする。

そして復職したが、また数ヶ月後に休み始めて、6ヶ月後に復職を希望してきた。復職しても数週間から数ヶ月しか持たないのは、急に復職するからかも知れない、助走期間を設けてはどうかと提案して、復職前に通勤練習をすることにした。(スライド8)

そして、本人もこれをやってみようという気持ちがあったので、3週間これを行い、十分こなします。それで復職判定を行い、復職したけれども数週間後に同じ症状で休み始める。2～3日出勤してまた休む。このような状態がずっと続くんですね。休んでいるときに保健スタッフが、民間の支援プログラム、NTTとか虎ノ門にありますけれども、そういったものを利用するように進めてみましたけれども、会社での通勤練習の経験からその効果に疑問を持っているようで、気乗りしないようである。確かに作業能力はそれほど落ちていないようで、復職支援プログラムなどは余裕でクリアーしてしまっているようである。

先ほどのことを繰り返すような形になりますが、まず会社の規則が問題なんですね。何度休んでも、一回の休業期間がある一定の限度を超えなければ何度でも休めるという規則ですね。次に病名さえ異なればいつまでも傷病手当金がもらえるという健康保険制度ですね。甘やかしてよい結果が得られるのならばいいのですけれども、不適応が生じて職場の人間からは月給泥棒と見られている。何度も長期に休めば復職して再復帰をするのはとても難しくなるというマイナス面があるんだということを主治医も意識して欲しいところだなと私は思っているんですけれど。(スライド9)

傷病手当金はわが社の場合法定は60パーセントなのに85パーセントもらえるものですから、当社の従業員で残業、残業とやっていると結構な金額になる。で、それだけお金をもらっていたら他の会社に勤めたら給料は大幅にダウンする。ある人が傷病手当金を知らず9ヶ月後に傷病手当金をまとめてもらった。数百万円手に入った。その人は甘やかしてしまったのかも。また休み始めました。結局、なかなかまともに働けない。

職場不適応でよくあるケースなんですけれども、大卒で技術者。入社8年目の人なんですけれど、うつ状態で2ヶ月間休業治療したあと復職してきたんですね。このとき看護師のほうで、つらかったらいつでも健康管理室に相談にいらっしゃいね、という感じで、まさかそうはならないと思いつつ言っていた。最初のころは1週間に1度ぐらい健康管理室に来て看護師に色々相談した後、ベッドでちょっと休憩して職場に帰ることがあったんですね。ところがその頻度がだんだん多くなってほぼ毎日のように来るようになった。来ない日はスタッフのほうで心配になって、職場に電話して、今日は休みです、といわれるとほっとしてた。そのうちに本当に休みが多くなって、結局再び休業するようになった。結構こういう感じで、保健スタッフも「私のほうへ逃げておいで」ということをやっちゃうものですから、本当に逃げてくると、職場の周りのものは頭にくるわけですね。「この野郎、会社に来て健康管理室に入りびたりじゃないか」という形になって結構まずいことがおきるんですね。(スライド10)

これからが本当の普通のうつ病ですね。50歳の技術者は、幹部社員です。あるとき急にちょっと相談したいということで来たんですけれども。で、相談に乗ったら、実は半年ぐらい前から仕事が全然うまく行かなくなってしまった。で、不眠ですね。食欲がない、食べないといけないと思って少しずつ無理して食べている。こんなのはうつ病です。実はうちの病院の内科には、心療内科の先生もいるんですね。うちで入院しなさいということで、上司と相談して1ヶ月入院して、2ヶ月自宅療養をしてそのまま快復しました。

このケースでは復職前の通勤練習などは不要と考え、普通に復職面談をして数ヶ月のフォローアップをした後でもうOKですよ。ちゃんとした病気の場合は本当に後味がよろしい。こういうのはやっていてああ良かったと思いますね。(スライド11)

あまり詳しくは書けないのですが、これは、入社2年目に椎間板ヘルニアで休みます。その後下肢関節炎でチョコチョコ休みます。3年目の2月に風邪で1ヶ月休んで、ここで気管支炎、膀胱炎で休みます。それからここで、頸部挫傷、ヘルニアで1年半休みます。これが本人が休める最大限なんです。また復職してきます。復職して、出勤が6、欠勤が5。出勤が10、欠勤が10。もうほとんど半分は休むんです。その後からまた気管支炎、その他の病名でドンドン休みます。このあたりの診断書はかなりすごいです。本人は通勤するのに1時間ほどかかるのですが、通勤時間が長いと再発する恐れがあるから、通勤時間が1時間以内のところにとにかく転勤させるよう、そういう職場調整がちゃんと付くまでは自宅療養が必要と。そういう診断書を書いてくれまして、人事のほうで慌てまして、相談に来ましたが、ふざけるなど、ほったらかしにしました。1年ぐらい休んだところで、本人が十分休んだので復帰したいとやってきたのですが、1時間以内のところでないといふと聞いていたがそれについて主治医にどうなのか確認してくるよと言っていると、主治医は1時間以内のところでないといけないといっているというので、私は辞めますということで、辞めちゃったのですが。まあ、良かったのかどうか分かりませんが。(スライド12)

これはまた全然違うケースですけども。この人はですね、入社数年目から勤務状態が非常に悪くなった。これが5年間ずっと続くんです。大体1週間に3日か2日か1日か休みます。半日ぐらいしか働いていない日も多い。幹部社員のほうが、こんなの勝手に休むなよ、ちゃんと本当に病気かどうか証明しろといったら、この人は自律神経失調症で通院中です、という診断書をもたらしてきました。そんなものですから休みは全部自律神経失調症ですという形で休んだ。こういった場合は給料は全部もらえるんですね。ですからほとんど働いてなくて5年間給料だけは会社が払っているんですね。まあそういうことですね。

あと少し私どものバックグラウンドを少し話そうと思うのですが、ここまでのところで何か。

三宅先生：

先生、同じ会社なんですけれども、精神科の先生もいらっしゃるかもしれませんが、今はどうか分かりませんが、昔は良く統合失調症を主治医の先生が自律神経失調症ということで診断書を提出された例が非常に多いということを先日ある会で聞いたんですが、僕はまだ入社して10年なんですけれども良くあったんでしょうかそういうケースは。

福井先生：

時折、自律神経失調症というのはありましたけれど、もっと茫洋と、心因反応という診断書が多かったですけれどね、まあ誰でも分る診断書としては神経衰弱といったようなのを書いてある、それは統合失調症ですよと教えているようなものです。

西田先生：

よろしいでしょうか、新キャタピラー三菱の西田です。今のお話で2つ伺いたいです。ひとつはご家族とのコンタクト、特に今のような方ですと法定後見人との兼ね合いは必ず問題になると思いますし、今の中で主治医の先生とのコンタクトは基本的には文面でのやり取りになると思いますが、やはり直接の上司・管理監督者と主治医とのコンタクト、それから産業スタッフとのコンタクト、ご家族とのコンタクト等々でこんなことが多いとかむずかしいというようなことがありましたら。

