

労災疾病臨床研究事業費補助金

**企業・産業保健スタッフ・医療機関の
連携による両立支援システムの開発**

平成30年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 松平 浩

平成31年3月

労災疾病臨床研究事業費補助金

企業・産業保健スタッフ・医療機関の連携による
両立支援システムの開発

平成 30 年度総括・分担研究報告書

主任研究者 松平浩

平成 31 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

- 企業・産業保健スタッフ・医療機関の連携による両立支援システムの開発..... 1
東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター
運動器疼痛メディカルリサーチ&マネジメント講座 松平浩

II. 分担研究報告

- 脳卒中罹患における病休・復職制度に関する実態調査 7
順天堂大学公衆衛生学講座 准教授 遠藤源樹
順天堂大学公衆衛生学講座 今井雄也
昭和大学公衆衛生学講座 三井清美
順天堂大学公衆衛生学講座 田舎中真由美
- 中小企業における，がん社員の治療と就労の両立支援の現状に関する調査..... 17
一般財団法人京都工場保健会 理事 森口次郎
一般財団法人京都工場保健会 医師 大塚創平
- 事業場の特徴による，治療と仕事の両立支援の取り組みの現状に関する研究..... 21
石川産業保健総合支援センター所長 小山善子
- 医療機関や産保センターの連携に関する質的研究..... 25
東京大学大学院教育学研究科教授 高橋美保
- 治療と就労の両立支援を実現させるための運動・身体活動プログラムの開発..... 27
関西福祉科学大学 保健医療学部 リハビリテーション学科 野村卓生

中小企業における治療と就労の両立支援活動評価指標案の作成に関する研究..... 36
東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター 岡敬之

治療と職業生活の両立支援における医療機関の役割
- 中小企業を含めた職域・産業医との連携の分析と取組み -..... 43
順天堂大学医学部衛生学講座 横山和仁

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧..... 51

Ⅳ. 研究成果の刊行物・別刷..... 52

I . 総括研究報告

企業・産業保健スタッフ・医療機関の連携による両立支援システムの開発

研究代表者 松平浩 東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター

運動器疼痛メディカルリサーチ&マネジメント講座

研究要旨: 大企業における両立支援への認識は、昨年「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」の公表以降、高まりつつあるが、事業場数で 9 割以上を占める（労働者数 50 人未満の）中小企業への両立支援は未開拓分野である。事業場の課題は、労働者が就労を継続できるような就業上の措置を、がんの種類を含む疾病の固有性も考慮しつつ行うことであるが、両立支援という概念が浸透していない状態ではそれも難しい。中小企業への両立支援の普及を目的に、本年度は以下の 2 つのサブテーマに関して研究を実施した。

①ソーシャルマーケティングを加味した探索的統計手法による、中小企業の両立支援実施にあたり何が足りないかのチェックリスト（点数化）の作成：量的研究：

200 人未満の事業場は 1136 事業場（89.8%）であった。復職ありと復職なしで統計的優位差があったのは、「禁煙・受動喫煙に関する取り組み」、「職場の両立支援への理解」、「治療と就労の両立が実現できる職場づくりへの必要性について強く感じている」であった。治療就労の両立が実現できる職場づくりを進める上での課題に関して統計的有意差があったものは「長時間働けない社員に対する社会保険料の事業主負担が大きい」、「周りの社員の理解不足」であった。解析結果を参考に、中小企業における「両立支援実施に向けたチェックリスト」（案）を作成し、21 名の専門家を交えてパネル会議を実施した（2018. 11. 28 ワテラスコモンホール）。この際に疾患に特化しない方向で治療と仕事の両立支援を提唱する方針を明らかにした。

前年度評価（疑問点、改善すべき点）を踏まえて、両立支援の啓蒙ターゲットに関する検討を行うため、両立支援や健康に関する取り組みが既に行われている事業場の特徴を分析、平均年齢が 40 歳代以下および女性の割合が 50%以上の事業場で行っている割合が高い傾向にあることを明らかにした。したがって両立支援の啓蒙ターゲットは女性社員が少なく、平均年齢 50 歳以上の事業場と考えられる。

②機構の両立支援コーディネーターと両立支援促進員、社労士等を対象とした質的研究による各専門職/スタッフの支援モデル案の作成：

各専門職スタッフの支援モデルの作成に関しては、フォーカスグループインタビュー調査を実施した。分担研究者の高橋をインタビューアーに、がんの両立支援に携わる中小企業側：社会保険労務士・経営者、病院側：両立支援コーディネーター・理学療法士・作業療法士・看護師、企業と病院のハブ的立場：産業保健総合支援センター所長を対象者とした。この結果、治療、離職、復職といったタイミングの違いによる必要な支援内容の違いや、相談する人（患者・従業員サイドと企業サイド）によって相談しやすい窓口の設置場所の違いなどの問題点が考えられた。

<研究分担者>

順天堂大学公衆衛生学講座/准教授 遠藤源樹
京都工場保健会産業医学研究所/所長 森口次郎
石川産業保健総合支援センター/所長 小山善子
東京大学大学院/教授 高橋美保
関西福祉科学大学/教授 野村卓生
東京大学医学部附属病院/特任准教授 岡敬之
順天堂大学/教授 横山和仁

A. 研究目的

国立がん研究センターの推計にて、年間約 100 万人が新たながんと診断され、その 3 割が就労世代である。少子高齢化に伴う人材難による定年年齢の引き上げ、働く女性の増加と乳がん罹患者の増加等から、がん罹患労働者、特に医療の進歩を背景にしたがんサバイバー労働者は急増することが見込まれる。

大企業における両立支援への認識は、昨年「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」の公表以降、高まりつつある。平成 28 年度末には、労働者健康安全機構が「治療と就労の両立支援マニュアル（がん、脳卒中リハ、糖尿病等）」を公表、また今回の分担者の横山は前研究班で「両立支援連携ガイドライン（がん、糖尿病、難病等）」を作成しており、産業保健スタッフが充実する大企業への両立支援は、機構等において、本年度から実践、周知、普及のフェーズに入ったといえる。

しかしながら、事業場数で 9 割以上を占める（労働者数 50 人未満の）中小企業への両立支援は未開拓分野である。事業場の課題は、労働者が就労を継続できるような就業上の措置を、がんの種類を含む疾病の固有性も考慮しつつ行うことであ

るが、両立支援という概念が浸透していない状態ではそれも難しい。

本研究では、中小企業へむけた両立支援の普及を目標に、以下の 3 つのサブテーマを設定した。

①ソーシャルマーケティングを加味した探索的統計手法による、中小企業の両立支援実施にあたり何が足りないかのチェックリスト（点数化）の作成：量的研究

②機構の両立支援コーディネーターと両立支援促進員、社労士等を対象とした質的研究による各専門職/スタッフの支援モデル案の作成：質的研究

本年度は①②を完成する。

なお研究代表者である松平と分担研究者の岡は全ての分担研究に参画し、研究デザイン・統計解析を行っている。

B. 研究方法

①ソーシャルマーケティングを加味した探索的統計手法による、中小企業の両立支援実施にあたり何が足りないかのチェックリスト（点数化）の作成：量的研究

復職・離職・休業に関する効果指標を選定するにあたり、ガイドラインで取り上げられる主要疾患の職場で配慮すべき事項は、労働者健康安全機構の「治療と就労の両立支援マニュアル」、分担者の横山が松平と共に前研究班で作成した「両立支援連携ガイドライン」にて検討済みである。さ

らに分担者の遠藤は企業の病休/復職制度等とがん/脳卒中の復職率等の評価指標の質問票を作成し、全国70社からデータを収集した実績を持つ。本研究では、上述した既存の成果物・調査票及び健康経営優良法人認定制度（中小規模法人部門）の評価項目をもとに、各疾患の専門家（研究分担者：遠藤、野村、協力者：豊田、黒澤）も交え中小企業に向けた効果指標を検討し、事業所に配布する質問票を作成した。

石川産業保健総合支援センター、京都工場保健会、全国健康保険協会千葉支部、東京商工会議所の協力のもと2017年11月より5,000社に自記式質問紙による郵送調査を実施、2018年4月までに1,268社から記入済みアンケートを回収し、がん社員の復職に関する統計解析を行った。内容は、療養となった社員の有無とその転機、罹患社員むけの就労処置（フレックスタイムや時差出勤などの柔軟な勤務制度、病気になった社員の相談窓口や担当者の設置など）の有無、両立支援を行う上で課題と感ずることなどについてである。解析は社員が200人未満の事業場を対象とした。社員の復職あり（復職しなかった者がいてもよい）と復職なしの事業場に分類しカイ二乗検定で比較し、 $p < 0.05$ を統計的に有意差ありとした。

②機構の両立支援コーディネーターと両立支援促進員、社労士等を対象とした質的研究による各専門職/スタッフの支援モデル案の作成

【対象】10名の専門職（社会保険労務士3名、中小企業事業主1名、労災病院MSW（両立支援コーディネーター）、東大・リハ部OT/PT、NS、産保センター所長（医師））

【場所】東京大学教育学部棟2階第1会議室

【調査】フォーカスグループインタビュー

【予備調査】参加者の社労士1名、OT1名に予備インタビューを実施（1～1.5時間）

【本調査事前手続き】事前に以下を送付

1. 研究主任者からのメッセージ
2. 参加者のプロフィールを収集・共有
3. インタビューガイド・両立支援基礎情報送付

（倫理面への配慮）

①東京大学倫理委員会等にて、審査番号11729「企業・産業保健スタッフ・医療機関の連携による、がん患者の治療と就労の両立支援システムの開発」として承認を得て、研究を実施している。本研究課題は、各種法令等、特に「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」および、東京大学が定めた倫理規定を遵守して行う。

②人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に基づき、東京大学ライフサイエンス研究倫理支援室にて倫理審査を受けている。

C. 研究結果

①ソーシャルマーケティングを加味した探索的統計手法による、中小企業の両立支援実施にあたり何が足りないかのチェックリスト（点数化）の作成：量的研究

200人未満の事業場は1136事業場（89.8%）であった。その内訳は罹患社員なしが694事業場、

復職ありが337、復職なしが69であった(欠損36)。復職ありと復職なしで統計的優位差があったのは、「禁煙・受動喫煙に関する取り組み」、「職場の両立支援への理解」、「治療と就労の両立が実現できる職場づくりへの必要性について強く感じている」であった。治療就労の両立が実現できる職場づくりを進める上での課題に関して統計的有意差があったものは「長時間働けない社員に対する社会保険料の事業主負担が大きい」、「周りの社員の理解不足」であった。統計学的な差がボーダーラインであった項目は、「病気を理由に休暇や休業をとる際、社員が相談できる担当者がいる」(p=0.093)、「病気になっても無理なく働けるよう、社員が相談できる窓口がある」(p=0.052)、「両立支援の際に、人事制度を柔軟に運用できる」(p=0.055)であった。

解析結果を参考に、中小企業における「両立支援実施に向けたチェックリスト」(案)を作成し(添付資料 2)、21名の専門家を交えてパネル会議を実施した(2018. 11. 28 ワテラスコモンホール)。この際に疾患に特化しない方向で治療と仕事の両立支援を提唱する方針を明らかにした。

前年度評価(疑問点、改善すべき点)を踏まえて、両立支援の啓蒙ターゲットに関する検討を行うため、両立支援や健康に関する取り組みが既に行われている事業場の特徴を分析、平均年齢が40歳代以下および女性の割合が50%以上の事業場で行っている割合が高い傾向にあることを明らかにした。したがって両立支援の啓蒙ターゲットは女性社員が少なく、平均年齢50歳以上の事業場と考えられる。上述した研究成果に関して第92回日本産業衛生学会(2019年5月)に2演題の抄録を提出した。

D. 考察

2018年度の診療報酬改定答申にがん治療と仕

事の両立を目指し、がん治療と仕事の両立を診療報酬で評価すると記載された。このような取り組みが広がり、人員確保にも寄与することが期待される。また、保健師などの事業所内スタッフによるケアが高いニーズがある。両立支援を推進するにあたっては小規模事業場の産業医選任助成のような、保健師選任助成も対策として選択肢の一つとして考えられる。事業場での保健師選任が進めば、その他の課題である、不安感への対応や具体的な支援方法にも柔軟に対応できる可能性がある。

治療と就労の両立支援は、医療側と職場側に分断されて行われており、その各々において十分な対応がなされていないことが示唆された。また、それによって、結果的に患者(就労者)自身が両立のための情報を収集しなければならない状況にあることが示された。さらに、現状では、がん相談支援センターや産保センターなど、医療側と職場側の窓口となるべき機関が存在はしているものの、いずれも十分に機能しておらず、場所によってはハブ機能が不在であったり、あるいは存在していたとしても混乱があることが示唆された。さらに、がん告知や復職時だけでなく、中長期的な支援が必要とされていることが示されたが、「初期治療」「復職を考える」時期に十分な支援が確立していないため、その後「復職後の日々」の長期的な支援まで行き届いていない現状があることが示唆された。

E. 結論

本テーマは、働き方改革実行計画にも記載されている重要政策に関する研究であるため、行政との緊密に連携する必要があるものと考えており、研究代表者の松平は2018/12/7厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課を訪問し、パネル会議の結果と研究の進捗に関して報告を行い、現在の研究の方向性で問題ない旨の確認を得た。この際により取り入れやすい案や参考になる解説書：「厚労省の両立支援ガイドライン(疾病別・留意

事項を含む)」、「安全衛生優良企業公表制度の解説」、「国立がん研究センター がん治療と就労の両立支援度チェックと改善ヒント」、「機構の治療と就労の両立支援マニュアル」を参考資料とする) インビテーションツールの開発を待望されるとの助言を得て、これに関しても最終成果物に取り入れる予定である。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

論文発表

1. Fujii T, Oka H, Katsuhira J, Tonosu J, Kasahara S, Tanaka S, Matsudaira K. Association between somatic symptom burden and health-related quality of life in people with chronic low back pain. **PloS one** 13:e0193208, 2018.
2. Fujii T, Oka H, Katsuhira J, Tonosu J, Kasahara S, Tanaka S, Matsudaira K. Disability due to knee pain and somatising tendency in Japanese adults. **BMC Musculoskelet Disord** 19:23, 2018.
3. Fujimoto Y, Fujii T, Oshima Y, Oka H, Tanaka S, Matsudaira K. The association between neck and shoulder discomfort-Katakori-and high somatizing tendency. **Mod Rheumatol**:1-14, 2018.
4. Fukushima M, Oshima Y, Oka H, Chang C, Matsubayashi Y, Taniguchi Y, Matsudaira K, Tanaka S. Potential pathological mechanisms of L3 degenerative spondylolisthesis in lumbar spinal stenosis patients: A case-control study. **J Orthop Sci**, in press.
5. Hasegawa T, Katsuhira J, Oka H, Fujii T, Matsudaira K. Association of low back load with low back pain during static standing. **PloS one**13:e0208877, 2018.
6. Hashimoto Y, Matsudaira K, Sawada SS, Gando Y, Kawakami R, Kinugawa C, Okamoto T, Tsukamoto K, Miyachi M, Naito H, Blair SN. Objectively Measured Physical Activity and Low Back Pain in Japanese Men. **J Phys Act Health** 15:417-422, 2018.
7. Hashimoto Y, Matsudaira K, Sawada SS, Gando Y, Kawakami R, Sloan RA, Kinugawa C, Okamoto T, Tsukamoto K, Miyachi M, Naito H. Association between objectively measured physical activity and body mass index with low back pain: a large-scale cross-sectional study of Japanese men. **BMC public health** 18:341, 2018.
8. Igawa T, Katsuhira J, Hosaka A, Uchikoshi K, Ishihara S, Matsudaira K. Kinetic and kinematic variables affecting trunk flexion during level walking in patients with lumbar spinal stenosis. **PloS one** 13:e0197228, 2018.
9. Katsuhira J, Yamamoto S, Machida N, Ohmura Y, Fuchi M, Ohta M, Ibayashi S, Yozu A, Matsudaira K. Immediate synergistic effect of a trunk orthosis with joints providing resistive force and an ankle-foot orthosis on hemiplegic gait. **Clin Interv Aging** 13:211-20, 2018.
10. Matsudaira K, Oka H, Oshima Y, Chikuda H, Taniguchi Y, Matsubayashi Y, Kawaguchi M, Sato E, Murano H, Laurent T, Tanaka S, Mannion AF. Development of the Japanese Core Outcome Measures Index (COMI): cross-cultural adaptation and psychometric validation. **BMC Musculoskelet Disord** 19:71, 2018.
11. Matsudaira K, Takahashi M, Kawaguchi M, Hamaguchi A, Haga Y, Koga T. Assessment of risk factors for non-specific chronic disabling low back pain in Japanese workers—findings from the CUPID (Cultural and Psychosocial Influences on Disability) study. **Ind Health** ,in press.
12. Oka H, Kadono Y, Ohashi S, Yasui T, Ono K, Matsudaira K, Nishino J, Tanaka S. Assessing

- joint destruction in the knees of patients with rheumatoid arthritis by using a semi-automated software for magnetic resonance imaging: therapeutic effect of methotrexate plus etanercept compared with methotrexate monotherapy. **Mod Rheumatol** 28:235-241, 2018.
13. Oka H, Matsudaira K, Takano Y, Kasuya D, Niiya M, Tonosu J, Fukushima M, Oshima Y, Fujii T, Tanaka S, Inanami H. A comparative study of three conservative treatments in patients with lumbar spinal stenosis: lumbar spinal stenosis with acupuncture and physical therapy study (LAP study). **BMC Complement Altern Med** 18:19, 2018.
 14. Oka H, Nomura T, Asada F, Takano K, Nitta Y, Uchima Y, Sato T, Kawase M, Sawada S, Sakamoto K, Yasue M, Arima S, Katsuhira J, Kawamata K, Fujii T, Tanaka S, Konishi H, Okazaki H, Miyoshi K, Watanabe J, Matsudaira K. The effect of the "One Stretch" exercise on the improvement of low back pain in Japanese nurses: a large-scale, randomized, controlled trial. **Mod Rheumatol** :1-17, 2018.
 15. Takahashi M, Uetake C, Nakayama N, Eura A, Yamaguchi N, Kameda Y, Muto G, Endo M, Kawamata K, Fujii T, Oka H, Matsudaira K. A cooperative support model for cancer therapy and employment balance: from focus-group interviews of health and business professionals. **Ind Health**, in press.
 16. Tonosu J, Inanami H, Oka H, Takano Y, Koga H, Yuzawa Y, Shibo R, Oshima Y, Baba S, Tanaka S, Matsudaira K. Factors related to subjective satisfaction following microendoscopic foraminotomy for cervical radiculopathy. **BMC Musculoskelet Disord** 19:30, 2018.
 17. Tonosu J, Oka H, Watanabe K, Abe H, Higashikawa A, Yamada K, Kuniya T, Nakajima K, Tanaka S, Matsudaira K. Validation study of a diagnostic scoring system for sacroiliac joint-related pain. **J Pain Res** 11:1659-1663, 2018.
 18. Tsuji T, Matsudaira K, Sato H, Vietri J, Jaffe DH. Association between presenteeism and health-related quality of life among Japanese adults with chronic lower back pain: a retrospective observational study. **BMJ open** 8:e021160, 2018.
2. 学会発表
なし
 - H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)
 1. 特許取得
なし
 2. 実用新案登録
なし

II. 分担研究報告

労災疾病臨床研究事業費補助金

平成30年度分担研究報告書

脳卒中罹患における病休・復職制度に関する実態調査

研究分担者 遠藤源樹 順天堂大学公衆衛生学講座 准教授
研究協力者 今井雄也 順天堂大学公衆衛生学講座
三井清美 昭和大学公衆衛生学講座
田舎中真由美 順天堂大学公衆衛生学講座

研究要旨

単一事業場を対象に、総務人事労務担当者に質問票を配布後、メール等で回収し、就業規則、身分保障日数や復職支援制度の実態と脳卒中罹患社員の復職後の状況、企業規模による制度の違いについての実態調査を行った。

脳卒中による療養のための傷病休暇・休職後の復職時に、フルタイム勤務を原則とする企業は、社員数が1000人以上の企業が最も多く、フルタイム勤務でなくてもよい企業は、社員数が100人未満の企業が最も少なかった。社員数が1000人以上の企業の約4割がフルタイム勤務を原則としている一方で、100人未満の企業の4割以上が特に規定していないと回答したことから、企業規模により復職後の勤務形態が異なることが示唆された。社内制度で規定されている復職時の手続き上の必須条件は、企業規模による偏りは認められなかった。身分保障日数は、企業により様々であるが、勤続1年未満と比べ、勤続10年以上の身分保障日数は3倍程長く、勤続年数が長くなるにつれて、身分保障日数も長くなることが示された。療養が必要となった社員に対する復職支援制度に関して、現在導入されている制度は、正社員及び非正規社員によらず、退職者の再雇用制度及び短時間勤務制度が最も多く、今後導入の可能性のある制度は、正社員では在宅勤務制度及びカムバック制度が最も多く、非正規社員では短時間勤務制度であった。しかしながら、いずれの制度においても、その割合は、正社員と比べ、非正規社員を対象とした制度が半数程度であった。本調査の結果から、産業医の配置や柔軟で多様な勤務形態が可能な環境整備の充実に向けて具体的で実行可能な対策案を提示すること、とりわけ100人未満の中小企業や非正規社員への支援を充実させることが重要であることが示唆された。

A. 研究目的

遠藤らの研究結果によると、就労が困難になる疾患の第3位が脳卒中である。脳卒中は、脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血の3つが主であり、一般的には、高齢者の病気と考えがちであるが、約20%の脳卒中は、就労世代で発生している。特に、20代、30代の若い世代で発症した脳卒中は、医療費などの直接的なコストだけでなく、生産性の低下などを招く可能性がある。脳卒中罹患後の復職は、産業保健サービス上、重要なアウトカムであるだけでなく、日本の労働力を保つ意味でも極めて重要である。

脳卒中は、がんに比べると、就労世代の罹患割合は少ないが、運動障害や構音障害などの後遺症を伴うことが多く、復職後のQOL低下等に繋がりがやすい。少子高齢化に伴い、定年年齢の引き上げ等により、就労世代の脳卒中サバイバー（ヨーロッパでは、Stroke Survivor と呼ばれる）の数の増加が見込まれており、脳卒中社員に対する就労支援は今後益々重要性を増していくであろう。特に、大企業より、中小企業の総務・人事担当者ほど、脳卒中社員を対応した経験がより少なく、前例がなく、復職についてどうしたら良いのか分からない」「脳卒中で後遺症がある社員を抱える人

件費に余裕がない」などの声がよく聞かれる。企業に勤める社員が脳卒中と診断され、療養のために一時的に就業不可に陥った場合の休暇・休職及び復職状況・制度等の実態を明らかにし、労働者の離職防止及び職場復帰の効果的な支援方法の検討を目的とした。

B. 研究方法

企業と業務契約のある産業医、社労士等に質問票を配布して回収した。

1. 調査期間

平成 29 年 4 月～現在継続中

2. 調査対象

単一事業場（105 社）

3. 調査結果について

本報告書において、割合を算出するにあたり、集計結果の数値を小数第 1 位で切り捨てた。また、複数回答についてはその項目毎に割合を算出した。

C. D. 研究結果と考察

(1) 回答した企業の属性（単一回答）

調査票を回収した 105 社の業種別の企業数の割合を図 1 に示した。

主な業種は、製造業 25 社 (23.8%) が最も多く、卸売業・小売業 13 社 (12.4%)、建設業 9 社 (8.6%)、運輸・郵便業 8 社 (7.6%)、情報通信業 7 社 (6.7%)、その他の業種 35 社 (33.3%) であった。その他の業種はサービス業、派遣業等であった。

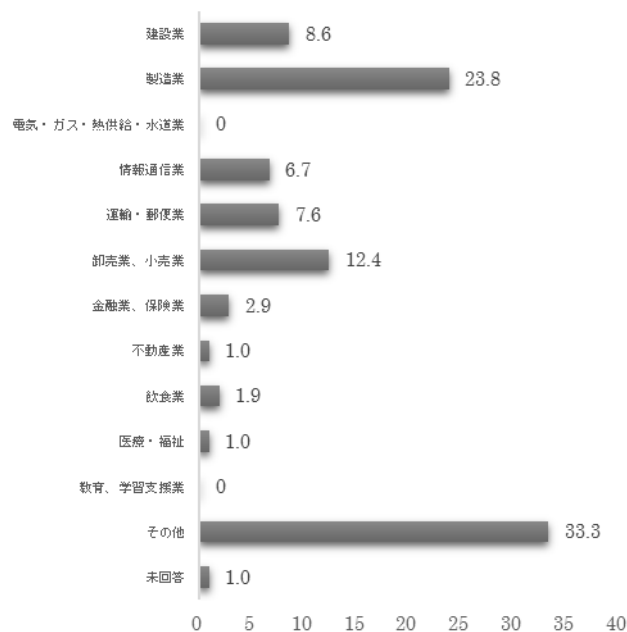


図 1 業種別の企業数の割合(%)

社員数別の企業数の割合を図 2 に示した。

社員数 50～99 人の企業が 19 社 (18.1%) と最も多く、次いで 200～299 人の企業が 17 社 (16.2%)、100～199 人の企業が 16 社 (15.2%) であった。

社員の全社員数は 2～3244 人 (女性: 0～1045 人)、正社員数は 2～3021 人 (女性: 0～946 人) と幅があり、女性社員数は最も多い企業で全社員数の 1/3 程度であった。

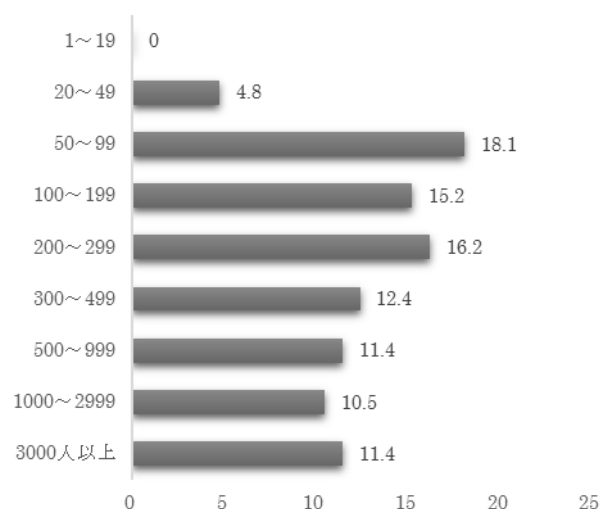


図2 社員数別の企業数の割合(%)

(2) 従業員が、療養が必要になった際の休暇・休職や勤務形態についての就業規則と復職時の勤務形態について（単一回答）

傷病休暇・休職規則有無別の企業数の割合を図3に示した。

療養が必要になった社員の休暇・休職を就業規則で規定している企業は 97/105 社（92.4%）であった。

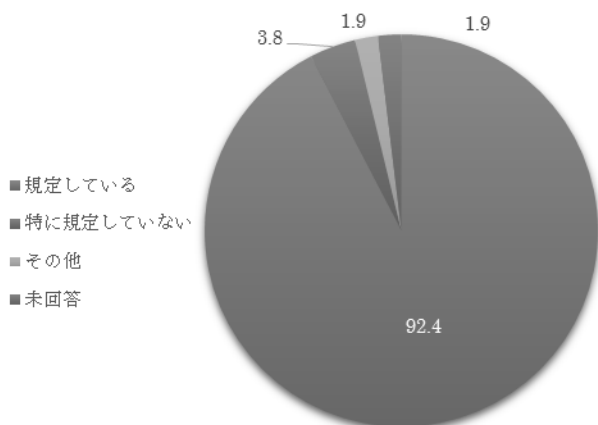


図3 傷病休暇・休職規則有無別の企業数の割合(%)

傷病休暇・休職後の復職時の勤務形態別の企業数の割合を図4に示した。

「フルタイム勤務でなくてもよい」と回答した企業及び「特に決めていない」と回答した企業数はいずれも 35 社（33.3%）であり、「フルタイム勤務が原則」と回答した企業数 33 社（31.4%）を上回った。

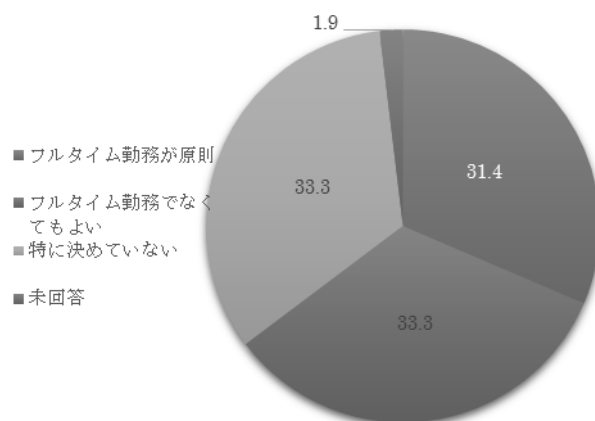
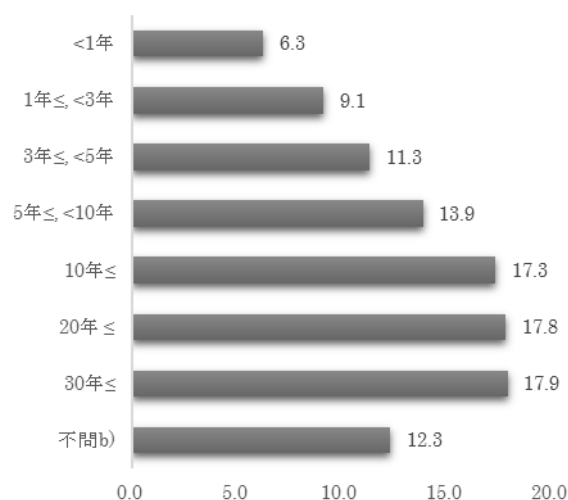


図4 復職時の勤務形態別の企業数の割合(%)

(3) 身分保障日数

療養が必要となった社員に対する、勤続年数別の身分保障日数の平均値を図5に示し、回答が得られた 91/105 社（95.2%）の結果を以下にまとめた。

身分保障日数は、企業により様々で、勤続年数に応じて 0~60 ケ月と幅があった。勤続年数別に各企業の身分保障日数の平均値を算出した。その結果、勤続1年未満と比べ、勤続10年以上の身分保障日数は3倍程長く、勤続年数が長くなるにつれて、身分保障日数も長くなることが示唆された。



a) 勤続年数の区分の中で最も長い身分保障期間を採用して集計した。
b) 不問の中に勤続年数が不明の身分保障期間も含めて集計した。

図5 勤続年数別の身分保障日数の平均値(月)^{a)}

(4) 各企業の復職時の手続き上の必須条件について (複数回答)

傷病休暇・休職後の復職時の必須条件別の企業数の割合を図6に示した。

「主治医の診断書」が必須条件と回答した企業は97社(92.4%)と最も多く、「本人の復職意思」、「会社の許可」、「産業医の意見」及び「その他」を回答した企業はそれぞれ、75社(71.4%)、74社(70.5%)、61社(58.1%)及び4社(3.8%)であった。

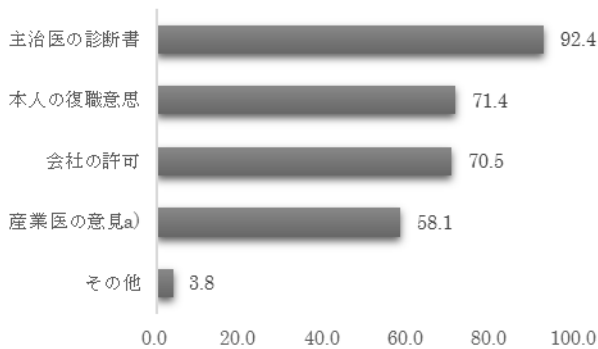
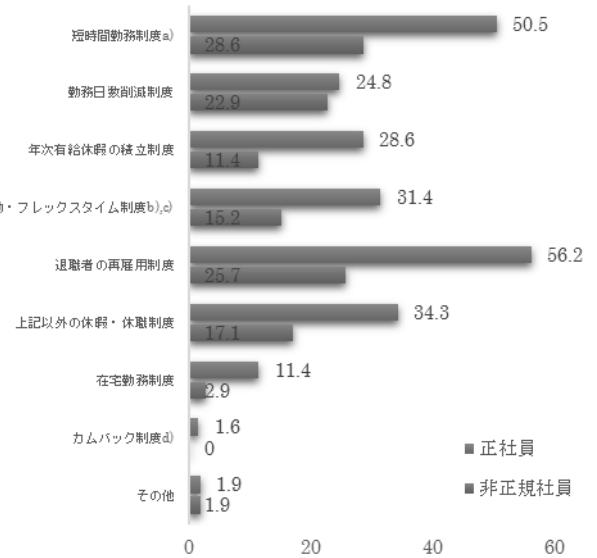


図6 復職時の必須条件の割合(%)

(5) 療養となった社員の復職支援制度に関して、「現在導入している制度」と「今後導入可能な制度」はありますか。(複数回答)

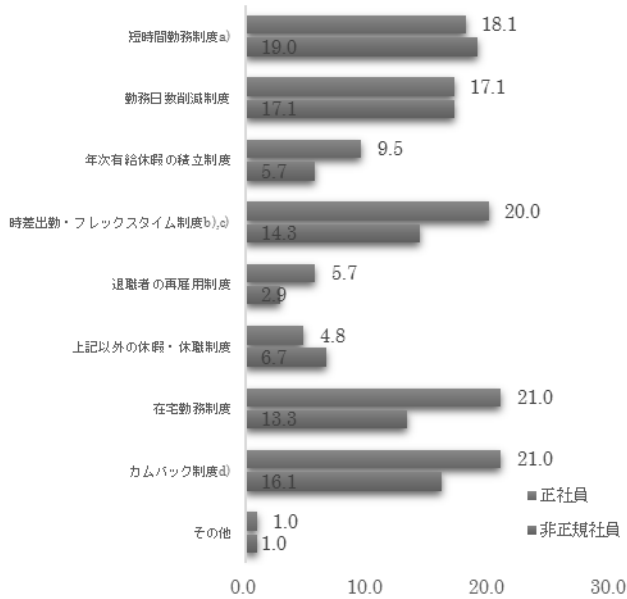
各企業の正社員及び非正規社員に対する復職支援制度について、「現在導入している制度」を図7に、「今後導入可能な制度」を図8に、それぞれの制度数の割合を示した。「現在導入している制度」で最も多い制度は、正社員を対象とした「退職者の再雇用制度」(56.2%)、非正規社員を対象とした「短時間勤務制度」(28.6%)であった。次に多い制度は、正社員を対象とした「短時間勤務制度」(50.5%)、非正規社員を対象とした「退職者の再雇用制度」(25.7%)であった。正社員及び非正規

社員によらず、療養が必要となった社員に対して同様の復職支援制度が導入されていることが示されたが、その割合は、正社員と比べ、非正規社員を対象とした制度が半数程度であった。現在は導入されていないが、「今後導入の可能性がある制度」で最も多い制度は、正社員を対象とした「在宅勤務制度」及び「カムバック制度」(21.0%)、非正規社員を対象とした「短時間勤務制度」(19.0%)であった。次に多い制度は、正社員を対象とした「時差出勤・フレックスタイム制度」(20.0%)、非正規社員を対象とした「勤務日数削減制度」(17.1%)であった。今後導入の可能性がある制度に関しても、正社員に比べ、非正規社員を対象とした制度も少ないことが示唆された。



- a) 短時間勤務制度: 一日の所定労働時間を短縮する制度
- b) 時差出勤: 所定労働時間は変えず、始業・終業時刻を繰り上げ・繰り下げる制度
- c) フレックスタイム制度: 労働者が各自の始業・終業時刻を自由に決められる制度
- d) カムバック制度: 育児・介護・配偶者の転勤等によって退職した社員を、再度就労できる状態になった際に復職できる制度。

図7 現在導入している復職支援制度



- a) 短時間勤務制度: 一日の所定労働時間を短縮する制度
- b) 時差出勤: 所定労働時間は変えず、始業・終業時刻を繰り上げ・繰り下げる制度
- c) フレックスタイム制度: 労働者が各自の始業・終業時刻を自由に決められる制度
- d) カムバック制度: 育児・介護・配偶者の転勤等によって退職した社員を、再度就労できる状態になった際に復職できる制度。

図 8 今後導入の可能性がある復職支援制度

(6) 過去 6 年間について、脳卒中で療養となった社員の有無と療養後の復職状況について (単一回答)

過去 6 年間に、脳卒中で療養のために休暇・休職が必要となった社員がいた企業数の割合を図 9 に示した。

過去 6 年間に脳卒中で療養となった社員がいた企業数は 32 社 (30.5%) であった。

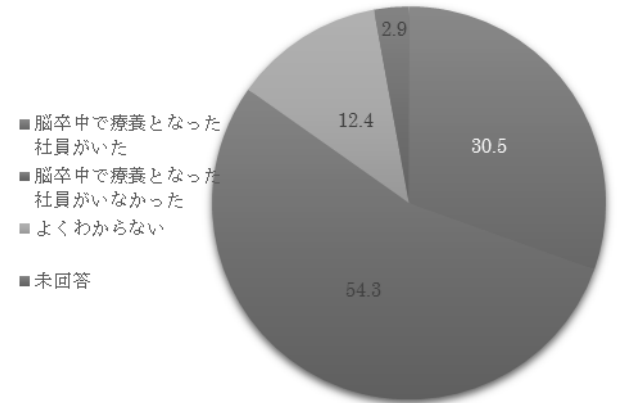


図 9 脳卒中の療養のために休暇・休職した社員のいた企業数の割合(%)

すべての企業において、脳卒中に罹患し療養のために休暇・休職した社員 62 人の復職状況を図 10 に、復職後の勤務状況を図 11 に示した。

脳卒中に罹患し療養のために休暇・休職した社員のうち、「脳卒中で療養後に復職」した社員は 46 人 (74.2%)、そのうち「復職後に再病休せず働いている」社員は 40 人 (87%) であった。復職後に再病休した社員は 1 人 (2.2%)、依願退職した社員は 3 人 (6.5%) であった。

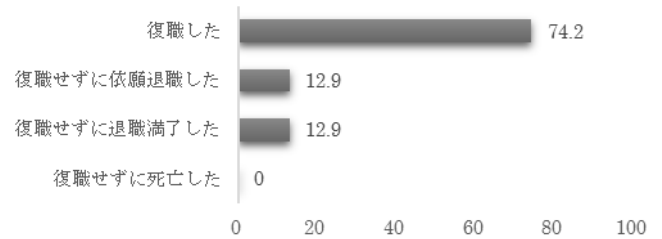


図 10 脳卒中の療養のために休暇・休職した社員の復職状況(%)

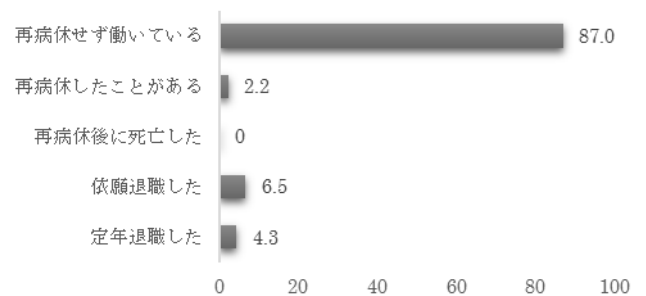


図 11 脳卒中の療養のために休暇・休職した社員の復職後の勤務状況(%)

(7) 脳卒中の治療と仕事の両立が実現できる職場づくりへの必要性 (単一回答)

脳卒中の治療と仕事の両立が実現できる職場の必要性に対する企業の回答結果を図 12 に示した。

脳卒中の治療と仕事の両立の必要性について、「強く感じている」及び「どちらかというと感じている」と回答した企業が合計で 89 社 (84.8%) であり、多くの企業が、脳卒中の治療と仕事の両立が実現できる職場が必要であると回答した。

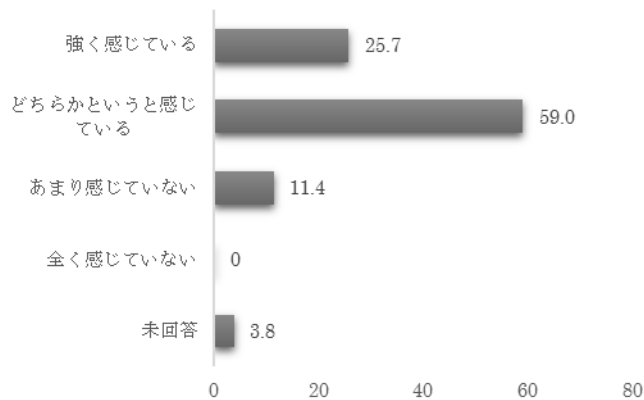


図 12 脳卒中の治療と仕事の両立が実現できる職場の必要性(%)

(8) 企業の規模による解析

企業全体の社員数に応じて 100 人未満 (24 社)、100~299 人 (33 社)、300~999 人 (25 社)、1000 人以上 (23 社) の 4 群に分け、企業規模による病休と復職制度の違いを検討した。

企業規模別の傷病休暇・休職規則有無別の企業数の割合を図 13 に示した。

療養が必要になった社員の休暇・休職を就業規則で規定している企業は、社員数が 100~299 人の企業が 32 社 (97.0%) と最も多く、100 人未満の企業は 23 社 (95.8%) であった。社員数が 300~999 人の企業は 22 社 (88.0%)、1000 人以上の企業

は 20 社 (87.0%) であり、社員数が 300 人未満の企業では 9 割を超える企業で、療養が必要になった社員の休暇・休職を就業規則で規定していることが示された。

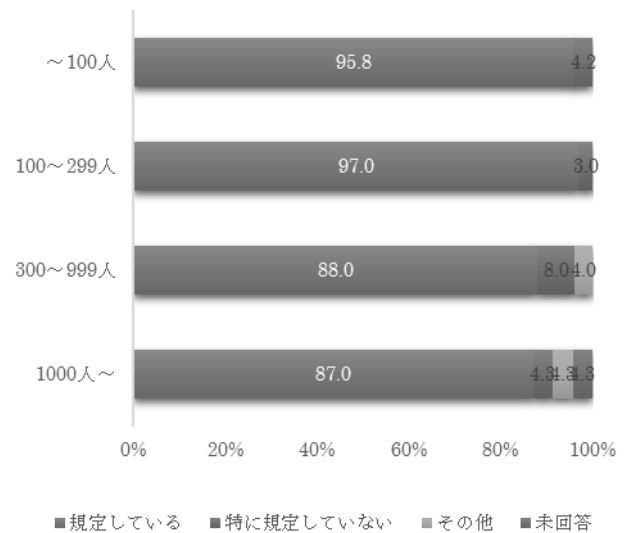


図 13 企業規模別の傷病休暇・休職規則有無 (%)

