

IV. 研究成果の刊行物・別刷

【カレントトピックス】(1)

治療と仕事の両立支援

堤 明純 (北里大学医学部公衆衛生学単位)

ポイント

- ①治療と仕事の両立とは、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の継続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られること、とされている。
- ②当該労働者は、種々のメカニズムでメンタルヘルス不調に陥るリスクがあり、心理的サポートが必要となる。労働者や家族の思いに耳を傾け、支援するコーディネーターの養成が行われている。

日本の労働人口の約3人に1人が何らかの病気を抱えながら働いている。がんを例にとると、年間約85万人が新たにがんと診断されており、このうち約3割が就労世代である(国立がん研究センター推計)。がん医療の進歩等により、がん患者の生存率は向上しており、2003~2005年の間にがんと診断された人の5年生存率は6割を超えている。がんの治療のため、仕事をもちながら通院している者は約32.5万人いるとされる一方で、がん診断後勤務者の30%が依願退職、4%が解雇されている。約4割が治療開始前の離職であった。

厚生労働省から、がん、脳卒中、糖尿病、メンタルヘルスの疾患を抱える労働者に、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と職業生活が両立できるようにするため、事業場における取組などをまとめた「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が公表されている。治療と職業生活の両立支援のために、①労働者が事業者支援を求める申出(主治医による配慮事項などに関する意見書の提出)、②事業者が必要な措置や配慮について産業医などから意見を聴取、③事業者が就業上の措置などを決定・実施(「両立支援プラン」の作成)とした進め方を提案している。

病気休業は法制化されていないため、治療と仕事の両立支援は、事業者にとって法律・規則等のもとで義務として実施するものではない。治療を受けながら就業を続けるには、たとえば、治療や通院のための短時間勤務や、短期・長期の休暇取得制度が求められるが、そのような制度や就業規則の変更に係る企業側の環境整備が間に合っていない。さらに、労働者と事業場と医療との情報共有が必要だが、共通言語ではないことが多い。医療という専門性や社会福祉資源の複雑さから、患者や家族だけでは対処できないことも多く、両立支援コーディネーターなどの養成が始まっている。

労働者と家族が抱える一番大きな問題は不安などの心の問題である。就業をしている比較的若い年齢層、とくに社会や家庭で中核的な役割を担う40~50歳代における疾病への罹患は、生活に不安を抱く材料が多い。疾病を発症したことへの悲観が主要因となってメンタルヘルス不調に陥る場合もあるため、治療の継続や就業に影響があると考えられる場合には、適切な配慮を行うことが望ましい。精神的な動揺や不安から早まって退職を選択する場合があることにも留意が必要である。後遺症を有する労働者の中には、職場復帰後、発症前の自身とのギャップに悩み、メンタルヘルス不調に陥る場合もある。

特集によせて

治療と仕事の両立におけるストレス

堤 明純

北里大学医学部公衆衛生学単位

治療の進歩による疾病予後の向上、日本社会の少子高齢化による労働力不足と高年齢就業者の増加といった背景として、平成28年2月、厚生労働省より「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が公表された。ガイドラインには、がんや脳卒中など、治療が長く継続する疾患を抱える労働者の治療と就労の両立ができるよう、事業場内の制度の整備や意識啓発等のほか、実際の対応手順や担当者の役割などが記載され、環境整備や就業配慮の意見書など、企業や医師に求められる事項や留意点が記されている。

治療と仕事の両立は、「ニッポン一億総活躍プラン（平成28年6月2日閣議決定）」の実現へ向けた大きな具体的な柱である「働き方改革」の検討課題の一つとしても提起され、「働き方改革実行計画（平成29年3月働き方改革実現会議決定）」では、（1）会社の意識改革と受入れ体制の整備（2）トライアングル型支援などの推進（3）労働者の健康確保のための産業医・産業保健機能の強化が盛り込まれた。さらに、第13次労働災害防止計画でも、疾病を抱える労働者の健康確保対策の推進として、（1）企業における健康確保対策の推進、企業と医療機関の連携の促進、（2）疾病を抱える労働者を支援する仕組みづくり、（3）脊髄に損傷を負った労働者等の職場復帰支援が掲げられている。

治療と仕事の両立には、多くの課題がある。例えば、病気休業は法制化されていないため、治療と仕事の両立支援は、事業者にとって法律・規則等のもとで義務として実施するものではない。治療を受けながら就業を続けるには、治療や通院のための短時間勤務や、短期・長期の休暇取得制度が求められるが、そのような制度や就業規則の変更に係る企業側の環境整備が間に合っていない。また、労働者と事業場と医療との情報共有が必要だが、共通言語ではないために、正確で十分な意思疎通がなされないことが多い。医療という専門性や社会福祉資源の複雑さから、患者や家族だけでは対処できないことも多く、両立支援コーディネーターなどの養成が始まっている。

労働者と家族にとって、不安などの心の問題は大きい。就業をしている比較的若い年齢層、とくに社会や家庭で中核的な役割を担う40～50歳代における疾病への罹患は、生活に不安を抱く材料が多い。疾病を発症したことへの悲観が主要因となってメンタルヘルス不調に陥る場合もあるため、治療の継続や就業に影響があると考えられる場合には、適切な配慮が望まれる。精神的な動揺や不安から早まって退職を選択する場合があることにも留意が必要である。後遺症を有する労働者の中には、職場復帰後、発症前の自身とのギャップに悩み、メンタルヘルス不調に陥る場合もある。いずれの疾患に対しても、制度的な整備とともに、社会的な理解も進められる必要がある。社会的な無理解によるストレスは大きな、不妊等の状況もある。

治療を行いながら就業生活を続けている労働者のメンタルヘルスのケアは重要な課題であり、彼らを取り巻く産業ストレスに関して考えてみたい。

編集後記

本稿執筆時（2018年6月29日）、参院で働き方改革法案が通過しました。治療と仕事の両立は、法案の大きな柱の一つであり、わが国の産業保健がその解決を目指す重要な課題です。「特集によせて」で述べましたとおり、制度面にしろ、カバーしている疾患の範囲にしろ、まだまだ整っていない点が多い課題ですが、当事者らのストレスは、その対策が最も求められる課題の一つであり、たいへん時期を得た企画だと思われまます。がん、脳血管疾患、心筋梗塞、難病、そして、不妊と多様な疾患群で認められる産業ストレスの課題と、その対策の試みについての報告は、当該疾患以外でもヒントを得られることと思われまます。本稿では、また、国会議員秘書におけるストレスという、ユニークな原著論文が掲載されました。国会議員に限らず、四六時中活動している議員と、その周辺は、長時間労働を含め、たいへんストレスフルな状況にあると思われまます。そのような状況下では、(先ごろ話題になった) ハラスメントの問題も起こりやすいのかもしれない。現代の産業現場には、まだエビデンスが不足している分野が多くあることを認識させていただける論文でした。カレントトピックスでは、第13次労働災害防止計画と健康経営が取り上げられました。以上、産業ストレス研究第25巻第3号は、特集記事5編、原著1編、カレントトピックス2編がそろった、たいへん豊富な号となりました。いずれも今ホットな話題で、読者の皆様に有用な情報をご提供できたのではないかと思います。(堤明純)

産業ストレス研究編集委員

編集委員長 大塚 泰正

副編集委員長 堤 明純

編集幹事 芦原 睦 石川 浩二 石川 俊男 川上 憲人 島津 明人
永田 頌史 廣 尚典 丸山総一郎

編集委員 井上 彰臣 岩田 昇 井澤 修平 馬ノ段梨乃 小田切優子
川人 潤子 小林 章雄 小山 文彦 斉藤 政彦 島津美由紀
高橋 修 高原 龍二 巽 あさみ 田中 健吾 土屋 政雄
津野香奈美 中田 光紀 廣川 進 福川 康之 松原 良次
三木 明子 峰山 幸子 森崎美奈子

編集室 よしみ工産(株)

産業ストレス研究 第25巻 第3号

Job Stress Research Vol. 25, No. 3

平成30年●月●日発行

学術刊行物

(会員領分 非売品)

発行者 川上 憲人

〒113-0033 東京都文京区本郷4-1-5

石渡ビル5F 株式会社アクセライト内

編集・印刷 よしみ工産(株)

発行所 日本産業ストレス学会

電話 (03) 6801-5106 FAX (03) 6801-6091

ホームページ <http://jajsr.umin.ac.jp>

治療と就労の両立支援の推進に向けた課題とメンタルヘルスの視点 —保健師を含めた多職種連携による支援モデルの検討—

錦戸典子

I. 職場における

「治療と就労の両立支援」の現状と課題

2016年2月に「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」¹⁾(以下、両立支援ガイドライン)が発表されてから2年余が経過した。両立支援の周知状況や取組みに企業規模による違いが見られることから、大企業と中小企業に分けて、「治療と就労の両立支援」に関する現状と課題を整理したい。

1) 大企業の現状と課題

大企業では、両立支援ガイドライン発表前から、主に産業保健スタッフからの支援として、病気や障害を持つ社員への健康状況の確認や、就業上の配慮、および就労と治療のバランスをとるための保健指導などが行われてきた。三次予防活動、すなわち、「疾病管理」や「休職・復職支援」という位置付けで行われてきた支援と言える。そのため、2016年の両立支援ガイドラインの発表を受けても、産業保健スタッフからはとくに目新しいものではないという反応が多かった。ただし、両立支援ガイドラインの発表を受けて、人事労務担当者を対象に含む多くの研修会が開催されたこともあり、産業保健スタッフだけでなく、人事労務部門を含めて、会社の勤務・休暇制度の見直しが進んできた意義は大きいと考えられる。もともと大企業では、短時間勤務制度や病気休業制度などが

整備されていたが、有給休暇を1時間ごとに取り得る制度(時間休制度)やテレワーク(在宅勤務)制度などを含めて、通院事情や病状に合わせた柔軟な勤務・休暇をとるための制度がさらに整いつつあると考えられる。東京都をはじめとする自治体などによる表彰制度なども設けられ、がんをはじめとする病気治療と就労の両立支援を積極的に行っている企業の良好実践事例がホームページなどを通して、周知されてきている²⁾。両立支援を進めるための主たる3つの要素として、制度づくり、体制づくり、風土づくりが必要と考えられるが、表彰された企業ではとくに3つ目の風土づくりが素晴らしく、社員や管理監督者への研修啓発や社員参加のプロジェクトなどによって、「明日はわが身」と相互に支え合える職場風土が醸成されていた。しかしながら、大企業の中でも積極的な取組みには至っていない企業も少なくない。とくに、風土づくりに関する取組み状況には企業間差が大きい状況と言え、大企業においては実質的な両立支援の風土づくりを拡げていくことが今後の課題と言える。

2) 中小企業の現状と課題

一方、中小企業においては、両立支援ガイドラインについて“まったく聞いたことがない”という反応がいまだに多い一方で、以前から何でも話せて家族的で相互に支え合える職場風土が構築されており、病気の社員にできるだけ配慮をしてい

る企業も少なくない。大企業と比べて制度や体制は不十分であっても、社員と家族を大事にする経営理念の下で、経営者や労務担当者の裁量で個別の状況に沿った就業上の配慮をしている事例も少なくなく、中小企業の強みとも言える。言わば、中小企業では、先の3つの要素のうち、大企業とは逆に、風土、運用（体制）、制度の順に浸透しているとも言えるだろう。両立支援の実践事例があり、互いに支え合う風土はあるが、きちんとした相談体制や勤務・休暇制度が明文化されていない企業の場合、公平性を期す上では、他社の先進事例³⁾なども参考に、可能な範囲で体制づくりや制度化を進めていくことも勧奨すべきと考えられる。一方、まだ風土も整っていない中小企業があることも事実であり、すべての企業において両立支援ができるように、その必要性を経営者などへ啓発していくこと、ならびに、中小企業が活用しやすい両立支援に必要な事業場外の地域資源を整備していくことが最大の課題であると考えられる。

II. 両立支援に必要なメンタルヘルスの視点

病気治療と就労の両立支援を進めていく上で、どのようなメンタルヘルスの視点が必要か、整理してみたい。

まず最初に浮かぶのは、本人のメンタルヘルスであろう。がんをはじめとする重い病気の診断を受けたときの精神的動揺や不安、思うように回復が得られないときの気持ちの落ち込みや焦り、職場に迷惑をかけている（かけてしまう）ことへの肩身の狭さなどから、治療に専念するという大義名分もあり退職の道を選んでしまう人が少なくない。それを防ぐために、職場からも「すぐに退職するのではなく、治療と仕事を両立できる道を探そう」と声かけをすることが望まれる。診断直後から復職後までメンタルヘルスのバランスを上手く保つために、職場の同僚・上司・経営者からの心理的支援は非常に重要となる。先に述べた制度・体制・風土づくりの観点のうち、とくに風土づく

りが十分にできていることが職場関係者からの声かけや心理的支援につながると考えられる。職場以外に本人のメンタルヘルスを支える資源として、医療機関の主治医・看護師・相談員などからの本人への支援も非常に効果的であるとされており、現在、医療機関での就労支援に関するモデル事業などの取組みも始められている。また、同じ病気や障害を抱える仲間が相互に不安や悩みを聴き合い有用な情報交換を行う患者会・ピアグループの持つ力もとくに心理的支援の観点から重要⁴⁾であることから、本人がこれらの社会的資源の存在を知り十分に活用できるように各方面から情報提供をしていくことが必要と考えられる。

次に、職場の同僚や上司のメンタルヘルスについても考えてみたい。病気や障害を抱える社員が通院や入院治療のため仕事の量・内容の調整が必要になる場合、職場の誰かがその社員が担っていた仕事を引き受ける必要が生じる。上乘せの負担となる仕事を最初のうちは快くこなしていたとしても、長期になると身体的な疲労感や心理的負担感を募らせる可能性が考えられる。それを防ぐためには、仕事の再配分を行う際に1人や2人の社員に肩代わりさせるのではなくできるだけ多くの社員で担うことが望ましく、そのためには日頃から互いの仕事内容やスキルをシェアし誰でも業務がこなせるマルチロールの文化を職場に根付かせておくことが有用と考えられる。さらに、上司や退職した本人から「ありがとう」の言葉や感謝を伝えるなどの心理的報酬、および通常時より頑張った分の経済的な報酬が得られることで、退職者の仕事をカバーする社員のメンタルヘルスは良好に保たれる可能性が高い。

さらに一歩進んで、経営者の意識改革により「社員を大切にしている経営方針」が作られ浸透することで、社員の経営者への信頼感が増し、社員同士も互いを尊重して支え合う土壌が育まれる。この基盤の上に、公平な人材活用や成長機会の確保などの適切な人材育成策が加わることで、より生き活きた職場風土が醸成されることが期待できる。このようなワーク・エンゲイジメントの維持向上

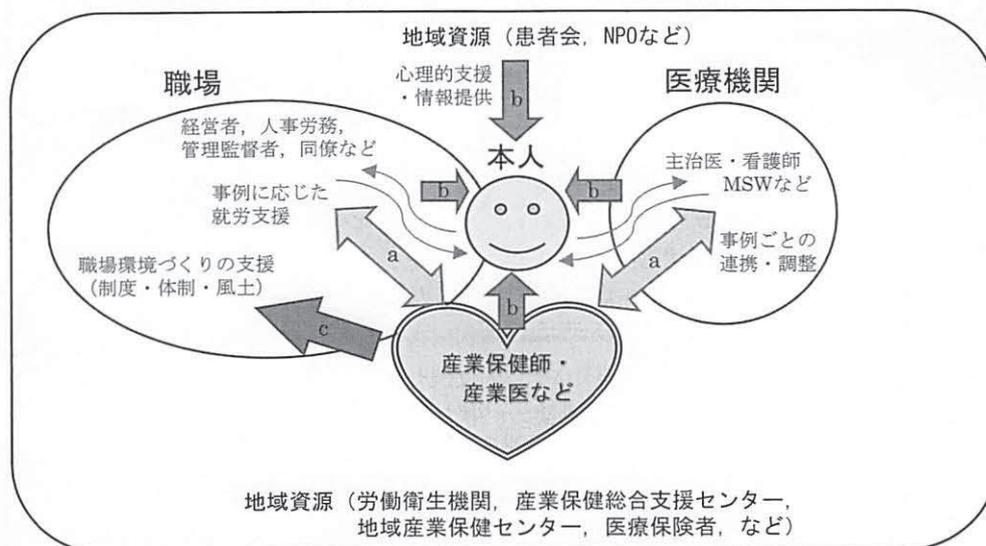


図1 治療と就労の両立支援に関する保健師を含めた多職種連携モデル
～心理面を含む事例ごとの支援と職場環境づくりの支援～

が実現できれば、離職防止、職務満足度向上、労働意欲向上、生産性向上につながる可能性が高いと考えられる。

Ⅲ. 保健師を含めた多職種連携による支援モデル

病気治療と就労の両立支援に関して、メンタルヘルスの視点を含めた多職種連携による支援強化の具体的な方策を考えてみたい。両立支援を円滑に進めるために、本人と職場の同僚・上司を含めたメンタルヘルス支援の視点が不可欠であることは前項に述べた通りであり、また、職場だけでなく医療機関や労働衛生機関、地域産業保健センターなどに所属する多職種間の連携が必須である。職域で働く保健師（産業保健師）は、医療情報や労働者個人と職場集団・組織の状況に詳しく、職場のメンタルヘルス支援にも習熟しており、何より連携・調整を専門機能としていることから、治療と就労の両立支援を進めるために本人・職場・医療機関をつなぐ実質的なコーディネーターとしての適性を有していると考えられる。以下に、病気治療が必要となった労働者個人と、職場集団・組織への支援に分けて、メンタルヘルスと連携の

観点に焦点を当てた具体的な支援モデルを提言したい。

労働者個人への支援に関しては、本人を中心としながら医療機関と職場が互いの情報や認識をすり合わせられるように医療用語の通訳や調整役割を果たす支援（図1のaの両矢印）が重要となり、その際に本人の心理面の支援（図1のbの矢印）を合わせて行うことが求められる。心を支える支援として重要なのは、本人だけでなく周囲の同僚・上司などへの目配りを行うことであり、支えてくれる周囲へ本人から感謝の気持ちを伝えるコミュニケーションを支援することも含まれる。この窓口役割を、大企業であれば、社内の産業保健師などの産業看護職が担い、産業医や主治医、職場の上司・同僚などをつなげることにより、両立支援が効果的に進むと考えられる。中小企業であれば、労働衛生機関または地域産業保健センターや産業保健総合支援センターの保健師などの各種の事業場外資源の活用をしていくことが有効と考えられる。また、医療機関における、主治医・看護師や相談支援センター相談員（多くはメディカルソーシャルワーカー（MSW））などからの就労支援を含めた本人への情報提供や心理的支援も、本人に

確実に届く支援としてきわめて重要である。職場へのわかりやすい情報提供書の作成や、職場との連携・調整なども担うことが望ましいが、医療機関従事者が業種や職種の多様な患者ごとの職場特性や就労状況を把握し、職場内の調整を行うことは容易ではないことが予測される。(独)労働者健康安全機構では、2017(平成29)年度から広く一般の医療機関に勤める医師・看護師・MSWなどを主な対象として「両立支援コーディネーター研修」を展開している(本誌pp.53-57参照)。今後さらに医療機関担当者が職場状況に即した効果的な情報提供や心理的支援および職場との連携・調整ができるように、医療機関担当者向けのわかりやすいリーフレットや研修会プログラム提供などが活性化することが望まれる。また、同じ病や障害を抱える患者会や各種NPO法人などの情報を、本人自身が入手し活用していけるよう支援していくこともきわめて有効と考えられる。

職場集団・組織への支援に関しては、前述したように病気治療と就労の両立が可能となる職場環境(制度・体制・風土)づくりの支援(図1のcの矢印)が重要であり、経営者や人事労務担当者、職場の管理監督者などへの啓発や具体的な情報提供が大切である。同業他社の良好実践事例などを知らせることも、啓発手段として有用と考えられる。前述のとおり、環境づくりの中でも風土づくりがもっとも鍵を握ると考えられるが、その中身はメンタルヘルス対策の一次予防対策とほぼ同義であり、職場のコミュニケーションの活性化による相互理解の推進と公平性の担保、信頼関係の醸成が肝要と考えられる。個別事例対応だけにとどまらずに、このような職場環境整備の支援をして、個別支援と集団・組織支援を連動させていくのは、保健師活動の基本である。産業保健師が、経営者・人事労務担当者をはじめとする職場関係者の自助

力や主体性を引き出す支援技術を発揮しながら、病気治療と就労の両立支援の連携・調整の要(実質的なコーディネーター)として活躍する支援モデルが、もっとも効果的・効率的と考えられる。

今後、すべての職場において病気治療と就労の両立支援を可能とするために必要なこととしては、中小企業への効果的な啓発手法を確立すること、ならびに、公的な事業場外資源のうち無料で利用可能な地域産業保健センターや産業保健総合支援センターが、中小企業への支援経験と高い支援技術を持ち稼働力の高い(できれば常勤)産業保健師を確保することが挙げられる。さらに、関連諸機関の関係者に保健師の活用可能性を周知し、地域ごとに多職種多機関が連携した良好実践を積み上げて共有し、水平展開していくことが強く望まれる。

文 献

- 1) 厚生労働省. 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン. 2016. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-11200000-Roudoukijunkyoku/0000198758.pdf> (2018年3月31日アクセス)
- 2) 東京都福祉保健局. 企業でできるがん対策事例紹介集～検診から就労支援まで～. http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/gan_portal/soudan/ryouritsu/kigyohyosyo/jiresyokaisyu/index.html (2018年3月31日アクセス)
- 3) 日本対がん協会. シリーズがんと就労⑤社内に就労支援の「駆け込み寺」～松下産業の事例～. 対がん協会報 2017; 656: 8.
- 4) 櫻井なおみ. がん患者や家族が「働くこと」の意味. 保健の科学 2016; 58: 35-40.

産業カウンセリングの 現場から

個人対応だけでは不十分

私は「職場の心理社会的要因とその健康影響」をテーマに調査研究を行う傍ら、非常勤の産業カウンセラー、精神保健福祉士として、民間企業のカウンセリング、ストレスチェック、メンタルヘルス研修に携わってきました。カウンセリング業務では、メンタルヘルス不調によって休職した方の職場復帰や、職場復帰後のフォローアップを中心に支援を行ってきましたが、どれだけ本人が努力をしても、再休職に至ってしまう事例が少なくなく、個人対応だけでは限界があることを痛感してきました。

とくに近年、成果主義の導入や非正規雇用の拡大など、処遇格差と密接に関わる人事方針を打ち出す企業が増え、企業と従業員との関係が大きく変化してきました。そのようななか、「組織的公正」と呼ばれる概念が、従業員の健康に影響を及ぼす心理社会的要因として注目されています。

業務パフォーマンス向上に寄与

組織的公正は、職場組織が従業員を公正に扱っているかどうか（すなわち、従業員が所属組織を公正な組織と感じているかどうか）に着目した概念で、（1）分配的公正、（2）手続き的公正、（3）相互作用の公正の3つに大別されます。

分配的公正は「衡平理論（equity theory）」を起源とし、従業員が職場に対して果たした「貢献度（努力、成果、業

績）」と、その見返りとして得られた「報酬（賃金、処遇、地位）」のバランスが従業員間で等しい場合に公正であると判断されます。手続き的公正は、職場における意思決定（資源配分や評価・処遇）の手順に関する公正性であり、正確な情報と従業員の意見に基づき、一貫性をもって倫理的に意思決定が行われている場合に公正であると判断されます。相互作用の公正は、上司の部下に対する接し方に関する公正性であり、上司が部下を一人の人間として尊重し、適切に情報開示を行っている場合に公正であると判断されます。

組織的公正は社会心理学や組織行動学の領域で、従業員の組織コミットメント（帰属意識）、組織市民行動（正式な職務ではないが、組織の活性化につながる自発的な行動）、業務パフォーマンスの向上に寄与することが知られています。

損なわれた職場は高リスクに

2000年以降、フィンランドやイギリスなどのヨーロッパ諸国を中心に、組織的公正（主に手続き的公正と相互作用の公正）による従業員への健康影響が調べられるようになりました。その結果、組織的公正が損なわれた職場環境下では、うつ病をはじめとする精神疾患だけでなく、虚血性心疾患や筋骨格系疾患などの身体疾患、不眠、疾病休業など、さまざまな健康リスクが高まることが明らかになっています。

日本人を対象とした研究はまだ多くありませんが、ヨーロッパ諸国と概ね同様の知見が得られています。また、私が行った研究では、非正規雇用者や喫煙者は、正規雇用者や非喫煙者に比べて、組織的公正（の欠如）と精神的不調との関連が強いといった知見が得られるなど、組織的公正が損な

北里大学医学部公衆衛生学単位
講師

井上 彰臣



「組織的公正」が健康に与える影響

われた職場環境に対して脆弱な集団の特徴も少しずつ明らかになってきています。

チャンス을公平に確保する

組織的公正による従業員への健康影響について、これまでに明らかになっている知見を簡単にご紹介しましたが、「職場でどのような取組みを行えば、組織的公正を高めることができるのか?」「組織的公正を高めることで、従業員の健康は保持増進されるのか?」を明らかにした介入研究は十分に行われていないのが現状です。しかしながら、ストレス関連疾患の予防や業務パフォーマンスの向上に対する有効性が示されている「参加型職場環境改善」のなかに、組織的公正を高めるための取組みのヒントが散りばめられています。

例えば、参加型職場環境改善では、従業員同士によるグループ討議を通じて、職場環境の改善に向けて取り組んでいく内容を決めていきますが、このプロセス自体が「従業員の意見に基づいて意思決定が行われる」という、手続き的公正を高める取組みになっています。また、職場環境改善のためのヒント集として広く活用されている「メンタルヘルスアクションチェックリスト」のなかでも、「昇進・昇格、資格取得の機会を明確にし、チャンスを公平に確保する」や「上司に相談しやすい環境を整備する」など、組織的公正と密接に関わる内容が改善のヒントとして紹介されており、組織的公正を高めるための取組みにも十分活用できる内容になっています。

「メンタルヘルスアクションチェックリスト」は「働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト『こころの耳』」にも紹介されていますので、関心のある方は、ぜひご覧ください (http://kokoro.mhlw.go.jp/manual/hint_shokuba_kaizen/)。

治療と就労の両立支援にも

近年、医療技術の向上によって、これまで長期の入院が必要であった病気が、通院で治療できるようになってきたことを背景に、通院しながら就労を継続する人が増えてきました。一昨年には、厚生労働省から「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、治療と就労の両立支援（以下、両立支援）に対する関心が高まっています。

このような両立支援の取組みを社内で推進していくには、支援を受けている（あるいは、これから支援を受けようとしている）従業員が安心して治療を継続できるよう、通院に伴う休暇の取得や業務の調整などによって不利な処遇を受けないような仕組みを構築しておくことが不可欠です。実際、私が行った研究では、組織的公正（とくに手続き的公正）が損なわれた職場環境下では、従業員が（学歴、所得、職位などの社会経済的地位とは関係なく）必要な受診を控えるリスクが高まることが明らかになっています。明確な根拠に基づく合理的な意思決定プロセスの構築と、公正で透明な職場環境づくりは、社内で両立支援を推進していくうえで必須であると考えられます。



Organizational Justice and Refraining from Seeking Medical Care Among Japanese Employees: A 1-Year Prospective Cohort Study

Akiomi Inoue¹ · Akizumi Tsutsumi¹ · Hisashi Eguchi¹ · Norito Kawakami²

© The Author(s) 2018

Abstract

Background Using a 1-year prospective design, we examined the association of organizational justice (i.e., procedural justice and interactional justice) with refraining from seeking medical care (RSMC) among Japanese employees.

Methods We surveyed 2695 employees (1994 men and 701 women) from two factories of a manufacturing company in Japan. A self-administered questionnaire comprising scales for measuring organizational justice (Organizational Justice Questionnaire) and potential confounders (i.e., demographic and socioeconomic characteristics as well as health-related behaviors) was administered at baseline (from April to June 2011). At 1-year follow-up (from April to June 2012), a single-item question was used to measure RSMC during the follow-up period. Multiple logistic regression analysis was conducted by gender.

Results After adjusting for potential confounders, low procedural justice and low interactional justice at baseline were found to be significantly associated with higher odds of RSMC during the 1-year follow-up for male employees (odds ratio = 1.33 [95% confidence interval = 1.16–1.52], $p < 0.001$ and 1.15 [95% confidence interval = 1.02–1.29], $p = 0.019$, respectively). Similar patterns were observed for female employees (odds ratio = 1.37 [95% confidence interval = 1.08–1.74], $p = 0.009$ and 1.23 [95% confidence interval = 1.02–1.50], $p = 0.035$ for low procedural justice and low interactional justice, respectively).

Conclusions The present study provided evidence that the lack of organizational justice is positively associated with RSMC among Japanese employees, independently of demographic and socioeconomic characteristics as well as of health-related behaviors.

Keywords Access to medical care · Procedural justice · Interactional justice · Longitudinal studies

Introduction

Access to medical care is a fundamental human right and an important determinant of health [1]. The effects of delayed access to medical care on reduced quality of life, longer hospital stays, and mortality have been reported across a wide range of age groups [2–5]. In Europe and Oceania, 7–22% of adults reportedly refrain from seeking medical care (i.e., are reluctant to seek medical care) for financial reasons [6]. In Japan, where people enjoy universal health insurance coverage (the co-payment rate for the working-age population is

30%) [7], about one quarter of people have been reported to refrain from seeking medical care for the same reasons [8], which is the second-highest level among high-income countries following the USA [6]. Several studies of community residents have reported that social class (i.e., educational attainment, household income, and employment conditions) [9–14] as well as regional environmental factors (i.e., community size, having some means of transportation, non-familial support, and social capital in the neighborhood) [1, 15–18] have an effect on refraining from seeking medical care (RSMC). On the other hand, work environmental factors may play an equally important role in influencing individual's RSMC, because most of the world's population (58%) spends one third of their adult life at work [19].

Organizational justice may be one of the important factors determining RSMC among employed people. It has its origins in human rights theory and can be defined as an employee's perception of the fairness of resource allocation in the workplace organization [20, 21], which refers to management's decisions and actions that are morally right and are in

✉ Akiomi Inoue
akiomi@med.kitasato-u.ac.jp

¹ Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine, 1-15-1 Kitasato, Minami-ku, Sagami-hara 252-0374, Japan

² Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, 7-3-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-0033, Japan

accordance with ethical standards and/or law [22]. In the last two decades, it has been considered as one of the psychosocial determinants of health-related behaviors and health outcomes in occupational settings [23–26]. Among others, procedural justice (i.e., the degree to which fair decision-making procedures are used to arrive at a decision [27] according to six fair process criteria, such as consistency, lack of bias, correctability, representation, accuracy, and ethicality [28]) and interactional justice (i.e., the degree to which employees are treated with respect, kindness, and dignity in interpersonal interactions with supervisor, sometimes known as interpersonal justice, and the adequacy of the explanations in terms of their timeliness, specificity, and truthfulness, sometimes known as informational justice) [29] have been viewed as primary characteristics of organizational justice within a workplace [30].

Given the definition of procedural justice and interactional justice described above [27–29], employees are less likely to be accepted as unique individuals and their fundamental human rights are less likely to be respected when organizational justice is lacking. In such a situation, employees may be mistreated just because they seek medical care and/or they may have difficulty consulting with their supervisor about re-arranging their schedules associated with seeking medical care; hence, they may refrain from seeking necessary medical care even when getting sick [20].

From the viewpoint of behavioral medicine, seeking medical care (or medical care utilization) is driven by help-seeking (or health-seeking) behavior (HSB) [31], which refers to a sequence of remedial actions that individuals undertake to rectify perceived ill-health [32]. Conceptually, the antecedents of HSB include psychosocial factors [33] as well as predisposing factors, such as workplace stress factors [34], which are postulated to influence an individual's decision to seek initial and continued care for their perceived health issue. A recent study reported that organizational justice is positively associated with employees' HSB [35]. Given such a conceptual framework and the empirical findings, employees who perceive lower levels of organizational justice may have difficulty making a decision to take help-seeking action because they are less likely to feel that they have a voice in or are respected by their workplace and/or supervisor, which may in turn lead to RSMC. To the best of our knowledge, the association of organizational justice with RSMC has not been examined.

For other work environmental factors, low job control has been reported to be associated with having less access to medical care among Japanese male employees, although it was specific to one situation (i.e., after diabetes screening in the workplace) [36]. This empirical finding also suggests that organizational justice has a potential effect on RSMC because it captures more basic elements of the social structure within which task-level job characteristics, such as job demands and job control, are operating [37].

The purpose of the present study was to examine the association of organizational justice (i.e., procedural justice and interactional justice) with RSMC among Japanese employees using a 1-year prospective design. It was hypothesized that those who perceived lower levels of organizational justice at baseline would be more likely to refrain from seeking medical care during the 1-year follow-up. In our analysis, we considered the existing evidence indicating that women experience more gender discrimination in the workplace than do men [38]. In fact, our previous study of Japanese employees revealed that female employees perceived lower levels of organizational justice than did male employees [39]. In Japan's male-dominated workplace culture, female employees may have little voice in the workplace, which may lead to gender difference in the association of organizational justice with RSMC. Therefore, the analysis was conducted separately for male and female employees.

Methods

Study Design

In the present study, we used a part of the longitudinal data collected in an occupational cohort study on social class and health in Japan (Japanese Study of Health, Occupation, and Psychosocial Factors Related Equity: J-HOPE) at baseline (from April to June 2011) and 1-year follow-up (from April to June 2012) [40].

Participants

All employees from two factories of a manufacturing company in Japan ($N = 3630$) were recruited by means of an invitation letter sent by the authors in February 2011. It should be noted that they were covered by the same corporate health insurance. Furthermore, because the two factories were located close to each other, the employees had almost equal access to medical care. All variables used in the present study, except employment status, which was obtained from the personnel records of the surveyed company, were measured using a self-administered questionnaire. Overall, 3461 employees completed the self-administered questionnaire at baseline (response rate 95.3%). During the 1-year follow-up period, 336 out of 3461 employees were transferred to other sites, took a leave of absence (i.e., sick leave, maternity leave, or childcare leave), retired, or declined to participate. Overall, 3125 employees participated at 1-year follow-up and completed the follow-up questionnaire (follow-up rate 90.3%). After excluding 430 employees who had at least one missing response for variables relevant to the present study, the data from 2695 employees (1994 men and 701 women) were analyzed. The

analysis was conducted using the J-HOPE first and second wave datasets as of December 22, 2016.

Measures

Exposure: Organizational Justice (Baseline Survey)

Organizational justice was measured using the Japanese version of the Organizational Justice Questionnaire (OJQ) [41–43], which comprises a seven-item procedural justice scale and a six-item interactional justice scale, both measured on a five-point Likert-type scale ranging from “1 = *strongly disagree*” to “5 = *strongly agree*.” The total score for each OJQ subscale was calculated by averaging item scores (score range 1–5). In this sample, Cronbach’s alpha coefficients were 0.88 for the procedural justice scale and 0.94 for the interactional justice scale for male employees; and 0.90 for the procedural justice scale and 0.95 for the interactional justice scale for female employees.

Outcome: RSMC (1-Year Follow-Up Survey)

In the follow-up questionnaire, we included a single-item question measuring RSMC, which was used in the Japanese General Social Survey conducted in 2008 (JGSS-2008) [13]. The participants were asked to respond to the question: “In the past year, have you ever refrained from visiting a hospital, clinic, acupuncturist, or dentist despite your sickness (including a slight cold or cavity) or injury?” The response options were “1 = *Yes, I have*,” “2 = *No, I have not*,” and “3 = *I did not get sick or injured*.” Participants were dichotomized into those who refrained from seeking medical care (i.e., those who answered 1) and those who did not (i.e., those who answered 2 or 3).

Potential Confounders (Baseline Survey)

Potential confounders included demographic characteristics, socioeconomic characteristics, and health-related behaviors. Demographic characteristics included age, past medical history, household size, work shift, and working hours per week. Socioeconomic characteristics included education, equivalent annual household income, occupational position, and employment status. For equivalent annual household income, the participants were asked to report their annual household income by selecting one of the following six response options: 2.99 million JPY (36,000 USD) or less, 3–4.99 million JPY (36,100–60,100 USD), 5–7.99 million JPY (60,200–96,300 USD), 8–9.99 million JPY (96,400–120,400 USD), 10–14.99 million JPY (120,500–180,600 USD), and 15 million JPY (180,700 USD) or more (USD was converted from JPY using monthly exchange rate as of April 2011 [83 JPY per USD]). Subsequently, equivalent household income was

calculated by dividing the median household income of each response option by the square root of the household size. Health-related behaviors included smoking habits (never smoker, ex-smoker, and current smoker), drinking habits (rarely, sometimes, and daily), and physical activity (none, light physical activity one or more times a week, intense physical activity once or twice a week, and intense physical activity thrice or more times a week). Categories of demographic and socioeconomic characteristics are shown in Table 1.

Sample Size

Multiple logistic regression analysis was selected as a main analysis. According to a formula proposed by Peduzzi et al. [44], we calculated the minimum required sample size for multiple logistic regression analysis while considering that the prevalence of RSMC among Japanese employees has been reported to be about 50% for both genders [45] and that the maximum number of independent variables (i.e., the number of continuous variables and dummy variables in the fully adjusted model) was 29 for male and 28 for female employees. As a result, the minimum required sample size was 580 for male and 560 for female employees; therefore, our sample size was considered to have sufficient statistical power for the main analysis.

Statistical Analysis

After descriptive analysis using Student’s *t* test or Fisher’s exact test, which aimed to compare those who did and those who did not refrain from seeking medical care in demographic and socioeconomic characteristics as well as in total score for each justice dimension, we conducted the main analysis. Prior to the main analysis, total score for each justice dimension was reverse-coded so that higher scores indicated lower justice, which allowed us to interpret the results easier. Taking reversed total score for each justice dimension as an independent variable, multiple logistic regression analysis was conducted to estimate the odds ratio (OR) and its 95% confidence interval (CI) for RSMC associated with a one-point decrease in each justice dimension. In the series of analysis, we first adjusted for demographic characteristics (Model 1). Subsequently, we incrementally adjusted for socioeconomic characteristics (Model 2) and health-related behaviors (Model 3). The level of significance was 0.05 (two-tailed). The statistical analysis was conducted using IBM® SPSS® Statistics Version 23.0 for Windows.

