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２６－２８年度総合研究報告書

主任研究者　堤　明純

平成２９（2017）年３月

目次

I. 総合研究報告書

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・・・・・・・・・・・12

日本型職場復帰診断書（fit note）システムの試行

堤明純ほか・・・・・・・・・・・17

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

梶木繁之ほか・・・・・・・・・・・46

職場訪問型復職支援の開発

秋山剛ほか・・・・・・・・・・・77

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・・・・・・・・・・・126

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・・・・・・・・・・・143

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ・・・・・・・・・・・167

IV. 研究成果の刊行物・別刷 ・・・・・・・・・・・169

１．うつ病で休職中の労働者の職場復帰支援のための手引き【産業保健スタッフ向け】

２．うつせる

３．Imamura K, et al. (2017). Effects of web-based stress and depression literacy intervention on improving work engagement among workers with low work engagement: An analysis of secondary outcome of a randomized controlled trial.

４．フィットノートマニュアル

５．堤．フィットノートの紹介とわが国への導入の検討

６．堤ほか．女性労働者のストレス対策

７．職場復帰時の支援マニュアル

８．梶木ら．海外事業場における労働安全衛生活動と体制構築に必要な情報収集ツールの開発．

９．善家ら．労働災害による難治性手外科関連外傷症例の発生予防に関する検討

１０．Mori K, et al. Surveys on the competencies of specialist occupational physicians and effective methods for acquisition of competencies in Japan.

１１．リワークスタッフによる職場訪問型支援のガイドライン案

１２．　管理監督者向け復職対応マネジメントスキル研修ＰＰＴ
１３．　管理監督者のための復職対応マネジメントスキル研修・別冊
１４．　管理監督者向け復職対応マネジメントスキル研修 インストラクションガイド
１５．　「管理監督者向け復職対応マネジメントスキル研修」ビデオ教材のシナリオ
１６．　職場復帰支援のための職場環境改善ヒント集（暫定版）
１７．　Tsuno K et al. Socioeconomic determinants of bullying in the workplace:
１８．　復職支援システム運用マニュアル

# 平成２６－２８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）
# 総合研究報告書

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、複数の事業場でのモデル事業や臨床研究（効果評価研究）を取り入れた以下の研究を行って、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。

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
2. 主治医と事業場スタッフの円滑な連携を目的としたフィットノートシステムの開発
3. 生活記録表による復職支援の開発
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
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
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

本研究では、３年間で下記の事項を明らかにした。

1. 科学的根拠に基づく休業者のセルフケア支援の手引きと支援ツール「うつせる。」を完成した。インターネット調査会社の登録モニターから募集し無作為に介入群と対照群に割り付けた（各群45人）調査参加者を対象とした「うつせる。」の効果評価研究を行い、一部有効性を示した。
2. 休業労働者の職場復帰支援策として採用されている英国のフィットノートシステムについて、英国での情報収集、文献調査、専門家の意見調査、日本型フィットノートシステムの素案とシステム構築のためのツールとマニュアルを使用した臨床現場で模擬的に試行により、わが国にフィットノートを導入するにあたっての課題を整理した。フィットノートは、その有用性とともに、事業場と臨床医の直接のコミュニケーション促進のツールとして期待される。課題として、フィットノートを補足する資料や、アシスタントやコーディネーターなどの支援体制、福祉への移行をスムースにする制度、責任体制・情報管理の整備の必要性が挙げられた。
3. 復職判定に利用可能な生活記録表の標準的な様式が完成した。さらに（嘱託）産業医の使用を想定した「生活記録表を用いた復職支援マニュアル」が完成した。生活記録表は、非専業産業医への認知度が低いものの、専業産業医の調査結果も加味すると使用ニーズが非常に高いことが明らかとなった。生活記録表を実際の復職面談時に利用した場合、産業医の入手情報量は多く、面談を行う医師は高い安心感を得て、面談の効率も高まることが明らかとなった。
4. リワークスタッフによる職場訪問型復職支援のガイドライン案とスタッフのトレーニングプログラム案を資料とともに作成した。リワークスタッフ及び企業担当者向けの大規模トレーニングは、作成した資料の十分な有用性、満足度を示した。職場訪問フォローアップ面談は有用と思われるが、面談の形式、費用負担について検討する必要があることを明らかにした。
5. 管理監督者向けのマネジメントスキルに対応したメンタルヘルス不調の部下の復職対応スキル研修の基本プログラムが完成した。プログラム研修試行に参加した管理監督者100名では、研修前後での復職対応スキルの自己評定がいずれの項目においても有意に改善した。総合的な満足度は９割であった。比較対照試験では介入群72名では、対照群85名と比べて、ベースラインから１か月後にかけて復職対応スキルや復職対応に対する自己効力感が有意に改善した。研究開発及び製造部門における前後比較試験でも研修前後でのスキルのほとんどで有意な改善が見られた。研修の実施マニュアル、説明ＶＴＲ、eラーニング教材が完成した。産業保健スタッフの意見とさらにアイデアを追加、整理して「職場復帰支援のための職場環境改善のヒント集」（暫定版）を完成させた。
6. 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ために開発したシステム試行版をモデル事業場で試行した。システムは、当該労働者、上司、産業保健スタッフが、復職プラン、通院状況、体調など、当該労働

者の復職に関する情報を共有する上で有効であると考えられた。今回システム化を見送った機能の追加や、試行によって抽出された課題を解決することで、より多くの疾患に適応できる汎用性の高いシステム開発につながる可能性がある。

**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(Endo ら, 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。

海外には、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(van der Klink ら, 2003)、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、スムース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、研究申請者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ことであった（図上）。

## B. 研究方法

本研究では、以下６つの課題に関して、平成 26 年度に情報を収集し、平成 27 年度に、各種方策を実行するためのガイドラインやマニュアル等のツール類を試作し、準備が整い次第、有効性評価のため比較対照研究もしくはモデル事業を開始し、平成 28 年度にガイドライン、マニュアルを完成させることを計画した（図下）。

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）

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を収集した。２年目の平成27年度は、科学的根拠に基づくセルフケア支援方策のガイドライン（案）の作成と支援ツール（試作版）の作成を行った。３年目の平成28年度は、セルフケア支援方策のガイドラインと支援ツールを完成させ、支援ツールの効果評価研究を行った。

2. 主治医と事業場スタッフの円滑な連携を目的としたフィットノートシステムの開発（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、フィットノート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、フィットノート導入に関して、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保健の専門家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、フィットノート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ィアについて検討した。日本型フィットノートシステムの素案とシステム構築のためのツールとマニュアルを作成し、ワーキンググループから、使用感や実施の容易さ、記入時間、法的な問題点等について意見を得て改善した。主治医用、事業者用、労働者用に作成したモデル事業用のフィットノートとそのマニュアルを臨床現場で模擬的に試行して、事業場担当者、産業保健職、主治医から情報を収集し、産業保健専門職と精神科医医師によるワーキンググループ及び専門家による討議を経て、わが国にフィットノートを導入するにあたっての現時点での課題を整理した。

3. 生活記録表による復職支援の開発（梶木繁之ほか）

平成 26 年度は、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。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。

平成 27 年度は、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」の開発のため、産業保健領域及び精神科臨床領域で生活記録表を用いた復職・リワークに関与している医師（産業医、精神科医）によるフォーカスグループディスカッションを行い、嘱託産業医向けの復職支援マニュアル並びに標準的生活記録表の作成を行った。生活記録表の利用実態について、主に専業の産業医が多数所属していると思われる日本産業衛生学会産業医部会

員に対して、自記式アンケート調査を行った。
平成 28 年度は、生活記録表の利用実態について、主に非専業の産業医が多数所属していると思われる京都府医師会会員に対して、自記式アンケート調査を行った。非専業の産業医が多く参加する日本医師会認定産業医研修会（実地）の機会に、生活記録表を用いた復職面談の有効性について調査した。平成27年度に作成した「生活記録表を用いた復職支援マニュアル：暫定版」を用いて、メンタルヘルス不調から復職した労働者の再休職予防（復職後６か月時点の就業継続率）に対する効果の検証を試みた。

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）

1) King's College London Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience の Graham Thornicroft 氏および Claire Henderson 氏から、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について聞き取りを行った。
2) ４名のリワーク、産業精神保健の専門家から、復職時にリワーククリニックから職場に伝えることが思われる情報の候補項目について聞き取りを行った。
3) 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、リワーククリニックによる支援を行うために本人および職場から得るべき同意書について聞き取りを行った。
4) リワークスタッフによる職場訪問型復職支援のガイドライン案を作成した。
5) 「リワーク機関スタッフによる職場訪問型支援のガイドライン」「スタッフのトレーニングプログラム」の原案を作成し、研究協力者への聞き取りを基に改訂した。
6) 職場訪問や復職後フォロー面談について、企業担当者がどのような情報の提供を求めているかについて聞き取りを行った。
7) 「リワーク機関スタッフによる職場訪問型支援のガイドライン」「スタッフのトレーニングプログラム」などの資料に基づいて、スタッフおよび企業担当者へのトレーニングを試行した。
8) 上記のトレーニングで得られたフィードバックに基づいて、資料を整備し、整備された資料に基づいて大規模なトレーニングを行い、精神疾患から復職する従業員支援に関する理解と自信について、トレーニングの前後で調査を行った。また、トレーニング全体に対する満足度について調査を行った。
9) 国立研究開発法人国立精神・神経医療センター病院のリワークプログラムを受講したのち、復職した患者3名について、リワークプログラムスタッフによるフォローアップ面談の試行を行った。

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）

１）管理監督者教育の開発、試行、効果評価：(1)管理監督者の復職対応をビジネスコンピテンシーの拡張版と考え、具体的なスキルあるいは行動目標を位置づけた上で、受講者参加型の研修プログラムを開発した。(2)平成27年度にはこの研修の試行（前後比較による効果評価）を、ある企業の管理監督者を対象に実施し、研修の前後でアンケートにより、スキル別の到達目標と復職対応の自己効力感を評価した。(3)平成28年度には、この研修の比較対照試験及び異なる業種における試行を２例実施した。(4)本研究を現場の産業保健スタッフに普及するために、研修の実施マニュアル、説明ＶＴＲ、研修補助教材として研修と同一内容のeラーニング教材を作成した。

２）職場復帰時の職場環境改善の手法の開発：平成27年度に「東京大学職場のメンタルヘルス専門家養成プログラム基礎コース」を修了したメンバーから職場復帰時の職場環境改善のアイデアを募集し、KJ法にてカテゴリー化を行い、大分類として４つの「改善のタイミング」と６つの「改善の手法」によるマトリクス表にまとめた。これを「職場復帰時の職場環境改善の手法（暫定版）」とした。このツールについて平成28年度には９つの事業場の産業保健スタッフから意見を求め、さらに新しいアイデアを収集・分類・追加した。

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）

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することを目的として、平成26年度は文献レビューによる情報収集とシステム開発に必要な情報や課題の検討を行った。平成27年度は、昨年度の研究成果をもとにシステムのひな形を開発し、産業保健職から使用感についてヒアリング調査を行った。また、既存のソーシャルネットワークシステム（SNS）との連携の可能性についても検討した。平成28年度は、システムの試行版を開発し、モデル事業場で試行し、その効果と課題を明らかにした。

## 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）

ガイドラインの分かりやすさと内容の適切さについての回答とともに得られた自由意見を勘案し、最終的に、５つの推奨項目からなる第３

版（最終版）を完成させた。
医療機関リワークセンター利用者、就労移行支援施設利用者、産業医、人事労務担当者、精神科医・産業医より、得られた意見を勘案して完成したセルフケア支援ツール「うつせる。」を用いた効果評価研究を行い、非機能的態度尺度に対して、プログラムは統計学的に有意で中程度の効果を認めた。抑うつ症状に対しては、小程度の効果量を認めるにとどまった。

2. 主治医と事業場スタッフの円滑な連携を目的としたフィットノートシステムの開発（堤　明純ほか）
フィットノートは、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、現在英国でその導入と検証が同時進行している。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、フィットノートの考え方は、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るべき事項には、適用疾患、対象とする事業場、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、フィットノートを受けた後、現場で調整を行うコーディネーター等の設置などがあった。フィットノート 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、フィットノートは、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と思われた。
日本型フィットノートシステムの素案とシステム構築のためのツールとマニュアルを作成し、ワーキンググループから、使用感や実施の容易さ、記入時間、法的な問題点等について意見を得て改善した。
模擬的試行結果から得られた意見からは、フィットノートの主旨はほぼ理解され、有用性も期待されていた。また、事業場と臨床医の直接のコミュニケーション促進のツールとして期待された。課題として、フィットノートを補足する生活記録表などの資料や、アシスタントやコーディネーターなどの支援体制が必要なこと、福祉への移行をスムースにする制度の必要性、単純にオープンには進められない情報管理及び責任体制の整備が挙げられた。

3. 生活記録表による復職支援の開発（梶木繁之ほか）
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の立場の違いが影響していると思われた。それらの特徴を網羅的に含む「標準的な生活記録表」を作成した。
フォーカスグループディスカッションの結果では復職面談時の判断基準として、(1)休職中の就寝時間と起床時間が通常の出勤時と同様であること、(2)日中に横にならないことを最重要視していた。また、日中における(3)運動、(4)対人関係、(5)外出の３つの活動内容を重要視していた。産業医は安定した状態が２週間以上必要との意見に対し、精神科医は４週間以上必要との意見が多かった。記入開始の時期は、休職者が復職を考え始めたときもしくは主治医が復職可と診断したときが多かった。これらの要素を含む、「(嘱託) 産業医向けの復職支援マニュアル：暫定版」が完成した。
日本産業衛生学会産業医部会員に対するアンケートの結果、生活記録表を用いている医師 (使用者) は、女性や若い年代に多い傾向があった。また復職判定時に重視する項目数や休職中の面談頻度が多く、面談時間も長かった。生活記録表を用いていない医師（未使用者）は、生活記録表そのものを知らない者が多く、さらに生活記録表を用いた復職判定マニュアルへの使用ニーズが高いことが判明した。使用者、未使用者いずれも、復職判定時の最重視事項として(1)就労継続可能性と(2)職場復帰の意欲が挙げられ、更に使用者では(3)規則正しい睡眠リズムが挙げられた。
京都府医師会の調査では、生活記録表の使用者は 11%であった。また、未使用の理由として、存在を知らないが 67%と最も多くまた、未使用者の 75%が使用してみたいと回答した。復職面談研修において、「復職面談の際に得られる情報量」「復職判定を行う際の自身の安心感」「復職面談の効率性」について生活記録表を使用することの有用性が示された。効果検証研究では、６例の復職後６か月間の追跡が可能であったが、有効性検証までには至らず、今後の検証にゆだねることとした。

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）
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、一般に困難が伴い、この背景にある、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について、職場復帰において考慮する必要が把握された。
2) ４名のリワーク、産業精神保健の専門家から

聞き取りを行い、復職時にリワーククリニックから職場に伝えることが思われる情報の候補項目のリストアップを行った。
3) 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、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聞き取りを基に、リワーク支援における企業の同意のとり方として、その方法、同意書の内容及びリワーク支援計画書の内容の整理を行った。
4) 「リワークスタッフによる職場訪問型復職支援のガイドライン案」を作成した。
5) 4)を含めて、さらに資料を整備し、「リワーク機関スタッフによる職場訪問型支援のガイドライン」「スタッフのトレーニングプログラム」の原案を作成し、研究協力者への聞き取りを基に改訂した。
6) 職場訪問や復職後フォロー面談について、企業担当者がどのような情報の提供を求めているかについて聞き取りし、企業側のニーズに関するスタッフへの研修を行った。聞き取りでは、企業担当者には基礎的なメンタルヘルス情報が十分に伝達されていこと、リワークスタッフに、企業状況をよく理解してほしいという要望があること、企業におけるメンタルヘルス対策を円滑に進めるためには、企業経営者の理解が重要であることが把握された。
7) スタッフおよび企業における担当者を対象としたトレーニングの試行では、スタッフ、企業関係者からは、理解しにくいという指摘はなく、一部語句の変更の要望に対応して資料の整備を行なった。
8) 作成した資料内容について企業担当者向けの大規模なトレーニングを行った。その結果、トレーニングの有用性満足度ともに高評価を得た。
9) 国立研究開発法人国立精神・神経医療センター病院のリワークプログラムを受講したのち復職した患者３名のリワークプログラムスタッフによるフォローアップ面談について、本人からは、支援に対するポジティブなフィードバックがあった。企業からは、復職支援に対する管理職の機能の意義とともに、プログラム改善のフィードバックがあった。リワークプログラムのスタッフからは、ポジティブな評価とともに、コスト面への配慮の必要性についてのフィードバックがあった。

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）
１）管理監督者教育の開発、試行、効果評価：(1)管理監督者向けのマネジメントスキルに対応したメンタルヘルス不調の部下の復職対応スキル研修の基本プログラムが完成した。(2)試行に参加した管理監督者100名では、研修前後での復職対応スキルの自己評定がいずれの項目においても有意に改善した。総合的な満足度（非常に満足とまあまあ満足の合計）は９割であった。(3)比較対照試験では介入群72名では、対照群85名と比べて、ベースラインから１か月後にかけて復職対応スキルや復職対応に対する自己効力感が有意に改善した。研究開発及び製造部門における前後比較試験でも研修前後でのスキルのほとんどで有意な改善が見られた。(4)研修の実施マニュアル、説明ＶＴＲ、eラーニング教材が完成した。
２）職場復帰時の職場環境改善の手法の開発：産業保健スタッフの意見とさらにアイデアを追加、整理して「職場復帰支援のための職場環境改善のヒント集」（暫定版）を完成させた。

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、産業保健スタッフ三者間で、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。ただし、情報保護が適切にできるかなどの課題があった。産業保健職及び精神科医等の意見を聞き、システムの運用、手順、掲載する情報等の範囲等を決定し、情報交換システムのパイロット版を作成した。また、既存の情報交換システムとの互換性を確認した。情報交換システムの開発と構築、マニュアルの作成、モデル事業場での運用から、本システムは、当該労働者、上司、産業保健スタッフが、復職プラン、通院状況、体調など、当該労働者の復職に関する情報を共有する上で有効であると考えられた。今後の改善としては、会社によっては、就業上の配慮の決定者が上司ではなく、人事など他の担当者であることがあるため、その点についてカスタマイズができると良い、と言った意見が挙げられた。また、精神疾患に限定しないほうが良いのでは、という意見も挙げられた。

## 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、包括的な支援方策を検討するに当たり、効果判定研究を行った。
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、臨床医及び産業医とのネットワークを活用した効果評価研究及びモデル事業を実施する本研究は、これまで本邦で行われていなかった方策について、根拠に基づく実効可能な方策を提案した。

開発したガイドラインとマニュアルは、実務で容易に使用される指針として活用できる。

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）

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。一連の研究により、科学的根拠に基づくセルフケア支援の手引きと支援ツール「うつせる。」が成果物として完成した。うつ病で休職中の労働者が職場復帰に向けて行うセルフケアについて、産業保健スタッフによる実効性の高い支援が、これまで以上に普及・浸透することが期待される。

2. 主治医と事業場スタッフの円滑な連携を目的としたフィットノートシステムの開発（堤　明純ほか）

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おり、早期の復職を図るフィットノート導入にまつわる考え方は、日本型フィットノート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、1)適用疾患、2）対象、3）主治医に記入してもらう項目、4）発行時期、5）必要なツール・支援等について慎重な検討が必要であった。

模擬的試行結果から得られた意見からは、フィットノートの主旨と有用性が認められた。また、事業場と臨床医の直接のコミュニケーション促進のツールとして期待されることが指摘された。課題として、フィットノートを補足する生活記録表などの資料や、アシスタントやコーディネーターなどの支援体制が必要なこと、福祉への移行をスムースにする制度の必要性、情報管理は単純にオープンには進められないこと、責任体制を整備することが挙げられた。

3. 生活記録表による復職支援の開発（梶木繁之ほか）

文献調査では、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た。それらの特徴を網羅的に含む「標準的な生活記録表」を作成した。

フォーカスグループディスカッションの結果では復職面談時の判断基準として、(1)休職中の就寝時間と起床時間が通常の出勤時と同様であること、(2)日中に横にならないことを最重要視していた。また、日中における(3)運動、(4)対人関係、(5)外出の３つの活動内容を重要視していた。産業医は安定した状態が２週間以上必要との意見に対し、精神科医は４週間以上必要との意見が多かった。記入開始の時期は、休職者が復職を考え始めたときもしくは主治医が復職可と診断したときが多かった。これらの要素を含む、「(嘱託) 産業医向けの復職支援マニュアル：暫定版」が完成した。

生活記録表を用いている医師（使用者）は、女性や若い年代に多い傾向があった。また復職判定時に重視する項目数や休職中の面談頻度が多く、面談時間も長かった。生活記録表を用いていない医師（未使用者）は、生活記録表そのものを知らない者が多く、さらに生活記録表を用いた復職判定マニュアルへの使用ニーズが高いことが判明した。使用者、未使用者いずれも、復職判定時の最重視事項として(1)就労継続可能性と(2)職場復帰の意欲が挙げられ、更に使用者では(3)規則正しい睡眠リズムが挙げられた。非専業の産業医は、専業の産業医に比して生活記録表の使用割合は少なく、生活記録表が認知されていないことが要因と思われた。しかし、生活記録表は有効であると認識されていた。生活記録表を特に非専業の産業医の集団により積極的に周知・広報することの必要性を示唆するものと思われた。作成した産業医向けの復職支援マニュアルを用いた産業医向けの研修では、その有用性は高く評価された。一方、「生活記録表を用いた復職支援マニュアル」の、復職後の就業継続の維持・向上（再休職率の低下）に対する有効性については、今回の研究では明らかな効果は見られなかった。

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）

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、情報伝達に関する当事者の葛藤をやわらげことにも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、情報を得るための標準質問を整備し、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。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。企業担当者からの聞き取りで、企業担当者には基礎的なメンタルヘルス情報が十分に伝達されておらず、メンタルヘルス情報をそのまま伝達しても理解できない可能性が高いこと、企業状況をよく理解してほしいと考えていること、さらに、企業経営者の理解を得る必要性も

再認識された。
リワーククリニックによる支援を行うために、本人および職場から得るべき同意書は、復職支援を行なうために不可欠であると思われる。
今回初めて、リワークスタッフによる職場訪問型復職支援のガイドライン案が、スタッフのトレーニングプログラム資料とともに作成された。作成されたトレーニング資料については、リワークプログラムは理解しやすく、職場訪問フォローアップ面談を行うための資料として使用できることが判明した。企業担当者向けの大規模トレーニングの有用性については、「職場でよくみられる精神疾患への理解」「精神疾患から復職する従業員への対応についての理解」「リワークプログラムについての理解」「精神疾患から復職する従業員を支援する自信」いずれについても、有意に受講の効果があるという結果であった。満足度も高く、有用性、満足度とも、十分な成果が確認できたと考えられる。
整備された資料を用いたフォローアップ面談は、本人、企業側とも、有用性を感じていた。一方、リワークプログラムのスタッフが事業場を訪問して面談を行うことについては、大きな時間的負担が生じることが指摘されており、今後もし、面談を定式化していくのであれば、スカイプ等による面談、あるいは、本人と上司がリワークプログラム施設を訪れての面談という形式について検討する必要がある。また、面談に要するコストについても、負担者、負担額等について定める必要があると考えられる。

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）
１）本研究で開発された「管理監督者向け復職対応マネジメントスキル研修」は、比較対照試験において管理監督者のメンタルヘルス不調者の職場復帰対応における知識と技術、自己効力感を高めることが示された。試行からは、営業、研究開発、製造部門においても、また経験の少ない講師によって実施された場合でも有効であることが示された。マニュアル、説明ＶＴＲ、e ラーニング教材が完成し、この研修を産業保健現場で活用する基盤が整った。
２）「職場復帰支援のための職場環境改善のヒント集」は職場復帰時の職場及び制度の改善を幅広く検討する際の参考資料として有用なツールになると思われた。

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）
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。開発したシステムは、復職支援について必要最小限の情報共有ができるようなシステムを構築した。システムの構築にあたっては、現場の産業保健職の意見を取り込むことに留意した。マニュアルについては、システムの導入にあたっては特に支障のない内容になっており、メンタルヘルス以外の復職にも応用可能と考えられた。一方で、産業保健体制が整っているか否か、すでに包括的なシステムを導入しているか否か、等の点で、カスタマイズする余地があることが明らかになった。

## E. 結論
一連の研究により、科学的根拠に基づくセルフケア支援の手引きと支援ツール「うつせる。」が成果物として完成した。うつ病で休職中の労働者が職場復帰に向けて行うセルフケアについて、産業保健スタッフによる実効性の高い支援がこれまで以上に普及・浸透することが期待される。
フィットノートは、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、これからというところであるが、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、フィットノートの考え方は、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。フィットノートの有効な運用のために、事業者、主治医共に、フィットノートを、両者または当事者を交えたコミュニケーションを活性化させるためのツールとしたいという意見が多く出された。ただし、それぞれの立場の多忙さなどが認識されており、実際の運用に当たっては、英国で機能し始めている FFWS 等の機関や、事業者側では産業保健総合支援センター、社会保険労務士、主治医側では、公認心理士などを含むチームでの対応など、支援体制の必要性が挙げられた。また、制度を進めるためには、主治医の産業保健への理解（知識）とともに、制度を支援するものの役割の明確化やトレーニングの必要性が挙げられた。リソースが限られている中で、フィットノートを書ける医師の資格制度などは興味深いソルーションと思われた。フィットノートの内容面での責任の所在や、情報の管理など慎重な制度設計が必要であることがうかがわれた。労働者の福利を追求し、お互いが努力するという姿勢を求め続ける必要がある。
生活記録表を用いた復職面談の効果については、これまでにわずかな報告があるのみであることが判明した。また日本国内の精神科医、産業医により利用されている生活記録表の標準的な様式が完成した。さらに（嘱託）産業医の使用を想定した「生活記録表を用いた復職支援マ

ニュアル」が完成した。生活記録表は特に非専業産業医への認知度の低さが明らかとなったものの、専業産業医の調査結果も加味すると使用ニーズが非常に高いことが明らかとなった。生活記録表を実際の復職面談時に利用した場合、産業医の入手情報量は多く、面談を行う医師は高い安心感を得て、面談の効率も高まることが明らかとなった。生活記録表の復職面談時の利用による就業継続率への効果については、引き続きの検証が必要と思われるが、総じて産業保健の実践の現場において、特に非専業の（嘱託）産業医に対し、生活記録表を用いた復職支援マニュアル等が有効なツールになりえるものと推測された。

リワーククリニックは、復職支援を行う場合に、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。また、リワーククプログラム参加前に、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。さらに、リワーククリニックは、企業の状況をよく理解して、経営者への働きかけを含む、協働への働きかけを行う必要がある。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は、本人・職場の双方から同意を得ることが不可欠である。本研究では、リワークスタッフによる職場訪問型復職支援のガイドライン案とスタッフのトレーニングプログラム案を資料とともに作成した。企業担当者向けの大規模トレーニングは、十分な有用性、満足度を示した。本研究で開発され資料は、リワークプログラムスタッフが、職場訪問フォローアップ面談を行うための資料として使用できる。職場訪問フォローアップ面談は、有用と思われるが、面談の形式、費用負担について検討する必要がある。

本研究で開発された「管理監督者向け復職対応マネジメントスキル研修」は、比較対照試験において管理監督者のメンタルヘルス不調者の職場復帰対応における知識と技術、自己効力感を高めることが示された。試行からは、営業、研究開発、製造部門においても、また経験の少ない講師によって実施された場合でも有効であることが示された。マニュアル、説明ＶＴＲ、eラーニング教材が完成し、この研修を産業保健現場で活用する基盤が整った。また「職場復帰支援のための職場環境改善のヒント集」は職場復帰時の職場及び制度の改善を幅広く検討する際のヒントとして有用と思われる。

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。情報交換システムの開発と構築、マニュアルの作成、モデル事業場での運用から、本システムは、当該労働者、上司、産業保健スタッフが、復職プラン、通院状況、体調など、当該労働者の復職に関する情報を共有する上で有効であると考えられた。一方で、実際に運用するにあたっては、多くの課題も明らかになった。今回はシステム化を見送った機能の追加や、試行によって抽出された課題を解決することで、より多くの疾患に適応できる汎用性の高いシステム開発につながる可能性がある。

## Ｆ．健康危機情報

該当なし。

## G. 研究発表

1. 論文発表


1) Imamura, K., Kawakami, N., & Shimazu, A. (2016). Effects of internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) among healthy workers: Current research evidence. In: A. Shimazu, J. Oakman, M. F. Dollard, & R. Bin Nordin. (Eds.) Psychosocial factors at work in the Asia Pacific: From theory to practice. Pp. 257-265. Switzerland: Springer.
2) Imamura, K., Kawakami, N., Tsuno, K., Tsuchiya, M., Shimada, K., Namba, K., & Shimazu, A. (2017). Effects of web-based stress and depression literacy intervention on improving work engagement among workers with low work engagement: An analysis of secondary outcome of a randomized controlled trial. Journal of Occupational Health, 59, 46-54.
3) 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 2015;22(3):197-202
4) 堤 明純：フィットノートの紹介とわが国への導入の検討. 産業医学レビュー 2016; 29 (3): 121-144.
5) 梶木繁之、小林祐一、上原正道、中西成元、森晃爾. 海外事業場における労働安全衛生活動と体制構築に必要な情報収集ツールの開発. 産衛誌.2016.58(2):43-53
6) 有馬秀晃・島津明人・江口尚・堤明純(2016). 復職支援プログラムほかオランダにおける先進的な産業保健の取り組み. 産業医学ジャーナル, 39, 62-68.
7) 善家雄吉、梶木繁之、吉川徹、仲尾豊樹、吉川悦子、庄司卓郎、福本恵三、酒井昭典. 労働災害による難治性手外

科関連外傷症例の発生予防に関する検討-Expert Opinion Gathering Meeting の開催について- J.UOEH（産業医科大学雑誌）2015.37(4):313-18
8) Mori K, Nagata M, Hiraoka M, Kudo M, Nagata T, Kajiki S. Surveys on the competencies of specialist occupational physicians and effective methods for acquisition of competencies in Japan. J Occup Health. 2015;57(2):126-41.
9) 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

1) Tsutsumi A: Challenge of applying fit note system to Japan: to help workers who suffer mental illness return to work. International Conference on Sustainable Employability. 14-16 September 2016 - Square Brussels Meeting Centre
2) 永田智久, 永田昌子, 梶木繁之, 森晃爾. 企業と健保で取り組む健康経営・コラボヘルスに関する研究（第 2 報） 健康度の企業・健保間比較のための評価指標の開発. 第 89 回日本産業衛生学会. 福島. 2016 年 5 月.
3) 山下哲史, 梶木繁之, 服部理裕, 松岡朱理, 楠本朗. 森晃爾. メンタルヘルス不調者の職場復帰面談時における LN の使用実態調査. 第 89 回日本産業衛生学会. 福島. 2016 年 5 月.
4) 服部理裕, 梶木繁之, 山下哲史, 難波克行, 松岡朱理, 楠本朗, 森晃爾. 生活記録表を用いたメンタルヘルス不調者の復職判定マニュアルの開発. 第 89 回日本産業衛生学会. 福島. 2016 年 5 月.
5) 松岡朱理, 小林祐一, 佐々木規夫, 小田上公法, 梶木繁之, 上原正道, 中西成元, 平岡晃, 五十嵐侑. 海外の医療機関調査のためのチェックリストの開発. 第 89 回日本産業衛生学. 福島. 2016 年 5 月.
6) 梶木繁之, 小林祐一, 上原正道, 中西成元, 森晃爾. 海外事業場における労働安全衛生活活動と体制構築に必要な情報収集ツールの開発. 第 89 回日本産業衛生学会. 福島. 2016 年 5 月.
7) 三本木麻衣子, 梶木繁之, 楠本郎, 林田賢史, 森晃爾. クラスターRCT による人間工学的職場改善活動が自覚症状や疲労並びに労働生産性に与える影響の検証【第 1 報：ベースラインデータの特徴】. 第 89 回日本産業衛生学会. 福島. 2016 年 5 月.
8) 梶木繁之. 糖尿病（疑い含む）を持つ労働者への産業保健スタッフによる事後措置の効果の検証. シンポジウム 10,就労と糖尿病治療の両立.第 59 回日本糖尿病学会年次学術集会.京都. 2016 年 5 月.
9) 梶木 繁之, 楠本 朗, 山下 哲史, 服部 理裕, 森 晃爾. 産業医による主治医への診療情報提供依頼書の記載事項に関する検討 ～メンタルヘルス不調者の復職支援における主治医と産業医の連携を円滑に行うために ～ 第 34 回産業医科大学学会. 北九州.2016 年 10 月.
10) 森晃爾, 永田智久, 永田昌子, 梶木繁之. 企業と健保で取り組む健康経営・コラボヘルスに関する研究（第 1 報）−健康経営における評価指標の在り方の検討. 第 89 回日本産業衛生学会. 福島. 平成 28 年 5 月.
11) S. Yamashita, S. Kajiki, M. Hattori, J. Matsuoka, A. Kusumoto, K. Mori. Use survey of “PATTERN OF LIVING” for mental disorder at the time of Return to Work. The 14th International Congress of Behavioural Medicine. Melbourne. December 2016.
12) 川上憲人：マネジメントコンピテンシーに基づいた管理監督者の復職対応スキル研修の開発. 第 89 回日本産業衛生学会学術集会. 平成 28 年 5 月 26 日
13) 堤 明純：メンタルヘルス不調で休業した労働者の復職を支援する fit note 関連ツールの開発. 第 25 回日本産業衛生学会 産業医・産業看護全国協議会. 平成 27 年 9 月 18 日（山口）
14) 堤 明純：職場復帰診断書（fit note）システム導入の課題. 第 74 回日本公衆衛生学会総会. 平成 27 年 11 月 4 日（長崎）
15) 島津明人. 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. 日本産業衛生学会 第 59 回産業精神衛生研究会平成 28 年 2 月 20 日（横浜）
16) 堤 明純：シンポジウム休業者支援の進歩と課題、今後望まれる支援方策－休業中のケア. Fit note システムの紹介とわが国への導入可能性. 日本産業衛生学会 第 59 回産業精神衛生研究会

平成 28 年 2 月 20 日（横浜）
17) 梶木繁之：シンポジウム休業者支援の進歩と課題、今後望まれる支援方策－休業中のケア．生活記録表による復職支援．日本産業衛生学会 第 59 回産業精神衛生研究会平成 28 年 2 月 20 日（横浜）
18) 秋山　剛：シンポジウム休業者支援の進歩と課題、今後望まれる支援方策－休業中のケア．リワークプログラムの短期化と社会保険労務士との連携．日本産業衛生学会 第 59 回産業精神衛生研究会平成 28 年 2 月 20 日（横浜）
19) 川上憲人：シンポジウム休業者支援の進歩と課題、今後望まれる支援方策－休業中のケア．マネジメントコンピテンシーに基づいた管理監督者向けメンタルヘルス不調者の復職対応スキル教育．日本産業衛生学会 第 59 回産業精神衛生研究会平成 28 年 2 月 20 日（横浜）
20) 江口　尚：シンポジウム休業者支援の進歩と課題、今後望まれる支援方策－休業中のケア．ICT を活用した職場復帰後の情報交換システムの開発．日本産業衛生学会 第 59 回産業精神衛生研究会平成 28 年 2 月 20 日（横浜）

## H. 知的財産権の出願・登録状況

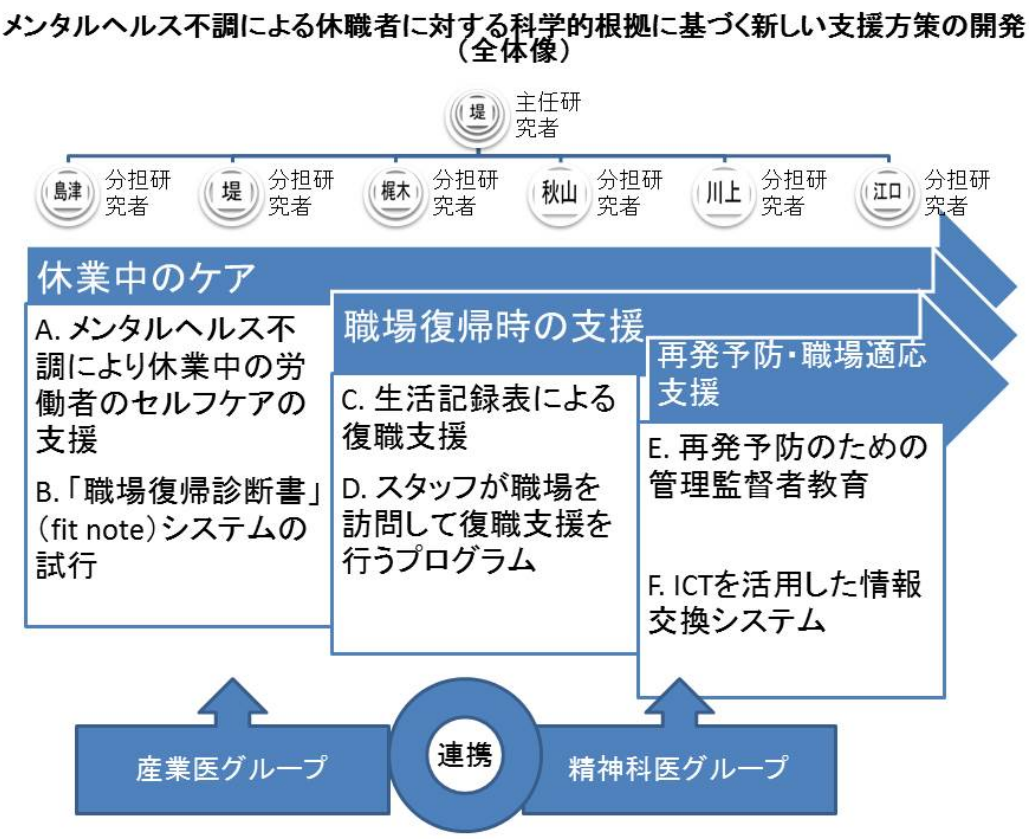
1. 特許取得
   なし
2. 実用新案登録
   なし
3. その他
   なし

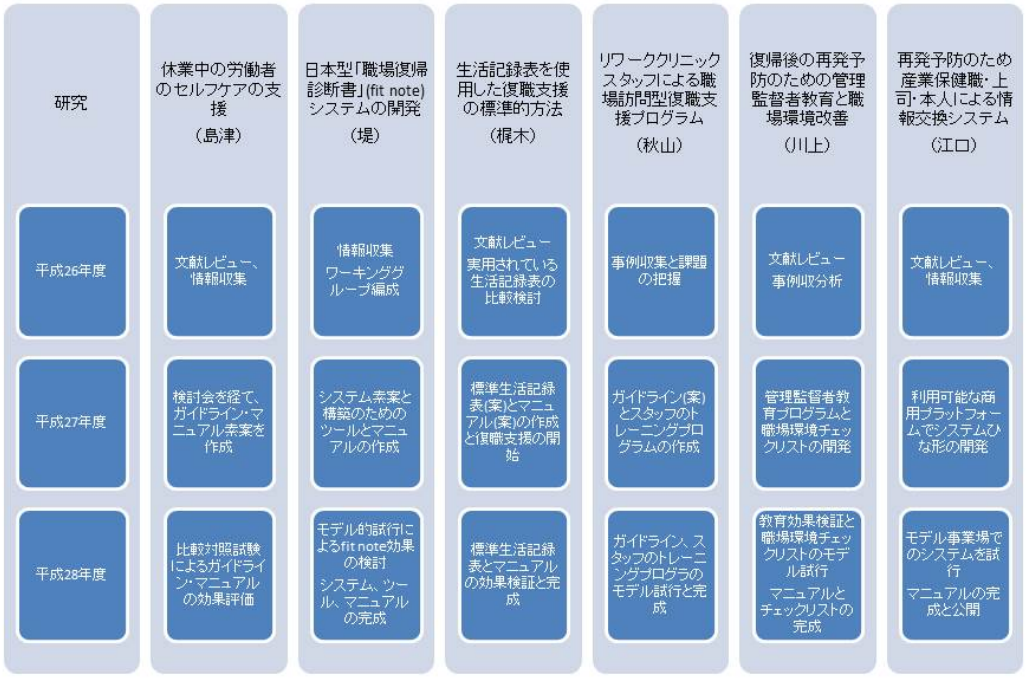
## I. 引用文献リスト


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)

van der Klink JJL, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJH. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. Occup Environ Med 60, 429–437 (2003)

図. 研究全体像及び流れ図



平成 26-28 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)」
主任：堤明純

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した。

初年度（平成 26 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を収集した。2 年目の平成 27 年度は，科学的根拠に基づくセルフケア支援方策のガイドライン（案）の作成と支援ツール（試作版）の作成を行った。3 年目の平成 28 年度は，セルフケア支援方策のガイドラインと支援ツールを完成させ，支援ツールの効果評価研究を行った。

一連の研究により，科学的根拠に基づくセルフケア支援の手引きと支援ツール「うつせる。」が成果物として完成した。うつ病で休職中の労働者が職場復帰に向けて行うセルフケアについて，産業保健スタッフによる実効性の高い支援が，これまで以上に普及・浸透することが期待される。

研究協力者
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）
北村尚弘（一般社団法人働くしあわせプロジェクト JINEN-DO）
佐官俊一（東京大学大学院医学研究科精神保健学・院生）
梶澤直美（湘南医療大学リハビリテーション学科・准教授）
西大輔(国立精神･神経医療センター精神保健研究所システム開発研究室・室長)
水谷美佳（株式会社リヴァ）
宮本有紀（東京大学大学院医学研究科精神看護学・准教授）

## A．はじめに

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無作為化比較試験による検証することを目的とした。初年度（平成 26 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を収集した。2 年目の平成 27 年度は，科学的根拠に基づくセルフケア支援方策のガイドライン(案)の作成と支援ツール（試作版）の作成を行った。3 年目の平成 28 年度は，ガイドラインと支援ツールを完成させ，支援ツールの効果評価研究を行った。

## B．対象と方法

### 1. セルフケアの支援方策の内容とその効果に関する国内外の情報収集（平成 26 年度）

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，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。

**2. 科学的根拠に基づくセルフケア支援方策のガイドライン（案）の作成と支援ツール（試作版）の作成（平成 27 年度）**

国内外の知見やガイドラインに基づきガイドライン素案を作成し，素案の内容について，研究協力者（精神科医，精神看護学，臨床心理士，就労移行支援施設スタッフ，リワーク施設スタッフ）の意見をもとに修正を行い第 1 版を作成した。その後，第 1 版の内容について研究班の分担研究者の意見をもとに修正を行い第 2 版を作成した。

支援ツールに関しては，労働者本人を対象とし対象疾患をうつ病に限定したツールを，ガイドライン（案），うつ病予防支援ウェブサイト「うつめど。」（http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/utsmed/），労働者のメンタルヘルス支援ポータルサイト「こころの耳」（http://kokoro.mhlw.go.jp/），既存の労働者向け支援ツール（パンフレット，リーフレット）などを参考にして作成した。

**3. ガイドラインと支援ツールの完成と効果評価（平成 28 年度）**

ガイドラインは，平成 27 年度に作成した第 2 版について，産業保健スタッフおよび関連学会の関係者から意見を求め，得られた意見をもとに修正を行い第 3 版（最終版）を完成させた。

セルフケア支援ツール「うつせる。」は，試作版を医療機関リワークセンター利用者，就労移行支援施設利用者，産業医，人事労務担当者，精神科医・産業医に試用してもらい，得られた意見をもとに修正を行い完成させ，無作為化比較試験でその効果を評価した。

## C．結果

**1. セルフケアの支援方策の内容とその効果に関する国内外の情報収集（平成 26 年度）**

収集された情報により，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（身体的および心理社会的）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。

**2. 科学的根拠に基づくセルフケア支援方策のガイドライン（案）の作成と支援ツール（試作版）の作成（平成　27 年度）**

ガイドライン（案）は，国内外のメンタルヘルス不調者を対象とした復職支援ガイドラインなどを参考に，「対象」「内容」「形式」の 3 つの要素について，推奨内容 5 項目，ヒント 1 項目を含む合計 6 項目から構成される第 2 版まで作成した。

セルフケア支援ツールは，ガイドライン（案）にもとづき，対象疾患をうつ病に限定し，6 つのステップから構成される内容を WEB で提供するツール「うつせる。」（UTSeL : The University of Tokyo website for Self-care to Return to Work）を作成した（http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/UTSEL/）。

**3. ガイドラインと支援ツールの完成と効果評価（平成 28 年度）**

1）ガイドラインの完成

平成 27 年度に作成したガイドライン第 2 版について，産業保健スタッフ 4 名（産業医，保健師，臨床心理士，人事労務担当者）および関連学会の関係者 4 名（臨床系学会 1 名，産業保健系学会 3 名）から意見を求めた。最終的に，5 つの推奨項目からなる第

3 版（最終版）が完成した（巻末資料 1)。

本研究で抽出された 5 つの推奨項目は，国内外のガイドラインを参照したものの，これらのガイドラインはいずれも医療者向けに作成されたものであり，産業保健スタッフ向けに作成されたものではない。そのため，5 つの推奨項目の科学的根拠については十分であるとは言い難い。こうした事情を考慮し，最終版ではガイドラインという名称を「手引き」に変更することにした。

2）支援ツールの完成

平成 27 年度に試作したセルフケア支援ツール「うつせる。」について，試作版を医療機関リワークセンター利用者 1 名，就労移行支援施設利用者 6 名，産業医 1 名，人事労務担当者 1 名，精神科医・産業医 1 名より，意見を収集した。最終成果物としての「うつせる。」WEB 版のトップページ画面（http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/UTSEL/）を図 1 に，PDF 版のリーフレットを巻末資料 2 に示す。

3）支援ツールの効果評価

WEB 版「うつせる。」の効果を評価するため，インターネット調査会社に登録しているモニターを対象に，うつ病で休職中の労働者で 20 歳から 60 歳の男女に対して参加者を募集し，募集に応じかつ包含基準に合致した 90 名を対象に無作為化比較試験を行った（各群 45 人)。介入群に 30 日間の学習を求めたところ，抑うつ症状には小程度（BDI-II: Cohen's $d$ = -0.20. QIDS-J: Cohen's $d$= -0.22），非機能的態度には中程度の介入効果を認めた（Cohen's $d$= -0.66)。

## D．考察

### 1. 休業中の労働者のセルフケア支援ガイドラインの作成

メンタルヘルス不調により休業している労働者に対して，事業場はケアを提供する義務はない。そのため，休業中の労働者の中には，（精神）医学的治療のみを医療機関で受けているケース，これらの治療に加えて復職支援機関（いわゆるリワーク施設）に通所するケース，産業保健スタッフや管理監督者と定期的に面談し支援を受けているケース，などが混在している。本研究では，メンタルヘルス不調で休業中の労働者のセルフケアを（法的義務はないものの）事業所の産業保健スタッフ支援がすることを想定してガイドラインを作成した。ガイドラインの作成に際しては，「うつ病で休職中の労働者が職場復帰に向けて行うセルフケアについて，産業保健スタッフがどのように支援すればよいか」というように，現状の産業保健スタッフの活動状況に合わせた表現となるように留意した。

本ガイドラインの作成に際しては，国内外の種々のガイドラインを参照したが，基本的な考え方は NICE 成人うつ病治療ガイドラインに準拠した。その理由として，それぞれのガイドラインが想定している対象の相違が挙げられる。米国精神医学会（APA）と日本うつ病学会のガイドラインは主に精神科医を対象としているのに対して，NICE のガイドラインは“in primary and secondary care”と書かれており，精神科医以外を主に対象としている。本ガイドラインは，事業所の産業保健スタッフに向けて作成することから，主な考え方は NICE のガイドラインに準拠することにした。

本研究で抽出された 5 つの推奨項目は，国内外のガイドラインを参照したものの，これらのガイドラインはいずれも医療者向けに作成されたものであり，産業保健スタッフ向けに作成されたものではない。そのため，5 つの推奨項目の科学的根拠については十分であるとは言い難い。こうした事情を考慮し，最終版ではガイドラインという名称を「手引き」に変更することにした。

### 2. セルフケア支援ツールの作成

セルフケア支援ガイドラインにもとづき，支援ツールの対象疾患をうつ病に限定した。ツールの提供形式としては WEB を採用した。これは，日本の事業所の 90%以上が中小規模事業所であり，産業保健スタッフが配置されていない事業所も存在することを考慮したためである。

内容に関しては，認知行動療法を基盤としながらも，復職後の就業継続につながる内容を 6 つの内容（ステップ）に分けて提示した。また， 1 ステップあたりの学習所要時間の目標を約 15 分以内に限定し，対象者の負担を低減するようにした。さらに，行動科学の諸理論にもとづきながら，対象者の動機づけ（I'm willing）と自己効力感（I'm able）を高めるための工夫を，内容と形式それぞれについて行った。さらに，WEB コン

テンツの内容をリーフレットにした PDF も併せて作成した。

最終年度には, WEB コンテンツの効果を無作為化比較試験により評価し，抑うつ症状には小程度の，非機能的態度には中程度ンの介入効果が認められた。これらの結果により，科学的根拠に基づくセルフケア支援が, これまで以上に普及・浸透することが期待される。

## 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（平成 26 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を収集した。2 年目の平成 27 年度は，科学的根拠に基づくセルフケア支援方策のガイドライン（案）の作成と支援ツール（試作版）の作成を行った。3 年目の平成 28 年度は，セルフケア支援方策のガイドラインと支援ツールを完成させ，支援ツールの効果評価研究を行った。

一連の研究により，科学的根拠に基づくセルフケア支援の手引きと支援ツール「うつせる。」が成果物として完成した。うつ病で休職中の労働者が職場復帰に向けて行うセルフケアについて，産業保健スタッフによる実効性の高い支援が，これまで以上に普及・浸透することが期待される。

## F．健康危険情報

該当せず。

## G．研究発表

１．論文発表

有馬秀晃・島津明人・江口尚・堤明純 (2016). 復職支援プログラムほかオランダにおける先進的な産業保健の取り組み. 産業医学ジャーナル, 39, 62-68.

２．学会発表

島津明人. 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. 日本産業衛生学会第 57 回産業精神衛生研究会. 2016 年 2 月 20 日，横浜市.

## H．知的財産権の出願・登録状況

該当せず。

## I．引用文献

National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: Treatment and management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem. 2009. https://www.nice.org.uk/guidance/cg91

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 Syst Rev. 2014 Dec 3;12:CD006237. doi: 10.1002/14651858.CD006237.pub3. Review.

日本うつ病学会．日本うつ病学会治療ガイドライン．II. 大うつ病性障害 2013 Ver. 1.1. 2013 http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood_disorder/img/130924.pdf




図1：WEBサイト「うつせる。」のトップページ

平成２６－２８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**：フィットノートは、どのような条件が整えば就業できるかに焦点をあてた診断書であり、休業や復職に対する労働者、主治医、職場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、英国で導入され効果検証が進められている。わが国でも、職場における調整があれば休業が必ずしも必要ない事例や長期休業が予後に悪影響を及ぼすことが少なからず経験されており、とくに産業保健スタッフが不足している小規模事業場でのフィットノートの有用性が期待される。本研究の初年度には、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フィットノートに携わる関係部署にヒアリングを行い、フィットノート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、フィットノート導入に関して、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保健の専門家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、フィットノート導入に関する現時点での課題について検討した。わが国への導入に当たって検討するべき事項には、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（フィットノート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、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、フィットノート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挙げられた。第２年度には、日本型フィットノートシステムの素案とシステム構築のためのツールとマニュアルを作成し、ワーキンググループ及び専門家から、運用上の課題等について意見を得て改善した。主治医が、事業者及びケースそれぞれと、仕事の専門性を含めた職務や就業に対する自信や不安について確認し、就業に向けて相談することができるツールを作成した。モデル事業を念頭において、フィットノートを使用する対象事業場を、いったん小規模事業場に限定し、フィットノートの主たる適用となる障害群も整理をして、主治医が使用しやすくなるようにした。わが国に制度として導入するための課題として、法的な課題と制度上の課題を整理した。最終年度には、主治医用、事業者用、労働者用に作成したモデル事業用のフィットノートとそのマニュアルを臨床現場で模擬的に試行して、事業場担当者、産業保健職、主治医から情報を収集し、産業保健専門職と精神科医医師によるワーキンググループ及び専門家による討議を経て、わが国にフィットノートを導入するにあたっての課題を整理し、現時点におけるフィットノートと導入マニュアルを作成した。模擬的試行結果から得られた意見からは、フィットノートの主旨と有用性はみとめられた。また、事業場と臨床医の直接のコミュニケーション促進のツールとして期待されることが指摘された。課題として、フィットノートを補足する生活記録表などの資料や、アシスタントやコーディネーターなどの支援体制及び福祉への移行をスムースにする制度の必要性、情報管理は単純にオープンには進められないこと、責任体制を整備することが挙げられた。

**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）
三宅　仁（富士通株式会社常務理事健康推進本部長）
佐藤光弘（富士通株式会社健康推進本部健康事業推進統括部統括部長）
玉山美紀子（富士通株式会社人事本部労政部アシスタントマネージャー）
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）
三柴丈典（近畿大学法学部教授）
柳下　桜（株式会社メディカルトラスト）
杉原由紀（高知県総務部職員厚生課職員健康推進監・産業医）
広瀬俊雄（仙台錦町診療所　産業医学センター）
白波瀬丈一郎（慶応義塾大学医学部精神・神経科学教室特任准教授　ストレス研究センター副センター長）
森本英樹（業保健ハンドリング(株)／森本産業医事務所）
後藤 昌弘（神奈川産業保健総合支援センター専門職）
河津雄一郎（株式会社平和堂　統括産業医）

## 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、そのうちの一つである（堤, 2008)。現在わが国では、専門医の診断書は、それを基に休職及び復職（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：フィットノート)の活用が始まっている。フィットノートは、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、このフィットノート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であった。

## B. 研究方法

研究初年度は、チームビルディングと情報収集を行った。

1. フィットノートに関する情報収集

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フィットノートに携わる関係部署にヒアリングを行い、フィットノート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をした。

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、フィットノート導入に関する意見、研究デザインや結果の評価について参考意見を提供いただく産業保健の専門家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・専門グループの協力を樹立した。

第 2 年度には、産業保健の専門家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・専門グループとの相互的なディスカッションと情報収集を通じて、フィットノートのひな形とマニュアルを作成、改善した。さらに、シンポジウムを開催し、現場からの意見を取り入れてマニュアルの素案を作成した。

3. 対象の設定

初年度に引き続き、どのような事業場の労働者を対象とすればよいかについて、精神科医・産業医両ワーキンググループにおいて議論を行った。

4. 適用疾患などの設定

精神科医ワーキンググループとのディスカッション及び研究班会議におけるディスカッションから、フィットノートのプロセスを進めることが難しい障害をリストアップし、マニュアルに反映させた。

5. フィットノート導入を促進するツール

労働者の復職を促すツールとして英国で使用されている shared decision making tool を参考に、労働者のメンタルヘルス及び職場復帰に資

する項目を、精神科医及び産業医のワーキンググループでブレインストーミング的に抽出し、学会でのディスカッションも参考にして、個人属性、ストレス要因、支援要因、復職に対する自信、復職の障害を盛り込んだ、以下の二つのツールを作成した。

1) ケースの就業状況に関する情報を聴取するためのツール

主治医が、ケースの職場復帰について助言するために、ケースの就業状況について事業場から情報を得るフォーマット。

2) ケースの就業準備状況を把握するためのツール

英国では 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」「仕事に戻れる自信」「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が使用されている。こちらを参照して、ケースが有する復職に対する自信と心配な点について尋ねる項目を加えた。

6. フィットノート導入にあたり、法的に勘案しなければならない事項

法律家（三柴丈典近畿大学法学部教授・厚生労働省労働政策審議会　安全衛生分科会公益代表委員）にインタビューを行い、フィットノートの導入に当たって法的に勘案しなければならない事項について整理した。

7. 制度化のための課題の整理

初年度に課題として上がった以下の制度上の課題に対して整理と検討を行った。

1) 導入を促進するインフラの設定：コーディネィティング
2) 柔軟な雇用形態
3) 発行時期と期間
4) 就業ができない場合の福祉的措置への移行
5) 発行費用（文書料）
6) 主治医のトレーニングについての検討

8. 日本型フィットノートひな形の作成

以上の検討を基に、日本型フィットノートのひな形を作成し、想定される制度の下で、運用上の手続き等を盛り込んだモデル事業用のマニュアルを作成した。

最終年度には、模擬事例を念頭に置いた実務者における調査を行い、その調査結果等を基にした、ワーキンググループ及び種々専門家とのディスカッションを経て、現時点でのフィットノートとそのマニュアルを作成し、課題を整理した。

9. 模擬事例を念頭に置いた実務者における調査

精神科医・産業医両ワーキンググループにおいて、第２年度までに整えたマニュアル類、模擬事例を念頭に置いた実務者における調査についての評価項目と具体的な調査対象について討議し、事業場側（産業保健職含む）、主治医側からの評価項目を抽出して調査を企画した。

メンタルヘルス不調で休業した労働者をケアする臨床医、事業場、産業保健職、社会保険労務士等を研究対象とし、メンタルヘルス不調に基づく休業者の復職支援を想起して、通常医療機関で使用している診断書に変えてフィットノートを使用することを想定して、運用上課題となることやその使い勝手などについて、開発した評価票に基づいて、下記の観察項目を測定した。

(ア) フィットノートシステムのメリットについての評価
(イ) フィットノートシステムの改善点（含む制度上の課題）
(ウ) そのほか、復職の診断書に関連する意見

フィットノートの使用に関するメリット及びデメリットについて単純集計を行った。自由意見をまとめ課題を抽出した。

10. 専門家による意見聴取

復職支援経験を含め、産業保健に造詣が深い産業医、精神科医、社会保険労務士にインタビューを行い、フィットノートの導入に当たってそれぞれの専門分野から勘案しなければならない事項について整理した。産業医、精神科医ワーキンググループからも、調査企画と並行して、専門的見地からの意見をいただき、マニュアル類の改訂を行った。

倫理的配慮

本研究は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（平成 26 年 12 月 22 日、文部科学省・厚生労働省）に従い、北里大学医学部・病院倫理委員会の倫理審査にて承認を得て実施した。

## C. 研究結果

1. フィットノートに関する情報収集

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) フィットノートの概要

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、事業者と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、疾病一般に利用されている。

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) フィットノート導入の背景

「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 2008）。その骨子は、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おり、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ことから、「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ものであり（Hann and Sibbald 2011; O'Brien et al 2008）、その根拠として、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、仕事が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といった知見（Waddell and Burton, 2006）が挙げられ、復職は重要な臨床上のアウトカムと位置づけられている（表１）。

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。

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なため、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っている。

3) フィットノートの機能、制度・運用の仕組み

フィットノートは、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、治療可能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フィットノートは発行できないことになっている。GP から患者への一般的な助言であり、法的拘束力はない。患者が復職しない場合は、そのまま休業補償の申請と連動している。GP によるゲートキーパー的役割のため、フィットノート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発行が可能である（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、フィットノート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。

4) 評価

2010 年に法制化されて日が浅く、意図された効果は十分には上がっていない。最近、電子化されたフィットノートの導入により、統計情報の収集が始まり、より信頼性の高いレベルでの評価がなされようとしている段階である。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これから知見を積み重ねる段階である。

現時点で判明しているところでは、英国で毎年約１千万のフィットノートが発行されており、70%は雇用者からの疾病手当ての請求に使用されている。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以上のフィットノート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のフィットノートは、１から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日から 14 日であった。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、17%しか意図した使用法をしておらず、77%は、医学以外の理由でフィットノートを発行する義務があるように感じており、38%は、フィットノートは彼らの実務を変化させておらず、保障制度をよく理解しているのはわずかに 23%であった（Black 2015）。

質的には、表 2 に示すような効果があると報告されている（Fylan et al 2011; Lalani et al 2012）。GP の評価は一般に好意的で、フィットノート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り、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報告している（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フィットノート利用の障害に含まれるといった評価もある（Fylan et al 2011）。

雇用者に対する検討では、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、フィットノートの効果は、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）。また、時間調整などはやりやすい方策と考える一方で、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フィットノートを作成しがちだと感じ、「仕事に適する可能性がある」のオプションをもっと使用してほしいとしていると感じている。

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ものがいる。

5) フィットノート導入後の展開

フィットノート導入後も、エビデンスに基づいて施策が展開されている。休業 4 週以上でフィットノートに代わって休業者をケアする Fit for Work Service (FFWS)が導入された。

FFWS は、Carol Black 卿らによって、英国議会に再度提出された報告書（independent report）の推奨事項が受け入れられ（DWP 2013）、国費で健康と就業に関するアセスメントと助言サービスを行う制度で、2014 年より導入された。

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フィットノート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。ここで、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っている。

以上、英国で導入されているフィットノートシステムについての全体像を図 1 に示した。

6) 課題

フィットノートを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(チャンピオン）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、書いてもらうもの）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。フィットノート

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行われている。

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」「仕事に戻れる自信」「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

産業医の専門家からは、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）を変える必要がある。適用として可能性が高いのは、中小企業であるが、大企業でも産業医のアクセスがしにく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。

産業保健に造詣の深い精神科医からは、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、休む人を減らす（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。

フィットノート導入の要件として、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。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、フィットノート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う仕組みが必要である。フィットノートを出すだけでなく、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、復職コーディネーターなど、地域で、その後のフォローをサービスする仕組み（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（表３）。

第２年度結果

専門職によるディスカッションから、わが国にフィットノートを導入するにあたっての課題を整理し、日本型フィットノートとそのマニュアルを試作した。

3. 対象の設定

フィットノートを使用することの最大のメリットは、主治医及び事業主（もしくは、担当者）に、産業保健職の機能を一部肩代わりしてもらうことにより、産業保健職が不在の事業場において復職のプロセスが機能することと考えられた。大企業でも産業医のアクセスがしにくい支店などでは活用の可能性はある。

4. 適用疾患などの設定

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は 、就業環境を整えることにより症状を制御できる可能性があることから、フィットノートのよい適用疾患になる。適用禁忌が想定される障害をリストアップした（表４）。

5.フィットノート導入を促進するツール

1）ケースの就業状況に関する情報を聴取するためのツール

ケースの就業状況等についての情報を、事業場から提出するものを考案した。項目については、メンタルヘルス不調に陥る前の状態やケースに期待されるパフォーマンス、職位（ケースが有する責任の度合い）、職務内容、最近の勤怠に関連する内容と、事業場で（上司として）困っている内容について問うものとした。このツールを使用して、問い合わせてよいのか、聴取する相手にケースの情報（病状）を開示してよいのか等をケースに確認するインフォームド・コンセントが必要と考えられたため、本ツールは、主治医が意見交換をしたいときに、必要に応じて職場に問い合わせるものとし、マニュアル上「就労に関する意見書発行のための情報提供」と命名した。

2) ケースの就業準備状況を把握するためのツール

主治医がケースと就労可能性について相談ができるツールとして、ケースの復職準備状況と復職を妨げる要因を検討するツールを作成した。復職準備状況については、Visual analogue scale を模して 10 段階で、就業に対する本人の自信を評価させることとした。復職を妨げる要因については、復職をしようとする際に困ることと、ケースが考えうるソルーションを自由に尋ねることとし、マニュアル内では「就労の準備状態について」と命名した。

6. フィットノート導入にあたり、法的に勘案しなければならない事項

法律家から、フィットノートの導入に当たって留意すべきことを聴取した（表５）。

7. 制度化のための課題の整理

フィットノートを導入すると仮定した際、制度上克服すべき課題を整理した。

1) 導入を促進するインフラの設定：コーディネィティング

事業場側からすると、フィットノートが送ってこられるだけでは、主治医の助言に対応できないかもしれず、負担感を軽減するために、復職コーディネーターなど、地域で、その後のフォローをサービスする仕組みがあるとよい。

2) 柔軟な雇用形態

制度上の整備事項には、雇用の流動性と雇用条件の柔軟性が挙げられる。たとえば、英国では、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なため、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。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。一方で、小規模事業場では、集団交渉で画一的な労働契約が形成されるとは限らず、むしろ柔軟な対応が可能となるかもしれない。その際、社会保険労務士などの支援が有用になると思われる。

3) 発行時期と期間

早期の職場復帰と休業予防を主目的として、主治医には可及的速やかに記入をしてもらうこと、再評価に当たっての期日を記入してもらい、職場における就業制限（休業を含む）期間の目安にできるようにした。

4) 就業ができない場合の福祉的措置への移行

英国で導入されている FFWS のような機能でシームレスな休業補償への移行が可能となるような制度の検討が必要である。

5) 発行費用（文書料）等

制度として導入するためには、ステークホルダーにとって、経済的なインセンティブが必要となる。わが国における制度として取り入れる場合、フィットノートの受益者負担の観点からは、仕事をするために必要な書類であればケース（労働者）負担、就業配慮上の意見を求めるものであれば事業者負担とする、２つの選択肢が考えられる。

6) 主治医のトレーニングについての検討

英国では、フィットノートが、労働者に何ができるか、に焦点を当てたものであるとすれば、主治医は、ケースの職務や、日々の仕事が健康に及ぼす影響について理解しておく必要があり、GP の態度を変えるための教育プログラムが導入されている(Cohen, Khan, Allen, & Sparrow, 2012)。各種情報をもとに、トレーニングプログラムの開発が始められ、３時間の対面型のワークショップ教育が、マネジメントにおける仕事と健康について患者と話をすること、患者が仕事に戻ること、事業主に仕事と健康について話すことの重要性の認識について一定の効果を挙げている(Cohen, Khan, Allen, & Sparrow, 2012)。

8. 日本型フィットノートひな形の作成とモデル事業の準備

以上より、日本型フィットノートひな形とマニュアルを開発し、実際に運用が始まっている英国での課題と、専門家のワーキンググループによる懸念材料を統合してモデル事業評価指標を策定し、産業医・事業場側、主治医側を通じて フィットノートの記載事項の取捨とともに、モデル事業で評価を行うこととした。

最終年度

9. 模擬事例を念頭に置いた実務者における調査

英国におけるフィットノートが適切に記載されていないことについての評価 (Coole, Nouri, Potgieter, & Drummond, 2015)、フォーマットや電子文書の普及、ガイダンスや教育の改訂など、数々の要改善点、実務の評価などについて

の課題(Coole, Nouri, Potgieter, Watson, et al., 2015)、フィットノートの使用により医師と患者の間に緊張感が生じている事実を踏まえて(Wainwright, Wainwright, Keogh, & Eccleston, 2015)、モデル事業で評価する項目について原案を作成した。産業医及び精神科医ワーキンググループによる討議を経て、調査項目を洗練化し、フィットノートを制度として運用することを想定し、システムの好ましい点と改善点を、事業場と主治医の連携を前提として、下記のポイントで情報を収集する構成とした：

(ア) 当事者にどういう情報交換があるとよいか
(イ) フィットノートの運用をどういうルールの下に進めるとよいか
(ウ) 制度化にどのような準備が必要か（たとえば、費用の問題）
(エ) 制度上の課題（バリア）はなにか

事業者の立場から55人の回答を得た。所属（支援対象と）する企業の規模は1～3500人、現在の職に就いてからの期間は平均16年（1～42年）であった。精神科医は9人が回答し、平均のキャリアは19年（7～34年）であった。

1) フィットノートのメリット

事業場側意見としては、明確な指示に関する期待を含む、主治医とのコミュニケーションの向上と、自身の適切な安全配慮義務の可能性が挙げられていた。フィットノートの導入主旨である、辞めなくてもよい（休まなくてもよい）労働者を辞めさずに（休ませずに）済むについては半数の回答者がそう回答した。主治医側からも、労働者の職場環境・業務内容について関わりやすいという意見と、早期復職に繋がりやすい（不要な休業を避けやすくなる）と回答した者の割合が高かった。その他の意見として、当事者本人の就労に対する意欲を知ることができる、標準仕様が主治医の負担軽減に寄与するとの意見もあったが、事業者の意見の中には、主治医責任を明確にするために必要とする、という回答があった。

2) フィットノートのデメリット

想定されるデメリットについて、事業者側からは、主治医の記載する指示に従えず困る可能性と、主治医が記載する指示内容が明確でない可能性が挙げられた。一方、フィットノートの使用方法が不明と答えた事業者は1割程度で、フィットノートの主旨は了解されると思われた。

主治医側からは、フィットノートの作成にかかる時間と、誤診等が発生した場合の懸念が出されたが、フィットノート作成自体については書けないことはないと回答しており、フィットノートの作成が患者との関係によくない影響をきたす懸念を表明したものはいなかった。

その他の意見として、フィットノートの内容の信憑性についての懸念、メリットの裏返しで標準仕様とならなかった場合の混乱も挙げられた。主治医側からの懸念として、会社側がこのノートをどう使用するかが分からない、フィットノート自体がブラック企業では本人の解雇につながりかねない、といったフィットノートが書かれた後の取り扱いについての懸念が出された。

3) 想定されるデメリットに対する具体的な改善提案

想定されたデメリットについて、多くの改善点が上がった（表6）。主治医が適切な意見を述べるための「情報」・「判断」・「時間」が一番の課題という認識とともに、基本的に何らかの法的拘束力の下での導入であれば円滑に運用されていくとの意見が上がった。

フィットノート記載に当たって、主治医が事業場の実状を正しく把握していることの重要性を鑑み、事業場・主治医間のコミュニケーション促進が、ひとつの大きな議論のポイントとなった。事業場、主治医それぞれのニーズで、面談やメールを介した直接のコミュニケーションを必要とする意見が多かった。これに関することとしては、労働者を介さずに情報提供を行う必要性の意見があった。

事業場側からは、主治医判断の根拠と責任所在の明確化が複数挙がった。安全配慮義務により責任を問われるのは事業者なので、判断根拠が明確でないと心配で就労させられないとする意見があり、「フィットノートをもとに就業させた後労働者の病状が増悪した場合、主治医は何らかの責任を取れるのか？」という懸念や、「医療で治療できないまま、治ったか治っていないかわからない」労働者の復職を事業主側に求めるのであれば、どの程度回復し、活動できている状態なのかをわかるようにして欲しいという意見が出た。こういう状況に対して、生活活動

記録等の記入を義務化し、主治医の意見の根拠（復職の可判断）を添付するなどの対策案が挙がった。

主治医側からは事業場が主旨に基づいて、フィットノートを普遍的に使用するシステムの必要性が挙がった。事業場の協力的な情報提供や、本人の適応に関する加点法的な職場の理解を望む声もあった。

主治医、休職者、事業所、産業医、家族の情報共有と復職に向けての前向きな姿勢が大切であるとして、フィットノートをコミュニケーションツールとして期待することの意見は多く、主治医と事業所側が直接接触することの必要性が多く出された。事業場、主治医両者の負担についての懸念もあり、社労士やアシスタント等が間に入って連絡をする必要が指摘された。

このほか、マニュアル全般について、レイアウト、用語表現、などの修正点について意見をいただき、一部マニュアルの修正で対応した。対応を保留したレイアウトの修正、資料の追加等については、運用の具体化に伴い適宜改定されるものとして、記録を残すこととした（表７）。

4) フィットノートの主治医意見がどの程度反映されるとよいか

フィットノートの主治医意見がどの程度反映されるとよいかという問いに対しては、35 パーセントの主治医が正確に反映されることが望ましいと答え、45 パーセントが、事業場が勘案して調整してよいと回答した。

5) 情報提供の手順について

事業場の復職システムの整備の具合に関わり、フィットノートを発行する状況は複数考えられ、ケースバイケースで進めるという意見が最も多かった。ここでキーとなるのが「主治医と職場の連携」で、下記のような前提ができていれば、労働者、主治医のどちらから手順を始めてもよいという意見が複数あった。

(1) 受診時を含め、労働者の復職の求めに応じて手続きを開始する前に、事業者から主治医に、事業場の制度、復職に関するルール、休業期間等に関する情報提供を行う。
(2) フィットノートのシステムがあるという三者への情報提供、理解。

情報提供の順序別ケースの例を表８に整理した。

6) フィットノートシステムの文書料

自由意見で料金設定を訪ねた結果、図２のようになった。

労働者負担を考えたとき、休職中の労働者の経済状況や複数回のやりとりが必要になる場合を考えると安価に押えたいという意見がある一方、あまり低価格では、操り返し作成の依頼や提出があっても困るという意見があった。労働者の負担軽減に対して保険適用などの配慮の必要性が指摘された。

安全配慮義務の観点から労働者の状態を把握することの重要性を重視し、全額事業者負担とする意見があった。医師の意見の中には、医師のインセンティブにつなげるべきという意見と、記入の簡便性が料金に影響するとする意見があった。

7) フィットノートシステムの文書料の負担先

フィットノートシステムの文書料の負担先については、公的な医療保険制度で賄うこと、患者負担、事業場負担がそれぞれ４割程度を占め、続いて健康保険組合が２割の順であった。自由記載に書かれた意見では、各種割合でそれぞれが折半する意見が多かった。復職申請の目的ととって事業主負担とするもの、就労可能な健康状態に回復したことを証明する文書として労働者負担等、立場による考え方とともに、労働者に負担を鑑みた際、事業場、または、健康保険組合の負担、もしくは、診療報酬に含まれることを期待する意見が上がった。

8) 主治医と事業者（担当者）の連携を前提として、どのような情報交換があるとよいか

同行受診等面談の機会などを含めて、(制度として）直接の情報交換の必要性を挙げる意見が、事業者、精神科医共通して多かった。情報の内容は、会社が考える復職の条件、会社側から医師に予め伝えておくこと、とくに、会社が考える復職の条件を会社側から医師に予め伝えておくことに関してであった。主治医側にも、直接担当者が説明に来てくれた方がスムース、医師、患者、会社との三者面談が出来たらよいという意見があった。事業場側が、これならできるという条件を出せるとよいということは研究班内でも出されていた。情報交換の内容については、事業場の状況を理解してもらう必要性も複数挙

がった。また、服薬に関する情報も、患者情報の正確性（妥当性）の必要性とともに挙がった。主治医からも、仕事内容、評価、職場の人間関係、労働時間（残業）、元々の働きぶり、飲酒状況・健診データの添付、就労規則など職場のルールが必要な情報として挙がった。（表９）。

9) 主治医と事業者（担当者）の連携を前提として、どのようなルールを定めておくとよいか

不利益処遇の禁止については、とくに主治医側から必要性が上がり、法整備の必要性についての回答もあった。

労働者の個人情報をやりとりするので、事前に労働者の同意を得ておくことについての意見は多かった。密接に関連するものとして、守秘義務の徹底や、情報の保管までを含む情報管理に関するルールの設定が多く上がった。一方で、情報管理の中には、「事業場からの情報は本人に伝えない」といった意見や、労働者の同意がなくても、主治医と事業者が情報交換できるなど、主治医と事業者間のみでの情報共有を行う仕組みの必要性を挙げる意見があった。

主治医と事業場の直接面談を望む意見も多く、実務上のルールとして、面談に関して確実に連絡の取れる手段や時間帯を決めること、両者の記載で分かりづらい点や疑問点などを率直に聞き合えるしくみ作り、情報交換の内容に労働者の日常生活の状態報告を取り入れる等が挙がった。

実務的な内容としては、面談時間とその費用、フィットノートの発行回数と受け渡し方法、フィットノートを記入する場合と、フィットノートだけではカバーできない就業に関する相談がある場合の料金体系のルール化が出された。

責任体制の明確化に関することは、ここでも提出され、事業者側からは、フィットノート記載の配慮内容は、「会社によっては、対応できないことがあります。」と明記し、労働者が勘違いしないようにすること等を含め、会社に配慮する義務がないこと、強制されないことを明確にするという意見は多く、就業配慮が必ずしもできないことについて不安の大きさがうかがわれた。また、主治医からは、仕事の内容についての責任は事業者にあることが重要とするものがあり、両者ともに責任に所在に関する懸念が存在することがうかがわれた。

一方で、本人の誠実な職務遂行の実現に向けて協力することが大切、労働者への配慮（不利益にならないように)、「患者の立場に立つ」「正確で誠実な内容と情報提供をする」といった姿勢についての意見もあった。柔軟な職場内配慮などを行うという企業側の意思表示が大切とする主治医意見もあった。

10) そのほか、フィットノートシステムに対する意見（実務上の課題等）

偏りのない正確な情報交換がなされていく必要とともに、今後フィットノートシステムを定着させるためには、産業保健総合支援センターの相談員、促進員の研修、また事業場における訪問支援の強化や事業場における訪問支援の強化も必要になってくると考えるとした、サポート体制の充実が不可避なこと。精神科医が産業保健について十分に学ばないと、フィットノートシステムを運用することは難しいという意見も主治医側から出された（表 10)。

10. 専門家による意見聴取

日本産業衛生学会指導医、日本産業精神保健学会専攻医として産業保健、精神保健の両分野に精通し、社会保険労務士の資格も有する専門家に、専門的見地からご助言をいただいた（表 11)。

フィットノートシステムを支える制度として、英国で取り入れられている FFWS の機能の重要性が強調された。組織の中立性や、教育や行動規範の設定等スタッフの質の管理、再就職についても可能なサービスの拡充など十分に機能するために必要な項目を挙げていただいた。

主治医は、自分が記した意見がどう扱われたか知りたいと思われるので、事業場で行われた決定をフィードバックする仕組みがあってもよいというご意見もいただいた。そのためには、フィットノートを双方向に使えるようにする仕組みもある。

社労士との連携には具体的な案を出していただいた。社労士の意見にも挙がったが、社労士の機能（役割）と他職種との連携の明確化が必要とされた。

メンタルヘルス不調による労働者の復職支援に積極的にかかわっておられる慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室の白波瀬丈一郎特任准教授には、フィットノート導入に当たり、臨床医に必要になると考えられることがらとして、臨床

医の認識変革の推進、技能の習得、制度の整備の三点を挙げていただいた。臨床上のアウトカムの一つとしての復職をとらえ、そのことを可能にする技能の習得（精神科医及び患者の教育の必要性）と、トレーニングを支えるインセンティブ（制度上の支援）を挙げていただいた。臨床医の支援体制の一つのリソースとして、先に国家資格となった公認心理士の活用もご指摘いただいた（表 12）。

以上、情報を総合し、マニュアルを修正した（巻末資料）。

## D. 考察

フィットノートシステム全体像のまとめ

フィットノート は、公的な支援を含め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 1 上左）を断ち切って、まずは、1 週間以上の休業で GP がフィットノートを発行し、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。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 FFWS に紹介される（図 1 上右）。FFWS 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ードで提供して早期の復職を目指すものである。

対象の設定

フィットノートを導入することにより、もっとも益を受ける対象は、産業医選任義務のない小規模事業場である。社内の制度変更など状況が許せば、大企業でも支店等で活用の可能性がある。わが国へのフィットノート導入に当たり、特に小規模事業場を対象とした時のメリットを表 13 に整理した。

適用疾患

就業を検討できる障害はすべてフィットノートの適用となるが、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用の可否が懸念される。とくに、療養にあたって必ずしも（完全）休養を要しない適応の問題は適用が高いが、精神疾患に適用する場合に留意すべき疾患について検討しておく必要がある。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のある状況と思われる。表 4 に、フィットノートの適用に際し留意すべき精神障害を例示したが、いずれも病状や事業場における合理的な配慮により適用可能な例はある。

フィットノート導入を促進するツール

1）ケースの就業状況に関する情報を聴取するためのツール

メンタルヘルス不調に陥る前の、労働者の就業状況やパフォーマンスを知ることは、主治医にとって有用である。最終年度の模擬的試行において得られた意見を基に改良を加えたものをマニュアルに示した（巻末資料）。

2）ケースの就業準備状況を把握するためのツール

主治医が、ケースに仕事のことを、構造的に尋ねることができるチェックシートは、主治医によるケースの把握、職場復帰支援の両面で有用となる可能性がある。主治医が、ケースと就業に関してディスカッション（コンサルテーション）する過程は、労働に対して前向きな考えを引き出す、もしくは、自らが主体的に復職に関する意思決定をしていく機会にもなり、当該ツールは、Shared decision making の機能も含有するものである。こちらも模擬的運用において、主治医からは、患者にわかりやすいネーミングとして、「現在のあなたの心と体の状態について」などが良いとする意見があり、取り入れた（巻末資料）。

フィットノート導入にあたり、法的に勘案しなければならない事項

制度化する際にもっとも留意されるべき点は、主治医によるケースの労働能力判断の妥当性であり、制度設計の意義の明確化とともに、主治医のトレーニングの必要性が、ここでも明らかになった。

訴訟の有無に関わらず、労働者を中心とする当該ステークホルダーに不利益を及ぼしてはいけない。文書の趣旨は変わるものの、取り扱いは従来の診断書と同様であり、ケースに不利益をもたらすものではないことを、十分に伝える必要がある。

制度化のための課題の整理

1) 導入を促進するインフラの設定：コーディネィティング

フィットノート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ため、事業場側には、フィットノートを受けた後、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。

2) 柔軟な雇用形態

雇用形態については社会制度上の制限が大きい。小規模事業場では、就業規則の範囲で柔軟な配慮を設定できる可能性がある。フィットノートでは、主治医は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。産業医抜きで、事業者責任でやれることを既定する必要がある。自然、裁量は大きくなる可能性はあるが、就業配慮期間等の設定については明示する必要があり、フィットノートの再評価期間を目安にすることとした。

3) 発行時期

フィットノート発行のタイミングは、早期の職場復帰と不要な休業の防止を主目的として、主治医には可及的速やかに記入をしてもらうことが望ましい。専門医の「要休業」診断書を受けて休業の手続きが始まる現状では、多くの場合、主治医が患者を初見するタイミングとなるが、多忙な臨床医にオンタイムの発行を求めることは難しい。初診時に正確な診断を立てることが難しい精神疾患などでは、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ができるとよいのかもしれない。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をすることになる。以上を総合すると、英国の例に倣い、初診後、４週間程度までの発行が妥当なところのように思われる。

主治医には、再評価に当たっての期日を記入してもらう必要がある。期間は、職場における就業制限（休業を含む）期間の目安になる。臨床的判断にもよるが、英国で長期間の発行が認められていないように、一定の期間設定が必要と思われる。

4) 就業ができない場合の福祉的措置への移行

フィットノートシステムが有効である期間の設定と関連して検討されるべき事項として、就業ができない場合の福祉的措置への移行が検討される必要が ある。

関連の検討事項としては、休業をした場合の保険給付の出所について、合わせて整理される必要がある。

以降の課題は最終年度の結果とともに考察する。

最終年度

主治医用、事業者用、労働者用に作成したモデル事業用のフィットノートとそのマニュアルの臨床現場で模擬的に試行して、事業場担当者、産業保健職、主治医から情報を収集し、産業保健専門職と精神科医医師によるワーキンググループ及び専門家による討議を経て、わが国にフィットノートを導入するにあたっての課題を整理し、現時点でのフィットノートと導入マニュアルを作成した。

フィットノートの導入主旨は、好意的に受け止められていた。一方で、主治医責任を明確にするために必要とする、やや主旨を取り違えた回答もあったが、これは試行版マニュアルの不備のために、意図がよく伝わらなかったものと思われる。フィットノートは、責任所在を明確にする書類ではないが、現行の制度では訴訟の問題もはらんでいるため、文書の位置づけについては、ステークホルダーの納得のいく法制度を含めた設計が必要である。

フィットノートのデメリットとして、事業場側からは、医師の意見に関する根拠の必要性が、主治医側からは事業場が主旨に基づいてフィットノートを使用することの必要性が挙がった。

具体的な改善提案として、事業者側、主治医側両者から、直接のコミュニケーションを求める意見が多かった。30 分でよいので三者が一緒に話ができる機会があればよいという意見があった。

事業場側の不安としては、対応不可能な配慮を求められる危惧、そのために、自事業場の状況を、主治医によく知ってもらっておく必要を求めるなど、主治医に産業医の職務に近いものが求められていた。一方で、主治医側からは産業医の存在と機能を必須とする意見もあった。フィットノートを使用することの最大のメリットは、主治医及び事業主（もしくは、担当者）に、産業保健職の機能を一部肩代わりしてもらうことにより、産業保健職が不在の事業場において復職のプロセスが機能することと考えられるが、この機能をどこまで埋めることができる

かは大きな課題のように思われる。

主治医と事業者間のみでの情報共有を行う仕組みの必要性が多く効かれた。ケースの情報を職場とやり取りすることでの配慮の必要性も指摘された。職場からの情報にも正確性を欠く可能性は存在するため、当該文書のやり取りについては、ケースの同意を得る（労働者を介して職場に依頼する）こととしていたが、当事者を介しての情報交換のむつかしさが明らかになった。

フィットノートシステムの実務上の課題として、事業場側の負担軽減、事業場側から主治医に求められるものの中に、就業配慮内容と労働者の状況に関してすり合わせを求めるなど産業医の職務に近いものがあった。フィットノートの性格上想定されることはあるが、主治医の対応可能性は未知数であり、事業場側、主治医側ともにサポート体制の必要性は重要な要素である。

フィットノートの運用の主眼は、主治医に負担なく書いてもらうもので、現実的に、すべての専門医にフィットノートを書かせることができないことを鑑みると、フィットノートを発行することのできる資格制度を設けることは一つのソルーションとなる可能性がある。

フィットノート導入に当たっての事業場側の不安要素の大きなものは、主治医の意見に対して対応ができない限界であり、「中小規模では主治医の指示する人事異動や仕事の代替がしづらいため、企業規模で分けて考える」「中小企業においては、配置転換はなかなかむずかしい。むしろ、短時間勤務の可能性をさぐっていただきたい」という意見があった。このほかにも、「意見書の内容通りに会社が配慮・調整を必ずできるものでも、しなければならないものでもないことを労働者が理解できるよう、過度な期待で労使間のトラブルにならないように一文付け加える」「フィットノート記載の配慮内容は、「会社によっては、対応できないことがあります。」と明記し、労働者が勘違いしないようにする」こと等を含め、会社に配慮する義務がないこと、強制されないことを明確にするという意見は多く、就業配慮ができないことについて不安の大きさがうかがわれた。以上の懸念は、英国の事業者が挙げているものと共通であった。

産業保健職の専門的意見として、英国で取り入れられている Fit for Work Service 等、就業ができない場合の福祉的措置への移行や、フィットノートシステムを補完するシステムの重要性が指摘されたが、今後フィットノートシステムを導入するためには、産業保健総合支援センターの相談員、促進員の研修、また、事業場における訪問指導の強化等、サポート体制の充実が不可避である。

さらに精神科医からは、臨床医に必要になると考えられることがらとして、臨床医の認識変革の推進、技能の習得、制度の整備が挙げられた。

事業場からも、急性期を過ぎたら、就労できる体調作りを主治医にも指導してもらいたいというニーズが挙がったが、英国では復職が治療のゴールととらえられている。フィットノートが、労働者に何ができるか、に焦点を当てたものであるとすれば、主治医は、ケースの職務や、日々の仕事が健康に及ぼす影響について理解しておく必要があり(Coole et al, 2013)、英国では、GP の態度を変えるための教育プログラムが導入され一定の効果を挙げているようであり(Cohen, Khan, Allen, & Sparrow, 2012; Money, Hann, Turner, Hussey, & Agius, 2015)、わが国に導入する際の参考となると考えられた。

既に行われようとしている制度や事例の活用として、平成 28 年 2 月 23 日に、厚生労働省から、がん、脳卒中などの疾患を抱える労働者に、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と職業生活が両立できるようにするため、事業場における取組などをまとめた「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が公表された。治療と職業生活の両立支援の進め方として、①労働者が事業者に支援を求める申出（主治医による配慮事項などに関する意見書を提出)、②事業者が必要な措置や配慮について産業医などから意見を聴取、③事業者が就業上の措置などを決定・実施（「両立支援プラン」の作成が望ましい)、という進め方を提案している。ここで想定されている労働者の健康障害はがんや脳卒中などの疾患であるが、提示されている主治医向けの勤務情報提供様式例や主治医の意見を求める際の様式例による情報のやり取りは、これまで述べてきたフィットノートの情報のやり取りと共通するものである。さらに、治療と職業生活の両立支援に関するセミナー、都道府県の産業保健総合支援センターでの相談、企業に対する個別訪問支援、労災病院に併設する治療就労両立支援センター等との連携による支援等、産業保健総合支援センターによる支援の考え方は、広くがんや脳卒中以外の疾病にも応用されることが期待される（小山

2014)。

事業場と主治医の連携を促進するツール等は、種々の現場で導入されている。たとえば、事業場側から、主治医の意見を求めたい従業員の勤務時間帯・通勤手段、治療開始前の残業実績、復職予定業務の作業と特性がわかる情報を送り、主治医は、復職後の従業員が行う作業に対して、「問題なし」、「要配慮」、「不適」の判断をして事業者に伝える等の試みがなされている（滋賀産業保健総合支援センター 2016)。

## E. 結論

わが国にフィットノートを導入するにあたっての課題を整理し、現時点でのフィットノートと導入マニュアルを作成した。フィットノートは、事業場と主治医の直接のコミュニケーション促進のツールとして期待されること、フィットノートを捕捉する生活記録表などの資料や、アシスタントやコーディネーターなどの支援体制が必要なこと、福祉への移行をスムースにする制度の必要性、課題として、情報管理は単純にオープンには進められないこと、責任体制を整備することが挙げられる。表 14 に、従来の診断書にフィットノートが付加する機能を挙げた。フィットノートがもたらすベネフィットを得るためには、事業者、主治医、労働者が努力するという姿勢を求め続ける必要がある。

## F．健康危機情報

該当なし。

## G. 研究発表

1. 論文発表
   1) 堤 明純：フィットノートの紹介とわが国への導入の検討．産業医学レビュー 2016; 29 (3): 121-144.
2. 学会発表
   1) Tsutsumi A: Challenge of applying fit note system to Japan: to help workers who suffer mental illness return to work. International Conference on Sustainable Employability. 14-16 September 2016 - Square Brussels Meeting Centre

## 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

## I. 引用文献リスト


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

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

Cohen, D., Khan, S., Allen, J., & Sparrow, N. (2012). Shifting attitudes: the National Education Programme for work and health. Occup Med (Lond), 62(5), 371-374. doi:10.1093/occmed/kqs081

Coole, C., Nouri, F., Potgieter, I., & Drummond, A. (2015). Completion of fit notes by GPs: a mixed methods study. Perspect Public Health, 135(5), 233-242. doi:10.1177/1757913915594197

Coole, C., Watson, P. J., Thomson, L., & Hampton, R. (2013). How do GPs complete fit note comments? Occup Med (Lond), 63(8), 575-578. doi:10.1093/occmed/kqt126

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)
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・災害医学会会誌 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・災害医学会会誌 53(3); 153-160 (2005)
小山文彦: メンタルヘルス不調における治療と就労の"両立支援"―９労災病院で「治療就労両立支援センター」がスタート―, 健康開発, 18 (4): 51-56, 2014.
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.
Money, A., Hann, M., Turner, S., Hussey, L., & Agius, R. (2015). The influence of prior training on GPs' attitudes to sickness absence certification post-fit note. Prim Health Care Res Dev, 16(5), 528-539. doi:10.1017/s1463423614000577
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
滋賀産業保健総合支援センター:「会社と主治医間の情報連絡シート」, 産業保健２１, 4 (84): 24-25, 2016.
Silk A. (2015). Material for Fit note Discussion with Japanese Delegates, held at DWP 19 Feb 2015.
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 et al: Psychiatric knowledge and skills required of occupational physicians: priorities in the Japanese setting. J Occup Health, 53(5)371-376, 2011
堤　明純. 日本型職場復帰診断書（fit note）システムの試行. 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；主任：堤　明純）平成２７年度総括・分担研究報告書 (2016年)
Waddell G, and Burton AK. Is work good for your health and well-being? London, TSO, 2006.
Wainwright, E., Wainwright, D., Keogh, E., & Eccleston, C. (2015). The social negotiation of fitness for work: tensions in doctor-patient relationships over medical certification of chronic pain. Health (London), 19(1), 17-33. doi:10.1177/1363459314530738
Young V, and Bhaumik C. (2011) Health and well-being at work: a survey of employees. DWP Research Report No. 751

**表１　フィットノート導入の考え方**（Carol Black, independent report）

- 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
- 休業期間が長いほど、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」と比喩されている）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
- 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（産業保健サービスは贅沢とされている）
- 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 の助言を可能とする
- 就業は、仕事が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→復職ではない）
- 復職は重要な臨床アウトカム（治療のゴール）

**表２　フィットノート導入後初期の効果―質的調査の結果**

GP における評価

- フィットノート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フィットノート利用の障害となる

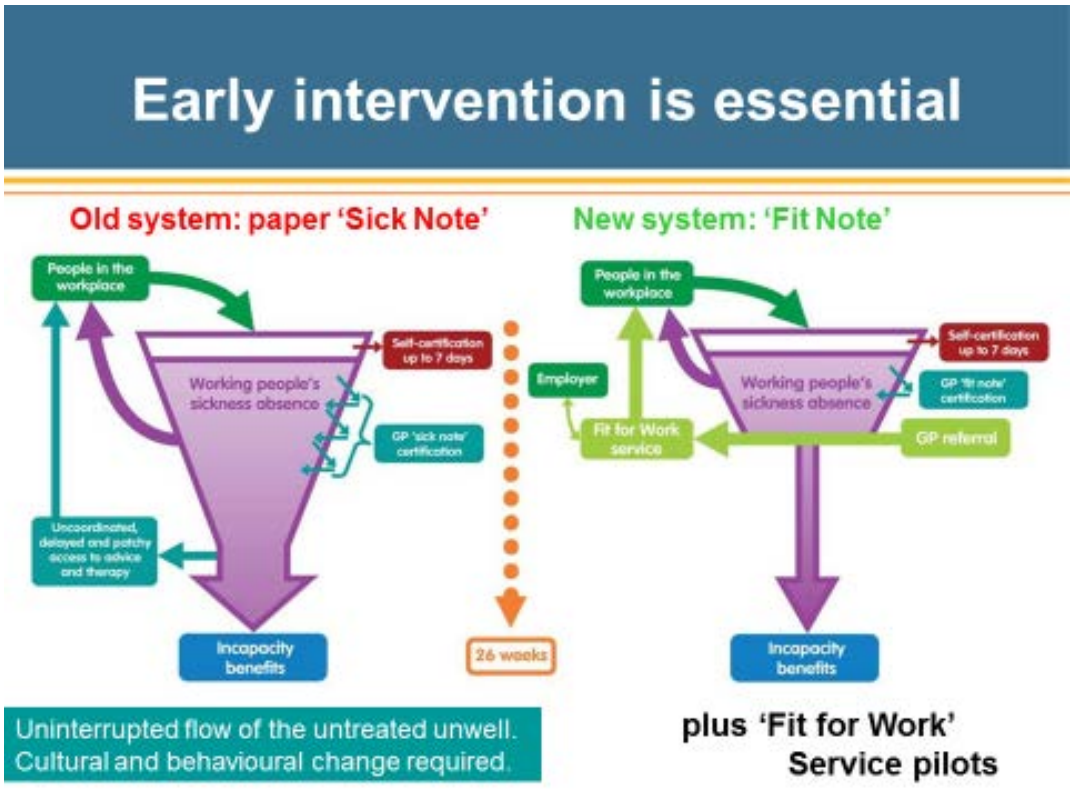
事業者における評価

- 必要な就業措置に関する労働者とのコミュニケーション増加
- 休業数の減少や休業者のマネジメント向上に有用との意見がある
- フィットノートの効果は、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
- 時間調整などはやりやすい方策。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いる
- GP が労働者に望まれてフィットノートを作成しがちだと感じ、事業者との直接の連絡や「仕事に適する可能性がある」オプションをもっと使用してほしいとしていると感じている

労働者における評価

- 復職について、事業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ものもいる

図１．フィットノートシステムの全体像（Black, 2015 から）



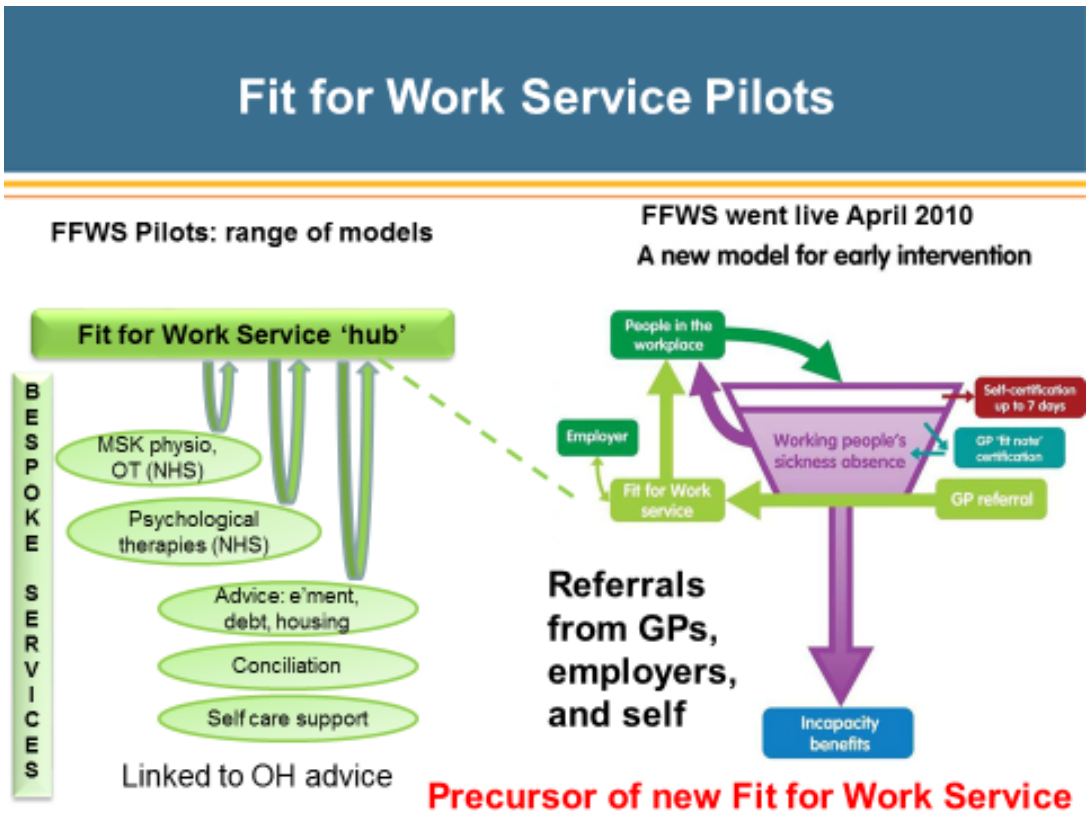



**表３　フィットノートをわが国への導入に当たって検討するべき事項**

- 対象となる事業場
- 柔軟な就業配慮は可能か？
- 適用疾患の整理
- 労働者の不利益とならないという保証
- 法的問題の整理
- 就業ができない場合の福祉的措置への移行
- 発行費用等
- 負担とならない書類量
- 臨床医のトレーニング等

**表４　フィットノート適用に際し留意すべき精神障害**

- 切迫する希死念慮がある
- 薬物依存・アルコール依存
- 精神遅滞
- パーソナリティ障害
- 器質性精神病
- 未治療の統合失調症
- 発達障害

**表５　わが国にフィットノートを導入する場合における法的な課題についての整理事項**

医療の範囲のみで導入する場合

- マニュアルを使用した適用疾患の篩い分けの実施を取り入れることなどと同様の手続きとなる～要は、医療の中での治療方法やシステムの変更と同じようなものになる～ため、医師のコンセンサスを含め、医学的な裏付けがある限り、おそらく法的な課題は少ない。

様々なステークホルダーの参加を得る公的な制度としての導入

- フィットノートへの記載内容の判断をどのような基準で行っているのか（主治医によるケースの労働能力判断の妥当性）が問われる可能性について検討をしておかなければならない。英国において、フィットノートがどのような社会的認識を背景に導入され、現にどのように運用され、どのように受け止められているのか等について十分な調査の必要性がある。

  訴訟問題となる可能性（例）
  - 労働者は働けないと思っているのに就業させられ、症状が悪化した場合
  - 労働者は働けると思っているのにその適用を受けられずに休業が続いたり、退職に至った場合

わが国で制度を展開する際に、特に念頭に置く必要がある事項

- 病者の解雇は最終手段とすべきという解雇権濫用規制と解雇回避努力義務
- 病者への適切かつ合理的な配慮を求める健康配慮義務
- 障害者への差別を禁止し、合理的配慮を定める改正障害者雇用促進法とそれを受けた民事上の法理論
- 病者等の適正配置を求める労働安全衛生法第６８条の解釈適用

**表６．具体的な改善提案**

【事業場・主治医間のコミュニケーション】
- 主治医の指示の的確さは、主治医が、対応能力に関係する事業場規模を含めた、事業所の実状を正しく把握しているかどうかで決まるため、両者のコミュニケーションが重要。
- 企業と主治医が面談可能な方向性を持ったシステムにして頂きたい。
- フィットノートは、ひとつの足がかりとして期待するし充実も望むが、ひざを割って話し合う風土作りができるよう、その一歩にしたい。
- 主治医とのコミュニケーション機会を増やすためにできる事を検討する。
- 書面としてはあまり複雑にしたくないのでフィットノートに加えて、主治医と事業者が相談（面談）やメール等のやり取りができる仕組みがあってよい。
- 主治医の記載する指示については、事業場と労働者とで話しあうこととなっているが、職場の事情で必ずしも指示に従うことができないことが予想される。主治医と事業場とでさらにコミュニケーションをとることができるのが望ましい。
- 主治医と事業場担当者が自由に話し合いの場が持てる。
- 職場として配慮可能な範囲を本人・主治医を含め説明し、すりあわせる仕組みが必要。

【主治医判断の根拠と責任所在の明確化】
- 「条件が合えば就労可能」の判断根拠を明確にさせる必要性。
- 安全配慮義務により責任を問われるのは事業者なので、判断根拠が細かくないと、心配で就労させられない。
- フィットノートをもとに就業させた後労働者の病状が増悪した場合、主治医は何らかの責任を取れるのか？
- 医療で治療できないまま、治ったか治っていないかわからない労働者の復職を事業主側に求めるのであれば、どの程度回復し、活動できている状態なのかをわかるようする。
- フィットノートを診断書の代わりに使用することができるようにするためには、医師のおすみつきであると捉えられるだけの根拠がほしい。
- 生活活動記録等の記入を義務化し、主治医の意見（復職の判断）の根拠を添付する。

【主治医からの情報内容】
- 労働者との接し方や周囲の者ができること等ソフト面での情報
- 主治医記入の「就労に関する意見書」の記載内容をより具体的にする。
- 安全配慮義務を課している以上は服薬の情報は必須。
- 主観的な数値表は事業側への提供は不要。客観的にわかるものを求める。

【支援体制】
- 事業所と関わっている社労士が、主治医の指示内容で労働に関する事柄については間に入って連絡を取り合う。
- 労働者と事業場のギャップがあるので、社労士が間に入りヒアリングを行うことで、主治医の指示を事業所にスムースに伝えられる。
- 事業者は、フィットノートが送られることが負担に感じられるので使用法に関してフォローが必要（事業所で調整を行うコーディネーターの設置）

【追加すべき項目や資料】
- 情報提供の書類の各項目に適宜選択肢をあげる。
- 勤務時間、出勤日数、担当する業務内容（PC 操作・対人援助等）、環境（一人で作業・チームで作業等）

【追加資料】
- 労働者の生活記録表
- 事業場の復職・休職の条件等が書かれた書面
- 就業配慮期間を明確にする
- 再評価が就労困難（不可）の時しか記載されないと、いつまで配慮すべきなのかが分かりづらいので、就労可能な場合でも再評価について記載する。
- 主治医記入の用紙に欄を設ける。特に就労困難（不可）である場合、再評価日まで休業を要するということについて延長になるのかなど見通しが分からないと会社としては困る。

- 就労可能な場合についても、病状に関するリスクも把握したい。どれ位の期間配慮が必要で、その間にはどのような病状・変化が考えられるか。
- 主治医と本人と会社の三者が面談できるようにマニュアル・流れ・活用例を作成する。
- 本人の不安や不安定の程度が判らないので、勤務につく場合、職場での留意点がある。

**表７．レイアウトや追加情報等今後フィットノートを実用化するにあたり考慮する項目**

【レイアウト上の工夫】
- 情報提供にあたりなるべく文章ではなく項目を挙げ、１～５位の数字化して書きやすく、かつ見やすいノートにする。
- 連携の手順について、モデルを提示し、流れに沿った番号を付す。

【具体的な例示】
- 項目ごとにもっと具体的な内容・質問にする。
- 事業場からの情報には具体的な事例を入れる；選択式にすると書きやすい。
- チェック項目について、さらに具体的な記載をしてもらう工夫。
- 就労に関する意見書について、期間や段階等について選択式にする。
- 労働者からの情報には、自信の度合いを示す指標や、不安に感じる内容の例、具体的な気持ちを表すことができる例を付す。
- 小規模事業所の場合、配慮事項に制限があるので、事業者が何をすればよいのか、できる限り、具体的な記載をする。
- 手順に関することで、どの段階でどのような使用法をするのか、事例を用意する（たとえば、在職中にフィットノートを使用する際の例）。
- 活用事例を増やす。
- 「就労に関する意見書発行のための情報提供」に事業場の要望を記載する項目の追加
- 「就労の準備状態について」に「あなたが再発を防ぐためにできることは？」という記載項目があると労働者の振り返りになってよい。
- 残業は、夜遅いのか、土日出勤かで違う。
- フィットノートを使う時期（位置づけ）がわかりやすいように、職場復帰支援５つのステップを明記。

【記入例】
- 「情報提供」への記入は、中小企業だと負担が大きく協力を得られにくい。社内にメンタルヘルスに詳しい社員がいれば記入できるが、いないと記入できない（記入しない。）素人の上司でも記入できるくらい丁寧な詳しい記入例が必要。
- マニュアルに記入例を複数用意し、参照できるようにする
- 「頻繁な」はわかりにくいので、月に〇回以上など、明確にする。
- 事業者にとっては簡単に記入できる（必要十分な項目の）チェックリストがあるとよい。

**表８．情報提供の順序別ケースの例**

【主治医から】
本人の復職の意思によるとき。
労働者の復職意志を主治医が確認した上で事業場の情報提供を求める（医学上のことは医師が指導的な立場で本人へ助言してもらうと助かる）。
【事業場から】
勤務不良の時、復職の時、休業途中でだらだらとしているとき。
職場復帰プログラムがある企業は、事業場から「職場復帰支援に関する情報提供依頼書」が出て、本人の同意を得て主治医へ。
休職期間中の労務管理、安全配慮義務の担い手であるためまずアクションを起こすべき（休職前に、時期がきたらフィットノートを主治医に送る旨同意をとっておく）。
【本人から】
復職の求めに限らず、労働者からの求めに（広く）応じて手続きを開始。
労働者の復職の意思表示→主治医→会社へ情報提供を依頼。
労働者が体調良くなったきざしが出てきたら、積極的に情報提供を求めてもよい。
生活活動記録を付け、１ヶ月以上、１日８時間以上、家の外で活動できるようになったら本人から職場に申請してもらい、医師への情報提供依頼書を労働者から主治医に書いてもらうよう依頼させる。寛解時期から日常生活状態を報告させるようにする。
職場復帰プログラムがない企業は、本人の職場復帰願い→事業場情報提供依頼書→主治医。
在職者（休職していない労働者）は、主治医の指示に基づき、本人が会社に依頼。

**図２．フィットノートの文書料はどのくらいがよいと思うか（全体集計）**

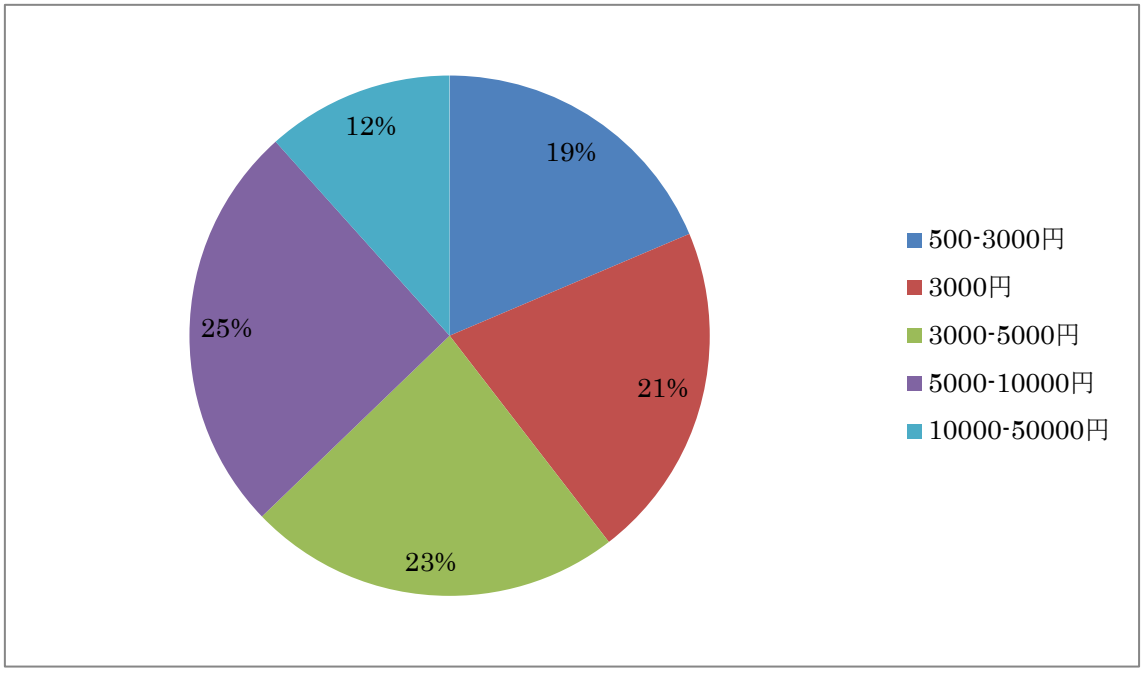


**表９．主治医と事業者（担当者）の連携を前提として、どのような情報交換があるとよいか**

【接触方法・メンバー】
- 書類だけではなく、電話あるいは面談での情報交換。
- 主治医、労働者本人、会社担当者の三者、産業医等の事業者側の専門家を含めた四者協議、情報提供のシステム。
- 主治医が追加情報を求めた際、事業者が迅速かつ正確に対応すること。
- 提供しにくい情報のやりとりには、社労士等による第３者的な関与。
- 療養が長期に及ぶ時は定期的な情報交換の段取り。

【情報類】
- 事業者の考える復職の基準（職務能力、復職の条件)、復帰役の支援体制、休職ルール。
- 生活記録表。
- 職場復帰プラン作成のページ、職場復帰までのスケジュール表。

【内容】
- 主治医は労働者の職場、労働環境を知る必要があり、事業者は病気の特徴と今後の接し方を知る必要がある。特に職場復帰を受け入れる事業所の同僚の受け入れ方にも注意が必要
- 仕事内容、職場の人間関係、労働時間（残業)、元々の働きぶり、飲酒状況・健診データの添付、就労規則など職場のルール。
- 労働者の勤務状況、勤務態度、勤務成績（評価)、業務内容の詳細、経歴、職歴、組織図。
- 不調発現前（入社時）の就労状況、能力、性格などの情報。
- 労働者のモチベーションや満足要素。
- 労働者の働きぶり―勤務内容の他に、勤務態度、協調性（同僚、上司とのコミュニケーション）の変化等、ハラスメントにかかわる情報。
- 本人が事業者へ直接伝えにくいストレス要因と、事業場がそれに対応するにあたっての正直な限界点。
- 中小企業の立ち位置。小規模事業所持有の情報・状況（例：職務の変更ができない、他の職務が用意できない、リハビリ出勤の配慮ができない、産業医がいない、等)。
- 就業規則の労働時間、短時間正社員等の制度の有無。
- 会社ではどのような環境調整ができるのか。会社にどのような復職支援制度があるのか。
- 就労に関する意見書の配慮する項目についてより詳細に書けるよう情報の交換。
- これまでの業務内容を洗い出して、できること、一部できること等の具体的事項。
- ストレスチェックの集団分析結果、企業、全体の集団分析結果。
- 症状として配慮すべき点と、本人の自覚を促すために指導すべき点の切り分け。
- 正確な診断病名。
- 労働者の症状。何がしんどいのか？患者の具体的な病状。
- 治療状況、通院頻度、薬の副作用、回復の程度見込み。就労可能な業務、時間。
- 本人に接する際の注意点、不調時に見せる兆候、どのような接し方はまずいか、会社・上司等がしてはいけないこと。
- 投薬状況とその薬の服作用についての説明。服薬の減薬状況。
- どのような働き方、就労状況が労働者に支障をきたす可能性があるのか、また、労働者の病状あるいは精神状態によりどのような働き方、就労状況が困難なのか。
- 受入体制。当該労働者に過重になるような現状況であるかどうか、周囲の環境（同僚他)。
- 会社が求める職務内容やレベルと、主治医からの本人の状態の情報（就労レベル)。

**表 10. 主治医と事業者の連携を前提として、どのようなルールを定めておくとよいか**

【労働者の不利益取り扱い禁止及び情報取り扱いについてのルール】
- あくまでも早期の適切な復職が目的であり、解雇等の不利益取り扱い禁止の明確化。
- フィットノート作成上の情報を人事考程に使用しない。

【労働者の同意に関するルール】
- フィットノートを使用すること。
- 事業場・主治医間での情報交換時に対すること（休業届の診断書を事業所に提出した際に「情報提供交換」が開始できる等）。

【情報管理に関するルール】
- 就業に必要な個人情報扱い規程や合意書。
- 主治医から事業場への提供可能な情報範囲。
- 主治医と事業者の面談のページを設け、直接面談する事。
- 生活活動記録の事業者・主治医での共有化。
- 記載内容を労働者が見るか見ないかの明確化。
- 情報共有、書類のやりとり、面談記録、本人の意見確認、フォローについてのルール。

【実務上のルール】
- フィットノートの提出方法、提出時期。
- 緊急対応が必要な時の連絡方法。
- 発行回数（の上限）。
- 回答の期日（例えば依頼を受けてから原則１週間以内など）。
- 配慮期間をどのくらいの期間とするのか。就労に関する意見書の適用期間の上限。
- （定期的な）情報交換時期。
- フィットノート以外での面談ルール（手続きや方法）。
- 産業医や社会保険労務士の関わり方。
- 復職支援（コーディネート）の担当者。
- 条件が合わない、または、対応できない場合の対応の仕方。

【料金体系】
- 費用負担の所在。
- フィットノート記入時及びフィットノートだけではカバーできない就業に関する相談。
- （システムに取り入れるとして）電話・面談対応の時間とその費用。

【当事者の役割、責任体制に関すること】
- 主治医は意見を述べるが、事業者は可能な環境調整を行えばよいこと。
- 責任の範囲、トラブル発生時の責任の所在。
- 主治医に対しては、労働者の意向を配慮した上でも、病状に対して適切・客観的な意見を出してもらう。
- セカンドオピニオンの可能性に関する了解。

表 11. そのほか、フィットノートシステムに対する意見

【サポート体制】
- 現実に主治医が一人の患者に対して、どこまで時間をかけるかが課題。病院規模にもよるが、医師・カウンセラーも含めて事業場に対応できる体制が国の補助等も含めて必要
- 主治医と密に頻繁に連携することは現実的には難しく、主治医と事業者の連絡調整役（看護師、カウンセラー等）が必要。
- 産業保健総合支援センターの相談員、促進員の研修、また事業場における訪問支援の強化が必要。
- 事業場の負担が大きい場合には、47 都道府県にある社会保険労務士会や社労士が、会社担当者から聞き取り、「情報提供」を記入、作成するような仕組みを作れないか？厚生労働省の委託事業のような形で。

【想定される困難】
- 中小企業では、フィットノートで示された条件を整えることが難しい。
- 労働者の心身の不調が激しい場合、対応の難しい事態が多々あることが予想される。
- 主治医に労働者の知識がないと、フィットノートが記入しにくい。
- 精神科医が産業保健について十分に学ばないと、フィットノートシステムを運用することは難しい。
- 事業場側担当者の能力とかかわることとして、主治医は意見書発行のための情報提供だけで就労に関する全般のことが理解できるか
- 中小規模の事業所では、休職者の代替要員確保の問題があり、休職期間そのものが短い。フィットノートによって就労可能性を見極める前の時点で、休職期間満了で解雇となることについて国にも何らかの施策を期待したい。
- 中小企業では、配置転換はなかなかむずかしい。むしろ、短時間勤務の可能性をさぐっていただきたい。
- 書きたくない、書くことができない会社は多い（面倒、時間の余裕がない、メンタル不調の社員に否定的＝辞めてもらってかまわない）。何を、どこまで記入すればよいか悩む。
- 労災や民事訴訟、労働基準監督署の調査などの証拠として残ってしまうため、「情報提供」の「勤務状況」の部分に抵抗を感じる事業主がいる。
- 良かれと思って記入した人事担当者が、後から社長に叱責されたり解雇されてしまう可能性もある（ブラック企業の場合）。「勤務状況」は本人から聴取、又は別書式に本人が記入することにして、会社が記入するのは、早退、遅刻、欠勤情報に限定したらいかがか？
- 精神疾患の場合は、個体的要因が大きいと思われるので、主治医との情報交換の中でどの程度の内容が示されるのか、事業者として、本人との対応について、その点が難しい。
- 事業場の担当者の負担を、どのように軽減したらよい？
- 誠実に働いていて病気になってしまった労働者と、その人に帰って来てもらい働いて欲しい企業には役立つシステムだと思うが、いずれかでない組み合わせにおいては役立たない
- 英国では保険制度とリンクしているが、リンクしていない日本での運用の限界。
- 患者への不利益措置にどう対応するか。

【そのほか必要とされること】
- 現在厚生労働省が進めている療養と就労の両立支援事業との整合性。
- 事業者（担当者）の知識等の向上（担当者の異動等、会社によってレベルが違う）。
- 費用負担は大きな問題の１つ。理想的なのは労災（健康）保険から支払われるか、一部負担にすることで、利用しやすくなる。
- 企業はより簡潔なマニュアルを望む。
- 労働者の日常生活の状態を把握できる方法を併せて準備する。
- 法的義務づけとルール作りは必須。
- 法定又は行政の支援（患者の理解や同意が得られない場合でも、運用できること）。
- 社会保険労務士の立場からすると、事業所担当者のサポートをすると思うが、個人情報等を含め、どのような関与ができるのか、どこまで認められるのかといった指針が必要。
- 使用にあたって研修会があるとよい。

- 大企業等ですでにできあがっている各社なりのフォーマットとの整合性。

【主治医の協力を促すシステム】

- 例えば「フィットノート認定医師」など制度があるとよい。
- フィットノートを書く医師の資格制度。

【そのほかのアイディア】

- 休職していない労働者の場合、「就労の準備状態について」を材料として、労働者と会社担当者（人事）が話し合う使い方もできる。カウンセラーがいるなら労働者とカウンセラー（相談員）との面談で使用するなど。
- インターネットでダウンロードして、誰でも使えるとよい。
- 中小企業がフィットノートを活用したら、１人につき１万円助成するなど、雇用継続を図る（雇用保険会計から助成金として）。

**表 12. 産業医、社労士両方の専門資格を持って活動している医師にからの専門的意見**

【良好な点】

- 産業医の選任義務のない事業場、産業医が機能していない事業場において、フィットノートが推進の一助になる可能性は十分に存在する。
- FFWS のシステムはとても良く、日本で導入する際には、ＦＦＷＳの運用がポイントとなる。FFWS のシステムと内容の担保をいかに確保するかが重要。
- 医師の意見を基に、従業員と会社とがきちんと会話をかわす関係を目指している点は日本でも（すぐには難しいかもしれないが）目指していくべき。これが過労死等も防止することにつながっていく。
- 英国の傷病手当金制度は就業不可の場合 18 週間雇用主からの給付があり、その後は公的扶助に移行する。短期の就業復帰は、雇用主からの給付の削減にもつながることを考えると、この点がフィットノート普及の強い推進力になっている。

【FFWS の機能に関すること】

- FFWS のスタッフ構成と、コーディネート機能を担うケースマネージャーとはどのような人か？
- FFWS の質の管理、スタッフの評価は重要。
- FFWS が、職場を把握せずに助言をすることの困難さをどう解消するか。
- 退職した場合でも（再就職等のために）FFWS のサービスをうけることができるようにする
- FFWS の中立性の確保
- 小規模事業場の支援には、患者に接する可能性のある地産保の医師等よりは、適切なトレーニングを受けた FFWS 等のコーディネーターが支援することが機能する。
- 患者の就労を高次に評価することをある一定数の主治医に期待するのは、現実的には相当に難しい。産業医がいない／機能しない企業に健康面での適正配置を推進するとなると、要介護認定のように、主治医は意見書を書くだけで就労の判断にはタッチせず、介護では行政だが、就労なら FFWS のような第三者機関が主治医意見を踏まえて就労の判断をするという形にえざるを得ないと考える。一方で、全例の就労判断を FFWS が担うのは難しいので、FFWS は一定期間休業後に登場するという英国のシステムはよく考えられている。
- わが国の EAP は、FFWS と問題解決手法の重複があり、資源になる可能性がある

【懸念事項】

- 職住近接の労働者にとっては、主治医と産業医が兼務する可能性があり、その場合のリスクはないか；主治医としての意見と産業医としての意見のコンフリクトが発生する可能性がある。
- どのように整備するか；開業医（＝医師会）の理解を得るか。
  診断書料が確保できるのであれば、何とかなるのかもしれない。一方で、産業医との書面のやり取りで文書料が担保しづらい現状は問題
- 主治医が患者に甘く記載する可能性は継続され、それが混乱を助長する可能性はある。（今でも存在する、「短時間勤務、配置転換が望ましい」という診断書等）
- 主治医からは「産業医と連携をとることのメリットがわからない」という意見がある。
- 制限付きの就労可に苦慮することがある。（特に配慮の期間の目途が立ちづらい場合）
  いつまで主治医の助言下で配慮が必要かの期限が必要
- 小規模事業場になるほど産業医の訪問も少なくなるが、それ以上に健康への配慮を行う余裕・理解のない事業場が増えてくるのも現実。そうなると、60%で戻ってこられてもいたしかたないので、90%までは戻してきてほしいと会社が考えているのが現場の肌感触として存在。
- 初回の診断書通りに 1 か月休んで戻れない場合に、「診断書の期間会社は待ったのに戻れなかったのはどういうことだ」みたいな世界は現実にまだたくさんある。そうなると無理に

会社に出てきて、すぐに体調を悪化させて、そのまま退職という流れが存在する。このような状況下の会社において、フィットノートがさらなる誤解を生むことになる可能性はあるが、この点は行政通達と研修でカバーしていくしかないだろう。

- 就業制限が疾病利得になっている場合において、行動変容が期待難しい
- 過労死が起こるぐらい体調を崩しても、従業員から業務の軽減を申し出づらい、横並びの制度を維持している日本の慣習の中で、フィットノートをベースにした対等な話し合いができるのかという懸念はある。一方で、いつまでを労働者を父性的に保護してよいのか。
- フィットノートの条件付き就労可を会社が棄却して休業継続としたことによるリスク。フィットノートに従って就業をして健康を損なった場合に、安全配慮義務違反となるリスク、主治医の賠償責任（従業員→会社、従業員→主治医）の課題。これらの担保について、結局は産業医が意見を企業に伝達する必要があるのではないか。
- 日本では傷病手当金が休業 4 日から出るため、英国と比べると会社の負担は少なく、社会保険料（健康保険＋年金）の会社負担分のみであり、早期休業を促す推進力とはなりにくい。労働者サイドでは、傷病手当金などの制度が、（相対的に）休む方のインセンティブとなっている可能性。
- 労災事象に関する疾病休業の場合に、フィットノートがどう影響するか。労災休業中は解雇不可だが、労災休業から復帰後 30 日で解雇制限が解除されるので解雇できる可能性がある。
- 業務遂行能力の評価について、主治医が判断できるのは、せいぜい、作業負荷レベル（立位作業・労働時間）の話で、産業医が精神的な評価（集中力、発想力、コミュニケーション力）までなんとか踏み込めくらい。　職務能力（マネジメント力、スキルなど）は現場での評価以外現実的には難しい。異動して仕事ができるか否かになるとこの３つの評価が必要となる中で、フィットノートの記載についてこれらを峻別せずに書くことで、適正な異動が望めるのか。その意味ではやはり賃金と連動する必要性は高い。
- 半永続的な異動の制限や労働時間の制限は、雇用契約自体の変更を労働者から会社にしていることと同様であり、それに伴い降格や賃金の変更があるべき案件でもある。一方で、労働者や主治医にその意識がなく配慮を希望していることも課題の一つ。

【改善点】

- 主治医へのフィードバックが重要。A3 等の様式で、片面は主治医→労働者、もう片面は、会社・労働者→主治医の双方向のノートでもよい（フィットノートに基づいて決定した配慮内容を主治医に報告する等）

【社労士との連携】

- 賃金規定や社会保障との調整については、中小企業では社労士が適任（がん就労の場面でも徐々に展開が広がってきている。まだ懸念は多く、社労士が医療職の役割を理解できる機会がないことも一つの要因）
- 労働時間の短縮が長期化した場合には、雇用形態の変更や降格、賃金の減額、健康保険制度への影響（協会けんぽ→国民健保）なども十分に検討すべき案件。これらをカバーできるのは社労士だが、これを従業員への不利益ととるのか、適正な条件設定と取るのかは立場と内容による。
- 社労士は、病状を踏まえた適正配置はできないのが現実（能力的にも難しい上、基本的には医学の範疇になると認識しており、医師以外が行うべきではない領域）なので、フィットノートに記載されている業務ができうるか否かについては判断困難だろう。ただし、フィットノートを見た社労士が顧問先の人事労務担当者と協議の上「フィットノートを踏まえたが、フィットノートにある〇の業務は会社の現状から配置が難しい、一方で△と□の業務であれば配置可能になる可能性があるが主治医として許容できるか」というようなやり取りを介在できる可能性はある。

**表 13. フィットノート導入にあたり臨床医に必要となる事柄**

フィットノートを導入するに当たって、臨床医に必要になると考えられることがらとして、臨床医の認識変革の推進、技能の習得、制度の整備の三点を挙げた。

まず、病気と働くことの関係に対する臨床医の認識変革をさらに推進する必要がある。かつて臨床医は一般に、働くことはストレス要因であり、病気悪化のリスクになるという考えを抱いていた。それにより、働くという負荷を排除する方向に進む傾向があった。その後、リワーク・プログラムをはじめとして、就労支援を含めた精神科治療が実践されるようになった。こうした動きにより、働くことや企業との連携を視野に入れる臨床医が増えてきている。この状況を更に推進する必要がある。具体的には、休職期間の長期化による不利益な影響と共に、就労は健康の重要な構成要素であることの発信が重要である。医学の目的が健康の回復、保持増進であると考えれば、その実践者である医師は、患者の就労を支援することもまた自らの役割の一つなのである。

次に、この役割を実践するための技能の習得が必要である。具体的には、患者への心理教育、企業との連携手段が挙げられる。就労に関する認識を変える必要性は、臨床医だけでなく患者にもある。病気と働くことに関する患者の考えも様々である。就労が病気の原因であると考え、それを回避する目的で病気休業を利用していることもあれば、病気さえ治れば以前通りに仕事ができると考えている場合もある。こうした患者に対して心理教育を通して、病気休業は病気をよくすると共に仕事に戻っていくための準備期間であると共に、仕事に戻ることも治療のうちであることを伝える必要がある。

臨床医の多くは、産業医の求めで診療情報提供書を作成したことがある程度で、企業と連携する経験が乏しいと考えられる。したがって、臨床医と企業との連携の仕方をより具体的に示していく必要があると考える。加えて、好事例を集め、それを呈示することも有用である。

三番目に、トレーニングを支える枠組みとして、インセンティブを含めた制度整備が必要である。フィットノートの作成費用に加えて、企業と連携することに対して何らかの診療報酬を設けることが必要である。さらにいえば、臨床医は多忙であり、フィットノート作成や企業との連携に時間を割くことが大きな負担になる可能性がある。その対策として、就業に関するコーディネートを行う人材を育成するのが適切かもしれない。その役割としては、患者と話し合い、仕事に戻るにあたっての課題を見つけたりその課題解決を支援したりすることや、企業と連携して調整作業を行うことなどが考えられる。公認心理師が国家資格となったことにより、今後医療機関での雇用が増加することが予想される。たとえば、この公認心理師がこうした役割を担い、臨床医と連携することも考えられる。

**表 14.　従来の診断書にフィットノートが付加する機能**

| | 従来の診断書が持っている機能 | フィットノートが付加する機能 |
|---|---|---|
| 目　的 | 医療情報の共有 | 早期復職、不要な休業の防止 |
| 考え方 | ● 傷病による勤務の可否（一般に、要休業・勤務制限）を示す証明書 | ● 働くことは健康に良いとする考え<br>● 就業上の配慮をすることにより就業継続・復職をさせる方向で、事業者と労働者の間で就業条件の調整を促す |
| 記載内容 | ● 診断名<br>● 休業期間 | ● 診断（就労を困難としている状態で可）<br>● 就業を可とする意見<br>● 就労上の配慮についての助言 |
| 機能 | ● 休業及び復職（わが国では、指針に示す第３ステップ）の手続きが開始される要件 | ● 事業者（及び労働者）が就業について検討する際、参考となる事項<br>● 就業・復職しない場合、休業補償の申請と連動 |
| 受領後のアクション | ● 休業・復職の手続き開始<br>（復職の場合）復職前面談等で、就業制限事項を決定<br>● 上司・産業保健スタッフ・本人で内容を確認<br>（復職の場合）検討された就業制限の下、復職プロセスの開始 | ● 就業上の配慮を検討<br>● 就業配慮事項について、事業者、労働者間で調整<br>● 検討された就業上の配慮の下就業継続 |

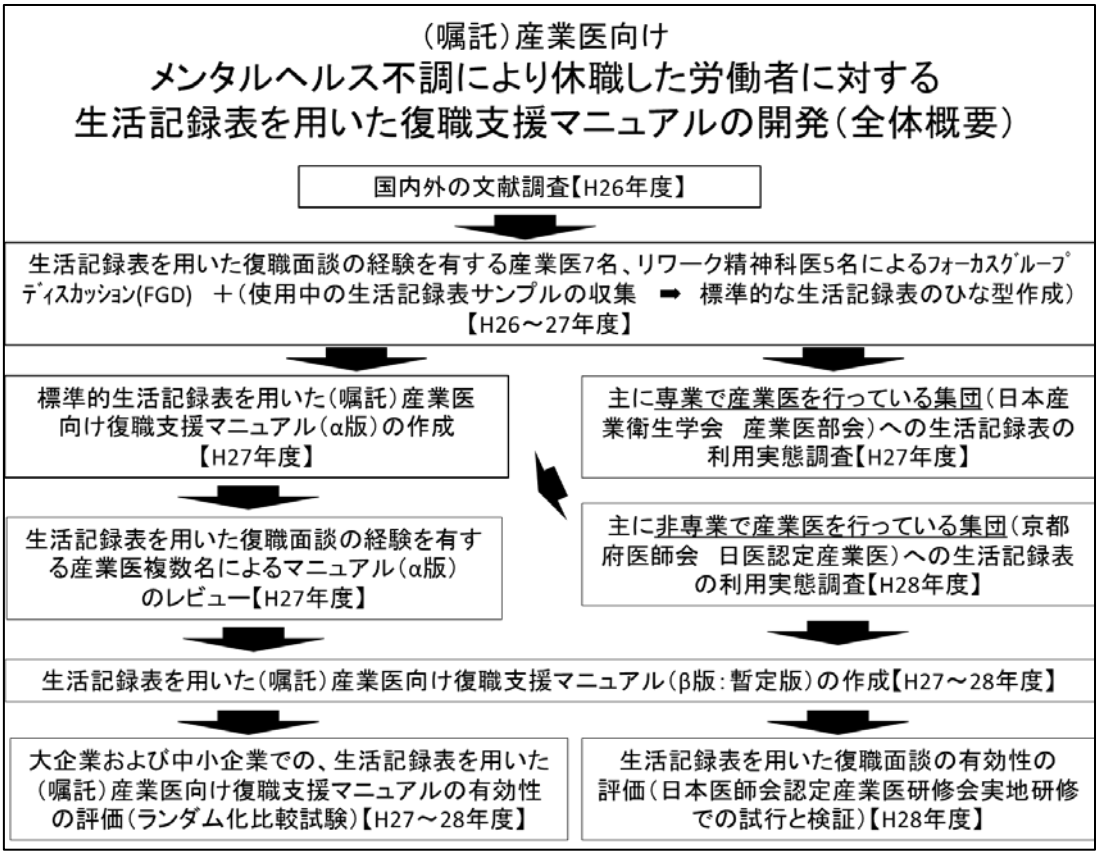
平成 26～28 年度労災疾病臨床研究事業
「メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発」
総合分担研究報告書

# 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

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（Life Note: LN）を用いた復職支援マニュアル」を作成し、その効果を検証することである。3 年間にわたる研究全体の流れを以下に記す。




