

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

(170401-2)

令和元年度総括・分担研究報告書

研究代表者 堤 明純

令和2年(2020)年3月

目 次

I. 総括研究報告書

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	堤 明純・・・・・・・・・・ 1
-----------------------------------------------------------	------------------

II. 分担研究報告書

産業保健総合支援センターにおける治療と就労の両立支援の検討	渡辺 哲・・・・・・・・・・ 14
労災病院両立支援センターによる両立支援の検討	久保田昌詞・・・・・・・・・・ 19
疾患別拠点病院による両立支援の検討	荻野美恵子・・・・・・・・・・ 40
中小企業における治療と就労の両立支援の推進に産業保健師が果たす役割の明確化と多職種連携モデル開発に関する検討	錦戸典子・・・・・・・・・・ 42
企業外労働衛生機関と労災病院治療就労両立支援センターの連携による両立支援モデルの構築	森口次郎・・・・・・・・・・ 57
企業外労働衛生機関向けの啓発ツールおよび健診・検診の全受診者向け「両立支援カード」の評価	森口次郎・・・・・・・・・・ 63
治療と就労の両立支援の活動評価指標の開発：産業保健総合支援センターおよび企業外労働衛生機関の活動評価指標（最終版）の作成	井上彰臣・・・・・・・・・・ 79
職場における一次予防に関する介入研究ならびに中小企業の両立支援に関する事例研究	北居 明・・・・・・・・・・ 89
当事者からの好事例の収集、支援モデル、活動評価指標の作成と検証、研究会開催	江口 尚・・・・・・・・・・ 105

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

・・・・・・・・・・ 119

IV. 研究成果の刊行物・別刷

1. 堤 明純. 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. 産業医学ジャーナル. 2019;42(4):5-9	125
2. Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, Kachi Y. Links between organizational preparedness and employee action to seek support among a Japanese working population with chronic diseases. J Occup Health. 2019;61(5):407-414	130
3. Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, Kachi Y. Organizational justice and illness reporting among Japanese employees with chronic diseases. PLoS One. 2019 Oct 21;14(10):e0223595.	138
4. Inoue A, Tsutsumi A, Eguchi H, Kawakami N. Organizational Justice and Refraining from Seeking Medical Care Among Japanese Employees: A 1-Year Prospective Cohort Study. Int J Behav Med 2019; 26(1): 76-84.	152
5. Kusumoto A, Kajiki S, Fujino Y, Namba K, Nagata T, Nagata M, Tsutsumi A, Mori K. Characteristics of self-reported daily life note (LN) users in return-to-work judgment for workers on sick leave due to mental health conditions, and usefulness of the tool. Ind Health. 2019 Feb 5;57(1):70-78.	161
6. Tsutsumi A. Return to work after stroke. U. Bültmann, J. Siegrist (eds.), Handbook of Disability, Work and Health, Handbook Series in Occupational Health Sciences, https://doi.org/10.1007/978-3-319-75381-2_25-1 Springer Nature Switzerland AG 2020	170
7. 錦戸典子, 第26回日本産業精神保健学会: 大会長講演 コミュニティとメンタルヘルスの未来を考えるー保健師の立場から産業精神保健 2019;27(4):277-284	186
8. Nishikido N, Sasaki M, Yoshikawa E, Ito M. Development and evaluation of a training program for occupational health nurses regarding support for workers with cancer and their workplaces. J Occup Health 2019;61(6):489-497	194
9. Nishikido N, Sasaki M, Yoshikawa E, Ito M, Abe H, Sakiyama N. Development of a support tool for balancing cancer treatment and work in small and medium-sized enterprises. Environmental and Occupational Health Practice 2019;1(1):13-19	203
10. Yoshikawa E, Nishikido N, Sasaki M, Ito M, Watai I, Sudo J, Mochizuki M. Development of an occupational health nurse's guidebook to promote the balance between cancer treatment and work. Environmental and Occupational Health Practice 2019;1(2):31-38	210

11. 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）． 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 第3回—経営者に響く治療と仕事の両立とは. 2019	218
12. 北里大学医学部公衆衛生学単位． 第5回治療と仕事の両立支援セミナー報告書. 2019	264
13. 江口尚，森口次郎，鳩原由子． 治療と仕事の両立支援のススメVol.2. 2019	286
14. 江口尚，森本英樹，平松利麻，柴田喜幸． 治療と仕事の両立支援のススメVol.3. 2019	298

令和元年度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」(170401-02)
総括研究報告書

研究代表者 堤 明純 北里大学医学部公衆衛生学教授

研究要旨：疾病の治療と就労を両立させるための、企業、産業保健スタッフ、医療機関等の連携については種々のツールが開発されつつあるが、それらを有機的に活用した両立支援モデルは少ない。本研究では、両立支援に関わる関係機関のニーズ調査に基づいて、情報の発信方法を含めて、包括的な両立支援モデルを提供することを目指した。さらに、PDCA サイクルに基づく活動評価指標を開発することで、支援活動を継続的に改善させるツールの開発を試みた。活動評価指標には経営的な要素を盛り込み、経営者に両立支援を行うことのインセンティブを示し、社内リソースに限りがある中小企業でも両立支援を進めるドライブとすることを検討した。さらに、両立支援を必要とする労働者、事業者からの相談を、産業保健総合支援センター、地域の労災病院を軸とする関係施設の連携のもとに総合的に対応する「ワンストップサービス」モデルを提案し、とくに中小企業の利便性向上を図る枠組みの形成を目的とした。最終年度にあたる令和元年度は以下9つの研究を行った。

1. 産業保健総合支援センターにおける治療と就労の両立支援の検討（渡辺）

神奈川県下の4大学病院と連携する神奈川モデルの確立・運用、神奈川労働局が主体となった神奈川県下で両立支援にあたる各種団体と連携するための会議・研修会、神奈川産業保健総合支援センターで作成した両立支援カードの配布等で、両立支援に関する周知を図り、両立支援窓口の拡充に務めた。両立支援促進員を19名、常勤保健師1名を配置し相談対応等にあたった。

2. 労災病院両立支援センターによる両立支援の検討（久保田）

大阪労災病院両立支援センターでの両立支援コーディネーターの業務分析を行った。対応件数の約4割で自己調整のみで仕事と治療の両立が得られ、間接型トライアングル支援に係る対応件数は約4割であった。後者においては、勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談が最も多く、特に術前化学療法、手術、術後化学療法の休職レベルが多かった。各コーディネーター業務は、治療段階と就労レベルの組合せの中でかなり多様なため、どの段階でどのような対応が必要かを断定的に示すことは困難であった。どの治療段階のどの就労レベルの時にどのような支援を行うべきかの検討の必要性を確認した。

3. 疾患別拠点病院による両立支援の検討（荻野）

疾患別拠点病院等で就労が困難な脳卒中や神経難病を多く診療する神経内科専門医を対象として、両立支援の情報提供を兼ねて、両立支援の現状把握を行った。専門医でも両立支援を援助する専門機関についての知識はなく、就業に関する情報収集は初診時や病状変化時に限られ、治療方針決定時に就業を考慮することは半数程度であり、主治医としてさらに就労継続に積極的な働きかけをすることを促す必要性を確認した。具体的に両立支援を進めるには、十分な知識や経験のあるMSWなどの専門職に紹介することが有用と思われ、主治医からスムーズに院内外の専門職に紹介するシステム構築の必要性を確認した。

4. 中小企業における治療と就労の両立支援の推進に産業保健師が果たす役割の明確化と多職種連携モデル開発に関する検討（錦戸）

余力のなさを含む中小企業における様々な制約、事業場側と社員（患者）双方の不理解、助成に関する情報の整理ができてないことが、事業場側における両立支援の困難点として明らかとなった。社

員を大切にする職場風土の醸成や保健師・社会保険労務士を含めた多職種・多機関の活用が両立支援を促進するヒントとして示唆された。支援者側の困難点として、社会保険労務士・保健師の存在や役割がわからないこと、会社からの相談の場合社員（患者）への直接支援ができないこと、支援後の報告がないことなどが明らかとなった。推進のヒントとして、社会保険労務士と保健師が連携することや事業場への支援結果を報告するフローをつくること、産業保健総合支援センターなどの支援機関のコーディネートスキルを磨くことなどの重要性が示唆された。

5. 企業外労働衛生機関と労災病院治療就労両立支援センターの連携による両立支援モデルの構築（森口）

企業外労働衛生機関と労災病院治療就労両立支援センターの連携による両立支援モデルを構築し、健診・検診で判明した有病者の両立支援を行う枠組みを運用することを試行した。期間内に両立支援の対象となる労働者が現れなかったため、両立支援モデルを実行することはできなかったが、両立支援における連携のあり方について企業外労働衛生機関と労災病院治療就労両立支援センターの間で協議を行い、一定のプロトタイプを形成した。

6. 企業外労働衛生機関向けの啓発ツールおよび健診・検診の全受診者向け「両立支援カード」の評価（森口）

企業外労働衛生機関向けの啓発ツールとして作成した「マンガ冊子」と健診・検診の全受診者向けに作成した「両立支援カード」について、全国労働衛生団体連合会の会員向けに調査を行い、一定の有用性があることを確認した。企業外労働衛生機関職員の教育や健診・検診の受診者の周知を図ることで、中小企業の両立支援の向上に役立つ可能性がある。

7. 治療と就労の両立支援の活動評価指標の開発：産業保健総合支援センターおよび企業外労働衛生機関の活動評価指標（最終版）の作成（井上）

産業保健総合支援センター向けに、1）「スタッフの確保・教育」、2）「事業者以外を対象とした研修・セミナーの実施」、3）「近隣病院（大学病院や労災病院）との連携・多職種連携の強化」、4）「周知広報・両立支援カード／パンフレットの配布」、5）「個別訪問支援・個別調整支援の促進」の5カテゴリー21項目からなる活動評価指標と、企業外労働衛生機関向けに1）「自機関職員の経営層の意思表明・体制整備・職員間の連携・支援ツールの提供」、2）「情報提供・研修」、3）「顧客事業場・本人への支援」、4）「外部専門機関との連携」、5）「顧客事業場への支援ツールの提供」の5カテゴリー24項目からなる活動評価指標を作成した。

8. 職場における一次予防に関する介入研究ならびに中小企業の両立支援に関する事例研究（北居）

対話型組織開発の介入を行った事業場のフォローアップと中小企業の調査を行い、柔軟な働き方とメンバーにとって相談しやすい職場の雰囲気は、組織コミットメントやワーク・エンゲイジメントにプラスの影響を与えること、メンバーにとって相談しやすい雰囲気づくりには、組織開発が効果的であること、権限関係にはない産業保健師が積極的に現場にかかわることで発生する相談しやすい職場の雰囲気は、がんや難病の早期発見にも結びつく事が示唆された。

9. 当事者からの好事例の収集、支援モデル、活動評価指標の作成と検証、研究会開催（江口）

両立支援を必要とする労働者の支援への職場の姿勢が肯定的であると認知し、労働者が両立支援に必要な行動がとれている場合、離職意思が低く、上司から大切にされているという認知が高いことが認められた。就労支援外来や経営者・当事者・支援者を交えた研究会の開催で、両立支援に関する事業場のニーズがうかがわれ、両立支援を中小企業で進めるには、経営問題として両立支援をとらえられるような情報提供の必要性があることが分かった。

分担研究者

渡辺 哲 神奈川産業保健総合支援センター所長
久保田昌詞（独）労働者健康安全機構大阪労災病院
内分泌代謝内科部長

治療就労両立支援センター両立支援部長兼務予
防医療部長兼務

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

錦戸典子 東海大学健康科学部看護学科・産業保
健看護学教授

森口次郎 一般財団法人京都工場保健会理事

北居 明 甲南大学経営学部経営学科教授

井上彰臣 北里大学医学部講師

江口 尚 北里大学医学部講師

A. 研究目的

疾病の治療と就労を両立させるために、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策定され(厚生労働省 2016)、関係機関の連携のためのマニュアルやツールの開発が行われるようになったが(江口 2016、立石 2016、堤 2016)、両立支援に関わる関係者間の連携はよりいっそう普及させていく必要がある。とくに時間や資源の制約のある中小企業には、情報やサービスを一元化したワンストップサービスの充実が求められる。本研究では、両立支援をさらに進めるため、ソーシャルマーケティング調査に基づいて関係者のニーズを明らかにし、好事例調査に基づいて具体的な支援活動のためのツールと情報発信法を整理し、関係者を有機的に連携させた両立支援システムのモデルと、健康経営の観点も踏まえ、PDCA サイクルを念頭に置いた活動評価指標の提案を目的とした。

本研究では、中小企業支援に詳しい産業保健と経営学の専門家のチームで、健康経営の観点を踏まえた、支援活動、事業者による健康管理、医療機関との連携に関する好事例の収集分析を行い、両立支援のモデルを構築する。支援モデルの試行、運用を通じて、ソーシャルマーケティング調査の手法等を活用して、関係者の具体的なニーズを収集する。特に中小企業からの相談の利便性を向上するため、地域産業保健センター等で受け付けた

相談を、内容に応じて産業保健総合支援センターと各地域産業保健センターの連携のもとに総合的な支援に結びつけるワンストップサービスを構築する。研究申請者らが、過去に開発した支援ツール(ハンドブックや職場復帰診断書)や評価指標(組織風土)等を活用して、関係者を有機的に連携するための新しいツールとその活動評価指標を提案する。また、PDCA を回しながら、両立支援を進めていくシステムを構築する。

平成 29 年度に、先行研究レビュー、関係者のニーズ・好事例収集と分析、関係者を有機的に連携させた両立支援システムのモデル、事業者向けハンドブックと活動指標チェックリストのひな型の作成、平成 30 年度に、支援モデル、ツールの試行と改良、情報発信方法および活動評価指標の作成、令和元年度に、モデル事業で開発したシステムを検証し、両立支援のための具体的な支援事項、関係機関を有機的に連携させるためのツールと支援モデルおよび活動の評価指標を提案することを計画した。

最終年度目にあたる令和元年度は、これまでに神奈川産業保健総合支援センター、関東労災病院および神奈川県内 4 大学病院を核に確立した神奈川両立支援モデルにおいて、そのネットワークを拡充しながら(図 1)、開発を試みている各種ツールを試行・改良するとともに、労災病院両立支援センター、疾患別拠点病院(とくに神経)、産業保健師、企業外労働衛生機関が、両立支援について、それぞれが有する機能と連携先との関係を整理し、開発したツールを用いた連携モデルの試験的運用(モデル事業)を行って、連携モデルとツールの運用可能性を検討し、今後の課題を整理した。さらに当事者を交えた研究会等を開催し、中小企業で両立支援を進めるための情報収集を進めるとともに、ホームページ等を利用した啓発活動にも努めた。

B. 方法

1. 産業保健総合支援センターにおける治療と就労の両立支援の検討(渡辺)

神奈川産業保健総合支援センターの事業として 1) 治療と仕事の両立支援対策の普及促進、産

業保健関係者への啓発活動、2) 産業保健関係者に対する専門的研修、産業保健関係者からの専門的相談対応、3) 労働者と事業者の個別調整支援を行った。4) 両立支援活動の普及、拡大のため神奈川県内4大学病院（北里大学、東海大学、横浜市立大学および聖マリアンナ医科大学）と連携した「神奈川モデル」で好事例を収集するとともに、各種団体と連携して、神奈川県両立支援推進チームとしての活動をおこなった。さらに、地域・職域連携を推進した。

2. 労災病院両立支援センターによる両立支援の検討（久保田）

2018年4月から2019年10月までに、大阪労災病院で治療を受けられた、乳がん患者37人について、電子カルテ上の記事を参照し、来院時における治療段階と就労レベルを確認した。電子カルテ記事からその時点での患者の就労に関する状況や問題を「悩み」として抽出し、それらに対する両立支援コーディネーターの支援内容を「対応」として抽出し、コード化した業務内容と照合した。

3. 疾患別拠点病院による両立支援の検討（荻野）

神経内科専門医5,739名中、平成29年度に実施した日本神経学会評議員のパイロットスタディの調査対象553名を除いた5,186名から、ランダムに選択した4,200名を対象とした大規模調査を行った。1,018回答につき解析を行い、パイロットスタディ結果との比較を行った。さらに、拠点病にて両立支援を行っている実務者に対するインタビュー調査を行った。

4. 中小企業における治療と就労の両立支援の推進に産業保健師が果たす役割の明確化と多職種連携モデル開発に関する検討（錦戸）

ある産業保健総合支援センターに所属する産業保健専門職1名、労働衛生専門職1名、両立支援促進員である社会保険労務士5名を対象に、フォーカス・グループ・インタビューを行った。聴取内容は、事業場から産業保健総合支援センターに相談がきた経緯、事業場への支援内容や支援を

行う上で工夫・留意した点、支援の際の他部署・他機関との連携の状況、事業場自体の困難や支援者が感じた困難、中小企業の両立支援の推進に向けた提言やヒント等についてであった。一部、追加質問に関して、メールでの回答を得た。

5. 企業外労働衛生機関と労災病院治療就労両立支援センターの連携による両立支援モデルの構築（森口）

分担研究者が所属する企業外労働衛生機関で健康診断やがん検診を受診して精密検査の受診を指示され、自らの意思で精密検査の目的で大阪労災病院を受診し、消化器疾患、婦人科疾患、腎臓疾患、眼科疾患、脳心血管疾患などと診断された者の中で、両立支援の対象となりうる労働者を想定対象とした。健康診断会場に、がん患者向けの『両立支援ポスター』を掲示し、両立支援に関する情報提供を行うことで、両立支援につなげるモデル構築を試みた。

6. 企業外労働衛生機関向けの啓発ツールおよび健診・検診の全受診者向け「両立支援カード」の評価（森口）

企業外労働衛生機関向けのツールとして開発した、労働衛生機関の渉外職向けのマンガ冊子、および、健診・検診受診者向けの両立支援カードについて、企業外労働衛生機関へのアンケート調査により意見を収集し、改善の資料となる情報を得た。両ツールを同封した調査票を、令和元年11月、全国労働衛生団体連合会の会員121機関に郵送した。令和2年1月6日までに回答を得た機関[マンガ冊子：52機関（回答率43%）、両立支援カード：46機関（回答率38%）]を分析対象とした。

7. 治療と就労の両立支援の活動評価指標の開発：産業保健総合支援センターおよび企業外労働衛生機関の活動評価指標（最終版）の作成（井上）

産業保健総合支援センターおよび企業外労働衛生機関で、両立支援のための活動を評価する指標について、昨年度までに作り上げたものについて、それぞれの機関との間で、試行と改良を繰り返

返して最終版を作成した。

8. 職場における一次予防に関する介入研究ならびに中小企業の両立支援に関する事例研究（北居）

平成 29 年 9 月から 11 月にかけて、Appreciative Inquiry と呼ばれる対話型組織開発を用いた介入研究を行ったメーカー A 社（グループの従業員数：約 36,000 人）の工場の開発部門 4 課（約 80 名）に対し、5 回に渡るフォローアップ調査を行った。

加えて、中小企業における両立支援の認知が従業員のワーク・エンゲイジメントや組織コミットメントに与える影響を、中小企業に勤務する従業員を対象としたアンケート調査を通じて分析した。わが国のさまざまな中小企業に勤務する従業員を対象として、インターネット調査会社に依頼し 206 名から回答を得た。

9. 当事者からの好事例の収集、支援モデル、活動評価指標の作成と検証、研究会開催（江口）

インターネット調査モニターのうち、両立支援が必要な者 1,200 名を対象に、治療と仕事の両立支援が必要な労働者における両立支援の状況と離職意思に関する調査を行った。

「経営者に響く治療と仕事との両立支援とは」をテーマに、第 3 回これからの治療と就業生活の両立支援を考える研究会を開催し、関係者（とくに経営者）からの両立支援に関する意見収集を行った。

北里大学病院で就労支援外来を開設し、患者向け就労支援セミナーの定期開催を行った。

倫理的配慮

本研究は、各研究実施機関の倫理委員会および北里大学医学部・病院倫理委員会 観察・疫学研究審査委員会において承認を得て実施した。

C. 結果

1. 産業保健総合支援センターにおける治療と就労の両立支援の検討（渡辺）

事業主等に対する啓発セミナーや産業保健関係者に対する専門的研修で『事業場における治療

と職業生活の両立支援のためのガイドライン』の周知徹底を図るとともに、両立支援促進員等による専門的な研修、事業場や労働者からの相談、事業場への個別訪問支援を行った。

両立支援他施策の普及、啓発のため作成した「両立支援のポスターとカード」を用いて神奈川労働局・各監督署、神奈川県両立支援推進チーム、神奈川 4 大学病院、神奈川病院協会等への周知および安全衛生推進大会、産業保健フォーラムを活用した広報を展開した。神奈川県下の 4 つの医学部附属病院との連携を図り、それぞれの大学病院の患者相談窓口および関係機関に、約 15,000 枚の両立支援カードを配布した。

両立支援のテーマで、日本医師会認定産業医研修（2 回）、産業保健セミナー（13 回）、労働者・家族向けセミナー（2 回）を行った。機構本部主催の両立支援コーディネーター研修（1 回）、および神奈川県両立支援推進チーム主催の研修会（1 回）を行った。19 名の両立支援促進員と 1 名の保健師が労働者と事業主に対する両立支援の相談・支援に当たった。72 件の相談があった。促進員が事業場を訪問する個別訪問支援は 41 件あった。

個別訪問支援の促進のため、商工会議所への周知広報協力依頼、全国労働衛生週間にて「両立支援相談コーナー」の設置、「かながわ中小企業ビジネス支援サイド“K-POT”」の活用、産業保健セミナー、両立支援コーディネーター研修等受講者へのダイレクトメールの送付、セミナー受講者に対する個別訪問支援への希望アンケート配布等を行った。

事業場における治療と職業生活の両立支援対策推進連絡会議（神奈川県両立支援推進チーム）の活動として両立支援セミナーを、主催の 1 員として産業保健フォーラム in YOKOHAMA を開催した。

両立支援に関する地域との連携として、神奈川県と連携し、がん治療が必要になった従業員が、働きながら治療を続けられるように、治療と仕事の両立に資する休暇制度や勤務制度を整備している企業を「かながわ治療と仕事の両立推進企業」として認定する制度を創設した。

2. 労災病院両立支援センターによる両立支援の検討（久保田）

431 件の対応があり、約 4 割は自己調整のみで仕事と治療の両立が得られ、患者を通じて両立を支援する間接的トライアングル型支援に係る対応件数も約 4 割であった。後者においては、勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談が最も多く、特に術前化学療法、手術、術後化学療法の休職レベルが多かった。企業訪問等により上司・人事労務関係者等との面談による直接的トライアングル型支援は対象者の約 1 割で行われていた。

3. 疾患別拠点病院による両立支援の検討（荻野）

特定機能病院および 500 床以上の勤務者は 41.1%であった。病院機能別では急性期病院が多かった（60.9%）。

両立支援についての相談先をどの程度知っているかについて、知っているという回答が最も多かったのは院内の医療相談窓口（76.3%）であり、次がハローワーク（62%）、難病相談支援センター（49.3%）、医療機関の相談支援センター（31.7%）、障害者職業センター（22.6%）、高次脳機能障害支援拠点機関（19.9%）で、他の項目は数～10%程度にとどまり、そもそも知られていないことが明らかにになった。27.6%のみがハローワークの難病担当について認知していた。

外来診療で就労について初診時には必ず聞くが 45.3%、通常の外来時では時々聞くが 51.6%、ほとんど聞かないが 35.1%であった。病状変化時は必ず聞くは 22.5%であった。

治療方針を決める際の仕事への影響は、常に考慮しているが 44.2%、場合により考慮しているが 52.4%であった。

患者の就労継続のために職場に働きかけるかについて、求められればしているが 68.4%、常には 24.3%であった。

70%以上の回答者が、業務内容が明確に把握できない状況で就労継続の可能性や配慮の提示が求められることや、同意があるとはいえ、提供した情報が患者本人に不利になるのではないかとという懸念を挙げた。

聞き取り調査では、両立支援を積極的に行って

いる都道府県は難病相談支援センターや難病相談専門員等の難病医療に詳しく経験の豊富な人材がいるところで多数の充実した支援が行われていることが分かった。欧米先進国では、多くが多職種の間をケアを実践しており、主治医が直接両立支援をしなくとも他の職種が適切に行っていた。日本をはじめアジアではそのような体制ができていなかった。

4. 中小企業における治療と就労の両立支援の推進に産業保健師が果たす役割の明確化と多職種連携モデル開発に関する検討（錦戸）

両立支援を進める上での困難点として、事業者側に負担感が大きく、支援者側には支援源についての周知不足が推測された。一方で、両立支援を進めるヒントとして、経営者の高い意識や専門職の活用、社会保険労務士と保健師の連携、在宅勤務などの制度設計が得られた。

中小企業における両立支援推進に向けた企業外産業保健師の支援内容と役割について、2つの大カテゴリー「日頃からの支援」と「病気になった社員とその職場への支援」が得られた。産業保健師の支援内容を整理し、中小企業における治療と就労の両立支援促進に向けた多職種連携モデルを提案した（図2）。

5. 企業外労働衛生機関と労災病院治療就労両立支援センターの連携による両立支援モデルの構築（森口）

令和元年末までに両立支援の対象となる労働者が現れなかったため、両立支援モデルを実行することはできなかった。しかし、健診・検診から両立支援につなげる枠組みについて、「健診・検診の受診者向け『両立支援カード』」等のツールを含めて検討することができた。

6. 企業外労働衛生機関向けの啓発ツールおよび健診・検診の全受診者向け「両立支援カード」の評価（森口）

マンガ冊子は、77%の機関から、内容は「わかりやすい」、「ややわかりやすい」、79%から、渉外職の理解向上に「役立つ」、「やや役立つ」、77%

から、経営層の理解向上に「役立つ」、「やや役立つ」という回答を得た。一方で、内容や教育の水準に関して、さらなる改善点が挙げられた。

両立支援カードは、78%の機関が内容は「わかりやすい」、「ややわかりやすい」、80%が配架・配布を「おこないやすい」、「ややおこないやすい」、96%が啓発に「役立つ」、「やや役立つ」と回答した。こちらについても、多くの改善点が挙げられた。

7. 治療と就労の両立支援の活動評価指標の開発：産業保健総合支援センターおよび企業外労働衛生機関の活動評価指標(最終版)の作成(井上)

産業保健総合支援センター向けに、(1)「スタッフの確保・教育」、(2)「事業者以外を対象とした研修・セミナーの実施」、(3)「近隣病院(大学病院や労災病院)との連携・多職種連携の強化」、(4)「周知広報・両立支援カード／パンフレットの配布」、(5)「個別訪問支援・個別調整支援の促進」の5カテゴリー21項目からなる活動評価指標を作成した。

企業外労働衛生機関向けに、(1)「自機関職員の経営層の意思表明・体制整備・職員間の連携・支援ツールの提供」、(2)「情報提供・研修」、(3)「顧客事業場・本人への支援」、(4)「外部専門機関との連携」、(5)「顧客事業場への支援ツールの提供」の5カテゴリー24項目からなる活動評価指標を作成した。

8. 職場における一次予防に関する介入研究ならびに中小企業の両立支援に関する事例研究(北居)

対話型組織開発の取り組みを風土改善に取り組んだワークショップが複数回開催され、ストレスチェックの結果の大幅な改善、ワーク・エンゲイジメントの改善、新たな病気休職者の発生ゼロ、病気休職者の復帰など、様々な成果が確認された。

中小企業の従業員に対しては両立支援施策そのものの普及があまり進んでおらず、特に相談窓口の設置や啓発活動が不足していることが示唆された。主成分分析で抽出された、両立支援に対する職場の「柔軟な勤務」と「雰囲気づくり」は、組織コミットメントと有意に関連し、「柔軟な勤務」、「雰囲気づくり」および「早期発見の促進」

はワーク・エンゲイジメントと有意に関連していた。治療と就労の両立支援が、ワーク・エンゲイジメントを介して組織コミットメントを高めるかを検証したところ、媒介効果は部分的であることが認められた。

9. 当事者からの好事例の収集、支援モデル、活動評価指標の作成と検証、研究会開催(江口)

研究8の結果を受けて、事業場の両立支援に対する体制や考え方が、支援を必要とする労働者の離職意思等と関連するかをインターネット調査で検討した。支援を必要とする労働者で、両立支援について定期的に話し合っていると認知している者、会社は両立支援に協力的であると認知している者は、そうでない労働者より離職意思を示す得点が有意に低かった。また、自分を大切にしているという意識が有意に高かった。さらに、病気の報告をしている労働者、支援を申し出ている労働者は離職意思が低く、自分が大切にされていると認知していた。

研究会では、経営者が経営課題として両立支援のことを認識できること、そのための支援や情報の必要性が明らかになった。

北里大学病院で就労支援外来を開設し、主治医意見書のドラフト作成を手掛けた。患者向けセミナーを4回開催した。研究班の成果物と、研究会の内容の公開、両立支援に関する知見をまとめるために、ホームページの内容の充実化をはかった(<http://www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/bs/>)。

D. 考察

1. 産業保健総合支援センターにおける治療と就労の両立支援の検討(渡辺)

神奈川産業保健総合支援センターは、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基づき、両立支援事業を行ってきた。両立支援ポスターとカードを作成し、多くの機会に配布した。実際に、カードを通して当センターの活動を知り相談につながった事例があった。今後さらに広報啓発に努め両立支援事業を展開していく予定である。神奈川県下の4大学病院との

連係を通して当センターに相談のあった事例や地域（神奈川県）との連携による事業が少しずつ増えてきた。

今後の課題として、従業員 50 人未満の小規模事業場の労働者に対する支援がより重要になると考えられ、特に中・小規模事業場の産業保健の推進のために地域・職域連携を強化することが重要であると考えられた。

2. 労災病院両立支援センターによる両立支援の検討（久保田）

がん患者に対して、実際に種々の支援が行われているが、コーディネーターの業務は、治療段階と就労レベルの組合せの中で、かなりのばらつきがあり、とくにどの段階でどのような対応が必要かを断定的に示すことは困難であった。

今後の課題として、臨床面では、標準的支援というものがなく、どの治療段階のどの就労レベルの時にどのような支援を行うべきかについては引き続き症例を集積しての検討が必要と考えられた。

3. 疾患別拠点病院による両立支援の検討（荻野）

拠点病院の主治医は、両立支援について、自らの役割が重要であることを認識しているものの具体的な方策についての知識が不足していることが明らかとなった。主治医に両立支援の必要性を啓発し、適切な職種に早期に紹介するように促すシステムの構築、紹介先となる拠点病院の MSW などの職種が適切に今ある資源を活用できるような啓発周知、これまでの研究成果などを含め社会的資源が有効に活用されるような工夫が求められる。

とくに臨床現場で、主治医からスムーズに院内外の専門職に紹介するシステムの構築は必要で、欧米先進国の事例でみられるような、多職種連携がノーマルなシステムで、医師任せとしない両立支援の構築について検討する必要がある。

4. 中小企業における治療と就労の両立支援の推進に産業保健師が果たす役割の明確化と多職種連携モデル開発に関する検討（錦戸）

フォーカス・グループ・インタビューによる収集した情報を基に両立支援を推進するための多職種・多機関連携モデルを改訂した。中小企業ならではの特性や企業規模・業種・働き方などのそれぞれの事情に配慮しつつ両立支援を支援していくには、日常レベルから病気の社員が生じたときまでの幅広い状況に対応できる企業外保健師を活用した多職種連携モデルが有用と考えられた。職場の相互支援の風土づくりの支援や一次予防活動の支援、多機関・多職種の外部資源の活用支援などを強化する必要性が認められた。

今後の課題として、多職種・多機関の役割や支援内容についての研修などの取入れが考慮される。とくに、社会保険労務士や保健師等の専門職が、役割分担をしながら連携することはまだ向上する余地がある。

5. 企業外労働衛生機関と労災病院治療就労両立支援センターの連携による両立支援モデルの構築（森口）

これまで試みられていない労衛機関、事業場、労災病院治療就労両立支援センターの連携による両立支援モデルを構築し、実際に労働者の支援を行いその効果を検証すること、そのモデルを企業の疾病治療と職業生活の両立支援の向上に役立てるモデル事業を試みた。支援の対象となる労働者がなかったため、連携モデルを実際に運用することはできなかったが、連携のプロトタイプは構築できた。健診・検診の機会から両立支援につなげられると、早期に、かつ、コスト面でも有用な両立支援が開始できる可能性がある。

6. 企業外労働衛生機関向けの啓発ツールおよび健診・検診の全受診者向け「両立支援カード」の評価（森口）

両立支援のマंगा冊子を企業外労働衛生機関職員の教育に利用すること、両立支援カードを健診・検診の会場で全受診者向けに利用することなどにより、労衛機関の両立支援に関する認識度や取り組みを向上させ、中小企業の両立支援の取り組みを促進する可能性が示された。

作成したツールは、材質やサイズ、配架方法に

についての工夫といったロジスティクスに関する改善点とともに、場合によっては機微な情報となるだけに、利用対象者の理解の程度に合わせた情報の提供方法を検討して、両立支援を進めるツールとして充実させる必要がある。

多面的な情報提供方法も加えて、企業外労働衛生機関の健診・検診機会を通じた両立支援の活動は拡大の余地があると考えられる。

7. 治療と就労の両立支援の活動評価指標の開発：産業保健総合支援センターおよび企業外労働衛生機関の活動評価指標（最終版）の作成（井上）

活動評価指標に含めた項目は、いずれも先進的に両立支援に取り組んでいる機関の活動内容に基づくものであり、これから両立支援のサービス向上に取り組んでいくことを検討している産業保健総合支援センターや企業外労働衛生機関の参考になるだけでなく、既にサービスの向上に取り組んでいる機関においても、PDCA サイクルを回しながら活動を進めていくための参考になるものと考えられる。

8. 職場における一次予防に関する介入研究ならびに中小企業の両立支援に関する事例研究（北居）

対話型組織開発によって改善したコミュニケーションを基に、組織開発だけでは踏み込めなかったマネジメント改革や業務改革へと、自律的な活動が発展していることが確認された。さらに、組織開発の取り組みを通じて、コミュニケーションが改善され、多くの人が職場や仕事の改善に参加することで、メンタルヘルスの改善が見られた。

従業員のワーク・エンゲイジメントや組織コミットメントに、柔軟な働き方の体制と相談しやすい雰囲気や特に強い影響を与えていることが示された。中小企業においてこうした施策に取り組むことは、両立支援につながるだけでなく、さらに従業員の仕事への熱意や組織への愛着心を高め、結果として組織の生産性を向上させる可能性が示唆された。

産業医や産業保健師がいないような規模の組織において、上記のような相談しやすい風土作りを含めた両立支援に結びつくような施策をどの

ように作り上げていくのかは今後の課題である。

9. 当事者からの好事例の収集、支援モデル、活動評価指標の作成と検証、研究会開催（江口）

対話型組織開発がコミュニケーションを改善し、組織コミットメントやワーク・エンゲイジメントといった企業の生産性に通じる可能性を示した研究 8 を受け、事業場の両立支援と労働者の離職意思や「自分は大切にされている」という意識の関係を大規模インターネット調査で検討したところ、両立支援について事業場とコミュニケーションがとれている労働者は離職意思が少なく、自分を大切にしてもらっていると認知しており、事業場において両立支援を進めていくことが、経済的なベネフィットをもたらす可能性が示された。

研究会では、中小企業で両立支援を進めていくために、経営問題として両立支援をとらえられるかがキーと考えられたことから、一連の研究成果は中小企業の経営者が両立支援を行うドライブを供する情報になると考えられた。

北里大学病院で就労支援外来および患者向けセミナーを実施し、十分に仕事のことを考えていないものの関心のある患者の掘り起こしや、両立支援を学ぼうとする職員のニーズがあることが分かった。

E. 結論

本研究では、両立支援に関わる関係機関のニーズ調査に基づいて、情報の発信方法を含めて、包括的な両立支援モデルを提供することを目指した。現存の機関で、産業保健総合支援センターをコアとしたワンストップサービスは、もともと実効性が期待されると思われた。また、企業外労働機関や労災病院間で、健診・検診機会を媒介とした連携のモデルを示した。事業者や労働者個人の支援については、産業保健総合支援センターの支援とともに、産業保健師や社会保険労務士等の専門家が関与できる余地が大きい。また、拠点病院等においても、医師が負担なく患者を預けられる多職種の支援体制が構築されることで、治療と就業をシームレスにつながられる可能性がある。し

かし、これら職種間の連携は、まだまだできていないのが実情である。

産業保健総合支援センターや企業外労働機関で、両立支援を周知させるためのツールを複数作成した。これらの機関が両立支援の活動を継続的に行っていくうえで指標となるツールも作成した。当該機関のみならず、両立支援にかかわる機関すべてにおいて、同様のツールが開発され利用されるとよいと思われる。

両立支援活動は、ワーク・エンゲイジメントの向上や離職意思の低下に関連することが示された。両立支援を行うことが経営上のメリットに結びつく可能性は、事業者が両立支援活動を行う上でのドライブになると思われる。

一職種に頼らない多職種連携の強化は、両立支援を進めるうえでのキーで、今後、資源が少ない中小企業で両立支援を進めていくうえでの多職種間連携の教育を含めた体制の整備が求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 堤 明純. 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. 産業医学ジャーナル. 2019;42(4):5-9
- 2) Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, Kachi Y. Links between organizational preparedness and employee action to seek support among a Japanese working population with chronic diseases. J Occup Health. 2019;61(5):407-414
- 3) Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, Kachi Y. Organizational justice and illness reporting among Japanese employees with chronic diseases. PLoS One. 2019 Oct 21;14(10):e0223595.
- 4) Inoue A, Tsutsumi A, Eguchi H, Kawakami N. Organizational Justice and Refraining from Seeking Medical Care Among Japanese Employees: A 1-Year Prospective Cohort Study. Int J Behav Med 2019; 26(1): 76-84.
- 5) Kusumoto A, Kajiki S, Fujino Y, Namba K, Nagata T, Nagata M, Tsutsumi A, Mori K. Characteristics of self-reported daily life note (LN) users in return-to-work judgment for workers on sick leave due to mental health conditions, and usefulness of the tool. Ind Health. 2019 Feb 5;57(1):70-78.
- 6) Tsutsumi A. Return to work after stroke. U. Bültmann, J. Siegrist (eds.), *Handbook of Disability, Work and Health*, Handbook Series in Occupational Health Sciences, https://doi.org/10.1007/978-3-319-75381-2_25-1 Springer Nature Switzerland AG 2020
- 7) 錦戸典子, 第26回日本産業精神保健学会: 大会長講演 コミュニティとメンタルヘルスの未来を考える——保健師の立場から 産業精神保健 2019;27(4):277-284
- 8) Nishikido N, Sasaki M, Yoshikawa E, Ito M. Development and evaluation of a training program for occupational health nurses regarding support for workers with cancer and their workplaces. J Occup Health 2019;61(6):489-497
- 9) Nishikido N, Sasaki M, Yoshikawa E, Ito M, Abe H, Sakiyama N. Development of a support tool for balancing cancer treatment and work in small and medium-sized enterprises. Environmental and Occupational Health Practice 2019;1(1):13-19
- 10) Yoshikawa E, Nishikido N, Sasaki M, Ito M, Watai I, Sudo J, Mochizuki M. Development of an occupational health nurse's guidebook to promote the balance between cancer treatment and work. Environmental

and Occupational Health Practice
2019;1(2):31-38

- 11) 江口尚. 難病患者における両立支援. 健康開発. 2020;24(3) (印刷中)
- 12) 江口尚, 森永雄太, 細見正樹. 健康経営および治療と仕事の両立 ―産業保健学および組織行動論の視点から―. 経営行動科学. 2020. (印刷中)

2. 学会発表

- 1) Ogino M, Eguchi H, Babayev T, Ogino Y, Tsutsumi A. An investigation into whether board certified neurologists are conscious of supporting continuing employment in their patients. 30th International Symposium on ALS/MND, Perth Australia, 4-6 December 2019
- 2) 井上彰臣. 職場における組織要因と労働者の健康との関連―修飾要因を含めた包括的検討―. 第30回日本医学会総会 2019 中部, 2019 年 4 月, 名古屋.
- 3) 鳩原由子, 森口次郎, 江口尚, 井上彰臣, 堤明純. 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の推進のためのツールの開発. 第92回日本産業衛生学会, 2019 年 5 月, 名古屋.
- 4) 江口尚, 堤明純, 井上彰臣, 早坂由美子, 近藤まゆみ, 児玉美由紀, 田邊聡. 北里大学病院における就労支援担当医師の活動の報告. 第29回日本産業衛生学会全国協議会, 2019 年 9 月, 仙台.
- 5) 森口次郎, 鳩原由子, 江口尚, 井上彰臣, 堤明純. 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の推進のためのツールの開発. 日本産業衛生学会 中小企業安全衛生研究会 第53回全国集会, 2019 年 11 月, 浜松.
- 6) 井上彰臣. 職業性ストレス研究のこれまでとこれから. 日本産業衛生学会 第60回産業精神衛生研究会, 2020 年 2 月, 北九州.
- 7) 崎山紀子, 錦戸典子, 石川真子: 中小企業における治療と就労の両立支援 第1報: 経営者から見た現状と課題. 日本産業衛生学会. 2019
- 8) 石川真子, 錦戸典子, 崎山紀子: 中小企業における治療と就労の両立支援 第2報: 産業保健師から見た現状と課題. 日本産業衛生学会. 2019
- 9) 錦戸典子, 石川真子, 崎山紀子: 中小企業における治療と就労の両立支援 第3報: 多種連携モデルの開発と妥当性の検討. 日本産業衛生学会. 2019
- 10) 石川真子, 錦戸典子, 一般演題 3-4 産業看護職による職場のメンタルヘルス対策の実施状況, 困難感, 知識・技術の保有感に関連する要因の検討産業精神保健 27 巻増刊号 2019 年 8 月 p163
- 11) 錦戸典子, 大会長講演 コミュニティとメンタルヘルスの未来を考える～保健師の立場から～産業精神保健 27 巻増刊号 2019 年 8 月 p46
- 12) 森口次郎, 鳩原由子, 江口尚, 井上彰臣, 堤明純. 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インタビュー調査分析. 第91回日本産業衛生学会, 2018 年 5 月, 熊本. (産衛誌. 2018 60, 339.)
- 13) 森口次郎, 鳩原由子, 江口尚, 井上彰臣, 堤明純. 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. 第59回日本人間ドック学会, 2018 年 8 月, 新潟. (人間ドック. 2018 33 (2), 242.)
- 14) 鳩原由子, 森口次郎, 江口尚, 井上彰臣, 堤明純. 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の推進のためのツールの開発. 第92回日本産業衛生学会, 2019 年, 名古屋. (産衛誌. 2019 61, 342.)
- 15) 宗田靖男・北居明・多湖雅博 「現場と産業保健師の協力による職場改善の試みーオムロン株式会社の研究開発部門における取り組み事例ー」 2019 年度 OD Network Japan 年次大会 (2019 年 8 月 24 日・25 日 於南山大学)

- 16) 川上憲人・中野愛子・北居明・島津明人 「メインシンポジウム:職場コミュニティの醸成とポジティブメンタルヘルス」 第26回日本産業衛生保険学会 (2019年8月30日・31日 於東海大学高輪キャンパス)
- 17) 北居明・江口尚 「企業の両立支援策が従業員に与える影響についての実証研究ー中小企業における治療と就労の両立支援の効果ー」 経営行動科学学会第22回年次大会 (2019年11月16日・17日 於立命館大学茨木キャンパス)
- 18) 江口尚、堤明純、井上彰臣、早坂由美子、近藤まゆみ、児玉美由紀、田邊聡. 北里大学病

院における就労支援担当医師の活動報告.
第29回日本産業衛生学会全国協議会. 2019.
仙台.

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

図 1. 神奈川両立支援モデル

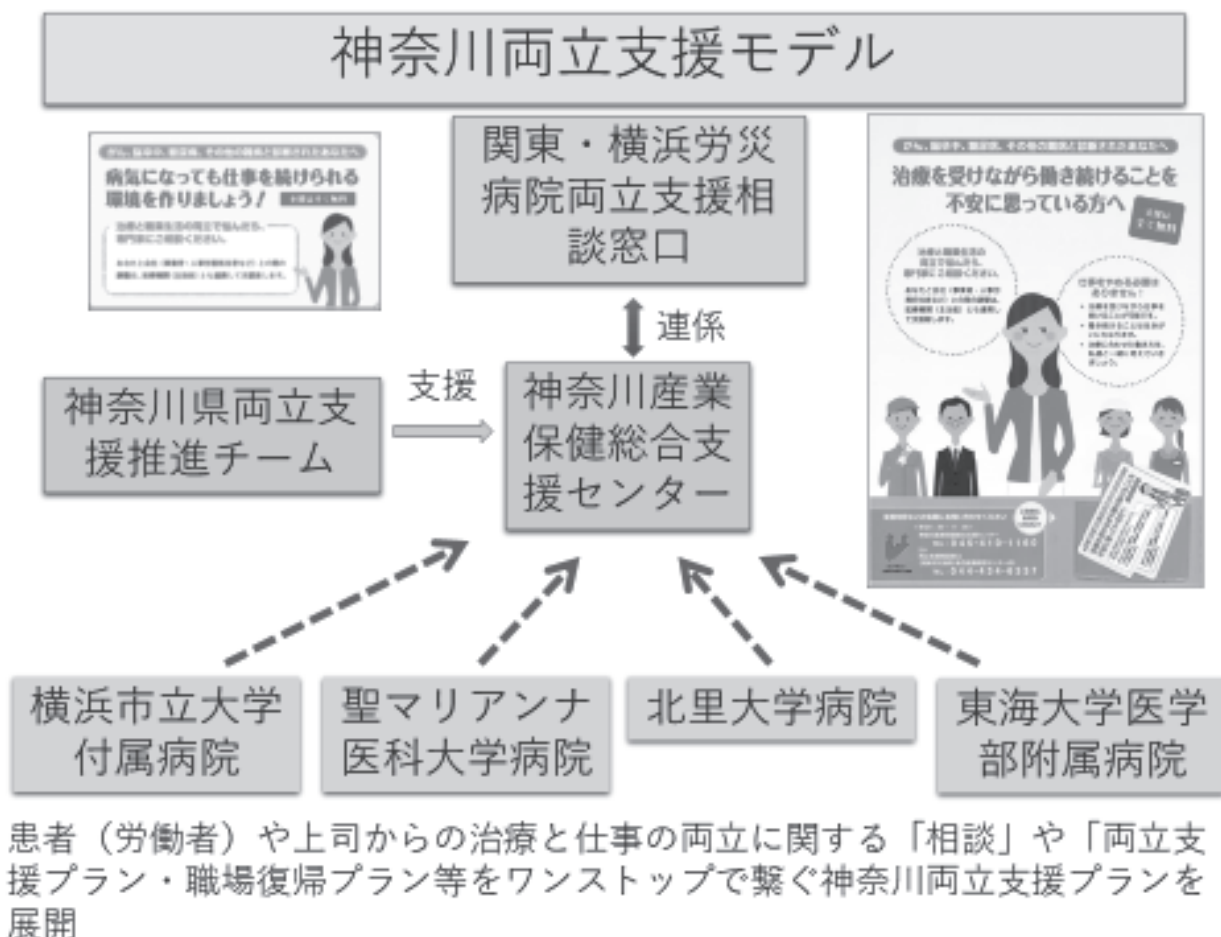


図 2. 多職種連携モデル

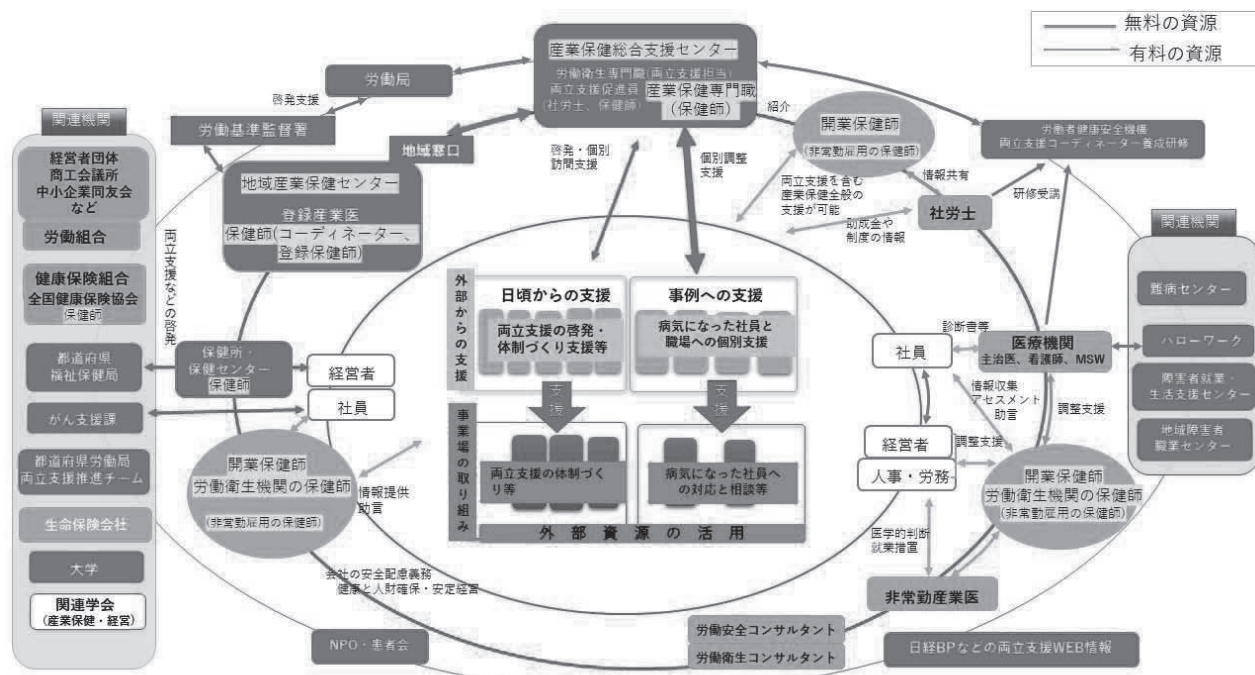


図 1 中小企業における治療と就労の両立支援促進に向けた多職種連携モデル改訂版

令和1年度 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」 (170401—2) 研究代表者：堤 明純
分担研究報告書

産業保健総合支援センターにおける治療と就労の両立支援の検討
分担研究者 渡辺 哲 東海大学医学部客員教授

研究要旨

神奈川産業保健総合支援センターでは、平成 28 年 10 月より治療と職業生活の両立支援をセンターの事業として始めた。現在両立支援促進員を 19 名、常勤保健師 1 名を配置し、その対応にあたっている。神奈川県下の 4 大学病院と連携する神奈川モデルを確立し、その運用を進めるとともに、神奈川労働局が主体となり、神奈川県下で両立支援にあたる各種団体と連携するための会議と研修会を行った。さらに当センターで作成した両立支援カードを各機関に配布し、両立支援窓口の拡充に務めた。

A. 研究目的

近年は「少子高齢化に伴う生産年齢人口の減少」「治療や育児や介護と仕事の両立など、働く人のニーズの多様化」などの状況に直面している。一方では、長時間労働やストレスなどメンタルヘルス不調を訴える労働者が増えている。

現在職場の健康診断で、有所見率が 50%を超え、種々の疾病を抱えながら仕事を続けている労働者の数も多い。

がんを例にとっても 32.5 万人が仕事をもちながら通院している。しかし、患者の約 30%は病気を理由として退職に追い込まれている。病気と就労の両立支援を進めることは、労働者や事業主にとって重要課題であると共に、国の働き方改革

やがん対策策基本計画を推進する上でも効果のある対策が望まれる。そこで本研究では、病気の治療を受けながら働く人の支援について、産業保健総合支援センターの立場から、望ましい支援のあり方を検討することを目的とする。

B. 研究方法

当センターは、独立行政法人労働者健康安全機構に所属し、その方針で重点目標として治療と仕事の両立支援事業があげられる。そのため、現在常勤保健師 1 名、両立支援促進員が 19 名配置されている。当センターの両立支援事業として①治療と仕事の両立支援対策の普及促進、産業保健関係者への啓発活動 ②産業保

健関係者に対する専門的研修、産業保健関係者からの専門的相談対応 ③労働者と事業者の個別調整支援、個別訪問支援がある。④さらに両立支援活動の普及、拡大のため神奈川県内4大学病院（北里大学、東海大学、横浜市立大学及び聖マリアンナ医科大学）と連携した「神奈川モデル」では好事例を収集するとともに、各種団体との連携を図るとともに、神奈川県両立支援推進チームとしての活動をおこなった。また、地域・職域連携を推進した。

C. 研究結果

①事業主等に対する啓発セミナーや産業保健関係者に対する専門的研修では、平成28年2月に厚生労働省が作成した『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』の周知徹底を図るとともに、昨年度から始まった「治療と仕事の両立支援事業」として、両立支援促進員等による専門的な研修、事業場や労働者からの相談、事業場への個別訪問支援を行った。

両立支援他施策の普及、啓発のため前年度作成した「両立支援のポスターとカード」を用いて神奈川労働局・各監督署、神奈川県両立支援推進チーム、神奈川4大学病院、神奈川病院協会等への周知及び各企業担当者が参集する安全衛生推進大会、産業保健フォーラムを活用した広報を展開した。こうした活動は、当センターの知名度をあげ、両立支援事業の

周知を図り利用を促すために行った。

②の研修に関しては、当センターが主催した平成30年度の日本医師会認定産業医研修のうち、2回は治療と仕事の両立支援のテーマで行った。また、産業看護師、衛生管理者等対象範囲を広げた産業保健セミナーでも13回は両立支援のテーマで行った。労働者・家族向けセミナーは2回行った。機構本部が主催する両立支援コーディネーター研修も昨年度に引き続き1回行った。神奈川県両立支援推進チーム主催の研修会を1回行った。

③労働者と事業主に対する両立支援は、19名の両立支援促進員と1名の保健師が相談・支援に当たった。当センターには今年度は72件の相談があった。基礎疾患としては、がん、難病、メンタル不調が多く、その他は糖尿病、心疾患などであった。促進員が事業場を訪問する個別訪問支援は41件あった。今年度は個別調整支援の要請はなかった。

個別訪問支援の促進のため、商工会議所への周知広報協力依頼、全国労働衛生週間にて「両立支援相談コーナー」の設置、「かながわ中小企業ビジネス支援サイド“K-POT”」の活用、産業保健セミナー、両立支援コーディネーター研修等受講者へのダイレクトメールの送付、セミナー受講者に対する個別訪問支援への希望アンケート配布等を行った。

④神奈川県下の4つの医学部附属病院（北里大学病院、聖マリアンナ医科大学、東海大学医学部附属病院、横浜市立大学

附属病院）との連携を図り、それぞれの大学病院の患者相談窓口にも両立支援カードを配布した。追加も含め、それぞれの大学病院に 1000 枚以上配布した。4 大学を介した相談件数は、各大学 1～2 件で計 6 件であった。

神奈川県労働局、神奈川県、横浜市、（独）労働者健康安全機構、神奈川県医師会、神奈川県社会保険労務士会、神奈川県立がんセンター、（公社）神奈川県労働安全衛生協会、（独）高齢・障害・求職者支援機構、（公社）神奈川県社会福祉士会、（一社）神奈川県医療ソーシャルワーカー協会、NPO 法人看護職キャリアサポート、（一社）日本産業保健カウンセラー協会、東海大学医学部基盤診療学系公衆衛生学教室を構成メンバーとする事業場における治療と職業生活の両立支援対策推進連絡会議（神奈川県両立支援推進チーム）の活動として両立支援セミナーを開催した。

産業保健総合支援センターにおける治療仕事の両立支援活動の拡充を図るため、両立支援カードを配布する機会を増やした。10 月に当センターも主催者の一員となった産業保健フォーラム in YOKOHAMA を開催し、両立支援カードやパンフレットを配布した。

両立支援カードの配布先を拡大し、以下の機関に配布した。横浜市薬剤師協会に入会している調剤薬局に 10,000 枚、相模原市病院協会の会員病院（37 病院）に 2,000 枚、神奈川県病院協会事務局に 100

枚、横浜市病院協会事務局に 100 枚、川崎市病院協会事務局に 100 枚、横浜商工会議所に 100 枚、横須賀、三浦、大和、海老名、厚木、相模原、小田原、川崎の各商工会議所にそれぞれ 100 枚、済生会横浜市東部病院、淵野辺総合病院、伊勢原協同病院に各 100 枚、川崎市産業振興財団に 100 枚である。

⑤地域・職域連携の推進

両立支援に関する地域との連携では、これまでに神奈川県と共同で、両立支援に対する理解と普及のための小冊子（4 コマ漫画の先駆け）の作成や、横浜市に協力して CD の作成を行ってきた。

今年度は、神奈川県と連携し、がん治療が必要になった従業員が、働きながら治療を続けられるように、治療と仕事の両立に資する休暇制度や勤務制度を整備している企業を「かながわ治療と仕事の両立推進企業」として認定する制度を創設した（図）。認定された企業は県が PR するとともに、自社の広告にシンボルマークを利用できる。

D. 考察

近年の「少子高齢化に伴う生産年齢人口の減少」「治療や育児や介護と仕事の両立など、働く人のニーズの多様化」などの状況に直面している。一方では、長時間労働やストレスなどメンタルヘルス不調を訴える労働者が増えている。こうした中、政府は投資やイノベーションによる生産性向上とともに、就業機会の拡

大や意欲・能力を存分に発揮できる環境を作るため、働き方改革を進めている。その一つとして治療と仕事の両立支援があげられている。

厚生労働省は、平成 28 年 2 月に治療と仕事の両立支援のためのガイドラインを作成し、その意義や具体的な取り組み方を示し、がん、肝疾患、脳卒中に関する留意事項を公表している。神奈川産業保健総合支援センターは、このガイドラインに基づき、両立支援事業を行ってきた。こうした取り組みの中で、当センターの認知度が事業主や産業保健スタッフの間ではまだ低いことから、センターの広報と両立支援事業の啓発を兼ね、両立支援ポスターとカードを作成し、いろいろな機会に配布してきた。実際に、カードを通して当センターの活動を知り相談につながった事例があった。今後さらに多くの機会にカードを配布し、広報啓発に努め両立支援事業を展開していく予定である。

神奈川県下の 4 大学病院との関係を通して当センターに相談のあった事例が少しずつ増えてきた。

両立支援に関しては、大規模事業場よりも従業員 50 人未満の小規模事業場の労働者に対する支援が今後より重要になると考えられる。そこで、次年度は神奈川産業保健総合支援センターが直轄する 12 の地域産業保健センターとの関係を図り、一体となって支援にあたる体制を作る予

定である。

当センターでは、両立支援において神奈川県との連携を図っているが、これと関連する健康経営の面でも横浜市と連携を図っている。今後地域・職域連携を強化することが、特に中・小規模事業場の産業保健の推進のために重要であると考ええる。

E. 結論

本年度は 19 名の両立支援促進員と 1 名の常勤保健師を配置し、両立支援事業を行った。今年度は 2 回の認定産業医研修と 13 回の産業保健セミナーを開催し、そのほか事業者向け、労働者・家族向け、医療関係者向けセミナーを開催した。さらに両立支援コーディネーター基礎研修会を開催した。両立支援に関する相談は 72 件あった。両立支援カードを利用し、センターの両立支援活動の周知・広報活動を展開した。神奈川県と連携し、両立支援推進企業の認定を始めた。

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

かながわ治療と仕事の 両立推進企業

事業主の皆様へ

がん患者の治療と仕事の両立に資する休暇制度や勤務制度を整備している企業を、神奈川県が認定します！

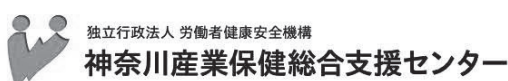
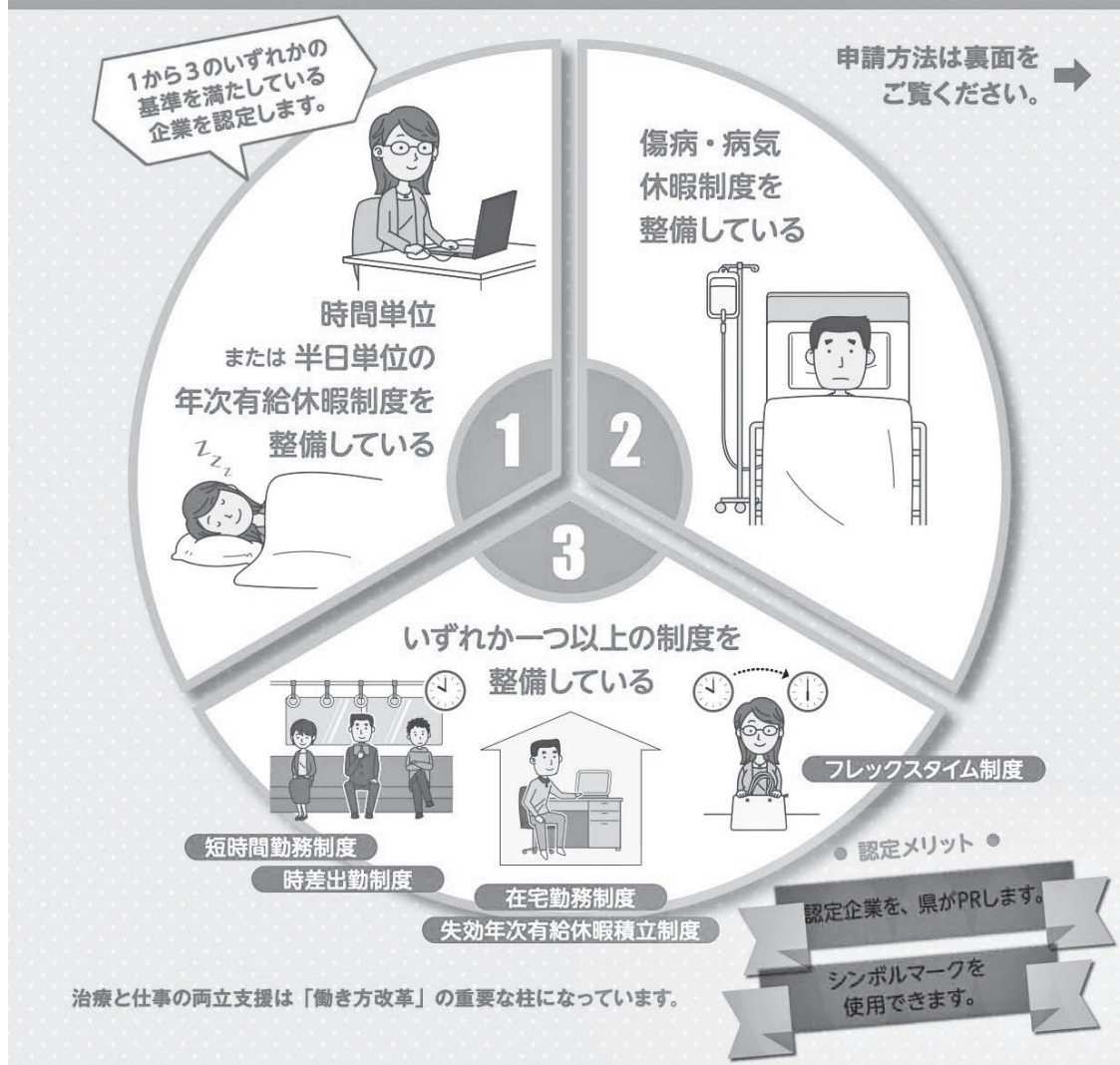


図 「かながわ治療と仕事の両立推進企業」 募集のチラシ

労災疾病臨床研究事業費補助金
分担研究報告書
「労災病院両立支援センターによる両立支援の検討」
研究分担者 久保田昌詞
(独) 労働者健康安全機構大阪労災病院治療就労両立支援センター センター長

研究要旨

平成 31 年度（令和元年度）は両立支援センターにおける両立支援コーディネーター業務の実態を把握し、治療段階やその時々就労レベルに応じてどのような支援が行われているのかについて検討した。

両立支援コーディネーター業務を code 化し、大阪労災病院治療就労両立支援センターで経験した 37 例の乳がん患者（全員女性、平均年齢 49 歳 7 月 ± 8 歳 0 月、フォロー期間 9.3 ± 4.8 月）の悩みや問題に対して、治療段階と就労レベルを掛け合わせた Matrix のそれぞれの段階で、どのような支援対応を行ったかを電子カルテの記事から検討した。

総対応件数 431 件のうち、約 4 割は自己調整のみで仕事と治療の両立が得られ、あくまで患者さんを通じて両立を支援する間接的トライアングル型支援に係る対応件数も約 4 割であった。後者においては、勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談が最も多く、特に術前化学療法、手術、術後化学療法の休職レベルが多かった。一方、企業訪問等により上司・人事労務関係者等との面談による直接的トライアングル型支援は対象者の約 1 割で行われていた。

各コーディネーター業務コードは治療段階×就労レベルの Matrix のなかでかなり分散して存在しているため、特にどの段階でどのような対応が必要かを断定的に示すことは困難であった。どの治療段階のどの就労レベルの時にどのような支援を行うべきかについては引き続き症例を集積して検討していきたい。

A. 研究目的

がんの治療は治療技術の進歩とともに変わっていくが、その時点で得られている科学的な根拠から、最もよいと考えられる治療を「標準治療」という。現在の「標準治療」はこれまでに行われた臨床試験の積み重ねの中から生まれてきたものである（文献 1）。一方、「治療と仕事の両立」に関して医療機関で行われる両立支援に関しては「標準治療」に相応する「標準的支援」と呼べるものは確立されていない。そのためには、「標準治療」同様に多くの事例の積み重ねが必要と思われる。

本研究では、大阪労災病院治療就労両立支援センターの両立支援コーディネーターを中心とした医療チームが経験した乳がん事例で、患者さんの悩み（訴え）とそれに対する医療機関としての対応・支援内容を遡及的に調査して、「標準的支援」あるいは「両立支援パス」の作成に向けた最初の取り組みとなることを目指した。乳がんは働く世代（15 歳～64 歳）に多いがんの中で女性においては第 1 位であること（文献 2）、がんの 10 年生存率の中で乳がん全体で 91.1%と良好であったこと（文献 3）、治療がまさに標準化されていること（文献 1）から、本研究の対象疾患とした。

労災病院における両立支援はいわゆる「トライアングル型支援」（文献 4）を日常的に実践することを心がけているが、事例の多くは患者本人による自己調整で就業上の配慮を得ている

ことを経験している。本研究に先立って、大阪労災病院 両立支援コーディネーターから聞き取り調査を行い、業務内容を code 化した（表 1）。ここでは、自己調整で両立を乗り越えられる場合を「Ⅰ：間接的トライアングル型支援」とし、様々な「Ⅰ-A：自己調整の側面的支援」のほかに診断書・意見書による「Ⅰ-B：文書による支援」も「Ⅰ：間接的トライアングル型支援」に含めた。

一方、患者の勤務先関係者との（訪問や病院への来訪による）面会や電話による相談、勤務先以外（行政組織や他の医療機関等）との交渉は「Ⅱ：直接的トライアングル支援」とした。それ以外の支援としては主にメンタル面の支援である「Ⅲ：心理的支援」、さらには「Ⅳ：その他」の支援に分けた。また、「Ⅴ：自己調整状況の確認」のための傾聴で終わることも少なくなく、code に含めた。これらの支援が治療段階と就労レベルの様々な組み合わせの中で、どのような頻度で、どのような内容で行われているかを調査し、医療機関における両立支援の現状について検討した。

B. 研究方法

2018 年 4 月から 2019 年 10 月まで当院で治療を受けられた、就労先のある乳がん患者 37 名（全員女性）を対象とした（表 2）。治療就労両立支援センターにおける初回面接時の年齢は 49 歳 7 月 ± 8 歳 0 月（平均 ± SD、最小 30 歳 1

月、最大 70 歳 11 月)であった。また、当センターにおけるフォロー期間は 9.3 ± 4.8 月(最小 0 月～最大 24 月)であった。患者番号(Pt. NO.)は Stage の小さい順、フォロー期間の短い順に 1 から 37 までつけた。

乳がんの治療法はステージや病理組織検査結果によって異なるが、手術前後に化学療法を行ったり、術後に放射線治療やホルモン療法が行われている。このため、治療段階として、A：告知(初診から初回治療まで)、B：術前化学療法、C：手術(周術期から初回の術後療法まで)、D：術後化学療法(分子標的療法も含む)、E：放射線治療、F：ホルモン療法、G：術後療法終了後の 7 段階に分けた(表 3)。

また、就労レベルとしては、0：転職・退職、1：休職、2：間欠的休職、3：時間休・時短、4：他の就業上配慮による全日就労、5：通常就労の 6 段階に分けた(表 3)。2：間欠的休職は抗がん剤治療中にその副作用で休まざるを得ない日もあるが、抗がん剤点滴後 1～2 週間経つと働けるような時とし、3：時間休・時短とともに時間的配慮による就労である。4：他の就業上配慮による全日就労は、時間的な配慮ではなく、他の就業上配慮によって丸一日勤務可能なレベルで、全く配慮せずとも全日就労が可能な段階を 5：通常就労とした。

対象となった乳がん患者 37 人について、電子カルテ上の記事を参照し、来院時における治療段階と就労レベルを確認した。また、記事からその時点での患者の就労に関する状況や問題を「悩み」として抽出した。さらに、それに対する主に両立支援コーディネーターの支援内容を「対応」として抽出し、先述の業務 code のいずれに該当するのかを検討した。

倫理的配慮

本研究は、(独)労働者健康安全機構大阪労災病院倫理委員会において承諾を得て実施した。

C. 研究結果

1. 治療段階(A～F)および就労レベル(0～5)の Matrix の各箇所において、37 名のうち面接した対象者数を表 3 に示した。37 名が両立支援を頼ってきた時点は必ずしも告知や手術のための入院の段階からではなく、術後療法の様々な段階であった。

A：告知の段階では、4：他の就業上の配慮による全日就労 1 名と 5：通常就労 13 名を合わせて 14 名が全日就労していた

B：術前化学療法では 6 名が 1：休職、3 名が 2：間欠的休職、4 名が 4：他の就業上配慮による全日就労、4 名が 5：通常就労であった。

C：手術では周術期から初回の術後療法開始までとしたために、1：休職の 27 名が最多であるが、4：他の就業上配慮による全日就労が 5 名、5：通常就労が 8 名いた(なお、複数の同一人物がこの段階で休職以外に就労していたために全体としては 42 名になっている)。

D：術後化学療法では 1：休職が 11 名で最多であったが、2：間欠的休職の 8 名が続き、全日就労も合わせて 9 名いた。

E：放射線治療では、3：時間休・時短が 7 名と最多であったが、2：休職が 5 名で次点であった。

F：ホルモン療法では 5：通常就労が最多 11 名で、4：他の就業上配慮による全日就労の 8 名と合わせると 19 名が全日就労していた一方で、5 名が 1：休職の状態にあった。

2. 治療段階および就労レベル別に数えた、両立支援コーディネーター業務内容 code ごとの対応件数を表 4 に、その治療段階別または就労レベル別に集計した件数を表 5 に示した。同日に同じ人に対して 2、3 の対応がある事例も含まれており、対応件数の総数は 431 件にのぼった。

対応の中では、ご本人自身の取り組みの結果、0：自己調整状況の確認で終わったのが 174 件(40.37%)で最多であった。全体にどの段階でも件数がみられたが、特に Matrix の C1(手術の休職)24 件や D2(術後化学療法の間欠的休職)20 件で多かった。

次に多かったのは、I-A-c：勤務先の休み方・働き方・復帰時期の相談の 64 件(14.85%)で、C1(手術の休職)19 件や D1(術後化学療法の休職)14 件、B1(術前化学療法の休職)9 件など手術を挟んで術前・術後化学療法中の 1：休職で多かった。

続いて多かったのは、I-B-b：診断書・意見書発行の調整の 31 件(7.19%)。患者さんと協働でコーディネーターが患者さんの状況に沿って(主治医に書いてもらう)意見書の下書きを検討する、I-B-a：意見書の協働作成 5 件(1.16%)と合わせてみると、B1(術前化学療法の休職)や C1(手術の休職)で 8 件ずつと多く、術前化学療法中や手術から初回の術後療法までの休職期間中での意見書のニーズが高かった。

さらに、Ⅰ-A-f: 受診・治療の相談 24 件 (5.57%) が続き、C1 (手術の休職) が 6 件と多かった。同じ Ⅰ-A: 自己調整の側面的支援の中ではⅠ-A-g: 制度・社会資源の案内・相談 21 件 (4.87%) も多かった。

Ⅲ: 心理的支援は 22 件 (5.10%) で、C1 (手術の休職) 9 件が最多であった。

一方、Ⅱ-A: 直接的トライアングル型支援では、Ⅱ-A-a: 勤務先訪問による支援 2 件、Ⅱ-A-b: 勤務先との電話等による支援 2 件、Ⅱ-A-c: 勤務先関係者来訪による支援 2 件 (各 0.46%) の他、Ⅱ-A-d: その他勤務先以外への調整 (行政・他院その他) 1 件もあった。このように直接的トライアングル支援の件数は 431 件中の 7 件 (1.62%) に過ぎなかった。一方で、Ⅰ: 間接的トライアングル型支援の件数はⅠ-A: 自己調整の側面的支援とⅠ-B: 文書による支援を合わせて 179 件 (41.53%) にのぼり、0: 自己調整状況の確認のみで済んだ 174 件 (40.37%) と同等で、合わせて 8 割以上の件数で、両立支援センターの支援なしもしくは支援を受けて、自己調整ができていたことがわかった。

3. 表 4 で、治療段階×就労レベルの Matrix の中で、対応件数の多かった治療段階×就労レベルと、その中でも多かったコーディネーター業務 code (0: 自己調整状況の確認を除く) は以下のとおりである。

1) B: 術前化学療法では B1 (休職) が最多 33 件、次点が B4 (その他の配慮による全日就労) 16 件、B5 (通常就労) 12 件の順であった。B1 ではⅠ-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復帰時期の相談 9 件、Ⅰ-B-b: 診断書・意見書発行の調整 8 件、0: 自己調整状況の確認 8 件が多かった。B4 では 0: 自己調整状況の確認 5 件が最多、Ⅰ-A-g: 制度・社会資源の案内・相談 3 件が続いた。B5 では全 12 件のうち 0: 自己調整状況の確認が 9 件で多数を占めた。

2) C: 手術では C1 (休職) が当然ながら最多であったが、初回の術後療法までの期間を入れたため、C5 (通常勤務) 19 件、C4 (その他の配慮による全日就労) 8 件が続いた。C1 では、0: 自己調整状況の確認 24 件、Ⅰ-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談 19 件、Ⅲ: 心理的支援 9 件、Ⅰ-B-b: 診断書・意見書発行の調整 7 件などの順であった。

3) D: 術後化学療法では、D2 (間欠的休職) 43 件が最多、D1 (休職) 34 件、D5 (通常勤務) 24 件などの順であった。

D2 では、0: 自己調整状況の確認 20 件、Ⅰ-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談 6 件、Ⅰ-A-f: 受診・治療の相談 4 件などの順であった。

D1 では、Ⅰ-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談 14 件で、0: 自己調整状況の確認 7 件が続いた。

D5 では、0: 自己調整状況の確認 17 件が大半を占めた。

4) E: 放射線治療では、E3 (時間休・時短) の 11 件が最多、E5 (通教勤務) 8 件が続いた。

E3 では、0: 自己調整状況の確認 6 件が最多であった。

E5 も同様であった。

5) F: ホルモン療法では、F5 (通常勤務) 29 件が最多、F4 (他の就業上配慮による全日就労) 22 件が続いた。

F5 では、0: 自己調整状況の確認 14 件が最多で、この時期にⅣ-c: 両立支援の終結 7 件が次点。

F4 では、0: 自己調整状況の確認 14 件が過半数を占めた。

4. (紙数の関係で限りがあるが) 431 件の対応件数のうち 77 件の「悩み等」と「対応」の実際を、B: 術前化学療法 (表 6)、D: 術後化学療法 (表 7)、E: 放射線治療 (表 8)、F: ホルモン療法 (表 9) 別に、就労レベルに分けて、また、両立支援コーディネーター業務 code 順に並べて示した (表 6 から表 9 の左の 1 列目には通し番号を #01 から #77 まで入れている。表 2 の対象者の患者番号とは別)。それぞれを詳述することは避けるが、両立に関する課題をいくつか挙げ、関連する事例について触れる。

1) 職場の上司の理解や同僚の協力が得られている場合は、自己調整のみで休職したり、必要な配慮が受けられている。

上司が「ゆっくり治療してきてくれたいい」「来年のどこかで復職してくれたらいい」として、休職している事例 (#01, #02, #53)、抗がん剤の副作用による患者の状況を職場の上司・同僚が見聞きして業務軽減が得られている事例 (#10, #11, #14, #15, #16, #17, #64)、職場の寛容な配慮で時差出勤でありながら 1 時間の時間休での処理やタイムカード処理をしてくれた事例 (#57, #58) などがあつた。

2) 一方で、口頭のみでは必要な配慮が得られず、そのための説明に意見書が必要とされることがある（間接的トライアングル支援）。

抗がん剤の副作用のしんどさを職場に理解してもらうための診断書を希望された事例（#29）、抗がん剤の副作用で手足のしびれがきつく突発休が続いている事例で長期の休職をしたい旨を希望された事例（#44）、さらには、浮腫で肩が動かしづらい上に長期の休職で立仕事が続いているため勤務時間短縮を希望された事例（#56）、などがあつた。

また、解雇の話ではないと思いつつも上司との面談が予定されている中で対決姿勢にならないように伝達事項を整理した事例（#04）もあつた。

さらには、手術や術後療法開始から年数が経って就業上配慮がなされなくなった方に産業医・産業保健職にみせる診断書を作成して配慮を再獲得できた事例（#74）のように自己調整が限界にきていることを見極めて対応した事例もあつた。

3) 2の場合に、就労先に訪問するなどして関係者と相談する場合がある（直接的トライアングル支援）。

会社内で今後同じように両立支援が必要な患者が出てくることを想定して、会社内での両立支援体制の確立に向けた啓発活動をした（#46）。また、公的機関での病休取得について、それまで前例がなかったがん治療中の間欠的休職を初めて病休と認めてもらえた事例（#47）もあつた。

4) いつまで休職するか（いつから復職するか）、働き方をどうするかは常に重要な問題である。

副作用がきつく術前抗癌剤治療と手術の終わるまで復職を先延ばししたいが就業規則上休職期間満了に重なる事例（#05）、逆に副作用が思ったほどきつくなく職場の人員不足を思っただけで早期の復職を考える事例（#28）やシフトに入ることを考えている事例（#30）、勤務先から人員不足の関係で短時間勤務を要請されて悩んでいる事例（#31）、抗がん剤変更で副作用の出方が変わったのでシフトを変更してもらう必要があり、副作用発現カレンダーと一緒に作ってシフト作成に役立ててもらった事例（#42）などがあつた。

また、勤務先での受動喫煙が辛く復職意欲が萎えた方に病院から職場に受動喫煙対策について説明できることを伝えた事例（#66）もあつた。

5) 退職決断を慰留することがある。

よく言われている診断当初から初回治療での退職決断の経験は、この 37 例の中にはなかったが、抗がん剤の予想以上の副反応による突発休で職場に迷惑をかけた時（#03, #39）のほか、職場の人間関係のもつれから退職を迫られた事例（#48）もあつた。

6) 放射線治療時間を勤務時間との関係で調整したり、複数科の受診日の調整が必要になることがある。

抗がん剤点滴日と学校での授業曜日が重なることになって点滴日変更を検討した事例（#49）、残り少ない有給休暇の中で複数の科を受診をまとめるよう要請された事例（#20）、術後抗がん剤治療の段階であるが次の放射線治療中にあたる月のシフトを組まなければならないために放射線治療日程を押さえておくことを上司から依頼された事例（#43）の他、放射線治療科が朝一番の時間帯の治療枠に変更したり会計を治療日ごとではなく後日に一括処理したことにより患者さんに感謝された事例（#60）もあつた。

