

(資料4) 参加企業募集に関する説明会資料

業務遂行レベルに着目した 新しいメンタルヘルス対応 導入支援事業説明会

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
疫学・衛生学 産業医グループ
講師 高尾 総司

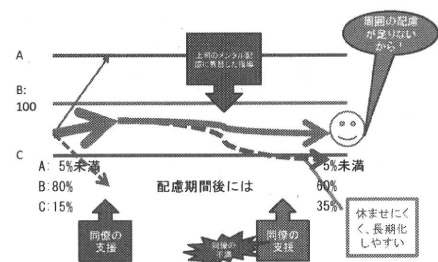
本日の内容

1. これまでの経緯、総論(復習) 30分
2. 事前にいただいた疑問への回答 30分
3. 導入支援事業の概要説明 30分
今後のスケジュール
4. 質疑等 30分

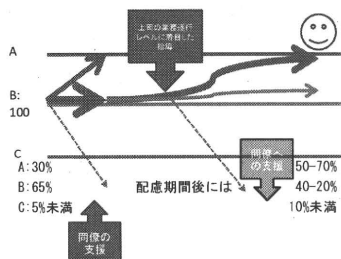
ここに至るまでの経緯

- ・産業医学=(産業+医学)/2??
- ・当初は、医療スキルを職場で実践
→限界の実感と同時に、エビデンスを知る
(二次予防・一次予防の限界)
→模索(問題解決型のアプローチに)
- ・後進の育成
→標準化の必要性

従来の「優しい」対応の結末



業務遂行レベルに着目した対応結果



もしドラ。。。(産業医編?)

もし高校野球の女子マネージャーがドラッカーの「マネジメント」を読んだら

- ・マーケティング
- ・イノベーション
- ・「専門家」
- ・明確な目標
- ・努力と成果



出版:岩崎夏美, 2010, ダイヤモンド社

事業の目的(p.58)

企業の目的は、顧客の創造である。したがって、企業は二つの、そして二つだけの基本的な機能を持つ。それが、マーケティングとイノベーションである。マーケティングとイノベーションだけが成果をもたらす。(16頁)

7

マーケティング(p.59)

これまでマーケティングは、販売に関係する全職能の遂行を意味するに過ぎなかった。それではまだ販売である。われわれの製品からスタートしている。われわれの市場を探している。

これに対し真のマーケティングは顧客からスタートする。すなわち現実、欲求、価値からスタートする。

「われわれは何を売りたいか」ではなく、「顧客は何を買いたいか」を問う。(後略)(17頁)

8

イノベーション(p.144)

(前略)イノベーションの戦略の一步は、古いもの、死につつあるもの、陳腐化したものを計画的かつ体系的に捨てることである。イノベーションを行う組織は、昨日を守るために時間と資源を使わない。昨日を捨ててこそ、資源、特に人材という貴重な資源を新しいもののために解放できる。(269頁)

9

専門家(p.92)

専門家にはマネージャーが必要である。自らの知識と能力を全体の成果に結びつけることこそ、専門家にとっての最大の問題である。専門家にとってはコミュニケーションが問題である。自らのアウトプットが他の者のインプットにならない限り、成果はあがらない。(中略)

専門家は専門用語を使いがちである。(中略)

このことを専門家に認識させることがマネージャーの仕事である(後略)(125頁)

10

目標管理(p.182)

マネージャーたるものは、上は社長から下は職長や事務主任にいたるまで、明確な目標を必要とする。目標がなければ混乱する。目標は自らの率いる部門があげるべき成果を明らかにしなければならぬ。他部門の目標達成の助けとなるべき貢献を明らかにしなければならぬ。(139頁)

11

努力と成果(p.204)

組織構造は、組織のなかの人間や組織単位の関心を、努力ではなく成果に向けさせなければならない。成果こそ、すべての活動の目的である。専門家や能吏としてではなくマネージャーとして行動する者の数、管理の技能や専門的能力によってではなく成果や業績によって評価されるものの数を可能なかぎり増やさなければならない。(後略)(200頁)

12

二つの健康管理(4月号)

