

科学的根拠に基づく  
「産業保健における復職ガイダンス 2017」  
Ver.4.1 20180523

日本産業衛生学会関東地方会

産業保健における復職ガイダンス策定委員会作成

Copyright © 2017 日本産業衛生学会関東地方会  
本ガイダンスの転載・複製の際は予め許諾をお求めください。

## 目次

1. 緒言
  - 1-1 ガイドラインサマリー
  - 1-2 留意事項
2. 推奨のまとめとレビュークエスチョン
  - 2-1 休職中の労働者の復職に関する推奨のまとめ
  - 2-2 レビュークエスチョン (RQ) リスト
  - 2-3 復職のアルゴリズム
  - 2-4 復職ガイダンス 略語集
3. 産業保健における復職の概念と疫学
  - 3-1 復職の定義
  - 3-2 産業保健制度の概説 我が国と海外の制度の比較
  - 3-3 各疾患の一般的な休職期間の疫学
4. 復職の判断基準
5. 復職に対する介入
  - 5-1 職場介入としての復職支援プログラム (RQ2)
  - 5-2 産業保健における主治医など臨床との連携 (RQ4)
  - 5-3 ソーシャルサポート (同僚・上司の支援を含む) (RQ5)
  - 5-4 復職時の就業上の配慮 (RQ6)
6. 復職ガイダンス作成方法
  - 6-1 産業保健における復職ガイダンス策定委員会委員名簿
  - 6-2 方法
  - 6-3 推奨作成
  - 6-4 外部評価
  - 6-5 適用可能性
  - 6-6 ガイダンス作成の資金源

公開用

6-7 公開

6-8 改訂

7. 用語集

8. 巻末図表

巻末 図 1

巻末 図 2

9. 引用文献（システマティックレビューに引用した論文は RQ 番号を左に付記）

附：エビデンス集と記録

1. スコープ

2. ガイダンス編集会議の記録

3. エビデンス集

RQ2

RQ4

RQ5

RQ6

4. 推奨作成の経過

5. 外部評価の結果と対応

6. 利益相反

7. AGREE II

8. 復職ガイダンス導入後モニタリング調査

## 1. 緒言

我が国の休職者数は急激に増加し、とくにメンタルヘルス疾患による休職期間の長期化が顕著である。健保組合における傷病手当金の負担増加、職場における長期休職者に対する不公平感が社会問題となっている。英国の National Institute for Health and Care Excellence (NICE) が *Managing long-term sickness and incapacity for work*<sup>1</sup>、米国の American Medical Association (AMA) による *Guides to the Evaluation of Work Ability and Return to Work*<sup>2</sup> (以下 *AMA Guide* と略す) など、海外では、患者の健康と安全に働ける状態の最も早期の復職を奨励することが一般的である。我が国では、復職を焦らない風潮が主治医にも産業医にもあるが、本ガイダンスでは、可能な限り休職期間を短くするための介入と、適正な復職判断、復職時の合理的配慮についてエビデンスをまとめ、科学的根拠に基づく推奨を提示することを目的とする。

我が国では、平成 21 年に厚生労働省より企業における従業員のメンタルヘルス対策として「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」<sup>3</sup>が公開されているが、異なる疾患でも共通する復職に関する介入について、社会的に公平な、基本となる産業保健ガイダンスが必要である。コクランレビューでは、筋骨格系障害<sup>4</sup>、メンタルヘルス不調<sup>5</sup>などいくつかの疾患に関する復職についてのシステマティックレビュー、さらには 2015 年に復職に関する総括的レビュー<sup>6</sup>が公開され、職場介入の有効性のエビデンスが蓄積されつつある。近年、オランダ、北欧などからも復職に関するエビデンスが蓄積され、産業保健制度の違い、労働環境の違いを整理したうえで、復職に関するエビデンスを利用することは可能となってきた。我が国の診療ガイドラインにおいて、自宅静養の期間、患者の職場での業務負担についての記載は少なく、主治医による療養・復職指導は十分とは言えない。一方、産業医はすべての疾病について専門医と同レベルの知識があるわけではないため、主治医の診断書通りに対応する、時には必要以上に過剰な配慮をするといった世界的動向と異なる対応を取る傾向がある。また、大企業では休職に関する配慮が時に過剰に行き届いているが、産業医がいない中小企業では病気になると就労が継続できないこともあるなど企業間の差が大きいことも問題である。

復職の判断について *AMA Guide* には、「医師が復職判定の際にその患者の業務遂行能力について考えるべきことは、リスク、職務能力、耐性<sup>a</sup>の 3 点である」と記載されている。患者がその業務を行うことでリスクがあるときに、「業務上のリスクに対する就業制約 (work restriction) (以下就業制約と略す)」を診断書に記載すべきであり、患者が身体的・精神的にできない、「症状固定に対する就業限界 (work limitation) (以下就業限界と略す)」と明確に区別すべきと強調されている (巻末 図 1 に示す)。我が国では、就業制約と就業限界を区別せずに就業制限と言われることが多いが、本ガイダンスでは復職時には就業

<sup>a</sup> 個人差が大きく、主観的症状として現れやすい人とそうでない人がいる

制約について判断することを強調している。

本ガイダンスでは、休職者に対する職場が関与する介入として、リワーク・プログラム（以下リワークと略す）など、認知行動療法（CBT）を活用した職場支援プログラム（RQ2）、主治医など臨床との連携（RQ4）、ソーシャルサポートによる介入（RQ5）、時短勤務など復職時の配慮（RQ6）の4つについて推奨を提示した。もっともエビデンスの多かったRQ2については、我が国における復職支援プログラムとしてのリワークの関連を説明した。海外の保険医療制度とは異なるが、我が国には医療機関が医療保険で提供する医療リワークのほか、障害者職業センターが職場介入と作業リハビリテーションを作業リワーク、民間Employee Assistance Program（EAP）を含めた会社独自の復職支援プログラムの3形態がある。復職時の就業上の配慮（RQ6）としては、限られたエビデンスの中で、軽減作業と時短勤務について取り上げた。「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」<sup>7</sup>などの行政の取り組みと「がん対策基本法」の法改正などにより、働き方の多様性への柔軟な対応が求められており、復職時の就業の合理的配慮について、社内の規則等を見直す良い機会と捉えていただきたいと思っている。

### 1-1 ガイドラインサマリー

本ガイダンスではがん、筋骨格系障害、メンタルヘルス不調などからの復職を総論的に取り上げ、GRADE<sup>8</sup>を用いてエビデンス評価と推奨作成を行い、私病からの休職、復職に関する産業保健活動介入について推奨を提示する、我が国初めての試みである。医師の診断時点での職務能力についても客観的な指標は少ないが、各患者個人の耐性に影響されない職務能力の判断についても可能な限りエビデンスを提示する。AMA Guideでも採用されている、症状固定に対する「就業限界」と業務上のリスクに対する「就業制約」の考え方を採用した（巻末図1）。

休職者に対して、リワークなど、認知行動療法（CBT）を活用した職場支援プログラム（RQ2）、主治医など臨床との連携（RQ4）、ソーシャルサポートによる介入（RQ5）、時短勤務など復職時の配慮（RQ6）などの職場が関与する介入を行うことによって、休職者が適切に早期に復職し、休職者本人の満足度、経済的利益だけでなく、会社、社会の公平性、経済的利益が期待される。本ガイダンスの対象は、産業医だけでなく、産業医が選任されていない、または十分に機能していない中小事業場を含めた、衛生管理者、保健職、人事担当者などの産業保健スタッフで、それぞれの会社で活用できる範囲を検討していただきたい。エビデンスに基づく推奨をわかりやすく提示し、復職を希望する労働者にも理解していただくことで、会社と労働者の復職判定、復職後の配慮の話し合いを支援する一助として活用していただければ幸いである。

## 1-2 留意事項

本ガイドンスは、画一的な産業保健活動を強制するものではない。労働者への対応は、個別因子、企業ごとのルールによって総合的に判断されるべきもので、記載されている推奨はその参考にすぎない。本ガイドンスは、休職者の復職の判定、支援の際に、主治医、産業保健スタッフ、並びに休職者本人が参考にするために作成されたが、今後より質の高い研究成果が示されれば、推奨は変化する可能性がある。本ガイドンスは、詳細なエビデンスと記録を含むエビデンス集とともにホームページ上で公開され、産業衛生学会会員を中心に普及・啓発活動を推進する予定である。しかし、産業保健現場、特に中小企業への周知には数年はかかると予想される。

著者らは、可能な限りの手段を講じて記載されている情報の確認を行ったが、配布に際していかなる保証を行うものではない。本ガイドンスの内容の解釈および使用の責任は利用者にある。著者らは、本ガイドンスの使用によって生じたいかなる損害に関して責を負うものではない。

## 2. 推奨のまとめとレビュークエスチョン

### 2-1 休職中の労働者の復職に関する推奨のまとめ

| 疑問となる課題  | 推奨  | 推奨の強さ                                      | 本稿の参照                        |
|--|---|--|------------------------------|
| 休職者に対して、復職支援プログラム（リワーク <sup>b</sup> ）は、復職に関する就業アウトカムを向上させるか。 | リハビリテーションを含む通常の医療措置に加えて、復職支援プログラム（リワーク）を条件付きで推奨する。<br>-筋骨格系障害、メンタルヘルス不調による休職者に対して推奨 | 中等度のエビデンスに基づく、強い推奨（筋骨格系障害）、弱い推奨（メンタルヘルス不調） | 5-1 復職支援プログラム（RQ2）           |
| 休職者に対する産業保健活動として臨床との連携は復職に関する就業アウトカムを向上させるか。                 | 産業保健活動として臨床と連携することを条件付で推奨する。<br>-メンタルヘルス不調による休職者に対して推奨                              | 低いエビデンスに基づく、弱い推奨                           | 5-2 産業保健における主治医など臨床との連携（RQ4） |
| 休職中の労働者に対して、ソーシャルサポートは復職に関する就業アウトカムを向上させるか。                  | 休職中の労働者に対して、ソーシャルサポートを行うことを提案する。  | Best practice statement                    | 5-3 ソーシャルサポート（RQ5）           |
| 休職者に対する復職時の就業上の配慮は、復職に関する就業アウトカムを向上させるか。                     | 休職中の労働者に対して、復職時に就業上の配慮を行うことを提案する。   | 低いエビデンスに基づく、弱い推奨                           | 5-4 復職時の就業上の配慮（RQ6）          |

### 2-2 レビュークエスチョン（RQ）リスト

（スコープ作成時の RQ はエビデンス集を参照）

- RQ1 休職中の労働者における、各疾患における一般的な休職期間はどのくらいか。\*1
- RQ2 休職者に対して産業保健分野における復職支援プログラム（リワーク・プログラム）は、復職に関する就業アウトカムを向上させるか。
- RQ3 復職の判断としてどんな指標が有用か。\*1
- RQ4 休職者に対する産業保健活動として産業保健における主治医など臨床との連携は復職に関する就業アウトカムを向上させるか。

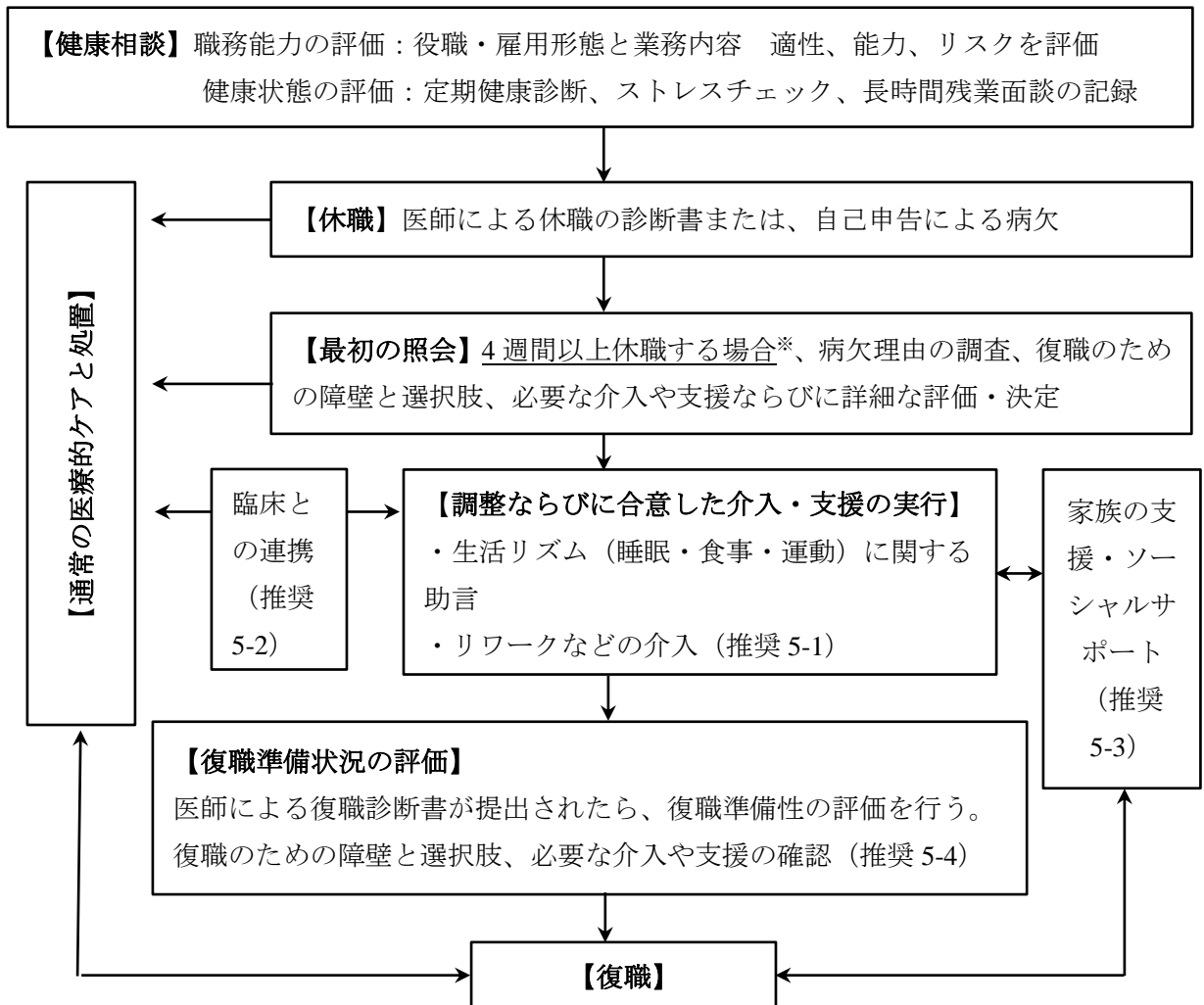
<sup>b</sup> 認知行動療法を用いた復職支援プログラムで、我が国では障害者職業センターなどによる作業リハビリと職場支援を行うリワーク、医療保険で行う医療リワーク、職場で独自に行う職場リワークの3つのプログラムがある。

\*1 採用基準を満たすエビデンスがないため推奨なし。

RQ5 休職中の労働者に対して、ソーシャルサポートは復職に関する就業アウトカムを向上させるか。

RQ6 休職者に対する復職時の就業上の配慮は、復職に関する就業アウトカムを向上させるか。

### 2-3 復職のアルゴリズム



※ 最初の照会のタイミングは4週間を基準としたが、各企業の就業規則に従って対応する。



## 2-4 復職ガイダンス 略語集

|  |           |                                  |
|--|-----------|----------------------------------|
| Americans with Disabilities Act  | ADA       | 米国障害者制度                          |
| activities of daily living   | ADL       | 日常生活動作                           |
| The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation  | AGREEII   | (ガイドラン評価ツール)                     |
| Guides to the Evaluation of Work Ability and Return to Work  | AMA Guide | 米国医師会が 2011 年に出版した復職ガイド (引用文献 2) |
| conflict of interest   | COI       | 利益相反                             |
| Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practices Based on Evidence | DECIDE    | (GRADE の推奨作成方法)                  |
| Employee Assistance Program  | EAP       | 従業員支援プログラム                       |
| Evidence to Decision   | EtD       | (GRADE の推奨作成のための表)               |
| Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  | DSM       | 精神障害の診断と統計の手引き                   |
| evidence-based medicine  | EBM       | 科学的根拠に基づく医療                      |
| Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation   | GRADE     | グレード                             |
| Home page  | HP        | ホームページ                           |
| Hazard Ratio   | HR        | ハザード比                            |
| International Classification of Functioning, Disability and Health   | ICF       | 国際生活機能分類                         |
| International Labour Organization  | ILO       | 国際労働機関                           |
| intention-to-treat   | ITT       | 企図解析                             |
| maximum medical improvement  | MMI       | 最大医療改善                           |
| Medical Information Network Distribution Service   | MINDS     | マインズ医療情報サービス                     |
| National Institute for Health and Care Excellence  | NICE      | 国立医療技術評価機構 (英国)                  |
| The Newcastle-Ottawa Scale   | NOS       | 観察研究用バイアスリスクの評価スケール              |
| Organization for Economic Co-operation and Development   | OECD      | 経済協力開発機構                         |
| Occupational Safety and Health Administration  | OSHA      | 労働安全衛生庁                          |
| usual care   | UC        | 通常ケア                             |
| odds ratio   | OR        | オッズ比                             |
| occupational physicians  | OP        | 産業医                              |
| Patient, Intervention, Comparison, Outcome   | PICO      | クリニカルクエスションの要素                   |

|                             |       |                 |
|-----------------------------|-------|-----------------|
| physical therapist          | PT    | 理学療法士           |
| Quality Adjusted Life years | QALY  | 質調整生存年          |
| Quality of Working Life     | QoWL  | 労働生活の質          |
| randomized controlled study | RCT   | 無作為化比較試験        |
| review question             | RQ    | (レビューのための疑問・課題) |
| return to work              | RTW   | 復職              |
| World Health Organization   | WHO   | 世界保健機関          |
| standard deviation          | SD    | 標準偏差            |
| standard error              | SE    | 標準誤差            |
| 95% confidence interval     | 95%CI | 95%信頼区間         |

### 3. 産業保健における復職の概念と疫学

#### 3-1 復職の定義

本ガイダンスのカバーする範囲は、企業における一般的な業務で、原則として直接雇用契約のある労働者のうち復職を希望する労働者を対象とする。

<復職の定義>

- ・同一病名で1か月以上継続した病気休職からの復帰。

本ガイダンスがカバーしない範囲は、

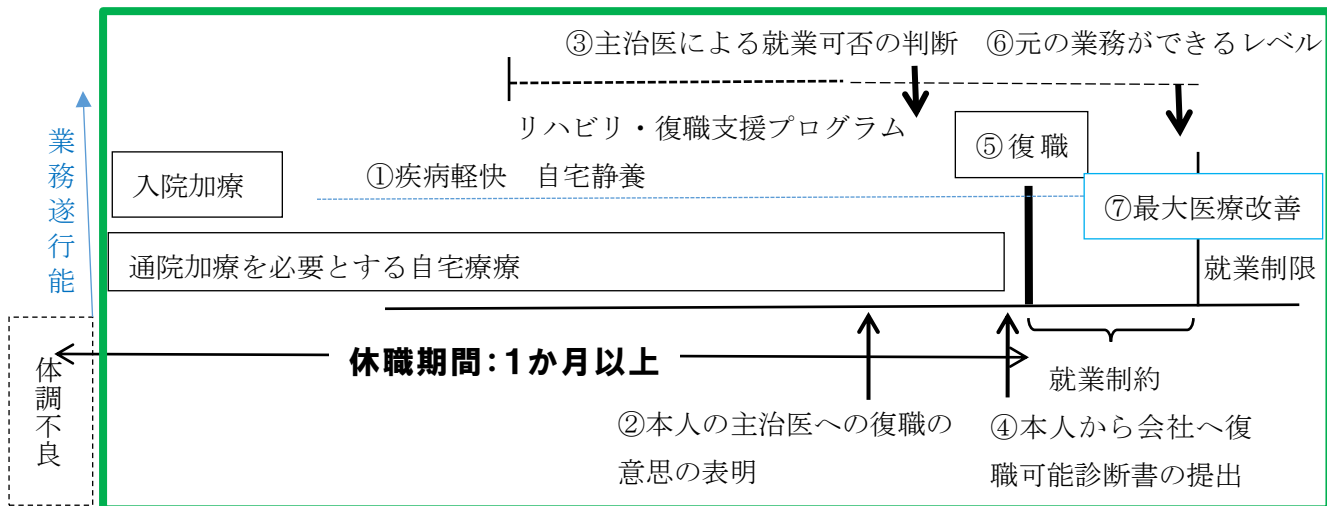
- ・危険有害業務、深夜業務など法令で就業制限が義務付けられている業務や、特殊な業務の従事者。
- ・感染症法、労災補償法などが適用された休職。
- ・アウトカムは病気休職者の就業上の転帰のみで、病気の原因、診断、治療など診療に関するもの。