7) 手術や抗がん剤治療に伴う高額な医療費が患者を経済的に圧迫する場合に案内する制度がある。

公的支援が近く切れるために高額療養費制度の案内をした事例（#21）、抗がん剤の薬代が高くて悩ましいと漏らされ、高額療養費の案内をした事例（#50）等、高額療養費の案内。子供の教育費が必要で傷病手当と有休の使い分けを近々の手術目的の入院前にアドバイスした事例（#22）、1年6ヶ月が限度の傷病手当を1年以上もらっている中でがんが再発したらどうなるのかとの相談事例（#55）、傷病手当受給のための退職日決定に関連する相談（#33）、有休を消化しているはずなのに傷病手当の書類が送られてきて、会社が有休処理から欠勤扱いに変更するつもりなのか確認を勧めた事例（#06）、など傷病手当についての相談事例。さらには、休職期間満了での復職後3ヶ月間は休まずに勤務しないと退職に至る状況について、病気の回復や復職の見通しがある場合には徐々に出勤するなどの対応を検討するべきとの判例を紹介した事例（#07）などもあつた。

8) 病気の経過や職場との交渉の不調等で悩み、心理的支援を必要とする場合がある。

6ヶ月の抗がん剤治療が長すぎて職場に休むのは申し訳なく無理にでも出勤している事例（#23）、がんサロンでステージの重い患者から「みんなは私より軽いから」と言われて乳房を

全摘した方がよかったのではと未来への不安を訴えられた事例（#35）、長期の休みの後では職場に戻りづらくなる不安への共感（#37）、放射線治療も終了してこれまでの長い道のりを振り返りつつ再発がなければいいが・・・と不安を吐露された事例（#61）、気分が沈んで周囲の人たちがキラキラして見えて辛かったが今月は出かけるようになったし、メイクもするようになったとメンタル不調の改善をみた事例（#69）、経過中にステージⅡからⅢに上がって子供の育児の計画などが狂い大きなショックを受けられた事例（#36）、首のしこりが急に大きくなりステージⅣと診断されて「後の時間を好きなことをして過ごしたらいいのかな」とつぶやかれた事例（#52）、などには傾聴と心理的な支援が必要であった。

9) 仕事と治療を両立してきた経験や、働き方・人生についての意識変化を共有することがある。

「仕事を辞めなくてよかった。何も支援がなかったら辞めていた」との言葉を頂いた事例（#76）、長い病気との付き合いの果てに、治療が一段落して「もう仕事に戻れなくてもいいかな」と思った事例（#08）、（抗がん剤の副作用で）足のしびれでゆっくりしか歩けなかった自分を振り返って、自分が昔歩いて追い抜いていた、ゆっくりとしか歩けない人もどこかしんどいかなと思えるようになった事例（#51）、明日突然事故で死ぬかもしれないので終活を始めた例（#75）、仕事を続けるべきか辞めるべきか、なんのために復職して働こうとしているのかについて円グラフを書いて価値観を共有した事例（#34）などがあった。

D. 考察

がんには標準治療があるようにがん患者の両立支援においても標準的な支援が可能なのかどうかを明らかにするために、本研究では労災病院両立支援センターにて、両立支援コーディネーターが治療段階やその時々の就労レベルに応じてどのような業務を行っているのかを明らかにしようとした。多種類のがんのうち、ほとんど女性のがんであるが、乳がん患者を対象に選んだ。働く女性の中ではもっと多いがんで、10年生存率も高く、また、治療が標準化されていることが理由である（文献1～3）。就労段階を退職・転職を含めて6段階に分けたが、両立支援として主に関わるのは1：休職、2：間欠的休職、3：時間休・時短、4：（時間的配慮以外の）他の就業上配慮による全日就労、の4つの就労レベルである。

本研究で両立支援として実際に関わった乳がん患者の就労レベルとしては、術前・術後化学療法ともに休職が最多であった。術後化学療法では（抗がん剤の副作用の強いときに休み、回復したら出勤する）間欠的休職が続いたが、

（配慮のあるなしを合わせて）全日就労も少なくなかった。一方、術前化学療法では全日就労の方が多く、間欠的休職は少なかった。事例が少ないことが影響していると考えるが、用いられる抗がん剤の違いも影響しているかもしれない。放射線療法は短時間で済むため、時間休・時短で対応できている方が最多であったのは予想通りであった。また、ホルモン療法は化学療法ほどきつい副作用がないことから、通常就労や（時間的配慮以外の）他の就業上配慮で全日就労しておられる方が多数を占めていたのも予想通りであった。

両立支援コーディネーター業務を code 化して対応内容に当てはめてみた結果、全 431 件のうち、174 件（40.37%）は、0：自己調整状況の確認であった。また、I-A：自己調整の側面的支援 143 件と I-B：文書による支援 36 件を合わせた I：間接的トライアングル支援は計 179 件（41.53%）に上り、0：自己調整状況の確認の 40.37%と合わせて約 8 割の対応は、患者さんを通じて休職を含めた就業上の配慮を獲得するために支援していることを示している。当院の両立支援コーディネーター本田優子によると、平成 30 年度に対面した両立支援相談患者 192 名（うち、がん患者 161 名で本研究の乳がん患者を含む）のうち約 8 割弱は本人への支援による間接的支援（0：自己調整状況の確認、I-A：自己調整の側面的支援）であった（未発表）。そのうちの乳がん事例の業務 code 件数だけを本研究ではみているが、大差ない数値と考える。

I-A：自己調整の側面的支援の中では、I-A-c：勤務先の休み方・働き方・復帰時期の相談の 64 件（14.85%）、I-A-f：受診・治療の相談 24 件（5.57%）、I-A-g：制度・社会資源の案内・相談 21 件（4.87%）などが多かった。これらは電子カルテに記載があった件数を集計したものであり、実際上はなんらかの側面的支援に関する相談を多くの事例で行っているとも考えられる。

また、Ⅱ-直接的トライアングル型支援は本研究の乳がん事例では 37 名中 4 名に対して計 7 件の対応を行っていた。先の本田の集計によると約 1 割の患者さんに直接的トライアングル支援を行っていた（未発表）が、乳がんに限ってもほぼ同等の患者さんで直接的支援を行っていたことになる。

Ⅲ：心理的支援は 22 件（6.10%）であった。内容は結果の 4 の 8）に述べたように様々であったが、特に経過中にステージが上がるとき、あるいは告知当初よりステージⅣである場合も含めて、公認心理士や精神科医のサポートが必要になることも想定される。

表 4 に示したように、各コーディネーター業務コードは治療段階×就労レベルの Matrix のなかでかなり分散して存在しているため、特にどの段階でどのような対応が必要かを断定的に示すことは困難であった。しかし、あえて言えば、勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談は間接的トライアングル型支援業務のなかで最多であり、それが B1・C1・D1、即ち術前化学療法、手術、術後化学療法の休職レベルで多いことから、この業務は両立支援の本質的な業務と言えよう。

直接的トライアングル型支援の中には、企業・団体において就労者の両立支援体制の確立を促すような啓発活動もしていた。産業医の選任義務がなく、産業医学の恩恵を受けていないと思われる中小企業の就労者が正規・非正規を問わず、健康経営的な視点で両立支援を受けられるように企業制度・風土の改革を促していく取り組みは重要であり、今後も一步一步進めていきたい。

がんの標準的治療に対して標準的な両立支援を確立するにはまだまだ道遠しであるが、臨床にからむ研究では一例一例の積み重ねによる多くの臨床経験を経て成果が得られてきたことを考えると、今後も地道に症例を集積し分析していきたい。

E. 結論

大阪労災病院両立支援センターでの両立支援コーディネーターの業務分析を電子カルテの記載内容に基づき行った。対応件数の約 4 割で自己調整のみで仕事と治療の両立が得られ、間接型トライアングル支援に係る対応件数も約 4 割であった。後者においては、勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談が最も多く、特に術前化学療法、手術、術後化学療法の休職レベルが多かった。

どの治療段階のどの就労レベルの時にどのような支援を行うべきかについては引き続き症例を集積して検討していきたい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I. 引用文献

1. 国立がん研究センター がん情報サービス. 乳がん
<https://ganjoho.jp/public/cancer/breast/treatment.html>
2. （平成 24 年度厚生労働省委託事業）治療と職業生活の両立等の支援手法の開発 企業ワーキンググループ編 「企業で働く皆様へ 仕事と治療の両立支援ハンドブック」図表 3, 4p. https://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/pdf/mhlw_ryoritsu2013_handbook.pdf
3. 国立がん研究センター がん情報サービス. 「最新がん統計」.
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html
4. 厚生労働省保険局（平成 29 年 4 月 26 日）「働き方実行計画」について.
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000163333.pdf

- 0: 自己調整状況の確認
- I: 間接的トライアングル型支援
 - I-A: 自己調整の側面的支援
 - I-A-a: (診断直後の) 退職決断の保留あるいは相談
 - I-A-b: 勤務先への伝達事項整理
 - I-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談
 - I-A-d: 勤務先に求める配慮の相談
 - I-A-e: 自己調整の限界到来の見極め
 - I-A-f: 受診・治療の相談
 - I-A-g: 制度・社会資源の案内・相談
 - I-A-h: 働く価値観の確認や変容プロセス共有
 - I-A-i: 両立を継続してきた経験の共有
 - I-B: 文書による支援
 - I-B-a: 意見書の協働作成
 - I-B-b: 診断書・意見書発行の調整
- II: 直接的トライアングル型支援
 - II-A: 直接協議による支援
 - II-A-a: 勤務先訪問による支援
 - II-A-b: 勤務先との電話等による支援
 - II-A-c: 勤務先関係者来訪による支援
 - II-A-d: その他勤務先以外への調整 (行政・他院その他)
- III: 心理的支援
- IV: その他
 - IV-a: 両立支援の案内
 - IV-b: 両立支援の説明・同意書
 - IV-c: 両立支援の終結
 - IV-d: 日常生活等に関するアドバイス等
 - IV-e: がんフォーラム (ピアサポーターの会) 案内
 - IV-f: その他

表1 両立支援コーディネーター業務内容code

患者番号	Stage (簡略化)	年齢 (初回面接時)	フォロー期間 (月)
1	Stage 0	44歳 1月	8
2	Stage I	55歳11月	0
3	Stage I	46歳 1月	2
4	Stage I	62歳 2月	5
5	Stage I	48歳 5月	7
6	Stage I	46歳 2月	7
7	Stage I	50歳 2月	9
8	Stage I	62歳 4月	10
9	Stage I	44歳 5月	13
10	Stage I	59歳 1月	14
11	Stage I	57歳10月	24
12	Stage II	48歳 1月	0
13	Stage II	54歳11月	2
14	Stage II	35歳 3月	5
15	Stage II	30歳 1月	6
16	Stage II	56歳 1月	7
17	Stage II	58歳 9月	8
18	Stage II	48歳 8月	8
19	Stage II	51歳10月	9
20	Stage II	35歳 6月	11
21	Stage II	47歳 2月	11
22	Stage II	53歳 2月	12
23	Stage II	41歳 6月	14
24	Stage II	48歳 3月	14
25	Stage II	41歳 8月	14
26	Stage II	70歳11月	14
27	Stage II	48歳11月	15
28	Stage II	43歳 0月	17
29	Stage III	50歳 2月	5
30	Stage III	48歳10月	8
31	Stage III	47歳 2月	8
32	Stage III	54歳 8月	9
33	Stage III	45歳 6月	9
34	Stage III	59歳 0月	10
35	Stage III	46歳 0月	13
36	Stage IV	48歳 6月	4
37	Stage IV	43歳 0月	10
平均±SD		49歳 7月± 8歳 0月	9.3±4.8月
最小～最大		30歳 1月 ～70歳11月	0～24月

表2 対象の乳がん患者（全員女性）

		0	1	2	3	4	5
治療法		転職		時間的配慮による就労		全日就労	
		退職	休職	間欠的休職	時間休 時短	他の就業上 配慮による	通常就労
A	告知 (初診から初回 治療まで)	0	0	0	0	1	13
B	術前化学療法	0	6	3	0	4	4
C	手術 (周術期から初回の 術後療法まで)	1	27	0	1	5	8
D	術後化学療法 (分子標的療法も 含む)	0	11	8	1	4	5
E	放射線治療	0	5	0	7	2	3
F	ホルモン療法	2	5	1	1	8	11
G	術後療法 終了後	0	1	0	0	1	3

表3 乳がん治療段階 × 就労レベルのMatrixにおいて面接した対象者数

[illegible]

表4 治療段階および就労レベル別数えた、両立支援コーディネーター業務内容codeごとの対応件数

A:告知 (初診から初回治療まで) B:術前化学療法 C:手術 (固形腫瘍から初回の術後治療まで) D:術後化学療法 (分子標的薬も含む) E:放射線治療 F:ホルモン療法 G:術後治療終了後

	治療段階												就労レベル												治療段階 (%)												就労レベル (%)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	A						B						C						D						E						F						G						H																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	4	27	40	52	11	39	1	174	小計	0	1	2	3	4	5	小計	計	A	B	C	D	E	F	G	H	0	1	2	3	4	5	小計	0	1	2	3	4	5	小計	0	1	2	3	4	5	小計																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
O: 自己調整状況の確認	4	27	40	52	11	39	1	174										0.93	6.26	9.28	12.06	2.55	9.05	0.23	40.37	0.46	10.67	6.03	2.09	7.19	13.92	40.37	0.46	10.67	6.03	2.09	7.19	13.92	40.37	0.46	10.67	6.03	2.09	7.19	13.92	40.37																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
I: 間接的トライアングル型支援																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
I-A: 自己調整の側面的支援																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
I-A-a: (診断直後の) 退職決断の保留あるいは相談	1	0	0	2	0	0	0	3		0	0	1	0	1	1	3	3	0.23	0.00	0.00	0.46	0.00	0.00	0.00	0.70	0.00	0.00	0.23	0.00	0.23	0.00	0.23	0.00	0.23	0.00	0.23	0.00	0.23	0.00	0.23	0.00	0.23	0.00	0.23	0.00	0.23	0.00	0.23	0.00	0.23	0.00	0.23	0.70																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
I-A-b: 勤務先への伝達事項整理	0	1	2	2	0	0	0	5		0	3	2	0	0	0	5	5	0.00	0.23	0.46	0.46	0.00	0.00	0.00	1.16	0.00	0.70	0.46	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

表6 術前化学療法時 (B)の悩み (●)と対応 (◎)

B1: B × 休職 B2: B × 間欠の休職 B4: B × 他の就業上配慮による全日就労

#	Matrix	悩み等 (●)と対応 (◎) <括弧内は対応コード>
#01	B1	<p>●術前化学療法中も点滴しながら働けると思っていたが、予想以上に副作用がきつく休むことにした。上司も「すぐの退職を考えず、ゆっくり治療してきてほしい」と理解がある。</p> <p>◎復職を検討する場合、職場に配慮してほしいことなどを意見書記載することについて相談可能であることを伝えた。</p> <p><0: 自己調整状況の確認></p>
#02	B1	<p>●(術前化学療法中の長い休職の後、手術がようやく決まった報告のため)施設長と話をし「ゆっくり1年でも休んだらいい。戻ってきてもらう前提だから」と話ができてよかった。</p> <p>◎治療の見通しがたっていること、施設長と話ができたことで治療に専念する気持ちを固められている。</p> <p><0: 自己調整状況の確認></p>
#03	B1	<p>●(術前化学療法の)副作用がひどくて出勤できていない。吐き気との戦い、立ってられない、トイレがやっとな。退職した方がいいのだろうか? 休職してもいいのか?(病院勤務の看護師として)入職後日が浅く、(がんと聞いて)勤務地が遠いことから退職して近隣クリニックへの転勤も考えていた。</p> <p>◎副作用の辛さも加わり、退職という発言あり。現時点では退職しても再就職活動困難。生活補償優先と考えたと休職が第一選択と説得。</p> <p><I-A-a: (診断直後の)退職決断の保留あるいは相談></p>
#04	B1	<p>●近く人事部長・看護部長との面談がある。病欠期間終了までには復職してほしいと言われるので解雇の話はないと思いつつも、就職時に左乳がん歴があることを言わなかったがために不安。</p> <p>◎解雇される場合は別として初めから対決姿勢でないほうが協議しやすいこと、採用時は就労能力に支障がなかったため、既往を申告しなかったこと自体は責められるものではないこと、などを説明し、協議する内容について本人と整理した。</p> <p><I-A-b: 勤務先への伝達事項整理></p>
#05	B1	<p>●(化学療法の)FEC1回め後はずっとしんどい。点滴日から10日間くらいは便秘が辛かった。3週目になれば元気だが、以前の点滴に比べてずっとしんどい。今回の点滴中はやはり休もうと思う。職場とは連絡をとっていて、(自分の想像で)手術が終わって落ち着く*月末くらいまで休むと伝えた。</p> <p>◎FECの副作用によって治療中の復職意思是保留になった様子。休職期間を*月末までと想定されているが、就業規則によれば休職期間1年間ギリギリである。</p> <p><I-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談></p>
#06	B1	<p>●傷病手当の書類が2ヶ月分送られてきた。先月は有休のはずで給料も全額入っていたのに(どうなっているのか?)</p> <p>◎組合健保であるため特別規則があるのか、会社*有休消化処理から欠勤にするつもりなのか、ご自身で確認されること、話がややこしくなればMSWからの直接電話をする希望された。</p> <p><I-A-g: 制度・社会資源の案内・相談></p>
#07	B1	<p>●勤務先から電話で、「病欠期間後の3ヶ月は休まずに出勤しないと解雇になるため、休職せずに出られる日は出勤してはどうか」との提案があった。休職すると決めたのだから、このまま傷病手当をもらって休みたいと返事をした。もし、3ヶ月勤務できなかったら退職でも仕方ないかなと思う。</p> <p>◎一般に雇い主としては休職期間が満了すると「普通解雇」が可能になる。ただし、今後回復や復職の見通しがあるのに、満了だから解雇と一律対応するよりは、徐々に出勤するなどの対応を検討すべきであるという判例はある。「病欠期間後の3ヶ月出勤」がその調整期間としてくれるのかどうかのポイントと説明。</p> <p><I-A-g: 制度・社会資源の案内・相談></p>
#08	B1	<p>●やっとな(術前化学療法の)点滴が最後だが、もう仕事戻れなくてもいいかなって気分になった。点滴が終わって安心したのかな。</p> <p>◎点滴終了の安堵感、手術日が近づいていることへの不安、休みが長期になっていることへの不安等がまざっているのか涙を流される。説明困難な気持ちの吐露があることは自然で大事であることを共有。</p> <p><I-A-h: 働く価値観の確認や変容プロセス共有></p>

		●会社独自の私傷病休暇が＊日あり、有休の残りとか合わせると＊＊日になる。この制度でしばらく休みたいが、（術前化学療法中の）現時点で書ける一番長い期間で先生に休職診断書を書いてもらえる
#	Matrix	悩み等（●）と対応（◎） ＜括弧内は対応コード＞
#14	B4	<p>●治療が始まる前から上司に口頭で副作用についていろいろ伝えていたが、その後、しんどい作業をみんなで分担してくれるようになった。若い上司が１週目のしんどそうな姿をみて心配したんだと思う。ただ、元気な点滴２週目・３週目も仕事内容が制限され、過剰配慮で居心地が悪い。しかし、抗がん剤点滴後１週目は物も持てないくらい副作用がきついで、もう少し頼りうかな。</p> <p>◎バリバリ働いてきた自己イメージとはかけ離れた現状を、自分で解決することでなんとか保ちたい気持ちを支援。</p> <p>◎次回から抗がん剤が変わる（FEC）のでその後の就労状況を注視し、必要あれば意見書記載。</p> <p><0: 自己調整状況の確認></p>
#15	B4	<p>●水曜日に点滴で休み。木曜の夜から日曜日の夜まで腰から下の痛みがある。金曜日の出勤が一番きついものの（ケアマネとして）なんとか利用者宅を訪問している方が痛みを忘れられて楽。今は相当件数を抑えてもらい、新規ケースは事務作業の手伝いなどを行っている。上司からは「無理しないで長く続けてください」と言われて安心はしている。同僚も気遣ってくれるし、職場には恵まれたと思う。</p> <p>◎現時点では無理をしながらも就労継続中</p> <p><0: 自己調整状況の確認></p>
#16	B4	<p>●抗がん剤点滴の副作用として船酔いのような感覚が３，４，５，６日後に一番ひどい。１０日以降は軽減されるので普通に働ける。師長と相談して夜勤を外してもらったり、点滴後の１０日以内は重介助が必要な患者さんの担当を外してもらったり、担当患者さんの数を減らしてもらった。いつでも仮眠室で休憩する許可もらった。実際は忙しくてトイレのついでに長めに休憩している</p> <p>◎強靱な精神力でなんとか就労継続。上司と相談もできており、一定の配慮も得られている。</p> <p><0: 自己調整状況の確認></p>
#17	B4	<p>●（DOC２回目以降）２週目がしんどかった。（保育士としての）働き方では子どもたちのノートチェックをしたり、マラソンでも走らず誘導係だったりといろいろ配慮してもらっている。出勤はなんとかシフト通りだが、帰ったらぐったり。</p> <p>◎DOCになり副作用が前より増しているが口頭調整により配慮が得られている</p> <p><0: 自己調整状況の確認></p>
#18	B4	<p>●有休はあと１５日。働き方改革で会社から有休を指定されるので、それが治療日と重なってなければ無駄な有休の使い方になる。抗がん剤治療日以外は出勤して手術までに使う有休は５日にしたい。＊月の手術入院が５日で終われば、翌月にあらたに２０日発生するのでなんとか有休内に終えられる。</p> <p>◎就業規則で有休以外の休暇を確認</p> <p><I-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談></p>
#19	B4	<p>●（保育士として勤務しているが）病休はない。園長からは「有休がなくなっても気にせず休んでもくれたらいい」「とにかく治療を優先して」と言われた。あまり動かず、砂も触らず、走らず、見守り程度の程度で許可をもらっている。</p> <p>◎休暇制度は有休のみ。欠勤に切り替わる際は診断書が必要になる可能性あり。</p> <p><I-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談></p>
#20	B4	<p>●繁忙期に入り休みづらいので（外科、腫瘍内科等）複数科の受診日をまとめたい。</p> <p>◎外科がん専門ナースと相談し受診を調整。</p> <p><I-A-f: 受診・治療の相談></p>
#21	B4	<p>●（経済的問題）一人親医療が月末で切れる。児童扶養手当は来年＊月まで。子供の大学進学は奨学金でと思っている。</p> <p>◎健康保険で高額療養費付加給付確認。</p> <p><I-A-g: 制度・社会資源の案内・相談></p>
#22	B4	<p>●就業規則を確認。欠勤で通院ケモして、オペは有休と公休（月９日）で乗り切りたい。辞めたいけれど教育費がかかるので働くしかない。</p> <p>◎入院時は連続休となるため傷病手当で収入を確保し、有休や公休は手術後の通院や突発休のために残す方法もあることを説明。</p> <p><I-A-g: 制度・社会資源の案内・相談></p>

#23	B4	<ul style="list-style-type: none"> ●抗がん剤点滴を6ヶ月して、手術して、その後もどうなるかわからない。治療が長すぎて、いろいろ考えてしまう。職場にも休むのは申し訳なく気を遣ってしまう（このため無理にでも出勤している）。 ◎現時点でわかる見通しについて診察時に確認することは可能であることをお伝えする。必要であればMSW同席も可能であると伝える。また、他職種からの助言も含め、出口のない内容でも相談可能であることについて情報提供。 <p><III: 心理的支援></p>
#24	B4	<ul style="list-style-type: none"> ●（DOC2回め以降）点滴後2週目がしんどかった。食べられず何を食べてもまずい。 ◎食べられないとのことで栄養士との面談をセッティング。 <p><IV: その他></p>

表7 術後化学療法時 (D)の悩み (●)と対応 (◎)

D1: D × 休職 D2: D × 間欠的休職 D4: D × 他の就業上配慮による全日就労

#	Matrix	悩み等 (●)と対応 (◎) <括弧内は対応コード>
#25	D 1	<p>●(抗がん剤の副作用の)手足のしびれはましになってきたような実感はない。階段をおりことも辛い。看護業務への影響としては字が書けない、点滴できない、脈測れない、血圧測れない、注入できない、靴を履かせられない、介助できない(一緒に転倒しそう)、薬さばけない、薬の包装を破れないなど。先日勤務先で看護部長と話し、しびれがおさまるかもしれない半年後を目処に休んだらどうかと提案された。それに従って休職届けを出し、所属も病棟から看護部長付にかわった。</p> <p><0: 自己調整状況の確認></p>
#26	D 1	<p>●FEC点滴期間中はすごくしんどくて、最初の1週間は実家で過ごし、残りの2週間は自宅に戻って生活していた。</p> <p>◎化学療法中は休暇の予定で、住む場所を変えたり家族の協力を得て乗り越えられている。</p> <p><0: 自己調整状況の確認></p>
#27	D 1	<p>●施設長と相談して特養からデイサービスに移ること、正社員からパートにかわることを提案された。術後で腕がまだ挙げづらいし体力にも自信がない。(介護職として)特養はユニットを一人で担当するので助けを求めづらい。周囲に気遣いながら正社員を続けるよりはパートの方がよいと思う。施設長の提案と自分の働き方の希望にギャップはない。</p> <p><0: 自己調整状況の確認></p>
#28	D 1	<p>●初回化学療法の際は約1週間はむかつきや発熱があったが、それ以降は思っていたよりも辛くなかった。職場の人員不足もあり、当初予定していた*月からの復職ではなく、早ければ今月中に一度復職することも検討している。</p> <p>◎抗がん剤治療の1クール後半は勤務するという形での復職が可能かどうか相談してはと提案した。</p> <p><I-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談></p>
#29	D 1	<p>●職場と相談し、(病休の状態ではとれない)妊娠障害休暇を先にとることとした。病休は*/*以降としたいが、休むための(こういうしんどさがあるというのがわかるような)詳しい診断書がほしい。</p> <p>◎ケモ1回めを経験され休職の意思が強まっている様子。休職診断書については主治医相談。</p> <p><I-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談> <I-B-b: 診断書・意見書発行の調整></p>
#30	D 1	<p>●(術後化学療法としてFEC100点滴後)1週目は吐き気、気持ち悪い、だるいで「殺してくれー」と思ったけど、週末から急に楽になって2-3週目は元気でした。このため、*月中旬から(介護職の)シフトに入れてもらうことになった。</p> <p>◎2週目以降の体調を含めた診断書作成の必要あり。</p> <p><I-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談></p>
#31	D 1	<p>●来月スタッフが一人退職するらしく、店長からちょっとでも出てきてくれたら嬉しいと言われた。復職時期は迷っている。術後化学療法から放射線治療に切り替わるころに復職したいが・・・夫からも職場のいうとおりに復職したら性格上無理するだろうから、ゆっくりしたらよいと言われている。</p> <p>◎復職時期は勤務先や夫の思いなどによって揺れている。今後も変化する可能性あり。</p> <p><I-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談></p>
#32	D 1	<p>●最近春の復職に向けて生活リズムや体力づくりを意識している。(復職後の介護職としての仕事は)デイなので重介助の人は多くないが、担当は外してもらうつもり。入浴介助もウィッグが外せるようになるまでは外してもらうつもり。そういう勤務先への相談は自分でできそう。ただ、診断書が必要と言ってきたら相談します。</p> <p>◎診断書必要になれば対応</p> <p><I-A-d: 勤務先に求める配慮の相談></p>
#33	D 1	<p>●(休職長期化と職場の人間関係の悪化から)**/15退職予定。協会けんぽに聞いたところ、**/1以降なら傷病手当は問題ないと言われた。</p> <p>◎退職後の傷病手当の継続受給のために退職日の出勤は避けるよう説明</p> <p><I-A-g: 制度・社会資源の案内・相談></p>
#34	D 1	<p>◎(自分が仕事を続けるべきか、辞めるべきか悩んでいることに対して)本人の仕事の価値観を円グラフで共有。外出できる場所と孫のための費用が大事の様子。</p> <p><I-A-h: 働く価値観の確認や変容プロセス共有></p>

#	Matrix	悩み等（●）と対応（◎） ＜括弧内は対応コード＞
#39	D 2	<p>●（抗がん剤かわって点滴した週末に胃液を大量に吐いて入院するなど）突発休だと上司に負担をかけるのでできるだけ自分のシフトは守って出勤したかった。迷惑かけるくらいなら辞めたほうがいい。</p> <p>◎突発休の職場への影響を気にして退職をつぶやかれるが、職場からは戻ってきて欲しいとの声もあるため、治療が辛い時に退職などの大きな決断をしないように話をした</p> <p>＜I-A-a:（診断直後の）退職決断の保留あるいは相談＞</p>
#40	D 2	<p>●（介護職としての勤務先で）シフト管理者とそりが合わずストレス。先日は利用者からのクレームもあり、余計に管理者との関係が悪化した。今まで収入が0になるのは避けたかったし、ケモ中は新たな職場探しは難しいと思って仕事を続けてきたが、辞めてもいいかなと思う。知り合いの事業所で相談してみようかな。</p> <p>◎今の働き方に迷いあり 話をされつつ終始笑いながら涙を流されている。①退職後治療就労まで休み（傷病手当） ②退職後、治療中にすぐ就活（バイト） ③現職場で継続・MSWの勤務先訪問 ④現職場で治療終了まで傷病手当 の選択肢についてドセタキセルの副作用の状況もみながら考えていくことに。</p> <p>＜I-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談＞</p>
#41	D 2	<p>●FEC点滴後しんどかった。死ぬ方がましと思った。食事もとれないし動けないし…。2週目は食事ができるようになり3週目は嘘みたい元気だった。ケモ後2週間休み、3週目は働きたい。口頭で調整してくれる。</p> <p>◎2回目の3週目からの就労希望。二人体制での勤務をまずは自分で交渉すること。診断書不要。</p> <p>＜I-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談＞</p>
#42	D 2	<p>●2回目ドセタキセル点滴後、右肩、右腋、右大腿が痛い。点滴の翌々日から1週間ほど続く。現在のシフトの入り方は前の点滴（FEC）の時の副作用に合わせた日程なので変更してもらえないといけない。</p> <p>◎シフト変更について自分で調整するお気持ち。このためどう変更しなければならないのか確実に情報が伝わるように、本人と副作用の発現カレンダーを作成し、注意点を記載。そのメモを持っていってもらったこととした後日、このカレンダーを勤務先に見せてそれに合わせたシフトにしてもらったとの話あり</p> <p>＜I-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談＞</p>
#43	D 2	<p>●施設長から電話：（化学療法の後）再来月後半から放射線治療が始まるなら、今からシフトを組まなければならない。治療日程を押さえておくことは可能か？</p> <p>◎放射線治療の日程について放射線科、外科関係者で協議。施設長ともシフト作成について連携。</p> <p>＜I-A-f: 受診・治療の相談＞</p>
#44	D 2	<p>●（アブラキサンで）手足のしびれ、特に両手がひどい、ほぼ感覚がない。（看護師）業務である点滴や配薬ができない。脈もとれないし歩くのもふらつく。ここ1週間は突発休で、毎朝電話して休んでいる。職場にも迷惑かけるし、自分としても業務ができない期間はまとまった休みをとりたいので休職の診断書がほしい。</p> <p>◎主治医へ相談し、「主治医の意見書」を作成していただく。</p> <p>＜I-B-b: 診断書・意見書発行の調整＞</p>
#45	D 2	<p>◎（患者の要望で）勤務先を訪問し管理者と面談。次の（FEC）点滴後の2-3週にシフトを組んでいくことになった。FECからアブラキサン変更時や体調変化がある場合など今後も連携を取り合うことで合意。</p> <p>＜II-A-a: 勤務先訪問による支援＞</p>
#46	D 2	<p>●FEC 4回めの点滴後は一番しんどかった。介護施設長とシフトについて相談。点滴後の休みを8日間にしてもらった。施設長が夜勤の肩代わりをしてくれていて申し訳ない気持ちがあるが、今後夜勤に復帰するかどうかは迷っている。</p> <p>◎訪問して施設長・会社の人事と相談。施設長が本人の仕事をカバーしていること、今後もこうした従業員がでた場合の両立支援について情報提供や相談活動を行っていること、人事職員や産業保健スタッフと協議可能であることを伝えた。診断書をもとに人事部での対応を依頼した。（後日、産業医面談が設定された）</p> <p>＜II-A-a: 勤務先訪問による支援＞</p>

#47	D 2	<ul style="list-style-type: none"> ●（公立学校事務職員に対して発行した）前回の診断書（抗がん剤点滴後の1週目は休職するとの内容）で病休が使えると聞いていたが、教育委員会から具体的に休むべき曜日の証明が必須と連絡あり。学校長・教頭が対応してくれている。自分としてはしんどくてもなるべく出勤しようとしているのに、残念な気持ち。 ◎校長が教育委員会にて掛け合うことになったため、参考資料として柔軟な病休取得を制度として運用する求める文書を本人と作成した。翌日、（両立支援センター内カンファ後）両立支援GLを校長と教育委員会との協議の参考資料としていただくことを期待して郵送。（その後、教育委員会は、前例がない抗がん剤治療中の間欠の休職を病欠とすることに同意し、後日に休んだ日を診断書で証明でいいということになった） <p><II-A-d: その他勤務先以外への調整（行政・他院その他）></p>
-----	-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#48	D 4	<ul style="list-style-type: none"> ●体調よく順調に勤務していたが、社長に「シフト担当者から（治療中のために同担当者の決めたシフトに入ることを拒否していたことについて）たびたび苦情がきた。もう抑えられない。治療中は休んではどうか？」と言われた。態度を改める気もないし、退職の方向で考えようと思う。 ◎同僚との関係悪化を理由に出勤を停止させられている。通常の雇用関係ではありえないが、「そこまで言われて出勤する気にならない。今月来月はゆっくりします」と。退職後は傷病手当があるが、雇用保険の特定受給資格者の権利もあるため、自己都合でない形をとることを勧めた。社労士ホットラインで相談。 <p><I-A-a:（診断直後の）退職決断の保留あるいは相談></p>
#49	D 4	<ul style="list-style-type: none"> ●（教師として）担当授業は水曜日（点滴日）を外すように学校側に依頼していたが、学内の事情で水曜日になってしまった。授業を別日に振り分けるか自習とするかだが、年末まで14回もある。学校と相談する。 ◎仕事が予定外の枠組みで決定したこと、疲れやすさも伴い、不安が大きい。授業振り分け対応はご自身でされとのことだが、調整困難な場合は直接支援も必要か？ ケモ日を他の曜日に変更することも検討。 <p><I-A-f: 受診・治療の相談></p>
#50	D 4	<ul style="list-style-type: none"> ●昨日から抗がん剤を飲み始めた。今は特に副作用の問題はないが、薬代が高くて悩ましい。 ◎次回受診時 高額療養費について整理。 <p><I-A-g: 制度・社会資源の案内・相談></p>
#51	D 4	<ul style="list-style-type: none"> ●復帰時は足のしびれや痛みでゆっくりとしか歩けなかったが大分普通のスピードになった。以前歩くのが遅い人を追いついて歩いていた。今はこの人もしんどいのかと思うようになって見える世界が変わった。 ◎復職後の新たな生活の仕方や病の経験による生活や価値の変化について語られた。 <p><I-A-h: 働く価値観の確認や変容プロセス共有></p>
#52	D 4	<ul style="list-style-type: none"> ●先日左の首のあたりにしこりを見つけて、その後急に大きくなってきた。細胞診の結果、stage IV だって……。初めに乳がんで聞いたときよりも衝撃が大きかった。私もう長くないわね……。ステージIVでも生きている人は生きている。でも、やっぱり考える。後の時間を好きなこととして過ごした方がいいんかなって。 ◎流涙なく淡々と思うことをつぶやかれる。予後の過ごし方を思いめぐらす一方、元気な患者さんたちの話を聞きたいと思う気持ちなどを吐き出され、揺らぎあり。 <p><III: 心理的支援></p>

表8 放射線治療時（E）の悩み（●）と対応（◎）

E1：E×休職 E3：E×時間休・時短 E4：E×他の就業上配慮による全日就労

#	Matrix	悩み等（●）と対応（◎） ＜括弧内は対応コード＞
#5 3	E1	<p>●先週、勤務先の専務に電話した。自動車教習所は繁忙期が1月～春まで。繁忙期の復帰は避けようと思う。いきなり残業環境に飛び込むのは自信がないし、自分が残業しなくても気になってしまう。専務も「来年のどこかで復帰してくれたらいい」と言ってくれているので、今は来年春以降の復職を考えている。</p> <p>◎本人の自己調整で復職できそうな会社との関係性とみる。復職時期の病状によって、支援具合を判断。</p> <p>＜0: 自己調整状況の確認＞ ＜I-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談＞</p>
#5 4	E1	<p>●就業規則にはこんなに長い休みがとれるとは書いていなかったけれど、職場が柔軟に対応してくれた。「（復職後の）働き方どうする？」と聞かれたので、子供も小さいし、時短で始めさせてもらうことにした。再来月から復帰したい。有休も残しておきたいし・・・</p> <p>◎長期の休みであったので今年度は有休が発生しない可能性があるため、有休なしで休む場合の対応を確認するように説明。</p> <p>＜I-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談＞</p>
#5 5	E1	<p>●傷病手当は再来月末まで使うと1年3ヶ月になる。がんが再発したら再利用は難しい？</p> <p>◎再発時の傷病手当は「社会的治癒」が認められた場合は同一病名や関連疾患でも受給可能である場合があることを説明</p> <p>＜I-A-g: 制度・社会資源の案内・相談＞</p>
#5 6	E1	<p>●（前段階の）抗がん剤治療後、浮腫が引かない。そのため肩が動かしづらい。（仕事は美容職だが）休職中に運動量が減り、床からの立ち上がりに時間がかかるのと膝が痛い。このためフルタイム復帰は不安。正社員なので10-21時勤務が期待されるが、できれば10-17時勤務で慣らしていきたい。復職診断書を希望。</p> <p>◎（MSW同席で外来診察にて）復職診断書に ①日勤（10-17時勤務）が望ましい ②復職可能時期を記載してもらった。</p> <p>＜I-B-a: 意見書の協働作成＞</p>
#5 7	E3	<p>●時差出勤について 9時半治療後に出勤でOKをもらった。出勤時間は大幅に遅れるが、1時間の時間休だけで処理してもらえた。現時点で診断書は不要。</p> <p>＜0: 自己調整状況の確認＞</p>
#5 8	E3	<p>●今週はお盆休みだが、来週から（早朝放射線治療後）遅れて出勤するものの上司が定時出勤しているとしてタイムカード対応してくれることになっている。</p> <p>◎就業規則にないものの社内、部署内で治療への配慮あり 本人の不利益が最小限になるように対応されている</p> <p>＜0: 自己調整状況の確認＞</p>
#5 9	E3	<p>●放射線治療中は9-15時働き、放射線治療は一番遅い受診枠にしてもらえた。（事務職として）就労作業中は特に問題なし。上司や人事職員以外には病名伝えず自己調整可能であった。</p> <p>＜0: 自己調整状況の確認＞</p>
#6 0	E3	<p>●放射線治療の途中から朝一番の時間を提案してもらえて嬉しかった。（病院の）会計も放射線治療がすべて終了後にまとめて支払うということで対応してもらえた。</p> <p>＜I-A-f: 受診・治療の相談＞</p>
#6 1	E3	<p>●（術後放射線治療終了に伴い）一連の治療過程を振り返ると表情は硬くなり、「再発がなく、これからの治療もこのままうまくいけばいいんですけどね」と再発に対する不安を語られる。</p> <p>＜III: 心理的支援＞</p>
#6 2	E4	<p>●放射線科の女性も親切に治療時間の希望を考慮してくれて有り難かった。職場も（受診による）中抜け分の給料を差し引かずにおいてくれて有り難かった。医療費がかかることがわかってきていたからだと思う。</p> <p>◎放射線科と職場の配慮あり、治療中もほぼ病前通りの状況で就労継続中。</p> <p>＜0: 自己調整状況の確認＞</p>

#6 3	E4	<p>●産業医面談は希望を出してから随分遅れて**/*で調整中と上司から言われている 両立期間はもう終わったという感じだが・・・。組織としては初めての例なので、産業医面談を経験しておいてもいいかなと思う。</p> <p>◎産業医面談では、「夜勤については（放射線治療後の）ホルモン療法開始時から始めてもいいし、しばらく副反応をみてから始めてもよい」との主治医の意見を伝えたり、両立支援の流れ（パス）を産業医に渡してみてもどうかと提案。</p> <p><IV: その他></p>
---------	----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

表9 ホルモン療法時（F）の悩み（●）と対応（◎）
F1：F×休職 F4：F×他の就業上配慮による全日就労

#	Matrix	悩み等（●）と対応（◎） ＜括弧内は対応コード＞
#64	F1	<p>●現在休職中。8月下旬から2学期のため（学校調理師として）復職を検討している。大きな鍋等の重いものを運ぶ、力を入れて拭くなどの作業は避けてもらうなど、自己交渉で配慮してくれると思う。</p> <p>◎ホルモン療法の新たな影響がでるなど、職場との自己交渉に難しさを感じるようであれば、医学的な意見として職場への配慮を意見書で求める手段もあることを説明。</p> <p><0: 自己調整状況の確認></p>
#65	F1	<p>●夏に入院予定しているが、まずは一旦5月に復職するつもり。1年休職すると契約が切れることと、5月は年間計画中いちばん休みが多いので、それがよい背中押しになったかもしれない。</p> <p>◎復職にあたって基本的には自己調整を希望される</p> <p><I-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談></p>
#66	F1	<p>●昨日、勤務先事務所を訪問したが、煙たくて息がしづらかった。働く意欲が下向きになった。介護なんてどこでもできるし・・・</p> <p>◎受動喫煙対策を講じた場合に条件を満たせば事業所に助成金があることを説明。不要と言われている診断書をあえて作成し、「担当するケースは非喫煙者宅が望ましい」等の記載を検討</p> <p><I-B-b: 診断書・意見書発行の調整></p> <p>◎今後の選択肢を整理 ①今の勤務先で就労継続 ②退職する ③病院から補足説明のうえ、継続か退職かを考える</p> <p><I-A-c: 勤務先の休み方・働き方・復職時期の相談></p>
#67	F1	<p>●＊/26以降で復帰したい（25日締め勤務先）。（前段階の）抗がん剤後の浮腫で関節痛が続いていて、（美容職として）フル復帰は難しい。また、座れるほうが楽なので自分の椅子をもちこみたい。診断書を希望。</p> <p>◎主治医、本人と相談。関節痛のために着席作業を要すること、勤務開始当初は週3-4回から開始してほしいことを診断書に記載することになった。</p> <p><I-B-b: 診断書・意見書発行の調整></p>
#68	F1	<p>●すごく元気になって働けるような気がする。（介護職としての）勤務先に毎月顔を出し ＊/1から戻ろうと思うと上司に伝えた。「働き方を考えよう」と言われた。正社員からパートになるとかそういうことかな？ 自分としてはこれまでどおり働けると思っている。がんだからと言って急に仕事を減らされたら悔しい。</p> <p>◎勤務先への意見書に「動作の制限はないこと、不安であればコーディネーターまで連絡を」と記載を検討。</p> <p><I-B-b: 診断書・意見書発行の調整></p>
#69	F1	<p>●先月は気分が一番沈んでいて、周囲の人たちがみんなキラキラして見えて辛かった。 今月は友達に連絡したりして少し出かけるようになったし、メイクもしようという気持ちになってきた。</p> <p>◎精神的にはやや明るくなってきておられる印象</p> <p><III: 心理的支援></p>
#70	F1	<p>●しびれはもう治らないと感じている。一生付き合っていくしかないかな。それで新たに求職活動を開始した。福祉施設の採用試験を受けることになった。業務的には利用者の入浴前に血圧を測る程度、針をさすこともない。紹介者からは暇すぎてボーとする時間はあると言われた。そのくらいのところから始めたいと思う。</p> <p>◎休職期間満了の期限が迫る中、長らくしびれと付き合いしてきた実感もあり、現状で生活を保っていく方向に舵をきることを決断されている。それに基づいてご自身のネットワークを使っての具体的な行動あり。</p> <p><IV: その他></p>
#71	F4	<p>●肺炎で休みの時、事業所管理者が不機嫌だったが、仲間が気を遣ってくれてありがたかった。（介護職としての）入浴介助免除も仲間から管理者に言ってくれた。</p> <p><0: 自己調整状況の確認></p>
#72	F4	<p>●（復職後は数日休んだが）残業もなく大型トラック教習担当は外してもらっているし、問題なく働いていると思う。術後の乳房の痛みはあるが、ペインクリニックでかなり強い注射をしてもらってからはまし。</p> <p>◎痛みがあるものの大きな支障なく就労継続</p> <p><0: 自己調整状況の確認></p>

#73	F 4	<ul style="list-style-type: none"> ●（手足のしびれのために転職した先の）職場では自分のやれる仕事をさせてもらっていて、病気にも理解があり居心地がいい。前の職場に残ったままだったら勤務がハードで心不全がもっと悪い状態になっていたかもしれない。再就職してよかった。パートだが週２０時間以上で社会保険もある少しでも収入があるというのは気分が違う。 ◎今の職場は診断書を書いてもらわなくても自分で仕事量を調整できると思うとのことで、希望や必要に応じて支援できるよう見守り。 <0: 自己調整状況の確認>
#74	F 4	<ul style="list-style-type: none"> ●女性課長に上司が替わり、人員が足りないこともあって、来週から病前の入電対応・営業に戻るようになった。ノルマもある部署で、１日１回ホットフラッシュを起こしたり、以前より集中力が低下している自分としては、体力がなく期待されるような業務はこなせないと女性上司に訴えたが、「ぼちぼちやってくれたらいい 最終的には皆と同じで」と流されている。治療中であり副作用を抱えていることをわかって業務配分してほしい。何より「もう病気はなおったんでしょ」と話を流されてしまっていることが気になる。自分の訴えだけではわかってもらえないので、今の治療法と副作用を改めて診断書に記載して欲しい。産業保健師に相談したい。＜後日産業医面談を経て、希望に近い業務に変更となっている＞ ◎保健師相談には困りごとをメモして持参するよう助言／診断書については主治医に相談予定 <I-A-e: 自己調整の限界到来の見極め>
#75	F 4	<ul style="list-style-type: none"> ●最近終活を始めた。明日突然事故で亡くなるかもしれないし、本や服、クレジットカードや銀行口座など、家族にわかりやすくするために。 ◎病の経験により人生の価値観の変容がみられる <I-A-h: 働く価値観の確認や変容プロセス共有>
#76	F 4	<ul style="list-style-type: none"> ●仕事は順調。繁忙期で勤務時間が扶養の範囲を超えそうなので重労働の時間帯を外してもらって調整してくれている。 ●「辞めなくてよかった」「何も支援がなかったら辞めていた」 <I-A-i: 両立を継続してきた経験の共有>
#77	F 4	<ul style="list-style-type: none"> ●先日産業医面談があったが、ほとんど診断書を読んだだけで終わった。自分の場合は産業医面談に回るのが遅かったけど、次の人の時は早めに産業医につながるといいな。 ◎産業医面談は診断書の内容自体を検討してもらうことはなかったようだが、今後の社内の両立支援体制につながればよいと考えておられる。 <IV: その他>

分担研究者 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

研究要約：疾患別拠点病院等で就労が困難な脳卒中や神経難病を多く診療する神経内科専門医を対象として、両立支援の情報提供を兼ねて、両立支援の現状把握を行うことを目的とした調査を行った。昨年度の経験の長い神経内科専門医（200回答/553名）に対するパイロットスタディに引き続き、神経内科専門医4200名を対象に本調査を行い1018回答を得た。専門医でも両立支援を援助する専門機関についての知識はなく、就業に関する情報収集は初診時や病状変化時に限られ、治療方針決定時に就業を考慮することは半数程度であり、主治医としてさらに就労継続に積極的な働きかけをすることを促す必要性を確認できた。また、聞き取り調査等から具体的に両立支援を進めるには、十分な知識や経験のあるMSWなどの専門職に紹介することが有用と思われ、今後、主治医からスムーズに院内外の専門職に紹介するシステムの構築が必要である。

A. 研究目的

神経疾患は身体障害を伴うことが多く、疾患の程度により就労が困難になる。神経疾患領域の両立支援の対象疾患として頻度が多いものとして脳卒中があげられ、難易度が高いものとして神経難病があげられる。特に進行性疾患の場合には、今後の変化を予測した両立支援が行われなければならない。そのため、このような神経疾患を多く診療する拠点病院の医師は両立支援についての理解や実践が求められる。本研究では疾患別拠点病院の両立支援における役割を明らかにし、活動評価指標案を作成することを目的としている。そのためまず現状を把握すべく、疾患別拠点病院等で働く神経内科医を対象に両立支援に対する調査を行うことを計画した。

平成29年度は経験のある神経内科専門医として日本神経学会評議員を対象にパイロットスタディを施行し平成30年度は調査結果の解析を行い、その結果を参考に大規模調査を計画し実施。平成31年度はその結果の解析を行った。また、実際に拠点病院で行われている両立支援について聞き取り調査を行った。

B. 研究方法

1. 平成29年度のパイロットスタディをもとに平成30年度は神経内科専門医5739名中パイロットスタディの対象者553名を除いた5186名のうち、ランダムに選択した4200名を対象とした大規模調査を行った。平成31年度は回収された1018回答につき解析を行い、パイロットスタディ結果との比較を行った。

2. 調査結果を基に国際学会にて報告を行い、海外の両立支援の状況と比較する

3. 拠点病にて両立支援を行っている実務者に対するインタビュー調査を行った。

倫理的配慮

アンケート調査における倫理的配慮については国

際医療福祉大学医学部倫理審査委員会にて審議し、承認を得た。

C. 研究結果

1. 大規模調査対象および回収結果

日本神経学会専門医4200名（全専門医の73.1%）を対象に大規模調査を行い、1018名の回答を得た（回収率24.2%）。評議員を対象としたパイロットスタディと合わせて神経内科専門医4753名（同82.8%）を対象に1218回答（回収率25.6%）を得たことになる。以後の調査結果はパイロットスタディのデータ（評議員）と大規模調査のデータ（専門医）を比較して報告する。

2. 回答者の背景

①専門医の方がより40代以下（51%）、女性（28.3%）が多く、評議員は50代以上（83.8%）、男性（89.4%）が多かった。

②勤務地の全国分布および郡部・都市部分布は両者で変わりなく、特定機能病院および500床以上の勤務者は評議員61.2%に比して専門医41.1%であった。

③病院機能別では両者とも急性期病院が多かった。（評議員78%、専門医60.9%）なお、神経難病の拠点病院は必ずしも急性期病院ではないため、今回の分析は全例を対象に行った。

回答結果の概略（評議員、専門医）

①両立支援について複数ある相談先をどの程度知っているかについては両者で大きな違いはなく、16項目の内、最も知っているという回答が多かったのは院内の医療相談窓口（84.5%、76.3%）であり、次がハローワーク（57.5%、62%）、難病相談支援センター（58%、49.3%）、医療機関の相談支援センター（34%、31.7%）、障害者職業センター（28%、22.6%）、高次脳機能障害支援拠点機関（22.5%、19.9%）と続くが、他の項目は数%~10%程度にとどまり、そもそも知られていないことが明らかになった。また大規模調査ではハローワークの難病担当について聞いたところ27.6%のみが知っていた。

②外来診療で就労について聞いているか
初診時には必ず聞く(57.5%、45.3%)が、通常の外来時では時々聞くが(55.1%、51.6%)、ほとんど聞かないが(31.3%、35.1%)であった。病状変化時には必ず聞く(28.6%、22.5%)は初診時ほどではなかった。
③治療方針を決める際に仕事への影響を考慮するか常に考慮している(52.3%、44.2%)場合により考慮している(45.2%、52.4%)であった。
④患者の就労継続のために職場に働きかけるか求められればしているが多く(70.9%、68.4%)常に考慮しているは少なかった(24.1%、24.3%)。内容としては診断書の作成が多く(87.5%、86.7%)、会社の担当者や患者に聞かれての説明が(77.5%、71.6%)であった。
⑤就労における主治医の役割は重要か全くそうである(38.2%、30.9%)そうである(58.3%、65.6%)であり、関わる職種としてはMSW(97%、97.2%)、主治医(67%、65.4%)であった。
⑥主治医として両立支援で困ること実際に両立支援を主治医が行う場合に困ることが明らかとなった。70%以上の回答者が業務内容が明確に把握できない状況で就労継続の可能性や配慮の提示が求められることや、本人の同意があるとはいえ、提供した情報が患者本人に不利になるのではないかという懸念などが挙げられた。
⑦就労支援に関するHPを知っているかほとんどの回答者が活用したことはない(94.9%、96.6%)と答えている。存在自体が知られていないと思われる。
⑧就労支援についての自由記載多数の成功事例および失敗事例や困難なことなどの記載がみられた。

2. 聞き取り調査

主に両立支援にしばしば困難を来す神経難病について聞き取り調査を行った。両立支援を積極的に行っている都道府県は難病相談支援センターや難病相談専門員等の難病医療に詳しく経験の豊富な人材がいるところで多数の充実した支援が行われていた。

3. 海外との比較

神経難病は進行性の身体障害を来すため、難しい両立支援が必要となるが、そのような状況の中でも適切な支援が行われれば就労継続可能なことも多い。中でも筋萎縮性側索硬化症の両立支援は困難を伴うため、世界中の専門家が集まるALS/MND international symposiumにて今回の結果を発表し、各国との比較を試みた。欧米先進国では多くがALSセンターとして多職種が関わるmultidisciplinary careを実践しており、主治医が直接両立支援をしなくとも他の職種が適切に行っていることが分かった。日本をはじめアジアではそのような体制ができていなかった。

D. 考察

1. 大規模調査の妥当性について

今回拠点病院における両立支援の現状を把握する目的で神経内科分野をターゲット領域として調査を行った。調査対象とした神経内科専門医の多

くは大規模病院、急性期病院に所属していたが、神経難病などの拠点病院は必ずしも急性期病院とは限らないため、層別解析は行わずに結果をまとめた。今回の調査で神経内科専門医の82.8%を対象として、4人に一人が回答したことになり、この集団の傾向をとらえられると考えてよいと判断した。

2. 調査結果からの考察

拠点病院の主治医は自らの役割が重要であることを認識しているものの具体的な方策についての知識が不足していることが明らかとなった。成功事例も参照にすると、主治医自らが関わるというよりも、MSWの関わりなど適切な部署に紹介することが現実的である。

今後の課題は、①主治医に両立支援の必要性を啓発し、適切な職種に早期に紹介するように促すシステムの構築、②紹介先となる拠点病院のMSWなどの職種が適切に今ある資源を活用できるように、啓発周知すること、③これまでの研究成果などを含め社会的資源が有効に活用されるように工夫することなどが求められる。

E. 結論

日本神経学会専門医を対象に拠点病院における主治医の実態調査を行い、両立支援に関する基礎的な情報を得た。今後両立支援の早期介入、専門職の有効活用を促すシステムが必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

荻野美恵子. 就労に関する神経内科専門医の意識調査パイロットスタディー 第6回 日本難病医療ネットワーク学会学術集会 2018. 11. 17 岡山

Ogino M, Eguchi H, Babayev T, Ogino Y, Tsutsumi A, An investigation into whether board certified neurologists are conscious of supporting continuing employment in their patients. 30th International Symposium on ALS/MND, Perth Australia, 4-6 December 2019

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 引用文献

なし

令和1年度 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」(170401—2) 研究代表者：堤 明純
分担研究報告書

中小企業における治療と就労の両立支援の推進に
産業保健師が果たす役割の明確化と多職種連携モデル開発に関する検討

研究分担者 錦戸 典子 東海大学大学院 健康科学研究科看護学専攻 教授
研究協力者 石川 真子 東海大学 研究技術員
安部 仁美 東海大学 健康科学研究科看護学専攻(修了生)
助川 真由美 東海大学 健康科学研究科看護学専攻(大学院生)

【研究要旨】

本年度は、両立支援推進の中心的役割を担うことが求められている産業保健総合支援センター(以下、産保センター)が、事業場に対して行った支援の現状を明らかにし、昨年度作成した多職種連携モデルを改訂することを研究目的とした。

産保センターの支援状況と、事業場ならびに支援上の困難点や推進ヒントを抽出するため、産保センターに所属する産業保健師、労働衛生機関の保健師、両立支援促進員・社会保険労務士(以下、社労士)へフォーカス・グループ・インタビューを行い、結果を分析して、企業外保健師を活用した多職種連携モデルの改訂版を検討した。

事業場が抱える両立支援の困難点として、＜中小企業としての制約＞、＜会社や社員の金銭的な負担が大きい＞＜会社の余力がない＞＜助成に関する情報の整理が不十分＞、などがあった。一方、推進ヒントとして＜経営者の高い意識や支えあう職場風土がある＞、＜保健師の専門性を活用する＞などが得られた。

支援者側については、困難点として＜社労士が保健師の存在や役割を知らない＞＜産保センターからの支援効果が把握できない＞などがあり、推進ヒントとして、＜社労士と保健師が連携する＞、＜地域産業保健センターのコーディネーターのスキルを向上させる＞、＜在宅勤務の可能性を考慮する＞などが得られた。

中小企業における両立支援推進に向けた企業外産業保健師(支援者側)の支援内容と役割について昨年度のデータを再分析しカテゴリー化した結果、2つの大カテゴリーと10の中カテゴリーが得られた。1つ目の大カテゴリーとして【日頃からの支援(両立支援の啓発・両立支援の体制づくり支援等)】が得られ、その中カテゴリーとして、＜両立支援の啓発＞、＜コミュニケーションの活性化＞、＜日常的な健康支援と1次予防への支援＞、＜両立支援の体制づくり＞、＜多職種・多機関連携と外部資源の活用支援＞が抽出され、両立支援を可能にする体制づくりへの支援内容が明らかとなった。2つ目の大カテゴリーとして【事例へ

の支援（病気になった社員と職場への個別支援）】が得られ、その中カテゴリーとして、＜本人・上司・同僚・人事担当者の納得感・安心感・共通理解への支援＞、＜同僚・上司からの支援方法の助言＞、＜病気治療中の社員に応じた勤務時間・内容・環境の調整支援＞、＜多職種・多機関へつなぐ支援（安全かつ持続可能な両立支援に必要な外部資源の活用）＞、＜家族との連絡調整＞が抽出され、社員が病気になった時という２次・３次予防のフェーズにおける両立支援の支援内容が示された。これらの支援を受けて、事業場側が＜経営者の社員を大切にする姿勢の表明＞、＜両立支援に対する理解の推進＞、＜健診後のフォロー・がん検診の奨励＞、＜勤務・休暇制度の整備＞、＜上司・人事労務担当者による柔軟な運用＞、＜外部資源との連携・情報の活用＞などに主体的に取り組むことにより、両立支援の推進が図られると考えられた。

中小企業ならではの特性や企業規模・業種・働き方などのそれぞれの事情に配慮しつつ両立支援を支援していくには、企業外保健師が多職種・多機関と連携しながら中小企業の両立支援を推進していく改訂版多職種連携モデルに沿って支援を展開することが有用である可能性が示唆された。

A. 研究目的

両立支援推進の中心的役割を担うことが求められている産業保健総合支援センター（以下、産保センター）が、事業場に対して行った両立支援の現状と中小企業の両立支援を推進するための困難点やヒント（以下、推進ヒント）を明らかにし、昨年度作成した多職種連携モデルの改訂と今後への提言を行う。

B. 研究方法

1. 対象と方法

A 産保センターに所属する産業保健専門職 1 名、労働衛生専門職 1 名、両立支援促進員である社会保険労務士（以下、社労士）5 名を対象に、フォーカス・グループ・インタビュー（以下、FGI）を行った。一部、追加質問に関して、メールでの回答を得た。

2. インタビュー内容

産保センターが事業場に対して行った支援状況を明らかにするために、①事業

場から A 産保センターに相談がきた経緯、②事業場への支援内容や支援を行う上で工夫・留意した点、③支援の際の他部署・他機関との連携の状況、④事業場自体の困難や支援者が感じた困難、⑤中小企業の両立支援の推進に向けた提言やヒント、等について FGI を行い、一部メールで追加質問を行い回答を得た。インタビュー時間は計 120 分であり、許可を得て IC レコーダーに録音した。

3. データ分析方法

1) インタビュー内容について、支援内容の違いの観点から、【事業場内体制整備・規程整備支援】と【個別支援】に分別し、その中で、「相談内容」、「職場の特性」、「支援内容や支援者の工夫」について語られている部分を抽出し、記述的に整理した。

2) インタビュー内容の中で、中小企業において両立支援を推進するための困難点と推進ヒントについて語られている文脈・フレー

ズを抽出した。これらのフレーズを、事業場側ならびに支援者側の困難点や推進ヒントに分けてコード化し、内容の類似性に着目してカテゴリー化した。

- 3) 昨年度実施した産保センターと地域産業保健センター（以下、地産保）、労働衛生機関に所属する保健師ならびに開業保健師からなる企業外産業保健師への FGI 結果の再分析を行った。産業保健師の支援内容が語られている文脈とフレーズに着目しコード化、内容の類似性に着目してカテゴリー化した。
- 4) 中小企業のニーズや支援の現状に基づいた多職種連携モデルの改訂に向け、これまで得られた研究結果を統合し、昨年度作成した多職種連携モデルを見直して、改訂版のモデルを作成した。

倫理的配慮

本研究は東海大学臨床研究審査委員会の承認を得て実施した（第 19-111 号）。

C. 研究結果

1. 産保センターによる事業場への支援の現状と課題

A 産保センターの産業保健専門職 1 名、労働衛生専門職 1 名、両立支援促進員（社労士）5 名、が事業場へ行った支援の実態と特性を、【事業場内体制整備・規程整備支援】と【個別支援】に分けて整理した結果を表 1 に示す。

1) 事業場や病気治療中の社員の属性

事業場の規模は、【事業場内体制整備・規程整備支援】、【個別支援】共に、従業員 300 人未満の企業だけでなく、従業員 1000 人以上の企業からの相談もあった。業種は、製造業や不動産業など様々な業種からの

相談がみられた。

病気治療中の社員の疾患は、がんや心疾患や糖尿病などであった。病気治療中の社員の年代は 10 代から 60 代であり、40 代、50 代の相談が多い傾向がみられた。

- 2) 産保センターへの相談内容と事業場特性
相談内容に関して、【事業場内体制整備・規程整備支援】では、事業場の事務担当者から、治療と仕事の両立支援を含む「働き方改革」全般を念頭に置いた取組を一層促進するために、アドバイスを受けたという相談や、事業場の人事労務担当者から、健康情報の取扱規程と、メンタルヘルス不調者の職場復帰支援プログラムを作成したいという相談などがあつた。一方、【個別支援】に関しては、親会社の産業医意見と病気治療中の社員の主治医の意見が異なるため、どうすれば良いかという相談や、地域産業保健センター（以下、地産保）のコーディネーターが両立支援事案と判断し、産保センターにつなげられたケースなどがあつた。

事業場の特性として、【事業場内体制整備・規程整備支援】のニーズがあつた事業場では、社員に目を向けた体制づくりが進んでおり、両立支援に対する経営者の理解がある事業場であることが示された。

【個別支援】のニーズがあつた事業場は、経営者が社員を雇用し続けたいという強い思いをもっていたり、リスクマネジメントの観点から法的に問題が起きないようにしたいという思いをもっている事業場など多様性が見られた。他にも、病気治療中の社員の上司の理解や、病気治療中の社員以外の社員の理解や納得感がある事業場が含まれていた。中には、勤務情報提供書の存在を認知している担当者や、勤務情

報提供書の中身を詳細に書くための労力を厭わない事業場も見られた。

3) 支援内容や支援者の工夫

【事業場内体制整備・規程整備支援】では、両立支援促進員（社労士）の助言や策定した規定を、事業場が契約していた社労士に見てもらいながら規則化した事例があった。また、会社のニーズに関連する資料やツールの紹介やアドバイスなどを行っていた。

【個別支援】では、両立支援促進員（社労士）が事業場の担当者から、病気治療中の社員に関する詳細な情報収集とアセスメントを行うことにより、次のアドバイスへとつなげていた。また、主治医からの意見書が会社にとって無理な配慮事項だった事例に関して、職場の状況を写真や動画も合わせて主治医に見せることを提案したり、病気に罹患した社員を現場以外で売り上げに貢献してもらう方法を提案するなど、様々なアイデアを会社に提供していた。

2. 中小企業における両立支援を推進するための困難点とヒント

語られた内容の中から、今後、中小企業における両立支援を推進するために資すると考えられる、事業場側の困難点とヒント、また、支援者側の困難点とヒントをカテゴリー化した結果を、各々表2-1、表2-2に示す。

1) 事業場側の困難点とヒント（表2-1）

困難点の1つ目として、『中小企業としての制約』があり、具体的には、「病気になった社員が特別な資格を有しており、その人がいないと会社が回らない場合、会社の存続に関わるため、両立支援以前の問題

となる」ことや、「中小企業では会社内の職種が限られことが多く、病気治療中の社員が出来る仕事（配置転換先）がない場合は辞めてしまう」現状、さらに、「社員10人未満の会社では就業規則がないことが多いため、両立支援制度を作るにも作れない状況」が挙げられた。

2つ目の困難点は、『会社や社員の金銭的な負担が大きい』ことであった。この中では、「社員の病気休職中や復帰後の通常勤務が行えるまでの期間、会社が支払う社会保険料の負担が大きい」、「中小企業では、傷病手当金以降に共済組合等から支払われる給付金の制度がなく、病気治療中の社員の収入保障制度が手薄い」、「病気治療中の社員が働けない分を、派遣やアルバイトで補う余裕がない」などが含まれた。

3つ目の困難点は、『会社の余力が少ない』ことであり、この中で、「社員数の少ない中小企業では、通常通り働けなくなった人のフォローを、残りの一人か二人で行うことは、現実問題できない」ことや、「両立支援の支援体制を考えても、病気治療中の社員の病状が収まったり、亡くなってしまうと、そこで立ち消えになり継続できない」現状が含まれた。

4つ目の困難点は、『助成に関する情報の整理が不十分である』があり、具体的には、「会社や病気治療中の社員の経済的な負担を解決するための情報がうまく整理できておらず、会社や病気治療中の社員が情報収集するために労力がかかる」ことが挙げられた。

一方、中小企業で両立支援を推進するための事業場側のヒントとしては、1つ目に、『経営者の高い意識や支え合う職場風土がある』ことが挙げられ、「経営者自身の

“社員は絶対辞めさせない”という信念がある」ことや、「社員と経営者の人間関係ができていいる」こと、「病氣治療中の社員を周囲の人たちが支えようという職場風土がある」ことが、両立支援につながるということが語られた。

2つ目のヒントとして、『保健師などの専門性の活用』があり、「保健師は、社員の病氣だけでなく、会社や家族関係やプライベートなど、様々な背景を捉えてアセスメントしながら支援を行える」ことや、「病氣治療中の社員が会社に居づらくなり辞職するのを防ぐために、保健師などの専門職が間に入り、病氣治療中の社員本人だけでなく他の社員の納得も得られるような支援を行えると良い」などが語られた。

3つめのヒントとして、『社労士などの多職種の専門性の活用』があり、「会社のニーズに関連する資源・資料（制度、両立支援や各種助成など）やツールの紹介とアドバイスを行う」が語られた。

2) 支援者側の困難点とヒント(表 2-2)

1つ目の困難点としては、『社労士が保健師の存在や役割を知らない』ことがあり、多数の社労士から、「保健師の役割について認識していなかった」、「両立支援促進員になって初めて保健師の存在を知った」と語られた。

2つ目の困難点として、事業場から病氣治療中の社員に関する相談が来た場合、制度的な制約もあり、支援者から直接病氣治療中の社員にヒアリングやアドバイスできないケースが殆どで、もどかしさを感じている語りが得られた。

さらに、3つ目の困難点として、産保センターからの支援に対する、事業場からの結果や対応状況の報告は義務ではないた

めに、支援（アドバイス等）に対する事業場側の対応状況が把握できずに、効果評価が難しいことが挙げられた。

一方、中小企業で両立支援を推進するための支援者側のヒントの1つ目としては、『社労士と保健師が連携する』ことがあり、「会社で就業規則や支援制度を作る際、社労士が法律的な面でのアドバイスを行い、心身のケアや予防に関しては、保健師が話した方が説得力がある」ことや、「就業規則には書けない機微の部分に関して、保健師が予防の観点から会社にアドバイスしてくれて助かった」といった意見が語られた。

ヒントの2つ目として、訪問時に、会社側へ『病氣治療中の社員との面談・ヒアリング』を打診することを標準ベースで行うなど、会社側との相談を行うだけでなく、『病氣治療中の社員との面談も、支援のフローに入れる』ことも必要である可能性が語られた。

ヒントの3つ目として、『地域産業保健センターのコーディネーターのスキルを向上させる』ことがあり、「地産保のコーディネーターのスキルにより、中小企業における両立支援の相談をワンストップで産保センターにつなげることができる」ことが語られた。

ヒントの4つ目に、事業場や職種の状況にもよるものの、『在宅勤務の可能性を考慮する』があげられた。

3. 企業外産業保健師の支援内容と役割

中小企業における両立支援推進に向けた企業外産業保健師の支援内容と役割について昨年度のデータを再分析しカテゴリー化した結果を表3に示す。企業外産業保健師の

支援内容として、2つの大カテゴリーと10の中カテゴリーが得られた。大カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〈 〉で表す。

1つ目の大カテゴリーとして【日頃からの支援（両立支援の啓発・体制づくり支援等）】が得られ、その中カテゴリーとして、〈両立支援の啓発〉、〈職場の相互支援の風土づくりの支援〉、〈日常的な健康支援（1次予防への支援）〉、〈両立支援の体制づくり〉、〈多職種・多機関との連携と外部資源の活用支援〉が抽出された。

2つ目の大カテゴリーとして【事例への支援（病気になった社員と職場への個別支援）】が得られ、その中カテゴリーとして、〈本人・上司・同僚・人事担当者の納得感・安心感・共通理解への支援〉、〈同僚・上司からの本人への支援方法の助言〉、〈病気治療中の社員に応じた勤務時間・内容・環境の調整支援〉、〈多職種・多機関へつなぐ支援（安全かつ持続可能な両立支援に必要な外部資源の活用）〉、〈家族との連絡調整〉が抽出された。

4. 多職種連携モデルの検証と改訂

これまで得られたデータを統合して検討した結果、支援者からの支援内容と事業場としての取り組み内容に関して、病気の社員が出る以前に日頃からしておくべき支援・取り組みと、病気の社員が出たときに事例に基づいて行うべき支援・取り組みに分別して、それぞれ推奨される方向性を示すことが適切と考えられたため、昨年度版の多職種連携モデルの一部を改訂し、全体的な概要図（図1.）と、その中心部分の拡大図（図2.）を示した。図2において、現状でも産保センター等から実施されてい

る支援は二重線、今後期待される支援については点線で示した。

企業外産業保健師など、外部からの支援内容のうち、【日頃からの支援（両立支援の啓発・両立支援の体制づくり支援等）】の中で、〈両立支援の啓発〉や〈両立支援の体制づくり〉については現状でも産保センターからの一定の実施が見られ、事業場の取り組みにつながっていた。一方、〈職場の相互支援の風土づくりの支援〉、〈日常的な健康支援（1次予防への支援）〉、〈多職種・多機関との連携と外部資源の活用支援〉については、今後、産保センターからも支援の強化が期待された。

【事例への支援（病気になった社員と職場への個別支援）】については、〈本人・上司・同僚・人事担当者の納得感・安心感・共通理解への支援〉、〈上司・同僚・人事担当者からの社員（病気治療中の社員）への支援方法の助言〉、〈社員の状況に応じた勤務時間・内容・環境調整への支援〉については現状でも産保センターからの支援が実施されており、事業場としての一定の取り組みにつながっていた。一方、〈多職種・多機関へつなぐ支援（安全かつ持続可能な両立支援に必要な外部資源の活用）〉については、今後さらに強化する必要性が示された。

D. 考察

1. 産保センターによる両立支援の現状と課題

1) 産保センターへの相談状況と経営者の姿勢、事業場側の取り組み方と企業外産業保健師の活用の可能性

中小企業からの相談が半数以上であり、相談をしてきた事業場の特徴として、経営

者が病気治療中の社員を雇用し続けたいという強い思いを持ち、安全や健康のリテラシーが高い事業場が多く見られた。逆に考えると、経営者の思いが強ければ、産保センター等への相談につながると考えられる。このことから、まずは、支援者側が、経営者に対して、両立支援を推進することが労働力不足の時代に離職防止など人材確保につながるなど、リテラシー向上の支援を行うことが大切であることが示唆された。具体的には、経営者と社員の安全・健康リテラシーの向上への支援として、両立支援のための取り組み内容や多職種・多機関の役割について情報提供と研修を行い、事業場側への周知を徹底することが必要であると示唆された。

また、産保センターへの相談内容としては、【事例への支援（病気になった社員や職場への個別支援）】に関する相談が多く、【日頃からの支援（両立支援の啓発・両立支援の体制づくり支援等）】に関する相談は比較的少ないことが明らかとなった。これは、事業場側の困難点の一つでもある『会社の余力が少ない』ことも関連して、普段から予防的に行う1次予防の活動に目を向ける余裕や視点が培われておらず、病気の社員が発生した後の2次・3次予防的な活動のみに追われている可能性が考えられる。事業場が小さくなればなるほど人的・物的資源など企業体力の制約があることや、両立支援の効果や利益がわかりにくいことなどから、両立支援への取り組みに対して負担感を感じている可能性も考えられる。産業保健師の専門性を最大限に活用し、事業場のキーマンや社員と良好かつ建設的なコミュニケーションを築きながら、ニーズに合わせて実施できそうなところ

ろから柔軟にサポートし、経営者の方針決定におけるポジティブシンキングを支え両立支援を協働・後押しをサポートすることや体制づくりの職場環境への支援を促進できるのではないかと考える。

2) 支援機関間および職種間（社労士・保健師）の連携

産保センターへの相談の経緯として、事業場から直接相談がきたケース以外にも、地産保から産保センターにつなげられたケースもあった。相談内容としては、事業場内の困り事は複雑で多角的なものが多く、健康管理相談を切り口にメンタルヘルス対策・過重労働対策・両立支援対策・働き方改革など案件以外にも、普段から抱えている社員の心身の問題が絡み合っている経緯も推測できる。医療従事者が身近にいない中小企業の経営者にとっては、地産保に登録して相談窓口としている場合があるが、さらなる両立支援の水平展開のためには、地産保の担当者から両立支援のニーズを適切にアセスメントして、産保センターにつなぐことが必要であり、その連携強化が今後の課題と考えられる。

さらに、社労士と保健師の職種間の連携の必要性が示唆されたが、中小企業の就業規則の整備などの際の支援役割を持つ社労士は経営者と近い存在であるが、保健師の存在・役割・支援内容については産保センターの両立支援促進員になってからも、実際に共に支援に入るまでは知らなかった方が殆どだった。共に支援を展開する中で、次第に保健師の活動の実態を理解したようであった。社労士からは、事業場側のニーズとして心身のケアや予防に関しては、保健師から話した方が説得力があるこ

と、就業規則には書けない個人情報関連の機微部分に関して、保健師が予防的な観点から会社にはアドバイスをしてくれて助かったなどの語りが得られたことを鑑みると、事業場のニーズに社労士のみで対応することへの重責を感じていることが推測される。事業場側のニーズに合わせて、社労士と保健師が互いの役割と支援の専門性を活かしながら、連携・協働して両立支援を展開していくことの必要性や実用性が示唆された。

また、事業場が行う両立支援を中長期的に支えていく支援者側として、産業保健師は、働く人の思いに寄り添い、日頃からリテラシーの向上への支援や職場風土づくり、1次予防～3次予防を含む事業場への健康支援に関する高い専門性を有している。企業外産業保健師を活用し、保健医療の専門家としてわかりやすい言葉で経営者や社員を支援するのが事業場側にとってのスムーズな理解と動機付けにつながると考えられる。また、就業規則等の整備や各種助成制度の紹介などについては社労士の専門性を活用し、法の遵守やガイドラインに則った制度の整備をすることで事業場のニーズを満たせると考えられる。

2. 多職種連携モデルの改訂

1) 中小企業なりの困難点を克服するための外部資源の活用

両立支援を促進していくために、事業場側と支援者側の困難点や推進に向けたヒントについて検討した結果、事業場側の困難点として、人的・物的・経済的な資源不足と会社の余力がないことや助成に関する情報の整理が不十分であることが挙げられていた。先行研究によると、事業場側

は、外部の相談機関や外部資源を知らないため、社員が病気に罹患しても、両立支援の関連機関にうまくつながれない現状が報告されている。支援者側にもそれぞれ専門性があり、産業保健師は両立支援の事例に関する相談・調整支援は得意としているが、就業規則の作成や各種の助成等に関しては社労士が詳しいことから、保健師と社労士と連携して支援を進めるのが効果的と考えられる。中小企業においては、社員が心身の健康問題やワークライフバランスの不調和が起きたとしても、安全や健康の専門家（医療従事者）との接点がない現状があるため、日頃から外部資源とつながっていることが有用であると考えられる。最初は無料で支援を受けられる産保センターや地産保などの公的機関の支援を受けることからスタートし、外部支援機関の支援内容等について分かり易く伝えた上で、事業場に余裕がある場合は、労働衛生機関や開業保健師などの有料の支援機関・職種からの両立支援を含む健康支援の活用を段階的に勧めていくのが適切と考ええる。

2) 改訂版モデルの特徴と今後の課題

昨年度開発した中小企業における両立支援を推進するための多職種・多機関連携モデルを基に追加・修正した本年度の改訂版モデルの特徴として、支援者からの支援内容と、事業場側の取り組み内容を対比的に示し、現場の支援者や事業場にとって両立支援を展開する際にすべきことがよりわかりやすいモデルへ改訂することができた。

支援者側の支援内容と事業場側の両立支援の方向性や取り組み内容の関係性を整理した結果、中小企業ならではの特性や

企業規模・業種・働き方などのそれぞれの事情に配慮しつつ両立支援を支援していくには、日常レベルから病気の社員が生じたときまでの幅広い状況に対応できる企業外保健師を活用した多職種連携モデルが有用と考えられた。

産保センターの支援状況の分析結果と統合することにより、現状では支援が十分行われていない部分も明らかとなり、今後は、職場の相互支援の風土づくりの支援や一次予防活動の支援、多職種・多機関の外部資源の活用支援などを強化する必要があることが示唆された。また、産保センターからは個別の病気治療中の社員への聞き取りや支援は行われていない状況が示されたが、効果的な個別支援の展開に向けては、事業者や人事労務担当者への支援とともに、病気治療中の社員との面談も、支援のフローに入れることが有用である可能性が示唆された。今後は、これらの多機関・多職種の連携を効果的に進めるため、各職種への研修プログラムを開発し連携の質の向上を図っていく必要があると考えられる。

E. 結論

- 1) 事業場側の両立支援における困難点は、中小企業としての制約があること、企業に余力がないこと、事業場側と病気治療中の社員双方の不理解があること、助成に関する情報の整理ができていないことが明らかとなった。推進するためのヒントとして、経営者の社員を大切にする職場風土を醸成することや保健師・社労士を含めた多職種・多機関を活用すると両立支援の促進ができることが示唆された。

- 2) 支援者側の困難点として、社労士・保健師の存在や役割がわからないこと、会社からの相談の場合、病気治療中の社員への直接支援ができないこと、支援後の報告がないことなどが明らかとなった。推進のヒントとして、社労士と保健師が連携することや事業場への支援結果を報告するフローをつくること、産保センターなどの支援機関のコーディネートスキルを磨くことなどの重要性が示唆された。

- 3) 改訂版多職種連携モデルについて検討した結果、支援者側の支援内容と事業場としての取り組みを、【日頃からの支援（両立支援の啓発・両立支援の体制づくり支援等）】と、病気の社員と職場への支援にそれぞれ分けて、分かり易く示すことが適切と考えられた。この改訂版モデルを元に、各支援機関・職種が連携して、事業場への両立支援の情報提供や制度づくりの支援とともに、病気治療中の社員と職場への支援方法について助言していく必要があり、今後は多職種・多機関の役割や支援内容についての研修を行う必要性についても示唆された。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 錦戸典子, 第 26 回日本産業精神保健学会 : 大会長講演 コミュニティとメンタルヘルスの未来を考える——保健師の立場から 産業精神保健 27(4) : 277-284, 2019
- 2) Nishikido N, Sasaki M, Yoshikawa E, Ito M. Development and evaluation of a training program for occupational health nurses regarding support for workers with cancer and their workplaces.