“業務的”健康管理	“医療的”健康管理
就業に支障の無い労働力の確保 “全体最適化”	個人の健康増進・疾病予防 “部分最適化”;周囲の負担は当然
人事労務担当者が実施する (産業医は助言・指導)	医療の専門家が直接提供 (上司・人事担当者には「難しい」)
事業者は、やらなくてはならない (労働安全衛生法、他)	やらないより、やった方がよいかも (やってもよい、やらなくてもよい)
命令に基づく 社員も、やらなくてはならない	支援(個人の希望に基づく) 所詮は「福利厚生」を越えない

13

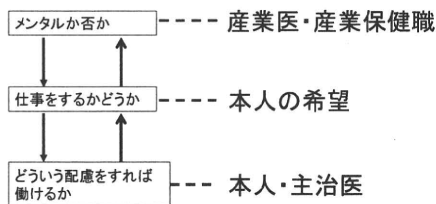
なぜ難しい?(5月号)

「メンタルが悪いかどうか」と「仕事ができているかどうか」という二つの問題をごちゃ混ぜにしているから。

また、「メンタルが悪いかどうか」を医療職に判断させ、その後、「仕事をさせるかどうか」を決めようとする傾向が強いが、実際には、「メンタルが悪いかどうか」を事前に決めることが「難しい」から、メンタル対応全体も難しくなる。

14

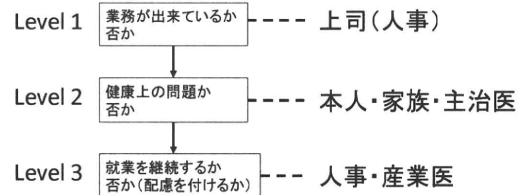
これまでの「難しい」対応



堂々巡りになって決まらない
健康管理室に丸投げで、人事不在

15

これからの「できる」対応



* 矢印は一方通行にして、自由に行き来しないことが重要

16

エッセンスは

- ・大原則(5月号)・三原則(6月号)に沿った対応
- ・関係者が役割をきちんと遂行すること(7月号)
(本人・家族・主治医・上司・人事・産業医)
- ・不完全労務提供の取り扱い(8月号)

*保健文化社「健康管理」を参照のこと。

17

大原則： 職場は働く場所である

- 「通常勤務」の状態：以下のすべてを満たすこと
 - (1)業務が出来ている(業務の効率・質・生産性)
(↑上司による通常の業務管理下で)
 - (2)就業規則を守っている(就業態度、勤怠)
(↑会社における通常の労務管理下で)
 - (3)「健康上の問題」はないし、業務遂行(継続)によって「健康上の問題」は生じない

「健康上の問題」とは、疾病が業務遂行上の支障になって、療養を要する状態であり、医学的疾患(病氣)とは区別。

18

第一原則

■「通常勤務に支障があるか否か」で判断する

- ・特に「業務が出来ている」かどうかを重点
- ・就業態度については、規則に基づき判断

- ・「健康上の問題」として対応するのは(実は)困難なので、一番最後に付加する。(本来は)いずれか一つでも該当で「支障あり」

19

第二原則

■「通常勤務に支障がある」ならば療養(継続)させる

- ・曖昧さを排除することが重要。そのために、各関係者が自らの役割を果たすことが重要
- ・一人の判断で決定すると、責任が偏るので、(1)は上司、(2)は人事、(3)は産業医で、意見が一致していることを理解させるために手順を踏む(すべて満たすよう手間をかける)

20

第三原則

■「配慮付き通常勤務」状態を認める条件

- (1)一時的なものとする
- (2)少なくとも「健康上の問題」が改善方向であるとの共通認識が形成されること
(主治医の意見や家族の確認)
- (3)産業医等の意見を聞いておくこと

* (2)(3)が一致しない場合は、第二原則を適用

21

関係者の役割

- ①社員本人
- ②上司
- ③主治医
- ④家族
- ⑤人事
- ⑥産業医

これまで(メンタルにフォーカス)
本人:メンタルを良くする(→仕事をがんばる)
上司:メンタルに注意しながら、業務上の指導
人事:メンタルを悪くしないようにするのはどうしたら良いかという労務管理