同じ疾患でも、選択した治療の違い、社会的背景、人間関係等の職場環境、個人的意向の違いにより対応に幅があるため、本ガイドラインによる疾患横断的な一般論に加えて個別的、合理的な健康配慮が必須であることを強調しておく。特に、年少者、妊婦、再雇用の高齢者、障害者雇用、同一疾患による何回にもわたる繰り返し休職などは個別の配慮が必要となることが多い。

図3-1に、我が国の一般的な休職から復職までの流れを示す。障害が残らずに回復する場合は、①疾病軽快から、⑥元の業務ができるレベルまでの職場としての復職支援が本ガイダンスの対象である。休職を伴わない体調不良、連続休職期間として1か月未満の休職は対象としない。復職の原因となった疾病によって、症状固定（傷病に対して行われる医学上一般に承認された治療方法をもってしても、その効果が期待し得ない状態で、かつ、残存する症状が、自然的経過によって到達すると認められる最終の状態）と判定され、軽度の障害が残る場合（⑦）も本ガイドラインの適用は可能だが、疾患横断的な一般論であり個別の病態には対応していないことに留意されたい。復職の判定や、就業上の配慮には、生物医学モデル（biomedical model）にとらわれることなく、生物心理社会的モデル（biopsychosocial model）<sup>9</sup>の視点から、労働者にとって何が復職の障壁となっているかを会社が一緒に考え、対策を講じ支援することが重要である<sup>1</sup>。

図 3-1 我が国の一般的な休職から復職までの流れ

(①から⑦までの緑枠で示す範囲を本ガイドンスではカバーする)



ー 体調不良期の介入は含まない

- ① 疾病軽快 退院時には、一般に日常生活が送れるレベルにまで回復しているが、引き続き自宅静養を要することが多い。この時期に、リハビリ、復職支援プログラムなどの介入が行われることが多い。介入は業務遂行能力を高める目的で、復職後も継続されることがある。
- ② 本人の主治医への復職の意思の表明 日常生活レベルからさらに、就労可能レベルまで回復したと本人が自覚する段階。主観的判断なので、ばらつきが大きい。
- ③ 主治医による就業可否の判断 一般的な就労が可能なレベルまで回復しているか判定する。
- ④ 本人から会社へ復職可能診断書の提出
- ⑤ 事業主（会社）による復職可能判断が行われ、復職を命じる。産業医・衛生管理者・人事部門・職場によって協議されることが望ましい。
- ⑥ 復職時には達成できていないこともあるが、最終目標として業務遂行能力が元の就業が可能なレベルに回復するまで復職を支援する。その期間限定で就業制約（work restriction）を付与することがある。

- ⑦ 最大医療改善（maximum medical improvement ; MMI）が、復職時または復職後一定期間付与される就業制約によって元の業務ができるレベルまで回復していることもあるが、MMI まで回復しても障害が残り、業務に制約がある場合は、就業限界（work limitation）が必要となる。症状固定となることが多い。

ー 復職が難しい場合は、退職、（障害認定を受ければ）障害年金に移行するが、復職に関わらない長期的障害の判断、介入は本ガイドンスには含まない。

### 3-2 産業保健制度の概説 我が国と海外の制度の比較

業務上の疾病や通勤災害によって休職するときには労災制度が適用されるが、雇用中に私病または傷害により働くことが一時的に困難となった場合、多くの先進国では、我が国と同じように、労働者が受けることができる公的制度が整っている。表 3-1 に、2005 年イリノイ大学障害研究プログラムがまとめた休業中の公的所得保障制度の和訳を公益財団法人 日本障害者リハビリテーション協会 情報センターの許可を得て引用する<sup>10</sup>。この調査報告では、短期障害手当と日本の障害年金制度に該当する長期障害補償制度について比較しているが、ここでは労災以外での傷病によって休業を余儀なくされた労働者を対象とする、短期・一時的な 9 か国の公的所得保障制度を取り上げて比較している。

#### 3-2-1 我が国の休業補償制度と産業保健における復職に関わる制度

日本では、被用者健康保険の被保険者の 4 日以上私病による休業に対し、傷病手当金の制度がある（健康保険法第 99 条）。保険加入期間の条件はなく、申請すれば加入する健康保険から標準報酬月額額の 60%が支給され、独自の制度で加算され 100%の報酬が補償される企業もある。協会けんぽ<sup>11</sup>によれば、傷病手当金の支給は 60-64 歳が 13%で最も高く、1 件当たり平均支給期間は約 31 日以下が 75%であった。平均支給期間が長い傷病は、男女とも精神及び行動の障害（213.18 日）、神経系の疾患（193.60 日）、循環器系の疾患（193.14 日）であり、平均支給期間は女性（153 日）より、男性（170 日）の方が長い傾向があった。傷病手当金の支給と診療報酬明細書（入院）の構成割合は必ずしも一致しないとの報告があり、「表 3-2 論文のエビデンスによる休職期間と患者調査による我が国の在院日数との比較」において後述する。

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)<sup>12</sup>の疾病による病気休業の公的現金給付と国内総生産に対する比率を巻末図 2 に示す。我が国は、制度上公的現金給付の比率は OECD の中でも低くなっているが、休職に係る補償費用は、年々健康保険組合の財政を圧迫しつつあり、大きな問題となっている。

#### 3-2-2 海外の休業補償制度と産業保健における復職に関わる制度

表 3-1 に記載されている日本以外の 8 か国では、オーストラリア、ノルウェー、スウェーデン、ドイツ、オランダ、南アフリカにおいて、税金をもとにした公的休業補償制度があった。英国は、雇用者による制度、アメリカは州ごとの制度で、例えばカルフォルニア州では、最長 52 週まで収入の 55%（限度額あり）が補償される。補償期間は、最長 1 年から 4 年で、障害が固定した場合は多くの国で、日本と同様に障害年金に移行する。

日本と同様に、雇用者と被雇用者の保険料を財源とする制度は、ドイツとオランダにみられたが、いずれも休職中のリハビリテーションなどの介入が必要であり、オランダでは雇用者に職業リハビリテーション計画の作成、被雇用者には参加の義務がある。日本と異なり、休職期間中の会社との接触が規定されており、治療担当者との連携も進んでいる。

巻末 図 2 に示すように、オランダや北欧諸国では、1980 年代から労働者の長期病気休業による生産性の低下と、休業中の所得補償の増大が社会問題となっていた。フランスをはじめ、オランダ、ドイツには、日本に近い産業医の選任義務があるが、北欧諸国では、国の産業保健サービス、英国、アメリカでは企業外産業保健サービス機関が中小企業の医学管理、リスク管理を担当している。本ガイダンスでは、このように多様な産業保健体制における復職制度をもつ海外からのエビデンスを基にして推奨を作成しており、適用には留意が必要である。

表 3-1 休業中の公的所得補償制度の国際比較<sup>10</sup> (公益財団法人 日本障害者リハビリテーション協会 情報センターの和訳を許可を得て一部改編)

| 国名              | 制度の名称                              | 財源                  | 補償対象  | 補償内容   | 支給期間介入                     |
|-----------------|------------------------------------|---------------------|---|--|----------------------------|
| 日本              | 傷病手当(社会保険)                         | 保険料<br>雇用者・<br>被雇用者 | 被用者健康保険の被<br>保険者  | 最長 1 年半<br>4 日目から標準報酬<br>月額の 60%                         | 規定なし                       |
| オース<br>トラリ<br>ア | 疾病手当(社<br>会扶助)                     | 一般歳入                | オーストラリア居住<br>者  | 最長 4 年<br>所得、資産に基づき<br>配偶者、扶養家族の<br>有無も影響する。             |                            |
| ノルウ<br>ェー       | 疾病補償(社<br>会保険)                     | 給与所得<br>税           | ノルウェー居住者お<br>よびノルウェー国籍<br>の非居住者<br>14 日以上勤務及び<br>一定額の以上の年収            | 最長 52 週<br>賃金の 100% (限度<br>額あり)                          | リハビリテー<br>ション計画の<br>作成     |
|                 | 職業/医学リ<br>ハビリテー<br>ション給付<br>(年金保険) | 給与所得<br>税           | 年金保険 3 年以上加<br>入する 16 歳から 66<br>歳で 12 か月以上休<br>職者。50%以上労働<br>力減少がある者。 | 最長 1 年<br>以前の勤労所得の 3<br>分の 2 (限度額あり)                     |                            |
| スウェ<br>ーデン      | 疾病プログ<br>ラム(社会保<br>険)              | 給与所得<br>税           | スウェーデン居住者<br>同一雇用主の下で<br>14 日以上の勤務                                    | 最長 1 年 (賃金の<br>80%)、延長最大 550<br>日 (賃金の 75%) *1           | リハビリテー<br>ションサービ<br>ス計画書作成 |
|                 | 資力審査付<br>活動補償(社<br>会保険)            | 給与所得<br>税           | 19 歳から 29 歳まで<br>の労働力が少なくと<br>も 25%以上減少し<br>ている者。所得基準<br>に達している者。     | 最長 3 年<br>職業的機能障害の<br>程度、以前の収入、<br>年齢に基づく。最高<br>で以前の平均所得 |                            |

|       |                       |                    |   |  |                             |
|-------|-----------------------|--------------------|---|--|-----------------------------|
|       |                       |                    |   | の 64%。                                       |                             |
|       | 補償付活動補償 (社会保険)        | 給与所得税              | 19 歳から 29 歳までの労働力が少なくとも 25%以上減少している者。社会保険に一定期間の加入。スウェーデンに 3 年以上居住 | 最長 3 年<br>職業的機能障害の程度と年齢に基づく。最高で以前の平均所得の 64%。 |                             |
| ドイツ   | 短期疾病 (社会保険)           | 保険料<br>雇用者・被雇用者    | 公的医療保険の被保険者 (全国民の 87% が加入 2014 年*2)                               | 最長 84 週<br>当初 6 週間 : 100%<br>その後 : 総所得の 70%  | リハビリテーションの可能性審査             |
|       | 職業リハビリテーション給付 (障害者福祉) | 労災、医療、年金保険料/社会扶助など | 短期疾病、障害年金制度でリハビリテーションと復職の可能性が認められた者                               | 最長 2 年<br>トレーニングや再訓練の現物支給の他、総所得の 60% の現金給付   | リハビリテーション、再教育、職業訓練など        |
| オランダ  | 傷病手当 (社会保険)           | 保険料<br>被保険者・雇用者    | オランダ居住者および非居住者でオランダに納税する被用者定められた年収の下限上限を超えない者                     | 最長 2 年<br>1 年目 : 100% 2 年目 : 総所得の 70%        | 職務健康サービスによる医学評価、リハビリテーション計画 |
| 英国    | 法定疾病手当                | 雇用主                | 被用者   | 28 週<br>週 89.35 英ポンド*3                       | 規定なし                        |
| 南アフリカ | 一時的障害交付               | 一般歳入               | 18 歳以上の南アフリカ国民であり居住者  | 12 か月<br>月 700 ランド                           |                             |
| アメリカ  | 障害保険 (州立社会保険)         | 給与所得税              | 州によって異なる  | 州によって異なる                                     |                             |

\*1 2008 年 7 月より変更 厚生労働省 2015 年海外情勢報告 第 3 章欧州地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向 第 3 節スウェーデン王国 社会保障施策

(<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/16/dl/t3-06.pdf> 2017.4.25 accessed)

\*2 厚生労働省 2015 年海外情勢報告 第 3 章欧州地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向・第 2 節ドイツ連邦共和国 社会保障施策 より最新データに変更

(<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/16/dl/t3-04.pdf> 2017.4.25 accessed)

\*3 <https://www.gov.uk/statutory-sick-pay> より最新データに変更 (2017.4.25 accessed)

### 3-3 各疾患の一般的な休職期間の疫学

スコープでは、レビュークエスション (RQ) 1 として「各疾患の適正な休職期間は復職後のアウトカムを向上させるか」を上げていたが、文献検索にて無作為化比較試験 (RCT)、質の高い観察研究で復職後のアウトカムを評価するエビデンスは検索されなかった。そこで、適正な休職期間をとることによる復職後のアウトカムへの影響については **Future research question** とし、RQ1 はエビデンス総体の評価、システマティックレビューは行わないこととした。一般的な休職期間を提示することを目的とすることとし、表 3-2 に、系統的に収集された観察研究から疾患ごとに論文から休職期間を抽出し我が国の患者調査の入院期間と比較した。AMA Guides では、MDGuideline、Reed Group (<https://new.mdguidelines.com> 2017.4.25 accessed) に記載されている休職期間を図示している。このうち、休職期間の中央値が読み取れた、冠動脈疾患、喘息、腰痛の 3 疾患について表 3-2 に追記した。

休職期間は、full return to work (RTW) と就業上の配慮としての partial RTW の合計とし、分けて定義した場合の比較は RQ6 で後述する。同一疾患でも、ステージ、治療法により入院期間、自宅静養期間は異なり、元の業務の要求度によって復職判断も様々であるため、適正な休職期間を示すことは難しい。しかしながら、エビデンスとしての休職期間を取りまとめることが復職の一定の目安となり、今後の疫学研究の基礎となることを期待している。

疾患を限定しない総休職期間については、オランダと英国の二つのコホート研究があった。オランダの労働者コホートでは、筋骨格障害 352 例、それ以外の身体障害 256 例、メンタルヘルス不調 235 例の休職があり、休職期間の中央値は 160 日であった (Brouwer 2009<sup>13</sup>)。英国の教育病院の事務系スタッフ対象では、休職期間は 75 日 (30-713) (中央値、範囲) であり、患者数においても延べ休職日数においても、筋骨格系疾患が最も多かった (Wright 1997<sup>14</sup>)。

#### 3-3-1 がん

がんの休職期間を検討した研究は、本邦の論文 1 件と 5 件の海外の観察研究が検索された。我が国のがんの休職期間に関する研究は Endo 2015<sup>15</sup> の、1 つの企業の観察研究のみで全がんの休職期間の中央値は 201 日であった。海外の研究は、同じセッティングで部位別と全がんの full RTW までの休職期間について Roelen<sup>16</sup>、partial RTW までの RTW について Roelen<sup>17</sup> で検討されている。全がん患者において full RTW までの休職期間は中央値 (95% CI) 290 (279-301) 日、partial RTW では 229 日であった。

がんの部位別の検討は乳がんに関する研究のみで、前述のオランダの 2 件<sup>16, 17</sup> に加え、海外の観察研究が 3 件あった。オランダの 4 つの研究 (Balak 2008<sup>18</sup>、Roelen 2011<sup>16</sup>、Roelen 2011b<sup>17</sup>、Roelen 2009<sup>19</sup>) では、乳がんの休職期間はオランダ人労働者の患者において 349 ± 5 (SE) 日であったとしている。また、2 年以上の休職者が 12% おり、25~34 歳の患者においては、それ以上の年齢の患者に比較して 2 年以上の休職者が多い傾向であったと報告し



ている (Roelen 2009<sup>19</sup>)。また、カナダの患者 541 人と健康対照群 881 人の検討では、再発無の乳がんにおいて 3 年間の休職期間は平均月数 6.8 (95%CI 6.4-7.3) (Drolet 2005<sup>20</sup>) であった (表 3-2 はすべて日数に変換して示した)。

### 3-3-2 筋骨格系障害

筋骨格系障害の休職期間を検討した研究は、3 件の海外の観察研究が検索された。背部痛の休職期間 (mean, range) は、14.5 (1-169) 日 (Burdorf 1998<sup>21</sup>、オランダ)、84 (1-268) 日 (Reiso 2003<sup>22</sup>、ノルウェー) の 2 件であった。Burdorf<sup>21</sup> らは、オランダの労働者の頸部・肩痛と、上肢痛、下肢痛の休職期間も合わせて報告している (表 3-2)。また、Clayton ら<sup>23</sup> によると、股関節人工骨頭置換術を行った英国の労働者において、休職期間は 90 (24-357) 日と報告されている。患者調査による在院日数と休職期間はほぼ等しいが、わが国の筋骨格系障害の休職期間に関する研究はなく、今後症例の集積が期待される。

### 3-3-3 メンタルヘルス不調

メンタルヘルス不調の休職期間については、我が国の研究 1 件 (Endo 2013<sup>27</sup>) とオランダの研究 2 件 (Vlasveld 2012<sup>24</sup>、Koopmans 2010<sup>25</sup>)、デンマークの研究 (Nielsen 2010<sup>26</sup>) 1 件であった。表 3-2 に示すように、日本のひとつの IT 企業において、休職期間は  $94.6 \pm 67.2$  日 (mean  $\pm$  SD) であり (Endo 2013<sup>27</sup>)、海外の研究でも他の疾患と比較して休職期間が長い傾向があった。表 3-2 では患者調査の在院日数との差はほとんどなく見えるが、患者調査にはもともと就業していない障害者も含まれている。労働者においては、休職期間と入院期間の差が自宅静養期間となるが、我が国で最も傷病手当金支給期間の長いメンタルヘルス不調で、休職者の自宅静養期間の長期化が問題となっている。我が国の診療ガイドラインでは、自宅静養の期間など、労働者の復職に関する記載は少ないのが現状だが、「日本うつ病学会治療ガイドライン II. うつ病 (DSM-5) / 大うつ病性障害 2016」<sup>28</sup> では、中等度以上のうつ病では休息が必要だが、軽症例では、「不適切な休養や休息は、患者の自己回復力を阻害し、病状の遅延や慢性化につながる可能性がある。(中略) 漫然と休養のみを指示することは望ましくない」と明記された。

### 3-3-4 その他の疾患

その他の休職期間としては、英国の研究が 2 件検索された。英国にて鼠径ヘルニア縫合術を受けた労働者の休職期間は、 $51.2 \pm 20.5$  日 (mean  $\pm$  SD) (最短 8 日-最長 166 日) であった (Griffiths 1979<sup>29</sup>)。また、良性病変の子宮摘出術の休職期間は 94 (23-293) 日 (中央値、範囲) であった (Clayton 2007<sup>23</sup>)。