Journal of Occupational Health 61.6
p489-497

の立場から～産業精神保健 27 巻増刊号
2019 年 8 月 p46

- 3) Nishikido N, Sasaki M, Yoshikawa E, Ito M, Abe H, Sakiyama N. Development of a support tool for balancing cancer treatment and work in small and medium-sized enterprises. Environmental and Occupational Health Practice. 1.1p13-19

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

- 4) Yoshikawa E, Nishikido N, Sasaki M, Ito M, Watai I, Sudo J, Mochizuki M Development of an occupational health nurse's guidebook to promote the balance between cancer treatment and work. Environmental and Occupational Health Practice 1(2)p31-38

2. 学会発表

- 1) 崎山紀子, 錦戸典子, 石川真子: 中小企業における治療と就労の両立支援 第 1 報: 経営者から見た現状と課題. 日本産業衛生学会. 2019
- 2) 石川真子, 錦戸典子, 崎山紀子: 中小企業における治療と就労の両立支援 第 2 報: 産業保健師から見た現状と課題. 日本産業衛生学会. 2019
- 3) 錦戸典子, 石川真子, 崎山紀子: 中小企業における治療と就労の両立支援 第 3 報: 多種連携モデルの開発と妥当性の検討. 日本産業衛生学会. 2019
- 4) 石川真子, 錦戸典子, 一般演題 3-4 産業看護職による職場のメンタルヘルス対策の実施状況, 困難感, 知識・技術の保有感に関連する要因の検討産業精神保健 27 巻増刊号 2019 年 8 月 p163
- 5) 錦戸典子, 大会長講演 コミュニティとメンタルヘルスの未来を考える～保健師

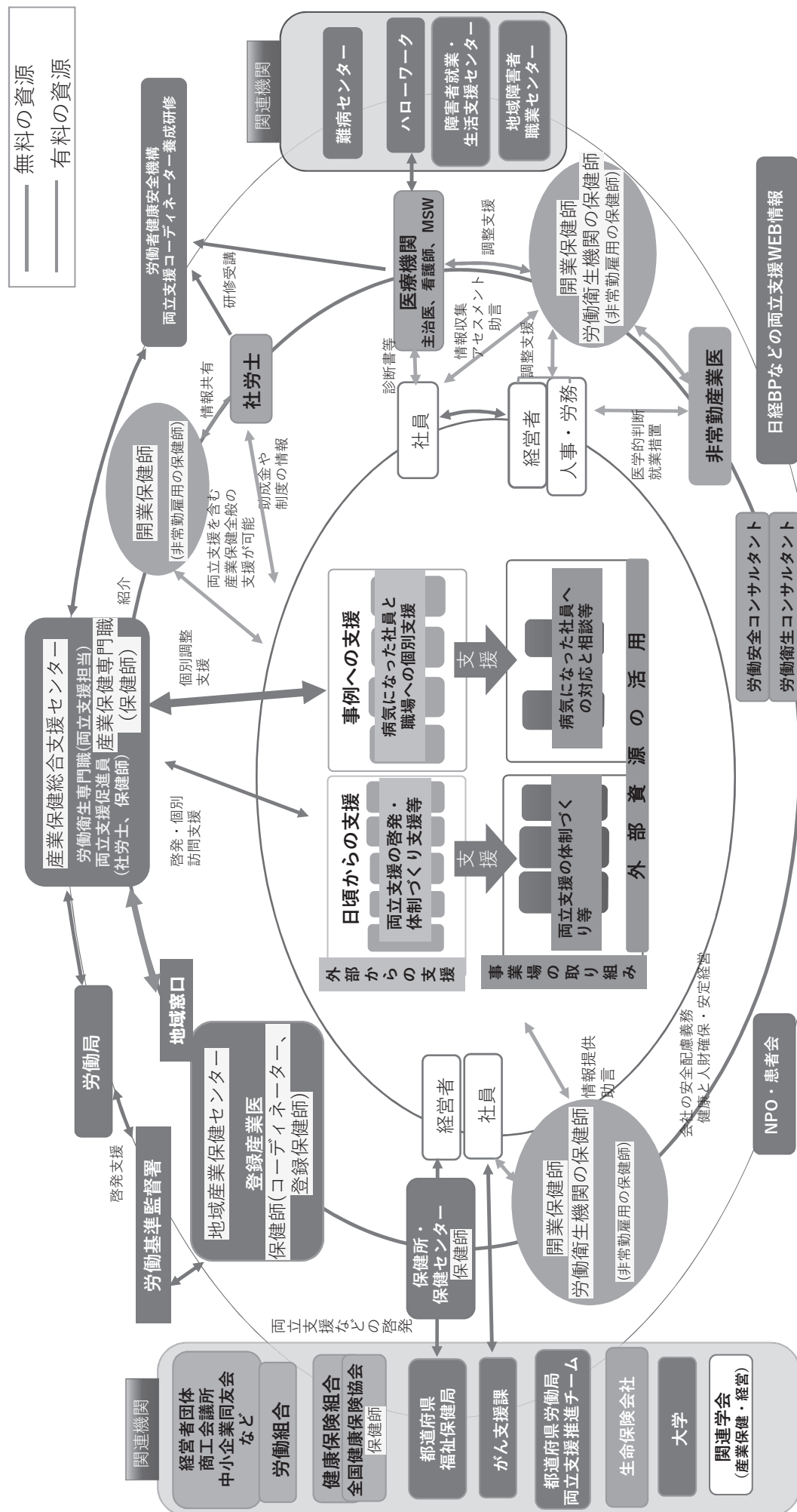


図1 中小企業における治療と就労の両立支援促進に向けた多職種連携モデル改訂版

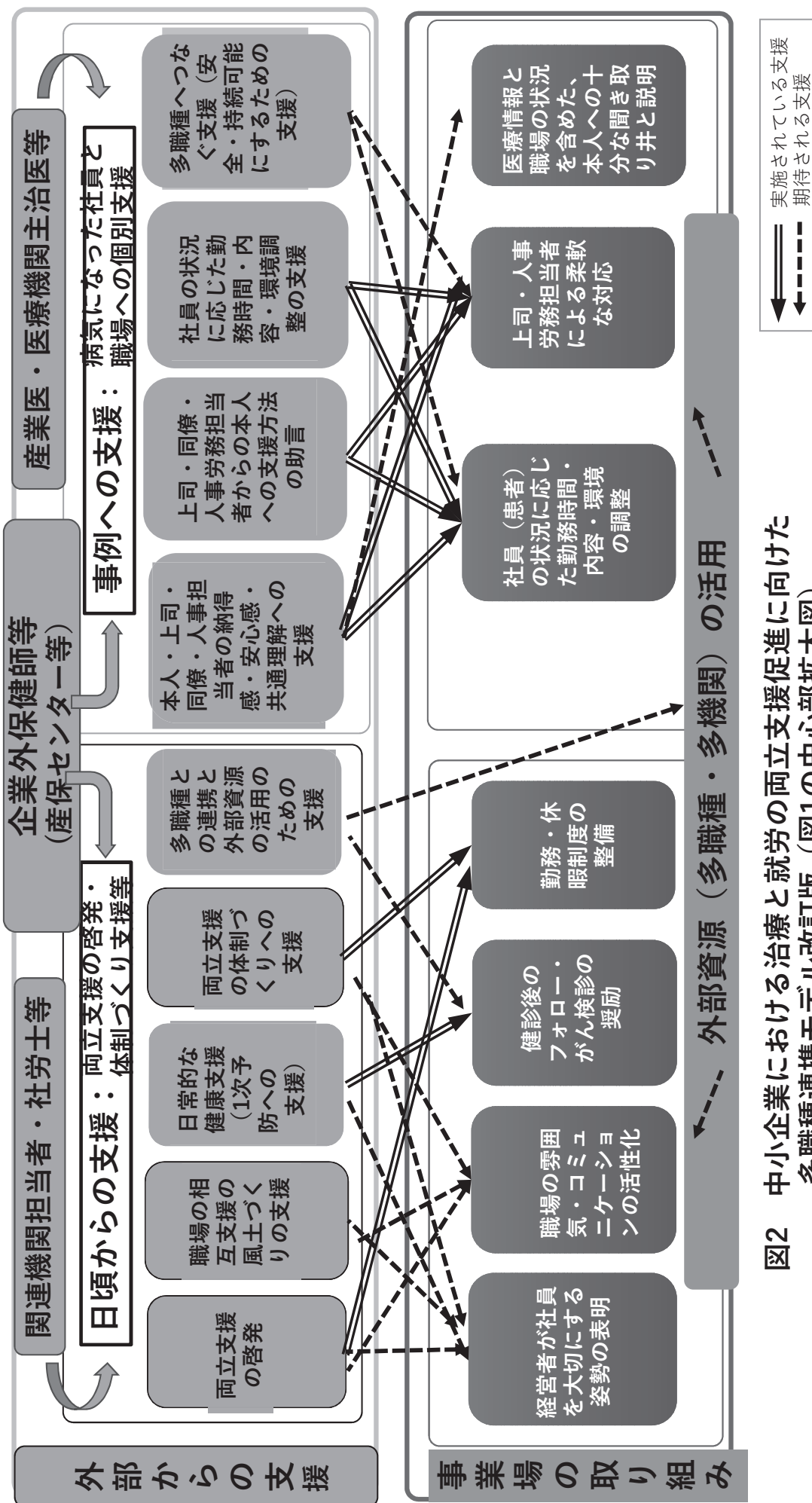


図2 中小企業における治療と就労の両立支援促進に向けた多職種連携モデル改訂版（図1の中心部拡大図）

表 1 対象企業の概要

	事業場内体制整備・規程整備(4件)	個別支援(9件)
会社 病・ 治療中 の社員 属性	<p>■会社規模</p> <p>1～10人未満 : 0社</p> <p>10～50人未満 : 1社</p> <p>50～300人未満 : 1社</p> <p>300～1000未満 : 1社</p> <p>1000人以上 : 1社</p> <p>■業種</p> <p>不動産業, 病院, 運輸交通業, 貨物梱包・輸送 : 各1社</p>	<p>■会社規模</p> <p>1～ 10人未満 : 2社</p> <p>10～ 50人未満 : 5社</p> <p>50～ 300人未満 : 1社</p> <p>300～1000人未満 : 0社</p> <p>1000人以上 : 1社</p> <p>■業種</p> <p>製造業 : 3社</p> <p>卸・小売り業, 建設業, 情報通信サービス業, 不動産業, 請負業 : 各1社</p> <p>■疾患</p> <p>がん : 4名</p> <p>心疾患, 糖尿病(透析治療), メニエール, 網膜剥離, 知的発達障害 : 各1名</p> <p>■年代</p> <p>10代 : 1名, 40代 : 3名, 50代 : 2名</p> <p>60代 : 1名, 不明 : 3名</p>
相談内容	<p>■事業場の事務担当者から、治療と仕事の両立支援を含む「働き方改革」全般を念頭に置いた取組を一層促進するために、アドバイスを受けたという相談</p> <p>■人事労務担当者から、健康情報の取扱規程と、メンタルの職場復帰支援プログラムを作成したいという相談</p>	<p>■親会社の産業医意見と病気に罹患または、治療中の社員（以下、病・治療中の社員）の主治医の意見が異なるため、どうすれば良いかという相談</p> <p>■地域産業保健センター（以下、地産保）のコーディネーターが両立支援と判断し、産保センターにつなげられた</p>
事業場の特性	<p>■経営者の意識・思い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・"職員"に目を向けた態勢・体制づくりが進んでいた ・社長が両立支援について大変理解があった 	<p>■経営者の意識・思い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病・治療中の社員を雇用し続けたいという強い思い ・どうすれば治療と就労を両立できるかというより、法的に問題が起きないようにしたい(リスクマネジメント) <p>■上司の意識</p> <ul style="list-style-type: none"> ・部下(病・治療中の社員)のことを親身になって考えていた <p>■他の従業員の理解</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病・治療中の社員が働けない分をフォローすることや、特定の病・治療中の社員だけ仕事の配慮がなされることへの納得感があった <p>■情報リテラシーの高さ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・勤務情報提供書の存在を知っていた <p>■文書作成のための労力</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主治医に提出する勤務情報提供書の中身をきっちり書いていた <p>■配置転換先(職種)の存在</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病・治療中の社員の配置転換先(職種)があったため、辞めずに働き続けられた
支援内容や支援者の工夫	<p>■支援回数 1回 : 3例, 2回以上 : 1例</p> <p>■企業内の専門家との関係</p> <p>社会保険労務士（以下、社労士）と契約している企業だったため、両立支援促進員(社労士)の助言や規程を社内の社労士に見てもらい、大丈夫なら規則化していくという手順をとった</p> <p>■会社のニーズに合わせた支援</p> <p>「働き方改革」の、特にコンプライアンス面での事業場の対応状況に関するアセスメントを求められたため、「働き方改革」全般をめぐる事業場の取組状況・全般について、交付された資料やヒアリングを通じて情報収集した</p> <p>■活用できる資料の紹介とアドバイス</p> <p>治療と仕事の両立支援対策分野を含め、会社のニーズに関連する資料やツールの紹介とアドバイスを行った</p>	<p>■支援回数 1回 : 3例(途中死亡含), 2回 : 2例, 3回以上 : 3例</p> <p>■詳細な情報収集とアセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・最初会社へのヒアリングを行う際、病・治療中の社員に関する詳細な情報収集とアセスメントにより、次のアドバイスへとつなげた <p>■様々なアイデアを会社に提案</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主治医からの意見書が会社にとって無理な配慮事項だったため、職場の状況を写真や動画も合わせて主治医に見せることを提案した ・現場以外で売り上げに貢献できる方法を提案した <p>■活用できる資料の紹介とアドバイス</p> <p>治療と仕事の両立支援対策分野を含め、会社のニーズに関連する資料やツールの紹介とアドバイスを行った</p> <p>■主治医からの具体的な意見書入手</p> <p>勤務情報提供書に対して、主治医から具体的で細かい配慮事項が記載されて返ってきた</p> <p>■地産保コーディネーター経由ワンストップサービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地産保のコーディネーターが、事業場からの相談を両立支援と判断したため、産業保健センターにつなげられた ・地産保のコーディネーターと産保が必要な情報を共有した(会社は一から説明の必要がなく手間が省けた)

表2-1 事業場側の困難点とヒント

	カテゴリー	コード
困難点 1	中小企業としての制約	病気になった社員が特別な資格を有しており、その人がいないと会社が回らない場合、会社の存続に関わるため、両立支援以前の問題となってしまう
		中小企業では会社内の職種が限られことが多く、病気治療中の社員が出来る仕事(配置転換先)がない場合は辞めてしまう
		社員10人未満の会社では就業規則がないことが多いため、両立支援制度を作るにも作れない状況
困難点 2	会社や社員の 金銭面的な負担が大きい	社員の病気休職中や復帰後の通常勤務が行えるまでの期間、会社が支払う社会保険料の負担が大きい(例：月給30万の人の場合、年間54万円負担)
		中小企業では、傷病手当金以降に共済組合等から支払われる給付金の制度がなく、病気治療中の社員の収入保障制度が手薄い
		A県では、両立支援に関する会社への助成制度が東京都のように充実していない
		病気治療中の社員が働けない分を、派遣やアルバイトで補う余裕がない
困難点 3	会社の余力がない	社員数の少ない中小企業において、通常通り働けなくなった人のフォローを、残りの一人か二人で行うことは、現実問題でできない(先の見通しが立たない場合は尚更)
		両立支援の支援体制を考えても、病気治療中の社員の病状が収まったり、亡くなってなってしまうと、そこで立ち消えになり継続できない
困難点 4	会社と病気治療中の社員の双方の不理解	病気に対してある種の配慮を必要とし、その配慮によって今までとは同じ待遇や給料が得られない可能性があることを、会社と病気治療中の社員の双方が理解し、お互いの妥協点をもっていないと両立支援は困難
困難点 5	助成に関する情報の整理が不十分	会社や病気治療中の社員の経済的な負担を解決するための情報がうまく整理できておらず、会社や社員が情報収集するために労力がかかる
ヒント 1	経営者の高い意識や 支え合う職場風土がある	経営者自身の「社員は絶対辞めさせない」という信念が、両立支援につながる
		病気治療中の社員を周囲の人たちが支えようという職場風土がある
		社員と経営者の人間関係ができている
ヒント 2	保健師の専門性を 活用する	病気になった社員の会社への貢献度が高い場合は、会社は両立支援を行おうとする
		会社で就業規則や支援制度を作る際、医学的視点から社員の病気や一般的な予後についてアセスメントしてくれる人がいると心強い
		病気治療中の社員が会社に居づらくなり辞職するのを防ぐために、保健師のような専門職が間に入り、社員本人だけでなく他の社員の納得も得られるような支援を行えると良い
		保健師は、社員の病気だけでなく、会社や家族関係やプライベートなど、様々な背景を捉えてアセスメントしながら支援を行える
ヒント 3	社労士などの多職種の専門性を活用する	会社のニーズに関連する資源・資料（制度、両立支援や各種助成など）やツールの紹介とアドバイスをを行う

表2-2 支援者側の困難点とヒント

	カテゴリー	コード
困難点 1	社労士が保健師の存在や役割を知らない	保健師の役割について認識していなかった
		両立支援促進員になって初めて保健師の存在を知った
困難点 2	会社からの相談の場合、病気治療中の社員に直接支援ができない	病気治療中の社員にヒアリングやアドバイスできないケースがあり、事業場・担当者経由でのアドバイスしかできない"もどかしさ"がある
困難点 3	産保センターからの支援効果が把握できない	産保センターからの支援に対する、事業場の対応状況やその結果どうなったかに関しては、当センターへの報告は"義務"ではないので、支援(アドバイス)に関する事業場の対応や効果がリアルに把握できない（→支援の効果評価ができない）
ヒント 1	社労士と保健師が連携する	会社で就業規則や支援制度を作る際、社労士が法律的な面でのアドバイスをを行い、心身のケアや予防に関しては、保健師が話した方が説得力がある
		就業規則には書けない機微の部分に関して、保健師が予防の観点から会社にアドバイスしてくれる助かった
ヒント 2	労働者との面談も、支援のフローに入れる	訪問時に、会社側へ『病気治療中の社員との面談・ヒアリング』を打診することを、標準ベースで行う必要があるかもしれない
ヒント 3	地域産業保健センターのコーディネーターのスキルを向上させる	地産保のコーディネーターのスキルにより、中小企業からの両立支援に関する相談をワンストップで産保センターにつなげることができる
ヒント 4	在宅勤務の可能性を考慮する	社員と会社との信頼関係がベースにあれば、社労士や両立支援促進員が病気治療中の社員に在宅勤務の良さを伝えることで、在宅勤務が可能になるケースもある

表3 中小企業における病気と仕事の両立支援推進に向けた企業外産業保健師の支援内容と役割

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
日頃からの支援 (両立支援の啓発・ 体制づくり支援等)	両立支援の啓発	経営者・人事のリテラシー向上支援 研修・情報提供（多職種の役割の周知）
	職場の相互支援の風土づくりの支援	職場の環境調整
	日常的な健康支援（1次予防への支援）	健診後のフォロー 各種相談への対応 がん検診のすすめ 安全衛生委員会への出席
	両立支援の体制づくり	社内規定・しくみづくりの支援 両立支援の体制づくり 制度・休暇制度の整備
	多職種との連携と外部資源の活用支援	社労士との連携 産業保健師の役割について情報提供 保健所の事業等、活用できる地域資源の紹介
事例への支援 (病気になった社員と 職場への支援)	本人・上司・同僚・人事担当者の納得感・安心感・共通理解への支援	本人への説明・助言・両立支援の説明と同意の確認 人事・上司への説明（本人の治療と就業上の配慮の情報共有・共通理解）
	同僚・上司からの本人への支援方法の助言	本人・上司・人事からの情報収集 状況ならびに支援ニーズのアセスメント 復帰後のフォローと治療に合わせた柔軟な配慮の調整
	病気治療中の社員の状況に応じた勤務時間・内容・環境調整の支援	就業上の配慮についての助言 両立支援プラン・復帰プランの作成（この事例に合わせた柔軟な支援プランの作成） 復職面談の調整
	安全かつ持続可能な両立支援の促進のため多職種へつなぐ支援	医療機関の紹介・つなぐ 本人中心とした主治医・産業医・企業とのつなぎ・連携調整 職場関係者間とのつなぎ・連携調整（本人の治療と就業上の配慮の情報共有・共通理解）
	家族との連絡調整	家族との連絡調整

企業外労働衛生機関と労災病院治療就労両立支援センターの 連携による両立支援モデルの構築

【研究代表者】北里大学医学部公衆衛生学単位 教授 堤 明純

【研究分担者】(一財) 京都工場保健会 理事 森口 次郎

【研究分担者】(独) 労働者健康安全機構大阪労災病院

治療就労両立支援センター センター長

久保田 昌詞

研究要旨

企業外労働衛生機関と労災病院治療就労両立支援センターとの連携による両立支援などの活動報告はないため、企業外労働衛生機関と労災病院治療就労両立支援センターの連携による両立支援モデルを構築し、大阪労災病院近隣の京都工場保健会が健康診断やがん検診を実施する労働者 3000 人規模の事業場において、その両立支援の連携モデルを試行することを目的とした。

健康診断やがん検診を受診して精密検査の受診を指示され、自らの意思で精密検査の目的で大阪労災病院を受診し、消化器疾患、婦人科疾患、腎臓疾患、眼科疾患、脳心血管疾患などと診断された者の中で、両立支援の対象となり、大阪労災病院で両立支援を実施した後に事業場に復職し、産業医の説明に対して同意が得られた労働者を対象とすることとした。健康診断会場には、がん患者向けの『両立支援ポスター』を掲示し、両立支援に関する情報提供を行った。

期間内に両立支援の対象となる労働者が現れなかったため、両立支援モデルを実行することはできなかったが、両立支援における連携のあり方について企業外労働衛生機関と労災病院治療就労両立支援センターの間で協議を行ったことには意義があったと考える。

A. 目的

近年、がんなどの疾病に罹患した労働者の治療と職業生活の両立支援は、国における最重要課題となっており、がん¹⁾、脳卒中²⁾、難病³⁾など幅広い疾病についての知見が集積しつつある。しかし、重篤な疾病に罹患した患者は、復職や復職後の就労継続が困難な場合があり、ことに中小企業は一般に人的資源、

金銭的資源が大企業に比べて乏しく、疾病を抱えた労働者の就労支援についても差があると考えられるが⁴⁾、これまでの治療と就労の両立支援についての研究では、常勤の産業保健職のいる事業場を対象とするもの、専属産業医の割合が高い大企業を中心とするものなどが多い^{1), 2), 5)}。また、中小企業における産業保健活動の中核である企業外労働衛

生機関（労衛機関）の、顧客企業や保険者への両立支援に関するサービスの提供はまだ十分でなく⁶⁾、労衛機関と労災病院治療就労両立支援センターとの連携による両立支援などの活動報告はない。

このような背景を踏まえて、労衛機関と労災病院治療就労両立支援センターの連携による両立支援モデルを構築し、大阪労災病院近隣に拠点を有し、京都工場保健会が健康診断やがん検診を実施する事業場において、その両立支援の連携モデルを試行することを目的とした。

B. 方法

本研究では、大阪労災病院の近隣に拠点を有し、京都工場保健会が実施する健康診断やがん検診を利用する労働者 3000 人規模の事業場の協力を得て、実施した。本研究は、京都工場保健会の倫理審査で承認を得ている（承認番号 S18-0007）。

対象者の選択基準は、京都工場保健会が実施する健康診断やがん検診を受診して精密検査の受診を指示され、自らの意思で精密検査の目的で大阪労災病院を受診し、消化器疾患、婦人科疾患、腎臓疾患、眼科疾患、脳心血管疾患などと診断された者の中で、両立支援の対象となり、大阪労災病院で両立支援を実施した後に事業場に復職し、産業医からの説明に同意が得られた労働者とした。除外基準は、すでにがんなどの疾病と診断されて両立支援を受けている者とした。

選択基準を満たす労働者を対象とするので、参加への任意性を確保するために、事業場に対して研究の説明を口頭及び文書で行い承諾を得たうえで、選択基準を満たす労働者に対して、産業医の協力を得て研究の説明を口頭及び文書で行い、同意を得られた者を

被験者とすることとした。

事業場の承諾が得て、健康診断会場において、神奈川産業保健総合支援センターが作成したがん患者向けの『両立支援ポスター』⁷⁾を掲示し、両立支援に関する情報提供を行った（図 1）。

大阪労災病院を精密検査の目的で受診した労働者は、担当診療科にて精密検査を行う。その結果、両立支援の対象となる疾患と診断された場合は、担当医師が労働者の意向を確認し、両立支援を希望すれば、両立支援コーディネーターに紹介して両立支援が行われる。

産業医の説明に対して同意が得られた場合、事業場より労務管理の指標（休職期間、時短勤務での復職までの日数、フルタイム勤務での復職までの日数）を得ること、さらに、治療と職業生活の両立支援を受けた労働者および人事労務担当者と産業保健スタッフに対して、アンケート調査（所要時間 5～10 分）または研究班員による半構造化インタビュー（15～30 分）を実施して、労衛機関と労災病院治療就労両立支援センターの連携による両立支援モデルに対する意見を収集することを予定した。

研究の流れを図 2 に示す。

C. 結果

令和 1 年 12 月までに両立支援の対象となる労働者が現れなかったため、両立支援モデルを実行することはできなかった。

D. 考察

平成 29、30 年度の本研究の労衛機関向けのアンケート調査で、労衛機関は事業場や保険者、健診・検診の受診者などに対する両立支援の取り組みに対してある程度の意欲を

持っているもののその取り組みは乏しいことが明らかになったため、労衛機関向けの啓発漫画や受診者向けの啓発カードなどの作成を進めた。このアンケート調査では、「労災病院治療終了両立支援センター」は、労衛機関から紹介する外部機関と相談する外部機関において、産業保健総合支援センターに次いで第二位であり、その他の両立支援機関よりも労衛機関との連携が進みやすい可能性も示されている。労災病院両立支援センターにおいて、多様な疾患に対して、両立支援コーディネーターを中心とした職場、主治医側へのきめ細かな関わりを含むトライアングル型支援の成功事例が報告され、産業保健総合支援センターおよび地域産業保健センターとの連携強化が進みつつある。これらの状況を踏まえて、令和1年度の本研究で、これまで本邦で存在していない労衛機関、事業場、労災病院治療就労両立支援センターの連携による両立支援モデルを構築し、実際に労働者の支援を行いその効果を検証すること、そのモデルを企業の疾病治療と職業生活の両立支援の向上に役立てることを目的としたが、対象となる労働者がなかったため、連携モデルを試行することはできなかった。

今回、対象とした事業場は従来、精密検査を要する労働者に対して、産業保健スタッフから医療機関宛の紹介状を作成していたため、その紹介状に本研究対象者であることがわかるような文書を同封し、その文書が大阪労災病院の研究担当者に渡る流れを検討していた。しかし、令和1年度から当該事業場の方針が変更され、要精査となった労働者が自主的に医療機関を受診することになり、病院で入り口の段階で患者である研究対象者を把握することができなくなった。

そのため、両立支援センターで、相談に来る患者の就労先を常に確認していたが、令和1年4月以降12月まで、両立支援の対象となった患者の中に本事業場の労働者はなかった。大規模事業場であるため、労働者は堺市のみならず大阪府下あるいは近隣府県からの通勤者も少なくなく、地元の基幹病院等を受診した可能性もある。

労働安全衛生法の定期健康診断結果から医療機関を受診する場合、健康診断で有所見率の高い脂質異常症・高血圧・肝機能異常・糖尿病などの精査である可能性が高い⁸⁾。その他、尿蛋白やクレアチニンの異常からの慢性腎臓病、貧血の原因精査と治療、心電図異常や胸部X線検査異常からの精査・加療が依頼内容として多いと推測される。病院における専門医の有無にも影響されるが、これら疾患や検査異常の多くは比較的短期間のうちに診断名が確定し、外科的治療を含めた治療が始まる。また、労災病院は急性期病院であり、各科で治療を始めた場合でも安定すればかかりつけ医に紹介されるため、長期にフォローすることは少ない。両立支援を求める患者は診断や治療が長引くか、合併症・併発症として何らかの障害を負い、就業先に病休の相談や安全配慮・合理的配慮を求めなければならないような場合に限られると推測される。

保険者の事業や企業の健康経営の一環としてがん検診を行う場合には、がんの種類を特定して精査・加療を目的に医療機関へ紹介されてくることもある。この場合も、早期癌であれば手術後1週間程度で退院し、有給休暇の範囲で終わることも少なくない。進行がんであったり、術後に化学療法・放射線療法等が必要となったりする場合は両立支援センターに援助を求める可能性が高まると考

えられる。なお、定期健康診断の間診で、脳心臓疾患の疑いがもたれた労働者も精査目的で医療機関へ紹介される可能性があるが、実際にイベントを起こしていないと両立支援につながることは少ない。

以上のような背景で、労衛機関からの定期健康診断・がん検診の精査依頼の受診者は、がんや難治性・進行性の疾患が疑われる場合、あるいは脳心臓疾患のイベントを起こして障害が残っているようなケースが両立支援に至るものと推察される。労衛機関は、定期健康診断・がん検診などを請け負った事業場の産業保健スタッフとの事前打ち合わせなどにより、がん拠点病院などの基幹病院への紹介、その後の追跡などで密に連携し、精査受診率の向上を果たすことを期待したい。

今回の協力事業場の健康診断には間に合わなかったが、森口らが本研究の一部として作成した「健診・検診の受診者向け『両立支援カード』」は、アンケート調査に協力した全国の労衛機関の78%が、内容が「わかりやすい」、「ややわかりやすい」と回答し、80%が配架・配布を「おこないやすい」、「ややおこないやすい」と回答しており、この両立支援カードを健診・検診の会場で利用することは、健康な労働者や被扶養者が両立支援についての知識や興味を高めることに役立つ可能性がある。

今回、対象事業場は労働者約3000人と大規模事業場であったにも関わらず、両立支援の対象となる労働者がなかった。遠藤らは、大企業の調査において、約666人の組織には1名/年のがんによる病休者が出ることを報告しており⁹⁾、本事業場では今年度に4, 5名のがん患者が出るのが予想される。しかし上記の通り、がんを患うことがすなわち両立

支援の対象となるわけではないため、今回の結果は想定範囲内と考えられる。

今回、両立支援モデルを実行することはできなかったが、両立支援における連携のあり方について企業外労働衛生機関と労災病院治療就労両立支援センターの間で協議を行ったことは有意義であったと考える。本研究で構築した両立支援モデルの運用や両立支援カードの利用などを図ることで、健康な労働者や被扶養者の健診・検診の受診を通じて、両立支援の認知度向上や両立支援の取り組みの一層の広まりが期待される。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

森口次郎、鳩原由子、江口尚、井上彰臣、堤明純. 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インタビュー調査分析. 第91回日本産業衛生学会, 2018年5月, 熊本. (産衛誌. 2018 60, 339.)

森口次郎、鳩原由子、江口尚、井上彰臣、堤明純. 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. 第59回日本人間ドック学会, 2018年8月, 新潟. (人間ドック. 2018 33 (2), 242.)

鳩原由子、森口次郎、江口尚、井上彰臣、堤明純. 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の推進のためのツールの開発. 第92回日本産業衛生学会, 2019年, 名古屋. (産衛誌. 2019 61, 342.)

G. 知的財産権の出願・登録

特に記載なし

H. 参考文献

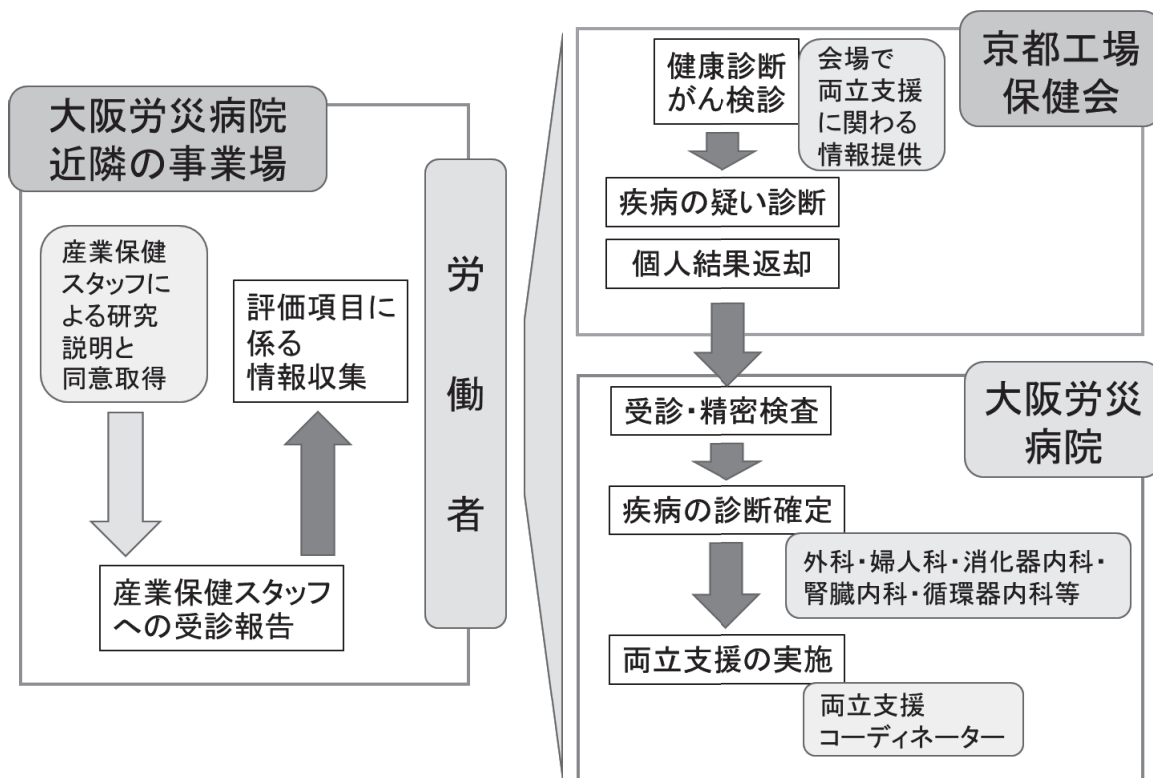
引用文献

1. 働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究 平成 24 年度 総括・分担研究報告書 研究代表者 高橋都
2. Endo M et al. Sickness absence and return to work among Japanese stroke survivors: a 365-day cohort study. *BMJ Open*. 2016 6(1), e009682.
3. 江口尚. 難病患者・中途障害者の就労支援の課題 研究班の活動から見えてきたこと. *労働の化学* 2015, 70 (5), 290-294.
4. 小規模零細事業場におけるメンタルヘルスの現状把握とメンタルヘルス対策の普及・啓発方法の開発 平成 25 年度 産業医学振興財団特別研究 研究代表者 森口次郎
5. 身体疾患を有する患者の治療と就労の両立をするための主治医と事業場（産業医等）の連携方法に関する研究—「両立支援システム・パス」の開発—平成 28 年 3 月 総括・分担研究報告書 研究代表者 森晃爾
6. 武藤剛. 健診機関に期待するもの/ユーザーの視点から(第 47 回) 疾病と就労の両立支援における検診機関の役割：連携による重症化予防推進の観点から. *労働衛生管理*. 2017 28(1), 65-70.
7. 渡辺哲. 産業保健総合支援センターにおける治療と就労の両立支援の検討. 主任研究者 堤明純. 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」平成 29 年度総括・分担研究報告書. 東京: 厚生労働省, 2018: 9-12.
8. 労働衛生のしおり. 東京: 中央労働災害防止協会, 2019: 34.
9. 企業ができるがん治療と就労の両立支援実務ガイド. 東京: 日本法令, 2017: 42-43.

図1 両立支援ポスターを掲示した事業場健康診断の問診風景



図2 企業外労働衛生機関と労災病院治療就労両立支援センターの連携による両立支援モデルの流れ



企業外労働衛生機関向けの啓発ツールおよび 健診・検診の全受診者向け「両立支援カード」の評価

【研究代表者】北里大学医学部公衆衛生学単位 教授 堤 明純

【研究分担者】京都工場保健会 理事 森口 次郎

【研究分担者】北里大学医学部 講師 江口 尚

【研究協力者】前京都工場保健会 保健師 鳩原 由子

研究要旨

平成 29 年度の本研究では、企業外労働衛生機関（労衛機関）への両立支援に関する調査を実施した。労衛機関が両立支援を推進するために必要な外部資源として、「医師や看護職などの専門職向けの教育研修」（53%）、に次いで、「労衛機関の経営層向けの教育研修」（44%）、「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」（42%）が上位であった。また複数の機関より、渉外職から顧客に対し情報提供の機会を持つことが重要との意見が述べられた。

これらの結果を参考に平成 30 年度は、「企業外労働衛生機関向けの啓発ツール」として、労衛機関の渉外職（将来の経営層）向けの事業場における両立支援の好事例を紹介する「マンガ冊子」と名刺サイズの「健診・検診の全受診者向け『両立支援カード』」を作成した。

令和 1 年度は、作成したツール改善のための資料となる情報を得ることを目的に、全国労働衛生団体連合会（全衛連）の会員 121 機関にアンケートを郵送し、マンガ冊子は、52 機関（回答率 43%）、両立支援カードは 46 機関（回答率 38%）の回答を分析した。マンガ冊子は、77%の機関が内容は「わかりやすい」、「ややわかりやすい」、79%が渉外職の理解向上に「役立つ」、「やや役立つ」、77%が経営層の理解向上に「役立つ」、「やや役立つ」と回答した。両立支援カードは、78%の機関が内容は「わかりやすい」、「ややわかりやすい」、80%が配架・配布を「おこないやすい」、「ややおこないやすい」、96%が啓発に「役立つ」、「やや役立つ」と回答した。

両立支援のマンガ冊子を企業外労働衛生機関職員の教育に利用すること、両立支援カードを健診・検診の会場で全受診者向けに利用することは、中小企業の両立支援の向上に役立つ可能性がある。

A. 目的

近年、がんなどの疾病に罹患した労働者の

治療と職業生活の両立支援は、国における最近重要課題となっており、がん¹⁾、脳卒中²⁾、

難病³⁾など幅広い疾病についての知見が集積しつつある。しかし、重篤な疾病に罹患した患者は、復職や復職後の就労継続が困難な場合があり、ことに中小企業は一般に人的資源、金銭的資源が大企業に比べて乏しく、疾病を抱えた労働者の就労支援についても差があると考えられるが⁴⁾、これまでの治療と就労の両立支援についての研究では、常勤の産業保健職のいる事業場を対象とするもの、専属産業医の割合が高い大企業を中心とするものが多い^{1), 2), 5)}。また、中小企業における産業保健活動の中核である企業外労働衛生機関（労衛機関）の、顧客企業や保険者への両立支援に関するサービスの提供については、情報がほとんどない⁶⁾。

これらの現状から、平成 29 年度の本研究では、両立支援活動における労衛機関の実態と要望の把握および好事例の収集を目的として、全国健康増進協会（全健協）に加盟する 9 機関及び西日本産業衛生会へのインタビュー調査及び全国労働衛生団体連合会（全衛連）の会員 111 機関へのアンケート調査（回答数 66 機関、回答率 59%）を実施し、あわせて 76 機関（全衛連会員の 63%）から回答を得た。

全健協等の機関へのインタビュー調査では、先進的な労衛機関では産業保健職による事例対応などによる顧客企業向けの治療と職業生活の両立支援サービスの提供が行われており、独自の好事例も散見されることが明らかとなった。全衛連会員機関へのアンケート調査では、労衛機関では顧客事業場向けの治療と職業生活の両立支援サービスの提供が一部で始まっており、さらなる取り組みへの意欲を持つ機関が確認され、今後はガイドラインの認知率向上、労衛機関の専門職や

経営層向けの研修、健診・検診受診者向けの啓発ツールなどの外部支援の整備に取り組む必要があると考えられた⁷⁾。

これらの結果より平成 30 年度は、中小企業の治療と就労の両立支援を促進することを目的に、特に労衛機関の役割についての認識を高めるための啓発ツールを作成した。

一つは、アンケート調査で労衛機関が両立支援を推進するために必要な外部資源として、「労衛機関の経営層向けの教育研修」が 44%と高い比率を占めたこと、インタビュー調査で労衛機関の役割への回答として「渉外職や産業保健職などによる顧客企業や保険者向けの啓発や情報提供」が最多であったこと、さらに労衛機関の経営層にはある程度の割合で渉外職出身者が含まれることなどから、労衛機関の渉外職向けの啓発ツールとして、「企業外労働衛生機関の渉外職向けの啓発マンガ」（マンガ冊子）（資料 3）とした⁸⁾。

もう一つは、アンケート調査で労衛機関が両立支援を推進するために必要な外部資源として、「健診・健診受診者向けの啓発ツール」（42%）が高い比率を占めたことと、インタビュー調査で 3 機関より健診・検診の有所見者のみならず全受診者向けの両立支援に関する啓発ツールが望ましいとの意見が提出されたことから、出張健診会場や労衛機関施設で実施される健診・検診の全受診者向けの「両立支援カード」（両立支援カード）（資料 4）とした。作成の経緯の詳細は、平成 30 年度の本分担研究報告書に記載している⁹⁾。

令和 1 年度は、企業外労働衛生機関向けのツール（労働衛生機関の渉外職向けのマンガ冊子、健診・検診受診者向けの両立支援カード）について、企業外労働衛生機関へのアンケート調査により意見を収集し、改善の資料となる情報を得ることを目的とした。

B. 方法

アンケートに用いる調査票は研究代表者、分担研究者、研究協力者および他の分担研究者等で検討して作成し（参考資料 1, 2）、令和 1 年 11 月 1 日に、全国労働衛生団体連合会（全衛連）の会員 121 機関に郵送した。令和 2 年 1 月 6 日までに回答を得た機関〔マンガ冊子：52 機関（回答率 43%）、両立支援カード：46 機関（回答率 38%）〕を分析対象とした。

C. 結果

1. マンガ冊子についてのアンケート結果

①内容がわかりやすいか

質問「貴機関の経営層や渉外職が両立支援の重要性を理解する点で、内容はわかりやすかったでしょうか」への回答のまとめを図 1 に示す。

自由回答では、以下の意見が得られた。

- ・ マンガは端的な例として判りやすい内容となっている。
- ・ 内容が簡単すぎます。医療機関であり、すでに取り組んでいます。
- ・ 労働衛生機関の役割についてわかりにくい。（橋渡し的な役割？）企業に知識があれば直接産業保健総合支援センターに相談することもできるのでしょうか？
- ・ 具体的内容に欠ける。
- ・ 男性版、事務外の内容での例を作成するのはどうですか。
- ・ 重要性を理解するという意味では、わかりにくいと思う。
- ・ 労働衛生機関の渉害担当の役割は何かわかりにくい。
- ・ 両立支援の意義自体は伝わる。
- ・ マンガ冊子と対象者に異和感がある。

- ・ 先ずは会社側への相談体制を確立することが重要かと思われ、その点が薄いように思われます。
- ・ マンガにしているので流れがわかりやすかった。
- ・ 事業者と従業員、それぞれの立場において何を気付かせたいかよくわかりません。
- ・ 産業保健総合支援センターを初めから紹介するカード等作成がいいのではないかな。
- ・ ストーリーの展開が理想的すぎて、自分事としてとらえにくかった。
- ・ 内容や流れは分かりやすいです。産業医や主治医が連携する様子がもう少し描写されると良いと思います。
- ・ 両立をするメリットがもう少し記載されている方が取り組む気になるのではないかな。

②渉外職の理解向上に役立つか

質問「貴機関の渉外職の両立支援についての理解向上に役立ちそうでしょうか」への回答のまとめを図 2 に示す。

自由回答では、以下の意見が得られた。

- ・ 具体的な内容を示してほしかった。
- ・ 1 に同じ（具体的内容に欠ける）。
- ・ もう少し細かく具体的に書いても良いと思った。
- ・ 労働衛生機関の職員の業務として「情報提供」となっていますが、十分な教育が必要ではないでしょうか。
- ・ 1 に同じ（労働衛生機関の渉外担当の役割は何かわかりにくい。両立支援の意義自体は伝わる。）。)
- ・ 渉外職の新たな役割と考えればモチベーション向上になると思う。教育も重要となる。
- ・ 1 に同じ（事業者と従業員、それぞれの立

場において何を気付かせたいかよくわかりません)。

- ・ 目新しい情報がない。
- ・ とりあえず、産業保健総合支援センターに連絡すればよいということはわかったが、理解の向上かと言われると難しい。

③経営層の理解向上に役立つか

質問「貴機関の渉外職の両立支援についての理解向上に役立ちそうでしょうか」への回答のまとめを図3に示す。

自由回答では、以下の意見が得られた。

- ・ この程度のことは、理解しています。
- ・ 1に同じ（具体的内容に欠ける）。
- ・ 1に同じ（もう少し細かく具体的に書いても良いと思った）。
- ・ 経営層に向けた内容としましては、助成金活用等の経済的支援の側面についても触れた内容になるとより有効的と考えます。
- ・ 労働衛生機関として何をすべきか伝わりにくいと思う。
- ・ 支援センター、促進員、健診機関の名称や役割を社会が認知されるとより理解も進むと感じます。
- ・ 従業員の家族側の描写があるとよいと思います。治療による金銭的な負担は大変なので退職せずにすむならそうしたいのは家族側も切実だと思います。
- ・ 1に同じ（事業者と従業員、それぞれの立場において何を気付かせたいかよくわかりません）。
- ・ 理解向上の為の入口としては、とても良いと思われる。
- ・ 経営的なメリットがあると理解してくれると思う。

2. 両立支援カードについてのアンケート結

果

①内容がわかりやすいか

質問「受診者が両立支援の必要性を理解する上で内容はわかりやすいでしょうか」への回答のまとめを図4に示す。

自由回答では、以下の意見が得られた。

- ・ 病気になっても治療を受けながら仕事を続けることができます)を大きく前面に表示した方がよいと思う。
- ・ がん、脳卒中、糖尿病、その他難病と診断されたら…とあります。その他の疾患や、診断前の不安への対応もアドバイスしたい。
- ・ 「〇〇〇〇と診断されたら」という文字をもう少し大きく表記した方が良い。
- ・ 女性用に思える。一目でわかりにくい。
- ・ 電話番号が2つあるので、どちらにかけてよいか迷う。
- ・ 産業保健総合支援センターとはどのような事をして頂ける所なのか？。
- ・ TELは1カ所のみがよい。
- ・ カードのみでは意図が伝わりにくいこともあると思うので、一緒に掲示できるポスターやパンフレットがあるとよいと思います。
- ・ 健診機関に相談いただいても、産業保健総合支援センターをご紹介することになります。産業保健総合支援センター作成のカードの配付がベストではないでしょうか。県独自の番号が表示されています。
- ・ 紙面の制限もあるが、一部文字が小さく感じた。

②配架、配布のしやすさ

質問「健康診断会場などで配架、配布しやすいでしょうか」への回答のまとめを図5に示す。

自由回答では、以下の意見が得られた。

- ・ サイズ的にも配布しやすい。
- ・ 医療機関が配布というよりは、会社担当が配布？→会社としての考えがそれぞれあると思います。
- ・ 既に治療中の方は、病院から説明が必要。治療内容が決まってから支援となるので病院が職場での配布が望ましいのでは…。
- ・ 軽く、薄すぎるため配布しづらい気がします。健診会場の一角に配布用として置くことを想定しても、もう少し重み、厚みがあったほうがよいのではないのでしょうか。
- ・ 変形しやすい、硬い材質のものにした方がよい。
- ・ 健康診断会場は混雑しているので、カードの大きさでは気付かれにくいと思われる。サイズにバリエーションがあった方がいい。
- ・ 大きさが持ち帰りやすいと思う。
- ・ 契約先の事業所が協力的か否かによると思う。
- ・ 健診機関側で両立支援相談における体制が整っていない場合に、「あなたの健康診断担当機関が相談に乗ってくれる場合があります」と記載があると、配布等を行う手前直接相談を受けることにつながってしまいます。その記載は削除し、「全衛連にお問い合わせください」とだけ載せてくだされば配布等はしやすくなります。
- ・ カードよりパンフが適当ではないでしょうか、もう少し詳しく。
- ・ 施設では使うことができるが、出張では事業所との調整が必要。
- ・ 配架は可能。
- ・ 企業向けの物なのか？
- ・ 様々なツールが配架されている場所があれば配布できると思う。

- ・ カードを見て健診現場で質問をされても、臨時職員が多く従事していることから適切なお答えをすることは難しい。

③啓発に役立つか

質問「受診者に対する治療と仕事の両立支援の啓発に役立ちますか」への回答のまとめを図6に示す。

自由回答では、以下の意見が得られた。

- ・ 受診者本人がどの程度、興味をもっていたかによると思う。
- ・ 「病気の治療と仕事が両立できる」ことがはっきり記載されている所がよいと思いました。

なお、両立支援カードを見た健康診断やがん検診の受診者から全衛連宛に近隣の労衛機関による両立支援対応の可否に関する問い合わせがあった際にスムーズに対応できるための準備として、全衛連会員機関に対して支援可否に関するアンケート調査を実施し、その結果に基づき適切に誘導できる体制構築のための準備を行った。

D. 考察

全衛連の会員機関を対象としたアンケート調査において、マンガ冊子、両立支援カードともに各設問に 75-80%程度が肯定的な回答が得られ、特に両立支援カードが「啓発に役立つか」については 96%という極めて高い比率の肯定的回答を得たことから、両立支援のマンガ冊子を企業外労働衛生機関職員の教育に利用すること、両立支援カードを健診・検診の会場で全受診者向けに利用することなどは、労衛機関の両立支援に関する認識度や取り組みの向上を通じて、中小企業の両

立支援の取り組みを促進する可能性が示された。

マンガ冊子への自由回答では、「内容が簡単すぎ」、「具体的内容に欠ける」などの物足りなさを指摘する意見が多かった一方で、

「産業保健推進センターはどのような機関か」などの意見もあり、労衛機関の両立支援に関する理解度には差があることがうかがわれた。平成 29 年度の本研究で、一部の先進的な労衛機関では、すでに両立支援の取り組みが始まっていることが示されているが、取り組みに着手していない労衛機関もあった。今回のツールはまだ十分な知識を持たず今後取り組みたいとの意欲を持つ機関を主な対象とするため、現時点でマンガ冊子の内容を大きく変更する必要はないと考える。

両立支援カードへの自由回答では、カードの持ち運びやすさを評価する意見がある一方で、「カードが軽く薄すぎる」、「変形しやすいので硬い材質のほうがよい」などの意見があったため、大量作成して普及を図る際には、材質・硬さ、大きさ、厚みなどを再考すべきと考える。その際、本研究の分担研究者である渡辺 哲を中心に神奈川産業保健総合支援センターが作成し、全国の産業保健総合支援センターに展開されているがん患者向けの『両立支援カード』¹⁰⁾ を参考にすることが望ましい。またカードのみならず、ポスターやパンフレットを併用するほうがよいとの意見への対応に際しても、がん患者向けの『両立支援カード』¹⁰⁾ の事例が参考になると考えられる。両立支援カードの配架については、「会社ごとの考えがある」、「事業場が協力的か否かによる」などの意見があった。事業場の両立支援を含む産業保健活動の現状によっては、この両立支援カードを利用して治療しながら就労を継続するための配慮

を申し出ても現実的に困難なケースがありえると推察される。よって事業場の健診・がん検診等の会場にこの両立支援カードを配架することに先立ち、労衛機関の渉外職等は事業場の担当者との打ち合わせの際にカードの趣旨を丁寧に説明して同意を得ておくべきと考えられる。また自機関で両立支援についての相談に応じる準備が整っていない労衛機関などから、「産業保健総合支援センターを紹介するカードがよい」、「全衛連への問い合わせのみを記載すべき」などの意見が寄せられた。両立支援カードによる両立支援の啓発を図ることで、各労衛機関に負担をかけることは望ましくないため、広範な活用を検討するには全衛連と慎重な協議を行うことが妥当と考えられる。

マンガ冊子、両立支援カードともに肯定的な評価を得たことから、両立支援のマンガ冊子を企業外労働衛生機関職員の教育に利用すること、両立支援カードを健診・検診の会場で全受診者向けに利用することなどは、労衛機関の両立支援に関する認識度や取り組みの向上を通じて、中小企業の両立支援の取り組みを促進する可能性が示された。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

森口次郎、鳩原由子、江口尚、井上彰臣、堤明純. 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インタビュー調査分析. 第 91 回日本産業衛生学会, 2018 年 5 月, 熊本. (産衛誌. 2018 60, 339.)

森口次郎、鳩原由子、江口尚、井上彰臣、堤明純. 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. 第 59 回日本人間ドック学会, 2018 年, 新潟. (人間ドック. 2018 33 (2), 242.)

嶋原由子、森口次郎、江口尚、井上彰臣、堤明純. 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の推進のためのツールの開発. 第 92 回日本産業衛生学会, 2019 年, 名古屋. (産衛誌. 2019 61, 342.)

G. 知的財産権の出願・登録

特に記載なし

H. 参考文献

引用文献

1. 働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究 平成 24 年度 総括・分担研究報告書 研究代表者 高橋都
2. Endo M et al. Sickness absence and return to work among Japanese stroke survivors: a 365-day cohort study. *BMJ Open*. 2016 6(1), e009682.
3. 江口尚. 難病患者・中途障害者の就労支援の課題 研究班の活動から見えてきたこと. *労働の化学* 2015, 70 (5), 290-294.
4. 小規模零細事業場におけるメンタルヘルスの現状把握とメンタルヘルス対策の普及・啓発方法の開発 平成 25 年度 産業医学振興財団特別研究 研究代表者 森口次郎
5. 身体疾患を有する患者の治療と就労の両立をするための主治医と事業場（産業医等）の連携方法に関する研究—「両立支援システム・パス」の開発—平成 28 年 3 月 総括・分担研究報告書 研究代表者 森晃爾
6. 武藤剛. 健診機関に期待するもの/ユーザーの視点から(第 47 回) 疾病と就労の両立支援における検診機関の役割: 連携による重症化予防推進の観点から. *労働衛生管理*. 2017 28(1), 65-70.
7. 森口次郎, 嶋原由子. 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. 主任研究者 堤明純. 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」平成 29 年度総括・分担研究報告書. 東京: 厚生労働省, 2018: 30-47.
8. 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 ~. <http://www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/bs/pdf/comic2.pdf> (令和 1 年 2 月 19 日訪問)
9. 森口次郎, 江口尚, 嶋原由子. 企業外労働衛生機関向けの啓発ツールおよび健診・検診の全受診者向け「両立支援カード」の作成. 主任研究者 堤明純. 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」平成 30 年度総括・分担研究報告書. 東京: 厚生労働省, 2019.
10. 渡辺哲. 産業保健総合支援センターにおける治療と就労の両立支援の検討. 主任研究者 堤明純. 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」平成
29 年度総括・分担研究研究報告書. 東京:

厚生労働省, 2018: 9-12.

図1 マンガ冊子 Q1. 内容の分かりやすさ

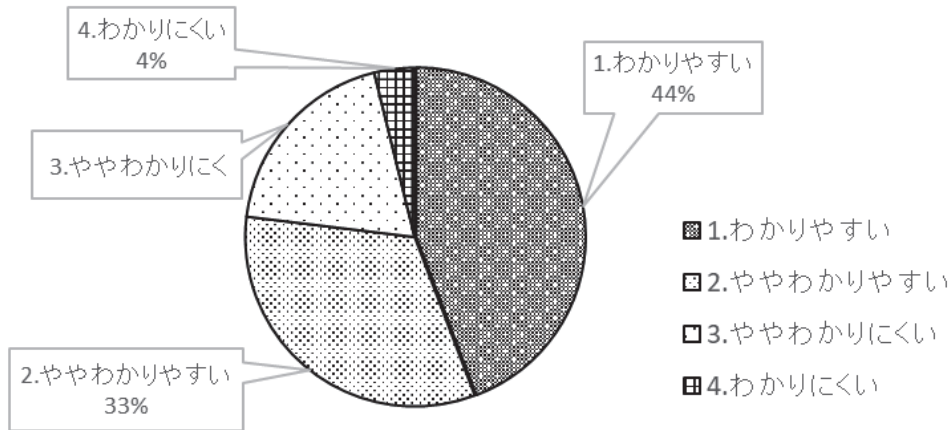


図2 マンガ冊子 Q2. 渉外職の理解向上

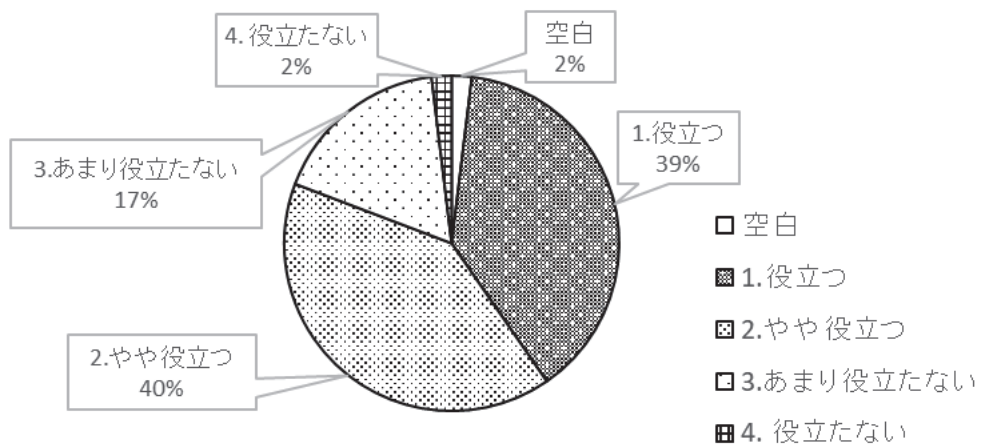


図3 マンガ冊子 Q3. 経営層の理解向上

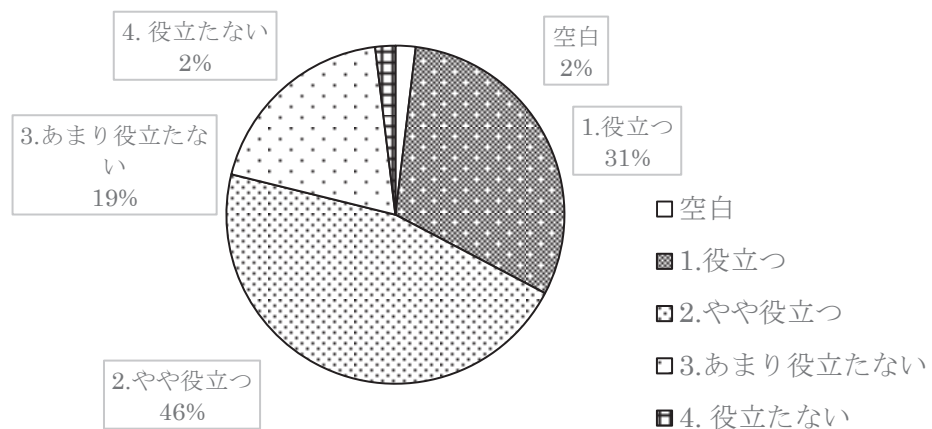


図4 両立支援カード Q1. 内容の分かりやすさ

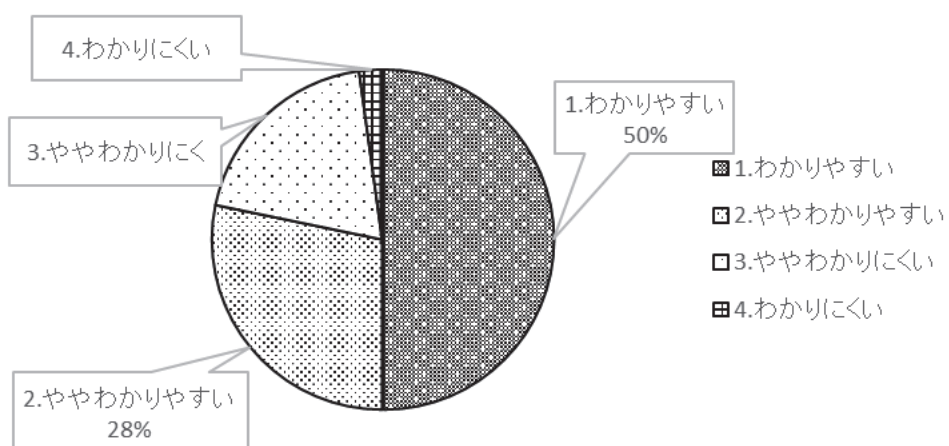


図5 両立支援カード Q2. 配架、配布しやすさ

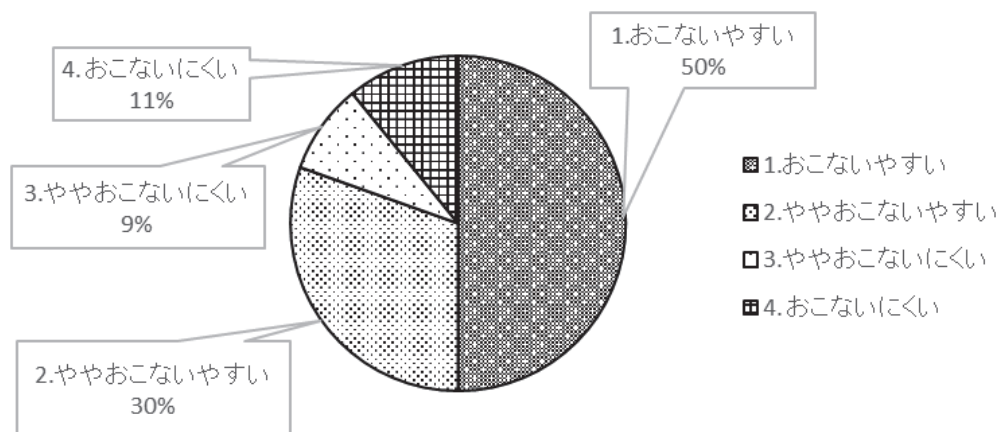
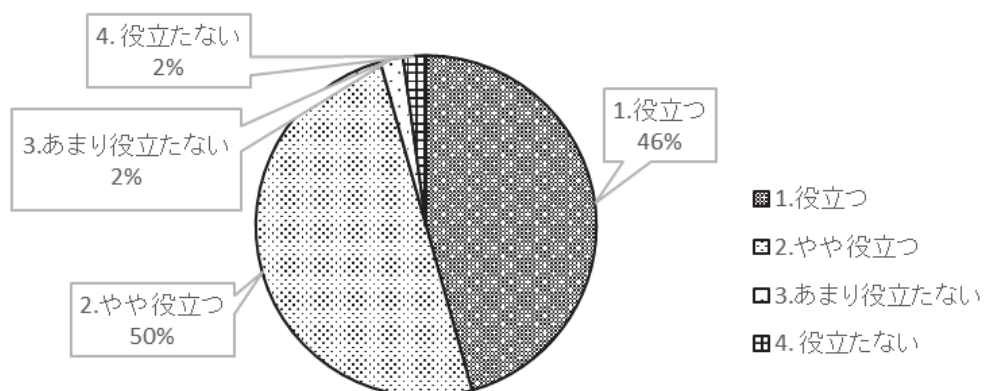


図6 両立支援カード Q3. 啓発に役立つ



参考資料1 マンガ冊子についてのアンケート

マンガ冊子のアンケートにご協力をお願いします

「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」[研究代表者：堤明純（北里大学医学部公衆衛生学単位・教授）、分担研究者：森口次郎（一般財団法人京都工場保健会・理事）]で作成したマンガ冊子「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～」についてのアンケートです。冊子をご覧いただいたうえで、回答いただければ幸いです。

この冊子は、2017年度本研究の労働衛生機関向けのアンケート調査で、労働衛生機関の医療専門職のみならず、経営層や渉外職向けの啓発ツールの必要性が明らかとなったことを受けて作成されました。

今後、労働衛生機関に対して、治療と仕事の両立支援に関するより良い情報を提供していくために、また本冊子をより良いものとしていくために、皆様のご意見を参考にさせていただきたいと考えています。何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。なお本研究は、全国労働衛生団体連合会（全衛連）のご協力を得て実施しております。

ご不明な点等がございましたら、下記の連絡先までお知らせください。

2019年9月

連絡先：一般財団法人京都工場保健会 産業保健推進本部 森口次郎・原田 達

〒604-8871 京都市中京区壬生朱雀町4-1 ノアーズアーク京都朱雀2F TEL：075-205-5067

※本アンケートは、労働衛生機関の「経営層や渉外職」に回答いただくことを前提に作成しました。

※無記名のアンケートですので、アンケート提出後に撤回することが出来ません。回答いただきました内容は、研究担当者のもとで厳重に管理され、匿名性を確保して集団として統計解析をいたしますので、法人名などの情報が他に知れることも、何らかの不利益が生じることも一切ありません。

※アンケートの回答および提出をもって、本研究への参加に同意いただいたものとさせていただきます。

記入日： 年 月 日

「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～」に関して、
下記の質問の該当する番号に○をしてください。

1. 貴機関の経営層や渉外職が両立支援の重要性を理解する点で、内容はわかりやすかったですか

1. わかりやすい 2. ややわかりやすい 3. ややわかりにくい 4. わかりにくい

その理由や改善のためのご提案があれば具体的にお書きください

()

2. 貴機関の渉外職の両立支援についての理解向上に役立ちそうでしょうか

1. 役立つ 2. やや役立つ 3. あまり役立たない 4. 役立たない

その理由や改善のためのご提案があれば具体的にお書きください

()

3. 貴機関の経営層の両立支援についての理解向上に役立ちそうでしょうか

1. 役立つ 2. やや役立つ 3. あまり役立たない 4. 役立たない

その理由や改善のためのご提案があれば具体的にお書きください

()

以上、ご協力ありがとうございました。

参考資料2 両立支援カードについてのアンケート

『両立支援カード』のアンケートにご協力をお願いします

「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」[研究代表者：堤明純（北里大学医学部公衆衛生学単位・教授）、分担研究者：森口次郎（一般財団法人京都工場保健会・理事）]で作成した「健診・検診の受診者向け『両立支援カード』」についてのアンケートです。『両立支援カード』をご覧いただいたうえで、回答いただければ幸いです。

この『両立支援カード』は、健康診断会場などに配架し、受診者が手に取り、内容に目を通すことで、両立支援に関する情報提供・啓発に役立てることを目的に作成されました。

今後、顧客事業場の労働者に対して、治療と仕事の両立支援に関する情報をより効果的に提供していくために、またこのカードをより良いものとしていくために、皆様のご意見を参考にさせていただきたいと考えています。何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。なお本研究は、全国労働衛生団体連合会（全衛連）のご協力を得て実施しております。

ご不明な点等がございましたら、下記の連絡先までお知らせください。

2019年9月

連絡先：一般財団法人京都工場保健会 産業保健推進本部 森口次郎・原田 達

〒604-8871 京都市中京区壬生朱雀町4-1 ノアーズアーク京都朱雀2F TEL：075-205-5067

※本アンケートは、労働衛生機関の「医師、看護職などの産業保健専門職」に回答いただくことを前提に作成しましたが、一部は回答のために他職種などからの情報収集が必要な内容を含みます。

※無記名のアンケートですので、アンケート提出後に撤回することが出来ません。回答いただきました内容は、研究担当者のもとで厳重に管理され、匿名性を確保して集団として統計解析をいたしますので、法人名などの情報が他に知れることも、何らかの不利益が生じることも一切ありません。

※アンケートの回答および提出をもって、本研究への参加に同意いただいたものとさせていただきます。

記入日： 年 月 日

『両立支援カード』に関して、下記の質問の該当する番号に○をしてください。

1. 受診者が両立支援の必要性を理解する上で内容はわかりやすいでしょうか

1. わかりやすい 2. ややわかりやすい 3. ややわかりにくい 4. わかりにくい

その理由や改善のためのご提案があれば具体的にお書きください

()

2. 健康診断会場などで配架、配布しやすいでしょうか

1. おこないやすい 2. ややおこないやすい 3. ややおこないにくい 4. おこないにくい

その理由や改善のためのご提案があれば具体的にお書きください

()

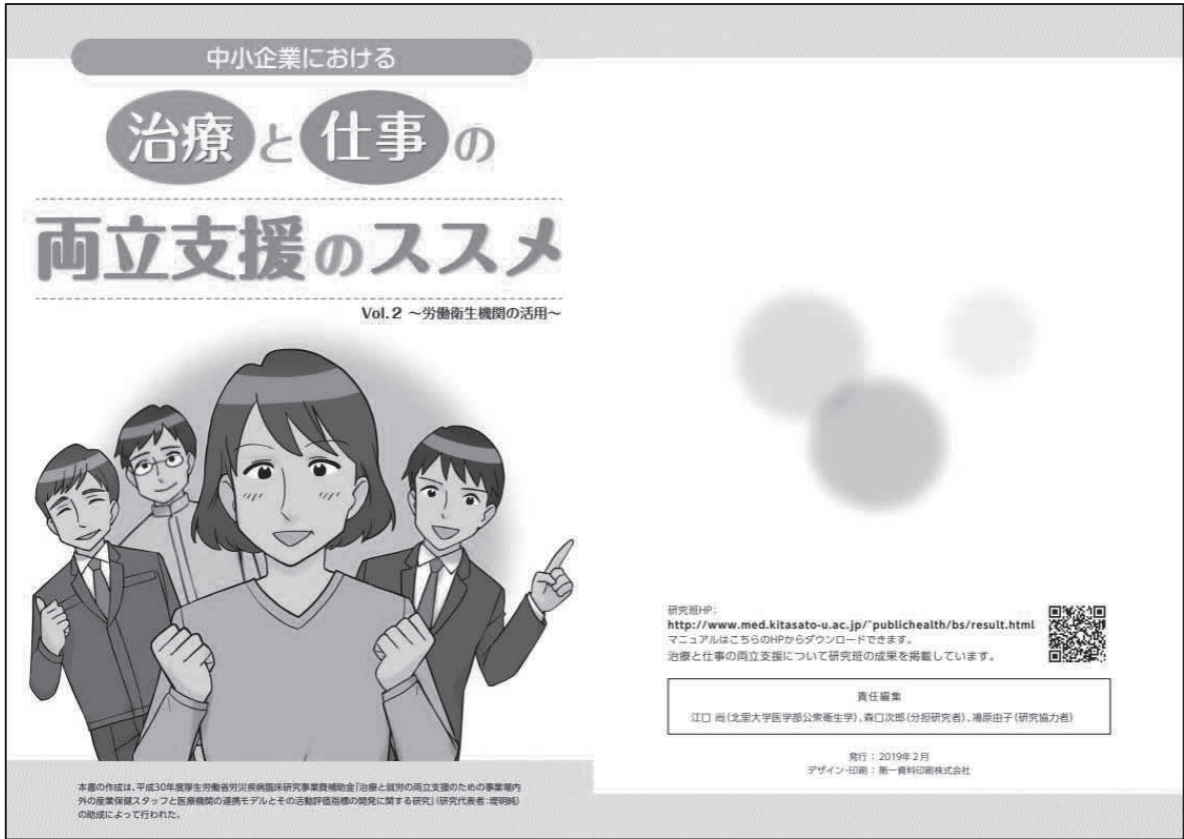
3. 受診者に対する治療と仕事の両立支援の啓発に役立ちますか

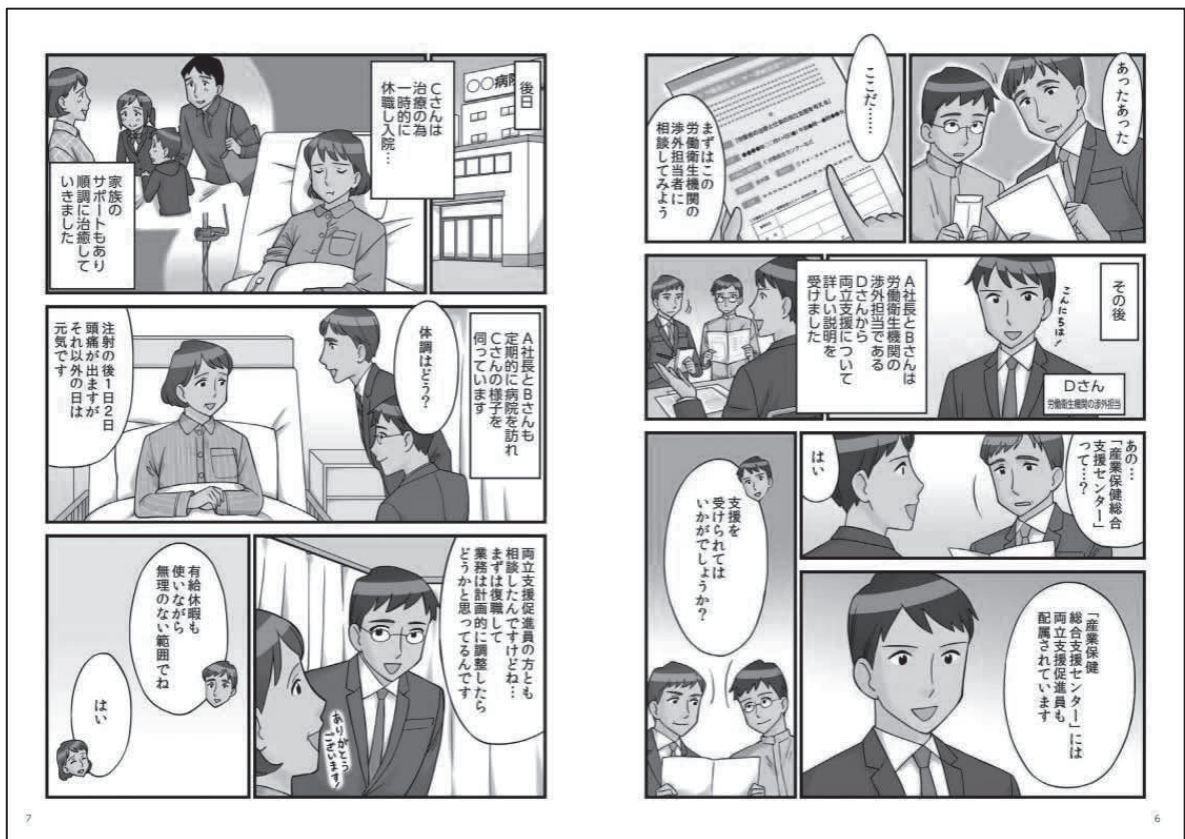
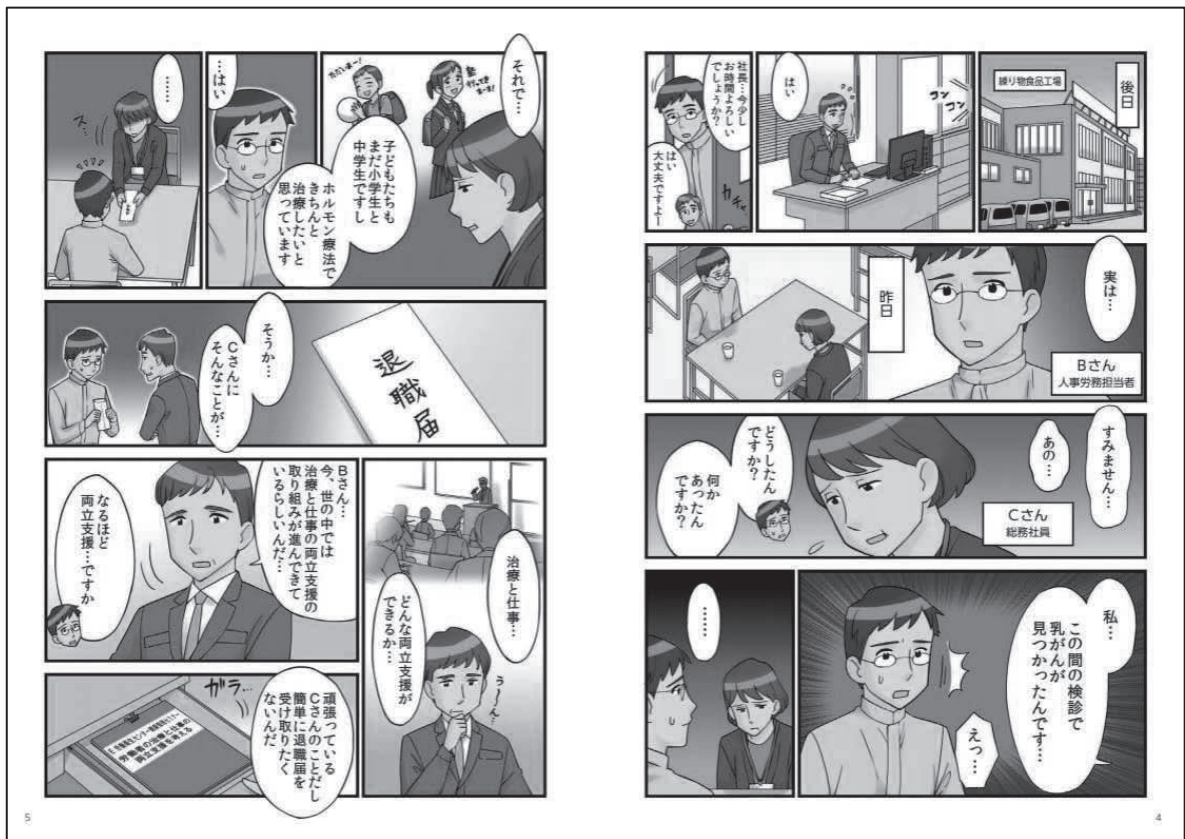
1. 役立つ 2. やや役立つ 3. あまり役立たない 4. 役立たない

その理由や改善のためのご提案があれば具体的にお書きください

()

以上、ご協力ありがとうございました。







9



8

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、家外身近に、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、事業場に出向いて個別の患者（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、様々な専門性を持っています。

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。そのほかには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）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、かっとなったり、汗をかいたり、胸から顔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://jpc.jp/guideline/p2016/>

11

10

参考資料4

健診・検診全受診者向け両立支援カード

がん、脳卒中、糖尿病、その他の難病と診断されたら

あなたの周りに「病気の治療と仕事の両立」
に悩んでいる方がいたら教えてあげてください。

また、あなた自身が診断されたときのためにも覚えておいてください。

治療と仕事の両立支援 全国統一ナビダイヤル

TEL 0570-038046

あなたの健康診断を担当している機関が相談に乗ってくれる場合もあります。全国労働衛生団体連合会にお問い合わせください。

公益社団法人
全国労働衛生団体連合会 TEL 03-5442-5934




病気になっても治療を受けながら
仕事を続けることができます

- ※ 治療を受けながら仕事を続けることが可能です。
- ※ 働き続けることは生きがいにもなります。
- ※ 治療に合わせた働き方を、相談できるところがあります。