福井先生：

統合失調症だと、とにかく本人に話してもあまりうまく行かないというのがだいたい分るので、そういった場合必ず家族を呼びますよということで本人がいやだといおうが私は私考えでやるからねといって家族を呼んだりします。家族を呼ぶに当たっては、やっぱり職場と我々だけでは大変なので、やはり人事の人にもちゃんとはいってもらいます。上司と人事と一緒に動いてもらう。統合失調症の場合、復職に当たっては時々トラブルことがあります。実際に、ほんとうに治ってはいないのに、このままだとクビになると言うので主治医は「復職可」と書くんですね。ひどいのは「私は職場には行きたくありません」とか言うのです。「職場に行けなければ復職できないじゃないか」「いやいいです。でも会社は辞めたくありません」こんなのを「復職可」と書くかなと思うのですが。でも、しょうがないからそれは主治医にちゃんとお話すると、「やはり無理ですね」とか言う、微妙なケースもあります。それこそ2度、3度と同じような状態が出てくるが、無理だと納得しないので、仕方なく認めて発病するのを待つ、見たいな感じの場合のところがありますけどね。

三宅先生：

先生、あと、やはり職場復帰というのは3ヶ月、4ヶ月、6ヶ月で、職場復帰しますが、部がしょっちゅう入れ替わる。すぐ無くなる。半年休んで帰ってくるとほとんどいなくなっている。ダイナミックに変わってしまっている、ということが結構あって、本人もどうすればいいかわからない。そういうケースが今結構多くて困っています。

福井先生：

「休んだときの上司は誰だ」というのでその上司を追っかけていきます。

大体そんなにみんながバラバラになることも無いと思います。多いのは団体がどこかへ移る。これだと案外見つけられる。

三宅先生：

少し休憩しましょうか。

高橋先生：

神奈川県予防医学協会の高橋です。先ほどのケースのように休職後復職したが、しばらくするとまた欠勤する事例を多く見てまいりました。主治医と会社の勤務可能の判断に違いがあるように思いますが、何か規定がありますか。

福井先生：

それは特に無いんです。

高橋先生：

産業医の職場復帰面談だけで見極めることは大変難しいと思っております。そのために復職をした後、勤務が可能か判断することが必要と考えております。通常の勤務をどのくらいの期間継続できれば、病気回復と考えて良いと思えますか。

福井先生：

ですからそのために以前はリハビリ出勤みたいなことをしていたんですけども、実はこういう頻回欠勤者は結構こういうのをクリアーするんですね。産業医にこれからこの人は、例えば1ヶ月、2ヶ月、3ヶ月と持続的にちゃんと働けるかどうかという判断を求めるのはちょっと無理なのではないかと思えます。仮出勤みたいな形でテストするのが可能かどうか。

高橋先生：

私が嘱託産業医をしている企業のひとつに、復職後180日勤務ができて病気回復と決めて、就業規則に書き込まれている会社があります。180日間通常勤務できて、それまでの病気休職期間がリセットされます。

福井先生：

確か電電公社などはそういったことだったと思います。NTTになってから行ってないのでよく分かりませんが、電電公社の場合1回目に復職した場合は3ヶ月90日をクリアーすればよかったんですが、2回目に復職してきた場合は180日。それをクリアーしないと通算するよ、と言っている。同じ理由であるいは精神疾患で。多分精神疾患だったと思えます180日というのは。病名が違っても精神疾患で休み始めると通算しますよといいますが、そこまで言っても、先ほど言ったように腰痛という診断名がつかますしね。

高橋先生：

そのNTTで10年前まで産業医をしておりました。休職満了1ヶ月前に希望退職か雇用解除（解雇）を選択できるようになっておりました。解雇を選択した場合、2年後に病気が

回復して勤務可能と認められた時点で、再雇用（復職）が認められていました。しかし、希望退職を選択するケースが多かったと記憶しております。

奥村先生：

労働者健康福祉機構本部の奥村と言います。ケース1の30代の男性技術者のような場合、元気になってまた職場復帰をしたと言う事ですが、そのとき、その職場の上司ですとか同僚とかにはどのような対応をなされたのでしょうか。

福井先生：

一緒に、基本的には上司、人事、産業医、それから本人が話しをします。このケースではないんですけども、職場のほうがいやだ、と言う場合も結構あるんです。もう周りの人間はこの人とやりたくない、ちょっと仕事を与えるとあつという間にいなくなる。いやだ。という場合も結構あります。そんな人を引き受けてくれるはずは無いですからね。

三宅先生：

じゃあ少しお休みしましょうか。

— 休 憩 —

福井先生：

ちょっとだけこの話をいたしますと、健康管理室に来たのですね、話しているうちにこういうのははっきり分ったのですね。こんなんじゃあ仕事にならんねえ、と。ちょっとほかのところに行ったらどお、と。すると、ああそうですかといっていたのんですけども。その復職面談が終わったらこの人は直ぐ労働組合にかけこんで「私はクビだといわれました」とか言って。労働組合の人から「どういうことですか」とかときくので説明をした事があるのですが、「まあ、こういうことですよ」ということで。

ちょっとバックグラウンド的なものをお話しようかと思います。富士通のメンタルヘルスサービスはどんなものを行っているか。まず健康管理のほうが行っているものとしては、産業保健スタッフとして、産業医、看護職、カウンセラーですね、メンタルヘルスサービスを行っています。その他として労働組合が外部に委託しているのがあります。ハートフルセンターというのがあって、従業員がかける場合は無料で電話相談ができるということで平日の午後4時から相談に応じています。あまり数字を言うな、と何故か言われているのですが、昔のものを出しますが、2002年の1年間に約1,300件の相談があり、精神的な不調とか、職場問題、家族問題、社会生活とか大体同じ数が相談されているということなのですね。で、これが始まった年です。電気労連の中で富士通の相談がとても多いというこ

とで、「富士通はどうなっているのですかだ」とえらい人に言われまして「何を言っているのだ」と、1年間に電話相談1,300件、どうってことないとか言うのですけれど。今、我々が相談を受けているのが、カウンセラーが今12人ぐらいいるのですけれど、年間9,000件ぐらいですね。まあ、こんなもの家族も含めて、どうってことないやと思いますけれど。

それから健康保険組合が外部委託している一般の健康相談、去年の4月から外部の相談機関のメンタルヘルス相談と言うのをやっぱり同じようにやっています。9ヶ月で400件強。カウンセリングも5回までは無料になっている。こういう外部の相談室に相談していただけるといいなと我々も思っているのです。実際に、一番それを願っているのは、家族の方が連絡して家族の方が是非相談して欲しいなと思っています。と言うのも家族が例えば自分のだんながおかしいとか、元気が無いとか我々のところに連絡してくると言うのはあんまり無いのですね、家族が一人で悩んでいるのですね。その人がこういう外部の相談室に相談をしていると案外そちらで「じゃあ、そのだんなを連れてきなさい」とか、そういう形で本当のうつ病みたいな方を家族のほうから発見してくれるかもしれない。これは是非やってもらいたいと思います。我々のところに家族が直接来ることはほとんどありません。例えば統合失調症のような場合我々が連絡して我々とつながった後は連絡がきますけれども、初めから連絡が来ることはあんまりありません。(スライド13)

それから会社が人事総務を中心に独自でやっていることは、ヘルプライン。セクハラ、パワハラなどの相談が入っています。

それから「心のe診断」、webでやる診断。これはメンタルの自己診断をやります。メンタルヘルスのe-learning、やっぱりwebで勉強します。幹部社員にも勉強させますし、一般社員全てが勉強できるような環境を整えています。実はこのe-learningにしてもe-診断にしても富士通の関連会社が作ったソフトでそういうのを大いに使いましょうと言うことなのです。(スライド14)

