

厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金

メンタルヘルス不調による休職者に対する
科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発

(14070101-01)

平成26年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 堤 明純

平成27年(2015)年3月

厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金

メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発

平成26年度総括・分担研究報告書

主任研究者
堤
明純

平成27年(2015)年3月

目 次

I. 総括研究報告書		
メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発	堤 明純	1
II. 分担研究報告書		
休業中の労働者のセルフケア支援方策の開発	島津明人ほか	8
日本型職場復帰診断書（fit note）システムの試行	堤 明純ほか	22
生活記録表を使用した復職支援の標準的方法の開発および効果評価 生活記録表に関する文献調査等および既存の生活記録表の収集と比較検討	梶木繁之ほか	35
職場訪問型復職支援の開発	秋山 剛ほか	48
復職者の再発予防のための管理監督者教育及び職場環境改善の手法の開発	川上憲人ほか	56
職場復帰後のメンタルヘルス不調労働者の再発予防のための産業保健スタッフ・上司・本人が情報交換するシステムの開発	江口 尚ほか	74
III. 研究成果の刊行に関する一覧表		82
IV. 研究成果の刊行物・別刷		
1. ガイドライン 労働者の心の問題－産業医向け対応方法の指針 （オランダにおける産業医向け復職支援ガイドライン邦訳版）		85
2. Fit Note を最大に活用する GP ガイダンス （GP 向け fit note ガイダンス邦訳版）		107
3. Tsuno et al. Socioeconomic Determinants of Bullying in the Workplace: A National Representative Sample in Japan		132

平成26年度労災疾病臨床研究事業費補助金
「メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発」
(14070101-01)
総括研究報告書

研究代表者 堤 明純 北里大学医学部公衆衛生学教授

研究要旨：本研究の目的は、メンタルヘルス不調により療養を要する労働者のセルフケアや家族によるケア、療養面、労務管理面等において、労働者本人、家族、主治医、事業場者及び人事労務担当者、ライン、産業医等の産業保健スタッフ等の関係者がどのように関与すべきか等について、モデル事業や臨床研究（効果評価研究）を取り入れた研究を行って、臨床面と職場において科学的根拠をもった、実効性のある、メンタルヘルス不調労働者の休業中のセルフケア、円滑な復職、再発予防を総合的に支援する新しい制度とツールを含む対策を提案することである。

初年度にあたる本年度は、1. メンタルヘルス不調による休業者のセルフケア支援方策を開発するため、うつ病及び適応障害をもつ労働者の復職に関するレビューを行い復職を促進する要因を整理した。オランダの復職支援の専門家を訪問し情報を収集し産業医向け復職支援ガイドラインを翻訳した。2. 休業労働者の復職支援策として採用されている英国の *fit note* システムの導入の経緯とその機能、制度・運用の仕組み、導入後の効果について情報を収集し、わが国に導入する際に留意すべき課題について整理した。3. 生活記録表を使用した復職支援の効果評価に関する文献をレビューし、実用されている生活記録表の収集と比較を行った。4. 文献レビューと聞き取り調査により、リワーククリニックのスタッフによる職場訪問型復職支援プログラムで、復職時にリワーク機関から企業に伝達することが望ましい情報についてまとめた。5. 復職後の再発あるいは支援要因になる管理監督者の態度、行動及び職場環境を、文献レビュー、管理監督者、一般従業員向けのインターネット調査及び当事者への聞き取りにより抽出して整理した。6. 復職後のメンタルヘルス不調労働者の再発予防のための産業保健スタッフ・上司・本人が情報交換するシステムの開発を目指して、復職後当事者間で共有する必要のある情報を文献上整理し、情報保護等の課題を抽出した。

1. メンタルヘルス不調による休業中の労働者のセルフケアを支援するための方策として、疾患の特性を考慮しながら、通常の臨床的ケアに、認知行動療法（問題解決技法）と労働時間等の業務調整を追加することが有用で、セルフケア支援プログラムの作成には、スティグマの低減や復職準備性を考慮し、各労働者の強みを認識しつつ、行動科学の諸理論を応用することの重要性が明らかになった。

2. *fit note* は、産業保健体制の十分でない職場に適用可能性があるが、導入に当たっては、適用疾患、記入の負担とならない項目内容・数、発行時期、主治医が患者と就労可能性について相談ができるツール、*fit note* を受けた後、現場で調整を行うコーディネーターの設置等を十分に検討すべきことを明らかにした。

3. 職場訪問型の復職支援においては、疾病に関する機微な情報の授受に十分な配慮をしつつ、職場に提供することが有益な情報については職場とリワーク機関で共有できることが有用であり、本人・職場の双方から同意を得ることが不可欠であることを明らかにした。

4. 産業保健領域と精神科領域で利用の際の着眼の異なる点もあるが、生活記録表を活用して休業者の生活リズムを確認することは、復職の判断に当たり有用であることが明らかになった。

5. 幅広い視点でメンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者の態度・行動の情報が収集された。

6. 当事者のパフォーマンスや体調など、復職後に管理が必要な情報を負担なく交換できるシステムは再発予防に資する可能性があり、情報保護等の留意事項を考慮したシステムのイメージ図を明らかにした。

以上より、モデル事業や効果評価研究で使用するマニュアルやガイドライン等ツール類の開発に資する情報を得た。

分担研究者

島津明人（東京大学大学院医学系研究科・精神保健学 准教授）

梶木繁之（産業医科大学産業生態科学研究所・産業保健経営学研究室・産業医学 講師）

秋山 剛（NTT東日本関東病院・精神神経科部長）

川上憲人（東京大学大学院医学系研究科・精神保健学 教授）

江口 尚（北里大学医学部公衆衛生学 助教）

A. 研究目的

メンタルヘルス不調による休職者がいる事業所の割合の高止まり及び復職後早期の再休職率の高さから、当該労働者の円滑な職場復帰及び再発予防は重要課題である。

産業医によるセルフケア支援が復職と再発予防に有効かつ経済的であったとするオランダや、主治医が休業者の仕事への適合性を評価し、雇用主による支援の必要性を助言できる「職場復帰診断書」（*fit note*）を活用している英国の先進

例とともに、本邦でも、生活記録表を活用した好事例、リワークのスタッフが職場で復職支援を行う試み、スムーズな関係者間の連絡が復職に資するという考えがあるが、効果は未検証である。

本研究では、メンタルヘルス不調により療養を要する労働者のセルフケアや家族によるケア、療養面、労務管理面等において、労働者本人、家族、主治医、事業場者及び人事労務担当者、ライン、産業医を含む産業保健スタッフ等の関係者がどのように関与すべきかについて、研究班が有する産業医と臨床医のネットワークにより、複数の事業場でのモデル事業や臨床研究（効果評価研究）を取り入れた研究を行って、臨床面と職場において科学的根拠をもった、実効性のある、メンタルヘルス不調労働者の休業中のセルフケア、円滑な復職、再発予防を総合的に支援する新しい制度とツールを含む対策を提案する（図上：全体像）。

B. 研究方法

本研究では、6つの課題に関する研究により、実効性のある職場復帰支援方法を開発し、提案する。平成28年度までに、有効性評価のため比較対照研究もしくはモデル事業を経て、ガイドライン、マニュアルを完成させることを計画している（図下：流れ図）。初年度にあたる本年度は、以下の研究を実施した。

1. メンタルヘルス不調による休業者のセルフケア支援方策の開発（島津明人ほか）

休業中の労働者への科学的根拠に基づく支援方法について、オランダで用いられている産業医向け復職支援ガイドラインをレビューし、休業中の労働者に効果的な支援方法の詳細について検討した。つづいて、適応障害またはうつ病による休業中の労働者に対する職場復帰支援介入研究の効果をレビューした。さらに、オランダの復職支援専門家を訪問し、効果的な復職につなげるための情報を収集した。

2. 主治医と事業場スタッフの円滑な連携を目的としたfit noteシステムの開発（堤 明純ほか）

英国雇用年金省においてCarol Black英国仕事と健康に関する特命長官とfit noteに携わる関係部署にヒアリングを行い、fit note システム導入の経緯とその機能、制度・運用の仕組み、導入後の効果と課題について情報収集をした。さらに、

研究遂行に当たり、fit note 導入に関して、制度設計、研究デザインや結果の評価について検討を行う産業医及び産業保健に精通した精神科医によるワーキンググループと、実際に地域においてモデル事業を展開していく専門施設・専門グループの協力関係を樹立し、fit note 導入に関する現時点での課題やモデル事業についてのアイデアについて検討した。

3. 生活記録表による復職支援の開発（梶木繁之ほか）

生活記録表を使用した復職支援の効果評価に関する研究及び復職判定に関する研究をレビューし、復職時における生活リズムの重要性と再休職となった事例の特徴について検討した。さらに、国内で使用されている生活記録表を収集し、比較検討を行った。

4. リワーククリニックのスタッフによる職場訪問型復職支援プログラムの開発（秋山 剛ほか）

文献及び聞き取り調査により、リワーク機関のスタッフによる職場訪問型復職支援で企業に伝達することが望ましい項目と伝達に伴うリスク、及び、関係者を結ぶ同意書について検討した。具体的には、当事者の精神疾患に関する情報を職場に伝える際の困難に関する先行研究の聞き取り、復職時にリワーククリニックから職場に伝えることが有益と思われる情報の検討、リワーククリニックによる支援を行うために、本人及び職場から得るべき同意書についての検討、を行った。

5. 復帰後の再発予防のための管理監督者教育及び職場環境改善の手法の開発（川上憲人ほか）

メンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者の具体的な態度及び行動について、海外及び国内における先行研究の文献レビューを行った。つづいて、インターネット調査会社のモニターから選ばれた管理職及びメンタルヘルス不調で休業した経験のある労働者各206名に上司の復職支援行動及び復職悪化行動について自由回答してもらい、これを分類した。また、東京都内のリワークプログラムを実施している精神科クリニックで5名のメンタルヘルス不調による休職経験者にインタビューを行った。さらに、東京商工会議所のビジネスマネージャー検定試験の目次項目から、ビジネスコンピテンシーとして管理監督者に求められる復職支援を専門家7名が評定した。

6. 職場復帰後のメンタルヘルス不調労働者の再発予防のための産業保健スタッフ・上司・本人が情報交換するシステムの開発（江口 尚ほか）

文献レビューにより復職後に産業保健スタッフ・上司・本人間で行う情報交換の要素を抽出した。専門家と情報保護等の課題を検討し、ICTによる情報交換システムの仕様に盛り込む内容を整理した。

倫理面への配慮

研究にあたっては、研究目的、方法、個人情報取り扱いについて研究参加者に説明した上で実施した。研究課題「復帰後の再発予防のための管理監督者教育及び職場環境改善の手法の開発」における管理監督者及び労働者における復職経験の調査、及び当事者からのヒアリングの実施に当たっては、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理審査委員会にて審査を受け、承認されている。その他の研究課題で実施した文献レビュー、先進諸国における調査、研究協力者からの聞き取り、情報収集及び討議については個人情報を含まない研究であり倫理審査の対象外である。

C. 研究結果

1. メンタルヘルス不調による休業者のセルフケア支援方策の開発（島津明人ほか）

わが国でメンタルヘルス不調による休業中の労働者のセルフケアを支援するための方策として、疾患の特性を考慮しながら、通常の臨床的ケアに追加する形で、認知行動療法（問題解決技法）を取り入れること、その際、職場側が、業務調査等、仕事内容への直接的なアプローチを行うことが有用で、セルフケア支援プログラムの作成に際しては、動機づけや自己効力感を高めるための行動科学の諸理論を応用すること、疾患や休職に関するセルフスティグマの低減を図ること、復職のタイミング（復職準備性）を考慮すること、各労働者の強み（身体的及び心理社会的）を労働者とともに専門職が把握すること、なども重要であることが明らかとなった。

2. 主治医と事業場スタッフの円滑な連携を目的とした fit note システムの開発（堤 明純ほか）

fit note は、従来のものとは違って、どのような条件が整えば復職できるかに焦点をあてた診断書であり、休業・復職に関する主治医、職場

側双方の認識や行動を変えることで、休業の長期化を防止する効果があるとされる。不必要な休業事例や長期休業が予後不良であることはわが国の臨床例でも認められており、fit note の考え方は、日本の産業衛生の制度設計の参考になる可能性がある。

わが国への導入に当たって検討すべき事項には、適応疾患（療養に当たり十分な休養を必ずしも要しない適応の問題でメンタルヘルス不調に陥った例など）、対象とする事業場（産業医選任義務のない小規模事業場等）、主治医にとって負担とならない項目内容・数の選択、発行時期、主治医が患者と就労可能性について相談ができるツール、fit note を受けて現場で調整を行うコーディネーター等の設置などがある。fit note で求められる就業配慮に事業場側が対応できるか否かに検討の余地はあるものの、fit note は、わが国の課題とされている産業保健体制の十分でない職場への適用可能性がある。

3. 生活記録表による復職支援の開発（梶木繁之ほか）

生活記録表を復職判定に用いた報告は少ないが、精神科臨床やリワークプログラムの現場で復職に際し生活リズムの確立は重要視されており、生活リズムを確認することができる生活記録表は復職判定に役立つものと考えられた。

生活記録表は産業保健分野でも利用されており、現在使用されている生活記録表の様式を収集し、その特徴について比較検討を行った。産業保健領域と精神科臨床領域で使用されている生活記録表には、多くの共通点とともに、一部に目的や利用者の視点の違いが反映していると思われる相違点がみられた。

4. リワーククリニックのスタッフによる職場訪問型復職支援プログラムの開発（秋山 剛ほか）

文献及び聞き取り調査により、以下の所見を得た。

当事者の精神疾患に関する情報を職場に伝えることには困難や不安が伴うので、リワーククリニックが、職場への適切な情報の提供、復職後のコンサルテーションを通じて、復職支援を行う場合には、情報伝達に関する当事者の葛藤をやわらげることに配慮する必要がある。

復職時にリワーククリニックから職場に伝えることが有益と思われる情報のうち、一般的治

療情報については、既に開発されている復職準備性評価シートを用いて職場の産業保健スタッフが情報を聴取できる。職場の産業保健スタッフが情報聴取を行えない場合には、リワーククリニックのスタッフが情報を伝達することに意義があるとも考えられる。復職時職務関連情報については、リワークプログラム参加前に、情報共有シートなどを用いて、職場がリワーククリニックと情報を共有しておく必要がある。

本人・職場の双方から同意を得ることは、リワーククリニックが、職場への適切な情報の提供、復職後のコンサルテーションを通じて、復職支援を行うために不可欠であると思われる。次年度以降に作成される同意書のひな形には、職場がリワーククリニックから得た情報を本人の復職支援のためにのみ使用することとともに、本人は報酬の対価としての労働を提供する義務を履行すること等の原則を盛り込む必要がある。

5. 復職後の再発予防のための管理監督者教育及び職場環境改善の手法の開発（川上憲人ほか）

国内外における計6論文を対象にレビューした結果、メンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者の具体的な態度や行動としては、メンタルヘルス不調の症状や復職手続きについての知識をはじめ、復職者本人への適切な対応や共感的態度、業務の調整や配置転換、復職者の同僚や周囲への配慮、産業保健スタッフや外部機関との連携等、多くの事柄があがっていた。

管理監督者及び労働者における復職経験に対するインターネット調査の結果、管理監督者が「すべきでないこと」としてはげまさない・焦らせない、心ない言葉を使わない、「すべきこと」として業務・勤務時間配慮及び本人とのコミュニケーションがあげられた。異動・配置換えについては、その状況や内容により影響が異なると思われた。

当事者からのヒアリング結果から、受容的・肯定的態度と管理監督者からのコミュニケーション、適切な業務指示と配慮、労働者として公平に扱うこと、の3点が職場復帰の支援要因となる管理監督者の態度・行動としてあげられた。

ビジネスコンピテンシーとして求められる管理監督者の復職支援として、本人のキャリア開発に関する行動（人材の育成と人事考課）、職場におけるリスクマネジメントの重要性が示された。

6. 職場復帰後のメンタルヘルス不調労働者の再発予防のための産業保健スタッフ・上司・本人が情報交換するシステムの開発（江口尚ほか）

本人、上司、産業保健スタッフ3者間で、職場復帰プラン、通院状況、勤怠、体調などが共有されることは職場復帰に有用であり、ICTを活用することで、これらの情報交換が負担なくやり取りできることが期待できる。情報保護が適切にできるかなどの課題について検討したシステムのイメージを作成した。

D. 考察

本研究では、メンタルヘルス不調により療養を要する労働者の円滑な職場復帰のため、本人、家族、主治医、事業者及び人事労務担当者、ライン、産業保健スタッフ等がいかに関与すべきかについて臨床面と職場において新しい対策を提案することを目的としている。メンタルヘルス不調による休職者の支援方策の有効性の検証は海外でも少なく、臨床医と産業医が連携して効果評価研究及びモデル事業を実施することで、これまで本邦で行われていなかった方策について、根拠に基づく実効性のある方策を提案できる可能性がある。包括的な支援方策を検討するに当たり、本年度は、各分担研究班で、それぞれの課題に関する情報収集と研究遂行にあたっての体制整備を行い、モデル事業や効果判定研究で使用するツール類の開発に資する情報を得た。

1. メンタルヘルス不調による休業者のセルフケア支援方策の開発（島津明人ほか）

オランダにおいては、産業医が、休業者本人と職場の双方の問題を適切にアセスメントし、双方の問題解決力を高めることが効果的であるというエビデンスに基づいて、産業医向けガイドラインが開発されている。ガイドラインを活用する前提として、産業医に一定の知識やスキルが求められている。わが国においても、効果的支援の検討とともに、休業者向けの教育用パンフレットとそれらを活用させる産業医向けのガイドラインが必要と考えられた。さらに、ガイドラインを活用する基礎となる知識やスキルを修得するための産業医向け研修等を用意することが必要になると考えられた。休業者向けパンフレットは、休業開始時に本人に渡すように工夫することで、活用が図られると思われた。

2. 主治医と事業場スタッフの円滑な連携を目的とした fit note システムの開発（堤 明純ほか）

わが国においても、職場の調整によって不要な休業を防ぐことができる多くの例があるということや、長期休業が予後に悪影響することが少なからず経験されており、早期の復職を図る fit note の考え方は、日本の制度を検討するにあたって参考になるものである。導入にあたっては、適応疾患、対象、主治医に記入してもらう項目、発行時期、必要なツール・支援等について慎重な検討が必要で、以上はモデル事業における確認事項となると考えられた。

3. 生活記録表による復職支援の開発（梶木繁之ほか）

生活記録表のみを取り出して復職に関連する効果を評価した研究は少いが、生活記録表により休業者の生活リズムを確認することは、復職の判断に当たり有用な情報を提供することがうかがわれた。少なくとも産業保健職が使用するもの、精神科医が使用するものの二つの視点がかがわれた。両者とも休業者の生活リズムの整い方を把握するとともに、精神科（リワーク）では、精神症状の推移も観察事項として取り入れられていることが特徴であった。生活記録表は目的と運用ルールを明確にし、本人を含む関係者間で共有することでデメリットやリスクを最小化し、効率的に活用できるものと思われた。

4. リワーククリニックのスタッフによる職場訪問型復職支援プログラムの開発（秋山 剛ほか）

当事者及び職場の状況の把握は、リワークプログラム遂行に必須であり、必要な情報を整理し、それらに関係者間で適切に共有することは有用である。当事者の一般治療情報や当該職場の復職基本情報については、分担研究者らが開発している既存のツールを本研究に应用可能と思われた。当事者間における情報共有に関しては、とくに当事者の精神疾患に関する情報を職場に伝える際には、当事者の葛藤をやわらげるために特段の配慮が必要であり、これら情報を開示するにあたって、リワークの目的を明確にしたうえで、本人・職場の双方から、同意を得ることは、リワーククリニックが、職場への適切な情報の提供、復職後のコンサルテーションを通じて、復職支援を行うために不可欠であると思われた。

5. 復帰後の再発予防のための管理監督者教育及

び職場環境改善の手法の開発（川上憲人ほか）

国内外における文献レビューから、メンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者の具体的な態度や行動として、メンタルヘルス不調の症状や復職手続きについての知識をはじめ、復職者本人への適切な対応や共感的態度、業務の調整や配置転換、復職者の同僚や周囲への配慮、産業保健スタッフや外部機関との連携等、多くの事柄が列挙されており、メンタルヘルス不調者による円滑な職場復帰や復職後の再発予防を図るにあたり、管理監督者には、復職者に対する適切な態度や行動だけでなく、業務負担の軽減や職場環境の調整、専門家との連携等、幅広い知識や技術が求められると考えられた。

管理監督者及び労働者における復職経験の調査からは、復職支援の基本原則となると思われる管理監督者の態度・行動として、はげまさない・焦らせないことがあげられた。またパワハラや暴言を行ったり、本人を責めたりすることも「すべきでないこと」の基本原則として整理された。しかし、本人の体調によって、受け取り方も変わってくる可能性から、管理監督者から当事者へのコミュニケーションの仕方も教育内容として検討することが、異動・配置換えの功罪に関する検討とともに必要であると考えられた。復職にあたって管理監督者が有すべき態度・行動として、受容的・肯定的態度、適切な業務指示と配慮、労働者として公平に扱うことなどともに、管理監督者のコンピテンシーとしての認識されていることが明らかとなった。

6. 職場復帰後のメンタルヘルス不調労働者の再発予防のための産業保健スタッフ・上司・本人が情報交換するシステムの開発（江口 尚）

復職後の再発予防のためには、本人、上司、産業保健スタッフ間で取り決めた配慮が適切に行われているか、本人の体調悪化時に早期発見、早期対応ができるか、についての情報が必要と考えられ、以上が、体裁に関わらない報告とともに、負担なくやりとりのできる ICT システムは有用と考えられた。

E. 結論

メンタルヘルス不調による休業中の労働者のセルフケアを支援するための方策として、疾患の特性を考慮しながら、通常の臨床的ケアに追加する形で、認知行動療法（問題解決技法）を

取り入れること、その際、業務調整など仕事内容への直接的なアプローチを行うことが有用であること、さらに、セルフケア支援プログラムの作成に際しては、動機づけや自己効力感を高めるための行動科学の諸理論を応用すること、疾患や休職に関するセルフスティグマの低減を図ること、復職のタイミング（復職準備性）を考慮すること、各労働者の強み（身体的及び心理社会的）を労働者とともに専門職が把握すること、などの重要性も明らかになった。

fit note の評価は、英国でもはじまったところであるが、不必要な休業事例や長期休業が予後不良であることはわが国の臨床例でも認められており、fit note の考え方は、日本の産業衛生の制度設計の参考になる。とくに、わが国の課題とされている産業保健体制の十分でない職場への適用可能性がある。

職場訪問型の復職支援にあたっては、リワーククリニックが、職場への適切な情報の提供、復職後のコンサルテーションを通じて、情報伝達に関する当事者の葛藤をやわらげることに配慮する必要がある。復職時にリワーククリニックから職場に伝えることが有益と思われる情報については、内容を整理して、職場がリワーククリニックと情報を共有できるツールが有用である。リワーククリニックが、職場への適切な情報の提供、復職後のコンサルテーションを通じて、復職支援を行うために、本人・職場の双方から同意を得ることは不可欠である。

産業保健領域と精神科（リワーク）領域で使用されている生活記録表には、共通点と相違点がみられたが、生活記録表により休業者の生活リズムを確認することは、復職の判断に当たり有用な情報を提供することがうかがわれた。

幅広い視点でメンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者の態度・行動の情報が収集された。これらをもとにメンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者のコンピテンシー枠組みを作成し、メンタルヘルス不調者の復職を支援する管理監督者向け教育研修プログラムを開発し試行することが可能になった。

ICT を活用することで、コミュニケーションにかかる本人の負担が軽減されるとともに、管理監督者及び産業保健スタッフが当事者のパフォーマンスや体調の管理を容易にできる可能性があり、ICT をメンタルヘルス不調者が職場復帰をする際の情報交換の手段として活用することは、職場復帰後のメンタルヘルス不調労働者の再発予防に資する可能性がある。復職後の情報交換に必要な項目と ICT を利用する場合に懸念される情報保護等の留意事項を整理し、システムについて具体的なイメージ図を作成した。

以上より、今後、モデル事業や効果評価研究で使用するマニュアルやガイドライン等ツール類の開発に資する情報を得た。

F. 健康危険情報

該当なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Tsuno K, Kawakami N, Tsutsumi A, Shimazu A, Inoue A, Odagiri Y, Yoshikawa T, Haratani T, Shimomitsu T, Kawachi I. Socioeconomic Determinants of Bullying in the Workplace: A National Representative Sample in Japan. PLoS ONE 2015; 10(3): e0119435. doi:10.1371/journal.pone.0119435
- 2) 堤 明純, 鈴木知子. 女性労働者のストレス対策：一次予防から三次予防まで. 産業ストレス研究 (印刷中)

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

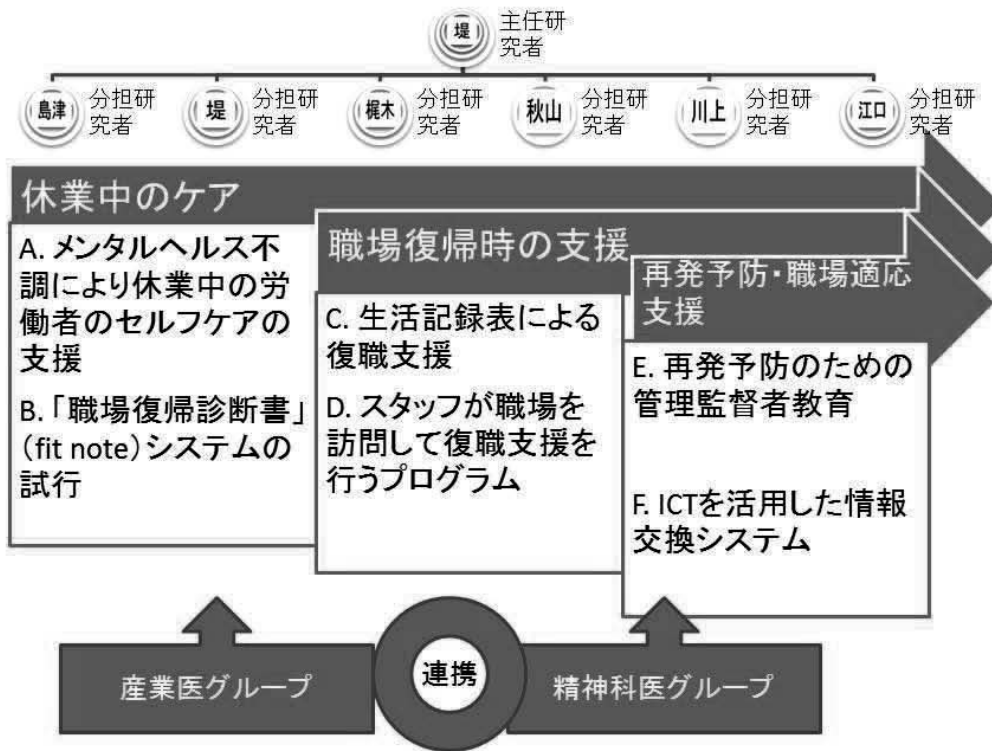
なし

3. その他

なし

図. 研究全体像及び流れ図

メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づき新しい支援方策の開発 (全体像)



メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づき新しい支援方策の開発 (流れ図)

研究	休業中の労働者のセルフケアの支援 (島津)	日本型「職場復帰診断書」(fit note)システムの開発 (堤)	生活記録表を使用した復職支援の標準的方法 (梶木)	リワーククリニックスタッフによる職場訪問型復職支援プログラム (秋山)	復帰後の再発予防のための管理監督者教育と職場環境改善 (川上)	再発予防のための産業保健職・上司・本人による情報交換システム (江口)
平成26年度	文献レビュー、情報収集	情報収集 ワーキンググループ編成	文献レビュー 実用されている生活記録表の比較検討	事例収集と課題の把握	文献レビュー 事例収分析	文献レビュー、 情報収集
平成27年度	検討会を経て、ガイドライン・マニュアル案案を作成	システム素案と精簡のためのツールとマニュアルの作成	標準生活記録表(案)とマニュアル(案)の作成と復職支援の開始	ガイドライン(案)とスタッフのトレーニングプログラムの作成	管理監督者教育プログラムと職場環境チェックリストの開発	利用可能な商用プラットフォームでシステムひな形の開発
平成28年度	比較対照試験によるガイドライン・マニュアルの効果評価	モデル的試行によるfit note効果の検討 システム、ツール、マニュアルの完成	標準生活記録表とマニュアルの効果検証と完成	ガイドライン、スタッフのトレーニングプログラムのモデル試行と完成	教育効果検証と職場環境チェックリストのモデル試行 マニュアルとチェックリストの完成	モデル事業場でのシステムを試行 マニュアルの完成と公開

平成26年度労災疾病臨床研究事業費補助金
「メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発」
(14070101-01)
分担研究報告書

休業中の労働者のセルフケア支援方策の開発

分担研究者 島津明人 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野准教授

研究要旨：メンタルヘルス不調による休職者の支援方策の有効性の検証は海外でも少数であり、科学的根拠に基づく実行可能な方策を提案し、その有効性を評価することは重要である。本研究では、メンタルヘルス不調による休業中の労働者のセルフケアの支援に関して、支援方策の開発とその効果評価を目的とする。初年度は、セルフケアの支援方策の内容とその効果に関して国内外の情報収集するために、次の3つを行った。

1) 休業中の労働者への科学的根拠に基づく支援方法について、オランダで用いられている産業医向け復職支援ガイドラインをレビューし、休業中の労働者に効果的な支援方法の詳細について検討した。2) 適応障害またはうつ病による休業中の労働者に対する職場復帰支援介入研究の効果をレビューした。3) オランダの復職支援専門家を訪問し、効果的な復職につなげるための情報を収集した。これらの情報より、わが国でメンタルヘルス不調による休業中の労働者のセルフケアを支援するための方策として、以下の3点が示唆された。

- 1) 疾患の特性を考慮しながら、通常の臨床的ケアに追加する形で、認知行動療法（問題解決技法）を取り入れることが有用である。その際、職場側が、仕事内容への直接的なアプローチを行うことも有用である。
- 2) セルフケア支援プログラムの作成に際しては、動機づけや自己効力感を高めるための行動科学の諸理論を応用すること、疾患や休職に関するセルフスティグマの低減を図ること、復職のタイミング（復職準備性）を考慮すること、各労働者の強み（身体的及び心理社会的）を労働者とともに専門職が把握すること、なども重要である。
- 3) ただし、これらの示唆を支持する実証研究の数は十分とは言えず、今後のさらなる科学的根拠の蓄積が必要である。

研究協力者

堤明純（北里大学医学部公衆衛生学単位・教授）
有馬秀晃（品川駅前メンタルクリニック・院長）
江口尚（北里大学医学部公衆衛生学単位・助教）
今村幸太郎（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野・特任研究員）
櫻谷あすか（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野・大学院生）

A. 研究目的

メンタルヘルス不調による休職者の支援方策の有効性の検証は海外でも少数であり、科学的根拠に基づく実行可能な方策を提案し、その有効性を評価することは重要である。

本分担研究では、メンタルヘルス不調による休業中の労働者のセルフケアの支援に関して、支援方策の開発とその効果を実験による検証することを目的とする。初年度は、特に休業中の労働者におけるセルフケアの支援方策の内容とその効果に関して、国内外の情報収集を目的とする。具体的には、以下の3つの活動を行う。

1. 休業中の労働者への科学的根拠に基づく支

援方法について、オランダで用いられている産業医向け復職支援ガイドラインをレビューし、休業中の労働者に効果的な支援方法の詳細について検討する。

2. 適応障害またはうつ病による休業中の労働者に対する職場復帰支援介入研究の効果をレビューし、日本における休業中の労働者へのセルフケアプログラム作成のための示唆を得る。
3. オランダの復職支援専門家を訪問し、効果的な復職につなげるための情報を収集する。

B. 研究方法

1. 産業医向け復職支援ガイドライン改訂版（オランダ産業医会作成）の翻訳

オランダ産業医学会が作成した産業医向け復職支援ガイドライン改訂版（第2版）について、ガイドライン本体（全57頁）、背景資料（全51頁）、ガイドラインの概要（全3頁）、の3点をオランダ語から日本語に翻訳し、それぞれの内容についてレビューを行った。本報告書では、主にガイドライン本体について検討した。

2. 適応障害ないうつ病をもつ労働者の復職に関する文献レビュー

適応障害及びうつ病による労働者の職場復帰支援介入に関する 2 つのコクランレビュー (Arends et al., 2012; Nieuwenhuijsen et al., 2014) について、介入方法及び介入効果を検討した。

3. オランダの復職支援専門家からの情報収集

2015 年 2 月 16 日 (月) にオランダ・ティルブルフ大学を訪問し、同大学にて開催された研究交流会にて情報を得た。また、2 月 17 日 (火) にユトレヒト市にあるオランダ公衆衛生・産業保健学校 (NSPOH) を訪問し、同校スタッフからのプレゼンテーション及び討論より情報を得た。

C. 研究結果

1. 産業医向け復職支援ガイドライン改訂版 (オランダ産業医学会作成) の翻訳

1) ガイドラインの目的

本ガイドラインは産業医がより最適な方法で心の問題を抱える労働者及び事業場の機能を回復させ、その維持に向けた支援ができることを目的として作成されていた。対象は、ストレス関連障害、軽症～中等症のうつ病 (抑うつ状態)、不安障害、その他の精神障害、機能障害を持つ労働者であった。ガイドラインでは、産業医はできる限り控えめに行動し、必要に応じてのみ支援することを促しており、労働者と職場が建設的な関係を築くことが重要と位置づけていた。

一方で、職場復帰支援のプロセスの中で、労働者の回復が停滞する可能性を考慮し、適切なモニタリングを続けて回復に停滞が生じた場合には速やかに対処することが必要とされていた。

2) ガイドラインの構成と概要 (付録 1)

本ガイドラインは、4 つのステップから構成されており、それぞれのステップでは産業医に求められる具体的な役割や対応法が示された。各ステップの一覧を表 1 に示す。

第 1 ステップは、問題の方向性と診断について、ガイドラインが意図する支援に労働者が適合しているか、回復過程に停滞がみられるか、何が問題となっているか、などについて検討する内容であった。

第 2 ステップは、介入の導入について、労働者と上司の問題解決力を引き出し強化すること

を目的とした支援のための具体的役割やタスクについて記載されていた。特に、産業医の役割として、①職場復帰のプロセスを支援する、②労働者に焦点を当てる、③職場のシステムに焦点を当てる、の 3 つが強調されていた。労働者本人への介入としては簡単な認知行動療法を用いた介入が推奨された。

第 3 ステップでは、再発防止について、支援開始時点から再発防止に向けて問題解決力を高める指導を行い、労働者本人と職場のそれぞれに具体的な対応の視点を解説していた。

第 4 ステップでは、本ガイドラインに沿った支援の評価と支援の終了について、支援の最初からプロセス評価を実施し、その評価をもとに労働者と職場の実情を把握するために、評価のタイミングや内容について説明していた。また、本ガイドラインを十分に活用するためには、産業医が一定の知識やスキルを持つ必要があるとされており、ガイドライン実行の前提条件として、①労働者が欠勤を始めてから 2 週間以内に最初のアセスメントを行う、②1 回の面談は最低 30 分間行う、③3 週に 1 回は継続して面談を行う、④職場の上司などとも月 1 回は面談を行う、などが記載されていた。