企業規模ごとに傷病休暇・休職後の復職時の勤務形態別の企業数の割合を図 14 に示した。

「フルタイム勤務が原則」と回答した企業は、社員数が 100 人未満、100~299 人、300~999 人及び 1000 人以上の企業で、それぞれ 7 社 (29.2%)、10 社 (30.3%)、7 社 (28.0%) 及び 9 社 (39.1%) であり、社員数が 1000 人以上の企業が最も多かった。また、「フルタイム勤務でなくてもよい」と回答した企業は、社員数が 100 人未満、100~299 人、300~999 人及び 1000 人以上の企業で、それぞれ 6 社 (25.0%)、12 社 (36.4%)、9 社 (36.0%) 及び 8 社 (34.8%) であり、社員数が 100 人未満の企業が最も少なかった。

社員数が 1000 人以上の企業の約 4 割が「フルタイム勤務が原則」と規定している一方で、100 人未満の企業の 4 割以上が「特に規定していない」と回答したことから、企業規模により復職後に選べるほど十分な部署や職種がない、規定せずに個

別に対応したい、という企業側の事情や意図が含まれている可能性が示唆された。

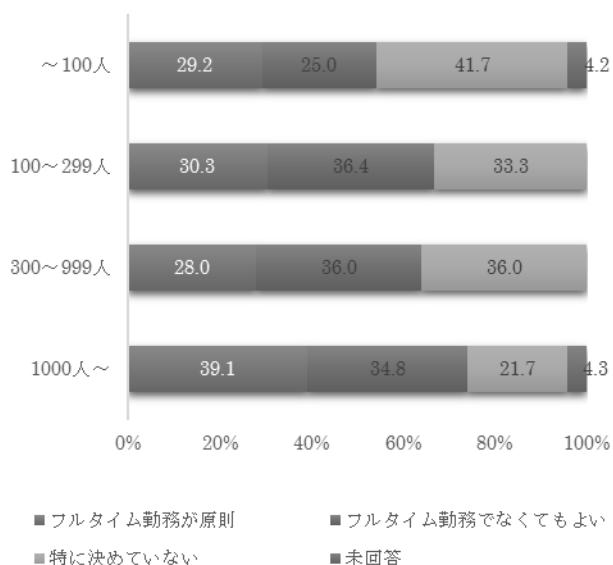


図 14 企業規模別の復職時の勤務形態 (%)

企業規模ごとに傷病休暇・休職後の復職時の必須条件別の企業数の割合を図 15 に示した。

社内制度で規定されている復職の手続き上の必須条件は、いずれの企業においても、「主治医の診断書」の割合が最も高く、企業規模によらず、「本人の復職意思」、「会社の許可」及び「産業医の意見」も重視しており、企業規模による偏りは認められなかった。

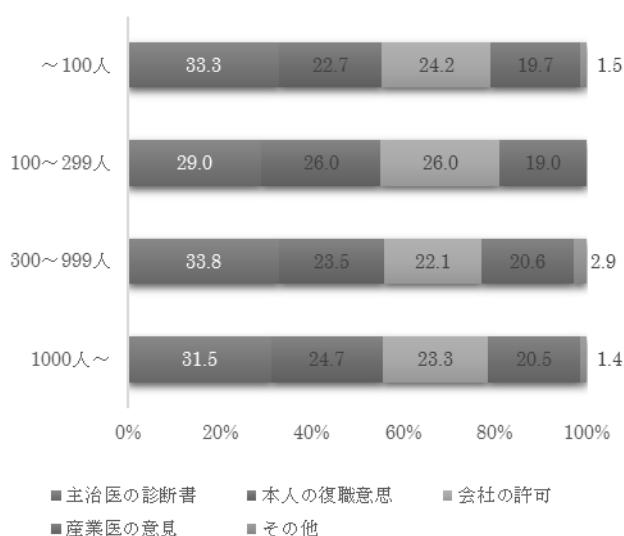


図 15 企業規模別の傷病休暇・休職後の復職時の必須条件 (%)

(9) 病気の治療と職業生活の両立支援に関する企業の意見

・(企業の総務人事労務担当者からの意見として)勤務形態・両立支援についての制度の整備、周囲の理解等職場環境、明確な対応策についての意見を認めた。

企業 1：身体に障害が残っている場合は、安全配慮義務の観点等から、当社では復職は難しいと思われる。

企業 2：当社では、高齢の嘱託の方が脳卒中で療養した事例があります。療養半年後に期間満了による退職になりましたが、当初の退職予定日をもって労使双方合意の上、退職した。病気になってから退職まで約半年の期間があったが積立休暇制度を使い給与・賞与は全額支給して対応した。

企業 3：ある社員が、かなり以前に脳卒中に罹患したが、今でも就労を継続している。本人の病状に周囲の理解も必要でしょうが、健常社員とのり合いの整合性の取り方が難しい部分もあると思う。

企業 4：社員に後遺症が無く、復職までの期間も比較的短い方だったので、対応は出来ましたが、今後、後遺症が残ってしまった場合はどのような対応が出来るのか不明だと考える。労災で且つ復職の見込みがたたない場合は、どのような対応が出来るのか不明です。

企業 5：現在 1 名が脳卒中で休職中である。症状固定の判断が難しいため、復職の判断が難しいように思われる。

企業 6：毎年の健康診断で、脂質異常者の平均年齢が低年齢化していると、産業医から指摘されました。職种的に深夜の食事をする社員が多く、それが理由だと思っています。本人達に注意を促し 2 次検査に行くように案内するのですが、「自分は

大丈夫」と思っている社員が多いのか、全く響いていません。本人達にどうしたら自覚を持ってもらえるのか、重要性を理解してもらうにはどうしたら良いのか悩み所です。

企業7：普段の健康管理が重要だと思います。組織としてケアしていける環境が出来あがると良いかと思っています。

企業8：相当以前になるが、営業管理職で単身赴任中のアパートにて発症し、対応が遅れたこともあり、片麻痺による運動機能の低下、言語障害、軽度の認知障害が残ってしまった。リハビリを行いながら軽度の事務作業として復帰したが、改善が見られず退職に至った。1名しか経験ないが、重度の場合は業務遂行能力の問題から復帰は厳しいと考える。

企業9：少子高齢化も進み、社員の家族を含め、課題

として取り組まなければならない問題ですが、中小企業としては、人の問題や職場環境等改善が必要です。働き方改革を推進する一方で、現実的に厳しいです。

企業10：メンタルヘルスの職場復帰支援の様に手引きや指針が出ると企業としては取り組みやすいと考えます。製造業は、仕事の内容が融通がきかず、デスクワークも限られているため、その方に合った業務に移行させてあげることが難しいケースがあります。通院や治療で休みを必要とするケースも多く、勤務日数の削減制度や期限を問わない短時間勤務制度などの導入が必要だと思います。

企業11：昔と違い、社会復帰できる病気なだけに、ご本人がどういう支援を望むのか（勤務時間と通院の兼ね合いなど）にできる限り応えたいと考えるが、一人一人の”ケースバイケース”になってしまうと対応するにも限界があるため、ある程度のメニュー化（パターン化）ができるのであれば、対応する総務側としてもイメージがわかりやすいと思います。

企業12：柔軟な働き方ができる環境整備と保健師・産業医等の専門家と主治医も含めた連携が不可欠だと思います。

企業13：優秀な人材流出を防ぐ福利厚生面として重大な課題であると認識している。国の支援も必要であると考えます。

企業14：両立支援は該当者本人のためには当然守ってあげたい権利かもしれませんが、その他大勢の健常社員の理解や会社としてどこまで支援できるかは、病気により個々のケースが想定され、一律の制度運用では難しい点が多いと思います。

企業15：4年半の Long term disability 保険を活用して頂くようにしている。1人の仕事量が多く、ゆとりが元々ない会社なので、両立するのは大変そうです。他国では多くの人が両立しています。

企業16：健康診断による早期発見、発症後は休職、時間有給取得等の制度、就業上の配慮や産業医への相談窓口設置による支援を行うことはできるが、後遺症等により著しく業務遂行能力が落ちる場合は、提供する業務がなく、両立支援にも限界がある。状態による実行可能な具体的ガイドラインが必要。

企業17：後遺症により何らかの障害が残った場合に、どの様な業務担当として復職して貰うかが課題の一つと考えます。

(10)大企業の脳卒中罹患社員の療養・復職後の再病休等に関するコホート研究

大企業の正社員 359 名が、新規で脳卒中により病休を認め、284 名が復職していた。284 名のうち、251 名が男性であり、下の表のような結果であった。

		全体数	平均年齢	病休日数の 平均値 (日)	再病休	退職	復職後の 勤務年数 の中央値 (年)
年齢							
	49歳以下	80	44.6	132.1	23	1	
	50歳以上	204	54.8	135.4	63	20	5.1
性別							
	男性	251	51.9	131.8	80	15	7.1
	女性	33	52.8	155.7	6	6	4.4
管理職の有無							
	管理職でない	264	52.1	137.5	82	20	7.0
	管理職	20	50.2	94.2	4	1	
脳卒中種別							
	脳梗塞	160	52.1	100.9	49	12	7.0
	脳内出血	75	52.2	199.3	24	8	5.1
	くも膜下出血	49	51.3	145.0	13	1	
病休日数							
	60日以下	124	52.3		40	6	
	60日から120日まで	69	51.1		21	2	9.8
	120日以上	91	52.2		25	13	5.3
	脳卒中全体	284	52	134.5	86	21	7.0

平均年齢は 52.0 歳で、療養日数の中央値は 134.5 日（約 4.5 か月）であった。復職日以降の勤務継続率（1 年後、5 年後）は、78.8%、59.0%であった。284 名のうち、男性 80 名（31.9%）、女性 6 名、脳卒中に罹患した社員の 80%が復職し、そのうちの 82%が再病休せずに働いていることが示された。社員数が 100 人未満の企業は、1000 人以上の企業に比べ、復職に際してフルタイム勤務が原則である割合が高いことが認められた。復職支援制度として短時間勤務制度は、現在導入している制度においても、今後導入可能性のある制度においても割合が高く、在宅勤務制度や退職者の再雇用制度の割合が低かった。正社員と非正規社員の間で、両立支援における制度の格差を認めた。脳卒中罹患後の社員の就労支援は、復職日から 1 年間で重要であることが示唆された。今後の課題として、心疾患、肝疾患、難病等罹患社員の就労支援に関する疫学研究も重要であると考えられる。

G. 研究発表

1. 論文発表

Motoki Endo, Yasuo Haruyama, Go Muto, Kazuhito Yokoyama, Noriko Kojimahara, Naohito Yamaguchi.
Employment sustainability after return to work among Japanese stroke survivors. International archives of occupational and environmental health (in press).

2. 学会発表

今後、学会発表を予定している。

名（18.2%）が再病休を認めていた。多変量解析の結果、50 歳以上の群が、49 歳以下の群と比較して、優位に、勤務継続が難しいことが示唆された（ハザード：2.26, 95%CI: 1.39-3.68）。再病休のほぼ半数が、復職日から 1 年間に集中していることから、脳卒中罹患後の社員の就労支援は、復職日から 1 年間で重要であることが示唆された。

結論

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

特になし

参考文献

1. Motoki Endo, Yasuo Haruyama, Go Muto, Tetsuya Mizoue, Noriko Kojimahara, Naohito Yamaguchi. Work sustainability among male cancer survivors after returning to work. *J Epidemiology* (in press)
2. Motoki Endo, Toshimi Sairenchi, Noriko Kojimahara, Yasuo Haruyama, Yasuto Sato, Naohito Yamaguchi. Sickness absence and return to work among Japanese stroke survivors: a 365-day cohort study. *BMJ Open*. 2016 Jan 4;6(1)
3. 遠藤源樹 「心筋梗塞罹患社員の就労支援」
産業ストレス研究 *Job Stress Research*25(3), 305-313
(2018)

中小企業における、がん社員の治療と就労の両立支援の現状に関する調査

研究分担者 森口 次郎 一般財団法人京都工場保健会 理事

大塚 創平 一般財団法人京都工場保健会 医師

研究要旨

2017年に「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が公表され、大企業における疾病の治療と仕事の両立支援への認識は高まりつつあると考えられる。しかし、必ずしも産業保健専門職がおらず、人員不足が懸念される中小企業における両立支援の実情は明らかではない。本研究ではがん社員の治療と仕事の両立支援に関する取り組み等について、中小企業を対象に無記名郵送調査を行った。回答を得られた従業員数200人未満の企業をがん社員なし、がん社員復職あり、がん社員復職無しに分類し、復職があった企業と無かった企業で、各項目の実施割合を比較した。その結果、中小企業でがん社員が復職していることとの関連が示唆されたのは、社内に両立支援に関する、1) 担当者・相談窓口が設置されていること、2) 人事制度を柔軟に運用できること、3) 教育・啓発をし、周囲の理解があることであった。

A.A. 研究目的

がん罹患者の約30%は勤労者世代であり、がん生存率の向上にともない、がんサバイバー労働者は増加すると考えられる。高齢化と生産年齢人口の減少が予想される日本においては、がんだけでなく、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、その他難病などをかかえる従業員への就労支援は、企業の人材の確保・定着にも役立つ。2017年には「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が公表され、大企業における反復・継続して治療が必要となる疾病の治療と仕事の両立支援への認識は高まりつつある。しかし、事業場数で9割以上を占める中小企業では、産業医など専任の産業保健専門職がいなかったり、人員不足などの理由から柔軟な勤務形態の導入が難しいといったことが予想される。本研究の目的は特に個別性が高く他の疾患にも応用できると考えられるがんについて、中小企業における治療と仕事の両立支援に関する風土・環境・制度などの実態を調査するものである。

A.B. 研究方法

対象

中小企業を対象に無記名郵送調査を行った。「社員の健康への配慮と社員ががんになった際の取り組みなどに関するアンケート」と題した調査票を平成29年12月より、石川県産業保健総合支援センター、東京商工会議所、全国健康保険協会千葉支部、京都工場保健会を通じて5,000の中小企業に配布した。

調査項目

業種、従業員数、非正規社員や女性の割合など企業の特徴に関するもの、産業医や産業保健看護職の選任状況、定期健康診断の受診状況、受診勧奨などの衛生管理一般に関するもの、がん検診のオプションの有無、食生活、運動、禁煙/受動喫煙、メンタルヘルス、睡眠、腰痛、肩こりに対する取り組みなど従業員の健康づくりに関する項目、健康情報の取り扱いに関する社内規定の運用、治療と仕事の両立支援策として給付制度の案内、治療を続けながら仕事を継続する際の相談窓口や休暇や休業の際に相談できる担当者、フレックスタイ

ムなどの柔軟な勤務形態や柔軟な人事制度、主治医や上司、人事との連携、職場の両立支援への理解の有無、両立が出来る職場づくりを進める上で課題と思われること、ソーシャルキャピタル評価項目などである。アンケートには返信用封筒を同封し、封筒にも事業場名を記入しないこととし、プライバシーに配慮した。アンケートに回答し返送したことをもって、本研究への参加に同意することとした。本研究は東京大学医学部附属病院の倫理委員会の承認を得て行った。

解析方法

解析対象は従業員数が200人未満の事業場とした。アンケートの回答を得られた事業場を、Q37の「がんのために療養となった社員がいますか。」とQ38の「設問37が「はい」の場合、対象の方は復職されましたか」の2問を元に、「がん社員なし」、「社員復職あり(復職しなかった者がいてもよい)」、「復職無し」に分類した。アンケートのQ5からQ40について復職ありと復職なしの事業場をカイ二乗検定かFisher's exact testで比較した。Q41については、各項目ごとにチェックがあるかないかについて、同様にカイ二乗検定かFisher's exact testで比較した。p<0.05の場合を統計的有意差ありとした。Q7-12のソーシャルキャピタルの合計点はKruskal-Wallis検定で比較した。Sensitivity analysisとして、Q39、Q40、Q41の自由記載欄への記述を元に、上記の分類を見直し、同様の解析を行った。

A.C. 研究結果

平成30年4月末までに、1268社から記入済みアンケートを回収した。このうち、社員50人未満が772社(61.03%)、社員50人以上200人未満が364社(28.77%)、200人以上が129社(10.21%) (欠損3社)であり、社員が200人未満は1136社(89.8%)であった。このうち、「がん社員なし」が694社(61.1%)、「社員復職あり」が337社(29.7%)、「復職無し」が69社(6.1%)であった(欠損36社)。復職ありと復職なしで統計的優位差があったのは、Q22「貴社では「禁煙・受動喫煙」に関する取り組みを行っていますか」(はいが

58.8% vs. 40.6%, p=0.005), Q34「職場は両立支援に理解がありますか」(はいが77.2% vs. 65.2%, p=0.018), Q40「がんの治療と就労の両立が実現できる職場づくりへの必要性について」(強く感じているが35.0% vs. 20.3%, p=0.049)であった。また、Q41の治療と就労の両立が実現できる職場づくりを進める上での課題と思われるものとしてチェックを付けた割合に統計的有意差があったものは「長時間働けない社員の社会保険料の事業主負担が大きい」(37.1% vs. 52.2%, p=0.02), 「周りの社員の理解不足」(12.5% vs. 24.6%, p=0.009)と、復職が無かった企業の方が事業主負担や周囲の理解について課題だと考えているところが多かった。統計学的な差がボーダーラインであった項目は、Q29「病気を理由に休暇や休業をとる際、社員が相談できる担当者がいますか」(はいが85.5% vs. 78.3%, p=0.093), Q30「病気になっても無理なく働けるよう、社員が相談できる窓口がありますか」(はいが73.0% vs. 62.3%, p=0.052), Q33「両立支援の際に、人事制度を柔軟に運用していますか」(はいが55.5% vs. 43.5%, p=0.055)であった。Q7-12のソーシャルキャピタルの合計点(±標準偏差)は復職ありが18.62(3.00)、復職無しが18.04(3.19)で、統計的有意差がなかった。Sensitivity analysisでは、22社について上記分類に変更があった(復職あり351社、復職無し64社)が、結果は上記と同様の傾向であり、Q28「治療を続けながら仕事を継続する社員の支援の方法について、社員に教育や啓発をおこなっていますか」(はいが37.3% vs. 26.6%, p=0.081)の差もボーダーラインであった。

A.D. 考察

中小企業を対象としたアンケート結果から、がんになった社員が復職することに関連することとして、両立支援に関する、1) 担当・相談窓口があること、2) 人事制度を柔軟に運用できること、3) 教育・啓発をし、周囲の理解があることの3つが示唆された。また、禁煙/受動喫煙に関する取り組みも、がん社員の復職の有無と関連していた。

がん社員が復職した企業では「病気を理由に休暇や休業をとる際、社員が相談できる担当者」がいる、「病気になっても無理なく働けるよう、社員が相談できる窓口」があると回答したものが、統計的差はボーダーラインであったものの、がん社員が復職しなかった企業よりも多かった。このことから、従業員が病気で仕事を休んだり、治療を行いながら働き続けようとした際に相談できる窓口や担当者が、がん社員が発生する前にあらかじめ決まっており、さらに社員に周知されていることで両立支援がよりスムーズに行われるのではないかと考えられた。

本調査ではフレックスタイムや時差出勤、短時間勤務などの柔軟な勤務形態の有無は、社員が復職した企業と復職しなかった企業で統計的有意差がみとめられなかったが、「両立支援の際に、人事制度を柔軟に運用」していると回答した割合が、社員が復職した企業の方が復職しなかった企業よりも高い傾向にあった。従業員数の少ない中小企業では柔軟な勤務形態に関する就業規則の有無そのものよりも、治療が必要となった社員が発生した際に、経営者や取締役会による承認などにより、人事制度を柔軟に運用して対応しているのではないかと考えられた。大企業では就業規則により勤務形態についての明確な規定がないことは、時に不公平感を生む可能性がある。中小企業においても、社員が治療を受けながら働き続けるような柔軟な就業形態に関する規定があることが望ましいが、現状では個々の事例に対して柔軟な対応を行っていると考えられた。さらに、がん社員が発生した際の柔軟な対応を可能にする前提として、次に述べる両立支援への理解があると考えられる。

社員が復職した企業では、復職しなかった企業と比べて「職場は両立支援に理解がある」の割合が有意に高く、「がんの治療と就労の両立が実現できる職場づくりへの必要性」を強く感じている割合も高かった。さらに「治療を続けながら仕事を継続する社員の支援の方法について、社員に教育や啓発」を行っている割合が高い傾向があった。逆にがん社員が復職しなかった企業では、治療と

就労の両立が実現できる職場づくりを進める上での課題として「周りの社員の理解不足」をあげている割合が有意に高かった。これらの結果から、中小企業におけるがんの治療と就労の両立支援においては、企業がその必要性を強く感じ、社員に教育や啓発を行い、周囲の理解が得られることが重要なのではないかと考えられた。特に従業員数の少ない小規模の企業においては、がんになっても働きつづけられる社内風土が、両立支援を可能とすると思われた。

両立支援と直接的には関係のない項目で社員の復職と関連があったものとして、禁煙・受動喫煙に関する取り組みがあった。他の健康に関する取り組みには有意差はなかったものの、企業が社員の健康に関する関心が高く、禁煙・受動喫煙対策を行っている企業は、両立支援も行いやすい風土や環境があると推測された。禁煙や受動喫煙対策はがんの予防にも直接関連することであり、企業の人材の確保・定着の観点からも重要度が高いと考えられた。

本研究の強みは、1000社を超える企業からアンケートの回答を得て、がん社員が復職した企業と復職しなかった企業を統計的に比較することが出来たことである。本研究からの知見は、中小企業への両立支援の普及・定着のための施策形成に役立つと考えられる。しかし、本研究は横断研究であるため、結果の因果関係は不明である。また、任意のアンケート調査であるため、アンケートに回答し返送した企業はそうでない企業よりも両立支援に対して関心が高い可能性があり、結果は全中小企業に一般化するには限界がある。

A.E. 結論

中小企業において、がんになった社員が復職し、働き続けられるためには、社内に両立支援に関する1) 担当・相談窓口があり、2) 人事制度を柔軟に運用でき、3) 教育・啓発をして、周囲の理解があることが重要であると考えられた。

G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

事業場の特徴による、治療と仕事の両立支援の取り組みの現状に関する研究

研究分担者 小山 善子 石川産業保健総合支援センター所長

研究要旨

2017年に「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が公表され、大企業における疾病の治療と仕事の両立支援への認識は高まりつつあると考えられる。しかし、必ずしも産業医等の産業保健専門職がない中小企業においては、両立支援の必要性が十分に認知されていない可能性があり、両立支援の普及・定着にはどのような特徴の中小企業をターゲットにする必要があるかを検討することは重要である。本研究ではがん社員の治療と仕事の両立支援に関する取り組み等について、中小企業を対象に無記名郵送調査を行い、治療と仕事の両立支援の取り組み状況が、事業場の特徴により異なっているかを検討した。対象は従業員数 300 人未満の企業 1182 社とした。治療と仕事の両立支援に関する取り組みは、従業員の平均年齢が 40 代以下、女性の割合が 50%以上の企業の方が行っていると回答した割合が高かった。中小企業における治療と仕事の両立支援の普及には、従業員の平均年齢が高く、女性の割合が高いところをターゲットにする必要が示唆された。

A. 研究目的

人口の高齢化や 65 歳定年義務化、がん患者の生存率の向上にともない、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、その他難病などの疾病を有する労働者は今後ますます増加すると考えられ、こうした労働者への就労支援は働き方改革の中でも重要である。2017年には「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が公表され、大企業における両立支援への認識は高まりつつある。しかし、特に事業場数で 9 割以上を占める中小企業においては、かならずしも産業医等の産業保健専門職がおらず、両立支援の必要性について十分に認知されていない可能性がある。中小企業へ上記ガイドライン等のツールを普及・定着させるために、特にどのような特徴の中小企業をターゲットにする必要があるかを知ることは重要である。本研究の目的は、治療と仕事の両立支援の取り組み状況が、事業場の特徴により異なっているかを検討することである。

B. 研究方法

対象

中小企業を対象に無記名郵送調査を行った。「社員の健康への配慮と社員ががんになった際の取り組みなどに関するアンケート」と題した調査票を平成 29 年 12 月より、石川県産業保健総合支援センター、東京商工会議所、全国健康保険協会千葉支部、京都工場保健会を通じて 5,000 の中小事業場に配布した。

調査項目

業種、従業員数、非正規社員や女性の割合など企業の特徴に関するもの、産業医や産業保健看護職の選任状況、定期健康診断の受診状況、受診勧奨などの衛生管理一般に関するもの、がん検診のオプションの有無、食生活、運動、禁煙/受動喫煙、メンタルヘルス、睡眠、腰痛、肩こりに対する取り組みなど従業員の健康づくりに関する項目、健康情報の取り扱いに関する社内規定の運用、治療と仕事の両立支援策として給付制度の案内、治療を続けながら仕事を継続する際の相談窓口や休

暇や休業の際に相談できる担当者、フレックスタイムなどの柔軟な勤務形態や柔軟な人事制度、主治医や上司、人事との連携、職場の両立支援への理解の有無、両立が出来る職場づくりを進める上で課題と思われること、ソーシャルキャピタル評価項目などである。アンケートには返信用封筒を同封し、封筒にも事業場名を記入しないこととし、プライバシーに配慮した。アンケートに回答し返送したことをもって、本研究への参加に同意することとした。本研究は東京大学医学部附属病院の倫理委員会の承認を得て行った。

解析方法

アンケートの回答を得られた中小企業のうち、従業員数が300人未満のものを対象とした。従業員の平均年齢(40代以下か50代以上か)、非正規社員の割合(50%以上か未満か)、女性社員の割合(50%以上か未満か)、業種などの事業場の特徴別に両立支援や健康への取り組みに関するアンケート項目への回答を集計し、カイ二乗検定で比較を行った。 $p < 0.05$ を統計的有意差ありとした。

C. 研究結果

平成30年4月末までに、1268社から記入済みアンケートを回収した。従業員数300人未満の企業1182社を今回の解析に含めた。

従業員の平均年齢

従業員の平均年齢が40代以下は861社、50代以上は296社であった。全体的に、平均年齢が40代以下の企業の方が、両立支援に関する項目について行っていると答えた割合が高かった。具体的には、健康診断受診率が90%以上(91.7% vs. 84.1%)、産業医や保健師等が日々の健康管理にかかわっている(25.5% vs. 18.3%)、病気を理由に休暇や休業を取る際、社員が相談できる担当者がいる(82.2% vs. 74.8%)、主治医や上司、人事などの連携が行われている(48.4% vs. 41.6%)、がんの治

療と就労の両立が実現できる職場づくりの必要性を感じている(87.7% vs. 80.5%)、社員の健康への取り組みとしてがん検診のオプションがある(37.8% vs. 28.8%)で、平均年齢が40代以下の事業場の方が「はい」の割合が統計的有意に高かった。例外は、健康診断の結果、再検査が必要である社員に、病院の受診を勧めているか(88.8% vs. 91.0%)、治療を続けながら仕事を継続する社員の支援の方法について、社員教育や啓発をおこなっているか(30.0% vs. 31.5%)で、平均年齢50代以上の企業の方が「はい」と回答した割合が高かったが、統計的有意差は無かった。

非正規社員の割合

非正規社員の割合が50%未満は799社、50%以上が281社であった。全体的に非正規社員が50%以上か未満かでの差は小さく、50%以上の方が行っている割合が高い項目とその逆の項目があった。統計的に有意差があったのは、健康診断受診率90%以上(91.2% vs. 86.2%)および、職場は両立支援の理解がある(73.7% vs. 67.2%)で、非正規社員が50%未満の方が有意に割合が高かった。

女性社員の割合

女性社員の割合が50%未満が635社、50%以上が476社であった。全体的に女性社員が50%以上の企業の方が、両立支援に関する項目を行っている割合が高かった。具体的には、産業医を選任(常勤、非常勤、嘱託を含む)している(25.0% vs. 35.7%)、産業看護職を選任(常勤、非常勤を含む)している(4.1% vs. 9.5%)、産業医や保健師等が日々の健康管理にかかわっている(19.8% vs. 28.8%)、病気を理由に休暇や休業を取る際、相談できる担当者がいる(78.3% vs. 83.4%)、治療を続けながら仕事を継続する社員を受け入れる仕組みを、就業規則などで定めているか(24.0% vs. 31.7%)、両立支援の際、勤務時間や勤務形態に対する柔軟な対応(フレックスタイムや時差出勤、

短時間勤務など)が可能である(63.7% vs. 71.2%), 両立支援の際に、人事制度を柔軟に運用している(48.4% vs. 55.1%), 主治医や上司、人事などの連携が行われている(43.5% vs. 51.8%), 社員の家族が、がんを患った場合、臨機応変に働き方を変更する取り組み(労働時間や給与体系も含む)を行っているか(39.6% vs. 46.8%), 禁煙/受動喫煙に関する取り組みを行っているか(51.1% vs. 57.2%)で、女性社員の割合が50%以上の企業の方が、行っていると回答した割合が統計的に有意に高かった。

業種別

アンケートに回答した中小企業の内訳は、建設業 n=133, 製造業 n=204, 電気・ガス・熱供給・水道業 n=12, 情報通信業 n=39, 運輸・郵便業 n=66, 卸売業, 小売業 n=148, 金融業, 保険業 n=18, 不動産業 n=43, 飲食業 n=14, 教育, 学習支援業 n=16, 医療・福祉 n=197, その他 n=271, 複数の業種を回答したもの(以下, 多業種)n=13であった。業種別の特徴としては、製造業, 情報通信業, 卸売業, 小売業, 医療・福祉では、平均年齢が40代以下の事業場が80%を超えていた。情報通信業では97.4%の事業場で非正規が50%未満であり、飲食業では83.3%の事業場で非正規が50%以上であった。医療・福祉では女性が50%以上の事業所の割合が93.7%で、他の業種より圧倒的に高かった。nが少ない業種があったため統計的検定が出来ない項目もあり、また上記の年齢や女性の割合を調整はしていないが、業種による違いが示唆された。医療・福祉では、産業医選任(55.3%), 産業医や保健師が日々の健康管理(48.0%), 主治医, 上司, 人事などの連携(64.7%)について行っている割合が高かった(この業種で有意に高いという意味ではなく、業種間に統計的有意な差があった。以下同様)。柔軟な勤務時間や勤務形態が可能であると答えた事業場の割合は飲食業で高く(85.7%), 電気・ガス・熱供給・水道業(45.5%)で低かった。両立支援の際に、人事制度を柔軟に運用している

割合は金融, 保険業で高かった(72.2%)。両立支援への理解があると答えた割合は情報通信業(82.1%)と医療・福祉(80.5%)で高く、電気・ガス・熱供給・水道業(33.3%)で低かった。食生活の改善*に関する取り組みは情報通信業, 運動*に関する取り組みは不動産業, メンタルヘルスに関する取り組みは医療・福祉, 睡眠*と腰痛に関する取り組みは運輸・郵便業で他の業種よりも行われている傾向にあった(*は業者間全体の統計学的有意差は検出されず)。

D. 考察

治療と仕事の両立支援や健康に関する取り組みは、全体的には平均年齢が40代以下および女性社員の割合が50%以上の中小企業で行っている割合が高い傾向にあった。人口の高齢化と定年年齢の引き上げにより、今後高齢従業員は増加することが見込まれる。従業員が高齢化するほど、がん, 脳卒中, 心疾患, 糖尿病などを抱える従業員もまた増加すると考えられ、企業の人材の確保・定着のためにも治療と仕事の両立支援が必要であると考えられる。しかし、今回の結果では、従業員の平均年齢が低い企業の方が、全体的に両立支援に関する取り組みを行っている割合が高かった。このことから、両立支援の意義や「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」などのツールの普及を、中小企業の中でも平均年齢の高いところをターゲットにして行っていく必要があることが示唆された。

女性社員の割合が50%以上のところの方が、50%未満のところと比べ、両立支援に関する取り組みが行われている割合が高かった。出産や育児を行う従業員が発生する確率は従業員ががんになる確率よりも、高いと考えられ、女性社員の割合が高い企業では、すでに仕事と家庭や育児などの両立支援のしぐみがあると推測される。今回のアンケート結果から、仕事と家庭や育児の両立支援が行われている中小企業では、治療と仕事の両立

支援にも応用できているのではないかと考えられ、両立支援の普及を、女性社員の割合が低い企業をターゲットにする必要があると考えられた。

今回、業種ごとの解析も試みたが、事業所内に医師や看護職等の専門職がいる医療・福祉で、産業医の選任、産業医や保健師が日々の健康管理に関わっている、主治医、上司、人事などの連携が行われている割合は高い傾向があったのは予想通りであった。しかし、アンケートに回答した中小企業が少なかった業種や、複数の業種を回答している企業もあり、限界があった。両立支援の普及に特に重点をおくべき業種があるかは、今後の検討が必要である。

E. 結論

中小企業における治療と仕事の両立支援の普及には、従業員の平均年齢が高く、女性の割合が高いところをターゲットにする必要が示唆された。

G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

医療機関や産保センターの連携に関する質的研究

研究分担者 高橋美保 東京大学大学院教育学研究科教授

研究要旨：

本研究は、患者（就労者）が医療と職場の両方からの支援を、必要なタイミングで、より負担ない形で得るために必要な連携支援のあり方について、様々な立場の関係者によるグループフォーカスインタビューによって明らかにするものである。

A. 研究目的

がんは死因の第1位であり、がん罹患者の3人に一人は就労世代である。しかし、がん診断後、治療開始までに患者の3割が離職しているという現状がある。政府主導により社会制度的支援や医療機関での窓口設置など、様々な施策が打たれているが、治療と就労の多面的な支援が必要であり、治療の段階で必要な支援も異なるため、複数の援助者がどのタイミングで、どのような連携を取ればより有効な援助ができるかについては十分な検討されていない。

そこで、本研究はがんの治療と就労の両立支援のために有効な連携モデルを検討するために、現状の問題点を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

【対象】 10名の専門職（社会保険労務士3名、中小企業事業主1名、労災病院MSW（両立支援コーディネーター）、東大・リハ部OT/PT、NS、産保センター所長（医師））

【時間】 9月8日（金）14:00-17:00

【場所】 東京大学教育学部棟2階第1会議室

【調査】 フォーカスグループインタビュー

【予備調査】 参加者の社労士1名、OT1名に

予備インタビューを実施（1～1.5時間）

【本調査事前手続き】 事前に以下を送付

- ① 研究主任者からのメッセージ
- ② 参加者のプロフィールを収集・共有
- ③ インタビューガイド・両立支援基礎情報送付

【倫理面への配慮】

人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に基づき、東京大学ライフサイエンス研究倫理支援室にて倫理審査を受けている。

C. 研究結果

文字起こしをしてそれを読み込み、重要ラベルの作成、分類をしてカテゴリを作成した。分析の結果、7つのカテゴリ、22のサブカテゴリ、220の重要アイテムが生成された。なお、治療や就労の状況に応じて、がん診断直後後の「Ⅰ. 初期治療」、手術・退院・復職を経て「Ⅱ. 復職を考える」、病気が寛解して再発・病勢増悪する「Ⅲ. 復職後の日々」の3つの時期が見出された。

問題として、3期にわたって、以下の5つの問題点が抽出された。

「Ⅰ. 初期治療」の段階：＜問題①病院内（両立支援）システムが整備されていない＞
＜問題②企業内（両立支援）システムが機能

していない><問題③医療－企業間の連携不足>「Ⅱ. 復職を考える」の段階:<問題④院内連携の不足>,<問題⑤産保センターの機能不全>,<問題⑥ハブ機能を持つ機関の「不在」と「乱立」>、「Ⅲ. 復職後の日々」に<問題⑦長期的な支援の難しさ>が見い出された。

D. 考察

治療と就労の両立支援は、医療側と職場側に分断されて行われており、その各々において十分な対応がなされていないことが示唆された。また、それによって、結果的に患者（就労者）自身が両立のための情報を収集しなければならない状況にあることが示された。

さらに、現状では、がん相談支援センターや産保センターなど、医療側と職場側の窓口となるべき機関が存在はしているものの、いずれも十分に機能しておらず、場所によってはハブ機能が不在であったり、あるいは存在していたとしても混乱があることが示唆された。

さらに、がん告知や復職時だけでなく、中長期的な支援が必要とされていることが示されたが、「初期治療」「復職を考える」時期に十分な支援が確立していないため、その後「復職後の日々」の長期的な支援まで行き届いていない現状があることが示唆された。

E. 結論

両立支援は、患者（就労者）が治療ルートの中で無理なくつながることができる入り口を設けること、さらに、中長期的な支援のためには、様々な専門家から必要なタイミングで支援が受けられるような連携が必要である。

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

労災疾病臨床研究事業費補助金

平成 30 年度研究報告書

治療と就労の両立支援を実現させるための運動・身体活動プログラムの開発

研究分担者 野村卓生

関西福祉科学大学 保健医療学部 リハビリテーション学科

研究要旨

本研究では治療と就労の両立支援を実現させるための運動・身体活動プログラムの開発を最終目的とし、昨年度(研究初年度目)については、医学中央雑誌 web を用いて国内の学術論文から過去 10 年間の情報を収集した。本年度(研究二年度目)については昨年度の研究成果をふまえて、職場での運動・身体活動を促進させるコンセプトを立案し、職場における具体的な運動・身体活動プログラム案を試作することを目的とした。コンセプトの立案およびプログラムの開発にあたっては、運動療法が専門でない者への情報提供を考慮し、現場の健康管理を担当する者および患者本人に対して、職場環境や働き方に応じて受け入れられやすく、分かりやすい運動・身体活動プログラムを提示することを念頭においた。今回は、乳がんをもつ勤労者を想定して、職場における運動・身体活動の導入コンセプトならびにそのプログラムの案を作成した。研究最終年度となる次年度(研究三年度)には、本年度作成したコンセプト・プログラムを現場で検証し、改良を行う計画である。

A. 研究目的

本研究では治療と就労の両立支援を実現させるための運動・身体活動プログラムの開発を最終目的としている。昨年度(研究初年度)には医学中央雑誌 Web を用いて国内の文献情報を整理した。結果、治療と就労の両立支援を目的とする職場における実践報告は皆無であった。脳卒中、糖尿病、がんおよびメンタルヘルスに対する運動・身体活動のエビデンスは集積され、診療ガイドラインも発表されていることから¹⁻⁴⁾、これらの情報を活用して、運動・

身体活動プログラムを開発することとした。

一方、治療として運動療法が必要な糖尿病患者でさえ、運動療法の継続は困難であり、糖尿病外来に通院中の糖尿病患者 4,127 名を対象とした日本糖尿病学会の調査では、運動療法の実施率は 52%であった⁵⁾。我々が糖尿病治療としての運動療法が適応となる 2 型糖尿病 1,442 名を対象に行った調査においては、各年代・性別で異なるが、定期的な運動習慣を持つ割合は 10~40%であった⁶⁾。

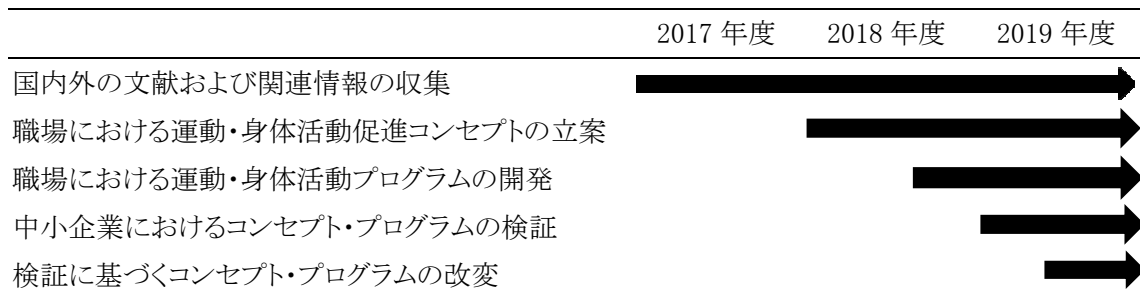


図1. 治療と就労の両立支援を実現させるための運動・身体活動プログラム開発を目的とした研究計画(2018年度版)

人は、例えばエスカレータと階段のどちらかの利用の選択を迫られた際、過去の経験に基づき(階段を使うと”辛い(しんどい)”, エスカレータを使うと”楽(らく)”), 無意識下に近い選択でエスカレータを選択する。我々は過去の研究において、このような無意識下に近い身体活動を健康標語が示されたポスターなど(以下、「メッセージバナー」という)の掲示により、エスカレータを使用する行動から階段を使用する行動へ変容させることが可能なことを証明した^{7,8)}。さらに、県庁対象とした1年間半を超える調査により、メッセージバナー(健康標語が挿入された目につく箇所に設置できるポスターなど)を活用し、県庁全体の取り組み意識を持ち、部署の管理者等が積極的に啓発することによって、職員の階段を使用する行動が長期に維持されることを証明した⁹⁾。

これらの事実をまとめると、職場における運動・身体活動を促進させるためには、対象に運動・身体活動の指導を行うだけでは、望ましい行動へ変容させ、それを維持させるのが難しいということである。職場で運動・身体活動を促進させるためには、職場全体で意識を共有し、効果的なツールを用いて、環境整備や上司の啓発を加えて、運動・身体活動を促進させる必要がある。

B. 研究方法

研究二年度目となる本年度においては、①職場での運動・身体活動を促進させるコンセプトを立案し、②職場における具体的な運動・身体活動プログラム案を試作することとした(図1)。尚、①および②の作業を行うにあたって、特異的な疾患のプログラムを開発することを最終目的とはしていないが、研究の実現性の面をふまえて、本研究では乳がんをもつ勤労者を想定することとした。

① 職場での運動・身体活動を促進させるコンセプトの立案

職場における運動・身体活動を促進させるコンセプトの立案にあたっては、治療と就労の両立支援が必要な勤労者が如何に職場で運動・身体活動を促進させやすい環境づくりが行えるかを念頭に置き、職場の管理者に説明可能な資料としても活用できるように作成することとした。

② 職場における具体的な運動・身体活動プログラム案の試作

がんのリハビリテーションガイドライン等^{1,2)}を参考にして、デスク周辺で実施可能な上下肢

および全身運動プログラムを目につく箇所に設置可能なカレンダー形式で作成することとした。また、職場における体操方法の先行報告¹⁰⁾を参考に肩こりや腰痛予防にも効果的なプログラムになるように考慮した。

C. 研究結果

① 職場での運動・身体活動を促進させるコンセプトの立案

コンセプトは、職場の管理者に説明できるようにA4版で作成した(結果 1-1 から 1-3)。

② 職場における具体的な運動・身体活動プログラム案の試作

プログラムは、安全性に配慮するために、乳がんをもつ勤労者用と一般勤労者用の2種類を作成した(結果 2-1 から 2-2)。

D. 考察

研究二年度目においては、我々の過去の研究をふまえて、職場での運動・身体活動を促進させるコンセプトを立案、職場における具体的な運動・身体活動プログラム案を試作した。

我々が作成したコンセプトとプログラム案については、実際の職場の現状等との乖離が予想される。疾患を有する勤労者に対しては、それぞれが抱える身体的・精神的な問題に配慮し、個別性を重視することが重要である。乳がん術後患者の就労に影響する要因には、化学療法、放射線治療、年齢、仕事の種類、手術方法などがあげられる。特に化学療法は倦怠感、吐き気、嘔気など副作用が生じやすいので、それらの影響がある。我々が提案するコンセプトとプログラムが如何に勤労者の個別性に配慮できるかが本研究の重要課題である。ま

た、運動を続けていく際に生じる諸種の問題点に対して、電話やメールを活用した医療者によるフォローアップ体制を確立することが必要と考える^{11,12)}。

次年度(研究最終年度)においては、乳がんをもつ勤労者を雇用する実際の職場において、職場の管理者ならびに勤労者に対して、我々のコンセプト・プログラムを評価いただき、その評価結果をもとに改変して、コンセプト・プログラムを成熟させる計画である。

E. 結論

- 本研究では、乳がんをもつ勤労者を想定して研究を行った。
- 職場における運動・身体活動が促進されるためのコンセプトを立案した。
- 職場における具体的な運動・身体活動プログラム案を作成した。
- コンセプトならびにプログラムに関しては、次年度(研究最終年度)に現場で実証評価を行い、成熟させる計画である。

研究発表

学会発表

1. 田村明日花, 中島貴子, 西村愛奈, 森耕平, 野村卓生, 浅田史成: 腰椎の複合運動とハムストリングスのストレッチは短時間でも腰痛を軽減する. 第 66 回日本職業・災害医学会学術大会. 2018年10月20日, 和歌山市

論文発表

1. 西村愛奈, 浅田史成, 田村明日花, 中島貴子, 森耕平, 野村卓生: 短時間の単純な複合運動による非特異的腰痛軽減への即時的効果 製造業の男性従業員を対象とした予備的検討. 保健医療学雑誌, 印

刷中.