支援内容などについては、お気軽にお問い合わせください。

治療と仕事の両立支援 全国統一ナビダイヤル

TEL 0570-038046



- ・全国共通の番号で、最寄りの産業保健総合支援センターにつながります。
- ・各産業保健総合支援センターの所在地は右のQRコードから確認できます。

令和元年度 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
(170401-02) 研究代表者：堤 明純
分担研究報告書

**治療と就労の両立支援の活動評価指標の開発：
産業保健総合支援センターおよび企業外労働衛生機関の活動評価指標（最終版）の作成**

研究分担者 井上 彰臣 北里大学医学部・講師
研究分担者 江口 尚 北里大学医学部・講師
研究分担者 渡辺 哲 神奈川産業保健総合支援センター・所長
研究分担者 森口 次郎 一般財団法人京都工場保健会・理事
研究協力者 鳩原 由子 株式会社イトーキ人事統括部・保健師
研究代表者 堤 明純 北里大学医学部・教授

研究要旨 本研究は、疾病を抱える労働者の治療と就労の両立支援（以下、両立支援）に関わる関係者や関係機関の連携をより一層普及させるため、PDCA サイクルを念頭に置いた関係機関の連携活動に関する評価指標（以下、活動評価指標）を開発することを目的とする。3年計画の最終年度である今年度は、昨年度までに作成した産業保健総合支援センターおよび企業外労働衛生機関の活動評価指標（案）をいくつかの機関で実際に使用してもらい、そこで得られた意見をもとに項目の改善・充実を図り、活動評価指標の最終版を作成することを目的とした。産業保健総合支援センターの活動評価指標（最終版）の作成にあたっては、福岡産業保健総合支援センターおよび京都産業保健総合支援センターに、企業外労働衛生機関の活動評価指標（最終版）の作成にあたっては、「労働衛生機関ネットワーク研究会」のメンバーに活動評価指標（案）の使用をそれぞれ依頼し、意見聴取を行った。挙げられた意見を踏まえて項目の改訂・追加、カテゴリー名の改訂や順序の変更等を行い、（1）「スタッフの確保・教育」、（2）「事業者以外を対象とした研修・セミナーの実施」、（3）「近隣病院（大学病院や労災病院）との連携・多職種連携の強化」、（4）「周知広報・両立支援カード／パンフレットの配布」、（5）「個別訪問支援・個別調整支援の促進」の5カテゴリー21項目からなる産業保健総合支援センターの活動評価指標（最終版）と（1）「自機関職員の経営層の意思表明・体制整備・職員間の連携・支援ツールの提供」、（2）「情報提供・研修」、（3）「顧客事業場・本人への支援」、（4）「外部専門機関との連携」、（5）「顧客事業場への支援ツールの提供」の5カテゴリー24項目からなる企業外労働衛生機関の活動評価指標（最終版）が完成した。今後、各機関で両立支援の取り組み状況を把握する際の一参考資料として活用していただきたい。

A. 研究目的

わが国では、がんや脳卒中などの疾病を抱える労働者に対して事業場が適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と職業生活を両立できるようにするため「事業場における治療と仕事（旧称：職業生活）の両立支援のためのガイドライン」が策定され（平成28年2月公表、平成31年3月改訂）、両立支援に関わる関係者や関係機関の連携を促進するためのマニュアルやツールが開発されるようになった。しかしながら、関係者間の連携については、より一層の普及が求められており、関係者を有機的に連携させた両立支援システムのモデル構築と、PDCA サイクルを念頭に置いた連携活動に関する評価指標（以下、活動評価指標）の開発が急務となっている。

本研究では、一昨年度に活動評価指標を開発するための事前準備として、関係機関（労災病院治

療就労両立支援センター、疾患別拠点病院、産業保健総合支援センター、企業外労働衛生機関）における両立支援の取り組みに関する先行研究の文献レビューを行い、活動評価指標に含めるべき項目を検討し（井上ら、2018）、昨年度は、関係機関のうち、産業保健領域との関わりが深い産業保健総合支援センターおよび企業外労働衛生機関に着目し、前述の文献レビューおよび他の研究分担者（以下、班員）の調査から得られた情報（渡辺、2018；森口・鳩原、2018）に基づき、これらの機関の活動評価指標（案）を作成した（井上ら、2019）。

最終年度である今年度は、昨年度までに作成した活動評価指標（案）をいくつかの機関で実際に使用してもらい、そこで得られた意見をもとに項目の改善・充実を図り、活動評価指標の最終版を作成することを目的とした。

B. 研究方法

1. 産業保健総合支援センターの活動評価指標（最終版）の作成

昨年度までに作成した活動評価指標（案）について、堤班長および森口班員を通じて、福岡産業保健総合支援センター、京都産業保健総合支援センターにそれぞれ使用を依頼し、項目内容の不明点や追加・改訂した方が良い項目等について意見を求めた。挙げられた意見を踏まえ、堤班長、江口班員と討議するとともに、不明点については、活動評価指標（案）のベースとなっている「神奈川両立支援モデル」を推進している神奈川産業保健総合支援センター（渡辺班員および当センターのスタッフ）に具体的な取り組み内容に関する情報提供を依頼し、活動評価指標（案）の改訂を行った。改訂した活動評価指標（案）について、福岡産業保健総合支援センターに再度使用を依頼し、意見を求めた。ここで再度、意見が挙げられた場合は、その意見を反映したものを、意見が挙げられなければ、改訂した活動評価指標（案）をそのまま最終版にすることとした。

2. 企業外労働衛生機関の活動評価指標（最終版）の作成

昨年度までに作成した活動評価指標（案）について、森口班員を通じて「労働衛生機関ネットワーク研究会」のメンバーに使用を依頼し、項目内容の不明点や追加・改訂した方が良い項目等について意見を求めた。挙げられた意見を踏まえ、堤班長、江口班員と討議し、活動評価指標（案）の改訂を行った。改訂した活動評価指標（案）について、「労働衛生機関ネットワーク研究会」のメンバーに再度使用を依頼し、意見を求めた。ここで再度、意見が挙げられた場合は、その意見を反映したものを、意見が挙げられなければ、改訂した活動評価指標（案）をそのまま最終版にすることとした。

（倫理面への配慮）

今年度実施した活動評価指標（案）の使用および意見聴取は「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（文部科学省・厚生労働省）第1章 第2（1）で定義されている「人を対象とする医学系研究」には該当しないため、倫理審査の申請は行っていない。

C. 研究結果

1. 産業保健総合支援センターの活動評価指標（最終版）

昨年度分類した5カテゴリー（1）「スタッフの確保・教育」、（2）「事業者以外を対象とした

研修・セミナーの実施」、（3）「近隣病院（大学病院や労災病院）との連携・多職種連携の強化」、（4）「周知広報・両立支援カード／パンフレットの配布」、（5）「個別訪問支援・個別調整支援の促進」のうち、（1）「スタッフの確保・教育」および（2）「事業者以外を対象とした研修・セミナーの実施」については、とくに意見は挙げられなかった。

（3）「近隣病院（大学病院や労災病院）との連携・多職種連携の強化」については、「近隣の大学病院や労災病院と連携し、両立支援情報の共有化を図っている」の項目について、「連携」の具体的内容が不明であることや、「両立支援情報の共有化」が「情報の共有化の範囲を拡大する」という意味であれば、そこまでは必要はないのではないかという意見が挙げられた。これらの意見を踏まえ、本項目に注釈（注1）を付け、ここで言う「連携」とは、「両立支援をめぐる情勢に関する情報交換、各機関・団体の両立支援に関する取り組みの状況に関する情報交換、各機関・団体が取り扱った具体的事例の検討等を行う定期的な会議の開催や、支援実務担当者（医療ソーシャルワーカー、産業保健専門職／労働衛生専門職等）の情報交換会の実施等」を指すことを明確にした。また、「多職種が参加する検討会や交流会、研修会等を行い、多職種の連携強化を図っている」の項目について、「多職種」の具体例があった方が分かりやすいという意見が挙げられた。これを踏まえ、「多職種」の具体例を注釈（注2）に挙げるとともに、PDCAサイクルを念頭に置き、連携を図っている職種にチェックを入れてもらう形式とした。尚、本項目については、「職種間の連携強化を図ることを目的として、多職種が参加する検討会や交流会、研修会等を行っているかどうかをチェックしてもらう項目である」旨を班員内で再確認したため、質問項目を「職種間の連携強化を図るため、多職種が参加する検討会や交流会、研修会等を行っている」に改訂した。

（4）「周知広報・両立支援カード／パンフレットの配布」については、「県および政令市等による疾病対策と連携して、医療関係者、事業者や人事労務担当者に対し、研修やパンフレット等による周知啓発を効果的に行っている」および「働き方改革推進支援センターと連携し、働き方改革の取り組みとして、中小企業・小規模事業場に対して、両立支援や助成金制度に関する周知広報を効果的に実施している」の項目について、「効果的」というのをどのように判断すれば良いか難しいという意見が挙げられた。これを踏まえ、「効果的」であるかどうかを判断する基準として、所管する地域の事業場において、①「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」

の認知度が上がったかどうか、②「治療と仕事の両立支援助成金（環境整備コース／制度活用コース）」の利用件数が上がったかどうかの2つを例に挙げ、これらを注釈（注3）に追加した。尚、後者の項目中に記載されている「両立支援や助成金制度」については、その内容をより具体的にするため「関係機関・団体等の支援制度や助成金制度」に改訂した。また、「医療機関に両立支援カードを配布し、主治医から労働者（患者）に渡し、両立支援を説明してもらうよう依頼している」の項目について、「両立支援カード」が何を指しているのか不明であることや、労働者（患者）に説明するのは主治医に限定されているが、他の医療スタッフは含まれないのかといった意見が挙げられた。これらについては、両立支援カードの作成と配布は平成29年度末に労働者健康安全機構の本部から指示が出されている（すなわち、既知のものであるとして差し支えない）こと、また、医療機関では、主治医が産業医への意見書を作成し、当該労働者（患者）に両立支援に関する説明を行うことが基本になることから、両立支援カードの説明の追加は行わず、従来通り、労働者（患者）への説明は主治医に限定することにした。

（5）「個別訪問支援・個別調整支援の促進」については、「両立支援促進員が、産業保健専門職（保健師）とともに、医療機関や職場の両立支援コーディネーターと相互に連携し、情報を共有する『両立支援チーム』を構築している」の項目について、「両立支援チーム」のイメージが湧きにくい、現状では、そこまで必要ないのではないのかといった意見が挙げられた。これについては、個別調整支援では、両立支援にかかわる関係者間の連携が重要であり、「両立支援チーム」の構築は不可欠であることから、従来通り、質問項目は残すこととし、「両立支援チーム」の具体的なイメージが湧きやすいよう、「個別調整支援において、両立支援促進員が保健師や医療ソーシャルワーカー（産業保健専門職等）とともに、医療機関や職場の両立支援コーディネーター、産業医や産業看護職、キャリアコンサルタント、社会保険労務士等の複数の専門職と相互に連携し、情報を共有する『両立支援チーム』を構築している」に改訂した。

以上の改訂を行ったものを再度、福岡産業保健総合支援センターに使用を依頼し、意見を求めたところ、（4）「周知広報・両立支援カード／パンフレットの配布」の「産業保健フォーラム等のイベントや会議等のあらゆる機会を利用して、両立支援に係る事業の周知広報を行っている」の項目について、産業保健フォーラムは東京都や神奈川県のみでの開催のため、全国の産業保健総合支援センター向けの例としては相応しくないとの意

見が挙げられたため、「労働局や医師会等による産業保健関係のセミナー、イベントや会議等のあらゆる機会を利用して、両立支援に係る事業の周知広報を行っている」に改訂した。また、「労災病院等の医療機関、地域産業保健センター、保健福祉センター、県都市医師会など、両立支援カードやパンフレットを配置・配布してもらえよう連携を拡大している」の項目について、冒頭に「地域両立支援推進チームを活用して」という文言があった方が良いという意見を受け、その内容を反映させた。

更に、（5）「個別訪問支援・個別調整支援の促進」の「両立支援促進員を地域ごとに委嘱する等、両立支援の実施体制を強化し、利用者アンケートやがん検診の取り組み状況等によりニーズを把握して個別訪問を積極的に行っている」の項目について、冒頭の「両立支援促進員を地域ごとに委嘱する等、両立支援の実施体制を強化し、」の部分は（1）「スタッフの確保・教育」の項目として独立させた方が良く、「がん検診の取り組み状況」を地域別で把握するのは難しい、個別訪問支援は事業場からの申込を端緒としているため、周知広報であれば積極的に行えるが、ここでいう「積極的に」とは、ニーズの把握を指しているのかといった意見が挙げられたため、項目の冒頭部分を（1）「スタッフの確保・教育」に独立分離するとともに、「がん検診の取り組み状況」に関する文言は削除し、「積極的に」というのがニーズの把握であることが分かるよう、文言を改訂し、「利用者アンケート等を活用し、個別訪問支援のニーズを積極的に把握している」とした。

最後に、注釈（注3）に追加した、周知啓発や周知広報が「効果的」であるかどうかを判断する基準について、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」の認知度については労働局が調査をしているが、労働者数50人以上の事業場が対象であり、50人未満の事業場が含まれていないこと、また、「治療と仕事の両立支援助成金」については労働者健康安全機構の本部が受付窓口となっており、産業保健総合支援センターが関与するものではないことから、いずれの基準も産業保健総合支援センターが独自で評価するのは難しいという意見が挙げられた。この点について、神奈川産業保健総合支援センターのスタッフと検討を行い、ここでの「効果的」というのは、認知度や利用件数といったアウトカムではなく、イベントや会議、研修会など、あらゆる機会をとらえて周知啓発・周知広報を行っているかどうかといったプロセスに着目したものであることを確認したため、そのことが分かるよう、注釈（注3）の文言を改訂した。

以上の改訂を行ったものを産業保健総合支援

センターの活動評価指標の最終版とした。

2. 企業外労働衛生機関の活動評価指標（最終版）

活動評価指標（案）全体への意見として、顧客事業場に対しては「健診契約のみ」の場合と「産業医・保健師契約している」場合で両立支援サービスの内容が異なる場合があり、どちらを想定してチェックすれば良いか分かりにくいことや、精神疾患（メンタルヘルス不調を含む）も両立支援の枠組みで捉えられるため、対象疾患に含めた方が良いのではないかといい意見が挙げられた。これらを踏まえ、前者の意見に対しては、「健診契約のみ」の場合と「産業医・保健師契約している」場合のどちらを想定してチェックするか、各機関の実情に合わせて自由に選択して構わない旨を教示文に追加した。また、後者の意見に対しては、メンタルヘルス対策の一環として、身体疾患よりも早い段階から精神疾患に対する両立支援に取り組んでいる機関が少なくないことを考慮し、対象疾患を身体疾患と精神疾患に分けてチェックすることができる形式に改訂した。

個別の質問項目については、「外部専門機関との連携」に含めていた「必要に応じて本人の紹介や両立支援に関する相談ができる外部専門機関を拡大している」の項目について、「本人や顧客事業場の担当者の多様なニーズに応えられるよう、両立支援に関する相談ができる外部専門機関（例：産業保健総合支援センター、社会保険労務士会、がん相談支援センターなど）を増やしている」とした方が具体的に分かりやすいという意見が挙げられたため、この案をそのまま採用して、質問項目を改訂した。

上記のほか、疾患によっては医療費助成などの支援制度があるため「治療や生活への支援・助成制度に関する情報を収集し、必要に応じて制度を紹介している、または利用を支援している」といった項目を追加すると良いのではないかといい意見が挙げられたため、「顧客事業場・本人への支援」の項目として追加することにした。また、事業場によっては渉外職がキーパーソンとなり、専門職（医療職）と連携することが不可欠であるという意見や、機関内に両立支援のキーになる人や組織が必要であるといった意見が挙げられたことから「自機関職員の経営層の意思表明・支援ツールの提供」のカテゴリー名に「体制整備・職員間の連携」を追加したうえで「専門職と渉外職が顧客事業場への両立支援に関して連携を図っている」および「自機関内に両立支援を推進するための担当者・担当組織を置き、必要な活動を行えるようにしている」の項目を追加した。

また、班員内での討議で、「渉外職」は機関によっては「営業職」と称する場合があるという意

見や、「自機関職員の経営層の意思表明・体制整備・職員間の連携・支援ツールの提供」のカテゴリーは、最後ではなく、冒頭に移動させた方が良いという意見が挙げられたため、「渉外職／営業職」と併記するとともに、カテゴリーの順序を変更した。

以上の改訂を行ったものを再度「労働衛生機関ネットワーク研究会」のメンバーに使用を依頼し、意見を求めたが、とくに意見が挙げられなかったため、改訂した活動評価指標（案）をそのまま最終版にすることとした。

産業保健総合支援センターおよび企業外労働衛生機関の活動評価指標（最終版）を付録に掲載した。このうち、白抜きの項目は各機関の先進的な取り組み内容に基づいて作成した項目、網かけの項目は PDCA サイクルを念頭に置いて作成した項目となっている。

D. 考察

今年度は、昨年度までに作成した産業保健総合支援センターおよび企業外労働衛生機関両立支援の活動評価指標（案）をいくつかの機関で実際に使用してもらい、そこで得られた意見をもとに項目の改善・充実を図り、活動評価指標の最終版を作成した。

活動評価指標に含めた項目は、いずれも先進的に両立支援に取り組んでいる機関の活動内容に基づくものであり、これから両立支援のサービス向上に取り組んでいくことを検討している産業保健総合支援センターや企業外労働衛生機関の参考になるだけでなく、既にサービスの向上に取り組んでいる機関においても、PDCA サイクルを回していくための参考になるものと考えられる。とくに、これからサービスの向上に取り組んでいくことを検討している機関では、白抜きの項目にチェックがつくことを目標とし、これらの項目に全てチェックがついた機関や、既にサービスの向上に取り組んでいる機関では、網かけの項目を定期的に（四半期に1回など）見直し、PDCA サイクルを回してスパイラルアップを目指していくことが具体的な使用方法として想定される。

E. 結論

3年間の研究期間における一連の調査結果と意見聴取の内容に基づき、産業保健総合支援センターおよび企業外労働衛生機関の活動評価指標が完成した。今後、各機関で両立支援の取り組み状況を把握する際の一参考資料として活用していただきたい。

謝辞：活動評価指標（最終版）の作成に際し、貴重なご意見を賜りました、神奈川産業保健総合支

援センター、京都産業保健総合支援センター、福岡産業保健総合支援センターのスタッフの皆様、労働衛生機関ネットワーク研究会の先生方、日野亜弥子先生（産業医科大学）に厚く御礼申し上げます。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

Inoue A, Tsutsumi A, Eguchi H, Kawakami N. Organizational justice and refraining from seeking medical care among Japanese employees: a 1-year prospective cohort study. *Int J Behav Med* 2019; 26(1): 76–84.

Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, Kachi Y. Links between organizational preparedness and employee action to seek support among a Japanese working population with chronic diseases. *J Occup Health* 2019; 61(5) 407–414.

Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, Kachi Y. Organizational justice and illness reporting among Japanese employees with chronic diseases. *PLoS One* 2019; 14(10): e0223595.

井上彰臣. あなたの職場組織は「公正」ですか？～組織的公正と労働者の健康～. *労務安全衛生* 2020; 65(1): 14–16.

2. 学会発表

井上彰臣. 職場における組織要因と労働者の健康との関連－修飾要因を含めた包括的検討－. 第30回日本医学会総会 2019 中部, 2019 年 4 月, 名古屋.

嶋原由子, 森口次郎, 江口尚, 井上彰臣, 堤明純. 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の推進のためのツールの開発. 第92回日本産業衛生学会, 2019 年 5 月, 名古屋.

江口尚, 堤明純, 井上彰臣, 早坂由美子, 近藤まゆみ, 児玉美由紀, 田邊聡. 北里大学病院における就労支援担当医師の活動の報告. 第29回日本産業衛生学会全国協議会, 2019 年 9 月, 仙台.

森口次郎, 嶋原由子, 江口尚, 井上彰臣, 堤明純. 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の推進のためのツールの開発. 日本産業衛生学会 中小企業安全衛生研究会 第53回全国集会, 2019 年 11 月, 浜松.

井上彰臣. 職業性ストレス研究のこれまでとこれから. 日本産業衛生学会 第60回産業精神衛生研究会, 2020 年 2 月, 北九州.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当せず。

I. 文献

渡辺哲. 産業保健総合支援センターにおける治療と就労の両立支援の検討. 主任研究者 堤明純. 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」平成29年度総括・分担研究報告書. 東京: 厚生労働省, 2018: 9–12.

森口次郎, 嶋原由子. 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. 主任研究者 堤明純. 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」平成29年度総括・分担研究報告書. 東京: 厚生労働省, 2018: 30–47.

井上彰臣, 江口尚, 堤明純. 治療と就労の両立支援の活動評価指標の開発: 先行研究のレビューと面接調査. 主任研究者 堤明純. 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」平成29年度総括・分担研究報告書. 東京: 厚生労働省, 2018: 56–87.

井上彰臣, 江口尚, 渡辺哲, 森口次郎, 嶋原由子, 堤明純. 治療と就労の両立支援の活動評価指標の開発: 産業保健総合支援センターおよび企業外労働衛生機関の活動評価指標（案）の作成. 主任研究者 堤明純. 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」平成30年度総括・分担研究報告書. 東京: 厚生労働省, 2019: 84–92.

産業保健総合支援センターの活動評価指標（最終版）

以下の項目は、各都道府県の産業保健総合支援センター（以下、センター）で実施されている「治療と仕事の両立支援」(※)の4つのサービス（事業者啓発セミナー、個別訪問支援、個別調整支援、窓口での相談対応）を更に円滑に実施し、相談件数の増加とサービスの向上を目指していくための取り組みを列挙したものです。現在の貴センターにおける取り組み状況をチェックしてみてください。

(※) 対象疾患は、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、その他難病など、反復・継続して治療が必要となる身体疾患とします。

【活動評価指標の使い方】

全部で5つのセクションから構成されています。まずは白抜きの項目にチェックが付くことを目指しましょう。白抜きの項目にチェックが付いたら、網かけの項目を（四半期に1回など）定期的に見直し、PDCA サイクルを回してスパイラルアップを目指しましょう。

記入年月日 年 月 日

【スタッフの確保・教育】	
<input type="checkbox"/>	産業保健専門職／労働衛生専門職として、両立支援を担当する保健師を採用している
<input type="checkbox"/>	両立支援促進員（社会保険労務士・保健師など）全員に、両立支援コーディネーター基礎研修を受講させている
<input type="checkbox"/>	両立支援促進員に対し、「両立支援体制の構築」や「疾病別の両立支援対策」などの教育研修を実施し、両立支援事業に必要な最新の情報やツールを提供している
<input type="checkbox"/>	両立支援促進員を地域ごとに委嘱する等、両立支援の実施体制を強化している

【事業者以外を対象とした研修・セミナーの実施】	
<input type="checkbox"/>	産業保健スタッフ（産業医・産業看護職など）を対象に、両立支援に関する研修・セミナーを積極的に行っている
<input type="checkbox"/>	医療関係者（診療医・看護師・医療ソーシャルワーカーなど）を対象に、両立支援に関する研修・セミナー（近隣病院における院内研修を含む）を行っている
<input type="checkbox"/>	労働者（患者）やその家族を対象に、両立支援に関するセミナーを行っている
<input type="checkbox"/>	研修・セミナーでは、終了時に受講者にアンケートを実施し、その結果を研修内容の見直しやブラッシュアップに活用するほか、実施にあわせて相談等に対応している
<input type="checkbox"/>	研修内容が最新のものになるよう、適宜、情報をアップデートしている（講師である産業保健相談員・両立支援促進員等に提供することを含む）

（次のページに進んでください）

【近隣病院（大学病院や労災病院）との連携・多職種連携の強化】	
<input type="checkbox"/>	近隣の大学病院や労災病院と連携し（注1）、両立支援情報の共有化を図っている
<input type="checkbox"/>	連携先の医療機関でセンターによる支援が必要な事案を把握した際に情報を共有するための共通書式（両立支援依頼書）を作成している
<input type="checkbox"/>	がん診療連携拠点病院や連携先の大学病院などの医療機関との協定により、両立支援（出張）相談窓口の設置場所を拡大している
<input type="checkbox"/>	連携先の医療機関と定期的に連絡会議（※労働局が設置する「地域両立支援推進チーム」の会議を除く）を開催し、事例検討（好事例の積み上げ）を行っている
<input type="checkbox"/>	職種間の連携強化を図るため、多職種（注2）が参加する検討会や交流会、研修会等を行っている。

【周知広報・両立支援カード／パンフレットの配布】	
<input type="checkbox"/>	労働局や医師会等による産業保健関係のセミナー、イベントや会議等のあらゆる機会を利用して、両立支援に係る事業の周知広報を行っている
<input type="checkbox"/>	県および政令市等による疾病対策と連携して、医療関係者、事業者や人事労務担当者に対し、研修やパンフレット等による周知啓発を効果的に（注3）行っている
<input type="checkbox"/>	医療機関に両立支援カードを配布し、主治医から労働者（患者）に渡して、両立支援を説明してもらうよう依頼している
<input type="checkbox"/>	働き方改革推進支援センター等と連携し、働き方改革の取り組みとして、中小企業・小規模事業場に対して、関係機関・団体等の支援制度や助成金制度等に関する周知広報を効果的に（注3）実施している
<input type="checkbox"/>	地域両立支援推進チームを活用して、労災病院等の医療機関、地域産業保健センター、保健福祉センター、県都市医師会など、両立支援カードやパンフレットを配置・配布してもらえるよう連携を拡大している

【個別訪問支援・個別調整支援の促進】	
<input type="checkbox"/>	利用者アンケート等を活用し、個別訪問支援のニーズを積極的に把握している
<input type="checkbox"/>	個別調整支援において、両立支援促進員が産業保健専門職／労働衛生専門職とともに、医療機関や事業場の担当者、外部支援機関と相互に連携し、情報を共有する「両立支援チーム」を構築している

（次のページに進んでください）

【自由記載】上記で挙げた項目以外に、「治療と仕事の両立支援」の相談件数の増加やサービスの向上を目的として貴センター内で取り組んだことや、今後、取り組んでいきたいことを自由に記載してください。

【取り組んだこと】

【今後、取り組んでいきたいこと】

(注 1)

「連携」とは、両立支援をめぐる情勢に関する情報交換、各機関・団体の両立支援に関する取り組みの状況に関する情報交換、各機関・団体が取り扱った具体的事例の検討等を行う定期的な会議の開催や、支援実務担当者（医療ソーシャルワーカー、産業保健専門職／労働衛生専門職等）の情報交換会の実施等を指します。

(注2)

「多職種」とは、具体的には以下のような職種を指します。既に連携を図っている職種にチェックを入れてみてください。

☐医師 ☐薬剤師 ☐看護師 ☐保健師 ☐医療ソーシャルワーカー
☐理学療法士 ☐作業療法士 ☐管理栄養士 ☐社会保険労務士
☐キャリアコンサルタント ☐公認心理師／臨床心理士 ☐産業カウンセラー ☐事務
☐その他（ ）

(注3)

「効果的」かどうかを判断する際には、例えば、「イベントや会議、研修会など、あらゆる機会をとらえて周知啓発／広報を行っているかどうか」等を基準にしてください。

企業外労働衛生機関の活動評価指標（最終版）

以下の項目は、企業外労働衛生機関において「治療と仕事の両立支援」（※）を円滑に実施し、サービスの向上を目指していくための取り組みを列挙したものです。現在の貴機関における取り組み状況をチェックしてみてください。

（※）対象疾患は、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、その他難病、うつ病など、反復・継続して治療が必要となる身体疾患および精神疾患とします。身体疾患と精神疾患で両立支援サービスの内容が異なる場合は、別々にチェックしてみてください。また、「健診契約のみ」の場合と「産業医・保健師契約している」場合で両立支援サービスの内容が異なる場合は、各機関の実情に合わせて、どちらの場合を想定してチェックするか、自由に選択していただいて構いません。

【活動評価指標の使い方】

全部で5つのセクションから構成されています。まずは白抜きの項目にチェックが付くことを目標にしましょう。白抜きの項目にチェックが付いたら、網かけの項目を（四半期に1回など）定期的に見直し、PDCA サイクルを回してスパイラルアップを目指しましょう。

記入年月日 年 月 日

【自機関職員の経営層の意思表明・体制整備・職員間の連携・支援ツールの提供】	身体疾患	精神疾患
自機関の経営層が両立支援に取り組むことを意思表明している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自機関内に両立支援を推進するための担当者・担当組織を置き、必要な活動を行えるようにしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
専門職と渉外職／営業職が顧客事業場への両立支援に関して連携を図っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自機関の職員に「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」や「治療と就労の両立支援マニュアル」に掲載されている既存の様式例を周知している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自機関の職員向けに、両立支援に関するツールやマニュアルを独自に作成している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
独自に作成した両立支援に関するツールやマニュアルについて、自機関の職員から意見を聴取し、内容の見直しや改訂に活用している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【情報提供・研修】	身体疾患	精神疾患
顧客事業場（保険者を含む：以下同様）を対象に、両立支援を含む研修や情報提供（冊子の配付やウェブサイトの作成など）を行っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
労働者を対象に、両立支援を含む研修や情報提供を行っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自機関の職員（渉外職／営業職・医師や看護師などの専門職）が、両立支援に関する研修（外部専門機関が主催する研修や、自機関が顧客事業場向けに実施している研修）を定期的に受講している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
研修終了時に受講者にアンケートを実施し、その結果を研修内容の見直しやブラッシュアップに活用している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
研修内容が最新のものになるよう、常に情報をアップデートしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【顧客事業場・本人への支援】	身体 疾患	精神 疾患
顧客事業場の担当者からの両立支援に関する相談対応を行っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
顧客事業場における両立支援に関する制度や体制等の整備を支援している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
両立支援を必要とする労働者（以下、本人）への相談対応を行っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
治療や生活への支援・助成制度に関する情報を収集し、必要に応じて制度を紹介している、または利用を支援している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
顧客事業場や本人に対し、両立支援に関する体制整備の支援や相談対応を行っている旨を周知している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【外部専門機関との連携】	身体 疾患	精神 疾患
本人への相談対応の際、必要に応じて外部専門機関（例：産業保健総合支援センター、労災病院治療就労両立支援センター、地域障害者職業センターなど）を紹介している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
本人への相談対応の際、必要に応じて外部専門機関に相談している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
本人への相談対応の際、主治医と連携を図っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
本人や顧客事業場の担当者の多様なニーズに応えられるよう、両立支援に関する相談ができる外部専門機関（例：産業保健総合支援センター、社会保険労務士会、がん相談支援センターなど）を増やしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外部専門機関や主治医と連携した好事例を積み上げ、自機関内で共有している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【顧客事業場への支援ツールの提供】	身体 疾患	精神 疾患
顧客事業場に「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」（厚生労働省）や「治療と就労の両立支援マニュアル」（労働者健康安全機構）に掲載されている既存の様式例を紹介している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
顧客事業場向けに、両立支援に関するツール（主治医に意見を仰ぐためのフォーマットや近隣の医療機関のリストなど）やマニュアルを独自に作成している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
独自に作成した両立支援に関するツールやマニュアルについて、顧客事業場から意見を聴取し、内容の見直しや改訂に活用している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>【自由記載】 上記で挙げた項目以外に、「治療と仕事の両立支援」のサービスの向上を目的として貴機関内で取り組んだことや、今後、取り組んでいきたいことを自由に記載してください。</p>
<p>【取り組んだこと】</p>
<p>【今後、取り組んでいきたいこと】</p>

令和1年度 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」 (170401—2) 研究代表者：堤 明純
分担研究報告書

職場における一次予防に関する介入研究ならびに中小企業の両立支援に関する事例研究

分担研究者 北居明（甲南大学経営学部・教授）

研究要旨

本研究の目的は、治療と就労の両立支援のために、事業所内外の産業保健スタッフと医療機関の連携の在り方について、連携モデルを構築し、その活動評価指標を開発することである。本年度の活動は、①昨年度実施した事業所に対する対話型組織開発の経過を調査すること、②我が国の中小企業を対象に、両立支援が従業員の行動や態度に与える影響を調査・分析することである。

A. 研究目的

疾病の治療と就労を両立させるために、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策定され、関係機関の連携のためのマニュアルやツールの開発が行われるようになったが、ガイドラインが示す両立支援に関わる関係者間の連携はより一層普及させていく必要がある。特に時間や資源の制約のある中小企業においては、情報やサービスを一元化したワンストップサービスの充実が求められる。本研究では、両立支援をさらに進めるため、ソーシャルマーケティング調査に基づいて関係者のニーズを明らかにし、好事例調査に基づいて具体的な支援活動のためのツールと情報発信法を整理し、関係者を有機的に連携させた両立支援システムのモデルと、その活動に対する、健康経営の観点も踏まえ、PDCA サイクルを念頭に置いた評価指標の提案を目的とする。

本研究の独自性は、中小企業支援に詳しい産業保健と経営学の専門家のチームで、健康経営の観点を踏まえた、支援活動、事業者による健康管理、医療機関との連携に関する好事例の収集分析を行い、支援モデルを開発する点にある。

本年度の目的は、健康経営ならびに両立支援の好事例の探索および、両立支援が従業員に与える影響を分析することにある。具体的活動として、①健康経営の観点から、対話型組織開発を導入した企業のその後の経過、②中小企業における、両立支援が従業員の行動や態度に与える影響に関するアンケート調査である。

B. 対象と方法

平成 29 年度に健康経営の観点から対話型組織開発を実践した事業所について、介入研究を行った。両立支援においては、関係者間の連携が重要であり、組織開発によ

って連携が促進されることを通じ、個人や組織の資源が増加することが期待される。具体的には、メンタル不調者の増加に悩む事業所に対し、産業医、健康保健室、事業所の部長・課長クラスと連携して、対話型組織開発の一手法である **Appreciative Inquiry** を行い、従業員のワーク・エンゲイジメントの変化について研究を行った。ワーク・エンゲイジメントは、社会への貢献、生産性・イノベーション、従業員満足・幸福等、より高い組織レベルの帰結に通じる概念として、また、職場レベルでは、職場の一体感やハラスメントレスといった環境と並列して位置付けられることもある。ワーク・エンゲイジメントを向上させるような良好な組織風土の醸成は、企業で両立支援を進める必要条件になると考えられる。今年度は、その後の事業所の活動について報告を行う。

もう一つは、中小企業における両立支援の認知が従業員のワーク・エンゲイジメントや組織コミットメントに与える影響を、アンケート調査を通じて分析した結果について報告する。組織コミットメントは、組織に対する従業員の愛着や一体感を表し、このレベルが高くなると、定着率の向上のみならず、より組織に対する貢献を行うことが知られている。企業の **CSR** 活動やワーク・ファミリー・バランスに関する施策が従業員の組織コミットメントを向上させる傾向があることは、先行研究からもわかっている。しかし、両立支援に対する取り組みが及ぼす影響については、これまで研究が見当たらない。本報告では、特に両立支援の取り組みが十分に普及しているとは言えない中小企業において、そのような取り

組みがどのような影響を及ぼすのかを調査する。

C. 結果

1. 介入研究の経過について

平成 29 年 9 月から 11 月にかけて、メーカー A 社（グループの従業員数：約 36,000 人）の工場の開発部門 4 課（約 80 名）に対し、**Appreciative Inquiry** と呼ばれる対話型組織開発を用いた介入研究を行った。その結果、4 つの課のうち 3 つの課においてワーク・エンゲイジメントの改善が見られた。その後、平成 30 年 5 月と 9 月、令和元年 5 月にインタビュー調査、3 月、10 月、11 月、平成 31 年 1 月、令和元年 5 月に参加観察を行った。さらに、アンケート調査を、平成 28 年 6 月、10 月、平成 29 年 4 月、10 月、平成 30 年 3 月の 5 回行った。

前回の報告書において、組織開発直後の状況および、その後職場で自発的に行われた活動の内容と結果について報告した。組織開発直後の状況として、人々のコミュニケーションに改善が見られ、雰囲気は確かによくなってきたという感触を、多くのメンバーが持っていることが確認できた。しかし、働き方の改善ならびに生産性や創造性の改善には、直接結びついてはいないとのことであった。

その後、対話型組織開発の取り組みを風土改善に取り組んだ「いきいき職場 1.0」と定義し、平成 29 年 3 月には、さらにマネジメント改革や意識改革にまで拡張を目指した「働き方改革＋健康経営」いきいき職場 2.0」が部長のイニチアシブによって開始された。具体的には、「一人一人が自信をもって新しい価値創造に取り組み、自己成長と

オートメーションの核心を実感できる職場」の実現を目指し、ワークショップと具体的活動を展開する。平成 29 年 9 月には対話型組織開発取り組み 1 年を区切りとしてこれまでの取り組みの総括をメンバー全員参加で行った。さらに、そのような職場の実現を妨げる課題を全員が記名でカードに書いて提出した。その結果、300 以上の課題があげられることになった。これらの課題は緊急度や難易度に合わせて短期・中期・長期に分けられ、マネージャ層が責任を持って解決することが宣言された。

次に、「いっちょやってみっか！」と題されたワークショップが行われた。そこでは、メンバー全員が「やってみたいこと」を「やりたいシート」に書きだし、互いに閲覧する。メンバーは、自分もやってみたいというアイデアがあったら、その「やりたいシート」にシールを貼り、多くのシールが集まった活動に取り組んでみるというものであった。その結果、65 個のアイデアが実行されることになった。

平成 29 年 11 月には、第 2 回のワークショップが開催された。そこでは、まず産業医から健康経営に関する講演が行われ、その後、「いっちょやってみっか！」活動の振り返り、そして前回提出された課題の中から緊急度が高いとされた課題に対して、「本気でやってみっか！」と名付けられたワークショップが開催された。そこでは、部長から「いきいき生産性」という新たな指標が提示された。

$$\text{いきいき生産性} = \frac{\beta}{\alpha} \times \gamma$$

この式の β は、仕事における生産性や創造性を向上させる要因であり、 α は仕事上ムダとなる要因である。 γ は「自分らしく働く」要因である。メンバーは、 α を下げる活動や β や γ を向上させる活動について、アイデアを出し合った。その結果、先の 65 の活動に加え、合計 100 以上のアイデアが生まれることになった。

平成 31 年 1 月に第 3 回のワークショップが開催され、事業部としての戦略を持つことが宣言され、基幹職が策定することが報告された。前回からの活動報告がなされ、「人間味のある職場になった」、「困りが相談しやすい」、「『いきいきしてる?』が合言葉になってきた」などの成果が聞かれた。

対話型組織開発を行ってから 3 年半になるが、この職場では更なる活動が自走的に行われてきた。その結果、ストレスチェックの結果の大幅な改善、ワーク・エンゲイジメントの改善（図 1）、新たな病気休職者の発生ゼロ、病気休職者の復帰など、様々な成果が確認された。この取り組みは社内でも高く評価され、社内の改善活動を評価する全社的な大会（令和元年 5 月）では、世界中から 7000 を超えるエントリーの中から 13 の取り組みに与えられたゴールド賞の一つに輝いた。

今回の取り組みの成功のためには、もちろんリーダーやメンバーの積極的な参加が必要だが、産業保健師が重要な役割を担っていた。産業保健師は、普段から職場に入り込み、いわば職場の風景の一部となることで、社員とのコミュニケーションを図っていた。そのうえで、組織階層から離れた立場からメンバーと接触し、社内では相談

しにくい個人的な問題に対処していた。さらに、病気休職者がいきいき職場の活動に参加することで、復職に結びついている事実も確認できた。

今回の事例は、現場、外部研究者、そして産業保健師がそれぞれの立場から協力することによって成し遂げられた事例であり、単に外部と内部の協働だけではなく、産業保健師というハイブリッドな存在が持つ重要性が示唆された事例であると言える。

2. 中小企業を対象としたアンケート調査の結果

昨年度収集したデータをもとに、さらに詳細な分析を行い、その結果を江口尚氏と共同で学会報告した（経営行動科学学会第22回年次大会 2019年11月16日・17日 於立命館大学茨木キャンパス）。以下は、その抄録を加筆・修正したものである。

<タイトル>

企業の両立支援策が従業員に与える影響についての実証研究

ー中小企業における治療と就労の両立支援の効果ー

(1)はじめに

近年、がんなどの疾病に罹患した従業員の治療と就労の両立支援は、国における最重要課題となっており、がん、脳卒中、その他の難病など幅広い疾病についての知見が集積しつつある。しかし、これまでの治療と就労の両立支援の研究では、常勤の産業保健職のいる事業所を対象とする研究、専属産業医のいる大企業を中心とするものが多い(森口・鳩原 2018)。また、育児や介

護と就労の両立支援についての事例や研究は行われてはいるものの、中小企業における疾病と就労の両立支援の実態については、これまで研究が見られない。本研究では、日本の中小企業に勤務する従業員を対象に、両立支援策の有無と組織コミットメント、ワーク・エンゲイジメントの関係を調べた。

(2)病気と仕事の両立支援

我が国の労働力は少子高齢化が進み、働く意欲を持った人材は企業にとって貴重な存在である。しかし、高齢化とともに、労働者ががんや脳卒中といった、治療に時間のかかる病気になる危険も増えていると言える。このような病気になった人の中には、「会社に迷惑をかけたくない」といった理由から、自ら退職してしまう人も少なくない。逆に、仕事を優先するあまり、治療を後回しにしてしまっただけで病気が深刻化することも多い。このような事態に陥らないよう、労働者が長期にわたる治療と仕事が両立できるよう、適切な支援を行う必要がある。

両立支援とは、仕事と生活を両立させるために、企業だけでなく、国や医療機関などが連携して行う様々な施策をさしている。しかし、これまでの両立支援施策は、主に育児や介護との両立支援が多く、病気と就労の両立支援については、その必要性の認知も比較的高くない。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ガイドライン」が発表されたのは、2016年2月であり、まだ3年余りしか経過していない。また、治療と就労を両立させるためには、企業だけでなく、産業保健スタッフ、外部の医療機関などとの連携が必要であるため、その環境を整えていくのも難しい。

特に、産業保健スタッフを内部に持つことが少ない中小企業では、治療と就労の両立支援を行う上で、より多くの困難に直面することが予想される。

本研究では、我が国の中小企業で働く人々を対象に、治療と就労の両立支援施策に対する認知が、人々にどのような影響を及ぼすのかを調査した。両立支援策が何らかの効果をもたらすことが経験的に確かめることができれば、今後の両立支援施策の普及発展に貢献できる可能性があると考えられる。

(3)先行研究

i 両立支援施策の効果

前述のように、治療と就労の両立支援が企業や働く人々にどのような影響があるのかについては、先行研究が見当たらない。しかし、これまでの両立支援に関する研究からは、本研究にも資する示唆が得られるのではないかと考えている。

工藤(2018)は、小学生以下の子供を持つ就業既婚女性を対象に、育児と仕事の両立支援策がワークライフバランスに与える影響を分析している。その結果、分析に用いられた5つの施策(短時間労働制度、フレックスタイム制度、始業・終業時刻の繰り上げ繰り下げ制度、所定外労働(残業)の免除制度、子供が病気の時の休暇制度)すべてにおいて、制度の有無、利用の有無別にワークライフバランス満足度の平均値に違いがあり、利用グループの満足度の平均値が最も高いことが報告されている。

下條・朝倉(2016)は、両立支援的組織文化(Thompson et al. 1999; Takeuchi and Yamazaki 2010)が看護師の職務満足度や

組織コミットメントに与える影響について分析している。組織コミットメントとは、組織と従業員の関係の特徴づけ、組織におけるメンバーシップを継続もしくは中止する決定にかかわる心理的状态を指す(Meyer and Allen 1997)。組織コミットメントは、継続的、情緒的、規範的の3次元で捉えられるが、この研究では、組織への愛着心や同一化の程度を意味する情緒的コミットメントが用いられている。両立支援的組織文化とは、従業員の仕事と家庭の統合を組織が支持し、価値を置く程度に関し、従業員が共有する暗黙の了解・信念・価値を指す。両立支援的組織文化によって、組織内の両立支援施策を利用しやすくなり、制度活用が進むことが明らかになっている(Thompson et al. 1999)。

看護師335名を対象とした分析の結果、両立支援的組織文化の「組織管理上の支援」が職務満足度と組織コミットメントを媒介し、職業継続意思に影響していることが明らかになった。

このように、我が国の両立支援に関する研究が示しているのは、両立支援施策の存在・利用や、組織的な両立支援を利用できる文化が、組織コミットメントを高めているという結果である。こうした施策が利用可能な状態にあることによって、組織から支援されているという認識につながり、それが組織に対する愛着心を高めていると考えられる。治療と就労の両立支援においても、既存研究と同様の効果があると期待できる。特に中小企業の場合、両立支援施策によって組織コミットメントが高まり、その結果離職意図の低下がもたらされれば、従業員の定着率の増加につながると考えら

れる。

仮説 1：治療と就労の両立支援は、組織コミットメントを高める。

ii メンタルヘルスの視点

錦戸(2018)は、治療と就労の両立支援を進めていく上で、メンタルヘルスの視点が必要であると主張している。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、思うように回復し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という。

したがって、本人のメンタルヘルスを保つための様々な支援が必要となる。もちろん、通院や病状に合わせた働き方を選択できる制度面の整備も必要だが、職場の同僚・上司・経営者からの心理的な支援、医療機関の専門家からの支援、患者会などのピア・グループなども、必要な支援となってくる。

こうした支援は、働く人のメンタルヘルスを保つと同時に、ワーク・エンゲイジメントを高めると考えられる。ワーク・エンゲイジメントとは、ポジティブで、達成感に満ちた、仕事に関連のある心の状態である活力、熱意、没頭をその特徴としていると定義されている(Schaufeli et al. 2002)。前述の組織コミットメントが、組織に対する態度であるのとは異なり、ワーク・エンゲイジメントは、仕事そのものあるいは仕事上の役割への関与の程度を表している。ワーク・エンゲイジメントは、バーンアウトの対概念であり、組織や個人に対しポジティブな影響をもたらすことが、多くの研

究で示されている(Bakker and Leiter 2010)。

ワーク・エンゲイジメントに影響する要因は、個人や仕事の資源である。Schaufeli and Bakker(2004)の仕事要求度－資源モデルによれば、ワーク・エンゲイジメントは自己効力感やレジリエンスなどの個人の資源と、上司や同僚からのサポートや上司のリーダーシップ、公正な評価といった組織の資源が蓄積されると、ワーク・エンゲイジメントが向上することが示されている。

治療と就労の両立支援策は、こうした資源を増やすことでワーク・エンゲイジメントを向上させると考えられる。長期の治療が必要な病気になっても就労が継続できる環境は、それ自体が人々に対するサポートになりうる。さらに、職場における助け合いがなければ、通院と勤務の両立は難しい。したがって、次の仮説が成り立つと考えられる。

仮説 2：治療と就労の両立支援は、ワーク・エンゲイジメントを高める。

また、仕事要求度－資源モデルによれば、ワーク・エンゲイジメントの向上は、組織コミットメントを高めるとされている。メタ分析では、ワーク・エンゲイジメントと組織コミットメントの間に強い正の関係が認められている(Bakker and Leiter 2010)。エンゲイジメントの特徴の一つである仕事への高い同一化は、結果として組織に対する同一化をもたらすのではないかと考えられている。したがって、次の仮説が成り立つと考えられる。

仮説 3：治療と就労の両立支援は、ワーク・エンゲイジメントを介して組織コミットメントを高める。

(4)調査概要

平成 31 年度 2 月に、中小企業の従業員を対象とした両立支援認知と従業員のワーク・エンゲイジメントや組織コミットメントとの関係を分析するためのアンケート調査を行った。

対象となったのは、我が国のさまざまな中小企業に勤務する従業員である。データ収集は、インターネット調査会社に依頼した。その結果、206 名の方から回答を得た。平均年齢は 44.8 歳（最小値 21 歳、最大値 74 歳）、性別は男性 131 名、女性 75 名であった。

両立支援の項目については、井上・江口・堤(2018)を参考にした。両立支援策 22 項目の有無について、「ない」(-1 点)、「わからない」(0 点)、「ある」(1 点)で評価してもらった。組織コミットメントについては、Meyer and Allen(1997)から 3 項目を選んだ。代表的な項目は、「私は、私の職場の仲間に愛着を持っている」である。これらの項目について、「全く違う」(1 点)から「全くその通り」(5 点)までの 5 点尺度で回答してもらった。ワーク・エンゲイジメントについては、日本版 UWES-9 を用いた。代表的な項目は、「仕事は、私に活力を与えてくれる」である。これらの項目について、「まったくない」(1 点)から「毎日感じる」(7 点)までの 7 点尺度で回答してもらった。

(5)分析結果

i 両立支援の実施状況

まず、各両立支援施策について、自社で実施されているかどうかの認識を尋ねた。その結果、全体的に半数を超えて実施されていると認識されている施策はなく、中小企業における両立支援施策の普及は道半ばであることが示唆されている。

比較的实施されている施策を見ると、「人間ドックや市町村が行う検診（がん検診など）の受診日は勤務扱いとされている(36.9%)」、「一般健康診断で有所見者となった場合、二次検査を受診しやすいよう配慮されている(34.5%)」、「お互いに助け合い、共に働く職場環境が整備されている(30.1%)」などとなっている。一方、実施されていると認識されていない施策を見ると、「治療と仕事の両立支援に関する相談窓口が明確にされている(7.3%)」、「従業員に対し、健康や治療と仕事の両立支援に関する研修会が開催されている(9.2%)」、「日ごろから治療と仕事の両立支援の制度や体制について情報提供が行なわれている(10.2%)」などとなっている。つまり、中小企業の従業員に対しては両立支援施策そのものの普及があまり進んでおらず、特に相談窓口の設置や啓発活動が不足していることが示唆されている。ただし、これらについては「わからない」という答えも一定数あり、従業員側の意識がまだ希薄である可能性もある。

ii 両立支援策の影響

次に、これらの施策の認識とワーク・エンゲイジメントおよび組織コミットメントの関係を、分散分析を通じて分析した。その結果、ほとんどの施策（22 分の 19）において統計的に有意差が見られた。つまり、これらの施策について自社が行っていると

認識している従業員のワーク・エンゲイジメントや組織コミットメントが高い傾向があることがわかる。

次に、仮説検証のために重回帰分析を行った。独立変数を集約するために、両立支援策について主成分分析を行った。その結果、固有値 1 以上の主成分は 4 つ抽出された（表 1）。主成分ごとに負荷量の多い項目に着目し、命名を行った。

第 1 主成分(固有値 8.146)には、「治療と仕事の両立支援について、事業者が基本方針を表明し、従業員に周知している」、「従業員に対し、健康や治療と仕事の両立支援に関する研修会が開催されている」のほか、相談窓口の設置や従業員に対する意識調査の有無などの項目の負荷量が大きかった。したがって、この主成分は会社側から従業員に対する情報提供の程度を説明すると解釈し、「情報提供」と名付けた。

第 2 主成分(固有値 1.647)には、「病気による差別のない人事が運用されている」、「もし両立支援を求める申し出をする場合、対応手順や関係者の役割が明確化されている」、「がんなどの長期療養が必要な病気になった場合、配置転換など、柔軟な働き方への体制整備が行われている」などの項目に対する負荷量が高かった。したがって、この主成分は、雇患者に対する公正で柔軟な勤務体制が整備されている程度を説明していると解釈し、「柔軟な勤務」と名付けた。

第 3 主成分(固有値 1.360)には、「普段から、従業員同士や上司との間で互いに不安や心配事を伝えられるような雰囲気作りがなされている」、「お互いに助け合い、共に働く職場環境が整備されている」などの項目に対する負荷量が高かった。したがって、

この主成分は職場で相互に助け合える関係性や風土形成の程度を説明していると解釈し、「雰囲気づくり」と名付けた。

第 4 主成分(固有値 1.194)には、「一般健康診断で有所見者となった場合、二次検査を受診しやすいよう配慮されている」、「人間ドックや市町村が行う検診（がん検診など）の受診日は勤務扱いとされている」などの項目に対する負荷量が高かった。したがって、この主成分は健診受診を奨励し、病気の早期発見に結びつけようとしている程度を説明していると解釈し、「早期発見の促進」と命名した。

それぞれの主成分に負荷量が高かった項目を平均し、独立変数とした。さらに、従業員数（常用雇用者数）、性別、雇用形態（正社員／その他）、年齢、既婚／未婚を統制変数とし、重回帰分析を行った（表 2）。その結果、4 つの施策のうち、「柔軟な勤務」と「雰囲気づくり」が組織コミットメントに有意に影響しており、仮説 1 が支持された（分析 1）。また、ワーク・エンゲイジメントに対しては、「柔軟な勤務」、「雰囲気づくり」および「早期発見の促進」が有意に影響しており、仮説 2 も支持された（分析 2）。

次に、ワーク・エンゲイジメントを媒介変数とした重回帰分析を行った（分析 3）。その結果、ワーク・エンゲイジメントは組織コミットメントに対して有意な関係があった。さらに、「柔軟な勤務」と「雰囲気づくり」の標準化係数は、分析 1 と比較するとそれぞれ低下しており（.284→.174、.353→.231）、媒介効果が認められた。しかし、媒介変数投入後も有意な影響は残ったため、媒介効果は部分的であることが示唆された。したがって、仮説 3 は部分的に支持された

と言える（表 3）。

(6) 考察

分析の結果、治療と就労の両立支援策は、ワーク・エンゲイジメントや組織コミットメントを高める効果があることが示唆された。特に、「柔軟な勤務」と「雰囲気作り」がワーク・エンゲイジメントを部分媒介し、組織コミットメントを高めていることがわかった。逆に、「情報提供」は影響力が小さく、「早期発見の促進」はワーク・エンゲイジメントに対してのみ、弱い影響が見られた。ワーク・エンゲイジメントは、仕事だけではなく、家庭に対する満足度を高め、バーンアウトを軽減することが知られている(Bakker and Leiter 2010)。また、組織コミットメントは、離職意図を低め、組織市民行動を促すことが知られている(Organ 2006)。したがって、両立支援策の導入と活用促進は、組織と個人両方にとって、有益な効果をもたらす可能性があることが示されたと言える。

先行研究においては、育児や家庭と仕事の両立支援策が利用できる状態が、職務満足や組織コミットメントを高めていることが示されていたが、我々の分析でも、治療と就労の両立支援を実際に受けることができ、またそうすることが不利にならないという認識が、従業員の仕事に対する活力や組織に対する愛着心や同一化を高めることが示唆された。一方、情報提供や健診受診の奨励は、両立支援の必要条件ではあっても、十分条件とは認識されていない可能性がある。

錦戸(2018)は、中小企業の特徴として、両立支援のガイドラインに対する興味や関

心が薄いとしても、なんでも話せる家族的な職場風土が構築されていれば、病気の社員に対してできるだけ配慮を行っている企業も少なくないことを指摘している。われわれの分析においても、何でも話せ、お互いに助け合う雰囲気が効果的であることが示唆された。さらに、中小企業は人材不足に悩んでいる場合が多く、治療・通院のために人材が定時通りの仕事ができなくなると、他の人々にしわ寄せが発生する危険が高いと考えられる。そのような場合、本人と上司だけでなく、他のメンバーも病気と治療について理解し、助け合うことが必要である。「柔軟な勤務」と「雰囲気づくり」両方が効果的であったのは、中小企業におけるこのような状況を反映していたのではないかと考えられる。

(7) 今後の課題

この研究は、治療と就労の両立支援策が与える効果に関する、ごく萌芽的な研究である。したがって、今後明らかにされるべき課題は数多い。

第一に、他の変数との関係が分析されるべきである。特に、両立支援策と実際の離職率の関係や、企業業績との関係、企業の評判との関係などが明らかにされることで、両立支援に対する関心がさらに高まることが期待できる。

また、今回は個人レベルの分析であったが、上述のような変数との関連を分析する場合、組織レベルの分析が必要となる。また、組織レベルから個人レベルへのマルチレベル分析なども、今後有望な研究方向ではないかと考えられる。

導入研究も、必要な分野だと考えられる。

両立支援策の導入に関して、どのような問題が起こりうるのか、あるいはどのような効果が起こるのか、長期的視点に立った研究が必要となる。

さらに、治療と就労の両立支援は、企業だけでなく、保健・医療機関との連携が必須である。医療と経営の関係をどのように構築するのか、すでに行われている事例に対する分析が求められる。

これまでの人的資源管理論や組織行動論は、一般的に健康な人々を暗黙の裡に前提としていたと思われる。しかし、現実には心身とも万全な状態で働いている人々の割合は、決して多くはないのではないだろうか。これからは、育児や介護はもちろん、病気治療と仕事の両立を可能にするマネジメントが、ますます求められよう。

D. 考察

1. 介入研究から

今回は、昨年度に我々が行った対話型組織開発のその後の経過について、参加観察とインタビュー、アンケートを通じて調査した。その結果、対話型組織開発によって改善したコミュニケーションをもとに、組織開発だけでは踏み込めなかったマネジメント改革や業務改革へと、自走的に活動が発展していることが確認された。

さらに、今回の組織開発の取り組みを通じて、コミュニケーションが改善され、多くの人が職場や仕事の改善に参加することで、メンタルヘルスの改善が見られた。さらに、健康保健師が職場に日常的に入り込むことで、一次予防、二次予防、三次予防すべてにおいて効果が発揮されたことが確認できた。

2. アンケート調査から

今回は、従業員の立場から、両立支援に関する施策が彼らに与える影響について、詳細な分析を行った。その結果、従業員のワーク・エンゲイジメントや組織コミットメントに対しては、柔軟な働き方の体制と、相談しやすい雰囲気が特に強い影響を与えていることが分かった。中小企業においてこうした施策に取り組むことは、両立支援につながるだけでなく、さらに従業員の仕事への熱意や組織への愛着心を高め、結果として組織の生産性を向上させるのではないかと考えられる。

E. 結論

アンケート調査の分析から示唆されるように、柔軟な働き方とメンバーにとって相談しやすい職場の雰囲気は、組織コミットメントやワーク・エンゲイジメントにプラスの影響を与えていた。このうち、メンバーにとって相談しやすい雰囲気づくりは、今回の介入研究で用いたような組織開発が効果的ではないかと考えられる。さらに、権限関係ではない健康保健師が積極的に現場にかかわることで、上司には相談しにくいことも、気軽に相談に乗ることができる。

介入研究では、主にメンタルヘルスの側面に着目していたが、相談しやすい職場の雰囲気は、がんや難病の早期発見にも結びつくのではないかと考えられる。

ただし、介入研究の対象は大企業の一部門である。産業医や健康保健師がいないような規模の組織において、両立支援に結びつくような施策をどのように作り上げていくのかは、今後の課題である。このような

組織において、組織開発がどのような効果を生むのか、検証が求められる。

G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

宗田靖男・北居明・多湖雅博 「現場と産業保健師の協力による職場改善の試みーオムロン株式会社の研究開発部門における取り組み事例ー」 2019 年度 OD Network Japan 年次大会 (2019 年 8 月 24 日・25 日 於南山大学)

川上憲人・中野愛子・北居明・島津明人 「メインシンポジウム：職場コミュニティの醸成とポジティブメンタルヘルス」 第 26 回日本産業衛生保険学会 (2019 年 8 月 30 日・31 日 於東海大学高輪キャンパス)

北居明・江口尚 「企業の両立支援策が従業員に与える影響についての実証研究ー中小企業における治療と就労の両立支援の効果ー」 経営行動科学学会第 22 回年次大会 (2019 年 11 月 16 日・17 日 於立命館大学茨木キャンパス)

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

I. 引用文献

Bakker,A.B. and M.P.Leiter(eds.) 2010

Work Engagement: A Handbook of Essential Theory and Research, Psychology Press. (島津明人総監訳, 井上彰臣・大塚泰正・島津明人・種市康太郎監訳, 『ワーク・エンゲイジメント基本理論と研究のためのハンドブックー』星和書店, 2014 年)。

井上彰臣・江口尚・堤明純 2019 『治療と就労の両立支援の活動評価指標の開発：先行研究のレビューと面接調査』 「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」平成 29 年度総括・分担研究報告書：56-89 頁。

工藤寧子 2018 『育児と仕事を両立させるための支援策とワークライフバランス満足度との関係』 「東北女子大学紀要」第 57 巻 :11-19 頁。

Meyer,J.P. and N.J.Allen 1997

Commitment in Workplace, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

森口次郎・鳩原由子 2018 『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』 「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」平成 29 年度総括・分担研究報告書 :30-47 頁。

錦戸典子 2018 『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ー保健師を含めた他職種連携による支援モデルの検討ー』 「産業精神保健」第 26 巻 :49-52 頁。

Organ,D.W., 2006 Organizational

- Citizenship Behavior, Sage Publications. (上田泰訳, 『組織市民行動』 白桃書房 2007 年)
- Schaufeli, W.B. and A.B. Bakker 2004 “Job Demands, Job Resources and Their Relationship with Burnout and Engagement: A Multi-Sample Study”, *Journal of Organizational Behavior*, Vol.25 :pp.293-315.
- Schaufeli, W.B., M. Salanova, V. Gonzalez-Roma and A.B. Bakker 2002 “The Measurement of Engagement and Burnout: A Confirmative Analytic Approach”, *Journal of Happiness Studies*, Vol.3 :pp.71-92.
- 下條祐也・朝倉京子 2016 『両立支援的組織文化が職務満足度、組織コミットメント及び職業継続意思に及ぼす影響—妻／母親役割を担う看護職を対象とした分析—』 「日本看護科学会誌」第 36 巻 :51-59 頁。
- Takeuchi, T. and Y. Yamazaki 2010 “Relationship between Work-Family Conflict and A Sense of Coherence among Japanese Registered Nurses” *Japan Journal of Nursing Science* Vol.7 No.2 :pp.158-168.
- Thompson, C., I. Beauvais and K. Lyness 1999 “When Work-Family Benefits Are Not Enough: The Influence of Work-Family Culture on Benefit Utilization, Organizational Attachment, and Work-Family Conflict” *Journal of Vocational Behavior*, Vol.54 No.3 :pp.392-415.

図1：ワーク・エンゲイジメントの変化

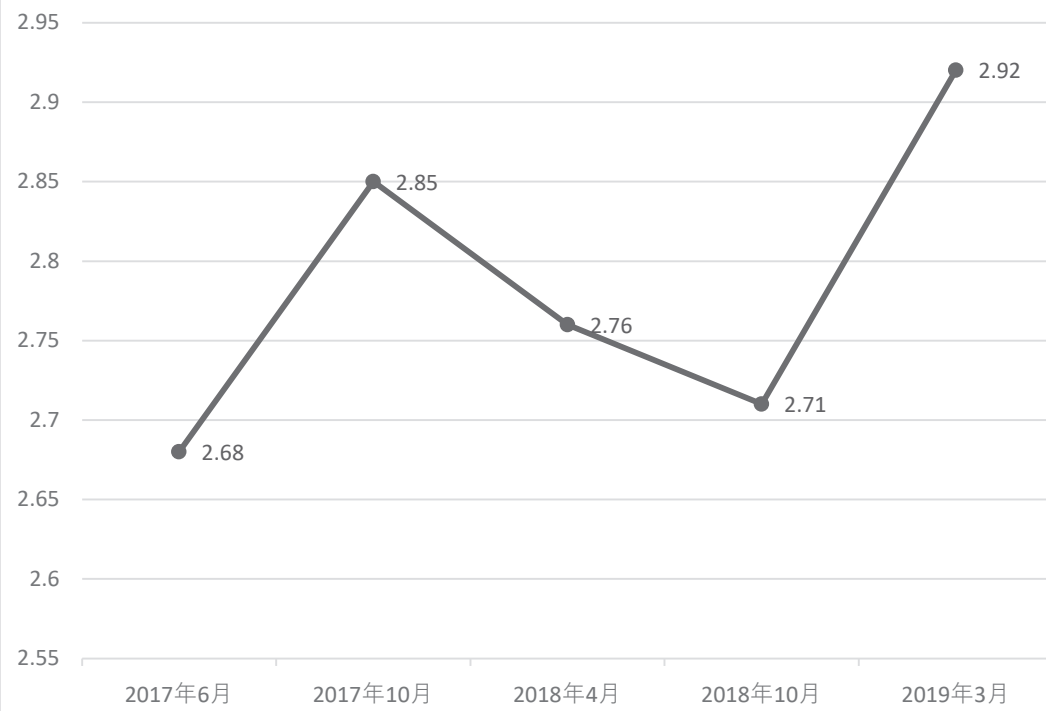


表 1 主成分分析の結果

	成分			
	1	2	3	4
治療と仕事の両立支援について、事業者が基本方針を表明し、従業員に周知している	.725	.379	.111	.133
従業員に対し、健康や治療と仕事の両立支援に関する研修会が開催されている	.701	.232	.026	.167
治療と仕事の両立支援に関する相談窓口が明確にされている	.685	.376	.038	.152
従業員に対し、健康に関する意識調査が行なわれている	.668	.170	.173	.072
社内報などで健康に関する情報が提供されている	.601	.076	.231	.191
日ごろから治療と仕事の両立支援の制度や体制について情報提供が行なわれている	.563	.517	-.011	.296
経営層が疾病に対する正しい知識や疾病対策の必要性を従業員に啓発している	.543	.374	.309	.036
社内の健康管理に専従するスタッフ（保健師、産業医、衛生管理者など）がいる	.535	-.012	.141	.313
病気による差別のない人事が運用されている	.050	.717	.405	.072
もし両立支援を求める申し出をする場合、対応手順や関係者の役割が明確化されている	.332	.717	-.056	.183
病気による差別のない人事方針が掲げられている	.124	.694	.380	.032
がんなどの長期療養が必要な病気になった場合、配置転換など、柔軟な働き方への体制整備が行われている	.253	.669	.211	.276
1 時間単位の休暇や長期の休暇が取れるなど、柔軟な休暇制度がある	.195	.505	.084	.375
就業規則内あるいは就業規則とは別に、「健康管理規定」が作成されている	.330	.456	.263	-.065
普段から、従業員同士や上司との間で互いに不安や心配事を伝えられるような雰囲気作りがなされている	.107	.175	.655	.260
お互いに助け合い、共に働く職場環境が整備されている	.072	.378	.631	.242
経営理念や社是の中に、「従業員の健康・やりがい・幸せ」に関する内容が掲げられている	.240	.313	.595	-.049
レクリエーションイベントが開催されている	.514	-.097	.543	.045
一般健康診断で有所見者となった場合、二次検査を受診しやすいよう配慮されている	.133	.240	.173	.705
人間ドックや市町村が行う検診（がん検診など）の受診日は勤務扱いとされている	.070	.068	-.005	.679
一般健康診断だけではなく、がん検診も受診しやすいよう配慮されている	.307	.068	.140	.660
労働安全衛生法上の措置が徹底され、疾病の早期発見・早期治療や重症化防止が努められている	.432	.149	.376	.461
固有値	8.146	1.647	1.360	1.194
累積寄与率	37.029	44.517	50.699	56.125

表 2 重回帰分析の結果

	組織コミットメント						ワーク・エンゲイジメント					
	係数	p	係数	p	係数	p	係数	p	係数	p	係数	p
規模	.016	.825	.069	.313	.001	.982	.036	.604	.075	.291	.005	.936
年齢			.215	.006	.219	.001			.202	.012	.197	.006
性別			.094	.227	.046	.498			.065	.419	.010	.887
結婚			.143	.044	.110	.069			.088	.225	.055	.384
雇用形態			.189	.006	.180	.002			.065	.356	.054	.375
情報提供					-.132	.127					-.142	.116
柔軟な体制					.284	.001					.263	.002
雰囲気づくり					.353	.000					.291	.000
早期発見の促進					.049	.497					.159	.037
R2	.000						.001					
△R2							.051					
							.050					

表 3 媒介効果の分析

	組織コミットメント			
	係数	p	係数	p
規模	.001	.982	-.001	.988
年齢	.219	.001	.136	.029
性別	.046	.498	.041	.494
結婚	.110	.069	.087	.111
雇用形態	.180	.002	.158	.003
情報提供	-.132	.127	-.072	.356
柔軟な体制	.284	.001	.174	.023
雰囲気づくり	.353	.000	.231	.001
早期発見の促進	.049	.497	-.018	.789
ワーク・エンゲイジメント			.420	.000
R2	.359		.483	
△R2			.124	

令和元年度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」 (170401—02)

分担研究報告書

当事者からの好事例の収集、支援モデル、活動評価指標の作成と検証、研究会開催

分担研究者 江口尚（北里大学医学部公衆衛生学・講師）

研究要旨： 近年、特に中小企業の経営者に、治療と仕事の両立支援への関心を持ってもらうことが課題となっていることから、最終年度である本年度は、①経営者に関心を持ってもらえるような治療と仕事の両立支援に関する情報収集という点から離職意思と上司部下のコミュニケーションに着目し、両立支援が必要な状況、両立支援への職場の姿勢、両立支援に必要な行動と労働者の離職意思との関係の検討、②研究会の開催による当事者や関係者からの意見収集、③北里大学病院内での就労支援外来の開設と患者向けの定期セミナーの開催による事例収集、④両立支援に関する情報発信のためのホームページの充実、を行った。インターネット調査の対象者は20歳から64歳の労働者とした。108,950名の労働者中、病気や障害を抱えている者の割合は11.7%、更に、支援を必要としている者の割合は3.5%であった。両立支援への職場の姿勢が肯定的で、労働者が両立支援に必要な行動がとれていると、離職意思が低く、上司部下間のコミュニケーションが取れていた。研究会の開催により、経営課題として両立支援を経営者に説明できる支援者のスキル、そのための好事例のさらなる収集が必要であること、また、支援者として最前線で支援を行う中で、段取り、環境整備に手間がかかること、などが課題として挙げられた。就労支援外来の開設と患者向けのセミナーの開催を通じて得られた企業側の反応により、企業に医療機関からの両立支援に関する情報提供に対するニーズがあることが分かった。ホームページの充実により、講演や原稿の作成の際に、研究班の成果物やこれまでの研究会の内容を周知することができた。また、フェイスブックの発信は、支援者との新たなネットワークの構築に役立った。これらの成果は、治療と仕事の両立支援の実践に必要な資源の活用、中小企業の経営者が両立支援を進めることにインセンティブを感じられるようなデータや事例の提供、現場が抱える課題の収集を通じて、両立支援を推進することに貢献した。

A. 研究目的

本研究では、事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン（2016年2月）が示す両立支援に関わる関係者間の連携を一層進めていくために、産業保健学、臨床医学及び経営学からなる研究班を組織し、両立支援を有効に進めるための、関係者（当事者、企業（経営者・人事担当

者）、産業保健スタッフ、産業保健総合支援センター、労災病院両立支援センター、疾患別拠点病院、労働衛生機関）の活動のニーズをソーシャルマーケティングの手法で明らかにし、好事例収集で明らかになる諸活動を核として、関係施設の活動を有機的に連携させた支援モデルを構築する。そのうえで、支援活動を評価する指標を開発し、モデ

ル事業を行ってこれらの検証を行う。特に、活動評価指標には経営的視点を取り入れ、提供する支援活動は、関係者の相談に応じて総合的な支援に結びつけるワンストップサービスの構築を目指し、中小企業の利便性向上を図ることである。

初年度は、両立支援が必要な当事者の状況の把握、両立支援を行う関係者が連携する上での抱えている課題の把握、両立支援を中小企業において進めるためのツールの開発、両立支援を進めるための情報提供のためのホームページの開設、事例収集のための北里大学病院内での体制を整備、を行った。

二年目は、①両立支援における役割を把握するための衛生管理者や社会保険労務士へのインタビュー調査による事例の収集、②当事者や関係者からの意見収集のための昨年度に引き続き2回目の研究会の開催、③事例収集やツールを試行するための北里大学病院内での就労支援に関する体制の構築、④両立支援に関する情報発信のためのホームページの充実、⑤昨年度作成した成果物の配布と意見収集、を行った。

近年、特に中小企業の経営者に、治療と仕事の両立支援への関心を持ってもらうことが課題となっている。最終年度である本年度は、①経営者に関心を持ってもらえるような治療と仕事の両立支援に関する情報収集という点から離職意思と上司部下のコミュニケーションに着目し、両立支援が必要な状況、両立支援への職場の姿勢、両立支援に必要な行動と労働者の離職意思との関係の検討、②研究会の開催による当事者や関係者からの意見収集、③北里大学病院内での就労支援外来の開設と患者向けの定期セミナーの開催による事例収集、④両立支援に関する情報発信のためのホームページの充実、を行うこととした。

B. 対象と方法

1. 両立支援の状況と支援を必要とする労働者の離職意思等との関連に関する調査

1-1. 対象者

楽天インサイト株式会社の登録モニター中130,000人から回答を得た（調査①）。その中で、両立支援が必要な者1,200名、両立支援が不要な者1,200名を対象に調査を行った（調査②）。

1-2. 調査期間

2020年2月24日から2月27日とした。

1-3. 調査項目

本研究の観察項目は、以下の項目を収集した。

調査①（スクリーニング調査）

1. 職業
2. あなたは、今、がん、脳卒中、心臓病、糖尿病、肝炎、膠原病、神経難病あんど、反復・継続して治療が必要で、短期で治癒しない疾病や障害を抱えていますか。
3. 罹患している疾患名
4. あなたは、今、適切な治療を受けながら、仕事を継続するにあたって、会社から何かしらの支援が必要ですか。

調査②（本調査）

1. 現在受けている両立支援の状況
2. JCQ（職業性ストレスを測定するための尺度）（Kawakami et al., 1995）（職場の心理社会的要因）
3. 離職意思尺度（Geurts et al., 1998）
4. Leader-Member Exchange (LMX) 尺度（Mueller and Lee, 2002）※1
5. PM 指導行動測定尺度（三隅, 1984）（課題達成機能、集団維持機能）※2
6. 性別
7. 年齢
8. 学歴
9. 雇用形態
10. 障害者雇用の状況
11. 勤務先の企業規模

- 12. 両立支援に関する職場の制度
- 13. 職種
- 14. 世帯年収
- 15. 主たる生計維持者の状況
- 16. 労働時間（週間）
- 17. 勤務先の事業内容

※1 LMX 尺度の結果、点数が高いということは、上司から「代えがきかない人材」として重宝されていることを示している。

※2 上司のリーダーシップスタイルを評価する尺度で、課題達成機能と集団維持機能に分類される。

1-4. 統計解析方法

両立支援を必要としている者と必要としていない者の属性の比較、現在受けている両立支援の状況と各指標との関係について検討するために、記述統計、X²乗検定、一元配置分散分析（ANOVA）を用いた。

2. 研究会の開催

関係者からの両立支援に関する意見収集のために、テーマを「経営者に響く治療と仕事との両立支援とは」として、第3回これからの治療と就業生活の両立支援を考える研究会を開催した。

日時 2019年12月14日（土）13:30～16:30

場所 ヒューリックホール&ヒューリックカンファレンス

【研究班から】

研究班の活動から見てきたこと（北里大学医学部公衆衛生学単位 教授 堤明純）

【基調講演】

「働きたい」と願う多様な人たちが力を発揮できる企業経営の実践（パーソルチャレンジ株式会社代表取締役 井上 雅博）

【シンポジウム】

ユニバーサル就労支援の立場から

社会福祉法人中心会ユニバーサル就労支援担当

ユニバーサル就労支援担当 伊藤 早苗

中小企業経営者と伴走する社会保険労務士の立場から

オーキッズ社労士事務所 代表 後藤 宏

当事者の立場から

かながわコロソ（潰瘍性大腸炎患者会） 会長 花岡 隆夫

研究者の立場から

北里大学医学部公衆衛生学 講師 江口 尚

3. 北里大学病院内での就労支援外来の開設と患者向け就労支援セミナーの定期開催

北里大学病院内で、患者を対象とした治療と仕事の両立支援を進めるために、北里大学病院の患者相談窓口であるトータルサポートセンターに非常勤医師として籍を得た。その上で、がん看護専門看護師やソーシャルワーカーと協力体制を構築し、月2回（第2、第4火曜日午後）の就労支援外来を開設した。1枠1時間とした。

院内で、患者やその家族向けに定期的に「就労継続と復職のためのセミナー」を開催した。

4. 研究班ホームページの充実

研究班の成果物と、研究会の内容の公開、両立支援に関する知見をまとめるために、ホームページの内容の充実化を図った。

URL:

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

倫理的配慮

インターネット調査については、公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター人を対象とする研究に関する倫理審査委員会から承認を得た実施した（整理番号 20A0004）。

C. 結果

1. 両立支援の状況と支援を必要とする労働者の

離職意思等との関連に関する調査

楽天インサイト株式会社の登録モニター中 130,000 名から回答を得た。そのうち、仕事をしている者は、108,950 名 (83.8%) であった。そのうち、「あなたは、今、がん、脳卒中、心臓病、糖尿病、肝炎、膠原病、神経難病など、反復・継続して治療が必要で、短期で治癒しない疾病や障害を抱えていますか。」に「はい」と回答した割合は、12,783 名 (11.7%) であった。疾患群別では、内分泌、栄養および代謝疾患（糖尿病を含む）が最も多く (29.9%)、次に循環器疾患（高血圧を含む）(17.2%)、精神及び行動の障害 (9.4%) が続いた。(表 1)

設問「あなたは、今、適切な治療を受けながら、仕事を継続するにあたって、会社から何かしらの支援が必要ですか。」に「はい」と回答した割合は、3,843 名 (3.5%) であった。(表 2)

その中から、両立支援が必要な者 1,200 名、両立支援を必要としない者 1,200 名に対して調査を行った。各群間の属性および指標の比較を表 3 に示す。両立支援が必要な者と、両立支援の不要な者の比較において、上司のリーダーシップの課題達成機能は、両立支援が不要な者が有意に高く、同僚の支援は、両立支援が必要な者が有意に高かった。

両立支援が必要な者のみを対象とした場合、「あなたは、ご自身が受けている両立支援について、定期的に会社と話し合えていますか」「会社は、あなたが両立支援を受けることに協力的ですか」「あなたは、ご自身の病気のことを会社（上司や人事、産業医、経営者など）に報告していますか」「あなたは、会社や職場に対して、治療と職業生活の両立（治療をしながら仕事を続けること）への支援を申し出ていますか」という問いに対して、肯定的に回答した者は、否定的に回答した者と比較して、離職意思が有意に低く、LMX が有意に高かった。(表 4)

2. 研究会の開催

当日の参加者は 60 名であった。アンケートは 32 名から回収した。満足度については、満足が 28 名 (87.5%)、どちらかと言えば満足が 4 名 (12.5%) であった。テーマを「経営者に響く治療と仕事の両立支援とは」とした今回の研究会への参加により、参加者からは、経営課題として両立支援を経営者に説明できる支援者のスキル、そのための好事例の収集の必要性などが課題として挙げられた。また、支援者として最前線で支援を行う中で、段取り、環境整備に手間がかかることも挙げられていた。(表 5 および資料 1)。

今回の研究会の報告内容を情報共有するための報告書を作成した (資料 2)。

3. 北里大学病院内での就労支援外来の開設と患者向け就労支援セミナーの定期開催

北里大学病院では、2018 年 4 月から、がん相談支援センターに、「両立支援コーディネーター」の研修を受講した相談支援員（ソーシャルワーカー）を専任で配置し、就労支援専任のソーシャルワーカーを中心に兼任ソーシャルワーカー、看護師（がん看護専門看護師）、就労支援担当医師からなる就労支援チームを立ち上げた。就労支援チームの支援対象は、疾患を限定せずに、就労に関して何かしらの支援を必要とする全ての患者とした。就労支援担当医師は、企業で 10 年以上の産業医経験があり、日本産業衛生学会指導医を有する者を選任した。就労支援担当医師の主たる業務は、面談による企業に対して情報提供を行う主治医意見書作成のための情報収集と主治医意見書のドラフト版の作成とした。作成した主治医意見書のドラフト版は、最終的に主治医の承認を得て、患者を通じて事業所に提出された。

患者向けセミナーを 7/23 (火)、8/27 (火)、11/2 (土)、1/8 (水) の計 4 回開催した。1 回当たりの時間は 1.5 時間とした。内容は、講演が 50 分程度、その後、意見交換会とした。セミナーには、

医療ソーシャルワーカーと看護師も参加し、出席者からの質問に回答して情報提供に努めた。参加者は、当事者だけではなく、家族、支援者、当事者勤務する会社の人事担当者も参加した。出席者の中で、一部は、就労支援外来につながった。

4. 研究班ホームページの充実

研究班の成果物と、研究会の内容の公開、両立支援に関する知見をまとめるために、ホームページの内容の充実化をはかった。(図1)

URL :

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

本ホームページに対しては、当事者や関係者から、単に研究班の研究成果の情報発信にとどまらず、両立支援を進める上での課題の解決に資するような収集した事例の公表や、既存の研究をより使いやすいように情報整理をする役割も期待された。

フェイスブックを通じて定期的に情報提供することにより、より多くの方々にアクセスしてもらうように努めた。



図1 ホームページ

D. 考察

1. 両立支援の状況と支援を必要とする労働者の離職意思等との関連に関する調査

20歳から64歳を対象とした本調査において、働いている者の中で、病気や障害を抱えている者の割合は11.7%（このうち疾患を悪性新生物と回答した者は5.5%で、全体に対しては0.64%となる）、更に、支援を必要としている者の割合は3.5%であった。平成22年国民生活基礎調査に基づく推計では、仕事を持ちながら通院している者の数は32.5万人で、平成22年労働力人口6,590万人と比較すると約0.5%であったことから、大きく乖離はしていなかった。

上司のリーダーシップスタイルの中で、上司の課題達成機能については、両立支援を必要としない者が、両立支援を必要としている者よりも

高く回答していた。この理由としてはいくつか考えられる。一つ目は、課題達成機能が高い上司は、働き方に制約のある両立支援が必要な労働者を部下として持つことを避ける傾向にあるかもしれない。二つ目は、両立支援が必要な労働者に対しては、上司が配慮して、課題達成のハードルを下げているかもしれない。

同僚の支援は、両立支援を必要としている労働者の方が、両立支援を必要としていない労働者よりも高かった。両立支援を必要としている労働者は、同僚から支援を受けることが多いことが影響していると考えられた。

両立支援が必要な者のみを対象とした場合、「あなたは、ご自身が受けている両立支援について、定期的に会社と話し合っていますか」「会社は、あなたが両立支援を受けることに協力的ですか」という問いに対して、肯定的に回答した者は、否定的に回答した者と比較して、離職意思が有意に低く、LMX が有意に高かった。このことは、両立支援を進めることは、離職予防や、上司部下間のコミュニケーションを促進することにつながる可能性があり、経営者にとっても、両立支援を進めるインセンティブになり得ると考えられた。

両立支援が必要な者のみを対象とした場合、「あなたは、ご自身の病気のことを会社（上司や人事、産業医、経営者など）に報告していますか」「あなたは、会社や職場に対して、治療と職業生活の両立（治療をしながら仕事を続けること）への支援を申し出ていますか」という問いに対して、肯定的に回答した者は、否定的に回答した者と比較して、離職意思が有意に低く、LMX が有意に高かった。両立支援を進める上では、労働者からの病気の報告や、支援の申し出をしてもらう必要がある。そのような行動を起こしやすい職場環境を醸成することは、離職予防や上司部下間のコミュニケーションの促進につながる可能性があると考えられた。

2. 研究会の開催

今年度実施した第3回目の研究会では、「経営者に響く治療と仕事の両立支援とは」をテーマに開催し、経営者、当事者、支援者、社会保険労務士から幅広い意見を収集することで、引き続き、特に中小企業において、経営者の理解を得ながら両立支援を進めることの課題があることが分かった。厚生労働省や各研究グループから多くの事例や研究成果が出され、中小企業の経営者の両立支援への関心や、経営課題として認識してもらう動きは広がっているが、参加者から出されたコメントは、まだまだ、情報提供の余地があることを示していると考えられた。引き続き、当事者や支援者が会するこのような研究会の場を通じて、意見収集、交換をしていくことが必要であると考えられた。

アンケートの結果から、講演会の内容について、参加者からも一定の評価を得ることができたと考えられた。

3. 北里大学病院内での就労支援外来の開設と患者向け就労支援セミナーの定期開催

就労支援担当医師が、主治医意見書のドラフトを作成することにより、主治医には、主治医意見書の作成に関する追加の負担がほとんど生じずに、質の高い主治医意見書を患者に提供できた。就労支援担当医師との面談が、患者が仕事という点から自分の病気のことを見直すきっかけとなり、自分の病気と仕事について整理ができ、会社に対して自分の状況をよりうまく説明できるようになり、結果として、主治医意見書の作成は不要、というケースが多くみられた。患者の中には、心身の復職の準備ができていないにも関わらず、復職を希望する者が多くいることが分かり、より早期の就労支援担当医師による面談が、早期の復職につながる可能性があると考えられた。

定期外来化して予約を取れるようになったことで、定期的にフォローするケースも出てきており、当初は意見書を作成することが目的であったが、

復職準備性を高めるための相談対応などについてもニーズがあることが分かった。

治療と仕事の両立に関するセミナーは毎回 3-4 名程度の参加者であった。当初は、当事者の参加を想定していたが、家族、支援者、勤務先の人事担当者など、参加もあり、一定のニーズがあることが確認できた。勤務先の人事担当者については、セミナー後に、就労支援外来でも面談を行うことにつながり、社内のリソースが限られている中小企業や、大企業であっても知識や経験が十分ではない担当者の場合など、このセミナーが両立支援を円滑に進める機会となることが期待された。

4. 研究班ホームページの充実

研究班の成果物の公開や、フェイスブックを通じた情報発信を通じて、周知を行った。フェイスブックのページへの「いいね」の数など一定の認知を得ていると考えられた。今後も研究班の成果物や、両立支援に関する情報の周知のために更新に努めていきたい。

E. 結論

3 年間の研究期間の最終年度である本年度は、①インターネット調査による治療と仕事の両立支援が必要な労働者における経営に資する情報集という点か、②研究会の開催による当事者や関係者からの意見収集、③北里大学病院内での就労支援外来の開設と患者向けの定期セミナーの開催による事例収集、④両立支援に関する情報発信のためのホームページの充実、を行った。これらの活動を通じて、治療と仕事の両立支援の実践に必要な資源の活用、中小企業の経営者が両立支援を進めることにインセンティブを感じられるようなデータや事例の提供、現場が抱える課題の収集を通じて、両立支援を推進することに貢献した。

G. 研究発表

1. 論文発表

Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, Kachi Y. Organizational justice and illness reporting among Japanese employees with chronic diseases. PLoS One. 2019;14(10):e0223595.

Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, Kachi Y. Links between organizational preparedness and employee action to seek support among a Japanese working population with chronic diseases. J Occup Health. 2019;61(5):407-414.

江口尚. 難病患者における両立支援. 健康開発. 2020;24(3) (印刷中)

江口尚, 森永雄太, 細見正樹. 健康経営および治療と仕事の両立 ―産業保健学および組織行動論の視点から―. 経営行動科学. 2020. (印刷中)

2. 学会発表

江口尚, 堤明純, 井上彰臣, 早坂由美子, 近藤まゆみ, 児玉美由紀, 田邊聡. 北里大学病院における就労支援担当医師の活動報告. 第 29 回日本産業衛生学会全国協議会. 2019. 仙台.

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 引用文献

なし

2018年12月22日

表1 スクリーニング対象者の疾患群

疾患群	度数	%
感染症	355	2.8%
悪性新生物	708	5.5%
良性新生物	82	0.6%
血液疾患	424	3.3%
内分泌、栄養及び代謝疾患	3824	29.9%
精神及び行動の障害	1196	9.4%
神経系の疾患	292	2.3%
眼及び付属器の疾患	322	2.5%
耳及び乳様突起の疾患	135	1.1%
循環器疾患	2204	17.2%
呼吸器系の疾患	684	5.4%
消化器系の疾患	1063	8.3%
皮膚及び皮下組織の疾患	238	1.9%
筋骨格系及び結合組織の疾患	318	2.5%
腎尿路生殖器系の疾患	470	3.7%
妊娠、分娩及び産じょく	58	0.5%
先天奇形、変形及び染色体異常	16	0.1%
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	19	0.1%
損傷、中毒及びその他の外因の影響	110	0.9%
その他	265	2.1%
合計	12783	100.0%

表2 「あなたは、今、適切な治療を受けながら、仕事を継続するにあたって、会社から何かしらの支援が必要ですか。」という設問に対する回答

	度数	%
はい	3843	30.1
いいえ	8940	69.9
合計	12783	100.0

表 3 調査対象者の属性

	両立支援が必要 (N=1, 200)		両立支援が不要 (N=1, 200)		p ^{※1}
	n	%	n	%	
性別					
男性	845	(70. 4%)	781	(65. 1%)	<0. 01
女性	355	(29. 6%)	419	(34. 9%)	
年齢					
20-29 歳	91	(7. 6%)	100	(8. 3%)	0. 13
30-39 歳	276	(23. 0%)	254	(21. 2%)	
40-49 歳	367	(30. 6%)	402	(33. 5%)	
50-59 歳	363	(30. 3%)	368	(30. 7%)	
60-64 歳	103	(8. 6%)	76	(6. 3%)	
学歴					
中学校卒業	30	(2. 5%)	21	(1. 8%)	0. 19
高校中退・卒業	256	(21. 3%)	288	(24. 0%)	
短大・高専・専門学校中退・卒業	221	(18. 4%)	243	(19. 3%)	
大学中退・卒業	599	(49. 9%)	563	(46. 9%)	
大学院中退・修了	94	(7. 8%)	85	(7. 1%)	
雇用形態					
経営者・役員	119	(9. 9%)	74	(6. 2%)	0. 02
正規の職員・従業員	735	(61. 3%)	771	(64. 3%)	
パート	127	(10. 6%)	130	(10. 8%)	
アルバイト	55	(4. 6%)	66	(5. 5%)	
派遣社員	20	(1. 7%)	31	(2. 6%)	
契約社員	56	(4. 7%)	43	(3. 6%)	
嘱託	9	(0. 8%)	11	(0. 9%)	
その他	79	(6. 6%)	74	(6. 2%)	

障害者雇用枠	はい	289	(24.1%)	0	(0%)	<0.01
	いいえ	911	(75.9%)	1200	(0%)	
勤務先規模	10 人未満	197	(16.4%)	199	(16.6%)	0.79
	10-29 人	130	(10.8%)	125	(10.4%)	
	30-49 人	86	(7.2%)	78	(6.5%)	
	50-99 人	115	(9.6%)	108	(9.0%)	
	100-299 人	144	(12.0%)	146	(12.2%)	
	300-999 人	146	(12.2%)	150	(12.5%)	
	1000-4999 人	173	(14.4%)	152	(12.7%)	
	5000 人以上	165	(13.8%)	194	(16.2%)	
	官公庁	44	(3.7%)	48	(4.0%)	
仕事の内容	管理職	203	(16.9%)	204	(17.0%)	<0.01
	専門職	216	(18.0%)	175	(14.6%)	
	技術者	91	(7.6%)	87	(7.2%)	
	事務職	260	(21.7%)	212	(17.7%)	
	サービス	161	(13.4%)	187	(15.6%)	
	技術を必要とする生産技能職	41	(3.4%)	53	(4.4%)	
	機械を操作する生産技能職	39	(3.3%)	37	(3.1%)	
	身体を使う作業の多い生産技能職	59	(4.9%)	61	(5.1%)	
	その他の仕事	130	(10.8%)	184	(15.3%)	
世帯年収	299 万円以下	268	(22.3%)	188	(15.7%)	<0.01
	300-499 万円	298	(24.8%)	312	(26.0%)	
	500-799 万円	327	(27.3%)	352	(29.3%)	
	800-999 万円	156	(13.0%)	169	(14.1%)	

1000-1499 万円		102	(8. 5%)	130	(10. 8%)
1500 万円以上		49	(4. 1%)	49	(4. 1%)
主たる生計維持者					
はい		902	(75. 2%)	851	(70. 9%) 0. 02
いいえ		298	(24. 8%)	349	(29. 1%)
週間労働時間					
1-19 時間		177	(14. 8%)	138	(11. 5%) <0. 01
20-39 時間		292	(24. 3%)	240	(20. 0%)
40-59 時間		634	(52. 8%)	726	(60. 5%)
60 時間以上		97	(8. 1%)	96	(8. 0%)
業種					
非製造業		1018	(84. 8%)	989	(82. 4%) 0. 11
製造業		182	(15. 2%)	211	(17. 6%)
		平均	SD	平均	SD p ^{※2}
LMX					
離職意思		19. 6	7. 2	19. 4	6. 7 0. 62
課題達成機能		11. 3	4. 0	11. 5	3. 6 0. 21
集団維持機能		20. 9	7. 2	22. 3	7. 8 <0. 01
要求度		19. 5	6. 6	22. 1	7. 6 0. 53
コントロール		31. 6	0. 2	31. 6	5. 6 0. 78
上司の支援		62. 9	11. 5	62. 9	11. 9 0. 89
同僚の支援		10. 0	3. 1	10. 1	3. 0 0. 49
		13. 7	4. 5	12. 8	4. 1 <0. 01

※1 χ^2 二乗検定 ※2ANOVA

表 4 両立支援に関する会社の姿勢及び当事者の行動と離職意思及び LMX の関係

			離職意思		p ^{※1}	LMX		p ^{※1}
			平均値	SD		平均値	SD	
両立支援について定期的に話し合えている	はい	714 (59.5%)	10.1	3.7	<0.001	21.5	7.0	<0.001
	いいえ	486 (40.5%)	13.1	3.8		16.7	6.5	
両立支援に協力的である	はい	855 (71.3%)	10.3	3.7	<0.001	21.2	7.0	<0.001
	いいえ	345 (28.7%)	13.8	3.8		15.4	6.0	
病気の報告をしている	はい	1016 (84.7%)	11.0	3.9	<0.001	20.1	7.2	<0.001
	いいえ	184 (15.3%)	12.9	4.2		16.8	6.4	
支援を申し出ている	はい	833 (69.4%)	10.9	4.0	<0.001	20.4	7.2	<0.001
	いいえ	367 (30.6%)	12.4	4.0		17.5	6.8	

※1 ANOVA

表5 両立支援を行う上で皆さんが抱えられている課題、期待される支援（アンケートの回答）

正しい中小企業における両立支援が今求められているように思います。実態は、人手不足の状況から運用上の配慮がなされているものの実態把握が十分なされていないのではと思います。
本日のテーマにもある、中小企業の経営者を両立支援に引きつける引き出しの整理に取り組んでますが、難しいテーマです。
「パーソルチャレンジ」の事例のような、「超時短」「遠隔」でかつ体調管理困難者に理解がありの勤務可能な事例がまだまだ数が足りない。 P Cやツールのマニュアル、スキルアップに必要なセミナーなどが、遠隔で無料受けることができるものがない。患者の側から「病者を雇うとこんなメリットが」とは言いにくい面が大きい。患者と企業の間に入って下さる「支援者」とつながる必要性を改めて感じた。また、患者団体などが、様々な支援者をしっかり連携していかないとも思った。
若年性認知症のことを質問されていましたが、会社でどこまで安全配慮をすべきか？等々現在大変困っております。
産業医としてどのようにかかわっていくのか？
きめ細かな実際の段取りをとるのが困難と感じている。
20h未満でしか働くことができない障害者の人の採用。在宅勤務の場合の社内情報流出のケネンの問題。
障害者への理解、不足 かたちだけ・数字だけの障害者雇用。ホワイト500認定を受けても、実際に書類上のホワイトで内情はブラックなので健常者でも働きにくい企業なので病気を抱えたら、障害者と抱えた方が働きにくい。
両立支援が、福利厚生や、配慮ととらえている事、権利であり、もっとあたり前になってほしい。病気ある人、ない人の間の公平な評価／休職中のリハビリ、スキルup。
多職種連携の向上。医療機関の専門職との関係づくりに難しさを感じている。
中小企業の社長にどうやって伝えよう???このセミナー見てもらいたかったです。特に演者をはじめ障がいのある方の声を。
中途での疾患発病による復職への困難さが課題にあります。
関連会社の特例子会社で雇用されている社員の対応。どこまで本社で介入してよいのか産業保健職としての関わりに悩んでいます。
幅広い方にコンテンツ、情報を得られるようになればよいと感じました。
以前から職場と連携して支援をすすめていた事例(難病)の方について社会対策支援開始にあたり、制約が増えることが判明したことから、支援の基準(制度)をすすめる場合は、事例性優先することもあること、一律化は難しいと感じています。
難病患者・障害者は一人一人違いますのでどの様に信頼関係をつくり支援していけるかなどあれば良いと思います。
特に精神疾患を抱えている方の就労支援が難しさを感じています。
人事制度見直しや仕事の切り分けを中小企業で行うのは、なかなか難しい状況を感じています。
支援のための具体的な制度、主に福祉系の知識ノウハウの取得。
現在病気をクローズで働いている人がオープンに出来るしくみ(?)があればいいと思う。それによってあきらめず働き続けることが出来る。

本日は、本研究会にご参加頂きましてありがとうございました。

大変、お手数ではございますが、アンケートへのご協力をお願い致します。研究班と致しましては、今後も、年に 1 回程度、当研究班の研究の成果のご報告と意見交換、および両立支援に関する情報提供のためにこのような研究会を継続していく予定です。本アンケートは、今後の研究会を更に充実させていくための、参考資料とさせて頂きたいと考えております。

皆様の、ご意見を宜しくお願い致します。

問1 あなたの仕事を教えてください（例：社会保険労務士、行政、保健師、医師など）
（ ）

問2 本日の研究会の全体的な満足度はいかがでしたか？
（ ）満足 （ ）どちらかといえば満足
（ ）どちらかといえば不満足 （ ）不満足

問3 本研究会に参加された動機をご記入下さい。

--

問4 本日の研究会に参加されて良かった点、気づきのあった点をご記入下さい。

--

問5 本日の研究会に参加されて不満足だった点、期待はずれだった点をご記入下さい。

--

問6 両立支援を行う上で皆さんが抱えられている課題や、期待される支援をご記入ください。

--

以上です。ご協力ありがとうございました。今後ともどうぞ宜しくお願い致します。

「これからの治療と就業生活の両立支援を考える研究会」事務局

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
堤 明純	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	産業医学ジャーナル	42 (2)	5-9	2019
Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, Kachi Y.	Links between organizational preparedness and employee action to seek support among a Japanese working population with chronic diseases	J Occup Health	61 (5)	407-414	2019
Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, Kachi Y	Organizational justice and illness reporting among Japanese employees with chronic diseases	PLoS One	14 (10)	e022359 5	2019
Inoue A, Tsutsumi A, Eguchi H, Kawakami N.	Organizational Justice and Refraining from Seeking Medical Care Among Japanese Employees: A 1-Year Prospective Cohort Study	Int J Behav Med	26 (1)	76-84	2019
Kusumoto A, Kajiki S, Fujino Y, Namba K, Nagata T, Nagata M,	Characteristics of self-reported daily life note (LN) users in return-to-work judgment for workers on sick leave due to mental health conditions, and usefulness of the tool	Ind Health	57 (1)	70-78	2019

Tsutsumi A, Mori K						
錦戸典子	第26回日本産業精神保健学会:大会長講演 コミュニティとメンタルヘルスの未来を考える——保健師の立場から	産業精神保健	27(4)	277-284	2019	
Nishikido N, Sasaki M, Yoshikawa E, Ito M	Development and evaluation of a training program for occupational health nurses regarding support for workers with cancer and their workplaces	J Occup Health	61(6)	489-497	2019	
Nishikido N, Sasaki M, Yoshikawa E, Ito M, Abe H, Sakiyama N	Development of a support tool for balancing cancer treatment and work in small and medium-sized enterprises	Environmental and Occupational Health Practice	1(1)	13-19	2019	
Yoshikawa E, Nishikido N, Sasaki M, Ito M, Watai I, Sudo J, Mochizuki M	Development of an occupational health nurse's guidebook to promote the balance between cancer treatment and work	Environmental and Occupational Health Practice	1(2)	31-38	2019	
江口尚	難病患者における両立支援	健康開発	24(3)	印刷中	2020	

書籍

Tsutsumi A.	Return to work after stroke	U. Bültmann, J. Siegrist (eds.), Handbook of Disability, Work and Health, Handbook Series in Occupational Health Sciences, Springer Nature Switzerland AG	https://doi.org/10.1007/978-3-319-75381-2_25-1	2020
-------------	-----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

研究会・セミナー

発行者	報告書	発行年
江口尚、森口次郎、鳩原由子	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	2019
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)	治療と仕事の両立支援のススメ Vol.3 (校正稿)	2019
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)	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 第3回—経営者に響く治療と仕事の両立とは	2019
北里大学医学部公衆衛生学単位	第5回治療と仕事の両立支援セミナー報告書	2019

IV. 研究成果の刊行物・別刷

1 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

堤 明 純

要 約

治療と仕事の両立に関する支援機関の認知や連携は十分には進んでいない。両立支援を進めるための事業場の環境整備が不十分であると、両立支援の初期動作である労働者の申し出や受診行動を抑制する可能性がある。事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインの一層の周知と好事例の蓄積が求められる。中小規模事業場の労働者に対する支援をいかに進めていくかは大きな課題である。

I はじめに

本研究では、とくに中小企業の利便性向上を念頭に置き、治療と仕事の両立支援を必要とする労働者、事業者からの相談を、関係機関の連携のもとに総合的に対応するワンストップサービスモデルを提案することを目的としている。PDCAを回して支援活動を継続的に改善させるための活動評価指標を含むツールを開発し、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン（以下、ガイドライン）」¹⁾で示されている様式集に具体的な連携方法を付加することを目指している。本稿では、本研究におけるこれまでの研究成果を紹介し、そこから把握された両立支援を進める上での課題について記述する。

II 支援機関の活動と連携

中小企業の両立支援には、様々な職種や機関が関わっているが、職種や機関間の連携はほとんどない²⁾。調査した範囲では、地域産業保健センターには両立支援についての相談は少なく、関係機関のネットワークが希薄で、結局は産業保健総合支援センターに紹介する状況が認めら

れる。

拠点病院のキーパーソンとなる専門医を対象とした調査では、専門医といえども、利用可能な就労支援システムについての知識を持っている者や治療方針決定時に就業を考慮する者は少なく、就業に関する情報収集は初診時や病状変化時に限られていること、主治医として就労継続に積極的に働きかけていないこと、両立支援のための意見書の書き方が分からないこと等、両立支援の認識が十分でないことが判明した。

一方、全国労働衛生団体連合会の会員66機関（回答率59%）における調査³⁾で、事業場担当者や当該労働者からの両立支援に関する相談への支援が13-15%の機関で取り組まれており、4割前後の労衛機関が今後取り組みたいという意向を有していることが分かった。今後の顧客企業からの両立支援に関する相談には、約6割の機関が産業保健総合支援センターをはじめとする外部機関との連携を含めた対応を検討していた。

神奈川県では、神奈川産業保健総合支援センター、関東・横浜労災病院および神奈川県内4大学病院を核に神奈川両立支援モデルを確立し、労働局、神奈川県、横浜市、医師会、労働者健康安全機構、社労士の会等14の団体をまとめて

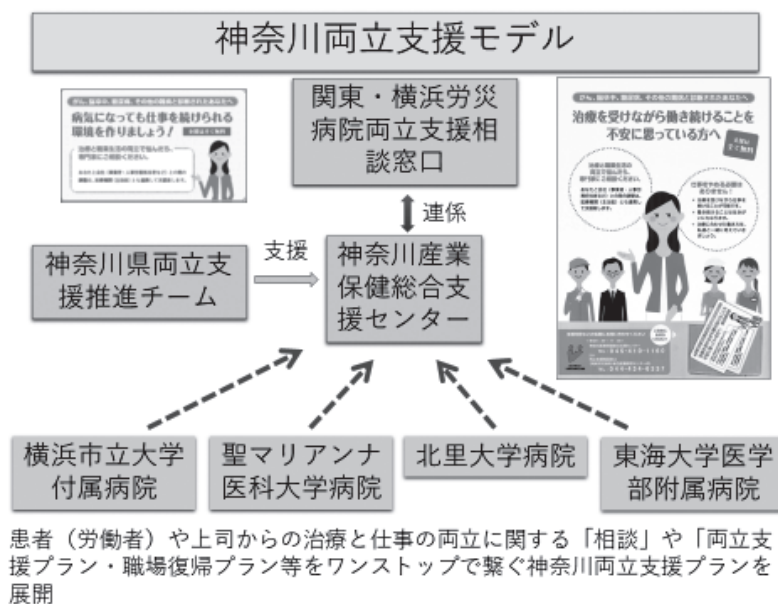


図1 神奈川両立支援モデル

神奈川県両立支援推進チームとして両立支援の周知・広報活動を展開しており、実際の支援の実績も出始めている（図1）。

Ⅲ 両立支援を行うための環境整備の重要性

事業場で両立支援を実施するための準備事項として、両立支援に関する制度・体制等の整備がある。加えて、同僚への共感がないと支えることはできず、トップを含めた事業場全体の風土づくりが重要である⁴⁾。治療と仕事の両立支援は、両立支援を必要とする労働者の申し出に応じて開始される。ガイドラインでは、治療と仕事の両立を実現しやすくするため、両立支援に取り組むにあたっての基本方針や具体的な対応に関する事業場内ルールを定めて労働者に周知することを勧めている。事業場における環境整備が整っていると、労働者がガイドラインに沿った行動をとるのかを検証した。

反復、継続しての治療が必要で、短期で治癒しない疾病や障害を抱えている労働者1,134人（男女各567人）を対象としたインターネット調査で、対象者の76.5%が自身の病気を会社（上司や人事、産業医、経営者等）に報告していた。54.4%が会社や職場に治療と仕事の両立

への支援を申し出ており、45.7%が仕事を続けるにあたり主治医に意見書を求めている。主治医に意見書を求めている労働者の47.5%が業務内容を記載した書面を主治医に提出しており、63.3%が主治医の意見書を会社や職場に提出していた。治療と仕事の両立支援にあたっての基本方針や具体的な対応方法等の事業場内ルールがあると回答した労働者は16.0%、ないと回答した労働者は52.6%、わからないと回答した労働者は31.4%で、社内で治療と仕事の両立支援についての研修等があると回答した労働者は10.1%、ないとした労働者は70.8%、わからないと回答した労働者は19.1%であった。方針および事業場内ルールや研修等の存在を認識していた労働者は、そうでない労働者よりも、自身の病気の会社への報告、両立支援の申し出、主治医意見書の取得と会社への提出を行っていた。事業場内ルールと研修が共にあると、両立支援を求める行動をとる頻度が最も多かった⁵⁾。

この調査では、さらに、組織の風土に関わる状況として組織の公正性を取り上げ、配慮を要する自らの病気についての報告の有無との関連を検討した。組織的公正は、手続き的公正（意思決定に至るまでのプロセスに関する公正性）と、相互作用的公正（上司の部下に対する接し方に関する公正性）を測定した。「あなたは、ご

自身の病気のことを会社（上司や人事、産業医、経験者など）に報告していますか」という問いに対して肯定した労働者の頻度を、組織的公正に関する尺度得点を3分位したグループ間で比較したところ、手続き的公正、相互作用の公正を高水準と評価した男性労働者は、低水準とした労働者より統計学的に有意に高い頻度で、自らの病気のことを会社に報告していた。相互作用の公正を高く評価した女性労働者は、そうでない労働者に比べて、統計学的に有意に高い頻度で、自らの病気のことを会社に報告していた⁶⁾。

労働者の事業場の組織的公正についての評価と、その後1年間の受診行動の関連を、2,695人

の労働者を対象とした追跡調査において検討した。受診行動は、「過去1年間に、病気やケガにもかかわらず、病院や診療所・鍼灸接骨院・または歯医者に行かなかったことがありますか。軽い風邪や、虫歯の場合も含めてお答えください。」という質問に対し、「控えたことがある」とした回答を必要な受診を抑制していると評価した。手続き的公正の得点が1ポイント悪くなるごとに、男性で33%、女性で37%、相互作用の公正が1ポイント悪くなるごとに、男性で15%、女性で23%受診抑制のリスクが上がることを示された⁷⁾。

表1 産業保健総合支援センターの活動評価指標（案）

以下の項目は、各都道府県の産業保健総合支援センター（以下、センター）で実施されている「治療と仕事の両立支援」（※）の4つのサービス（事業者啓発セミナー、個別訪問支援、個別調整支援、窓口での相談対応）を更に円滑に実施し、相談件数の増加とサービスの向上を目指していくための取り組みを列挙したものです。現在の貴センターにおける取り組み状況をチェックしてみてください。

（※）対象疾患は、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、その他難病など、反復・継続して治療が必要となる身体疾患とします。

【活動評価指標の使い方】

全部で4つのセクションから構成されています。まずは白抜きの項目にチェックが付くことを目指しましょう。白抜きの項目にチェックが付いたら、網かけの項目を（四半期に1回など）定期的に見直し、PDCAサイクルを回してスパイラルアップを目指しましょう。

記入年月日 年 月 日

【スタッフの確保・教育】	
<input type="checkbox"/>	産業保健専門職として、両立支援を担当する保健師を採用している
<input type="checkbox"/>	両立支援促進員（社会保険労務士・保健師など）全員に、両立支援コーディネーター基礎研修を受講させている
<input type="checkbox"/>	両立支援促進員に対し、「両立支援体制の構築」や「疾病別の両立支援対策」などの教育研修を実施し、両立支援事業に必要な最新の情報やツールを提供している

【事業者以外を対象とした研修・セミナーの実施】	
<input type="checkbox"/>	産業保健スタッフ（産業医・産業看護職など）を対象に、両立支援に関する研修・セミナーを積極的に行っている
<input type="checkbox"/>	医療関係者（診療医・看護師・医療ソーシャルワーカーなど）を対象に、両立支援に関する研修・セミナーを行っている
<input type="checkbox"/>	労働者（患者）やその家族を対象に、両立支援に関するセミナーを行っている
<input type="checkbox"/>	研修・セミナーでは、終了時に受講者にアンケートを実施し、その結果を研修内容の見直しやブラッシュアップに活用するほか、実施にあわせて相談等に対応している
<input type="checkbox"/>	研修内容が最新のものになるよう、常に情報をアップデートしている

（次のページに進んでください）

【近隣病院（大学病院や労災病院）との連携・多職種連携の強化】	
<input type="checkbox"/>	近隣の大学病院や労災病院と連携し、両立支援情報の共有化を図っている
<input type="checkbox"/>	連携先の医療機関でセンターによる支援が必要な事案を把握した際に情報を共有するための共通書式（両立支援依頼書）を作成している
<input type="checkbox"/>	がん診療連携拠点病院や連携先の大学病院などの医療機関との協定により、両立支援（出張）相談窓口の設置場所を拡大している
<input type="checkbox"/>	連携先の医療機関と定期的に連絡会議（※労働局が設置する「地域両立支援推進チーム」の会議を除く）を開催し、事例検討（好事例の積み上げ）を行っている
<input type="checkbox"/>	多職種が参加する検討会や交流会、研修会などを行い、多職種の連携強化を図っている

【周知広報・両立支援カード／パンフレットの配布】	
<input type="checkbox"/>	産業保健フォーラム等のイベントや会議等のあらゆる機会を利用して、両立支援に係る事業の周知広報を行っている
<input type="checkbox"/>	県および政令市等による疾病対策と連携して、医療関係者、事業者や人事労務担当者に対し、研修やパンフレット等による周知啓発を効果的に行っている
<input type="checkbox"/>	医療機関に両立支援カードを配布し、主治医から労働者（患者）に渡して、両立支援を説明してもらうよう依頼している
<input type="checkbox"/>	働き方改革推進支援センターと連携し、働き方改革の取り組みとして、中小企業・小規模事業場に対して、両立支援や助成金制度に関する周知広報を効果的に実施している
<input type="checkbox"/>	労災病院等の医療機関、地域産業保健センター、保健福祉センター、県郡市医師会など、両立支援カードやパンフレットを配置・配布してもらえるよう連携を拡大している

【個別訪問支援・個別調整支援の促進】	
<input type="checkbox"/>	両立支援促進員を地域ごとに委嘱する等、両立支援の実施体制を強化し、利用者アンケートやがん検診の取り組み状況等によりニーズを把握して個別訪問を積極的に行っている
<input type="checkbox"/>	両立支援促進員が、産業保健専門職（保健師）とともに、医療機関や職場の両立支援コーディネーターと相互に連携し、情報を共有する「両立支援チーム」を構築している

<p>【自由記載】 上記で挙げた項目以外に、「治療と仕事の両立支援」の相談件数の増加やサービスの向上を目的として貴センター内で取り組んだことや、今後、取り組んでいきたいことを自由に記載してください。</p>
<p>【取り組んだこと】</p>
<p>【今後、取り組んでいきたいこと】</p>

Ⅳ ツール類の開発

とくに中小企業経営者・人事担当者向けや企業外労働衛生機関の渉外職を意識したマンガ仕様の啓発用パンフレット、一般受診者の予備知識向上に役立つことも意識して健診・検診受診者向けの両立支援カードを作成し、両立支援に関する情報を集約した参考サイトおよび各種研究会報告とともにウェブサイト⁸⁾に掲載した。

支援機関の活動報告についての広範な文献レ

ビューと実地調査を基に、産業保健総合支援センターと企業外労働機関の両立支援に関する活動評価指標（案；産業保健総合支援センター用のみ表1に示す）を作成した。これらのツールは、モデル事業で実用し、改善を加える予定である。

V 課題

現状、様々な機関が両立支援の推進に関わっ

ているものの、多くの機関はそれぞれ単独で、啓発や制度作り、事例支援を実施している。そのため、中小企業にとっては、どの機関にどのような内容を相談すればよいか等が分かりにくい^{2, 4)}。支援機関間の連携はほとんどなく、連携を試みているところでも、連携先の事業内容がお互いに十分把握されていないことが観察されている。地域産業保健センターにおける両立支援に関する相談がほとんどなく、その背景として地域産業保健センターの事業内容に両立支援が含まれていないことが伺われた。

Ⅵ おわりに

関係諸機関の治療と仕事の両立に関する認知や連携は十分には進んでおらず、ガイドラインのさらなる周知と好事例の蓄積が必要である。ガイドラインが勧める制度や体制および風土づくりが、両立支援の初動となる労働者の申し出を進める可能性がある。中小規模事業場の労働者に対する支援をいかに進めていくかが大きな課題と思われる。

謝辞

本稿は、平成29, 30年度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」(170401-2)の成果を基に執筆した。

文 献

- 1) 厚生労働省：事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115267.html>) 2019年5月31日最終アクセス
- 2) 崎山紀子, 錦戸典子：産業保健師の産業保健活動から見た中小企業におけるがんを含む疾病を持つ社員の治療と就労の両立支援の現状と課題, 日本健康教育学会誌27:115-119, 2019.
- 3) 森口次郎：両立支援を支える企業外労働衛生機関の役割と取り組み, 労働の科学 (印刷中)
- 4) 錦戸典子：【多様な「働き方」とメンタルヘルス】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, 産業精神保健26特別号: 49-52, 2018.
- 5) Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, Kachi Y. Links between organizational preparedness and employee action to seek support among a Japanese working population with chronic diseases. J Occup Health, 2019 May 2. doi: 10.1002/1348-9585.12057. [Epub ahead of print]
- 6) Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, Kachi Y. Organizational justice and illness reporting among Japanese employees with chronic diseases. (in press)
- 7) Inoue A, Tsutsumi A, Eguchi H, Kawakami N. Organizational justice and refraining from seeking medical care among Japanese employees: a 1-year prospective cohort study. Int J Behav Med. 2019 Feb;26(1):76-84. doi: 10.1007/s12529-018-9756-6.
- 8) これからの治療と就業生活の両立支援を考える研究会 (<http://www.med.kitasato-u.ac.jp/~publichealth/bs/index.php>) 2019年5月31日最終アクセス

つつみ あきずみ | 北里大学医学部公衆衛生学 |

FIELD STUDY

Links between organizational preparedness and employee action to seek support among a Japanese working population with chronic diseases

Hisashi Eguchi  | Akizumi Tsutsumi | Akiomi Inoue | Yuko Kachi

Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine, Sagamihara, Kanagawa, Japan

Correspondence

Hisashi Eguchi, Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine, 1-15-1 Kitasato, Minami-ku, Sagamihara, Kanagawa 252-0374, Japan.
Email: eguchi@med.kitasato-u.ac.jp

Funding information

The Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan, Grant/Award Number: The Work-related Diseases Clinical Research Grant

Abstract

Objectives: This study examined the association between workplace rules and training programs regarding combining employees' work and treatment for chronic diseases, and actions actually taken by employees to manage this issue. These workplace measures (rules and training programs) are consistent with the Japanese Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment.

Methods: In February 2018, we conducted an online, cross-sectional survey of 1134 employed individuals with chronic diseases who needed workplace support to combine work and disease treatment. All participants were aged 18–65 years and lived in Japan. We investigated associations between workplace rules and training programs (two items) and employee actions (eight items), using a questionnaire based on the guideline and logistic regression analysis.

Results: In total, 76.5% of the participants said they had reported their chronic disease to their employer (manager, personnel department, or occupational physician). However, less than half (47.5%) had submitted a written report about their job to their doctor. Employees were more likely to take action in workplaces that had rules or training programs than in workplaces without such measures. More actions were taken among employees in workplaces with both rules and training programs than in those with either measure alone.

Conclusion: It is important to establish rules to support employees with chronic diseases and provide training to improve awareness of these rules to encourage employees with chronic diseases to take action to access the support they need.

KEYWORDS

chronic disease, employee retention, organizational factor, work participation

1 | INTRODUCTION

A growing concern in the field of occupational medicine is the ability to work among people with chronic and intractable

diseases (eg, cancer).¹ Advances in diagnostic techniques and treatment methods in recent years have greatly improved the quality of life among people with chronic diseases. Survival rates have increased for diseases once considered

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

© 2019 The Authors. *Journal of Occupational Health* published by John Wiley & Sons Australia, Ltd on behalf of The Japan Society for Occupational Health

“untreatable,” and many of these diseases are now viewed as chronic, long-term conditions.¹ At the same time, the age of the workforce is increasing because of general population aging and the increasing retirement age in developed countries.² The prevalence of chronic diseases increases with age, meaning an increasing proportion of people in the working population are affected by chronic diseases.^{3,4}

A significant proportion of people with chronic diseases experience physical, emotional, and social problems (eg, fatigue, pain, cognitive deficits, anxiety, and depression), all of which may become chronic.⁵⁻⁷ The long-term medical and psychological effects of chronic diseases or their treatment may also cause impairments that diminish physical and emotional employability.^{8,9} However, employment is associated with a higher quality of life.¹⁰ Encouraging people with chronic diseases to combine work and disease treatment also benefits aging societies economically. Workplace interventions to enable people with chronic diseases to combine work and treatment are therefore an important factor in improving their ability to continue working.¹¹⁻¹⁵

A number of Western countries have adopted policies to improve employment opportunities for people with chronic diseases.¹⁶ The Japanese government has recently promoted “work style reforms.” These reforms include: the introduction of the first-ever legal cap on overtime hours; rules to establish the “equal work, equal pay” principle by improving working conditions for people with irregular job status; and a new system that allows some corporate employees to be paid based on their performance rather than hours spent in the workplace. Improvement of employment support for people with chronic diseases is also part of the package of work-style reforms.¹⁷

In 2016, the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare launched the “Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment.”¹⁸ This guideline aimed to prevent employees with chronic diseases from worsening their condition by work. The guideline states that employees need to take the first step to combine their work and disease treatment; for example, by “report[ing] to the workplace (eg, manager, personnel department, occupational physician) about the illness” and “ask[ing] the workplace for support to combine work and disease treatment (to continue the job while undergoing disease treatment).” Moreover, the guideline recommends that workplaces create rules and training programs to shape the organizational climate and promote coordination of work and disease treatment for employees with chronic diseases. These measures are considered a key part of organizational preparedness.

To promote the process of workplace patient coordination and disease treatment, the guideline recommends that employers establish rules on how to support (or employ) workers with chronic diseases, and provide training programs to increase awareness of these rules among

employees and supervisors.¹⁸ Promotion of the process, rules, and training programs should be an important part of occupational health practice to prevent avoidable retirement because of chronic diseases.¹⁸ Previous studies reported that return to work is influenced by personal factors¹⁹ (eg, age, education, gender, and personal predictions about ability to return-to-work)²⁰ and work-related factors (eg, heavy manual work²¹ and perceived control over work situations¹⁹). However, little attention has been paid to organizational factors such as preparedness. This study aimed to examine the associations between organizational preparedness and employees’ actions in practice. Organizational preparedness was defined as the presence of rules and training programs about workplace patient coordination and disease treatment in the workplace.

2 | SUBJECTS AND METHODS

2.1 | Participants and survey method

A cross-sectional online survey was conducted in February 2018 with participants registered with a Japanese web survey company. The Japanese web survey company regularly collects information about chronic diseases from registrants. These chronic diseases included: acquired immune deficiency syndrome, Alzheimer’s-type dementia, aplastic anemia, bipolar disorder, cancer, cerebral hemorrhage, cerebral infarction, cerebrovascular dementia, chronic renal failure, Crohn’s disease, depression, fibromyalgia, hemophilia, Lewy body dementia, myasthenia gravis, myelodysplastic syndrome, myelofibrosis, metabolic endocrine disease, mixed connective tissue disease, multiple sclerosis, Parkinson’s disease, rheumatoid arthritis, schizophrenia, subarachnoid hemorrhage, systemic lupus erythematosus, and ulcerative colitis. In total, 89,874 people with chronic diseases aged 18-65 years were randomly invited to participate in a screening survey for the present study. Participants who answered “yes” to three screening questions were invited to complete the survey: “Are you currently suffering from any diseases or disorders that are not curable over a short period and require repetitive/continuous treatment (eg, cancer, stroke, cardiac disease, diabetes, hepatitis, connective tissue disease, intractable neurological disease)?”; “Are you currently working?”; and “Do you currently need some support from the company you work for in order to continue your job while undergoing appropriate medical treatment?” A small financial incentive was offered for responding to the survey (equivalent to a few US dollars). The web survey company invited randomly selected registrants to complete the survey, and ceased recruitment when the total number of participants reached the target, which was set at 1100 for financial reasons. The sex ratio was 1:1.

2.2 | Employees' actions to combine work and disease treatment in the workplace (action)

Action was determined by participants' responses to eight questions (translated from Japanese): "Item 1. Did you report to the company (your manager, personnel department, occupational physician, etc) about your illness?"; "Item 2. Did you ask the company for support to combine your work and disease treatment (to continue the job while undergoing medical treatment)?"; "Item 3. Did you ask your doctor's opinion about continuing your work?"; "Item 4. When you asked your doctor, did you submit a written report on your job?"; "Item 5. Did you submit the doctor's report to the company?"; "Item 6. Do you consult or review your work with the company based on the doctor's report, in order to combine your work and disease treatment?"; "Item 7. Do you receive any support to combine your work and medical treatment based on the doctor's report?"; and "Item 8. Can you regularly talk with the company about the support you receive to combine your work and disease treatment?" These measures were developed based on actions listed in the workplace support process in the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment.¹⁸ For example, the guideline indicates employees should report their illness to the workplace (eg, manager, personnel department, occupational physician) and ask for workplace support to combine work and disease treatment. Participants were asked to respond to each question with "yes" or "no." All participants were required to answer Items 1-3 and 8. If participants answered "yes" to Item 3, they were asked to answer items 4-7 ($n = 518$).

2.3 | Workplace rules and training programs (rules and training program)

The presence of rules and training programs were determined by participants' responses to two questions: "In your workplace, are there any rules and/or basic policies to provide concrete support for combining work and disease treatment?" and "In your workplace, is knowledge about combining work and disease treatment provided through in-company training programs or on other occasions?" These questions were designed to reflect the recommendations of the Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment.¹⁸ The guideline indicates rules should be established to clarify the process, and a training program is necessary to disseminate the rules. These measures are deemed necessary to prepare the organizational environment to promote the combination of work and disease treatment for employees with chronic diseases. Responses were initially measured on a three-point scale (1 = yes, there are; 2 = no, there are not; and 3 = I don't know), and then dichotomized as: 0 = no (no, there are not or I don't know) and 1 = yes (yes, there are).

2.4 | Potential confounders

Demographic and occupational characteristics were considered potential confounders, and measured using a self-administered questionnaire. Demographic characteristics included sex, age, area of residence, marital status, children, household income, and educational attainment. Age was classified into five groups: 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, and 60-65 years. Area of residence was classified into eight groups based on administrative divisions: Hokkaido, Tohoku, Kanto, Chubu, Kinki, Chugoku, Shikoku, and Kyushu/Okinawa. Marital status was classified into two groups (unmarried and married) and having children was classified into two groups (yes and no). Household income was classified into three groups: low (<3 million yen/y), middle (3-5 million yen/y), and high (>5 million yen/y). Educational attainment was classified into three categories: junior high school or high school, technical college or junior college, and university or graduate school.

Occupational characteristics included weekly working hours, employment status, occupation, employment as a registered disabled person, company size, and industry. Weekly working hours were categorized as: ≤ 40 , 41-60, and ≥ 61 hours. Employment was assessed using the six options in the Japanese labor force statistics²²: manager/executive, regular employee (full-time worker), contract employee (part-time worker), part-time laborer, dispatched worker, and temporary/day laborer. We dichotomized responses as regular employment (manager/executive and regular employee) and non-regular employment (contract employee/part-time worker, part-time laborer, dispatched worker, and temporary/day laborer). We classified occupation based on skill level and skill specialization using the International Standard Classification of Occupation (ISCO).²³ Participants were asked whether or not they were currently employed as a manager; those who were not managers were asked whether they were classified as professional, technical, clerical, service, or manual. We further classified the ISCO groups based on participants' employment characteristics, including levels of authority, specialized knowledge and expertise, and career opportunities in each occupation. Based on these occupational groups, participants were divided into three occupational categories: (a) manager; (b) white-collar (professional/technical/clerical/service); and (c) blue-collar (manual). Employment as a registered disabled person was assessed with the question: "Were you hired as a registered disabled person?" Response options were "yes" and "no." Company size was classified into six groups (<10, 10-49, 50-299, 300-999, and ≥ 1000 employees, and public sector). Industry was dichotomized as manufacturing or non-manufacturing (including commerce, finance, and social welfare).

2.5 | Statistical analysis

Logistic regression was used to examine potential associations between rules and training programs and employee actions. In the series of regression analyses, we first conducted crude analyses between rules and training programs in the workplace and the study outcome (employees' actions). Next, we adjusted for sex, age, area of residence, marital status, having children, household income, educational attainment, weekly working hours, employment status, occupation, employment as a registered disabled person, company size, and industry. All analyses were performed using Stata 15SE (StataCorp, College Station, TX), with statistical significance set at $P < 0.05$. In addition, we analyzed the distribution of participants' background characteristics by actions (Appendix S1) and rules and training programs (Appendix S2). These analyses aimed to clarify any associations between participants' socioeconomic status and actions, and company size and rules/training programs.

3 | RESULTS

In total, 1134 individuals (567 males and 567 females) participated in this study. Participants' background characteristics are shown in Table 1. About three-quarters of participants (76.5%) stated that they had told their company (eg, their manager, personnel department, occupational physician) about their chronic illness (Item 1). Less than half of the participants (47.5%) had submitted a written report about their job to their doctor (Item 4). About two-thirds (64.6%) reported that they worked less than 40 h/wk. The largest age group was those aged 50–59 years. Overall, 12.4% of the participants reported they had been hired as a registered disabled person. Participants in higher socioeconomic groups were more likely to take action to combine work and disease treatment (Appendix S1). The presence of rules and training programs was more common among larger companies (Appendix S2).

Figure 1 shows the results of the multiple logistic regression analyses of associations between rules and training programs and employee actions. Overall, employees were more likely to take action if they worked in workplaces that had either rules or training programs than in workplaces without rules/training programs. More actions were taken by employees in workplaces with both rules and training programs than in workplaces with either measure alone. This association was observed for Item 2 (“Ask the company for support”), Item 3 (“Ask your doctor's opinion about continuing your work”), Item 4 (“Submit a written report about your job to the doctor”), Item 5 (“Submit the doctor's report to the company”), Item 7 (“Receive some support based on the doctor's report”), and Item 8 (“Regularly talk with the company

about the support you receive”). The highest odds ratio (OR) was for the association between rules and training programs and Item 4 (submission of a written report about the job to a doctor) (OR 14.7, 95% confidence interval 6.7–32.4) (see Appendix S3).

4 | DISCUSSION

This study investigated associations between organizational preparedness for employees to combine work and disease treatment and actions taken by employees with chronic disease in Japan. Although the majority (76.5%) of participants has informed their employer about their chronic illness (Item 1), only 47.5% had provided their doctor with a written report about their illness (Item 4). Employees in workplaces with rules or training programs were more likely to take action than those in workplaces without such measures. Employee action was also more likely in workplaces with both rules and training programs than in workplaces with just one of these measures. To encourage employees to combine work and disease treatment, employers should consider personal and work-related factors^{19–21} and organizational preparedness through establishing relevant rules and training programs.

The guideline states that the process of combining work and disease treatment requires proactive action from employees.¹⁸ We found that employees were more likely to take action (eg, ask for support) when their employer provided training programs about combining work and chronic disease treatment, than when their workplace simply had rules about this process. With one exception (Item 2: Ask the company for support), associations between training programs and employees' actions were weaker when the actions involved consulting (eg, Item 3: Ask your doctor's opinion about continuing your work and Item 6: Consult or review with the company how you work) or were passive (eg, Item 7: Receive some support based on the doctor's report). To promote support to combine work and disease treatment, employers need to establish rules and actively provide information to employees via training programs to encourage them to take action when necessary.

Both rules and training programs had the most effect on an employee submitting a written report about work to their doctor. Doctors can provide opinions about adjustments needed at work.²⁴ This means they need information about the individual's job to assess the employee's fitness to work. If workplace rules or training programs were not in place, doctors were less likely to obtain the necessary information to adjust the gap between employees' health conditions and work demands.

The context of policies to improve employment opportunities for people with chronic diseases differs between

TABLE 1 Participants' characteristics (n = 1,134)

	n (%)
Sex	
Male	567 (50.0)
Female	567 (50.0)
Age, y	
18-29	76 (6.7)
30-39	219 (19.3)
40-49	359 (31.7)
50-59	377 (33.2)
60-65	103 (9.1)
Area of residence	
Hokkaido	59 (5.2)
Tohoku	73 (6.4)
Kanto	396 (34.9)
Chubu	201 (17.7)
Kinki	218 (19.2)
Chugoku	52 (4.6)
Shikoku	37 (3.3)
Kyushu/Okinawa	98 (8.6)
Marital status	
Unmarried	541 (47.7)
Married	593 (52.3)
Have children	
Yes	532 (46.9)
No	602 (53.1)
Household income	
Low (<3 million yen/year)	190 (16.8)
Middle (3-5 million yen/year)	315 (27.8)
High (>5 million yen/year)	629 (55.5)
Educational attainment	
Junior high school or high school	246 (21.7)
Technical college or junior college	258 (22.8)
University or graduate school	630 (55.6)
Working hours per week	
≤40	733 (64.6)
41-60	351 (31.0)
≥61	50 (4.4)
Employment status	
Regular	923 (81.4)
Non-regular	211 (18.6)
Occupation	
Manager	53 (4.7)
White collar	952 (84.0)
Blue collar	129 (11.4)
Employed as registered disabled person	
Yes	141 (12.4)

(Continues)

TABLE 1 (Continued)

	n (%)
No	993 (87.6)
Company size, no. of employees	
<10	121 (10.7)
10-49	153 (13.5)
50-299	274 (24.2)
300-999	178 (15.7)
≥1000	329 (29.0)
Public sector	79 (7.0)
Industry	
Manufacturing	201 (17.7)
Non-manufacturing	933 (82.3)
Item 1. Report to the company about illness	
Yes	867 (76.5)
No	267 (23.5)
Item 2. Ask the company for support	
Yes	617 (54.4)
No	517 (45.6)
Item 3. Ask doctor's opinion about continuing work	
Yes	518 (45.7)
No	616 (54.3)
Item 4. Submit a written report on your job to the doctor ^a	
Yes	246 (47.5)
No	272 (52.5)
Item 5. Submit the doctor's report to the company ^a	
Yes	328 (63.3)
No	190 (36.7)
Item 6. Consult/review with the company about how you work ^a	
Yes	375 (72.4)
No	143 (27.6)
Item 7. Receive support based on the doctor's report ^a	
Yes	289 (55.8)
No	229 (44.2)
Item 8. Regularly talk with the company about the support received	
Yes	496 (43.7)
No	638 (56.3)

^aIf participants answered "yes" to Item 3 (n = 518), they were asked to answer items 4-7.

Western countries and Japan. In Western countries, the "Workplace Patient Coordination and Disease Treatment" movement highlighted an urgent need to address the

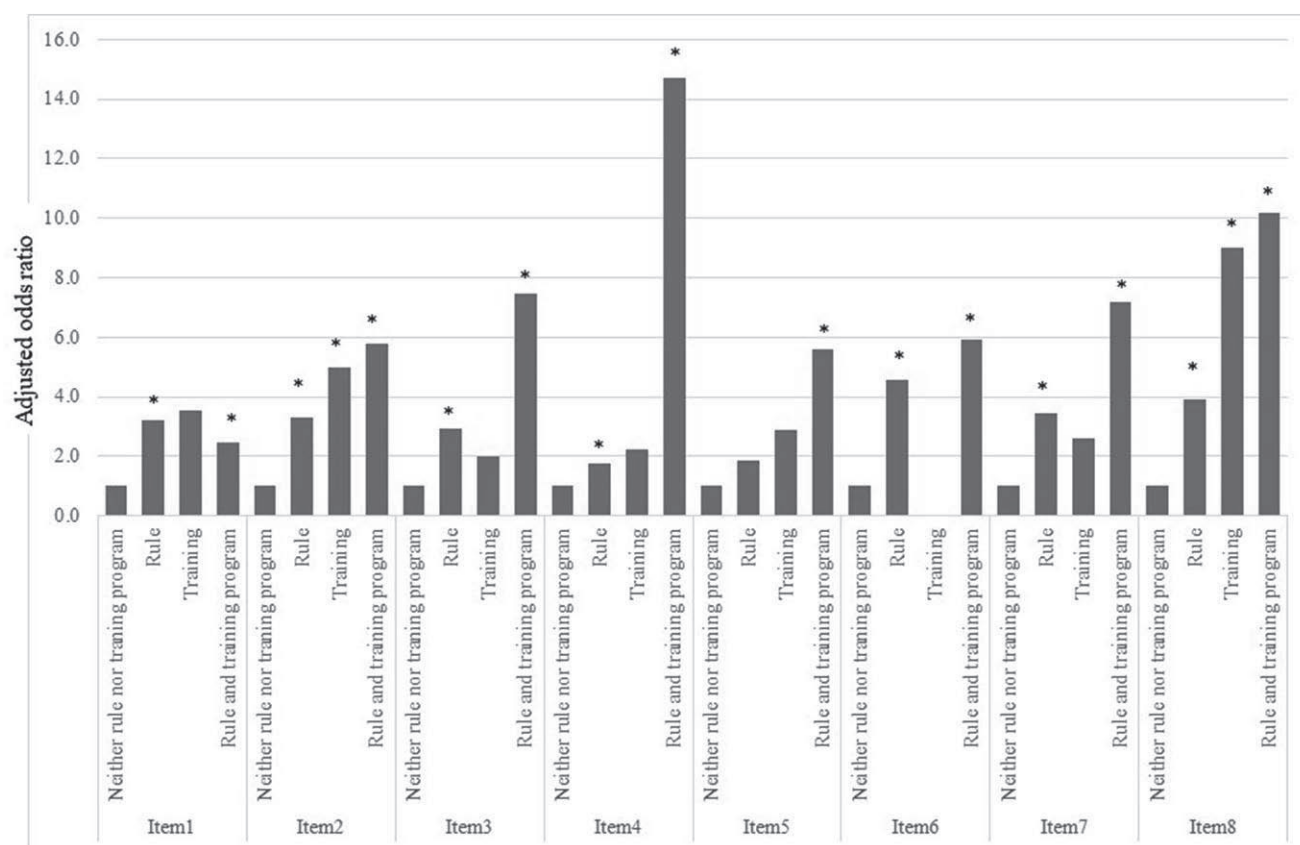


FIGURE 1 Association of rules and training program with action. Item 1. Report to the company about your illness. Item 2. Ask the company for support. Item 3. Ask your doctor's opinion about continuing your work. Item 4. Submit a written report about your job to the doctor. Item 5. Submit the doctor's report to the company. Item 6. Consult or review with the company how you work. Item 7. Receive some support based on the doctor's report. Item 8. Regularly talk with the company about the support you receive

“medicalization” of labor market problems by tackling the widespread use of disability benefits across the OECD and promoting labor market participation among people with disabilities.^{16,25-27} In Japan, the movement was created by a labor shortage because of the declining birth rate and aging population.¹⁷ Moreover, the definition of a worker with disabilities differs between Western countries and Japan. This difference in definition may affect employers’ attitudes toward combining work and disease treatment.

This study had some limitations. First, information about rules and training programs was obtained from employees, and was based on their perceptions. The associations between rules/training programs and action might therefore be overestimated. Other study designs, such as obtaining information about rules and training programs from companies or interventional studies, are needed to determine the exact associations between rules, training programs, and employee actions. Second, our study population needed to have internet access to complete the survey, and therefore might have been more aware of the balance between work

and treatment through access to online information.^{28,29} Our results are not completely generalizable to those without internet access, or to other countries and settings. Furthermore, the socioeconomic status of our participants was higher than Japanese working population (Appendices S1 and S2). This might have resulted in overestimation of the associations between rules and training programs and employees’ actions. Third, further studies are needed to evaluate whether other confounding factors may provide possible mechanisms for the observed attenuation in the associations between rules, training programs, and actions. For example, we had no information about individual diseases or their severity. Fourth, the study was cross sectional, meaning that no causal relationships could be determined. A further interventional study is needed to clarify potential causal associations between rules, training programs, and actions in the Japanese working population. Finally, we could not confirm the actual diagnosis of participants who judged that their work capacity was limited because of symptoms related to a chronic disease or side effects of their treatment.

4.1 | Policy implications

Our findings suggest that establishing rules to support employees with chronic diseases and provision of training programs to improve awareness of these rules leads to encouraging employees to take action to access support. Following the guideline is a first step in promoting workplace patient coordination and disease treatment. Driving awareness of the guideline among employers (especially in small and medium-sized businesses) may be important to promote workplace patient coordination and disease treatment. It may also be important for employers to consider how to support passive actions or those that involve consultation (eg, between the employee and workplace) to further encourage employees to take action.

In conclusion, our findings indicate it is necessary for workplaces to establish rules to support employees with chronic diseases, and provide training programs to increase employee awareness of how to combine their work and disease treatment.

ACKNOWLEDGMENTS

This work is supported by the Work-related Diseases Clinical Research Grant 2017 (170401-02) from the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. We thank Melissa Leffler MBA, from Edanz Group (www.edanzediting.com/ac) for editing a draft of this manuscript.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declare no conflict of interest.

DISCLOSURE

Approval of the research protocol: The study aims and protocol were approved in 2018 by the Kitasato University Medical Ethics Organization (B17-160). *Informed Consent:* Participants were informed in advance that their participation was strictly voluntary and that all information provided would remain confidential. Those who consented to participate were able to access a designated website on verification of their personal information, after which they could complete the survey online. Participants had the option not to respond to any part of the questionnaire, and could discontinue participation at any point. *Registry and the registration no. of the study/trial:* N/A. *Animal studies:* N/A. *Conflict of interest:* The authors declare no conflict of interest relating to this article.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

HE conceived the study, collected and analyzed the data, and led the writing of the manuscript; AT, AI, and YK made

substantial contributions to improve the conception and design of the study, including writing the protocol and revising it critically for important intellectual content.

ORCID

Hisashi Eguchi  <https://orcid.org/0000-0002-4153-8574>

REFERENCES

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases: progress monitor 2017. September 2017. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/en/>. Accessed February 1, 2019.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development. Pensions at a Glance 2017. December 2017. <http://www.oecd.org/pensions/oecd-pensions-at-a-glance-19991363.htm>. Accessed February 1, 2019.
3. Denton FT, Spencer BG. Chronic health conditions: changing prevalence in an aging population and some implications for the delivery of health care services. *Can J Aging*. 2010;29(1):11-21.
4. Ishii S, Ogawa S, Akishita M. The state of health in older adults in Japan: Trends in disability, chronic medical conditions and mortality. *PLoS ONE*. 2015;10(10):e0139639.
5. Induruwa I, Constantinescu CS, Gran B. Fatigue in multiple sclerosis - a brief review. *J Neurol Sci*. 2012;323(1-2):9-15.
6. Mahalik J, Shigaki CL, Baldwin D, Johnstone B. A review of employability and worksite interventions for persons with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Work*. 2006;26(3):303-311.
7. Duijts S. Sustained employability of cancer patients and survivors: are we getting any closer? *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017;26(5):e12759.
8. Taskila T, Lindbohm ML. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. *Acta Oncol*. 2007;46(4):446-451.
9. Leijten F, de Wind A, van den Heuvel SG, et al. The influence of chronic health problems and work-related factors on loss of paid employment among older workers. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(11):1058-1065.
10. Carlier BE, Schuring M, Lotters FJ, Bakker B, Borgers N, Burdorf A. The influence of re-employment on quality of life and self-rated health, a longitudinal study among unemployed persons in the Netherlands. *BMC Public Health*. 2013;13:503.
11. Vooijs M, Leensen MC, Hoving JL, Wind H, Frings-Dresen MH. Interventions to enhance work participation of workers with a chronic disease: a systematic review of reviews. *Occup Environ Med*. 2015;72(11):820-826.
12. Schaafsma FG, Whelan K, van der Beek AJ, et al. Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;8:Cd001822.
13. Hoving JL, Lacaille D, Urquhart DM, Hannu TJ, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Non-pharmacological interventions for preventing job loss in workers with inflammatory arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;11:Cd010208.
14. Tamminga SJ, de Boer AG, Verbeek JH, Frings-Dresen MH. Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2010;67(9):639-648.
15. Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, et al. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;9:Cd008297.

16. Haafkens J, Moerman C, Schuring M, van Dijk F. Searching bibliographic databases for literature on chronic disease and work participation. *Occup Med (Lond)*. 2006;56(1):39-45.
17. Ministry of Health, Labour and Welfare. Annual Health, Labour and Welfare Report 2017. October 2017. <https://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw11/index.html>. Accessed February 1, 2019.
18. Ministry of Health, Labour and Welfare. The Guideline for Workplace Patient Coordination and Disease Treatment. February 2016. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11200000-Roudoukijunkyoku/0000198758.pdf> (in Japanese). Accessed February 1, 2019.
19. Dekkers-Sánchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen M. A qualitative study of perpetuating factors for long term sick leave and promoting factors for return to work: chronic work disabled patients in their own words. *J Rehabil Med*. 2010;42:544-552.
20. Vooijs M, Leensen M, Hoving JL, Daams JG, Wind H, Frings-Dresen M. Disease-generic factors of work participation of workers with a chronic disease: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015;88:1015-1029.
21. Dettaille SI, Heerkens YF, Engels JA, van der Gulden J, van Dijk F. Common prognostic factors of work disability among employees with a chronic somatic disease: a systematic review of cohort studies. *Scand J Work Environ Health*. 2009;35:261-281.
22. Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications. Labor Force Survey. February 2018. <http://www.stat.go.jp/english/data/roudou/index.html>. Accessed February 1, 2019.
23. International Labour Organization. International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08): Structure, group definitions and correspondence tables: 2012. June 2016. <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/>. Accessed February 1, 2019.
24. Yokogawa T, Sasaki N, Hiraoka K, Tateishi S, Tsutsumi A, Mori K. A review of assessment of fitness for work and adjustments for health and safety at worksites overseas. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2012;54(5):163-173.
25. Baanders AN, Peters L, Rijken PM. Labour participation of the chronically ill: a profile sketch. *Eur J Public Health*. 2002;12:124-130.
26. Glozier N. Mental ill health and fitness for work. *Occup Environ Med*. 2002;59:714-720.
27. Organisation for Economic Co-operation and Development. Sicknes, disability and work: Breaking the barriers—A synthesis of findings across OECD countries—OECD. November 2010. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers_9789264088856-en. Accessed February 1, 2019.
28. Kontos EZ, Emmons KM, Puleo E, Viswanath K. Contribution of communication inequalities to disparities in human papillomavirus vaccine awareness and knowledge. *Am J Public Health*. 2012;102(10):1911-1920.
29. Wang MP, Wang X, Lam TH, Viswanath K, Chan SS. Health information seeking partially mediated the association between socioeconomic status and self-rated health among Hong Kong Chinese. *PLoS ONE*. 2013;8(12):e82720.

SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information may be found online in the Supporting Information section at the end of the article.

How to cite this article: Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, Kachi Y. Links between organizational preparedness and employee action to seek support among a Japanese working population with chronic diseases. *J Occup Health*. 2019;00:1–8. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12057>

RESEARCH ARTICLE

Organizational justice and illness reporting among Japanese employees with chronic diseases

Hisashi Eguchi^{*}, Akizumi Tsutsumi, Akiomi Inoue, Yuko Kachi

Department of Public Health, Kitazato University School of Medicine, Minami-ku, Sagamihara, Kanagawa, Japan

* eguchi@med.kitasato-u.ac.jp



Abstract

Purpose

This study examined the association between perceived organizational justice (i.e., procedural justice and interactional justice) and reporting of illness to one's company (illness reporting) among Japanese employees with chronic diseases.

Methods

This online cross-sectional survey included 1,134 employees (aged 18–65 years) who required workplace support to combine work with disease treatment. Participants were classified into tertiles of perceived organizational justice (low, moderate, and high). Multiple logistic regression analyses were conducted to examine sex differences in the associations between perceived justice and illness reporting.

Results

Males reporting perceived high levels of procedural and interactional justice had significantly higher odds of illness reporting than those with perceived low levels of procedural (odds ratio [OR] 2.62, 95% confidence interval [CI]: 1.47–4.66) and interactional justice (OR 4.34, 95% CI: 2.28–8.27). Females with perceived high levels of interactional justice had significantly higher odds of illness reporting than those with perceived low levels of interactional justice (OR 1.74, 95% CI: 1.08–2.80). There was no significant association between procedural justice and illness reporting among females.

Conclusion

The findings indicate that high perceived organizational justice is positively associated with illness reporting among Japanese employees who require workplace support to combine work and disease treatment.

OPEN ACCESS

Citation: Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, Kachi Y (2019) Organizational justice and illness reporting among Japanese employees with chronic diseases. PLoS ONE 14(10): e0223595. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223595>

Editor: Adrian Loerbroks, Universitiy of Düsseldorf, GERMANY

Received: April 26, 2019

Accepted: September 24, 2019

Published: October 21, 2019

Copyright: © 2019 Eguchi et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: The data that support the findings of this study are available on request due to ethical restrictions involving participant consent. The ethical approval does not allow data to be publicly available. Data are available from the Kitazato University Medical Ethics Organization via email at (rinni@med.kitasato-u.ac.jp) for researchers who meet the criteria for access to confidential data. Interested researchers may also contact the corresponding author for data access requests.

Funding: HE, AT, and AI received a Work-related Diseases Clinical Research Grant. This work was supported by a Work-related Diseases Clinical Research Grant 2017 (170401-02) from the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Introduction

In developed countries, a substantial number of individuals of working age are diagnosed with chronic diseases [1–3]. Chronic diseases can negatively affect work participation because of disease-related limitations [4, 5]. Individuals with common chronic conditions (e.g., arthritis, diabetes, back problems, hypertension, cancer, and heart disease) are more likely to be unemployed, work fewer hours, or have reduced productivity than individuals without such conditions [6–12]. Preventing chronic conditions from worsening by coordinating work with disease prevention and treatment may lead to job retention [13, 14].

Many chronic diseases are imperceptible to others. Knowledge and understanding of illness in the workplace are needed to ensure that employees receive appropriate support from line managers and colleagues [15]. However, self-disclosure (i.e., revealing personal information about oneself) [16] is also necessary for employees to access practical and social support that will help them to effectively manage chronic conditions and perform work duties [17]. Reporting of illness to one's company (illness reporting) is the first step in promoting workplace–patient coordination during disease treatment.

Organizational justice refers to the extent to which employees are treated with fairness in the workplace [18]. The concept of justice includes a procedural component (i.e., “the extent to which decision-making procedures include input from affected parties, are consistently applied, suppress bias, and are accurate, correctable, and ethical”) and an interactional component (i.e., “polite, considerate, and fair treatment of individuals” by supervisors) [19]. Recent research suggests that organizational justice affects an individual's decision to seek initial and ongoing care for a health issue [20–22]. A previous study showed that inferences regarding organizational justice also affected the successful implementation of processes to accommodate other employees [20]. A lack of organizational justice has been shown to be positively associated with Japanese employees refraining from seeking medical care [21], whereas organizational justice is positively associated with help-seeking behavior [22]. Organizational justice may be an important factor that influences the decisions of employees with chronic disease regarding reporting their illness to their employer.

Clarifying associations between organizational justice and illness reporting is important from a human resource management (HRM) perspective. HRM practices may impact on illness reporting because they shape the work environment and level of reciprocity between employees and their employer. HRM aims to enhance employee well-being [23]. This association is explained by two paths: a cognitive path in which high-involvement processes take “greater advantage of the skills and abilities” employees possess, and a motivational path in which involvement processes increase “workers' satisfaction and other affective reactions” [24]. Organizational justice partially mediates the effects of HRM practices on employee well-being [25]. Illness reporting, which promotes return-to-work, may be an important part of managing an employee's medical condition and enhancing their well-being [26]. Establishing rules to support employees with chronic diseases and providing training (including HRM) to improve awareness of these rules may encourage employees with chronic diseases to take action to access needed support [27].

This study aimed to examine the association between organizational justice (i.e., procedural and interactional justice) and illness reporting among Japanese employees with chronic diseases. We hypothesized that individuals who perceived higher levels of organizational justice would be more likely to report their illness to their employer. There is evidence of sex-based differences in occupational and working time distribution in Japan [28]; therefore, separate analyses were conducted for male and female employees.

Materials and methods

Participants and survey method

A cross-sectional, online survey was conducted in February 2018 with participants registered with a Japanese web survey company, Macromill, Inc [29]. The web survey company regularly collects registrants' information about chronic diseases. The diseases included: acquired immune deficiency syndrome, Alzheimer's-type dementia, aplastic anemia, bipolar disorder, cancer, cerebral hemorrhage, cerebral infarction, cerebrovascular dementia, chronic renal failure, Crohn's disease, depression, fibromyalgia, hemophilia, Lewy body dementia, myasthenia gravis, myelodysplastic syndrome, myelofibrosis, metabolic endocrine disease, mixed connective tissue disease, multiple sclerosis, Parkinson's disease, rheumatoid arthritis, schizophrenia, subarachnoid hemorrhage, systemic lupus erythematosus, and ulcerative colitis.

In total, 89,874 people aged 18–65 years with chronic diseases were randomly invited to participate in a screening survey for the present study. Participants who answered “yes” to three screening questions were invited to complete the survey: 1) “Are you currently suffering from any diseases or disorders that are not curable over a short period and require repetitive/continuous treatment (e.g., cancer, stroke, cardiac disease, diabetes, hepatitis, connective tissue disease, intractable neurological disease)?”; 2) “Are you currently working?”; and 3) “Do you currently need some support from the company you work for in order to continue your job while undergoing appropriate medical treatment?” A small financial incentive was offered for responding to the survey (equivalent to a few US dollars). The web survey company then invited randomly selected registrants to complete the survey. For financial reasons, recruitment ceased when the number of participants reached a set target. The sex ratio was 1:1.

Organizational justice

Organizational justice was measured using the Japanese version of the Organizational Justice Questionnaire (OJQ) [18, 19, 30]. The OJQ comprises a seven-item procedural justice subscale and a six-item interactional justice subscale. Both subscales are measured on a five-point Likert-type scale from 1 = “strongly disagree” to 5 = “strongly agree.” The total score for each OJQ subscale was calculated by averaging the item scores (score range 1–5). In this sample, the Cronbach's alpha coefficients were 0.93 for the procedural justice subscale and 0.96 for the interactional justice subscale among male employees, and 0.92 for the procedural justice subscale and 0.95 for the interactional justice subscale among female employees.

Illness reporting

Participants' illness reporting to their employer was determined by responses to the question “Did you report your illness to the company (e.g., your manager, personnel department, occupational physician)?” Possible responses were “yes” or “no.”

Potential confounders

Demographic and occupational characteristics were considered potential confounders and measured using a self-administered questionnaire. Demographic characteristics were sex, age, residential area, marital status, having children, household income, and educational attainment. Age was classified into five groups: 18–29, 30–39, 40–49, 50–59, and 60–65 years. Residential area was classified into eight groups based on administrative divisions: Hokkaido (Sapporo), Tohoku (Sendai), Kanto (Tokyo), Chubu (Nagoya), Kinki (Osaka), Chugoku (Hiroshima), Shikoku (Matsuyama), and Kyushu/Okinawa (Fukuoka). Marital status was classified as unmarried or married, and having children was classified as “yes” or “no.” Household

income was classified into three groups: low (<3 million yen/year), middle (3–5 million yen/year), and high (>5 million yen/year) (1 US dollar = approximately 110 Japanese yen at the time). Educational attainment was classified into three categories: junior high school or high school, technical college or junior college, and university or graduate school.

Occupational characteristics comprised weekly working hours, employment status, occupation, employment as a registered disabled person, company size, and type of industry. Weekly working hours were categorized as ≤ 40 , 41–60, and ≥ 61 hours. Employment status was assessed using the six options from the Japanese labor force statistics [31]: manager/executive, regular employee (full-time employee), contract employee (part-time employee), part-time laborer, dispatched employee, and temporary/day laborer. We dichotomized responses as regular employment (manager/executive and regular employee) and non-regular employment (contract employee/part-time employee, part-time laborer, dispatched employee, and temporary/day laborer). We classified occupation based on skill level and skill specialization using the International Standard Classification of Occupations (ISCO) [32]. Participants were asked whether they were currently employed as a manager; those who were not managers were asked whether they were professional, technical, clerical, service, or manual workers. We further classified the ISCO groups according to participants' employment characteristics, including levels of authority, specialized knowledge/expertise, and career opportunities in each occupation group. Based on these occupational groups, participants were divided into three occupational categories: 1) manager; 2) white collar (professional/technical/clerical/service); and 3) blue collar (manual). Employment as a registered disabled person was assessed with the question: "Were you hired as a registered disabled person?" Response options were "yes" or "no." Company size was classified into six groups (<10, 10–49, 50–299, 300–999, and ≥ 1000 employees, and public sector). Type of industry was dichotomized as manufacturing or non-manufacturing (including commerce, finance, and social welfare).

Ethical approval

The study aims and protocol were approved in 2018 by the Kitasato University Medical Ethics Organization (B17-160). All study procedures were consistent with the ethical standards of the responsible committees on human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000 [5]. Informed consent to participate in this study was obtained from all participants. Participants were informed in advance that their participation was strictly voluntary and that all information provided would remain confidential. Those who consented to participate were able to access a designated website on verification of their personal information, after which they could complete the survey online. Participants had the option of not responding to any part of the questionnaire, and could discontinue participation at any point.

Statistical analysis

Logistic regression was used to examine associations between organizational justice (i.e., procedural or interactional justice) and illness reporting. Analyses were performed stratified by sex and with the sexes combined. In the regression analyses, we first conducted crude analyses of the association between organizational justice and illness reporting. Next, we adjusted for age, residential area, marital status, having children, household income, educational attainment, weekly working hours, employment status, occupation, employment as a registered disabled person, company size, and industry. All analyses were performed using Stata 15SE (StataCorp, College Station, TX, USA), with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results

In total, 1,134 individuals (567 males and 567 females) participated in this study. For males, the average (standard deviation) score for perceived procedural justice was 3.03 (0.92) and that for perceived interactional justice was 3.08 (1.00). For females, the average (standard deviation) score for perceived procedural justice was 2.95 (0.86) and that for perceived interactional justice was 3.13 (1.01). Participants' background characteristics are shown in Table 1. Male participants who had reported their illness to their employer were significantly older and had higher perceived procedural and interactional justice than those who did not report their illness. Female participants who reported their illness to their employer were more likely to be regular or disabled employees and had higher perceived interactional justice than females who did not report their illness. The percentages of male participants' that reported their illness to their employer were 16.9% and 23.6% higher than those that did not report their illness in the upper tertiles of procedural and interactional justice, respectively. The corresponding figures among female participants in the upper tertiles of procedural and interactional justice were 3.4% and 12.6%, respectively.

Table 2 shows the results of the multiple logistic regression analyses for the associations between organizational justice and illness reporting. We observed significantly higher odds of illness reporting among participants that reported high levels of perceived procedural (adjusted odds ratio [OR] 1.60, 95% confidence interval [CI]: 1.12–2.29, $p = 0.010$) and interactional justice (adjusted OR 2.41, 95% CI: 1.67–3.49, $p < 0.001$) than among those who reported low levels of perceived procedural and interactional justice.

Table 3 shows the results of the multiple logistic regression analyses for the associations between organizational justice and illness reporting by sex. Males reporting high levels of perceived procedural and interactional justice had significantly higher odds of reporting their illness to their employer than those with low levels of perceived procedural and interactional justice (OR 2.62, 95% CI: 1.47–4.66, $p < 0.001$ and OR 4.34, 95% CI: 2.28–8.27, $p = 0.019$, respectively). Female participants reporting high levels of perceived interactional justice had significantly higher odds of reporting their illness to their employer than those with low perceived interactional justice (OR 1.74, 95% CI: 1.08–2.80). However, the association between procedural justice and illness reporting was not significant for female employees (OR 1.11, 95% CI: 0.69–1.79).

Discussion

This study investigated the associations between organizational justice and illness reporting among employees with chronic diseases across Japan. Most participants (76.5%) had informed their employer about their chronic illness. Male participants that had high perceived procedural and interactional justice had significantly higher odds of reporting their illness than those with low perceived procedural and interactional justice. Among female participants, those with high perceived interactional justice had significantly higher odds of reporting their illness than those with low perceived interactional justice, but the association between procedural justice and illness reporting was not significant. This result may contribute to clarifying the effect of HRM on employees' well-being.

Interactional justice, which pertains to the fairness of interpersonal treatment by supervisors [33], was significantly associated with illness reporting. This suggests that employees' interactions with supervisors affect proactive behavior toward workplace–patient coordination and disease treatment among employees with chronic diseases. This result was consistent with previous evidence that showed organizational justice was positively associated with employees' help-seeking behavior [21, 22]. Trust and mutual respect are important components of

Table 1. Detailed characteristics of participants (n = 1,134).