## 優先研究課題

ー診療ガイドラインにおける一般的な休職期間の記載状況

- －主治医の診断書における疾患名、休職期間の正当性の評価
- －産業保健現場における疾患別休職期間の実態調査

表 3-2 論文のエビデンスによる休職期間と患者調査による我が国の在院日数との比較

| 疾患名         | 休職期間（日）            |   | 在院日数*1 |
|-------------|--------------------|---|--------|
|             | 我が国の研究             | 海外の研究   |        |
| I 感染症       |                    |   | 18.3   |
| II 新生物      |                    |   | 14.0   |
| 悪性新生物       | 201 <sup>15</sup>  | 290 (279-301) <sup>16,*2</sup>  | 15.4   |
| 胃           | 62 <sup>15</sup>   | 385 (354-416) <sup>16,*2</sup>  | 13.9   |
| 結腸及び直腸      | 66.5 <sup>15</sup> |   | 13.5   |
| 気管, 気管支及び肺  | 96.5 <sup>15</sup> | 490 (404-576) <sup>16,*2</sup>  | 16.7   |
| 乳房          | 91 <sup>15</sup>   | Full RTW 350(337-363) <sup>16</sup><br>Partial RTW 271(246-296) <sup>17</sup><br>347.7±167.8 <sup>18</sup><br>349±5(SE) <sup>19</sup><br>207.4(95%CI 195.2-222.7) <sup>20</sup>   | 8.9    |
| 血液・リンパ系     | 241 <sup>15</sup>  |   |        |
| III 血液・免疫疾患 |                    | 456(387-525) <sup>16,*2</sup>   | 19.8   |
| IV 内分泌代謝疾患  |                    |   | 12.4   |
| 糖尿病         |                    |   | 20.0   |
| V 精神及び行動の障害 |                    | 126 (21-364 打ち切り) <sup>26</sup><br>以下全て中央値 (95%CI) <sup>25</sup><br>男<br>< 35 才 153(94-212)<br>35-44 才 168(141-195)<br>45-54 才 178(144-212)<br>≥ 55 才 171(100-242)<br>女<br>< 35 才 153(125-181)<br>35-44 才 161(138-184)<br>45-54 才 217(173-261)<br>≥ 55 才 248(118-378) | 204.4  |
| 認知症         |                    |   | 267.5  |
| 統合失調症型障害    |                    |   | 334.1  |

|                    |                         |  |       |
|--------------------|-------------------------|--|-------|
| 気分〔感情〕障害           | 94.6±67.2 <sup>27</sup> | 168 (中央値) <sup>24</sup>  | 113.4 |
| VI 神経系の疾患          |                         |  | 51.8  |
| IX 循環器系の疾患         |                         | 冠動脈疾患 65 (0-313) <sup>2</sup>  | 21.4  |
| X 呼吸器系の疾患          |                         | ぜんそく 27 (0-216) <sup>2</sup>   | 15.2  |
| XI 消化器系の疾患         |                         |  | 9.7   |
| XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患 |                         | 腰痛 14.5 (1-169) <sup>21</sup><br>84 (1-268) <sup>22</sup><br>46 (0-219) <sup>2</sup><br>頸部・肩痛 14.6 (2-176) <sup>21</sup><br>上肢痛 22.7 (1-176) <sup>21</sup><br>下肢痛 20.0 (2-260) <sup>21</sup> | 20.9  |
| XIV 腎尿路系疾患         |                         |  |       |
| XVII 先天奇形など        |                         |  | 20.9  |
| XIX 外因の影響          |                         |  | 42.8  |
| 骨折                 |                         |  | 21.9  |

\*1 平成 26 年患者調査＞下巻（都道府県・二次医療圏）＞年次＞2014 年 退院患者平均  
在院日数（患者住所地），35-64 歳

\*2 Roelen2011a<sup>16</sup> full RTW の中央値（95%CI）

## 4. 復職の判断基準

職場復帰が可能であるかの判断は、労働者の健康状態と労働条件・労働環境への適性を評価することであり、単に診断名や治療、検査データなどの健康状態に関する医学的な情報だけで判断するものではない。会社から求められている業務が遂行できる状態であるか、業務遂行の条件を満たしているかなど総合的に判断するために、どのような復職判断の指標が有用かを検討した。当初、一般的な就労が可能なレベルの主治医のための判定指標と、その企業が要求する業務が可能かの会社・産業医の指標の有用性を別々に提案することを予定していたが、エビデンスが乏しいため、私病により休職し、復職を希望している労働者に対して両者に共通する指標項目を提案することとした。

復職判断の感度・特異度、または就業上のアウトカム（復職率、Quality of Working Life (QoWL)、再休職率、コスト、資源、休職期間）の改善を評価する、一般的な就労が可能なレベルであるかの指標を用いた RCT は網羅的検索では検索されなかった。そのため、国内外から復職判断に活用できる資料を収集し、これらの判断項目を質的に分類、整理することで、主治医・会社とも参考にできる就労可能なレベルを判定する際の指標を提示することとした。

7 件の復職判断に関する資料<sup>2,30,31,32,33,34,35</sup> から、復職判断に関する評価項目やアセスメント項目等の各項目の記述をコードとして抽出した。International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)<sup>35</sup> コアセットの 3 領域（心身機能、活動と参加、環境因子）から、それぞれのコードを内容の共通性や類似性に基づきグルーピング、抽象度を上げてカテゴリー化した。

ICF コアセットの 3 領域ごとに、職場復帰し仕事をするに対して支障があるか復職判断の指標として 16 項目を整理し、表 4-1 に示す 7 件の研究論文で使用されている指標について検討し、推奨作成グループの投票によって、復職時に有用な心身機能、活動と参加、環境因子を集約した。最終的に抽出された 5 項目 17 指標を表 4-2 に示す。

### 1) 心身機能

心身機能のうち、1. 身体面の評価では、1) 筋力や持久力、心肺機能や易疲労性、回復力などの体力に関する指標、2) 疾病に関する症状のコントロールの程度（痛みは自制内か）、3) 視力、聴力など身体障害の 3 つの項目が含まれた。2. 精神面の評価は、4) 情緒の安定や不安、抑うつ、集中力、意欲、興味関心の程度など、精神・情動の状況、5) 物事を判断する判断力や問題解決能力などの意思決定力、思考力、6) よく眠れているか、中途覚醒や早朝覚醒の有無など、睡眠の状態に関する項目の 3 つの項目が含まれた。就寝時間と起床時間を確認する。

### 2) 活動と参加

活動参加は 3. 行動面の評価に関する 6 つの項目から構成された。7) 生活リズムの安定、食事の時間、身だしなみが整っているか、日課が遂行できるか（復職支援プログラム

への参加を含む)などの安定した日常生活が送れているか、8)歩行や公共交通機関の使用など移動に関すること、9)ストレス/心理的要求への対処、10)他者との対人関係の構築やコミュニケーション、11)一般的な社会規範の順守と作業能力(単純作業、立位作業)などがある。加えて、12)復職後の業務の遂行能力として、コンピューターや通信機器の操作、重量物など担当する作業を具体的に検討する。労働意欲、担当業務に対する意欲があり、現時点での業務遂行能力が客観的に自覚できているかを確認する。生活リズムの確認のために、休職中に生活リズム表を記載してもらうことも有用である。

### 3) 環境因子

環境因子は、4.疾患に関わる環境と、5.就業に関わる環境の2項目から構成された。疾患に関わる環境として、13)主治医など臨床との関係、14)自身の疾患に関する認識やリテラシー、治療意欲、職場で事故を起こすリスクなどの治療や健康管理に関するコンプライアンスの2つの項目が含まれた。就業に関わる環境は、15)正規・非正規就業や金銭問題など雇用の安定性・保証、16)家族・パートナー、職場上司や同僚、産業保健スタッフのサポート、関係性、17)職場のルール of the 適用を確認する。

### 関連する他のガイドラインからの推奨

AMA Guides<sup>2</sup>によると、復職判定の際には、リスク、職務能力、耐性の3点からその患者の業務遂行能力について考えるべきと記載されている。英国のABC of Occupational and Environmental Medicine<sup>36</sup>では、事業者、医学助言者(medical advisor)、労働者の責務を明記したうえで、職務適正評価の枠組みとして、能力とリスクの評価(医学的機能評価、業務内容の検討、可能なオプション)と適性の基準(勤怠とパフォーマンス、同僚の安全衛生上のリスク、自身の安全衛生上のリスク)により判断し、結果(適性の確認、結論の報告、助言の実施)から事業者の就業適性への意思決定を導くべきであると指摘している。

International Labour Organization (ILO)によるTechnical and ethical guidelines for workers' health surveillanceでは、労働者の職務適性について、傷病による機能障害が就業や活動上の能力障害に与える影響を最小限化して、社会的不利が生じないように職場を改善するなど、単なる判断にとどまらずに適応を推進すべきである<sup>37</sup>としている。

### 実行可能性

安易に判定基準を設けることは簡素化によって職務適性の不適切な評価につながるおそれがあるという指摘もあるが、産業医のいない中小事業場などで表4-2に記載された指標を労働者とともに確認することは客観的判断の一助となる。復職に際して、医学的視点のみならず、業務遂行能力や労働条件・労働環境への適性、法的・倫理的視点など、総合的な視点からの合理的な判断を行うことが重要である。

### 現在進行中の研究

遠藤ら 中小企業におけるメンタルヘルス疾患の復職判定基準

### 優先研究課題

- －復職判定項目に基づいた質問票の作成とその妥当性評価
- －標準化された質問票の有用性を検証する疫学研究

表 4-1 復職判断項目のコード化に関する採用論文（7件）

| 名称  | 項目数     | 対象       |
|---|---------|----------|
| ICF（international classification of functioning, disability and health）コアセット短縮版 <sup>35</sup> | 3領域13項目 | 障害<br>全般 |
| WHO - DAS2.0（The World Health Organization Disability Assessment Schedule）日本語版 <sup>30</sup>  | 6領域36項目 | 障害<br>全般 |
| WORG（Work Rehabilitation Questionnaire） <sup>32</sup>   | 36項目    | 障害<br>全般 |
| AMA Guides のメンタルヘルス不調の章に示された基準 <sup>2</sup>   | 7項目     | 精神       |
| 職場復帰準備性評価シート <sup>31</sup>  | 8領域23項目 | 精神       |
| Social adaptation self-evaluation scale（SASS）日本語版 <sup>33</sup>                               | 21項目    | 精神       |
| 就労移行支援のためのチェックリスト <sup>34</sup>   | 34項目    | 障害       |

表 4-2 復職時に有用な心身機能、活動と参加、環境因子に関連する指標

|       |           |  |
|-------|-----------|--|
| 心身機能  | 1. 身体面の評価 | 1) 体力（筋力、持久力、心肺機能、疲労・回復力） <sup>2,30,32,35</sup>  |
|       |           | 2) 症状のコントロール（痛み、倦怠感、業務への支障など） <sup>30,31,32</sup><br>* 服薬状況、日常生活に必要なサポート器具、通院状況を確認                               |
|       |           | 3) 身体障害（視力、聴力、四肢障害、内部障害など）の程度  |
|       | 2. 精神面の評価 | 4) 精神・情動の状況（不安、抑うつ、集中力、意欲、興味関心） <sup>30,31,32,35</sup>   |
|       |           | 5) 意思決定力、思考力（判断、実行機能、問題解決能力） <sup>2,30,32,33,35</sup>  |
|       |           | 6) 睡眠の状態（居眠り、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠感） <sup>31,32</sup><br>* 就寝時間と起床時間を確認   |
| 活動と参加 | 3. 行動面の評価 | 7) 安定した日常生活（生活リズムの安定、身だしなみ） <sup>2,30,31,32,33,35</sup>  |
|       |           | 8) 移動：自立した移動、安全な通勤（移動手段の利用） <sup>30,31,32,35</sup>   |
|       |           | 9) ストレス/心理的要求への対処 <sup>32,35</sup>   |
|       |           | 10) 他者との対人関係の構築 <sup>30,31,32,33,35</sup> 、意思疎通に関する能力（会話継続、対人コミュニケーション） <sup>30,32,33</sup> 、援助の要請 <sup>34</sup> |
|       |           | 11) 社会規範の順守、金銭管理 <sup>34</sup> 、一般的な作業能力 <sup>31,33,35</sup>   |
|       |           | 12) 業務遂行能力 <sup>30,31,32,33,35</sup> 、労働意欲、担当業務に対する意欲 <sup>34</sup>  |

|      |             |   |
|------|-------------|---|
|      |             | *パソコン、重量物など復職後の業務に対して具体的に評価   |
| 環境因子 | 4. 疾患に関わる環境 | 1 3) 主治医など臨床との関係 <sup>31,35</sup>   |
|      |             | 1 4) 治療や健康管理に関するコンプライアンス (疾病へのリテラシー、自覚、治療意欲、職場で事故を起こすリスク) <sup>31,32,35</sup> |
|      | 5. 就業に関わる環境 | 1 5) 雇用の安定性・保証 (正規・非正規、金銭に関すること) <sup>30,32,33,35</sup>                       |
|      |             | 1 6) 家族・パートナー、同僚・上司など職場のサポート、関係性 <sup>30,31,33,35</sup>                       |
|      |             | 1 7) 職場のルール <sup>35</sup>   |

## 5. 復職に対する介入

### 5-1 職場介入としての復職支援プログラム (RQ2)

#### Q1. 休職者に対して復職支援プログラムは、復職に関する就業アウトカムを向上させるか。

##### 推奨

休職中の労働者に対してリハビリテーションを含む通常の医療措置に加えて、認知行動療法に基づく復職支援プログラム(リワーク)を条件付きで推奨する(中等度のエビデンスに基づく弱い推奨)。

一筋骨格系障害で休業中の労働者に対してリハビリテーションを含む通常の医療措置に加えて作業内容や環境の改善などのリワークは有効である。(中等度のエビデンスに基づく強い推奨)

一メンタルヘルス不調で休業中の労働者に対して、リワークは有効である。専門家へのコンサルテーションを行うことも有効である可能性があるが、研究の数が少なく統計学的な有効性は示されていない(中等度のエビデンスに基づく弱い推奨)

我が国における復職支援プログラムは、リワークとして医療機関が医療保険で提供する医療リワーク、障害者職業センターの作業リワーク、民間 Employee Assistance Program (EAP) や会社独自のプログラムなど民間で行われるもの、の3種類のリワークが提供されている。産業医や会社はこれらへの参加を強制することはできないが、積極的に休職者に情報を提供し、医療機関などと連携しながら、復職支援プログラムで段階的に復職準備性を確認することが推奨される。

##### 1) 解説

介入の方法、効果は疾患によって異なることが、既存のシステマティックレビューから明らかであったので、対象を筋骨格系障害、メンタルヘルス不調、がんなどその他の障害に分けて、就業アウトカム(休職期間)を評価した。筋骨格系障害による休職者に対する復職支援プログラムの介入効果については、Aasらのコクランレビュー<sup>4</sup>が2011年に公開されているが、業務上の外傷や、職場と連携しない医療介入を含むなど研究の採用基準が異なるため、レビューの結果をそのまま採用することはできなかった。コクランレビューのうち、本ガイドランスの採用基準に合う研究と、我々の文献検索で得られた論文計5件のRCTを用いてシステマティックレビューを行った。同様に、メンタルヘルス不調に関するコクランレビュー、うつ病(Nieuwenhuijsen 2014<sup>5</sup>)と適応障害(Arends 2012<sup>38</sup>)の2件についても、休職していない、欠勤日数が多い労働者を対象とした研究、アウトカムが休職期間でない研究が含まれていた。本ガイドランスの採用基準に従い、我々の文献検索に含まれていない研究のみを採用論文に追加し、6件のRCTを用いてシステマティックレビューを行った。



筋骨格系障害 (表 5-1-1) 5 件の randomized controlled study (RCT) <sup>39,40,41,42,43</sup>

・介入 (I)

- i) 4 件の RCT (Arnetz 2003<sup>39</sup>、Bultmann 2009<sup>40</sup>、Anema/Steenstra 2007<sup>41</sup>、Loisel 1997<sup>43</sup>) リハビリテーションを含む通常の医療措置に加えて作業内容や環境の改善、対面面接などを加えた介入は、我が国の作業リワークに近い作業リハビリテーションが主体である。Loisel ら<sup>43</sup>は、作業リハビリテーションを付加した介入を臨床的介入として別にして検討していた。4 件とも雇用主と労働者による面接やミーティングが行われている。
- ii) 1 件の RCT (Verbeek<sup>42</sup>) では、産業医に対する腰痛対策の訓練 (診断、問題分析、分析に基づく介入、評価) について検討している。

・就業アウトカム (O)

休職期間 Hazard Ratio (HR) 3 研究、累積欠勤日数 (連続変数) 3 研究

<メタアナリシスのまとめ>

休職期間が Hazard Ratio (HR) を用いて検討されている 3 研究 (Anema/Steenstra, 2007<sup>41</sup>、Verbeek 2002<sup>42</sup>、Loisel 1997<sup>43</sup>) では usual care (UC) より、作業リハビリテーション群では、1.58 倍早く復職する結果が得られ (HR1.58 (95%CI 1.26-1.97) )、エビデンス総体の確実性は中等度であった。観察期間中の累積欠勤休職日数が報告されている 3 件 (Verbeek 2002<sup>42</sup>、Arnetz, 2003<sup>39</sup>、Bultmann, 2009<sup>40</sup>) では、介入群では 40.71 日 (95%CI 60.69- 20.72) 少なかった。

Verbeek<sup>42</sup>以外の 4 件の RCT では労働者と雇用主とのケースマネジメントを行い、労働環境・設備の変更を含む介入は有意に休職期間を短縮した。Verbeek<sup>42</sup>の研究は、産業医の腰痛マネジメント能力の向上の効果の検討で、HR 1.3 (95%CI 0.9—1.88)、累積欠勤休職日数-20 日 (95%CI -61.99—21.99) と有意ではなかった。介入の内容は、国の産業保健制度の違いもあり一概に比較できないが、産業医に対する介入と比較して、雇用主とのケースマネジメント、労働環境・設備の変更を含む介入の方が有効である可能性は高い。また、筋骨格系障害に対しては、医療リハビリテーションと作業リハビリテーションの比較は、Loisel 1997<sup>43</sup>1 件のみであった。休職期間 (中央値) は、通常ケア 120.5 日、臨床介入 131 日、作業介入 67 日、臨床・作業介入 60 日と、筋骨格系障害に対する作業介入の有効性が示唆された。

メンタルヘルス不調 6 件の RCT (van der Feltz-Cornelis 2010<sup>44</sup>、van der Klink 2003<sup>45</sup>、van Oostrom 2009<sup>46</sup>、Vlasveld 2013<sup>47</sup>、Willert 2011<sup>48</sup>、Brouwers 2006<sup>49</sup>)

・介入 (I)

UC vs 心理的介入による復職支援プログラムの 6 件のメタアナリシスと、精神心理専門家へのコンサルテーションによる心理的介入 2 件 (サブ解析 1、van der Feltz-Cornelis 2010<sup>44</sup>、van Oostrom 2009<sup>46</sup>) 及び、心理療法 4 件 (サブ解析 2、van der Klink 2003<sup>45</sup>、Vlasveld 2013<sup>47</sup>、

Willert 2011<sup>48</sup>、 Brouwers 2006<sup>49</sup>) のサブ解析を行った。

・就業アウトカム (O)

休職期間 5 研究は日数 (連続変数)、 Willert 2011<sup>48</sup> のみ休業日数 (連続変数)

<メタアナリシスのまとめ>

心理的介入による復職支援プログラム介入群はUC群に比べて休職期間が18.64日(95%CI -27.98—9.30日)有意に短かった。本介入は、我が国の医療リワークに近いが、表5-1-1の2)に示すように、面談の時間、介入の期間共大幅に短い。

サブ解析1 (精神心理専門家へのコンサルテーションによる介入) の2件では、エビデンス総体の確実性は高であった。平均休職期間は14.13日短縮したが、有意差はなかった(95%CI -45.80 — 17.54日)。サブ解析2 (認知行動療法をはじめとする心理療法による介入) の4件では、バイアスリスクが高く、エビデンス総体の確実性は中等度であった。休職期間は-19.07日(95%CI -28.84 — -9.29日)介入群のほうが有意に短縮していた。

上記の研究のうち5件はオランダ、1つはデンマークで実施されているため、日本への導入に関しては文化や産業保健制度の違いから全く同じように応用できないという問題がある。オランダではメンタルヘルス不調を抱える職員への対応についてのガイドラインが2000年と2007年に制定されており、その中では認知行動療法が推奨されている。欧米で広まりつつあるストレス軽減のための認知行動療法マインドフルネスや運動療法について、2017年1月に再度文献検索を行った。本ガイダンスの対象である休職者に対する、職場と連携した介入によるRCTではないため採用できないが、メタアナリシス<sup>50,51</sup>による効果が示唆されている。