2. 適応障害ないうつ病をもつ労働者の復職に関する文献レビュー

1) 適応障害の労働者を対象としたコクランレビュー (Arends et al., 2012)

取り込み基準に合致する 9 研究 (参加者 1546 名) のうち、バイアスのリスクが低い 7 つの研究をプールして評価した。

認知行動療法に関しては、非介入群 (対照群) において、部分復職までの日数が 88 日、完全復職までの日数が 252 日であった。1 年後のフォローアップ時点では、認知行動療法群は、介入を行うことで、部分復職までの日数が 8.78 日 (mean difference [MD] = -8.78; 95% confidence interval [CI]: -23.26 to 5.71), 完全復職までの日数が 35.73 日 (MD = -35.73 [95% CI: -113.15 to 41.69]) 短縮したが、両群間にはそれぞれ有意差はなかった。

問題解決技法に関しては、1 年後のフォローアップ時点において、介入群は対照群 (ガイドラインに基づかないケア) に比べて、部分復職までの日数が有意に短縮したものの (MD = -17.00 [95% CI: -26.48 to -7.52]), 完全復職まで

の短縮日数については両群間で有意差はなかった。(MD = -17.73 [95% CI: -37.35 to 1.90])。

結論として、認知行動療法群は非介入群と比べて、部分復職及び完全復職までの日数をともに有意に短縮しなかった。他方、問題解決技法は、対照群（ガイドラインに基づかないケア）と比べて、1年後のフォローアップ時点において、部分復職までの日数を有意に短縮したが、完全復職までの日数は有意に短縮しなかった。

2) うつ病の労働者労働者を対象としたコクランレビュー (Nieuwenhuijsen et al., 2014)

23 研究が評価の対象となり、大うつ病性障害または重度の抑うつ症状をもつ 5996 人の参加者が含まれた。14 研究はバイアスのリスクが高く、9 研究はバイアスのリスクが低かった。

仕事への直接的な介入（①労働時間や仕事内容などの業務調整、②職場でのうつ病への対処における労働者への支援、③仕事の調整とサポート的介入の組み合わせ）を用いた 5 研究では、3 研究において、臨床的な介入+仕事への直接的な介入が、臨床的な介入単独と比べて、疾病休業日数を有意に短縮させた (standardised mean difference [SMD] = -0.40 [95% CI: -0.66 to -0.14])。

臨床的なケアと仕事への直接的な介入との組み合わせを用いた 1 研究では、仕事への直接的な介入単独と比べて、疾病休業日数に有意差はなかった (SMD = -0.14 [95% CI: -0.49 to 0.21]) (表 3)。

参加者をより要求度の高い職場状況に段階的に曝露する復職支援プログラムを用いた産業医による定期的なケアを用いた 1 研究では、産業医による通常のケアと比べて、疾病休業日数に有意差はなかった (SMD = 0.45 [95% CI: -0.00 to 0.91])。

抗うつ薬による介入を用いた 6 研究において、SSRI と SNRI との疾病休業日数の短縮効果を比較した 3 研究では、一貫した結果は得られなかった。その他の 3 研究では、SSRI と三環系抗うつ薬とを比較した 1 研究では、疾病休業日数の短縮において有意差はなかった。2 つの異なる SSRI (escitalopram vs. citalopram) を比較した 1 研究では、escitalopram が疾病休業日数を有意に短縮した (SMD = -0.31 [95% CI: -0.54 to -0.07])。三環系抗うつ薬またはモノアミン酸化酵素阻害薬とプラセボとを比較した 1 研究においては、疾病休業日数において有意差はな

かった。

心理学的な介入を用いた 5 研究では、3 研究において、電話またはオンラインでの認知行動療法が、通常のプライマリケアまたは産業医によるケアと比べて、疾病休業日数を有意に短縮した (SMD = -0.23 [95% CI: -0.45 to -0.01])。

心理学的介入と抗うつ薬との組み合わせによる介入を用いた 5 研究では、1 研究において構造化された電話でのアウトリーチとケアマネジメントのプログラムが、通常ケアよりも疾病休業日数を有意に短縮した (SMD = -0.21 [95% CI: -0.37 to -0.05])。

運動による介入を用いた 2 研究では、指導者のもとでの高強度の運動が、リラクセーションと比べて疾病休業日数を有意に短縮した (SMD = -1.11 [95% CI: -1.68 to -0.54])。有酸素運動はリラクセーションやストレッチと比べてより疾病休業日数に有意差はなかった (SMD = -0.06 [95% CI: -0.36 to 0.24])。

結論として、臨床的な介入に仕事への直接的な介入を加えることで、臨床的な介入単独よりも、疾病休業日数を短縮することが示された。また、認知行動療法を加えたケアは、通常のケアと比べて疾病休業日数を短縮した。薬物療法を含む構造化された電話でのアウトリーチとケアマネジメントプログラムは、通常のケアと比べて疾病休業日数を短縮した。

3. オランダの復職支援専門家からの情報収集

1) ティルブルフ大学での研究交流会 (付録 2)

オランダ側より Jac van der Klink 教授 (ティルブルフ大学)、Roland Blonk 教授 (TNO/ユトレヒト大学) を含む 11 名、日本側より 4 名の研究及び実践活動の紹介があった。

オランダでは、産業医を対象とした復職支援ガイドライン改訂版 (第 2 版) が開発されているが、ガイドラインのアドヒアランスを高めるためのトレーニングや各種ツール、ガイドラインの効果評価、復職に関する周囲の差別やステイグマの影響、Sustainable employability (持続可能な雇用能力) についても研究が紹介された。

Carel Hulshof 教授 (アムステルダム大学産業医学分野) からは、産業医向けの復職支援ガイドライン作成の背景や、ガイドラインが実務で活用されるための教育研修 (e-ラーニングによる、労働者及び使用者向けのガイドライン、ワーク

シヨップやパワーポイントによるスライド研修、チェックリスト、指針の提示、監査報告ツール、デジタル教材の提供など) について紹介があった。オランダ産業医会では、メンタルヘルス不調による復職支援ガイドライン第 3 版を 2016 年 12 月に公刊する予定であり、現在、改訂作業中とのことであった。

2) オランダ公衆衛生・産業保健学校 (NSPOH) の訪問 (付録 3)

復職を支援するための産業保健専門職 (産業医、保健師、心理職など) 向けガイドラインの紹介があり、行動科学の諸理論にもとづく労働者の動機づけ (I'm willing)、自己効力感 (I'm able)、復職のタイミング (I'm ready) に焦点を当てたプログラムの内容が紹介された。

また、Capability Profile についての紹介もあった。Capability Profile とは、産業医が労働者の復職支援 (または再雇用) の際に作業能力を記述するもので、その内容は主に雇用専門家、保険会社の医師や労働専門家に情報提供される。産業医は障害を持つ労働者の復職 (または再就職) の際にアドバイザーのような役割を果たし、労働者の医学的所見や作業能力の限界を解説する。この調書をもとに雇用専門家や労働専門家は、当該労働者が会社内の元の職務に就けるのか、または職場調整が必要である、別の会社が望ましいのかなどを判断する。産業医は一度きりのアドバイスで終わるわけではなく、何度もこの過程に関与する。

D. 考察

1. 産業医向け復職支援ガイドライン改訂版 (オランダ産業医会作成) の翻訳

本ガイドラインは、2000 年に発行された初版の改訂版であり、より職場環境に焦点を当てた、科学的根拠に基づく数少ない産業医向けガイドラインとして作成されたものであった。本ガイドラインにおいては、産業医は本人と職場の双方の問題を適切にアセスメントし、双方の問題解決力を高めることが効果的な支援とされた。また、ガイドラインを活用する前提として、産業医に一定の知識やスキルが求められており、事業主が産業医にそれらを修得させることが推奨されていた。

日本における職場復帰支援のガイドライン作成においても、労働者の職場復帰に効果的な支援方法だけでなく、ガイドラインを活用するた

めの基礎となる知識やスキルを修得する機会として産業医向け研修等を用意することが必要になると考えられる。認知行動療法や職場における問題解決技法など、ガイドラインに沿った介入に必要なスキルを産業医が習得するための工夫について検討が必要といえる。

2. 適応障害ないうつ病をもつ労働者の復職に関する文献レビュー

2 つのコクランレビューの結果から、適応障害により休業している労働者に対しては、問題解決技法に基づくケアが部分復職までの日数を短縮することが示された。うつ病により休業している労働者に対しては、臨床的な介入に加えて仕事への直接的な介入を用いることで、疾病休業日数を短縮する可能性が示された。また、認知行動療法を用いた介入が有効である可能性も示された。

以上の結果から、効果的な職場復帰支援を行うためには、疾患の特性に応じた介入が必要である可能性が考えられる。また、特にうつ病により休業している労働者には、通常の臨床的なケアだけでなく、仕事への直接的な介入を組み合わせたり、電話やオンラインを活用した認知行動療法を提供することが、疾病休業日数の短縮に役立つと考えられる。しかしながら、いずれの対応に関しても、実証研究の数は十分とは言えず、今後のさらなる科学的根拠の蓄積が必要である。

3. オランダの復職支援専門家からの情報収集

オランダでは、メンタルヘルス不調による休業中の労働者を支援するための復職支援ガイドラインが、少なくとも 2 種類存在することが明らかとなった。一つは産業医に向けたもの、もう一つは産業医だけでなくその他の産業保健スタッフも活用できる内容であった。前者では、産業医が労働者を支援するに際して、労働者と職場環境の双方に段階的にアプローチする点を強調していた。後者では、復職につながる重要な要因として労働者自身の動機づけと自己効力感を挙げており、いかにしてこれらの要因を高めるかについて行動科学に関する各種理論を実践に応用している点に特徴があった。また、いずれのガイドラインに関しても、これらを活用するためのトレーニングが準備されていた。

オランダ公衆衛生・産業保健学校 (NSPOH)

では、Capability profile も準備されており、各労働者の身体的及び心理社会的な弱みだけでなく強みを、労働者とともに専門職が把握し、適切な復職につなげるための工夫を行っている点は、わが国の復職支援を検討するうえで重要な視点と思われる。

以上の国内外の情報をまとめると、わが国でメンタルヘルス不調による休業中の労働者のセルフケアを支援するための方策として、以下の点が示唆される。

- 1) 疾患の特性を考慮しながら、通常の臨床的ケアに追加する形で、認知行動療法（問題解決技法）を取り入れることが有用である。その際、職場側が、仕事内容への直接的なアプローチを行うことも有用である。
- 2) セルフケア支援プログラムの作成に際しては、動機づけや自己効力感を高めるための行動科学の諸理論を応用すること、疾患や休職に関するセルフスティグマの低減を図ること、復職のタイミング（復職準備性）を考慮すること、各労働者の強み（身体的及び心理社会的）を労働者とともに専門職が把握すること、なども重要である。

ただし、これらの示唆を支持する実証研究の数は十分とは言えず、今後のさらなる科学的根拠の蓄積が必要である。

E. 結論

本研究では、メンタルヘルス不調による休業中の労働者のセルフケアの支援に関して、支援方策の開発とその効果評価を目的とした。初年度は、セルフケアの支援方策の内容とその効果に関して国内外の情報収集を行った。収集された情報を踏まえ、わが国でメンタルヘルス不調による休業中の労働者のセルフケアを支援するための方策として、以下の点が示唆された。

- 1) 疾患の特性を考慮しながら、通常の臨床的ケアに追加する形で、認知行動療法（問題解決技法）を取り入れることが有用である。その際、職場側が、仕事内容への直接的なアプローチを行うことも有用である。
- 2) セルフケア支援プログラムの作成に際しては、動機づけや自己効力感を高めるための

行動科学の諸理論を応用すること、疾患や休職に関するセルフスティグマの低減を図ること、復職のタイミング（復職準備性）を考慮すること、各労働者の強み（身体的及び心理社会的）を労働者とともに専門職が把握すること、なども重要である。

- 3) ただし、これらの示唆を支持する実証研究の数は十分とは言えず、今後のさらなる科学的根拠の蓄積が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当せず
2. 学会発表
該当せず

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

H. 引用文献リスト

- Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, Bültmann U, Verbeek JH. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. Art. No.: CD006389. DOI: 10.1002/14651858.CD006389.pub2.
- Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD006237. DOI: 10.1002/14651858.CD006237.pub3.

表1 職場復帰支援の4つのステップ

4つのステップ	内容
1. 問題の方向性と診断	<ul style="list-style-type: none"> ・労働者が下記の症状や機能障害がある場合に適用する。 <ul style="list-style-type: none"> - ストレス関連症状、軽症～中等症の抑うつ、不安障害、その他の精神障害、心理的問題がある ・診断と介入を受け入れるだけの十分な信頼関係が必要
2. 介入	<ul style="list-style-type: none"> ・労働者と職場システムに焦点を当てた介入を検討する。 ・簡単な認知行動療法を取り入れ、合理的な視点、1日の計画、労働者の前向きな考え方などを支援する。 ・職場の人にも問題解決に向けた具体的なアドバイスをする ・症状や状態が2ヶ月間変わらない、または悪化している場合は、主治医に相談する。
3. 予防と再発防止	<ul style="list-style-type: none"> ・再発予防のために、労働者と職場の問題解決力を強化する ・以前と同じ症状がでた場合は、必要に応じてすぐに対応できるようにする。
4. 評価と支援の終了	<ul style="list-style-type: none"> ・労働者と、最初の3ヶ月間は3週間に1回、その後は6週間に1回は面談する。 ・上司とも月1回は面談する。

表 2. 非治療群に対する適応障害のための認知行動療法の比較

対象	適応障害の患者			
研究枠組み	産業保健ケア			
介入	認知行動療法			
比較	非治療群			
アウトカム ³	実例比較リスク(95%信頼区間)		参加者数 (研究数)	エビデンスの質 (GRADE)
	想定リスク	対応リスク		
	非治療群	認知行動療法		
部分復職 (追跡期間： 平均1年間)	部分復職までの平均 日数 88 日	部分復職までの平均 日数 8.78 日短い (23.26 ~ 5.71)	201 (2 研究のうち、1 研究は 3 群のため 介入群が 2 つ)	中程度 ¹
完全復職 -180 ~+180 日(追跡 期間：平均 1 年 間)	完全復職までの平均 日数 252 日	完全復職までの平均 日数 35.75 日短い (113.15 ~41.69)	105 (1 研究、2 介入群)	低い ^{1, 2}
ストレス得点 DASS stress scale : 0 点~42 点 (高い) (追跡期間：平均 1 年間)	平均ストレス得点 14.1 点	ストレス得点の平均 値は 0.06 点高い (3.91 ~4.02)	89 (1 研究、2 介入群)	中程度 ¹
GRADE				
高い質	更なる研究によって、効果の推定における信頼性が変わることはありえない			
中程度の質	更なる研究が効果の推定における信頼性に重要な影響を与える可能性がある、また、推定自体が変わるかもしれない			
低い質	更なる研究が効果の推定における信頼性に重要な影響を与える可能性が大きくある、また、推定自体が変わる可能性がある			
とても低い質	この推定に関しては疑わしい			
¹ N<400 だったため				
² 不均一性 I ² = 58% (中程度の不均質性だったため)				
³ DASS = Distress, Anxiety and Stress Scales distress scale				

表 3. うつ病の臨床的介入のみに対する職場向け介入+臨床的介入の比較 (概要版)

対象	うつ病患者					
研究場枠組み	外来患者に対する研究が 2 つ、職場または EAP で行われた研究が 1 つ					
介入	職場向け介入+臨床的介入					
対照	臨床的介入のみ					
アウトカム	実例比較リスク (95% 信頼区間)		相 対 効 果 (95% 信 頼 区 間)	参加者数 (研究数)	エビデンスの 質(GRADE)	コメント
	想定リスク	対応リスク				
	臨床的介入	職場向け介 入+臨床的 介入				
疾病休業日数 (追跡期間：4-12 か月)		疾病休業日 数の平均値 は 0.4 標準 偏差低い (0.66 ~ 0.14)	標準化平均値 差 (SMD)= -0.4 (-0.66 ~ -0.14)	251 (3 研究)	中程度	標準偏差が 0.5 なので、 群間の差は 中程度
想定リスクの基準は脚注に記載(e.g 全ての研究のコントロール群のリスクの中央値)、						
対応リスク (及び 95%信頼区間) は対照群の想定リスクと介入群の相対効果 (及び 95%信頼区間)に基づく						
介入の詳細	2 つの研究では、仕事の再調整に重点を置いた作業療法(仕事の修正とそのサポート)に臨床介入を加えた内容。もう 1 つの研究では、通常の EAP プログラムを拡張し、仕事のコーチングや仕事の修正を組み合わせた内容。					
GRADE						
高い質	更なる研究によって、効果の推定における信頼性が変わることはありえない					
中程度の質	更なる研究が効果の推定における信頼性に重要な影響を与える可能性がある、また、推定自体が変わるかもしれない					
低い質	更なる研究が効果の推定における信頼性に重要な影響を与える可能性が大きくある、また、推定自体が変わる可能性がある					
とても低い質	この推定に関しては疑わしい					

付録1 産業医向け復職支援ガイドライン改訂版（オランダ産業医会作成）の概要

産業医への手引書

心の問題

- ・ コントロールの喪失はほぼすべての心の問題の核心をなす特徴である。
- ・ 症状に焦点を当てた介入は自動的に機能回復へとつながらない。
- ・ 回復プロセスとは職場環境との相互関係を構築するプロセスである

ガイドラインを充分に実行するための前提条件

- 産業医は欠勤の報告を受けてから2週間以内に支援を始めなければならない。
- 各面談には少なくとも30分はかける。
- 継続の面談は平均3週間に1回行う。
- 職場環境/上司とのコンタクトは平均して月に1回は行う。

1 問題に向けた診断

労働者が下記のような症状からコントロールの喪失と機能障害に陥ったらこのガイドラインを適用する。

- ストレス関連症状（ストレス性症状、ストレス性障害、慢性的ストレス性障害）
- 軽度から中程度の抑うつ
- 不安障害
- その他の精神障害
- 「心理的問題」という診断にあまり抵抗のない労働者

下記のことが直接な原因の場合はこのガイドラインは適用しない。

- 急性の感情の発現（例えば怒り）
- 身体化症状

問題の開示と判断

- 症状、機能の制限、原因要素
- 労働者と上司の問題解決能力
- ストレスプロセスで説明のつく症状（要求、環境のイベントと問題、人間関係よりおこる脆弱性）
- 身体化の仮診断、自殺リスク、非合理的認識、頑なに性格的特徴、望まない行為の犠牲者、労働環境にコンフリクトが重要な病因になっている労働者などは合併症を起こす可能性がある。

回復プロセスに停滞がないか継続的に監視

停滞がなく正常な経過

- 控えめな支援で必要に応じて支えとなり、継続的に回復プロセスをモニターする。

2 介入

プロセス支援者としての役割は最小限にして、労働者及び/あるいは職場システムに焦点を当てた介入の役割を検討する。

4DKL を使って月ごとの症状パターンをモニターし、症状が抑うつ障害や不安障害に発展しないようにする。

介入タスク

- 簡単な認知行動療法を取り入れた回復ステップで合理的な視点、1日の計画、前向きなラベルを貼るなどの支援で労働者を支える。
- 説明と教育で職場環境における労働者を支える。
- 症状パターンが2か月間変わらないか、悪化している場合は開業医に相談する。

停滞の場合

- 直ちに介入を導入して十分な支援を行う。

3 予防と再発防止

- 再発ないように労働者と職場環境の問題解決能力を強化する。
- 労働者が以前に患った時と同じ症状が起きた場合、必要であればすぐにコンタクトをとれるようにする。
- 複数の労働者が問題に関与している場合は（RI&E、PMO、就労支援センターもしくは組織）などに相談する。

4 評価と支援の終了

完全な復職後も産業医の支援は継続される。

評価

労働者と

- 最初の3か月間は3週間に1回
- 3か月後には、少なくとも6週間に1回

上司と

- 4週ごとに1回

その他の医療機関

- 停滞もしくは再発した場合
- 診断に迷いがあるとき

労働に関する専門家（場合によっては保険医）

- 構造的作業調整が必要な場合
- 元の職場に復帰できない場合

プロセスの段階	回復タスク	介入	日程	停滞期
コントロール喪失状態になる 1. 危機的段階	ー理解と観察 ー受け入れ ー休養と気分転換 ー組み立て	ー指導（口頭と筆記による） ー論理的根拠 ーコミュニケーション指導 ー総体的視点を与える ー前向きなラベルを貼る ー心配の原因と向き合う ー日中の過ごし方 ー睡眠のとり方	おおよそ3週間を目途に切り上げる。 目的に到達できていない場合は→停滞期を参照	出発点の見直し： ー問題の方向性を広げるのか？ ー診断を変更するのか？ ー介入を調整するのか？ ー経過を見る 再度同じプロセスを日程通りに繰り返す（プロセスに応じたタスクも含めて）
原因を特定する 2. 問題の特定と解決の段階	問題の方向性から解決策の方向性を探る。 ー問題解決の方向性を検討する	ー問題点と解決策の現状調査 ー記録を書き留める課題を与える	第一段階終了後、3-6週間で切り上げる。 目的に到達できていない場合は→停滞期を参照	
解決策の適用 3. 適用の段階	適用の指導 ー全ての役割と職務を再検討する ー機能の回復	ー大まかな計画を立てる ー今後の見通しを立てる ー復帰を目指す	第二段階終了後、形式的に6週間で切り上げる。 目的に到達できていない場合は→停滞期を参照	

産業医によるコントロール喪失から機能回復までのプロセスの処置

付録2 ティルブルフ大学での研究交流会のプログラム (2015年2月16日)

Title: work and health in the Netherlands and Japan; a Dutch – Japanese knowledge exchange of science and practice

Date: February, 16th 2015

Location: Tias Building, Tilburg University, Tilburg

Meeting Room: TZ3

Morning program:

- 09.30-09.45 RECEPTION of Japanese colleagues and transfer to meeting room
- 10.00-10.15 WELCOME at our institute with coffee, tea and introduction round
- 10.15-10.30 SHORT PRESENTATION on Tranzo, Scientific Center for Care and Welfare, dr. Evelien Brouwers
- 10.30-10.45 SHORT PRESENTATION on the Tilburg School of Social and Behavioral Sciences Prof. Wijo Kop
- 10.45-11.00 Short COFFEE/TEA BREAK
- 11.00-12.30 PRESENTATIONS
 - Prof. Dr. Ton Wilthagen: labour market instruments for enhancing participation in work
 - Prof. dr. Peter van der Velden: mental health in the police force, trauma and resilience
 - Dr. Evelien Brouwers: mental disorders at work, stigma and RTW policies
 - Dr. Margot Joosen: Enhancing guideline adherence in occupational health care
 - Prof. dr. Christina van der Felz: the outcomes on RTW of a blended ehealth intervention in the occupational health setting: A Randomised Clinical Trial.
 - Prof. dr. Wijo Kop: RTW after cardiac rehabilitation; preliminary results and experiences
 - Prof. dr. Jac van der Klink: sustainable employability and its relation with RTW.
 - Prof. dr. Carel Hulshof: evidence-based practice guidelines on RTW
 - Prof. dr. Roland Blonk: Sustainable employability of low skilled workers
 - Esther Wegter-Hilbers MSc: Health management in practice
- 12.30-13.30 LUNCH

Afternoon program:

- 13.30-14.15 CONTINUATION OF (DUTCH) PRESENTATIONS
- 14.15 – 15.15 PRESENTATIONS BY THE JAPANESE TEAM
 - Prof. dr. Akizumi Tsutsumi: Development of new evidence-based measures to support the return-to-work of employees absent from work due to mental health problem.
 - Dr. Hisashi Eguchi: Return to work system in Japan: Guideline and Practice.
 - Dr. Hideaki Arima: Re-work program for mood disorders: Innovative treatment in Japan for the purpose of recovery and relapse prevention.
 - Dr. Akihito Shimazu: Towards healthy employees in a healthy organization: From a perspective of work engagement.
- 15.15-15.30 Short COFFEE/TEA BREAK
- 15.30-16.15 DISCUSSION and exchange of experiences

Participants: (a selection of) the researchers mentioned above and prof. dr. Christel Rutte, dr. Marjolein Lugtenberg, Dick Frereiks MSc and others
- 16.15-17.00 BRAINSTORM on opportunities for collaboration
- 17.00 CLOSING

NSPOH performing the educational programs for occupational health professionals in the Netherlands

Program Tuesday 17 February 2015

10h00-10h15

Welcome and short introduction by Mrs. Petrien Uniken Venema (director NSPOH)

10h15-10h45

Presentation by Mr. Ger Kaldenberg

- Dutch Postgraduate Training Program in Occupational Medicine

10h45-11h15

Presentation by Mr. Frans Vlek

- Reintegration manual

11h15-11h45

Presentation by Mrs. Ineke van Werven

- Capability profile
- Introduction in teaching moral values in Occupational Health

平成26年度労災疾病臨床研究事業費補助金
「メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発」
(14070101-01)
分担研究報告書

日本型職場復帰診断書 (fit note) システムの試行

研究代表者 堤 明純 北里大学医学部公衆衛生学教授

研究要旨：主治医と事業場スタッフの円滑な連携を目的とし、英国において労働者の職場復帰の支援策として採用されている「職場復帰診断書」(fit note)システムを特定の地域でモデル事業として試行し、その有効性を検証することを目的として、英国雇用年金省において Carol Black 英国仕事と健康に関する特命長官と fit note に携わる関係部署にヒアリングを行い、fit note システム導入の経緯とその機能、制度・運用の仕組み、導入後の効果と課題について情報収集をした。さらに、研究遂行に当たり、fit note 導入に関して、制度設計、研究デザインや結果の評価について検討を行う産業医及び産業保健に精通した精神科医によるワーキンググループと、実際に地域においてモデル事業を展開していく専門施設・専門家グループの協力関係を樹立し、fit note 導入に関する現時点での課題について検討した。fit note は、休業が必要であることを示す従来の診断書と違って、どのような条件が整えば復職できるかに焦点をあてた診断書であり、休業・復職に関する主治医、職場側双方の認識や行動を変えることで、休業の長期化を防止する効果があるとされ、英国で導入され、現在、効果検証が進められている。休業が必ずしも必要ないと思われる事例や長期休業が予後不良であることはわが国の臨床例でも認められており、fit note の考え方は、日本の産業衛生の制度設計の参考になる可能性がある。わが国への導入に当たって検討すべき事項には、適用疾患（療養に当たり十分な休養を必ずしも要しない適応の問題でメンタルヘルス不調に陥った例等）、対象とする事業場（産業医選任義務のない小規模事業場等）、主治医にとって負担とならない項目内容・数の選択、発行時期をいつにするか、主治医が患者と就労可能性について相談ができるツール、fit note を受けた後、現場で調整を行うコーディネーター等の設置などがある。産業保健や休業補償などの制度の異なる二国間で、診断書のシステムのみを切り出して導入することは容易な作業ではないが、fit note はわが国の課題とされている産業保健体制の十分でない職場への適用可能性がある。

研究協力者

河野慶三（富士通株式会社産業医）
佐藤裕司（富士通株式会社産業医）
前田聡彦（富士通株式会社産業医）
土肥紘子（富士通株式会社産業医）
宮岡 等（北里大学医学部精神科教授）
鎌田直樹（北里大学医学部精神科）
田中克俊（北里大学大学院医療系研究科教授）
坂田深一（医療法人社団博奉会相模ヶ丘病院院長）
井上賀晶（医療法人社団博奉会相模ヶ丘病院診療部長）
石渡弘一（神奈川産業保健総合支援センター所長）
森田哲也（神奈川産業保健総合支援センター相談員）
塩崎一昌（横浜市総合保健医療センター地域精神保健部長）
林田耕治（トータルヘルス株式会社、株式会社D4 代表取締役・福岡職域研究会世話人）
森口次郎（京都工場保健会産業保健推進部部長）
藤野善久（産業医科大学公衆衛生学准教授）

A. 研究目的

メンタルヘルス不調による休職者がいる事業所の割合の高止まり及び復職後早期の再休職率の高さ(Endo et al, 2013)から、当該労働者の円滑な職場復帰及び再発予防は重要課題である。

メンタルヘルス不調のために休業に陥った労働者の復職については、種々の課題があるが、主治医による診断書の有用性は、そのうちのひとつである(堤, 2008)。現在わが国では、専門医の診断書は、それを基に休業及び復職(第3ステップ)の手続きが開始される要件となっている。しかし、産業医からは、診断書ベースでの専門医とのコミュニケーションが難しいことが指摘されている(佐々木ら 2011; Tsutsumi A et al 2011)。精神科関連の専門医の調査からも、診断書の内容が患者の希望に沿って、甘くなる可能性が認められている(柏木 2005; 2006)。

英国では、主治医が休業者の仕事への適合性を評価し、雇用主による支援の必要性を助言できる「職場復帰診断書」(fit note)の活用が始まっている(藤野ら 2013)。fit note は、休業が必要であることを示す従来の診断書ではなく、どのような条件が整えば復職できるかに焦点をあ

てた診断書であり、休業・復職に関する主治医、職場側双方の認識や行動を変えることで、休業の長期化を防止する効果があるとされている。本研究の目的は、この fit note システムをわが国に適用できるか、モデル事業を取り入れて検証することにある。

B. 研究方法

研究初年度にあたる今年度は、研究体制の構築と情報収集を行った。

1. fit note に関する情報収集

英国雇用年金省において Carol Black 英国仕事と健康に関する特命長官と fit note に携わる関係部署にヒアリングを行い、fit note に関する情報を収集し、システム導入の経緯とその機能、制度・運用の仕組み、導入後の効果と課題について情報収集した。

2. 専門家ワーキンググループによる研究体制の樹立と導入に当たっての意見聴取

研究遂行に当たり、fit note 導入に関する意見、研究デザインや結果の評価について討議する産業医及び産業保健に精通した精神科医によるワーキンググループと、実際に地域においてモデル事業を展開する際に協力いただく専門施設・専門家グループの協力を樹立した。

fit note の事情に詳しい専門家（藤野善久産業医大公衆衛生学准教授）と専門家によるワーキンググループからは、fit note 導入の可能性（条件）について意見や疑問点を提出いただいた。その際、英国における情報収集とモデル事業の参考にするため、現時点で考えられる課題を抽出していただいた。

制度上の課題については、「制度上できない」ではなく、「どのような条件であれば導入できるか」の視点で意見を求めた。内容面の課題については、fit note は、「使えるものか、使えないのであればどうしたら受け入れられるか」という視点で意見を求めた。

倫理面への配慮

本研究で実施した文献レビュー、先進諸国における調査、研究協力者からの聞き取り、情報収集及び討議については個人情報を含まない研究であり倫理審査の対象外である。

C. 研究結果

1. fit note に関する情報収集

英国雇用年金省におけるヒアリング結果を以下にまとめる。

1) fit note の概要

2010年4月に、「休業を要する」もしくは「休業を要しない」に限られていた従来の診断書（sick note）から‘考え方の変換 cultural shift’を目指して導入された、何らかの配慮をすることにより復職をさせる方向で、事業者・患者間で就業条件の合意を促すための診断書で、英国では、メンタルヘルスだけでなく疾病一般に利用されている（図1：邦訳およびガイドは巻末）。

主治医の記入箇所は、「仕事に適さない」「主治医の助言を考慮することにより仕事に適する可能性がある」のみで、臨床上配慮すべき必要最小限の内容を追記する。職場や産業保健に関する専門的な知識は期待されず、主治医の助言に基づいて話し合い、可能な対応をすることは、患者と雇用者の役割とされている。

2) fit note 導入の背景

「福祉から就労へ」とする国家的政策方針の転換の中で導入されたもので、Carol Black 卿によるレビューが主要なエビデンスとなっている（Black 2008; Department of Work & Pensions [DWP] 2008）。その骨子は、就業は一般に健康に良いものであり失職による好ましくない影響を軽減する効果がある、就業は仕事をもたらす健康リスクや長期失業による健康への悪影響を凌駕する（Waddell and Burton, 2006）、多くの休業者は軽症で何らかの配慮をすることで就業可能であるが不必要に労働市場から排除されている、休職期間が長いほど離職リスクが高まり社会的コストが嵩む、以上より、復職は重要な臨床上のアウトカムと位置づけられ、「疾病のために働くことができない」という旧来の考え方からの変換を図る必要があるとする（Hann and Sibbald 2011; O'Brien et al 2008）。

さらに、英国の産業保健事情として、しっかりした産業医制度がないため、産業保健サービスを補完するため、General Practitioner (GP) を産業保健資源として活用する試みとなっている（表1）。

英国での導入を可能としている事情には、雇用の流動性と雇用条件の柔軟性が挙げられる。具体的には、事業者と労働者個人間で、職務に対して、個別に賃金調整が可能のため、事業者

と労働者個人間で合意が形成されれば、合意した労働条件で復職が可能となるのである。

3) fit note の機能、制度・運用の仕組み

fit note は、行政委任立法 statutory instrument (secondary legislation) によって制定された規則で、1週間以上の休業で、GP もしくは病院勤務医から発行される。対象とされる疾患は、マイルド（重篤ではなく）で治療可能なもので、適切な配慮をすれば、休業をする必要のない労働者を早期に復職させるものである。長期休業を減じようとする試みであるので、発行時から6ヶ月以内のケースでは、3ヶ月以上有効とする fit note は発行できないことになっている。GP の助言は、患者への一般的なもので法的拘束力はない。患者が復職しない場合は、休業補償の申請と連動する。この GP による gate keeper 的役割のため、fit note を必要とするほぼすべての労働者に発行されることになる。

GP は、患者からの請求に応じて、診療記録などを参照して fit note を発行する（診察不要）。発行にかかる費用は、GP と NHS の包括的業務契約に含まれているため、発行あたりの単価はない。したがって、GP 直接のインセンティブはなく、fit note を頻回に発行することは、むしろ、頻回受診による負担となる。仕事は増えるので、チェック項目のみの簡易な定型化されたフォーマットとして、GP の助言を可能とした。従来の sick note では、復職にあたり「就業可能」とする診断書を発行する必要があったが、この手続きも省かれたことになる。

4) 評価

2010年に法制化されてまだ日が浅く、意図された効果は十分には上がっていない。最近、fit note の電子版が導入されて統計情報の収集が始まり、より信頼性の高いレベルでの量的な評価がなされようとしている段階である（<https://www.gov.uk/government/collections/fit-note>）。疾病別の有用性、とくに、われわれの関心ごとであるメンタルヘルス不調への適用についても知見を積み重ねている段階である。

現時点で判明しているところでは、英国で毎年約1千万の fit note が発行されており、70%は雇用者からの疾病手当での請求に使用されている。一部量的な調査も行われていて、発行された12%で「就業にフィットする可能性がある」の評価がなされている。3分の1以上の fit note が軽度から中等度のメンタルヘルス障害に発行

されており、約4分の1の fit note は、1~3ヶ月の期間で発行されている。

労働者に対する調査では、回答した労働者の半数強が事業者と復職支援について相談をしており、ほとんどの休業が8~14日続くものであった。回答者の71%が復職に役立つ変更を同定するのに役立ったとしている（Silk 2015）。また、GP に対する調査では、現時点で17%しか意図した使用方法をしておらず、77%は、医学以外の理由で fit note を発行する義務があるように感じており、38%は、fit note は彼らの実務を変化させていないと回答している。さらに、保障制度をよく理解しているのは、GP のわずかに23%であった（Black 2015）。

