

<原 著>

メンタルヘルス不調者の復職支援において 管理職者が抱える困難感尺度の構成概念の検討

並木 伸賢* 佐藤 秀樹* 伊藤 理紗* 矢島 涼* 鈴木 伸一**

要 約

本研究の目的は、メンタルヘルス不調者の復職支援において管理職者が抱える困難感尺度の構成概念を明らかにするとともに、復職支援経験の有無による困難感の差異を検討することであった。主因子法による探索的因子分析の結果、メンタルヘルス不調者の復職支援において管理職者が抱える困難は、『病状や体調の把握に関する困難』、『職務上の配慮に関する困難』、『組織マネジメントの困難』の3因子に分かれることが明らかになった。また、有意傾向ではあるものの、復職支援経験のない管理職者の方が、復職支援経験のある管理職者に比べ困難感を高く抱えることも明らかにされた。先行研究では、復職支援にあたってさまざまな困難があるとされ、系統立てて整理されていなかったが、今後はこれらの3つの因子に基づいて管理職者の抱える困難を整理していくことが有効であると考えられた。

キーワード：管理職者、復職支援、復職支援の困難、メンタルヘルス不調

問題と目的

働く人の労働環境は厳しい状況にある。労働者健康状況調査によると、現在の仕事や職業生活に関して強い不安、悩み、ストレスが「ある」と回答する労働者の割合は60.9%となっている(厚生労働省, 2012)。また、最近3年間における労働者の「心の病」の推移に関する調査では、「増加傾向」と回答した企業は37.6%と、いまだに4割近くあると指摘されている(日本生産性本部, 2012)。このように、労働環境は大変厳しく、メンタルヘルス不調による休職者への対応が社会的に重要な課題とされている。

メンタルヘルス不調による休職者の復職に対して円滑な支援を行うために、厚生労働省(2009)は「心の問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き(以下、職場復帰支援の

手引き)」を示している。しかしながら、2012年の時点でメンタルヘルスケアの具体的な取り組みとして「職場復帰における支援」を行っている企業は16.8%となっており(労働政策研究・研修機構, 2012)、復職に関する体制が整えられていないと言える。また、うつ病者の復職後4年目には52%が再発を経験していることも明らかにされている(川上・樫村・小泉, 1987)。労働者が復職した場合に再休職に陥らないためにも、メンタルヘルス不調による休職者の復職を円滑に行う方法について検討する必要があると考えられる。

メンタルヘルス不調者の復職支援において、復職後の経過に関連する要因はさまざまなものが検討されているが(Andersen, Nielsen & Brinkmann, 2012; Nielsen et al., 2012)、その中でも管理職者のメンタルヘルス不調者への関わりは重要と考えられる。例えば、メンタルヘルス不調者に対して管理職者が、仕事の調整、段階

* 早稲田大学人間科学研究科

** 早稲田大学人間科学学術院

的な復職の実施、復職過程の共有、ストレスのかからないような配慮を行うことで、労働者の生産性や well-being が高まることが指摘されている (Munir, Yaker, Hicks & Feilder, 2012)。また、少なくとも2週間に一度の電話・対面での連絡、復職後のフォローアップミーティングの実施など、管理職者がメンタルヘルス不調者とコミュニケーションを取っていた場合には復職の継続が長くなることが明らかにされている (Nieuwenhuijsen, Verbeek, Boer, Blonk & Dijk, 2004)。加えて、「職場復帰支援の手引き (厚生労働省, 2009)」において管理職者は職場環境等問題点の把握と改善、就業上の配慮、職場復帰後の労働者の状態の観察を求められていることから、管理職者のメンタルヘルス不調者との関わり的重要性が示されている。

このように、復職支援において管理職者のメンタルヘルス不調者への関わりは重要であるとされているものの、メンタルヘルス不調者を迎え入れる際には迎え入れる側がさまざまな困難を感じるということが明らかにされている。メンタルヘルス不調者の復職への対応を求められた際に、何らかの支障があったと回答した管理職者は、64.7%に上る (黒川・井上・井奈波・岩田, 2009)。また、「復職可能とされるだけの病気の回復が図られたのか否かがわからない」ことや、「復職した従業員に対する接し方がわからない」ことについて、それぞれ56.2%、26.7%の管理職者が困ったこと、ないしは困ると予想されることと回答している (黒川他, 2009)。しかしながら、メンタルヘルス不調者の復職支援で管理職者が抱える困難の構成概念については明らかにされていない。また、復職支援経験のある管理職者は復職支援にあたっての相談先を理解している一方で、支援経験がない管理職者は相談先について理解していないこと、さらに、復職支援を想定するにあたって具体的なイメージがつかめていないことが指摘されている