心臓疾患・がんなどその他の疾患

心臓疾患・がんによる休職については職場における復職支援プログラムによる介入の報告は見られなかった。Boerらのコクランレビュー<sup>52</sup>では、Rogers 2009<sup>53</sup>において乳がん患者に対する地域での運動介入の有効性が示唆されている(休職期間の短縮がアウトカムでなく、職域との連携でないため除外)。

## 2) 費用対効果

コストについての国内におけるエビデンスはなかった。海外の研究では、表5-1-2に示す筋骨格系障害についての3件<sup>39,40,54</sup>、メンタルヘルス不調2件<sup>55,56</sup>の報告があった。筋骨格系障害では、いずれも介入群で日本円に換算して13,367,893~1,001,951円のコスト削減が見られたとされ、利益が負担を上回ることが期待される。メンタルヘルス不調による休職者に対する復職支援プログラムのコストについては経済効果については、Oostromら<sup>55</sup>は休業中の労働者への介入はコストの面からは推奨されないと結論付けており、Brouwersら<sup>56</sup>も同様に介入による経済的な効果は認めないと報告している。ただし、これらには医療費用も含めたものがあり、プログラム自体に要する直接費用を示すものではない。本邦におい

ては傷病に対する医療費用は健康保険と労災保険など複数の資源より供給されることや、求職者に対する給付の制度などが異なるために同様の結果の解釈は慎重に行うべきである。また、企業がお金をかけて人材を育成する文化が主流の日本では、休職や離職による研修費用などの人材育成費用の損失も間接費用として加味する必要があるだろう。

### 3) 価値

復職を望む休職中の労働者にとっては、復職支援を受けることは非常に価値がある。医療的なサポート以外に、職場復帰を目的としたサポートによって、より早い復職が望めるからである。また、復職できないかもしれない、会社から必要とされていないのではないか、などの不安を抱いている労働者には、目的を明確にし段階的に準備を進めることができる復職支援は精神的に大きな支えとなるだろう。一方会社にとっては、支援によって早期復職が可能となれば、休職に伴う生産性の損失、および人的資源の損失を最小限に抑えることができる。

### 4) 実行可能性

現在のところ、我が国における復職支援プログラムは、リワークとして医療機関が医療保険で提供する医療リワーク、障害者職業センターの作業リワーク、民間 Employee Assistance Program (EAP) を含めた職場リワークが提供されている。筋骨格系障害の作業プログラムは、提供可能機関に地域差はあるが大部分の地域で利用可能である。現状でも整形外科医・リハビリテーション医が休職期間短縮のためにこれらの介入プログラムへの参加を促しており、実際、筋骨格系障害による休職期間は短い。一方、メンタルヘルス不調に対する認知行動療法を含んだ復職支援プログラムは、リワークとして医療保険で提供されている。しかし、実施機関は、専門職の不足もあり、首都圏以外ではまだ少ない現状がある。

常勤の産業医がいる大企業では、社内の産業カウンセラーによるプログラムや、外部機関への委託で個別事情に合わせた介入プログラムを会社として提供する例もあり、費用対効果の検討は必要である。少なくとも、主治医から医療リワークが指示された場合は、産業医は進捗状況の共有に努めることが重要である。主治医からリワークの指示がなく休職が長引く場合は、医療リワーク、作業リワークの情報を休職者に提供する。産業医のいない中小企業では、主治医から医療リワークについて助言してもらうよう働きかけを行う、産業保健センターに復職支援について相談をする、など従業員が支援を受けやすくなるような配慮から始めることが重要だと考える。

いずれの場合においても、個人情報には十分な配慮が必要となるが、休職者に復職支援プログラムに関する情報、有効なプログラムによる復職の成功事例などを丁寧に説明し、会社の安全健康配慮義務として本人に最大の情報提供と指導を行うことが、健康経営として今後さらに求められるであろう。

## 5) 研究の優先事項 (将来的な研究課題)

### モニタリングと評価

本ガイダンスにより実際に国内における認知行動療法を加えた復職支援プログラムの実施程度と早期復職の程度を疾患群ごとにモニタリングし、その効果を評価する必要がある。

### サブグループに関する検討事項

本ガイダンスで提示された復職支援プログラムは筋骨格系障害では早期復職に有効という結果を得たが、機能障害を残す筋骨格系障害における場合と残さない場合で差があるのかは検討されていない。メンタルヘルス不調でも休職期間を短縮する可能性はあるが、復職後のパフォーマンスや再発については明らかにならなかった。

### 現在進行中の研究

・五十嵐ら 平成 27 年厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業の「精神障害者の就労移行を促進するための研究」にて RCT 進行中。

### 研究課題

- ・ 復職後の再休職率：適切な復職支援プログラムが実施されることにより再休職率が減少するか。
- ・ Quality of Working Life (QoWL) の向上
- ・ 国内のリワークの費用対効果研究
- ・ がん、心臓疾患、メンタルヘルス不調による休職者を対象とした、職場介入としてのマインドフルネスプログラム、エクササイズの有効性を検討する RCT 研究
- ・ もっとも効率の良い復職支援プログラム (リワーク) の期間、内容、参加時間

表 5-1-1 採用論文：RCT11 件

1) 筋骨格系障害 (5 文献)

|        |                    | Anema/<br>Steenstra 2007 <sup>41</sup>                                      | Verbeek 2002 <sup>42</sup>                                      | Arnetz 2003 <sup>39</sup>   | Bultmann 2009 <sup>40</sup>  | Loisel 1997 <sup>43</sup>  |
|--------|--------------------|---|---|---|--|--|
| 対象 (P) | 国                  | オランダ  | オランダ  | スウェーデン  | デンマーク  | カナダ  |
|        | 対象疾患<br>休職期間<br>年齢 | 非特異的腰痛<br>2-6 週間<br>18-65 歳   | 腰痛<br>10 日以上<br>39±8.7 歳  | 筋骨格系障害<br>4 週間以上<br>42.7±10.1 歳 (介入群)<br>42.1±10.4 歳 (対照群)  | 筋骨格系障害<br>4-12 週間<br>18-65 歳   | 腰痛<br>4 週間-3 か月<br>18-65 歳   |
| 対象 (P) | 人数                 | 196 人 (UC100 人、<br>WI96 人)  | 120 人 (UC59 人、I61<br>人)   | 137 人 (UC72 人、I65<br>人)   | 113 人 (UC47 人、I66<br>人)  | 130 人 (UC26 人、CI31<br>人、OI22 人、CI+OI25<br>人)   |
|        | 選抜対象群              | Amsterdam 拠点の 4 病<br>院および Hoofddorp 拠<br>点の 1 病院に外来で<br>訪れた患者から選出           | 8 つの教育研究および<br>周辺病院の産業保健<br>機構から推薦                              | Stockholm から南に約<br>20km に位置する<br>Skogås および<br>Handen 市の FK 地方<br>支店における病欠事<br>案から選出  | Vejele, Kolding、<br>Egtved、および Give<br>市 (総人口約 15 万)<br>から選出   | 労働者数 175 人以上、試<br>験地 (Sherbrook, Quebec,<br>Canada) から 30 km 以<br>内の企業から選出   |
| 介入 (I) |                    | 職場介入：<br>利害関係者全員によ<br>るケースマネージメ<br>ント<br>人間工学的職場分析<br>と適応<br>ケースマネージメン<br>ト | 腰痛対策の訓練を受<br>けた OP による早期の<br>産業保健対応：<br>診断、問題分析、分析<br>に基づく介入、評価 | 現状把握のための FK<br>ケースマネージャー<br>との面談<br>人間工学的視点によ<br>る職場分析と改善の<br>ための FK ケースマネ<br>ージャー、産業セラピ<br>スト/人間工学専門家<br>および労働者、雇用主<br>を加えた話し合い<br>必要とされる場合、職<br>業訓練、心理社会的問<br>題への対応 | CTWR; 制度化された、<br>多専門家による業務<br>障害分析および復職<br>計画の立案<br>医学的、生<br>体力学的、職業的、心<br>理的な分析および職場<br>の軽減措置を含む復<br>職計画の立案 | 産業介入 (OI)：産業医<br>による調査や治療法<br>の提案、人間工学専門<br>家による職場の評価と<br>改変<br><br>臨床介入 (CI)：腰痛<br>専門医の診察、腰痛学<br>校への参加、職業リハ<br>ビリテーション<br><br>完全介入 (Full I)：上<br>記すべて |
|        | 対応するリ<br>ワーク       | 作業  | 作業  | 作業  | 作業   | 作業 & 医療  |

| 介入場所                  | 職場   | 産業保健センター   | 国立健康保険部局 (FK) および職場                        | 職場  | 職場  |
|-----------------------|--|--|--|---|---|
| 利害関係者<br>*主な介入<br>担当者 | 労働者 雇用主/管理者  |  |  |   |   |
|                       | 産業医<br>人間工学専門家*、<br>理学療法士、一般開業<br>医  | 産業医*   | 産業セラピスト<br>FK ケースマネージャ<br>ー*、人間工学専門家       | 産業医、<br>産業理学療法士<br>社会福祉指導員*、<br>市のケースマネー<br>ジャー、カイロプラク<br>ター、精神科医、ケー<br>スワーカー、一般開業医 | 産業医<br>管理部門および組合の<br>代表者<br>人間工学専門家、<br>専門医、一般開業医                                       |
| 教育                    | 産業医、理学療法士、<br>人間工学専門家に対<br>する訓練講座、4時間<br>を1回、2時間を2回                        | 産業医を対象に腰痛<br>管理のガイドライン<br>を学ぶ月1回のセッ<br>ションを10回                             | -  | -   | -   |
| 比較 (C)                | UC   | UC   | UC   | 従来のケースマネー<br>ジメント   | UC<br>CI,OI, or CI+OI   |
| 就業アウトカム (O)           | 復職までの期間 (中央<br>値); 77日 (介入) vs<br>104日 (UC)<br>HR=1.7 (95% CI,<br>1.2-2.3) | 復職までの期間 (中央<br>値); 51日 (介入) vs 64<br>日 (UC)<br>HR=1.3 (95% CI,<br>0.9-1.9) | 総休職日数の平均;<br>144.9日 (介入) vs<br>197.9日 (UC) | 累積休職時間 (中央<br>値); 476時間 (CTWR)<br>vs 892時間 (UC)                                     | 常勤までの休職期間 (中<br>央値)<br>60日 (CI+OI) vs 120.5<br>日 (UC)<br>HR=2.23 (95% CI,<br>1.04-4.80) |

FK = 国立健康保険部局 (Försäkringskassan) 、OP = 産業医 (occupational physician) 、CTWR = オーダーメイド作業リハビリテーション (coordinated and tailored work rehabilitation) 、UC = 通常対応 (usual care) 、

2) メンタルヘルス不調 (6 文献)

| 文献 発行年  |                   | Vlasveld 2013 <sup>47</sup>  | Brouwers 2006 <sup>49</sup>                          | Willert 2011 <sup>48</sup>  | van der Feltz-Cornelis 2010 <sup>44</sup>                    | van der Klink 2003 <sup>45</sup>  | van Oostrom 2009 <sup>46</sup>   |
|---------|-------------------|--|--|---|--|---|--|
| 対象者 (P) | 国<br>対象疾患<br>休職期間 | オランダ<br>大うつ病<br>4-12W  | オランダ<br>メンタル<br>3M 以下                                | デンマーク<br>メンタル<br>-  | オランダ<br>メンタル<br>6W 以上  | オランダ<br>適応障害<br>2W 以上   | オランダ<br>うつ病<br>2-8W  |
|         | 年齢                | 41.9±11.4 (I)<br>43.4±11.4 (C)   | 18-60 歳  | 18-67 歳   | 24-59 歳 (平均 42 歳)  | 39±8.0 (I)<br>42±8.8 (C)  | 48.6±7.7 (I)<br>49.2±8.6 (C)   |
| 対象者 (P) | 人数                | 126 人 (UC61 人、I65 人)   | 194 人 (UC96 人、I98 人)                                 | 102 人 (WLC51 人、I51 人)   | 60 人 (UC31 人、I29 人)  | 192 人 (UC83 人、I109 人)   | 145 人 (UC72 人、I73 人)   |
|         | 選抜対象群             | オランダの大きな産業保健機構からの 14595 人の中から選出  | Almere 市の開業医 70 人による推薦                               | 4 週間以上続く業務上ストレスおよび症状の悪化があり、Aarhus 市内の開業医、SW の推薦、または直接推薦から選出             | 様々な企業に準じる二つの産業保健機構に属する産業医から推薦を受けた患者                          | Royal KPN (労働者数 10 万の郵政企業) 従業員  | VU 大学、VU 大学医学センター、および Corus (鉄鋼企業) の従業員                                      |
| 介入 (I)  | 概要                | 産業医と CM が協力し 6-12 回の問題解決療法のセッション<br>自習型の教材を用いた認知再構成や職場復帰に焦点をあてたプログラム<br>職場分析と改変、復職までの計画を含む職場介入 | SW による 50 分の面接を 5 回。<br>① 問題分析<br>② 解決の戦略<br>③ 戦略の実行 | 3 か月間で精神科医・心理士による 3 時間/回のセッションによる介入を 8 回。<br>CBT の紹介、ストレス教育、問題分析と解決戦略など | 訓練を受けた OP による復職を目指す指導、精神科医による面談(対面、又は電話面接)<br>担当精神科医と OP の連携 | 訓練を受けた OP による合わせて 90 分以上になる対面面接を 4、5 回。<br>① 問題分析<br>② 解決の戦略<br>③ 戦略の実行 | 労働者、上司、産業医と復職コーディネーター(会社の SW) で行う 3 回の会合 (計 7 時間)。<br>問題分析、解決策の提案、実践計画、および評価 |
|         | 介入場所              | 産業保健センター   | -  | 病院 (職業病医学科)   | 職場   | 職場  | 職場   |

|             |                      |   |  |  |   |   |  |
|-------------|----------------------|---|--|--|---|---|--|
|             | 利害関係者の参加<br>*主な介入担当者 | 労働者<br>雇用主/管理者<br><br>OP*<br><br>CM (職場復帰支援担当職員)* | 労働者<br><br>—<br><br>SW*、一般開業医  | -<br><br>-<br><br>精神科医*  | 労働者<br>雇用主/管理者<br><br>OP*<br><br>精神科医   | 労働者<br><br>OP*<br><br>OP  | 労働者<br>雇用主/管理者<br><br>OP<br><br>復職コーディネーター・SW*   |
|             | 教育                   | OP と CM に対して 2 日間の訓練                              | 3 日間+フォローアップ 2 回   | CBT の訓練コース受講者  | OP および精神科医への診断、治療、復職教育  | OP への教育 3 日間  | 復職コーディネーターへの教育   |
| 比較 (C)      |                      | UC  | UC   | Wait-list control (WLC) 3 か月後に介入を実施  | UC  | UC  | UC   |
| 就業アウトカム (O) |                      | 復職までの平均期間 ; 190 日 (I) vs 210 日 (UC) 休業期間の短縮は認めず   | 完全復職までの期間 (中央値) : 120 日 (I) vs 119 日 (UC) (95%CI, -34.5 to 42.3) 休業期間の短縮は認めず | 16 週後の自己報告による休業日数 (中央値) : 32 (7-66) 日 (I) vs 61.5 (43-90) 日 (WLC) $p=0.07$ | 復職までの期間 : 122 日 (95% CI, 77 – 166) (I) vs 190 日 (95%CI, 134 – 246) (UC) 68 日の短縮 ( $p=0.078$ ) | 患者レベル解析による完全復職までの期間 (中央値) : 47 日 (95%CI, 41-53) (I) vs 63 日 (95%CI, 43-83) (UC) 割合比=1.41 (95%CI, 1.04 - 1.92) | 完全復職までの期間 (中央値) : 96 日 (IQR 52 - 193) (I) vs 104 日 (IQR 52-195) (UC) HR=0.99 (95%CI,0.70-1.39) 休業期間は短縮せず |

OP = 産業医 (occupational physician) 、 CM = ケアマネージャー (care manager) 、 SW = 社会福祉士 (social worker) 、 UC = 通常対応 (usual care) 、 IQR = 四分位範囲 (interquartile range)

表 5-1-2 費用対効果 (採用文献に記載のある 2 件、コストに関する別論文 3 件)

| Study ID | 対象疾患/実施国 | 費用対効果の概要 |
|----------|----------|----------|
|----------|----------|----------|



|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Steenstra 2007<sup>54</sup></b><br><b>(Anema/Steenstra 2007<sup>41</sup> 費用対効果の論文)</b>  | 腰痛/オランダ<br>1€=157.10 円(2007 年 1 月レート)          | 職場介入グループは UC グループよりも平均して 30 日 (95% CI=[3.1, 51.3]) 早く、少し高い直接費用 (一人当たり 1 日につき 2,985 円) で復職した。最初の 8 週間に UC を受けた臨床介入グループは平均して 21.3 日 (95% CI= [-74.1, 29.2]) 復職が遅かった。            |
| <b>Arnetz 2003<sup>39</sup></b>  | 筋骨格系障害/スウェーデン 1SEK<br>=13.67 円 (2003 年 1 月レート) | 12 か月間の研究期間で健康保険制度から支払われた金額の総額は、20,886,393 円減少し、直接費用 7,518,500 円を引いても 13,367,893 円の節約となった。一件当たりになると直接費用が一人当たり平均 116,195 円で 98,424 円の節約。費用対効果の割合は 6.8 となり、介入による費用対効果が高い結果となった。 |
| <b>Bultmann 2009<sup>40</sup></b>  | 筋骨格系障害/デンマーク<br>1DKK=16.9 円(2009 年 1 月レート)     | 一人当たりの Incremental cost142,75 円を介入によって減った休職日数 46 日で割ると、回避された休職日あたりの費用は一人当たり 3,109 円であった。  |
| <b>van Oostrom 2010<sup>55</sup></b><br><b>(van Oostrom 2009<sup>46</sup> の費用対効果の論文)</b>   | メンタル/オランダ 1€=139.32 円<br>(2006 年 1 月レート)       | 費用効果分析、費用効用分析では、継続復職、生活の質で調整した生存年、または費用面において、統計的に有意差はなかった。費用便益分析では、産業保健サービスでの費用が職場介入グループにおいて有意に高かったが、費用効果、費用効用、費用便益の分析では、職場介入は費用効果なし。   |
| <b>Brouwers 2007<sup>56</sup></b><br><b>(Brouwers 2006<sup>49</sup> の費用対効果の論文)</b>   | メンタル/オランダ 1€=139.32 円<br>(2006 年 1 月レート)       | 直接費用、休職に伴う費用を合わせた一人当たりの総コストは介入群 2,019,165 円で、比較群の 2,017,632 円と大きな違いはなかった。   |
| Loisel 1997 <sup>43</sup> 、van der Feltz-Cornelis 2010 <sup>44</sup> 、van der Klink 2003 <sup>45</sup> 、Verbeek 2002 <sup>42</sup> 、Vlasveld 2013 <sup>47</sup> 、Willert 2011 <sup>48</sup> にはコストの記載なし |  |   |

## 5-2 産業保健活動として主治医など臨床との連携 (RQ4)

### Q2 休職者に対して産業保健活動として主治医など臨床との連携は復職に関する就業アウトカムを向上させるか。

**推奨** 休職者に対して産業保健活動として主治医など臨床と連携することは条件付きで推奨する。

(低いエビデンスに基づく、弱い推奨)