平成 26 年度は、LN 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 LN 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。LN 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 LN は復職判定に役立つものと考えられた。

LN 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 LN 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LN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た。それらの特徴を網羅的に含む「標準的なLN」を作成した。

平成27年度は、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、「LN を用いた復職支援マニュアル」の開発のため、産業保健領域および精神科臨床領域でLNを用いた復職・リワークに関与している医師（産業医、精神科医）によるフォーカスグループディスカッション（FGD）を行い、嘱託産業医向けの復職支援マニュアル（マニュアル）並びに標準的LNの作成を行った。FGDの結果では復職面談時の判断基準として、①休職中の就寝時間と起床時間が通常の出勤時と同様であること、②日中に横にならないことを最重要視していた。また、日中における③運動、④対人関係、⑤外出の3つの活動内容を重要視していた。産業医は安定した状態が 2 週間以上必要との意見に対し、精神科医は 4 週間以上必要との意見が多かった。記入開始の時期は、休職者が復職を考え始めたときもしくは主治医が復職可と診断したときが多かった。これらの要素を含む、「（嘱託）産業医向けの復職支援マニュアル：暫定版」が完成した。

LNの利用実態について、主に専業の産業医が多数所属していると思われる日本産業衛生学会産業医部会員に対して、自記式アンケート調査を行った。その結果、LNを用いている医師（使用者）は、女性や若い年代に多い傾向があった。また復職判定時に重視する項目数や休職中の面談頻度が多く、面談時間も長かった。LNを用いていない医師（未使用者）は、LNそのものを知らない者が多く、さらにLNを用いた復職判定マニュアルへの使用ニーズが高いことが判明した。使用者、未使用者いずれも、復職判定時の最重視事項として(1)就労継続可能性と(2)職場復帰の意欲が挙げられ、更に使用者では(3)規則正しい睡眠リズムが挙げられた。

平成28年度は、LNの利用実態について、主に非専業の産業医が多数所属していると思われる京都府医師会会員に対して、昨年度同様、自記式アンケート調査を行った。324例（回答率34%）のうち、復職面談経験者118名を分析したところ、LNの使用者は11%であった。また、未使用の理由として、存在を知らないが67%と最も多くまた、未使用者の75%が使用してみたいと回答した。

非専業の産業医が多く参加する日本医師会認定産業医研修会（実地）の機会に、LNを用いた復職面談の効果評価をVAS（Visual Analogue Scale:【情報量：0 全く足りない～10 まったく十分である】、【安心感：0 とても不安だ～10 とても安心だ】、【効率性：0 まったく効率的でない～10 とても効率的である】）を用いて調査した。その結果、「復職面談の際に得られる情報量」はLN未使用時で3.6(SD0.5)、LN使用時で7.2（SD0.5）(p=0.005)、「復職判定を行う際の自身の安心感」はLN未使用時で3.0(SD0.5)、LN使用時で7.6(SD0.3)(p<0.001)、「復職面談の効率性」はLN未使用時で3.6(SD0.7)、LN使用時で7.9(SD0.4)(p<0.001)といずれも統計的に優位な差が見られ、LNを使用することの有効性が示された。

平成 27 年度に作成した「LN を用いた復職支援マニュアル：暫定版」を用いて、メンタルヘルス不調から復職した労働者の再休職予防（復職後 6 か月時点の就業継続率）に対する効果の検証を行った。大企業（1 社 1 工場：半導体製造業、社員数 2217 人）では、1 年間で 20 例の復職事例が発生したが、そのうち復職後 6 か月間のフォローが可能だったものは 12 例（介入群：8 例、対照群：4 例）で、半年間の就業が継続したものは、介入群：6 例（継続率 75%）、対照群：3 例（継続率 75%）であった。中小企業（33 社 33 事業場）では、10 か月間で 13 例（7 社 7 事業場）が発生した。そのうち、復職後 6 か月間のフォローが可能だったものは、6 例（介入群：2 例、対照群：4 例）で半年間の就業が継続したものは 6 例全例（就業継続率はいずれも 100%）であった。

3 年間にわたる本研究により、LN を用いた復職面談の効果については、これまでにわずかな報告があるのみであることが判明した。また日本国内の精神科医、産業医により利用されている LN の標準的な様式が完成した。さらに（嘱託）産業医の使用を想定した「LN を用いた復職支援マニュアル」が完成した。LN は特に非専業産業医への認知度の低さが明らかとなったものの、専業産業医の調査結果も加味すると使用ニーズが非常に高いことが明らかとなった。LN を実際の復職面談時に利用した場合、産業医の入手情報量は多く、面談を行う医師は高い安心感を得て、面談の効率も高まることが明らかとなった。LN の復職面談時の利用による就業継続率への効果については、引き続きの検証が必要と思われるが、総じて産業保健の実践の現場において、特に非専業の（嘱託）産業医に対し、LN を用いた復職支援マニュアル等が有効なツールになりえるものと推測された。

**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　学外訪問研究員
難波克行　中外製薬(株)　統括産業医
松岡朱理　産業医科大学　産業医実務研修センター　非常勤助教
服部理裕　産業医科大学　産業医実務研修センター　非常勤助教
山下哲史　産業医科大学　産業医実務研修センター　産業医学専門修練医
今村幸太郎　東京大学大学院医学系研究科　特任研究員
長井聡里　すてっぷ産業医事務所　所長
小林祐一　HOYA(株)・HOYA グループ　総括産業医
吉野俊美　NTT 東日本　首都圏健康管理センタ　産業医
山本　愛（株）RICOH　産業医
平岡　晃 (株) 小松製作所本社　健康増進センタ　産業医
平岡美佳　新日鐵住金（株）本社　産業医
秋山　剛　NTT 東日本関東病院　精神・神経科部長
有馬秀晃　品川駅前メンタルクリニック　院長
五十嵐良雄　メディカルケア虎ノ門　院長
奥山真司　トヨタ自動車　産業医（元　リワーク機関精神科医）
横山太範　さっぽろ駅前クリニック　院長
阿南伴美　産業医科大学　産業医実務研修センター　非常勤助教
渡邉聖二、轟木　基、三宅伸完、麻生めぐみ、

北川雄大、石渕晃人、村井哲平、原達彦、柴山愛子、木下俊輔、平井文子（以上 11 名 一般財団法人 西日本産業衛生会　北九州産業衛生診療所 健康管理部）
森口次郎、大塚創平、西田典充、黒崎宏子、黒木仁美、櫻木園子、宮川昌也（以上 7 名 一般財団法人　京都工場保健会　壬生保健センター　産業保健推進室）
近藤　祥、岡部浩典、内野明日香、葛西英二（以上 4 名　社会福祉法人　聖隷福祉事業団　聖隷健康診断センター）
山瀧　一　一般財団法人　君津健康センター　産業保健部

## 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、3 年間にわたり（嘱託）産業医でも復職判定を効率的に行えるような「LN を用いた復職支援マニュアル」を作成し、その効果評価を行うことを目的とした。3 年間に行った取り組みは以下の通りである。

**①【文献レビュー】**

LN を使用した復職支援の効果評価に関する文献調査と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こと

**②【標準的な LN の作成】**

国内で実用されている LN 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 LN の作成に必要な基礎情報を収集すること

**③【LN を用いた復職支援マニュアル：暫定版の作成】**

LN を用いて復職面談を行った経験のある産業医とリワーク機関で LN を用いた復職支援を行っている精神科医によりフォーカスグループディスカッションを行い、標準的な LN の作成と休職者向け記入要旨（記入方法の説明文）、復職支援マニュアル：暫定版を作成すること

**④【LN の実態調査（産業医部会）】**

LN の利用実態について、主に専業の産業医が多数所属していると思われる日本産業衛生学会　産業医部会員に対して、郵送による自記式アンケート調査を行い、LN の利用実態を明らかとすること

**⑤【LN の実態調査（京都府医師会）】**

LN の利用実態について、主に非専業の産業医が多数所属していると思われる京都府医師会会員に対して、郵送による自記式アンケート調査を行い、LN の利用実態を明らかにすること

**⑥【LN を用いた面談の効果検証】**

LN を用いた復職面談を体験する研修を利用し、面談実施者（産業医）の入手情報の量や実施者（産業医）自身の安心感、面談の効率性にどのような影響があるかを検証すること

**⑦【LN を用いた復職支援マニュアル：暫定版の効果の検証】**

「LN を用いた復職支援マニュアル:暫定

版」が再休職予防に対して有効であるかどうかを大企業と中小企業においての介入研究を通じて検証すること

**B. 研究方法とC. 研究結果**

**①【文献レビュー】**

LN に関する国内外の文献を平成 27 年 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。

メンタルヘルス疾患における復職支援に LN 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 Yoshitsugu[2]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 LN 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 LN 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平成 27 年 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[1]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）LN 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 年後の出社継続率は 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、LN 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出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出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出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。そして出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、LN を用いることで生活リズムが把握できると述べている。LN 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、LN の使い方として、本人や主治医、産業医などに「LN 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。LN は復職判定時に生活リズムを把握できるため、出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 [5]は LN の使用に関しての注意点を以下のようにまとめている。

LN 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、LN 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、LN 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。

**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平成 27 年 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 [6]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同日、（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 LN 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”)のキーワードで平成 27 年 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、平成 27 年 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「うつ病復職デイケア」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デイケア開始後 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 LN 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、LN 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、LN 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)]は復職支援デイケア利用後、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るか、本人の振り返りおよ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【標準的な LN の作成】**

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 LN を基にその特徴を比較した。

提供された LN 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。

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。

**③【LN を用いた復職支援マニュアル：暫定版の作成】**

復職判定を行う際に嘱託産業医が利用する復職支援マニュアル：暫定版を策定するため、LNを用いて復職面談を行った経験のある産業医7名とリワーク機関でLNを用いた復職支援を行っている精神科医5名によりそれぞれの属性グループ毎にフォーカスグループディスカッション（FGD）を行った。対象者は、産業医・精神科医としての経験年数や学会活動とLNを用いての復職判断経験などを考慮して、機縁法を用いて選出した。

復職面談時における LN の利用法と復職可否の判断基準や指標について、産業医 7 名に対して 2 時間のＦＧＤを実施した。(平成 27 年 3 月 7 日）また、精神科医師 5 名に対しても同様の質問項目により 1.5 時間のＦＧＤを実施した（平成 27 年 4 月 25 日)。ＦＧＤの内容はヴォイスレコーダーに記録し、内容を逐語訳として文章に起こし、スクリプトをコード化して分類した。それらの内容を分担研究者と研究協力者で「復職可否の判断基準」と「LN の使用手順および留意事項」にまとめ、再度ＦＧＤに参加した産業医 7 名に意見を求めた(平成 27 年 8 月 11 日)。得られた意見を基に、標準的な LN（様式）と復職支援マニュアル:暫定版を策定した。

分析の結果、復職可否の判断基準としては 4 カテゴリー（睡眠覚醒リズム・日中の活動内容・症状・持続期間）が分類された。日中の活動内容は、さらに 7 記録単位群に分類された。産業医・精神科医のグループいずれも「睡眠覚醒リズム」と「日中の活動内容」を重視したが、症状と持続期間については産業医・精神科医で意見の相違が見られた。

（１） 睡眠覚醒リズム

復職の判断基準の条件として、産業医・精神科医ともに①就寝時間と起床時間が守られていること、②日中に睡眠を取らないことを最重要視していた。特に、出勤する時間帯に間に合うよう起床することを重要視す

る医師が複数名存在した。

〈産業医〉

「朝、出勤時間帯に起床して一定時間活動（少なくとも午前は外出）できる日が 1 週間の中で 5 日以上。2 週間は続けてくださいと決めている。再発事例は３，４週に延ばす場合もある。」

「自分が重視するのは、１：睡眠、２：午前中、外出できる、３：毎朝通勤できる（パニック障害でラッシュ時に乗れない人は時間ずらして、） ４：一定期間作業継続ができる、そのメルクマールとして図書館などで読書のような作業が一定時間以上連続してできるかをみる。」

「睡眠の中でも特に、本来出勤する時間に起きれているかが大事。」

「昼寝、夕寝をしていない。」

「睡眠リズムが安定していなくて午前中外出できていない場合、復職がうまくいった試しがない。」

「記録表で生活リズムを見るとそろそろ復職というのは読める。」

「判定基準を２，３週間、何時に起きて、外出できることと基準で決めた。」

〈精神科医〉

「睡眠時間 7～8 時間程度でないと体力が戻っていないのではないかと考えられる。」

「睡眠時間が通勤時間に間に合うかをポイントにしている」

「睡眠と起床時間、日中寝ていないかに着目していれば負けない。」

「うちは睡眠時間の記録に特化している。正確に言うと、縦になっていられる時間（起きていられる時間）がどれくらいあるかに注目している。」

（２） 日中の活動内容

復職の判断基準の条件として、産業医・精神科医ともに１）運動、２）対人関係、３）外出の 3 つの活動内容を重要視していた。さらに精神科医は４）回避的な活動の有無、５）活動中の状態、６）食事、７）服薬を確認していた。産業医の中の一人は７）服薬内容の記載は、むしろ不要であるとした。

１）運動

〈産業医〉

「どうも図書館で 6 時間いる人より、ジムで 1 時間いる人のほうがいいのでは。運動って重要ではないかと感じている。同じ時間であればジムの人のほうが復帰がいい。」

「運動すると認知機能も改善する。」

「運動が悪い論文はない。ただジムに行く人は運動が好きとか、せっかく休んでいるんだからダイエットするとか。」

〈精神科医〉

「体力づくりや対人接触をしていることはポジティブ評価となる。」

「睡眠覚醒リズムだけではだめな場合、体力づくりや対人接触、図書館での勉強、健康なスケジュール変更があっても大丈夫なのを見させてほしい。」

２）対人関係

〈産業医〉

「コミュニケーション障害の人をどこかで試したいなと思う時に、図書館などだとじっと黙っていないといけなかったりするので、そういうプログラムが欲しいとき、リワークだと交流がある。」

〈精神科医〉

「集団の中でみんなとうまくやっているかの対人関係」

*「体力づくりや対人接触をしていることはポジティブ評価となる。」*

*「睡眠覚醒リズムだけではだめな場合、体力づくりや対人接触、図書館での勉強、健康なスケジュール変更があっても大丈夫なのを見させてほしい」*

3）外出

*〈産業医〉*

*「朝、出勤時間帯に起床して一定時間活動（少なくとも午前は外出）できる日が 1 週間の中で 5 日以上。2 週間は続けてくださいと決めている。再発事例は３，４週に延ばす場合もある。」*

*「また発達障害とかで事務を想定して図書館とか行くべきなのに、そういう発想をしない人がいる」*

*「外出がものすごく重要と体験的に感じている。」*

*「外出は一部、職場に言っているという置き換え。」*

*「単なる外出が効果があると思う。家で PC やるのとスタバでやるのとは差がある。」*

*「睡眠リズムが安定していなくて午前中外出できていない場合、復職がうまくいった試しがない。」*

*「判定基準を２，３週間、何時に起きて、外出できることと基準で決めた。」*

*〈精神科医〉*

*「睡眠覚醒リズムだけではだめな場合、体力づくりや対人接触、図書館での勉強、健康なスケジュール変更があっても大丈夫なのを見させてほしい」*

4）回避的な活動の有無

*〈精神科医〉*

*「起きているが回避的な行動をしていることなどまで把握するのであれば活動内容まで書かせないといけない。」*

*「日中の活動性（家で横になっているなど）をみて復職不可と判断するのも負けないと思う。」*

5）活動中の状態

*〈精神科医〉*

*「ある行動をしている時に、楽にやっているのか、きつい中で無理してやっているのか、状態は表だけでは分からないので、産業医は状態の情報を理解し活用できるようにならないと健康管理できない。」*

6）食事

*〈精神科医〉*

*「日中何をしているか、食事、服薬をポイントにしている。」*

7）服薬

*〈産業医〉*

*「復職の判断だけに使うのであれば症状や服薬の情報いらない。」*

*〈精神科医〉*

*「日中何をしているか、食事、服薬をポイントにしている。」*

（3） 症状

産業医と精神科医で意見の相違が明らかとなった。精神科医が症状の確認を重視するのに対して、産業医は症状の確認を不要とする者がいた。

*〈産業医〉*

*「精神科や心療内科がやるのは症状記録表。症状記録は産業医としてはいらない。一日の経過ではなく一週間どうだったかをみるので。産業医の判定では症状は入れないほうがいい。会社に来れていれば頭痛があっても良い。」*

*「主治医の表は症状が入っていて、面接中も症状の話が中心になり話題がそっちに持っていかれがち。産業医の面談では症状はいらない。」*

*「症状を見たいわけじゃないから。」*

*〈精神科医〉*

*「疾病を見ている側面が大きいので症状確認の項目が多い。」*

*「日によっては家族と○○した、のような健康な理由でのスケジュールの変更があり、それで症状悪化していないことは健康度が高いと判断できる。」*

*「身体症状の有無は決め手になるので、その項目が入るとよい。精神科を専門にしていない産業医でも見れると思う。」*

*「気分と体調を入れるのが良い。」*

（4） 持続期間

産業医と精神科医で意見の相違が明らかとなった。産業医は安定した状態が 2 週間以上必要との意見に対し、精神科医は 4 週間以上必要との意見が多かった。

*〈産業医〉*

*「朝、出勤時間帯に起床して一定時間活動（少なくとも午前は外出）できる日が 1 週間の中で 5 日以上。2 週間は続けてくださいと決めている。再発事例は３，４週に延ばす場合もある。」*

*「それで 2 週間つけてもらって確認する。」*

*「判定基準を２，３週間、何時に起きて、外出できることと基準で決めた。」*

*「復職可の診断書が出ていなくても、産業医面談に来てもらい、診断書提出前からコンタクトを持って、LN を書いてきてもらう。それが 1 ヶ月安定していたら、主治医に接触して復職可と書いてほしいという方が良い。」*

*〈精神科医〉*

*「4～6 週間。最初の 1 ヶ月でドボンする人が多いので、そこをクリアするかをみたい。」*

*「うちも 1 ヶ月。」*

*「3 週間は短い。あなたはある状態だよねと言えるのは 1 ヶ月続かないと。逆に 3 ヶ月以上続いているのに NO というのは信頼性に欠ける。」*

*「2 ヶ月。1 ヶ月だと、ある日エンジンがかかってもだめになる人もいる。」*

上記の結果を参考にして、休職者本人向けの記入マニュアル、産業医向けの復職可否の判断基準と使用手順を整理し、標準的な LN（様式）と復職支援マニュアル：暫定版を策定した（巻末資料）。

・ 本人用 記入マニュアル

LN の開始時期は「休職者が復職を考え始めた時」、「主治医が復職可の診断書を書いた時」とした。LN を使用する目的を「復職のための業務遂行能力の確認のため」と記載し、産業医面談までに LN を記入してくることを求めた。休職者が LN を記入することで、休職者に復職の意思があると判断する最低基準とした。復職面談の際に確認する項目は、産業医・精神科医が最重視している「睡眠覚醒リズムの確立」を必須項目、産業医・精神科医で同意を得られた「日中の活動内容（運動・外出）」を推奨項目とした。記入期間は産業医が使用することを前提としたため、2 週間とした。

・ 標準的な生活記録表

標準的な LN は、昨年度作成したものを用いた。氏名と日付の記入欄を設けた。横軸には日付、縦軸には時間を表示した。横軸は 1 週

間、縦軸は 24 時間とした。睡眠時間はゾーン表示にて記入することとした。食事をした時間、日中の活動内容と時間をゾーン表示で記入することとした。標準的な LN は産業医が復職判断にあたり、業務遂行能力を見ることを目的としているため、症状の記載は除外した。

・ 復職支援マニュアル 【復職判定の参考となる基準と留意点】

産業医が復職判定する基準として、最低限、復職判定基準 A（必須項目）を２週間以上満たしていることを LN から読み取り、その上で LN の記載に虚偽がないか、本人の復職の意思は確実かを確認することとした。

復職判定基準 A(必須項目)に加えて、復職判定基準 B(推奨項目)を LN から読み取ることができれば、より復職の確実性が高いとした。復職判定基準 A(必須項目)は FGD で産業医・精神科医が最重要視していた睡眠覚醒リズムの確立とした。復職判定基準 B(推奨項目)は産業医・精神科医が重要視していた「日中の活動内容（運動・外出)」を反映したものとした。休職者が LN を記入している時点で、休職者が復職の意思があると考えているが、更に面談で産業医が休職者の復職の意思と LN の記載内容の確認を実施することとしている。持続期間は、産業医が使用することを前提とし 2 週間とした。

産業医が使用する復職判定マニュアル：暫定版には、「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」に記された 8 つの項目を復職の可否判断を行う際の指標として記載し LN の記入内容との関連について解説を加えた。また遭遇する可能性のある質問事項に関して「Ｑ＆Ａ」を設けナラティブな表現での復職判定基準を示し、マニュアルを利用する産業医が容易に復職の可否判断ができるようにした。

**④【LN の実態調査（産業医部会)】**

平成 27 年 10 月 1 日時点で、日本産業衛生学会産業医部会に登録していた 1128 名を対象とし同年 11-12 月に郵送法による質問紙調査を行った。対象者の属性(性、年齢、医師歴、産業医活動の有無、産業医歴、産業医活動日数、産業医の資格、臨床の専門、メンタルヘルス不調者への面談経験、業種、LN の使用経験)、未使用者の場合に LN を使用しない理由（１．LN を知らない、２．LN を使用する必要のある対象者がこれまでいなかった、３．LN は知っているが、使い方が分からない、４.LN を知っているが、使い勝手が悪いので使用しない、５．その他、の中から１つのみ選択)、ならびに LN を使用した復職判定のマニュアルがあれば使用したいか、使用者に対しては、LN の譲渡者（１．産業医、保健師などの産業保健スタッフ、２．人事課などの事務担当者、３．上司、４．その他)、使用感（１．全く参考にならない～５．とても参考になる)、利用時期（１.休職開始から要休職の主治医情報提供書提出まで、２.要休職の主治医情報提供書提出から復職可の主治医情報提供書提出まで、３.復職可の主治医情報提供書提出から復職開始まで、４.復職開始から就業制限解除まで）を確認した。

さらに使用者、未使用者において復職判定において重視する条件として、①起床時間が一定であること、②入眠時間が一定であること、③夜間睡眠中の中途覚醒がないこと、④昼間の眠気がないこと、⑤職場復帰に対して十分な意欲を示すこと、⑥通勤時

間帯に一人で安全に通勤ができること、⑦会社が設定している勤務日に勤務時間の就労が継続して可能であること、⑧業務に必要な作業 （読書、コンピュータ作業、軽度の運動等）をこなすことができる、⑨作業等による疲労が翌日までに十分回復していること、⑩業務遂行に必要な注意力 ・集中力が回復していることの 10 項目の内、どの項目を復職判定で確認しているか複数回答可として質問し、さらにその中で最も重要視する項目を 1 つのみ選択させた。その他、休職中の面談の割合（1．行わない、2．ごくまれに、3．時々、4．ほとんど、5．いつも、から 1 つ選択）と面談時間（1．10 分以内、2．11-20 分、3．21-30 分、4．31-40 分、5．41-50 分、6．51-60 分、7．61 分以上、から 1 つ選択）を確認した。回答者のうち、産業医面談経験者を対象とした。

LN を用いた復職面談の使用経験の有無を説明変数とし、属性、復職判定において重視する条件、休職中の面談の割合、面談時間を従属変数として解析した。解析には統計処理ソフト SPSS version 20 for windows を用いカテゴリー変数に関しては $\chi^2$ 検定を、連続変数に関しては t 検定を行った。統計学的有意水準は 0.05 未満とした。

本研究は、産業医科大学倫理委員会の承認ならびに日本産業衛生学会産業医部会の了承のもと実施した。

回答者 415 名（36.8%）のうち復職面談経験者は 369 名であった。そのうち LN の使用者は 241 名（65.3%）、未使用者 128 名（34.7%）であった。

使用者 241 名、未使用者 128 名の属性を比較すると、使用者で女性の割合が高く、また若い年代が多い傾向を認めた。産業医活動日数は使用者で有意に多かった。産業医経験年数、メンタルヘルス不調者に対する復職面談の経験年数において差は認められなかった。産業医資格の種類としては、使用者で産業医学総合実習修了者、産業医学基本講座修了者が有意に多かった。精神科医、心療内科の臨床専門家であるかどうかについて差は認められなかった。

未使用者 128 名の内、LN を使用しない理由として 44 名（34%）が LN そのものについて知らず、次いで使い勝手が悪い 19 名（15%）、対象者がいない 18 名（14%）、使い方が分からない 9 名（11%）であった。また未使用者の内 95 名（74%）が、LN を用いた復職支援マニュアルがあれば使用したいと希望した。

LN の使用者 241 名について、LN を休職中の労働者に対して誰が渡すのか確認したところ、産業医、産業保健師などの産業保健スタッフが手渡す場合が 211 名（88%）で最多であり、次いで事務担当者 71 名（29%）、上司 27 名（11%）となっていた。

LN の利用時期は、3．復職可の主治医情報提供書提出から復職開始まで、すなわち復職判定時に利用されるものが 221 名（92%）で最も多かった。LN の使用感を確認すると、やや参考になる 80 名（33%）、とても参考になる 154 名（64%）であった。

復職判定条件で重視する項目の数は、使用者の方が未使用者に比べ有意に多かった。また①起床時間が一定であること、②入眠時間が一定であること、③夜間睡眠中の中途覚醒がないこと、④昼間の眠気がないこと（以下、昼間の眠気）、⑨作業等による疲労が翌日までに十分回復していること（以

下、疲労回復）において、使用者の方が有意に重視していた。

最も重要視する項目において使用者で一番多かった項目は⑦会社が設定している勤務日に勤務時間の就労が継続して可能であること（以下、就労継続可能性）で 83 名（34%）、2 番目が⑤職場復帰に対して十分な意欲を示すこと（以下、職場復帰意欲）51 名（21%）、3 番目が①起床時間が一定であることで 29 名（12%）であった。一方未使用者は 1 番目が⑤職場復帰意欲 39 名（30%）、2 番目が⑦就労継続可能性で 37 名（29%）であり使用者と変わりはないものの、使用者で最重視されていた①起床時間が一定であることは 8 名（6%）にとどまり、未使用者では起床時間についてあまり重視されていなかった。

休職中の面談の頻度は、使用者のほうが未使用者より有意に多く、また面談時間も使用者の方が有意に長かった。

**⑤【LN の実態調査（京都府医師会）】**

平成 27 年 10 月 1 日時点で、京都府医師会で産業医有資格者として登録されている 947 名を対象とし、平成 28 年 1-2 月に郵送法による質問紙調査を行った。対象者の属性（性、年齢、医師歴、産業医活動の有無、産業医歴、産業医活動日数、産業医の資格、臨床の専門、メンタルヘルス不調者への面談経験、業種、LN の使用経験）、未使用者の場合、LN を使用しない理由（1．LN を知らない、2．LN を使用する必要のある対象者がこれまでいなかった、3．LN は知っているが、使い方が分からない、4．LN を知っているが、使い勝手が悪いので使用しない、5．その他、の中から 1 つのみ選択）、ならびに LN を用いた復職判定のマニュアル等の使用意思を確認した。

LN を用いた復職面談の使用経験の有無を説明変数とし、属性を従属変数として解析した。解析には統計処理ソフト SPSS version 20 for windows を用いカテゴリー変数に関しては $\chi^2$ 検定を、連続変数に関しては t 検定を行った。統計学的有意水準は 0.05 未満とした。

本研究は、産業医科大学倫理委員会の承認ならびに日本産業衛生学会産業医部会の了承のもと実施した。

回答者 324 名（回答率：34%）のうちメンタルヘルス不調者への復職面談経験者は 118 名であった。LN の使用者は 13 名（11%）、未使用者は 105 名（89%）であった。LN 使用者と未使用者では、性別、年齢、産業医有資格には大きな差異はなく、臨床の専門でやや LN 使用者に精神科医・心療内科医の有資格者が多い結果となった。また、医師年数、産業医経験年数、月間当たりの産業医としての活動日数、復職面談の経験年数にも統計上の有意な差は認めなかった。LN 未使用者の理由のうち最多は、LN を知らない（67%）で、次いで対象者がいない（17%）であった。また LN 未使用者のうち、75% が LN を使用してみたいと回答した。

**⑥【LN を用いた面談の効果検証】**

平成 28 年 9 月 4 日に、京都府医師会の主催する日本医師会認定産業医研修会に参加した医師 50 名のうち、研修時のロールプレイにおいて産業医役を担当した医師 25 名を対象とした。

研修会参加者全員に対してまず、講義形式で講師がメンタルヘルスの復職支援に関

する概要についての説明および LN の特徴や使用方法を説明した。その後、参加者を産業医役と労働者役の 2 群に任意に分け、二人一組のペアを 25 組、作成した。

産業医役、労働者役のそれぞれに準備された配布資料に基づき復職面談を想定したロールプレイを 2 回行った。(2 回とも産業医役、労働者役は交代しなかった)

【LN 未使用時】

1 回目の面談では産業医役は LN の記録がない条件下で、労働者の休職中の生活リズム等について聴取したうえで復職可否の判定を行った（約 15 分)。

【LN 使用時】

2 回目の面談では労働者役が面談時に休職期間中の生活リズムが記載された LN を持参した前提とし、産業医役、労働者役ともに LN の記載内容を確認しながら面談を実施し、復職可否の判定を行った(約 10 分)。

ロールプレイ終了後、産業医役の医師へ質問紙を配布し、任意の無記名による自記式アンケート調査を行った。アンケートでは、属性（性、年代、医師免許取得年、臨床の専門、産業医の資格、産業医活動の有無、産業医経験年数、月間産業医活動日数、メンタルヘルス不調者への面談経験の有無、LN の使用経験の有無)、LN を活用した復職支援マニュアルの使用希望、LN を使用しなかった面談と使用した面談の際の、入手できた情報量、復職判定を行う上での安心感、復職面談の効率性を VAS（Visual Analogue Scale【情報量 : 0 全く足りない～10 まったく十分である】、【安心感 : 0 とても不安だ～10 とても安心だ】、【効率性 : 0 まったく効率的でない～10 とても効率的である】）で調査した。

欠損値を除き、LN の使用の有無を説明変数とし、入手できた情報量、復職判定を行う上での安心感、復職面談の効率性を結果変数とする、対応のある t 検定を行った。解析には統計処理ソフト SPSS version 20 for windows を用い、統計学的有意水準は 0.005 未満（両側）とした。

本調査は、京都府医師会認定産業医研修会の際に、研修内容に対する理解度・満足度調査と一緒に実施した。回答は任意とし無記名式とした。

産業医役の回答率は 96.0%（24 名)、有効回答率は 44.0%（11 名）であった。産業医経験の平均年数は 5.83 年、月間平均活動日数は 6.5 日/月であった。

産業医活動実施率は 50.0%(12 名)であり、そのうちメンタルヘルス不調者に対する復職面談の経験者は 50%（6 名）で、LN の使用経験率は 33.3%(2 名)であった。

「復職面談の際に得られる情報量」は LN 未使用時で 3.6(SD0.5)、LN 使用時で 7.2（SD0.5）(p=0.005)、「復職判定を行う際の自身の安心感」は LN 未使用時で 3.0(SD0.5)、LN 使用時で 7.6(SD0.3)(p<0.001)、「復職面談の効率性」は LN 未使用時で 3.6(SD0.7)、LN 使用時で 7.9(SD0.4)(p<0.001)であった。

**⑦【LN を用いた復職支援マニュアル：暫定版の効果の検証】**

**【大企業版】**

LN の使用歴がない企業において、事業者ならびに産業医双方の同意のもとランダム化比較試験を行った。

対象事業場は、半導体機器を製造する工場である。この工場には、2217人（平成28年12月25日現在）の労働者が勤務して

おり産業医は専属が1名（週5日）と嘱託産業医が4名、週1回半日のペースで出務していた。メンタルヘルス不調者への復職面談は、専属産業医1名がすべて対応していた。研究対象は、メンタルヘルス不調でおよそ1か月以上休職した後に復職する労働者に対して、平成28年1月から12月までの間行われた。休職者から復職の意思が人事総務部門に連絡があった際、人事担当者がコイントス（表裏）を行ってランダムに2群に分類した。

介入群で、復職の意思表示のあった者には、人事総務部門もしくは産業医から「LNの記入方法と標準的なLNのひな型」が渡され、2週間以上、自分の生活リズムや行動などを毎日記入し、産業医面談時に持参することが指示された。

復職面談を担当する産業医は、「職場復帰時の支援マニュアル～LNを用いた復職判定～」を利用した。当該マニュアルに記載されている、復職可否の判定基準と復職可、復職不可の事例を参照し、労働者本人が持参したLNの情報をもとに産業医面談を行い、その後、人事総務部門並びに職場の上司との調整の上、最終的な復職の可否判断を行った。

産業医の復職可否判断の結果、復職の準備状況が十分ではないと判断されたものは、LNの記入の継続を指示され、おおむね半月から1か月毎に復職面談が実施された。

対照群で、復職の意思のあった労働者は、LNを用いずに産業医面談を行い、その後、人事総務部門並びに職場の上司との調整の上、産業医による復職の可否判断が行われた。介入群との違いは、当該労働者がLNの記入を行わず、産業医も「職場復帰時の支援マニュアル～LNを用いた復職判定～」を用いずに復職面談を行ったことであった。

対象期間中（1年間）にメンタルヘルス不調による休職から復帰した人数、並びに復職後6か月時点での就業継続状況と就業制限の内容、通院・治療状況、復職後の産業医との面談回数（フォローアップ面談）、産業医が感じる当該事業所の再休職者数の印象を調査した。

復職を希望する労働者の属性については、復職確定後の面談時に産業医が自記式のアンケートに回答した。労働者個人の基本情報は、年齢、性別、雇用情報、作業内容、役職、復職日、治療経過、診断名、休職期間、最初の復職面談日、復職面談回数、医療機関等でのLNの使用の有無、過去の休職回数、就業配慮の内容、休職前の本人との面談歴、休職期間中の面談回数であった。

また産業医には、当該労働者の復職面談終了後に、判定結果に対する自信、復職面談に要した時間を調査した。

1年間で20例の労働者がメンタルヘルス不調からの職場復帰を果たした（全社員の0.9%）。

平均年齢は38.4歳、全員男性の正社員で現場作業者が4例、事務作業者（技能職）が8例であった。管理職が1例、非管理職が11例で、入院加療を要したものが1例、通院加療のみが11例であった。

診断名はうつ病が10例、適応障害4例、うつ状態が2例、過敏性腸症候群が1例、ストレス障害1例、双極性感情障害1例、統合失調症が1例であった。平均休職日数

は 182 日で、最長 387 日であった。

復職面談の回数は 1 回のみが 11 例、2 回が 7 例、3 回が 2 例であった。主治医による、LN の使用例（医療機関独自の書式使用例）は 9 例（介入群：4 例、対照群：5 例）であった。過去の休職回数の平均は 1.7 回（最高 5 回）で、復職時の就業制限（複数回答）は、「残業禁止」が 18 例、「夜勤禁止」が 15 例、「出張禁止」が 12 例、「フレックスタイム制禁止」が 7 例であった。休職期間に入る前に産業医と面談したことのある社員は 14 例で、休職中に産業医との面談が 1 度もない社員が 8 例、1 回の面談歴ありが 9 例であった。

復職面談時の復職判定に対する産業医の自信は、「やや自信がある」が 19 例、「自信がある」が 1 例であった。復職面談に要した時間は、20 分以上 30 分未満が 16 例、30 分以上 40 分未満が 4 例であった。

20 例の内訳は、介入群 10 例、対照群 10 例で、復職から 6 か月が経過したものは 12 例（介入群：8 例、対照群：4 例）であった。6 か月間のフォローアップ期間中に再休職に至った事例が 2 例（介入群 1 例、対照群 1 例）、退職例が 1 例（介入群）であった。復職から 6 か月時点での就業継続率は、9 例でうち、介入群が 6 例（就業継続率：75%）、対照群が 3 例（就業継続率：75%）と両群に差はなかった。

**【中小企業版】**

全国4か所の企業外労働衛生機関の協力のもと、LN使用歴のない中小企業（事業場）においてランダム化比較試験を行った。はじめに、中小企業の産業医を派遣している全国4か所の企業外労働衛生機関を訪ね、研究の趣旨を説明した（平成27年5月～6月）。そののち、各機関から嘱託産業医として派遣されている医師を通じて、研究対象候補となる企業に説明を行い（平成27年7月～12月）、研究参加に同意の得られた企業（事業場）を研究対象とした。対象者はメンタルヘルス不調でおよそ1か月以上休職した後に復職する労働者とし、平成28年3月から12月までの間行われた。

一定の企業（事業場）が集まったところで、ブロックランダム化を行った（平成28年2月～3月）。介入群に分類された事業場において発生した復職者はすべて介入群とし、対照群に分類された事業場において発生した復職者はすべて対象群とした。ランダム化の結果は、企業外労働衛生機関を通じて当該企業（事業場）の嘱託産業医に伝えられた。本研究のプロトコールは産業医科大学倫理委員会にて承認された（H27-111）。

介入群で、復職の意思表示のあった者には、人事総務部門もしくは産業医から「LNの記入方法と標準的なLNのひな型」が渡され、2週間以上、自分の生活リズムや行動などを毎日記入し、産業医面談時に持参することが指示された。

復職面談を担当する産業医は、「職場復帰時の支援マニュアル～LNを用いた復職判定～」を利用した。当該マニュアルに記載されている、復職可否の判定基準と復職可、復職不可の事例を参照し、本人が持参したLNの情報をもとに産業医面談を行い、その後、人事総務部門並びに職場の上司との調整の上、最終的な復職の可否判断を行った。

産業医の復職可否判断の結果、復職の準

備状況が十分ではないと判断されたものは、LNの記入の継続を指示され、おおむね半月から1か月毎に復職面談が実施された。

対照群で、復職の意思のあった労働者は、LNを用いずに産業医面談を行い、その後、人事総務部門並びに職場の上司との調整の上、産業医による復職の可否判断が行われた。介入群との違いは、当該労働者がLNの記入を行わず、産業医も「職場復帰時の支援マニュアル～LNを用いた復職判定～」を用いずに復職面談を行ったことであった。

研究開始時に、参加企業（事業場）の属性（労働者数、業態、産業医出務頻度、メンタルヘルス不調者の診断名と休職者数、メンタルヘルス教育の有無、復職規定の有無、就業規則上の最長休職期間、休職中の産業医面談の有無）を調査した。

参加企業（事業場）で復職を希望する労働者が発生した際には、個人属性について、復職確定後の面談時に産業医が自記式のアンケートにて回答した。労働者個人の基本情報は、年齢、性別、雇用情報、作業内容、役職、復職日、治療経過、診断名、休職期間、最初の復職面談日、復職面談回数、医療機関等でのLNの使用の有無、過去の休職回数、就業配慮の内容、休職前の本人との面談歴、休職期間中の面談回数であった。

介入群と対照群全体で、対象期間中（7か月間）にメンタルヘルス不調による休職から復帰した人数、並びに復職後3か月と6か月時点での就業継続状況と就業制限の内容、通院・治療状況、復職後の産業医との面談回数（フォローアップ面談）を調査した。

研究開始時、介入群は 17 企業（事業場）、対照群は 16 企業（事業場）で、50 人以上 300 人未満のいわゆる中小企業がそれぞれ、82%と 63%であった。また、製造業は両群ともに最多で、介入群は 53%、対照群は 69%であった。

産業医の出務頻度は、すべての企業が嘱託産業医であることもあり、月 1 回の出務が介入群で 71%、対照群で 81%と最多であった。メンタルヘルス教育歴は、管理職に関しては介入群で 71%、対照群で 44%とやや介入群が多い傾向があったものの、一般職に関しては介入群 41%、対照群 31%とほとんど差異はなかった。また、復職に関する社内ルールや規定の有無については、中小企業が大多数を占める中、介入群が 59%、対照群が 56%といずれも半数を超えていた。また、メンタルヘルス不調に陥った際、休職期間に影響する最長休職期間は平均で介入群が 24 か月、対照群が 25 か月とほとんど差がなかった。また、休職中に産業医が面談を行う割合は、介入群で 94%、対照群で 81%とやや介入群で高い傾向が見られた。

介入群と対照群の両群で研究開始時に判明していたメンタルヘルス不調による休職者の総数は、介入群 28 名、対照群 21 名であった。

研究期間（10 か月）で復職面談の対象となった労働者の数は、介入群で 5 名（3 事業場）、対照群で 8 名（4 事業場）であった。また、復職から 3 か月、6 か月時点の就業継続状況は、介入群、対照群ともに 100%であった。

## D. 考察

### ①【文献レビュー】

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 LN 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 LN は使途を明確にし、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、LN 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 LN 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、LN は目的およ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 LN 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 LN 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、LN 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は満たすものと考えられた。

### ②【標準的な LN の作成】

今回、OH 領域と PSC 領域で使用されている LN の比較を行い、標準的な LN 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も 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、LN 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。記入の要否を本人に委ねることで本人の意欲を推し量り、また記入した内容を振り返ることができることからも、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。

今回の調査により、OH 領域と PSC 領域で使用されている LN には、共通点と相違点がみられた。LN 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。

**③【LN を用いた復職支援マニュアル：暫定版の作成】**

LN の使用歴のある産業医・精神科医の意見を基に、嘱託産業医が復職判定を行う際に利用可能なツール（本人用記入マニュアル、標準的な LN、復職支援マニュアル：暫定版）を開発した。

復職支援マニュアルには、LN に記載された内容のどの部分に注目し評価すれば良いかを視覚的に示すことで、利便性を向上させた。暫定版の本マニュアルは、現時点では一部の産業医・精神科医による経験や知識を反映したものとなっており、復職の可否判断に有効であるかどうかについては、今後検証する必要がある。

**④【LN の実態調査（産業医部会）】**

本アンケートの結果より、医師年数が短いほど、産業医活動日数が多いほど LN を使用していた。産業医経験年数、メンタルヘルス不調者に対する復職面談の経験年数において差は認められず、一概に経験の差で使用、未使用が決まるわけではないと思われた。

産業医の資格として、産業医科大学で修了可能となる産業医学総合実習修了者、産業医学基本講座修了者において有意に使用者が多かったが、産業医科大学で LN を使用した復職判定を指導していることはないため、直接教育内容が反映されたものとは考えられなかった。

LN を使用者していない 128 名のうち、存在自体を知らないものが 44 名（34%）、使い方が分からないが 11 名（9%）、両者で 43%であり、LN そのものの存在がまだ普及していないものと思われた。一方で使い勝手が悪いとの回答が 19 名（15%）認めた。また 95 名（74%）が LN を用いた復職支援マニュアルの使用を希望していた。このことから、LN の存在が広まるとともに、LN を用いた復職支援マニュアルに対する使用ニーズがあることが明らかとなった。

LN の使用者 241 名のうち、LN の譲渡者は産業医、産業保健師などの産業保健スタッフが手渡す場合が 211 名（88%）であり、休職中から定期的に連絡や面談を行っていることが推測された。一方、事務担当者 71 名（29%）や上司 27 名（11%）が譲渡している場合もあり、LN を産業保健スタッフ以外が渡す場合には、休職中に生活記録表を提出することを社内ルール化するなどの社内制度化がなされていることが推測された。また LN の利用時期は、復職可の主治医情

報提供書提出から復職開始まで、すなわち復職判定時に利用されるものが 221 名（92%）で最も多かった。LN の使用感を確認すると、やや参考になる 80 名（33%）、とても参考になる 154 名（64%）であり、両評価合わせて 97%であった。このことから使用者の多くが LN を復職判定時に参考情報として使用しており、高く評価していることが判明した。

LN の使用者、未使用者にかかわらず、産業医が復職判定で最重要視している項目は就労継続可能性（項目⑦）、職場復帰意欲（項目⑤）であった。また個別項目を確認すると、復職判定おいて重視する項目数は、未使用者より使用者で有意に多く、使用者は未使用者より規則正しい睡眠（項目①②③）、昼間の眠気（項目④）疲労回復（項目⑨）を重視しており、より日中の行動に支障をきたさないことに重きを置いている傾向を認めた。

就労継続可能性（項目⑦）と LN との関係をみると、LN は 1 日の活動記録であり、日中横になっていたのか、散歩をしたり、読書していたのかを確認することが可能であり、就労に必要な最低限の体力が回復しているかどうか、その体力は持続可能かどうかを確認すること可能であると思われる。

職場復帰意欲（項目⑤）と LN との関係では、LN を記載し続けるという行為そのものにより、復職に対する意欲があるかどうかを確認することが可能であると考えられる。抑うつ気分や意欲低下状態が持続し、LN を記載することさえおっくうな状態であれば、そもそも業務遂行能力が回復したとは考えられないと思われる。

LN 使用者が休職者の規則正しい睡眠（項目①②③）を重視するということが、明らかとなった。睡眠を重視するからこそ LN を使用しているとも考えられる。休職者が仮に始業時間が 9 時で 8 時には家を出る必要がある場合、7 時には起床が必要となる。この場合、起きなければいけない 7 時にラインを引き、平日この時間帯に起床できているのか、まだ入眠中なのかを LN では一目で把握することが可能である。これは入眠時間についても同様である。

また昼間の眠気（項目④）、疲労回復（項目⑨）についても、LN は一日の活動内容を記載するようになっており、疲労が蓄積しやすく、日中眠気が生じるようであれば、「昼寝」「臥床」などの項目が記載される。この点が記載されていなければ、日中の眠気は問題ないレベルであり、業務に支障をきたさないと判断することが可能である。また疲労が蓄積していくようであれば、入眠が早くなったり、起床が遅れたり安定した睡眠を維持できなくなるため、睡眠時間からも疲労の回復は確認が可能である。

LN 使用者、未使用者双方が復職判定において重視する 2 項目（就労継続可能性（項目⑦）、職場復帰意欲（項目⑤））、ならびに使用者が重視する規則正しい睡眠（項目①②③）、昼間の眠気（項目④）、疲労回復（項目⑨）のいずれの項目も LN を用いることで容易に確認できるものと思われる。

LN 使用者の方が未使用者より有意に面談時間が長い傾向を認めた。また休職中の面談数も使用者の方が有意に多く、復職判定項目で重要と考える項目数も未使用者と比べて使用者の方が有意に多かった。このことから LN 使用者は未使用者と比較して、業務遂行能力が改善しているかどうか判定

するため当該労働者の情報をできるだけ多く集める傾向にあると考えらえた。

LN 使用者、未使用者とも復職判定において就労継続可能性、職場復帰意欲を重視しているが、LN 使用者はさらに、規則正しい睡眠、昼間の眠気、疲労回復を重視しており、その確認のために LN が使用されている可能性が示唆された。

LN 使用者において、休職者に LN を手渡すのは産業保健スタッフの場合が多いが、一部で事務担当者や上司といった産業保健スタッフ以外が手渡しており、休職中の LN を提出することが復職判定に組み込まれるなどの復職判定制度が作られている可能性が示唆された。また使用者は面談回数、面談時間、復職判定項目で重要と考える項目数いずれも未使用者より多く、復職判定においてできるだけ、情報を集める傾向にあるといえる。

LN 未使用者の多くが、LN を用いた復職支援マニュアルの使用を希望しており、LN を用いたマニュアルの作成意義はあるものと考えられた。

**⑤【LN の実態調査（京都府医師会）】**

LN の実態調査では、専業の産業医が多くを占める医師の集まり（昨年度の調査研究：日本産業衛生学会産業医部会員で LN を使用した経験のある医師の割合：65%）と比較して、非専業の医師の集まり（京都府医師会）では、LN を復職面談時に利用していない実態（LN を使用した経験のある医師の割合：11%）が明らかとなった。また、LN の未使用の理由として、67%が「存在を知らない」と回答しており、また「75%が LN を使用してみたい」とも回答していることから、LN による復職面談が一定の効果を持つ場合、積極的に周知、啓発を行う必要があると思われる。

**⑥【LN を用いた面談の効果検証】**

LN の使用は、復職面談時において「復職面談の際に得られる情報量」や「復職判定を行う際の産業医自身の安心感」、「復職面談の効率性」を、面談を行う産業医に対しもたらすことが判明した。このことは、前年度の実態調査の結果と照らしても、LN が特に非専業の産業医の集団により積極的に周知・広報することの必要性を示唆するものと思われた。

**⑦【LN を用いた復職支援マニュアル：暫定版の効果の検証】**

「LN を用いた復職支援マニュアル」の、復職後の就業継続の維持・向上（再休職率の低下）に対する有効性については、今回の研究では明らかな効果は見られなかった。

今回介入研究を行った大企業（1 社）では、1 年間で 20 名（全労働者の 0.9%）が復職面談の対象となった。この数値は、過去のいくつかの調査結果とも一致しており、一般的な大企業の実態を反映しているものと思われる。LN を用いた介入の効果を復職後 6 か月時点での就業継続率で検証したが、介入群が 8 例中 6 例（75%）、対照群が 4 例中 3 例（75%）と双方ともに数が少なくまた、両群での差を認めなかった。

両群で差がでなかった要因の一つとしては、一人の産業医がすべての面談を行ったことや、当該医師が日本産業衛生学会の産業医学専門医（専業産業医）であったことが関連している可能性がある。LN を用いた復

職面談を数回経験した後であれば、仮にLNを用いなくても復職判定に必要な情報を効率よく収集できるスキルを習得していたことが推測される。今後、大企業でのLNの就業継続率に与える影響を検証する場合、日本国内の大規模な研究の一環として実施することや、複数の産業医による実施体制も検討が必要と思われる。

また、中小企業に対するランダム化比較試験でも、十分な数のデータが収集できなかった。今回開発した、「LNを用いた復職支援マニュアル」は、特に中小企業の産業医を主な利用者として開発した。本来であれば、より多くの中小・零細を含む企業の協力のもと、本研究に取り組むべきであったが、中小企業への嘱託産業医を多く輩出している企業外労働衛生機関の協力を得ても、十分な企業（事業場）が集まらなかった。その要因としては、派遣される嘱託産業医が数年程度で交代してしまうことや中小企業を専門に産業保健を提供している労働衛生機関の産業医がすでにLNの常用者であること、本来マニュアルやツール類を必要としている嘱託産業医はいわゆる開業医などの非専業の産業医に多いことなどが推測された。そのため、中小企業での介入研究を行う場合、日本医師会（本部）、行政機関、地方自治体等とも連携し、全国の各都道府県医師会や群市区医師会も巻き込みながら実施体制を構築することが肝要と思われる。

難波は、全国に17事業所（社員数約4700名）を持つ企業において、介入群には2年10か月を、対照群には5年6か月に及ぶ観察期間を設定したと報告している。本研究では、LNを用いた面談のみの効果を検証すべく、LN未使用の企業を集めランダム化比較試験を試みたが、効果の検証に十分な数のデータが集まらなかった。その要因の1つとして、観察期間の短さが考えられる。前述のとおり、約5000人規模の単一企業においてもおよそ3年から5年6か月の調査期間を要したことからも、今後、LNの就業継続率（復職後6か月後）の効果評価を行う場合には、最低3年程度の長期の研究期間が必要と考える。

## E．結論

3年間にわたる本研究により、LNを用いた復職面談の効果については、これまでにわずかな報告があるのみであることが判明した。また日本国内の精神科医、産業医により利用されているLNの標準的な様式が完成した。さらに（嘱託）産業医に使用されることが想定される「LNを用いた復職支援マニュアル」が完成した。LNは特に非専業産業医への認知度の低さが明らかとなったものの、専業産業医の調査結果も加味すると使用ニーズが非常に高いことが明らかとなった。LNを実際の復職面談時に利用した場合、産業医の入手情報量は多く、面談を行う医師は高い安心感を得て、面談の効率も高まることが明らかとなった。LNの復職面談時の利用による就業継続率への効果については、引き続きの検証が必要と思われるが、総じて産業保健の実践の現場において、特に非専業の（嘱託）産業医に対し、LNを用いた復職支援マニュアル等が有効なツールになりえるものと推測された。

## F．研究発表

1．論文発表

1）梶木繁之、小林祐一、上原正道、中西

成元、森晃爾. 海外事業場における労働安全衛生活動と体制構築に必要な情報収集ツールの開発. 産衛誌.2016.58(2):43-53

2）Mori K, Nagata M, Hiraoka M, Kudo M, Nagata T, Kajiki S. Surveys on the competencies of specialist occupational physicians and effective methods for acquisition of competencies in Japan.J Occup Health. 2015;57(2):126-41.

3）善家雄雄、梶木繁之、吉川徹、仲尾豊樹、吉川悦子、庄司卓郎、福本恵三、酒井昭典. 労働災害による難治性手外科関連外傷症例の発生予防に関する検討 -Expert Opinion Gathering Meeting の開催について- J.UOEH（産業医科大学雑誌）2015.37(4):313-18

２．学会発表

1）森晃爾, 永田智久, 永田昌子, 梶木繁之. 企業と健保で取り組む健康経営・コラボヘルスに関する研究（第 1 報）–健康経営における評価指標の在り方の検討. 第 89 回日本産業衛生学会. 福島. 平成 28 年 5 月.

2）永田智久, 永田昌子, 梶木繁之, 森晃爾. 企業と健保で取り組む健康経営・コラボヘルスに関する研究（第 2 報）健康度の企業・健保間比較のための評価指標の開発. 第 89 回日本産業衛生学会. 福島. 平成 28 年 5 月.

3）山下哲史, 梶木繁之, 服部理裕, 松岡朱理, 楠本朗. 森晃爾. メンタルヘルス不調者の職場復帰面談時における LN の使用実態調査. 第 89 回日本産業衛生学会. 福島. 平成 28 年 5 月.

4）服部理裕, 梶木繁之, 山下哲史, 難波克行, 松岡朱理, 楠本朗, 森晃爾. 生活記録表を用いたメンタルヘルス不調者の復職判定マニュアルの開発. 第 89 回日本産業衛生学会. 福島. 平成 28 年 5 月.

5）松岡朱理, 小林祐一, 佐々木規夫, 小田上公法, 梶木繁之, 上原正道, 中西成元, 平岡晃, 五十嵐侑. 海外の医療機関調査のためのチェックリストの開発. 第 89 回日本産業衛生学. 福島. 平成 28 年 5 月.

6）梶木繁之, 小林祐一, 上原正道, 中西成元, 森晃爾. 海外事業場における労働安全衛生活活動と体制構築に必要な情報収集ツールの開発. 第 89 回日本産業衛生学会. 福島. 平成 28 年 5 月.

7）三本木麻衣子, 梶木繁之, 楠本郎, 林田賢史, 森晃爾. クラスターRCT による人間工学的職場改善活動が自覚症状や疲労並びに労働生産性に与える影響の検証【第 1 報 : ベースラインデータの特徴】. 第 89 回日本産業衛生学会. 福島. 平成 28 年 5 月.

８）梶木繁之. 糖尿病（疑い含む）を持つ労働者への産業保健スタッフによる事後措置の効果の検証. シンポジウム 10,就労と糖尿病治療の両立.第 59 回日本糖尿病学会年次学術集会.京都. 平成 28 年 5 月.

９）梶木 繁之, 楠本　朗, 山下　哲史, 服部　理裕, 森 晃爾. 産業医による主治医への診療情報提供依頼書の記載事項に関する検討　～メンタルヘルス不調者の復職支援における主治医と産業医の連携を円滑に行うために～　第 34 回産業医科大学学会. 北九州.平成 28 年 10 月.

１０） S. Yamashita, S. Kajiki, M. Hattori, J. Matsuoka, A. Kusumoto, K. Mori. Use survey of “PATTERN OF LIVING” for mental disorder at the time of Return to Work. The 14th International Congress of Behavioural Medicine. Melbourne. December 2016.

## G．知的財産権の出願・登録の状況

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出社継続率を 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 mentaldisorders: 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

１４） 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

１５） 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

１６） 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

１７） 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

１８） 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

# 生活記録表の記入方法について

産業医の**復職面談時まで**、添付の**生活記録表**を、記入例を参考に**記入**して下さい。

**生活記録表の記入を開始する時期は、**

あなたが**復職を考え始めたとき**、もしくは、**主治医から復職可の診断書が出たとき**です

**復職可否の判定基準は、**

**① 睡眠リズムが整っていること**

- 睡眠時間が確保できており、普段の出勤と同じ時間帯に起床できている
- 昼寝をしていない（昼間、横にならずに生活できている）

**② 日中の活動リズムが整っていること**

以下のような活動や外出が午前中・午後の両方で行えている（目安：9 時～15 時など）

- 図書館での読書や学習
- 運動（筋トレ、ジョギング、サイクリング、散歩、水泳など）
- 買い物や通院など

**③ 普段の通勤と同じような時間帯に、同じような手段で外出ができること**

・電車やバスなど、普段と同じ経路で職場の最寄り駅まで来てみる、など
・出かける場所や移動方法は毎日同じでなくても構わない。
・普段の通勤と同じような時間帯に外出できている。

**④ 上記のような活動が週 5 日×2 週間以上継続できていること**

- 上記のような生活が、月曜～金曜まで毎日、少なくとも 2 週間以上継続できている
- 生活記録表を 2 週間以上、続けて記入できている

**上記①から④のすべてがそろうと、復職の準備が整ったと考えられます。**

**備考**

記載していただいた生活記録表は、

- **人事担当者に見せる場合があります**のでご了承ください。
- **記入した「生活記録表」は、復職面談の際に必ず持参してください。**

**早速、記入してみましょう。**

# 生活記録表

対象期間:　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　　No

氏名:

記入例

| | ○ 月 □ 日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 水曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 時間 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 |
| 1:00 | | | | | | | | |
| 2:00 | | | | | | | | |
| 3:00 | 睡眠 | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | | | |
| 5:00 | | | | | | | | |
| 6:00 | 起床 | | | | | | | |
| 7:00 | 朝食 | | | | | | | |
| 8:00 | | | | | | | | |
| 9:00 | | | | | | | | |
| 10:00 | 運動 | | | | | | | |
| 11:00 | （○○ｽﾎﾟｰﾂ） | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | |
| 13:00 | 昼食 | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | | | | |
| 15:00 | 図書館 | | | | | | | |
| 16:00 | | | | | | | | |
| 17:00 | 買い物 | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | |
| 19:00 | 家事手伝い | | | | | | | |
| 20:00 | 夕食 | | | | | | | |
| 21:00 | | | | | | | | |
| 22:00 | 就寝 | | | | | | | |
| 23:00 | 睡眠 | | | | | | | |
| 0:00 | | | | | | | | |
| 備考 | 起床はスッキリで、昼間の図書館でも集中して本が読めた。食欲あり。 | | | | | | | |

備考欄には、当日の体調や感じた事、お薬の内服状況や睡眠などについても
自由に記入いただけます。

産業医面談時には、こちらを2週間以上記入し、持参ください。

# 生活記録表

対象期間:　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　　No

氏名:

記入例

| | ○ 月 □ 日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 水曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 時間 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 |
| 1:00 | | | | | | | | |
| 2:00 | | | | | | | | |
| 3:00 | 睡眠 | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | | | |
| 5:00 | | | | | | | | |
| 6:00 | 起床 | | | | | | | |
| 7:00 | 朝食 | | | | | | | |
| 8:00 | | | | | | | | |
| 9:00 | | | | | | | | |
| 10:00 | 運動 | | | | | | | |
| 11:00 | （○○ｽﾎﾟｰﾂ） | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | |
| 13:00 | 昼食 | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | | | | |
| 15:00 | 図書館 | | | | | | | |
| 16:00 | | | | | | | | |
| 17:00 | 買い物 | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | |
| 19:00 | 家事手伝い | | | | | | | |
| 20:00 | 夕食 | | | | | | | |
| 21:00 | | | | | | | | |
| 22:00 | 就寝 | | | | | | | |
| 23:00 | 睡眠 | | | | | | | |
| 0:00 | | | | | | | | |
| 備考 | 起床はスッキリで、昼間の図書館でも集中して本が読めた。食欲あり。 | | | | | | | |

備考欄には、当日の体調や感じた事、お薬の内服状況や睡眠などについても
自由に記入いただけます。

産業医面談時には、こちらを2週間以上記入し、持参ください。

# 生活記録表

対象期間:　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　　No

氏名:

記入例

| | ○ 月 □ 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 水曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 | 曜日 |
| 時間 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 | 活動内容 |
| 1:00 | | | | | | | | |
| 2:00 | | | | | | | | |
| 3:00 | 睡眠 | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | | | |
| 5:00 | | | | | | | | |
| 6:00 | 起床 | | | | | | | |
| 7:00 | 朝食 | | | | | | | |
| 8:00 | | | | | | | | |
| 9:00 | | | | | | | | |
| 10:00 | 運動 | | | | | | | |
| 11:00 | （〇〇ｽﾎﾟｰﾂ） | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | |
| 13:00 | 昼食 | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | | | | |
| 15:00 | 図書館 | | | | | | | |
| 16:00 | | | | | | | | |
| 17:00 | 買い物 | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | |
| 19:00 | 家事手伝い | | | | | | | |
| 20:00 | 夕食 | | | | | | | |
| 21:00 | | | | | | | | |
| 22:00 | 就寝 | | | | | | | |
| 23:00 | 睡眠 | | | | | | | |
| 0:00 | | | | | | | | |
| 備考 | 起床はスッキリで、昼間の図書館でも集中して本が読めた。食欲あり。 | | | | | | | |

備考欄には、当日の体調や感じた事、お薬の内服状況や睡眠などについても
自由に記入いただけます。

用紙が足りないときは、こちらをコピーしてください。

労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書

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（１４０７０１０１―０１）

# 職場訪問型復職支援の開発

分担研究者　秋山　剛　NTT 東日本関東病院精神神経科

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、本人および職場から得るべき同意書についての検討を行った。

第二年度は、リワークスタッフによる職場訪問型復職支援のガイドライン案、スタッフのトレーニングプログラム案の作成を行った。原案を作成した上で、研究協力者への意見を入れ、「リワークスタッフによる職場訪問型支援のガイドライン案」が作成された。さらに、ツールとして、本人および企業から明確な説明同意を取得するための説明同意資料、本人および企業の双方から職場、業務についての基本的な情報を収集するためのシート、本人の状態について企業に情報を提供するためのリワークチェックリスト、復職後のフォロー面談の前に、本人の体調と業務状況について情報を収集するためのシートと、職場へのアドバイスの与え方についての指針とする「リワークスタッフによるフォロー面談の手引き」が作成された。最終的に、以上の資料を用いてリワークスタッフのトレーニングを行うための、「リワークスタッフによる職場訪問型支援のガイドライン」スタッフトレーニングプログラム案が作成された。トレーニングプログラムでは、講義の内容を様々な意見と結びつけて理解することが可能になるように、参加者による小グループ討論を重視しており、トレーニングプログラムをパイロット的に試行した。

最終年度には、職場訪問や復職後フォロー面談について、企業における担当者がどのような情報の提供や支援を求めているかの聞き取り、聞き取りに基づく資料の整備、改訂された資料に関するスタッフおよび企業における担当者を対象としたトレーニングの試行、大規模トレーニングの記載、大規模トレーニングにおける効果、満足度に関する調査を行った。

**研究協力者**

Graham Thornicroft[1]、Claire Henderson[1]、奥山真司[2]、有馬 秀晃[3]、吉田 契造[4]、吉野 聡[5]、松原 孝恵[6]、遠藤 彩子[7]、松本 和紀[8]、富田 博秋[9]、長島 杏那[10]，田島 美幸[11]，堀越 勝[11]，藤里 紘子[11]，岩元　健一郎[11]，早坂 佳津絵[11]，平林 直次[12]，今井 杏里[12]，川﨑 直樹[13]，福本 正勝[14]，横山　正幹[15]，高野 浩一[16]
髙野　美代恵[17]，沖 泰子[18]，長部 ひろみ[19]，山田 晴男[20]，香取 美恵子[20]，市村 玲子[20]，深澤 理香[20]，濵本 絵美[20]，安部 眞一[20]，原田 晶子[20]，　亀谷 康弘[20]，　水上 房子[20]，木村 幸子[20]，

1 King's College London Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience
2 トヨタ自動車
3 品川駅前メンタルクリニック

4 株式会社デンソー
5 吉野聡産業医事務所
6 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
7 NTT 東日本関東病院
8 東北大学病院
9 東北大学災害科学国際研究所
10 晴和病院
11 国立研究開発法人国立精神・神経医療センター 認知行動療法センター
12 国立研究開発法人国立精神・神経医療センター病院
13 日本女子大学人間社会学部心理学科
14 株式会社 i-OH 研究所
15 さっぽろ駅前メンタルクリニック
16 髙野労務管理事務所
17 オフィスＭＥ
18 オフィス　ＹＭＯＳ
19 シトラス労務管理事務所
20 東京都社会保険福祉労務士会

## A. 研究目的

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、本人および職場から得るべき同意書についての検討
④ リワークスタッフによる職場訪問型復職支援のガイドライン案の作成
⑤ スタッフのトレーニングプログラム案の作成
⑥ 職場訪問や復職後フォロー面談について、企業担当者がどのような情報の提供や支援を求めているかの聞き取り
⑦ スタッフおよび企業における担当者を対象としたトレーニングの試行と、フィードバックに基づく資料の整備
⑧ 企業担当者向けの大規模トレーニングの試行と、トレーニングの効果、満足度に関する調査
⑨ リワークスタッフによる職場訪問フォローアップ面談の施行

## 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 氏および 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、本人およ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。

④ リワークスタッフによる職場訪問型復職支援のガイドライン案の作成
⑤ スタッフのトレーニングプログラム案の作成

分担研究者が、「リワーク機関スタッフによる職場訪問型支援のガイドライン」「スタッフのトレーニングプログラム」の原案を作成し、研究協力者への聞き取りを実施し、原案を改訂した。

⑥ 職場訪問や復職後フォロー面談について、企業担当者がどのような情報の提供や支援を求めているかの聞き取り

職場訪問や復職後フォロー面談について、企業担当者がどのような情報の提供を求めているかについて聞き取りを行った。

⑦ スタッフおよび企業における担当者を対象としたトレーニングの試行と、フィードバックに基づく資料の整備

前年度までに作成された、「リワーク機関スタッフによる職場訪問型支援のガイドライン」「スタッフのトレーニングプログラム」などの資料に基づいて、スタッフおよび企業担当者へ

のトレーニングを試行した。

⑧ 企業担当者向けの大規模トレーニングの試行と、トレーニングの効果、満足度に関する調査

整備された資料に基づいて「職場でよくみられる精神疾患」「企業担当者向けツールの使い方」「リワークプログラムの利用方法」に関する、全体で3時間程度の大規模トレーニングを行うこととした。トレーニングの有用性調査について、資料1,2の質問師を用いて「職場でよくみられる精神疾患への理解」「精神疾患から復職する従業員への対応についての理解」「リワークプログラムについての理解」「精神疾患から復職する従業員を支援する自信」について、受講前後の比較を行った。

満足度調査には、Clifford Attkisson らが開発し、立森らが日本語訳した、クライエント満足度調査票(CSQ-8J)を用いた。

⑨ リワークスタッフによる職場訪問フォローアップ面談の施行

国立研究開発法人国立精神・神経医療センター病院のリワークプログラムを受講したのち、復職した患者3名について、リワークプログラムスタッフによるフォローアップ面談の試行を行った。

## 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

「自分の精神疾患に関する情報を職場に伝えることには、一般に困難が伴ない（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（Gabbindon 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（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を行った。

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…)
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)
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)
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
リワーク出席率
遅刻/早退率（安定的に参加できているか)
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)

**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、本人およ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）

④ リワークスタッフによる職場訪問型復職支援のガイドライン案の作成

資料3の「リワークスタッフによる職場訪問型支援のガイドライン案」が作成された。

⑤ スタッフのトレーニングプログラム案の作成

資料3のほか、本人および企業から明確な説明同意を取得するために、資料4および資料5の説明同意資料、本人、企業の双方から職場、業務についての基本的な情報を収集するための資料6および資料7のシート、本人の状態について企業に情報を提供するための資料8のリワークチェックリスト、復職後のフォロー面談の前に、本人の体調と業務状況について情報を収集するためのシート（資料9および資料10）、職場へのアドバイスの与え方についての指針「リワークスタッフによるフォロー面談の手引き」（資料11）を用いて、リワークプログラムのスタッフの研修を行うことが妥当であるとされた。

⑥ 職場訪問や復職後フォロー面談について、企業担当者がどのような情報の提供や支援を求めているかの聞き取り

職場訪問や復職後フォロー面談について、企業担当者がどのような情報の提供を求めているかについて聞き取りおよび、企業側のニーズに関するスタッフへの研修を、平成28年4月18日、6月27日、8月22日、10月17日、12月5日に行った。

職場訪問や復職後フォロー面談について企業担当者がどのような情報の提供を求めているかについての聞き取りでは、企業担当者には基礎的なメンタルヘルス情報が十分に伝達されていること、リワークスタッフに、企業状況をよく理解してほしいという要望があること、企業におけるメンタルヘルス対策を円滑に進めるためには、企業経営者の理解が重要であることが把握された。

⑦ スタッフおよび企業における担当者を対象としたトレーニングの試行と、フィードバックに基づく資料の整備

スタッフからは、準備された資料について、理解しにくいというような指摘はなく、5回の研修会で資料方法については、理解できたとのことであった。

企業関係者からも、準備された資料について、理解しにくいという指摘は、基本的にはなかったが、一部語句の変更の要望があり、資料の整備を行なった。

⑧ 企業担当者向けの大規模トレーニングの試行と、トレーニングの効果、満足度に関する調査

平成 29 年 2 月 24 日に、資料 12 の内容で企業担当者向けの大規模なトレーニングを行った。

参加者数 75 名で、すべての回答に有効に回答していた回答数は 74 名で、回答率　98.7%であった。参加者の属性は資料 13 のようであった。

有用性に関する調査結果を資料 14 に示す。各項目いずれも、対応サンプルによる Wilcoxon の符号付き順位検定で、0.01%のレベルで、有意に受講の効果があるという結果であった。

満足度に関する調査結果を資料 15 に示す。総得点の平均が 25.8、各項目も満足度の平均が 3.23 という結果であった。

⑨ リワークスタッフによる職場訪問フォローアップ面談の施行

国立研究開発法人国立精神・神経医療センター病院のリワークプログラムを受講したのち、復職した患者３名のリワークプログラムスタッフによるフォローアップ面談について、本人からは、「産業保健スタッフや人事には言えないことも、リワークプログラムのスタッフには相談できた」「復職後も定期的に相談できる機会があると良い」「仕事が忙しくて、病院まで出向くことは現実的には難しい。定期的に訪問をしてくれたら嬉しい」などのフィードバックがあった。

企業からは、「上司からの聞き取りを行うことの意義に気がついた」「再休職防止のための方策になりうるかもしれない」「上司が本人の情報を伝えてこない場合がある」「業務状況シートの問 5『休職前と比較した作業能力の回復』は『職位に応じた作業能力との比較』とした方がよい」といったフィードバックがあった。

フォローアップ面談を行ったリワークプログラムのスタッフからは、「職場に訪問して、実際の職場環境を見たり、具体的な業務の状況を把握出来ることは意義があった」「職場訪問には半日を要したり（移動等も含む）、職場訪問は医療保険の適応外であること等を踏まえると、訪問による復職後のフォローは持ち出しのサービスとなる。コストの面の配慮がないと、運用は難しいと感じた」といったフィードバックがあった。

## D.考察

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、復職支援を行なう場合には、情報伝達に関する当事者の葛藤をやわらげことにも配慮する必要がある。

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。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。

③ リワーククリニックによる支援を行うために、本人およ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、復職支援を行なうために不可欠であると思われる。

④ リワークスタッフによる職場訪問型復職支

援のガイドライン案の作成

リワークスタッフによる職場訪問型支援は、これまでに系統的には、ほとんど行われてきてこなかった。そのために、参考資料がほとんどなかったが、研究協力者の協力を得てガイドライン案を作成することができた。

本ガイドライン案が、今回初めて作成されたことの意義は大きいと考える。

⑤ スタッフのトレーニングプログラム案の作成

同様に、ガイドラインに付随する資料 2〜9 が作成されたことの意義も大きい。メンタルヘルスへの対応を行うためには、適切な説明同意に基づいた情報共有が欠かせない。また、復職後のフォロアップに関連する重要な情報を有効に得るためのツールも重要である。

⑥ 職場訪問や復職後フォロー面談について、企業担当者がどのような情報の提供や支援を求めているかの聞き取り

企業担当者には基礎的なメンタルヘルス情報が十分に伝達されておらず、リワークスタッフが、メンタルヘルス情報をそのまま伝達しても理解できない可能性が高い。また、復職者は企業で就労しているので、企業状況をよく理解してほしいという要望は、よく理解できることころである。また、企業にメンタルヘルス対策を受け入れてもらうためには、企業経営者の理解を得るというプロセスが、重要であると考えられる。

⑦ スタッフおよび企業における担当者を対象としたトレーニングの試行と、フィードバックに基づく資料の整備

作成された資料については、リワークプログラムスタッフ、企業担当者とも、理解しにくいというフィードバックはなく、前年度までに開発されていた資料は、リワークプログラムスタッフが、職場訪問フォローアップ面談を行うための資料として使用できることが判明した。

⑧ 企業担当者向けの大規模トレーニングの試行と、トレーニングの効果、満足度に関する調査

トレーニングの有用性については、「職場でよくみられる精神疾患への理解」「精神疾患から復職する従業員への対応についての理解」「リワークプログラムについての理解」「精神疾患から復職する従業員を支援する自信」いずれについても、有意に受講の効果があるという結果であった。また、満足度に関する調査で、各項目の満足度の平均が 3.23 という結果であり、大規模トレーニングについては、有用性、満足度とも、十分な成果が確認できたと考えられる。

⑨ リワークスタッフによる職場訪問フォローアップ面談の施行

整備された資料を用いたフォローアップ面談は、本人、企業側とも、有用性を感じていた。用いられた資料については、業務状況シートの問 5 を除いては、特に指摘はなかった。一方、リワークプログラムのスタッフが事業場を訪問して面談を行うことについては、大きな時間的負担が生じることが指摘されており、今後もし、面談を定式化していくのであれば、スカイプ等による面談、あるいは、本人と上司がリワークプログラム施設を訪れての面談という形式について検討する必要がある。また、面談に要するコストについても、負担者、負担額等について定める必要があると考えられる。

## E. 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

リワーククリニックは、復職支援を行う場合に、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。

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

リワーククプログラム参加前に、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。

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

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は、本人・職場の双方から同意を得ることが不可欠である

④ リワークスタッフによる職場訪問型復職支援のガイドライン案の作成

資料が作成された

⑤ スタッフのトレーニングプログラム案の作成

資料が作成された

⑥ 職場訪問や復職後フォロー面談について、企業担当者がどのような情報の提供や支援を求めているかの聞き取り

リワーククリニックは、企業の状況をよく理解して、経営者への働きかけを含む、協働への働きかけを行う必要がある。

⑦ スタッフおよび企業における担当者を対象としたトレーニングの試行と、フィードバックに基づく資料の整備

本研究で開発され資料は、リワークプログラムスタッフが、職場訪問フォローアップ面談を行うための資料として使用できる。

⑧ 企業担当者向けの大規模トレーニングの試行と、トレーニングの効果、満足度に関する調査

企業担当者向けの大規模トレーニングは、十分な有用性、満足度を示した。

⑨ リワークスタッフによる職場訪問フォローアップ面談の施行

職場訪問フォローアップ面談は、有用であると思われる。面談の形式、費用負担について検討する必要がある。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

学会発表

1. 秋山剛：シンポジウム 1「ストレスとパーソナリティの相互作用がメンタルヘルスに及ぼす影響」S1-4「TEMPS-A による気質とストレスの相互作用」. 第 32 回日本ストレス学会学術総会. 東京. 10.29-30. 2016.
2. 秋山剛：シンポジウム 「ストレスチェックへの対応と CBGT」. 第 7 回集団認知行動療法研究会学術総会. 東京 10.30. 2016.

参考文献


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

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.

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.

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

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

**H. 知的財産権の出願，登録状況**

該当なし

## 資料１　受講前アンケート
## 精神疾患から復職する従業員支援のための研修会アンケート（受講前）

１～５の質問について、あてはまるものに〇をつけてください。６，７は数字を記入してください。

＜受講前記入＞

1. 職場でよくみられる精神疾患について理解していますか？
①していない　②あまりしていない　③ややしている　④している

2. 精神疾患から復職する従業員への対応について理解していますか？
①していない　②あまりしていない　③ややしている　④している

3. リワークプログラムについて理解していますか？
①していない　②あまりしていない　③ややしている　④している

4. 精神疾患から復職する従業を支援する自信はありますか？
①ない　②あまりない　③ややある　④ある

5. 性別
①男性　②女性

6. 担当経験年数
　　年

7. これまでに経験した精神疾患従業員数
　　名

## 資料２　受講後アンケート
## 精神疾患から復職する従業員支援のための研修会アンケート（受講後）

１～６の質問について、あてはまるものに〇をつけてください。７は自由にご意見を記載してください。

＜受講後記入＞

1. 職場でよくみられる精神疾患について理解していますか？
①していない　②あまりしていない　③ややしている　④している

2. 精神疾患から復職する従業員への対応について理解していますか？
①していない　②あまりしていない　③ややしている　④している

3. リワークプログラムについて理解していますか？
①していない　②あまりしていない　③ややしている　④している

4. 精神疾患から復職する従業を支援する自信はありますか？
①ない　②あまりない　③ややある　④ある

5. 研修会は分かりやすいですか？
①分かりにくい　②やや分かりにくい　③やや分かりやすい　④分かりやすい

6. 研修会の内容は企業担当者にとって適切ですか？
①適切でない　②やや適切でない　③やや適切である　④適切である

7. 研修会について気がついたことを、自由に記載してください。

資料３

「リワークスタッフによる職場訪問型支援のガイドライン案」

１．目的

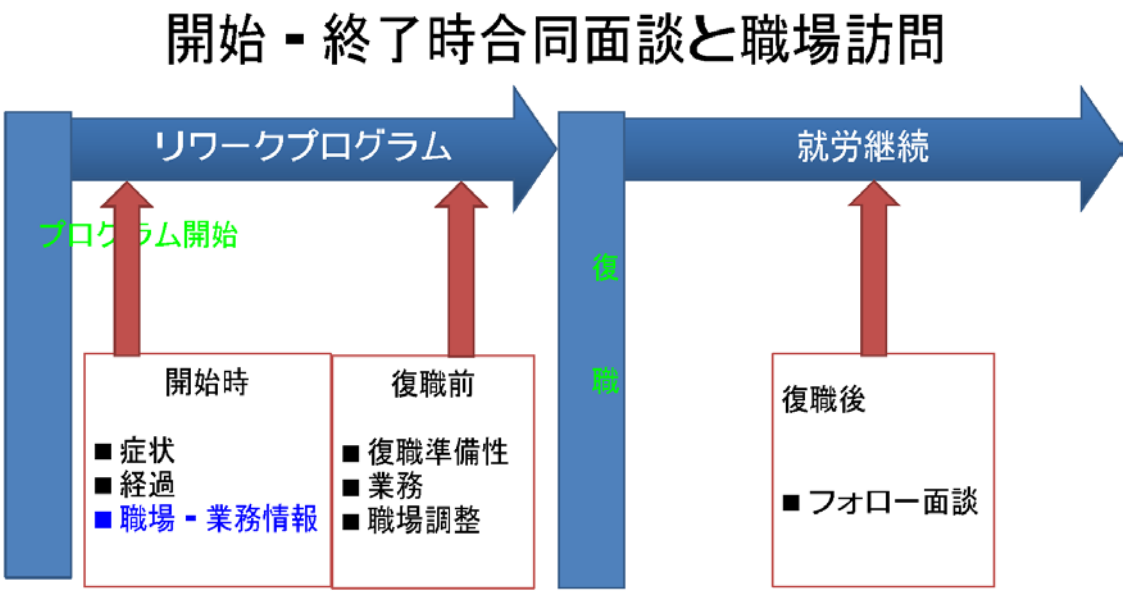
本ガイドラインは、リワークスタッフが、職場との適切な情報の交換、復職後を通じて、復職支援を行なうことを目的としている。

２．対象者

本ガイドライン適用の対象者を以下のように想定している。

- 社員としての身分がある
- 気分障害、適応障害、不安障害等の診断を受けて、該当のリワーククリニックに外来通院をしており、病気休暇または休職中である
- 職場に復帰したいという意欲がある
- ガイドライン案による支援に関して、主治医の了解を得ている
- ガイドライン案による支援に関して、企業の人事または産業保健スタッフの了解を得ている

３．支援のフロー




４．リワークプログラムの構成

リワークプログラムは、以下の目的が達成できる構成が必要である

① 復職準備性の向上
・生活リズムの改善、活動性の向上、
・対人交流の活性化等
・再発予防への対処
② セルフモニタリング
・セルフマネジメント
・ストレス対処のスキル向上
③ 客観的評価
・症状
・職場復帰準備性

５．手順

① インテーク

参加希望者に対してインテーク面談を行い、対象者としての基準を満たしていることを確認する

② 同意の確認

本人および企業に対して、「リワークスタッフによる職場訪問支援プログラム」の説明書を交付し、内容を説明し、質問への回答を行った後、同意書への署名を得る。

③ 症状・経過の確認

主治医および参加者からの情報に基づいて、症状およびこれまでの経過を確認する。
ま

④ 復職基本情報の収集

本人および企業から、復職基本情報を収集する。情報が、本人と企業の間で食い違っているところがあれば、チェックしておく。本人、企業のプライバシーに属する項目については、合同面談で取り上げることに同意しているかどうかを確認する。

⑤ 開始時合同面談

直接の面談、スカイプ会議、電話会議などの手段を用いて、本人、リワークスタッフ、企業担当者の間で、合同面談を持ち、復職基本情報の内容について確認し、リワークプログラムを終えて、復職するときに求められる状態について話し合う。本人、企業のプライバシーに属する項目で、合同面談で取り上げることに同意していない情報については、取り上げない。

⑥ リワークプログラムの遂行

リワークプログラムを遂行する。

⑦　復職時合同面談

職場復帰準備性評価シートを用いて、本人のリワーク状況の情報を職場に伝える。

直接の面談、スカイプ会議、電話会議などの手段を用いて、本人、リワークスタッフ、企業担当者の間で、合同面談を持ち、参加者の職場復帰準備性について確認する。復職時、期間を限定した軽減勤務が望まれる場合は、軽減勤務の裁量が可能か、可能な場合の期間、軽減勤務から通常勤務移行するプロセスについて話し合う。本人が配置転換を希望する場合は、配置転換が可能か、可能な場合は新しい職場での作業をやった経験があるか、新しい職場に慣れる際の対人関係ストレスに耐えられるかなどについて検討する。

⑧　復職後フォロー面談

復職後３ヶ月をめどに、フォロー面談を行う。面談は、職場訪問して行うことが望ましいが、職場訪問が難しい場合は、スカイプ面談、電話会議などで代用してもよい。面談に先立って、本人に「体調シート」、上司に「業務状況シート」に記入を依頼して、本人の体調と業務状況を把握する。合同面談の際には、シートの情報に基づいて、本人の体調と業務状況を確認し、「リワークスタッフによる復職後のフォロー面談の手引き」に従って面談を行う。

**資料４**

# リワークスタッフによる職場訪問支援プログラム　説明書（本人用）

【目的】
本プログラムは、参加者本人が職場や社会に復帰する意思を持ち、自分で努力することを前提として、復職後に職場で期待される業務を再発なく継続できることを目的としています。

【内容】
本プログラムの内容は、
① 体調を整えるためのリハビリテーション
② 職場ストレスを緩和するための認知行動スキルの習得
③ 病気や症状への対応方法への理解を深めるための心理教育
④ 症状、体調、作業能力、再発予防への備えを客観的に把握するための評価
⑤ 職場が、可能な範囲で適切な処遇が行えるための企業への支援
⑥ 復職後のリワークスタッフによる職場訪問
からなっています。

【情報共有】
プログラム中の様子や症状等を、主治医など診療従事者と共有します。また、復職後の処遇を検討する重要な資料として、症状や復職準備性等の評価に関する情報を職場と共有します。

【個人情報の保護】
① プログラムで得た情報は、診療従事者、復職後の処遇の検討に関わる企業関係者以外に漏らすことはありません。
② 企業には、伝える情報を復職後の処遇の検討以外の目的で使用しないよう誓約を要請します。
③ プログラム参加中に得た他の利用者およびスタッフの個人情報を他には漏らさないでください。ソーシャルメディア等への書き込みをしないでください。

【参加中断】
体調の悪化、他の参加者への迷惑行為がみられた場合は、参加中断を指示する場合があります。

【欠席・遅刻時の連絡】
欠席・遅刻が発生する場合は、担当者に連絡してください。就労時と同じように、無断欠席・遅刻は避けてください。

【期待される効果】

本プログラムが円滑に進めば、復職後に職場で期待される業務を再発なく継続できることが期待されます。

【効果の限界】

症状が改善しない、プログラムにうまく参加できない、生活上のストレスが高い、企業側が適切な協力をしないといった場合には、上記の効果が達成されない場合があります。

【副作用】

プログラムへの参加が負担になって、症状が悪化することがまれにあります。逆に、プログラムの居心地がよくなって、復職のための取り組みが前進しにくくなる場合があります。

【副作用への対応】

副作用にあたる状況が出現した場合は、プログラムのスタッフが対応について助言します。プログラムの負担があまりにも高い場合は、プログラムを中断していただきます。

【利用できる他の治療】

主治医による通常の治療だけで、復職する人もいます。また、本プログラム以外にも、復職を支援するプログラムがあります。

【プログラムに参加しない場合に起きる可能性】

レベルが高いエビデンスではありませんが、主治医による通常の治療だけで、復職した場合、リワークプログラムを経た場合よりも、再発しやすい可能性があります。本プログラムが、他の復職を支援するプログラムよりも有効であるというエビデンスはありません。他のプログラムでは、一般に、リワークプログラム開始当初からの企業との連携、復職後のリワークスタッフの職場訪問による支援は行われないと思われます。

# リワークスタッフによる職場訪問支援プログラム　同意書（本人用）

年　　月　　日

（リワーク機関責任者）　殿

私、は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（以下「職場」といいます。）への復職を目指すにあたり、貴院の「リワークスタッフによる職場訪問支援プログラム」の、目的、内容、情報共有、個人情報の保護、参加中断、遅刻・欠席時の連絡、期待される効果、効果の限界、副作用、副作用への対応、利用できる他の治療、プログラムに参加しない場合に起きる可能性について説明を受け、十分に質問する機会を得ました。プログラムへの参加について同意いたします。

利用者氏名　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| | | |
|---|---|---|
| 利用者本人連絡先 | 住所 | 〒 |
| | 電話 | |
| | Email | |
| 緊急時連絡先 | 氏名 | |
| | 本人との関係 | |
| | 電話 | |

資料５

# リワークスタッフによる職場訪問支援プログラム　説明書（企業用）

【目的】

本プログラムでは、参加者、リワークプログラム、企業が適切に協働できることを前提として、プログラム参加者が、復職後に、職場で期待される業務を再発なく継続できることを目的としています。

【内容】

本プログラムの内容は、

① 体調を整えるためのリハビリテーション
② 職場ストレスを緩和するための認知行動スキルの習得
③ 病気や症状への対応方法への理解を深めるための心理教育
④ 症状、体調、作業能力、再発予防への備えを客観的に把握するための評価
⑤ 職場が、可能な範囲で適切な処遇が行えるための職場への支援
⑥ 復職後のリワークスタッフによる職場訪問

からなっています。

【情報共有】

プログラム中の参加者の様子や症状等を、主治医など診療従事者と共有します。また、復職後の処遇を検討する重要な資料として、症状や復職準備性等の評価に関する情報を職場と共有します。

【個人情報の保護】

① プログラムで得た情報は、診療従事者、復職後の処遇の検討に関わる職場関係者以外に漏らすことはありません。
② 職場に伝える情報は、復職後の処遇の検討以外の目的で使用しないように誓約していただきます。
③ プログラム参加中に得た他の利用者およびスタッフの個人情報を他には漏らさないように、ブログ、Twitter、Facebook、mixi 等 SNS への書き込みをしないように指示しています。

【参加中断】

体調の悪化、他の参加者への迷惑行為がみられた場合は、参加者に、参加中断を指示する場合があります。

【欠席・遅刻時の連絡】

欠席・遅刻が発生する場合は、参加者から連絡してもらっています。

【企業担当者変更時の連絡】
企業担当者が変更になる場合は連絡してください。
【期待される効果】
本プログラムが円滑に進めば、復職後に職場で期待される業務を再発なく継続できることが期待されます。
【効果の限界】
症状が改善しない、プログラムにうまく参加できない、生活上のストレスが高い、企業側が適切な協力をしないといった場合には、上記の効果が達成されない場合があります。

【副作用】
プログラムへの参加が負担になって、症状が悪化することがまれにあります。逆に、プログラムの居心地がよくなって、復職のための取り組みが前進しにくくなる場合があります。

【副作用への対応】
副作用にあたる状況が出現した場合は、プログラムのスタッフが対応について助言します。プログラムの負担があまりにも高い場合は、プログラムを中断していただきます。

【本プログラムの代替治療】
主治医による通常の治療だけで、復職する人もいます。また、本プログラム以外にも、復職を支援するプログラムがあります。

【本プログラムに参加しない場合に予想される事態】
レベルが高いエビデンスではありませんが、主治医による通常の治療だけで、復職した場合、リワークプログラムを経た場合よりも、再発しやすい可能性があります。本プログラムが、他の復職を支援するプログラムよりも有効であるというエビデンスはありません。他のプログラムでは、一般に、リワークプログラム開始当初からの企業との連携、復職後のリワークスタッフの職場訪問による支援は行われないと思われます。

# リワークスタッフによる職場訪問支援プログラム　同意書（参加者用）

年　　月　　日

（リワーク機関責任者）　殿

当社社員＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿氏が本プログラムを利用するにあたり、貴院の「リワークスタッフによる職場訪問支援プログラム」の、目的、内容、情報共有、個人情報の保護、参加中断、遅刻・欠席時の連絡、企業担当者変更時の連絡、期待される効果、効果の限界、副作用、副作用への対応、利用できる他の治療、プログラムに参加しない場合に起きる可能性について説明を受け、十分に質問する機会を得ました。当社社員のプログラムへの参加について同意します。貴院から提供された、当社社員の症状や復職準備性等の評価に関する情報は、復職を支援し、処遇を検討する以外の目的では一切使用いたしません

企業名

担当部署・役職

担当者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| | |
|---|---|
| 所在地 | 〒 |
| 電話 | 内線（　　） |

資料６

復職基本情報　（本人用）

年　　月　　日

氏名

以下の内容について、次回の診察までに記入してきてください。

１．今回の休職・休務の合計期間
　　年　　ヶ月

２．以前のものをあわせて、医師の診断書に基づいて、休務・休職した合計回数
　　回

３．以前のものをあわせて、医師の診断書に基づいた休務・休職の合計期間
　　年　　ヶ月

４．現在の会社の勤続年数
　　年

５．他社の勤続年数を合わせたこれまでの勤続年数
　　年

６．通勤に要する時間
　　時間

７．勤めている会社の業種　１～12 に〇をつけるか、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　　）

８．あなたの職種　１～11 に〇をつけるか、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　　）

9.　　職階　1～4 に〇をつけるか、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　　）

１０.　雇用・契約形態　1～6 に〇をつけるか、7 に記載してください
1.正社員　　2.期間雇用従業員　　3.嘱託社員　　4.派遣社員
5.パート　　６．アルバイト
７．その他　（記載してください　　）

１１.　仕事に関する自分の評価に〇をしてください
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）

１２.　現在の業務の経験年数

１３.　会社、職場、上司、業務内容のストレス　について当てはまるものに〇をして、ストレスがあれば、内容を記載してください。
１．なかった　　２．あまりなかった　　３．あった　　４．強かった
（2～4の場合は、内容を下に記載してください）

１４.　配偶者、家族、パートナーなどとのストレス　について当てはまるものに〇をして、ストレスがあれば、内容を記載してください。
１．なかった　　２．あまりなかった　　３．あった　　４．強かった
５．当てはまらない　（配偶者、家族、パートナーがいない場合）
（2～4の場合は、内容を下に記載してください）

上記の情報を、企業との合同面談で取り上げてよいか、お知らせください
取り上げてよい　　取り上げないで欲しい

１５．　配偶者、家族、パートナー以外の、プライベートなストレス　について当てはまるものに〇をして、ストレスがあれば、内容を記載してください。

１．なかった　　２．あまりなかった　　３．あった　　４．強かった

（２～４の場合は、内容を下に記載してください）

上記の情報を、企業との合同面談で取り上げてよいか、お知らせください

取り上げてよい　　取り上げないで欲しい

１６．　今回の休務前３ヶ月の平均時間外勤務時間

時間

１７．　その他、復職について考えていることがあれば、記載してください

資料７

復職基本情報　（企業用）

年　　月　　日

１．今回の休職・休務の合計期間

年　　ヶ月

２．以前のものをあわせて、医師の診断書に基づいて、休務・休職した合計回数

回

３．以前のものをあわせて、医師の診断書に基づいた休務・休職の合計期間

年　　ヶ月

４．現在の会社の勤続年数

年

５．会社の業種　①～⑫に〇をつけるか、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に〇をつけるか、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に〇をつけるか、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〇をしてください
　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）

上記の情報を、本人との合同面談で取り上げてよいか、お知らせください
　取り上げてよい　　取り上げないで欲しい

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　どちらかに〇をして、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　どちらかに〇をして、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に〇をつけ、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

## リワークチェックリストの使い方

最近2週間の状態について、評価して下さい。

通常、本人からの情報で評価しますが、家族などからの情報がある場合は、より正確な情報に基づいて評価してください。

判定に迷う場合は、低い方の評価としてください。

各項目の回答をボックスボタンから選んでください。(現在は、サンプル回答が入力されています)
以下に回答の集計が表示されます。
情報をうるための標準質問が該当の項目の回答の下に表示されています。参考にしてください。
点数によって、マニュアルにある指導を行ってください。

★集計

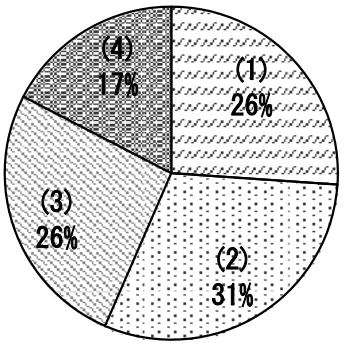
| シート | No | 回答 |
|---|---|---|
| A | 1 | (2) |
| | 2 | (4) |
| | 3 | (1) |
| B | 4 | (2) |
| | 5 | (3) |
| | 6 | (1) |
| | 7 | (4) |
| | 8 | (3) |
| | 9 | (2) |
| C | 10 | (1) |
| | 11 | (2) |
| D | 12 | (4) |
| | 13 | (3) |
| E | 14 | (1) |
| | 15 | (3) |
| F | 16 | (4) |
| | 17 | (2) |
| | 18 | (1) |
| G | 19 | (3) |
| | 20 | (2) |
| H | 21 | (2) |
| | 22 | (3) |
| | 23 | (1) |

A-B平均 **2.44**
A-F平均 **2.39**
A-H平均 **2.35**

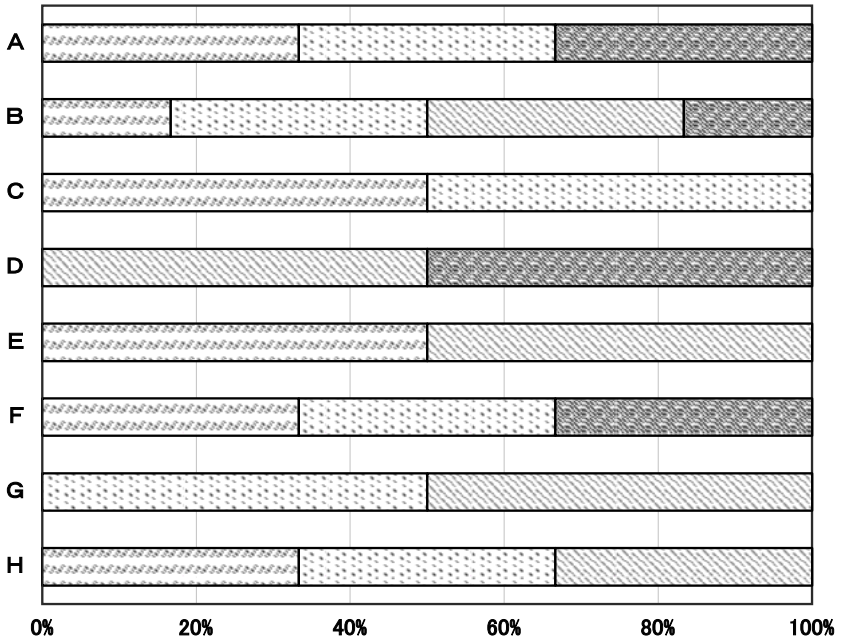
★カウント

| 回答 | 個数 |
|---|---|
| (1) | 6 個 |
| (2) | 7 個 |
| (3) | 6 個 |
| (4) | 4 個 |
| 計 | 23 個 |

★グラフ Ⅰ




★グラフ Ⅱ



冒頭教示「最近2週間のあなたの状態について教えて下さい」

## 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
「食事を抜かす」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回以上食事を抜かす）
（2） 時に、不規則である（週2～3回食事を抜かす）
（3） だいたい問題ない（食事を抜かすのは週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（食事を抜かすのは週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？
食事を抜かす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？食事を抜かすことは、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）

## B 症 状

4 精神症状（ゆううつ、イライラ、不安、やる気のなさなど）のために

（1） 日常生活に週の半分以上支障がある。
（2） 日常生活に支障が出ることがある。
（3） 精神症状がときにみられるが、日常生活への支障はない。
（4） 精神症状はまったくない。

回 答 (2)

〔情報を得るための標準的な質問〕
ゆううつ、イライラ、不安、やる気がないなどの症状のために、生活していて差し障りがでること、日常生活が円滑に送れないことは、週に何回くらいありますか？（睡眠については別項目で確認）

5 身体症状（頭痛、倦怠感、発熱、下痢、吐き気など）のために

（1） 日常生活に週の半分以上支障がある。
（2） 日常生活に支障が出ることがある。
（3） 身体症状がときにみられるが、日常生活への支障はない。
（4） 身体症状はまったくない。

回 答 (3)

〔情報を得るための標準的な質問〕
頭痛、倦怠感、発熱、下痢、吐き気などのからだの症状のために、生活していて差し障りがでることは、　週に何回くらいありますか？（睡眠については別項目で確認）

6 熟眠感

「よく眠れなかったと感じた日」が、平均して週に何回あるか。

（1） 週3回以上、よく眠れなかったと感じた日があった。
（2） 週2回程度、よく眠れなかったと感じた日があった。
（3） 週1回程度、よく眠れなかったと感じた日があった。
（4） 週0回（よく眠れなかったと感じた日はほとんどなかった）

回 答 (1)

〔情報を得るための標準的な質問〕
よく眠れなかったと感じた日は、平均して週に何回ありますか？

7 睡眠時間

健康なときと比べて、2時間以上睡眠が短い、または長い日が、平均して週に何回あるか。
（健康なときの定義は1に同じ）

（1） 週に4回以上（健康なときと比べて睡眠が2時間以上長かったり短かったりする）
（2） 週に3回程度（健康なときと比べて睡眠が2時間以上長かったり短かったりする）
（3） 週に1～2回程度（健康なときと比べて睡眠が2時間以上長かったり短かったりする）
（4） 週に0回程度（健康なときと比べて睡眠が長かったり短かったりすることはほとんどない）

回 答 (4)

〔情報を得るための標準的な質問〕
睡眠時間が、健康なときと比べて、2時間以上短いとか、逆に2時間以上長い日は、平均して週に何回ありますか？

8 昼間の眠気（Karolinska Sleepiness Scale 日本語版）※右のスケールを見せて評価する。

（1） 7以上
（2） 4～6
（3） 3
（4） 1～2

回 答 (3)

〔情報を得るための標準的な質問〕
午後2時頃の、あなたの眠気の状態をもっともよく表した数字に○をつけて下さい。

| | |
|---|---|
| ① | 非常にはっきり目覚めている |
| ② | ↓ |
| ③ | 目覚めている |
| ④ | ↓ |
| ⑤ | どちらでもない |
| ⑥ | ↓ |
| ⑦ | 眠い |
| ⑧ | ↓ |
| ⑨ | とても眠い（眠気と戦っている） |

9 興味･関心

（1） 何にも興味・関心がない。
（2） 元々興味・関心があったことの全部ではないが、一部に興味・関心を持っている。
（3） 元々興味・関心があったことに、ほぼ興味・関心を持っている。または、元々興味・関心があったことには興味・関心を持たないが、それ以外のことがらに興味・関心を持っている。
（4） 元々興味・関心があったことに加えて、それ以外のことがらにも興味・関心を持っている。

回 答 (2)

〔情報を得るための標準的な質問〕
元々興味や関心があったことに、今も興味や関心を持てますか？それ以外のことで、最近興味や関心を持っていることはありますか？

## C 基本的社会性

10 身だしなみ（洗顔、洗髪、歯磨き、清潔な身なり等）

（面接時の印象で面接者が主観的に評価する）

（1） 時に、どれか整っていない（週に1回くらい）。
（2） まれに、どれか整っていない（2週間から月に1回くらい）。
（3） いつも標準的に整っている。
（4） 身だしなみが一般の人よりすぐれている印象を与える。

回 答（1）

〔情報を得るための標準的な質問〕
身だしなみは、いつも今日と同じくらいにしていますか？

11 他人との交流（他人とは、近所の人、知人、健康管理スタッフ、上司などを指す）

（1） 話しかけられても、返事をできないことがある。
（2） 話しかけられれば返事をする。自分から話しかけることはない。
（3） 自分から話しかけるが、相手は既に知っている人に限られる。
（4） 初対面の人でも、必要なときは自分から話しかける。

回 答（2）

〔情報を得るための標準的な質問〕
他の人に話しかけられて、返事をしないことがありますか？他の人に、自分から話しかけることはありますか？知らない人にでも、話しかけますか？

## D サポート状況

12 家族との関係

（1） 家族とは悪化した関係で、家族との関係自体が負担である。
（2） 家族からのサポートは受けられない。または、家族がいない。
（3） 家族との関係はほぼ良好であり、一定のサポートがある（一部ストレスがあるが、サポートの方が上回る）
（4） 家族との関係は良好であり、十分なサポートがある（家族とのストレスはない）

回 答 (4)

〔情報を得るための標準的な質問〕
家族はいますか？家族との関係は負担ですか、それともサポートしてくれますか？
（生活は単身でも、家族との接触、サポートがある場合は、3,4と評価する）

13 主治医との関係（本人の話から、可能な範囲で面接者が評価する）

（1） 主治医に通院していない。
（2） 通院しているが、主治医の治療方針を守っていない。
（3） 主治医の治療方針は守っているが、質問や話し合いが十分にできていない点がある。
（4） 主治医と、質問や話し合いを十分している。

回 答 (3)

〔情報を得るための標準的な質問〕
今、通院していますか？主治医の治療方針を守っていますか？主治医と、十分に質問や話し合いができますか？

## E 職場との関係

### 14 トラウマ感情

（トラウマ感情とは、「自分は職場、会社の犠牲になって発病した」という感情を指す。この項目は
「事実」の有無に関わらず、本人の申し立てに基づいて評価する）

(1) トラウマ感情を表現し、パニック、興奮、身体症状等が出現し、生活上の機能に影響することがある。
または、他人（同僚、健康管理スタッフ、家族等）の意見を聞かない。
(2) 発病に関するトラウマを表現し、パニック、興奮、身体症状等が出現することがあるが、生活上の機能に
は影響しない。または、他人の意見は聞くが、考え方･トラウマ感情は変わらない。
(3) 発病に関するトラウマを表現するが、パニック、興奮、身体症状等は出現しない。ま
たは、他人の意見を聞いて、自分なりの考え方を振り返ることができる。
(4) 発病に関するトラウマを表現しない。

回 答 (1)

〔情報を得るための標準的な質問〕
「職場や会社の犠牲になって病気になった」という気持ちはありますか？（あれば）犠牲になったということを思い出して、
症状が出ることはありますか？生活に差し障りがでること、生活が円滑に送れなくなることはありますか？そういうことについて、他の人と話し合うことはありますか？（あれば）他の人の意見について、どう思いますか？

### 15 就業規則、約束の不遵守

（「就業規則、約束の不遵守」とは、「無断欠勤」のように就業規則に従わない行為、「約束の不遵守」とは、）
就業規則には定められていないが、上司、同僚、顧客との約束を守らず、相手に迷惑をかける行為を指す）

(1) 就業規則の不遵守が過去にあり、今後も行動を改めるつもりがない。
(2) 就業規則の不遵守が過去にあったが、今後は行動を改めると述べている。または約束の不遵守が
過去にあり、今後も行動を改めるつもりがない。
(3) 約束の不遵守のみ過去にみられ、今後は行動を改めると述べている。
(4) 就業規則、約束の不遵守がみられたことはない。

回 答 (3)

〔情報を得るための標準的な質問〕
調子が悪かったとき、無断欠勤などで「就業規則を守っていない」と言われたこと、または上司、同僚、お客さんとの約束が守れなかったことはありますか？（あれば）そのことについて、今ふりかえってみてどう思いますか？

## F 作業能力、業務関連

16 集中力

TVをみる、雑誌･新聞･本を読むなど、集中しようとした場合
（本に集中できれば、内容に関わらず③または④と評価する）

（1） ほとんど集中できない。または、集中しようとすることがない、集中したい気持ちがあっても実際にはできない。
（2） TV、雑誌、新聞など一般的な内容であれば集中できる。
（3） 業務関連ではない内容の本に集中できる。
（4） 業務関連の内容の本に集中できる。

回 答 (4)

〔情報を得るための標準的な質問〕
TV、雑誌、新聞に集中できますか？本を読むとき、集中できますか？業務関連の内容の本を集中して読めますか？

17 業務への関心･理解

（1） 自発的な関心を示さず、上司や健康管理スタッフとの話し合いでも、関心、理解を示さない。
または、主治医から仕事の話を禁じられている。
（2） 自発的には関心を示さないが、上司や健康管理スタッフとの話し合いにより、関心、理解を示す。
（3） 自発的には関心を持っているが、上司の説明を一部理解していない点がある。
（4） 自発的には関心を持ち、上司の説明を理解している。

回 答 (2)

〔情報を得るための標準的な質問〕
復職したら、どんな仕事をしたいと思っていますか？仕事の内容について、上司と話し合いをしていますか？
（していれば）上司の話は理解できますか？

18 業務遂行能力（以前の仕事に戻るとして）

現在から6ヵ月以内に、健康時の業務遂行能力の何割が達成されると思われるか？

（1） 8割未満の業務遂行能力
（2） 8割以上、9割未満の業務遂行能力
（3） 9割以上、10割未満の業務遂行能力
（4） 10割の業務遂行能力

回 答 (1)

〔情報を得るための標準的な質問〕
以前の仕事に戻るとして、現在から6ヵ月以内に、健康時の仕事能力の何割まで回復できると思いますか？

## G 準備状況

### 19 職場上司との接触

職場の上司と面接、電話、メールでの接触回数が、平均して月に何回あるか。
休業が3ヶ月以上の場合、直近の過去3ヶ月の平均で評価する。
休業が1～3ヶ月の場合、休業期間中の月平均で評価する。
休業が1ヶ月未満の場合、面接が「なし」は0、「あり」は回数を休業期間で割って評価する。
（例：2週間の休業で1回面接していれば、1÷0.5(ヶ月)＝2回）

(1) 全く接触していない、もしくは平均して月1回未満
(2) 平均して月1回以上、2回未満
(3) 平均して月2回以上、4回未満
(4) 平均して月4回以上

回 答 (3)

〔情報を得るための標準的な質問〕
職場の上司とは、月に何回くらい直接会ったり電話で話したりしていますか？メールのやりとりは含みません。
（接触は本人によるものを評価し、家族と上司の接触は含まない）

### 20 業務への準備

業務への準備として、下記4項目のうち、いくつを行っているか。
睡眠･覚醒のリズムを整える
作業能力の準備をする
職場の情報を入手する
通勤練習をする など
作業能力の準備は、職種によって異なる。例えば
パソコン作業の練習をする
業務関係の本や雑誌を読む
業務関係のサイトを探索する
勤務のための体力を鍛える など
職場の情報の入手については、例えば
他の社員や上司とメールや電話で連絡する
他の社員や上司と直接会って話をする など

(1) 1つ以下
(2) 2つ
(3) 3つ
(4) 4つ

回 答 (2)

〔情報を得るための標準的な質問〕
仕事に戻るための努力として、「睡眠･覚醒のリズムを整える」「作業の準備をする」「職場の情報を手に入れる」「通勤の練習をする」のうち、いくつを行っていますか？

## H 健康管理

### 21 服薬へのコンプライアンス

(1) 主治医に相談せず、服薬を完全に中断する。
(2) 主治医に相談せず、服薬を一部中断する。
(3) 主治医に相談せず、服薬を完全に中断することはない。服薬の一部自己調整について、主治医と話し合ったことはない。主
(4) 治医に相談せず、服薬を完全に中断することはない。服薬の一部自己調整について、主治医と話し合っている。

回 答 (2)

〔情報を得るための標準的な質問〕
主治医に話さずに、薬を飲むのをやめることはありますか？薬の一部を、自分で調整して飲んでもよいか、主治医と話し合ったことはありますか？

### 22 健康管理スタッフとの関係

健康管理上の指導として面接に呼んだ場合

(1) 健康管理スタッフに会いに来ない。
(2) 健康管理スタッフに会いには来るが、指導を受け入れない。健康管理スタッフが、本人の回復状況・スケジュールの都合等で、まだ面接に呼んでいない場合も含める。
(3) 健康管理スタッフの指導を、概ね受け入れるが、一部受け入れない点がある。
(4) 健康管理スタッフの指導を受け入れる。

回 答 (3)

〔情報を得るための標準的な質問〕
会社の健康管理スタッフとは会っていますか？スタッフの指導は受け入れられますか？
〔健康管理スタッフがいない場合〕
治療スタッフの健康管理上の指導にしたがうかどうかで、判定してください

### 23 再発防止への心構え

(1) 再発の可能性について、話し合うことが出来ない。
(2) 再発の可能性について、話し合うことが出来るが、主治医、健康管理スタッフのアドバイスを受け入れない。または主治医、健康管理スタッフがアドバイスをしていない。自発的に考えているが、主治医、健康管理スタッフの アドバイスを受け入れない場合も含める。
(3) 再発防止について、自発的に考えることはないが、主治医、健康管理スタッフのアドバイスは受け入れる。再
(4) 発防止について、主治医、健康管理スタッフのアドバイスは受け入れ、また自発的に考えている。

回 答 (1)

〔情報を得るための標準的な質問〕
復職後、再発しないように、自分で考えていることはありますか？主治医や健康管理スタッフは、アドバイスしてくれますか？(していれば)アドバイスをどう思いますか？

# 体調チェックシート

**リワークスタッフが、あなたの健康状態を把握して、企業がなるべく適正な処遇ができるようにアドバイスします。このシートの目的は、あなたの健康状態についてリワークスタッフに伝えるためのものです。**

**最近１ヶ月の状態について記入してください。**

1. 勤怠（過去１ヶ月間の欠勤日数を記載してください。遅刻、早退は欠勤 0.5 日とします。有給休暇による休みも含みます。計画年休は除きます。）
   ① 欠勤日数が４日以上。
   ② 欠勤日数が２日～3.5 日。
   ③ 欠勤日数が 0.5 日～1.5 日。
   ④ 欠勤日数が０日。

2. 他人との交流　（他人とは、同僚、上司、顧客などをさします）
   ① 話しかけられても、返事をしないことがある。
   ② 話しかけられれば返事する。自分から話しかけることはない。
   ③ 自分から話しかけるが、相手は、既に知っている人に限られる。
   ④ 初対面の人でも、自分から話しかける。

3. 業務への集中

業務時間のうち集中していられる時間は
   ①　０～1/4 未満　（０～２時間）
   ② 1/4～1/2 未満　（２～４時間）
   ③ 1/2～3/4 未満　（４～６時間）
   ④ 3/4～　　（６～８時間）

4. 休職前と比較した作業状況
   ① ０～50%未満
   ② 50～75%未満
   ③ 75～90%未満
   ④ 90～100%

5. 報告、連絡、相談
   ① 報告、連絡、相談を適切にしていない。
   ② 上司から指示されれば、報告、連絡、相談を一部適切に行える。
   ③ 上司から指示されれば、報告、連絡、相談を適切に行える。
   ④ 自分の判断で、報告、連絡、相談を適切に行える。

6. 業務への対応
   ① 業務を理解できない。
   ② 業務を理解しているが、自分で実施できず、また、上司や同僚の助けを求められない。
   ③ 業務を理解しており、上司や同僚の助けを求めながら実施している。
   ④ 業務を理解し、自分で実施している。

7.　日中の眠気
「日中、眠いと感じる日」が、平均して
① 頻繁　（週に3回以上）
② ときどき　（週に2回）
③ たまに　（週に1回）
④ ほとんどない　（週に1回未満）

8.　余暇の過ごし方
健康なときと、余暇の過ごし方を比べてください
① 疲れて寝ていることが多い
② 寝てはいないが、余暇を楽しむ余裕はない
③ ある程度余暇を楽しめているが、健康なときほどではない
④ 健康なときと同じように、余暇を楽しめている

9.　精神症状（例：ゆううつ、やる気がない、不安、イライラ、テンションが高いなど）のために
① 日常生活に、週3日以上影響がある。
② 日常生活に、ときに影響がある。
③ 日常生活への影響はない。精神症状はときに（週1日以上）みられる。
④ 精神神症状は、ほとんどない。（週1日未満）

10.　身体症状（頭痛、倦怠感、発熱、下痢、吐き気など）のために
① 日常生活に、週3日以上影響がある。
② 日常生活に、ときに影響がある。
③ 日常生活への影響はない。身体症状はときに（週1日以上）みられる。
④ 身体症状は、ほとんどみられない。（週1日未満）

11.　1日あたりの飲酒量、酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶1本（約500ml）、焼酎35度（80ml）、ウイ スキーダブル一杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）とします
① 3合以上
② 2～3合未満
③ 1～2合未満
④ 1合未満

12.　職場以外でのサポート
① 職場以外での人間関係でのサポートはなく、ストレスがある。
② 職場以外での人間関係はない、または、人間関係はあるが、サポートよりもストレスのほうが上回る
③ 職場以外での人間関係があり、ストレスもあるが、サポートのほうが上回る
④ 職場以外での人間関係は良好であり、ストレスはなく、サポートが得られる

以下の2つの質問は、通院している方のみ回答してください。

13.　主治医との関係

① 自分の判断で、主治医に相談せずに、通院をやめている。
② 通院しているが、回数は不規則になっている。
③ 規則的に通院しているが、主治医と一部コミュニケーションがとれていない（質問、話し合い、理解が不十分である）。
④ 規則的に通院しており、主治医と、質問や話し合いを十分にしている。または、主治医の許可で、通院を終結している。

１４．服薬へのコンプライアンス
① 医師に相談せず、服薬を完全に中断している。
② 医師に相談せず、服薬を一部中断している。
③ 医師に相談せずに、服薬を中断することはない。服薬の一部自己調整について、医師と話し合ったことはない。
④ 医師に相談せずに、服薬を中断することはない。服薬の一部自己調整について、医師と話し合っている。

**業務状況シート**

**リワークスタッフは、社員の健康状態や作業状況を把握して、企業がなるべく適正な処遇ができるようにアドバイスします。このシートの目的は、リワークスタッフに、上司からみた社員の健康状態、作業状況に関する主な情報を伝えることです。**

**健康状態については、別に本人から情報をもらっています。**

**最近１ヶ月の状態について記入してください。**

対象社員が配置されている部署の業務

対象社員者が行っている業務

1. 勤怠（過去１ヶ月間の欠勤日数を記載してください。遅刻、早退は欠勤 0.5 日とします。有給休暇による休みも含みます。計画年休は除きます。）
   ① 欠勤日数が４日以上。
   ② 欠勤日数が２日～3.5 日。
   ③ 欠勤日数が 0.5 日～1.5 日。
   ④ 欠勤日数が０日。

2. 他人との交流　（他人とは、同僚、上司、顧客などをさします）
   ① 話しかけられても、返事をしないことがある。
   ② 話しかけられれば返事する。自分から話しかけることはない。
   ③ 自分から話しかけるが、相手は、既に知っている人に限られる。
   ④ 初対面の人でも、自分から話しかける。

3. 業務への集中

業務時間のうち集中していられる時間は
   ①　0～1/4 未満　（0～2時間）
   ② 1/4～1/2 未満　（2～4時間）
   ③ 1/2～3/4 未満　（4～6時間）
   ④ 3/4～　　（6～8時間）

4. 休職前と比較した作業状況
   ① 0～50%未満
   ② 50～75%未満
   ③ 75～90%未満
   ④ 90～100%

5. 報告、連絡、相談
   ① 報告、連絡、相談を適切にしていない。
   ② 上司から指示されれば、報告、連絡、相談を一部適切に行える。
   ③ 上司から指示されれば、報告、連絡、相談を適切に行える。

④ 自分の判断で、報告、連絡、相談を適切に行える。

6. 業務への対応
① 業務を理解できない。
② 業務を理解しているが、自分で実施できず、また、上司や同僚の助けを求められない。
③ 業務を理解しており、上司や同僚の助けを求めながら実施している。
④ 業務を理解し、自分で実施している。

7. 身だしなみ
健康なときと比べて、洗顔、洗髪、清潔な身なり、お化粧などが
① いつも、どれか整っていない。
② 時に、どれか整っていない。
③ だいたいできている。
④ まったく問題ない。

8. 職場の規律を守らない行動（無断欠勤、無断遅刻、頻繁な離席、他人の作業の邪魔をするなど）
① 職場の規律を守らない行動があって、上司に直接、制止されたことがある。
② 職場の規律を守らない行動があったが、一般的な助言で改めた。
③ 職場の規律を守らない行動はなかった。
④ 模範的に規律を守っている。

9. 場にそぐわない言動
① 場にそぐわない言動が目立ち（週に１回以上）、上司や同僚が注意しても止まらない。
② 場にそぐわない言動がときにあり（週に１回未満）、上司や同僚が注意しても止まらない。
③ 場にそぐわない言動があるが、上司や同僚が注意すれば止まる。
④ 場にそぐわない言動はない。
注：場にそぐわない言動とは、職場の雰囲気からずれた、他者に不快感を与えるような行動、例えば「相手の会話をさえぎる」「大声で話す」「馴れなれしい」「横柄」「自己顕示的」「拒否的」などの言動をさす。

１０. 他人への協力 （他人とは同僚、上司などをです）
① 助言や指導をうけても協調行動をとれない。
② 助言や指導があれば協調行動をとれる。
③ 自発的に協調行動を取れるが、自分の持ち分を越えない。
④ 自発的に、自分の持ち分を越えて、協調行動を取る。

１１. 感情のコントロール
① 過度な不安や怒りを示し、話し合っても解消できない。
② 過度な不安や怒りを示すが、話し合えばコントロールされる。
③ 過度な不安や怒りを示すが、自分でコントロールできている。
④ 過度な不安や怒りは示さない。

１２. 上司の指示への対応
① 上司の指示に、従わない態度が明確にみられる。

② 上司の指示に、一部従わない部分がある。
③ 上司の指示は、言われたとおりに実行する。
④ 上司の指示を実行し、さらに、機転をきかして、応用して実行する。

１３. 同僚・部下などへの思いやり・気づかい
① 同僚・部下などへの思いやり・気づかいを示さない。
② 同僚・部下などへの思いやり・気づかいを自発的には示さないが、上司の注意・促しにより、思いやり・気づかいを示す。
③ 同僚・部下などへの思いやり・気づかいを自発的には示すが、一部、思いやり・気づかいが的外れな点がある。
④ 同僚・部下などへの思いやり・気づかいを自発的に示し、思いやり・気づかい内容が適切である。

【総合評価】
１４. 職場の受け入れ（現在の職場において）
① 職場として、受け入れられる業務状況ではない。
② 職場として、受け入れられる、最低限の業務状況である。
③ 職場として、ほぼ受け入れられる業務状況である。
④ 職場として、受け入れに問題ない業務状況である。

# リワークスタッフによる復職後のフォロー面談の手引き（案）

## はじめに

復職とは「職務に戻っている状態」を指す。復職した状況では、本人の体調と同時に、本人が職位・職階にみあった作業をしているか、本人の就業状況のために周囲の社員の負担が生じていないかが重要な情報となる。（企業は、復職した本人だけではなく、社員全体に対して、不適切な負担のために健康を害する状況が生じないことを、確認、担保する責任を負っている）

リワークスタッフは、医療従事者であり、本人の体調の確認には高いスキルを有している。一方、通常は、企業の健康管理に関わる業務を行っておらず、「本人が職位・職階にみあった作業をしているか」「本人の就業状況のために周囲の社員の負担が生じていないか」といった観点については研修を受けていないことが多い。

復職後のリワークスタッフによる訪問支援については、まず上司から「本人が職位・職階にみあった作業をしているか」「本人の就業状況のために周囲の社員の負担が生じていないか」について情報を聴取してから、本人の情報聴取を行う。例えば、本人が「職場で不当な扱いを受けている」といった情報と、上司から得た情報を比較し、本人から得た情報の妥当性について吟味することができる。（リワークプログラムを行っている状況では、通常、こういった吟味は、あまり問題ならないが、復職後の支援は、周囲への負担の発生を確認する必要があり、こういった吟味は欠くことができない。）

## 訪問前の手順

訪問支援は、リワークプログラムの参加者が、復職後に、職場で期待される業務を再発なく継続できることを目的とし、本人、上司（企業）、リワークスタッフ（主治医）の間で、情報を共有することについて説明し、口頭で同意を得て、同意について記録しておきます。

本人に体調チェックシートと活動記録表（２週分）、上司に業務状況シートを送付し、訪問までに準備しておいてくれるように依頼する。

## 訪問時の手順

１．上司から業務シートを受け取り、内容を確認し、さらに、本人が職位・職階にみあった作業をしているか」「周囲からみた本人の体調はどうか」「本人の就業状況のために周囲の社員の負担が生じていないか」について聴取する。

・みあった作業をしていない場合は、みあった作業はどのような内容になるかを確認する。

２．本人から体調シートと活動記録表（２週分）を受け取り、内容を確認し、さらに体調について聴取する。

・体調がよくない場合は、どのような作業ストレス、プライベートでのストレスが影響して

いるかを確認する。
・作業ストレスについては、スキル不足、対人関係の影響について確認する。
・プライベートのストレスについては、主治医、カウンセラー等と相談を行っているかを確認する。

３．１，２の情報に基づいて、以下の場合分けで支援の対応を行う。
Ⅰ．みあった作業　〇　体調　〇
順調な状況
・支援を要しない。

Ⅱ．みあった作業　×　体調　〇
基本的には順調であり、業務内容のレベルアップについて上司と対象が相談すればよい状況
・上司が考えるみあった作業へのレベルアップをどのような流れで行なうかについて、上司、本人、リワークスタッフの三者で話し合いを持つ。話し合いの中では、周囲に生じている影響について、本人と情報を共有する。（周囲への影響については、本人が気がついていないことも、しばしばみられる。この情報法について、本人と共有した方が、その後の職場適応がより円滑に進む）
・みあった作業で要求されるスキルが本人にあるかを確認する。
　✧　スキルがあれば、上司と本人で具体的な打ち合わせを行なう。
　✧　スキルがない場合は、どういう方法でスキル研修が行われるか上司から情報を聴取し、本人がスキル研修を行う上での、対応方法についてアドバイスする。

Ⅲ．みあった作業　〇　体調　×
みあった作業を行うように本人が努力しているが、体調に影響が出ている状況
・本人に現在の作業が継続できそうかを確認する。
　✧　継続できそうな場合は、上司に「継続できそうだが、体調への影響は生じている」とアドバイスする。
　✧　継続できそうもない場合は、上司、本人、リワークスタッフの三者で話し合う。話し合いの中では、周囲に生じている影響について、本人と情報を共有した後、本人の業務を軽減することが可能かについて検討する。（企業は、可能な処遇は行う義務を負うが、周囲の社員に過度な負担が生じるなど、可能でない処遇については、行う義務がない。企業の行える処遇で就労できることが、社員の健康管理として求められている）
・スキル不足については、通常はどういう方法でスキル研修が行われるか上司から情報を聴取し、本人がスキル研修を行う上での、対応方法についてアドバイスする。

・対人関係ストレスについては、認知行動療法による対応について、本人と復習を行う。
・プライベートのストレスについては、主治医、カウンセラー等と相談を行っているかを確認する。
・いずれの場合も「体調不十分」について、本人の同意を確認して主治医に情報を伝え、また本人自身も主治医の診察時を予約通りに受け、相談するようにアドバイスする。

Ⅳ．みあった作業　×　体調　×
主治医の診察、判断が必要であり、リワークスタッフによる訪問支援の枠組みを越えている状況
・本人に現在の作業が継続できそうかを確認する。
　✧　継続できそうな場合は、上司に「継続できそうだが、体調への影響は生じていて、業務のレベルアップは困難そうである」と伝え、本人が業務のレベルアップできないことで、周囲にどのような影響が生じるかについて確認する。本人には、体調が悪化しなければ、主治医の診察を予約通りに受けるように、体調がさらに悪化した場合は、早めに主治医の診察を受けるように指示する。
　✧　継続できそうもない場合は、本人に、ただちに主治医の診察を受けるように指示する。
・いずれの場合も、本人の同意を確認の上、本人、上司から得た情報を主治医に伝える。

## 【リワークプログラムと連携するための企業担当者向け研修会】

### 【プログラム例】

12:30～　受付開始

13:00～　開会挨拶

13:10～　「休職者に多い精神疾患」

14:00～　「企業担当者がリワークプログラムと連携してメンタルヘルス支援を行うための手引き」

15:00～　「リワークプログラムとは――リワークプログラムとの具体的な連携方法」

15:30～　リワークプログラムの見学会

16:00～　解散

資料 13　参加者の属性

| | | 総数 |
|---|---|---|
| 総数 | | 75 |
| 性別 | 男性 | 45 |
| | 女性 | 29 |
| | 不明 | 1 |
| 担当経験年数 | 5 年未満 | 19 |
| | 5～9 年 | 16 |
| | 10～14 年 | 20 |
| | 15 年以上 | 18 |
| | 不明 | 2 |
| これまでに経験した精神疾患従業員数 | なし | 24 |
| | 1～4 名 | 29 |
| | 5 名以上 | 19 |
| | 不明 | 2 |

資料 14　受講前後の比較

1. 職場でよくみられる精神疾患について理解していますか

| | | 受講後 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 総数 | していない | あまりしていない | ややしている | している | |
| 総数 | | 75 | 0 | 9 | 35 | 31 | |
| 受講前 | していない | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 4.0% |
| | あまりしていない | 15 | 0 | 7 | 7 | 1 | 20.0% |
| | ややしている | 44 | 0 | 1 | 26 | 17 | 58.7% |
| | している | 13 | 0 | 0 | 1 | 12 | 17.3% |
| 総数 | | | 0.0% | 12.0% | 46.7% | 41.3% | 100.0% |

2. 精神疾患から復職する従業員への対応について理解していますか

| | | 受講後 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 総数 | していない | あまりしていない | ややしている | している | |
| 総数 | | 74 | 1 | 5 | 47 | 21 | |
| 受講前 | していない | 6 | 1 | 1 | 2 | 2 | 8.0% |
| | あまりしていない | 22 | 0 | 2 | 18 | 2 | 29.3% |
| | ややしている | 40 | 0 | 2 | 26 | 12 | 53.3% |
| | している | 6 | 0 | 0 | 1 | 5 | 8.0% |
| 総数 | | | 1.4% | 6.8% | 63.5% | 28.4% | 100.0% |

3. リワークプログラムについて理解していますか

| | | 受講後 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 総数 | していない | あまりしていない | ややしている | している | |
| 総数 | | 74 | 2 | 3 | 43 | 26 | |
| 受講前 | していない | 14 | 0 | 0 | 10 | 4 | 18.7% |
| | あまりしていない | 28 | 2 | 3 | 17 | 6 | 37.3% |
| | ややしている | 30 | 0 | 0 | 15 | 15 | 40.0% |
| | している | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2.7% |
| 総数 | | 100.0% | 2.7% | 4.1% | 58.1% | 35.1% | 100.0% |

4. 精神疾患から復職する従業を支援する自信はありますか

| | | 受講後 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 総数 | ない | あまりない | ややある | ある | |
| 総数 | | 75 | 3 | 11 | 51 | 10 | |
| 受講前 | ない | 8 | 2 | 3 | 3 | 0 | 10.7% |
| | あまりない | 37 | 0 | 8 | 28 | 1 | 49.3% |
| | ややある | 28 | 1 | 0 | 19 | 8 | 37.3% |
| | ある | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2.7% |
| 総数 | | 100.0% | 4.0% | 14.7% | 68.0% | 13.3% | 100.0% |

いずれも対応サンプルによるＷｉｌｃｏｘｏｎの符号付き順位検定

資料 15　満足度

1. あなたが受けた治療（プログラム）の質はどの程度でしたか

| | 総数 | よくない | まあまあ | よい | 大変よい | 不明 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 総数 | 75 | 0 | 7 | 36 | 30 | 2 |

2. あなたが望んでいた治療（プログラム）は受けられましたか

| | 総数 | 全く受けなかった | そうでもなかった | 大体受けた | 十分に受けた | 不明 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 総数 | 75 | 1 | 5 | 51 | 16 | 2 |

3. この治療（プログラム）は、どの程度あなたが必要としたものでしたか

| | 総数 | 全く必要としたものではなかった | いくつかは必要としたもの | だいたい必要としたもの | ほぼすべて必要としたもの | 不明 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 総数 | 75 | 1 | 18 | 41 | 13 | 2 |

4. もし知人が同じ援助を必要としていたら、この治療（プログラム）を推薦しますか

| | 総数 | 絶対にしない | しないと思う | すると思う | 必ずする | 不明 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 総数 | 75 | 1 | 2 | 49 | 21 | 2 |

5. 困っていることに対して十分に「時間」をかけた援助を受けたと満足していますか

| | 総数 | とても不満 | どちらでもないか少し不満 | ほぼ満足 | とても満足 | 不明 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 総数 | 75 | 2 | 10 | 49 | 12 | 2 |

6. この治療（プログラム）を受けたことで、以前よりも、あなたが自分の問題に対処するのに役立ちましたか

| | 総数 | 悪影響を及ぼした | 全く役立たなかった | まあまあ役だった | 大いに役立った | 不明 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 総数 | 75 | 0 | 0 | 29 | 44 | 2 |

7. 全体として、一般的にいってあなたが受けた治療（プログラム）に満足していますか

| | 総数 | とても不満 | どちらでもないか少し不満 | だいたい満足 | とても満足 | 不明 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 総数 | 75 | 1 | 1 | 37 | 34 | 2 |

8. また援助が必要になったとき、この治療（プログラム）をもう一度受けたいと思いますか

| | 総数 | 絶対受けない | 受けないと思う | 受けると思う | 必ず受ける | 不明 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 総数 | 75 | 1 | 5 | 42 | 23 | 4 |

ＣＳＱ－８Ｊ　総得点

| | 総数 | 24 点未満 | 25～29 点 | 30 点以上 | 不明 | 平均値 | 標準偏差 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 総数 | 75 | 26 | 34 | 11 | 4 | 25.8 | 3.3 |