これから(業務遂行レベルにフォーカス)
本人:就業規則の範囲で、仕事をがんばる
(周囲にメンタルということを感じさせない)
上司:業務上の指導に専念する
(同僚への過度の負担のモニタリング)
人事:配慮が「特別扱い」になっていないか冷静に検証し、本人の(単なる)希望に左右されず会社としての客観的決定をきちんと行う

22

私傷病による 不完全な労務提供への対応

労働者から「1日4時間しか働けない」といわれたら

「1日の労働時間は8時間という労働契約を結んでいる」
→契約違反
約束通りに働くことができない原因は労働者にある！

使用者には、
「不完全な労務提供」を受け取る義務はない

出典:「社員の健康管理の実務と法律知識」石野信憲 経林書房

23

会社は診断書に拘束されるのか

・診断書の内容それ自体は専門家の意見であり、素人である会社にはその内容について反論する能力はないといえますから、内容自体には拘束されるといってもおおきな誤りではないでしょう。

・いわば制限勤務しかできない状態では、退職事由が消滅したとはいえませんから、会社、復職を認めないこともできますし、診断書どおりの制限勤務を認めることもできます。その意味では、会社は医師の診断書には拘束されていないことになります。

出典:「職場のメンタルヘルズ相談」福村博・宮本光雄監修 商事法務研究会

24

責任の所在

Q71. 私傷病により休職していた労働者を本人の要求どおり復職させて再発させた責任はどのようになりますか。

*回答の(1)/(2)は省略しているので注意

出典:「人事・労務管理シリーズVII 過重な労働と時間管理編」
全国労働基準関係団体連合会

25

(3)休職事由が消滅したかどうかは、原則として会社が判断しなければならない。

(4)労働者本人のいうままに十分に回復しないままに復職させたことにより、病気が再発したり悪化したりすれば、復職させたことに使用者の健康管理義務違反が成立することになる点にも注意しなければならない。

25

リハビリ入社制度との整合性

・正式復職前の「試し入社」と正式復職後の「軽減勤務」の区別

・「完全な労務提供が可能」だから、復職発令するが、安全マージンを取るために「軽減勤務」から開始する。

・しかし、当然問題なく遂行できるはずなので、経過が思わしくなければ、配慮延長ではなく再療養とするという事前の確認は必要。

27

本対策の良い点1

職場でみるメンタルを「ほんもの」と「にせもの」に区別する必要がない

たいていの心理として
「ほんもの」なら可哀想、なんとか良くしたい
「にせもの」ならふとどき、罰したい

これも「できないこと、難しいこと」の一つ

28

良い点2

上司の通常の労務管理で、原則的にすべて対応できる

つまり、「メンタルを特別なものとして」扱うのではなく、「普通に扱う」というだけのこともある

そして、「原則」から考えることにより、たいていの対応は人事労務と上司が会議を行う程度で、常識的に判断できることが、最大のメリット

29

良い点3

「仕事ができているかどうか」にフォーカスすることで、「メンタル」という「レッテル」への偏見を回避することができる

本当にきちんと働いている人が、「メンタルの既往」うんぬんで差別されない、対応でもある

30

各社における課題(共通事項)

1. 休職と復職を繰り返す社員をどのように管理・対応するか
2. 復職判定における方法(ブレ)
3. メンタル社員の同僚への(悪)影響の管理

31

1. 休職・復職の繰り返し

- (1)どこで、スパイラルを止めるか？
休職時？ または 復職時？
- (2)ケースの状況
モラルハザード？ または 疾病重症？
- (3)制度上の問題点は？

32

- (1)休職事由の消滅判断は、事業者。
→復職時(不完全な労務提供を受領しない)
- (2)いずれでも対応は同じだが、
前者の場合、安易に休まなくなり管理下に
後者の場合、十分な療養が得られ問題なし
- (3)就業規則に休職期間の合算規定が必要
もし、当該規定がなければ、終わりが無い

33

復職の3要件

復職の条件は以下の3点に集約される

- (1)本人に復職の意志があること
- (2)主治医が臨床医学的に、「通常勤務」によって症状が増悪しないことを「書面」で保証すること
- (3)想定される配慮を行いうる職場が提供できること