組織なのですけれども。健康推進統括部統括部長が三宅先生なのですけれども、その中に健康推進部がたくさんあります。その中のひとつとしてメンタルヘルスサービス部というのがあります。ここのスタッフは、精神科医が2名とカウンセラーが15名いる。隣に川崎病院がありまして、今30床のベッドがあります。内科に精神科医が1人と、週に半日ですけれども。それから常勤の心療内科の先生が1人、という形です。そういうことで問題があるとこちらの先生に薬を出してもらったり、あるいはこちらの先生のところで入院させてもらったりすることが出来るという形です。(スライド15)

で、我々のいるメンタルヘルスサービス部というのは、今現在カウンセラーが12名いて常勤が8名います。京浜地区に8名、臨床心理士5人、ケースワーカーが2人、シニア産業カウンセラーが1名。名古屋にパートタイマーですが臨床心理士が1人。関西に、臨床心理士が3名、常勤1人、非常勤が2名ですね。京浜地区に嘱託の精神科医が2名来ております、半日が3回。相談室があっちこちにありますが、年間相談述べ数が9,000件ですね。1回約50分ですね。(スライド16)

相談室の配置です。カウンセラーを派遣しているのですけれども、我々が居る川崎工場に本部があって、支部が大阪にあります。ここから週に1日とか、月に1日とかいう形で熊谷、館林、小山、那須、岩手、東京の汐留、幕張、六本木、蒲田、新横浜、厚木、横須賀というようにそれぞれ出しています。大阪からもあっちこっち、名古屋にも。これは全部健康管理室とか健康推進センターというところに派遣されて行っているのですね。(スライド17)

これはカウンセラーが行うメンタルヘルス教育です。ちょっと古いのですけれども詳しく分類しているのが2002年なのです。例年大体百何十件かやっているという形ですが。定期的には幹部社員に27名。6級の昇級者、これは主任クラスに昇級した人を集めてやっている教育ですね。それから新人に対する教育。それから不定期に何回かやっている、幹部社員にカウンセリングマインドとかストレスマネジメントとかリラクゼーション、転勤者に対してとかいろんなものを要望に応じて行っています。教育も大切なことですが、啓蒙活動も大切ですが、それ以上に我々メンタルヘルスの相談員がいることをPRしているわけですね。(スライド18, 19)

我々カウンセラーだけではなく産業医、看護職員が居るので困ったことがあったら相談していいのですよ、と。カウンセラーというのは普段見かけないものですから、普通の人はカウンセラーという人種に会ったことが無いので、カウンセラーはこんな者だと安心していいのだ、と。このようなことをやることによって、人事とか教育部門と関係が良くなってメンタルヘルスの活動も理解されやすくなるということですね。そのほか社内報のコラムなどを頼まれたら「はいはい」といって書くようにしています。我々カウンセラーのところに本人が直接に来るあるいは健康診断、健康相談、健康指導をやっているときに紹介されてくる、あるいは職場から来る、あるいは病院のほうから回ってくるというルートがあるということです。(スライド20, 21)

川崎のメンタルヘルスサービス部のデータなのですけれども、自発的に来るのが10%ということですね。(スライド22)

ちょっとお休みという感じなのですが、以前はこういう応接セットでカウンセリングをしておりました。ところがこれは非常にまずい。落ち着かない、見えるからです。ただそれだけです。実はカウンセラーも相手がスカートで座っていると非常にやりにくい。じゃあ男はいいかという、男性も大股を広げてリラックスされるとはなしにくい。あんまりよろしくない。(スライド23)今はこういう会議室みたいな、小さな会議机でカウンセリングをしております。通気溝があって声も漏れます。すりガラスなのでどんな人かは分かりませんが、人がいることは分ります。これは非常によろしい。これが全く密閉されていると非常によろしくない。危ないですね。カウンセラーも危ないし来訪者も危ない。何が起こったかわからないのに出て行って私は変なことをされたといわれるおそれもある。ですからこれくらいの透明度があったほうがいい。(スライド24)

現在我々は就業時間中にカウンセリングをやっているわけですが、就業時間中に相談に

来ているけれどもそれでいいのかなということも最近は考えてしまいます。というのも年間9,000件というと、1人年間の労働時間が千何百時間とすると、5人分の労働時間が奪われて、我々カウンセラーの件費、十何人分を取っているわけで、すさまじい金がかかっているなあと、いいのかなと思いますが。まあタバコを1日10本を就業時間中にすえば、喫煙室との往復に1日1時間以上は退席しているのでそれよりはいいのかと思ったりもしているんですけれども。それから統合失調症のフォローは結構やっております。1ヶ月に1回くらいは顔を出しなさいという形でやっておりますけれども、そういうフォローアップなどは社内にある相談室のほうが適しているわけですね。結構薬を飲まなかったりとかトラブルを起こしたりするので、これは非常に意味があることだと思っています。

それから我々はもちろん無料で相談に応じていますがそれでいいかということですね。カウンセラーの居ない事業所の従業員から不満が出るわけです。「それって変ですよ、我々の所になくて、そちらだけっていうのはおかしいじゃないですか、私もそちらの事業所に出張させて、面接を受けさせて欲しい」と。そんなことは出来るわけ無いでしょうといっても、不公平だと文句を言われたりするということがありますね。

先ほど言いましたが、家族が利用しにくいですね。外部EAPだと家族が利用しやすい。実際に外部のEAPの利用とどちらがいいか、相談も教育も外部のほうがいいという意見もあり、我々は失業してしまいますけれども。もうひとつ外部で治療しているのに何でまた社内でいろいろ相談しなければいけないの、と言われたりなかなか難しいところではあります。(スライド25)

カウンセリングや教育の効果。教育は一杯やっていますけれども、それがどれだけ効果があるのか分かりませんね。教育の効果はどうやって測るの、ということです。分かりません。カウンセリングでもなかなか良くなるケースも多い。私は、外部の医療機関の治療にも不満がある。ひとつには休みが長すぎる。長すぎるからリハビリ出勤とか何とかやらなければいけなくなる。今言ったように教育をしているけれども、その効果をどうやって評価するか。復職支援活動を何処までやるかということについては、リハビリを会社が何処まで支援するかということですが、民間の復職支援プログラムを受けに行くのを半額ぐらい会社が補助したりする会社もありますけれども、なぜ会社がそこまでするか。

で、さきほどから言いましたように制度の問題ですね。6ヶ月の病欠、1年から1年9ヶ月の休職。これが常にクリアーされてしまう。それから傷病手当金ですが、分りやすく書いたつもりですが60%、1年半、というのが法定なんです、当社の健康保険組合は85パーセントを3年間という風にしてているんですね。非常に手厚いです。手厚いので本当に助かっている人も実際にいるのですがそれで甘い汁を吸ってドンドン悪くなっちゃうということもあります。(スライド26)

それから、海外のメンタルヘルスをどうしているのかということですが、基本的に不調だと分ったらほとんどのケースは帰国させます。日本に帰ってきます。そこで面接してほとんどそのまま日本にとどまります。もう一回行けということはありません。大体これで終