平成 26-28 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）

# 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）

目的：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の重要性に対する認識が広がり、特に職場での実際に支援する管理監督者の役割が期待されている。本研究の目的は、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を開発することである。その上で、最終的に管理監督者教育マニュアルと職場環境チェックリストを完成し公開することである。
方法：１．管理監督者教育の開発、試行、効果評価：１）管理監督者の復職対応をビジネスコンピテンシーの拡張版と考え、具体的なスキルあるいは行動目標を位置づけた上で、受講者参加型の研修プログラムを開発した。２）平成 27 年度にはこの研修の試行（前後比較による効果評価）を、ある企業の管理監督者を対象に実施し、研修の前後でアンケートにより、スキル別の到達目標と復職対応の自己効力感を評価した。３）平成 28 年度には、この研修の比較対照試験および異なる業種における試行を２例実施した。４）本研究を現場の産業保健スタッフに普及するために、研修の実施マニュアル、説明ＶＴＲ、研修補助教材として研修と同一内容の e ラーニング教材を作成した。２．職場復帰時の職場環境改善の手法の開発：平成 27 年度に「東京大学職場のメンタルヘルス専門家養成プログラム基礎コース」を修了したメンバーから職場復帰時の職場環境改善のアイデアを募集し、KJ 法にてカテゴリー化を行い、大分類として４つの「改善のタイミング」と６つの「改善の手法」によるマトリクス表にまとめた。これを「職場復帰時の職場環境改善の手法（暫定版）」とした。このツールについて平成 28 年度には９つの事業場の産業保健スタッフから意見を求め、さらに新しいアイデアを収集・分類・追加した。
結果：１．管理監督者教育の開発、試行、効果評価：１）管理監督者向けのマネジメントスキルに対応したメンタルヘルス不調の部下の復職対応スキル研修の基本プログラムが完成した。２）試行に参加した管理監督者 100 名では、研修前後での復職対応スキルの自己評定がいずれの項目においても有意に改善した。総合的な満足度（非常に満足とまあまあ満足の合計）は９割であった。３）比較対照試験では介入群 72 名では、対照群 85 名と比べて、ベースラインから１か月後にかけて復職対応スキルや復職対応に対する自己効力感が有意に改善した。研究開発および製造部門における前後比較試験でも研修前後でのスキルのほとんどで有意な改善が見られた。４）研修の実施マニュアル、説明ＶＴＲ、e ラーニング教材が完成した。２．職場復帰時の職場環境改善の手法の開発：産業保健スタッフの意見とさらにアイデアを追加、整理して「職場復帰支援のための職場環境改善のヒント集」を完成させた。
考察：１．本研究で開発された「管理監督者向け復職対応マネジメントスキル研修」は、比較対照試験において管理監督者のメンタルヘルス不調者の職場復帰対応における知識と技術、自己効力感を高めることが示された。試行からは、営業、研究開発、製造部門においても、また経験の少ない講師によって実施された場合でも有効であることが示された。マニュアル、説明ＶＴＲ、e ラーニング教材が完成し、この研修を産業保健現場で活用する基盤が整った。２．「職場復帰支援のための職場環境改善のヒント集」は職場復帰時の職場および制度の改善を幅広く検討する際の参考資料として有用なツールになると

思われる。

**研究協力者**
浅井裕美（東京大学大学院医学系研究科・大学院生）
今村幸太郎（東京大学大学院医学系研究科・特任助教）
（管理監督者研修）
北川佳寿美（ライフキャリアリサーチ・代表）
関屋裕希（東京大学大学院医学系研究科・客員研究員）
尾土井悠（旭化成株式会社富士支社環境安全部健康管理センター・産業医）
野崎卓朗（三菱化学株式会社人事部健康支援センター・産業医）
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）
林幹浩（株式会社ビスメド・産業医）
西原亜紀子（アズビル株式会社・産業医）
足立英彦（東京大学大学院医学系研究科・特任研究員）
山根賀子（オリンパスメディカルサイエンス販売株式会社・保健師）
櫻谷あすか（東京大学大学院医学系研究科・院生）
島田恭子（東京大学大学院医学系研究科・客員研究員）
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）
（職場環境改善手法）
坂本宣明（ヘルスデザイン株式会社・産業医）
西田典充（一般財団法人京都工場保健会・産業医）
楡木恵実子（株式会社ブリヂストン栃木工場健康管理センター・産業医）
吉川貴子（朝日新聞健康保険組合・保健師）
鈴木雅子（株式会社 NTT データ・保健師）
星野寛子（オムロン株式会社グローバル人財総務本部東京事業所・保健師）
白田千佳子（協会けんぽ千葉支部・保健師）
酒向雄介（株式会社構造計画研究所・人事総務部）
森本美花（NPO 法人日本ゲートキーパー協会・精神保健福祉士）
東京大学職場のメンタルヘルス専門家養成プログラム（TOMH）受講生

**A. 研究目的**

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の重要性に対する認識が広がり、特に職場での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、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を開発することである。その上で、最終的に管理監督者教育マニュアルと職場環境チェックリストを完成し公開することである。

**B. 対象と方法**

**1. 管理監督者教育の開発、試行、効果評価**

１）管理監督者教育の開発

（１）管理監督者教育の基礎となる情報の収集

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、管理監督者教育およ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４つの研究を実施した。

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および行動について、海外およ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。

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およ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

動およ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・勤務時間配慮およ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。

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。

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。

（2）管理監督者教育の開発

管理監督者の復職対応マネジメントスキルを整理した(図1)。管理監督者の復職対応をビジネスコンピテンシーの拡張版と考え、復職対応に関連の深いビジネスコンピテンシーは日常の業務管理でも有用であると位置づけた。さらに、それぞれのビジネスコンピテンシーの下で、平成26年度研究から得られた具体的なスキルあるいは行動目標を位置づけ、整理した。さらに管理監督者の復職対応への負担感を受け止め、和らげる心理教育を含める必要性を議論した。

実践的なスキルの修得を目標とし、受講者参加型の研修プログラムとした。またスキルと関連したツールを開発し、これを使って研修を行うことも工夫した。例えば「本人の状態を職場に伝える方法検討シート」および「部下と上司のコミュニケーションシート(復職後面談用)」を開発し、研修後職場に持ち帰ることができるように別冊として提供することとした。

管理監督者向け研修の試行に参加してくれる事業場を募集し、産業保健スタッフ・人事担当者など計 10 名に集まってもらい、作成した研修プログラム案(90分版)をデモンストレーションし、意見交換した。意見をふまえて、研修の内容を改善した。

2）管理監督者研修の試行

2016年1月から2月の間に、ある販売系の企業の管理監督者研修の中で試行を行った。講師と補助者との2名で研修チームを構成し、120分の研修を行った。管理監督者を 30 名程度のグループにわけて合計4回実施された。各回の研修はいずれも異なる研修チームにより実施された。

研修プログラムでは、冒頭にこの企業の看護職から 15 分間で、自社の復職支援体制と制度について説明をしてもらった。その後120分間、研修を行った。プログラムに沿って講師用にシナリオを準備し、これに基づいて参加型研修部分を含めておおむね共通の研修が実施されるようにした。質疑については講師に対応を一任した。

研修の開始前と終了時にアンケートにより、スキル別の到達目標と、復職対応の自己効力感（復職対応についての自信はどれくらいありますか)、復職に関する不安やストレス（復職対応と聞いた時、不安やストレスはどれくらいありますか）について5件法で質問し、前後で比較した。また研修への評価を、以下の6つの側面から、各4件法で評価してもらった。

①研修はよく準備されていましたか

②自分の興味や関心と内容は一致していましたか
③内容については理解できましたか
④内容の分量についてはどうでしたか
⑤学習内容は今後の役に立つものでしたか
⑥研修は総合的にどうでしたか

さらに、研修への満足度を４件法でたずねた。さらに研修のうち、よかったもの、役立ちそうなスキルについていくつでもあげてもらった。

３）比較対照試験

2016 年 5 月から 6 月の間に、従業員数約 1 万名 （単独）の情報通信系の大手企業の東京地区の管理監督者を対象に研修を実施した。講師と補助者の合計 2 名が訪問し、150 分の研修を行った。講師は、リワーククリニックなどで復職支援に関わった経験を持ち、本研修プログラムについて２回以上の見学と１回の講師経験を持つ精神保健福祉士であった。研修への参加申し込みがされた対象者を研修参加希望日によって介入群（先行群）と対照群（待機群）に割り付け、介入群は 5 月中に、対照群は 6 月中に実施した。1 回あたりの参加人数は約 30 名､合計 4 回の研修が実施された。全 4 回とも同じ講師と補助者が担当した。

研修プログラムでは人事総務担当が研修の意図などを 5 分ほど説明した後、150 分の研修を実施した。昨年度は 120 分で試行したが、時間がやや短いという意見もあり 150 分間に変更した。

介入群への研修実施前および研修実施 1 か月後にインターネットによる調査を実施し、復職対応スキルや復職対応に対する自己効力感を検証した。評価項目は「２）管理監督者研修の試行」と同一である。研修効果の計算には変化量（介入 1 か月後―介入前）をアウトカム指標として介入群と対照群で対応のない t 検定を実施し、また群間の効果量を算出した。また各回の研修実施後にアンケートを実施し、研修への満足度等を評価をしてもらった。

４）前後比較試験１

2016 年 7 月に、化学系企業の研究開発部門の一事業場（従業員数約 1300 名）の管理監督者を対象に研修を実施した。1 日目は講師と補助者 2 名、2 日目は講師のみが訪問し、150 分の研修を行った。講師のうち１名は復職を含めて職場のメンタルヘルスに９年の経験を有する臨床心理士であった。また別の１名は、比較対照試験と同一の講師（精神保健福祉士）であった。講師はいずれも１回以上、本研修プログラムの実施経験があった。管理監督者を 30 名程度のグループに分けて、合計 2 回実施された。各回の研修は異なる講師が担当した。

研修プログラムでは冒頭にこの企業の産業医より研修の概要について説明していただき、その後 150 分の研修を行った。スキルの内容および順番は比較対照試験と同様である。

研修の開始前と終了時にアンケートを取り、復職対応のスキル、自己効力感、復職に関する不安やストレスについて評価した。評価項目は前の「２）管理監督者研修の試行」と同一である。

５）前後比較試験２

2016 年 11 月に、7 月とは異なる化学系の企業の製造系の一事業場（従業員数約 500 名）の管理監督者を対象に研修を実施した。講師のみが訪問し、150 分の研修を行った。管理監督者を 15 名、25 名程度の 2 グループに分けて、合計 2 回実施された。各回の研修は同じ講師が担当した。講師は、職場復帰の支援の実務経験はないが、本研究プログラムについて６回以上の見学経験がある博士課程院生（保健師）であった。

研修プログラムでは冒頭にこの企業の産業医より研修の概要について説明していただき、その後 150 分の研修を行った。スキルの内容および順番は比較対照試験と同様である。

研修の開始前と終了時にアンケートを取り、復職対応のスキル、自己効力感、復職に関する不安やストレスについて評価した。評価項目は「２）

管理監督者研修の試行」と同一である。

６）研修実施マニュアル、説明ＶＴＲ、e ラーニング教材の作成

これまでの研修の試行および効果評価の経験から、研修資料（ＰＰＴ資料、別冊）を修正し完成した。また研修の実施マニュアルとしてインストラクションガイドを作成した。インストラクションガイドには、特に参加者からの質問のうち頻度が高く重要と思われた質問をＱ＆Ａの例として収録した。研修の際に収録したＶＴＲを利用して、研修の流れに沿ってポイントを説明するＶＴＲを作成した。研修内容をもとに研修と同一内容のｅラーニング教材を作成し、受講者に事前学習をさせた上で、集合教育では実習に主眼を置くことで研修時間を節約することができるようにした。

**２．職場復帰時の職場環境改善の手法の開発**

１）ツール素案の開発

2015 年 12 月から 2016 年１月にかけて、「東京大学職場のメンタルヘルス専門家養成プログラム基礎コース」を 2015 年度に修了したメンバー（現場実務経験 3 年以上を主体とする 42 名（産業医（精神科医含む）、保健師、臨床心理士、社会保険労務士、人事総務等）に、職場復帰時の職場環境改善のアイデアの募集をメールにて呼び掛けた。

収集したアイデアに対して、２名の産業医で内容の確認を行い、収集されたアイデアの傾向を見出すこととした。次に、2015 年度メンバーが実際に集まって、アイデアの傾向を踏まえた上で、一つ一つのアイデアを改めて確認し、KJ 法にてアイデアのカテゴリー化を行った。そのカテゴリー化した結果を、全体の体裁を整えるために産業医が修正作業を加え、これをメンバーの確認を得た上で、「職場復帰時の職場環境改善の手法（暫定版）」としてまとめた。

２）ツールの改善と完成

2016 年 5 月から 2017 年 1 月にかけて、「職場のメンタルヘルス専門家養成プログラム基礎コース」を修了したメンバーを主な対象者として、職場復帰時のアイデアを募集した。アイデアの募集方法は、メーリングリストによるメールでの連絡と 2016 年 5 月の日本産業衛生学会で職場復帰時のアイデア募集の旨のチラシを配布することとした。これらの意見およびアイデア募集の際には、平成 27 度の成果物である「職場復帰時の職場環境改善の手法（暫定版）」を見せ、これを参考にしてもらうようにした。

収集した意見およびアイデアに基づき、「職場復帰時の職場環境改善の手法（暫定版）」をさらに改善した。参加メンバー（有志）が実際に集まり、一つ一つのアイデアの確認を行った。集まったアイデアが「職場復帰時の職場環境改善の手法（暫定版）」のどの部分に該当するか、どの部分を補完することができるか、他に有効なアイデアはないか等、多角的な観点からメンバーでディスカッションを行った。次にそのアイデアを KJ 法にてどのような分類ができるかを模索し、分類したものを産業医と保健師が全体の体裁を整え、整理された内容はディスカションに参加したメンバーの確認を得た上で「職場復帰支援のための職場環境改善ヒント集」（暫定版）として完成した。

倫理的配慮

研究にあたっては、研究目的、方法、個人情報の取り扱いについて研究参加者に説明したうえで実施した。管理監督者の研修の試行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（審査番号 10535-(2)）。職場復帰時の職場環境改善の手法については個人情報を使用しないため倫理審査の対象外である。

**C. 結果**

**１．管理監督者教育の開発、試行、効果評価**

１）管理監督者教育プログラムの開発

作成した「管理監督者向け復職対応マネジメントスキル研修」のＰＰＴおよび別冊を巻末資料１、２に示す。この研修では、復職対応スキルを以下の５つ（８つの到達目標）に集約した。

スキル１　病気や法律に関する基本的知識
□心の病気について知っている
□復職に関連した法律やルールを知っている
スキル２　本人の状態に合わせた業務管理
□本人の調子を聞き出すことができる
□本人の状態に合わせて業務指示を行うことができる
スキル３　励ます以外の方法で本人を動機づける
□励ます以外の方法で本人を動機づけることができる
スキル４　本人の病状を職場に伝える
□本人の状態を職場に伝えることができる
□周囲のサポートを引き出すことができる）
スキル５　管理監督者の基本的態度
□復職における管理監督者の基本的態度を理解している

さらに参加型の研修部分を統合、整理し、理解が得られやすいように工夫した。また研修では１つの事例を用いて復職時から復職後の経過を説明するようにして、研修全体に統一感をもたせ、理解を促進することした。

２）研修プログラムの試行

試行に参加した管理監督者は全員で 101 名であり、１回あたりの平均参加人数は 25 名であった。全員が男性であり、40-49 歳が多かった（表１－１）。約 1/4 の参加者が、これまでに復職対応を経験していた。

４回の研修は、いずれも 125 分（５分延長）で終了した。一般的にセクション１から４までに時間を割き、またセクションごとにまとめの記入と質疑を行い、最後のセクションは５～10 分と短縮して終了することとなった。セクションごとの所用時間は、そのセクションでどれくらい参加者に意見を発表させるか、およびセクションのまとめにおいてどの程度質問がでるかによってまちまちであった。質問が多数でたために、講師が時間管理に苦労することもあった。研修中には、研修内容と関連した質問がなされた。これらは研修マニュアルを作成する上で有用なものであった。

研修前後でのスキルの自己評定は、いずれの項目においても研修前とくらべて研修後に有意な改善がみられた（表１－２）。復職対応の自己効力感についても有意な改善がみられた。復職対応への不安やストレスはいくらか改善していたが、有意ではなかった。

研修参加者による研修の評価では、総合的な満足度（非常に満足とまあまあ満足の合計）は９割であった。役立つと思われるスキルとしては、本人の状態を職場に伝える、励まし以外の方法で動機づけを行える、状態に合わせて業務指示ができるがあげられていた。以上の結果について、復職対応の経験者と非経験者の間で、傾向に大きな差はなかった。

３）比較対照試験

調査対象者のフローを図２に示す。ベースライン調査への回答者は介入群 56 名（77.6%）、対照群 69 名（81.2%）であり、1 か月後調査回答は介入群 38 名（52.8% ; 男性＝51 名、女性＝5 名）、対照群 69 名（81.2% ; 男性＝61 名、女性＝8 名）であった（表２―１）。

介入群では対照群にくらべて、「心の病気の知識」、「法律やルール」、「励まさない動機付け」、「状態に合わせた業務指示」、「基本的態度の理解」、「復職対応に対する自己効力感」が有意に改善した（表２－２）。研修参加者による研修の評価では、総合的な満足度（非常に満足とまあまあ満足の合計）は 95%であった。

４）前後比較試験１

２日間で合計 58 名（男性 55 名、女性３名）の管理監督者が参加し、年代は 50-59 歳が多く参加していた。約半数の参加者がこれまでに復職対応を経験していた。産業医の説明時間を除き、150 分で研修が終了した。

研修前後でのスキルの評定は、「復職対応ときいた時、不安やストレスはどれくらいありますか」以外の項目ではすべて有意な改善が見られた（表３）。特に以下の項目では効果量が 1.0 以上で、改善の程度が大きかった：復職に関連した法律やルールを知っている、本人の状態を職場に伝えることができる、周囲のサポートを引き出すことができる、励ます以外の方法で、復職した本人を動機づけることができる、復職における管理監督者の基本的態度を理解している。復職対応の自己効力感についても大きな改善が見られた。復職対応への不安・ストレスには有意な変化が見られなかった。

研修参加者による研修の評価ではおおむね良好な回答が見られた。総合的な満足度（非常に満足とまあまあ満足の合計）は 86%であった。

５）前後比較試験２

２日間で合計 38 名（男性 36 名、女性２名）の管理監督者が参加し、年代は 40-49 歳が多く参加していた。約半数の参加者がこれまでに復職対応を経験していた。産業医の説明時間を除き、2 回共 130 分で研修が終了した。

研修前後でのスキルの到達水準の評定は、いずれの項目においても研修前に比べて研修後に有意な改善が見られた（表４）。特に以下の項目では効果量が１を超えており、改善の程度が大きかった：復職に関連した法律やルールを知っている、復職における管理監督者の基本的態度を理解している。また、励ます以外の方法で復職した本人を動機づけることができる、の項目についても効果量が 0.9 を超えており大きかった。復職対応の自己効力感についても有意な改善が見られた。復職対応への不安・ストレスは有意ではないが、むしろ増大する結果となった。

研修参加者による研修の評価ではおおむね良好な回答が見られた。総合的な満足度（非常に満足とまあまあ満足の合計）は 100%であった。

６）研修実施マニュアル、説明ＶＴＲ、e ラーニング教材の作成

研修のインストラクションガイドを作成した（巻末資料付録３）。インストラクションガイドに対応したＶＴＲ教材のシナリオを作成し（巻末資料付録４）、ＶＴＲ教材を完成した。e ラーニング教材を完成した。

**２．職場復帰時の職場環境改善の手法の開発**

１）ツールの素案の開発

16 名（14 事業所）の産業保健に関わるスタッフから、職場復帰時の職場環境改善のアイデアを収集できた。16 名の職種の内訳は、専属産業医１名、嘱託産業医４名、産業保健師５名、臨床心理士３名、人事労務系２名、産業カウンセラー１名であった。このうち、14 名はメンタルヘルスコースを修了しており、残りの２名も産業医として経験豊富な医師であり、一定の産業保健やメンタルヘルス休業とその復職に関しての経験を有する者であった。14 事業所のうち、従業員数 1000 名以上の大企業は 10 事業所、1000 人未満の中小企業は４事業所であった。

収集したアイデアの数は 80 であった。これらのアイデアを２名の産業医にてアイデアの傾向を検討したところ、「改善のタイミング」、「改善の手法」、「改善の対象者」の３つに大きく分類して考えることができるとわかった。「改善のタイミング」に関しては、「休職時」、「休職中」、「休職中（復職直前）」、「復職時」、「リハビリ勤務時」、「復職後」、「随時」の７分類が考えられた。「改善の手法」については、「面談の実施」、「職場への介入」、「心理検査等の実施」、「関係

者間の連絡」、「情報の提供」、「指導や支援」、「復職ルールの設定」、「事前打ち合わせ」、「復職判定の見直し」、「配置転換」、「業務内容の変更」、「計画の立案」、「指示命令方法の確認」、「研修の実施」、「メンタルヘルス対策チームの設置」、「外部産業保健資源の活用」、「コミュニケーションの推進」、「スケジュールの共有」、「職場巡視」、「職場での経時的な様子の確認」、「表彰の実施」の 21 分類となった。改善の対象については、「休業者」、「職場」、「管理監督者」、「産業保健スタッフ」、「同僚」、「対応困難者」、「人事労務担当者」、「全社員」の８分類となった。

これらのアイデアの傾向を参考にして、産業医２名、保健師５名、臨床心理士３名、産業カウンセラー１名の合計 11 名が集り、KJ 法によって改めて分類を行った。KJ 法の結果、大分類として４つの「改善のタイミング」と６つの「改善の手法」によるマトリクス表にまとめることができた。「改善のタイミング」は、「療養中」、「復職時」、「復職後」、「常時」の４分類であり、「改善の手法」は、「安心して働ける職場環境」、「安心できる療養と円滑な職場復帰の流れ」、「社内教育・人材育成の取り組み」、「職場内の支援とコミュニケーション」、「体調を安定させるための支援」、「適切な就業上の配慮」という６分類であった。

２）ツールの改善と完成

9 名（9 事業所）の産業保健に関わるスタッフから、「職場復帰時の職場環境改善の手法（暫定版）」への意見および職場復帰時の職場環境改善の新たなアイデアを 33 件収集することができた。9 名の職種の内訳は、産業医 3 名、産業保健師 3 名、精神保健福祉士１名、人事労務１名であった。このうち、8 名は TOMH を修了した者である。さらに残りの１名も産業医としてメンタルヘルス不調者の復職に関する経験を豊富に有する者であった。9 事業所のうち、従業員数 1000 名以上の企業は 4 事業所、1000 人未満の企業は 5 事業所であった。

今回新たに収集したアイデアを９名（産業医３名、保健師４名、精神保健福祉士１名、人事総務１名、アイデアを出したメンバーと３名が重複）のメンバーが実際に集まり、ディスカッションをしながら分類作業を行った。その結果、「復職支援中に行うヒント」と「日頃から実施するヒント」の２つに大分類することとした（図）。さらに「職場支援中に行うヒント」は「療養中」、「復職準備期」、「復職後」の３つの時期に分類することがよいことがわかった。「日頃から実施するヒント」は、さらに「職場内の支援とコミュニケーション」、「安心できる療養と円滑な職場復帰の流れ」、「社内教育、人材育成の取り組み」の３つの内容に分類した。分類したカテゴリーごとについて、平成 27 および 28 年度に現場から集めたアイデアの具体例を記載し、カテゴリーを具体的に理解できるようにした。以上から「職場復帰支援のための職場環境改善のヒント集」（暫定版）を完成した（巻末資料付録５）。

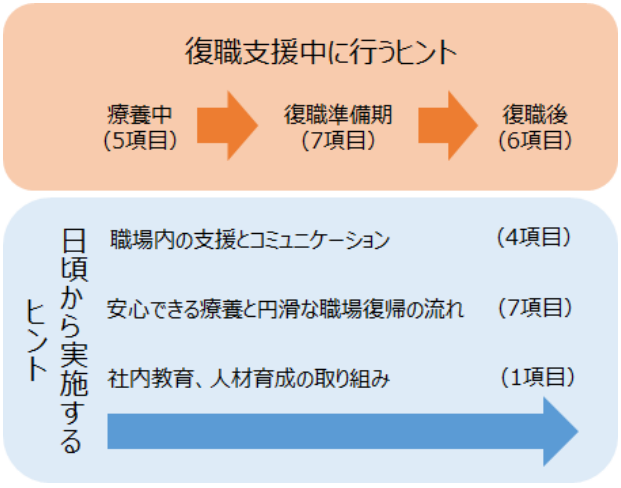



図　「職場復帰支援のための職場環境改善のヒント集」の検討において提案されたヒントの分類方法

## D. 考察

### 1. 管理監督者教育の開発、試行、効果評価

管理監督者向けのマネジメントスキルに対応したメンタルヘルス不調の部下の復職対応ス

キル研修の基本プログラムが完成した。この研修プログラムは、①調査データや文献レビューなどの根拠に基づき、②マネジメントスキルに対応することで復職対応という健康管理面だけでなくビジネス面でもメリットのある研修であることを明確にし、③５つの具体的で実践的なスキルを学ぶことを目標とし、④さらに参加型研修とすることで研修効果を大幅に向上させるという４つの特徴を持っている。企業における試行では、受講者のうち研修を満足と評価した者が９割と多く、研修が受講した管理監督者に受け入れられるものであることが示された。役立つと思われるスキルとして、本人の状態を職場に伝える、励まし以外の方法で動機づけを行える、状態に合わせて業務指示ができるがあげられており、本研修のねらいと一致していた。

さらに本研修プログラムは，比較対照試験において、受講後１ヶ月時点における、管理監督者のメンタルヘルス不調者の職場復帰支援の知識と技術、さらに自己効力感を高めることが示された。また本研修プログラムは，研究開発系の事業場における管理監督者教育でも高い満足度が見られ、研修直後の職場復帰支援の知識と技術、自己効力感が増加していた。さらに復職支援の経験の少ない保健師資格を持つ大学院生が、産業医とのペアで実施した場合にも、高い満足度、および研修直後の職場復帰支援の知識と技術、自己効力感の増加が観察された。本研修プログラムは営業、研究開発、製造などのさまざまな業種で受け入れられ、かつ効果があると思われる。また経験の少ない保健師が講師になった場合でも十分な満足度と効果が期待できると思われる。

平成 27-28 年度の研究の経験からは、本研修プログラムは120-150分の時間で実施された場合に効果的な研修となると思われた。短縮版や分割版として実施された場合にどの程度効果的かは明確でない。また限界としては効果評価が１ヶ月後と短期間であり、より長期にわたる効果については明確でなく、今後検証する必要がある。

本研究で作成された、教材（研修実施マニュアル、パワーポイント資料、研修講師用ビデオ教材、e ラーニングの作成）により、産業保健スタッフ等が自らこの研修を企画、実施することが可能になった。この研修が普及することで、メンタルヘルス不調者の復職後の再発が予防でき、その予後が改善することが期待される。

## 2. 職場復帰時の職場環境改善の手法の開発

平成 27 年度の成果物を発展させて、職場復帰のための職場環境改善のアイデアをさらに追加し、計 30 カテゴリーからなる「職場復帰支援のための職場環境改善ヒント集」（あるいは「職場復帰ヒント集」）として完成した。

本ヒント集を作成するにあたって、職場復帰を円滑に進めるためのアイデア収集やそのアイデアを分類する作業に参加したメンバーから意見をもらったが、これらのメンバーは職場のメンタルヘルスに関する包括的な知識と技術に関する研修の受講生であるか、あるいはメンタルヘルス不調者対応の実務経験がある者であり、その意見の上に完成された「職場復帰ヒント集」は一定の質が担保されたものであると考えられる。また意見を収集したメンバーには産業医や保健師、人事労務などといった様々な職種が集まっており、多様な視点で検討が行われたと考えられる。

この職場復帰ヒント集においてアイデアを分類する際には時系列で分類することとし、復職のプロセスを「復職支援中に行うヒント」と「日頃から実施するヒント」という時期による大分類を行い、さらに「復職支援中に行うヒント」は「療養中」、「復職準備期」、「復職後」の 3 つの時期に分類した。これは「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」（平成 16 年作成、平成 18 年改訂）における第 1 ステップの病気休業時の開始から第 5 ステップの職場復帰後のフォローに至るまで時系列で行う事項にも相当し、妥当な分類方法であると考えられた。

さらに今回、「職場復帰時」を「療養中」、「復職

準備期」、「復職後」の 3 つの時期に分けたが、グループディスカッションの中では、「復職準備期」を「復職直前」や「復職直後」などの時期に細分類することも考えられた。しかし、時期が細かく分かれ過ぎて複雑化することや、復職直前とはいつを指すかという定義が難しいことから今回は簡潔に 3 つに分けることとした。

「日頃から実施するヒント」は、普段から事業所内でメンタルヘルス体制を作っていく上で確認することが望ましい内容を含んでいる。例えばヒント 20 の「職場内での「思いやりカード」や「サンキューカード」など、相互に認め合う雰囲気を作る」などのようにメンタルヘルス不調の一次予防に使えるものも多く含んでいる。また、ヒント 22 の「相談できる環境を整える」などのように二次予防や三次予防のヒントにもなることも期待できると考えられる。

最後に、「復職支援中に行うヒント」と「日頃から実施するヒント」と 2 つに大分類したが、それぞれのヒントは、必ずしもその時期に特有のアイデアとは限らないことがディスカッションにて指摘されている。例えばヒント 13 の「職場内の状況共有を推進する」のように「復職支援中に行うヒント」であっても日頃から実施するヒントとなったり、例えばヒント 21 の「リラックスできる休憩スペースを作る」のように「日頃から実施するヒント」であっても復職支援中（復職後）にも役立つヒントとなることがあるため、この点には留意しておきたいところである。

本ヒント集を誰が使用すべきかについては、今回の分類作業時にも議論になった。実施の担当者としては、管理監督者や人事労務、産業医、保健師などが考えられる。しかし、日本では中小企業が 99%を占めているため(3)、産業医が月に 1 回しか訪問していなかったり、保健師が必ずしも常勤で勤務しているわけではない。また、産業保健職が常勤として働いている場合でも事業場ごとに役割が異なっている場合がある。職場復帰支援のための職場環境改善ヒントを使用する者を職種で限定することは、本ヒント集の応用範囲を狭めてしまう可能性があると考えられた。本研究では、どのような事業所でもヒント集が参考にできるように、使用する担当者を定めることは避けて、アイデアを列挙することに留めて汎用性を持たせるようにした。

今後はこの職場復帰ヒント集を実際の産業保健の現場でさらに広く使用して、さらに使いやすいツールとなるように本ヒント集の改善を進めていくことが望まれる。

## E. 結論

本研究の目的は、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を開発することである。その上で、最終的に管理監督者教育マニュアルと職場環境チェックリストを完成し公開することである。

管理監督者教育の開発、試行、効果評価については、管理監督者の復職対応をビジネスコンピテンシーの拡張版と考え、具体的なスキルあるいは行動目標を位置づけた上で、受講者参加型の研修プログラムを開発した。試行に参加した管理監督者 100 名では、研修前後でのスキルの到達水準の評定がいずれの項目においても有意に改善した。総合的な満足度（非常に満足とまあまあ満足の合計）は 9 割であった。比較対照試験では介入群 72 名では、対照群 85 名と比べて、ベースラインから 1 か月後にかけて復職対応スキルや復職対応に対する自己効力感が有意に改善することが示された。研究開発および製造部門における前後比較試験でも研修前後でのスキルの評定のほとんどで有意な改善が見られた。研修の実施マニュアル、説明ＶＴＲ、e ラーニング教材が完成した。

職場復帰時の職場環境改善の手法の開発については平成 27 年度に「東京大学職場のメンタルヘルス専門家養成プログラム基礎コース」を修了したメンバーから職場復帰時の職場環境改善のアイデアを募集し、KJ 法にてカテゴリー化を行い、大分類として 4 つの「改善のタイミング」と

６つの「改善の手法」によるマトリクス表にまとめた。これを「職場復帰時の職場環境改善の手法（暫定版）」とした。このツールについて平成 28 年度には９つの事業場の産業保健スタッフから意見を求め、さらに新しいアイデアを収集・分類・追加した。

本研究で開発された「管理監督者向け復職対応マネジメントスキル研修」は、比較対照試験において管理監督者のメンタルヘルス不調者の職場復帰対応における知識と技術、自己効力感を高めることが示された。試行からは、営業、研究開発、製造部門においても、また経験の少ない講師によって実施された場合でも有効であることが示された。マニュアル、説明ＶＴＲ、e ラーニング教材が完成し、この研修を産業保健現場で活用する基盤が整った。また「職場復帰支援のための職場環境改善のヒント集」は職場復帰時の職場および制度の改善を幅広く検討する際のヒントとして有用と思われる。

**F.健康危険情報**

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．学会発表

川上憲人：マネジメントコンピテンシーに基づいた管理監督者の復職対応スキル研修の開発. 第 89 回日本産業衛生学会学術集会．平成 28 年 5 月 26 日

**H.知的財産権の出願・登録状況（予定も含む。）**

1．特許取得

なし

2．実用新案登録

なし

3．その他

なし

＜復職に関わる人と組織のマネジメント＞

1. 病気だということではなく公平に復職した部下を扱える
2. 本人の病状の公開とチームの理解のバランスを調整できる
3. 励まし以外の方法で動機づけを行える
4. 専門職と連携できる
5. 組織から必要とされていると感じさせることができる
6. 業務外の状況の情報を収集し活用することができる（家庭から

＜復職に関わる業務のマネジメント＞

10. 病状に合わせて業務指示ができる

＜復職に関わるリスクマネジメント法令遵守を含む）＞

11. メンタルヘルス不調者の復職に関連したルールや規則を理解している
12. 病気についての知識（回復の経過など）を理解してい

＜復職に関わるマネージャーの役割、心構え＞

13. 個人差があることを前提に対応できる
14. メンタルヘルス不調の部下をチームの一員として活かし、いきいきとした生産的な職場運営を行うことが管理監督者に求められる能力の１つであることを理解している

図１　本研究で作成されたメンタルヘルス不調の部下の復職対応における管理監督者のマネジメントスキル枠組み

表１－１　【管理監督者向け復職対応マネジメントスキル研修の試行】ある企業での管理監督者研修の試行に参加した管理監督者 101 名の基本属性

| | 人数 | % |
|---|---|---|
| 性別 | | |
| 男性 | 101 | 100.0 |
| 女性 | - | - |
| 年齢 | | |
| 39 歳以下 | 25 | 24.8 |
| 40-49 歳 | 70 | 69.3 |
| 50-59 歳 | 6 | 5.9 |
| 復職対応経験 | | |
| あり | 24 | 23.8 |
| なし | 76 | 75.2 |
| 未記入 | 1 | 1.0 |

表１－２　【管理監督者向け復職対応マネジメントスキル研修の試行】管理監督者研修の事前、事後での復職対応スキルの到達目標および復職対応における自己効力感・ストレスの変化(N=100)

| | 研修前 | | 研修後 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 項目 | 平均値* | SD | 平均値* | SD | 効果量† | p‡ |
| 1)心の病気について知識がある | 2.4 | 1.1 | 3.5 | 0.8 | 1.11 | <0.001 |
| 2)復職に関連した法律やルールを知っている | 1.9 | 0.9 | 3.4 | 0.9 | 1.56 | <0.001 |
| 3)本人の状態を職場に伝えることができる | 3.2 | 1.0 | 3.9 | 0.7 | 0.74 | <0.001 |
| 4)周囲のサポートを引き出すことができる | 3.2 | 1.0 | 3.9 | 0.7 | 0.71 | <0.001 |
| 5)励ます以外の方法で、復職した本人を動機づけることができる | 2.4 | 1.0 | 3.7 | 0.7 | 1.34 | <0.001 |
| 6)本人の調子を聞き出すことができる§ | 2.9 | 1.0 | 3.7 | 0.7 | 0.89 | <0.001 |
| 7)本人の状態に合わせて業務指示を行うことができる | 2.8 | 1.0 | 3.6 | 0.7 | 0.97 | <0.001 |
| 8)復職における管理監督者の基本的態度を理解している | 2.2 | 1.0 | 3.8 | 0.7 | 1.47 | <0.001 |
| 9)復職対応についての自信はどれくらいありますか | 2.1 | 0.9 | 3.2 | 0.8 | 1.13 | <0.001 |
| 10)復職対応ときいた時、不安やストレスはどれくらいありますか | 3.7 | 1.1 | 3.5 | 1.0 | -0.17 | 0.083 |

* とても=5 , いくらか=4,　まあまあ=3,　少し=2,　ない=1 の平均点. SD: 標準偏差.

†平均値の差（増加分）をその標準偏差で除したもの. 02 前後は小さい、0.4 前後は中程度の、0.7 前後は大きい変化とされる.

‡研修前後の平均値の差の検定（対応のあるｔ検定).

§ この項目のみ回答者 99 名の分析.

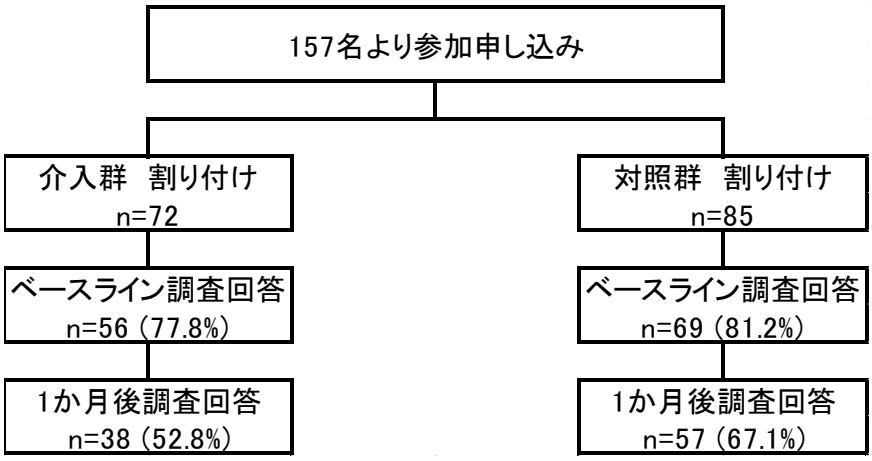



図２　【管理監督者向け復職対応マネジメントスキル研修の比較対照試験による効果評価】参加者フローチャート

表２－１　【管理監督者向け復職対応マネジメントスキル研修の比較対照試験による効果評価】ベースライン調査時の回答者属性

| | 介入群 (n=56) | | 対照群 (n=69) | |
|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % |
| 性別 | | | | |
| 男性 | 51 | 91.1 | 61 | 88.4 |
| 女性 | 5 | 8.9 | 8 | 11.6 |
| 年齢 | | | | |
| 39 歳以下 | 5 | 8.9 | 8 | 11.6 |
| 40-49 歳 | 19 | 33.9 | 23 | 33.3 |
| 50-59 歳 | 32 | 57.1 | 38 | 55.1 |
| 復職対応経験 | | | | |
| あり | 30 | 53.6 | 40 | 58.0 |
| なし | 26 | 46.4 | 29 | 42.0 |

表２－２　【管理監督者向け復職対応マネジメントスキル研修の比較対照試験による効果評価】ベースライン（T1）から１ヶ月後（T2）時点間での復職対応スキルの到達目標および復職対応における自己効力感・ストレス得点の変化（Δ平均値）

| 項目 a) | 介入群（n=38） | | 対照群（n=57） | | t 値 | p 値 | 効果量(信頼区間)b) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Δ平均値 | SD | Δ平均値 | SD | | | |
| スキル別の到達目標： | | | | | | | |
| １）心の病気についての知識がある | 0.5 | 0.8 | 0.0 | 0.7 | 3.33 | <0.01 | 0.70（0.27-1.11） |
| ２）復職に関連した法律やルールを知っている | 1.0 | 1.0 | 0.2 | 0.8 | 4.11 | <0.01 | 0.89（0.46-1.31） |
| ３）本人の状態を職場に伝えることができる | 0.4 | 1.0 | 0.2 | 1.0 | 1.13 | 0.26 | 0.23（-0.18-0.64） |
| ４）周囲のサポートを引き出すことができる | 0.5 | 1.0 | 0.3 | 0.8 | 0.93 | 0.36 | 0.19（-0.22-0.60） |
| ５）励ます以外の方法で、復職した本人を動機づけることができる | 0.8 | 0.9 | 0.1 | 0.9 | 3.66 | <0.01 | 0.77（0.34-1.19） |
| ６）本人の調子を聞き出すことができる | 0.5 | 0.9 | 0.1 | 0.9 | 1.95 | 0.06 | 0.41（-0.01-0.82） |
| ７）本人の状態に合わせて業務支持を行うことができる | 0.5 | 0.8 | 0.1 | 1.0 | 2.25 | 0.03 | 0.47（0.05-0.88） |
| ８）復職における管理監督者の基本的態度を理解している | 1.0 | 1.1 | 0.4 | 0.8 | 3.57 | <0.01 | 0.75（0.32-1.17） |
| 復職対応の効力感等： | | | | | | | |
| ９）復職対応についての自信はどれくらいありますか | 0.8 | 0.9 | 0.2 | 0.8 | 3.37 | <0.01 | 0.70（0.27-1.12） |
| １０）復職対応と聞いたとき、不安やストレスはどれくらいありますか？ | 0.1 | 1.0 | -0.1 | 0.9 | 1.00 | 0.32 | 0.20（-0.21-0.62） |

a）とても＝５、いくらか＝４、まあまあ＝３、少し＝２、ない＝１の平均点、SD：標準偏差

b）効果量は介入群（T2－T1)から対照群（T2-T1)の差を出した値を標準偏差で除した値

表３　【管理監督者向け復職対応マネジメントスキル研修の前後比較試験１】研究開発を主体とする事業場における管理監督者研修の前後での復職対応スキルの到達目標および復職対応における自己効力感・ストレスの変化

| 項目 | 研修前 | | | 研修後 | | 効果量[b] | p[c] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 人数 | 平均値[a] | SD | 平均値[a] | SD | | |
| スキル別の到達目標： | | | | | | | |
| １）心の病気について知識がある | 56 | 2.8 | 0.8 | 3.5 | 0.9 | 0.79 | ＜0.001 |
| ２）復職に関連した法律やルールを知っている | 57 | 2.0 | 1.0 | 3.7 | 0.8 | 1.81 | ＜0.001 |
| ３）本人の状態を職場に伝えることができる | 55 | 2.9 | 1.0 | 3.9 | 0.7 | 1.08 | ＜0.001 |
| ４）周囲のサポートを引き出すことができる | 57 | 3.0 | 1.0 | 3.8 | 0.8 | 1.00 | ＜0.001 |
| ５）励ます以外の方法で、復職した本人を動機づけることができる | 57 | 2.2 | 1.0 | 3.7 | 0.7 | 1.36 | ＜0.001 |
| ６）本人の調子を聞き出すことができる | 57 | 2.9 | 0.9 | 3.6 | 0.6 | 0.69 | ＜0.001 |
| ７）本人の状態に合わせて業務指示を行うことができる | 57 | 3.0 | 1.0 | 2.9 | 0.9 | 0.70 | ＜0.001 |
| ８）復職における管理監督者の基本的態度を理解している | 57 | 2.4 | 1.0 | 3.7 | 0.8 | 1.36 | ＜0.001 |
| 復職対応の自己効力感等： | | | | | | | |
| ９）復職対応についての自信はどれくらいありますか | 57 | 2.1 | 0.9 | 2.9 | 0.8 | 1.24 | ＜0.001 |
| １０）復職対応ときいた時、不安やストレスはどれくらいありますか | 57 | 3.8 | 1.0 | 3.8 | 0.9 | 0.21 | 0.083 |

a）とても＝５、いくらか＝４、まあまあ＝３、少し＝２、ない＝１の平均点．SD:標準偏差

b）２群の平均値の差（増加分）をその標準偏差で除したもの．0.2 前後は小さい、0.4 前後は中程度の、0.7 前後は大きい差とされる。

表４　【管理監督者向け復職対応マネジメントスキル研修の前後比較試験２】製造系事業場における経験の少ない講師による管理監督者研修の前後での復職対応スキルの到達目標および復職対応における自己効力感・ストレスの変化

| 項目 | 研修前 | | | 研修後 | | 効果量[b] | p[c] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 人数 | 平均値[a] | SD | 平均値[a] | SD | | |
| スキル別の到達目標： | | | | | | | |
| １）心の病気について知識がある | 36 | 2.9 | 1.1 | 3.7 | 0.7 | 0.86 | ＜0.001 |
| ２）復職に関連した法律やルールを知っている | 36 | 2.5 | 1.1 | 3.6 | 0.6 | 1.10 | ＜0.001 |
| ３）本人の状態を職場に伝えることができる | 35 | 3.2 | 0.9 | 3.9 | 0.7 | 0.86 | ＜0.001 |
| ４）周囲のサポートを引き出すことができる | 36 | 3.1 | 0.8 | 3.8 | 0.6 | 0.88 | ＜0.001 |
| ５）励ます以外の方法で、復職した本人を動機づけることができる | 36 | 2.7 | 1.0 | 3.6 | 0.6 | 0.95 | ＜0.001 |
| ６）本人の調子を聞き出すことができる | 36 | 3.2 | 0.8 | 3.8 | 0.7 | 0.68 | ＜0.001 |
| ７）本人の状態に合わせて業務指示を行うことができる | 36 | 3.2 | 0.8 | 3.8 | 0.7 | 0.80 | ＜0.001 |
| ８）復職における管理監督者の基本的態度を理解している | 36 | 2.8 | 0.8 | 3.9 | 0.5 | 1.24 | ＜0.001 |
| 復職対応の自己効力感等： | | | | | | | |
| ９）復職対応についての自信はどれくらいありますか | 36 | 2.4 | 1.1 | 3.1 | 0.9 | 0.70 | ＜0.001 |
| １０）復職対応ときいた時、不安やストレスはどれくらいありますか | 36 | 3.2 | 1.0 | 3.5 | 1.1 | 0.36 | 0.039 |

a）とても＝５、いくらか＝４、まあまあ＝３、少し＝２、ない＝１の平均点．SD:標準偏差

b）平均値の差（増加分）をその標準偏差で除したもの．0.2 前後は小さい、0.4 前後は中程度の、0.7 前後は大きい変化とされる。

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）

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、平成 26 年度は文献レビューによる情報収集、システム開発に必要な情報や課題の検討を行った。平成 27 年度は、昨年度の研究成果をもとにシステムのひな形を開発し、産業保健職から使用感についてヒアリング調査を行った。また、既存のソーシャルネットワークシステム（SNS）との連携の可能性についても検討した。平成 28 年度は、システムの試行版を開発し、モデル事業場で試行し、その効果と課題を明らかにした。情報交換システムの開発と構築、マニュアルの作成、モデル事業場での運用から、本システムは、当該労働者、上司、産業保健スタッフが、復職プラン、通院状況、体調など、当該労働者の復職に関する情報を共有する上で有効であると考えられた。一方で、実際に運用するにあたっては、多くの課題も明らかになった。今後は、今回はシステム化を見送った機能の追加や、試行によって抽出された課題を解決することで、より多くの疾患に適応できる汎用性の高いシステム開発につながる可能性がある。

研究協力者（敬称略）（五十音順）
伊東学（株式会社日本エンブレース）
大崎陽平（ヘルスデザイン株式会社）
梶木繁之（産業医科大学）
川島正敏（東海旅客鉄道株式会社）
坂本宣明（ヘルスデザイン株式会社）
難波克行（中外製薬株式会社）
平世将夫（株式会社レイディーバグ）
森田哲也（株式会社リコー）

## 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。

初年度に当たる平成 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。

その上で、2 年目にあたる平成 27 年度は、平成 26 年度の研究成果をもとにシステムのひな形を開発し、産業保健職から使用感についてヒアリング調査を行った。また、既存のソーシャルネットワークシステム（SNS）との連携の可能性についても検討した。

最終年度にあたる平成 28 年度は、平成 26 年度、平成 27 年度の研究成果をもとに、情報交換システム（β版）を開発し、そのシステムと運用に関するマニュアルを作成し、モデル事業場で当該システムを試行し、その実用性と効果、さらなる課題を明らかにした。

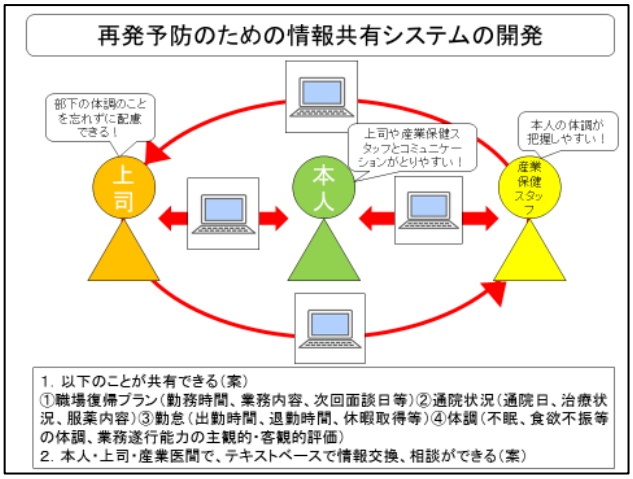


図１：本システムの概念

## B．対象と方法

### （平成 26 年度）

### １．文献レビュー

メンタルヘルス不調に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、PsycINFO および PsycARTICLES 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．情報交換システムの開発に関する要求仕様書の作成

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情報交換のための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)を念頭に、商用プラットフォーム専門家と、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包括的に検討を行い、平成 27 年度以降に運用を行う情報交換システムの要求仕様書の作成を行った。

### （平成 27 年度）

### １．システムのひな形（モック）の開発

システム開発会社と協力し、平成 26 年度に整理した本人、上司、産業保健スタッフ間で共有する情報を盛り込んだモックの開発を行った。

### ２．モックの使用感についての産業保健職へのヒアリング

モックに対して、専属産業医１名、嘱託産業医 2 名から使用感や、必要な情報の過不足についてヒアリングを行った。

### ３．既存の SNS との連携についてのサービス提供へのヒアリング

完全非公開型 SNS によるソーシャル医療介護連携プラットフォームを提供している事業者に対して、本研究で開発しているシステムとの連携についてヒアリングを行った。

### （平成 28 年度）

### １．情報交換システムの開発

システム開発会社と協力し、平成 26 年度に整理した本人、上司、産業保健スタッフ間で共有する情報をもとに、平成 27 年度に作成したモックをもとに、実際に運用する情報交換システム（β版）の開発を行った。

### ２．システム運用マニュアルの作成

開発した情報交換システム（β版）をもとに、分担研究者は、実際に運用をしながら、モデル事業場で利用してもらうシステム運用マニュアルの作成を行った。

### ３．情報交換システムの試行

３－１．試行期間

2017 年１月から 2017 年２月の２カ月間

３－２．対象者

本システムを運用する当該労働者（メンタルヘルス不調を理由に休職し職場復帰をした労働者)、当該労働者の上司、当該労働者の復職を支援する産業保健スタッフである。対象企業は３社とした。

２－３．観察項目

本研究では、以下の項目を収集する（アンケートの詳細については、資料 2、3、4 を参照のこと)。

①以下の項目全てについて、「役に立った」「役に立たなかった」を質問する。

「職場復帰プランについての情報」「通院状況についての情報」「通院日設定」「勤怠についての情報」「復職面談の時の復職プランの確認」「体調のチェック」「業務遂行能力の自己評価」

②どれくらいの頻度で、システムにアクセスしたかについて以下の内容で質問する。

選択肢：「1 日 2 回以上」「1 日 1 回程度」「1 週間に 3 回程度」「1 週間に 1 回程度」

③このシステムの利用は、あなたにとって負担になったかについて以下の内容で質問する。

選択肢：「負担にならない」「負担になる」(「負

担になる」と回答された方はどのような点が負担になったか記載を依頼する）

④システムを使わなかった時と比べて、情報交換の程度に変化があったかについて、「改善した点」「悪化した点」について記載を依頼する。

⑤更にどのような情報が共有できるとより、この復職支援システムが効果的なシステムになるかについて具体的なコメントの記載を依頼する

**倫理的配慮**

本調査の実施にあたっては、北里大学医学部・病院倫理委員会 観察・疫学研究審査委員会において承認を得た。

## C．結果

**（平成 26 年度）**

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、職場復帰をうまく進めるために、当該労働者と上司との間のコミュニケーションや、経営者が復職後の労働者とコンタクトを取り続けること、経営者と当該労働者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利害関係者の関係を調査した研究 [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。オランダの職場復帰に関するガイドラインを産業医が遵守することについての RCT では、ガイドラインに従って、産業医、上司、人事担当者の調整が必要であることを指摘していた。上司と当該労働者が既定のプロセスに従って、職場復帰のプログラムを作成する参加型の職場復帰支援による RCT が実施されていた。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、当該労働者が、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、当該労働者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．情報交換システムの開発に関する要求仕様書の作成

システムの目的は、インターネットを活用して、職場復帰後のメンタルヘルス不調労働者と産業保健スタッフ・上司が情報交換し、再発を予防すること、とした。

まず、システムの概要として、インターネット経由で「複数の事業場」で活用できるように階層構造の仕組みを検討した（図２）。個人情報保護の観点からも、この階層構造は不可欠である。また、セキュリティー上は、ＳＳＬという仕組みの導入も必須である。

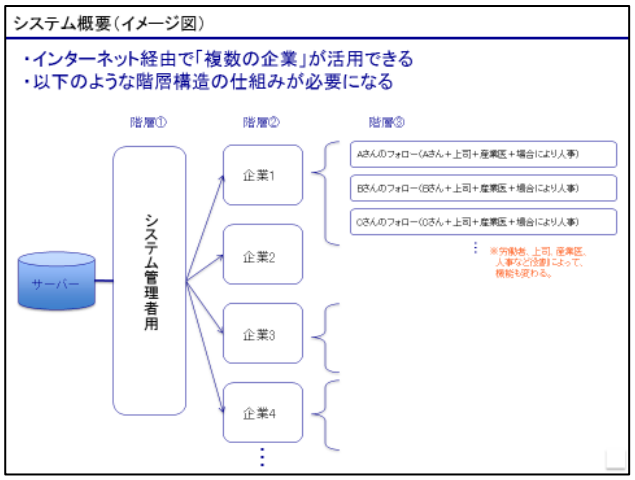



図２：システム概要

各階層の概要を検討した。階層①では、システム管理者専用アカウントとして、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、について検討を行う。階層②では、各事業場（企業）の管理者アカウントとして、各労働者のアカウント管理（発行・停止等）、上司、産業医、人事（要検討）等のアカウント管理（発行・停止・権限管理）、各役割の権限管理（※人事の権限管理を人事ができると意味がないため、ここだけは階層①で権限管理）。閲覧可能範囲、コメント機能などの権限管理は企業毎での調整の方法、について検討を行った。階層③では、各利用者アカウントとして、フォローアップする労働者ごとに関係者のみのクローズドコミュニケーションを行うこと、「労働者」のアカウントを付与された人は、「労働者」の機能を利用できること、「上司」のアカウントを付与された人は、「上司」の機能を利用できること、「産業保健スタッフ」のアカウントを付与された人は、「産業保健スタッフ」の機能を利用できること、「人事」のアカウントを付与された人は、「人事」の機能を利用できること、について検討を行った。

復職後に、当該労働者、上司、産業保健スタッフの間でどのような情報のやりとりが必要か、検討を行った（図３）。

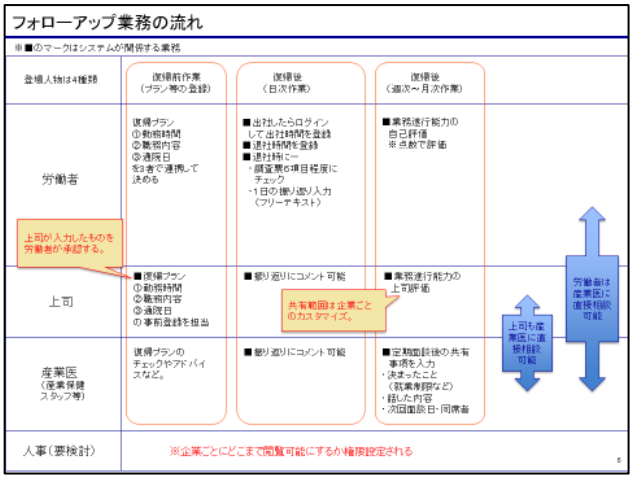



図３：フォローアップの流れ

職場復帰の際の、復職面談の時には、復職プラン（①勤務時間　②職務内容　③通院日）を３者で連携して立てる。復職プランは、上司が作成をして、その内容を当該労働者が承認をする。産業医は、復職プランのチェックや、アドバイスなどを行う。職場復帰後は、当該労働者は、毎日、出社したらログインして出社時間を登録、退社時間を登録、更に、退社時には、質問票（例：職業性ストレス簡易調査票、K6）への回答、１日の振り返り入力（フリーテキスト）を行う。それに対して、上司と産業保健スタッフは、コメントをすることができる。また、毎週や毎月と言った頻度で、当該労働者による業務遂行能力の自己評価、上司による当該労働者の業務遂行能力の評価、を行う。また、産業保健スタッフは、定期面談後の共有事項（面談で決まったこと（就業制限など）、話した内容、次回面談日、同席者）を入力する。また、当該労働者、上司、産業保健スタッフは、それぞれがクローズな形で、直接相談をすることできる。

　各階層で、一覧性にどのような情報が必要か検討を行った。システム管理者専用のアカウントについては、ログイン（ID/PW の入力）、利用企業のアカウント管理、企業情報登録（企業名・担当者名・担当者メールアドレス・稼働ステータス・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日はじまりか、１月１日はじまりか）とし、ログイン後の画面では、企業名、利用期間、ステータス（稼働中・休止中）が一覧できるようにする。

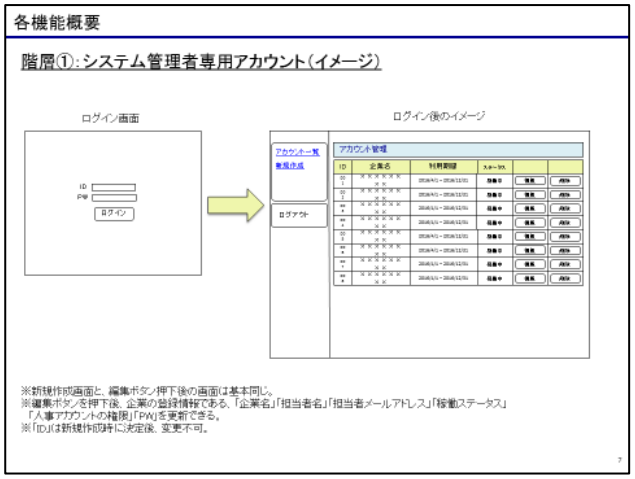



図４：システム管理者専用アカウントのイメージ

階層②の各事業場（企業）の管理者については、企業情報の編集（担当者名・担当者メールアドレス・PW）（※ID や企業名、稼働ステータスは変更できない）と以下の３つのアカウント管理を行うことができる。

1. 労働者のアカウント管理：労働者情報の登録（ニックネーム・メールアドレス・ステータス・復職開始日・休職期間・ID・PW）、ステータス（フォロー中/フォロー終了）、権限（出社時間・退社時間の編集権限の有無）、アカウント一覧では登録内容に加えて「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ヵ月の勤怠状況（閲覧日から起算して１ヵ月の遅刻・早退・欠勤）」「1 年間の累積の勤怠状況（遅刻・早退・欠勤）」（※個人情報を登録するリスクを考慮し、「ニックネーム」にするかどうかは要検討）が確認できる。
2. 上司のアカウント管理：上司情報の登録（ニックネーム・メールアドレス・ID・PW）、担当する労働者アカウントの関連付け、権限（コメント権限の有無）
3. 産業医のアカウント管理：産業医情報の登録（ニックネーム・メールアドレス・ID・PW）、権限（コメント権限の有無）、アカウントは１名のみ。

　アカウントの画面では、社員名（ニックネーム）、体調（赤、黄、青の三段階）、最終面談日、次回面談日、就業制限の内容などが一覧できるようにする。

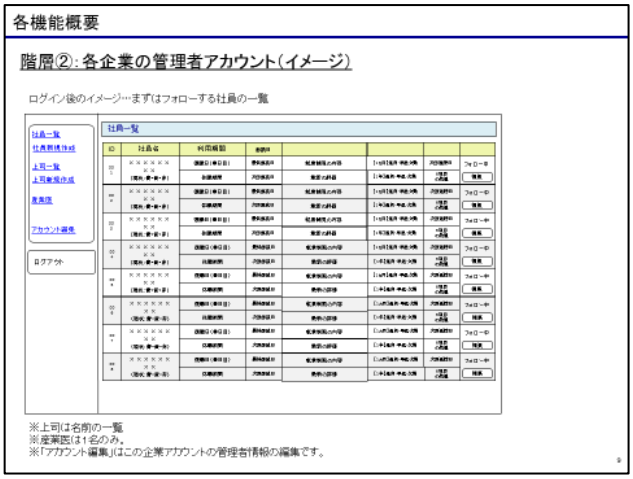


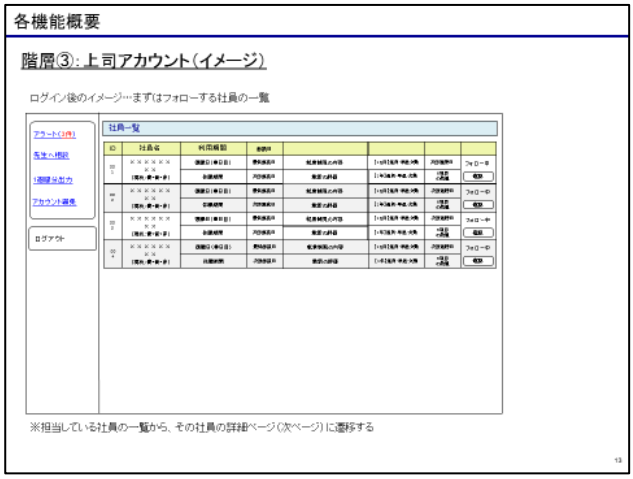

図５：各事業場（企業）の管理者アカウントのイメージ

労働者のアカウント画面では次のような情報を得ることができる（ログイン機能、出社時間の登録機能（ボタン１クリックでシステム時刻が打刻。デフォルト編集不可、権限次第で可。）、退社時間の登録機能（ボタン１クリックでシステム時刻が打刻。デフォルト編集不可、権限次第で可。）、通院完了登録機能（通院したことを入力する）、ストレス調査票入力機能（6 項目程度のアンケート）、1 日の振り返り入力（フリーテキスト）、業務遂行能力の自己評価入力機能）、復帰プラン承認機能（上司が入力した復帰プランを承認する）、産業医へダイレクトに相談できるメッセージ機能（上司閲覧不可）、アラート表示（自分にあがっているアラートをチェックできる：「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退勤入力がない場合」、「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」）、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）。




図６：労働者アカウントのイメージ

上司アカウントの画面では次のようなことが確認できる：労働者リスト（複数名の上司である場合、各労働者ごとに管理できる）、復帰プランの入力機能（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　④通院日のカレンダー登録）、振り返りへのコメント入力機能（(権限の有無あり）→コメントは何度もやりとり可能。コメントの編集は有り）、担当労働者の現状を「青（正常）・黄（注意）・赤（危険）」で入力、業務遂行能力の上司評価入力機能、産業医へダイレクトに相談できるメッセージ機能（労働者閲覧不可）、アラート表示（自分にあがっているアラートをチェックできる）（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退勤入力がない場合、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、「ストレス調査票」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）、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）（※上司が異動で変わることにも対応。新しく担当する労働者の過去ログは全て閲覧可能）。



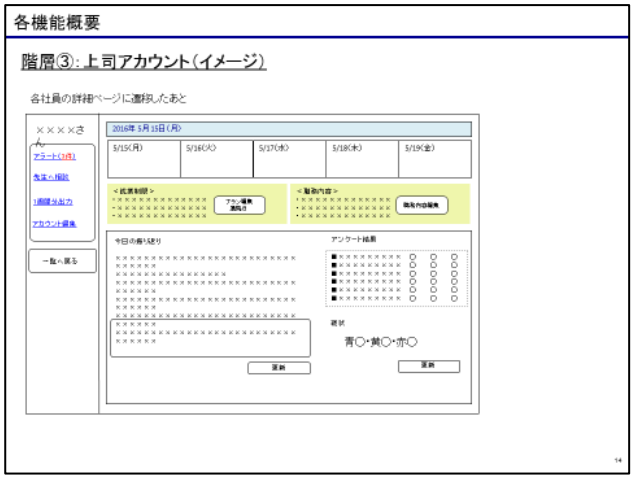
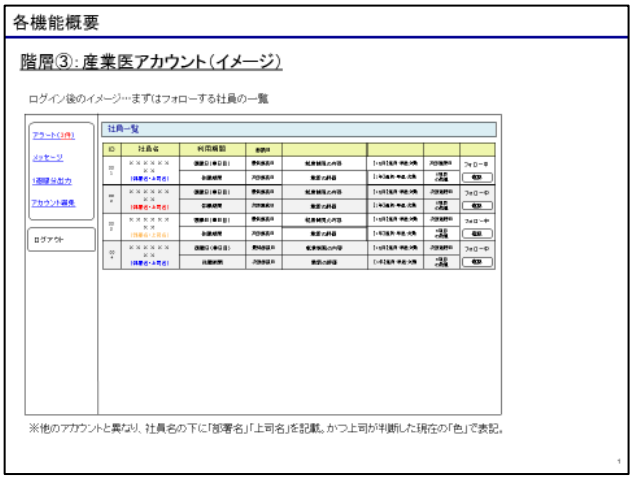



図７：上司アカウントのイメージ（上の画面から下の画面へ遷移する）

産業医アカウントの画面では、次のようなことができる：フォローアップする労働者ごとに関係者のみのクローズドコミュニケーションが行える、ログイン機能、労働者リスト機能（複数名の労働者を担当する場合、各労働者ごとに管理できる）、振り返りへのコメント入力機能（権限の有無あり）（→コメントは何度もやりとり可能）、定期面談後の共有事項の入力機能（①決まったこと②話した内容　③次回面談日・同席者）、労働者および上司の個別でやりとりできるメッセージ機能、アラート表示（自分にあがっているアラートをチェックできる）（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退勤入力がない場合、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、「ストレス調査票」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）、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）



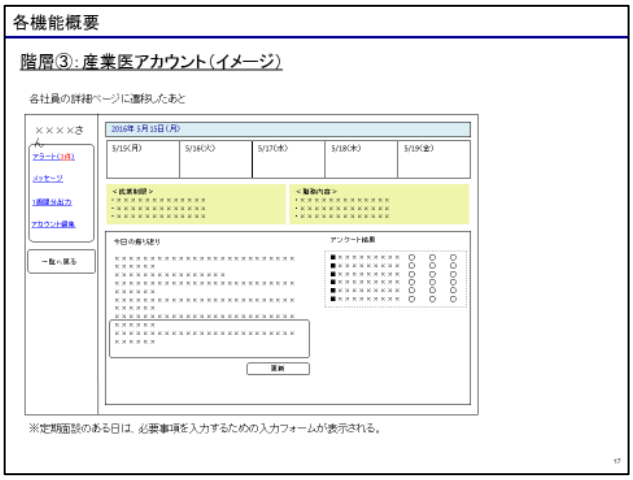




図８：産業医アカウントのイメージ（上の画面から下の画面へ遷移する）

**（平成 27 年度）**

**１．システムのひな形（モック）の開発**

平成 26 年度の研究成果に基づいて、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、について以下の情報を取り込んだ（表１－１）。

■職場復帰プラン（勤務時間、業務内容、次回面談日等）についての情報。
■通院状況（通院日、治療状況、服薬内容）についての情報。
■勤怠（出勤時間、退勤時間、休暇取得等）についての情報。
■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）についての情報。
■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。

また、それぞれの役割（本人、上司、産業保健スタッフ）でのどのような情報が必要かについて検討を行い、以下の機能を取り込むこととした（表１）。

■復職面談の時の復職プラン（①勤務時間　②職務内容　③通院日）を作成する（復職プランは上司が作成をして、その内容を本人が確認する）。
■産業保健スタッフによる復職プランのチェックや、本人、上司に対して復職に関連アドバイスが行える。
■本人の体調の把握と、体調不良の早期発見を目的として、出社時間の登録、退社時間の登録、１日の振り返りの入力（フリーテキスト）が行える。
■本人のコメントに対して、上司や産業保健スタッフからコメントができる。
■本人による業務遂行能力の自己評価が行える。
■上司による本人の業務遂行能力の評価が行える。
■産業保健スタッフによる、定期面談後の共有事項（面談で決まったこと（就業制限など）、話した内容、次回面談日、同席者）の入力が行える。
■定期面談を行うなどの経過観察中の本人、上司、産業保健スタッフ間の、クローズな形で、相互にテキストベースで情報交換、相談を行える。

**２．モックの使用感についての産業保健職へのヒアリング**

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。

1） エントリー画面

エントリー画面には、システム管理者用ログイン、企業の管理者用ログイン、労働者=社員ログイン、上司ログイン、産業保健職ログインを配置した。




図９：エントリー画面

システム管理者は、システム全体を管理する役割である。そのため、システム管理者用の画面では、本システムを利用する企業のアカウント情報（企業名、ログイン ID、パスワード、管理担当者名、メールアドレス、利用期間、稼働ステータス、閲覧制限）を登録、設定することができる。また、その稼働状態を一覧で確認できる。

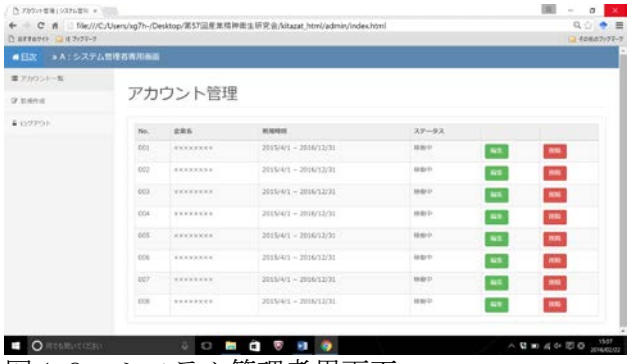



図１０：システム管理者用画面

企業管理者用画面では、その企業で本システムを利用している社員ごとに、社員名、復職日、休職期間、最終面談日、次回面談日、就業制限の内容、最新の評価、１カ月の勤怠、１年の勤怠、次回通院日、体調に関するアンケート、を一覧で確認をすることができる。社員の体調は、氏名の色を赤、青、黄で表示し、視認性に配慮した。また、社員のアカウント情報として、社員名、ログイン ID、パスワード、部署名、担当上司、メールアドレス、休職期間、復職日、ステータス、を入力することができる。



図１１：企業管理者用画面

労働者=社員用画面は、毎日、当該社員がアクセスすることを念頭に置いている。毎日の、出勤時刻、退勤時刻、通院日を登録することができる。また、業務遂行能力の評価、産業医や上司とのテキストベースのやり取りができる機能を盛り込んだ。

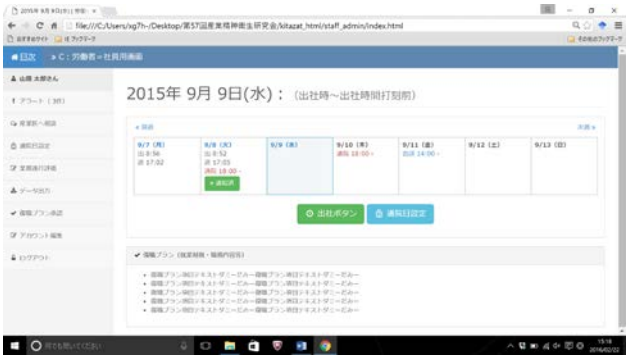



図１２：労働者=社員用画面

担当者社員一覧画面を設け、社員名（体調によって当該社員自らが青（調子良好）、黄（調子やや不良）、赤（調子不良）で表示できる）、復職日、休職期間、最終面談日、次回面談日、就業制限の内容、最新の評価、１カ月の勤怠、１年の勤怠、次回通院日、アンケート（睡眠、意欲、食欲）を一覧できるようにした。さらに、個別の画面に移行し、テキストベースのメッセージ機能、スケジュール（出勤時刻、退勤時刻、通院日）、今日の振り返り、を確認することができる。また、産業医と上司で情報交換ができるようなテキストベースのメッセージ機能を設けた。




図１３：上司用画面

産業保健職の画面は、社員名（体調によって当該社員自らが青（調子良好）、黄（調子やや不良）、赤（調子不良）で表示できる）、担当上司名、復職日、休職期間、最終面談日、次回面談日、就業制限の内容、最新の評価、１カ月の勤怠、１年の勤怠、次回通院日、アンケート（睡眠、意欲、食欲）を一覧できるようにした。さらに、個別の画面に移行し、テキストベースのメッセージ機能、スケジュール（出勤時刻、退勤時刻、通院日）、今日の振り返り、を確認することができる。また、産業医と上司、産業医と本人で情報交換ができるようなテキストベースのメッセージ機能を設けた。



図１４：産業保健職画面

**２．モックの使用感についての産業保健職へのヒアリング**

この具体的なイメージをもとに産業保健スタッフからのヒアリング結果を踏まえて、システムの修正を行った。産業保健スタッフからの評価は、「本システムを利用することで体調をより確実にフォローができる」「メンタルヘルス不調者の労務管理について上司に自覚を促すことができる」という前向きな意見がある反面、「上司の負担が大きいのではないか」「上司がフォローする頻度については検討が必要ではないか」と言った上司の負担を危惧する意見も出された。産業保健職が、常勤なのか、非常勤なのかでも運用方法が異なる可能性があるという意見も出された。

**３．既存の SNS との連携についてのサービス提供へのヒアリング**

在宅介護者向けのチーム医療において、全国の医師会での活用が広がっている完全非公開型 SNS によるソーシャル医療介護連携プラットフォームを、本システムにも活用できる。この SNS はシステムの互換性があり、本システムの情報を、この SNS にアウトプットをすることも可能であるとのことであった。また、逆にこの SNS の機能を本システムに取り込むことも可能である。この SNS を活用することのメリットは、紙ベースのデータをデジタルカメラで撮影して upload できる点にある。この機能により、処方されている薬剤の説明書や診断書、診療情報提供書などの情報を共有することができる。情報の共有には制約を設けることができるようになる。

**（平成 28 年度）**

**１．情報交換システムの開発**

**１－１．システムの構造**

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構築した。その結果、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）の導入と、企業毎に異なるサーバーを用いることとした。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を想定して開発を行った。

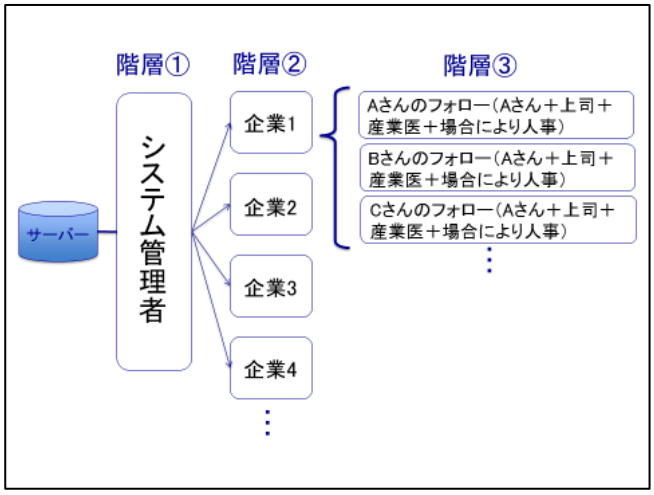



図１５：システムの構造

**１－２．管理者用画面**

１）管理者用画面でできること

企業管理者の役割は、本システムを利用する 3 者（当該労働者、上司、産業医）の必要な情報を全て登録することである。

企業アカウント情報の画面では、パスワード、管理担当者名、メールアドレスが変更できる。企業名、ログイン ID についてはあらかじめ、研究者が入力を行い、変更はできないようになっている。管理者用 URL、ログイン ID、パスワードについては、サーバー構築を行った上で、研究者から、別途通知した。企業管理者、労働者、上司、産業医の各 URL については、それぞれの会社の企業管理者に通知し、それぞれの企業担当者が設定を行った。

２）管理者用画面の各機能の説明

① 社員一覧
企業で管理している氏名の一覧が確認できる。それぞれの社員の復職日、休職期間、最終面談日、次回面談日、就業制限の内容、次回通院日、アンケートの結果が一覧できる。今回の試行では、勤怠の情報は反映されない。
編集ボタンを押すと、社員アカウント編集画面に遷移し、ログイン ID 以外の情報を編集することができる。
② 社員新規作成
システム管理者は、新規にフォローアップの必要な社員が発生した場合の登録を行う。登録する情報は、社員名、ログイン ID、パスワード、部署名、担当上司、メールアドレス、休職期間、復職日、ステータスである。
ステータスは、フォローアップ期間が終了したら、「停止中」をクリックすることで、担当社員一覧に反映される。
③ 上司一覧
システム管理者は、社員新規作成画面で、担当上司として登録されている上司を確認することができる。
④ 上司新規作成
システム管理者は、上司氏名、ログイン ID、パスワード、部署名、メールアドレス、ステータス、を登録できる。ログイン ID、パスワードは、上司がログインをするときに必要な情報になります。
⑤ 産業医
産業医用のアカウントを作成するための画面である。このシステムでは、産業医は 1 名のみ登録できる。



図１６：管理者用画面（企業アカウント情報）

## １－３．労働者用画面

１）労働者用画面でできること
① 出社時刻と退社時刻の報告
② 通院日の設定、通院済の報告
③ 就業制限の内容の承認
④ 今日の振り返りの記載
⑤ 今週のアンケートの記入

２）労働者用画面の各機能の説明
① アラート
今日の振り返りコメントを記載した時、それに対して上司からの返事があった場合、上司が就業制限の内容を記入した時、にアラートにそのことが示される。本システムでは、就業制限の内容は上司が作成して、それを部下が承認をするというプロセスにしている。
設定した通院後に、「通院済」の確認が行われていな場合に、アラートが示される。必要な対応をすることでアラートは消失する。
② 通院日設定
通院日が決まったら、労働者は、通院日の入力を行う必要があるため、そのための画面である。通院が終わったら、労働者は、「通院済」ボタンを押す。これにより、通院のし忘れなどを予防することができる。
③ 就業制限の内容の承認
上司が就業制限の内容を新規に作成したり、修正したりした場合には、労働者は、アラートの表示に従って、「就業制限の内容の承認」または「就業制限の内容の再検討」の意思表示をすることができる。一度、承認をすると、上司の方でも変更ができなくなる。
④ アカウント編集
労働者は、パスワードのみ変更できる。社員名、ログイン ID、部署名、メールアドレスは、企業管理者のみが変更がすることができ、労働者本人は変更できない。
⑤ 今日の振り返り
必要な時に自由に記載をすることができる。
⑥ 今週のアンケート
必要な時に、その時の状態を回答することができる。頻度については、それぞれの企業毎で決めることができる。



図１７：労働者用画面

## １－４．上司用画面

１）上司用画面でできること
①　就業制限の作成
②　本人からコメントがあったときのみ、コメントの作成
③　アンケート結果を踏まえた上での「現状」の記入

２）上司用画面の各機能の説明
①　社員一覧
　自分（上司）が担当している社員の一覧が表示される。社員名、復職日、休職期間、最終面談日、次回面談日、次回通院日、アンケートの結果が表示される。
　「詳細」ボタンをクリックすると、社員の詳細な情報が表示される。表示内容は、就業制限の内容、毎日の出勤時間と退勤時間、通院日、面談日、アンケート結果、現状の情報が一覧できる。社員の「振り返り」が未入力な状態では、上司は「上司からのコメント」を更新できない。また、社員の「アンケート」が未入力な状態では、「現状」を更新できない。
②　アラート
　部下の通院日の完了報告がなされていない時や、部下の「今日の振り返り」が記載をされたときに、上司からのコメントの記載を求めるアラートが出される。
③　就業制限の内容
　本システムでは、就業制限は上司の責任において実施をするという考えから、就業制限の内容は、上司が記載をすることになっている。面談が終了後に、必要に応じて就業制限の内容の見直しを行う。上司が就業制限を記入すると、それを部下が承認するという流れになる。
④　上司からのコメント
　本人からコメントが出されたときのみ上司からのコメントを記入することができる。
⑤　現状
　アンケート結果や、日ごろの仕事の様子などから、上司から見た本人の評価（青、黄、赤）を記載する。この結果は、一覧画面の名前の色の変化として反映されるため、上司、産業医が、労働者の体調を一覧で分かりやすいように配慮されている。



図１８：上司用画面

**１－５．産業医用画面**
１）産業医用画面でできること
①　次回定期面談日を設定。
②　本人からの振り返りコメントがあった場合に、産業医からのコメントの入力。

２）産業医用画面の各機能の説明
①　社員一覧
　産業医は、それぞれの社員の状況を確認することができる。この画面で産業医としてできることは、「産業医からのコメント」を記入することのみである。「産業医からのコメント」は、本人がコメントをしたときのみにコメントをすることができる。また、本人のコメントに対する上司からのコメントは確認することができない。
②　アラート
　アラートは、担当社員それぞれの通院日の完了報告がない場合に、上がってくる。そのため、アラートが上がってきた場合には、システムの運用上、産業医から本人に対してコメントをすることができないため、産業医は、メールなどを使って、労働者に対して、通院が完了しているかどうかを確認することになる。こうすることで、通院漏れを予防することを期待した機能である。



図１９：産業医用画面

**２．情報交換システムの試行**
**２－１．運用マニュアルの作成**

システム開発会社により開発されたシステムをもとに、研究分担者が運用マニュアルを作成した（巻末資料）。

## ２－２．試行の実施

作成した運用マニュアルをもとに、調査への内諾を得られた３社に対してサーバー構築を行った。うち１社については、最終的に、社内での検討の結果、社内システムでの運用が困難ということで、実施できなかった。そのため、最終的に２社から３例（うつ状態１例、うつ病２例）の事例を収集した。コメントとしては以下の通りであった。

１）当該労働者からの評価（表２）

| | 役に立った | 役に立たなかった |
|---|---|---|
| 職場復帰プランについての情報 | 1 | 2 |
| 通院状況についての情報 | 2 | 1 |
| 通院日設定 | 2 | 1 |
| 勤怠についての情報 | 0 | 3 |
| 復職面談の時の復職プランの確認 | 1 | 2 |
| 体調のチェック | 1 | 2 |
| 業務遂行能力の自己評価 | 1 | 2 |

アクセスの頻度については、１日１回程度が１件、１日２回程度が１件、１週間に１回程度が１回であった。

システムを使わなかった時と比べた時の改善点としては、「上司の気遣いを感じる」という意見があった。システム利用する上での不安感も特に示されなかった。

２）上司からの評価

| | 役に立った | 役に立たなかった |
|---|---|---|
| 職場復帰プランについての情報 | 2 | 0 |
| 通院状況についての情報※ | 2 | 0 |
| 通院日設定 | 2 | 1 |
| 勤怠についての情報 | 2 | 1 |
| 復職面談の時の復職プランの確認※ | 2 | 0 |
| 体調のチェック | 3 | 0 |
| 業務遂行能力の自己評価※ | 0 | 2 |

※数が合わないのは無回答のため

アクセスした頻度は、いずれのケースも１週間に１回程度であった。

システム利用については、負担がなかった

システムを使わなかった時と比べて、情報交換の程度に変化があったかについては、下記の通りであった。

| 改善した点 |
|---|
| 本人からメールを発信してこない情報は把握できなかったが、前もって報告内容が画面化されているのでその範囲の情報の入手可能となった |
| 席にいない場合が多いので、システムの中で会話ができることは良かったと思います |
| 本人の考えている事、健康状態が分かるので良い |
| 悪化した点 |
| システムに頼ってコミュニケーション不足になりがち |

３）産業医の評価

利用頻度としては、１日１回と１週間に１回程度であった。システムを使わなかった時と比べての改善点として、「週末の振り返りが即座に確認できた点」「勤怠に関しては、従来は別のシステムで見ていたが、本人状況と一緒に見れた点」が挙げられていた。悪化した点としては、「上司から見た状態が確認できない点」が挙げられていた。

今後の改善としては、会社によっては、就業上の配慮の決定者が、上司ではなく、人事など他の担当者であることがあるため、その点についてカスタマイズができると良い、と言った意見が挙げられていた。また、精神疾患に限定しないほうが良いのでは、という意見も挙げられていた。

４）その他

本試行調査の実施にあたっては、社内システムから外部のサーバーにアクセスすることに対する情報セキュリティ上の懸念から、当初予定をしていた１社については、試行を断念した。

嘱託産業医については、産業医先の企業の理解が得られにくいということで、試行の実施ができなった。

## D．考察

### （平成 26 年度）

１．文献レビュー

職場復帰を進めるために重要な役割をするのは当該労働者、上司、産業医であった。また、それら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。当該労働者、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、当該労働者、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と考えられた。

２．情報交換システムの開発に関する要求仕様書の作成

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。限られた予算の中でのシステムの構築となるため、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。

### （平成 27 年度）

#### １．システムのひな形（モック）の開発

平成 26 年度の研究成果に基づいて、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、についての情報や、それぞれの役割（本人、上司、産業保健スタッフ）でのどのような情報が必要かについて検討を踏まえた機能を取り込むこととした。その上で、以下の点が課題となった。

課題 1：運用をインターネットとするかイントラネットとするかについて

個人情報の観点からは、社内で完結するイントラネット上での運用が好ましいが、サーバーの環境が企業によって異なるため、システム会社としては、メンテナンスが大変になることが危惧されている。現在では、給与などの人事情報も外部サーバーで運用する企業が増加していることからも、一定のセキュリティを保つことができれば、外部サーバーを利用することも検討する。外部サーバーを利用した場合には、サーバー環境が統一されるため、カスタマイズをするコストを省くことができる。

課題 2：本システムの背景にある考え方について

本システムを構築した当初の目的は、関係者間での情報の漏れが無いようにすることであったため、当事者の体調や通院状況を「管理する」イメージが強い。そのイメージが、本システムを導入するに当たっての障害となることも予想されることから、引き続き、ヒアリングを実施して、改善をしていく必要があるだろう。

課題 3：テキスト情報の活用について

本システムでは、本人、上司、産業保健スタッフ間で、テキストベースでの情報のやりとりをすることを想定している。これは、これまで、ある意味ブラックボックス化していた個別対応が「見える化」することにつながる。将来的には、そのテキスト情報をビックデータとして取り込み、再発予防につながるような対応について検討する事も可能になるかもしれない。また、人工知能（AI）の活用も念頭に置く必要があるだろう。

#### ２．モックの使用感についての産業保健職へのヒアリング

本システムの運用については、概ね好意的な意見であった。以下の課題が挙げられた。

課題 4：システムへの外部からアクセスについて

多くの嘱託産業医が月に 1 回 3 時間程度の活用しかしてない現状において、本システムへ外部からアクセスができるようになると、産業保健職、上司、当事者が直接つながるため、企業側から、タイムリーに対応することを求められるようになるかもしれない。そのようなことを想定した上で、どのような運用ルールにするかについては検討が必要である。

まだ、産業医のみに対してのヒアリングであるため、今後は、産業保健師や、企業担当者に対してもヒアリング調査を行っていきたいと考えている。

#### ３．既存の SNS との連携についてのサービス提供へのヒアリング

課題 5：モックはシステム化がなされていないため、どのような形で、既存の SNS とのインプットやアウトプットが可能なのかの検討は、今後の課題である。
課題 6:連携を想定している既存の SNS は、在宅医療での活用のために作成されたものである。医療の世界は、利害関係がそう反する可能性が少ないが、産業保健の場では、時として、本人、上司、産業保健スタッフの利害関係がそう反することがある。その違いを留意した上での、運用上の整理が必要である。

（平成 28 年度）

**１．情報交換システムの開発**

システムの開発にあたっては、今回の試行版については、復職支援について必要最小限の情報共有ができるようなシステムを構築した。システムの構築にあたっては、現場の産業保健職の意見を取り込むことに留意した。

企業内の勤怠情報とシステムをリンクさせることによる人事情報の収集、social networking system を活用した情報共有の方法については、今回のシステムには反映することができなかった。

**２．試行の実施**

マニュアルについては、試行時に、試行者からの個別の質問はなく、システムの導入にあたっては特に支障のない内容になっていると考えられた。

労働者、上司、産業医、いずれについても、システムの負担感については、「負担にならない」という回答であった。労働者については、1 日に 1-2 回のログイン、上司や産業医については 1 日に 1 回程度から 1 週間に 1 回程度のログインが必要になるが、今後のシステム開発にあたっても、この程度の負担を目安にすると良いかもしれない。

アンケート調査の結果からは、当該労働者、上司、産業医ともに、実施先の企業によって評価が分かれた。すでに、復職支援について、包括的なシステムを導入している企業については、二度手間になる割にはメリットを感じづらく、包括的なシステムが導入されていない企業については、メリットを感じやすく、二度手間も省かれる、といったことが理由としては考えられた。

今回は復職後の支援に重点を置いたシステムを構築したが、包括的なシステムを求める意見や、カスタマイズを求める意見もあったため、今後は、システムのコンセプト自体についても検討をする必要がある。

本調査では、システムを運用の対象をメンタルヘルス不調労働者にしたが、復職支援が必要となるような、がんや難病と言った身体疾患についても、本システムを適応できる可能性がある。

今回の試行では、個人情報セキュリティの観点から、SSL の導入と、個別に外部サーバーを設けて対応することにしたが、企業側からの情報セキュリティに対する要望を満たすことはできなかった。今回のシステム開発は、外部のサーバーにシステムを構築することを想定していたため、社内のサーバーにシステムを構築することについては、今後の課題である。

今回調査を実施した企業は、いずれも専属産業医がいる産業保健体制が充実している企業であった。今回のアンケート調査では、システムの使用にあたっての不安感はなかったとのことであったが、産業保健体制の整っていない企業で実施する場合には、個人情報の保護などへの配慮が必要になるかもしれない。一方で、平成 27 年度の嘱託産業医へのヒアリング調査では、職場に常にいない嘱託産業医だからこそ、労働者や上司との情報共有を効果的に行えるようなこのようなシステムが必要との意見が出されており、中小企業での運用については今後の課題である。

## E．結論

平成 26 年度から平成 28 年度の研究期間において、文献レビュー、情報交換システムの開発に関する要求仕様書の作成、情報交換システムのひな型の作成、産業保健職からのヒアリング、情報交換システム試行版の構築と、マニュアルの作成、情報交換システム試行版のモデル事業場での運用、評価を行った。本システムは、当該労働者、上司、産業保健スタッフが、復職プラン、通院状況、体調など、当該労働者の復職に関する情報を共有する上で有効であると考えられた。また、今回はシステム化を見送った機能の追加や、課題として抽出された点を解決することで、より多くの疾患に適応できる汎用性の高いシステム開発につながる可能性がある。

## F．健康危険情報

なし

## G．研究発表

**１．論文発表**

なし

**２．学会発表**

なし

## H．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

１．特許取得

なし

２．実用新案登録

なし

３．その他

なし

Ⅰ．引用文献


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：要求仕様一覧

機能一覧

| 機能（大項目） | 機能（小項目） | 詳細 | 備考 |
|---|---|---|---|
| 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。 | |
| 各利用企業の管理者画面（階層②） | 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。 | |
| | 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ヵ月の勤怠状況（閲覧日から起算して1ヵ月の遅刻・早退・欠勤）」「1年間の累積の勤怠状況（遅刻・早退・欠勤）」「現状（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。<br>※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 更新 | 登録情報を変更する。 | |
| | 産業医アカウント 削除 | アカウントそのものを削除する。 | |
| | 産業医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。 | |
| | 産業医アカウントの表示（1つのみ） | ニックネーム（もしくは氏名）の表示のみ | |
| | 人事アカウント 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。<br>※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＝利用企業の管理者と想定できるため、不要と考えられるが要検討。 |
| | 人事アカウント 更新 | 登録情報を変更する。 | 同上 |
| | 人事アカウント 削除 | アカウントそのものを削除する。 | 同上 |
| | 人事アカウント表示（1つのみ） | ニックネーム（もしくは氏名）の表示のみ | 同上 |
| 労働者アカウントの管理画面（階層③） | ログイン | 各労働者用ID/PWでログインする | |
| | 出社時間の登録機能 | ボタンを1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1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。この入力をしないと、通院していないとしてアラートがあがる。 | |
| | 調査票入力機能 | 6項目程度のアンケート。企業ごとにカ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 | 企業ごとにカスタマイズ可能だが、パイロット版は固定でもよい。 | |
| | 復帰プランの承認機能 | 上司が入力した復帰プランを承認する。 | |
| | 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。 | |
| | アラート表示 | 以下について、自分にあがっているアラートを表示する。<br>・自分宛のコメントがある場合<br>・自分宛のメッセージがある場合<br>・計画していた出勤日の1日後までに予定していた出退勤入力がない場合<br>・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 | 各上司用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 | 復帰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 | 企業ごとにカ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。 | |
| | アラート表示 | 以下について、自分にあがっているアラートを表示する。<br>・自分宛のコメントがある場合<br>・自分宛のメッセージがある場合<br>・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退勤入力がない場合<br>・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<br>・「調査票」の入力で、あるポイントに達した場合<br>・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 | 産業医用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＋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。 | |
| | アラート表示 | 以下について、自分にあがっているアラートを表示する。<br>・自分宛のコメントがある場合<br>・自分宛のメッセージがある場合<br>・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退勤入力がない場合<br>・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<br>・「調査票」の入力で、あるポイントに達した場合<br>・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 | |
| 人事アカウントの管理画面（階層③） | ログイン | 人事用ID/PWでログインする | 人事＝利用企業の管理者と想定できるため、不要と考えられるが要検討。 |
| | 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。<br>※閲覧権限がなくても、フォロー中の労働者リストは確認できる。<br>※閲覧権限がある場合、各労働者フォローの内容まで閲覧できる。 | 同上 |
| | 閲覧機能 | 各労働者フォローの内容まで閲覧できる。権限有りの場合のみ。 | 同上 |
| | 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。 | 同上 |
| | アラート表示 | 以下について、自分にあがっているアラートを表示する。<br>・自分宛のコメントがある場合<br>※他は検討次第。 | 同上 |

表２：当該労働者からの評価

| | |
|---|---|
| 労働者からのコメント | |
| 1 | （出社・退社管理について）当社では就業管理システムで管理されているのであまり意味がない |
| 2 | （出社・退社管理について）一度ボタンを押した後に修正ができない（出社時のボタンの押し忘れ、退社ボタンを押した後に業務が入った時、システムダウンなどアクセスができない時の事後入力、など修正ができないと正確な管理ができない） |
| 3 | （通院日設定について）過去日付が設定できてしまう |
| 4 | （通院日設定について）当社では産業医面談時にマンツーマンで通院確認をしており、ここで通院確認をする意味が無い |
| 5 | （今週のアンケートについて）質問内容と回答の選択肢が、質問によって変 |
| 6 | （全体を通して）このシステムにログインしないと内容確認ができないので、アラートなどはメールと連動してはどうか？ |
| 7 | （全体を通して）上司が同じ職場にいて、常にマンツーマンでコミュニケーションをとっているケースでは、このシステムはあまり役に立たない。上司と職場が離れているケース、上司と話したくないケース等では、ある程度役に立つかも |
| 8 | （全体を通して）当社では、就業管理システムや定期的な産業医面談があるため、このシステムと機能が重複するケースが多い。会社ごとに違いがあると思うので、機能を分割してその会社にあった機能を選択できるようにしてはどうか |
| 9 | 今週のアンケートの回答5 択が誤解する可能性があるので選択肢をもう少し詳しく設定してほしい<br>「全くない」以外は〇〇〇〇あるor〇〇〇〇ないが分かりづらい<br>例）少しだけを選択する場合→少しだけあるor 少しだけない<br>理解の仕方で正反対な回答になってしまう。 |
| 10 | 今日の振返りの大きな空白欄に打ち込むのは非常に抵抗がある<br>素直に書けないことなど選択できる項目があるとよい<br>例）Q1：今日の仕事は大きな負担 ・ある ・ない<br>Q2：気になる言動を受けた ・ある ・ない<br>Q3：etc |
| 上司からのコメント | |
| 1 | 全てをシステムに依存するよりは上司との会話をメインに据え、本システムのようなものでその会話を支援して貰えると良いように思う。 |
| 2 | 自分が不在に担当業務がどうなっているかは不安を感じているはずなので、部下の入力に対してのコメントだけでなく、上司の側からコメントを発信する仕組みがあっても良いように思う。 |
| 3 | 疾病の症状にあった部下へのアドバイスが適正であるか、素人なのでそこが不安である。その辺のアドバイスがいただけるシステムだともっと効果的だと思う。 |
| 4 | 就業制限の内容は誰が入力するのか分からなかった。又、就業制限の内容の横に時間を入力することで、累積が出てきたりすると良いのではないか。 |
| 5 | アンケート結果が定型分なので、特記事項が記載できたりするといいのではないか。 |
| 6 | 部下が入力した際に、上司にメールなどでお知らせがあると聞いていたが、実際にはなかった。部下が入力した際に更新をクリックしないからなのかわからないが、お知らせメールが入ると何かあった場合にアクションが早くできるのではないか。 |
| 産業医からのコメント | |
| 1 | 就業上の配慮に関しては 弊社グループでは 産業医からの意見、上司による配慮の作成、最終決定は人事となっているので そのプロセスが満たされるといいのだが。 |
| 2 | 疲労、集中度など 週単位でなく 日々の入力でもいいのでは。 |
| 3 | 精神疾患に限定しない方がいいのでは。 |
| 4 | 復職支援は「休業開始～休業中～復職の準備～復職後のフォローアップ」までの一連の業務であり、対象者の人数が多くなってくると、どの事業所でもそれぞれの方法で名簿を管理していることと思います。「復職後のフォローアップ」の部分だけを、さらに別のシステム（本システム）を使って運用するというのは、名簿の登録や、本人や上司への説明などの煩雑さが大きいと感じました。 |

資料１

研究のご説明

研究テーマ：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

1．研究の目的

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、当該労働者（メンタルヘルス不調を理由に休職し職場復帰をした労働者）、上司、産業保健スタッフが、復職プラン、通院状況、当該労働者の体調など、本人の復職に関する情報を共有することが重要です。しかし、実際には、３者間の情報共有がうまくいかず、当該労働者の体調の悪化や、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ります。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もあります。

そこで、研究代表者は、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、当該労働者、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ました。システム開発にあたっては、国内外の復職に関する研究の確認を行い、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ました。また、ICTの専門家から、当該労働者、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ました。さらに、ICTの専門家との意見交換を通して、システム開発に必要な仕様を検討しました。その上で、システムのひな形を開発し、産業保健職から使用感についてヒアリング調査を行いまし、システムの改善を行ってきました。

**本研究の目的は、上記のプロセスで開発したシステムを、当該労働者、上司、産業保健スタッフ間で、実際の事業所で運用し、アンケート調査を通じて、システム運用上の有効性や課題に関する情報を抽出することである。**

2．研究方法

実際に本システムを運用してもらった上で、当該労働者、上司、産業保健スタッフの方々に対して、本システムの使用感について、無記名のアンケート調査を行いますので、個人が同定されることはありません。本研究の実施は、北里大学医学部倫理委員会の承認を得てから2018年３月末までを予定しています。

3. 研究協力の任意性

皆様の研究への協力は任意ですので、この研究への参加に同意しないことで何ら不利益は生じることはございません。同意した後であっても、いつでも同意を撤回することができます。

アンケート調査後に、この研究への協力を拒否されたい場合は、下記の問い合わせ先までご連絡下さい。データを削除し、研究には用いません。

4．プライバシーの保護

本システムは、ケース毎にサーバーを契約して運用します。契約するサーバーについては、セキュリティーに定評のある企業と契約をすることにより、個人情報の流出が無いように配慮します。

本研究において取得したアンケートについての情報は、無記名で提出されます。そのため、個人情報が同定されることはありません。ただし、提出は、産業保健スタッフを通じて、当該労働者、産業保健スタッフ、上司のアンケート結果がまとめて研究代表者に送付され、組み合わせは可能な状態となります。

5. 情報の開示

この研究に関する情報や研究成果は、特定個人のプライバシーを侵害する可能性のない場合には限り、研究にご協力頂いた全ての方に情報の開示を致します。例えば、研究の進行状況、新たな知見が得られたのかどうか、得られたならばどんな知見なのか、どんな学会や学術専門誌で研究成果を報告するのか、などです。全て対応させて頂きますので、ご興味のある方はご連絡下さい。

6. 研究成果の公表

この研究で得られた研究結果は、皆様を特定することができないようにした上で、学会、及び学術専門誌で報告することがあります。

7. 本研究に関する利益相反

本研究に関して、研究者と調査実施事業所との間には利益相反はありません。

8. 研究者連絡先

担当者　江口　尚（えぐち　ひさし）（北里大学医学部公衆衛生学　助教）
担当者　堤　明純（つつみ　あきずみ）（北里大学医学部公衆衛生学　教授）
〒252-0374　神奈川県相模原市南区北里 1 丁目 15 番 1 号
FAX: 042-778-9257　E-mail: publichealth@med.kitasato-u.ac.jp

資料２

# 当該労働者向けアンケート調査

アンケート記載日　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 性別： | 年齢： |
| 復職日：　　年　　月　　日 | |
| 休職の原因となった傷病名： | |

1．以下の項目についてご回答下さい。

| | 役に立った | 役に立たなかった |
|---|---|---|
| 職場復帰プランについての情報 | | |
| 通院状況についての情報 | | |
| 通院日設定 | | |
| 勤怠についての情報 | | |
| 復職面談の時の復職プランの確認 | | |
| 体調のチェック | | |
| 業務遂行能力の自己評価 | | |

2．どれくらいの頻度で、システムにアクセスしましたか。

□1 日２回以上　　□1 日１回程度

□1 週間に３回程度　　□1 週間に１回程度

3．このシステムの利用は、あなたにとって負担になりましたか。

□負担にならない

□負担になる

【負担になると回答された方はどのような点が負担になったか記載下さい】

4. システムを使わなかった時と比べて、情報交換の程度に変化がありましたか。

| |
|---|
| 改善した点 |
| 悪化した点 |

5. システムを使う上で、不安な点はありましたか。

□不安はなかった

□不安だった

| |
|---|
| 【不安だったと回答された方はどのような点が不安だったか記載下さい】 |

6. 更にどのような情報が共有できるとより、この復職支援システムが効果的なシステムになると思いますか。具体的にご記入下さい。

| |
|---|
| |

ご協力ありがとうございました。

資料３

# 上司向けアンケート調査

アンケート記載日　　年　　月　　日

| |
|---|
| 職位　□係長クラス　　□課長クラス　　□部長クラス以上 |
| 部下の数<br>□5 人未満　　□5 人以上 10 人未満　　□10 人以上 |

1．以下の項目全てについて、当てはまる項目に〇を記載下さい。

| | 役に立った | 役に立たなかった |
|---|---|---|
| 職場復帰プランについての情報 | | |
| 通院状況についての情報 | | |
| 通院日設定 | | |
| 勤怠についての情報 | | |
| 復職面談の時の復職プランの確認 | | |
| 体調のチェック | | |
| 業務遂行能力の自己評価 | | |

2．どれくらいの頻度で、システムにアクセスしましたか。

□1 日２回以上　　□1 日１回程度

□1 週間に３回程度　　□1 週間に１回程度

3．このシステムの利用は、あなたにとって負担になりましたか。

□負担にならない

□負担になる

| |
|---|
| 【負担になると回答された方はどのような点が負担になったか記載下さい】 |

4. システムを使わなかった時と比べて、情報交換の程度に変化がありましたか。

| |
|---|
| 改善した点 |
| 悪化した点 |

5. システムを使う上で、不安な点はありましたか。

□不安はなかった

□不安だった

| |
|---|
| 【不安だったと回答された方はどのような点が不安だったか記載下さい】 |

6. 更にどのような情報が共有できるとより、この復職支援システムが効果的なシステムになると思いますか。具体的にご記入下さい。

| |
|---|
| |

ご協力ありがとうございました。

資料４

# 産業保健スタッフ向けアンケート調査

アンケート記載日　　年　　月　　日

| |
|---|
| 職種　□専属産業医　□嘱託産業医　□産業看護職（常勤）<br>□産業看護職（非常勤）　□衛生管理者　□その他（　　） |
| 【非常勤の形お尋ねします】事業所訪問頻度はどの程度ですか。 |

1．以下の項目についてご回答下さい。

| | 役に立った | 役に立たなかった |
|---|---|---|
| 職場復帰プランについての情報 | | |
| 通院状況についての情報 | | |
| 通院日設定 | | |
| 勤怠についての情報 | | |
| 復職面談の時の復職プランの確認 | | |
| 体調のチェック | | |
| 業務遂行能力の自己評価 | | |

2．どれくらいの頻度で、システムにアクセスしましたか。

□1 日２回以上　　□1 日１回程度

□1 週間に３回程度　　□1 週間に１回程度

3．このシステムの利用は、あなたにとって負担になりましたか。

□負担にならない

□負担になる

| |
|---|
| 【負担になると回答された方はどのような点が負担になったか記載下さい】 |

4. システムを使わなかった時と比べて、情報交換の程度に変化がありましたか。

| |
|---|
| 改善した点 |
| 悪化した点 |

5. システムを使う上で、不安な点はありましたか。

□不安はなかった

□不安だった

| |
|---|
| 【不安だったと回答された方はどのような点が不安だったか記載下さい】 |

6. 更にどのような情報が共有できるとより、この復職支援システムが効果的なシステムになると思いますか。具体的にご記入下さい。

| |
|---|
| |

ご協力ありがとうございました。

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

| 著者氏名 | 論文タイトル名 | 書籍全体の編集者名 | 書籍名 | 出版社名 | 出版地 | 出版年 | ページ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Imamura K., Kawakami N. Shimazu A | Effects of internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) among healthy workers: Current research evidence. | A Shimazu, J Oakman, MF Dollard, R. Bin Nordin. | Psychosocial factors at work in the Asia Pacific: From theory to practice. | Springer | Switzerland. | 2016 | 257-265. |

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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 有馬秀晃・島津明人・江口尚・堤明純 | 復職支援プログラムほかオランダにおける先進的な産業保健の取り組み. | 産業医学ジャーナル | 39 | 62-68 | 2016 |
| Imamura K, Kawakami N, Tsuno K, Tsuchiya M, Shimada K, Namba K, Shimazu A. | Effects of web-based stress and depression literacy intervention on improving work engagement among workers with low work engagement: An analysis of secondary outcome of a randomized controlled trial | Journal of Occupational Health | 59 | 46-54 | 2017 |
| 堤 明純<br>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 | 22(3) | 197-202 | 2015 |
| 堤 明純 | フィットノートの紹介とわが国への導入の検討 | 産業医学レビュー | 29(3) | 121-144 | 2016 |
| 梶木繁之、小林祐一、上原正道、中西成元、森晃爾 | 海外事業場における労働安全衛生活動と体制構築に必要な情報収集ツールの開発 | 産業衛生学雑誌 | 58(2) | 43-53 | 2016 |
| 善家雄吉、梶木繁之、吉川徹、仲尾豊樹、吉川悦子、庄司卓郎、福本恵三、酒井昭典. | 労働災害による難治性手外科関連外傷症例の発生予防に関する検討-Expert Opinion Gathering Meeting の開催について- | J.UOEH（産業医科大学雑誌） | 37(4): | 313-318 | 2015. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Mori K, Nagata M, Hiraoka M, Kudo M, Nagata T, Kajiki S. | Surveys on the competencies of specialist occupational physicians and effective methods for acquisition of competencies in Japan. | J Occup Health. | 57(2): | 126-141. | 2015 |
| 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. | 2015 |

# うつ病で休職中の労働者の
# 職場復帰支援のための手引き
# 【産業保健スタッフ向け】



平成28年度厚生労働科学研究費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」研究班

主任研究者：堤明純
（北里大学医学部公衆衛生学・教授）

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）

# はじめに

この手引きは，うつ病で休職中の労働者が職場復帰に向けて行うセルフケアについて，産業保健スタッフがどのように支援すればよいのか，その推奨項目を，最新の科学的根拠に基づいて提示したものです。

この手引きは，うつ病で休職中の労働者の職場復帰支援に直接的・間接的に関わる可能性のある産業保健スタッフ（産業医，保健師，看護師，心の健康づくり専門スタッフ[臨床心理士，産業カウンセラー等]）にご活用いただけます。

そのほか，職場のメンタルヘルス対策にかかわる衛生管理者，人事労務担当者，およびメンタルヘルス推進担当者，各専門施設（地域産業保健センター・産業保健総合支援センター）やEAP（Employee Assistance Program：従業員支援プログラム）の担当者等も，職場復帰支援を充実させるうえで参考にしていただけます。



# 休職中の労働者のセルフケアの重要性と本手引きの意義

わが国における労働者のメンタルヘルス不調は増加の傾向にあり，それに伴いメンタルヘルス不調，特に，うつ病により休職する労働者も増加傾向にあります。休職者の職場復帰は事業場における健康管理の優先順位の高い課題となっています。

これまでに，厚生労働省により，メンタルヘルスケア推進のための 4 つのケア（セルフケア，ラインによるケア，事業場内産業保健スタッフなどによるケア，事業場外資源によるケア）の重要性が言われています。

休職者の職場復帰の場面においても同様に，この 4 つのケアが重要とされています。このうち，職場復帰におけるセルフケアは，うつ病の疾病特性を理解し，適切な回復段階で適切な行動をとることで，円滑に職場復帰し，復帰後も無理なく，就業を継続できるようになることを目指しています。

休職者への復職支援の効果については，いくつかの研究成果が国内外で蓄積され，どのような対策を行えば，職場復帰につながるかについて科学的根拠が整理されるようになってきました。また，その内容は休職者によるセルフケアにも応用可能と考えられています。しかしながら，これらの科学的根拠を参照するだけでは，対策を実際に事業場で実施することが難しい状況にありました。なぜなら，どのような工夫が事業場での実効性の向上に役立つかについての情報が不足していたからです。

この手引きでは，うつ病により休職中の労働者のセルフケアに関して，コクランレビュー（註）や英国国立医療技術評価機構（NICE）ガイドライン（NICE, 2009）など既存のガイドラインの情報をもとに作成されたものです。この手引きには，うつ病で休職中の労働者が職場復帰に向けて行うセルフケアについて，産業保健スタッフがどのように支援すればよいかについてのポイントが提示されています。

この手引きによって，実効性の高い復職支援が，これまで以上に普及・浸透することを願っています。

註：コクランレビュー：医学論文のシステマティック・レビューを行う国際的団体のコクラン共同計画が作成している，質の高いシステマティック・ レビューとして定評のあるもので，年 4 回発行されるコクラン・ライブラリに収載されています。

## ガイドラインの構成

- この手引きは，うつ病で休職中の労働者が職場復帰に向けて行うセルフケアを，産業保健スタッフがどのように支援すればよいかについて，5 つの推奨内容と Q&A から構成されています。

- それぞれの推奨内容について，提示された内容を円滑に実施するための工夫が「支援のポイント」として提示されています。

- それぞれの推奨内容について，提示した内容の裏づけとなる「根拠」が提示されています。


- 推奨 1：セルフケア支援の対象・・　・・・・・・・・・・・・P4
- 推奨 2：うつ病についての心理教育　・・・・・・・・・・・・P5
- 推奨 3：認知行動療法にもとづくセルフケア・・・・・・・・P6
- 推奨 4：休職前の就業状況に関する振り返り　・・・・・・・P7
- 推奨 5：段階的な職場復帰　・・・・・・・・・・・・・・・・P8
- ガイドラインについての Q&A　・・・・・・・・・・・P10-12
- 引用文献　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P13
- 執筆協力・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・p14

## 推奨１：セルフケア支援の対象

うつ病で休職中の労働者で，抑うつ症状が軽症～中等症程度に回復し，セルフケアの支援を受けることに同意した者を対象とする。

### 支援のポイント

- 医療機関に通院中の場合は，セルフケア支援の開始前に，主治医に支援の内容を伝え，了解を得るよう促しましょう。

- 本人の回復状況は，本人や主治医（本人の同意が必要）から情報を得ることができますが，自己記入式の質問紙を併用することもできます。
  抑うつ症状の評価には，簡易抑うつ症状尺度日本語版（Quick Inventory of Depressive Symptomatology：QIDS-J）を使うことができます。

- 抑うつ症状が軽症（QIDS-J が 10 点以下）ないし中等症（QIDS-J が 11-15 点）の場合には，セルフケアの支援を行うことが可能ですが，重症・最重症の場合（QIDS-J が 16 点以上）は専門的治療の優先度が高く，セルフケアの支援を行うことは困難と考えられます。
  抑うつ症状が重症と判断された場合には，症状が改善されるまでは主治医の指示のもと療養に専念するように伝えましょう。

- セルフケアの支援では，体調を崩した経緯やストレスについて振り返ることがあります。そのため，労働者の状態によっては支援を受けることで，症状が一時的に再燃する可能性があります。支援の開始前に，主治医に支援の内容を伝え，了解を得るように促しましょう。



【推奨 1 の根拠】
- 英国国立医療技術評価機構（NICE）ガイドライン（NICE，2009）では，うつ病と診断される基準以下の抑うつ状態（診断閾値下抑うつ状態）および軽症～中等症のうつ病に対して，低強度の心理社会的介入が推奨されている。
- オーストラリア・ニュージーランド精神医学会気分障害ガイドライン（Malhi et al., 2015）では，うつ病の初期対応として低強度の介入（インターネットを用いた心理教育など）を推奨している。

## 推奨２：うつ病についての心理教育

うつ病とはなにか，うつ病の治療，家族や関係者の接し方，生活習慣（特に睡眠リズム）の改善など，うつ病の心理教育に関する内容を含める。

### 支援のポイント

- うつ病で休職中の労働者は，症状の影響で一時的に理解力や情報処理能力が低下している場合があります。支援を行う際は，専門用語の使用は避け，イラストなどを活用してわかりやすく説明するようにしましょう。

- うつ病による休職者のセルフケアを支援するウェブサイト「うつせる。」(http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/UTSEL/)やリーフレットを活用してもよいでしょう。







---

【推奨２の根拠】

- NICE ガイドライン（NICE, 2009）では，閾値下抑うつ状態および軽症～中等症のうつ病に対して，睡眠衛生について助言すること，うつ病の特性や経過についての情報を提供すること等が推奨されている。
- オーストラリア・ニュージーランド精神医学会気分障害ガイドライン（Malhi et al., 2015）では，うつ病の初期対応として心理教育を推奨している。
- 日本うつ病学会ガイドライン（日本うつ病学会，2016）では，うつ病の治療計画策定について，うつ病の心理教育を治療の基本に置いている。中でも，治療導入初期には，①うつ病とはなにか，②うつ病の治療，③家族や関係者の接し方，④生活習慣（特に睡眠リズム）の改善，などを含む心理教育が推奨されている。

## 推奨 3：認知行動療法にもとづくセルフケア

行動活性化技法や問題解決技法など，認知行動療法に関する内容を含める。

支援のポイント

- 認知行動療法については，労働者が休職中に一人でも取り組めるように，事業場の実態に即した事例を用意し，解説することが効果的です。

- 認知行動療法のワークについても，記入例などを用意し自己学習しやすいプログラムにしましょう。プログラムに関する Q&A を用意することも有効です。

- うつ病による休職者のセルフケアを支援するウェブサイト「うつせる。」(http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/UTSEL/)やリーフレットの活用を促してもよいでしょう。






---

【推奨 3 の根拠】

- NICE ガイドライン（NICE，2009）では，低強度の心理社会的介入として，個人向けのガイド付き自助認知行動療法（行動活性化と問題解決技法も含む），コンピューター認知行動療法，構造化された集団運動プログラム，集団認知行動療法などが推奨されている。
- オーストラリア・ニュージーランド精神医学会気分障害ガイドライン（Malhi et al., 2015）では，うつ病の初期対応として認知行動療法を推奨している。
- うつ病の労働者の職場復帰支援についてのコクランレビュー（Nieuwenhuijsen et al., 2014）では，認知行動療法的視点も取り入れることの有効性が示唆されている。
- 日本うつ病学会ガイドライン（日本うつ病学会，2016）では，うつ病の治療に科学的根拠のある体系化された精神療法として，認知行動療法が紹介されている。
- オランダの産業医向けガイドライン（オランダ産業医学会，2007）では，認知行動療法や職場における問題解決技法に基づくアプローチが効果的とされている。

## 推奨４：休職前の就業状況に関する振り返り

休職前に就労していた時の仕事やストレスについて振り返る内容を含める。

支援のポイント

- 休職中に，就労時の仕事やストレスについて振り返ることは，再発・再休職を予防するうえでとても重要です。一方で，振り返りの作業はストレス場面に直面化することとなり，一時的に体調が悪化する場合があります。
  そのため，振り返りの初期では産業保健スタッフと一緒に作業をしたり，作業が苦しくなったら中断してもよいことを伝えることが重要です。

- 振り返りの作業に取り組んでも良い状態かどうかについては，主治医に相談するようにしましょう。



【推奨４の根拠】

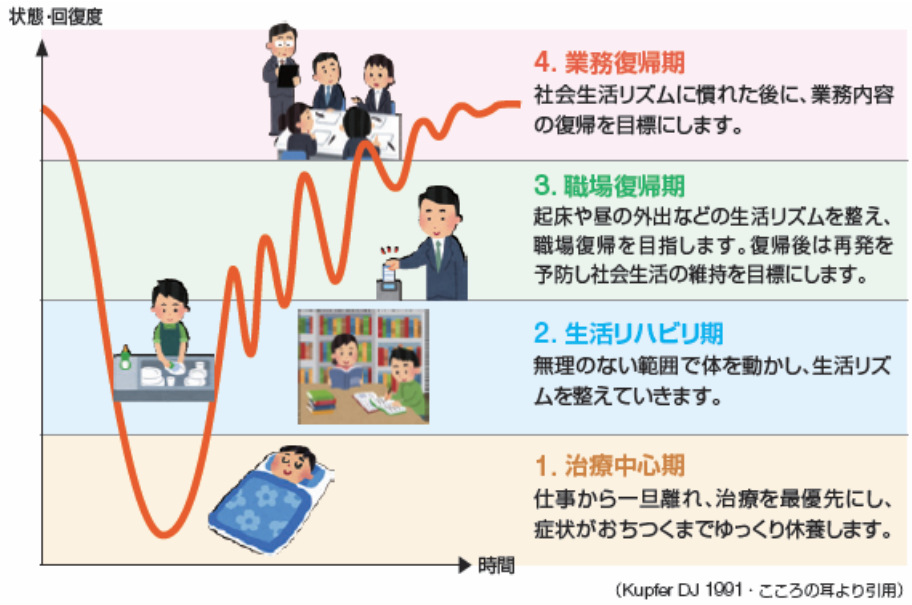
- うつ病の労働者の職場復帰支援についてのコクランレビュー（Nieuwenhuijsen et al., 2014）では，専門家と一緒に就労時の仕事やストレスについて振り返り，対応策を検討することの有効性が示唆されている。
- オランダの産業医向けガイドライン（オランダ産業医学会，2007）では，産業医が労働者と職場の双方の問題を適切にアセスメントし，労働者の問題解決力を高めることが効果的とされている。

## 推奨 5：段階的な職場復帰

抑うつ症状の再燃を避け，無理のない回復を促すために，家事・労働などでの負荷は休職中から職場復帰後を通して段階的に引き上げるようにする。

### 支援のポイント

- 休職中から職場復帰後を通して，段階的に負荷を上げるような計画を立てることが，円滑な復帰とその後の再発・再休職予防に役立ちます。
- 職場復帰に向けた準備では，労働者(本人)ができると思う程度の半分くらいを目安に訓練を始め，段階的に負荷を高めると良いでしょう（例：短時間ごとに休憩をとる，処理する事柄に優先順位をつける）。
- 生活リズムが整い，具体的な職場復帰時期が近付いた段階では，日常生活でのパフォーマンスを確認することが，復帰後の業務計画を立てるうえで役立ちます。
- 職場復帰後の業務を計画する際は，労働者(本人)，職場関係者(上司，人事労務担当者など)，必要に応じて家族と協議しながら決めましょう。



（Kupfer DJ 1991・こころの耳より引用）

・　職場復帰後も，労働者（本人）や職場関係者と就労状況について十分に情報共有し，計画の見直しと調整を図ることが望ましいでしょう。

・　職場復帰後も一定期間は，体調面で不安定な状態が続きます。そのため，労働者ができると思う半分くらいを目安に業務負荷を設定し，段階的に負荷を高めることが有効です。

・　労働者（本人）は焦りや不安，職場復帰前の経験から「もっとできる」と思い，オーバーワークになることもあります。定期的に面談を行い，業務量や負担感，パフォーマンスなどを確認し，適宜，業務量を調整するように促しましょう。





【推奨 5 の根拠】

・　日本うつ病学会ガイドライン（日本うつ病学会，2013）では，回復期・維持期においても注意・遂行機能の低下（集中困難，うっかりミス，忘れやすさ）など一定の認知機能障害が残存しうること，労働などの負荷が急速にかかると抑うつ状態の再燃の可能性が高まることから，回復期には生活上の負荷の強度を段階的に引き上げることが推奨されている。

# 手引きについての Q&A

**Q1: このセルフケア支援の手引はどのような人向けに作られたものですか？**

A1: うつ病で休職中の労働者の職場復帰支援に関わっている産業保健スタッフ（産業医，保健師，看護師，心の健康づくり専門スタッフ[臨床心理士，産業カウンセラー等]）が活用することを目的に作られました。

**Q2: セルフケアの支援は，どのような労働者を対象にすればよいでしょうか？**

A2: 抑うつ症状が軽症～中等症程度に回復し，セルフケアの支援を受けることに同意した労働者を対象とします。
抑うつ症状が重症以上の場合には，専門的治療の優先度が高く，労働者自身でセルフケアを行うのが困難と考えられるためです。
労働者には「症状がある程度改善してからセルフケアを行うことが効果的」であることを伝え，症状が改善されるまでは主治医の指示のもと療養に専念するように伝えましょう。

**Q3: 本人の回復状況は，どのように判断すればよいでしょうか？**

A3: 回復状況は，本人や主治医（本人の同意が必要）から情報を得ることができますが，自己記入式の質問紙を併用することもできます。
抑うつ症状の評価には，簡易抑うつ症状尺度日本語版 （Quick Inventory of Depressive Symptomatology：
QIDS-J： http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/02.pdf) を使うことができます。

**Q4: セルフケアの支援を始める際どのような点に留意すればよいでしょうか？**

A4: 医療機関に通院中の場合は，セルフケア支援の開始前に，主治医に支援の内容を伝え，了解を得るように促しましょう。
支援では，体調を崩した経緯やストレスについて振り返ることがあります。労働者の状態によっては支援を受けることで，症状が一時的に再燃する可能性があることに留意しましょう。

**Q5: 職場復帰に向けたセルフケアのための情報はどのように入手できますか？**
A5: うつ病による休職者のセルフケアを支援するウェブサイト**「うつせる。」(http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/UTSEL/)**が公開されていますので，労働者にご紹介下さい。
ウェブサイトには，（1）うつ病についての正しい知識，（2）ストレスへの対処方法（認知行動療法など），（3）仕事の振り返り，などの内容があり，労働者自身がサイトを閲覧しながらこれらの内容を学ぶことができます。「うつせる。」のリーフレット版も公開されています。







**Q6: 労働者の抑うつ状態の改善を示す分かりやすい指標はありますか？**

A6: セルフケアの支援を行う際，労働者の抑うつ状態がどの程度，改善しているかを把握しておくことは重要です。
療養後に生活リズムが整うことは，改善指標の一つです。毎日一定の時間に起床・就寝し，三食の食事や服薬を欠かさないように生活リズムを整えることを目標に支援しましょう。

**Q7: 職場復帰後の業務計画を立てる際，留意することはありますか？**

A7: 復帰後の業務計画は，労働者(本人)，職場関係者(上司，人事労務担当者など)と協議して決めることが重要です。復帰後も，労働者（本人）や職場関係者と就労状況について十分に情報共有し，計画の見直しと調整を図ることが望ましいでしょう。

**Q8: 職場復帰後の再発を防ぐために，留意することはありますか？**

A8： 職場に復帰した後も一定期間は，体調面で不安定な状態が続きます。そのため，労働者ができると思う半分くらいを目安に業務負荷を設定し，段階的に負荷を高めていくと良いでしょう。
労働者は焦りや不安，復帰前の経験から「もっとできる」と思いがちです。そのため，結果的にオーバーワークになることもあります。定期的に面談を行い，現在の業務量や負担感，パフォーマンスなどを確認し，適宜，業務量を調整しましょう。



# 引用文献


Malhi GS, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Fitzgerald PB, Fritz K, Hopwood M, Lyndon B, Mulder R, Murray G, Porter R, Singh AB. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. Aust N Z J Psychiatry 2015; 49: 1087–1206. doi: 10.1177/0004867415617657

National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: Treatment and management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem. 2009. https://www.nice.org.uk/guidance/cg91

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 Syst Rev. 2014 Dec 3;12:CD006237. doi: 10.1002/14651858.CD006237.pub3. Review.

日本うつ病学会．日本うつ病学会治療ガイドライン．II．大うつ病性障害 2016 http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood_disorder/img/160731.pdf

Nederlandse vereniging voor Arbeids-en Bedrijfsgeneeskunde. Hundelen van de bedrijfsarts bij werkenden met pschische problemen. 2007. http://www.burnout.nl/docs/bedrijfsartspsychischerichtlijn.pdf（オランダ産業医学会．労働者の心の問題－産業医向け対応方法の指針．2007）

藤澤大介，中川敦夫，田島美幸，佐渡充洋，菊地俊暁，射場麻帆，渡辺義信，山口洋介，舳松克代，衛藤理沙，花岡素美，吉村公雄，大野裕:日本語版自己記入式簡易抑うつ尺度（日本語版 QIDS-SR）の開発．ストレス科学 2010; 25; 1; 43-52.