34

要件1: 本人の意志

■本人に「復職の意志」がある、とは、単に「復帰したい」ということと同義ではない。現職に復帰し、想定される配慮の範囲内において、「健康上の問題」に再度(短期間で)至らないということ、強く自信を持って、関係者の前で宣言できる、ということである

・また、そのことを家族が支持し、かつ、可能な配慮を行ったとしても、再度、「健康上の問題」のある状態に至るリスクを0には出来ないことを理解すること

35

要件2: 主治医の保証

■主治医が書面にて「通常勤務可能である」という意見書を出すことであるが、既に学んだようにこの意見書の内容が妥当であるかは、必ず産業医に検証させること。

・(指導医からの教え)「診断書にウソを書いてはいけませんが、書かないことは出来る」基本的に(公務所に提出すべき)診断書の虚偽記載には罰則があるという認識が薄いのである

36

要件3:職場の受け入れ

■想定される配慮を行いうる職場が提供できること

・なお、職場復帰は現職が原則である。なぜならば、療養前には、メンタル悪化がゆえに安易な「逃げ」として「配置転換」を申し出るケースも少なくないが、それを認めても復職はうまく行かない。また、常識的に考えて、新しい職場に復帰する方が復職のハードルは高い。ゆえに、もっとも可能性の高い復職を提案しているに過ぎないのである。

37

2. 復職判定におけるブレ

- (1) 医療的健康管理と業務的健康管理
→主治医意見と産業医意見の管理
- (2) 最終的な判断と判断基準
- (3) うまくいかなかった時の想定
→ストップ要件の設定

35

ストップ要件

基本的に「完全な労務提供」が前提であるが、増悪した場合に安全配慮義務を履行する

復帰後の直近1ヶ月間において、原疾患の増悪に起因することが否定できない、欠勤、遅刻・早退、事前申請のない有休取得が*回以上認められた場合、再度療養に専念することも検討するものとする。

38

3. 同僚への(悪)影響の管理

- (1) 復職時に、不完全労務提供を受領しなければ、起こるはずの無い事態とも言える
- (2) 医療とビジネスの違いを関係者に十分に認識させる
医療→本人のみにフォーカス
ビジネス→あくまでも全体としての生産性

40

働く 権利? 義務?

憲法27条「すべての国民は、
勤労の権利を有し、義務を負ふ」
(国民と国家の関係を定めたもの)

労働者が使用者に対して「働く権利がある」とは解釈されない

- 勤労は「義務」であって「権利」ではない
- 使用者は賃金を支払う限り、提供される労働力を使用するか否かを自由に判断できる

41

導入支援事業・概要

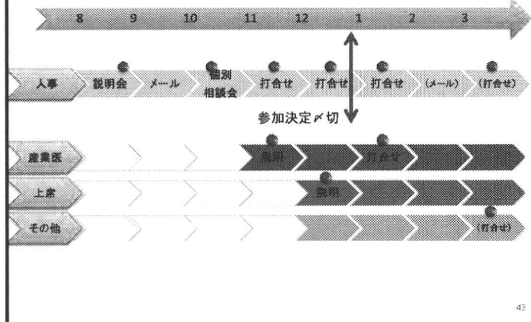
厚生労働省科学研究費補助金H22-労働-若手-006

流れ:

- 本日
- 個別の相談(調整)会→参加の正式決定
- 準備期間
- 支援期間
- フォロー期間
- 終了

42

2010年度 タイムスケジュール



43

タイムスケジュール

1. 個別の相談(調整)会
10月6日、7日、13日 渋谷(日本生産性本部)
→必要に応じて、月1回程度継続
→キーパーソンの説得
2. 参加の正式決定
年内を最終
ただし、必要数が確保できた時点で切ります

64

3. 準備期間(6ヶ月～1年)
短いパターン:10月～11年3月(6ヶ月程度)
長いパターン:11年1月～12月(1年弱程度)
*社内関係者とのアライメント
→人事担当者向け研修会の実施
11年 2月、6月、10月(予定)の3回のいずれかを受講(終日、6時間程度)
総論、支援方法の確認、面談スキル、書面作成スキルの演習