—メンタルヘルス不調において、臨床との連携強化は早期復職に関して効果がある可能性が高い。

—筋骨格系障害において、臨床との連携強化は、特に休業が長期化した場合の早期復職に関して効果がある可能性がある。

本人の同意があれば、産業医等が不在な中小企業においても人事労務担当者が主治医などと連携することが可能である。個人情報の取り扱いに留意。

#### 1) 解説

産業保健スタッフと主治医との連携による復職に関する就業アウトカムへの有効性を評価する介入研究として、本稿では表 5-2-1 に示す 4 件の RCT を採用した。対象疾患はそれぞれメンタルヘルス不調 1 件<sup>44</sup>、筋骨格系障害 2 件<sup>58,57</sup>、がん 1 件<sup>59</sup>であった。4 論文の就業アウトカムはすべて休職期間で、休職期間 (日数) 2 件、ハザード比 (HR) 3 件についてアウトカム別にメタアナリシスを行い、エビデンス総体の確実性を評価した。今回採用された 4 論文はすべて、企業外産業医の業務範囲が広く規定されているなど産業保健制度が日本と異なるオランダで実施されており、我が国の産業保健に適用する際には留意が必要である。

アウトカム (O) 休職期間 (日数) Feltz-Cornelis<sup>44</sup>らのクラスターランダム化試験は、本文中の記載とは異なり ITT 解析ではなかったため、バイアスリスクは高いと判定した。Lambeek<sup>57</sup>の RCT と合わせたエビデンス総体の確実性は非常に低いと判定された。

・対象 (P) メンタルヘルス不調にて休業した労働者 60 名と慢性腰痛による休職者 134 名

・介入 (I) 産業医が主治医から復職に向けた情報提供を受けて連携

<メタアナリシスのまとめ>

休職期間は、介入群 33.38 日と比べて、UC 群 104.09 日で臨床との連携によって 68.73 日短縮した。メンタルヘルス不調では有意であったが、筋骨格筋障害では有意差はなかった。

アウトカム (O) 休職期間 (HR) 3 件の筋骨格系障害 RCT (Vermeulen<sup>58</sup>、Lambeek<sup>57</sup>、

Tamminga<sup>59)</sup> Vermeulen らの研究では病休開始から 90 日以前と以後で早期復職への効果が異なること等から、バイアスリスクは高いと判定した。Tamminga<sup>59)</sup> は、ITT 解析でないことを含めた症例減少バイアスや、当初計画期間より早期段階でのデータ解析となっていること等から、バイアスリスクは高いと判定した。

- ・対象 腰痛、頸痛等 163 名+134 名、乳癌・婦人科癌患者 133 名
- ・介入 (I) 産業保健スタッフと職業リハビリテーション機関（治療機関）との協働参加型プログラムという意味で臨床との連携として採用。連携の方法は、3 週間毎のミーティング、電話、文書（手紙、パスワードつき e-mail）<sup>57)</sup>、患者教育や患者の職場産業医との情報共有強化、患者・産業医・職場関係者の協働による具体的かつ段階的な復職プラン作成<sup>59)</sup>であった。

<メタアナリシスのまとめ>

206 例によるメタアナリシスでは、臨床との連携群は、UC 群に比べて 1.63 倍早く復職することが明らかとなった（HR1.63（95%CI 1.63-2.54））が、エビデンス総体の確実性は低いと判定された。がんにおいて、臨床との連携強化が早期復職につながるかは不明である。

## 2) 費用対効果

産業医を初めとする産業保健スタッフと主治医を中心とする医療機関の連携の費用と復職に関する効果を評価する文献は 2 件であった（表 5-2-2）。Lambeek らの研究<sup>60)</sup>では、筋骨格系障害（慢性腰痛）での早期復職をめざした連携強化プログラムによる介入の費用対効果は、日本円換算で介入群では 792,518 円の節約となったがこれは総間接費用の減少によるものが大きく慎重な解釈を要する。同研究では復職や 1 Quality Adjusted Life years (QALY) あたりの費用対効果は介入群のほうが大きいと主張している。Tamminga ら<sup>59)</sup>の乳癌・婦人科癌に対する連携の費用対効果評価では、介入・対照両群に有意差をみとめなかった。

日本での費用対効果研究はないが、直接的コストとして、連携の際に主治医から産業医へ提出される就労に関する主治医意見書の発行に際して主治医医療機関に支払う料金が発生することが多い<sup>61,62,63)</sup>。産業医と主治医の情報交換の回数は、メンタルヘルス不調で平均 2.5 回（1-12 回/1 事例あたり）、メンタルヘルス不調以外で平均 2.1 回（1-11 回/1 事例あたり）<sup>61)</sup>であり、料金が本人負担の場合には連携の支障となる場合がある。

## 3) 価値

復職を目指す労働者にとって、医療機関と産業保健スタッフとの連携は大きなメリット

がある。医療機関では医学的な観点から障害を分析に、会社からの患者がどんな環境でどんな仕事をしているかについての情報を加味することで、障害が適切に就業制約や就業限界に反映される。これは不必要な休職期間を減らすとともに、過剰な配慮や逆に無理な労働を回避することにつながり、安全で適切な早期復職を可能にする。医療機関および会社、産業保険医にとって、連携によるメリットには、情報共有による効率化があげられる。患者の早期復職を目指す限り、連携には大きな価値があると考えられる。加えて社会的にも疾病と就労の両立支援は重要課題となっている。「ニッポン一億総活躍プラン（平成28年6月2日閣議決定）」の実現へ向けた大きな具体的な柱である「働き方改革」の検討課題の一つとしてこの問題が提起され、特に産業医をはじめとする産業保健スタッフを活用した「企業と医療機関の連携の強化」が重点項目として挙げられている<sup>64</sup>。

#### 4) 実行可能性

我が国では、すでに大企業を中心に、メンタルヘルス不調のみならず多くの疾病の復職に際して、医療機関との情報交換（連携）が主に産業医を起点にして実施されている<sup>61</sup>。医療機関側からの働きかけが不十分であることから、主治医側に対する意識改革がより強固な連携には不可欠であると思われる。英国では、“Sick Note to Fit Note”<sup>65,66</sup>という言葉が示すように、それまで患者の仕事に関して「病休診断書」だけ作成していた家庭医が、患者の社会生活を（就労との両立を目指し）考慮した「就業両立意見書」を作成するという大きな意識改革も伴っている。本ガイダンスの普及活動を日本医師会、臨床系の学会と共同して行うことにより、患者教育としての復職指導の重要性の理解が深まることを期待する。また連携の実施においては、厚生労働省の両立支援ガイドライン<sup>7</sup>から、以下の様式例を参照、利用することができる。

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11200000-Roudoukijunkyou/0000115300.pdf>

(2017.4.25 accessed)

- ・勤務情報を主治医に提供する際の様式例（本人の署名欄あり）
- ・治療の状況や就業継続の可否等について主治医の意見を求める際の様式例（一般的な診断書と兼用して情報を取得できるため、費用負担が増加しない）

産業医のいない中小企業では、産業保健スタッフに代わって労務担当者、人事担当者などが医療機関との連携を行う必要がある。上記のガイドラインを参照する、医療ソーシャルワーカーや産業保健センターに相談するなど、できることから始めてもらいたい。連携にあたっては、単に就業上の措置内容だけに限らず、病名や治療方針を含めた医療情報を開

係者が取り扱うこともありうることから、守秘義務が求められる。またこれら一連の連携は、原則として休職者（患者）本人の同意が前提となる（本人署名を得る）ことも重要である。

## 5) 研究の優先事項（将来的な研究課題）

### モニタリングと評価

復職後再休職については注意深く評価していく必要がある。また連携文書作成に関して主治医で発生するコストの額や負担者を継続してモニタリングするとともに、休復職者本人負担を軽減する在り方の検討も望まれる。

### サブグループに関する検討事項

ベルギーの Mortelmans らは、1564名の病休労働者を対象に、（主治医とは別に）彼らの休業中の病態を認識しうる立場にある社会保険医と、復職後に支援を行うことが中心となる労働者の職場の産業医が情報連携（介入）を行うことによる、早期復職への効果を評価した<sup>67</sup>。疾病構成（運動器/精神/その他）は2群間で同程度であったが、早期復職への効果は認められなかった。この研究は、「主治医」との連携ではないためレビューの対象論文として採用しなかったが、上記を総合的に判断すると、「連携」として単に「情報を関係者が共有すること」以上に、復職支援の一環として「産業保健スタッフと医療機関の治療スタッフが協働して支援する」ことは、特にメンタルヘルス不調や筋骨格系障害での早期復職に効果がある可能性が示唆される。

### 現在進行中の研究

独立行政法人労働者健康安全機構・治療就労両立支援センターや厚生労働省労災疾病臨床研究事業等で連携推進マニュアル・ガイド等の連携ツール<sup>61,62,63,68,69</sup>の公表計画中。

### 優先研究課題

- ・産業保健スタッフと臨床の連携に関するコストと効果の評価
- ・連携成功に必要な主治医側の理解や事業場内の理解が早期復職のアウトカムに寄与する程度の評価
- ・休復職者本人の価値観や希望に関する調査
- ・復職判定会議に臨床との連携の成果を効率的に反映させる方法の検討

表 5-2-1 採用論文 RCT4 件

|        |                      | Lambeek 2010 <sup>57</sup>   | Tamminga 2013 <sup>59</sup>                                   | van der Feltz-Cornelis 2010 <sup>44</sup>                  | Vermeulen 2011 <sup>58</sup>                                      |
|--------|----------------------|--|---|--|---|
| 対象 (P) | 国                    | オランダ   | オランダ  | オランダ   | オランダ  |
|        | 対象疾患                 | 腰痛   | 乳癌・婦人科系癌  | メンタル   | 筋骨格系障害  |
|        | 休職期間                 | 3-24 か月  | 26.5±35.1 日 (I)<br>15.0±53.1 日 (UC)                           | 6W 以上  | 2-8 週間  |
|        | 年齢                   | 18-65 歳  | 18-60 歳   | 24-59 歳 (平均 42 歳)  | 44.0±10.7 (I)<br>45.6±9.0 (C)                                     |
|        | 人数                   | 134 人 (UC68 人、I66 人)   | 133 人 (UC68 人、I65 人)  | 60 人 (UC31 人、I29 人)  | 163 人 (UC84 人、I79 人)  |
| 選抜対象群  | 12 週間以上の腰痛           | オランダの 6 つの病院から 8 部局が参加、対象疾患の女性で予想される一年後生存率 80% の患者から選出                                 | 様々な企業に準じる二つの産業保健機構に属する産業医から推薦を受けた患者                           | 非正規雇用者または失業者   |   |
| 介入 (I) | 概要                   | 治療計画の立案、職場観察、基礎運動能力検査 (3 回)、個人専用の運動訓練 (26 回) 産業医と復職へ向けたリハビリチーム (医療専門家、理学療法士) との協働支援が介入 | 病院での復職教育とサポート (15 分の対面面接を 4 回) OP、労働者、雇用主による復職計画立案 (対面面接 1 回) | 訓練を受けた OP による復職を目指す指導、精神科医による面談 (対面、又は電話面接) 担当精神科医と OP の連携 | 復職コーディネーターと労働専門家、および労働者との面談で復職の問題分析 3 者による解決戦略、参加型復職支援プログラムの立案と実施 |
|        | 介入場所                 | 職場   | 病院・職場   | 職場   | —   |
|        | 利害関係者の参加<br>*主な介入担当者 | OP*<br>産業セラピスト<br><br>理学療法士、医療専門家  | OP<br><br>主治医、腫瘍学看護師、医療ソーシャルワーカー*                             | OP<br><br>精神科医   | —<br><br>復職コーディネーター*、保険会社の医師、労働専門家、ケースマネージャー                      |
|        |                      | 労働者 雇用主/管理者  |   |  |   |

|           |  |   |    |  |  |
|-----------|--|---|----|--|--|
|           | 介入担当者への教育  | —   | —  | OP および精神科医への診断、治療、復職教育   | 復職コーディネーターへの教育   |
| 比較 (C)    | UC   | UC  | UC | UC   | UC   |
| アウトカム (O) | 復職までに要した日数の中央値は介入群で120日早期であった。<br>HR = 1.9 (95% CI, 1.2-2.8) | 完全復職までの日数中央値: 283日 (25-394) (I) vs 239日 (77-457) (UC)<br>HR = 0.88 (95% CI, 0.53-1.5) |    | 復職までの期間: 122日 (95% CI, 77-166) (I) vs 190日 (95% CI, 134-246) (UC) 68日の短縮 (p=0.078) | 復職までに要した日数の中央値: 161日 (IQR88-365) (I) vs 299日 (IQR 71-365) (UC)<br>HR (T>90days) = 2.24 (95% CI, 1.28-3.94) |

OP = 産業医 (occupational physician) 、 UC = 通常対応 (usual care) 、 I=介入 (intervention) 、 IQR = 四分位範囲 (interquartile range)

表 5-2-2 費用対効果論文

| Study ID  | 対象疾患/実施国                                   | 費用対効果の概要   |
|---|--|--|
| Lambeek 2010b <sup>60</sup><br>(Lambeek 2010a <sup>57</sup> の費用対効果の論文)            | 整形/オランダ<br>1£ = 149.25 円 (2010年1月レート) で円換算 | 一人当たりの間接費用は介入群で 824,905 円の節約、直接費用では 32,387 円の超過であったため、費用対効果としては直接費用 1£ = 149.25 円につき 26£ = 3880.5 円の効果があったことになる。間接、直接を含む総合費用は、一人につき介入群 1,964,876 円、対照群 2,757,394 円で、その差は 792,518 円の節約となった。 |
| Tamminga 2013 <sup>59</sup>   | 癌/オランダ<br>1€ = 113.76 円 (2013年1月レート) で円換算  | 一人当たりの生産性損失は介入群で 49,827 円の過剰、業務軽減費用で 5,688 円の節約となった。一人あたりの介入費用は 13,537 円であったため、介入群で 57,676 円の過剰となり、介入における費用対効果は認められなかった。   |
| van der Feltz-Cornelis 2010 <sup>44</sup> 、Vermeulen 2011 <sup>58</sup> はコストの記載なし |  |  |

### 5-3 ソーシャルサポート（同僚・上司の支援を含む）（RQ5）

**Q3：休職中の労働者に対して、ソーシャルサポートは復職後の就業アウトカムを向上させるか。**

**推奨：休職中の労働者に対して、同僚・上司の支援ソーシャルサポートを行うことを提案する。（Best Practice Statement）**

家族関係、職場の人間関係によって有用性が異なるため、関わる人の人選、実施の時期、頻度は、慎重に考慮する必要がある。質の高くない観察研究1件のみのエビデンスであるが、自明のため Best Practice Statement とした。

#### 1) 解説

家族からの支援は該当論文がなく、上司・同僚からの支援を含めたソーシャルサポートに範囲を広げて検索した結果、表 5-3-1 に示すように、Brouwer<sup>70</sup>らによる前向きコホート研究1件が採用された。The Newcastle-Ottawa Scale（NOS）（コホート研究用）によるバイアスリスクは高いと評価され、メタナリシスは行わなかった。本研究によると、筋骨格系障害による休職者 352 人にソーシャルサポートがあると休職期間が有意に短くなり（HR 1.33（95%CI 1.02-1.74））、その他の身体障害による休職者 265 人でも休職期間が短くなった（HR 1.43（95%CI 1.04-1.97））。メンタルヘルス不調による休職者 245 人ではソーシャルサポートがあっても休職期間の短縮は有意ではなかった（HR 0.80（95%CI 0.58-1.11））。

エビデンス総体の確実性は非常に低いと判定されたが、筋骨格系疾患、その他の（メンタルヘルス不調以外の）身体障害による休職については、家族、同僚、上司などに依るソーシャルサポートが有効であることは自明であり Best Practice Statement とした。筋骨格系外傷後の復職についてのメタアナリシス（Maceachen et al 2006<sup>71</sup>）ではすべての利害関係者間の善意と信頼が復職成功の鍵であると報告しており、休職中における利害関係者のアプローチによる良好なコミュニケーションが重要な役割を演じるものと考えられる。

#### 2) 費用対効果

必要とされる資源（コスト）に関する詳細な検討はなされていない。しかし、家族、同僚、上司などのエフォートは必要であるものの、ソーシャルサポートに要する金銭的なコストは僅かであろうと考えられ、休職期間が短縮されれば直接的、間接的に、コストに見合った効果が得られると考える。（表 5-3-2）

#### 3) 価値

休職中の労働者にとって、家族、同僚、上司からのサポートは治療やリハビリテーションを円滑に進め、復職への意欲を支える重要な要因となる。家族、同僚、上司からのどの



ような支援が職場復帰への意欲を継続させるかは、職場の特性、本人の性格、病態によって異なり、Best Practice の積み重ねが必要と考えられる。一方家族にとっては、長引く休職から離職につながるリスクと経済的不安を考えれば、早期復職の利益は明白である。企業にとっては、早期復職による人的損失の回復の価値に加え、復職後の職場環境における肯定的な影響の価値も大きい。休職の原因が、職場の人間関係や業務と関連がある場合を除き、復職前から職場からの支援は、職場復帰が円滑になり、受け入れる側にとってもストレスが少ないものになることが期待される。また、休職者への積極的なサポートは、休職の原因となる障害への理解を深め、休職者の復職への意欲を感じることで、職場に蔓延しがちな不公平感を軽減することに寄与すると考えられる。

#### 4) 実行可能性

家族のサポートは、それぞれの家族構成や状況、関係性が問われるため、一概に推奨できるものではないが、サポートできる状況であればそれは有益である。職場からの支援に関しては、自発的なもの、組織的に提供されるものなどがあるが、日頃の良好なコミュニケーションが重要になる。組織的な支援を行う場合は、関わる人の人選、実施の時期、頻度などを個別に考慮する必要があるだろう。

#### 5) 研究の優先事項 (将来的な研究課題)

##### モニタリングと評価

わが国においては、日常の産業保健活動の一環としてソーシャルサポートに類する働きかけが行われている事例が実際には多いと考えられるが、逆に、対照群を準備した観察研究、無作為に割り付けを行った介入研究は困難である。観察疫学研究でその評価を行うことが考えられる。

##### サブグループに関する検討事項

筋骨格系障害による休職者、その他の身体障害による休職者にソーシャルサポートがあると有意に休職期間が短くなったが、メンタルヘルス不調による休職者にはソーシャルサポートによる休職期間の短縮は観察されなかった。がんなど他の疾患についても、さらなる研究が期待される。

##### 優先研究課題

- ・メンタルヘルス不調、がんによる休職者に対するソーシャルサポートの有用性
- ・関連する領域の研究において、交絡要因として調整されたソーシャルサポートに関連する因子を利用した考察
- ・疾病や休職のデータが医療保障のデータとリンクできるような社会的研究

表 5-3-1 採用論文（コホート研究 1 件）

|             |                            |  |
|-------------|----------------------------|--|
|             |                            | <b>Brouwer 2010<sup>70</sup></b>   |
| 研究デザイン      |                            | コホート研究   |
| Total       |                            | 3 Stars  |
| Quality     |                            | Low  |
| 対象 (P)      | 国<br>対象疾患<br>休職期間<br>人数・年齢 | オランダ<br>筋骨格系障害、その他の身体障害、メンタルヘルス不調<br><br>サブグループ分析に全部で 862 人の労働者が参加<br>内訳は、<br>筋骨格系：342～352 人（45.4±9.4 歳）<br>その他の身体障害：251～265 人（47.7±9.5 歳）<br>メンタルヘルス不調：238～245 人（44.2±9.4 歳）<br>Brouwer 2009 の 1 年後のフォローアップ解析 |
|             | 選抜対象群                      |  |
| ばく露 (E)     |                            | 受けていると思われる社会的サポートは独自の基準化されたスケールで測定。対象者は復職に関して家族、管理者、同僚、看護人、およびコミュニティーから社会的サポートを受けていると思うかとの質問に 4 段階で回答。   |
| 就業アウトカム (O) |                            | 休職期間：平均 (SD)<br>筋骨格系障害：126.85 (85.70)<br>その他の身体障害：148.31 (85.00)<br>メンタルヘルス不調：148.78 (82.34)   |

表 5-3-2 費用対効果の論文

| Study ID                              | 対象疾患/実施国 | 費用対効果の概要 |
|---------------------------------------|----------|----------|
| Brouwer 2010 <sup>70</sup> にはコストの記載なし |          |          |