# 執筆協力（50音順）

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・特任講師）

北村尚弘（一般社団法人働くしあわせプロジェクト JINEN-DO）

佐官俊一（東京大学大学院医学系研究科精神保健学・院生）

棚澤直美（湘南医療大学リハビリテーション学科・准教授）

西大輔（国立精神・神経医療センター精神保健研究所精神保健計画研究部システム開発研究室・室長）

水谷美佳（株式会社リヴァ）

宮本有紀（東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野・准教授）



監修 労災疾病臨床研究事業 休業中の労働者のセルフケア支援方策の開発 研究班

# うつせる。

UTSeL

## Chapter 1 復職の流れ

休職から復職の大まかな流れをお伝えします
事例を通して復職の流れを確認します

うつせる。(UTSeL)はうつ病による休職者向けのサポートサイトです

# はじめに

この UTSeL「うつせる。」はうつ病が原因で休職中の労働者の方がご自身によるいたわり方（セルフケア）を学ぶために作成されました。セルフケアを実践することで、復職を達成し、復職後も継続して仕事を続けていくことのサポートを目標にしています。



UTSeL「うつせる。」を通して皆さんが復職へ前向きな気持ちになり、復職への準備がととのい、復職できる自信が持て、復職後にいきいきと働くことができることを、心より応援しています。

「うつせる。」作成チーム



**このUTSeL「うつせる。」の内容は今後Web上でも公開される予定です。**

冊子は以下のChapter(章)ごとに全部で6種類あります。

Chapter 1 **復職の流れ**
休職から復職の大まかな流れをお伝えします。事例を通して復職の流れを確認します

Chapter 2 **うつ病って？**
うつ病の基本的な知識やうつ病の治療について学びます

Chapter 3 **生活リズムを整える**
生活リズムを整えるために、心地よい睡眠を目標にします

Chapter 4 **ストレス対処力を上げる**
ストレス対処力を上げる考え方を学びます

Chapter 5 **キャリアを考える**
これまでの仕事を振り返り、これからどのように生きていくかを考えてみます

Chapter 6 **復職への準備をする**
実際に復職した人々の感想を紹介します

6つのChapterの内容をご自身の体調に合わせた速度で、
無理のない範囲でご覧ください。

# 1 復職の流れ

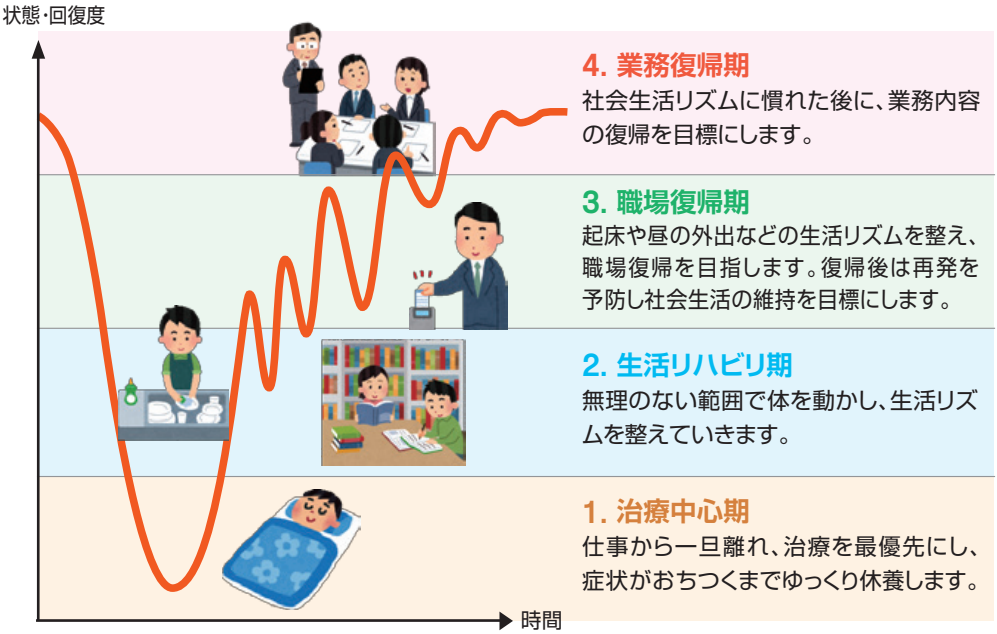
うつ病により休職していた人たちが、どのような流れで復職していくのか、大まかな流れをお示しします。今後の復職の流れを知ることで、先の見えない不安を解消することを目標にしています。

## ■復職は焦らずじっくりと行う

次の図はうつ病の回復の過程を示しています。

うつ病の症状は少しずつ上下の波を持ちながら、徐々に回復に向かっていきます。重要なことは「うつ病から回復する**適切な時期に適切な行動**」をとり、再発のない復職を目指すことです。うつ病の症状が改善してきたばかりで、まだ生活リズムが整っていない時期に職場に復帰しても、うつ病を再発してしまいます。復職は焦らずゆっくりと準備するのが大切です。

## ■うつ病の回復過程の図




（Kupfer DJ 1991・こころの耳より引用）

## ■復職に関係する人たち

あなたやあなたの家族の他に、職場には産業スタッフと呼ばれる、復職に関係し、あなたをサポートしてくれる人たちがいますので一度整理しましょう。



### 主治医

あなたの治療を行い、休職の診断や復職できるかどうか判断を行います。



### 産業保健スタッフ

職場の産業医、保健師やカウンセラーです。職場の様子をふまえながら復帰のためのサポートや助言を行います。



### 人事労務担当者

復職するときの、業務内容や労働条件などを相談します。



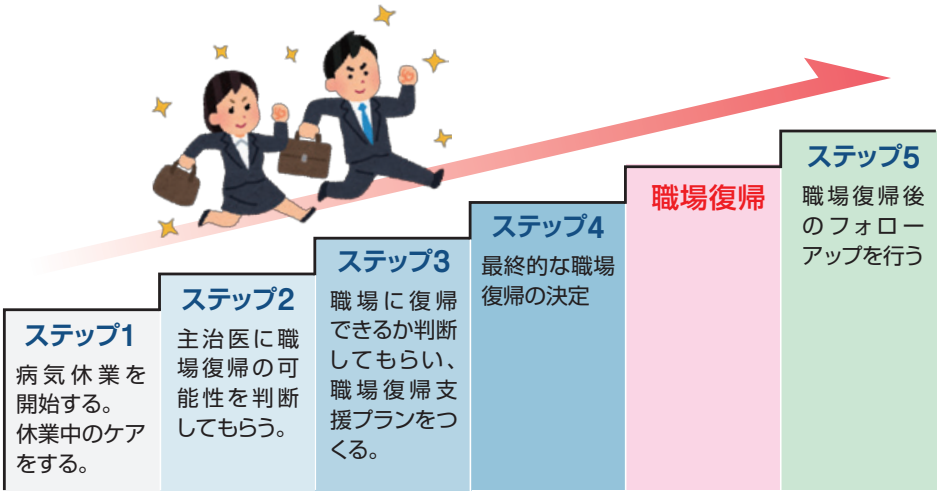
### 上　司

休職中の職場からの連絡の窓口や復職後の仕事の内容・量を相談をする相手になります。（職場によって相談を人事労務担当者が行うこともあります。）

## 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

厚生労働省は復職支援マニュアルを発行しています。多くの職場では、このマニュアルを利用し段階的に休職者の復職を支援しています。復職の流れは下の図のように5つのステップで行われます。

すべての事業場がこの復職支援マニュアルを使用しているわけではありませんが、大まかな流れは同じです。復職の大きな流れを知るのは復職準備として大切なステップのひとつです。

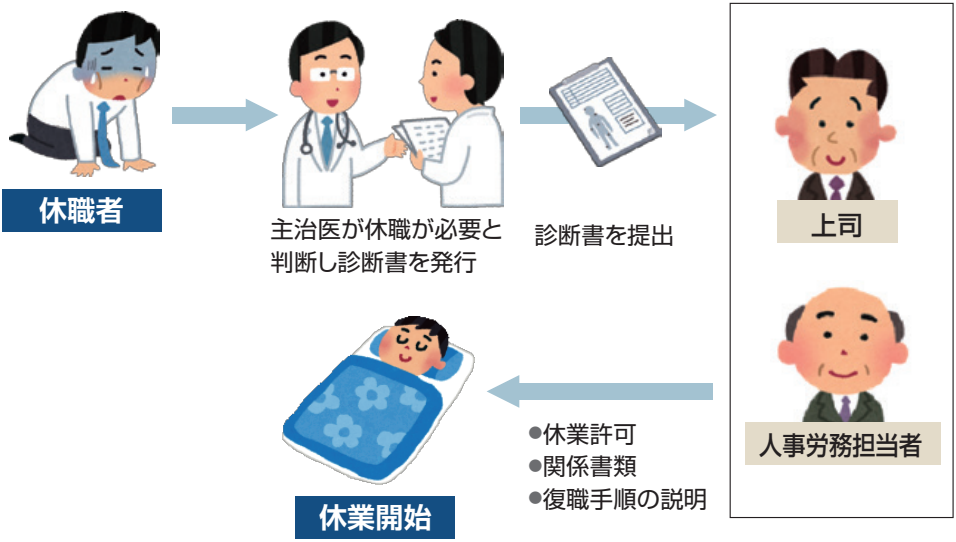


# ステップ1：病気休業開始および休業中のケア

主治医からうつ病と診断され、休職が必要だという診断書が発行されます。診断書をあなたが職場に提出することで休職がはじまります。上司から人事部にあなたが休職することが伝えられ、休職手続きが行われます。手続きは職場によって異なりますが、休職中の相談を誰とするとよいかはあらかじめ聞いておくと良いでしょう。

**以下の項目をあらかじめ知っておくことで、安心して休業することができます。**

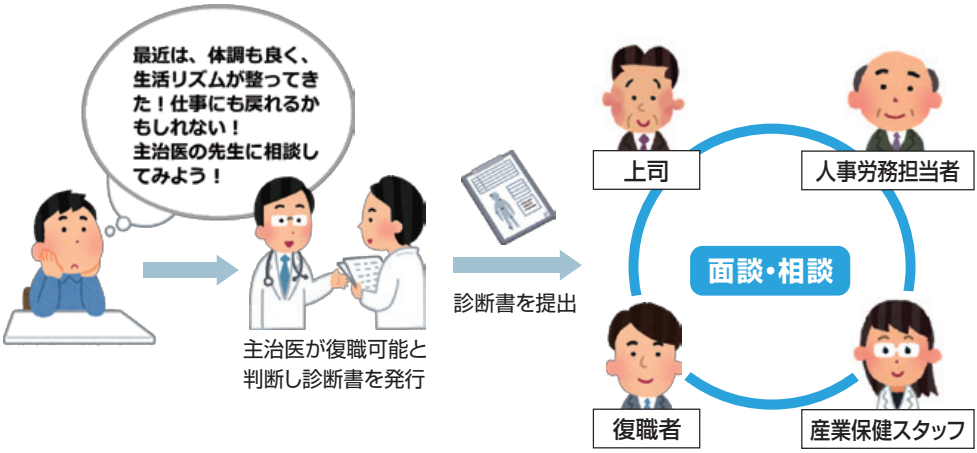
- 職場復帰の手順、職場の相談先、必要な書類
- 傷病手当金や賃金保障制度などの経済的保障
- 不安、悩みの相談先の紹介
- 公的または民間の職場復帰支援（リワーク）サービスの利用方法
- 休業の最長（保障）期間など



## ステップ2：主治医による職場復帰可能性の判断

休養と治療で心身の状態が改善し、生活リズムが整ったら、主治医に復職の相談を行います。

主治医は医学的にあなたが復職可能な状況かを判断し、復職診断書を発行します。主治医から復職診断書が発行されたことを、職場に伝えます。そのまま職場復帰というわけではなく、産業保健スタッフ（産業医や保健師）、人事労務担当者、上司などを交えて職場復帰ができるか話し合いが行われます。あなたの心身の状態や生活リズムなどをもとに復職の判断、復職後の仕事の内容や必要なサポートなどが話し合われます。




場合によっては、まだ復職は早いと判断される場合もあります。

主治医や産業保健スタッフと相談し、必要なリハビリテーションやいつ復職していくかを決めていきましょう。

## ステップ3：職場復帰の可否の判断および復職支援プランの作成

職場の産業保健スタッフや上司は、あなたが安全、円滑に復職できるように、復帰支援プランを作成します。ステップ2の話し合いの場で不安なことは相談しておくと、より安心して復帰ができるでしょう。

**【プラン内に組み込まれる配慮の例】**

- 就業時間を短縮する（職場の制度として可能な場合）
- 時間外勤務、休日勤務、出張などを一定期間禁止又は制限する（段階的に緩和される）
- 作業・配置転換を行う
- 段階的に業務内容を増やしていく（軽減業務）




【復職支援プラン】

## ステップ4：最終的な職場復帰の決定

主治医や産業医の判断をもとに、最終的に事業者があなたの職場復帰の決定を行います。

休職者の回復程度と可能な仕事量や職場の受け入れ体制などによって総合的に判断されます。

※判断基準の例として以下がありますが、すべてが当てはまる必要はありません。ひとつの目安と思ってください。

- 労働者が十分な意欲を示している
- 通勤時間帯に一人で安全に通勤ができる
- 決まった勤務日、時間に就労が継続して可能である
- 業務に必要な作業ができる
- 作業による疲労が翌日までに十分回復する
- 適切な睡眠覚醒リズムが整っている、昼間に眠気がない
- 業務遂行に必要な注意力・集中力が回復している



## ステップ5：職場復帰後のフォローアップ

職場復帰後は、上司や産業保健スタッフと定期的に面談を行います。**体調や職場での悩みはため込まずに、大きな問題になる前に相談して解決していきましょう。**どうすればうつ病を再発せずに仕事を続けられるかを関係者と考え、復職プランを何度も練り直していきましょう。

**【安定して仕事を続けるために】**

- 定期的に病院を受診しましょう
- 服薬はしっかりと行い、自分の判断で中断しない
- 症状が悪化しないように、セルフケアを行いましょう
- 上司や産業保健スタッフになんでも相談しましょう
- 復帰支援プランをうまく活用しましょう
- 周囲の人と相談しながら、業務は徐々に増やしましょう



# 復職への準備：事例編

復職のおおまかな流れを4名の方の事例としてご紹介いたします。復職者がどのような流れで復職していったのか、どのようなサポートを利用したのか、休職前後にどのように変化したのかに注目してみましょう。

## 事例1　40代男性 / メーカー勤務 / 既婚 / 休職期間 3ヶ月

### 「休職の経験を通して、自分の性格が分かったのはよかったです」

#### ●発症から休職まで

「係長として部下の手本にならなければ」と自分にプレッシャーをかけてしまい、不眠が続くようになりました。

ある日、体調が悪そうに見えたのか、会社の保健師に声をかけられました。私の話を聞いた保健師は、すぐに精神科を受診するよう言いました。気乗りはしませんでしたが、助言に従い受診すると、医師からしばらく仕事を休むように言われました。

休職が決まると、人事担当者と上司から就業規則や傷病手当金、具体的な復職支援内容などについて説明がありました。

#### ●休職中の過ごし方

服薬と休息により体調がよくなると、会社のことや家族のことが気になり始めました。部下に迷惑をかけているのではないか、上司の期待を裏切ってしまったのではないか、妻に離婚されるのではないか。具合がまた悪くなりそうでした。すると、主治医からカウンセリングをすすめられました。

#### ●復職準備

週1回、カウンセリングに通いました。カウンセリングを受けることで心配や不安が減りました。主治医から復職に向けて体力をつけるよう言われたので、毎日2時間のウォーキングも始めました。妻が、時々、ウォーキングに付き合ってくれたのが嬉しかったです。復職する前の1ヶ月間は、午前に2時間のウォーキング、午後は、17時まで図書館で生活リズムを意識して過ごしました。

## ●復職、復職後

主治医から復職診断書をもらい、人事担当者に連絡しました。人事担当者と産業医との面談の結果、「1週間の短縮勤務からスタートし、1ヶ月間は残業なし。月1回、保健師との面談実施」という条件で復職が決まりました。係長という役職へのプレッシャーや病気で3ヶ月間休んでしまったという負い目はありますが、周囲のサポートもあり、以前よりも肩の力を抜いて仕事ができているように思います。現在、復職から3ヶ月が経過し、日に1～2時間の残業も行っていますが、特に大きな問題はありません。保健師との面談は、続けています。

## ●休職を振り返って

まさか自分がうつ病で休職するとは思いませんでしたが、休職したことで、自分の性格や思考の傾向が分かったのはよかったです。私は、自分で勝手にハードルを高くして、自分を追い込んでしまうようなところがありました。自分の考え方のくせを知ることで、今後再発しないようにセルフケアもできると思います。また、今回の経験を通して、改めて、自分にとって家族や周囲の人の大切さが分かりました。



## 事例2　30代女性 / IT企業勤務 / 独身・両親と同居 / 休職期間 5ヶ月

### 「復職支援施設で同じ境遇の仲間と出会えて、再び前に進もうという前向きな気持ちになれました」

#### ●発症から休職まで

30代になって仕事量が急激に増えたことにより、ミスを連発してしまいました。たび重なる上司の叱責が原因で、うつ病を発症し、主治医から休職をすすめられました。休職が決まると、人事担当者から必要な事務手続や休職制度の説明がありました。

#### ●休職中の過ごし方

しばらくの間は、気分の落ち込みも激しく、何もやる気にならなかったので自宅で療養しました。

両親のサポートのおかげで治療に専念できたこともあり、1ヶ月後には、休職当初とは比較にならないほど元気になりました。しかし、元気になったとはいえこの状態での職場復帰や自力での復職準備はきびしいと思い、主治医に相談したところ、復職支援施設を紹介されました。

#### ●復職準備

施設利用については勇気が必要でしたが、主治医に紹介された復職支援施設を見学・体験し、通所することを決めました。施設の通所は、午後のみからスタートし、通所時間と日数は、段階的に増やしていきました。施設利用期間は、約3ヶ月間です。施設のプログラムでは、再発予防プログラムと認知行動療法のプログラムが、自分にとっては効果的だったと思います。

## ●復職支援施設での収穫・感想

自分には「白か黒か、0か100か」と両極端に考えてしまうクセがあることが分かりました。

また、同じ疾病、悩み、不安、目標を持つ人々に会えたことにより孤独感や挫折感がなくなり、「一緒に前へ進んでいこう」という前向きな気持ちになれたことがうれしかったです。

## ●復職、復職後

主治医から就労可能の診断書が出たので、人事担当者に連絡しました。人事担当者、上司と相談の結果、「復職後1ヶ月間は、残業なし、外出なし」という条件での復職が決まりました。上司とも相談しながら徐々に制限を緩和してもらいました。

復職して、約1年が経過します。休職前と異なることは、以前より上司とうまくコミュニケーションがとれていることです。ミスをする前に上司や同僚に相談できるようになったので、以前のように一人で仕事を抱え込んでしまい自滅することが少なくなりました。また、怖いと思っていた上司は、実は、面倒見がよい人だということも分かってきました。



## 事例3　40代女性 / 福祉施設勤務 / 独身・一人暮らし / 休職期間 2ヶ月

### 「自分らしく長く働き続けるためにも無理をしてはいけないと思いました」

#### ●発症から休職まで

母親の介護と仕事の忙しさによるストレスが原因で、不眠や頭痛が続きました。

日々、生気を失っていく私を心配した同僚が病院に連れて行ってくれました。診断の結果、医師からしばらく仕事を休んで休養するように言われました。うつ病の診断書を会社に提出すると、上司から休職制度について説明がありました。

#### ●休職中の過ごし方

主治医から、しばらくの間は、実家と仕事のことは忘れて自宅でゆっくり休むように言われました。父親からも、母親のことは心配しないで、しっかり養生するように言われました。服薬のおかげで眠れるようになりました。生活のリズムが整いはじめ、体調もよくなっていきました。

#### ●復職準備

休養と服薬により、休職時と比べて随分と活動ができるようになった頃、主治医から復職に向けて体力をつけるように言われました。

ウォーキングや水泳で体を動かし、頭もスッキリしました。その他の時間は、集中して本を読んだり、疲れたら好きな音楽を聴いてリラックスしました。焦りや不安も多くありましたが、本来の自分を取り戻すために自分にとって心地よいことを努めて行うようにしました。休職して1ヶ月半くらい経つと、気力と体力が回復したので、上司に就労可能の診断書を提出し、復職を申し出ました。



## ●復職、復職後

会社の配慮と同僚の協力により、現在は、早朝や夜間の勤務はしていません。母親の介護についても今までは、できる限りのことをしなくてはいけないと思っていましたが、最近は、父親や妹、ヘルパーさんと協力しながら関わっています。復職後3ヶ月が経ちましたが、今のところ順調です。自分にとって、水泳がストレス解消になることが分かったので、水泳は続けています。通院は、月に1回しっかりと続けています。

## ●休職を振り返って

貯金が少ない上、休職中は無給だったので、傷病手当金が給付されて助かりました。医療費も、自立支援医療制度を利用できたのもよかったです。今回の経験を通して、自分らしく長く働き続けるためにも、皆に迷惑や心配をかけないためにも、お金を稼ぐためにも、無理をしてはいけないと思いました。

## 事例4　50代男性 / メーカー勤務 / 既婚 / 休職期間 7ヶ月

### 「自分、家族、仕事、お金、将来について、真剣に考えるきっかけになりました」

#### ●発症から休職まで

プロジェクトの責任者に抜てきされました。はじめはやる気に満ちていたのですが、しばらくすると部下たちの優秀さに圧倒されるようになりました。焦りと不安で不眠が続き、気力も失せていきました。私の様子がおかしいという部下の報告により、産業医と面談。精神科を受診するように言われました。診断の結果、仕事ができるような健康状態ではないということで、休職が決まりました。人事担当者から就業規則と傷病手当金、休職中の連絡方法、悩みや不安の相談先などについての説明がありました。説明の際には、妻が同席しました。

#### ●休職中の過ごし方

実は、うつ病の症状が悪化し、自分には生きていても価値がないと思い、自ら死にたいというような思いもあったため、3週間ほど入院して、しっかりと治療を行いました。

#### ●復職準備

退院後は、主治医のすすめもありデイケアでのリハビリを行いました。デイケアに通うことで、生活リズムの安定と体力の回復を図りました。カウンセリングにも通いました。カウンセリングでは、経済的な不安、仕事への不安、妻からのプレッシャーなどについて相談しました。話すことで気分が楽になり、気持ちや状況の整理が出来ました。主治医のすすめで、夫婦でカウンセリングを受けることもありました。妻もカウンセリングを受けることで、不安やストレスが軽減され、私に対する言動が変化したのはありがたかったです。休職後半年が経過した頃、職場復帰を決意し、上司に連絡しました。上司から、職場復帰可能とする主治医の診断書を提出するよう言われました。

## ●復職、復職後

上司、産業医、人事担当者との面談の結果、会社から復職許可が下りました。肩書きは、復職前と同じですが、実際は部下が責任者の役割を務めています。ありがたいことに周囲の人たちは手助けをしてくれます。今でも、部下たちの力量にがく然とすることや、自分に対して情けなく思うことはあります。ただ、以前と違うのは、自分は自分のできることをすればいいと思えるようになったことです。復職後3ヶ月経過しましたが、欠勤はありません。現在は、2週間に1回の通院、月1回のカウンセリングを受けています。

## ●休職を振り返って

今でも自分の状況を100%受け止めることはできていません。しかし、今回のことをきっかけに自分や家族、仕事、お金、将来のことなどを真剣に考えるようになりました。私は、あと数年で定年を迎えます。定年後のキャリアや生活を考える上で、今回の経験は貴重だったと思っています。





うつせる。

UTSeL

本資料は、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）」の成果物です。



監修 労災疾病臨床研究事業 休業中の労働者のセルフケア支援方策の開発 研究班

# うつせる。

UTSeL

## Chapter 2 うつ病って？

［ うつ病の基本的な知識やうつ病の治療について学びます ］

うつせる。(UTSeL)はうつ病による休職者向けのサポートサイトです

# はじめに

この UTSeL「うつせる。」はうつ病が原因で休職中の労働者の方がご自身によるいたわり方（セルフケア）を学ぶために作成されました。セルフケアを実践することで、復職を達成し、復職後も継続して仕事を続けていくことのサポートを目標にしています。



UTSeL「うつせる。」を通して皆さんが復職へ前向きな気持ちになり、復職への準備がととのい、復職できる自信が持て、復職後にいきいきと働くことができることを、心より応援しています。

「うつせる。」作成チーム



**このUTSeL「うつせる。」の内容は今後Web上でも公開される予定です。**

冊子は以下のChapter(章)ごとに全部で6種類あります。

Chapter 1 **復職の流れ**
休職から復職の大まかな流れをお伝えします。事例を通して復職の流れを確認します

Chapter 2 **うつ病って？**
うつ病の基本的な知識やうつ病の治療について学びます

Chapter 3 **生活リズムを整える**
生活リズムを整えるために、心地よい睡眠を目標にします

Chapter 4 **ストレス対処力を上げる**
ストレス対処力を上げる考え方を学びます

Chapter 5 **キャリアを考える**
これまでの仕事を振り返り、これからどのように生きていくかを考えてみます

Chapter 6 **復職への準備をする**
実際に復職した人々の感想を紹介します

6つのChapterの内容をご自身の体調に合わせた速度で、
無理のない範囲でご覧ください。

# 2 うつ病って？

うつ病を正しく理解し、治療することは、復職の大切な前提になります。
うつ病を正しく理解することで、再発を予防し、仕事を継続するための助けにもなります。

## うつ病の基礎知識

### 1 うつ病の人数

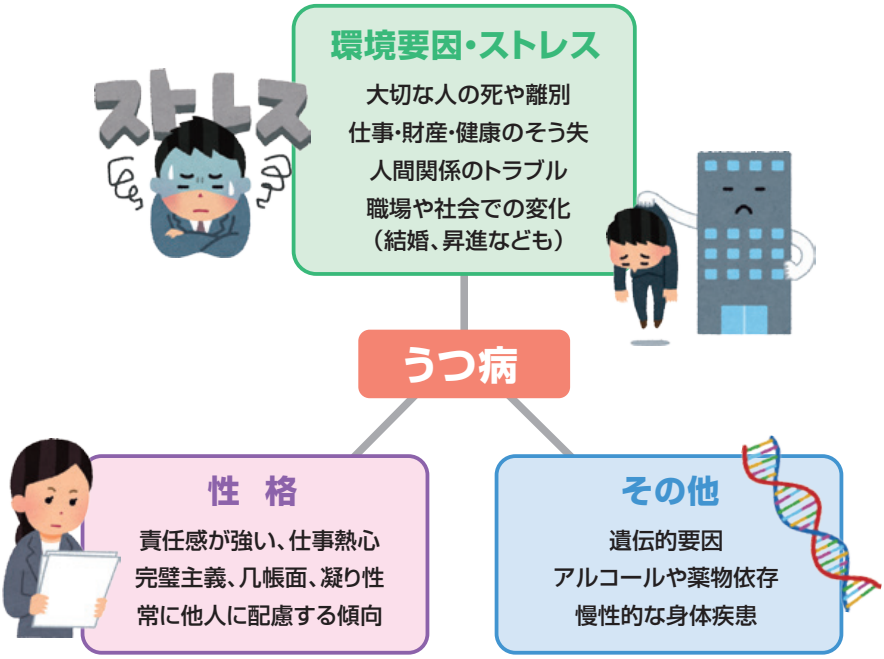
うつ病は生涯に15人に1人がかかると言われています。誰もがかかる可能性のある心の病気であり、特別な病気ではありません。病院へ受診する方も年々増加していて、平成11～26（1999～2014）年に病院を受診したうつ病などの総患者数は44.1万人から111.6万人へと増加しています[*1]。

＊1：厚生労働省　平成26年患者調査



## 2 うつ病の原因

どうして自分がうつ病になったか原因を知りたい人もいるかもしれません。ストレスも原因のひとつですが、その他にもいくつかの要因が複雑に合わさり発症すると言われています。結婚や妊娠、昇進などの喜ばしい出来事も環境の変化として大きなストレスの原因となり、うつ病になる人もいます。



## 3 うつ病の症状

うつ病の症状をまとめてみました。

### 毎日とてもゆううつ



とてもゆううつな気分がほとんど一日中、何日間も続きます。
仕事はもちろん、普段通りの生活をすることさえも難しくなります。

### 意欲がわかなくなる



趣味や好きだった物事に興味が向かなくなります。必要以上に自分を責めてしまい、自分には価値がない、いっそ消えてしまった方がましだ、といった考えが頭に浮かぶようになります。

### 集中力が落ち、ミスが増える



思考力、判断力、集中力が低下します。以前は当たり前にできていた仕事や作業がどうしてもできなくなります。また、ミスが多くなったり、自分の考えをうまくまとめられなくなることもあります。単なる疲労とは違い、休養をとっても改善せず、このような状態が何日も続きます。

### 生活のリズムが崩れる



疲れていても寝つくことができない。浅い眠りをくりかえす。夜中に何度も目が覚める。朝早く目が覚める。このような不十分な睡眠が続きます。以前はおいしいと思えた食べ物でもおいしく感じなくなり、食欲がまったくわかなくなります。

## 疲れやだるさが抜けなくなる



身体がだるく、日常生活を送れないほどに動くことがつらくなります。疲労感やだるさから、外出したくない、人に会いたくない、ひとりでぼんやりしている時間が長くなる、会社に行けない、などといったことも起こります。

## 悪化すると絶望的な気分になり、死にたいと思ってしまう



うつ病が悪化すると、毎日がゆううつで、自分には生きる価値がないように思うことがあります。悲しくなって涙がこぼれたり、いっそ死んだ方が楽になれるんじゃないか、死んでしまいたいという思いが強くなることさえあります。（適切な治療が必要です）

## 症状は朝に悪化し、夕方から改善する



うつ病の症状は、朝に悪化し、午後から夜にかけて徐々に改善するという日内変動がよく見られます。人によっては夕方から夜にかけて元気になります。朝に無理をしすぎないことも工夫の一つです。

## 身体にも症状が出る



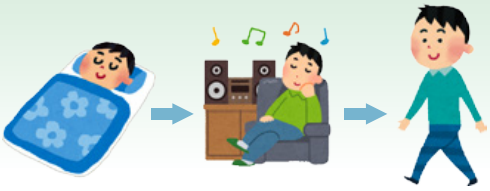
頭痛、めまい、肩こりや身体各部の慢性的な痛みなどの身体症状が現れることがあります。人によっては、ゆううつ感のような精神的な症状よりも、身体症状を強く自覚することがあります。

# うつ病の治療法

うつ病はきちんと治療をすれば、数ヶ月から半年で回復するといわれています。うつ病は時間はかかりますが治らない病気ではありません。医師などの専門家は今のあなたに合った適切なアドバイスをしてくれます。一人で悩まずに、どの治療法があなたの助けになるか、専門家に相談してください。

## 1. 休　養

うつ病はまず休養が重要です。休むことに罪悪感を持たずに、休養が回復につながる治療だと理解しましょう。



## 2. 薬物療法

体の病気と同じようにうつ病もお薬が有効です。



## 3. 精神療法やカウンセリング

うつ病の治療は薬物療法と休養に加えて精神療法を用いた治療法があります。




**● その他の治療**　症状が長引く場合は、その他の治療方法も検討します。

## うつ病の治療経過

うつ病は治療を始めれば、すぐに治療が終わるものではありません。骨折などの身体疾患と同じように、回復するまでには、ある程度の期間が必要になります。回復する過程もよくなったり悪くなったりという小さな波を持ちながら、階段をゆっくりと一段ずつ上るように改善していきます。

## うつ病に関するQ&A

**Q** お薬を飲み始めたのですが、あまり効いている気がしません。

**A** 気長にいきましょう。
すぐに効果があらわれなくても心配いりません。
一般的に効果があらわれるまでに1～3週間かかるといわれています。すぐに症状が軽くならないといって心配する必要はありません。



**Q** よく認知行動療法と聞きますが、具体的にどういう内容なのですか？
詳しく教えてください。

**A** 認知行動療法では、相談者の方が自分の力で問題を解決できるようになることを目標として、必要なスキルや対処法を身につけます。ゆううつな気分を引き起こしている考え方や行動を、少しでも気分が楽になるように治療者と一緒に練習します。

## Q 薬を飲んだらかえって調子が悪くなったのですが…。

**A** 最近のうつ病の薬は副作用が少なくなっていますが、初期に吐き気などの副作用が現れる人もいます。一方、薬の効果は服薬しはじめてから2週間くらいたたないとはっきりしてこないので、「この薬のせいで、かえって病気が悪くなった」「この薬はまったく効かない」とかん違いしてしまう人もいます。このような場合には、必ず主治医に相談して指示を受けましょう。
副作用がより少ない薬に変更したり、副作用止めを出したりするなどの対応をとってもらえます。医師の指示に従って1～2週間そのままで経過すると副作用が消えることもあります。

## Q うつ病の薬は危険性が高い？

**A** いいえ、うつ病に使用される薬はどれも一定の安全性が確認されています。
もし、心配なことがあれば、遠慮せずに主治医に相談しましょう。





うつ せる。

U T S e L

本資料は、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）」の成果物です。



監修 労災疾病臨床研究事業 休業中の労働者のセルフケア支援方策の開発 研究班

# うつせる。

UTSeL

## Chapter 3 生活リズムを整える

生活リズムを整えるために、心地よい睡眠を目標にします

うつせる。(UTSeL)はうつ病による休職者向けのサポートサイトです

# はじめに

この UTSeL「うつせる。」はうつ病が原因で休職中の労働者の方がご自身によるいたわり方（セルフケア）を学ぶために作成されました。セルフケアを実践することで、復職を達成し、復職後も継続して仕事を続けていくことのサポートを目標にしています。



UTSeL「うつせる。」を通して皆さんが復職へ前向きな気持ちになり、復職への準備がととのい、復職できる自信が持て、復職後にいきいきと働くことができることを、心より応援しています。

「うつせる。」作成チーム



**このUTSeL「うつせる。」の内容は今後Web上でも公開される予定です。**

冊子は以下のChapter(章)ごとに全部で6種類あります。

Chapter 1 **復職の流れ**
休職から復職の大まかな流れをお伝えします。事例を通して復職の流れを確認します

Chapter 2 **うつ病って？**
うつ病の基本的な知識やうつ病の治療について学びます

Chapter 3 **生活リズムを整える**
生活リズムを整えるために、心地よい睡眠を目標にします

Chapter 4 **ストレス対処力を上げる**
ストレス対処力を上げる考え方を学びます

Chapter 5 **キャリアを考える**
これまでの仕事を振り返り、これからどのように生きていくかを考えてみます

Chapter 6 **復職への準備をする**
実際に復職した人々の感想を紹介します

6つのChapterの内容をご自身の体調に合わせた速度で、
無理のない範囲でご覧ください。

# 3 生活リズムを整える：睡眠編

生活リズムを整えることは、復職を目指すうえで大切なポイントになります。

ここでは「心地よい眠り」を目標にいくつかのヒントをお伝えします。心地よく眠ることで生活リズムも整っていきます。

できるものから生活に取り入れ、心地よい眠りを手に入れましょう。

## 良い睡眠で心身ともに健康に

睡眠には、心身の疲労を回復する働きがあります。

睡眠が不足したり、睡眠の質が悪化すると、うつ病のようなこころの病だけでなく、生活習慣病のリスクにつながります。

ヒントを見直し、心身の健康を目指しましょう。



## よい生活習慣でよい睡眠を

適度な運動を習慣づけることで、眠りに入りやすくなり、夜中に目が覚める回数を減らします。

朝食をとることでしっかりと目が覚めます。

こうした生活習慣によって、睡眠と覚醒のリズムにメリハリをつけることができます。寝る前の飲酒、タバコ、激しい運動は睡眠の質を悪くします。



〔適度な運動〕



〔朝ごはんで目を覚ます〕



〔夜のカフェイン〕



〔就寝前の飲酒や喫煙〕

## 睡眠時間は季節や年齢で変化する

成人の標準的な睡眠時間は6～8時間です。

睡眠時間は季節によって変化し、日の長い夏は短く、日の短い冬になると長くなります。

ひと晩の睡眠量は、成人してからは加齢するにともない徐々に減っていきます。

人の睡眠時間は20才ごとに30分ぐらいずつ短くなると言われています。

季節や年齢で睡眠時間が変化するのは自然なことだと知っておきましょう。

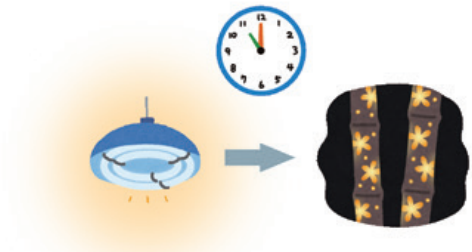


## 睡眠のための環境作りを工夫する

寝室や寝床の中が寒すぎたり、暑すぎると寝つきが悪くなります。

心地よいと感じられる温度に調整しましょう。

明るい光には目を覚ます作用があるため、寝る前の寝室では、照明を不安を感じない程度に徐々に暗くし、静かな環境にするとよいでしょう。

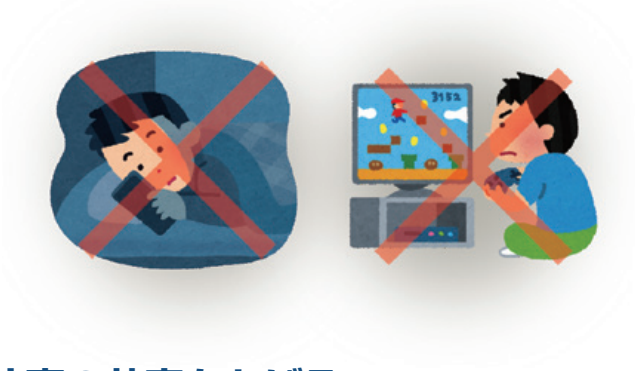


〔夜は照明を明るくしすぎないように〕

## 夜ふかしを控え、体内時計のリズムを保つ

夜ふかしが続くと体内時計がずれ、睡眠時間が不規則になり夜型の生活になる可能性があります。ふとんに入ってから携帯電話、メールやゲームなどに熱中すると、光刺激により目が覚め、眠れなくなるので注意が必要です。

ふとんに携帯電話を持ち込まないのも一つの工夫です。



## 良眠で仕事の効率をあげる

自分の睡眠時間が足りているかどうかを知るためには、日中の眠気に注目してみましょう。仕事に支障をきたすほどの眠気でなければ、普段の睡眠時間は足りていると考えましょう。

仕事や生活上の都合で、寝不足になり、仕事の効率が落ちているときは、午後に30分以内の短い昼寝をすることで、作業能率の改善が期待できます。

逆に長く昼寝をしてしまうとかえって夜眠れなくなるので注意が必要です。



〔昼休みに仮眠をとって昼の効率をアップ〕

## 眠くなってから寝床に入る

不眠を経験すると、心配になって早めに寝床につこうとしがちです。

しかし、意識して早く寝床につくと、かえって寝つきが悪くなります。

就床時刻はあくまで目安であり、その日の眠気に応じて「眠くなってから寝床につく」ことがスムーズな入眠への近道です。




## 眠りに関わる病気には要注意

睡眠中の激しいいびき、就寝時の足のむずむず感、日中の耐えられない眠気などの症状は、睡眠時無呼吸症候群、レストレスレッグス症候群やナルコレプシーといった病気が潜んでいる可能性があります。これらの病気があると、眠っても休息感が得られず、日中に異常な眠気をもたらすことがあります。医師に早めに相談することが大切です。



## 眠りの不安は専門家に相談

睡眠に問題が生じて、日中の生活に悪い影響があり、自らの工夫だけでは改善しないと感じた時には、早めに専門家に相談しましょう。

相談することで、気持ちが楽になります。睡眠習慣についての助言を受けることで睡眠が改善する手立てをみつけることができる可能性があります。



以上のヒントの内容は『「健康づくりのための睡眠指針2014」（厚生労働省健康局）』から引用・改変しました。

Web版の「うつせる。」では、睡眠編の他にも「自分の心の状態を分かりやすく把握する方法」や「心身のエネルギー量をチェックし短時間で回復するためのセルフケア方法」を提案していますので、合わせてご覧ください。



うつせる。

U T S e L

本資料は、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）」の成果物です。



監修 労災疾病臨床研究事業 休業中の労働者のセルフケア支援方策の開発 研究班

# うつせる。

UTSeL

## Chapter 4 ストレス対処力を上げる

ストレス対処力を上げる考え方を学びます

うつせる。(UTSeL)はうつ病による休職者向けのサポートサイトです

# はじめに

この UTSeL「うつせる。」はうつ病が原因で休職中の労働者の方がご自身によるいたわり方（セルフケア）を学ぶために作成されました。セルフケアを実践することで、復職を達成し、復職後も継続して仕事を続けていくことのサポートを目標にしています。



UTSeL「うつせる。」を通して皆さんが復職へ前向きな気持ちになり、復職への準備がととのい、復職できる自信が持て、復職後にいきいきと働くことができることを、心より応援しています。

「うつせる。」作成チーム



**このUTSeL「うつせる。」の内容は今後Web上でも公開される予定です。**

冊子は以下のChapter(章)ごとに全部で6種類あります。

Chapter 1 **復職の流れ**
休職から復職の大まかな流れをお伝えします。事例を通して復職の流れを確認します

Chapter 2 **うつ病って？**
うつ病の基本的な知識やうつ病の治療について学びます

Chapter 3 **生活リズムを整える**
生活リズムを整えるために、心地よい睡眠を目標にします

Chapter 4 **ストレス対処力を上げる**
ストレス対処力を上げる考え方を学びます

Chapter 5 **キャリアを考える**
これまでの仕事を振り返り、これからどのように生きていくかを考えてみます

Chapter 6 **復職への準備をする**
実際に復職した人々の感想を紹介します

6つのChapterの内容をご自身の体調に合わせた速度で、
無理のない範囲でご覧ください。

# 4 ストレス対処力を上げる

ストレスに対処するにはいくつかの方法があります。

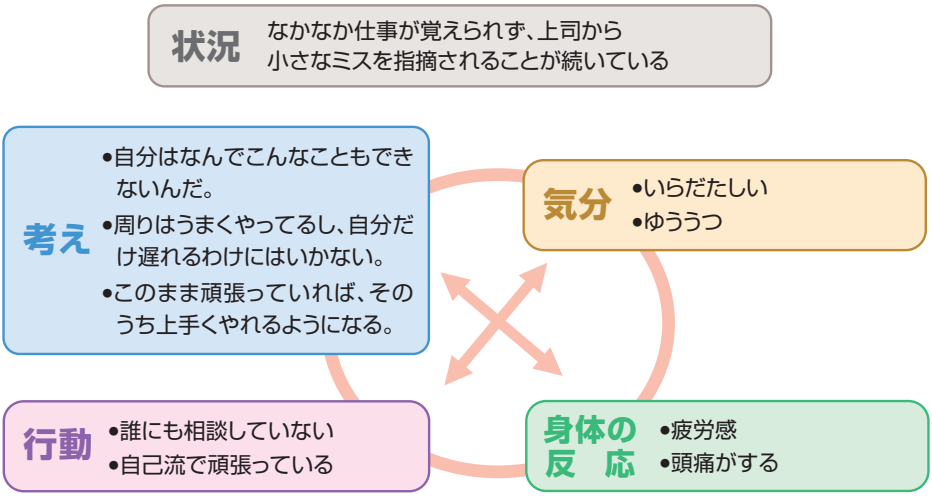
Web版の「うつせる。」ではワーク形式でストレスに対処するための練習を行います。ここでは、その一部をご紹介します。

## 1.セルフモニタリング



自分のストレスに気づき、自分の状態を整理する方法が「セルフモニタリング」です。セルフモニタリングでは、ストレスを感じている時の**状況**、**考え**、**気分**、**行動**、**身体の反応**を整理します。

**「職場で上司にミスを指摘され、うまくいかないAさん」**
**その時の状況、考え、気分、行動、身体の反応を下のようにまとめてみました。**



考え、気分、行動、身体の反応は互いにつながっています。物事がうまくいかないときは、これらのつながりが悪循環を起こしていることがよくあります。Aさんの例は、まさにそんな状態です。

**悪循環のどこかを断ち切ることができれば**、抜け出せる可能性があります。そのヒントを見つけるために、この5つの視点から自分を整理できるようになりましょう。

Web版の「うつせる。」では、4つの要素を整理するコツやそれぞれの要素へのアプローチ方法をワーク形式で練習します。



## 2.考え方を変えて気分を楽に

同じストレスでも人によってとらえ方は異なります。自分の考え方のクセを知り、ものごとの見方を変えることで、気分を楽にする方法があります。

**うつ病の人にみられやすい考え方**があります。一部をこちらで紹介しますが、このような考え方でストレスを感じている場合は、**考え方を変えることで気分を楽にする**ことができます。

### 拡大解釈と過小評価

自分の欠点や**失敗を過大にとらえる**一方で、自分の長所や成功は「たいして**価値がない**」と思ってしまう。



### 過度の一般化

一つの失敗や出来事だけを根拠に、「**どうせまた失敗する**」と結論づける。

### 別の考え方の例

これまでやってきたことはできている。できていることの方が多い。



### 別の考え方の例

ミスを今後にいかそう。
同じミスをくりかえさないようにしよう。

# 3.行動パターンを変える

行動は気分、考え方、身体に良くも悪くも影響を与えます。楽しい気分になれる行動や達成感のある行動を日常生活に取り入れ、行動のレパートリーを増やしましょう。前向きな姿勢になる機会が増え、ゆううつな気分の予防、改善につながります。

**●困った状況：**なかなか仕事が覚えられず、上司から小さなミスを指摘されることが続いている



## 行　動

- 誰にも相談しなかった
- 自己流で頑張った
- 残業をして仕事をした
- 趣味・遊びや飲み会の予定を入れるのをやめた
- 家でも仕事のことを考えた

「**とにかく頑張って仕事をする**」という行動パターン

## 結　果

- 同じ状況が続いている
- 相変わらず仕事はうまくいっていない
- 仕事について思い悩む時間が増えた
- イライラやゆううつ感を感じることが増えた
- 頭痛や疲労感が悪化している



## 新たな行動例

- 同期に相談してみる
- 先輩に良い方法を聞く
- 週に一度は早めに帰宅する
- 家では仕事からはなれ家族と過ごす時間を持つ



## 新たな結果の可能性

- 状況が改善する
- 少しずつ仕事がうまくいくようになる
- 仕事のことを考えない時間が作れる
- イライラやゆううつ感を感じることが減る
- 頭痛や疲労感が改善する



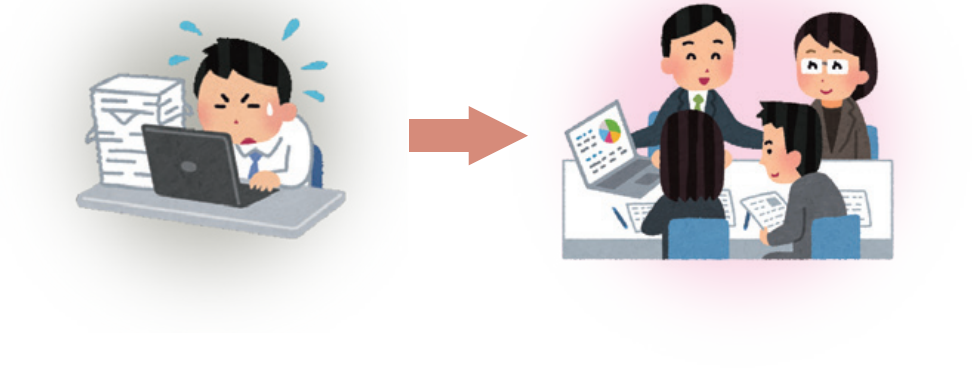
## ■自分の行動パターンを整理する

困った状況の悪循環から抜け出すための最初のポイントは、悪循環にはまっている時の行動パターンを見つけることです。「困った状況」、「そのときとった行動」、「結果」の3つの項目を整理してみましょう。

この例の人はうまくいかないときは「**とにかく頑張って仕事をする**」という行動パターンのようです。その結果、状況は改善せずに心身の状態が悪化し、悪循環にはまっています。

さらに、イライラやゆううつ感が増え、ストレスがたまっていくことが想像されます。

例として「**周囲に協力を求める**」という行動パターンに変えることで新たな結果に変わる可能性があります。

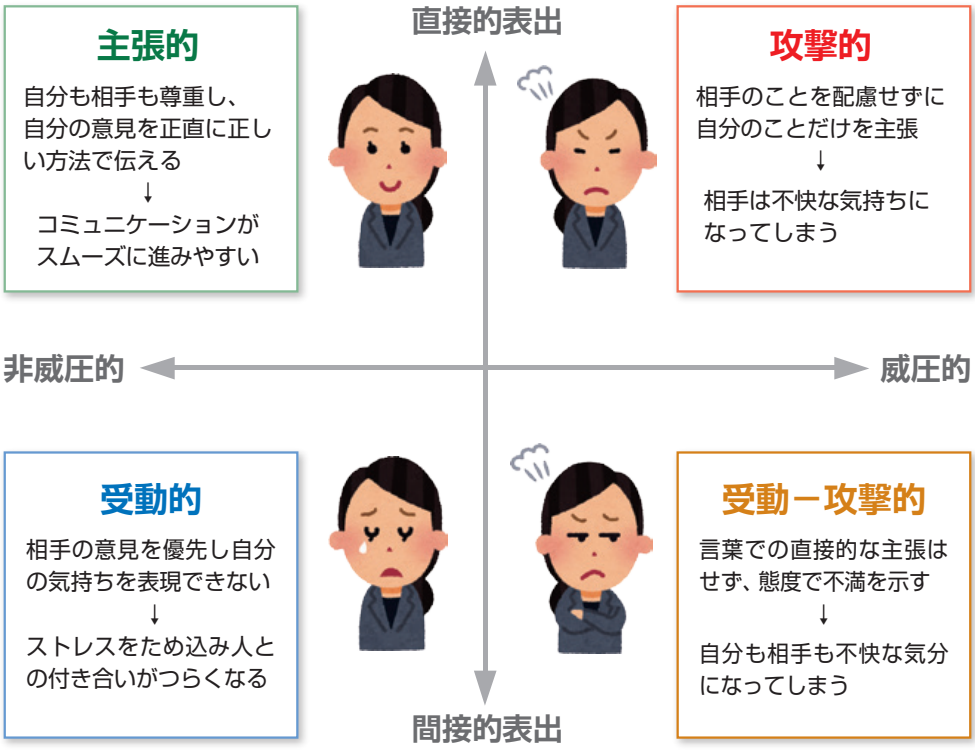


# 4.コミュニケーション

コミュニケーションは「伝え方」と「受け取り方」の2つがあります。

ここでは相手を尊重しながら、自分の考えを伝える方法に注目してみます。

自分の考えの伝え方には「攻撃的」「受動-攻撃的」「主張的」「受動的」の4種類があります。この中で、相手を尊重しながら、自分の考えを伝える最もよい方法は「主張的」な伝え方と言われています。



## ■コミュニケーションのこつ：アサーティブな表現をする

アサーティブな表現とは自分も相手も大切にするために、自分の意見や考えや気持ちを正直にその場にふさわしい方法で伝えようとする主張的な自己表現の仕方です。

この「アサーティブな表現」がもっとも有効なコミュニケーション方法です。

アサーティブな表現のより詳しい方法や上手な聞き手になる方法についてもWeb版の「うつせる。」で紹介しています。





うつせる。

U T S e L

本資料は、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）」の成果物です。



監修 労災疾病臨床研究事業 休業中の労働者のセルフケア支援方策の開発 研究班

# うつ せる。

UTSeL

## Chapter 5 キャリアを考える

これまでの仕事を振り返り、これからどのように
生きていくかを考えてみます

うつせる。(UTSeL)はうつ病による休職者向けのサポートサイトです

# はじめに

この UTSeL「うつせる。」はうつ病が原因で休職中の労働者の方がご自身によるいたわり方（セルフケア）を学ぶために作成されました。セルフケアを実践することで、復職を達成し、復職後も継続して仕事を続けていくことのサポートを目標にしています。



UTSeL「うつせる。」を通して皆さんが復職へ前向きな気持ちになり、復職への準備がととのい、復職できる自信が持て、復職後にいきいきと働くことができることを、心より応援しています。

「うつせる。」作成チーム



**このUTSeL「うつせる。」の内容は今後Web上でも公開される予定です。**

冊子は以下のChapter(章)ごとに全部で6種類あります。

Chapter 1 **復職の流れ**
休職から復職の大まかな流れをお伝えします。事例を通して復職の流れを確認します

Chapter 2 **うつ病って？**
うつ病の基本的な知識やうつ病の治療について学びます

Chapter 3 **生活リズムを整える**
生活リズムを整えるために、心地よい睡眠を目標にします

Chapter 4 **ストレス対処力を上げる**
ストレス対処力を上げる考え方を学びます

Chapter 5 **キャリアを考える**
これまでの仕事を振り返り、これからどのように生きていくかを考えてみます

Chapter 6 **復職への準備をする**
実際に復職した人々の感想を紹介します

6つのChapterの内容をご自身の体調に合わせた速度で、
無理のない範囲でご覧ください。

# 5 キャリアを考える

## キャリアと心の健康の関係

仕事は人生の大きな部分を占めています。

キャリア（自分の仕事、将来の見通し、生き方）に関する悩み、葛藤（かっとう）、不安、落ち込みは大きなストレスとなり、そのストレスに対処できないと心身に負担がかかってしまいます。

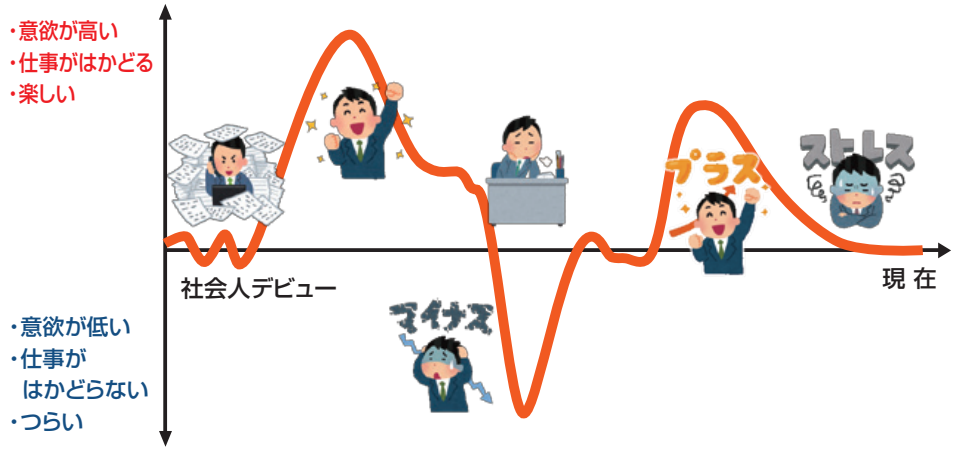
キャリアに関する問題やストレス源は数多く存在します。

こうしたストレスに対処するには、**自分のキャリアについて理解を深め、自分自身の将来の見通しを立てることが重要となります。**



## キャリアの振り返りと資源

下の図のように、社会人デビューから現在までのご自身の働いてきたときの意欲・モチベーションの高さを描いてみてください。カーブが上にあるほど意欲やモチベーションが高く、仕事がはかどり、楽しかったことを意味します。逆に、カーブが下に行くほどつらい状況だったことを意味します。




**ご自身のカーブを見ながら以下のことを考えてください。**

- どんなことにやりがいや達成感を感じていましたか？
- どんなときにいきいきと働いていましたか？
- これまでに身につけてきた知識やスキルにはどんなものがありますか？
- 自分の強みは何ですか？
- 現在の自分に影響を与えた経験や体験は何ですか？

※カーブの下の部分の改善をすることが目的ではありません。ネガティブな気持ちになった場合はワークを中断してください。

## ■資源について

カーブが上昇したり、高く維持していたときのことを思い出してみてください。

ご自身の感じたやりがいや達成感、つらさを乗り越えた理由、これまでに身につけてきたスキルや知識、集中できる場所、これらはすべて資源となりうるものです。

**資源の例 1**

- ○△をすることにやりがいを感じる
- 自分を支えてくれる家族がいる
- 趣味
- 体力
- 器用さ
- コンピューターの技術
- 一緒に頑張ってくれる同僚
- 相談に乗ってくれる上司
- 一息つける場所（近所のコーヒーショップ）
- ペットと一緒にすごす時間




## ■自分の強みについて

振り返りで自分には「弱みしかない」と思う方もいるかもしれません。弱みは違う側面からみると強みになります。どんなことでも強みになります。実際に挙げられた強みの例をお示しします。

**例 1：こんなことも強みになる**

まじめなところ、誠実さ、字が丁寧、
笑顔、猫が好き、パン屋に詳しい

**例 2：弱みは強みにもなる**

頑 固　　→ 意志が強い
作業が遅い → 細かいところまで
　　注意している　など

## 将来の見通しをつける

皆さんはこれから、復職という新たな出発を迎えます。

これからの人生をどのように歩んでいくか、どのように働き、いかにして人生を充実させていくのかを明確にしてみましょう。長期的なゴールとともに、数ヶ月後、数年後にどうなっていたいのかの将来像も考えてみましょう。





うつ せる。

U T S e L

本資料は、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）」の成果物です。



監修 労災疾病臨床研究事業 休業中の労働者のセルフケア支援方策の開発 研究班

# うつせる。

UTSeL

## Chapter 6 復職への準備をする

実際に復職した人々の感想を紹介します

うつせる。(UTSeL)はうつ病による休職者向けのサポートサイトです

# はじめに

この UTSeL「うつせる。」はうつ病が原因で休職中の労働者の方がご自身によるいたわり方（セルフケア）を学ぶために作成されました。セルフケアを実践することで、復職を達成し、復職後も継続して仕事を続けていくことのサポートを目標にしています。



UTSeL「うつせる。」を通して皆さんが復職へ前向きな気持ちになり、復職への準備がととのい、復職できる自信が持て、復職後にいきいきと働くことができることを、心より応援しています。

「うつせる。」作成チーム



**このUTSeL「うつせる。」の内容は今後Web上でも公開される予定です。**

冊子は以下のChapter(章)ごとに全部で6種類あります。

Chapter 1 **復職の流れ**
休職から復職の大まかな流れをお伝えします。事例を通して復職の流れを確認します

Chapter 2 **うつ病って？**
うつ病の基本的な知識やうつ病の治療について学びます

Chapter 3 **生活リズムを整える**
生活リズムを整えるために、心地よい睡眠を目標にします

Chapter 4 **ストレス対処力を上げる**
ストレス対処力を上げる考え方を学びます

Chapter 5 **キャリアを考える**
これまでの仕事を振り返り、これからどのように生きていくかを考えてみます

Chapter 6 **復職への準備をする**
実際に復職した人々の感想を紹介します

6つのChapterの内容をご自身の体調に合わせた速度で、
無理のない範囲でご覧ください。

# 復職への準備：復職後の感想編

「事例」では、復職までの経過を中心に、会社での事務手続きの内容も含めてお示ししました。

こちらの「復職後の感想」では、復職した人が復職後に感じたことや問題への対処の仕方を中心にまとめました。復職してはじめて分かることもあると思います。先輩たちの声に耳を傾けてみましょう。

## 段階的に復職することについて

### 仕事ができることの喜び

復職後は「通勤に慣れること」「会社に居るのに慣れること」「仕事をすること」と段階的に復職しています。今は補助的な仕事を中心にしています。正直物足りなさも感じましたが、家での療養を終え、職場に復帰できたことが、なにより嬉しいことでした。ちょっとした仕事でも誰かの助けになっている。仕事を通して周囲の人たちに貢献できると復職して改めて感じました。仕事量は徐々に増え、忙しくなるかもしれませんが、仕事の喜びや貢献する気持ちは忘れずにいたいと思います。新たな発見ができ、うつ病で休養したことも前向きにとらえていこうと思っています。

### 前の自分に戻らない

復職して当初は、職場での配慮もあり、簡単な仕事を主に任されました。休職前のようにスピード感をもって仕事をしたい気持ちがあり、上司に「もう少し仕事をしたい」とお願いしました。

すると、上司に「以前のような仕事の仕方を目標にしてはいけない。自分にとって優しい働き方を徐々に覚えて欲しい」と言われました。

はりきって突っ走る性格で、気づけば多くのミスをし、そこからピンチに立たされた自分を思い出しました。職場復帰プランでも話し合った、段階的就労を利用して、ゆっくりでもいいから丁寧に仕事をするように意識しています。



# 職場でのコミュニケーションについて

## 仕事には目処（めど）をつけながら

休職前から人にお願いし、助けてもらうことが不得意でした。パソコン作業をしていてわからないところがあっても、「お願いすると迷惑かもしれない」という気持ちが先立ち、お願いできずにいたのです。

復職してからは「自分でチャレンジすることは大切」と同じくらいに「周囲に助けてもらうことも大切」という考え方になり、15分間は自分でチャレンジし、解決のめどが立たないときは、先輩に助けをお願いすることにしました。先輩も快く教えてくれ、不安がないぶん、前向きに仕事に取り組めるようになりました。相談することも大切な仕事の一つだと思えるようになりました。



## ほう・れん・そうが苦手

報告（ほう）、連絡（れん）、相談（そう）が大切なのは知っています。自分は上司に相談するとき「こんなことを相談すると迷惑じゃないか」や「今話しかけると迷惑じゃないか」と心配しすぎて、なかなか話しかけることができませんでした。復職時の上司との面談のときにそのことを相談しました。

どういうときに話しかけると迷惑か、話しかけても大丈夫そうな時間帯をあらかじめ聞く工夫を考えました。その時に、実は上司も自分の上司に相談するのが苦手だと知り、親近感を持てました。それ以来、上司もほとんどの場合その場で対応してくれるようになりました。対応が難しい場合は「今はちょっと話を聞けないから、15分後にまた来て」と配慮をしてくれるようになり、余計な心配がなくなりました。

# 復職後の職場や自宅での生活について

## 仕事以外の時間の大切さ

以前はがむしゃらに仕事をすることに目を向けていましたが、再発を防ぐには仕事以外の時間（オフタイム）の過ごし方も大切だと気づきました。規則正しく食事をとること、寝る前は明かりを暗くし眠る準備をすること、仕事の疲れからリフレッシュするのにシャワーではなくお風呂に入ること。これらを意識的におこなうだけでも気持ちがおちついた気がします。

## 昼休みのリフレッシュ

休職前はいつも仲間に合わせて社員食堂で食事をし、すぐに職場に戻って仕事を始めていました。

復職後はセルフケアの一環として、昼休み中はしっかり休憩するように心がけています。時には一人で過ごすこともありますし、食堂で昼食を食べた後に、一旦外に出て風に当たることもあります。最近は、週に1回ほど思い切って好きな料理を食べられる社外の食堂に行ったり、弁当を持って公園で昼食をとったりします。昼休みに変化を加えることで、気持ちがリフレッシュできるようになりました。おかげで、午後の仕事も集中できるようになりました。



## 通勤時のわたしの工夫

うつ病になる前から通勤は苦痛に思っていたのですが、復職後はそれまで以上に通勤で疲れている自分に気づきました。自分に負荷のかからない工夫を考えました。席に座れない時は、網棚に荷物を置くことにしました。試してみて気づいたのは、自分が結構重いものを持っていたことです。

荷物を置くことで、気持ちも少し軽くなった気がします。朝の殺伐（さつばつ）とした気分から抜けるのに、ラジオも聞いています。すっきりとした気持ちで通勤できるようになりました。

# もし状態が悪化したら

## 職場での悪化時を想定する

あらかじめ、症状が悪化したときの改善方法を知っておくと良いと思います。わたしの場合は小さな改善方法として、デスクの上やファイルを整理整頓することで、頭や気持ちも整理するようにしています。

さらに状態が悪化するときは、上司に相談し別室で休憩をもらうことにしています。それでも改善しない時は上司に相談し、早退する方針になっています。復職プランで状態が悪化した時にどう対処するかを相談決定しておけば、悪化時に余計な不安が少ないと思います。



# 睡眠について

## 眠気にどう対処するか

復職後に抗うつ薬を飲みながら仕事をしていると、思った以上に眠気がありました。仕事が進まず、周囲に迷惑をかけているのではと、不安に思うこともありました。上司に「薬を飲んでいるせいで眠くなる時があります」と相談したところ、「つらそうにしていたから心配したが、薬のせいで眠いと分かって安心した。言ってもらわないと周囲の人間にはわからないので、状態をぜひ言って欲しい」と言われました。

眠気のある時間は決まっているので、その時間は少しゆっくりとしたペースで作業するようにしています。眠気がひどいときは安全のためにも別室で数分休憩するようにと言われています。また、薬の内容についても主治医に相談し、内容を変更してもらいました。

## 早朝覚醒とうまく付き合う

調子がよくないとき、朝早くに目が覚めてしまうときがあります。「眠らなくては」と思うほど眠れなくなりますので、起きてしまうことにしました。

朝からお風呂に入ったり、体操したりしてリフレッシュできます。家事を朝に済ませてしまうことで、仕事から帰ってから夜はゆっくりとリラックスした時間を過ごすことができます。





うつせる。

UTSeL

本資料は、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）」の成果物です。

● 投稿論文（紹介）●

# 復職支援プログラムほかオランダにおける先進的な産業保健の取り組み

有馬秀晃　島津明人　江口尚　堤明純

## 1．はじめに

本稿は，昨年２月，先進的な産業保健とくに復職支援プログラムに取り組むオランダを訪問し，視察を行った際に入手した知見を読者の皆様に紹介するものである．今回の視察は「平成26年度労災疾病臨床研究事業費補助金（代表研究者　堤明純，北里大学）」による調査の一環であり，メンタルヘルス不調で休職中の労働者の復職に際して利用される，科学的根拠のある支援ツール開発のための情報収集を目的として行われた．代表研究者の堤明純，島津明人，江口尚と，本稿筆頭著者である有馬秀晃の４名で渡蘭した．

われわれが訪問したのは，オランダ第４位の都市ユトレヒトから電車を乗り継いで約１時間半のところにあるティルブルグ大学と，ユトレヒト近郊にあるNSPOH（Netherlands School of Public and Occupational Health：オランダ公衆衛生・産業保健学校）の２機関である．まず2015年２月16日にティルブルグ大学，翌２月17日にNSPOHを訪れ，オランダと日本の研究者でワークショップを開催し，情報収集および意見交換を行った．

## 2．ティルブルグ大学訪問

２月16日のティルブルグ大学での研究交流会では，午前から午後にかけオランダ側から10名の研究者によるプレゼンテーションが行われ，続いて筆者ら４名によるプレゼンテーションを行った．

筆者らは，①復職支援のための新たなエビデンスに基づく指標の開発について（堤），②日本における復職支援システムについて（江口），③（気分障害に係る）日本におけるリワークプログラムについて（有馬），④日本における職場／働く人双方の活性化に向けた方策について（島津）それぞれ報告した．

オランダ側研究者からは，それぞれ興味深い報告がなされたが，ここでは本誌読者の関心が高いと思われる事項について紹介したい．まずはオランダにおける産業保健サービスプロバイダーによる包括的なサービス提供の概要を，次に，オランダにおける復職支援実践ガイドラインのエビデンス研究で知られる，ティルブルグ大学教授のファン・デル・クリンク（Jac J L van der Klink）教授らによる持続可能な雇用能力（Sustainable employability）に関する研究，さらに，復職支援実践ガイドラインをめぐる動きなどについて紹介したい．

### (1)　ティルブルグ大学の概要

ティルブルグ大学は経済学部，法学部，社会行動科学部，人文学部，神学部の５つの学部を有し，とくに初めの３つの学部の規模が大きい．このうち，われわれが訪問したのは，社会行動科学部である．社会行動科学部は1963年に設置され，現在は医学臨床心理学科ほか９つの学科がある．



2013年のデータでは，社会行動科学部は118人の研究員と59人の博士課程学生がおり，年間の論文／出版業績は875本，年間の研究ファンドは1,300万ユーロ（17億5,500万円）である．また，ティルブルグ大学には学部と独立したいくつかの研究センターがある．今回の訪問では，その中の柔軟的失業者保障政策研究所（ReflecT：The Research Institute for Flexicurity, Labour Market Dynamics and Social Cohesion at Tilburg University）とTranzo学術交流センター（Tranzo Scientific Center for Care and Welfare）に所属する研究者がわれわれを迎え入れてくれた．

### (2)　Tranzo学術交流センターとヒューマンキャピタルケア社による共同研究

Tranzo学術交流センターでは多くのテーマで共同研究が行われている．その共同研究パートナーの１つである「ヒューマンキャピタルケア社」（以下，HCケア社）との共同研究について紹介する．

HCケア社は産業保健サービスのプロバイダーである．産業保健支援のオランダモデルでは，産業医だけではなくいろいろな専門職による支援および相談事業が包括的に事業場へ提供されている．オランダの制度では，ある労働者が病気になったときは，かならず産業医の診察を受けなければならない．そうしたときに，HCケア社のようなプロバイダーが事業場（取締役会，人事スタッフ，マネジメント，労働者などから構成される）に対して産業医，保健師，安全衛生専門家，労働調整専門家，雇用専門家などの専門職の派遣を行ったり（派遣事業），産業保健全般の相談を行っている（相談事業）．実際，同社には約80名の産業医が勤務しており，様々な業種の事業場にサービスを提供している．

プロバイダーの事業場へのかかわりは多岐にわたり，事業場のあらゆる層，たとえば取締役会レベル，人事労務レベル，一般労働者レベルなど様々なかかわり方をする．また，サービス提供事案はいくつかに分類され，「安全配慮と職場調整」「健康推進と支援」「absenteeism予防」「復職支援」「持続可能な雇用能力」などにわけられる．それぞれの事案に対しては，より適した専門職がかかわることになり，たとえば「安全配慮と職場調整」では安全衛生専門家が中心となり，また，「復職支援」では産業医と雇用専門家が中心となり支援を行う．一方，産業保健コンサルタントという最上位に位置する資格があるが，この職種の者はすべての事案に包括的にかかわることになる．

たとえば，「復職支援」サービスを行う際，しばしば職場で問題事例となることには次のようなものがあるという．

- 労務機能の低下がしばしば長期休業を引き起こす．
- 労働者がセルフマネジメントをできていない．
- 復職アプローチが不適切で知識や技能も欠如している．
- 労働者，上長，産業医が話し合う機会に乏しい．
- 一般医（または専門医）と産業医との協力が限られている．
- 事業場内での職場配置の際の選択肢が乏しい．

これらに対してHCケア社が提示する改善策には次のようなものがあるとのことである．

- 労務能力の低下（事例性）と医学的所見（疾病性）とをわけて考える．
- 労働者のセルフケア能力を向上させる．
- 人事労務部門やマネージャークラスへトレーニングやワークショップを提供する．
- 一般医（または専門医）へ産業医の役割を知らせる．
- 仕事（当該職務）に必要とされる能力［要件］を含むジョブ・マトリックスを開発する．

また，「持続可能な雇用能力」（次項参照）サービスを行う際，しばしば職場で問題事例となることには次のようなものがあるという．

- 労働者がキャリアについて短期間のビジョ

ンしかない（よって，長期ビジョンでの人材開発ができない）．
- 仕事に対してもつ労働者の当初の期待値が大きく，その一方で妥協を好まない（たとえば，多くの場合，きつい仕事をしながら子育てや親の介護をしなければならない状況になって初めて，仕事に対して妥協ができるようになる）．
- 適切なジョブローテーションができていない（ある労働者が新しい領域を経験すべき時だと思っても，そのとき所属する企業に適した仕事がすぐにあるわけではない）．
- 所属する企業では人材開発の機会が乏しい．
- 組織がめまぐるしく変化するため，常に柔軟性や適応力が要求される．
- 採算性と成長にばかり目が向けられるため，仕事が特定の有識者へ偏って集中する．

これらに対してHCケア社が提示する改善策には次のようなものがあるとのことである．
- 新入社員向けのワークショップを開き，幅広いキャリアビションの形成や仕事への期待値のコントロール，そして現実的で達成可能な目標設定を促す．
- 組織に対して，先を見越した持続可能な健康マネジメント手法の開発を促す．
- 労働者に対して長期（最低でも１年以上）のキャリア開発デザインを支援する．
- 組織で要求される柔軟性や適応能力を維持できるように労働者を支援する．
- 現状の組織の中でいかに持続して働き続けるかに常に焦点をあてる．

### (3) 持続可能な雇用能力（Sustainable employability）

ファン・デル・クリンク教授は，健康や労働に関する新しい概念を常に創造し続けている．研究交流会の意見交換の際にクリンク教授に伺ったところによれば，「WHOの古典的な健康の定義はあるが，それはあまりにも到達するのに難しくまた維持することも難しい概念であり，実際，この数十年で健康の概念は大きく変化している．また，働くという概念も同様である．工業化を終えた時代の仕事とは，工業化時代のそれとは異なる．わたしが働き始めた40年前とは，働き方や働くという概念自体が変化している．われわれはこのティルブルグ大学で，まさに新しい概念を生み出そうとしている．」とのことである．実際，６つのオランダの大学が共同で持続可能な雇用能力についてのコンソーシアムを作っており，この場で労働についての新たな価値観が創造されているという．

現代の労働に関する意義は従来とは異なってきている．すなわち，工業化時代には「働くことは健康への主要なリスク」と考えられてきたが，現代では「働くことが健康に生きることに繋がる」という考えが常識的になっており，実際，それを裏付ける研究エビデンスもたくさん構築されている．言い換えれば，仕事の持つ健康へのネガティブな側面よりもポジティブな側面のほうが人々にとって重要になっているのだ．にもかかわらず，EU諸国，とくにオランダでは古い慣習の名残，すなわち早期退職（early retirement）こそ理想的な人生という考え方により，97%以上の人々が早期退職を選ぶ傾向がある．その一方で，一度退職した後に働くことで社会に参加する意義を再認識し，新たな仕事を探す人もなかにはいるのだ．

クリンク教授らの持続可能な雇用能力という考え方は，1998年にノーベル経済学賞を受賞したアマルティア・セン（Amartya Sen）氏が提唱したCapability（日本語直訳だと「能力」の意味）という概念の影響を強く受けている．アマルティア・セン氏はCapabilityという概念を人間が生活するうえできわめて重要なものと位置づけ，「人間が生活の中で価値あるものを実現する能力をどの程度持っているのかの指標」と定義した．このような概念は，持続可能な雇用能力と通ずるところがある．持続可能な雇用能力の意味する重要な点は，常に雇用機会を作り出して維持することだが，そのためには「個々の労働者レベルでは知識，技能や様々な能力そしてモチベーションが必要であり，一方，企業側は柔軟に仕事を提供し続ける必要がある」（クリンク教授）とのことであった．つまり，労働者にも企業にも責任があるといえる．それらが満たされたとき仕事は価値あるものとなり，組織も個人も持続可能な存在となるのだ．また，アマルティア・セン氏によれば，投入されるものやリソースがあれば自動的にそれがCapabilityになるというものではない．それら投入されたものが，仕事側からも個々の労働者の側からも変換されるファクター（付加価値）があって，かつ下記に紹介する７つの要件が満たされて初めて，具体的な雇用機会が生み出されCapable（＝持続可能な雇用能力）な状態となる．

クリンク教授らはCapabilityモデルに基づきあるツールを開発した．それは，Capability questionsというもので，次の７つの項目からなる．

1．知識や技能を使うこと．
2．知識や技能を開発すること．
3．重要な意思決定にかかわること．
4．仕事と重要な関係を築き維持すること．
5．自らの目標設定をすること．
6．よい収入を得ること．
7．価値あるものへ有意義な貢献をすること．

前述した重要な要素は，復職支援においても通ずるものがあると考えられている．すなわち，①常に雇用機会を作り出して維持すること，②労働者も企業も責任を有すること，③そして，そのとき仕事は価値あるものとなり，Capabilityに繋がるということだ．そして，復職が果たされることが，すなわち持続可能な雇用能力が果たされたという意味になる．

### (4) 根拠に基づく復職支援実践ガイドラインをめぐる動き

オランダにはメンタルヘルス不調者に対する産業医向けの復職支援ガイドラインがある．

一方，諸外国に類似したガイドラインがあるかをオランダの研究者らが中心となりレビューしたところ，日本を含む５か国（日本，韓国，フィンランド，オランダ，英国），14のガイドラインが確認されたという．その内訳はデータベース検索でみつかったものが１件で，ほかの13件はそれぞれの国の専門家からの聞き取りで把握できたものだった．そのうちの多くのガイドラインは科学的根拠に基づくものであり，公正に（オランダのガイドラインと）比較可能なものであったという（詳細は稿末の[1]を参照）．それらのガイドラインは多様な内容となっており，それぞれの国の文化や社会保障システムなどの潜在的違いからくるものであった．また，ガイドラインの質の違いも大きく，その作成過程も大きく異なり，推奨項目を欠くガイドラインさえあったということだ（詳細は稿末の[2]を参照）．

復職支援ガイドラインを作成したオランダ産業医学会（会員数約1,800人）では，ガイドライン作成過程において２つの問題提起があったという．すなわち，「どのようにして産業医がこのガイドラインを適正に利用するように促せるか？」と，「産業医がこのガイドラインを順守することで，労働者の休職期間を短縮できるか？」である．そして，次にあげるように前者に対しては実現戦略を作成し，後者に対しては効果評価を行ったとのことで，作成の過程で科学的根拠に基づくこと（evidence based）がしっかりと意識されていることが窺える．

○ガイドライン順守実現戦略について
- 産業医に知識を与えかつモチベーションを高めること．
- 組織的制約などの外的要因を取り除くこと．

○ガイドラインの効果評価について（この研究は現在進行中とのこと）
- 「ガイドラインに習熟した産業医から指導を受けた労働者」と「そうでない産業医から指導を受けた労働者」の２群にわけて，効果評価を行っている．
- 産業医のガイドライン順守については，産業医の診療記録を監査して評価している．
- 患者のアウトカムについては，約3,600人の労働者の復職データを用いて調査中である．

このガイドラインは，作成以降数次の改訂を経て，最新版は2007年改訂版だが，最近，オランダの社会問題省（Ministry of Social Affairs）から予算がおりた関係で，現在改訂作業が進行中で，本年（2016年）12月に公刊予定とのことである．

この間，このガイドラインをいかに使いこな

すかの研究，工夫も行われてきている．今回の研究交流会でのプレゼンテーションでも，ガイドライン作成の背景や効果評価などとともに，アドヒアランス（adherence：理解，主体的関与）を高めるためのトレーニングやツールの紹介，実務で活かされることを期した教育研修支援について報告された．主なものに，「教育研修コースの提供」「e－ラーニングによる研修の提供」「労働者および使用者向けのガイドラインの提供」「ワークショップの開催」「パワーポイントによるスライド研修の提供」「チェックリストの提供」「ガイドラインの提示」「監査報告ツールの提供」「デジタル教材の提供」などがあった．

さらに，オランダ産業医学会は産業医学分野の専門職（安全衛生専門家，組織専門家，雇用専門家など）向けにいくつかの作業内容別ガイドライン（「持ち上げ作業」「重量物作業」「危険を伴う作業」「作業場での安全な行動」「コンピュータを扱う作業」「仕事とプライベートのバランス」「振動作業」）も作成したとのことであった．

オランダ側と日本側双方のプレゼンテーションが終わったあとの意見交換を通じ，それぞれの国の経済・労働事情の違いによる産業保健制度の枠組みや，労働市場自体の違いを考慮する必要性がありつつも，課題として共有しうる点も少なからずあることが示唆された．その主な点には，①休業者の疾患特性を考慮しつつ臨床側のケアに追加する形で，職域側で仕事内容へのアプローチも含めた問題解決技法としての認知行動療法を取り入れることの有用性，②セルフケア支援に際しての動機づけや自己効力感を高めるための行動科学諸理論を応用することの有用性，③疾患や休職をめぐるセルフスティグマ（休業者自らが抱え込んでしまっている負の感情）の低減を図ることの重要性，④復職のタイミング（復職準備性）を考慮することの重要性，⑤休業者が本来持っている身体的・心理社会的強みを支援者（専門職）も把握し，復職の際の本人へのケアはもとより，復帰する職場環境の調整・改善等に役立てることの重要性，などがあった．ただし，これらを支示する実証研究の数は十分ではないとのことで，オランダと日本の双方での継続的な科学的根拠蓄積の必要性が確認された．

## 3．オランダ公衆衛生・産業保健学校（NSPOH）訪問

ティルブルグ大学訪問の翌17日，オランダ公衆衛生・産業保健学校を訪問した．

ここではNSPOHディレクターによるショートイントロダクションに続き，同校研究者による3題のプレゼンテーションが行われた．行動科学の諸理論に基づく「動機づけ」「自己効力感」「復職のタイミング」に焦点を当てたプログラムや，産業保健専門職（産業医，保健師，心理職）向けの復職支援ガイドラインの紹介とともに，復職支援のツールである職務能力評価シート（Capability Profile）が紹介された（表）．

職務能力評価シートは，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，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のか，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，何度もこの過程にかかわる．この調書でなされるのは，量よりも質的な判断とのことである．

筆者らが興味深く感じたのは，この職務能力評価シートでは当該労働者の現時点での就労能力だけではなく，今後の就労能力の見通しまで評価される点である．具体的には，当該労働者の就労能力が，①現状に留まる（これ以上の改善は見込めない），②改善する見込みあり，③低下する見込みあり，のいずれかをその理由を明記して評価するのである．精神科臨床医学に従事する者としては，精神障害者年金診断書を日々作成しているが，実はこの診断書のなかには「当該精神障害者の今後の労務能力回復の見込み」を記入する項目がある．しかし，我が国における産業保健活動の中でこうした所見を書類で作成した経験はほとんどなかった．

表　職務能力評価シート（内容の一部を紹介）

基本事項：
労働者氏名，生年月日，部署，職種，担務，
使用者名，産業医名
記載日，有効期限

次の項目に就業規制を要するものがあれば，チェックすること．もしチェックがなければ，使用者は当該労働者が就業規制のない労働者と同等に働けるものとして扱うことになる．
判定方法は次のルールに則る．
1）判定はすべて「はい」または「いいえ」で記述すること．（「就業制限を要する」または「就業制限を要さない」）
2）「就業制限を要さない」とは，当該労働者と同じ年齢，同性，同じ部門（組織）の労働者と同等の就労能力を有することを意味する．但し，当該労働者の病前の就労能力が十分に把握されて考慮されていること．
3）「就業制限を要する」に該当するときは，産業医はその内容について詳しく記載すること．

○労務能力：
□集中力　□注意転換　□記憶　□単独作業　□特定の作業　の５項目
さらに，
○社会機能（視力，聴力等）：９項目
○動作を伴う作業（片手作業，中腰作業等）：15項目
○就業時間制限の要否
○身体状況（暑熱環境作業等）：８項目
○静止作業（座位，立位等）：７項目
など合計45項目の評価を行う．

我が国の産業保健分野においても，既存の労働安全衛生法上の５管理に留まらず，当該労働者の持続可能な就労能力をサポートする仕組みの導入可能性を検討すべきと思われ，日本版職務能力評価シートの開発と有用性の検討も意味のあることと思われる．その際には，日本の雇用をめぐる諸制度や，産業保健をめぐる多職種連携の枠組みなどについても慎重に検討することが必要と考えられる．

## 4．日本とオランダにおける「リワーク」（復職支援）の違い

前述のように，ティルブルグ大学での筆者らのプレゼンテーションの１つとして，日本のリワークについて報告したが，その後の質疑応答や意見交換を経て，両国のリワークの違いについて，以下のような違いを見てとれた．

オランダには復職支援に関する科学的根拠に基づくガイドラインが存在し，その実際の運用は産業医，または家庭医（General Practitioners）が行っている．一方で，我が国のメンタルヘルス不調に対する復職支援の１つとして，うつ病におけるリワークが近年認知されてきているが，これらは精神科専門医や心理技術者などの専門職が医療機関で行う治療の一環である．つまり，同じ「リワーク（＝復職支援）」といっても担い手が大きく異なる．

この担い手の違いが理由と思われるが，日本モデルとオランダモデルでは「リワーク」の目標とするところが少し異なるようだ．たとえば，オランダのリワークモデルは職域で産業医（または家庭医）が行うものであるため，企業が支払う休業中の所得補償（雇用障害給付制度：従業員が病気で就業できない場合，雇用主が給与の70％を最大１年間支払い続ける義務がある）を減らすことに重きが置かれる傾向がある．つまり，「リワーク」の最大目標は「復職までの期間短縮（休業期間の短縮）」にある．そして，職域で非精神科専門スタッフが行うプログラムなので，あまり重篤な疾患（事例）は扱いにくく，安全上の点からも（リワーク中の病状悪化や事故が起きることを避けるため）早期に復職させるという意向が働いているようだ．また，職域で産業医（または家庭医）が復職支援の役割を強く担う背景には，家庭医制度も関係しているようだ．オランダの家庭医はアメリカ，イギリスのようにゲートキーパーの役割を担っており，住民は救急などの場合を除けば，原則，まず家庭医にかからなければならない．家庭医は

原則無料で受診できるが，専門医にかかるときには約350ユーロ（１ユーロ＝130円換算で約45,500円）を支払う必要がある．実際，96％の健康問題は，家庭医のレベルで解決しているという．精神科専門医はかなり重篤な精神疾患の治療に携わるのが普通で，メンタルヘルス不調者の復職支援のノウハウなどをむしろ持ち合わせていない．

これに対して日本のリワークモデルは，精神科専門スタッフが医療機関で行う治療の一環である．医療従事者の目線で提供されるため，不十分な回復度かつ認知行動変容が十分に果たされていない状態で復職してすぐに再発，再休業するよりも，再発予防に叶う十分な内省と認知行動変容の獲得をもって復職後の就労継続期間が延びることがもっとも重要視されている．つまり，「リワーク」の最大目標は再発防止（再休業防止）である．

このような我が国のリワークモデルの強み（就労継続期間の延長）を活かしつつ，オランダモデルのように復職までの期間短縮も図れれば，労働者個人の立場および社会の立場からみて当然より望ましいと考えられる．

## 謝　辞

最後に，今回の訪問を受け入れて頂いたすべての研究者に感謝を申し上げる．

ティルブルグ大学Tranzo学術交流センター，オランダ公衆衛生・産業保健学校（NSPOH），Evelien Brouwers, Wijo Kop, Ton Wilthagen, Wegter-Hilbers, Jac J L van der Klink, Margot C W Joosen, Carel Hulshof, Roland Blonk（敬称略）．

また，本稿は，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）」の補助を受けて作成した．

### 本稿作成にあたって参照した文献

1）Margot Joosen, et al. An international comparison of occupational health guidelines for the management of mental disorders and stress-related psychological symptoms. Occup Environ Med, 72：313-22. (2015)
2）Margot Joosen, et al. Effectiveness of guideline-based care by occupational physicians on the return-to-work of workers with common mental disorders：design of a cluster-randomized controlled trial. BMC Public Health.13：193（2013）
3）JJL van der Klink, FJH van Dijk. Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care.Scand J Work Environ Health, 29.478-479（2003）

| | | |
|---|---|---|
| ありま | ひであき | 品川駅前メンタルクリニック |
| しまず | あきひと | 東京大学大学院<br>医学系研究科<br>精神保健学分野 |
| えぐち | ひさし | 北里大学医学部<br>公衆衛生学 |
| つつみ | あきずみ | 北里大学医学部<br>公衆衛生学 |



# 産業医に役立つ最新の研究報告

# 職場の健康管理－生活習慣を再考する－

村田勝敬　岩田豊人　前田恵理

## プロローグ

秋田大学医学系研究科環境保健学（旧衛生学）講座では，産業保健領域および環境保健領域における有害環境因子の神経影響を中心に研究している．これまで，神経影響の評価に用いる高次中枢機能検査（P300），脳神経機能検査（聴性脳幹誘発電位，視覚誘発電位），自律神経機能検査（心電図心拍変動，QTc時間），神経行動機能検査（身体重心動揺，ふるえ，反応時間）を効率良く，かつ正確度・再現性を一定に保てるよう工夫を凝らしながら，労働者のみならず小児も対象として測定してきた[1-7]．

これとは別に，職場の定期健康診断（以下，健診）結果に関心があり，全国の職場における心電図，血糖，血中脂質，肝機能，血圧の有所見率（平成25年厚生労働省データ）が各々9.7%，10.2%，32.6%，14.8%，14.7%であるのに対し，秋田県では各々16.3%，16.9%，43.7%，23.1%，23.7%と，全国値に比べて５％以上も高いことに心を痛めていた．確かに，酒処と言われる秋田県では飲酒量が多くかつ東北地方固有の過剰塩分摂取のため，肝機能異常や高血圧の有所見率が高いことは頷ける．しかし，どれ位の飲酒量から健康影響は現れるのか，また心電図，血糖，脂質の有所見率が高いのはどう説明するのか．このような疑問が次から次に湧いてくる．本稿は，これらの疑問に応えるべく疫学的手法を用いた研究結果を紹介する．なお，一連の研究対象は秋田県内の一健康保険組合に属する販売従事者（約3,400名）であったことから，所得，学歴，県民性は概して均一な集団であると考えられた．

## 高血圧に関連する要因

1．Dakeishi M, Murata K, Tamura A, Iwata T. Relation between benchmark dose and no-observed-adverse-effect level in clinical research: effects of daily alcohol intake on blood pressure in Japanese salesmen. Risk Anal 2006; 26: 115-24.

秋田県では高血圧の有所見率が高く，この理由として塩分の過剰摂取が原因と考えられる．しかし，正確な塩分摂取量を算出するために3,000人規模の大集団に対して陰膳法で調べる計画を立案しても実行可能性に難がある．その上得られるデータも，調査期間中の正確な値であっても，長期の塩分摂取量を反映するか疑わしい．何故なら，陰膳法の対象者は同量の食事を一人前多く作らねばならず，普段と異なる簡易メニューを選好する傾向があるからである．そこで，塩分は皆一様に多目に摂っていると仮定し，飲酒が血圧に及ぼす影響を解析した．

研究対象は詳細な飲酒・喫煙習慣や職場ストレスなどの質問票調査に同意し，その後同一健診機関の定期健診を受診した男性1,100名（年齢は44±11歳）であった．飲酒習慣は１週間に350ml缶（この他，500ml缶，大瓶）ビール，日本酒，20（あるいは25）度焼酎等々をどれ程飲むのか具体的に質問し，１日当たりの100%エタノール量（g/日）に換算した（このため，毎週350ml缶ビール１本を飲んでも“飲酒者”となる）．健診機関が水銀血圧計で測定した値を用い，収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上を高血圧と定義した．職場ストレスはストレス強度を５段階で尋ねて数値化し

J Occup Health 2017; 59: 46-54

Journal of Occupational Health

*Original*

# Effects of web-based stress and depression literacy intervention on improving work engagement among workers with low work engagement: An analysis of secondary outcome of a randomized controlled trial

Kotaro Imamura[1], Norito Kawakami[1], Kanami Tsuno[2], Masao Tsuchiya[3], Kyoko Shimada[1], Katsuyuki Namba[4] and Akihito Shimazu[1]

[1]Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Tokyo, Japan, [2]Department of Hygiene, School of Medicine, Wakayama Medical University, Wakayama, Japan, [3]Health Administration and Psychosocial Factor Research Group, National Institute of Occupational Safety and Health, Japan, Kawasaki, Japan and [4]Chugai Pharmaceutical Co., Ltd., Tokyo, Japan

**Abstract: Objective:** The purpose of this randomized, controlled trial was to examine the effects of a psychoeducational information website on improving work engagement among individual workers with low work engagement, where work engagement was measured as a secondary outcome. **Methods:** Participants were recruited from registered members of a web survey site in Japan. Participants who fulfilled the eligibility criteria were randomly allocated to intervention or control groups. Immediately after the baseline survey, the intervention group was invited to study a psychoeducational website called the "UTSMed," which provided general mental health literacy and cognitive behavioral skills. Work engagement was assessed by using the Utrecht Work Engagement Scale at baseline, 1-, and 4-month follow-ups for both intervention and control groups. An exploratory analysis was conducted for a subgroup with low (lower than the median scores) work engagement scores at baseline. **Results:** A total of 1,236 workers completed the baseline survey. In the low work engagement subgroup, a total of 313 and 300 participants were allocated to an intervention and control group, respectively. In the high work engagement subgroup, 305 and 318 participants were allocated to an intervention and control group, respectively. The program showed a significant effect on work engagement ($t = 1.98$, $P = 0.048$) at the 4-month follow-up in the low work engagement subgroup, with a small effect size ($d = 0.17$). **Conclusion:** A web-based psychoeducation resource of mental health literacy and cognitive behavioral skills may be effective for improving work engagement among individual workers with low work engagement.
(J Occup Health 2017; 59: 46-54)
doi: 10.1539/joh.16-0187-OA

**Key words:** Psychoeducation, Web-based intervention, Work engagement, Workers

*Received July 27, 2016; Accepted October 24, 2016*
*Published online in J-STAGE November 22, 2016*
*Correspondence to: Norito Kawakami, Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, 7-3-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-0033, Japan (e-mail: nkawakami@m.u-tokyo.ac.jp)*

## Introduction

Recently, occupational health research has focused on positive health outcomes[1]. One of the important positive health outcomes in the working population is work engagement, which is defined as a positive, fulfilling, work-related state of mind and is measured using three dimensions: vigor, dedication, and absorption[2,3]. Because it is known that work engagement is positively associated with quality of life of employees (i.e., job and family satisfaction) and productivity[4,5], work engagement has been recognized as an important health outcome in occupational health.

Although there is increasing research aimed to develop interventions to improve work engagement, most randomized, controlled trials (RCTs) failed to detect a significant intervention effect on increasing work engagement[4-7]. For example, the RCTs that included lifestyle change pro-

grams such as a physical fitness program[4,6], mindfulness-based intervention[5], or career management skill workshops[7], failed to show a significant improvement in work engagement. On the other hand, other RCTs, which included changing the physical environment[8] or online mindfulness-based intervention[9], showed significant intervention effects for only absorption or vigor, but not dedication So far, only one RCT showed a significant intervention effect of an internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) program on improving work engagement[10]. Theoretically, work engagement is affected by psychological resources such as self-efficacy, optimism, and positive perception regarding one's job[11,12]. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) could improve those psychological resources[13]. Thus, a CBT-based intervention may also be effective in improving work engagement.

However, major limitations exist in the dissemination of these CBT interventions: the programs require that professionals be well trained in CBT[14-16]; time required for sessions, expensive cost for professionals, and stigma toward mental health care are other barriers to implementing a CBT program[17]. A low intensity web-based intervention that is still effective in improving work engagement would be a more desirable alternative. As a less expensive, more easily administered, and potentially more accessible intervention than conventional psychological interventions, a web-based psychoeducational intervention could be such a desirable alternative[18,19]. In previous RCTs, a psychoeducational website for depression aiming at increasing knowledge of mental health and providing CBT skills was shown to be effective in reducing depressive mood among community residents with high levels of depression[20,21]. In these studies, the website was effective in improving depressive symptoms similar to an iCBT program[20,21]. A psychoeducational information website may be effective on increasing work engagement, as well.

It might be important to have workers with low work engagement as a primary target of work engagement interventions. Workers with low work engagement usually have poor mental and physical health, as well as poor job satisfaction and poor work performance[22-25]. On the other hand, recent research has shown that workers with high work engagement may not receive greater health-promoting effect compared to these with its medium level[26,27]. A three-year cohort study reported a U-shaped association between work engagement and major depressive episode (MDE) among workers[27]: the onset of MDE was greater in both groups with high and low work engagement, compared with a group with medium level of work engagement. The other previous one-year cohort study reported that workers with high and medium levels of work engagement showed similarly lower levels of high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP) levels, a risk factor for cardiovascular diseases among workers[26]. Too high levels of work engagement may not be health promoting, or may even have an adverse effect on health. Thus, a primary aim of a work engagement intervention should be to increase work engagement among workers with low work engagement; it may not be needed to improve work engagement among workers who already have high work engagement.

The purpose of this RCT was to examine the effects of a psychoeducational information website program, originally developed for improving depression in individual workers[28], on increasing work engagement among workers with low work engagement, where work engagement was measured as a secondary outcome. We also analyzed the effect of this website program among workers with high work engagement and compared these results with those of workers with low work engagement.

## Methods

### *Trial design*

Data for this study were collected in a previous RCT examining the effects of a web-based psychoeducation intervention on improving depressive symptoms among workers[28]. The Research Ethics Review Board of the Graduate School of Medicine/Faculty of Medicine, the University of Tokyo approved the study procedures (no. 3083-1).

### *Participants*

Participants were recruited from registered members of a web survey site, which registered over one million members in Japan. The inclusion criteria at the baseline survey were: (1) aged 20 to 60 years at the time of study entry and (2) currently employed. There were no exclusion criteria in the present study. The site provides participants with 30 tokens (equivalent to 30 Japanese yen) for completing a web-based questionnaire on each occasion. The aims and procedures of the study were fully explained on a webpage and consent was obtained from a respondent when he or she completed a baseline questionnaire.

### *Interventions*

Participants in the intervention group were provided access to an information website for stress and depression named The University of Tokyo website for Stress Management and Education on Depression; UTSMed (http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/utsmed/)[28]. Briefly, the website consisted of about 90 pages, with around 800 Japanese characters per page. The UTSMed included psychoeducational information about depression (e.g., symptoms, diagnosis, treatment, and mechanisms of depression), stress (e.g., learning about stress and daily tips for coping with stress)[29], and cognitive behavioral therapy (CBT) for self-help (e.g., cognitive restructuring skills, assertiveness

skills, and problem-solving skills)[30-35]. A self-help worksheet to practice each CBT skill was provided on the website. This website was accessible anywhere the internet is available, at no cost.

While the UTSMed was not specifically designed for increasing work engagement, this psychoeducational information website may be effective in increasing work engagement because work engagement is theoretically affected by psychological resources[11,12]. A CBT-based intervention may also be effective on improving work engagement. In this UTSMed program, a CBT component was developed to provide some special features, as follows: (1) Users can learn any part of the content they want at any time; (2) The content has been explained by using actual cases of workers (e.g., a depressed worker who has a problem with his work, boss, or interpersonal relation at work); (3) The CBT contents, especially cognitive restructuring and problem solving, were arranged so that a user can learn the basics of CBT step-by-step; (4) Examples of completed CBT worksheets were prepared to help users understand and work by themselves; and (5) Daily tips for coping with stress (e.g., sleep, alcohol, and exercise) were also prepared.

*CBT components of the UTSMed*

The UTSMed includes five components of cognitive behavioral skills: (1) self-case formulation based on the cognitive behavioral model and self-monitoring, (2) cognitive restructuring, (3) assertiveness training, (4) problem solving techniques, and (5) relaxation training. In component 1, the user learns about a cognitive behavioral (CB) model consisting of five parts: situations, thoughts, emotions, behaviors, and physical feelings[36] and a self-case formulation based on this model. This component becomes the basis for the other four components. In component 2, the user learns about Beck's cognitive model and the cognitive restructuring skills based on this model. The model postulates that an individual's mood and behavior are affected by his/her automatic thoughts, which are shaped by dysfunctional schemas[30]. The cognitive restructuring technique is one of the standard cognitive approaches of CBT and is utilized to change an automatic negative thought into an actual, realistic, and flexible thought[31]. After a self-guided psychoeducational lesson about Beck's cognitive model, the user learns how to change an automatic negative thought into an actual thought through six steps. In steps 1 and 2, the user listens to a lecture on the cognitive ABC model (Activating/Actual event, Belief, and Consequence)[31] and how to identify the automatic thoughts that cause a negative mood. Using a self-guided worksheet, the user selects a particular situation that triggers an automatic thought. In steps 3-5, the user tries to reconsider the rationale behind the automatic thought, seek alternative thinking, and replace the automatic thought with rational thinking. In step 6, the user can check the change in their mood compared with initial cognitive restructuring. In component 3, the user learns about assertiveness, which is typically defined as the legitimate and honest expression of one's personal rights, feelings, beliefs, and interests without violating or denying the rights of others[32]. In order to communicate assertively, the Describe, Express, Specify, and Choose or Consequence (DESC) script is used[33]. In component 4, the user learns about a problem-solving technique based on problem-solving therapy. Problem-solving therapy is a CB intervention that focuses on training adaptive problem-solving attitudes and skills[34]. In component 5, the user learns relaxation techniques such as a breathing method, progressive muscle relaxation method, and autogenic training.

*Intervention and control group conditions*

Immediately after the baseline survey, the intervention group was invited to access UTSMed. They were allowed to access the UTSMed site within 4 months after the baseline survey. At 3 months after the baseline, they were reminded by e-mail to look at the UTSMed site. Participants in the control group were asked to complete the baseline and follow-up surveys. They were not invited to the UTSMed site nor sent a 3-month reminder. However, they were allowed to access any other website on stress and depression.

*Outcome in this study*

Work engagement was assessed using the short form of the Japanese version of the Utrecht Work Engagement Scale (UWES)[37]. The UWES consists of three subscales (i.e., vigor, dedication, and absorption), comprising nine items in total. Items are scored on a 7-point scale ranging from zero (*never*) to six (*always*). A total score was measured using a web-based self-report questionnaire and calculated from all nine items at baseline, 1-month follow-up, and 4-month follow-up.

*Demographic characteristics*

Demographic data, such as age, gender, marital status, occupation, and education were collected at baseline survey.

*Sample size*

A minimum sample size of 587 in each group was determined to detect an effect size of 0.20 for depressive symptoms, at an alpha error rate of 0.05 (two-tailed) and a beta error rate of 0.20, with an expected dropout rate of 30%[28]. A previous RCT to examine the effects of an iCBT program on improving work engagement among workers yielded a Cohen's $d$ of 0.16 at 6-month follow-up[10]. An estimated post hoc power (1-beta) was 0.38 if the effect size was 0.16, assuming that alpha was less than 0.05 (two-tailed), and 70% of the initial 300 respondents

for each of the intervention and control groups for participants with low work engagement completed the follow-up, using the G*Power 3 program[38,39].

*Randomization*

Participants who fulfilled the inclusion criteria were randomly allocated to intervention or control groups, regardless of their baseline levels of work engagement. A simple randomization was conducted. Participants were randomized into the intervention and control groups upon entry using a computer-generated random number. Randomization procedures (i.e., sequence generation and allocation concealment mechanism) were conducted by the web survey company.

*Statistical analysis*

The present study aimed to examine the intervention effect among participants with low work engagement. A subgroup with low work engagement was defined as participants having a score of UWES at baseline lower than the median. An exploratory analysis was conducted for this subgroup, as well as for a subgroup with high work engagement, consisting of the remaining participants for comparison.

As a primary analysis, a mixed model for repeated measures conditional growth model analysis was conducted to estimate fixed effect of a group [(intervention and control) × time (baseline, 1-month and 4-month follow-ups)] interaction as an indicator of intervention effect. Intention-to-treat analysis was conducted. The level of significance was 0.05 (two-tailed). The MIXED procedure in SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp., USA) was used.

As a sensitivity analysis, a mixed model for repeated measures analysis of variance model analysis (ANOVA) was conducted to estimate fixed effect of a group [(intervention and control) × time (baseline and 1-month or 4-month follow-up)] interaction as an indicator of intervention effect at each follow-up.

In addition, the effect sizes and the 95% confidence intervals (CI) for UWES were calculated using Cohen's *d* only among those who completed the questionnaire at baseline and at follow-up. The values of 0.2, 0.5, and 0.8 are generally interpreted as being suggestive of small, medium, and large effects, respectively[40]. For comparison, Cohen's *d* was also calculated for depression measured by using Beck Depression Inventory-II (BDI-II).

As a process evaluation, rate (percentage) of reading each of the contents of the UTSMed was calculated among participants in the intervention group, including both low and high work engagement groups. Participants were asked "How many contents of the UTSMed did you read?" and were told to respond on a 5-point scale ranging from 0 (*little*) to 4 (*all*). Also for each content, participants were asked "Did you read the content of ...," with a dichotomous response option of 0 (*no*) or 1 (*yes*).

## Results

*Recruitment*

Recruitment and the baseline survey were conducted in November 2010. The recruitment stopped after the number of participants for each group exceeded 600. Both groups were surveyed with a web questionnaire at 1-month (December 2010) and 4-month follow-up (March 2011). The participant flowchart is shown in Fig. 1. A total of 1,236 workers completed a baseline survey. Participants were randomly allocated to an intervention or a control group (N = 618 for each). Each group was divided into two groups of participants with low levels of work engagement (2.56 or lower in scores of UWES) and high levels of work engagement (greater than 2.56 in scores of UWES).

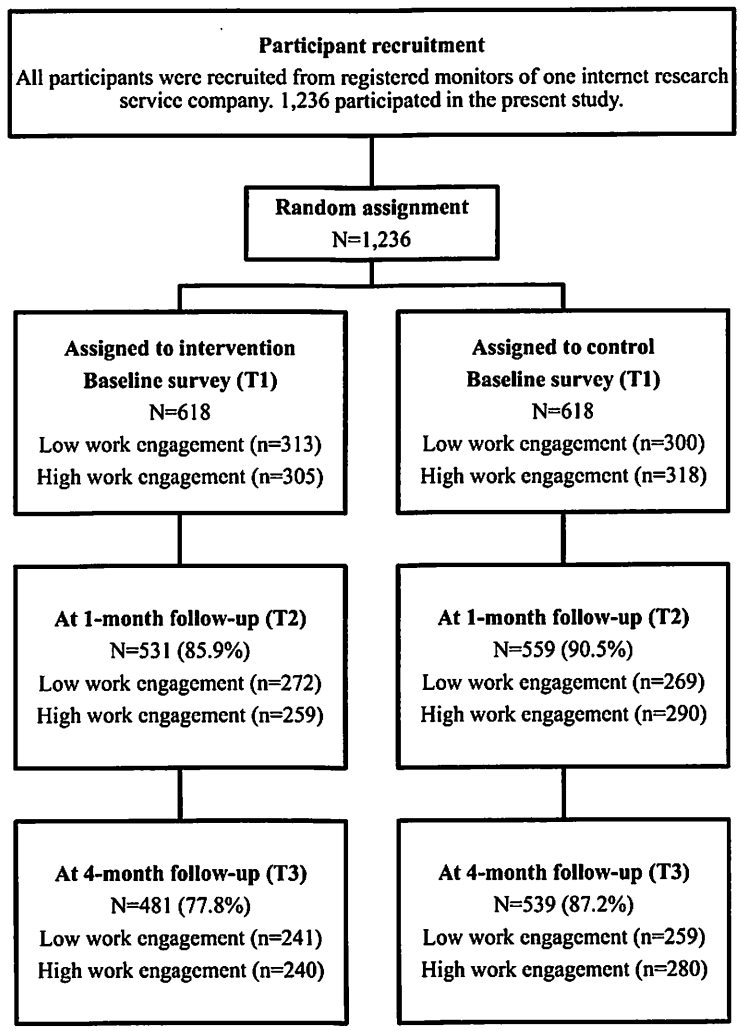
*Baseline characteristics*

Demographic characteristics of participants in the intervention and control groups stratified for subgroups with low and high levels of work engagement are presented in Table 1. In both subgroups, participants who were allocated in the control group tended to be male and married at a higher rate than those of the intervention group. In the whole sample, most participants were males, professionals or clerical, and received university or higher education.

*Effects of the intervention on work engagement*

Table 2 shows the means and standard deviations of the UWES at baseline, 1-month, and 4-month follow-ups in the intervention and control groups separately for the subgroups with low and high work engagement. Table 3 shows the estimated intervention effects of the UTSMed on the UWES on the basis of the mixed-model analyses, also separately for the two subgroups. In the low work engagement subgroup, the UTSMed showed a significant pooled intervention effect on the UWES ($t$ = 1.98, P = 0.048). In a sensitivity analysis, the UTSMed also showed a significant intervention effect on the UWES at 4-month follow-up, while the effect size was small and not significant ($d$ = 0.17, 95% CI: -0.01 to 0.34). In the high work engagement subgroup, the UTSMed failed to show a significant intervention effect on the UWES. However, the effect size at 1-month follow-up was statistically significant ($d$ = 0.17, 95% CI: 0.004 to 0.34) for this subgroup.

For depression as an outcome, in the low work engagement subgroup, changes of BDI-II score (standard deviation) from baseline to follow-ups were -1.0 (6.6) in the intervention group and -2.1 (6.3) in the control group at 1-month follow-up, and -2.5 (7.1) in the intervention group and -2.8 (7.5) in the control group at 4-month follow-up. The UTSMed showed a significant and weak adverse intervention effect ($d$ = 0.17, 95% CI: 0.002 to 0.34) on the




Note: The low work engagement group had lower scores than 2.56 on UWES at baseline, while the high work engagement group had greater scores than 2.56 on UWES at baseline.

**Fig. 1.** participant flowchart

BDI-II at 1-month follow-up, while the effect was not significant at 4-month follow-up ($d$ = 0.04, 95% CI: -0.14 to 0.21). In the high work engagement subgroup, changes of BDI-II score (standard deviation) from baseline to follow-ups were -1.1 (5.2) in the intervention group and -0.9 (5.8) in the control group at 1-month follow-up, and -1.7 (5.9) in the intervention group and -0.8 (5.8) in the control group at 4-month follow-up. The intervention effect was not significant at any of the follow-ups ($d$ = -0.05, 95% CI: -0.22 to 0.12 at 1-month follow-up; $d$ = -0.16, 95% CI: -0.33 to 0.02 at 4-month follow-up).

*Process evaluation*

Among respondents (N = 481) of the intervention group at the 4-month follow-up, 23.7% in the low work engagement subgroup and 27.1% in the high work engagement subgroup read all or most of the contents of the UTSMed; 37.3% in the low work engagement subgroup and 36.3% in the high work engagement subgroup read some of the contents. In more detail, in terms of the self-case formulation section, 54.4% of participants in the low work engagement subgroup and 59.2% in the high work engagement subgroup read the contents. In the cognitive restructuring section, 47.5% in the low work engagement subgroup and 50.0% in the high work engagement subgroup read the contents. In the assertiveness training section, 39.4% in the low work engagement subgroup and 45.8% in the high work engagement subgroup read the contents. In the problem solving section, 40.7% in the low work engagement subgroup and 45.5% in the high work engagement subgroup read the contents. In the relaxation training section, 46.9% in the low work engagement subgroup and 53.7% in the high work engagement subgroup read the contents. Log data when individual

**Table 1.** Baseline characteristics of participants in intervention and control groups in each group.

| | Low work engagement (UWES<2.56) | | | | High work engagement (UWES≥2.56) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Intervention (N=313) | | Control (N=300) | | Intervention (N=305) | | Control (N=318) | |
| | N/mean | (%/SD) | N/mean | (%/SD) | N/mean | (%/SD) | N/mean | (%/SD) |
| Gender (men) | 196 | (62.6) | 224 | (74.7) | 208 | (68.2) | 242 | (76.1) |
| Age (years) | 38.0 | (8.5) | 39.1 | (8.5) | 39.9 | (9.4) | 40.9 | (8.8) |
| Marital status (married) | 154 | (49.2) | 167 | (55.7) | 170 | (55.7) | 205 | (64.5) |
| Occupation | | | | | | | | |
| Manager | 40 | (12.8) | 30 | (10.0) | 57 | (18.7) | 71 | (22.3) |
| Professional | 86 | (27.5) | 98 | (32.7) | 76 | (24.9) | 80 | (25.2) |
| Clerical | 111 | (35.5) | 86 | (28.7) | 90 | (29.5) | 81 | (25.5) |
| Production | 37 | (11.8) | 36 | (12.0) | 38 | (12.5) | 43 | (13.5) |
| Sales | 34 | (10.9) | 44 | (12.7) | 42 | (13.8) | 36 | (11.3) |
| Others | 5 | (1.6) | 6 | (2.0) | 2 | (0.7) | 7 | (2.2) |
| Education | | | | | | | | |
| High school | 80 | (25.6) | 71 | (23.7) | 74 | (24.3) | 87 | (27.4) |
| Some college | 73 | (23.3) | 69 | (23.0) | 55 | (18.0) | 66 | (20.8) |
| University | 142 | (45.4) | 140 | (46.7) | 161 | (52.8) | 147 | (46.2) |
| Graduate school | 18 | (5.8) | 20 | (6.7) | 15 | (4.9) | 18 | (5.7) |
| Work engagement (scored by UWES) | 1.4 | (0.7) | 1.5 | (0.7) | 3.3 | (0.6) | 3.4 | (0.8) |

Note: UWES, Utrecht Work Engagement Scale.

**Table 2.** Average scores of work engagement at baseline, one- and four-month follow-up in each group.

| | Low work engagement at baseline (UWES<2.56) | | | | | | High work engagement at baseline (UWES≥2.56) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Intervention | | | Control | | | Intervention | | | Control | | |
| | N | Mean | (SD) | N | Mean | (SD) | N | Mean | (SD) | N | Mean | (SD) |
| Baseline | 313 | 1.4 | (0.7) | 300 | 1.5 | (0.7) | 305 | 3.3 | (0.6) | 318 | 3.4 | (0.8) |
| 1-month F/U | 272 | 1.7 | (0.9) | 269 | 1.8 | (0.9) | 259 | 3.1 | (0.9) | 290 | 3.2 | (0.9) |
| 4-month F/U | 241 | 1.9 | (0.9) | 259 | 1.8 | (0.9) | 240 | 3.1 | (0.9) | 280 | 3.2 | (1.0) |

Note: UWES, Utrecht Work Engagement Scale; F/U, follow-up.

participants accessed the UTSMed were not collected.

## Discussion

The present RCT examined the effects of a psychoeducation website, the UTSMed, for improving work engagement at 1- and 4-month follow-ups among workers grouped into low and high work engagement subgroups in Japan. For the low work engagement subgroup, the UTSMed showed a significant intervention effect on work engagement, but with a small effect size of 0.17 at the 4-month follow-up. For the high work engagement subgroup, the UTSMed showed a marginally statistically significant intervention effect size on work engagement only at the 1-month follow-up (Cohen's $d = 0.17$). Therefore, a web-based psychoeducation approach may be effective in improving work engagement for workers who have low work engagement.

To our knowledge, this is the first RCT that has demonstrated a positive effect of a psychoeducational information website on improving work engagement, specifically targeting workers with low work engagement. This result is consistent with a previous RCT that reported that an iCBT program was effective in improving work engagement among healthy workers[10]. Cognitive behavioral therapy components of the UTSMed could be effective for improving work engagement, presumably by increasing psychological resources theoretically associated with

**Table 3.** Effect of the UTSMed on work engagement in each groups.

| | Low work engagement at baseline (UWES<2.56) | | | | High work engagement at baseline (UWES≥2.56) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Estimates of fixed effects (95% CI) | t | p | Cohen's d (95% CI) | Estimates of fixed effects (95% CI) | t | p | Cohen's d (95% CI) |
| 1 months* | −0.01 (−0.13 to 0.11) | −0.19 | 0.85 | −0.04 (−0.20 to 0.13) | 0.12 (−0.01 to 0.25) | 1.78 | 0.08 | 0.17 (0.004 to 0.34) |
| 4 months* | 0.15 (0.02 to 0.29) | 2.27 | 0.02 | 0.17 (−0.01 to 0.34) | −0.01 (−0.15 to 0.14) | −0.07 | 0.94 | 0.00 (−0.17 to 0.17) |
| Pooled** | 0.08 (0.0009 to 0.16) | 1.98 | 0.048 | | 0.00 (−0.08 to 0.08) | 0.03 | 0.97 | |

Note: UWES, Utrecht Work Engagement Scale.
* A mixed-model for repeated measures ANOVA model analyses was conducted.
** A mixed-model for repeated measures conditional growth model analyses was conducted.

work engagement[11,41]. While the effect size of UTSMed on work engagement was small ($d$ = 0.17), the public health impact can be large, when considering the great accessibility and minimal cost of this kind of low-intensity, self-help, psychoeducational information intervention program. The program is particularly useful, because the effect was clearer for a subgroup with low work engagement, which is considered to enjoy the merit of improved work engagement without a concern for a possible adverse health effect of too much work engagement. In our previous report, we failed to show a significant intervention effect of UTSMed on improving depression in a group of participants who did not visit a clinic for their mental health problem[28]. In the present study, the UTSMed did not show a significant effect on improving depressive symptoms in any subgroup; rather, the program slightly increased depression of the participants at 1-month follow-up in the subgroup with low work engagement, possibly because of increased awareness for stress[28]. Thus, the effect of UTSMed on improving work engagement is less likely to be explained by improvement of depression. The mechanism of UTSMed improving work engagement may be independent of depression. However, in a previous study, it was reported that improving depression partly mediated improvement of work engagement in a six-session web-based CBT training[10]. Interactions between these two outcomes (i.e., work engagement and depression) relating to a CBT program may depend on the intensity of the program and the target population.

The UTSMed showed an intervention effect on improving work engagement which gradually increased with time in the low work engagement subgroup. On the other hand, the high work engagement subgroup showed a significant and small increase in work engagement at 1-month follow-up ($d$ = 0.17), which disappeared at 4-month follow-up. There was almost no difference in access to the contents of UTSMed during the follow-up between the subgroups with high and low work engagement. In the low work engagement subgroup, i.e. workers with lower vigor, dedication, and absorption state, participants may take more time to put knowledge into practice. In the high work engagement population, the UTSMed may have a short-term effect on maintaining work engagement, but the effect does not seem to remain for a longer period. A possible reason is a ceiling effect. It is possible that the UTSMed is too low intensity to improve work engagement among participants who already had high work engagement. A higher intensity intervention and/or an intensive follow-up may be needed to improve work engagement for a longer period among employees with high work engagement. Further research is required to determine if it is beneficial to improve work engagement among people with high work engagement.

Only about a quarter of the intervention participants were found to read content on the UTSMed. The low rates of reading the content may limit the intervention effect. In addition, there was almost no difference among the contents of the program associated with components of CBT in terms of the proportion being read by the intervention participants. Thus, from the current study, it was

unclear which content component was more associated with improved work engagement. Further study is needed to examine the effectiveness of each of the components of CBT on improving work engagement.

*Limitations*

This study has several limitations. First, the present study did not use a stratified, permuted-block, randomization into the low or high levels of work engagement subgroups at baseline. Instead, participants were divided into two subgroups after a simple randomization. The sample may be biased between the intervention and the control groups in each of the two subgroups. Second, all participants were recruited from registered members of a web survey site in Japan. Participants were supposed to have experience using a PC. Workers who had extremely low levels of work engagement (i.e. workers who did not even have an energy to use PC) may not be included in this study. Therefore, generalization of the present findings to the working population is limited. Third, the intervention group had a greater rate of dropping out from the study. Dropouts may have caused an attrition bias, particularly if participants in the intervention group had higher levels of motivation and were more likely to browse the UTSMed.

*Acknowledgments:* We appreciate the help of the following persons in completing this project: Hiromi Tanigawa and Mitsuyo Kuroda.

*Conflicts of interest:* None.

## References

1) Schaufeli WB. The future of occupational health psychology. Appl Psychol 2004; 53: 502-517.
2) Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker AB. The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. J Happiness Stud 2002; 3: 71-92.
3) Schaufeli WB, Bakker AB. UWES-Utrecht work engagement scale: test manual. Unpublished Manuscript: Department of Psychology, Utrecht University; 2003.
4) Strijk JE, Proper KI, van Mechelen W, van der Beek AJ. Effectiveness of a worksite lifestyle intervention on vitality, work engagement, productivity, and sick leave: results of a randomized controlled trial. Scand J Work Environ Health 2013; 39: 66-75.
5) van Berkel J, Boot CR, Proper KI, Bongers PM, van der Beek AJ. Effectiveness of a worksite mindfulness-related multicomponent health promotion intervention on work engagement and mental health: results of a randomized controlled trial. PLoS One 2014; 9: e84118.
6) Oude Henge KM, Blatter BM, Joling CI, van der Beek AJ, Bongers PM. Effectiveness of an intervention at construction worksites on work engagement, social support, physical workload, and need for recovery: results from a cluster randomized controlled trial. BMC Public Health 2012; 12: 1.
7) Vuori J, Toppinen-Tanner S, Mutanen P. Effects of resource-building group intervention on career management and mental health in work organizations: randomized controlled field trial. J Appl Psychol 2012; 97: 273-286.
8) Coffeng JK, Hendriksen IJ, Duijts SF, Twisk JW, van Mechelen W, Boot CR. Effectiveness of a combined social and physical environmental intervention on presenteeism, absenteeism, work performance, and work engagement in office employees. J Occup Environ Med 2014; 56: 258-265.
9) Aikens KA, Astin J, Pelletier KR, et al. Mindfulness goes to work: impact of an online workplace intervention. J Occup Environ Med 2014; 56: 721-731.
10) Imamura K, Kawakami N, Furukawa TA, et al. Effects of an internet-based cognitive behavioral therapy intervention on improving work engagement and other work-related outcomes: an analysis of secondary outcomes of a randomized controlled trial. J Occup Environ Med 2015; 57: 578-584.
11) Koyuncu M, Burke RJ, Fiksenbaum L. Work engagement among women managers and professionals in a Turkish bank: Potential antecedents and consequences. Equal Opportunities International 2006; 25: 299-310.
12) Schaufeli WB, Shimazu A, Taris TW. Being driven to dork excessively hard The evaluation of a two-factor measure of workaholism in The Netherlands and Japan. Cross Cult Res 2009; 43: 320-348.
13) Crisp D, Griffiths K, Mackinnon A, Bennett K, Christensen H. An online intervention for reducing depressive symptoms: secondary benefits for self-esteem, empowerment and quality of life. Psychiatry Res 2014; 216: 60-66.
14) World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. In: Atlas: Mental Health Resources in the World 2001. Geneva: World Health Organization; 2001.
15) World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. In: Mental health atlas 2005. Rev ed. Geneva: World Health Organization; 2005.
16) World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. In: Mental health atlas 2011. Updated and revised ed. Geneva: World Health Organization; 2011.
17) Ruwaard J, Lange A, Bouwman M, Broeksteeg J, Schrieken B. E-mailed standardized cognitive behavioural treatment of work-related stress: a randomized controlled trial. Cogn Behav Ther 2007; 36: 179-192.
18) Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. BMC Med 2009; 7: 1.
19) National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: the treatment and management of depression in adults (update). In: Clinical guideline. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2009.
20) Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. Br Med J 2004; 328: 265-268A.
21) Mackinnon A, Griffiths KM, Christensen H. Comparative randomised trial of online cognitive-behavioural therapy and an

information website for depression: 12-month outcomes. Br J Psychiatry 2008; 192: 130-134.
22) Bakker AB, Leiter MP. Work engagement: A handbook of essential theory and research. Psychology Press; 2010.
23) Shimazu A, Schaufeli WB, Kamiyama K, Kawakami N. Workaholism vs. work engagement: the two different predictors of future well-being and performance. Int J Behav Med 2015; 22: 18-23.
24) Hakanen JJ, Schaufeli WB. Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. J Affect Disord 2012; 141: 415-424.
25) Innstrand ST, Langballe EM, Falkum E. A longitudinal study of the relationship between work engagement and symptoms of anxiety and depression. Stress and health 2012; 28: 1-10.
26) Eguchi H, Shimazu A, Kawakami N, Inoue A, Nakata A, Tsutsumi A. Work engagement and high-sensitivity C-reactive protein levels among Japanese workers: a 1-year prospective cohort study. Int Arch Occup Environ Health 2014; 88: 1-8.
27) Imamura K, Kawakami N, Inoue A, et al. Work Engagement as a Predictor of Onset of Major Depressive Episode (MDE) among Workers, Independent of Psychological Distress: A 3-Year Prospective Cohort Study. PLoS One 2016; 11: e0148157.
28) Imamura K, Kawakami N, Tsuno K, Tsuchiya M, Shimada K, Namba K. Effects of web-based stress and depression literacy intervention on improving symptoms and knowledge of depression among workers: A randomized controlled trial. J Affect Disord 2016; 203: 30-37.
29) Lazarus RS. Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press; 1991.
30) Beck AT. Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Hoeber Medical Division; 1967.
31) Beck AT. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
32) Alberti RE, Emmons ML. Your perfect right: assertiveness and equality in your life and relationships. 8th ed. Atascadero, Calif.: Impact Publishers; 2001.
33) Bower SA, Bower GH. Asserting yourself: a practical guide for positive change. Updated ed. Cambridge, MA: Da Capo Life Long; 2004.
34) Bell AC, D'Zurilla TJ. Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. Clin Psychol Rev 2009; 29: 348-353.
35) D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. J Abnorm Psychol 1971; 78: 107-126.
36) Padesky CA, Greenberger D. Clinician's guide to Mind over mood. New York: Guilford Press; 1995.
37) Shimazu A, Schaufeli WB, Kosugi S, et al. Work engagement in Japan: Validation of the Japanese version of the Utrecht Work Engagement Scale. Appl Psychol 2008; 57: 510-523.
38) Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009; 41: 1149-1160.
39) Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods 2007; 39: 175-191.
40) Cohen J. A Power Primer. Psychol Bull 1992; 112: 155-159.
41) Halbesleben JR. A meta-analysis of work engagement: Relationships with burnout, demands, resources, and consequences. In: Work engagement: A handbook of essential theory and research. New York: Psychology Press; 2010. p. 102-117.