一方で、質的には、表2に示すような効果も報告されている（Fylan et al 2011; Lalani et al 2012）。GP の評価は一般に好意的で、fit note を使用することにより、コンサルテーションの時間が長くなって GP と患者の満足度が上がり（Hann and Sibbald 2011）、診断書を作成するに当たって、患者とのコミュニケーションの質が向上したとされる（図2：DWP, 2014b）。また、軽症から中等度のメンタルヘルス不調や筋骨格系疾患の復職に有用という意見がある。一方で、GP の自己効力感や患者との関係悪化が fit note 利用の障害に含まれるといった評価もある（Fylan et al 2011）。

事業者に対する検討では、往々にして認識されないことがあるが休職数の減少や休職者のマネジメント向上に有用であるとの意見や、fit note の効果は、中小事業場など、復職のシステムが整っていない事業場で大きいとする意見とともに、GP の復職に対する実務的な助言は、彼らの担当業務や産業保健についての知識不足によって、損なわれるという意見がある（Lalani et al 2012）。就業措置については、時間調整などは受け入れやすいと考える一方で、労働者が、措置に対して過大な期待を持つと感じている事業者もある（Lalani et al 2012）。また、事業者は GP が労働者に望まれて fit note を作成しがちだと感じ、「就業にフィットする可能性がある」とする fit note をもっと発行してほしいと感じている。

労働者に対する検討では、「復職について、雇用者と交渉するエンパワーメントを得た」という意見とともに、労働者の中には、早期の復職で健康が損なわれると感じる者がいる。

5) fit note 導入後の展開

fit note 導入後も、エビデンスに基づいた施策が展開されている。2014年から、休業4週以上でfit noteに代わって休業者をケアするFit for Work Service (FFWS)が導入された。

英国では、2010年10月から2013年9月の間に960000の疾病休業が認められ、毎年全労働時間の約2%が休業によって失われていると推計されている (DWP 2014a; Young and Bhaumik 2011)。そのうち4週間以上の長期休業者の46%が50歳以上で、52%が障害者であった。一方で、長期的な健康問題を抱えていない休業者が長期休業者中最大の割合(38%)を占め、続いて、2つの長期的健康問題を抱えている者は34%、ひとつの長期的健康問題を抱えている者が29%であった。長期労働者の休業がもたらす経済的コストは、労働者にとって40億ポンドの所得減、事業者は疾病手当と関連のコストに90億ポンドの負担、政府も20億ポンドに相当する疾病手当で負担と税収減となっている。さらに英国の経済生産高を年間150億ポンド減じているとされている。

FFWSは、以上のような経済的状況の下、Carol Black 卿らによって再度英国議会に提出された報告書 (independent report) における推奨事項 (Black and Frost, 2011) が受け入れられ導入された国費で健康と就業に関する評価と助言サービスを行う制度である (DWP 2013)。

この制度は、4週間以上の休業に入る (もしくは見込まれる) 労働者に対し、産業保健専門職が電話もしくは対面で労働者の状況を評価し、それぞれの労働者に適合する助言を提供するものである。就業を阻害する要因を同定し、これらを取り除いていくプラン (Return to Work Plan) が作成され、長期休業者の復職支援にfit noteに代わって使用される。このRTW planは、労働者の同意に基づいて、GPや事業者にも共有される。ジョブマッチングなどについての適切な相談先の紹介や、複雑な休職制度の中で手続きの遅れなどが発生しないように、ケースマネジメントを行うことが重要で、ケースマネージャーが導入されている。また、紹介者に限らず、ウェブサイトや電話での就業に関連する健康問題に関する助言サービスも行われている。

6) 課題

fit noteは、英国でもまだ始まったばかりの制度であり、今後浸透させていくには、さらなる

エビデンスや施策が必要である。特に重視されているのがGPの卒前・卒後教育とケースのマネジメントである。

「疾病のために仕事を休む必要がある」という考え方から、「仕事は健康によい」という考え方へ変換するために、GP全体の行動変容が求められており、行動科学的な手法を取り入れた教育が導入されている。現時点で3500人を超えるGPに、3時間の対面型・対話型ワークショップが行われ成果を挙げている。教育資源 (講師) は限られているが、GPの中でGPトレーナーを育てることによる屋根瓦方式での学習内容の拡散も期待されている。

また、労働者 (患者) に就労する意志があるのが前提 (仕事をするために、発行してもらうもの) であるが、彼らの希望は、必ずしもそうしたものばかりではなく、休業のための証明を求めてGPを受診する者は少なくない。GPには、診療に当たって、患者と仕事と健康について会話をすること、患者の考えを「仕事に向かわせる」行動 (態度) 変容を取らせることが目標とされ、行動科学的な学習手法が取り入れたGPのための教材が多数作成されている

(<http://www.healthyworkinguk.co.uk/>; 診断能力向上は他のプログラムで維持されている)。fit noteを使用することで患者にネガティブな印象を与えるような事例や必ずしも成功裏に終わらない事例もあり、そのような事例を減らすためにも教育が必要である。

さらに、以前はGPが必ずしも患者の仕事の内容を知る必要はないとされたが、GPと患者が、「仕事に戻ることの重要性」「仕事に戻るにあたっての障害と促進要因」「仕事に戻る自信」「有用な情報 (主に休業が長引くことによるリスク増加に関する情報)」などについて会話をする材料を提供するツール (Shared Decision Making) が開発され応用されようとしている。

2. 専門家ワーキンググループによる導入に当たっての意見聴取

研究遂行に当たり、fit note 導入に関する意見、研究デザインや結果の評価について討議する産業医及び産業保健に精通した精神科医によるワーキンググループと、実際に地域においてモデル事業を展開する際に協力いただく専門施設・専門家グループの協力を樹立した (表3)。また、fit noteの事情に詳しい藤野善久産業医大公衆

衛生学准教授と連携して協力していくこととした。ワーキンググループからは、fit note 導入の可能性（条件）について、現時点で考え付く意見や疑問点を提出いただいた。

産業医のワーキンググループ討議では、主に現行制度上の制約の面から課題が挙げられた。受け入れ側には、個別の労働者の契約に関する柔軟な対応が求められ、集団交渉型のわが国にはそぐわない面がある。また、診断書を持って休業とする現行の企業のシステム（考え方）を変更する必要がある。適用先として可能性が高いのは、中小企業であるが、大企業でも産業医が頻回に訪問できない支店などでは活用の可能性があるという意見が出された（表4）。

精神科医のワーキンググループ討議では、休業に陥る多くの症例が適応の問題で、休職をさせずに仕事を続けさせられる可能性があること、長く休むと家族のダイナミズムなどが絡んで予後が悪くなりさらに長期休業となるリスクが語られ、せいぜい2、3週間の休業で見極めをつけ、無用な治療を早くやめさせることが大切であるとの意見が出された。休業期間を短くするという目標ではなく、「休ませない」という考え方もあってよい、との意見もあった。また、fit note を発行する医師も、（その重要性から）緊張感が生まれ、もちろん適用によるが、fit note を発行される労働者に対しても早めの刺激が好ましい効果を生むかもしれないという意見が出た。

fit note 導入の要件として、主治医側、事業者側両者のインセンティブについて検討する必要性が挙げられた。早期の治療終結は、主治医側にはアンチ・インセンティブになる可能性があり、彼らに、早期に職場に帰すことのメリットを示す必要がある。事業場側から「こういうことができる」等、内部の受け入れ態勢ができている事などを知らせて、「これなら返してもよいかな」と主事医に思わせるとよいなど、「事業場の準備態勢」が重要との意見が出た。

一方、事業場側からすると、fit note が送ってこられるだけでは負担感が大きく、事業場にも納得してもらい仕組みが必要である。fit note を出すだけでなく、その後のフォローがあって職場は受け入れられる可能性がある。一般に、事業場に入らないと、就業の配慮はできないため、fit note 後のフォローを地域でサービスする仕組み（従来の地域産業保健センターのコーディネート機能）があるとよいかもしれない（表5）。

D. 考察

わが国においても、職場における調整によって不要な休業を防ぐことができる多くの例があるということや、長期休業が予後に悪影響することが少なからず経験されている（鎌田ら2013）。産業保健や休業補償などの制度の異なる二国間で、診断書のシステムのみを切り出して導入することは容易な作業ではないが、仕事は健康に良いものであり、症状のあることが必ずしも仕事につけないことを意味するものではなく、むしろ復職は予後を改善し経済的コストを軽減する可能性があるために事業者を含む社会全体のシステムを変更していく、という fit note 導入に至った考え方（Waddell & Aylward; Waddell & Burton）は、日本型 fit note を検討するにあたって参考になるものである。

1. fit note system 全体像のまとめ

fit note は、公的な支援を含めて休業に関するマネジメントの一貫性がなく、GP と休業者間の就労可か不可かの sick note のやりとりで時間を費やしたあと、多くの労働者が就労不能給付を受けるにいたっていた従来のシステム（図3上左）を断ち切って、まずは、1週間以上の休業でGPがfit noteを発行し、本人と事業場で就労に関する可能性を検討するものである（図3上右）。

4週間を超えることが見込まれると、産業保健専門的な助言を受けるためにFit for Workに紹介される（図3上右）。Fit for Workは、理学療法や作業療法、心理療法、借金などの生活に関連する助言を含む物理的・情緒的支援を行う産業保健サービスをテーラーメイドで提供して早期の復職を目指す（図3下）。fit note 導入に当たっては、この全体のシステムを検討する必要があるかもしれない。

2. わが国への適用可能性に関する考察

1) 適用疾患

産業医・精神科医に共通して、エビデンスが不足しているメンタルヘルス不調への適応の可否が懸念された。十分な休息を必要とする障害を除く適応の問題でメンタルヘルス不調に陥った労働者がもっとも適用があると考えられた。

2) 対象

fit note で求められる就業配慮に事業場側が対応できるか否かが課題となるが、fit note を導入する対象は、産業医選任義務のない小規模事業場がメインとなるという認識であった。受け

取り手としては、事業者以外に社労士なども候補となりうる。社内の制度変更など状況が許せば、大企業の支店等でも活用の可能性がある。

3) 項目

人事担当者や社労士に理解可能で、簡単に記入できる、必要十分な項目を選択し、レイアウトする必要がある。多くの医師にとってペーパーワークは過重な負荷と感じられており (Tsutsumi et al 2012)、制度設計によっては、復職について簡便に事業者とコミュニケーションできる診断書は有用である。

4) 発行時期

現在、通常、専門医の「要休業」診断書を受けて休業の手続きとなり、多くの場合、主治医が患者を初見するタイミングとなる。精神科ワーキンググループ内には、休業期間を短くするという目標ではなく、「休ませない」という考え方もあってよい、との意見も出されたが、初診時に正確な診断をすることは難しい。ワーキンググループでは、初診後2、3週間で職場への適応ができないか見立てをたてることできるとよいのではないかという意見が出た。この間に主治医と患者の間で、患者が就いている仕事についてのディスカッションが必要となる。

5) 必要なツール・支援

英国でも改めて導入がなされている、主治医が患者と就労可能性について相談ができる **Shared Decision Making** に類するツールは、必要と考えられる。さらに事業場側には、fit noteを受けた後、現場で調整を行うコーディネーターが存在すると望ましい。以上をまとめた運用に関するマニュアルが必要になる。

E. 結論

fit note は、英国でも本格的な運用がはじまったところで、その評価はこれからであるが、その制度の考え方は、日本の産業衛生の制度設計の参考になる可能性がある。とくに、わが国の課題とされている産業保健体制の十分でない職場への適用可能性がある。本年度の調査結果を基に、日本型 fit note を模索するモデル事業の準備を行っていく。

F. 研究発表

1. 論文発表

堤 明純、鈴木知子. 女性労働者のストレス対策：一次予防から三次予防まで. 産業ス

トレス研究 (印刷中)

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 引用文献リスト

Black CM. (2015). Material for Fit note Discussion with Japanese Delegates, held at DWP 19 Feb 2015.

Black CM. (2008) Working for a healthier tomorrow. Stationery Office, London

Dame Carol Black and David Frost CBE. Health at work – an independent review of sickness absence. Presented to Parliament by the Secretary of State for Work and Pensions by Command of Her Majesty, November 2011.

Department of Work & Pensions (2008). Improving health and work: changing lives: Government's response to Dame Carol Black's review of the health of Britain's working age population, Stationery Office, Norwich

Department of Work & Pensions (2013). Fitness for work: Government's response to 'Health at work—an independent review of sickness absence,' Stationery Office, Norwich

Department of Work & Pensions. (2014a) DWP analysis of Labour Force Survey Oct 2010-Sept 2013.

Department of Work & Pensions. (2014b) Improving health through work: an update for GPs on health and work policy and projects, 2014.

Endo M, Haruyama Y, Muto T, Yuhara M, Asada K, Kato R. Recurrence of sickness absence due to depression after returning to work at a Japanese IT company. *Ind. Health*,51, 165-171 (2013)

藤野善久, 久保達彦, 村松圭司, 渡瀬真梨子,

- 松田晋哉. 英国における就業支援制度-Statement of Fitness for Work- 導入の背景と運用に関する調査報告. J UOEH (産業医科大学雑誌) 35 (4) : 291-297 (2013)
- Fylan B, Fylan F and Caveney L. (2011). An evaluation of the Statement of Fitness for Work: qualitative research with General Practitioners. Department for Work and Pensions Research Report No 780.
- Hann M and Sibbald B (2011). General Practitioners' attitudes towards patients' health and work DWP Research Report 733
- 柏木雄次郎. 「メンタルヘルス不全者の職場復帰」が抱える諸問題(解説). 日本職業・災害医学学会誌 54(2);49-53 (2006)
- 柏木雄次郎, 田口文人, 桃生寛和, 江花昭一, 芦原 睦. メンタルヘルス不全者の職場復帰支援に関する調査研究(第1報) 事業場外資源(精神科医・心療内科医など)への質問紙調査. 日本職業・災害医学学会誌 53(3); 153-160 (2005)
- 鎌田直樹, 田中克俊, 宮岡 等. (2013) 【職場のメンタルヘルス問題と精神医学】 職域メンタルヘルス活動に精神科医が関わる意義. 臨床精神医学 42(10):1225-1229
- Lalani M, Meadows P, Metcalf H and Rolfe H. (2012). An evaluation of the Statement of Fitness for Work: qualitative research with employers and employees. Department for Work and Pensions Research Report 797.
- O'Brien K, Cadbury N, Rollnick S, Wood F. Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. Fam Pract. 2008 Feb;25(1):20-6. doi: 10.1093/fampra/cmm076. Epub 2008 Feb 2.
- 佐々木七恵, 田中宣仁, 茅嶋康太郎, 堤 明純. 小規模事業場におけるメンタルヘルス対策. 安全衛生コンサルタント2011 ; 31(98) : 16-21
- Silk A. (2015). Material for Fit note Discussion with Japanese Delegates, held at DWP 19 Feb 2015.
- Statutory instrument (secondary legislation) <http://www.parliament.uk/business/bills-and-legislation/secondary-legislation/>
- 堤 明純: 特集: 産業保健スタッフと精神科医・心療内科医との連携: 良好な関係構築に向けて. 産業精神保健2008.16 (1): 4-5.
- Tsutsumi A, Kawanami S, Horie S. Effort-reward imbalance and depression among private practice physicians. Int Arch Occup Environ Health 2012; 85(2):153-161
- Tsutsumi A, Maruyama T, Nagata M. Psychiatric knowledge and skills required of occupational physicians: priorities in the Japanese setting. J Occup Health, 53(5)371-376, 2011
- Waddell G, and Aylward M. Models of sickness and disability. London, Royal Society of Medicine Press, 2010.
- Waddell G, and Burton AK. Is work good for your health and well-being? London, TSO, 2006.
- Young V, and Bhaumik C. (2011) Health and well-being at work: a survey of employees. DWP Research Report No. 751

Statement of Fitness for Work For social security or Statutory Sick Pay

Patient's name

Mr, Mrs, Miss, Ms

I assessed your case on:

/ /

and, because of the following condition(s):

I advise you that:

you are not fit for work.

you may be fit for work taking account of the following advice:

If available, and with your employer's agreement, you may benefit from:

a phased return to work

amended duties

altered hours

workplace adaptations

Comments, including functional effects of your condition(s):

SAMPLE

This will be the case for

or from

/ /

to

/ /

I will/will not need to assess your fitness for work again at the end of this period.

(Please delete as applicable)

Doctor's signature

Date of statement

/ /

Doctor's address

Med 3 04/10

表1. Fit note 導入の考え方 (Black, 2008; 2015 より)

-
- 就業は、一般に健康に良い；「病気と就労は両立しない」というのは迷信である
 - 休業者の多くが軽症で、就業配慮をすることで働くことができる
 - 疾病を抱えている人が不必要に労働市場から排除されている
 - 健康と労働の関係は、**all or nothing** ではない
 - 休職期間が長いほど、離職リスクが高まり、社会的コストが嵩む；長期休業によるロス（長い旅）を断ち切る必要がある
 - 早期の復職は、治療的効果を高め、健康にポジティブな影響がある
 - 就業は、仕事をもたらす健康リスクや長期失業による健康への悪影響を凌駕する
 - 失職による好ましくない影響を軽減する効果がある（治療的意義）
 - 復職が健康に影響する（健康だから復職できる、ではない）
 - 復職は重要な臨床アウトカムである（治療のゴール）
 - 産業保健サービスの補完：しっかりした産業医制度がない
 - GP を産業保健資源として活用する試み
 - 定型化されたフォーマットと簡易なチェック項目のみで、GP の助言を可能とした
-

表2. Fit note 導入の効果

GP における効果

- fit note を使用することにより、就労に関するコンサルテーションの時間が長くなり、GP と患者の満足度が上がる
- 軽症から中等度のメンタルヘルス不調や筋骨格系疾患の復職に有用という意見
- GP の自己効力感や患者との関係悪化が fit note 利用の障害に含まれる

雇用者に対する効果

- 労働者との必要な就業措置に関するコミュニケーション増加
- 休職数の減少や休職者のマネジメント向上に有用との意見がある
- fit note の効果は、中小事業場など、復職のシステムが整っていない事業場で大きい
- GP の復職に対する実務的な助言は、彼らの担当業務や産業保健についての知識不足によって、損なわれるという意見がある
- 時間調整などは取り入れやすい事後措置。
- 労働者が、措置に対して過大な期待を持つと感じている雇用者もある
- GP が労働者に望まれて fit note を作成しがちだと感じ、雇用者との直接の連絡や「就業にフィットする可能性がある」オプションをもっと使用してほしいと感じている

労働者に対する効果

- 復職について、雇用者と交渉するエンパワーメントを得た
 - 労働者の中には、早期の復職で健康が損なわれると感じる者がいる
-

図2. 診断書の作成において Fit note が役に立っているとする GP の意見 (Department of Work & Pensions, 2014b から)

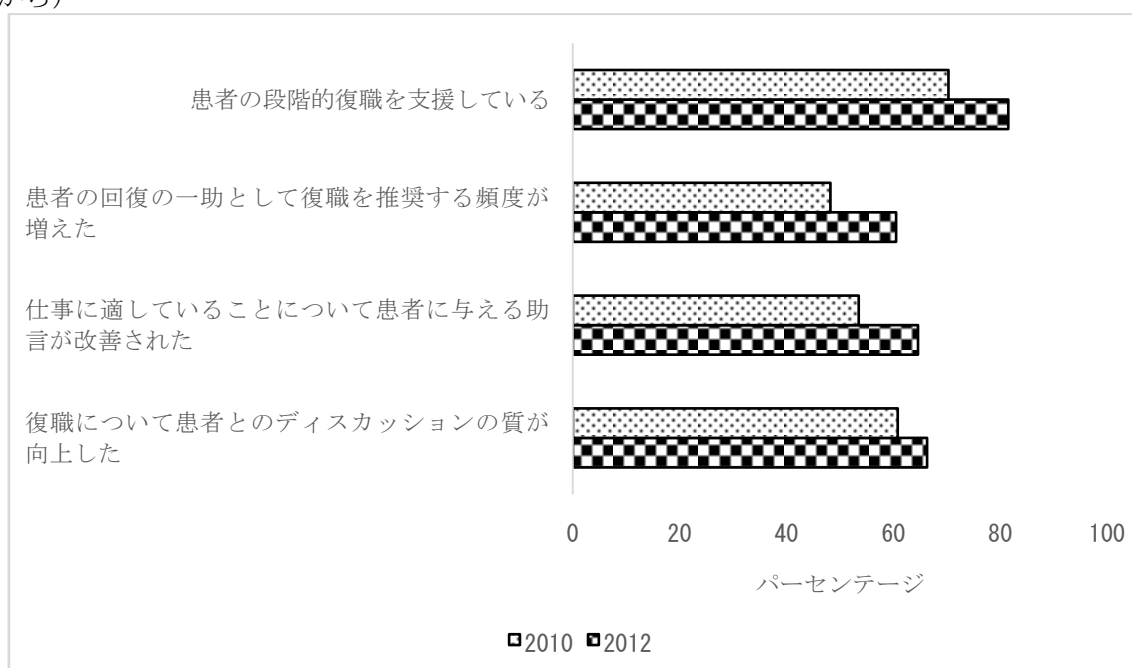


表3. ワーキンググループの編成

専門家ワーキンググループ	地域におけるモデル事業協力施設及び研究協力者
産業医ワーキンググループ	石渡弘一所長 森田哲也相談員
河野慶三先生	以上、神奈川産業保健総合支援センター
佐藤裕司先生	塩崎一昌地域精神保健部長 (リワーク)
前田聡彦先生	以上、横浜市総合保健医療センター
土肥紘子先生	林田耕治先生
以上、富士通株式会社産業医	以上、福岡職域研究会
精神科医ワーキンググループ	森口次郎先生
宮岡等教授	以上、京都工場保健会
鎌田直樹先生	
以上、北里大学医学部精神科	
田中克俊教授	
以上、北里大学大学院医療系研究科	
坂田深一院長	
井上賀晶診療部長	
以上、相模ヶ丘病院	

表 4. 産業医ワーキンググループによる fit note 導入に関する意見

導入の要件

- 労働契約形態が違うため、導入するには、これをひっくり返す必要がある（ひっくり返すことがイノベティブなことではあるが）
- 賃金を決めることができるなら、事業主は OK だろう；しかし、労組は反対。
- 職務の変更など、受け入れ側事業場の対応が可能である（インフラがある）必要性
- 制度上は「なぜ、診断書ではダメなのか」という問いに答える必要がある。
- 企業は休み時には診断書の提出を義務付けているが、現場ではこの費用負担を労働者に求める根拠は何か問題になることがある。こうしたことを変えていくための一つの視点になる（診断書料をとれなくなる医師の反応も当然問題になる）。
- 書類は、会社が複製不能な状態で 1 部ずつ発行する。医療側で発行すると、自分の希望の答えを記載してもらうまでドクターショッピングしてしまう可能性あり。
- 基本 50 人未満の事務所で、産業医のいない会社での使用を中心に考える。産業医が出入りしている会社では、産業医の意見と食い違いが生じた際は、産業医側に比重を重めにしないと、メンタル疾患に関してはトラブルが多発する可能性あり。
- 原則、診療継続している医師（投薬している主治医）のみが書ける制度とする。

わが国への導入に当たっての懸念事項

- メンタルヘルス不調への適用可能性が不確か
- 勤務時間に関して社内の規定以上の規制がかけられた場合、どうするか。例えば半日のみ就業可能など（現在の会社の給料は基本定時出社で決められており、半日といった場合は想定外となる為）。就労可能と判断するのであれば、やはり最低限、定時出勤可能なレベルが必要。
- 職務の変更に関しての項目は注意をしないと、患者の希望によって誘導されてしまう可能性

わが国への導入の可能性

- 組合のないところはいいかもかもしれない（賃金の問題も解消するかもしれない）
- 大企業でも使える可能性がある（産業医の背中をおしてくれる）
- 大企業も小さな職場をもっている。産業医が行けないところなどで、復職を待っているケースがあり、「とりあえず出して」という使い方もできるかもしれない。
- 産業医の選任義務のない中小規模事業場などで有用となる可能性
- 政策導入には、他の政策が入るタイミングなども考慮する必要。

そのほか検討事項

- 英国版は GP から直接事業主へと、産業保健の関与をとばしたスタイルであるが、日本型として導入するのに、どういうスタイルになるか整理する必要がある。
- 内容的には、実質上日本で通常行われている「診断書」による方法とほとんど差はないのではないかという印象である。研究としては、既存の診断書の記載内容を調査してみることが有用と考える。
- メンタル疾患とそれ以外で項目を変更する事も検討が必要。
- その疾患に関して主に投薬している主治医であるかを問う設問はあった方がいいのではないか。セカンドオピニオンでも書いてしまう恐れあり。
- 自身がチェックする側になったら、基本患者が望むならば全部チェックしてしまいそうである。複数チェックする場合は優先順位などを決めるのも有効かもしれない。
- 意見書の適用期間の上限を決める（できれば最大 1 か月）。必要に応じ、継続者は見直しをする。最終的な継続期間（最大 1～2 年等）が無期限でいいかも検討が必要

表 5. 精神科医ワーキンググループによる fit note 導入に関する意見

導入の要件

- 主治医側に、早期に職場に帰すインセンティブを示す必要（早期の治療終結は商売にならず、主治医側のネックとなる）
- むしろ、事業場側から、このような配慮ができる等、内部の受け入れ態勢ができている事前準備などを知らせて、「これなら返してもよいかな」と主事医に思わせる一事業場の準備が必要！
- 事業場にも納得してもらい仕組みが必要（アピールする）。一般には、障害者の配慮など、大きな法的枠組みがないと、動かないかもしれない
- fit note を出すだけでなく、その後のフォローがあって職場は受け入れられる可能性がある。事業場に入らないと、就業の配慮はできない；復職コーディネーターなどの必要性。関連して、地域で、その後のフォローをサービスするなどの仕組み（従来の地域産業保健センターのような機能）があるとよいかもしれない。

わが国への導入に当たっての懸念事項

- 専門職や、中小事業場で配置転換の余地のない場合の配置転換が好ましいケースなどどのように扱うのか？就業規則外の主治医意見にどのように対応するのか？
- fit note に記す内容で、労働者を（退職などに）追い詰めてしまう危険性はないか
- 主治医の診断能力が結果に（悪）影響する可能性
- 性善説に基づいて使用しなくては、被雇用者を退職に追い込む可能性がある
- 社会的に、産業医が不要と思われるようにとられないか？情報の出し方注意。
- 対象疾患（適用）は、十分に注意してしかるべき
- fit note を出すタイミングについて要検討；1 週間は短すぎるかもしれない
- 企業で取り決められている年休の取り扱いなどを、どのような数えるのか（モデル事業の際の留意点）

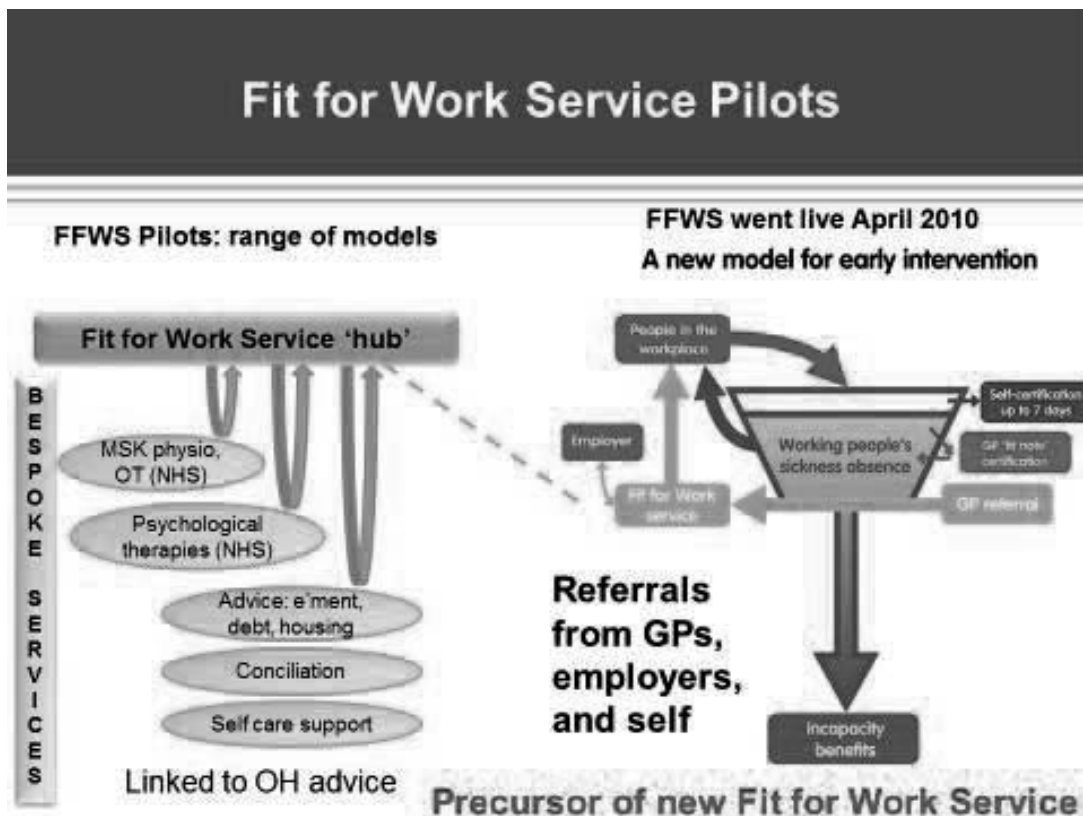
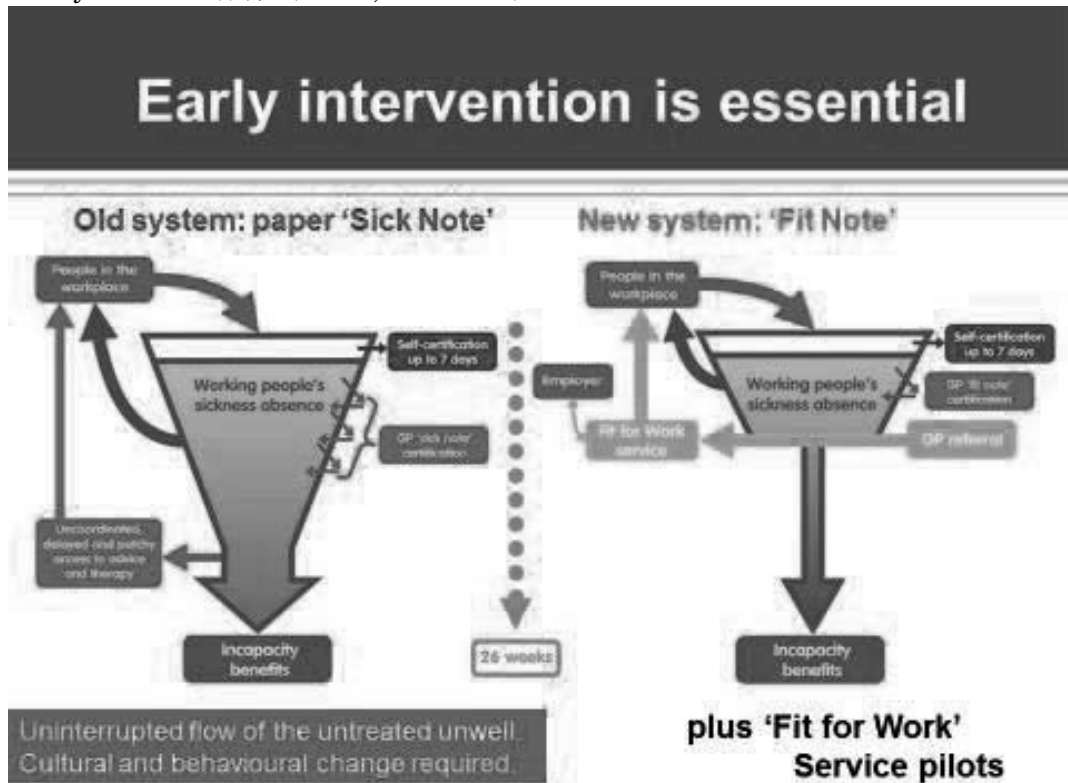
わが国への導入の可能性

- 産業医の選任義務のない中小規模事業場などで有用となる可能性
- 就業配慮の可能な大企業でないと導入できない可能性もある
- セカンドオピニオンの形で出すと抵抗が少ない（主治医の圧力にならない）のではないか
- 配慮が必要な際は受給制を取れるような企業だと、利用できるかもしれない

そのほか検討事項

- 「仕事に適さない」という表現は日本文化に好ましくない印象

図3. fit note system の全体像 (Black, 2015 から)



平成26年度労災疾病臨床研究事業費補助金
「メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発」
(14070101-01)
分担研究報告書

生活記録表を使用した復職支援の標準的方法の開発および効果評価
生活記録表に関する文献調査等および既存の生活記録表の収集と比較検討

分担研究者 梶木繁之 産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学講師

研究要旨：本研究では、メンタルヘルス不調で休職した労働者の復職判定を行う嘱託産業医のための、生活記録表を用いた復職支援マニュアルの作成を検討している。今年度はまず、生活記録表を復職判定に用いた文献検索を国内外で行った。海外論文で生活記録表を復職判定に利用した文献は1編、国内でも3編を認めるのみであった。生活記録表を復職判定に用いた報告は少ないものの、精神科臨床、リワークプログラムの現場において復職に際し生活リズムの確立は重要視されており、生活リズムを確認することができる生活記録表は復職判定に役立つものと考えられる。また生活記録表は産業保健分野ならびに精神科臨床の分野でも利用されている。そこで、現在使用されている生活記録表の様式を収集し、その特徴について比較検討を行った。産業保健領域と精神科臨床領域で使用されている生活記録表には、多くの共通点と一部に相違点がみられた。その背景には目的や利用者（産業医や精神科医）の立場の違いが影響していると思われる。今後は、収集した情報を基に産業保健領域及び精神科臨床分野で生活記録表を用いたリワークに関与している医師（産業医、精神科医）への聞き取り調査を行い、復職支援マニュアル並びに標準的生活記録表を作成のうえ嘱託、専属産業医を中心とした複数の事業場にて復職支援を開始する予定である。また、生活記録表の普及ならびに利用実態についても調査を行う。

研究協力者

楠本 朗（産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学・大学院生）
難波克行（中外製薬（株）統括産業医）
今村幸太郎（東京大学大学院医学系研究科・特任研究員）

A. 研究目的

メンタルヘルス疾患の復職判定において、産業医は復職が可能な状態かどうか、また復職後就労継続が可能であり再休職に至らない状態であるかどうか見極めることが求められるが、適切にその判断を下すことは難しい。特に嘱託産業医として復職判定に関わる場合、専属産業医に比べると一般に経験数が少ないことや関与できる時間、得られる情報に限りがあることなどから復職判定をスムーズに行う際に困難を伴うことが予想される。

今回、我々は嘱託産業医が復職判定を効率的に行えるよう標準的な生活記録表を用いた復職支援マニュアルを作成することとした。生活記録表は、当事者本人が毎日の行動や気分状態を記載するものである。本人にとって負担が少ない生活記録表はどのようなものか、また復職判定を産業医が行う際、記載された内容のどの部分に着目し評価すればよいか明らかになれば、

復職判定がスムーズに行えるようになると期待される。

本年度は、1-1) 生活記録表を使用した復職支援の効果評価に関する文献調査と1-2) 復職判定に関して述べた文献についてのレビューを行うとともに、2) 国内で実用されている生活記録表を収集し、その特徴について比較検討を行うことで、復職支援マニュアル並びに標準的生活記録表の作成に必要な基礎情報を収集することを目的とした。