Results

Table 1 shows the detailed characteristics of the participants by those who did and those who did not refrain from seeking

Table 1 Detailed characteristics of employees who participated in the present study

	Men (n = 1994)				Women (n = 701)				p value ^a
	Refrained from seeking medical care (n = 936)		Did not refrain from seeking medical care (n = 1058)		Refrained from seeking medical care (n = 290)		Did not refrain from seeking medical care (n = 411)		
	Mean (SD)	n (%)	Mean (SD)	n (%)	Mean (SD)	n (%)	Mean (SD)	n (%)	
Age	37.2 (10.7)		39.2 (11.3)		39.2 (10.1)		42.5 (10.2)		<0.001
29 years or less		273 (29.2)		257 (24.3)		64 (22.1)		65 (15.8)	
30–39 years		286 (30.6)		279 (26.4)		71 (24.5)		78 (19.0)	
40–49 years		240 (25.6)		313 (29.6)		111 (38.3)		152 (37.0)	
50–59 years		122 (13.0)		171 (16.2)		41 (14.1)		107 (26.0)	
60 years or more		15 (1.6)		38 (3.6)		3 (1.0)		9 (2.2)	
Past medical history ^b									0.144
Any		236 (25.2)		254 (24.0)		57 (19.7)		100 (24.3)	
None		700 (74.8)		804 (76.0)		233 (80.3)		311 (75.7)	
Work shift									0.166
Day shift		553 (59.1)		643 (60.8)		246 (84.8)		368 (89.5)	
Shift work with night duty		309 (33.0)		340 (32.1)		7 (2.4)		5 (1.2)	
Shift work without night duty		60 (6.4)		63 (6.0)		6 (2.1)		3 (0.7)	
Night shift		14 (1.5)		12 (1.1)		31 (10.7)		35 (8.5)	
Working hours per week									0.004
30 h or less		62 (6.6)		77 (7.3)		159 (54.8)		274 (66.7)	
31–40 h		188 (20.1)		245 (23.2)		82 (28.3)		90 (21.9)	
41–50 h		418 (44.7)		448 (42.3)		40 (13.8)		31 (7.5)	
51–60 h		207 (22.1)		219 (20.7)		8 (2.8)		10 (2.4)	
61 h or more		61 (6.5)		69 (6.5)		1 (0.3)		6 (1.5)	
Education									0.016
Graduate school		104 (11.1)		119 (11.2)		7 (2.4)		- (0.0)	
College		142 (15.2)		197 (18.6)		7 (2.4)		8 (1.9)	
Junior college		160 (17.1)		172 (16.3)		67 (23.1)		101 (24.6)	
High school or junior high school		530 (56.6)		570 (53.9)		209 (72.1)		302 (73.5)	
Equivalent annual household income ^c	46,180 (20,650)		47,747 (20,157)		36,892 (21,048)		36,578 (22,253)		0.848
Occupational position									0.004
Manager		107 (11.4)		140 (13.2)		- (0.0)		- (0.0)	
Non-manual employee		270 (28.8)		303 (28.6)		90 (31.0)		84 (20.4)	
Manual employee		486 (51.9)		508 (48.0)		112 (38.6)		170 (41.4)	
Others		73 (7.8)		107 (10.1)		88 (30.3)		157 (38.2)	

Table 1 (continued)

	Men (<i>n</i> = 1994)				Women (<i>n</i> = 701)				<i>p</i> value ^a
	Refrained from seeking medical care (<i>n</i> = 936)		Did not refrain from seeking medical care (<i>n</i> = 1058)		Refrained from seeking medical care (<i>n</i> = 290)		Did not refrain from seeking medical care (<i>n</i> = 411)		
	Mean (SD)	<i>n</i> (%)	Mean (SD)	<i>n</i> (%)	Mean (SD)	<i>n</i> (%)	Mean (SD)	<i>n</i> (%)	
Employment status									0.006
Permanent employee		924 (98.7)		1046 (98.9)		132 (45.5)		145 (35.3)	
Non-permanent employee		12 (1.3)		12 (1.1)		158 (54.5)		266 (64.7)	
Procedural justice (1–5)	3.11 (0.66)		3.24 (0.68)		3.04 (0.72)		3.18 (0.65)		0.008
Interactional justice (1–5)	3.45 (0.80)		3.53 (0.78)		3.33 (0.85)		3.43 (0.80)		0.097

^a Student's *t* test and Fisher's exact test were used for continuous and categorical variables, respectively

^b Defined as having past medical history of stroke, myocardial infarction, hypertension, diabetes, hyperlipidemia, cancer, or mental disorders

^c Currency unit is USD, which was converted from JPY using monthly exchange rate as of April 2011 (83 JPY per USD)

medical care and by gender. Male employees who refrained from seeking medical care were significantly younger and had a lower perception of procedural justice and interactional justice compared to those who did not. Female employees who refrained from seeking medical care were significantly younger and highly educated, worked longer hours, had a greater proportion of non-manual employees and permanent employees, and had a lower perception of procedural justice compared to those who did not. Furthermore, female employees who refrained from seeking medical care had significantly larger household size compared to those who did not (mean [standard deviation] = 3.77 [1.65] and 3.51 [1.61], respectively, *p* = 0.038).

Table 2 shows the results of the multiple logistic regression analysis. For male employees, after adjusting for demographic characteristics (Model 1), low procedural justice was significantly associated with higher odds of RSMC (*p* < 0.001) in that a one-point decrease in procedural justice led to a 1.34 (95% CI 1.17–1.53)-fold increase in the odds of RSMC. Similarly, low interactional justice was significantly associated with higher odds of RSMC (*p* = 0.013) in that a one-point decrease in interactional justice led to a 1.16 (95% CI 1.03–1.30)-fold increase in the odds of RSMC. These patterns remained unchanged after additionally adjusting for socioeconomic characteristics and health-related behaviors (Models 2 and 3).

For female employees, after adjusting for demographic characteristics (Model 1), low procedural justice was significantly associated with higher odds of RSMC (*p* = 0.005) in that a one-point decrease in procedural justice led to a 1.39 (95% CI 1.11–1.76)-fold increase in the odds of RSMC. This pattern remained unchanged after additionally adjusting for socioeconomic characteristics and health-related behaviors (Models 2 and 3). On the other hand, although low interactional justice was associated with higher odds of RSMC, the result was not statistically significant (*p* = 0.054) after adjusting for demographic characteristics (Model 1). However, after additionally adjusting for socioeconomic characteristics and health-related behaviors (Models 2 and 3), this association became significant (*p* = 0.035) in that a one-point decrease in interactional justice led to a 1.23 (95% CI 1.02–1.50)-fold increase in the odds of RSMC.

Discussion

The present study demonstrated a significant association of low procedural justice and low interactional justice at baseline with RSMC during the 1-year follow-up for male employees, even after adjusting for demographic and socioeconomic characteristics as well as for health-related behaviors. For female employees, similar patterns were observed, with an exception

Table 2 Association of low organizational justice with refraining from seeking medical care at 1-year follow-up among Japanese employees by gender: the results of multiple logistic regression analysis

	Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c	
	OR (95% CI)	<i>p</i> value	OR (95% CI)	<i>p</i> value	OR (95% CI)	<i>p</i> value
Men (<i>n</i> = 1994)						
Procedural justice	1.34 (1.17–1.53)	<0.001	1.35 (1.18–1.55)	<0.001	1.33 (1.16–1.52)	<0.001
Interactional justice	1.16 (1.03–1.30)	0.013	1.15 (1.02–1.29)	0.018	1.15 (1.02–1.29)	0.019
Women (<i>n</i> = 701)						
Procedural justice	1.39 (1.11–1.76)	0.005	1.36 (1.08–1.72)	0.010	1.37 (1.08–1.74)	0.009
Interactional justice	1.21 (1.00–1.46)	0.054	1.23 (1.02–1.50)	0.035	1.23 (1.02–1.50)	0.035

In the analysis, total scores for procedural justice and interactional justice were reverse-coded so that higher scores indicated lower justice

OR odds ratio, CI confidence interval

^a Adjusted for age, past medical history, household size, work shift, and working hours per week

^b Additionally adjusted for education, equivalent annual household income, occupational position, and employment status

^c Additionally adjusted for smoking habits, drinking habits, and physical activity

of non-significant association of low interactional justice with RSMC after adjusting for demographic characteristics.

Our results showed that low procedural justice was significantly associated with RSMC for both genders, which supported our hypothesis. In Japan, it is common to take time off (i.e., paid holiday) to seek medical care on working days because paid sick leave is not stipulated by law. In principle, it is possible for employees to take time off without explaining their reasons, while workplaces also have a right to ask employees about the reasons for taking time off to maintain normal business operations. Regardless of reasons, workplaces should not treat employees who want to take time off unfairly. However, in work settings in which decision-making styles are unfair and obscure, employees may be afraid of being mistreated just because they take time off [46], which may make them to have difficulty seeking necessary medical care. Furthermore, a significant association of low interactional justice with RSMC was observed in the fully adjusted model for both genders, which also supported our hypothesis. When employees perceive the attitude of their supervisor as irreverent, they may face difficulties consulting with him/her about taking time off to seek medical care and re-arranging their work schedules. From the viewpoint of behavioral medicine, HSB may be a key mediator of the association of organizational justice with RSMC. As introduced earlier, organizational justice has been reported to be positively associated with employees' HSB [35]. In work settings in which organizational justice is lacking, employees are less likely to perceive that they have a voice in or are respected by their workplace and/or supervisor. Such perception of injustice may repress their decision making to take help-seeking action, which may lead to

RSMC. Future research on detailed mechanisms underlying the association of organizational justice with RSMC is needed.

When we compare the strength of the association of procedural justice with RSMC with that of interactional justice, procedural justice had a greater association with RSMC. This could be attributed to the fact that procedural justice is more closely related to company regulations that stipulate employees' time off and sickness absence. Our findings suggest that procedural justice rather than interactional justice is a stronger determinant of medical care seeking behavior among employees.

Although the strength of the association of procedural justice with RSMC was similar for male and female employees, the association of interactional justice with RSMC was slightly greater for female employees than for male employees. This gender difference may be explained by the fact that all managers were men in our sample (see Table 1); hence, our female participants always had to interact with a supervisor of the opposite gender. Pelled and Xin [47] reported that employees show higher levels of trust and relationship quality in same-gender supervisory relationships than in opposite-gender ones. Therefore, in our sample, female employees may be more hesitant to discuss taking time off to seek medical care with their male supervisor, especially with regard to female-specific diseases, when they perceive him as having low interactional justice. The imbalanced male-female ratio of managers observed in our sample is common in the male-dominated workplace culture in Japan. In fact, the latest national statistics on employment in Japan have reported that the average proportion of female managers is still only about

10%, and about 45% of companies do not have any female manager [48]; therefore, our findings may be true of many other Japanese companies. However, the association of interactional justice with RSMC in the context of other types of supervisory relationships, such as female supervisor–male employee or female supervisor–female employee relationships, should be examined in future research.

Furthermore, for female employees, the association of interactional justice with RSMC was not significant after adjusting for demographic characteristics (Model 1), while it became significant after additionally adjusting for socioeconomic characteristics (Model 2). According to Table 1, female employees who refrained from seeking medical care had relatively higher socioeconomic status. Highly educated and/or permanent employees are more likely to be expected to play an important role in their workplace and therefore to be respected by supervisor. At the same time, such pressure from the workplace may make it difficult for them to seek medical care when they get sick. Such a background may be reflected in our findings of the association of interactional justice with RSMC for female employees.

Possible limitations of the present study should be considered. First, some employees dropped out at follow-up due to sick leave. These employees may have perceived lower levels of organizational justice at baseline and refrained from seeking medical care until their disease became severe, which may have underestimated the true association. Furthermore, 430 out of 3125 employees were excluded from the analysis due to missing responses. It has been reported that the lack of organizational justice is associated with poor mental health, such as psychiatric disorders and depression [24], which present with poor concentration. Therefore, those who perceived lower levels of organizational justice may have been more likely to have missing responses due to poor concentration and to be excluded from the analysis. Such excluded employees may have been highly encouraged to seek medical care due to severe psychological symptoms. Our results may thus have overestimated the true association. Second, we measured RSMC by simply asking the participants to recall their experience over the past year; therefore, recall bias may have skewed our findings. Furthermore, we focused only on refraining from seeking “therapeutic” care when individuals get sick but not on “preventive” care, such as regular dental care. Further research on RSMC should also focus on preventive care. Third, RSMC at baseline may have affected our findings, as it may have been influenced by personality traits. Recent studies have reported that neuroticism is associated with an increased number of physician visits [49] as well as with lower levels of perceived justice [50]; therefore, our findings may be underestimated. Fourth, although we conducted the gender-stratified analysis, the distribution of socioeconomic characteristics was quite different between genders. Especially for employment status, almost all men were permanent employees, while the proportion of permanent employees among women was only

40% (see Table 1). It is possible that organizational justice is maintained only among permanent employees [51]. Therefore, such a difference in the distribution of employment status across genders might have affected our findings. Fifth, our data was obtained from one particular manufacturing company in Japan from 2011 to 2012; therefore, there is a limitation to generalizability and some changes in context may have occurred for the last 6 to 7 years. Our findings should thus be interpreted with caution. Sixth, organizational justice is defined as an employee’s “perception” of the fairness in the workplace. However, perceived stress measured by self-report has been reported to be only moderately related to actual stress exposure [52]. Therefore, our findings do not completely reflect the association of actual exposure to organizational (in)justice with RSMC. Finally, although a recent study on organizational justice utilized a multilevel approach in view of its contextual effect [53], the present study could not examine such an effect.

In conclusion, the present study provided evidence that the lack of procedural justice increases the tendency to refrain from seeking medical care among Japanese employees, independently of demographic and socioeconomic characteristics as well as of health-related behaviors. Our findings suggest that establishing fair and open decision-making styles in the workplace effectively promotes medical care-seeking behaviors among employees. Although interactional justice, characterized by the fair and respectful attitude of the supervisor, may also be an important factor associated with RSMC, future studies on this topic should account for gender differences in supervisory relationships.

Funding Information The present study was supported by Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology (MEXT KAKENHI: Grant Number JP21119001), Japan Society for the Promotion of Science (JSPS KAKENHI: Grant Numbers JP26253042 and JP17K09172), and Ministry of Health, Labour and Welfare (Industrial Disease Clinical Research Grants: Grant Numbers 170401-02 and 180701-01).

Compliance with Ethical Standards

Conflict of Interest The authors declare that they have no conflict of interest.

Ethical Approval All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Informed Consent Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Open Access This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

Publisher's Note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

References

- Mizuochi M. Social capital and refraining from medical care among elderly people in Japan. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:331.
- Weissman JS, Stern R, Fielding SL, Epstein AM. Delayed access to health care: risk factors, reasons, and consequences. *Ann Intern Med.* 1991;114:325–31.
- Prentice JC, Pizer SD. Delayed access to health care and mortality. *Health Serv Res.* 2007;42:644–62.
- Rutherford ME, Dockerty JD, Jasseh M, Howie SR, Herbison P, Jeffries DJ, et al. Access to health care and mortality of children under 5 years of age in the Gambia: a case-control study. *Bull World Health Organ.* 2009;87:216–24.
- Chen J, Rizzo JA, Rodriguez HP. The health effects of cost-related treatment delays. *Am J Med Qual.* 2011;26:261–71.
- Osborn R, Squires D, Doty MM, Sarnak DO, Schneider EC. In new survey of eleven countries, US adults still struggle with access to and affordability of health care. *Health Aff.* 2016;35:2327–36.
- Fujita M, Sato Y, Nagashima K, Takahashi S, Hata A. Income related inequality of health care access in Japan: a retrospective cohort study. *PLoS One.* 2016;11:e0151690.
- Health and Global Policy Institute. 2013 survey on healthcare in Japan. Tokyo: Health and Global Policy Institute; 2013.
- Gornick ME, Eggers PW, Reilly TW, Mentech RM, Fitterman LK, Kucken LE, et al. Effects of race and income on mortality and use of services among Medicare beneficiaries. *N Engl J Med.* 1996;335:791–9.
- Braveman PA, Egerter SA, Cubbin C, Marchi KS. An approach to studying social disparities in health and health care. *Am J Public Health.* 2004;94:2139–48.
- Westin M, Åhs A, Bränd Persson K, Westerling R. A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care—lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy.* 2004;68:333–44.
- Wamala S, Merlo J, Boström G, Hogstedt C. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *J Epidemiol Community Health.* 2007;61:409–15.
- Hanibuchi T. Inequalities in health and health care access: analysis of access to medical care using JGSS-2008. *JGSS Res Ser.* 2010;7:99–110 (in Japanese).
- Molarius A, Simonsson B, Lindén-Boström M, Kalandar-Blomqvist M, Feldman I, Eriksson HG. Social inequalities in self-reported refraining from health care due to financial reasons in Sweden: health care on equal terms? *BMC Health Serv Res.* 2014;14:605.
- Hendryx MS, Ahren MM, Lovrich NP, McCurdy AH. Access to health care and community social capital. *Health Serv Res.* 2002;37:87–101.
- Prentice JC. Neighborhood effects on primary care access in Los Angeles. *Soc Sci Med.* 2006;62:1291–303.
- Hirai H, Kondo K. Factors associated with participation in health examination among the elderly population: comparison of the three regional characteristics. *J Rural Plann Assoc.* 2009;27:215–20 (in Japanese).
- Mizuochi M. Non-familial support for elderly persons and refraining from medical care. *Iryo To Shakai.* 2016;25:403–16 (in Japanese).
- Rantanen J. Global strategy on occupational health for all: the way to health at work. In: Recommendation of the Second Meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health, 11–14 October 1994, Beijing, China. Geneva: World Health Organization; 1995.
- Murphy M, Vives J. Perceptions of justice and the human rights protect, respect, and remedy framework. *J Bus Ethics.* 2013;116:781–97.
- Greenberg J. A taxonomy of organizational justice theories. *Acad Manag Rev.* 1987;12:9–22.
- Yean TF, Yusof AA. Organizational justice: a conceptual discussion. *Procedia Soc Behav Sci.* 2016;219:798–803.
- Fujishiro K, Heaney CA. Justice at work, job stress, and employee health. *Health Educ Behav.* 2009;36:487–504.
- Ndjaboué R, Brisson C, Vézina M. Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med.* 2012;69:694–700.
- Robbins JM, Ford MT, Tetrick LE. Perceived unfairness and employee health: a meta-analytic integration. *J Appl Psychol.* 2012;97:235–72.
- Virtanen M, Elovainio M. Justice at the workplace: a review. *Camb Q Health Ethics.* 2018;27:306–15.
- Thibaut J, Walker L. Procedural justice: a psychological analysis. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1975.
- Leventhal GS. What should be done with equity theory? New approaches to the study of fairness in social relationships. In: Gergen K, Greenberg M, Willis R, editors. *Social exchange: advances in theory and research.* New York: Plenum Press; 1980. p. 27–55.
- Bies RJ, Moag JS. Interactional justice: communication criteria of fairness. In: Lewicki RJ, Sheppard BH, Bazerman MH, editors. *Research on negotiation in organizations, vol. 1.* Greenwich: JAI Press; 1986. p. 43–55.
- Kawachi I. Injustice at work and health: causation or correlation? *Occup Environ Med.* 2006;63:578–9.
- Clewley D, Rhon D, Flynn T, Koppenhaver S, Cook C. Health seeking behavior as a predictor of healthcare utilization in a population of patients with spinal pain. *PLoS One.* 2018;13:e0201348.
- Chrisman NJ. The health seeking process: an approach to the natural history of illness. *Cult Med Psychiatry.* 1977;1:351–77.
- Bradley EH, McGraw SA, Curry L, Buckser A, King KL, Kasl SV, et al. Expanding the Andersen model: the role of psychosocial factors in long-term care use. *Health Serv Res.* 2002;37:1221–42.
- Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-visiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *Psychosoc Med.* 2012;9 Doc11.
- Seçkin-Çelik T, Çoban A. The effect of work stress and coping on organizational justice: an empirical investigation of Turkish telecommunications and banking industries. *Manage.* 2016;11:271–87.
- Tsuda K, Tsutsumi A, Kawakami N. Work-related factors associated with visiting a doctor for a medical diagnosis after a worksite screening for diabetes mellitus in Japanese male employees. *J Occup Health.* 2004;46:374–81.
- van den Bos K, Lind EA. Uncertainty management by means of fairness judgments. In: Zanna MP, editor. *Advances in experimental social psychology.* San Diego, CA: Academic Press; 2002. p. 1–60.
- Northcraft G, Gutek BA. Discrimination against women in management: going, going, gone? Or going, but never gone? In: Fagenson E, editor. *Women in management: trends, issues, and challenges in managerial diversity.* Newbury Park: Sage; 1993. p. 219–45.
- Inoue A, Kawakami N, Tsuno K, Tomioka K, Nakanishi M. Organizational justice and major depressive episodes in Japanese employees: a cross-sectional study. *J Occup Health.* 2013;55:47–55.
- Eguchi H, Shimazu A, Kawakami N, Inoue A, Nakata A, Tsutsumi A. Work engagement and high-sensitivity C-reactive protein levels among Japanese workers: a 1-year prospective cohort study. *Int Arch Occup Environ Health.* 2015;88:651–8.

41. Moorman RH. Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: do fairness perceptions influence employee citizenship? *J Appl Psychol.* 1991;76:845–55.
42. Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J. Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. *Am J Public Health.* 2002;92:105–8.
43. Inoue A, Kawakami N, Tsutsumi A, Shimazu A, Tsuchiya M, Ishizaki M, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Organizational Justice Questionnaire. *J Occup Health.* 2009;51:74–83.
44. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol.* 1996;49:1373–9.
45. Pei L, Toyokawa S, Kobayashi Y. Labor factor barriers to seeking medical services among metropolitan workers: a cross-sectional analysis by sex using the J-SHINE study. *J Occup Health.* 2017;59:418–27.
46. Tepper BJ, Uhl-Bien M, Kohut GF, Rogelberg SG, Lockhart DE, Ensley MD. Subordinates' resistance and managers' evaluations of subordinates' performance. *J Manag.* 2006;32:185–209.
47. Pelled LH, Xin KR. Relational demography and relationship quality in two cultures. *Organ Stud.* 2000;21:1077–94.
48. Ministry of Health, Labour and Welfare. Basic survey of gender equality in employment management 2017. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare; 2018. (in Japanese).
49. Hajek A, Bock JO, König HH. The role of personality in health care use: results of a population-based longitudinal study in Germany. *PLoS One.* 2017;12:e0181716.
50. Törnroos M, Elovainio M, Hintsala T, Hintsanen M, Pulkki-Råback L, Jokela M, et al. Personality traits and perceptions of organisational justice. *Int J Psychol.* 2018 Jan 4; [Epub ahead of print].
51. Asao Y. Overview of non-regular employment in Japan. In: Yamaguchi K, editor. *Non-regular employment—issues and challenges common to the major developed countries—2011 JILPT seminar on non-regular employment—*. Tokyo: The Japan Institute for Labour Policy and Training; 2011. p. 1–42.
52. Shields GS, Slavich GM. Lifetime stress exposure and health: a review of contemporary assessment methods and biological mechanisms. *Soc Personal Psychol Compass.* 2017;11:e12335.
53. Fischer R, Abubakar A, Arasa JN. Organizational justice and mental health: a multi-level test of justice interactions. *Int J Psychol.* 2014;49:108–14.

難病患者における治療と就労の両立支援

江 口 尚

北里大学医学部公衆衛生学単位

抄録：近年の診断技術や治療方法の進歩により、難病患者のQOLは大きく改善し、かつては「不治の病」とされていた疾病に関しても生存率が向上し、慢性疾患として「長く付き合う病気」に変化しつつある。それに伴って、一定の配慮があれば、就労できる難病患者が増加している。平成26年に制定された難病法では難病患者に対する就労支援が明記され、さらに、平成29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、今後、難病患者における治療と仕事の両立支援が進んでいくだろう。難病患者は、症状や障害が外見からは分からず、体調のよい時には健常者と同様に仕事ができることから、通院や休憩等の必要性が理解されにくく、同僚らから「サボリ」と誤解される等、他の疾患とは異なった形で、職場の人間関係の悪化やストレスにつながる可能性がある。今後、難病患者における治療と仕事の両立支援をより進めていくためには、環境や制度の整備や、経営者を含めた社会全体への啓発だけでなく、産業ストレスの観点からのサポートも必要となってくるであろう。

Key words: Rare diseases (難病), Work (仕事), Treatment (治療), Workplace (職場), Organizational climate (組織風土)

1. はじめに

近年の診断技術や治療方法の進歩により、かつては「不治の病」とされていた疾病においても生存率が向上し、多くの疾病が「長く付き合う病気」に変化しつつある。そのため、治療を続けながらも、一定の配慮（例えば、残業や交代勤務、休日出勤の制限、通院への配慮等）があれば、仕事を継続できる人は増加しており、労働人口の約3人に1人（2007万人）が何らかの疾病を抱えながら働いていると言われて¹⁾。一方で、一定の配慮があれば仕事を継続できるにもかかわらず、治療をしながら仕事はできない、という本人や

周囲の思い込みにより、治療のために離職する人も多くいる。例えば、がんと診断された人のうち、約34%が離職をしていると言われて²⁾。少子高齢化により15歳から65歳未満の生産年齢人口が減少しているわが国においては、働き方改革を通じて、就業率（15歳以上人口に占める就業者の割合）を上げることで、労働力の減少を補おうとしている。そのため、一定の配慮があれば働ける人が退職してしまうことを予防すること、つまり治療と仕事の両立を支援することは、就業率を向上させる対策の一つと位置付けられている³⁾。

このような状況は、難病患者の治療と仕事の両立支援においても同様である。難病とは、発病の機構が明

代表著者連絡先：江口 尚 〒252-0374 神奈川県相模原市南区北里1-15-1
北里大学医学部公衆衛生学単位
TEL: 042-778-9352 / FAX: 042-778-9257
E-mail: eguchi@med.kitasato-u.ac.jp

らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病に罹患することにより長期にわたり療養を必要とすることとなるもの、と定義されている⁴⁾。難病の患者に対する医療等に関する法律(難病法)では、現在、331疾患が難病に指定されている。指定難病に認定されている患者数は約99万人で、そのうち、20歳から69歳の就労世代の患者数は63万人である。疾患毎の患者数は、潰瘍性大腸炎、パーキンソン病、全身性エリテマトーデス(SLE)、クローン病といった数万人を超える疾患から、数人の疾患まで幅広い⁵⁾。

多くの難病患者は、発病をしても、症状をコントロールできるようになり、一定の就業上の配慮があれば、健常者と同様の能力を発揮して、就労の継続ができるようになってきている。一方で、多くの企業の担当者は、「難病」という言葉を聞くと、「仕事により病状を悪化させてしまうのではないか」「安全に就業できないのではないか」という先入観や誤解が生じやすい。その結果、難病患者の多くが、これまで通りに働けるにもかかわらず、退職を勧奨されたり、それまでのキャリアを考慮されずに、異動させられたりするなど、勤務先から過剰な配慮をされてしまう傾向がある。この状況は、本来は活用できる人材を過剰な配慮によって十分に活用できないと言う点から、企業にとっても、難病患者本人にとっても、損失である。この状況を改善するためには、患者本人、人事担当者、上司が、病状や仕事の内容、職場環境などについて適

切にコミュニケーションをとることが必要となる。

難病が、他の疾患と異なる点は、病状の進行そのものは止めることはできない点にある。そのため、個人差はあるものの、発病後、時間の経過とともに就業能力が徐々に低下し、期待される就業能力を大幅に下回るようになる場合がある。従来の企業の休職制度は、治療して、元の就業能力に改善して復職することが前提となっているため、それとは異なる経過を取る難病は、企業が当該労働者の就業継続に苦慮するケースとなると考えられる(図1)。

このように難病患者に対して、治療と仕事の両立支援を行っていくためには、特有の産業ストレス上の課題があると考えられる。そこで、本稿では、難病患者を取り巻く産業ストレス上の課題について考えていきたい。

2. 障害者雇用制度と難病患者

難病患者の就労支援を行っていく上で、障害者雇用の算定の対象になるかどうか事業者から問い合わせがなされることがある。指定難病の患者であることの認定は、難病法に基づいて、特定医療費受給者証の交付によってなされている。この特定医療費受給者証の交付は、障害者雇用の算定対象となることはない。難病を有しており、その障害の程度が手帳の交付基準を満たしているときに、障害者雇用の算定対象となる。網膜色素変性症やパーचेット病等による視覚障害、神

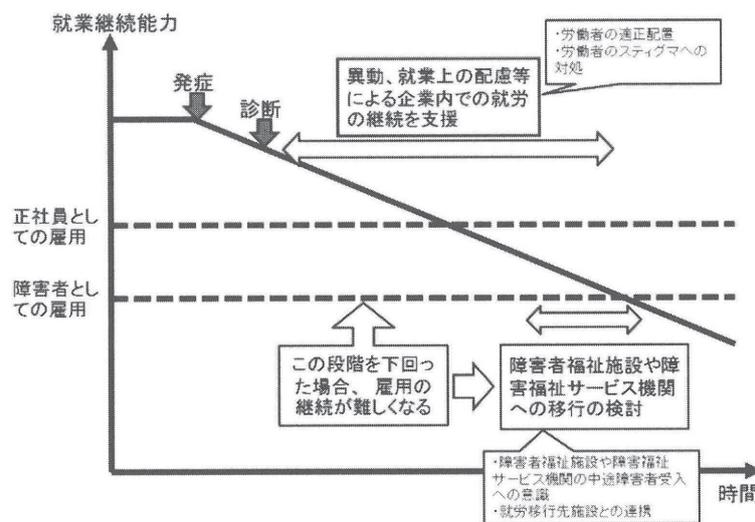


図1：職域における難病就労支援の課題

経難病（脊髄小脳変性症、パーキンソン病、筋委縮性側索硬化症、多発性硬化症等）による肢体不自由、自己免疫性疾患の関節炎の進行による肢体不自由、クローン病や潰瘍性大腸炎による炎症性疾患による小腸や直腸の機能障害等により、身体障害者手帳が交付される場合がある。このほか、もやもや病では、脳血管の出血の後遺症として高次脳機能障害（記憶、集中力などの個別の脳機能の障害）がみられ、精神障害者保健福祉手帳が交付される場合もある⁶⁾。難病患者の多くは、体調の良い時には普通の日常生活を送ることができ、症状が増悪した時に、社会生活に大きな制約を受ける。この症状の不安定さが大きいことが、安定した勤怠が求められる就業生活においては、就業を継続する上で心身両面での大きな障害となるが、障害者手帳の基準の点からは、認定を受けることを難しくしている。このような状況のため、就職や就労継続の際に、事業者から、障害者手帳を所持していないことを理由に採用を見送られる経験をしている難病患者も多い⁶⁾。

3. 合理的配慮や障害者総合支援法における難病患者の位置づけ

難病法では、難病患者の就労支援を重要な課題と位置づけて、環境整備のための啓発等の対策を進めることが示されている。更に、平成28年4月からは、障害者差別解消法が施行され、全ての企業に対して、難病患者を含む障害者（身体障害、知的障害、発達障害者を含む精神障害、その他の心身の機能の障害があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受ける者、又は職業生活を営むことが著しく困難な者が該当し、障害者手帳等の有無は問わない）への合理的配慮の提供が義務化された。合理的配慮を提供するにあたっては、当該労働者と経営者が話し合いをすることが求められている。合理的配慮の提供を企業に課すことにより、患者本人、人事担当者、上司などの関係者間で、必要な配慮についてコミュニケーションをとることを法律的に後押ししていると言える。また、就労についての具体的な支援として、ハローワークの障害者の専門援助窓口に「難病患者就職サポーター」を配置し、難病相談支援センターと連携しながら、就職を希望する難病患者に対して、カウンセリングを行い、その症状の特性を踏まえたアドバイスだけではなく、患者が

うまく採用担当者に対して自分の病状だけではなく、自分の強みを含めて伝えることが出来るように心理的サポート提供している。

障害者の就労支援を進めている障害者総合支援法の対象には、制度の谷間のない支援を提供する観点から、手帳の所持者だけではなく、治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者であって18歳以上であるもの、という形で、難病患者も加えられている。障害者総合支援法により提供される代表的なサービスには、障害福祉サービスとして、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型があり、現在、30万人近い方々が利用をしている。多くの難病患者がこのサービスを利用して、一般就労を目指して、カウンセリングを受けながら心身両面のトレーニングを積んでいる。現在は、主に新規に就職を目指す難病患者に対してサービスが提供されている。一方で、休職中、つまり雇用関係を維持した状態の難病患者がこのようなサービスを活用して、病状は進行しても、適切なトレーニングを受けることで、就業能力を向上させたり、就労中からこのようなサービスとつながったりすることで、一般就労から就労継続支援A型やB型にスムーズに移行でき、組織をまたいで就労を継続できる可能性がある。

4. 中小企業における両立支援の推進

治療と仕事の両立支援を進めるために、平成29年2月に、厚生労働省から「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が公表された⁷⁾。その中で、事業者に対して、積極的に両立支援に取り組む意義が説明されている。さらに、具体的にどのように取り組んでいく必要があるのか、両立支援を行うための環境整備（実施前の準備事項）や両立支援の進め方について具体的に説明がなされている。

現在、ガイドラインには、がん、脳卒中、肝疾患、難病に関する留意事項が記載されているが、難病に関する留意事項の中では、難病患者のメンタルヘルス面への配慮の必要性が記載されている。難病患者においては、診断時に一時的に大きな精神的な衝撃を受けると考えられる。さらに、病気になじみがないために、病気そのものを理解することにも時間がかかると考えられる。そのため、診断後、本人から病状を聴取する

場合には、本人がどの程度病状を理解しているのか、また、その準備ができていないのか、今、仕事のことを相談するタイミングなのか、留意しながら対応をする必要がある。

十分な産業保健に関するリソースが無い中小企業の場合には、本人のメンタルヘルスの状況に留意できずに、悪意なく、本人に退職を進めてしまう可能性がある。人的なリソースが限られている中小企業の場合には、産業保健総合支援センターが無料で提供している両立支援サポートサービスの活用を進めることで、限られたリソースの問題を緩和できる。産業保健総合支援センターには、社会保険労務士、医療ソーシャルワーカー、保健師、産業カウンセラーといった専門職が両立支援促進員として配置されており、両立支援の具体的な進め方についてリソースを提供することができる。

障害者雇用率については、大企業ほど法定雇用率の達成率が高いが、中小企業においても、法定雇用率を達成している、または、それ以上の雇用率を達成している企業も多くある。障害者雇用を積極的に行っている中小企業の経営者にヒアリングをすると、障害の特性に合わせて、仕事を工夫していることが分かる。障害者雇用を行いたいノウハウがない企業が相談する機関として、地域障害者職業センターがある。地域障害者職業センターは、障害者雇用を行うための多くのノウハウを持っている。相談に来られる中小企業の中には、うちの会社では障害者雇用は難しいと感じている企業でも、アドバイスを参考に工夫をすることで障害者雇用を進めることが出来ている。事業者が、「難病＝仕事は無理」という思い込みから抜け出して、前向きに両立支援を行う姿勢が重要だろう。

5. 関係者へのヒアリング調査から見えてきた難病患者の就労支援の産業ストレス上の課題

5.1. 難病患者の就労継続上の産業ストレス上の課題⁸⁾

就労経験のある患者13名を対象としたインタビューの結果から、難病患者が就労を継続する上での課題として、10項目の課題を抽出した(表1)。一部、抜粋をして説明をする。①の会社・職場への病名の申告については、インタビュー対象者全員が就労継続に関連すると回答していた。また、本調査の対象者全員が、調査当時は、病名を会社に申告して就労していたが、

表1. 難病患者の就労継続上の課題

① 会社・職場への病名の申告
② 自分の病状についての説明・言語能力
③ 病状
④ 発病のタイミング
⑤ 上司の理解
⑥ 同僚の理解
⑦ 職場の風土
⑧ 就業上の配慮
⑨ 主治医の患者の就労状況への関心
⑩ 産業保健職の意識

就職活動の際に、病名を申告したことで、採用が見送られた経験をしたものがいた。一方で、病名を開示せずに就労したことで、職場で就業上の配慮を受けることが出来ず、体調が不安定化し、退職した経験をしたものがいた。病名を開示することは、就労支援を行う上での前提条件となるが、当事者にとっては非常に難しい意思決定である。当事者の意思決定支援は、両立支援における産業ストレス上の課題の一つと考えられるが、病院内の医療相談窓口においても、支援体制は十分とは言えず、多くの難病患者が適切な支援が得られずに悩んでいる。また、勤務先については、日頃から病名の開示がしやすい職場風土を醸成することに留意する必要があるだろう。②の自分の病状についての説明・言語能力については、自分の状況を、上司や同僚にうまく説明ができないという意見が出された。また、上司や同僚が変わるたびに、自分の病状を説明することへの心理的な抵抗感があり、説明をしなくなってしまった者もいた。説明を受ける側の上司や同僚にとっても、難病の場合には、病名になじみがないために、がんなどとは違って、病気のイメージが付きづらく、より丁寧な説明が必要である。この点については、上司や同僚への説明の際に、産業保健職が同席すると、補足的に説明をするなどの対応を取ることが出来る。⑦の職場の風土については、お互いに助け合うような風土や、職場として障害者や難病患者と働いたことがある経験があることなどが、就労継続をしやすい職場風土の醸成につながっていた。⑧の就業上の配慮については、自分から配慮を求めることに抵抗感があるという意見が出された。自分に必要な就業上の配慮を、上司や同僚に説明をする際に、主治医からの意

見書や、産業保健職からの説明などの第三者からの意見があるとより説明がしやすい。

5.2. 就労系福祉サービス機関や地域障害者職業センターとの連携

多くの障害者の職業訓練を行い、採用に関する事例や、職場の配慮の具体的な事例が蓄積している機関として、障害者総合支援法に基づく就労移行支援事業を行っている就労系福祉サービス機関や高齢・障害・求職者雇用支援機構が運営する地域障害者職業センターがある。就労移行支援事業所では、個々の労働者の就業能力の評価と、就業能力開発のための手法が蓄積されている。また、訓練中に、経営者の理解のある事業所で実習を行うことで、より現実に近い形での訓練を行い、それを通じて、課題を見いだして、改善することを繰り返し、就業能力を向上させている。就労移行支援事業所の多くが、職業訓練後の就職先の紹介や、就職後の定着支援などを行っている。就職先の紹介については、これまで障害や難病により働き方に制約のあった労働者の雇用の経験のない企業に対して、仕事の切り出しなどのノウハウの提供を行ったりしている。また、地域障害者職業センターには、障害者に対して就業上の配慮をした具体的な事例が蓄積されている。

現状では、難病患者の就労支援を行うにあたって、これらの機関のノウハウが十分に活用されているとは言い難い。これらの機関は、病状だけではなく、心理面からもアセスメントを行って、就労支援を行っていることから、このようなノウハウを、企業内で共有して就労支援に活用することは、難病患者の就労支援を行っていく上で、産業ストレスの点からも有用と考えられる。また、今後は、就業能力が低下し、社内で雇用の継続が難しくなった場合には、就労移行支援事業所や就労継続支援A型、B型事業所といった地域の障害福祉サービス機関とより積極的に連携し、退職後も就業を継続できるような環境を維持できるようにサポートすることも必要となってくる。このような地域の就労支援機関に関する情報を活用し、関係者が必要な情報共有を行い、人事担当者や上司に提供できれば、より効果的な就労支援を行えるのではないだろうか。

現在のところ、就労移行支援事業所の利用については、雇用契約の有無への対応に自治体によって差があ

るようである。休職中（雇用契約が継続している）に就労移行支援事業所が利用できると、病状が進んでも、コンピューターのスキルなどの就業能力を上げることで、復職への可能性が広がる可能性がある。そのため、今後、特に同一企業での就労“継続”支援の観点からは、雇用契約があっても、就労移行支援事業所を活用できるような対策が望まれる。

6. 既存調査の二次解析を通じた課題の定量的把握

難病患者の産業保健職の活用状況についての定量的なデータを収集するために、2005年に実施された「難病の雇用管理のための調査・研究」⁹⁾（2005年調査）と2009年に実施された「障害者の自立支援と就業支援の効果的連携のための実証的研究」¹⁰⁾（2009年調査）によって得られたデータについて、産業保健職に関連する項目について二次解析を行った。分析対象は難病を持つ計5,915名（内、2005年調査の対象者総数は3,560名、2009年調査は2,355名）で、平均年齢は47（±15）歳であった。その結果を表2から5に示す。

産業医・産業保健師への相談については、相談して役に立った2%、相談したが役に立たなかった2%、相談したことはないが知っている29%、知らなかった67%だった（表2）。産業医・産業保健師による事業所内の健康管理については、配慮を受けている26%、配慮が必要な状況だが配慮を受けていない27%、配慮が不要な状況で配慮を受けていない47%だった（表3）。病気や障害の説明については、説明した69%、説明していない31%だった（表4）。必要な環境整備等の説明については、説明した46%、説明していない54%だった（表5）。このように、難病を持ちながら働く労働者にとって、産業医、産業保健師への認知、活用が十分ではなかった。職場への病気の説明や必要な配慮の説明など、患者の言語化を支援することが、

表2. 産業医・産業保健師への相談

	%
相談して役に立った	2
相談したが役に立たなかった	2
相談したことはないが知っている	29
知らなかった	67
合計	100

表3. 産業医・産業保健師による事業所内の健康管理

		%
配慮有り		26
配慮無し	必要	27
	必要でない	47
合計		100

表4. 病気や傷害の説明の有無

	%
説明した	69
説明していない	31
合計	100

表5. 必要な環境整備等の説明

	%
説明した	46
説明していない	54
合計	100

産業保健職に求められるのではないかと考えられた。

7. 難病患者の働き方をフォローする一般労働者の意識

難病患者にとって働きやすい職場風土については、難病患者を対象とした調査が多くなされている^{6, 9, 10)}。難病患者が、病状のために、残業が禁止されていたり、休日出勤や出張が制限されたりするような働き方に制約がある場合には、制約のない同僚がその働き方をフォローすることになる。また、同僚や上司の理解が得られないことには、両立支援は成り立たない。働き