知的財産権の出願・登録状況

なし

謝辞

職場における運動・身体活動促進のコンセプトならびにそのプログラムの開発には関西労災病院治療就労両立支援センター・主任理学療法士の高野賢一郎氏, 大阪労災病院治療就労両立支援センター・主任理学療法士の浅田史氏の協力を得た. 研究計画の設計ならびに資料収集には, 東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター運動器疼痛メディカルリサーチ&マネジメント講座・特任研究員の川又華代氏の協力を得た. 本研究を行うにあたって情報提供を四国がんセンターリハビリテーション科・理学療法士の明崎禎輝氏から受けた.

引用文献

- 1) リハビリテーション医学会・編: がんのリハビリテーションガイドライン, 金原出版, 2013
- 2) 日本がんリハビリテーション研究会・編: がんのリハビリテーションベストプラクティス, 金原出版, 2015
- 3) 永松俊哉・編: 運動とメンタルヘルス 心の健康に運動はどう関わるか. 杏林書院, 2012
- 4) 江口泰正・編著, 中田由夫・編著: 職場における身体活動・運動指導の進め方. 大修館書店, 2018
- 5) 佐藤祐造, 他: わが国における糖尿病運動療法の実施状況(第 2 報)患者側への質問紙全国調査成績. 糖尿病 58(11): 850-859, 2015
- 6) Nomura T, et al: Diabetic polyneuropathy is a risk factor for decline of lower extremity strength in patients with type 2 diabetes. J Diabetes Investig 9(1): 186-192, 2018
- 7) 野村卓生, 他: 日常的な身体活動の誘発. 日本衛生学雑誌. 61(1): 38-43, 2006
- 8) Nomura T, et al: Changing behavioral patterns to promote physical activity with motivational signs. Environ Health Prev Med 14(1): 20-25, 2009
- 9) Nomura T, et al: Maintenance of the rate of stair use over a long-term period using a stair climbing campaign. J Occup Health 56(6): 511-518, 2014.
- 10) 高野賢一郎: 【連載】理学療法士直伝! 予防&業務能率アップ 見てすぐできる職場の 30 秒体操. 産業保健と看護. 腰痛予防体操(1); 腰痛予防体操(2); 腰痛改善体操; 姿勢改善体操; 肩こり予防体操(1); 体幹トレーニング: プランク; 外反母趾の予防; 脚のむくみ・捻挫・転倒予防; O 脚の予防; 尿漏れ予防・改善; 股関節のストレッチ; 表情筋トレーニング 9(1)-10(6), 2017-2018
- 11) 高野賢一郎, 他: いつでもどこでもフィジカルコンサルティング. 日本職業・災害医学会会誌 64(2): 101-106, 2016
- 12) Nomura T, et al: The Current State along with Outstanding Issues Related to Email-Based Guidance by Physical Therapists Aiming to Prevent Low Back Pain among Workers. JJOMT 64 (2): 113-118, 2016

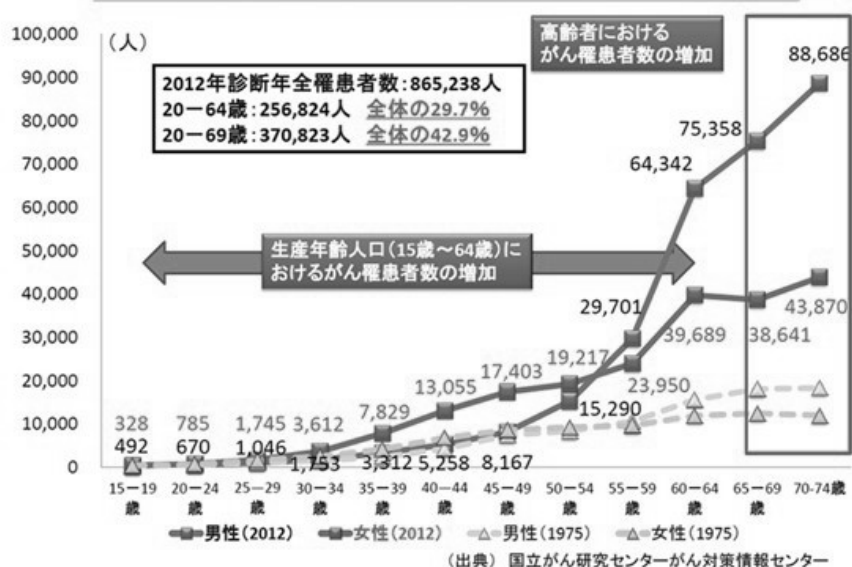
結果1-1. 職場における運動・身体活動促進コンセプト①(2018年度案)

がん患者の治療と就労の両立支援対策に関して ～がんと闘いながら働く社員のためにできること～

本邦では、がんと診断される方が1年間に100万人程度存在すると報告されています(国立がん研究センター2018年予測)。また、生産年齢(20～64歳)でがんと診断される数が増加しており、2012年の国立がん研究センターの調査では、全体(87万人)の約3割(26万人)が生産年齢の人達でした。また、厚生労働省の2010年の調査で、がん治療のための通院をしながら働いている人は、32.5万人と報告されています。

性別・年齢別がん罹患者数

がん患者の約3人に1人は就労可能年齢で罹患



この調査から、がんはいつ発症してもおかしくない状況と言えます。また、がん患者の生存率も向上していることから、働きながら治療をするという考えが普通になってきました。がんや生活習慣病になっても会社で働くことが可能なら、これらの病気と闘う力にもなり得ます。

健康経営の面においても、疾病、傷害に関わらず、社員が仕事に誇りとやりがいをもって安心して働ける環境や風土であれば生産性が向上することでしょう。

治療と仕事の両立において困難なこと

治療と仕事の両立を行う上で困難なことを、東京都福祉保健局の調査「がん患者の就労等に関する実態調査」(平成26年5月)を紹介します。

- ①経済的な問題(治療費や収入減少。)
- ②働き方の問題(体調や治療状況、障害に応じた柔軟な勤務・内容の調整・休暇・休業ができない。人事評価が下がる。)
- ③相談先の問題(相談相手がいない。通勤困難。治療と就労の両立について誰に相談すればよいかわからない。)
- ④職場の理解・風土に関する問題(病気や治療のことを言いづらい雰囲気、治療をしながら仕事をするということについて職場の理解が無い・乏しい)

心身の状況に関すること

がんの種類や進行度によって、症状は様々です。主ながん治療として、手術、放射線治療、化学療法があります。就労時に問題となるのは、手術による創痛、放射線治療による皮膚障害や倦怠感、化学療法による脱毛、皮膚障害、手足のしびれです。がんの症状に加えて、治療に伴う身体的な問題が就労継続の不安や自信を低下させるなど心理的問題も生じさせます。

情報・理解に関すること

がんの進行、治療スケジュール、あるいは治療に伴う症状が仕事にどのような影響を及ぼすのか予想できないことが多い現状です。また病状を踏まえた就労に関する相談先がわかりにくいいため、勤務先への病状の伝え方がわからず、仕事を辞めてしまう場合もあります。

医療に関すること

医療機関によっては就労に関する相談体制が整っていない場合があります。また診療時間が平日昼間に限られていたり、入院連絡が予想できないなど、治療を最優先するため就労が犠牲にされてしまう状況があります。

企業に関すること

上司・同僚及び人事担当者におけるがんとその治療に関する知識や理解不足により、がん治療が入院から外来での診療に変わりつつある状況であっても、完治するまで休むよう指示されることがあります。勤労世代のがんには女性の患者(主に乳がんなど)も多いのですが、上司が男性だと体調の変化を話しにくいことがあります。病名が伝えやすく、治療のための休暇を取得しやすい労働環境や企業風土形成が十分でないこともあります。治療のために必要な休暇制度や勤務制度など柔軟な雇用管理の取り組みが不十分な企業もあります。

社会経済的なこと

就労形態の変化に伴い収入が低下すること、社会保険料の負担など経済的な問題があります。健康保険法の傷病手当金は、最長1年半継続して支給を受けられますが、時間単位などに分割できず、現在の治療形態に対応していません。また企業規模によっては経営に大きな影響を及ぼすこともあります。

治療と就労の両立のためには様々なことを
想定して支援する必要があります。

治療と就労の両立支援対策としてのプチ運動コンセプト

受け入れる

生産年齢(15~64歳)のがん発症は、新規がん発症の3分の1ということから、自分の職場にがん患者がいても不思議ではありません。いつか自分もがんを発症するかもしれないということを認識しましょう。がんになってもこの職場なら働き続けられると思える職場に変えましょう。企業風土としてがん患者を受け入れられる体制づくりのためにも、がん患者だけではなく社員全員で短時間の運動を共有しましょう。運動をしているがん患者を身近で認識することで、「このくらいの仕事なら任せられる」、「体調悪そうだから、今日はサポートしよう」という意識づけにもなります。

受け入れられる

がんであっても、働くための身体能力維持・改善のために運動を取り入れてみましょう。この程度の運動くらいはできる、もしくはこの程度しかできないということを職場の皆様知ってもらいましょう。自分の体調次第で、運動種目を変え、自己アピールのツールとして使ってください。

予防する

がんの治療である手術、放射線治療、化学療法は倦怠感や体力低下をきたしやすいと言えます。治療のための体力づくりとして運動習慣の一つとして、プチ運動を実施しましょう。がんの発症により、不安が生じたり、メンタル面の低下が予想されますが、運動は不安の軽減、うつ病の予防などに有効です。さらに、がん性の疼痛や化学療法のしびれなどの軽減にも運動が効果的です。運動で心と身体を強くして、がんと闘える心身を作りましょう。また肥満はがんの予備群と言われ、様々な炎症を来し、がんだけでなく生活習慣病(高血圧、脂質異常症、糖尿病など)の発症リスクを高めます。運動は、肥満の予防改善にも有効です。

結束する

職場全体で、運動時間を共有することで仲間意識が高まります。また、短時間の運動による充実感と気分転換に繋がるため、生産性の向上に寄与します。

短時間の運動により、
がん患者の体力を知り、支援する心を養い、
職場全体のサポート力を向上させ、
企業全体として、治療と就労の両立支援に取り組みましょう。
企業として、社員の心身の健康維持・向上のためにできること
として、積極的に運動を取り入れましょう。

今月の運動

二の腕の運動 足踏み

その場で足踏
みをします。

肘をしっかり
とまげ、振る
ことを意識し
てください。

60秒間行いま
す。



足を肩幅に開
きます。

肘をしっかり
伸ばし、後ろ
に引き上げ、
3秒間だけ強
く後ろに伸ば



毎月、運動プログラムが変更されるように12枚の
カレンダー付運動ポスターを作製している。
今後、全身体操を追加予定である。

2019年10月

日	月	火	水	木	金	土
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
	体言の日					
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

今月の運動

二の腕の運動 足踏み

その場で足踏
みをします。

肘をしっかり
とまげ、振る
ことを意識し
てください。

60秒間行いま
す。



足を肩幅に開
きます。

肘をしっかり
伸ばし、後ろ
に引き上げ、
3秒間だけ強
く後ろに伸ば
します。

これを、10回
行います。



2019年10月

日	月	火	水	木	金	土
		1	2	3	4	5
6						2
13	14	15	16	17	18	19
20	21 体育の日	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

乳がんをもつ勤労者用のポスターには
運動強度に配慮できるように自覚的
運動強度の目安を挿入している

自覚的運動強度
(borg スケール)
11~13を目安に
運動してください

6	
7	非常に楽である
8	
9	かなり楽である
10	
11	楽である
12	
13	ややきつい
14	
15	きつい
16	
17	かなりきつい
18	
19	非常にきつい
20	

労災疾病臨床研究事業費補助金

平成 30 年度分担研究報告書

中小企業における治療と就労の両立支援活動評価指標案の作成に関する研究

研究分担者 岡敬之

東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター

研究要旨

2017 年に「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が公表され、大企業における治療と仕事の両立支援への認識は高まりつつあると考えられる。しかし、中小企業においては、産業保健専門職がいなかったり、人員不足などの理由から、治療と仕事の両立支援は十分であるとは言えない。本研究では中小企業を対象としたアンケートの結果や専門家の意見をもとに、中小企業が自社の状況をチェックすることが出来る、両立支援活動評価指標案を作成した。これは、職場における両立支援への理解、連携、休職と職場復帰支援、柔軟な働き方のしくみ、相談窓口の設置、従業員の健康づくり、個人情報取り扱い、両立支援の実績の 8 つのカテゴリに属する 32 項目で構成されている。

A. 研究目的

急速な高齢化や 65 歳定年制の義務化、勤労者が約 30%を占めるがん患者の生存率の向上にともない、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、その他難病などを有する従業員は今後ますます増加すると考えられる。反復・継続した治療に必要な従業員への就労支援は、生産年齢人口の減少している日本においては特に重要である。2017 年には「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が公表され、大企業における両立支援への認識は高まりつつある。しかし、事業場数で 9 割以上を占める中小企業においては、産業保健専門職がいなかったり、人員不足などの理由から、がんをはじめとした反復・継続した治療が必要な従業員に対する、治療と仕事の両立支援は十分であるとは言えない。本研究の目的は治療と仕事の両立支援のためにはどのような環境整

備や支援が必要であるかを示し、中小企業が自社の状況をチェックすることが出来る、両立支援活動評価指標案（以下、評価指標案）を作成し、両立支援の普及・定着を目指すものである。本年度はまず、個別性が高く、他の疾患にも応用が可能と考えられるがんを主な対象とした評価指標案を作成した。

B. 研究方法

中小企業に対するアンケート調査

まず、中小企業を対象に無記名郵送調査（「社員の健康への配慮と社員ががんになった際の取り組みなどに関するアンケート」）を行った。調査項目は業種、従業員数、非正規社員や女性の割合など企業の特徴に関すること、産業医や産業保健看護職の選任状況、定期健康診断の受診状況などの衛生管理一般に関すること、治療と仕事の両立支援

策として給付制度の案内、相談窓口や担当者の設置、フレックスタイムなどの柔軟な勤務形態や就業規則の有無、主治医や上司、人事との連携が行われているか、両立支援への理解、両立が出来る職場づくりを進める上で課題と思われること、禁煙/受動喫煙、食生活、睡眠や運動など、健康に関する取り組みをおこなっているかなどである。平成29年12月より、石川県産業保健総合支援センター、東京商工会議所、全国健康保険協会千葉支部、京都工場保健会を通じて、5,000の中小企業に配布した。アンケートの回答を得られた企業を、Q37の「がんのために療養となった社員がいますか。」とQ38の「設問37が「はい」の場合、対象の方は復職されましたか」の2問を元に、「がん社員なし」、「社員復職あり(復職しなかった者がいてもよい)」、「復職無し」に分類した。アンケートのQ5からQ40について復職ありと復職なしの企業をカイ二乗検定かFisher's exact testで比較し、がんの社員が復職することに関連する社内風土・環境・就業規則等の項目を検討した。p<0.05の場合を統計的有意差ありとした。

評価指標案草案の作成

アンケートの設問項目および自由記載、既存のがん両立支援に関するチェックリスト、書籍などを参考に、活動評価指標に含める必要があると考えられる項目を抽出し、カテゴリーに分類した。アンケートに含まれた項目のうち、がん従業員の復職の有無により5%危険水準で統計的有意差があったもの(p<0.05)と差がボーダーラインだったもの(p<0.10)を、特に重要であると考え、チェックした。また、専門家(神奈川県労働局 高山博光氏、京都工場保健会 産業医の森口次郎氏)からコメントを得て評価指標案草案を作成した。この評価指標案を将来、両立支援活動に関して優良な中小企業を認定するような制度の基準としても活用する可能性も念頭に置いた。

評価指標案の修正

平成30年7月3日に東京大学医学部附属病院会議室にて班会議を行った。さらに班会議後に高山氏、森口氏、社会保険労務士の吉川和子氏、キャ

リアコンサルタントの砂川未夏氏、順天堂大学衛生学講座の武藤剛氏、優良「がん対策推進企業アクション推進パートナー企業」である松下産業の松下和正氏、同ヒューマンリソースセンター課長の齋藤朋子氏から意見をうかがった。これら専門家からの意見をもとに活動評価指標案の修正を行った。さらに平成30年11月28日に専門家によるパネル会議をワテラスコモンモール(御茶ノ水)で行い、そこで得られた専門家からの意見を参考に評価指標案のさらなる修正を行った。

C. 研究結果

アンケート結果

平成30年4月末までに、1268社から記入済みアンケートを回収した。社員数が200人未満の1136社(89.8%)を解析対象とした。このうち「がん社員なし」が694社(61.1%)、「社員復職あり」が337社(29.7%)、「復職無し」が69社(6.1%)であった(欠損36社)。復職ありと復職なしで統計的優位差があったのは、Q22「貴社では「禁煙・受動喫煙」に関する取り組みを行っていますか」、Q34「職場は両立支援に理解がありますか」、Q40「がんの治療と就労の両立が実現できる職場づくりへについて必要性を強く感じている」であった。また、Q41の治療と就労の両立が実現できる職場づくりを進める上での課題と思われるものとしてチェックされた割合に統計的有意差があったものは「長時間働けない社員の社会保険料の事業主負担が大きい」、「周りの社員の理解不足」であった。統計学的な差がボーダーラインであった項目は、Q29「病気を理由に休暇や休業をとる際、社員が相談できる担当者がいますか」、Q30「病気になっても無理なく働けるよう、社員が相談できる窓口がありますか」、Q33「両立支援の際に、人事制度を柔軟に運用していますか」であった。アンケートの自由記載を元に復職の有無について再分類すると、Q28「治療を続けながら仕事を継続する社員の支援の方法について、社員に教育や啓発をおこなっていますか」の差がボーダーラインであっ

た。以上のアンケート結果から、中小企業における両立支援に重要な項目としては、1) 担当・相談窓口があること、2) 人事制度を柔軟に運用できること、3) 教育・啓発をし、周囲の理解があることの3つ、および禁煙・受動喫煙対策があると考えられた。

評価指標案草案の作成

上記アンケート結果および、東京都「がん患者の治療と仕事の両立への優良な取組を行う企業表彰」

(<http://www.metro.tokyo.jp/tosei/hodohappyo/press/2017/10/05/09.html>), 国立がん研究センター「がん治療と就労の両立支援度チェックと改善ヒント」

(<https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/heck/index.html>), 埼玉県「がん治療と仕事の両立支援のポイント」

(<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0705/gantaisaku/gantiryoutosigotonoryouritusien.html>), 近藤・藤田・石田「がん治療と就労の両立支援」(日本法令)を参考に、評価指標案の草案を作成した。規模が小さい事業場では産業医がいない、人員の問題から柔軟な勤務制度や就業規則の設置が難しいのではないかと、という理由から、満たすべき項目を従業員数で分ける(<10人, 10-49人, 50人以上)方針とした。

評価指標案の修正

班会議で出た主な意見としては、「本人や主治医および人事担当・上司との連携に関するしくみがある」に「産業医等の産業保健スタッフ」といった用語を加えた方が良いのではないかと、「要配慮事項を検討、判断するための仕組みがある」といった項目は必要であるか、「合理的配慮」というキーワードを加えたらどうか、「人事評価制度」に関する項目を入れる必要があるか、がんになった人はキャリアを気にして病気を職場に伝えないこともあり、「人事評価制度」を入れるのは難しい、短時間勤務制度、在宅勤務制度、時差出勤制度、フレックス勤務等の勤務制度を「勤務形態」としてコンパクトにまとめた方がよい、人事制度としてい

た2項目は「就業措置」の方が分かりやすい、評価指標の項目を、両立支援の時間軸をもとに①離職防止、②療養中、③復職後という様に構成した方がよい、指標案はコンパクトにして、ガイドかマニュアルを作成し、時間軸で整理してはどうか、離職防止のために具体的に何をやっているかということをもっと具体的に示した方がよい、「がん」になっても退職せずに、治療しながら無理なく働けることを提示している、は風土に入れてはどうか、制度については休職している期間の制度、復職した時の制度と周囲へのサポートという分け方にしてはどうか、「両立支援プラン」という用語を入れる、<10人, 10-49人, 50人という企業の分類および規模による重みづけは妥当である、理念として「健康」や「幸せ」よりも「生きがい」の方がパフォーマンスとの関連や健康な社員が多いというエビデンスがあるので「生きがい」と解釈できる社是といったものが良いのではないかと、「社員に教育や啓発を行っていますか」に関して、研修は難しいので情報提供の方がよい、などがあつた。

班会議後、さらに専門家からの意見を聴取した。がんキャリアの砂川未夏氏からは、両立支援への理解と従業員の健康づくりが特に重要であること、部署内の体制として上司が日頃から個人の状況を把握しているとフォローがしやすいこと、休職制度以外にも会社に負担がかからずがん社員が会社に所属していると感じられるようなカムバック制度なども有用であるといった意見を頂いた。さらに松下氏より、規模の小さい会社では、フレックスタイムや時差出勤などの柔軟な勤務形態については就業規則では定めていなくても、社長や取締役会での承認により柔軟に対応している場合もあり、そういったことも考慮してはどうか、武藤氏より、例えば柔軟な勤務形態に関して就業規則があれば2点、柔軟な対応ができる、やろうと思っているのは1点というように点数に差をつけたいのではないか、という意見を頂戴した。また高山氏や吉川氏からの意見を元に、評価項目中の制度のカテゴリについては、療養期における

支援、職場復帰への支援、治療をとまなう復職期支援、職場への支援(配慮)と構成することにした。

パネル会議には治療と仕事の両立支援の専門家であるパネリスト21人、オブザーバー30人、班研究者9人が出席した。会議中に挙がった意見としては、認証制度の運営をどこが行うのか予定があるのか、点数よる重みづけが従業員数によって分けられているが、企業単位か事業所単位なのか、「きちんと治療しながら、無理なく働ける」がどうしたことなのか曖昧である、具体的には「通院時間の確保ができること」ではないか、「生がいを感じながら働ける会社を目指す」はポジティブで良い、「社是や経営理念等で伝えている」は経営者が「宣言している」がよいのではないか、休職制度などについては正規社員を対象と考えているのか、就業規則がある企業では柔軟な対応は難しい、健診受診率100%は従業員数が多いほど難しい、むしろマニュアルに則った定期健診実施が重要、健康経営の優良法人と何を差別化するのか、両立支援に従業員の健康づくりを含めることに違和感を感じる、成人へのがん教育は重要であり、がん以外の疾患も含めるのなら、むしろ健康づくりについてより詳しく記載すべき、外部の相談窓口として患者会、ピアサポーターを入れるべき、どのように客観的に判断するのかは難しいが、がん社員が復職した実績を評価するのは画期的でよい、がんになっても治療をしながら働けることを提示、個人情報については1-9人の企業でも必須にすべき、業務時間内でがん検診が受けられるは必須でなく、加点がよい、受動喫煙対策は法が施行されたら義務なのであえて入れる必要があるのか、この評価指標案を他の疾病に応用することができるか、などであった。

パネル会議での専門家の意見を参考にして、評価指標案のさらなる修正を行った。また、この評価指標は優良企業の認定制度よりも、中小企業が自社の現状を把握するためのチェックリストとして使用できることを目的とし、企業規模により必須項目を変えるのではなく、制度の有無、実施の有無で点数に差をつけることとした(表)。本年度

はがんについての評価指標案としての草案を作成し、次年度は他の反復・継続した治療の必要な疾患にも対象を拡大したものを作成する方針とした。

表 治療と仕事の両立支援評価指標(チェックリスト)案

		評価点数		
A. 職場における両立支援への理解	風土づくり	① 経営者が社員や経営者等、従業員の「生がいを感じながら働ける会社を目指す」と宣言する等により内外への表明を行っている。 ② 従業員の健康が経営者によっても重要だということを表明している。従業員に表明している。	0~2 0~2	
	情報提供・教育	③ 病気になっても退職せずに、必要な治療を受けながら働き続けられることを、経営方針等で従業員に示している。 ④ 治療と仕事の両立のための制度(福利厚生制度、休職・休職制度など)を定め、従業員に伝えている。 ⑤ 従業員に対し、反復・継続して治療が必要となる疾病※に関する理解を深めるための情報提供(検診の必要性等を含む)を定期的に行っている。	0~2 0~2	
	⑥ 上司や同僚等、周囲の理解・協力を得るための取組を行っている。	0~2		
B. 連携	⑦ 反復・継続して治療が必要となる疾病を抱える従業員(本人と主治医、産業界や産業界(保健師等)、人事担当、上司等)との間の連携も取組んでいる。	0~3		
C. 休職と職場復帰支援	休業期における支援	⑧ 休職を認め、復職までの間、従業員として身分を保障する制度(休職制度)がある。 ⑨ 休職期間中の所得補償制度(傷病手当金以外の「失業」補償や社会保険料の補助など)がある。	0~3 0~3	
	職場復帰への支援	⑩ 休職期間を終了する従業員の職場復帰に関する支援のプラン(職場復帰支援プラン)を作成している。 ⑪ (一定期間の)試用・出勤制度/リハビリ出勤制度等がある。	0~3 0~3	
	治療に伴う復職期支援	⑫ 治療・通院を継続している期間や休職期間中に、希望を踏まえ、必要に応じて、業務調整(業務提供したり、フォローアップのための研修・訓練制度等)を実施している。 ⑬ 短時間勤務制度や時間外・休日労働の免除制度がある。 ⑭ 時差出勤制度やフレックスタイム制度がある。 ⑮ 在宅勤務制度やテレワーク/リモートワーク勤務制度、フレックワーク制度がある。	0~3 0~3 0~3	
D. 治療と仕事を両立するための柔軟な働き方のしめ	本人への配慮	⑯ 治療と仕事を両立させるための年次有給休暇制度(平日・時間単位・年次有給休暇制度、失効年次有給休暇付与制度)がある。 ⑰ 治療と仕事を両立させるための治療・通院休職制度(傷病・病欠休職制度、治療休職制度、短時間勤務制度など)がある。 ⑱ 配偶者転勤などによって業務内容の変更が可能な(軽作業への転換、フォローアップがしやすい業務への転換、勤務時間の調整可能な業務)など。	0~3 0~3	
	周囲への配慮	⑲ 病気を抱える従業員に対し、就業中の時間の使い方や場所(配慮室・休養室や個室)の活用、周囲に伝えている。 ⑳ 治療等で業務に支障が生じた従業員が発生した際に、周囲者への業務負担が増えないようにする配慮をするしめがある。	0~3 0~3	
	E. 相談窓口(担当者)の設置	相談窓口	㉑ 休職期間中・休職中の従業員・家族のための相談窓口を確保しており、運営、必要なコミュニケーションが取れる。 ㉒ 治療を継続しながら仕事を続ける従業員が、治療・仕事の両立に関して相談できる窓口を確保しており、従業員に相談窓口があること(告知)している。	0~3 0~3
		担当者	㉓ 担当者は、治療と仕事の両立のための社内外の制度を知っており、相談(運営)に対応できる。 ㉔ 両立支援コーディネーター(保健師等の資格)に担当者を参加させたり、関連資料を収集する等によって、反復・継続して治療が必要な疾病や疾患に関する情報収集を促す仕組みを構築している。 ㉕ 外部の両立支援に関する相談窓口(治療期間支援センターや産業界保健支援センター、がん・難病相談支援センターなど)へ積極的にアクセスできる。	0~2 0~2 0~2
F. 従業員の健康づくり	健康診断を定期的に実施している。	0~3		
	人間ドックやがん検診の取組	⑳ 業務時間内で検診を受けられる(有給扱い)している。 ㉖ 検診等の費用を補助するなど保険者との連携も取組んでいる。	0~3 0~3	
	事業所内での健康促進や空間環境(喫煙専用室)の設置等	㉗ 従業員が休職や運動に参加できる時間(休業前や午後の休職時間等)を設けている。	0~2	
G. 個人情報の取扱い	㉘ 健康情報を含む個人情報の取扱いについてルールがある。	0~2		
H. 両立支援の実績	㉙ これまでに、反復・継続して治療が必要となる疾病に罹患しても、治療を続けながら仕事も続けることができた従業員がいる。又は病気の治療後に復職した従業員がいる。	0~3		

※ がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝臓、その他難病など

D. 考察

本研究では中小企業を対象に、がん社員の治療と仕事の両立の現状に関するアンケート調査を行い、その結果にも基づいて治療と仕事の両立支援活動評価指標案を作成した。アンケートの結果の解析から、中小企業においてがん社員が復職していることとの関連が示唆されたのは、社内に両立支援に関する、1) 担当者・相談窓口が設置されていること、2) 人事制度を柔軟に運用できること、3) 教育・啓発をし、周囲の理解があることであった。また、班会議などで専門家から多く挙がった意見としては、中小企業においては従業員の治療と仕事の両立支援を行おうという経営者の理念と職場の風土が非常に重要であるということであった。

大企業と異なり人員が限られる中小企業では、柔軟な勤務形態について就業規則ですべて定める

のではなく、経営者の判断などで柔軟に対応し、限られた人員の中で周囲が配慮を行っているのが現状であると考えられる。その前提として経営者の理念や周囲が治療と仕事の両立に理解があるといった職場風土が必要であると推測される。また、周辺者への負担も重要な問題であり、周辺者への配慮に関する項目も入れるべきであるという意見が多かった。また、特に規模の小さな企業では両立支援に関する担当者や担当窓口が決まっていないという声も聞かれたが、アンケートの結果から、たとえ専任でなくとも担当者や担当窓口が決まっていれば、従業員に周知されていることが両立支援に有効であると考えられる。先に述べたように、経営者や取締役会の判断による柔軟な対応も有効ではあるが、仕事と治療を両立できる柔軟な働き方についての勤務制度や休暇、休職制度などの就業規則があればより確実に支援が行われると考えられる。そして病気になっていない従業員も、もし病気になっても働き続けられるための制度があると知るとは、早期離職を防ぐことにつながると考えられる。

従業員への健康教育や健康づくりの取り組み、がん検診の勧奨も産業保健専門職のいない企業ではよりハードルが高いと考えられるが、病気の予防や早期発見、治療と仕事の両立につながると考えられる。衛生管理や推進者が産業保健総合支援センターや両立支援コーディネーター研修等の外部の資材を利用し、情報を収集し社内でも活用することが有効であると考えられ、評価指標案に含めた。

E. 結論

中小企業に対して両立支援に関するアンケート調査を実施し、その結果や既存の評価項目、専門家の意見を参考にして両立支援活動評価指標案を作成した。本年度はまず、がんについての草案を作成し、次年度は脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、など他の反復・継続して治療が必要な疾患に拡大する予定である。

G. 研究発表

- 論文発表
- Horii C, Asai Y, Iidaka T, Muraki S, Oka H, Tsutsui S, Hashizume H, Yamada H, Yoshida M, Kawaguchi H, Nakamura K, Akune T, Tanaka S, Yoshimura N. Differences in prevalence and associated factors between mild and severe vertebral fractures in Japanese men and women: the third survey of the ROAD study. *J Bone Miner Metab*, in press.
- Fukushima M, Oshima Y, Oka H, Chang C, Matsubayashi Y, Taniguchi Y, Matsudaira K, Tanaka S. Potential pathological mechanisms of L3 degenerative spondylolisthesis in lumbar spinal stenosis patients: A case-control study. *J Orthop Sci*, in press.
- Oka H, Kadono Y, Ohashi S, Yasui T, Ono K, Matsudaira K, Nishino J, Tanaka S. Assessing joint destruction in the knees of patients with rheumatoid arthritis by using a semi-automated software for magnetic resonance imaging: therapeutic effect of methotrexate plus etanercept compared with methotrexate monotherapy. *Mod Rheumatol* 28:235-241, 2018.
- Kodama R, Muraki S, Iidaka T, Oka H, Teraguchi M, Kagotani R, Asai Y, Hashizume H, Yoshida M, Kawaguchi H, Nakamura K, Akune T, Tanaka S, Yoshimura N. Serum levels of matrix metalloproteinase-3 and autoantibodies related to rheumatoid arthritis in the general Japanese population and their association with osteoporosis and osteoarthritis: the ROAD study. *J Bone Miner Metab* 36:246-253, 2018.
- Hasegawa T, Katsuhira J, Oka H, Fujii T, Matsudaira K. Association of low back load with low back pain during static standing. *PLoS One* 13:e0208877, 2018
- Fujimoto Y, Fujii T, Oshima Y, Oka H, Tanaka S, Matsudaira K. The association between neck and shoulder discomfort-Katakori-and high somatizing tendency. *Mod Rheumatol* :1-14, 2018.
- Kobayashi H, Okuma T, Oka H, Okajima K, Ishibashi Y, Zhang L, Hirai T, Ohki T, Tsuda Y, Ikegami M, Sawada R, Shinoda Y, Akiyama T, Kawano H, Goto T, Tanaka S. Body composition

- as a predictor of toxicity after treatment with eribulin for advanced soft tissue sarcoma. *Int J Clin Oncol*, in press.
8. Ogihara S, Yamazaki T, Inanami H, [Oka H](#), Maruyama T, Miyoshi K, Takano Y, Chikuda H, Azuma S, Kawamura N, Yamakawa K, Hara N, Oshima Y, Morii J, Okazaki R, Takeshita Y, Tanaka S, Saita K. Risk factors for surgical site infection after lumbar laminectomy and/or discectomy for degenerative diseases in adults: A prospective multicenter surveillance study with registry of 4027 cases. *PLoS One* 13:e0205539, 2018.
 9. Takahashi M, Uetake C, Nakayama N, Eura A, Yamaguchi N, Kameda Y, Muto G, Endo M, Kawamata K, Fujii T, [Oka H](#), Matsudaira K. A cooperative support model for cancer therapy and employment balance: from focus-group interviews of health and business professionals. *Ind Health*, in press.
 10. Tonosu J, [Oka H](#), Watanabe K, Abe H, Higashikawa A, Yamada K, Kuniya T, Nakajima K, Tanaka S, Matsudaira K. Validation study of a diagnostic scoring system for sacroiliac joint-related pain. *J Pain Res* 11:1659-1663, 2018.
 11. [Oka H](#), Nomura T, Asada F, Takano K, Nitta Y, Uchima Y, Sato T, Kawase M, Sawada S, Sakamoto K, Yasue M, Arima S, Katsuhira J, Kawamata K, Fujii T, Tanaka S, Konishi H, Okazaki H, Miyoshi K, Watanabe J, Matsudaira K. The effect of the "One Stretch" exercise on the improvement of low back pain in Japanese nurses: a large-scale, randomized, controlled trial. *Mod Rheumatol* :1-17, 2018.
 12. Maeda T, Hashizume H, Yoshimura N, [Oka H](#), Ishimoto Y, Nagata K, Takami M, Tsutsui S, Iwasaki H, Minamide A, Nakagawa Y, Yukawa Y, Muraki S, Tanaka S, Yamada H, Yoshida M. Factors associated with lumbar spinal stenosis in a large-scale, population-based cohort: The Wakayama Spine Study. *PLoS One* 13:e0200208, 2018.
 13. Yoshimura N, Muraki S, [Oka H](#), Iidaka T, Kodama R, Horii C, Kawaguchi H, Nakamura K, Akune T, Tanaka S. Do sarcopenia and/or osteoporosis increase the risk of frailty? A 4-year observation of the second and third ROAD study surveys. *Osteoporos Int*, 2018.
 14. Anno M, Oshima Y, Taniguchi Y, Matsubayashi Y, Kato S, Soma K, [Oka H](#), Hayashi N, Tanaka S. Prevalence and Natural Course of Transverse Ligament of the Atlas Calcification in Asymptomatic Healthy Individuals. *Spine (Phila Pa 1976)* 43:E1469-E1473, 2018.
 15. Horii C, Yamazaki T, [Oka H](#), Azuma S, Ogihara S, Okazaki R, Kawamura N, Takano Y, Morii J, Takeshita Y, Maruyama T, Yamakawa K, Murakami M, Oshima Y, Tanaka S. Does intrawound vancomycin powder reduce surgical site infection after posterior instrumented spinal surgery? A propensity score-matched analysis. *Spine J* 18(12):2205-2212, 2018.
 16. Yamada K, Kubota Y, Iso H, [Oka H](#), Katsuhira J, Matsudaira K. Association of body mass index with chronic pain prevalence: a large population-based cross-sectional study in Japan. *J Anesth* 32:360-367, 2018.
 17. Izawa N, Hirose J, Fujii T, [Oka H](#), Uehara K, Naito M, Matsumoto T, Tanaka S, Tohma S. The utility of 25-question Geriatric Locomotive Function Scale for evaluating functional ability and disease activity in Japanese rheumatoid arthritis patients: A cross-sectional study using NinJa database. *Mod Rheumatol* :1-7, 2018.
 18. Matsudaira K, [Oka H](#), Oshima Y, Chikuda H, Taniguchi Y, Matsubayashi Y, Kawaguchi M, Sato E, Murano H, Laurent T, Tanaka S, Mannion AF. Development of the Japanese Core Outcome Measures Index (COMI): cross-cultural adaptation and psychometric validation. *BMC Musculoskelet Disord*. 19(1):71, 2018.
 19. Fujii T, [Oka H](#), Katsuhira J, Tonosu J, Kasahara S, Tanaka S, Matsudaira K. Association between somatic symptom burden and health-related quality of life in people with chronic low back pain. *PLoS One* 13:e0193208, 2018.
 20. Fujii T, [Oka H](#), Katsuhira J, Tonosu J, Kasahara S, Tanaka S, Matsudaira K. Disability due to knee pain and somatising tendency in Japanese adults. *BMC Musculoskelet Disord* 19:23, 2018.
- [Oka H](#), Matsudaira K, Takano Y, Kasuya D, Niiya

M, Tonosu J, Fukushima M, Oshima Y, Fujii T, Tanaka S, Inanami H. A comparative study of three conservative treatments in patients with lumbar spinal stenosis: lumbar spinal stenosis with acupuncture and physical therapy study (LAP study). *BMC Complement Altern Med* 18:19, 2018.