Journal of Occupational Health is an Open Access article distributed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. To view the details of this license, please visit (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

メンタルヘルス不調を来した労働者を支援するための

## 就労に関する意見書

# FIT NOTEシステム

## 導入マニュアル　事業者用

**働くことで健康を築く**

FIT NOTE（就労に関する意見書）とは、
労働者の仕事と健康を両立させるために
医師が発行する意見書です



本マニュアルには、メンタルヘルス不調を来した労働者の職場復帰を促し、長期休業を予防するために、
主治医が就労に関する意見を述べるFIT NOTEシステムの概要が記されています。
わが国に、公式に導入されている制度ではありませんが、当該労働者の支援のヒントとしてご参照下さい。

# FIT NOTEとは

主治医と職場の橋渡しになる可能性のある文書です。

心身の不調で休業した労働者の早期の復職を促したり、不要な休業を避けたりすることを目的としています。

復職のための話し合いを早期に始めるために、主治医には、できるだけ早く発行してもらうことを企図しています。

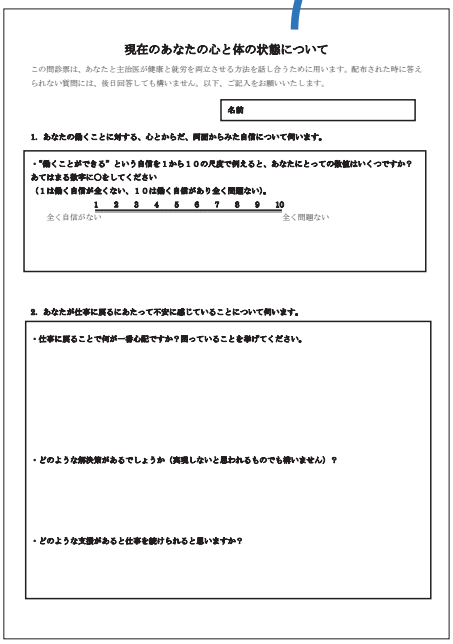
産業保健職の支援が少ない職場でも、主治医とのコミュニケーションをもとに、職場で配慮するにより、労働者の職場復帰を可能とさせることを目指しています。

ただし、職場での配慮が不可能である場合でも、労働者の雇い止め（解雇）をするようなことを前提とした文書ではありません。

# FIT NOTE 作成の仕方

労働者の
就労準備状態を
尋ねます

事業所から
労働者の就業状況を
尋ねます



現在のあなたの心と体の状態について

この問診票は、あなたと主治医が健康と就労を両立させる方法を話し合うために用います。配布された時に答えられない質問には、後日回答しても構いません。以下、ご記入をお願いいたします。

名前

1. あなたの働くことに対する、心とからだ、両面からみた自信について伺います。

・"働くことができる" という自信を１から１０の尺度で例えると、あなたにとっての数値はいくつですか？
あてはまる数字に○をしてください
（１は働く自信が全くない、１０は働く自信があり全く問題ない）。

1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

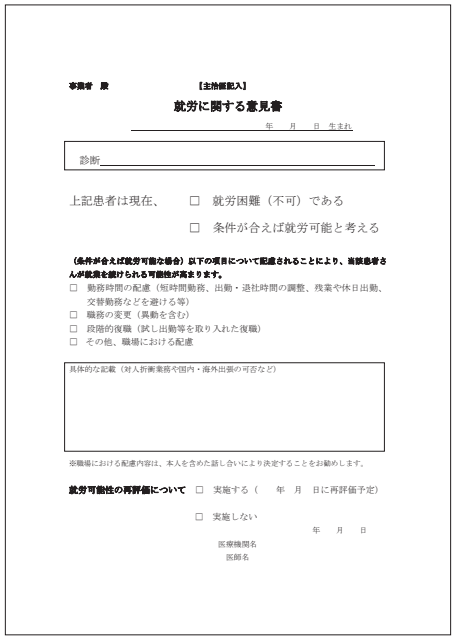
全く自信がない　　全く問題ない

2. あなたが仕事に戻るにあたって不安に感じていることについて伺います。

・仕事に戻ることで何が一番心配ですか？思っていることを挙げてください。

・どのような解決策があるでしょうか（実現しないと思われるものでも構いません）？

・どのような支援があると仕事を続けられると思いますか？



事業者　殿　　【主治医記入】

就労に関する意見書

年　月　日　生まれ

診断

上記患者は現在、　□ 就労困難（不可）である

□ 条件が合えば就労可能と考える

（条件が合えば就労可能な場合）以下の項目について配慮されることにより、当該患者さんが就業を続けられる可能性が高まります。

□ 勤務時間の配慮（短時間勤務、出勤・退社時間の調整、残業や休日出勤、交替勤務などを避ける等）
□ 職務の変更（異動を含む）
□ 段階的復職（試し出勤等を取り入れた復職）
□ その他、職場における配慮

具体的な記載（対人折衝業務や国内・海外出張の可否など）

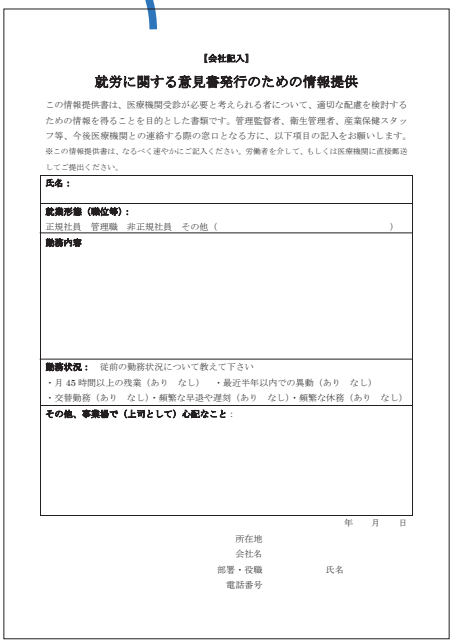
※職場における配慮内容は、本人を含めた話し合いにより決定することをお勧めします。

就労可能性の再評価について　□ 実施する（　年　月　日に再評価予定）

□ 実施しない

年　月　日

医療機関名
医師名



【会社記入】

就労に関する意見書発行のための情報提供

この情報提供書は、医療機関受診が必要と考えられる者について、適切な配慮を検討するための情報を得ることを目的とした書類です。管理監督者、衛生管理者、産業保健スタッフ等、今後医療機関との連絡する際の窓口となる方に、以下項目の記入をお願いします。
※この情報提供書は、なるべく速やかにご記入ください。労働者を介して、もしくは医療機関に直接郵送してご提出ください。

氏名：

就業形態（職位等）：
正規社員　管理職　非正規社員　その他（　　）

勤務内容

勤務状況：　従前の勤務状況について教えて下さい
・月 45 時間以上の残業（あり　なし）　・最近半年以内での異動（あり　なし）
・交替勤務（あり　なし）・頻繁な早退や遅刻（あり　なし）・頻繁な休務（あり　なし）

その他、事業場で（上司として）心配なこと：

年　月　日

所在地
会社名
部署・役職　　氏名
電話番号

就労に関する意見書

# FIT NOTEシステム

## 導入マニュアル 事業者用

## 目　次


1．FIT NOTE（就労に関する意見書）の意義…… 2

2．FIT NOTE（就労に関する意見書）の効果に関する科学的根拠…… 5

3．休業のための診断書とFIT NOTE（就労に関する意見書）との考え方の違い… 6

4．FIT NOTE（就労に関する意見書）で使用する文書…… 8

5．FIT NOTE（就労に関する意見書）作成にあたっての留意事項…… 12

1）FIT NOTE（就労に関する意見書）（主治医記入）…… 12

2）就労の準備状態について
（現在のあなたの心と体の状態について：労働者記入）…… 14

3）就労に関する意見書発行のための情報提供（職場記入）…… 16

6．労働者にとってのFIT NOTE（就労に関する意見書）の使い方…… 18

7．事業者にとってのFIT NOTE（就労に関する意見書）の使い方…… 18

8．FIT NOTE（就労に関する意見書）の活用事例…… 20

9．FIT NOTE（就労に関する意見書）システムに関するQ&A …… 22

# 1．FIT NOTE（就労に関する意見書）の意義

## ▶（1）FIT NOTE（就労に関する意見書）とは

医師が、労働者の疾病管理状況や症状を鑑みて、就労上の配慮事項を会社側へ提案し、医師の意見を表明する文書です。メンタルヘルス不調者の就労能力について、職場とコミュニケーションを取りながら、当該労働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し、早期復職を促し不要な休業の防止を促すために使用します。

## ▶（2）FIT NOTE（就労に関する意見書）のメリット

### 1）小規模事業所における職場復帰に関わる課題

| 対象 | 課題 |
|---|---|
| 事業者側 | ・産業保健職（医）の不在<br>・労働者の健康状態が把握できず、復帰時に適切な配慮が困難<br>・長期休業に伴う生産性の低下、さらに周辺の負荷増大による組織全体の生産性や活力の低下<br>・安全配慮義務違反、労働災害認定などの訴訟リスク |
| 労働者側 | ・長期休業による予後の不良<br>・長期休暇取得の制度がないため、状態が改善しないまま出社することによるメンタルヘルス不調の慢性化<br>・メンタルヘルス不調ということだけで退職を迫られるリスク |
| 主治医側 | ・職場との連絡手段の欠如<br>・労働者の職場環境や業務内容に関する情報の不足<br>・一部で労働者都合の診断書を発行（主治医の考えとの差違） |

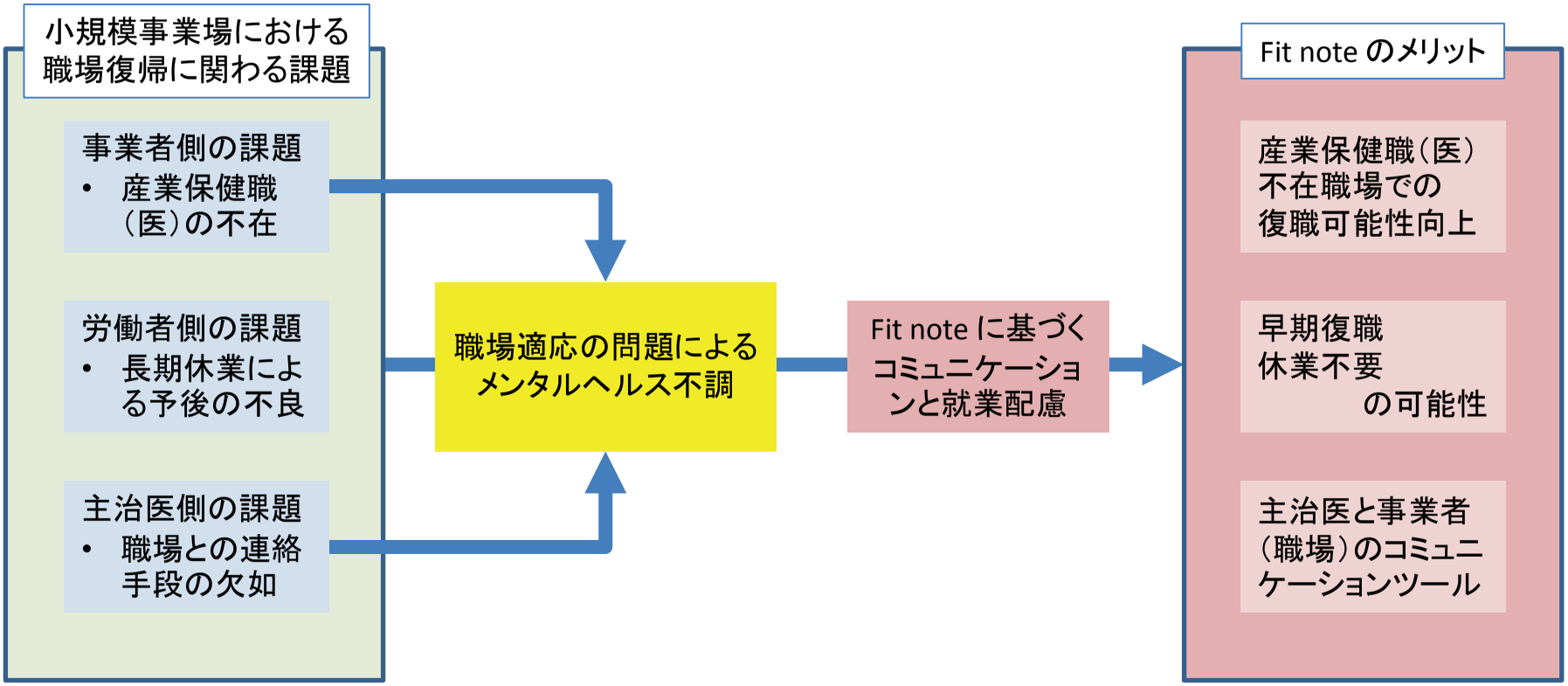
上記のような職場復帰に関わる課題は、職場環境や職務内容による不適応が労働者に起こった時に、就労するにあたってとるべき対応について指導できる産業保健職がいない小規模事業所において起こりやすい問題です。**FIT NOTE（就労に関する意見書）**に基づいて【主治医－労働者－事業者】のコミュニケーションの促進を図ることで、適切な就労配慮を実施することができ、早期復職・不要な休業の防止が期待できます。

## 2）FIT NOTE（就労に関する意見書）使用におけるメリット

| 対象 | メリット |
|---|---|
| 事業者側 | ・産業保健職（医）不在職場での復職可能性の向上<br>・労働力の損失を予防（医師の指示に基づく適正配置）<br>・安全配慮義務履行 |
| 労働者側 | ・不要な休業の回避や早期復職の可能性<br>・復職時に会社と交渉するエンパワーメントを得ることが可能<br>・退職の回避 |
| 主治医側 | ・事業者（職場）とのコミュニケーションの円滑化<br>・労働者の都合による診断書ではなく、医師の見解を述べることが可能 |

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**を用いることにより、主治医が就業可能と判断するレベルと、職場が復帰する労働者に求めるレベルの差を小さくし、職場の不適応への対応を最大限に支援します。

# 労働者の早期職場復帰を助けるFIT NOTE




FIT NOTEは、産業保健職が不足している事業場と主治医を結び早期復職を図るコミュニケーションツールです。

## 2．FIT NOTE（就労に関する意見書）の効果に関する科学的根拠

FIT NOTEシステムは、2010年に英国で法制化された労働者の職場復帰支援策です。**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は従来の『要休業』を示す診断書ではなく、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、Carol Black卿によるレビューが主要なエビデンスになっています[1]。その骨子は、以下のとおりです。

1）就労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[2]。
2）就労は仕事が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[2]。
3）多くの休業者は軽症で、何らかの配慮をすることで就労可能であるが、不必要に労働市場から排除されている[3]。
4）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[2]。

以上により、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しています[4]。
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、英国において効果検証が進められています。

わが国には**FIT NOTE（就労に関する意見書）**もしくは類似するシステムは存在しないため、今後の研究・調査の結果が待たれます。しかしながら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、我が国の臨床例でも認められています。**FIT NOTE（就労に関する意見書）**の導入により、産業保健体制の十分でない職場への適応の可能性があります。

**・仕事をすることは、一般に健康に良いものである**
**・長く仕事をしないことは、心身の健康を損なう**
**・多くの休業者は軽症で、何らかの配慮をすることにより復職できる**
**・休業期間が長いほど、離職リスクが高まる**

〈英国雇用年金省　『Fit Noteを最大限に活用する　GPガイダンス』より抜粋〉

1.Black 2008; Department of Work and Pensions[DWP]2008
2.Waddell and Burton 2006
3.Hann and Sibbald 2011
4.Hann and Sibbald 2011;O’ Brien et al 2008

## 3．休業のための診断書とFIT NOTE（就労に関する意見書）との考え方の違い
（労働者の就労可能性の評価について）

現在一般に使用されている診断書は、主に労働者の臨床所見に基づいて、療養や就労の制限、もしくは休業について医師の意見を述べるものになっています。**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は、労働者の職場の状況も勘案した上で、就労を継続するために有用な助言を医学的な見地から述べるものです。

### ▶ 1）従来の診断書にFIT NOTE（就労に関する意見書）が付加する機能

| | 従来の診断書がもっている機能 | FIT NOTE（就労に関する意見書）が付加する機能 |
|---|---|---|
| 目的 | 医療情報の共有 | 早期復職、不要な休業の防止 |
| 考え方 | ・傷病による勤務の可否（一般に、要休業・勤務制限）を示す証明書 | ・働くことは健康に良いとする考え<br>・就業上の配慮をすることにより就業継続・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 |
| 記載内容 | ・診断<br>・休業期間 | ・診断（就労を困難としている状態で可）<br>・就業は可とする意見<br>・就労上の配慮についての助言 |
| 機能 | ・休職及び復職（指針に示す第３ステップ）の手続きが開始される用件 | ・事業者（及び労働者）が就業について検討する際、参考とする事項<br>・就業・復職しない場合、休業補償の申請と連動* |
| 受領後のアクション | ・休業・復職の手続き開始<br>（復職の場合）復職前面談等で、就業制限事項を決定。<br>・上司・産業保健スタッフ・本人で内容を確認<br>（復職の場合）検討された就業制限の下、復職プロセスの開始 | ・就業上の配慮を検討<br>・就業配慮事項について、事業者、労働者間で合意<br>・検討された就業上の配慮の下就業継続 |

＊英国での使用例

# FIT NOTE（就労に関する意見書）のシステム

※必要に応じて、
労働者を通じて
主治医から会社に
依頼する

『就労に関する意見書発行のための情報提供』※

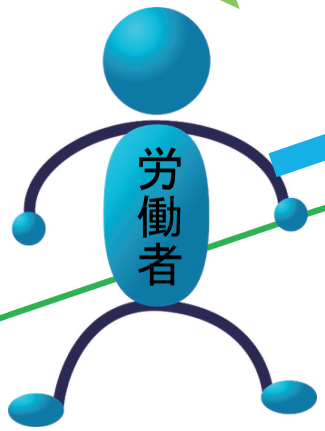
『就労の準備状態について』



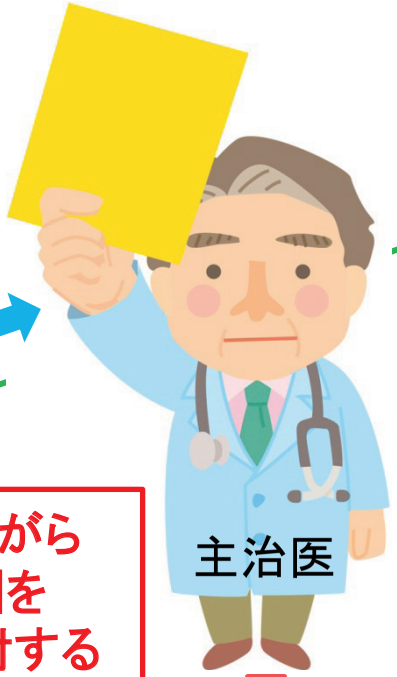
会社

FIT NOTE

『就労に関する意見書』




『治療しながら
働くこと』を
一緒に検討する



主治医

「こうしたら就労できますよ」というアドバイスをする

# 4．FIT NOTE（就労に関する意見書）で使用する文書

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**には、以下のような文書が用意されています。

## ▶ 1）FIT NOTE（就労に関する意見書）

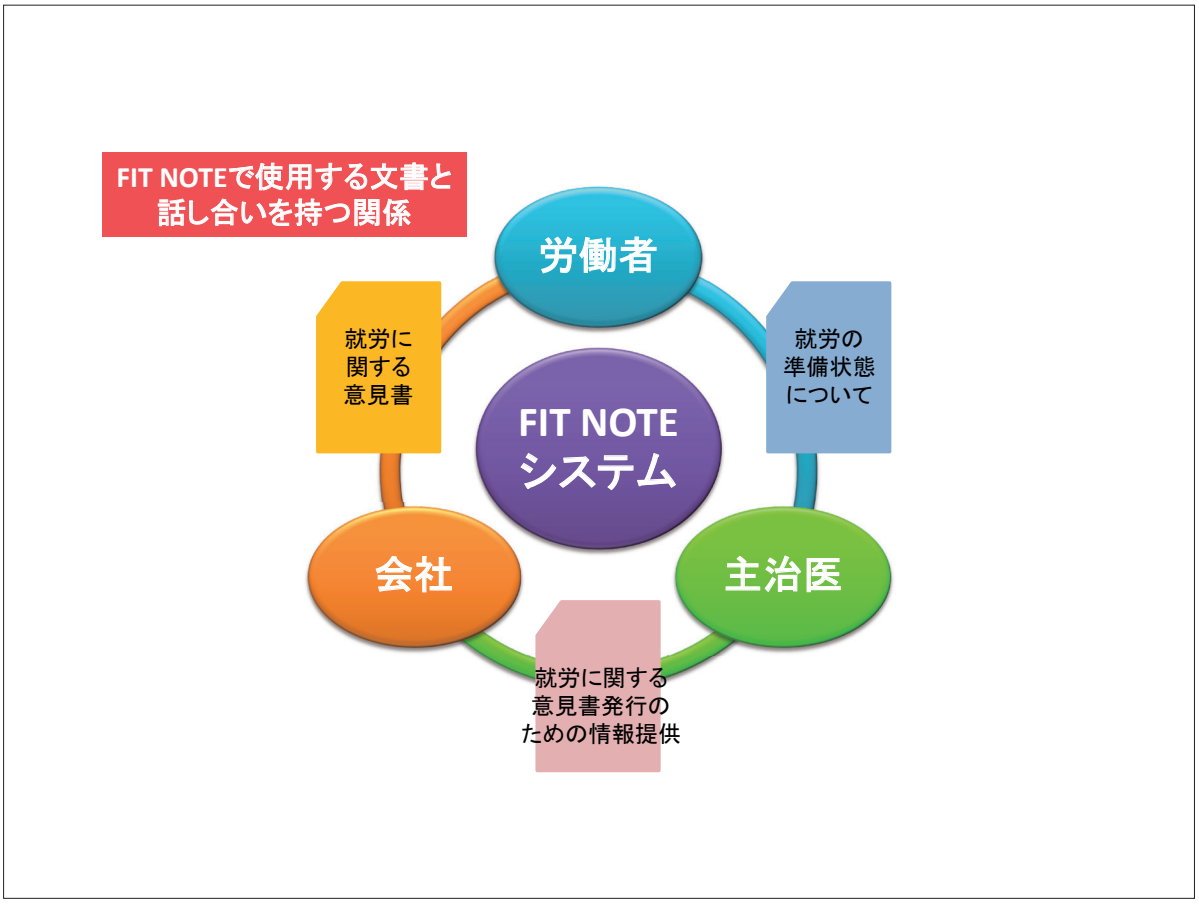
臨床症状を踏まえた就労能力を評価し、就労可否及び条件を示します。

## ▶ 2）就労の準備状態について（現在のあなたの心と体の状態について）

労働者の就労に対するモチベーションの高さや職場のストレス要因、解決策の参考にします。

## ▶ 3）就労に関する意見書発行のための情報提供

労働者に期待されている業務内容および現在の勤務状況を確認します。



## ▶ 1）FIT NOTE 就労に関する意見書

事業者　殿　　【主治医記入】

### 就労に関する意見書

年　月　日　生まれ

診断＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記患者は現在、　□　就労困難（不可）である

□　条件が合えば就労可能と考える

**（条件が合えば就労可能な場合）以下の項目について配慮されることにより、当該患者さんが就業を続けられる可能性が高まります。**

□　勤務時間の配慮（短時間勤務、出勤・退社時間の調整、残業や休日出勤、交替勤務などを避ける等）
□　職務の変更（異動を含む）
□　段階的復職（試し出勤等を取り入れた復職）
□　その他、職場における配慮

具体的な記載（対人折衝業務や国内・海外出張の可否など）

※職場における配慮内容は、本人を含めた話し合いにより決定することをお勧めします。

**就労可能性の再評価について**　□　実施する（　年　月　日に再評価予定）

□　実施しない

年　月　日

医療機関名

医師名

## ▶ 2）就労の準備状態について（現在のあなたの心と体の状態について）

### 現在のあなたの心と体の状態について

この問診票は、あなたと主治医が健康と就労を両立させる方法を話し合うために用います。配布された時に答えられない質問には、後日回答しても構いません。以下、ご記入をお願いいたします。

| 名前 |
|---|

**1. あなたの働くことに対する、心とからだ、両面からみた自信について伺います。**

**・“働くことができる”という自信を１から１０の尺度で例えると、あなたにとっての数値はいくつですか？あてはまる数字に〇をしてください**
**（１は働く自信が全くない、１０は働く自信があり全く問題ない）。**

**1　2　3　4　5　6　7　8　9　10**

全く自信がない　　全く問題ない

**2. あなたが仕事に戻るにあたって不安に感じていることについて伺います。**

**・仕事に戻ることで何が一番心配ですか？困っていることを挙げてください。**

**・どのような解決策があるでしょうか（実現しないと思われるものでも構いません）？**

**・どのような支援があると仕事を続けられると思いますか？**

## ▶ 3）就労に関する意見書発行のための情報提供

【会社記入】

### 就労に関する意見書発行のための情報提供

この情報提供書は、医療機関受診が必要と考えられる者について、適切な配慮を検討するための情報を得ることを目的とした書類です。管理監督者、衛生管理者、産業保健スタッフ等、今後医療機関との連絡する際の窓口となる方に、以下項目の記入をお願いします。

※この情報提供書は、なるべく速やかにご記入ください。労働者を介して、もしくは医療機関に直接郵送してご提出ください。

| |
|---|
| **氏名：** |
| **就業形態（職位等）：**<br>正規社員　管理職　非正規社員　その他（　　） |
| **勤務内容** |
| **勤務状況：**　従前の勤務状況について教えて下さい<br>・月 45 時間以上の残業（あり　なし）　・最近半年以内での異動（あり　なし）<br>・交替勤務（あり　なし）・頻繁な早退や遅刻（あり　なし）・頻繁な休務（あり　なし） |
| **その他、事業場で（上司として）心配なこと**： |

年　　月　　日

所在地

会社名

部署・役職　　氏名

電話番号

# 5．FIT NOTE（就労に関する意見書）作成にあたっての留意事項

## ▶ 1）FIT NOTE（就労に関する意見書）（主治医記入）

【目的】本人（および会社）から職場環境・業務に関する情報を得て、労働者の病状を踏まえ、労働者の働き方について会社側へ提案するための文書です。

【使用方法】**就労の準備状態について**（必要に応じて**就労に関する意見書発行のための情報提供**も合わせる）の内容を確認し、労働者と主治医が、治療をしながら働くこと、その方法について話し合います。条件付きで働く事が可能な場合は、職場環境、勤務時間等配慮事項を会社側に提案します。

【使用時期】この意見書は、**就労の準備状態について**（必要に応じて**就労に関する意見書発行のための情報提供**も合わせる）が揃い次第、速やかに作成されます。
以下に使用時期の例を示します。

・休業はしていないものの、精神的な症状により就労に支障を来している時
・一定期間休職し、復職を検討する時

【適用する労働者】正規社員、パート、派遣、アルバイト等雇用形態は問いません。
精神科・心療内科を受診している、もしくは精神的な健康障害の懸念がある労働者に使用できます。

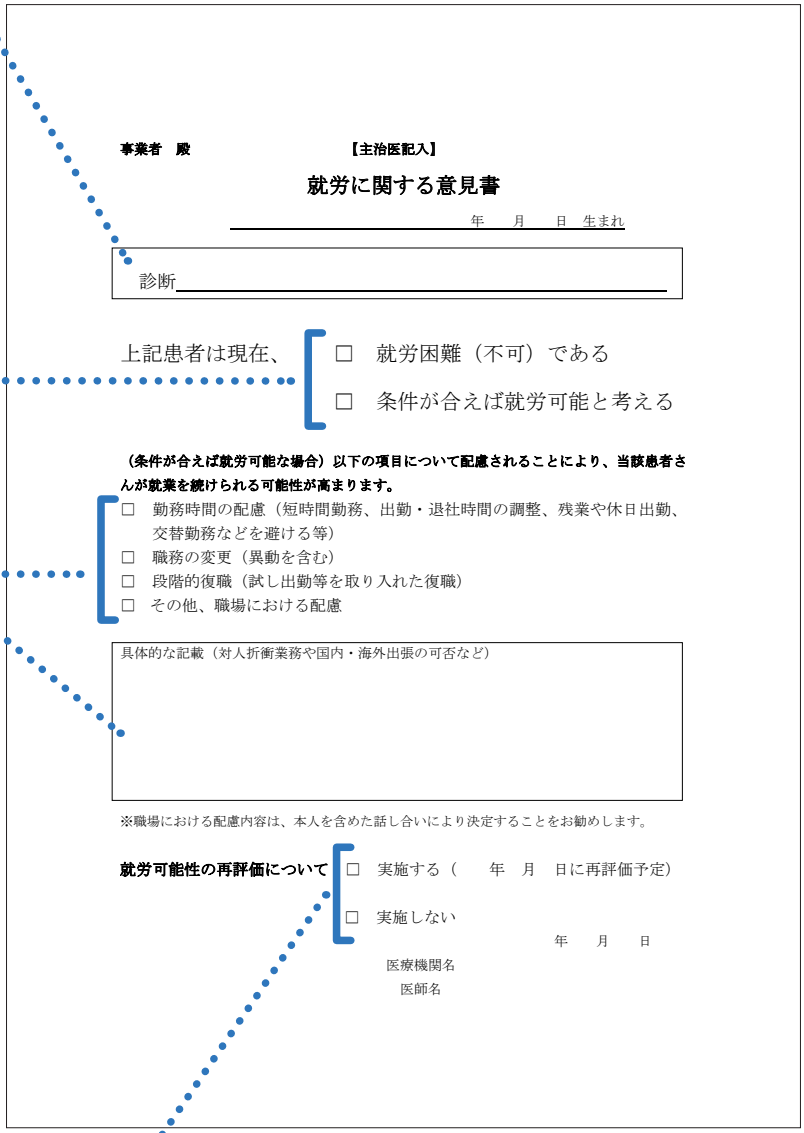
【適用する症状等】
就労上の配慮をすることで、仕事を続けられる可能性のある労働者すべてに適用可能です。

【職場への提出】原則、本人を介して、会社側に提出します。

【評価対象の障害】
就労に影響を及ぼしている疾病、症候、状態像が記載されます。

【就労配慮項目】主治医は職務全般における就労の適応について判断します。

【就労について】
就労可能性を高めうる就業上の配慮について就労条件について主治医が提案します。挙げられている項目以外は、【具体的な記載】に記入されます。実際の就労配慮は職場と労働者が話し合い、決定します。



事業者　殿　　【主治医記入】

就労に関する意見書

年　月　日　生まれ

診断

上記患者は現在、
□ 就労困難（不可）である
□ 条件が合えば就労可能と考える

（条件が合えば就労可能な場合）以下の項目について配慮されることにより、当該患者さんが就業を続けられる可能性が高まります。
□ 勤務時間の配慮（短時間勤務、出勤・退社時間の調整、残業や休日出勤、交替勤務などを避ける等）
□ 職務の変更（異動を含む）
□ 段階的復職（試し出勤等を取り入れた復職）
□ その他、職場における配慮

具体的な記載（対人折衝業務や国内・海外出張の可否など）

※職場における配慮内容は、本人を含めた話し合いにより決定することをお勧めします。

就労可能性の再評価について
□ 実施する（　年　月　日に再評価予定）
□ 実施しない

年　月　日

医療機関名
医師名

【就労可能性の再評価】
・『就労困難（不可）である』に該当した時は、再評価日を設定されます。それまでの間は休業を要します。
・状態が変化する可能性がある場合は、再評価日を設定されます。
・再評価予定日は、事業場で就業配慮（休業を含む）を実施する期間の目安として下さい。

## ▶ 2）就労の準備状態について
## （現在のあなたの心と体の状態について：労働者記入）

【目的】主治医と労働者が、健康と就労を両立させる方法を話し合うための文書です。

【使用方法】原則として、労働者本人が記入します。労働者が自分で記入することが困難なときは、主治医が本人の状況を確認しながら記載し、記録として残すことも可能です。

【使用時期】この問診票は、労働者が一度持ち帰り、健康な状態で就労するための条件を考えて回答してもらうと良いでしょう。初診・診察時に回答できるならば、そうしても構いません。

以下に使用時期の例を示します。

・休業はしていないものの、精神的な症状により就労に支障を来している時
・一定期間休職し、復職を検討する時
・労働者が休業や勤務制限のための診断書を求め、主治医が労働者の意向や状況を確認したい時

【適用する労働者】正規社員、パート、派遣、アルバイト等雇用形態は問いません。
精神科・心療内科を受診している、もしくは精神的な健康障害の懸念がある労働者に使用できます。現在就労していなくても、今後働きたい人には使用することができます。

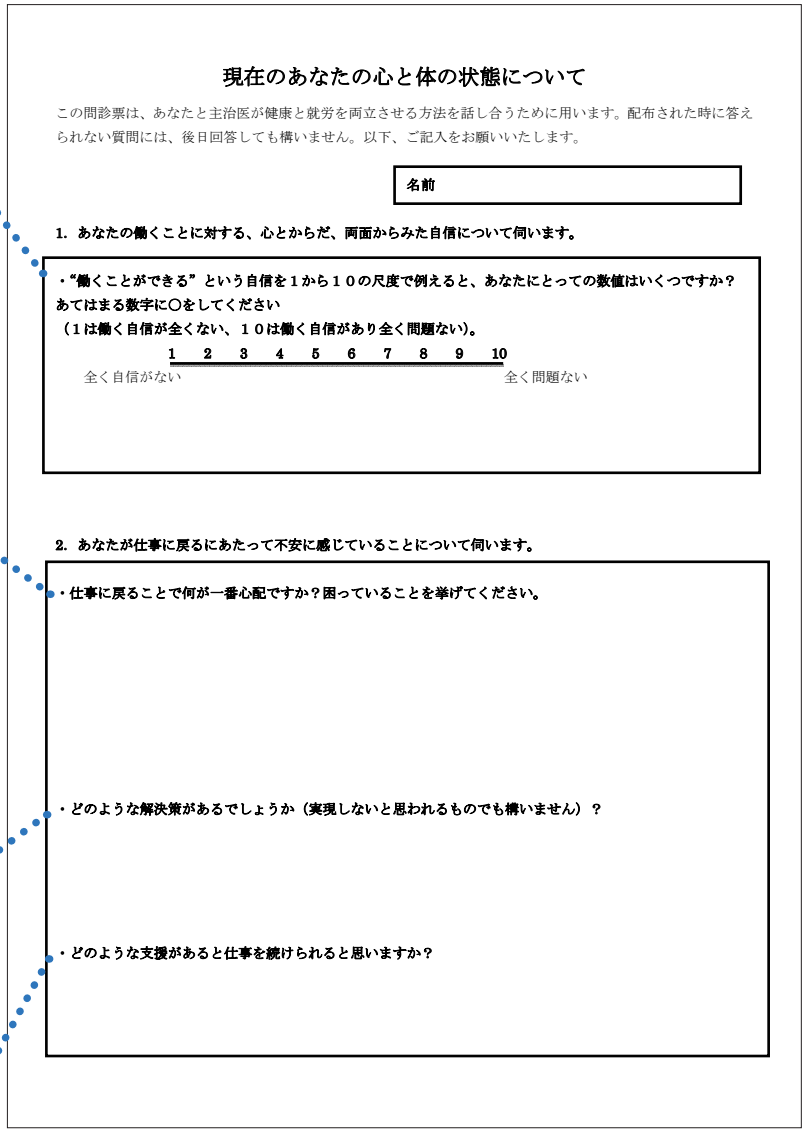
【医療機関への提出】主治医が求める時期に提出します。

【労働者の心身に対する自信】自身の健康状態を労働者がどのように考えているかを確認します。労働者の直感的な感覚を記してもらって下さい。

【仕事について①】
就労する上で最も障害になることを確認します。

【仕事について②】
労働者が希望する職場環境・就労条件を確認します。

【仕事について③】
これまで得られていなかった支援もしくは妥協案等、労働者からの現実的な提案を確認します。



現在のあなたの心と体の状態について

この問診票は、あなたと主治医が健康と就労を両立させる方法を話し合うために用います。配布された時に答えられない質問には、後日回答しても構いません。以下、ご記入をお願いいたします。

名前

1. あなたの働くことに対する、心とからだ、両面からみた自信について伺います。

・“働くことができる”という自信を１から１０の尺度で例えると、あなたにとっての数値はいくつですか？あてはまる数字に○をしてください
（１は働く自信が全くない、１０は働く自信があり全く問題ない）。

1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

全く自信がない　　全く問題ない

2. あなたが仕事に戻るにあたって不安に感じていることについて伺います。

・仕事に戻ることで何が一番心配ですか？困っていることを挙げてください。

・どのような解決策があるでしょうか（実現しないと思われるものでも構いません）？

・どのような支援があると仕事を続けられると思いますか？

## ▶ 3）就労に関する意見書発行のための情報提供（職場記入）

【目的】主治医が、患者である労働者の職場の状況や、彼（女）に期待されるパフォーマンスについて情報を得るための文書です。

【使用方法】職場における配慮に関してアドバイスすることがふさわしい時期（**FIT NOTE（就労に関する意見書）**発行時）に、必要に応じて労働者を介して主治医が職場へ記入を依頼します。

【使用時期】以下に使用時期の例を示します。

・休業はしていないものの、メンタルヘルス不調により就労に支障を来している時
・労働者が休業や勤務制限の診断書を求め、主治医が会社の意向・職場環境等を確認したい時
・一定期間休職し、復職を検討する時

【適用する労働者】正規社員、パート、派遣、アルバイト等雇用形態は問いません。
精神科・心療内科を受診している、もしくはこころの健康に懸念がある労働者に使用できます。
現在就労していなくても、今後働きたい人にも使用することができます。

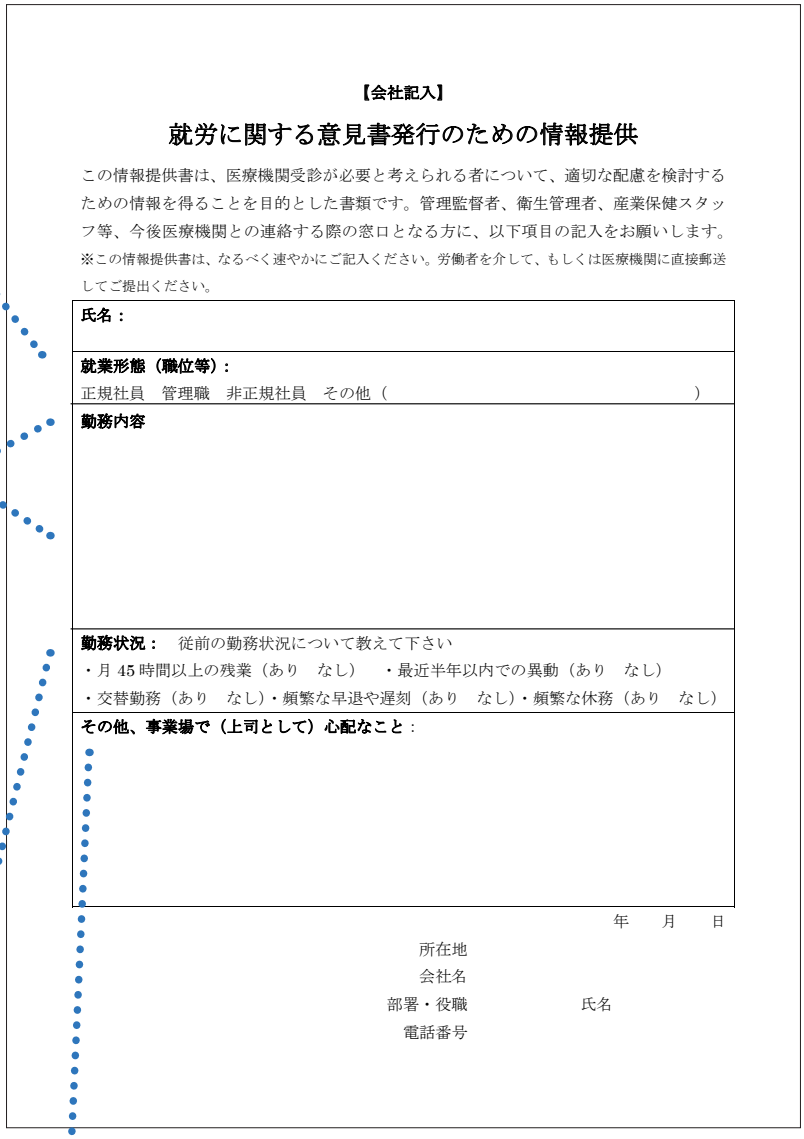
【記入者の選定】管理監督者（事業者）、衛生管理者、産業保健スタッフ等、主治医との連携において、会社側窓口になれる者が記入します。記入者はメンタルヘルスの知識を持っていることが必須ではありませんが、その労働者の就労における配慮を検討する立場にある方が望ましいでしょう。

【医療機関への提出】原則、労働者の次回受診時に間に合うように記入します。提出方法は労働者を介しての提出でも、医療機関へ直接の郵送でも構いません。

【就業形態（職位等）】
労働者の就業形態を選択します。

【従来の働きぶり】
【具体的な業務内容】主治医が労働者の職場環境をできる限り把握し、適切な就労に関するアドバイスをするため、会社が当該労働者に期待している業務内容、これまでの働きぶり等を記入してください。

【勤務状況】
健康状態に影響を与える状況について聞いています。異動は会社内のみならず、入退社も含みます。



【会社記入】

就労に関する意見書発行のための情報提供

この情報提供書は、医療機関受診が必要と考えられる者について、適切な配慮を検討するための情報を得ることを目的とした書類です。管理監督者、衛生管理者、産業保健スタッフ等、今後医療機関との連絡する際の窓口となる方に、以下項目の記入をお願いします。
※この情報提供書は、なるべく速やかにご記入ください。労働者を介して、もしくは医療機関に直接郵送してご提出ください。

**氏名：**

**就業形態（職位等）：**
正規社員　管理職　非正規社員　その他（　　）

**勤務内容**

**勤務状況：**　従前の勤務状況について教えて下さい
・月 45 時間以上の残業（あり　なし）　・最近半年以内での異動（あり　なし）
・交替勤務（あり　なし）・頻繁な早退や遅刻（あり　なし）・頻繁な休務（あり　なし）

**その他、事業場で（上司として）心配なこと**：

年　月　日

所在地
会社名
部署・役職　　氏名
電話番号

【留意事項】
上記【勤務状況】においての詳細、または就労に関する意見を述べるに際に、必要と思われる具体的な状況等を記入してください。

## 6．労働者にとってのFIT NOTE（就労に関する意見書）の使い方

### “就労困難である”と判断された場合

労働者は**FIT NOTE（就労に関する意見書）**を休業のための診断書の代わりに使用することができます。就労可能性の再評価は“実施する”に☑され、記載された月日まで、休業することが勧められます。

### “条件が合えば就労可能と考える”と判断された場合

労働者は医師の記載した意見について、職場と話し合い、就労を支援するための配慮を検討してもらいます。

## 7．事業者にとってのFIT NOTE（就労に関する意見書）の使い方

### “就労困難である”と判断された場合

労働者が医師により”就労困難である”と判断された場合、もしくは”条件が合えば就労可能と考えられる”と判断されたが就労配慮に対応出来ず、結果として就労が困難であると事業者・管理者が判断した場合、**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は休業を要する証明書として社内の手続きに使用することが可能です。

### “条件が合えば就労可能と考える”と判断された場合

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**の内容を、会社と労働者で話し合うことが求められます。何らかの配慮を検討することにより、就労開始・継続の可能性を高めます。

就業配慮可能性の再評価予定日を目安として、労働者の就業配慮（休業を含む）を実施して下さい。就業配慮の期間は、再評価予定日よりも前に終了させることは可能です。

# 8．FIT NOTE（就労に関する意見書）の活用事例

## 仕事に慣れず悩んでいる50歳男性の事例（適応障害）




### 初診～１ヶ月

まず、よく眠って疲れをとりましょう。睡眠導入剤を処方します。

仕事が変わってから眠れません。いつまでも仕事を覚えられない自分が情けなくて、電話が怖いのです。




Ａさんの仕事をできるだけ理解してアドバイスをしたいので、次の受診までにこの書類①をあなたの上司に書いてきてもらってください。

それと、このような症状が現れた原因と、改善するためにはどうすれば良いか一緒に考えたいので、あなたは問診票②を書いてきてください。

①

【会社記入】

**就労に関する意見書発行のための情報提供**

この情報提供書は、医療機関受診が必要と考えられる者について、適切な配慮を検討するための情報を得ることを目的とした書類です。管理監督者、衛生管理者、産業保健スタッフ等、今後医療機関との連絡する際の窓口となる方に、以下項目の記入をお願いします。
※この情報提供書は、なるべく速やかにご記入ください。労働者を介して、もしくは医療機関に直接郵送してご提出ください。

| |
|---|
| **氏名：** |
| **就業形態（職位等）：**<br>正規社員　管理職　非正規社員　その他（　　） |
| **勤務内容** |
| **勤務状況：** 従前の勤務状況について教えて下さい<br>・月 45 時間以上の残業（あり　なし）　・最近半年以内での異動（あり　なし）<br>・交替勤務（あり　なし）・頻繁な早退や遅刻（あり　なし）・頻繁な休務（あり　なし） |
| **その他、事業場で（上司として）心配なこと：** |

年　月　日

所在地
会社名
部署・役職　　氏名
電話番号

『就業に関する意見書発行のための情報提供』と『就労の準備状態について』を使用し、会社・労働者双方から職場環境と労働者の状況を確認し、「就業に関する意見書③」を作成します。

## その後の診察



問診票を書いていて、電話を受ける業務が今とてもつらいことがわかりました。
少しずつ慣れていけるなら、出来るかもしれません。

Aさんは電話でのコミュニケーションが苦手なようですね。残業も多く、疲れもたまっています。それと以前の職場は縮小傾向にあり、戻ることは難しいようですね。

まずは生活リズムを整えて、体調を良くしましょう。意見書には、Aさんの現在の状況と、検討して頂きたい就業配慮項目を書きますね。

②

**現在のあなたの心と体の状態について**

この問診票は、あなたと主治医が健康と就労を両立させる方法を話し合うために用います。配布された時に答えられない質問には、後日回答しても構いません。以下、ご記入をお願いいたします。

名前

1. あなたの働くことに対する、心とからだ、両面からみた自信について伺います。

・"働くことができる"という自信を１から１０の尺度で例えると、あなたにとっての数値はいくつですか？あてはまる数字に○をしてください
（1は働く自信が全くない、１０は働く自信があり全く問題ない）。

1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

全く自信がない　　全く問題ない

2. あなたが仕事に戻るにあたって不安に感じていることについて伺います。

・仕事に戻ることで何が一番心配ですか？困っていることを挙げてください。

・どのような解決策があるでしょうか（実現しないと思われるものでも構いません）？

・どのような支援があると仕事を続けられると思いますか？

Aさんは、上司の配慮により、決まった客先の窓口を担当することになりました。同じコールセンターでの仕事ですが、業務を限定したことで、少しずつ慣れることができています。睡眠障害のため、２ヶ月外来通院をしましたが、その後体調は改善し、不要になりました。



## ３ヶ月後

③

事業者　殿　　【主治医記入】

**就労に関する意見書**

年　月　日　生まれ

診断

上記患者は現在、
□ 就労困難（不可）である
□ 条件が合えば就労可能と考える

**（条件が合えば就労可能な場合）以下の項目について配慮されることにより、当該患者さんが就業を続けられる可能性が高まります。**
□ 勤務時間の配慮（短時間勤務、出勤・退社時間の調整、残業や休日出勤、交替勤務などを避ける等）
□ 職務の変更（異動を含む）
□ 段階的復職（試し出勤等を取り入れた復職）
□ その他、職場における配慮

具体的な記載（対人折衝業務や国内・海外出張の可否など）

※職場における配慮内容は、本人を含めた話し合いにより決定することをお勧めします。

**就労可能性の再評価について**　□ 実施する（　年　月　日に再評価予定）
□ 実施しない

年　月　日

医療機関名
医師名

# 9．FIT NOTE（就労に関する意見書）システムに関するQ&A

### Q1．就労における配慮事項をアドバイスされましたが、対応が困難な場合はどうすればよいですか？

**会社は、意見書に記載された配慮等便宜を図ることができない場合、無理に行うことはありません。**このような場合、労働者が休業を必要とすることを裏付ける材料として**FIT NOTE（就労に関する意見書）**を活用することができます。

### Q2．職場における配慮が出来ず、労働者の症状が悪化した場合はどうすればよいですか？

職場における配慮の有無にかかわらず、労働者の症状が悪化し、就労困難となる可能性があります。その場合は、労働者に対し、主治医へ相談をするよう促してください。

### Q3．FIT NOTE（就労に関する意見書）が再発行されることはありますか？

・就労困難（不可）である場合は、就労が可能になるまで定期的に主治医が状況を確認し、再評価した上で**FIT NOTE（就労に関する意見書）**が再発行されます。
・条件が合えば就労可能である場合は、再評価の設定がされないこともあります。
・労働者の健康状態や症状の変化に伴い、必要に応じて主治医が再発行を検討します。

### Q4．FIT NOTE（就労に関する意見書）はどのくらい強制力がありますか？

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は労働者を診断した記録をもとに就労に関する医師の助言を行うものであり、**意見書の内容に従うか否かに法的な拘束力はありません。**

### Q5．**就労に関する意見書発行のための情報提供**は必ず記入しなければなりませんか？

**就労に関する意見書発行のための情報提供**は労働者の現状、期待されている業務内容などを知ることにより、主治医が就労に関する適切なアドバイスを与えるために活用します。何らかの理由で記入出来なくても、**FIT NOTE（就労に関する意見書）**を発行することは可能ですが、主治医から依頼された時はできるだけご協力ください。

### Q6．休業から復帰する時には**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は必要ですか？

使用することをお勧めします。
メンタルヘルス不調は再発を来す可能性のある疾患です。主治医の意見をもとに労働者と会社が必要な就労配慮を話し合い検討することで、再発のリスクを下げることができます。

### Q7. FIT NOTE（就労に関する意見書）で示された配慮はいつまで有効ですか？

就業配慮可能性の再評価予定日を目安として、就業配慮を実施して下さい。就業配慮の期間は、再評価予定日よりも前に終了させることは可能です。

### Q8. FIT NOTE（就労に関する意見書）の内容を確認した上で、労働契約の変更を労働者に提案することは可能ですか？

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は早期復職・不要な休業の防止をするためのシステムです。これまでの就労内容とは限らず、労働者が就業に適しているかどうか、医学的な評価がなされます。そのため、労働者へ働く機会を与えるために、労働契約や社内制度の変更を検討してもよいでしょう。労働者に不利益をもたらさないように、会社と労働者が医師のアドバイスをもとによく話し合うことが求められます。

### Q9. 配慮事項を検討するために、就労の準備状態についてを見ることは出来ますか？

会社に提供できる情報ではありません。**就労の準備状態について**は労働者の機微な個人情報であり、医師が意見書を発行するための医学的な評価をするために使用します。

### Q10. FIT NOTE（就労に関する意見書）では業務遂行能力を評価してもらうことは可能ですか？

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は労働者が職務全般における就業に適しているかどうかを評価します。労働者が従事していた業務における回復レベルを評価するものではありません。

主治医の意見をもとに、労働者のストレス要因の軽減を図り、労働者と会社が話し合い、就労を続ける方法を検討することが求められます。

### Q11. 就業配慮の仕方がわからないのですが？

産業保健総合支援センターや地域産業保健センターでは、産業保健に関する様々な問題に関して、専門のスタッフに無料で相談ができます。困ったときは一人で抱え込まず、専門機関から支援を得ましょう。

2017年２月　第３版

本マニュアルは、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）」に基づいて実施されるモデル事業用に作成されたものです。

メンタルヘルス不調を来した労働者を支援するための

## 就労に関する意見書

# FIT NOTEシステム

## 導入マニュアル　主治医用

**働くことで健康を築く**

FIT NOTE（就労に関する意見書）とは、
労働者の仕事と健康を両立させるために
医師が発行する意見書です



本マニュアルには、メンタルヘルス不調を来した労働者の職場復帰を促し、長期休業を予防するために、
主治医が就労に関する意見を述べるFIT NOTEシステムの概要が記されています。
わが国に、公式に導入されている制度ではありませんが、当該労働者の支援のヒントとしてご参照下さい。

# FIT NOTEとは

主治医と職場の橋渡しになる可能性のある文書です。

心身の不調で休業した労働者の早期の復職を促したり、不要な休業を避けたりすることを目的としています。

復職のための話し合いを早期に始めるために、主治医には、できるだけ早く発行してもらうことを企図しています。

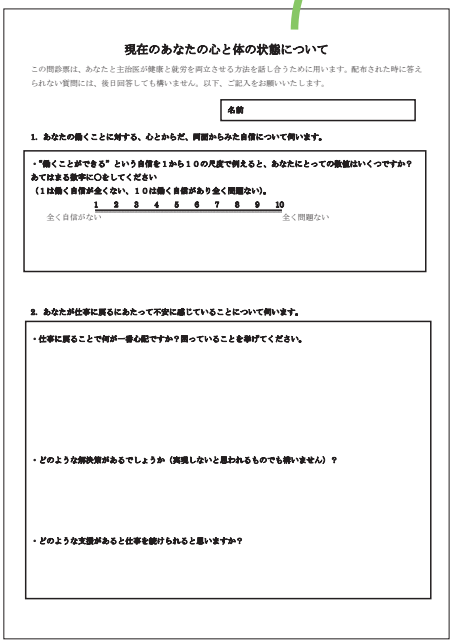
産業保健職の支援が少ない職場でも、主治医とのコミュニケーションをもとに、職場で配慮するにより、労働者の職場復帰を可能とさせることを目指しています。

ただし、職場での配慮が不可能である場合でも、労働者の雇い止め（解雇）をするようなことを前提とした文書ではありません。

# FIT NOTE 作成の仕方

労働者の
就労準備状態を
尋ねます

事業所から
労働者の就業状況を
尋ねます



現在のあなたの心と体の状態について

この問診票は、あなたと主治医が健康と就労を両立させる方法を話し合うために用います。配布された時に答えられない質問には、後日回答しても構いません。以下、ご記入をお願いいたします。

名前

1. あなたの働くことに対する、心とからだ、両面からみた自信について伺います。

・"働くことができる"という自信を１から１０の尺度で例えると、あなたにとっての数値はいくつですか？
あてはまる数字に○をしてください
（１は働く自信が全くない、１０は働く自信があり全く問題ない）。

1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

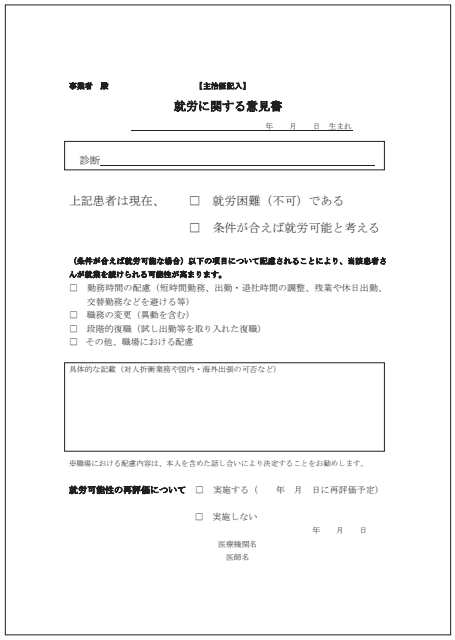
全く自信がない　　全く問題ない

2. あなたが仕事に戻るにあたって不安に感じていることについて伺います。

・仕事に戻ることで何が一番心配ですか？思っていることを挙げてください。

・どのような解決策があるでしょうか（実現しないと思われるものでも構いません）？

・どのような支援があると仕事を続けられると思いますか？



事業者　殿　　【主治医記入】

就労に関する意見書

年　月　日　生まれ

診断

上記患者は現在、　□　就労困難（不可）である

□　条件が合えば就労可能と考える

（条件が合えば就労可能な場合）以下の項目について配慮されることにより、当該患者さんが就業を続けられる可能性が高まります。

□　勤務時間の配慮（短時間勤務、出勤・退社時間の調整、残業や休日出勤、交替勤務などを避ける等）
□　職務の変更（異動を含む）
□　段階的復職（試し出勤等を取り入れた復職）
□　その他、職場における配慮

具体的な記載（対人折衝業務や国内・海外出張の可否など）

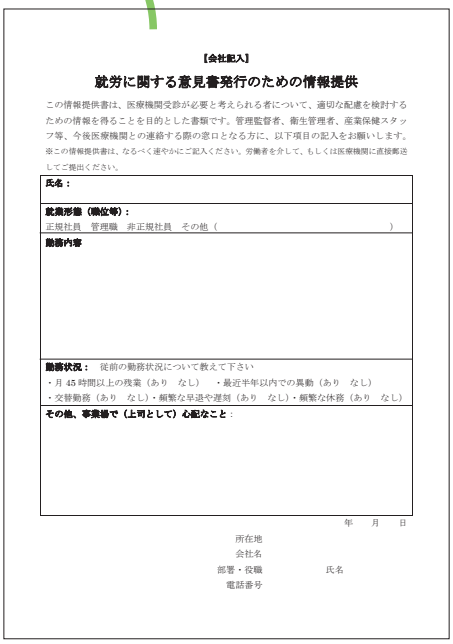
※職場における配慮内容は、本人を含めた話し合いにより決定することをお勧めします。

就労可能性の再評価について　□　実施する（　年　月　日に再評価予定）

□　実施しない

年　月　日

医療機関名
医師名



【会社記入】

就労に関する意見書発行のための情報提供

この情報提供書は、医療機関受診が必要と考えられる者について、適切な配慮を検討するための情報を得ることを目的とした書類です。管理監督者、衛生管理者、産業保健スタッフ等、今後医療機関との連絡する際の窓口となる方に、以下項目の記入をお願いします。
※この情報提供書は、なるべく速やかにご記入ください。労働者を介して、もしくは医療機関に直接郵送してご提出ください。

氏名：

就業形態（職位等）：
正規社員　管理職　非正規社員　その他（　　）

勤務内容

勤務状況：　従前の勤務状況について教えて下さい
・月 45 時間以上の残業（あり　なし）　・最近半年以内での異動（あり　なし）
・交替勤務（あり　なし）・頻繁な早退や遅刻（あり　なし）・頻繁な休務（あり　なし）

その他、事業場で（上司として）心配なこと：

年　月　日

所在地
会社名
部署・役職　　氏名
電話番号

就労に関する意見書

# FIT NOTEシステム

## 導入マニュアル 主治医用

## 目　次


1．FIT NOTE（就労に関する意見書）の意義…… 2

2．FIT NOTE（就労に関する意見書）の効果に関する科学的根拠…… 5

3．休業のための診断書とFIT NOTE（就労に関する意見書）との考え方の違い… 6

4．FIT NOTE（就労に関する意見書）で使用する文書…… 8

5．FIT NOTE（就労に関する意見書）作成にあたっての留意事項…… 12

1）FIT NOTE（就労に関する意見書）（主治医記入）…… 12

2）就労の準備状態について（労働者記入）
（現在のあなたの心と体の状態について：労働者記入）…… 14

3）就労に関する意見書発行のための情報提供（職場記入）…… 16

4）使用における注意点…… 18

6．労働者にとってのFIT NOTE（就労に関する意見書）の使い方…… 19

7．事業者にとってのFIT NOTE（就労に関する意見書）の使い方…… 19

8．FIT NOTE（就労に関する意見書）の活用事例…… 20

9．FIT NOTE（就労に関する意見書）システムに関するQ&A …… 22

# 1．FIT NOTE（就労に関する意見書）の意義

## ▶（1）FIT NOTE（就労に関する意見書）とは

医師が、労働者の疾病管理状況や症状を鑑みて、就労上の配慮事項を会社側へ提案し、医師の意見を表明する文書です。メンタルヘルス不調者の就労能力について、職場とコミュニケーションを取りながら、当該労働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し、早期復職を促し不要な休業の防止を促すために使用します。

## ▶（2）FIT NOTE（就労に関する意見書）のメリット

### 1）小規模事業所における職場復帰に関わる課題

| 対象 | 課題 |
|---|---|
| 事業者側 | ・産業保健職（医）の不在<br>・労働者の健康状態が把握できず、復帰時に適切な配慮が困難<br>・長期休業に伴う生産性の低下、さらに周辺の負荷増大による組織全体の生産性や活力の低下<br>・安全配慮義務違反、労働災害認定などの訴訟リスク |
| 労働者側 | ・長期休業による予後の不良<br>・長期休暇取得の制度がないため、状態が改善しないまま出社することによるメンタルヘルス不調の慢性化<br>・メンタルヘルス不調ということだけで退職を迫られるリスク |
| 主治医側 | ・職場との連絡手段の欠如<br>・労働者の職場環境や業務内容に関する情報の不足<br>・一部で労働者都合の診断書を発行（主治医の考えとの差違） |

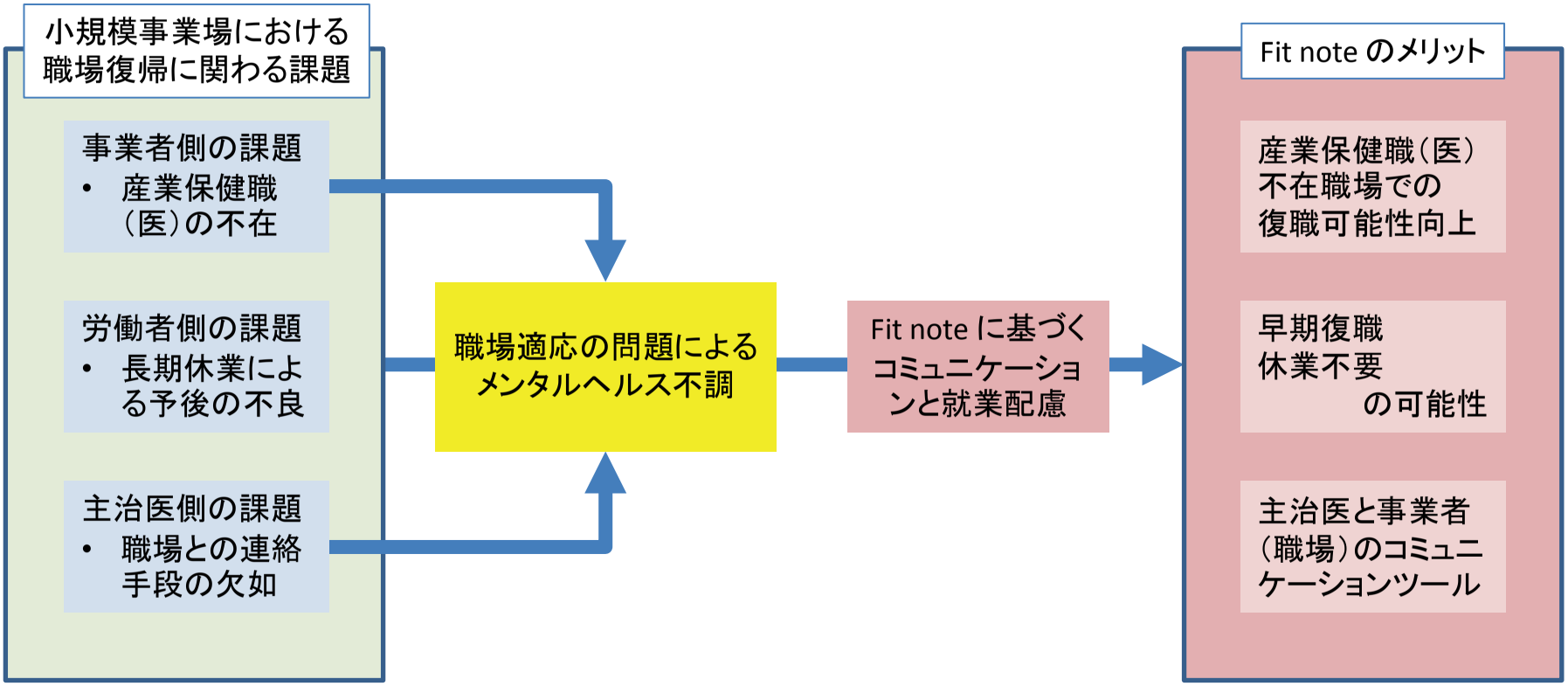
上記のような職場復帰に関わる課題は、職場環境や職務内容による不適応が労働者に起こった時に、就労するにあたってとるべき対応について指導できる産業保健職がいない小規模事業所において起こりやすい問題です。**FIT NOTE（就労に関する意見書）**に基づいて【主治医－労働者－事業者】のコミュニケーションの促進を図ることで、適切な就労配慮を実施することができ、早期復職・不要な休業の防止が期待できます。

## 2）FIT NOTE（就労に関する意見書）使用におけるメリット

| 対象 | メリット |
|---|---|
| 事業者側 | ・産業保健職（医）不在職場での復職可能性の向上<br>・労働力の損失を予防（医師の指示に基づく適正配置）<br>・安全配慮義務履行 |
| 労働者側 | ・不要な休業の回避や早期復職の可能性<br>・復職時に会社と交渉するエンパワーメントを得ることが可能<br>・退職の回避 |
| 主治医側 | ・事業者（職場）とのコミュニケーションの円滑化<br>・労働者の都合による診断書ではなく、医師の見解を述べることが可能 |

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**を用いることにより、主治医が就業可能と判断するレベルと、職場が復帰する労働者に求めるレベルの差を小さくし、職場の不適応への対応を最大限に支援します。

# 労働者の早期職場復帰を助けるFIT NOTE




FIT NOTEは、産業保健職が不足している事業場と主治医を結び早期復職を図るコミュニケーションツールです。

## 2．FIT NOTE（就労に関する意見書）の効果に関する科学的根拠

FIT NOTEシステムは、2010年に英国で法制化された労働者の職場復帰支援策です。**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は従来の『要休業』を示す診断書ではなく、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、Carol Black卿によるレビューが主要なエビデンスになっています[1]。その骨子は、以下のとおりです。

1）就労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[2]。
2）就労は仕事が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[2]。
3）多くの休業者は軽症で、何らかの配慮をすることで就労可能であるが、不必要に労働市場から排除されている[3]。
4）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[2]。

以上により、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しています[4]。
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、英国において効果検証が進められています。

わが国には**FIT NOTE（就労に関する意見書）**もしくは類似するシステムは存在しないため、今後の研究・調査の結果が待たれます。しかしながら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、我が国の臨床例でも認められています。**FIT NOTE（就労に関する意見書）**の導入により、産業保健体制の十分でない職場への適応の可能性があります。

**・仕事をすることは、一般に健康に良いものである**
**・長く仕事をしないことは、心身の健康を損なう**
**・多くの休業者は軽症で、何らかの配慮をすることにより復職できる**
**・休業期間が長いほど、離職リスクが高まる**

〈英国雇用年金省　『Fit Noteを最大限に活用する　GPガイダンス』より抜粋〉

1.Black 2008; Department of Work and Pensions[DWP]2008
2.Waddell and Burton 2006
3.Hann and Sibbald 2011
4.Hann and Sibbald 2011;O’ Brien et al 2008

## 3．休業のための診断書とFIT NOTE（就労に関する意見書）との考え方の違い
## （労働者の就労可能性の評価について）

現在一般に使用されている診断書は、主に労働者の臨床所見に基づいて、療養や就労の制限、もしくは休業について医師の意見を述べるものになっています。**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は、労働者の職場の状況も勘案した上で、就労を継続するために有用な助言を医学的な見地から述べるものです。

### ▶ 1）従来の診断書にFIT NOTE（就労に関する意見書）が付加する機能

| | 従来の診断書がもっている機能 | FIT NOTE（就労に関する意見書）が付加する機能 |
|---|---|---|
| 目的 | 医療情報の共有 | 早期復職、不要な休業の防止 |
| 考え方 | ・傷病による勤務の可否（一般に、要休業・勤務制限）を示す証明書 | ・働くことは健康に良いとする考え<br>・就業上の配慮をすることにより就業継続・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 |
| 記載内容 | ・診断<br>・休業期間 | ・診断（就労を困難としている状態で可）<br>・就業は可とする意見<br>・就労上の配慮についての助言 |
| 機能 | ・休職及び復職（指針に示す第３ステップ）の手続きが開始される用件 | ・事業者（及び労働者）が就業について検討する際、参考とする事項<br>・就業・復職しない場合、休業補償の申請と連動* |
| 受領後のアクション | ・休業・復職の手続き開始<br>（復職の場合）復職前面談等で、就業制限事項を決定。<br>・上司・産業保健スタッフ・本人で内容を確認<br>（復職の場合）検討された就業制限の下、復職プロセスの開始 | ・就業上の配慮を検討<br>・就業配慮事項について、事業者、労働者間で合意<br>・検討された就業上の配慮の下就業継続 |

＊英国での使用例

# FIT NOTE（就労に関する意見書）のシステム

※必要に応じて、
労働者を通じて
主治医から会社に
依頼する

『就労に関する意見書発行のための情報提供』※

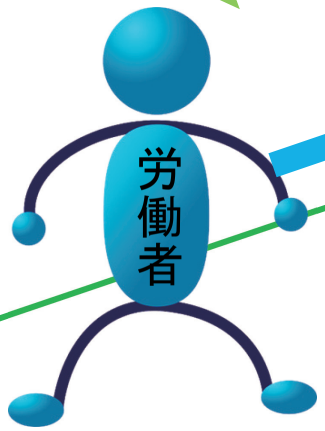
『就労の準備状態について』



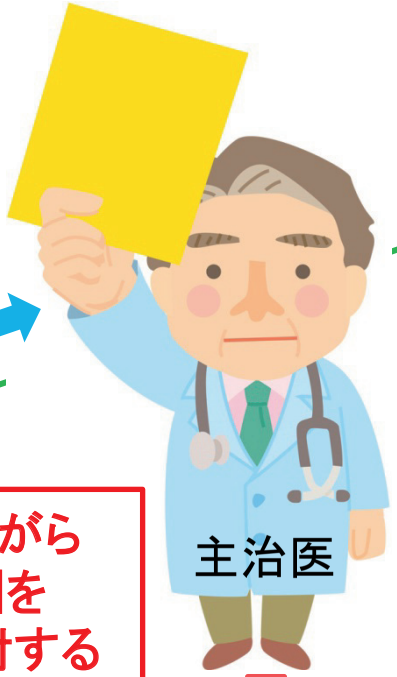
会社

FIT NOTE

『就労に関する意見書』




『治療しながら
働くこと』を
一緒に検討する



主治医

「こうしたら就労できますよ」というアドバイスをする

## 4．FIT NOTE（就労に関する意見書）で使用する文書

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**には、以下のような文書が用意されています。

### ▶ 1）FIT NOTE（就労に関する意見書）

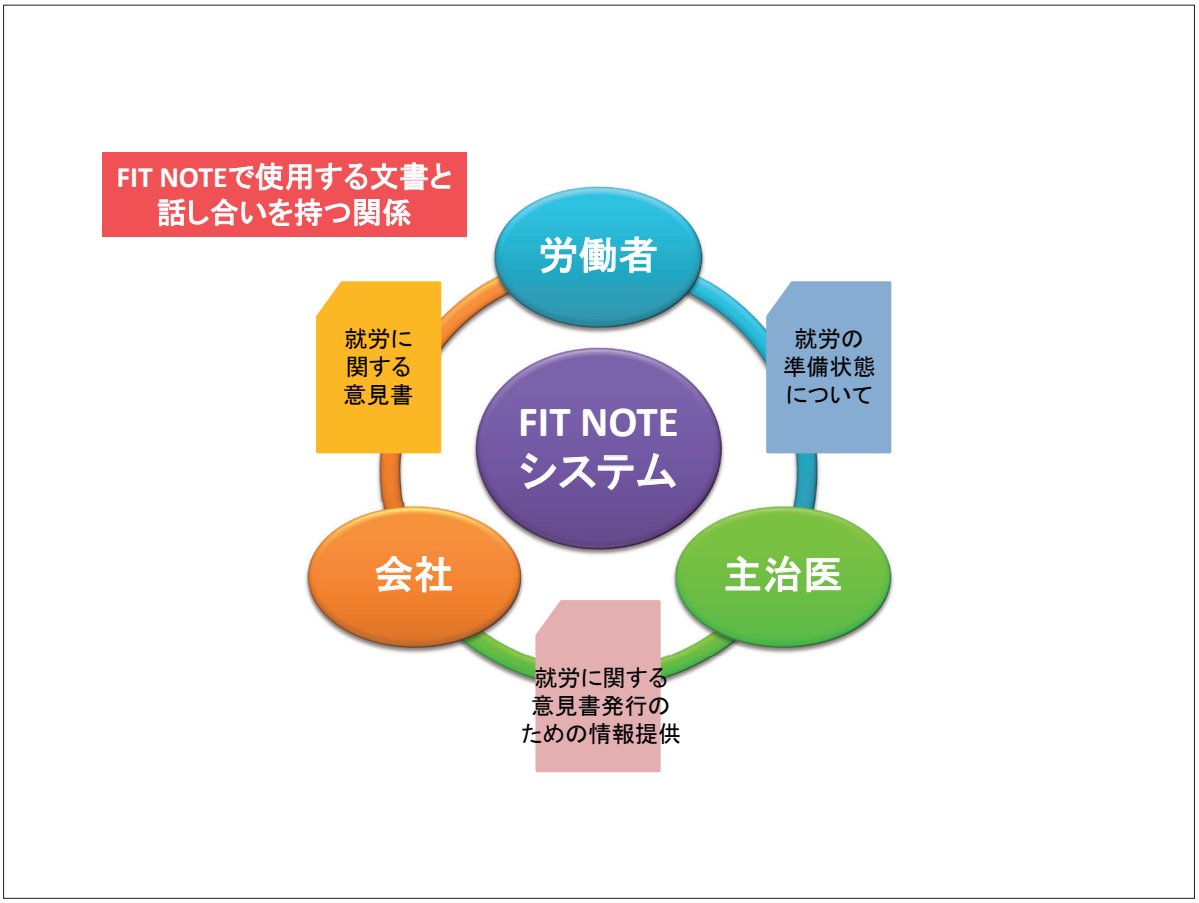
臨床症状を踏まえた就労能力を評価し、就労可否及び条件を示します。

### ▶ 2）就労の準備状態について（あなたの心と体の状態について）

労働者の就労に対するモチベーションの高さや職場のストレス要因、解決策の参考にします。

### ▶ 3）就労に関する意見書発行のための情報提供

労働者に期待されている業務内容および現在の勤務状況を確認します。



## ▶ 1）FIT NOTE 就労に関する意見書

事業者　殿　　【主治医記入】

### 就労に関する意見書

年　月　日　生まれ

診断＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記患者は現在、　□　就労困難（不可）である

□　条件が合えば就労可能と考える

**（条件が合えば就労可能な場合）以下の項目について配慮されることにより、当該患者さんが就業を続けられる可能性が高まります。**

□　勤務時間の配慮（短時間勤務、出勤・退社時間の調整、残業や休日出勤、交替勤務などを避ける等）
□　職務の変更（異動を含む）
□　段階的復職（試し出勤等を取り入れた復職）
□　その他、職場における配慮

具体的な記載（対人折衝業務や国内・海外出張の可否など）

※職場における配慮内容は、本人を含めた話し合いにより決定することをお勧めします。

**就労可能性の再評価について**　□　実施する（　年　月　日に再評価予定）

□　実施しない

年　月　日

医療機関名

医師名

## ▶ 2）就労の準備状態について（現在のあなたの心と体の状態について）

### 現在のあなたの心と体の状態について

この問診票は、あなたと主治医が健康と就労を両立させる方法を話し合うために用います。配布された時に答えられない質問には、後日回答しても構いません。以下、ご記入をお願いいたします。

| 名前 |
|---|

**1. あなたの働くことに対する、心とからだ、両面からみた自信について伺います。**

**・“働くことができる”という自信を１から１０の尺度で例えると、あなたにとっての数値はいくつですか？あてはまる数字に〇をしてください**
**（１は働く自信が全くない、１０は働く自信があり全く問題ない）。**

**1　2　3　4　5　6　7　8　9　10**

全く自信がない　　全く問題ない

**2. あなたが仕事に戻るにあたって不安に感じていることについて伺います。**

**・仕事に戻ることで何が一番心配ですか？困っていることを挙げてください。**

**・どのような解決策があるでしょうか（実現しないと思われるものでも構いません）？**

**・どのような支援があると仕事を続けられると思いますか？**

## ▶ 3）就労に関する意見書発行のための情報提供

【会社記入】

# 就労に関する意見書発行のための情報提供

この情報提供書は、医療機関受診が必要と考えられる者について、適切な配慮を検討するための情報を得ることを目的とした書類です。管理監督者、衛生管理者、産業保健スタッフ等、今後医療機関との連絡する際の窓口となる方に、以下項目の記入をお願いします。

※この情報提供書は、なるべく速やかにご記入ください。労働者を介して、もしくは医療機関に直接郵送してご提出ください。

| |
|---|
| **氏名：** |
| **就業形態（職位等）：**<br>正規社員　管理職　非正規社員　その他（　　） |
| **勤務内容** |
| **勤務状況：**　従前の勤務状況について教えて下さい<br>・月 45 時間以上の残業（あり　なし）　・最近半年以内での異動（あり　なし）<br>・交替勤務（あり　なし）・頻繁な早退や遅刻（あり　なし）・頻繁な休務（あり　なし） |
| **その他、事業場で（上司として）心配なこと**： |

年　　月　　日

所在地

会社名

部署・役職　　氏名

電話番号

# 5．FIT NOTE（就労に関する意見書）作成にあたっての留意事項

## ▶ 1）FIT NOTE（就労に関する意見書）（主治医記入）

【目的】本人（および会社）から職場環境・業務に関する情報を得て、労働者の病状を踏まえ、労働者の働き方について会社側へ提案するための文書です。

【使用方法】**就労の準備状態について**（必要に応じて**就労に関する意見書発行のための情報提供**も合わせる）の内容を確認し、労働者と主治医が、治療をしながら働くこと、その方法について話し合います。条件付きで働く事が可能な場合は、職場環境、勤務時間等配慮事項を会社側に提案します。

【使用時期】この意見書は、**就労の準備状態について**（必要に応じて**就労に関する意見書発行のための情報提供**を合わせる）が揃い次第、速やかに作成してください。作成の遅れは、適応していない就労状況が長引くことや、復職のタイミングを逃すことにつながる可能性があります。
以下に使用時期の例を示します。

・休業はしていないものの、精神的な症状により就労に支障を来している時
・一定期間休職し、復職を検討する時

【適用する労働者】正規社員、パート、派遣、アルバイト等雇用形態は問いません。
精神科・心療内科を受診している、もしくは精神的な健康障害の懸念がある労働者に使用できます。

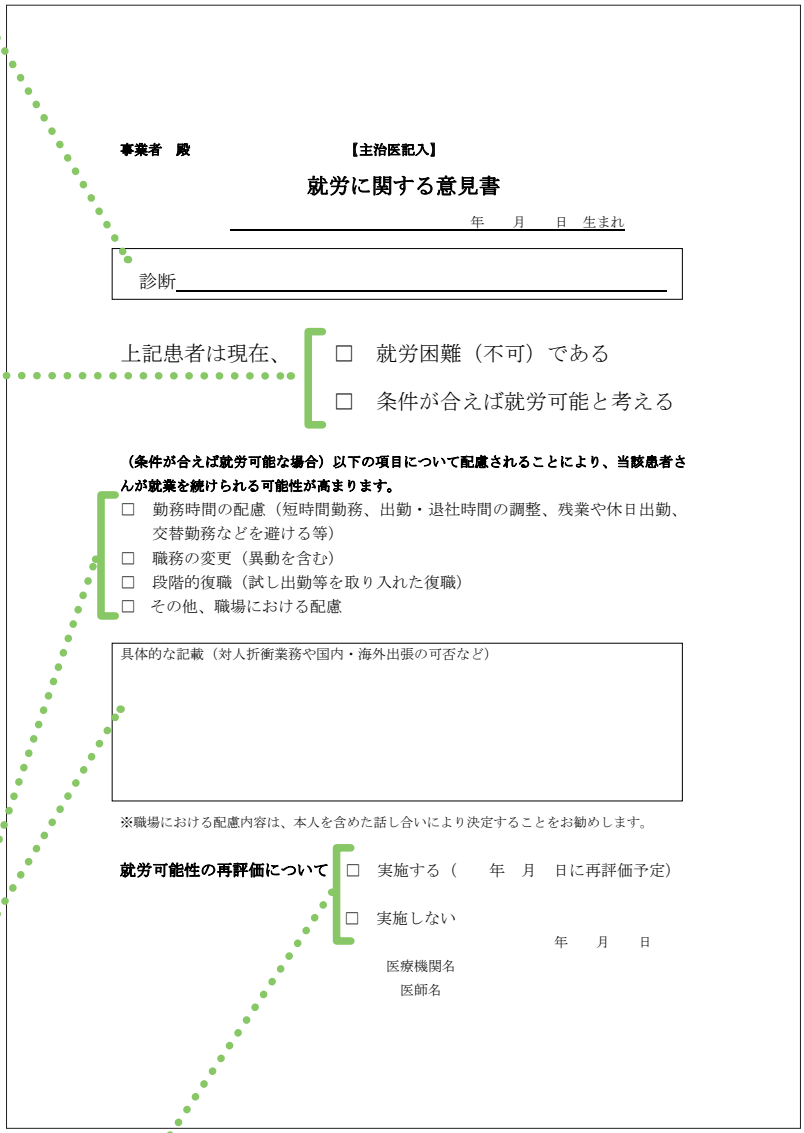
【適用する症状等】
就労上の配慮をすることで、仕事を続けられる可能性のある労働者すべてに適用可能です。

【職場への提出】原則、本人を介して、会社側に提出します。

【評価対象の障害】
就労に影響を及ぼしている疾病、症候、状態像を記入します。

【就労について】
以下に沿って評価します。
・『就労困難』：現状では就業は勧められない
・『条件が合えば就労可能』：現在の仕事に限らず、何らかの仕事をすることが出来る

【就労配慮項目】
就労条件について提案します。挙げられている項目以外は、【具体的な記載】に記入します。
・実際の就労配慮は、職場と労働者が話し合い、決定することが望ましいため、詳細な職場環境・業務内容を記載する必要はありません。



事業者　殿　　【主治医記入】

就労に関する意見書

年　月　日　生まれ

診断

上記患者は現在、
□ 就労困難（不可）である
□ 条件が合えば就労可能と考える

**（条件が合えば就労可能な場合）以下の項目について配慮されることにより、当該患者さんが就業を続けられる可能性が高まります。**
□ 勤務時間の配慮（短時間勤務、出勤・退社時間の調整、残業や休日出勤、交替勤務などを避ける等）
□ 職務の変更（異動を含む）
□ 段階的復職（試し出勤等を取り入れた復職）
□ その他、職場における配慮

具体的な記載（対人折衝業務や国内・海外出張の可否など）

※職場における配慮内容は、本人を含めた話し合いにより決定することをお勧めします。

**就労可能性の再評価について**
□ 実施する（　年　月　日に再評価予定）
□ 実施しない

年　月　日

医療機関名
医師名

【就労可能性の再評価】
・『就労困難（不可）である』に該当した時は、再評価日を設定してください。
・『条件が合えば就労可能』に該当する時は、状況の変化が見込まれるなど再評価が必要と考えられる場合は、設定してください。
・再評価予定日は、事業場が就業配慮（休業を含む）を実施する期間の目安となります。

## ▶ 2）就労の準備状態について
## （現在のあなたの心と体の状態について：労働者記入）

【目的】主治医と労働者が、健康と就労を両立させる方法を話し合うための文書です。

【使用方法】原則として、労働者本人が記入します。労働者が自分で記入することが困難なときは、主治医が本人の状況を確認しながら記載し、記録として残すことも可能です。

【使用時期】この問診票は、労働者が一度持ち帰り、健康な状態で就労するための条件を考えて回答してもらうと良いでしょう。初診・診察時に回答できるならば、そうしても構いません。

以下に使用時期の例を示します。

・休業はしていないものの、精神的な症状により就労に支障を来している時
・一定期間休職し、復職を検討する時
・労働者から休業や勤務制限のための診断書を求められ、本人の意向や状況を確認したい時

【適用する労働者】正規社員、パート、派遣、アルバイト等雇用形態は問いません。
精神科・心療内科を受診している、もしくは精神的な健康障害の懸念がある労働者に使用できます。現在就労していなくても、今後働きたい人には使用することができます。

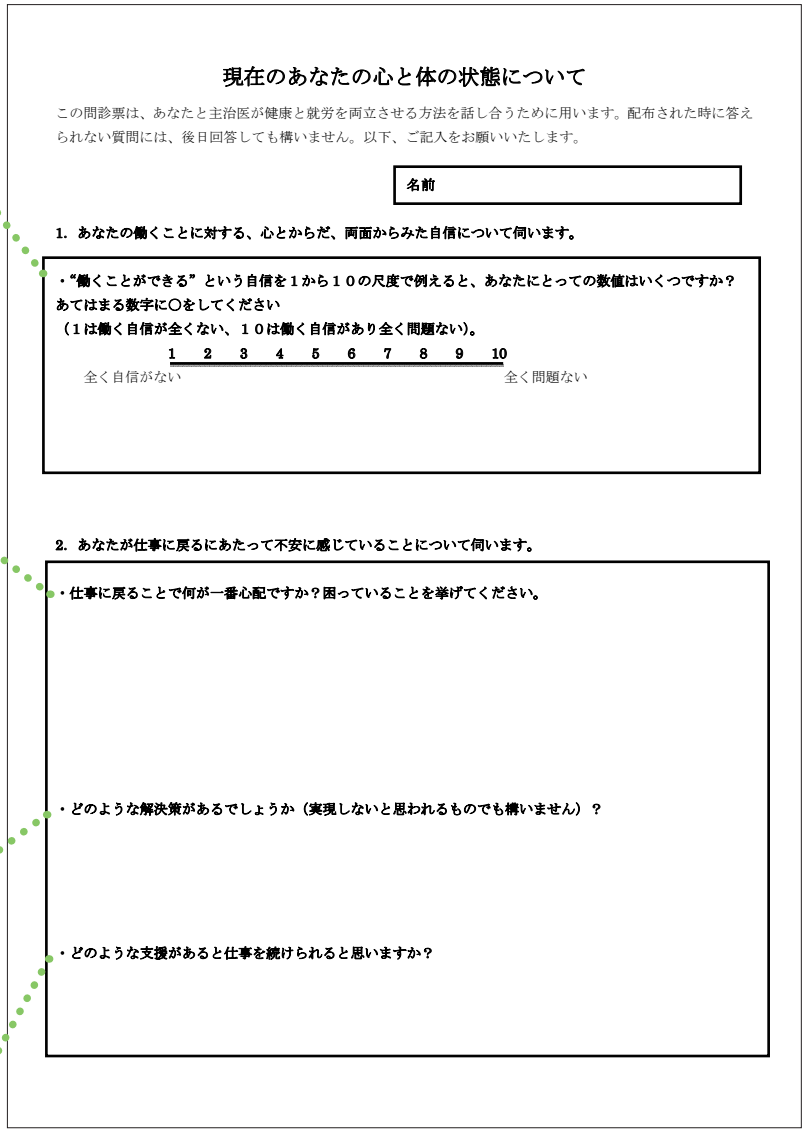
【医療機関への提出】主治医が求める時期に提出します。

【労働者の心身に対する自信】自身の健康状態をどのように考えているかを確認します。労働者の直感的な感覚を記してもらってください。

【仕事について①】
就労する上で最も障害になることを確認します。

【仕事について②】
労働者が希望する職場環境・就労条件を確認します。

【仕事について③】
これまで得られていなかった支援もしくは妥協案等、労働者からの現実的な提案を確認します。



現在のあなたの心と体の状態について

この問診票は、あなたと主治医が健康と就労を両立させる方法を話し合うために用います。配布された時に答えられない質問には、後日回答しても構いません。以下、ご記入をお願いいたします。

名前

1. あなたの働くことに対する、心とからだ、両面からみた自信について伺います。

・“働くことができる”という自信を１から１０の尺度で例えると、あなたにとっての数値はいくつですか？あてはまる数字に○をしてください
（１は働く自信が全くない、１０は働く自信があり全く問題ない）。

1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

全く自信がない　　全く問題ない

2. あなたが仕事に戻るにあたって不安に感じていることについて伺います。

・仕事に戻ることで何が一番心配ですか？困っていることを挙げてください。

・どのような解決策があるでしょうか（実現しないと思われるものでも構いません）？

・どのような支援があると仕事を続けられると思いますか？

### ▶ 3）就労に関する意見書発行のための情報提供（職場記入）

【目的】主治医が、患者である労働者の職場の状況や、彼（女）に期待されるパフォーマンスについて情報を得るための文書です。

【使用方法】職場における配慮に関してアドバイスすることがふさわしい時期（**FIT NOTE（就労に関する意見書）**発行時）に、必要に応じて職場へ記入を依頼します。

【使用時期】以下に使用時期の例を示します。

・休業はしていないものの、メンタルヘルス不調により就労に支障を来している時
・労働者から休業や勤務制限のための診断書を求められ、会社の意向・職場環境等を確認したい時
・一定期間休職し、復職を検討する時

【適用する労働者】正規社員、パート、派遣、アルバイト等雇用形態は問いません。
精神科・心療内科を受診している、もしくはこころの健康に懸念がある労働者に使用できます。
現在就労していなくても、今後働きたい人にも使用することができます。

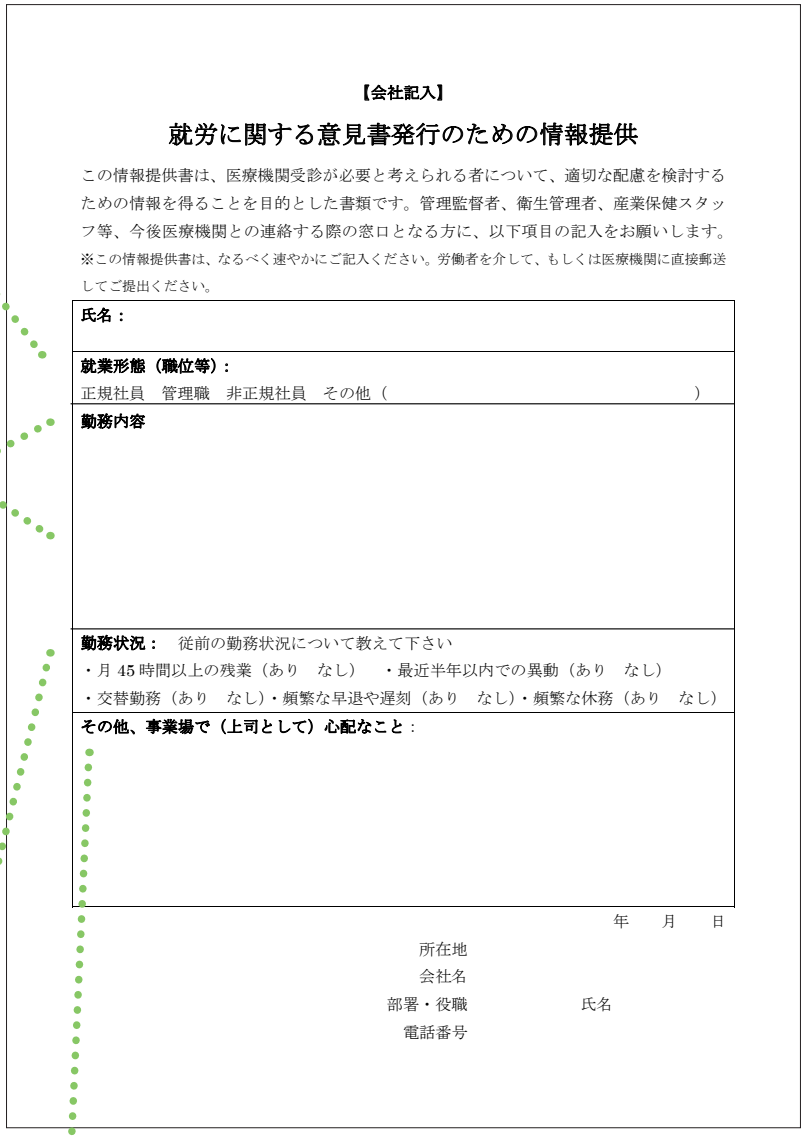
【記入者の選定】管理監督者（事業者）、衛生管理者、産業保健スタッフ等、主治医との連携において、会社側窓口になれる者が記入します。記入者はメンタルヘルスの知識を持っていることが必須ではありませんが、その労働者の就労における配慮を検討する立場にある方が望ましいでしょう。

【医療機関への提出】原則、労働者の次回受診時に間に合うように記入します。提出方法は労働者を介しての提出でも、医療機関へ直接の郵送でも構いません。

【就業形態（職位等）】
労働者の就業形態を選択します。

【従来の働きぶり】
【具体的な業務内容】主治医が労働者の職場環境をできる限り把握し、適切な就労に関するアドバイスをするため、会社が当該労働者に期待している業務内容、これまでの働きぶり等を記入します。

【勤務状況】
健康状態に影響を与える状況について聞いています。異動は会社内のみならず、入退社も含みます。



【会社記入】

**就労に関する意見書発行のための情報提供**

この情報提供書は、医療機関受診が必要と考えられる者について、適切な配慮を検討するための情報を得ることを目的とした書類です。管理監督者、衛生管理者、産業保健スタッフ等、今後医療機関との連絡する際の窓口となる方に、以下項目の記入をお願いします。
※この情報提供書は、なるべく速やかにご記入ください。労働者を介して、もしくは医療機関に直接郵送してご提出ください。

**氏名：**

**就業形態（職位等）：**
正規社員　管理職　非正規社員　その他（　　）

**勤務内容**

**勤務状況：**　従前の勤務状況について教えて下さい
・月 45 時間以上の残業（あり　なし）　・最近半年以内での異動（あり　なし）
・交替勤務（あり　なし）・頻繁な早退や遅刻（あり　なし）・頻繁な休務（あり　なし）

**その他、事業場で（上司として）心配なこと**：

年　月　日

所在地
会社名
部署・役職　　氏名
電話番号

【留意事項】
上記【勤務状況】においての詳細、または就労に関する意見を述べるに際に、必要と思われる具体的な状況等を記入します。

### ▶ 4）使用における注意点

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は職場における適応の問題でメンタルヘルス不調を来している労働者に最も適応があります。

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は、下記に示すものであったり、症状不安定で就労の継続が困難と想定される場合には、発行に注意が必要です。

**・切迫する希死念慮がある**

**・薬物依存・アルコール依存**

**・精神遅滞**

**・器質性精神病**

**・未治療の統合失調症**

**・パーソナリティ障害**

**・発達障害**　　等

個人的または社会的な問題をかかえた労働者から**FIT NOTE（就労に関する意見書）**発行を求められた場合、**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は医学的な問題のためのみに発行することを伝えます。個人的な問題が労働者にストレスを与え、結果としてメンタル不調を来しているのであれば、**FIT NOTE（就労に関する意見書）**を発行することは可能です。

## 6．労働者にとってのFIT NOTE（就労に関する意見書）の使い方

### “就労困難である”と判断された場合

労働者は**FIT NOTE（就労に関する意見書）**を休業のための診断書の代わりに使用することができます。就労可能性の再評価は“実施する”に☑され、記載された月日まで、休業することが勧められます。

### “条件が合えば就労可能と考える”と判断された場合

労働者は医師の記載した意見について、職場と話し合い、就労を支援するための配慮を検討してもらいます。

## 7．事業者にとってのFIT NOTE（就労に関する意見書）の使い方

### “就労困難である”と判断された場合

労働者が医師により”就労困難である”と判断された場合、もしくは”条件が合えば就労可能と考えられる”と判断されたが就労配慮に対応出来ず、結果として就労が困難であると事業者・管理者が判断した場合、**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は休業を要する証明書として社内の手続きに使用することが可能です。

### “条件が合えば就労可能と考える”と判断された場合

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**の内容を、会社と労働者で話し合うことが求められます。何らかの配慮を検討することにより、就労開始・継続の可能性を高めます。

就業配慮可能性の再評価予定日を目安として、労働者の就業配慮（休業を含む）を実施して下さい。就業配慮の期間は、再評価予定日よりも前に終了させることは可能です。

# 8．FIT NOTE（就労に関する意見書）の活用事例

## 仕事に慣れず悩んでいる50歳男性の事例（適応障害）

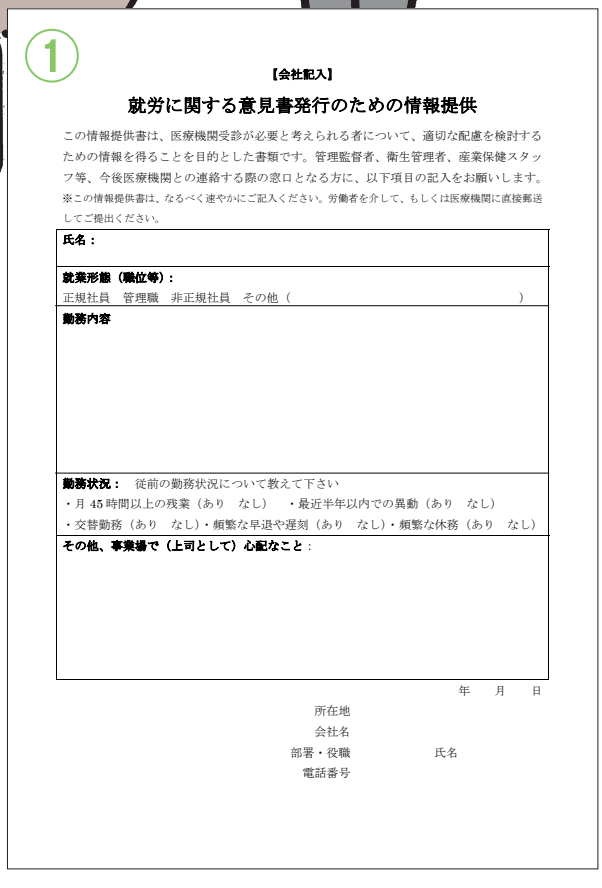



### 初診～１ヶ月









①

【会社記入】

**就労に関する意見書発行のための情報提供**

この情報提供書は、医療機関受診が必要と考えられる者について、適切な配慮を検討するための情報を得ることを目的とした書類です。管理監督者、衛生管理者、産業保健スタッフ等、今後医療機関との連絡する際の窓口となる方に、以下項目の記入をお願いします。
※この情報提供書は、なるべく速やかにご記入ください。労働者を介して、もしくは医療機関に直接郵送してご提出ください。

| |
|---|
| **氏名：** |
| **就業形態（職位等）：**<br>正規社員　管理職　非正規社員　その他（　　） |
| **勤務内容** |
| **勤務状況：** 従前の勤務状況について教えて下さい<br>・月 45 時間以上の残業（あり　なし）　・最近半年以内での異動（あり　なし）<br>・交替勤務（あり　なし）・頻繁な早退や遅刻（あり　なし）・頻繁な休務（あり　なし） |
| **その他、事業場で（上司として）心配なこと：** |

年　月　日

所在地
会社名
部署・役職　　氏名
電話番号

『就業に関する意見書発行のための情報提供』と『就労の準備状態について』を使用し、会社・労働者双方から職場環境と労働者の状況を確認し、「就業に関する意見書③」を作成します。

## その後の診察



問診票を書いていて、電話を受ける業務が今とてもつらいことがわかりました。
少しずつ慣れていけるなら、出来るかもしれません。

Aさんは電話でのコミュニケーションが苦手なようですね。残業も多く、疲れもたまっています。それと以前の職場は縮小傾向にあり、戻ることは難しいようですね。

まずは生活リズムを整えて、体調を良くしましょう。意見書には、Aさんの現在の状況と、検討して頂きたい就業配慮項目を書きますね。

②

**現在のあなたの心と体の状態について**

この問診票は、あなたと主治医が健康と就労を両立させる方法を話し合うために用います。配布された時に答えられない質問には、後日回答しても構いません。以下、ご記入をお願いいたします。

名前

1. あなたの働くことに対する、心とからだ、両面からみた自信について伺います。

・"働くことができる"という自信を１から１０の尺度で例えると、あなたにとっての数値はいくつですか？あてはまる数字に○をしてください
（1は働く自信が全くない、１０は働く自信があり全く問題ない）。

1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

全く自信がない　　全く問題ない

2. あなたが仕事に戻るにあたって不安に感じていることについて伺います。

・仕事に戻ることで何が一番心配ですか？困っていることを挙げてください。

・どのような解決策があるでしょうか（実現しないと思われるものでも構いません）？

・どのような支援があると仕事を続けられると思いますか？

Aさんは、上司の配慮により、決まった客先の窓口を担当することになりました。同じコールセンターでの仕事ですが、業務を限定したことで、少しずつ慣れることができています。睡眠障害のため、２ヶ月外来通院をしましたが、その後体調は改善し、不要になりました。



## ３ヶ月後

③

事業者　殿　　【主治医記入】

**就労に関する意見書**

年　月　日　生まれ

診断

上記患者は現在、
□ 就労困難（不可）である
□ 条件が合えば就労可能と考える

**（条件が合えば就労可能な場合）以下の項目について配慮されることにより、当該患者さんが就業を続けられる可能性が高まります。**
□ 勤務時間の配慮（短時間勤務、出勤・退社時間の調整、残業や休日出勤、交替勤務などを避ける等）
□ 職務の変更（異動を含む）
□ 段階的復職（試し出勤等を取り入れた復職）
□ その他、職場における配慮

具体的な記載（対人折衝業務や国内・海外出張の可否など）

※職場における配慮内容は、本人を含めた話し合いにより決定することをお勧めします。

**就労可能性の再評価について**　□ 実施する（　年　月　日に再評価予定）
□ 実施しない

年　月　日
医療機関名
医師名

# 9．FIT NOTE（就労に関する意見書）システムに関する Q&A

**Q1．就労における配慮事項をアドバイスしましたが、会社による配置転換や一時的な業務配慮などの対応がなされない場合はどうすればよいですか？**

会社における対応は、主治医に期待される職務ではありません。主治医は継続して注意深く労働者の健康状態を確認する必要があります。

**Q2．FIT NOTE（就労に関する意見書）発行後に、労働者の症状が悪化した場合はどうすればよいですか？**

職場における配慮の有無にかかわらず、労働者の症状が悪化し、就労困難となる可能性があります。就労困難と判断する場合は、その旨を記載した**FIT NOTE（就労に関する意見書）**の再発行を検討してください。

**Q3．FIT NOTE（就労に関する意見書）を発行し会社に提出することで、労働者にとって、解雇を含めた不利益な事象が起こりませんか？**

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は、従来の診断書と同様の取り扱いがなされます。加えて、**FIT NOTE（就労に関する意見書）**に基づいて、働く事が労働者・会社にとって利益になることを双方が認識し、医師のアドバイスについてよく話し合うことが求められます。

**Q4．FIT NOTE（就労に関する意見書）における再評価はいつすれば良いですか？**

・就労困難（不可）と判断した場合は、再評価が必要になります。
・条件が合えば就労可能と判断した場合は、状況が変わったら再評価をします。
・再評価日を設定した場合は、再評価日に改めて就労可能性の評価を行い、**FIT NOTE（就労に関する意見書）**を再発行します。
・再評価日を設定せず、後日就労困難（不可）になった場合は、その時点で**FIT NOTE（就労に関する意見書）**を再発行します。

### Q5. FIT NOTE（就労に関する意見書）はどのくらい強制力がありますか？

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は労働者を診断した記録をもとに、就労に関する医師の助言を行うものであり、**法的な拘束力はありません。**

### Q6. 就労に関する意見書発行のための情報提供を労働者が会社に提出しても、対応してくれない場合はどうすれば良いですか？

**就労に関する意見書発行のための情報提供**は労働者の現状、期待されている業務内容などを知ることを目的としていますが、**就労に関する意見書発行のための情報提供**がなくても**FIT NOTE（就労に関する意見書）**を発行することは可能です。

### Q7. 就労の準備状態についてに労働者が記入出来ない場合はどうすれば良いですか？

主治医が労働者の状況を確認しながら記載し、記録として残します。

### Q8. 主治医が労働者の希望に沿わず、医学的な意見を述べることで医師ー患者間の信頼を損ねることがないか心配です。

**就労の準備状態について（就労に関する意見書発行のための情報提供）**により労働者の状況を把握し、話し合いを深めることで、“仕事をすることは健康によいもの”“長く仕事をしないことは、心身の健康を失う”ことへの労働者の理解を促し、早期の就労の支援をします。主治医と労働者が話し合い、同意のもとに意見書を発行するプロセスが大切です。

### Q9. FIT NOTE（就労に関する意見書）で示された配慮はいつまで必要ですか？

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**内に記載された配慮項目について、事業者は、就業配慮可能性の再評価予定日を目安に、配慮を行います。労働者の臨床症状に基づいてアドバイスを提供して下さい。

2017年２月　第３版

本マニュアルは、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）」に基づいて実施されるモデル事業用に作成されたものです。

就労に関する意見書

# FIT NOTEシステム

## 導入マニュアル 労働者用

**働くことで健康を築く**

FIT NOTE（就労に関する意見書）とは、
あなたの仕事と健康を両立させるために
医師が発行する意見書です



本マニュアルには、メンタルヘルス不調を来した労働者の職場復帰を促し、長期休業を予防するために、主治医が就労に関する意見を述べるFIT NOTEシステムの概要が記されています。
わが国に、公式に導入されている制度ではありませんが、当該労働者の支援のヒントとしてご参照下さい。

# FIT NOTEとは

主治医と職場の橋渡しになる可能性のある文書です。

心身の不調で休業した労働者の早期の復職を促したり、不要な休業を避けたりすることを目的としています。

復職のための話し合いを早期に始めるために、主治医には、できるだけ早く発行してもらうことを企図しています。

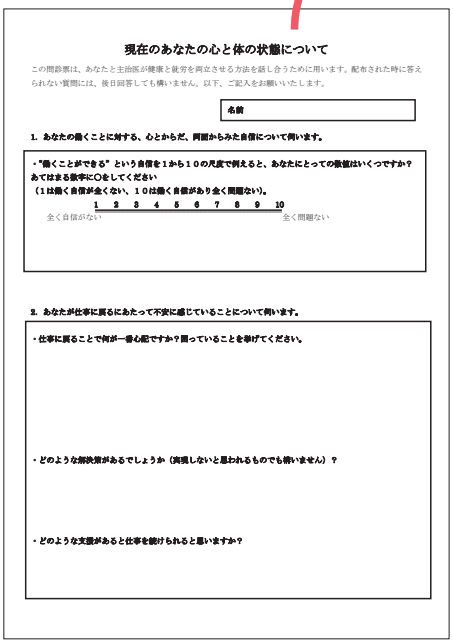
産業保健職の支援が少ない職場でも、主治医とのコミュニケーションをもとに、職場で配慮するにより、労働者の職場復帰を可能とさせることを目指しています。

ただし、職場での配慮が不可能である場合でも、労働者の雇い止め（解雇）をするようなことを前提とした文書ではありません。

# FIT NOTE 作成の仕方

労働者の
就労準備状態を
尋ねます

事業所から
労働者の就業状況を
尋ねます



現在のあなたの心と体の状態について

この問診票は、あなたと主治医が健康と就労を両立させる方法を話し合うために用います。配布された時に答えられない質問には、後日回答しても構いません。以下、ご記入をお願いいたします。

名前

1. あなたの働くことに対する、心とからだ、両面からみた自信について伺います。

・"働くことができる"という自信を１から１０の尺度で例えると、あなたにとっての数値はいくつですか？
あてはまる数字に○をしてください
（１は働く自信が全くない、１０は働く自信があり全く問題ない）。

1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

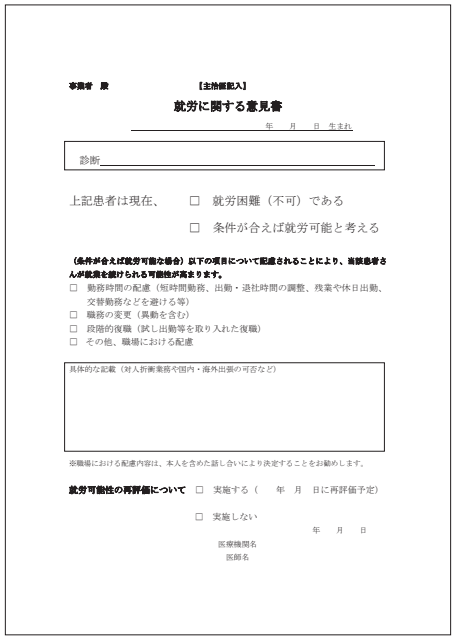
全く自信がない　　全く問題ない

2. あなたが仕事に戻るにあたって不安に感じていることについて伺います。

・仕事に戻ることで何が一番心配ですか？思っていることを挙げてください。

・どのような解決策があるでしょうか（実現しないと思われるものでも構いません）？

・どのような支援があると仕事を続けられると思いますか？



事業者　殿　　【主治医記入】

就労に関する意見書

年　月　日　生まれ

診断

上記患者は現在、　□ 就労困難（不可）である

□ 条件が合えば就労可能と考える

（条件が合えば就労可能な場合）以下の項目について配慮されることにより、当該患者さんが就業を続けられる可能性が高まります。

□ 勤務時間の配慮（短時間勤務、出勤・退社時間の調整、残業や休日出勤、交替勤務などを避ける等）
□ 職務の変更（異動を含む）
□ 段階的復職（試し出勤等を取り入れた復職）
□ その他、職場における配慮

具体的な記載（対人折衝業務や国内・海外出張の可否など）

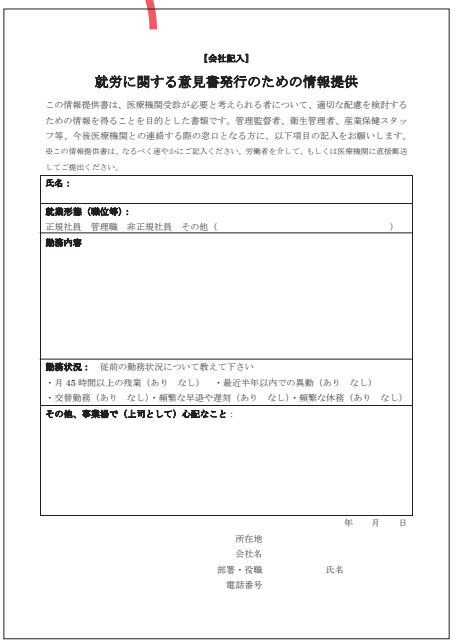
※職場における配慮内容は、本人を含めた話し合いにより決定することをお勧めします。

就労可能性の再評価について　□ 実施する（　年　月　日に再評価予定）

□ 実施しない

年　月　日

医療機関名
医師名



【会社記入】

就労に関する意見書発行のための情報提供

この情報提供書は、医療機関受診が必要と考えられる者について、適切な配慮を検討するための情報を得ることを目的とした書類です。管理監督者、衛生管理者、産業保健スタッフ等、今後医療機関との連絡する際の窓口となる方に、以下項目の記入をお願いします。
※この情報提供書は、なるべく速やかにご記入ください。労働者を介して、もしくは医療機関に直接郵送してご提出ください。

氏名：

就業形態（職位等）：
正規社員　管理職　非正規社員　その他（　　）

勤務内容

勤務状況：　従前の勤務状況について教えて下さい
・月 45 時間以上の残業（あり　なし）　・最近半年以内での異動（あり　なし）
・交替勤務（あり　なし）・頻繁な早退や遅刻（あり　なし）・頻繁な休務（あり　なし）

その他、事業場で（上司として）心配なこと：

年　月　日

所在地
会社名
部署・役職　　氏名
電話番号

就労に関する意見書

# FIT NOTEシステム

## 導入マニュアル 労働者用

## 目　次


1．“働くこと”と“健康”について …… 2

2．FIT NOTE（就労に関する意見書）とは…… 3

3．休業のための診断書とFIT NOTE（就労に関する意見書）との考え方の違い… 4

4．FIT NOTE（就労に関する意見書）で使用する文書…… 6

5．FIT NOTE（就労に関する意見書）作成にあたっての留意事項…… 10

1）FIT NOTE（就労に関する意見書）（主治医記入）…… 10

2）就労の準備状態について
（現在のあなたの心と体の状態について：あなたが記入）…… 12

3）就労に関する意見書発行のための情報提供（職場記入）…… 14

6．労働者にとってのFIT NOTE（就労に関する意見書）の使い方…… 16

7．事業者にとってのFIT NOTE（就労に関する意見書）の使い方…… 16

8．FIT NOTE（就労に関する意見書）の活用事例…… 18

9．FIT NOTE（就労に関する意見書）システムに関するQ&A …… 20

# 1．“働くこと”と“健康”について

**・仕事をすることは、一般に健康に良いものである**

**・長く仕事をしないことは、心身の健康を損なう**

**・多くの休業者は軽症で、何らかの配慮をすることにより復職できる**

**・休業期間が長いほど、離職リスクが高まる**

〈英国雇用年金省　『Fit Noteを最大限に活用する　GPガイダンス』より抜粋〉

## 仕事が健康に影響を及ぼすメカニズム

英国の研究によると、仕事をすることは心身の健康にプラスの効果をもたらし、金銭上の問題（経済的不安定）のリスクを軽減して、全体的な生活の質を向上し得ることが明らかになっています。

あなたは今、働き続けることが難しい状況でしょうか。職場における何らかの配慮により、ストレスが軽減すれば、休むことによって生じうる心身の健康リスクを避けることができます。

あなたが休業している場合、復職するときに100%回復している必要はありません。仕事に戻ることでむしろ回復が早くなる可能性があります。

適切な量・質の仕事をすることは健康状態にプラスに作用します。そのため、主治医はあなたが現在できること、そして健康を悪化させることなく仕事復帰が可能かどうか判断する**FIT NOTE（就労に関する意見書）**を発行し、あなたが働くことのできる就労条件について会社に提案します。

# 2．FIT NOTE（就労に関する意見書）とは

## ▶ FIT NOTE（就労に関する意見書）とは

主治医は、あなたの病気や症状を勘案した上で、あなたの健康状態が就業に適しているかどうかを評価します。**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は、医師があなたから就労に対するモチベーションの高さや職場のストレス要因を聞き、必要に応じて会社側からも情報提供を得て、就労上の配慮事項を会社側へ提案し、医師の意見を表明する文書です。

主治医は、あなたと、あなたを通じて職場とコミュニケーションを取りながら、早期復職を促し不要な休業の防止するために**FIT NOTE（就労に関する意見書）**を発行します。

以下は、**FIT NOTE（就労に関する意見書）**により得られるメリットです。

**・職場に復帰できる時期を早めます**

**・配慮を得ることにより、休まず働き続けることができます**

**・就労配慮・条件について会社と交渉することができます**

**・退職しない方法を検討できます**

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**では、それまでの業務に留まること、戻ることを前提に意見を出していません。主治医は職務全般における就労の適応について判断します。

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**を会社に提出し、その内容についてあなたは会社と話し合います。そして会社が何かしらの対応、配慮を図ってくれるかどうかを検討します。

医療以外の問題（家庭問題や職場での対人問題等）について、主治医は**FIT NOTE（就労に関する意見書）**を発行しません。ただしそれらの問題により心身の健康が脅かされ、治療が必要な場合は、主治医が状況に応じて**FIT NOTE（就労に関する意見書）**の発行を検討します。

## 3．休業のための診断書とFIT NOTE（就労に関する意見書）との考え方の違い
（労働者の就労可能性の評価について）

現在一般に使用されている診断書は、主に労働者の臨床所見に基づいて、療養や就労の制限、もしくは休業について医師の意見を述べるものになっています。**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は、あなたの職場の状況も勘案した上で、就労を継続するために有用な助言を医学的な見地から述べるものです。

### ▶ 1）従来の診断書にFIT NOTE（就労に関する意見書）が付加する機能

| | 従来の診断書がもっている機能 | FIT NOTE（就労に関する意見書）が付加する機能 |
|---|---|---|
| 目的 | 医療情報の共有 | 早期復職、不要な休業の防止 |
| 考え方 | ・傷病による勤務の可否（一般に、要休業・勤務制限）を示す証明書 | ・働くことは健康に良いとする考え<br>・就業上の配慮をすることにより就業継続・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 |
| 記載内容 | ・診断<br>・休業期間 | ・診断（就労を困難としている状態で可）<br>・就業は可とする意見<br>・就労上の配慮についての助言 |
| 機能 | ・休職及び復職（指針に示す第３ステップ）の手続きが開始される用件 | ・事業者（及び労働者）が就業について検討する際、参考とする事項<br>・就業・復職しない場合、休業補償の申請と連動* |
| 受領後のアクション | ・休業・復職の手続き開始<br>（復職の場合）復職前面談等で、就業制限事項を決定。<br>・上司・産業保健スタッフ・本人で内容を確認<br>（復職の場合）検討された就業制限の下、復職プロセスの開始 | ・就業上の配慮を検討<br>・就業配慮事項について、事業者、労働者間で合意<br>・検討された就業上の配慮の下就業継続 |

＊英国での使用例

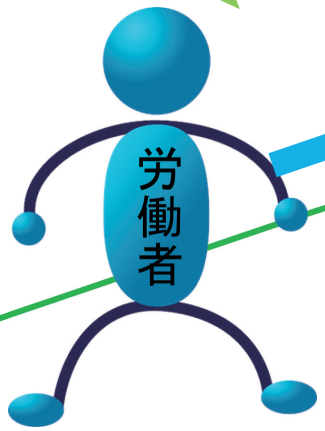
# FIT NOTE（就労に関する意見書）のシステム

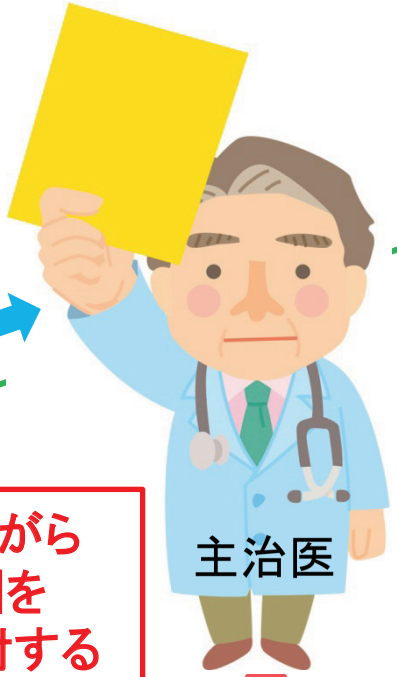
※必要に応じて、
労働者を通じて
主治医から会社に
依頼する

『就労に関する意見書発行のための情報提供』※

『就労の準備状態について』




『就労に関する意見書』

『治療しながら
働くこと』を
一緒に検討する

「こうしたら就労できますよ」というアドバイスをする

# 4．FIT NOTE（就労に関する意見書）で使用する文書

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**には、以下のような文書が用意されています。

## ▶ 1）FIT NOTE（就労に関する意見書）

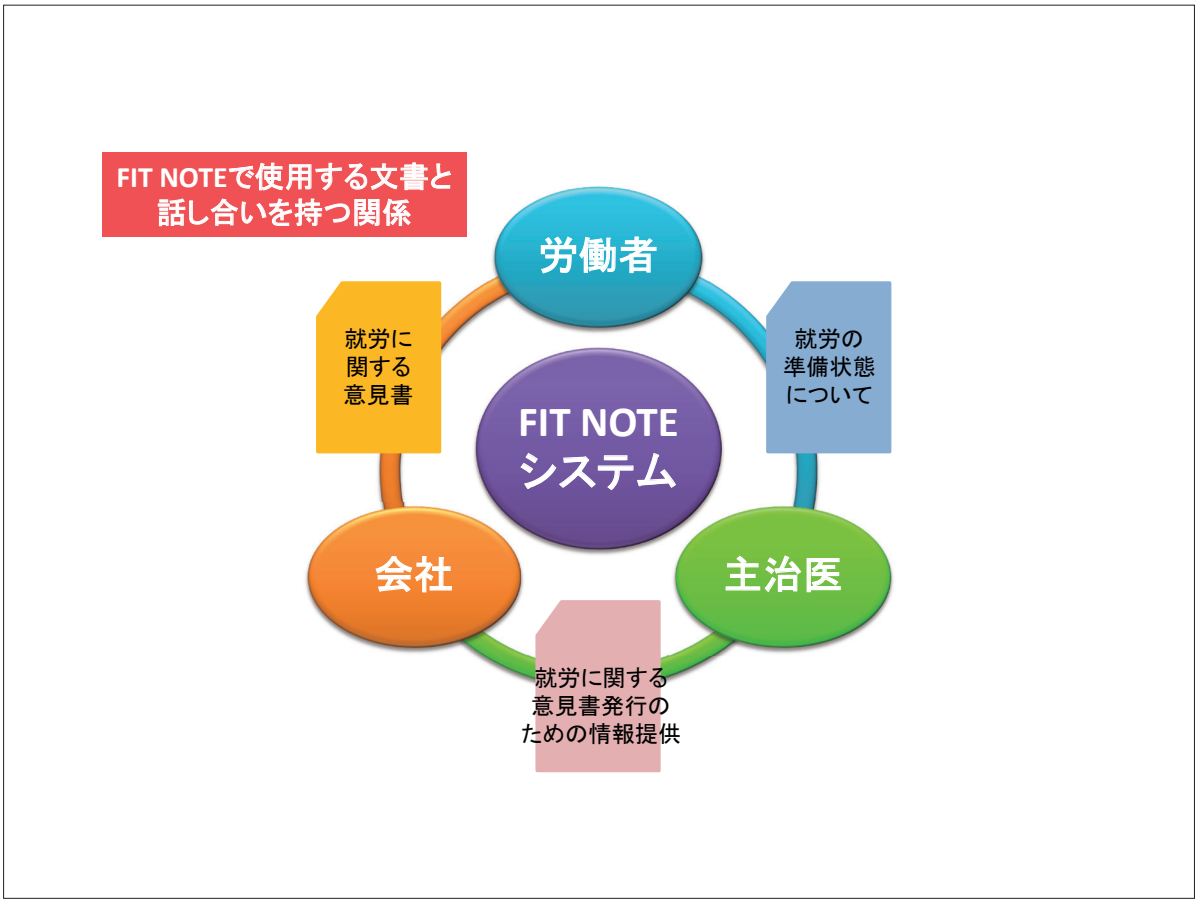
臨床症状を踏まえた就労能力を評価し、就労可否及び条件を示します。

## ▶ 2）就労の準備状態について（現在のあなたの心と体の状態について）

労働者の就労に対するモチベーションの高さや職場のストレス要因、解決策の参考にします。

## ▶ 3）就労に関する意見書発行のための情報提供

労働者に期待されている業務内容および現在の勤務状況を確認します。



## ▶ 1）FIT NOTE 就労に関する意見書

**事業者　殿**　　**【主治医記入】**

### 就労に関する意見書

年　月　日　生まれ

診断＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記患者は現在、　☐　就労困難（不可）である

☐　条件が合えば就労可能と考える

**（条件が合えば就労可能な場合）以下の項目について配慮されることにより、当該患者さんが就業を続けられる可能性が高まります。**

☐　勤務時間の配慮（短時間勤務、出勤・退社時間の調整、残業や休日出勤、交替勤務などを避ける等）
☐　職務の変更（異動を含む）
☐　段階的復職（試し出勤等を取り入れた復職）
☐　その他、職場における配慮

具体的な記載（対人折衝業務や国内・海外出張の可否など）

※職場における配慮内容は、本人を含めた話し合いにより決定することをお勧めします。

**就労可能性の再評価について**　☐　実施する（　年　月　日に再評価予定）

☐　実施しない

年　月　日

医療機関名

医師名

## ▶ 2）就労の準備状態について（現在のあなたの心と体の状態について）

### 現在のあなたの心と体の状態について

この問診票は、あなたと主治医が健康と就労を両立させる方法を話し合うために用います。配布された時に答えられない質問には、後日回答しても構いません。以下、ご記入をお願いいたします。

| 名前 |
|---|

**1. あなたの働くことに対する、心とからだ、両面からみた自信について伺います。**

**・“働くことができる”という自信を１から１０の尺度で例えると、あなたにとっての数値はいくつですか？あてはまる数字に〇をしてください**
**（１は働く自信が全くない、１０は働く自信があり全く問題ない）。**

**1　2　3　4　5　6　7　8　9　10**

全く自信がない　　全く問題ない

**2. あなたが仕事に戻るにあたって不安に感じていることについて伺います。**

**・仕事に戻ることで何が一番心配ですか？困っていることを挙げてください。**

**・どのような解決策があるでしょうか（実現しないと思われるものでも構いません）？**

**・どのような支援があると仕事を続けられると思いますか？**

## ▶ 3）就労に関する意見書発行のための情報提供

【会社記入】

### 就労に関する意見書発行のための情報提供

この情報提供書は、医療機関受診が必要と考えられる者について、適切な配慮を検討するための情報を得ることを目的とした書類です。管理監督者、衛生管理者、産業保健スタッフ等、今後医療機関との連絡する際の窓口となる方に、以下項目の記入をお願いします。

※この情報提供書は、なるべく速やかにご記入ください。労働者を介して、もしくは医療機関に直接郵送してご提出ください。

| |
|---|
| **氏名：** |
| **就業形態（職位等）：**<br>正規社員　管理職　非正規社員　その他（　　） |
| **勤務内容** |
| **勤務状況：**　従前の勤務状況について教えて下さい<br>・月 45 時間以上の残業（あり　なし）　・最近半年以内での異動（あり　なし）<br>・交替勤務（あり　なし）・頻繁な早退や遅刻（あり　なし）・頻繁な休務（あり　なし） |
| **その他、事業場で（上司として）心配なこと**： |

年　　月　　日

所在地

会社名

部署・役職　　氏名

電話番号

# 5．FIT NOTE（就労に関する意見書）作成にあたっての留意事項

## ▶ 1）FIT NOTE（就労に関する意見書）（主治医記入）

【目的】あなた（および会社）から職場環境・業務に関する情報を得て、あなたの病状を踏まえ、あなたの働き方について主治医が会社側へ提案するための文書です。

【使用方法】**就労の準備状態について**（必要に応じて**就労に関する意見書発行のための情報提供**も合わせる）の内容を確認し、治療をしながら働くこととその方法について、あなたと主治医が話し合います。そして職場環境や勤務時間についてなどの配慮事項を会社側に提案します。

【使用時期】この意見書は、**就労の準備状態について**（必要に応じて**就労に関する意見書発行のための情報提供**も合わせる）が揃い次第、速やかに作成されます。
以下に使用時期の例を示します。

・休業はしていないものの、精神的な症状により就労に支障を来している時
・一定期間休職し、復職を検討する時

【適用する労働者】正規社員、パート、派遣、アルバイト等雇用形態は問いません。
精神科・心療内科を受診している、もしくは精神的な健康障害の懸念がある、働いている人に使用できます。

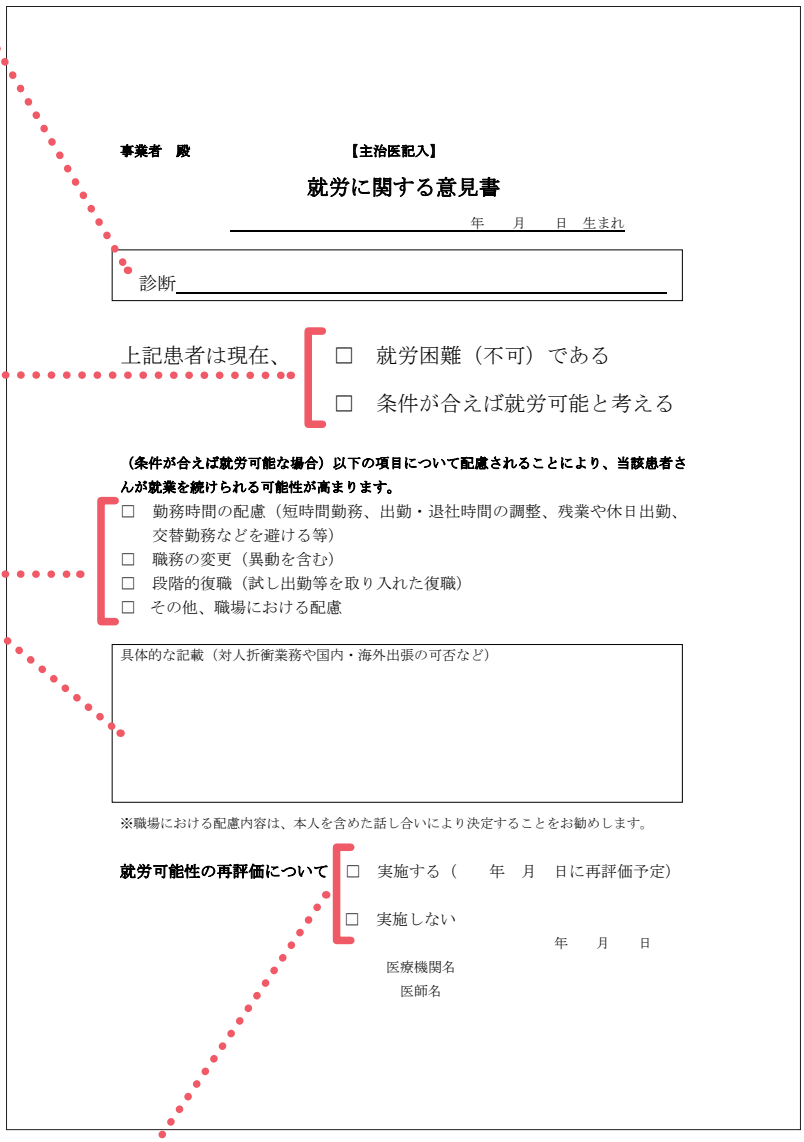
【適用する症状等】
就労上の配慮をすることで、仕事を続けられる可能性のある人すべてに適用可能です。

【職場への提出】原則、あなたが会社側に提出します。

【評価対象の障害】
就労に影響を及ぼしている疾病、症候、状態像が記載されます。

【就労配慮項目】主治医は職務全般における就労の適応について判断します。

【就労について】
就労可能性を高めうる就業配慮について主治医が提案します。挙げられている項目以外は、【具体的な記載】に記入されます。実際の就労配慮は職場があなたの意見を聞いて、決定します。



事業者　殿　　【主治医記入】

就労に関する意見書

年　月　日　生まれ

診断

上記患者は現在、
□ 就労困難（不可）である
□ 条件が合えば就労可能と考える

**（条件が合えば就労可能な場合）以下の項目について配慮されることにより、当該患者さんが就業を続けられる可能性が高まります。**
□ 勤務時間の配慮（短時間勤務、出勤・退社時間の調整、残業や休日出勤、交替勤務などを避ける等）
□ 職務の変更（異動を含む）
□ 段階的復職（試し出勤等を取り入れた復職）
□ その他、職場における配慮

具体的な記載（対人折衝業務や国内・海外出張の可否など）

※職場における配慮内容は、本人を含めた話し合いにより決定することをお勧めします。

**就労可能性の再評価について**
□ 実施する（　年　月　日に再評価予定）
□ 実施しない

年　月　日

医療機関名
医師名

【就労可能性の再評価】
・『就労困難（不可）である』に該当した時は、再評価日を設定されます。それまでの間は休業を要します。
・状態が変化する可能性がある場合は、再評価日を設定されます。
・再評価予定日は、事業場が就業配慮（休業を含む）を実施する期間の目安となります。

## ▶ 2）就労の準備状態について
## （現在のあなたの心と体の状態について：あなたが記入します）

【目的】あなたと主治医が、健康と就労を両立させる方法を話し合うための文書です。

【使用方法】原則として、あなた本人が記入します。あなたが自分で記入することが困難なときは、主治医があなたの状況を確認しながら記載し、記録として残すことも可能です。

【使用時期】この問診票は、あなたが一度持ち帰り、健康な状態で就労するための条件を考えて回答すると良いでしょう。初診・診察時に回答できるならば、そうしても構いません。

以下に使用時期の例を示します。

・休業はしていないものの、精神的な症状により就労に支障を来している時
・一定期間休職し、復職を検討する時
・あなたが休業や勤務制限のための診断書を求め、主治医があなたの意向や状況を確認したい時

【適用する労働者】正規社員、パート、派遣、アルバイト等雇用形態は問いません。
精神科・心療内科を受診している、もしくは精神的な健康障害の懸念がある労働者に使用できます。現在就労していなくても、今後働きたい人には使用することができます。

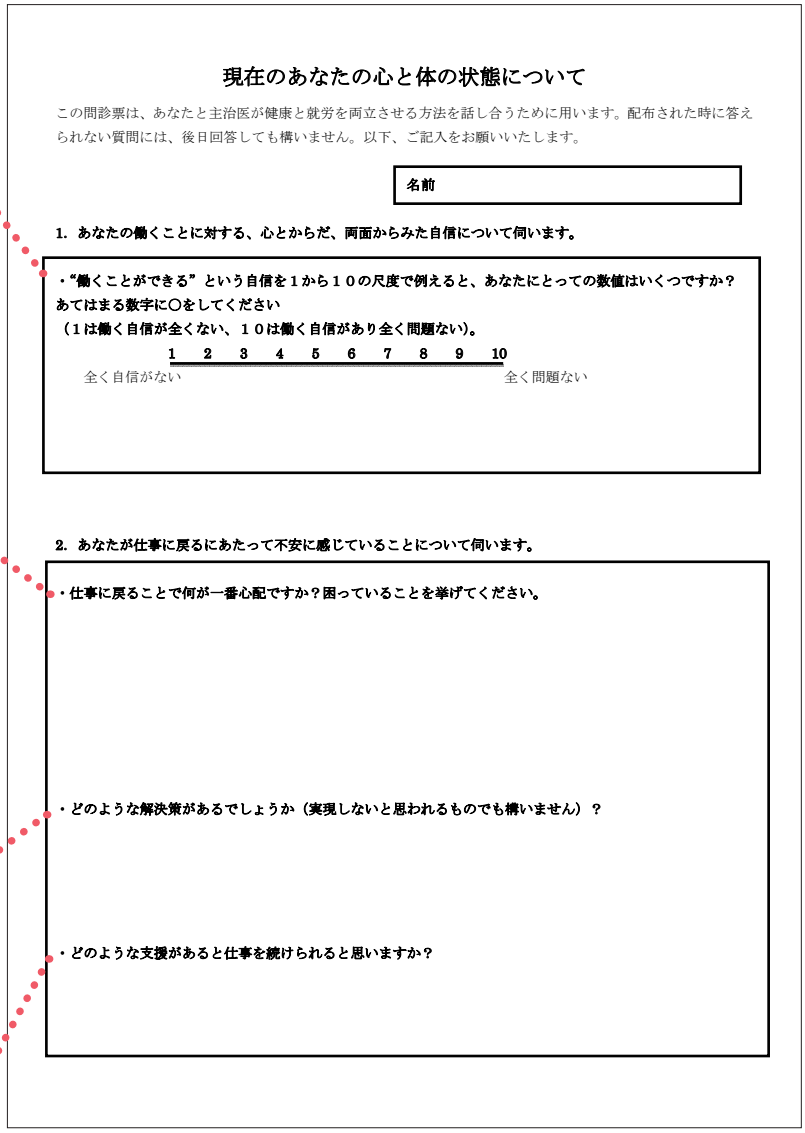
【医療機関への提出】主治医が求める時期に提出します。

【労働者の心身に対する自信】自身の健康状態をあなたがどのように考えているかを記入します。あなたの直感的な感覚を記して下さい。

【仕事について①】
就労する上で最も障害になることを記載します。

【仕事について②】
あなたが希望する職場環境・就労条件を記載します。

【仕事について③】
これまで得られていなかった支援もしくは妥協案等、現実的な提案はないか考えます。



現在のあなたの心と体の状態について

この問診票は、あなたと主治医が健康と就労を両立させる方法を話し合うために用います。配布された時に答えられない質問には、後日回答しても構いません。以下、ご記入をお願いいたします。

名前

1. あなたの働くことに対する、心とからだ、両面からみた自信について伺います。

・“働くことができる”という自信を１から１０の尺度で例えると、あなたにとっての数値はいくつですか？あてはまる数字に○をしてください
（１は働く自信が全くない、１０は働く自信があり全く問題ない）。

1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

全く自信がない　　全く問題ない

2. あなたが仕事に戻るにあたって不安に感じていることについて伺います。

・仕事に戻ることで何が一番心配ですか？困っていることを挙げてください。

・どのような解決策があるでしょうか（実現しないと思われるものでも構いません）？

・どのような支援があると仕事を続けられると思いますか？

## ▶ 3）就労に関する意見書発行のための情報提供（職場記入）

【目的】主治医が、患者であるあなたの職場の状況や、あなたに期待しているパフォーマンスについて情報を得るための文書です。

【使用方法】職場における配慮に関してアドバイスすることがふさわしい時期（**FIT NOTE（就労に関する意見書**）発行時）に、必要に応じてあなたを介して主治医が職場へ記入を依頼します。

【使用時期】以下に使用時期の例を示します。

・休業はしていないものの、メンタルヘルス不調により就労に支障を来している時
・あなたが休業や勤務制限のための診断書を求め、主治医が会社の意向・職場環境等を確認したい時
・一定期間休職し、復職を検討する時

【適用する労働者】正規社員、パート、派遣、アルバイト等雇用形態は問いません。精神科・心療内科を受診している、もしくはこころの健康に懸念がある人に使用できます。現在就労していなくても、今後働きたい人にも使用することができます。

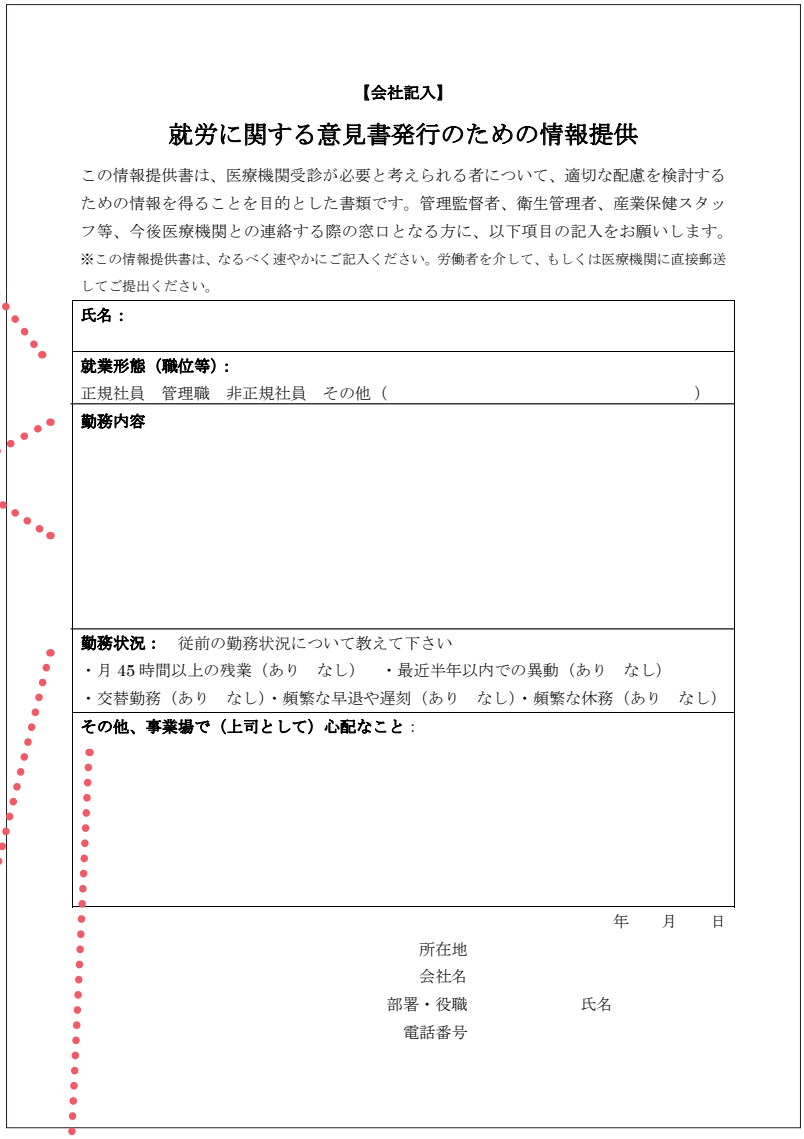
【記入者の選定】管理監督者（事業者）、衛生管理者、産業保健スタッフ等、主治医との連携において、会社側窓口になれる者が記入します。記入者はメンタルヘルスの知識を持っていることが必須ではありませんが、労働者の就労における配慮を検討する立場にある方が望ましいでしょう。

【医療機関への提出】原則、あなたの次回受診時に間に合うように記入を依頼します。提出方法はあなたを介しての提出でも、医療機関へ直接の郵送でも構いません。

【職位】
労働者の職位を選択します。

【従来の働きぶり】
【具体的な業務内容】主治医が労働者の職場環境をできる限り把握し、適切な就労に関するアドバイスをするため、会社が当該労働者に期待している業務内容、これまでの働きぶり等を記入してください。

【勤務状況】
健康状態に影響を与える状況について聞いています。異動は会社内のみならず、入退社も含みます。



【会社記入】

就労に関する意見書発行のための情報提供

この情報提供書は、医療機関受診が必要と考えられる者について、適切な配慮を検討するための情報を得ることを目的とした書類です。管理監督者、衛生管理者、産業保健スタッフ等、今後医療機関との連絡する際の窓口となる方に、以下項目の記入をお願いします。
※この情報提供書は、なるべく速やかにご記入ください。労働者を介して、もしくは医療機関に直接郵送してご提出ください。

**氏名：**

**就業形態（職位等）：**
正規社員　管理職　非正規社員　その他（　　）

**勤務内容**

**勤務状況：**　従前の勤務状況について教えて下さい
・月 45 時間以上の残業（あり　なし）　・最近半年以内での異動（あり　なし）
・交替勤務（あり　なし）・頻繁な早退や遅刻（あり　なし）・頻繁な休務（あり　なし）

**その他、事業場で（上司として）心配なこと**：

年　月　日

所在地
会社名
部署・役職　　氏名
電話番号

【留意事項】
上記【勤務状況】においての詳細、または就労に関する意見を述べるに際に、必要と思われる具体的な状況等を記入してください。

## 6．労働者にとってのFIT NOTE（就労に関する意見書）の使い方

### “就労困難である”と判断された場合

労働者は**FIT NOTE（就労に関する意見書）**を休業のための診断書の代わりに使用することができます。就労可能性の再評価は“実施する”に☑され、記載された月日まで、休業することが勧められます。

### “条件が合えば就労可能と考える”と判断された場合

労働者は医師の記載した意見について、職場と話し合い、就労を支援するための配慮を検討してもらいます。

## 7．事業者にとってのFIT NOTE（就労に関する意見書）の使い方

### “就労困難である”と判断された場合

労働者が医師により”就労困難である”と判断された場合、もしくは”条件が合えば就労可能と考えられる”と判断されたが就労配慮に対応出来ず、結果として就労が困難であると事業者・管理者が判断した場合、**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は休業を要する証明書として社内の業務処理に使用することが可能です。

### “条件が合えば就労可能と考える”と判断された場合

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**の内容を、会社と労働者で話し合うことが求められます。何らかの配慮を検討することにより、就労開始・継続の可能性を高めます。

就業配慮可能性の再評価予定日を目安として、労働者の就業配慮（休業を含む）を実施して下さい。就業配慮の期間は、再評価予定日よりも前に終了させることは可能です。

# 8．FIT NOTE（就労に関する意見書）の活用事例

## 仕事に慣れず悩んでいる50歳男性の事例（適応障害）




### 初診～１ヶ月

①

【会社記入】

**就労に関する意見書発行のための情報提供**

この情報提供書は、医療機関受診が必要と考えられる者について、適切な配慮を検討するための情報を得ることを目的とした書類です。管理監督者、衛生管理者、産業保健スタッフ等、今後医療機関との連絡する際の窓口となる方に、以下項目の記入をお願いします。
※この情報提供書は、なるべく速やかにご記入ください。労働者を介して、もしくは医療機関に直接郵送してご提出ください。

| |
|---|
| **氏名：** |
| **就業形態（職位等）：**<br>正規社員　管理職　非正規社員　その他（　　） |
| **勤務内容** |
| **勤務状況：** 従前の勤務状況について教えて下さい<br>・月 45 時間以上の残業（あり　なし）　・最近半年以内での異動（あり　なし）<br>・交替勤務（あり　なし）・頻繁な早退や遅刻（あり　なし）・頻繁な休務（あり　なし） |
| **その他、事業場で（上司として）心配なこと：** |

年　月　日

所在地
会社名
部署・役職　　氏名
電話番号

『就業に関する意見書発行のための情報提供』と『就労の準備状態について』を使用し、会社・労働者双方から職場環境と労働者の状況を確認し、「就業に関する意見書③」を作成します。

## その後の診察



問診票を書いていて、電話を受ける業務が今とてもつらいことがわかりました。
少しずつ慣れていけるなら、出来るかもしれません。

Aさんは電話でのコミュニケーションが苦手なようですね。残業も多く、疲れもたまっています。それと以前の職場は縮小傾向にあり、戻ることは難しいようですね。

まずは生活リズムを整えて、体調を良くしましょう。意見書には、Aさんの現在の状況と、検討して頂きたい就業配慮項目を書きますね。

②

**現在のあなたの心と体の状態について**

この問診票は、あなたと主治医が健康と就労を両立させる方法を話し合うために用います。配布された時に答えられない質問には、後日回答しても構いません。以下、ご記入をお願いいたします。

名前

1. あなたの働くことに対する、心とからだ、両面からみた自信について伺います。

・"働くことができる"という自信を１から１０の尺度で例えると、あなたにとっての数値はいくつですか？あてはまる数字に○をしてください
（1は働く自信が全くない、１０は働く自信があり全く問題ない）。

1　2　3　4　5　6　7　8　9　10
全く自信がない　　全く問題ない

2. あなたが仕事に戻るにあたって不安に感じていることについて伺います。

・仕事に戻ることで何が一番心配ですか？困っていることを挙げてください。

・どのような解決策があるでしょうか（実現しないと思われるものでも構いません）？

・どのような支援があると仕事を続けられると思いますか？

③

事業者　殿　　【主治医記入】

**就労に関する意見書**

年　月　日　生まれ

診断

上記患者は現在、
□ 就労困難（不可）である
□ 条件が合えば就労可能と考える

**（条件が合えば就労可能な場合）以下の項目について配慮されることにより、当該患者さんが就業を続けられる可能性が高まります。**
□ 勤務時間の配慮（短時間勤務、出勤・退社時間の調整、残業や休日出勤、交替勤務などを避ける等）
□ 職務の変更（異動を含む）
□ 段階的復職（試し出勤等を取り入れた復職）
□ その他、職場における配慮

具体的な記載（対人折衝業務や国内・海外出張の可否など）

※職場における配慮内容は、本人を含めた話し合いにより決定することをお勧めします。

**就労可能性の再評価について**　□ 実施する（　年　月　日に再評価予定）
□ 実施しない

年　月　日
医療機関名
医師名

Aさんは、上司の配慮により、決まった客先の窓口を担当することになりました。同じコールセンターでの仕事ですが、業務を限定したことで、少しずつ慣れることができています。睡眠障害のため、２ヶ月外来通院をしましたが、その後体調は改善し、不要になりました。



## ３ヶ月後

# 9．FIT NOTE（就労に関する意見書）システムに関するQ&A

**Q1．就労における配慮事項をアドバイスされましたが、会社による配置転換や一時的な業務配慮などの対応がなされない場合はどうすればよいですか？**

**会社が意見書に記載された配慮等便宜を図ることができない場合もあります。**やむをえず休業となった場合、あなたが職務に休業を必要とすることを裏付ける資料として**FIT NOTE（就労に関する意見書）**を活用することができます。

**Q2．FIT NOTE（就労に関する意見書）発行後に、あなたの症状が悪化した場合はどうすればよいですか？**

職場における配慮の有無にかかわらず、あなたの症状が悪化し、就労困難となる可能性があります。その場合は、速やかに主治医にあなたの健康状態について相談をしてください。

**Q3．FIT NOTE（就労に関する意見書）を発行し会社に提出することで、解雇される可能性はありませんか？**

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は労働者を診断した記録をもとに就労に関する意見を述べる文書であり、診断書と同様の取り扱いをします。意見書に述べられた内容を踏まえ、会社は可能な限りの配慮を検討し、**あなたに不利益をもたらさないことが求められます。**

**Q4．FIT NOTE（就労に関する意見書）再発行されることはありますか？**

・就労困難（不可）である場合は、就労が可能になるまで定期的に主治医が状況を確認し、再評価した上で**FIT NOTE（就労に関する意見書）**が再発行されます。
・条件が合えば就労可能である場合は、再評価の設定がされないこともあります。
・あなたの健康状態や症状の変化に伴い、必要に応じて主治医が再発行を検討します。

**Q5．FIT NOTE（就労に関する意見書）はどのくらい強制力がありますか？**

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**は労働者を診断した記録をもとに、就労に関する医師の助言を行うものであり、**事業者がその助言に従うか否かについては法的な拘束力はありません。**

### Q6. **就労に関する意見書発行のための情報提供**の記載を会社に依頼しても、対応してくれない場合はどうすれば良いですか？

**就労に関する意見書発行のための情報提供**はあなたの現状、期待されている業務内容などを知ることにより、主治医が就労に関する適切なアドバイスを与えるために活用します。会社側の協力が困難な場合、**就労に関する意見書発行のための情報提供**がなくても**FIT NOTE（就労に関する意見書）**を発行することは可能です。