45

4. 支援期間(6ヶ月間):早11年4月～遅12年1月
詳細は後ほど
5. フォローアップ期間(6ヶ月間)
問題発生時から療養までの考え方
その他、書式の運用など
6. 終了(12年3月～12年12月ごろ)

46

支援の概要:復帰時

- 復帰面談の実施を支援します
- ・面談前:「事前相談シート」、「復帰プラン通知書」をもとに、メールでフィードバック
 - ・面談実施
 - ・面談後:復帰プランの確定
- ☆支援期間中の事例について「産業医意見書」を作成し、添削するという「演習」を行います。

47

産業医意見書のフォーマット。日付、作成者の氏名(印)、意見の「まとめ」、経過の概要、誰に出すの?などの欄が示されている。


48

【医師自身の職務の代行に必要と見られる職務内容の範囲】

- 代行しうる職務内容
 - ① 医師の業務に代わって業務を行うこと、業務に必要と認められる範囲で、本人に代わって行うこと
- 代行し得ない職務
 - ② 本人の業務に代わって業務を行うこと、業務に必要と認められる範囲で、本人に代わって行うこと
- 本人の職務
 - ③ 本人の業務に代わって業務を行うこと、業務に必要と認められる範囲で、本人に代わって行うこと

産業医意見の宛先
→事業者

関係者の役割
配布先
→同じ内容を全員に
*守秘義務は？
人事の措置



【経過】の記述方法

一原則として四つの段落から構成する

簡単に言うと、

1. 経過
2. 業務面の評価
3. 病状面の評価
4. 結論および必要であればその医学的理由

導入を円滑にするために

自助グループを構成(オプション)

1. 最初の到達レベル
約10例の経験を促進
2. 次の課題
応用が必要な事例について情報共有・集約

詳細については、自主的決定を尊重します

マインドセットの転換のため

健康診断事後措置も
過重労働対策も
同じ考え方で「切り直す」ことができます。

場合によっては、健診事後措置の方が、社内(特に社員)のマインドセット転換に役立つかもしれません。必要に応じて、オプションで支援も検討します。

今後の進め方

10月6,7,13,14日の個別の相談(調整)会の予約をお願いします。時間枠は以下の通り。

	6日	7日	13日	14日
(1) 19時半～10時半	△*	○	△*	○
(2) 11時～12時	予約	○	○	○
(3) 13時～14時	予約	○	○	▲
(4) 14時半～15時半	×	○	○	▲
(5) 16時～17時	×	○	○	▲

*可能な調整はメールでも進めていきます。

情報提供

9月3日 日本生産性本部メンタルヘルス大会
11月15日 日本生産性本部 セミナー

付録
「健康管理部門」の管理手法
(健診事後措置に関する基本的アイデア)

(資料5) 研究の概略

【打合せ・参加の確定】

- (1)人事労務向け、最低限のスキルを身につけてもらうための研修会（1日）；日本生産性本部実施
考え方の確認（大原則・三原則、関係者の役割遂行、不完全労務提供の受領の是非）
面談の進め方（事前シナリオ作成含む）
意見書（復帰プランの説明書）の作成の仕方
産業医、産業保健職との協力方法；一言で言えば、専門職を主体的に活用する方法
- (2)実際の進め方についての打合せ（人事労務－岡山大学；生産性本部会議室において個別に実施）
本支援において使用する書式のうち、別紙1に示すサンプル様式については、事業所で既に運用している書式があれば、その書式の見直しという形で、必要事項を盛り込んでいくカスタマイズ準備を行う。
- (3)（必要に応じ）社内関係各者（上層部、産業保健職）への簡単な説明と説得（生産性本部会議室にて）
 - ・会社上層部への説明（特に、リスクマネジメントの点での理解と、トップ方針）
 - ・産業医、産業保健職への説明（特に、人事労務との協調の仕方について）

—————参加の正式決定—————

2010年12月末が最終

【準備期】6ヶ月～1年弱

- (1)導入期との成果比較のためのベースラインの把握
- (2)人事労務との導入期、フォローアップ期についての事務的な打合せ
導入期に使用する、メンタルヘルスハンドブックの引き渡し（事例集）