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

治療と職業生活の両立支援における医療機関の役割

－ 中小企業を含めた職域・産業医との連携の分析と取組み －

研究分担者 横山 和仁 順天堂大学医学部衛生学講座 教授

研究要旨

働き方改革とあいまって労働衛生上の重要な課題となっている治療と仕事の両立支援は、臨床医学の進歩による疾病予後の向上、日本社会の少子高齢化に伴う高齢就業者の増加と労働力不足、企業の人材活用への取組みの進展、そして英国のFit Note 制度をはじめとするプライマリケアと産業保健の接近というグローバルな潮流を背景とする。両立支援推進のためには、特に重症化予防（2次予防）と職場復帰支援（3次予防）の観点から、主治医と産業医のより一層の連携・協力が求められるが、主治医による社会的処方という考え方とあわせ、医療機関が、中小企業で働く患者の両立支援にどのように取り組むべきか、その具体的な在り方が議論となっている。本研究では、先行研究で作成した連携ツールを実効的に活用するために求められる、医療機関・企業間の連携（C2C（Clinic to Company）collaboration）推進のために、各組織がその内部で導入をめざすべき、両立支援体制（システム）の在り方の提示を目指す。本年度は、重症化予防と職場復帰支援のそれぞれにおいて、横断分析と国内外調査を実施した。

生活習慣病における健診後の医療機関受療行動解析と行動予測モデル構築（重症化予防をめざして医療機関が果たすべき両立支援の在り方）研究では、レセプトビッグデータの解析から、受療行動推進/抑制因子とその影響度の大きさが明らかとなった。受療行動を規定する個人因子のみならず、配偶者との経済的関係性（配偶者が主夫の場合）や所属する職域の健康投資（広義の健康経営）が、本人の健康意識や関心と独立して健診後受療行動に正に関連している可能性が示唆された。また、受療行動予測モデルについて、5つ以上のアルゴリズム機械学習を駆使して構築を試みるとともに検証を行った。妥当性において高い予測能を有しており、本予測モデルを活用して、層別化による保健指導と受療行動促進にむけてより高精度な個別化指導が可能となる。

医療機関におけるがん患者への就労を含めた社会状況支援の実態として、米国がん拠点病院の調査を実施した。そこでは、診断時・大きな治療方針変更時に、（希望制ではなく）全例に1時間の個別教育セッションをナースプラクティショナーが担当しており、使用する抗がん剤の効果や副作用といった薬剤の説明はもとより、サバイバーのメンタルヘルスを支援するための患者会、経験者の集まり、マインドフルネス・ヨガや東洋医療等の情報提供が行われていた。抗がん剤に伴う味覚障害に対処するためのクッキングテキストでは、コアとなる症状別に100以上のレシピが動画とともに提供されていた。さらにはがん治療中の就労継続を可能とする、働き方自体の支援として、米国連邦法による病休保障規定や、マサチューセッツ州法による時間病休取得規定が活用されており、医療機関での支援と有機的に活用されることで両立支援の取組みが事業者側にも認識されていることが浮き彫りとなった。わが国で実現可能な取組みについて、今後の吟味とITツールを活用した導入が選択肢となる。

<研究協力者>

武藤 剛

順天堂大学/北里大学医学部

黒澤 美智子

順天堂大学医学部

遠藤 源樹

順天堂大学医学部

北村 文彦

順天堂大学医学部

松川 岳久

順天堂大学医学部

伊藤 弘明

順天堂大学医学部

細川 まゆ子

順天堂大学医学部

久保田 章乃

順天堂大学医学部

石井 理奈

順天堂大学医学部

大矢 めぐみ

順天堂大学医学部

後藤 温

国立がん研究センター

金子 真紀子

日本医療データセンター (JMDC)

A. 研究背景および目的

近年わが国では、疾病治療と職業生活の両立支援の機運がこれまでにない高まりをみせている。この背景として、①治療の進歩による疾病予後の向上、②日本社会の少子高齢化による労働力不足と高齢就業者の増加、③ワークライフバランスやダイバーシティ、健康経営の概念の普及に呼応した企業の人材活用への取り組み、④「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（平成28年2月、厚生労働省）」公表をはじめとする行政の取り組み、⑤プライマリケアと産業保健の接近／連携に向けたグローバルな潮流¹⁾（英国家庭医（General Practitioner(GP)）でのFit Note(The Statement of Fitness for Work)制度導入²⁾）といった要因があげられる。英国のこの制度は、'Sick Note to Fit Note'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、患者の職業生活を考慮した「復職・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。このように患者のwell-beingの推進をめざした主治医によるsocial prescribing（社会的処方）が近年、欧州を中心に注目されている³⁾。わが国でも、「ニッポン一億総活躍プラン（平成28年6月閣議決定）」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両立支援が提起されており⁴⁾、具体的な方策の提示が喫緊の課題である。

「治療と職業生活の両立」とは、厚生労働省検討会⁵⁾によれば、「病気を抱えながらも働く意欲・能力のある労働者が、仕事を理由として治療機会を逃すことなく、また、治療の必要性を理由として職業生活を妨げられることなく、適切な治療を受けながら生き生き

と就労を続けることである」とされる。両立に困難を抱える人は、職場復帰に向けて治療中の正規雇用者推計値として約 100 万人にのぼるとされる⁵⁾。また労働安全衛生法に基づく定期健康診断結果の有所見率は 53.0%(平成 25 年)と過半数を上回る。このようにがん、糖尿病などの生活習慣病、メンタルヘルス不調をはじめとする疾病を抱えながら働く人が増加する一方で、発症後も就労継続の意向をもつ人は疾病全体では 9 割以上⁶⁾、がんに限定しても 8 割以上⁷⁾に及ぶ。これらの有病労働者の両立支援の具体策として、「仕事を理由として治療機会を逃すことなく」に対しては、糖尿病をはじめとする生活習慣病やがんの早期発見・受診勧奨・受診継続支援といった重症化予防(2 次予防)が考えられる。また、「治療を理由とした職業生活を妨げられることなく」に対しては、がん・脳卒中・メンタルヘルス不調・難病をはじめとする疾病の職場復帰支援(3 次予防)が考えられる。

この重症化予防と職場復帰支援の両者において、「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」では、関係者間の連携の重要性が指摘されている。特に「労働者の同意のもとでの産業医、保健師、看護師等の産業保健スタッフや人事労務担当者と主治医との連携(事業場と医療機関の連携)」の重要性が強調されており、先行研究では、産業医・主治医・事業者といった「関係者個人」向けの 3 種「連携ガイド」と「主治医向け教育プログラム」が開発されている⁸⁾。本研究では、これらのツールを実効的に活用するために求められる、医療機関・企業間の連携(C2C (Clinic to Company) collaboration)を推進するために、各組織がその内部で導入をめざすべき、両立支援体制(システム)の在り方の提示を目指す。本年度は、生活習慣病(non-communicable diseases)の重症化予

防(2 次予防)における両立支援にむけた受療行動モデル構築ならびに妥当性検証と、がん患者の職場復帰・治療継続両立支援(3 次予防)における国内外の取組事例解析を実施する。

B. 研究方法

【1】生活習慣病における健診後の医療機関受療行動解析と行動予測モデル構築(重症化予防をめざして医療機関が果たすべき両立支援の在り方)

生活習慣病有病者の中には、特に就労世代を中心に、多くの未治療者や治療中断者が存在することが示唆されているが、正確な実態は明らかでない。本研究では、レセプトデータベースを用いて、健診で受診勧奨判定を受けた場合の、医療機関受療行動を解析し、重症化予防のための健診(職域)と治療(医療機関)の連携行動分析を行った。日本医療データセンター(JMDC)が保有する全国 80 健保の健診およびレセプトデータ(20-74 歳)を用いた(2008 年 4 月-2016 年 3 月)。健診で血圧・血糖・脂質いずれか一つ以上の特定保健指導受診勧奨判定基準に該当し、かつ健診受診月より過去 4 か月に当該項目のレセプト(病名または処方)がない 533,955 人(男 387,440(就労者 99.8%、女 146,515 人(同 40.1%))を対象とした。健診受診後 1 年間の初回医療機関受療行動を追跡し、当該項目のレセプトが発生した場合を受療と定義し、 Kaplan-Meier 法で累積未受療率を推定した。受療行動に正(負)に関連する因子について、個人レベル、関係性レベル、職域集団レベルでの個別の評価を実施した。さらに、Cox 比例ハザードモデルを用いて未受療率に対する予測モデルの構築を、TRIPOD statement に準拠して実施するとともに妥当性検証を試みた。統計ソフトは Stata 14 を使用した。

【2】がん患者の職場復帰 (Fitness for Work)・就業継続 (Stay at Work) 支援を医療機関で推進するための国内外の取組み事例分析

本年度は、米国のがん拠点病院における支援の実態とそれを可能とする労働法制について実態調査を実施した。マサチューセッツ州のがん拠点病院のOncology Unitの外來化学療法室を担当するナースプラクティショナーへインタビュー調査を実施した。倫理的配慮として、上記の研究は順天堂大学医学部倫理委員会の承認(第2015102号)を受けた。

C. 研究結果

【1】生活習慣病における健診後の医療機関受療行動解析と行動予測モデル構築(重症化予防をめざして医療機関が果たすべき両立支援の在り方)

健診後3, 6, 9, 12か月後の未受療率は、各々91.4, 88.2, 86.2, 84.4%だった。疾患別の健診1年後未受療率は、血圧・血糖・脂質につき各々、84.3, 67.9, 86.1%で、2疾病以上合併では69.8%だった。重症群全体(下記1項目以上:sBP 160 or dBP 100mmHg以上、HbA1c 8.4% or FBS 166mg/dL以上、LDL 160以上 or HDL 34mg/dL以下)では、74.0%であり、特に血糖では51.9%、2疾病以上合併では63.5%と比較的受療行動を認めた。特定保健指導開始後早期と直近では変化がなかった。女性のうち就労者(保険種別本人)の未受療率は85.6%と男性とほぼ同一で、扶養家族の場合は79.8%だった。性・年齢別の未受療率では、男女ともに高齢になるほど受療行動が改善する傾向は一緒であり、大きな性差はみとめなかった(結果スライド4)。関係性に関する解析として、本人の配偶者が扶養家族とな

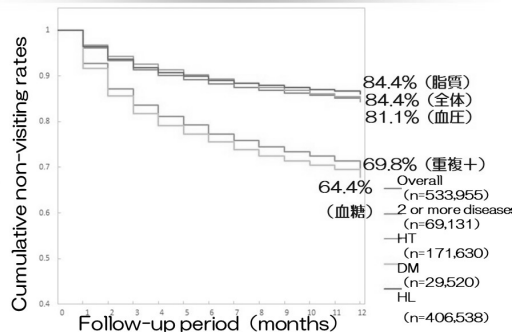
っているか(経済的に従属)で解析すると、妻が主婦の場合は(妻が別健保または独身の場合に比べて)受療行動に有意な差を認めない一方、夫が主夫の場合(夫が別健保または独身の場合に比べて)は本人の受療行動と正の関連をみとめた(結果スライド5)。次に所属集団の特性について解析した。所属健保の規模の差は僅かだった。しかし、所属健保の健康投資の額を大中小に分けて、その3群を比較すると、健康投資額が大の健保に所属する被保険者は、小の健保所属の被保険者に比べて優位に(男性Odds Ratio 1.11, 女性Odds Ratio 1.52)受療行動がよい結果であった。なお健康投資の評価は、健保が規定する健康診断への投資によってランク付けを行った。

次に、受療行動予測モデル構築をめざして、予測因子の抽出を行った。健診時の問診項目ならびに検査項目について、下記を投入した。性・年齢・就労の有無(保険種別)・BMI・腹囲・血圧値・脂質値(LDL, HDL, TG)・血糖値(FBS, HbA1c)・肝機能値(AST, ALT)・自覚症状の有無・身体所見の有無・喫煙・食行動・飲酒・睡眠状況・体重変化・運動習慣・行動変容の意思(段階)・保健指導希望の有無。Logistic regression models (step wise法)にてp値<0.05の因子を抽出し、 β coefficientsを算出した。その結果、上記項目のうち、BMI・喫煙・運動習慣を除いた全項目がp<0.05を示した。以下にこれらの β coefficientsならびにそれにより重みづけをしたスコアを示す。

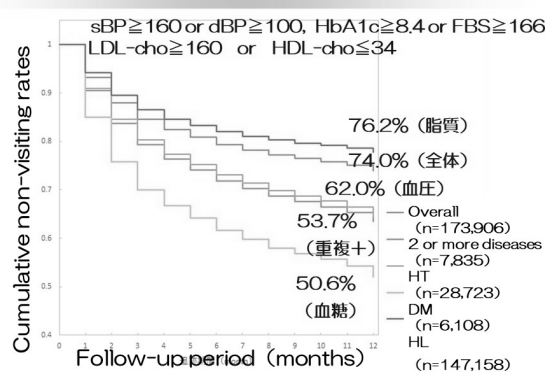
このモデル構築には、全項目で欠損値がない127,048人をランダムに等しく2群に分け、その1群を使用した(development group)。残りの1群を、validation groupとして妥当性検証に用いた。上記スコアを用いると、discrimination 識別能は、development groupでAUC=0.71, validation groupでAUC=0.71

となった。AUC の向上をめざして、artificial networks, K-nearest neighbors, random forests, generalized linear models, Lasso regression, Ridge regression, gradient boosted trees のアルゴリズムを用いた機械学習を行うとともに、構築と検証の比率も 1:1 のみならず 7:3 等を試みたが、AUC はいずれも 0.68-0.71 の間にとどまった。モデルおよび実際のアウトカムによる予測値の較正能 calibration の評価を行うと、Hosmer-Lemshow test P=1.00 であった。これらのことから構築モデルは現実に即したものであり、このスコアモデルの使用により健診時情報（検査+問診項目）から、要受療レベル対象者のその後 1 年間の医療機関受療行動の予測（層別化）が可能となる。

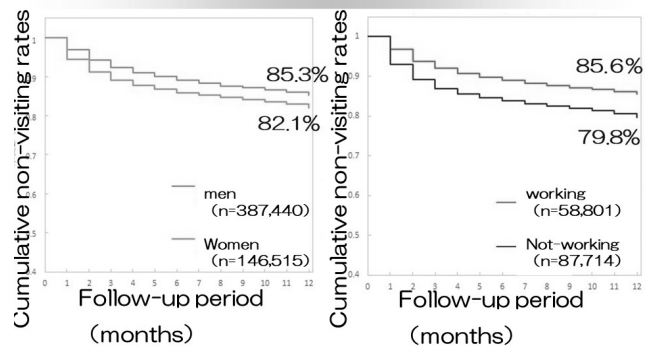
【結果（1）】 Cumulative non-visiting rates (1yr) 84.4%



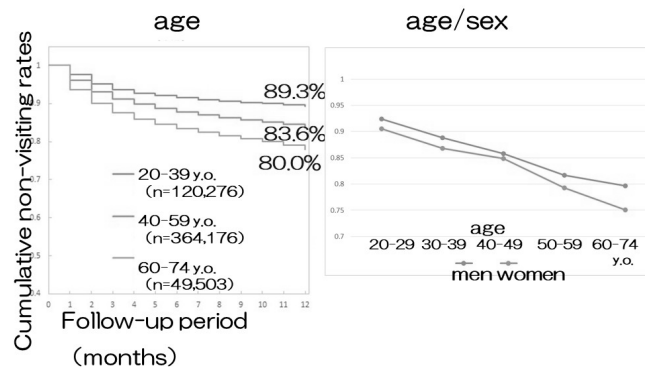
【結果（2）】 the rates of extremely high risk group (1yr) 74.0%



【結果（3）】 men/women (working/not working)



【結果（4）】



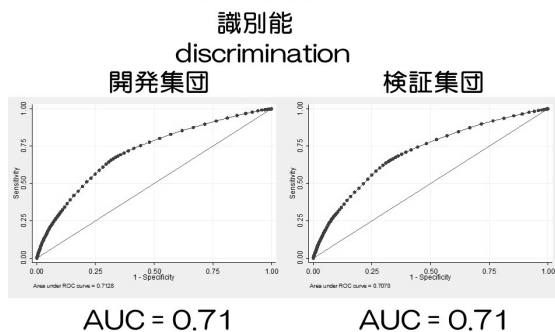
【結果（5）】 social factors & capital

	Men	Women
Cumulative non-visiting rates & Age-adjusted OR		
<u>Health insurance plans</u>		
-premium (18%, 27%)	0.85 OR=1.11*	0.79 OR=1.52*
-moderate (34%, 24%)	0.85 OR=1.11*	0.82 OR=1.22*
-minimal (47%, 49%)	0.86 OR=1	0.84 OR=1
<u>Examinees' spouse financially</u>		
-dependent (57%, 2%)	0.85 OR=1.00	0.82 OR=1.20*
-independent (43%, 98%)	0.86 OR=1	0.86 OR=1

【受療行動予測モデル】
行動促進因子のスコア化

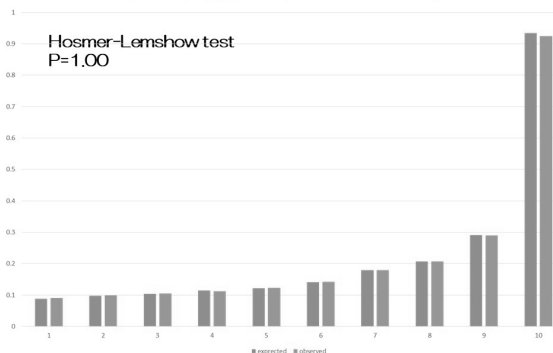
	β coefficients		β coefficients
age 30-39 y.o.	8	腹囲基準値以上	1
40-49 y.o.	12	自覚症状あり	2
50-59 y.o.	16	1年の体重増減3kg以上	1
60-74 y.o.	18	体重増加(比20歳時)	1
血圧 (sBP \geq 160)	42	食べる速度が速い	1
脂質 (LDL \geq 160)	20	食習慣が悪い	4
血糖 (HbA1c \geq 6.5)	18	飲酒はあまりしない	1
(HbA1c \geq 8.4)	48	あまりよく眠れない	1
項目の重複 (HT/HL/DM)	15	歩く速度は速いことはない	1
生活習慣改善 (取組み開始)	6	所属健保の健康投資(標準以上)	2
生活習慣改善 (意欲あり)	4	配偶者を扶養	1

【受療モデル検証】スコアを算出し検証集団でROC分析



【受療モデル検証】較正能の評価 calibration

モデルの予測結果と実測のアウトカム的一致度



【2】がん患者の職場復帰 (Fitness for Work)・就業継続 (Stay at Work) 支援を医療機関で推進するための国内外の取組み事例分析

米国マサチューセッツ州のがん拠点病院の Oncology Unit において、外来化学療法室を担当するナースプラクティショナーへのインタビュー調査を実施した (2018年5月)。

がん患者への就労を含めた社会状況支援として、診断時・大きな治療方針変更時に、(希望制ではなく) 全例に1時間の個別教育セッ

ションをナースプラクティショナーが担当している。使用する抗がん剤の効果や副作用といった薬剤の説明はもとより、サバイバーのメンタルヘルスを支援するための取組みや抗がん剤副作用に対応する食事調理法の紹介がなされていた。患者の職業生活についてのサポートは、仕事の作業内容に影響する症状や治療関連事象がある場合、患者本人が望む場合、ナースプラクティショナーが本人の上司に対して、現状や今後の見通し、配慮の必要性を記載した意見書を作成することで対応されていた。

一方、がん患者の就労継続支援を可能とする労働法制として、米国合衆国連邦法では、1年につき12週までの病休・病児看護等休暇を保証している。自身の病気については疾病の限定はなく、労働者の業務遂行に支障をきたす疾病であれば適用の対象となっている。またさらに一歩進んで、マサチューセッツ州法 (2015年以降) では、すべての労働者は、30時間労働ごとに1時間の時間病休の取得が可能としている。年間あたり40時間までの時間病休の取得・使用が可能である。この時間病休は労働者自身の病気治療に伴う通院に加えて、労働者の子・配偶者・親等の病気通院 (の付き添い) でも使用が可能となっている。

D. 考察

本年度の分析結果より、重症化予防の観点で、健診後の受療行動促進/抑制因子が明らかとなった。特に受療行動を規定する個人因子のみならず、配偶者との経済的関係性 (配偶者が主夫の場合) や所属する職域の健康投資 (広義の健康経営) が、本人の健康意識や関心と独立して健診後受療行動に正に関連している可能性が示唆された。本データベースは日本の大企業グループの健康保険組合 (約80) を基にしており、中小企業や自営業者 (国

民健康保険)は含まれていないという限界を有する。しかし大企業健保において、健康投資(健康診断への投資)と健診後受療行動の正の相関をこれだけ大規模なサンプルサイズで明らかにした価値は大きい。また、受療行動予測モデルについて、今年度の構築モデルは5つ以上のアルゴリズム機械学習モデルを駆使したものであり、信頼性妥当性において高い予測能を有するものである。本予測モデルを活用して、対象者の層別化による保健指導と受療行動促進にむけてより高精度な個別化指導が可能となると予想される。

がん患者の就労継続・職場復帰支援へむけた取り組み分析としては、今年度実施した米国の事例について、わが国の医療体制や労働法制で実行可能性の高いものを取捨検討する必要がある。現在の日本のがん拠点病院のがん相談支援センターの体制において、米国のナースプラクティショナーが行っていた全患者への教育セッションを実施することは不可能であろうが、様々な支援コンテンツをIT化(スマホアプリや動画)して提供すること、個別の就労現場への配慮等について、主治医意見書(産業医または職場の衛生管理者、所属長宛)のひな形を自動作成できるソフトの導入といった工夫によって、医療機関においてスタッフの労力を増やさない形での支援拡充は可能であろう。さらにそれをより実効化するための企業側(労働法制、時間病休を可能とする柔軟な就業規則)の制度作りとその支援も今後拡充が望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. Muto G, Nakamura RI, Yokoyama K, Kitamura F, Omori Y, Saito M, Endo M. Information exchange using a prescribed form and involvement of occupational health nurses promotes occupational physicians to collaborate with attending physicians for supporting workers with illness in Japan. *Ind Health*. 2019;57(1):10-21.
2. Nomura K, Karita K, Araki A, Nishioka E, Muto G, Iwai-Shimada M, Nishikitani M, Inoue M, Tsurugano S, Kitano N, Tsuji M, Iijima S, Ueda K, Kamijima M, Yamagata Z, Sakata K, Iki M, Yanagisawa H, Kato M, Inadera H, Kokubo Y, Yokoyama K, Koizumi A, Otsuki T. For making a declaration of countermeasures against the falling birth rate from the Japanese Society for Hygiene: Summary of discussion in the working group on academic research strategy against an aging society with low birth rate. *Environ Health Prev Med*. 2019;24(1):14.
3. 武藤剛, 横山和仁, 遠藤源樹: 少子高齢化対策としての職業生活と健康・社会問題の両立: 妊孕性保護, 育児ならびに疾病治療に対する支援. *日本衛生学雑誌* 73: 200-209, 2018

2. 学会発表

1. Muto G., Goto A., Katagiri R., Fukuda H., Endo M., Yokoyama K.: Beyond UHC for maximize utilization: a prediction model of NCD patients in Japan. 第77回日本公衆衛生学会総会, 郡山, 10/24-26, 2018.
2. 武藤剛, 片桐諒子, 後藤温, 横山和仁, 石井理奈, 福田洋, 大森由紀, 遠藤源樹,

カワチイチロー:職域 50 万人データによる
メタボハイリスク者の健診後受療行動予測
モデルの開発と実践・健康経営によるヘル
スアウトカムへの寄与の可能性. 第 28 回
日本産業衛生学会全国協議会, 東京,
9/14-16, 2018.

3. 武藤剛, 片桐諒子, 横山和仁:生活習慣
病の受療中断に伴うアウトカムの解析と解
決策の評価-産業医と主治医の連携強化介
入の効果. 第 29 回日本疫学会学術総会,
東京, 1/30-2/1, 2019.

4. Muto G., Goto A., Noda M., Endo M.,
Fukuda H., Katagiri R., Yokoyama
K.:Analysis and prediction model of
pattern of visits to medical
institutions among working individuals
with lifestyle-related diseases in Japan.
International Commission on
Occupational Health 2018,
Dublin-Ireland, 4/29-5/4, 2018.

H. 知的財産権の出願・登録
特に記載するべきものなし

I. 参考文献

1. Buijs P, Gunnyeon B, van Weel C:
Primary health care: what role for
occupational health? Br J Gen Pract,

62 (605):623-24, 2012

2. Department for Work and Pensions :
Statement of fitness for work. Guide
to the new 'fit note' . Department
for Work and Pensions. London, 2010

3. Loftus AM, McCauley F, McCarron MO.
Impact of social prescribing on general
practice workload and polypharmacy.
Public Health 2017; 148: 96-101.

4. 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 (平成 28 年 10
月)
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/hatarakikata/>

5. 治療と職業生活の両立等の支援に関する
検討会報告書 (平成 24 年 8 月)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ecf1.html>

6. 平成 25 年度厚生労働省委託事業 治療
と職業生活の両立等の支援対策事業
治療治療を受けながら安心して働ける
職場づくりのために
<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/140328-01.pdf>

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧

研究成果の刊行に関する一覧表（平成 30 年度）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	出版社名	出版年
		書籍名	出版地	ページ
1 Takahashi M, Uetake C, Nakayama N, Eura A, Yamaguchi N, Kameda Y, Muto G, Endo M, Kawamata K, Fujii T, Oka H, Matsudaira K.	A cooperative support model for cancer therapy and employment balance: from focus-group interviews of health and business professionals. Ind Health	Ind Health.		in press

IV. 研究成果の 刊行物・別刷

中小企業における

がん治療と仕事の両立支援評価指標（案）解説書

はじめに

がん罹患者の約 30%は勤労者世代であり、がん生存率の向上にともない、がんサバイバー労働者は増加すると考えられます。高齢化と生産年齢人口の減少が予想される日本において、がん罹患従業員への就労支援は、企業の人材の確保・定着にも役立ちます。がん治療と仕事の両立支援評価指標(案)は、我が国における企業のほとんどを占める中小企業において、がんの治療と仕事の両立が促進されるために、どのような環境整備や支援が必要であるかを示すとともに、中小企業の取り組みを評価することを目的として作成されました。また、個別性が高いがんへの対策をしておくことで、脳卒中をはじめとする他の疾患にも対応できると考えられ、仕事と治療の両立支援が広がることが期待されます。

本評価指標(案)は、平成 29 年度厚生労働省の研究事業「企業・産業保健スタッフ・医療機関の連携による両立支援（がん患者の治療と就労の両立）システムの開発」プロジェクトの一部として実施した「社員の健康への配慮と社員ががんになった際の取り組みなどに関するアンケート」から得られた 1,200 社以上の分析結果や厚生労働省のガイドラインなどをもとに作成されました。本解説書は、この評価指標(案)を実際に運用するための解説を記したものです。

がんと診断された患者のなかで、治療が始まる前に退職されてしまう患者が多くいます。これを防ぐためには、がん罹患従業員が発生する前から、企業ががんなどの病気になっても治療と仕事の両立が可能であるということや、そのために利用できる制度があることを伝えておくことが必要であると考えられます。また、早期発見ができれば、その後の治療による身体への負担や仕事への影響も少なくできる可能性があり、日ごろから従業員が健康への意識を持つことが大切です。さらに、がんになった当事者だけでなく、周りの従業員への負担増に対する対応や、理解を得ることが治療と仕事の両立支援では不可欠であるため、その点にも重点を置きました。

評価項目の解説

A. 職場における両立支援への理解

特に中小企業における両立支援では、会社の風土および両立支援に関する教育によって理解を得ることが大切であると考えられます。厚生労働省のガイドラインによると、従業員自らが会社に対して両立支援の申し出をすることで両立支援が始まります。しかし、がんなどの病気になっても働けるということを知らなかったり、支援を得られる風土がなければ、治療をしながら仕事をつづけるという選択もあり得ません。そのため、普段から会

社や経営者は、従業員の幸せや健康を第一に考えており、もしがんなどの病気になっても支援を得ながら働き続けることが選択可能であることを周知しておく必要があります。

【項目③】社内報や朝礼などを通じて、社員に伝えている。

【項目④】がんと診断された従業員は動揺や不安から、治療が開始する前に退職してしまう方が約 40%いるという報告¹⁾があります。このような離職を防ぐために、治療と仕事の両立に利用できる制度（例：休職制度・期間、休職期間中の賃金や社会保険料等の控除、高額療養費、傷病手当金、時間・半日単位年次有給休暇制度など）があることを日頃から案内することが重要です。

【項目⑤】普段から生活習慣病やがんの予防・早期発見の大切さについて定期的に情報を提供することで、従業員の病気の早期発見・治療に結びつきます。

【項目⑥】病気に罹患した従業員が仕事と治療の両立支援を求め、支援を受けやすいような風土を作るために、従業員に対しての両立支援に関するリテラシーを高める研修を行うことが役立ちます。

B. 連携

【項目⑦】「両立支援プラン／職場復帰支援プラン（※別紙1参照）」に基づき連携して支援することが大切です。また、症状は変化するので時期に応じた支援の再構築、あるいは当事者の求めがあれば支援策の見直しが必要です。

C. 休職と職場復帰支援

【項目⑧】一定期間の休職制度があることで仕事を辞めずに治療に専念することができます。休職期間に関しては法で定められておらず、各企業の実情に即したものとなりますが、傷病手当金の最長支給期間である 1 年半とするという考えもあります。遠藤が実施した「復職コホート研究」では、がん種によっても差はあるものの累積復職率は、病休から 180 日前後で約 50%弱、365 日後であれば 60%を超え、短時間勤務であれば 80%との結果となっています²⁾。失行年次有給休暇付与制度も両立支援に利用できる制度です。

また休職期間満了までに復職できず退職となった場合でも、症状が改善したら当該従業員が、優先的に戻れるという再雇用特別措置、「カムバック制度」、「ジョブ・リターン制度」などを設けている企業もあります。これは病気に限らず育児や介護による離職や、欠員が生じた際の代替要員の確保にも有効であると思われる。

【項目⑨】収入が減った休職中の負担を減らすために、傷病手当金以外の“上乘せ”保障や社会保険料の補助などの制度を設けているところがあります。

【項目⑩】がん罹患従業員が復職時の支援を望んだ場合は、「職場復帰支援プラン（※別紙1参照）」を作成し、当事者、主治医、産業医等の産業保健スタッフが連携し支援を行います。

D. 治療と仕事を両立するための柔軟な働き方のしくみ

休職期間満了前に、当該従業員へ復職の意向を確認し、当事者との面談、主治医の意見書、産業医の判断等に基づいて企業が復職可能かの判断を行います。

【項目⑫～⑬】復職期間では体力の低下や疾患、治療による症状から配慮を要することがあります。また、引き続き通院での治療を継続していることがあり、治療の時間を確保する必要があります。そのため短時間勤務制度や時間外・休日労働、夜間勤務の免除、通勤ラッシュを避けられる時差出勤制度、テレワークによる在宅勤務、フレックスタイム制度を活用することができます。通院治療には全日を要しないこともあり、時間・半日単位年次有給休暇制度があると支援に役立ちます。さらに、本来であれば失効してしまう有給休暇を積み立てる失行年次有給休暇付与制度も両立支援に活用できる制度です。これら制度がある場合は2点とし、制度はないが、経営者や取締役会などの判断で柔軟に対応できる場合は1点とします。

【項目⑭】お互いの同意のもと行うことが必要です。また、配置転換は病状や治療経過によって適宜見直す必要があります。

【項目⑮】がん罹患従業員が所属する職場の他の従業員への業務量、精神的な負担が増え、対応する所属長への負担も大きくなり、周辺者が疲弊したり不公平感を感じるケースがみられるため配慮が必要です。所属長は、普段から各従業員の業務内容を把握しておくこと、がん罹患従業員が発生しても対応がしやすいと思われまます。そのため定期的に（年に1回など）個別での面談を実施しているところもあります。また、業務負担が増えた従業員への手当を支給する例もあります。

E. 相談窓口（担当者）の設置

直属の上司は、周辺者へのフォロー等を行わねばならないため、独立した相談窓口や専従でなくても担当者を事前に確保し、従業員に周知する必要があります。

【項目⑯】休職の開始前に休業に関する制度（期間や賃金に関して）を伝えるのはもちろんのこと、休職中の社会保険料等の支払い方法なども決めておく必要があります。また、休職中の連絡手段（頻度や方法）や担当者もあらかじめ決めておきます。

【項目⑰】担当者は「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」の内容を把握したり、労働者健康安全機構の「両立支援コーディネーター研修」へ参加すること等が両立支援のための情報収集に役に立ちます。

【項目⑱】社内外の制度として休職制度・期間、休職期間中の賃金や社会保険料等の控除、高額療養費、傷病手当金、時間・半日単位年休制度などがあります。

【項目⑲】社外の相談先として、「がん相談支援センター」や「産業保健総合支援センター」などがあります。

F. 従業員の健康づくり

【項目②④～②⑥】社員の健康管理やがんの早期発見のためには、定期健康診断やがん検診を受けさせるだけでなく、有所見のあった従業員への事後措置として医療機関の受診を勧めたり保健指導をきちんと行うことが重要です。

【項目②⑧】運動習慣や身体活動を高めることで、がんを含む生活習慣病のリスクや死亡率の低下、メンタルヘルスや腰痛の改善につながるとされています。そのため、職場にて従業員全員が参加できる体操や運動を実施することは、従業員の健康づくりにおいて大切です。

G. 個人情報の取り扱い

健康情報は要配慮個人情報であり、取得には予め本人の同意が必要です。両立支援をおこなうために必要な情報の多くが要配慮個人情報に当たるため、取り扱いに十分な注意が必要です。健康情報の管理者を決め、記録や書類は鍵のかかる保管庫に入れたり、パソコンにはパスワードをかけ、ウイルス対策を徹底するなどの安全管理が必要です。健康情報を扱う者ごとに権限と取り扱う範囲を決め、守秘義務を守る必要があります。

参考文献

- 1) 高橋都：がん患者のおかれている状況と就労支援の現状
https://ganjoho.jp/data/med_pro/liaison_council/bukai/data/shiryo8/20161208_03-2_1.pdf (2018.11.5 参照)
- 2) Endo M, Haruyama Y, Takahashi M, Nishiura C, Kojimahara N, Yamaguchi N (2016) Returning to work after sick leave due to cancer: a 365-day cohort study of Japanese cancer survivors. *J Cancer Surviv* 10, 320–329.

両立支援プラン／職場復帰支援プラン

作成日： 年 月 日

従業員 氏名			生年月日	性別
			年 月 日	男・女
所属			従業員番号	
治療・投薬等 の状況、今後 の予定				
期間	勤務時 間	就業上の措置・治療への配慮等	(参考) 治療等の予定	
業務内容				
その他 就業上の 配慮事項				
その他				

上記の内容を確認しました。

年 月 日 (本人)

年 月 日 (所属長)

年 月 日 (総務担当)

両立支援アンケート最終データ 社員 200 人未満 n=1136 05/31/2018 TF

全体の社員数

Q2	度数	パーセント	累積 度数	累積 パーセント
1~9 人	209	16.52	209	16.52
10~19 人	155	12.25	364	28.77
20~49 人	408	32.25	772	61.03
50~99 人	232	18.34	1004	79.37
100~199 人	132	10.43	1136	89.8
200~299 人	46	3.64	1182	93.44
300~499 人	30	2.37	1212	95.81
500~999 人	25	1.98	1237	97.79
1000 人~2999 人	14	1.11	1251	98.89
3000 人以上	14	1.11	1265	100

欠損値の度数 = 3

がん社員復職 3 カテゴリ

ca_employee5	度数	パーセント	累積 度数	累積 パーセント
	25	3.24	25	3.24
がん社員無し	528	68.39	553	71.63
復職あり	175	22.67	728	94.3
復職なし	44	5.7	772	100

がん社員復職 3 カテゴリ

ca_employee5	度数	パーセント	累積 度数	累積 パーセント
	36	3.17	36	3.17
がん社員無し	694	61.09	730	64.26
復職あり	337	29.67	1067	93.93
復職なし	69	6.07	1136	100

両立支援アンケート最終データ 社員 200 人未満 n=1136 05/31/2018 TF

がん社員 復職有無							
Q37	Q38	Q38x	ca_employee5	度数	パーセント	累積 度数	累積 パーセント
.	.	.	.	9	0.79	9	0.79
.	.	1 復職した	復職あり	2	0.18	11	0.97
.	.	2 どちらも	復職あり	1	0.09	12	1.06
はい	.	.	.	14	1.23	26	2.29
はい	.	1 復職した	復職あり	280	24.65	306	26.94
はい	.	2 どちらも	復職あり	54	4.75	360	31.69
はい	.	3 復職しなかった	復職なし	69	6.07	429	37.76
はい	療養中、復帰予定	.	.	1	0.09	430	37.85
いいえ	.	.	がん社員無し	691	60.83	1121	98.68
いいえ	.	1 復職した	.	3	0.26	1124	98.94
いいえ	.	2 どちらも	.	9	0.79	1133	99.74
いいえ	.	3 復職しなかった	がん社員無し	3	0.26	1136	100

両立支援アンケート最終データ 社員 200 人未満 n=1136 05/31/2018 TF

	All n=1136		がん社員無し n=694		復職あり n=337		復職なし n=69		復職あり vs. 復職 無し		欠損 n=36	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	p-value	n	(%)	
Region									0.112 *			
京都	41	(3.6)	12	(1.7)	23	(6.8)	3	(4.4)		3	(8.3)	
石川	253	(22.3)	146	(21.0)	84	(24.9)	13	(18.8)		10	(27.8)	
千葉	716	(63.0)	438	(63.1)	212	(62.9)	44	(63.8)		22	(61.1)	
東京	126	(11.1)	98	(14.1)	18	(5.3)	9	(13.0)		1	(2.8)	
業種 recode												
Q1x												
建設業	132	(11.6)	90	(13.0)	30	(8.9)	8	(11.6)		4	(11.1)	
製造業	195	(17.2)	103	(14.8)	75	(22.3)	12	(17.4)		5	(13.9)	
電気・ガス・熱供給・水道業	12	(1.1)	8	(1.2)	3	(0.9)	1	(1.5)		0	(0.0)	
情報通信業	38	(3.4)	28	(4.0)	9	(2.7)	1	(1.5)		0	(0.0)	
運輸・郵便業	63	(5.6)	31	(4.5)	23	(6.8)	6	(8.7)		3	(8.3)	
卸売業、小売業	143	(12.6)	88	(12.7)	44	(13.1)	7	(10.1)		4	(11.1)	
金融業、保険業	18	(1.6)	11	(1.6)	6	(1.8)	1	(1.5)		0	(0.0)	
不動産業	42	(3.7)	32	(4.6)	7	(2.1)	1	(1.5)		2	(5.6)	
飲食業	13	(1.1)	9	(1.3)	4	(1.2)	0	(0.0)		0	(0.0)	
教育、学習支援業	16	(1.4)	8	(1.2)	6	(1.8)	0	(0.0)		2	(5.6)	
医療・福祉	188	(16.6)	110	(15.9)	62	(18.4)	13	(18.8)		3	(8.3)	
その他	255	(22.5)	160	(23.1)	64	(19.0)	18	(26.1)		13	(36.1)	
多業種	13	(1.1)	10	(1.4)	2	(0.6)	1	(1.5)		0	(0.0)	
欠損	8	(0.7)	6	(0.9)	2	(0.6)	0	(0.0)		0	(0.0)	
全体の社員数												

両立支援アンケート最終データ 社員 200 人未満 n=1136 05/31/2018 TF

Q2																			
1~9 人	209	(18.4)	167	(24.1)	27	(8.0)	7	(10.1)				8	(22.2)						
10~19 人	155	(13.6)	123	(17.7)	25	(7.4)	4	(5.8)				3	(8.3)						
20~49 人	408	(35.9)	238	(34.3)	123	(36.5)	33	(47.8)				14	(38.9)						
50~99 人	232	(20.4)	110	(15.9)	102	(30.3)	14	(20.3)				6	(16.7)						
100~199 人	132	(11.6)	56	(8.1)	60	(17.8)	11	(15.9)				5	(13.9)						
社員 50 人以上																			
employ50											0.072								
0	772	(68.0)	528	(76.1)	175	(51.9)	44	(63.8)				25	(69.4)						
1	364	(32.0)	166	(23.9)	162	(48.1)	25	(36.2)				11	(30.6)						
非正規社員割合																			
Q3_nonreg											0.965								
把握していない	32	(2.8)	28	(4.0)	4	(1.2)	0	(0.0)				0	(0.0)						
50%未満	772	(68.0)	466	(67.2)	235	(69.7)	47	(68.1)				24	(66.7)						
50%以上	115	(10.1)	61	(8.8)	42	(12.5)	9	(13.0)				3	(8.3)						
80%以上	147	(12.9)	90	(13.0)	43	(12.8)	9	(13.0)				5	(13.9)						
欠損	70	(6.2)	49	(7.1)	13	(3.9)	4	(5.8)				4	(11.1)						
女性割合																			
Q3_female											0.922								
把握していない	14	(1.2)	11	(1.6)	2	(0.6)	1	(1.5)				0	(0.0)						
50%未満	612	(53.9)	378	(54.5)	180	(53.4)	34	(49.3)				20	(55.6)						
50%以上	200	(17.6)	116	(16.7)	62	(18.4)	14	(20.3)				8	(22.2)						
80%以上	156	(13.7)	88	(12.7)	54	(16.0)	11	(15.9)				3	(8.3)						
100%	98	(8.6)	64	(9.2)	28	(8.3)	5	(7.3)				1	(2.8)						
欠損	56	(4.9)	37	(5.3)	11	(3.3)	4	(5.8)				4	(11.1)						
社員の平均年齢 recode																			

両立支援アンケート最終データ 社員 200 人未満 n=1136 05/31/2018 TF

Q4x																	0.320	*	
20代	8	(0.7)	6	(0.9)	1	(0.3)	1	(1.5)											
30代	220	(19.4)	149	(21.5)	52	(15.4)	13	(18.8)											
40代	604	(53.2)	360	(51.9)	181	(53.7)	42	(60.9)											
50代	224	(19.7)	130	(18.7)	78	(23.2)	11	(15.9)											
60代	53	(4.7)	32	(4.6)	16	(4.8)	2	(2.9)											
70代	5	(0.4)	5	(0.7)	0	(0.0)	0	(0.0)											
欠損	22	(1.9)	12	(1.7)	9	(2.7)	0	(0.0)											
産業医																			
Q5																	0.543		
選任している(常勤)	46	(4.1)	25	(3.6)	16	(4.8)	3	(4.4)											
選任している(非常勤または嘱託)	260	(22.9)	117	(16.9)	115	(34.1)	19	(27.5)											
選任していない	821	(72.3)	544	(78.4)	206	(61.1)	47	(68.1)									0.275		
欠損	9	(0.8)	8	(1.2)															
産業看護職																			
Q6																	0.760	*	
選任している(常勤)	46	(4.1)	22	(3.2)	21	(6.2)	3	(4.4)											
選任している(非常勤)	28	(2.5)	8	(1.2)	17	(5.0)	2	(2.9)											
選任していない	1052	(92.6)	657	(94.7)	298	(88.4)	63	(91.3)									0.335		
欠損	10	(0.9)	7	(1.0)	1	(0.3)	1	(1.5)											
経営理念に健康、幸せ																			
Q13																	0.406		
はい	657	(57.8)	412	(59.4)	188	(55.8)	35	(50.7)											
いいえ	458	(40.3)	273	(39.3)	142	(42.1)	33	(47.8)											
欠損	21	(1.9)	9	(1.3)	7	(2.1)	1	(1.5)											
個人情報取扱い																			