わっています。

私、カウンセラーが海外へ出張したのは一回だけです。三宅先生と2001年の9月11日のあとに炭疽菌の問題があって産業医をよこせといわれまして、産業医がメンタルもあるのでカウンセラーも連れて行けと行ってくださったものですから喜んでニューヨークとかワシントンD.C.に行ったんですけれども、実はワシントンD.C.のときは向こうの従業員と話が出来たんですけれども、ニューヨークでは日本から来たカウンセラーが来てアメリカにいる日本の従業員とカウンセリングをしたらニューヨークのカウンセラーの職業を奪うことになるのでまずいんじゃないかといわれ、面接をするなど、私は一日中ビルの中でじっとしていましたが、それが唯一海外でのカウンセリング体験です。(スライド27)

なぜ富士通にメンタルヘルスサービスがあるのということですが、1965年に新入社員の自殺がありました、その親から社長に手紙がありまして「別に会社をうらんでいるわけではありません、でも何とかうちの子供の相談に乗っていただけるとかそういうことがやっていただけたらよかったです。」という手紙が来たんだそうです。社長はその当時の病院長にうちのメンタルヘルスはどうなっているんだということを聞きます。富士通のメンタルヘルスの今後を考えて方針を出せと。病院長はそのころだんだんと結核が減少してきて、結核をターゲットにした健康管理の時代ではないだろう、これからは今で言う生活習慣病とメンタルの問題だと考えていたところに、先ほどいった諮問があった。

1966年、精神科医を中心に活動を進めるようにということで始めたわけです。この年はメンタルヘルスサービスの元年だと言っています。活動としては川崎工場、今では1万人の従業員がいますが、その幹部社員の教育からはじめていって、部長、部長代理に計10回の教育をしました。フリーディスカッションに近いような形でやっているんですが。これを終わって川崎工場を10地区に分けてそれぞれの課長クラスを教育して行った。そのほかの人事保護のスタッフ、病院の看護師、寮の管理人などを集めて教育もします。そんなことをやっているときりが無いということで、1971年から新任課長の教育だけをやりましょう、と。それでも川崎地区だけなんです。川崎地区でないところではメンタルヘルスの教育は全然しない。

次に、スタッフですが、はじめは保健師が専任で新しく来た精神科医についてずっとやっていたんですけれども。対象地区もだんだんと増やしていった。1971年から非常勤の心理職を入れ、1973年に常勤の心理職を入れます。本社地区のほうも守備範囲を広げていきます。1975年に常勤カウンセラーを導入して、その後序々に増員をして行き現在の状態になっているということです。

それから教育ですが、1982年ごろからカウンセラーが教育を担当し始めます。それまでは精神科医が中心になってやっていったんですけれども、カウンセラーにやらせるようにしております。1984年から新任課長研修のカリキュラムにメンタルヘルスを入れることにしております。全社の新任課長が受けるように、ということです。1986年から新任の主任

クラスの教育にメンタルヘルスを受けさせるようにしております。ということで教育も大分定期的にはちゃんとやれるようになってきております。(スライド28) 以上でございます。

質疑応答

落合先生（司会）：

それでは質疑をこれから40分ぐらいの時間でお受けしたいと思います。
挙手とお名前をお願いいたします。

山口先生：

東京女子医科大学の山口です。2つ質問したいのですが、ひとつは職場復帰をするときに、元の職場に復帰させなさいと教科書などには良く書かれています、原則としてはそのようにしているのですが、必ずしもそれでうまく行くとはい限らないのではないかと思うことが良くありまして、そういうときにはどういう判断をするのかな、ということ。それに関連しているのですが、何処の職場にいてもその人の能力の限界みたいなものが背景にあるような気がしてならないときがあるんですね。ですからそういう人は職場を変えても同じような職種に戻すとまた結局、同じようなことを繰り返すような、そういう印象を持つんですが、2つ関連しているかもしれませんが、お願いします。

福井先生：

まず、そういう病気で出てきたばかりの人を、全然知らない職場の人が受け取るかどうか、むつかしいと思うんですね。どう対処していいかわからないですからね。元気がなくなったのか、もともと元気がないのかわからないので対応の仕方が難しいんですね、新しいところでは。それから、以前こういうことがあったんですけども、もう少し仕事が簡単な職場に移そうということで移した、ところがやはり本人にとっては周りの人間関係が全て変わり非常に気を使っている。仕事内容はそのものは大分やりやすくなっているにもかかわらず、新しく覚えなければならないこともあり、人間関係もあるしということで、それが結構ストレスになっているということもある。それから会社が、そのように好意を示して何とかこの人を助けてやろうと努力して、どこかに無理やりこの人を移してやったということ本人にも分るんですね、そうするとそういう努力に答えようとして本人はものすごく無理しちゃうんです。そして病気が悪化したことがある。ひどい場合は実際に自殺したこともあるんです。良かれと思ってやったことがなかなかうまく行かないこともあるので、我々としてはいずれ移るにしてもまず元に戻って、そこで大丈夫だと、例えば3ヶ月、4ヶ月無事に働けますよ、ということで大丈夫だからほかに受け取ってよね、という形にする為にもとの職場に、と言っております。それから、その次におっしゃったようなケース、我々は確かに感じております。職場のメンタルヘルスでの一番大きな原因のひとつだと思います。スキルが足りない。本当にそういうことで職場は無理だ。こういったことが時々あるんですね。職場を変えてうまく行ったケースも時々あります。物を作る職場にいたん

ですがやはりこれは無理だということで物を運ぶ職場に移したんですね。それまでは物を作る場所では何度も休むなど、ボロボロでどうしようもなかった。それをレベルの低いところでやらせたのです。そうしたらものすごく元気になり、見違えるようになりました。そういうこともあるので、本当にはっきりそれが分った場合、その人を受け入れる職場も、「まあ物を運ばせるだけだから、物も重要な壊れるようなものではないのでいいですよ」、という形で引き受けてくれたので良かったんですが。時々ほうまくいきますが。ただ会社自体も昔のような裾野がだんだんなくなってきて、雑用をやれるような職場が非常に少なくなっていますので、やりにくくなっているのは事実です。

先生がおっしゃるように、スキルが足りないのがあからさまなケース、例えば英語が出来なくてだめになっちゃう人もいますけれど。英語が出来ないのなら勉強すればいいじゃないかとおもうんですけど、もともと苦手意識がある人は努力しない。

山口先生：

有難うございました。

落合先生：

ほかにいらっしゃいますか。

村上先生：

旭硝子の村上と申します。蒸し返すようですが、現場復帰の話です。昨年2例現場復帰させなかった事例があります。ひとつは残業時間が100時間を超えるような過重なプロジェクト、100時間超といってもそれより遥かに長くやっているとありますが、基幹システムのソフト開発部門ですね。こういう部門の復職の場合、復帰しても長く続く見込みは低い。そこはモウレツな働きかたしか受け付けられないような職場の雰囲気です。回りも皆そうなんです、眠たそうな顔をしている。企業としての問題があるというのは重々承知していますが、こういう場合の解決の仕方はどうしたらいいでしょうというのが1つ目の質問です。

2つ目の質問は、役職者、幹部同士の問題です。片方は何とかセンターのセンター長で、もう一人は部下ではあるが役職者です。配属された直後から関係が悪く、部下の方がウツになってしまいました。休職後、復帰時に、どうしてもそういう役職者の場合、戻す席が無いんですね。背中合わせに座らせたら刺し殺すんじゃないかって、笑い話のように聞こえますが、現実にはある話なんです。この場合はしょうがないので別に部屋を作り、本来の上司から、更に上の上司の管理下に異動しました。人事問題に手をつけないと効果的な対応ができないというか、復職困難なケースがあるように思っています。