		Total (n = 1,134)																		
		Reported their illness to their employer																		
		Yes (n = 454)				No (n = 113)				P value ^a										
		n	(	%	)	n	(%)											
Age																				
	18–29	59	(	6.8	)	17	(	6.4	)	0.724										
	30–39	164	(	18.9	)	55	(	20.6)											
	40–49	268	(	30.9	)	91	(	34.1)											
	50–59	294	(	33.9	)	83	(	31.1)											
	60–65	82	(	9.5	)	21	(	7.9)											
Residential area																				
	Hokkaido (Sapporo)	45	(	5.2	)	14	(	5.2	)	0.458										
	Tohoku (Sendai)	56	(	6.5	)	17	(	6.4)											
	Kanto (Tokyo)	299	(	34.5	)	97	(	36.3)											
	Chubu (Nagoya)	160	(	18.5	)	41	(	15.4)											
	Kinki (Osaka)	158	(	18.2	)	60	(	22.5)											
	Chugoku (Hiroshima)	41	(	4.7	)	11	(	4.1)											
	Shikoku (Matsuyama)	33	(	3.8	)	4	(	1.5)											
	Kyushu/ Okinawa (Fukuoka)	75	(	8.7	)	23	(	8.6)											
Marital status																				
	Married	466	(	53.8	)	127	(	47.6	)	0.077										
	Unmarried	401	(	46.3	)	140	(	52.4)											
Having children																				
	Yes	410	(	47.3	)	122	(	45.7	)	0.648										
	No	457	(	52.7	)	145	(	54.3)											
Household income (million yen per year)																				
	Low (<3 million yen/ year)	127	(	14.7	)	63	(	23.6	)	<0.001										
	Middle (3–5 million yen/ year)	226	(	26.1	)	89	(	33.3)											
	High (>5 million yen/ year)	514	(	59.3	)	115	(	43.1)											
Educational attainment																				

(Continued)

Table 1. (Continued)

	Junior high school or high school	174 (20.1)	72 (27.0)	0.020															
	Technical college or junior college	193 (22.3)	65 (24.3)																
	University and graduate school	500 (57.7)	130 (48.7)																
Weekly working hour																			
	≤40	567 (65.4)	166 (62.2)	0.622															
	41–60	263 (30.3)	88 (33.0)																
	≥61	37 (4.3)	13 (4.9)																
Employment status																			
	Regular	727 (83.9)	196 (73.4)	<0.001															
	Non-regular	140 (16.2)	71 (26.6)																
Occupation																			
	Manager	42 (4.8)	11 (4.12)	0.429															
	White collar	732 (84.4)	220 (82.4)																
	Blue collar	93 (10.7)	36 (13.5)																
Employment as a disabled person																			
	Yes	121 (14.0)	20 (7.5)	0.005															
	No	746 (86.0)	247 (92.5)																
Company size																			
	<10	98 (11.3)	23 (8.6)	0.082															
	10–49	106 (12.2)	47 (17.6)																
	50–299	201 (23.2)	73 (27.3)																
	300–999	138 (15.9)	40 (15.0)																
	1000<	259 (29.9)	70 (26.2)																
	Public service	65 (7.5)	14 (5.2)																
Industry																			
	Manufacturing	710 (81.9)	223 (83.5)	0.542															
	Non-manufacturing	157 (18.1)	44 (16.5)																
Procedural justice (1-5)																			
	Low (1.00—2.57)	237 (27.3)	96 (36.0)	0.007															
	Middle (2.71–3.14)	289 (33.3)	91 (34.1)																
	High (3.29–5.00)	341 (39.3)	80 (30.0)																
Interactional justice (1-5)																			
	Low (1.00—2.57)	236 (27.2)	106 (39.7)	<0.001															
	Middle (2.71–3.14)	288 (33.2)	101 (37.8)																
	High (3.29–5.00)	343 (39.6)	60 (22.5)																

(Continued)

Table 1. (Continued)

		Men (n=567)				Women (n=567)											
		Reported their illness to their employer															
		Yes (n = 454)		No (n = 113)		P value ^a		Yes (n = 413)		No (n = 154)		P value ^a					
		n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)						
Age																	
	18–29	2	(0.4)	5	(4.4)	0.007		57	(13.8)	12	(7.8)	0.075					
	30–39	40	(8.8)	8	(7.1)			124	(30.0)	47	(30.5)						
	40–49	140	(30.8)	27	(23.9)			128	(31.0)	64	(41.6)						
	50–59	197	(43.4)	55	(48.7)			97	(23.5)	28	(18.2)						
	60–65	75	(16.5)	18	(15.9)			7	(1.7)	3	(2.0)						
Residential area																	
	Hokkaido (Sapporo)	23	(5.1)	8	(7.1)	0.664		22	(5.3)	6	(3.9)	0.765					
	Tohoku (Sendai)	27	(6.0)	8	(7.1)			29	(7.0)	9	(5.8)						
	Kanto (Tokyo)	165	(36.3)	42	(32.2)			134	(32.5)	55	(35.7)						
	Chubu (Nagoya)	91	(20.0)	18	(15.9)			69	(16.7)	23	(14.9)						
	Kinki (Osaka)	79	(17.4)	23	(20.4)			79	(19.1)	37	(24.0)						
	Chugoku (Hiroshima)	14	(3.1)	4	(3.5)			27	(6.5)	7	(4.6)						
	Shikoku (Matsuyama)	19	(4.2)	1	(0.9)			14	(3.4)	3	(2.0)						
Marital status																	
	Married	302	(66.5)	65	(57.5)	0.073		164	(39.7)	62	(40.3)	0.905					
	Unmarried	152	(33.5)	48	(42.5)			249	(60.3)	92	(59.7)						
Having children																	
	Yes	256	(56.4)	59	(52.2)	0.424		154	(37.3)	63	(40.9)	0.430					
	No	198	(43.6)	54	(47.8)			259	(62.7)	91	(59.1)						
Household income (million yen per year)																	
	Low (<3 million yen/ year)	46	(10.1)	22	(19.5)	<0.001		81	(19.6)	41	(26.6)	0.103					
	Middle (3-5 million yen/ year)	111	(24.5)	43	(38.1)			115	(27.9)	46	(29.9)						
	High (>5 million yen/ year)	297	(65.4)	48	(42.5)			217	(52.5)	67	(43.5)						
Educational attainment																	

(Continued)

Table 1. (Continued)

	Junior high school or high school	91	(20.0)		39	(34.5)	0.004	83	(20.1)		33	(21.4)	0.901
	Technical college or junior college	59	(13.0)		14	(12.4)		134	(32.5)		51	(33.1)	
	University and graduate school	304	(67.0)		60	(53.1)		196	(47.5)		70	(45.5)	
Weekly working hour													
	≤40	284	(62.6)		61	(54.0)	0.246	283	(68.5)		105	(68.2)	0.907
	41–60	146	(32.2)		45	(39.8)		117	(28.3)		43	(27.9)	
	≥61	24	(5.3)		7	(6.2)		13	(3.2)		6	(3.9)	
Employment status													
	Regular	397	(87.4)		85	(75.2)	0.001	330	(79.9)		111	(72.1)	0.046
	Non-regular	57	(12.6)		28	(24.8)		83	(20.1)		43	(27.9)	
Occupation													
	Manager	33	(7.3)		8	(7.1)	0.225	9	(2.2)		3	(2.0)	0.984
	White collar	378	(83.3)		88	(77.9)		354	(85.7)		132	(85.7)	
	Blue collar	43	(9.5)		17	(15.0)		50	(12.1)		19	(12.3)	
Employment as a disabled person													
	Yes	53	(11.7)		9	(8.0)	0.258	68	(16.5)		11	(7.1)	0.004
	No	401	(88.3)		104	(92.0)		345	(83.5)		143	(92.9)	
Company size													
	<10	45	(9.9)		13	(11.5)	0.564	53	(12.8)		10	(6.5)	0.053
	10–49	55	(12.1)		16	(14.2)		51	(12.4)		31	(20.1)	
	50–299	104	(22.9)		30	(26.6)		97	(23.5)		43	(27.9)	
	300–999	69	(15.2)		20	(17.7)		69	(16.7)		20	(13.0)	
	1000<	142	(31.3)		28	(24.8)		117	(28.3)		42	(27.3)	
	Public service	39	(8.6)		6	(5.3)		26	(6.3)		8	(5.2)	
Industry													
	Manufacturing	345	(76.0)		91	(80.5)	0.306	365	(88.4)		132	(85.7)	0.391
	Non-manufacturing	109	(24.0)		22	(19.5)		48	(11.6)		22	(14.3)	
Procedural justice (1-5)													
	Low (1.00—2.57)	111	(24.5)		42	(37.2)	0.002	126	(30.5)		54	(35.1)	0.569
	Middle (2.71–3.14)	158	(34.8)		44	(38.9)		131	(31.7)		47	(30.5)	
	High (3.29–5.00)	185	(40.8)		27	(23.9)		156	(37.8)		53	(34.4)	
Interactional justice (1-5)													
	Low (1.00—2.57)	115	(25.3)		48	(42.5)	<0.001	121	(29.3)		58	(37.7)	0.020
	Middle (2.71–3.14)	166	(36.6)		49	(43.4)		122	(29.5)		52	(33.8)	
	High (3.29–5.00)	173	(38.1)		16	(14.5)		170	(41.2)		44	(28.6)	

^a Fisher's exact test was conducted.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223595.t001>

Table 2. Multiple logistic regression analysis for associations between perceived organizational justice and illness reporting among Japanese employees with chronic diseases (n = 1,134).

		Crude OR	95% CI	Adjusted OR ^a	95% CI
Procedural justice					
	Low	ref		ref	
	Middle	1.29	0.92–1.80	1.22	0.87–1.73
	High	1.73	1.23–2.42	1.60	1.12–2.29
Interactional justice					
	Low	ref			
	Middle	1.28	0.93–1.77	1.19	0.85–1.67
	High	2.57	1.80–3.67	2.41	1.67–3.49

OR, odds ratio; CI, confidence interval.

^a Adjusted OR: adjusted for age, sex, residential area, marital status, having children, household income, educational attainment, employment as a disabled person, weekly working hour, employment status, occupation, company size, and industry.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223595.t002>

interactional justice as expressed in interactions with supervisors, and play a central role in this association [34]. Interactional unfairness is a clear and direct signal of rejection and devaluation [35, 36]. Improvements in workplace interactional justice may generate a climate that facilitates illness reporting among employees with chronic diseases.

Table 3. Multiple logistic regression analysis for associations between perceived organizational justice and illness reporting among Japanese employees with chronic diseases by sex (n = 1,134).

		Crude OR	95% CI	Adjusted OR ^a	95% CI
Males (n = 567)					
Procedural justice					
	Low	ref		ref	
	Middle	1.36	0.83–2.21	1.35	0.80–2.28
	High	2.59	1.51–4.44	2.62	1.47–4.66
Interactional justice					
	Low	ref		ref	
	Middle	1.41	0.89–2.25	1.35	0.82–2.21
	High	4.51	2.44–8.33	4.34	2.28–8.27
Females (n = 567)					
Procedural justice					
	Low	ref		ref	
	Middle	1.19	0.75–1.89	1.06	0.66–1.71
	High	1.26	0.81–1.97	1.11	0.69–1.79
Interactional justice					
	Low	ref		ref	
	Middle	1.12	0.71–1.77	1.03	0.64–1.65
	High	1.85	1.17–2.92	1.74	1.08–2.80

OR, odds ratio; CI, confidence interval.

^a Adjusted OR: adjusted for age, residential area, marital status, having children, household income, educational attainment, employment as a disabled person, weekly working hours, employment status, occupation, company size, and industry.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223595.t003>

Procedural justice relates to the fairness of the decision-making process and involves consideration of the interests of those affected by decisions. Our study showed high perceived procedural justice was significantly associated with illness reporting among males (as expected), but not among females. In Japan, job performance is traditionally evaluated in terms of a high level of commitment to the employer, which is demonstrated by acceptance of long working hours, frequent relocation, and length of service [37, 38]. A possible consequence of this type of work culture is the devaluation of employees whose time commitment may be limited by treatments and side effects. Moreover, in Japan, 59.4% of male employees are interested in promotion, compared with 10.4% of female employees [39]. Therefore, male employees may be more sensitive to fairness in the workplace than female employees.

It is unknown whether the levels of organizational justice in the studied population were higher or lower than those in the general working population. Previous Japanese studies that investigated employees from several companies reported average procedural justice scores of 3.00 and 3.16 for males and 2.93 and 3.28 for females, and interactional justice scores of 3.27 and 3.56 for males and 3.14 and 3.41 for females [30, 40]. The levels of organizational justice in the present study were similar to one of these studies [30] but lower than the other [40]. Different levels of perceived organizational justice may be expected between workers with and without chronic diseases, because the presence of chronic diseases may impact employees' perceptions of workplace psychosocial factors [41, 42]. The observed inconsistencies in the results may be explained by the fact that previous Japanese studies did not exclude workers with chronic diseases from the respective datasets.

This study had some limitations. First, our study population required Internet access to complete the survey and therefore might have been more aware of the balance between work and treatment through access to online information [43, 44]. Our results are not completely generalizable to workers without Internet access, or to other countries and settings. Second, the possibility of survival bias should be considered in this study because of its cross-sectional design. Employees with low perceived organizational justice who did not report their illness may be more likely to leave their job than those with high perceived organizational justice who reported their illness. Third, further studies are needed to evaluate whether other confounding factors may explain the observed attenuation in the association between organizational justice and illness reporting. For example, we did not collect information about individual diseases or their severity, or participants' work ability. Fourth, this study was cross-sectional and causal associations cannot be assumed. Further interventional research is needed to clarify potential causal associations between organizational justice and illness reporting among Japanese employees with chronic diseases. Finally, we could not confirm the exact diagnosis of participants who judged that their work capacity was limited because of symptoms related to a chronic disease or side effects of their treatment.

In conclusion, the present study provided evidence that high levels of perceived organizational justice are positively associated with illness reporting in Japanese employees independently of demographic and socioeconomic characteristics. Employees with chronic illness may need workplace support to effectively combine work and disease treatment.

Supporting information

S1 File. Questionnaire.
(DOCX)

Acknowledgments

We thank Diane Williams, PhD, from Edanz Group (www.edanzediting.com/ac) for editing a draft of this manuscript.

Author Contributions

Conceptualization: Hisashi Eguchi, Akizumi Tsutsumi, Akiomi Inoue.

Data curation: Hisashi Eguchi.

Formal analysis: Hisashi Eguchi.

Funding acquisition: Hisashi Eguchi, Akizumi Tsutsumi, Akiomi Inoue.

Investigation: Hisashi Eguchi.

Methodology: Hisashi Eguchi.

Project administration: Hisashi Eguchi.

Resources: Hisashi Eguchi.

Software: Hisashi Eguchi.

Supervision: Hisashi Eguchi.

Writing – original draft: Hisashi Eguchi.

Writing – review & editing: Hisashi Eguchi, Akizumi Tsutsumi, Akiomi Inoue, Yuko Kachi.

References

1. Ministry of Health Labour and Welfare. *Kanzya tyosa* [Patient survey 2012]. Tokyo: Ministry of Health Labour and Welfare; 2012. Japanese. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/index.html> Cited 17 December 2014.
2. Eurostat European Commission. Statistics explained: disability statistics—health. Luxembourg: Eurostat European Commission; 2018. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics Cited November 2015.
3. Ward BW, Schiller JS, Goodman RA. Multiple chronic conditions among US adults: a 2012 update. *Prev Chronic Dis*. 2014; 11: E62. <https://doi.org/10.5888/pcd11.130389> PMID: 24742395
4. Vooijs M, Leensen MCJ, Hoving JL, Wind H, Frings-Dresen MHW. Perspectives of people with a chronic disease on participating in work: a focus group study. *J Occup Rehabil*. 2017; 27(4): 593–600. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9694-6> PMID: 28101790
5. Noordik E, Nieuwenhuijsen K, Varekamp I, van der Klink JJ, van Dijk FJ. Exploring the return-to-work process for workers partially returned to work and partially on long-term sick leave due to common mental disorders: a qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2011; 33(17–18): 1625–1635. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.541547> PMID: 21171843
6. McDiarmid MA, Squibb K, Engelhardt S, Oliver M, Gucer P, Wilson PD, et al. Surveillance of depleted uranium exposed gulf war veterans: health effects observed in an enlarged “friendly fire” cohort. *J Occup Environ Med*. 2001; 43(12): 991–1000. <https://doi.org/10.1097/00043764-200112000-00001> PMID: 11765683
7. Li X, Gignac MAM, Anis AH. The indirect costs of arthritis resulting from unemployment, reduced performance, and occupational changes while at work. *Med Care*. 2006; 44(4): 304–310. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000204257.25875.04> PMID: 16565630
8. Cassidy JD, Carroll LJ, Cote P. The Saskatchewan health and back pain survey. The prevalence of low back pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine*. 1998; 23(17): 1860–1866. <https://doi.org/10.1097/00007632-199809010-00012> PMID: 9762743
9. Kraut A, Walld R, Tate R, Mustard C. Impact of diabetes on employment and income in Manitoba, Canada. *Diabetes Care*. 2001; 24(1): 64–68. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.1.64> PMID: 11194243
10. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, Gibson ES, Johnson AL. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. *N Engl J Med*. 1978; 299(14): 741–744. <https://doi.org/10.1056/NEJM197810052991403> PMID: 692548
11. Lerner D, Adler DA, Chang H, Lapitsky L, Hood MY, Perissinotto C, et al. Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. *Psychiatr Serv*. 2004; 55(12): 1371–1378. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.12.1371> PMID: 15572564

12. de Boer AG, Taskila T, Ojajarvi A, van Dijk FJ, Verbeek JH. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA*. 2009; 301(7): 753–762. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.187> PMID: 19224752
13. Gourdeau J, Fingold A, Colantonio A, Mansfield E, Stergiou-Kita M. Workplace accommodations following work-related mild traumatic brain injury: what works? *Disabil Rehabil*. 2018 [2018 Nov 18]. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1503733> PMID: 30451033
14. Jetha A, Chen C, Mustard C, Ibrahim S, Bielecky A, Beaton D, et al. Longitudinal examination of temporality in the association between chronic disease diagnosis and changes in work status and hours worked. *Occup Environ Med*. 2017; 74(3): 184–191. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-103569> PMID: 27694137
15. Munir F, Leka S, Griffiths A. Dealing with self-management of chronic illness at work: predictors for self-disclosure. *Soc Sci Med*. 2005; 60(6): 1397–1407. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.07.012> PMID: 15626533
16. Collins NL, Miller LC. Self-disclosure and liking: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 1994; 116(3): 457–475. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.457> PMID: 7809308
17. Lindsay S, McDougall C, Sanford R. Disclosure, accommodations and self-care at work among adolescents with disabilities. *Disabil Rehabil*. 2013; 35(26): 2227–2236. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.775356> PMID: 23594050
18. Moorman RH. Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: do fairness perceptions influence employee citizenship? *J Appl Psychol*. 1991; 76(6): 845–855.
19. Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J. Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. *Am J Public Health*. 2002; 92(1): 105–108. <https://doi.org/10.2105/ajph.92.1.105> PMID: 11772771
20. Colella A, Paetzold R, Belliveau MA. Factors affecting coworkers' procedural justice inferences of the workplace accommodations of employees with disabilities. *Pers Psychol*. 2004; 57(1): 1–23.
21. Inoue A, Tsutsumi A, Eguchi H, Kawakami N. Organizational justice and refraining from seeking medical care among Japanese employees: a 1-year prospective cohort study. *Int J Behav Med*. 2019; 26(1): 76–84. <https://doi.org/10.1007/s12529-018-9756-6> PMID: 30484083
22. Seckin-Celik T, Çoban A. The effect of work stress and coping on organizational justice: an empirical investigation of Turkish telecommunications and banking industries. *Management*. 2016; 11(4): 271–287.
23. Boxall P, Macky K. Research and theory on high-performance work systems: progressing the high-involvement stream. *Hum Resour Manage*. 2009; 19(1): 3–23. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2008.00082.x>
24. Vandenberg RJ, Richardson HA, Eastman LJ. The impact of high involvement work processes on organizational effectiveness: A second-order latent variable approach. *Group Organ Manage*. 1999; 24(3): 300–339. <https://doi.org/10.1177/1059601199243004>
25. Guest DE. Human resource management and employee well-being: towards a new analytic framework. *Hum Resour Manage*. 2017; 27(1): 22–38. <https://doi.org/10.1111/1748-8583.12139>
26. Horppu R, Martimo K-P, Viikari-Juntura E, Lallukka T, MacEachen E. Occupational physicians' reasoning about recommending early return to work with work modifications. *PLoS One*. 2016; 11(7): e0158588. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158588> PMID: 27367908
27. Eguchi H, Tsutsumi A, Inoue A, Kachi Y. Links between organizational preparedness and employee action to seek support among a Japanese working population with chronic diseases. *J Occup Health*. 2019; 61(5): 407–414 <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12057> PMID: 31050089
28. Gender Equality Bureau Cabinet Office. The fiscal 2018 government white paper on gender equality. Tokyo: Gender Equality Bureau Cabinet Office; 2018. Available from: http://www.gender.go.jp/english_contents/about_danjo/whitepaper/pdf/ewp2018.pdf Cited June 2018.
29. Corporate profile. Macromill, Inc. 2019. Available from: URL: <https://www.macromill.com/company/>
30. 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(1): 74–83. <https://doi.org/10.1539/joh.l8042> PMID: 19096197
31. Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications. Labor force survey. Tokyo: Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications; 2018. Available from: <https://www.stat.go.jp/english/data/roudou/results/annual/ft/index.html> Cited February 1, 2019.
32. International Labour Organization. International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08): Structure, group definitions and correspondence tables: 2012. Geneva: International Labour Organization; 2016. Available from: URL: <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/> Cited 21 June 2016.

33. Bies RJ, Moag JF. Interactional justice: communication criteria of fairness. In: Lewicki RJ, Sheppard BH, Bazerman MH, editors. *Research on negotiations in organizations*, Vol. 1. Greenwich: JAI Press; 1986. p. 43–55.
34. DeConinck JB. The effect of organizational justice, perceived organizational support, and perceived supervisor support on marketing employees' level of trust. *J Bus Res*. 2010; 63(12): 1349–1355. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2010.01.003>
35. Yang LQ, Bauer J, Johnson RE, Groer MW, Salomon K. Physiological mechanisms that underlie the effects of interactional unfairness on deviant behavior: the role of cortisol activity. *J Appl Psychol*. 2014; 99(2): 310–321. <https://doi.org/10.1037/a0034413> PMID: 24099347
36. Herr RM, Bosch JA, van Vianen AE, Jarczok MN, Thayer JF, Li J, et al. Organizational justice is related to heart rate variability in white-collar workers, but not in blue-collar workers—findings from a cross-sectional study. *Ann Behav Med*. 2014; 49(3): 434–448. <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9669-9> PMID: 25472852
37. Kumamoto-Healey J. Women in the Japanese labour market, 1947–2003: a brief survey. *Int Lab Rev*. 2005; 144(4): 451–472. <https://doi.org/10.1111/j.1564-913X.2005.tb00577.x>
38. Benson J, Yuasa M, Debroux P. The prospect for gender diversity in Japanese employment. *Int J Hum Resour Man*. 2007; 18(5): 890–907. <https://doi.org/10.1080/09585190701249495>
39. The Japan Institute for Labour Policy and Training. Danzyo seisyainno carrier to ryouritushienni kansuru tyousa kekka [The survey about the carrier and the balance support among the male and female full-time workers]. Tokyo: The Japan Institute for Labour Policy and Training; 2014. Available from: URL: <https://www.jil.go.jp/institute/research/2014/119.html> Cited 31 March 2014.
40. Inoue A, Kawakami N, Eguchi H, Miyaki K, Tsutsumi A. Organizational justice and physiological coronary heart disease risk factors in Japanese employees: a cross-sectional study. *Int J Behav Med*. 2015; 22(6): 775–785. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9480-4> PMID: 25792152
41. Boot CR, Koppes LL, van den Bossche SN, Anema JR, van der Beek AJ. Relation between perceived health and sick leave in employees with a chronic illness. *J Occup Rehabil*. 2011; 21(2): 211–219. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9273-1> PMID: 21153689
42. de Wind A, Boot CRL, Sewdas R, Scharn M, van den Heuvel SG, van der Beek AJ. Do work characteristics predict health deterioration among employees with chronic diseases? *J Occup Rehabil*. 2018; 28(2): 289–297. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9716-z> PMID: 28660365
43. Kontos EZ, Emmons KM, Puleo E, Viswanath K. Contribution of communication inequalities to disparities in human papillomavirus vaccine awareness and knowledge. *Am J Public Health*. 2012; 102(10): 1911–1920. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300435> PMID: 22970692
44. Wang MP, Wang X, Lam TH, Viswanath K, Chan SS. Health information seeking partially mediated the association between socioeconomic status and self-rated health among Hong Kong Chinese. *PLoS One*. 2013; 8(12): e82720. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0082720> PMID: 24349347



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

Published online: 27 November 2018
© 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

Men ($n = 1994$) Springer

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)		<i>p</i> value ^a	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> (%)		
Employment status							0.006	
Permanent employee		924 (98.7)		1046 (98.9)		145 (35.3)		
Non-permanent employee		12 (1.3)		12 (1.1)		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

^cCurrency 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

- Mizuuchi 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, Mentnech RM, Fitterman LK, Kucklen 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).
- Mizuuchi 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 Healthc 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.

Characteristics of self-reported daily life note (LN) users in return-to-work judgment for workers on sick leave due to mental health conditions, and usefulness of the tool

Akira KUSUMOTO^{1*}, Shigeyuki KAJIKI¹, Yoshihisa FUJINO², Katsuyuki NAMBA³, Tomohisa NAGATA¹, Masako NAGATA¹, Akizumi TSUTSUMI⁴ and Koji MORI¹

¹Department of Occupational Health Practice and Management, Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational and Environmental Health, Japan

²Department of Environmental Epidemiology, Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational and Environmental Health, Japan

³Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Japan

⁴Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine, Japan

Received February 8, 2018 and accepted October 30, 2018

Published online in J-STAGE November 17, 2018

Abstract: A self-reported daily life note (LN) is an effective tool used by occupational physicians to assess the capacity of workers on sick leave due to mental illness to return to work (RTW). We aimed to clarify whether there were differences in the criteria used to define recovery for RTW between LN users and non-users, whether LN users were satisfied with LN, and whether non-users wanted to use LN. In total, 363 occupational physicians (238 LN users, 125 non-users) completed self-reported questionnaires covering demographic and occupational variables, and RTW assessment criteria. We investigated which of the 10 assessment criteria were considered most important for RTW. The proportion of LN users was higher among women, younger physicians, and occupational physicians with more working days per month. LN users emphasized four criteria in assessing RTW: 1) constant wake-up time, 2) constant bedtime, 3) no midnight waking, and 4) no feeling of drowsiness during the day. LN users regard regular sleep rhythm and the absence of drowsiness during the day as important criteria for RTW. Ninety-seven percent of users regarded LN as useful. Seventy-four percent of non-users had interest in using LN.

Key words: Self-reported daily life note, Mental health, Return to work, Work capacity evaluation, Recurrence

Introduction

In Japan, workers who return to work (RTW) after sick

leave due to mental illness have a high chance of relapse and recurrent sick leave. For example, in the three years after RTW from sick leave for psychiatric illness, 32.4% of workers took sick leave again¹⁾. In addition, about half of workers who RTW following leave for depression require recurrent sick leave²⁾. Studies in many countries have reported a large number of absences from work within one year after RTW^{3, 4)}.

*To whom correspondence should be addressed.

E-mail: yokaniseakira@med.uoeh-u.ac.jp

©2019 National Institute of Occupational Safety and Health

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial No Derivatives (by-nc-nd) License. (CC-BY-NC-ND 4.0: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

In Japan, government guidelines have been developed for workplaces and OPs regarding the assessment of RTW following leave for mental health problems⁵⁾. These guidelines indicate that psychiatrists should assess whether or not a worker's symptoms have sufficiently improved to allow RTW, and that OPs should assess whether or not RTW is appropriate from the perspective of the workplace. In addition to the guidelines, van der Feltz-Cornelis *et al.*⁶⁾ and Muto *et al.*⁷⁾ also reported the importance of collaboration between OPs and psychiatrists. However, Anema *et al.*⁸⁾ reported that collaboration between OP and general physicians was limited. Further, OPs are not often psychiatrists, and some therefore choose not to make decisions about whether workers on leave should RTW, but instead follow a psychiatrist's recommendation. In addition, there are cases in which the double checks recommended in the guidelines are not effective⁹⁾. The lack of a standardized RTW assessment method makes it difficult for OPs to determine whether or not an individual's work ability has recovered sufficiently to allow RTW. Therefore, a simple tool that allows OPs to properly judge RTW is required.

In studies of recurrent depression, sleep disturbance has been reported as a factor of recurrence from a clinical point of view^{10, 11)}, while Emens *et al.*¹²⁾ reported that the severity of depression correlated with circadian misalignment. It is therefore important that sleep is taken properly and that a regular sleeping rhythm is established before RTW. Goracci *et al.*¹³⁾ reported that a healthy lifestyle intervention program (including exercise, eating habits, sleep hygiene and smoking cessation) proved to be efficacious in preventing relapse.

One way of determining whether workers on sick leave have a healthy lifestyle during sick leave is the self-reported daily life note (LN). LN is a written table that allows workers to describe the contents of their daily activities over one week. Some OPs and psychiatrists use Life Note (LN) to assess RTW. Kajiki¹⁴⁾ gathered 10 LN formats used in the occupational health field and 5 formats used in the psychiatric field. Some LN formats included a description of whether or not the medicine was orally administered, while others included a statement on mood and symptoms. Kajiki¹⁴⁾ extracted common elements from the collected formats. Figure 1 shows a representative LN which is a table that workers use to describe the contents of their daily activities over one week. Some psychiatrists ask workers on sick leave to complete LN to inform judgments about whether their symptoms have improved sufficiently to allow RTW¹⁵⁾. Some OPs also use LN to assess work ability, sometimes in conjunction with assessments

from the worker's psychiatrist¹⁶⁾. Namba¹⁷⁾ developed an RTW program that included LN, under which the one-year relapse-free job retention rate increased from 54.2% to 91.6%. This program included the use of LN in combination with planning for RTW in reasonable steps over six months, monthly interviews with an OP, and an RTW meeting with an occupational health specialist. Although the improvement in the relapse-free job retention rate in this case was not solely due to the use of LN, it is likely that LN helped to ensure a successful RTW.

From the clinical point of view, sleep disturbance has been reported as a factor in recurrence^{10, 11)}, and depression severity has been found to correlate with circadian misalignment¹²⁾. From an occupational health point of view, Namba¹⁷⁾ considered regular sleeping rhythm to be the most important criterion in RTW assessment. OP can grasp sleep rhythm by LN. LN can also be used to determine how much exercise was done, which Goracci *et al.*¹³⁾ states is to a healthy life as important as sleep hygiene. Although we expected that the use of an LN would greatly help OPs when they evaluate RTW, we did not know to what extent OPs regarded LN as important. The aims of this study were to (1) confirm whether LN users and non-users differed in the criteria they use to determine the "recovery" of workers and their ability to RTW, (2) determine whether LN users were satisfied with LN or not, and (3) investigate why LN non-users did not use LN and whether LN non-users wanted to use LN. By checking these 3 points, we aimed to confirm whether LN is a suitable tool in RTW judgment for sick leave workers due to mental health diseases.

Subjects and Methods

Participants

From November to December 2015, we distributed a self-reported questionnaire survey by postal mail to OPs who were members of the Expert Community of Occupational Health Physicians of the Japan Society for Occupational Health. This society is the largest academic organization of occupational medicine in Japan and the members of its expert community of occupational health physicians are professionals, including full-time OPs, part-time OPs whose specialty is occupational medicine, and occupational medicine researchers working as part-time OPs⁷⁾.

Demographic and occupational variables

Demographic information collected included sex,

Period: DD/MM/YYYY~DD/MM/YYYY

Name: _____

Sample								
	O/Δ(■)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	
0:00								
1:00								
2:00	sleep							
3:00								
4:00								
5:00	wake-up							
6:00	breakfast							
7:00								
8:00	train							
9:00	library							
10:00								
11:00								
12:00	lunch							
13:00	exercise							
14:00	(sports)							
15:00								
16:00	shopping							
17:00								
18:00	domestic chores							
19:00	dinner							
20:00								
21:00	go to bed							
22:00	sleep							
23:00								
Remarks	I felt refreshed after waking up. I concentrated on reading in the library. Appetite was OK.							

Fig. 1. Example of life note format.

age, LN user or non-user (checked by showing Fig. 1 to participants), clinical specialty (whether the respondent was a psychiatrist/psychosomatic doctor or not), years of experience as a doctor, years of experience as an OP, number of working days as an OP per month, experience with RTW interviews with workers with mental disorders, and years of interview experience with people with mental disorders. The last question was added with the possibility that years of experience as a doctor and years of interview experience with people with mental disorders might differ, because some OPs might have avoided workers with mental health diseases from the time they became OPs.

Evaluation of RTW criteria

Guidelines⁵⁾ recommend eight criteria for RTW assessment: showing sufficient motivation for RTW, being able to commute safely alone, ability to work continuously during work hours, ability to perform work activities (e.g., reading, computer work, mild exercise), recovery from fatigue due to work by the next day, ability to sleep regularly, no feeling of drowsiness during the day, and recovery of attention and concentration necessary for work. Sleep disturbance was reported as a factor in recurrence^{10, 11)}, and depression severity correlated with

circadian misalignment¹²⁾. Namba¹⁷⁾ claimed that a regular sleep rhythm was more important than any other criterion. Considering these studies, we subdivided “being able to sleep regularly” into: “constant wake-up time,” “constant bedtime,” and “no midnight waking.”

We therefore used 10 criteria to explore the factors that OPs prioritized in RTW assessments: 1) constant wake-up time; 2) constant bedtime; 3) no midnight waking; 4) no feeling of drowsiness during the day; 5) showing sufficient motivation for RTW; 6) ability to commute safely alone during commuting times; 7) ability to work continuously during work hours; 8) ability to perform work activities (e.g., reading, computer work, mild exercise); 9) recovery from fatigue due to work by the next day; and 10) recovery of attention and concentration necessary for work. Respondents were asked which criteria they emphasized in their assessment of RTW. Multiple responses were possible.

Evaluation of LN

We asked LN users how useful LN was as a tool of RTW judgment in terms of not useful at all, not very useful, neither, useful, or very useful. We also asked LN non-users why they did not use LN (I don't know LN, I know

Table 1. Characteristic differences between Life Note users and non-users among Ops

Characteristic	Users (n=238)		Non-users (n=125)	
	n	%	n	%
Sex				
Men	156	60	103	40
Women	81	79	22	21
Missing	1			
Age (yr)				
24–39	59	80	15	20
40–59	146	66	75	34
60+	33	49	35	51
Clinical specialist				
Yes	22	69	10	31
No	213	66	112	34
Missing	3		3	
	Mean	SD	Mean	SD
Years of experience as a doctor	23	11	28	12
Years of experience as an occupational physician	14	9	15	11
Working days as an occupational physician per month	13	7	9	7
Years of interview experience with people with mental disorders	11	8	11	9

SD: standard deviation.

Clinical specialist: whether respondent was a psychiatrist/psychosomatic doctor or not.

LN but I don't know how to use it, I know LN but it is inconvenient, other), and asked whether or not they want to use LN with guidelines on how to judge RTW using LN.

Data analysis

All data were collected by anonymous self-administered questionnaires. Responses from participants who conducted RTW interviews with workers with mental disorders were analyzed. Each RTW criterion was compared between LN users and non-users using Pearson's chi-squared test. To compare the characteristics of LN users and non-users, we performed multivariable logistic analyses to analyze independent associations with RTW assessment criteria. We adjusted for sex, age, clinical specialty, number of working days as an OP per month, and years of interview experience with workers with mental disorders. All multivariable models were evaluated at a 95% significance level ($p < 0.05$). All data analyses were performed using IBM SPSS Statistics 20.0 software (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA).

Ethics approval

This survey was conducted with approval from the Ethics Committee of the University of Occupational and Environmental Health, and the OPs Subcommittee of the

Japan Society for Occupational Health (H27-168). All data obtained were anonymized participant data.

Results

Participants

Completed questionnaires were received from 413 OPs (32% response rate). Fifty OPs were excluded from this survey because they did not have experience with RTW interviews with workers with mental disorders. Of the remaining OPs, 363 respondents had conducted RTW interviews with workers with mental disorders, of whom 238 (66%) used LN and 125 (34%) did not.

Table 1 showed that 79% of female physicians and 60% of male physicians used LN. In addition, LN was used by 80% of physicians aged in their 20's and 30's, about 70% of physicians in their 40's and 50's, and approximately half of physicians aged over 60 yr. Comparison of LN users (n=238) and non-users (n=125) showed that the proportion of women and younger physicians was higher among LN users. There was no association between LN use/non-use and clinical specialty. LN users had fewer years of experience as a doctor. However, there was no association between years of experience as an OP and LN use/non-use. LN users and non-users had a similar number of years of interview experience with workers with mental

Table 2. Use of the 10 return to work criteria among Life Note users and non-users

Return to work assessment items	Users (n=238)		Non-users (n=125)		<i>p</i> *
	n	%	n	%	
1. Constant wake-up time	227	95	95	76	<0.001
2. Constant bedtime	187	79	72	58	<0.001
3. No midnight waking	169	71	59	47	<0.001
4. No feeling of drowsiness during the day	193	81	80	64	<0.001
5. Showing sufficient motivation for RTW	225	95	113	90	0.139
6. Being able to commute safely alone during commuting times	208	87	103	82	0.197
7. Being able to work continuously during work hours	222	93	111	89	0.141
8. Being able to perform work activities	173	73	89	71	0.764
9. Recovery from fatigue due to work by the next day	163	68	69	55	0.012
10. Recovery of attention and concentration necessary for work	187	79	90	72	0.162

**p* values are derived from the χ^2 test.

health disorders; however, LN users reported more working days as an OP per month.

Evaluation of RTW criteria

Table 2 shows the results of Pearson's χ^2 tests for each RTW criterion for LN users and non-users. Five criteria were associated with the use of LN: 1) constant wake-up time; 2) constant bedtime; 3) no midnight waking; 4) no feeling of drowsiness during the day; and 9) recovery from fatigue due to work by the next day. Regardless of whether or not LN was used, more than 90% of physicians emphasized the importance of the criterion "showing sufficient motivation for RTW".

Table 3 shows the results of multivariate logistic regression analysis using LN use as the independent variable and the 10 RTW criteria as dependent variables. Four criteria were associated with the use of LN in both crude and adjusted models: 1) constant wake-up time (adjusted odds ratio [OR]=5.4); 2) constant bedtime (adjusted OR=2.3); 3) no midnight waking (adjusted OR=2.1); and 4) no feeling of drowsiness during the day (adjusted OR=2.2). "Recovering from fatigue due to work by the next day" (criterion 9) was associated with the use of LN in the crude model, but the effect of LN use disappeared after adjustment.

Evaluation of LN

Ninety-seven percent of LN users were satisfied with LN (33% regarded LN as useful, and 64% regarded LN as very useful). Thirty-four percent of non-users did not use LN because they were unaware of LN, and 9% were aware of LN but did not know how to use it. Further, 15% of non-users felt that LN was inconvenient. In contrast, 74% of LN non-users wanted to use LN with guidelines on how

it should be used to judge RTW (Tables 4–6).

Discussion

Difference between LN users and non-users

LN use was higher among women and younger physicians. LN users reported more working days as an OP per month than non-users. Tsugawa *et al.*¹⁸⁾ reported that within the same hospital, patients treated by older physicians had higher mortality than patients cared for by younger physicians. Tsugawa referred to the possibility that physicians further from training are less likely to adhere to evidence-based guidelines, might use newly proved treatments less often, and might more often rely on clinical evidence that is not up to date. In our study, older physicians might use LN less often just like Tsugawa *et al.*'s research. Rotor and Hall¹⁹⁾ reported female physicians spend more time during a typical visit talking with their patients than do male physicians. During this time, they engage in communication that more broadly relates to the larger life context of the patient's condition. The reason why LN use was higher among woman was considered that they regarded LN as a useful item for communication with workers before RTW. The more working days that doctors worked as an OP, the more likely they were to use LN. This appeared to be attributable to the fact that they have many RTW interviews to conduct and might therefore have constructed a system to confirm LN before each RTW interview.

Both LN users and non-users emphasized criterion 5 (showing sufficient motivation for RTW) in decisions regarding RTW. Four criteria emphasized by OPs in RTW assessments were associated with the use of LN in

Table 3. Evaluation of the 10 return to work criteria

Return to work assessment items		Crude model		Adjusted model*	
		OR	95%CI	OR	95%CI
1. Constant wake-up time	Non-users	reference		reference	
	Users	6.5	3.1–13.5	5.4	2.3–12.3
2. Constant bedtime	Non-users	reference		reference	
	Users	2.7	1.7–4.3	2.3	1.4–3.8
3. No midnight waking	Non-users	reference		reference	
	Users	2.7	1.7–4.3	2.1	1.3–3.5
4. No feeling of drowsiness during the day	Non-users	reference		reference	
	Users	2.4	1.5–3.9	2.2	1.3–3.8
5. Showing sufficient motivation for RTW	Non-users	reference		reference	
	Users	1.8	0.8–4.2	1.5	0.6–3.9
6. Ability to commute safely alone during commuting times	Non-users	reference		reference	
	Users	1.5	0.8–2.7	1.4	0.7–2.9
7. Ability to work continuously during work hours	Non-users	reference		reference	
	Users	1.8	0.8–3.7	1.9	0.8–4.4
8. Ability to perform work activities	Non-users	reference		reference	
	Users	1.1	0.7–1.7	0.8	0.5–1.4
9. Recovery from fatigue due to work by the next day	Non-users	reference		reference	
	Users	1.8	1.1–2.8	1.6	0.9–2.6
10. Recovery of attention and concentration necessary for work	Non-users	reference		reference	
	Users	1.4	0.9–2.3	1.2	0.7–2.2

OR: odds ratio; CI: confidence interval.

*Adjusted for gender, age, clinical specialty, number of working days as an occupational physician per month, years of interview experience with people with mental disorders.

Table 4. Evaluation against user's LN

	Users (n=238)	
	n	%
1. not useful at all	0	0
2. not useful	1	0
3. neither	4	2
4. useful	78	33
5. very useful	153	64

Table 5. Reason why non-users did not use LN

	non-Users (n=125)	
	n	%
1. I don't know LN	43	34
2. I know of LN but don't know how to use LN	11	9
3. I know LN but it is inconvenient to use	19	15
4. others	36	29
missing	16	13

Table 6. Whether non-user wants to use LN or not

	non-Users (n=125)	
	n	%
1. yes	93	74
2. no	30	24
missing	2	2

both crude and adjusted models (constant wake-up time, constant bedtime, no midnight waking, and no feeling of drowsiness during the day). The criterion “recovery from fatigue due to work by the next day” was only associated

with the use of LN in the crude model. In contrast, the effect of LN use disappeared after adjustment. This suggests that OPs may assess a person's ability to recover from fatigue using other methods (such as experience-based interviews) as well as information from LN.

LN allows users to gather information on patients' daily activities and sleep rhythm (e.g., waking and sleep time). Individuals can also use LN to record the good behaviors reported by Goracci *et al.*¹³⁾ as part of a healthy lifestyle, and bad behaviors such as drowsiness and the need to lie down or sleep during the day. OPs can use this information to help decide whether a worker can or should RTW. In this study, LN users confirmed the importance of factors

such as regular sleep rhythm and the absence of drowsiness during the day in RTW assessments. Our results reflect those of previous studies. In terms of both clinical and occupational health^{10–13, 17)}, regular sleep rhythm is an important way to avoid exacerbating symptoms of depression.

In this survey, we found that non-users did not place greater emphasis on regular sleep rhythm than users. Given that sleep rhythm was a predictor of recurrence, it is possible that workers were permitted to RTW by non-users in a situation where the sleep state of workers had not sufficiently improved.

Usefulness of LN in RTW judgment

The difficulty of evaluating work ability has been recognized in Japan and internationally^{20, 21)}. While Morgell *et al.*²²⁾ successfully used the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)²³⁾ to evaluate work disability, Anner *et al.* concluded that the comprehensive descriptions of work disability in the ICF were limited²⁴⁾. Nevertheless, the ICF concept of “activity” is useful for OPs who need to assess work ability before RTW. The ICF divides “activity” into “performance” and “capacity.” The “performance” qualifier describes what an individual does in his or her current environment. “Performance” can also be understood as involvement in a life situation or the lived experience in the actual context of a person’s life. Therefore, “performance” describes the execution of real-life daily tasks, and may reflect the outcomes of LN; hence, LN can be used to confirm a worker’s “performance.” The ICF “capacity” qualifier describes an individual’s ability to execute a task or action, and identifies a person’s highest probable level of functioning in a given domain at a given moment. “Capacity” can be considered an evaluation of work ability before RTW. An OP’s role is to evaluate “capacity” to ensure a successful RTW.

The need for LN as a suitable tool in RTW judgment

Ninety-seven percent of LN users were satisfied with LN, and 74% of LN non-users wanted to use LN with guidelines on how it should be used to judge RTW. One difficulty with assessing RTW is in the ability to appropriately evaluate such as sleeping situation and activities during the day, just by looking at LN without special training. Mori²⁵⁾ reported that OPs could be classified into three categories in Japan: doctors who spend part of their working time on occupational health activities (“non-specialist OPs”); doctors who engage in occupational health activi-

ties full-time (“specialist OPs”); and doctors who manage corporation-wide occupational health programs or lead programs at occupational health service institutes (“lead OPs”). In this survey, we found that older, male, non-specialist OPs who more frequently did not use LN. LN is considered to be particularly useful for non-specialist OPs who do not have sufficient time for occupational health activities, because LN facilitates understanding of the patient’s daily life.

Of note, LN is not a versatile tool. In particular, several specific characteristics warrant close evaluation. Since LN is self-reported, it is possible that a worker may make a false report to obtain an earlier RTW, such as describing a regular wake-up time despite not actually waking up at that time. LN should be considered as simply a tool for RTW judgment, but not to be used exclusively for this judgment. OPs should instead interview sick-leave workers while confirming LN and check for the presence of inconsistencies between the information obtained from LN and that from the interview, such as in facial expressions and speed of conversational responses. This requirement should be included in guidelines on how to judge RTW using LN.

Limitations

This study has several limitations. First, it was conducted under a cross-sectional design, which means causal associations could not be determined. Second, respondents might have provided socially desirable opinions. Third, it is possible that participation was largely restricted to OPs who are highly motivated to support RTW of patients with mental illness. Fourth, participation was limited to OPs who were members of the Expert Community of Occupational Health Physicians of the Japan Society for Occupational Health. We did not examine responses among the entire population of OPs. In particular, we did not collect data from doctors who spend part of their working time on occupational health activities (i.e. non-specialist OPs²⁵⁾). Despite this limitation, in this study it turned out that LN non-users did not place emphasis on regular sleep rhythm, which was important for relapse prevention, in RTW determination. We confirmed that LN plays an important role as a tool in RTW judgment for workers on sick leave due to mental health conditions. Additional information on the “performance” of a worker on sick leave would improve the ability of OPs to evaluate work ability (capacity), and may lead to a more successful RTW. Since LN users placed greater emphasis on sleep rhythms than non-users, users are considered to be cautious with respect

to permission for RTW. LN users are expected to have less recurrence after RTW than non-users. Future research should examine the differences in relapse or recurrent sick leave rates between workers evaluated by LN users and non-users.

Conclusion

Our results showed that the proportion of LN users was higher among women, younger physicians, and those who worked more days as an OP per month. Both LN users and non-users placed emphasis on a worker showing sufficient motivation for RTW. LN users regarded regular sleep rhythm and the absence of drowsiness during the day as important criteria for RTW assessment. Ninety-seven percent of LN users were satisfied with LN, and 74% of non-users were interested in using LN in RTW judgment. LN is considered to have a role as a tool in RTW judgment for workers on sick leave due to mental health conditions.

Authors' Contribution

A.K. and S.K. designed the research for this study, collected information from previous studies, conducted the statistical analysis, and wrote the manuscript. Y.F. advised on data collection, and conducted the statistical analysis. K.N. advised on the design of this study and was consulted on the questionnaire items. T.N. and M.N. contributed to the interpretation of the results. A.T. and K.M. supervised and provided advice about the study. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

We thank Dr. Juri Matsuoka, Dr. Satoshi Yamashita and Dr. Michihiro Hattori for their support with data reduction. This study was supported by a grant of FY2014–2016 “Development of a new support measure based on scientific basis for mental health disabled employees (PI, Akizumi Tsutsumi)”, Labor Accident Disease Clinical Research Project Subsidies from the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW).

References

- 1) The Japan Institute for Labor Policy and Training Survey on support for balancing treatment of mental health, personal injury, etc. and occupational life (In Japanese). <http://www.jil.go.jp/press/documents/20130624.pdf>. Accessed October 1, 2018.
- 2) Endo M, Haruyama Y, Muto T, Yuhara M, Asada K, Kato R (2013) Recurrence of sickness absence due to depression after returning to work at a Japanese IT company. *Ind Health* **51**, 165–71. [Medline] [CrossRef]
- 3) Koopmans PC, Roelen CA, Groothoff JW (2008) Risk of future sickness absence in frequent and long-term absentees. *Occup Med (Lond)* **58**, 268–74. [Medline] [CrossRef]
- 4) Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, Warshaw M, Maser JD (1999) Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry* **156**, 1000–6. [Medline]
- 5) Ministry of HealthLabor and Welfare. Manual of support of RTW of workers absent with mental health problem (In Japanese). <http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/101004-1.pdf>. Accessed October 1, 2018.
- 6) van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JA, Drewes HW, van der Laan NC, Adèr HJ (2010) Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat* **6**, 375–85. [Medline] [CrossRef]
- 7) Muto G, Nakamura RI, Yokoyama K, Kitamura F, Omori Y, Saito M, Endo M (2017) Information exchange using a prescribed form and involvement of occupational health nurses promotes occupational physicians to collaborate with attending physicians for supporting workers with illness in Japan. *Ind Health*. [Medline] [CrossRef]
- 8) Anema JR, Jettinghoff K, Houtman I, Schoemaker CG, Buijs PC, van den Berg R (2006) Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *J Occup Rehabil* **16**, 41–52. [Medline] [CrossRef]
- 9) Nakaido R, Harada K, Yokoyama N, Yokoyama M (2009) Cooperation between occupational medicine and psychiatry in return-to-work support service using “the readiness test of rework”. *Rinshouseishinigaku* **38**, 1297–304 (In Japanese).
- 10) Perlis ML, Giles DE, Buysse DJ, Tu X, Kupfer DJ (1997) Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. *J Affect Disord* **42**, 209–12. [Medline] [CrossRef]
- 11) Gulec M, Selvi Y, Boysan M, Aydin A, Besiroglu L, Agargun MY (2011) Ongoing or re-emerging subjective insomnia symptoms after full/partial remission or recovery of major depressive disorder mainly with the selective serotonin reuptake inhibitors and risk of relapse or recurrence: a 52-week follow-up study. *J Affect Disord* **134**, 257–65. [Medline] [CrossRef]
- 12) Emens J, Lewy A, Kinzie JM, Arntz D, Rough J (2009) Circadian misalignment in major depressive disorder. *Psychiatry Res* **168**, 259–61. [Medline] [CrossRef]

- 13) Goracci A, Rucci P, Forgione RN, Campinoti G, Valdagno M, Casolaro I, Carretta E, Bolognesi S, Fagiolini A (2016) Development, acceptability and efficacy of a standardized healthy lifestyle intervention in recurrent depression. *J Affect Disord* **196**, 20–31. [Medline] [CrossRef]
- 14) Kajiki S (2014) Development and evaluation of standard method of reinstatement support using Life Note. Literature survey on Life Note and collection and comparison of existing Life Note formats. Labor Accident Disease Clinical Research Project Subsidies from the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW), 35–47 (In Japanese). http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/hojokin/dl/26_14070101-01_01.pdf. Accessed October 1, 2018.
- 15) Depression Rework Research Association Guidelines of Rework for occupational health staff (In Japanese). <http://www.utsu-rework.org/info/sstaff/staffmanual.pdf>. Accessed October 1, 2018.
- 16) Yoshitsugu K, Kuroda Y, Hiroshima Y, Nagano N (2013) Concise set of files for smooth return to work in employees with mental disorders. *Springerplus* **2**, 630–6. [Medline] [CrossRef]
- 17) Namba K (2012) [Return-to-work program with a relapse-free job retention rate of 91.6% for workers with mental illness]. *Sangyo Eiseigaku Zasshi* **54**, 276–85 (In Japanese). [Medline] [CrossRef]
- 18) Tsugawa Y, Newhouse JP, Zaslavsky AM, Blumenthal DM, Jena AB (2017) Physician age and outcomes in elderly patients in hospital in the US: observational study. *BMJ* **357**, j1797. [Medline] [CrossRef]
- 19) Roter DL, Hall JA (2004) Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annu Rev Public Health* **25**, 497–519. [Medline] [CrossRef]
- 20) Pransky G, Katz JN, Benjamin K, Himmelstein J (2002) Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disabil Rehabil* **24**, 867–74. [Medline] [CrossRef]
- 21) Englund L, Svärdsudd K (2000) Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scand J Prim Health Care* **18**, 81–6. [Medline] [CrossRef]
- 22) Morgell R, Backlund LG, Arrelöv B, Strenger LE, Nilsson GH (2011) Health problems and disability in long-term sickness absence: ICF coding of medical certificates. *BMC Public Health* **11**, 860–6. [Medline] [CrossRef]
- 23) World Health Organization Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF. <http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf>. Accessed October 1, 2018.
- 24) Anner J, Schwegler U, Kunz R, Trezzini B, de Boer W (2012) Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not. *BMC Public Health* **12**, 470–7. [Medline] [CrossRef]
- 25) Mori K (2013) [Current status and issues in development of occupational physicians in Japan]. *J UOEH* **35** Suppl, 35–40 (In Japanese). [Medline] [CrossRef]



Return to Work After Stroke

Akizumi Tsutsumi

Contents

Introduction	2
Current RTW Rate	3
Prognostic Factors for RTW	3
Recurrent Stroke	4
Functional Disability	4
Higher Brain Function	4
Post-stroke Fatigue and Depression	5
Demographic and Socioeconomic Factors (Social Determinants)	5
Psychosocial Factors	6
Current States of Interventions	6
Pharmacological Interventions	6
Rehabilitation	6
Cognitive Behavioral Therapy	7
Work- and Employment-Related Interventions	7
Supervisor Training	8
Social Systems (Case Examples)	8
Remaining Challenges	10
Intervention on Psychosocial Factors	10
Management of Workers with Disabilities	10
Fitness for Work and Workplace Accommodation	11
Social Systems	12
Conclusions	12
Cross-References	13
References	13

A. Tsutsumi (✉)
Department of Public Health, Kitasato University School of Medicine, Sagamihara, Japan
e-mail: akizumi@kitasato-u.ac.jp

© Springer Nature Switzerland AG 2020
U. Bültmann, J. Siegrist (eds.), *Handbook of Disability, Work and Health*,
Handbook Series in Occupational Health Sciences,
https://doi.org/10.1007/978-3-319-75381-2_25-1

1

Abstract

Stroke is recognized as the single largest cause of severe disability worldwide. The cost of stroke is greater for young people because of a greater loss in productivity. Return to work (RTW) following stroke represents a major psychosocial complication. Approximately 40%–55% of patients with stroke need active rehabilitation, and 60% of stroke survivors need job modification after stroke. Factors associated with RTW include functional recovery, higher brain dysfunction, post-stroke fatigue and depression, socioeconomic status, employer flexibility, social benefits, and support from family or coworkers. Although rehabilitation techniques have been improved and some rehabilitation programs have been shown to be effective, there is a paucity of studies on vocational outcomes after stroke. RTW after stroke is a challenge for younger stroke survivors as well as for the older working population in general and people with disabilities who want to work. The system of RTW for workers with disabilities, such as disease treatment (including rehabilitation), workplace accommodation, and cooperation and coordination among stakeholders, should be consolidated. Overcoming the challenges of RTW after stroke is a key milestone for harmonizing work and disease treatment.

Keywords

Fitness for work · Functional disability · Harmonizing work and disease treatment · Higher brain dysfunction · Psychosocial work environment · Rehabilitation · Social determinants · Workplace accommodation

Introduction

Stroke is recognized as the single largest cause of severe disability worldwide (Arauz 2013) and is a leading cause of mortality, accounting for 11.8% of total deaths worldwide (Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2009). In the USA, stroke accounts for about 1 in every 20 deaths and has serious consequences for healthcare expenditure (Mozaffarian et al. 2016). Direct medical expenditure for stroke was around \$71.6 billion in 2012, with this expenditure estimated to be \$184.1 billion in 2030 (Ovbiagele et al. 2013). Approximately 60% of economic loss due to stroke is indirect loss associated with lost productivity (Taylor et al. 1996). Aging populations and prolonged stroke survival mean that the prevalence of stroke survivors among the working-age population is expected to increase in the near future (Arauz 2013).

Stroke in young patients is a major socioeconomic issue, as survivors have a longer time to live with any resulting physical impairments. Approximately 20% of stroke survivors in industrial nations are of working age or younger (Luengo-Fernandez et al. 2009). Young stroke patients face difficulty in return to work (RTW) (Teasell et al. 2000), and stroke in young people costs a greater deal of money than stroke in older people in terms of loss in productivity (Jacobs et al.

2002). Vocational needs for RTW after stroke are often neglected during medical rehabilitation. Returns on investment in vocational rehabilitation were reported to be far from idealistic when RTW was set as the primary outcome; that is, many stroke survivors who received vocational rehabilitation ended up on a disability pension allowance (Treger et al. 2007).

This chapter aims to clarify the major challenges and rehabilitation approaches with regard to RTW after stroke, by reviewing the current RTW rate, the relevant prognostic factors for RTW, and the current states of interventions and social systems.

Current RTW Rate

It is difficult to estimate true RTW rates after stroke because previous studies in this area differ in aspects such as study populations, definitions and types of stroke studied, definitions of work, study designs and methodologies, and company healthcare systems.

Daniel et al. (2009) reviewed 70 studies that reported data on RTW after stroke and found that the proportion of RTW ranged from 0% to 100% (average 44%). However, most studies reported RTW as a proxy for recovery or measure of rehabilitation outcomes (Daniel et al. 2009). Another review summarized 24 studies on RTW after ischemic stroke and reported RTW rates of 9%–91% (Wozniak and Kittner 2002). The cumulative full RTW rate appears to be improving each year. For example, a cohort study from Denmark showed that the odds for return to gainful occupation 2 years after stroke increased from 54% in 1996 to 72% in 2006 (Hannerz et al. 2012b).

For a more accurate estimation of RTW rate, Wozniak and Kittner (2002) argued for the necessity of time-to-event (life table or survival) analysis; however, there have been few studies on the time course of RTW after stroke. Recently, Endo et al. (2016) reported RTW in 382 Japanese stroke survivors using an objective measurement of sickness absence based on data from the occupational health register (clinically certified sickness absence using physicians' certificates). The cumulative RTW rate was 15.1% at 60 days post-stroke, 33.6% at 120 days post-stroke, 43.5% at 180 days post-stroke, and 62.4% at 365 days post-stroke (Endo et al. 2016).

Prognostic Factors for RTW

Functional ability is one of the most robust predictors of RTW. However, functional ability alone is not an indication of RTW after stroke. Stroke survivors who have high function scores should still be assessed for workability and assisted with the RTW process where possible. Glozier et al. (2008) noted that potentially treatable psychiatric morbidity and physical disability are determinants of RTW after stroke. Appropriate management of both emotional and physical sequelae therefore appears

necessary to optimize recovery and RTW in younger adults after stroke (Glozier et al. 2008).

Recurrent Stroke

Based on a previous estimation on stroke prognosis, the proportion of the target population that need active rehabilitation, after excluding the deceased and those that reach functional independence (recovery without disability), is approximately 40%–55% of patients with stroke (Macdonell and Dewey 2001). Recurrent stroke is a key factor that inhibits rehabilitation and is associated with increased difficulty in RTW. Even in the chronic phase, there is a strong association between recurrent stroke and prognosis. The cumulative risk of suffering stroke recurrence is estimated at 30% by 5 years. This risk is highest soon after the first stroke (13% by 1 year), with the average annual risk about 4% after the first year. The risk of stroke recurrence did not appear to be related to age or pathological type of stroke (Burn et al. 1994).

Functional Disability

An individual's functional disability (e.g., hemiplegia) at 5 to 10 years may be determined by 1 year after stroke onset. Newman observed that little neurological improvement occurred after the 14th week, the average interval from onset to 80% final recovery was 6 weeks, and functional recovery closely followed neurological recovery (Newman 1972). Functional recovery after stroke reaches a plateau by 6 months after disease onset. Actual accumulation of RTW indicates that RTW rarely starts during or immediately after this 6-month period. It has been suggested that factors other than functional recovery (e.g., provision of vocationally directed rehabilitation) are associated with RTW, such as higher brain dysfunction, mental dysfunction, employer flexibility, social benefits, and support from family or coworkers (Alaszewski et al. 2007).

Higher Brain Function

Higher brain function is related to social dysfunction after stroke in patients who return to work. Among stroke survivors with mild physical impairment, those with dysfunctions in attention, memory, and intelligence had a significantly lower likelihood of an early RTW (Tanaka et al. 2011). However, few studies have examined strong predicting factors in terms of RTW prognosis among stroke survivors with impairment of higher brain function.

Kauranen et al. (2013) showed that the cognitive severity of stroke in the first weeks after stroke predicted an inability to RTW 6 months after a stroke. Deficits evaluated as cognitive functions included executive functions (a set of processes

concerned with managing oneself and one's resources to achieve a goal), psychomotor speed, episodic memory, working memory, language, visuospatial and constructional skills, and motor skills. Similarly, subtle cognitive deficits in survivors of cerebellar stroke adversely affected RTW, including impairments in working memory, mental speed and flexibility, and visuospatial ability (Malm et al. 1998).

Post-stroke Fatigue and Depression

Post-stroke fatigue is considered one of the greatest impairment-related barriers to RTW and tends to persist as a relevant impediment over time (Hartke and Trierweiler 2015). Evidence suggests that people who complain of fatigue at the time of hospital discharge rarely return to work. The prevalence of post-stroke fatigue has been reported to range from 30% to 68% (De Groot et al. 2003). In young adults, post-stroke fatigue has a pronounced negative influence on functional outcomes (Maaijwee et al. 2015).

Depression is also common among patients with stroke. A systematic review of observational studies revealed that a pooled estimate of 33% (95% confidence interval [CI] 29%–36%) of all stroke survivors experienced depression (Hackett and Pickles 2014). Post-stroke depression is considered a factor that may hinder RTW after stroke, although not all studies support this concept.

Demographic and Socioeconomic Factors (Social Determinants)

Older age seems to increase the difficulty of RTW (Howard et al. 1985; Wozniak et al. 1999), although socioeconomic factors such as retirement may confound this association. Female sex was also reported to be a negative predictor of RTW (Saeki and Toyonaga 2010; Wozniak et al. 1999).

Higher socioeconomic status appears to be related to successful RTW. High educational attainment (Bergmann et al. 1991; Neau et al. 1998) and increased total household income (Wozniak et al. 1999) were positively associated with RTW. One study showed that with a few exceptions, white-collar workers tended to RTW more often than blue-collar workers (Treger et al. 2007). Stroke survivors in professional-managerial positions were also more likely to RTW than farm or blue-collar workers (Bergmann et al. 1991; Howard et al. 1985; Neau et al. 1998).

A prospective analysis based on nationwide data on enterprise size from Statistics Denmark merged with data from the Danish occupational hospitalization register revealed a statistically significant positive association between enterprise size and an increase in the estimated odds of RTW (Hannerz et al. 2012a). Provision of occupational health services largely depends on enterprise size, and occupational health activities are often insufficient, especially in small-sized businesses. Larger companies were also reported to be more positive in their attitude toward hiring persons with disabilities (Rimmerman 1998). In contrast, smaller companies are less likely to have flexible working systems, sufficient paid sick leave systems, or RTW systems.

Psychosocial Factors

Perceived stress or worry about RTW (e.g., expectation for a successful RTW and adjusting to performing job tasks with new limitations) is considered the greatest impediment to RTW. Attitudes of coworkers and flexibility in work schedules are the most helpful for the RTW process (Hartke and Trierweiler 2015). Social support at work, particularly emotional support, may be a strong promoter of RTW (Glass et al. 1993). In particular, good supervisor support facilitates RTW, as the employer's attitude toward disabilities is influential (Treger et al. 2007).

Work stress measured by the relevant occupational stress models, such as the job demand-control model (Karasek and Theorell 1990) and the effort-reward imbalance model (Siegrist 1996), was associated with an increased relative risk of recurrent coronary heart diseases events by 65% (Li et al. 2015). However, evidence is lacking on prognostic factors for RTW after stroke explored by using these occupational stress models.

Current States of Interventions

Pharmacological Interventions

The greatest risk factor for stroke recurrence is hypertension. Active treatment of high blood pressure reduced the risk of stroke among both hypertensive and non-hypertensive individuals with a history of stroke or transient ischemic attack (relative risk reduction 28%) (PROGRESS Collaborative Group 2001). A subtype analysis revealed that the relative risk for any stroke during follow-up was reduced by 26% (95% CI 12–38) among patients whose baseline cerebrovascular event was an ischemic stroke and by 49% (95% CI 18–68) among those whose baseline event was an intracerebral hemorrhage (Chapman et al. 2004).

A systematic review including 16 trials (1655 participants at entry) revealed beneficial effects of pharmacotherapy in terms of complete remission of depression and a reduction in scores on depression rating scales after stroke. However, there was also evidence of an increase in adverse events. In the natural history of post-stroke depression, there were self-limited cases in most studies after several months. It has also been reported that few stroke patients receive effective management for their depression (Hackett et al. 2005).

Rehabilitation

There is robust evidence showing stroke rehabilitation in diverse settings provides beneficial effects for improving patients' functional status, survival, cardiovascular disease risk profiles, quality of life, and reduction of recurrent stroke risk and psychological disorders (Winstein et al. 2016). Of those stroke survivors who received vocational rehabilitation counseling, two times as many reported a RTW

1 year after their stroke than survivors that did not receive counseling (Sinclair et al. 2014).

To establish recommendations for the practice of rehabilitation for cognitive disability after traumatic brain injury and stroke, the Cognitive Rehabilitation Task Force evaluated 370 cognitive rehabilitation interventions published from 1971 to 2008 based on 3 consecutive systematic reviews (see Cicerone et al. (2011) for the latest review). They provided evidence for the comparative effectiveness of cognitive rehabilitation, including support for visuospatial rehabilitation after right hemisphere stroke, and interventions for aphasia and apraxia after left hemisphere stroke. A number of recommended practice standards reflect the lateralized nature of cognitive dysfunction that is characteristic of stroke. For example, after right hemisphere stroke, visuospatial rehabilitation that includes visual scanning training for left visual neglect is recommended. Cognitive-linguistic interventions for aphasia and gestural strategy training for apraxia are recommended after left hemisphere stroke. Computer-based training programs may be considered as an adjunct to clinician-guided treatment for the remediation of attention deficits after stroke, although the level of recommendation was low; however, such programs may help to increase working memory capacity (Westerberg et al. 2007).

Cognitive Behavioral Therapy

Cognitive behavioral therapy may be used for stress control in patients post-stroke. The effectiveness of cognitive remediation and cognitive behavioral psychotherapy was tested for participants with persisting complaints after mild or moderate traumatic brain injury. Cognitive remediation consisted of direct attention training along with training in use of a memory notebook and problem-solving strategies. Cognitive behavioral therapy was used to increase coping behaviors and reduce stress. Participants demonstrated improved performance on a measure of complex attention and reduced emotional distress compared with a control group (Tiersky et al. 2005). Cognitive training has also been applied to treat post-stroke fatigue. A program combining cognitive treatment to reduce fatigue and graded activity training tested with patients with post-stroke fatigue reported positive short- and long-term effects in terms of fatigue complaints and improved fitness (Zedlitz et al. 2011).

Work- and Employment-Related Interventions

Adaptation of the working environment for patients with stroke that have disabilities is essential to support their RTW. A study of rehabilitation patients reported that over 90% of patients after stroke had been transferred to a job suited for people with disabilities or their workplace had been restructured (Bergmann et al. 1991). A US survey revealed that nearly 60% of stroke survivors who had held full-time jobs before their stroke acknowledged that their jobs required modification because of stroke-related changes in their abilities (Black-Schaffer and Osberg 1990). Many

studies have shown that over 70% of stroke survivors resumed full-time employment (Bergmann et al. 1991; Neau et al. 1998; Wozniak et al. 1999). However, some studies showed that these rates lowered to around 50% and that 22% of patients had to RTW half time or less (Black-Schaffer and Osberg 1990). The proportions of those that needed adjustment in their occupation, working hours, or type of employment were lower among young patients with stroke compared with older patients (23% and 26%, respectively) (Neau et al. 1998). In addition, many patients needed accommodating or workplace restructuring according to special needs after stroke.

A workplace intervention comprising workability assessments and workplace visits was effective in facilitating RTW for stroke survivors (Ntsiea et al. 2015), with stroke survivors who received individualized RTW programs being three times as likely to return to work than survivors who received usual care. The program was tailored according to the functional ability and workplace challenges of each stroke survivor and was administered by a physiotherapist and an occupational therapist. The program comprised (1) assessment to identify potential problems in the fit between work and stroke survivors' skills, including psychosocial work environment (Karasek and Theorell 1990); (2) separate interviews with the stroke survivor and employer to establish perceived barriers and enablers of RTW; and (3) a work visit for the stroke survivor to demonstrate what they do at work and identify what they could still do safely and what they could not do. Where possible, a plan for reasonable accommodation was discussed with a social worker/psychologist/speech therapist as necessary. Both workplace accommodation (change of job description and work adaptations) and vocational rehabilitation programs were provided. Most stroke survivors in the intervention group had work adaptations and job description changes following communication and contact between employers and therapists.

Supervisor Training

A trial was conducted to determine the competencies supervisors need to facilitate a worker's RTW following absence due to a mental health condition or a musculoskeletal disorder (Johnston et al. 2015). RTW competencies were allocated to nine clusters of related items (Table 1). Nearly all respondents (who represented a variety of rehabilitation professionals and jurisdictions) agreed that supervisors should receive training to achieve competencies for supporting RTW. Although developed for mental health conditions or musculoskeletal disorders, these competencies are applicable for RTW following many other disabilities or injuries, including stroke.

Social Systems (Case Examples)

The "fit note system" may be applicable to facilitate cooperation among stakeholders. In the UK, general practitioners (i.e., attending physicians) assess the fitness of workers on leave due to health problems and use a "Statement of Fitness for

Table 1 Essential competency clusters for supervisors who manage return to work (Johnston et al. 2015)

Enabling behaviors and personal attributes
Knowing return-to-work systems, processes, and procedures
Understanding and giving support to the injured worker
Communicating effectively with the injured worker
Liaising with key stakeholders (other than the injured worker)
Accessing knowledge and support for themselves
Developing, establishing, and monitoring the RTW plan
Managing the impact of the RTW on teams and coworkers
Managing impact of RTW programs on organizational effectiveness

Work” (fit note). This system allows physicians to provide advice on the types of assistance required of an employer. A fit note is not a conventional medical certificate that indicates the need for a leave of absence, but rather focuses on the conditions required for a worker to RTW. Therefore, it is effective in preventing the prolongation of leave of absence by altering workplace perceptions and behaviors regarding leave of absence and RTW. In the UK, fit notes are commonly used for illnesses and injuries to encourage the employer and patient to come to an agreement regarding working conditions by considering the patient’s condition and helping them RTW. Fit notes are forms on which an attending physician checks either “not fit for work” or “you may be fit for work if you take into account the following advice” and provides details on the minimum required clinical considerations. Fit notes currently used in the UK include four check boxes that indicate detailed instructions to be followed in cases where a worker may be fit to return to work: “a phased return to work,” “altered hours,” “amended duties,” and “workplace adaptations.” There is also a blank space in which a physician can write their opinion. In such cases, a physician must consider work conditions at the individual’s workplace. However, as a physician cannot be expected to have specialized knowledge about an individual’s workplace and occupational health and safety issues, the physician’s advice forms the basis for discussing these issues. The role of determining the actual extent of feasible compliance with this advice is the responsibility of the patient (worker) and their employer. Fit notes that are currently used generally allow a physician to state their opinion regarding a patient’s recuperation, work restrictions, and taking a leave of absence based on clinical findings related to the patient (worker). Fit notes are used by physicians to provide advice from a medical perspective that is useful in promoting the continuation of work while considering workplace conditions. The fit note system has undergone provisional adoption in countries outside the UK.

On February 23, 2016, the Japan Ministry of Health, Labour and Welfare released *Guidelines for Supporting the Ability to Work at Workplaces while Undergoing Treatment*, which describe workplace initiatives designed to ensure that consideration is given to appropriate workplace conditions and the treatment of workers suffering from cancer, stroke, and other illnesses so that they can continue working while undergoing treatment. The recommendations in that report include the

following: (1) workers request employer support (the attending physician submits a written opinion regarding items that require consideration); (2) the employer considers the opinions of occupational physicians and others regarding required measures and considerations; and (3) the employer determines and implements workplace measures (the creation of a “Support Plan” is recommended). Although these recommendations relate to cases of cancer or stroke, forms used to provide information on employment with attending physicians, as well as those used when attending physicians are asked to provide an opinion, are similar to those used in the UK fit note system. A problem hindering cooperation between employers and attending physicians is that they use different language (i.e., technical terms). It has also been noted that patients may need psychological assistance because of various difficulties they experience, such as economic stress due to job loss. To improve communication between stakeholders, training of coordinators to assist patients has started.

Remaining Challenges

Intervention on Psychosocial Factors

Many factors that are known to influence vocational outcomes after other illnesses have not been examined in terms of stroke (Wozniak and Kittner 2002). Psychosocial job characteristics are such factors, and factors conceptualized by the relevant occupational stress models (Karasek and Theorell 1990; Siegrist 1996) can be utilized for the theory-based interventions (Tsutsumi and Kawakami 2004). Actually, evaluation of psychosocial job characteristics was effectively utilized for individualized RTW programs for stroke survivors (Ntsiea et al. 2015). Low workplace social support and low levels of job control were associated with colleagues’ negative perceptions of individuals with a psychiatric disorder returning to work (Eguchi et al. 2017). Improving psychosocial job characteristics may lead to successful RTW for stroke survivors through changing colleagues’ negative perceptions. Further studies are necessary to investigate the impact of psychosocial job characteristics on RTW after stroke.

High levels of social support were associated with faster and more extensive recovery of functional status (Glass et al. 1993) and health-related quality of life after stroke (King 1996). However, evidence of a direct association between social support and RTW is lacking. Interventions to improve social support at work should be tested in the near future.

Management of Workers with Disabilities

There are insufficient studies that have evaluated any therapy for depression after stroke. Intervention studies are limited, and knowledge about effective management has important gaps. In addition, there are no robust evidence about how to treat

patients with mild to moderate depression after stroke and a paucity of evidence on how to manage people with suspected depression in whom mood cannot be formally assessed because of aphasia (Hackett et al. 2014).

In terms of higher brain function, job modification through occupational management is required to maximize the performance of patients with stroke to compensate for their disabilities (Tanaka et al. 2011). Although some evidence-based practical recommendations have been established, there remain challenges to improve their working capacity (Cicerone et al. 2011). For example, benefits from targeting visual attention deficits skills are limited, and there is need for specific, functional skill training to improve driving ability after stroke (Mazer et al. 2003). It is also acknowledged that additional research is needed to investigate patient characteristics that influence treatment effectiveness (Cicerone et al. 2011).

There is limited evidence to suggest stroke patients may benefit from specific executive function training and learn compensatory strategies to reduce the consequences of executive impairments. Although it is estimated that around 75% of stroke survivors will experience executive dysfunction, high-quality evidence that supports generalized conclusions about the effect of cognitive rehabilitation on executive function or other secondary outcome measures is insufficient (Chung et al. 2013).

Fitness for Work and Workplace Accommodation

A recent systematic review targeting diverse disability groups found moderate evidence on the effectiveness of some workplace accommodations (vocational counseling and guidance, education and self-advocacy, help of others, changes in work schedules, work organization, and special transportation) to promote employability among persons with physical disabilities and reduce costs (Nevala et al. 2015). In particular, evidence on the effectiveness of liaison, education, work aids, or work techniques coordinated by case managers was low. The review suggested the necessity of more high-quality studies and identified self-advocacy, support from the employer and community, amount of training and counseling, and flexibility of work schedules and work organization as key facilitators and barriers of employment (Nevala et al. 2015).

Employers and line managers are pivotal in RTW after stroke. A qualitative study conducted in the UK provided insights from the employer perspective to promote RTW after stroke (Coole et al. 2013). The researchers gathered data using semi-structured interviews with employer stakeholders, including small business owners, line managers, human resources, and occupational health staff. The analyses revealed employers' concerns about the RTW of stroke survivors and the necessity of the individual's (stroke survivors) personal motivation to RTW. Those that had received support from a healthcare professional with knowledge of both vocational rehabilitation and stroke appeared to benefit. Because stakeholders' understanding relevant to RTW after stroke improved with the help of healthcare professionals

(occupational health staff, rehabilitation team, and clinicians), promoting communication among professionals and stakeholders is essential.

Cooperation between the physician in charge and occupational health staff (occupational physicians) appeared to contribute to RTW (Tanaka et al. 2011). To facilitate cooperation with occupational physicians, it may be necessary to obtain information about the patient's medical and psychosocial background early in the disease onset. This would support provision of appropriate advice regarding RTW, such as relocation of the patient and workplace arrangements based on their medical condition.

Social Systems

Although there is evidence demonstrating stroke rehabilitation is offered in diverse settings (e.g., outpatient, in-hospital, and post-acute care settings), opportunities to reach stroke survivors have been missed (Ayala et al. 2018). It has also been suggested that vocational rehabilitation services are under-used (Hartke and Trierweiler 2015).

Interventions from a broad public health perspective are needed to reduce socioeconomic disparities in RTW. Rehabilitation opportunities do not reach some populations because of sex, race, and level of education (Ayala et al. 2018). People working for themselves or for small-sized enterprises are also less likely to have access to occupational health services. Health insurance coverage is needed that includes stroke rehabilitation, education for stroke survivors on rehabilitation opportunities, and healthcare professionals to guide referral to appropriate opportunities at hospital discharge (Ayala et al. 2018). Cooperation among employers (occupational health professionals) and attending physicians should be systematically facilitated. Economic support may be necessary for small-sized companies to establish RTW support systems for workers with disabilities, such as flexible working systems or paid sick leave systems. Other than occupational health service issues, factors limiting RTW after stroke include constructional and transportation problems that restrict social activities of impaired persons and stigma and prejudice regarding the workability of stroke survivors (Treger et al. 2007).

Conclusions

It is expected that people who return to work after stroke have better quality of life compared with those who do not (Ntsiea et al. 2015). It has become increasingly important to evaluate the social prognosis (i.e., health-related quality of life) of stroke survivors, because patients with stroke are getting older and the severity of disease is becoming worse. Although rehabilitation techniques have been improved and the effectiveness of some rehabilitation programs has been shown (Cicerone et al. 2011), investigations on vocational outcomes after stroke have been limited. Study outcomes should include sustained RTW. To achieve sustained RTW,

worker-based vocational rehabilitation and creating supportive work environment are needed (Dekkers-Sanchez et al. 2011). To improve the RTW rate after stroke, it is also necessary to overcome identified evidence gaps.

Harmonizing work and disease treatment is an emerging topic. RTW after stroke is a challenge for younger stroke survivors, as well as for the older working population in general and people with disabilities who want to work. The whole RTW system for workers with disabilities, such as disease treatment (including rehabilitation), workplace accommodation, and cooperation among stakeholders and coordination of these factors, should be consolidated. Overcoming the challenges of RTW after stroke is a key milestone for harmonizing work and disease treatment.