#### 5-4 復職時の就業上の配慮 (RQ6)

##### Q4 休職者に対する、復職時の配慮は復職後の就業上のアウトカムを向上させるか。

**推奨：復職時に就業上の配慮を行うことを提案する。**

**(低いエビデンスに基づく、弱い推奨)**

一筋骨格系障害における復職時の就業上の配慮として、軽減作業を提案する。

復職時の就業上の配慮として短時間勤務など多様な働き方の制度はいくつかの国で制度として導入されているが、就業上のアウトカムについてのエビデンスはない。

#### 1) 解説

軽減業務などの復職時の就業上の配慮についての採用論文は、表 5-4-1 に示す 3 件であった。内訳は、筋骨格系障害に対する軽減作業に関する 2 研究 (RCT 1 件、コホート研究 1 件)、時短勤務の効果を直接比較した研究ではないものの、参考となるコホート研究が 1 件検索された。当初検討予定であった、配置転換、業務制限、試し出勤などに関する研究は全くなかったため、軽減作業、時短勤務に限定して文献検索を追加して行った (エビデンス集参照)。復職時の就業上の配慮が休職期間や再休職率にあたる影響について、メタアナリシスは行わず、エビデンス総体の確実性は低いいため弱い推奨とした。

現在、我が国の復職時の就業上の配慮は、時間外勤務や出張の制限、重量物など特殊作業の制限が一般的である。復職にあたっては、休職前の職場に、少なくとも定時勤務の勤務状況に戻る完全な復職 (Full Return To Work (RTW)) を前提としていることが多い。一方、働き方の多様性が進んでいる海外では短時間正社員制度をベースとした短時間勤務による復職、いわゆる Partial RTW が広まっている。Partial RTW の定義は、論文によって full RTW に対する勤務時間が一定以下、または収入が一定以下など、定義が異なる点に注意が必要である。

Viikari-Juntura<sup>72</sup>らの RCT では、筋骨格系障害をもつ労働者を早期に短時間勤務 (短時間勤務、Partial RTW) に切り替えたところ、完全勤務に戻るまでの期間が、完全休職群よりも短かったとの報告している。介入群は勤務時間をおよそ半分に設定した短時間勤務とし、対照群 (完全休職群) とすると、完全復職するまでの平均休職日数は、介入群が 12 日、対照群は 20 日であった。また、12 か月追跡調査した結果、総休職期間は、介入群の方が 20% 短かった。

Van Duijn<sup>73</sup>らは筋骨格系障害の再休職と軽減業務 (産業医により指示された軽減作業や短時間勤務) についての観察研究を行っている。筋骨格系障害が復職期間や再休職率に与える影響として、25kg 以上のものを持ち上げる作業が頻回にあると再休職率が高くなる (OR 2.27 95%CI 1.14-4)、軽減業務の実施は再休職率を低下させる (OR 0.35 95%CI 0.16-0.78) という結果であった。

Sampere<sup>74</sup>らのコホート研究では、復職までにかかる時間を検討しており、復職時の配慮に応用可能である。体をひねる・曲げる作業のある労働者（HR 0.81 95%CI 0.67-0.97）と、高い身体活動を要求される労働者（HR 0.78 95%CI 0.65-0.93）において有意に長い時間を要していた。

## 2) 費用対効果

復職時の介入や支援に対しては、コストがかかるものの総合的にみると利益が上回る可能性が示唆されるが、本稿の採用論文に関する費用対効果の検討はされていなかった。

## 3) 価値

休職中の労働者にとっては、復職時に配慮があることはスムーズな復職を可能にするうえで非常に価値がある。障害に改善がみられる場合、状況に合わせた段階的な職場復帰が可能であれば、少しずつ身体を復職に向けて適応させていくことができ、就労による疾病の再発や増悪のリスクを軽減することができる。企業にとっては、早期復職による人的損失の回避、および再休職のリスク軽減が価値としてあげられる。治療と職業生活の両立支援には、就労による疾病、障害の再発や増悪のリスクが伴うと考えがちであるが、労働者、産業保健スタッフ、主治医、企業の連携による適切な配慮は、逆にそのリスクを軽減すると考える。

## 4) 実行可能性

復職に際し、本人の意向、本人の状態（健康状態、業務遂行能力、家庭環境など）や職場環境について評価し、個々に合った職場復帰支援プランを作成している企業も増えてきている。復職時の就業上の配慮として、時短勤務など多様な働き方の制度を採用できる企業はまだ少なく、それぞれの企業において働き方改革について検討する必要がある。企業にとっては、就業規則の変更や労働条件の変更はハードルが高いと推察されるが、多様な働き方を可能にする配慮は会社として有効な復職支援策であるということを強調したい。産業医のいない中小企業でも、事業主が産業保健センターに相談するなどして改革できる環境にある。ただし、復職時の支援については、作業内容、作業環境、企業の文化、労働者の個人的な事情まで様々な観点から必要な支援を検討する必要があるため、産業保健スタッフまたはそれに該当する者と会社の経営層が健康経営の視点を持ってすすめる必要がある。厚生労働省の両立支援ガイドライン<sup>7</sup>から両立支援プラン／職場復帰支援プランの作成例を参照できるので活用してほしい。

## 5) 研究の優先事項（将来的な研究課題）

### モニタリングと評価

現在、厚生労働省が推奨している制度のひとつに「短時間正社員制度」がある。この制度

は心身の健康不全や子育てなど様々な事情により、意欲や能力はあるものの従来のフルタイム正社員としての働き方では十分に活躍できない時間に制約がある人材を確保・活用していく制度である。厚生労働省は、この制度について「どの程度仕事ができるか」を適切に見極めながら、勤務時間や勤務日、仕事内容を調整することができる制度であり、復帰後の心身の健康不全の再発を防ぎ、スムーズな職場復帰の可能性を高めることができる制度としている。復職時に配慮が必要であることは厚生労働省のガイドラインにも記載があり、多くの産業保健スタッフが認めるどころと考えられる。しかし、個々の事情、企業の就業規則の相違などにより介入研究が難しい分野である。

### サブグループに関する検討事項

筋骨格系障害による休職者に対して軽減作業、時短勤務の有用性が認められたが、メンタルヘルス不調、がんなど他の疾患についても、さらなる研究が期待される。

### 優先研究課題

- 疾病や作業内容ごとの復職の良好事例収集や、Partial RTW に注目した研究。
- 筋骨格系障害の職腫や作業内容など原因や背景因子別の検討。
- 筋骨格系障害以外の疾患、特にメンタルヘルス不調者への就業上の配慮
- Partial RTW と Full RTW を比較し、休職期間に差があるか、再休職率に差があるかといった研究
- 合理的配慮に対するエビデンス
- 試出勤、通勤練習の有用性に関する検討

表 5-4-1 採用論文 (RCT1 件、コホート研究 2 件)

|        |                         | Viikari-Juntura 2012 <sup>72</sup>  |
|--------|-------------------------|---|
| 研究デザイン |                         | RCT   |
| 対象 (P) | 国<br>対象疾患<br>休職期間<br>年齢 | フィンランド<br>筋骨格系障害<br>前月に 2 週間以上、前 3 か月に 30 日以上休職していない者<br>18~60 歳                                |
|        | 人数<br><br>選抜対象群         | 63 人<br>(介入群 31 人、対照群 31 人)<br><br>正規または長期雇用で週 30 時間以上の就業<br>中・大企業 (民間/公共) の 6 つの産業保健機構に相談に来た患者 |
| 介入 (I) | 介入の概要                   | 通常勤務が不可能となった傷病者を短時間勤務と完全休業に無作為に割り付け。短時間勤務の定義は、就業時間を半分に短縮 (70%)、労働日数および時間の短縮 (30%) 必要な場合、労働内容の軽減 |

|             |                   |   |
|-------------|-------------------|---|
|             | 介入場所              | 職場  |
|             | 利害関係者<br>*主な介入担当者 | 職場関係者：労働者、雇用者／管理者<br>産業保健職：OP、保健医*<br>その他：—   |
|             | 教育                | —   |
| 比較 (C)      |                   | 完全休職  |
| 就業アウトカム (O) |                   | 4週間以上続く復職までの休職期間（中央値）：<br>12日（介入群）vs 20日（対照群）（p=0.10）<br>Age-adjusted HR=1.60（95%CI, 0.98-2.63）<br>12か月追跡の総休職期間は、介入群の方が20%短かった。 |

|             |                                   | Sampere 2012 <sup>74</sup>   | van Duijn 2008 <sup>73</sup>  |
|-------------|-----------------------------------|--|---|
| 研究デザイン      |                                   | コホート研究   | コホート研究<br>van Duijn 2005 の再休職に関する追加解析   |
| Total       |                                   | 8 Stars  | 8 Stars   |
| Quality     |                                   | High   | High  |
| 対象 (P)      | 国                                 | スペイン   | オランダ  |
|             | 対象疾患<br>休職期間<br>年齢<br>人数<br>選抜対象群 | 筋骨格系障害（47%）、精神疾患（18%）、その他（35%）<br>15日以上<br>—<br>655人<br>バルセロナとマドリードの<br>22,626社の210,285人の労働者                             | 筋骨格系障害<br>2～6週間<br>軽減作業:54人(43±7歳)<br>非軽減作業:83人(44±7歳)<br>OPの初回面談での登録、または2つの職業健康サービスの欠勤者からの登録 |
| ばく露 (E)     |                                   | 比較した就業上の要素<br>1.体をひねる・曲げる作業が就業時間の75%以上<br>2.身体的活動が多い、または非常に多い など   | 軽減業務（産業医により指示された軽減作業や短時間勤務）   |
| 比較 (C)      |                                   | 1.体をひねる・曲げる作業が就業時間の75%未満<br>2.身体的活動が低い、または軽度である など   | 非軽減作業   |
| 就業アウトカム (O) |                                   | 要素1&2で休職期間が有意に長くなる<br>1.HR=0.81（95%CI, 0.67-0.97）<br>2.HR=0.78（95%CI, 0.65-0.93）<br>*介入を軽減作業として配慮すれば休職期間を短縮できると応用的に解釈可能。 | 軽減業務の実施は再休職率を低下させる（OR=0.35 95%CI, 0.16-0.78）  |

表 5-4-2 費用対効果論文

| Study ID   | 対象疾患/実施国 | 費用対効果の概要    |
|--|----------|-------------|
| Viikari-Juntura 2012 <sup>72</sup> 、Sampere 2012 <sup>74</sup> 、van Duijn 2008 <sup>73</sup> |          | すべてコストの記載なし |

## 6. 復職ガイダンス作成方法

### 6-1 産業保健における復職ガイダンス策定委員会委員名簿

#### 6-1-1 ガイダンス作成グループ

|          |                               |
|----------|-------------------------------|
| 作成責任者    | 小島原典子（東京女子医科大学衛生学公衆衛生学第二）＊    |
| 産業医部会    | 福本正勝（介護老人保健施設 新橋ばらの園）＊        |
| 産業看護部会   | 吉川悦子（日本赤十字看護大学）＊              |
| 産業衛生技術部会 | 對木博一（合同会社アール）＊                |
| 産業歯科保健部会 | 品田佳世子（東京医科歯科大学大学院 口腔疾患予防学分野）＊ |
| オブザーバー   | 与五沢真吾（産業衛生学会関東地方会事務局）         |

#### 6-1-2 システマティックレビューチーム

|                                    |
|------------------------------------|
| 齋藤利恵（医療法人社団弘富会 神田東クリニック/MPS センター）＊ |
| 星佳芳（北里大学医学部衛生学）＊                   |
| 能川和浩（千葉大学大学院医学研究院環境労働衛生学）＊         |
| 照屋浩司（杏林大学保健学部公衆衛生学）＊               |
| 原野悟（エム・ディ労働衛生コンサルタント）＊             |
| 道喜将太郎（筑波大学 医学医療系）＊                 |
| 武藤剛（順天堂大学医学部衛生学講座）＊                |
| 江畑智恵（江畑労働衛生研究所）                    |
| 谷山佳津子（朝日新聞東京本社）＊                   |
| 品田佳世子（東京医科歯科大学大学院口腔疾患予防学分野）＊       |
| 大山篤（神戸製鋼所東京本社 健康管理センター）            |
| 吉川悦子（日本赤十字看護大学）＊                   |
| 土屋文枝（東京工科大学医療保健学部看護学科）             |
| 鈴木直子（いわき明星大学看護学部看護学科）              |
| 佐藤康仁（東京女子医科大学衛生学公衆衛生学第二）           |
| 清原康介（東京女子医科大学衛生学公衆衛生学第二）           |
| 遠藤源樹（東京女子医科大学衛生学公衆衛生学第二）＊          |
| 小島原典子（東京女子医科大学衛生学公衆衛生学第二）＊         |

#### 6-1-3 推奨作成グループ

推奨作成グループ（6-1、6-2 の＊）

#### 6-1-4 文献検索チーム



加藤砂織（東京女子医科大学図書館）  
重川須賀子（東京女子医科大学図書館）

#### 6-1-5 利益相反（COI）管理者

山口直人（東京女子医科大学衛生学公衆衛生学第二）

#### 6-1-6 COI

本ガイダンス作成開始時（2016年3月）ガイダンス作成グループ、システマティックレビューチーム共、経済的COIについては日本医学会の基準（<http://jams.med.or.jp/guideline/coi-management.pdf> 2017.4.25 accessed）において開示すべきものはなかった。アカデミックCOIについては、Minds 医療情報部の兼任者がおり、作成方法としてGRADEシステムを採用しやすい環境であったが、本ガイダンスの推奨作成に影響のあるものはなかった。作成グループの専門分野、所属機関の所在地など詳細はエビデンス集を参照。

2016年1月から2017年5月までのCOIを日本医学会 診療ガイドライン策定参加資格基準ガイダンス<sup>75</sup>に基づいて収集したが、開示すべきものはなかった。

#### 6-1-7 外部評価委員

森實敏夫（公益財団法人 日本医療機能評価機構 EBM 医療情報部 Minds）  
中山健夫（京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系健康情報科学分野）  
桑原博道・浅野陽介（仁邦法律事務所）

川上憲人・今村幸太郎（産業ストレス学会／東京大学医学系研究科 精神保健学）  
全国衛生管理者協議会  
中小企業の労働者数名（患者含む）

### 6-2 方法

#### 6-2-1 スコープ作成

スコープ

最終版スコープはエビデンス集参照

#### CQ設定

2016年1月より、日本産業衛生学会4部会のメーリングリストと、日本産業衛生学会関東地方会のホームページで産業保健現場における実務的なCQを公募した。PICPフォーマットにて定型化し、事務局にてCQをまとめ、アウトカムの重要性を評価した。

## 6-2-2 文献検索

### 文献検索データベース

2015年10月に、事務局は既存の復職に関するガイドラインの収集、Cochrane Library のスクーピングサーチを行った。2016年1月に、文献検索チームは、システマティックレビューチームと共同してRQごとにPICOの成分から包括的なキーワードを選定し、Cochrane Library、PubMed、医中誌 Web の文献検索を行った。検索時は言語の制限を行わなかったが、少なくとも抄録が日本語と英語の研究のみ採用した。既存のシステマティックレビューの結果を活用するため採用論文を検証したところ、休職者以外に対する介入、医療介入、休職期間のアウトカムが明記されていない研究など、本ガイダンスでは採用できない論文のメタアナリシスであった。そこで今回は、メタアナリシスの結果として採用はせず、我々の文献検索で検出されなかった論文を追加し、一次スクリーニングに追加した。それぞれの検索期間、検索語、検索日は、附：エビデンス集と記録 3. エビデンス集にRQごとに示す。2016年10月に文献の再検索とキーワードの追加、変更を行なった。RQ2、4、5、6に対し新規に採用すべきRCTは検索されなかった。追加検索、RQの移動があった論文はadditional recordsとし、PRISMAのフローチャートに記録した(附：エビデンス集と記録 3. エビデンス集参照)。2017年2月にすべての文献データベースの再検索と、WHO、Web of Scienceの追加検索を行った。

本邦では、費用対効果(コスト)に関してガイドラインにどのように反映させるべきか方法論がまとまっていない。復職だけでなく産業保健分野においてもコストについて我が国の方法論が統一されていないため、復職ガイダンスの費用対効果について独立した文献検索、質の評価、システマティックレビューは行わなかった。本ガイダンスの費用対効果の評価は、RCT、観察研究の採用論文に、金額の記載があるものを採用し、採用論文と別論文として費用対効果の論文が出版されている場合は、その論文の結果当時のレートで円に換算してそれぞれ表にまとめ、参考とした。

### スクリーニングと論文の選択基準・除外基準

システマティックレビューチームの2名は、RQごとに文献検索の結果のタイトルとアブストラクトから一次スクリーニングを行い、各データベースの結果を統合した。

二次スクリーニングは、全文を取り寄せて、復職に関するPICOに一致する英語、日本語の1. システマティックレビュー・メタアナリシス、2. RCTを採用した。いずれのスクリーニング作業も2名独立して行い、意見が異なる場合は第3レビューアーが判断する。文献数、エビデンスの質が十分でない場合は、3. コホート研究(後ろ向きを含む)4. Case Control studyのエビデンスも採用するがその場合、質の高い論文のみ採用するものとする。

### 選択基準

・休職期間(連続変数、ハザード比)、復職率、スコア化されたQOL(QWoL)などアウ

トカムが数値として記載があるもの

- ・職域における研究
- ・悪性疾患、循環器疾患、整形外科疾患、精神科疾患、その他の疾患に関する研究
- ・通常ケア（UC）など比較群のある研究

除外基準

- ・労災、産業中毒、薬剤・アルコール・タバコ中毒、遺伝性疾患に関する研究
- ・災害、刑務所など特殊な環境、警察、軍隊などハイリスク職場に関する研究
- ・学童、大学生など教育機関を対象とした研究や、高齢者施設の入所者を対象とした研究
- ・プロトコル、方法に関する論文、または取組の紹介で、結果の記載がないもの
- ・動物実験、ヒトを対象とした試料をもちいた実験
- ・精神科疾患のうち Alzheimer 病、慢性疼痛、外傷などからの 2 次性の抑うつ状態、治療薬の副作用、精神遅滞によるもの
- ・実データに基づかない、エキスパートの意見のみの総説
- ・正規雇用を含まず、不就労者、非正規雇用者のみに焦点を当てた研究
- ・小規模の個人事業主のみを対象とした研究
- ・医療介入、個人的な生活介入が主体で、職場との関わりが検討されていない復職に関する研究
- ・休職期間、復職率の記載がなく、Self-efficacy（スコア）、痛みなどの疾患に関する指標のみをアウトカムとした研究

### 6-2-3 システマティックレビュー

#### 研究デザイン

RCT

RCT がない場合は観察研究（コホート研究）

費用対効果研究については、個別の検索は行わず採用論文の別論文と、RCT 検索で拾い上げた。

#### 研究の対象（Population: P）

3-1 復職の定義に記載されている休職者を対象とするが、すべての休職者がカバーされているわけではなく、個別の病態、状況によって判断されるべき要素が多い。

#### 介入（Intervention: I）

産業保健スタッフ、会社が関与する介入とし、医療介入のみの研究は含まない。

RQ2：医療現場で行われている介入でも、復帰後の業務を想定した筋骨格系障害に対する

作業リハビリテーション、メンタルヘルス不調に対する認知行動療法などのリワークは、復職プログラムによる介入として取り扱った。

RQ4：産業保健職の受診同伴、復職診断書に関する介入研究はなかったので、職場復帰プログラムのうち、医療との複数回のやり取りを含む介入についても検討した。

RQ5：家族の支援の介入研究はなかったので、同僚・上司の支援を含むソーシャルサポートに変更した。

RQ6：配置転換、業務軽減に関する介入研究はなかった。今回は、就業上の配慮の介入として、軽減作業、時短勤務に限定した。

### 比較 (Comparison: C)

通常ケア (UC) (介入がない場合)