B. 研究方法

1-1) 生活記録表を使用した復職支援の効果評価に関する文献調査

生活記録表に関する国内外の文献を1月9日にPubMedで検索した。検索式と結果は以下の通りであった。

(mental) and ("return to work") and (record) : 5 編、(mental) and ("return to work") and (sheet) : 1 編、(mental) and ("return to work") and (note) : 0 編、(mental) and ("return to work") and (rhythm) : 0 編、(mental) and ("return to work") and (pattern) : 8 編。

さらに、医学中央雑誌において1月12日に(生活記録表 OR 行動記録表 OR 活動記録表)で検索した。

1-2) 復職判定に関して述べた文献についてのレビュー

復職時における生活リズムの重要性

精神科臨床の立場から、復職時における生活リズムの重要性をどう捉えているか医学中央雑誌で1月12日、(気分障害 AND 社会復帰療法)で検索した。またリワークプログラムの現場で生活リズムについてどう取り上げられているか医学中央雑誌で1月12日、(うつ病 AND 職業リハビリテーション AND 認知療法)で検索した。

再休職となった事例の特徴

再休職に至る予測因子として、PubMed から (mental) and (recurrence) and (“return to work”) and (“sick leave”)のキーワードで1月9日検索を行った。次に日本国内の事例(再休職に至ったもの)について、1月12日医学中央雑誌にて(うつ病 AND 再休職)で検索した。

2) 国内で使用されている生活記録表の収集と比較検討

東京大学メンタルヘルス研究会メンバーならびに産業医科大学卒業生で本研究の趣旨に賛同し提供された生活記録表を基にその特徴を比較した。

C. 研究結果

1-1) 生活記録表を使用した復職支援の効果評価に関する文献調査

活記録表に関する国内外の文献を1月9日にPubMedで検索した結果、メンタルヘルス疾患における復職支援に生活記録表を用いた論文は2編のみであり、その内の1つは後述する国内文献の難波¹⁾の論文であった。もう一つはYoshitsugu²⁾によるものである。Yoshitsuguは、メンタル疾患の労働者が円滑に復職するための簡易ファイルセットとして”Suggestion for corresponding with employees taking sick leave”、”Checklist for smooth return to work”、”Pattern of living”の3つのファイル利用を提唱しており、その内の”Pattern of living”は生活記録表に該当する。ただしYoshitsuguは方法論を詳細に述べているが、その効果については記述しておらず、英語論文で生活記録表を使用した復職支援においてその効果について述べられたものは認められなかった。

認知行動療法³⁾において日常生活の書き出しとして「活動スケジュール」表が利用されている。PubMedにおいて同日、(“activity schedule”)で検索したところ53編認められたが、“activity schedule” and “return to work”、“activity schedule” and “sick leave”で検索すると該当論文はいずれも0となり、復職判定では用いられていなかった。「活動スケジュール」は認知行動療法のプログラムの一つであるため、このプログラム1つを取り出して、復職判定に利用することがないためと考えられる。

医学中央雑誌において1月12日に(生活記録表 OR 行動記録表 OR 活動記録表)で検索したところ21編が抽出された(会議録を除く)。内訳は産業保健関連4編、精神疾患関連9編、生活習慣病関連3編、その他の疾患が5編であった。産業保健関連4編の内、3編が休職中に休職者が日常生活を記載するものであり、1編は睡眠との関連をみる調査研究であった。休職中に休職者が日常生活を記載するものについて述べた3編について以下にまとめる。

難波⁴⁾はある企業において「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」を元にした旧復職支援プログラム実施者142例と、

(1)生活記録表を用いた復職判定、(2)6カ月間の段階的な復職プラン、(3)定期的な産業医面談、(4)全社復職プラン検討会を盛り込んだ新復職支援プログラム実施者54例で比較検討を行った。その結果、新プログラムの休業期間は中央値で60日ほど長かったが、復職1年後の会社継続率は54.2%から91.6%へと改善したと報告している。メンタルヘルス不調者の復職支援において難しい問題の一つが、回復状況の把握と就労可否の判断であるが、難波は新プログラムにおいて復職可否の判断基準を生活リズムが整っていることと定義し、生活記録表を用いて休業中の生活リズムを確認するようにしていた。その結果、復職を希望する従業員が会社レベルの回復に至ったかどうか、適切に確認できるようになったと述べている。

別の論文で難波⁴⁾はメンタルヘルス不調者の回復レベルに、①日常生活レベルの回復、②会社可能レベルの回復、③通常就業レベルの回復の3段階あるとし、復職判定において②会社可能レベルの回復に至っているかどうかを見極めることが最も重要としている。そして会社可能レベルの回復の判断に、生活リズムに注目する

ことを推奨し、生活記録表を用いることで生活リズムが把握できると述べている。生活記録表を用いる利点として、メンタルヘルス不調の専門家でなくとも一定の基準で復職の可否を判断できる点を挙げており、生活記録表の使い方として、本人や主治医、産業医などに「生活記録表を復職可否の判断に用いる」ことを事前に伝えておくことが重要としている。

難波は症状がある程度回復し、自宅生活がほぼ普段通りに行えるようになり、外出が少しでもできるようになってから、もしくは本人、主治医から復職の提案がなされてからの使用を勧めている。生活記録表は復職判定時に生活リズムを把握できるため、入社可能レベルに回復したかどうかをメンタルヘルス不調の専門家でなくとも判断が可能である点を高く評価している。

一方で高尾⁹⁾は生活記録表の使用に関する注意点を以下のようにまとめている。

生活記録表は生活の記録であるため、“○”がいくつ以上で「進め」、満たなければ「一回保留」といった、シンプルな判断とは直結せず、したがって産業医や保健職が利用することはできても人事労務担当者には難しいとしている。また、「量的」側面においては就業に耐え得るかの判断に用いることができる反面、記述された内容の「質的」側面に対しては担保となりにくいと指摘している。その他、生活記録表において、昼寝をするなど「できなかったこと」が記載されているにもかかわらず復職を認めたケースでは、早期の症状悪化から再療養に至った場合、生活記録表が事業所にとって不利な証拠となる可能性を上げている。言い換えると、本来は時期尚早であったことを示唆する根拠があったにも関わらず復職を命じたということになってしまうことを懸念している。

1-2) 復職判定に関して述べた文献についてのレビュー

復職時における生活リズムの重要性

精神科臨床の立場から、復職時における生活リズムの重要性をどう捉えているか医学中央雑誌で1月12日、(気分障害 AND 社会復帰療法)で検索したところ、笠原¹⁰⁾の論文を認めた。笠原は急性期を脱したうつ病患者への対応として、重点を「心理的休息」から「社会的復帰」へとシフトすることを推奨し、具体的には午前中に短時間図書館やプールへ行くことを促して

いる。午前中にするのは、日内変動の改善の度合いをみるためであり一般的に午後の行動は早い段階でも比較的容易だが、午前の行動が可能になるには治療開始後一定の日数を要するとしている。回復期には気分の良い日と悪い日がバラバラにくるので、たとえば午前、午後、夜に分けて大まかな自己評価を○×で書いてもらうことを推奨している。

またリワークプログラムの現場で生活リズムについてどう取り上げられているか医学中央雑誌で1月12日、(うつ病 AND 職業リハビリテーション AND 認知療法)で検索したところ78編認めた。以下に生活リズムの重要性に述べた論文2編⁷⁾⁸⁾を抽出する。

五十嵐⁷⁾は復職支援としてリワークプログラムを行う立場から、休職開始から復職支援まで、①病状回復期、②リワークプログラム前半期、③リワークプログラム後半期、④復職準備期、⑤復職後のフォローの5段階に分け、病状回復期からリワーク導入開始とする目安として、リワーククリニックに午前8時半までに到着することができる時間に朝起きていること、その起床時間が守れるような時間に就寝し睡眠がとれていること、朝の憂うつな気分が減り、日中の活動として午前中は図書館で書物を読み、午後は運動をしていることの3点を挙げている。規則的な生活リズム、とりわけ睡眠覚醒リズムを取り戻しながら前向きな姿勢をとらせることが重要であるとし、その状態になっていないと日中のリハビリがかえって過剰な不可となり病状の悪化を引き起こすと述べており、復職前の規則正しい生活の重要性を訴えている。

秋山⁸⁾は職場復帰援助プログラムの目的として、①生活リズムの改善、②作業能力の改善、③参加者どうしの心理的な支え合いをあげている。職場復帰の際に精神疾患が再発する要因でもっとも多くみられるのは「朝起きられない」「目が覚めても家を出られない」などの生活リズムの乱れであり、職場復帰援助プログラムにおいてプログラムの参加を通して生活のリズムを整え、午前中から活動できるように援助していくとしている。そして職場復帰には“生活リズム”“基礎体力”が整っていることがベースになるため、まずプログラムの最初の目標として継続参加できることを掲げている。

以上より、精神科臨床の立場からもリワークプログラムの立場からも決められた行動をきち

んと遂行できるという生活リズムの確立の重要性が述べられている。したがって生活リズムを捉えることができる生活記録表を確認することで、復職に対する必要条件を満たしているかどうか確認できるものと考えられる。

再休職となった事例の特徴

再休職に至る予測因子として、PubMed から (mental) and (recurrence) and (“return to work”) and (“sick leave”) のキーワードで 1 月 9 日検索を行った結果、7 つの論文を抽出し更にメンタルヘルスにおける再休職に関連する論文 4 編⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾を抽出した。再休職に至る要因として、復職する年齢、休職回数、会社規模 (100 人より大)、上司との葛藤、35 歳未満、35 歳から 44 歳までの女性、45 歳、55 歳の男性、45 歳未満の女性、低収入、既婚女性が挙げられていた。海外論文はいずれも属性に関するものであり、特に復職判定時に注意すべき項目に関する指摘は認められなかった。

次に日本国内の事例 (再休職に至ったもの) について、1 月 12 日医学中央雑誌にて (うつ病 AND 再休職) で検索したところ 19 編認め、再休職に至った要因について分析している 3 編¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾を以下に記載する。同時に平成 25 年厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「うつ病患者に対する復職支援体制の確立うつ病患者に対する社会復帰プログラムに関する研究」において再休職にいたる要因について述べられたもの 3 編¹³⁾¹⁷⁾¹⁸⁾を以下に記載する。

中村¹³⁾によると復職時に活動性が低い人は、高い人に比べて約 3 倍再休職に至ることが明らかになったとのことである。平澤¹⁴⁾によると「うつ病復職ダイケア」終了後、6 カ月以上復職を継続していた復職継続群は、中断もしくは 6 カ月以内に再休職した復職困難群と比べてダイケア開始後 1 週間で「身体疲れ」を強く感じ、時間とともに漸減する傾向を認めた。復職継続群は疲労を感知できていたのに対し、復職困難群は疲れに気付きにくい特性を示す可能性を指摘している。

中村の述べる活動性の量は生活記録表から確認可能である。また「身体疲れ」の自覚や家族関係については、生活記録表を確認する際、本人に同時に確認していけばよいと考える。

その他、生活記録表からは確認することが難しい再休職者の特徴を以下に列記する。林¹⁵⁾は

復職支援ダイケア利用後、3 カ月以内に再休職となった 11 例を検討し、復職に際しての注意事項として、正確な診断と治療ができていないか、本人の振り返り及び休務のきっかけとなった背景因子の存在が明らかにできているか、本人の「焦燥感」という精神症状から復職に至ってしまっていないかを熟慮することが重要と述べている。中村¹⁶⁾は、初回休職者と複数休職者では、複数休職者が初回休職者と比べて「グループ内対人葛藤」が強いと報告している。酒井¹⁷⁾によると、リワークプログラム利用群と非利用群を比較し、リワークプログラムを利用していないこと、女性であること、休職回数が多いこと、復職時の復職準備性が低いことが就労継続期間の短さを有意に予測するとしている。五十嵐¹⁸⁾は、再休職のリスク要因として総休職期間を挙げている。

2) 国内で使用されている生活記録表の収集と比較検討

東京大学メンタルヘルス研究会メンバーならびに産業医科大学卒業生で本研究の趣旨に賛同し提供された生活記録表を基にその特徴を比較した。

提供された生活記録表は、産業保健領域 (以下 OH 領域) 10 件、精神科臨床領域 (以下 PSC 領域) 5 件の計 15 件で、OH 領域からの提供分は 3 件が中小企業、それ以外は大企業で使用されていた。PSC 領域から提供されたものはすべて、リワークプログラムを実施している精神科診療所のものであった。結果を表 1 に示す。また参考資料として、OH 1・2・3・8・10 を頁末に添付する。

名称は OH 領域が生活記録表 (票) 5 件、行動記録表 (票) 2 件、生活行動記録 1 件、生活記録・生活記録チェックリスト 2 件であった。PSC 領域は生活記録表 1 件、活動記録表 1 件、リハビリ活動報告書 1 件、生活習慣改善 GW 振り返りノート 1 件、生活リズムモニタリングシート 1 件であった。

個人属性は、氏名や社員番号・カルテ番号等、個人を特定できる記入欄を設けているものが 12 件 (OH 領域: 8、PSC 領域: 4) であった。記入用紙のサイズは全て A4 で、1 枚の用紙に記載する記入期間は、1 週間が 7 件 (OH 領域: 3、PSC 領域: 4)、2 週間が 4 件 (OH 領域: 3、PSC 領域: 1)、1 か月が 4 件 (すべて OH 領域) であった。紙の向き (書式) は縦置き型が 5 件 (OH

領域：2、PCS 領域：3)、横置き型が 10 件 (OH 領域：8、PSC 領域：2) であった。1 日の記録を記入する時間 (記入時間) は、24 時間すべて記入するものが 12 件 (OH 領域：7、PSC 領域：5)、深夜の時間帯がないものが 2 件 (いずれも OH 領域) であった。記入例として食事や内服、睡眠、社会生活等を記したものが 12 件 (OH 領域：8、PSC 領域：4)、そのうち内服の記入例のないものが 6 件 (OH 領域：5、PSC 領域：1) であった。記入様式は、矢印 (→) やゾーン (■) で色付けするものが 14 件 (OH 領域：9、PSC 領域：5) であった。備考などの自由記述欄は 10 件 (OH 領域：7、PSC 領域：3) であった。内服・処方の内容を記載するものが 1 件 (OH 領域)、服薬の記録を記載させるものが 6 件 (OH 領域：5、PSC 領域：1) であった。気分や症状、体調、疲労を記載させるものが 10 件 (OH 領域：6、PSC 領域：4) あり、VAS (Visual Analog Scale) などの数値を選択するものが 5 件 (OH 領域：3、PSC 領域：3)、数値を記入させるものが 2 件 (OH・PSC 領域それぞれ 1)、絵表示 (フェイスマーク) を選択させるものが 3 件 (OH 領域：2、PSC 領域：1) であった。その他、アルコール量や食欲、活動量、睡眠の質、気分の高揚感、歩数、体重などを記載させるものが 1 つずつあった。

D. 考察

1-1) 生活記録表を使用した復職支援の効果評価に関する文献調査と 1-2) 復職判定に関して述べた文献についてのレビュー

難波と高尾の報告はいずれも人事担当者向けに書かれており、そのためシンプルな判断を提唱している。高尾は生活記録表が生活の記録であるため評価があいまいになるとしているが、事前に双方で取り交わした基準を達成できない場合、復職許可を出さないという社内ルールにすれば、産業医以外の人事労務担当者であっても判断に迷うことはないと思われる。また「量的」評価はできても「質的」評価はできないという点も、まずは生活リズムがきちんと守られているという「量的」活動から利用することで「質的」評価の限界を補うだけの効果が期待できる。この場合、生活リズムが守られていることは復職に対する必要条件という位置づけになる。少なくとも「量的」評価に耐えうる生活記録表は用途を明確にし、可能性と限界を理解し

た上で復職判定に用いることで十分に活用できると考える。

その他、生活記録表が事業所にとって不利な証拠となるとの意見については、現時点において生活記録表の記述を基に事業者が訴えられた事例は発生しておらず現時点では可能性が低いと考えられる。以上より、生活記録表は目的及び運用ルールを明確にし、本人を含む関係者間で共有することでデメリットやリスクを最小化し、効率的に活用できるものと思われる。

精神科臨床の立場からも、リワークプログラムの立場からも復職に際して生活リズムの確立の重要性が説かれている。そして生活記録表は生活リズムの確認を行うことが可能である。今回、復職判定において生活記録表を活用している事例を検索したが海外では認められず (英語論文を 1 編認めるも国内の内容)、国内でも 3 編のみであった。報告は少ないものの、生活記録表により生活リズムを確認することで復職に対する必要条件是満たすものと考えられた。

2) 国内で使用されている生活記録表の収集と比較検討

今回、OH 領域と PSC 領域で使用されている生活記録表の比較を行い、標準的な生活記録表の仕様について検討した。OH 領域で使用されている名称は、生活記録表 (票) が半数を占めていたが、PSC 領域ではクリニック毎にそれぞれ特有の名称を付けていた。個人属性は記入者を特定するために必要な情報になっているものと思われる。1 枚の用紙に記入する期間は全体では 1 週間が最多であったが、OH 領域に限ると 1 週間、2 週間、1 か月とほぼ同数であった。一方、PSC 領域では 1 週間が 4 つ (8 割) と最多であることから、1 日当たりに記入する情報量の違いが影響しているものと思われる。紙の向き (書式) は OH 領域では横置き型が 8 つ (8 割) であるが、PSC 領域では縦置き型が 3 つ (6 割) であり、領域により横と縦の違いが見られた。記入時の書きやすさや視認性等でそれぞれの特徴を加味し選択することが望ましいと考える。記入時間は 24 時間が全体の 8 割を占めており、睡眠時間の視覚化の為に 24 時間の記載が適切と思われる。記入例のうち、OH 領域では内服のタイミングを記載しないものが半数存在したが、生活記録表を使用するフェーズが復職前の治療期間中 (多くが服薬中) であることから、内服

の時間を記載するように記入例を作成することが望ましいと考える。記入様式は1つを除くすべてで、ゾーン様式(→)や(■)を採用していた。1日の流れを簡便に把握する上でも望ましいと思われる。備考(自由記述欄)は全体のおよそ7割に準備されており、文章で1日の状況を記録するために利用されていると思われる。記入の可否を本人に委ねることで本人の意欲を押し量り、また記入した内容を振り返ることができることから、様式に含めることが望ましいと考える。1日の気分や症状、体調、疲労、ストレスを数値で示しているものが7つ(約半数)、絵表示が2つ(約1割)みられた。生活リズムに加えその日の体調を把握する上でも、いずれかの表記で記載を求めるのが望ましいと考える。

E. 結論

今回の調査により、OH領域とPSC領域で使用されている生活記録表には、共通点と相違点がみられた。生活記録表をどのような目的で、だれが使用するのかによって、違いが生まれているものと思われる。今後は、使用方法や復職判定時の判断基準などを、使用実績のある産業医、リワーク施設の精神科医などに聴取し、標準的な様式とともに効果的な利用方法について調査を行う予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当せず
2. 学会発表
該当せず

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

H. 引用文献リスト

- 1) 難波克行(2012).メンタルヘルス不調者の入社継続率を91.6%に改善した復職支援プログラムの効果.産業衛生学雑誌54, 276-285
- 2) Kiyoshi Yoshitsugu. Concise set of files for smooth return to work in

employees with mental disorders.
SpringerPlus2, 630

<http://www.springerplus.com/content/2/1/630>

- 3) 認知行動療法トレーニングブック.Jess H.Wright, Monica R. Basco, Michael E. Thase著,大野祐訳,医学書院
- 4) 難波克行(2014).生活記録表を用いた復職判定.安全と健康, 15, 368-370
- 5) 高尾総司(2013).生活記録表;使用上の注意.健康管理, 10, 38-39
- 6) 笠原嘉(2002).薬物療法を補完する小精神療法と社会復帰療法.精神科治療学, 17 巻増刊号, 79-84
- 7) 五十嵐良雄(2011).気分障害に対する医療機関における復職支援とその治療的意義.日本社会精神医学雑誌, 20, 45-52
- 8) 秋山剛(2006).総合病院における職場復帰援助プログラムと集団認知療法.医学のあゆみ, 219, 997-1001
- 9) Predictors of repeated sick leave in the workplace because of mental disorders.Sado M, Neuropsychiatr Dis Treat. 2014 Jan 29;10:193-200.
- 10) Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders.Arends I, van der Klink JJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bültmann U.Scand J Work Environ Health. 2014 Mar;40(2):195-202.
- 11) Gender and age differences in the recurrence of sickness absence due to common mental disorders: a longitudinal study.Koopmans PC, Roelen CA, Bültmann U, Hoedeman R, van der Klink JJ, Groothoff JW.BMC Public Health. 2010 Jul 20;10:426.
- 12) Recurrence of sickness absence due to common mental disorders.Koopmans PC, Bültmann U, Roelen CA, Hoedeman R, van der Klink JJ, Groothoff JW.Int Arch Occup Environ Health. 2011 Feb;84(2):193-201.
- 13) 中村純(2013).勤労者うつ病患者のリワーク非利用群における,復職成功予測因子の検索.平成25年厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「うつ

- 病患者に対する復職支援体制の確立
うつ病患者に対する社会復帰プログラムに関する研究」.119-120
- 1 4) 平澤勉(2011).デイケア終了後の復職を予測するものは何か？—うつ病復職デイケア開始後5週目までの気分および疲労感の特徴に注目して—.作業療法, 30, 707-716
- 1 5) 林果林(2013).復職支援デイケア利用後の再休職事例に関する要因分析.産業精神保健, 21, 197-202
- 1 6) 中村聡美(2013).うつ病再休職者における職場ストレス要因の検討—初回休職者との比較調査—.日本社会精神医学雑誌, 22, 10-19
- 1 7) 酒井佳永(2013).気分障害患者の復職後の予後と関連する要因の検討—通常の外来治療を経て復職した休職者と復帰援助プログラムを経て復職した休職者の比較.平成25年厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「うつ病患者に対する復職支援体制の確立—うつ病患者に対する社会復帰プログラムに関する研究」.31-39
- 1 8) 五十嵐良雄(2013).リワークプログラム利用者の復職後2年間の予後調査.平成25年厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「うつ病患者に対する復職支援体制の確立—うつ病患者に対する社会復帰プログラムに関する研究」.57-70

表 1 産業保健領域と精神科臨床領域(リワーク)で使用されている生活記録表の比較 (n=15)

	産業保健領域										精神科臨床領域				
	OH1	OH2	OH3	OH4	OH5	OH6	OH7	OH8	OH9	OH10	PSC1	PSC2	PSC3	PSC4	PSC5
I 個人属性															
①氏名	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
②社員No・カルテNo	○					○									
③年齢				○											
④所属							○								
II 記入期間(1枚の用紙)															
①1週間		○					○				○		○		○
②2週間	○			○								○			
③1か月			○		○				○						
III 書式															
①縦置き型					○						○			○	
②横置き型	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
IV 記入時間															
①24時間	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
②深夜帯なし		○							○						
V 記入例															
①食事	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
②内服	○	○								○	○	○	○	○	○
③睡眠	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
④社会生活	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
VI 記入様式															
①ゾーン表示	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
②テキスト表示							○								
備考欄(自由記述欄)															
VII 処方・内服															
①処方内容	○	○													
②服薬記録	○	○													
VIII 気分・症状・体調・疲労・ストレス															
①数値表示:-2 ~ +2 (VAS)										○					○
②数値表示:%															
③絵表示(フェイスマーク)	○														○
IX その他の記入項目															
アルコール															
食事															
活動量															
睡眠の質															
高機感															
歩数															
体重															

生活記録表【 月】

氏名

曜日	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	備考	
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										
21																										
22																										
23																										
24																										
25																										
26																										
27																										
28																										
29																										
30																										
31																										

記入例 睡眠 出勤 食事 退社買物 食事PC 2時に目が覚めた
 ○色分けする等、睡眠時間と勤務時間がわかるようにしてください。備考欄には体調や気分など気づいたことを書いてください。大まかで構いません。

実施年: 年

生活行動記録(2014.5改訂版)

氏名コード: 午前 午後

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	
/ (月)																									
その他自由記載																									
一日を振り返って													睡眠			食欲			体調			気分			
その他自由記載																									
一日を振り返って													睡眠			食欲			体調			気分			
その他自由記載																									
一日を振り返って													睡眠			食欲			体調			気分			
その他自由記載																									
一日を振り返って													睡眠			食欲			体調			気分			
その他自由記載																									
一日を振り返って													睡眠			食欲			体調			気分			
その他自由記載																									
一日を振り返って													睡眠			食欲			体調			気分			
その他自由記載																									
一日を振り返って													睡眠			食欲			体調			気分			
その他自由記載																									

記入方法

寝てはいないが
横になっている

睡眠

↑ 中途覚醒

△ 食事

▲ 出宅

▼ 帰宅

不調: ※1

※2

※3

※4

※5

行動: ◇1

◇2

◇3

◇4

◇5

生活記録

氏名 ()

日	曜日	薬																									
		6時	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	天気	朝	昼	夕	気分*	体調	一日を振り返って
1	火		起床・朝食																		晴	○	○	○	A	良い	今日は一日良好
2	水		起床・朝食																		晴	○	○	○	D→B	良い	昨日の疲れが午前中はダメ以後良好
3	木		起床・朝食					外出													雨	○	○	○	B	普通	雨の為ややとすとところはあがる概良好

* 気分 A:非常に良い B:良い C:普通 D:あまり良くない E:良くない

()年()月

日	曜日	6時	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	天気	朝	昼	夕	気分	体調	一日を振り返って	
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												
21																												
22																												
23																												
24																												
25																												
26																												
27																												
28																												
29																												
30																												
31																												

平成26年度労災疾病臨床研究事業費補助金
「メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発」
(14070101-01)
分担研究報告書

職場訪問型復職支援の開発

研究分担者 秋山 剛 NTT 東日本関東病院精神神経科部長

研究要旨：復職者に対するリワーククリニックによる支援と職場で行われる支援が有機的に連携することが望ましい。本研究では、リワーククリニックが、職場への適切な情報の提供、復職後のコンサルテーションを通じて、復職支援を行える方策について検討することを目的とする。

初年度は、

- ①自分の精神疾患に関する情報を職場に伝える際の困難に関する先行研究の聞き取り
- ②復職時にリワーククリニックから職場に伝えることが有益と思われる情報の検討
- ③リワーククリニックによる支援を行うために、本人及び職場から得るべき同意書についての検討を目的とした。

①自分の精神疾患に関する情報を職場に伝えることには、困難や不安が伴うので、リワーククリニックが、職場への適切な情報の提供、復職後のコンサルテーションを通じて、復職支援を行う場合には、情報伝達に関する当事者の葛藤をやわらげることに配慮する必要があると考えられる。

②復職時にリワーククリニックから職場に伝えることが有益と思われる情報のうち、一般的治療情報については、既に開発されている復職準備性評価シートを用いて、職場の産業保健スタッフが情報を聴取できる。職場の産業保健スタッフが、情報聴取を行えない場合には、リワーククリニックのスタッフが情報を伝達することに意義があるとも考えられる。復職時職務関連情報については、リワーククリニックでのプログラム参加する前に、分担研究者が「リワークマニュアル」の一部として開発した情報共有シートなどを用いて、職場がリワーククリニックと情報を共有しておく必要があると考えられる。

③本人・職場の双方から同意を得ることは、リワーククリニックが、職場への適切な情報の提供、復職後のコンサルテーションを通じて、復職支援を行うために不可欠であると思われる。次年度以降に作成される同意書のひな形には、職場がリワーククリニックから得た情報を本人の復職支援のためにのみ使用すること、一方、本人は報酬の対価としての労働を提供する義務を履行することなどの原則を盛り込む必要があると考えられる。

研究協力者

Graham Thornicroft (King's College London Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience)

Claire Henderson (King's College London Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience)

奥山真司 (トヨタ自動車)

有馬秀晃 (品川駅前メンタルクリニック)

吉田契造 (株式会社デンソー)

吉野 聡 (吉野聡産業医事務所)

松原孝恵 (独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター)

遠藤彩子 (NTT 東日本関東病院)

松本和紀 (東北大学病院)

富田博秋 (東北大学災害科学国際研究所)

A. 研究目的

復職者に対するリワーククリニックによる支

援と職場で行われる支援が有機的に連携することが望ましい。本研究では、リワーククリニックが、職場への適切な情報の提供、復職後のコンサルテーションを通じて、復職支援を行える方策について検討することを目的とする。

初年度は

- ① 自分の精神疾患に関する情報を職場に伝える際の困難に関する先行研究の聞き取り
- ② 復職時にリワーククリニックから職場に伝えることが有益と思われる情報の検討
- ③ リワーククリニックによる支援を行うために、本人及び職場から得るべき同意書についての検討を目的とした。

B. 研究方法

- ① 自分の精神疾患に関する情報を職場に伝える際の困難に関する先行研究の聞き取り
現在、世界でも最も先進的な研究を行ってい

る King's College London Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience の Graham Thornicroft 氏及び Claire Henderson 氏から聞き取りを行った。

② 復職時にリワーククリニックから職場に伝えることが有益と思われる情報の検討

4名のリワーク、産業精神保健の専門家から、職場に伝えることが望ましいと思われる情報の候補項目について聞き取りを行った。

③ リワーククリニックによる支援を行うために、本人及び職場から得るべき同意書についての検討

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センターの専門家から聞き取りを行った。

C. 研究結果

① 自分の精神疾患に関する情報を職場に伝える際の困難に関する先行研究の聞き取り

聞き取りによって、以下の情報が得られた

自分の精神疾患に関する情報を職場に伝えることには、一般に困難が伴い(Petersonら2012)、情報伝達に関する葛藤をやわらげるプログラムが開発されている(Hendersonら2013、Brohanら2014)。この困難には、情報開示後に職場で偏見を持たれるのではないかという不安が関与しており(Gabbidonら2013)、企業が精神疾患をもつ労働者を受け入れる際には、企業の業種、職位、過去の受け入れ経験、法律の周知、精神疾患患者との接触度、雇用者の性格や信条、労働者が働ける就業時間、労働者の性差、精神疾患の診断などが影響すると言われている(Brohanら2012)。

② 復職時にリワーククリニックから職場に伝えることが有益と思われる情報の検討

専門家から、以下のような候補項目が得られた。

一般的治療情報

症状の回復レベル(軽快、改善傾向、症状固定など)

主治医、医療スタッフ、家族等との関係

病気に対する理解の程度

再発防止への取り組み: 疾患や性格特性などの自己理解の程度と実践について

現在の心身の状況

- 通院、服薬状況

- 薬の副作用の有無
- 心身の症状(気分変動、興味関心等)
- 生活リズム(食事、外出、休息、日中の過ごし方など)
- 睡眠の状況(熟睡感、昼間の眠気など)
- 疲労回復の状態
- 普段の身だしなみ、言動
- 対人関係(協調性、自己主張、コミュニケーション等)

休業直後であれば、いつまで休む必要があるのかについて

リワークプログラム関連情報

リワーク中に行った振り返り(自己分析)と自分の取扱説明書、再発予防策の作成。(→レポート作成し、職場復帰委員会に提出)

リワークでの活動記録

- 期間、月次の出席率含む
 - 遅刻/早退率(安定的に参加できているか)
- リワークプログラムへの取り組み状況(態度、理解度、達成度など)(もしあればレポート)
- リワーク中の居眠り・離席の状況(集中力が発揮できているか)

参考となる心理検査等の結果と解釈、生かし方卒業後のフォローアップ体制の有無

復職時職務関連情報

会社の示す復職判定基準を満たしていると思われるか

職場復帰に対する意欲

職場復帰にあたり必要な配慮

復帰後にすぐ元の業務、元の担務ができるのかどうか?

元の業務が運転や機械の操作の社員の場合、いつからそれらに従事させられるのか?

③ リワーククリニックによる支援を行うために、本人及び職場から得るべき同意書についての検討

専門家から以下のような情報が得られた。

1 リワーク支援における企業の同意のとり方
同意書に企業の担当者のサインをもらい、リワーク支援計画書を渡す。同意書、リワーク支援計画書は、企業・本人・主治医ともに同じものを使う。

- ・ 同意書の内容

「リワーク支援による職場復帰のための支援の実施への同意」

支援開始日

職場復帰予定日

・リワーク支援計画書の内容

支援期間

職場環境・職務内容

具体的な支援目標、支援内容（本人、企業別に記入）

主治医との連携内容

2 本人の状態について企業に伝えること

体調、病態

通所状況

リワーク支援において学習した事項

苦手なパターンと対処方法

復職後本人が努力する事項

企業に配慮いただきたい事項（職務内容、業務量、就業時間、サポート等）

D. 考察と結論

① 自分の精神疾患に関する情報を職場に伝える際の困難に関する先行研究の聞き取り

自分の精神疾患に関する情報を職場に伝えることには、困難や不安が伴うので、リワーククリニックが、職場への適切な情報の提供、復職後のコンサルテーションを通じて、復職支援を行う場合には、情報伝達に関する当事者の葛藤をやわらげることにも配慮する必要があると考えられる。

② 復職時にリワーククリニックから職場に伝えることが有益と思われる情報の検討

一般的治療情報、については、復職準備性評価シート（酒井ら 2012）によって正確な情報を伝達することができると考えられる。このシートについては、分担研究者によって、情報を得るための標準質問が開発されており、職場の産業保健スタッフが情報を聴取できるようになっている（資料1）。職場の産業保健スタッフが、情報聴取を行えない場合には、リワーククリニックのスタッフが情報を伝達することに意義あるとも考えられる。

復職時職務関連情報については、職場の状況について情報がなければ、リワーククリニックのスタッフには判断が困難である。リワーククリニックでのプログラム参加する前に、復職基本情報について、職場がリワークプログラムと情報を共有しておく必要があると考えられる。

資料2は、分担研究者が「リワークマニュアル」の一部として開発した情報共有シートの例である。

③ リワーククリニックによる支援を行うために、本人及び職場から得るべき同意書についての検討

精神疾患に関する情報を職場に開示する際の困難や不安に鑑みても、現在本人と企業の両方に支援を行っている独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センターの資料をみても、本人・職場の双方から同意を得ることは、リワーククリニックが、職場への適切な情報の提供、復職後のコンサルテーションを通じて、復職支援を行うために不可欠であると思われる。

次年度以降に作成される同意書のひな形には、職場がリワーククリニックから得た情報を本人の復職支援のためにのみ使用すること、一方、本人は報酬の対価としての労働を提供する義務を履行することなどの原則を盛り込む必要があると考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 引用文献リスト

Elaine Brohan, Claire Henderson, Kay Wheat, Estelle Malcolm, Sarah Clement, Elizabeth A Barley, Mike Slade, Graham Thornicroft. Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. BMC Psychiatry 2012, 12:11

Elaine Brohan, Claire Henderson, Mike Slade, Graham Thornicroft. Development

- and preliminary evaluation of a decision aid for disclosure of mental illness to employers. *Patient Education and Counseling* 94 (2014) 238–242
- Jheanell Gabbidon, Elaine Brohan Sarah Clement, R Claire Henderson, Graham Thornicroft and MIRIAD Study Group. The development and validation of the Questionnaire on Anticipated Discrimination (QUAD) *BMC Psychiatry* 2013, 13:297
- Claire Henderson, Elaine Brohan, Sarah Clement, Paul Williams, Francesca Lassman, Oliver Schauman, Lisa Dockery, Simone Farrelly, Joanna Murray, Caroline Murphy, Mike Slade and Graham Thornicroft. Decision aid on disclosure of mental health status to an employer: feasibility and outcomes of a randomised controlled trial. *BJP* 2013, 203:350-357.
- Debbie Peterson, Nandika Currey, Sunny Collings. You don't look like one of them: disclosure of mental illness in the workplace as an ongoing dilemma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2011, Volume 35, No. 2, 145–147
- 酒井佳永, 秋山剛, 土屋政雄, 堀井清香, 富永真己, 田中克俊, 西山寿子, 住吉健一, 河村代志也, 鈴木淳平. 復職準備性評価シート (Psychiatric Rework Readiness Scale) の評価者間信頼性, 内的整合性, 予測妥当性の検討. *精神科治療学*. 27(5). 655-667.2012.