(黒川他, 2009)。これらのことから、復職支援経験のない管理職者の方が、メンタルヘルス不調者への支援のイメージがつかめず、復職支援経験のある管理職者に比べて困難感が高いことが予想される。

そこで本研究では、管理職者がメンタルヘルス不調者の復職支援において管理職者が抱える困難感尺度を作成し、構成概念を明らかにすることを目的とする。さらに、復職支援経験の有無による困難感の差異を検討することを目的とする。本研究によって、メンタルヘルス不調者の復職支援において管理職者が抱える困難感の構成概念が明らかになることにより、復職支援にまつわる管理職者への研修などの参考資料として活用することができると考えられる。

方 法

調査対象者

某県庁職員で、研究への参加に同意した管理職者69名 (平均年齢53.14 ± 5.34歳、男性50名、女性17名) を調査対象者とした。

調査手続き

研究参加の説明に同意した調査対象者に対し、管理職者を対象としたメンタルヘルスに関する研修会の前に自己記入式の質問紙を配布し、回答を得た。

調査材料

(1) フェイスデータ：年齢、性別、勤続年数、最近3か月あたりの平均残業時間、メンタルヘルス不調者の復職支援経験の有無、メンタルヘルス不調による休職経験の有無について回答を得た。

(2) メンタルヘルス不調者の復職支援で管理職者が抱える困難感尺度 (以下、困難感尺度)：黒川他 (2009)、並木他 (2015) をもとに作成され、37項目から構成される。メンタルヘルス不調者の復職支援で管理職者がどのような難

しさを感じるのかを測定する。「心の健康問題によって休業した職員に対する復職支援を行うにあたって困ったこと、ないしは困ると予想されることについてあてはまるもの」という教示のもと、「全く困らなかった」から「非常に困った」までを1～7点の7件法で回答を得た。

倫理的配慮

本研究は、早稲田大学「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」の承認を得て実施された（申請番号：2015-197）。

分析方法

得られた回答のうち、困難感尺度の欠損値が10%以下の場合には、欠損値を最頻値に置換した。困難感尺度で、90%以上の回答が同じだった回答者を分析から除外した。第1に、困難感尺度の各項目について、天井効果・フロア効果を検討するために、各項目の平均値±1標準偏差を算出した。また、各37項目の全体との相関関係を検討するために、各項目のI-T相関分析を行い、相関係数を算出した。第2に、困難感尺度の構成概念を明らかにするため、プロマックス回転を用いた主因子法による因子分析を行った。困難感尺度の内的整合性を検討するため、Chronbachの α 係数を算出した。また、各因子間の相関係数を算出した。第3に、復職支援の経験の有無による管理職者の困難感の程度の差異を検討するため、復職支援経験の有無を独立変数、困難感尺度全体の合計点を従属変数とした対応のない t 検定を行った。第4に、復職支援の経験の有無による管理職者の困難感の各因子の程度の差異を検討するため、復職支援経験の有無を独立変数、困難感尺度の因子ごとの合計点を従属変数とした対応のない t 検定を行った。なお、分析にはIBM SPSS Statics version 23を用いた。

結果

対象者の概要

欠損値が10%以上であった回答者、ならびに同じ回答が90%以上の方を回答者を分析から除外した（11名）。その結果、分析対象者は58名で、平均年齢は53.13 ± 5.62歳であり、男性43名、女性15名であった。勤続年数は、9年以下は1名、10～19年が3名、20～29年が16名、30年以上が38名であった。最近3か月あたりの平均残業時間は、9時間以下が37名、10～19時間が13名、20～49時間が6名、50時間以上は1名であった。メンタルヘルス不調者の復職支援の経験がある人は24名であった。メンタルヘルス不調による休職経験がある人は1名であった。（Table 1）。