福井先生：

おっしゃるように誰が見ても明らかにこの人間関係だ、とはっきり分る場合それは我々も

原職復帰させません、変えます。みんな納得してくれます。受け取るほうも「あいつとうまく行かないのはしょうがないわ」という形でそれは結構受け取ってくれます。それは楽な人事異動。それからもうひとつ、200時間近く残業をしなければならないような職場に復帰するという場合。うちの場合ですと、やっぱり元に戻して就業制限をかけるんです。すると周りはやっぱり文句を言います。「一人前じゃないよ」と。就業制限が解けるまでは一人前じゃないみたいな言い方をするんですが、なんという会社なんだろうと思いますが。

村上先生：

一番目の問題で、先程申し上げた現職であるモーレツなプロジェクトに戻すのは再発リスクが多すぎるように見えます。私としては、就労制限をかけて戻したところでどれぐらい守られるんだろう、本人は真面目ですから、就労制限をかけて守るかどうかという問題（多くても守らない）も十分考えられるわけですね。私としては現職に戻すという判断は出来なかったケースです。こういう場合、相当リスクが高いのではないかと私は思います。

福井先生：

おっしゃるとおりで、当社でちゃんと就業制限をかけても中には30時間、40時間残業をしちゃっています。やらないといられないという感じでのいるんですね。30、40時間で済んでいるからまだいいですけども、100時間となったら……。なかなか就業制限が守られないというのが現実ですね。周りがものすごく忙しいのに自分だけが定時で帰るといのはすごくつらいようです。自分だけ申し訳ない。

村上先生：

よくそれは言われるんです。就業制限をかけるのはいいんですが、そうすると当の本人が居場所が無い。申し訳ないという気持ちになる。あるいは独身者の場合、先に寮に帰っていて、周りのものが後から帰ってくるのが気が引ける。就労制限がむしろストレスとなってしまう。こういう問題もままあるわけですし、悩んでおります。何かいい知恵がありましたら是非教えていただきたいな、と。

福井先生：

というご意見ですが、皆さんどうですか。本当に大変だと思いますが。座談会ですよ。

三宅先生：

全然話は変わりますが、アメリカというのは平均の労働時間が日本よりも長いんだそうですね。1,890時間ぐらい合衆国で。ドイツが一番少なくても1,449時間。過労死はアメリカなんかは全然少ないし。

この前ドイツに出張してきて思ったんですが、シーメンスという会社がございますが、9時、5時でみんなピシッと帰っちゃいます。すごく一生懸命利益も上げていますし、ドイツの国民総生産も日本とそんなに変わらない。なんて日本と違うんだろう、と。みんな良く分からないということをおっしゃるんですが、ある方がおっしゃるには、「それは日本人は裏工作が多いからですよ」と。裏の時間帯に費やす時間が多い。欧米人はあまり根回しとかそういうことに使う時間が要らない、日本はそれに非常に時間を費やしている。従って労力的にはやはり損をする、と。本当に9時から5時で帰ってしまい、残っている人はシーメンスではい wasn't でした。

西田先生：

今のは多分「個の確立の違い」だと思います。やっぱりみんながやっているのに帰れない。自分がやることのあるのを一生懸命にやって帰るとするのは割り切れる、それで残っているのは多分それほど問題ではない。もちろんやらされているという場合もありますが。うちでも、今、村上先生がおっしゃった、いわゆる制限をかけていて復職のフォローをしていて毎週会っているのに「実はきのうは2時間やらされた」とか「指示が3時に急に変わった」とかそういう風になるのがあって、そこは僕たちに言わせれば本人の問題というよりは仕事のやらせ方のほうがおかしいというのが多々あると思います。また逆に、元に戻す部署がなくなっているという場合も決して少なくないので、全部移動していて、もともとあったところに戻してやろうとするとそこは組織がなくなっていて全然戻るところが無い。うちが特殊なんだと思いますが、会社の組織の中でいわゆる天下りに近い、派遣という形（派遣法で言う派遣とは違います）。本人は元に戻れると思っっているのですが制度上絶対に元の本社といいますか、そこには戻れない。でも本人は戻れると思っっていて、そこを要求してくるし、最悪の場合は主治医からそういう診断書が出ちゃう場合がある。そうなるっちゃうとみんな袋小路になって何処へも行けなくなる。だからそうならないように主治医のところに行ってある程度医者同士とか、医療者の中で状況を説明して、会社への背任にならない程度に落とすところを探しているというのが実際です。今の制限をかける、それから元に戻すというのの原則は良く分かっているのです。おそらく「お病気」の種類が違いますよね。典型的なうつ病の方と統合失調症の方と、ボーダーの方とは当然違ってくるでしょうし。それから発症が業務起因性があるかないか、職場にイネイブラー（in-abler）がいるかないかということでもきっと個々ケースで違ってくるんだと思います。原則は、ということとは十分理解いたしますけれども。そういうことでよろしいですね。

福井先生：

そうですね。

高橋康雄先生：

ただいまの就労制限というのは、誰が誰にかけるのですか。

村上先生：

就労制限は職場の上長が当該労働者に対してかけています。我々はそれをアドバイスするだけです。ですから、建前上は上司が当該労働者に対して、途中で変えようが何しようが、要するに安衛法上の事業者に当たる人が責任を取るわけですから、私どもが責任を取るわけじゃありませんからどうしてもいいんですが、現実問題として、その課長代理、部長代理が勝手に変えて、当該労働者の健康状態が保たれるのだろうかといいますと現実的には無理だと思いますね。ですから、現実的、具体的には主治医の意見を聞き現場の意見は聞きますけれども、現実的には産業医が枠組みを作っちゃいます。当社ではそうしています。

高橋康雄先生：

産業医をしていますと、同じようなケースを経験することは良くあります。おっしゃるように産業医は意見を述べる立場におりますので、あとは事業者にお任せいたしております。

村上先生：

それこそグラフたたきみたいに、産業医が把握できていない就労制限破り部分というのがあるんだろうと思います。ただ大幅に制限を解除することはめったに無いでしょう。大幅に解除された場合には、非常に問題ですから勧告しています。とは言え完全にこれも機能している訳ではなく、実は一年ほど前に就業制限開始を2週間ぐらいほったらかしにされた事例がありました。やっぱりそれで労働者はダウンしちゃいましたね。ですから労働者の健康確保を考えた場合、セーフティネットとしてアンテナを張って、きちんとやらないとマズイ、現実問題として、産業医1人で1,000人もの従業員を一人一人付いて回り、労働時間を確認して回るわけにもいかない、担当の部課長のところに行って注意できるとは思っていません。どうしたらもっと上手く組織的に機能させられるのでしょうか。

高橋康雄先生：

私は復職後の就労制限（制限勤務）が実施されているかについては、月1回の訪問時に、本人と面談して、それまでの勤怠表を見ながらチェックしております。その後、直属の上司との意見交換をして産業医の意見を述べております。

村上先生：

そうですか。実際に私の経験では1ヶ月に1回では、全然期間が空きすぎと考えています。メンタルの人の場合1週間に1回ぐらいチェックしないと、現実的な管理は無理です。とは言え、上長さんに「ちゃんと守ってね」というほか無いんですけれども、現実には守