資料1 復職準備性評価シート: 情報を得るための標準的な質問の例

冒頭教示「最近2週間のあなたの状態について教えてください」

A 基本的な生活状況

1 起床時刻

健康に出勤していたときの起床時刻より、1時間以上遅く起きることが平均して週に何回あるか。
(休日は、出勤していたときの休日の起床時刻を基準とする。健康なとき、とは病気になる以前、
時間外勤務が月20時間以下であった状況を指す。—常に20時間を越える時間外勤務をしていた場合は、
時間外勤務が一番少なかった時期とする)

- (1) 週に3回以上、健康に出勤したときの起床時刻より1時間以上遅く起きる。
- (2) 週に2回程度、健康に出勤したときの起床時刻より1時間以上遅く起きる。
- (3) 週に1回程度、健康に出勤したときの起床時刻より1時間以上遅く起きる。
- (4) 週に0回(健康に出勤したときの起床時刻より1時間以上遅く起きることは殆どない)

回答 (2)

[情報を得るための標準的な質問]

健康に出勤したときの起床時刻より1時間以上遅く起きることは週に何回くらいありますか？
(この質問が理解できなければ)朝何時くらいに起きていますか？会社に行っていたときは、
何時に起きていましたか？

2 食生活リズム

健康なときと比べた食生活リズム(健康なときに朝食を抜く等の習慣があった場合は、この項目の
「食事を抜かず」は該当しない。健康なときの習慣からの変化を評価する)

- (1) いつも乱れている(週4回以上食事を抜かず)
- (2) 時に、不規則である(週2~3回食事を抜かず)
- (3) だいたい問題ない(食事を抜かずのは週0~1回である。健康なときの食事時間と2時間以上ずれることが、週3回以上ある)
- (4) まったく問題ない(食事を抜かずのは週0~1回である。健康なときの食事時間と2時間以上ずれることが、週2回以下である)

回答 (4)

[情報を得るための標準的な質問]

食事は一日何回、何時にとっていますか？日によって食事の回数や時間が違うことはありますか？
食事を抜かずことはどのくらいありますか？一日のうちどのくらいありますか？(または)日によって
食事の回数や時間が違うことはありますか？食事を抜かずことは、1週間のうちどのくらいありますか？

3 自宅外での活動

2時間以上自宅外で活動している日が、平均して週に何回あるか。

- (1) 週1~2回
- (2) 週3~5回
- (3) 週6回
- (4) 週7回(ほとんど毎日2時間以上戸外で活動する)

回答 (1)

[情報を得るための標準的な質問]

家の外での活動はどのくらいしていますか？2時間以上家の外で活動する日は週に何回ありますか？
(自宅外の活動とは、外出、自宅外での作業を指す—家の中での家事は含まない)

資料2 復職基本情報シート (会社用)

(ステップ3 「業務・処遇の確認」で本人、担当医・担当者が署名して、本人から会社に提出してもらいます)

年 月 日

へ (情報を提供できる会社の担当者)

私は、現在、下記の担当医・担当者の指導のもと復職を目指しております。担当医・担当者が復職のための指導を有効に行えるように、以下の情報を記載してください。私から、担当医・担当者に提出いたします。私の治療に関わっているスタッフ以外に、記載していただいた情報を漏らすことはありません。

本人署名 _____

私は、現在、上記の御社社員の復職のための指導を行っております。指導が円滑に進み、無事に再発なく復職ができますように、業務に関する以下の情報を提供くださいますよう、よろしくお願いいたします。いただいた情報は、ご本人およびご本人の治療に関わっているスタッフとは共有しますが、その他に情報が漏れることはありません。ご本人と職場の見方に大きな違いがあるとお考えの場合には、対応を検討した方がよいと思いますので、その旨ご連絡ください。

医療機関名 _____

担当医・担当者署名 _____

連絡先 _____

1. 今回の休職・休務の合計期間

年 月

2. 以前のをあわせて、医師の診断書に基づいて、休務・休職した合計回数

回

3. 以前のをあわせて、医師の診断書に基づいた休務・休職の合計期間

年 月

4. 現在の会社の勤続年数

年

5. 会社の業種 ①～⑫に○をつけるか、⑬に記載してください
① 鉱業 ②建設業 ③製造業 ④電気・ガス・水道 ⑤運輸 ⑥通信
⑦卸売・小売 ⑧飲食 ⑨金融・保険 ⑩.不動産業 ⑪サービス業
⑫医療・福祉
⑬その他 (記載してください)
6. 本人の職種 ①～⑪に○をつけるか、⑫に記載してください
① 研究職 ②システムエンジニア ③技術職 ④専門職 ⑤管理部門
⑥事務 ⑦営業・販売 ⑧サービス ⑨運転 ⑩.生産ライン・機械操作
⑪保安
⑫その他 (記載してください)
7. 本人の職階 ①～④に○をつけるか、⑤に記載してください
① 経営層・事業場長相当以上 ②部長・課長相当 ③係長・主任相当
④一般社員
⑤その他 (記載してください)
8. 今回の休務前3ヶ月の平均時間外勤務時間
時間
9. 会社の特徴のあらまし
10. 部署の業務のあらまし
11. 本人の業務のあらまし (車の運転、機械の操作、高所での作業などの危険作業、
交代勤務・深夜勤務については、必ず、情報提供をお願いします)
12. 仕事に関する本人の評価に○をしてください
1. よくできていた 2. 標準的にできていた 3. ややできていなかった
4. できていなかった
(3, 4の場合は内容を下に記載してください)

13. 現在の業務の経験年数

14. 復職する際の社内手続き、制度のあらまし

15. 復職する際のキーパーソン

16. 給与が支払われる期間 どちらかに○をして、②なら期間を記載してください

① 給与支払い期間は終了している ② まで支払われる

17. 傷病手当金当等、給与以外の支払いが行われる期間 どちらかに○をして、②なら期間を記載してください

① 支払い期間は終了している ② から まで支払われる

18. 休職満了退職となる期日

年 月 日

19. 復職時にこれまでの部署で受け入れは可能でしょうか？ ①～④に○をつけ、②～

④は状況を記載してください

① 問題ない ② 調整を要するが可能性がある ③ 不可能

④ その他

(②～④は、下に状況を記載してください)

20. その他、復職について伝えたいことがあれば、記載してください

回答者氏名

回答者役職

回答者連絡先

平成26年度労災疾病臨床研究事業費補助金
「メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発」
(14070101-01)
分担研究報告書

復職者の再発予防のための管理監督者教育及び職場環境改善の手法の開発

分担研究者 川上憲人 東京大学大学院医学系研究科教授

研究要旨：管理監督者の態度、行動及び職場環境とメンタルヘルス不調の労働者の復帰後の再発との関係について幅広い視点から情報を収集し、管理監督者教育及び職場環境改善の枠組みや着目点を明らかにする。このために本年度は4つの研究を実施した。

1. 文献レビュー:メンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者の具体的な態度及び行動について、海外及び国内における先行研究のレビューを行った。国内外における計6論文を対象にレビューした結果、メンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者の具体的な態度や行動としては、メンタルヘルス不調の症状や復職手続きについての知識をはじめ、復職者本人への適切な対応や共感的態度、業務の調整や配置転換、復職者の同僚や周囲への配慮、産業保健スタッフや外部機関との連携等、多くの事柄があがっていた。

2. 管理監督者及び労働者における復職経験の調査：インターネット調査会社のモニターから選ばれた管理職及びメンタルヘルス不調で休業した経験のある労働者各206名に上司の復職支援行動及び復職悪化行動について自由回答してもらい、これを分類した。「すべきでないこと」としてはげまさない・焦らせない、心ない言葉を使わない、「すべきこと」として業務・勤務時間配慮及び本人とのコミュニケーションがあげられた。異動・配置換えについては、その状況や内容により影響が異なると思われた。

3. 当事者からのヒアリング：東京都内のリワークプログラムを実施している精神科クリニックで5名のメンタルヘルス不調による休職経験者にインタビューを行った。(1)受容的・肯定的態度と管理監督者からのコミュニケーション、(2)適切な業務指示と配慮、(3)労働者として公平に扱うことが職場復帰の支援要因となる管理監督者の態度・行動としてあげられた。

4. ビジネスコンピテンシーからみた管理監督者の復職支援：東京商工会議所のビジネスマネジャー検定試験の目次項目を専門家7名が評定した。管理監督者の復職支援として、本人のキャリア開発に関する行動(人材の育成と人事考課)、職場におけるリスクマネジメントの重要性が示されたことが特徴であった。以上の研究から、幅広い視点でメンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者の態度・行動の情報が収集された。これらをもとにメンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者のコンピテンシー枠組みを作成し、これらをもとづいて、メンタルヘルス不調者の復職を支援する管理監督者向け教育研修プログラムを開発し試行することが可能になった。

研究協力者

今村幸太郎(東京大学大学院医学系研究科・特任研究員)

田島佐登史(元・目白大学人間学部心理カウンセリング学科・助教)

北川佳寿美(元・メディカルケア虎ノ門・精神保健福祉士)

西原亜紀子(アズビル株式会社・産業医)

関屋裕希(東京大学大学院医学系研究科・特任研究員)

島田恭子(東京大学大学院医学系研究科・客員研究員)

浅井裕美、櫻谷あすか(東京大学大学院医学系研究科・院生)

小林由佳(本田技研工業株式会社・臨床心理士)

難波克行(中外製薬株式会社・統括産業医)

メンタルヘルス不調による休職者に対する職場復帰後の支援が重要であるとの認識が広がり、特に職場で実際に支援する管理監督者の役割が期待されている。本分担研究の目的は、メンタルヘルス不調による休業者の職場復帰後の再発予防のための管理監督者教育を開発し、その効果を比較対照試験及びモデル事業で検証することである。また復職支援のための職場環境改善ツールをモデル事業場で試行し、その効果を検証することである。平成26年度には、管理監督者の態度、行動及び職場環境とメンタルヘルス不調の労働者の復帰後の再発との関係について幅広い視点から情報を収集し、管理監督者教育及び職場環境改善の枠組みや着目点を明らかにした。

このために本年度は4つの研究を実施した。まず、国内外の文献レビューを行い、メンタル

A. 研究目的

ヘルス不調による休業者の職場復帰後の経過と関連する管理監督者の態度、行動及び職場環境要因を抽出した。感情表出と精神疾患の再発に関する研究もレビューする予定であったが、この文献レビューに含まれると判断し、こちらの作業は行わなかった。

第二に、メンタルヘルス不調で復職した部下を持ったことのある管理監督者、及びメンタルヘルス不調で休業した経験のある労働者から、メンタルヘルス不調者の復職にあたって管理監督者が行った支援的な態度や行動、及び逆に復職後の再発や不調のきっかけとなった態度や行動を自由記述で収集・分類して、復職支援に重要な管理監督者の態度・行動の要素を整理した。

第三に、少数のメンタルヘルス不調による休職経験者に対し詳細なヒアリングを行い、管理監督者の態度、行動がメンタルヘルス不調による休業者の職場復帰に与える影響を事例ベースで検討した。

最後に、ビジネスコンピテンシーの視点からも管理監督者の復職支援を検討するために、管理監督者としてのビジネスコンピテンシー/マネジメントコンピテンシーの枠組みを調査し、その枠組みのうちメンタルヘルス不調による休業者の職場復帰において重要なものを抽出した。ビジネスコンピテンシーの中で管理監督者による復職支援が位置づけられることにより、復職支援に関する理解を管理監督者に促し、動機づけすることが容易となると期待される。

B. 研究方法

1. 文献レビュー

メンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者の具体的な態度及び行動について、海外及び国内における先行研究のレビューを行った。海外における論文の検索は 2015 年 2 月に実施し、検索エンジンには Pubmed、PsycINFO 及び PsycARTICLES を使用し、検索語を <(return to work OR returning to work) AND (superior OR superiors OR supervisor OR supervisors) >とした。検索の結果、メンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者の具体的な態度及び行動について列挙されている 3 論文をレビューの対象とした。

国内における論文の検索は 2015 年 2 月に実施し、検索エンジンには医学中央雑誌、CiNii Articles を使用し、検索語を「(復職 OR 職場復

帰) AND (上司 OR 管理監督者)」とした。検索の結果、メンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者の具体的な態度及び行動について列挙されている 3 論文をレビューの対象とした。

2. 管理監督者及び労働者における復職経験の調査

1) 対象

インターネット調査会社のモニターから選ばれた管理職及びメンタルヘルス不調で休業した経験のある労働者に調査への参加を呼びかけた。管理職 200 名を予定のところ、最終的に回答者 206 名が調査に参加した。メンタルヘルス不調で休業した経験のある労働者 200 名を予定のところ、こちらも最終的に回答者 206 名となった。調査時期は 2015 年 1 月 29～30 日である。

2) 調査項目

(1) 基本属性

管理職に対しては、性別、年齢、業種、部下数、メンタルヘルス不調の労働者の復職受け入れの経験の有無、もっとも最近の事例の病名をたずねた。メンタルヘルス不調で休業した経験のある労働者には、性別、年齢、業種、職場の従業員数、メンタルヘルス不調による最近の休業時期、休業期間、病名をたずねた。

(2) 上司の復職支援行動及び復職悪化行動

上司の復職支援行動及び復職悪化行動についてそれぞれ 1 つ、50 文字以内で自由回答してもらった。

管理職向け質問文は以下のものである。『あなたの管理監督者としての行動や態度は、メンタルヘルス不調の部下がうまく復職するのに役だったり、あるいは場合によっては逆効果だったりするかもしれません。それぞれについて、あなたの行動や態度について 50 字以内で記入してください。例：「週 1 回、本人と面談をする」「定時には必ず帰るように毎日指示する」』

労働者本人向け質問文は以下のものである。

『あなたの上司の行動や態度は、あなたがうまく復職するのに助けになったり、あるいは逆効果だったりしたかもしれません。それぞれについてあなたが経験した上司の行動や態度を 50 字以内で記入してください。例：「復帰後 1 ヶ月は、週 1 回面談してもらった」「定時には必ず帰るように毎日指示された」』

3) 分析方法

職場のメンタルヘルスに経験の深い産業医1名、臨床心理士3名及び修士院生2名によりKJ法で上司の復職支援行動及び復職悪化行動を分類した。

3. 当事者からのヒアリング

東京都内のリワークプログラムを実施している精神科クリニックに対して、研究協力者の紹介依頼を行い、最終的に5名のメンタルヘルス不調による休職経験者から同意を得ることができた。5名の休職経験者のうち、4名はグループインタビュー、1名は個別インタビューとし、2015年2月に各45分実施した。なお、グループインタビュー及び個別インタビューの対象者の属性は表3に示したとおりである。職場復帰支援の流れとして、厚生労働省の「心の健康問題により休職した労働者の職場復帰支援の手引き」では、病気休職開始から職場復帰後のフォローアップまでの5つの段階が示されているが、今回のインタビューでは、メンタルヘルス不調による休職者が職場復帰の際に管理監督者と接する機会がある「病気休職開始及び休職中」「労働者からの職場復帰の意思表示」「職場復帰後」の3つの段階における管理監督者の態度や行動についてインタビューを行った。事前にインタビューガイドを半構造的に作成し、これに沿って対象者が回答しやすいような具体的な質問項目を設定して自由な発言を求めた。対象者には書面と口頭で許可を得た上で、インタビュー内容を記録、録音し、逐語記録を作成した。データの分析は、逐語記録から意味のある項目を抽出し、カテゴリーを作成した。これらの結果をもとに、職場復帰に影響する管理監督者の態度、行動について考察した。

4. ビジネスコンピテンシーからみた管理監督者の復職支援

1) ビジネスコンピテンシーの選定

管理監督者としてのビジネスコンピテンシー/マネジメントコンピテンシーとして公認されているものを、図書館での文献検索、インターネット上の情報検索により調査した。管理監督者としてのビジネスコンピテンシー/マネジメントコンピテンシーとして公認されているものを調査したところ、図書館における文献検索では「マネジメント」や「リーダーシップ」のキーワードで複数の書籍が抽出されるものの、考え方や

総論を述べる内容であったり、各著者により主張が様々であり、統一された見解は得られなかった。また、インターネット上の情報検索においては、各企業の人事部や人事コンサルティング/人事育成を行う企業からビジネスコンピテンシー/マネジメントコンピテンシーについての具体的な提案がなされていたが、コミュニケーションや予定管理の重要性など共通する要素もあるものの、細部においては「各組織が求める人材像」になっており、一致はしていなかった。公認されているビジネスコンピテンシー/マネジメントコンピテンシーに準ずるものとして、インターネット上の情報検索にて抽出された、「東京商工会議所が提唱するビジネスマネジャー検定試験」が存在した。ビジネスマネジャー検定試験は、マネジャーとして活躍が期待されるビジネスパーソンに対し、その土台づくりのサポートを目的とし、「あらゆるマネジャーが共通して身につけておくべき重要な基礎知識」を効率的に習得する機会を提供するものであることから、本調査においてはその公式テキストの目次項目②を用いることとした。

2) ビジネスコンピテンシーからの重要な要素の抽出

管理監督者としてのビジネスコンピテンシー/マネジメントコンピテンシーのうち、メンタルヘルス不調による休職者の復職支援に必要と思われる要素を抽出するために、復職支援に携わっている専門家(教育研究機関教育職、専属産業医、臨床心理士、精神保健福祉士ら)7名を対象に、東京商工会議所が提唱するビジネスマネジャー検定試験の公式テキストの目次項目を用い、それぞれの項目の重要度について、5件法(「必要ではない」～「必要である」)により質問した。東京商工会議所が提唱するビジネスマネジャー検定試験の公式テキストの目次項目は、4つの大項目から構成され、それぞれの大項目は4～6の中項目を、それぞれの中項目は単独で、あるいは2～8の小項目を、それぞれの小項目は単独で、あるいは2～5の最小項目を持つ形で、大・中・小・最小の4段階計236項目から構成されていた。4つの大項目それぞれにおいて、最も低い段階の項目について5件法で重要度を各回答者から取得し、各回答者のその上位項目の評価値については、下位項目の平均値を充てた(例:「大項目1. マネジャーの役割と心構え」において、「(1)マネジャーが直面するビジネス環境」の点

数は、その下位項目である「社会や経済の変化に対応できるマネジャーであること」と「企業の社員構成の変化に対応できるマネジャーであること」の点数の平均値を充てている。さらに、4つの大項目それぞれにおいて、中項目、小項目、最小項目それぞれの項目の7人の回答結果の平均値を求め、「4点以上」を重要な要素と定義し、重要項目を抽出した。

倫理的配慮

研究にあたっては、研究目的、方法、個人情報取り扱いについて研究参加者に説明した上で実施した。以下の研究は、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理審査委員会で審査を受け、承認されている：管理監督者及び労働者における復職経験の調査、審査番号 2953-(2)；当事者からのヒアリング、審査番号 10658-(1)。文献レビューについては個人情報を含まない研究であり倫理審査の対象外である。ビジネスコンピテンシーからみた管理監督者の復職支援は本研究の分担研究者・研究協力者の討議結果であり、倫理審査の対象外である。

C. 研究結果

1. 文献レビュー

海外における先行研究として、Johnston et al. (2014) の研究では、退職者が復職するにあたり必要とされる上司の能力について調査することを目的として、オーストラリアにて、精神疾患または筋骨格系疾患を抱える部下の復職に関わった経験のある上司29名を対象にフォーカスグループインタビューを実施している。インタビューの結果、復職支援に必要とされる上司の能力として、次の11分類94項目を抽出した(①行動と個人の特性(14項目)、②復職の仕組みや手続きについての知識(6項目)、③復職者への理解と支援(10項目)、④復職者との適切な交流(9項目)、⑤専門家との連携(4項目)、⑥知識と支援の享受(6項目)、⑦復職計画の立案、修正(16項目)、⑧周囲や同僚への配慮(8項目)、⑨組織への影響の調整(11項目)、⑩筋骨格系疾患への対応に必要な能力(2項目)、⑪精神疾患への対応に必要な能力(8項目))。また、フォーカスグループにより抽出された94項目の能力の重要度について、復職支援の専門家からしても重要な内容であるか確認するため、オーストラリア各地にて復職支援に携わっている専門家

を対象に、インターネットを用いて、5件法(「重要でない」～「必須である」)により質問したところ、344件の回答を得た。その結果、半数以上の回答者が、94の能力のうち90項目について、重要または必須であると回答した。

Munir et al. (2012) の研究では、復職に影響を与える上司の行動について、3因子32項目の尺度を開発している。イギリスにて、利害関係者142名(うち、産業保健スタッフ78名、人事64名)を対象にフォーカスグループを実施したほか、上司20名及び労働者26名を対象に電話調査を実施したところ、復職に影響を与える上司の行動として42項目が抽出された。さらに、質問紙の信頼性及び妥当性を検証するため、上司186名及び労働者359名を対象に、質問紙等への回答を求めた。因子分析の結果、作成された質問紙(3因子32項目：①復職時の行動(7項目)、②否定的な行動(5項目)、③肯定的な行動(20項目))については、信頼性が確認されるとともに、構成概念妥当性、基準関連妥当性についても確認された。

Lemieux et al. (2011) の研究では、復職を促進又は阻害する要因について上司の視点から調査することを目的として、カナダにて、精神疾患を抱える部下の復職に関わった経験のある上司11名を対象に半構造化面接を行い、復職を促進または阻害する要因として、3分類24項目を抽出した(①復職者における要因(5項目)、②職場環境における要因(5項目)、③復職過程における要因(14項目))。

国内における先行研究として、塩崎ら(2010)の研究では、神奈川県下のある自治体において、精神疾患による長期休職後に復職した職員127名を対象に、復職に影響した支援についてのアンケート調査を実施した。調査の結果、95名から回答が得られ、復職に役立った支援として、慣らし勤務、業務内容への配慮、上司の共感、業務量への配慮が多く選択されていた。また、業務量の軽減や業務内容の変更は、バック抑うつ質問票(BDI-II)による抑うつ度の低下と相関していた。

井上ら(2010)の研究では、効果的な復職支援のあり方に関する知見を得ることを目的として、ホワイトカラー従業員を対象に、うつ病による休職後の復職に限定し、1983年1月から2009年5月までに出版された復職支援に関する症例報告を系統的に収集し、知見を整理してい

る。33 件の文献で報告された 51 症例を対象に分析した結果、企業の復職支援は 9 種類あり、全ての支援介入に長所と短所が見られた（①欠勤もしくは休職措置、②所属場所の変更、③上司の交替、④業務内容の変更、⑤業務軽減措置、⑥業務軽減期間、⑦就業制限、⑧産業保健スタッフ等との面談、⑨企業以外の外部機関による介入）。

原口ら（2009）の研究では、うつ病治療後に職場復帰が成功するための条件因子について明らかにすることを目的として、DSM-IVの大うつ病性障害あるいは適応障害によって休職したのちに職場復帰した精神科外来患者 72 名を対象に、アンケート調査を実施した。調査の結果、「段階的な作業時間・量の増加」など、患者本人による重要因子としての選択率と職場における実施率の双方が高い因子がある一方、「配置転換」など、重要因子としての選択率は高いものの職場における実施率は低い因子があることから、患者本人の希望と職場における実際の配慮には差異があることが示された。また、休職に至った理由として、業務内容や負荷より「上司との人間関係」が上位であったものの、復職時の実際の配慮は、業務の軽減に比べ、人間関係への配慮の実施率は低率であった。

2. 管理監督者及び労働者における復職経験の調査

管理職及び労働者本人の回答者の属性を表 2-1 に示す。労働者本人では男女が半々であり、うつ病やうつ状態の者が多かった。管理職が経験したメンタルヘルス不調の労働者の内訳でもうつ病やうつ状態の者が多かった。

上司の報告では、業務・勤務時間配慮、本人とのコミュニケーション、専門家の活用が支援要因としてあげられていた（表 2-2）。悪化要因としては、はげまし・期待が最多であり、焦らせた・無理させたも多かった。しかし頻度の高すぎる連絡も悪化要因とされていた。本人の報告では、配置換えが支援要因と悪化要因の双方にあげられていた。焦らせないことが支援要因として、はげましが悪化要因として上位にあった。また業務の調整、声かけや面談も支援要因としてあげられていた。悪化要因では、心ない言葉、パワハラ、暴言、責められたことがあがっていた。このうち、心ない言葉の内訳を表 2-3 に示した。

3. 当事者からのヒアリング

（1）メンタルヘルス不調からの職場復帰と管理監督者の態度、行動と働きやすさの関係

メンタルヘルス不調による休職経験者にとって、職場復帰の際の管理監督者の態度、行動がその後の働きやすさに影響するかどうかについて、1 名を除いて全員が影響すると回答した。1 名は、管理監督者によって影響する場合もあるし、しない場合もあるので「どちらとも言えない」と回答した。安心できた管理監督者の態度、行動は、①休職前からの信頼関係、②受容的・肯定的態度、③管理監督者からのコミュニケーション、④情緒的サポート、⑤病気による業務の影響への配慮、⑥適切な業務指示と配慮が挙げられた。もっとも多かったのは、「休職前からの信頼関係」で、職場復帰の際の管理監督者の態度、行動だけでなく、休職前から日常的に管理監督者に相談をして信頼関係が築けていると、職場復帰の際の安心感に大きな影響があるとの意見であった。管理監督者の態度、行動がその後の働きやすさに影響するかどうか「どちらとも言えない」と回答した 1 名は、職場復帰の際、信頼していた管理監督者が異動して新しい管理監督者が変わっていたが、以前から信頼していた管理監督者が職場復帰の際も管理監督者であったら、その後の働きやすさに影響したと回答している。一方、不安になった管理監督者の態度、行動は、①病気による業務の影響への配慮不足、②日常的な関与不足が挙げられた。日常的な関与不足については、管理監督者が職場復帰後の職場に常勤しておらず、普段の自分の状態を見ていないので不安になったとの意見であった。

（2）病気休職開始及び休職中の管理監督者の態度、行動

病気休職開始及び休職中に安心できた管理監督者の態度、行動は、①定期的な連絡、②病気による業務の影響への配慮が挙げられた。一方、不安になった管理監督者の態度、行動は、①定期的な連絡、②病気による業務の影響への配慮不足が挙げられた。定期的な連絡は、安心できた管理監督者の態度、行動にも、不安になった管理監督者の態度、行動にも挙げられた。安心できた理由としては、会社とつながっている感じや会社に戻れる感じがすると回答している。一方、不安になった理由としては、定期的な連

絡が会社を思い出したり、連絡時の管理監督者からの言葉にプレッシャーを感じたり、仕事を思い出したりしたと回答している。また、最初は定期的な連絡を取っていたが、その後、自分から連絡することが億劫になり、管理監督者からの連絡も途絶えてしまったと回答した対象者は、職場復帰前に疎遠になりすぎてしまって不安になったと回答している。

(3) 職場復帰の意思表示と管理監督者の態度、行動

職場復帰の意思表示をした際に安心できた管理監督者の態度、行動は、①受容的・肯定的態度、②医療関係者との面談の同席、③病気による業務の影響への配慮、④職場復帰時期の配慮、⑤職場復帰方法の配慮が挙げられた。一方、不安になった管理監督者の態度、行動は、①医療関係者との面談の拒否、②日常的な関与不足が挙げられた。管理監督者が医療関係者との面談に同席して安心したと回答した対象者は、通所していたリワーク施設からの勧めで職場に面談の実施を打診している。面談を実施したことで、休職期間中のリワーク施設での客観的な様子を職場に伝えることができ、自分からは伝える自信がなかった職場復帰に関する配慮事項についても主治医やリワーク施設のスタッフが助言してくれたことが安心につながったとの意見であった。一方、同様に面談の実施を打診して拒否されたと回答した対象者は、管理監督者が同席するといったものの、その後面談を実施してもらえず、面談をうやむやにした管理監督者の態度、行動に不安を感じたという意見であった。

(4) 職場復帰後の管理監督者の態度、行動

職場復帰後の安心できた管理監督者の態度、行動は、①管理監督者からのコミュニケーション、②労働者として扱う公平さ、③病気による業務の影響への配慮、④業務負荷の調整、⑤必要としてくれている感が挙げられた。一方、不安になった管理監督者の態度は、①日常的な関与不足、②病気による業務の影響への配慮不足が挙げられた。安心できた管理監督者の態度、行動に挙げられた「労働者として扱う公平さ」は、職場復帰に際して、配慮は必要と感じているもの、必要以上に配慮しない管理監督者の態度、行動を肯定的に捉えていた。また、管理監督者とのコミュニケーションにおいて、直接的な会話ではなくコミュニケーションシートというツールを使って双方向のやり取りを実施して

いた対象者は、このツールによって管理監督者が以前より自分のことを考えてくれているような雰囲気を感じたとの意見であった。直接的な会話ではなかったが、職場復帰後にこのツールがあったことは重要な要素であったと回答している。

(5) 理想的な管理監督者の態度、行動

メンタルヘルス不調による休職経験者が職場復帰の際、安心できる理想的な管理監督者の態度、行動を挙げてもらったところ、①適切な環境調整、②管理監督者からのコミュニケーション、③労働者として扱う公平さ、④長期的な視点、⑤管理監督者自身のセルフケア、⑥適切な業務指示と配慮、⑦受容的・肯定的態度、⑧将来的なキャリアへの関与、⑨正当な評価が挙げられた。ここでは管理監督者の態度、行動だけでなく、職場環境や組織を含めて、メンタルヘルス不調を未然に防ぐ環境整備とメンタルヘルス不調の予防への期待が語られた。

4. ビジネスコンピテンシーからみた管理監督者の復職支援

結果を表4に示す。「大項目1. マネジャーの役割と心構え」において、4つの中項目のうち「(2)マネジャーに求められるミッションと5つの役割」「(3)マネジャーの資質」「(4)マネジャーの心得」の3つが重要要素として抽出された。これらのうち、「(2)マネジャーに求められるミッションと5つの役割」「(3)マネジャーの資質」は、それらを構成する下位項目も全て重要要素とされた。

「大項目2. 人と組織のマネジメント」において、6つの中項目のうち「【3】部下のマネジメント」「【5】人材の育成と人事考課」の2つが重要要素として抽出された。

「中項目【3】部下のマネジメント」において、6つの小項目のうち「(1)部下に対するアプローチと心構え」「(2)部下とのコミュニケーション」「(4)部下のモチベーションを高める(動機づけ)」「(5)多様な人材のマネジメント(ダイバーシティへの対応)」「(6)部下のマネジメントの具体的実践法」の5つが重要要素として抽出され、それらを構成する下位項目も全て重要要素とされた。

同様に、「大項目3. 業務のマネジメント」において、5つの中項目のうち「【9】業務目標の設定」「【10】業務計画の作成と実施」の2つ

が重要要素として抽出された。

「大項目4. リスクのマネジメント」において、5つの中項目のうち「【13】職場におけるリスクマネジメント」の1つが重要要素として抽出された。

D. 考察

1. 文献レビュー

国内外における計6論文を対象にレビューした結果、メンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者の具体的な態度や行動としては、メンタルヘルス不調の症状や復職手続きについての知識をはじめ、復職者本人への適切な対応や共感的態度、業務の調整や配置転換、復職者の同僚や周囲への配慮、産業保健スタッフや外部機関との連携等、多くの事柄が列挙されていた。メンタルヘルス不調者による円滑な職場復帰や復職後の再発予防を図るにあたり、管理監督者には、復職者に対する適切な態度や行動だけでなく、業務負担の軽減や職場環境の調整、専門家との連携等、幅広い知識や技術が求められると考えられた。

2. 管理監督者及び労働者における復職経験の調査

管理監督者及び労働者における復職経験の調査からは、共通して支援または悪化要因としてあげられており、復職支援の基本原則となると思われる管理監督者の態度・行動として、はげまさない・焦らせないことがあげられた。またパワハラや暴言を行ったり、本人を責めることをしないことも「すべきでないこと」の基本原則と考えられた。

心ない言葉について、これを使わないことも復職支援の基本原則と考えられる。NGワード集を作成するなどして、管理監督者に具体的な教育を行うことも効果的かもしれない。しかしある言葉が本人にとってネガティブになるか、そうでもないかは、本人の不調の程度によっても異なると考えられる。心ない言葉については、管理監督者が本人の調子を把握して対応するという行動が十分にできていないために生じている可能性もある。管理監督者教育ではこの点に踏み込んだ教育が必要である。

業務・勤務時間配慮及び本人とのコミュニケーションは、多くの回答者から復職支援要因としてあげられており、管理監督者の復職支援の

「すべきこと」の基本原則であると考えられる。しかし不調経験者の一部からは、業務調整はあったものの、業務量は変わらなかった、不得意な業務に回された、業務が少なくかえってつらかったとの記述がなされていた。業務調整においては業務の過多、不適、過小にならないよう注意が必要である。また本人とのコミュニケーションについても、不調者から心配されすぎだったり、頻繁すぎる連絡が悪化要因だったと記述されていた。本人とのコミュニケーションについても過剰でないようにする必要がある。

管理監督者のうち少数ではあるが、同僚との交流を増やすよう働きかけたことが支援要因になったとの報告があった。管理監督者によるコミュニケーション以外に、管理監督者の働きかけで周囲の支援を得られるようにすることも復職支援の方法として考えられるべきと思われた。

管理監督者からは専門家の活用が支援要因として、本人からは上司の医師への不信が悪化要因としてあげられていた。管理監督者が医師などの専門家とよい連携をとることも復職支援に効果的であると思われた。

異動・配置換えは管理監督者で少数の者が支援要因としてあげていたが、本人の報告では支援要因、悪化要因の双方にあげられていた。異動・配置換えについては、その状況や内容により諸刃の剣となると思われた。

3. 当事者からのヒアリング

メンタルヘルス不調による休職経験者が安心できた管理監督者の態度、行動と理想的な管理監督者の態度、行動の両方に挙げられた3つのカテゴリーから、職場復帰の際の支援要因となる可能性のある管理監督者の態度、行動を考察する。

(1) 受容的・肯定的態度と管理監督者からのコミュニケーション

対象者の多くがメンタルヘルス不調による休職経験者にとって、職場復帰の際の管理監督者の態度、行動がその後の働きやすさに影響すると回答していた。特に、受容的・肯定的態度と管理監督者からのコミュニケーションは、多くの意見が挙げられた。メンタルヘルス不調による休職者は、職場復帰後も以前と同様に自分が受け入れられるか不安に感じることがある。そのため、職場復帰の意思表示をしたときや職場復帰後の早い段階で、管理監督者がメンタルヘルス

による休職者を受入れようとする態度を示すことが重要であると考えられる。また、管理監督者とのコミュニケーションに関連して、休職前からの管理監督者との信頼関係が語られていることは興味深く、このような側面については特に重視する必要がある。職場復帰の際の管理監督者の態度、行動のみに着目するのではなく、日頃からのコミュニケーションから見直していくことが必要であることを示唆しているとも言える。

(2) 適切な業務指示と配慮

休職期間が長期間になると、職場全体の方向性や目標が分かりづらくなる可能性が高い。そのため、職場復帰の際は、管理監督者が現在の職場全体の方向性や目標を明らかにした上で、休職者に求めている業務について適切な指示を与えることが重要と思われる。また、指示をするだけでは不十分で、やったことに対する適切な評価やフォローアップも含めた支援体制を検討しておくことが必要であると考えられる。

(3) 労働者として公平に扱うこと

メンタルヘルス不調による休職経験者は職場復帰に際して配慮を必要としているものの、管理監督者が休職者を必要以上に病人として扱ったり、特別視したりすることには十分注意を払う必要がある。メンタルヘルス不調による休職経験者は、管理監督者に以前と同じような働き方を期待されないことや、短期ではなく長期で自分の回復を見てほしいと望んでいるものの、あまり配慮をされすぎると自分がメンタルヘルス不調による休職者であることを必要以上に意識せざるを得ないと考えられる。そのため、どの段階でどの程度の配慮を必要とするかを休職者と確認し、それ以外については他の同僚と同じように働く労働者として公平に扱うことも重要と考えられる。

4. ビジネスコンピテンシーからみた管理監督者の復職支援

東京商工会議所が提唱するビジネスマネジャー検定試験公式テキストの目次項目について専門家が評定した結果、復職支援における重要な要素として「(2)マネジャーに求められるミッションと5つの役割」「(3)マネジャーの資質」「(4)マネジャーの心得」「【3】部下のマネジメント」「【5】人材の育成と人事考課」「【9】業務目標の設定」「【10】業務計画の作成と実施」「【1

3】職場におけるリスクマネジメント」の8つの中項目、及びそれらに付随する小項目、最小項目があげられた。その他の視点での情報収集では、業務への配慮やコミュニケーションが重視される傾向にあったが、ビジネスコンピテンシーからみた分析により、管理監督者の復職支援として、本人のキャリア開発に関する行動(人材の育成と人事考課)、職場におけるリスクマネジメントの重要性が示されたことが特徴であった。

また管理監督者としてのビジネスコンピテンシー/マネジメントコンピテンシーから、メンタルヘルス不調による休職者の復職支援に必要と思われる要素が絞り込まれることにより、管理監督者になじみやすい「分類」と「用語」を用いて、管理監督者の復職支援活動を記述することが可能になると期待される。

以上の4つの研究から、幅広い視点でメンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者の態度・行動の情報が収集された。平成27年度研究では、これらをもとにメンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者のコンピテンシー枠組みを作成し、これにもとづいて、メンタルヘルス不調者の復職を支援する管理監督者向け教育研修プログラムを開発し試行することが可能になった。

E. 結論

管理監督者の態度、行動及び職場環境とメンタルヘルス不調の労働者の復帰後の再発との関係について幅広い視点から情報を収集し、管理監督者教育及び職場環境改善の枠組みや着目点を明らかにする。このために本年度は4つの研究を実施した。

1. 文献レビュー:メンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者の具体的な態度及び行動について、海外及び国内における先行研究のレビューを行った。国内外における計6論文を対象にレビューした結果、メンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者の具体的な態度や行動としては、メンタルヘルス不調の症状や復職手続きについての知識をはじめ、復職者本人への適切な対応や共感的態度、業務の調整や配置転換、復職者の同僚や周囲への配慮、産業保健スタッフや外部機関との連携等、多くの事柄があがっていた。

2. 管理監督者及び労働者における復職経験の調査：インターネット調査会社のモニターから選ばれた管理職及びメンタルヘルス不調で休業した経験のある労働者各 206 名に上司の復職支援行動及び復職悪化行動について自由回答してもらい、これを分類した。「すべきでないこと」としてはげまさない・焦らせない、心ない言葉を使わない、「すべきこと」として業務・勤務時間配慮及び本人とのコミュニケーションがあげられた。異動・配置換えについては、その状況や内容により影響が異なると思われた。

3. 当事者からのヒアリング：東京都内のリワークプログラムを実施している精神科クリニックで 5 名のメンタルヘルス不調による休職経験者にインタビューを行った。(1) 受容的・肯定的態度と管理監督者からのコミュニケーション、(2) 適切な業務指示と配慮、(3) 労働者として公平に扱うことが職場復帰の支援要因となる管理監督者の態度・行動としてあげられた。

4. ビジネスコンピテンシーからみた管理監督者の復職支援：東京商工会議所のビジネスマネジャー検定試験の次項目を専門家 7 名が評定した。管理監督者の復職支援として、本人のキャリア開発に関する行動（人材の育成と人事考課）、職場におけるリスクマネジメントが重要性が示されたことが特徴であった。

以上の研究から、幅広い視点でメンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者の態度・行動の情報が収集された。これらをもとにメンタルヘルス不調者の復職に影響する管理監督者のコンピテンシー枠組みを作成し、これにもとづいて、メンタルヘルス不調者の復職を支援する管理監督者向け教育研修プログラムを開発し試行することが可能になった。

F. 研究発表

1. 論文発表

Tsuno K, Kawakami N, Tsutsumi A, Shimazu A, Inoue A, Odagiri Y, Yoshikawa T, Haratani T, Shimomitsu T, Kawachi I. Socioeconomic Determinants of Bullying in the Workplace: A National Representative Sample in Japan.