方に影響を受ける一般労働者はどのような意識なのだろうか。そこで、我々は、2014年12月に、一般労働者を対象に、インターネットによる質問票調査を実施した¹¹⁾。まずは、どの程度の一般労働者が、難病患者との就労を経験したことがあるのかを把握した。働き方の多様化が進む現在の日本の職場では、難病患者以外にも、働き方に制約のある、つまり、残業時間や交替勤務の制限などの就業上の配慮を受けて働く労働者が存在する。我々は、難病以外にも、親や配偶者の介護、育児、妊娠、生活習慣病、精神疾患など、働き方の制約となっている原因別に、一緒に働いた経験の有無を尋ねた。その結果、難病患者と一緒に働いた経験のある労働者の割合は最も少なかった(表6)。また、職場の風土として「働き方に制約のある労働者」を受け入れることができるかと回答した割合は、難病患者と、身体障害などの先天性の障害が最も少なかった(表7)。更に詳しく解析を行うと、難病患者と一緒に働いた経験があり、仕事の要求度が低く、仕事の裁量度が高く、高い社会的支援が得られるような良好な職場環境で働く労働者は、難病をもった同僚が、制約のある働き方をすることを受け入れていた。同様の傾向が、がん治療中の労働者やメンタルヘルス不調の労働者に対しても認められた^{12, 13)}。これらの結果から、まずは、難病患者と一緒に働く経験を作ることが大切であると考えられた。そのためには、厚生労働省から出されている雇用に関する助成金等を活用して、一般労働者と難病患者と一緒に働く機会をできるだけ多く設けることが重要である。さらに、難病を理由に働き方に制約のある労働者を職場に受け入れやすくするために、人事担当者や産業保健職は、難病患者自身の要

表6. 一緒に働いた経験の有無(「ある」と回答した割合)

	%
親や配偶者の介護	16
育児	38
妊娠	33
糖尿病や高血圧などの生活習慣病	11
心筋梗塞や狭心症などの心臓血管疾患や、脳梗塞や脳出血などの脳血管疾患	6
うつ病や統合失調症などの精神疾患	21
がん治療	9
身体障害、知的障害などの先天性の障害	14
難病	5

表7. 職場の風土として「働き方に制約のある労働者」を受け入れることができると回答した割合

	%
親や配偶者の介護	67
育児・妊娠	72
糖尿病や高血圧などの生活習慣病	62
心筋梗塞や狭心症などの心臓血管疾患や、脳梗塞や脳出血などの脳血管疾患	53
うつ病や統合失調症などの精神疾患	48
がん治療	58
身体障害, 知的障害などの先天性の障害	47
難病	47

因（治療状況、体調、仕事の技術など）だけではなく、受け入れる職場の心理社会的要因にも関心を持つ必要があるだろう。

8. 関係者によるリスクコミュニケーションの重要性

難病患者が職場に対して自分の状況をうまく言語化することを支援するツールとして、「難病のある人の就労のためのワークブック」が作成されている¹⁴⁾。このワークブックは、「病気をもちながら仕事をする」ために必要な事項の整理と、必要な支援の調整等を行うプロセスを効果的かつ効率的に進めることを促すことを目的に作成されている。具体的には、ワークブックを通じて、①無理なく能力を発揮できる仕事内容の検討と、②職場での理解や配慮の確保、③疾患自己管理や職場での対処スキルについて、個別の職業的課題（新規就職、復職、就業継続等）に合わせながら、ステップバイステップで検討を進めいくことができる。一方で、報告や説明を受ける側である、人事担当者や産業保健職に対しては、難病患者の就労に関する理解を深めるために、「産業保健職・人事担当者向け難病に罹患した従業員の就労支援ハンドブック」が作成されている¹⁵⁾。我々が難病患者に行った就労に関するインタビュー調査では、勤務先に対して病気（神経難病）のことを報告したところ、本人のこれまでの経験とは全く関係のない事務職に異動させられてしまったとの話があった。病気の有無にかかわらず、製造現場の作業には、一定の安全上のリスクが伴うが、現場では、病気の診断が付くことで、そのリスクが過剰に評価される傾向があるようである。企業活動を行っていく上で、様々なリスクを最小化する努力は必要である。し

かし、本人の就労に関する意向の聴取や、主治医や産業保健職などの意見を考慮して、リスクを適切に評価し、就業上の配慮を行うことが必要だろう。そのためには、本人が自分の病状や、仕事に対する意向を適切に伝えることが重要である。そのために、このワークブックは有効であろう。

9. 産業ストレスの視点からの難病患者の就労上の困難性⁶⁾

- 9.1. 職場における健康管理（休憩、通院を含む）の困難性：難病患者は健康管理のために一般よりも、勤務時間、休憩、通院、服薬等についての就労する上での配慮事項が多くなり、職場の理解がないと実施が困難な場合がある。
- 9.2. 職場の人間関係やストレス：外見からは分からず、体調のよい時には健常者と同様に仕事ができることから、通院や休憩等の必要性が理解されにくく、同僚らから「サボり」と誤解される等、職場の人間関係の悪化やストレスにつながることもある。
- 9.3. 治療と就労の両立のストレス：治療と就労の両立の葛藤を抱える状況も多い。また、職場において理解や配慮がある場合でも「職場に迷惑をかけている」としてストレスを感じたり、職場に配慮を求めることに気兼ねして「仕事により体調が悪化する」不安を抱えたりする状況もある。このような状況において、非正規職員は自主退職を選びやすくなっており、特に、育児や介護等の生活面の負担や治療とのバランスを考え、仕事をあきらめる状況も多くある。正社員は、逆に、これらの葛藤でのストレスを感じながら仕事を続けている人が多くなっている。

94. 難病患者の心理社会的要因等に関する研究：働いているSLEや関節リウマチ(RA)の患者と、SLEやRAに罹患していない労働者の心理社会的要因を、努力報酬不均衡モデルを用いて比較したところ、働いているSLEやRAの方が、ストレスを多く抱えていた¹⁶⁾。仕事の量とコントロールモデルを用いたRAとの関連を検討した研究では、低い裁量度がRAの発症のリスクを高めるという研究がある¹⁷⁾。さらに、RAについては、RAの症状をもつ労働者のストレスを測定するための尺度も開発されている¹⁸⁾。また、多発性硬化症の患者に関する3年間のコホート研究では、ベースライン時に職場に対して病名を報告していた方が、3年後に仕事を継続していた者が多かったとの研究もあった¹⁹⁾。

10. 最後に

本稿では、産業ストレスの視点から、難病患者における治療と仕事の両立支援について考えてきた。治療と仕事の両立支援については、主になんが患者から研究の蓄積が進んできた。しかし、病気の経過や、病名に付随する社会的なイメージ、病名の認知度など、難病とがんとで異なる点もあり、両立支援を進めるに当たっても、異なる対応が必要になるかもしれない。また、難病患者は、症状や障害が外見からは分からず、体調のよい時には健常者と同様に仕事ができることから、通院や休憩等の必要性が理解されにくく、同僚らから「サボり」と誤解される等、他の疾患とは異なった形で、職場の人間関係の悪化やストレスにつながることもある。今後、難病患者における治療と仕事の両立支援をより進めていくためには、環境や制度の整備や、経営者を含めた社会全体への啓発だけでなく、産業ストレスの観点からのサポートも必要となってくるであろう。

わが国における難病患者の就労についての調査研究は、患者団体を通じて行われて、難病患者が抱える就労上の課題全般について明らかにしてきた。海外では、難病患者を対象にした産業ストレスに関する研究も行われていた。今後、働く難病患者が増加することが見込まれるわが国においても、治療と仕事の両立を進めるうえで、難病患者において、どのような産業ストレス上の課題が生じているのか検討が必要であろう。また、国民生活基礎調査や中高年縦断調査といったナ

ショナルデータでも、病気や就業状況、健康状態に関する情報収集を行っていることから、今後はこのようなデータベースを活用した研究も進めることもできるだろう。そのような研究を通じて、難病患者における治療と仕事の両立がさらに進むことを期待したい。

引用文献

- 1) 厚生労働省：平成25年度国民生活基礎調査, 厚生労働省, 東京 (2013) <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/hatarakikata/dai2/siryoul3.pdf> (2018年2月13日閲覧)
- 2) 厚生労働省：がん患者のおかれている状況と就労支援の現状について, 厚生労働省, 東京 (2016) https://ganjoho.jp/data/med_pro/liaison_council/bukai/data/shiryos/20161208_03-2_1.pdf (2018年2月13日閲覧)
- 3) 首相官邸：働き方改革実現会議：働き方改革実行計画, 東京 (2017) http://www.kantei.go.jp/jp/singi/hatarakikata/pdf/honbun_h290328.pdf (2018年2月13日閲覧)
- 4) 厚生労働省：難病法（難病の患者に対する医療等に関する法律）, 厚生労働省, 東京 (2014) http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/nanbyou/index.html (2018年2月13日閲覧)
- 5) 厚生労働省：衛生行政報告例 / 平成28年度衛生行政報告例 統計表 年度報, 厚生労働省, 東京 (2017) https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&tststat=000001031469&cycle=8&tclass1=000001103516&tclass2=000001103555&tclass3=000001107815&stat_infid=000031635305&second2=1 (2018年2月13日閲覧)
- 6) 春名由一郎：難病のある人の就労支援のために（第2版）, 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター, 千葉 (2016) <http://www.nivr.jeed.or.jp/download/kyouzai/kyouzai36.pdf> (2018年2月13日閲覧)
- 7) 厚生労働省：事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン, 厚生労働省, 東京 (2017) <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11200000-Roudoukijunkyoku/0000115300.pdf> (2018年2月13日閲覧)
- 8) 江口 尚：障害者・難病患者等の就労支援と産業保健, 公衆衛生, **80**, 275-279 (2016)
- 9) 厚生労働省：難病の雇用管理のための調査・研究, 厚生労働省, 東京 (2007) <http://www.nivr.jeed.or.jp/research/report/nanbyou.html> (2018年2月13日閲覧)
- 10) 亀田敦志, 春名由一郎, 田村みつよ：障害者の自立支援と就業支援の効果的連携のための実証的研究, 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター, 千葉 (2011) <http://www.nivr.jeed.or.jp/research/report/houkoku/houkoku100.html> (2018年2月13日閲覧)

- 11) 江口 尚：難病を理由として働き方に制約のある労働者に対する同僚の意識に影響する要因について, *労働の科学*, **70**, 412-416 (2015)
- 12) Eguchi, H., Wada, K., Higuchi, Y., and Smith, D. R.: Psychosocial factors and colleagues' perceptions of return-to-work opportunities for workers with a psychiatric disorder: A Japanese population-based study, *Environ. Health Prev.*, (2017) (in press)
- 13) Eguchi, H., Wada, K., Higuchi, Y., and Smith, D. R.: Co-worker perceptions of return-to-work opportunities for Japanese cancer survivors, *Psycho-oncol.*, **26**, 309-315 (2017)
- 14) 春名由一郎, 伊藤美千代：難病患者と就労相談・支援担当者と一緒にすすめる難病のある人の就労のためのワークブック, 希少性難治性疾患患者に関する医療の向上及び患者支援のあり方に関する研究班 (2013) http://www.nanbyou.or.jp/upload_files/workbook.pdf (2018年2月13日閲覧)
- 15) 江口 尚, 和田耕治, 樋口善之：産業保健職・人事担当者向け 難病に罹患した従業員の就労支援ハンドブック, (職域における中途障害者の実態調査とそれに基づく関係者間の望ましい連携のあり方に関する研究班 (2016) <http://www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/docs/handbook.pdf> (2018年2月13日閲覧)
- 16) Richter, J. G., Muth, T., Li, J., Brinks, R., Chehab, G., Koch, T., Siegrist, J., Angerer, P., Huscher, D., and Schneider, M.: Elevated psychosocial stress at work in patients with systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis, *J. Rheumatol.*, **45**, 227-234 (2018)
- 17) Bengtsson, C., Theorell, T., Klareskog, L., and Alfredsson, L.: Psychosocial stress at work and the risk of developing rheumatoid arthritis: results from the Swedish EIRA study, *Psychother. Psychosom.*, **78**, 193-194 (2009)
- 18) Gignac, M. A., Sutton, D., and Badley, E. M.: Arthritis symptoms, the work environment, and the future: Measuring perceived job strain among employed persons with arthritis, *Arthritis Rheumatol.*, **57**, 738-747 (2007)
- 19) Kirk-Brown, A. K., Van Dijk, P. A., Simmons, R. D., Bourne, M. P., and Cooper, B. K.: Disclosure of diagnosis of multiple sclerosis in the workplace positively affects employment status and job tenure, *Mult. Scler.*, **20**, 871-876 (2014)

(受付 2018年2月17日 受理 2018年5月4日)

Harmonizing work and treatment among patients with intractable/rare diseases

Hisashi EGUCHI

Kitasato University School of Medicine, Department of Public Health

Abstract Advances in diagnostic techniques and treatment methods in recent years have greatly improved the quality of life of patients with intractable diseases; survival rates have increased for diseases once considered as “untreatable,” which are now viewed as chronic and long-term conditions. Accordingly, an increasing number of patients continue working provided they take health-related precautions. Support for patients with intractable diseases is outlined in Japan’s 2014 Medical Care and Social Supports for Patients with Intractable/Rare Diseases Act. In addition, with the announcement of Guidelines for Harmonizing Work and Treatment Among Patients, continued progress in support for combined employment and treatment is possible. However, symptoms and disabilities of patients with intractable diseases are indiscernible based on appearance. When these patients are feeling well, they can work at the same level as healthy individuals; thus, it may prove difficult to improve colleagues’ understanding of a patient’s needs for rest and hospital visits. Being perceived by others, particularly work colleagues, as “indolent” can lead to deterioration of workplace relationships and increased stress. Future improvement in support for combined employment and treatment for patients with intractable diseases requires improved awareness in the work environment and infrastructures and on a society-wide level that includes business owners along with industrial stress-informed policies and support.

Job Stress Res., 25(3), 325-334(2018)

中小企業における

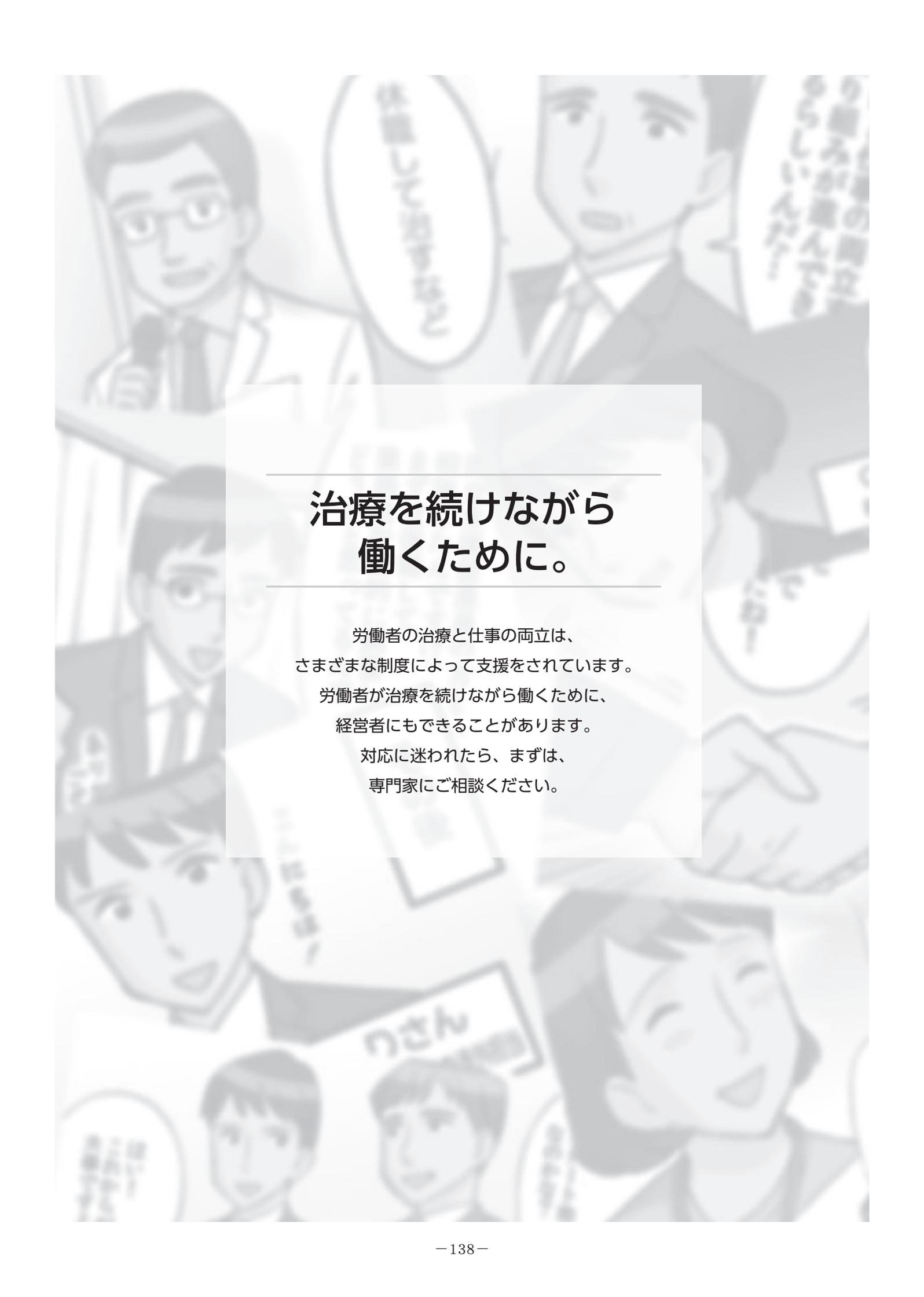
治療と仕事の

両立支援のススメ

Vol.2 ～労働衛生機関の活用～



本書の作成は、平成30年度厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金「治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究」(研究代表者:堤明純)の助成によって行われた。



治療を続けながら 働くために。

労働者の治療と仕事の両立は、
さまざまな制度によって支援をされています。

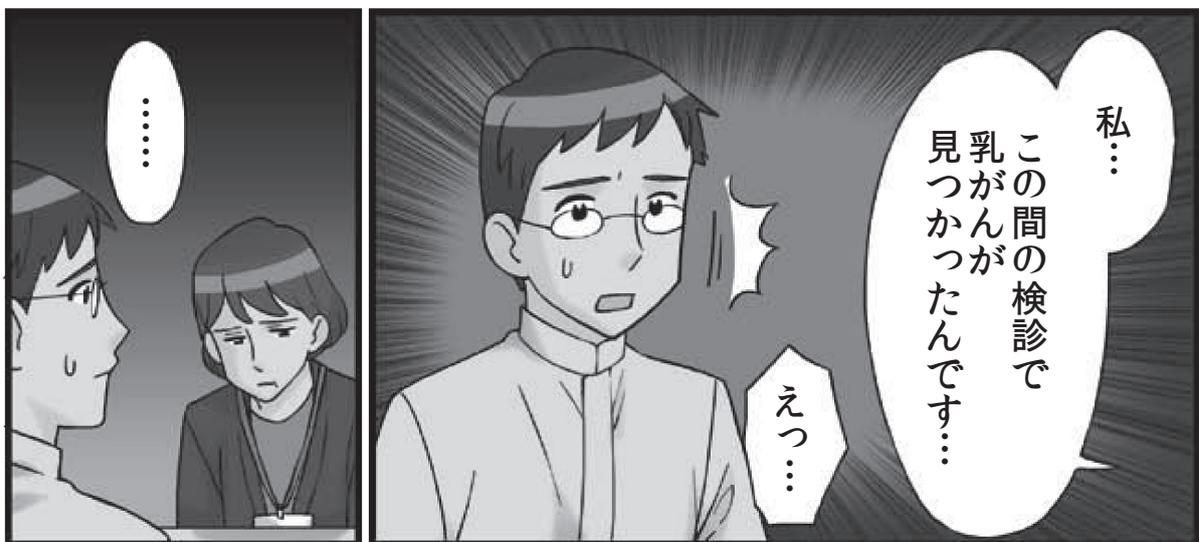
労働者が治療を続けながら働くために、
経営者にもできることがあります。

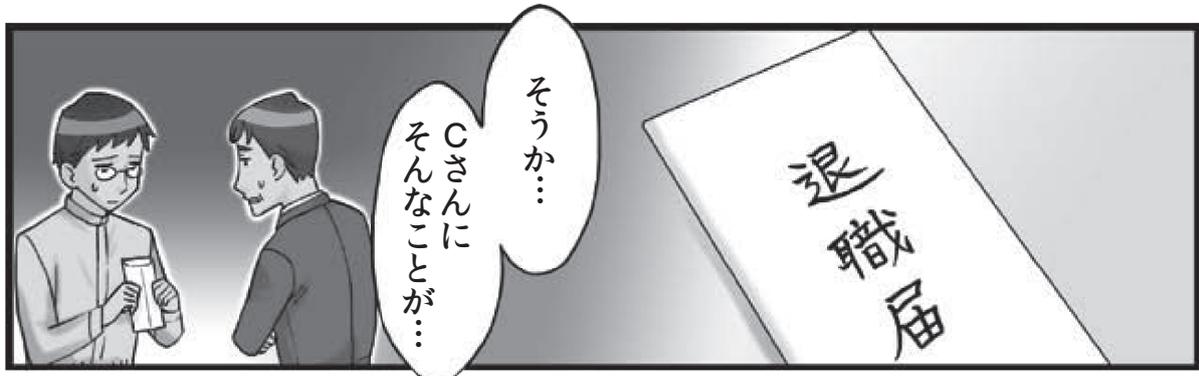
対応に迷われたら、まずは、
専門家にご相談ください。



A社長
食品製造業の経営者









まずはこの
労働衛生機関の
渉外担当者に
相談してみよう

ここだ……

あったあった



その後

A社長とBさんは
労働衛生機関の
渉外担当である
Dさんから
両立支援について
詳しい説明を
受けました

Dさん
労働衛生機関の渉外担当



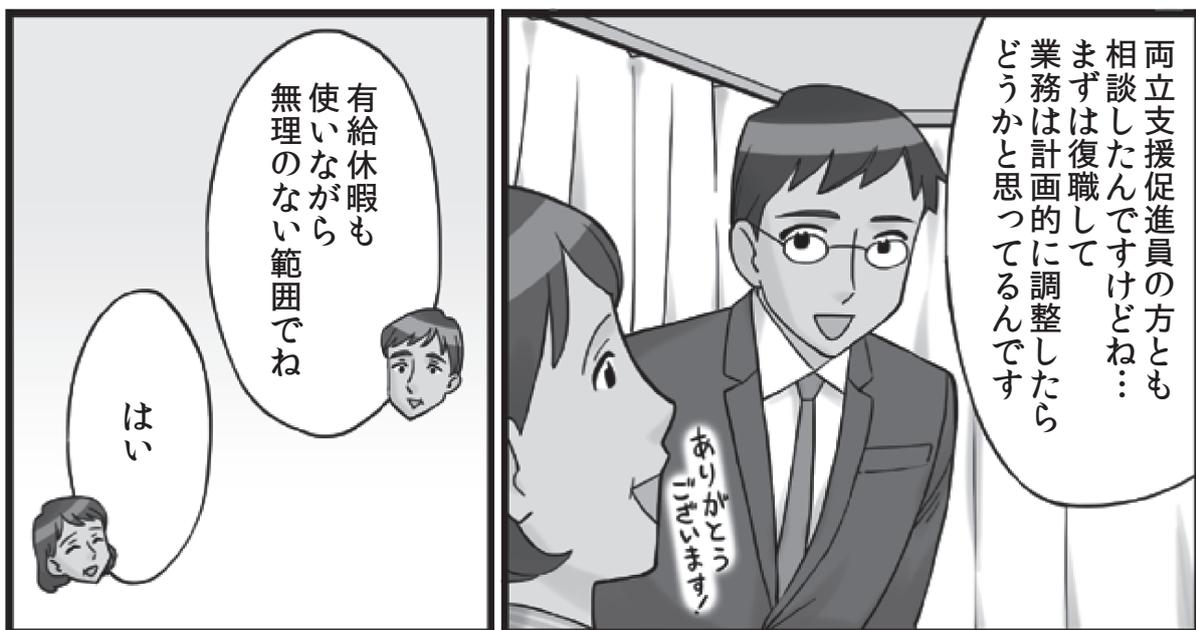
支援を
受けられては
いかがでしょうか？

はい

あの……
「産業保健総合
支援センター」
って……？



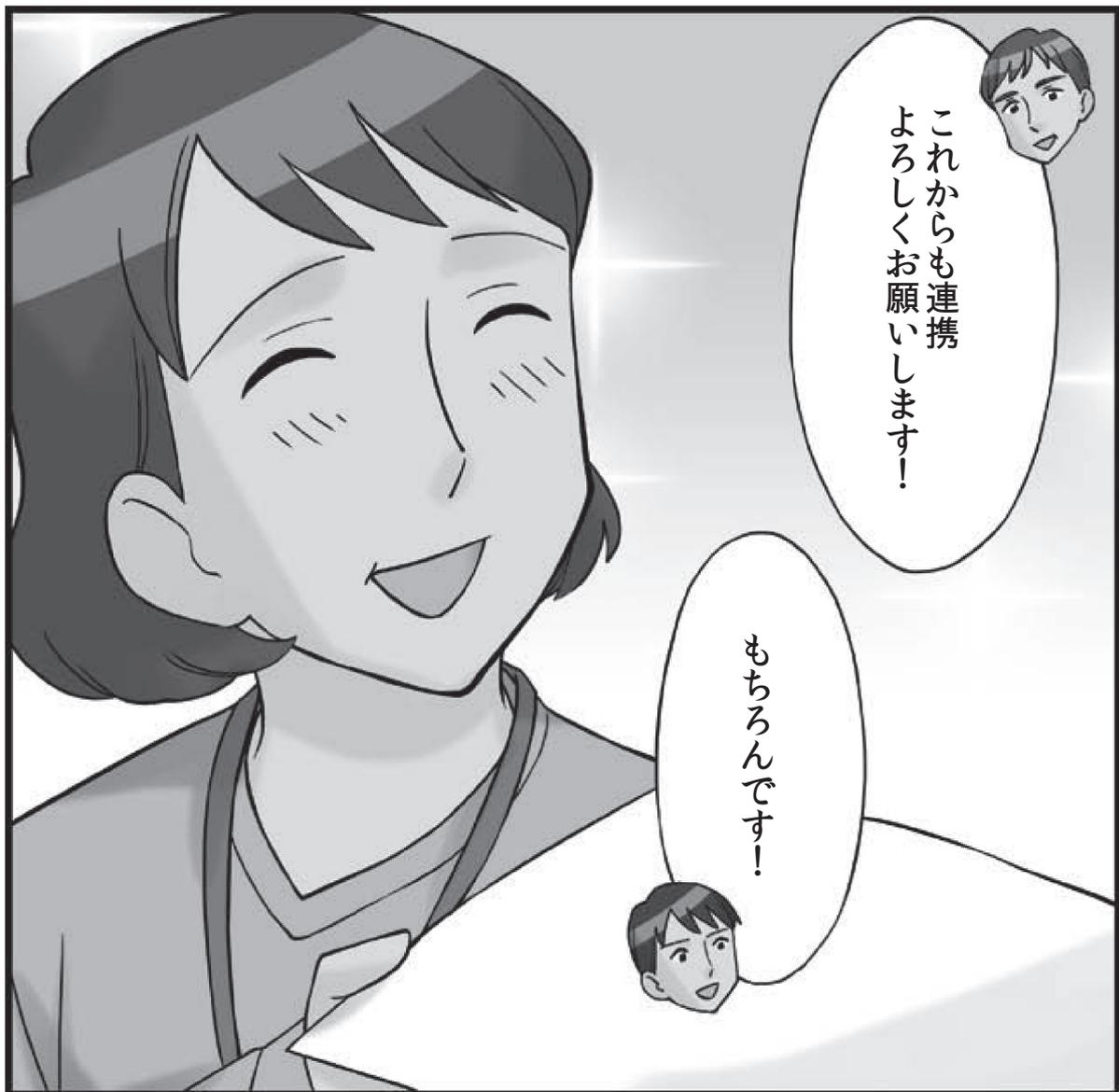
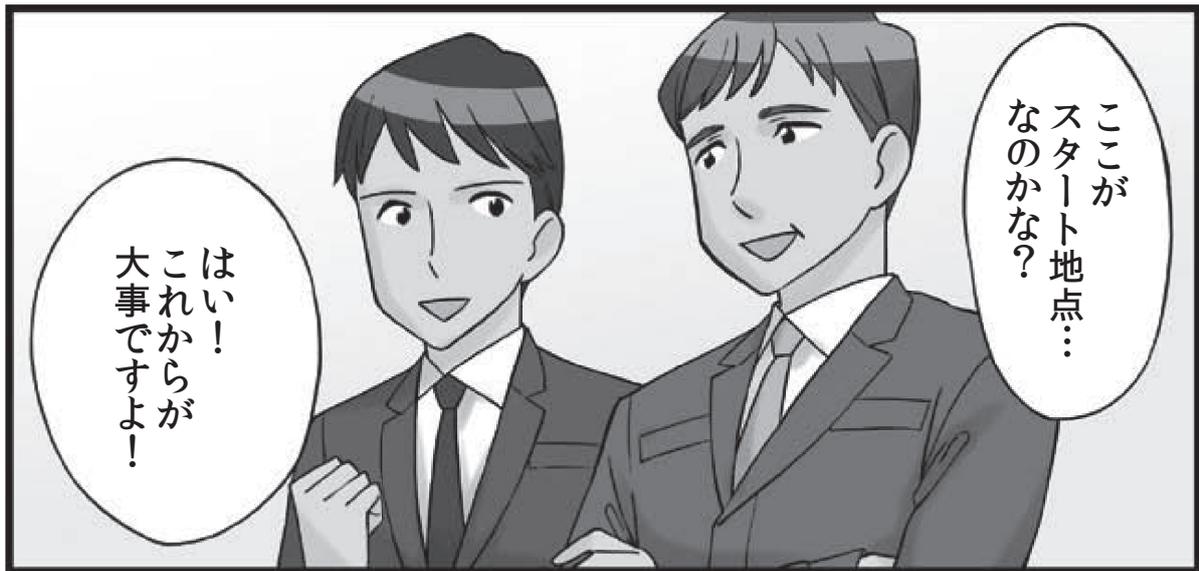
「産業保健
総合支援センター」には
両立支援促進員も
配属されています



そして復職の日

無事退院して
復職したCさんを
工場スタッフ総出で
迎えました





両立支援プラン

事業者は、労働者が治療をしながら就業の継続が可能であると判断した場合、業務によって疾病が増悪することがないように就業上の措置等を決定し、実施する必要がありますが、その際必要に応じて、具体的な措置や配慮の内容及びスケジュール等についてまとめた計画のことです。

労働衛生機関・健診機関

企業の健康診断や作業環境測定、産業医活動などのサービスを提供し、主に大企業と比較して十分な資源が社内に無い、中小企業の産業保健活動全般の支援を行っています。小規模企業では社会保険労務士と並んで企業外労働衛生機関・健診機関が、従業員の健康についての相談相手になっているとの報告もあります。

2017年度に研究班が、労働衛生機関・健診機関に行った調査では、事業場担当者からの両立支援に関する相談に対して、13.6%の労働衛生機関がすでに対応しており、45.5%が今後取り組みたいと回答していました。また、労働衛生機関・健診機関が、両立支援に取り組む際に支援を得たい外部機関のトップは産業保健総合支援センターでした(18.2%)。

乳がん

乳がんは、乳房にある乳腺にできる悪性腫瘍です。乳がんの多くは乳汁を運ぶ乳管の上皮細胞にできる乳管がんです。そのほかに母乳を作る小葉にできる小葉がんなどがあります。

ホルモン療法

乳がんのホルモン療法(抗ホルモン療法)とは、女性ホルモンのエストロゲンを栄養として大きくなるがん細胞(ホルモン感受性乳がん)に対して行う治療法です。エストロゲンを抑えることにより、がん細胞を縮小させたり、再発を予防したりします。仕事に影響する副作用としては、ホットフラッシュという症状があります。ホットフラッシュとは、突然、かっと思ったり、汗をかいたり、胸から顔面にかけて赤くなったりします。動悸や不安、睡眠障害が生じることもあります。また、頭痛、気分が落ち込む、イライラする、やる気が起きない、眠れないなどの症状が現れることがあります。詳しくは、こちらのホームページをご参照ください。
<http://jbcs.gr.jp/guideline/p2016/>

漫画に登場する主な用語集

治療と仕事の両立支援について

御社のことをよく知っている、ノウハウのある大切な社員が病気になった時、会社が適切な支援を提供することで、退職をせずに、治療を続けながら仕事を継続することができる時代になっています。治療を続けながら仕事を継続できるように、会社が社員を支援することを、「両立支援」と言います。その時に、まず、参考にする資料として、「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」が厚生労働省から公表されています。

中小企業では、社内に十分な人的な資源がないために、両立支援のノウハウがなく、対応に戸惑われるかもしれません。ただ、案外身近に、そのようなときの相談先があるかもしれません。まずは、身近な機関に相談をされてみてください。



産業保健総合支援センター

全国47都道府県に設置されていて、職場の健康管理への啓発を行っています。治療と仕事の両立支援については、個別訪問支援、事業者啓発セミナー、個別調整支援、窓口での相談対応を行っています。

●個別訪問支援とは

これから両立支援に取り組む企業等の依頼を受けて、両立支援促進員（社会保険労務士、医療ソーシャルワーカー、保健師等の専門家）が事業場を訪問し、治療と職業生活の両立支援に関する制度導入の支援や管理監督者、社員等を対象とした意識啓発を図る教育を実施します。

●個別調整支援とは

両立支援促進員が、事業場に向いて個別の患者（社員）に係る健康管理について、事業者と患者（社員）の間の仕事と治療の両立に関する調整支援を行い、両立支援プラン・職場復帰支援プランの作成を助言、支援します。この支援は、患者（社員）又は患者（社員）から主治医の意見書が提出された企業担当者や産業保健スタッフ等からの申出により実施します。支援の実施に当たっては、ご本人の同意が必要になります。

<https://www.johas.go.jp/Default.aspx?TabId=578>

両立支援促進員

両立支援に取り組む事業場の支援を行うために、各産業保健総合支援センターに配置されています。看護師、保健師、社会保険労務士、キャリアコンサルタントなど、色々な専門性を持っています。

研究班HP:

<http://www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/bs/result.html>

マニュアルはこちらのHPからダウンロードできます。

治療と仕事の両立支援について研究班の成果を掲載しています。



責任編集

江口 尚(北里大学医学部公衆衛生学)、森口次郎(分担研究者)、鳩原由子(研究協力者)

発行：2019年2月

デザイン・印刷：第一資料印刷株式会社

中小企業における

治療と仕事の

両立支援のススメ

Vol.3 ～社会保険労務士の活用～



本書の作成は、平成30年度厚生労働省労働省労災疾病臨床研究事業費補助金「治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究」(研究代表者:堤明純)の助成によって行われた。

研究班HP:

<http://www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/bs/result.html>

マニュアルはこちらのHPからダウンロードできます。

治療と仕事の両立支援について研究班の成果を掲載しています。



責任編集

江口 尚 (北里大学医学部公衆衛生学)

森本英樹 (研究協力者)、平松利麻 (研究協力者)、柴田善幸 (研究協力者)

発行：2019年3月

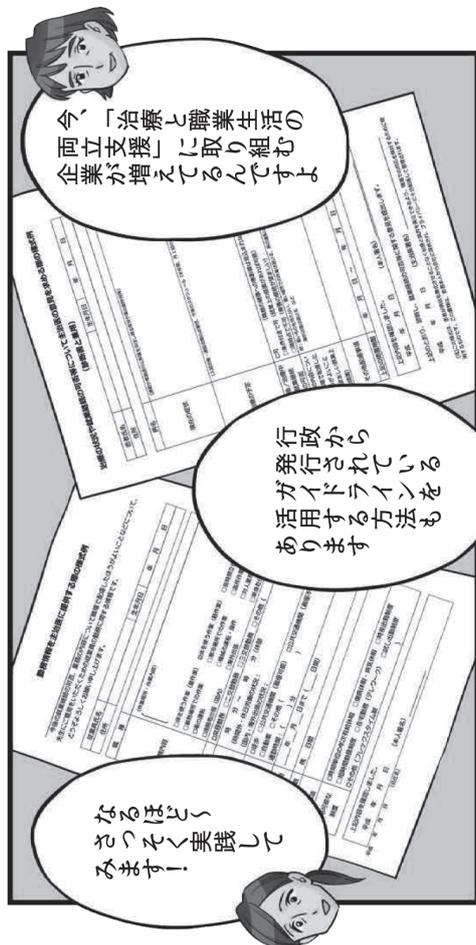
デザイン・印刷：第一資料印刷株式会社



治療を続けながら 働くために。

労働者の治療と仕事の両立は、
さまざまな制度によって支援をされています。
労働者が治療を続けながら働くために、
経営者にもできることがあります。
対応に迷われたら、まずは、
専門家にご相談ください。







漫画に登場する主な用語集

治療と仕事の両立支援について

御社のことをよく知っている、ノウハウのある大切な社員が病気になった時、会社が適切な支援を提供することで、退職をせずに、治療を続けながら仕事を継続することができる時代になっていきます。治療を続けながら仕事を継続できるように、会社が社員を支援することを、「両立支援」と言います。その時に、まず、参考にする資料として、「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」が厚生労働省から公表されています。

中小企業では、社内に十分な人的資源がないために、両立支援のノウハウがなく、対応に戸惑われるかもしれません。ただ、案外身近に、そのようなときの相談先があるかもしれません。まずは、身近な機関に相談をされてみてください。ガイドラインにはその情報も載っています。



社会保険労務士

企業の成長には、お金、モノ、人材が必要ですが、社会保険労務士はその中でも人材に関する専門家であり、「労働及び社会保険に関する法令の円滑な実施に寄与するとともに、事業の健全な発達と労働者等の福祉の向上に資すること」を目的として、業務を行っています。社会保険労務士は、企業における採用から退職までの「労働・社会保険に関する諸問題」や「年金の相談」に応じるなど、業務の内容は広範囲にわたります。人を大切にすることをくりの専門家と言えるかもしれません。

治療と仕事の両立支援は医学的な評価・理解、適正な労務管理、社会保障制度の活用がいずれも重要です。社会保険労務士はそれぞれの職場を理解した上で、就業規則を含めた「働きやすい職場づくり」への提案や、場合によっては障害年金、助成金などの利用についての有用な情報を提供し、企業での取組みをサポートしてくれます。特に、社内の資源に限りのある中小企業にとって頼れる存在です。また、実際に社会保険労務士に相談することで状況が改善したと会社が感じた割合は72.3%という調査もあります。

従業員が病気が罹患しても退職することなく、治療をしながら仕事を続けられるよう社会保険労務士など労務管理の専門家を活用しながら、これらを解決してみたいかかでしょうか。

東京都福祉保健局「がん患者の就労等に関する実態調査」報告書 2014年
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/gan_portal/soudan/ryouritsuru/other/houkoku.html

網膜色素変性症

網膜色素変性症は65歳以下の失明原因の1位で、患者数は3-4万人で、指定難病となっています。35歳前後で診断されることが多く、徐々に進行し、視覚障害、羞明(まぶしさを自覚しにくい)、夜盲、色覚異常などの症状があります。かなり進行するまで本人が症状を自覚しにくい。治療法は未だ確立されておらず、最終的には高度な視覚障害をきたすことが多いが、進行の速さやパターンは個人差が大きいと言われています。眼科領域の難病患者の治療と仕事の両立支援については、こちらの情報が参考になります。

<http://www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/docs/science6.pdf>

主治医と意見交換をする際の留意事項

治療と仕事の両立支援を行う上で、主治医から、本人の治療の状況や今後の見通しについて情報を得ることはとても重要です。その際の様式例は、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に記載されていますので参考になるでしょう。主治医と効率的に意見交換をするためには、会社が懸念していることを具体的に質問することがポイントになります。産業医や保健師などの医療職が社内にいる場合には、そのような方に相談したり、そのような方がいない小規模な事業場では、社会保険労務士に相談することも一つです。

労働者の健康情報については、そのほとんどが個人情報保護に関する法律で定められる「要配慮個人情報」に該当する機微な情報です。そのため、情報のやり取りについては、本人の同意が不可欠であることには留意しましょう。また、面接をするときには、プライバシーが確保された場所で行うようにしましょう。

参考情報「労働者の心身の状態に関する情報の適正な取扱いのために事業者が講ずべき措置に関する指針」<https://www.mhlw.go.jp/content/000350672.pdf>

参考となるホームページ

- 厚生労働省 治療と仕事の両立支援ナビ
<https://chinyoutoshigoto.mhlw.go.jp/>
- これからの治療と職業生活の両立支援を考える研究会
<http://www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/bs/>