### アウトカム (Outcomes: O)

Primary outcomes 復職までの休職期間 (連続変数、または HR)、累積欠勤休職日数、復職率

Secondary outcomes は、QoWL、パフォーマンス低下 (スコア)、再休職率を予定していたが RCT のエビデンスは提供できなかった。

会社のアウトカムとして、利益、後任・支援人材コスト、組織活性低下、休職者に対するコストなどについては我が国のエビデンスとしてはなかった。

復職のための介入に関する「害のアウトカム」は一般的にはないと思われるが、担当者の負担、費用については必ず考察し、費用対効果研究の結果は、海外の研究の成果を別表でまとめた。アウトカムの重要性の評価はエビデンス集を参照。

### データの抽出

データの抽出は、RCT については Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Higgins 2011) を参考にした。効果指標は、休職期間 (日、または週の連続変数)、HR、OR とした。休職期間の連続変数は、中央値または、平均値で抽出し、その範囲は、SD、SE、95%CI など論文によって様々であるが、平均値と SD が計算できるもののみメタアナリシスに採用した。抽出するデータは、intention-to-treat (ITT) 解析として取り扱った。

### エビデンスの評価

RQ ごとに 2 名以上のシステマティックレビューチームにより、Review Manager (RevMan) version 5.3<sup>76</sup> を用いて、PICO の抽出、バイアスリスクの評価を行った<sup>8, 77, 78</sup>。観察研究のみの RQ のバイアスリスクは、Newcastle-Ottawa scale<sup>79</sup> で評価した。

<RCT のバイアスリスクの評価>

- 1) 選択バイアス：ランダム割り付け
- 2) 選択バイアス：割り付けの隠蔽（コンシールメント）
- 3) 実行バイアス：参加者と医療提供者の盲検化
- 4) 検出バイアス：アウトカム測定者の盲検化
- 5) 症例減少バイアス：ITT 解析，不完全アウトカムデータ
- 6) その他のバイアス：選択的アウトカム報告バイアス、早期試験中止バイアス

<観察研究（コホート研究）のバイアスリスクの評価 The Newcastle-Ottawa Scale (NOS)  
79>

対象の選択（Max 5 stars）

1.コホートは **general population** を代表しているか？

- a. \*真に代表的
- b. \*いづれか代表的
- c. ナースであったりボランティアであったり選ばれたグループ
- d. 記載なし

2.ばく露されていないコホートの選択

- a. \*同じコホートからのサンプル
- b. 違うソースからのサンプル
- c. 記載なし

3.ばく露の確認

- a. \*確実な記録
- b. \*構造化面接
- c. 自己申告
- d. 記載なし

4.対象のアウトカムが開始時点で起こっていない

- a. \*Yes
- b. No

比較可能性（Max 2 stars）

1.比較可能性 デザインや解析において

- a. **Confounder** として最も大事な 1 つの要素について調整
- b. その他の要素が調整されているか

アウトカム（Max 2 stars）

1.アウトカムの確認

- a. \*独立した、または **blind** の確認が論文内に記載されている
- b. \*レコードリンク
- c. 自己申告

- d. 記載なし
2. フォローアップはアウトカムが起こるのに十分な期間か
- a. \*Yes
  - b. No
3. 適切なフォローアップか
- a. \*全ての対象をフォローアップしている
  - b. \*フォローアップしていない被験者がバイアスを生み出すことは考えにくい (少ない数、75%以上、フォローアップ中止理由が記載されている、など)
  - c. フォローアップが75%以下、または理由の記載なし

総評価から2点以下を Low、3-5点を Moderate、6点以上を High Quality として評価した。

### メタアナリシスの方法

量的統合が可能な RQ (RQ2 と RQ4 のみ) では、RevMan を用いてメタアナリシスを行った。Random effect model を用いて休職期間 (日数、HR) ごとに統合値と 95%CI を推計、エビデンス集に forest plot を記載した。メタアナリシスが行えるかどうかは、異質性 (heterogeneity) の指標  $I^2$  index (Higgins 2003) などを参考に評価した。

### エビデンス総体の確実性の評価<sup>77, 78</sup>

<エビデンス総体の確実性を下げる要因>

- ・バイアスリスク Risk of bias

個々の研究のバイアスリスクを前述の方法で評価したあと、対象疾患のサブグループごと、アウトカムごとにバイアスリスクの評価を行った。

- ・非一貫性 Inconsistency

メタアナリシスが行われた、RQ2 と RQ4 に対して  $I^2$  により異質性 (heterogeneity) を評価した。RQ5,6 については本項目で確実性を下げる判定は行わなかった。

- ・非直接性 Indirectness

殆どの研究は海外の先進国の労働者を対象としており、日本人でないから、日本の保険制度と異なるからという理由で深刻なリスクがあるとは判定しなかった。

- ・不精確 Imprecision

RQ2 と 4 についてサンプルサイズと効果推定値の信頼区間から判定した。研究が一つしかない RQ は深刻なリスクなしと判定した。

- ・出版バイアス Publication bias

採用論文が少なく、funnel plot は作成せず、すべての RQ について問題ありとしなかった。

＜エビデンスの確実性をあげる3要因＞上記を認めない観察研究に限って適用  
介入による効果大きい  
交絡因子による効果の減弱  
用量反応勾配

エビデンス総体の確実性は、GRADEPro GDT (<http://gdt.guidelinedevelopment.org/> 2017.4.25 accessed) を用いて、2名が独立して以下の4段階で評価した。

- a. High Quality 高い
- b. Moderate Quality 中等度の
- c. Low Quality 低い
- d. Very low Quality 非常に低い

### 6-3 推奨作成

推奨作成の基本方針は、GRADEの Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practices Based on Evidence (DECIDE)<sup>80</sup>の Evidence to Decision (EtD) を採用した。システマティックレビューの結果に基づき、ガイドンス作成グループは、EtD framework を用いて推奨案を作成し、投票で推奨を決定した。(Delphi法)再投票となったRQはなかったが、表現方法について意見を集約し推奨文を確定した。5章に示す復職に対する4つの介入(5-1 復職支援プログラム(RQ2)、5-2 産業保健活動として主治医など臨床との連携(RQ4)、5-3 ソーシャルサポート(RQ5)、5-4 復職時の就業上の配慮(RQ6))に対して、GRADEシステムを採用した。

#### 6-3-1 費用対効果

我が国の費用対効果のエビデンスはなかったため、海外のエビデンスを参照して考察を行い、論文出版年のレートで円換算した値を付記した。費用対効果について網羅的文献検索は行っていない。

#### 6-3-2 価値

利害関係者それぞれの立場から、介入によって期待される利益、および社会的価値について検討した。

退職者、会社の意向とともに、社会全体の公平性も検討した。

#### 6-3-3 実行可能性

産業保健制度、社会福祉制度の異なる海外のエビデンスを導入するに当たり、留意すべき点を検討した。また、コスト、資源の利用が益を上回ることがないか確信性を検討した。

(益と害のバランス)。会社、労働者によって選択肢が異なる場合があれば言及するよう努めた。

#### 6-3-4 モニタリング

企業規模によって介入の種類別に採用程度を調査し、休職期間、再休職率、QoWL などの就業アウトカム、働き方の多様性を反映した就業規則の変更、負担、費用について前向きにモニタリングを行うことを計画している。詳細はエビデンス集に記載する。

#### 6-3-5 優先研究課題

網羅的にエビデンスを収集しても採用基準を満たす研究が検索されなかった場合、今後推奨作成に必要な疫学研究のトピック、費用対効果研究を順不同で列記した。

#### 6-3-6 Evidence to decision

GRADE の EtD framework を用いてエビデンスの要約、益と害のバランス、コストや資源の利用、価値、実行可能性から推奨（案）を作成した。推奨の強さは、以下の 2 方向 2 段階とし、それぞれにエビデンス総体の確実性（6-3-5）を併記した。

- ・行うべきである (1) 行うことを強く推奨する
- ・行ってもよい (2) 行うことを条件付きで推奨する (提案する)
- ・行わなくてよい (2) 行わないこと条件付きで推奨する (提案する)
- ・行うべきでない (1) 行わないことを強く推奨する

また、GRADE でエビデンスの確実性を評価することが適さない介入については、推奨を記載せずに、Best practice statement とした<sup>81</sup>。

### 6-4 外部評価

#### 6-4-1 方法

4 部会のメーリングリストなどで、RQ 案、推奨作成、ガイドンス草案作成の段階などで会員からの意見を収集した。

想定されるガイドラインの利用者として、全国衛生管理者協会、日本職業・災害医学会、臨床系の学会、法律専門家、数名の中小企業の労働者に自由記載にて意見を依頼しガイドンスに反映させた。疫学専門家には、6-4-2 に記載する方法で尺度評価を依頼した。

日本産業衛生学会関東地方会 (Minds 医療情報サービス HP 内 GUIDE システムからリンク) HP 上でパブリックコメントの意見を収集して、ガイドンスに反映させる。

2017 年第 90 回産業衛生学会で最終版を公表し、公聴会を行う。

#### 6-4-2 結果の概要

作成方法の評価：AGREE II<sup>82</sup>を用いてガイドラン専門家に評価を依頼した。著者による



AGREE Reporting Checklist による評価は7であった。6領域23項目と全体評価2項目、合計25項目から成るガイドライン評価はエビデンス集を参照。

パブリックコメントの指摘事項と変更点の対応表をエビデンス集に掲載した。

#### 6-5 適用可能性

復職の判定基準については、質問票の妥当性を評価後追加公表予定である。

介入については、産業保健体制の異なる海外のエビデンスをそのまま適用するのは難しいと考えられるが、働き方の多様性については各企業において検討する必要がある。

介入の活用法については、産業保健現場で活用するための、活用ハンドブックなどの出版を予定している。

#### 6-6 ガイダンス作成の資金源

開示すべきものなし。システマティックレビュー、事務局、ガイドライン執筆などすべての作業を無償で行い、HP上に電子公開したため費用は不要であった。

#### 6-7 公開

公開の予定 2017年6月 産業衛生学会関東地方会と東京女子医科大学衛生学公衆衛生学第2講座のHP上で公開し、その後簡便な活用ハンドブックを書籍として発行予定  
各システマティックレビューの論文化

「産業保健における復職ガイダンス2017」のサマリーは英文にして投稿

#### 6-8 改訂

ガイダンス発行後少なくとも年に1回継続的に文献検索を行う。

推奨を変更するようなインパクトの大きい研究が発表された場合には、本ガイダンスの改訂を検討する。そうでない場合は、5年後に改訂を行う予定であり、次回改訂までガイダンス事務局を京女子医科大学衛生学公衆衛生学第2講座にて維持する。

## 7. 用語集

| English   | 日本語                              |
|---|----------------------------------|
| <b>A</b>  |                                  |
| ability to work   | 作業能力                             |
| absenteeism   | 欠勤                               |
| accommodation   | 軽減措置                             |
| activities of daily living (ADL)                            | 日常生活動作                           |
| American Medical Associate (AMA)                            | 米国医師会                            |
| Americans with Disabilities Act (ADA)                       | 米国障害者制度                          |
| <b>B</b>  |                                  |
| benefit   | 給付金、手当、利益                        |
| benefit plan  | 給付金制度                            |
| biomedical model  | 生物医学モデル                          |
| biopsychosocial model                                       | 生物心理社会的モデル                       |
| body of evidence  | エビデンス総体（強さ、質などで表されるが、本稿では確実性と表記） |
| best practice staement                                      | ベストプラクティスステートメント                 |
| <b>C</b>  |                                  |
| capacity  | 能力                               |
| confidence interval   | 信頼区間                             |
| consensus guideline   | コンセンサスガイドライン                     |
| cox regression  | コックス回帰                           |
| cure  | 治療費                              |
| <b>D</b>  |                                  |
| detection bias  | 検出バイアス                           |
| detection or surveillance bias                              | 検出、または監視バイアス                     |
| Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) | 精神障害の診断と統計の手引き                   |
| disability durations  | 障害期間                             |
| disability insurance  | 障害保険                             |
| disablement   | 不能力                              |
| <b>E</b>  |                                  |
| Employee Benefits Security Administration                   | 従業員給付保障局                         |
| Employee Retirement Income Security Act                     | 従業員退職所得保障制度                      |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| (ERISA)                             |  |
| employer                            | 雇用主                                      |
| evidence-based medicine             | 根拠に基づく医療                                 |
| exercise performance                | 運動実行能力                                   |
| exposure                            | ばく露                                      |
| <b>F</b>                            |  |
| Family and Medical Leave Act (FMLA) | 育児介護休業法                                  |
| Fit Note                            | The Statement of Fitness for Work 制度(英国) |
| <b>G</b>                            |  |
| <b>H</b>                            |  |
| harm                                | 害  |
| heterogeneity                       | 異質性                                      |
| <b>I</b>                            |  |
| impairments                         | 機能障害 (構造障害を含む)                           |
| inactivity                          | 不活動                                      |
| incapacity                          | 能力がないこと                                  |
| injury                              | 傷害                                       |
| intention-to-treat analysis         | ITT 解析                                   |
| <b>L</b>                            |  |
| lead time bias                      | リードタイムバイアス                               |
| leave of absence                    | 休職                                       |
| likelihood ratio                    | 尤度比                                      |
| logistic regression                 | ロジスティック回帰                                |
| <b>M</b>                            |  |
| maximum medical improvement (MMI)   | 最大医療改善                                   |
| medical inquiry                     | 医学照会                                     |
| Medicare beneficiaries              | メディケア 受給者                                |
| meta-analysis                       | メタアナリシス                                  |
| mental health disorder              | メンタルヘルス不調                                |
| modified work                       | 軽減業務                                     |
| <b>N</b>                            |  |
| Newcastle-Ottawa Scale (NOS)        | ニューキャッスル・オタワ・スケール                        |
| <b>O</b>                            |  |

|  |                   |
|--|-------------------|
| obstacle   | 障壁                |
| occupational illness                                 | 職業病               |
| occupational injuries                                | 労働災害              |
| Occupational Safety and Health Administration (OSHA) | (米国) 米国労働安全衛生庁    |
| Occupational Stress Index (OSI)                      | 職業ストレス指標          |
| odds ratio   | オッズ比              |
| <b>P</b>   |                   |
| partial Return To Work (RTW)                         | 短時間勤務             |
| performance  | 実行状況              |
| physical examination                                 | 身体検査              |
| placed on the temporarily-retired list               | 休職扱い              |
| presenteeism   | (absenteeism の対語) |
| primary care   | プライマリケア           |
| <b>R</b>   |                   |
| recall bias  | 思い出しバイアス          |
| recommendation                                       | 推奨                |
| recovery   | 回復                |
| recuperation   | 自宅療養              |
| recurrence   | 再発                |
| relative risk  | 相対リスク             |
| return-to-work                                       | 復職                |
| return-to-work certification form                    | 復職診断書             |
| review   | レビュー              |
| rhythm   | リズム               |
| risk   | リスク               |
| risk of bias   | バイアスリスク           |
| <b>S</b>   |                   |
| sampling bias  | 抽出バイアス            |
| selection bias                                       | 選択バイアス            |
| sick leave   | 休職                |
| sickness absence                                     | 病休                |
| standard deviation (SD)                              | 標準偏差              |
| standard error (SE)                                  | 標準誤差              |

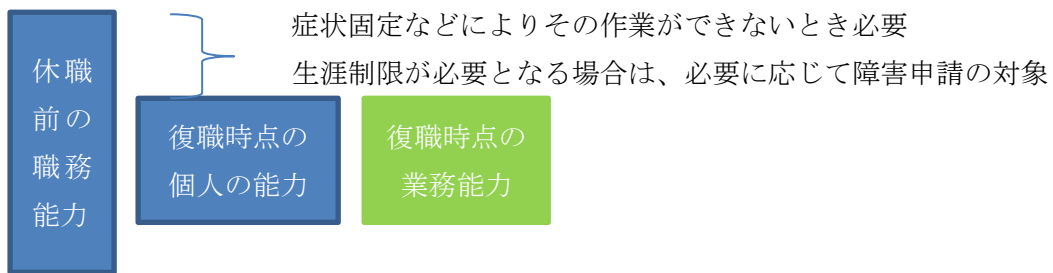
|   |           |
|---|-----------|
| <b>T</b>                                |           |
| temporary partial disability            | 一時的部分障害   |
| temporary total disability              | 一時的完全障害   |
| tolerance                               | 耐性        |
| <b>U</b>                                |           |
| US Social Security Administration (SSA) | 米国社会保障庁   |
| <b>V</b>                                |           |
| <b>W</b>                                |           |
| work capacity guide                     | 就業能力ガイド   |
| worker                                  | 労働者       |
| worker's compensations systems          | 労働者災害補償保険 |
| work fitness                            | 作業適合性     |
| work guide                              | 就業ガイド     |
| work limitations                        | 就業限界      |
| work off                                | 欠勤        |
| work performance                        | 労働遂行能力    |
| work productivity                       | 労働生産性     |
| work recommendation                     | 就労可能診断    |
| work-related injuries or illness        | 業務上疾病     |
| work restrictions                       | 就業制約      |
| work trial                              | 試出勤       |

## 8. 巻末図表

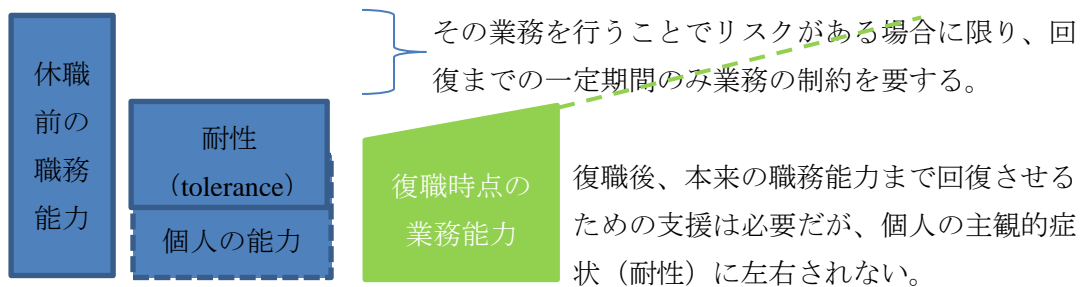
### 巻末 図1 復職における業務遂行能力に対する就業限界と就業制約

「就業制限」は、厚労省「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」においても定義されている。本ガイダンスでは、固定した状態に対する **work limitation** 就業限界と、リスクに対する **work restriction** 就業制約の2つを合わせて就業制限とする。(AMA Guide<sup>2</sup>の記載を元に著者が作図)

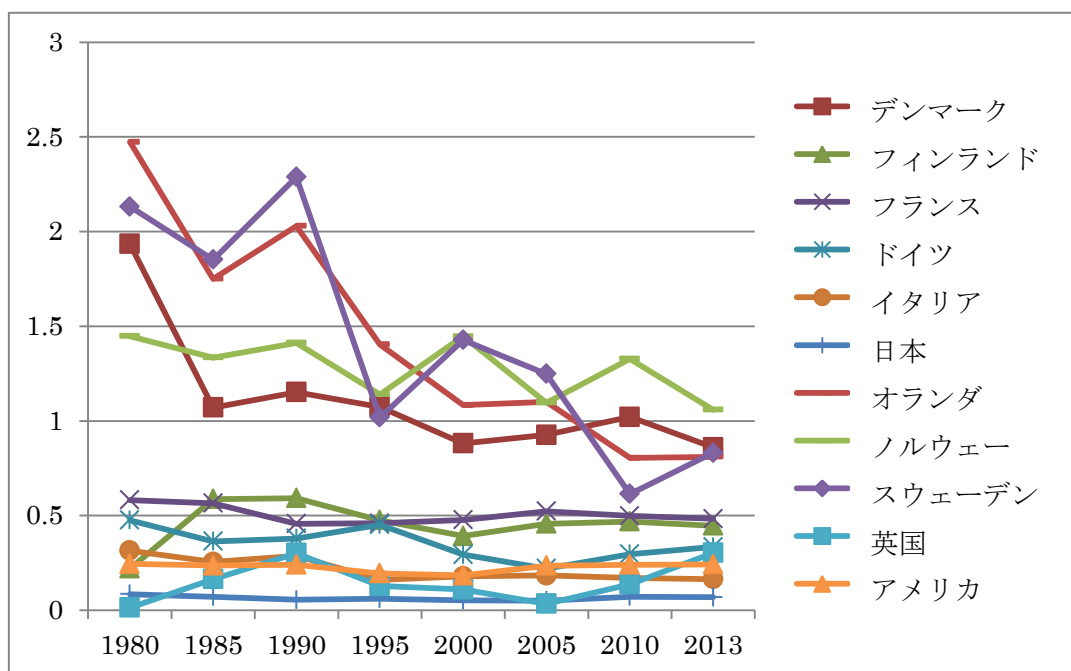
#### 1) 症状固定に対する「就業限界 (work limitation)」