PLoS ONE 2015; 10(3): e0119435.
doi:10.1371/journal.pone.0119435

2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

H. 引用文献リスト

Johnston V, Way K, Long MH, Wyatt M, Gibson L, Shaw WS. Supervisor competencies for supporting return to work : A mixed-methods study. *J Occup Rehabil.* 2015; 25: 3-11.

Munir F, Yarker J, Hicks B, Donaldson-Feilder E. Returning employees back to work : Developing a measure for supervisors to support return to Work (SSRW). *J Occup Rehabil.* 2012; 22: 196-208.

Lemieux P, Durand M-J, Hong QN. Supervisors' perception of the factors influencing the return to work of workers with common mental disorders. *J Occup Rehabil.* 2011; 21: 293-303.

塩崎一昌, 池田英二, 池田東香, 平安良雄. 精神疾患の復職支援要因の分析—地方公務員復職者に対するアンケート調査の結果—, *精神医学* 2010; 52(12), 1181-1190.

井上 都, 安部 猛, 宮崎彰吾, 萩原明人. 症例報告に基づくうつ症状を呈するホワイトカラー従業員への復職支援の検討, *産業衛生学雑誌* 2010; 52, 267-274.

原口 正, 清水栄司, 山内直人, 伊豫雅臣. うつ病治療後に職場復帰が成功するための条件因子についてのアンケート調査, *産業医学ジャーナル* 2009; 32(6), 88-93.

表 1 - 1 復職支援に必要とされる上司の能力 (11 分類 94 項目) Johnston et al. J Occup Rehabil, 2015

Competencies generated by the research (調査により生成された「能力」)	
Cluster 1:Enabling behaviors and personal attributes	1 行動と個人の特性
1.1 Having empathy and compassion	共感と思いやり
1.2 Being able to manage conflict	葛藤を抱えられること
1.3 Responding appropriately to emotions in self and others	自他への適切な感情表現
1.4 Being flexible	柔軟さ
1.5 Being able to deliver sensitive information, including information the employee doesn't want to hear	機微な情報を伝えられること
1.6 Having a positive outlook	前向きな見通しを持つこと
1.7 Having patience	忍耐力
1.8 Having resilience	回復力
1.9 Being honest	正直さ
1.10 Being able to negotiate well	交渉力
1.11 Being able to put the pieces together and solve problems	問題解決力
1.12 Being fair and just	公平・公正さ
1.13 Being inclusive and accepting of the injured worker and their condition	受容
1.14 Being objective ('Keeping the emotion out of it')	客観性
Cluster 2:Knowing return-to-work systems, processes and procedures	2 復職の仕組みや手続きについての知識
2.1 Knowing their legal obligations as a supervisor	安全配慮義務の知識
2.2 Knowing the organization-specific RTW policies and procedures	組織固有の復職手続きについての知識
2.3 Knowing broader RTW principles, processes and procedures, including incident and injury reporting, Workers Compensation, Rehabilitation, and RTW procedures and processes	復職における過程や手続きについての知識
2.4 Knowing what and how much can and can't be done in the RTW process (i.e. the scope of intervention and what the requirements are for making work adjustments)	復職の過程にて何をどの程度してよいかについての理解
2.5 Knowing the boundaries of their role as a supervisor in RTW and their expertise	上司としての役割の限界についての理解
2.6 Managing and respecting privacy issues and medical and other confidential information received	プライバシーの尊重
Cluster 3:Understanding and giving support to the injured worker	3 復職者への理解と支援
3.1 Offering, providing and ensuring emotional support to the injured worker, especially at critical times	情緒的サポートの提供
3.2 Advising injured worker of, and connecting them to, support resources or services, both internal and external to the organization	組織内外の資源やサービスへの連携
3.3 Understanding and accommodating the invisible and subtle nature of the functional impacts of MSDs and MHCs	目に見えない病状への理解
3.4 Providing support in a visible way	目に見える形での支援の提供
3.5 Respecting the uniqueness of each injured worker's situation (i.e. every worker and injury is different)	休職者それぞれの独自性への尊重
3.6 Supporting readiness for RTW (helping the worker to decide readiness to RTW and encouraging RTW when injured worker doesn't think he or she can or advocating for RTW with treating doctors or others)	復職準備への支援
3.7 Managing an injured worker's attitude to injury and fear about stigma (i.e. fear of being perceived negatively or weak and everyone knowing about his or her condition)	偏見による傷つきや恐怖への対処
3.8 Showing empathy and compassion	共感と思いやりを示すこと
3.9 Managing injured worker's motivations and expectations about RTW (i.e. both over- and under-motivated; includes knowing how much to trust the injured worker with self-report of capacities)	復職に対する意欲や期待の調整
3.10 Having counseling-type knowledge	カウンセリングの知識
Cluster 4:Communicating effectively with the injured worker	4 復職者との適切な交流
4.1 Being 'upfront', clear and honest in communications with the injured worker	対話する際に正直であること
4.2 Keeping in regular contact with the injured worker (both when the injured worker is off work and during monitoring of RTW to see how he or she is progressing)	定期的に連絡を取ること
4.3 Communicating in a respectful and appropriate way	敬意を持って接すること
4.4 Establishing a mutually-agreed charter of communication, i.e. the frequency, nature and means of communication	合意された対話の仕方を確立すること
4.5 Listening well, hearing the injured worker's story and being open to communication	傾聴すること
4.6 Managing injured worker's suspicion of management	経営に対する疑念を上手に扱うこと
4.7 Encouraging the injured worker to be honest about his or her condition e.g. to ensure appropriate duties are provided	本人が自分の体調を正直に言えるよう配慮すること
4.8 Setting boundaries in the relationship and with communication	関係性における限界を設定すること
4.9 Balancing empathizing with not being manipulated or walked over (showing empathy without being taken advantage of and being manipulated to the injured worker's benefit)	共感を示すこと

Cluster 5:Liaising with key stakeholders (other than the injured worker)		5 専門家との連携
5.1	Liaising with doctors or specialists	医師や専門家との連携
5.2	Liaising with other key stakeholders (e.g. coworkers, internal resources, to ensure understanding and support of all key parties of the RTW plan)	他の主要な利害関係者との連携
5.3	Engaging treating doctors in the RTW plan and process and getting their support for the RTW plan	復職支援に医師を巻き込むこと
5.4	Accessing external professional expertise (e.g. treating medical practitioner, psychologist, rehabilitation provider, or obtaining an independent medical examination)	外部の専門家との連携
Cluster 6:Accessing knowledge and support for themselves		6 知識と支援の享受
6.1	Accessing support or assistance for themselves (includes looking after themselves, knowing when to access support for themselves, and debriefing when needed with own line manager)	支援の享受
6.2	Handling the emotional burden of responsibility for RTW of the injured worker (e.g. where there are concerns of self-harm)	感情的な負担の調整
6.3	Accessing expert in-house support (e.g. human resources or in-house RTW coordinator/occupational health and safety officer)	内部の専門家からの支援
6.4	Accessing support of colleagues	同僚からの支援
6.5	Having functional knowledge about the condition and where to find it (e.g. time for recovery, impact on work and researching it if necessary; includes knowing the medical diagnosis and what the problem is and interpreting the medical certificate in relation to work restrictions)	部下の状態に関する知識
6.6	Knowing the right questions to ask, including specific ones about the impact of the condition	質問の仕方についての理解
Cluster 7:Developing, establishing, and monitoring the RTW plan		7 復職計画の立案、修正
7.1	Knowing the tasks and workload of the worker's job	本人の仕事における課題と負荷を把握すること
7.2	Knowing what and how much the injured worker can and can't do and how the injury impacts on the demands of the job	本人の能力と病気による影響を把握すること
7.3	Getting the injured worker's 'buy-in' to the RTW plan	復職計画について本人から賛同を得ること
7.4	Taking the lead from the worker, where possible (e.g. respecting the worker's self-assessment in terms of what they say they can and can't do and working with them to develop and progress the RTW)	本人をリードすること
7.5	Using information provided to develop and monitor a supported RTW plan	知り得た情報を復職計画の立案及び修正に活用すること
7.6	Assessing what the person can and can't do (e.g. the supervisor assessing suitable duties when the condition isn't visible or the restrictions aren't clear or doctor's view is conflicting with their own observations)	本人の能力を査定すること
7.7	Finding or selecting suitable duties that are safe, meaningful, and feasible	安全かつ有意義であり、実現可能な職務を選択すること
7.8	Being creative and flexible with suitable duties	職務内容を配慮すること
7.9	Adapting the job to fit the injured worker's abilities and match the doctor's restrictions	医師による制限と本人の能力に見合った仕事をさせること
7.10	Handling doubts and concerns about treating doctor's certifications and his or her understanding of the RTW process and job demands	復職過程における不安や心配を解消すること
7.11	Monitoring the injured worker and RTW process closely and problem-solving issues as they arise	本人及び復職過程を観察すること
7.12	Being aware of potential problems to look for in RTW programs (and knowing the flags or warning signs of possible problems)	潜在的な問題に気づくこと
7.13	Having a power of observation (to monitor performance and workloads) (including having one eye on their own duties and tasks and one eye on the staff they are supervising and actually watching staff while they work if necessary)	観察力を持つこと
7.14	Knowing and managing potential aggravators of the condition (including managing non-work related causes of aggravations; also includes encouraging self-responsibility for management of the condition, e.g. to take breaks)	業務上外のストレス要因について把握すること
7.15	Working hand in hand with the injured worker and treating medical practitioner	本人と専門職をつなぐこと
7.16	Encouraging progress in the RTW/suitable duties plan	復職計画の進展を促すこと
Cluster 8:Managing the impact of the RTW on teams and coworkers		8 周囲や同僚への配慮
8.1	Educating staff about reporting injury and about early reporting and intervention	早期発見、早期介入の仕方について教育をすること
8.2	Giving staff correct information at critical times in the RTW program	重要な時期に正しい情報を伝達すること
8.3	Knowing and understanding their staff (e.g. having insight into the personalities of their staff and knowing them well, so they can figure out how they are really going if injured or unwell and to support and monitor the RTW and the team during adjusted duties)	支援者について理解を示すこと
8.4	Developing and maintaining rapport/effective relationships with staff	支援者との円滑な関係を維持すること
8.5	Knowing their teams and how to accommodate restrictions for the RTW plan within	復職における留意点を把握すること

8.6	the team Managing and minimizing, as much as possible, the impact of injured worker's absence and RTW on co-workers/team and workload	休職及び復職による影響を最小限にすること
8.7	Managing co-workers' attitudes, including stigma, about injured worker's condition and RTW or suitable duties program (including managing inequities and resentment from co-workers about injured worker's modified duties and workload)	本人に対する同僚からの偏見等について指導すること
8.8	Garnering co-worker support for the RTW of the injured worker, especially during the suitable duties plan	同僚からの支援を集めること
Cluster 9: Managing impact of RTW programs on organizational effectiveness		9 組織への影響の調整
9.1	Managing injured worker's restrictions within broader responsibilities of service or duty of care (e.g. safety, OH&S, legal, moral responsibilities of the job)	安全配慮義務を遵守すること
9.2	Managing the time-consuming nature of RTW programs within own workload	復職者である本人にかかる時間と労力を調整すること
9.3	Managing the injured worker's workload, especially in their absence	本人の作業負荷を調整すること
9.4	Balancing the injured worker's needs with the needs of the organization	本人及び組織による要望の調整
9.5	Being accountable for RTW outcomes (especially in tight fiscal times and dealing with the pressure from management for managing the RTW well)	復職の成果について説明責任を果たすこと
9.6	Being committed to continuous improvement, being open to feedback and learning from experience, especially with regard to RTW programs	継続的に改善するよう関与すること
9.7	Documenting the case well	適宜記録すること
9.8	Having a long-term view of RTW (e.g. that the modified duties and its impact on the team is short-term and temporary and is worth it in the long run)	長期的な視点を持つこと
9.9	Managing parallel performance issues (and keeping them separate in how they are managed)	並列する問題を別々に管理すること
9.10	Managing competing agendas	競合する課題を管理すること
9.11	'Biting the bullet' to make hard decisions (when required, e.g. for redeployment to other areas)	必要に応じて厳しい決断を下すこと
MSD: Musculoskeletal disorder (MSD)-specific competencies		10 筋骨格系疾患への対応に必要な能力
MS D1	Accommodating ergonomic equipment and modifications, e.g. workstations, seating, etc.	職場環境を調整すること
MS D2	Managing secondary mental health issues from physical injury	二次的な精神疾患の発症に留意すること
MH: Mental health-specific competencies		11 精神疾患への対応に必要な能力
MH1	Managing the perceived longer absence from work with mental health conditions (MHCs)	精神疾患による長期休暇に理解を示すこと
MH2	Managing the perceived unpredictable nature of absences/aggravations	予期しない悪化や休暇取得に理解を示すこと
MH3	Responding appropriately to injured worker's anxiety or other symptoms (especially about starting the RTW and about communication)	本人の不安や症状に適切な対応をすること
MH4	Knowing how much to trust the injured worker's insight and judgment	本人の判断をどの程度信頼してよいか把握すること
MH5	Having awareness and understanding of common mental health conditions	一般的な精神疾患について理解すること
MH6	Managing privacy issues in terms of disclosure, e.g. with co-workers	プライバシーに配慮すること
MH7	Maintaining the working relationship with the injured worker through and beyond the episode (i.e. still needing to supervise the worker after possible delicate situations)	精神疾患の発症後も本人を労働者として扱うこと
MH8	Putting more structures and safeguards in place for the RTW plan	復職を失敗しないよう様々な配慮すること

表 1 - 2 復職を支援するための上司による行動（3 因子 32 項目）Munir et al. J Occup Rehabil 2012.

Factor structure of the supervisor behavior measure using principal component analyses and direct oblimin rotation（因子分析結果）

	Factor（因子）		
	1	2	3
Inclusive behavior upon initial return（復職時の行動）			
Gives me lighter duties/different jobs during my initial return to work（復職時に休職前と異なる業務や軽作業を与える）	.838		
Incorporated a phased return to work for me（段階的な復職を取り入れる）	.794		
Remained objective when discussing return to work adaptations（客観性を保つ）	.638		
Explained the return to work process/procedures to me before I returned（復職の過程や手続きについて復職前に説明する）	.598		
Explained any changes to my role, responsibilities and work practices（役割や責任等の変化について説明する）	.598		
Met me on my first day back（復職初日に会う）	.616		
Made my first weeks back at work as low stress as possible（復職当初はできるだけストレスがかからないようにする）	.580		
Negative behaviors（否定的な行動）			
Lost patience with me when things became difficult（困難なことが起きたとき忍耐力を失う）		.810	
Displayed aggressive actions（攻撃的な行動を示す）		.777	
Questioned my every move（一つ一つの動きに疑問を呈する）		.739	
Went against my request for certain adjustments to be made to my work（仕事の調整についての要望に反対する）		.642	
Made me feel like a nuisance for adding extra work to their schedule（余計な仕事を増やす厄介者のように扱う）		.639	
General proactive support（肯定的な行動）			
Asks my permission to keep the team informed on my illness（病気を公表することについて本人の許可を得る）			.876
Made me feel like I had been missed by the organization（組織から必要とされていると感じさせる）			.656
Encouraged colleagues to help me during my rehabilitation（試し出勤中に同僚が本人の手伝いをするよう促す）			.717
Promoted a positive team spirit toward me when I returned to work（復職時に係内のよい雰囲気づくりを促進した）			.611
Regularly communicated with HR/OH and kept me informed（専門職と連携した内容を本人に伝える）			.689
Was proactive in arranging regular meetings with me to discuss my condition and how it impacted on my work（本人の状態と仕事への影響について定期的な面談にて確認する）			.547
Conducted themselves openly（腫れ物に触れるのではなく今まで通りに関わる）			.711
Listened to my concerns during my rehabilitation and took them on board（試し出勤中の心配事を聞く）			.585
Understands that, despite looking fine, I was unwell（不調に気づく）			.519
Appreciated my wishes during my rehabilitation（試し出勤中における要望をくむ）			.589
Has an open door policy so I could always approach them with any concerns（ささいな心配事にも常に誠実に対応する）			.549
Adapted their approach to be more sensitive when addressing me（慎重に接する）			.515
Allows me to maintain a certain level of normality（一定のレベルを維持させる）			.513
Is quick to respond by e-mail or telephone when I had concern（心配事があるときにはメールや電話ですぐ対応する）			.759
Took responsibility for my rehabilitation（試し出勤に対し責任をとる）			.516
Acknowledged the impact my illness has on my work（病気による仕事への影響について理解する）			.480
Remains positive with me throughout my illness/condition（発症後も本人に対して肯定的なままでいる）			.508
Showed they were aware of the relevant legal responsibilities related to my illness/condition（安全配慮義務を遵守する）			.870
Understood, by law, the need to make reasonable adjustments to my work（仕事の調整をする必要性について法的に理解する）			.607
Followed the correct organisational procedures（組織の手続きに正しく従う）			.800

表 1 - 3 復職を促進又は阻害する要因（3 分類 24 項目）Lemieux et al. J Occup Rehabil, 2011.

Factors mentioned by supervisors as facilitating or hindering the return to work of employees with common mental disorders（復職を促進又は阻害する要因）

Workers（復職者における要因）

1. Social isolation（社会的孤立）
 2. Presence of other stressors in the worker's personal life（業務外におけるストレス要因の存在）
 3. Degree of job dissatisfaction（仕事における不満の程度）
 4. History of multiple work absences due to a mental disorder（精神疾患による複雑な休職経過）
 5. Premature return to work（時期尚早の復職）
-

Work context（職場環境における要因）

6. Prejudices against mental disorders（精神疾患に対する偏見）
 7. Tense atmosphere or conflictual relationship prior to the worker's absence（休職に対する緊張した雰囲気や葛藤した関係）
 8. Changes in the organization during the worker's absence（休職中における組織の変化）
 9. Supervisors' lack of knowledge about mental disorders（上司における精神疾患についての理解不足）
 10. Skepticism regarding the truthfulness of the mental disorder diagnosis（精神疾患に対する診断の信憑性を疑う）
-

Return-to-work process（復職過程における要因）

11. Lack of information on the worker's diagnosis or condition（本人の診断又は状態についての情報不足）
 12. Contact between the supervisor and the worker prior to the return-to-work process（復職前における本人と上司との接触）
 13. Supervisors' lack of involvement in the return-to-work plan（復職に対する上司の関与不足）
 14. Preparation of the work team members for the return to work（復職に向けてのチーム準備）
 15. Presence of a replacement during the return to work（復職における配置換え）
 16. Meeting with the worker on his/her first day back at work（復職初日に本人と会う）
 17. Meeting out tasks when the worker returns to work（復職時に仕事を与える）
 18. Training the worker upon his/her return to work（復職時に訓練する）
 19. Supervisor's job performance expectations（上司による業績への期待）
 20. Supervisor's attitude during the return to work（復職時における上司による態度）
 21. Worker's attitude during the return to work（復職時における本人の態度）
 22. Lack of concerted action by the stakeholders（利害関係者による協調の不足）
 23. Preparation of the worker for the return to work, by medical staff（医療従事者による復職準備）
 24. Presence of an internal or external resource person to assist the worker（会社内外の資源の存在）
-

表2-1 管理職及びメンタルヘルス不調で休業した経験のある労働者本人の属性：インターネット調査

属性	カテゴリー	管理職 (206名)		本人 (206名)	
		人数	%	人数	%
性別	男性	187	90.8	115	55.8
	女性	19	9.2	91	44.2
年齢 (歳) *		49.8	7.7	38.8	9.4
業種	管理	67	32.5	3	1.5
	事務	30	14.6	69	33.5
	情報通信	18	8.7	13	6.3
	サービス	27	13.1	36	17.5
	運輸	2	1	6	2.9
	製造	18	8.7	30	14.6
	研究開発	13	6.3	8	3.9
	医療福祉	11	5.3	17	8.3
	教育	3	1.5	5	2.4
	その他	17	8.3	19	9.2
	従業員数/部下数	現在はいない	29	14.1	-
9人以下		67	32.5	34	16.5
10-19人		51	24.8	20	9.7
20-29人		13	6.3	13	6.3
30-39人		13	6.3	12	5.8
40-49人		8	3.9	16	7.8
50人以上		25	12.1	111	53.9
復職対応した部下	あり	156	75.7	-	-
	なし	50	24.3	-	-
休業期間	1ヶ月未満	-	-	46	22.3
	1~3ヶ月	-	-	59	28.6
	4~6ヶ月	-	-	33	16
	7~12ヶ月	-	-	11	5.3
	1~2年以内	-	-	44	21.4
	3年以上	-	-	13	6.3
職場復帰の時期	1年以内	-	-	78	37.9
	2~5年以内	-	-	82	39.8
	6~9年以内	-	-	20	9.7
	10年以上前	-	-	26	12.6
病名 (複数回答)	うつ病やうつ状態	132	64.1	159	77.2
	そううつ病 (双極性障害)	13	6.3	13	6.3
	統合失調症	12	5.8	9	4.4
	アルコール問題	3	1.5	7	3.4
	発達障害	6	2.9	6	2.9
	パーソナリティの問題	12	5.8	12	5.8
	その他	4	1.9	31	15.0
	わからない	2	1.0	-	-
自由回答 (あり)	上司の復職支援行動について	122	59.2	59	28.6
	上司の復職悪化行動について	56	27.2	76	37.0

* 人数の欄に平均を、%の欄に標準偏差を示している。

-: 質問していない選択肢。

表 2-2 KJ法による上司及び本人の上司の復職支援行動・復職悪化行動の分類結果（回答数）

	上司の復職支援行動	上司の復職悪化行動
上司の報告	業務・勤務時間配慮 業務量軽減(10) 短時間勤務(5)、定時勤務(4) 業務量の管理(2) 自由な勤務時間(2) 受診への配慮(2) 異動(2) 本人の話をしっかり聞く(15) 本人との話し合いを設ける (10) 仕事以外の話をする(5) はげまさない(4) 一定の距離をおく(3) 頻繁に連絡をとる(3) 専門家の活用 産業保健スタッフの利用(3) 受診させる・医師の助言を得る(5) 同僚との交流を増やす(3) 飲みに行く(1)	はげまし、期待(14) 頻度の高すぎる連絡(7) 焦らせた・無理させた(5) 目標設定をしたこと(2) 説教したこと(3) 面談したこと(2) 気遣いのしすぎ(5) 休みの与えすぎ(2) 甘やかしすぎ(2) 家庭訪問したこと(2) その他 難度の低すぎる仕事(1) ストレス源の上司がそばにいた(1) 退職に追い込んだ(1) わからない(5)
本人の報告	配置がえ(8) 焦らせない(8) 受容・肯定的な態度(4) 業務の調整 定時勤務としてくれた(6) 短時間としてくれた(5) 对人的配慮(2) 声かけしてくれたこと(4) 面談 よく面談してくれた(3) 社外で面談してくれた(3) 上司の経験談をしてくれた(2) いつもどおり(2)	心ない言葉(15) はげまし(12) 心配されすぎ、連絡が頻繁すぎ(12) パワハラ、暴言、責められる(10) 業務の過多、不適性、過小(5) 配置換え(5) 医師への不信(3)

表 2-3 心ない言葉（本人の報告による上司の復職悪化行動）の例

回答者番号	記載内容
3005518	気の持ちようだと言われた
3828715	太ってよかったねと言われた
4061777	復帰途上で体調が不安定なときにサボり気味などと言われること
6663954	明日から休むというのに面接で「今年の目標はなに？」と聴かれた。
6927606	うつは甘えと言われた
7016539	発症して退社した人が続出した為「誰でもなりうるし、深く考える必要はない」という接し方が逆効果だった。
7919360	ゆっくり休めとか、くよくよするなと繰り返し言われた。
7950054	体調不良や悩みを相談したらすぐにまた休職しろと言われた
7964739	降格やスキルアップしなくなると言われたこと
7970956	うつ病はただの怠け病だと言われたこと。
7979650	腫れ物に触るような態度で、語尾がきつい感じな物言い
8131995	別な部署の上司から「辞めたければ辞めればいいし。。。。」と。
8188445	「日本の医療は進んでるからな！リハビリの効果発揮してくれよ！大丈夫がんばれ！」
8188564	仕事はリハビリじゃないですからね。

表3 当事者からのヒアリングの対象者の属性

対象者	診断名	性別	年代	業種	規模	職種	職位	最終学歴
A	うつ病	男	30代後半	製造業	1,001名以上	IT関連	課長補佐、係長・主任クラス	大学
B	うつ病	男	30代後半	卸売・小売	50名以下	営業・販売	一般社員	高校
C	うつ病	男	30代後半	情報・通信	1,001名以上	IT関連	一般社員	大学
D	うつ病	男	50代後半	公務員	101～300名	その他	一般社員	大学
E	うつ病	男	50代前半	製造業	1,001名以上	専門的・技術的職業	一般社員	大学

表4 復職支援に従事した専門家7名により重要（評点平均4点以上）とされた東京商工会議所ビジネスマネジャー検定試験のビジネスコンピテンシーの中項目（括弧内は小項目の例）*

<p>1. マネジャーの役割と心構え（中項目 3/4、小項目 8/10）**</p> <p>(2)マネジャーに求められるミッションと5つの役割（例、経営方針とチームの目標を共有・浸透させる）</p> <p>(3)マネジャーの資質（例、業務に対する「真摯さ」）</p> <p>(4)マネジャーの心得（小項目なし）</p>
<p>2. 人と組織のマネジメント【3】 部下のマネジメント（中項目 5/6、小項目 20/21）</p> <p>(1)部下に対するアプローチと心構え（例、部下の自律性や自発性を尊重する）</p> <p>(2)部下とのコミュニケーション（例、部下に対する業務指示）</p> <p>(4)部下のモチベーションを高める(動機づけ)（例、動機づけとは）</p> <p>(5)多様な人材のマネジメント(ダイバーシティへの対応)(例、なぜ企業にはダイバーシティへの対応が求められるのか)</p> <p>(6)部下のマネジメントの具体的実践法（例、マネジャーと部下との関係に求められるもの）</p>
<p>2. 人と組織のマネジメント【5】 人材の育成と人事考課（中項目 7/8、小項目 15/16）</p> <p>(1)人材の育成の重要性（例、人材育成の目的）</p> <p>(2)人材育成に役立つ考え方ーコーチングの基本（例、コーチングとは）</p> <p>(3)人材育成の手順（例、部下が成長しやすい環境をつくる）</p> <p>(4)部下の経験・立場に対応した人材育成の留意点（例、初任の部下(新人)に対する指導）</p> <p>(6)人事考課とは（小項目なし）</p> <p>(7)部下を評価する際のポイント（例、部下とのコミュニケーションを活発にする）</p> <p>(8)評価結果のフィードバック（小項目なし）</p>
<p>3. 業務のマネジメント【9】 業務目標の設定（中項目 2/2、小項目 2/2）</p> <p>(1)業務目標を設定する（小項目なし）</p> <p>(2)目標設定の重要性（例、マネジャーが設定すべき目標の種類）</p>
<p>3. 業務のマネジメント【10】 業務計画の作成と実施（中項目 4/4、小項目 2/2）</p> <p>(1)実施事項の洗い出し（小項目なし）</p> <p>(2)実施事項を「誰が」・「いつまでに」行うかを決定する（小項目なし）</p> <p>(3)進捗を管理する（例、進捗の「見える化」と確認）</p> <p>(4)目標値と実施事項の因果関係を把握し対応する（小項目なし）</p>
<p>4. リスクのマネジメント【13】 職場におけるリスクマネジメント（中項目 5/5、小項目 15/16）</p> <p>(1)マネジャーが知っておかなければならない基礎知識（例、使用者と労働者の関係について）</p> <p>(2)ハラスメントを防止するために（例、セクシュアル・ハラスメント）</p> <p>(3)メンタルヘルス（例、こころの病気の初期サイン）</p> <p>(4)ワーク・ライフ・バランス（例、ワーク・ライフ・バランス憲章）</p> <p>(5)労働災害防止のための対策（例、企業が負う安全配慮義務）</p>

*中項目及び小項目に対して、1 必要ではない 2 あまり必要ではない 3 どちらともいえない 4 まあ必要 5 必要である、で評定してもらった数値の平均を求めた。重要とされなかった項目は掲載していないため中項目の番号は一部欠けている。**この大項目において、中項目あるいは小項目の何項目中何項目が重要と評定されたかを示した。

平成26年度労災疾病臨床研究事業費補助金
「メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発」
(14070101-01)
分担研究報告書

職場復帰後のメンタルヘルス不調労働者の再発予防のための産業保健スタッフ・上司・本人が情報交換する
システムの開発

分担研究者 江口尚 北里大学医学部公衆衛生学助教

研究要旨：本研究の目的は、メンタルヘルス不調による休職者の復職時の負担軽減のために、ICT (Information and Communication Technology：情報通信技術) を活用して、本人、上司、産業保健スタッフ間のコミュニケーションを促進するシステムを開発し、モデル事業場で試行し、その効果と課題を明らかにすることである。このために、本年度は2つの研究を実施した。

1. 文献レビューによる情報収集：職場復帰を進めるために、本人、上司、産業保健スタッフの役割が重要であった。また、それら3者の情報交換の有用性は確認できた。ただし、それらの連携を、ICTを使って行っている研究は確認できなかった。本人の復職の負担を軽減し、本人、上司、産業医の連携を効率的に進める可能性のあるICTを活用することは、本人、上司、産業医間の職場復帰に関するコミュニケーションを促進する上で、有用である可能性がある。

2. システム開発に必要な情報や課題の検討：次の3点について、ICT専門家と検討を行った。①メンタルヘルス不調者の職場復帰の際に、本人、上司、産業保健スタッフ間でやりとりされる情報について、②それぞれの情報を入手する頻度(毎日、毎週、毎月等)について、③安全な情報交換のために必要なセキュリティ上の課題。その結果、今後システム開発を行うにあたって、①本人、上司、産業保健スタッフ間でやりとりされる情報が多岐にわたりシステムに取り込む情報については優先順位付けが必要なこと、②情報共有の頻度については情報の種類によって異なること、③セキュリティ上、階層構造でSSLを利用することが有用であること、を仕様で反映させる必要が明らかになった。

以上の研究から、職場復帰後のメンタルヘルス不調労働者の再発予防のための本人、上司、産業保健スタッフが情報交換するシステムの開発に関する情報が収集された。平成27年度の研究では、これらをもとに産業保健スタッフ及びメンタルヘルスの専門家等の意見を聴取し、情報交換システムの運用手順、掲載情報範囲等を決定し、システムのひな形を開発することが可能になった。