第2回

2018年12月22日(土)

13:30-16:30

ヒューリックホール&

ヒューリックカンファレンス

これからの治療と就業生活の
両立支援を考える研究会報告書

中小企業における 両立支援の進め方

これからの治療と就業生活の両立支援を考える研究会

第2回 中小企業における両立支援の進め方



目次

I	研究班から：研究班の活動から見てきたこと	03
	北里大学医学部公衆衛生学 教授 堤 明純	
II	基調講演 中小企業経営者が治療と仕事の両立支援を進めるメリット、 避けるデメリット	08
	鳥飼総合法律事務所 弁護士 小島 健一	
III	シンポジウム1 産業医兼社会保険労務士の立場から	22
	森本産業医事務所 代表 森本 英樹 (医師・社会保険労務士)	
IV	シンポジウム2 衛生管理者・人事の立場から	27
	合同会社アール CEO 對木 博一	
V	シンポジウム3 企業外労働衛生機関の立場から	30
	一般財団法人 京都工場保健会 理事 森口 次郎	
VI	シンポジウム4 当事者の立場から <1>	33
	一般社団法人 全国心臓病の子どもを守る会 会員 吉田 夏未	
VII	シンポジウム5 当事者の立場から <2>	37
	一般社団法人 全国心臓病の子どもを守る会 事務局長 下堂前 亨	

これからの 治療と就業生活の 両立支援を考える 研究会

第2回

2018
SAT 12 / 22

無料 13:30-16:30

会場 / ヒューリックホール&
ヒューリックカンファレンス

東京都台東区浅草橋 1-22-16 ヒューリック浅草橋ビル
JR 総武線 浅草橋駅 (西口) より徒歩 1 分
都営浅草線 浅草橋駅 (A3 出口) より徒歩 2 分

近年、わが国においては、がんや難病をはじめとする様々な病気について、治療技術の進歩により、それらの病気を持ちながらも、一定の配慮があれば、就労可能な労働者が増加しています。政府も、一億総活躍社会の実現に向けて、治療と職業生活の両立支援（以下、両立支援）を積極的に推進しています。厚生労働省からは、2016年2月に「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」が公表されました。その結果、両立支援を進めるために、当事者を取り巻く関係機関の連携が進んできました。一方で、関係機関の連携が進むにつれ、色々な課題も見えてきました。特に、経営資源に限りのある中小企業においては、大企業以上に両立支援を進めにくい現状があります。そこで、当事者の方々や、両立支援に関わる様々な職種の方々が、これからの両立支援について共に考える場を設けたいと考え、研究会を企画しました。第2回目の今回は、テーマを「中小企業における両立支援の進め方を考える」として、中小企業にかかわる職種の連携の点から、治療と仕事の両立支援を考えたいと思います。

本研究会は、平成 30 年度厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金「治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究」（研究代表者：堤明純）の支援により実施されます。

中小企業における 両立支援の進め方

プログラム

研究班から：
研究班の活動から見えてきたこと
北里大学医学部公衆衛生学 教授 堤 明純

基調講演

中小企業経営者が治療と仕事の両立支援を
進めるメリット、避けるデメリット
鳥飼総合法律事務所 パートナー弁護士 小島 健一

シンポジウム

産業医 兼 社会保険労務士の立場から
森本産業医事務所 代表 森本 英樹
(医師・社会保険労務士)

衛生管理者・人事の立場から
合同会社アール CEO 對木 博一

企業外労働衛生機関の立場から
一般財団法人京都工場保健会 理事 森口 次郎

当事者の立場から
一般社団法人 全国心臓病の子どもを守る会
会員 吉田 夏未 / 事務局長 下堂前 亨

事務局 / 北里大学医学部公衆衛生学単位
(担当：江口 尚)

TEL:042-778-9352 FAX:042-778-9257
E-mail:syuroushien@gmail.com

事前登録制

[定員 50 名程度]

どなたでもご参加いただけます

研究会ホームページへ
[www.med.kitasato-u.ac.jp/
~publichealth/bs/](http://www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/bs/)





研究班から：研究班の活動から見えてきたこと

北里大学医学部公衆衛生学 教授 堤 明純

これからの治療と就業生活の両立支援を考える研究会

【第2回】中小企業における両立支援の進め方を考える



中小企業にかかわる職種の連携から治療と仕事の両立支援を考える

はじめに、本日の課題を共有させていただければと思います。第2回研究会は中小企業における両立支援の進め方を考えるというテーマで、副題として中小企業にかかわる職種の連携から治療と仕事の両立支援を考えることとしています。

疾病を抱える労働者の健康確保対策の推進



治療と仕事の両立とは、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の継続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

皆さんご存知の通り、働き方改革実行計画の一環として、いわゆる治療と仕事の両立はその大きな柱となっています。皆さんが問題意識を持ちながらチャレンジしているところです。

課題

- 病気休業は法制化されていないため、治療と仕事の両立支援は、事業者にとって法律・規則等のもとで義務として実施するものではない。
- 治療を受けながら就業を続けるには、たとえば、治療や通院のための短時間勤務や、短期・長期の休暇取得制度が求められるが、そのような制度や就業規則の変更に係る企業側の環境整備が間に合っていない。
- 労働者と事業場と医療との情報共有が必要だが、共通言語ではないことが多い。医療という専門性や社会福祉資源の複雑さから、患者や家族だけでは対処できないことも多い。

課題

- 患者ニーズに応じた働き方の選択肢の提供。
 - 病気休暇制度のある企業割合22.4% (厚労省H25)
 - 病気休業からの復職支援プログラムのある企業11.5%
- ⇒治療と仕事を両立できる社内制度の整備や職場の理解の醸成が課題
- 患者にとって身近な相談先の整備
 - がん診療連携拠点病院において、就労専門家の配置やハローワークとの連携による相談支援体制は38%
 - 患者サポート体制充実加算の算定医療機関数は横ばい
- 医療機関の就労支援機能は量・質とも不足

現時点でもかなり多くの課題が明らかになっています。病気の休業は、現時点では法制化されていないので、治療と仕事の両立支援は事業者が義務として実施するものではないこととなります。それから、治療を受けながら就業を続けるには、例えば治療や通院のための勤務の短時間化や、短期・長期の休暇取得などが求められますが、そのような制度や就業規則の変更に係る環境整備がなかなか間に合わないところもあります。また、罹患されている労働者と、事業者、医療との間で情報が上手く共有されることが両立支援を進めることになるのですが、私達は言葉が少し違います。いわゆる専門的な医療用語と会社で使う用語は違いますので、上手くコミュニケーションを取れないという問題があります。医療という専門性や社会福祉資源の複雑なところから、患者や家族だけでは対処できないことも多く、制限があります。

本来でしたら、患者のニーズに応じた働き方の選択が出来れば良いのですが、それがなかなか出来ないことが数字で示されています。ですので、治療と仕事を両立できる社内制度の整備や職場の理解などの醸成が課題としてあります。さらに、患者さんにとって身近な相談先が整備されることが望まれています。がん診療連携拠点病院等には、就労専門家の配置、ハローワークとの連携といったものが置かれようとしていますが、相談体制の整備はなかなか進んでおりません。最近、医療では保険点数に入ってきたので少し進んできたところですが、患者さんのサポート体制に関連する医療費関係のサポートは、まだまだ少ないです。それから医療機関の就労支援機能が、量や質ともに不足しているのが現状です。

治療と仕事の両立支援	
課題 治療と仕事が両立可能な環境が必要 <ul style="list-style-type: none"> 治療と仕事の両立に向けては、主治医や会社と連携したコーディネーターによる支援が必要 患者にとって身近な相談先が不足している 治療と仕事の両立に向けた柔軟な休暇制度・勤務制度の整備が進んでいない 	働き方改革実行計画に基づく今後の対応 <ol style="list-style-type: none"> 1. 会社の意識改革と受入れ体制の整備 2. トライアングル型支援などの推進 治療と仕事の両立が普通にできる社会を目指す

働き方改革実行計画の治療と仕事の両立支援を進めていくにあたり、今後の対応として治療と仕事の両立が可能な環境をまずは整えていこうということで、会社側には意識改革や受入れ体制の整備が進むような色々な情報提供や仕組み作りが推進されます。それから、患者さんと企業、主治医とを結ぶコーディネーターの役割を持った方が入り、トライアングル型の支援を推進することが挙げられています。治療と仕事の両立が普通にできる社会を将来的に目指そうということです。



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(厚生労働省 2016年2月)

がんや脳卒中など、治療が長く継続する疾患を抱える労働者の治療と就労の両立ができるよう・・・

企業が取り組むべき環境整備

- 研修等による両立支援に関する意識啓発
- 相談窓口の明確化
- 休暇・勤務制度の整備

医師に求められる就業配慮の意見書

- 様式例集、支援制度・機関各疾患の留意事項

企業・医療機関連携のためのマニュアル(全体版)

この流れの中で初期からガイドラインが作られています。皆さん、よくご存知かと思いますが、「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」です。がんや脳卒中など、治療が長く継続する疾患を抱える労働者の治療と就労の両立ができるよう、企業が取り組むべき環境整備や、そのためにどうしたら良いかという指針が紹介されています。それから、医者側に就労配慮のための色々な意見書を書いていただくにあたっての様式や、支援のための雛形などが作られており、その普及が進められています。

治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究(労災疾病臨床研究事業170401-02)

研究者名	所属機関・職名	分担する研究項目
堤明純	北里大学医学部公衆衛生学・教授	研究総括、調査企画、研究班会議の開催、成果物のまとめ
渡辺哲	神奈川産業保健総合支援センター・所長	産業保健総合支援センターによる両立支援の検討
久保田昌嗣	大阪労災病院治療就労両立支援センター・部長	労災病院両立支援センターによる両立支援の検討
荻野美恵子	国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター・教授	疾患拠点別病院による両立支援の検討
錦戸典子	東海大学健康科学部看護学科・教授	中小企業における産業保健による両立支援の検討
森口次郎	一般財団法人京都工場保健会・理事	企業外労働衛生機関による両立支援の検討
北居明	甲南大学経営学部・教授	経営学的視点からの活動評価指標、調査への助言
井上彰臣	北里大学医学部公衆衛生学・講師	活動評価指標のとりまとめと作成
江口尚	北里大学医学部公衆衛生学・講師	当事者からの好事例収集、支援モデル、活動評価指標の作成と検証、研究会開催、HP作成

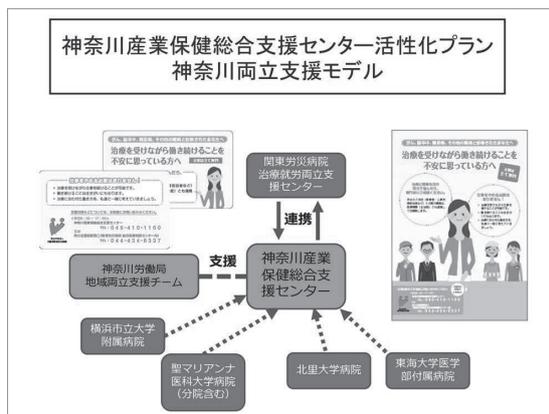
治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究(労災疾病臨床研究事業170401-02)

研究者名	所属機関・職名	分担する研究項目
堤明純	北里大学医学部公衆衛生学・教授	研究総括、調査企画、研究班会議の開催、成果物のまとめ
渡辺哲	神奈川産業保健総合支援センター・所長	産業保健総合支援センターによる両立支援の検討 神奈川におけるNWと難病事例の蓄積
久保田昌嗣	大阪労災病院治療就労両立支援センター・部長	労災病院両立支援センターによる両立支援の検討 がん患者へのアプローチ
荻野美恵子	国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター・教授	疾患拠点別病院による両立支援の検討 専門医の啓発・脳血管障害事例の検討
錦戸典子	東海大学健康科学部看護学科・教授	中小企業における産業保健による両立支援の検討 包括的支援者として保健師の役割
森口次郎	一般財団法人京都工場保健会・理事	企業外労働衛生機関による両立支援の検討
北居明	甲南大学経営学部・教授	経営学的視点からの活動評価指標、調査への助言
井上彰臣	北里大学医学部公衆衛生学・講師	活動評価指標のとりまとめと作成
江口尚	北里大学医学部公衆衛生学・講師	当事者からの好事例収集、支援モデル、活動評価指標の作成と検証、研究会開催、HP作成

国の方は研究費を出しております。「この研究班に両立支援をある部分で進めていただく」という形で、3つ程の

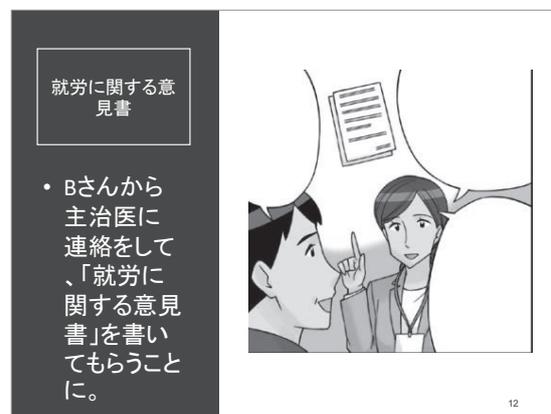
研究班が立ち上がっております。私たちの研究班は、スライドに記載のメンバーで様々な仕事を進めております。今年は3年間の2年目にあたりますが、幾つか進んでいることがありますのでご紹介させていただきます。

神奈川県内でネットワークを作り、理想的にはワンストップで患者さんが相談したら直ぐに支援が受けられるような、患者さんのための仕組みが出来ないか模索しております。また、神奈川産業保健総合支援センターでは、いわゆるNPO法人で難病支援を行っている機関とネットワークを作り、体制を作っていくとしております。労災病院関係では、元々作られていた仕組みの中で労災病院の両立支援センターがありますが、上手く機能するようにと仕事が進められております。特にがん患者へのアプローチに関しては、心理的な側面もありますので、そういったサポートも含めて研究を進めております。さらに、難病や脳血管疾患、脳卒中の方々の両立支援も大切です。研究班では、専門医にそのことについてよく知っていただき、上手く患者さん達を支援していただこうと進めています。調査を行いながら啓発し、上手く機能していただきたいと進めております。様々な支援組織がありますが、それらを上手く結ぶために保健師さんを中心に産業保健職の皆さんがどのように機能すれば良いのかも考えられています。今日は、中小企業に大きく関わる企業外労働衛生機関がどのような形でサポート出来るのかについて、森口先生からお話をいただけたと思います。また、サポートグループになりますが、活動をきちんと評価して進めていくために、活動の評価指標を経済学的环境も取り入れながら作ろうとしているところです。これが現場で役立てられるように模索しております。それから、江口先生が今日の研究会を開催しておりますが、このような研究会を含めて情報を広め、逆に皆さんから様々な情報を入手し、さらに発信していくための媒体を作っていくとしております。



研究班が行っていることを図でご説明致します。神奈川県の関係諸機関がネットワークを組めれば、こういったことが進められるのではないかと考えています。神奈川県では産業保健総合支援センターが1つの核となり、労災病院

や県内の大学病院が連携して、このセンターに患者さんが集中して相談が出来るという仕組みを作ろうとしています。また、神奈川産業保健総合支援センターは、いわゆる公的な機関からだけでなく、NPO組織からも情報収集ができるようなネットワークを作り、患者さんの流れを上手く作っていくよう進めております。その1つの媒体としてポスターやカードなどを作って、各病院にこのような支援があるという情報を発信し、それを元に患者さんの相談にのっていただくという流れができればと考えております。このポスターやカード等をどのように使っていけば良いかに関して、今日お配りしたハンドブックの冊子に漫画で入っております。患者さんが使えるものを作っております。



ハンドブックの漫画を少しで紹介します。パーキンソン病のAさんが、だんだん仕事が出来なくなってきて悩んでいるところから漫画が始まります。先ほどのポスターの情報を目にして、病院のソーシャルワーカーさんにお話をすると、今の仕組みの説明を受けます。主治医から就労に関する意見書を書いていただくことになっておりますので、それを書いてもらって会社に持っていくという流れです。

衛生管理者のCさんに相談

Cさんは、しかし、はじめてのことで不安



両立支援促進員

- Bさんから紹介を受け、産業保健総合支援センターの両立支援促進員のCさんが職場に派遣



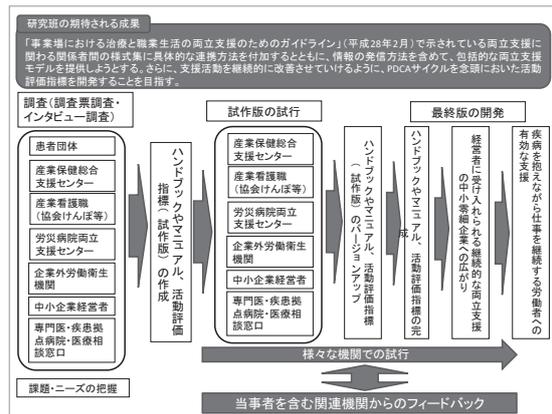
ところが会社に持っていったも、会社にその経験がないと衛生管理者のCさんが「どうしたらいいんだ」と困るような状況が発生しております。この後、産業保健総合支援センターに相談を持っていき、両立支援促進員の方を派遣していただきます。



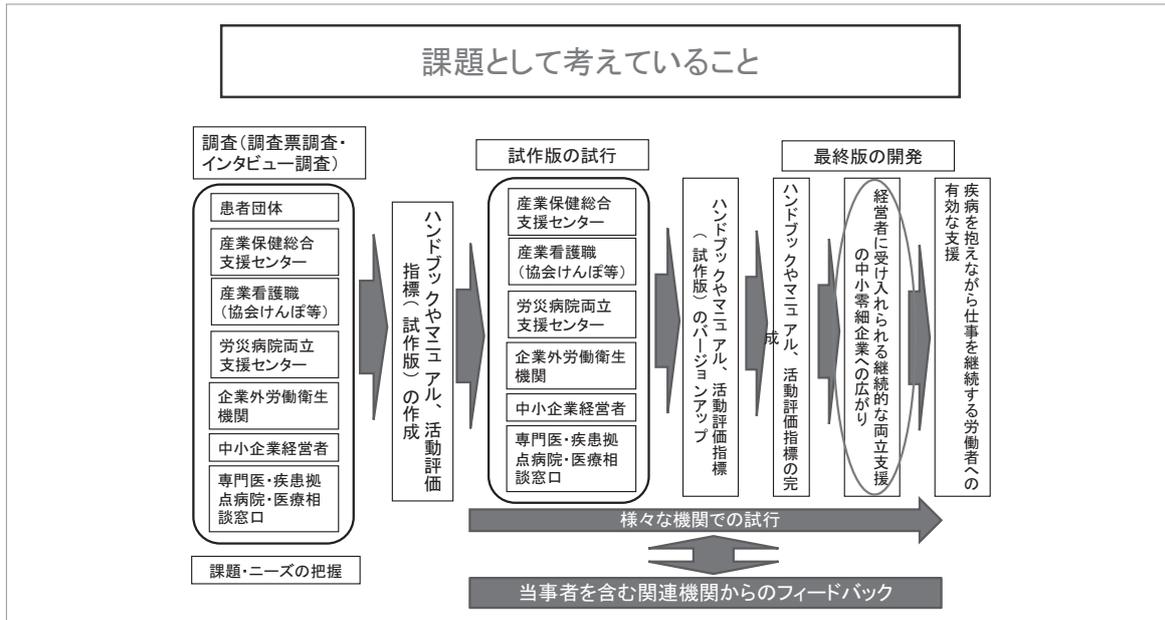
両立支援プラン

両立支援促進員による助言を受けて両立支援プランを作成

その支援によってこの会社で両立支援のプランを立てることができるという成功ストーリーのような感じでご紹介しています。このようなことを1度でも経験すると、その経験を元にまた動いていけるということも含めて、様々な情報提供をしています。今日の話の文脈で言いますと、中小企業で衛生管理者の方に上手く機能していただく必要がありますので、この方々に情報等が届く形が求められていることになります。



漫画も含めてですが、色々な情報の媒体や仕組みを、まず大きな枠組みを作って関係各所で実際に使っていただくと考えております。様々な機関で試行していただいて、当事者の皆さんから情報をいただくことで、仕組みが回るかどうか、情報源が使えるかどうかを検証しながら進めていくのが研究班の1つの戦略です。



この中で一番の課題が、経営者に受け入れられる組織的な両立支援が中小企業に広まっていくかどうかです。先程は成功事例という形でご紹介しましたが、スムーズに受け入れていただくには少し壁があると言われております。様々な課題があることを認識しております。

これからの治療と就業生活の両立支援を考える研究会

【第2回】中小企業における両立支援の進め方を考える

第2回

2018 SAT 12 / 22

13:30-16:30

会場 / ヒューリックホール&ヒューリックカンファレンス

中小企業にかかわる職種の連携から治療と仕事の両立支援を考える

- 産業医兼社会保険労務士の立場
- 衛生管理者・人事の立場
- 企業外労働衛生機関の立場
- 当事者の立場

関係者のネットワークの醸成

今日は関わりのある職種の方々から様々なインプットをいただき、さらに両立支援を進められるよう勉強していきたく思っております。最初に小島先生から基調講演をいただいた後に、社会保険労務士や産業医の先生にお話をいただきます。それから衛生管理者・人事の立場、会社の立場でのお話、そして企業外労働衛生機関の立場で連携についてお話しいたします。当事者の方からは、困っていることも含めて具体的な良い情報をいただきます。中小企業に関わる職種の連携から治療と仕事の両立支援を考えていこうというのが今日の趣旨となります。これといった成功と呼べるものは出ないかもしれませんが、私達が課題を認識することで、次に繋がることもあるかもしれません。色々な情報を皆さんからいただければと期待しております。

また、もう1つの期待として、研究会を通じて関係者の

ネットワークを広げていきたいと思っております。皆さん、既によくご存知の方もいらっしゃるかと思いますが、それ以外に横に繋がっていくことが出来たら、今まで知らなかったソリューションが広がっていくかと思っております。そのようなネットワークを是非この会で作っていただければと思います。



皆さんからいただいた情報は、ホームページ等を活用して広めていきます。このようにしたら両立支援は進むかもしれないという情報を発信していきたいと思っております。お話しいただく先生方からはもちろん、皆さんからも色々な情報をいただけたらと希望しております。どうぞよろしくお願い致します。



基調講演

中小企業経営者が治療と仕事の両立支援を進めるメリット、避けるデメリット

鳥飼総合法律事務所 弁護士

小島 健一

2018年12月22日
これからの治療と就業生活の両立支援を考える研究会
【基調講演】

中小企業経営者が治療と仕事の両立支援を進めるメリット、避けるデメリット

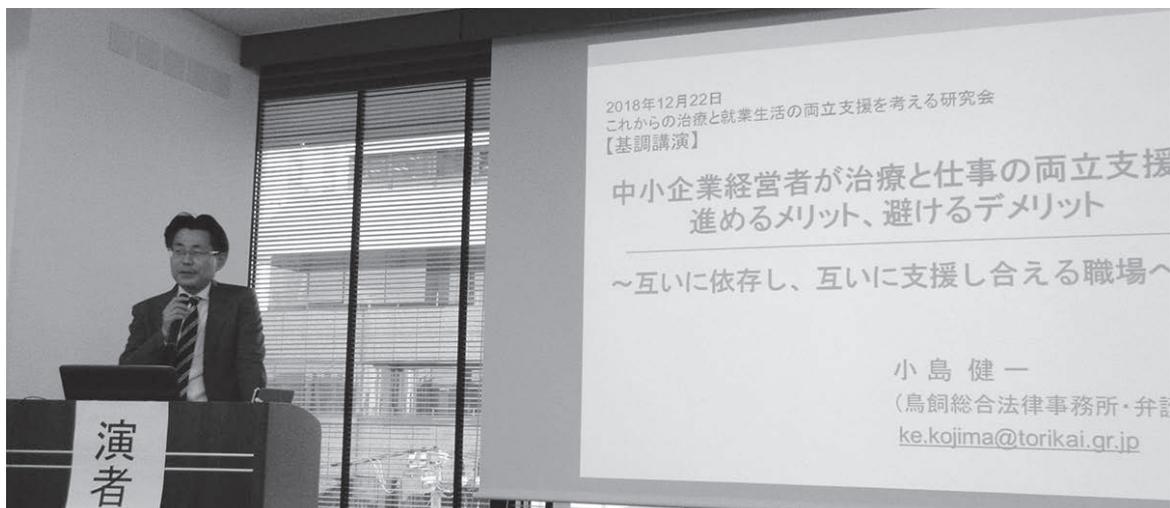
～互いに依存し、互いに支援し合える職場へ～

小島 健一
(鳥飼総合法律事務所・弁護士)
ke.kojima@torikai.gr.jp

本日のスライドはがんや難病と仕事との両立支援のテーマに絞っていないのですが、広く視点を変えていただくことで中小企業の社長さんに両立支援や難病・がんの方が働く意味を分かってもらう1つのきっかけになるのではと思います、お話ししたいと思います。堤先生から、中小企業における両立支援の課題として、法律等の義務によって実施するものではないとお話がありました。確かに両立支援推進法や強制法などといった法律はありません。しかし、障害者雇用に関し、障害者雇用促進法という法律があります。ついこの間までは法定雇用率を目指しなさいという意味合

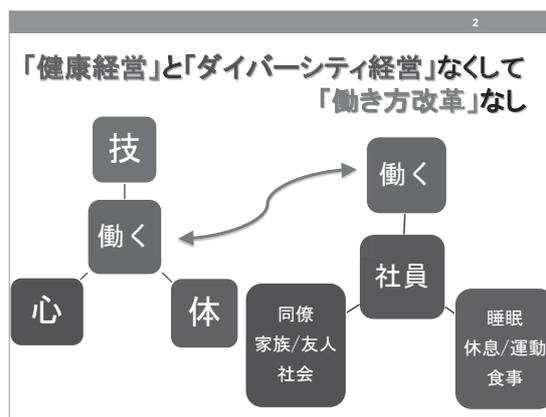
いがほとんどでした。ところが、2年前の改正で、差別禁止という意味合いも含め、合理的配慮の提供が義務化されました。法律家として申し上げますと、両立支援というのは障害者雇用の文脈で言う合理的配慮の提供とほとんど同じことだと思っております。今日のスライドも、障害者雇用支援をされているジョブコーチなどに向けて11月にお話しさせていただいた時のものを持ってきました。その時は主に精神障害や発達障害の方を念頭に置きながら話をしたのですが、がんや難病の場合と共通しているところがあると思います。つまり、歩けない、耳が聞こえない、目が見えないというのは比較的障害者として分かりやすい障害だと思えますが、どうしても疲れやすい、痺れてしまうといった目に見えない支障があること、それから、がんとなった直後や治療過程でのメンタル面の支援がとても大事であることは、精神障害などと共通するところだと思います。そう考えると、経営者にとって両立支援は間違いなく法的な義務だということで、その意味合いについてお話ししたいと思います。

先程、課題の2点目として、制度や就業規則など、企業側の環境整備が充分ではないという指摘がありました。実は私は人事・労務が専門の弁護士ですので、就業規則を作ったり、直したり、あるいは既存の就業規則を前提とし



て様々な労務問題を解決するお手伝いをしています。就業規則は法律ではありません。これは、民間の会社が自分で作ったものです。「制度がありませんから」「就業規則がこうなっていますから」で終わりではありません。労働契約を結ぶのが面倒で、大体一緒だからと1つに纏めたものなので、合意の集積であって、法律ではありません。ですから、当事者との話し合いで変えることは自由なので、「制度がないから出来ません」「規則はこうです」ということではなく、どのように緩めて一人ひとりに合う会社にしていくかにおいて、私は対話が非常に重要になってくると思っています。つまり、私が問題提起したいこと、お伝えしたいことは、先程の合理的配慮提供義務について何か大変なものを提供しろという話ではなく、個々の状況やニーズに応じて出来ることをしていくというたったそれだけのことです。しかし、問題は、分からないとか見えないからという理由で誤解や先入観もあり、対話がなされないから誤解があるままお別れすることになっていることです。いかに対話を促進するかと、それによってルールや制度を個人に合うように変えていくことが課題だと思います。そういったことをお話し出来ればと思っています。

こういった場では一人ひとりの労働者の立場に立って徹底的に寄り添う話をするようになりますが、私の仕事の99%は依頼者である会社に対してコンサルティングや支援をすることです。ですので、今日は出来る限り経営者目線で、経営者にとってどのような意味があるのかを意識しながらお話ししようと思います。特に今日は社労士の先生が多くお見えですが、やはりこれから日本の中小企業の活力を高めるためには、社会保険労務士さんの活躍が欠かせないと思っています。健康経営もそうですが、両立支援も注目されていますので、これを追い風にして是非企業に対してコンサルティングを提供したり、社長の参謀として頼りにされ、常に悩みを相談されて、その解決を一緒に考えていたりしていただきたいと思っています。社労士さんでそれを実践されている方は沢山いらっしゃると思いますが、是非儲かる仕事として広げていただきたいと応援しております。ひいてはそれが私にとっても有難いことです。なぜかと言いますと、日本企業や日本人に多く言えることですが、目に見えない相談、助言はタダだと思っているところがあります。我々個人でもそのようなところがあります。物であればお金を支払うのに、人からアドバイスを受けたり、人に何か世話をしてもらって解決したりすることには、きちんとお金を支払うという意識が弱いと思います。ですので、社労士さんも苦労されているし、我々も苦労しています。対価をもらってやらないとレベルが上がっていきませんし、ボランティアでやっている限り本気の競争にはなりません。そういった意味で、是非、企業にお金をいただきながら提供していく形にしていただけたらと思い、そのヒントをお伝えしたいと思っています。



今日は私の本音が出るかと思います。このスライドは、どの講演でも出すようにしています。私は「健康経営とダイバーシティ経営なくして働き方改革なし」とお話ししております。健康経営とは流行りの言葉ですが、要は心と体の健康です。健康であれば良いという意味でなく、人間が生身の人間であることを忘れず、一人ひとりについてきちんと見るといことです。それに基づいた経営をするというのが本当の働き方改革です。ダイバーシティ経営というのは、多様化、個別化によって、人それぞれがバラバラに色々なものを家庭や見えないところで抱えている中で、会社はどうするかということです。皆、会社では標準的な普通の顔をしています、背景に色々なものを背負っているわけです。そこを会社としてどう取り込んで、活かしていくかです。働き方改革は、この2点に尽きるのではないかと思います。これをしっかりやれば、長い労働時間も短くなっていくし、あるいはある程度労働時間が長くても過労死や過労自殺などのカタストロフィーは無くなります。

経営者は、どうしても「技」である仕事のスキルやパフォーマンスといった目に見えるものだけを見てしまいがちです。しかし、働くことのベースには心と体があり、社員が働く背後には、生身の体で食事をし、運動をし、睡眠をとるとい生活があります。その人の生活、家族、友人という全部を今まで会社は見ずに来ました。それらは私的なこととして切り離すことが社員の務めであり、個人の事を会社に持ち込まないことが、当たり前のように考えられていたと思います。ですが、イノベーションや新しいことを生み出すような会社はもう気付いております。結局、それをいかに仕事場に出させるかという工夫を練っております。皆が同じように何かに従って本当の自分を隠している状態で働いていても、何も新しいものは生まれてこないし、改革も出来ないと、私は経営者にお話ししております。

3

□ めざすべき「働き方」とは？

①「居場所」がある
自分の存在(仕事・職場)に誇りを持てる

②「出番」がある
他人(お客様・仲間)のために働くことが喜びになる

③個性(能力・感性)の「発揮」をためらわない
おそれを乗り越え、在りのままの自分を表現しても、受け容れられる

④人間関係・健康問題・家庭責任等にかかわらず「没頭」できる
時間の感覚がなくなるほど、我を忘れて、仕事に夢中になる

⇒ 人と組織の双方が、
活力と創造性を増すことによって、
新たな価値を生み出すことができる

目指すべき働き方について、4つのことを挙げております。よく言われるのが、「①『居場所』がある」と、「②『出番』がある」ということです。安心してその職場や会社で居ることができ、そして出番があって、活躍や貢献ができるという2つが無いと、人間は働くこと、あるいはどこかの共同体に属していることが難しくなります。居場所があるだけで出番がないと、居づらくて出ていくことになってしまふと言われてます。これを少し言い換えますと、私は「発揮」と「没頭」という言葉をキーワードと考えております。発揮とは、会社で被っている仮面を取って、本当の自分や、抱えている家族の様々なことなど、ありのまま職場で表現しても受け入れられるという安心感があることです。心理的安全と言われますが、それをいかに職場に作る事が出来るかが重要です。

また、従業員側もパフォーマンスを発揮するには、求められるものに一生懸命合わせることに汲々としてしまうのではなく、いかに自分らしさをこの場に持ち出して貢献できないだろうかと常に考える必要があります。このような発揮を意識したいと思っています。

それからもう1つ、私が産業保健や健康経営という、心と体の健康も含めたところが非常に重要だと思うのは、人間は悩みがあったり、体が痛かったり、疲れていたりすれば、仕事に没頭できないからです。色々なことが気になっていると、目の前の仕事に集中できません。しかし、フロー状態と呼ばれるような没頭して時間を忘れるような仕事の仕方が出来ると、色々なアイデアが浮かんだり、ミスをせずに仕事ができたりします。この状態をどのように作っていくかが、経営者にとっては一番の悩みかと思えます。では、どうしたらいいのでしょうか。

4

合理的配慮提供をめぐる「対話」

**□ “差別禁止”と
“合理的配慮提供義務”**

- 障害者雇用促進法の改正により導入
すでに2016年4月から施行
- 全ての事業主に義務づけ
 - ☛ 障害者雇用義務のない事業主も対象

まず、合理的配慮提供の話をしたと思います。医療の先生方とお話ししていると、障害者の分野での合理的配慮提供義務をご存知ない方が多いです。安全配慮義務にも大きな影響を与えます。それから解雇回避努力義務、いわゆる解雇権濫用法理についても、大きく変容しています。2年余り前からこの法律は施行されていますが、インパクトは非常に大きいです。労働時間の上限規制の比ではないと思っています。これで圧倒的に今までの日本の裁判所は変わります。既に裁判例でも現れています。アスペルガーなどの発達障害の従業員が手に負えない程の勝手な振る舞いをしたという理由で、会社が職場復帰をさせず、最後は辞めさせることになった裁判例が相次いでいます。裁判所は合理的配慮提供義務の趣旨を必ず検討し、会社がそれを尽くしたのかという観点で解雇や退職の有効性を判断するようになっています。まだ始まったばかりなので、会社が対応について知っていることにも限りがあるでしょうという考慮があるので、会社側がなんとか逃げ切っている例が多いです。しかし、はっきり言って法律ですから、これをしっかりやっていかないと、会社は退職や解雇についての裁判で負けることになると思います。一方で、障害当事者や労働者が額面通りに受け取って「じゃあ戦う」とやっても上手いきません。それで私が今日話したいことは、対話についてなのです。2016年4月から施行され、全ての事業主に義務付けられていますので、労働者を1人でも雇っていて、その方が障害者であれば対象になります。先に申し上げますが、手帳を持っているかどうかは関係ありません。さらには、診断を受けているかどうか関係ありません。もちろん判断は難しいかもしれませんが、それが要件ではありません。そうなりますと、人を雇っている以上は知らなければならぬことになります。

合理的配慮提供をめぐる「対話」

- 障害労働者の差別禁止
 - 「不当な差別的取扱い」が禁じられている
 - 均等取扱いと均衡取扱い
 - あることが、職務に影響がないなら、そのことを考慮しない同一の取扱いを、職務に影響があるのなら、その影響の大きさに応じた異なる取扱いをする

⇒ 職務への影響の差異に応じた取扱いならば、「不当な差別的取扱い」ではない
但し、合理的配慮を提供していることが前提

合理的配慮には差別禁止も含まれています。「差別はいけません」ということには「均等取扱い」と「均衡取扱い」があります。職場で職務を遂行することに影響がないような違いで区別をしたら、それは完全な差別です。ただ、障害や疾病があるために職務に影響がある、仕事と同じようにできない、制限があるという時に、それに応じた扱いであれば良いということです。ポイントは、合理的配慮の提供をしていることが前提なので、合理的配慮なしに職務に影響があると判断する場合は差別になってしまうということです。差別禁止は強力な法律なので、これで戦うことは諸刃の剣です。私は合理的配慮を非常にソフトな考え方であると理解しておりますので、これを上手に使っていくと良いのではないかと思います。

合理的配慮提供をめぐる「対話」

- 障害労働者に対する「合理的配慮」の提供義務
 - 「障害をもつアメリカ人法(ADA)」や「障害者権利条約」の“**reasonable accommodation**”に由来する
 - 日本の法制度に従来は存在しなかった新しい概念

合理的配慮はアメリカの法律が起源です。「配慮」という日本語は安全配慮義務の「配慮」と同じ言葉ですが、安全配慮の方は英語に翻訳すると「ケア」になります。一方、合理的配慮の英語は「Accommodation」と言います。分かりにくい言葉ですが、家、住居という意味もあり、受け入れる、受け止める、受容するというようなニュアンスがあります。また調整するという意味合いもあります。

合理的配慮提供をめぐる「対話」

- 対象は、障害者手帳の所持者に限定されない

⇒ 「**障害者**」の定義に該当すれば**対象になる**

- 法定雇用率の算定とは異なる

先程も申し上げた通り、この文脈における障害者は障害者手帳の所持者に限定されません。

合理的配慮提供をめぐる「対話」

- 「**障害者**」の定義
(障害者雇用促進法2条①)

「身体障害、知的障害、精神障害(発達障害を含む) **その他心身の機能の障害**があるため、**長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者**」

では、障害者はどう定義されているかと言いますと、「心身の機能の障害があるために、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受けている者」とされています。ここでの「相当」とはどの程度のことなのかよく分かりません。「長期にわたり」というのも、どのぐらいの長さなのか分かりません。まだ裁判での判例が出ていませんので、色々な解釈があり得るし、行政の考えも今のところ明らかになっておりません。ただ、参考までに申し上げますが、精神障害者の手帳は半年間で取れます。ですから、極端に考えれば半年で障害者と認定されることもあり得るし、治療中であっても構わず、症状が固定していなければならないということではないわけです。心身の機能の障害で、制限を受けていれば良いということです。がんで治療している段階でも該当します。国が障害年金の受給を認めるのかどうか、国が障害者の手帳を出すのかどうかは、行政の制度の問題です。最後は国がその制度の設計の中で決めていることです。この法律の合理的配慮の対象は、もっとモヤモヤとしたところが対象になっていることを忘れてはいけません。

合理的配慮提供をめぐる「対話」

- 「**その他心身の機能の障害**」
 - ➡ **がん、難治性疾患や高次脳機能障害も該当する**
- 「**長期にわたり、職業生活に相当の制限**」
 - ➡ **どの程度の期間にわたって、どの程度の深刻さで仕事に支障があれば該当するのか、分からない**

心身の機能の障害には、がんや難治性疾患、高次脳機能障害も該当します。これは限定列举ではないので、どんなタイプのものであっても全部入ります。

合理的配慮提供をめぐる「対話」

- 採用後は、
本人から障害の申し出がなくても、
差別禁止・合理的配慮提供義務は、発生する可能性がある
- ➡ **健常者として採用された従業員であっても、障害(疾病)により就労に支障を来していることが、少なくとも事業主に明らかであれば、事業主は義務を負うのではないか(私見)**

合理的配慮は、大学での学生に対しても関係がありますし、お店でのお客さんに対しても関係があります。しかし、別の法律です。障害者差別解消法に出てくる合理的配慮で、それは努力義務に留まっています。ところが、雇用においては努力ではならず、明確な法的義務になり、提供しなければなりません。通常は「私は障害者ですから配慮してください」という申し出があって始まることとして色々ところで書かれていますが、雇用においては、採用後はそれが要件に入っていません。なぜかという、毎日仕事をしていれば分かってくるので要件にしていらないのだと思います。

合理的配慮提供をめぐる「対話」

- **本人に障害の認識がないことや、障害を開示しないことも多い**
- ⇒ **事業主は、障害者雇用のコンテキストを超えた人事労務全体の課題として合理的配慮をとらえるべき**
- ⇒ **多様な個性のある労働者の潜在能力を引き出し、組織的な仕事に包摂するための“技法”として意識するのが賢明**