両立支援アンケート最終データ 社員 200 人未満 n=1136 05/31/2018 TF

Q14												0.969			
はい	758	(66.7)	454	(65.4)	235	(69.7)	49	(71.0)	20						(55.6)
いいえ	359	(31.6)	230	(33.1)	97	(28.8)	20	(29.0)	12						(33.3)
欠損	19	(1.7)	10	(1.4)	5	(1.5)	0	(0.0)	4						(11.1)
健康診断受診率															
Q15												0.296	*		
把握していない	23	(2.0)	22	(3.2)	0	(0.0)	1	(1.5)	0						(0.0)
60%未満	27	(2.4)	23	(3.3)	4	(1.2)	0	(0.0)	0						(0.0)
60%以上	27	(2.4)	16	(2.3)	5	(1.5)	2	(2.9)	4						(11.1)
80%以上	37	(3.3)	23	(3.3)	11	(3.3)	3	(4.4)							
90%以上	191	(16.8)	98	(14.1)	76	(22.6)	13	(18.8)	4						(11.1)
100%	817	(71.9)	504	(72.6)	238	(70.6)	50	(72.5)	25						(69.4)
欠損	14	(1.2)	8	(1.2)	3	(0.9)	0	(0.0)	3						(8.3)
受診勧め															
Q16												0.585			
はい	999	(87.9)	603	(86.9)	305	(90.5)	62	(89.9)	29						(80.6)
いいえ	117	(10.3)	79	(11.4)	27	(8.0)	7	(10.1)	4						(11.1)
欠損	20	(1.8)	12	(1.7)	5	(1.5)	0	(0.0)	3						(8.3)
産業医が日々の健康管理															
Q17												0.369			
はい	261	(23.0)	135	(19.5)	102	(30.3)	17	(24.6)	7						(19.4)
いいえ	858	(75.5)	548	(79.0)	233	(69.1)	51	(73.9)	26						(72.2)
欠損	17	(1.5)	11	(1.6)	2	(0.6)	1	(1.5)	3						(8.3)
健康管理:医師															
Q18_MD															
.	978	(86.1)	611	(88.0)	276	(81.9)	60	(87.0)	31						(86.1)

両立支援アンケート最終データ 社員 200 人未満 n=1136 05/31/2018 TF

1	158	(13.9)	83	(12.0)	61	(18.1)	9	(13.0)	5	(13.9)
健康管理:保健師										
Q18_PHNS										
.	1093	(96.2)	672	(96.8)	323	(95.9)	64	(92.8)	34	(94.4)
1	43	(3.8)	22	(3.2)	14	(4.2)	5	(7.3)	2	(5.6)
健康管理:看護師										
Q18_NS										
.	1084	(95.4)	666	(96.0)	317	(94.1)	65	(94.2)	36	(100.0)
1	52	(4.6)	28	(4.0)	20	(5.9)	4	(5.8)	0	(0.0)
健康管理:その他										
Q18_else										
.	1092	(96.1)	672	(96.8)	316	(93.8)	68	(98.6)	36	(100.0)
1	44	(3.9)	22	(3.2)	21	(6.2)	1	(1.5)	0	(0.0)
がん検診オプション										
Q19									0.598	
はい	404	(35.6)	230	(33.1)	129	(38.3)	29	(42.0)	16	(44.4)
いいえ	721	(63.5)	460	(66.3)	205	(60.8)	40	(58.0)	16	(44.4)
欠損	11	(1.0)	4	(0.6)	3	(0.9)	0	(0.0)	4	(11.1)
食生活改善取り組み										
Q20									0.581	
はい	220	(19.4)	135	(19.5)	68	(20.2)	12	(17.4)	5	(13.9)
いいえ	905	(79.7)	555	(80.0)	267	(79.2)	57	(82.6)	26	(72.2)
欠損	11	(1.0)	4	(0.6)	2	(0.6)	0	(0.0)	5	(13.9)
運動取り組み										
Q21									0.822	
はい	229	(20.2)	141	(20.3)	69	(20.5)	15	(21.7)	4	(11.1)

両立支援アンケート最終データ 社員 200 人未満 n=1136 05/31/2018 TF

いいえ	896	(78.9)	548	(79.0)	267	(79.2)	54	(78.3)		27	(75.0)
欠損	11	(1.0)	5	(0.7)	1	(0.3)	0	(0.0)		5	(13.9)
禁煙/受動喫煙取り組み											
Q22									0.005		
はい	611	(53.8)	371	(53.5)	198	(58.8)	28	(40.6)		14	(38.9)
いいえ	518	(45.6)	321	(46.3)	138	(41.0)	41	(59.4)		18	(50.0)
欠損	7	(0.6)	2	(0.3)	1	(0.3)	0	(0.0)		4	(11.1)
メンタル取り組み											
Q23									0.233		
はい	422	(37.2)	226	(32.6)	156	(46.3)	27	(39.1)		13	(36.1)
いいえ	703	(61.9)	466	(67.2)	176	(52.2)	42	(60.9)		19	(52.8)
欠損	11	(1.0)	2	(0.3)	5	(1.5)	0	(0.0)		4	(11.1)
睡眠取り組み											
Q24									0.388		
はい	143	(12.6)	85	(12.3)	47	(14.0)	7	(10.1)		4	(11.1)
いいえ	982	(86.4)	604	(87.0)	288	(85.5)	62	(89.9)		28	(77.8)
欠損	11	(1.0)	5	(0.7)	2	(0.6)	0	(0.0)		4	(11.1)
腰痛取り組み											
Q25									0.943		
はい	268	(23.6)	157	(22.6)	86	(25.5)	18	(26.1)		7	(19.4)
いいえ	858	(75.5)	533	(76.8)	249	(73.9)	51	(73.9)		25	(69.4)
欠損	10	(0.9)	4	(0.6)	2	(0.6)	0	(0.0)		4	(11.1)
肩こり取り組み											
Q26									0.991		
はい	141	(12.4)	91	(13.1)	39	(11.6)	8	(11.6)		3	(8.3)
いいえ	984	(86.6)	598	(86.2)	296	(87.8)	61	(88.4)		29	(80.6)

両立支援アンケート最終データ 社員 200 人未満 n=1136 05/31/2018 TF

欠損	11	(1.0)	5	(0.7)	2	(0.6)	0	(0.0)		4	(11.1)
給付制度案内											
Q27									0.169		
はい	625	(55.0)	332	(47.8)	231	(68.6)	42	(60.9)		20	(55.6)
いいえ	499	(43.9)	358	(51.6)	102	(30.3)	27	(39.1)		12	(33.3)
欠損	12	(1.1)	4	(0.6)	4	(1.2)	0	(0.0)		4	(11.1)
社員教育、啓発											
Q28									0.168		
はい	340	(29.9)	189	(27.2)	125	(37.1)	20	(29.0)		6	(16.7)
いいえ	778	(68.5)	498	(71.8)	206	(61.1)	49	(71.0)		25	(69.4)
欠損	18	(1.6)	7	(1.0)	6	(1.8)	0	(0.0)		5	(13.9)
相談できる担当者											
Q29									0.093		
はい	900	(79.2)	535	(77.1)	288	(85.5)	54	(78.3)		23	(63.9)
いいえ	226	(19.9)	156	(22.5)	46	(13.7)	15	(21.7)		9	(25.0)
欠損	10	(0.9)	3	(0.4)	3	(0.9)	0	(0.0)		4	(11.1)
相談窓口											
Q30									0.052		
はい	737	(64.9)	429	(61.8)	246	(73.0)	43	(62.3)		19	(52.8)
いいえ	383	(33.7)	258	(37.2)	87	(25.8)	26	(37.7)		12	(33.3)
欠損	16	(1.4)	7	(1.0)	4	(1.2)	0	(0.0)		5	(13.9)
仕事継続の就業規則											
Q31									0.179		
はい	305	(26.9)	178	(25.7)	104	(30.9)	16	(23.2)		7	(19.4)
いいえ	813	(71.6)	508	(73.2)	228	(67.7)	53	(76.8)		24	(66.7)
欠損	18	(1.6)	8	(1.2)	5	(1.5)	0	(0.0)		5	(13.9)

両立支援アンケート最終データ 社員 200 人未満 n=1136 05/31/2018 TF

柔軟な勤務時間											
Q32											
はい	748	(65.9)	448	(64.6)	234	(69.4)	45	(65.2)	21		(58.3)
いいえ	374	(32.9)	242	(34.9)	98	(29.1)	24	(34.8)	10		(27.8)
欠損	14	(1.2)	4	(0.6)	5	(1.5)	0	(0.0)	5		(13.9)
人事制度運用											
Q33											
はい	565	(49.7)	334	(48.1)	187	(55.5)	30	(43.5)	14		(38.9)
いいえ	550	(48.4)	348	(50.1)	146	(43.3)	39	(56.5)	17		(47.2)
欠損	21	(1.9)	12	(1.7)	4	(1.2)	0	(0.0)	5		(13.9)
両立支援への理解											
Q34											
はい	787	(69.3)	460	(66.3)	260	(77.2)	45	(65.2)	22		(61.1)
いいえ	327	(28.8)	224	(32.3)	71	(21.1)	24	(34.8)	8		(22.2)
欠損	22	(1.9)	10	(1.4)	6	(1.8)	0	(0.0)	6		(16.7)
主治医など連携 recode											
Q35x											
はい	517	(45.5)	297	(42.8)	170	(50.5)	34	(49.3)	16		(44.4)
いいえ	594	(52.3)	386	(55.6)	159	(47.2)	35	(50.7)	14		(38.9)
欠損	25	(2.2)	11	(1.6)	8	(2.4)	0	(0.0)	6		(16.7)
家族のがんで臨機応変 recode											
Q36x											
はい	475	(41.8)	266	(38.3)	166	(49.3)	30	(43.5)	13		(36.1)
いいえ	638	(56.2)	416	(59.9)	165	(49.0)	39	(56.5)	18		(50.0)
欠損	23	(2.0)	12	(1.7)	6	(1.8)	0	(0.0)	5		(13.9)
復職困った経験											

両立支援アンケート最終データ 社員 200 人未満 n=1136 05/31/2018 TF

1	65	(5.7)	46	(6.6)	16	(4.8)	3	(4.4)	0	(0.0)
保健師などのコミュニケーション 0/1										
Q41_5_D									0.281	*
0	1042	(91.7)	627	(90.4)	313	(92.9)	67	(97.1)	35	(97.2)
1	94	(8.3)	67	(9.7)	24	(7.1)	2	(2.9)	1	(2.8)
保健師などがない 0/1										
Q41_6_D									0.916	
0	811	(71.4)	483	(69.6)	247	(73.3)	51	(73.9)	30	(83.3)
1	325	(28.6)	211	(30.4)	90	(26.7)	18	(26.1)	6	(16.7)
代替要員確保 0/1										
Q41_7_D									0.757	
0	412	(36.3)	262	(37.8)	109	(32.3)	21	(30.4)	20	(55.6)
1	724	(63.7)	432	(62.3)	228	(67.7)	48	(69.6)	16	(44.4)
会社制度と不整合 0/1										
Q41_8_D									0.135	
0	865	(76.1)	516	(74.4)	267	(79.2)	49	(71.0)	33	(91.7)
1	271	(23.9)	178	(25.7)	70	(20.8)	20	(29.0)	3	(8.3)
周り理解不足 0/1										
Q41_9_D									0.009	
0	958	(84.3)	576	(83.0)	295	(87.5)	52	(75.4)	35	(97.2)
1	178	(15.7)	118	(17.0)	42	(12.5)	17	(24.6)	1	(2.8)
具体的支援方法 0/1										
Q41_10_D									0.775	
0	759	(66.8)	440	(63.4)	245	(72.7)	49	(71.0)	25	(69.4)
1	377	(33.2)	254	(36.6)	92	(27.3)	20	(29.0)	11	(30.6)

両立支援アンケート最終データ 社員 200 人未満 n=1136 05/31/2018 TF

病気や治療の内容 0/1												
Q41_11_D												
0	947	(83.4)	573	(82.6)	280	(83.1)	62	(89.9)		0.160		
1	189	(16.6)	121	(17.4)	57	(16.9)	7	(10.1)			32	(88.9)
不安感への対応 0/1												
Q41_12_D												
0	779	(68.6)	465	(67.0)	243	(72.1)	45	(65.2)		0.251	26	(72.2)
1	357	(31.4)	229	(33.0)	94	(27.9)	24	(34.8)			10	(27.8)
金銭的サポート 0/1												
Q41_13_D												
0	779	(68.6)	463	(66.7)	238	(70.6)	48	(69.6)		0.861	30	(83.3)
1	357	(31.4)	231	(33.3)	99	(29.4)	21	(30.4)			6	(16.7)
その他 0/1												
Q41_14_D												
0	1107	(97.5)	680	(98.0)	326	(96.7)	66	(95.7)		0.715 *	35	(97.2)
1	29	(2.6)	14	(2.0)	11	(3.3)	3	(4.4)			1	(2.8)
ソーシャルキャピタル												
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差			平均	標準偏差
	18.67	(3.10)	18.79	(3.15)	18.62	(3.00)	18.04	(3.19)		0.207	18.12	(2.74)

*p-value from Fisher's exact test

それ以外は chi-square test

ソーシャルキャピタルは Kruskal-Wallis test

平成 30 年度 労災疾病臨床研究事業
「企業・産業保健スタッフ・医療機関の連携による両立支援システムの開発」
松平班 第 2 回班会議

平成 30 年 7 月 3 日(火曜日) 東大病院入院棟 B 1 階 会議室 1

会議メモ

藤井朋子 2018 年 7 月

松平より配布資料の説明

松平より研究の目的、背景、中小企業を対象としたアンケートの実施結果について報告（資料②スライド）

藤井より、アンケートの解析方法と、それをふまえた両立支援活動評価指標案の作成過程について説明（資料④）

両立支援活動評価指標案について

まず評価指標案の草案を提示して、全体的なフォーマット等について、意見を求めた。

以下敬称略

武藤：中小企業対象ということで「産業医」という語はあえて一言も入れていないのか？それに不満を述べる人がいるかも知れない。

藤井：あえて入れていないが、細かくは検討していない。

森口：違和感は無かったが、確かに武藤先生のご指摘を受けると、医師会の力を借りていくとなると産業医、また 50 人未満の中小企業を考えると地域産業保健事業は地区医師会が実働部隊なので、産業医をくすぐるようなものがあるかもしれない。

武藤：②や④の相談窓口はほとんどの場合は人事担当者であるが、場合によって産業医がいる場合は産業医が窓口になりうるので、そこにあえて「産業医」という言葉を入れるかどうかである。

松平：産業医がいる場合は、などを付けた方がよいか。

武藤：20 人、50 人の小規模事業所では社労士が窓口になることもあるのか？

森口：窓口の人の相談相手にはなる。

松平：窓口は会社の人でいいか。

森口：産業医が直接の窓口になることは考えにくい。

小山：産業医は窓口にはならない。

武藤：では、（相談窓口の項目には）入れなくていいですね。

川又：入れるとすれば「産業医」は連携のところか。50 人以上の事業場では産業医との連携を必須にするか、など。

武藤：確かに 50 人以上の事業場では産業医がいることが前提。

松平：では分けて、連携の所に新たに項目として加えるか。

川又：そのかわり、規模の小さいところでは必須に出来ないが。

森口：⑩で本人と主治医と会社スタッフとなっているが、ここに産業医を加えてもよいかも知れない。

川又：あえてもう一つ項目を作ってもよいかも知れない。

松平：森口先生，③⑩に加えるのか別項目にするのか，どちらがよいか。

小山：③⑩に「産業保健スタッフ」としてはどうか。

松平：あえて産業医とするか，看護職の方と，五十嵐先生は独立させたいという気持ちは分かるが。そこは丸めるのか。

五十嵐：これの目的を考えると，「産業医等の産業保健スタッフ」あるいは「産業保健専門職」としてはどうか。産業医に限らず，専門家がかかわっているということを連携の項に入れるのがよいと思われる。中小企業は50人以上～300人未満など幅が広いが，300人以上の所では保健師がいるところもあるので。

松平：看護職に関して，何人以上なら1人置かなくてならないという規定はあるか。

五十嵐：ないが，衛生管理者も取得しているので，最近では常勤で置いていたり，地域産保の保健師や開業保健師など外部から関わっていることがある。やはり連携のところに入れるのがよいと考える。

高山：Q39の自由記載で何か特徴的なものが引き出せたか？後から思うことが何点かあり，例えば，みずほ情報総研がH25年3月に両立支援手法の開発意識の報告書を出しており，検討部会で挙げられたのが両立支援のあり方や要配慮事項を企業が知るためのしくみやツール，アセスメントをし，情報収集をし，どういった要配慮があるか，専門家がない企業もあるので，大まかにでも掴める項目があった方がよかった，と感じたので。アンケートの項目から直接取れないので，Q39に記載があれば「要配慮事項を検討，判断するためのツールもしくは仕組みがある」といったものを項目として入れられるか，と考えたが。

藤井：Q39では上手くいった，という記載や配置転換が中小なので難しく，業務の内容によっては復職してもきつく難しい，Q39に限らず休職中の保険料の負担が会社にとって負担で，本人に請求するのもしのびない，新しく人を雇うと復職した時にその人をどうするか困る，などの記載が見受けられた。

高山：何に配慮すればいいか分からない，といった回答は無かったか。

川又：どこまで踏み込んだらいいのか分からない，配慮すればいいのか分からない，復職した人が何が出来るか分からない，ケースを見てないので分からない，というのはあった。

藤井：上司が病気のことを飲み会で話してしまって，辞めてしまったというの。

松平：アンケートに無い項目も必要と思われるものは評価指標案に入れていて，アンケートで有意差があったところは重視したいとは考えているが，専門家の意見を踏まえて最終的に完成させると考えているので，必要だと思われるものはアンケートに無くても入れるべきだと個人的には考えている。本日は先日のシンポジウムで一緒したアフラックの人事の方に来ていただいているので，アフラックはがん保険を扱われていて，今がんの両立支援も先進的に行われていると聞いているので，今のことに関して何かご意見はあるか。

伊藤：企業側が病状を知ることの難しさは企業の大小に限らずあると思われる。両立支援をした方がどうサポートしたらよいか分からない。他の慢性疾患などではパターンが決まっていることが多いが，がんは個別性が高く，アフラックでも抗がん剤治療を受けながら働いている方，放射線療法を受けながら働いている方，手術が終わって普通に働いている方，とパターンがいろいろ

あって、こうすればいいというのをその都度考えていく必要がある。何が出来て何が出来ないかを従業員が知らせてくれると就労支援がし易いが、そういうことを上手く伝えられない従業員がいた時に、大きい会社では産業医がいて主治医と連携することができるかもしれないが、小さい会社では難しいであろうから、遠慮が入った時にどう伝えていくかが就労をするときに1つのポイントになると思われる。就労支援をする上で、従業員から何は出来て何が出来ないかを伝える仕組みや言える風土があることは大事であると思われ、アフラックの中でもそれは大事にしている。

松平：どうやって入れたらいいか。

高山：そういった仕組み、ツールがある会社はそうないだろうと思いつつ、問題提起をしている。「人事評価制度」に関してアンケートに入れているが、これを指標案に入れることについて他の先生方のご意見は。国立がん研究センター（「がん治療と就労の両立支援度チェックと改善ヒント」）には人事評価制度の柔軟な運用が入っている。

松平：社労士の先生方のご意見は？

原：人事評価制度というのは人事制度に関してか？

高山：がん研のは人事評価制度。

原：実際ががん患者から相談を受けている中で、時間や勤務制度に関しての配慮をしてくれるところは沢山あるが、負荷の大きくないところで普通に働ける状態が続いたときに、自分はこれ以上負荷がかかる仕事はたぶん出来ないだろうし、でも、そうすると評価が下がって転職になってしまいそうという、勤務配慮は必要ないが、がりがりに働くことが出来なくなったという人が、どこにも頼れなくてなんとなくストレスを感じたり、不安がある、というのを見たことがある。いろいろな配慮をしてくれていい会社なのだが、その人にとっては勤務でなくてもっと評価のところで配慮してくれたらいいなという希望を持っている方がいる。

川又：出来ていない課題、目標が見えるという点では、項目として入れるのはいいと思うが、それを認定要件の必須項目としてしまうと、かなりハードルが高くなるので、そこで調節すればいいので、項目として入れるのは良いと考える。

高山：がん研のチェックリストも柔軟にと書かれているが、ではどうするかという答えは書かれていない。治療されている方には人事評価の時にはじめからアドバンテージを与えるのかどうか、という答えは全然書かれていない。なので、人事評価制度を入れるということに関して自分は全く肯定的ではなく、がん研のと照らし合わせてどうなんだろう、という素朴な疑問。

松平：森口先生、何かご意見あるか。

森口：ない

松平：遠藤先生、何かご意見あるか。

遠藤：がんになった人が、キャリアを気にして、職場に病気を伝えていない、伝えたくないというのがある。なので、健康管理に「人事評価制度」を含めて議論することは難しい。

松平：ご意見を伺うと、入れない方がいいと思ったが、最初の件（どのような配慮が必要か知る仕組み）についてはどうか。

高山：そういう仕組みがあると良いと思うが、ハードルはかなり高くなる気はしているので、普及を第一の目的にするのであれば、意見としては出してみたが、そこまでは今の段階では入れな

くていいかなと正直思っている。

松平：今までとところや新たなコメントはあるか。

五十嵐：勤務制度に関して、制度として働く時間や形態について書いてあるが、負荷の軽減、量的なものについて入れなくてよいか？定時間勤務であるが軽微な作業にかえたりを現場ではやっていたので。

藤井：⑭を負担の軽減に関することとしている。人事制度に入れるのは分かりにくいかな。

五十嵐：はいっていますね。はいっていただければいいかなと思う。

松平：人事制度に入れるのでいいか。

五十嵐：勤務制度も人事制度も同じ。人事制度に全部に入るので、⑦－⑬は勤務形態の方がいいかも。

森口：⑭、⑮は就業措置の方が分かりやすい。

五十嵐：そうですね。

森口：ただ、それが一般的に分かりやすいか、人事の人に分かりやすいか？

五十嵐：就業措置と言う。

伊藤：就業措置という言葉で理解出来るし、そういう言葉を産業医も使っている。

五十嵐：人事制度が一番大きい枠ではないか。

川又：大カテゴリを柔軟な人事制度にするのがよいか。

五十嵐：就業制度＝人事制度だと思うので、⑦－⑬は勤務形態、⑭、⑮は質的な就業措置、⑯－⑰は組合的にも制度。

森口：理解できる。

五十嵐：人事制度と勤務制度が別なのはすこし違和感を感じる。

五十嵐：⑦－⑬は勤務形態、⑭、⑮は負荷に関しての就業措置で違和感ない。⑯－⑰の休暇制度は人事だけでなく組合的なものでもあり、会社全体なので制度が入っていていいかも。

五十嵐：大カテゴリは就業制度か人事制度か、就業規則か。社労士の先生方に聞かれた方がよいかも。

吉川：大カテゴリは就業規則、人事制度と勤務制度はひとくくりでいいと思うが、良い言葉が今浮かばない。

松平：先生方が挙げていただいた方向で修正しようと思うが。

川又：休暇・休業は別の大カテゴリでということか。

五十嵐：同じでもよいと思うが。就業規則の中に⑦－⑬勤務形態、⑭、⑮就業措置、もしくは労務管理、⑯－⑰の休暇・休業制度にしたらどうか。制度の中に制度が2つあるのはおかしいので。

松平：用語等で気になる点はあるか。

遠藤：それらは治療と就労を両立するための柔軟な就業制度、働いているときの制度なので、⑯はそこに入れない方がよいのでは。自分は分け方としては、①離職防止：がんと診断されたとき窓口でうちの会社ではこれくらいの期間休めると説明している、②療養中：ちゃんと休める、主治医と連携を取れるか、③復職後：時短、フレックスなど、という分け方にした方が分かりやすいと思う。

武藤：時間軸をいれるということですね。

遠藤：時間軸を入れた方がよい。人事制度，就業上の配慮は勤務制度と一緒にしてもよいと思う。時間軸を入れて，①離職防止，②療養中に会社が何をやっているか，③復職後の仕事と治療を両立するための制度，と分けると分かりやすいと思う。

武藤：職場復帰というワードが一つもないとまずいのでは。というのは，厚労省のガイドラインに沿っていないと各方面から異論が出ると思われる。その中にためし出勤という言葉あり，そういう細かいことは入れないにしろ，職場復帰に関するはっきりした言葉が無いので，1項目作るかどこかに加えるのか。職場復帰を含めて支援するというのが必要。風土，人事制度，相談窓口という環境整備という形を作るという意味ではこれでいいと思うが，それをどう運用するのかという項目がない。ガイドラインに「両立支援プラン」という言葉が何度も出てくる。「両立支援プラン」，「復職プラン」という語を入れなくてもいいかも知れないが，制度を運用するという項目があってもいいのでは。ただあくまでもアイデアなので無くても，環境整備に関してということでもよいかも知れない。

松平：「ためし出勤」という言葉があった方がよいかと思い始めた。

武藤：中小の企業でなかなか復職になっていないと思うので，ためし出勤で何？から始まると思うが，ガイドラインにはためし出勤制度という語があるので。括弧（職場復帰支援）というのでも良いかも知れない。時間軸については，就業制度の順番を変えるということか。

川又：時間軸を入れると，構成を変えなければならぬだろう。ためし出勤に関しては，⑩の「リハビリ勤務」をその意味で入れているが，名前が伝わりにくいかも知れない。

武藤：「リハビリ出勤」というのは東京都ではそうなっているのか。

川又：私が理学療法士なのでリハビリ出勤という言葉を選択したのかも知れない。文言が悪いかも知れない。

武藤：悪くは無いが，厚労省が出しているのに倣った方がよい。

小山：復職支援ということを考えたら，普通は「復職プラン」に則って，ためし出勤から始めて，良くなってきたらもう少しきちんとした時間勤務ということになるので，「復職プラン」という語をどこかに加えてもよいのかも知れない。⑨に関して，本人が会社に何を求め，会社はどうしたらいいのか分からないというのがあったが，具体的な項目として加えるのは難しいが，病気や障害を持っていたら，「合理的配慮」をしなければならないというのがあるので，そういう言葉をキーワードとしてどこかに加えるのもいいのではないかと思う。勤務形態や人事なども変化していく可能性がある中で，それを含めて「復職プラン」を利用しているか，その中で勤務だけでなく都合が悪くなった時にどうして欲しいか，本人がどういうことを言い出すか分からないので，そういう時にある程度は配慮しますよ，という態度が会社の中にあるかが大切であり，勤務体制だけの問題でない。具体的な配慮の内容はなかなか言えないので，本人が言い出した時にそれに対して配慮するかしないかであり，本人が言わなければ会社も手の打ちようがない場合もあるかも知れないので，本人が求めた時に「合理的配慮」をなさよということなので，「合理的な配慮」というのがいいのではないか。その中で勤務をこうして欲しいか，人事，勤務に関しては現在の形でかなり絞られているが，それ以外で支援していかなければならない面が，この中ではなかなか見えてこないで⑨で色々な質問が出ているのだと思う。

松平：時間軸のことと，今の事は風土に入れるのか。川又先生，まとめてくれるか。

川又：時間軸を入れるのなら、かなり構成が変わってくると思う。

武藤：全部を時間軸に変えると、ガラッと変わってしまうのでそこまでするかは別だが、遠藤先生がおっしゃりたいのは、がんの社員が発生した時に、その方のことをタイムコースを持って考えてあげる、つまり入院がどれくらい、職場復帰して抗がん剤がこれくらい続くとか、時間軸で対応、その一点で対応して終わりではないということ。そういう視点が会社側にあるということを行っても入れると違うのではないか。

松平：こういうのが時間軸で整理できたら分かりやすいということか。

遠藤：時間軸で、まずがんと診断されたときに会社がやらなければならないことがある。

松平：がんと診断された時と、そのあとにやらなければならないことを分けた方が理解しやすいということか。

遠藤：会社の人事が、がんと診断された時にうちの会社はこれくらいの期間休めますとか、傷病手当金はこうなっているという制度を説明しているか、復職の時は医療機関の連携に努めるやためし出勤とか、働き始めて治療しながら1週間に1度通院するのにそういう制度があるか、その時その時で違うと思うので。

武藤：松平先生の危惧として時間軸を入れると膨大になるので、出来るだけコンパクトにというのがあると思うが、一方で遠藤先生の指摘も理解できるが、それを入れると恐らく診断、休職、復職の時と3倍になってしまうので、アイディアは指標案はこのままコンパクトなもので、これを活用するためのガイドは時間軸で整理したらどうか。マニュアルのような。

川又：遠藤先生のアイディアはとてもいいと思う。例えば、離職させないための項目が①、②、病気になった時は「制度を伝えている」、という風に分けていけばいいのかなと、そういうことか。

遠藤：私は時間軸で分けた方がよいと思う。

松平：指標案全体を時間軸で分けた方がいいということか。

遠藤：今は⑦から⑯が働いているときの、就労と治療の両立のことで大きなスペースを取っているが、よく見ると時差出勤、フレックスなど確かに異なるが細かくなっているが、それよりも離職防止のために会社が何をしているか、情報提供しているか、相談しやすい雰囲気があるか、健康情報について病気のことを総務課長が上司に伝えたら居酒屋でしゃべっていないか、そういったことがとても大事。

松平：では、先生の意見で、今足りない具体的な項目を教えてくれるか。

遠藤：離職防止のために会社が何に努めているか。

武藤：分かりやすい言葉では、がんになっても会社で働き続けられると社員に周知している、ということですね。

川又：それは⑤が。

五十嵐：保健師の立場からすると、遠藤先生がおっしゃる通り、確かにいろいろステージがあって、その時々への支援は違うが、それをここに盛り込むとかなり大変なことになると思う。まず「制度」がこういうものがあり、連携を何のためにやるかということ、両立支援の期間のいろいろな状況に応じて専門家と連携するしくみがあるか、聞いているのかなと思うので、連携の所に、さきほど武藤先生が運用ということを言われたが、制度がこれだけあり、がんの予後が良いか悪いか

で変わってくるので、いろいろながんの就労支援の状況に応じて専門家と連携しながら柔軟な対応ができていくかどうか、を聞けばよいのではないかと。制度を誰が運用しているか、対応する人が決まっているか、会社の中できちっと運用されているか、制度を運用していくプロセスと経過というところを加えた方がよいと思う。制度があってもきちんとして運用されていないとか、状況に応じて柔軟な対応がされていないと、退院時指導をしてもそのあとが適当になってしまったら意味がないと思うので。そのために医療職との連携が必要となってくる。なので、連携の所にもう一つ運用というのを入れればよろしいのではないかと。

松平：窓口とは別か。

五十嵐：窓口は窓口で、それをきちんとして運用していく。制度はそれが運用されるかが大事で、その運用の仕方に関して、両立支援にはいろいろな波があるので、それを如何に柔軟にきちんとしていけるかが大事だと思うので、あと2項目位入れればなんかなるのではないかと。全部かえなくても出来ると思う。職場復帰から入れてしまうと、この指標案は職場復帰しているという前提のものだと思うので、職場復帰の所から入れるとかなり大変になるのでは。

高山：武藤先生のお話をふまえて、「休職・復職制度」を1項目立てて、主な柱を2、3点つけ加えればいいのではないかと。それは⑩は短期のイメージで、休職はもっと長くなるので、休職・復職制度の項目を入れれば、職場復帰に対する支援というのも推し量る指標になるのでは。

武藤：⑦-⑩の勤務制度が細かいが、個々の項目である必要はないのではないかと。

松平：ここをどうまとめるかとか、ご意見を頂きたいと思っていた。

武藤：遠藤先生の意見をふまえれば、⑦-⑱の柔軟な就業制度の中を整理すれば。

遠藤：⑦-⑱をもっと圧縮して。制度や、専門家の連携とかもあるが、(がん患者は)そもそも会社に(病気のことを)言わない。言えるような風土と、一番大事なのは就業規則。日本は解雇するのは非常にむずかしいが、患者さん達はもうだめだと辞めてしまうが、辞める必要は全くない。会社がうちの就業規則では1年くらいは休めますとか、健保の補償立て給付(?)制度はこうなっていますとかを説明するだけで全然違うと思う。実際は休める期間も知らない状況であり、説明出来ているかが一番大事。復職後の制度はその先の話で、一番大事なのは離職防止のために何が出来るか。

松平：働き方改革でもこういう用語が示されているが、こういうのに近いものを風土に入れるか。

藤井：⑤とかがそういう目的で入れてある。

遠藤：それを具体的に身分保障期間はどれくらいとか、傷病手当金のことを説明しているかとかそういったこと。

川又：③に「就労継続と治療のための制度を社員に明示している」を入れている。

遠藤：そこに療養期間はどれくらいだとか。松平班で療養期間がどれくらい欲しいか求めるかは別として。

武藤：質問なのだが、50人未満の小規模事業所で、就業規則上で病気休暇制度は何割位の企業であるのか。法律上は何の規定もないですね。

原：言葉の意味でも、休暇というと有給のイメージが強いと思うが、そういう意味の病気休暇を設けている中小企業は相当少ないと思う。休職という、お金を払わないけど休んでもいいよという期間についてはおそらくかなりのところである。

武藤：それは半数以上のところでありそうか。

原：社労士に色々な事をお願いしようという、すこし意識の高い会社では設けているケースが多いと思う。

森口：それは結構長い期間なのか。

原：そうではない。

武藤：無給でも身分保障があれば、傷病手当とか申請出来るので、それがある、無いは大きな違いですね。

原：そうですね。就業規則をちゃんと定めている会社で、まったく設定すらしていないところはほぼ無い。短くても3か月や半年といった身分保障期間はあるところが多い。

松平：風土はこれでいいか。もっとがんの両立支援をイメージしたことをしているか、ということを入れた方がいいか。

遠藤：具体的に総務人事労務担当者が就業規則の身分保障期間について説明していますか、とか具体的に離職防止の所で示した方がよい。ここだと③か⑤か。

武藤：今いっぱい出たキーワードを上手くちりばめたらいいのでは。

川又：③が就業継続と治療の両立のための制度を知っていて、そういう担当者や窓口ががいるということを示しているが。

松平：遠藤先生、そのどれくらいという期間を言った方がいいか。

武藤：それは言えないでしょう。

森口：それは会社ごとなので、その会社の期間を言っているかどうか。

松平：そういう文言を入れた方がいいか。

川又：先ほどの時間軸の話で、このままの構成でいくかについて、この評価指標案を使って、企業がうちの会社には何が足りないのだろう、という見方が出来るといいと思う。フェーズとして離職防止のためのことが出来てないということが分かった方がいいのか、窓口の設置があまいだと気付いた方がいいのか、どちらが実際企業が取り組み易いのか、というのが大きな方向性になってくるのではないか。

五十嵐：「離職防止」と「就労継続」は意味が違うか。

遠藤：がんと診断されたときに辞めてしまう。クリニックで乳がんと診断されて、順天堂大学とかで治療するまえに会社を辞めようと思う。その前に、うちの会社ではこれだけ休めますよと説明しているか、お金はこれくらい協会けんぽから出ますよとか、そういった説明がほとんどないので。具体的にお金のこと、身分保障のことを出してあげた方が。

川又：情報提供、教育の所に、具体的に身分保障があることを伝えているということか。

五十嵐：「離職防止」と「就労継続」は同じでないか。

藤井：③をより具体的にした方がよいということか？

遠藤：具体的にした方がよい。

松平：例えば？

遠藤：がんと診断されたときに、離職防止のために何をやっているかというのをもうすこし細かく。それほど多くないと思う。

五十嵐：「離職防止」は少しネガティブな感じがするので、③の「就労継続」の方がよりポジテ

ィブな表現で良いのではないか。離職防止というと離職する事が前提のように見えるので、それよりもがんになってもちゃんと働けるんだという、その制度をまず皆に明示しているという方が、ポジティブな表現にみえる。同じことだが、あえて離職防止の方が大事か。遠藤先生のおっしゃるのは、診断されたときに病院でそういう風に揺れてしまった時に、うちはこういうのがありませんと、もっと具体的にいうということか。

遠藤：東京都のがん患者就労支援の会でも話題になっていて、患者さんがそれどころじゃないと、びっくり退職してしまうことが多いので、患者さんは就業規則で何日休めるか知らないで、本当は会社が解雇するのは非常に難しいのに辞めてしまう。それは会社の方が伝えてあげれば良いのではないかという。

松平：それは、会社の方もあるが、がん相に行ってもらって、そこで情報提供するという方法も両方ありますよね。

遠藤：多くはクリニックで診断されることが多くて。

松平：がん相にたどり着かない。

遠藤：そう。まず、会社の方にがんということ、これから手術とか抗がん剤にはいるということ伝えても、これくらい休めるといったことを。

松平：がんになっても辞めなくてよい、これくらい休めるということを伝えているという項目。

藤井：やはり③なのでは

川又：④、⑤とか

五十嵐：がんの人が発生したら急にではなく、日ごろからそういったことを風土として持つておくことが大事で、誰かががんになったときに、こういう就業規則があるということをごんでない人も知っておくのが大事なのではないかと思う。

松平：風土の所に健康や幸せという一般論を書いていたが、働き方改革でこういうのが挙がっていたので、この指標案の一番上は、もうすこし、がんになってもどうかということを行っているとかの方がよいと思うか。

武藤：⑤を風土に入れるということですよ。

遠藤：⑤は風土に入れた方がよい。

五十嵐：両立支援ということでは風土に入れてもよいかも知れない。ふつうはそこまで風土に入れないが、両立支援に関しては、がんになっても退職せずにと風土がちゃんと出来ているとか、明示しているというのをあえて入れるのであれば、風土に入ればそちらの方が大事だと思う。

松平：⑦-⑬はどのようにまとめればいいのか。丸めてこういう制度があるとしてしまえばいいか。

川又：この中から何個という風が出来たら良いのではと考えていた。

森口：これは健康経営の、⑦-⑬の何個というのですよね。

川又：そういうニュアンスで使えたらいいなど。

森口：極端に言えば、丸めて1つでもいいということですよ。

松平：企業の立場からすると、丸めて1つか2つの言葉にしてしまった方がいいのか、残して、健康経営と同じような見方がいいのか。

森口：もっと少なくともいいのでは。

川又：ちなみにこれは有意差が出なかった。中小企業では経営者の鶴の一声ではないが、制度がなくても柔軟に対応してきている部分があるので、逆に有意差の出していない項目にはなっている。

松平：具体的にはどんな丸め方がいいか。

森口：それは社労士さんと相談するのがよいのではないか。

武藤：その時に遠藤先生の時間軸も入れればよいのではないか。

佐柳：資料6で弊社の制度を紹介していて、P6の制度の紹介で「治療に専念するための制度」でお休みについていくつか、復職してから「治療と仕事の両立を支援する制度」というのをまとめていて、もし制度について個別に書いてあるのをまとめられるのなら、こういう整理の仕方もあると参考にしていただければ。それで括弧に例としてこういうの、という風にした方が回答する側としてはイメージしやすい気がする。

吉川：遠藤先生の就業規則を依頼されたときも、休職している期間の制度と、復職したときの両立支援が出来る制度、それとサポート、職場で休まれたりすると中の他の人が疲弊して休んでしまうというのもあるので、その人たちのサポートというのも就業規則に入れている。なのでそういう風に休職と復職で制度的に分けたらどうか。

松平：では、その辺で改良させていただきたいと思う。

川又：いまおっしゃられたように、フェーズごとに制度を分けていきたいと思うが、今あがないないもので、先ほどのためし出勤制度のように、必要な制度などあれば教えていただきたい。

松平：大丈夫そうですね。

武藤：ガイドラインにかなり出ているので。

松平：あと「復職プラン」という言葉を、この辺に入れるということですね。

武藤：「両立支援プラン」という形でも。

松平：ここで1時間半なのでお弁当を配らせていただく。先ほどアフラック方に資料を提供していただいたが、オールリボンについて。

伊藤：資料の3ページ目で、がんを経験した社員のコミュニティということで、やっている会社はまだ少ないと思うが、社内でピアサポートをやっているかと思っていて、がんの罹患者たちを集めて、19人くらいの方が集まって、我々が人事制度とかを作っていくなかで、どういう風に困っているか聞かずに作っていくのは良くないので、がんの方々意見交換しながら、こういう風な制度を作ったらいいとか、実際こういう手続きをとるのに面倒くさかったとか、そういった声を聞きながら、いま改正をしようとしているところ。19人中、AYA世代の20代でたぶん入社2年目くらいでがんに関わってしまっているという方から50代くらいの方まで老若何女を含めて、お互いに支え合いながら、新しくがんになった方もメンバーに相談できるようなそういう仕組みを作りたいと思っている。

松平：白田さん、ぱっと見て中小現場経験者として何かご意見はあるか。検討事項として個々の項目について色々なご意見を伺ったところ。項目が多すぎるとか、敷居が高すぎるとかというのはこれから話をするので。項目の言葉とか直感的なことで良いので、中小現場目線。

松平：重みづけとかいうか、認定基準を全部満たすのは大変だと思うので、(社員の)人数で重みづけとかいうか、例えば今回は200人未満で解析を行ったが、中小の定義がいろいろ難しいので、10

人未満、10-49人、50人以上というように分けて重みづけをした方がよいか、ご意見あるか。ちなみに今回拾ったところで見ると、意外と人数が多いから出来ていないという傾向がすごく強いわけではなくて、青のところをやっていると答えていて、オレンジの所の頑張れば出来るというところまで含めると、多くの所で過半数を超えている。もちろんアンケートで拾えたところだけだが。そうはいつても、重みづけをした方がいいかなというご意見があるか。全体のフォーマットと、各カテゴリが適切かという話はしたわけだよな？多すぎるとか無理だから削るとか森口先生あるか。

森口：制度はもう少しコンパクトに。それ以外はさほど読みにくいとも思わない。

松平：重みづけに関しては何かご意見あるか。何百人の所も十人未満のところも同じ項目を満たすということでもいいのか、最終的にはくるみんなのように宣言でなくて、実際復職させた経験という実績を重視するか、コンバインするののかというのを考えなければならないと思うが。