### Q7. **就労の準備状態について**を自分で記入出来ない場合はどうすれば良いですか？

主治医があなたの状況を確認しながら記載し、記録として残します。

### Q8. 主治医が記載する意見に、自分の希望を入れてもらえますか？

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**において、主治医は、**就労の準備状態について（就労に関する意見書発行のための情報提供）**に書かれた内容と医学的にみたあなたの状態に合わせて、意見を述べるよう努めることになっています。あなたの状況を把握し、話し合いを深めることで、“仕事をすることは健康によい”“長く仕事をしないことは、心身の健康を失う”ことへの理解を促し、早期の就労の支援をします。主治医と話し合い、同意のもとに意見書を発行するプロセスが大切です。

### Q9. **FIT NOTE（就労に関する意見書）**で示された配慮はいつまで有効ですか？

**FIT NOTE（就労に関する意見書）**内に記載された配慮項目について、事業者は、就業配慮可能性の再評価予定日を目安に、配慮を行います。症状によって、再評価予定日前に就業配慮を終了してもらうこともあります。

2017年２月　第２版

本マニュアルは、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）」に基づいて実施されるモデル事業用に作成されたものです。

# フィットノートの紹介とわが国への導入の検討

Challenge of applying fit note system to Japan

堤　　明純

＜要　約＞

フィットノートは、どのような条件が整えば就業できるかに焦点をあてた診断書であり、休業や復職に対する労働者、主治医、職場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、英国で導入され効果検証が進められている。わが国でも、職場における調整があれば休業が必ずしも必要ない事例や長期休業が予後に悪影響を及ぼすことが少なからず経験されており、とくに産業保健スタッフが不足している小規模事業場でのフィットノートの有用性が期待される。

キーワード：休業補償、職場復帰診断書、復職支援、メンタルヘルス

## Ⅰ　はじめに

療養のため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。避けられる疾病休業を減じ、健康問題による復職を促進する目的で、The Statement of Fitness for Work（通称 Fit Note; 以後フィットノート）が、英国で導入されている。職場における調整があれば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に悪影響を及ぼすことがあることは、わが国の臨床例でも認められており、フィットノートの考え方は、わが国の産業保健の制度設計の参考になる可能性がある。本稿では、英国で導入されているフィットノートとその英国における評価を紹介し、わが国へ導入を試みる場合の課題について考察する。

## Ⅱ　フィットノートの導入―英国における包括的な制度改革へのチャレンジ

### 1　フィットノートとはなにか

英国では、主治医である一般開業医（General Practitioner; 以後 GP）が、健康問題で休業している労働者の仕事への適合性を評価し、事業者による支援の必要性を助言できる「職

堤　明純：北里大学医学部　公衆衛生学　教授

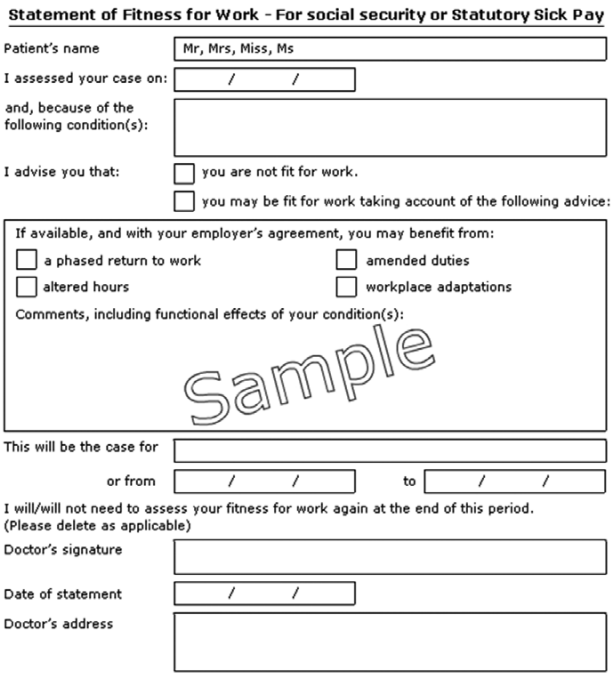
場復帰診断書」（フィットノート）の活用が始まっている[1)]。フィットノートは、休業が必要であることを示す従来の診断書ではなく、どのような条件が整えば復職できるかに焦点をあてた診断書であり、休業や復職に関する主治医、職場側双方の認識や行動を変えることで、休業の長期化を防止する効果があるとされている。

フィットノートは、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’を目指して英国で導入された。何らかの配慮をすることにより復職をさせる方向で、事業者と患者間で就業条件の合意を促すことを求めるもので、英国では、傷病一般に利用されている。

フィットノートは、主治医が、「仕事に適さない」と「（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」のチェックと、臨床上配慮すべき必要最小限の内容を記入する様式となっている。英国で使用されているフィットノートでは、「仕事に適する可能性がある」をチェックした後、段階的な復職、職務の変更、就業時間の変更、就業場所の変更といった具体的な指示を示す４つのチェックボックスと、自由記載欄が用意されており、主治医が意見を述べることができるようになっている（**図１**）。その際、主治医には労働者の職場の状況を勘案する必要があるが、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、労働者である患者と事業者の役割とされている。

## 図１　長期休業をさせない診断書 フィットノート

- **英国では主治医が傷病者の仕事の適合性を評価し、事業者による支援の必要性を助言できる診断書(fit note)の活用が始まっている。**
- **従来の「要休業」を示す診断書(sick note)ではなく、どのような条件が整えば復職できるか、もしくは、休業を避け得るかに焦点をあてた診断書**



**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

現在一般に使用されている診断書は、主に労働者である患者の臨床所見に基づいて、療養や就労の制限、もしくは、休業について医師の意見を述べるものになっている。フィットノートは、労働者の職場の状況も勘案したうえで、就労を継続するために有用な助言を医学的見地から述べるものである（**表１**）。

**表１　従来の診断書にフィットノートが付加する機能**

| | 従来の診断書が持っている機能 | フィットノートが付加する機能 |
|---|---|---|
| 目　的 | 医療情報の共有 | 早期復職、不要な休業の防止 |
| 考え方 | ● 傷病による勤務の可否（一般に、要休業・勤務制限）を示す証明書 | ● 働くことは健康に良いとする考え<br>● 就業上の配慮をすることにより就業継続・復職をさせる方向で、事業者と労働者の間で就業条件の調整を促す |
| 記載内容 | ● 診断名<br>● 休業期間 | ● 診断（就労を困難としている状態で可）<br>● 就業を可とする意見<br>● 就労上の配慮についての助言 |
| 機　能 | ● 休業および復職（わが国では、指針に示す第３ステップ）の手続きが開始される要件 | ● 事業者（および労働者）が就業について検討する際、参考となる事項<br>● 就業・復職しない場合、休業補償の申請と連動 |
| 受領後のアクション | ● 休業・復職の手続き開始<br>（復職の場合）復職前面談等で、就業制限事項を決定<br>● 上司・産業保健スタッフ・本人で内容を確認<br>（復職の場合）検討された就業制限の下、復職プロセスの開始 | ● 就業上の配慮を検討<br>● 就業配慮事項について、事業者、労働者間で調整<br>● 検討された就業上の配慮の下就業継続 |

フィットノートのシステムは、英国における従来のシステムの反省に立って導入された。すなわち、公的な支援を含め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流れ（**図２上左**）を断ち切って、まずは、１週間以上の休業でGPがフィットノートを発行し、本人と事業場で就労に関する可能性を検討させるようにする。

休業が４週間を超えることが見込まれると、産業保健上の専門的な助言を受けるために、GP、事業者、もしくは患者自身がFit for Work Service（以後FFWS）のサービスを照会することができる（**図２上右**）。FFWS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・情緒的支援を産業保健サービスとリンクさせてテーラーメードで提供して早期の復職を目指すものである（**図２下左**；後述する）。

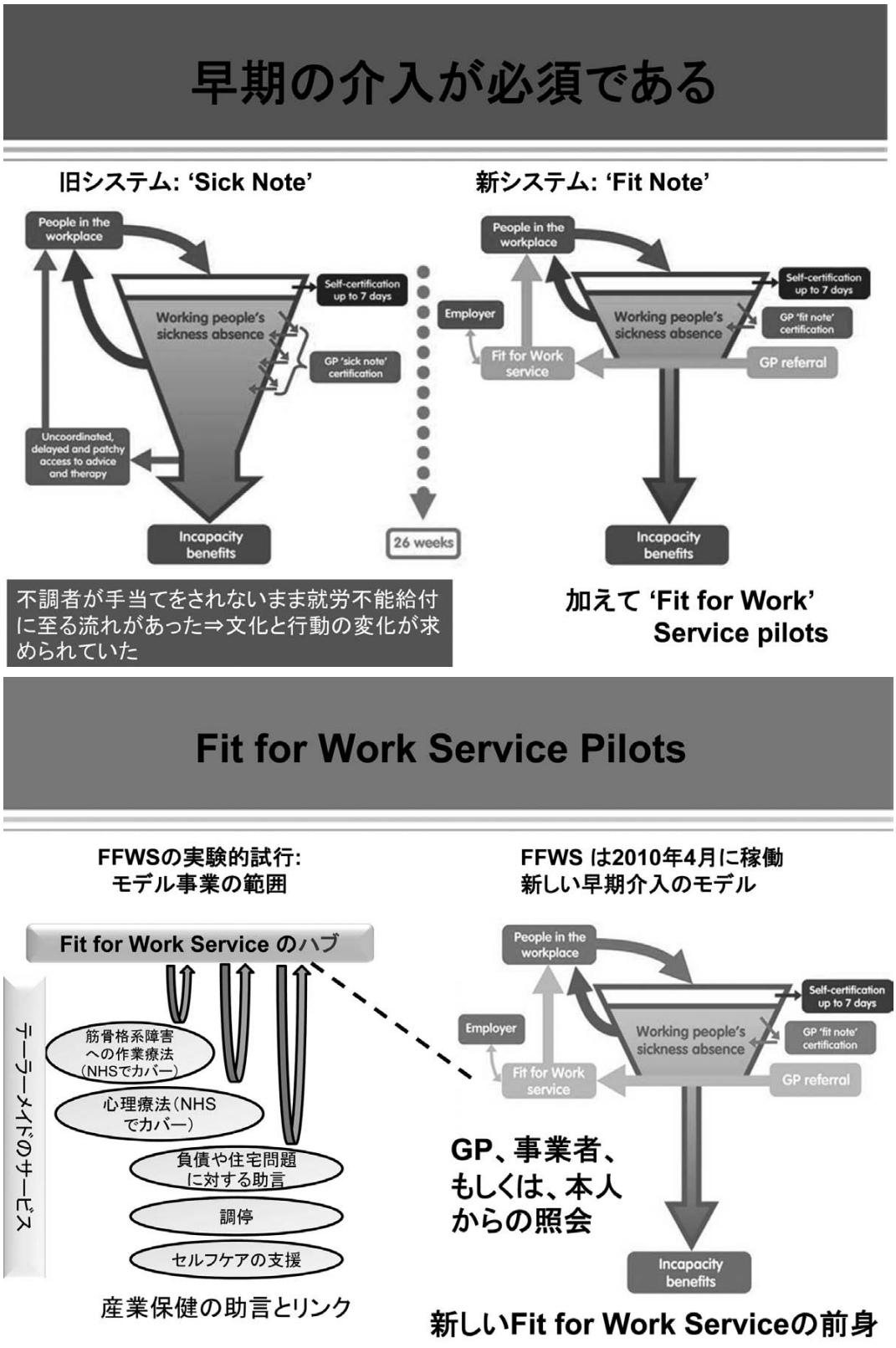



図2　フィットノートシステムの全体像[2)]

フィットノートは、英国以外でも導入が試みられている[3-5]。アイルランドのGPにおける調査では、調査対象の53％がフィットノート導入を好ましいとしていた。また、50％が患者の復職を改善すると答え、74％が労働者の復職を決するのに事業者を巻き込むことはよいとするなど、フィットノート導入を好意的に評価している[3]。

## 2　フィットノート導入の背景

英国では、2011年に、職業性疾病と傷害により2700万労働日が失われ[6]、140億ポンドが疾病休業のために失われていると推計されている[7]。さらに、年間１億６千労働日が疾病休業によって失われており、その５分の２はメンタルヘルスの問題による[8]。メンタルヘルスは、生産性の損失、社会保障費用、健康保険サービスなどを通して、英国経済に年間700億ポンドの負担をかけていると推計されており[9]、神経及び行動の異常は、英国の障害者保障の雇用支援手当の４割を占めている[10]。

疾病休業に焦点をあてた調査によると、英国では、2010年10月から2013年９月の間に96万件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[11,12]。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、ふたつの長期的健康問題を抱えている者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。労働者の長期休業がもたらす経済的損失は、労働者にとって40億ポンドの所得減、事業者は傷病手当と関連の経費に90億ポンドの負担、政府も20億ポンドに相当する傷病手当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150億ポンド減産させているとされている。

以上のようなコスト過多の現状と、必ずしも長期的な健康問題を抱えていない労働者が長期休業者中に占める割合が大きいことを踏まえ、「福祉から就労へ」とする、労働のインセンティブが働くよう福祉制度の改革を目指した、国家的政策方針の転換の中で、フィットノートが導入された。方針転換の主要な根拠となったのが、Carol Black 卿によるレビューである[13,14]。その骨子は、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こと。また、休業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ことから、「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ことであった[15,16]。さらに、その根拠として、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こと、就業は仕事が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といった知見が挙げられ[17]、復職は重要な臨床上のアウトカムと位置づけられるにいたっている（**表２**）。

**表2　フィットノート導入の考え方[12,13)]**

- 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
- 休業期間が長いほど、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」と比喩されている）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
- 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（産業保健サービスは贅沢とされている）
- 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 の助言を可能とする
- 就業は、仕事が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→復職ではない）
- 復職は重要な臨床アウトカム（治療のゴール）

## 3　フィットノートの機能、制度・運用の仕組み

フィットノートは、行政委任立法statutory instrument（secondary legislation）によって制定された規則で定められており、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、軽症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ことが可能なものである。長期休業を減じようとする試みであるので、初回発行時から6ヶ月以内のケースでは、3ヶ月以上有効とするフィットノートは発行できないことになっている。フィットノートは、GPから患者への一般的な助言と位置付けられており、助言に従うことに対して法的拘束力はない。患者が復職しない場合は、そのまま公的休業補償（就労不能給付）の申請と連動している。英国におけるGP のゲートキーパー的役割のため、フィットノート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、診察をせずとも、患者からの請求に応じて、診療記録などを参照してフィットノートを発行することができる。発行にかかる費用は、GP と英国の国民保健サービス（National Health Service；以後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、発行にあたってGP 直接のインセンティブはなく、フィットノート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。GPにとって仕事は増えることになるので、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の助言を可能としている。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。

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なため、

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（**図３**）。さらに、企業に産業医選任が義務付けられていない英国における産業保健サービスを補完するため、GPを産業保健資源として活用することが試みられた。英国の労働者の13％程度しか、産業保健サービスにアクセスできないため[18]、GPや病院の医師が重要な役割を果たさざるを得ない。

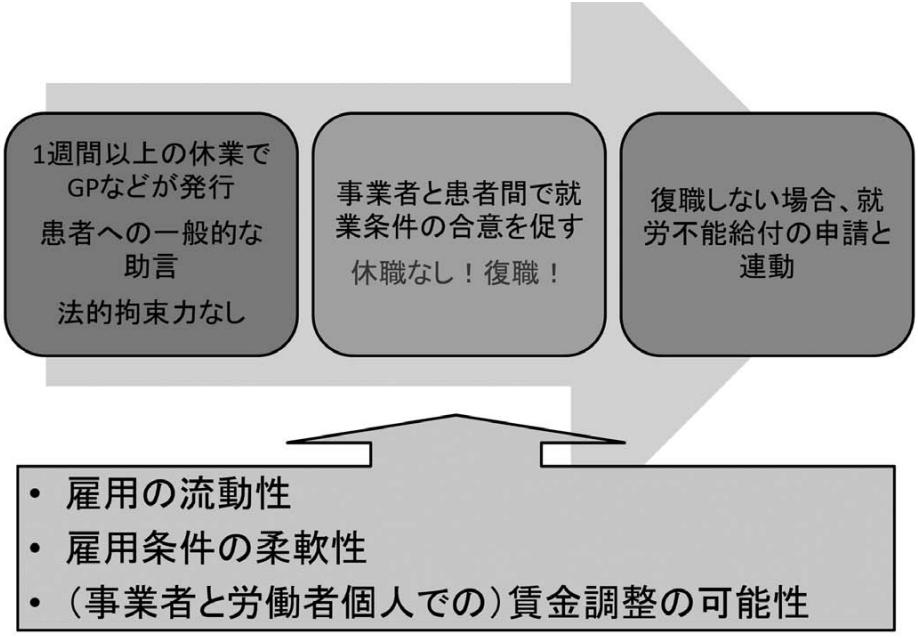



**図３　フィットノートの機能、制度・運用の仕組み（英国）**

フィットノート導入後、2010年から４年間の試行（pilots）を経ながら、休業４週以上で休業者をケアするFFWSが稼働している。FFWSは、再度、英国議会に提出されたCarol Black卿らによる報告書（independent report）における推奨事項[18]が受け入れられ[19]、国費で健康と就業に関するアセスメントと助言サービスを行う制度で、長期休業のリスクのある労働者への早期介入を提供するために導入された。

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、早期復職支援をミッションとするフィットノートに代わって、長期休業者の復職支援に使用される。このReturn to Work 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。ここで、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、複雑な休業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あるとされ、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っている。

### 4　導入初期のフィットノートの評価

フィットノートの導入以来、長期の休業証明が減少しているとする報告があるが[20,21]、2010年に法制化後まだ日が浅く、意図された効果は十分には上がっていない。最近、電子化されたフィットノートの導入により、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[22]。疾病別の有用性、とくに、後述する労働者の休業上の課題として影響が大きいメンタルヘルス不調への適用についても、知見が集積している段階である。

2015年３月時点で判明しているところでは、英国で毎年約１千万通のフィットノートが発行されており、70％は事業者からの傷病手当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、発行されたフィットノートの12％で「仕事に適する可能性がある」の評価がなされている。３分の１以上のフィットノート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[20]、約４分の１のフィットノートは、１～３ヶ月の期間で発行されている。また、GPに対する調査では、７割に達するGPが、フィットノートを復職について相談を始める促進因子となるとしている[23]。導入前後の評価で、フィットノートの有用性が増加しているとする調査もある（**図４**）[24]。一方、フィットノートは十分に活用されていないとするデータもある。今のところ、GPの17％しか意図した使用法をしておらず、77％は、医学以外の理由でフィットノートを発行する義務があるように感じており、38％は、フィットノートは彼らの実務を変化させておらず、保障制度をよく理解しているのは、GPのわずか23％にすぎないとされている[2]。

過去12ヶ月の間にフィットノートを発行された労働者に対する検討では、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、復職ができた労働者の休業日数で、もっとも多かったのが８～14日であった。71％がフィットノートは復職に役立つ変更を同定するのに有用であると同意し、68％は彼らの職務を変更することについて事業者とのディスカッションを促進したと感じていることが分かった。「復職について、事業者と交渉するエンパワーメントを得た」という意見もあるが、労働者の中には、早期の復職で健康が損なわれると感じているものもいる[25]。

小規模事業場がリクルートされていないこと、産業保健サービスの提供の有無が不明なことなどの限界を有する研究ではあるが、復職に関する定量的なアウトカム分析も行われている。13の機関を対象とした調査で、441件の「仕事に適さない」、57件の「仕事に適する可能性がある」としたフィットノートが発行されていた。絶対数は少ないが、「仕事に適さない」のフィットノートを発行された労働者の43％に対して、「仕事に適する可能性がある」のフィットノートを発行された労働者の80％以上が期限後に復職をしていた[26]。「仕事

に適する可能性がある」の評価を受けた労働者の76％の事業者が、労働者の復職のために必要な就業配慮を行えていた。一方で、「仕事に適さない」の評価を受けた労働者でも23％は就業上の配慮ができていた可能性が報告された。「仕事に適する可能性がある」の助言は、労働者の復職に有用であるが、このオプションが選択されることは少ない。また、GPによる具体的な指示がなされることで有用性が高まるはずであるが、期待された具体的な内容が記載されることが少ないことが指摘されている[26]。

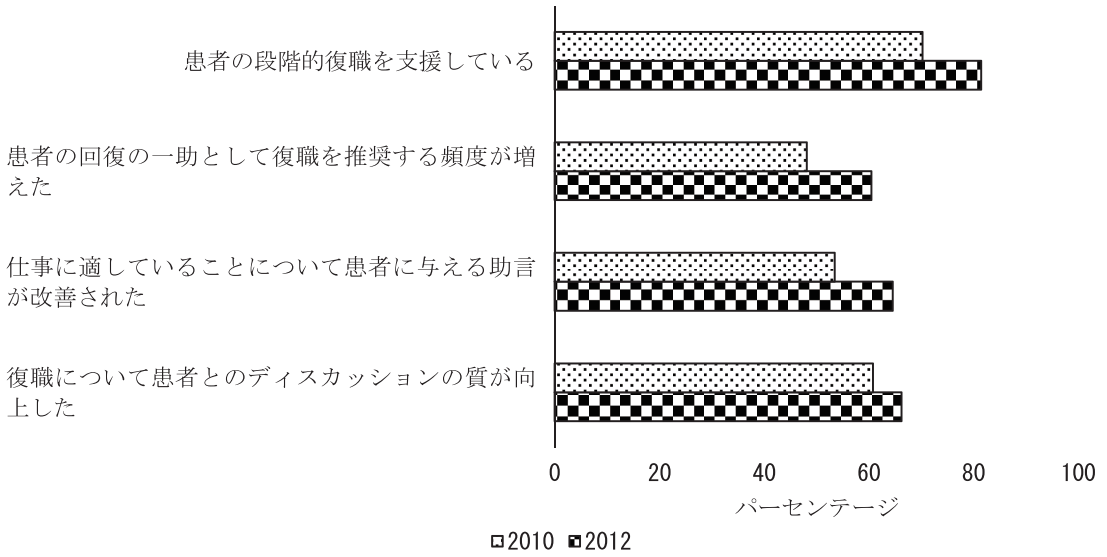



**図４　診断書の作成においてフィットノートが役に立っているとするGPの意見：導入前後の変化[24]**

質的研究では、**表３**に示すような効果が、フィットノートにあると報告されている[27,28]。GP の評価は一般に好意的であった。45人の GP による質的調査では、フィットノートは、GPが患者と復職についての話し合いを始める正当な理由として、しばしば使用されたと回答している[27]。フィットノート導入時とその後のフォローアップ調査で、フィットノートが患者のアウトカムである復職と仕事に関連する相談の質に対して与える影響を好ましいものととらえる GP の割合は増加し、ほとんどの GP が、導入時に比べて復職の頻度が増加したとしていた[15,29]。さらに、フィットノート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り、GPと患者の満足度が上がり[15]、診断書を作成するにあたって、患者とのコミュニケーションの質が向上したと報告している[11]。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った。一方で、「仕事に適する可能性がある」のオプションを使用することのむつかしさや、復職を助言すること、もしくは、フィットノートを発行しないことで医師患者関係を危うくすることに気が進まないことを表明する GP が存在した。さらに、フィットノートに対する自らの助言に対して事業者からフィードバックがないことに関する不満が多くの GP から報告されている[29]。GP

の自信のなさや患者との関係悪化がフィットノート利用の障害になっているという評価もある[27]。

**表3　フィットノート導入後初期の効果―質的調査の結果**

GP における評価
- フィットノート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フィットノート利用の障害となる

事業者における評価
- 必要な就業措置に関する労働者とのコミュニケーション増加
- 休業数の減少や休業者のマネジメント向上に有用との意見がある
- フィットノートの効果は、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
- 時間調整などはやりやすい方策。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いる
- GP が労働者に望まれてフィットノートを作成しがちだと感じ、事業者との直接の連絡や「仕事に適する可能性がある」オプションをもっと使用してほしいとしていると感じている

労働者における評価
- 復職について、事業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ものもいる

事業者に対する検討では、休業数の減少や休業者のマネジメント向上に有用との意見や、フィットノートの効果は、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がある。しかし、さほど高く評価されていない調査もあり[30]、フィットノートの導入は好ましいが、多くが職務を適合させることが難しく、復職を遅らせていると回答している[31]。事業者が、助言されたフィットノートに従って就業状況を調整でき、患者を復職させ得たかいなか不明な点がある[20]。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[28]。さらに、時間調整などはやりやすい方策と考える一方で、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いる[28]。また、事業者は GP が労働者に望まれてフィットノートを作成しがちだと感じ、「仕事に適する可能性がある」のオプションをもっと使用してほしいとしていると感じている。

## 5　課　題

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（**表4**）。英国では、フィットノートの電子版が導入されるにあた

り、量的なデータを利用した検討が始まっている。課題としてとく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。

GPによるフィットノートの作成方法にばらつきがあり、定められたとおりに記載されていない等の指摘がなされている[26,31,32]。とくに、自由記載欄など具体的な指示に関する項目が十分に記載されていない。「仕事に適する可能性がある」のオプションにチェックされたフィットノートの６％以上に、その後に引き続く４つの具体的な指示のうちひとつも指示がなされておらず、患者や事業者に対する自由記載の助言がなされていなかった[33]。４分の１以上のフィットノートで、ひとつかそれ以上の具体的な指示チェックボックスがマークされていたが、復職を促進するにあたってどのような変更がなされるべきか自由記載欄に明確な助言がなかった[33]。GPは、常にフィットノートの有効期間を記すことになっていて、事業者がGPの助言に従えないときは、従来の「休業証明書」になることになっているが、約20％のフィットノートには診断書の期間が記載されていなかった[33]。そのほかにも、GPのトレーニングや知識不足も指摘されている[34]。

「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。王立内科医協会（Royal College of Physicians）の産業医学部会（Faculty of Occupational Medicine; FOM）との協力体制の下、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、一般にGPのクリニックでは複数のGPが共同で診療しているため、GPの中でGPトレーナー（チャンピオン）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[35]。

**表４　英国で課題となっている事項**

GP側課題

フィットノートが適切に書かれていない理由[36]

- フィットノートを記載するガイダンスに関する認知・知識の欠如
- フィットノートフォーマットの不備
- フィットノート記載に関するトレーニング不足
- 実務を変更する（フィットノートを作成する）ことに対するインセンティブのなさ
- 電子版フィットノートにおける不完全な実施
- フィットノートを作成するGPの役割についての自信のなさ
- フィットノートを作成するGPの役割が適切なのか疑わしい

医師と患者間に緊張が発生しないかという点に関する危惧[37]

事業場側課題

労働契約の切れ方（事業場別の事情）

労働者側課題
スティグマに関する課題が残っている[38]

共通課題として
フィットノートフォーマットの改善の余地：記載事項の追加もしくは削除

---

また、労働者（患者）に就労する意思があることが前提（仕事をするために、書いてもらうもの）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、診療にあたって、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を取り入れたGPのための教材が多数作成されている[39]（診断能力向上はFOMの他のプログラムで維持されている）。フィットノート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行われている。

さらに、フィットノート導入当初は、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」「仕事に戻れる自信」「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し、共同で方針を決定する（Shared Decision Making）ためのツールが開発され応用されている。

## Ⅲ　わが国への導入の模索

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を及ぼすことが少なからず経験されている[40]。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、症状があることは必ずしも仕事につけないことを意味するものではなく、就業は、むしろ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、事業者を含む社会全体のシステムを変更していこうとするフィットノート導入に関わる考え方[17,41]は、傷病者の就労支援に関するわが国の産業保健制度を検討するにあたって参考になるものである。

診断書を以って休業とする現行の考え方、もしくは、システムを変えてゆく必要があることはフィットノート導入前の英国と変わりはない。そのほかに、わが国に導入すると仮定すると、どのような課題があるだろうか。**表５**に、フィットノートを導入すると仮定した際、制度上および運用上、検討すべき課題を整理した。

**表５　フィットノートをわが国への導入にあたって検討するべき事項**

- 対象となる事業場
- 柔軟な就業配慮は可能か？
- 適用疾患の整理
- 労働者の不利益とならないという保証
- 法的問題の整理
- 就業ができない場合の福祉的措置への移行
- 発行費用等
- 負担とならない書類量
- 臨床医のトレーニング等

### １　対象となる事業場

フィットノートで求められる就業配慮に事業場側が柔軟に対応できるか否かは大きな課題となるが、フィットノートの適用対象として可能性が高いのは、中小企業と考えられる。職場復帰に関連する課題は多いが、とくに産業医選任義務のない小規模事業場では、事業場側では産業保健職の不在、主治医側では職場との連絡手段の欠如といった職場復帰に関わる課題が、フィットノートに基づくコミュニケーションと就業配慮によって可能となるメリットは大きいと考えられる（**表６、図５**）。社内の制度変更など状況が許せば、大企業でも産業医のアクセスがしにくい支店などでは活用できる可能性はある。

**表６　小規模事業場における職場復帰に関わる課題とフィットノートを適用した場合のメリット**

| | 小規模事業場における職場復帰に関わる課題 | フィットノート使用におけるメリット |
|---|---|---|
| 事業者側 | ● 産業保健職（医）の不在<br>● 労働者の健康状態が把握できず、復帰時に適切な配慮が困難<br>● 病欠に伴う生産性の低下、人員構成変更の必要性<br>● 就労困難社員に対する解雇時の訴訟リスク | ● 産業保健職（医）不在職場での復職可能性の向上<br>● 労働力の損失を予防（医師の指示に基づく適正配置）<br>● 安全配慮義務履行 |
| 労働者側 | ● 長期休業による予後の不良（雇止めのリスク）<br>● 長期休暇取得の制度がないため、状態が改善しないまま出社することによるメンタルヘルス不調の慢性化<br>● メンタルヘルス不調ということだけで退職を迫られるリスク | ● 早期復職・休業不要の可能性<br>● 復職時に会社と交渉するエンパワーメントを得ることの可能性<br>● 退職の回避 |
| 主治医側 | ● 職場との連絡手段の欠如<br>● 一部で労働者都合の診断書を発行（主治医の考えとの差違） | ● 事業者（職場）とのコミュニケーションの円滑化<br>● 労働者の都合による診断書ではなく、医師の見解を述べることが可能 |

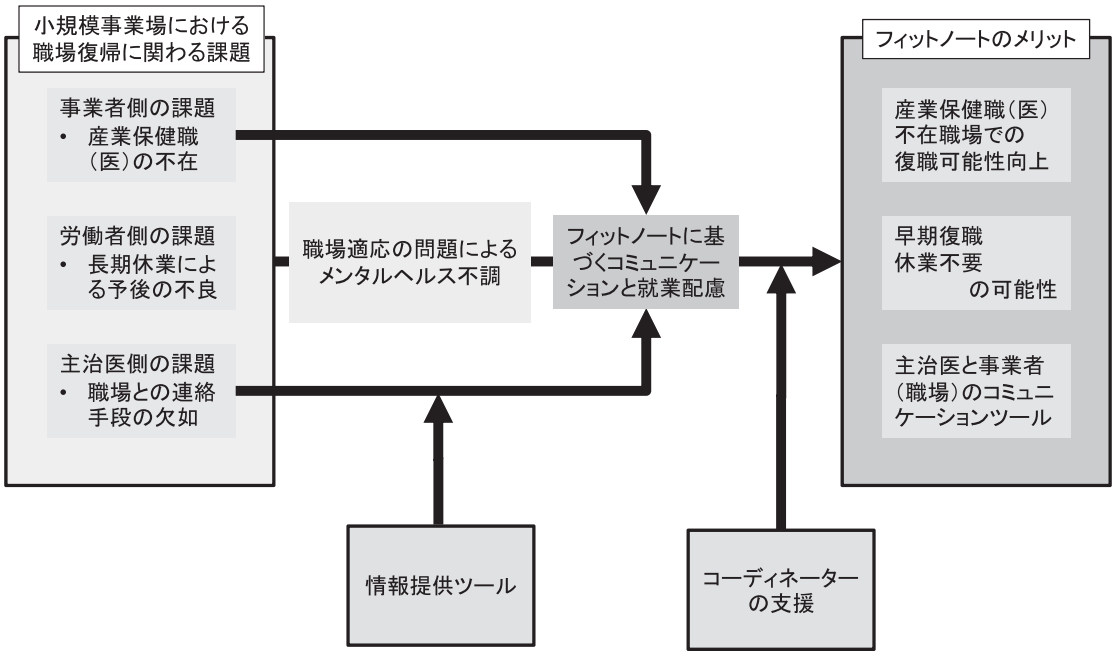



**図５　労働者の早期職場復帰を助けるフィットノートのわが国における導入の可能性**

## ２　導入を促進するインフラの設定：コーディネーティング

事業場側からすると、フィットノートが送ってこられるだけでは、主治医の助言に対応できないかもしれない。この負担感を軽減するために、事業場にも納得してもらう仕組みが必要である。一般に、事業場に入らないと就業の配慮はできないため、復職コーディネーターなど、フィットノートを受け取った後のフォローをサービスする仕組みが地域にあるとよい。公的な支援資源としては、ハローワーク、（独）労働者健康安全機構が設置する産業保健総合支援センター、地域産業保健センター、労災病院治療就労両立支援センター（部）、（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構が設置する障害者職業センターおよび都道府県労働局が委託する障害者就業・生活支援センターなどが候補として考えられる。労務上の配慮を検討する場合には、都道府県労働局および労働基準監督署に設置している総合労働相談コーナーに加えて社会保険労務士が有用な資源となる可能性がある。

## ３　連携のためのツール

フィットノートの導入を促進するものとしては、主治医が労働者に期待されている就業能力を把握できる機会（文書）と、労働者の就労準備性を把握できるツール等がある。英国でも、主治医が患者と就労可能性について相談し Shared Decision Making を促進するためのツールが使用されている。

**表６**のような職場復帰に関わる課題は、特に小規模事業場において、職場環境や職務内容による労働者の職場不適応が生じたときに起こりやすい。主治医が就業可能と判断する

レベルと、職場が復帰する労働者に求める就業（パフォーマンス）レベルの差を小さくし、職場の不適応への対応を最大限に支援するような、主治医－労働者－事業者間のコミュニケーションの促進を図ることで、適切な就労配慮を実施することによる早期復職や不要な休業の防止が期待できる。

英国で使用されているツール同様、労働者の就労に対するモチベーションの高さや職場のストレス要因（労働者の認知）を共有し、主治医と労働者が、健康と就労を両立させる方法を話し合う文書があると役立つと思われる。記載内容としては、復職や就業継続に関する労働者の自信の程度、復職や就業継続に対する障害や支援資源などが挙げられる。

さらに、主治医が、労働者の職場の状況や、彼らに期待されているパフォーマンスについて情報を得るための文書があると有用である。記載内容としては、職位や具体的な業務内容、従来の働きぶりと期待される業務内容、最近の勤務状況など会社（上司）として困っていることを職場から伝えられるようなものが想定される。

## 4　法的に勘案しなければならない事項

労働者にとって不合理な不利益とならないことを保証する仕組みが必要である。不要な休業を回避する目的でフィットノートを導入する場合に、法的に勘案しなければならない事項は、医療の範囲のみで導入するか、様々なステークホルダーを巻き込む公的な制度として導入するかにより変わってくる（**表7**）。

**表7　わが国にフィットノートを導入する場合における法的な課題についての整理事項**

医療の範囲のみで導入する場合

- マニュアルを使用した適用疾患の篩い分けの実施を取り入れることなどと同様の手続きとなる～要は、医療の中での治療方法やシステムの変更と同じようなものになる～ため、医師のコンセンサスを含め、医学的な裏付けがある限り、おそらく法的な課題は少ない。

様々なステークホルダーの参加を得る公的な制度としての導入

- フィットノートへの記載内容の判断をどのような基準で行っているのか（主治医によるケースの労働能力判断の妥当性）が問われる可能性について検討をしておかなければならない。英国において、フィットノートがどのような社会的認識を背景に導入され、現にどのように運用され、どのように受け止められているのか等について十分な調査の必要性がある。

  訴訟問題となる可能性（例）
  - ➢ 労働者は働けないと思っているのに就業させられ、症状が悪化した場合
  - ➢ 労働者は働けると思っているのにその適用を受けられずに休業が続いたり、退職に至った場合

わが国で制度を展開する際に、特に念頭に置く必要がある事項

- 病者の解雇は最終手段とすべきという解雇権濫用規制と解雇回避努力義務
- 病者への適切かつ合理的な配慮を求める健康配慮義務
- 障害者への差別を禁止し、合理的配慮を定める改正障害者雇用促進法とそれを受けた民事上の法理論
- 病者等の適正配置を求める労働安全衛生法第68条の解釈適用

医療の範囲のみで導入する場合、フィットノートは、マニュアルを使用した適用疾患の篩い分けの実施を取り入れることなどと同様の手続きとなる。医療の中での治療方法やシステムの変更と同じようなものになるため、医師のコンセンサスを含め、医学的な裏付けがある限り、おそらく法的な課題は少ない。

一方で、様々なステークホルダーの参加を得る公的な制度としての導入に当たっては、フィットノートへの記載内容の判断をどのような基準で行っているのか（主治医によるケースの労働能力判断の妥当性）が問われる可能性について検討をしておかなければならない。例えば、労働者は働けないと思っているのに就業させられ症状が悪化した場合、逆に労働者は働けると思っているのにその適用を受けられずに休業が続いたり、退職に至ったたりした場合などに訴訟問題となる可能性がある。

なお、日本で制度を展開する際に、特に念頭に置く必要がある事項として、病者の解雇は最終手段とすべきという解雇権濫用規制と（事実上の）解雇回避努力義務、病者への適切かつ合理的な配慮を求める健康配慮義務、障害者への差別を禁止し、合理的配慮を定める改正障害者雇用促進法とそれを受けた民事上の法理論があり、労働安全衛生法上は、病者等の適正配置を求める第68条の解釈適用が問われる。

### ５　運用面：負担とならない書類量と発行時期

フィットノートのフォーマットは、必要十分な項目を選択し、簡単に記入できるレイアウトにする必要がある。多くの臨床医にとって診断書を含むペーパーワークは過重な負荷と感じられており[42)]、制度設計によっては、簡便に事業者とコミュニケートできる診断書は有用となる可能性がある。

フィットノート発行のタイミングは、早期の職場復帰と不要な休業の防止を主目的として、主治医には可及的速やかに記入をしてもらうことが望ましい。専門医の「要休業」診断書を受けて休業の手続きが始まる現状では、多くの場合、主治医が患者を初見するタイミングとなるが、多忙な臨床医にオンタイムの発行を求めることは難しい。初診時に正確な診断を立てることが難しい精神疾患などでは、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ができるとよいのかもしれない。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をすることになる。以上を総合すると、英国の例に倣い、初診後、４週間程度までの発行が妥当なところのように思われる。英国では、約４分の１のフィットノートは、１～３ヶ月の期間で発行されている[43)]。

主治医には、再評価にあたっての期日を記入してもらう必要がある。期間は、職場における就業制限（休業を含む）期間の目安になる。臨床的判断にもよるが、英国で長期間の発行が認められていないように、一定の期間設定が必要かもしれない。

## 6　主治医のトレーニングについての検討

主治医には、産業保健のイメージを持ってもらう必要がある。英国のGPは、休業証明書の主たる発行者であり、傷病手当のゲートキーパーという日本における主治医と同様の機能を担っている[21,44]。フィットノートが、労働者に何ができるか、に焦点を当てたものであるとすれば、主治医は、ケースの職務や、日々の仕事が健康に及ぼす影響について理解しておく必要がある[32]。英国では、導入当初の見込みは良好であったが[45]、課題や限界も見られている。そのうちの大きな課題がGPのトレーニング（資質）に関することである。

これに対して、GPの態度を変えるための教育プログラムが導入され[46]、フィットノートに対する肯定的な態度と仕事と健康の問題を扱う上での自信も増加してきているようである[47]。産業医学に関連する教育、もしくは、仕事と健康に関連するトレーニングを受けていたGPは、患者が復職することやフィットノートに対して、有意にポジティブな態度を有していた[47]。GPが仕事関連のコンサルテーションについて困難を感じている点は、患者擁護、コンサルテーションのための時間、仕事と健康に関連する知識の欠如[48]やコミュニケーションスキル[49]であった。これら情報をもとに、トレーニングプログラムの開発が始められ、マネジメントにおける仕事と健康について患者と話をすること、患者が仕事に戻ること、事業者に仕事と健康について話すことの重要性の認識などの項目について、３時間の対面型のワークショップ教育が一定の効果を挙げている[46]。わが国でも、専門家主治医（精神科医、心療内科医等）を対象とする産業保健の研修の充実が必要となる。

## 7　就業ができない場合の福祉的措置への移行

フィットノートシステムの有効期間の設定と関連して検討されるべき制度上の課題である。今や英国では、フィットノートとFFWSとの二本立てで制度設計がなされている。長期休業が見込まれる場合には、個別の復職プランの作成や休業補償関連の手続きに漏れが発生しないような助言など、早期からサービスが受けられるようにFFWSの整備が進められており、このようなシームレスな福祉的措置への移行について制度上の検討が必要である。

関連の検討事項としては、休業をした場合の保険給付の出所についても合わせて整理される必要がある（たとえば、業務外の事由による病気やケガの療養のための休業である場合は傷病手当金、業務上の事由による病気やケガの療養のための休業である場合は労災保険給付、等）。

## 8　柔軟な雇用形態

制度上の整備事項には、雇用の流動性と雇用条件の柔軟性が挙げられる。たとえば、英国では、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なため、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。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るが、労働契約の内容を集団交渉で定める労働協約、または、事業者が経営権に基づき定める就業規則の内容とする（労働契約法第７条）企業が多くを占めるわが国にはそぐわない面がある。雇用形態については社会制度上の制限が大きいが、小規模事業場では、集団交渉や就業規則で画一的な労働契約が形成されるとは限らず、むしろ柔軟な対応が可能となるかもしれない。その際、社会保険労務士などの支援が有用になると思われる。現在議論されている同一労働同一賃金は、職務記述書の明確化などの作業と相まって、フィットノート導入を推進するヒントを提供してくれる可能性がある。

就業規則の範囲内でも柔軟な配慮を設定できる可能性がある。フィットノートでは、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、患者である労働者と事業者の役割とされている。産業保健スタッフのサポートがなくとも、事業者責任でやれることを規定する必要がある。自然、事業者の裁量は大きくなる可能性はあるが、障害者の就業配慮については、わが国では専門家の意見を聞くことが求められており、就業配慮期間等の設定についてはフィットノートの再評価期間を目安にすることが求められる。

### ９　発行費用（文書料）等

フィットノート導入の要件として、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る。英国では、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に直接のインセンティブはなく、このことは英国でも課題となっている[36]。制度として導入するためには、ステークホルダーにとって、経済的なインセンティブが必要となる。わが国における制度として取り入れる場合、フィットノートの受益者負担の観点からは、ふたつの選択肢が考えられる。すなわち、仕事をするために必要な書類であればケース（労働者）負担となり、就業配慮上の意見を求めるものであれば事業者負担となることが考えられる。

また、早期の治療終結は、主治医側には逆インセンティブになる可能性があり、彼らに、早期に職場に帰すインセンティブを示す必要もある。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ような事業場の準備態勢は重要と考えられる。

### 10　メンタルヘルス不調についての適用

メンタルヘルス不調による休業者がいる事業場の割合の高止まり、および、復職後早期の再休業率の高さ[50]から、当該労働者の円滑な職場復帰、および、再発予防は重要課題である。休業に陥る多くの症例が適応の問題で、休業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も指摘されている。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、そのうちの一つである[51]。現在わが国では、専門医の診断書は、それを基に休業および復職（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[52,53]。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[54,55]。

英国におけるフィットノートの発行数のトレンドから、最近、対象疾患としてメンタルヘルスの重要性が増加していることがうかがわれている[56]。実際に、英国でフィットノートの発行数がもっとも多いのがメンタルヘルス不調に対するもので、ある調査では、軽症から中等度のメンタルヘルス不調（コモン・メンタル・ディスオーダーと呼ばれる抑うつ、不安、ストレスを含む）で発行されたフィットノートが、全体の35％を占めていた[33]。

一方で、メンタルヘルス不調は、他の疾患に比べて、「仕事に適する可能性がある」と助言される頻度が少ないことが分かっている。先の調査では[33]、調査した全5080のフィットノートのうち、「仕事に適する可能性がある」オプションにマークされた頻度は6.4％であった。身体疾患は、「仕事に適する可能性がある」オプションをチェックされる頻度が高い傾向にあり、事故による障害や術後からの復職にあたっては10％程度が、筋骨格系疾患の復職アドバイスでは８％を超えるチェックがあった。一方で、全体の３分の１以上を占めるメンタルヘルス不調においては、４％しか「仕事に適する可能性がある」オプションが使用されていなかった。

基本的に、就業を検討できる障害はすべてフィットノートの適用となるが、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用の可否が懸念される。とくに、療養にあたって必ずしも（完全な）休養を要しない適応の問題は適用が高いが、精神疾患に適用する場合に留意すべき疾患について検討しておく必要がある。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のある状況と思われる。**表８**に、フィットノートの適用に際し留意すべき精神障害を例示したが、いずれも病状や事業場における合理的な配慮により適用可能な例はある。

**表８　フィットノート適用に際し留意すべき精神障害**

- 切迫する希死念慮がある
- 薬物依存・アルコール依存
- 精神遅滞
- パーソナリティ障害
- 器質性精神病
- 未治療の統合失調症

## 11　既に行われようとしている制度や事例の活用

平成28年２月23日に、厚生労働省から、がん、脳卒中などの疾患を抱える労働者に、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と職業生活が両立できるようにするため、事業場における取組などをまとめた「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が公表された。治療と職業生活の両立支援の進め方として、①労働者が事業者に支援を求める申出（主治医による配慮事項などに関する意見書を提出）、②事業者が必要な措置や配慮について産業医などから意見を聴取、③事業者が就業上の措置などを決定・実施（「両立支援プラン」の作成が望ましい）、という進め方を提案している。ここで想定されている労働者の健康障害はがんや脳卒中などの疾患であるが、提示されている主治医向けの勤務情報提供様式例や主治医の意見を求める際の様式例による情報のやり取りは、これまで述べてきたフィットノートの情報のやり取りと共通するものである。さらに、治療と職業生活の両立支援に関するセミナー、都道府県の産業保健総合支援センターでの相談、企業に対する個別訪問支援、労災病院に併設する治療就労両立支援センター等との連携による支援等、産業保健総合支援センターによる支援の考え方は、広くがんや脳卒中以外の疾病にも応用されることが期待される[57]。

事業場と主治医の連携を促進するツール等は、種々の現場で導入されている。たとえば、事業場側から、主治医の意見を求めたい従業員の勤務時間帯・通勤手段、治療開始前の残業実績、復職予定業務の作業と特性がわかる情報を送り、主治医は、復職後の従業員が行う作業に対して、「問題なし」、「要配慮」、「不適」の判断をして事業者に伝える等の試みがなされている[58]。

課題は残るものの、現時点で想定される日本におけるフィットノートの適用イメージを**図６**に示す。

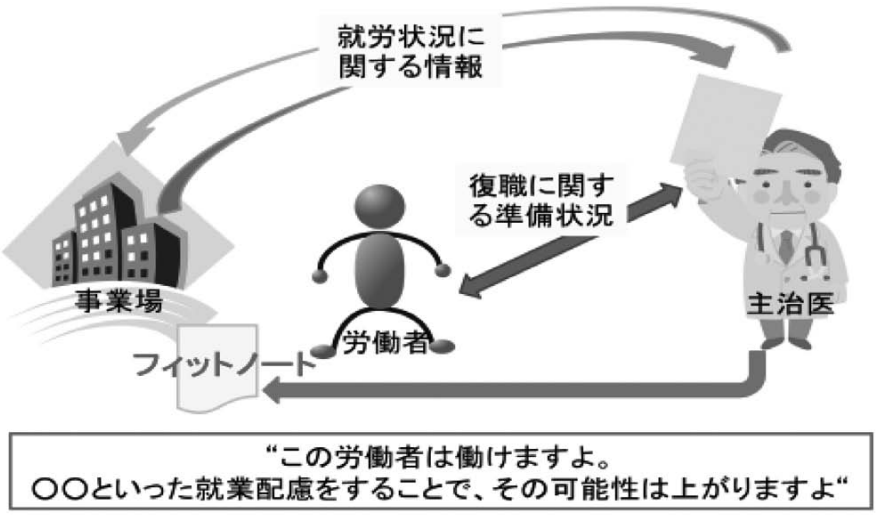



**図６　フィットノートのシステム案**

## Ⅳ　おわりに

フィットノートは、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、日本の産業保健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について議論が深まることを期待したい。


## 謝辞

本研究は、平成26～28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業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）」の成果物である。フィットノートのわが国への導入については、以下の先生方に貴重なご助言をいただいた。河野慶三、佐藤裕司、前田聡彦、土肥紘子、三宅　仁、佐藤光弘、玉山美紀子、宮岡　等、鎌田直樹、田中克俊、坂田深一、井上賀晶、石渡弘一、森田哲也、塩崎一昌、林田耕治、森口次郎、柳下　桜、河津雄一郎、藤野善久。法的に勘案しなければならない事項については、三柴丈典先生のご教示を得た。


**＜参考文献＞**


1）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.

2）Black CM: Material for Fit note. Discussion with Japanese Delegates, 2015.

3）King R, Murphy R, Wyse A, Roche E: Irish GP attitudes towards sickness certification and the 'fit note', Occupational Medicine（Oxford, England）, 66（2）: 150-155, 2016.

4）Gutenbrunner C, Egen C, Kahl KG, Briest J, Tegtbur U, Miede J, et al.: Gesundheitswesen（Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes（Germany）[Development and Implementation of a Comprehensive Health Management System（Fit for Work and Life）for Employees of a University Hospital - A Practice Report], 2015.

5）Brijnath B, Singh N, Mazza D: Stakeholder perspectives on the new sickness certificate in Victoria: results from a mixed-methods qualitative study, Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association, 2015.

6）Health and Safety Executive. 2011/2012 Annual Statistics Report [Available from: http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh1112.pdf（2016年10月31日アクセス）.

7）Office for National Statistics. Sickness Absence in the Labour Market April 2012 [Available from: http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171776_265016.pdf（2016年10月31日アクセス）.

8）Sainsbury Centre for Mental Health. Mental Health at Work: Developing the business case. Sainsbury Centre for Mental Health, London, 2007.
9）Organisation for Economic Cooperation and Development（OECD）: Mental health and work: United Kingdom, OECD Publishing, Paris, 2014.
10）Department for Work and Pensions（DWP）: Employment and support allowance: outcomes of work capability assessments, Quarterly official statistics bulletin, 2015.
11）Department for Work and Pensions（DWP）: DWP analysis of Labour Force Survey Oct 2010-Sept 2013, 2014.
12）Young V, Bhaumik C: Health and well-being at work: a survey of employees, DWP Research Report No. 751, 2011.
13）Black CM: Working for a healthier tomorrow. Stationery Office, London, 2008.
14）Department for Work and Pensions（DWP）: Improving health and work: changing lives: The Govern ment's response to Dame Carol Black's review of the health of Britain's working age population, Station ery Office, Norwich, 2008.
15）Hann M, Sibbald B: General practitioners' attitudes towards patients' health and work, DWP Research Report No 733, 2011.
16）O'Brien K, Cadbury N, Rollnick S, Wood F: Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study, Family Practice, 25（1）: 20-26, 2008.
17）Waddell G, Burton AK: Is work good for your health and well-being? TSO, London, 2006.
18）Dame Carol Black, 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.
19）Department for Work & Pensions（DWP）: Fitness for work: The Government's response to 'Health at work—an independent review of sickness absence', Stationery Office, Norwich, 2013.
20）Gabbay M, Shiels C, Hillage J: Factors associated with the length of fit note-certified sickness episodes in the UK. Occupational and Environmental Medicine, 72（7）: 467-475, 2015.
21）Hussey L, Money A, Gittins M, Agius R: Has the fit note reduced general practice sickness certification rates? Occupational Medicine（Oxford, England）, 65（3）: 182-189, 2015.
22）Department for Work and Pensions（DWP）: Guidance for GPs, employers, hospital doctors and occupational health practitioners on using fit notes（statements of fitness for work）London: Department for Work and Pensions, 2013 [Available from: https://www.gov.uk/government/collections/fit-note（2016年10月31日アクセス）.
23）Welsh VK, Mallen CD, Wynne-Jones G, Jinks C: Exploration of GPs' views and use of the fit note: a qualitative study in primary care, The British Journal of General Practice: the journal of the Royal College of General Practitioners, 62（598）: e363-370, 2012.
24）Department for Work and Pensions（DWP）: Improving health through work: an update for GPs on health and work policy and projects, 2014.
25）Chenery V: An evaluation of the statement of fitness for work（fit note）: a survey of employees, DWP Research Report No. 840, 2013.

26) Coole C, Potgieter I, Nouri F, Worthington E, Drummond A: Return-to-work outcomes and usefulness of actual fit notes received by employers, Family Practice, 32（5）: 551-556, 2015.
27) Fylan B, Fylan F, Caveney L: An evaluation of the Statement of Fitness for Work: qualitative research with General Practitioners. Department for Work and Pensions Research Report No 780, 2011.
28) Lalani M, Meadows P, Metcalf H, Rolfe H: An evaluation of the Statement of Fitness for Work: qualitative research with employers and employees. Department for Work and Pensions Research Report 797, 2012.
29) Hann M, Sibbald B: General practitioners' attitudes towards patients' health and work, 2010-12. DWP Research Report No 835, The Stationery Office, London, 2013.
30) Thomson L, Hampton R: Fit for work? Changing fit note practice among GPs. The British Journal of General Practice: the journal of the Royal College of General Practitioners, 62（595）: e147-150, 2012.
31) Kotze E: Employers' views on the fit note. Occupational Medicine（Oxford, England）, 64（8）: 577-579, 2014.
32) Coole C, Watson PJ, Thomson L, Hampton R: How do GPs complete fit note comments? Occupational Medicine（Oxford, England）, 63（8）: 575-578, 2013.
33) Shiels C, Gabbay M, Hillage J: Factors associated with prevalence and types of 'may be fit' advice on fit notes: a cross-sectional primary care analysis. The British Journal of General Practice: the journal of the Royal College of General Practitioner, 64（620）: e137-143, 2014.
34) Elms J, O'Hara R, Pickvance S, Fishwick D, Hazell M, Frank T, et al: The perceptions of occupational health in primary care. Occupational Medicine（Oxford, England）, 55（7）: 523-527, 2005.
35) Cohen D, Black DC: Primary health care: what role for occupational health? The British Journal of General Practice: the journal of the Royal College of General Practitioners, 63（608）: 124, 2013.
36) Coole C, Nouri F, Potgieter I, Drummond A: Completion of fit notes by GPs: a mixed methods study, Perspectives in Public Health, 135（5）: 233-242, 2015.
37) Wainwright E, Wainwright D, Keogh E, Eccleston C: The social negotiation of fitness for work: tensions in doctor-patient relationships over medical certification of chronic pain. Health（London, England: 1997）, 19（1）: 17-33, 2015.
38) Rachman R, Bunce D, Thorley K, Hendriksz J: Patients' attitudes to sickness certification in general practice. Occupational Medicine（Oxford, England）, 65（6）: 485-488, 2015.
39) Healthcare Learning. Healthy Working UK.....support for GPs and health professionals 2016 [Available from: http://www.healthyworkinguk.co.uk/（2016年10月31日アクセス）.
40) 鎌田直樹，田中克俊，宮岡等：【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, 2013.
41) Waddell G, Aylward M: Models of sickness and disability, Royal Society of Medicine Press, Lodon, 2010.
42) Tsutsumi A, Kawanami S, Horie S: Effort-reward imbalance and depression among private practice

physicians. International Archives of Occupational and Environmental Health, 85（2）: 153-161, 2012.
43）Silk A: Material for Fit note Discussion with Japanese Delegates, 2015.
44）Macdonald S, Maxwell M, Wilson P, Smith M, Whittaker W, Sutton M, et al.: "A powerful intervention: general practitioners'; use of sickness certification in depression". BMC Family Practice, 13: 82, 2012.
45）Sallis A, Birkin R, Munir F: Working towards a 'fit note': an experimental vignette survey of GPs. The British Journal of General Practice: the journal of the Royal College of General Practitioners, 60（573）: 245-250, 2010.
46）Cohen D, Khan S, Allen J, Sparrow N: Shifting attitudes: the National Education Programme for work and health, Occupational Medicine（Oxford, England）, 62（5）: 371-374, 2012.
47）Money A, Hann M, Turner S, Hussey L, Agius R: The influence of prior training on GPs' attitudes to sickness absence certification post-fit note. Primary Health Care Research & Development, 16（5）: 528-539, 2015.
48）Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R: Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. British Medical Journal（Clinical research ed）, 328（7431）: 88, 2004.
49）Cohen DA, Aylward M, Rollnick S: Inside the fitness for work consultation: a qualitative study, Occupational Medicine（Oxford, England）, 59（5）: 347-352, 2009.
50）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, Industrial Health, 51（2）: 165-171, 2013.
51）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，16（1）：4-5, 2008.
52）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，31（98）：16-21, 2011.
53）Tsutsumi A, Maruyama T, Nagata M: Psychiatric knowledge and skills required of occupational physicians: priorities in the Japanese setting, Journal of Occupational Health, 53（5）: 371-376, 2011.
54）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・災害医学会会誌，53（3）：153-160, 2005.
55）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・災害医学会会誌，54（2）：49-53, 2006.
56）Gabbay M, Shiels C, Hillage J: Sickness certification for common mental disorders and GP return-to-work advice, Primary Health Care Research & Development, 1-11, 2016.
57）小山文彦：メンタルヘルス不調における治療と就労の"両立支援"―9労災病院で「治療就労両立支援センター」がスタート―, 健康開発, 18（4）：51-56, 2014.
58）滋賀産業保健総合支援センター：「会社と主治医間の情報連絡シート」，産業保健21, 4（84）：24-25, 2016.

産業ストレス研究(Job Stress Res.), 22, 197-202(2015)

[特集　女性労働者のストレス問題と心のケア再考]

# 女性労働者のストレス対策：一次予防から三次予防まで

堤　明純，鈴木知子

北里大学医学部公衆衛生学

# Stress management among female workers: From primary prevention to tertiary prevention

Akizumi TSUTSUMI and Tomoko SUZUKI

*Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine*

**Abstract** We lack evidence on the effectiveness of stress management among female workers. Stressor for female workers include interactions and/or conflicts between stressors at work and stressors outside work, socioeconomic disadvantages, as well as common adverse psychosocial factors at work also shared by male workers. The primary prevention measures at work may include achieving work-life balance, dissolving prejudice and stigma, as well as work redesign to improve adverse job characteristics. Screening female workers with high stress due to the combination of both indistinct work organization and individual work commitment may be recommended to identify female workers with the need for preventive measures at an early stage in order to decrease health risk due to work-related stress. Irrespective of gender, there is evidence that assisting mentally ill workers to acquire self-care during sick leave shortened sick leave periods and mixed-method studies indicate that effective support of return to work requires supervisors to have a range of knowledge, skills, and personal characteristics.

**Key words**: Female workers（女性労働者），multiple role（マルチプルロール），prevention（予防），sick leave（疾病休業），stress management（ストレス対策），work-life balance（ワークライフバランス）

## 1．はじめに

女性労働者のストレス対策については，いわゆる効果評価研究に基づくエビデンスは少ない。本稿では，女性労働者のストレス要因として確立しているリスクファクターを整理し，予防的方策を提示することを試みた。

## 2．女性労働者のストレス要因

女性労働者のストレス要因には，男性と共通した職業性ストレス要因とともに，職業生活外で有する役割との重なりや葛藤，男性と比較して陥りやすい社会経済的不利や，暴力やハラスメントなどが挙げられる。

### 2.1　マルチプルロール

歴史的に，女性の産業ストレス研究では，女性が有

著者連絡先：堤　明純　〒252-0374 相模原市南区北里 1-15-1
北里大学医学部公衆衛生学
TEL：042-778-9352／FAX：042-778-9257

するマルチプルロールの影響が議論されてきた。幼児をかかえながら職を有することの健康への影響が，ネガティブ（高リスク）な場合[1]，ポジティブ（健康にベネフィットな影響がある）な場合[2,3]の両方の視点が存在した。すなわち，役割が増えることで増加する負荷（double, triple burden）が，復職の遅延など，女性の就業生活に悪影響を与えるという所見がある一方で[4-7]，家事以外の複数の役割を持って活動することは，女性の自尊心や社会的地位に関わる効力感を高め，健康に好ましいことも指摘されている[8,9]。健康にネガティブな帰結を示した研究も，マルチプルロールに加えて，社会的地位の低さや[10]上司のサポートの欠如などがリスク要因として関わっていることが指摘されている[1]。

### 2.2　社会経済的要因

健康の社会的格差が注目されている現代では，グローバリゼーションの影響，収入の低さ，社会的な地位の低さが，低い地位に陥りやすい女性のストレス要因として議論されている[11,12]。学歴や収入の低さ，および離婚などの社会経済的要因の影響が加わり，日本人女性労働者においても，職の不安定は抑うつ症状のリスクを高めることが示されている[13,14]。家事や介護に関する女性に偏重した性役割意識（子供や親のケアギバーとしての役割）から，女性は就業の中断や貧困のリスクが高い[15]。とくに，職業上の経験の乏しさや経済的な後ろ盾のなさから，若年女性のうつ病リスクの上昇が指摘されている[16,17]。さらに最近では，高学歴にもかかわらず仕事上の地位が低いといった，社会経済的地位に関する不一致（socioeconomic status inconsistency）が，女性の健康のリスクファクターとして注目されている[18]。

一方で，女性の管理職も厳しい就業環境にさらされている可能性がある[19]。女性管理職のストレスも，古典的には，帰宅後も交感神経緊張状態が解けない[20,21]など，家庭における役割との関連（double burden）の文脈で検討されていたが，最近の研究では，女性の就労に関して残るステレオタイプが関連していることが示唆されている。この研究では[22]，雇用，解雇，給与額に関わる決定権を持つ管理職の女性は，うつ症状を示す割合が非管理職の女性よりも大幅に大きかった。一方，同じレベルの職に就く管理職の男性は非管理職の男性よりもうつ症状を示す傾向が低かった。この男女差の理由として，管理職の女性が自信や強い自己主張を持って行動した場合，否定的な評価を受けることが多く，慢性的なストレスにつながる一方で，男性の場合は，女性につきまとう否定的なステレオタイプと闘う必要がないといった議論がなされている。

### 2.3　職業性ストレス要因

低コントロール，ソーシャルサポートへのアクセスの低さなどの職業性ストレス要因が，虚血性心疾患等の女性労働者に与える身体的健康影響については，その影響の有無や強さに議論があったものの[23,24]，女性労働者についてもリスクファクターとして認識されている[25-30]。疾病休業などの行動面においては，男性よりも重要な要因となるとの報告もある[31-33]。比較的女性に特有，もしくは頻度が高いリスクファクターとしては，暴力やハラスメントの対象となりやすいことが挙げられる。さらに，就業と家庭を両立させようとする負荷は女性正規労働者において強い[34]。女性の社会進出が進んでいる現在[35]，仕事，もしくは，働き方が女性の健康に与えるインパクトは無視できない。

## 3．予防的対策

女性労働者に焦点を当てたストレス予防対策については，エビデンスが少ない。職場で樹立可能な一次予防としては，偏見やスティグマをなくすための教育や相談体制を含む組織的な体制の構築とともに，ワークライフバランスを尊重した職場作りが求められる。二次予防については，仕事のストレスだけではなく，本人の仕事への取り組み方を測定するスケールのスクリーニングとしての有用性が示唆されている。三次予防については，女性に特化したエビデンスはないものの，休業中のセルフケア支援や，上司の支援が職場復帰を早めたり，再発を予防したりする可能性が示されている。

### 3.1　一次予防

社会的には，失業対策を含むセイフティネットの構築や，賃金の補償などの労働政策が，賃金格差や低い社会的地位に陥りがちな女性のメンタルヘルスの一次予防策として謳われている[36]。教育による偏見やスティグマの排除も重要で，これらは職場においても研修などの機会で実施可能である。

ハラスメントは，労働者個人のみならず，企業に

とっても，訴訟リスクのマネジメントのために重要であり，職場における対策の優先度が高い。顧客の暴力に対する，組織的な暴力対策の立案と実施は，医療機関などで取り入れられるようになった（三木，本誌P.217-224）。もちろん，男女共通の防御因子（プロテクティブファクター）として，自律性（裁量権），物質的資源へのアクセス，家族や友人からのサポートは有用で，それらを考慮した職場環境の改善が求められる。

ワークライフバランスを尊重する職場が，マルチプルロールをもつ女性のメンタルヘルスに好ましいことは以前より指摘されている[37,38]。フレックスタイムや自宅での就業，ジョブ・シェアリングなど，柔軟な働き方を認める職場は，女性のワークライフバランスを向上しメンタルヘルスに好ましい影響を与えることが示されている[38-40]。

### 3.2 二次予防

うつ病等のメンタルヘルス不調をアウトカムとした二次予防の効果は，男女合わせてもエビデンスが少ないが[41]，最近，適切なスクリーニングにより，女性労働者のメンタルヘルス不調の発症や重症化を予防できる可能性が示されている。この研究では[42]，仕事関連のストレスと個人の仕事に対するコミットメントを測定することで，メンタルヘルス不調や筋骨格系症状による休業を予測できるとしている。仕事の負荷のみならず，仕事に対する考え方や取り組み方との相互作用でリスク評価の妥当性が向上することが示され，仕事以外の要因の関与が大きい女性労働者における有用性が示唆される。

### 3.3 三次予防

本邦には，うつ病による休業の頻度[43]や復職後の再発[44,45]には男女差はないとする報告があるが，精神障害による長期休業のリスクは男性よりも女性で高く，休業期間も女性において長いことが北欧では報告されている[46]。最近は，長期休業がもたらす予後の悪さや経済的コストに関する認識が進み，労働自体に治療的効果があるという考え方から，早期の介入による復職支援の重要性が指摘されている[47]。女性に特化している研究ではないが，産業医が，認知行動療法をベースとして休職中の労働者のストレス対処能力を身につける手助けをすることで，早期の復職が可能になることについてのエビデンスが出されている[48]。また，上司の知識，態度や行動が，復職の促進，もしくは，阻害要因となることが指摘されており，量的な研究方法にフォーカスグループインタビューなど質的な方法を組み合わせた研究によって，その内容が，復職時に求められる上司のコンピテンシーとして整理されつつある[49-51]。それらによると，適切なプライバシーの管理，復職制度についての理解，仕事量の調整，共感的な支援と復職への関与，偏見の排除，などが求められている。女性における長期休業のリスク要因としては，仕事に対する自信のなさ，職場への不満足，能力以上の身体的・精神的負荷，就業時間に関する裁量権のなさに加え，幼児や複数の子供の育児が挙げられており[52]，就業上の配慮事項としてリストアップできる。

このほか，地域レベルでは，女性のメンタルヘルスの三次予防策として，暴力の被害を的確に見抜くプライマリケア医のコンピテンシー向上が議論されている[36]。メンタルヘルス不調や暴力の被害は開示されにくいことが指摘されており[36]，産業保健現場でも隠れた不調者を同定し，適切なケアを行う能力を高めていく必要があるかもしれない。

## 4. おわりに

女性のストレス対策に関するエビデンスは乏しいが，職業性ストレス要因のコントロールとともに，女性特有のストレス要因の把握とその対応は可能である。相談機能（ハラスメントの感知機能）を含むストレス対策のインフラ整備とともに，産業保健職にとっては，若年女性（とくに若い母親やシングルマザー）や介護者，暴力の被害者などハイリスクグループの同定などについてのコンピテンシーを向上させていくことも方策となる。三次予防としては，女性に特有というわけではないが，休業中のセルフケア支援や，上司の支援能力の向上が復職支援の方策として有用である可能性が示されている。

本稿は，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）の補助を受けて作成した。

## 文　献


1) Haynes, S. G., Eaker, E. D. and Feinleib, M.: The effect of employment, family, and job stress on coronary heart disease patterns in women. In: "The changing risk of disease in women: an epidemiological approach" (Editor: EB Gold). pp.37-48, The Collanne Press, Lexington, Massachusetts (1984)

2) la Rosa, J. H.: Women, work, and health: employment as a risk factor for coronary heart disease, Am. J. Obstet. Gynecol., **158**, 1597-1602 (1988)

3) Repetti, R. L., Matthews, K. A. and Waldron, I.: Employment and women's health: effects of paid employment on women's mental and physical health, Am. Psychol, **44**, 1394-1401 (1989)

4) Krantz, G. and Östergren, P. O.: Double exposure. The combined impact of domestic responsibilities and job strain on common symptoms in employed Swedish women, Eur. J. Public Health, **11**, 409-413, (2001)

5) Vistnes, J. P.: Gender differences in days lost from work due to illness, Labor Rel. Rev., **50**, 304-323 (1997)

6) Voss, M., Floderus, B. and Diderichsen, F.: How do job characteristics, family situation, domestic work and lifestyle factors relate to sickness absence? A study based on Sweden Post, Occup. Environ. Med., **46**, 1134-1143 (2004)

7) Åkerlind, I., Alexanderson, K., Hensing, G., Leijon, M. and Bjurulf, P.: Sex differences in sickness absence in relation to parental status, Scand. J. Soc. Med., **24**, 27-35 (1996)

8) Bratberg, E., Dahl, S. and Risa, A. E.: The double burden: Do combinations of career and family obligations increase sickness absence among women?, Eur. Soc. Rev., **18**, 233-249 (2002)

9) Mastekaasa, A.: Parenthood, gender and sickness absence, Soc. Sci. Med., **50**, 1827-1842 (2000)

10) Haynes, S.G. and Feinleib, M.: Women, work and coronary heart disease: prospective findings from the Framingham Heart Study, Am. J. Public Health, **70**, 133-141 (1980)

11) Patel, V., Araya, R., de Lima, M., Ludermir, A. and Todd, C.: Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies, Soc. Sci. Med., **49**, 1461-1471 (1999)

12) Broadhead, J.C. and Abas, M. A.: Life events, difficulties and depression among women in an urban setting in Zimbabwe, Psychol. Med., **28**, 29-38 (1998)

13) Kawakami, N., Haratani, T., Kobayashi, F., Ishizaki, M., Hayashi, T., Fujita, O., Aizawa, Y., Miyazaki, S., Hiro, H., Masumoto, T., Hashimoto, S. and Araki, S.: Occupational class and exposure to job stressors among employed men and women in Japan, J. Epidemiol., **14**, 204-211 (2004)

14) Seto, M., Morimoto, K. and Maruyama, S.: Effects of work-related factors and work-family conflict on depression among Japanese working women living with young children, Environ. Health Prev. Med., **9**, 220-227 (2004)

15) Muller, C. and Volkov, O.: Older women: work and caregiving in conflict? A study of four countries, Soc. Work Health Care, **48**, 665-695 (2009)

16) Ikeda, T., Nakata, A., Takahashi, M., Hojou, M., Haratani, T., Nishikido, N. and Kamibeppu, K.: Correlates of depressive symptoms among workers in small- and medium-scale manufacturing enterprises in Japan, J. Occup. Health, **51**, 26-37 (2009)

17) Keita, G.P.: Psychosocial and cultural contributions to depression in women: considerations for women midlife and beyond, J. Manag. Care Pharm., **13**, S12-S15 (2007)

18) Honjo, K., Iso, H., Inoue, M., Sawada, N. and Tsugane, S.: Socioeconomic status inconsistency and risk of stroke among Japanese middle-aged women, J. Epidemol., **25** (Supplement), 110 (2015)

19) Tsutsumi, A., Kayaba, K. and Ishikawa, S.: Impact of occupational stress on stroke across occupational classes and genders, Soc. Sci. Med., **72**, 1652-1658 (2011)

20) Frankenhaeuser, M.: The psychophysiology of sex differences as related to occupational status. In: "Women, work, and health: stress and opportunities" (Editors: M Frankenhaeuser, U Lundberg, M Chsney) pp. 39-61, Plenum Press, New York (1991)

21) Lundberg, U. and Frankenhaeuser, M.: Stress and workload of men and women in high-ranking positions, J. Occup. Health Psychol., **4**, 142-151 (1999)

22) Pudrovska, T. and Karraker, A.: Gender, Job Authority, and Depression, J. Health Soc. Behav., **55**, 424-441 (2014)

23) Belkić, K., Landsbergis, P. A., Schnall, P. L. and Baker, D.: Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? Scand. J. Work Environ. Health, **30**, 85-128 (2004)

24) Lee, S., Colditz, G., Berkman, L. and Kawachi, I.: A prospective study of job strain and coronary heart disease in US women, Int. J. Epidemiol., **31**, 1147-1153 (2002)

25) Amick, B. C., III., Kawachi, I., Coakley, E. H., Lerner, D., Levine, S. and Colditz, G. A.: Relationship of job strain and iso-strain to health status in a cohort of women in the United States, Scand. J. Work Environ. Health, **24**, 54-61 (1998)

26) Brown, G. W. and Harris, T. O.: Social origins of depression:

a study of psychiatric disorder in women, Free Press, New York (1978)

27) Brown, G. W.: Genetic and population perspectives on life events and depression, Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., **33**, 363-372 (1998)

28) Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U. and Kendler, K. S.: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey, Arch. Gen. Psychiatry, **51**, 8-19 (1994)

29) LaCroix, A. Z. and Haynes, S. G.: Gender differences in the health effects of workplace roles, In: "Gender and Stress" (Editors: RC Barnet, L Biener, GK Baruch), pp. 96-121, The Free Press, New York (1987)

30) Stansfeld, S. A., Head, J. and Marmot, M. G.: Explaining social class differences in depression and well-being, Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol., **33**, 1-9 (1998)

31) Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Stanfeld, S. A. and Marmot, M. G.: Effects of chronic job insecurity and change in job security on self-reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study, J. Epidemiol. Community Health, **56**, 450-454 (2002)

32) Kivimäki, M., Feldt, T., Vahtera, J. and Nurmi, J. E: Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples, Soc. Sci. Med., **50**, 583-597 (2000)

33) Voss, M., Floderus, B. and Diderichsen, F.: Physical, psychosocial, and organisational factors relative to sickness absence: a study based on Sweden Post, Occup. Environ. Med., **58**, 178-184 (2001)

34) Seto, M., Morimoto, K. and Maruyama, S.: Work and family life of childrearing 367 women workers in Japan: comparison of non-regular employees with short working hours, non-regular employees with long working hours, and regular employees, J. Occup. Health, **48**, 183-191 (2006)

35) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局：平成21年版働く女性の実 情, http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/josei-jitsujo/09.html, (2015年2月28日閲覧)

36) WHO Department of mental health and substance dependence: Gender disparities and mental health, World Health Organization http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf, (2015年2月28日閲覧)

37) Allen, T. D.: Family-Supportive Work Environments: The Role of Organizational Perceptions, J. Vocat. Behav., **58**, 414-435 (2001)

38) Frye, N. K. and Breaugh, J. A.: Family-friendly policies, supervisor support, work-family conflict, family-work conflict, and satisfaction: A test of a conceptual model, J. Bus. Psychol., **19**, 197-220 (2004)

39) Joyce, K., Pabayo, R., Critchley, J. A. and Bambra, C.: Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing, Cochrane Database Syst. Rev., no. 2, p. CD008009 (2010)

40) Shepherd-Banigan, M., Bell, J. F., Basu, A., Booth-LaForce, C. and Harris, J. R.: Workplace stress and working from home influence depressive symptoms among employed women with young children, Int. J. Behav. Med. (in press)

41) Wang, P. S., Simon, G. E., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E. J., McCulloch, J., Petukhova, M. Z. and Kessler, R. C.: Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial, JAMA, **298**, 1401-1411 (2007)

42) Holmgren, K., Fjällström-Lundgren, M. and Hensing, G.: Early identification of work-related stress predicted sickness absence in employed women with musculoskeletal or mental disorders: a prospective, longitudinal study in a primary health care setting, Disabil. Rehabil., **35**, 418-426 (2013)

43) Muto, T., Sumiyoshi, Y., Sawada, S., Momotani, H., Itoh, I., Fukuda, H., Taira, M., Kawagoe, S., Watanabe, G., Minowa, H. and Takeda, S.: Sickness absence due to mental disorders in Japanese workforce, Ind. Health., **37**, 243-252 (1999)

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

45) Endo, M., Muto, T., Haruyama, Y., Yuhara, M., Sairenchi, T. and Kato, R.: Risk factors of recurrent sickness absence due to depression: a two-year cohort study among Japanese employees, Int. Arch. Occup. Environ. Health, **88**, 75-83 (2015)

46) Foss, L., Gravseth, H. M., Kristensen, P., Claussen, B., Mehlum, I. S. and Skyberg, K.: Risk factors for long-term absence due to psychiatric sickness: a register-based 5-year follow-up from the Oslo health study, J. Occup. Environ. Med., **52**, 698-705 (2010)

47) Dame Black, C. and David Frost, C. B. E.: 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 (2011)

48) van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H., van Dijk, F. J. H.: Reducing long term sickness absence by an

activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design, Occup. Environ. Med., **60**, 429–437 (2003)

49) Johnston, V., Way, K., Long, M. H., Wyatt, M., Gibson, L. and Shaw, W. S.: Supervisor competencies for supporting return to work: a mixed-methods study, J. Occup. Rehabil., **25**, 3–17 (2015)

50) Lemieux, P., Durand, M. J. and Hong, Q. N.: Supervisors' perception of the factors influencing the return to work of workers with common mental disorders, J. Occup. Rehabil., **21**, 293–303 (2011)

51) Munir, F., Yarker, J., Hicks, B. and Donaldson-Feilder, E.: Returning employees back to work: developing a measure for Supervisors to Support Return to Work (SSRW), J. Occup. Rehabil., **22**, 196–208 (2012)

52) Sandmark, H.: Work and family: associations with long-term sick-listing in Swedish women – a case-control study, BMC Public Health, **7**, 287 (2007)

# 職場復帰時の支援マニュアル

## ～生活記録表を用いた復職判定～



本マニュアルは、メンタルヘルス不調を来した労働者の**職場復帰時の面談（復職面談）**を、**「生活記録表」を利用して実施する産業医を支援するための概要**が記されています。

# 生活記録表を用いた復職判定の基準

生活記録表の記載内容を参考に、**具体的な活動内容**や**生活リズム**などについて**面談時に本人に直接確認し、以下のような観点から復職可否の判断を行ってください。**

**生活記録表の記入を開始する時期は、**

休職者が**復職を考え始めたとき**、もしくは、**主治医から復職可の診断書が出たとき**です

**復職可否の判定基準は、**

**① 睡眠リズムが整っていること**

- 睡眠時間が確保できており、**普段の出勤と同じ時間帯に起床できている**
- **昼寝をしていない**（昼間、横にならずに生活できている）

**② 日中の活動リズムが整っていること**

以下のような活動や外出が**午前中・午後の両方で行えている**（目安：9 時～15 時など）

- 図書館での読書や学習
- 運動（筋トレ、ジョギング、サイクリング、散歩、水泳など）
- 買い物や通院など

**③ 普段の通勤と同じような時間帯に、同じような手段で外出ができること**

- 電車やバスなど、普段と同じ経路で職場の最寄り駅まで来てみる、など
- 出かける場所や移動方法は毎日同じでなくても構わない
- 普段の通勤と同じような時間帯に外出できている

**④ 上記のような活動が週 5 日×2 週間以上継続できていること**

- 上記のような生活が、月曜～金曜まで毎日、**少なくとも 2 週間以上**継続できている
- 生活記録表を **2 週間以上、続けて記入できている**

上記**①から④のすべてがそろっているか**どうかを、

**生活記録表の記載内容**を参考に**復職面談にて確認**のうえ

**復職の可否を判断**下さい。

## 例１：復職可と判断できる生活記録表の記載例



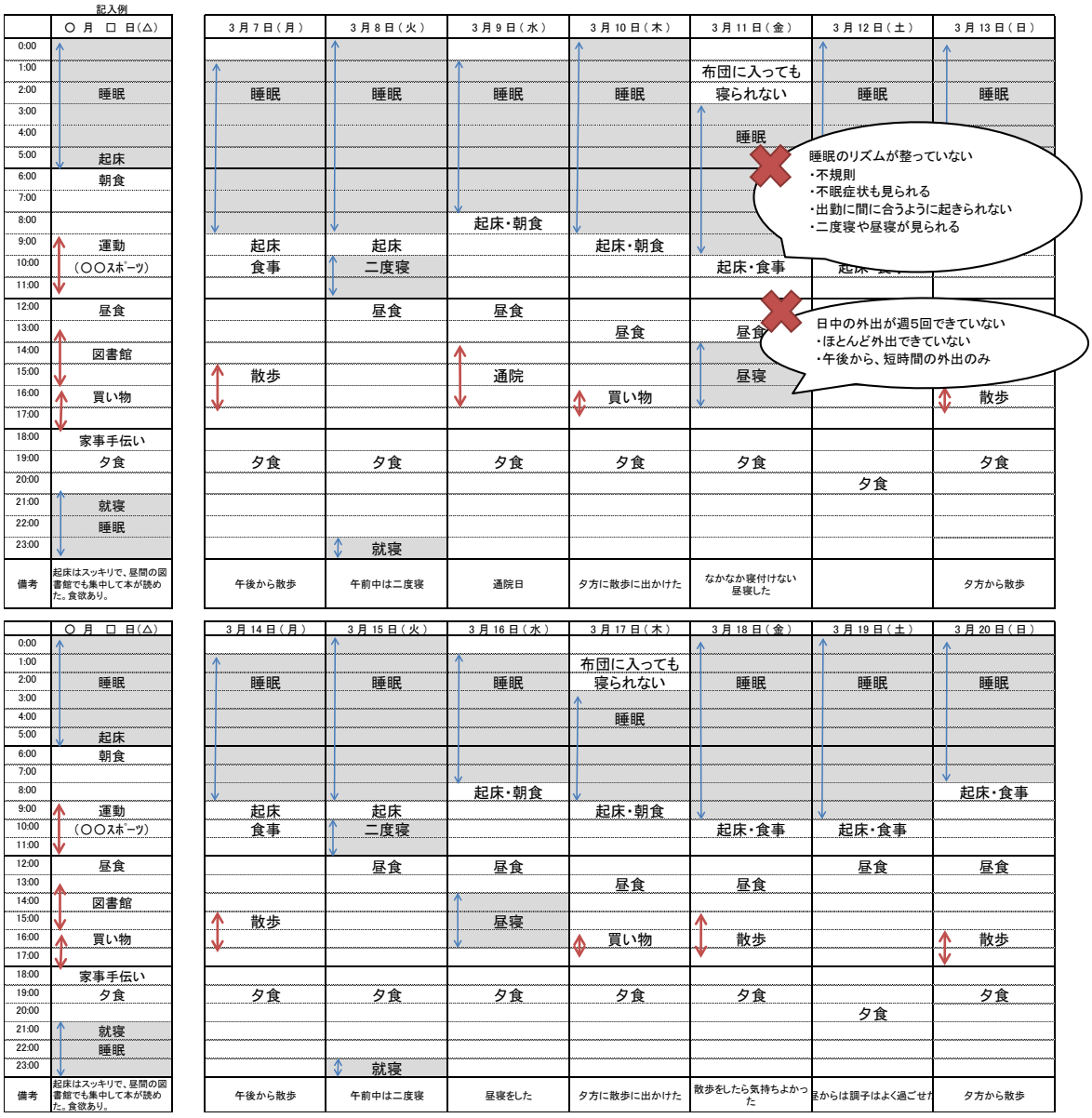

| | ○月　□日(△) | 3月7日(月) | 3月8日(火) | 3月9日(水) | 3月10日(木) | 3月11日(金) | 3月12日(土) | 3月13日(日) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0:00 | | | | | | | | |
| 1:00 | | | | | | | | |
| 2:00 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | | | |
| 3:00 | | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | | | |
| 5:00 | 起床 | | | | | | | |
| 6:00 | 朝食 | 起床・朝食 | 起床・朝食 | 起床・朝食 | 起床・朝食 | 起床・朝食 | | |
| 7:00 | | | | | | | 起床・朝食 | 起床・朝食 |
| 8:00 | 電車 | 電車 | | 電車 | | 電車 | | |
| 9:00 | 図書館 | 図書館 | 運動（ジム） | 図書館 | 運動（ジム） | 図書館 | | |
| 10:00 | | | | | | | | |
| 11:00 | | | | | | | | |
| 12:00 | 昼食 | 昼食 | 昼食 | 昼食 | 昼食 | 昼食 | | |
| 13:00 | 運動 | 図書館 | 図書館 | 図書館 | 図書館 | | | |
| 14:00 | （○○スポーツ） | | | | | | | |
| 15:00 | | | | | | 通院 | 買い物 | |
| 16:00 | 買い物 | | | 散歩 | 散歩 | | | 散歩 |
| 17:00 | | | | | | 買い物 | | |
| 18:00 | 家事手伝い | | | | | | | |
| 19:00 | 夕食 | 夕食 | 夕食 | 夕食 | 夕食 | 夕食 | | 夕食 |
| 20:00 | | | | | | | 夕食 | |
| 21:00 | 就寝 | | | | | | | |
| 22:00 | 睡眠 | 就寝 | | 就寝 | 就寝 | 就寝 | 就寝 | 就寝 |
| 23:00 | | | 就寝 | | | | | |
| 備考 | 起床はスッキリで、昼間の図書館でも集中して本が読めた。食欲あり。 | 通勤時間帯に電車に乗った図書館で集中できた | 午前中は運動 | 朝少し起きづらかった | 夕方に散歩に出かけた | 通院日だった | 午後から家族と買い物 | ほとんど家にいた |

| | ○月　□日(△) | 3月14日(月) | 3月15日(火) | 3月16日(水) | 3月17日(木) | 3月18日(金) | 3月19日(土) | 3月20日(日) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0:00 | | | | | | | | |
| 1:00 | | | | | | | | |
| 2:00 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 |
| 3:00 | | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | | | |
| 5:00 | 起床 | | | | | | | |
| 6:00 | 朝食 | 起床・朝食 | 起床・朝食 | 起床・朝食 | 起床・朝食 | 起床・朝食 | | |
| 7:00 | | | | | | | 起床・朝食 | 起床・朝食 |
| 8:00 | 電車 | 電車 | | 電車 | | 電車 | | |
| 9:00 | 図書館 | 図書館 | 運動（ジム） | 図書館 | 運動（ジム） | 図書館 | | |
| 10:00 | | | | | | | | |
| 11:00 | | | | | | | | |
| 12:00 | 昼食 | 昼食 | 昼食 | 昼食 | 昼食 | 昼食 | | |
| 13:00 | 運動 | 図書館 | 図書館 | 図書館 | 図書館 | 図書館 | | |
| 14:00 | （○○スポーツ） | | | | | | | |
| 15:00 | | | | | | | 買い物 | |
| 16:00 | 買い物 | | | 散歩 | 散歩 | | | 散歩 |
| 17:00 | | | | | | 買い物 | | |
| 18:00 | 家事手伝い | | | | | | | |
| 19:00 | 夕食 | 夕食 | 夕食 | 夕食 | 夕食 | 夕食 | | 夕食 |
| 20:00 | | | | | | | 夕食 | |
| 21:00 | 就寝 | | 就寝 | | | | | |
| 22:00 | 睡眠 | 就寝 | | 就寝 | 就寝 | 就寝 | 就寝 | 就寝 |
| 23:00 | | | | | | | | |
| 備考 | 起床はスッキリで、昼間の図書館でも集中して本が読めた。食欲あり。 | 通勤時間帯に電車に乗った図書館で集中できた | 疲れていたので早めに寝た | 普通に起きられた | 夕方に散歩に出かけた | 図書館で集中できた | 午後から家族と買い物 | ほとんど家にいた |

判定のポイント：

睡眠リズムは整っており、毎日、通勤に間に合う時間に起きられています。また、通勤と同じような時間に図書館やジムにも出かけており、週に何度かは電車に乗って通勤の練習を行っています。午前中から午後 3 時ごろまでの外出が週 5 日続けられており、こうした生活が、少なくとも 2 週間続けられているため復職可能な状態だと判断できます。

## 例２：復職はまだ不可（困難）と判断できる生活記録表の記載例




| | ○月　□日(△) | 3月7日(月) | 3月8日(火) | 3月9日(水) | 3月10日(木) | 3月11日(金) | 3月12日(土) | 3月13日(日) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0:00 | | | | | | | | |
| 1:00 | | | | | | 布団に入っても | | |
| 2:00 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | 寝られない | 睡眠 | 睡眠 |
| 3:00 | | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | 睡眠 | | |
| 5:00 | 起床 | | | | | | | |
| 6:00 | 朝食 | | | | | | | |
| 7:00 | | | | | | | | |
| 8:00 | | | | 起床・朝食 | | | | |
| 9:00 | 運動 | 起床 | 起床 | | 起床・朝食 | | | |
| 10:00 | （○○ｽﾎﾟｰﾂ） | 食事 | 二度寝 | | | 起床・食事 | | |
| 11:00 | | | | | | | | |
| 12:00 | 昼食 | | 昼食 | 昼食 | | | | |
| 13:00 | | | | | 昼食 | 昼食 | | |
| 14:00 | 図書館 | | | | | | | |
| 15:00 | | 散歩 | | 通院 | | 昼寝 | | |
| 16:00 | 買い物 | | | | 買い物 | | | 散歩 |
| 17:00 | | | | | | | | |
| 18:00 | 家事手伝い | | | | | | | |
| 19:00 | 夕食 | 夕食 | 夕食 | 夕食 | 夕食 | 夕食 | | 夕食 |
| 20:00 | | | | | | | 夕食 | |
| 21:00 | 就寝 | | | | | | | |
| 22:00 | 睡眠 | | | | | | | |
| 23:00 | | | 就寝 | | | | | |
| 備考 | 起床はスッキリで、昼間の図書館でも集中して本が読めた。食欲あり。 | 午後から散歩 | 午前中は二度寝 | 通院日 | 夕方に散歩に出かけた | なかなか寝付けない昼寝した | | 夕方から散歩 |

| | ○月　□日(△) | 3月14日(月) | 3月15日(火) | 3月16日(水) | 3月17日(木) | 3月18日(金) | 3月19日(土) | 3月20日(日) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0:00 | | | | | | | | |
| 1:00 | | | | | 布団に入っても | | | |
| 2:00 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 | 寝られない | 睡眠 | 睡眠 | 睡眠 |
| 3:00 | | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | 睡眠 | | | |
| 5:00 | 起床 | | | | | | | |
| 6:00 | 朝食 | | | | | | | |
| 7:00 | | | | | | | | |
| 8:00 | | | | 起床・朝食 | | | | 起床・食事 |
| 9:00 | 運動 | 起床 | 起床 | | 起床・朝食 | | | |
| 10:00 | （○○ｽﾎﾟｰﾂ） | 食事 | 二度寝 | | | 起床・食事 | 起床・食事 | |
| 11:00 | | | | | | | | |
| 12:00 | 昼食 | | 昼食 | 昼食 | | | 昼食 | 昼食 |
| 13:00 | | | | | 昼食 | 昼食 | | |
| 14:00 | 図書館 | | | | | | | |
| 15:00 | | 散歩 | | 昼寝 | | | | |
| 16:00 | 買い物 | | | | 買い物 | 散歩 | | 散歩 |
| 17:00 | | | | | | | | |
| 18:00 | 家事手伝い | | | | | | | |
| 19:00 | 夕食 | 夕食 | 夕食 | 夕食 | 夕食 | 夕食 | | 夕食 |
| 20:00 | | | | | | | 夕食 | |
| 21:00 | 就寝 | | | | | | | |
| 22:00 | 睡眠 | | | | | | | |
| 23:00 | | | 就寝 | | | | | |
| 備考 | 起床はスッキリで、昼間の図書館でも集中して本が読めた。食欲あり。 | 午後から散歩 | 午前中は二度寝 | 昼寝をした | 夕方に散歩に出かけた | 散歩をしたら気持ちよかった | 昼からは調子はよく過ごせた | 夕方から散歩 |

**判定のポイント：**

**睡眠のリズムが整っておらず**、会社に間に合う時間に**起床できていません**。平日の**日中には、昼寝**などもしています。また、午後から、短時間の外出はできていますが、**図書館やジムなどには行けておらず、外出時間も長くありません**。また、**午前中からの外出（出勤時間と同じような時間帯の外出）もできていません**。この状態では復職可能とは言えません。

## 例３：復職にむけて取り組んでいるが、まだ復職不可と判断できる記載例




**判定のポイント：**

睡眠リズムは整っており、出勤に間に合う時間に起きられるようになっています。また午後からは、図書館やジムなどにも通えています。午前中からの外出も、週のうち何日かは実施しています。しかしまだ、**「通常の出勤時間からの外出（午前中から午後までの外出）が、週５日×２週間以上継続できている」**とは言えません。この状態では復職可能とは言えません。

# 復職判定 Q&A

**Q1: １回でも寝過ごしていたらダメですか？**

A1: 基本的にはダメです。2 週間、就業日（月～金）はきちんと起きているのが原則です。また、土日は起床時間が遅くてもよいと思われます。

**Q2: 睡眠時間の長さはどのように判断したらよいですか？**

A2: １日６～８時間が理想ですが、個人差が大きいので休職前との睡眠時間の比較をしてください。本人との面談時に確認すると良いでしょう。

**Q3: 中途覚醒がある場合はどのように判断したらよいですか？**

A3: 中途覚醒があっても日中の活動に影響がなければ問題ないと思われます。気になる症状があれば主治医に相談するよう促してください。

**Q4: 精神症状（抑うつや不安）の訴えがある場合はどう判断すればよいですか？**

A4: 主治医が復職可能の診断書を書いていれば、病状の回復は一定のレベルに達していると考えられます。気になる症状があれば主治医に相談するよう促してください。

**Q5: 生活記録表の記入期間が 2 週間に満たない場合は、どうすればよいですか？**

A5: 安定した心身の状況を把握するためには、最低２週間の情報が必要です。

**Q6: 1 日当たりの活動項目が十分に記入されていない場合、どうすればよいでしょうか？**

A6: 不足している情報は、面談時に詳細を確認した上で、生活記録表の記入を改めて指示し、次回（2 週間以降）の面談時に判断してください。

**Q7: 記載内容の信憑性に欠ける場合、どうすればよいでしょうか？**

A7: 記載されている内容が信憑性に欠ける場合、面談時に詳細を確認した上、生活記録表の記入を改めて指示し、次回（2 週間以降）の面談時に判断してください。

**Q8: 図書館通いの他にも、復職の準備に適した活動はありますか？**

A8: 定期的な体力づくり、新聞や雑誌などからの知識の吸収、人ごみの中に出かける、友人や家族と買い物に行くなど自発的かつ積極的な行動は良い指標です。

**Q9: １回の面談で復職可否の判断が困難と思われた際には、どうすればよいですか？**
A9: 再度 2 週間以上の生活記録表の記入を指示し、次回の面談時に判断してください。

**Q10: 生活記録表の記入を復帰後も続ける必要はありますか？**
A10: 復職後の記入は必須ではありません。ただし、復職後の面談などで生活のリズムを把握したい場合は利用しても良いでしょう。

**Q11: 生活記録表を記載している期間に、風邪などで数日寝込んでしまったときはどのように判断すればいいでしょうか？**
A11: 風邪の症状が軽快して、2 週間程度生活リズムが整ったことを確認してから、復職の判断を行った方が良いでしょう。

**Q12: 事業場の訪問が月に１回の場合で、生活記録表の記載が不十分なとき、追加で１か月間の生活記録表の記入を指示し、1ヶ月後に面談するしかないでしょうか？**
A12: 可能であれば 2 週間後に確認してください。難しい場合は 1 ヶ月後の訪問時までの記載を指示してください。

**Q13: 主治医が復職可の診断書を出しているのに、生活記録表の記載内容が不十分であることを理由に、産業医が復職不可の判断をしていいのでしょうか？**
A13: 生活記録表の復職判断基準を満たしていない場合は、復職困難と考えられますので、産業医の判断で復職不可としてかまいません。

<u>生活記録表を使用する際のその他の留意点</u>

**Q14: 通勤の練習をしているときに交通費を支払う必要はありますか？**
A14: 事業場のルールを確認してください（下記参照）。

**Q15: 通勤の練習をしているときに会社の敷地内に入っていいのですか？**
A15: 事業場のルールを確認してください（下記参照）。

参考：
「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き（平成 24 年改定）」によると、通勤訓練とは「職場復帰前に、労働者の自宅から職場の近くまで通常の出勤経路で移動を行い、そのまま又は職場付近で一定時間を過ごした後に帰宅する」ものとされています。一般的には業務とみなされるものではないため、移動にかかる費用については労働者の自己負担で良いと思われます。通勤費の支払いや、移動中に災害が発生した場合の対応、会社の敷地内への立ち入りの可否など、人事労務管理上の位置付けについては、事業場の担当者とあらかじめ相談し、一定のルールを定めておく必要があります。

本マニュアルは、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）」に基づいて実施されるモデル事業用に作成されたものです。

産衛誌 2016; 58(2): 43-53

産業衛生学雑誌

原　著

# 海外事業場における労働安全衛生活動と体制構築に必要な情報収集ツールの開発

梶木　繁之[1]，小林　祐一[1,2]，上原　正道[3]，中西　成元[4,5]，森　　晃爾[1,6]

[1]産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学
[2]HOYA 株式会社
[3]ブラザー工業株式会社
[4]株式会社小松製作所
[5]国家公務員共済組合連合会シミュレーション・ラボセンター
[6]産業医科大学産業医実務研修センター

**抄録：目的**：本研究では日本企業が海外事業場においてグローバルな労働安全衛生マネジメントシステムの構築を行うために必要な情報を効率的に収集するための情報収集チェックシートの開発を行った．**方法**：外資系企業での産業医経験を有する研究者2名と海外事業場の労働安全衛生活動に携わった経験を持つ3名の統括産業医で研究班を作った．労働安全衛生活動と体制構築に必要な情報と情報の入手先を検討の後，5か国10地域において現地を訪問し情報収集チェックシートを用いた情報収集を行った(第1フェーズ)．その後，研究班会議で入手情報の正確性と入手先との妥当性を検証し情報収集チェックシートを改善した．その後，新たな国(1か国3地域)において情報収集チェックシートを使用し有用性を確認の上(第2フェーズ)，情報収集チェックシートを完成させた．**結果**：情報収集チェックシートは，現地事業場の基本情報，安全衛生概要，安全衛生体制，安全衛生スタッフ，計画・実施・評価・改善，安全衛生活動，法令及び行政機関，現地医療制度と公衆衛生，駐在員への医療サポートの9の大項目と61の中項目で構成された．また入手先は文献・インターネット，企業（現地事業場，日本本社)，現地の日本大使館・領事館，ISO認証機関，大学等の教育機関，医療機関(日本人向け，現地労働者向け)の8つで構成された．**考察**：複数回にわたる研究班会議と2つのフェーズ（6か国13地域）での現地調査により情報収集チェックシートが完成した．このチェックシートを用いることにより，初めて進出する国や地域での安全衛生活動を展開する際，必要となる情報が入手できる可能性がある．今後は，いずれかの国の現地事業場の協力のもと，チェックシートを用いた情報収集を行い，安全衛生体制ならびに活動を評価の上，具体的な取組を試行するモデル事業を実施しチェックシートの有効性を検証する必要がある．

(産衛誌 2016; 58(2): 43-53)
doi: 10.1539/sangyoeisei.B15014

**キーワード**：Occupational health and safety management system, overseas business, information gathering check sheet

## I. はじめに

日本の製造業が海外進出して久しいが，近年さらに海外での生産比率を高めており，経済産業省の調査によると2014年3月現在の製造業の海外生産比率は22.9%と前年度より2.6%増加し，特に輸送機械や情報通信機械，はん用機械の海外生産比率が増加している[1]．その結果，2013年度末における日本企業の海外現地法人の従業員数はおよそ552万人に達しており，北米や欧州の先進国では減少傾向にあるものの，アジア地域では増加している[1]．また2013年の調査によると，海外での事業を拡大または維持すると回答した企業は半数に上り，今後新たに海外進出を希望する企業を合わせると，海外での積極的な事業を志向する企業が全体の約68%に及ぶ[2]．

海外において事業を展開する際，単に利潤を追求する

2015年6月22日受付；2015年11月19日受理
J-STAGE早期公開日：2016年3月16日
連絡先：梶木繁之　〒807-8555　福岡県北九州市八幡西区医生ケ丘1-1　産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学
Correspondence to: Shigeyuki Kajiki, Department of Occupational Health Practice and Management, Institute of Industrial Ecological Science, University of Occupational and Environmental Health, 1-1 Iseigaoka, Yahatanishi-ku, Kitakyushu, Fukuoka 807-8555, Japan
(e-mail: skajiki@med.uoeh-u.ac.jp)

表 1. 研究班メンバーの属性（経歴と資格等）

| | 年齢 | 性別 | 産業医経験（年数） | 総括・統括産業医経験（年数） | 海外事業場の安全衛生活動に携わった経験（年数） | 日本産業衛生学会専門医資格 | 業種（東証分類：中項目） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | 48 | 男 | 20 | 18 | 16 | 有 | 精密機器 |
| B | 54 | 男 | 25 | 11 | 3 | 有 | 石油・石炭製品 |
| C | 43 | 男 | 16 | 11 | 11 | 有 | 電気機器 |
| D | 73 | 男 | 8 | 6 | 6 | 無 | 機械 |
| E | 42 | 男 | 16 | 0 | 0 | 有 | 石油・石炭製品 |

だけでなく，進出地域において社会的責任を果たすことは，事業展開においても重要と考えられ，労働者の安全および健康の確保は，国際的にも企業の社会的責任とみなされている[3,4]．それらの責務を果たすには，各国・地域における法令を遵守するとともに，少なくとも労働に起因する外傷や健康障害の防止を日本と同レベルで行う必要があると思われる．特に，従業員が増加しているアジア地域等の新興国や発展途上国においては，法令があってもその適用や監督が不十分であったり，労働安全衛生を担う人材やサービス機関の質に差異が懸念されている[5-7]．そのため，グローバルに事業展開する日本企業が社会的責任を果たすためには，労働安全衛生管理を現地法人の取組みに委ねるだけでなく，企業としての基本方針や基準を示して高いレベルでの活動を技術的に支援するとともに，その活動レベルを可視化するなどのシステムづくりが必要となる[8-10]．このようなシステムを，本論ではグローバル労働安全衛生マネジメントシステム（Global Occupational Safety and Health Management System：以下，グローバル OSHMS）と呼ぶこととする．

グローバル OSHMS の展開においては，①可能な限り実施事項や基準を標準化させ，活用する専門人材の職種についても統一する方策と，②共通事項は基本的な基準にとどめ，現地で確保可能な専門人材を活用する方策が考えられる[11]．前者は米国企業にしばしば見られる方策であり展開に当たっては，母国の法令等の枠組みが基本となる．日本企業がこの方策を展開する場合，労働安全衛生法に基づく産業医選任や職場巡視，一般定期健康診断，作業環境測定などを行うこととなる[12]．しかし諸外国には産業医の制度が存在しない，産業保健スタッフの数が十分に確保できない，健康診断の詳細項目が法令で規定されていないといった国々がある[5-7]ことから展開に当たっては大きな困難が予想される．そのため日本企業では，共通事項は基本的な基準にとどめ現地で確保可能な専門人材を活用する方策が推奨されると考えられる．この方策を現地の事業場に対して展開する場合，「どこまで社内の基準を統一するか」，「各国・地域においてどのような人材を活用するか」といった運営上のルールを明確にし，グローバル OSHMS を構築する必要があり，そのためには現地の労働安全衛生に関する様々な情報の収集が不可欠である．しかしこれまで，日本企業におけるグローバル OSHMS の構築を前提とした取組は，Global Reporting Initiative の GRI ガイドライン[13]や環境省が発行する環境報告ガイドライン[14]等を参考に行われてきた可能性があるものの，その利用実態は定かではなく，労働安全衛生に特化した情報収集のためのツールを発表したものは存在しない．

そこで本研究では，特定の企業（製造業：全世界に約 45,000 人の社員を有し，そのうちおよそ 6 割が外国籍の社員で構成される日本企業）においてグローバル OSHMS の導入をモデル事業として実施することを想定し，当該国・当該地域の労働安全衛生活動と体制構築に必要な情報を効率的に収集するための情報収集チェックシートの開発を行った．

## II. 方　法

外資系企業での専属産業医経験を有する研究者 2 名に加えて，海外事業場の労働安全衛生活動に携わった経験を持つ 3 名の統括産業医を機縁法で選定し，5 名で研究班を構成した．研究班メンバーの属性(経歴，資格等)を表 1 に記す．本研究では各国・地域において労働安全衛生活動と体制構築に必要な情報を効率的に収集するための情報収集チェックシート（以下　チェックシート）を作成し，国内での情報収集および現地調査を通じて有用性を検討のうえ，改善を加えてチェックリストを完成させることとした．図 1 にチェックシート完成までの作業手順を記す．

### 1. 情報収集チェックシート（暫定版）

チェックシートは，労働安全衛生活動と体制構築に必要な項目と入手先のマトリックス形式とすることとし，それぞれについて検討した．

(1) 労働安全衛生活動と体制構築に必要な情報の検討

研究班会議でまず，1 名の研究班メンバーから海外事業場を含む安全衛生体制の構築事例の説明を受け，内容に関する質疑応答を参加者全員で約 1 時間行い，メン

| 目的 | | 場所 | 作業手順 |
|---|---|---|---|
| 研究班メンバーの招集とメンバー内の認識の統一 | | 国内 | 海外事業場の労働安全衛生活動に携わった経験のある統括産業医を、機縁法により選出しその後、研究班メンバーの1人が、海外事業場を含む安全衛生体制の構築事例を説明の上、内容に関する質疑応答を全員で実施し、認識を統一した。 |
| 海外事業場の労働安全衛生活動並びに体制構築に必要と思われる情報の抽出と説明文の作成 | | 国内 | 研究班メンバーが個別にポストイットを用いて項目を列挙し、それらをKJ法を用いてグルーピングし、2段階(大項目と中項目)に分類した。その後、中項目ごとに内容を修正したうえで、説明文を作成した。 |
| 海外事業場の労働安全衛生活動並びに体制構築に必要と思われる情報の入手先の検討 | | 国内 | 海外事業場の安全衛生に関する情報が存在し、現地での訪問が可能な個所を列挙した。さらに国内でも情報収集が可能な国内本社と文献・インターネットを入手先に追加した。 |
| 情報収集チェックシート(暫定版)の作成 | | | |
| 第1フェーズ | 情報収集チェックシート(暫定版)を用いた情報収集 | 国内 | インターネットを用いた一般情報ならびに学術情報の収集と整理を行い、本社内の担当部署(海外人事部、環境安全部など)からも情報を収集した。 |
| | | 海外 | 複数の国々と地域ならびに異なる業種、業態、規模の現地事業場を2か所以上選定し、さらに行政、専門化育成、医療にかかわる組織や機関を加えて現地を訪問の上、情報を収集した。 |
| 情報収集チェックシート(暫定版)の改善 | | 国内 | 入手された情報と入手ルートを研究版メンバー全員でレビューし、複数の入手ルートから得られた情報は正確性も確認した。さらに、入手できなかった情報を整理し、新たな入手ルートを追加して、情報収集チェックシート(暫定版)を改善した。 |
| 第2フェーズ | 改善後の情報収集チェックシート(暫定版)を用いた情報収集 | 国内 | インターネットを用いた一般情報ならびに学術情報の収集と整理を行い、本社内の担当部署(海外人事部、環境安全部など)からも情報を収集した。 |
| | | 海外 | 訪問歴ありの国)前回とは異なる入手ルートを訪問し、情報を収集した。<br>訪問歴なしの国)改善後の情報収集チェックシート(暫定版)を用いて情報を収集し、情報の入手可能性を確認した。 |
| 情報収集チェックシートの有用性を検証 | | 国内 | 第1フェーズおよび第2フェーズで得られた結果を基に、研究班メンバー全員で情報収集チェックシートの有用性を検証した。 |
| 情報収集チェックシートの完成 | | | |

**図1.　情報収集チェックシート完成までの作業手順**

バー間の認識の統一を図った．その後，5名の研究班メンバーがKJ法[15]の要領で，「海外事業場の労働安全衛生活動並びに体制構築に必要と思われる情報」について，個別にポストイットを用いて列挙し，続いて類似のポストイットをグループ編成して，それぞれのグループにタイトルをつけた．各グループ内の表現で重複するものを削除し，グループ名を大項目にグループ内の項目を中項目の2段階に分類した．最後に中項目で挙げられた個々の情報の詳細を解説する説明文を作成した．

(2) 情報の入手先の検討

情報収集が可能な入手先（入手ルート）については，安全衛生に関する情報が存在し，現地での訪問が可能であることを条件として研究班会議で列挙した．また，現地調査を想定した入手先に加えて，日本国内での入手先として日本本社ならびに文献・インターネットを追加した．以上の作業により，情報の内容と入手先のマトリクス形式によるチェックシート（暫定版）を作成した．

## 2. 現地訪問下でのチェックシート（暫定版）を用いた情報収集（第1フェーズ）

作成したチェックシート（暫定版）を用いて，実際に現地調査を行い，訪問の現実性や情報の入手可能性について検討した．まず，現地訪問前にインターネットにより一般情報に加えて，学術情報の検索エンジン(医中誌，Pubmed，Google Scholar）を用いた検索（検索式の例："労働安全衛生""法""タイ"，"occupational health and safety,""regulation,""Thailand,"）を行い，国内において入手可能な情報（現地の法令や行政機関，現地の医療制度，公衆衛生に関する情報の一部）を整理した．また訪問予定の事業場について，本社内の海外人事や環境安全等の担当部署から，可能な情報を収集した．その上で，各国ごとに情報の入手先を網羅できるように配慮した．同一国内においては情報入手先の多様性を担保するため，異なる業種，業態，規模の現地事業場を2か所以上訪問することを原則とし，行政，専門家育成，医療に関わる組織や機関についても，可能な限り複数の入手先から情報を得ることとした．訪問スケジュール(表2)は訪問先との調整をもとに詳細を決定した．その上で，訪問先へ事前にチェックシート（暫定版）を送付し，訪問時に研究班メンバーが直接，質疑応答を行う形式で回答を得た．事業場の場合1回の訪問は2〜6時間を，その他の機関や組織は先方の負担を考慮し，1か所あたり1〜2時間で調査を行った．訪問時に確認ができなかった事項については後日，訪問先の担当者から電子メールによる情報提供を依頼した．調査は，2011年6月から2013年5月までの期間を第1フェーズとして5か国10地域を対象とした．

表 2. 訪問スケジュール

| フェーズ | 訪問日時 | 訪問国（回数），地域・都市名 | 事業場（東証分類：中項目），機関，組織等 |
|---|---|---|---|
| 第 1 フェーズ | 2011 年 6 月 | タイ（1 回目）バンコク，アユタヤ，チョンブリー | 現地事業場（ガラス・土石製品，機械，電気機器），ISO 認証機関，医療機関（日本人向け） |
| | 2011 年 11 月 | ベトナム（1 回目）ハノイ，ハイズオン<br>インドネシア（1 回目）ジャカルタ | 現地事業場（機械，電気機器），医療機関（日本人向け） |
| | 2012 年 7・9 月 | 中国（1 回目）華北・華中エリア | 現地事業場（電気機器，ガラス・土石製品，機械），医療機関（日本人向け） |
| | 2012 年 10 月 | インド（1 回目）バンガロール，チェンナイ | 現地事業場（機械；2 事業場），医療機関（日本人向け） |
| 第 2 フェーズ | 2013 年 6 月 | タイ（2 回目）バンコク，アユタヤ，チョンブリー | 現地事業場（機械，ガラス・土石製品），医療機関（日本人向け，現地労働者向け），ISO 認証機関，大学等の教育機関 |
| | 2013 年 8 月 | インドネシア（2 回目）ジャカルタ | 現地事業場（機械），医療機関（日本人向け，現地労働者向け） |
| | 2013 年 10 月 | ロシア（1 回目）モスクワ，ヤロスラブリ，サンクトペテルブルク | 現地の大使館・領事館，現地事業場（輸送用機器，機械），医療機関（日本人向け，現地労働者向け） |

### 3. 労働安全衛生活動と体制構築に必要な項目と入手先の検証およびチェックシート（暫定版）の改善

第 1 フェーズ終了後，研究班会議を開催し，訪問した結果をもとに，労働安全衛生活動と体制構築に必要な項目と入手先の検証を行った．各国・各地域で得られた情報を入手先とともに読み上げ，それぞれの項目ごとに研究班全員の意見を確認する形式で行った．訪問調査前後および訪問調査時に入手できた情報は，訪問国もしくは地域毎にチェックシート（暫定版）の項目でまとめ，入手できなかった情報を整理した．複数の入手先から得た情報は内容の差異を比較して情報の正確性を確認した．特に複数の入手先から情報を得ることが望ましい項目を注記するとともに，既存の入手先だけでは情報収集が十分に行えないと判断した場合，新たに入手先を追加してチェックシート（暫定版）を改善した．

### 4. 改善したチェックシート（暫定版）の検証とチェックシートの完成（第 2 フェーズ）

改善したチェックシート（暫定版）を用いて，第 1 フェーズで訪問した国並びに新たな国と地域を訪問した（表 2）．過去に訪問歴のある国は，前回の情報入手ルートとは異なる地域・業種を選択し調査することで，入手ルートの多様性と情報の一致性，正確性を確認した．また，新たな国および地域においては追加された情報入手ルートの効果（情報の入手可能性）を確認し，結果をもとに研究班会議において有用性を再検証したうえで，チェックシートを完成させた．

### 5. 倫理的な配慮

本研究では，現地事業場で働く労働者（日本人，現地労働者等）の個人情報は扱わず，調査対象の企業（事業場），機関，組織等に対しては当該研究の趣旨を書面および口頭にて説明し，承諾が得られた場合のみ調査を実施した．また，本研究による報告すべき利益相反はない．

## III. 結　果

### 1. 情報収集チェックシート（暫定版）

海外事業場の労働安全衛生活動の展開と体制構築に必要と思われる大項目は 1：事業場の基本情報，2：安全衛生概要，3：安全衛生体制，4：安全衛生スタッフ，5：計画・実施・評価・改善（PCDA），6：安全衛生活動，7：法令および行政機関，8：現地医療制度と公衆衛生，9：駐在員への医療サポートの 9 項目で中項目は業務内容・事業規模，現地従業員，駐在員等，計 61 項目であった．表 3 に詳細を記す．

また情報の入手先は当初，文献・インターネット，企業（現地事業場，日本本社），国際標準化機構（International Organization for Standardization，以下 ISO）認証機関，医療機関（日本人向け）であった．

### 2. 現地訪問下でのチェックシート（暫定版）を用いた情報収集（第 1 フェーズ）

第 1 フェーズでは上記を基に情報収集を行った．文献・インターネットでは「1：事業場の基本情報の一部，7：法令および行政機関の一部，8：現地医療制度と公衆衛生の一部，9：駐在員への医療サポートの一部」の 4 点が入手できた．現地事業場では「1：事業場の基本情報，2：安全衛生概要，3：安全衛生体制，4：安全衛生スタッフ，5：計画・実施・評価・改善（PDCA），6：安全衛生活動と 9：駐在員への医療サポートの一部」の 7 点が入手できた．日本本社（海外人事や環境安全部門等）では「1：事業場の基本情報の一部と 2：安全衛生概要の一部，3：安全衛生体制と 6：安全衛生活動」の 4 点が入手できた．ISO 認証機関では「1：事業場の基本情報の一部，2：安全衛生概要の一部，7：法令および行政機関」の 3

表3.　海外事業場の労働安全衛生活動と体制構築に必要な項目

| 大項目 | 中項目 | 説明文 |
|---|---|---|
| 1：事業場の基本情報 | 業務内容・事業規模 | 現地における業務内容（製造物，有害業務），事業規模 |
| | 現地従業員 | 現地における従業員数，男女比，地元出身比，平均年齢，学歴，平均給与，労働時間 |
| | | 現地における平均継続年数，労働者確保のしやすさ，労働者の配置，組織図 |
| | 駐在員 | 駐在員の人数，役職，役割 |
| | | 駐在員の赴任状況（食事・住居・家族・移動・帰国頻度，業務外の過ごし方） |
| | 勤務形態 | 勤務形態（労働時間，休憩時間，休日数，交代制勤務等） |
| | ISO取得 | ISO9001，ISO14001，OHSAS18001等，ISO関係の認証取得状況 |
| | 周辺企業の状況 | 周辺の日系企業の安全衛生に関する状況 |
| 2：安全衛生概要 | 会議や話合い | 安全衛生に関する会議やミーティング（内容，頻度，参加者） |
| | 予算 | 安全衛生分野の予算 |
| | 良好点 | 安全衛生に関する実務上の良好点 |
| | 優先課題 | 優先的に取り組んでいる安全衛生上の課題 |
| | 労働者への周知 | 安全衛生活動に関する労働者への周知（方法，内容） |
| | 教育研修 | 労働者に対する安全衛生教育や研修の実態 |
| | 労災発生状況 | 労働災害，労働疾病の発生状況 |
| | 安全衛生規定 | 事業場内の安全衛生に関する規定（マニュアル，作業手手順書：SOP等） |
| | 活動報告 | 活動報告，年報などの策定・提示 |
| | 外部サービス機関 | 事業場外資源（外部サービス機関）の質の管理 |
| | 外部からの監査・指導 | 安全衛生の専門家，コンサルタント，サービスプロバイダーからの監査・指導 |
| | 行政機関との関与 | 事業場周辺の行政機関との関わり |
| 3：安全衛生体制 | 企業方針 | 安全衛生に関する企業方針（グローバル，ローカルの方針），労働者への周知 |
| | 安全衛生体制 | 企業グループ全体としての安全衛生体制，現地国の安全衛生体制 |
| | 連携 | 親企業との連携（内容，頻度，方法，誰が誰に伝えているのか） |
| | 課題 | 親企業との連携に関する現状の課題 |
| | 関係性 | 日本（本社）の安全衛生部門と現地安全衛生部門との関係（連絡の有無・頻度） |
| | 統括責任者 | 現地国の安全衛生を統括する責任者 |
| 4：安全衛生スタッフ | 人員体制 | 安全衛生スタッフの体制（担当部門，担当者：安全・衛生） |
| | 配置 | 安全衛生スタッフの配置基準（ベンチマーク） |
| | 経歴と資格 | 安全衛生スタッフ（産業医，Safety Officer等）の経歴・学歴，資格の有無，力量の認定・認証制度 |
| | スタッフの教育研修 | 安全衛生スタッフに対する教育・研修のしくみ（地元大学や教育機関の有無） |
| | 活動時間 | 安全衛生スタッフの活動内容と活動時間 |
| | 関係者との連携 | 経営者と安全衛生スタッフとの連携，外部専門家と事業場との連携 |
| 5：計画・実施・評価・改善（PDCA） | 年間目標・計画 | 年間目標や活動計画（有無，内容，評価方法など） |
| | 運用状況 | 基準の運用状況 |
| | 見直し | 基準の見直し |
| | 評価 | 安全衛生活動の評価 |
| | 監査 | 外部監査・内部監査の状況（日本からの監査含） |
| | マネジメントレビュー | 経営層のレビュー |
| | 継続的改善 | 継続的な改善 |
| 6：安全衛生活動 | 個々の活動 | ・活動基準（グローバル/ローカル）　有り　□　/　無し　□　・ハザードの特定（一覧表，ハザードマップ等）　有り　□　/　無し　□　・リスクアセスメント（リスク評価，対策の優先順位付の方法等）　有り　□　/　無し　□　・リスクコミュニケーション（関係者へのリスクの正しい伝達）　有り　□　/　無し　□　・健康診断（事後措置含）　有り　□　/　無し　□　・特殊健康診断　有り　□　/　無し　□　・職業病対策　有り　□　/　無し　□　・化学物質対策　有り　□　/　無し　□　・人間工学的対策　有り　□　/　無し　□　・職務適正の評価　有り　□　/　無し　□　・変更の管理　有り　□　/　無し　□　・VDT対策　有り　□　/　無し　□　・喫煙対策　有り　□　/　無し　□　・アルコール対策　有り　□　/　無し　□　・薬物対策　有り　□　/　無し　□　・メンタルヘルス対策　有り　□　/　無し　□　・健康保持増進活動　有り　□　/　無し　□　・急病者への対応　有り　□　/　無し　□　・危機管理対策（事故，地震，新興感染症）　有り　□　/　無し　□　・労働災害発生時の原因分析　有り　□　/　無し　□　・感染症対策　有り　□　/　無し　□　・診療サービスの有無　有り　□　/　無し　□　・障害者対応　有り　□　/　無し　□　・妊産婦対応　有り　□　/　無し　□　・高齢労働者対応　有り　□　/　無し　□　・過重労働対策　有り　□　/　無し　□　・社会保障制度　有り　□　/　無し　□　・HIV対策　有り　□　/　無し　□　・個人情報の管理（規定，ルール等）　有り　□　/　無し　□　・福利厚生サービス　有り　□　/　無し　□　・日本（本社）およびその他の要求事項　有り　□　/　無し　□　・文書管理規定（文書管理のルール）　有り　/　無し　□　・その他　（　） |
| 7：法令および行政機関 | 法体系 | 現地国の安全衛生に関わる法体系 |
| | 条例 | 地域特有（地区・工業地域など）の安全衛生に関わる法令・条例 |
| | 法令順守状況 | 当該国における安全衛生に関わる法令の順守状況 |
| | OSHMS（マネジメントシステム） | 当該国における労働安全衛生マネジメントシステムの必要性（法的要求事項） |
| | 労災認定基準 | 労災保険制度・労災認定基準（過重労働・過労死認定など含む） |
| | 行政機関 | 監督署・行政機関（国独自の組織，制度，途上国特有の事情） |
| 8：現地医療制度と公衆衛生 | 医療制度 | 現地国の医療制度 |
| | 国内の公衆衛生 | 現地国の医療事情，公衆衛生レベル |
| | 事業場周辺の公衆衛生 | 事業場周辺の公衆衛生レベル，医療機関との連携（従業員の救急搬送など） |
| | 現地の医療 | 現地社員の医療状況，医療保険，収入に対する医療費割合 |
| 9：駐在員への医療サポート | 医療保険 | 駐在員に適用される医療保険 |
| | 医療費 | 駐在員の医療費内訳（外来診療費，治療費，ベッド費，食費等） |
| | 救急搬送先 | 駐在員の救急時の搬送病院先 |
| | 救急対応手順 | 駐在員の救急時の対応（救急窓口，搬送先，搬送方法，連絡手順，受付時間） |
| | 一般健康診断 | 駐在員の健康診断パッケージ，オプション検査（項目，費用，事後） |
| | 予防接種 | 駐在員の予防接種の内容，対象，接種時期 |
| | 日本人医師 | 日本の医科大学を卒業した医師の有無（経歴，専門，勤務時間） |
| | 通訳サービス | 日本人専用窓口（日本人のマネージャー，日本語通訳，医療コーディネーター）の有無 |
| | 入院前対応 | 入院前の医療アシスタントサービス（搬送システムなど） |
| | 入院後対応 | 入院後の医療保険の利用手順やビザ延長方法 |
| | 医療機関との連携 | 日本の医療機関との連携の有無 |
| | 医療外サービス | 病院内の各種サービス（利用可能施設，食事内容，外国人患者向け特別サービス） |
| | 病院評価 | 国際的な医療機関評価（The Joint Commission International）や各国で実施している国内認定 |

点が入手できた．医療機関（日本人向け）では「8：現地医療制度と公衆衛生の一部，9：駐在員への医療サポート」の2点が入手できた．表4に，入手先別の情報の詳細を記す．

### 3. 労働安全衛生活動と体制構築に必要な項目と入手先の検証およびチェックシート（暫定版）の改善

第1フェーズで得られた情報では1：事業場の基本情報の一部（周辺企業の状況），4：安全衛生スタッフの一部（配置，経歴と資格，スタッフの教育研修），7：法令および行政機関の一部（法体系，条例，行政機関），8：現地医療制度と公衆衛生全体（医療制度，国内の公衆衛生，事業場周辺の公衆衛生，現地の医療），9：駐在員への医療サポートの一部（日本人医師，通訳サービス）に関して，詳細が把握できないもしくは1か所の調査だけでは情報の正確性にも疑問が残るとの意見が研究班の一部からあった．（表4の△：情報の収集が不十分もしくは正確性に疑問が残った項目）

### 4. 改善したチェックシート（暫定版）の検証とチェックシートの完成（第2フェーズ）

そこで第2フェーズではこれらの情報を把握する追加の手段として，現地の日本大使館・領事館および大学等の教育機関，医療機関（現地労働者向け）を情報の入手先に追加し，チェックシートを改善の上，2回目の訪問となった国においては同一の情報を別の入手ルートから得るなどの工夫によりチェックシートの利便性を確認した．さらに新たな国でも改善後のチェックシートを用いて，情報収集を行い第1フェーズで得られた情報の正確性を再確認するとともに，新たに追加となった入手ルート（現地の大使館・領事館）において得られた次の3点「1：事業場の基本情報（周辺企業の状況），7：法令および行政機関（法体系），8：現地医療制度と公衆衛生（医療制度，国内の公衆衛生）」の情報も確認した．

その結果，現地事業場固有の情報を除き，複数の入手ルートから情報を得ることの重要性が確認された．例をあげると，4：安全衛生スタッフ（配置，経験と資格）に関して，現地事業場の認識とISO認証機関，大学等の教育機関での情報に差異があったり，8：現地医療制度と公衆衛生に関して，文献・インターネットの情報と大使館・領事館からの情報，医療機関（日本人向け，現地労働者向け）の情報に差異があった．また，6：安全衛生活動についても，日本本社のもつ情報と現地事業場を訪問し，現場巡視や安全衛生担当者へのインタビューから得られる情報には量・質ともに大きな差があることが判明した．このような結果を踏まえ，最終的に情報収集チェックシートが完成した（表5）．

## IV. 考　察

複数回にわたる研究班会議と2つのフェーズ（6か国13地域）での現地調査により情報収集チェックシートが完成した．このチェックシートを用いることにより初めて進出する国においても現地の事業場で安全衛生活動を展開する際に必要となる情報が入手できる可能性がある．情報は国や地域，入手ルートにより異なるが得られた情報の正確性を担保するためには，できるだけ複数の入手先から情報を収集し確認することが重要と思われる．

文献やインターネット経由での情報は，当該国の一般情報を把握するには有効であった．特に，現地の行政機関等が公表しているものは，「情報量に限りがある，翻訳の必要性がある」といった課題もあるが，国内において簡易に現地の状況を把握する手段としては有効であると思われる．

また今回の研究によって現地事業場を訪問した上での調査が欠かせないことが改めて確認された．加えて日本本社等，国内事業場での事前の情報収集も重要であることが分かった．特に1：事業場の基本情報や2：安全衛生概要，3：安全衛生体制，6：安全衛生活動の一部に関する情報の入手は，社内のネットワークを活用することで国内でも情報を入手することが可能であり，現地調査の前には必ず行うべき作業と思われる．

現地の日本大使館・領事館は初めて進出する国においてはまず訪問するべき個所と思われる．日本政府と当該国政府との関係や経済，文化，宗教，医療などの幅広い情報を入手することができるとともに，在留邦人の情報を多数保有しており，すでに進出している日系企業の情報なども入手が可能であり，活用が推奨される．

本研究では現地国のISO認証機関を訪問した．現在多くの企業がISOによる認証をうけている[16]．ISO認証を取得するためには，当該国の法令順守が必須となっていることから，現地の法令（労働安全衛生に限らず）を確認する場合には，当該機関の利用が推奨される．ISO認証機関は，日本企業に限らず多くの企業の安全衛生活動の支援実績を持っている場合があり，それらの情報も体制構築の貴重な情報となることが期待される．

また大学等の労働安全衛生に関する専門職を教育・養成する機関も訪問した．国により安全衛生活動に関与する専門職には違いがある[5-7,12]ことから，これらの機関を訪問することで専門職採用の糸口や育成のための教育機会が見つかる可能性がある．ただし，企業の担当者が直接連絡を取っても対応してもらえない場合も考えられるため，その際には国内の産業医学に関連する組織（大学や公的機関）など，海外とのネットワークを保有して

表4. 海外事業場の労働安全衛生活動と体制構築に必要な項目と入手先との関係（第1フェーズ）

| 大項目 | 中項目 | 文献・インターネット等 | 企業 | | ISO認証機関 | 医療機関 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 現地事業場 | 日本本社 | | 日本人向け |
| 1：事業場の基本情報 | 業務内容・事業規模 | ○ | ○ | ○ | | |
| | 現地従業員 | | ○ | | | |
| | | | ○ | | | |
| | 駐在員 | | ○ | ○ | | |
| | | | ○ | | | |
| | 勤務形態 | | ○ | | | |
| | ISO取得 | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | 周辺企業の状況 | △ | | | ○ | |
| 2：安全衛生概要 | 会議や話合い | | ○ | | | |
| | 予算 | | ○ | | | |
| | 良好点 | | ○ | | | |
| | 優先課題 | | ○ | | | |
| | 労働者への周知 | | ○ | | | |
| | 教育研修 | | ○ | | | |
| | 労災発生状況 | | ○ | ○ | | |
| | 安全衛生規定 | | ○ | | | |
| | 活動報告 | | ○ | ○ | | |
| | 外部サービス機関 | | | | ○ | |
| | 外部からの監査・指導 | | | ○ | ○ | |
| | 行政機関との関与 | | ○ | | ○ | |
| 3：安全衛生体制 | 企業方針 | | ○ | ○ | | |
| | 安全衛生体制 | | ○ | ○ | | |
| | 連携 | | ○ | ○ | | |
| | 課題 | | ○ | ○ | | |
| | 関係性 | | ○ | ○ | | |
| | 統括責任者 | | ○ | ○ | | |
| 4：安全衛生スタッフ | 人員体制 | | ○ | | | |
| | 配置 | | △ | | | |
| | 経歴と資格 | | △ | | | |
| | スタッフの教育研修 | | △ | | | |
| | 活動時間 | | ○ | | | |
| | 関係者との連携 | | ○ | | | |
| 5：計画・実施・評価・改善（PDCA） | 年間目標・計画 | | ○ | | | |
| | 運用状況 | | ○ | | | |
| | 見直し | | ○ | | | |
| | 評価 | | ○ | | | |
| | 監査 | | ○ | | | |
| | マネジメントレビュー | | ○ | | | |
| | 継続的改善 | | ○ | | | |
| 6：安全衛生活動 | 個々の活動 | | ○ | ○ | | |
| 7：法令および行政機関 | 法体系 | △ | | | △ | |
| | 条例 | ○ | | | △ | |
| | 法令順守状況 | | | | ○ | |
| | OSHMS（マネジメントシステム） | | | | ○ | |
| | 労災認定基準 | △ | | | ○ | |
| | 行政機関 | △ | | | △ | |
| 8：現地医療制度と公衆衛生 | 医療制度 | | | | | △ |
| | 国内の公衆衛生 | △ | | | | △ |
| | 事業場周辺の公衆衛生 | | | | | △ |
| | 現地の医療 | | | | | △ |
| 9：駐在員への医療サポート | 医療保険 | | ○ | | | ○ |
| | 医療費 | | ○ | | | ○ |
| | 救急搬送先 | ○ | ○ | | | ○ |
| | 救急対応手順 | | ○ | | | ○ |
| | 一般健康診断 | | ○ | | | ○ |
| | 予防接種 | ○ | ○ | | | ○ |
| | 日本人医師 | △ | | | | △ |
| | 通訳サービス | △ | ○ | | | △ |
| | 入院前対応 | | | | | ○ |
| | 入院後対応 | | | | | ○ |
| | 医療機関との連携 | ○ | | | | ○ |
| | 医療外サービス | | | | | ○ |
| | 病院評価 | ○ | | | | ○ |

○：正確な情報が入手できた項目
△：情報の収集が不十分もしくは正確性に疑問が残った項目

表 5. 海外事業場の労働安全衛生活動と体制構築に必要な情報収集チェックシート

| 大項目 | 中項目 | 文献・インターネット等 | 企業 | | 現地の大使館・領事館 | ISO認証機関 | 大学等教育機関 | 医療機関 | | 説明文 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 現地事業場 | 日本本社 | | | | 日本人向け | 現地労働者向け | |
| 1:事業場の基本情報 | 業務内容・事業規模 | | | | | | | | | 現地における業務内容（製造物，有害業務），事業規模 |
| | 現地従業員 | | | | | | | | | 現地における従業員数，男女比，地元出身比，平均年齢，学歴，平均給与，労働時間 |
| | | | | | | | | | | 現地における平均継続年数，労働者確保のしやすさ，労働者の配置，組織図 |
| | 駐在員 | | | | | | | | | 駐在員の人数，役職，役割 |
| | | | | | | | | | | 駐在員の赴任状況（食事・住居・家族・移動・帰国頻度，業務外の過ごし方） |
| | 勤務形態 | | | | | | | | | 勤務形態（労働時間，休憩時間，休日数，交代制勤務等） |
| | ISO 取得 | | | | | | | | | ISO9001，ISO14001，OHSAS18001 等，ISO 関係の認証取得状況 |
| | 周辺企業の状況 | | | | | | | | | 周辺の日系企業の安全衛生に関する状況 |
| 2:安全衛生概要 | 会議や話合い | | | | | | | | | 安全衛生に関する会議やミーティング（内容，頻度，参加者） |
| | 予算 | | | | | | | | | 安全衛生分野の予算 |
| | 良好点 | | | | | | | | | 安全衛生に関する実務上の良好点 |
| | 優先課題 | | | | | | | | | 優先的に取り組んでいる安全衛生上の課題 |
| | 労働者への周知 | | | | | | | | | 安全衛生活動に関する労働者への周知（方法，内容） |
| | 教育研修 | | | | | | | | | 労働者に対する安全衛生教育や研修の実態 |
| | 労災発生状況 | | | | | | | | | 労働災害，労働疾病の発生状況 |
| | 安全衛生規定 | | | | | | | | | 事業場内の安全衛生に関する規定（マニュアル，作業手手順書：SOP 等） |
| | 活動報告 | | | | | | | | | 活動報告，年報などの策定・提示 |
| | 外部サービス機関 | | | | | | | | | 事業場外資源（外部サービス機関）の質の管理 |
| | 外部からの監査・指導 | | | | | | | | | 安全衛生の専門家，コンサルタント，サービスプロバイダーからの監査・指導 |
| | 行政機関との関与 | | | | | | | | | 事業場周辺の行政機関との関わり |
| 3:安全衛生体制 | 企業方針 | | | | | | | | | 安全衛生に関する企業方針（グローバル，ローカルの方針），労働者への周知 |
| | 安全衛生体制 | | | | | | | | | 企業グループ全体としての安全衛生体制，現地国の安全衛生体制 |
| | 連携 | | | | | | | | | 親企業との連携（内容，頻度，方法，誰が誰に伝えているのか） |
| | 課題 | | | | | | | | | 親企業との連携に関する現状の課題 |
| | 関係性 | | | | | | | | | 日本（本社）の安全衛生部門と現地安全衛生部門との関係（連絡の有無・頻度） |
| | 統括責任者 | | | | | | | | | 現地国の安全衛生を統括する責任者 |
| 4:安全衛生スタッフ | 人員体制 | | | | | | | | | 安全衛生スタッフの体制（担当部門，担当者：安全・衛生） |
| | 配置 | | | | | | | | | 安全衛生スタッフの配置基準（ベンチマーク） |
| | 経歴と資格 | | | | | | | | | 安全衛生スタッフ（産業医，Safety Officer 等）の経歴・学歴，資格の有無，力量の認定・認証制度 |
| | スタッフの教育研修 | | | | | | | | | 安全衛生スタッフに対する教育・研修のしくみ（地元大学や教育姿機関の有無） |
| | 活動時間 | | | | | | | | | 安全衛生スタッフの活動内容と活動時間 |
| | 関係者との連携 | | | | | | | | | 経営者と安全衛生スタッフとの連携，外部専門家と事業場との連携 |
| 5:計画・実施・評価・改善（PDCA） | 年間目標・計画 | | | | | | | | | 年間目標や活動計画（有無，内容，評価方法など） |
| | 運用状況 | | | | | | | | | 基準の運用状況 |
| | 見直し | | | | | | | | | 基準の見直し |
| | 評価 | | | | | | | | | 安全衛生活動の評価 |
| | 監査 | | | | | | | | | 外部監査・内部監査の状況（日本からの監査含） |
| | マネジメントレビュー | | | | | | | | | 経営層のレビュー |
| | 継続的改善 | | | | | | | | | 継続的な改善 |
| 6:安全衛生活動 | 個々の活動 | | | | | | | | | ・活動基準（グローバル/ローカル） 有り □ / 無し □ ・ハザードの特定（一覧表，ハザードマップ等） 有り □ / 無し □ ・リスクアセスメント（リスク評価，対策の優先順位付の方法等） 有り □ / 無し □ ・リスクコミュニケーション（関係者へのリスクの正しい伝達） 有り □ / 無し □ ・健康診断（事後措置含） 有り □ / 無し □ ・特殊健康診断 有り □ / 無し □ ・職業病対策 有り □ / 無し □ ・化学物質対策 有り □ / 無し □ ・人間工学的対策 有り □ / 無し □ ・職務適正の評価 有り □ / 無し □ ・変更の管理 有り □ / 無し □ ・VDT 対策 有り □ / 無し □ ・喫煙対策 有り □ / 無し □ ・アルコール対策 有り □ / 無し □ ・薬物対策 有り □ / 無し □ ・メンタルヘルス対策 有り □ / 無し □ ・健康保持増進活動 有り □ / 無し □ ・急病者への対応 有り □ / 無し □ ・危機管理対策（事故，地震，新興感染症） 有り □ / 無し □ ・労働災害発生時の原因分析 有り □ / 無し □ ・感染症対策 有り □ / 無し □ ・診療サービスの有無 有り □ / 無し □ ・障害者対応 有り □ / 無し □ ・駐在婦対応 有り □ / 無し □ ・高齢労働者対応 有り □ / 無し □ ・過重労働対策 有り □ / 無し □ ・社会保障制度 有り □ / 無し □ ・HIV 対策 有り □ / 無し □ ・個人情報の管理（規定，ルール等） 有り □ / 無し □ ・福利厚生サービス 有り □ / 無し □ ・日本（本社）およびその他の要求事項 有り □ / 無し □ ・文書管理規定（文書管理のルール） 有り / 無し □ ・その他（ ） |
| 7:法令および行政機関 | 法体系 | | | | | | | | | 現地国の安全衛生に関わる法体系 |
| | 条例 | | | | | | | | | 地域特有（地区・工業地域など）の安全衛生に関わる法令・条例 |
| | 法令順守状況 | | | | | | | | | 当該国における安全衛生に関わる法令の順守状況 |
| | OSHMS（マネジメントシステム） | | | | | | | | | 当該国における労働安全衛生マネジメントシステムの必要性（法的要求事項） |
| | 労災認定基準 | | | | | | | | | 労災保険制度・労災認定基準（過重労働・過労死認定など含む） |
| | 行政機関 | | | | | | | | | 監督署・行政機関（国独自の組織，制度，途上国特有の事情） |
| 8:現地医療制度と公衆衛生 | 医療制度 | | | | | | | | | 現地国の医療制度 |
| | 国内の公衆衛生 | | | | | | | | | 現地国の医療事情，公衆衛生レベル |
| | 事業場周辺の公衆衛生 | | | | | | | | | 事業場周辺の公衆衛生レベル，医療機関との連携（従業員の救急搬送など） |
| | 現地の医療 | | | | | | | | | 現地社員の医療状況，医療保険，収入に対する医療費割合 |
| 9:駐在員への医療サポート | 医療保険 | | | | | | | | | 駐在員に適用される医療保険 |
| | 医療費 | | | | | | | | | 駐在員の医療費内訳（外来診療費，治療費，ベッド費，食費等） |
| | 救急搬送先 | | | | | | | | | 駐在員の救急時の搬送病院先 |
| | 救急対応手順 | | | | | | | | | 駐在員の救急時の対応（救急窓口，搬送先，搬送方法，連絡手順，受付時間） |
| | 一般健康診断 | | | | | | | | | 駐在員の健康診断パッケージ，オプション検査（項目，費用，事後） |
| | 予防接種 | | | | | | | | | 駐在員の予防接種の内容，対象，接種時期 |
| | 日本人医師 | | | | | | | | | 日本の医科大学を卒業した医師の有無（経歴，専門，勤務時間） |
| | 通訳サービス | | | | | | | | | 日本人専用窓口（日本人のマネージャー，日本語通訳，医療コーディネーター）の有無 |
| | 入院前対応 | | | | | | | | | 入院前の医療アシスタントサービス（搬送システムなど） |
| | 入院後対応 | | | | | | | | | 入院後の医療保険の利用手順やビザ延長方法 |
| | 医療機関との連携 | | | | | | | | | 日本の医療機関との連携の有無 |
| | 医療外サービス | | | | | | | | | 病院内の各種サービス（利用可能施設，食事内容，外国人患者向け特別サービス） |
| | 病院評価 | | | | | | | | | 国際的な医療機関評価（The Joint Commission International）や各国で実施している国内認定 |

いる可能性のある組織の活用を考慮するとよいと思われる．

海外での疾病や怪我などは，赴任する日本人労働者が抱える懸念事項の上位にあげられる[17,18]．特に現地の医療機関で提供されるサービスは日本と異なることが多い．そのためそれらの特徴を把握しておくことは，海外赴任者を送り出す側としても重要な関心事項となる．現地の医療機関を訪問し，提供される医療の質を評価するには日本の医療従事者の協力が欠かせない．人的サービスである医療は，国によってレベルが異なるものの概ね一定の範囲に含まれる．医療機関の設備や機械などのインフラのみを外見から確認してもサービスの質を正確に判断することは難しく，また訪問時に現地の医療従事者(医師や看護師)とコミュニケーションをとる機会があった際などは，医療職だからこそ理解できることも少なくない．本研究班のメンバーは全員が医師であったこともあり，現地の医療従事者とも良好な関係が築け，一般には公表されることの少ない機微で精緻な情報も入手することができた．日本人向けの医療サービスを専門に扱う外部業者も存在するが可能な限り複数の情報収集ルートを持つことが重要である．

本研究では複数の国と地域および様々な機関を訪問し，情報収集チェックシートを用いることで，海外事業場の労働安全衛生活動ならびに体制構築に必要な情報を効率的に収集できることを確認した．すでに，自社が海外にて事業を展開している場合は，現地法人（現地事業場）を中心に情報収集することが可能である．また，今後新たに現地事業場を開設する際は，すでに進出している日系企業のネットワークを活用するなど，入念な情報収集を行うことが重要である．そして得られた情報を基に，現地事業場の体制づくりと実際の活動計画の企画，実施，評価と改善を専門家（産業医，労働衛生コンサルタント等）の協力のもと展開していくとよいであろう．

## 限　界

本研究は機縁法により研究班のメンバーを選定し，限られた国と地域および調査期間で実施された．そのため，チェックシートに採用された9つの大項目と61の中項目には偏りや不足情報が存在する可能性がある．我々の最終目標は現地事業場の労働安全衛生活動の展開と体制構築を行うことであり，現時点ではグローバルOSHMSを構築するために必要な項目（表5：大項目1～9）の妥当性については検証できていない．しかし情報収集の段階（第1～2フェーズ）では，研究班が想定していなかった情報について調査対象者から語られることはなく，網羅性については一定の検証ができていると思われる．調査期間は研究班のメンバーおよび訪問先のスケジュールを加味し決定したが，1つの国において情報収集シートの横軸(入手先)すべてを訪問することは困難であった．また国によっては，研究班のメンバーがすでに当該国の一般情報を把握している個所があったため(例：タイ)，現地の日本大使館や領事館への調査を行わないこともあった．更に，現地調査では英語や通訳を介して情報収集を行ったが，言語の理解には限界があったものと思われる．

## 今後の課題

今回作成した情報収集チェックシートは，現地事業場における体制の構築ならびに活動の展開に利用されて，初めて意義を持つ．収集された情報の質(精度)を高め，さらに様々な情報の入手ルートを開拓することも継続していく必要がある．本チェックシートの有効性を検証するには，今後，いずれかの国の現地事業場の協力のもと，このチェックシートを用いた情報収集を行い，安全衛生体制ならびに活動を評価の上，具体的な取組を試行するモデル事業を実施し，その結果を検証することが必要である．

**謝辞**：本研究は小松製作所受託研究の一環として実施された．第1・2フェーズの期間中，チェックシートの開発にご協力いただいた企業，現地の日本大使館・領事館，ISO認証機関，大学，医療機関の皆様，また調査実施に協力いただいた産業医科大学産業医実務研修センターの修練医(当時)の皆様にも御礼を申し上げます．

## 文　献

1) 経済産業省．第44回　海外事業活動基本調査(2014年7月調査）概要. [Online]. 2014 [cited 2015 Jun. 2]; Available from: URL: http://www.meti.go.jp/press/2014/03/20150331002/20150331002.html
2) 独立行政法人日本貿易振興機構．2013年度日本企業の海外事業展開に関するアンケート調査～ジェトロ海外ビジネス調査～. [Online]. 2014 [cited 2015 Jun. 2]; Available from: URL: https://www.jetro.go.jp/jfile/report/07001622/07001622.pdf
3) Kawashita F, Taniyama Y, Hwi SY, et al. Occupational safety and health aspects of corporate social responsibility (CSR) in Japanese companies listed on the Tokyo Stock Exchange (TSE) first section. J Occup Health 2005; 47: 533-539.
4) 河野慶三．コーポレート・ソーシャル・レスポンシビリティ（CSR）企業活動としての産業保健．東京：法研．2009: 113-119.
5) Laskar MS, Harada N, Rashid HA. The present state and future prospects of occupational health in Bangladesh. Industrial health 1999; 37: 116-121.