研究協力者

平世将夫(株式会社レイディーバグ・代表取締役社長)

A. 研究目的

メンタルヘルス不調による休職者が、復職した後の再発予防のためには、本人、上司、産業保健スタッフが、復職プラン、通院状況、本人の体調など、本人の復職に関する情報を共有することが重要である。しかし、実際には、3者間の情報共有がうまくいかず、本人の体調の悪化や、通院ができていない状況をうまく把握することができずに再発してしまうことがある。また、情報交換そのものが本人の負担になっている可能性がある。そこで、本研究の目的は、メンタルヘルス不調による休職者の復職時の負担軽減のためにICT (Information and Communication Technology：情報通信技術) の活用に着目し、メンタルヘルス不調による休職者の、復職後の、本人、上司、産業保健スタッフ間のコミュニケーションを促進するシステムを開発し、モデル事業場で試行し、その効果と

課題を明らかにすることである。

平成26年度には、まず、国内外の復職に関する文献レビューを行い、ICTの活用や、メンタルヘルス不調による休職者が、復職をするに際して、上司、産業保健スタッフ間でどのような情報のやりとりが必要なのかについて情報を得た。その上で、ICTの専門家から、本人、上司、産業保健スタッフが、復職に関する情報交換を行う上での、個人情報保護に関する課題、既存の商用プラットフォームの可能性について情報を得た。さらに、ICTの専門家との意見交換を通して、必要な情報や課題の整理を行い、次年度以降のシステム開発に必要な仕様を検討した。

B. 研究方法

1. 文献レビュー

メンタルヘルス不調からの復職後の再発予防についての文献についてレビューを行った。海外における論文の検索は2015年2月に実施し、検索エンジンにはPubMedを使用し、検索語を<(return to work OR returning to work) AND mental health>とした。検索の結果、メ

ンタルヘルス不調者の復職後の再発予防に影響する要因が検討されている6論文をレビューの対象とした。

国内における論文の検索は2015年2月に実施し、検索エンジンには医学中央雑誌を使用し、検索語を「(復職 OR 職場復帰) AND メンタルヘルス」とした。検索の結果、再発予防に関する文献を見つけることはできなかった。

2. システム開発に必要な情報や課題の検討

文献レビューやガイドラインからの情報収集により、職場復帰時に必要な情報の整理を行った。その上で、復職後のメンタルヘルス不調労働者の負担軽減や本人、上司、産業保健スタッフ間の復職に関する情報交換を効率的に行うためにどのようなシステムが適当なのか、既存の商用プラットフォーム(サイボウズやチャットワーク)などの具体的なイメージをもとに検討し、どのような情報のやりとりが可能なのか、どの程度のカスタマイズが可能なのか、どのようなセキュリティ上の課題が生じるのかなどについて情報収集を行った。それらの情報をもとに、メンタルヘルス不調による休職から復職した労働者、上司、産業医が情報交換を行うにはどのような情報が必要で、どのような課題があるかについて、ICT 専門家と包括的に検討を行い、システムについての具体的なイメージを検討した。そして、それらの検討結果をもとに、平成27年度以降に運用を行う情報交換システムの開発に必要な仕様を検討した。

倫理的配慮

研究にあたっては、文献レビュー、情報交換システムの開発については個人情報を含まない研究であり倫理審査の対象外である。

C. 研究結果

1. 文献レビュー

世界5カ国(オランダ、イギリス、韓国、日本、フィンランド)の職場のメンタルヘルスに関するガイドラインのレビューを行った結果¹⁾では、職場復帰を円滑に進めるためには、本人と上司との間のコミュニケーションや、上司が復職後の労働者とコンタクトを取り続けること、上司と本人のミーティングを持つことが重要ということであった。大うつ病に罹患した労働者の職場復帰に関する関係者の役割を調査した研

究²⁾では、上司と産業医が職場復帰における仕事の状況に関心を持つことが重要であると指摘をしていた。オランダでは、職場復帰に関するガイドラインのトレーニングを受けた産業医群(介入群)と、トレーニングを受けていない産業医群(対照群)で職場復帰までの期間をアウトカムとして、トレーニングの有効性についてのRCTが進行中であった³⁾。そのRCTで使用されているガイドラインでは、産業医、上司、人事担当者間での意見の調整が必要であることを指摘していた。上司と本人が協働して復職プランを作成する参加型の職場復帰支援プログラム(participatory supportive return to work program)の効果を検討するためのRCTが実施されていた⁴⁾。その中では、上司と本人のコミュニケーションの重要性が指摘されていた。メンタルヘルス上の問題による職場復帰の際の障害となる要因を明らかにするために、職場復帰をした労働者を対象にインタビュー調査を行った質的研究⁵⁾では、復職を円滑に進める要因として、本人が、上司や同僚と頻回に体調について相談をすること、業務量が多すぎると感じた場合には早めに申し出ること、本人の症状を理解してもらうこと、業務量を軽減してもらったり、職場で緊張せずにリラックスできたりするように配慮してもらうことがあげられていた。メンタルヘルス上の問題で休職した労働者が職場復帰後に再発する要因を検討したRCTでは、上司の役割が重要であることが確認された⁶⁾。

2-1. システムの目的

システムの目的は、メンタルヘルス不調者の復職後の再発予防に資するために、ICTを用いて、個人情報保護などのセキュリティに配慮した上で、メンタルヘルス不調者、上司、産業保健スタッフ間で負担なく情報交換が行えるシステムを構築することを目指した。

2-2. システムに必要な要素の検討

1) システムに必要な共有すべき情報の検討

1の文献レビューから、メンタルヘルス不調者の復職後の再発予防のためには、個人情報が保護された上で、本人、上司、産業保健スタッフ間で取り決めた配慮が適切に行われているか、本人の体調悪化時に早期発見、早期対応ができるか、についての情報が必要と考えられた。そのために、以下の情報、機能をシステムに取り

込むこととした。

1-1) 本人、上司、産業保健スタッフ間で共有が必要な情報：

- 職場復帰プラン（勤務時間、業務内容、次回面談日等）を確認できる機能。
- 通院状況（通院日、治療状況、服薬内容）を確認することができる機能。
- 勤怠（出勤時間、退勤時間、休暇取得等）を確認することができる機能。
- 体調（不眠、食欲不振等の体調、業務遂行能力の主観的・客観的評価）を確認できる機能。
- 本人・上司・産業医間で、テキストベースで情報交換、相談ができる機能。

1-2) 情報共有の頻度：それぞれの情報を、共有する頻度で、月単位、週単位、日単位で分類することとした。

2) セキュリティ上留意すべき事項の検討

システム構築に当たっては、本システムは復職に関連した機微な情報を取り扱うことから、システム開発上の最優先事項として、個人情報保護等のセキュリティの観点からの検討を行った。

2-3. システムの構造の検討（図1）

システムの概要として、個人情報保護などのセキュリティに配慮しつつ、インターネット経由で「複数の事業場」で活用できるようなシステムを検討した。その結果、個人情報保護の観点から、インターネット上で入力する個人情報を暗号化し、安全に送受信する技術である SSL (Secure Sockets Layer)の導入が必須であった。また、「複数の事業場」で活用できるシステムという点からも、階層構造のシステムが適切であった。

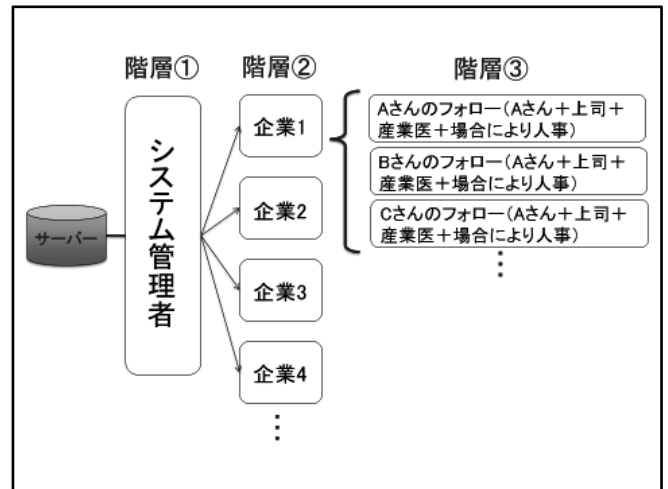


図1：システム概要

2-4. 各階層の検討

1) 階層①（システム管理者）における役割・権限の検討

システム管理者に必要な役割、権限について検討を行った。システム管理者に必要な役割は、利用企業のアカウント管理（発行・停止・契約期間管理等）、各企業の人事アカウントの権限管理（閲覧可能情報の制限、編集可能情報の権限等）であった。本研究では、暫定的にシステム管理者は、分担研究者が担当することとした。

2) 階層②（各事業場（企業））における役割・権限の検討

各事業場（企業）の管理者に必要な役割、権限について検討した。また、事業場（企業）毎で、労働者、上司、産業保健スタッフ間での情報共有の範囲について、各事業場（企業）のシステム管理担当者が、一定のカスタマイズができるように、検討した。その結果、各労働者のアカウント管理（発行・停止等）、上司、産業保健スタッフのアカウント管理（発行・停止・権限管理）、各役割（各労働者、上司、産業保健スタッフ）の権限管理、閲覧可能範囲、コメント機能などの権限管理、が必要であった。情報の閲覧可能範囲などについては、安全衛生委員会等で議論をしてもらうことを考慮した。

3) 階層③（労働者・上司・産業保健スタッフ）における役割・権限の検討

階層③（労働者・上司・産業保健スタッフレベル）において必要な役割、権限、機能について検討を行った。まずは、各労働者のアカウン

価、過去1ヶ月間/1年間の勤怠の状況、次回通院日、体調が一覧できるようにした。

社員一覧		社員一覧						
社員新規作成	ID	社員名	利用期間	最終日	就業制限の内容	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	フォロー中 確認
上司一覧	001	××××××	復職日(●)日付	最終日	就業制限の内容	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	フォロー中 確認
上司新規作成	1	××××××	休職期間	次回の 評価	最新の評価	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	確認
産業医	002	××××××	復職日(●)日付	最終日	就業制限の内容	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	フォロー中 確認
アカウント編集	2	××××××	休職期間	次回の 評価	最新の評価	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	確認
ログアウト	003	××××××	復職日(●)日付	最終日	就業制限の内容	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	フォロー中 確認
	3	××××××	休職期間	次回の 評価	最新の評価	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	確認
	004	××××××	復職日(●)日付	最終日	就業制限の内容	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	フォロー中 確認
	4	××××××	休職期間	次回の 評価	最新の評価	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	確認
	005	××××××	復職日(●)日付	最終日	就業制限の内容	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	フォロー中 確認
	5	××××××	休職期間	次回の 評価	最新の評価	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	確認
	006	××××××	復職日(●)日付	最終日	就業制限の内容	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	フォロー中 確認
	6	××××××	休職期間	次回の 評価	最新の評価	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	確認

図4：各事業場（企業）の管理者用画面のイメージ

3) 各利用者（労働者・上司・産業保健スタッフ）用画面

3-1) 労働者アカウントの管理画面（図5）

労働者用画面のインターフェースについて検討した。その結果、必要な情報については表1-2に記載した。

××××さん		2016年 5月 15日(月)				
アラート(3件)	5/15(月)	5/16(火)	5/17(水)	5/18(木)	5/19(金)	
先生へ相談						<就業制限>
1週間分出力	出社ボタン					・××××××××××××××××××××
アカウント編集						・××××××××××××××××××××
ログアウト						・××××××××××××××××××××
	今日の振り返り		今日のアンケート			
			<input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			更新

図5：労働者用画面のイメージ

3-2) 上司アカウントの管理画面（図6）

労働者用画面のインターフェースについて検討した。その結果、必要な情報については表1-2に記載した。

アラート(3件)		社員一覧						
先生へ相談	ID	社員名	利用期間	最終日	就業制限の内容	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	フォロー中 確認
1週間分出力	001	××××××	復職日(●)日付	最終日	就業制限の内容	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	フォロー中 確認
アカウント編集	1	××××××	休職期間	次回の 評価	最新の評価	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	確認
ログアウト	002	××××××	復職日(●)日付	最終日	就業制限の内容	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	フォロー中 確認
	2	××××××	休職期間	次回の 評価	最新の評価	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	確認
	003	××××××	復職日(●)日付	最終日	就業制限の内容	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	フォロー中 確認
	3	××××××	休職期間	次回の 評価	最新の評価	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	確認
	004	××××××	復職日(●)日付	最終日	就業制限の内容	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	フォロー中 確認
	4	××××××	休職期間	次回の 評価	最新の評価	【1ヶ月】勤続年数 次回の 評価	次回の 評価 項目 の総数	確認

××××さん		2016年 5月 15日(月)				
アラート(3件)	5/15(月)	5/16(火)	5/17(水)	5/18(木)	5/19(金)	
先生へ相談						<就業制限>
1週間分出力	プラン編集 通院日					<職務内容>
アカウント編集						・××××××××××××××××××××
						・××××××××××××××××××××
						・××××××××××××××××××××
一覧へ戻る	今日の振り返り		アンケート結果			
			<input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			更新

図6：上司アカウントのイメージ（上の画面から下の画面へ遷移する）

3-3) 産業保健スタッフアカウントの管理画面（図7）

産業保健スタッフ用画面のインターフェースについて検討した。その結果、必要な情報については表1-2に記載した。

××××さん		2016年 5月 15日(月)				
アラート(3件)	5/15(月)	5/16(火)	5/17(水)	5/18(木)	5/19(金)	
メッセージ						<就業制限>
1週間分出力						<職務内容>
アカウント編集						・××××××××××××××××××××
ログアウト						・××××××××××××××××××××
	今日の振り返り		今日のアンケート			
			<input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ×××××××× <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			更新

図7：産業医アカウントのイメージ（上の画面から下の画面へ遷移する）

D. 考察

1. 文献レビュー

メンタルヘルス不調労働者の職場復帰を進める上で重要な役割をするのは本人、上司、産業保健スタッフであった。また、3者の情報交換の有用性は確認できた。ただし、3者の連携を、ICTを使って行っている研究は確認できなかった。ICTの活用により、本人、上司、産業保健

スタッフの連携を効率的に進めることができるかもしれない。また、ICTの活用は、本人の職場復帰の際の負担を軽減しすることができるかもしれない。このように、メンタルヘルス不調者が職場復帰をする際の情報交換の手段として、ICTを活用することは、職場復帰後のメンタルヘルス不調労働者の再発予防に資する可能性があると考えられた。

2. システム開発に必要な情報や課題の検討

メンタルヘルス不調から復職した労働者、上司、産業保健スタッフ間での情報のやりとりは多岐にわたる。また、情報の種類によって、それぞれでコミュニケーションをとる頻度（毎日、毎週、毎月等）についても検討が必要である。どのような情報が必要かについての優先順位付けや、情報共有の頻度については、今後、メンタルヘルスの専門家、産業保健スタッフ、上司、メンタルヘルス不調を経験した労働者との情報交換を元に検討していく必要があると考えられた。

以上の2つの研究から、職場復帰後のメンタルヘルス不調労働者の再発予防のための産業保健スタッフ・上司・本人が情報交換するシステムの開発に関する情報が収集された。平成27年度の研究では、これらをもとに産業保健スタッフ及び精神科医等の意見を聞き、情報交換システムの運用手順、掲載情報範囲等を決定し、利用可能な商用プラットフォームでシステムのひな形を開発することが可能になった。

E. 結論

文献レビューと、ICT専門家との意見交換を通じたシステム開発に必要な情報や課題の検討から、職場復帰後のメンタルヘルス不調労働者の再発予防のための本人、上司、産業保健スタッフが情報交換するシステムの開発に関する情報が収集、整理された。

今後は、得られた情報をもとにシステムのひな形を開発し、具体的なイメージをもとに産業保健スタッフ及びメンタルヘルスの専門家等からの意見を聴取し、情報交換システムの運用手順、掲載情報範囲等を決定する予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 引用文献リスト

- 1) Joosen et al. 2014. An international comparison of occupational health guidelines for the management of mental disorders and stress-related psychological symptoms. *Occup Environ Med* (in press)
- 2) Vries et al. 2014. Perceived impeding factors for return-to-work after long-term sickness absence due to major depressive disorder: a concept mapping approach. *Plos one* 9 (1) e85038.
- 3) Van Beurden et al. 2013. Effectiveness of guideline-based care by occupational physicians on the return-to-work of workers with common mental disorders: design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health* 13 193.
- 4) Lammerts et al. 2014. Return to work of workers without a permanent employment contract, sick-listed due to a common mental disorder: design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 14 594.
- 5) Noordik et al. 2011. Exploring the return-to-work process for workers partially returned to work and partially on long-term sick leave due to common mental disorders: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation* 33 (17-18): 1625-1635.
- 6) Arends et al. 2014. Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. *Scand J Work Environ Health* 40 (2): 195-202

表1-1 必要機能一覧 (階層①②)

機能(大項目)	機能(小項目)	詳細
システム管理者用画面 (階層①)	ログイン	システム管理者用ID/PWでログインする
	利用企業のアカウント 新規作成	企業名、担当者名、担当者メールアドレス、稼働ステータス(稼働中・停止中)、人事アカウントの権限、ID、PW、利用期間、1年の起算日(4月1日か1月1日か)の情報を登録する。
	利用企業のアカウント 更新	登録情報を変更する。※停止は稼働ステータスの更新にあたる。
	利用企業のアカウント 削除	アカウントそのものを削除する。
	利用企業の管理者アカウントの権限管理	※利用企業の管理者＝人事部という想定のもと、人事アカウントの権限管理を同じ人事ができてはおかしいため、階層①にて設定する。
	ログイン	各企業の管理者用ID/PWでログインする
	労働者アカウント 新規作成	ニックネーム(もしくは氏名)、メールアドレス、ステータス(フォロー中・フォロー終了)、復職開始日、休職期間、ID、PWの情報を登録する。
	労働者アカウント 更新	登録情報を変更する。
	労働者アカウント 削除	アカウントそのものを削除する。
	労働者アカウントの権限管理	出社時間や退社時間の編集権限の有無を設定する。
各利用企業の管理者画面 (階層②)	労働者アカウント一覧の表示	登録内容に加えて、「次回面談日」「最終面談日」「就業制限の内容」「最新の評価(上司の評価)」「最新の調査票6項目」「過去1カ月の勤怠状況(間欠日から起算して1カ月の遅刻・早退・欠勤)」「1年間の累積の勤怠状況(遅刻・早退・欠勤)」「頭状(青・黄・赤)」を表示する。
	上司アカウント 新規作成	ニックネーム(もしくは氏名)、メールアドレス、ID、PWの情報を登録する。
	上司アカウント 更新	登録情報を変更する。
	上司アカウント 削除	アカウントそのものを削除する。
	上司アカウントと労働者の関連付け	上司が担当する労働者アカウントを設定する。
	上司アカウントの権限管理	コメント権限の有無を設定する。デフォルトは有。
	上司アカウント一覧の表示	
	産業医アカウント 新規作成	ニックネーム(もしくは氏名)、メールアドレス、ID、PWの情報を登録する。
	産業医アカウント 更新	※産業医アカウントは1つのみしか作成できない。
	産業医アカウント 削除	登録情報を変更する。
産業医アカウントの権限管理	アカウントそのものを削除する。	
産業医アカウントの表示(1つのみ)	コメント権限の有無を設定する。デフォルトは有。	
人事アカウント 新規作成	ニックネーム(もしくは氏名)の表示のみ	
人事アカウント 更新	ニックネーム(もしくは氏名)、メールアドレス、ID、PWの情報を登録する。	
人事アカウント 削除	※人事アカウントを入れる場合は、階層①で権限設定される。	
人事アカウント表示(1つのみ)	登録情報を変更する。	
	アカウントそのものを削除する。	
	ニックネーム(もしくは氏名)の表示のみ	

表 1-2 必要機能一覧 (階層③)

機能(大項目)	機能(小項目)	詳細
労働者アカウントの管理画面 (階層③)	ログイン	各労働者ID/PWでログインする
	出社時間の登録機能	ボタンをクリックでシステム時刻(クリックした時刻)が打刻。デフォルトは編集不可。
	退社時間の登録機能	ボタンをクリックでシステム時刻(クリックした時刻)が打刻。デフォルトは編集不可。
	通院完了の登録機能	通院したことを入力する。この入力しないと、通院していないとしてアラートがある。
	調査票入力機能	6項目程度のアンケート。企業ごとにかスタマイズ可能だが、パイロット版は固定でもよい。
	1日の振り返り入力	フリーテキストで入力。800文字上限。コメント入力も可能。
	業務遂行能力の自己評価入力機能	企業ごとにかスタマイズ可能だが、パイロット版は固定でもよい。
	復職プランの承認機能	上司が入力した復職プランを承認する。
	産業医へメッセージ機能	上司閲覧不可で、ダイレクトに産業医に相談できる。
	データ出力機能	1週間分の内容を印刷できる。出退勤、振り返り、調査票結果を出力。 以下について、自分にあがっているアラートを表示する。 ・自分宛のコメントがある場合 ・自分宛のメッセージがある場合 ・計画していた出勤日の1日後までに予定していた出勤入力がない場合 ・計画していた通院日の2日後までに予定していた通院完了入力がない場合
上司アカウントの管理画面 (階層③)	ログイン	各上司ID/PWでログインする
	労働者リスト	各企業の管理者画面で表示される労働者アカウント一覧と同じ表示
	復職プラン入力機能	①勤務時間のカレンダー登録 ②職務内容 ③就業制限の内容(①②の内容をテキストでまとめ る) ④通院日のカレンダー登録を行う。
	復職プラン更新機能	復職プランの変更等ができる。
	振り返りへのコメント機能	フリーテキストで入力。権限有りの場合のみ。
	労働者の現状入力	青・黄・赤で現在の労働者の状況を入力する。
	業務遂行能力の上司評価入力機能	企業ごとにかスタマイズ可能だが、パイロット版は固定でもよい。
	産業医へメッセージ機能	労働者閲覧不可で、ダイレクトに産業医に相談できる。
	データ出力機能	1週間分の内容を印刷できる。出退勤、振り返り、調査票結果を出力。 以下について、自分にあがっているアラートを表示する。 ・自分宛のコメントがある場合 ・自分宛のメッセージがある場合 ・担当の「労働者」が計画していた出勤日の1日後までに予定していた出勤入力がない場合 ・担当の「労働者」が計画していた通院日の2日後までに予定していた通院完了入力がない場合 ・「調査票」の入力で、あるポイントに達した場合 ・面談後の共有事項登録で「次回面談日」が設定されていない場合
	産業医アカウントの管理画面 (階層③)	ログイン
労働者リスト		各企業の管理者画面で表示される労働者アカウント一覧と同じ表示+上司名の表示
振り返りへのコメント機能		フリーテキストで入力。権限有りの場合のみ。
定期面談後の共有事項入力機能		①決まったこと ②話した内容 ③次回面談日・同席者を入力する。
メッセージ機能		労働者および上司と個別でダイレクトにやりとりできる。
データ出力機能		1週間分の内容を印刷できる。出退勤、振り返り、調査票結果を出力。 以下について、自分にあがっているアラートを表示する。 ・自分宛のコメントがある場合 ・自分宛のメッセージがある場合 ・担当の「労働者」が計画していた出勤日の1日後までに予定していた出勤入力がない場合 ・担当の「労働者」が計画していた通院日の2日後までに予定していた通院完了入力がない場合 ・「調査票」の入力で、あるポイントに達した場合 ・面談後の共有事項登録で「次回面談日」が設定されていない場合

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Tsuno K, Kawakami N, Tsutsumi A, Shimazu A, Inoue A, Odagiri Y, Yoshikawa T, Haratani T, Shimomitsu T, Kawachi I	Socioeconomic Determinants of Bullying in the Workplace: A National Representative Sample in Japan	PLoS ONE	10(3)	e0119435. doi:10.1371/journal.pone.0119435	2015
堤 明純, 鈴木知子	女性労働者のスト レス対策：一次予 防から三次予防ま で	産業ストレ ス研究			印刷中

IV. 研究成果の刊行物・別刷

ガイドライン

労働者の心の問題－産業医向け対応方法の指針

nvab

Nederlandse vereniging voor Arbeids-en Bedrijfsgeneeskunde

(オランダ産業医学会)

奥付

©NVAB (オランダ産業医学会) 2007

出版元

NVAB

NVAB 研究所

郵便番号 2113 3500 GC ユトレヒト 電話 : 030 2845750

E メール : kwaliteitsbureau@nvab-online.nl ホームページ : www.nvab-online.nl

著者

J.J.L.ファン・デル・クリンク、産業医/心理学者

C.M.M.アウセムス、産業医

B.D.ベエイデルヴェレン、産業医

R.ブロンク、心理学者

D.J.ブラインフェルス、産業医

J.ドッヘル、産業医

R.フデマン、産業医

J.ヤンセン、産業医

M.ロー、産業医

K.ニーウェハウイゼン、心理学者

T.S.ウーイ、産業医

E.ファン・レイス、産業医

W.ファン・レイネン、産業医

L.ドウ・ロース、産業医

監修と編集

J.H.M.マンデルス

A.P.ナウタ

M.レビンク

認証日 2007年 5月 22日

デザインとレイアウト CO3

表紙写真 PurestockX

印刷 クヴァック&ファン・ダーレン&ロンデイ社

ISBN: 978-90-76721187

目次	
序章	6
概念の定義	6
ガイドラインの目的	6
ガイドラインの構成	7
前回のガイドラインと一致する点と異なる点	8
今回のガイドラインの改定経緯と今後の改定予定	9
ガイドラインに基づいて面談するための条件と必要な知識及び技能	9
1 問題の方向性と診断	11
1.1 心理的問題を抱えている労働者は、このガイドラインが意図する支援に適合しているか？	11
1.2 診断プロセス：回復過程において停滞が見られるか？	11
1.3 問題の診断：何が問題の原因なのか、問題を持続させているのは何か？	12
1.4 多元的診断とカテゴリー診断	12
1.5 リスクあるいは合併症を伴う可能性はあるのか？	14
1.6 どのような仮診断から支援が導入されるのか？	14
2 介入	16
2.1 産業医の役割と務めとは？	16
2.2 プロセス支援者としての産業医の務めとは？	16
2.3 労働者に焦点を当てた介入とは？	17
2.4 事業場に焦点を当てた（指導員/アドバイザーとしての）介入とは？	18
2.5 ストレス関連以外の心の問題の対処法は？	18
2.6 合併症が現れた場合はどうするか？	19
3 予防と再発防止	21
3.1 構造的問題：事業場の構成要素が労働者とその職場の人たちにとって問題であり続けることをいかに回避するか？	21
3.2 個別的問題：労働者のコントロールの喪失の再発をいかに防ぐか？	21
4 評価と支援の終了	23
4.1 労働者と雇用者の支援プロセスと責任をいかに確保するか？	23
4.2 評価をどの時点で求め、誰と評価の調整をするか？	23
4.3 評価の内容はどのようなものか？	23
4.4 どの時点で支援は終了するか？	24

序章

労働との関係における心の問題は様々な様相を呈している。多くの心理的問題は解決可能であり、また多くの障害（症状）は自己制限的で、機能の回復や十分な介入によって解消し得るものである。しかし、症状レベルの回復と機能レベルの回復との間では必ずしも相関関係にはない。症状に重点を置いた介入で、直ちに機能が回復するわけではない。機能の回復条件としては、職場での状況が把握でき、コントロールする能力を再び身に付けることである。心の問題を抱える多くの労働者らは、問題を解決して、明るい未来への展望を持つだけの十分なモチベーションと問題解決能力を持っている。労働者あるいは彼（女）らを取り巻く環境のいずれかが問題解決に失敗した場合、もしくは双方の関係をうまく構築できなかった場合、心理的問題は複雑化し、長引く可能性も出てくる。

概念の定義

今回の改訂版ガイドラインにおいてもコントロールの喪失はほぼすべての心理的問題の最も重要な側面であるとして、この問題を出発点としている。労働者は自分の機能をコントロールする能力を失っているため、再度それを見出さなければならないのである。それは彼（女）らを取り巻く周囲の環境にとっても同じことである。周囲の人も同僚の欠勤など、新たに起きた問題に困惑している。その上、上司は心理的問題を抱えている従業員を支援する責任がある。これらの回復プロセスを成功させるには職場と労働者とが直接向き合うことが不可欠である。そして労働者と事業場相互の関係の改善をより迅速に行うことが、効果的な回復プロセスにつながるのである。よって、産業医は労働者と職場の双方を支援し、また双方の関係に目を向ける必要がある。そして労働者のより速やかな職場復帰を目指すことが重要になってくる。産業医は、このような取り組みを原則として主治医と調整しながら行うことが望ましい。

ガイドラインの目的

このガイドラインの目的は、産業医がより最適な方法で、心の問題を抱える労働者と彼（女）らを取り巻く事業場に機能を回復させ、その維持に向けた支援ができるようにするものである。対象となるのは、ストレス関連障害、軽度もしくは中程度の抑うつ状態、不安障害その他精神障害によってコントロール喪失（切迫した）状態にある労働者、あるいは機能障害に陥った労働者である。この社会医療支援ガイドラインは、集団予防、医療保険の査定、業務上疾病に関する診断¹については、対象としない。

¹ 業務上の「心理的」疾病の兆候もしくは申し出はこのガイドラインの範疇である。そしてそれに基づく診断は必然的に産業医の職務とするが、このガイドラインではその点に関しては言及しない。これらの内容はオランダ職業病センター（NCvB）のガイドラインを参照：www.beroepsziekten.nl

今回の改訂版は2000年度版ガイドラインで使われていた心の「症状」から心の「問題」に変更した。その意図は今回のガイドラインでは症状そのものに焦点を当てるのではなく、症状に対する解決策を見出す方向に重点を置きたいからである。もっとも産業医は当然ながら労働者の症状の方に目を向けている。障害や症状に重点を置いた面接では、必然的に何らかの障害がある労働者のみに産業医の関心が集中する。そして、その後の回復プロセスは労働者自身の責任にされがちである。まして、実際の労働者を取り巻く環境へのアプローチなどは軽視されるだろう。

このガイドラインでは産業医に対してできる限り最小限の行動に留め、必要に応じてのみ支援することを促している。産業医は労働者の回復プロセスを継続的に評価するだけでなく、労働者を取り巻く環境の役割も併せて評価しなければならない。双方の関係が建設的に構築されていれば、産業医はその後の回復プロセスに関して両者に説明するだけで十分であり、双方の関係がうまく行くものとある程度断定することができる。

しかし、回復プロセスの期間中はいずれの段階においても停滞する可能性があるため、モニタリングを続けることは必要である。少しでも回復プロセスに停滞が生じた場合は、産業医は速やかにそして的確に対処しなければならない。この場合、産業医自身が介入しても良いし、あるいは専門医を紹介しても良い。産業医自身が介入する場合は、主に労働者と事業場との関係性に焦点を当てる。また、その相互関係の最適化を図るには、労働者と同様に職場の周囲の人たちにも支援が必要である。職場側の人たちに対する支援としては、彼（女）らが負うことになる、心理的問題を持つ労働者への援助的役割に関して、あるいはその労働者が障害を患っている期間中もしくはその回復プロセスの過程で生じる仕事の効率低下への対応などが挙げられる。産業医の対応としては労働者自身と（職場）環境が持つ潜在的な問題解決能力を強化し、各々が自己責任を果たせるように支援することである。この際、産業医はフェージング（段階的アプローチ）対応をとり、その段階に伴う問題解決プロセスのタスクを労働者と（職場）環境に課す。（表1を参照）

各プロセスにおける評価では常に現在の対策を継続すべきか、あるいは前段階のプロセスに戻ってやり直すべきかを判断する。このガイドラインでは各段階の要約とプログラムを掲載している。書き込み式チェックリストやその他の実践的な資料を、日常的に行う作業をより速く簡単に行えるよう付録として添付している。

ガイドラインの構成

4つのステップで構成されている各章は、労働者と雇用者からの質問に答える形式になっている。第一章では問題の方向性と診断について取り上げている。ここでの質問は、*いったい何が起きているのか？そしてそれを我々は何と名付けるのか？*である。第二章では我々のなすべきことは何か？という問題を扱っている。つまり、介入の導入である。続いて第

三章では再発防止に関する記述があり、再発を防ぐためにはどうすれば良いのか?という問いに回答する形式をとっている。最後に第四章では、介入効果の判定となっている。効果はあったのか?という第四章での問いは、評価をもとに回答され、支援の終了となる。付録にはこのガイドラインに沿った支援を行うために必要かつ具体的な補助資料が添付されている。

ガイドラインの基となった背景資料を参照することで、科学的根拠をより詳しく知ることができ、ガイドラインで紹介されている内容が確かなものであることが分かるだろう。この背景資料はホームページから参照できる：www.nvab-online.nl

初版ガイドラインと一致する点と異なる点

一致する点

既に初版のガイドラインで功を奏したため、中核となる多くの要素はそのままとし、さらに掘り下げた形で残している。

- 心の問題の最も重要な部分はコントロールの喪失であるというコンセプトに基づき、回復プロセスの大部分はこのコントロールの回復にあるということ。
- コントロールの回復は問題解決プロセスを経た結果得られる。
- コントロールの回復プロセスは相互関係的プロセスでもあり、事業場との直接的な関わり抜きでは解決できない。個人的な問題としてではなく、周囲との関わりの中で問題を提示し解決するのが最良の方法である。(水の中でしか泳ぎは覚えられない、つまり現場に出る、という言い回しが良い例である)
- 潜在的な問題解決能力を引き出すことに向けられた自己活性化の支援。
- 控えめに表記された診断。特に問題と思われる症状が支援対象と関連がある場合。

改定された点

2000年度版ガイドラインと比べて、次の点が異なる。

- 回復プロセスと支援に関してよりプロセススペースの性質を強調している点。コンティンジェンシー・プロセスは時間のコンティンジェンシーと並んで重要な位置を占める。
- 職場環境に対してより強く責任感を求めている点と職場環境に向けた支援を強化している点。
- フェージング・モデルがフェージング/タスクモデルに拡張されたこと。
- うつ病と不安障害により焦点を当てている点
- ガイドラインにおける段階ごとの論証の根拠がより体系的に表記されている。(背景資料を参照)
- 初版では実践に基づいて取り上げられていたいくつかの事柄が、今回では科学的根拠に基づいて掲載されている。
- 現段階ではまだ科学的に立証されていないいくつかの事柄に関して、より進歩的な実践

の見地から変更を加えている。

今回のガイドラインの改定経緯と今後の改定予定

今回の改定では、関係者によるグループから 15 名のメンバー（内容面と手続面のプロジェクト・リーダーを含む）を選んで、プロジェクト・チームを立ち上げた。15 名のチームメンバーのうち 12 名が産業医であり、さらにそのうちの 11 名が実践経験を有している。プロジェクト・チームは全員出席の会議を 10 回に及んで開き、それ以外にも一部のメンバーによる会議も開かれた。

知識面での進歩や社会的変化に伴って、このガイドラインの見直しを 2～4 年後までの間に行うことをプロジェクト・チームは提言している。

ガイドラインに基づいて面談するための条件と必要な知識及び技能

このガイドラインでは、ガイドラインの内容を実行するのはある一定の適性を兼ね備えた産業医（態度、知識、スキル）を想定している一方で、顧客組織、あるいは産業医の雇用者（労働安全衛生サービス業者）からの前提条件を踏まえて作成されている。