白田：4月からは10人くらいの小規模事業所のベンチャー企業の株式会社リンケージで保健師として、3月までは中小企業が加入する協会けんぽで7年間保健師をしていた。

松平：実際、このデータのかなりの分を白田さんのご尽力で集めさせていただいた。

白田：保健指導で中小企業を何件も訪問した経験をふまえると、あまり違和感はないが、いい会社では会社の理念とかを貼ってあることが多い印象。保健指導を受け入れている会社は、まあまあ健康に関心があるので、そういう会社はみんなが知っているかは別として標語づくりがある。ただ健康づくりとか、こういうサービスしていきましょう、挨拶大事とかあるが、(①に関して)「幸せ」は少し抽象的で、いままで標語としてあまり見たことが無い。今8年目のベンチャー企業で社員が10人なので、1社員として見てみたが、全然無い、無理というものがあり、例えば年休でも、半日とか時間休とかもないし、欲しくてもどうやって作っていくのだけとなるし、そもそも人事総務という人がいない。仕事はあっても誰、と担当者が振れない状態になっているので。1人がいくつもの仕事をしているので、9人以下の所で人事総務だけやっているというところはほとんど無いのではないかと思うし、保険事業を扱っているうちの会社でも両立支援という言葉を知っているのは半数以下だと思う。健診を100%受けているかも分からなくて相談を受けたりとか、皆さんが常識と思っていることが常識でないのが小規模事業所かなと思う。例えば就業規則はここにあってということを皆に示すとか、あたりまえのこともやっていなかったりして、労使で何かあったときに、あれっ？就業規則どうだっけ？となるレベルで、うちの会社が10人未満のスタンダードかは分からないが、この項目は結構ハードルが高いというイメージがある。

松平：本日の予定として、このあと個別ミーティングがあり、そのあと名刺交換などしていただき、そのあとの懇親に出席してもいいかなという方がどれくらいいるかの確認。

武藤：白田さんの言葉を受けて、小さい企業では両立支援という言葉を知っていたとしても、普通は育児と仕事だと思う。なので、タイトルは後で決めてもよいと思うが、自分のアイディアは「中小企業におけるがん治療と仕事の両立支援活動評価指標案」が良い。厚労省も「治療と仕事の両立支援室」という肩書の部屋があるので、がん治療と仕事の両立支援とすれば厚労省的にも問題がないと思う。仕事とか就労とか職業生活とかいろいろな言葉があるが、少なくとも役所の部屋の名前が「仕事と治療の両立支援室」となっているので、それが一番シンプルでいいのでは

ないかと思う。このガイドラインが出来た時には、治療と職業生活という言葉が出てきて、その前は就労とか就業などがあったが、最近は治療と仕事とシンプルに戻ったようなので、それがいいかと思う。

松平：今回は白田先生の千葉健保、小山先生の石川、森口先生の京都工場保健会、東京商工会議所と今回は恐らく意識の高い優秀な企業の分析結果で、有意差があった項目は全体的にまあまあ頑張れば出来るといってくれているところが多かったが、今の白田さんの意見をふまえて、重みづけをする方が現実的かどうか。何人ぐらいで分けた方がいいとかいうご意見があるか。

白田：これを使う時に、協会けんぽでは中小企業で保健師がいなくてもだれか健康づくりのリーダーシップを取ってくれる人という登録制度で、健康保健員として登録している事業所に絞って今回フィールド調査としてアンケートを行っているの、協会の中でもしっかりしているところである。でも、これを展開するのもフィールド調査をしたような健康保健員がいる事業所、人数に関わらず、ならいいと思うが、健康保健員すらいないところでも展開しようと思うと、両立支援で何？という感じかと思う。

松平：周知して普及するのに、そういうところからいきなりやるのは無理なので、まずは出来るところにワッペンなりプラチナをあげて、その企業はいい人材が集まるというようなネタにするというのが現実的かなと個人的には思っている。私自身はある程度出来るところから出来ますよと、と言っていくのでもいいのかなと思っている。

白田：やる気があって協力的で、やってみたいというところからやっていかないと、中小企業の中で広まっていけないと思うので、おっしゃる通りだと思う。

松平：マーケティングでも興味を持っている人から始めて、それを落としてから次の段階に進めるのが基本で、そうしないとポシカルかなと個人的には思っている。

武藤：一般論として人数が少なければ少ないほど、わが国では制度でなく理念さえあれば OK としなければ無理で、人数が大きいところでは制度が必要。小さいところでは社長が OK といえよく、規模の大きいところでは制度がないと不公平感がでるので、人数によって分ける方向性はそこなのかなと。また労働衛生上、用語は「事業場」に統一する必要がある。

松平：1000社以上集めて、分析して統計学的にまあまあというところを出しているの、有意差が出たところは大儀として我々としては重要視したいと思う。10人未満であっても、そこところは必須にするというのは大儀が立つかなと思ったりもするが、いかがか。窓口を置いているかということ、風土や情報提供があり理解が得られるというところだが、研修は中小ではなかなか厳しいということですよ？他の研修が多くて、がんの研修までやっていられないということですよ。そうすると、情報提供をどうするかという仕組みの提案は、アフラックさんは社内でeラーニングとかガイドブックを作られていて、それを頂く訳にもいかないが、何か中小向けに年に1回、少なくとも窓口の方が受けていただけるようなeラーニングを提供するのかわからないが、情報提供や教育をどうするかという。ここは落としてはいけないと思うが、その手法をどうするか。あと有意差があったのは、窓口があるや禁煙があったので、これは厚労省が勧めているガイドラインの環境整備なので、こことここは重要なのかなと個人的には思っている。これらはデータから有意差が出たので、絶対入れておきたいと思っている。

藤井：ただ、同じ有意差があるなしでも、相談できる担当者がいるとか、相談窓口があるという

のは 70%とか 60%以上とか、復職出来た方も出来てない方も結構出来ている項目。同じように差が有っても Q28 の社員に教育や啓発を行っていますか、は復職出来た所でも 37%, 復職出来ていないところは 26 や 29%で全体が低いので、差があったとしても全体が低いものを入れられるかというのがある。

松平：頑張ればやれそうは結構いる。研修や教育に関して、森口先生、研修は無理ではないか。

森口：研修はハードルが高い。情報提供。

松平：情報提供をどういう形ですか。

小山：産保センターが研修も含めて情報提供をやらなければいけないので、中小企業の衛生管理者にも研修の案内はして、必ず受けに来てくださいとしている。その方たちが会社に持ち帰って広げてくれたら、ある程度の情報を流すことができると思う。今まで産保センターは 50 人以上の企業を対象にしていたので、対象になっていなかったところが抜けている。今はそういう中小企業も対象として産保センターがやるということになっているので、中小企業の支援に産保センターは力を入れている。小規模の事業場は衛生管理者でなく衛生推進者しか置いていないが、そういう人たちにも出来るだけ研修に来るようにやっているの、研修会に出て、会社に情報を流してもらえれば。

松平：そういうのは先生のように所長がしっかりされている産保センターだけかも知れない。例えば、年に 1 回、産保センターに研修に窓口の方が来ていただくというのがいいか。

小山：研修プログラムは沢山あるので、できるだけ研修を受けていただくような形で、自分がどの研修を受けたかという、これは石川県の特徴であるが、医師会の手帳で研修を受けたらポイントを取っていくのがあるが、同じような手帳を作って自分がどのような研修内容をうけたかチェックしてもらい、抜けている所を聞きにきてもらうというのもやってもらっている。

松平：中小で研修に行くのも無理というところがあるのでは。

小山：チラシや情報なども出来るだけメールマガジンなどを通じて、そこに登録してもらわないと情報が流れないので、登録してもらうように企業に呼びかけて、情報を自分たちで集めるようにということをやっているの、そのなかから e-ラーニングなどの新しいやり方をやっていくのもいいかなというのがある。中小企業の両立支援をどうするかについて、がんに限らず、その前にうつ病の両立支援プログラムを作って、それも大企業で始めて、社員の健康づくりのプログラムを作りなさいというのも大企業だけでやっていたのを、今は中小企業にもやりなさい、やり方が分からなければ産保センターに聞いたら教えます、という形でやっているの、その中で大企業や中小企業で復職するのに中小企業に何が欠けているかという、制度や就労規則が作られていないところが多い。大企業はそれは出来上がっているの、それを上手く活用運用していけば、がんもその中で扱うことが出来るが中小企業にはないので、どんな制度があるか(支援案で)羅列しているが、こういうものを作れという形で、就労規則をいじるには社労士さん達に会社に回って相談にのっていただいて、社労士さんを通して企業に教えるというのをやっているの、抜けている制度関係をまず達成させていかなければならない。相談体制として人員がおらず、衛生管理者がいるかないかも確かではないし、人事の人が両方兼ねているとか、相談窓口を設けるにもまず人がいない、人を育成するのをどうするかという問題が出てくると思うが。50 人未満でも衛生管理者を置くのが好ましい、そうでなくても衛生推進者を必ず置きなさいというのが労働局

がチェックしているだろう。そういうことが不十分なところは指導が入っていると思うので、制度と窓口だけを作っても運用が出来ないので、まずトップの人の理念で、こういう健康問題をしっかり扱うのだ、がんの患者さんも会社で仕事を続けてもらえる会社にするという環境づくりの理念はトップの人の意気込みだと思うので、そういう人たちにしっかり理念を持ってもらう、トップの考えが問題となってくる。それがあれば、制度や相談窓口があれば、情報提供は産保センター、地域産保センターを使うとなってくると思う。産業医については、集団健診の事後措置は必ず産業医がやらなければならないので、中小企業でも産業医に結果を見てもらって管理しなければならないが、その時に中小企業は産業医を雇用していないので、地域産保に登録産業医を置いているので、地域産保に相談してもらえば産業医を派遣するなり、その先生のクリニックに行ってもらって事後措置を行っているのが現実なので、これからは産業医がいかに働くか、産業医活動を行ってもらえるかが問題になっているので、中小企業といえども産業医を置くに越したことはないので、産業医がいなくてもそういう制度があるということを皆に知ってもらうことも必要なので、中小企業と大企業で違うところを明らかにして、中小企業で抜けているものとしてこういった就労規則や勤務体制や人事とかそういった制度としてしっかりしているとよい、それがあつたらいかに運用していくかなので、制度があるか無いかは大切だが、これが全部必要かというところではないと思う。こういう制度があるよ、こういうものが使えるよと紹介するのはよいが、会社によって使えるものとそうでないものがあるので、決して制度だけの問題ではない。制度があるに越したことはないが、作った方がよいというのは必要だが、両立支援には離職を防ぐではなく、がんに限らず病気を持っていても仕事を続けることが望ましいのだ、仕事を続けるためにはそれぞれの会社でどんな支援が必要かという根本的な考えを入れてもらわないと、制度だけ、休みの事ばかりでは両立支援ではないはずなので、もう少し項目も考えてもいいのかなと。

松平：きびしめにするか、敷居を低くするのとどちらがよいか。

五十嵐：＜10人、10－49人、50人という事業所の分類は妥当と考える。労働安全衛生法上50人以上というのがあるし、10人未満と10－49人は全く異なるので。10人未満では家内工房に1-2人労働者がいるという感じで、ほとんど就労規則もないし、社長の言うことが全てで、違う世界になってくる。30人くらいになるとある程度会社の体をなしてくるが、50人以上とは違う。そうすると10人未満のところではこの指標案はハードルが高い気がする。例えば健診診断受診率100%に関して、自分も大田区の10人未満の事業場2000社ぐらいを対象に行ったが、ほとんど会社のセッティングで健康診断をやっているところは無かった。自分たちで地域のを受けたり、病院にかかっているからそこでやっているという感じなので、これを入れるとほとんど網にかかってこないかと。大事なことだが、両立支援にこれを入れるかというそもそも理念はどうなんだろうかと思っている。他の所は工夫すれば出来るが、健康診断受診率が、いわゆる労働安全衛生法上の健康診断となるとほとんどやっけていなくて、地域で自分たちで受けるところがほとんどなので、10人未満のところはもう少し緩和しても、具体的のがんがあっても就労継続できるという考え方があるとか、それに合わせて経営者は柔軟な就労体制を作っているとかいう、もうすこしざっくりしたものでもいいのかなという。ここまで要求するとかかなり難しいと思う。

松平：非正規についてはどうか。

小山：正規も非正規も一緒にちゃんと扱わなければいけないのではないかな。

松平：大義はそうだし、今回も非正規が半数以上の会社が4分の1であったが。働き方改革であがっている、外国人については避けて通れないのではないかな。高齢者についても高齢者雇用で、がんの人が増えるというのがあるが。非正規、外国人について何かご意見はあるか。

小山：最近は特に中小企業で外国人を雇用していることが多く、その人たちのメンタルで問題になっている人のフォローをどうするかというのがあり、その人たちをしっかりとフォローしなさいというのも出てきているので、では誰がどのようにフォローするのかという具体的なところはまだ試行錯誤でやらなければならないが、外国人雇用が増えてくれば、そう人たちの何らかの支援を考えていかなければならないし。高齢者雇用も増えてくるし、高齢者になるほどがんの発症率も高くなるので、高齢者を抜くわけにはいかないと思う。

松平：文言としてこの辺は曖昧にしておくのがいいのかなと思う。

小山：働く人すべてでしょう。

石田：労働者とか従業員は法律ごとに定義が異なるので、たとえばある法律では労働者に入るが、他の法律では入らないとかそれぞれ細かい定義があるものなので、特に何も書く必要はないかと思う。従業員と言ったら基本的には全従業員を指すものだし、健康診断受診率 100%という項目があるが、法定健診を受ける義務、受けさせる義務は正規と非正規で分かれるわけではなく、非正規でもどれくらい時間として勤務しているかで別れるので、それは法律の問題なので、法律の文言に正しく健診を受診させていけば非正規で本来健診を受診させる義務が無い人を受診させていなくてもそれはOKにするがよいと思う。逆にいちいち書かない方がいいのでは。

川又：「社員」という言葉を使っているが、「社員」でいいのかな。

石田：事業場によって組織の名前が違ったり、役所もあるだろうし、「従業員」やいわゆる employee だが、従業員というのがいいのかなと。自分は研究でなくビジネスの領域なので、企業間格差を出さない呼び方は何かと考えていて、employee とか worker とすることもありますが、「従業員」がいいかと思うが、「社員」が一番、小さい会社では社長にはピンとくる言い方かとも思うので柔軟にはしているが、法律的には何と言うのか？

森口：法律的には「労働者」

石田：社長さんには「労働者」はあまりピンとこない

松平：では、気持ちとしては include だが、この辺の所はあえて余計なことは

石田：就業規則を直すとのことだが、もともと 10 人未満の企業では就業規則は義務ではないということ、企業によっては正規と非正規で大きくはないが就業規則を分けているところもあり、スタンダードな時間や働き方、給与の計算の仕方が変わってくる。就業規則は絶対的な物なので、その意味で分け方はとても妥当だと思うが、無くてもいいものだから 10 人未満のところでは少し柔らかくするのではないかなと思う。

松平：今日、決めきれないが、50人以上、10-49人、10人未満で差別化をする方向でまた個別にご意見をうかがって固めていくという方向に向かいたいがよろしいか。楠本先生のご意見で「家族の健康」という言葉も入れた方がよいかどうか、議論だけ。

楠本(?)：「家族との連携」というのが必要になるかという。

森口：中小企業としている上限はどれくらいか。

武藤：300

松平：直感的には300くらいで切るという、今回も分析の時に200で切るか300で切るかで迷ったが、論文を書く時を考え、衛生管理者の有無の200で切ったが、300というのが一つの目安？

石田：中小企業基本法の定義も業種により違う。300というのが一般的で一番しっくりくる。業種関係無く分けるのであれば300人で分けて文句は出ないだろう。

松平：300くらいまでのところというイメージでいいか。

森口：健康経営のだと製造業は300以下が中小なので、ピンときやすい数だろう。

松平：その位のイメージでよろしいか。

小山：人数で事業所規模を決める書き方をするのであれば、大企業の支店を中小の事業場として扱うこともあるので、そういうところは親事業所のやり方でしてくださいと最近はしていることがあるので、中小企業の定義をはっきりさせておかないといけないかも。事業所単位なら人数によるが、中小企業の1事業所として扱うのか。

武藤：では、事業所というより企業と書けば

森口：健康経営では「中小規模法人」

小山：中小企業も、論文でその辺が曖昧になっていて、ときどき変な数字にかかってくるのは、大企業の支店で人数からしたら中小企業に属するので、きちんと均一になるように対象を定めた方がいいかも知れない。

松平：きちんとしましょう。先ほどの「家族との連携」は。

楠本：ぼそっと言っただけなのであまり気にしないで。

松平：産保センターの活用というのはこの後の連携でも議論しようと思うが、実際の研修というか周知するときのテクニックとして、中小向けに e-learning を作ったら良いなど何か意見はあるか。

伊藤：私たちはビジネスとしてもやっていないが、東京都がサイトでビデオなど研修資材を展開しているので、そういうものを使えば無料でもいろいろ資材がある。ただ、それを出来る時間と場所があるかに尽きるのでは。一人に1台パソコンがあるわけでもないだろうし。

五十嵐：こころのみみのような共通サイトがあって一般化していればよいかも知れない。パソコンが無くてみんなスマホは持っているし。

武藤：厚労省がうさみみサイトのポータルを作った。うさみみサイトにこれが載ればベストかと思うが。

松平：うさみみに、こういうことに則したなにか情報提供するものがあるか。

武藤：厚労省が選んだものが少し載っている。採用してくれるかは厚労省の労働衛生課が決めること。中小企業に特化しているので、白田さんとも話したが協会けんぽに全国で採用してもらえれば。

白田：そもそも協会健保もこのアンケートをやりましょうと千葉支部内で話した時も、両立支援のうちとどう関係あるんだっけ、という感じだったので健康経営などについて説明して松平先生の研究は絶対だからと話をしたくらいで、協会けんぽの中でもまだまだ。がんと就労の両立支援のうちがやることだっけ、というところを、今でなくても絶対関係しますからと説得したくらいなので、内部の上の人とかも。なので、協会けんぽがどういうツールを使うにしろ中小企業の事業所担当者や事業主に発信していくべきなのは協会けんぽだと思う。ただ、森口先生もご存知の

ように協会けんぽはメールとかがあまり使われていなくて、IT 後進国的なところがあるので、どんなにいいツールがあっても、それを中小企業に発信する力は今のところあまり期待できない。

松平：簡単なガイドブックとかは？

白田：そういうのは健康保健員向けに年に2回教育的なことで研修会をどの支部でもやっているが、それも健康保健員が何千人、何万人いるうちの上の数%なので。頂点からやって崩していこうというなら、その研修に足を運んでくれた人たちに配布していくのはいいと思うが。協会がもっとIT化されていれば、登録した時にe-ラーニングをやっつけてねとか一斉に流せるかも知れないが。

松平：将来的にはありうるか

白田：どうでしょう。

松平：うさみみとか、民間と組むとか

武藤：振興財団とか

小山：両立支援コーディネーター研修会といって本部の方で何回かやっているのですが、コーディネーターに研修を受けさせてその人達が各地域に帰って講師となって同じような内容で研修しろという方向性が。

松平：10人未満のところは、それを受けるのを義務化するのはなかなかいかないであろうから

小山：10人未満の所が受けに来るような働きかけをしなければならぬだろうと思う。

松平：1日研修位なら可能なのか？

小山：そういう形で本部は両立支援コーディネーター研修というのをやっているのです。

松平：厚労省は、機構はそういうのを望まれることは分かるが、現場サイドが行けるかが、ソフトランディングしなければならないかも知れない。

森口：10人未満の所は、事業場にポスターを貼ってるとか、それくらいのところでも1つやったとしてあげた方がいいのかなと。もう少し規模が大きければ、指標案を読んだことがあるとか、ガイドラインを読んだ、というのを情報を学んだとしても良いのでは。

松平：他に発言されていない方、何かご意見があるか。

安田：自分も両立コーディネーターは取ったが、まだコーディネーターとしての活動はできていないが。東京都のビデオはとても良くできていて、がん患者の気持ちにそって作られている。そういうビデオを貸し出す制度とかがあれば、ツールとしてマンガやビデオとかとっつきやすいツールの方がより使ってもらえるのではないかと。島耕作も病院に配ってもあまり。どちらかという和企业体の方に届くような方法で配るとか考えなければならないと思う。

白田：協会けんぽ千葉はメルマガを漫画で発信しているが、例えば漫画で発信して、メルマガに登録していたら、それを読んだ、みたいなものがあれば出来るのかも知れない。メールはあまり使えないが、メルマガの発信はしている。

松平：次の話題に移りたいが、なにかご意見あるか。

金子：治療と就労を両立するための就業制度や主体は本人ですよね。⑮の周辺者の業務負担が増加しないようにする配慮のための仕組みがあるというのは、周囲のサポートやトラブルに対応することが出来るかというような表現の方が、馴染みやすい気がする。そうすると⑥の情報提供していると被る気もするが。⑮は周辺者に対する配慮ですよね。そうすると本人が就労継続しやすくするための本人に対する支援とは少し違う気がするのですが、書き方の問題だけかも知れないが工

夫した方がいいのでは。

五十嵐：主体は本人か。会社ではないのか。

金子：会社が本人に対して。

松平：両立支援自体が本人が主体ということですか。

金子：逆にこれはどういう意味かと。

五十嵐：会社が主体と考えていた。ガイドラインはそうなっていますよね。

川又：⑮がいま就労規則の大カテゴリの中にあるが、両立支援への理解という大カテゴリの方が今の文言だと相応しいということということか。

金子：はい

川又：もともとそちらに入っていたが、こちらで協議してずらしたが、やはりそちらのほうがいいのかと今うかがって思った。

松平：あと何かあったか。

川又：先ほどから運用という話があったが、いくら制度を作っても、それを運用しているのかという、実績という、くるみは実績を見て認定するので今回の活動評価指標案も

松平：いままで一人もがん患者がいなくて、復職させたことがない企業でも、満たして宣言すればOKにするのか、並立にするのか。

武藤：100人の企業で子供が生まれる確率とがん患者が発生するのとでは全然違う。

松平：だからこれは現実的ではないということでしょうか。高山さんから最初にすこしうかがったが、もともと前回の会議で、東京都にあるじゃないかとか、これを我々が提案する意義は？そもそももいらないのではないかと。

武藤：厚生労働省が選んだ、厚生労働省の委託事業なので。

松平：宣言して、取ったのだからよいか。そこに特色というか、他との違い、売りみたいなことはあえて気にする必要があるか。今日話した事を整理して、統計的に有意だったところを強調しつつ、重みづけをちゃんとするという方針でしっかりやるということでしょうか。高山さん、なにかご意見あるか。

高山：この活動指標案が、事業場が自分のところの会社と比べてみて、自己チェックに使う、それは実績のあるなしに関わらず、潜在力も含めて、評価できるというための指標案だということがイメージ出来てきたので、そのうえで、差別化は量や項目の数だけではなくて、事業所への問いかけの仕方でも十分差別化が図れるのでは。今までの議論の中ですこし項目が整理されるにしろ、企業により何を問いかけて何を検証して欲しいのか東京都のよりもっとクリアになれば、そこが差別化になると思う。今日出された活動指標案をベースに項目を整理してもっとクリアに問題意識が出ればいいのではないかと。がんセンターのものはやさしく書いてあるというものもあるが精神論が入っている。むしろ会社がどのような取り組みをしたらやったということになるのか、よりゴールのイメージがわかりやすいものにすれば差別化できる。ゴールがイメージしやすい指標案になれば際立った成果になると思う。

松平：もう一点、これを言うと厚労省に怒られるが、お前はこれをやりたいからこの研究費を取ったんだろうと怒られるが、実際エクササイズは治療にならないが補助的なものとしてはすべてのがん患者に必要なというエビデンスがあり、がんの副作用とかも含めて。この班と別に私はが

んサバイバーの方がかならず運動を出来るようなくみみたいなのを作っていこうという気持ちでは決めているが。産業医学振興財団の山田さんがあなたの売りだから「始業前や午後の休憩時間等に簡便な運動を取り入れている」という一文をいれたらどうかと言われた。この質問の仕方がいいかどうか分からないが、確かに世界のエビデンスは、がんの人は運動というのはエビデンスですよ。そういうことをふまえてこういうことをやっているというのは、健康経営とか含めてすべてに必要なわけで、これを入れることに関して直感的に賛成の方はどれくらいいるか。→多くの参加者がに手を挙げられた。

石田：アンケートに「貴社では運動に関する取り組みをおこなっていますか」という項目があるが、これは有意差が出なかったのか。

松平：出なかった。

石田：出ていたら大手をふって入れられたが。

松平：禁煙は出たが。ここで、この一文を入れるつもりはなかったが、山田さんが入れなくていいのかと言ってきたので、そうかと思った。では、文言も含めて考えさせていただく。

連携モデルについて

松平：皆様のご尽力で9月にフォーカスインタビューをした。3時間半、録画、録音あり。今日いらしている高橋先生と院生の中山さんがいらっしゃって、問題点として7カテゴリ、22サブカテゴリ、220の重要アイテム。今日配った論文に詳しいことは書かれているので、よかったらお読みいただきたい。こういう問題点が、時間軸と、キーは産保センター。昨日確認したが、厚労省としても産保センターを有効活用という方向にはいってもらいたいと、ただ、均一は無理なのでということの話だった。スライドのような問題点があがったということで論文をお読みいただきたい。そこを解決するにはどうすればよいかという議論も行われて、システムの構築ということで保険点数化が4月から始まったが、産業医がいるところということで中小はまだまだこれから。もうすこしリハの先生の意見を重視した方がいいという意見と。先ほどのびっくり退職はこの中(約4割が治療開始前に離職)に含まれるのか。そうすると初期の段階でのびっくり退職をさせない仕組みというのが必要で、これ(東大病院がん相の案内)も武藤先生達を作っている順天堂大学病院のを参考にしているが、安田さんのイラストに関する意見も入れて作って、東大としてはまだこれからだが、乳腺外科と消化器外科で配布するということになった。少なくとも大きい病院に来た方はがん相に相談して、辞めなくていいということをお願いするような取り組みをする。前半で辞めさせないようなシステム化が必要だし、前半から途中の、看護師、MSW、社労士、両立支援コーディネーターもそれぞれ得意分野があるのでそこをうまく連携するのか、それをシステム化するのかということだと思うが、この40%が前半に辞めるということさせない施策というか、これに関しても解決策は高橋先生に論文化してもらって、英語でIndustrial Healthに投稿中だが、遠藤先生のお話を聞いていると、マトリックスの話と社労士の先生がかかわっている、就業規則という話を簡単にご紹介したい。この解決策ということで遠藤先生がやられていることが、どのくらいの解決策になると考えているかご説明いただきたい。

遠藤：まず、松平班の中で吉川先生はじめ社労士の先生に協力いただいているものを紹介したい。職場復帰、就労継続できるため、雇用保障、賃金保障、勤務制度・就業上の配慮の3つがポイント

トではないかということで、社労士の先生方と会議をして、この3つで何かできないかということ考えた。企業ができることはやはり就業規則だろうということで、いま就業規則はフルタイム勤務で働くことを原則としているが、そうではなくて、本人が希望して企業がいいといたら、別枠のルートを作った方がいいのではないかと。いまのところ正社員だとフルタイムで働くということがベースになっているので、ここは柔軟にした方がいいのではないかと考えた。吉川先生はじめ社労士の先生方に昨年11月に作成していただいて、先週案をいただいたが、これは非常に関心が高く、すでに十数社からオファーを頂いている。こういうものを欲しいというのが作る前からあり、弁護士の先生はじめいろいろな先生方からのご意見を加え、モデル的にやってみてどうかということのみる。先ほど松平先生から話があったが、私たちは厚労省の健康局の研究班で森口先生にも入って頂いているが、ガイドランスということでいろいろな物を作っていて、特に就労支援ガイド、斎藤教授の標準治療カレンダー、マトリックス、商標登録しようとしている、がん健カードというものを作っている。がん健カードは母健カードのがん版である。マトリックスは疾病性と事例性の言葉が企業と医療機関で言葉が違う、例えば「大腸がんで下痢と倦怠感があるが一定の配慮の下、就労可能」といっても何が必要かというところを、「1日5回から10回、トイレのために離席の可能性がある」、という風に訳す、翻訳作業が肝ではないかということに気付いて、それをマトリックスにして、英語から日本語に訳す英和辞典のようなを作ろうということでやった。パネル会議を開いていろいろな先生方にご意見をいただいて、さらに班の中などでいろいろな先生方のご意見をふまえて、マトリックスが左が症状、右が職場の作業で人間工学の先生に監修をいただいて、約500のアドバイスでもう完成した。これをソフトウェアにして、基本的のがん相談支援センターで使ってもらうものとして、症状と職場の作業を入れると、自動的に就業上のアドバイスが出るというものを開発して、5月にできたが6月から全国6か所のがん相談支援センターでこのソフトウェアを使った就労支援のモデル事業を開始した。これが中身であるが、作成支援ソフトをクリックして、症状もいまこれだけになっているが、症状もいろいろ深さがあるので、いまそれを3次元でやっっていこうとしていて、仕事とかをクリックしていくと、自動的に様式2の就業上の意見の所にアドバイス文が出る。忙しい主治医の先生、特に東京都で一回作ったが今のところ10件しかやっっていないということで、ほとんど使われなかったのが、主治医の先生の負担を減らしてがん相談支援センターの相談員の方に活躍してもらおうということで、就業上の意見が困るところを症状と作業をいれると自動的に出るもの。診療報酬の改定に合わせて、がん健カード作成支援ソフトに入れるための情報を企業に書いてもらうための様式があり、今実際に使っている。また、今月オランダに行くが、外国も同じような課題を経ているということで、特にオランダは非常に進んでいるが、運動についてもPT、OTが活躍しているが、そういったことも輸入出来たらいいと考えている。今、順天堂でホームページを作っており、治療就労両立支援を作っっていこうということで、武藤先生が作られた連携ガイドも入れていこうと。

石田：いますぐ、就業規則をどこからダウンロードできるか。

遠藤：まだ。今内容を、特に法律的なところが大事なので。

石田：それが済んでから。

遠藤：はい。オファーは結構頂いていて、関心は高い。がんだけに限らず、不妊治療とかにも使

えると思うが、今回吉川先生のチームではがんを中心ということで evidence based みたいのを。

松平：ありがとうございます。初めて聞いた方はまだ理解しきれないかも知れないが、解決策として人と人がつながってやるというのも重要だと思うが、遠藤先生の方でソフトウェアとかシステム化ということを目指されているので。遠藤先生、連携モデルを作るのにあたって、遠藤のシステムがあれば何もいらぬというぐらいものが出来そうか。いま連携モデルで厚労省とか国は何を目指しているのか。どうしても機構は外せないと思われるが。機構で両立支援コーディネーターを沢山作って、両立支援コーディネーターに活躍してもらいましょうと言っている。がんになった方が困らないように連携を上手くしていくのはどうするのが1番いいか。先生のものにはとても期待している。クローズアップ現代で見たが、むこう（米国）ではキャンサーナビゲーターというのがあって、2人くらいついて、あなたはどうしたらよいかとか、むこうの制度だからできるのかも知れないが、日本でもそういう会が出来ているのか。自分もがんになったらあういう人がそばに来ていろいろやってくれたらいいなと思った。

武藤：それは、アメリカの紹介か。自分はその番組は観ていないから分からないが、それはアメリカのがん治療の？

松平：キャンサーナビゲーターのトレーニングを受けた人が、1人の患者に必ず2人つく。

安田：そこまでのレベルではないかも知れないが、がん治療学会でがん経験者にナビゲーター的な人を育成するというような制度をやっている。

松平：それと機構がやっているコーディネーターって？

武藤：がん治療学会の方が先に始めていた。5年くらい前から学会が始めた。両立支援コーディネーターは厚労省というか機構が始めた。私が知っている限りではアメリカのものは日本では無理だと思う。というのは、アメリカはナースプラクティショナーといって、医者、オンコロジストとナースの中間の職務を出来る上級ナースという職種が、全がん診断患者にソーシャルのエジュケーションセッションを必ずやっている。日本の病院では人もいないし時間も無いし、無理だと思う。キャンサーナビゲーターというのは医療職でないですよ。相談相手ということか。

松平：医療職ではない。機構が両立支援コーディネーターを沢山作ることが、支援モデルがとてもよく回ることに繋がるモデルができているのか。

武藤：出来ていないと思う。

松平：遠藤先生はこの辺を上手く回すのにマトリックスと就業規則で、かなりつぶせるとするか。

遠藤：就業規則は企業向けだが、マトリックスは医療機関向けで、特に医療職でなくても社労士でも症状と職場の作業が分かればある程度標準的に出る。がん相や先生と連携できればと。やはり事例性と疾病性の壁が一番問題なので、今までがん治療就労支援がメンタルの復職と同じように考えられていたので、それはちょっと違いますよと。

松平：班としては先ほどの指標案を重要視するが、連携モデルを提案すると言っているの、ここで高橋先生に問題点がこういう風にであったと、いま論文化してもらってかなりクリアにはなってはきたが、ひとつここは産保センターを生かしたいというのがもともと会議で私の意図があって、46都道府県でそういうふうにしたいたいというのがあった。昨日厚労省の方も、その方向で行くべきだと思っているのか。

松平：ここは理想像なのか、ある程度現実的にこういう風にするといいいみたいな提案をするとき

は、遠藤先生のところに乗っかっていいか。

小山：いまのところ事業場、本人、病院側を結びつける中間が産保センターの役割なので、産保センターを上手く使ってということで動き出したのだと思う。

小山：両立支援コーディネーターも職場の就労規則ということをもっとちゃんとやってもらおうということでコーディネーターを社労士を使ってという形で、その人たちを職場に派遣してという形で動き出している。

五十嵐：現場で、中小企業の数が増えるのに、N数がそもそも足りない。まだ産業医は50人以上のところは…。地産保でさえカバーしきれていないのに、都道府県に1つしか無い産保センターからのコーディネーターのN数が全然足りないものを、中小企業から見た景色としてぴんと来ない。

高山：厚労省が進めているコーディネーターの研修は企業内の人事労務担当者も対象にしている、産保あるいは地域産業保健センター内で活躍するキーパーソンを養成しようという話もある。コーディネーターという名前の通り、コーディネーターは専門家につながるための一つのハブであって、それ以上の機能を今のところ期待することも無理であろうし、予定されている研修でそれ以上の機能をはかるのは無理。この人が相談されてきたらどこにこの人を連れて行けばいいかというのがしっかり知識、経験が備わっているのが今のところ求められているコーディネーター。コーディネーターは所詮その程度。自分もかつていたが、産保センターも万能ではない。産保センターは常に活動しているがん相や地域の資源の情報をすべて持っていて、産保センターから社労士を派遣するというのも神奈川でも展開しているが、そういった取り組みをしながら、産保センターは大きな意味でこの人をどこに連れて行くのかとか、ここに適正なところがあるというハブというか情報のセンターであれば十分機能を発揮できる。

松平：神奈川とか石川は特殊と思っているが、そこは均一にそのような方向に向かえるのか。

高山：そこは機運だと思うが、それを目指すがゆえの、今年両立支援コーディネーター研修を全国でやるといっているの、その一端が研修だと思う。

遠藤：がんの両立支援の肝は疾病性と事例性の翻訳と、利害関係の調整の2つだと思い、コーディネーターの研修の中には今それは入っていないで、メンタルと違って、がんの場合はこの症状とこの職場だどどのような配慮が必要なのかある程度見えやすい。メンタルは難しい。そこを翻訳能力を身につけさせるようなコーディネーター向けの研修資料を作るとか。

松平：それは今はない？

遠藤：無い。あとは利害関係。コーディネーターはいま企業の中の人でなくて外から企業の中にいくというタイプなので、それは会社は土足で部外者が入ってくるのは嫌がる。中にいる衛生管理者、産業医、看護職、社労士…

松平：何か言い足りないこと、ご意見があったら。

石田：さっきの文言のことで一つ気になったのは、「健康」、「幸せ」というのと、何回か出されている「生きがいを持って生きる」というのがあって、先ほど特異性というのがあったが、事前のアンケートをやって有意だったものを入れているというのはすごい魅力だと思う。そう意味で「健康」とか「幸せ」という言葉が社是や理念に入っていると両立が上手くいくとか、儲かるというエビデンスはあまり見たことがない。生きがいをもっているとパフォーマンスが高いとか健

康な社員が多いというエビデンスはあるので、むしろこちらの言葉の方が良いかもしれない。書く側の立場になると、さっきのポスターを貼るとかもすごくいいと思うが、簡単に出来ることでやれば〇が付けられることがあれば、実際に行動変容になるというかしやすいと思う。社是は簡単に変えられないものなので、すでにある社是をどう解釈するかということで認知の変容が出来ると思うので。どんな会社でもこういう風に解釈できるような社是があると思うので「健康」や「幸せ」という言葉に限定するよりも「生きがい」という風に解釈できる社是があるということにして、解釈してみようという気持ちを社員に起こさせることの方が現実味があるかなと思う。

陣内：素人の目線で、活動評価指標案で、社員に対してという表現が多く出てくるが、途中で議論が難しかったことについて提案だが、がんの診断を受けたものに対してなのか、がんの診断をまだ受けていない人も含んでの社員に対してなのかということが、読み手によって解釈が動いてしまうところがあって、もし一つ項目を加えるならば、がんと診断を受けるまえの社員を含めたものに対して、たとえば病気になっても働き続けるよという情報提供をしているというのが取り組みとしてなされていると素敵だなと思った。そうしないと病気の診断を受けたのに、上司に報告もせずに突然辞めるというストーリーが成り立って、会社側もどうしようもないし、びっくり辞職みたいなことになっていると思うので、診断を受けていない者に対してどれくらい会社が頑張っているかということも強調してもいいのかなと。ただ、実際それは難しいと思うし、さっきの東大病院のポスターが良い例で、病院はそういう取り組みができるが、会社にどういったポスターを貼ったらいいのかは、かなり想像力がいると思う。病気になっても働き続けられる職場だって知っていましたかというポスターが張られているのは自分も想像がつかないし、松平班がそういうポスターを社内に年に1回でも、1時期たとえばこの1週間は掲示していただくと結構いいムードができますよとか、そういうのがあってもいいかなと思う。

松平：最初におっしゃったことは、その方向で行くべき。それがいい人材を採るのにも結びつくということで個人的にはいいと思った。

武藤：いま陣内先生がおっしゃった会社というのは、いま厚労省がポータルサイトで島耕作のを作っているの。

松平：島耕作を普及するということですね。

武藤：それだと被るので別の、差別化を図った方がよい。中小企業のおやじにうけるようなものを作ればよいのでは。

石田：風土、環境、心理社会風土の醸成というのは、会社の **health promotion program** がすごく重要だというのは沢山エビデンスがある。Evidence based だともなるので、がんになった人のためのもではなく、誰もが潜在的にがん患者で、従業員なのだから、誰がもしがんになっても、がんになったひとと周囲の人も公正な扱いを受けられるいい会社だという。

松平：Health promotion？

石田：Health promotion program とか health hand proactivity とか健康経営の領域があるが、そこで投資価値がどれくらいかというのがいろいろある。どちらかという一人一人に対して上司のサポートも、すごいサポートしてくれる上司が何人かいるかということよりも、「何かあったら、サポートしてくれるだろうな」と信じている環境の方が社員は健康だったり会社が儲かっていたりする。もちろん会社なので、儲かるという方は経営者は喜ぶと思うので、儲かることと健康の

ことは一致していることが多いので、どっちもいいとこ取りできるよ、だから会社全体でやった方がいいよ、うちはまだがんになった人がいないからいいというのではなく、なる前にやっておくことのほうが実はおいしいですよ、という。

松平：それは健康経営の Johnson& Johnson の 3 倍リターンがあるという話が有名だと思う。

石田：それも 3 倍は医療費なので、経済効果だと 20 倍くらい。

松平：ありがとうございました。ということで大丈夫か。正直始める前はどうなることかとすごく不安だったが、活発なご意見をいただきありがとうございました。最後のプリントは、これは置いて行っていただくか、持って帰っていただいても破棄していただいた方がいいかも分からないが、パネル会議参加を予定されている方々という紙がある。今日の前半の指標案を今日のご意見をふまえてブラッシュアップしたものを、パネル会議を開いてそこで最後の識者のご意見をうかがいつつ、パブリッシュする方向に向かうというのを 11 月 28 日水曜日の 18 時から東大病院内の会議室で行う予定。まずもんだやつを皆さんにフィードバックさせていただくが、ご参加は義務とは言わないが、また個別にお願いすると思うが、基本的にはご参加いただけたらありがたいなと思っている。いまのところ口説いたのがここに挙がっている方々。産業衛生学会の理事長の川上先生はちょっといろいろご用事があってだめそうだが、もう少し追加、先生方のご意見を今夜うかがって、もう少し加えるかこの辺でやめておくか、という風に思っているところ。ということでよろしいか。なにかパネル会議に関してご意見とかあるか。

本日はどうもありがとうございました。

(00:05:20~02:03:20)

松平 ていうことで、急きよ、がんを始めとする継続、反復して治療が必要となる疾病における優良企業認定みたいなイメージのものを、きょうこれからディスカッションしていただければと思います。論点としては、がんをとっかかりに他の疾病も広まるっていうことに考えてたんですけど、逆にこれはこれでよかったのかなと、今、思うようにしてるんですけども、赤字で変更したところいじったんですけど、がん単独でなくても項目として違和感がないかどうかっていうことを、まずお考えいただきたいということと、全体を見て要らない項目がないかとか、漏れている項目が内容がないかとか、あと、何言ってるかよく分からない、理解しにくい項目があるかと。あと、少し分類を、項目大分類をいくつかしてますから、その分類は大丈夫かとかっていうことです。あと、(****シツサツトサシテル@00:06:22)、一応、必須プラス点数で認定として、その後、もしお時間があつたら二つ星、三つ星みたいな感じで、そのランク付けをしようかなというふうなことを考えているんですけども。あと、さらに時間があつたら、今後、実際、運営するのって大変だと思うので、運営に向けた課題みたいなことをご助言いただけたらというふうに思っています。上のほうの論点に関して、まずはざっくばらんにパネラーの方、誰か挙手をいただいて。あと、きょう録音、録画もでしたっけ。

―― 録音です。

松平 外には出さないっていうことで、議事録を作る関係上さしていただいております。ですんで、いまさらなんですけど悪用は決していたしませんので、ご了解いただきたいということと、発言いただくときは恐縮ですけど、お名前を言っていたから発言していただければというふうに思っております。ということで、分かりやすいので上からいこうと思うんですけど、まず前半のこの辺に関して、さっき言った観点で何かご意見等えられるパネラーの先生がた。どうぞ、先生。マイク。お名前から、申し訳ありません。

竹田 労働衛生コンサルタント事務所オックスの竹田です。この最初の項目からというお話だったんですけども、私、前提をちょっと理解できていない部分があるので、そこからお願いしたいんですけども、2点あって、まずこれは認証制度か何かを作られるお話のように今聞いたんですけども、具体的にどこがこういった認証制度を運営していくみたいなことも含めて、今のところの予定とかあるかどうかっていうのを教えていただければ。