合理的配慮は、障害者手帳の所持や障害者雇用の話とは広がりや全く違うので、人事・労務全般の課題として考えていかなければなりません。相手が障害者かどうかではないと思います。障害というのは個性でもあり、それぞれの多様性ですから、そもそも障害者であるかどうかに関係なく、仕事をする上でのハンディや制限、得意不得意が生まれるわけです。いかに本人の持っている潜在能力を發揮させるか、一緒に働く時にその凸凹を上手く噛み合わせるかという知恵が、人を雇って仕事をしてもらうためにとても必要になっています。障害者雇用は、人を雇って働いてもらうチームを作っていく時の技法やテクニックのようなものとして考えるのが賢明なのではないかと思えます。

合理的配慮提供をめぐる「対話」

- **障害者雇用促進法の法的性格**
「**公法的な効力はあるが、私法的な効力はない**」
事業主は、**国に対して義務を負う**のであって、
障害者に対して義務を負うわけではない
→ 違反する事業主は、
行政から助言、指導、勧告を受ける(法第36条の6)
が、裁判所からは正を命じられるわけではない
- しかし！ **法的な秩序・規範**であるから、
“規範的要件事実”(公序良俗、信義則、権利濫用、違法性、過失等)の判断に取り込まれ、法律行為(例えば、解雇)の違法無効や損害賠償責任を根拠づける可能性がある

合理的配慮提供をめぐる「対話」

- **事業主が、合理的配慮を提供せずに能力不足や業績不良を理由として「障害者」を解雇した場合**
能力不足や業績不良の評価が、合理的配慮が提供されなかったことによって能力の發揮が妨げられた結果であるならば…
- ➡ **解雇権濫用(労働契約法第16条)として、解雇は無効と判断されることになり得る**
- **休職期間満了による退職の形をとった場合も同様**

合理的配慮の提供をせずに、仕事ができないからと解雇すると、まだはっきり書かれているところは少ないですが、解雇権濫用や休職期間満了での退職の有効性などに影響すると考えられています。裁判所もその考え方を示しています。ですので、侮ってはいけません。

14

合理的配慮提供をめぐる「対話」

□ 「合理的配慮」とは？

- (i) 障害労働者の個々のニーズに応じて、
- (ii) 事業主の過重負担なく、
- (iii) 能力の発揮を妨げる社会的障壁を取り除くこと

➢ おおむね、以下の3つの形態に分類される

- ① 物理的環境への配慮
- ② 意思疎通の配慮
- ③ ルール・慣行の柔軟な変更

ところが、合理的配慮には「事業主の過重負担なく」という壁があります。いかにニーズがあっても、一方的に「配慮してください」と言うと、たくさんのお金が掛かったり、あるいは他の人に色々な迷惑が掛かったりするなど、支障がある場合に、会社側が「それは出来ません」と言うことが出来ます。それでは、どのように調整したらいいのでしょうか。

小島隆一（権利総合法律事務所） 15

合理的配慮提供をめぐる「対話」

□ 「医学モデル」から「社会モデル」へ

- 障害者を理解する視点の変化
- どこが問題の所在である＝改善すべき、と意識するか
障害者が経験している不利な状態の原因を、

➢ 個人の機能障害 (impairments) に求める
…医学モデル

➢ 社会的障壁 (social barriers) を強調する
…社会モデル

P(業績 performance)
= p(潜在能力 potential) - i(障壁 interference)

合理的配慮には、社会的障壁を取り除くという表現が使われていますが、障害者を理解する視点として医学モデルと社会モデルという言葉があります。障害学では障害者について、何か機能の障害があって、完全なものから足りないという医学モデルの見方ではなく、環境や対人などの関係性の中で機能発揮が支障になっているという見方をします。周囲との関係で考えるのが社会モデルです。そうすると合理的配慮も、周囲や環境との相性も含め、この仕事だと出来ないが、この仕事であれば上手くいくということも合理的配慮として考えられると思います。

16

合理的配慮提供をめぐる「対話」

□ 事業主が合理的配慮を提供するためには、前段階として、

障害労働者との話し合いにより、能力発揮を妨げる個別の障壁を把握し、事業主自身の負担とすり合わせながら、提供する配慮の内容を障害労働者と合意する、

“建設的”な「対話」を必要とする

17

合理的配慮提供をめぐる「対話」

□ “見えない”障壁

個別の障壁(=“ニーズ”)が、多様で、他人からは分かりづらく、しばしば、本人自身もよく認識していない

➡ 事業主から、「対話」のプロセス自体における合理的配慮を提供しなければ、他に必要とする配慮の提供にまで至らないおそれ

⇒ 事業主から「対話」を率先し、良好な意思の疎通を促進するように配慮すべき

合理的配慮を提供するためには、建設的な対話が必要だと厚労省の指針にも書かれています。この対話というのが難しいところです。私は普段から精神や発達障害の方とよく話をするのですが、そこで顕著なのが、自分のどこにニーズがあるのかが本人もなかなか認識できていないことです。もしかしたら難病やがんの方にも共通するかと思います。つまり、どこかが痛い、手が痺れるなど、何らかの障害があるとしても、仕事において何をどのようにしてもらえばどのような仕事出来るのかが予め分からないのです。結局、本人は「何か提供して欲しいことや配慮して欲しいことがあれば教えてください」と言われても、分からないわけです。試行錯誤と対話の中で「これならどうか、あれならどうか」、「では、やってみようか」と、積み上げていくしかないと思います。従業員側に「何か言って」と求めるのではなく、会社や事業者側からその対話を率先していく必要があり、待っていてもダメということだと思います。

合理的配慮提供をめぐる「対話」

- 合理的配慮をめぐる
事業主と労働者の「対話」の効果
 - **労働者にとって**、
自分のことを客観的に認識し、
働くことの具体的なイメージを持つことができるので、
成長が促進される効果、を期待できる
 - **事業主にとっても**、
多様な労働者の能力発揮を妨げている障壁を発見し、
活性化されずに眠っている潜在能力を発揮させ、
イノベーションを生む組織を作る効果、を期待できる

対話をすることは、とても意味があると考えております。先程、会社側には求める仕事や結果が分かっている、本人にはそれが出来るのか、どこに支障があるのかが見えないと申し上げました。本人側からは自分はどんなことが出来て、何のサポートがあればこれが出来るのかが見えないわけです。これは、やはり話し合っていかなければいけないと思います。対話を通じて、個人も自分のことが客観的に認識できるようになっていきますし、「これくらいなら出来る」、「このことなら上手くやれる」、「これは出来ると思ったけれど難しい」などと、具体的に自分が働くイメージが出来るようになっていきます。労働者にとっては成長が促進される効果、事業者にとっては発揮を妨げているものを見つけていくこととなります。例えば、同僚同士の人間関係や、硬直的なルール・制度などに我慢できる人たちや、適応できる器用な人たちだけで働いていると職場の問題性に気付くことが出来ないのですが、対話をすることで、躓いてしまう人や、苦痛があって力を発揮出来ない人などのように働けるかということに事業主も気付くことが出来るようになります。他の社員も実は我慢をしていたり、合わないことをやっていたりして、本来の力が発揮出来ないことは多々あります。それが人事としての課題なのですが、こういったコミュニケーションに経営者や人事が慣れると、他の一様に同じに見える社員にも様々な個性や制約があることに気付けるようになってきます。そういった話が出来ようになってきます。その結果、イノベーションと言っていますが、今までにないアイデアが生まれたり、今まで発揮出来ていなかった一人ひとりの特技が発揮されたりするようになってくる効果があると思います。

合理的配慮提供における「対話」

- このような「対話」の重要性に鑑み、
- 合理的配慮提供義務の一環として、
事業主は、誠実対話義務(仮称)を負う(私見)
「事業主は、
労働者が疾病や障害にかかわらず
能力を発揮するために必要とする配慮について、
当該労働者と誠実に対話をしなければならない」
 - 合理的配慮提供義務を遵守するための
“補助線”として意識すべき

合理的配慮提供義務は、会社側が一方向的に何かを提供しなければならない、また、労働者側もそれをしてもらうという関係に見えてしまっていますが、その前提として誠実に対話することの義務が会社側にあるのではないかと考えております。病気や障害に関わらず、持っている能力を発揮するために何が必要なのか、何があれば仕事出来るのかについて、本人と誠実に対話することを会社側の義務として考え、その結果として労働者側が「これなら出来る」、会社側が「それであれば大丈夫です」という合意が取れていくことで、その人に提供する合理的配慮とは何であるかが話し合いの中で纏まっていくことになると思います。

そして、就業規則やルールもその人に応じてカスタマイズされ、それぞれの人に合った働き方が作られていきます。就業規則を金科玉条の如く捉えるのも良くないですし、あるいは最初から色々作り込もうとしても人によっては余計なお世話になります。例えば、がんの場合も「私はがんを開示したくない」という人もいますし、それで甘えたくないという人もいるでしょう。また、命を削ってでも働きたいという人もいます。そこは一人ひとりの選択ですから、押し付けるのではなく、話し合いのもとに選択していただけるようにします。就業規則やルールをいかに一人ひとりに合わせてカスタマイズして作っていくかが重要だと思っています。

合理的配慮提供における「対話」

- **アメリカでも**、
「合理的配慮の要請は、原則として、労働者や応募者の側からなさなければならないが、精神障害者の場合、自身で障害の認識がなかったり、配慮の必要性や方法を使用者に伝達し難い場合もある。そこで、使用者側に精神障害への罹患について認識すべき事情がある場合、『相互関与プロセス(interactive process)』を通じて配慮の内容を特定するなどの積極的な働きかけが必要とする判例 (Bultemeyer v. Fort Wayne Cmty. Sche., 100 F.3d 1281 (7th Cir. 1996)) もある」
(「講座：産業保健と法5—難治性疾患と就業上の合理的配慮義務(2)」)(三柴文典2017年7月「産業医学ジャーナル」(産業医学振興財団)40巻4号36~41頁)による長谷川珠子福島大学行政政策学類・准教授によるADAに関する調査結果の要約)

アメリカでも Interactive Process と言っています。合理的配慮の起源の国であるアメリカでも会社側が積極的に働

きかけることが必要だという判例が出ています。

【「対話」が相手に届くには？】

□ **“徹底した性善説”による「対話」が相手を変える**

- **“素の心”をターゲットにする、当事者(経営者、人事、上司)の言葉**
- **同一人が、“北風と太陽”の両方で**
 - **働く人として、厳しい指摘と要求**
 - **存在自体を認めて、期待と配慮**

ここで、対話が相手に届くにはどうすれば良いかをお話しします。私が行っているのはどのような仕事が多いかと言いますと、問題のある社員を辞めさせるための仕事というのが正直なところです。世の中では、退職勧奨を徹底的にやって、退職強要になってしまうことが非常に多いです。泣き寝入りになっている社員の方も多いと思います。裁判になることはごく一部です。ところが、今のような誠実な対話を繰り返し、しっかりやり尽くすことによって、自ずと解決していきます。それを私はずっとやってきました。私が前に出てやるのではなく、経営者や人事、上司が本人とお話をするのを、私は背後で支え、コンサルティングやカウンセリングをして、当事者間の関係性を変えていきます。上司も本人も変わるための触媒、あるいは演出をしているに過ぎません。

先程の堤先生のお話にも、対話について、コーディネーターや共通言語、トライアングルなどの言葉が出てきましたが、色々な意味合いがあると思います。二者間がとても大事なのですが、その二者だけで進めているとどうしても対立や食い違いが埋まりません。そこを第三者が関係性やコミュニケーションが進むように支援をします。それを私は会社側でやってきました。その時にとても重要だと思うのは、徹底した性善説です。例えば疾病利得と言われる問題があります。病気になると、それで甘んじてしまう、あるいはそれを悪用する者がいると言われる。私が相手にしてきた方々には、いわゆる人格障害と言われるパーソナル障害が疑われる人を操作したり、嘘をついたりすることが多く、周りを混乱させる人がいました。そういった方でも、逸脱行動などの表面のノイズに惑わされず、素の心をターゲットとして徹底して話しかけていくと、必ず相手が変わってきます。それによって、またこちらも変わってきます。今まで左回りだったものを右回りに変えることができるようなことを多く体験してきました。ですので、諦めないで、対話をする必要があります。対話は、ただ対応が優しければ良い配慮になるわけではありません。まさに仕事をする場は格好の場所だと思います。仕事をするのか、出来るのか、

何をやって欲しいのかという、仕事そのものを通じてコミュニケーションをすることになります。働く人として時として厳しい指摘や要求もします。これはむしろ率直に言うべきだし、しっかり分かるように伝えるべきです。それと同時に、出来ると信じて、出来るようにするための配慮も同時に提供します。この両方をやっていくことが必要だと思います。これを複数の人で役割分担してしまうと、起こりがちなのが、「あの人は良い人だけど、この人は違う」などと本人の中で分裂してしまうことです。そうではなく、同じ人が厳しい面も温かい面も含めてその人と向き合っていくことがポイントになると思います。

【「対話」が相手に届くには？】

- **より深く、より高い視点で没入(なりきり)とメタ認知(“幽体離脱”)**
- **公正さを買きゆるがない「事実」と人によって異なる「認識」**
- **期待を示し続ける決して、見捨てない**

私が行っていることをもう少し申し上げると、本人に徹底的になりきるようにしています。そのためには、その方の過去のエピソードや、メール、手紙を全部読み、心や出会い、感じたことなどを一生懸命に想像します。同時に、そこから一步引いた裁判官のような立場の冷静な目で自分の依頼者である会社側も含めて見ます。その極端な相手方への没入と、引いて第三者として見ることをやりながら、当事者同士で手を結べる、あるいはお互いに合意できる場所をしっかりと確認していきます。お互いに違う感じ方や見え方をしているところを確認し合い、言い合っていきます。それが公正だと思います。

合意をしようとしても、人間は「その通りだね」と腹の底から合意することはなかなかできないのがほとんどだと思います。しかし、自分はこう思う、自分はこう感じていると言うべきだし、相手がそう言ったのも聞くべきで、それはやりっ放しで良いと思っています。それで相手はそう思っているのだと安心できますし、こちらの行動も選べます。当たり前のことかもしれませんが、これが出来ないために、正しい同士で喧嘩になっていることが多いです。また、期待を示し続けるのは、期待をすることとは違います。期待をすると裏切られたと感じたり、あるいはその通りにならなくて頭にきたりします。期待を示すというのは、相手のことを考えてやることです。

【「対話」が相手に届くには？】

そして、ちょっぴり 物語(ストーリー)と 高揚感(わくわく)

ストーリーとワクワクが大切です。少し不真面目な言い方かもしれませんが、仕事や職場にはこれがないとつまらないと思います。例えば、最近保健師さんから伺った話ですが、ある方が60歳で定年を迎えられた直後に大腸がんが見つかり、色々なところに転移して、肝臓にも転移しているという状態だったそうです。それに対して、企業の人事は「働いても大丈夫だ」という診断書を主治医からもらってくるように言って、それから揉めて少し大変な状況になってしまったということです。ところが、その方は職場にきちんと来て働いている状態なのです。ただ、いつ急激に悪くなるか分からず、医学的にはさほど長くないという状態だそうです。ところが、その方が職場で一番輝いているそうです。奥さんを早くに亡くされて、子どもも既に大きくなられているので、最近もう一度結婚したいと非常に生き生きとされ、その職場で一番輝いていると聞きました。やはり、人間は命に限りがあるのを実感すると、自分に正直になれるのかなと思います。私が障害者雇用や両立支援で職場にもたらす効果というのは、このようなことなのではないかと感じています。

発達障害のある人の支援

□ 好きこそものの上手なれ

大学で発達障害学生の支援を担当している方の言葉

- 「私は、診断名を聞かずに学生の相談に乗っている、と周りからよく言われます。実は、**診断名にはそれほど興味がありません。**支援の手立ては、**本人を徹底的に理解することです。**」
- 「その学生が**何に困っているのか、どこに躓いているのかを具体的に確認**します。それだけではなく、**上手くいっていること、本人が大切にしていることも、同じ分量、確認**します。上手くいっていることには支援のヒントがあります。」

これは、大学で発達障害の支援をされている方がおっしゃっていたのですが、まずアスペルガーなどの病名を聞かないそうです。その必要はないのです。何に本人が困っていて、何に躓いているのかを、とにかく具体的に本人と

確認します。そのことにしっかりと時間を費やします。そうすると別に病名や診断名は必要ないのです。ある程度の見立ては必要ですが、働く場で何が必要かを考えた時には、まさに話をして具体的に確認していくことが大事です。そして、躓いて困っていることだけでなく、上手くいっていることや本人が大事にしていることを聞きます。それが、その人が力を発揮するヒントになっていくとおっしゃっていました。

「働き方改革」の本質

□ 「働き方改革」へのモヤモヤ

- 残業すると言うならお客に言って仕事を減らしてくれ！
- 管理職こそ部下から仕事に戻ってきて長時間労働だ！
- 若いときは働きたいだけ働いた方が成長するはず！
- ちょっと厳しく叱っただけでバワハラになるのはおかしい！
- ていねいに時間をかけて仕事をするのが悪いことか？
- 「働きがい」はどこにあるのか？

現実無視の、最悪の改革なのか！?

← **現実を変えようとする、
イノベーション型の改革**

最後は、働き方改革との関係をお話します。労働時間を中小企業で制限するのは並大抵のことではないと思います。しかし、それを待たないでやらないとどうしようもない状態なので、荒療治で変えるという改革だと思います。

「働き方改革」の本質

□ 何故、長時間労働を止めなければならないのか？

- ① 心身の**安全と健康(病気の治療)**、**生活(恋愛、結婚、出産、育児や介護)**、**趣味、交流、学習、社会貢献**など、**人として生きることの様々な価値と、働くことを両立できるようにするため**
- ② **長時間労働では働くことに支障がある人々が、やりがいのある労働に参画できるようにするため**

なぜ長時間労働がいけないかと言いますと、病気の治療も含めてですが、人が人として生きていく時の様々な価値が働くことによって損なわれてしまっているようでは困るわけです。また、中には我慢して働いている人もいますが、本当に働けない人が数多くいます。病気も然り、障害者も然り、育児・介護を抱えている人も然りです。そのような人たちがやりがいのある労働に参画できるようにするためでもあります。長時間労働を止めなければならない理由は、この2つに尽きると思います。過労死、過労自殺は、安全や健康の問題です。

27

「働き方改革」の本質

- **産業構造の大転換と労働力人口の急減**
(多様化(女性、外国人)・高齢化(個人差拡大))
を同時に迎えたわが国で、労働生産性を劇的に高めるためには？
 - 効率性を追求するだけでは、もはや、労働生産性は向上しない
 - **たとえ効率が悪くとも、働く人の多様性を受け入れ、多様性を活かし切ってこそ、より大きな成果、新しい価値を生み出す**
 - 「**ダイバーシティ&インクルージョン**」を強力に推進するほかに途はない

なぜ働き方改革を政府が本気でやろうとしているかというと、これをやらなければ日本経済は恐らくどうしようもない状態になっていくからです。労働力の減少が挙げられます。ただ減少するだけでなく、多様化します。そうなると、効率を追求するだけでは労働生産性はこれ以上向上しないので、たとえ効率が悪くとも多様性をいかに活かしきるかという、ダイバーシティ&インクルージョンを強力にやるしかないと思います。

28

「働き方改革」の本質

- **ダイバーシティ&インクルージョンが本質**
 - ① 非正規雇用の待遇改善
 - ② **賃金引上げと労働生産性の向上**
 - ③ 長時間労働の是正
 - ④ 柔軟な働き方がしやすい環境整備
 - ⑤ **病気の治療、子育て・介護等と仕事の両立、障害者就労の推進**
 - ⑥ 外国人材の受入れ
 - ⑦ 女性・若者が活躍しやすい環境整備
 - ⑧ 雇用吸収力の高い産業への転職・再就職支援、人材育成、格差を固定化させない教育の充実
 - ⑨ 高齢者の就業促進

今回の働き方改革には、9つの項目があります。下線部分は、全てダイバーシティ&インクルージョンの課題です。

29

「働き方改革」の本質

- **ダイバーシティ&インクルージョンとは？**
 - ◆ **全ての従業員が、在りのままで組織に受け入れられていると感じられ、アイデアや経験をオープンにすることをためらわず、持てる力の100%を発揮し、相互に影響を与え合うことができる組織文化**
 - ◆ 「**インクルージョン**」があって初めて、「**ダイバーシティ**」は機能し、組織に「**イノベーション**」という成果をもたらす

本質は全てダイバーシティ&インクルージョンにあります

す。先程、働き方の望ましい姿として「発揮」という言葉を申し上げましたが、インクルージョンとは、自分のありのままをオープンにすることを躊躇わず、発揮できる状態にすることです。会社側から見るとインクルード＝包摂しているということになります。単にそこにいるというのではなく、会社に貢献できるようにするのがインクルージョンです。

30

「働き方改革」の本質

□ 「心理的安全」

- **Googleの成功チーム研究**
(2016年2月25日付けニューヨークタイムズ記事)
 - 成功チームの共通パターンを抽出しようとして、試行錯誤の末に辿り着いたのは、**「心理的安全 (psychological safety)」**
 - ◆ 人は誰でも、多かれ少なかれ、**仕事用の仮面**(別的人格)と**本来の自分**を使い分けている
 - ◆ しかし、社員一人ひとりが、会社で**本来の自分をさらけ出すことへの恐怖を乗り越え、本来の自分を表現したとしても受け入れられると信じられるようになれば(他者への共感性が職場に育まれれば)、職場はより活性化**する

それを実現するには心理的安全が欠かせません。心理的安全とは、まさに会社で被っている仮面を脱いで、本当の自分をさらけ出しても大丈夫なのだと思える状態のことです。この状態を職場にどう作っていくかが重要です。障害者雇用然り、両立支援然りで、生身の人間が在りのままで一人ひとり違うのだということを職場で実感する場が無いといけません。これは会社側、経営者の話だけではなく、労働者側の話でもあります。同僚としても、皆それぞれ一生懸命に無理して仮面を被っているの、そこに仮面を被れない人が来ると気に触るというのが本音の話です。経営者は、職場の人が上手く受け入れてくれず、皆が不安を持つと言いますが、結局その状態を作り出しているのは経営者です。皆に一生懸命に仕事用の仮面を付けさせているから、その仮面が付けられない人が来ると、排除しようとしています。このような構造が職場にあると思います。

31

「働き方改革」の本質

□ 「助けて」と言える人と組織

- **ヒトは、出産に他者からの介助を必要とする唯一の霊長類**
- ヒトが直立歩行を始めたために、胎児の通り道である骨盤内腔の広さが制限されるようになり、胎児が産道を通る際に複雑に身体をひねったり回転したりするために、超難産になったー **カレン・ローゼンバーグ**(デラウェア大)の進化論
- ヒトは、「**弱さ**」ゆえに、**家族や社会を必要とするようになって、強くなる**ことができた
 - **人(であること)を大切に**する組織
＝「**弱さ**」を前提とする組織
 - **チームワーク・絆(きずな)**
＝「**助けて**」と言える人・組織づくりから

本当の自分をさらけ出して「こういうことが出来ないの

「ただ、手伝ってくれないか」と全員が言えるような組織にしていけないといけないと思います。

32

障害者雇用による「働き方改革」

□ インクルージョンを進めるためには、女性や外国人の登用では不十分！

- 「男らしさ」や「日本人らしさ」への同調圧力
- 女性や外国人は、器用に適應できる

➡ 長時間労働の男性正社員の企業文化や職場風土になじんでしまう

そのような状態を作っていくためにダイバーシティが言われますが、ダイバーシティと言うと女性や外国人の登用が進められます。ところが、適應できる器用な人は馴染んでしまっているのです、なかなか日本の職場は変わらないのです。

33

障害者雇用による「働き方改革」

□ 「働き方改革」の決め手は、

全ての職場が、
障害者をチームの一員(戦力)として受け入れること

WHY? ⇒ 「ドミノ倒し」

いかにそれを変えていくかと言いますと、極論ですが、適應できない人や適應能力の低い人にあえて職場で皆が合わせるといことが行われないと、私は変わらないのではないかと考えています。

34

障害者雇用による「働き方改革」

WHY? ⇒ 「ドミノ倒し」

障害者をチームのメンバー(戦力)として迎え入れる

↓

業務のやり方を、障害者が貢献できるように変える
職場環境を、障害者が安心して働けるように変える

↓

社員全員が、それぞれの能力を発揮できる
社員全員が、どんな制約があっても就業できる

↓

職場全体が活性化し、創造性と生産性が向上する

ドミノ倒しと言っているのですが、障害のある人をチームのメンバーとして受け入れ、そしていかに戦力として発揮できるようにするかを考えていくことが必要だと思います。

35

障害者雇用による「働き方改革」

- 業務のやり方と職場環境が改善する
 - 各メンバーの個性と役割の整合化(ハーモナイゼーション)
 - 各業務の優先順位の明確化
 - 業務のマニュアル化、ビジュアル化 ⇒ 「構造化」
 - 業務プロセスの無理・無駄・リスクの発見
 - コミュニケーションの質・量、情報共有の改善
 - 自立と助け合いの促進 ☞ さらに詳しく
 - 職場風土・企業文化の変容(インクルージョン)

その効用としては、スライドに挙げた点が考えられます。

36

障害者雇用による「働き方改革」

- 病気、育児、介護等、「制約のある社員」が活躍できるようになる
- メンタル不調の社員が減少し、休職者の職場復帰も良好になる
- 新卒・中途入社した社員の早期離職の防止にも効果がある

「制約のある社員」とは病気や育児、介護などを抱える社員ですが、フルタイムで会社に縛り付けられたり、「どんな仕事でも出来ます」と言ったりすることなく、時間や場所に制限がある社員がどんどん増えています。実はほとんどがそうした状況にあるのではないのでしょうか。ところが日本の雇用制度では、正社員を前提としてフルタイムで残業が出来るのが一人前の社員だと考えられています。この状態が続く限り、その通りではない人がどんどん増え、当てはまらなくなってきました。ですから、全員に制約があるという前提で職場を作っていかなければなりません。よく言われるのが、配慮していくと、先程の疾病利得と同じで、例えば育児休暇を取った後に辞めてしまう社員が出てくることです。産休・育休を取り、職場に戻ってくるかと思ったら辞めると言われ、会社としては制度を乱用されているように感じて苦々しく思うという実態もあります。それは確かにあるのですが、私は、そういった方が職場で配慮を一方向的に受けるような立場に押し込められているがゆえに、働くことについての野心が削がれたり、押さえつけられてしまったりする結果なのではないかと感じています。

37

障害者雇用による「働き方改革」

- 最も制約がある者の戦力化
... 職場の側から変化せざるを得ない
- 「制約のある社員」が、「助けてもらう」立場であると同時に「助ける」立場へ
- 「お互いさま」の人間関係

そういった意味で、我慢大会の中でついて来られる人だけでやっている限り、脱落する人が出てしまいます。ですので、敢えて制約がある人を戦力化することを全員が取り組むようにします。例えば育児や介護などの制約がある人が、配慮してもらえる立場だけでなく、他の弱い人に対して配慮したり、助けたりする立場もやらないと、なかなかお互い様になって一人ひとりが成長していけません。障害者雇用は本人のためにやるのではなく、他の社員を成長させるために敢えて経営者として挑戦し、取り組んでいくことに意味があるのだと思っています。

38

障害者雇用による「働き方改革」

チームのメンバー(戦力)として参加 / 包摂

= 自立 + 助け合い

(≠ 孤立) (= {依存⇄支援})

先程、インクルージョンについてお話ししましたが、労働者側から言いますと、仕事に参加するということです。それは、自立であって、孤立ではないと思います。自立というのは、人に助けを求めることができ、同時に人を支援できることです。この関係性を持っていない人は、ただ孤立しているだけです。これがインクルージョンの効果としてあると思います。

39

障害者雇用による「働き方改革」

- **障害者は、障害があるがゆえに企業に価値をもたらす**
 - **すべての社員が、障害者と一緒に働くことによって、優しくも、たくましくなる**
 - **障害のある人が働くためには、周囲の同僚においても、さまざまな配慮が必要になる。それが、周囲の同僚にとっても、自立と成長の機会になる**
 - **誰もが、何らかの制約を抱える「弱い」存在であることを直視し、その「弱さ」を前提としてはじめて、互いに依存し、互いに支援し合える関係になる**

障害があるがゆえに企業に価値をもたらすこととして、障害者と一緒に職場で働くだけでも周囲の社員が優しくなると同時に逞しくなっていくことがあると思います。特に精神疾患や発達障害などの障害者雇用に一生懸命取り組んでいる会社では、メンタル不調の方の職場復帰の結果が良いそうです。要は、一人ひとりが制約を抱えた弱い存在だということを前提に、互いに依存して支援し合う関係を作っていくことが重要であり、それがこの両立支援における経営にとっての意味合いだと思います。

40

これからのメンタルヘルス・産業保健

- **安全配慮義務とは、「安全衛生に関するリスクを調査し、管理する義務」**

「①対象者の安全衛生につき、現にリスク関連情報を得ているか得るべき立場にあり、支配管理可能性を持つ者が、
②事業の実情に応じて合理的に実行可能な限り、
③安全衛生関係法上の**最低基準(危害防止基準)**を遵守すると共に、
④同法の趣旨を踏まえ、経営工学を含む関係諸科学やシステム論、経験則に基づき、安全衛生に関する**リスクの調査と管理(排除ないし最小化)**を、同法の**非強制規制**や同法に関する**指針**等を参照しつつ実施する等の**手続を尽くす義務**ただし、リスクの調査と管理に際しては、⑤個人と集団の双方を対象として、必要に応じ、**適切な専門家の関与や利害関係者との協議**を得て、1次から3次に至る**予防の全段階**を実施しなければならない。」
(三興文庫「使用者の健康・安全配慮義務」(「講座・労働法の再生 第3巻(労働条件論の課題)」(日本評論社・2017年6月) から)
- ☞ 「対話」によって、リスク情報を共有し、協力してコントロールすれば、事業主は**免責される**(安全配慮義務の“行為規範化”)

よく「病気の人を働かせて、安全配慮義務上は大丈夫なのですか」と聞かれます。確かにその方がどういう状態であるかを知らずとしないで放置していたら、明らかに危ないです。しかし、対話をしてそのリスクの情報を共有し、協力してそれをコントロールすれば、免責されます。安全配慮義務は結果責任ではなく、リスクをコントロールする義務です。これは、近畿大学の三柴先生が安全配慮義務をそのように定義されています。

これからのメンタルヘルス・産業保健

□ 合理的配慮提供義務のインパクト

- 「障害者」に該当するか否かにかかわらず、労働者の多様性に応じた、
① リスク管理と② 就労支援 の両立 が求められるようになる
(三栄文庫「講座・産業保健と法 4～6『難治性疾患と就業上の合理的配慮義務(1)～(3)』
産業医学ジャーナル2017年5・7・9月号)
- ☞ これは、**安全配慮義務**と
解雇回避努力義務の履行を
より高度な次元で両立させる ということである

合理的配慮提供義務のインパクトとして、一定のリスクを抱えた社員を職場に受け入れて、仕事と両立させていくということが求められているので、安全配慮義務も解雇回避努力義務も両方が高度化しています。何とか折り合いをつけていくことが、今の経営には求められていると思います。

これからのメンタルヘルス・産業保健

- (1) 安全配慮義務の“行為規範化”
⇒ **経営者のコミットメントが必須**
(≒「健康経営」)
- (2) 疾病・障害のある従業員への「合理的配慮」
⇒ **人事労務が、
医療・心理・福祉の専門家との連携を強め、
多様な人材の活用と職場の活性を高める
真の実力をつける必要がある**

単なる支援者となる話ではなく、経営者がコミットしていかなければいけない課題です。最もサポートすべき人事や労務が、単に労働法や規則の話ではなく、医療や心理、福祉の専門家とのネットワークを強めて、本当の実力をつけていく必要があると思います。

【私の弁護士業】

- **依頼者は、企業**
日系・外資系、大企業・中小企業、業種も様々
- 早い段階から依頼者に寄り添って、
継続して**解決まで**お付き合いする
- **人事・労務**
＝ “人” に関すること、全て

【人事・労務の専門といっても・・・】

役割は広がり続けている

- + ① **心と体の健康**
(メンタルヘルス/ 産業保健)
- + ② **個人と組織の適応・成長**
(コーチング/ カウンセリング)
- + ③ **ダイバーシティ&インクルージョン**
(女性/ 外国人/ 障害者)
- + ④ **HR テック**
(IT・AI)

私が今までやってきた仕事もそのようなことでし、役割は広がっています。

【新しい企業支援のかたち】

“戦わずして勝つ”

先手必勝の経営を支援する

- 紛争処理型から**紛争予防型**へ
- **経営者の“参謀”**として戦略をコンサルティング
 - 行動の選択によって、“**新しい土俵**”を作り出す
 - 法律にとらわれずに、**人の心**を動かす
 - **他領域の専門家**と信頼関係を築き、協働する

【私の支援方法】

□ 「対話」のサポート

- 経営としての論理と利害、人として当然に抱く感情を肯定し、経営者・管理者を全面的に支援する
- 過去の相手方(労働者)とのやりとりや面談記録、職場でのエピソードを収集し、相手方を徹底的に理解する。
- 精神疾患・障害を知ることは、**振り回されないため** (「持って持たず」)
- 相手方(労働者)の論理と利害、そして感情について、経営者の気づきを促す
- 窓口担当者の**日常的な対応**から支援し、相手方(労働者)との「対話」を**最大限の注意**を払って指導する

47

【いろいろな活動】

- **産業保健研究会**(略称「さんぽ会」) 幹事
<http://sanpokai.umin.jp/>
- **(一社) 産業保健法学研究会**(略称「産保法研」)
 「メンタルヘルス法務主任者/産業保健法務主任者」
 資格講座運営・認定委員会委員
<http://www.oshlsc.or.jp/>
- **九州・福岡健康経営推進協議会**
 教育事業担当支援者
- 厚労科研・遠藤班「がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究」
 「がん罹患社員用就業規則フォーマット」監修
 等々

48

詳しくは・・・

- ① 連載「**人事労務戦略としての健康経営**」〔全6回〕
 (「ビジネスガイド」(日本法令)2016年10月～2017年10月)
- ② 連載「**働き方改革につながる! 精神障害者雇用**」
 〔全12回〕(「労働新聞」(労働新聞社)2017年10月～12月)
- ③ 論文「**雇用分野における合理的配慮の提供義務**」
 (「産業精神保健」(日本産業精神保健学会)2018年 Vol.26 No.3)

鳥飼総合法律事務所ホームページで順次公開中
 ☞ <http://www.torikai.gr.jp/author/ke-kojima>

戦わずして勝つということが、本当の予防フォームです。
 紛争を起こさないためにも必要になってきます。そのため
 に私も対話のサポートをしています。

以上です。ご清聴ありがとうございました。



シンポジウム 1

産業医 兼 社会保険労務士の立場から

森本産業医事務所 代表 **森本 英樹** (医師・社会保険労務士)

中小企業における両立支援の進め方 ～産業医 兼 社労士の立場から～

M+ 森本産業医事務所
Merimoto Occupational Health Physician Office
医師 社会保険労務士 **森本 英樹**

2018年 12月 22日
これからの両立支援研究会

なぜ(私は)社労士に期待するのか

- 社労士は 労務管理・法律の専門家
国家資格：一定の質の担保
- 小規模事業場への関与
社労士の認知度：96.7%
活用企業割合：56.4%
- 就業規則などで働き方への関与が可能

全国社会保険労務士会連合会
社労士のニーズに関する企業向け調査結果について、
2016

私は森本産業医事務所という産業医専門の個人事務所を立ち上げて、月曜日はこちらの会社、火曜日はあちらの会社へという形で産業医をしております。他の先生方と違う自分の売りとして、社労士資格も持っております。実質的には社労士としての仕事はしていないのですが、産業保健と社労士の先生方との橋渡しをしたいと考えておりまして、その活動の一環で研究していることも含めてお話しさせていただきます。いただければと思っております。

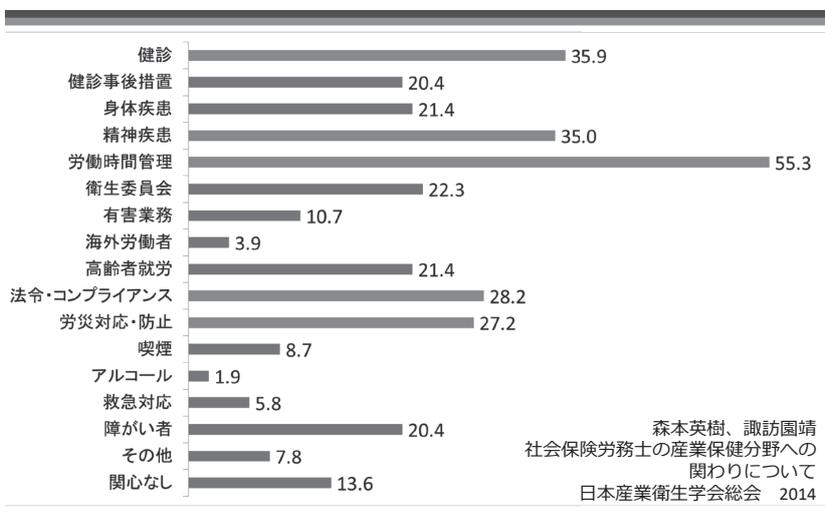
❖ なぜ社労士に着目するのか

なぜ産業医なのに社労士の資格を取ったのか、なぜ社労士のアピールをするのかについて少し説明したいと思います。

今日参加されている方は、かなりの方が社労士や産業保健職の方だと認識しております。社労士はいわゆる労務管理や労務関係の法律、社会保険法、労働保険法の専門家、国家資格なので一定の知識や経験は担保されています。小規模事業場への関与では、例えば産業医の場合は50名以上でないと基本的に選任されません。例えば私は50名未満の会社にも行きますが、それはメジャーとは言えないところです。一方で、社労士の先生方は10名以上の会社であれば就業規則が必要ということで、かなり小さい会社へも行かれています。実際に社労士の連合会による過去の調査では、企業側の社労士の認知度は96.7%となっていて、実際に56.4%の企業で活用されています。ですので、その辺の活用度が違います。社労士は就業規則のプロフェッショナルでもあるので、具体的な働き方や賃金等と非常に密接して動かれている部分もあります。個別の具体的な働き方への関与についても、会社への顧問対応として出来るところも注目点の1つと考えております。

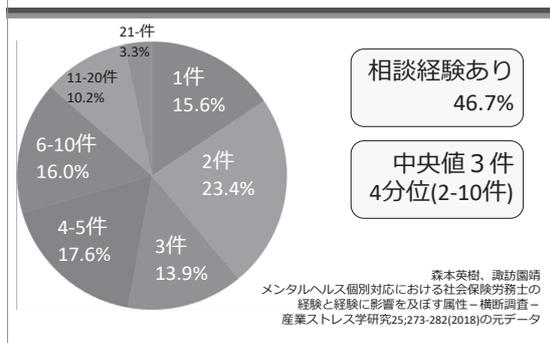


社労士が相談経験のあるOH分野(n=103)



こちらは2014年発表ですので、2013年頃の調査データです。今から5年程前に、社労士の先生に「今まで産業保健分野でどんな相談を受けたことがありますか」という調査をしています。私の講演に来た方にチェックしていただいているので、当然関心がある人が集まっています。このため、若干偏りがあるという前提で見ていただければと思います。労働時間管理に一番多く関与されています。5、6年前の時点で「メンタルへの関与をされている」、「健診や法令・コンプライアンス、労災対応などに既に関わっている」に○を付けられた方がいて、正直私としては衝撃的でした。私自身が社労士の資格を取得したのが平成19年で、事務指定講習を受けたのが20年、登録はもっと後になります。ずっと色々な社労士の先生とお付き合いしてきましたが、まさかここまで既に関与しているとは思っておりませんでした。なお、この当時は障害者対応の経験は5人に1人といった状況でした。

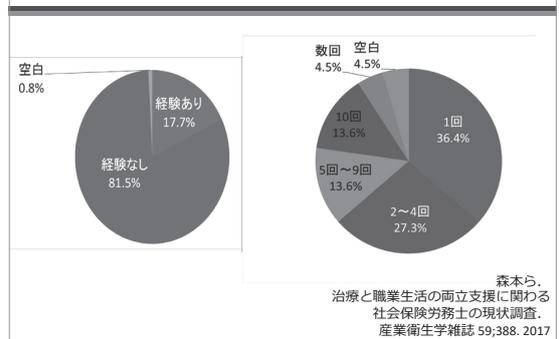
社労士のメンタルヘルス相談経験(労務相談)