っていないケースが散見されてます。他の会社の方でそういうのを感じていらっしゃる方はいらっしゃるでしょうか、私の会社だけがそういうひどい会社なんでしょうか。

三澤先生：

相談員をしている三沢と申します。私が関わった事例の一例ですが、非常勤の産業医の場合はそれこそ先生がおっしゃるように1週間に1回みられませんので、就業制限が出る時は一応、フォーマットを作って人事と職場と本人の了解印を頂いているんですね。で、勤務のことは人事がチェックを入れる、そして産業医に連絡してもらったり、あまり守られていないようでしたら上司と本人を呼んだりします。残業制限が出ている場合、職場によっては午後8時ごろになって、各方面、営業所から返事が来てそこから作業という職場もあるので本人は定時で帰りにくい。そういう職場の場合はフレックスを使ってもらって、お昼からの出勤で8時間を守っていただくようにする。そういうことが出来るころはそのようにして頂きました。又、他の事業所はネットで産業医がその方の就労をいつでも見れるようにしてありました。本人の申請ではなく、会社側で勤務状態を管理しなければならない部分があってパソコンのオン、オフとかを含め産業医がそれを見られるようにいつでもチェックできるようになっていました。後は、スキルの問題ですが、リハビリ出社はやらないんですが、やはり2回3回休職する方は復職プログラムを作って本人と主治医が出社OKとなった段階でその方に合わせたプログラムを作って課題を出すんですね。その職場に必要なスキルを課題として与えて「ちょっと試験するよ」みたいな形で60点満点で3回までトライOKのようなことをすると、本人もかなり一生懸命勉強して、「今まで分らないで仕事をしていただけども、理由が分って仕事がしやすくなった」と。復職段階でそれをやったのは現在のところ2人ですけれども、成功事例かなと思います。あとは、職場不適合とかそういうことに関しては、最初から人事を巻き込んでしまう。ある会社では、最初に上司関係とか職場の仕事関係とかを理解していただいて、その方が休んでいる間にその人が働ける職場をリサーチしてくださる人事が居て、上司と話し合ったりして、戻るとき今度は新しい職場の上司と話をし、こんな風に仕事を進めて行こうと、本人と職場が確認した上でやっとうまく行っている例がありました。

村上先生：

一人でしゃべっていて申し訳ないんですけど、さっきの復職の評価をするために勉強してもらおうというところの問題なんですけど、先ほど福井先生の方からも最初の方で富士通でもそういうことをやっていたが、弁護士等から問題があるのではないかという指摘を受けたという話があったかと思います。私のところでも、実はそういう学習をしてもらおうとかメールをチェックするというのが実は労基法上の労働に当たるのではないかと問題になったことがあります。そこで給与を発生させないのは勝手なんだけれども、下手をするとサービス残業と同じように無償の労働提供に抵触するだろう、それはやってはいけないので

はないかと。指摘されたこともあるんですね。いろんなところに書いてあるように私もリハビリ出勤をさせたいと思って色々調べたんですが、その辺の弁護士さんなどのご意見とかは確認されているのでしょうか。

三澤先生：

済みません。弁護士には確認していないんですけども、本人の希望をまず聞いてそういうのをやりたいと言う方に関して、私たちはどんな内容か分かりませんので、職場の方に来ていただいて、その職場に必要なスキルの本、参考書、それは一般従業員が職制に上がるときにやったりするものなので、業務といえば教育の中の一環なのでそういわれるかもしれませんが、まづ最初に本人の確認と主治医の了解は必ず取っています。

福井先生：

キャノンの例だと、人事と健康管理が一緒になって部署を作って、簡単に言えばそれは会社の外だという形で、そこに来て色々パソコンの練習をしたりするのは、これは労働に当たらないのだということを、ちゃんと労基署に確認を取っていると行っていましたが、それがあってうちのひとつの事業所でも、健康管理のほうに来て、それで農園のほうでやるのはいいんじゃないかと解釈してやっているんですよ。

三宅先生：

先生、2人ぐらいこういう労働法に詳しい弁護士の意見があって、一人のAという弁護士は「復職に向けた治療の一環を支援する為の仕組みであるということを制度の中で一貫して徹底することが重要である。出勤練習を行うこと及びその内容に付いては本人と主治医との確認が必ず必要になってくる。口頭では意味が無い。主治医は出勤練習が不要であるというのであれば制度上出勤練習をさせるわけには行かない。労災、通勤災害の適用とならないということを規定で書いたり本人に署名させることは全く意味が無い。労災通勤災害は会社とは関係ないところで認定される。」というもの。もう一人Bさんこの人は「出勤練習の主体は会社よりも本人のほうがよろしい。ただし休職期間は解雇の猶予期間であるという考え方も踏まえて行うべきでありむしろ会社が主体となって出勤練習を決定することがあっても法的に問題は無いと考える。運用上も、本人からの希望、または会社からの提案に対して本人がそれを希望した場合のどちらからでもできるようにしておくのが良いのではないか。法的には治療の主体は主治医ではなく本人である。本人の治療のために希望があればその治療として出勤練習をするのにも問題はない」ということで、あと、無給であることは必ず明示しなければならない。「労災、通勤災害の適用とならないということを規定で書いたり本人に署名させることは法的に意味が無い」これは前と一緒にですね。「労災、通勤災害は労働基準監督署が認定するのであって、違法行為とかんぐられないためにもむしろ書かないほうがよい」というふうにして結構まだ数名の弁護士の意見もあるんで

すけれども。ある弁護士さんに言わせればこういうのは会社がやるよりもむしろ健保組合がやられたほうがいいのではないかと言う意見もぼちぼち出始めています。健保が主体となる。

山口先生：

色々お聞きしたいことがたくさんあって、どれから伺おうかという感じなんです。復職そのものよりも、復職した後の話とか、あるいはその前の休職に至る過程の中で、ご本人から聞く話と、上司から聞く話があるものすごくかけ離れているということを結構経験するのですが。ご本人は環境が悪いとか上司が悪いとか色々言うのですが、上司はやり方が悪い、と。中には上司が本当に悪い例もあるのですが、幾つか経験した中でどうもご本人が自分に対して持っているイメージがどうも高すぎて、それが現実と合わなくてズッコケル、と。こういう方は職場復帰してきてもまた結局ギャップが大きすぎてズッコケル。そういう場合には復職のときにどういう配慮をしたらいいのでしょうか。

素人なりに僕がいろいろ考えるに、その人は多分自分自身に随分自信を持っているだろうなあ、と。自己愛という言葉がいいのかどうか分からないのですが、そういうパターンの方はどうも何回も何回も遷延してズッコケルケースが多いような印象を持っているんですね。そういう人に聞くと職場が悪いとか会社が悪いとか言う印象を持つ。でも会社の人からはなしを聞くとその人はどうも能力が足りないのに、みたいな話で、そういうのを最近何回か経験したんですけれども。どうしたらいいのかちょっとよく分らなかったものですから。

福井先生：

そういう方は結構多いのではないですかね。自分は能力は無いのですけれども、それが見えなくて周りが悪いという。環境さえ良ければ自分はちゃんとやれるのにという態度です。と来ている人が居ますね。そういう人は何回か傷ついて倒れても、それでもやっぱり気が付かないんでしょうね。いつまでたっても周りが悪いといっていますからね。

山口先生：

難しい、どうしようもないですかね、もう。

福井先生：

どなたか。

西田先生：

私は全然精神科医でもなんでもないのですけれども、先ほどちょっと言って突っ込まれましたので。多分疾患概念で考えると、今のお話はきっと違うことを僕たちは扱っているのではないかと思います。おそらくパーソナリティの部分が多い方で、そうすると何