6) Siriruttanapruk S, Anantagulnathi P. Occupational health and safety situation and research priority in Thailand. Industrial health 2004; 42: 135-140.
7) Buranatrevedh S. Occupational safety and health management among five ASEAN countries: Thailand, Indonesia, Malaysia, Philippines, and Singapore. Journal of the Medical Association of Thailand=Chotmaihet thangphaet 2015; 98(Suppl 2): S64-S69.
8) 梶木繁之, 森 晃爾, 小林祐一. 海外事業場を含めた労働衛生管理体制の構築. 労働安全衛生コンサルタント会報 2012; 32: 38-41.
9) 森 晃爾, 永田智久, 梶木繁之, ほか. 企業全体で産業保健を展開するための統括産業医の機能と位置づけ—統括産業医に対するインタビュー調査—. 産衛誌 2013; 55 (5): 145-153.
10) 福澤義之. グローバル化と労働安全衛生研究—特集 労働安全衛生分野における新技術—. 労働安全衛生研究 2014; 7(2): 57-58.
11) 西原亜紀子, 大橋 力, 山室栄三, ほか. 企業のグローバル化に伴う産業保健戦略への提案 IBM の日本における産業保健活動の展開から. 産業衛生学雑誌 2009; 51: 431.
12) Higashi T. Study on a model for future occupational health: proposal for an occupational health service model in Japan. Industrial health 2006; 44: 541-555.
13) GRI (Global Reporting Initiative) : G4 サステナビリティ・レポーティング・ガイドライン. [Online]. 2013 [cited 2015 Oct. 12]; Available from: URL: https://www.globalreporting.org/Pages/default.aspx
14) 環境省. 環境報告ガイドライン (2012 年版). [Online]. 2012 [cited 2015 Oct. 12]; Available from: URL: http://www.env.go.jp/press/15153.html
15) 川喜多二郎. 発想法. 東京 : 中央公論新社, 1967: 65-114.
16) 公益財団法人日本適合性認定協会. 適合組織統計データ. [Online]. 2015 [cited 2015 Nov. 12]; Available from: URL: http://www.jab.or.jp/system/iso/statistic/iso_9001.html
17) 濱田 篤. 海外渡航の疾病予防と対策 海外赴任者への予防接種. 臨床成人病 1996; 26: 1334-1338.
18) 濱田 篤. 日本における渡航医学の現状と未来. 東京医科大学雑誌 2011; 69: 312-320.

# Development of a check sheet for collecting information necessary for occupational safety and health activities and building relevant systems in overseas business places

Shigeyuki KAJIKI[1], Yuichi KOBAYASHI[1,2], Masamichi UEHARA[3], Shigemoto NAKANISHI[4,5] and Koji MORI[1,6]

[1]Department of Occupational Health Practice and Management, Institute of Industrial Ecological Science, University of Occupational and Environmental Health, Japan
[2]HOYA CORPORATION
[3]Brother Industries, Ltd.
[4]KOMATSU, Ltd.
[5]Simulation Lab Center, Federation of National Public Service Personnel Mutual Aid Associations
[6]Occupational Health Training Center, University of Occupational and Environmental Health, Japan

**Abstract: Objectives:** This study aimed to develop an information gathering check sheet to efficiently collect information necessary for Japanese companies to build global occupational safety and health management systems in overseas business places. **Methods:** The study group consisted of 2 researchers with occupational physician careers in a foreign-affiliated company in Japan and 3 supervising occupational physicians who were engaged in occupational safety and health activities in overseas business places. After investigating information and sources of information necessary for implementing occupational safety and health activities and building relevant systems, we conducted information acquisition using an information gathering check sheet in the field, by visiting 10 regions in 5 countries (first phase). The accuracy of the information acquired and the appropriateness of the information sources were then verified in study group meetings to improve the information gathering check sheet. Next, the improved information gathering check sheet was used in another setting (3 regions in 1 country) to confirm its efficacy (second phase), and the information gathering check sheet was thereby completed. **Results:** The information gathering check sheet was composed of 9 major items (basic information on the local business place, safety and health overview, safety and health systems, safety and health staff, planning/implementation/evaluation/improvement, safety and health activities, laws and administrative organs, local medical care systems and public health, and medical support for resident personnel) and 61 medium items. We relied on the following eight information sources: the internet, company (local business place and head office in Japan), embassy/consulate, ISO certification body, university or other educational institutions, and medical institutions (aimed at Japanese people or at local workers). **Conclusions:** Through multiple study group meetings and a two-phased field survey (13 regions in 6 countries), an information gathering check sheet was completed. We confirmed the possibility that this check sheet would enable the user to obtain necessary information when expanding safety and health activities in a country or region that is new to the user. It is necessary in the future to evaluate safety and health systems and activities using this information gathering check sheet in a local business place in any country in which a Japanese business will be established, and to verify the efficacy of the check sheet by conducting model programs to test specific approaches.

*(Sangyo Eiseigaku Zasshi 2016; 58: 43-53)*

［報　　告］

# 労働災害による難治性手外科関連外傷症例の発生予防に関する検討 －Expert Opinion Gathering Meetingの開催について－

善家　雄吉[1*]，梶木　繁之[2]，吉川　徹[3]，仲尾　豊樹[4]，吉川　悦子[5]，庄司　卓郎[6]，福本　恵三[7]，酒井　昭典[8]

[1]産業医科大学病院　整形外科
[2]産業医科大学　産業生態科学研究所　産業保健経営学
[3]労働安全衛生総合研究所　国際情報・研究振興センター
[4]東京労働安全衛生センター　事務局
[5]東京有明医療大学　看護学部
[6]産業医科大学　産業保健学部　環境マネジメント学
[7]埼玉成恵会病院・埼玉手外科研究所
[8]産業医科大学　医学部　整形外科学

要　　旨：労働災害による難治性手外科外傷症例をもとに，労働者の外傷予防に関心のある多分野の専門家を7名集め，「上肢外傷を防止するために実施すべき取り組み」のテーマで各人がアイディアを書き出し，得られた内容をカテゴリーごとに分類し，スクリプト化して項目を整理した（KJ法）の結果，重篤な手外科外傷が起きないための11のポイントが整理された．1安全な機械の購入，2要注意機械のリスト作成，3作業機械の回転部に囲いをつける，4機械の定期的なメンテナンス，5危険箇所が目立つ表示，6回転部を明るくし周りに物を置かない，7インパクトのある安全教育の計画的な実施，8体調管理，9安全衛生方針の表明，10作業手順の見直し，11事故発生時に備える．今後の職場改善マニュアル作成には，本研究の結果を踏まえた視点が重要である．

キーワード：労働災害，難治性手外科関連外傷，発生予防，expert opinion gathering meeting．

（2015年9月1日 受付，2015年11月19日 受理）

## はじめに

労働災害において，手外科関連外傷（前腕以遠の外傷と定義（手外科外傷））はもっとも多い損傷であり[1]，重症化する例も多いため[2]，治療に難渋する例も少なくなく，機能回復までに長期間の治療を要する[3]．このような外傷を的確に診断し迅速に治療を行い，復職に至るまでのリハビリテーションを継続していくことは手外科医として重要であるが，外傷前とまったく同じ状態に戻すことは不可能であり，臨床医学からの対策のみでは限界があると考える．労災外傷の発生に関する論文は過去に散見されるが[4-6]，疫学的検討が主であり，労災外傷の発生予防について，産業医学的見地から詳細に検討を行った報告はない．本研究の目的は，過去に我々が報告した上肢労災外傷症例のデータベースを利用して[7]，労働現場で働く労働者の手外科外傷が発生した際の「重篤度を下げること」，「事故そのものの発生率を下げるために取り組むべきこと」を明らかにすることである．

*対応著者：善家　雄吉，産業医科大学病院　整形外科，〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1，Tel: 093-691-7444，Fax: 093-692-0184，E-mail: ukichi.drz@gmail.com

## 対象と方法

2005年4月～2010年7月の期間に, 埼玉成恵会病院・埼玉手外科研究所にて手術治療を行った労働災害による手外科外傷症例466例のうち, 難治性(＊手術回数3回以上, あるいは治療期間が1年以上に及ぶと定義)手外科外傷症例を抽出すると117症例(男性104例, 女性13例, 平均年齢40.1(18-74)歳)であった. 基礎データとして労働災害による手外科外傷症例の受傷原因は, 難治性症例数(全体に対する割合)の順として, はさまれ63例(31.5%*), 巻き込まれ21例(31.8%*), 切れ・こすれ17例(18.2%), その他16例(15.0%)であり(Table 1), はさまれ, 巻き込まれは症例数, 全体に対する割合ともにそれ以外と比べ有意に頻度が高かった(*$P = 0.01$).

**Table 1.** 労働災害による難治性手外科外傷の受傷原因と全症例に占める難治例の割合

| 受傷原因 | 難治性 | 全体 | 難治性の割合(%) |
|---|---|---|---|
| はさまれ | 63* | 200 | 31.5* |
| 巻き込まれ | 21* | 66 | 31.8* |
| 切れ・こすれ | 17 | 93 | 18.2 |
| その他 | 16 | 107 | 15.0 |
| 合計 | 117 | 466 | 25.1 |

また損傷形態は, 圧挫・挫滅45例(40.9%), 切断23例(23.0%), 剝脱23例(69.7%*), その他26例(11.7%)であり(Table 2), 剝脱症例がそれ以外と比べ有意に頻度が高かった(*$P < 0.001$). 2部位以上にわたる複合外傷は, 56例(47.9%)に認められた. また感染の併発は, 32例(27.3%)に認められた. 手袋の着用に関しては, データから確認出来ない不明例が多かったが, 中でも剝脱損傷は23例中21例(うち2例は不明)に着用されていた.

**Table 2.** 労働災害による難治性手外科外傷の損傷形態と全症例に占める難治例の割合

| 損傷形態 | 難治性 | 全体 | 難治性の割合(%) |
|---|---|---|---|
| 圧挫・挫滅 | 45 | 110 | 40.9 |
| 切断 | 23 | 100 | 23.0 |
| 剝脱 | 23* | 33 | 69.7* |
| その他 | 26 | 223 | 11.7 |
| 合計 | 117 | 466 | 25.1 |

これら症例をもとに, 労働者の外傷予防に関心があり, 労働安全衛生の実務経験や研究実績のある多分野の専門家7名(整形外科医2名, 産業医・経営マネジメント専門家1名, 産業医・人間工学専門家1名, 衛生管理者・作業環境測定士1名, 衛生工学専門家1名, 産業看護職1名)を徴集し, 手外科外傷を予防するための方策を検討する会議(expert opinion gathering meeting)を開催した. 会議内容は(Table 3), 情報を共有し「外傷を防止するために実施すべき取り組み」をテーマとして各人が15以上のアイディアを書き出し, KJ法(Kawakita Jirou法)を用いて, 得られた取り組みをカテゴリーごとに分類, スクリプト化して項目を整理し, 模造紙に項目ごとに貼り出した[8](Table 4). 最後に, 得られたデータを全員で検討し修正した.

**Table 3.** 労働災害による難治性手外科外傷を予防するための方策を検討する会議内容(スケジュール)

[情報提供]
30分　手部外傷の現状説明(情報共有)
[グループワーク]
90分　KJ*法を用いた意見の抽出・整理
[全体作業]
60分　得られたデータの修正

*KJ法：データをカードに記述し, カードをグループごとにまとめて, 図解し, 論文などにまとめていく. 共同での作業にもよく用いられ,「創造性開発」(または創造的問題解決)に効果があるとされる. (文化人類学者の川喜田二郎(東京工業大学名誉教授)がデータをまとめるために考案した手法)

**Table 4.** 労働災害による難治性手外科外傷を予防するための方策を検討する会議におけるKJ法の実際

第1段階：書き出し
「手部外傷を防止するために実施すべき取り組み」をテーマとして各人が15項目以上のアイディアをカードに書き出す
第2段階：分類
カテゴリーごとに分類, スクリプト化して項目を整理する
第3段階：並べ替え(貼り出し)
1枚の模造紙に項目ごとに貼り出す
第4段階：図解完成(区分)
大項目：3-10, 小項目：アクション(対策)別に区分し完成

## 結　　果

会議参加メンバーによるKJ法(Fig. 1)で検討し分析した結果をFig. 2に整理した．さらに，分類した項目を言語化(ワーディング)すると，Fig. 3としてまとめられた．その後，難治性の手外科外傷が起きないようにするために，以下11のアクションチェックポイントを整理し標語とした(Table 5)．すなわち，1安全な機械の購入，2要注意機械のリスト作成，3作業機械の回転部に囲いをつける，4機械の定期的なメンテナンス，5危険箇所が目立つ表示，6回転部を明るくし周りに物を置かない，7インパクトのある安全教育の計画的な実施，8体調管理，9安全衛生方針の表明，10作業手順の見直し，11事故発生時に備える．さらに，これらを労働衛生の5管理(A総括管理，B作業環境管理，C作業管理，D健康管理，E労働衛生教育)に分類し，Table 5にまとめた．



**Fig. 1.** 労働災害による難治性手外科外傷を予防するための方策を検討する会議の参加メンバーによるKJ法実施風景．

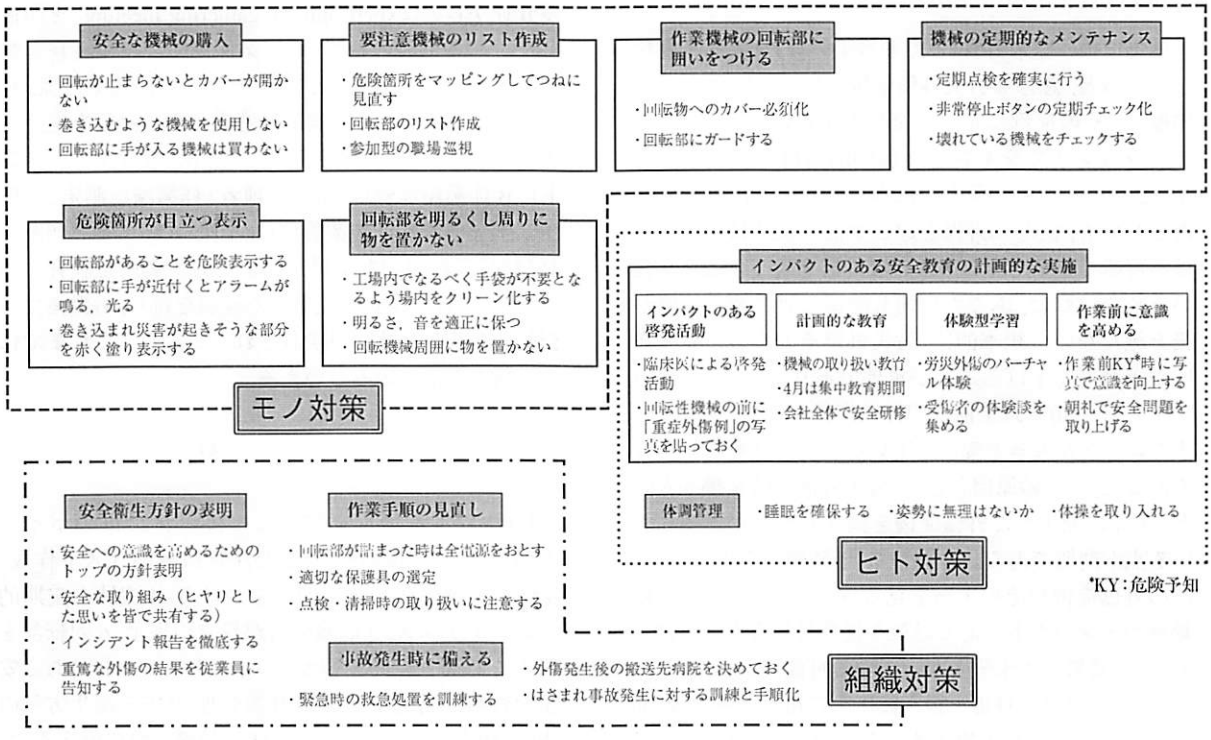



**Fig. 2.** 労働災害による難治性手外科外傷の発生予防．

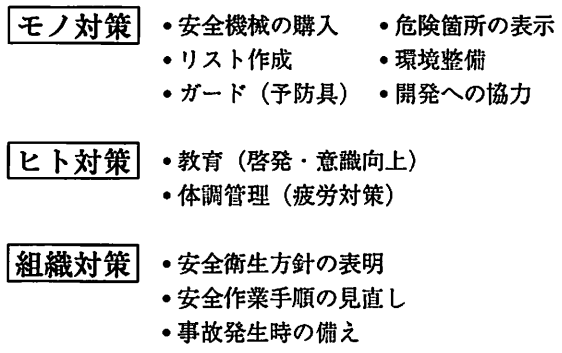



**Fig. 3. KJ法による労働災害による難治性手外科外傷の発生予防に関する区分とワーディング.**

**Table 5. 労働災害による難治性手外科外傷発生予防に関する11のアクションチェックポイントと労働衛生の5管理との関係**

| | |
|---|---|
| 1 | 安全な機械を購入します(A) |
| 2 | 要注意機械のリストを作ります(A, C) |
| 3 | 作業機械の回転部は囲います(B) |
| 4 | 機械は定期的にメンテナンスします(B, C) |
| 5 | 危険箇所を目立つように表示します(B, C) |
| 6 | 回転部は明るくし, 周りに物を置かないようにします(A, B) |
| 7 | インパクトのある安全教育を計画的に実施します(A, E) |
| 8 | 体調管理に努めます(D) |
| 9 | 安全衛生方針を表明します(A) |
| 10 | 作業手順を見直します(C) |
| 11 | 事故発生時に備えます(A, E) |

労働衛生の5管理：A 総括管理, B 作業環境管理, C 作業管理, D 健康管理, E 労働衛生教育

## 考　　察

外傷を扱う整形外科(とりわけ手外科)医として勤務していると, 悲惨な労災外傷症例を度々経験する. その度に, その症例に対して全精力を捧げて, リハビリテーションまでをも含めた集学的治療を行っていくが, どんなに上手に個人的に満足と思える治療を施したとしても, 決して外傷を起こす前の状態に戻すことは不可能であった. このような外傷を起こすことを食い止めなければ, ふたたび同じ悲惨な目に遭う症例が後を絶たない. 根本的に, 労災外傷そのものの発生頻度や重篤度を下げることが重要であり, この点について土井らが30年以上前に同様の指摘をしているが, いまだに状況が大きく変わっていないことは憂慮すべきである[2]. この原因として, 労災外傷予防を扱う人間と, 実際に発生した外傷症例を扱う人間とが乖離している点が問題である. すなわち, 予防側の立場では, 実際の外傷症例やその末路を見る機会が少ないため, 臨場感やインパクトのある対策や従業員教育を行いにくく, その効果が不十分となっている可能性がある.

一方で, 手外科外傷を扱う臨床医の視点のみでは, 発生した外傷症例を治療することで限界であり, この症例が外傷を起こしたバックグラウンドまでは情報がない. この状況が今後も続けば, 30年後も同じことを論じている可能性が高い. 今回, 労働現場で働く労働者の手外科外傷が発生した際の「重篤度を下げること」, 「事故そのものの発生率を下げるために取り組むべきこと」をテーマに予防医学, 臨床医学の枠組みを超えた多分野からの「expert opinion gathering meeting」を開催した. この会議の特徴は, 産業保健の現場で実務経験のある多分野の専門家がそれぞれの専門性や知識, 経験を基に網羅的かつ実務的に意義のある対策を検討できることである. A 総括管理(産業医・経営マネジメント), B 作業環境管理(衛生管理者・作業環境測定士, 衛生工学専門家), C 作業管理(産業医・人間工学専門家), D 健康管理(参加者全員) に加え, E 労働衛生教育につき, 企業でほぼ全員が従事した経験を持ち, 労働衛生の5管理の視点で対策が検討されたことは, これまでにない新たな取り組みといえる.

## ま　と　め

KJ法による項目を整理して得られた11のポイント(1 安全な機械の購入, 2 要注意機械のリスト作成, 3 作業機械の回転部に囲いをつける, 4 機械の定期的なメンテナンス, 5 危険箇所が目立つ表示, 6 回転部を明るくし周りに物を置かない, 7 インパクトのある安全教育の計画的な実施, 8 体調管理, 9 安全衛生方針の表明, 10 作業手順の見直し, 11 事故発生時に備える)を産業医学現場に還元するために, 今後の職場環境改善マニュアル作成に本研究の結果を踏まえた視点が重要である.

## 利 益 相 反

本研究において，開示すべき利益相反はない．

## 引 用 文 献


1. 瀧川宗一郎，田中陽介，松浦康文，栗山節郎，滝茂樹，神輿市，野田弘二郎，藤巻悦夫，稲垣克記，森有樹秀(1993)：労災事故における手の外傷の検討．日本災害医学会会誌 41：648-652
2. 土井一輝，服部奨，河合伸也(1982)：手の労働災害予防に関する検討．日本災害医学会誌 30：737-740
3. 浅見昭彦，園畑素樹，大久保孝人志，石井英樹，佛淵孝夫(2001)：労働災害における上肢重度損傷についての検討．日本手外科学会誌 18：92-94
4. 入船秀仁，土田芳彦，織田崇，和田卓郎，山下敏彦(2005)：労働災害による上肢外傷例の検討－第1報：受傷日時，受傷機転，受傷内容等に関する調査．日本手外科学会誌 22：124-126
5. 松井瑞子，若松信吾，前田華郎，夏井裕明，榊田聖子(1996)：労働災害を原因とした手の外傷における受傷機転の検討．日本手外科学会誌 12：968-971
6. 小坂義樹，織田道広，橋詰博行，楢崎慎二(2008)：府中地区医師会内で発生した労災による上肢外傷と労災補償．中国・四国　整形外科学会誌20(1)：1-6
7. 善家雄吉，児島忠雄，福本恵三，篠根理孝，芝山浩樹，村中秀行(2011)：労働災害による手外科外傷症例の検討(手袋着用に関する考察)．日本手外科学会誌 28：218-222
8. 川喜田二郎(1967)：発想法－創造性開発のために．中公新書，東京 221 pp

# Examination of the Prevention of Severe Hand Trauma Injury Cases due to Occupational Accidents -An Expert Opinion Gathering Meeting-

Yukichi ZENKE[1], Shigeyuki KAJIKI[2], Toru YOSHIKAWA[3], Toyoki NAKAO[4], Etsuko YOSHIKAWA[5], Takurou SHOJI[6], Keizo FUKUMOTO[7] and Akinori SAKAI[8]

[1] *Department of Orthopedic Surgery, University Hospital of Occupational and Environmental Health, Japan. Yahatanishi-ku Kitakyushu, 807-8555, Japan*

[2] *Department of Occupational Health Practice and Management Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational and Environmental Health, Japan. Yahatanishi-ku Kitakyushu, 807-8555, Japan*

[3] *International Center for Research Promotion and Information, National Institute of Occupational Safety and Health, Japan. Tama-ku Kawasaki 214-8585, Japan*

[4] *Tokyo Occupational Safety & Health Center. Koto-ku Tokyo 136-0071, Japan*

[5] *Department of Nursing, Tokyo Ariakemedical University. Koto-ku Tokyo 135-0063, Japan*

[6] *Department of Occupational and Environmental Management, University of Occupational and Environmental Health, Japan. Yahatanishi-ku Kitakyushu, 807-8555, Japan*

[7] *Saitama Seikeikai Hospital, Saitama Hand Surgery institute. Higashimatsuyama, 355-0072, Japan*

[8] *Department of Orthopedic Surgery, University of Occupational and Environmental Health, Japan. Yahatanishi-ku Kitakyushu, 807-8555, Japan*

***Abstract*** : We gathered seven specialists from various fields who are interested in worker injury prevention programs, based on cases of patients who had suffered refractory injuries requiring hand surgery because of industrial accidents. The patients were asked to write their thoughts and ideas on the theme, "Measures that must be implemented to prevent arm injuries." The content obtained was classified into different categories, using the KJ method, and was scripted to sort out the items. As a result, the following eleven points were identified as measures to prevent serious hand surgery-related injuries: 1. Purchase safe machinery, 2. Create a list of machines that require caution, 3. Enclose a machine's various rotating parts, 4. Carry out periodic maintenance work on the machines, 5. Indicate dangerous areas by putting up signs that attract attention, 6. Illuminate the rotating parts more brightly and avoid placing objects around them, 7. Systematically carry out safety education that creates a strong impact, 8. Encourage workers to look after their own health, 9. Announce policies on health and safety, 10. Re-examine the operational procedures, and 11. Be prepared in case an accident occurs. A perspective based on the results of this research is deemed important in creating a workplace improvement manual in the future.

***Key words***: labor accidents, refractory hand injuries, injury prevention, expert opinion gathering meeting.

J UOEH 37 (4) : 313-318 (2015)

J Occup Health 2015; 57: 126–141

Journal of Occupational Health

# Surveys on the competencies of specialist occupational physicians and effective methods for acquisition of competencies in Japan

Koji MORI[1,2], Masako NAGATA[1], Mika HIRAOKA[1], Megumi KUDO[1], Tomohisa NAGATA[2] and Shigeyuki KAJIKI[2]

[1]Occupational Health Training Center, University of Occupational and Environmental Health, Japan and [2]Department of Occupational Health Practice and Management, University of Occupational and Environmental Health, Japan

**Abstract: Surveys on the competencies of specialist occupational physicians and effective methods for acquisition of competencies in Japan: Koji MORI, *et al.* Occupational Health Training Center, University of Occupational and Environmental Health, Japan—Objectives:** The aim of this study was to study the necessary competencies for specialist occupational physicians in Japan and the effective training methods for acquiring them. **Methods:** A competency list (61 items) was developed for the questionnaires in the study by making use of existing competency lists from the Japan Society for Occupational Health (JSOH) as well as lists from the US and Europe. Certified senior occupational physicians (CSOPs) in the certification program of the JSOH completed a questionnaire on the necessary competencies. Examiners of the examination for certified occupational physicians (COPs) completed another questionnaire on effective training methods. **Results:** All 61 competencies in the questionnaires were evaluated as "necessary". Some of the competencies in the list from the JSOH were evaluated lower than the items added from the American and European lists. When the respondents were categorized into a "practical group", the members of which mainly provided occupational health services, an "academic group", the members of which belonged to research or education institutes such as medical schools, and all others, the practical group evaluated some competencies significantly higher than the academic group, particularly those related to work accommodation. Among three options for training methods, the most effective methods were lectures and textbooks for 5 competency items, on-the-job training (OJT) for 30 items, and case-based learning (CBL) for 29 items. **Conclusions:** Some competencies should be added to the JSOH list. CBL should be introduced in training programs for specialist occupational physicians.
(J Occup Health 2015; 57: 126–141)

**Key words:** Case-based learning, Certification program, Competencies, On-the-job training, Specialist occupational physicians, Training methods

The occupational physician's role is to protect and promote workers' health and working ability[1]. In previous studies, it was reported that specialist occupational physicians who completed residency training[2] or were certified[3] were associated with a greater diversity of skills and opportunities. A comprehensive training program and a certification program to confirm attainment of a certain level of knowledge and skills are necessary to develop specialist occupational physicians. A common list of competencies that allow specialist occupational physicians to play their expected roles is required to maintain consistency between programs. A training program could be developed to help trainees acquire the competencies, and a certification program could be designed to confirm their achievement of them.

The Japan Society for Occupational Health (JSOH) runs a certification program for the country's specialist occupational physicians. Currently, to be certified as a specialist occupational physician (certified occupational physician, COP) by the JSOH, one must complete a training program outlined in the trainees' handbook, which provides a list of 50 competencies, and objective training under the supervision of a certified senior occupational physician (CSOP) and pass a certification examination. The competencies required of special occupational physicians should vary at

*Received Jul 9, 2014; Accepted Nov 25, 2014*
*Published online in J-STAGE Jan 10, 2015*
*Correspondence to: K. Mori, Department of Occupational Health Practice and Management, Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational and Environmental Health, 1-1 Iseigaoka, Yahatanishi-ku, Kitakyushu, Fukuoka 807-8555, Japan (e-mail: kmori@med.uoeh-u.ac.jp)*

different times, and competency lists and attainment targets should be reviewed periodically. The JSOH's current list was revised by the committee for the certification program for specialist occupational physicians in 2011. However, the validity of this revision is in question because the committee did not seek opinions from CSOPs who actually train the candidate COPs, nor did it consult other stakeholders.

There are two general methods typically used to develop competencies of occupational physicians: 1) lectures and text for acquiring basic knowledge, and 2) on-the-job training (OJT) to gain competencies that occupational physicians use daily. Because existing health risks can vary widely across workplaces, it is difficult to provide adequately comprehensive training programs for each trainee. Various types of workplaces must be accessed for OJT, or training methods must be invented to compensate for a lack of appropriate OJT. As a possible solution, the case-based learning (CBL) method has been introduced in undergraduate and postgraduate training programs in public health and occupational health[4-7]. CBL is considered an effective method for acquiring competencies that are used less often or only pertain to specific workplaces. Maximally effective training programs might be realized through a combination of the three methods.

In this study, we conducted a mail survey of CSOPs to assess the validity of JSOH's current competency list. Additionally, we asked examiners at the examination for JSOH certified occupational physicians to discuss effective training methods for acquiring competencies in the list.

## Methods

*Development of the competency list for specialist occupational physicians for the survey*

We compared the "ACOEM Core Competencies and Skill Sets Defined", in ACOEM Competencies—2008[8] and the "Core Competencies for Specialist Occupational Physicians in Occupational Medicine in Europe: Scope and Competencies" developed by the WHO European Centre for Environment and Health[9] with the JSOH's competency list for specialist occupational physicians. Both of these comparison lists were the newest lists published by authoritative organizations in the US and Europe when we made our research plan. As shown in Table 1a–1e, we judged whether each description in the list could be matched to an existing competency in Japan. Then we examined each competency that did not have an obvious match to see whether it could be combined with one or more other competencies to create a single competency. As a result, 11 competencies were added to the JSOH list of 50 competencies. Finally, we rephrased each competency to present it in a unified and more understandable format for the survey. The descriptions of the competencies were abbreviated as shown in the appendix.

*Study 1: Survey on Necessary Competencies for Specialist Occupational Physicians in Japan*

The CSOPs had at least 5 year experience in occupational health services as COPs and were fulfilling roles as trainers in the system. They were therefore considered appropriate respondents for the survey on necessary competencies for specialist occupational physicians in Japan. As of August 1, 2013, the total number of registered CSOPs in Japan was 315. Excluding those with addresses that were unknown or who were outside of Japan, we sent a questionnaire to 308 CSOPs and asked them to return it without any identifying information by the end of September, 2013. They were asked to rate the necessity of each competency on a scale of 1 to 5 (5=absolutely necessary, 4=necessary, 3=somewhat necessary, 2=not so necessary, 1=not necessary), and to write in additional competencies that they thought should have been on the list. They were also requested to report on their experience as occupational physicians as well as their current main job.

We evaluated the necessity of each competency by calculating its mean score across respondents. When multiple respondents suggested similar ideas, we carefully examined each suggestion to see whether its topic was included in one of the 61 existing competencies.

The respondents were categorized into three groups according to their current main jobs: a "practical group", the members of which mainly provided occupational health services, an "academic group", the members of which belonged to research or education institutes such as medical schools, and all others. Then, we compared the mean scores of each competency for two of the groups: the "practical group" and the "academic group". Group comparisons were analyzed by F-test and then the Student's $t$-test or Welch's $t$-test, using SAS Statistics 19 for Windows and a level of statistical significance of $p<0.05$.

*Study 2: Survey on Effective Training Methods to Acquire Competencies*

We developed a second questionnaire to study effective methods for acquisition of competencies. The questionnaire had three options for learning methods: acquisition of knowledge with lectures and textbooks (lectures and textbooks), accumulation of daily experience as occupational physicians (OJT) and experience or discussion of specific cases and measures (CBL). We asked whether each method was effective, and

**Table 1a.** Development of a competency list for the questionnaires by comparing the lists from Japan, the US and Europe

| Questionnaire | JSOH | ACOEM | WHO Europe |
|---|---|---|---|
| Attitude and ethics for occupational physicians | | | |
| Position and fundamental roles | -Understandings of OP's positions and roles in corporations | | |
| Code of ethics | -Understandings of professional ethical codes and application to practice | -Recognize and address ethical dilemmas in the practice of OEM, using relevant guidelines, such as the ACOEM, Association of Occupational and Environmental Clinics, International Commission on Occupational Health, and American Medical Association codes of ethics. | -Advising management and workers' representatives on the ethical basis for a policy |
| Personal health data handling | -Data management paying attention to privacy | -Understand and protect patients' legal rights to confidentiality of medical records information. | |
| Understanding of customers of occupational health services | | | |
| Analysis of characteristics of companies and workers | -Understandings of customers, e.g., corporation, workers | -Identify potential customers and develop a marketing plan for an occupational or environmental health program. | -Advising on the need for full consultations with workers' representatives<br>-Organizing databases (including computerized databases and (possibly) websites) for the dissemination and publication of research in occupational health and safety matters<br>-Assessing the occupational health needs of the enterprise |
| Assessment of occupational health needs | -Field observation and patrol | | -Organizing and undertaking workplace inspections |
| Occupational health services considering social and cultural diversity | | -Recognize the effects of cultural, ethnic, and social factors, including health beliefs and practices, on the health and safety of workers. | |
| Understanding of related regulations and compliance | | | |
| Compliance with occupational health regulations | -Understandings of OH regulations and the amendments | -Comply with and explain applicable regulations, as well as their interpretation and enforcement, to employers, employees, and patients.<br>-Respond to the requirements of employee or community right-to-know regulations and advise individuals about their rights to access information.<br>-Report cases of occupational injury, illness, and death according to existing regulations. | -Application of occupational health law and ethics to individual cases<br>-Advising managers on the implementation of health and safety and environmental law<br>-Advising workers and workers' representatives of their legal obligations |
| Application of amended occupational health regulations | | | -Evaluation of compliance with new legislation |
| Application of industrial injury insurance | | -Advise employees and employers about the basic elements of workers' compensation law, complete the necessary forms, and file workers' compensation claims.<br>-Provide medicolegal reports and expert opinions and testimony on OEM issues<br>-Explain the rights of an employee or citizen in requesting assistance from a government agency or in filing a complaint. | |
| Document structures and plans | | | |
| Policy statement on occupational health | -Advice on development of OH policy to employers | | -Advising on health and safety policy |
| Objectives of occupational health programs | -Objectives of OH programs and evaluation of the attainment | -Evaluate the effectiveness of occupational health services and risk reduction methods. | -Advising how to choose and define HES targets which should be achieved by the enterprise in a specified time cost-benefit analysis of work-related health promotion activities<br>-Defining the goals and objectives of the OHS<br>-Contributing to the selection of criteria to be used to evaluate own service practice |
| Plans of occupational health programs | -Planning of OH activities and management of the progress | -Design cost-containment strategies for workers' compensation, health benefits, and disability management programs to allocate and manage clinical and financial resources. | |
| Documentation of occupational health procedures | -Documentation of OH procedures | | |
| Records and reports of occupational health activities | | | -Organizing and writing reports as precisely and quantitatively as possible<br>-Record-keeping |
| Information system for occupational health services | | -Determine management information needs and apply medical informatics, electronic health and patient care data, management information systems, and other computer technologies to an OEM program. | |

JSOH, Japan Society for Occupational Health; ACOEM, American College of Occupational and Environmental Health[9]; WHO Europe, WHO European Centre for Environment and Health[13].

**Table 1b.** Development of a competency list for the questionnaires by comparing the lists from Japan, the US and Europe

| Questionnaire | JSOH | ACOEM | WHO Europe |
|---|---|---|---|
| Occupational health organization and roles of occupational physicians | | | |
| Evaluation of necessary expertise and system | | -Work effectively as a team member with administrators, occupational health nurses, nurse practitioners, and physician assistants, demonstrating an understanding of their roles in an occupational health service. | -Recognizing the need for specialist assessment of the working environment through use of other multidisciplinary team members (toxicologists, hygienists, ergonomists, organizational psychologists, etc.) and organizing the team<br>-Hiring experts<br>-Planning the efficient use of multidisciplinary resources |
| Organization of occupational health team | -Advice on establishment of an OH organization to employers | | -Defining the roles of staff in providing an OHS and formulating job descriptions<br>-Team-building<br>-Leading the team |
| Cooperation with occupational health staff | -Advice to other OH staffs and collaboration | | -Designing a training programme for occupational health staff |
| Quality management of occupational health services | | -Design, implement, and evaluate clinical practice guidelines, quality management and quality improvement programs, utilization management, case management, and other activities to enhance an organization's performance. | Management of the occupational health department or service using quality management principles<br>-Evaluating the quality of service provision including audit of the professional medical aspects of occupational health care |
| Budget for occupational health department | | | -Negotiating and managing a budget |
| Contribution to health committee | -Contribution to health committee and other meetings | | -Participating in committees, in particular the health and safety committee |
| Risk assessment | | | |
| Identification of existing health hazards | -Identification of existing health hazards | -Determine the nature and extent of potential occupational and environmental chemical exposures, considering routes of exposure and routes of absorption.<br>-Characterize existing and potential occupational and environmental hazards within defined populations.<br>-Describe specific threats, including a broad range of chemical, biological, radiological and physical hazards. | -Advising on the introduction of new working systems and techniques<br>-Risk assessment of workplace hazards (as above) with advice on prevention of harm<br>-Recognizing and initiating the investigation of work ability, health determinants and disease in the workforce |
| Information of existing health hazards | -Collection and understandings of hazards data and information | -Detect, insofar as possible, preclinical or clinical effects arising from chemical exposure and implement appropriate preventive measures.<br>Understand, explain, and be able to apply toxic kinetic data (including absorption, metabolism, storage, and excretion) to clinical and employment-related decision making.<br>-Use occupational and environmental information resources to conduct a literature search or to research the health effects of a chemical substance.<br>-Interpret and apply the medical, toxicological, and environmental literatures. | |
| Monitoring of exposure to health hazards | -Exposure monitoring and evaluation | | -Monitoring of workplace hazards including physical, chemical, biological, ergonomic, psychosocial and other hazards<br>-Selecting biological monitoring on the basis of criteria of validity for the protection of the health of the worker concerned, with due regard for the sensitivity, specificity and predictive value of the tests concerned<br>-Biological exposure monitoring<br>-Advising on tools to be used for monitoring and evaluating enterprise policy outcome<br>-Promoting multidisciplinary scientific work on exposure data gathering |
| Assessment of health risks | -Assessment of health risks | -Assess clinical, worksite, and environmental data, along with literature reviews in the performance of patient evaluations.<br>-Determine whether a person has a health condition that increases risk from the effects of exposure to chemical, physical, or biological agents.<br>-Evaluate and interpret the results of industrial hygiene surveys. | -Advising on implementation of other professional risk assessments |

JSOH, Japan Society for Occupational Health; ACOEM, American College of Occupational and Environmental Health[8]; WHO Europe, WHO European Centre for Environment and Health[13].

**Table 1c.** Development of a competency list for the questionnaires by comparing the lists from Japan, the US and Europe

| Questionnaire | JSOH | ACOEM | WHO Europe |
|---|---|---|---|
| Health surveillance, diagnosis and treatment | | | |
| Indicators of health effects for health surveillance | -Set indicators of health effects | -Develop, implement, evaluate, and refine screening programs for groups to identify risks for disease or injury and opportunities to promote wellness.<br>-Design and conduct surveillance programs in workplace and community settings. | -Biological exposure monitoring;<br>-Organizing health surveillance for workers exposed to occupational hazards |
| Quality assurance programs of laboratories | -Understandings of OH laboratory quality control and selection of qualified laboratories | | |
| Utilization of health surveillance for workplace improvement | -Diagnosis of health effects by health surveillance | -Apply individual-based or community-based interventions to prevent or mitigate exposure and resultant health effects. | |
| Diagnosis of health effects with health surveillance | -Evaluation and improvement of worksites with specific health surveillance | -Clinical-General, Cardiology, Dermatology, Emergency Medicine and Surgery, Hematology/Oncology, Infectious Disease, Musculoskeletal, Neurology, Ophthalmology, Otolaryngology, Psychiatry, Pulmonary, Reproductive Medicine.<br>-Evaluate, treat, and properly refer persons whose health may be affected by acute or chronic contact with occupational and environmental chemicals.<br>-Distinguish health effects of exposure to chemicals from other etiologies. | -Diagnosing work-related ill health<br>-Organizing appropriate investigations for diagnosis of occupational disease<br>-Differential diagnoses of work-related and environment-related disease<br>-Application of ergonomics to rehabilitation |
| Risk reduction | | | |
| Cause analysis of industrial accidents or occupational diseases | | | -Participating in analysis of occupational accidents and diseases |
| Prioritization of risks for reduction plans | -Prioritization of health risks | -Advise employers and employees regarding industrial hygiene controls, such as work practices, respirator use, and engineering controls.<br>-Recommend and implement policies and control measures to reduce or mitigate safety and health hazards. | -Undertaking workplace assessments and advising on control methods<br>-Assessing control systems designed to eliminate or reduce exposure<br>-Selecting appropriate personal protective equipment with the assistance of other experts as required |
| Risk reduction methods and plans | -Advice on selection and planning of risk control measures | | |
| Execution of risk reduction plans | -Planning and execution of training programs on risk control | | -Assessing control systems designed to eliminate or reduce exposure |
| Risk communication | | | |
| Education programs on risk reduction | -Risk communication based on scientific evidence | -Communicate to target groups including health professionals, the public, and the media, in a clear and effective manner both orally and in writing, the levels of risk from real or potential hazards and the rationale for selected interventions.<br>-Communicate current medical, environmental, and other scientific knowledge effectively to target groups, including patients, employees, employers, unions, community groups, and the media.<br>-Accommodate cultural, ethnic, educational, and language variations among workers when providing information on occupational hazard prevention, disease prevention, and health promotion. | -Communicating with people from various backgrounds and with different levels of technical understanding |
| Risk communication to workers | -Confirmation and evaluation of risk control | | -Making clear oral presentations |
| Work load and recovery from fatigue | | | |
| Evaluation of psychological and physical load | -Assessment of load of tasks and work shifts | -Apply ergonomic principles to optimize comfort and reduce risk at work, including evaluation and redesign of hazardous lifting jobs, repetitive motion work, and jobs with special visual demands. | -Advise on the ergonomic design of the workplace and working tools |
| Design work to have a small load | -Advice on job design | | |
| Design of offices and facilities for employees' welfare | -Advice on desirable work environment and office amenities | | |
| Countermeasures against psychosocial health hazards | | | |
| Mental health programs | -Mental health programs | | -Application of organizational psychology to rehabilitation in situations of work-related mental ill health |
| Programs to combat health effects due to overwork | -Countermeasures for overwork | | |

JSOH, Japan Society for Occupational Health; ACOEM, American College of Occupational and Environmental Health[8]; WHO Europe, WHO European Centre for Environment and Health[13].

**Table 1d.** Development of a competency list for the questionnaires by comparing the lists from Japan, the US and Europe

| Questionnaire | JSOH | ACOEM | WHO Europe |
|---|---|---|---|
| Health care and promotion | | | |
| Periodic general health examination | -Planning and execution of general health exams and health measurements | -Design, implement and evaluate worksite health promotion and disease prevention programs, incorporating Department of Health and Human Services and other authoritative guidelines as appropriate.<br>-Describe the appropriate use and limitations of health risk assessment and screening for well populations and the applications of screening, assessment, and early intervention for targeted high-risk groups. | -Periodic examinations<br>-Analysis of the ethical aspects of health screening<br>-Coordinating health surveillance and biological monitoring with environmental surveillance and other risk assessments |
| Evaluation of health condition of employee group | -Evaluation of health condition as a group | | -Analyzing routinely collected data, including sickness absence and accident data |
| Health care for elder or female employees | -Health care based on characteristics, such as elder age and female sex | | -Periodic examinations<br>-Exit examinations on leaving the enterprise<br>-Management of workers with drug or alcohol problems |
| Health guidance based on health examination | -Health guidance according to health exam | -Counsel employees about health risks and lifestyle. | -Counselling |
| Education on health promotion for employee group | -Health education | -Design and implement proactive systems of care that effectively reach all members of a population, including those at high risk and those who do not normally seek care. | -Health promotion needs analysis of the working population<br>-Advocating and managing an agreed workplace health promotion programe<br>-Seeking participation of workers and employers in the design and implementation of work-related health promotion and working ability maintenance programes<br>-Evaluating and auditing workplace health promotion<br>-Programes, especially with regard to their relevance to occupational health hazards in the workplace and the control of nonoccupational determinants of health and working ability |
| Work accommodation | | | |
| Procedures of fitness for duty assessment and work accommodation | -Advice on development of procedures of work accommodation | -Design and implement integrated systems of disability prevention and management.<br>-Design protocols for preplacement and return-to-work evaluations. Implement stay at work and early return to work protocols.<br>-Design and implement protocols to evaluate employees for conditions creating an undue risk to self or others in the workplace, in compliance with the ADA. | |
| Professional opinions on fitness for duty and work accommodation | -Advice of work accommodation according to health exam | | -Preplacement health screening and medical examinations<br>-Assessment of disability and fitness for work, replacement and following work-related illness/injury |
| Work accommodation upon returning to work or during pregnancy | -Advice of work accommodation at returning to work and during pregnancy | -Address employment concerns for patients with medical conditions.<br>-Conduct evaluations to determine fitness for duty in compliance with applicable regulations including the ADA.<br>-Assess impairment ratings in accordance with the American Medical Association Guides to the Evaluation of Permanent Impairment.<br>-Identify and manage the impact of psychological conditions on ability to work and on the natural history of occupational and environmental illnesses and injuries. | -Counselling employees regarding sickness absence assessment of impairment, disability and handicap in relation to work<br>-Clinical management in rehabilitation of disabled workers<br>-Advising on rehabilitation and redeployment<br>-Advising on maintaining aging and disabled workers in work |
| Improvement of work abilities of elder, ill or handicapped employees | | | -Promoting work ability: health, skills and training in relation to the demands of work |
| Protection of reproductive function of female employees | | -Advise on policies and procedures relating to the protection of fertility for both men and women and for the placement of pregnant or lactating workers.<br>-Recommend appropriate accommodations and job placements for pregnant employees. | -Advising on fitness for work and adaptation of work to the worker in the special circumstances of vulnerable groups and specific legislation, for example, the EU Directive on Protection of Pregnant and Lactating Mothers 92/85/EC |

JSOH, Japan Society for Occupational Health; ACOEM, American College of Occupational and Environmental Health[8]; WHO Europe, WHO European Centre for Environment and Health[13].

**Table 1e.** Development of a competency list for the questionnaires by comparing the lists from Japan, the US and Europe

| Questionnaire | JSOH | ACOEM | WHO Europe |
|---|---|---|---|
| First aid and emergency response | | | |
| First aid skills and training for employees | -First aid skills and training of workers | | -Advising on the provision of first aid facilities and emergency procedures |
| First aid plan and arrangement for equipment | -Planning of first aid and arran gement of necessary equipment | -Apply knowledge of personal protection and other applied approaches to health protection and the skills to evaluate the adequacy of protection at the individual level.<br>-Establish emergency procedures and protocols for the clinical management of individuals involved in disaster incidents, including specific medical management protocols. | |
| Emergency response plan | -Advice during planning of emergency response plan | -Participate in the development of emergency or disaster plans for the workplace and the community.<br>-Design and implement a plan for the mitigation of a disaster incident at a worksite or in the general community.<br>Design and implement a medical recovery plan for mass casualty events in industries or the general community.<br>-Design and conduct an outbreak or cluster investigation.<br>-Design a pandemic preparedness plan for an organization.<br>-Maintain a thorough understanding of the National Response Plan and Incident Command Structure.<br>-Recommend and implement policies and control measures to address emerging infectious diseases of concern. | |
| Environment protection | | | |
| Worksite issues and applicable regulations on environmental protection | -Understanding of environmental management system and related regulations | | -Advising managers on the implementation of health and safety and environmental law |
| Professional support for environment protection | -Contribution to environmental management practices in the workplaces | -Identify sources and routes of environmental exposure and recommend methods of reducing environmental health risks.<br>-Advise individuals and communities about the reproductive implications of environmental exposure.<br>-Advise individuals and communities about the reproductive implications of environmental exposure.<br>-Manage health effects associated with air, water, or ground contamination by natural or artificial pollutants.<br>-Recommend, interpret, and explain the results of environmental monitoring. | -Identifying, assessing and advising on the prevention of environmental hazards arising, or which may result, from operations or processes in the enterprise<br>-Recognizing and advising on hazardous exposures in the general environment arising from other sources or activities |
| Scientific research | | | |
| Planning and execution of scientific research on occupational health issues | -Design and execution of research on OH | -Recognize and investigate potential sentinel events.<br>-Apply validated epidemiologic and biostatistical principles and techniques to analyze injury or illness data in a defined worker and community populations. | -Organizing databases (including computerized databases and (possibly) websites) for the dissemination and publication of research in occupational health and safety matters<br>-Planning simple surveys<br>-Promoting multidisciplinary scientific work on exposure data gathering |
| Execution and presentation of research following codes of ethics | -Execution and presentation of research in compliance with codes of ethics | | -Conducting a formal scientific investigation; carrying out a literature search and preparing a report<br>-Interpreting scientific data in journals and form own research<br>-Recognizing and initiating an investigation of work ability, health determinants and disease in the workforce |
| Audit | | | |
| Occupational safety and health audit and reporting | -Contribution to OSH audit and reporting | | |
| Collaboration with parties inside or outside of company | | | |
| Communication with employers and unions | -Communication with employers and unions | -Work effectively with both labor and management to maximize workplace health, safety, and productivity. | -Coordinating discussions leading to agreement by both management and workforce representatives<br>-Ensuring workers are fully informed of policy and of their rights<br>-Reporting regularly to management and the workforce orally and in writing |
| Collaboration with human resources and safety departments | -Collaboration with HR and safety departments | | |
| Utilization of public resources and contribution to community | -Utilization of public resources and contribution to community | -Communicate technical and clinical information to professional and lay audiences. | -Communicating with other professionals to organize and deliver training appropriately |

JSOH, Japan Society for Occupational Health; ACOEM, American College of Occupational and Environmental Health[8]; WHO Europe, WHO European Centre for Environment and Health[13].

which was most effective for each of the 61 competencies.

COP examiners are elected from among CSOPs and evaluate the attainment of the competencies of candidate COPs. They were therefore considered appropriate respondents for the survey on effective training methods for acquiring competencies as specialist occupational physicians. We directly asked all 22 COP examiners in 2013 at the examination site to participate, and responses were collected in person or by mail by the end of September, 2013.

Training methods for which half or more of the respondents answered "yes" were considered effective, and the method chosen by the greatest number of respondents as most effective was considered the most effective.

*Ethical considerations*

The research procedures were approved by the ethics review committee at the University of Occupational and Environmental Health, Japan. We obtained a list of CSOPs from the secretary's office for the certification program in accordance with the official procedures of the JSOH. The list was destroyed once the study was completed.

## Results

*Study 1: Survey on Necessary Competencies for Specialist Occupational Physicians in Japan*

The number of respondents was 172 (response rate 55.8%). After excluding 24 incomplete responses, 148 (effective response rate 48.1%) respondents remained for analysis. The demographic characteristics of the respondents are shown in Table 2. Most respondents (62.2%) were in the "practical" category; 25.6% were in the "academic" category, and 12.2% in the "other" category. Most respondents (93.9%) had worked for a manufacturing company as a full-time or part-time occupational physician. All had experience as occupational physicians in a company. Among them, 72.3% had experience as a full-time (staff) occupational physician, and 81.8% had experience as a part-time (contract-based) occupational physician.

As shown in Table 3, the mean scores for the all competencies were greater than 3, "somewhat necessary", but those of 18 items were lower than 4, "necessary". Among the 50 competencies that were included in the JSOH list, 14 received mean scores lower than 4. Of the 11 competencies that were added from the American and/or European lists, 7 received scores greater than 4.

The "practical group" gave significantly higher mean scores for 11 competencies than the "academic group". This was particularly true for competencies related to work accommodation based on individual health condition, such as "procedures of fitness for duty assessment and work accommodation", "professional opinions on fitness for duty and work accommodation", and "work accommodation at return to work or during pregnancy".

All of the suggested additional competencies were already included in the 61 competencies or were suggested by only a single respondent, with the exception of "be able to train non-specialist occupational physicians", which was suggested by 4 respondents.

The rankings of the mean scores among the 61 items are also shown in Table 3. There were 7 items in the JSOH's current competency list with mean scores in a position lower than 51st. They were "documentation of occupational health procedures",

**Table 2.** The demographic characteristics of the respondents in the survey

| | | | |
|---|---|---|---|
| Employment condition | | | |
| Practical | 92 | | 62.2% |
| Full time for company | | 58 | |
| Full time for occupational health service institute | | 16 | |
| Private occupational health service | | 18 | |
| Academic | 38 | | 25.6% |
| Academic institute | | 38 | |
| The others | 18 | | 12.2% |
| Mainly clinical practice in hospital or clinic | | 13 | |
| Others | | 5 | |
| Experiences as an occupational physician | | | |
| Full time occupational physician | 107 | | 72.3% |
| Part time occupational physician | 121 | | 81.8% |
| Either full time or part time | 148 | | 100.0% |
| At a manufacturing worksite | 139 | | 93.9% |

**Table 3.** Necessity of competencies for specialist occupational physicians

| | Items in JSOH list | Mean scores | | | $p$ value† | Rank* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Overall | Academic | Practical | | |
| Attitude and ethics for occupational physicians | | | | | | |
| Position and fundamental roles | Y | 4.86 | 4.95 | 4.85 | 0.053 | 1 |
| Code of ethics | Y | 4.67 | 4.76 | 4.64 | 0.189 | 3 |
| Personal health data handling | Y | 4.73 | 4.84 | 4.69 | 0.079 | 2 |
| Understanding of customers of occupational health services | | | | | | |
| Analysis of characteristics of companies and workers | Y | 4.47 | 4.40 | 4.52 | 0.271 | 13 |
| Assessment of occupational health needs | Y | 4.64 | 4.63 | 4.62 | 0.899 | 4 |
| Occupational health services considering social and cultural diversity | N | 4.10 | 3.97 | 4.14 | 0.237 | 37 |
| Understanding of related regulations and compliance | | | | | | |
| Compliance with occupational health regulations | Y | 4.57 | 4.47 | 4.64 | 0.117 | 7 |
| Application of amended occupational health regulations | N | 4.34 | 4.23 | 4.40 | 0.170 | 19 |
| Application of industrial injury insurance | N | 4.16 | 3.87 | 4.23 | 0.012 | 32 |
| Document structures and plans | | | | | | |
| Policy statement on occupational health | Y | 4.30 | 4.11 | 4.34 | 0.059 | 22 |
| Objectives of occupational health programs | Y | 4.05 | 3.97 | 4.05 | 0.564 | 41 |
| Plans of occupational health programs | Y | 4.16 | 4.08 | 4.18 | 0.458 | 33 |
| Documentation of occupational health procedures | Y | 3.74 | 3.63 | 3.76 | 0.340 | 52 |
| Records and reports of occupational health activities | N | 3.76 | 3.68 | 3.76 | 0.566 | 51 |
| Information system for occupational health services | N | 3.70 | 3.50 | 3.75 | 0.074 | 54 |
| Occupational health organization and roles of occupational physicians | | | | | | |
| Evaluation of necessary expertise and system | Y | 4.13 | 4.11 | 4.13 | 0.822 | 35 |
| Organization of occupational health team | N | 4.14 | 3.92 | 4.22 | 0.029 | 34 |
| Cooperation with occupational health staff | Y | 4.37 | 4.37 | 4.34 | 0.822 | 18 |
| Quality management of occupational health services | N | 3.38 | 3.24 | 3.38 | 0.312 | 61 |
| Budget for occupational health department | N | 3.51 | 3.50 | 3.44 | 0.721 | 58 |
| Contribution to health committee | Y | 4.62 | 4.71 | 4.57 | 0.163 | 5 |
| Risk assessment | | | | | | |
| Identification of existing health hazards | Y | 4.48 | 4.37 | 4.49 | 0.339 | 11 |
| Information of existing health hazards | Y | 4.42 | 4.24 | 4.47 | 0.056 | 15 |
| Monitoring of exposure to health hazards | Y | 4.28 | 4.16 | 4.29 | 0.337 | 24 |
| Assessment of health risks | Y | 4.29 | 4.13 | 4.31 | 0.159 | 23 |
| Health surveillance, diagnosis and treatment | | | | | | |
| Indicators of health effects for health surveillance | Y | 4.02 | 3.95 | 4.00 | 0.705 | 42 |
| Quality assurance programs of laboratories | Y | 3.73 | 3.42 | 3.83 | 0.002 | 53 |
| Utilization of health surveillance for workplace improvement | Y | 4.52 | 4.29 | 4.50 | 0.070 | 14 |
| Diagnosis of health effects with health surveillance | Y | 4.24 | 4.03 | 4.26 | 0.120 | 27 |
| Risk reduction | | | | | | |
| Cause analysis of industrial accidents or occupational diseases | N | 4.34 | 4.29 | 4.32 | 0.807 | 20 |
| Prioritization of risks for reduction plans | Y | 3.99 | 3.92 | 4.00 | 0.567 | 44 |
| Risk reduction methods and plans | Y | 4.07 | 3.92 | 4.10 | 0.172 | 38 |
| Execution of risk reduction plans | Y | 3.94 | 3.82 | 3.95 | 0.346 | 46 |
| Risk communication | | | | | | |
| Education programs on risk reduction | Y | 3.89 | 3.76 | 3.90 | 0.330 | 47 |
| Risk communication to workers | Y | 4.19 | 4.05 | 4.24 | 0.172 | 31 |
| Work load and recovery from fatigue | | | | | | |
| Evaluation of psychological and physical load | Y | 4.02 | 3.97 | 4.26 | 0.031 | 28 |
| Desing of work to have a small load | Y | 4.11 | 3.92 | 4.13 | 0.117 | 36 |
| Design of offices and facilities for employees' welfare | Y | 3.84 | 3.74 | 3.83 | 0.514 | 50 |
| Countermeasures against psychosocial health hazards | | | | | | |
| Mental health programs | Y | 4.50 | 4.34 | 4.53 | 0.108 | 10 |
| Programs to combat health effects due to overwork | Y | 4.48 | 4.26 | 4.55 | 0.017 | 12 |

**Table 3.** Necessity of competencies for specialist occupational physicians (Continued)

| | Items in JSOH list | Mean scores | | | *p* value* | Rank* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Overall | Academic | Practical | | |
| Health care and promotion | | | | | | |
| Periodic general health examination | Y | 4.26 | 4.13 | 4.26 | 0.381 | 26 |
| Evaluation of health condition of employee group | Y | 4.20 | 4.05 | 4.24 | 0.086 | 30 |
| Health care for elder or female employees | Y | 4.07 | 3.87 | 4.13 | 0.034 | 40 |
| Health guidance based on health examination | Y | 4.39 | 4.24 | 4.42 | 0.197 | 17 |
| Education on health promotion for employee group | Y | 4.33 | 4.16 | 4.36 | 0.150 | 21 |
| Work accommodation | | | | | | |
| Procedures of fitness for duty assessment and work accommodation | Y | 4.51 | 4.29 | 4.56 | 0.033 | 9 |
| Professional opinions on fitness for duty and work accommodation | Y | 4.59 | 4.40 | 4.63 | 0.047 | 6 |
| Work accommodation at return to work or during pregnancy | Y | 4.55 | 4.37 | 4.60 | 0.039 | 8 |
| Improvement of work abilities of elder, ill or handicapped employees | N | 4.07 | 3.87 | 4.14 | 0.049 | 39 |
| Protection of reproductive function of female employees | N | 4.20 | 4.18 | 4.19 | 0.992 | 29 |
| First aid and emergency response | | | | | | |
| First aid skills and training for employees | Y | 3.95 | 3.76 | 4.00 | 0.157 | 45 |
| First aid plan and arrangement for equipment | Y | 3.85 | 3.58 | 3.91 | 0.024 | 49 |
| Emergency response plan | Y | 4.01 | 4.11 | 3.92 | 0.199 | 43 |
| Environment protection | | | | | | |
| Worksite issues and applicable regulations on environmental protection | Y | 3.42 | 3.45 | 3.31 | 0.348 | 60 |
| Professional support for environment protection | Y | 3.49 | 3.45 | 3.42 | 0.885 | 59 |
| Scientific research | | | | | | |
| Planning and execution of scientific research on occupational health issues | Y | 3.61 | 3.68 | 3.56 | 0.361 | 56 |
| Execution and presentation of research following codes of ethics | Y | 3.68 | 3.71 | 3.62 | 0.548 | 55 |
| Audit | | | | | | |
| Occupational safety and health audit and reporting | Y | 3.58 | 3.56 | 3.54 | 0.923 | 57 |
| Collaboration with parties inside or outside of company | | | | | | |
| Communication with employers and unions | Y | 4.28 | 4.37 | 4.26 | 0.425 | 25 |
| Collaboration with human resources and safety departments | Y | 4.42 | 4.34 | 4.46 | 0.348 | 16 |
| Utilization of public resources and contribution to community | Y | 3.88 | 3.79 | 3.91 | 0.447 | 48 |

*$p$ values for the Student's $t$-test or Welch's $t$-test for comparisons of mean scores between the practical and academic groups. *Rank of the mean score overall.

"quality assurance programs of laboratories", "worksite issues and applicable regulations on environmental protection", "professional support for environmental protection", "planning and execution of scientific research on occupational health issues", "execution and presentation of research following codes of ethics" and "occupational safety and health audit and reporting". In contrast, there were 7 items with mean scores in a position higher than 40th among the additional items from the lists for the US and Europe. They were "occupational health services considering social and cultural diversity", "application of amended occupational health regulations", "application of industrial injury insurance", "organization of occupational health team", "cause analysis of industrial accidents or occupational diseases", "improvement of work abilities of elder, ill or handicapped employees" and "protection of reproductive function of female employees".

*Study 2: Survey on Effective Training Methods to Acquire Competencies*

As shown in Table 4, among the three training methods suggested, OJT and CBL were judged effective for all competencies. Lectures and textbooks were not judged effective for 10 items.

Lectures and textbooks were the most effective methods for only 5 items. OJT was evaluated as the most effective for 30 items, and many of them were related to legally regulated activities in Japan, such as "contribution to health committees", "periodic general health examinations" and "programs to combat health effects due to overwork". CBL were valuated as the most effective for 29 items, and conversely, many of them were related to services based on individual health conditions, such as "mental health programs", "procedures of fitness for duty assessment and work accommodation" and "work accommodation at return to work or during pregnancy", and related to ethical

**Table 4.** Effective methods for acquisition of competencies by specialist occupational physicians

| | Lectures and textbooks | | OJT | | CBL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Effective | Most effective | Effective | Most effective | Effective | Most effective |
| Attitude and ethics for occupational physicians | | | | | | |
| Position and fundamental roles | 12 | 5 | 19 | 11* | 12 | 3 |
| Code of ethics | 13 | 7* | 16 | 4 | 11 | 7* |
| Personal health data handling | 12 | 4 | 17 | 4 | 16 | 9* |
| Understanding of customers of occupational health services | | | | | | |
| Analysis of characteristics of companies and workers | 4* | 0 | 19 | 16* | 14 | 2 |
| Assessment of occupational health needs | 11 | 1 | 18 | 16* | 15 | 2 |
| Occupational health services considering social and cultural diversity | 11 | 1 | 16 | 11* | 15 | 7 |
| Understanding of related regulations and compliance | | | | | | |
| Compliance with occupational health regulations | 19 | 10* | 11 | 5 | 11 | 4 |
| Application of amended occupational health regulations | 16 | 3 | 13 | 5 | 11 | 11* |
| Application of industrial injury insurance | 15 | 5 | 7 | 1 | 19 | 13* |
| Document structures and plans | | | | | | |
| Policy statement on occupational health | 13 | 5 | 13 | 9* | 12 | 5 |
| Objectives of occupational health programs | 9 | 0 | 17 | 12* | 12 | 7 |
| Plans of occupational health programs | 11 | 0 | 17 | 13* | 14 | 6 |
| Documentation of occupational health procedures | 14 | 0 | 16 | 12* | 11 | 7 |
| Records and reports of occupational health activities | 13 | 2 | 17 | 11* | 13 | 5 |
| Information system for occupational health services | 16 | 7 | 12 | 8 | 11 | 3 |
| Occupational health organization and roles of occupational physicians | | | | | | |
| Evaluation of necessary expertise and system | 12 | 2 | 16 | 10* | 11 | 6 |
| Organization of occupational health team | 9 | 0 | 17 | 14* | 13 | 4 |
| Cooperation with occupational health staff | 7* | 0 | 17 | 15* | 10 | 3 |
| Quality management of occupational health services | 5* | 4 | 16 | 6 | 12 | 7* |
| Budget for occupational health department | 11 | 0 | 15 | 13* | 12 | 5 |
| Contribution to health committee | 11 | 0 | 18 | 15* | 11 | 3 |
| Risk assessment | | | | | | |
| Identification of existing health hazards | 15 | 3 | 16 | 10* | 14 | 6 |
| Information of existing health hazards | 18 | 5 | 15 | 4 | 15 | 10* |
| Monitoring of exposure to health hazards | 18 | 2 | 16 | 8 | 16 | 9* |
| Assessment of health risks | 17 | 1 | 13 | 7 | 17 | 11* |
| Health surveillance, diagnosis and treatment | | | | | | |
| Indicators of health effects for health surveillance | 18 | 3 | 14 | 6 | 16 | 10* |
| Quality assurance programs of laboratories | 18 | 4 | 13 | 5 | 15 | 10* |
| Utilization of health surveillance for workplace improvement | 12 | 0 | 18 | 12* | 17 | 7 |
| Diagnosis of health effects with health surveillance | 17 | 3 | 18 | 11* | 14 | 5 |
| Risk reduction | 14 | 1 | 16 | 5 | 18 | 13* |
| Cause analysis of industrial accidents or occupational diseases | | | | | | |
| Prioritization of risks for reduction plans | 17 | 2 | 15 | 7 | 17 | 10* |
| Risk reduction methods and plans | 12 | 0 | 16 | 8 | 17 | 11* |
| Execution of risk reduction plans | 11 | 1 | 15 | 9* | 16 | 9* |
| Risk communication | | | | | | |
| Education programs on risk reduction | 14 | 3 | 13 | 9* | 15 | 7 |
| Risk communication to workers | 17 | 4 | 13 | 8* | 14 | 7 |
| Work load and recovery from fatigue | | | | | | |
| Evaluation of psychological and physical load | 16 | 4 | 17 | 6 | 14 | 9* |
| Design of work to have a small load | 17 | 2 | 16 | 6 | 14 | 11* |
| Design of offices and facilities for employees' welfare | 16 | 1 | 17 | 11* | 14 | 7 |
| Countermeasures against psychosocial health hazards | | | | | | |
| Mental health programs | 14 | 0 | 17 | 9 | 19 | 10* |
| Programs to combat health effects due to overwork | 13 | 0 | 18 | 12* | 18 | 7 |

**Table 4.** Effective methods for acquisition of competencies by specialist occupational physicians (Continued)

| | Lectures and textbooks | | OJT | | CBL | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Effective | Most effective | Effective | Most effective | Effective | Most effective |
| Health care and promotion | | | | | | |
| Periodic general health examination | 14 | 2 | 19 | 13* | 13 | 4 |
| Evaluation of health condition of employee group | 18 | 3 | 15 | 7 | 12 | 9* |
| Health care for elder or female employees | 15 | 3 | 16 | 4 | 17 | 12* |
| Health guidance based on health examination | 14 | 0 | 17 | 14* | 14 | 5 |
| Education on health promotion for employee group | 15 | 0 | 19 | 14* | 16 | 5 |
| Work accommodation | | | | | | |
| Procedures of fitness for duty assessment and work accommodation | 8† | 0 | 19 | 7 | 18 | 12* |
| Professional opinions on fitness for duty and work accommodation | 8† | 0 | 19 | 12* | 17 | 7 |
| Work accommodation at return to work or during pregnancy | 11 | 0 | 17 | 6 | 18 | 13* |
| Improvement of work abilities of elder, ill or handicapped employees | 15 | 1 | 15 | 1 | 19 | 17* |
| Protection of reproductive function of female employees | 18 | 4 | 15 | 1 | 16 | 14* |
| First aid and emergency response | | | | | | |
| First aid skills and training for employees | 15 | 4 | 12 | 4 | 17 | 11* |
| First aid plan and arrangement for equipment | 16 | 7* | 13 | 4 | 12 | 7* |
| Emergency response plan | 15 | 3 | 15 | 4 | 16 | 12* |
| Environment protection | | | | | | |
| Worksite issues and applicable regulations on environmental protection | 18 | 11* | 10 | 2 | 10 | 6 |
| Professional support for environment protection | 15 | 4 | 12 | 8* | 13 | 7 |
| Scientific research | | | | | | |
| Planning and execution of scientific research on occupational health issues | 19 | 5 | 14 | 3 | 15 | 11* |
| Execution and presentation of research following codes of ethics | 16 | 7* | 12 | 4 | 11 | 7* |
| Audit | | | | | | |
| Occupational safety and health audit and reporting | 11 | 3 | 16 | 5 | 13 | 11* |
| Collaboration with parties inside or outside of company | | | | | | |
| Communication with employers and unions | 5† | 0 | 18 | 15* | 13 | 4 |
| Collaboration with human resources and safety departments | 4† | 0 | 19 | 17* | 13 | 2 |
| Utilization of public resources and contribution to community | 8† | 0 | 18 | 15* | 11 | 4 |

† Less than half answered that the method is effective. * Highest number for the question asking which method was most effective.

considerations, such as "codes of ethics" and "personal health data handling".

## Discussion

The results of these surveys offer some insights concerning the validity and improvement of the current competency list of the JSOH, and the appropriate training methods for development of specialist occupational physicians in Japan.

### *Validity of the competency list for specialist occupational physicians*

The competency list for specialist occupational physicians used in the study was developed on the basis of the JSOH's list and the lists generated by analogous institutions in the US and Europe. The required competencies should change with fluctuations in social dynamics and issues of occupational health. During performance of the study in 2014, the ACOEM revised its competencies[10], and the European Union of Medical Specialists issued the ATOM Portfolio of Performance-Based Assessments[11]. Therefore, the lists used in this study as references were not the latest versions. However, because the mean scores for all 61 items were evaluated higher than "somewhat necessary" and only one item was suggested to be added as a necessary competency by more than one respondent as a write-in comment, the list appears to have validity as a set of competencies for special occupational physicians under the current situation in Japan.

### *Validity of the competency list in the certification program of the JSOH and necessary improvements*

All 51 items in the JSOH's current competency list were judged as necessary, but some items scored lower than competencies added from the lists for the US and Europe. For those items, mean scores in a

position lower than 51st were associated with development and execution of management systems, such as "documentation of occupational health procedures" and "occupational safety and health audit and reporting"; with environment protection, such as "worksite issues and applicable regulations on environmental protection" and "professional support for environmental protection"; and with scientific research, such as "plans and execution of scientific research on occupational health issues" and "execution and presentation of research following codes of ethics". These competencies are not always required for occupational physicians in actual health practices. The results are consistent with a report indicating that the item "design and initiate research" was evaluated lowest among 14 items in a survey of ACOEM members[3] and a report indicating that necessities of environmental medicine and management competencies were evaluated lower than others in a survey of specialist occupational physicians in Europe[12].

In contrast, there were 7 additional items from the lists for the US and Europe with mean scores in positions higher than 40th. Among them, "cause analysis of industrial accidents or occupational diseases" is one of the occupational physicians' roles in the Japanese regulations, and occupational physicians are often requested to play the other roles in actual practice, too. These should be considered for addition to the JSOH's list. The competencies for work accommodation specifically for vulnerable individuals, such as "improvement of work abilities of elder, ill or handicapped employees" and "protection of reproductive function of female employees", were highly ranked. Arguably, this may be regarded as a part of the competency for "work accommodation at return to work or during pregnancy", but a more concrete description of the competency would be desirable.

The minimum legal requirement for occupational physicians is completion of a 50-hour diploma level training program, and specialist occupational physicians train with occupational physicians at the diploma level[13]. The write-in comments in this survey that suggested adding "be able to train non-specialist occupational physicians" might reflect this condition, and this competency should also be considered as an addition to the JSOH's list. The competency list should be reviewed periodically, because the needs for occupational services are affected by changes in society, technology and other factors.

The practical group evaluated several competencies as more necessary than the academic group. Most of the competencies with significant group differences were related to work accommodation for individual workers based on their health condition. Activities such as evaluating fitness for work with face-to-face interviews and advising individuals on improvements in lifestyle were recently enhanced as a part of mental health programs or countermeasures for overwork under governmental guidelines[14, 15] or regulations[16]. Respondents in the "practical group", who had actual experience in dealing with such issues, appear to have evaluated the necessity of those competencies higher.

*Training methods to develop specialist occupational physicians*

In general, the most frequently used methods for training the necessary competencies as specialist occupational physicians are lectures and textbooks and OJT. Lectures and textbooks were judged less effective methods than others to acquire necessary competencies in the study, but they are useful in acquiring basic knowledge. OJT was evaluated as the most effective for many of the items related to legally regulated activities in Japan. This method is considered to be useful in acquiring competencies for routine activities under the condition that a senior occupational physician works together with a trainee or in a training program. However, the fact that only one or a few occupational physicians are assigned to the same worksite makes it difficult to train many occupational physicians by OJT.

CBL was evaluated as effective for the all competencies and as the most effective method for 29 of 61 items in the study. Conversely, it was evaluated as most effective for competencies related to services based on individual health conditions and those related to ethical considerations. Recently, CBL has been introduced in various training programs in public health and occupational health fields. For example, the Harvard School of Public Health has a course in which all classes use a "case method"[4], and some undergraduate programs that utilize CBL have been reported in Europe[6, 7]. We also use a "case method" in postgraduate occupational health training courses at the University of Occupational and Environmental Health, Japan[17]. Given recent conditions in occupational health, we propose that training programs with CBL components such as discussion of actual cases and use of the "case method" should be provided, and CSOPs should encourage trainees to take advantage of such opportunities.

*Limitations of the study*

The main customers for occupational health services are employers and employees. Although it has been suggested that the viewpoints of these customers are important when considering the necessary competencies of occupational physicans[18, 19], they have now been confirmed by specialist viewpoints in this study.

Because we were concerned that a complex ques-

tionnaire with two objectives would make the response rate prohibitively low, validity of the competency list and effective training methods to acquire the competencies were studied with separate questionnaires and different groups. CSOPs were chosen as the subjects for the validity survey because they actually train the candidates of COPs; COP examiners, who were also CSOPs, were chosen for the training method survey because they understand the attainments and weaknesses of examinees. However, the low response rate of 48.1% for the validity survey and the small sample size of 19 for the training methods survey were factors that limit interpretation of the results.

*Acknowledgments:* We thank the CSOPs and COP examiners from the JSOH for their cooperation. This study was supported by the Occupational Health Promotion Foundation.

## References

1) MacDonald E, Baranski B, Wilford (eds). Occupational Medicine in Europe: Scope and Competencies. Bilthoven (Netherlands): WHO European Center for Environment and Health, 2000.
2) Harber P, Mummaneni S, Crawford L. Influence of residency training on occupational medicine practice patterns. J Occup Environ Med 2005; 47: 161–7.
3) Baker BA, Dodd K, Greaves IA, Zheng CJ, Brosseau L, Guidotti T. Occupational medicine physicians in the United States: demographics and core competencies. J Occup Environ Med 2007; 49: 388–400.
4) Harvard School of Public Health. Case-based learning. HSPH News. [Online]. [cited 2014 Oct 24]; Available from: URL: http://www.hsph.harvard.edu/news/magazine/spr09case/.
5) Koh D, Chia S, Jeyaratnam J, Chia SE, Singh J. Case studies in occupational medicine for medical undergraduate training. Occup Med (Lond). 1995; 45: 27–30.
6) Braeckman L, Bekaert M, Cobbaut L, Ridder MD, Glazemakers J, Kiss P. Workplace visits versus case studies in undergraduate occupational medicine teaching. J Occup Environ Med 2009; 51: 1455–9.
7) Brackman LA, Fieuw AM, Van Bogaert HJ. A web- and case-based learning program for postgraduate students in occupational medicine. Int J Occup Environ Health 2007; 14: 51–6.
8) American College of Occupational and Environmental Medicine. American College of Occupational and Environmental Medicine competencies—2008. J Occup Environ Med 2008; 50: 712–24.
9) World Health Organization. Global strategy on occupational health for all: the way to health at work. Recommendations of the Second Meeting of the WHO Collaborating Centers in Occupational Health. Geneva(Switzerland): WHO; 1995.
10) Cloeren M, Gean C, Kesler D, et al. American College of Occupational and Environmental Medicine's Occupational and Environmental Medicine Competencies-2014: ACOEM OEM Competencies Task Force. J Occup Environ Med 2014; 56: e21–40.
11) UEMS Occupational Medicine. Assessment Tool for Occupational Medicine, Portfolio of Performance-Based Assessments. [Online]. 2014 [cited 2014 Oct 24]; Available from: URL:http://www.gla.ac.uk/researchinstitutes/healthwellbeing/research/publichealth/hwlgroup/atom/http://www.uems-occupationalmedicine.org/sites/default/files/Meetings/Dresen/item_5.2.2_-_occupational_medicine_-_european_training_requirements_-_2013.03.11_annex_2_-_for_adoption.pdf
12) Macdonald EB, Ritchie KA, Murray KJ, et al. Requirements for occupational medicine training in Europe—a Delphi study. Occup Environ Med 2000; 57: 98–105.
13) The certificate program for specialist occupational physicians—the details of establishment and the transitions for 12 years. Sangyo Eiseigaku Zasshi 2004; 46: 89–97 (in Japanese) .
14) Ministry of Health, Labor and Welfare. Guidelines for the Maintenance and Promotion of Workers' Mental Health. [Online]. [cited 2014 Oct 24]; Available from: URL: http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/03/h0331-1.html (in Japanese).
15) Ministry of Health, Labor and Welfare. Overview of "the integrated measure for the health problems prevention caused by overwork". [Online]. [cited 2014 Oct 24]; Available from: URL: http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw4/dl/working_conditions_labour_relations/2011071911.pdf
16) Ministry of Health, Labor and Welfare. Outline of the Act for Partial Revision of the Industrial Safety and Health Act. [Online]. [cited 2014 Oct 24]; Available from: URL: http://www.mhlw.go.jp/english/policy/employ-labour/labour-standards/dl/140711-01.pdf
17) Mori K. Training program for occupational physicians with case methods in university of occupational and environment health, Japan. In Yano E, Takeuchi T, editors. Public health education with case methods, 5th edition. Tokyo (Japan): Shinohara Syupan Shinsya; 2011. p. 153–68 (in Japanese).
18) Reetoo KN, Harrington JM, Macdonald EB. Required competencies of occupational physicians: a Delphi survey of UK customers. Occup Environ Med 2005; 62: 406–13.
19) The University of Glasgow. Competencies of occupational physician, The customers' perspective. [Online]. 2004 [cited 2014 Oct 24]; Available from: URL: http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr247.pdf

**Appendix.** Abbreviations of competencies in the paper

| Category | Abbreviations in the Paper | Descriptions in the Questionnaires |
|---|---|---|
| Attitude and ethics for occupational physicians | | |
| | Position and fundamental roles | Understand the position and fundamental roles of an occupational physician in the workplace. |
| | Code of ethics | Understand codes of ethics for occupational physicians and be able to comply with them. |
| | Personal health data handling | Be able to handle personal health data of workers in paying attention to their privacy and access rights. |
| Understanding of customers of occupational health services | | |
| | Analysis of characteristics of companies and workers | Be able to analyze characteristics of companies involved and the workers through communication with employers, supervisors, employees and others. |
| | Assessment of occupational health needs | Be able to collect necessary information for understanding the worksites and assessing occupational health needs by field patrol or other methods. |
| | Occupational health services considering social and cultural diversity | Be able to provide effective occupational health services by considering social and cultural diversity of workers. |
| Understanding of related regulations and compliance | | |
| | Compliance with occupational health regulations | Be able to contribute to compliance with industrial safety and health regulations by understanding applicable regulations, collecting information on the amendments and applying this information to occupational health practices at the workplace. |
| | Application of amended occupational health regulations | Be able to evaluate applicability of amended regulations to the worksite and advise an employer on how to comply with them. |
| | Application of industrial injury insurance | Be able to give professional advice to an employer on the application of industrial accident compensation insurance or lawsuits related to work injuries or illness. |
| Document structures and plans | | |
| | Policy statement on occupational health | Be able to advise employers on drawing up policy statements on occupational safety and health. |
| | Objectives of occupational health programs | Ba able to develop objectives of occupational health programs in correspondence with actual conditions of the workplace and evaluate program performance. |
| | Plans of occupational health programs | Be able to make a plan for occupational health programs and manage their progress. |
| | Documentation of occupational health procedures | Be able to develop procedures and other related documents on occupational health in correspondence with actual conditions of the workplace. |
| | Records and reports of occupational health activities | Be able to keep occupational health records appropriately and use them to develop activity reports that are as accurate and quantitative as possible. |
| | Information system for occupational health services | Be able to clarify the necessary information for occupational health services and utilize an information system for providing and analyzing services. |
| Occupational health organization and roles of occupational physicians | | |
| | Evaluation of necessary expertise and system | Be able to advise an employer on necessary expertise and appropriate systems for effective occupational health activities. |
| | Organization of occupational health team | Be able to organize an occupational health team by clarifying roles of each occupational health staff and leading the cooperative effort. |
| | Cooperation with occupational health staff | Be able to guide occupational health nurses and health supervisors and cooperate with them effectively. |
| | Quality management of occupational health services | Be able to evaluate and improve the quality of occupational health services with a quality management system. |
| | Budget for occupational health department | Be able to budget for the occupational health department and develop an effective execution plan. |
| | Contribution to health committee | Be able to contribute to effective discussion in a health committee and in other opportunities. |
| Risk assessment | | |
| | Identification of existing health hazards | Be able to identify existing health hazards in the workplace and address them. |
| | Information of existing health hazards | Be able to collect information on existing health hazards in the workplace, and understand and use the information for risk assessment. |
| | Monitoring of exposure to health hazards | Understand exposure monitoring methods for health hazards and be able to assess workers' exposure. |
| | Assessment of health risks | Be able to assess health risks with hazard information and exposure data of workers. |
| Health surveillance, diagnosis and treatment | | |
| | Indicators of health effects for health surveillance | Be able to consider exposure conditions to health hazards and use this information to decide on indicators for health surveillance. |
| | Quality assurance programs of laboratories | Understand quality assurance programs and be able to select a reliable laboratory for health examinations. |
| | Utilization of health surveillance for workplace improvement | Be able to grasp conditions in the workplace with data from health surveillance, and use the data for improvement. |
| | Diagnosis of health effects with health surveillance | Be able to diagnose adverse health effects with health surveillance and other methods. |
| Risk reduction | | |
| | Cause analysis of industrial accidents or occupational diseases | Be able to participate in cause analysis of industrial accidents or occupational diseases and contribute to prevention of recurrence. |
| | Prioritization of risks for reduction plans | Be able to prioritize risks for reduction plans with risk assessment. |
| | Risk reduction methods and plans | Be able to advise an employer on risk reduction methods and plans according to existing risks in the workplace. |
| | Execution of risk reduction plans | Be able to confirm execution of risk reduction plans and evaluate their effectiveness. |

**Appendix.** Abbreviations of competencies in the paper (Continued)

| Category | Abbreviations in the Paper | Descriptions in the Questionnaires |
|---|---|---|
| Risk communication | | |
| | Education programs on risk reduction | Be able to plan and conduct necessary education programs on risk reduction for every layer of employees. |
| | Risk communication to workers | Be able to communicate with workers on existing health risks while considering their anxiety, and to address questions from workers on the basis of scientific evidence. |
| Work load and recovery from fatigue | | |
| | Evaluation of psychological and physical load | Be able to evaluate psychological and physical loads of workers according to their work, shift pattern and so on. |
| | Design of work to have a small load | Be able to advise an employer on work design that makes psychological and physical loads as small as possible. |
| | Design of offices and facilities for employees' welfare | Be able to advise an employer on design of offices and facilities for employees' welfare, such as restaurants and lounges that facilitate recovery of their fatigue. |
| Countermeasures against psychosocial health hazards | | |
| | Mental health programs | Be able to make an appropriate plan for mental health programs, provide counseling to employees and advise an employer on the necessary actions. |
| | Programs to combat health effects due to overwork | Be able to contribute to programs to combat health effects due to overwork by executing face-to-face interviews with employees and advising employers to prevent adverse health effects. |
| Health care and promotion | | |
| | Periodic general health examination | Be able to plan and conduct periodic general health examinations to evaluate health conditions and lifestyles of employees. |
| | Evaluation of health condition of employee group | Be able to evaluate health conditions, lifestyle and other factors among employees as a group. |
| | Health care for elder or female employees | Be able to develop a health care plan for elder or female employees and handle individual cases based on data for their health characteristics. |
| | Health guidance based on health examination | Be able to conduct health guidance based on health examinations. |
| | Education on health promotion for employee group | Be able to make lectures on health promotion to employee groups. |
| Work accommodation | | |
| | Procedures of fitness for duty assessment and work accommodation | Be able to give professional advice to an employer on procedures of fitness for duty assessment and work accommodation. |
| | Professional opinions on fitness for duty and work accommodation | Be able to submit opinions on fitness for duty and work accommodation based on data from health examinations. |
| | Work accommodation at return to work or during pregnancy | Be able to give advice to an employer on necessary work accommodation for returning to work or during pregnancy. |
| | Improvement of work abilities of elder, ill or handicapped employees | Be able to support elder, ill or handicapped employees to improve their work abilities. |
| | Protection of reproductive function of female employees | Be able to advise female employees on protection of reproductive function, especially during pregnancy. |
| First aid and emergency response | | |
| | First aid skills and training for employees | Have first aid skills and be able to train occupational health staff and other employees. |
| | First aid plan and arrangement for equipment | Be able to develop a first aid plan and arrange necessary equipment and other requirements. |
| | Emergency response plan | Be able to give professional advice to an employer on development of an emergency response plan. |
| Environment protection | | |
| | Worksite issues and applicable regulations on environmental protection | Be able to explain issues of worksites, applicable regulations and requirements of a management system for environment protection. |
| | Professional support for environment protection | Be able to give professional support to activities of environmental protection in the workplace. |
| Scientific research | | |
| | Planning and execution of scientific research on occupational health issues | Be able to design scientific research plans on occupational health issues and execute them. |
| | Execution and presentation of research following codes of ethics | Be able to execute scientific research and present the results, following a code of ethics. |
| Audit | | |
| | Occupational safety and health audit and reporting | Be able to participate in an occupational safety and health audit and contribute to the reporting. |
| Collaboration with parties inside or outside of company | | |
| | Communication with employers and unions | Be able to communicate with employers, unions and other stakeholders, with understanding of their positions. |
| | Collaboration with human resources and safety departments | Be able to collaborate effectively with human resource department, safety department and other departments. |
| | Utilization of public resources and contribution to community | Be able to utilize public sectors and local resources effectively and contribute to local society. |

資料３

「リワークスタッフによる職場訪問型支援のガイドライン案」

１．目的

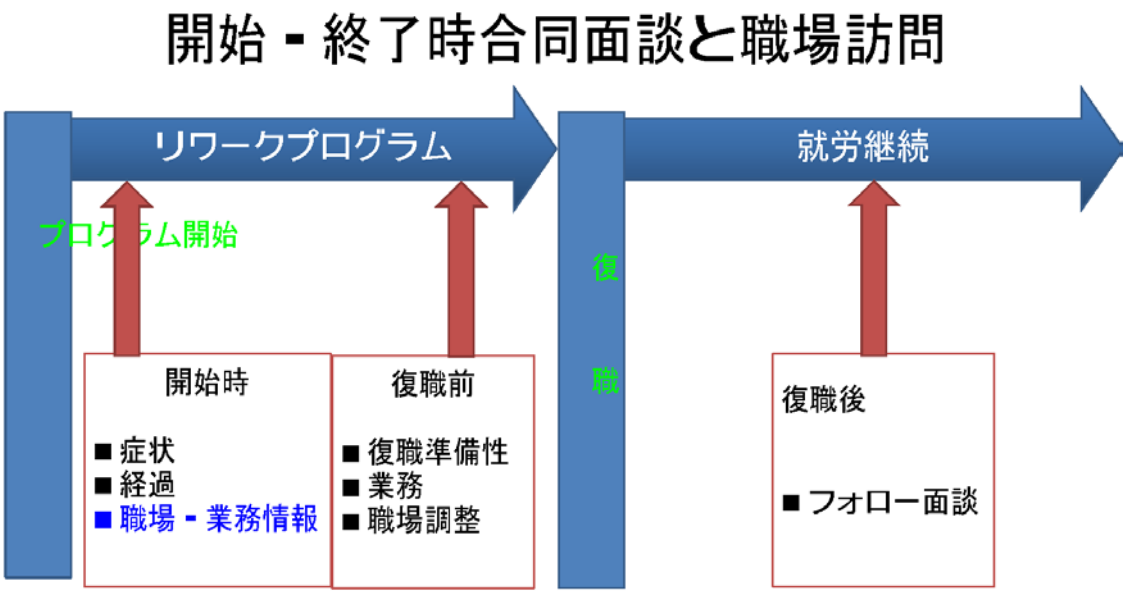
本ガイドラインは、リワークスタッフが、職場との適切な情報の交換、復職後を通じて、復職支援を行なうことを目的としている。

２．対象者

本ガイドライン適用の対象者を以下のように想定している。

- 社員としての身分がある
- 気分障害、適応障害、不安障害等の診断を受けて、該当のリワーククリニックに外来通院をしており、病気休暇または休職中である
- 職場に復帰したいという意欲がある
- ガイドライン案による支援に関して、主治医の了解を得ている
- ガイドライン案による支援に関して、企業の人事または産業保健スタッフの了解を得ている

３．支援のフロー




４．リワークプログラムの構成

リワークプログラムは、以下の目的が達成できる構成が必要である

① 復職準備性の向上
・生活リズムの改善、活動性の向上、
・対人交流の活性化等
・再発予防への対処
② セルフモニタリング
・セルフマネジメント
・ストレス対処のスキル向上
③ 客観的評価
・症状
・職場復帰準備性

５．手順

① インテーク

参加希望者に対してインテーク面談を行い、対象者としての基準を満たしていることを確認する

② 同意の確認

本人および企業に対して、「リワークスタッフによる職場訪問支援プログラム」の説明書を交付し、内容を説明し、質問への回答を行った後、同意書への署名を得る。

③ 症状・経過の確認

主治医および参加者からの情報に基づいて、症状およびこれまでの経過を確認する。
ま

④ 復職基本情報の収集

本人および企業から、復職基本情報を収集する。情報が、本人と企業の間で食い違っているところがあれば、チェックしておく。本人、企業のプライバシーに属する項目については、合同面談で取り上げることに同意しているかどうかを確認する。

⑤ 開始時合同面談

直接の面談、スカイプ会議、電話会議などの手段を用いて、本人、リワークスタッフ、企業担当者の間で、合同面談を持ち、復職基本情報の内容について確認し、リワークプログラムを終えて、復職するときに求められる状態について話し合う。本人、企業のプライバシーに属する項目で、合同面談で取り上げることに同意していない情報については、取り上げない。

⑥ リワークプログラムの遂行

リワークプログラムを遂行する。

⑦　復職時合同面談

職場復帰準備性評価シートを用いて、本人のリワーク状況の情報を職場に伝える。

直接の面談、スカイプ会議、電話会議などの手段を用いて、本人、リワークスタッフ、企業担当者の間で、合同面談を持ち、参加者の職場復帰準備性について確認する。復職時、期間を限定した軽減勤務が望まれる場合は、軽減勤務の裁量が可能か、可能な場合の期間、軽減勤務から通常勤務移行するプロセスについて話し合う。本人が配置転換を希望する場合は、配置転換が可能か、可能な場合は新しい職場での作業をやった経験があるか、新しい職場に慣れる際の対人関係ストレスに耐えられるかなどについて検討する。

⑧　復職後フォロー面談

復職後３ヶ月をめどに、フォロー面談を行う。面談は、職場訪問して行うことが望ましいが、職場訪問が難しい場合は、スカイプ面談、電話会議などで代用してもよい。面談に先立って、本人に「体調シート」、上司に「業務状況シート」に記入を依頼して、本人の体調と業務状況を把握する。合同面談の際には、シートの情報に基づいて、本人の体調と業務状況を確認し、「リワークスタッフによる復職後のフォロー面談の手引き」に従って面談を行う。

付録1　管理監督者向け復職対応マネジメントスキル研修PPT




## はじめに

- この研修は、平成28年度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) 分担研究：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）の開発により実施されています。
- 皆様にアンケートに回答いただき、その結果を参考に研修内容の改善を行います。
- アンケートにご参加いただけるかどうかは、皆様の自由意思でお決めいただければ結構ですが、できればご協力をいただけるとありがたく思います。
- どうぞよろしくお願いいたします。

## メンタルヘルス不調からの復職におけるマネジメントの重要性

- どの企業でもメンタルヘルス不調になる方がいます。病気を抱えた方への職場での支援（両立支援といいます）の機会が増えています。
- 病気を抱えた方を職場に受け入れることで
  - 病気を抱えた方も人的資源として活かす（多様性として受け入れる）
  - 職場全体の志気やパフォーマンスを低下させない
- これらが管理監督者の重要なマネジメントスキルの一部となっています。

## メンタルヘルス不調の従業員の復職対応は上司のマネジメント能力の拡張版

| 日常運営* | 復職対応 |
|---|---|
| • 基本的態度 | • 基本的態度 |
| • 人と組織の管理 | • 人と組織の管理 |
| • 業務の管理 | • 業務の管理 |
| • 法対応・リスクマネジメント | • 法対応・リスクマネジメント |

* 東京商工会議所「ビジネスマネジャー検定」コアコンピテンシーから

## 復職対応って・・？？皆さんの心の声

1．メンタルヘルス不調ってどんな病気？なぜ現場が対応しなければいけないのか？

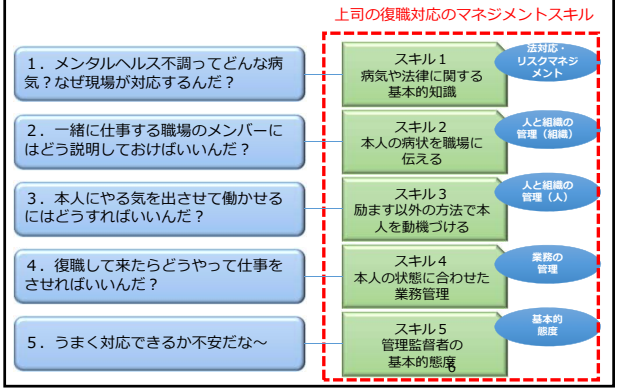
2．一緒に仕事する職場のメンバーにはどう説明しておけばいいんだ？

3．本人にやる気を出させて働かせるにはどうすればいいんだ？

4．復職して来たらどうやって仕事をさせればいいんだ？

5．うまく対応できるか不安だな～

## 今日はこれを学びます



## 復職対応のマネジメントスキル

| | |
|---|---|
| 1　基本的知識 | □心の病気について知っている<br>□復職に関連した法律やルールを知っている |
| 2　組織の管理 | □本人の状態を職場に伝えることができる<br>□周囲のサポートを引き出すことができる |
| 3　人の管理 | □励ます以外の方法で、本人を動機づけることができる |
| 4　業務の管理 | □本人の調子を聞き出すことができる<br>□本人の状態に合わせて業務指示を行うことができる |
| 5　基本的態度 | □復職における管理監督者の基本的態度を理解している |

## 今日の研修の目的

**メンタルヘルス不調の部下の復職対応を例として、管理監督者としてのマネジメント能力の向上をねらいとします。**

**部下の復職対応において５つのスキルを身につけます。**

1　基本的知識
2　組織の管理
3　人の管理
4　業務の管理
5　基本的態度

## 基本編

まずは復職対応の基本知識を学びます。

| | |
|---|---|
| 1　基本的知識 | □心の病気について知っている<br>□復職に関連した法律やルールを知っている |

## スキル１　病気と法律に関する基礎知識

- メンタルヘルス不調（心の病気）には
  いろいろなものがありますが、個人差が多く、
  その人その人でさまざまな状態を示します。
- 管理監督者として病気の名前や種類を細かく
  覚える必要はありませんが、いくつかのパターン
  を知っておきましょう。
- また法律やルールで、管理監督者が
  「やるべきこと」と「してはいけないこと」が
  決まっていますので知っておきましょう。

## Ａさんの事例

- あなたの部下のＡさん（30代男性、営業事務職）は、
  まじめで、成績優秀だったが、今回以前に経験のない業務を担当することとなった。Ａさんは努力したが、思うように
  仕事が進まない状態が続いた。
- Ａさんは次第に寝つきが悪くなり、疲れが取れず、朝会社に行くのがつらくなり、遅刻を繰り返すようになった。
  また集中力がなくなり、単純なミスをするようになった。
- あなたはＡさんの様子がおかしいのに気づき、
  健康管理センターに相談した上で、Ａさんに精神科を受診するよう勧めた。受診したＡさんの主治医からは「うつ状態」の診断書が出され、Ａさんは休業することとなった。
- 休業して３か月ほどたつころには、不調感もほぼなくなり、
  Ａさんは午前中散歩に出かけることもできるようになった。
  主治医から復職可能の診断書が出され、人事部、健康管理センターと相談の上、Ａさんは職場にもどってくることになった。

## よくみられる「うつ病」について

**病気の特徴**

- 症状としては不眠、不安、集中力低下など
- 行動としては繰り返す遅刻・休み、仕事のミスの増加
- 業務の軽減、服薬、休養が回復に有効

**復職対応のポイント**

- 回復はゆっくり進むので、回復を急がせない。
- 波のある回復の仕方が一般的。
- 本人が仕事が思うようにできないことに不安になったり、無理して元のように働こうとする傾向がある。こうした傾向を把握し、本人と仕事のやり方について話し合う。
- 配置転換は慎重に。人事部、健康管理センターとも
  相談する。

## 同じような「うつ状態」でも

行動面で問題のある「うつ状態」もある

- 「上司の育成方法に問題がある」と言ってくるなど、自己愛や他罰的傾向があり、どこからが病気で、どこからが性格なのかわかりにくいタイプ（非定型・新型・ディスチミア親和型などと呼ばれる「うつ」）

この他にも行動面で問題がおきやすい病気がある

双極性障害　不安障害　アルコール依存症
統合失調症　発達障害　てんかん

⇒それぞれに対応のコツがあり、健康管理センターや主治医との連携が大切

## メンタルヘルス不調からの復職に対する管理監督者の基本的対応

- 定期的な連絡や面談
  - 週１回程度は電話、メールでもいいので本人の状態を把握する
  - できるだけ月１回は本人と面談する
  - 不調のサイン(症状悪化、業務効率の低下など)、仕事の進捗状況、通院・服薬の状況をたずねる
- 健康管理センターや主治医と連携する
  - 定期的に健康管理センターに本人の様子を報告する。
  - 必要あれば、健康管理センター・人事部スタッフに相談する。
  - 健康管理センターを通じて、主治医に本人の状態を伝えたり、主治医から意見や情報をもらう。

## 復職に関係する法律（１）

法律等により、管理監督者が**「やるべきこと」**と**「やってはいけないこと」**が決まっていることを知っておきましょう。

| 根拠となる法律等 | やるべきこと |
|---|---|
| 労働者の心の健康の保持増進のための指針 | • 管理監督者が部下の相談対応を行う<br>• メンタルヘルス不調の部下が復職するときは、管理監督者が健康管理室や人事と連携して支援する |
| 労働契約法第5条など | • 部下が心身両面で安全に仕事ができる職場環境を整えること |
| 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 | • 診断書（病気休業診断書）が提出されたことを人事労務管理スタッフ等に連絡すること<br>• 職場復帰支援プランの作成に参加すること<br>• 職場復帰支援プランに従い就業上の配慮を行うこと<br>• フォローアップ（観察と支援）を行うこと |
| 個人情報保護法 | • 本人から情報を取得し、他に伝える場合には本人の了解を原則としてとること |

## 復職に関係する法律（２）

管理監督者が**「やってはいけないこと」**は、
①過度な業務負担をかけること、②不調を見逃すこと、
③ハラスメントを行うことです！

| 根拠となる法律等 | やってはいけないこと |
|---|---|
| 労働基準法第36条 | • 36協定の限度時間を超え時間外労働時間や休日労働をさせること |
| 民法第415条<br>民法第709条<br>民法第715条 | • 安全配慮義務を怠ること<br>【予見義務】社員が心身の健康を害することを予測できたのに手段を講じない<br>【結果回避義務】社員が心身の健康を害することを回避する手段があったのに手段を講じない |
| 心理的負荷による精神障害の認定基準 | • 過重な業務負荷に加えて、長時間労働や上司の支援不足があれば精神障害等の労働災害に認定される可能性がある<br>• 悪質なハラスメントがあれば労働災害に認定される |

## 実践編

ここからは実践編になります。皆さんと一緒に体験しながら学んでゆきましょう。

| | |
|---|---|
| スキル２<br>組織の管理 | □本人の状態を職場に伝えることができる<br>□周囲のサポートを引き出すことができる |
| スキル３<br>人の管理 | □励ます以外の方法で、本人を動機づけることができる |
| スキル４<br>業務の管理 | □本人の調子を聞き出すことができる<br>□本人の状態に合わせて業務指示を行うことができる |

## スキル２　本人の病状を職場に伝える

- 職場復帰第１日目に困ること
  「本人の病状を職場にどう伝えればいいだろうか？」
- 本人のプライバシーにも配慮しなくてはいけない。
- 一方で、職場の皆が知っておいた方がサポートしてもらいやすい。
- いったいどうしたらいいだろう？

## 本人の病状を職場に伝える５つのポイント

1. 本人と相談する
2. 誰に伝えるか決める
3. 何を伝えるか決める
4. なぜ伝えるか（伝えることのメリット）をはっきりする
5. 本人の了解をとる

## 「誰に」・「何を」・「なぜ」の具体例

| 誰に | 何を | なぜ伝えるか（メリット） |
|---|---|---|
| 仕事の相方のＢさんに | 精神的な病気で休んでいたこと※ | 不調の時に気づいてもらえる |
| 所属グループのメンバ５人に | どんな理由で不調になったか | 不調の時に仕事を配慮してもらえる |
| 職場の全員20人に | 調子に波があるので理解しておいて欲しいこと | 状態を分かっていてもらえると本人が安心する |
| | 通院のため週１日早退すること | 職場のメンバとして当然の情報共有である |

※病名を職場のメンバーに伝える必要はない。

## Ａさんの事例（復職前日）

（Ａさん：30代男性、営業事務職

「うつ状態」の診断書で休業していたが職場に復職することになった。）

- 復職前に上司であるあなたが本人に会ったところ、本人は「実は複数の先輩から指示があり断りきれず仕事を抱え込んで体調を崩した」とのこと。しかし職場の先輩スタッフは業務量には配慮しており、無理強いというほどの指示はしていないという。本人が思い込みで仕事を進める傾向があるようである。
- 本人は仕事がストレスに感じられると土日に自宅でネットゲームなどをしてしまい、月曜の朝に起きられなくなることもあったと言う。
- 産業医からの連絡で、今回の休業中に一時自分で通院を中断して調子を崩していたので、復職にあたっては２週間に１回の木曜に必ず通院することを指示しているとのこと。

## Ａさんの病状を職場に伝えるにあたって「誰に,何を,どうして」リストを作ってみましょう

| 誰に | 何を | どうして | 本人のOK |
|---|---|---|---|
| 仕事の相方（先輩）のＢさんに | | | |
| 所属グループのメンバ５人に | | | |
| 職場の全員20人に | | | |

## Ａさんの病状を職場に伝えるにあたって「誰に,何を,どうして」リストを作ってみましょう

| 誰に | 何を | どうして | 本人のOK |
|---|---|---|---|
| 仕事の相方（先輩）のＢさんに | 仕事を抱え込んで休みやすいこと | 再度不調になることを防ぐため | ○ |
| 所属グループのメンバ５人に | ２週間に１回通院のため休むこと | スケジュール共有のため | ○ |
| 職場の全員20人に | 本人から朝礼で説明してもらう | 職場の一員として当然だから | ○（不安そうだが産業医から助言もらってできそうとのこと） |

## 「本人の状態を職場に伝える方法検討シート」（別冊３ページ）

- 復職した部下の状態について周囲の同僚等に理解してもらうため、誰に、どのような内容を、どういうメリットがあるから伝えるかについて整理するために使います。
- 周囲に伝えることと、伝えないことのメリットとデメリットを想定したうえで、実際に伝える内容や相手を決定する助けになります。
- 参考にしてください。

## 周囲の負担感を減らすための説明

- 部署全体へ
  - 「普通に接してほしい」など、接し方についての説明を行う
- 所属グループメンバーへ
  - 周囲に負担がかかっていないか定期的にたずねる
  - 不公平感等ある場合には、経過観察期間中のみの措置であることや、復職時には誰もが使える制度であることを説明
- 仕事の相方へ
  - 本人をサポートしてやってほしい
  - 相方本人に対しては上司がサポートするつもりであること
  - 対応してくれていることへのお礼の言葉

## スキル３　励まし以外の動機づけ

- 驚きの事実！上司の「励まし」は部下の再発の最大要因
  - アンケート調査では、部下の復職対応をした管理監督者の10人に１人が「励ましたら部下が再発した」と回答。
  - 復職を経験した従業員の16人に１人が「上司の励ましがきっかけで再発した」と回答。
- しかし、部下を仕事に動機づけるのは上司の大事な職務である
- いったいどうすればいいのだろう？

## Ａさんの事例（復職当日）

（Ａさん：30代男性、営業事務職）

- あなたの部下のＡさんは、３ヶ月の休業の後、今日しばらくぶりに職場に出勤してきた。
- Ａさんはもともとは優秀で、将来を期待されていた。あなたは、Ａさんに以前のように活躍して欲しいと思い、「おかえり！また以前のように活躍してくれよ。期待しているぞ」と激励したところ、翌日から休みはじめてしまった。
- Ａくんはどうして休んでしまったのだろう。
- 上司としてあなたはどうすればよかったのだろう。

## 復職してきた部下の気持ちの例




## やる気のでる言葉

- 復職してきた部下は、どんな言葉をかけてもらえるとやる気がでるでしょう。
  あなたの考えを書いてみてください。




別冊５ページにワークシートがあります。

## 励まし以外の動機づけスキル

| スキル | 使用例 | 動機づけポイント |
|---|---|---|
| 「まずは」スキル | 「まずは最初の１ヶ月、ちゃんと出勤できることを目指そう」 | 長期の心配をするよりも、当面の目標に焦点をあてる |
| 「ひとつずつ」スキル | 「今はあなたにできることを一つずつやっていこう」 | 仕事の目標を本人にとって達成可能と思える範囲内にする |
| 「わかるよ」スキル | 「焦る気持ちはわかるよ」 | 本人を認める（仕事の過程や本人の考えを認める） |
| 「一緒に」スキル | 「一緒にやっていこう」 | 自分との関係性を高める |

## 励まし以外の動機づけスキル：まとめ

- 復職した部下は、上司から好意で励まされても気持ちがついていかないことがあります。こういう時の動機づけには２つの理論が使えます。

1．**スモールステップ法**：大きな目標を小さなステップに分解し、当面の目標を到達できそうなものに設定することでやる気を促します。（「まずは」スキル、「ひとつずつ」スキル）

2．**共感と承認法**：休業を体験した部下にとっては、安心して働ける、この上司のもとならやっていけそうと感じられるだけで、仕事の動機づけになります。（「わかるよ」スキル、「一緒に」スキル）

## スキル４<br>本人の状態に合わせて業務指示を行う

- 復職対応の業務管理のポイントは
  1．定期的な連絡（週１回程度）を行う
  （できれば面談が好ましいですが、
  困難な場合には電話などでの連絡も可です。）
  2．本人の調子を把握する※
  3．調子に合わせて業務指示を行う

※別冊６ページに、復職後の定期的な連絡時に管理監督者が確認するポイントをまとめています。

## 復職対応の業務管理の難しい点

- 病状が変動し（週単位、日単位）予想が難しい。部下とのコミュニケーションにより状態を把握して業務指示を出すことが必要。
- 本人が自分の状態をはっきり話さないことが多い。（気後れしたり、不調のために話せない）
- 上司に本人の調子が伝わりにくいために、業務管理が適切にできず再休業になることも。

## Ａさんの事例（復職１ヶ月）

（Ａさん：30代男性、営業事務職）

- Ａさんは職場復職後に数日休んでしまったが、元気になり出勤してくるようになった。
- Ａさんとは週１回15分の電話連絡を行って、業務の進捗状況、体調についてたずねている。しかしＡさんは黙っているか、曖昧な発言しかしないので、状態が十分つかめたかどうか不安が残る。
- Ａさんの仕事の相方からは、時々職場でＡさんがぼんやりしているという話も聞いている。

## 「部下と上司のコミュニケーションシート」（別冊７ページ）を使ってみる

- メンタルヘルス不調による休業から復職した部下が、体調や仕事上の問題を上司に話しやすくするためのツールです。
- 復職後、ありがちだが、部下が話しにくい話題をリストアップしたものです。
- これを使って部下との面談を行うことで
  －部下からの情報収集を適切に行うことができる
  －事前に話題がわかるので相談にかかる時間を予想できる
  －項目別に対応マニュアル（別冊8～10ページ）があるので、これを参考に対応がとれる

## ２人組でロールプレイ(５分×２)

- 「部下と上司のコミュニケーションシート」を使って、部下との面談の演習をしてみましょう。
- 隣の人とペアになって、上司と部下の面談のロールプレイを５分間やってみましょう。
- 上司役と部下役を入れ替えてやってみましょう。終わったら、それぞれの上司役のよかった点、部下だったら気になったかもしれない点について話し合いましょう。

## ロールプレイの手順

- 部下役になった人は「シート」から１つ項目を選び、これについて上司役に相談します。
- 上司役は、以下のことをしていただきます。
  1. その項目に関する話をさらに具体的に聞き出します。
  2. 上司として対応を考えます。
  3. 部下に対応を提案します。
  4. 部下の合意をとりつけます。

## ワンポイント：ロールプレイの中でこれまでに学んだスキルを１つ使ってみましょう

1. 「まずは」スキル
   －「まずは最初の１ヶ月、ちゃんと出勤できることを目指そう」
2. 「ひとつずつ」スキル
   －「今はあなたにできることを１つずつやっていこう」
3. 「わかるよ」スキル
   －「焦る気持ちはわかるよ」
4. 「一緒に」スキル
   －「自分と一緒に考えたり、やっていこう」

## 実力アップ：ロールプレイが終わったらこんな点にも気をつけてみてみよう

- 上司役は、表情や態度でも自分の感情をコントロールすることができていたでしょうか？
  －「面倒くさいことを言ってきたな！」という顔をしない。面倒くさいことを言われたら、反応する前に30秒待ってみよう。
- 上司役は、ネガティブな印象を持つ言葉を使っていなかったでしょうか？
  －同じ内容も言い方で印象が違う。「いじめ」ととられないように注意する。言いたいことを、できるだけポジティブな言い方で表現できるとよい。

## これで実践編は終わりです

- ここまでで実践編の３つのスキルを学びました。

| | |
|---|---|
| スキル２<br>組織の管理 | □本人の状態を職場に伝えることができる<br>□周囲のサポートを引き出すことができる |
| スキル３<br>人の管理 | □励ます以外の方法で、本人を動機づけることができる |
| スキル４<br>業務の管理 | □本人の調子を聞き出すことができる<br>□本人の状態に合わせて業務指示を行うことができる |

これらのスキルをうまく使うためには、
最後のスキルが重要になってきます。

## スキル５　管理監督者の基本的態度

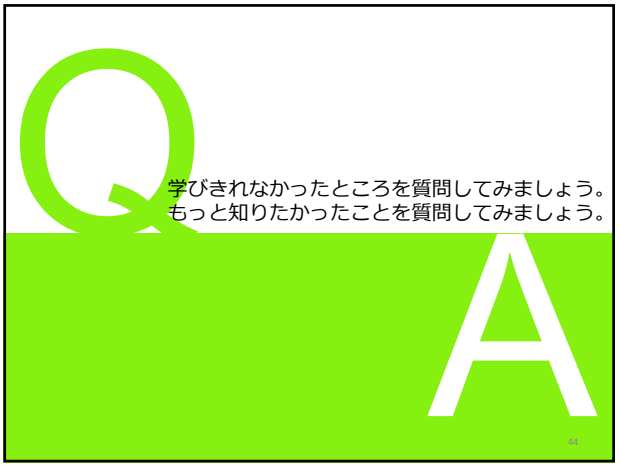
- これまで学んだ上司の復職対応マネジメントスキルをうまく使うには、復職する部下を受け入れるにあたって上司自身の気持ちの整理ができていることが必要です。
- 上司の気持ちの整理ができていないと、復職してきた本人にイライラしたり、やっかいもの扱いして遠ざけてしまうことになりがちです。
- 上司の気持ちの整理は、上司にとってのストレスマネジメントにもなります。

## グループワーク
### 復職対応にあたる上司の気持ちを考える（５分）

- 今から５分間、復職対応にあたる上司の気持ちを各グループ内で、できるだけ多く出してみましょう。
- お互い共感できる部分などがあれば、ぜひ共有してみましょう。

## 今日の研修のまとめ：今日学んだ復職対応のマネジメントスキル

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 基本的知識 | □心の病気について知っている<br>□復職に関連した法律やルールを知っている |
| 2 | 組織の管理 | □本人の状態を職場に伝えることができる<br>□周囲のサポートを引き出すことができる |
| 3 | 人の管理 | □励ます以外の方法で、本人を動機づけることができる |
| 4 | 業務の管理 | □本人の調子を聞き出すことができる<br>□本人の状態に合わせて業務指示を行うことができる |
| 5 | 基本的態度 | □復職における管理監督者の基本的態度を理解している |



# 付録２　管理監督者のための復職対応マネジメントスキル研修・別冊

## 今日学ぶ５つのマネジメントスキル

それぞれについて何を学んだか書いてみましょう

| 領域とスキル | 学んだこと |
|---|---|
| 基本的知識 | |
| スキル１．病気に関する基本知識 | |
| スキル１．ルールと法律の基礎知識 | |
| 実践編 | |
| スキル２．本人の病状を職場に伝える | |
| スキル３．部下を励ます以外の方法で動機づける | |
| スキル４．本人の状態に合わせた業務管理を行う | |
| 基本的態度 | |
| スキル５．管理監督者としての基本的態度を理解している | |

## スキル１　ルールと法律に関する基本的知識

管理監督者として「やるべきこと」と「やってはいけないこと」があります。

| 根拠となる法律法 | やるべきこと |
|---|---|
| 労働者の心の健康の保持増進のための指針 | ・管理監督者の役割として相談対応を行うこと<br>・メンタルヘルス不調の従業員が復職するときは、管理監督者が健康相談室や勤労と連携して支援すること |
| 労働契約法第 5 条；労働安全衛生法第 3 条第 1 項；労働安全衛生法第 20 条；労働安全衛生法第 22 条 | 部下が心身両面で安全に仕事ができる職場環境を整えること |
| 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 | 診断書（病気休業診断書）が提出されたことを勤労スタッフ等に連絡すること<br>職場復帰支援プランの作成に参加すること<br>職場復帰支援プランに従い就業上の配慮を行うこと<br>フォローアップ（観察と支援）を行うこと |
| 個人情報保護法 | 本人の情報を取得し、他に伝える場合には本人の了解を原則としてとること |

| 根拠となる法律法 | やってはいけないこと |
|---|---|
| 労働基準法第 36 条 | ・36 協定の限度時間を超え時間外労働時間や休日労働をさせること |
| 民法第 415 条<br>民法第 709 条<br>民法第 715 条 | ・安全配慮義務を怠ること<br>【予見義務】社員が心身の健康を害することを予測できたのに手段を講じない<br>【結果回避義務】社員が心身の健康を害することを回避する手段があったのに手段を講じない |
| 心理的負荷による精神障害の認定基準 | ・業務の心理的負荷に加えて、長時間労働や上司の支援不足があれば精神障害等の労働災害に認定される可能性があること<br>・悪質なハラスメントがあれば労働災害に認定される |

## スキル２　　本人の状態を職場に伝える方法検討シート

復職した部下の状態について周囲の同僚等に理解してもらうため、誰に、どのような内容を、どういうメリットがあるから伝えるかについて整理するために使います。

| | |
|---|---|
| 誰に | 誰に伝えるか　□ 同僚　□ 上司　□ 部下 □ 先輩　□ 後輩　□ その他（　　）<br>誰から伝えるか　□ 本人　□ 上司　□ その他（　　）<br>どういう方法で伝えるか　□ 一斉に伝える　□ 個別に伝える　□ その他（　　） |

↓

| | |
|---|---|
| 何を | ①休みを取得した理由、通院状況等について伝えるか<br>□ 病気のため休んでいたことを伝える　□ 精神的に調子を崩して休んでいたことを伝える<br>□ 通院していることを伝える　□ 服薬していることを伝える<br>②復職にあたっての勤務制限について伝えるか<br>□ 勤務時間や仕事内容に制限があることを伝える<br>※　伝える場合、何を伝えるか<br>□ 時間外勤務禁止　□ 交替勤務禁止　□ 休日勤務禁止<br>□ 就業時間短縮（勤務時間：　時　分 ～　時　分）<br>□ 出張禁止　□ その他（　　）<br>③今後体調が悪化する可能性について伝えるか<br>□ 今後体調が悪くなる可能性があることを伝える<br>※ 体調が悪くなったときに予想される状態<br>□ 遅刻や休みが多くなる　□ 仕事のスピードが遅くなる<br>□ 仕事のミスが増える　□ その他（　　）<br>□ 本人の体調が悪そうなときの関わり方を伝える<br>※ 伝える場合、具体的にしてほしい関わり方<br>□ 本人に声をかけてほしい　□ 上司に教えてほしい<br>□ その他（　　）<br>④定期的に休む予定等について伝えるか<br>□ 通院のため休むときがあること伝える<br>□ 健康相談室での面談のため席をはずすことがあることを伝える |

↓

周囲に伝えること、伝えないことのメリットとデメリットを書き出して比較してみます。

| | メリット | デメリット |
|---|---|---|
| 周囲に伝える | | |
| 周囲に伝えない | | |

スキル２　本人の病状を職場に伝える

Ａさんの病状を職場に伝えるにあたって「誰に、何を、どうして」リストを作ってみましょう

| 誰に | 何を | どうして伝える | 本人の OK |
|---|---|---|---|
| 仕事の相方（先輩）のＢさんに | | | |
| 所属グループのメンバー５人に | | | |
| 職場の全員 20 人に | | | |
| その他の人（あれば） | | | |

## スキル３　励ます以外の動機づけ

復職してきた部下は、どんな言葉をかけてもらえると「やる気」がでるでしょう。あなたの考えを書いてみてください。

…　と言ってもらえるとやる気がでる。



スキル４（その１）復職後の定期的な連絡時に管理監督者が確認するポイント

| 区分 | 確認することの内容 |
|---|---|
| １　病状の回復や悪化 | ● 主な症状はよくなってきているか<br>● 仕事による疲労感（疲れた感じが翌日まで続くか）<br>● 再発のサインはないか<br>● 生活パターン（睡眠、食事、起床）に変化はないか |
| ２　仕事の進捗状況 | ● 仕事の量（勤務時間など）<br>● 仕事の内容<br>● 同僚との関係はどうか<br>● 仕事上で変わったことはないか<br>● 職場の雰囲気はどうか<br>● 仕事内容の変更予定があるか |
| ３　職場復帰支援プランの実施状況 | ● 残業禁止、出張禁止措置があるなら守られているか<br>● 健康相談室との定期的な連絡を行っているか<br>● 職場復帰支援プランに変更はないか |
| ４　仕事外の生活状況 | ● 生活・家庭の変化や出来事はないか<br>● 生活上で何か困っていることはないか（借金、介護など） |
| ５　治療状況の確認 | ● 通院はきちんとしているか<br>● 服薬はきちんとしているか |