その後、毎度いろいろな調査をしていながら、現状把握をしながら、一緒に社労士の先生と歩んで行こうと考えております。社労士のメンタルヘルスの相談経験、これは2018年の発表ですが、2015年から2016年の頃にとったデータであったと思います。既にメンタルの相談を1回でも受けたことのある人は、46.7%、開業だと50%を超えています。勤務だと若干少ないです。相談を受けた人は、今まで何件相談を受けたことがありますかと聞きましたら、1件から3件の人が半分で、まだまだ相談が少ないのが現状

ではありますが、21件以上もおられるという状況です。相談経験は、まだまだ少ないと正直思っています。しかし、逆に言えば、メンタルの相談を1件も受けたことのない社労士の方が少ないのだという時点まで既に来ていると実感しております。

社労士の両立支援活動の現状



今日は、こちらが本題になります。いわゆるメンタルも両立支援の1つですが、2016年頃にとった「両立支援の経験を持った方はどれくらいおられますか」というデータで

す。「経験あり」が17.7%で、6人に1人ぐらいのイメージですが、その方々は既に色々な相談経験を持たれているということです。相談を受けた回数は少ないです。「1回～4回」で63.7%が最も多く、「10回以上」は13.6%になっております。これからお話ししますが、私は色々な社労士の先生にインタビューをして、両立支援のことについてどんなことをされているか聞いています。それらの先生から話を聞くと、既に200件を超えている先生もいらっしゃいました。その200件の中には、1人の人の相談が何件も入っているのかもしれませんが、それだけ多くの経験を持たれている先生も出ているのが事実です。ある意味メンタルよりも両立支援の方が、数少ない先生がたくさん経験を持たれているのではないかと、最近実感している次第です。

社労士の両立支援活動

社内の人事部門に勤務し、休業者等の対応をする

開業社労士として、顧問先の休業者等の相談を受託

社労士会の社会貢献事業などで
がん拠点病院へ訪問し患者さんの相談を受託

産業保健推進センターの相談員／推進員として
両立支援の相談を受託

では、具体的に社労士の先生が両立支援にどう関わっているかと言いますと、今のところ4つに大きく分けられると感じております。1つは、いわゆる勤務社労士の先生方です。社内の人事・総務部門に勤務し、休業者の対応の中で両立支援も関わっています。がんやメンタルなど、色々なパターンがあると思います。もちろん、企業の規模によって内容が違うとは思いますが、下の3つは、どちらかと言えば開業の社労士の先生方のイメージです。開業社労士として、顧問先の休業者の対応を受けています。いわゆる従来型で、これからも続くと思います。3つ目は、各都道府県の社労士会の社会貢献事業の一環として、がん拠点病院に月に1回程度訪問されて、患者さんの相談を受託しているというパターンです。最近かなり増えてきているようにお見受けします。4つ目は、産業保健推進センターの相談員や推進員として、両立支援の相談を受託しているパターンです。色々なパターンの関わりがありますので、どのパターンだとうまく関わっていくのが多いのかなどについても深めて知っていきたくと考えています。

インタビュー調査

- 両立支援に社労士が関わっているがその事例の分析が万全ではなく社労士がどのような関与をすべきか不明なところがある
- 開業社労士を対象にインタビュー調査を実施中

インタビューで「どう関与しているのですか」などを聞きました。かなり色々な関与をされていて成功事例が出ていますが、社労士会の場合は、各都道府県単位での活動でして、全国的にどう関与しているのかがよく分からない部分がありました。今はインタビューした人数が5人から6人なのですが、20人くらいまで何とか増やしていきたいと思っております。

インタビュー調査（実施中）

- 社労士は
就労相談：どのように働くか
社会保険：休業中の諸手当・傷病手当金など
年金：障害年金、遺族年金
などで関わりを持っている
- 労働基準法を知っていて、短時間勤務制度の導入など直接 事業主と話せる 制度導入につなげられる
- お金の課題（生活費・治療費）を解決するため顧問先にGLTD（団体長期障害所得補償保険）を勧めることがある

インタビューで出た話をご紹介します。社労士の先生方は、どのように働かなどの就労相談、休業中の諸手当や傷病手当金などの社会保険、障害年金や遺族年金などの年金などにおいて色々な関わりを持っています。よく聞いた話の1つは、社労士が労働基準法を知っていて、短時間勤務制度の導入など事業主である社長と直接話をしながら、それぞれの規模に合うような制度を人に合う形で入れていけることは大きいのではないかとということです。複数の先生から話が出ています。そして一風変わったことかもしれませんが、お金のことが大事になってきています。どうしても退職せざるを得ない方もおられますので、治療費や生活費を工面するために、傷病手当金でカバー仕切れない部分をGLTDといった保険を入れてみたらどうかと提案して成功している事例があります。

インタビュー調査（実施中）

- 就労継続できるならば、継続の選択肢を（特にがんでは、診断時に退職することが多い）働くことは「社会との繋がり」を維持すること
- 就労継続できない場合には、就労支援施設を活用することも選択肢
- 障害年金は「疾病利得につながる」ではなく、障害年金が受給できれば その分だけ働いて稼ぐ必要額が少なくともカバーできる制度

また、とても良いなと思いながら伺ったのが、やはり就労継続出来るのであれば就労継続の選択肢を提案することです。診断されたから直ぐに辞めるのではなく、働けるかどうかをきちんと模索していくことが大事ですし、働くことは社会との繋がりを必ず維持することになるので大事なことです。とはいえ、どうしても就労継続が出来ないことはありますので、そういう時には就労支援施設を使うこともできるのではないかと考えて、そのような部分にも手を入れているという社労士の先生もおられました。それから、障害年金を受給すると就労の意思が無くなるのではないかと、いわゆる疾病利得に関わるのではないかとと思われることが多いのですが、障害年金に詳しい先生から決してそんなことはないという話も伺うことができました。障害年金で、例えば10万円ほどあれば、残りの生活費5万円を稼ぐために「5万円分働くくらいなら自分も社会に関与できるのではないかと」考えられるようになり、稼ぐ必要額が少なくなるからこそ逆に働けるパターンもあるという話も聞いております。これもとても良い話だと思いました。

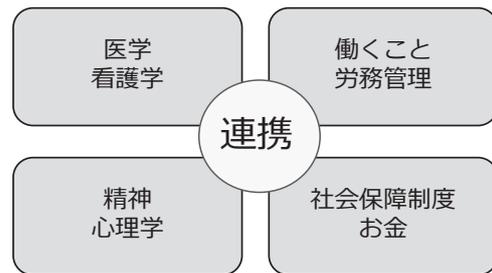
インタビュー調査（実施中）

- 社労士は医療がわからないある程度は知っておかないと相談に乗ることが難しいのでは
 - 社労士だけではお金のことを解決できないファイナンシャルプランナーに来てもらうことも
 - 困った時に専門家に繋ぐのも一つだが、最初から同席がなお良い。それぞれの役割と強みが見えるので今後にも生きる
- ※今後も継続し、社労士が両立支援に関わるメリットを明確にしていきたい

悩ましいところですが、社労士単体で出来ることには限りがあります。それはもちろん医者に出来ることに限りがあるのと同じです。社労士は医療が分からないから、その部分は誰かにサポートしてもらう必要があるのではないかと、看護職やソーシャルワーカーが入ることの重要性も出てきました

た。お金のことが解決できないので、ファイナンシャルプランナーにも入ってもらおうと良いのではないかという意見もあります。困った時に専門家に繋ぐのも1つの方法ですが、最初から同席して連携していくことでお互いの強みが見えるからますます良い回転になっているという話も出ていました。引き続き皆様にも還元できるような形でインタビューの内容をフィードバックしていければと思っております。

両立支援に必要な要素(私見)



私が今、考えている両立支援に必要な要素です。これが1番お伝えしたいスライドです。医学・看護学の知識が要りますので、ここは基本的に主治医に持ってもらい、一部は産業医が関与していくのではないかと思います。例えば、がんや難病の場合も心理の部分のカバーしていかないとダメです。精神科の先生や公認心理師、精神保健福祉士などが関わってくるのではないかと思います。働くことと労務管理は、人事と社労士の先生がきちんと関わるのが大事ですし、産業医の先生の関与も大事になってくると思います。社会保障制度やお金のことに関しては、ソーシャルワーカーやファイナンシャルプランナーが必要です。これらを1人で進めるのは絶対に無理なので、自分はどこがカバーできるか、カバー出来ないところは誰の助けを借りるかを上手くクリアにしていくことが何より大事ではないかと私は思っています。

各関係者をお願いしたいこと

- 当事者
 - 決断することが多い状況ですが、できるだけ自分で決断する
 - 決断するためには、知ること&関係者に伝えることが重要（病気、会社、制度など）
 - うまく周囲を巻き込みながら自信にとって一番良い形を模索してほしいと思います

各関係者をお願いしたいことです。当事者に関しては、キーワードの1つはヘルスリテラシー、つまり自分の健康

情報をきちんと知るといことです。それを周囲に伝えて、困った時は「困っています」、問題ない時は「私はこれが大丈夫です」、「こういうところで働けます」と、きちんとコミュニケーションを取って伝えることが必要だと思います。周囲を巻き込みながら、1回伝えたら終わりにするのではなく、複数回小まめに伝えないとなかなか伝わらない部分もあるのではと思っています。

各関係者をお願いしたいこと

- 人事労務担当者
 - 「能力を発揮できるのに
(1日8時間 週40時間の勤務ができないことで)
働くことができない」方の課題
 - 高齢者就労や障害者雇用
子育て中の従業員などへの対応と相似では？
 - 人手不足の現在、
医学的な視点については産業医
労務管理の視点では社労士を活用しながら
道を探って欲しいと思います

人事労務担当者に関しては、労力を発揮できるのに働けない人、1日8時間、週40時間勤務が出来ない人をどうするかが課題だと思っております。何十年前は、女性が働くとなったら学校の先生か看護婦かバスガイドをやるかしかなかった時代があったと思います。ですが、今はもう女性が働くのが当たり前となって共働きの家庭が多くなっています。保育所の問題などがありますが、そのような状況があるように、1日8時間は働けないけれど働く能力はある人が働くことが、徐々に自然と多くなっていく世界が必ず来るのではないかと考えています。先程も話に出ましたが、高齢者就労や障害者雇用、子育て中の従業員というのは、やはり似ているのではないかと思います。これからどんどん人手不足になりますので、医学的な視点は産業医、労務管理は社労士が活躍できるのではないかと考えています。

各関係者をお願いしたいこと

- 社会保険労務士
 - 開業社労士の先生方は、
現状、傷病手当金や退職手続きでの関わりが
主体かもしれません。
 - 就業規則などの制度に関与できるのは
社労士の先生ならではの。
会社の規模・体力に応じた就業規則
勤務制度の展開を期待しています
 - 障害年金への視座も
(自身で対応難しいときは紹介等のネットワーク)

社労士の先生に関しては、メンタルや両立支援に関連する退職手続きでしか関わっていないことが現実的には多い

と思いますが、徐々に就業規則の部分も含めて、関与できると思います。両立支援は必ずしも障害年金が出来ないといけなわけではなく、障害年金に詳しい先生に時折相談すれば良いと思いますので、ネットワークの中で上手く出来れば良いと思っています。

各関係者をお願いしたいこと

- 産業医／産業看護職
 - 医学的課題：体調・体力・予後
労務的課題：労務に必要な能力／会社制度
を上手く結びつける（＝関係者に翻訳）
 - 両立支援ガイドラインの様式を活用し、
「（本人の）何が回復すれば or
（会社は）何を配慮すれば復帰できるのか」を
見極めていただければ。
 - 会社の制度は会社によって異なるので 都度確認を。
社会保障制度の把握が大変ならば
社労士や行政・病院の窓口や産保センターの活用を。

産業医に関しては、両立支援のガイドラインがきちんとありますので、その様式を使うだけで随分やりやすくなると思います。また、がんの方が目の前にいる時に、「病院の両立支援センターに行ってみてください」と言えるかどうかが第一歩になると思います。その辺りが上手く広がっていければ良いと思っております。

以上です。ご静聴ありがとうございました。



シンポジウム2

衛生管理者・人事の立場から

合同会社アール CEO

對木 博一

a-ru

中小企業における両立支援の進め方

2018/12/22

合同会社アール
CEO 對木 博一Mail : r.a-ru@icom.zaq.ne.jp
HP : https://www.a-ru.club/

合同会社アール

合同会社アールのご紹介

a-ru

a-ruは “心身一如”と“実学”を礎にトータルヘルスの観点から
「人材づくり」と「企業づくり」をサポートします。

a-ruは、これまでの疾病管理等の2次予防に加え、1次予防と実務力に軸足を置き、労働者の健康確保しながら、仕事にパフォーマンスを発揮するために、健康と仕事をバランスするためのマネジメントをサポートします。
労働衛生管理のみならず労務管理と一体的な運用を行って、総合的な人材管理を展開するために、各種研修やコンサルティング、さらには実務を通して問題解決を図るために人材育成と組織育成を行います。

【CEO 對木 博一（ついき ひろかず）】

神奈川県立厚木高等学校卒、北里大学卒

㈱ニコンで32年人事労務と安全衛生で管理職、子会社で取締役総務部長歴任。

労務管理を約20年、人事異動や人事考課、不況対策、労働組合対応を担当。

労働衛生管理は、化学物質管理からメンタルヘルスまでをコーディネート。

対外活動として

東京都・埼玉県医師会、慶応大学、防衛医科大学医師会 産業医研修会講師

中央労働災害防止協会 講師、北里大学、十文字女子大学 非常勤講師

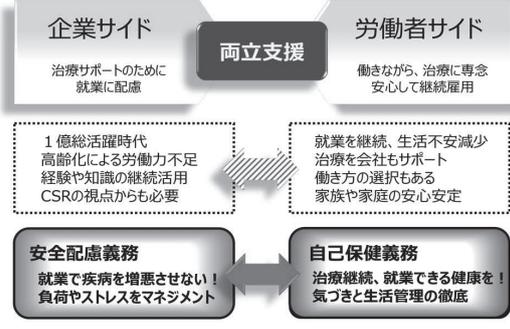
日本産業衛生学会 産業衛生技術部会 奨励賞受賞

日本産業衛生学会 関東地方会 代議員、幹事、「衛生管理者の集う会」代表

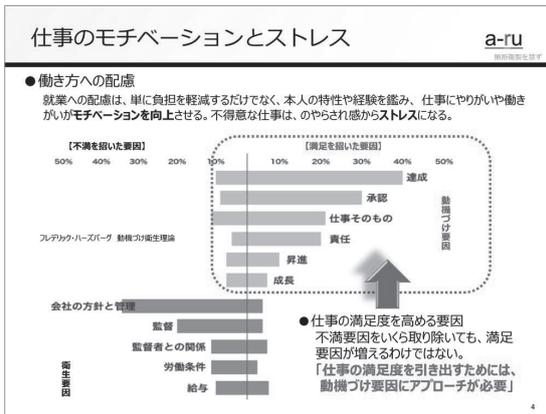
對木と申します。私は企業に32年おりまして、ずっと人事畑におりました。今は独立して色々なことをしております。詳細は時間の関係で割愛いたします。

労働者と企業の立場と役割

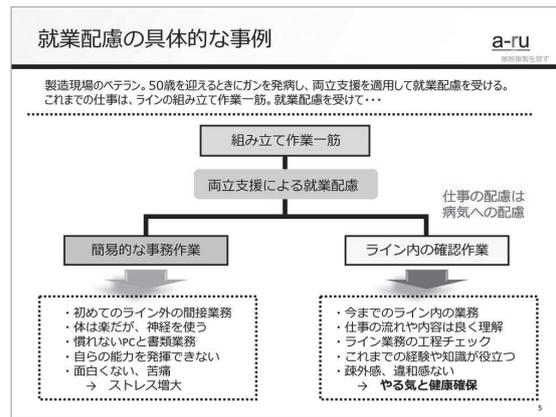
a-ru



力がある魅力的な企業に学生が優先的に行ってしまいます。高齢者の雇用継続とともに、年金支給は65歳からになります。労働者サイドからすると、60歳で定年になってその後、病気等の生活不安要因が出てきたら、年金支給まで働かなければいけないので不安が重なってくることになります。がんの場合は、過労と共に発症していくリスクは高いのだと思います。小島先生からのお話にも出ていましたが、企業としては安全配慮義務、そして本人にも自己保健義務が課せられています。こういった関わりの中でやっていかなければならないだろうと思います。



仕事のモチベーションとストレスについてお話しします。ハーズバークという学者のモチベーション理論です。会社では、賃上げを行う、休日日数を増やす、管理監督者との関係の改善が施策の中心となりますが、元々不満であった問題が解決しても「よし、給料が上がったから明日から頑張って仕事しよう」という意識の高まりにはつながりません。むしろ仕事に対する達成感や仕事をしている本人が承認されているかどうか重要です。先程も仕事へのめり込みの話が出ていましたが、要は仕事そのものへの没頭、ある程度責任を任せるような人の使い方をすることによって、モチベーション要因が上がり、仕事の満足度や仕事に対してのアプローチが積極的になっていきます。そして、自分が面白い仕事や満足のいく仕事をするためには、自ら健康も自分で守っていきます。これがワークエンゲージメントの考え方です。

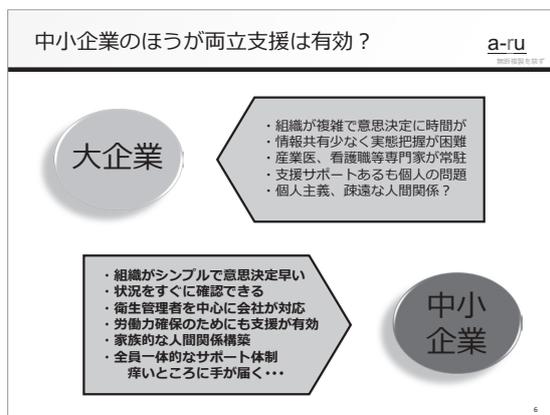


具体的な例を1つ挙げます。例えば、製造現場でベテランの方が50歳を迎える時にがんを発病し、両立支援を適用して就業配慮を受けます。ラインの組立作業一筋の大ベテランです。今日は産業医の先生もいらっしゃると思いますが、「負担が少ないように軽易な作業をさせて下さい」という指導は少なくありません。ライン作業で軽易な作業というと、ラインの横にいる事務などで、パソコンを見ながら伝票処理をするような作業です。どうでしょうか。社労士の方も産業医の先生も保健職の方もいらっしゃいますが、例えば看護師の方がいきなり「事務職をやれ」と言われたら、どのように思いますか。一見すると、配慮して簡易な作業につけることになるのですが、初めてのライン外の間接業務であり、体は楽だけれど仕事は慣れないので非常に神経を使ってしまうわけです。慣れないPCと格闘し、文書を作らなければなりません。ライン一筋でしたから、自らの能力を発揮できないし、面白くないし、苦痛で、むしろストレスが溜まります。ストレスとがんの因果関係は分かりませんが、心身一如と言いますから、悶々としていると恐らく病気にも良くないと思います。

では、どのように軽易作業を考えるべきでしょうか。例えば、ラインの中で軽易作業はないのかと考えます。今までずっとラインの業務でしたから、仕事の内容や流れはよく理解しています。ライン業務の工程もよく分かります。工程というのは、ここでビスを止めて、次の人が半田づけをして、次の人が検査をしてという流れで、これをよく分かっています。ラインに関係する仕事ならば仕事の疎外感もないし、本人にとっても全く新しい仕事というわけではありません。ただ時間や責任の制約に配慮することで、様々なストレスから少し緩和されます。

一度簡易な事務作業側に外されると戻って来られないのではないというイメージがあります。「あなたはがんですね、がんは数カ月で治る病気ではないですね」と言われ、5年生存率という話があるので最低でも5年は外れることになるというイメージです。しかし、5年もラインから外れてしまったら、戻ってもなかなかラインの速度についていきません。むしろ、本人に力を発揮してもらうためには、

なんとかライン業務に関係した仕事についてもらいたいと思います。それが本人のためだけでなく、ラインのためにもなるのではないかと思います。



最後に大企業と中小企業の違いについてお話しします。一言で言うと、組織が小さい方が非常にラジカルに物事が動きます。組織がシンプルで意思決定が早いので、日常の変化に直ぐに対応できます。大きな会社では、稟議書を回

して「あそこの部は良いと言っているが人事がダメだ」などとなるようなことはよくある話です。大きな会社では2カ月経っても結論が出ていないことなどがありますが、中小企業では1～2日で社長がOKすれば直ぐ結論が出ます。私がここで一番言いたいことは、とにかく人事課長や総務部長など、人を束ねる部門の管理者をしっかりと育てて下さいということです。労務的な側面と労働衛生の両面から、人材をどのようにマネジメントするのか？両立支援を行うことで、従業員と企業がWIN-WINの関係を構築する。そのために、衛生管理者は産業医と同じく会社の中で選任義務がありますから、労基署に選任報告の義務があります。そして衛生管理者をどのように使っていくかは、産業医からも求められています。また、先日も社労士の方とお話したのですが、毎日会社に行っているわけではないので実態がよく見えないということなので、協力し合っていければと思っています。

以上で終わります。企業は内外の専門家を使って生産性と健康確保に向かってコーディネートをを行うことが重要な責務であると言うまでもありません。ありがとうございました。





シンポジウム 3

企業外労働衛生機関の立場から

京都工場保健会
産業医科大学

理事
産業衛生教授 **森口 次郎**

これからの治療と就業生活の両立支援を考える研究会
2018年12月22日

中小企業における両立支援の進め方 企業外労働衛生機関の立場から

京都工場保健会 理事
産業医科大学 産業衛生教授 森口次郎
研究協力者 嶋原由子

京都工場保健会の森口と申します。どうぞ宜しくお願いいたします。私は、中小企業の産業医という立場で仕事をしております。労働衛生機関の所属で仕事をしておりますので、その立場からお話しさせていただきます。

我々の研究班は、労働衛生機関が比較的小さい会社から色々な相談を受けることが多くあります。国としては、地域産業保健センターが小規模企業に合う機関となっておりますが、実際は困ったことがあると、健診の窓口をやっている我々の渉外職などにちょっとした相談をするケースが多々あるように思います。そういう意味では、社労士に近い存在かと思えます。そのようなことを踏まえて我々の研究のことをお話ししていきたいと思えます。



本日の内容

労災疾病臨床研究事業費補助金「治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究」より
代表研究者 堤明純、分担研究者 森口次郎、研究協力者 嶋原由子

- 2017年度の企業外労働衛生機関における治療と職業生活の両立支援についての実態調査の結果
- 2018年度の研究実施状況
 - 労働衛生機関の渉外職が関わる両立支援事例マンガの作成
 - 健診・検診の受診者向け両立支援カードの開発

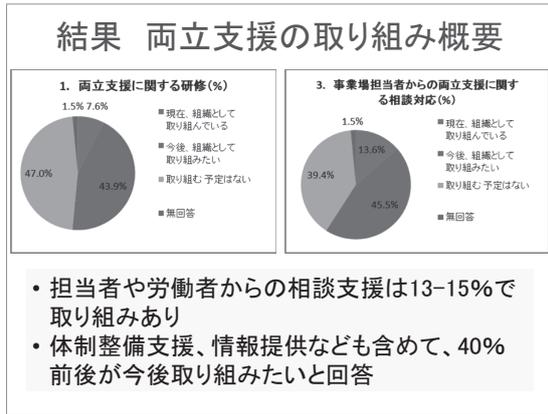
今日ご紹介する内容です。全国労働衛生団体連合会（全衛連）で昨年度行ったアンケート調査の結果の一部をご紹介します。全衛連は、労働衛生機関の精度管理等を束ねているような機関ですが、そこをお願いして全国の労働衛生機関にアンケート調査を行いました。また、その結果に基づいて取り組んでいる労働衛生機関向けのツールを中心にお話しします。

企業外労働衛生機関における治療と職業生活の両立支援についてのアンケート調査分析 (2018日本人間ドック学会にて発表)

方法

- アンケート調査の実施時期
 - 2018年1月19日に全国労働衛生団体連合会（全衛連）の会員のうち、インタビュー調査を実施した10機関を除外した111機関に郵送
- 対象機関：
 - 2018年3月19日までに回答を得た66機関（回答率59%）

昨年度行った調査についてご紹介します。全衛連の会員で、私達と比較的関わりが深い10機関については、実際に訪問してインタビューを行いました。それを除いた111機関には、アンケートを郵送しました。回答率は59%です。このアンケートは、健診機関として実際に治療と就労の両立について今どんなことが出来ているか、あるいは外部支援の機会について調査したものになります。



その結果の一部です。「両立支援の取り組みで実際に今までのようなことが出ていますか」とお聞きしています。「両立支援に関する研修をやっていますか」に関しては、「現在、組織として取り組んでいる」という回答は7.6%と少なかったです。ただ、「今後、組織として取り組みたい」という質問には、40%以上の機関が「取り組みたい」と回答しました。その他、比較的高かったのは、「事業場（会社）の担当の方や人事総務の方等から相談があれば、それに応じて対応する」との回答です。これは、比較的高くて意欲もあるということでした。スライドには示しておりませんが、同じ様に「労働者個人から相談があれば、それに応じる」も高めの比率でした。その他は、「企業の体制作りのお手伝いや何かツールを提供している」についても、意欲は結構高いという結果でした。ですので、健診機関、労働衛生機関はまだそれほど両立支援の取り組みが出来ているわけではないのですが、前向きな考えはあることが分かっています。

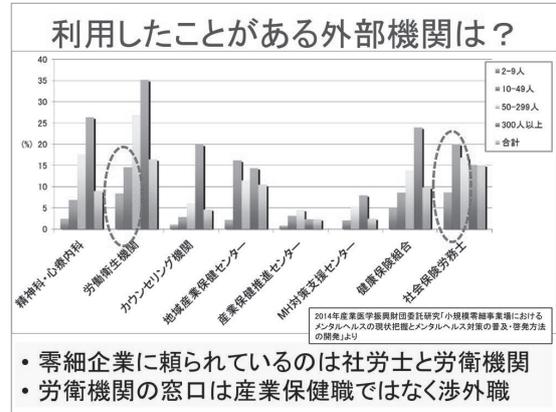
結果 両立支援を推進するために必要な外部支援

	N	%
1 専門職 医師、看護職など向けの教育研修	35	53.0%
2 労働衛生機関の経営層向けの教育研修	29	43.9%
3 顧客である企業や健康保険組合向けの啓発活動	27	40.9%
4 疾病を疑う所見のある健診・検診の受診者向けの両立支援制度や支援機関の情報提供用の冊子やウェブサイトなどのツール	28	42.4%
5 専門職向けの両立支援制度や支援機関の情報提供用の冊子やウェブサイトなどのツール	20	30.3%
6 外部機関からの助言や支援	18	27.3%
7 医療機関との両立支援のための連携強化	13	19.7%
8 その他	1	1.5%

複数回答可)

では、健診機関、労働衛生機関として両立支援を推進していくためには、外部からどういった支援があったら後押しになるのでしょうか。その質問のまとめですが、やはり「医師や看護職の専門職に向けて研修をやって欲しい」というのが1番高かったです。2番目は私達が注目したところなのですが、労働衛生機関の経営層の理解がないと進みにくいという感覚があるようで、「経営層向けの教育や啓発を

やって欲しい」という意見もありました。あるいは、「疾病を疑う所見のある健診の受診者向けの情報提供があるというのでは」というところも比較的高い数字を得ております。



こちらは別の研究から引用しておりますが、私達が2014年に行ったメンタルヘルスの小規模零細事業場の取り組みの実態についてまとめた調査です。ご覧頂きたいのは、企業規模ごとに分けて見た結果です。2～9人規模、10～49人規模という非常に小さい規模の企業の経営者から頼られている外部機関は、労働衛生機関や社労士という結果になっていて、どうやら我々が社労士が頼られているようです。それから、労働衛生機関の窓口は産業保健職ではなく、渉外職が御用聞きのような形でいきますので、色々と頼られているようだ分かりました。私達のところもそうですが、健診機関の経営層の6、7人のメンバーの中に渉外出身が2～3人います。ですので、彼らが若いうちから両立支援に関心を持って頑張ってくれと、いずれ非常に良い方向に行くのではないかと考えております。

結果 支援を得たい外部機関

	N	%
1 産業保健総合支援センター	12	18.2%
2 労災病院治療就労両立支援センター	5	7.6%
3 医療機関の相談支援センター	4	6.1%
4 難病相談支援センター	2	3.0%
5 高次脳機能障害支援拠点機関	3	4.5%
6 若年性認知症支援コーディネーター	2	3.0%
7 障害者職業センター	4	6.1%
8 ハローワーク	2	3.0%
9 就労移行支援事業所	1	1.5%
10 社会保険労務士	2	3.0%
11 キャリアコンサルタント	1	1.5%
12 企業外労働衛生機関・健診機関	1	1.5%
13 企業内外の労働組合	1	1.5%
14 欠番		
15 労働局や労働基準監督署	3	4.5%
16 医師会 都道府県あるいは地区)	2	3.0%

これは今回の調査結果ですが、支援を得たい外部機関として、産業保健総合支援センターが非常に高いという結果になりました。

渉外職が関わる両立支援事例 マンガの作成

- 労働衛生機関の顧客向けセミナーに参加した経営者が、機関の渉外職の助言を受けながら、乳がん罹患した労働者の両立支援に取り組む話
- 労働衛生機関の渉外職は中小企業の健康に関する身近な相談相手
 - 渉外職の知識向上に役立てる
 - 渉外職の一部が経営層となる



マンガのネームより一部抜粋
第一資料印刷様作成

以上のような結果を踏まえまして、渉外職の理解が高まると良いのではないかと考え、労働衛生機関の渉外職が関わる小規模事業場の両立支援を助ける内容の漫画を作っています。労働衛生機関の教育に役立てていこうと考えております。

10機関へのインタビューで得たヒント

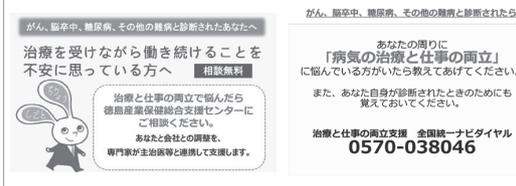
- 両立支援を推進するための外部資源「疾病を疑う所見のある健診・検診の受診者向けの両立支援制度や支援機関の情報提供用ツール」に対して
- 6機関より、確定診断がついていない段階の有所見者の不安を増強させるなどの理由から不要の意見が示された
- 3機関より、健診・検診の全受診者向けの両立支援に関する啓発ツールであれば必要であるとの意見が提出された

健診の受診者に対して何かツールを提供すると良いのではないかと申し上げましたが、実際にインタビューの中で疑い所見がある人に対して「あなたには疑いがあるけれど、もしこういう病気の確定診断がついたら両立支援がありますよ」と話をするのは、かえって不安になるのではないかという意見が結構寄せられました。私達としても確かにそうだと思うところがありまして、逆に全受診者向けのツールを作るのが良いのではないかという意見が出ました。

健診・検診の受診者向け 両立支援カードの開発

- 病気と診断された方向けの「両立支援カード」が普及しつつある

– 一般の方の予備知識の向上に役立てたい



既に病気と診断された方向けの「両立支援カード」がありまして、先程の神奈川モデルでも広く活用されておりませんが、私達はこれを活かして健診・検診の受診者向けの両立支援カードを開発しています。スライドのカードは叩き台の段階なので内容が粗いのですが、「あなたの周りに悩んでいる方がいらっしゃったら」とか、「あなた自身がいつかそういう時のために覚えておいてください」と、一般の方の予備知識向上に役立つような両立支援カードを作っていくと準備を進めております。

まとめ

- 企業外労働衛生機関では、顧客事業場向けの両立支援サービスの提供が少しずつ始まっており、さらなる取り組みへの意欲が確認された
- 渉外職を中心とした機関の職員への啓発、健診・検診受診者に対する広い啓発などにより、中小企業における両立支援の取り組みが促進することを期待している

ご紹介したように労働衛生機関では、顧客向けの両立支援サービスがある程度始まっています。そして意欲もあることが確認できました。この研究班では、それを後押しするツールを幾つか用意して、取り組みを促進していきたいと考えております。

ご清聴ありがとうございました。

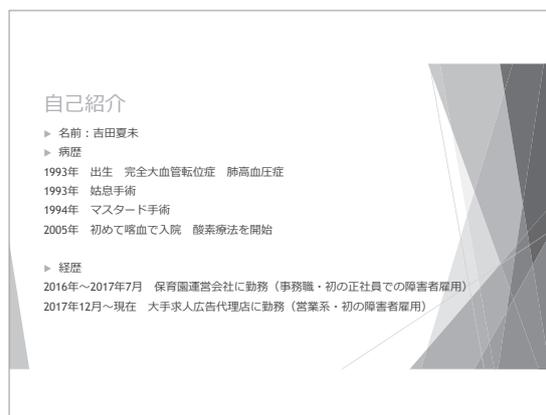


シンポジウム4

当事者の立場から <1>

一般社団法人 全国心臓病の子どもを守る会

会員 吉田夏未

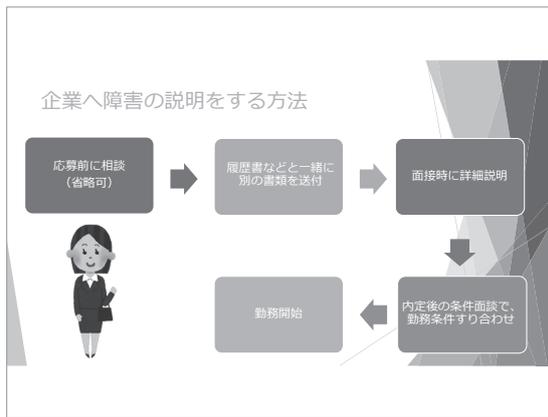


まず簡単に自己紹介をさせていただきます。私は1993年に完全大血管転位症、肺高血圧症で生まれ、生後半年と1歳半の時に手術をしております。その後は、運動制限はあったものの、みんなと同じように学校に通ってました。小学校6年生の12月に咯血をしてしまい、在宅酸素療法が必要になりました。その後は、通院が月1回になってしまったり、母に送り迎えをしてもらったりと、前よりは制限がきつなくなりましたが、普通級のまま、中学、高校、大学と進学しました。大学受験の際は、公募推薦で身体の負担が少ないように受験をしました。大学卒業後、新卒で保育園の運営会社に障害者雇用で入社し、昨年の12月から大手の求人広告代理店に勤務しております。

全国心臓病の子どもを守る会の吉田夏未と申します。今回は、患者の立場から就労・就活の体験を中心に、皆様にお話しできればと思っております。よろしくお願い致します。

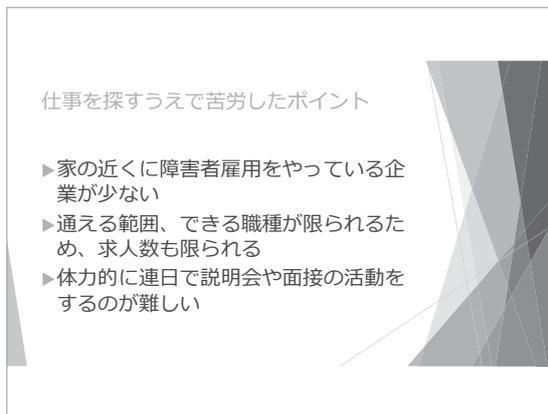
本日の講演では、私が就職活動や実際に働いてみて感じたことをお話しさせていただきます。





❖ 就職活動について

それでは、本題に入らせていただきます。最初は就職活動についてお話しさせていただきます。今回は、就職活動のフローの中で、私が企業へ障害について説明した時の方法を紹介させていただければと思います。私は、まず応募前に一回企業に電話で障害について相談したり、あるいはメールなどで先にコンタクトを取ったりして、その時点であまり感触の良くない企業は省いていました。私は、一般の求人サイトやホームページで見つけて応募することが多かったのですが、書類を送る際は必ず履歴書などの必要書類と一緒に、障害に関しての説明とお願いしたい配慮を書いた紙を送付しておりました。その後、面接時に詳細を説明し、内定をもらった段階で面談を行い、勤務条件のすり合わせをして入社という形で、前職、現職ともに動いておりました。



仕事を探す上で苦労したポイントについて、3点ほど挙げさせていただきます。まず、家の近くに障害者雇用をやっている企業が少なかった点です。私は神奈川県の小田急線沿いに住んでいるのですが、駅近くとなると企業が少なくなるため、都内まで出るか、横浜や川崎の方まで通わないと、企業を探すこと、ましてや障害者雇用でとなると少ないのが現実でした。現在は新宿まで通っております。色々な方に「遠くないですか」「体力的に大変ではないですか」と言われますが、乗り換えなしで行けるので私にとっては十分

通しやすい範囲となっております。

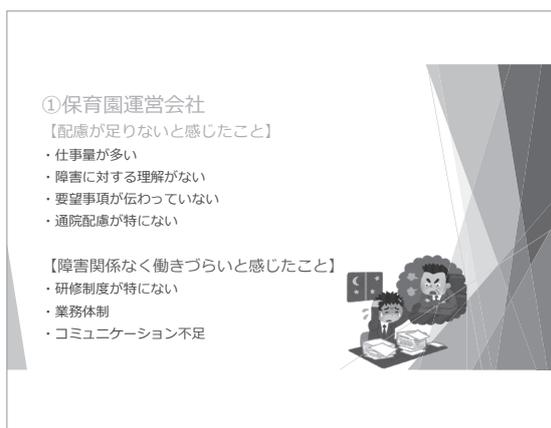
次に、通える範囲と、できる職種も限られるために求人数が限られてしまうという点です。障害者雇用というだけで職種はかなり制限されますし、身体障害者が対象となるとほとんどが事務職となっております。また、私は定期通院を必要としていて、転院するのも難しい病気なので、今の病院に通い続けることができるように会社に通える範囲にも制限が出てきます。そういった原因で、求人数が限られてしまったと思っています。

最後に、体力的に連日で説明会や面接の活動をするのが難しいという点です。健常者は連日説明会や面接を入れている人も多くいますが、私は体力的に連日で入れられても2日間が限度でした。また、酸素の容量の問題で、時間や場所を慎重に選んで1日に2社入れられるかどうかでした。



❖ 働いてみてわかったこと

次に、私が働いてみてわかったことについてお話ししていきたいと思います。ここからは私の就職した2社についてのお話をさせていただきます。私が新卒で入った会社は、保育園を運営している会社でした。この会社はホームページで見つけて、障害者雇用として雇っていただきました。職種は事務職で、障害者雇用の実績としては、視野狭窄の方がパートで入社していました。その方は週4日勤務で、午前の3~4時間の勤務だったため、正社員での障害者雇用は私が初めての事例でした。障害者雇用の配慮としては時短勤務がありましたので、身体のことを考え、通常の8時間勤務ではなく、6時間勤務にしてもらいました。



配慮が足りなかったこと、障害に関係なく働きづらいと感じたことについてお話しさせていただきます。まず、勤務時間に対しては、仕事量が多かったことです。先程もお話したように、時短勤務で6時間での勤務とさせてもらいましたが、仕事量が8時間勤務の方とあまり変わりませんでした。入社した年の6月以降、仕事が忙しい時期に関しては、体調に関係なく残業をしておりました。また、この仕事の忙しい時期が毎月の月初だったので、通院日も気を遣う必要がありました。

次に、障害に対する理解がそもそもなかったという点です。障害に対する配慮、起こりうる出来事に関しては、すべて面接で伝えました。その中で、前日まで元気でも、次の日から急に入院する可能性があるということも伝えました。ところが、実際に入院してしまい、後日会社に復帰した際に上司に「迷惑をかけた。体調管理しっかりしろ。」と怒られてしまいました。ここでその言葉を言われてしまったのは、上司が忘れていたのかもしれませんが、そもそも障害に対する理解が足りないのではないかと感じてしまい、退職しようと思う大きなきっかけになりました。

それから、要望事項が伝わっていない点です。これも障害に対する理解がない点に似ている部分にもなってきますが、私は面接の際に酸素があるので酸素を置きやすい席の席が良いと要望を伝えていました。ただ、最初は端っこにしてもらったものの、その後、席の移動をしていくうちに、なし崩しになってしまいました。