【導入期】（6ヶ月間）

（研究評価対象）復帰

（導入支援）問題発生時の、対応も同様に行う

- (1)面談前：6ヶ月、3ヶ月、1ヶ月、直前（基本的には、復帰の意志表示時点から+で考えることになる）
対応方法について岡山大学と事前に相談（「必須1：事前相談シート」、「選択3A：復帰プラン通知書」）
→個人特定可能な情報は削除した状態で、岡山大学に「必須1」、「選択3A」を送付（メール）
→岡山大学産業医グループで検討→フィードバック、コメント、指導
（原則、金曜日まで受け付け分を、翌週水曜日に返す、などを予定）
- (2)面談実施
- (3)面談後：直後、1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月
復帰プランの確定（「選択3B：復帰プラン決定確認書」）

→岡山大学に送付（メール）

→産業医グループで検討→添削し、フィードバック

1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月後、岡山大学担当者から助言、指導、フォローアップ（状況調査への返信）

簡単にまとめると、

人事による本人の復帰可否を決定するための面談をはさんで、事前と事後に相談と助言をメール等で行います。事前には、「必須1」、「選択3A」を送付いただき、事後には「選択3B」復帰プラン決定確認書を送付いただきます。

(1)～(3)の詳細に関しては、使用する書式とともに時期を示したケースによる書面フローは、個別説明会で紹介します。

【フォローアップ期】

(1)人事労務向け、フォローアップ研修会（1日）；日本生産性本部にて実施

問題発生から療養、療養から復帰（復習）までのシームレスな対応

意見書以外の書式（主治医への問い合わせ、療養の説明）などの使い方の共有、復習

その他、質疑応答

(2)導入期最終のエントリー対象のフォローアップ（6ヶ月）

【導入支援終了後】 結果ご報告

(1)人事労務+αを対象とした、全体結果報告会の実施（日本生産性本部にて）

本メンタルプログラムのキーポイントは以下の3点である。

1. 疾病の重症度ではなく、業務遂行レベルで判断する。
2. 人事労務が主導し、産業保健職という専門職を正しく活用する。
3. 2を実現するためには、ルールに基づく定型的な運用が重要であることから、
 - (1) 最低限必要な、書式（別紙1）の使用と、運用ルール（別紙2）の導入
 - (2) 明文化された既存の書式や規則との整合性については、導入期間については、既存の書式や規則を優先して運用できる方法を検討する

これらを実現するために、

1に関しては、通常の人事労務管理から乖離した特別な「メンタル対応」を行ってしまいがちな現状に対するマインドセットの転換と、最低限の原則を学ぶための研修会を実施する。

2、3に関しては、導入前の打合せにおいて、決定する。

また、スムーズな導入のために、復帰前に人事が当該社員（および家族）と面談を行うものとして、その事前に想定される状況に対する準備のための助言、指導を行い、面談実施後、復帰プランを関係者に通知するための説明書の記述内容の添削を通じて、対応の標準化を支援する。これらの事前、事後の助言、指導、添削の複数回の繰り返しにより、新たなメンタル対応が社内において確立することを促進する。

別紙1：様式と成果評価の概要

【必須の様式】（事業所と大学とのやりとりに関する書式）

（ケースごとに作成し、利用するもの）

- ・必須1：事前相談シート
- ・必須2：勤怠評価表（復帰後180日間の記録を転記）
（導入期間全体を通じて利用するもの）
- ・必須3：実施状況アンケート（導入開始後、1，3，6ヶ月後の3回、A4で1枚）

【サンプル様式】（対外的な書式、一部、入れ込む必要のある項目はあるが、既存のものとのすり合わせ）

- ・主治医とのやりとりを定型化：選択1A：主治医意見書依頼文、選択1B：主治医意見書
- ・産業医とのやりとりを定型化：選択2A：産業医意見書依頼文、選択2BC：産業医意見書&確認書
- ・全体の管理を明確にするための書式：復帰プラン通知書、復帰プラン決定確認書