#### 2) 業務上のリスクに対する「就業制約 (work restriction)」



巻末 図2 疾病による病気休業の公的現金給付の国内総生産に対する比率<sup>12</sup>



## 9. 引用文献（システマティックレビューに引用した論文はRQ番号を左に付記）

---

- <sup>1</sup> Workplace health: long-term sickness absence and incapacity to work Public health guideline [PH19], 2009  
<https://www.nice.org.uk/guidance/ph19> (2017.4.25 accessed)
- <sup>2</sup> James B. Talmage, MD, J. Mark Melhorn, MD, Mark H. Hyman, MD AMA Guides to the Evaluation of Work Ability and Return to Work: second edition. American Medical Association 2011
- <sup>3</sup> 厚生労働省 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～メンタルヘルス対策における職場復帰支援～  
<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/enzen/101004-1.html> (2017.4.25 accessed)
- <sup>4</sup> Aas RW, Tuntland H, Holte KA, Røe C, Lund T, Marklund S, Moller A. Workplace interventions for neck pain in workers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 4. Art. No.: CD008160. DOI: 10.1002/14651858.CD008160.pub2.
- <sup>5</sup> Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeier-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U. Interventions to improve return to work in depressed people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD006237. DOI: 10.1002/14651858.CD006237.pub3.
- <sup>6</sup> van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HCW, Franche RL, Boot CRL, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No.: CD006955. DOI: 10.1002/14651858.CD006955.pub3.
- <sup>7</sup> 厚生労働省「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」2016  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000113365.html> (2017.4.25 accessed)
- <sup>8</sup> The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)  
<http://gdt.guidelinedevelopment.org/> (2017.4.25 accessed)
- <sup>9</sup> Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. 1980; 137: 535-544.
- <sup>10</sup> Todd Honeycutt & Sophie Mitra Learning from Others: Temporary and Partial Disability Programs in Nine Countries 2005  
[www.dri.uiuc.edu/research/p04-12h/learning\\_final\\_report.pdf](http://www.dri.uiuc.edu/research/p04-12h/learning_final_report.pdf) (2017.4.25 accessed)  
日本語版：9か国の一時的・部分的障害プログラム「他国から学ぶ」最終報告  
<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/hikaku/takoku/index.html> (2017.4.25 accessed)
- <sup>11</sup> 全国健康保険協会 全国健康保険 協会管掌全国健康保険 現金給付受者状況調査報告 平成 27 年度  
<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/~media/Files/honbu/cat740/2809/280920/280920701.pdf>  
(2017.4.25 accessed)
- <sup>12</sup> OECD Social Expenditure-Aggregated Data (2016), Public expenditure on disability and



---

sickness cash benefits in % GDP, Incapacity related - Paid sick leave (other sickness daily allowances)

<http://stats.oecd.org/> (2017.4.25 accessed)

- <sup>13</sup> Brouwer S, Krol B, Reneman MF, Bültmann U, Franche RL, van der Klink JJ, Groothoff JW. Behavioral determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence: an application of the theory of planned behavior. *J Occup Rehabil.* 2009 Jun;19(2):166-74. doi: 10.1007/s10926-009-9172-5. Epub 2009 Mar 31.
- <sup>14</sup> Wright ME. Long-term sickness absence in an NHS teaching hospital. *Occup Med (Lond).* 1997 Sep;47(7):401-6.
- <sup>15</sup> Endo M, Haruyama Y, Takahashi M, Nishiura C, Kojimahara N, Yamaguchi N. Returning to work after sick leave due to cancer: a 365-day cohort study of Japanese cancer survivors. *J Cancer Surviv.* 2016 Apr;10(2):320-9. doi: 10.1007/s11764-015-0478-3. Epub 2015 Aug 30.
- <sup>16</sup> Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW, van der Klink JJ, Bültmann U. Sickness absence and full return to work after cancer: 2-year follow-up of register data for different cancer sites. *Psychooncology.* 2011 Sep;20(9):1001-6. doi: 10.1002/pon.1820. Epub 2010 Jul 28.
- <sup>17</sup> Roelen CA, Koopmans PC, Schellart AJ, van der Beek AJ. Resuming work after cancer: a prospective study of occupational register data. *J Occup Rehabil.* 2011 Sep;21(3):431-40. doi: 10.1007/s10926-010-9274-0.
- <sup>18</sup> Balak F, Roelen CA, Koopmans PC, Ten Berge EE, Groothoff JW. Return to work after early-stage breast cancer: a cohort study into the effects of treatment and cancer-related symptoms. *J Occup Rehabil.* 2008 Sep;18(3):267-72. doi: 10.1007/s10926-008-9146-z. Epub 2008 Aug 1.
- <sup>19</sup> Roelen CA, Koopmans PC, de Graaf JH, Balak F, Groothoff JW. Sickness absence and return to work rates in women with breast cancer. *Int Arch Occup Environ Health.* 2009 Mar;82(4):543-6. doi: 10.1007/s00420-008-0359-4. Epub 2008 Sep 16.
- <sup>20</sup> Drolet M, Maunsell E, Mondor M, Brisson C, Brisson J, Mâsse B, Deschênes L. Work absence after breast cancer diagnosis: a population-based study. *CMAJ.* 2005 Sep 27;173(7):765-71.
- <sup>21</sup> Burdorf A, Naaktgeboren B, Post W. Prognostic factors for musculoskeletal sickness absence and return to work among welders and metal workers. *Occup Environ Med.* 1998 Jul;55(7):490-5.
- <sup>22</sup> Reiso H, Nygård JF, Jørgensen GS, Holanger R, Soldal D, Bruusgaard D. Back to work: predictors of return to work among patients with back disorders certified as sick: a two-year follow-up study. *Spine (Phila Pa 1976).* 2003 Jul 1;28(13):1468-73; discussion 1473-4.
- <sup>23</sup> Clayton M, Verow P. A retrospective study of return to work following surgery. *Occup Med (Lond).* 2007 Oct;57(7):525-31.
- <sup>24</sup> Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U, Beekman AT, van Mechelen W, Hoedeman R, Anema JR. Predicting return to work in workers with all-cause sickness absence greater than 4 weeks: a prospective cohort study. *J Occup Rehabil.* 2012 Mar;22(1):118-26. doi: 10.1007/s10926-011-9326-0.
- <sup>25</sup> Koopmans PC, Roelen CA, Bültmann U, Hoedeman R, van der Klink JJ, Groothoff JW. Gender and age differences in the recurrence of sickness absence due to common mental disorders: a

---

longitudinal study. *BMC Public Health*. 2010 Jul 20;10:426. doi: 10.1186/1471-2458-10-426.

<sup>26</sup> Nielsen MB, Madsen IE, Bültmann U, Christensen U, Diderichsen F, Rugulies R. Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: findings from a longitudinal study. *Eur J Public Health*. 2011 Dec;21(6):806-11. doi: 10.1093/eurpub/ckq171. Epub 2010 Dec 1.

<sup>27</sup> 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*. 2013;51(2):165-71. Epub 2012 Oct 24.

<sup>28</sup> 日本うつ病学会 気分障害の治療ガイドライン作成委員会「日本うつ病学会治療ガイドライン II. うつ病 (DSM-5) /大うつ病性障害 2016」  
[http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood\\_disorder/img/160731.pdf](http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood_disorder/img/160731.pdf) (2017.4.25 accessed)

<sup>29</sup> Griffiths M, Oblin ME, Acheson ED. Sickness absence after inguinal herniorrhaphy. *J Epidemiol Community Health*. 1979 Jun;33(2):121-6.

<sup>30</sup> 筒井孝子. WHO-DAS2. 0 日本語版の開発とその臨床的妥当性の検討. *厚生学の指標*. 2014; 61(2):37-46.

<sup>31</sup> 秋山剛. 関連資料 復職判定のためのアセスメントツール--職場復帰準備性評価シート (特集 メンタルヘルス不全体職者の復職支援策-リハビリ勤務や復職支援プログラムにより円滑な職場復帰を図る) *労政時報*. 2007; 3702: 85-87.

<sup>32</sup> Finger ME, Escorpizo R, Bostan C, De Bie R. Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ): development and preliminary psychometric evidence of an ICF-based questionnaire for vocational rehabilitation. *J Occup Rehabil*. 2014;24(3):495-510

<sup>33</sup> 後藤牧子, 上田展久, 吉村玲児ら. (2005). Social adaptation self-evaluation scale (SASS 日本語版)の信頼性および妥当性. *精神医学*, 47(5), 483-489. (SASS) 日本語版

<sup>34</sup> 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター 就労移行支援のためのチェックリスト <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/08/dl/h0823-1a.pdf> (2017.4.25 accessed)

<sup>35</sup> Bickenbach J, Cieza A, Rauch A, Stucki G. ICF CORE SETS Manual for Clinical Practice. Hogrefe, Göttingen. 2012

<sup>36</sup> David Snashall (Editor), Dipti Patel (Editor) *ABC of Occupational and Environmental Medicine*, 3rd Edition 2012, BMJ Books

<sup>37</sup> ILO. Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance. 1998..Retrieved November 4, 2016  
[http://www.ilo.org/safework/info/standards-and-instruments/WCMS\\_177384/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/safework/info/standards-and-instruments/WCMS_177384/lang--en/index.htm). (2017.4.25 accessed)

<sup>38</sup> Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, Bültmann U, Verbeek JH. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12; 12: CD006389.

RQ2 <sup>39</sup> Arnetz BB, Sjögren B, Rydén B, Meisel R. Early workplace intervention for employees with

---

musculoskeletal-related absenteeism: a prospective controlled intervention study.. *J Occup Environ Med.* 2003;45(5):499-50.

- RQ2 <sup>40</sup> Bültmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil.* 2009;19(1):81-93.
- RQ2 <sup>41</sup> Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, de Vet HC, Knol DL, Loisel P, van Mechelen W.. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial.. *Spine (Phila Pa 1976).* 2007;32(3):291-8.
- RQ2 <sup>42</sup> Verbeek JH, van der Weide WE, van Dijk FJ.. Early occupational health management of patients with back pain: a randomized controlled trial.. *Spine (Phila Pa 1976).* 2002;27(17):1844-51.
- RQ2 <sup>43</sup> Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile JM, Suissa S, Gosselin L, Simard R, Turcotte J, Lemaire J.. A population-based, randomized clinical trial on back pain management.. *Spine (Phila Pa 1976).* 1997;22(24):2911-8.
- RQ2/4 <sup>44</sup> van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JA, Drewes HW, van der Laan NC, Ader HJ..Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat,* 2010;6:375-385
- RQ2 <sup>45</sup> van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk..Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design.. *Occup Environ Med,* 2003;60(6):429-37.
- RQ2 <sup>46</sup> van Oostrom SH, van Mechelen W, Terluin B, et al. A participatory workplace intervention for employees with distress and lost time: a feasibility evaluation within a randomized controlled trial. *J Occup Rehabil* 2009;19:212-22.
- RQ2 <sup>47</sup> Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Adèr HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, Beekman AT..Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms.. *Occup Environ Med.* 2013;70(4):223-30.
- RQ2 <sup>48</sup> Willert MV, Thulstrup AM, Bonde JP.. Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work--results from a randomized wait-list controlled trial.. *Scand J Work Environ Health.* 2011;37(3):186-95.
- RQ2 <sup>49</sup> Brouwers EP, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PF..Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial.. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28(3):223-9.
- <sup>50</sup> Rinske A, Gotink, Paula Chu, Jan J. V. Busschbach, Herbert Benson, Gregory L. Fricchione, M. G. Myriam Hunink Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses of RCTs..*PLoS ONE.* 2015;10(4): e0124344.
- <sup>51</sup> Buffart LM, Kalter J, Sweegers MG, et.al. Effects and moderators of exercise on quality of life and physical function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 34 RCTs. *Cancer Treat Rev.* 2017 Jan;52:91-104

- 
- <sup>52</sup> de Boer AGEM, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MHW, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients (Review) Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No.: CD007569.
- <sup>53</sup> Rogers LQ, Hopkins-Pryce P, Vicari S, Pamentor R, Courneya KS, Markwell S, et al. A randomized trial to increase physical activity in breast cancer survivors. *Medical Science Sports Exercises* 2009;41(4):935–46.
- <sup>54</sup> Steenstra IA, Anema JR, van Tulder MW, Bongers PM, de Vet HC, van Mechelen W. Economic evaluation of a multi-stage return to work program for workers on sick-leave due to low back pain. *J Occup Rehabil.* 2006;16(4):557-78.
- <sup>55</sup> van Oostrom SH1, Heymans MW, de Vet HC, van Tulder MW, van Mechelen W, Anema JR. Economic evaluation of a workplace intervention for sick-listed employees with distress. *Occup Environ Med.* 2010 Sep;67(9):603-10.
- <sup>56</sup> Brouwers EP, de Bruijne MC, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PF. Cost-effectiveness of an activating intervention by social workers for patients with minor mental disorders on sick leave: a randomized controlled trial. *Eur J Public Health.* 2007;17(2):214-20.
- RQ4 <sup>57</sup> Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR..Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working private life. *BMJ* 2010;16;340:c1035.
- RQ4 <sup>58</sup> Vermeulen SJ, Anema JR, Schellart AJ, Knol DL, van Mechelen W, van der Beek AJ.. A participatory return-to-work intervention for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders: results of a randomized controlled trial. *J Occup Rehabil,* 2011;21(3):313-324.
- RQ4 <sup>59</sup> Tamminga SJ, Verbeek JH, Bos MM, Fons G, Kitzen JJ, Plaisier PW, Frings-Dresen MH, de Boer AG..Effectiveness of a hospital-based work support intervention for female cancer patients –a multi-centre randomised controlled trial. *PLoS One.* 2013;22;8(5):e63271.
- <sup>60</sup> Lambeek LC, Bosmans JE, van Royen BJ, van Tulder MW, van Mechelen W, Anema JR..Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ* 2010;30;341:c6414.
- <sup>61</sup> 横山和仁. 厚生労働省労災疾病臨床研究事業 主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究. 平成 27 年度総括・分担研究報告書 p35,2016
- <sup>62</sup> 黒木宣夫. 厚生労働省労災疾病臨床研究事業 労働者の治療過程における、主治医と産業医の連携強化の方策とその効果に関する調査研究. 平成 26,27 年度総合研究報告書 p457, 2016
- <sup>63</sup> 藤野善久. 厚生労働省労災疾病臨床研究事業 主治医による就業支援指導・情報提供による治療と就業への効果に関する検証. 平成 27 年度総括・分担研究報告書 p50, 2016
- <sup>64</sup> 第 2 回働き方改革実現会議 資料 13 治療と仕事の両立等について (塩崎厚生労働大臣配布資料) 平成 28 年 10 月 24 日  
首相官邸 HP <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/hatarakikata/> (2017.4.25 accessed)

- 
- <sup>65</sup> Buijs P, Gunnyeon B, van Weel C..Primary health care: what role for occupational health? *Br J Gen Pract*, 2012;62(605):623-624
- <sup>66</sup> Department for Work & Pensions, UK 2013: Statement of Fitness for Work. <https://www.gov.uk/government/collections/fit-note> (2017.4.25 accessed)
- <sup>67</sup> Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S..Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. *Occup Environ Med*, 2006;63(7):495-502
- <sup>68</sup> 堤明純 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)  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/roudoukijun/rousai/hojokin/dl/27\\_14070101-01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/hojokin/dl/27_14070101-01.pdf) (2017.4.25 accessed)
- <sup>69</sup> 森晃爾. 厚生労働省労災疾病臨床研究事業 身体疾患を有する患者の治療と就労の両立を支援するための主治医と事業場（産業医等）の連携方法に関する研究—「両立支援システム・パス」の開発— 平成 27 年度総括・分担研究報告書 p247, 2016
- RQ5 <sup>70</sup> Brouwer S, Reneman MF, Bültmann U, van der Klink JJ, Groothoff JW.. A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support.. *J Occup Rehabil* 2010;20(1):104-12.
- <sup>71</sup> Maceachen E, Clarke J, Franche RL, Irvin E. Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32:257-69.
- RQ6 <sup>72</sup> Viikari-Juntura E, Kausto J, Shiri R. Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health*. 2012 ;38:134-43
- RQ6 <sup>73</sup> van Duijn M, Burdorf A. Influence of modified work on recurrence of sick leave due to musculoskeletal complaints. *J Rehabil Med*. 2008 Jul; 40(7):576-81.
- RQ6 <sup>74</sup> Sampere M, Gimeno D, Serra C. Effect of working conditions on non-work-related sickness absence. *Occup Med*. 2012;62:60-3.
- <sup>75</sup> 日本医学会 診療ガイドライン策定参加資格基準ガイダンス  
[http://jams.med.or.jp/guideline/clinical\\_guidance.pdf](http://jams.med.or.jp/guideline/clinical_guidance.pdf) (2017.4.25 accessed)
- <sup>76</sup> Review Manager (RevMan) [Computer program]. Version 5.3. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration, 2014.  
<http://community.cochrane.org/tools/review-production-tools/revman-5> (2017.8.31 accessed)
- <sup>77</sup> 相原守夫 診療ガイドラインのための GRADE システム-第 2 版-凸版メディア株式会社
- <sup>78</sup> 福井次矢, 山口直人監修. Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014 医学書院  
<http://minds4.jcqh.or.jp/minds/guideline/handbook2014.html> (2017.4.25 accessed)
- <sup>79</sup> GA Wells, B Shea, D O'Connell, J Peterson, V Welch, M Losos, P Tugwell. The Newcastle-Ottawa scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses.

---

[http://www.ohri.ca/programs/clinical\\_epidemiology/oxford.asp](http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp) (2017.4.25 accessed)

<sup>80</sup> GRADE Working Group. DECIDE2011-2015  
<http://www.decide-collaboration.eu/multilayered-presentation-format-clinical-practice-guidelines>  
(2017.4.25 accessed)

<sup>81</sup> Gordon Guyatta, Andrew D. Oxman, Elie A. Akim, Regina Kunz, Gunn Vist, Jan Brozek, Susan Norris, Yngve Falck-Ytter, Paul Glasziou, Hans deBeer, Roman Jaeschke, David Rind, Joerg Meerpohl, Philipp Dahm, Holger J. Schounemann. GRADE guidelines: 1. Introduction and GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology* 64 (2011) 383-394.

<sup>82</sup> EBM 医療情報部 (Minds) AGREE II 日本語訳  
<http://minds4.jcqh.or.jp/minds/guideline/pdf/AGREE2jpn.pdf> (2017.4.25 accessed)  
The AGREE Next Steps Consortium The AGREE Research Trust  
<http://www.agreetrust.org/> (2017.4.25 accessed)

連絡先：産業保健における復職ガイダンス策定委員会 事務局  
東京女子医科大学 衛生学公衆衛生学第二  
<http://www.twmu.ac.jp/Basic/hygiene2/>  
e-mail: [returntowork.sr@gmail.com](mailto:returntowork.sr@gmail.com)