Cross-References

- Coronary Heart Disease and Return-to-Work
- Implementing Best Practice Models of Return to Work
- Policies of Reducing the Burden of Occupational Hazards and Disability Pensions

Acknowledgments This work was supported by Ministry of Health, Labour and Welfare (Industrial Disease Clinical Research Grants: Grant Number 170401 and 180701-1). We also thank Audrey Holmes, MA, from Edanz Group (www.edanzediting.com/ac) for editing a draft of this manuscript.

References

- Alaszewski A, Alaszewski H, Potter J, Penhale B (2007) Working after a stroke: survivors' experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid employment. *Disabil Rehabil* 29(24):1858–1869. <https://doi.org/10.1080/09638280601143356>
- Arauz A (2013) Return to work after stroke: the role of cognitive deficits. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 84(3):240. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-303328>
- Ayala C, Fang i, Luncheon C, King SC, Chang T, Ritchey M, Loustalot F (2018) Use of outpatient rehabilitation among adult stroke survivors—20 states and the District of Columbia, 2013, and four states, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 67:575–578. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6720a2>
- Bergmann H, von Kuthmann M, Ungern-Sternberg A, Weimann VG (1991) Medical educational and functional determinants of employment after stroke. *J Neural Transm Suppl* 33:157–161
- Black-Schaffer RM, Osberg JS (1990) Return to work after stroke: development of a predictive model. *Arch Phys Med Rehabil* 71(5):285–290
- Burn J, Dennis M, Bamford J, Sandercock P, Wade D, Warlow C (1994) Long-term risk of recurrent stroke after a first-ever stroke. The Oxfordshire community stroke project. *Stroke* 25(2):333–337
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2009) Prevalence and most common causes of disability among adults—United States, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 58(16):421–426
- Chapman N, Huxley R, Anderson C, Bousser MG, Chalmers J, Colman S, Davis S, Donnan G, MacMahon S, Neal B, Warlow C, Woodward M (2004) Effects of a perindopril-based blood pressure-lowering regimen on the risk of recurrent stroke according to stroke subtype and

- medical history: the PROGRESS trial. *Stroke* 35(1):116–121. <https://doi.org/10.1161/01.Str.0000106480.76217.6f>
- Chung CS, Pollock A, Campbell T, Durward BR, Hagen S (2013) Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in adults with stroke or other adult non-progressive acquired brain damage, CD008391. *Cochrane Database Syst Rev* 2013(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008391.pub2>
- Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C, Malec JF, Kalmar K, Fraas M, Felicetti T, Laatsch L, Harley JP, Bergquist T, Azulay J, Cantor J, Ashman T (2011) Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Arch Phys Med Rehabil* 92(4):519–530. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.11.015>
- Coole C, Radford K, Grant M, Terry J (2013) Returning to work after stroke: perspectives of employer stakeholders, a qualitative study. *J Occup Rehabil* 23(3):406–418
- Daniel K, Wolfe CD, Busch MA, McKevitt C (2009) What are the social consequences of stroke for working-aged adults? *Syst Rev Stroke* 40(6):e431–e440. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.108.534487>
- De Groot MH, Phillips SJ, Eskes GA (2003) Fatigue associated with stroke and other neurologic conditions: implications for stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 84(11):1714–1720
- Dekkers-Sanchez PM, Wind H, Sluiter JK, Hw Frings-Dresen MH (2011) What promotes sustained return to work of employees on long-term sick leave? Perspectives of vocational rehabilitation professionals. *Scand J Work Environ Health* 37(6):481–493. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3173>
- Eguchi H, Wada K, Higuchi Y, Smith DR (2017) Psychosocial factors and colleagues' perceptions of return-to-work opportunities for workers with a psychiatric disorder: a Japanese population-based study. *Environ Health Prev Med* 22(1):23
- Endo M, Sairenchi T, Kojimahara N, Haruyama Y, Sato Y, Kato R, Yamaguchi N (2016) Sickness absence and return to work among Japanese stroke survivors: a 365-day cohort study. *BMJ Open* 6(1):e009682
- Glass TA, Matchar DB, Belyea M, Feussner JR (1993) Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke* 24(1):64–70
- Glozier N, Hackett ML, Parag V, Anderson CS (2008) The influence of psychiatric morbidity on return to paid work after stroke in younger adults: the Auckland regional community stroke (ARCOS) study, 2002 to 2003. *Stroke* 39(5):1526–1532. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.107.503219>
- Hackett ML, Pickles K (2014) Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke* 9(8):1017–1025. <https://doi.org/10.1111/ijss.12357>
- Hackett ML, Yapa C, Parag V, Anderson CS (2005) Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke* 36(6):1330–1340. <https://doi.org/10.1161/01.Str.0000165928.19135.35>
- Hackett ML, Kohler S, O'Brien JT, Mead GE (2014) Neuropsychiatric outcomes of stroke. *Lancet Neurol* 13(5):525–534. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(14\)70016-x](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(14)70016-x)
- Hannerz H, Ferm L, Poulsen OM, Pedersen BH, Andersen LL (2012a) Enterprise size and return to work after stroke. *J Occup Rehabil* 22(4):456–461. <https://doi.org/10.1007/s10926-012-9367-z>
- Hannerz H, Mortensen OS, Poulsen OM, Humle F, Pedersen BH, Andersen LL (2012b) Time trend analysis of return to work after stroke in Denmark 1996–2006. *Int J Occup Med Environ Health* 25(2):200–204. <https://doi.org/10.2478/s13382-012-0017-7>
- Hartke RJ, Trierweiler R (2015) Survey of survivors' perspective on return to work after stroke. *Top Stroke Rehabil* 22(5):326–334. <https://doi.org/10.1179/1074935714z.00000000044>
- Howard G, Till JS, Toole JF, Matthews C, Truscott BL (1985) Factors influencing return to work following cerebral infarction. *JAMA* 253(2):226–232
- Jacobs BS, Boden-Albala B, Lin IF, Sacco RL (2002) Stroke in the young in the northern Manhattan stroke study. *Stroke* 33(12):2789–2793

- Johnston V, Way K, Long MH, Wyatt M, Gibson L, Shaw WS (2015) Supervisor competencies for supporting return to work: a mixed-methods study. *J Occup Rehabil* 25(1):3–17. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9511-z>
- Karasek R, Theorell T (1990) *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York
- Kauranen T, Turunen K, Laari S, Mustanoja S, Baumann P, Poutiainen E (2013) The severity of cognitive deficits predicts return to work after a first-ever ischaemic stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 84(3):316–321. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-302629>
- King RB (1996) Quality of life after stroke. *Stroke* 27(9):1467–1472
- Li J, Zhang M, Loerbroks A, Angerer P, Siegrist J (2015) Work stress and the risk of recurrent coronary heart disease events: a systematic review and meta-analysis. *Int J Occup Med Environ Health* 28(1):8–19. <https://doi.org/10.2478/s13382-014-0303-7>
- Luengo-Fernandez R, Gray AM, Rothwell PM (2009) Costs of stroke using patient-level data: a critical review of the literature. *Stroke* 40(2):e18–e23. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.108.529776>
- Maaijwee NA, Arntz RM, Rutten-Jacobs LC, Schaapsmeeders P, Schoonderwaldt HC, van Dijk EJ, de Leeuw FE (2015) Post-stroke fatigue and its association with poor functional outcome after stroke in young adults. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 86(10):1120–1126. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2014-308784>
- Macdonell RA, Dewey HM (2001) Neurological disability and neurological rehabilitation. *Med J Aust* 174(12):653–658
- Malm J, Kristensen B, Karlsson T, Carlberg B, Fagerlund M, Olsson T (1998) Cognitive impairment in young adults with infratentorial infarcts. *Neurology* 51(2):433–440
- Mazer BL, Sofer S, Korner-Bitensky N, Gelinas I, Hanley J, Wood-Dauphinee S (2003) Effectiveness of a visual attention retraining program on the driving performance of clients with stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 84(4):541–550. <https://doi.org/10.1053/apmr.2003.50085>
- Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, Das SR, de Ferranti S, Despres JP, Fullerton HJ, Howard VJ, Huffman MD, Isasi CR, Jimenez MC, Judd SE, Kissela BM, Lichtman JH, Lisabeth LD, Liu S, Mackey RH, Magid DJ, McGuire DK, Mohler ER, Moy CS, Muntner P, Mussolino ME, Nasir K, Neumar RW, Nichol G, Palaniappan L, Pandey DK, Reeves MJ, Rodriguez CJ, Rosamond W, Sorlie PD, Stein J, Towfighi A, Turan TN, Virani SS, Woo D, Yeh RW, Turner MB (2016) Heart disease and stroke Statistics-2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 133(4):e38–e360. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000350>
- Neau JP, Ingrand P, Mouille-Brachet C, Rosier MP, Couderq C, Alvarez A, Gil R (1998) Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. *Cerebrovasc Dis* 8(5):296–302. <https://doi.org/10.1159/000015869>
- Nevala N, Pehkonen I, Koskela I, Ruusuvaari J, Anttila H (2015) Workplace accommodation among persons with disabilities: a systematic review of its effectiveness and barriers or facilitators. *J Occup Rehabil* 25(2):432–448
- Newman M (1972) The process of recovery after hemiplegia. *Stroke* 3(6):702–710
- Ntsiea MV, Van Aswegen H, Lord S, Olorunju SS (2015) The effect of a workplace intervention programme on return to work after stroke: a randomised controlled trial. *Clin Rehabil* 29(7):663–673. <https://doi.org/10.1177/0269215514554241>
- Ovbiagele B, Goldstein LB, Higashida RT, Howard VJ, Johnston SC, Khavjou OA, Lackland DT, Lichtman JH, Mohl S, Sacco RL, Saver JL, Trogon JG (2013) Forecasting the future of stroke in the United States: a policy statement from the American Heart Association and American Stroke Association. *Stroke* 44(8):2361–2375. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e31829734f2>
- PROGRESS Collaborative Group (2001) Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 358(9287):1033–1041. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(01\)06178-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(01)06178-5)

- Rimmerman A (1998) Factors relating to attitudes of Israeli corporate executives toward the employability of persons with intellectual disability. *J Intellect Develop Disabil* 23 (3):245–254. <https://doi.org/10.1080/13668259800033731>
- Saeki S, Toyonaga T (2010) Determinants of early return to work after first stroke in Japan. *J Rehabil Med* 42(3):254–258. <https://doi.org/10.2340/16501977-0503>
- Siegrist J (1996) Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1(1):27–41
- Sinclair E, Radford K, Grant M, Terry J (2014) Developing stroke-specific vocational rehabilitation: a soft systems analysis of current service provision. *Disabil Rehabil* 36(5):409–417
- Tanaka H, Toyonaga T, Hashimoto H (2011) Functional and occupational characteristics associated with very early return to work after stroke in Japan. *Arch Phys Med Rehabil* 92(5):743–748. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.12.009>
- Taylor TN, Davis PH, Torner JC, Holmes J, Meyer JW, Jacobson MF (1996) Lifetime cost of stroke in the United States. *Stroke* 27(9):1459–1466
- Teasell RW, McRae MP, Finestone HM (2000) Social issues in the rehabilitation of younger stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil* 81(2):205–209
- Tiersky LA, Anselmi V, Johnston MV, Kurtyka J, Roosen E, Schwartz T, Deluca J (2005) A trial of neuropsychologic rehabilitation in mild-spectrum traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 86(8):1565–1574. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2005.03.013>
- Treger I, Shames J, Giaquinto S, Ring H (2007) Return to work in stroke patients. *Disabil Rehabil* 29(17):1397–1403. <https://doi.org/10.1080/09638280701314923>
- Tsutsumi A, Kawakami N (2004) A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Soc Sci Med* 59(11):2335–2359
- Westerberg H, Jacobaeus H, Hirvikoski T, Clevberger P, Ostensson ML, Bartfai A, Klingberg T (2007) Computerized working memory training after stroke—a pilot study. *Brain Inj* 21(1):21–29. <https://doi.org/10.1080/02699050601148726>
- Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, Deruyter F, Eng JJ, Fisher B, Harvey RL, Lang CE, MacKay-Lyons M, Ottenbacher KJ, Pugh S, Reeves MJ, Richards LG, Stiers W, Zorowitz RD (2016) Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 47(6):e98–e169. <https://doi.org/10.1161/str.0000000000000098>
- Wozniak MA, Kittner SJ (2002) Return to work after ischemic stroke: a methodological review. *Neuroepidemiology* 21(4):159–166. <https://doi.org/10.1159/000059516>
- Wozniak MA, Kittner SJ, Price TR, Hebel JR, Sloan MA, Gardner JF (1999) Stroke location is not associated with return to work after first ischemic stroke. *Stroke* 30(12):2568–2573
- Zedlitz AM, Fasotti L, Geurts AC (2011) Post-stroke fatigue: a treatment protocol that is being evaluated. *Clin Rehabil* 25(6):487–500. <https://doi.org/10.1177/0269215510391285>

Lecture by President

第26回日本産業精神保健学会：大会長講演

コミュニティとメンタルヘルスの未来を考える
——保健師の立場から

錦戸典子

はじめに

産業保健師の実践を経て保健師教育に携わっている立場から大会テーマとした「コミュニティとメンタルヘルス——働く人のLifeを支える連携と協働」について考えた内容を報告する。本稿では、「コミュニティ」を、誰もが安心して暮らし働ける社会、または、そこでの人と人のつながり、多様性（背景・価値観など）を尊重し合い、互いの成長やWell-Beingの希求を支え合えるつながりととらえることとする。

「コミュニティ」に着目した第1の理由は筆者の保健師としての実践・教育・研究の原点に、「コミュニティ」が位置づいているからである。保健師は、個人・家族・集団・コミュニティへの支援をする保健専門職であり、とくに「コミュニティ」を対象に含めている点に特徴があると考えられる。この「コミュニティ」は、自治体の地域保健領域で働く保健師であれば単に「地域」という言葉で語られることもあり、企業・健康保険組合・労働衛生機関などの産業保健領域で働く保健師からは「職場組織」と呼ばれることもある。第2の理由としては、筆者が大学・大学院時代を通じて学んできた「公衆衛生学」「看護学」「人類生態学」の枠組みにおいては、人間⇄環境の相互作用が重

要な位置を占めており、環境について考えることが習慣になっていることも関連している。私たちは日々、社会的環境すなわち「コミュニティ」の中で相互に影響し合いながら暮らしており、心のあり様に大きく関連している。また、第3の理由であり最大の理由でもあるのが、昨今の「コミュニティ」の変化が著しいことである。少子高齢化で労働力が不足する時代に、職域や地域で人々がどのような課題に直面しているのか筆者なりに考察し、この機会に、保健師の立場から、「コミュニティ」と「メンタルヘルス」の現状と未来について考えてみたい。

I. 「コミュニティ」とメンタルヘルスの
未来についての一考察

1) 「コミュニティ」の変化

近年のわが国において、核家族化や一人世帯の増加は顕著であり、人々の地域的な結束が薄れてきている。すなわち、わが国が永年築いてきた地縁・血縁に基づいたコミュニティは脆弱化していると言える。加えて、児童への犯罪抑止等の観点から他所の子どもに声かけをしにくくなった社会事情も重なり、コミュニティの大人から教育的な声かけを受けることなく育った若年世代では、他者からの指摘に過剰に動揺し、傷つくのをおそれて人と深く関わらない傾向も見られる。そうして

育った世代が就職すると、上司が普通に注意したつもりでも尊厳を傷つけられたと感じる等のコミュニケーション・ギャップが生まれる可能性が高い。

反面、SNSなどを通じた空間を超えた交流が活性化している。ただし、利害関係やネット上のマナーなどがひとたび問題化すると、他罰的な発信やそれに対する過剰防衛とも見える攻撃的な書き込みにより交流の場が荒れることも少なくない。匿名性があるネット社会では一層その傾向が強く出る傾向があるが、実社会でも他罰的な言動をとる人が増えている。そのような状況下では、多様化したはずの社会の狭間で自分の居場所をなくして孤立し、孤独感を抱える人が増える可能性が懸念される。

では、働く世代が日々多くの時間を過ごしている職場のコミュニティはどのように変化し、人々のつながりや心の安定に寄与しているのだろうか？ 近年、「働き方改革」や「生産性向上」が注目されているが、諸刃の剣の側面も合わせ持つことに留意する必要があるだろう。たとえば、単位時間あたりの生産性向上を過度に求めると、職場内のコミュニケーションが減少する恐れがある。もともと他者との生身のコミュニケーションが得意でない人が増えている状況下では、職場の人間関係が悪化する恐れもありとくに注意が必要である。メリハリが大事ではあるが、同僚や上司らと和気あいあいと家族の話などをして互いを思いやる時間も大切である。これらをすべて無駄な時間としてそぎ落としてしまうのは、チームの観点からは危険と考えられる。たとえば、自分の仕事を後回しにして後輩の相談に乗るという行動はチーム形成の面では重要な役割を果たしており、一時的には生産性が低下しても長期的には生産性向上に寄与する可能性が高いことに留意して、評価の仕方を検討すべきと考えられる。

2) ソーシャル・キャピタルの観点から

ソーシャル・キャピタル（以下、SC）とは、人々の協調的行動を活発にすることにより、社会の効

率性を高めることのできる「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴を指す概念として知られている¹⁾。その本質である「人と人との絆」「人と人との支え合い」は、日本社会を古くから支える重要な基礎とされてきた²⁾。

SCには多面性があり、ネットワークの“性質”により大きく3つに分類されている。1つ目は家族や近隣の均質な集団での強固な結びつきに代表される結束（結合）型、2つ目は異なる組織や人との弱い結びつきを指す橋渡し型、3つ目は異なる権力や社会階層の人との結び付きなどの連結（リンキング）型である³⁾。古くからの結束型はしがらみに通じるリスクもあり、橋渡し型や連結型のSCが注目されている。

わが国におけるSCと健康との関連に関する研究としては、家族や友人との連絡および会う頻度が高い者で有意に死亡率が低かったこと⁴⁾や、「人を信頼できない」「互酬性の規範が低い」「地区組織への不参加」の程度が強いほど主観的健康感が不良で抑うつが高かったこと⁵⁾などが報告されている。また、介入研究としては、高齢者の憩いのサロンに頻繁に参加していた人は非参加者と比べて要介護認定を受けるリスクが約半分に低下したことが報告されており⁶⁾、人と人とのつながりが健康度の維持につながる可能性が示唆されている。職域でのSCに関する研究は2014年以降盛んになり⁷⁾、SCが高いほど抑うつ度⁸⁾や精神的苦痛が低く⁹⁾、また仕事のストレスとの関連を緩和できていて^{10,11)}、身体的にも収縮期血圧が低く¹²⁾肥満リスクが低い¹³⁾などの報告があり、また部署レベルのSCが高いほどワーク・エンゲイジメントが高いというポジティブ面の関連¹⁴⁾も示されている。今後は、どのような支援が職場のSC醸成につながるかの解明、ならびに、その効果検証（介入研究）が必要と考えられる。

一方、SCを用いた実践に関しては、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成27年3月改正）¹⁵⁾において、地域保健対策の推進にあたり、地域のSCを活用し、住民による自助および共助への支援を推進することが推奨された。ま

た、「地域における保健師の保健活動に関する指針」(平成25年4月改正)¹⁶⁾には、地域保健分野で活躍する保健師(以下、行政保健師)の役割として、地域のSCの活用・醸成による、住民の主體的・継続的な取組み支援、および学校・職域を含む広範囲の連携、地域特性に応じた健康なまちづくりの推進が明記されている。

3) コミュニティとメンタルヘルスの未来

上記のようなコミュニティの変化やSCへの注目が集まっている状況を受け、私たちは今後どのようなコミュニティを維持・醸成し、メンタルヘルスを向上させていけるだろうか？

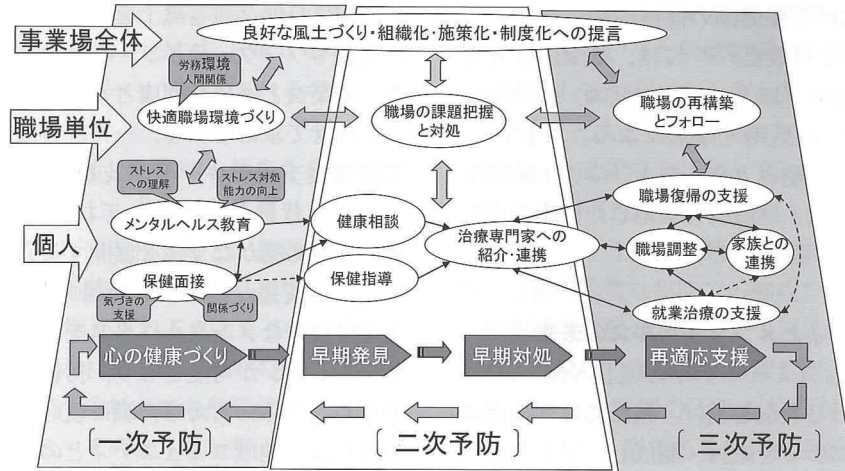
近年、自分の生活・人生を大切に人が増えており、ワーク・ライフ・バランスが脅かされる職場や職務満足度の低い職場では、離職者が増える可能性が高い。不調時の支援だけでなく、労働意欲の向上や相互支援の促進など、普段から良好な職場風土づくり対策を促進することにより、健康面だけでなく社会・経済的なプラスの価値を作り出せることに注目したポジティブ・メンタルヘルスへの社会的関心が高まっている。健康経営優良法人の認証も行われているが、中小企業での実質的な取組みの普及推進が課題となるだろう。企業規模は小さくても経営者の働きかけで生き生き職場づくりを実践している好事例¹⁷⁾もあり、推進のヒントを示している。この動きをさらに広く社会に浸透させるには、職場に対しては経営者・労働者主体でチーム形成や凝集性を高めていくためのファシリテーション、すなわち職場コミュニティ醸成支援が必要と考えられる。経営層を含む社員や関係者間の相互理解と協働を進め、実践と研究の両面から、組織・コミュニティへの効果的な支援方法を可視化し、効果検証を進めることが有用と考える。その上で、職場ごとの健康・安全リスク管理と健康保持増進に資する取組みをすべての職場に普及推進するためには、学生時代からの教育や情報メディア等を介した国民全体のリテラシー向上方策と社内外の専門職から助言を得やすい仕組みづくりが必要となるだろう。さらに、

持続的に良好な職場風土を維持するためには、両立支援やワーク・ライフ・バランスへの配慮を含む、従業員と家族の健康と幸せに配慮した経営姿勢が併せて求められる。一方、労働者個人に対しては成長支援やキャリア支援の視点が必要であり、家族背景を含むそれぞれの事情やニーズに沿ったきめ細かな支援を展開する必要がある。そのような支援が得られる職場コミュニティでは、人々は良好なメンタルヘルスを維持しながら新たなチャレンジが可能となり、持続的な成長が期待できる。さらに言えば、職に就いている青壮年期のうちに、地域コミュニティとのつながりを育てておくことが、定年退職後の交流の場の獲得と認知症予防、生きがいづくり等、生涯にわたるメンタルヘルスの維持につながる可能性がある。今後は、働く世代に職場コミュニティだけでなく地域コミュニティへの視野を広げる支援を行うことも有用と考えられる。

前項で述べたように、地域保健においてSCの醸成・活用が推奨され、行政保健師にその支援役割が明確に位置づけられたことから、産業保健においても職場のSCの醸成・活用を推奨するとともに、その支援に産業保健師の貢献を大いに期待したい。さらに、生涯を通じた支援、中小企業への支援、家族を含めた支援などは、職域だけでは成し得ないにもかかわらず、地域、職域、学校間の実質的な連携にはいまだ至っておらず、その推進が課題となっている。これら多分野間の連携強化により、コミュニティの頑健性が高まり人々のつながりの多層化と心身の健康の確保が可能となることを科学的に示すとともに、今後の実質的な連携の深化を期待したい。

II. 産業保健師の専門性と貢献可能性

これまで述べてきた職場コミュニティの醸成支援に関して、産業保健師は対象の自助力を引き出すことを特徴とする看護の専門性をベースに、相互に支え合い生き生きと働くことのできる職場風土づくりや、職場メンバーが主体となった健康職

図1 産業看護職による精神保健活動の流れ²¹⁾

場づくりを支援している。産業看護職による職場エンパワメントの支援プロセスについての報告¹⁸⁾もあり、コミュニティの醸成支援と類似の支援と考えられる。また、実践面でも産業保健師が支援した職場環境改善の好事例が多々見られ、職場ニーズをよく知り日頃から信頼関係を築いている保健師がストレスチェック後の職場環境改善を支援し良好な結果を得られた事例などが報告されている¹⁹⁾。

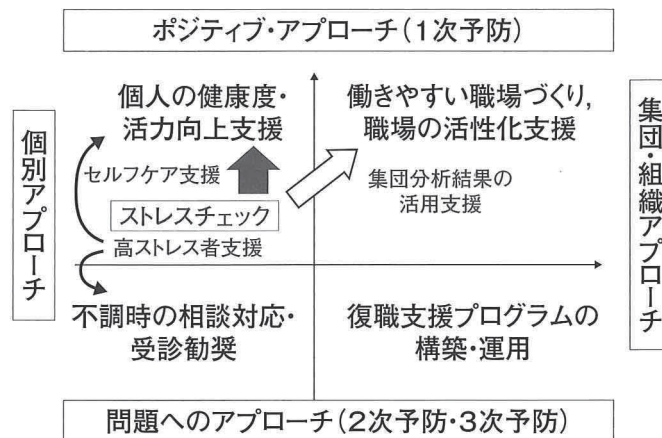
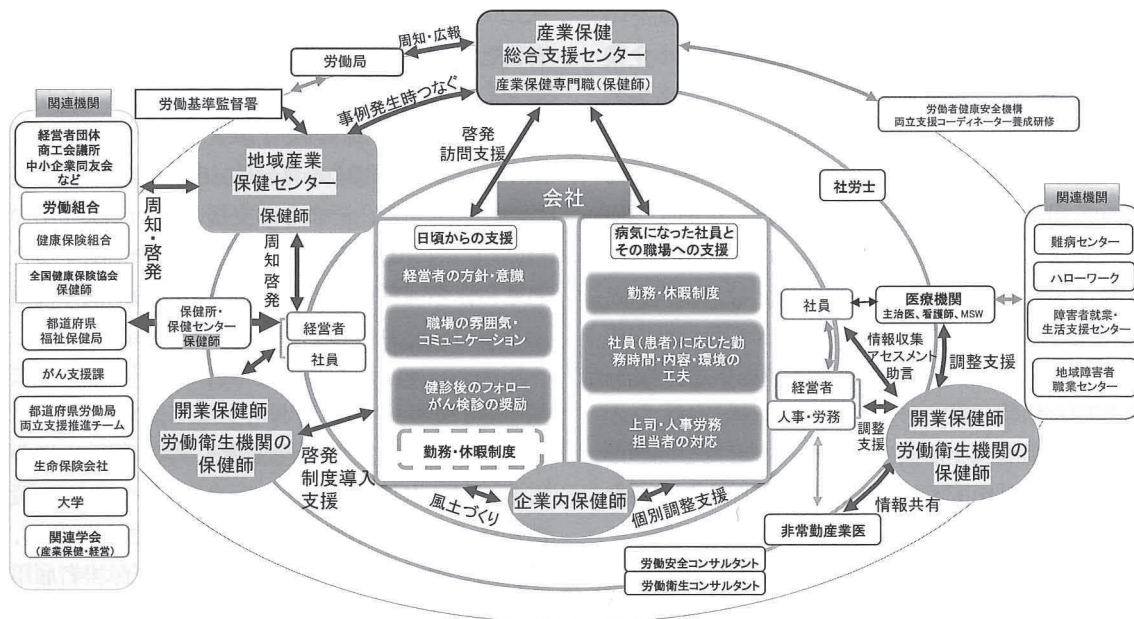
さらに、保健師・助産師・看護師法の第2条に、「保健師とは、保健師の名称を用いて保健指導に従事することを業にする者をいう」と記載されている部分を狭義に解釈して、保健師が個人への面接指導等のみを専ら役割としていると誤解される場合が少なくない。そこで、保健師としての自らのアイデンティティを再確認するとともに他職種にも正しく理解いただくため、保健師の役割特性や専門能力（コンピテンシー）に関する研究が盛んに行われている。行政保健師を対象とする研究が先行していたが、近年は産業保健師を対象とする研究も緒についてきた。

筆者自身が関わった職場のメンタルヘルスに関する最初の研究は、1998年度の「職場のストレス対策における産業看護職の役割とそのための能力育成に関する基礎的研究」²⁰⁾であった。加藤正

明先生を班長とする研究班メンバーの島悟先生からお声かけをいただき、職場のストレス対策における産業看護職の役割を急遽まとめることになり、産業看護職の大先輩方へのインタビュー調査に着手したことが、現在の研究・教育活動の原点になっている。本学会創成期に指導的役割を担われた先生方から個人的にもよい成長機会をいただけたことに、この機会に改めて感謝したい。

上記の熟練産業保健師へのインタビュー調査より、次の内容が明らかになった。産業保健師は、本音が出しやいようなコミュニケーション能力を発揮しつつ各種情報を把握・分析して、労働者個人の仕事や生活を含む背景を把握し、支援ニーズや優先順位を把握しながら、管理監督者や人事労務部署を含む社内関係者や産業医をはじめとする企業内外の保健スタッフと連携して丁寧な支援を展開している。また、個人支援から得た情報と各種統計資料等を活用して職場集団・組織としての支援ニーズを分析し、上記の関係者と連携して職場への支援を行っている。また、PDCAサイクルを回しつつ、上記の個人・集団・組織への支援、ならびに一次・二次・三次予防活動を連動させて効果的につなぐとともに、各関係者の連携を調整・強化する役割を担っている²¹⁾（図1）。

その後も、コミュニティ支援²²⁾や自殺予防・

図2 職場のメンタルヘルス対策におけるストレスチェックの位置づけと産業保健師の役割²⁶⁾図3 両立支援における保健師の役割と多職種連携モデル³¹⁾

職場活性化支援²³⁾を含むさまざまな研究活動に携わることができ、産業保健師のより詳細な役割特徴と専門性、ならびに必要な専門的能力（コンピテンシー）が次第に明らかになってきた。メンタルヘルス活動については年代別に専門能力の保有状況も明らかになってきており、新人期の役割特徴と育成方策²⁴⁾や、心理社会的職場環境改善

に必要な知識・技術・学習環境等²⁵⁾などについて報告されている。また、2015年に導入されたストレスチェック制度の位置づけと産業保健師の役割に関しては、図2に示したように、ストレスチェックの機会を高ストレス者支援だけでなく、個人の活力向上と職場の活性化支援につなげることが産業保健師の大切な役割と考えられる²⁶⁾。

わが国の事業場のほとんどを占め、勤労者の大部分が所属する中小企業での産業保健活動の遅れが懸念されている。筆者らはこれらの状況に、さまざまな機関に所属する産業保健師からの支援が有用である可能性があると考え研究を行ってきた^{27,28)}が、いまだに課題が山積している。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」が発表され何度か改訂されてきたが、病気以外にも障がいを持ちながら働く人や、親の介護や育児など家族をめぐるさまざまな事情により働きにくさを抱えている労働者は少なくない。職場における両立支援に関しては、がん治療と就労の両立支援に関する研究が先行し多くの論文や支援ツールなどが発表されており、筆者らも約10年前から産業看護職の支援役割を中心に研究に携わってきた^{29,30)}。近年は、中小企業への両立支援の普及推進をしていく際に、多機関に所属する保健師を連携のつなぎ役として活用することが有用と考え、中小企業の両立支援促進に資する多機関多職種連携モデルの構築に関する研究に従事している³¹⁾ (図3)。

以上より、産業保健師の専門性とは、時代とともに変わりゆく個人、集団、コミュニティへの視座を基盤に、普段からの信頼関係づくりと多角的・多層的な情報収集・アセスメントを繰り返しながら良好な職場風土形成に貢献し、ひとたび問題が生じたらそれを明確化して課題を焦点化し必要な他職種につなぐ役割、また、当事者を含む支援チームを構築しともに支援計画を立案・実施・評価していく、コーディネーターあるいはプロデューサー機能であると考え。日々フロントラインに立つプロジェクトマネージャーとも言えよう。また、保健師は、職場や地域の人々が本来持つ、健康・安全な生活を主体的に実現する力、自分たちの働きやすい職場・暮らしやすい地域を自ら作り上げる力を高める支援役割(エンパワメント役割)も担っていると考え。

おわりに

本稿では、コミュニティとメンタルヘルスについて、一保健師の立場から考察してきた。

人々のメンタルヘルスは、生活の場であるコミュニティと相互に関連しており、働く人のメンタルヘルスに関しては職場コミュニティとの相互作用が大きいとともに、住んでいる地域コミュニティとの関連も見逃せない。そのため、専門職として、支援対象者の理解のためにはその人が属している「コミュニティ」のアセスメントが必要であると同時に、効果的な支援の一環として「コミュニティ」への支援も検討すべきであり、メンタルヘルス対策への「コミュニティ」の観点の導入が有用と考えられる。誰もが自分の居場所を見つけ安心して健やかに暮らし、幸せに働くことができる社会の実現に向けて、コミュニティの醸成方法やその効果に関する科学的知見の積み上げを期待したい。また、それらの支援における保健師の役割や専門性を社会に発信して活用を促進するとともに、多職種・多機関・多分野間の連携・協働をさらに強化することが必要と考える。

第26回日本産業精神保健学会では、本特集号に掲載されるメインシンポジウム、シンポジウム、特別講演、学会賞受賞記念講演、教育講演のほかにも、ワークショップ、トークセッション、一般演題(ポスター)、学生も参画した市民公開講座、共催セミナー、企業展示(一般および障害者雇用部門)など多彩なプログラムが多くの参加者を得て展開された。「コミュニティとメンタルヘルスのより良い未来」に向けた小さくても確かな一歩となれば望外の幸せである。

ご支援ご協力いただいたすべての皆様に心からの感謝を申し上げて稿を終えたい。

文 献



- 1) ロバート・パットナム. 孤独なボウリング—米国コミュニティの崩壊と再生. 東京: 柏書房, 2006.

- 2) 藤内修二. 地域保健対策におけるソーシャルキャピタルの活用のあり方に関する研究. 平成26年度厚生労働省科学研究費補助金 研究報告書. 2014.
- 3) 相田潤, 近藤克則. ソーシャル・キャピタルと健康格差. 医療と社会 2014 ; 24 : 57-74.
- 4) 相田潤, 近藤尚己, 市田行信, 他. 個人レベルのソーシャルキャピタルと死亡の関連—AGES前向きコホート研究. 日本公衆衛生雑誌 2009 ; 56 : 508.
- 5) 太田ひろみ. 個人レベルのソーシャル・キャピタルと高齢者の主観的健康感・抑うつとの関連 男女別の比較. 日本公衆衛生学雑誌 2014 ; 61 : 71-85.
- 6) Hikichi H, Kondo N, Kondo K, et al. Effect of a community intervention program promoting social interactions on functional disability prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study. *J Epidemiol Community Health* 2015 ; 69 : 905-910. doi: 10.1136/jech-2014-205345.
- 7) 石川真子, 錦戸典子. わが国の職域におけるソーシャル・キャピタルと健康影響に関する研究動向. 産業精神保健 2018 ; 26 : 409-416.
- 8) 河原田まり子. 職場のソーシャル・キャピタルと看護師の抑うつとの関連. 北方産業衛生 2015 ; 51 : 2-7.
- 9) Tsuboya T, Tsutsumi A, Kawachi I. Change in psychological distress following change in workplace social capital: results from the panel surveys of the J-HOPE study. *Occup Environ Med* 2015 ; 72 : 188-194.
- 10) Oshio T, Inoue A, Tsutsumi A, et al. The mediating and moderating effects of workplace social capital on the associations between adverse work characteristics and psychological distress among Japanese workers. *Ind Health* 2014 ; 52 : 313-323.
- 11) Inoue A, Kawakami N, Eguchi H, et al. Buffering effect of workplace social capital on the association of job insecurity with psychological distress in Japanese employees: a cross-sectional study. *J Occup Health* 2016 ; 58 : 460-469.
- 12) Fujino Y, Kubo T, Kunimoto M, et al. A cross-sectional study of workplace social capital and blood pressure: a multilevel analysis at Japanese manufacturing companies. *BMJ Open* 2013 ; 3 : e002215.
- 13) Kobayashi T, Suzuki E, Oksanen T, et al. The bright side and dark side of workplace social capital: opposing effects of gender on overweight among Japanese employees. *PLoS One* 2014 ; 9(1): e88084.
- 14) Fujita S, Kawakami N, Ando E, et al. The association of workplace social capital with work engagement of employees in health care settings: A multilevel cross-sectional analysis. *J Occup Environ Med* 2016 ; 58 : 265-271.
- 15) 厚生労働省. 地域保健対策の推進に関する基本的な指針 (平成27年 3 月27日改正). 2015.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000079561.pdf> (2019年10月16日閲覧)
- 16) 厚生労働省. 地域における保健師の保健活動に関する指針 (平成25年 4 月19日改正).
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb9310&dataType=1&pageNo=1 (2019年10月16日閲覧)
- 17) 錦戸典子. 事業場のメンタルヘルス対策を促進させるリスクアセスメント手法の開発【経営者の視点に沿った中小企業におけるメンタルヘルス対策促進手法の検討. 産業精神保健 2016 ; 24 : 193-197.
- 18) 錦戸典子. 健康職場づくりに向けた産業看

- 護職による職場エンパワメントの意義と支援プロセス. 産業ストレス研究 2006 ; **13** : 237-241.
- 19) 星野寛子. 職域メンタルヘルス活動のさらなる発展のために:好事例の収集と活用 産業保健実践者としての活動を形にしていくなために一保健師の強みを生かした職場環境改善活動の取り組み事例の投稿から. 産業ストレス研究 2018 ; **26** : 112.
- 20) 錦戸典子, 他. 職場のストレス対策における産業看護職の役割とそのための能力育成に関する基礎的研究. 研究代表者: 加藤正明. 平成10年度労働省「作業関連疾患の予防に関する研究」総括・分担研究報告書. 1999.
- 21) 錦戸典子. 産業看護職による精神保健活動の流れ. 保健の科学 1999 ; **41** : 670-676.
- 22) 錦戸典子. 保健師活動におけるグループ支援およびコミュニティ支援プロセスの標準化. 平成15年度～平成18年度文部科学省科学研究費補助金基盤 (B) 研究成果報告書. 2007.
- 23) 錦戸典子. 現代社会が求める新たな保健師像と専門能力—自殺予防と地域・職域活性化支援を中心に. 平成22年～平成25年度年度文部科学省科学研究費補助金基盤 (B) 研究成果報告書. 2014.
- 24) 石川真子, 錦戸典子. 新人期の産業看護職における職場のメンタルヘルス活動の実施状況, 困難感, および知識・技術の保有感. 産業衛生学雑誌 2014 ; **56** : 1-15.
- 25) 齋藤とも子, 錦戸典子, 松木秀明. 産業看護職による心理社会的職場環境改善支援と関連要因—必要な知識, 技術, およびその育成方策に着目して. 産業衛生学雑誌 2015 ; **57** : 117-129.
- 26) 錦戸典子. ストレスチェック制度を活用した職場のメンタルヘルス対策の推進に向けて一産業保健師の立場から. 産業精神保健 2017 ; **25** (特別号) : 83-86.
- 27) 錦戸典子. 中小規模事業場の健康支援に関連する政策・施策・サービスの連携に関する研究—最適支援システムの構築を目指して (総括研究報告書). 平成15年度厚生労働科学研究費補助金. 2003.
- 28) 錦戸典子. 中小企業の『健康経営』推進に向けた保健師の専門能力の明確化と支援モデルの開発. 平成29年度～令和2年度文部科学省科学研究費補助金基盤 (B) 研究実績報告書. 2017.
- 29) 錦戸典子, 吉川悦子, 佐々木美奈子, 他. 職場でがん患者を支える産業看護職の役割. 看護 2014 ; **66** : 73-77.
- 30) 岡久ジュン, 錦戸典子. がんに罹患した労働者への支援において産業保健師が行うコーディネート—支援時期別の具体的内容とその特徴. 日本地域看護学会誌 2014 ; **17** : 13-22.
- 31) 錦戸典子. 中小企業における治療と就労の両立支援の推進に産業保健師が果たす役割の明確化と多職種連携モデル開発に関する検討. 研究代表者: 堤明純. 厚生労働省疾病臨床研究事業「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」平成30年度総括・分担研究報告書. 2019.

ORIGINAL ARTICLE

Development and evaluation of a training program for occupational health nurses regarding support for workers with cancer and their workplaces

Noriko Nishikido¹  | Minako Sasaki² | Etsuko Yoshikawa³  | Michiyo Ito⁴¹Tokai University, Kanagawa, Japan²Tokyo Healthcare University, Tokyo, Japan³Japanese Red Cross Collage of Nursing, Tokyo, Japan⁴Tokyo Healthcare University, Chiba, Japan**Correspondence**

Noriko Nishikido, Tokai University, 143 Shimokasuta, Isehara City, Kanagawa 259-1193, Japan.
Email: noriko-n@tokai-u.jp

Funding information

This research was supported by Health and Labour Sciences Research Grants, the Ministry of Health, Labour and Welfare (H22-ganrinshou-ippa-008), Japan.

Abstract

Objectives: This study aimed to develop and evaluate a training program for occupational health nurses (OHNs) regarding support for workers with cancer and their workplaces.

Methods: Based on our prior research, we engaged in multiple discussions on the development of training program for OHNs. For examining the effectiveness of the developed training program, we collected and analyzed the data from three repeated surveys conducted before, immediately after, and 3 months after the training on self-confidence levels of the participants regarding 23 items associated with support for workers with cancer and their workplaces.

Results: We made a 3-hour training program including a lecture and a group work. First, we gave a lecture explaining the support scheme consisting of 4 parts and the 12 hints in action phrase while using the guidebook. Second, we conducted the group work regarding the case of a female worker diagnosed with breast cancer. Of the participants who supported workers with cancer in actuality during the 3-month post-training, 86% acknowledged the utility of the training in implementing support. As for the pre-post evaluation of the training program, most items of the participants' self-confidence significantly increased from pretraining to immediately after and 3 months post-training.

Discussion: This study demonstrated that the developed training program was effective in that the participants learned the support schemes and skills and gained self-confidence in implementing supports in real-work settings. We hope that this training program will be extensively used in the future, enabling OHNs to contribute toward balancing cancer treatment and work.

KEYWORDS

cancer treatment, continuation of work, development and evaluation, occupational health nurse, training program

1 | INTRODUCTION

Cancer is one of the leading diseases in Japan, with a cumulative cancer prevalence rate of 62% for men and 47% for women in 2014.^{1,2} In 2010, approximately 325 000 working individuals were diagnosed with cancer in Japan. Balancing medical treatment and return to work is the special concern for cancer survivors and their companies. Takahashi³ reviewed cancer survivorship in Japan focusing on the current status of research, care, and policy. In fact, studies on this issue have been conducted worldwide from various dimensions and conceptual framework was suggested for factors associated with return to work among cancer survivors including medical treatment, health services, workplace environment, financial issues, and human rights.⁴ In February 2016, the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare presented the guideline on support for workers with cancer or other diseases to balance sustainable treatment and employment.⁵ The guideline emphasizes the importance of building a desirable workplace environment, such as work/work-off system and social climate, as well as case management by fostering collaborations among multiple professionals.

Occupational health service (OHS) professional is expected to play an important role in providing support to workers with cancer and their workplaces.^{6–11} Occupational health nurses (OHNs) are members of OHS who play a vital role in supporting workers with cancer and their workplaces.¹²

Our prior qualitative and quantitative studies on the roles of OHNs established that OHNs contribute to sustainable support for workers with cancer and their workplaces by gathering information multidirectionally, assessing needs for support, planning, and coordinating support with occupational health physicians, human resource staff, workers themselves, and their supervisors.¹³

Based on these results, we created a support guidebook for OHNs¹⁴ entitled “Twelve Hints for Better Support for Workers with Cancer and Their Workplaces” in 2012.¹⁵ This guidebook is constructed with following three parts: basic support scheme, 12 action phrases with explanations, and several case studies. Twelve hints in action phrases can be divided into four categories: supports for individual workers, support for supervisors and colleagues, collaboration with human resource staffs, and collaborations with stakeholders inside and outside the company.

However, our prior study also reported that novice OHNs with less experiences have difficulties in conducting these support activities.¹³ Hence, we considered that an effective training program was warranted for OHNs to standardize the competencies for supporting workers with cancer and their workplaces irrespective of their experiences. The purpose of this study was to

develop a training program for OHNs aiming at better support for workers with cancer and their workplaces and to examine the effectiveness of the training program.

2 | METHODS

2.1 | Development of a training program

To develop the effective training program with using the created guidebook,¹⁵ four university faculty members with experience as an OHN engaged in numerous discussions while receiving the advices from the pedagogic expert who was university faculty member specialized in education. The ADDIE Model, the traditional instructional design model, was used to develop the training program. The ADDIE Model has five phases: Analysis, Design, Development, Implementation, and Evaluation, representing a dynamic, flexible guideline for building effective training.¹⁶

2.2 | Enforcement of the training seminar and data collection for evaluation

A total of four sessions of the developed training program for OHNs focusing on supporting workers with cancer and their workplaces were held repeatedly between December 2013 and March 2014.

Voluntary participants were asked to fill in the simple questionnaire a total of three times: before, immediately after, and approximately 3 months after the training. The surveys before and immediately after the training were conducted at the training hall, while the survey done 3 months later was in a questionnaire form mailed to the participants to be completed and returned.

The survey included questions related to basic information regarding the respondents and the facilities that they belonged to, in addition to those their levels of self-confidence (on a 4-point scale) at each survey point with regard to 23 items related to support for workers with cancer and their workplaces. The 23 items were composed of three parts: supports for individual workers with cancer (8 items), supports for supervisors and colleagues (7 items), and collaborations with multiple professionals inside and outside the company (8 items). Three-month post-training survey also included the following questions: (a) whether, after having undergone training, the participants had supported an individual worker who had been diagnosed with cancer; (b) whether they provided organizational support such as creating a corporate culture supportive of balancing cancer treatment and work; and (c) whether what they learned during the training program was useful in providing support.

TABLE 1 Overview and contents of the developed training program

Overview	
Title:	
Better Supporting Workers with Cancer and Their Workplaces—Necessary Skills for Occupational Health Nurses	
Participant	
OHNs with less experiences (OHNs with years of experiences shorter than 10 years are targeted)	
Analysis of the participants	
The participants feel difficulty in supporting workers with cancer and their workplaces	
The participants want to know how to support not only workers with cancer but also their workplaces	
Training goals	
Participants will be able to grasp the points of attention in supporting work-cancer balance and make actual support plans based on the model cases, involving workers with cancer, their workplaces (supervisors and colleagues), human resources, and outside organizations including medical professionals, using the guidebook	
Time: 180 min	
Lecturers	
The developers of this training with the practice experience as OHNs	
Number of participants	
20-30 persons per once	
Contents	Time
Introductions	10 min
Objectives of this training	
Support scheme: Four roles of OHNs to support workers with cancer and their workplace	10 min
Supports for individual workers	
Supports for supervisors and colleagues	
Collaborations with the human resources staff	
Collaborations with stakeholders inside and outside of the company	
Case study: Supporting a worker with breast cancer and her workplace	
Introducing a case	5 min
Individual work: Assessing necessary support for the case	10 min
Assessing support needs from her symptoms and work conditions	
Lecture: the comprehensive support for balancing cancer treatment and work	20 min
Explanation of 4 categories of support for cancer survivor at workplace	
Present situations of OHNs support practice for cancer survivors	

(Continues)

TABLE 1 (Continued)

Contents	Time
Group discussions: Deepening the assessment by sharing ideas with each other	40 min
Assessing the situation and feeling/thought of each person involved	
Presentation: Sharing the results of group discussions	
Group discussions: Discussing the support plan	70 min
Confirming the 12 hints based on characteristics of cancer	
Confirming the ordinary practice of OHN activities	
Describing the ideas for supporting cancer survivors	
Group discussions and presentations	
Describing the ideas for supporting supervisors and colleagues	
Group discussions and presentations	
Describing the ideas for collaborating with human resources staffs	
Group discussions and presentations	
Individual work:	
Reviews of problems and challenges for better support to cancer survivors	5 min
Summary of the training course	10 min
Describing individual plan to improve support practice	
Providing follow-up information	

Abbreviation: OHNs, occupational health nurses.

2.3 | Analyses

As to 23 items evaluating self-confidence in implementing support for workers with cancer and their workplaces, participants' answers were converted to scores ranging 1-4. "I think I can do it" was assigned 4 point, "I think I could do it to some extent" was assigned 3 point, "I don't think I can do it very well" was assigned 2 point, and "I can't do it" was assigned 1 point. We calculated the average scores for before, immediately after, and 3 months after the training and performed the Friedman test to examine the difference between the three time points. If the difference was statistically significant, a post hoc paired comparison was implemented using the Wilcoxon signed rank test with adjusting Bonferroni-corrected alpha level. The standard statistical significance level was set to $P < 0.05$.

2.4 | Ethical considerations

Participants were given written and oral explanations of the study objectives and of the ethical considerations. They were

given an entry column in which to state whether they gave consent to participate in the research and the data of only those respondents who gave their consent were submitted to analysis. This study was conducted with the approval of the ethical review board of the School of Health Sciences in Tokai University (No. 13-31).

3 | RESULTS

3.1 | Structure and contents of the developed training program

The expected participants in the training program were OHNs having less experiences and more difficulties to support workers with cancer and their workplaces. The aims of the training program were focused as follows: (a) to reduce the sense of difficulty among OHNs themselves regarding support for workers with cancer and for their workplaces; (b) to enable them to provide proactive support; and (c) to enable them to play coordinating roles as OHNs so as to effectively support workers with cancer in coordination with multiple disciplines inside and outside the company.

We made a 3-hour training program including a lecture and a group work (Table 1). First, the guidebook¹⁵ was introduced and the participants were given a lecture regarding support scheme consisting of four parts: supports to individual workers with cancer, supports to supervisors and colleagues, collaboration with human resource personnel,

and collaborations with occupational health physicians and other health professionals inside and outside the company. Then, we explained about the 12 hints, gave case reports, and advised them the guidebook usage. Second, the case of a female worker diagnosed with breast cancer was presented and two group tasks were conducted based on this case. The former task involved discussions of the problems and feelings experienced by the worker herself, by her boss, by colleagues, and by the personnel department in order to improve understanding of those involved. The latter task involved discussion of the needed support for the worker herself, for her boss, for colleagues, and for the personnel department, then necessary coordination with related professionals such as the primary physician and occupational health physicians. Finally, we provided time for questions and answers, and for the participants to review their own issues.

3.2 | Evaluation of the training program

Of the total 66 subjects who voluntarily participated in the training program, 47 responded to the questionnaire survey sent approximately 3 months after completion of the training. The data from 40 participants who responded to all questions regarding the level of self-confidence in support provision was then subjected to analyses (Figure 1).

The demographic characteristics of the participants analyzed were shown in Table 2. About half of the participants were in their 30s and had 5 years and more experience as an

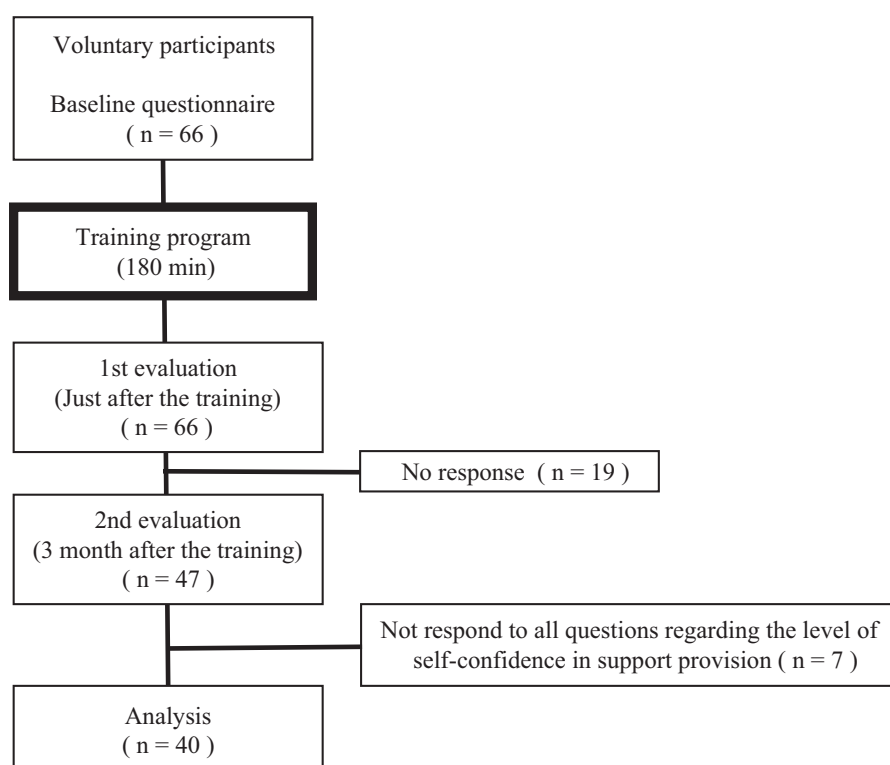


FIGURE 1 Flowchart for the evaluation on the training program. Of the total 66 voluntary participants who answered baseline and first evaluation questionnaire, 47 responded to the second evaluation questionnaire sent 3 months after the training. The data from 40 participants who responded to all questions regarding the level of self-confidence in support provision was subjected to analyses

TABLE 2 Demographic characteristics of participants

Variables	n (%)
Age group	
20-29	2 (5.0)
30-39	20 (50.0)
40-49	9 (22.5)
50-59	7 (17.5)
60-	1 (2.5)
no reply	1 (2.5)
Years of experiences as an OHN	
less than 5 years	18 (45.0)
5 years or more	22 (55.0)
Experience as a hospital nurse	
Yes	37 (92.5)
No	3 (7.5)
Qualification (multiple answer)	
Registered nurse	34 (85.0)
Public health nurse	28 (70.0)
OHNs certified by JSOH	2 (5.0)
Industrial counselor	5 (12.5)
Industrial health administrator	23 (57.5)
Affiliated Institution	
Company (health sector)	27 (67.5)
Company (clinic)	1 (2.5)
Health insurance association	4 (10.0)
Public health sector	2 (5.0)
Others	6 (15.0)
Main workplace in charge	
Number of Employees	
50-499	13 (32.5)
500-999	10 (25.0)
1000-2999	6 (15.0)
3000-	11 (27.5)
Occupational health physician	
Full-time	11 (27.5)
Part-time	27 (67.5)
no reply	2 (5.0)
OHN (participant oneself)	
Full-time	36 (90.0)
Part-time	4 (10.0)

Abbreviations: OHN, occupational health nurse; JSOH, Japan Society of Occupational Health.

OHN. Most of the participants had experience as a hospital nurse and belonged to companies and worked in full-time.

Subjective evaluations of the participants on the training program were as follows. During the 3-month post-training, 21 (52.5%) participants provided support to an individual

worker who had been diagnosed with cancer. Meanwhile, 14 (35.0%) nurses had provided support to a workplace organization regarding balance between cancer treatment and work, such as creating a corporate culture, building daily relationship, etc. Of the 21 participants who had provided support to an individual worker with cancer, 18 (85.7%) answered that the training program was “useful” or “somewhat useful.” Of the 14 participants who had provided support to an organization, 12 (85.7%) answered that the training program was “useful” or “somewhat useful.”

Concerning the changes in the level of self-confidence of the participants regarding support for workers with cancer and their workplaces, the comparison results between the three time point, before, immediately after, and 3 months after the training were shown in Table 3. Increased levels of self-confidence after the training were different among the three parts of support items. As for the eight items of support for individual workers with cancer, every self-confidence item showed a significant variation in the levels of self-confidence between the three time points. Significantly increased levels of self-confidence were observed in the four items immediately after and 3 months after the training in comparison with before the training. Among them, remarkable increases were shown in the following three items: “identifying challenges involved in balancing work and cancer treatment,” “formulating support plan for balancing work and cancer treatment while respecting individual worker's autonomy,” and “advising workers about a use of available social resources inside and outside the companies when needed.” Increases only 3 months after the training were observed in the two items: “obtaining information regarding employment conditions, contents of duties, and workplace environment” and “assessing workers' needs by integrating multi-dimensional information regarding workplace environment and workers themselves including changes in their work ability.”

Among the seven items of supports for supervisors and colleagues, similar significant increases immediately after and 3 months after the training were observed in the four items, while one item showed increase only immediately after the training. The other two items including “building a good relationship with supervisors and colleagues of workers with cancer,” which showed higher score even before the training, showed no significant variations between the three time points.

As for the eight items of collaboration with multiple professionals inside and outside the company, significant increases both immediately after and 3 months after the training were observed only in 1 item “understanding the difficult position of personnel labor manager and grasp the company's present condition,” while the three items including the item of collaboration with occupational health physicians, which showed high self-confident score even

TABLE 3 Comparison of the levels of self-confidence of participants between the three time points before and after the training regarding support for workers with cancer and their workplaces

Items	Scores of self-confidence at each time point			Difference between the time points		
	Before the training (a)	Immediately after the training (b)	3 months after the training (c)	Between the three time points (a)(b)(c)	Between (a) and (b)	Between (a) and (c)
	Mean \pm SD	Mean \pm SD	Mean \pm SD	<i>P</i> -value ^a	<i>P</i> -value ^b	<i>P</i> -value ^b
Supports for individual workers with cancer						
Obtain necessary information from the workers including the present disease status and future treatment plans	2.8 \pm 0.7	3.0 \pm 0.5	3.1 \pm 0.6	0.030*	0.011*	0.007*
Make effective use of interview skills to understand the worker's psychological conditions such as anxiety about the treatment, desire for continued employment, etc.	3.0 \pm 0.6	3.2 \pm 0.6	3.2 \pm 0.6	0.035*	0.017	0.102
Obtain information regarding employment conditions, contents of duties, and workplace environment	3.0 \pm 0.6	3.0 \pm 0.5	3.2 \pm 0.5	0.010*	0.662	0.011*
Assess workers' needs by integrating multidimensional information regarding workplace environment and workers themselves including changes in their work ability	2.6 \pm 0.6	2.9 \pm 0.6	3.0 \pm 0.6	0.010*	0.017	0.002*
Identify challenges involved in balancing work and cancer treatment	2.5 \pm 0.7	2.8 \pm 0.5	2.9 \pm 0.6	<0.001***	<0.001**	<0.001**
Formulate a support plan for balancing work and cancer treatment while respecting employee autonomy	2.4 \pm 0.7	2.7 \pm 0.5	2.7 \pm 0.6	<0.001***	<0.001**	0.004*
Identify key workplace personnel for the workers to contact. Advise them how they may approach their boss or colleagues to seek necessary cooperation	2.8 \pm 0.6	3.0 \pm 0.6	2.8 \pm 0.7	0.040*	0.019	0.978
Advise workers about a use of available social resources inside and outside the companies when needed	2.4 \pm 0.8	2.8 \pm 0.6	2.9 \pm 0.7	<0.001***	<0.001**	<0.001**
Supports for supervisors and colleagues						
Build a good relationship with the workplace supervisors and colleagues of the workers.	3.0 \pm 0.7	3.1 \pm 0.6	3.1 \pm 0.6	0.146	—	—
Understand the workplace positions of both the supervisors and colleagues as well as the workplace situations	2.8 \pm 0.7	3.1 \pm 0.6	3.1 \pm 0.4	0.003**	0.003*	0.013*
Identify factors causing anxiety and difficulties for the supervisors and the colleagues.	2.7 \pm 0.7	3.0 \pm 0.5	3.1 \pm 0.4	<0.001***	0.006*	<0.001**
Assess workplace needs for adjustment including relationships with supervisors/colleagues	2.6 \pm 0.7	2.8 \pm 0.6	2.9 \pm 0.6	0.051	—	—
Formulate a necessary support plan to build and reinforce the support system at the workplace	2.2 \pm 0.7	2.6 \pm 0.6	2.6 \pm 0.6	<0.001***	0.002**	0.002**
Give advice to the supervisors and colleagues about what they can do for the workers at the workplace	2.7 \pm 0.7	3.0 \pm 0.6	2.8 \pm 0.7	0.024*	0.013*	0.123

(Continues)

TABLE 3 (Continued)

Items	Scores of self-confidence at each time point			Difference between the time points		
	Before the training (a)	Immediately after the training (b)	3 months after the training (c)	Between the three time points (a)(b)(c)	Between (a) and (b)	Between (a) and (c)
	Mean \pm SD	Mean \pm SD	Mean \pm SD	<i>P</i> -value ^a	<i>P</i> -value ^b	<i>P</i> -value ^b
Collect information about the effects of the increased workload of the supervisors and the colleagues on their mental and physical health and offer appropriate support	2.4 \pm 0.7	2.9 \pm 0.5	2.8 \pm 0.6	<0.001***	<0.001**	0.002**
Collaborations with multiple professionals inside and outside the company						
Understand the difficult position of personnel labor manager and grasp the company's present condition	2.7 \pm 0.7	3.0 \pm 0.5	3.0 \pm 0.6	0.013*	0.015*	0.017*
Understand the personnel systems, related laws and guidelines	2.8 \pm 0.7	2.9 \pm 0.7	2.9 \pm 0.6	0.172	—	—
Support information-sharing between workers and personnel labor manager to enable workers to learn and utilize regulations for improving their work-treatment balance.	2.8 \pm 0.7	3.1 \pm 0.6	3.0 \pm 0.5	0.013*	0.004*	0.152
Submit appropriate status report to the occupational health physicians and achieve effective collaboration with them	3.0 \pm 0.7	3.1 \pm 0.6	3.2 \pm 0.7	0.076	—	—
Understand the organizational structures, occupational categories, and human resources available within the company	2.4 \pm 0.7	2.6 \pm 0.7	2.7 \pm 0.6	0.005*	0.019	0.040
Share an appropriate information with a primary physician in collaboration with the occupational health physician, after taking the worker's consent when needed	2.8 \pm 0.6	3.0 \pm 0.6	3.0 \pm 0.8	0.124	—	—
Provide information to the worker, supervisor, and human resource manager in collaboration with the occupational health physician and the primary physician as appropriate	2.8 \pm 0.7	2.9 \pm 0.7	3.0 \pm 0.7	0.040*	0.188	0.056
Take care to protect personal information and provide appropriate adjustment and support to enable information-sharing among the related parties.	2.9 \pm 0.7	3.0 \pm 0.6	3.2 \pm 0.6	0.002**	0.052	0.004*

^aAnalyzed with the Friedman's rank test (paired samples). **P* < 0.05, ***P* < 0.01, ****P* < 0.001.

^bAnalyzed with the Wilcoxon signed-rank test (paired sample). Bonferroni-corrected *p*-values were applied for each comparison. **P* < 0.017 (0.05/3), ***P* < 0.003 (0.01/3).

before the training, showed no significant variations between the three time points.

4 | DISCUSSION

This study illustrated the effectiveness of the training program developed for OHNs regarding support for workers with cancer and their workplaces, with the findings that a

majority of the self-confidence items of support activities exhibited significant increases immediately after and 3 months after the training compared with pretraining. Moreover, approximately 86% of nurses who provided practical support after the training acknowledged the efficacy of the training program.

Among the items, all support activities for individual workers with cancer exhibited marked variations between the three time points before and after the training, implicating

the efficacy of this training program on increasing the self-confidence of OHNs, particularly in support for individual workers. The training program introduced the case of a worker with breast cancer and provided issues for group discussions that were aimed at improving support for her and persons around her; in these discussions, participants could avail opportunities to contemplate and deliberate comprehensively about support needs and construct a suitable plan if they were to encounter such situations in the real workplaces.

Regarding support for supervisors and colleagues as well as collaborations with multiple professionals inside and outside the company, approximately half the items displayed similar increments post-training, indicating that the training also effectively enhanced the self-confidence of nurses in support for those involved persons around the worker with cancer and collaborations with various stakeholders. However, some of these items, such as building relationships with supervisors and colleagues of cancer survivors or relationships with occupational health physicians, exhibited no increment post-training, incriminating that those were fundamental practices for OHNs.

To date, various studies have highlighted the significance of support for balancing cancer treatment and work from several perspectives.^{4,17,18} Endo et al¹⁹ reported that 47.1% of cancer survivors returned to full-time work within 6 months of their initial day of sick leave absence and 62.3% by 12 months, indicating that it is crucial for companies to establish and enhance their return-to-work (RTW) support system for cancer survivors, knowing that the median time to RTW is assumed to be at least a few months. In our training seminar, support for RTW was considered a major part of support for not only cancer survivors but also for relevant persons around survivors. Takahashi et al²⁰ reported that only 23.5% of workers with cancer were screened for work-related issues by healthcare providers and 40.2% of participants who resigned from their work because of cancer decided to do so before the initial treatment began. Support for workers with cancer is needed from an early period after diagnosis at multiple sites, including hospitals and workplaces.

OHNs are the frontline staff among occupational health professionals and if OHNs can be the good healthcare providers to the workers with cancer, the resignation rate can decrease. One of the important challenges toward the future should be to strengthen the collaboration among multi-institutions and multiprofessionals^{21–24} including occupational health nursing professionals. Recently, Stone et al¹² reported that interaction processes between cancer survivors and occupational and environmental health professionals comprised revealing the survivor-self, sustaining workability, gatekeeping (employment opportunities and RTW), and accessing support. Overall, our training program was revealed to increase self-confidence of OHNs, who can play such important roles regarding support for workers with cancer and their workplaces.

5 | CONCLUSION

In this study, an effective training program was developed for OHNs that increases the self-confidence of participants with a broad range of perspectives on balancing work and cancer treatment. Hopefully, this training program could be extensively used, enabling occupational health nursing professionals to contribute more to workers with cancer and their workplaces in collaboration with multiple professionals.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors thank all the participants. We also thank Enago (www.enago.jp) for editing a draft of this manuscript.

DISCLOSURE

Approval of the research protocol: The Research Ethics Review Board of School of Health Sciences, the Tokai University, approved the study procedures (No. 13-31). *Informed consent:* Participants were given written and oral explanations of the study objectives and of the ethical considerations. The data of only those respondents who gave their consent were submitted to analysis. *Registry and the registration no. of the study/trial:* N/A. *Animal studies:* N/A. *Conflict of interest:* The authors declare that there are no conflicts of interest.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

NN and MS conceived the ideas; all the members collected and analyzed the data; and NN, MS, and EY led the writing.

ORCID

Noriko Nishikido  <https://orcid.org/0000-0002-1660-957X>

Etsuko Yoshikawa  <https://orcid.org/0000-0002-7473-3093>

REFERENCES



1. Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center. Cancer statistics in Japan 2016. 2016. https://ganjo.ho.jp/en/professional/statistics/brochure/2016_en.html. Accessed March 28, 2018.
2. The Ministry of Health, Labour and Welfare. Outline of national registration for cancer in Japan (in Japanese). [Online]. 2016. <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000468976.pdf>. Accessed March 28, 2019.
3. Takahashi M. Cancer survivorship: current status of research, care, and policy in Japan. *Jpn J Clin Oncol*. 2016;46:599–604.
4. Chow SL, Ting AS, Su TT. Development of conceptual framework to understand factors associated with return to work among

- cancer survivors: a systematic review. *Iran J Public Health*. 2014;43:391-405.
5. The Ministry of Health, Labour and Welfare. Guideline for workplace personnel to promote work and treatment balance (in Japanese). [Online]. 2016. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000113365.html>. Accessed April 9, 2019.
 6. Banning M. Employment and breast cancer: a meta-ethnography. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011;20:708-719.
 7. de Boer AG, Frings-Dresen MH. Employment and the common cancers: return to work of cancer survivors. *Occup Med (Lond)*. 2009;59:378-380.
 8. Dorland HF, Abma FI, Roelen C, Smink JG, Ranchor AV, Bültmann U. Factors influencing work functioning after cancer diagnosis: a focus group study with cancer survivors and occupational health professionals. *Support Care Cancer*. 2016;24:261-266.
 9. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011;77:109-130.
 10. Nachreiner NM, Dagher RK, McGovern PM, Baker BA, Alexander BH, Gerberich SG. Successful return to work for cancer survivors. *AAOHN J*. 2007;55:290-295.
 11. Amir Z, Wynn P, Whitaker S, Luker K. Cancer survivorship and return to work: UK occupational physician experience. *Occup Med (Lond)*. 2009;59:390-396.
 12. Stone DS, Pavlish CL, Ganz PA, Thomas EA, Casillas JN, Robbins WA. Understanding the workplace interactions of young adult cancer survivors with occupational and environmental health professionals. *Workplace Health Saf*. 2019;67:179-188.
 13. Nishikido N, Watai I, Yoshikawa E, Sasaki M, Ito M, Okahisa J. 'Support for cancer treatment and work balance by occupational health nurses'. Research on establishment of comprehensive support system for working cancer patients and their families. M. Takahashi. (originally in Japanese), H22-Ganrinsyo-ippan-008 Grant-in-Aid for Cancer Research from the Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare. 2012;75-83.
 14. Nishikido N, Yoshikawa E, Okahisa J, Sasaki M, Ito M, Watai I. 'Development of a guidebook for occupational health nurses to support balance between cancer treatment and work'. Research on establishment of comprehensive support system for working cancer patients and their families. M. Takahashi. (originally in Japanese), H22-Ganrinsyo-ippan-008 Grant-in-Aid for Cancer Research from the Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare. 2013;67-74.
 15. Nishikido N, Yoshikawa E, Okahisa J, Sasaki M, Ito M, Watai I. Twelve hints for better support for workers with cancer and their workplaces. https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/pdf/sangyoukangosyoku_v2.pdf.
 16. Gagne RM, Wager WW, Golas KC, et al. Principles of instructional design. *Performance Improvement*. 2005;44:44-46.
 17. Paltrinieri S, Fugazzaro S, Bertozzi L, et al. Return to work in European Cancer survivors: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2018;26:2983-2994.
 18. Hoving JL, Broekhuizen ML, Frings-Dresen MH. Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. *BMC Cancer*. 2009;9:117-126.
 19. Endo M, Haruyama Y, Takahashi M, Nishiura C, Kojimahara N, Yamaguchi N. Returning to work after sick leave due to cancer: a 365-day cohort study of Japanese cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2016;10:320-329.
 20. Takahashi M, Tsuchiya M, Horio Y, et al. Job resignation after cancer diagnosis among working survivors in Japan: timing, reasons and change of information needs over time. *Jpn J Clin Oncol*. 2017;48:43-51.
 21. de Jong F, Frings-Dresen MH, Dijk NV, van Etten-Jamaludin FS, van Asselt KM, de Boer A. The role of the general practitioner in return to work after cancer-a systematic review. *Fam Pract*. 2018;35:531-541.
 22. Tamminga SJ, de Boer A, Bos M, et al. A hospital-based work support intervention to enhance the return to work of cancer patients: a process evaluation. *J Occup Rehabil*. 2012;22:565-578.
 23. Yagil D, Eshed-Lavi N, Carel R, Cohen M. Return to work of cancer survivors: Predicting Healthcare Professionals' Assumed Role Responsibility. *J Occup Rehabil*. 2019;29(2):443-450.
 24. Yagil D, Eshed-Lavi N, Carel R, Cohen M. Health care professionals' perspective on return to work in cancer survivors. *Psychooncology*. 2018;27:1206-1212.

How to cite this article: Nishikido N, Sasaki M, Yoshikawa E, Ito M. Development and evaluation of a training program for occupational health nurses regarding support for workers with cancer and their workplaces. *J Occup Health*. 2019;61:489-497. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12076>

Original Article

Development of a support tool for balancing cancer treatment and work in small and medium-sized enterprises

Noriko Nishikido¹  | Minako Sasaki² | Etsuko Yoshikawa³  | Michiyo Ito⁴ | Hitomi Abe⁵ | Noriko Sakiyama⁴

¹Tokai University, Kanagawa, Japan

²Tokyo Healthcare University, Tokyo, Japan

³Japanese Red Cross Collage of Nursing, Tokyo, Japan

⁴Tokai Healthcare University, Chiba, Japan

⁵OH concierge Inc., Kanagawa, Japan

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to develop a practical support tool to promote activities for balancing cancer treatment and work in small- and medium-sized enterprises (SMEs) and to evaluate its validity and feasibility. **Methods:** Based on good examples of the support at SMEs from our prior study, researchers discussed the basic structure and details of such a tool and developed its first version. The validity and feasibility were examined in a focus group interview with management experts and a mail survey to human resource (HR) managers in SMEs. The final version of the support tool was prepared based on their opinions. **Results:** The basic structure of the developed tool comprised two parts: an assessment part for self-checking the degree of balancing treatment and work and an information provision part offering an explanation of the assessment results and tips for improvement. We prepared 24 items for checking six fields that were strongly related to balance activities. Assessment results were displayed in a radar chart so that the strengths and weaknesses of one's own workplace could be visually determined at a glance. Management experts and HR managers evaluated this tool and found it easy to understand and useful. **Conclusion:** This tool seems to offer visible assessment of current activities for balancing cancer treatment and work and tips for improvement, resulting in increased motivation of employers and HR managers. We expect that this practical support tool will contribute to promote activities for balancing cancer treatment and work in many workplaces, including SMEs.

Keywords: balancing cancer treatment and work, small and medium-sized enterprises, support tool, radar chart, validity and feasibility

(Received April 15, 2019; Accepted July 31, 2019; Published online in J-STAGE October 26, 2019)

Introduction

There is an accelerating social movement to strengthen support for cancer patients among the working generation to balance their work and treatment. In February 2016,

the Ministry of Health, Labor and Welfare published “Guidelines for Supporting Balance between Medical Treatment and Work in the Workplace,” and the implementation of measures to support this balance in various companies has become an issue¹⁾.

Those afflicted with illnesses, especially with cancer, bear a tremendous psychological burden; therefore, support measures have been in consideration to help their continuation of work, since the cancer treatments, such

Correspondence

Noriko Nishikido: Department of Nursing, School of Medicine,
Tokai University, Kanagawa, Japan
E-mail: noriko-n@tokai-u.jp



This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made. © 2019 The Authors.

as chemotherapy and radiation treatment, come with side effects and often need to be continued for a considerable amount of time after operations²⁾.

In recent years, the chance of getting cancer in one's lifetime has reached nearly 50%, and approximately 300,000 among the working are newly diagnosed with cancer annually^{3,4)}. Advancements in early detection and treatment technologies have contributed to an increase in the 5-year survival rate of cancer sufferers overall, to approximately 60% on average³⁾, and cancer is no longer seen as "an illness linked directly to death," but instead has become "an illness to live with for a long time"²⁾. Many studies have been conducted to investigate epidemiologic features for work and life of cancer survivors by outpatient or internet survey^{5,6)}.

Creating a workplace environment that can balance work and treatment directly affects the quality of life and the economic situation of cancer sufferers who are still working, and it is thus a social issue for which countermeasures should be taken immediately, since this also affects their families tremendously⁷⁾.

Whether one can get proper support in the workplace is a major issue that affects whether one can continue working. Given this situation, the *Secondary Cancer Countermeasures Promotion Basic Plan* incorporated "Enriching Cancer Countermeasures Among the Working" as a focal issue, and each prefecture has begun to work on surveys of actual conditions overall and corporate trainings, along with granting recognition to those companies with best practices for balancing between cancer treatment and work, as well as public awareness activity for those supporting practices. Many studies have been done on such initiatives in large enterprises^{8,9)}, although there have not as yet been many reports on best practices in small- and medium-sized enterprises (SMEs).

Because of this dearth, we had collected best practices from SMEs that have implemented ideas and countermeasures supporting workers diagnosed with cancer and identified the current state of balancing cancer treatment and work in SMEs¹⁰⁾. Based on those previous results, we conducted new research to promote balance between cancer treatment and work in SMEs. The purpose of this study was to develop a practical tool that could be easily used in SMEs and to evaluate its validity and feasibility.

Methods

Development of a practical support tool

Based on our previous interview regarding best practices for supporting balance between cancer treatment and work in SMEs, as well as on results of various types of research done to date, five researchers who are studying the current support for balance between cancer treatment and work and who have practical experience as occupational health nurses (OHNs) at a corporation have

debated the future state of easy-to-implement activities for balance between cancer treatment and work in all companies, including SMEs, along with critical countermeasures. The aim was to develop a practical support tool that is useful for initiatives to support balance between cancer treatment and work in SMEs (hereinafter "tool to support balance") and can be broadly adopted. Discussions concerned who would use the support tool, where it would be used, and how the basic structure and details of it would be arranged. The first version of the tool was developed after repeated modifications.

Examining the validity and feasibility of the tool

In order to examine the validity and feasibility of the developed tool, a basic configuration of the support tool and its details were explained to five experts who have been researching the management of SMEs and who have experience in corporate management. Their opinions were obtained in a focus group interview about the ease of understanding and relevance of the details involved, the potential for use, and other points to be kept in mind. In addition, materials on the configuration and the details of the support tool and a simple questionnaire were sent to ten human resources (HR) managers in SMEs to get their opinions on ease of use, ease of understanding, whether the tool was helpful, and other matters. The support tool's final version was prepared based on the opinions obtained.

Ethical considerations

This study was conducted with the approval of the Tokai University Health Science Department's Ethics Committee (16-01). Upon explaining that cooperation with this study was based on free will of the individuals involved; that personal and organizational information would be protected; and that individuals could withdraw, participants were asked for their opinions on the support tool. Further, the names and organizations of those participating in the study were anonymized, upon which data were recorded and analyzed.

Results

Development of a practical support tool

It was decided that executives and HR managers would be the primary targets for the support tool, in order to promote its adoption among SMEs for the support of balance between cancer treatment and work. As to the purpose of using the support tool, the focus was placed on increasing interest in "supporting balance" among executives and HR managers and on promoting and supporting initiatives in the workplace based on what would currently be possible. We developed the "Checklist and Tips for Balancing Cancer Treatment and Work". The aim in developing a support tool as a result of this study was (1) to be able

to actually check the level of support for balance in the workplace; (2) to quickly understand the strengths and issues of each workplace by showing the results of checking the level of support for balance on a radar chart; and (3) to be able to easily obtain information on the importance of six fields and hints for their improvement. There-

fore, we decided to incorporate a self-check for level of support for balance, a tool that can display the results of the checkup, as well as a tool to provide information, such as explanations of the results of determinations and tips for improvement.

Table 1. The Checklist of Support for Balancing Cancer Treatment and Work in SMEs

A. Management Policy and Philosophy		Yes	No
1.	The company policy and philosophy include employees' health and happiness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	The president explains how employee health leads to good management.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Employee health-oriented messages by the president have fully reached the employees.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	There are daily opportunities for the president to talk to employees.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		A: _____points [#]	
B. Mutual Support and Communication in the Workplace		Yes	No
1.	Employees can usually talk freely about their health.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	There is a climate to support each other when employees get sick.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	There is an atmosphere that the company appreciate each of the employees.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	There is a consultative atmosphere even when employee's family members get sick.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		B: _____points [#]	
C. Taking Time Off and Cancer Screening		Yes	No
1.	It is possible to take paid leave on a half day or hourly basis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Employees can take sick leave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	The company subsidizes expenses making it easier to receive cancer screening.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	There is regular consultation during workhours and a special leave policy that encourages cancer screening visits.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C: _____points [#]	
D. Flexibility in Work Time and Content		Yes	No
1.	Employees can request to adjust work hours according to their health condition.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	If so desired, employees can be flexibly reassigned, when they return to work.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Employees can ask for adjusting the task to be able to control the physical condition.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Employees can ask for increasing the workload, according to the status of recovery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		D: _____points [#]	
E. Detailed Consultations by Managers		Yes	No
1.	Supervisors tell employees to work while maintaining their health.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Human resource officers consult about how to take the sick leave or how to arrange the working conditions, when employees get sick.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Supervisors and human resource officers recommend not to retire but continue working without difficulties and having treatment properly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Personnel makes clear to the cancer survivor and coworkers that they are being assessed fairly according to the quality of their work.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		E: _____points [#]	
F. Collaboration with Outside Resources and Information Use		Yes	No
1.	The company can obtain information supporting balance between cancer treatment and work.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	The company is aware of the guideline for supporting the Work-Treatment Balance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	The company has consulting routes with healthcare/medical professionals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	The company knows how to contact the physician in charge of the worker with cancer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		F: _____points [#]	

SMEs, Small and medium sized enterprises.