管理職者が抱える困難感尺度の因子構造の検討

困難感尺度の項目案、37項目について、天井効果とフロア効果を検討するために、各項目の平均値 ± 1標準偏差を算出した。その結果、各項目の平均値 + 1標準偏差が7点を上回る項目、ならびに各項目の平均値 - 1標準偏差が1点を下回る項目は確認されなかった。また、各37項目の全体との相関関係を検討するために、I-T相関分析を行った。その結果、各項目得点とその項目を除いた全体の得点は正の相関関係を示し、相関係数は全て有意であった（ $r = .45 \sim .79$ 、いずれも $p < .01$ ）。以上の分析により除外される項目はなかった。

37項目の因子構造を把握するため、主因子法による探索的因子分析を実施した。固有値1以上の基準から3因子解を採用し、プロマックス回転を用いた主因子法による因子分析を行った。共通性の低い項目、因子負荷量が基準値(.40)に満たない項目、複数の因子に基準値(.35)を超える因子負荷量を示した項目を除外し、同様の手続きにて因子分析を繰り返した結

Table 1. 記述統計 (N = 62)

項目		項目	
平均年齢(SD)	52.93 (5.5)	平均残業時間	
性別		9時間以下	38
男性	46	10～19時間	13
女性	15	20～49時間	8
不明	1	50時間以上	1
勤続年数		不明	2
9年以下	1	復職支援経験あり	25
10～19年	3	休職経験あり	1
20～29年	19		
30年以上	38		
不明	1		

Table 2. メンタルヘルス不調者の復職支援で管理職者が抱える困難感尺度の探索的因子分析の結果

全体	$\alpha = .91$	因子負荷量		
		1	2	3
第1因子: 病状や体調の把握に関する困難	$\alpha = .87$			
36. メンタルヘルス不調者の職場復帰にあたって、何をすべきかわからないこと。		.78	.03	-.09
32. 最終的に誰が復職可能と判断するか決まっていないこと。		.77	-.03	-.13
35. どこに相談すれば良いかわからないこと。		.74	.01	-.11
34. 主治医以外の医療機関からの復職支援のサービスの受け方がわからないこと。		.73	.02	-.04
27. 主治医などとの関係医療機関との連携がうまく取れないこと。		.68	-.09	.22
28. 診断名に記載されている病気の違いがわからないこと。		.63	-.11	.18
25. 診断書にある病名と職場でのメンタルヘルス不調者の状態が合っていないと感じること。		.53	.17	.05
23. 診断書にある病名だけでは、職場において十分な理解や納得が得られないこと。		.51	.16	.10
31. あまりに長期の休業になると雇用そのものの存続が困難になること。		.45	-.04	-.06
第2因子: 職務上の配慮に関する困難	$\alpha = .89$			
3. 復職可能と判断されるだけの病気の回復が図られたのかわからないこと。		-.16	.83	.04
2. メンタルヘルス不調者への仕事の調整方法がわからないこと。		-.05	.83	.00
8. 試し出勤がうまくいくかわからないこと。		.10	.77	-.13
4. 病気の再燃時の対応方法がわからないこと。		-.04	.72	.13
1. メンタルヘルス不調者への接し方(コミュニケーション・話し方等)がわからないこと。		.02	.72	-.09
9. 知識不足によって、職場でのメンタルヘルス不調者の支援の方法がわからないこと。		.14	.71	-.01
第3因子: 組織マネジメントの困難	$\alpha = .88$			
13. 休職したメンタルヘルス不調者の仕事を埋めることが難しいこと。		-.04	-.09	.97
14. 周囲の職員への仕事の調整が難しいこと。		-.06	-.02	.92
10. 忙しさや人員削減によって、メンタルヘルス不調者を支援することが難しいこと。		.09	.32	.55
因子間相関		1	2	3
		1	-	
		2	.54**	-
		3	.40**	.50**