- 産業医に求められるのは面接の態度とスキルである。心の問題を抱える労働者と信頼関係を築くには不可欠の要素である。
- 支援に際して産業医が身につけるべき基本的な技能以外にも、数日間のトレーニングを要するいくつかの技能が必要である。これらを習得するのは産業医の責務である。
- 良い雇用者は、産業医に求められている必要なスキルを機会があるごとに習得させ、習得したスキルを職場で活かすべきである。
- このガイドラインが心の問題の回復と再発防止において想定しているのは、労働者とその同僚もしくは上司の行動の変化である。産業医は彼（女）らの行動のどこに問題があるのかを明らかにし、必要であれば介入する。この過程では十分に時間をかけてフォローしなければならない。
- ガイドラインに記載されている内容を十分に実行に移すには、下記の前提条件を満たしていなければならない。
 - ・ 産業医は早い段階（労働者が欠勤したという通知を受けてから約 2 週間以内）で最初のアセスメントを行い、支援を開始しなければならない。場合によっては産業医でなくとも十分な資格がある者で、（上司など）職場にいる人間がこのタスクを引き受けても良い。
 - ・ 一回の面談は少なくとも 30 分は行う。
 - ・ 継続的に相談を行う場合は平均して三週間に一回は行う。
 - ・ 職場の人間/上司と平均して月に一回は面談をする。
 - ・ 情報が必要な場合、支援の調整が必要な場合、また、参考にしたい事柄が生じた場

合は主治医もしくはその他の医療従事者とコンタクトをとる。

- このガイドラインに記載されているステップごとの産業医による記入事項が一目で分かるような書類を作成する。

表1. 産業医が行うコントロール喪失から機能回復へのプロセス別対応方法

プロセスの段階	回復タスク	介入	日程	停滞期
1. 危機的段階 コントロール喪失状態にある	<ul style="list-style-type: none"> 理解と観察 受け入れ 休養と気分転換 組み立て 	<ul style="list-style-type: none"> 指導（口頭と文書による） 論理的根拠 コミュニケーション指導 総体的視点を与える 前向きなイメージをする。 心配の原因と向き合う 日中の過ごし方 睡眠のとり方 	<p>およそ三週間を目途に切り上げる。</p> <p>目的に到達できていない場合は→停滞期を参照</p>	<p>出発点の見直し：</p> <ul style="list-style-type: none"> 問題の方向性を広げるか？ 診断を変更するか？ 介入を調整するか？ 経過を見る 再度同じプロセスを日程通りに繰り返す（プロセスに応じたタスクも含めて）
2. 問題の特定と解決の段階 原因を特定する	<ul style="list-style-type: none"> 問題の方向性から解決策の方向性を探る。 問題解決の方向性を検討する 	<ul style="list-style-type: none"> 問題点と解決策の現状調査 記録を書き留める課題を与える 	<p>第一段階終了後、3-6週間で切り上げる。</p> <p>目的に到達できていない場合は→停滞期を参照</p>	
3. 適用段階 解決策の適用	<ul style="list-style-type: none"> 適用の指導 すべての役割と職務を再検討する 機能の回復 	<ul style="list-style-type: none"> 大まかな計画を立てる 今後の見通しを立てる 復帰を目指す 	<p>第二段階終了後、形式的に6週間で切り上げる。</p> <p>目的に到達できていない場合は→停滞期を参照</p>	

1 問題の方向性と診断

1.1 心理的問題を抱えている労働者は、このガイドラインが意図する支援に適合しているか？

実践ではこの問いに対する答えは対応プロセスより前に得られない場合がほとんどであるが、対応プロセスの一部として念頭に置きたい。

- あらかじめ、労働者がこのガイドラインに沿った支援を受けるべきかどうかを見極める必要がある。

必要としない—すべての訴えが下記のような場合

- 急激な感情の表出、たとえば怒りなど：他の対策をとる
- 身体症状：他の医療機関を紹介

必要とする—労働者が（切迫した）コントロール喪失状態にある場合や下記に挙げるような精神機能に問題が見られた場合（より詳しい情報は添付資料の2を参照）

- ストレス関連症状（神経症、ストレス関連障害、慢性ストレス障害）
- 抑うつ状態（軽度から中程度）
- 不安障害（軽度から中程度）
- その他精神障害

また、支援を受けるためには下記に挙げる労働者の同意が必要である。

- 心理的問題があること（心理的問題に関する診断を受けることに抵抗がないこと）。
- 診断と介入を受け入れるだけの十分な信頼関係が構築されていること。

上記に記載した労働者の同意がない場合は、

- 支援プロセスに入る前に労働者との関係を築くこと、（もしくは）支援を受け入れる気にさせること。
- 職場における共通の目的を示す。
- 労働者の同僚に支援プロセスを受けるよう示唆してもらえるか相談する。

1.2 診断プロセス：回復過程において停滞が見られるか？

- 評価する。
- 労働者と事業場が問題解決/コントロール回復のどの段階にあるのかを把握する。付録の1.Hを参照。
- 労働者と事業場は、問題解決/コントロール回復の段階にどのぐらいの期間を要す

るのか。(表 1. 日程を参照)

- どの回復タスクまで達成されているのか、あるいはされる予定か。
- 労働者と事業場は、順調に問題解決/コントロール回復プロセスを経ているか、停滞は見られないかを確認する。

停滞は見られない (正常な経過)

- セルフケアや非正規のケアに重点をおいて、協力的ではあるが最小限の支援を続ける。
- 診断や介入を過剰にしない。
- 今後のプロセスで停滞が起こり得る可能性があるため、引き続き回復プロセスのモニタリングを続ける。

停滞期

- 次に挙げるどの側面が停滞をもたらしたかを検証する。
 - 原因、誘発、持続性要因 (項目 1.3 を参照)
 - 多角的診断/診断 (項目 1.4 を参照)
 - 合併症の可能性 (項目 1.5 を参照)

1.3 問題の診断：何が問題の原因なのか、問題を持続させているのは何か？

- この問題の診断から労働者と事業場の実態像、特に彼(女)らの目的や期待を明確に把握することが必要である。
- 以下について目録を作る (正常な回復プロセスでは概要を、回復に停滞が見られる場合はより詳細なものを作成)。労働者と事業場からそれぞれ話を聞く。
 - 人間関係から職務に関するまであらゆる訴え
 - 機能の限界について
 - 原因、誘発、持続性要因とこれらの要因が関係する生活範囲 (環境システムー職場環境、プライベート環境、ケア環境) について
 - 労働者の問題解決能力 (負担/困難を克服する能力)
 - 上司の問題解決能力
 - 労働者と事業場の相互関係が問題解決の助けになっているのか、あるいは障害になっていないか、その関係性を見極める。

1.4 多角的診断とカテゴリ—診断

産業医は労働者の心の問題すべての段階において支援している。よって、支援の対象となるのは様々な訴えを持つ労働者である。中には疾患や就労不能とも呼べないが、

問題や症状のあるものから、心の問題を抱えているため長期にわたって欠勤する労働者もいる。このように様々な訴えのパターンを解釈するためには産業医はプライマリ・ケア同様にセカンダリ・ケアのモデルや手法を適用できなければならない。

多元的モデルは初期段階の診療に大変役に立つ。初期段階では訴えのパターンが漠然としており、カテゴリ診断をするには問題点が煮詰まっていないケースが多い。多元的診断の長所は、訴えのパターンの表出が著しい症状（例えば、抑うつ傾向の数値が高いなど）が最も高いリスクを意味しており、抑うつ状態の進行やコントロールの回復プロセスの停滞を引き起こしかねないと分かることなどである。

以前から長く存在している問題はその特徴がある程度ははっきりしているため、カテゴリ診断でも判断が可能である。

- 以下のことからどの程度症状の説明がつくかを判断する。
- ストレスプロセス、つまり労働者と彼（女）を取り巻く環境との相互関係（から生じる負担、問題、出来事など**ストレス関連構成要素**）
- 労働者個人の生物学的あるいは後天的脆弱性（**脆弱性構成要素**）

上記の二つの構成要素はほぼすべての診断に関係している。ストレス関連障害はストレス関連構成要素の重要な部分を占めているが、他の診断がなされた場合もこの構成要素が関係していることがある。このガイドラインによる支援も主にこの構成要素に目を向けられている。

- 症状とその程度に関係している次元を特定する。
- 心理的なストレス症状（苦痛）
- 抑うつ
- 不安
- 身体的ストレス症状（身体化）

必要であれば4DKL（4次元症状リスト）を使う（付録1.Fを参照）。

- 停滞期には症状の経過を見て症状の次元（重症度）を見定める（抑うつ状態、不安障害が進行していないか、あるいは症状が身体化していないかなど）。

- 問題を以下のカテゴリの1つに分類する。
- ストレス関連の障害：
 - ・ 神経症
 - ・ ストレス関連障害
 - ・ 慢性ストレス障害（バーンアウトの前段階）

- 抑うつ
- 不安障害
- その他精神障害

1.5 リスクあるいは合併症を伴う可能性はあるのか？

- 下記に挙げるリスクの可能性がある場合は特に注意が必要であり、補足的対応を個別に行うことを検討すべきである。

自殺の危険（付録 1.G を参照）

身体化

この場合二通りのパターンが考えられる。

1. 訴えが身体症状のみで、本人は身体疾患と捉え、その背後にある心理的要因には気付かず、故にその問題要因を解決しようとしていない場合（狭義で身体化）。
2. 訴えをストレス症状として認識はしているが、その要因を神経（神経内分泌）の調節不全と見なし、それに固執するために心理的問題を解決しようとしていない場合。付録 2.F を参照。

労働環境とのコンフリクトがある場合は重要な病因となり得る。

望まない行為の犠牲になった場合（セクシャルハラスメント、脅迫、暴力、職場のいじめ）

非合理的認識や頑なに性格の特徴による同じパターンの生活の繰り返しは症状をより深刻にする。

1.6 どのような仮診断から支援が導入されるのか？

このガイドラインを形成しているプロセス的アプローチの観点において、これは回復のプロセスである。産業医は常に新しい情報をもとに自分が立てた仮説と照合しなければならない。停滞やコントロールの回復が不十分な場合には、まず情報収集に専念しなければならない。

- 前述の項目 1.2 から 1.5 をもとに仮診断を行い、文書を作成する。
 - 問題の診断

- プロセス診断
- 多元的診断とカテゴリ診断
- これをもとに総合的仮診断を以下の注意点と共に文書に作成する。
 - 予後
 - 支援目標
 - 必要に応じて NVAB（オランダ産業医学会）に連絡

相談と紹介

特異な症状の診断の場合で医学的な相談もしくは質問がある場合：

- 主治医もしくはその他の医療機関に必要な情報を求める。

停滞の原因が私的な環境にある（と思われる）場合：

- 主治医に相談するか LESA Overspanning（オランダ適応障害患者のプライマリ・ケア協力協定）に加盟している医療機関に相談する。
- 主治医と相談して二次的精神医療機関もしくは職場復帰支援センターを紹介する。
 - 深刻な抑うつ状態（DSM-IV のスコアが 8 もしくは 9 で、確実に疾患と判断されかつ深刻な状況）
 - 深刻な回避行動を伴う不安障害（問題となる状況からの逃避だけではない）
 - 身体化障害（4DKL のスコアが 80%以上）もしくは 精神疾患の場合（付録 2 を参照）

2 介入

介入とは労働者とその上司の問題解決能力を引き出し、強化するための支援を行うことである。このプロセスではいくつかの役割とタスクを使い分けなければならない。産業医はこのプロセスを支援する責任があり、それぞれの役割やタスクを十分に果たすことが望まれる。

詳細は付録3, 4, 5, 6を参照。

2.1 産業医の役割と務めとは？

三つの役割の区別を以下に述べる。

- プロセス支援者としての役割
- 労働者に焦点を当てた介入者としての役割
- 職場システムに焦点を当てた介入者としての役割

➤ プロセス支援者としての役割は最小限に留める。

➤ 誰が、どのような役割を担い、また務めを果たすべきかを明確にする。

2.2 プロセス支援者としての産業医の務めとは？

プロセス支援者としての産業医の役割は最も重要な支援であり、回復プロセスの進行、判断の決定、労働者のセルフケアの奨励と必要があれば他のケア・システムも導入しなければならない。

前提条件

- 産業医は早い段階（欠勤の報告があつてから約2週間以内）で最初のアセスメントを行なければならない。場合によっては、十分な資格を有する者（例えば労働者の上司）が代わりにアセスメントを行っても良い。
- 最初の面談時間には少なくとも30分は時間をかける。
- 2回目以降の面談時間は25～30分が適当である。
- 継続的に面談を行う場合は平均して3週間に1回が適当である
- 事業場/上司との面談は月に1回行う。

➤ 毎回、面談ごとに危機的段階で失われていたコントロールを取り戻しつつあるかどうかを判断する。

順調な経過

- 定期的な面談の際にプロセス支援者として以外の行動をとってはならない。

停滞期

- 指示と介入（一般的あるいは専門的）を開始し、その効果を見届ける。
- NVAB（オランダ産業医学会）発行のガイダンス「産業医のためのリファレンス」を参照する。
- 必要であれば、紹介/委任する。
 - 職業専門のソーシャルワーカーにサポートと（もしくは）指導を行う介入を依頼する。心理士あるいは精神科医を紹介する
 - 事業場の補足的分析が必要な場合は、A&O スペシャリスト（労働と組織に関する専門家）、労働衛生士、人間工学の専門家に相談する。

2.3 労働者に焦点を当てた介入とは？

この場合、産業医は支援的役割の他、治療的介入を行う。

前提条件

- 1回25～30分の継続的相談
 - 介入効果を評価する目的と今後引き続き介入が必要かを判断するために、継続的に行う相談を記録する。
-
- 回復プロセスとして簡単な認知行動療法の介入を行って労働者をサポートする。
 - 今後のプロセスに関する提示
 - ストレス要因の把握
 - 生活リズムのバランスを整える
 - 合理的思考を身につける
 - 前向きなイメージを持つ
 - 将来の展望を描く

付録3を参照

- 必要であれば、職場に復帰する労働者に対して具体的な問題解決方法をアドバイスする。
- 停滞期の労働者への介入（対応）には問題解決のために実際に起こせる行動（心配事を書き出す、問題と解決法の目録を作る）を計画する。
- 必要であれば、労働者に他の専門機関の支援を求めるよう促す。

2.4 事業場に焦点を当てた（指導員/アドバイザーとしての）介入とは？

前提条件

- 事業場とコンタクトをとる。介入の効果を評価するため、また介入の継続を判断するために記録を残す。
- 実際に問題解決に向けた行動をとる際に事業場を構造的に支援する介入を計画する。
- 労働者と関係のある事業場に求められる三つの課題についての説明と講習を行う。
 - コントロール喪失後の問題解決プロセスを体験する
 - 職場復帰プロセスにある労働者を支える
 - 他の労働者に対しても予防活動を検討する
- 事業場の人たちが上記の課題の問題解決に向けた具体的なアドバイスをする。
- 社会医療相談所（*Sociaal Medisch Overleg*）において産業医が労働者の上司と二人で話をする機会があれば、どのような態度で労働者を支援すべきか（見本となる態度）を明確に示す。
- 事業場の管理のためにトレーニングもしくは講習を受けることをアドバイスする。
- 個々のケースに基づいて、（職場、労働、会社生活への適応における）第一次、第二次予防に関するアドバイスを RI&E（リスクの一覧と評価機関）と PMO（予防に関する医療調査会）の資料も参考にしながら行う。

2.5 ストレス関連以外の心の問題の対処法は？

自己活性化を促す介入では、特にストレス関連の構成要素、つまり職場環境における労働者の負担、問題、出来事との相互関係に目を向けられている。そして抑うつ状態、不安障害、その他の心理的問題の場合もまたストレス関連の構成要素は重要な役割を担っている。

うつ病のディメンションあるいは不安障害のディメンションが強く表れているストレス関連障害

- 症状パターンをモニターする（4DKLで）。
- 毎月 DSM IV と 4DKL を用いて診断をし、訴えがうつ病/不安障害へと発展しないようにする。
- 2か月間、症状パターンと症状得点が変わらないかもしくは悪化している場合は主治医と相談をする。

うつ病

- 主治医と相談をする。
- 以前の支援を続けながらもプロセス支援者としての役割を特に注意を払いながら遂行する。
- 症状パターンをモニターする（4DKLで）。
- 自殺リスクの可能性を査定する。
- 労働者に専門家の治療を受けることをアドバイスする。
- （主治医と相談して）心理士もしくは精神科医を紹介する。
- 治療経過をモニターする。
- 労働者が治療を受けている医療機関と話し合いをする。

不安障害

うつ病とほぼ同様の対応。

- 「接触効果」に従って職場復帰を目指す。

その他の精神障害の症状

- 主治医と相談をする。
- 以前の支援が可能ならば継続する。
- 労働者に専門的治療を受けるようにアドバイスをする。
- （主治医との相談の上）二次的精神医療機関もしくは職場復帰支援施設を紹介する。
- 治療経過をモニターする。
- 労働者が治療を受けている医療機関と話し合いをする。

2.6 合併症が現れた場合はどうするか？

- 合併症が現れた場合は特別な介入をする。

自殺のリスク（自殺念慮と自殺への思い）

- 主治医の承諾を得て迅速に支援（精神科医）する。

深刻な自殺のリスク（自殺の具体的な計画と準備をしている場合）：

- 緊急の危機介入を行う

身体化

- 以下の点に注意しながら職業復帰支援センター（Stecr Werkwijzer）内にある身体症状相談窓口での支援を検討する。

- ・患者に障害の認識を促す
- ・行動計画に余裕を持たせる
- ・心理的問題との接点を見出す

強い「ホルモン調節異常」:

- 不安の根源を見出す
- 講習を行う
- 行動計画に余裕を持たせる

労働環境とのコンフリクトは最も重要な病因となり得る。

- 投薬をやめるように促す（怒りなどが主な症状の場合）
- タイムアウト（いったん一人になって内省すること）の勧め
- 対立している者同士が互いにコミュニケーションをとっているかを監視する

望まない行動（セクシャルハラスメント、脅迫、暴力、いじめ）の犠牲者の場合は、

- 会社の規定に従って処理をする
- 信頼できる人物を身近に置く/もしくは紹介する

非合理的信念あるいは**頑なな性格特徴**のパターンが強く見られる場合

- 認知行動療法を受けるようアドバイスをする

3. 予防と再発防止

3.1 構造的問題

事業場の構成要素が労働者とその職場の人たちにとって問題であり続けることをいかに回避するか？

第一次予防はこのガイドラインのテーマではない。個人的面談の機会に、職場での状況、仕事の配分、上司の指導方法、あるいは周囲とのコミュニケーションなどの構成要素が労働者あるいはその同僚にリスクがあると思われた場合、予防措置をアドバイスするのはあくまでも産業医の務めである。

- 構成要素にリスクがあると思われる場合は職場と（あるいは）組織の調査機関に相談することを勧める。
- 問題に関与しているのが一人以上の労働者の場合、労働者の調査機関である RI&E（リスクの一覧と評価機関）あるいは PMO（予防に関する医療調査会）に相談することを勧める。

3.2 個別的問題

労働者のコントロールの喪失の再発をいかに防ぐか？

- 支援を開始して最初の面談から再発防止に向けて問題解決能力を構築するよう指導する。
- 労働者に以前と同じ症状が起きた場合、労働者に介入が必要とあればすぐに対応できるようにする。
- 支援を終了する前に労働者と職場の人間に以下のことを明らかにする。

労働者に向けて

- 初期症状の兆候はどのようなものであったか？
- どのような出来事によって症状が発症したのか、あるいは誘発されたのか？
- ストレスにつながる態度/認識はどのようなものであったか？
- 一連の事柄から労働者は何を学んだのか？
- 職場復帰を成功させ、それを維持するにはどのような条件が必要か？
- 前述のような兆候が再び起こった場合、労働者はどのような行動をとるのか？

事業場に向けて

- 原因、誘発、持続の要因がある場合、何らかの対処をとるのか？
- 事業場（同僚、上司）は全体として、あるいは労働者のどのような兆候を認識し

ているか？

- 労働者に兆候が現れた場合の周囲との関わりについて取り決めがなされているか？
- 労働者の障害が再発した場合、事業場はどのように対処するか？
- 再発した場合に備えて産業医と連絡先、対処の可否に関する取り決めがなされているか？

4. 評価と支援の終了

4.1 労働者と雇用者の支援プロセスと責任をいかに確保するか？

評価は支援プロセスにおいて継続的な作業である。どのプロセスにおいても大抵、問題発生、介入、評価の周期が幾度となく巡ってくるものである。そしてその周期の中で、解決できない問題、新たな問題が明るみに出てくる。その上、回復プロセスは段階を追って経過する。その各段階においてもプロセス診断と照らし合わせながらの定期的な評価が必要である。(項目1.2)

要約

- 支援の最初の面談からプロセス評価を実行する。
- その評価から労働者と事業場の実情をつかむ。
- 評価と労働者及び事業場との話し合いの結果、必要であれば前段階のプロセスの中から再度やり直しの工程を選ぶ。

4.2 評価をどの時点で求め、誰と評価の調整をするか？

労働者と

- 最初の三カ月間は3週間に一回評価を行うが、介入効果の評価が必要な場合は期間を縮める。
- 三か月後には少なくとも6週間に一回の評価を行う。

職場の上司と

- 少なくとも4週間に一回評価する。介入効果の評価が必要な場合は期間を縮める。

主治医あるいはその他の支援者（心理士/精神科医）と

- 停滞期もしくは再発時
- 診断の判断がつかない場合
- 二者間での話し合い時にもしくは状況に応じて

労働関連の専門家（労働医学者）

- 構造的な適応計画が必要な場合
- 元の職場での復帰が難しい場合
- この場合、労働者と事業場の実情を提示する

4.3 評価の内容はどのようなものか？

進捗状況に焦点を当てた労働者への評価

- 正常/良好な経過では従来通りの支援を続ける。その際、正常な経過であっても良好な経過と言い、労働者の回復へのモチベーションを高めるよう計らう。
- 停滞もしくはその他の問題が明るみに出た場合、及び/もしくは支援を強化するなど今までとは異なる介入を考えている場合（労働者もしくは事業場に対して）は主治医と相談して二次的精神医療機関もしくは職場復帰支援施設の紹介を考慮に入れる。
- その後、回復への課題がまだ残っているのか、あるいは支援を終了しても良いのかなど介入がどの程度目標に到達しているかを評価する。

労働環境の管理者による処置（効果）に焦点を当てた雇用者への評価

- プロセスの経過が良好な場合は行うべき対策と行ってはならない行動について詳しい説明をした上で労働環境の管理者を選出する。
- 停滞期にはその事実を周囲に知らせ、環境システム（どのシステム）のどこに問題があるのか、どのように対策を変更すべきかを査定する。その後、労働者とその環境システムに関わる従業員とに面談する。

4.4 どの時点で支援は終了するか？

労働者と事業場の問題解決への糸口は労働状況の中でこそ見出されるので、支援は完全な職場復帰後も継続的に行われることになる。

- 「最適な状態まで機能を回復させる」という目標に到達し、維持できている時点で支援は終了する。

Fit Noteを最大限に 活用する GPガイドンス

このガイドは、一般科医 (GP: General Practitioner) の皆さんが患者を支援するためにFit Noteを最大限に活用することができるように、研究結果から得られた科学的根拠および医師、患者および雇用者からのフィードバックに基づいて策定されています。

本ガイドは、GPがFit Noteの各セクション (再評価欄、コメント欄および復職チェック欄を含む) に記入するための情報を提供し、様々な状況を例示するために事例をいくつか紹介します。

本ガイドは、従来のガイドンスを更新し、コンピュータで作成されたFit Noteなどを含む新規の策定内容を反映し、「さらなる支援」のセクションを拡張しました。また、専門職継続開発訓練および再検証の目的で本ガイドを使用することもできます。

本書は、以下の開業医および
専門機関との協議により開発されました：

- /// ACAS (助言斡旋仲裁局)
- /// 英国医師会
- /// 英国産業連盟
- /// 英国家庭医学会
- /// EEF (製造業者団体)
- /// 人材開発チャータード研究所
(Chartered Institute of Personnel and Development)



Department
for Work &
Pensions

雇用年金省

この翻訳は、平成 26 年度労災疾病臨床研究事業「メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発」(14070101-01) (主任：堤 明純) の一環として作成されたものである。翻訳について英国雇用年金省の承認を得たものではない点に留意されたい(2015 年 1 月)。

本書は、順番に読むほかに、以下の独立した特定のセクションを参照することもできます：

キーメッセージ	2
Fit Noteはいかにあなたの役に立つか	3
Fit Noteおよびこのガイドブックの裏付けとなる科学的根拠は何ですか？	5
あなたはFit Noteを発行する必要がありますか？どのように患者の就労能力を評価しますか？	7
Fit Noteに記入する：記入のための注意事項	10
Fit Noteで助言する -コメント欄	14
患者にとってのFit Noteの使い方	17
Fit Noteの活用事例	18
その他の質問	24
さらに詳しい情報と支援	29
CPDリフレクティブノートガイドとテンプレート	34

キーメッセージ

患者の就労能力について、患者の健康状態が一般的に仕事に適しているかどうかを評価するのであり、職種別の評価をするではありません。

患者の就労能力が何らかの健康問題により損なわれておらず、就労可能であると評価した場合は、健康状態が仕事に適していることになり、Fit Noteを記載する必要はありません。

患者の健康状態が仕事には適していないと忠告する前に、何らかの仕事に就くことができるかどうかを常に検討してください。

患者の健康状態が仕事には適していないと忠告することが、休職により、長期的な健康リスクを増加させるかもしれないことを慎重に検討することも忘れないでください。

患者の健康問題が一般的な就労能力に及ぼす機能的影響について助言を与えるためにFit Noteを使用してください。

あなたには、職場や産業保健に関する専門的な知識は期待されていません。また、患者の職場や仕事において配慮を提案する必要もありません。

助言に適した復職ボックスにチェックを入れ、詳しい説明はコメント欄に記入してください。

産業保健の専門家である場合は、役に立つ就労配慮を更に提案することができます。

Fit Noteはいかにあなたの役に立つか

Fit Noteは、あなたが患者の健康状態を改善し、健康を支援する重要なツールとなります。

Fit Noteを最大限に活用する利点

Fit Noteは、患者に就労能力に関する助言を与えることができるように設計されています。また、本書は患者の健康と福祉を向上させるために、Fit Noteを最大限に活用できるようにご案内します。

Fit Noteを最大限に活用することにより、あなたは具体的に次のようなことを行うことができます：

- 就労能力に関する患者の期待を効果的に管理すること。
- 患者の健康問題が就労能力に及ぼす影響について、患者に明確な臨床評価を与えること。
- 仕事上支援してもらえないかもしれない措置について雇用者と相談することを助けることで患者が雇用を維持できる可能性を高めること。
- **Fit Noteを裏付ける科学的根拠**が実証する通り、仕事が患者の健康に有する重要な役割を支持すること。

一方、Fit Noteの不完全な記載は、雇用者が患者を支援することを困難にさせ、患者の復職について不要な遅延を引き起こす可能性があり、患者の健康に様々な影響を及ぼします。また、Fit Noteの記載が不完全なため、患者が必要以上に他のFit Noteを更に依頼することになれば、余分な手続きに繋がります。

GPの役割

GPはすべて、患者の健康回復および復職を支援するために、就労能力に関する簡明な助言を与えることができます。

あなたの助言について話し合い、可能な対応を検討することは、患者と雇用者の役割です。

GPおよびその他の医療従事者の役割について、一般的な統一見解¹があります：

- 仕事（復職）についての助言に重要な役割を果たす。
- 仕事（復職）が臨床管理の重要な成果であることを認める。
- 患者の復職計画を支援する。
- 患者との話し合いを通じて復職を促進する（患者と雇用者との効果的な意思疎通を促進する）。

「私たちが健康的な食事、健康的な生活、そして健康的なライフスタイルを奨励するのと同じように、仕事に対する健全な態度は常にその一部となっています。」(GP)

1. Healthcare Professionals' Consensus Statement – Statement of Health and Work (2008).
www.dwp.gov.uk/docs/hwwb-healthcare-professionals-consensus-statement-04-03-2008.pdf

臨床管理の支援

復職は健康に大きく貢献します。以下は、患者の効果的な臨床管理の支援に役立ちます：

- 就労能力について、患者と話し合うこと。
- 患者が何らかの仕事に適する可能性があるかどうか検討すること。
- 患者と雇用者にできるだけ多くの有益な助言を与えるために、Fit Noteのすべての関連セクションに記入すること。
- 特に、患者の健康状態が及ぼす機能的影響について、コメント欄に助言を記入すること。
- 健康と仕事に関して、自分自身が必要なトレーニングのニーズを考慮し、他の支援やリソースについての知識を構築すること。

「患者は仕事を休みたくて診断書をもらいに来ると想像するかもしれませんが、就労配慮があれば復職できるかもしれないと提案した多くの場合、患者もそれを納得してくれました。これには私も少し驚きました。」(GP)

コンピュータ生成によるFit Note

Fit Noteは、手書きで作成することも、コンピュータで作成してプリントアウトすることもできます。コンピュータ生成のFit Noteは、以下のような追加的利点があります：

- Fit Noteの特定の部分が自動的に記入され、発行されるたびにそれらの部分に記入する手間を省きます。
- あなたの助言が、患者や雇用者にとって確実に読みやすくなります。
- 複製が必要な場合、他のスタッフがコピーをプリントアウトすることができるため、あなたがFit Noteにもう一度記入する必要はなくなります。
- 長期的健康問題をかかえる患者のために、臨床管理と就労能力に関する助言を一括して監視することができます。
- 一般的に患者ケアの連続性を向上させます。例えば、患者が別のGPの診療を受ける場合など。
- 医療現場の同僚と知識および学習要点を交換することができます。また、適切な内部監査を実施することもできます。

コンピュータ生成Fit Noteにアクセスできない場合は、診療所のITプロバイダに話し、アクセスできるように請求してください。

さらに詳しい情報は以下から入手することができます：

www.dwp.gov.uk/docs/fitnote-gp-computer.pdf

Fit Noteおよびこのガイドブックの裏付けとなる科学的根拠は何ですか？

Fit Noteは、確固たる科学的根拠に基づいて構築されています。また、本書はそれを患者のための実用的な支援に活用するためのガイドです。

最も重要なことは、患者が何らかの定期的な仕事に就いていることによって恩恵を受けることが科学的根拠により明らかであることです。これは心身の健康を向上させ、回復を支援します。

「仕事は有用です。私が署名して休職を勧めることは、実際には本当に弊害をもたらします。」(GP)

「私は、仕事の人々に仕事への満足感、収入、そして毎日の所定の行動を与えるという意味において、仕事は人々の健康を向上させると 생각합니다。復職することは、ほとんどの人にとって非常に有益である可能性があります。」(GP)

Fit Noteの原則を裏付ける科学的根拠

GPが仕事の問題に助言を与えることについて患者は満足しており²、それが医師と患者の関係を危うくするとは思っていません³。ほとんどのGPは、仕事が健康のために一般的に有益であり、医師が患者の復職を支援する上で重要な役割を果たすことを認めています⁴。**Fit Noteは、あなたが患者と復職について話し合うことに役立ちます。**

適切な仕事は、身体的および精神的健康のために一般的に役に立ち⁵、ほとんどの場合、復職では100%の就労能力をもつ必要はありません⁶。**Fit Noteは、仕事ができるときに復職を支援します。**

休職期間が長ければ長いほど、復職の機会は少なくなります⁷。**Fit Noteは、できるだけ早い復職を支援します。**

ご存知のように、通常健康問題をかかえるほとんどの人が、保健と職場管理における幾つかの基本的な原則を守ることにより、復職支援を受けることができます⁸。**Fit Noteを活用することにより、あなたは患者の健康状態について助言を与え、職場での健康管理についても助言できます。**

GP、患者および雇用者の間のコミュニケーションを改善することは、迅速な復職につながり、職場と連携して健康状態の臨床管理を行うことができれば⁹、最善の成功率につながります。**雇用者が復職に対応できるかどうか話し合えるように、Fit Noteは患者と雇用者のためのあなたの、助言を明確に記録します。**

2. Collingwood, S. (2011). Attitudes to health and work amongst the working-age population DWP Research Report No 763 <http://research.dwp.gov.uk/asd/asd5/rports2011-2012/rrep763.pdf>

3. O'Brien et al (2008). Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. Cardiff University www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18245795

4. Hann M and Sibbald B (2011). General Practitioners' attitudes towards patients' health and work DWP Research Report 733. <http://research.dwp.gov.uk/asd/asd5/rports2011-2012/rrep733.pdf>

5. Waddell, G. and Burton, A.K. (2006). Is work good for your health and well-being? TSO www.dwp.gov.uk/docs/hwwb-is-work-good-for-you.pdf

6. Waddell, G., Burton, A.K. and Kendall, N.A.S. (2008). Vocational Rehabilitation, what works, for whom and when? TSO www.dwp.gov.uk/docs/hwwb-vocational-rehabilitation.pdf

7. 本書脚注5

8. 本書脚注6

9. 本書脚注6

「むかしは就労配慮なんてありませんでした。…今、Fit Noteはとても役に立ちますし、就労配慮によってより多くの人々が復職してくれることを望みます。」(雇用者)

「私は仕事に戻り、皆の仕事ぶりを見たいと実に熱心に望みました。それは個人的な願望であり、何よりも個人的な充足感でした。」(患者)

Fit Note の歴史

Fit Noteは、従来の診断書に代わり、2010年4月に導入されました。Fit Noteの活用により、医師は、健康問題が就労能力に及ぼす機能的影響について、より多くの情報を患者に提供し、適切な場合は復職を支援することができます。

導入以来、継続的な評価プログラムによって、我々がどのように医師、患者および雇用者にFit Noteを最大限に活用するために支援できるかについて理解を深めました。我々は、研究成果を基に本書を作成し、雇用者と患者のための改訂版も刊行しました。

浮かび上がってきた主要なテーマ¹⁰：

- 従来において、雇用者は健康問題を持つ患者が就労不能であると思いついていたものの、**患者はFit Note**がその思い込みに対抗する助けとなり、また、雇用者に就労配慮を認めさせ、患者に復職する力を与えてくれたと語りました。
- **雇用者は**、復職の支援ができるのかどうかを調べるために、就労能力を指定するオプションをより多く活用したいと望んでいました。特に、彼らは、従業員の機能と能力に関するより明確で充実した情報がコメント欄に記載されることを望んでいました。
- **GPIは**、Fit Noteによって患者が段階的に復職できたと語りました。また、患者における就労能力の自己評価を考え直すきっかけも含め、就労能力についての話し合いを導くことに役に立ったことも語りました。

「『さて、この書類には、この人物は、従来通りの仕事はできないかもしれないが、おそらく仕事に戻れるだろうというオプション以外はないな』とひそかに考えるような状況が、かつては多くありました」(GP)

10. Hann, M. and Sibbald, B. (2011). General Practitioners' attitudes towards patients' health and work DWP Research Report 733. <http://research.dwp.gov.uk/asd/asd5/rports2011-2012/rrep733.pdf>
 Fylan, B., Fylan, F. and Caveney, L. (2011). An evaluation of the Statement of Fitness for Work: qualitative research with General Practitioners. DWP Research Report 780. <http://research.dwp.gov.uk/asd/asd5/rports2011-2012/rrep780.pdf>
 Lalani, M., Meadows, P., Metcalf, H. and Rolfe, H. (2012). An evaluation of the Statement of Fitness for Work: qualitative research with employers and employees. DWP Research Report 797. <http://research.dwp.gov.uk/asd/asd5/rports2011-2012/rrep797.pdf>