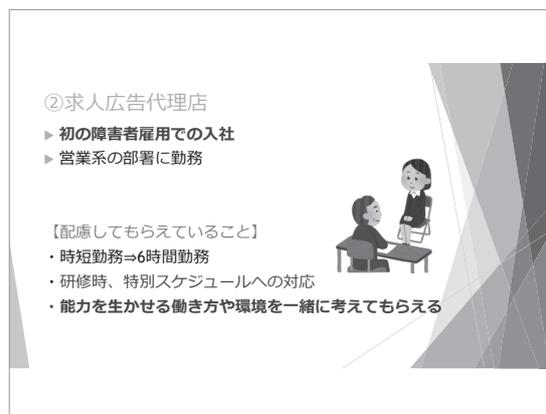
最後に、通院配慮がないという点です。先程の自己紹介で少し触れましたが、私は月1回の定期通院をしております。その点はもちろん面接の際に言いましたが、仕事に都合がつくタイミングでなければ通院できないことがありました。また、主治医の先生の都合で仕事が忙しい月初に行かざるを得なくなった場合は、他の日の残業が増えてしまうといった具合でした。通院も有休で行くことしかできず、初年度の有給は10日しかもらえないので他2日は欠勤になってしまいます。障害者雇用という制度があったにも関わらず、あまり配慮はなされていなかったと感じていました。

そして、障害に関係なく働きづらいと感じたことについて

ですが、1つは研修制度が特がない点です。保育園の運営会社なので、保育士に対する研修制度に関してはかなり充実していたように感じますが、本社に対する研修は、新卒であっても3月の研修2回と4月の入社日だけでした。なので、入社2日目から業務に入ることになりましたが、分からないことの方が多く大変でした。

もう1つは、業務体制に関する点です。仕事量にも関わってくるのですが、この会社は保育士、栄養士を合わせて2,000人ほどの職員がいるにも関わらず、勤怠を手作業で管理するなど、アナログのままの業務が多くありました。また、マニュアルなども整っていなかったため、逐一やり方を誰かに聞かないといけないなど、効率の悪い体制でした。結果として残業が当たり前となり、人によっては休日出勤をするのも珍しくないという状況になっていました。そのため、障害のある私への業務量もなかなか減らしてもらえず、無理に詰め込まれていました。

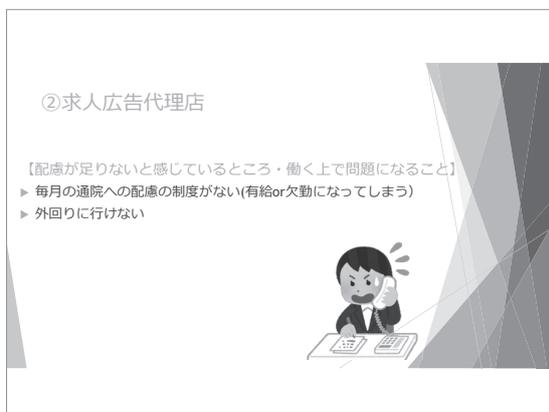
最後にコミュニケーション不足です。例えば業務を行う上で、重要な事を上の人が調整する前に部下に指示が下りてきて、結果的に板挟みにあってしまう場合がありました。また、何か気づいた点があっても、部下からは改善のアイデアなどを言いつらい環境でした。こういった原因もあり、前職は今年の7月に退職しました。



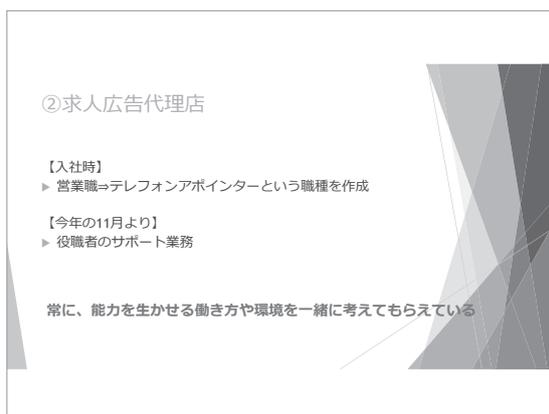
今年の12月から働いている大手の求人広告代理店についてお話しします。この会社では、前々から企業の規模的にそろそろ障害者の採用もしていかなければならないと考えていて、ちょうど良いタイミングで応募したこともあり、採用していただきました。一般社員と同じように、営業系の部署への配属となりました。障害者雇用での配慮としては、時短勤務で8時間ではなく6時間勤務で働かせてもらっています。また、1カ月ほど研修があり、同期と研修内容はほぼ同じだったのですが、時短勤務だと9時～18時の研修に対応できませんでした。2日目で色々な不具合を感じた人事の人が、私専用のスケジュールのアレンジや、時短で受けられない部分を録画してくださって、研修内容をフォローすることが出来ました。これは私にとって、とてもあ

りがたいと思える配慮でした。

最後に、能力を生かせる働き方や環境を一緒に考えてもらえるということについて、後程スライドで詳しく説明させていただきます。

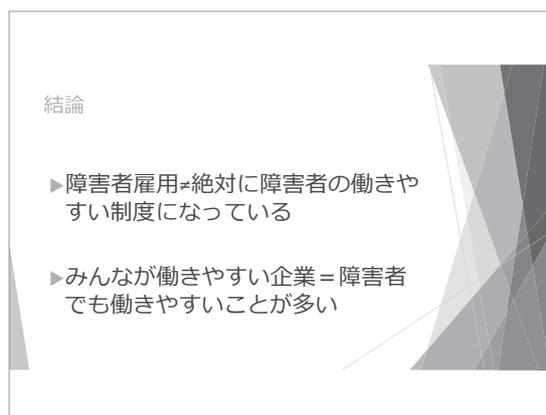


次に、配慮が足りないと感じているところ、働く上で問題になったことについて先に説明させていただきます。配慮が足りないと感じているところとしては、毎月の通院への配慮の制度が特にないので、先程と同様に、有休もしくは欠勤で行くしかありません。そして、配慮が足りないというよりも働く上で問題になることだったので、外回りができないことが今の会社のシステム上で問題になりました。もともと私の会社では、営業職の社員は電話でアポイントを取り、お客様先へ行き、受注をとるところまで行っています。しかし、私はお客様先に伺う移動が体の負担になるため、外回りはどうしてもできません。そこでどうしたかということについて、次のスライドで詳しくお話させていただきます。



先程のスライドの配慮してもらっていることの中にあつた「能力を生かせる働き方や環境を一緒に考えてもらえる」ということについて、詳しくお話させていただきます。まず、一つ前のスライドでお話させていただいた、外回りに行けないことについては、テレフォンアポインターという職種

を私のために作ってください、解消されました。この業務は、先ほども話した通り営業職の社員は電話でアポイントを取り、お客様先へ行き、受注をとるところまでそれぞれが行っています。それを、お客様先に伺う移動が体の負担になる事を考慮して、電話でアポイントを取るところを専門に行うという業務内容を作ってくださいと、私が同じように働けるように工夫してくださいました。ところが実際にやってみると、お客様の温度感が低く、成果に繋がらなそうな場合や、訪問先が遠くて他の社員に行ってもらよう頼みづらい場合など、色々な問題点がでてきてしまいました。そこで、それを察した上司が「役職者クラスのサポート業務を行う」という業務を提案してくださいました。この業務であれば、チームの利益がどれだけ上がったかが評価になりますので、業務を進める中で誰かに頼みづらいことをお願いする必要はないと思われます。このように営業の部署で働く前提で、他人に過度に気を遣わず、私の能力を生かせる働き方や環境を常に一緒に考えてもらっております。



私はこの2つの職場を経験して、障害者雇用をやっているからといって、そこが私たちにとって働きやすいとは限らないということ、また、障害のない普通の社員にとっても働きやすい、風通しの良い職場であれば、たとえ障害者雇用の実績がほとんどなくても働きやすい場合があると思いました。

ご清聴ありがとうございました。



シンポジウム 5

当事者の立場から <2>

一般社団法人 全国心臓病の子どもを守る会

事務局長 下堂前 亨

成人先天性心疾患患者へ必要な支援

これからの治療と就業生活の両立支援を考える研究会
2018年12月22日(土)
一般社団法人 全国心臓病の子どもを守る会
事務局長 下堂前 亨

心臓病であって
いじめに
巻き込まれて
いないです

全国心臓病の子どもを守る会の事務局長をしております、下堂前と申します。会のお手伝いをさせていただいている事務職員です。

全国心臓病の子どもを守る会

手をつなぎ
学びあい
社会へ声を届ける

会報「心臓をまもる」(月刊)

第56回全国大会in栃木

子どもが心臓病と
言われたら

子どもが心臓病と
言われたら

子どもが心臓病と
言われたら

ハンドブック「子どもが心臓病と言われたら」
①乳児 ②幼児・学童 ③思春期

書籍「心臓病児科の学世のために」
【研究と制度の解説】

「しんぞう手帳」

スライドのような出版物も出しております、「心臓をまもる」という月刊の機関誌がありますので、是非ご覧いただけたらと思います。

全国心臓病の子どもを守る会

- ・ 1963年創立
- ・ 心臓病児を持つ家族と心臓病本人が会員
- ・ 15歳以上の患者で心臓病者友の会(心友会)をつくり、患者自身が活動をしている
- ・ 「医療制度の改善と社会保障および教育制度の充実と患者と家族の幸せのため」の活動を行う
交流、学習、啓発、国や自治体への働きかけ
- ・ 45都道府県 50支部 3800世帯

親子で楽しむ療育キャンプ

心友会全国交流会in愛媛

地域の医師を招いての医療講演会

心臓病の子どもを守る会というのは、心臓病の患者本人と家族で作っている会で、1963年から56年の歴史のある古い会です。患者団体の中では比較的大きな会で、3,800世帯50支部で活動を行っています。



先天性心疾患患者

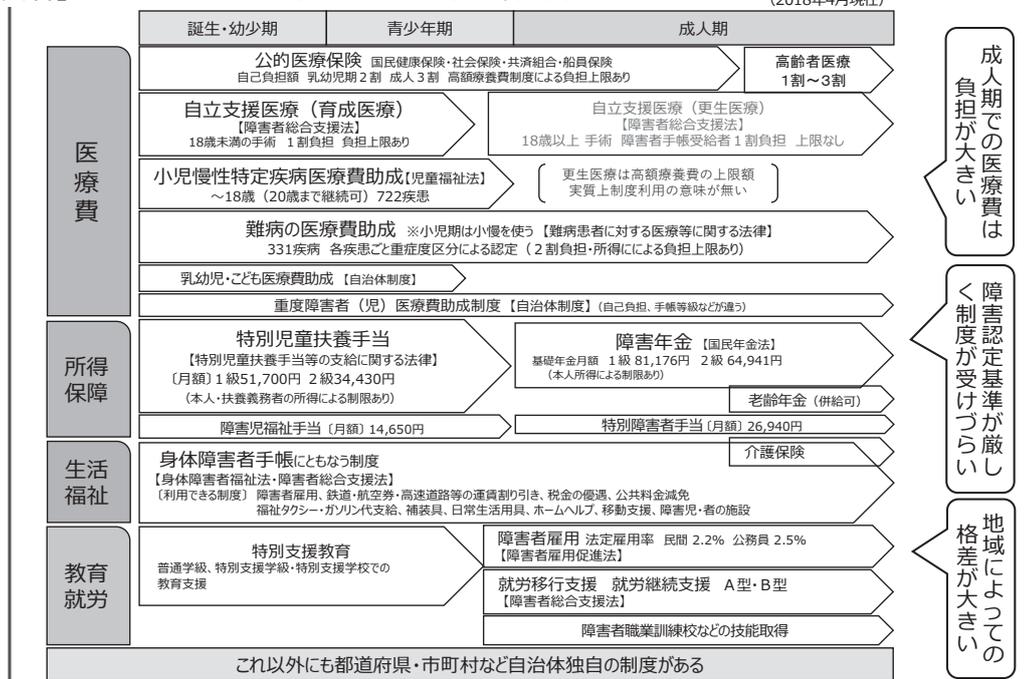
- 100人に1人の割合で生まれてくる
- 生まれつき心臓のかたちが違う
成人先天性心疾患 ≠ 成人病の心臓病（虚血性心疾患）
- 医療の進歩で多くの患者が手術で成人期を迎えられるように
50万人 = 大人になった患者が社会での自立を目指している
- 「できること」「やっていいこと」は患者によってそれぞれ違う
- 1年、1日のなかで体調の変化がある
- 手術をしても「根治」することはない
遠隔期に起きる問題 遺残症…術前からあった症状が残存
続発症…術後に新たに生じる異常
後期合併症…年齢が進むことで状態が悪化
- 日々の体調管理のためには専門医療機関との関わりが不可欠
(一般の循環器内科医で診ることができる医師はまだ少ない)

先天性心疾患は100人中1人の割合で生まれてきます。心臓病というと成人病の心疾患をイメージしがちで、心臓機能障害というと、ペースメーカーや人工弁などが思いつきがちですが、実は先天性心疾患は成人の心疾患とは全く違います。「成人先天性心疾患」という言葉が出てきていますが、吉田さんのように生まれつきの心臓病の人たちが医療の進歩のおかげで大人になっていけるようになり、この言葉が生まれてきました。虚血性の心疾患とは全く中身が違うことを今日は知っていただけるとありがたいと思っています。どういうところが違うのかと言いますと、出来ること、出来ないこと、やって良いことの程度が一人ひとり違い、また体調の変化に波があります。手術が終わっているといっても、生涯にわたって根治することはないと言われている病気です。そして、生涯にわたり専門医療機関との関わりが必要です。それが、先天性心疾患の特徴です。

【参考資料】 心臓病児者に関わる主な社会保障制度

【全国心臓病の子どもを守る会事務局作成】

(2018年4月現在)



これは、会で作った資料で、心臓病児者に関わる主な社会保障制度の一覧です。比較的小児の頃は充実しているのですが、大人になった時の制度がなかなか充実していないのが現状です。

2013年アンケートの結果から 就労状況

平成25年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)「成人先天性心疾患の診療体系の確立に関する研究」成人先天性心疾患患者の就労・年金受給・医療費負担など、社会的自立に関する現状調査 (主任研究者・白石公)

全国心臓病の子どもを守る会と心臓病者友の会会員を対象に行ったアンケート結果 回収率約25% 有効回答373人

就業率 233人 / 373人 = 62.5%

就労者の雇用枠	人数	%
一般雇用	116	49.8
障害者雇用	101	43.3
不明	16	6.9

就労者の雇用形態	人数	%
正規雇用 (フルタイム会社員・自営業)	126	54.1
正規雇用 (短時間正社員)	7	3.0
非正規雇用 (契約社員・派遣社員)	28	12.0
非正規雇用 (パート・アルバイト)	44	18.9
福祉的就労 (授産施設・作業所など)	14	6.0
その他	12	5.2
不明	2	0.9

身体障害者手帳	人数	%
受給している	303	81.2
受給していない	27	7.2
申請していない	36	9.7
受給していたが現在は非該当・降級	4	1.1
不明	3	0.8

障害者雇用の割合が高い
身体障害者手帳を持っている患者が多く
手帳は大事な役割を果たしている

30%以上が非正規雇用
短時間でも障害者雇用にカウントされているが
不安定な雇用にある

6

就業者の昨年の年収 N=233

	人数	%
0~199万円	99	42.5
200~399万円	88	37.8
400~599万円以下	28	12.0
600万円以上	9	3.9
不明	9	3.9

年収 40%以上が200万円未満
80%以上が400万円未満

2018年の
調査の結果は
集計中

障害基礎年金 N=373

	人数	%
受給している	126	33.8
受給していない	207	55.5
受給していたが非該当・降級	26	7.0
不明	14	3.8

障害年金
受給率は低い

通院頻度 N=373

	人数	%
月1回以上	121	32.4
2カ月に1回	59	15.8
3カ月に1回	66	17.7
半年に1回	38	10.2
1年に1回	52	13.9
数年に1回	10	2.7
通院していない	27	7.2

障害基礎年金受給等級 N=126

	人数	%
1級 (年額 974,112円)	28	22.2
2級 (年額 779,292円)	88	69.8
不明	10	7.9

年金が支給されていても
低額の年金

7

働いている人の仕事の悩み N=233 (複数回答)

	人数	%
病状・体力的につらい	50	21.5
十分な休みが取得できない	39	16.7
人間関係が良くない	23	9.9
やりがいを感じられない	21	9
上司の理解が得られない	16	6.9
同僚の理解が得られない	12	5.2
その他	61	26.2

就労に際して望むこと N=233 (複数回答)

	人数	%
休暇を取得しやすい環境	116	49.8
職務内容の調整 (力仕事回避など)	78	33.5
医療面への配慮 (通院・服薬管理など)	78	33.5
勤務時間の考慮 (短時間勤務など)	66	28.3
人事管理面での配慮 (配置転換など)	55	23.6
相談支援体制の強化 (健康管理など)	45	19.3
配置転換に伴う訓練研修などの充実	29	12.4

働いていたが辞めた人の退職理由 N=26 (複数回答)

	人数	%
病状体力的に働けなくなった	15	57.7
人間関係が良くなかった	7	26.9
求職活動をしたが就職不可	6	15.4
上司の理解がなかった	5	19.2
同僚の理解がなかった	4	15.4
十分な休みが取れなかった	2	7.7
やりがいを感じられなかった	2	7.7
その他	9	34.6



8

20歳以上の患者を対象に行った就労に関するアンケートの結果です。

アンケートから見えてきたこと

- ・現状**
 - 障害者雇用での採用が多い
 - 身体障害者手帳がない患者にとっては就職そのものが厳しい
 - 就業率が高いが非常勤など不安定雇用が多く年収は少ない
 - 体力以上に「頑張り」すぎて体調を崩してしまう原因にもなる
 - 障害年金の支給は厳しく、受給できても生活できる金額ではない
 - 親に収入があるうちはいいが… 将来への不安が広がっている
- ・働く上での問題点**
 - 障害への理解が得られない
 - 体力、体調に合った職場を見つけるのが難しい
 - 勤務時間、休暇、仕事内容への配慮が得られづらい

明らかになったことは、身体障害者手帳を所持して就職をしている患者が非常に多いことです。やはり手帳で入口は広がるということです。そうはいつでも臨時職や、パート、アルバイト、派遣などで、なかなか収入が少ないです。それで頑張りすぎてしまい、体調を崩すことに繋がってしまうこともありました。短時間労働や不安定な雇用で収入が少ない中、それを補う障害年金制度は受給申請をしてもなかなか通らなったり、通っても少し働いただけで打ち切られたりと厳しい状況です。

患者の悩みと願い

- ・生涯にわたり医療費の負担が大きい
- ・専門医療機関が限られているために、遠隔地での治療を余儀なくされることも多い
- ・就職できない 就職しても働き続けられるか…
- ・障害年金などの所得保障制度が受けずらく、内容も乏しい
- ・身体障害者手帳の交付が受けられない心臓病者が増えている
- ・外出もままならない患者でも日常生活への支援が受けずらい

⇒ 個人の努力だけでは解決が難しい問題はかり

↓

解決のために

- ・子どものころから心疾患をもつ患者の「障害」への理解
- ・医療費の負担軽減
- ・医師、医療機関との連携支援
- ・入院や通院への休暇保障と個々の障害に応じた働き方への配慮
- ・所得保障をはじめとした福祉施策の充実

結論です。生涯に渡り医療費の負担は大きいですが、先程申しましたが、子どもの時期の医療費助成は非常に充実していて、いわゆる少子化対策の中で広がっていますが、成人患者への助成はまだこれからです。また、専門医療機関にどうしてもかからなければならぬため、遠くの病院に通院や入院を余儀なくされている方もたくさんいます。就職は出来ても、働き続けることの問題がやはり非常に大事だと思います。そういった対応ができる職場環境が非常に大事です。さらに、安定した生活を保障する所得保障

制度が必要だと思えます。最近では身体障害者手帳の交付も受けづらくなっています。小児の時期に却下されてしまったり、大人になって打ち消されたりする方が中にはいます。これは複雑な制度上の問題点ですが、手帳を持っていない患者がこれから増えてきます。障害者雇用で入れずに就職や自立を目指さなければならぬ患者の数が増えてくる状況になってくるのです。また、全体の日常生活への支援は、内部障害者に合うものが障害福祉の中にないという問題もあります。

そのように個人の努力だけでは、なかなか社会の中で自立していくのが難しい状況があります。

解決点として5点ほど挙げさせていただきます。1つ目は、子どもの頃から心疾患を持って育った、いわゆる成人先天性心疾患の患者がいることを是非知っていただき、どういった障害であるのか理解を深めていただきたいということです。2つ目は、制度的な問題で、医療費負担の軽減です。3

つ目は、医師、医療機関、そして職場等による連携支援を是非お願いしたいということです。どうしても専門医が関わる必要がある病気ですので、子どもの頃から診ているドクターの意見が大事なものとなります。4つ目は、入院や通院のための休暇を制度としてきちんと導入することです。制度がないと難しいと思えます。5つ目は、所得保障などの福祉施策を充実させることです。6時間働いた人に8時間働いた人と同じ給料を払うのは難しいと思えます。やはり所得保障と就労を一緒に考えていかなければいけないと思えます。100%働けなくても、50%働ける人に対して残りの50%を障害年金や所得保障制度が補えば安心して働けます。でも今はそのようになっていません。そういった福祉施策の充実、患者の自立にとっては非常に重要です。

残りの資料はお読みいただければと思います。以上で終わります。ありがとうございました。

障害者枠の就労に疑問

「心臓をまる」2017年10月号 奈良県会員の投稿より

事例

私は三尖弁閉鎖症、右室低形成で、生後5日目に姑息手術を受けました。その後、1歳8カ月でフォンタン手術を受けました。

チアノーゼがあったため、体育や部活動などは制限があったものの、小学生、中学生のころは、ほとんど周りの友人と変わらない学校生活を送ることができました。運動が大好きだった私は、放課後は日が暮れるまで男の子とサッカーをしたりして、運動神経も良い方だったと思います。それでも思春期を迎えると、少しずつ病気に對する不安感や周りとの違いを自覚し始める時期がありました。

真面目に自分の将来を考えるようになり、高校3年間は勉強に力を入れて、難しいと言われていた志望大学に合格することができました。その一方で身体が大きくなったこともあり、そのころから、今までよりも如実に、体力面での疲れを感じ始めるようになりました。これまでほとんど周りと同じ生活を送ってきた私は、心臓病だということをすぐに打ち明けられず、がんばって無理をしてでも元気を装う生活を送っていました。

障害者採用枠で就職活動をし、通信系の企業から内定をもらいました。この春から新入社員として社会に出ましたが、研修中に2回過労で体調を崩してしまい、約1カ月で退職を決断せざるを得ない状態になりました。

もちろん、会社の人事の方は体調を気にかけてくださいました。ただ、障害者採用枠であっても、研修が健常者と変わらないカリキュラムであることや、勤務時間も、大幅には配慮してもらえない点など、体力にハンディのある私には厳しいものでした。

心疾患をもちながら私と同じように内定を決め、問題なく働ける方も多くいらっしゃると思います。今回感じたのは、同じ心疾患といっても、体力や症状などには差が大きいあるということです。いくら業務内容に配慮をいただけても、そもそも週5日8時間の労働をクリアできなければ働くことが難しいというのでは、障害者採用枠の意味はあるのかと疑問に思いました。

私は大学在学中に様々なことを考えるなかで、生まれてからこれまでどれだけ周りに支えられてきたのかを実感しました。だからこそ社会人として何か恩返しをしたい。がんばっている自分を見てほしい。そんな気持ちを抱くようになっていました。就職活動中にも、体力的な問題を抱えながら何とかつかみ取ることができた内定を、このような形で早期に手放さなければならないのは、精神的にも大きなダメージになりました。

12

【参考資料】

国の予算への重点要求項目（2018年度）



2018年厚生労働省交渉

1. 障害者雇用促進法などの拡充を

- (1) 病気を理由に就労を断られることがないようにしてください。そのために、障害種別ごとの雇用や継続状況、または、働くことを希望しているのに実際に就労できていない障害者がどれぐらいいるのかなど、多角的な視点で調査して実態を把握してください。
- (2) 障害者の法定雇用率を大幅に引き上げてください。また、障害種別や地域による格差を解消するとともに、雇用率を満たしていない企業への指導を強化してください。
- (3) 有給の入院・通院のための休暇を制度化してください。また、本人と主治医からの意見にもとづき、身体の状態にあわせた就労時間・仕事内容に配慮するよう、雇用側に働きかけてください。
- (4) 短期・非正規雇用で働いている心臓病者も安心して働き続けられるよう、企業への助成金を増額するなどしてください。

2. 難病患者への雇用施策の拡充を

- (1) 障害者手帳を持たない心臓病者の雇用が保障されるよう、難病患者を障害者雇用促進法における法定雇用率に入れてください。

13

3. ハローワークの充実を

- (1) ハローワークに障害者雇用のための常勤の専任職員を増員させて地域の格差をなくしてください。就労後にきめ細かな相談に応じられるようにしてください。また、心臓病者への対応事例などを広めて、障害特性の理解を進めてください。
- (2) ハローワークや地域障害者職業センターなど障害者雇用の担当者が受けている、心臓病者の特性についての研修の内容とその効果について教えてください。また、難病患者就職サポーターの人員を増員してください。

4. 職業能力開発のための支援

- (1) 一般の職業能力開発校の障害者訓練コースや障害者職業能力開発校の担当者、障害者職業訓練コーディネーターなどへの心臓病患者の特性についての研修を増やしてください。
- (2) 心臓病者が安心して職業訓練が受けられる職業能力開発校を増やすとともに、内部障害に見合った訓練内容や、施設になっているのかの実態を把握して障害特性に応じた訓練が受けられるようにしてください。
- (3) 医療機関との連携がとれた内部障害者向けの職業訓練施設をつくってください。

5. 就労系障害者福祉

- (1) 体調に変化のある心臓病者が受け入れ困難とされないようにしてください。
- (2) A型・B型事業所の質の改善をはかってください。また、内部障害者の受け入れ状況を調査して実態を把握してください。

14

これからの治療と就業生活の両立支援を考える研究会
第2回
「中小企業における両立支援の進め方」
報告書

2019年2月発行

これからの治療と就業生活の両立支援を考える研究会 事務局
北里大学医学部公衆衛生学単位（担当：江口尚）
〒252-0374 神奈川県相模原市南区北里1-15-1
北里大学医学部公衆衛生学
TEL：042-778-9352 FAX：042-778-9257
E-mail：syuroushien@gmail.com

平成29年度厚生労働省労災疾病臨床研究事業費補助金「治療と就労の両立支援のための事業場内外の産業保健スタッフと医療機関の連携モデルとその活動評価指標の開発に関する研究」（研究代表者：堤明純）



| 事務局 |

〒252-0374 神奈川県相模原市南区北里 1-15-1

北里大学医学部公衆衛生学

| TEL | 042-778-9352 | FAX | 042-778-9257

| E-mail | syuroushien@gmail.com

www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/bs/

2018年12月3日(水) 17:30 - 18:45 開催
北里大学病院 集団指導室 (1号館 1F)

第4回 治療と仕事との両立支援セミナー 報告書

事業所における仕事と治療の両立支援について

合同会社アール CEO

對木 博一

目次

第4回 治療と仕事との両立支援セミナー 報告書

2018年12月3日（水）17:30 - 18:45
北里大学病院 集団指導室（1号館 1F）

事業所における仕事と治療の両立支援について	02
合同会社アール CEO	對木 博一

事業所における仕事と治療の両立支援について

合同会社アール CEO

對木 博一

a-ru

事業所における仕事と 治療の両立支援について

2018/12/3

合同会社アール
CEO 對木 博一

Mail : r.a-ru@jcom.zaq.ne.jp

HP : <https://www.a-ru.club/>

合同会社アール

對木 事業所における仕事と治療の両立支援という旬な話題です。来年4月から法制化ではありませんが運用ルールが開始されますので、それについてお話しさせていただきます。

合同会社アールのご紹介

北里大学病院
a-ru
電話帳を必ず

a-ruは “心身一如”と“実学”を礎にトータルヘルスの観点から 「人財づくり」と「企業づくり」をサポートします。

a-ruは、これまでの疾病管理等の2次予防に加え、1次予防と実務力に軸足を置き、労働者の健康を確保し仕事にパフォーマンスを発揮し、健康と仕事をバランスすることで、企業と労働者がWin-Winの関係構築をサポートします。
労働衛生管理のみならず労務管理とも一体的な運用を行って、総合的な人材管理を展開するために、各種研修やコンサルティングにより、実務を通じた問題解決を図る人材育成を行って行きます。

【CEO 對木 博一（つきひろかず）】

神奈川県立厚木高等学校卒、北里大学卒

㈱ニコンで32年人事労務と安全衛生で管理職、子会社で取締役総務部長歴任。

労務管理を約20年、人事異動や人事考課、不況対策、労働組合対応を担当。

労働衛生管理は、**化学物質管理からメンタルヘルス**までをコーディネート。

対外活動として

東京都・埼玉県医師会、慶応大学、防衛医科大学医師会 産業医研修会講師

中央労働災害防止協会 講師、北里大学、十文字女子大学 非常勤講師

日本産業衛生学会 産業衛生技術部会 奨励賞受賞

日本産業衛生学会 関東地方会 代議員、幹事、「衛生管理者の集う会」代表

私はニコンに勤めておりました。相模原にもニコンがあり、3年だけですが、自宅から近いので自転車で通っておりました。それ以外のほとんどは本社と品川にある大きな工場に勤務していました。実は私は北里大出身なのですが、珍

しく人事異動や人事考課といった労務の仕事に長く従事していました。労務が20年くらいで、その他は労働衛生を経験しています。

仕事と治療の両立支援について

北里大学病院
a-ru
 無断複製を禁ず

- **一億総活躍社会**
 - ・女性も男性も、育児中も介護中も、さらには高齢者も活躍する社会
 - ・さらに、病気の治療をしながらも、仕事を続けて働くこと
 - ・少子高齢化に伴う労働力の確保？
- **疾病を抱えながら就業する労働者**
 - ・疾病で1か月以上休業している
 - メンタルヘルス 38%、**ガン 21%**、脳血管疾患 12%
 - ・労働人口の約30%が就業治療
 - ・ガン診断後に約**30%**が離職。(育児も25%が離職)



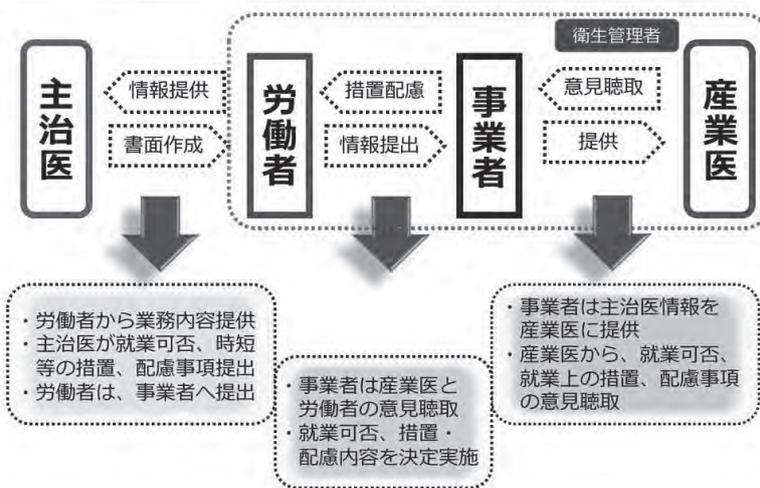
ガンは不治の病から、長く付き合う病気に（生存率向上）
企業の健康確保 = 労働力確保 → 働きながら治療：安心感

では本題に入らせていただきます。現在、皆さんがご存知の通り、一億総活躍社会です。少子高齢化で労働人口も少なくなってきています。経済は成長させたいし、男性も女性も育児中も介護中も高齢者も何とか活躍したいという社会です。いつから、誰が言ったのでしょうか、寿命100歳が目標になっています。病気にかかっても、治療をされながら仕事を続けている方がいます。企業は「就労治療」という言い方をしますが、治療を続けながら働いているのは当たり前話になっています。そこには少子高齢化に伴う労働力の確保が見え隠れしています。私が会社にいた頃もステージ4のがんで最期を迎える方が何人かいらっしゃいました。やはり皆さんが1週間でもいいから会社に行きたいと言います。ルール上では、ステージ4の方を働かせると死期が3日縮まるなど色々な考え方があるのですが、やはり生涯現役でいたいのです。私の親しい方も最後の最後まで仕事に出られて、2日後にお亡くなりになりました。さすがにやりきれなかったのですが、会社の制度に関わらず、働いている人達の意識として病気を持っていても会社に行きたいという願望は今も強いと思います。

疾病を抱えながら仕事をする労働者についてですが、1か月以上休業している方の疾病は、メンタルが38%、がんが21%、脳血管疾患が12%で、ご存知の通り、働いている人の3割が就業治療をしています。また、会社が実施する年1回の定期健康診断の有所見率は50%を超えています。2人に1人は何かあるという中で、薬を飲んだり、治療をしたりしながら働いている方が約30%います。それから、がんの診断を受けた後、約3割は離職されています。育児でもそうです。介護もありますが、少し特殊です。育児の場合は、最近法律が変わったので休みたい人は多いです。いずれにしてもライフイベントがきっかけで離職をしてしまうことが、今の企業では辛いことです。先程申しましたが、少子高齢化で人がいせんから、人がなかなか入ってきません。人を育てるまでに20年から30年掛かりますので、入ってきたとしても簡単には代わりになりません。そういう意味では、この問題は企業としても大きな問題だと思います。また、がんは不治の病から長く付き合う病気になり、5年生存率もだいぶ上がってきていると伺っています。企業の健康確保や健康経営という言葉も出てきています。健康確保は企業によって色々な考え方がありますが、その背景について端的に言えば、少子高齢化で若い人が入ってこない、年寄りばかりになっている、そして加齢と共に疾病をたくさん持っているという問題があります。今のお年寄りは元気です。昔は定年する58歳くらいでおいじさんというイメージでしたが、今は70歳くらいの人がそのイメージです。自分もそうならなればと思います。働きながら治療するためのフォローアップは、本人にとっても安心感が得られるものだと思いますし、会社としても労働力の確保という意味でベクトルは一緒だろうと思っています。

仕事と治療の両立支援

北里大学病院
a-ru
労働者を支援

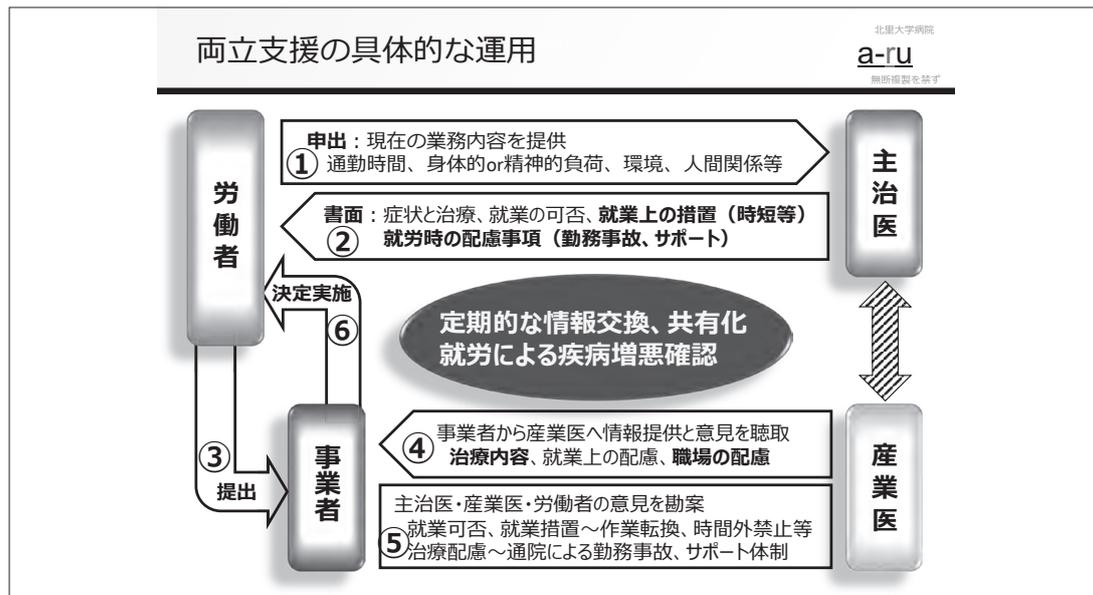


こちらは色々なガイド等から抜粋して書き直したもので目新しいものではないのですが、今回問題なのは、労働者本人から「制度を使いたい」と言ってきた時に、本人が会社の労働条件や本人の仕事、その他諸々を主治医に情報提供し、主治医からその仕事にあった治療法や就業に関する情報が出てくるというところです。主治医は会社のことが分からなくてどのように書くのでしょうか。よく本人の言いなりで、主治医からとんでもない診断書が出てくることがあります。就業させ、本人に異動希望があるので異動させないと再燃再発がありますという診断書などです。主治医は患者さんを守らなければならないので、今までは仕方がないのです。主治医の立場から書くことの問題が今まではありませんでした。

今は、主治医と一緒にやっていくチームの1人です。初めから主治医が隠し球を持たれると困ってしまいますが、その辺はコミュニケーションをとることが必要です。そして、先生から本人に書面が渡されます。本人はそれを持って事業者である会社に対して「両立支援を受けたい」と宣言し、社長や工場長などの事業者は、会社に来ている産業医に主治医からの情報を提供します。はっきり言いますが、産業医もよく分かっていないです。常勤産業医はとても忙しいのです。メンタルの面談や健康診断結果の指導などがあり、現場に行きたいと言うと、看護師が「先生、もっと仕事がありますから、そんなところに行ってはダメです」と言うわけです。産業医は現場に行っても色々な人がどのような仕事をしているかを見たいのですが、なかなか時間が無いのが現状です。やはりメンタルの面談、相談、指導にかなり時間が取られます。産業医の能力が無いのではなく、知らないだけなのです。知りたくても知れないということです。ましてや、常勤ではなく、月に1度しか来ない先生もいます。産業医が月に1回来る理由は、各事業所で行っている安全衛生委員会のメンバーだからです。必ず出なければならないので、月に1回は来なければならないわけです。しかし、来たら安全衛生委員会に出なければいけません。その後、少し現場を見たらすぐに看護師に連れて行かれ、面談などの予定をこなします。産業医の先生も可哀相なのです。私がよく言うのは、相談は病院でやってもらえないのかということです。結局、産業医が活かないからです。私が看護師や保健師によく言っていたのは、「病院構造にするな」ということです。看護師が「次の患者さんお待ちです。お呼びしていいですか」と言うのですが、産業医は指導をしても診断はしないのです。そのようなことで産業医も活躍の場を取られてしまっているのが実態です。

産業医から会社に「この人は主治医からこのようなデータがあって、こうです」と伝え、職場でもどのような仕事をしているかなどを確認してから会社側にデータを渡して「私としてはこう思います」と説明します。あとは会社がどういう配慮をするか決めていきます。しかし、会社側がどこまで本人の仕事を分かっているかが会社によって微妙です。人事管理と労務管理という言葉がありますが、人事管理はホワイトカラー管理とよく言われます。成績を付けたり、昇格が何年あったかなどです。労務管理は少し泥臭い感じがするかと思います。職場と同化しながら色々な問題を一緒に解決していくことです。しかし、その部分が少し弱くなってきています。パブルが弾けて大不況になってから、リストラがあったり、カンパニー制で事業毎に人事や総務が分かれたりしました。今までは1つの会社に人事部は1つだったのですが、例えば大きな会社では冷蔵庫を作る工場やテレビを作る工場などでそれぞれに人事を置くようになりました。元々人事は会社に1つしかなかったものを分けたので、人数は少なくともやる仕事は一緒ですから、弱体化してしまっ

たわけです。書類作業が忙しくて、現場の人と話をする時間が削られ、それが今でも続いています。労務管理力の低下は、事業者にとっても否めないところです。どのような仕事があるのか、どのようにフォローしているのかなど、多くのことが現場任せになっています。会社側から労働者である従業員に決まったことを話します。産業医から会社側には、就業の可否と、「時間短縮勤務が良い」「こういう配慮をしてください」という具体的な話をします。あまり具体的な話は出てこないで期待していないのですが、例えばストレスはやはり色々な病気に良くないので、対人の折衝行為やクレーム処理、交渉業務は制御しなければならないというのが一般的です。主治医の先生からそのあたりの情報が出てきたら、産業医も考えて会社側に情報を伝えて、会社が決めて労働者に配慮もしくは就業の内容を伝えます。そこで働き方が決まってくるわけです。



もう少し詳しくお話しします。労働者から申し出があり、主治医から書面が出ます。その時に仕事の内容や、通勤時間、肉体的に負荷がある仕事か、精神的、神経的に負荷がある病気が、環境はどうかなど、本人の事情を確認します。ストレスの三大要因である人間関係もなかなかお伝えしきれないと思います。「人間関係が今 1.5 です」と数値化できるなら良いのですが、なかなか分かりません。