【実施する成果評価】

全体のデータを統合して評価する

研修実施前後における比較を行う

A. プログラム評価

復帰後1、3、6ヶ月後の「主観的」業務遂行レベルの分布（業務遂行レベルで評価）

8点未満

8点～9点

10点

11点～12点

B. 前後評価

1. 復帰後6ヶ月以内の再療養

研修実施後には、実施前と比較して、0.**倍に減少した。

2. 復帰後1、3、6ヶ月後の「客観的」業務遂行レベルの変化（勤怠で評価）

研修実施後には、実施前と比較して、直近1ヶ月間での遅刻・早退、欠勤、事前申告の無い有給が、*回減少した。

3. 復帰後1、3、6ヶ月後の「主観的」業務遂行レベルの変化（業務遂行レベルで評価）

研修実施後には、実施前と比較して、直近1ヶ月間の業務遂行レベルが、*ポイント改善した。

評価基準：1点～12点（1点きざみ）

8点許容レベル、10点自分のことは最低自分でできている、12点必要があれば同僚への支援もできる

注意：なお、結果に影響を及ぼす要因については調整する。

別紙2：実施に有用なルール化項目の検討

(実際に導入前にルール化できないものは、その状況下での対応を検討する)

本人に関するもの

- ・病欠・休職期間の合算規定
- ・療養期間中の療養報告義務
(会社が必要と認める場合には、免除することができる。例：療養の初期)
- ・配慮期間中に有給取得を認めないことに関する規定

家族に関するもの

- ・家族を呼ぶことを、健康管理規定等に設ける

主治医に関するもの

- ・主治医変更の自由に関するもの
(配慮期間中の主治医変更は、経過に重大な影響を及ぼすおそれがあり、再度療養を命ずることがある)
- ・会社は必要に応じて、主治医以外の医師の受診を命ずることができる。また必要があれば、受診する医師を指定することがある。

産業医に関するもの

- ・産業医面談を行い、意見を参考にする。

(資料6) 復帰支援のための業務フロー

復帰手順概要

手順	書式	本人	家族	主治医	産業医	健康 管理室	人事	上司	岡大
第一段階：療養開始～療養専念									
1. 療養申請	①療養申請書 ②主治医診断書(自由書式)	☐							→
2. 療養説明面談	療養説明書(総合) 療養説明書(第一段階)	☺	☺	☺	☺	☺			→
			療養	支援	治療				
3. 療養報告	療養段階確認シート1	☐							→
第二段階：復帰準備～復帰申込									
1. 復帰準備説明面談	復帰準備説明書(第二段階)	☺	☺						→
			復帰 準備	支援	治療				
2. 療養報告・面談申し込み	療養段階確認シート2	☐							→
3. 復帰検討説明面談	復帰判定手順説明書	☺							→
4. 復帰申請	復帰申請書	☐							→
第三段階：復帰検討～復帰									
1. 方針確認	事前相談シート								→
2. 復帰検討会(1)	復帰プラン案作成				☺	☺	☺	☺	
3. 主治医意見確認	①主治医意見依頼書 ②主治医意見書			←	☐	→	☐	→	
4. 復帰検討会(2) 主治医意見検討(省略可)					☺	☺	☺	☺	
5. 産業医面談	産業医意見書(1)	☺	☺		☺	☺	☺	☺	→
6. 復帰検討会(3) (省略可)産業医意見検討					☺	☺	☺	☺	
7. 復帰判定会		☺	☺		☺	☺	☺	☺	
8. 復帰判定・復帰プラン通知	①復帰判定通知書 ②復帰プラン通知書			←	☐	→	☐	→	
第四段階：復帰～復帰支援									
1. 業務・労務評価面談	①業務評価表 ②労務評価表	☺						☺	☺
2. 健康状態の確認 再療養必要時のみ報告		☺				☺			→
3. 産業医面談	産業医意見書(2)	☺	☺		☺	☺	☺	☺	→
4. 復帰プラン継続確認	復帰プラン継続判定書			←	☐	→			☐
以下、研究期間中のみ									
1. 実施状況アンケート	実施状況アンケート用紙							☐	→
2. 勤怠情報	勤怠評価表							☐	→
3. 適宜、方針相談	メールにて								→
手順	書式	本人	家族	主治医	産業医	健康 管理室	人事	上司	岡大