松平 それは実際、本省のファンドが入ってますので、この労災疾病を使ってるんで、そこはやっぱり担当課と相談しながらやってかなくちゃいけない。そこまで今、具体的にはここと組んでやる、こうするってことまでは、最後の議論として何かご提案いただけたらというふうに思ってる、そこまではまだ決めておりません。

竹田 ということは、厚生労働省が認証するとかそういうことではなく、民間での認証を考えておられる。

松平 厚生労働省絡んでもらいたいと思ってるんですけど、労使とか経団連とかいろんな交渉とか考えたときに、それがスムーズにいくかどうかは未知数で、やっぱりこのクオリティーと先生がたのご指摘とかってということで、ちゃんとお評価いただいたら、厚労省もすごくサポーターになるかもしれませんし、そうじゃない場合には、ファンド終わった後に、きょう民間の方もいらっしゃるんですけども、そういう厚労省と相談しつつ、そことうまくいかない場合には、また違う手を考えなくちゃいけないかなっていうところを(#####@00:09:35)思っております。

竹田 ありがとうございます。もう1点は、中小企業となっておりますけれども、中小企業ってどういうサイズとか、どういう規模感をイメージしているかが分からないので、いろんな使われ方しますので、中小企業ってどう定義されて進めていくのかが先がないと話が進まないかなというふうに思っています。そこが分からなかったのも、その今の考えを教えていただければと思います。

松平 中小企業は定義もかなり業種別に煩雑というか、人数も違ったりとか、介護系だと300人ぐらいでも大企業っていわれちゃったりとかいろいろありますので、実際これを運営するときに国の業種別の定義に従うんだらうなと思ってるんですけど、この分析に関しては、全体で200という衛生管理者の人数のところまで切って分析をしております。これを運営するに関しては、世の中の中小企業というふうに定義に当てはまる場所に関しては、入れていいんだらうなというふうに個人的には考えてるんですけど、森口先生フォローお願いできますでしょうか。

森口 それでいいですよ。

松平 ていうことで、よろしいということでございます。先生のほうから何かご示唆とかありましたら。

竹田 確認なんですけれども、国の基準とおっしゃったのは、中小企業基本法に書いてある数字で考えてくというのを基本に考えよう(#####@00:11:03)。

松平 というふうに思っておりました。

竹田 ですね。いろいろな使われ方するので、それが分からないと、ちょっと議論しにくいかなと思ったんで確認させていただきました。ありがとうございます。

松平 それ踏まえてご意見がいただける(****ナッタ@00:11:13)とは思いますが。それに何か、ぜひとも踏まえて、専門家としてご意見があったらよろしくお願ひいたします。話を戻さしていただいてよろしいでしょうか。ここまでで何か気になる点とか、駄目出しを含めてご意見がある先生。

笠島 社会保険労務士の笠島と申します。拝見させていただいて、認定要件について1人から9人、10人から49人、50人以上となっております。就業規則の提出義務のある規模10人以上、それから衛生管理者等選任報告義務のある50人以上、9人以下については特に就業規則の届け出義務はないと、大体、大ざっぱにいったらそういう区分かなと思っている次第なんです、上から3と4ですね、丸3と丸4。その1人から9人の区分のところ、他は全部必須になっているんですがその二つだけ1点ということで、これは経営者、取締役などの判断で柔軟に対応できる場合は1点ということの定義の1点ということになるかと思うんですが、ここだけ1点とした理由というのはどういったところにあるのか。もし質問があったときにどういうふうに答えるかといったところを明確にされておかれたほうがいいのかという、そういう印象でございます。

松平 重要なお指摘ありがとうございます。ちょっと、その必須項目と点数に関しては、全体の項目の是非がはっきりした時点で、この重みづけに関してはまた。これ、われわれが、えいやとまずやってるところですので、そこはちょっと後半戦にもう一回ご議論いただければというように考えています。

笠島 分かりました。

松平 きょう、うちの藤井と川又がサポートで、私もうまく進行できなかった場合は、森口先生に頼ろうと思ってるんですけど、これができた経緯、これを作ってた今までの経緯みたいのを簡単にだけプレゼン(####@00:13:39)。

Aー この評価項目に入れる項目の案としては、東京都の『がん患者の治療と仕事の両立への優良な取組を行う企業表彰』と、国立がん研究センターがん対策情報センターの『がん治療と就労の両立支援度チェックと改善のヒント』や、埼玉県の『がん治療と仕事の両立支援ポイント』、あと書籍で、近藤、藤田医師らによる『がん治療と就労の両立支援』などを参考にして、まずこのような項目を入れる必要があるんじゃないかというものを抜き出してきました。それと、われわれのアンケート項目で含めて、かつ復職ありとなしの事

業所で差があったような項目は必須項目の候補として含めるようにしました。その後、うちの班会議の中でも専門家のご意見をいただいて多少の修正をしまして、それで現在の草案となっております。

松平 きょう、名前を上げたらきりが無いのは、個別にパネラーの方も含めてご相談さしていただいた皆さまには、本当、改めて陳謝申しあげます。ということで、まずこの点数、この区割りでこの認定要件をどうするか、ちょっと後半に回さしていただいて、この項目自体と分類含めて、もちろん全体見ていただいてから中盤以降のところでもよろしいんですけど、まずここまでで何か、ちょっとこれはいかにぞとか、ちょっとよく分からないという点があるのでしょうか。竹田先生、どうぞ。

竹田 竹田です。たびたびすいません。ここの項目で3点あるんですが、その前に、後で扱うという認定条件のところだけ忘れないうちに発言だけさせていただきたいんですけど、これ、中小企業と書いてあって人数が書いてあるので、迷ったのは企業全体の規模なのか、事業所規模なのかというところで、事業所単位で認定をすとか企業全体で認定をすっていうんだったら随分違うなと思いつつ見てました。ですから、50人以上の企業といったときに10人ぐらいの事業所が五つあったら50人の塊とは随分違う事業運営の仕方されてると思うので、そこが気になってますということがまず一つ。一つというか、一つに入らない手前のところ。3点あるとといった一つ目が、2番のところで経営者は従業員の健康が重要であることを理解してなってますが、理解してるかどうかの評価は非常に難しいと思うので、例えば経営者が従業員の健康が重要であると表明とかいうふうに、客観的に評価できる表現のほうがいいのかなというふうに感じました。

同様に3番も、きちんと治療って何かとか、無理なく働けるって何かというものが非常にあいまいな表現なので、もともと無理ないですよっていうようなことだったりとか、あるいは治療のきちんとがよく分からないことになるので、その辺、ちょっと表現が、あいまいにいろんな取られ方するようなもの。最初に確認したのは認定をすっていうことであれば、客観的に評価できるような表現をされたほうがいいのかと確認でした。これが2点です。3点目、解説のほうに書いてあったんですけども、あと後半のほうにもちょっと出てきたような印象があるんですが、企業風土ってという言葉が使われて、企業風土を変えるというような表現がありましたけれども、私ちょっと違和感があって、企業風土ってちょっと合わない感じがして、インターネットで調べるとやっぱり企業風土と企業文化ってかなり言葉の使い分けを明確にされてるようで、どちらかというところという、新しい企業文化を構築するというのが、マッチするような印象があったので発言させていただきました。以上です。

松平 大変貴重なご指摘ありがとうございました。今、竹田先生にご指摘いただいたよう

に、2番のことに關しては表明っていうことでどうでしょう。そこに關して、何か異論がある方っていらっしゃるでしょうか。私は納得はしましたけど、森口先生、いかがですか。ないですか。最後の企業文化の件も、そう言われるとそうなんだろうなっていう。すみません、班長がその辺を詳しくなくて申し訳ないんですけども、森口先生、いかがですか。

森口 ちゃんと調べて(****トウ@00:18:38)したらいいと思うんです。京都工場保健会の森口です。今のご指摘はごもっともだと思いますけども、この場で即決することではないように思いますので、言葉のいろんな一般的な使われ方も、少しわれわれのほうで研究班として検討して、その上でどっちを選ぶかってことを決断したらよいと思います。

松平 ありがとうございます。あと、細かいとこにいくとまた時間が押してしまいますので、3番の確かにおっしゃるとおりだと思いましたが、竹田先生、今、どなたでもいいんですけど、このきちんという表現と無理なくっていうところで、何かよい案が浮かんだ方いらっしゃったら30秒だけ待ちますので。どうぞ。

竹田 無理なくというところは、私、産業医として仕事してる関係上考えるのは、必要な配慮をして働いていただくっていう意味合いで表現することはよくあるので、無理なくっていう言葉よりは、治療中の方に対して必要な配慮を行った上で働いていただくというような。これ、はっきりとした言葉を用意してるわけではないですけど、というふうなことを感じてました。

松平 どうもありがとうございます。寺田先生、西埜植先生、何か今のこと含めてご意見あるでしょうか。

寺田 高輪労働衛生コンサルタント事務所と、東京都医師会産業保健委員会委員の寺田と申します。今の(####@00:20:11)できちんというところで、私は今ぱっと思いましたが、例えば、主治医が最善とする治療が継続できるかというような表現はいかがかなと、ちょっと思いました。あともう一つ、この表全体を見て私が気になったところとしては、一番下のB連携7番のところなんですけど、50人以上のところ産業医、法的に選任義務があるので基本的に必須というところ、そんなに問題はないかなと思うんですけど、産業看護職かこ保健師等というのは、私も中小のところ15ぐらい事業所契約してるんですけども、看護師がいるところは相当大きいところかな。

恐らく、数百人程度のところではグループ企業でない限りなかなかお会いすることないかなとか、配置していないんじゃないかなと思ったのと、あと、ましてや49人までの事業所については産業医はもちろん地域産業保健センターのサービス対象なので、その地域産業保健センターという一つの事業ですけども、その辺のところとの連携を具体的にそ

の名称もしくは産業保健総合支援センターですね。それをここに書いたほうが、この認定保健で見ますと 50 人以上、10 から 49、1 から 9 っていう三つのカテゴリーなので、少し具体的に見えやすいかなというふうに思いました。いずれにしても、50 人未満のところで産業医や産業看護師をおくと、この 1 点が加算される場所は、恐らく全国的に見ると非常に少ないんじゃないかなという印象を持っております。

松平 この件なんですけど、全く個人的にはおっしゃるとおりだと思ってるんですけど、いろいろ班員にも産業看護師の大御所の(***チヨサマ@00:22:12)とかいらっちゃって、やっぱりそこは今後のことを考えるとあったほうがいいかなという。すいません、率直過ぎて。この辺どうですか、実際のところ。現実を即すると、先生の意見としては書かなくていいってことですか。

寺田 もちろん、あったほうがいいと思うんですけども、現実的には恐らく非常に数が少ないだろうと。ぜひ入れるべきだと思います。あと、産業保健センター関係の言葉ですね。都道府県のほうは産業保健総合支援センター、その地域窓口が地域産業保健センターですね。あと、小さいところの関係もあるので、人事担当、上司っていうところもあるんですけども、衛生管理者は 50 人以上ですが、50 人未満のところは衛生推進者ですので、そういったところも、このスペースの問題もあるんでしょうけども、追加されると具体的に企業の方が見たときに、衛生推進者うちいるなというような感じでイメージ湧きやすいんじゃないかなと思います。

あともう一つ、話戻っちゃうんですけど、中小企業の中の部分が、さっき実際調査では 200 人ってありましたが、労働衛生関係の関係者では中災防が出してる『安全衛生用語辞典』の中には 300 人未満を中小企業というふうに定義していて、プラスそこに、私もうろ覚えなんですけども、資本金がどうこうとかいろいろ書いてあるんですが、労働者の企業規模でいうと 300 人未満っていう表現しかなくて、小規模事業所っていうのが『安全衛生用語辞典』に載ってるかっていうと載ってないですね。ですので、その辺は産業医、衛生管理者の選任義務があるか否かの 50 人以上、未満で分けるのが適切だと思いますし、さらに衛生推進者の選任が関係する 10 人未満というところでの区分けはよろしいんじゃないかなと思います。

松平 どうも重要なご指摘ありがとうございます。西埜植先生、何か付け加えるっていう、何かありますか。

西埜植 にしの上産業医事務所の西埜植と申します。よろしくお願いたします。先ほど先生がたから、いくつかご指摘あったところというのは、そうだなというふうに思います。私としては、B の連携というところで 50 人以上のところは認定要件必須として、10

人から49っていうところは全部1点と付いてますけども、この中でも仕組みってというのがどういようなイメージなのかというのが。当然ながら現場で産業医してますと、こういうがん等の繰り返しの疾病がある方との面談をして、その後に人事だったり上長にフィードバックしたりってところの、少し面談をしていくっていようなステップを仕組みっていうふうにされてるかどうかで、一応そこら辺が少し分かりづらくなっていうのはございます。

松平 川又さん、助けてください。藤井先生、答えられますか。うなずいてても分からない。

— おっしゃるとおりです。

松平 おっしゃるとおりです。どうぞ。

島津 北里大学の島津と申します。二つあるんですけども、まず丸1のところなんですけど、従業員が生きがいを感じながら働ける会社を目指す。これ非常にいいなっていうところで、これはポジティブなところでコメントさせていただきます。やっぱり、単に治療するだけじゃなくて、前向きに生きていくっていうことを支援するっていうことは会社の姿勢として非常に大事なので、この項目が1番目に入ってるってすごく(****ダイジダナトオモイマシタ@00:26:14)。それから、今の連携のところですけども丸7のところですが、家族というのが入らなくてもいいかなと思いました。調子が悪いときとか、体調について家族のサポートも含めて会社と連携するっていう視点があると、より本人を支えやすくなっていうふうに思いました。以上です。

松平 今の家族の件について何かご意見、逆に否定的なご意見のある方いらっしゃる。

竹田 すいません、何度も。竹田です。家族、確かに大事だなと思うんですけども、がんとかフィジカルな疾患でそれほど多くないですけども、特にメンタルヘルス対応すると家族関係の問題が一番大きくて、家族と入れたことによってご本人が負担を感じるケースはしばしばあって、家族関係が悪いのに家族を巻き込むということが起きてくることがある懸念があるなと思っていて。あげ方の問題だと思うんですけど、例えば列記してあると全部連携しなきゃいけないようなイメージになるんですけども、その中で必要な方の連携を取るといような表現の仕方のほうがいいかなと思って。そうすると家族って入ってて全然OKかなと思うんですけど、必須みたいにとらわれてしまうと、それはかえってご本人の負担を増すようなことが起きかねないなというふうに感じてますので、というのが私の意見です。

松平 ちょっとこの件置いといて、染谷先生さっき挙手されてたと思いますんで。

染谷 東京都社会保険労務士会の染谷です。よろしくお願ひいたします。先ほども竹田さんのほうからお話が出た部分とかぶるんですけども、まず最初の風土づくりの丸1番で経営理念等で内容を伝えてるところなんですけど、これ、いわゆる宣言をするという認識でいいんですよね。今、いろいろ働き方改革宣言だとか健康系への宣言だとかっていうような形で、まずは宣言というような形で経営者が宣言書を作っていて、それが丸3番で今、病気になって退職せずにきちんと治療しながら提示してるっていうところにつながってくるのかなと思うので、内容を伝えているという前に宣言をするというのを入れてみるのはいかがかなと思ったんですけど。

松平 丸1の中に言葉として。

染谷 宣言という言葉。

松平 が入っていれば。

染谷 入ると分かりやすいかなと思ったんです。内容を伝えているっていうよりかは。

松平 感覚的には、そっち寄りだったので素直に僕はアグリーって感じなんですけども。ありがとうございます。

染谷 以上です。

松平 今までの感じで、森口先生、今まで出た意見に関してちょっとコメント踏まえて。

森口 丸7のところをどこまで書くかっていうのは。

松平 あと仕組みに関して。

森口 議論が。あと研究班の会議でもあったところで、場合によっては事業場内外の産業保健職とか、くくってしまったほうがいいかもしれない。上のほうでも話がありましたけど、ここで家族っていうところにもありましたけど、などとか何かそういうことで少しぼかしておくほうがいいのかなと。これにさっきの寺田先生のご提案のように、地産保の話とかいろいろどんどん増やしていくと、ちょっと行数が他の部分とかも相当難しくなるので。

松平 解説書にちょっと書くということでもいいですかね。

森口 そうですね。ご意見参考にちょっと調整する必要があるのではないかと。仕組みの部分は、班の中でどんなイメージで仕組みとしたのか僕自身も正確に理解してないですけども、企業なりのルールとかそういうことであろうとは思いますが、正確にはお答えできません。

松平 ここ、ちょっと苦し紛れの用語なんです、実は。パネラーじゃないですけど、われわれの懐刀の武藤先生よろしくお願いします。

武藤 北里大学の武藤と申します。この仕組みに関して西埜植先生のご指摘非常に鋭いと思うんですが、この仕組みという言葉を私なりに解釈すると、松平先生の前の方の労災疾病で主治医と産業医の連携の研究班っていうのをやっていたときに、連携の行動を産業保健スタッフがとる回数が多い事業所と少ない事業所を比較した場合に、例えば主治医との情報共有、情報交換の様式が社内に既に整備されているとか、そういったものが既にある、あるいは復職の場合、会社によって復職の会議を設けるということになってたりとか、そういう形があるほうが実際の連携行動が多いというデータを得たので、そういうようなものを含めて仕組みという形で表現したものかと思いますが、実際に解釈はいろいろ難しいと思います。あと、産業看護職っていうの、どこまでいえるかって難しいと思うんですが(***ナガイイミ@00:31:18)であれば産業保健スタッフ等とかでもいいでしょうし、その辺りはご議論があるかと思います。

森口 武藤先生、ありがとうございます。おっしゃるとおり、産業保健職のまとまりでっていうか、それはもう私も同意であるんですけども、せっかくでしたら両立支援で作られているフォーマットっていうのをもっと展開していくような形で、非常に使いやすいと思うんです。凡例っていうか事例も載ってますし、あれを例えば産業保健職がない49人以下のところに対してもっと普及させるようなことをして、人事とかどンドン回せるような展開っていうのであれば非常に有用かなというふうに思いますので、ちょっと解説のところオープンしていただけるとありがたいなと思います。

松平 どうもありがとうございます。ちょっと時間も限られています。次の展開(***イクドウデスカ@00:32:17)。きょう途中退席される中川先生、ここに関して何かご意見とかご指摘はございますでしょうか。

中川 東大病院で放射線治療を担当しております、中川と申します。私、臨床医なんです

けれども、職域におけるがん対策には深い関心を持っておりまして、がん対策推進企業アクションという、これ健康局のプロジェクトの議長をしております。私、あと30分ぐらいで失礼しますのでまとめて意見を言わせていただくと、がんという疾病名を外れ、これはなかなか仕方のないところではありますが、どうぞもともとの流れと矛盾しないようにきちっと修正していただくのと、そうは言ってもやはり働く人の死因の半分以上がもうがんなわけですね。あるいは自殺を除くと、伊藤忠のデータですけれども、病気の中で死因としては9割ががんです。ですから、非常に大きなボリュームを持っているということ、そして女性が働き、かつ長く働くと当然、とりわけその定年の延長というのは大きな、さらに今その比率を上げていくわけですから、そこのところをなかなかこの中に書き込むのは難しいっていうのは分かるんです。これまでのこの班活動の経緯を不案内なもので、私、見てました解説書というのは、これもそのセットで公表されることになりますか。

— はい。

中川 そうすると、この中にもともとあるがんという問題意識をどれだけ書けるかというのが重要なポイントで。例えば、ご承知だと思いますが学校で今、中学校、高校ではがん教育。これはもうまさに、がん教育というタームが使われています。学習指導要領にもそこが入ったわけです。がんについても取り扱うものとする。ですから、学校でのがん教育っていうのはもう確立しています。一方、大人はどうするのかっていう問題があって、企業アクションの中でもがん教育という言葉、あるいは出張講座というようなこともやっているわけなんです。ですから、そういった背景、子どもたちがもう学び始めて大人はどうするのか。職域で、がんに対する啓発教育をするしかないんです。要するに、一般的に自治体でやってるセミナーに来る人は、もう全くリピーターですから。職域っていうのはある程度強制力がありますので、職域でのがん教育っていうのは、本当に必須だと思えます。そういう精神をぜひ解説書に書いていただきたい。

もう一つ、ここについて言いますと、企業アクションの中で協会健保の経営者等についてインターネット調査をしました。そうすると、経営者のリテラシーが高いとがん検診を行う、あるいは両立支援も行う。3群に分けたんですけども。企業アクションについては、お手元の後で紹介いただけるとは思いますけれども、ぜひホームページ見ていただいて、なかなか充実したコンテンツがあります。やっぱり経営者のリテラシーっていうのは高める。そして、がんと書けるかどうかは分かりませんが、教育という言葉がそこにありますけども、もう少し明確にさせていただく。ここの中で難しければ、この解説書の中で少ししていただく。この辺うまく乗り切らないといけなかなっていうふうに思います。

松平 貴重なご指摘ありがとうございます。ちょっと時間も……。中村様、診断士でもありますし、ここまでのところで何かご指摘ありますか。

中村 商工会議所の中村でございます。今の話はちょっとあれなんで。先生ご指摘のとおりで職域でのがん対策、今、東京都と組んで啓発活動なんかもやってるんですけども、やっぱり経営者の意識っていうのは一番大事ですので、ぜひ盛り込んでいただければというふうに思います。この中で言えば、先ほど染谷さんのほうからご発言がありましたけども、健康経営に関してはまず宣言をやる。経営者の方が宣言をすることで、その宣言の証しっていうのをお配りしてるんですね。それをいただくことで、企業はそれを社内に掲示ができる。そういうことを保険者と一緒に取り組んでるんですけども、これが非常に予定してたよりも数が増えてまして、今、健康保険に関しては2年で2万3000社以上の方が健康企業宣言といってやっていますので、そういう仕掛けをこういった仕組みの中でつくっていくっていうのは広めていく上でも重要なポイントになるのかなというふうに感じております。以上です。

松平 砂川様、あるいは桜井様、ここまで何かってございますか。またちょっと後でまとめてってことで大丈夫ですか。

桜井 前があって遅れてきましたけども、CSR プロジェクトキャンサー・ソリューションズ、桜井と申します。患者支援団体でもありますキャンソリュのほうは、ここでいうところの10から49人の、うちは社員全員がん患者なので経営者でもあるかなと思ってます。その目線からこれざっと見たときに、丸の1番の伝えているところ。分かるんですが、伝えればいいというものではなくて、先ほど来、話出てると思うんですけども、経営者がビジョンとかポリシーを持つことが私はすごく重要だと思ってます。まず最初にそれをきちんと持つ、そして社員に伝えるということ、明確化するということが非常に重要なんじゃないかなと思ってます。

松平 ご指摘のとおりだと思います。休憩なしで8時までいきますので、トイレ休憩は個々、よろしく願いいたします。次のフェーズに入りますけど、ここの部分に関して。ここの必須条件と点数のことは置いて、まず項目に関してご意見がある方、積極的に挙手いただければというふうに思います。実際、松下さん、きょうオブザーバーでいらっしゃってると思うんですけども、ちょっとここを加えたのが最近みそでございまして。企業によっては、経営者や取締役会議で、もういいだろうっていうふうにする場合も多いというのを松下社長のほうからご指摘いただいたんですけども、全体見てここの言葉尻でも構わないんですけど、何かご意見があったらよろしく願いいたします。

染谷 東京都社会労務士会の染谷です。まず、Cの休職と職場復帰のところなんですけど、この休職制度というのは、会社には正社員の方もいらっしゃる会社もいれば、契約社員だ

とか非正規の方もいるんですけど、ここの休職制度というふうにならざるを得るのは正社員をメインという形での考え方になるんですか。それとも、非正規の方も休職を取得することができるのかってところがちょっと気になったんですけど、この辺りいかがなんでしょう。

松平 森口先生、助けてください。

森口 正規だと思ってましたけど。

松平 そうですね。

森口 私が答えることじゃないかもしれませんが、研究班の中では正規社員というふう
に定義してたと思います。

松平 それを踏まえてご意見があったら。まず正規とせざるを得なかったという感覚なん
ですけども。

染谷 非正規の方で休職制度があるっていうのは、本当にまだまだ少ない会社さんではあ
るので。ということであれば、本来であれば非正規の方も休職制度っていうのが取れるほ
うが治療と仕事の両立には一番いいとは思うんですけど、なかなか厳しい、中小企業は特
に厳しいと思いますので。ということであればその辺りを解説書に入れて。

松平 今、非正規の人もしてるところは点数が高くて、プラチナみたいなイメージなのか
もしれませんね。

染谷 そうですね。

笠島 恐縮でございます。社労士会の笠島でございます。今ほど、松平先生からこちらの
米印のところ、制度がある場合は2点、経営者や取締役会などの判断で柔軟に対応できる
場合は1点ということなんですけど、まず就業規則のある会社にとっては、この取締役会な
どの経営者の判断で柔軟に対応できるというのは非常に難しいところでございます。そ
ういうふうにしてしまうと、もう既にその制度になってしまいます。これは恐らく、言っ
てみれば経営者の特任、特別の判断で配慮で、就業規則というのは最低限の基準を定め
ているものであるんで、この人については、それを超える対応として会社として認めるとい
う、そういう意味かなとは思いますが、会社にとってみれば1人認めると次々と同じよ
うな事案が発生した場合にどうするのかという問題ですね。

それから、役員が判断するに際しては、こういったものがあるとそう判断するのかという、また会社そのものとしての判断基準が必要になってくる。この取り扱いってというのは非常に難しいところございまして、会社の規模とか業種にも関係してくるかと思うので、この辺は十分にご検討いただければと思っています。認定要件のところとも関係してくるので、10人以上50人以上ぐらいの会社になってくると、就業規則のある会社にとってみれば、これは非常に取り扱いが難しい判断基準になるかなと思っていますところございまして。

松平 パネラーではないんですが、このご意見を賜った松下様、何か今のことに関してコメントがありましたら。

松下 きょうオブザーバーなんですけれども、松平先生から言われたので。きちっと就業規則決めてしまうといい面もあるし、また逆に笠島先生おっしゃるような逆の面もあります。今回かなり小規模なところを対象とすることで、その辺はフレキシブルに考えたほうが現実的じゃないかというふうなことで申しあげました。弊社の場合も、かなり東京都から就労支援の賞をもらった後、これだったらきちんとして全部決めていこうっていう意見もあったんですが、やはり個別にいろんな例外も出てくる。従って、就業規則の中でその他取締役会で認めたことっていうことで逃げをうってる規定がかなりございます。その辺の有効性がどうかっていうことはまたいろいろあるんですけれども、今は目的が就労支援ということであるんで、その辺をフレキシブルにしたほうが現実的じゃないかということ、松平先生に申しあげたのが、この辺に反映してると思います。

松平 今のお二人の意見に関してとても有意義な議論かと思うんですけども、何かコメントでご意見ある先生がたいらっしゃったらお願いいたします。

砂川 日本キャリア開発協会の砂川と申します。私は中小企業を含めて非正規の社員のがん患者さんの相談が多いんですけれども、中小企業になると制度がないということでそのままになってしまうということがあるので、制度にしちゃうっていうよりは。辞めない方も中小企業の中にいらっしゃるんです、非正規で。その方の場合は、フレキシブルに、うまく上長とやりとりをしながらやっているところがあるので、できるだけ、大企業ではないので中小企業の中の一番上の一番の宣言をして、トップとしてどう人材を活用したいか。その上で非正規だろうが正社員だろうが、その方が能力があって働けると判断されれば、そこを融通を利かせながら働き続けられる、そのところを認めていくっていうところがすごく大事じゃないかなっていうふうにお話を聞いて思いました。

(無音)

松平 どうぞ。先生。

竹田 竹田です。この点について産業医の立場として仕事をして発言させていただきたいんですが、特に嘱託産業医として関わってる場合に、会社の制度があまりフレキシブルだと、産業医として面談したときに就業に関する意見をとても出しにくいんです。そして多分、ちゃんと産業医が機能していれば、産業医の意見を経営者の方は反映されると思うんですが、面接のときはかなりリクエストされる、ご本人からですね。いろんなリクエストをされて、それにどう応えるかっていうのは非常に難しくなってきました。現状では制度に沿った意見を出すということをしてますから、フレキシブルといわれると非常に産業医は活動しにくくなるだろうなというふうには感じます。

松平 そうしますと、例えば案として50人以上のところと、ここにするか、ここにすることっていうんですけど、そこでそのフレキシブルさを線引きするっていう考え方はあるでしょうか。

竹田 人数で区切ってしまうと50人未満でも選任してるところがあるので、ちょっと難しくなるかなという印象はあります。今のは産業医として対応しにくいという話だけで、そういう制度が悪いという意味ではないので、そこは誤解しないでいただきたいんですけども。産業医の対応の仕方が、かなりまちまちになってくる可能性があるんで、そこをそろえる努力も必要になってくるだろうなという感想です。

松平 分担協力者の方も含めて、今の意見に関して何かコメントとかご意見あったら端的に。ないんだったら、あと持ち帰りにしますけど。持ち帰りでよろしいですか。

桜井 桜井です。これ事前に拝見させていただいたときすごく感じたのが、人に制度を当てはめていくようなそういう感じがしてしまったんですね。制度があれば就労続くというわけでもないんで、制度というのはやはり運用して初めて生きていくものだと思いますので、ぜひその運用が大切なんだというところを評価のポイントとしていくことが、他の疾病とか子育てとか介護とか、いろんな部分に応用がいくんではないかなと私自身は感じております。

松平 そこに(#####@00:48:29)もうちょっと具体……。

砂原 東京海上日動メディカルサービスの砂原と申します。産業保健の仕事を少ししていて病室の関係の仕事をし少しさせていただいてる関係で、きょうお声掛けいただいております。事業主の立場からすると、やはりその制度はきちんとしたものがないと、なかなか、

公平性を保つことは人事において非常に重要なことなので、そこは大事なというふうに思って聞いておりました。そこで運用でっていう話が、今、桜井さんのほうからございましたけれども、そういう観点は、もしかしたらあるのかなということも併せて感じました。以上です。

竹田 竹田です。運用でというところで、ちょっと項目は変わるんですけども10番ですね。これ、7番とも共通してたんですけども、復職支援プランを作成する。これ特に、解説のほうとガイドラインのプランを使うのが基本という書き方をしているんですね。ガイドラインは、まず一つは産業医として使おうとすると非常に使いにくい。産業医がいることを前提としてないガイドラインなので、基本的に私、関わる時は使ってないです。ですので、先ほど仕組みという言葉もありましたけど、適切に対処できる仕組みがあって、それを運用していくというところが大事なので、ガイドラインのことをあまり強調し過ぎると、ガイドラインありきで、ガイドラインを運用してる会社の認証という感じになってくるので、そこはちょっと違う説明にさせていただいたほうがいいかなというふうに感じます。

松平 ありがとうございます。いかがでしょうか。次の画面に取りあえず移させていただきます。

(無音)

松平 ここに関して何かご意見あられる方。

(無音)

染谷 染谷です。まず、丸19番の相談窓口なんですけど、休暇取得中、休職中の従業員家族のための相談窓口ってなってるんですけど、これ職場の周囲の方も相談できるような窓口っていうのもつくってあげたほうが。周り、サポートしてる方がどうしたらいいんだろうって悩まれるケースが多いんですよ。逆に、悩まれてその方がもう分からないし、どうしたらいいか分かんないっていうので、離職してしまうケースっていうのも中には聞いてはいるので、その対象の従業員だけじゃなくて、サポートしてる従業員にも相談できる広い相談窓口っていうような形を入れると、どうかなっていうふうに思いました。その部分です。以上です。

松平 ありがとうございます。

中村 商工会議所の中村です。24番に定期健康診断受診率100パーセント。早期発見等には非常に重要な指標であると思うんですけども、従業員数が多くなれば多くなるほど、なかなか100パーセントの達成って非常に難しく、経済産業省がやっている健康経営優良法人認定でも、受けない方への勧奨を行ったという上で95パーセント以上という設定になっておりますので、なかなか100パーセントでかつ必須ってなると相当ハードルが上がってしまうかなというふうに思います。ですので、両立支援という本質からすると、ここでそれほどハードルを上げる必要はないのかなというふうに感じましたし、逆に有所見者に関する受診勧奨をしっかりと行ってかどうかという項目を加えたり、それに差し替えて行っていることも有効な方法ではないかなというふうに感じました。以上です。

松平 貴重なご意見だと思います。今のお二人の意見も含めて、何かご意見ある方いらっしゃるか。

桜井 桜井です。この部分に関しては、まず24番で、今、企業のほうがやっける健康診断って、ガイドラインから外れて不必要なものたくさんやっけるケースが多くて、これ協議会の中でも問題になってますよね。マニュアルできたかと思しますので、あのマニュアルに応じて定期検診をやっけるってことが私は重要だというふうに思ってます。それから、がん対策のほうでも、予防の視点がかかり入ってきていると思うんです。ここ見てること、禁煙とか検診とかっていうところで、もう一歩先を行っていただきたいなというふうに思ってます。それはやはり、さっき中川先生おっしゃられましたけども、予防の観点ってこの糖尿とか心疾患、脳卒中、すごく重要な部分だと思いますので、いわゆる生活習慣ですよ。食生活とか含めて、そういう、ただでもできる対策ってかなりあると思うので、そういう情報提供をしていったりとか、あと、例えば地方ですとかと車で通勤してるところを徒歩通勤に変えていくとプラスが出るとか、何かそういうふうに健康行動に対してもプラスが出るような要件にされたほうがいいんじゃないかなと思いました。

松平 個人的には、今、自分はそういう身体活動を高めるようなことを一番専門にしてるのですごくアグリーなんですけども、項目として無理くり、まずちょっと運動っていうことがあんまり表立たせたくなかったんですけど、かなり予防にも治療にも就労にもがんにもエビデンスがあるので項目入れといたんですけど、もうちょっと具体的に生活習慣を含めた食事の面だとか、項目を・・・。

桜井 野菜の摂取とか、今まさにがん教育でやっけるのってそういう部分だと思うんです。それはやはり大人も知っておくこと、すごく重要ですね。食塩の話とかも含めて。なので、そういう部分の実践的な部分ですよ。教育だけじゃなくて教育を実践していくような話というのも私は必要だと思ってますし、それはもう世界的に見てもエビデンスが出ている

ので、軽度な運動ではなくて具体的に何分ぐらいともう今、出てますので、それを盛り込んでいくことが私は重要だと思って。

松平 項目としてですか。

桜井 そうですね。中小企業経営者だったら、そういう無料でできることだったらほとんど推奨したいぐらいなので、そういう記載をして、これを守ること自体も教育の一環になっていくといいんじゃないかなと思ってます。

松平 個人的には賛成なんですけども、何かいろいろ制度面も含めて今のご意見に関して、反論も含めて。

桜井 議論になるのは労災になるのかどうなのかとか、そういうところとかある。

立道 東海大学の立道と申します。今の議論で、一番これも大本の議論にまた戻っちゃうんですけども、何を認証するのかっていうところに入ったときに、例えば今の健康経営もあれば優良法人もたくさんあるわけです。そこで、この両立支援というものの特徴を生かすっていうものがどうしても必要になってくると思うんです。じゃないと、健康経営と何が変わるのかっていうことと、出てくるので、だからこの集まりが一番最初どこを目指すかっていうことをもう少し、最後に議論というよりも最初に議論しないと色々な意見が出てくるんじゃないかと思うんですけど、その点いかがでしょうか。

松平 先生、ありがとうございます。ちょっと迷い道に入りかけてるのかもしれませんが。最初に昨日の本省のほうからっていうことで言ったんですけど、私自身はまず、中小企業のがんの患者さんが出られた会社とその両立支援をするっていうリテラシーを、桜井さんのようなとこっていい意味で特殊だと思しますので、そこを高める普及啓発っていうところを一番基軸に置いておりました。そこでちょっと昨日、本省のほうからそういうご指摘を受けまして、ちょっとそこが私、今、いいのか悪いのか自分でもよく分かってないんですけども、ファンドのほうがそういうふうにおっしゃってきたのでっていうところで、私のほうで若干きょう少しぶれてるところがあるのかもしれませんが、今の桜井さんのご意見は個人的にはごもっともだと思いますけども、ちょっと先生のご指摘を踏まえつつ、自分自身が今、何となく迷走してる感じがございまして。森口先生、ちょっと助けて。どうぞ。

武藤 事務局のような立場での発言かもしれませんが、一応、松平先生のご発言を補足させていただきますと、この予算、ファンド元は先生がたがご存じのように厚生労働省の労

災疾病臨床研究事業という厚生労働省の労災衛生課が推奨をしている事業で、厚生労働省の委託事業のようなものだと思います。ですから、実際認証した場合、それは厚生労働省が認証するのか民間が認証するかっていう問題はありますが、ベースとしては厚生労働省の施策を普及させるためのアカデミアが受けた委託事業という認識でいいかと思います。ですから、ガイドラインもどこまで出すかっていうのは難しいんですが、ガイドラインにのっとってその延長上でやるっていうのが基本路線だろうとは思いますが、あと、その両立支援っていうのがこのお題であるので、そこが基本であることは間違いないだろうと思えますし、事務局の中ではただ両立支援といっても、この健康づくりを入れないわけにはいかないだろうということで、これを入れたということで、松平先生もどの程度それを増やすかというのは議論があったところですが、原則はそこだろうと私は理解しています。

松葉 中災防の松葉といいます。中災防というところで健康確保対策について担当しております。まさにわれわれがやってる仕事がこの健康づくり、健康確保の部分でございまして、両立支援という中でも当然こういったものが必要なことは認識しております。といいながら、その両立支援について認証をという中では、あえてこの健康づくりが入ってきてしまうっていうのは、ちょっと違和感を感じるというところがございます。やはり東京商工会議所さん、なさってる健康経営の中で前向きな積極的な健康づくりっていうのは認証の項目とされております。その方面での捉え方っていうのが一つあるかと思えますんで、あえてこの両立支援のチェックリストの評価指標という中では、例えば両立支援のためにその対象の方が自身のセルフケアをするための特別な配慮をしているだとか、そういったような捉え方だったらあるかなと思うんですけど、全員の運動の機会があるかっていうのはちょっと見方が違ってきちゃうかなというふうに感じております。

松平 桜井さんのご意見は、22のところにも上手に解説書を含めて盛り込むことができないかなとは、ちょっと思ったりもしてたんですけども。

桜井 先ほど、なので、この会社としても丸の1番がめちゃくちゃ重要なんですよねって話をしたかと思うんですけども、これ自体を誰を対象に何をっていうところをきちんとしないとぶれるんだと思ってます。だから、もうがんになった人だけのことを対象にしているのか、がんになる前の人も含むのか、そういう部分をちゃんときちんと決めたほうがいいんじゃないかなと思ってます。ただ、がんの患者さんも今は運動したりっていう、患者もより健康運動することで再発予防とかにつながるってことはエビデンス出てますし、ガイドラインも全部(****トマッテッテ@01:01:38)ますので、そこはちょっと考慮されたほうがいいんじゃないかな。

松平 私もその専門家なんで、その辺の知ってるんですけど。ちょっと本省的にはあま

りそのことを、大きく出してもらうことに対して違和感を感じてたので。ただ、そこはエビデンスをご存じかどうかという問題もあるんですけども、貴重なご意見。個人的にはもう治療も予防もサバイバーのためにも予防としても運動、あるいは先ほどの食塩の問題とかがあっていうのはおっしゃるとおりだと思いますので、ちょっと持ち帰らして、解説書に上手に、中川先生のご意見を含めて生かす方向で考えていきたいというふうに思います。あと、ここの23番に関して、きょう東京都社労士の先生がた多くいらして、本当にありがとうございます。何かちょっとごまかして、などというふうに優先順位を書く順番を工夫してるんですけども、何かかっこの内に他に入れたほうがいいとか、省いたほうがいいとかがあっていうご意見は、23に関してございますでしょうか。特に社労士の先生がた、窓口として、経営者コンサルタントの立場からでも、他に窓口としてここを入れたほうがいいとかがあっていうのが何かございますでしょうか。染谷先生、大丈夫ですか。

砂川 社労士の立場ではないんですけども、日本キャリア開発協会の砂川です。2点気になったところなんですけど、今の窓口のところなんですけども、全体としてはこういった内容を網羅されてるかなっていうふうには感じたんですけども、実際の中小企業の支援の現場で感じるのは、まず誰が担当者なのかっていったところがよく分からないっていうところだったり、決まっていっていうところがあったりするのの一つと、周知がされてないってところで相談窓口が分からないってところがあったりとか。情報収集の、この22番のようなこういったものもやりながら、実際に発生した場合、その後の対応とその後のフォローっていう、ステップごとになっていても分かりやすいのかなっていうふうに思いました。

あともう一つ、さっきのがんの教育のところと受診のところはどうつながるか分からないんですけども、私はすごくがん教育って大事で、実際にがんになった人を支援すると、管理者がそのことを理解してなかったり、イメージが悪かったりってことで、がん教育が至ってなかったってところもあったりするので、この従業員の健康に対するリテラシーがもともと高まれば、自分も明日はわが身、人生100年時代の中で健康じゃない、なくなるってことは誰もがすること。そこの部分の認知をする上では、この啓発はすごくいいんじゃないかなっていうふうに考えます。

松平 この啓発ってどの部分ですか。

砂川 啓発っていうか、健康診断とかこういった運動とかがあっていうところ。この書き方なのか、表示の仕方なのか。健康経営の兼ね合いのこの表現の仕方なのかというふうに思いました。

松平 現状でそんな悪くはないってということですか。

砂川 そうですね。健康経営の部分と重複するのかなっていうところはあるんですが、一番気になってるのは大人が知らないっていう現実なんですよ。検診をするっていうと、行かないって人は時間がないって言うんですよ。長期労働してるっていうところも一つある。でもよく聞くと、怖いっていうのが出てくるんです。その辺りの部分が、少し影響しているのじゃないかなってところで、この受診率を上げていく、100 パーセントはちょっと分からないんですけども、運動を含めて健康は自分の身は自分で守るっていうヘルスリテラシーの中のっていうところは、一つあるのかなと思いました。