また、本人からの申し出には、かなりのバイアスが掛かっていて、自己中心的に話をします。自分が悪いことをしているわけではないのですが、やはり多くの配慮を得たいので、少しプラスアルファを付けて話すと思います。復職や休職、解雇の話になると、自分は全く悪くないという話を主治医にして、主治医からは会社側に「もっと言うことを聞きなさい」と伝えるようになります。しかし、実際に会社の中の現場で話を聞くと逆のことがあります。このような行き違いがあると、それこそ配慮したことが裏目に出てしまいます。主治医がこのためにこのような配慮をと思っていたところが会社側の配慮とは逆になってしまったりします。ですので、最初に「仲間なのだからきちんと言ってくださいね」と言います。特にメンタルの疾病はそうです。統合失調症はそのままは書いてこないです。自律神経失調症や心因反応など、病名なのか分からないことが書いてあったりしますが、それはそれで主治医の本人に対する配慮ですから理解しています。ただ、それを見抜けないと、例えば統合失調症であれば、自傷他害の恐れがあるのかどうか分からなくて、産業医が精神科医でない場合は事故を起こす可能性もあります。それは会社の責任になってしまうので、もう 1 回しっかり精神科で診てもらわなければなりません。昔はあまり精神科医がいませんでした。例えば以前私の会社でそのような人がいて、産業医も分からないということで、北里大学病院の本院で臨時の健康診断をしてもらいました。東病院でも一度やってもらいました。1 カ月ぐらいかかりました。病名が出れば対応の仕方もある程度見えてきます。このようなことは本人が主治医に対して上手く伝えられないところですし、主治医からも就業の措置が具体的には難しいと思います。残業は駄目だとは当たり前と言って下さると思いますが、「時間短縮で何時間働いたら良い」、「1 日 8 時間の内の 6 時間までは良い」などはなかなか言えないと思います。そこは産業医と連携する部分になります。それから遅刻早退についてです。例えば朝早く治療を受けて 11 時頃から会社に来ることは普通に言えば遅刻です。就業時刻の 2 時間を超えた場合、普通の従業員が 2 時間を超えて遅刻すると門の中に入れませんが、「君は良いよ」としなければならない状態も出てくるわけです。これも配慮の 1 つですが、極端な例としてのお話です。

労働者が会社に書面を提出すると、産業医と色々な情報を共有します。主治医からのデータは、産業医の意見も勘案して「さあどのように働かせようか」という話になります。ここを具体的に決めるのはとても難しいです。先程も言いましたが、どちらも仕事の内容が分からないですし、職場の状態が分かりません。それを言っているのは本人だけなので、きちんと情報をとって実態を捉えなければいけません。本人は言ったもん勝ちかも知れませんが、配慮の逆転に関わるので、本人のためになるのか、本人が言っていることの主旨、会社としてきちんと応えるのか、今の段階では対応しないのかなどを考える必要があります。事業者が幅広く考えて対応しないと、後々で本人にしわ寄せがいくことになります。

今までは産業医、事業者、その下に労働者と、企業側に一括りになっていたのですが、今はそうではありません。昔は主治医も会社にいたことのある同期の看護師が北里にいるから患者のために「病院でも大丈夫ですか」と聞けたのですが、今は個人情報保護のためアウトです。そのようにやりにくい部分もあります。治療をしている病院側と会社側とで、法律上は線が引かれています。しかし、今は連携しましょうと、相反がなければ節度を持って連携します。ルールを重んじて、やってはいけないことはやってはいけないけれど、主治医は患者さんにより早く効果的に治って欲しいし、会社は倒れてしまったら仕事にも影響が出てしまうので上手く就業治療して欲しいというところで双方のニーズは合っていると思います。

労働者のメリット・デメリット？

北里大学病院
a-ru
労働者を支援する

● メリット

①仕事を無理せずに治療を行える	→ 安心感、会社の理解とサポート
②仕事への不安が少ない	→ 就業措置、会社の理解とサポート
③治療に応じた多様な働き方の選択	→ フレキシブル な勤務時間と勤務形態
④疾病に対する相談支援、安心	→ 主治医と産業医の連携、いつでも相談
⑤家族も安心して生活できる	→ 雇用継続、家族の心配にもサポート

● デメリット

①プライバシーは守られる？	→ 職場外にも 情報拡散 、差別意識
②仕事へのモチベーション	→ 負担低減の業務、 やりがい 感じない
③就業制限で年収が減少	→ 生活設計の見直し、治療費負担増大
④人事異動による業務変更	→ やり直しがきかないサラリーマン人生
⑤職場の人間関係ストレス	→ 職場に迷惑、 お荷物 、役立っていない
⑥同期から昇給昇格が遅れる	→ 取り残され感、焦燥感、無能感
⑦同僚等とのコミュニケーション	→ 自由度制限、職場からの 孤立感

両立支援における労働者のメリットとデメリットです。労働者にとって両立支援を活用することにどんなメリットがあるのかと言うと、仕事をしながら無理せずに治療を行えるということです。これは安心感です。また、会社から理解とサポートを得られていることです。病気になって、例えばがんだと言われたとして、どうなるのか分からないし、早期発見だからって治るのか分からないという状況で、主治医に診てもらいながら無理をしないできちんと治療する一方で、会社では産業医に情報が来ています。その両方に話が聞けるわけです。これは本人にとって強い安心感だと思います。

そして、仕事への不安が少ないことです。会社側も分かっているのでクビになることもないです。この支援制度が無い時は離職率 30% ですから、本人が辞めざるをえない状況が出ていました。なぜ早く帰るのかと聞かれたり、有給で遅刻するのは良いが、本人もがんだと言えず「ちょっと色々あって」と言ったり、会社側から「なぜ休暇ばかり取っているのか」と聞かれたりしました。会社では休暇の時季変更権とあって、忙しい時期だからその日は休暇を取らないでくれ、時期を変更してくれと従業員に言えるルールがあります。余程のことがなければ出ないのですが、それを気にしてすぐ辞めなければいけないのかと考える可能性が高いです。今はその考え方は少なくなってきています。

それから、治療に応じた多様な働き方の選択ができることです。就業制限に関してフレキシブルな勤務時間と勤務形態と書いてあります。業や治療のための機会、担当医などがあるので、病院に行かないと治療が受けられないというのが原則です。巡回してくれる看護師もいますが、それはレアケースです。会社は、基本的には労働集約型とあって、例えば工場等では朝 8 時半から 5 時半まで工場に来て仕事をして終わります。ですが、このような人達は工場で仕事をする必要性がどこまであるのかと考えてみると、皆さんも聞いたことがあるかも知れませんが、今はテレワークや SOHO、在宅、駅の近くの会議室などを使うサテライトオフィスなど、色々な働き方が十分考えられます。今の世の中、パソコンで何でも出来ます。会議もパソコンで出来ます。企業がそこまで柔軟に対応するかどうかです。ですから、サポートがあれば選択肢は広がっています。



次は、疾病に対する相談です。先ほども言いましたが、相談は会社側に一から説明しなければなりません。これまでは本人の意識や気持ちよりも「どこまで治療しているのですか」「どんな治療をしているのですか」と根掘り葉掘り聞かれるので、本人もなかなか言いづらい状況でした。今はオープンになって、どこまで進んでいるのか、病院では上手くいっているのか、主治医には何て言われているのか、看護師は何か言っているのかなど、聞きやすくなっています。また、本人が聞いてきた情報を家族で共有できます。本人は情報をたくさん持っているのですが、奥さんや旦那さんがそばで支えていてもご家族には情報がなかなかいかないものです。会社もそうです。本人の問題ですから家族は会社と呼ばれませんが、奥さんはどうなっているのだろうと心配します。毎回家族と一緒に病院に行き話を聞いたりしないので、「会社でもこんなことがあって、産業医と看護師さんにこう言われたよ」と奥さんに伝えるだけで家族としても安心感が得られます。それから、すぐにクビにならないことです。これらがメリットとしてあります。

そしてデメリットですが、必ずデメリットはあります。まず、両立支援制度の適用を受けているというプライバシーに関わることです。健康は個人の問題なので、仕事に関係ないですから会社は業務命令を出すわけにもいかないわけです。「君は肝臓のガンマ値が100を超えているから、いつまでに60まで落とすのは業務命令だ」と言われて、落とすからといって給料を上乗せされるのかと言えられません。ですから、会社は出来るだけプライバシーに関わりたくないのですが、こういう制度があれば本人から情報が入ってくるわけです。人の口に戸は立てられぬという諺がありますが、知らぬ間に拡散されるのです。この情報は産業医や看護師等の医療職だけではなくありません。人事労務や安全衛生の担当者にも健康診断の情報が流れるが如く、ルールにおいて流します。そうしないときちんとルールが守られません。上司に公開しますが、上司が本人の同意を求めて職場の皆に話さないと、なぜいつも遅刻するのかという質問に答えられません。なぜ自分のことを皆が知っているのかと怒鳴り込んで来られたことが何度もありました。なぜ皆に自分ががんであることを言ったのだと言われました。会社としては由々しきことで、本人の情報だけでなく会社の機密情報等も流れているのではないかと問題になったこともあります。プライバシーがどこまで守られるかが気になるところです。

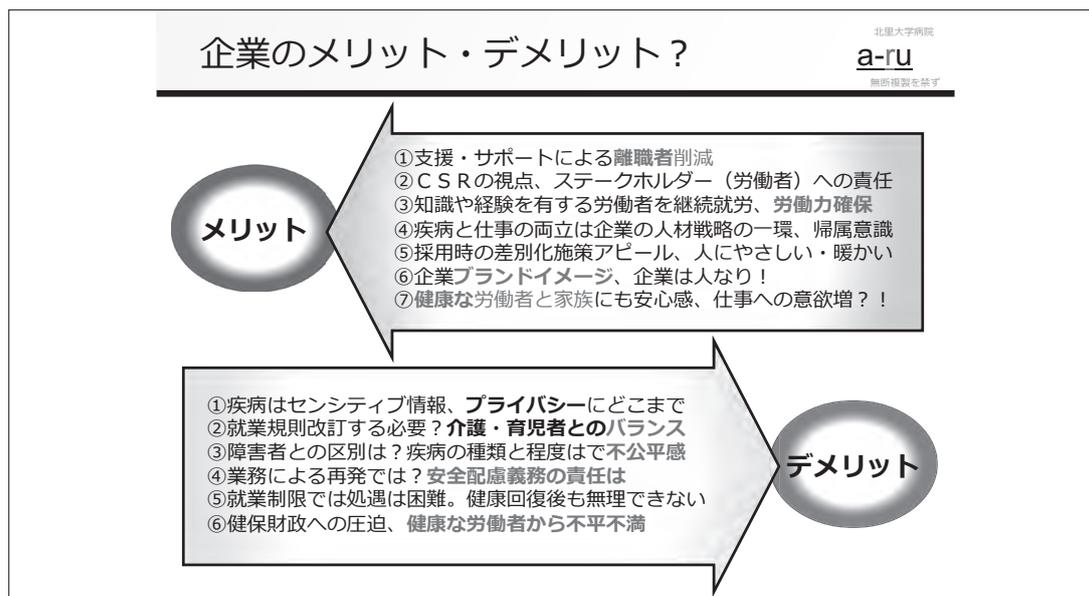
それから、2番目と4番目の項目はほとんど一緒なのですが、仕事とモチベーションについてです。例えば調子が悪いと言って暫く休んでいる人に、主治医も産業医も「簡単な業務から始めましょう」と言います。簡単に言うのですが、例えば今まで工場のラインで半田付等の作業をしていた人が急に事務をするというのは、本人にとって非常にストレスになることです。ですから、この場合はラインの中で一番簡単な仕事をさせる、あるいはラインの調整役をさせるといったように、本業と絡めることで本人も仕事に関わっているというモチベーションがあります。簡単な業務の方が良いとすぐに外してしまうというのは、頭では考えられることですが、本人にはよく聞かないとなかなか本心を言いません。仕事は会社から命ぜられるものですから、そのような決め方ではモチベーションが下がったりします。

また、言い難い話ですが、病気で躓いた時にやり直しがきく人事制度があるのかというと、なかなか元通りには行きません。例えば営業でバリバリ働いて日本各地を飛び回っていた人が、がんと言われたら同じ営業でも今度は内勤で働くようになります。営業マンとしてはレッテルを貼られてしまいますから、本人も治ったら何とか元の仕事に戻ろうと思うのですが、会社としては再発が怖いので戻せないわけです。完全に治って再発はありませんと主治医や産業医から太鼓判を押してもらえらば「よし、仙台に行ってください！」などと言えるのですが、なかなか難しいです。

それから、昇格が遅れることがあります。同期が課長や係長になっているのに、自分はまだ平社員だということが起

こります。本人が悪い訳ではなく、病気が悪いのですが、なかなか受け入れられません。がんを受け入れられないのと一緒です。このようにモチベーションが下がったり、年収が減ったり、昇格が遅れたりするのは、とても心理的な圧迫です。

そして、がんがプラスアルファの領域にも発展してしまうのも気掛かりなところ。がん患者に告知して、暫くして鬱病になるというのは、よくある話です。さらに仕事もペースダウンして年収も下がってくるとなると、がんを恨むしかないと思われているのですが、それを受け入れられるかどうか難しいところ。病院に毎日行くことはいないと思いますが、職場は毎日です。毎日ずっと顔を合わせていた仲間ですから、可哀想にと皆が見ていると思われ、被害妄想状態に陥ります。自分が悪い訳でなく、病気が悪いと分かっているのに、どうせ俺はというお荷物感や、役に立っていないという孤立感が出てきて、別の病気になってしまうかもしれません。



企業側のメリットとデメリットです。企業側のメリットは、ベテランの離職者の削減です。若い人でもがんにはなりますが、やはり加齢とともにがんのリスクは高まるのが一般的なので、会社で20年から30年働いて経験を積んで能力を持っている40歳から50歳の人達が辞めてしまうと、代わりは簡単には見つかりません。少子高齢化なので、今いる人が辞めたら他の人は来ないと考えてくれとよく言うのですが、今はそのような状態です。ですので、離職者をなんとか減らしたいわけです。今までは「細く長く」働くことが目標でしたが、今は「太く長く」です。65歳からが年金支給の対象ですが、もうすぐ70歳からになります。長く太くですから、70歳で辞めるまで働けることが一番良いと思います。このような離職者の問題があります。

それから、CSRの視点です。CSRとはCorporate social responsibilityの略で、企業の社会的責任と訳します。企業の社会的責任とは、例えば変なガスを出して地域住民に迷惑を掛けたり、被害を与えたりしない責任です。企業の一番のステークホルダー即ち利害関係者は株主ですが、日本の会社は株主への配当ばかりを考えています。バブルが弾けてから、様々な事件や事故などで消費者に対して厳格になるとともに、従業員に対しても厳格にしています。その頃からステークホルダーには従業員が含まれてきています。分かりやすく言うと、従業員をきちんと面倒みなさいということです。今までは雇ってやっているのだから、嫌なら辞めれば良いというスタンスでしたが、そうではないという考え方に変わりました。「会社は誰のためにあるのか」という問いも当時流行りましたが、株主のためだけではなく、従業員のためでもあるのです。これがCSRの考え方で、この観点でちゃんと従業員にサポートしているかがより明確になっています。

それから、労働力の確保です。「企業は人なり」とは、Panasonicの創業者である松下幸之助の言葉ですが、会社が両立支援を行い、病気になったとしても仕事をすぐに辞めることなく、病院と連携しながら出来るだけサポートするのできちんと働いて欲しいという方針を持っていること、またそういうサポート体制があることは、企業の1つのブランドイメージになります。

7番目の項目はとても大事です。がんになった人はサポートを受けているので良いのですが、社員が病気になってもここまで会社が面倒見てくれるという、周囲で働いている人達が感じる安心感です。健康な人達もできる限り頑張って働こうと思えます。自分がそうなくても同じようにしてくれると分かることは、健康に働いている人達に安心感を与え

ます。横で「そんなに遅刻して治療だと言っているなら、入院して会社辞めろよ」と言われる姿を見ていたら、自分ももしそうなったらやっていたらいいなと思うと思います。先ほどの労働力不足の問題もありますし、そういう意味で会社としても「企業は人なり」という考え方や安心感を与えることはメリットです。

次はデメリットです。疾病はとてもセンシティブな情報ですから、プライバシーが非常に重要な問題です。それから就業規則を改訂する必要があるかどうかです。今、介護と育児については両立支援を行うよう法律でも決められていますし、就業規則の中にも介護と育児の人に対するサポートについて含まれています。しかし、今回の両立支援は、就業規則を改訂するまでに至るのかという難しい部分があります。会社は法律があれば従います。先ほどのCSRに関しても、コンプライアンス、法律遵守という項目があります。ですが、出来るならやるようにという努力義務に関しては、ほとんどやりません。もちろん指導があった場合は対応すると思います。

それから、元々ハンディキャップを持っている障害者との区分はどうかという問題です。障害者に関しては法律で決められていますから、雇用率だけでなく、障害の程度に応じた就労の配慮が必要です。弱者保護ということですが、法律できちんと決まっているので、きちんとやらなければいけません。がんの両立支援の話ばかりしていると、不公平感が出てきます。がんだから仕方がないというのは分かるが、アンバランスが生まれ、会社の制度におけるバランスが取れなくなってきてしまいます。

最後に、安全配慮義務です。企業に安全配慮義務という責任が課せられています。健康な労働者から「なぜあの人はがんだというだけで、そんなに働かなくても会社辞めないでボーナスも出ているのか」という声が出てきます。私が相模原で勤務していた時に、メンタルの疾患を発症してずっと休んでいる人がいました。私が本社の健康安全担当になったので、あの人はどうしているかと聞くとまだ休んでいることが分かりました。それで東病院の精神科の先生に来てもらって面談し、臨床心理士にも診てもらいました。もう10年だから辞めてもらうかと話したのですが、周囲の現場で働いている人からも「なぜあの人のみ10年も」という声が上がっていました。本人も調子が悪いと言って休んでいながら、近所でパチンコをしたり、飲み屋にいるのを目撃されたりしていたので、周囲の人達から不信感が出て、「なぜそんなに面倒を見るのですか」という意見が出ました。「健康保険組合の費用を払っているのは我々だし、我々のお金を使っているじゃないか」と、真面目に働く健康な人達からこのような意見が出てきて驚きました。そのようなことも考えなければいけません。

企業における疾病者等への対応

北里大学病院
a-ru
働き続けを支援

労働者の疾病についての基本的な考え方

- ①業務上疾病（労災）は、企業の責務の範囲で治療・就業配慮等を行う。
- ②私傷病（個人の疾病）は、あくまでもプライベートで、配慮はするも自己責任。

■ハンディキャップのある労働者への対応

- ①**障害者** 身体障害、精神障害は、雇用確保・時間外労働等への配慮
 【法律】 人工透析は、週3日程度の早退。賃金はカット、雇用確保
 難病も障害者に準じて個別対応
- ②**疾病者** 特定の疾病者が就業で病状が著しく増悪する場合は就業禁止
 【法律】 例えば、伝染性疾患者、心臓・腎臓・肺の疾病、自傷他害精神
 健康診断結果に基づき、個人の疾病に応じた就業制限を実施
 就労による疾病が増悪しないように、安全配慮義務を履行
- ③**育児・
介護者** 両立支援の2つ。法令で休業、短時間勤務等の配慮
 【法律】 → 仕事と治療の両立支援（法律ではない）

先ほどの話にあったハンディキャップの人についてです。疾病者への対応ですが、業務上災害と業務上疾病があります。働く事によって病気になってしまった場合です。例えば、業務上疾病の8割は腰痛です。企業の責任の範囲で労災保険法において治療と就業配慮を行います。万が一障害が残っても、障害等級が受けられ、一生雇用します。分かりやすく言うと、「うちの会社の仕事で病気になってしまったので最後まで面倒を見ますよ」という考え方です。

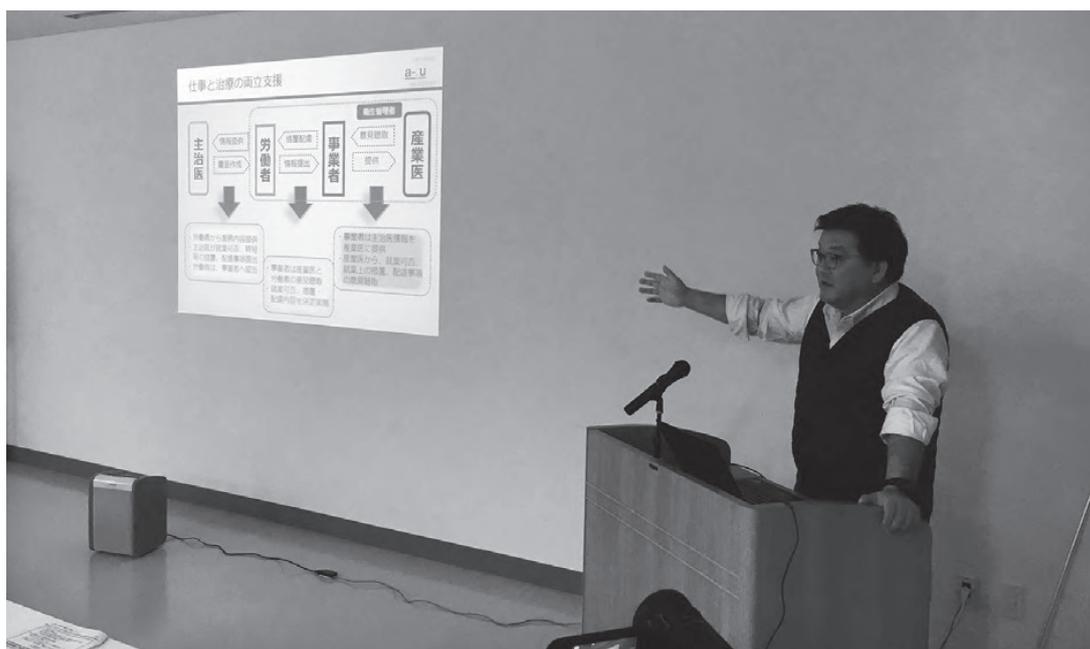
私傷病（個人の疾病）は、あくまでもプライベートです。配慮はしますが自己責任です。先ほど安全配慮義務という言葉を使いましたが、従業員にも労働安全衛生法上の中で自己保健義務が課せられています。会社に面倒見てもらおうではなく、自分もちゃんと自己管理を徹底しなさいということです。例えば健康診断で肝機能が高く、治療まではいか

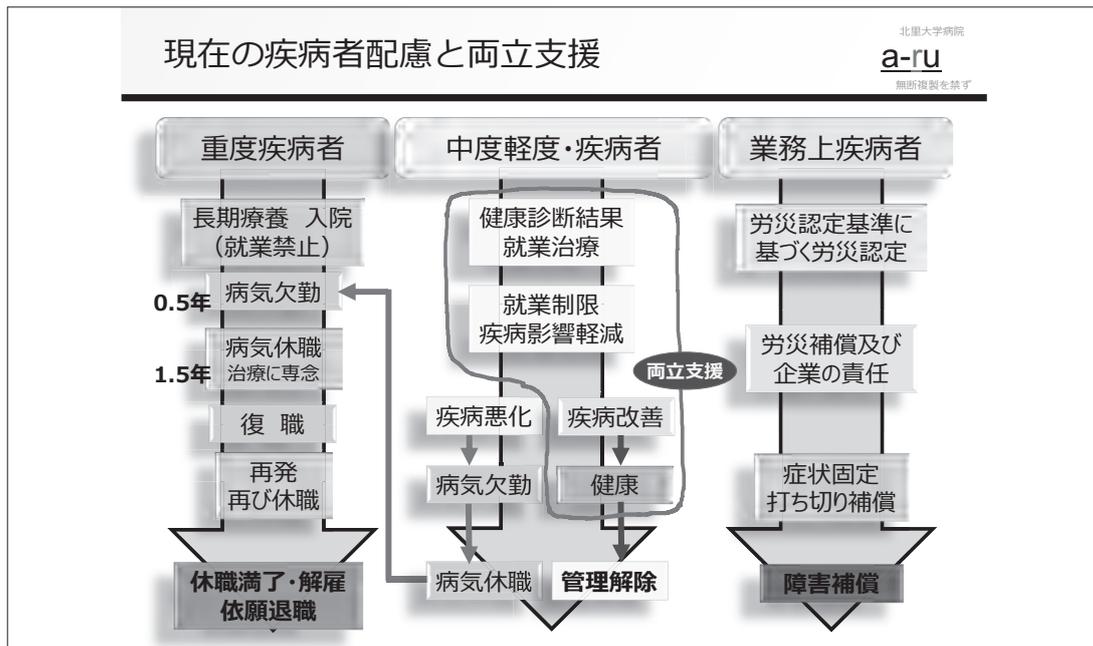
ないが節制しなさいと言われた場合、それは本人に課せられた義務です。働くために健康をきちんと維持するのは個人の義務なのです。これを自己保健義務と言います。先ほども言いましたが、「ガンマGTPを100から60まで落とさない」という業務命令は会社から出せませんが、言い方は良くないかもしれませんが、健康も能力なのです。会社側や臨床側の人から「駄目ですよ」と言われていてコントロールが出来るかどうかは、自分の能力の範囲として残されています。

ハンディキャップがある人達とは、障害者、疾病者、育児・介護者などの人達です。イメージはお分かりかと思いますが、障害者は、基本的には雇用確保です。今、従業員全体の2%に障害を持っていらっしゃる方を雇用しなさいと言われています。どういこうことをするかと言いますと、いわゆる知的障害者だけを集めた特例子会社をよく作ります。つまり知的障害だとポイントが高いので1つの会社にしてしまって、本体全体を見渡して2%いるような従業員構成にして、言い方が悪いですが障害者だけの仕事をだいぶ差別化しています。健常者の中で障害者の仕事を分ける方が分かりやすく、その方がお互いに分かり合えるかと思いますが、いちいち大変なので障害者だけを集めて会社を作ります。このような形でポイントを稼ぎ、大きな会社になればなるほど「うちの会社は法定雇用率を満たしているので法律違反はしていません」とやっています。私がいた会社もやっていました。例えばネジに付いていたビニールを取って、ネジとビニールを分けるだけの単純な作業です。いわゆる精神薄弱、知的障害者系の人が多かったです。

人工透析が必要な人も障害者の扱いです。週に3日は透析しないと亡くなってしまいますが、午後2時頃に出かけて病院に着くのが4時、そこから透析を受けて夜中に帰ります。そしてその2日後にはまた行きます。そうすると、午後2時から終業までの期間は早退になります。障害者の扱いになったので、会社としては了解しています。このような場合を事故欠勤と呼びます。休暇は使い切ってしまうので欠勤になります。労働契約では、例えば20日間働いて20万円という約束であれば、20日間働けなくなっているのだから20万円は支払われなくなります。20日間で20万円の約束で、それを破っているなら辞めてもらうのがルールなのですが、障害者は法律で守られています。

それから、特定の疾病者が就業によって病状が著しく増悪する場合は、就業禁止ということで働いてはいけないと法律で書かれています。伝染性の疾患、心臓・腎臓・肺等の疾患、自傷他害の精神的な疾患など、健康診断結果に基づき、個人の疾病に応じた就業制限を実施します。伝染性とは、例えば目の病気です。流行性角結膜炎などは1週間くらい就業禁止になります。会社に来てはいけないことになっています。がんも、心臓や腎臓、肺等の臓器が病気で冒されて、働くことで悪化させてしまう場合は就業禁止と決められています。両立支援としては、就業禁止の人というのは休業治療なので、辞めさせるために就業を禁止するわけではなく、会社に出ずに病院で治療に専念しなさいというものです。悪い状態で会社に来て、もっと悪くなつては困りますので、一定期間は治療に専念しなさいというルールです。介護と育児に関しては、お分かりの通り両立支援を行います。これも法律で決められています。今でも法律で決められている人達はいます。



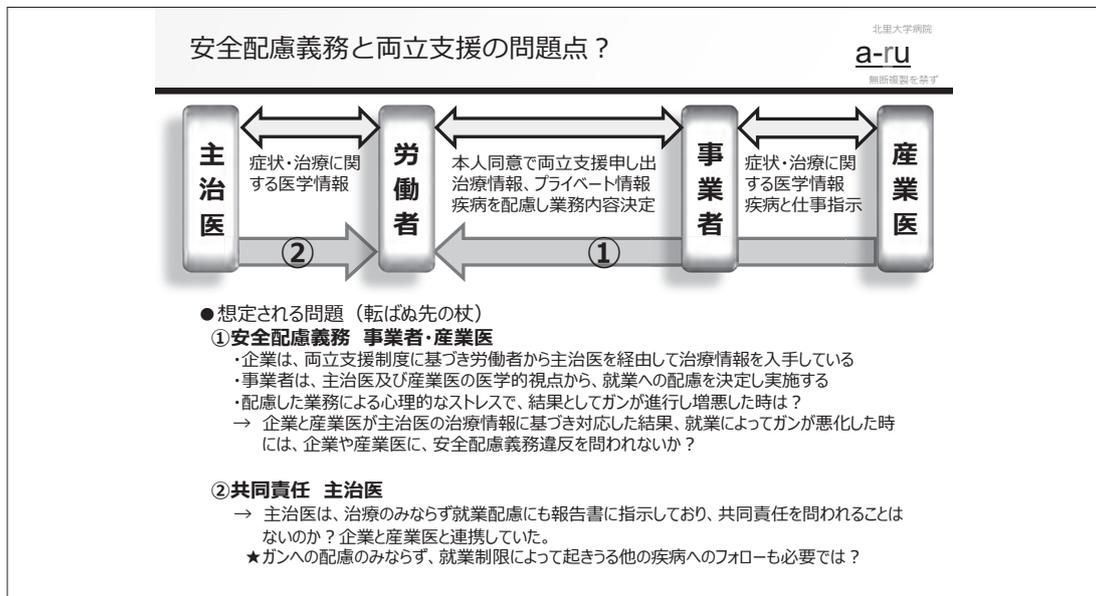


現在の疾病者の配慮と両立支援についてです。いわゆる健康管理の中の疾病を中心とした疾病管理の話です。会社の中では重度の人、就業禁止もこの中に入ります。中度軽度の疾病者、仕事上で病気になってしまった方は、労災認定基準に従って労災だと認められれば保険で補償されますし、企業にも責任があります。具体的に言いますと、企業が全部面倒を見ますが、労災保険というのは待機期間の4日間は労災保険が給付されません。ですが、労災の場合は会社が4日間の分も全部出します。差額分も会社が負担します。それだけ会社に責任があるということです。症状が固定したら打ち切り補償となり、障害が残っても障害保障を受けながら働くことが出来ます。完全に会社の責任なので、管理も会社の責任になります。この場合、何が怖いかというと、民事、損害賠償が必ず出てきます。会社の仕事を命ぜられてやったのに、こんなことになってしまって体が動かない状態だという時に、労災の補償でお金はもらっているが、慰謝料や自分の生涯を含めた補償に関して民事裁判を起こしたいという話が出てきます。会社が一番気をつけているところです。また、責任問題も出てきます。問題は、この2つです。

重度の病気の人で、入院や長期療養で就業を禁止されている人です。私のいた会社のルールでは、休暇を使い尽くしてしまうと欠勤になります。病欠欠勤という言い方をしていました。半年ぐらい病気で休む場合は、情状酌量の場合が多いです。欠勤でも事故欠勤と病欠欠勤がありますが、病欠欠勤の場合は好きで病気になっているわけではありませんから、情状酌量の予知があります。自己欠勤は、病気でも何でもなく、行くのが嫌になったとか、ちょっと調子が悪いという理由で、特に診断書が出てこないケースです。要するに契約違反になるので、ここは問答無用です。病気の方は、好きでがんや糖尿病になったりしませんから、半年間の欠勤を認めます。ただ、病欠欠勤を半年間しても出てこれないようだと病欠休職に入ります。会社が治療に専念しなさいという人事異動になります。会社が出て来ては駄目と命じるわけです。きちんと理解していただきたいのですが、辞めさせるわけではありません。重い病気なのだから一定期間は徹底的に治療に専念しなさいというルールなのです。疾病にもよりますが、私がいた会社は古いので結核で1年半、それに準ずる病気で1年半でしたが、一般的に延べ2年ぐらいは病気で休むことができます。また、治ってきて会社に出て来た場合は、復職となります。メンタルの疾患などで多いですが、再燃再発があって1カ月ぐらいでまた休むとなった場合、以前はここでリセットされていました。復職した段階で全部ゼロにリセットされるので、また2年間休めたのです。最近では再燃再発が多いので、この算定期間を合算します。半年以内に同じ病気でまた休み始めた場合は残りの期間から引いていきます。例えば1年8カ月で会社に出てきて、1カ月しないうちにまた休み始めたら、残りの4カ月から引いていきます。途中で2年分になってしまうと、休職期間満了となり、通常解雇となります。「申し訳ないが貴方の病気は治らないので、働いてもらえる期待もないし、労働契約も結べないので、ルールに従って辞めてください」と話します。もしくはご本人からの依願退職で、例えば「肺を悪くしたので空気の良い長野や岐阜に行きます」「一生懸命治療してきたが、元々の環境を変えないといけないので辞めます」という人もいます。厳しいようですが会社は働く所なのです。言い難いのですが、病院はリハビリや緊急時の対応をしてくれますが、会社はやはり病院に手配して送るまではしますが、その後は個人の問題になります。その後でどのような治療を受け、どのような医師とどうなってい

るのかは、知る由もないです。知ってはいけない領域です。一見冷たいようですが、会社は働く所ということをご理解いただければと思います。

次は中度軽度の話ですが、両立支援はここに入るだろうと思います。多くは健康診断で「いつの間にかこんなに太ってしまって、血圧がこんな上がってしまった」というようなケースです。そうすると主治医に相談して少し体重を減らして薬を飲み始めて改善していきます。その中で残業は駄目だとか、宿泊を伴った出張は禁止するといった就業制限を仕事によってかけていきます。そして治療をしながら生活をサポートして疾病を改善し、健康に戻ってくれば管理が解除されます。もう一つは、病状がどんどん悪化してきているケースです。病気欠勤で休み、病気休職に入ると重度疾病者のラインに入ってしまう。何とか病気が悪化せず、改善の方に戻っていきたいというのが会社の希望です。会社としても調子が悪い人をなんとか戦力に戻したいわけです。皆さんも体調が悪い時など少しモチベーションが下がると思いますが、体調がずっと悪いというのは自分の能力が100%出せないということです。会社としては仕事のアウトプットを出してもらいたいわけですから、健康な状態で働いてもらうのがベストなので、本人の健康を改善すれば会社の生産性も上がるという話です。このような感じで中等度のところに入ってくるのが両立支援ですから、最初から入院や長期療養をしている場合は、両立支援の対象にならないと思います。働きながら治療をどうしていくかという部分なので、ここに入ってくるだろうと思います。効果き面で改善されて、がんがなくなって良かったねとなって欲しいです。会社としても労働力の確保が重要なので、このような流れで管理しています。健康診断の結果から、1年間かけて産業医と看護師、保健師がフォローアップしているというのが健康管理の大きな柱です。



最後のスライドです。問題提起を書きました。両立支援において怖いのは、会社側にも主治医側にも、病気を持っている人が働くことでその病気が悪くなってしまうことです。これは絶対にNGです。もちろんそういうこともあるでしょうが、何のための両立支援なのか分からなくなってしまいます。治療する側も企業側も一緒になって情報交換し、専門家である医師が2人もいて結局悪くなっているというのは絶対にNGです。このようなことが多くなると制度自体を見直さなければならなくなるかもしれないぐらいの大きなテーマだと思います。要は先ほど言った安全配慮義務です。スライドで労働者の右側にある事業者と産業医の所に①と書いてあるところです。今まで企業では個人の病気情報はあまり取らないし、知らないし、知りたくもないことでした。がんでどういう状態かは産業医が本人から聞き、だいたいステージが進んで会社としても少し配慮が必要というケースについては産業医の指示に従いながら配慮します。しかし、例えば糖尿病や高血圧の場合、基本的に知れば知るほど会社として配慮しなければならなくなります。本人が主治医に言って、主治医が治療の内容を全て事業者に渡し、産業医も共有します。今までは病院しか知らなかったのです。どのような薬を出して治療して、手術をして、今の状態がどうか、合併症がどうかといった情報は病院しか知らなかったのです。知っていたとしても、主治医から診断書をもらう産業医しか知りませんでした。今は本人の状態を会社も主治医も全員が知っています。治療方法を全部入手して、事業者は産業医の医学的視点から働く配慮を決定して実施します。配慮した業務によって病気に影響があった場合、例えば心理的なストレスがあって結果的にがんに影響した場合などに、企業や産業医の責任はあるのでしょうか。治療は一生懸命やっているが仕事の与え方が間違っているとか、身体は薬でもス

トレスが掛かっているとか、本人が「得意です」と言っているなら仕事をさせたらがんが進行したという場合に会社にも主治医にも責任があるのではないかと考えられます。これが今回のテーマの怖いところですよ。ましてや、亡くなってしまったら裁判になります。そうなるとお互いに2度と関わりたくないと思うようになります。良かれと思って行っていることなので、主治医も産業医も事業主もきちんと考えないといけません。

主治医には直接的には安全配慮義務はないですが、この制度では共同責任が生まれます。主治医は最初に仕事のことを報告書で指示を出しているのですから、自分は知らないとは言えません。残業はしてはいけないとか、こういう仕事はどうだとか書いていて、何かあったら主治医だから知りませんというのは法律上駄目でしょう。臨床側と会社側とで絶対に安全に対応しなければならないというのが現実としてあると思います。しかし、あまり制限しすぎると本人がどんどんやる気を失ってしまいます。健康と仕事のバランスは、両立支援だけではなく、働かせ過ぎても良くないし、放っておいても良くないし、どこでバランスを取るのかが重要だと思います。健康、モチベーション、仕事をどうバランス取るのかについて、逆に臨床サイドからのサポートと一緒に考えることが非常に重要だと思います。臨床サイドには内科や精神科の先生が大勢いれば良いのですが、産業医はあまりいません。眼科や皮膚科の先生は専門領域がありますが、それでも産業医として考えてもらえれば良いのです。でもそれは建前です。基礎の学問として、例えば糖尿病で就業制限を掛けようとした場合、眼帯カプラーを取って網膜がどうかということではなく、糖尿病そのもの話なわけですよ。これは逆にサポーターの専門家がいますので、どうやってついていくかということになります。しかし、基本的には会社はなかなか積極的ではないと思います。がんが消失し、後は定期的にリンパの検査等を何年後かにやっていくとなっても、少なくとも5年は元の仕事に戻したりせず、あまり負荷を掛けないようにします。つまり慎重な会社は、再発の恐れがありますから、おそらく5年間は残業禁止のままにします。残業は普通に働くよりもプラスαで働かせることなので、会社が負荷を掛けることになります。それが本当にがんの再発に影響したかどうかは分からないにしても、負荷を掛けて再発の可能性が上がるよりは、安全に対応するということです。例えば営業等の仕事には出さないと思います。「もう良いです、どんどん仕事してください」とは、なかなかならないと思います。ただ、活気付くのは本人ですから、「また北海道勤務にさせてくれ」などと言います。それで何年か経って今度転移していて、背中が痛いからと診てみると開けて肺がんだったということも実際にあったケースです。5年過ぎてある日突然背中が痛いと言ったら、最初は胃がんだったのに胃から肺に転移していたことが分かりました。彼は亡くなったわけではなく、元に戻ったのですが、もう営業から外しました。完全に事務職になりました。ですから、最初はとてもモチベーションが下がりました。営業が好きで、自分に合っていると思っている人から、人と会いながら売っていくという仕事を取り上げることになりますから。病気のためと本人も思っていますが、やはり出てくる影響が他にも影響します。ですから、主治医と産業医、そして看護師や会社側の医療職や衛生管理者などとの定期的な連携が必ず必要になってくると思います。

ご清聴ありがとうございました。

第4回 治療と仕事との両立支援セミナー

発行

2019年1月

北里大学医学部公衆衛生学

〒252-0374 神奈川県相模原市南区北里1-15-1

TEL : 042-778-9352 FAX : 042-778-9257

E-mail : syuroushien@gmail.com

北里大学 医学部 公衆衛生学

〒252-0373 神奈川県相模原市南区北里 1-15-1

TEL: 042-778-9352 E-MAIL: publichealth@med.kitasato-u.ac.jp

www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/