果、最終的に3因子構造、18項目が得られた (Table 2)。因子負荷量の低かった19項目が削除された。

第1因子に含まれる項目は「27. 主治医などとの関係医療機関との連携がうまく取れないこと」、「25. 診断書にある病名と職場でのメンタルヘルス不調者の状態が合っていないと感じること」といった、メンタルヘルス不調者の病状の把握の難しさや、医療機関との連携面での困難、医学的な病状と職場でのギャップなどの困難について表されていた。そのため、『病状や体調の把握に関する困難』と命名した。さらに、第2因子に含まれる項目は、「3. 復職可能と判断されるだけの病気の回復が図られたのかわからないこと」、「2. メンタルヘルス不調者への仕事の調整方法がわからないこと」といった、メンタルヘルス不調者本人への接し方や仕事の調整など、本人との連携にあたっての困難について表されていた。そのため、『職務上の配慮に関する困難』と命名した。また、第3因子に含まれる項目は、「13. 休職したメンタルヘルス不調者の仕事を埋めることが難しいこと」、「14. 周囲の職員への仕事の調整が難しいこと」といった、職場の周囲の同僚への仕事の調整や、職場自体の忙しさによる周囲の職員との連携に困難が表されていた。そのため、『組織マネジメントの困難』と命名した。各因子間の相関は、中程度の正の相関を示した ($r = .40 \sim .54$, いずれも $p < .01$)。

また、本研究で得られた困難感尺度の全体と各因子の信頼性を検討するため、信頼性係数として Cronbach の α 係数を算出したところ、尺度全体では、 $\alpha = .91$ 、第1因子では、 $\alpha = .87$ 、第2因子は、 $\alpha = .89$ 、第3因子は、 $\alpha = .88$ であり、いずれも高い値が得られた。

管理職者が抱える困難感の特徴の検討

復職支援の経験の有無による管理職者の抱える困難感の程度の差異を検討するため、復職支

援経験の有無を独立変数、困難感尺度全体の合計点を従属変数とした対応のない t 検定を行った。その結果、復職支援経験のない管理職者の方が、復職支援経験のある管理職者に比べ、困難感が高い傾向にあることが明らかとなった ($t(56) = 1.76, p = .08, d = 0.46$)。

さらに、復職支援の経験の有無による管理職者の困難感の因子ごとの程度の差異を検討するため、復職支援経験の有無を独立変数、困難感尺度の因子ごとの合計点を従属変数とした対応のない t 検定を行った。その結果、『病状や体調の把握に関する困難』について、復職支援経験のない管理職者の方が復職支援経験のない管理職者に比べ、困難感が有意に高いことが明らかとなった ($t(56) = 2.70, p = .01, d = 0.70$)。復職支援経験の有無による『職務上の配慮に関する困難』と『組織マネジメントの困難』の差は見られなかった ($t(56) = .48, p = .63, d = 0.13$; $t(56) = .39, p = .70, d = 0.10$) (Table 3)。

考 察

本研究の目的は、メンタルヘルス不調者の復職支援で管理職者が抱える困難感尺度を作成し、構成概念を明らかにするとともに、復職支援経験の有無による困難感の差異を検討することであった。

主因子法による探索的因子分析の結果、メンタルヘルス不調者の復職支援において管理職者が抱える困難感は、『病状や体調の把握に関する困難』、『職務上の配慮に関する困難』、『組織マネジメントの困難』の3因子から構成されることが明らかとなった。先行研究では、復職支援にあたってさまざまな困難があるとされ、系統立てて整理されていなかったが (例えば、黒川他, 2009; 並木他, 2015)、今後はこれらの3つの因子に基づいて管理職者の抱える困難を整理していくことが有効であると考えられる。

Table 3. 復職支援経験の有無による復職支援の困難感全体と各因子の差異 ($N = 58$)

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
困難感尺度					
困難感尺度全体	復職支援経験あり	77.38	18.15	1.76 [†]	0.46
	復職支援経験なし	84.71	13.61		
1. 病状や体調の把握に関する困難	復職支援経験あり	34.46	9.97	2.70 ^{**}	0.70
	復職支援経験なし	40.53	7.18		
2. 職務上の配慮に関する困難	復職支援経験あり	27.96	7.39	.48 ^{n.s.}	0.13
	復職支援経験なし	28.82	6.18		
3. 組織マネジメントの困難	復職支援経験あり	14.96	3.50	.39 ^{n.s.}	0.10
	復職支援経験なし	15.35	4.15		