処まで企業はこういう人間の治療に介入するかという問題になってくると思うんですけれども。私はわずか10年の経験ですけれども、私たちは「うつ」をきちんと見てあげればいいのかと思います。統合失調症もぼくは入ってきていいと思いますけれども。最近新しい疾病分類が出てきて、正直言ってちゃんと勉強してないただの医者にとっては非常に理解がしにくいカテゴリーの精神疾患というのが随分ございますし、従来だったらパーソナリティといわれていた部分をお病気として救済しようと、救済しようという概念はすごくいいと思うんですけれども、ただそれを何処まで会社が負うのかというのは別ではと思っています。ただ一方でピュアーなうつの方が職場に戻れないようでは絶対にいけない。その鬱の人というのはちゃんと治療を受けていて、一年間のうち有給休暇ぐらい休まなければいけないかもしれないけれども、アウトプットは60点ぐらい出せる、という風な人たちは何とか救っていかなければならない。そういう人たちと、パーソナリティが大きい部分の人たちを一緒くたにしてしまうと、どちらかという会社側がうまく辞めていただくというルールを武器を持たなくてはいけないよ、ということになってしまうと思うんですね。それはすごく感じる部分なんですけど、そこを本当に分っていらっしゃる専門の先生が、これは正直言って患者さんの利益、不利益があり、診断書にそういうことを絶対に書かれないのは百も承知しておりますけれども、相談をしながらその辺に線引きをやって社会的にコンセンサスが得られるようなことを僕たちがしていけばいいのではないかなあと、私に出来るとは思いませんがそう思いながら、ちょこちょこ毎日悩みながらやっております。

もうひとつだけよろしいですか。スキルのお話が出たときにおそらく私、10年ぐらいメンタルヘルスの話が出たときどちらかという、中高年の自殺が、というのが最初に出てきたという印象を持っているんですが、そういう場合社内である程度スキルがあって復職のときの合格ラインが決まる方というのはいいと思うんです。病気じゃなかったときにこれ位ちゃんと出来ていたよ、と。という線を持っていた人はプラトーなところに戻してあげられるのでいいですが、むしろ新入社員、あるいは2、3年のかたで、まだドンドンドンドンキャッチアップしていかなければならない時期に発病されたとき。スキルで言えば、元に戻ただけでは合格ではないわけですね 会社としては。そういう方のかたにかご経験とかサジェッションとか無いでしょうか。つまり入社1年目、2年目くらいで発症してしまって、十分治ったと主治医は判断しているのですが、これに負荷をかけないのは、ほとんど不可能！！。どうしたらいいんでしょう。今、実際に頭をすごく悩ませているんですけれども、主治医はもういいよといって、それこそリハビリり出社を今やっていて、来月ぐらいいわゆる出社の判定をしなければいけないケースです。今の時点が平らならもう合格です。2年目のしかも最初の新人研修が終わって、と考えると、今の職場はまだ1年たっていないときに発症していますので、そこを会社は絶対良いとは言わないだろうと思っているのですがいかがでしょうか。

福井先生：

ドンドン難しくなってくる。皆さんで知恵を出し合ってください。

西田先生：

私は実は会社の中に降格制度とか、日本にはそういう制度が今までなくて、それを組合の方などに言ってしまうと逆にそれをどんどん使うような言い方になってしまうのですが。雇用が確保されて、おそらく3年ぐらいは彼は目標管理をしてキャッチアップをドンドンしていくようなプランは作れないだろうと私は思っていて、評価としてマイナス査定になってもいいという風な評価を作らせようと思っています。

実は私はずっと新生児に関わる仕事をしていたものですから、今すごく困っているのは障害者雇用というのが多分すごく難しくなっていることです。メンタルヘルスの労災の認定基準の下の方にどう考えても、労災かいな？と思うような小児期、発達時の精神云々というのがあり、全部労災の対象疾患に書かれているんですよ。精神科の先生が診ると全部労災だよという意味だと思います。そういう意味でむしろ途中で発症された方が給与が仮に落ちても雇用が確保されることは悪くはないのでは、と。これは下手なところで言うと袋叩きになることは承知で、こういう席だから言っているわけですが。彼に関して言えば、新入社員競争からは完全に遅れますけれども、5年ぐらい遅れて上がれたらすごくハッピーなのかなと考えるのか、現時点であきらめて他のところに行ったほうが幸せかということを考えなければいけないのかなと悩んでいます。

福井先生：

おっしゃるように、富士通なんかは成果主義を取り入れてというかなり先進的な会社なんですけれども、降格制度というのはなかなかうまく動いてくれないんですよ、労働組合がどう動くかをものすごく気にして、本人が自分から申し出てくれたら、やるんですけれども。出来ない人が成績の悪い人が自分から給料を落としてくれとは言わないんですね。「確かに私は出来ませんが給料は必要です」とかむちゃくちゃ言ってきます。なので、僕は、もっと降格すべきだと思っているんです。おっしゃるように雇用は確保すべきだと思いますが。もうひとつ、幹部社員も、幹部社員に値しないような人がけっこういます。それだって一般社員に落とすということはほとんど不可能なんですね。馘になるかそれとも今のままでとどまるかの選択しかないと言うのはおかしいと思いますが。現実的にどうするかというのはわからないですね、本当に。

三澤先生：

降格人事ではないんですけれども、会社の中で例えばフレックスが使える身分とか、そういうのがだんだん職位が上がっていくとありますが、例えば「この役職は3ヶ月連続、休

んだ場合は自然消滅ですよ」みたいなものが社内規則に入っている会社があって、そういう場合は1回下がる。ただ、やはり管理職の部長とかになると、休んだから下がるということはないと思いますが、管理職手当が付く裁量性労働を認められる制度でしたらそういう記載あった会社があって、自動的にそれが出来なくなって、5万円ほど付いていた管理職手当がなくなったという会社があり、資格制度の記載の中に規定が明記されていました。

福井先生：

制度がはっきりしておればいいんですけれどね。

三澤先生：

それは3ヶ月以上の休務だけではなくて、成果主義を取っていますので、業務がある程度認められないときも勿論その資格はなくなりますよ、というのも入っておりました。

福井先生：

そういう風に本当に明記されていけばやりやすいんでしょうけれどね。

村上先生：

具体的にそれを新しく明記しようとしたときに、組合が「素直に認める」なんて、私は到底思えません。

落合先生（司会）：

ほかにございますか。

三宅先生：

先生はいろんな会社を見ていらしたり、国の規格を見ていらしたりで、なかなかおっしゃり辛い面も多いかと思いますが、理想的なメンタルヘルスをやっている会社って何処ですか。最大公約数的に理想だと言えるところですが。

福井先生：

ほとんどないですね。みんな同じような問題で苦しんでいるんですよ。先ほどから言っている社内のルールなんかにしてもまあ性善説で作っているようなものですね。だから出来るだけ手厚くしてあげようよ、で、みんなで助け合いましょうよという形でやっているのはいいのですが、今それではもう通用しなくなっている。それでみんな困ったな、困ったなとやっているわけですね。

三宅先生：

まあ、安衛法というのが元来そういう性善説にのっとりた考えのものです。少しは性悪説も取り入れる？

福井先生：

労働組合も他の本当に真面目にやっている労働者を守るために、もうちょっとずる賢い者を何とか排除するということの方が悪いですけども、そちら側にもうちょっと目を向けてくれるといいんですけどね。みんな仲間だということで守っちゃっているんですね。とてもそうは思えない方も一杯いるんですけどね。