松平 100 パーセントに関して何かご意見、もし。

寺田 私も数字っていうのは怖いもので。寺田です。100 パーセントとしちゃうと 100 パーセント以外が全部否定されてしまうので、その辺はディスカッションをまた関係者と深めて決めていかれたらよろしいかと思うんですが、私は今、F の健康づくりのところなんですけど、いろいろ項目をどういうふうに入れ込むか、または両立支援と、この今回の取り組みとして適切なのかどうかって幅広い議論があった中で、私この中でもう一つ、もし入れるとしたら追加してほしいのは、日本の場合は皆保険制度があるので、どんな小さいところでも何かしらの健康保険組合に加入してるかと思うんです。そこで、特定健康診断で特に特定保健指導のほうですね。それで通称メタボ検診っていう中で、いろいろな項目で積極的支援、介入でいろんな指導のそういったシステムが日本の場合出来上がってますので、その検診のところと喫煙のところもメタボ検診のところと若干関連するので、その辺り健保組合、加入してる健保によってだいぶ違いますけども、特定保健指導を該当者にやらないとけないというの是一緒ですので、盛り込むのであれば、その辺も触れられたらよろしいかなと思いました。

松平 中川先生、どうぞ。

中川 もうそろそろ失礼しなきゃいけないので申し訳ないんですけども、恐らく両立支援に風土的なものとして必要なものは、周囲にがんであることを伝えられる環境かなっていうふうに思っています。これは、かつてがんの臨床でも告知率 0 っていう時代があったわけなんですけど、それがいかに治療を阻害してきたか。恐らく両立支援でも、がんということを周囲に伝えられる風土というのが、実は非常に重要なんだろうと思うんですが、しかし非常にファジーなので、それをどのように。それこそ解説書の中にそれを書き込まれるのか。あともう一つ、両立支援コーディネーターについては丸の 22 に書かれているんですけども、働き方改革会議の中でかなり取り上げられた項目ですよ。それを研修という形で記載してるんですけど、果たしてそれだけでいいのかどうか。私ちょっとここは産

業医でもあるんですが、現実にこれからの制度だと思うので、これをどのふうな書きぶりにするのかっていうのは、ちょっと分からないな。そんな感じで失礼させていただきます。申し訳ございません。

松平 ちょっとご指名で急で申し訳ない。私5年間、労福協にいまして大変お世話になった、きょう、関東労災の佐藤委員長に(#####@01:09:02)。今のご指摘も踏まえて、ちょっと一言いただけたら。

佐藤 関東労災病院の佐藤でございます。この22と23に関しましては、労働者健康安全機構が非常に考慮して配慮してくださってる感じが受けております。例えば、相談窓口が治療就労両立支援センター。これは実は労災病院の中に設けられてるセンターでございます。通常の中病院にあるわけでもございませんし、それと産保センターと二つ機構の名前が出て。それから、がん相談支援センターって、がん拠点病院のおかれてるものでありまして、これ非常に狭いですよね。相談機能としてはこれ以上に恐らく広がってるはずなんで、ここで限定されることに対して本当にありがたい反面、これでいいのかなっていうふうに思いました。それから両立支援コーディネーター研修っていうのは労働者安全機構のずっとやってる事業となりまして、これからもまだまだ発展して広めていく(#####@01:10:05)でございますが、等くらいの感じのところやって書いていただくのがありがたいなと思います。

松平 ありがとうございます。同じく、渡辺所長、何かご意見。

渡辺 神奈川産業保健総合支援センターの渡辺です。今、佐藤先生が言われたように、これ23番の相談窓口。確かにある程度限定されてまして、恐らくこれ、がんがもともと頭にあったかと思うんですけど、これ以外にも難病にも相談センターありますし、監視機関も拠点病院を中心に介助コーディネーターがおりますし、あんまりいっぱいになると分かんなくなってしまうので、佐藤先生言われたんですけど、両立支援センターと産業保健総合支援センターなど、これは一応、厚労省がそこを推奨してますので、ここはがんだけではなくていろんな疾患も全部、ここに並べた疾患を扱うことになってますので、そういうのでよろしいかなと思いますけど。ただ、これ言葉としてここへアクセスって書いてあるんですけど、この(****トラリ@01:11:05)のがよく分かんなくて、アクセスできるってことは結局その人、制度、窓口あんの知らないとアクセスできませんから、窓口を知っていて利用できるかそういうふうにしたほうがいいかなと。あと、この21番との違いですけど、21番、これ内外の制度を知ってるというのが書いてあるんですけど、適切に対応できる。この中に当然、外部ですから入っちゃうんですけど、23番も。そこで一緒に入れてしまうかどうかですけど。

(無音)

川又 研究員をしております川又と申します。今、ご指摘があった21番の社内外の制度というところは、いわゆる休職期間中の社会保険料の、解説書のほうに4ページ目の項目21のところでは補足をさせていただいてるんですけども、高額療養費の制度であったり、疾病手当金だったり、そういう制度を知っていて、ちゃんとその担当者が対象者さんにご紹介できたり、その制度の運用というか、その制度を申請したりできるっていう意味で21番は設けております。そういうことができない場合に、外部へのその両立支援に関する相談窓口っていうことで別個で23番を立ててる。そこで差をつけております。

松平 今の論点に関して何かございますでしょうか。マイクは、桜井先生そこにありますか。お願いします。

竹田 23番のところ、これ先ほどもお話ありましたが、アクセスできるっていうところの説明の仕方として、それぞれの機能の違いを理解して、適切なところを選べるっていうところが必要なことなんでしょうかと思えます。その上で、本来は50人未満の事業場もかなり対象となるので、地域産業保健センターという言葉が入るべきかなとは申してますが、ずっと発言迷ってたんですけども、入れてちゃんと機能してるかっていうことをいわれるとかなり難しい部分があるので、入れてそれで地域産業保健センターも機能をちゃんとしるといえるようになるかという思いながら発言しました。

松平 きょう、産保センターを機能してるとこの方いらっしゃるんですけど、実際、機能してないところもあるということもあるので、ここは恐らく今後の希望も含めて産保センターも、今の先生おっしゃったところも入れておくほうがいいのかと個人的には思ってるんです。多分、本省もそこを望んでる感はございます。

竹田 もう1点いいですか。続けて、先ほどから話が出てくるFの健康づくりのところがんですけども、先ほどからの皆様のご発言の中に、特にがんを対象とした発言が多かったんですが、それ以外の疾病も入れると非常にややこしい話が出てきて、例えば糖尿病の話を考えるのであれば健康診断の話は必ず必須ですし、受診率ではなくて事後措置の実施率だったりとかするんですよ。そこまで含めると、健康づくりはこれじゃあ非常に中途半端で、もっと厚くしないと労働衛生課の期待には応えられないと思うので、そこを踏まえ、どうされるかを検討していただくのがいいかなと。もう入れないとするのか、もう少ししっかり入れるのかっていうことかなというふうに思います。

松平 そこは、かなり糖尿病を意識したところで作ると分かりやすいつて感じなんですかね。

竹田 いえ、糖尿病だけではないので。健康診断が入ってくると健康診断で出てくる種々の疾病ですから、例えば高血圧かもしれないですし、これから高年齢労働者が増えると認知症だって扱わなければいけない。ですから、心疾患もそうですし、そういったもの全て網羅して、事後措置もしっかりするし、健康づくりもするしっていうところを入れないと、最初の話に出てきた、がんだけではない他の疾病も入れるというリクエストには応えられないかなという印象があるので、いっそのこと省いてしまうほうがすっきりしていいかなという印象、私は思います。

松平 承知しました。ありがとうございます。マイク前に通していただいて恐縮です。

砂原 砂原でございます。この話をすると大体、また言ってるっていうふうに言われてしまうんですけども、事業主からするとその両立しているのは、ものすごくやりたいけれども難しいことだということがあります。(###@01:15:38)病者の就業禁止というのがあって、健康で安全に働けるように配慮する義務があるというところがありますので、それを踏まえて、どういうふうな形でやればいいのかというのを、産業医の先生とご相談をしながら作っていくということがすごく大切で、産業医の先生がたもいろんな先生がいらっしゃいますので、竹田先生のように非常に的確にご判断いただける先生もいれば、なかなかこの分野はあんまり自分が強くないんだっていうようなケースもあります。

そういうのを踏まえて、どういうふうにやっていくのかっていうのを考えないといけないところを、いつも悩んでいるんですけども。という前置きで、今の健康づくりのところについて言えば、事後措置とか入れるっていう話になってくると、なかなか事業主として、どこまでこれらの情報を持つのかというところの判断と併せて考えていかないといけなくなって、産業医の先生であったり産業保健スタッフの方がいれば、その専門の医療職のかたがたにご判断いただいた結果を、人事等が持てばいいということになりますけれども、そうじゃないようなケースも、今回の場合 50 名未満の事業場もたくさんございますので、そういうときにうまく機能するのかなというのがちょっと、今、話をお聞きして少し心配になりました。以上です。

松平 ありがとうございます。

桜井 同じ厚労省が外部委託している事業でポータルサイトありますよね。あそこはこれ全部網羅して、これからいろいろな情報が出てくると思うので、あのポータルサイトを知ってるかどうかっていうことは、項目として入ってないのは落ちてるのかなと思います。

松平 ありがとうございます。

(無音)

笠島 社労士の笠島でございます。たびたびで恐縮でございます。がん相談支援センター、都内の拠点病院なんですけど、会としてアンケート調査をやりました。支援センターの担当の方からなんですけれども、約8割近い担当者からやっぱり就労に関することについては、専門家に相談したほうが的確な答えができるということで、たまたま社会保険労務士として、私も青梅市立総合病院で相談員をやっているんですけど、専門家にやっぱり聞いたほうがいいよねということなんです。まだ、都内の拠点病院のうち社労士が入っているというのは10軒に満たないところなので、まだまだこの数字を上げたいというのが本音でございまして、この場を借りてぜひ医療と、それからその周辺の会社のいろんな環境の整備とあると思うんですが、それと同時に社会保険制度との関わり、それからそれを社内の中の制度としてどう取り入れていくか、周知させていくかといったところで、社会保険労務士をどんどん使っていただきたい。会としても、定期的に電話相談をやっています。これは常時開かれている所なので、アクセスという言葉がございまして、解説書の中でも結構なんですけど、ここでなくてもよろしいかと思いますが、そういう専門の窓口も利用するように、何らかの形でご案内いただければ非常にありがたいと思っている次第でございます。以上で終わります。

松平 私、その発言を望んでおりました。

笠島 そうでございますか。私も実際に相談やっておりますので、常々感じているところでございます。相談に来れる患者さん、罹患者はまだいいので、来れない方もいっぱいいらっしゃるわけですね。その方についてはどうケアしていくかという、やはりこちらから広報していく以外にないんです。いろんなメディアを使って周知させていく、何とか引き出していくという、そういう土壌をつくっていくのがよろしいかと思っております。これもその中の一環として私も捉えていて、非常に素晴らしいことだと思っております。ぜひこの事業を大きく広げていっていただきたいと思ってる次第でございます。

松平 ありがとうございます。桜井さん、どうぞ。

桜井 それを言うならば、患者会とかピアサポーターもあるわけで、多分その共感をする人がいないんですね、今の中で。だからそれ、解説書のほうでもそういうところは書いていかないと、今、国の事業としてもピアサポーターの養成とか就労相談などがどんど

ん増えてっておりますので、そういうところもちゃんと国の方向と合わせる必要があるのかなと思ってます。

松平 おっしゃるとおりだと思います。今までご発言いただいてない方、時計回りで。労福で高橋先生、何かありますか。

高橋正也 ありがとうございます。私の関わってる事業所で、数年前に重症の糖尿病の方がおられて、仕事もままならないんですね。それで、本来であればまさに上長だとか産業保健スタッフに関わるべきだったのが、結局手付かずで、気付いたときにはご自宅で亡くなられていたと。合併症もひどかったもので。そういう事件がありました。それからつい最近も非常に若い従業員さんが、がんになりまして、それどうするかという話がありました。小さな事業所なので、結局他の人が彼の支援するとなると同僚が過重労働になって、その管理者も過重労働になって、土曜日、日曜日も出勤しなきゃいけないで大変なことになってた。だからこの問題っていうのは、まさに今、喫緊の状況だとひしひし感じます。

先生が作られてるこのリストを拝見して今後どう収束してくかっていうときに、この優先順位とといいますか、構造みたいのを作ったらいいんじゃないかなと思いました。例えば、土台としてなきゃいけないこと。それからツールとといいますか、エンジンとしてあるべきこと。それからオプションとしてあったらいいなという、こういうピラミッドみたいになって。その土台っていうのは、恐らく最初の1番とかGの部分ですよ、個人情報のかどうかとか。ツールとかエンジンっていうのは休職の制度をどうするかとか、あるいは働き方をどうするかという項目になる。それからオプションっていうのは、位置付けは難しいかと思うんですが、例えば今の健康づくりをあったらいいなにするのか、ちょっと別の値を付けるとか。そういうような構造があったらもっとよくなるかなと思いました。

松平 貴重なご指摘ありがとうございます。高橋様、何かコメントございますでしょうか。

高橋元 コンサルタント会の高橋と申します。私どもは、この両立支援は厚生労働省のほうの指導によってやってる次第でございますけども、健康経営というのも同時にやっております、どうもこの健康経営とこの両立支援が重なってる部分がありまして、どっちなのかなっていうので、かなり厚生労働省とも話したんですけども、厚生労働省の立場としては健康経営の一部に、この両立支援があるんだというような立場を取っておられるようなんですよ。そういう意味では、ここにあるデータはその健康経営にあるものもこの中に含まれてるということなんですけども、ただコンサルタント会として何かものやっついていこうというときには、両方入っていると非常にやりづらい面は確かにあります。ただ、必要な中でそれはそれで当然入れていかなきゃいけないのかもしれないんですけども。例えば、私どもは受動喫煙防止対策なんていうのは一番強くやってるわけですよ。この中にちょ

こっと禁煙が入ってるっていうと、この関係どうなのかなっていうのが迷うところもあるんですけども。

それのそこはやっぱり、きちんと解説書の中に、例えば健康づくりは中災防さんがやっているような、やっていますよというようなこと、それから受動喫煙なんかはコンサルタントでやってるっていうことを、きちんと整理付けをしていただければ、私どもも動きやすい環境にはあるかなと思います。それから厚生労働省のほうから強く指導されてるのが、安衛法の68条ですかね。病者の就業禁止ということを強く指導されておりまして、基本的には就業禁止なんだと。ただ、いろんな労働者の配置転換とか労働時間の短縮、そういったものをうまく駆使しながら、就業の機会を失わせないようにっていうことも、かなり強く厚生労働省さんのほうから指導を受けておりまして、その辺の兼ね合いを見ながらこれから指導していかなくちゃいけないなということで、労働衛生コンサルタントも非常に難しい立場にあるなということで、今後私どもの会も、この両立支援の指標のでき方を見ながら、これからやっていく必要があるかなと思いますので、ぜひともそれのところ明確なものを出していただければありがたいなというふうに思った次第でございます。

松平 谷山先生。

谷山 朝日新聞の統括産業医をやっております谷山でございます。いろいろな課題が出てきて言おうと思っている間にどんどん進んでいってしまったので、ちょっと戻るんですけども、最初の頃に話題になりましたきちんと治療しながら無理なく働けることを提示しているところから、きちんと治療しながらっていうのが、具体的にもし書き込むとしたら、治療のための通院時間の確保ですね。きちんと治療ってそういうことだと思います。周りに遠慮して自分のその予約を延期してしまうですとか、そういうことを繰り返しているうちに、どんどん治療の機会を逸するとかっていう人も案外多いんで、通院時間が確保できることという表現だと、もうちょっと具体的かなと思った次第です。あと、ぱ一っと見ていって、11番に一定期間の試し出勤制度等があるっていう項目があったんですが、これは朝日新聞社は全社員で今4500ぐらいの企業でそんなに大きいほうではないんですけど、うちでも試し出勤制度っていうのはつくれていません。なので、中小規模の事業所にこれを項目として挙げるのは結構大変かなと、ハードルが高いかなと思った次第です。

それと、F従業員の健康づくり。ここですね。定期健康診断の受診率が100パーセント。これ、中災防の先生がおっしゃってましたけれども、この治療と仕事の両立支援の活動評価指標というところに、両立支援の活動評価指標なので従業員の健康づくりまで入れたい気持ちはよく分かるんですけども、含めてしまうと本当に難しいなと。がん治療と仕事の両立支援だったら、例えば定期健康診断受診率100パーセントでもがんの早期発見はできませんので、そこを入れてもしょうがないかしらんとも思いますし、先ほど来、お話が

あります糖尿病ですとか脳卒中ですとか、その辺まで含めるのであればこれも必要なと思いますし、ちょっとその辺が非常に複雑混乱しているかなという印象を持ちました。

松平 どうもありがとうございます。

谷山 ざっとそんなところでしょうか。

松平 試し出勤に関して何か。森口先生、何かありますか、試し出勤に関して。

森口 いや。

松平 大丈夫ですか。それは後で議論させていただくというふうに思います。私と別班で同じ事業の班長をされている堤先生、ありがとうございます。ちょっとコメントいただけたらと思います。

堤 北里大学の堤です。当てられてしまいました。出てるところで二つ。一番下の両立支援の実績のところですけど、一番最初のほうで竹田先生がおっしゃっていられた客観的に何を評価するのかっていうようなことに関すると、例えば仕事と治療の両立の何をもって。一つ次のものでした。最後のところなんですけども、仕事と治療の両立の実績があるというところ、何をもってこれを評価するのかっていうのが少し難しくなるだろうなというふうに思って、逆にこういうところがあるなしというよりは、とてもいい事例があるんだったらどんどん引っ張ってきて、それをどんどん広げていただくような、そういうような形にしてもいいのかなというふうに感じたところが一つです。

ちょっと勘違いしてたのかもしれませんが、その上のものを見てたんですけども、個人情報、やはり大切だと思いますし、解説のほうにも書いてあるのでよろしいかと思いますが、認定要件の1から9人の中で差をもってられるのは何となく分からないこともないんですけども、ルールがあるというようなことでの立て付けであれば、緩くてもルールがあってもいいんだろうというふうに思ったりもしますので、認定要件については後でということでしたけど、気が付いたので。以上です。

松平 ありがとうございます。ルールっていうことが出てしまったので、伊津野さん待っていていただいて、小島先生、何かコメントおありでしょうか。

小島 弁護士の小島です。いつも会社がお客さまで、人事(****オチュウサンギョウ@01:30:41)を中心に助言してます。まず最初に、客観性とか目に見える形っていう意味合いでは、経営者の宣言とかいうところ。実質的に大変重要であるとともに、先ほど就業規則

に規定化してしまうことの問題とか、それに対する会社側の抵抗感っていうのがございましたけれども、半面で、考えとか方針を経営者が明確に宣言するっていうことは、事が起きたときにやはり相当なプレッシャーがかかるはずなので、逆にそのところを徹底的に強くすることで、あまり就業規則っていうことにこだわらないで、ただ何らかの方針なり、あるいは考え方をできる限り具体的に表明したり提示しているっていう、別に就業規則っていう形を取らなくてもですね。ここの判断はケース・バイ・ケースで役員会で決めるのかということで一つ評価をするっていうのが、一里塚としては意味があるんじゃないかなと思います。就業規則化するってなると、どうしても取れるような規定に逆になって中身がすかすかになってしまうんで、逆に経営者が俺はこうやるんだっていうことをはっきり表明するほうが、懸案の中小企業ではハードルは実質的に高いんじゃないかと思ったりしてます。

あと、抽象的ないろいろありましたけども、実績を評価すればいいじゃないかっていうことで思ってたんですが、一番下にあったんですね。ただ、やっぱり、がんは特になる人が多いわけなんで、実績があるっていうのは何よりも口だけや言葉だけじゃない証しだと思いますから、実績というものは何をもって実績と見るかはいろいろあるでしょうけども、これが実績だと経営者がはっきりと表明できるものをきちんと評価するっていうことは、この種の規定においてはむしろある意味画期的というか、もっと意味のあるものとして受け取られるんじゃないかなと思いました。あと、最後なんですけれども、この両立支援というのは先ほど予防とかいう部分、健康経営との絡みで予防を強くもっと出してっていうのは、もちろん私も大賛成なんですけれども、実質的に先ほど安全配慮義務や、それから病者の就業禁止との関係で事業者には結構ハードルが高いしとおっしゃっていて、ある意味本質をつかれているというか、やっぱり両立支援というのは明らかにこれ今までの安全配慮義務の中心の考え方から、リスクを踏んでも就労可能性を拡大させるという方向なんです、就労判定をしてではなくて、もう就労できるようにリスクテイクをしてでもやるんだということだと思えます。なので、そのところが中小企業においても冷静に考えると怖いということになってくると。

がんだけに絞ってるときは、ある意味それが分かりにくかったと思うんですが、さまざま生活習慣病的なものをどんどん広まってくると、その面でもイメージがやりにくくなるような気がするんです。それは、がんの方は職場で何かあってもあんまり事業主の責任とならないようなイメージがあると思うんですけれども、それ以外のいろんな難しい疾患とかだと、やっぱり管理難しかったりして、この人働けるのかっていうところもあると思いますし、危ないんじゃないかっていう。なので、ちょっとそこは難しい方向になってしまってるんじゃないかということ、その点では感じてます。中途半端ですけど。

松平 とんでもない。本当に貴重なご意見ありがとうございます。伊津野さん、何か。

伊津野 産業医学振興財団の伊津野でございます。この表そのものは事前に見せていただきました。きょうの改正も見せていただきましたけれども、基本的には中小企業という小規模の事業場で、がんの治療と仕事の両立の支援をする器ですね。器を作ったら評価をします。もちろん、器をつくった以上それを運用して、最後のHの両立支援の実績につながるんだと思いますけど、Gまではまず器づくりをしてもらいましょうというようなことで拝見をさせていただきました。その意味でいえば先生がたいろいろご意見申されましたので、もうそれで結構かと思いますが。もう一つは、これ、いわゆる認定制度をつくるという目的は、これやってみただけでも認定まで至らない、至らないけれども何とか認定取りたいということに対して、先生、これは使われるわけですね。

―― そうですね。

伊津野 その前に、これ後で言おうと思ったんですが、先ほど中小企業の定義もありましたけども、実際は国のほうでは特に厚生労働省の労働系では、たくさん支援のメニューがあるわけですね。相談メニューや助成金のメニューがあると。それで、先ほど中小企業の方も、というか立場から言えば、何とか一つでも二つでもやりたいけど、何か背中を押してもらおうものがあるかというようなことが、これではないんでしょうけども、そういう国の総合的な支援メニュー、特に中小企業事業主に対するメニューがこっだけありますというのとセットになって、この指標そのものは会社と従業員さん、特に患者である従業員さんということで作ってますけども、これを作りたと思った中小企業事業主の背中を押すものがツールとしていざれできると思います。あればいいなと思いました。

松平 ありがとうございます。時間が後残り20分になってしまったので、まだちょっと発言が足りない方、積極的にしていただきたいと思ってるんですけども。最初に戻りますけど、上の。挙手をお願いしたいんですけど。実際、一昨日は、がんだけでいこうと思って作ってあったんですけども。本音で、やっぱり、がんだけでいったほうがクリアで今回いいんじゃないかなって直観的に思われる方、挙手をお願いいただけるでしょうか。包括的な、先ほど今回、本省の意図もあって、それでいいんじゃないかと思われる方、どのぐらいいらっしゃるでしょうか。分からないって方、どのぐらいいらっしゃるでしょうか。ありがとうございます。要らない項目、漏れてる項目っていうの、いろいろご意見いただきましたけど、何か。

寺田 今のがんに限るか生活習慣病系難病を入れるかによって、ちょっと私がこれから言うことは大きく変わるかもしれないんですけども、実は私のがん患者さんの関係の就労のあれではいろいろと復職面談とかを通した中で、やはりがんに限っての場合で言うと、ストレスマネジメントっていいですか、メンタルヘルス的なケアも大事かなと思ってまして、

私もその道での研究をやってないんですが、どうも接していると一定の割合で、やはりすごいエネルギーで声も大きかった方が、がんで手術をした後に非常に声も小さくなっておとなしくなったり、場合によっては会社を(****シツエン@01:39:49)に自己退職で辞めていったりっていうようなこともあります。ですので、まして仕事を続けていくとなると、これが社内の役目かどうかは別にしても、外部機関の活用を含めて、病気ってわけじゃないんですが、ストレスマネジメントですか、メンタルヘルスの支援、ケアのその辺の何か項目を、さっき健康づくりの項目がどうかっていうので議論ありましたけど、その辺のところの、もし、がんに限るんであれば入れたほうがいいのかないかなと思いました。ただ、他のものまで広がるとなると、その辺はやはり常に再発との不安と治療の副作用の不安っていうのは非常にがんの場合は重いと思う。その代わり、生活習慣病とか脳卒中、難病のかたがたは、あるかと思うんですが、それほどがんの再発のそういったところとは、また次元が違う話かなと思いました。以上。

松平 ありがとうございます。他にどうでしょう。ちょっと、時間も押して。先、高橋先生どうぞ。

高橋正也 一番の、先生がむちゃ振りされて困ってるかと思うんですけども。二つありまして、例えばこの中でがんとか脳卒中と疾患を分けて少し作るかっていうのが一つ。もう一つは、今回はがんに絞って次の研究課題で脳卒中だとか糖尿病とかいくというのを、衛生課は労災臨床疾病のテーマを求めています。ですから、先生方のほうから今度こういうテーマでやりたいというのをむしろプロポーズしたほうが、全部を一緒にやるよりいいっていう可能性もあります。

松平 そう思ってたんですけど、秋口からその独自疾病性を出すなという雰囲気すごく急が変わってまして。来週、連絡会議があるのでそこでまたプレゼンさせていただくんで、きょう持ち帰ってとは思っています。桜井さん。

桜井 中村班も同じ指導をされていて、がんだけに絞るなとなってますので、やっぱり絞らないほうがいいんだと思ってます。というのが、この就業規則とかの関係見ていったときに、共通して使えたほうがいいですよ。あなたはがんだから使えます、あなたはがんじゃないから使えませんっていうのはやっぱりおかしな話で、等しくそれは使えてたほうがいいと思いますので、絞り込む必要性はないと思います。ただ、これ広げたときにネックになるのはさっきの健康づくりのところ、ものすごく糖尿とかも全部ばらばらなので、そこが一番大変になってしまうので、今回のこれっていうのは両立支援で、患者さんのためのものなんだっていうことで外しますよっていうふうにしたらば、すんなり、すっきりするんじゃないかなと思ってます。今、病院とかでも診療報酬付いたので、がんの患者さ

んはちゃんと拾うけど他拾わないとかやってる病院があるので、そこはちょっとちゃんと。逆に公共性あるものだからちゃんとやってたほうがいいのか。

松平 待ってました。どうぞ。

立道 東海大の立道ですけども、さっきの話とちょっとつながるんですが、これ先生に実はお願いなんですけども。現場からすると、さっきみたいに経産省がやってることと厚生省がやってることで結構かぶるんですよ。非常にかぶってて、現場入った後どっちがやるのかは構わないので、これって絶対両立支援ってすごく大事なことです。これをきっちり中に落とし込む必要があると。現状でいくと、健康経営のが今ブームにはなっているので、そういうことでいうと、それでこういう認証制度の中に両立支援という非常にスペシフィックなものを埋め込んだほうが実効性があるんじゃないかというふうに思います。ただ、私自身の個人的な意見は、やっぱり両立支援って3次予防ですので、1次予防、2次予防、3次予防がちゃんと機能的につながることが必要なんで、実際はそれこそ三つが必要だと思うんですけども、今回のこれに関していうと、かなりスペシフィックなところが議論される部分がありますので、そういう意味でいうと僕はあまり広げずに、やっぱり特化したもののほうが受け入れやすいんじゃないかなという印象。

松平 ありがとうございます。時間も残り十数分になってきたんですけども、最初、さえぎってしまって申し訳ございません。必須項目と点数に関して、本当にちょっと、えいやって感じなんですけども、これに関して何か感じたことがある方とかご意見ある方、どんどん、こっから早口でお願いいたします。

竹田 竹田です。必須項目とうんぬんってちょっと難しいんですけど、18番のところなんかを見ると、両立支援で他の従業員に負担を増やさないことみたいなことが書いてあるんですね。これはさっき言い漏らしたので併せて言ってるんですが、それが50人以上は必須でそれ以外でって付けるみたいなところがあるんですけど、これはもともと最初の、私は文化だって言いましたけど、風土づくりのところで負担増えないわけがないので、負担が過剰に増えないようにすることと、負担が増えても周りがサポートするために受け入れることみたいなことだと思うので、そういうような企業の文化とか両立支援に対する考え方のところの必須の部分と、それから加点要素としての得点を付けるところの整理がもう少しできたほうがいいのか。どこがどうっていうことではないですけど、というふうに感じました。

松平 分かりました。笠島先生、最初、何かご意見ありましたっけ。必須項目に関して。

笠島 ちょっと気付いたところなんです、29番の健康情報を含む個人情報の取り扱いについてのルールがあるといったところで、10人未満の事業所は1点、必須になってないんですよね。これって規模に関わらず、個人情報に関するところは、やはり必須にすべきじゃないかなという印象を持っています。

松平 今の意見に関していかがでしょうか。同意される。竹田先生、どうぞ。

竹田 今のご意見、同意ですが、法令で義務とされているもの、それから努力義務とされているものとかがいろいろと入れ混ざって出てきていて、それが必須か必須でないかの位置付けをどうするかという整理をされたほうがいいかなと思います。個人情報なんかについては、来年の4月から法に基づく指針が施行されますから、それはどの程度にするのかと。法律も義務ではないんですけどしたほうがいいみたいなものとか、いろいろ入れ混ざってくるとですよね。例えば、受動喫煙対策なんかも(****モッテタン@01:47:00)ですけど、健康増進法が施行されるとまたそれは義務なので、必須って書く以前の問題じゃないかと。入れなくても当然やってるべきものかなみたいなものも含まれてくるので、法の義務、努力義務関係との整理が必要かなというふうな感じがしました。

笠島 そういう意味では。笠島でございます。もう一点なんです、定期健康診断の受診率の件なんですけれど、パートはどうなんですかっていう問題があつて。20時間未満のパートタイマーは必須ではないんですよね、定期健康診断。それを全部必須に入れるか入れないかとかいうのも解説書の中でも何らかの形で触れる。法律で義務付けられている部分と義務ではないという部分が、それぞれの項目にあると思うので、その辺をもう一度精査していただければと思います。

松平 ちょっともう時間が押してきて。いかがでしょうか。桜井さん、どうぞ。

桜井 一つだけ。実績を評価する30番すごい重要なんですけども、これ統計学的にも考えなくちゃいけない。がんの発症率とか、あと他のこの疾病の発症率ですよね。それ考えてったときに、50人以上と、10人49人と、1から9人では発症率違ってくるので、その辺の重みづけつつうのは考慮したほうがいいんじゃないかな。

松平 なるほど。了解です。染谷先生。

染谷 丸3番なんですけれども、病気になっても退職せずについていう提示する、これ1から9人必須ではなくて1点になってるんですけど、これ提示しないと、そもそも始まらないんじゃないかなと思うんです。従業員に知っていただかなきゃいけないので。ここは

必須にすべきじゃないかなというふうに思っております。あともう一点なんですけど、先ほどから健康診断の部分出てるんですけど、業務時間内で健診が受けられる、かつ有給っていうところなんですけど、実際、中小だとやはりその部分、有給でやってないところが多い、ますし、労働基準法ではそこまで安全衛生法と求められていないので、これ必須ではなくて加点で1点とかっていうふうな形のほうが。

松平 全てに関して。

染谷 有給の業務時間内で検診を受けられるってところです。ここ、有給にすると加点、1点になるだとかってというようなほうがいいのかなというふうに思いました。以上です。

松平 今のご意見に関して何か反論があるでしょうか。竹田先生。

竹田 反論ではなくて、24番と25番の整理がちょっとしにくいかなと。24番は労働安全衛生法に基づく定期健康診断のことで、25番は、がん検診を意図してると。ここ、がんを消す必要はないところかなと思います。そうすると、法令での義務があるところと、企業あるいは健康保険組合かもしれませんけど、独自に費用出してやるような仕組みとの違いが、特にがんを消したせいで見えにくくなっているんで、そこも整理されたほうがいいんだらうなというふうに思いました。

松平 あと、先生。寺田様、どうぞ。

寺田 上に関連してですけど、26番で検診費用の補助をしていくというところで、これ事業主に聞いてるから、会社としての補助、健保のお金でさせているんだとかっていうのも結構あったりするかと思う。そこら辺のところの整理も必要かなと思いました。

松平 ありがとうございます。他にいかがでしょうか。竹田先生、こちらで考えることなんですけど、企業規模の最初、竹田先生がご指摘いただきました、あそこに先生、ご意見はどう、その中小企業の定義っていうところで、先生のお考えを最後。

竹田 中小企業の定義は、実は任意でいいかなと思っていて、これをどういう対象に適用されたいのかなというところで決めるものかなと思いました。むしろ企業規模は任意に決めていただいて、300なら300でもいいです。もう少し大きくしても小さくしてもいいんですが、先ほどちょっとお話しした事業場の従業員数なのか、企業の従業員数なのかで全然違うと思いますので、そこは明確にしないと混乱すると思います。

松平 そこを先生だったらどうされることをリコメンドされますか、この場合。

竹田 ちょっと分からないです、正直言って。事業場ですと会社の制度なのでおかしな話ですけども、会社としてやると、さっきちょうど例に出したように、小規模の事業場がたくさんある会社だと、やはり本当にこの制度にのりにくいみたいなことがあると思うので、ちょっとそこはいいアイデアは(#####@01:52:05)。

松平 これまた持ち帰って森口先生とで、こちらで判断させていただきます。きょう必須項目かなり素晴らしい意見いただきましたけど、点数でざっくりとプラス2点だったら認定みたいな、えいやってしたんですけど、そこをこういうランク付けみたいなことに、プラチナとかですね、そういうふうにしていくことに関して、何か批判とかそれはいいんじゃないかと。きょうここまで、何点以上だと星三つとかですね。これ、私がこのスマートミールっていうところの制度っていうのが、このミシュラン的っていうのが最近出来上がってて、これ中食とか外食とかバランスいい食事をちゃんと提供してるところをかなり厳しい基準でっていうところが出てきたので、これを見て星っていうのはありなのかなって個人的には思った次第なんですけど。

これに関して何か、やめたほうがいいんじゃないかとか、検討してもいいんじゃないかっていうご意見だけでもいただけたらというふうに思います。時間がないので、このクオリティーのすごく頑張ってる点数が高いところはより少し保証というか、いうことに関して反対の方。あと、『朝まで生テレビ!』ですと、これでパネラー以外の方の意見もここで渡辺アナウンサーが聞くところなんですけども、オブザーバーの方で何かちょっとこれだけは発言しておきたいとかいう方いらっしゃったらいかがでしょうか。パネラーの方も。桜井さん、どうぞ。

桜井 認定そもそものところなんですけど、これ取得したことで何かメリットってあるんですか。例えば、健康計画とか大企業のほうはありますけど、中小のほうは別途でつくって。

松平 そういうふうにしてほしいなっていう希望があるんですけど。なかなかでも、やっぱり当該課ありきですので、そこはどういうふうになってことで今、最後、実際の運営に向けた課題っていうことで、指導する課の思っているものもありますから、そこにちょっと配慮しながら進めなくちゃいけないんですけども。実際きょう民間のかたがたもいらっしゃってるので、ここに関してパネラー以外の方も含めて何かご意見とか、こうしてくほうがいいんじゃないかっていう意見があったら、もう時間がありませんけどご意見賜らうと思います。

桜井 経営者向けに、うちアンケート調査やったんですけど、みんな負担だと思ってます。中小企業は特に。両立支援することが。

松平 そうですよ。

桜井 大体、やったところは投資金額 50 から 100 万ぐらいを投資してますっていうふうに答えてるので、やっぱりその辺、これ基準ができて認定制度ができることに、できればやっぱり厚生労働省が中小企業向けに表彰制度とか、何かそういうのをつくったほうがいい。

松平 それがないとつくる意味がないというふうに思っています。

桜井 ぜひそういう提言をお願いしたいなと思っています。

松平 ありがとうございます。そこを運営事務局とかがないと、われわれのこの弱小講座などとてもできませんので、どうすればいいかってことで。逆に民間のお立場でアフラックなんかだと、MS&AD の方、何かご意見とか、もしあられるようだったら。大丈夫でしょうか。また個別にご意見いただく(###@01:55:27)というように思っております。その他、いかがでしょうか。

(無音)

伊津野 産業医学振興財団の伊津野ですけれども、今メリットということがありましたけれども、ハローワークに求人票を出すときに、私の会社の特色はこうですよということを書く欄があります。例えば、いろんな表彰を受ければ、それも書いていい欄がありますので。ただそれが今のハローワークがどうするか分かりませんが、例えばこの認証を受ければ、そういうところを書けますよというようなことがあればいいなと思います。

松平 おっしゃるとおりだというふうに思います。この班員のほうでもよろしいんですけど。これをするに当たって、私、労福の頃にお世話になってた神奈川労働局の高山さんに非常にご指導いただいて。高山さん、何か簡潔に今、発言されることありますか。

高山 企業か事業場かという点については、だいぶ初期の打ち合わせの段階で、他制度も踏まえて企業という整理をしてきたという記憶が私はございます。事業場ごとではなくて企業を対象にする。あと、さまざま意見を出していただきましたけども、やっぱりこの指標は割り切って、企業のある時期の状態を評価するという側面がやはり出てくるのはや

むを得ないわけで、そこにいかに、いわゆる静態的な評価ですね。プラス動態的な評価をどの程度加えるかという点については、きょう各先生がたが出された意見なども踏まえて、さらに検討を進められればいいんじゃないかと思います。あとは認定制度ですけれども、はっきり言って予定がないわけなんで。むしろこの指標というのは、世の中に既に先進的に取り組まれてる良い企業がどういう取り組みをされてて、先生が取り組まれたアンケートの実態を踏まえて、そこに乖離があるとしたらその乖離を埋める中で最も重要な項目がどれなのかという検討をこれまで班会議でされてきましたし、その補強という意味できょうのさまざまなご意見を反映されればいいのではないかというふうに私は思いました。

松平 きょうはもう時間がないんですけど、ちょっと、サブ解析でうちの藤井のほうで女性社員が多いところはいろんなことがちゃんとできていると。おっさんが多いところはいろんなことができてないという傾向にはありましたので、そこを今後、普及啓発するときに。あと、こういう企業だとかこういう例があった、製造業とか金融っていうようなことも分析して、より重点的にまた何かこういう(****リョウジシャ@01:58:34)を普及啓発する。今回の(####@01:58:36)だと関係ありませんけど、そういうこともわれわれの班で分析していこうというふうに思っています。ここまで遠藤先生、何かコメントありますか。大丈夫ですか。ちょっと総括的な形で。大丈夫ですか。小山先生、何か一言、大丈夫ですか。ていうことで、一応8時10分までは大丈夫というふうに聞いてるんですけど。

東大病院は少し動き出したんですけど、いろいろがん相のメンバーと相談してうちの班でこういうリーフレットを作って、まずびっくり、ショックって遠藤さんがおっしゃってましたけど、手渡しでなるべくなくなった方に渡すっていうリーフレットを渡し始めたりとか、あと、がん相とMSWと東京都社労士会のホットラインっていうのを月に一遍、今フォーマットを作ってください(****@01:59:27)先生に(****ゴジンリョク@01:59:28)、今度1月30日に先生のほうからご講義をいただくっていう予定になっていまして、少しそういう形で今、東大病院のほうでもちょっとずつ両立支援っていう感じを、あまり病院全体では興味はなかったみたいなんですけども、少しずつ踏み出しているっていうような感じでございます。

全然関係ない話なんですけど、この産業衛生の話でプレゼンティズムという言葉が最近、働き方改革でなってきた、全くこれは手前みその宣伝で申し訳ないんですけど、本来の私の専門分野の腰痛肩こりっていうのかなりプレゼンティズムをくってるっていうことで、この辺の話もこの両立センターの話とは同等以上に、私の専門どっちかって、今はそちらの運動指導とか腰痛肩こりのほうですので、そちらのほうも。労働衛生の分野ですね。また松葉さんのご指導も仰ぎながら、健康活動っていうことで行動を高めるようなことで努力していきたいと思ってますので、ちょっといやらしいですけど、この宣伝。12月に出版すんで、よろしかったら気にかけていただけると、ということです。

ていうことで、ちょうどお時間になりました。何か発言足りない方とかいらっしゃるで

しょうか。あと、きょうエンタープライズとエデュケーショナルの関係の方も、今回はこの取材というよりも、こういう両立支援に関することの重要さを、ご認識いただければという形で列席いただきまして、どうもありがとうございました。ということで、いかがでしょう。大丈夫でしょうか。横山先生、失礼しました。何か一言とか。

横山 中小企業なんかでも結構、両立支援、私を知ってる範囲では経営者の方が熱心に取り組んでるところもあって、その場合は、かなりその人のイニシアチブが重要っていうことで。先ほどの丸7でしたっけ。連携の枠組みの話なんですけれども、これやっぱり産業保健スタッフと、それから人事、上司と、それぞれ別々に評価したほうがいいと思う。実際、産業医がいないとか、あるいは、いても囑託であんまり働いてないようなところだと、大事なのは人事の人たちですね。その当該の労働者について、ちゃんと主治医と連携とって、その人の働き方について主治医の意見を。だから、産業医がちゃんと機能してるところでは産業医が意見言うし、そういうのが望めないところでは、やっぱり主治医がその人の働き方についてちゃんと意見を述べて、それを会社が直接聞くという枠組みが大事なんじゃないかなというふうに思います。

あと、健康診断のところでは先ほどこちょっと出ましたが、事後措置のほうが大事だという話がありましたけどそのとおりでと思うので、持病を抱えて働いてる人は健康診断結果を主治医に見せなさいと。そういうことをきちんと評価項目に入れていただきたい。そういう指導を会社がやってるかどうか。できればその主治医から、それに対するコメントをもらうっていうようなことを、ぜひ評価項目に追加していただきたいって思いました。以上です。

松平 佐藤委員長、最後、何かしめの言葉、大丈夫でしょうか。ありがとうございます。ということで、長時間にわたり休憩なしで本当に貴重な意見を賜りありがとうございました。ちょっと整理整頓して、またうちの講座プラス優秀な分担研究者、協力者と協力して、もうちょっとブラッシュアップして、また先生がたにフィードバックさせていただくことになってしまう可能性があるんですけども、今後ともご指導いただければというように思っています。本当に長時間どうもありがとうございました。

(了)