Note : 困難尺度 = メンタルヘルス不調者の復職支援で管理職者が抱える困難感尺度

** $p < .01$; [†] $p < .10$; n.s. = not significant

まず、『病状や体調の把握に関する困難』では、職場での状態像の把握の難しさだけでなく、主治医などの医療機関から得られた病状と職場の状態像についてのギャップがあることなどから難しさを感じると考えられる。復職にあたって、メンタルヘルス不調者の復職の明確な基準は定められておらず、主治医の判断に任せられることが多く、さらに主治医は患者に有利な判断を管理職者の方が、復職支援経験のある管理職者に比べ、困難感が高い傾向にあることが明らかになることが多い（柏木・田口・桃生・江花・芦原, 2006）。また、職場ではメンタルヘルス不調者の“いつもと違う”様子を確認する必要があるものの（難波・向井, 2013）、その基準や具体的な方法は明らかにされていない。これらのことから、管理職者はメンタルヘルス不調者の病状を把握することの難しさを感じると考えられる。

次に、『職務上の配慮に関する困難』では、

管理職者の職務上での対応について、復職者にとっての最善策が不明瞭であることから難しさを感じると考えられる。復職支援で管理職者に求められる能力は多岐にわたるため、ある事例において必要だと考えられる管理職者の能力や知識について、その一つひとつを管理職者に伝えるシステムが重要である（Aas, Ellingsen, Lindoe & Moller, 2008）。しかしながら、管理職者の対応について即座に相談可能な制度や体制が整えられていないことが多いことから（労働政策研究・研修機構, 2012）、職場での仕事の進め方や接し方等は各職場の判断に任されていると考えられる。これらのことから、メンタルヘルス不調者の職務上での配慮をすることの難しさを感じると考えられる。

最後に『組織マネジメントの困難』では、組織マネジメントに関しての具体的な方法や、職場で不満が生じてしまった際の対応についてあまり検討されていないことから困難を感じると

考えられる。職場でメンタルヘルス不調者が出た場合には、周囲の職員がメンタルヘルス不調者の業務を補うことによる物理的な負担とともに、対応への不安感などの心理的負担も生じるとされ、管理職者は双方に配慮することが求められている（田邊・長谷川・鶴田，2015）。また、復職支援では周囲の労働者がメンタルヘルス不調者のことを怠けなどではなく病気の症状であると受け入れる雰囲気を作り出すことが重要である（Andersen et al., 2012）。しかしながら、これらの具体的な方法についてはこれまで言及されていない。これらのことから、管理職者は組織をマネジメントする困難を感じると考えられる。

また、復職支援経験の有無に関わらず管理職者の困難感が高いものの、復職支援経験のない管理職者は、復職支援についてイメージがつかめていないことから（黒川他，2009）、復職支援の困難感が高まったと考えられた。そのため研修などでは事例や、メンタルヘルス不調者の発生から復職支援において、利用可能な支援体制や制度についても周知することで、復職支援のイメージを持たせることが重要であると考えられる。

さらに、復職支援経験の有無によって困難感の程度に因子での差が見られ、復職支援経験のない管理職者は、復職支援経験のある管理職者よりも高いものの、さらに『病状や体調の把握に関する困難』が高いことが明らかとなった。一方で、『職務上の配慮に関する困難』と『組織マネジメントの困難』については有意な差は見られなかった。病状の把握や診断書のやり取り等は、主治医や医療機関と人事スタッフとの間で多いことから（難波・向井，2013）、管理職者が実際に経験する機会が少ないと言え、経験のない管理職者の方が困難感を高く見積もったと考えられた。また、メンタルヘルス不調者の職務上の配慮に関することや組織のマネジメ

ントについては、管理職者が直接経験することの多い困難感が反映されていると言え、経験の有無による差異が見られなかったと考えられる。これらのことから、管理職者に対するメンタルヘルス研修などにおいては、メンタルヘルス不調者の復職支援において管理職者が経験する機会が比較的多いことと、経験する機会が比較的少ないことに分けて、研修を行う必要があると考えられる。

本研究の限界点として、メンタルヘルス不調者の復職支援で管理職者が抱える困難感の程度と内容については明らかとなったが、実際に復職支援を経験した場合に、どのように困難感が変化するかについてはまでは明らかにできていない点や、困難感の3因子についてのそれぞれの関連性を明らかにすることはできなかった点が挙げられる。今後の展望として、これらを明らかにすることで、メンタル不調者の復職支援にあたる管理職者により適切なタイミングで支援する方法や、管理職研修で段階に応じた復職支援の説明をすることで、より円滑な復職支援をすることができるようにとなると考えられる。