村上先生：

確かに仲間ではないように思っている人に対して、あるいはこれはまずいだろうと組合も思った人に対して、個々にいろんな罰則と言うかペナルティーを課すことに関しては組合も何も言わないんでしょう。組合だって生きていかなければなりませんから。ただし、内規であるとかなんとか、要するに成文化をしようという動きになると抵抗は強いと思います。

西田先生：

さっきお話したようにいわゆる典型的な藪の方がうまく復職できるためには、うちに来て下さっている精神科の先生方によると、やはり休んだ期間の2倍はかかる。キャッチアップの、いわゆる目標管理をして昇進・昇給を目指すようになるためには3倍から4倍はかかると。そのくらいかかるということを判ってもらおうと、彼は5年かけてうちの会社で色々やってくれたんですけども、やはりルール化し条文化してしまいますと、いまこの場で問題となったような人たちは全部救う形になる。その人たちを全部排除は絶対に出来ないルールになってしまいます。会社が作るルールはすごく厳しくなりますね。そうすると典型的なうちのヒトまでやはり救えないことになりますので、確かに文章にして残すというのは非常に難しいということだと思います。もうひとつだけ、先ほどの富士通復職のプログラムで出てきたある心療内科の先生がいらっしゃるところへ、農場でと、あそこまで心理療法に関わったときに、先生はむしろ臨床医にも不満をもらっしゃると。それは僕はとっても良く分かるんですけども、「治療の介入」になるのではないかということをしごく恐れるのですが。主治医を非難したり、「先生を変えたほうがいいよ」というのに近いようなことを言うてしまう危険性というのが僕には常に内在しておりまして、そのところとの違いというのは非常に難しい。主治医の先生から、「いいね」もしくは「そういうのがあるのなら使ってみたら」「治療の一環として、会社に出てみたら」というのを言っていただけるとしごくありがたいのですが、そのところは意外とデリケートだと思うのですがいかがでしょうか。

福井先生：

これは、社内の他の事業所でやっていることなのですが、いま、東京のほうでもけっこう民間でやってらっしゃいますよね。そういったところに所に行ったらどうかと言うと、やはり主治医を変えるという形になりますね。実際に行ったら今まで山のようにもらっていた薬がガクッとへって、すごく元気になりましたとかね。ですから、やっぱり主治医を変えろと言っていることかな、という気がして、まずいかもしれません。

西田先生：

うまくいっちゃうのは全然問題はないのですが。主治医を変えさして、ごちゃごちゃになると、本当にごちゃごちゃになる。

福井先生：

それはそうですね。行ってまずくなかったじゃないか、と言われてたりもすると思います。うまく行けばまだいいのですけどね。「お前の言うとおりにやったらえらい目にあったじゃないか」と言われると思うと本当にどうしようと思いますね。

落合先生（司会）：

それでは一応講演は終わりました。福井先生どうもありがとうございました。
次回のお知らせとか。その前に、石渡所長からごあいさつです。

石渡所長先生：

先ほどからお話を聞いて頭を悩ましております。やっぱり基本的には、色々な社内のルールをきちんと明記すると言うことが必要じゃないか。さっきの主治医との関係では、産業医の経験もある精神科の島 悟先生いわく、「厚生労働省・事業団が行っている精神科医を対象とした研修会の受講医師がすべて職域を理解しているとは限りません」と言われたぐらいです。だから、精神科の先生を選ぶときも情報を集めて依頼し、精神科医にも職場でのいろいろの問題を理解してもらい、こちら側からも専門医に理解してもらわなければならない情報を提供して、両方から歩み寄ることが必要だというきがします。そのためにセンターとしても少しずつ努力をしています。今日の結論にはなりません、色々悩んでいるのが産業医です。基本的には日本人の働き方の概念を変えないとどうも解決しないのかなという気がしないでもないのです。最近、そんな感想を持っています。今日はこういうテーマで結論はできませんがそれぞれの先生方の経験を通して、企業・組織の中でより良い工夫をしていただければ、本日の福井先生のお話は大変有意義だったのではないかと思います。先生もこれからどうぞお元気で活躍されることを祈っております。どうも今日は有難うございました。

興先生：

今回の交流会のご案内をさせていただきます。今回は6月2日土曜日、時間は本日より同日午後2時から5時にこの会議室で致します。

講師は、昨年の4月から独立行政法人労働安全衛生総合研究所の産業医学総合研究所ということになりました産医研で国際情報労働衛生研究振興センター長をされております澤田晋一先生でございます。この先生には8年前にこの交流会で、主に寒冷環境における生体影響のお話をさせていただいております。先生は温度環境に対する生体影響研究の日本では数少ない研究者のお一人でいらっしゃいます。今回は6月2日でございますので、「わが国の職業性熱中症の最近の話題と課題」という演題で、熱中症についてのお話を承りたいと思いますので、ぜひ皆様ご参加くださいませ。よろしく願いいたします。

千葉先生：

本日は福井先生には前半我々にとって大変有意義なお話を頂き、また後半も活発なディスカッションにお付き合い頂き有り難うございました。せつかくの機会ですので、最後に一つだけお尋ねしても宜しいでしょうか。一昨年蒲田にある富士通の新しい事業所を見学させて頂きました。自分の席は特に決まっておらず、自由に好きな場所で仕事ができる素晴らしい環境だと拝見して感心しましたが、この様な職場環境はメンタルヘルスにどのような影響をもたらしているのか、お聞かせ頂ければと思います。

福井先生：

ノンテリトリアルオフィスといっているのですけれども。あれをやり出したらもともとコミュニケーションの下手な富士通社員がますます、コミュニケーションが出来ない。あれを作った人たちはですね、出来るだけばらばらに座ってくれと、一緒のところに固まるなといっていたのですけれど。部下が出勤しているのか、何をしているのかわけが分からず、管理も出来ない、コミュニケーションも出来ない。パソコンだけでコミュニケーションなんかやり出したら全然だめになっちゃったものですから、これはいかんということで、部長はここにいろ、課長はここにいろと。そのあたりにみんな集まって来い、というかたちで、集めるように変えました。本当にコミュニケーションがだめになっちゃった。

三宅先生：

実際に増えましたね、メンタルが。

福井先生：

実は2つの事業所が1つの建屋に入るとかいうこともあってメンタルの問題は増えてもいるのですけれど。とにかくそういうこともあって、**face to face** でコミュニケーションをとるよというのを強調するようになってきております。作った当初は自分の部

署だけではなく、全然知らない部署の人たちと隣同士になってやるから、そういう人たちともコミュニケーションがとれていいだろうと思ったら大間違いで、そういう人たちとも話さないし、自分のところの人たちとも話しはしないという、孤独に陥ってしまったのでそれは止めてやっぱり集まれということになってきている現状です。

千葉先生：

有難うございました。それを聞いて少し安心いたしました。

三宅先生：

山口先生にもお願いして、数名の精神科医の導入をはかったんです。

福井先生：

ただひとつだけいえるのはですね、SEなものですからソフトの技術に関して外に出ていることが多いものですから、例えば10人いても8人ぐらいのスペースで済むということでは助かっています。スペース的に助かるからちょっとした打ち合わせの場所が作れる、ということで悪いことばかりではないこともちょっと言っておかなくては。