## スキル４（その２）部下と上司のコミュニケーションシート（復職後面談用）

このシートの目的：

○ 復職後に上司と部下が定期的に面談や電話などで報告と相談を行う時に、体調の悪さや仕事上の問題について部下から話題にするのは、難しいものです。気後れして話しそびれてしまうことで、上司が部下の体調を把握できず、業務の指示が適切にできないこともおきます。このシートは、復職後の面談でよくありがちな部下から上司への相談内容をリストアップしたものです。部下が上司に自分の体調と業務の状況をより正確に伝えることができるようにするものです。

使い方：

○ 部下は、上司との面談の前に、相談したい項目にチェックしておきます。

○ 面談ではシートを上司に見せたり、話したい項目の番号をあげながら、相談や報告を行います。

○ 上司は、その項目について、さらに具体的に話を聞きます。

１．現在の体調に関すること

1) □ 現在の体調の、勤怠への影響について

2) □ 現在の体調の、業務への影響について

3) □ 現在の体調の、業務上のコミュニケーションへの影響について

4) □ 休業のために、仕事に対してブランクがあることについて

5) □ その他、体調の業務への影響について

２．業務に関すること

6) □ 仕事の量や内容について

7) □ 仕事で困ったときの対応について

8) □ 仕事の負担感について

9) □ 今の仕事のやりがいについて

10) □ 今の仕事の適正（自分に合っているか）について

11) □ 今の仕事への焦りや不安などについて

12) □ 同僚との関係で気になることについて

13) □ 今後の仕事への焦りや不安などについて

３．業務以外に関すること

14) □ 通院・服薬に関すること

15) □ 上司との連絡・相談の方法について

16) □ 職場環境について

17) □ プライベートなことについて

４．その他のことについて

18) □ その他、相談しておきたいこと（具体的に：　　）

# 部下と上司のコミュニケーションシート（復職後面談用）

## 上司向け対応マニュアル

このマニュアルの目的：

○ 復職後に上司と部下が定期的あるいは臨時に面談を行う時に、部下から体調の悪さや仕事の問題について話題にされた場合の上司の対応の参考を示したものです。相談項目は、部下と上司のコミュニケーションシートと対応しています。

使い方：

○ 部下から以下のような話題がでたら、「上司の対応ポイント」と「対応の例」を参考に対応します。

○ 一人一人の状況は異なります。部下の状況について把握し、現実に合わせて対応します。

○ 対応においてはポジティブな言葉を選ぶようにします。対応については必ず本人に提案し、本人の同意を得て対応を行うことがポイントです。

| 部下からの相談項目 | 対応の例 | 上司の対応ポイント |
|---|---|---|
| １．現在の体調に関すること | | |
| 1)　現在の体調の、勤怠への影響について | ● 本人の話をさらに聞く<br>● 業務の軽減を考える<br>● 健康相談室・主治医に連絡する | 最近の勤怠状況を確認しましょう。体調のためにこれから休んだり、遅刻してしまいそうだという場合もあるかもしれません。不調の理由をたずね、対応をしっかり考える必要があります。病状が悪化している場合があるので、健康相談室・主治医に相談します。 |
| 2)　現在の体調の、業務への影響について | ● 本人の話をさらに聞く<br>● 業務を支援する<br>● 余裕のある業務スケジュールを提案する | 体調のどんな面が（集中力、判断力など）問題になっているか確認しましょう。締め切りが厳しいようなら「ゆっくりでいいから」と声をかけたり、あるいは余裕をもった締め切りを提案します(「〇〇までに仕上げるのでどうかな」等) |
| 3)　現在の体調の、業務上のコミュニケーションへの影響について | ● 本人の話をさらに聞く<br>● 特定の業務の軽減を考える<br>● 産業保健スタッフ・主治医に相談する | 業務のどの部分を負担に感じているか具体的に確認します。業務から負担に感じる部分を除外し、他の人にやってもらうかどうか本人と相談します。健康相談室・主治医の意見を聞くとさらによいです。 |
| 4)　休業のために、仕事に対してブランクがあることについて | ● 本人を安心させる<br>● 業務を支援する体制をつくる | ブランクがある場合にはしかたないこと、ゆっくり慣れてもらえばいいことを説明します。本人の業務を支援する者を指名する、上司にたずねるように伝えるなど、助言をもらえる体制をつくることを考えます。 |
| 5)　その他 | 上記を参考に対応します。 | |

| ２．業務に関すること | | |
|---|---|---|
| 6) 仕事の量や内容について | ● 本人の話をさらに聞く<br>● 業務の軽減を考える<br>● 健康相談室・主治医に報告する | 業務のどの部分にどう負担を感じているか具体的に聞きます。残業禁止などの就労上の配慮の指示を守っているか確認します。病状が悪化している場合があるので、健康相談室・主治医に報告します。 |
| 7) 仕事で困ったときの対応について | ● 本人を安心させる<br>● 業務を支援する体制をつくる | ブランクがあるのはしかたないこと、ゆっくり慣れてもらえばいいことを説明します。本人の業務を支援する者を指名する、上司にたずねるように伝えるなど、助言をもらえる体制をつくることを考えます。 |
| 8) 仕事の負担感について（特に仕事量が少ない、もっと担当を増やしたいと言ってきた場合） | ● 本人に焦る気持ちがあれば、おさえる<br>● 業務を段階的に増やす<br>● 業務量を増やす場合には、健康相談室・主治医に確認する | 仕事量が少なく何もすることのない時間がある場合には段階的に業務を増やします。業務量を増やす場合は慎重にし、一度に増やすのではなく段階的にし、健康相談室・主治医にも確認します。本人が早く元にもどりたいと焦っている場合があることに注意します。焦っているのではないのかと本人にたずねます。焦っている場合には「まだ経過観察期間だから」と伝えます。 |
| 9) 今の仕事のやりがいについて | ● 回復の過程であると本人を安心させる<br>● 健康相談室・主治医に相談する | 本人の病状や焦りのためにこのように感じている場合が多いことに注意します。「まだ経過観察期間だから」と伝えます。業務内容を変更したり業務量を増やす場合は慎重にし、健康相談室・主治医に相談します。 |
| 10) 今の仕事の適正（自分に合っているか）について | ● 本人の話をさらに聞く<br>● 健康相談室・主治医に相談する | 業務のどの部分がどう合わないか具体的に確認します。本人の病状や焦りのためにこのように感じていることもあるので業務変更や配置転換は慎重に行います。その前に健康相談室・主治医に相談します。 |
| 11) 今の仕事への焦りや不安などについて | ● 本人の話しを聞き、本人を安心させる<br>● 短期の具体的な業務目標を設定する | 本人の病状や焦りのためにこのように感じていることがあります。「まだ経過観察期間だから」と焦らないように伝えます。１、２週ごとの具体的な達成目標を作成し達成度を評価することもよいでしょう。 |

| | | |
|---|---|---|
| 12）同僚との関係で気になることについて | ● 本人の話をさらに聞く<br>● 業務上・業務外で同僚との交流を増やすことを考える<br>● 職場レイアウトの変更を提案する | 特定の同僚との関係について、どのような問題があるのか具体的に把握します。同僚との間が疎遠なままである、なじめない場合には、時間をかけて同僚との交流を増やすことを検討します。同僚との人間関係よりも、同僚がたてる音や同僚の行動に本人がいらだっていることもあります。その場合には席替えや、ついたてなどレイアウトの工夫を提案します。 |
| 13）今後の仕事への焦りや不安などについて | ● 本人の話をさらに聞く<br>● 本人に焦らないように伝える<br>● キャリアに関する相談の時間を設ける | 今の仕事はできているが、この先の仕事（また過重な業務になるのでは、また発病した元の業務に戻るのでは）などの不安を感じる場合があります。「まだ経過観察期間だから」と焦らないように伝えます。長期的なキャリアに関する相談をはじめることもよいでしょう。 |
| ３．業務以外に関すること | | |
| 14）通院・服薬に関すること | ● 通院、服薬に関して職場のルールの範囲内で便宜をはかる<br>● 健康相談室・主治医に相談する | 通院のために休む必要があったり、服薬のために調子がよくないと感じたりなどの問題があります。通院、服薬の中止や変更は主治医と相談する必要があります。健康相談室にも相談するとよいでしょう。 |
| 15）上司との連絡・相談の方法について | ● 上司との連絡・相談の方法を具体的にする | 定期的な面談はしていても、何かあった場合や困った場合の上司との連絡・相談の方法についてはっきりさせて安心したいという希望があることがあります。できる範囲で対応を考えてあげましょう。 |
| 16）職場環境について | ● 本人の話をさらに聞く<br>● 上司としての理解を示す<br>● 可能な場合には改善を行う。 | 病状のために復職当初は人から見えにくいレイアウトを好む場合もあります。できる範囲で対応を考えてあげましょう。改善が難しい場合にはそのことを説明します。 |
| 17）プライベートなことについて | ● 本人の話を聞き、安心させる | 家族の問題、生活費の問題、介護の問題など個人生活のさまざまな問題が相談される場合があります。何もできなくても、本人の話を丁寧に聞いてあげることが大事です。 |
| ４．その他のことについて | | |
| 18）その他、相談しておきたいこと | 上記を参考に対応します。 | |

# インストラクションガイド

## 管理監督者のための復職対応

## マネジメントスキル研修

## はじめに

この「インストラクションガイド」（以下ガイド）は、管理監督者のための復職対応マネジメントスキル研修を実施する際の講義ポイントを記述しています。講義は管理監督者が復職対応の際に苦慮するマネジメントスキルを 5 つのスキルとして学べるようになっています。また、職場での実務に役立てるよう複数のグループワークも含み、受講者のスキルが深まるよう構成されています。

## ガイドの構成

研修で使用するものは「研修テキスト（スライド）」と詳細の情報やワークがまとまった「別冊」の 2 点です。研修テキストは以下の 5 つのスキルで構成されています。研修中の質疑応答に備え、最後に Q&A としてよくある質問をまとめました。

スキル 1　病気や法律に関する基本的知識

スキル 2　本人の病状を職場に伝える

スキル 3　励ます以外の方法で本人を動機づける

スキル 4　本人の状態に合わせた業務管理

スキル 5　管理監督者の基本的態度

### 1. 各セクションの「ねらい」および「実施のポイント」

各セクションのねらいに沿ってインストラクションしてください。各企業の状況に合わせ、このガイドにある以外のやり方、ファシリテーションの仕方を使っていただいても構いません。

### 2. 研修準備

研修を実施するにあたって、事前に実施する組織の「職場復帰プログラム」について、社内の産業保健スタッフ（保健師、メンタルヘルス担当者等）から説明しておくことを推奨します。各組織の「職場復帰プログラム」に合わせて、研修内容を調整したり、補足説明を加えたりしてください。

| ▶　導入 | | |
|---|---|---|
| **テキスト** | **ねらいと実施のポイント** | **別冊** |
| P3～7 | **«ねらい»**<br>1）メンタルヘルス不調の従業員の復職対応は、管理監督者のマネジメントスキルの 1 つであること<br>2）これから 5 つのマネジメントスキルについて学ぶこと<br>**«実施のポイント»**<br>・P5 に入る前に、復職対応でどんなことに困ったか、どんな点を難しいと感じるかなど、各グループで 5 分グループディスカッションをすると良い。<br>・グループディスカッションで出た内容がこの研修の中で取り上げていく内容であれば、それを明確にしていくことを伝えると講義の動機づけができる。 | - |
| **▶　スキル 1　病気や法律に関する基本的知識** | | |
| **テキスト** | **ねらいと実施のポイント** | **別冊** |
| P8～15 | **«ねらい»**<br>1）メンタルヘルス不調について、良く出会う「うつ状態」タイプに加え、行動面での問題が顕著な事例があること<br>2）管理監督者の復職対応における基本的対応（定期的な連絡や面談、それから健康管理室や主治医と連携すること）があること<br>3）管理監督者が「やるべきこと」と「やってはいけないこと」があること<br>4）「やってはいけないこと」として、①復職した部下に過度な業務負担をかけること、②部下の不調を見逃すこと、③部下にハラスメントを行うことがあること<br>**«実施のポイント»**<br>・行動面で問題が見られる「うつ状態」については、職場で見られる事例を挙げて説明すると理解してもらいやすい。<br>・法律について「やるべきこと」はこの講義の中で触れていくので、「やってはいけないこと」（例：安全配慮義務違反など）に重点をおいて伝えると良い。<br>・まとめとして、別冊 1P に講義で大事だと思った点や新しく知った内容を記入してもらう。その間に質問が出れば対応する。（以下、スキル 2～5 も同様） | P2 |
| **▶　スキル 2　本人の病状を職場に伝える** | | |

| テキスト | ねらいと実施のポイント | 別冊 |
|---|---|---|
| P17～24 | **«ねらい»**<br>1）本人の病状を職場に伝える際には、本人と相談し、「誰に」「何を」「なぜ」伝えるか決めて、本人に伝え方についてＯＫをもらうことが必要なこと<br>2）本人の病状を職場に伝える際の以下のポイントを演習を通じて学ぶこと<br>①「誰に」によって伝える情報が違ってくること<br>②「何を」の内容には客観的で前向きあるいは中立的な内容は含めやすく、本人の印象を悪くしたり、職場の人間関係に緊張を生む可能性があったりするものは避けた方がよいこと<br>③「なぜ」については、本人へのメリットと職場として当然の両方の理由がバランスよく含まれているのがよいこと<br>**«実施のポイント»**<br>・「誰に,何を,どうして」リストが完成したところで、何名かの受講者に発表してもらい、講師からコメントを行うと良い。同意が必要か否かについては様々な意見が出るので、原則すべてに同意が必要であることを解説をする。 | P3<br>P4 |
| **▶　スキル３　励ます以外の方法で本人を動機づける** | | |
| **テキスト** | **ねらいと実施のポイント** | **別冊** |
| P25～30 | **«ねらい»**<br>1）上司の「励まし」は部下の再発の最大要因であるので、励まさない動機づけの方法を管理監督者が身につける必要のあること<br>2）復職してきた部下は「心配、不安」「申し訳ない」な気持ちでいることを前提として、復職してきた部下にどんな言葉をかけてもらえるとやる気がでるか考えること<br>3）職場復帰した部下への励まさない動機づけのポイントは４つあること<br>①「まずは」スキル<br>②「ひとつずつ」スキル<br>③「わかるよ」スキル<br>④「一緒に」スキル<br>**«実施のポイント»**<br>・P28 の「やる気のでる言葉」を書くワークは、個人ワークでもグループディスカッションでも良い。 | P5 |

| | | |
|---|---|---|
| | ・時間に余裕があれば、隣の受講者とミニロールプレイをするのも良い。その際、講師は各グループを回り、場を盛り上げるようコメントする。 | |
| **▶　スキル４　本人の状態に合わせた業務管理** | | |
| **テキスト** | **ねらいと実施のポイント** | **別冊** |
| P31～38 | **«ねらい»**<br>1）管理監督者による復職対応での業務管理の流れは、定期的な連絡、本人の調子の把握、調子に合わせて業務指示を行うことであること<br>2）病状のせいや本人の気後れのために、復職してきた部下から上司への情報が伝わりにくいこと<br>3）「部下と上司のコミュニケーションシート」の使い方を学ぶこと<br>4）演習を通じて、励まさない動機づけで学んだスキルを含めて、業務管理面談のポイントを学ぶこと<br>**«実施のポイント»**<br>・ロールプレイは、二人一組で上司役と部下役の両方を実践させると良い。<br>・講師は各グループを回り、場を盛り上げるようコメントする。<br>・ロールプレイ後は幾つかのグループから感想を述べてもらい、さらなる実力アップとして、P38 の感情のコントロールの説明を行うと良い。 | P6<br>P7<br>P8-P10 |
| **▶　スキル５　管理監督者の基本的態度** | | |
| **テキスト** | **ねらいと実施のポイント** | **別冊** |
| P39～42 | **«ねらい»**<br>1）上司の復職対応マネジメントスキルを使うには、復職する部下を受け入れるにあたって管理監督者の気持ちの整理ができていることが必要であること<br>2）復職対応にあたる上司のネガティブな気持ちを洗い出して、他の参加者と意見交換しながらこれへのアドバイスを考えると、自分自身のネガティブな気持ちが整理されやすいことを、演習を通じて学ぶこと<br>**«実施のポイント»**<br>・ディスカッションを通じて、復職対応に関して持ちやすい気持ちは他の受講者も持ちやすいということを感じてもらう。<br>・幾つかのグループから感想を述べてもらい、まとめとして上司のセルフマネジメントの重要性についてコメントをするとスムーズに進む。 | - |
| **▶　研修のまとめ** | | |

| テキスト | ねらいと実施のポイント | 別冊 |
| --- | --- | --- |
| P43～44 | **«ねらい»**<br>1） 5 つのマネジメントスキルについて学んだこと<br>2）質疑を通じて不明点やさらに知りたい点を確認すること<br>**«実施のポイント»**<br>・学びきれなかった点やもっと知りたかったことなど、質問をしてもらう | - |

# Q&A　よくある質問

**1．新型のうつの場合、どこまでが病気なのかどう判断すれば良いでしょうか？**

診断書が出ていれば病気として考えつつ、その上で会社として対応できるかどうかを検討すると良いでしょう。その際、本人の訴えを病気の部分とそうでない部分に切り分けて考えていく必要があります。業務や所属部署などは本人の希望だけで決めるものではなく、会社としてどう対応するか判断するものです。上司 1 人で判断するのが難しい場合は、産業保健スタッフなどとチームワークを組んで対応を考えていくことが望ましいでしょう。

**2．休職に入った人について、相方や部署のメンバーにどう伝えるとよいでしょうか？**

原則は「調子を崩して休んでいる」など最小限の情報のみを伝えると良いでしょう。

**3．復職がなかなか進まない人についてはどう対応するのがよいでしょうか？**

復職は、意欲の回復、主治医の判断、産業医の判断など複数の条件が揃わなければできません。本人には、スキル 3 で学んだ「わかるよ」スキルを使い「焦る気持ちはわかるけど、一歩一歩やっていこう」と伝え、本人の準備が整うのを待ちましょう。

**4．病状を職場に伝えることを本人が拒否する場合はどうすれば良いのでしょうか？**

マネジメントする上司の役割として周囲のサポートを引き出すためには、本人の病状を職場に全く伝えないというわけにはいきません。本人と伝える範囲について面談を行い、どこまで伝えてよいかを相談しながら調整することが望ましいでしょう。

**5．復職後の業務量について、本人が「やりますやります」という場合、業務に制限をかけるのが難しいのですが、どうしたらいいでしょうか？**

本人にどのくらいのレベルまで回復しているかを自覚してもらうことが重要です。専門書を読むなど、仕事に関連する仕事をやってもらい、何割ぐらいでできるかを疑似体験してもらうとよいでしょう。その上で「この状態で仕事を再開した時のメリット・デメリット、休んで治療専念した時のメリット・デメリット」といった点について本人と話し合ってみます。業務量を決める際は産業保健スタッフとも相談して、産業医など専門家に判断の一端を持ってもらうのも一つの方法として良いでしょう。

付録４　「管理監督者向け復職対応マネジメントスキル研修」ビデオ教材のシナリオ

«全体像»

・インストラクションガイドを参考にしてもらいながら、ビデオ教材を見てもらうイメージ

・各パートの初めに「スキル〇　-標題-」とインストラクションガイドの「ねらい」を入れる

| ▶導入 | |
|---|---|
| ビデオ時間 | テロップ |
| 8“33-9”34 | ➢　ポイント：グループディスカッション<br>・テキスト P5 に入る前、「復職対応で困ったこと」について 5 分程度ディスカッションをしてもらいます。<br>・復職対応の未経験者には「イメージで構わないので、対応するときに難しそうなこと」を話してくださいと指示します。<br>・講師は各グループを回りながら、「なるほど」「ああそうですよね」と場を盛り上げるように助言をします。全体を回りながら、受講者の復職対応の経験を把握しておきます。 |
| 15“30-16”49 | ➢　ポイント：ディスカッションでの意見を各グループに聞く<br>・受講者の動機づけにつながるので、できれば全グループに発表してもらえると良いでしょう。<br>・ホワイトボードにキーワードを板書するのも良いでしょう。<br>・ディスカッションで出た意見に対し、他グループとの共通点、相違点などを講師がコメントします。 |
| 25“06-28”15 | ➢　ポイント：研修の動機づけ<br>・ディスカッションで出た疑問や不安を、本日の講義でとりあげてゆくことを伝え、受講者の研修の動機づけを高めます。 |
| ▶スキル１　病気や法律に関する基礎知識 | |
| ビデオ時間 | テロップ |
| 38“48-41”25<br><br><br><br>41“25-42”10 | ■ポイント：行動面で問題が見られる「うつ状態」の説明■<br>・「自己愛」や「他罰的傾向」を示す具体的事例を紹介できると、受講者にもイメージが沸きやすくなります。<br>・この他にも行動面で問題がおきやすい病気がありますが、「管理監督者の皆さんが変だと気づいていただくこと」が復職対応マネジメントのポイントであることを伝えます。<br>・健康管理室や主治医などの専門家との連携が大切であることを覚えておくよう伝えます。 |

| ▶スキル２　本人の病状を職場に伝える | |
|---|---|
| ビデオ時間 | テロップ |
| 57“23-58”11 | ➢　ポイント：個人ワーク　「誰に」「何を」「なぜ」リストの作成<br>・個人ワークのやり方を伝えて各自実施してもらいます。<br>・スライドは P19 に戻しておき、講師は参加者の記入状況を見て回ってください。<br>・目安は 5 分程度ですが、時間がかかっているようであれば、最大 10 分まで時間を取っても良いでしょう。 |
| 1‘11“18- 1’13”22 | ➢　ポイント：講師コメント<br>・コメントのポイントは３つです。<br>１）「誰に」によって情報のレベルが区別されているなら評価します。<br>２）「何を」の内容に「仕事の抱え込み」「木曜の通院」が入っていれば評価します。<br>ヒント：例えば、「仕事を抱え込んで体調を崩した」ことについて、体調を崩した経過についての情報ではなく、仕事を抱え込みがちであるという情報だけにすると伝えやすいことを説明します。「実は複数の先輩から指示があり断りきれず…」は職場の対人関係に緊張を生む可能性があるので避けた方がよいとコメントします。<br>３）「なぜ」については、本人へのメリットと職場として当然の両方の理由がバランスよく含まれていればよしとします。「職場として当然」ばかりが理由の場合には、本人にＯＫをとること、またその際に本人のメリットを強調することを助言します。 |
| ▶スキル３　励ます以外の方法で動機づける | |
| ビデオ時間 | テロップ |
| 1‘30“29- 1’30”51 | ➢　ポイント：個人ワーク　やる気のでる言葉<br>・個人ワークのやり方を伝えて各自実施してもらいます。<br>・テーブルを回って、「なるほど」「ああそうですよね」と場をもりあげるようにコメントします。 |
| 1‘32“32- 1’33”35 | ➢　ポイント：講師コメント<br>・個人ワーク終了後、何人か選んで感想を聞きます。<br>・コメントのポイントその１）当面の目標について話すという意見があれば評価します。<br>・昇進や出世など遠い将来のことは復職したての人には難しいかもしれない |

| | |
|---|---|
| | ということを追加で説明します。<br>・ポイントその２）「焦る気持ちはわかるよ」などのように、本人の不安に共感するという意見は評価します。<br>・本人の不安に共感すると、かえって不安が大きくなってしまうのではとの意見があれば、そういったことはないのが人間の心理であることを回答します。<br>・ポイントその３）「一緒にやっていこう」 など、管理監督者との関係性を確認し強化するという意見は評価します。<br>・「自分のペースでやりたいだろうから、放っておく」などの意見には、「しばらくぶりで職場にきて、放っておかれたら孤独で不安ですよね。この職場に戻ってきてよかったのかな、という気持ちになりますよね」と相手の理解、共感を引き出しながら、コメントします。 |
| ▶スキル４　本人の状態に合わせた業務管理 | |
| ビデオ時間 | テロップ |
| 5“15-６”28 | ➢　ポイント：部下と上司のコミュニケーションシート」の説明<br>・メンタルヘルス不調による休業から復職した部下が、体調や仕事上の問題を上司に話しやすくするために専門家によって作成されたツールであることを説明します。<br>・項目別に対応マニュアルが作成されているので、これを参考にどう対応するかを考えることができるようになっていることを伝えます。この対応マニュアルから１，２つ項目を選んで説明します。 |
| 9“25-10”50 | ➢　ポイント：ロールプレイの説明<br>・テキストを参考にしながら、ロールプレイの説明を行います。<br>・ワンポイントとして、スキル３の「励まし以外の動機づけ」で学んだスキルを入れてもらうことを伝えます。<br>・講師は、ロールプレイ中テーブルを回って、「いいですね」「うまく伝えられていますね」と場をもりあげるようにコメントします。また、質問があれば対応します。 |
| 21“30-22”00 | ➢　ポイント：講師コメント<br>・ロールプレイ終了後、いくつかのグループに感想を聞いてみましょう。<br>・コメントのポイントその１）「スキル３励まさない動機づけ」を使っていれば「いいですね」と評価しましょう。不明な場合には、「励まさない動機づけ」を使いましたか、と確認します。 |

| | |
|---|---|
| | ・ポイントその２）上司役のよかった点は、どんな点が出されても、「いいですね」と評価します。<br>ポイントその３）部下役として気になった点があげられたら、「なるほど、目のつけどころがいいですね」と評価します。「どうすればもっとよくなりましたかね」と上司役、部下役の意見をたずね、話題を広げます。 |
| ▶スキル５　管理監督者の基本的態度 | |
| ビデオ時間 | テロップ |
| 31’16-31’56 | ➢　ポイント：グループディスカッション<br>・テキストを参考にしながら、ディスカッションの説明を行います。<br>・時間内にできるだけ多く出してもらうよう伝えます。<br>・「大変だと感じた」「めんどくさい」といったネガティブな感情も正直に言ってよいことにします。 |
| 37’33-38’34 | ➢　ポイント：講師コメント<br>・講師が印象に残った意見を１，２取り上げて、「自分が持ちやすい気持ちはみんなも持ちやすいこと」「大変なときは、同じ立場同志で共有することが大切であること」などをコメントします。 |
| ▶研修のまとめ | |
| ビデオ時間 | テロップ |
| 40’22-41’40 | ➢　ポイント：研修のまとめ<br>・復職対応の５つのマネジメントスキルについて、最後にまとめます。<br>・受講したことで理解が深まったかどうか確認してもらいます。 |

付録５

# 職場復帰支援のための職場環境改善ヒント集（暫定版）

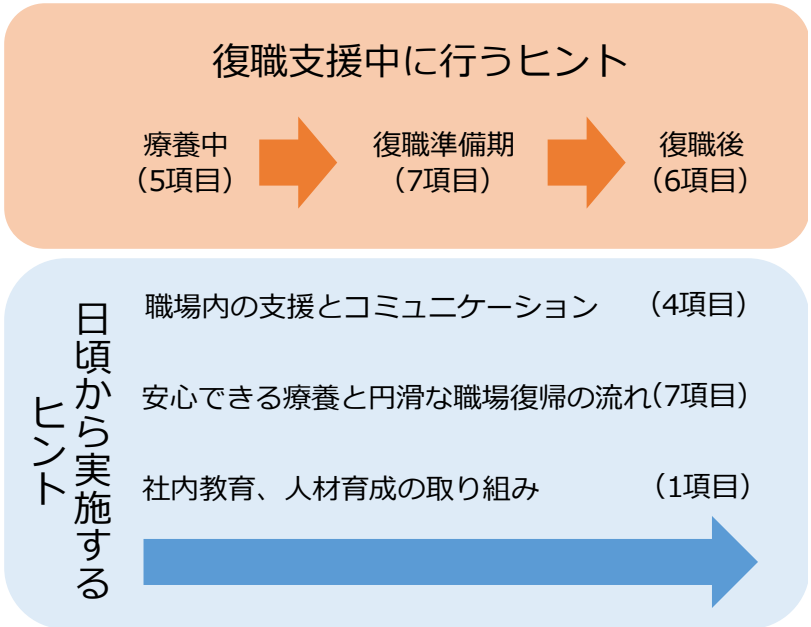
## ヒント集の目的

このヒント集には、メンタルヘルス不調者が病気療養をした際に、円滑に職場復帰（復職）を行うためのヒントが記載されています。これらのヒントは「東京大学職場のメンタルヘルス専門家養成コース」を修了した、様々な事業所の産業保健スタッフや人事労務担当者等が各々の事業所で復職を成功に導くために実際に実施した職場環境改善や復職支援の方法をまとめたものです。また、このヒント集は職場の心の健康作りや復職制度の構築を行う際の補助的な使用が想定されています。標準的な職場の心の健康づくりや復職支援制度の構築に関しては、厚生労働省発行の「Relax 職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～」や「改訂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」を参考にしてください。

## ヒント集の特徴

このヒント集は、大きく「復職支援中に行うヒント」（18 項目）と、「日頃から実施するヒント」（12 項目）に分かれており、図 1 のような構成となっています。「復職支援中に行うヒント」と「日頃から実施するヒント」は、必ずしも別々の時系列として成り立っているわけではなく、それぞれのヒントを実施するタイミングは重複する場合があります。例えば、ヒント 21 の「重要な情報は文書でやりとりする」などのヒントは、日頃から実施するヒントでもあり、復職支援中に行うヒントにもなりえます。また、ヒントを実施する担当者についてはこのヒント集では定めておりません（人事総務や産業医が行うなどの主語は、一部を除いて定めていません）。その理由は、会社によって産業医や保健師、臨床心理士などの産業保健職の配置状況が異なり、さらに人事総務や管理監督者、産業保健職が担う役割分担も会社によって異なることが想定されるためです。

（図 1）



## 復職支援中に行うヒント

### 療養中 （5 項目）

**1** 病名の取り扱いについて、療養中の本人に不利益が及ばないように、療養者の周囲の人も納得できるように、関係者間で相談して決めておく

例：診断書を回覧できるメンバーを定めておく

例：病名や療養に要する期間のみを伝えて、具体的な症状は伝えないようにする

例：病名は伏せておき、精神科疾患という大枠のみを伝えるようにする

**2** 関係者へ会社の療養に関する制度に関する情報提供を行う

例：主治医に対して会社の療養の制度や復職の流れ、復職基準の概要を文書等で情報提供しておく

例：病気療養に入った時に、療養の手引きなどの文書を本人に渡して、どのように療養中を過ごせばよいのかをわかりやすくする

**3** 本人と会社が定期的に連絡を取り合うようにする

例：会社から定期的に連絡を取るようにするかどうかを決めておく。注意点：療養初期に会社から連絡を取りすぎると本人の負担になる可能性がある

例：本人から会社に最近の状況をメール等で定期的に連絡してもらう。注意点：連絡する行為を本人の義務とすると療養の妨げになる可能性がある

**4** 本人のストレス源に対して、会社で改善できることがあれば療養中から改善に取り組む

例：ストレスを受けづらいような座席配置にしたり、机にパテーションを置くなどして落ち着いて仕事ができる環境とする

例：復帰後の仕事内容を検討しておく

**5** 療養中の社員が担当していた業務が、特定の人の過度な負荷にならないように配慮する

例：療養中の社員がいる部署において、必要があれば人員配置を検討する

例：仕事の割り振りを見直す

### 復職準備期間 （7 項目）

**6** 本人に生活記録表（生活リズム表）をつけてもらう

例：生活記録表をいつから記載するかを定めておく（復職の意思が出てきたときから記載してもらうなど）

**7** 復職判定に関わるメンバーを決めておく

**8** 復職する際には、復職可否を判定するための会議（復職判定委員会）を開催して、合議の上判断する

例：主治医や産業医からの意見を尊重する

例：多くの関係者から情報を取得して、情報の偏りがないようにする

**9** 復職の意思確認を本人に対して実施する

例：本人に職場復帰したい意思があるかどうかを確認する

例：焦燥感による復職意思ではないことを確認する

例：本人の言葉で復帰したい意思を人事や上司に伝えてもらう

**10** 事前に本人と関係者で復職時の流れについて情報共有と確認をする

例：どの部署のどの仕事に戻るかを確認する

例：デスクの場所、ロッカーの場所、貸与携帯電話の番号等を本人が確認できるようにする

**11** 復職後の就業上の配慮を復職前に決めておく

例：就業制限の期間を事前に決めておく

例：復職後の数ヶ月から半年程度に取り組む予定の業務内容と量を、文書として本人に提示し理解してもらう

**12** 復職することが決まったら、復職前に職場と本人が接する機会を設ける

例：復職日程が確定した際には、職場に挨拶や連絡を事前に行っておく

## 復職後 （6 項目）

**13** 職場内の情報共有を推進する

例：所属チームのメンバーの予定がホワイドボードなどで把握できるようにする

例：復帰した本人に職場内の情報がメールや回覧等で入るように戻しておく

例：週報を記載してもらい、「できたこと・良かったこと」と「できなかったこと・相談したいこと」を記載してもらう

例：報告・連絡・相談をしっかりと行っていくために、報連相用の個人ノートを作成して情報を管理監督者と共有する

**14** 面談等での本人のフォローアップを実施する

例：産業保健スタッフや人事総務担当者が本人の復職後の状況確認の面談を行う

例：就業制限解除後も一定期間を定めて本人と面談を行い、適切な労務管理が行えているか確認する

例：職場内で定期的にミーティングの機会を作り、業務の進捗状況や困ったことが起きていないかを確認する

例：毎回面談時に業務上の目標設定と前回目標の実施状況を確認する

**15** 業務にスムーズに復帰できるように配慮する

例：復職後に、本人に対して業務内容に関する教育を行う

例：復職した社員に対して、職場内で支援する人（メンター）を付ける

例：復職時には、一緒に業務を行なうペアの人をつける

**16** 復職後の医療機関受診をサポートする

例：本人が通院している病院やクリニックの受診時期を確認して、適切に受診できるようにする

例：主治医に対して、本人が復職した旨と復職後の就業条件について連絡しておく

**17** 職場での本人の勤務状態を確認する

例：人事労務担当者、産業保健職等が職場を定期的に巡回して、当該社員の勤務状況や周囲との関係性を確認する

例：遅刻やミスなどの小さな変化を早期に発見して、声かけを行う

**18** 職場の上長をサポートする

例：復職した社員を持つ管理監督者に対して産業保健スタッフや人事がケアをする（上司への労い）

## 日頃から実施するヒント

### 職場内の支援とコミュニケーション （4 項目）

**19** 業務負担が大きい部署があれば、必要に応じて適正な人員配置を検討する

**20** 職場内での「思いやりカード」や「サンキューカード」など、相互に認め合う雰囲気を作る

**21** リラックスできる休憩スペースをつくる

例：休憩できる場所に椅子を置く、観葉植物を置く、パテーションで囲んで周囲から見えないようにする

例：コーヒーやお茶をゆっくりと飲める場所を作る

**22** 相談できる環境を整える

例：産業医や保健師の在室時間が分かるようにする

例：外部に健康相談できる環境を整備する

例：外部の相談窓口の情報を周知する

### 安心できる療養と円滑な職場復帰の流れ （7 項目）

**23** 重要な情報は文書でやり取りをする

例：口頭のみで休職期間満了日などの重要な情報は伝えない

**24** 復職するための条件を事前に決めておく

例：復職の手続きに関する書類を整備しておく

例：復職の手続きに関する書類を提出するタイミングを明確にする

例：復職判定委員会を経る必要があるかどうかなどのフロー図を作成しておく

**25** 復職後の条件を事前に決めておく

例：復職後の勤怠状況等により、再度の病気療養の指示を行うことがある条件を事前に決めておく

例：有給休暇付与のルールを明確にしておく

**26** 主治医に対して会社の療養の制度と復職の流れや基準の概要を文書等で情報提供しておく

**27** 療養の手引きや復職するための基準などの文書を作成しておく

例：療養中の傷病手当金の制度を記載しておく

例：会社や健康保険組合等による独自の給付制度があれば記載しておく

**28** 普段から会社周囲の精神科・心療内科の医療機関やリワーク施設に関する情報をまとめておく

**29** 通勤練習やリハビリ勤務制度を会社の制度として採用するかを検討する

### 社内教育、人材育成の取り組み （1 項目）

**30** 状況に合わせて、適切な研修を実施する

例：セルフケア研修を行ってストレス耐性を高めたり、ストレス解消法を学ぶ

例：ラインケア研修を行って管理職として部下の対応をどのようにすれば良いかを学ぶ

例：産業保健職が研修に参加してメンタルヘルスの知識を向上させる

例：社員対象の職場環境改善のワークショップを開催する

例：ワークエンゲイジメントやジョブクラフティングを学ぶ機会をつくる

PLOS | ONE

RESEARCH ARTICLE

# Socioeconomic Determinants of Bullying in the Workplace: A National Representative Sample in Japan

**Kanami Tsuno[1,2☯]*, Norito Kawakami[2☯], Akizumi Tsutsumi[3‡], Akihito Shimazu[2‡], Akiomi Inoue[2,4‡], Yuko Odagiri[5‡], Toru Yoshikawa[6‡], Takashi Haratani[7‡], Teruichi Shimomitsu[5‡¤], Ichiro Kawachi[8☯]**

**1** Department of Hygiene, Wakayama Medical University, Wakayama, Japan, **2** Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Tokyo, Japan, **3** Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine, Kanagawa, Japan, **4** Department of Mental Health, University of Occupational and Environmental Health, Fukuoka, Japan, **5** Department of Preventive Medicine and Public Health, Tokyo Medical University, Tokyo, Japan, **6** Department of Research, The Institute for Science of Labour, Kawasaki, Japan, **7** Health Administration and Psychosocial Factor Research Group, National Institute of Occupational Safety and Health, Kanagawa, Japan, **8** Department of Social and Behavioral Sciences, Harvard School of Public Health, Boston, United States of America

☯ These authors contributed equally to this work.
¤ Current address: Japan Health Promotion & Fitness Foundation, Tokyo, Japan
‡ These authors also contributed equally to this work.
* tsuno@wakayama-med.ac.jp

CrossMark
click for updates

OPEN ACCESS

**Citation:** Tsuno K, Kawakami N, Tsutsumi A, Shimazu A, Inoue A, Odagiri Y, et al. (2015) Socioeconomic Determinants of Bullying in the Workplace: A National Representative Sample in Japan. PLoS ONE 10(3): e0119435. doi:10.1371/journal.pone.0119435

**Academic Editor:** Harry Zhang, Old Dominion University, UNITED STATES

**Received:** September 24, 2014

**Accepted:** January 13, 2015

**Published:** March 9, 2015

**Copyright:** © 2015 Tsuno et al. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Data Availability Statement:** All relevant data are within the paper.

**Funding:** This study was supported by the Health and Labor Sciences Research Grant 2009–2011 (H21-Rodo-Ippan-001) and the Work-related Diseases Clinical Research Grant 2014 (14070101-01) from the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

## Abstract

Bullying in the workplace is an increasingly recognized threat to employee health. We sought to test three hypotheses related to the determinants of workplace bullying: power distance at work; safety climate; and frustration related to perceived social inequality. A questionnaire survey was administered to a nationally representative community-based sample of 5,000 residents in Japan aged 20–60 years. The questionnaire included questions about employment, occupation, company size, education, household income, and subjective social status (SSS). We inquired about both the witnessing and personal experience of workplace bullying during the past 30 days. Among 2,384 respondents, data were analyzed from 1,546 workers. Multiple logistic regression analyses were used to examine the social determinants of workplace bullying. Six percent and 15 percent of the total sample reported experiencing or witnessing workplace bullying, respectively. After adjusting for gender and age, temporary employees (Odds Ratio [OR]: 2.45 [95% Confidence Interval (CI) = 1.03–5.85]), junior high school graduates (OR: 2.62 [95%CI: 1.01–6.79]), workers with lowest household income (OR: 4.13 [95%CI:1.58–10.8]), and workers in the lowest SSS stratum (OR: 4.21 [95% CI:1.66–10.7]) were at increased risk of experiencing workplace bullying. When all variables were entered simultaneously in the model, a significant inverse association was observed between higher SSS and experiencing bullying (p = 0.002). Similarly in terms of witnessing bullying; SSS was significantly inversely associated (p = 0.017) while temporary employees reported a significantly higher risk of witnessing bullying compared to permanent workers (OR: 2.25 [95%CI:1.04 to 4.87]). The significant association between SSS and experiencing/witnessing workplace bullying supports the frustration hypothesis. The power distance

**Competing Interests:** The authors have declared that no competing interests exist.

hypothesis was also partly supported by the finding that temporary employees experienced a higher prevalence of workplace bullying.

## Introduction

Workplace bullying is increasingly recognized as a serious public health issue in the workplace, due to both its high prevalence as well as its adverse impact on employee health [1]. The prevalence of workplace bullying has been reported to be as high as 15.7% on average in European countries, except Scandinavia [2]. A similarly high prevalence (9.0–15.5%) has been found in Asian countries including Japan [3–5]. Workplace bullying is associated with serious health problems for the victims, including psychological distress [6], depression [7,8], cardiovascular disease [7], and sickness absences [9].

Socially disadvantaged groups in the working population are at heightened risk of being victimized by workplace bullying. Three separate theoretical reasons have been put forward to explain this phenomenon. First, workplace bullying is an expression of the power distance between the perpetrator and the victim [10,11]. People with less authority in an organization are vulnerable to becoming to the target of bullying by a person with higher authority who chooses to abuse their power. Workplace bullying is thus expected to be more prevalent among occupations with lower authority (such as manual workers) compared to occupations with higher authority (such as managers and professionals). Previous studies reported a higher prevalence of workplace bullying among unskilled workers who tend to be located in the lowest rungs of organizational hierarchies; conversely, the prevalence has been reported to be lowest among managers or supervisors [12–14]. However the results are not entirely consistent; the study by Hoel et al. [15] reported that the prevalence of bullying was similar across all occupational status groups.

A different kind of power distance is expressed by the distinction between permanent workers and non-regular workers. The globalization of trade and its attendant demand for "labor flexibility" has resulted in an increase in the demand for non-regular (sometimes referred to as "precarious") employment throughout industrialized economies. Non-regular employees are in a lower position in an organization, and often work for less pay, lack benefits (such as pensions or protection by labor laws), and they experience greater job insecurity than permanent employees [16,17]. Temporary workers ("Haken shain") represent one category of non-regular work. They consist of workers who are dispatched from agencies to work in organizations on a temporary basis. In addition to their lower position in an organization, dispatched workers are often seen as "someone from the outside". Particularly in the context of Japanese culture—which is strongly group-oriented—the temporary worker is at risk of being doubly distanced from his peers, both in terms of the inferiority of his social status within the organization, but also in terms of the distinction between outsiders versus insiders [18].

A second determinant of workplace bullying is the safety climate within the organization. According to Leymann, organizational factors are the major causes of bullying [11,19,20], and a number of studies confirmed that workplace bullying tends to be more prevalent in workplaces with poor work environment [20–22]. Psychosocial safety climate, which is defined as the "organizational policies, practices, and procedures for the protection of worker psychosocial health and safety" [23] is a predictor of workplace bullying [24]. In Japan, larger companies are more likely to have in place formal policies, practices, and procedures for the protection of worker psychosocial health, and hence company size has been used as a proxy for safety climate

[25,26]. Due to their larger budgets, bigger companies are more likely to take thorough countermeasures against workplace bullying or harassment, and they more likely to enforce compliance [27]. Based on the foregoing, we hypothesize that the prevalence of workplace bullying will tend to be lower among larger companies.

The third explanation for workplace bullying is based on the "frustration hypothesis", viz. those who occupy a lower social position in social hierarchies are apt to experience more frustration as a result of being "pushed around" by those at the top, and/or possibly as the result of psychological feelings of insecurity stemming from invidious upward social comparisons. Additionally, people who are lower in social status may appraise an event differently compared to those who occupy more prestigious positions, i.e. they are more likely to perceive something happening to them as unfair or as the result of an injustice [28–30]. In turn, frustration may give rise to aggression, expressed in the form of bullying behavior towards those who are lower down on the hierarchy [31]. Subjective social status (SSS), defined as "the individual's perception of his/her own position in the social hierarchy" [32], has been found to predict health status independently of objective indicators of socioeconomic position such as educational attainment and income [33]. The extent to which SSS predicts health net of objective socioeconomic indicators is hypothesized to capture the impact of psychosocial frustration associated with being lower in the social hierarchy. We therefore sought to test the relationship between SSS and workplace bullying, conditional on each worker's objective socioeconomic status.

To the best of our knowledge, no previous study has attempted to systematically or simultaneously examine the foregoing hypotheses about the social determinants of workplace bullying. To know the risk groups of being bullied would contribute to the prevention of workplace bullying. The aim of the present study was therefore to test whether: (1) characteristics related to workplace power distance (i.e., occupational status and employment type), (2) organizational characteristics related to safety climate (proxied by company/establishment size), and (3) SSS as an indicator of perceived social inequality or disadvantage, were related to the witnessing or personal experience of workplace bullying. We analyzed data from a nationally representative survey of the working population in Japan [34].

## Methods

### Participants

A questionnaire survey was administered to a nationally representative community-based sample of 5,000 residents in Japan aged 20–60 years from November 2010 to February 2011. A two-step random sampling procedure was adopted. First, all forty seven prefectures in Japan were grouped into 11 strata. The municipalities within each stratum were further grouped into 100 survey sites according to their population size (e.g., city with a population of more than 200,000, or city with a population of less than 200,000). A total of 5,000 individuals were randomly selected from the official residential registry at each survey site, and an invitation letter, questionnaire, and return envelope were mailed to each individual in November 2010. Those individuals who agreed to complete the survey did so anonymously. A total of 2,384 agreed to participate and completed the questionnaire (response rate, 47.7%). After excluding 751 respondents who were not active in the labor force at the time of the survey and 87 respondents who had missing responses on gender, age, education, household income, SSS, occupation, employment contract, company size, establishment size, or industry, the data from 1,546 respondents (809 men and 737 women) were analyzed.

## Ethics Statement

The Ethical Committee of the Graduate School of Medicine/Faculty of Medicine, the University of Tokyo reviewed and approved aims, and procedures of this study before conducting the survey (No. 2953).

## Measures

**Workplace bullying.** Workplace bullying was assessed by self-report, and we inquired about both the personal experience of bullying victimization as well as witnessing it in others [2,35]. Respondents were asked whether they personally experienced bullying during the past 30 days, using a single-item "Have you been bullied in your workplace?" The respondents who chose "yes" were defined as "victims". In the survey, we did not present a definition of bullying to respondents due to limitations of space. In addition to this question, respondents were also asked whether they had witnessed bullying in their workplace during the past 30 days.

**Social class indicators.** Occupational status of respondents was grouped into the following five categories: managers (e.g., vice-president, division manager, or section chief, etc.), non-manual (e.g., engineer, technicians, teachers, physician, nurses, clerks, accountants, data-entry operators, salesclerks, merchandise selling profession, real-estate salespersons, etc.), service (e.g., service workers, hairdressers, waiters/waitresses, home helpers), manual (e.g., drivers, transporters, telephone operators, tool makers, assembly-line operators, carpenters, construction assistants, etc.), and others.

Employment type was grouped into the five categories: permanent, temporary employees, contract employees, part-time workers, and owner/executive officer/others.

The industrial group classification was based on the Japan Standard Industry Classification (JSIC) but the number of participants within each classification was too small so that primary, secondary, and tertiary sector categories were used for analysis purpose [36]. Company size and establishment size was categorized based on the Industrial Safety and Health Law in Japan.

Education was measured using a single-item question; "What level of educational attainment have you completed?" The respondents were asked to choose the following options: primary/junior high school, high school, vocational school, junior college, university, and graduate school. In our analysis, the levels of education were combined into four categories: junior high school graduate, high school graduate, vocational school/college graduate, and university graduate or higher.

Annual household income over the preceding year was also measured using a single-item question; "What was the sum of earnings for your whole household over the past one year?" The respondents were asked to choose one of the following options: less than one million yen (US$11,000, if $1 = 110 yen), 1.00–2.49 million yen (US$11,000–27,390), 2.50–4.99 million yen (US$27,390–54,890), 5.00–7.49 million yen (US$54,890–82,390), 7.50–9.99 million yen (US $82,390–109,890), over 10.0 million yen (US$110,000), or unknown. Since the number of respondents in the "less than one million yen" stratum category was small (n = 18), "less than one million yen" and "1.00–2.49 million yen" categories were combined into "less than 2.5 million yen" category for analysis purpose. The average household income in Japan was 5,345,000 yen (US$58,795) and the median was 4,270,000 yen (US$46,970) in 2009 [37] so that respondents who reported less than 2.5 million yen (US$27,500) income represent a level of income that is below approximately half of the median household income (the conventional definition of poverty in the OECD).

SSS was measured using a single-item question developed by Sakurai et al. [38]. The respondents were asked, "If Japanese society was divided into 10 social strata, which stratum do you suppose your household would belong to?" Although the SSS scale used in this study was not

the one that is used most widely for research on SSS, i.e., the MacArther Scale of Subjective Social Status in a ladder format with 10 steps [33], the scale used in this study avoided the use of terms such as "class," "income," or "education" when asking respondents to rate their SSS. Since the number of respondents in the extreme categories was small, the respondents who chose the lowest (n = 36) and the second lowest (n = 89) strata were combined into the "lower" category, while the third (n = 212) and the fourth (n = 249) were combined into "lower middle", the fifth (n = 420) and the sixth (n = 313) were combined into "middle", and the seventh (n = 176), eighth (n = 40), ninth (n = 8), and top strata (n = 3) were combined into "upper/upper middle".

### Statistical analysis

We used multiple logistic regression analysis to examine the relationship between each SES indicator and workplace bullying. Odds ratios (ORs) and 95% Confidence Intervals (CIs) were calculated adjusting for demographic variables (gender and age) (Model 1), work-related characteristics (occupational status, employment type, industrial grouping, company size, and establishment size) and non-work related SES (education, household income) (Model 2), and SSS (Model 3). The 2-tailed *p* value for statistical significance to see the differences among each social indicator was set at 0.05. All analyses were conducted using SPSS 21.0 for Windows.

## Results

### Participant characteristics

Approximately half of the respondents were non-manual workers, and 20% and 10% of respondents were manual and service workers, respectively. Over 60% of respondents were permanent workers, while 20% were part-time workers. About 30% of respondents worked at companies with fewer than 50 employees, while another 30% worked for in the civil service. Seventy percent of respondents worked in the tertiary sector, while less than one percent was engaged in the primary sector. Although the limited information on demographic characteristics of general working population in Japan, ratios of gender, employment contract, company size, and industrial groups in our data were are broadly comparable to general working population reported on Annual Report on the Labor Force Survey [39].

Three out of ten respondents were university graduates or higher, while a further 30% were vocational school/junior college graduates, and the rest were high school graduates (Table 1). Among 10% of respondents annual household income was more than 9.99 million yen (US $109,890), while 8% of respondents reported incomes lower than 2.5 million yen (US$27,500). About half of the respondents placed themselves in the middle stratum of SSS, and one third in the lower middle.

A total of 94 (6.1%) respondents reported personally experiencing workplace bullying and 229 (14.8%) respondents witnessed workplace bullying.

### Association of social class indicators with experiencing workplace bullying

There was no significant association between gender and experiencing bullying, while the prevalence among those who were younger than thirty years old was higher than among older workers ($p = 0.021$, see Table 2). After adjusting for gender and age, temporary employees were more likely to report workplace bullying compared to permanent employees (OR = 2.62, 95% CI = 1.01–6.79, see Table 3). The odds ratio of experiencing bullying was also significantly elevated for junior high school graduates compared to university/graduate school graduates

**Table 1. Characteristics of respondents (*N* = 1,546).**

| | n | % | | n | % |
|---|---|---|---|---|---|
| Gender | | | Company size | | |
| Male | 809 | 52.3 | <50 | 419 | 27.1 |
| Female | 737 | 47.7 | 50–299 | 367 | 23.8 |
| Age group | | | 300–999 | 225 | 14.6 |
| >50 | 425 | 27.5 | >999 | 427 | 27.6 |
| 40–49 | 441 | 28.5 | Civil service | 108 | 7.0 |
| 30–39 | 435 | 28.1 | Establishment size | | |
| <30 | 245 | 15.8 | <50 | 840 | 54.3 |
| Education | | | 50–299 | 457 | 29.6 |
| University/graduate school graduate | 431 | 27.9 | 300–999 | 139 | 9.0 |
| Vocational school/college graduate | 424 | 27.4 | >999 | 110 | 7.1 |
| High school graduate | 611 | 39.5 | Industrial groups | | |
| Junior high school graduate | 80 | 5.2 | Tertiary sector † | | |
| Household income (yen per year) | | | Telecommunication | 55 | 3.6 |
| >9.99 million | 157 | 10.2 | Transport | 76 | 8.5 |
| 7.5–9.99 million | 250 | 16.2 | Wholesale and retail trade | 164 | 10.6 |
| 5.0–7.49 million | 416 | 26.9 | Finance and insurance | 74 | 4.8 |
| 2.5–4.99 million | 469 | 30.3 | Letting and sale of real estate | 10 | 0.6 |
| <2.5 million | 126 | 8.2 | Research study and consulting business | 18 | 1.2 |
| Unknown | 128 | 8.3 | Hotels, restaurants and entertainment | 64 | 4.1 |
| Subjective socioeconomic status (SSS) | | | Education and learning assistance | 66 | 4.3 |
| Upper/upper middle (7–10) | 227 | 14.7 | Healthcare and welfare | 212 | 13.7 |
| Middle (5–6) | 733 | 47.4 | Other service industries | 151 | 9.6 |
| Lower middle (3–4) | 461 | 29.8 | Public administration | 100 | 6.5 |
| Lower (1–2) | 125 | 8.1 | Others | 102 | 6.6 |
| Occupations | | | Secondary sector | | |
| Managers | 151 | 9.8 | Construction | 99 | 6.4 |
| Non-manual workers | 803 | 51.9 | Manufacturing | 313 | 20.2 |
| Service workers | 155 | 10.0 | Electricity, gas and water supply | 32 | 2.1 |
| Manual workers | 302 | 19.5 | Primary sector | | |
| Others | 135 | 8.7 | Agriculture, forestry and fishing | 8 | 0.5 |
| Employment contract | | | Mining and quarrying | 2 | 0.1 |
| Permanent | 1,014 | 65.6 | | | |
| Temporary employees | 36 | 2.3 | Workplace bullying | | |
| Contract employees | 94 | 6.1 | Victims | 94 | 6.1 |
| Part-time workers | 350 | 22.6 | Bystanders | 229 | 14.8 |
| Owner/executive officer/others | 52 | 3.4 | | | |

† Primary, secondary and tertiary sector were categorized according to Clark, 1940.

doi:10.1371/journal.pone.0119435.t001

(OR = 2.45, 95%CI = 1.03–5.85). The prevalence of workplace bullying was significantly elevated in the lower household income groups and in the lower SSS stratum. After additionally adjusting for work-related characteristics (occupational status, employment type, industrial grouping, company size, and establishment size) and non-work related SES (education, household income), we found higher odds of experiencing bullying among respondents with less than 2.5 million yen (US$27,500) annual household income (OR = 4.24, 95%CI = 1.48–12.1,

**Table 2. The prevalence and odds ratio for experience of workplace bulling by social class indicators among representative samples of Japanese workers (N = 1,546).**

| | n (Victims) | n (All) | Prevalence (%) | Model 1 (95%CI) | Model 2 (95%CI) | Model 3 (95%CI) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gender | | | | | | |
| Male | 47 | 809 | 5.8 | — | 1.00 | 1.00 |
| Female | 47 | 737 | 6.4 | — | 1.02 (0.59 to 1.76) | 1.13 (0.65 to 1.95) |
| | | | p = 0.641 | — | p = 0.947 | p = 0.669 |
| Age group | | | | | | |
| >50 | 19 | 425 | 4.5 | — | 1.00 | 1.00 |
| 40–49 | 28 | 441 | 6.3 | — | 1.49 (0.79 to 2.81) | 1.44 (0.76 to 2.72) |
| 30–39 | 22 | 435 | 5.1 | — | 1.17 (0.58 to 2.35) | 1.09 (0.54 to 2.19) |
| <30 | 25 | 245 | 10.2 | — | 2.12 (1.03 to 4.34)* | 1.83 (0.89 to 3.75) |
| | | | p = 0.021 | — | p = 0.144 | p = 0.265 |
| Education | | | | | | |
| University/graduate school graduate | 23 | 431 | 5.3 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Vocational school/college graduate | 33 | 424 | 7.8 | 1.55 (0.87 to 2.76) | 1.45 (0.80 to 2.65) | 1.40 (0.77 to 2.56) |
| High school graduate | 30 | 611 | 4.9 | 1.02 (0.58 to 1.81) | 0.98 (0.52 to 1.84) | 0.90 (0.48 to 1.69) |
| Junior high school graduate | 8 | 80 | 10.0 | 2.45 (1.03 to 5.85) * | 2.13 (0.79 to 5.76) | 1.88 (0.70 to 5.08) |
| | | | p = 0.109 | p = 0.081 | p = 0.191 | p = 0.208 |
| Household income (yen per year) | | | | | | |
| >9.99 million | 6 | 157 | 3.8 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 7.5–9.99 million | 18 | 250 | 7.2 | 1.91 (0.74 to 4.95) | 1.90 (0.71 to 5.03) | 1.74 (0.64 to 4.73) |
| 5.0–7.49 million | 13 | 416 | 3.1 | 0.84 (0.31 to 2.27) | 0.91 (0.33 to 2.52) | 0.70 (0.24 to 2.02) |
| 2.5–4.99 million | 27 | 469 | 5.8 | 1.49 (0.60 to 3.70) | 1.52 (0.57 to 4.04) | 0.91 (0.33 to 2.54) |
| <2.5 million | 18 | 126 | 14.3 | 4.13 (1.58 to 10.8) ** | 4.24 (1.48 to 12.1) ** | 2.34 (0.78 to 7.01) |
| Unknown | 12 | 128 | 9.4 | 2.22 (0.79 to 6.24) | 2.02 (0.68 to 5.96) | 1.44 (0.48 to 4.37) |
| | | | p < 0.001 | p = 0.001 | p = 0.004 | p = 0.017 |
| Subjective socioeconomic status (SSS) | | | | | | |
| Upper/upper middle (7–10) | 7 | 227 | 3.1 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Middle (5–6) | 30 | 733 | 4.1 | 1.30 (0.56 to 3.02) | — | 1.49 (0.61 to 3.64) |
| Lower middle (3–4) | 41 | 461 | 8.9 | 2.92 (1.28 to 6.67) * | — | 3.43 (1.34 to 8.75) * |
| Lower (1–2) | 16 | 125 | 12.8 | 4.21 (1.66 to 10.7)** | — | 4.57 (1.59 to 13.1) ** |
| | | | p < 0.001 | p < 0.001 | — | p = 0.002 |

* p<0.05

** p<0.01

Model 1: gender and age adjusted.

Model 2: all variables except SSS were simultaneously entered in the model.

Model 3: all variables were simultaneously entered in the model.

doi:10.1371/journal.pone.0119435.t002

Model 2). After all variables were simultaneously entered in the model, household income and SSS remained significantly associated with workplace bullying ($p = 0.017$ and 0.002, respectively, Model 3). The associations of occupational status, company size, establishment size, and industry were not significant in any model ($p > 0.05$).

## Association of social class indicators with witnessing workplace bullying

We found no significant association between gender, age, and witnessing bullying (Table 4). After adjusting for gender and age, employment contract type was significantly associated with

**Table 3. The prevalence and odds ratio for experience of workplace bulling by social class indicators among representative samples of Japanese workers (cont.) (N = 1,546).**

| | n (victims) | n (all) | Prevalence (%) | Model 1 (95%CI) | Model 2 (95%CI) | Model 3 (95%CI) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Occupational status | | | | | | |
| Non-manual workers | 47 | 803 | 5.9 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Service workers | 8 | 155 | 5.2 | 0.88 (0.40 to 1.92) | 0.86 (0.38 to 1.95) | 0.82 (0.36 to 1.87) |
| Manual workers | 20 | 302 | 6.6 | 1.32 (0.77 to 2.35) | 1.40 (0.69 to 2.85) | 1.32 (0.65 to 2.69) |
| Managers | 8 | 151 | 5.3 | 1.22 (0.52 to 2.84) | 1.57 (0.63 to 3.91) | 1.88 (0.75 to 4.41) |
| Others | 11 | 135 | 8.1 | 1.58 (0.79 to 3.16) | 1.57 (0.75 to 3.30) | 1.54 (0.73 to 3.25) |
| | | | p = 0.803 | p = 0.642 | p = 0.583 | p = 0.501 |
| Employment status | | | | | | |
| Permanent | 61 | 1,014 | 6.0 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Temporary employees | 6 | 36 | 16.7 | 2.62 (1.01 to 6.79)* | 1.84 (0.68 to 5.00) | 1.67 (0.61 to 4.56) |
| Contract employees | 8 | 94 | 8.5 | 1.54 (0.70 to 3.39) | 1.24 (0.54 to 2.83) | 1.13 (0.50 to 2.59) |
| Part-time workers | 17 | 350 | 4.9 | 0.82 (0.44 to 1.53) | 0.61 (0.31 to 1.22) | 0.57 (0.28 to 1.12) |
| Owner/executive officer/others | 2 | 52 | 3.8 | 0.69 (0.16 to 2.91) | 0.51 (0.11 to 2.49) | 0.55 (0.11 to 2.67) |
| | | | p = 0.072 | p = 0.165 | p = 0.253 | p = 0.268 |
| Company size | | | | | | |
| <50 | 26 | 419 | 6.2 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 50–299 | 20 | 367 | 5.4 | 0.86 (0.47 to 1.57) | 0.90 (0.46 to 1.77) | 0.85 (0.43 to 1.69) |
| 300–999 | 13 | 225 | 5.8 | 0.87 (0.43 to 1.73) | 0.96 (0.45 to 2.04) | 0.91 (0.42 to 1.96) |
| >999 | 31 | 427 | 7.3 | 1.12 (0.65 to 1.94) | 1.41 (0.71 to 2.80) | 1.36 (0.68 to 2.72) |
| Civil service | 4 | 108 | 3.7 | 0.61 (0.21 to 1.78) | 0.72 (0.22 to 2.36) | 0.80 (0.24 to 2.65) |
| | | | p = 0.668 | p = 0.750 | p = 0.561 | p = 0.618 |
| Establishment size | | | | | | |
| <50 | 54 | 840 | 6.4 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 50–299 | 24 | 457 | 5.3 | 0.83 (0.51 to 1.37) | 0.86 (0.48 to 1.53) | 0.90 (0.51 to 1.62) |
| 300–999 | 10 | 139 | 7.2 | 1.08 (0.53 to 2.19) | 1.54 (0.47 to 2.35) | 1.13 (0.50 to 2.54) |
| >999 | 6 | 110 | 5.5 | 0.80 (0.33 to 1.91) | 0.73 (0.28 to 1.94) | 0.80 (0.30 to 2.14) |
| | | | p = 0.777 | p = 0.838 | p = 0.879 | p = 0.911 |
| Industrial groups | | | | | | |
| Tertiary sector | 71 | 1,092 | 6.5 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Secondary sector | 22 | 444 | 5.0 | 0.79 (0.47 to 1.32) | 0.67 (0.36 to 1.24) | 0.66 (0.35 to 1.22) |
| Primary sector | 1 | 10 | 10.0 | 1.68 (0.21 to 13.6) | 1.24 (0.13 to 11.9) | 1.57 (0.17 to 14.9) |
| | | | p = 0.454 | p = 0.574 | p = 0.425 | p = 0.360 |

* p<0.05 ** p<0.01

Model 1: gender and age adjusted.

Model 2: all variables except SSS were simultaneously entered in the model.

Model 3: all variables were simultaneously entered in the model.

doi:10.1371/journal.pone.0119435.t003

witnessing bullying at work, with temporary employees having a high odds ratio (OR = 2.70, 95%CI = 1.27–5.73, see Table 5). For occupational status, managers reported the lowest odds of witnessing bullying (OR = 0.52, 95%CI = 0.28–0.99) compared to non-manual workers. In terms of non-work related SES, the prevalence of witnessing workplace bullying varied significantly among groups classified according to education, household income, and SSS ($p$ = 0.017, 0.030, and 0.000, respectively, Model 1 in Table 4). Junior high school graduates had the highest odds (OR = 2.26, 95%CI = 1.26–4.03) compared to university/graduate school graduates. The lower household income groups (OR = 3.25, 95%CI = 1.60–6.62) and lower SSS groups

**Table 4. The prevalence and odds ratio for witnessing workplace bullying by social class indicators among representative samples of Japanese workers (N = 1,546).**

| | n (victims) | n (all) | Prevalence (%) | Model 1 (95%CI) | Model 2 (95%CI) | Model 3 (95%CI) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gender | | | | | | |
| Male | 125 | 809 | 15.5 | — | 1.00 | 1.00 |
| Female | 104 | 737 | 14.1 | — | 0.90 (0.61 to 1.31) | 0.94 (0.64 to 1.37) |
| | | | p = 0.899 | — | p = 0.572 | p = 0.732 |
| Age group | | | | | | |
| >50 | 57 | 425 | 13.4 | — | 1.00 | 1.00 |
| 40–49 | 69 | 441 | 15.6 | — | 1.15 (0.77 to 1.71) | 1.13 (0.76 to 1.69) |
| 30–39 | 65 | 435 | 14.9 | — | 1.00 (0.66 to 1.52) | 0.97 (0.64 to 1.47) |
| <30 | 38 | 245 | 15.5 | — | 1.01 (0.62 to 1.67) | 0.93 (0.56 to 1.53) |
| | | | p = 0.801 | — | p = 0.872 | p = 0.810 |
| Education | | | | | | |
| University/graduate school graduate | 63 | 431 | 14.6 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Vocational school/college graduate | 65 | 424 | 15.3 | 1.04 (0.74 to 1.64) | 0.97 (0.64 to 1.46) | 1.50 (0.78 to 2.88) |
| High school graduate | 80 | 611 | 13.1 | 0.93 (0.64 to 4.03) | 0.75 (0.50 to 1.12) | 0.72 (0.48 to 1.07) |
| Junior high school graduate | 21 | 80 | 26.3 | 2.26 (1.26 to 4.03) ** | 1.62 (0.84 to 3.11) | 0.94 (0.62 to 1.42) |
| | | | p = 0.024 | p = 0.017 | p = 0.050 | p = 0.051 |
| Household income (yen per year) | | | | | | |
| >9.99 million | 13 | 157 | 8.3 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 7.5–9.99 million | 33 | 250 | 13.2 | 1.65 (0.84 to 3.24) | 1.48 (0.74 to 2.97) | 1.32 (0.65 to 2.66) |
| 5.0–7.49 million | 59 | 416 | 14.2 | 1.80 (0.96 to 3.40) | 1.63 (0.84 to 3.15) | 1.31 (0.66 to 2.58) |
| 2.5–4.99 million | 76 | 469 | 16.2 | 2.13 (1.14 to 3.97) * | 1.72 (0.89 to 3.35) | 1.22 (0.61 to 2.45) |
| <2.5 million | 28 | 126 | 22.2 | 3.25 (1.60 to 6.62) ** | 2.62 (1.22 to 5.63) * | 1.74 (0.78 to 3.88) |
| Unknown | 20 | 128 | 15.6 | 2.12 (0.66 to 4.53) | 1.66 (0.76 to 3.66) | 1.30 (0.58 to 2.90) |
| | | | p = 0.037 | p = 0.030 | p = 0.249 | p = 0.772 |
| Subjective socioeconomic status (SSS) | | | | | | |
| Upper/upper middle (7–10) | 17 | 227 | 7.5 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Middle (5–6) | 99 | 733 | 13.5 | 1.96 (1.14 to 3.36)* | — | 1.72 (0.97 to 3.06) |
| Lower middle (3–4) | 85 | 461 | 18.4 | 2.82 (1.62 to 4.90) ** | — | 2.30 (1.24 to 4.23) ** |
| Lower (1–2) | 28 | 125 | 22.4 | 3.67 (1.91 to 7.07)** | — | 2.98 (1.44 to 6.17) ** |
| | | | p < 0.001 | p < 0.001 | — | p = 0.017 |

* p<0.05

** p<0.01

Model 1: gender and age adjusted.

Model 2: all variables except SSS were simultaneously entered in the model.

Model 3: all variables were simultaneously entered in the model.

doi:10.1371/journal.pone.0119435.t004

(OR = 3.67, 95%CI = 1.91–7.07) also had higher odds ratios of witnessing bullying at work. After additionally adjusting for work-related characteristics (occupational status, employment type, industrial grouping, company size, and establishment size) and non-work related SES (education, household income) (Model 2), ORs were significantly elevated for witnessing bullying among temporary employees (OR = 2.32, 95% CI = 1.08–5.03) and those reporting less than 2.5 million yen (US$27,500) annual household income (OR = 2.62, 95%CI = 1.22–5.63). After all variables were simultaneously entered in the model (Model 3), only SSS remained significantly associated with witnessing workplace bullying ($p = 0.017$). Education and industry were marginally significantly associated with witnessing bullying in a nonlinear manner, with

**Table 5. The prevalence and odds ratio for witnessing workplace bullying by social class indicators among representative samples of Japanese workers (cont.) (N = 1,546).**

| | n (victims) | n (all) | Prevalence (%) | Model 1 (95%CI) | Model 2 (95%CI) | Model 3 (95%CI) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Occupational status | | | | | | |
| Non-manual workers | 119 | 803 | 14.8 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Service workers | 22 | 155 | 14.2 | 0.98 (0.60 to 1.62) | 1.00 (0.59 to 1.69) | 0.97 (0.57 to 1.64) |
| Manual workers | 58 | 302 | 19.2 | 1.33 (0.92 to 1.92) | 1.37 (0.88 to 2.14) | 0.33 (0.85 to 2.09) |
| Managers | 13 | 151 | 8.6 | 0.52 (0.28 to 0.99) * | 0.66 (0.34 to 1.27) | 0.70 (0.36 to 1.37) |
| Others | 17 | 135 | 12.6 | 0.84 (0.48 to 1.44) | 0.82 (0.46 to 1.46) | 0.79 (0.44 to 1.40) |
| | | | p = 0.044 | p = 0.058 | p = 0.265 | p = 0.351 |
| Employment status | | | | | | |
| Permanent | 151 | 1,014 | 14.9 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Temporary employees | 11 | 36 | 30.6 | 2.70 (1.27 to 5.73) * | 2.32 (1.08 to 5.03) * | 2.20 (1.02 to 4.79) * |
| Contract employees | 16 | 94 | 17.0 | 1.24 (0.70 to 2.21) | 1.09 (0.60 to 1.98) | 1.06 (0.58 to 1.92) |
| Part-time workers | 48 | 350 | 13.7 | 1.03 (0.68 to 1.55) | 0.90 (0.57 to 1.41) | 0.87 (0.56 to 1.37) |
| Owner/executive officer/others | 3 | 52 | 5.8 | 0.36 (0.11 to 1.17) | 0.41 (0.12 to 1.45) | 0.46 (0.13 to 1.62) |
| | | | p = 0.036 | p = 0.035 | p = 0.119 | p = 0.172 |
| Company size | | | | | | |
| <50 | 57 | 419 | 13.6 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 50–299 | 60 | 367 | 16.3 | 1.23 (0.83 to 1.83) | 1.28 (0.82 to 2.01) | 1.27 (0.81 to 2.00) |
| 300–999 | 33 | 225 | 14.7 | 1.07 (0.67 to 1.83) | 1.28 (0.76 to 2.14) | 1.27 (0.76 to 2.13) |
| >999 | 65 | 427 | 15.2 | 1.13 (0.78 to 1.66) | 1.39 (0.85 to 2.25) | 1.36 (0.84 to 2.21) |
| Civil service | 14 | 108 | 13.0 | 0.94 (0.50 to 1.77) | 1.21 (0.59 to 2.50) | 1.30 (0.63 to 2.68) |
| | | | p = 0.823 | p = 0.837 | p = 0.745 | p = 0.787 |
| Establishment size | | | | | | |
| <50 | 124 | 840 | 14.8 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| 50–299 | 72 | 457 | 15.8 | 1.07 (0.78 to 1.47) | 0.99 (0.68 to 1.44) | 0.99 (0.68 to 1.45) |
| 300–999 | 15 | 139 | 10.8 | 0.68 (0.38 to 1.20) | 0.67 (0.36 to 1.26) | 0.67 (0.35 to 1.25) |
| >999 | 18 | 110 | 16.4 | 1.09 (0.64 to 1.88) | 1.05 (0.56 to 1.98) | 1.08 (0.58 to 2.04) |
| | | | p = 0.514 | p = 0.500 | p = 0.596 | p = 0.572 |
| Industrial groups | | | | | | |
| Tertiary sector | 71 | 1,092 | 6.5 | 1.00 | 1.00 | 1.00 |
| Secondary sector | 22 | 444 | 5.0 | 1.03 (0.74 to 1.42) | 0.90 (0.61 to 1.33) | 0.90 (0.61 to 1.33) |
| Primary sector | 1 | 10 | 10.0 | 3.90 (1.09 to 14.0)* | 4.48 (1.16 to 17.3) * | 5.10 (1.29 to 20.1) * |
| | | | p = 0.454 | p = 0.114 | p = 0.074 | p = 0.052 |

* $p<0.05$

** $p<0.01$

Model 1: gender and age adjusted.

Model 2: all variables except SSS were simultaneously entered in the model.

Model 3: all variables were simultaneously entered in the model.

doi:10.1371/journal.pone.0119435.t005

the vocational school or college graduates and primary sector group at a higher risk ($p = 0.051$ and $p = 0.052$, respectively). Company size and establishment size were not associated with witnessing bullying in any model ($p > 0.05$). When we repeated the same analyses restricted only to workers who did not personally experience workplace bullying (n = 1,452), the results obtained were essentially unchanged.

## Discussion

The present study found that low SSS was significantly and positively associated with experiencing and witnessing workplace bullying, independently of other work characteristics and non-work related SES indicators, supporting a frustration hypothesis. Temporary employees reported significantly higher prevalence of witnessing workplace bullying compared to permanent employees, while other non-regular employees did not report an increase. This finding partially supports the power-distance hypothesis. While educational status and household income was significantly and inversely associated with workplace bullying prior to adjusting for SSS, they became non-significant after adjusting for SSS. Our results do not support the organizational safety culture hypothesis, although we hasten to add that we did not directly assess safety climate but instead used a proxy indicator (company size). Taken together, SSS showed the strongest association with both the personal experience of and witnessing bullying.

One possible explanation for this finding is that SSS is better at capturing—over and above education, occupational status and income—the psychological sense of insecurity or shame associated with being lower in the societal hierarchy. SSS is inherently relational, i.e. it describes an individual's position as being higher to lower *relative* to other people around them. Hence, even in a relatively homogeneous context—for example, in a workplace where everyone has a similar degree of educational attainment or earns a similar income—there can develop a social hierarchy based upon perceived status. Lower status in this sense seems to be a stronger predictor of bullying victimization compared to traditional (and objective) indicators of socioeconomic status.

An alternative explanation for our finding is that individuals who perceived themselves to be lower in the social hierarchy are more likely to perceive an event occurring to them as stemming from injustice or unfair treatment [28–30]. In the present study, we did not attempt to provide a definition of bullying in the questionnaire, and thus all reports of experiencing or witnessing bullying are via self-report. It is possible that individuals with low SSS are more likely to experience or witness workplace bullying. Because SSS is also self-perceived, this may have contributed to common source bias.

Temporary employees ("haken shain") were more likely to experience and observe workplace bullying compared to permanent workers in this study, whereas occupational status was not associated with workplace bullying. One of the possible explanations is that temporary employment is the strongest predictor of being in a lower position in an organization because they lack decision-making authority [16,17]. This is compatible with studies that reported high prevalence among workers occupying the lowest position in the organization such as unskilled workers [12,13]. Another possible explanation is job insecurity. Temporary employment is characterized by lack of protection from labor laws (such as anti-discrimination legislation) and hence temporary employees may be especially vulnerable to social exclusion in the workplace [16,17,40]. Especially in a group-oriented culture such as Japanese society, not being received into the group may make people feel insecure [18]. A typical illustration of this social exclusion is the practice (by permanent workers) of calling a temporary employee "haken-san" ("haken" means a temporary employee and "san" means Mr. or Ms. in Japanese), not using his/her name. We also found that temporary employees were significantly more likely to witness bullying even when we restricted and re-ran the analyses only among workers who did not experience workplace bullying. This indicates temporary employees work in poor working environments that create and sustain conditions that are conducive to bullying [24]. The present findings partly support our power distance hypothesis and expanded this evidence to the working population in Japan.

The present study found that employees who received no high school education and had the lowest annual household incomes (< 2.5 million yen or US$27,500) were at highest risk not only for experiencing but also witnessing bullying. Although few reports are available on the relation between non-work related SES indicators and workplace bullying, the results in this study are in line with previous research suggesting an association between socioeconomic disadvantage and bullying in childhood [41], and among school-aged adolescents [42] as well as lifetime bullying behavior toward others [43]. As SES is reported as an indicator of psychosocial work environment [44], the findings in this study also suggests that non-work SES could be an indicator of working at poor working environments which leads to bullying.

In the present study, company and establishment size were not associated with experiencing and witnessing workplace bullying. Although this result tends not to support our hypothesis about safety climate, we hasten to add that company size is an imperfect proxy of organizational culture, i.e. not every large company makes the same degree of investment or commitment towards maintaining a safe workplace climate [23].

The overall reported prevalence of workplace bullying in the current study was six percent. Fifteen percent had witnessed colleagues being bullied. These figures are lower compared to other studies in Japan (9.0% to 15.4%) [3–5] as well as the average prevalence rate reported in a meta-analysis [2]. It is well known that prevalence of bullying is highly dependent on the measurement method. For example, in the previous study when using a self-labeling method with a definition of bullying the prevalence was lower (5.9%) than when using a behavioral experience method, which asked respondents whether they had experienced various negative acts during the past six months (9.0%) using the same dataset [5]. The prevalence rates mentioned above [2–7] were assessed by a behavioral experience method, while the measurement used in this study was a self-labeling method without a definition of bullying and asked about current experience at the time of the survey, which may have contributed to the low prevalence found.

### Limitations

Several limitations of the present study should be noted. First, the study is cross-sectional, so we cannot draw causal influences regarding whether social class indicators leads to experiencing workplace bullying, or experiencing bullying determine his/her social class. However, in this study bullying was also correlated with other objective indicators of socioeconomic position, such as temporary work status, educational attainment, and household income, which are unlikely to have been affected by reverse causation. Thus, we assume that SES/SSS is an indicator of bullying but longitudinal studies are needed to clarify this causality. Secondly, we used self-report measures and there may have been issues with self-reporting bias, especially in terms of experiencing workplace bullying. Although we used two methods to measure bullying in this study to capture a more accurate picture of workplace bullying, there is a possibility that individuals with different SSS may have different definition and understanding of bullying. In addition, measuring the thirty-day prevalence of workplace bullying may contribute to underestimation. We also did not inquire about perpetration of bullying so that we could not identify whether bullying occurred among workers from similar SES backgrounds, or whether it was directed by higher SES workers toward lower SES workers. Lastly, some psychological states such as negative affectivity may have affected both perceptions of being bullied and self-perception of social status [38,45].

## Conclusions

The prevalence of workplace bullying varies by not only employment type but also by non-work related socioeconomic indicators such as education, household income, and SSS.

Specifically, the current investigation found that younger employees who received no high school education, worked as a temporary employee, had low annual household incomes, and lower subjective social status were at highest risk for experiencing workplace bullying. Future prevention of workplace bullying should focus on workers with low SES or SSS.

## Author Contributions

Conceived and designed the experiments: KT NK AT AS AI YO TY TH TS. Performed the experiments: KT NK AT AS AI YO TY TH TS. Analyzed the data: KT NK. Contributed reagents/materials/analysis tools: KT NK AT AS AI YO TY TH TS. Wrote the paper: KT NK IK.

## References


1. Zapf D, Escartín J, Einarsen S, Hoel H, Vartia M. Empirical findings on prevalence and risk groups of bullying in the workplace. In: Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, editors. Bullying and harassment in the workplace: developments in theory, research, and practice. Boca Raton: CRC Press; 2011. pp. 75–105.
2. Nielsen MB, Matthiesen SB, Einarsen S. The impact of methodological moderators on prevalence rates of workplace bullying. A meta-analysis. J Occup Organ Psychol. 2010; 83: 955–979.
3. Asakura T, Ando M, Giorgi G. Workplace bullying in Japan: an epidemiological study. Risorsa Uomo. 2008; 14: 1–15.
4. Takaki J, Taniguchi T, Fukuoka E, Fujii Y, Tsutsumi A, Nakajima K, et al. Workplace bullying could play important roles in the relationships between job strain and symptoms of depression and sleep disturbance. J Occup Health. 2010; 52: 367–374. PMID: 20944438
5. Tsuno K, Kawakami N, Inoue A, Abe K. Measuring workplace bullying: reliability and validity of the Japanese version of the Negative Acts Questionnaire. J Occup Health. 2010; 52: 216–226. PMID: 20571253
6. Nielsen MB, Tvedt SD, Matthiesen SB. Prevalence and occupational predictors of psychological distress in the offshore petroleum industry: a prospective study. Int Arch Occup Environ Health. 2013; 86: 875–885. doi: 10.1007/s00420-012-0825-x PMID: 23099441
7. Kivimäki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Järvinen L. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. Occup Environ Med. 2003; 60: 779–783. PMID: 14504368
8. Rugulies R, Madsen IE, Hjarsbech PU, Hogh A, Borg V, Carneiro IG, et al. Bullying at work and onset of a major depressive episode among Danish female eldercare workers. Scand J Work Environ Health. 2012; 38: 218–227. doi: 10.5271/sjweh.3278 PMID: 22298126
9. Vingård E, Lindberg P, Josephson M, Voss M, Heijbel B, Alfredsson L, et al. Long-term sick-listing among women in the public sector and its associations with age, social situation, lifestyle, and work factors: a three-year follow-up study. Scand J Public Health. 2005; 33: 370–375. PMID: 16265806
10. Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. The concept of bullying at work: the European tradition. In Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, editors. Bullying and emotional abuse in the workplace: international perspectives in research and practice. London: Taylor & Francis Inc; 2003. pp. 3–30.
11. Leymann H. The content and development of mobbing at work. Eur J Work Organ Psychol. 1996; 5: 165–184.
12. Niedhammer I, David S, Degioanni S. Economic activities and occupations at high risk for workplace bullying: results from a large-scale cross-sectional survey in the general working population in France. Int Arch Occup Environ Health. 2007; 80: 346–353. PMID: 16944191
13. Ortega A, Høgh A, Pejtersen JH, Olsen O. Prevalence of workplace bullying and risk groups: a representative population study. Int Arch Occup Environ Health. 2009; 82: 417–426. doi: 10.1007/s00420-008-0339-8 PMID: 18584195
14. Salin D. Prevalence and forms of bullying among business professionals: a comparison of two different strategies for measuring bullying. Eur J Work Organ Psychol. 2001; 10: 425–441.
15. Hoel H, Cooper CL, Faragher B. The experience of bullying in Great Britain: the impact of organizational status. Eur J Work Organ Psychol. 2001; 10: 443–465.
16. Quinlan M, Mayhew C, Bohle P. The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: a review of recent research. Int J Health Serv. 2001; 31: 335–414. PMID: 11407174

17. Virtanen P, Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Ferrie J. Employment security and health. J Epidemiol Community Health. 2002; 56: 569–574. PMID: 12118045

18. Markus HR, Kitayama S. Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. Psychol Rev. 1991; 98: 224–253.

19. Agervold M, Mikkelsen EG. Relationships between bullying, psychosocial work environment and individual stress reactions. Work Stress. 2004; 18: 336–351.

20. Salin D, Hoel H. Organisational causes of workplace bullying. In Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, editors. Bullying and harassment in the workplace: developments in theory, research, and practice. Boca Raton: CRC Press; 2011. pp. 227–243.

21. Hauge JL, Skogstad A, Einarsen S. Relationships between stressful work environments and bullying: results of a large representative study. Work Stress. 2007; 21: 220–242.

22. Vartia M. The sources of bullying—psychological work environment and organizational climate. Eur J Work Organ Psychol. 1996; 5: 203–214.

23. Dollard MF, Bakker AB. Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. J Occup Organ Psychol. 2010; 83: 579–599.

24. Law R, Dollard MF, Tuckey MR, Dormann C. Psychosocial safety climate as a lead indicator of workplace bullying and harassment, job resources, psychological health and employee engagement. Accid Anal Prev. 2011; 43: 1782–1793. doi: 10.1016/j.aap.2011.04.010 PMID: 21658506

25. Hoshuyama T, Hino Y, Kayashima K, Morita T, Goto H, Minami M, et al. Inequality in the health status of workers in small-scale enterprises. Occup Med. 2007; 57: 126–130. PMID: 17229721

26. Takigawa Y. Inequality in the income in the current Japanese society. In. Sato Y, Kimura T, editors. Clarification of the mechanism for forming inequality. Tokyo: Minervashobo; 2013.

27. Tsuno K, Inao I, Okada Y. Current status of the prevalence, the deal, and the approach to prevent workplace bullying at companies in Japan: a comparison by company size. Japanese J Occup Ment Health. 2012; 20: 221–236.

28. Scheler M. Ressentiment. New York: Noonday; 1973.

29. Van den Bos K. Uncertainty management: the influence of uncertainty salience on reactions to perceived procedural fairness. J Personal Social Psychol. 2001; 80: 931–941.

30. Van den Bos K, Lind EA. Uncertainty management by means of fairness judgments. Adv Exp Social Psychol. 2002; 34: 1–60.

31. Dollard J, Miller NE, Doob LW, Mowrer OH, Sears RR. Frustration and aggression. New Haven, CT: Yale University Press; 1939.

32. Jackman MR, Jackman RW. An interpretation of the relation between objective and subjective social status. Am Sociol Rev. 1973; 38: 569–582. PMID: 4745630

33. Adler NE, Epel ES, Castellazzo G, Ickovics JR. Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy, white women. Health Psychol. 2000; 19: 586–592. PMID: 11129362

34. Inoue A, Kawakami N, Shimomitsu T, Tsutsumi A, Haratani T, Yoshikawa T, et al. Development of a short questionnaire to measure an extended set of job demands, job resources, and positive health outcomes: the New Brief Job Stress Questionnaire. Ind Health. 2014; 52: 175–189. PMID: 24492763

35. Nielsen MB, Notelaers G, Einarsen S. Measuring exposure to workplace bullying. In Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, editors. Bullying and harassment in the workplace: developments in theory, research, and practice. Boca Raton: CRC Press; 2011. pp. 149–174.

36. Clark C. The morphology of economic growth. The Conditions of Economic Progress. London: Macmillan; 1940. pp. 337–373.

37. Ministry of Health, Labour and Welfare. Summary Report of Comprehensive Survey of Living Conditions 2009. Available: http://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hss/cslc-report2009.html. Accessed 2 September 2014.

38. Sakurai K, Kawakami N, Yamaoka K, Ishikawa H, Hashimoto H. The impact of subjective and objective social status on psychological distress among men and women in Japan. Soc Sci Med. 2010; 70: 1832–1839. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.01.019 PMID: 20303205

39. Ministry of Internal Affairs and Communications. Annual Report on the Labor Force Survey 2010. Available: http://www.stat.go.jp/english/data/roudou/report/2010/index.htm. Accessed 26 November 2014.

40. Kausto J, Elo AL, Lipponen J, Elovainio M. Moderating effects of job insecurity in the relationships between procedural justice and employee well-being: gender differences. Eur J Work Organ Psychol. 2005; 14: 431–452.

41. Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. Child Devel. 1994; 65: 649–665. PMID: 8013245

42. Due P, Lynch J, Holstein B, Modvig J. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. J Epidemiol Community Health. 2003; 57: 692–698. PMID: 12933775

43. Vaughn MG, Fu Q, Bender K, DeLisi M, Beaver KM, Perron BE, et al. Psychiatric correlates of bullying in the United States: findings from a national sample. Psychiatric Q. 2010; 81: 183–195. doi: 10.1007/s11126-010-9128-0 PMID: 20177967

44. Kristensen TS, Borg V, Hannerz H. Socioeconomic status and psychosocial work environment: results from a Danish national study. Scand J Public Health. 2002; 30: 41–48. PMID: 11928832

45. Operario D, Adler NE, Williams DR. Subjective social status: reliability and predictive utility for global health. Psychol Health. 2004; 19: 237–246.

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）

# 復職支援システム
# 運用マニュアル

2017 年 1 月

## 1. 管理者用画面

### 1-1. 管理者用画面でできること

企業管理者の役割は、本システムを利用する 3 者（当該労働者、上司、産業医）の必要な情報を全て登録することです。

企業アカウント情報の画面では、パスワード、管理担当者名、メールアドレスは変更できます。企業名、ログイン ID についてはあらかじめ、当方で入力をしますので、変更はできません。

管理者用 URL、ログイン ID、パスワードについては、別途お知らせします。企業管理者、労働者、上司、産業医の各 URL については、それぞれの会社の企業管理者にお知らせします。

### 1-2. 管理者用画面の各機能の説明

① 社員一覧

企業で管理している氏名の一覧が確認できます。

それぞれの社員の復職日、休職期間、最終面談日、次回面談日、就業制限の内容、次回通院日、アンケートの結果が一覧できます。今回のテストでは、勤怠の情報は反映されません。

編集ボタンを押すと、社員アカウント編集画面に遷移し、ログイン ID 以外の情報を編集することができます。基本的な操作は、②社員新規作成、と同様です。

② 社員新規作成

新規にフォローアップの必要な社員が発生した場合の、登録を行います。登録する情報は、社員名、ログイン ID、パスワード、部署名、担当上司、メールアドレス、休職期間、復職日、ステータスです。

ステータスは、フォローアップ期間が終了しましたら、「停止中」をクリックすることで、担当社員一覧に反映されます。

③ 上司一覧

社員新規作成画面で、担当上司として登録されている上司を確認することができます。

④ 上司新規作成

上司氏名、ログイン ID、パスワード、部署名、メールアドレス、ステータス、を登録します。ログイン ID、パスワードは、上司がログインをするときに必要な情報になります。

⑤ 産業医

産業医用のアカウントを作成するための画面です。このシステムでは、産業医は 1 名のみ登録できます。

## 2. 労働者用画面

### 2-1. 労働者用画面でできること

① 出社時刻と退社時刻の報告
② 通院日の設定、通院済の報告
③ 就業制限の内容の承認
④ 今日の振り返りの記載
⑤ 今週のアンケートの記入

### 2-2. 労働者用画面の各機能の説明

① アラート
今日の振り返りコメントを記載した時、それに対して上司からの返事があった場合、上司が就業制限の内容を記入した時、にアラートにそのことが示されます。本システムでは、就業制限の内容は上司が作成して、それを部下が承認をするというプロセスにしています。
設定した通院後に、「通院済」の確認が行われていな場合に、アラートが示されます。必要な対応をすることでアラートは消失します。

② 通院日設定
通院日が決まったら、通院日の入力を行う画面です。通院が終わったら、「通院済」ボタンを押します。これにより、通院のし忘れなどを予防する目的があります。

③ 就業制限の内容の承認
上司が就業制限の内容を新規に作成したり、修正したりした場合には、アラートの表示に従って、「就業制限の内容の承認」または「就業制限の内容の再検討」の意思表示をします。一度、承認をすると、上司の方でも変更ができなくなります。

④ アカウント編集
パスワードのみ変更できます。社員名、ログイン ID、部署名、メールアドレスは、企業管理者のみが変更がすることができます。

⑤ 今日の振り返り：必要な時に自由に記載をすることができます。

⑥ 今週のアンケート：週に 1 回、必要な時に自由に記入をすることができます。

## 3. 上司用画面

### 3-1. 上司用画面でできること

① 就業制限の作成
② 本人からコメントがあったときのみ、コメントの作成
③ アンケート結果を踏まえた上での「現状」の記入

### 3-2. 上司用画面の各機能の説明

① 社員一覧

自分が担当している社員の一覧が表示されます。社員名、復職日、休職期間、最終面談日、次回面談日、次回通院日、アンケートの結果が表示されます。

「詳細」ボタンをクリックすると、社員の詳細な情報が表示されます。表示内容は、就業制限の内容、毎日の出勤時間と退勤時間、通院日、面談日、アンケート結果、現状の情報が一覧できます。社員の「振り返り」が未入力な状態では「上司からのコメント」を更新できません。また、社員の「アンケート」が未入力な状態では、「現状」を更新できません。

② アラート

部下の通院日の完了報告がなされていない時や、部下の「今日の振り返り」が記載をされたときに、上司からのコメントの記載を求めるアラートが出されます。

③ 就業制限の内容

本システムでは、就業制限は上司の責任において実施をするという考えから、就業制限の内容は、上司が記載をすることになっている。面談が終了後に、必要に応じて就業制限の内容の見直しを行う。上司が就業制限を記入すると、それを部下が承認するという流れになります。

④ 上司からのコメント

本人からコメントが出されたときのみ上司からのコメントを記入することができます。

⑤ 現状

アンケート結果や、日ごろの仕事の様子などから、上司から見た本人の評価を記載する。この結果は、一覧画面の名前の色の変化として反映されるため、上司、産業医が、Visual 的に分かりやすいようになっています。

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）

## 4. 産業医用画面

### 4-1. 産業医用画面でできること

① 次回定期面談日を設定。

② 本人からの振り返りコメントがあった場合に、産業医からのコメントの入力。

### 4-2. 産業医用画面の各機能の説明

① 社員一覧

それぞれの社員の状況を確認することができます。この画面で産業医としてできることは、「産業医からのコメント」を記入することのみです。「産業医からのコメント」は、本人がコメントをしたときのみにコメントをすることができます。また、本人のコメントに対する上司からのコメントは確認することができません。

② アラート

アラートは、担当社員それぞれの通院日の完了報告がない場合に、上がってきます。システムの運用上、産業医から本人に対してコメントをすることができないので、メールなどを使って確認をすることになります。

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）

# 復職支援システム運用マニュアル（PPT版）

2017年1月

# 管理者用画面

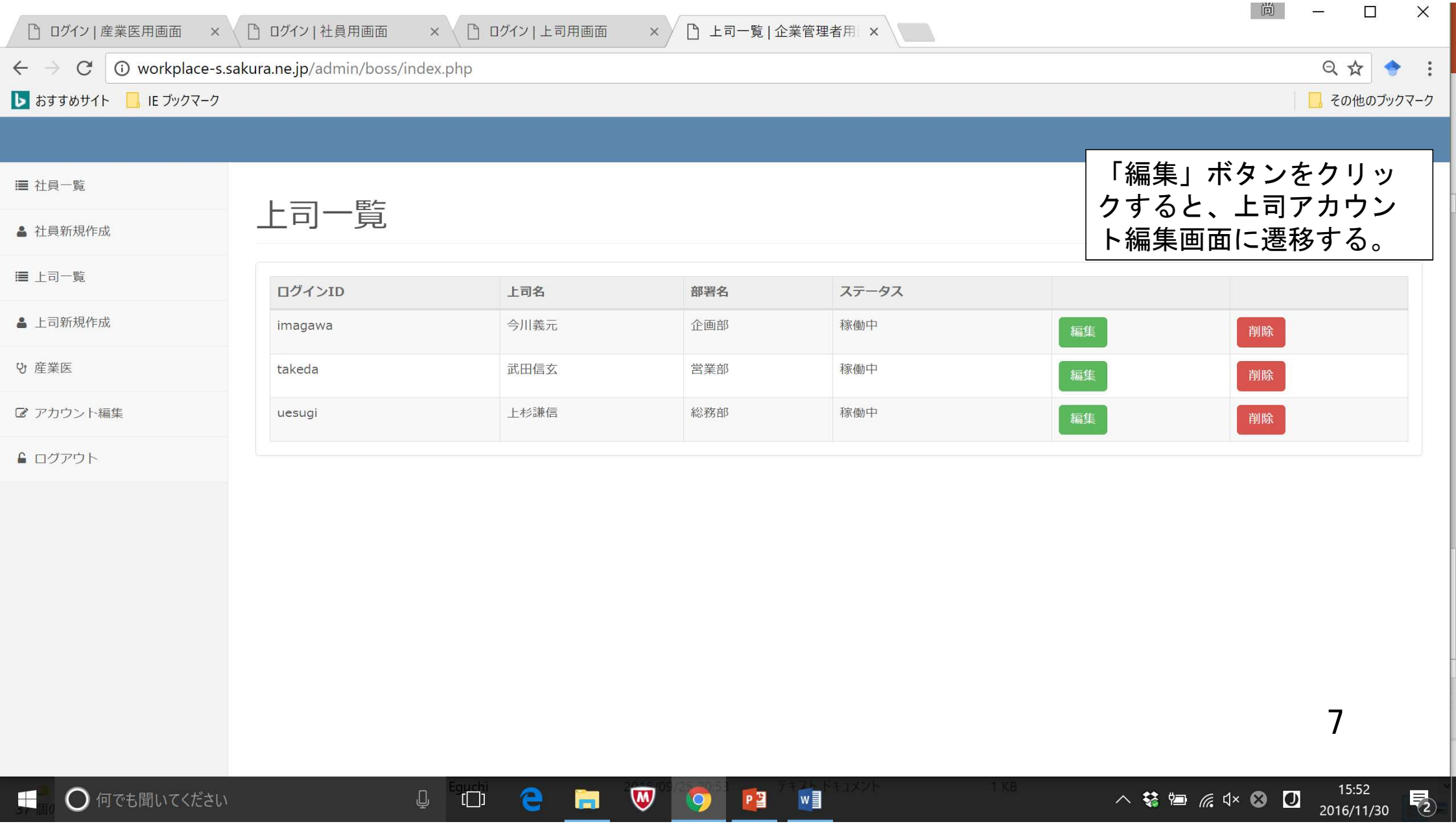

ログイン | 産業医用画面
ログイン | 社員用画面
ログイン | 上司用画面
企業アカウント情報編集画
workplace-s.sakura.ne.jp/admin/account/index.php
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
社員一覧
①
社員新規作成
②
上司一覧
③
上司新規作成
④
産業医
⑤
アカウント編集
⑥
ログアウト
企業アカウント情報
企業名
テスト企業123
ログインID
test
パスワード
管理担当者名
柴田勝家
メールアドレス
shibata@test.co.jp
利用期間
2016年05月06日 から 2017年05月06日 まで
稼働ステータス
稼働中
» 更新する
3
何でも聞いてください
15:55
2016/11/30


ログイン | 産業医用画面
ログイン | 社員用画面
ログイン | 上司用画面
担当社員一覧 | 管理者用
workplace-s.sakura.ne.jp/admin/worker/index.php
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
社員一覧
社員新規作成
上司一覧
上司新規作成
産業医
アカウント編集
ログアウト
担当社員一覧
「編集」ボタンをクリックすると、社員アカウント編集画面に遷移する。
社員名
復職日
休職期間
最終面談日
次回面談日
就業制限の内容
最新の評価
1カ月の勤怠
1年の勤怠
次回通院日
アンケート
豊臣秀吉
2016年8月1日(122日目)
2016/4/1 ～ 2016/7/31
月間残業時間：
休日出勤：
交替勤務：
出張：
その他：
【遅】-【早】-【欠】-
【遅】-【早】-【欠】-
【疲】【眠】【食】
【集】【意】【倦】
フォロー中
編集
削除
徳川家康
2016年8月16日(107日目)
2016/6/1 ～ 2016/8/15
織田信長
2016年6月1日(183日目)
2016/3/1 ～ 2016/5/31
何でも聞いてください
15:51
2016/11/30

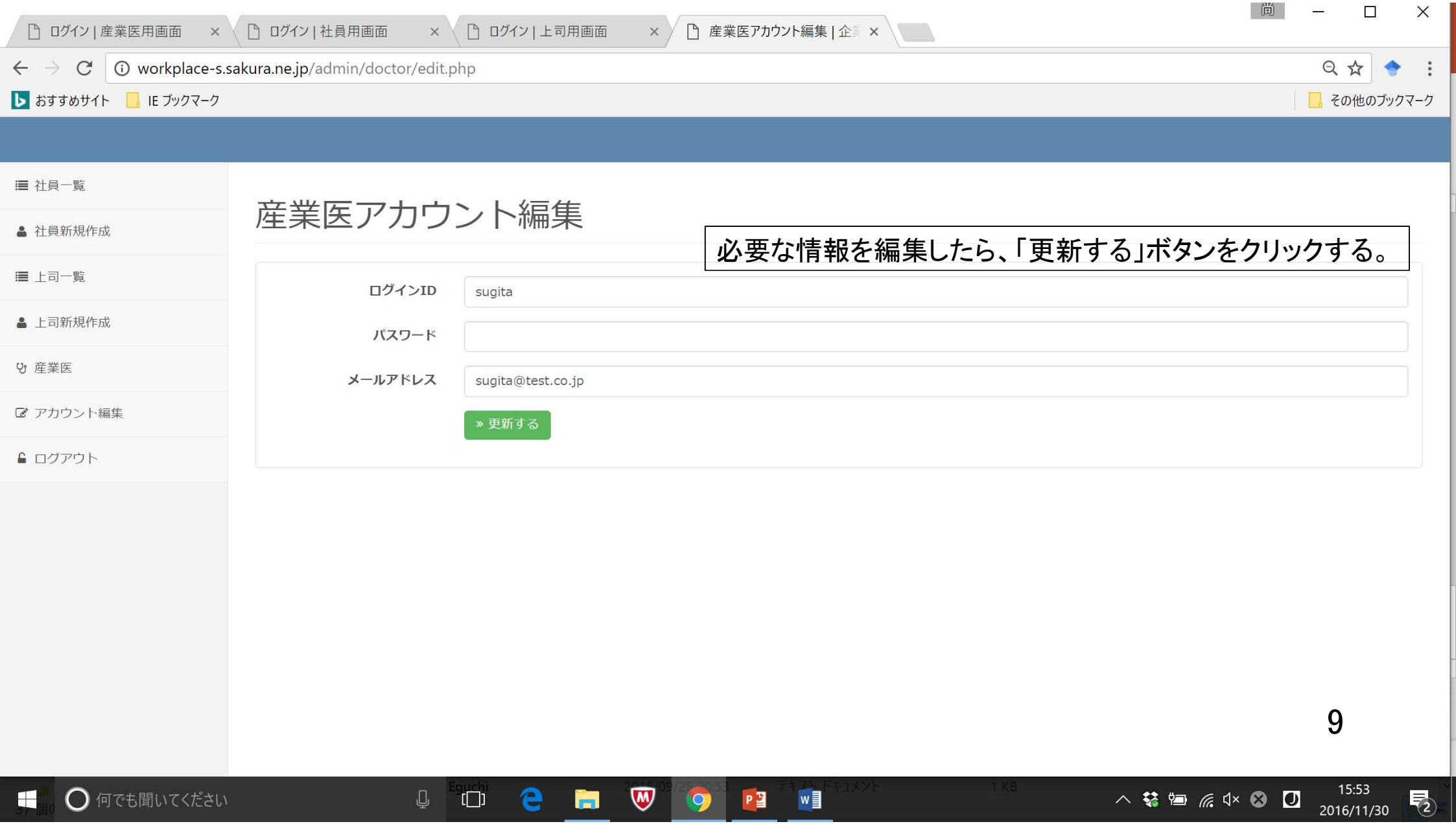
4


ログイン | 産業医用画面
ログイン | 社員用画面
ログイン | 上司用画面
社員アカウント新規作成 |
workplace-s.sakura.ne.jp/admin/worker/edit.php?id=12
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
社員一覧
社員新規作成
上司一覧
上司新規作成
産業医
アカウント編集
ログアウト
社員アカウント編集
必要な情報を編集したら、「更新する」ボタンをクリックする。
社員名
豊臣秀吉
ログインID
toyotomi
パスワード
部署名
企画部
担当上司
今川義元
メールアドレス
toyotomi@test.co.jp
休職期間
2016 年 4 月 1 日 から
2016 年 7 月 31 日 まで
復職日
2016 年 8 月 1 日
ステータス
フォロー中
停止中
» 更新する
5
何でも聞いてください
16:00
2016/11/30


ログイン | 産業医用画面
ログイン | 社員用画面
ログイン | 上司用画面
社員アカウント新規作成 |
workplace-s.sakura.ne.jp/admin/worker/edit.php?id=0
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
社員一覧
社員新規作成
上司一覧
上司新規作成
産業医
アカウント編集
ログアウト
社員アカウント新規作成
社員名
ログインID
パスワード
部署名
担当上司
今川義元
メールアドレス
休職期間
2014 年 1 月 1 日 から
2015 年 1 月 1 日 まで
復職日
2015 年 1 月 1 日
ステータス
フォロー中
停止中
» 更新する
社員アカウントの新規作成の画面です。必要な情報を入力します。
6
何でも聞いてください
15:52
2016/11/30


ログイン | 産業医用画面
ログイン | 社員用画面
ログイン | 上司用画面
上司一覧 | 企業管理者用
workplace-s.sakura.ne.jp/admin/boss/index.php
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
社員一覧
社員新規作成
上司一覧
上司新規作成
産業医
アカウント編集
ログアウト
上司一覧
ログインID
上司名
部署名
ステータス
imagawa
今川義元
企画部
稼働中
編集
削除
takeda
武田信玄
営業部
稼働中
編集
削除
uesugi
上杉謙信
総務部
稼働中
編集
削除
「編集」ボタンをクリックすると、上司アカウント編集画面に遷移する。
何でも聞いてください
15:52
2016/11/30

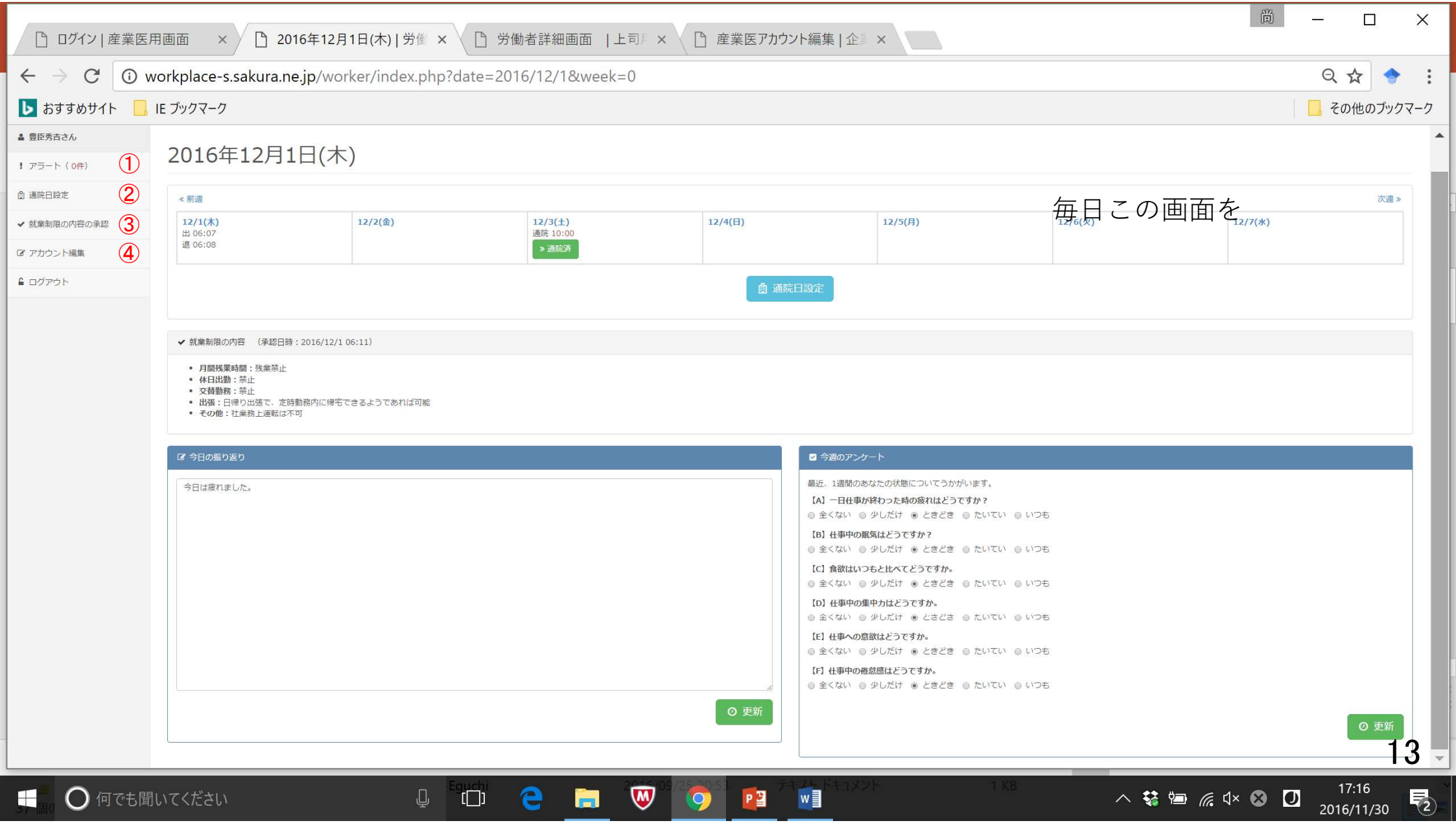

ログイン | 産業医用画面
ログイン | 社員用画面
ログイン | 上司用画面
上司アカウント情報編集画
workplace-s.sakura.ne.jp/admin/boss/edit.php?id=0
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
社員一覧
社員新規作成
上司一覧
上司新規作成
産業医
アカウント編集
ログアウト
上司アカウント情報
必要な情報を編集したら、「更新する」ボタンをクリックする。
上司氏名
ログインID
パスワード
部署名
メールアドレス
ステータス
稼働中
停止中
» 更新する
何でも聞いてください
15:52
2016/11/30


ログイン | 産業医用画面
ログイン | 社員用画面
ログイン | 上司用画面
産業医アカウント編集 | 企
workplace-s.sakura.ne.jp/admin/doctor/edit.php
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
社員一覧
社員新規作成
上司一覧
上司新規作成
産業医
アカウント編集
ログアウト
産業医アカウント編集
必要な情報を編集したら、「更新する」ボタンをクリックする。
ログインID
sugita
パスワード
メールアドレス
sugita@test.co.jp
» 更新する
何でも聞いてください
15:53
2016/11/30

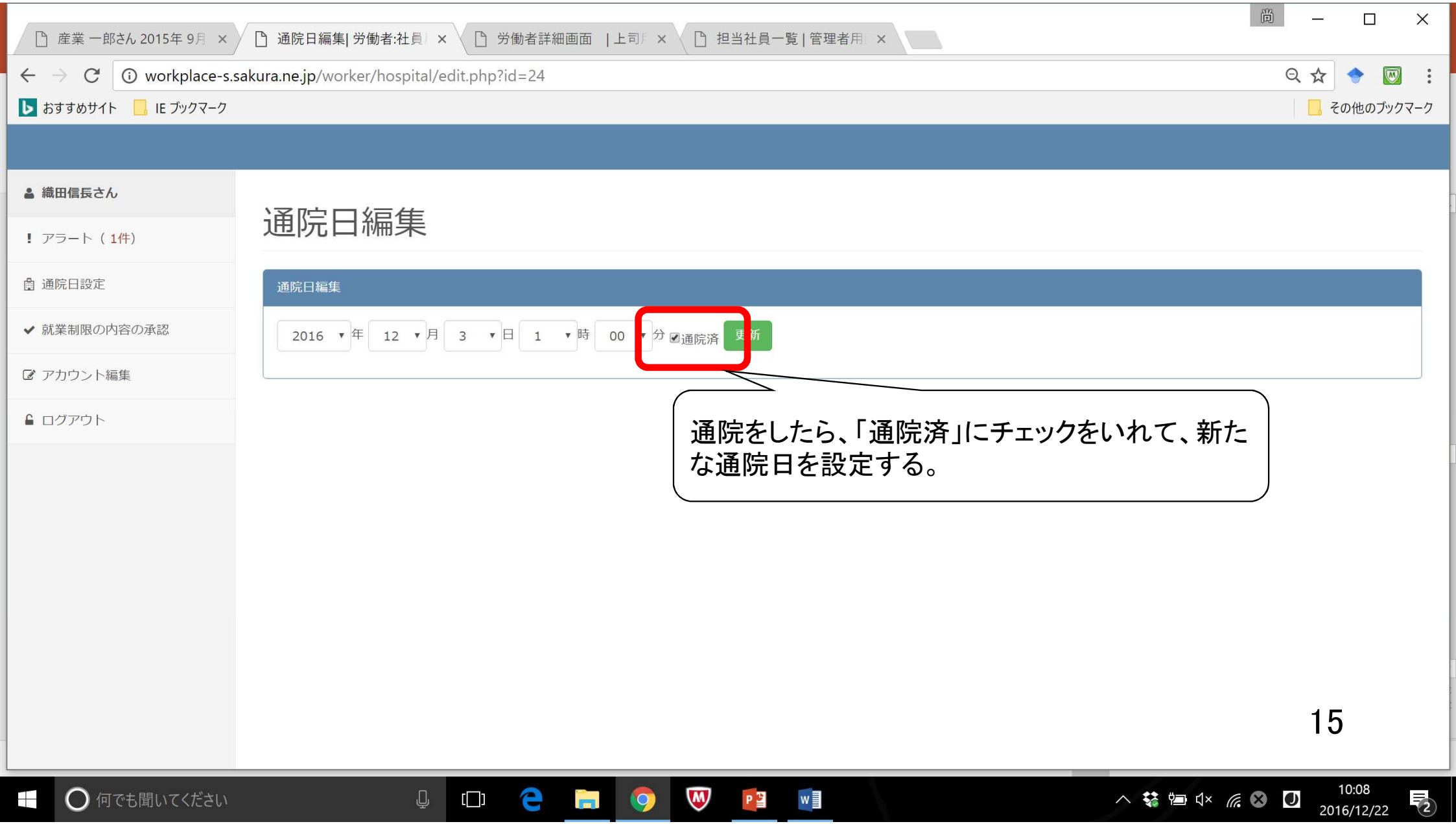
# 労働者用画面


産業 一郎さん 2015年 9月
2016年12月23日(金) | 労
担当社員一覧 | 上司用画
担当社員一覧 | 管理者用
workplace-s.sakura.ne.jp/worker/index.php
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
豊臣秀吉さん
アラート（ 3件）
通院日設定
就業制限の内容の承認
アカウント編集
ログアウト
2016年12月23日(金)
« 前週
次週 »
12/23(金)
12/24(土)
12/25(日)
12/26(月)
12/27(火)
12/28(水)
12/29(木)
出社ボタン
通院日設定
出勤したら出社ボタンを押してください。
就業制限の内容 （承認日時：）
月間残業時間：45時間まで可能
休日出勤：休日出勤は不可
交替勤務：交代勤務禁止
出張：日帰り出張のみ可能
その他：社高所作業不可
今日の振り返り
今週のアンケート
最近、1週間のあなたの状態についてうかがいます。
【A】一日仕事が終わった時の疲れはどうですか？
全くない
少しだけ
ときどき
たいてい
いつも
11
何でも聞いてください
10:48
2016/12/22


産業 一郎さん 2015年
2016年12月23日(金)
担当社員一覧 | 上司
担当社員一覧 | 管理
受信トレイ (15,228) -
「うまくいくことを願ってい
workplace-s.sakura.ne.jp/worker/index.php
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
豊臣秀吉さん
アラート（ 3件）
通院日設定
就業制限の内容の承認
アカウント編集
ログアウト
2016年12月23日(金)
« 前週
次週 »
12/23(金)
出 00:48
12/24(土)
12/25(日)
12/26(月)
12/27(火)
12/28(水)
12/29(木)
退社ボタン
通院日設定
就業制限の内容　（承認日時：）
月間残業時間：45時間まで可能
休日出勤：休日出勤は不可
交替勤務：交代勤務禁止
出張：日帰り出張のみ可能
その他：社高所作業不可
退社するときには
退社ボタンを押し
てください。
今日の振り返り
今週のアンケート
最近、1週間のあなたの状態についてうかがいます。
【A】一日仕事が終わった時の疲れはどうですか？
全くない
少しだけ
ときどき
たいてい
いつも
【B】仕事中の眠気はどうですか？
何でも聞いてください
10:56
2016/12/22


ログイン | 産業医用画面
2016年12月1日(木) | 労働
労働者詳細画面 | 上司
産業医アカウント編集 | 企業
workplace-s.sakura.ne.jp/worker/index.php?date=2016/12/1&week=0
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
豊臣秀吉さん
アラート（0件）
通院日設定
就業制限の内容の承認
アカウント編集
ログアウト
①
②
③
④
2016年12月1日(木)
毎日この画面を
« 前週
次週 »
12/1(木)
出 06:07
退 06:08
12/2(金)
12/3(土)
通院 10:00
» 通院済
12/4(日)
12/5(月)
12/6(火)
12/7(水)
通院日設定
就業制限の内容 （承認日時：2016/12/1 06:11）
月間残業時間：残業禁止
休日出勤：禁止
交替勤務：禁止
出張：日帰り出張で、定時勤務内に帰宅できるようであれば可能
その他：社業務上運転は不可
今日の振り返り
今日は疲れました。
更新
今週のアンケート
最近、1週間のあなたの状態についてうかがいます。
【A】一日仕事が終わった時の疲れはどうですか？
【B】仕事中の眠気はどうですか？
【C】食欲はいつもと比べてどうですか。
【D】仕事中の集中力はどうですか。
【E】仕事への意欲はどうですか。
【F】仕事中の倦怠感はどうですか。
全くない 少しだけ ときどき たいてい いつも
更新
何でも聞いてください
17:16
2016/11/30


ログイン | 産業医用画面
アラート一覧 | 労働者:社員
労働者詳細画面 | 上司
産業医アカウント編集 | 企
workplace-s.sakura.ne.jp/worker/alert/index.php
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
豊臣秀吉さん
アラート（ 0件）
通院日設定
就業制限の内容の承認
アカウント編集
ログアウト
アラート 一覧
2016/12/1の振り返りにコメントがつきました。
就業制限の内容に変更があります。
何でも聞いてください
17:17
2016/11/30


産業 一郎さん 2015年 9月
通院日編集| 労働者:社員
労働者詳細画面 | 上司
担当社員一覧 | 管理者用
workplace-s.sakura.ne.jp/worker/hospital/edit.php?id=24
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
織田信長さん
アラート（ 1件）
通院日設定
就業制限の内容の承認
アカウント編集
ログアウト
通院日編集
通院日編集
2016 年 12 月 3 日 1 時 00 分 通院済 更新
通院をしたら、「通院済」にチェックをいれて、新たな通院日を設定する。
何でも聞いてください
10:08
2016/12/22


ログイン | 産業医用画面
通院日設定画面| 労働者
労働者詳細画面 | 上司
産業医アカウント編集 | 企
workplace-s.sakura.ne.jp/worker/hospital/index.php
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
豊臣秀吉さん
アラート（ 0件）
通院日設定
就業制限の内容の承認
アカウント編集
ログアウト
通院日設定
通院が済んだら、次回の通院日が決まっていると思いますので
次回の通院日を設定してください。
次回通院日
2016 年 1 月 1 日 1 時 00 分
更新
設定済み通院日
通院日
時間
2016年12月3日
10時00分 ～
編集
削除
何でも聞いてください
17:18
2016/11/30


ログイン | 産業医用画面
就業制限の内容の承認 |
就業制限の内容一覧 | 上
産業医アカウント編集 | 企
workplace-s.sakura.ne.jp/worker/plan/index.php
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
豊臣秀吉さん
アラート（ 0件）
通院日設定
就業制限の内容の承認
アカウント編集
ログアウト
就業制限の内容の承認
定期面談では、就業制限の見直し、継続が確認されると思います。毎回、上司が就業制限の内容の修正を行うと思いますので、その内容に異議がなければ承認をするようにしてください。面談時の内容と異なる場合には、「再検討」を上司に依頼をしてください。
就業制限の内容
月間残業時間：45時間まで可能
休日出勤：休日出勤は不可
交替勤務：交代勤務禁止
出張：日帰り出張のみ可能
その他：社高所作業不可
就業制限の内容の承認
就業制限の内容の再検討
何でも聞いてください
17:19
2016/11/30

17

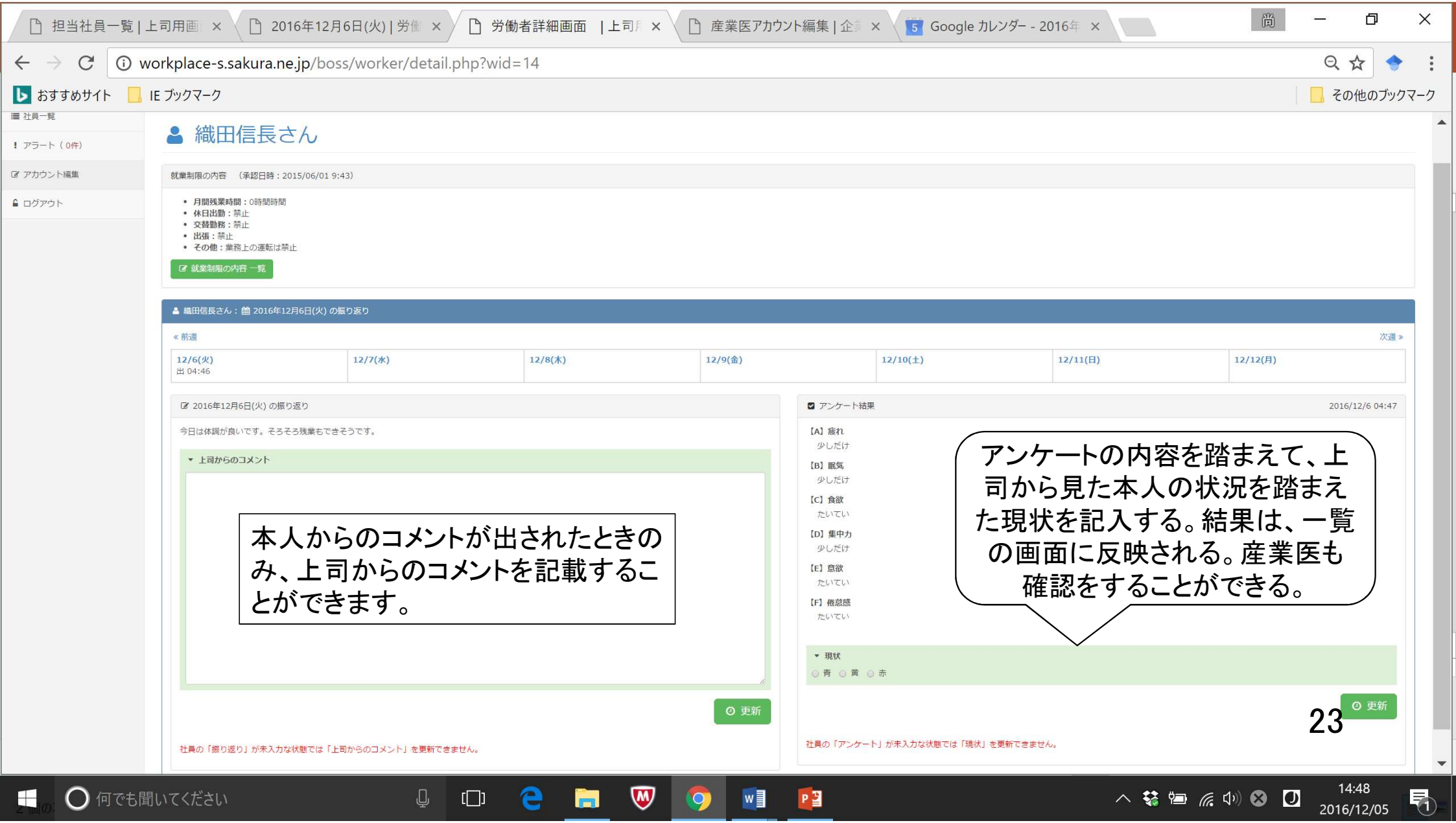

ログイン | 産業医用画面
社員アカウント情報編集画
就業制限の内容一覧 | 上
産業医アカウント編集 | 企
workplace-s.sakura.ne.jp/worker/account/index.php
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
さん
アラート（ 0件）
通院日設定
就業制限の内容の承認
アカウント編集
ログアウト
アカウント情報
この画面では、パスワード変更することができます。
パスワードを忘れてしまった場合には、管理者に連絡してください。
社員名
ログインID
パスワード
部署名
メールアドレス
» 更新する
何でも聞いてください
17:19
2016/11/30

# 上司用画面


担当社員一覧 | 上司用画
2016年12月6日(火) | 労働
担当社員一覧 | 上司用画
産業医アカウント編集 | 企業
workplace-s.sakura.ne.jp/boss/worker/index.php
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
社員一覧 ①
アラート（ 0件） ②
アカウント編集 ③
ログアウト ④
担当社員一覧
担当社員の状況を一覧で確認できます。
社員名
復職日
休職期間
最終面談日
次回面談日
就業制限の内容
最新の評価
1ヵ月の勤怠
1年の勤怠
次回通院日
アンケート
豊臣秀吉
2016年8月1日(127日目)
月間残業時間：残業禁止
休日出勤：禁止
交替勤務：禁止
出張：日帰り出張で、定時勤務内に帰宅できるようであれば可能
その他：業務上運転は不可
【遅】- 【早】- 【欠】-
2016/12/3
フォロー中
詳細
2016/4/1 ～ 2016/7/31
【遅】- 【早】- 【欠】-
【疲】3【眠】3【食】3
【集】3【意】3【倦】3
織田信長
2016年6月1日(188日目)
月間残業時間：0時間
休日出勤：禁止
交替勤務：禁止
出張：禁止
その他：業務上の運転は禁止
【遅】- 【早】- 【欠】-
2016/12/3
フォロー中
詳細
2016/3/1 ～ 2016/5/31
【遅】- 【早】- 【欠】-
【疲】2【眠】2【食】4
【集】2【意】4【倦】4
何でも聞いてください
14:53
2016/12/05


担当社員一覧 | 上司用画
2016年12月6日(火) | 労働
就業制限の内容一覧 | 上
産業医アカウント編集 | 企
Google カレンダー - 2016年
workplace-s.sakura.ne.jp/boss/worker/limit.php?wid=14
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
社員一覧
アラート（ 0件）
アカウント編集
ログアウト
織田信長さん：就業制限の内容一覧
新規作成
本システムでは、就業制限の作成は上司の役割としています。毎回、面談が終了したら、就業制限の内容の見直しを行ってください。
作成日
最終更新日
承認
就業制限の内容
2016年12月6日
2016年12月6日
承認済
月間残業時間：0時間
休日出勤：禁止
交替勤務：禁止
出張：禁止
その他：業務上の運転は禁止
何でも聞いてください
14:52
2016/12/05


担当社員一覧 | 上司用画
2016年12月6日(火) | 労働
就業制限の内容編集画面
産業医アカウント編集 | 企
尚
workplace-s.sakura.ne.jp/boss/worker/limit_edit.php?wid=14&id=0
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
社員一覧
アラート（ 0件）
アカウント編集
ログアウト
織田信長さん ：就業制限の内容の編集
就業制限の内容
月間残業時間
休日出勤
交替勤務
出張
その他
» 更新する
何でも聞いてください
14:52
2016/12/05


担当社員一覧 | 上司用画
2016年12月6日(火) | 労働
労働者詳細画面 | 上司
産業医アカウント編集 | 企
Google カレンダー - 2016年
workplace-s.sakura.ne.jp/boss/worker/detail.php?wid=14
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
社員一覧
アラート（0件）
アカウント編集
ログアウト
織田信長さん
就業制限の内容 （承認日時：2015/06/01 9:43）
月間残業時間：0時間時間
休日出勤：禁止
交替勤務：禁止
出張：禁止
その他：業務上の運転は禁止
就業制限の内容 一覧
織田信長さん：2016年12月6日(火) の振り返り
« 前週
次週 »
12/6(火)
出 04:46
12/7(水)
12/8(木)
12/9(金)
12/10(土)
12/11(日)
12/12(月)
2016年12月6日(火) の振り返り
今日は体調が良いです。そろそろ残業もできそうです。
上司からのコメント
本人からのコメントが出されたときのみ、上司からのコメントを記載することができます。
更新
社員の「振り返り」が未入力な状態では「上司からのコメント」を更新できません。
アンケート結果
2016/12/6 04:47
【A】疲れ
少しだけ
【B】眠気
少しだけ
【C】食欲
たいてい
【D】集中力
少しだけ
【E】意欲
たいてい
【F】倦怠感
たいてい
アンケートの内容を踏まえて、上司から見た本人の状況を踏まえた現状を記入する。結果は、一覧の画面に反映される。産業医も確認をすることができる。
現状
青 黄 赤
更新
社員の「アンケート」が未入力な状態では「現状」を更新できません。
何でも聞いてください
14:48
2016/12/05

# 産業医用画面


担当社員一覧 | 上司用画
2016年12月6日(火) | 労働
担当社員一覧 | 上司用画
企業アカウント情報編集画
workplace-s.sakura.ne.jp/doctor/worker/index.php
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
社員一覧 ①
アラート（ 4件） ②
アカウント編集 ③
ログアウト ④
担当社員一覧
社員名
復職日
休職期間
最終面談日
次回面談日
就業制限の内容
最新の評価
1ヵ月の勤怠
1年の勤怠
次回通院日
アンケート
豊臣秀吉
2016年8月1日(127日目)
月間残業時間：残業禁止
休日出勤：禁止
交替勤務：禁止
出張：日帰り出張で、定時勤務内に帰宅できるようであれば可能
その他：業務上運転は不可
【遅】- 【早】- 【欠】-
2016/12/3
フォロー中
詳細
2016/4/1 ～ 2016/7/31
【遅】- 【早】- 【欠】-
【疲】3【眠】3【食】3
【集】3【意】3【倦】3
徳川家康
2016年8月16日(112日目)
月間残業時間：
休日出勤：
交替勤務：
出張：
その他：
【遅】- 【早】- 【欠】-
フォロー中
詳細
2016/6/1 ～ 2016/8/15
【遅】- 【早】- 【欠】-
【疲】【眠】【食】
【集】【意】【倦】
織田信長
2016年6月1日(188日目)
月間残業時間：0時間
休日出勤：禁止
交替勤務：禁止
出張：禁止
その他：業務上の運転は禁止
【遅】- 【早】- 【欠】-
2016/12/3
フォロー中
詳細
2016/3/1 ～ 2016/5/31
【遅】- 【早】- 【欠】-
【疲】2【眠】2【食】4
【集】2【意】4【倦】4
何でも聞いてください
15:01
2016/12/05


産業 一郎さん 2015年 9月
2016年12月22日(木) | 労
労働者詳細画面 | 上司
担当社員一覧 | 管理者用
workplace-s.sakura.ne.jp/doctor/worker/detail.php?wid=12&date=2016/12/22&update=1
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
社員一覧
アラート（0件）
アカウント編集
ログアウト
豊臣秀吉さん
就業制限の内容 （承認日時：）
月間残業時間：45時間まで可能時間
休日出勤：休日出勤は不可
交替勤務：交代勤務禁止
出張：日帰り出張のみ可能
その他：高所作業不可
豊臣秀吉さん：2016年12月22日(木) の振り返り
« 前週
次週 »
12/22(木)
12/23(金)
12/24(土)
12/25(日)
12/26(月)
12/27(火)
12/28(水)
定期面談日カレンダー設定
2016年12月22日(木) の振り返り
今日は疲れました。
産業医からのコメント
来週面談をしましょう。
本人からのコメントが出されたときのみ、産業医からのコメントを記載することができます。
更新
アンケート結果
2016/12/22 23:53
【A】疲れ
いつも
【B】眠気
いつも
【C】食欲
いつも
【D】集中力
いつも
【E】意欲
いつも
【F】倦怠感
いつも
現状 2015/09/07 17:32
黄
何でも聞いてください
9:55
2016/12/22


アラート一覧 | 産業医用画
2016年12月6日(火) | 労働
担当社員一覧 | 上司用画
企業アカウント情報編集画
workplace-s.sakura.ne.jp/doctor/alert/index.php
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
社員一覧
アラート（ 5件）
アカウント編集
ログアウト
アラート 一覧
織田信長さんの通院日（2016年12月3日 15時00分）の完了報告がありません。
佐藤1さんの通院日（2016年12月1日 01時00分）の完了報告がありません。
萩原さんの通院日（2016年10月11日 05時30分）の完了報告がありません。
高橋　ただしさんの通院日（2016年10月1日 15時00分）の完了報告がありません。
佐藤2さんの通院日（2016年9月5日 11時29分）の完了報告がありません。
通院状況について確認をすることができます。また、本人からコメントが出された時にもアラートが出ます。
何でも聞いてください
15:01
2016/12/05


産業医アカウント情報の編集
2016年12月6日(火) | 労働
担当社員一覧 | 上司用画面
企業アカウント情報編集画面
workplace-s.sakura.ne.jp/doctor/account/index.php
おすすめサイト
IE ブックマーク
その他のブックマーク
社員一覧
アラート（5件）
アカウント編集
ログアウト
産業医アカウント情報
ログインID
sugita
パスワード
メールアドレス
sugita@test.co.jp
» 更新する
この画面では、パスワード変更することができます。
パスワードを忘れてしまった場合には、管理者に連絡してください。
何でも聞いてください
15:05
2016/12/05