しかしながら、本研究は、これまで整理されていなかったメンタルヘルス不調者の復職支援にあたって管理職者が抱える困難感の構成概念を明らかにした点、復職支援経験の有無によって困難感が異なることを明らかにした点で意義があると考えられる。本研究で明らかにした3因子を中心に復職支援にあたって管理職者自身が抱える困難を意識するとともに、それぞれについての研修を行うこと、また復職支援で経験する機会に合わせた研修を行うことで、円滑な復職支援の一助になると期待される。

引用文献

- Andersen, M., Nielsen, K., & Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on

- return to work among employees with common mental disorders *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38, 93-104.
- Aas, R., Ellingsen, K., Lindoe, P., & Moller, A. (2008). Leadership qualities in the return to work process: a content analysis *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, 335-346.
- 柏木 雄次郎・田口 文人・桃生 寛和・江花 昭一・芦原 睦 (2006). メンタルヘルス不全者の職場復帰支援に関する調査研究——事業場内・外関係者双方への質問紙調査結果—— *日本職業・災害医学会会誌*, 54, 113-118.
- 厚生労働省 (2009). 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き
- 厚生労働省 (2012). 平成 24 年労働者健康状況調査結果の概要
- 黒川 淳一・井上 真人・井奈 波良一・岩田 弘敏 (2009). メンタルヘルス不調者に対し職場復帰支援に向けて求められること *日本職業・災害医学会*, 57, 92-108.
- Munir, M., Yaker, J., Hicks, B. & Donaldson-Feilder, E. (2012). Returning employees back to work: developing a measure for Supervisors to Support Return to Work (SSRW) *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22, 196-208.
- 並木 伸賢・松元 智美・兼子 唯・巢山 晴菜・伊藤 理紗・佐藤 秀樹・樋上 巧洋・矢島 涼・鈴木 伸一 (2015). うつ病者の復職において管理職者が感じる困難に関する質的検討 *早稲田大学臨床心理学研究*, 15, 73-79.
- 難波 克行・向井 蘭 (2013). メンタルヘルス不調者復職支援マニュアル レクシスネクシス・ジャパン
- Nielsen, M., Bültmann, U., Madsen, I., Martin, M., Christensen, U., Diderichsen, F., & Rugulies, R. (2012). Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems *Disability and Rehabilitation*, 34, 1311-1316
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J., de Boer, A., Blonk, R., & van Dijk, F. (2004). Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 817 - 823.
- 日本生産性本部 (2012). 『メンタルヘルスの取り組み』に関する企業アンケート調査結果
- 労働政策研究・研修機構 (2012). 職場におけるメンタルヘルス対策に関する調査
- 田邊 綾子・長谷川 珠代・鶴田 来美 (2015). 中規模事業場におけるメンタルヘルス対策と労働者の職場復帰支援に対する認識 *日本健康医学会雑誌*, 24, 145-153.

Examining the constructs about the supervisor's difficulty scale in supporting the return to work of people with mental health disorders

Nobutaka NAMIKI*, Hideki SATO*, Risa ITO*
Ryo YAJIMA*, Shin-ichi SUZUKI**

*Graduate School of Human Sciences, Waseda University

**Faculty of Human Sciences, Waseda University

Abstract

The purpose of this study was to examine the constructs about the supervisor's difficulty scale in supporting the return to work of people with mental health disorders. It also aimed to examine the differences in difficulties faced by supervisors who had supported the return to work of people with mental health disorders and those who hadn't yet provided such support. Exploratory factor analysis using the main factor method revealed three constructs about the difficulties faced by a supervisor when supporting the return to work of people with mental health disorders: i) difficulty related to understanding the medical and physical condition, ii) difficulty related to considering the duties, and iii) difficulty regarding organizational management. The results showed that supervisors who hadn't supported the return to work of people with mental health disorders had more difficulties than those who had supported it, but this difference was marginal. Previous studies have shown a variety of difficulties related to supporting the return to work but they weren't classified systematically. Therefore, it seems to be effective that classifying the difficulties faced by a supervisor when supporting the return to work of people with mental health disorders into these three constructs.

Key words: supervisor, supporting the return to work, difficulties in supporting the return to work, mental health disorder