#: Each item should be answered with "Yes" (1 point) or "No" (0 points), and the total score of the four items in each field ranged from 0 to 4 points.

Checking the implementation level for balance and displaying the results

Based on the six major categories extracted from the results of our previous interviews with SMEs with best practices and future issues¹⁰⁾, 24 questionnaire items in six fields regarding support for balance have been created (Table 1). The first field is “management policy and philosophy,” which is to clearly demonstrate the president’s policies emphasizing the health of employees in the management philosophy and company mission. The second field is “mutual support and communication in the workplace,” which is to reinforce employee ties and communication to mutually support employees and families during their illnesses. The third field is “taking time off and cancer-screening,” which refers to the ease with which employees can take time off to manage hospitalizations and health and the encouragement to obtain cancer exams through special time off and cost subsidies. The fourth field is “flexibility in work time and content,” which is to change employee positions for shorter work hours and lighter workloads and to coordinate the ways that employees work in order to ensure that there is no negative impact on their health. The fifth field is “detailed consultations by managers,” which means that supervisors and HR managers provide consultation and institutional information on working in a reasonable fashion. The sixth field is “collaboration with outside resources and information use,” which means that companies can have consultations with outside healthcare professionals regarding support for balance. The last domain was made using contents extracted as a future challenge in the former interview study.

Each item was answered with “yes” (1 point) or “no” (0 points), and the total score of the four items in each field ranged from 0 to 4 points. The assessment results were displayed in a radar chart so that the strengths and weaknesses of one’s own corporation (workplace) could be visually determined at a glance. A sample of the radar chart was shown in Figure 1.

Explanation and tips for improvement

Based on the results shown in the radar chart, the tool allows users to click on each field to access pages with detailed explanations and tips for making improvements in that field, so that companies can develop some good ideas for measures to make improvements in the future. With regard to tips for improvements in each field, in order to give more detailed and practical understanding, after showing the perspective in each field, the simplest possible explanation is given as to why each item checked is important, and a hint is given for making improvements to the current state with an action phrase as an example, in order to make choosing and considering measures adapted to workplace needs easier.

Examining validity and feasibility of the tool

Our interview with the management experts and mailed survey to HR managers in SMEs regarding the validity and feasibility of the support tool indicated that it was generally easy to use and would generate interest in balance support and specific hints for improvement.

Five management experts expressed their opinions that it was easy to obtain the interest of those involved in the business, as to the basic configuration based on self-checks and tips for improvement of the level of support for balance. As to the content and expressions used in the support tool, it was thought that they were generally clear and easy to understand. There is a need to think about the order of questions and expressions and phrases depending on whether the target is an executive, HR manager, or general employee. Their opinions stated that, if the target is an executive or HR manager, the order of questions and content for this tool to support balance should start with the “president’s policies and company mission” to make it easy to understand. Some opinions stated that it was highly likely that putting information on websites regularly watched by executives and HR managers would lead to awareness through related organizations and adoption. There were also opinions that allowing only essential

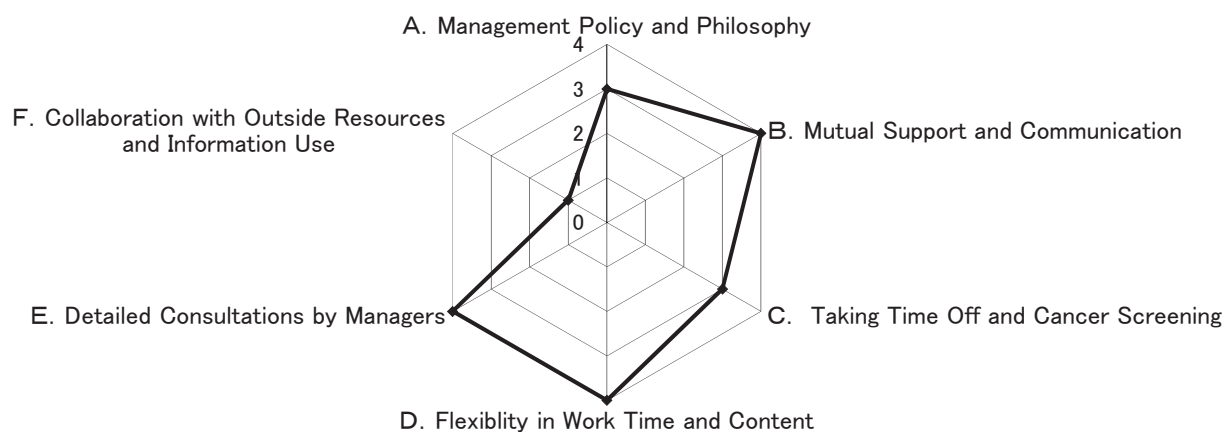


Fig. 1. An Example of the Assessment Result of Support for Balancing Cancer Treatment and Work

information to be viewed on a website would help individuals to use the information without getting tired of it.

Seven of ten HR managers in SMEs responded that the checks assessing the level of support for balance were easy to use and easy to understand. With regard to tips for improvement, it was determined that they were specific and usable, and methods for using them were understood. Some also said that the function that allowed one to move quickly from one field to another on the website to explanations or tips for improvement would make it easier to use.

Announcement of the final version of the tool to support balance

The final version was prepared after improving somewhat difficult to understand expressions and several points requiring revision. This version was then published as an online tool on the home page of our research team and as a booklet.

A web-based tool to support balance

Based on the opinions that were gathered, and after making repeated corrections to make expressions easier to understand as well as making improvements to tool operability, the research team's website announced the final version of the support tool for balancing cancer treatment and work in SMEs¹¹⁾. Efforts were made to ensure 1) automatic display of a radar chart of assessment results upon completion of the check for the level of support for balance by simply clicking on selected responses to questions, allowing ascertainment of workplace strengths and issues at a glance; 2) easy access to explanations and tips for improvement by clicking on any of the headings of the six fields; 3) confirmation of the overall picture by returning to radar charts from each page as needed; and 4) the ability to print assessment results, explanations, and tips for improvement. Starting with actually checking the level of support for balance in one's workplace, the tool was made for users to ascertain strengths and issues and easily obtain information, such as tips for improvement. The function to print the date and time of diagnoses was also added so that users could conveniently share and save the information at their workplace.

The tool to support balance in booklet form

A booklet version of the support tool was made afterwards, so that it could be effective to introduce the aforementioned internet version of the tool at training meetings related to supporting balance of medical treatments and work life. Accordingly, a list of information for other support tools and support organizations to be used in supporting balance was added, based on the web-based tool to support balance. QR codes of those tools and organizations were also printed in the booklet for convenience. Moreover, colorful illustrations and photographs and an

easy-to-read layout were added to the printed tool booklet. It was then distributed to related parties and has actually been used in training.

Discussion

Guidelines for supporting the balance of treatment and work note the need to create systems for work and time off¹⁾, though SMEs with best practices take a flexible approach to support even without such systems. This may have something to do with the proximity of company management and employees, strength of SMEs, and the fact that it is easy to communicate management policies to employees. The tool to support balance developed in this study assumed management policy and philosophy, mutual support and communication in the workplace, and encouragement for taking time off and attending cancer screening as the first three fields, even though these elements may be thought of as aspects for habitually creating a good workplace environment. Moreover, the last three fields assumed ideas for flexibility in work times and content, detailed consultations by managers, and collaboration with outside resources and information use, which were actually thought of as responses in the event that employees were diagnosed with cancer.

In our prior research on good practices in SMEs¹⁰⁾, the current state of worker shortages in these companies, and, particularly, the difficulty in finding alternate personnel with a high level of expertise, have created the impression that company management and HR managers strongly wish to take care of the limited personnel they have. In workplaces where this policy has become prevalent, work associates often help and complement each other, and it is believed that the everyday creation of an environment is very important. In contrast, in regard to "collaboration with outside resources and utilization of information," many do not know where to find professionals with whom they can consult, and its guidelines are not well-known in SMEs. The smaller the company was, the fewer the connections were found with occupational health professionals. When employees fall ill — not just owing to cancer — SMEs must be made aware of this, so that they collaborate and share information with outside organizations. Hence, it is hoped that the tool to support balance developed here will be useful.

The basic configuration of the support tool created in this study is appropriate for company management and HR managers, with those using it saying it is easy to understand. It is believed to be a valid support tool for management and HR managers in SMEs. In the future, it is hoped that awareness can be raised, and adoption will be increased through websites commonly viewed by company management and HR managers, as well as through various organizations. Moreover, there is much demand for a tool that can be introduced and used in workplace

support, such as in training meetings for professions like occupational health nurses. Supporting all working people and their families requires social support from many angles¹²⁻¹⁵⁾, and it is possible that this can be used as a tool for raising awareness of the healthcare organizations that examine workers and related individuals in SMEs.

Given increasingly aging workers and a growing trend for workers to be diagnosed with cancer^{3,4)}, and with many working in SMEs concerned about the lack of workers¹⁶⁾, the findings obtained in this study can lead to not only securing the health of workers, but also securing manpower. It is thought that the understanding of company management will enable the promotion of support for balance within a company; therefore, strengthening awareness activities for management is desired^{9,15)}.

The future will require development of a structure and set of support tools that allow for the simple retrieval of specific and valuable information with which all working people — not just those involved — can support those struggling to balance work with treatment of not just cancer but all types of illnesses, disabilities, raising children, or caregiving requirements. Here, we have developed a tool to support balance between cancer treatment and work; however, many of the check items and tips for improvement used here are not only related to cancer treatment. Therefore, with a little amendment made to parts of these items, this tool could be modified to be more versatile; thus, we wish to continue our examinations of this tool.

Conclusion

The present study demonstrated a practical support tool that could contribute to motivating employers and HR managers and disseminating the support for balancing cancer treatment and work in SMEs.

Acknowledgement

The authors would like to express their sincere thanks to all participants in this study. This research was supported by Health and Labour Sciences Research Grants, the Ministry of Health, Labour and Welfare (H26-ganseisaku-ippan-018), Japan.

Disclosure

Approval of the research protocol: The Research Ethics Review Board of School of Health Sciences, the Tokai University, approved the study procedures (No. 16-01).

Informed Consent: The aims and procedures of this study were explained and consent was obtained from each participant when opinions were collected about the tool.

Registry and the Registration No. of the study/Trial: N/A

Animal Studies: N/A

Conflict of interest

The authors declare that there are no conflicts of interest.

ORCID

Noriko Nishikido  <https://orcid.org/0000-0002-1660-957X>

Etsuko Yoshikawa  <https://orcid.org/0000-0002-7473-3093>

References

1. The Ministry of Health, Labour and Welfare. Guideline for workplace personnel to promote work and treatment balance (in Japanese). 2016 [updated 2019/4/9]; Available from: <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000113365.html>.
2. Takahashi M. Cancer survivorship: current status of research, care, and policy in Japan. *Jpn J Clin Oncol*. 2016; 46(7): 599-604. [Medline] [CrossRef]
3. Cancer statistics in Japan 2016 [database on the Internet]. Available from: https://ganjoho.jp/en/professional/statistics/brochure/2016_en.html. Accessed March 28, 2018.
4. The Ministry of Health, Labour and Welfare. Outline of national registration for cancer in Japan (in Japanese). 2016 [updated 2019/3/28]; Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000468976.pdf>.
5. Takahashi M, Tsuchiya M, Horio Y, et al. Job resignation after cancer diagnosis among working survivors in Japan: timing, reasons and change of information needs over time. *Jpn J Clin Oncol*. 2018; 48(1): 43-51. [Medline] [CrossRef]
6. Saito N, Takahashi M, Sairenchi T, Muto T. The impact of breast cancer on employment among Japanese women. *J Occup Health*. 2014; 56(1): 49-55. [Medline] [CrossRef]
7. Yamaguchi K. Joint study group on the sociology of cancer: a report on research into the anxieties and burdens of cancer sufferers – the views of 4054 people who faced up to cancer 2013 (in Japanese). 2013.
8. Endo M, Haruyama Y, Takahashi M, Nishiura C, Kojimahara N, Yamaguchi N. Returning to work after sick leave due to cancer: a 365-day cohort study of Japanese cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2016; 10(2): 320-329. [Medline] [CrossRef]
9. Furuya Y, Takahashi M, Tateishi S, et al. Survey of Information Sharing Related to the Occupational Considerations of Working Cancer Patients Between Occupational Physicians and Treating Physicians. [in Japanese]. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2016; 58(2): 54-62. [Medline] [CrossRef]
10. Abe H, Nishikido N, Yoshikawa E, et al., editors. Support for balancing cancer treatment and work from good practices in small and medium-sized enterprises (in Japanese). The 90th Annual Meeting of Japan Society for Occupational Health; 2017.
11. Support Tool for Balancing Cancer Treatment and Work for Use in Small and Medium-Sized Enterprises (“Checklist and Tips for Balancing Cancer Treatment and Work”) [database on the Internet]. 2017. Available from: <https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/check/index.html>.
12. Islam T, Dahlui M, Majid HA, et al. Factors associated with

- return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC public health*. 2014; 14(Suppl 3): S8-S. [CrossRef]
13. Paltrinieri S, Fugazzaro S, Bertozzi L, et al. Return to work in European Cancer survivors: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2018; 26(9): 2983-2994. [Medline] [CrossRef]
14. Chow SL, Ting AS, Su TT. Development of Conceptual Framework to Understand Factors Associated with Return to Work among Cancer Survivors: A Systematic Review. *Iran J Public Health*. 2014; 43(4): 391-405. [Medline]
15. Duijts SF, van Egmond MP, Spelten E, van Muijen P, Anema JR, van der Beek AJ. Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: a systematic review. *Psychooncology*. 2014; 23(5): 481-492. [Medline] [CrossRef]
16. Ministry of Economy, Trade and Industry. Economic Census for Business Activity; 2016. Available from: https://www.stat.go.jp/data/e-census/2016/kekka/pdf/k_gaiyo.pdf. Accessed March 28, 2018.

Original Article

Development of an occupational health nurse's guidebook to promote the balance between cancer treatment and work

Etsuko Yoshikawa¹  | Noriko Nishikido²  | Minako Sasaki³ | Michiyo Ito⁴ | Izumi Watai⁵ | Jun Sudo⁶ | Mai Mochizuki⁷

¹Faculty of Nursing, Japanese Red Cross Collage of Nursing, Tokyo, Japan

²Faculty of Nursing, Tokai University School of Medicine, Kanagawa, Japan

³Faculty of Healthcare, Tokyo Healthcare University, Tokyo, Japan

⁴Chiba Faculty of Nursing, Tokyo Healthcare University, Chiba, Japan

⁵Faculty of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine, Shizuoka, Japan

⁶Oriental Consultants CO., Ltd., Tokyo, Japan

⁷Faculty of Nursing, Shoin University, Kanagawa, Japan

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to develop a guidebook to be used in “promoting the balance between cancer treatment of workers and continuation of their work”. The guidebook was developed to promote collaboration among cancer survivors and employers, human resource personnel, supervisors, colleagues, and health providers, with the aid of occupational health nurses (OHNs). **Methods:** The guidebook is based on our previous survey and discussions with seven researchers who had experiences in occupational health nursing practices. The guidebook focuses on secondary and tertiary preventions aiming at promoting the smooth return to the workplace and continuing sound working lives of cancer survivors. Also, the guidebook includes primary prevention, such as promoting a good working culture. The tentative guidebook was evaluated for its usability and then further developed into a final version. **Results:** The guidebook we developed consists of four sections: 1. Introduction; 2. Twelve practical checkpoints for improved support in balancing cancer treatment and work; 3. Preparedness for cancer survivorship; and 4. Appendix, which include hypothetical support cases and practical information. Practical checkpoints are described with action phrases, which included four aspect: support for individual workers with cancer; support for supervisors and colleagues; collaborations with human resources staff; and collaborations with stakeholders inside and outside of the company. **Conclusions:** The authors believe that the use of this guidebook will contribute to improving the quality of occupational health services and promote balance between cancer treatment and continuation of sound working lives.

Keywords: balancing cancer treatment and work, guidebook, occupational health nurses, support tool

(Received July 11, 2019; Accepted December 3, 2019; Published online in J-STAGE December 26, 2019)

Introduction

Cancer survivors often face challenging issues during their working lives, such as difficulties in returning to work and balancing their cancer treatment and employ-

ment¹⁾. Takahashi²⁾ indicated that work-related issues for workers with cancer are highly individualized. Cancer survival can be affected by many factors, including type and stage of cancer, treatment modality, demographic background, physical and cognitive condition, psychosocial adaptation, type of occupation, and position held. Workers can also be influenced by organizational factors, such as employment regulations and workplace culture. In promoting a balance between cancer treatment and

Correspondence

Etsuko Yoshikawa: Faculty of Nursing, Japanese Red Cross Collage of Nursing
E-mail: e-yoshikawa@redcross.ac.jp



This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made. © 2019 The Authors.

working life within a company, it is important to establish a return-to-work support system for cancer survivors, similar to other programs aiming to improve worker's self-care abilities^{2,3)}. Occupational health professionals have important roles and function to play in this process, as they are well placed to provide concrete advice and health guidance from the viewpoint of both business persons and medical professionals⁴⁻⁶⁾.

The Japanese Industrial Safety and Health Act of 1972 states that a business that employ over 50 regular employees must contract with an occupational physician. However, occupational health nurses (OHNs) have not been officially recognized in the Industrial Safety and Health Act as being necessary in the workplace. This is despite more than 10,000 OHNs working in Japanese companies in 2015⁷⁾. Kanamori et al.⁸⁾ and Kono et al.⁹⁾ pointed out that there are many instances where OHNs play an important leading role in providing health care management and health promotion for employees suffering health problems. However, few articles are available that show the importance of OHNs providing practical support for facilitating the balance between cancer treatment and continuing the working life of cancer survivors or organizational approaches at their workplace^{5,10)}. As OHNs have not been recognized in the Industrial Safety and Health Act, their work role is defined by the company that employs them in Japan¹¹⁾. Adding to this, is the issues that Japanese OHNs have differing educational backgrounds^{12,13)} and licenses⁷⁾. Because of these issues, it is necessary to develop a guide to ensure the high quality of programs for cancer survivors in the workplace by OHNs.

The purpose of this study was to develop a guidebook for "promoting the balance between cancer treatment of workers and continuation of their work", which should be a priority of OHNs in collaboration with working cancer survivors, employers, human resources personnel, supervisors, colleagues, and allied health providers.

Methods

The process of developing the guidebook

The guidebook was developed based on discussions with seven researchers who had experience in occupational health nursing practices. From February 2012 through March 2014, we met with seven researchers 11 times to develop this guidebook and conducted an evaluation meeting of the guidebook in September 2013. From the first meeting to the fifth meeting, we discussed the target and framework of the guidebook. During these meetings, we developed a tentative guidebook. During the next four meetings, we planned the evaluation meeting. At the last two meetings, we revised the guidebook to become the final version.

In the development of the guidebook, we referred to the findings of our previous studies, focus group interview

(FGI)¹⁴⁾ survey, and questionnaire survey¹⁵⁾. The results of our previous studies indicate that OHNs play important roles and function as coordinators for the workplace environment, as well as providing health services for workers with cancer. The OHNs also provided health education to prevent injuries or worsening health conditions for workers with cancer in the workplace. Furthermore, OHNs provided ongoing nursing practices involving collaboration with stakeholders inside the company during the support process following the diagnosis and after returning to work^{14,15)}. On the other hand, OHNs were found to experience difficulties collaborating with hospital staff and family members of cancer survivors¹⁵⁾. This was also added to the practical checkpoints of the guidebook.

The results of the FGI survey showed the role of OHNs in each support process, such as pre/post diagnosis, during sick leave, and returning to work¹⁴⁾. Based on the FGI survey, the questionnaire consisted of four parts to determine if the OHNs support workers with cancer, supervisor/colleagues working with cancer survivor, human resources staff, and inside/outside medical stakeholders¹⁵⁾. The practical checkpoints of this guidebook were compiled by focusing on nursing support that OHNs categorized as good practices in the FGI survey¹⁴⁾ and the support items with a high implementation rate in the questionnaire survey¹⁵⁾.

The goal and readers of the guidebook

The goal of this guidebook is to provide practical checkpoints and strategies that provide better supports for workers with cancer, the workplace and companies employing OHNs as members of an occupational health team.

The intended readers of the guidebook are OHNs employed by companies. The guidebook mainly focuses on secondary and tertiary prevention, such as nursing support for promoting the return to work and a continuing work life for cancer survivors. Also, it includes primary prevention and the promotion of a good working culture by utilizing the strengths of OHNs as health promoters^{8,9)}. In addition, we decided to present hypothetical cases and useful information resources providing an easy linkage to concrete nursing practices and for deeper understanding of the contents of the guidebook.

The procedures of usability evaluation

The tentative guidebook was presented to 18 OHNs, with the aim of seeking their comments and evaluation. During a 1-hour evaluation meeting, we explained the contents of the guidebook and how it should be used for 30 minutes. Participants then had group discussions about the guidebook for 20 minutes, after which they answered an anonymous evaluation sheet in 10 minutes. They were from diverse backgrounds working as OHNs; for example, with regard to level of expertise or employment

in a large-, small-, or medium-sized enterprise. OHNs had a mean of 8.8 ± 7.7 years of experience. Of the 18 participants, 7 (38.9%) of them belonged to a company with over 3,000 employees, 5 (27.7%) of them belonged to a company with 1,000–2,999 employees, 3 (16.7%) of them belonged to the company with under 999 employees, and the other 3 participants did not report their company affiliation. The types of industries were also considered, such as manufacturing, chemicals, electric appliances, and information technology and financial. The main purpose of the evaluation was to obtain comments from the OHN practitioner about the usability and the ease of understanding the contents and structure of the guidebook. The descriptive questionnaire items were: 1) comments about support for individual workers with cancer and support for supervisor/colleagues, 2) comments about collaboration with human resource department and inside/outside medical stakeholders, and 3) comments regarding the use of this guidebook by young OHNs with less than 3 years of experiences. Participants were asked to answer these question items regarding viewpoints: ease of understanding, ease of use, validity of description, sufficiency explanation, and upgrading of nursing practice. Based on the comments from 18 OHNs, we revised and developed the guidebook to make it a final version.

Ethical consideration

The ethics review board of the School of Health Sciences in Tokai University approved the study procedures (No.11-16), including our previous research^{14,15}. Participants of the evaluation session were given written and oral explanations of the study objectives and of the ethical considerations. Consent was obtained from each participant when completing the anonymous evaluation sheet.

Results

Framework of the guidebook

The guidebook consists of four sections (Table 1).

First, the “Introduction” contains the statistical data for cancer survivors of the working generation. Also, the current society changes for cancer survivors are discussed as basic topics for promoting balance between cancer treatment and work life. In particular, we introduced how treatment systems are changing, noting that it should be possible to continue working while undertaking cancer treatment, adding that the image of cancer is also changing from a disease leading to death to now being seen as one of the chronic diseases²).

Second, we addressed 12 practical checkpoints that allow for better support for balancing between cancer treatment and work life. These practical checkpoints were developed based on the good practices that OHNs had already practiced from the results of our previous survey^{14,15}. Five practical checkpoints of supports for individual workers and two practical checkpoints of collaborations with the human resources staff members were extracted. These practical checkpoints employed from nursing support indicated high implementation rates, as demonstrated in the results of our previous questionnaire survey¹⁵. Two practical checkpoints were: 1) promote a workplace culture of mutual support and caring; 2) examine and adjust the necessity and method of collaboration to hospital or clinic. These practical checkpoint items were those to which young OHNs admitted difficulties in the FGI survey¹⁴. Three other practical checkpoints were also derived from OHNs good practices in the FGI survey¹⁴.

In the third section, we showed how OHNs can provide primary prevention for workers and staffs within the workplace. This is achieved by providing information that would reduce the risk of cancer and contribute to creating a diverse workplace culture. This section followed the same viewpoints as the 12 practical checkpoints: support individual workers with cancer, support supervisors and colleagues, collaborate with the human resource staff, and collaborate with stakeholders inside and outside the company.

Table 1. Guidebook contents

Section	Contents
Introduction	Scope and aim of this guidebook Current status of cancer survivorship at workplace
Twelve practical checkpoints for better support of cancer survivorship	Supports for cancer survivor workers Supports for supervisor and colleagues working with cancer survivor Collaborations with the human resources staff members Collaborations with stakeholders inside and outside of the company
Preparedness for supporting cancer survivor workers and workplace	Supports for individual workers, workplace and company from viewpoints of primary prevention
Additional information: Case study and practical information	Hypothetical support cases study of support for balancing cancer treatment and continuing working life by Occupational health nurses Practical information: web-site, research papers, and books

Fourth, for the last section of this guidebook, “Additional information,” we included hypothetical support cases and practical information. The three hypothetical support cases are employed so that readers of the guidebook can easily understand important points of nursing support for balancing cancer treatment and work. Furthermore, practical information was introduced about web-sites and books that show available information promoting balance between cancer treatment and work life.

Modification by the usability evaluation

The 18 OHNs who participated in the usability evaluation reported a total of 20 positive comments about this guidebook. Of the 20 positive comments, 6 of them were regarding support for individual workers with cancer and support for supervisor/colleagues, 7 of them were regarding collaboration with human resource department and inside/outside medical stakeholders, and the rest 7 were comments asking if this guidebook was to be used by young OHNs. These comments were, for examples, “I want to use this guidebook for promoting balance between cancer treatment and working life”, “it is useful for understanding how to support cancer survivor in the workplace”, and “I would like to recommend the guidebook to inexperienced OHNs”.

On the other hand, comments suggesting some amendments were received. About support for individual

workers with cancer and support for supervisors/colleagues, we received two comments asking for additional explanations. Regarding the collaboration with human resource department and inside/outside medical stakeholders, we received one comment requesting additional explanations. Regarding comments about possible usage by young OHNs with under 3 years of experiences, we received 3 comments requesting additional explanation and modification of the format and structure of the guidebook. These comments related to additional explanations in accordance with the corporate structure and situation of the workplace and modification of the structure of the guidebook for promoting practicality. The guidebook was modified after getting consensus in the discussion with seven researchers. The revised part of the results based on feedback from the usability evaluation is shown in Table 2.

The contents of 12 practical checkpoints

The 12 practical checkpoint items are shown in Table 3. The practical checkpoints consisted of four separate viewpoints. Viewpoint 1 consisted of five items, viewpoint 2 consisted of three items, and viewpoints 3 and 4 consisted of two items each.

Each practical checkpoint in the guidebook includes descriptions of “why important”, “how”, and “points to remember” following the format shown in Ergonomic Checkpoints¹⁶⁾. Each support by OHNs was expressed

Table 2. Modification of the usability evaluation

Comments	Summary of modification
Comments on additional and supplementary explanations	
It is necessary to specifically show how we manage the cooperation with supervisor/colleagues ^a	Added procedures for promoting cooperation among the workplace in checkpoints 7 and 8 (“support to formulate and enhance support systems for cancer survivor in the workplace” and “promote creation of the workplace culture of mutual support and caring for each other”)
It is necessary to add how to explain and promote mutual support ^a	Added a short column about cancer workers contribution for promoting supportive workplace and also added the importance of expressing self-esteem, impartiality, and gratitude
It is necessary to indicate specific examples or points in the collaboration with the human resources staff members ^b	Described concrete support cases and examples of advice in the checkpoints of the collaboration with the human resource staff members
It is necessary to add viewpoints of primary prevention ^{*3}	Added content that clearly indicates that the content of this section is primary prevention in the section of preparedness for supporting cancer survivor workers and workplace
Comments on the format and structure of the guidebook	
It is necessary to devise a way for readers to consider the next actions necessary while reading the hypothetical case ^c	Insert questions such as “what support is possible next?” and “what preparation should the OHNs have?” on the way of description Introduce the main points of the support in the final page
It is unclear as to what to do at each practical checkpoint ^c	Revised each practical checkpoint by using the same format of “why important”, “how” and “points to remember” following the format shown in Ergonomic Checkpoints

^a Comments about support for individual workers with cancer and support for supervisor/colleagues

^b Comments about collaboration with human resource department and inside/outside medical stakeholders

^c Comments regarding the use of this guidebook by young OHNs with less than 3 years of experiences

Table 3. Twelve practical checkpoints for cancer survivor workers and their workplace

Viewpoints	Items of practical hints
Supports for individual worker with cancer	Confirm health conditions and work situations at regular intervals Respond to consultation for trivial troubles or problems immediately Approach to support self-decision-making Support for mental and emotional aspects Handle personal information including health information while considering privacy
Supports for supervisor and colleagues working with cancer survivor	Confirm and coordinate workplace environment and work conditions for balancing work and cancer treatment Support to formulate and enhance support systems for cancer survivor at the workplace Promote creation of the workplace culture of mutual support and caring for each other
Collaborations with the human resources staff members	Give advice about appropriate assignments in placing as Occupational Health Nurses Confirm and coordinate available in-company systems and flexible shift
Collaborations with stakeholders inside and outside of the company	Allocate role with occupational physician and exchange information at regular intervals Examine and adjust the necessity and method of collaboration with hospital or clinic

in a short sentence, called an action phrase. The “why important” section addressed the necessity of the action phrase and the “how” section listed procedures of practice as a concrete content of support. The final “points to remember” section showed the summary of each practical checkpoint. The “how” clause constitutes the main portion of each practical checkpoint, which describes easily applicable measures. In the description, special focus is placed on covering easily implementable measures in 3 to 6 items. In “confirm health conditions and work situations at regular intervals”, for example, easily understandable measures are listed (confirm symptoms and physical conditions, decide timing and procedures of health interviews, and advice for promoting self-care abilities) depending on the situation that exists in the workplace (Figure 1).

Preparedness for supporting cancer survivor workers and workplace

In addition to the 12 practical checkpoints, this guidebook also includes health promotion and primary prevention activities that can be delivered by occupational health nursing support, as health professionals who are familiar with the workers and workplaces. In other words, because OHNs are considered front-line staff, it is possible for them to provide these nursing practices. These nursing practices represent integrative support for establishing systems of sharing information promptly and for arranging the workplace environment or workplace culture when workers have cancer.

The section of preparedness for supporting cancer survivor workers and workplace addresses an action phrase similar to that of 12 practical checkpoints from three viewpoints of supports for individual workers, workplace, and company. Support for individual workers includes various approaches, such as the provision of information about healthy lifestyles and self-care to prevent cancer;

CHECKPOINT 1

Confirm health conditions and work situations at regular intervals

WHY

Workers diagnosed with cancer experience changes in their physical condition not only due to cancer symptoms, but also due to side effects and complications from cancer treatment. In addition, cancer survivors may be burdened by psychosocial stress, such as anxiety about prognosis and lack of future prospects. Occupational health nurses support for the balancing between cancer treatment of workers and their working life from perspective the maintenance and promotion of workers' health and working capacity. It is important to continuing support to workers with cancer and their workplace in any process such as after the cancer diagnosis, during the sick leave period, and the return to work.

HOW

1. Confirm symptoms and physical conditions for assessing the maintenance of workers' health and working capacity
2. Decide timing and procedures of health interviews with the cancer survivor worker
3. Provide concrete advice for promoting self-care abilities with the worker initiatives
4. Record the results of health interviews for sharing information among occupational health team

POINT TO REMEMBER

Occupational health nurses assess comprehensively about health conditions of workers with cancer as a health professional in the workplace.

It is important to collect wide viewpoint of information gathering not only individual workers but also managers, colleagues, and human personnel.

Fig. 1. Example of 12 practical checkpoints

use of medical checkups as an opportunity for health guidance; and recommendations for detailed testing when necessary and education related to cancer-causing toxic substances and high-risk work. Examples of support for the workplace include providing facilities for and publications about health consulting services; awareness-raising campaigns to prevent cancer; management of workplace environments and control of work that has cancer-causing risks; and encouragement of communication with responsible managers. Suggestions for supporting companies include setting up counseling systems for

workers with cancer, preparing flexible work shifts, and creating a workplace culture that promotes diversity.

This section emphasizes how OHNs play an important role in strengthening social support in workplaces for individuals or organizations by being prepared for opportunities to engage in health support activities. Through daily occupational health nursing practices, OHNs contribute to create better workplace cultures, in which all workers can continue to improve the quality of their working life, whether they are suffering from a disease or not.

Hypothetical support cases

This section presents three hypothetical support cases designed based on the FGI research and the practical experiences of the researchers. The specifics of the support cases are as follows:

Case 1: A case in which a female worker diagnosed with uterine cancer refused to acknowledge her cancer in a workplace dominated by male workers.

Case 2: A case involving a male salesperson, in which the working conditions after returning to work were modified to suit the changes in his physical conditions, as a result of an OHN's intervention in the company's management to reorganize the workplace support system.

Case 3: A case involving a globally active manager, in which the changes were made related to overseas travel permission after the manager returned to the workplace.

A broad range of nursing practices for OHNs working under various conditions and with various support processes is demonstrated in these cases. Each support case is described using four pages in the guidebook. The first three pages give background information about the OHNs and the company or health management department to which the OHNs belong. This is followed by details, such as the age, gender, and work content of the cancer survivor who is receiving support, and chronological details of the support provided by the OHNs. The cases are summarized in such a way as to make it possible for the reader to think about the support provided by the OHNs and to consider the direction of the support while continuing to read. This is also encouraged by the insertion of questions such as "What support is possible next?" and "What preparation should the OHNs have?". The final page introduces the main points of the support provided by the OHNs, with the intention of making it possible for the reader to review the direction of the support given by the OHNs.

Discussion

Merits of the 12 checkpoints for better support by OHNs

The 12 checkpoints for better support have been prepared in terms of the four support perspectives: of the worker him/herself; of the supervisor and co-workers; of

collaboration with the human resources department; and of collaboration within the occupational health team and with outside medical institutions. These four support perspectives were clarified in our previous studies^{14,15)}. The studies suggested that OHNs do not only provide individual care of cancer workers, but also act as coordinators to enhance workplace support, such as cooperating with supervisors and co-workers. This involves the human resources department for organizational support, creating work environments where workers with cancer can work comfortably⁵⁾. It was also made clear that, as a member of the occupational health team, OHNs in small- and medium-sized enterprises (SMEs) share the responsibilities with occupational physicians and are expected to play a central role in cooperating with outside medical institutions^{9,17,18)}. In fact, OHNs face some limitations, such as lack of opportunities for receiving supervision and professional advice in the company, because they often work as the only one health professional in Japanese SMEs¹⁹⁾. This guidebook particularly will be useful to maintain and improve quality of occupational health nursing in SMEs.

The guidebook describes the 12 checkpoints from four support perspectives. The format of action phrases, such as action checklists, has been used as a practical tool to cope with various health issues in the occupational health area²⁰⁻²²⁾. This guidebook also introduces action phrases to answer questions specifically, such as "to whom" and "how" concerning their activities, to make their nursing practice easier.

Preparedness for supporting cancer survivor workers and the workplace

With regard to preparedness for supporting cancer survivor workers and the workplace, the guidebook includes details of the approaches that can be used by OHNs before the diagnosis of cancer is made. Kono et al. mentioned that OHNs can obtain various kinds of information easily as frontline professionals because of their presence close to workers in their companies⁹⁾. Taking advantage of this characteristic, OHNs could provide workers with direct health services, with an emphasis on prevention. It's also useful in managing the casework of balancing cancer treatment and other work. In other words, OHN support is characteristically practiced not only after a worker is diagnosed with cancer (e.g., after taking sick leave or returning to work), but also before being diagnosed.

The OHNs should be prepared to take advantage of any opportunities by building a relationship of trust ahead of time through contact with workers and regular workplace visits and meeting at annual medical checkups^{9,17,23)}. It is also important to cultivate an organization culture that attaches importance to health and prevention using a population approach. It is suggested that a wide perspective of prevention is important to nurture a workplace

environment and culture in which work continuation is feasible, even if an employee has severe disease like a cancer.

Utilization of support cases

In the 12 checkpoints, good OHN practices include direct supports for cancer survivors, preparedness for supporting them, and support for the workplace. Although these concepts were produced from our previous studies, the reader may have difficulty imagining the concrete support method. So, we described some simulated good practices in the guidebook in order to deepen understanding about practical support by OHNs. No matter how good an OHN may be at approaching individual workers with cancer, when the support is refused, it is difficult for the OHN to discuss the matter with the supervisor and the workplace and to cooperate with medical institutions. To discuss such difficulties in OHN support, it is suggested that, in addition to showing good cases, case study methods^{24,25)} are effective if they also show how such difficulties have been dealt with chronologically. By inserting questions at appropriate times in the support cases section of this guidebook, we have tried to make readers think about how they would act in such situations. We have also added a final support point using some case management with simulated patients in order to promote the readers' understanding of the characteristic support provided by OHNs.

Limitation

We actually held several training seminars for OHNs using this guidebook and investigated the effects of the training seminar on occupational health nursing practices²⁶⁾. However, we were not able to verify the effectiveness in increasing support activities using this guidebook in the occupational health nursing practice. In the future, it will be necessary to evaluate the effectiveness of learning from this guidebook when OHNs face a situation of providing support for a worker balancing cancer treatment and work. Hence, further research should examine the effects of OHN practice by utilizing the guidebook.

It will also be necessary to disseminate and promote the guidebook. Activities for broadly disseminating the guidebook (e.g., via websites, not just through training programs) are necessary to guarantee quality in the services of OHNs. Finally, support for balancing cancer treatment and work is a field in which many practices and research results are currently being announced, and information is updated daily. Therefore, it will be necessary to keep revising the guidebook to reflect the latest information.

Conclusions

For a worker who has been diagnosed with cancer to

continue activities of work and life while being treated, it is necessary to construct a support system of organic collaboration among the worker who has cancer, the workplace, the human resources department, the occupational health team, and treatment personnel. For OHNs, whose roles and rules for assignment in various employment situations and company sizes are not yet clearly established by law, guaranteeing the quality of occupational health services is an urgent issue. In this research, we have presented good cases of balancing cancer treatment and work practiced by OHNs for workers and the workplace, and we have developed a guidebook to support the practice of OHNs. We expect that the use of this guidebook will contribute to improving the quality of the occupational health services provided by OHNs in promoting the balance of cancer treatment and work within companies.

Disclosure

Approval of the research protocol

The Research Ethics Review Board of School of Health Sciences, the Tokai University, approved the study procedures (No. 11-16).

Informed Consent

Participants of the evaluation session was given written and oral explanations of the study objectives and of the ethical considerations. Consent was obtained from each participant when completing the anonymous evaluation sheet.

Registry and the Registration No. of the study/Trial

N/A

Animal Studies

N/A

Acknowledgments

This research was supported by Health and Labour Sciences Research Grants, the Ministry of Health, Labour and Welfare (H22-ganrinshou-ippan-008), Japan.

Author contributions

All authors contributed to the design of the study and develop the guidebook. E.Y, N.N. and M.S. led the writing of this manuscript. All authors read, critically revised, and approved the final manuscript.

Conflict of interest

The authors declare that there are no conflicts of interest.

ORCID

Etsuko Yoshikawa  <https://orcid.org/0000-0002-7473-3093>

Noriko Nishikido  <https://orcid.org/0000-0002-1660-957X>

References

1. Saito N, Takahashi M, Sairenchi T, Muto T. The impact of breast cancer on employment among Japanese women. *J Occup Health*. 2014; 56(1): 49-55. [Medline] [CrossRef]
2. Takahashi M. Cancer survivorship: current status of research, care, and policy in Japan. *Jpn J Clin Oncol*. 2016; 46(7): 599-604. [Medline] [CrossRef]
3. Endo M, Haruyama Y, Takahashi M, Nishiura C, Kojimahara N, Yamaguchi N. Returning to work after sick leave due to cancer: a 365-day cohort study of Japanese cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2016; 10(2): 320-329. [Medline] [CrossRef]
4. Takahashi M, Uetake C, Nakayama N, et al. A cooperative support model for cancer therapy and employment balance: from focus-group interviews of health and business professionals. *Ind Health*. 2019; 57(1): 40-51. [Medline] [CrossRef]
5. Okahisa J, Nishikido N. Coordination by occupational health nurses to support workers with cancer : concrete contents of coordination and characteristics according to the health support stage. *Nihon Chiiki Kango Gakkaishi*. 2014; 17: 13-22. (in Japanese)
6. Furuya Y, Takahashi M, Tateishi S, et al. Survey of Information Sharing Related to the Occupational Considerations of Working Cancer Patients Between Occupational Physicians and Treating Physicians. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2016; 58(2): 54-62. (in Japanese) [Medline] [CrossRef]
7. Japanese Nursing Association. Statistical Data on Nursing Service in Japan. 2016. <https://www.nurse.or.jp/home/statistics/pdf/toukei01.pdf>. Accessed June 1, 2019.
8. Kanamori S, Kai Y, Kawamata K, et al. [The association between the presence of occupational health nurses at Japanese worksites and health promotion activities]. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2015; 57(6): 297-305. (in Japanese) [Medline] [CrossRef]
9. Kono K, Goto Y, Hatanaka J, Yoshikawa E. Competencies required for occupational health nurses. *J Occup Health*. 2017; 59(6): 562-571. [Medline] [CrossRef]
10. Okamoto A. Suggestions for the Creation of Programs to Support Postoperative Cancer Patients' Return to Work : An Interview Survey of Occupational Health Nurses. *Iryou Kango Kenkyu*. 2013; 10: 52-56. (in Japanese)
11. Ishihara I, Yoshimine T, Horikawa J, Majima Y, Kawamoto R, Salazar MK. Defining the roles and functions of occupational health nurses in Japan: results of job analysis. *AAOHN J*. 2004; 52(6): 230-241. [Medline] [CrossRef]
12. Yoshikawa E, Sawai M, Kakemoto S. [Education systems for occupational health nursing in the basic education course for public health nurses in Japan]. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2019; 61(1): 16-23. (in Japanese) [Medline] [CrossRef]
13. Mizuno-Lewis S, Kono K, Lewis DR, et al. Barriers to continuing education and continuing professional development among occupational health nurses in Japan. *Workplace Health Saf*. 2014; 62(5): 198-205. [Medline] [CrossRef]
14. Nishikido N, Watai I, Yoshikawa E, et al. Support for balancing cancer treatment and work by occupational health nurses. In: Takahashi M, ed. *Research on establishment of comprehensive support system for working cancer patients and their families (H22-ganrinsyo-ippan-008)*. Grant-in-Aid for Cancer Research from the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare; 2012: 75-83. (in Japanese)
15. Nishikido N, Okahisa J, Yoshikawa E, et al. Implementation Status and Difficulties to Support for Balancing Cancer Treatment and Work Among Occupational Health Nurses. In: Takahashi M, ed. *Research on establishment of comprehensive support system for working cancer patients and their families (H22-ganrinsyo-ippan-008)*. Grant-in-Aid for Cancer Research from the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare; 2012: 69-74. (in Japanese)
16. International Labour Organization. *Ergonomic checkpoints: Practical and easy-to-implement solutions for improving safety, health and working conditions*. 2nd ed. Geneva: International Labour Office; 2010.
17. Hatanaka J, Takasaki M, Hatanaka M. [Structure of Relationships Formed by Occupational Health Nurses for Co-operating with Managers to Support Workers with Mental Health Concerns]. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2018; 60(3): 69-77. (in Japanese) [Medline] [CrossRef]
18. Kubo Y, Hatono Y, Kubo T, Shimamoto S, Nakatani J, Burgel BJ. Exploring career anchors among occupational health nurses in Japan: A qualitative study. *Jpn J Nurs Sci*. 2017; 14(1): 61-75. [Medline] [CrossRef]
19. Nakafuji K, Yanaiwa S. Literature Review on the Factors of Motivation to Continue in Nurses. *International Nursing Care Research*. 2018; 17: 125-132. (in Japanese)
20. Kim YH, Yoshikawa E, Yoshikawa T, Kogi K, Jung MH. Utility of action checklists as a consensus building tool. *Ind Health*. 2015; 53(1): 85-94. [Medline] [CrossRef]
21. Yoshikawa T, Kawakami N, Kogi K, et al. Development of a mental health action checklist for improving workplace environment as means of job stress prevention. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2007; 49(4): 127-142. (in Japanese) [Medline] [CrossRef]
22. Khai T, Kawakami T, Kogi K. Participatory action oriented training: PAOT programme trainer's manual. Centre for Occupational Health and Environment, Cantho 2005.
23. Inoue M. Occupational health nurses' activity after general health examination for workers. *Ind Health*. 2007; 45(1): 74-77. [Medline] [CrossRef]
24. Tachibana T, Tachibana H. Utilizing case method exercises, which competencies for public health crisis management help public health managers improve? *Journal of The Showa Medical Association*. 2007; 67: 422-434. (in Japanese)
25. Okuno H, Igarashi H, Takahashi H, et al. A study on the case method development and effect for students of public health nurse. *Shinsyu Kousyueisei Zasshi*. 2014; 8: 73-79. (in Japanese)
26. Nishikido N, Sasaki M, Yoshikawa E, Ito M. Development and evaluation of a training program for occupational health nurses regarding support for workers with cancer and their workplaces. *J Occup Health*. 2019; 61(6): 489-497. [Medline] [CrossRef]

第3回

2019年12月14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

経営者に響く 治療と仕事の 両立支援とは

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3回 経営者に響く治療と仕事の両立支援とは



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 「働きたい」と願う多様な人たちが力を発揮できる企業経営の実践	07
	パーソルチャレンジ株式会社 代表取締役 井上 雅博	
III	シンポジウム 1 ユニバーサル就労支援の立場から	16
	社会福祉法人中心会 ユニバーサル就労支援事務局 伊藤 早苗	
IV	シンポジウム 2 中小企業経営者と伴走する社会保険労務士の立場から	21
	オーキッズ社労士事務所 社会保険労務士 後藤 宏	
V	シンポジウム 3 当事者の立場から	27
	かながわコロナ（潰瘍性大腸炎患者会） 会長 認定 NPO 法人健康と病いの語りディベックス・ジャパン 理事 花岡 隆夫	
VI	シンポジウム 4 研究者の立場から	32
	北里大学医学部公衆衛生学 講師 江口 尚	
VII	ディスカッション	36
	座長：北里大学医学部公衆衛生学 講師 江口 尚 パネリスト：井上 雅博 / 伊藤 早苗 / 後藤 宏 / 花岡 隆夫	
VIII	総括	40
	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3回

2019 SAT 12 / 14
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、それらの病気をもちながらも、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、治療と仕事の両立支援（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仕事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、これまで2回の研究会を企画しました。第3回目の今回は、テーマを「経営者に響く治療と仕事との両立支援とは」として、経営者、支援者、当事者を演者、シンポジストとしてお招きし、治療と仕事の両立支援について、参加者の皆様と考えたいと思います。

本研究会は、令和元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。

経営者に響く治療と仕事の両立支援とは

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

「働きたい」と願う多様な人たちが
力を発揮できる企業経営の実践
パーソルチャレンジ株式会社 代表取締役 井上 雅博

シンポジウム

ユニバーサル就労支援の立場から
社会福祉法人中心会 ユニバーサル就労支援担当 伊藤 早苗

中小企業経営者と伴走する
社会保険労務士の立場から
オーキックス社労士事務所 代表 後藤 宏

当事者の立場から
かながわコロナ（潰瘍性大腸炎患者会）会長 花岡 隆夫

研究者の立場から
北里大学医学部公衆衛生学 講師 江口 尚

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/)



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3回

2019 SAT 12 / 14

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、治療と仕事の両立支援（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仕事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、これまで2回の研究会を企画しました。第3回目の今回は、テーマを「経営者に響く治療と仕事との両立支援とは」として、経営者、支援者、当事者を演者、シンポジストとしてお招きし、治療と仕事の両立支援について、参加者の皆様と考えたいと思います。

本研究会は、令和元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。

経営者に響く治療と仕事の両立支援とは

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

「働きたい」と願う多様な人たちが
力を発揮できる企業経営の実践
パーソルチャレンジ株式会社 代表取締役 井上 雅博

シンポジウム

ユニバーサル就労支援の立場から
社会福祉法人中心会 ユニバーサル就労支援担当 伊藤 早苗

中小企業経営者と伴走する
社会保険労務士の立場から
オーキックス社労士事務所 代表 後藤 宏

当事者の立場から
かながわコロナ（潰瘍性大腸炎患者会）会長 花岡 隆夫

研究者の立場から
北里大学医学部公衆衛生学 講師 江口 尚

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
2019年12月14日(土)

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)

研究代表者
北里大学医学部公衆衛生学
堤 明純

1

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)

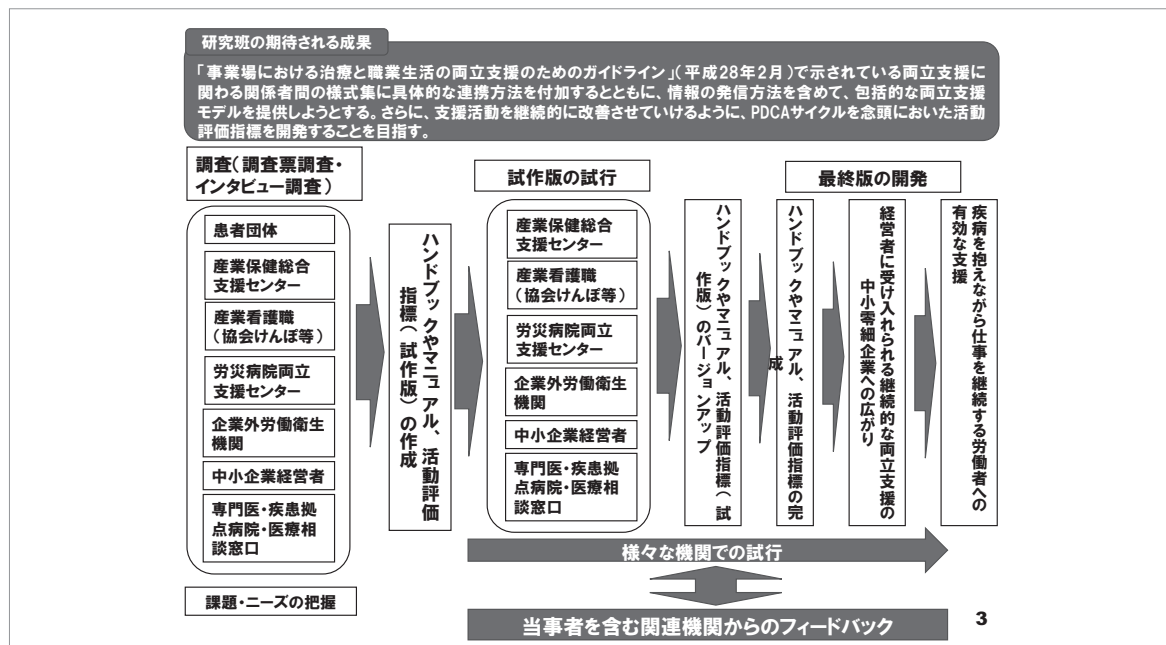
研究者名	所属機関・職名	分担する研究項目
堤明純	北里大学医学部公衆衛生学・教授	研究総括、調査企画、研究会議の開催、成果物のまとめ
渡辺哲	神奈川産業保健総合支援センター・所長	産業保健総合支援センターによる両立支援の検討
久保田昌嗣	大阪労災病院内分泌代謝内科部長・治療就労両立支援センター所長兼務	労災病院両立支援センターによる両立支援の検討
荻野美恵子	国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター・教授	疾患拠点別病院による両立支援の検討
鎌戸典子	東海大学健康科学部看護学科・教授	中小企業における産業保健職による両立支援の検討
森口次郎	一般財団法人京都工場保健会・理事	企業外労働衛生機関による両立支援の検討
北原明	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

2

堤 皆さん、こんにちは。まずは研究の話をして、そこから研究会全体のお話をしたいと思います。

3年間の研究として研究費をいただいて活動しています。私たちの研究班の構成はこちらの表の通りとなっています。

私たちの研究は、企業側が支援を進めていくためにどのようなことがあれば良いかを念頭に置いて進めているものです。表にある色々なステークホルダーの立場を代表する方々で構成されています。



やっていることは、より支援を進めるためには色々なツールが必要だろうということで、ハンドブックや評価指標のツールなどを作っています。それを現場で使ってもらって、

改善してさらに現場に実装していくというやり方で進めています。後ほどその一部をご紹介します。

令和元年度の計画
両立支援モデルと活動評価指標の検証

1. 作成した両立支援モデルとそのツールの検証のために下記のモデル事業を企画する。(堤、江口)
2. 産業保健総合支援センターを核とした両立支援連携をモデル的に実施する。(渡辺、錦戸、江口、堤)
3. 労災病院両立支援センターを核とした両立支援の連携をモデル的に実施する。(久保田、森口、江口、堤)
4. 疾患別拠点病院を核とした両立支援の連携をモデル的に実施する。(荻野、錦戸、江口、堤)。荻野は神経難病の専門家が一堂に会する国際学会で調査結果を発表し、海外の研究者からのフィードバックを受けて啓発施策に反映させる。

以上、健康経営、PDCAサイクル、及び、ツールの有効性の点から、実施するモデル事業を評価し、成果を統合した両立支援モデルと活動評価指標を作成する。(北居、井上、江口、堤)

4

活動評価指標の作成とモデルの構築

既存研究のレビューによる活動評価指標案の作成 5

こちらが今年度の研究の計画です。図で説明した方が分かりやすいと思いますので図でご紹介します。

まず、ステークホルダーとしては産業保健総合支援センターがあります。当研究班では神奈川産業保健総合支援センターが中心になって神奈川両立支援モデルというモデルを作っています。また、企業外労働衛生機関にも入っていただいて、企業街労働衛生機関を起点とする連携や支援が

できるかどうかを今年度は労災病院とも協力して研究を進めさせていただいております。

病院の方は、主治医のことをよく知っていないといけないということで、いわゆる疾患別拠点病院の協力者がいらっしゃいます。そして産業看護職は、色々な形で関わっていただいていますので、どのような形で関わっているのかについて研究させていただいております。

神奈川両立支援モデル

6

まず、神奈川両立支援モデルですが、神奈川県では私たちの北里大学病院を含めて4つの大学病院があります。神奈川県産業保健総合支援センターにまとめていただく形で連携しています。また、神奈川県産業保健総合支援センターは、当該地区の労災病院の治療就労両立支援センターとも協力しています。比較的大きな病院で両立支援が進められるということで、パンフレットを作ったり、患者さんへの周知を行ったりして、県で進めているという状況です。この活動は、神奈川県労働局が作っている地域両立支援チームと密接な協力体制を作って進めています。

神奈川両立支援モデルの実績

① 啓発セミナー

- 1) 認定産業医研修 2回
- 2) 産業保健セミナー 10回(予定も含む)
- 3) 神奈川両立支援推進チーム主催 1回
- 4) 難病相談・支援センター(後援) 2回
- 5) 両立支援コーディネーター研修 1回
- 6) 相談対応 32名(8月末現在)
- 7) 個別訪問支援 21件(8月末現在)
- 8) 個別調整支援 0件

② 両立支援カード配布状況(2017年度～)

対象施設	配布枚数
労災病院 (関東労災・横浜労災)	1,000枚
県内の4大学病院	3,000枚
その他の産業保健機関 (労働安全衛生センター、伊勢湾沿岸病院、横浜市立市民病院)	450枚
神奈川産業保健・都市医師会35カ所	5,200枚
神奈川労働局健康課・各監督署	2,600枚
横浜全市区(18区)保健福祉センター	2,000枚
かながわ難病相談・支援センター	200枚
横浜仕事支援センター	150枚
相模原市工務所	150枚
一般社団法人中環工場協会	150枚
神奈川県予防課学協会	150枚
神奈川労働安全衛生協会(12支部)	1,800枚

2019年度両立支援カード配布状況

2019年度 配布状況	完了数	枚数
横浜労働局健康課(入居している施設)	2019/5/13	10,000
(公社)横浜労働局健康課 企業医師(20名/27機関)	2019/5/16	2,000
(公社)神奈川労働局健康課・事務局	2019/5/17	100
(公社)横浜労働局健康課・事務局	2019/5/21	100
横浜商工会議所	2019/5/31	100
(株)横浜 建設 建設労働組合	2019/6/6	100
横浜労働工務所	2019/6/10	100
三浦商工会議所	2019/6/10	100
大和商工会議所	2019/6/11	100
海老名商工会議所	2019/6/11	100
厚木商工会議所	2019/6/11	100
(社)恩賜財団済生会 横浜産業病院	2019/6/12	100
(公社)川崎市労働局健康課	2019/6/21	100
川崎市労働局健康課(労働局健康課)	2019/7/4	100
(一社)川崎市労働局健康課(労働局健康課)	2019/7/24	100
横浜労働工務所	2019/8/6	100
神奈川県社会福祉労働士会(本部)	2019/8/8	100
小田原商工会議所	2019/9/3	100
川崎市労働局健康課	2019/9/25	100
(公社)川崎市産業労働局健康課	2019/9/25	700

神奈川県産業保健総合支援センターは、このような枠組みを利用して、かなりの周知活動を行っています。今は、

両立支援に関連するワンストップの機能をなんとか作りたいということで活動しています。

企業外労働衛生機関を起点とする連携

- 平成30年度に、全国労働衛生団体連合会(全衛連)の会員121機関に顧客事業場向けの両立支援サービスに関するアンケート調査を実施(回答率63%)。
- これらの結果を参考に、2つのツールを作成した。
- 今後は全衛連会員機関からツールへの意見を得て、改定後に普及を図る予定である。

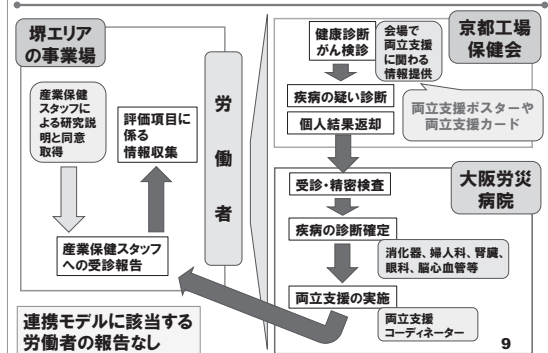


① 労働衛生機関の渉外職向けの事業場における両立支援の好事例を紹介するマンガ

② 健診・検診の全受診者向け「両立支援カード」

8

労災病院両立支援センターを起点とする連携

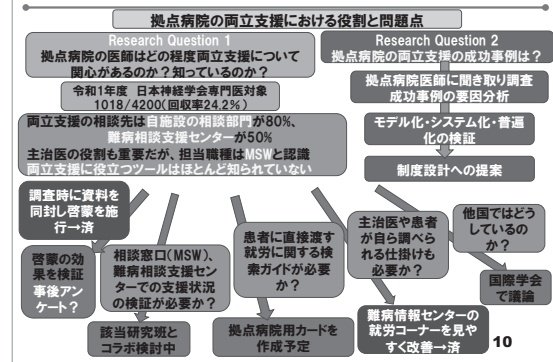


9

企業外の労働衛生機関ですが、労働者の方が病気になる前にこのようなことを知っていると良いのではないかと思います

ことで、健康診断に来られた時に情報提供ができるように全国の衛生機関で情報を提供するために動いています。今年は関西の労災病院と協力しまして、健康診断を受けた後の2次健診での精密検査で労災病院に行かれた時に、その方の必要に応じて支援ができるようにするための枠組みができるのではないかとというトライアルをさせていただいています。

疾患拠点別病院による両立支援の検討

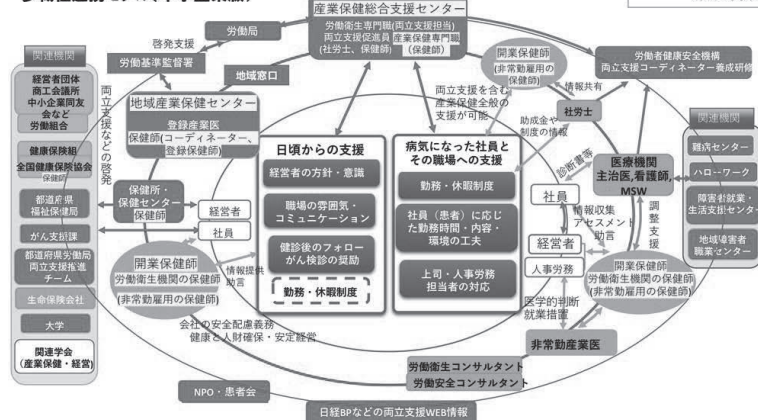


10

疾患拠点病院ですが、主に神経難病を扱っている先生に入っていて、主治医がどのようなサポートができるかを調査しています。主治医の先生方も難病の患者さんを診ているのですが、就労支援まではなかなか到達しないことが分かっていますので、その方々をどのようにサポートするかが課題として見えています。

産業看護職がつなぐ連携

両立支援多職種連携モデル(中小企業版)



11

次に産業看護職です。この図は少し分かりにくいかもしれませんが、いわゆる産業看護師の方がどのようなところで動けるかをマップにしたものです。本当に色々な立場でコーディネーターとして、あるいは支援者として動けることが分かっています。今、一部のところに特化してこうい

う活動ができればいいのではないかと、こういうことができれば他の場所にも回せるのではないかと検討して、産業看護職の方が間を繋ぐためにどういうことをすれば良いかを検討しています。

両立支援活動評価指標の開発(1)

【企業外労働衛生機関の活動評価指標】

- ・昨年度末までに作成した活動評価指標(案)について、4月に「労働衛生機関ネットワーク研究会」(企業外労働衛生機関に勤務する産業医で構成される研究会)のメンバーから意見聴取を行った。
- ⇒ 挙げられた意見をもとに改訂案を作成し、現在、改訂案を再度同研究会のメンバーに提示し、意見聴取を行っている。

12

成果物の活用・情報発信・意見交換



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

15

両立支援活動評価指標の開発(2)

【産業保健総合支援センターの活動評価指標】

- ・労働者健康安全機構の意向を踏まえ、神奈川産業保健総合支援センターで取り組んでいる「神奈川両立支援モデル」を基盤とした活動評価指標(案)を昨年度末までに作成し、4～7月に京都・福岡産業保健総合支援センターのスタッフから意見聴取を行った。
- ⇒ 挙げられた意見をもとに、現在、神奈川産業保健総合支援センターのスタッフの協力を得ながら、改訂案を作成を行っている。

13

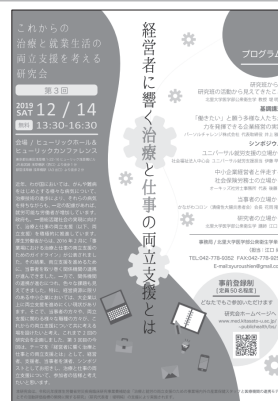
スライドのような情報を当教室のウェブサイトに挙げさせていただいております。今日の研究会で皆様からインプットいただいたものもウェブサイトに載せさせていただいて、多くの方に知っていただくことをこの会の目的にしています。

経営学の視点を活かした両立支援

- ・両立支援を必要とする18歳から65歳の労働者1,100名を対象にしたインターネット調査による横断調査を実施する。
- ・両立支援が必要な労働者と、両立支援を必要としない健康な労働者を比較し、企業内の両立支援に対する整備の状況と、事業者の関心の高い指標である労働者の離職との関係について検討する。
- ・労働者の仕事への姿勢(キャリア観)や上司との関係性、上司のマネジメントスタイルについても情報を収集することにより、事業者の、両立支援への関心をより高めることができ、将来、介入研究にもつながるような、より詳細なモデルによる調査結果を提示する。

14

支援の評価指標も作ろうとしています。最後の方で紹介しますが、経営者の方にどういう情報が届けば支援を進めやすくなるのかという研究も進めています。



16

最後のスライドになりますが、色々なところで両立支援を進めています、なかなか思ったように進んでいないというのが現状です。今日は経営者の視点でどのように進めるかという話をいただくのですが、参加者の皆さんから、こういうことが足りないのではないか、こういうところを進めれば良いのではないかなど、色々なご意見をいただくことで少しでもこの活動が進められことを願っています。どうぞよろしくお願いいたします。



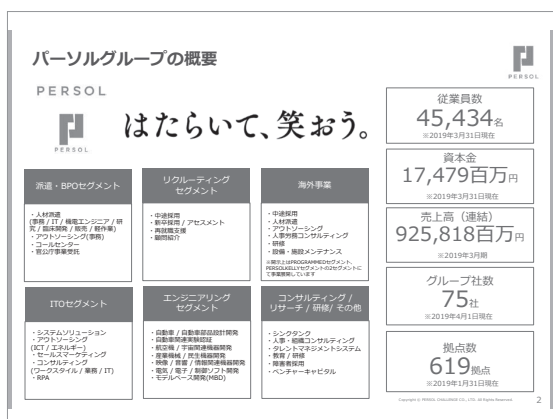
「働きたい」と願う多様な人たちが
力を発揮できる企業経営の実践

パーソルチャレンジ株式会社 代表取締役 **井上 雅博**



井上 パーソルチャレンジの井上と申します。よろしくお願いたします。非常にハードルを高く上げていただいて緊張しております。今日は1時間という貴重なお時間をいただいて、我々は障害者雇用促進の事業を行っておりますので、企業としての立場に立ったお話をさせていただきたいと思っております。

1. PERSOLグループと パーソルチャレンジのご紹介



まず、私どもの会社、パーソルチャレンジについてですが、パーソルグループというグループです。まだまだ馴染みが薄い事業体でございますが、今、テレビCMを観てい

ただくとウッチャンナンチャンのウッチャンが「日本の人事部長」をやっています。そのグループ会社です。社名が変わったのが3年前なので、まだ馴染みがないのですが、さまざまな「働く」に対して支援をしています。従業員は4万5千人で、海外・国内で幅広く事業を展開しています。

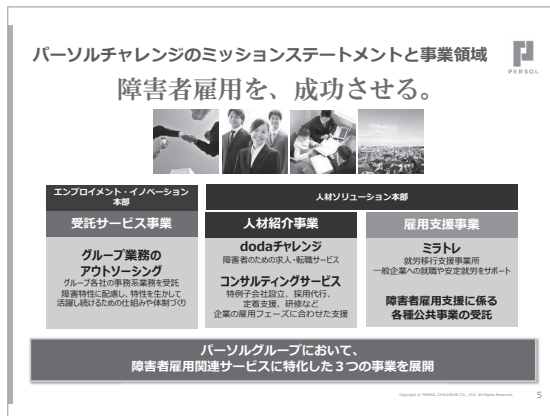
お聞きになったことがあるかもしれませんが、人材派遣ではテンプスタッフという事業をやっています。転職支援ではデューダというブランドを掲げてやっています。あとはアジアAPECの事業でいうと教育など幅広くやっている会社です。



パーソルチャレンジは、障害者雇用を促進するという目的を持って事業を運営している会社です。特例子会社です。本来、企業は全従業員の2.2%以上の割合で障害のある方を雇用しなければならないという法律があります。それをグループ全体でどう障害者雇用を促進するかというグループ適用という仕組みがあります。大手企業が中心なのですが、子会社を設立して障害者雇用の促進に取り組もうというのが特例子会社制度です。

我々のグループは比較的規模が大きく、この特例子会社がグループ内に3社あります。3社で雇用促進に取り組んでいます。こちらのスライドでは10月1日の情報なのですが、現在の直近の情報で言うと、従業員数は600人を超えていまして、障害のある方は400人ほどいらっしゃいます。3分の2は何かしらの障害を持った方が活躍されているという会社です。その中でも特徴的なのが、精神発達障害の方が250人以上います。400人もの障害者の方が雇用されているにもかかわらず、知的障害の方の雇用を促進しているケースが多いの

で、このような特徴を持った会社はなかなかないと思います。特徴に関してはまた後ほど説明させていただきます。



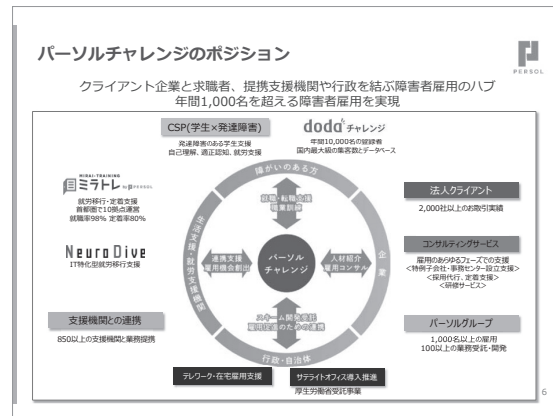
私どもは自社で障害者雇用の促進を進めていくだけでなく、そのノウハウをもとに世の中の企業の障害者雇用を成功させるという取り組みをしています。私がこの会社の前身となる会社を立ち上げたのが2008年なのですが、当時、私は新卒からずっと人事で経験を積んできましたが、20年くらい人事をやっても正直、障害者雇用については経験がない、よくわからないという状況でした。我々はこのような取り組みをしながら人材サービスを提供しているグループですので、世の中の会社には色々な成功事例を提供していきたいということで、このような事業をしています。

スライド左にある受託サービスというのが、障害者の方が一番活躍している事業です。グループの中から事務系の仕事を受託するアウトソーシング事業を行っています。どうしても障害者雇用というと単純作業の仕事が中心になると思われるのですが、グループ全体の経理業務や、人事の福利厚生関係の業務、求人広告の作成業務などもやっています。かなりコアな業務です。グループの中でなくてはならない仕事を受託させていただいて、雇用促進しています。一戦力として皆さんが活躍しています。

スライドの真ん中の事業は、障害者の雇用をより促進していきたいとお考えの企業に対して、人材を紹介したり、もしくは何を行えば分からないという企業に対してコンサルティングを行ったりしています。私も障害者雇用がなぜ必要なのか、どういった雇用促進をしていくべきかななどを、企業の経営陣の方にお話しする機会をいただいています。

最後に雇用支援事業があります。今すぐ働ける障害者の方は労働者市場では枯渇していく状況です。すぐに働けるという方が少なくなっています。そういう方はすでに就職されているということです。民間企業が雇用をより促進していこうという時に働く準備ができていない、まだ働くためのコンディションのバランスが取れていないという方に対して、就労移行という最長2年間通っていただくトレーニングの仕組みがあります。通いながら体調を整えたり、

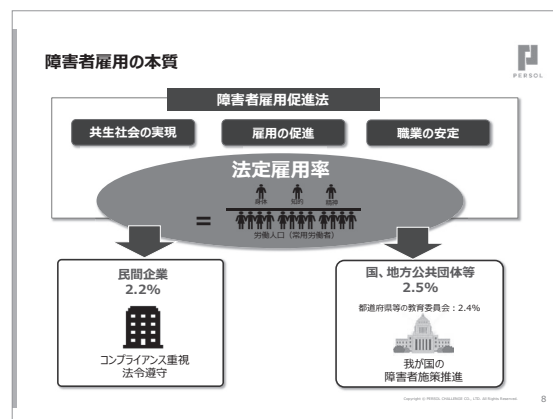
スキルを磨いたりして就職に繋げていくというサービスを展開しています。このような3つの事業が連携しながら企業の障害者雇用促進を支援している会社です。



総合的に取り組んでいることを示した図です。先ほどお話しした就労移行はミラトレというブランドで2019年9月にスタートしました。今、首都圏中心に10拠点で展開しています。

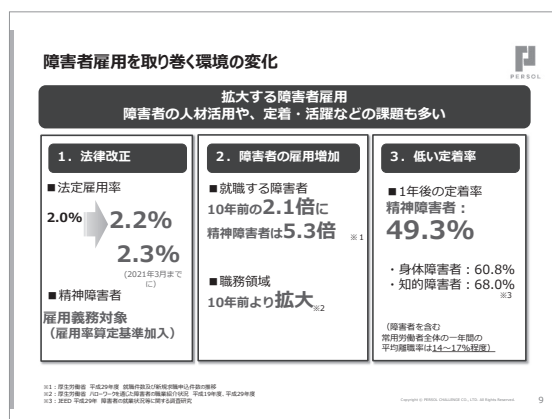
また、11月から始めたニューロダイブは、障害のある方が単純作業や事務系の仕事だけでなく就労の支援として始めた事業です。今、高学歴の発達障害のがなかなか就職できていないという課題があります。世の中の企業は、エンジニアと言われるスキルレベルの高い方の採用を希望しています。そうであればIT特化型の訓練事業を始めようということで始めました。大学2～3年生で就職活動が難しい人、単位でつまづく人がいます。勉強はできるので大学には入れるものの、なかなか就職することが難しい学生を支援させていただいている会社です。

2. なぜ企業が障害者雇用に注力するのか



今日この場でお話しさせていただくテーマとしては、なぜ企業が障害者雇用に注力するのか、これからどうすることが必要となるのかなどです。繰り返しになりますが、民間企業で2.2%以上の障害者雇用が必要ですので、今、CSRやコンプライアンス、ダイバーシティなど、企業が注力している点に対して「しっかり法定雇用率を守るぞ」ということで経営陣から人事に要請が来るわけです。人事においては、どうしたら雇用の促進ができるのか、安定就労ができるのが課題になってきています。

2018年に障害者雇用の水増し問題などがあり注目されていましたが、今は民間企業だけでなく、行政もしっかり雇用を促進しています。働ける状態にある障害のある方は引張りだこなっています。求人市場でいうと非常にニーズが高いという状況です。



法定雇用率というのは2021年3月までに現在の2.2%から2.3%に引き上げられることがすでに決まっています。さらに2.4%、2.5%へといずれ上がるだろうと言われています。大体5年ごとに見直しをすることになっています。なぜかという、労働人口がどんどん減少し、社会保険料が枯渇している中、より納税者を増やしたいという状況があり、法定雇用率を上げることによって企業がより努力するので雇用率が上がってくるからです。だから雇用率を上げていくという行政のスタンスは変わらないのではないかと思います。民間企業はどのように障害者雇用を促進しなければならないかを試されているような状況です。

実際に障害のある方の就職は10年間で2倍に増えていきます。精神障害者の方の場合は、かつての5.3倍に増えていきます。企業がとても努力されているのですね。働きたいという障害のある方がしっかり企業で働ける状況になっています。素晴らしいことです。雇用率が上がることによって、企業もしっかり雇用の拡大に努めてきたということです。

一方で、3番目として「低い定着率」と書いてありますが、どうしても雇用率を達成することが目的になっていて、採用して満足し、その後の定着やどうキャリアを積むのか、どう安定就業に繋げるかについては、企業側に大きな課題があります。実際に働く障害のある方もどう自分のコンディ

ションを整えていくのか、本当に働ける状態にあったのかということを確認する場面もより必要ではないかと思います。

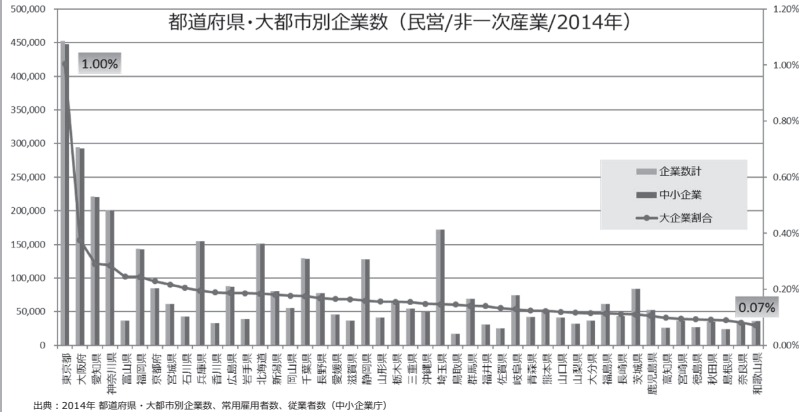
精神障害者の方の雇用は10年前に比べて5.3倍に増えていますが、1年間の定着率は49.3%です。半分の方が1年未満で辞めてしまっているという現状です。障害者雇用の促進というのは、法定雇用率があるからこそCSRや法律遵守という考え方があるので、どうしてもその目線でやりません。今後の課題としては、まだ市場で働けていない方をどう雇用促進していくのか、どう安定的に就業していただくのが、企業側の大きな課題になっています。



そのような中、今注目されているのは安倍首相が掲げている「働き方改革」です。障害者雇用に限った形ではないのですが、さまざまなICTを活用した上での働き方改革が叫ばれています。これで注力されているのは、働くお母さんや高齢者、今すでに働けている方々の働き方をどう改革して、スマートワークなどに取り組むかということです。障害のある方に対しても、まだ働ける状態でなくても何かしらの仕組みを使うことによって、どんどん働ける方の数を増やして行かなくてはならないという状況になっています。

【参考】都道府県別・企業数と大企業割合

大企業割合は都市部ほど高く、その他エリアでは低い
＝中小企業が占める割合が非常に高い。

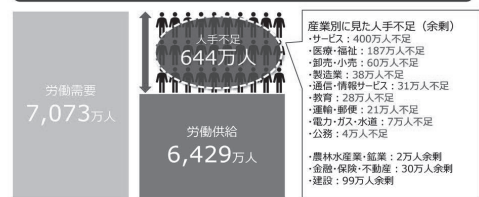


こちらのグラフは参考までにご紹介します。先ほどお話ししたテクノロジーを活用するというのは、首都圏で働いている方に対してどう在宅勤務を増やすかといった話が多いです。しかし、実は地方に行けば行くほど仕事がないという課題があります。また、公共交通機関が発達していないので、なかなか働きにいくことができないという課題があります。この前、高知に行ってきたのですが、電車が1日に3本しかないという場所でした。そういう場所だと、車が運転できない

いとなかなか働きに出られないという状態になります。我々が東京の企業を連れて採用面接会を高知でやると、候補者が120人くらい集まるので、企業もこんなに働ける人がいるのかと驚かれます。このグラフは地方に行けば行くほど求人が少なく、企業も少ないことを示していますが、今、障害者の雇用促進のテーマは広域化になっています。そこには地方拠点でどう雇用を促進していくか、そこにどうテクノロジーを活かすかということがあります。

一般労働市場での労働需要と供給予測

推計の結果、2030年には7,073万人の労働需要に対し、6,429万人の労働供給しか見込めず、人手は644万人不足する



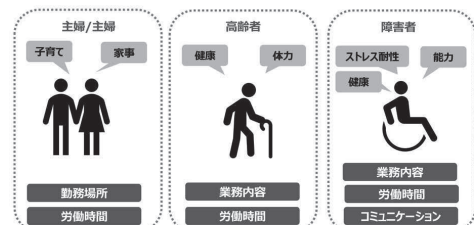
解決の主な力は、雇用の多様化と生産性向上だが、障害のある人材の活用の重要性はますます高まる

障害者雇用という観点でお話ししましたが、そもそもこれからの日本は高齢化、働き手不足が問題になってきます。現時点でも求人を出してもなかなか雇用に繋がらないという企業が非常に多いです。弊社のグループのパーソル総研調べの2030年の予測では、労働人口が644万人不足するというデータがあります。今でも人手不足です。特にアルバイトが不足しています。コンビニエンスストアや清掃会社などでなかなか人が集まらないです。これから10年で労働

人口が劇的に変化していき、どんどん人手不足の状況になります。この課題をどのように解決していくのかを考えた時に、障害者雇用を単なる雇用率を上げるための施策としてではなくて、戦力となっていくことを考えていかないと、この労働人口の不足を埋めることはできないわけです。

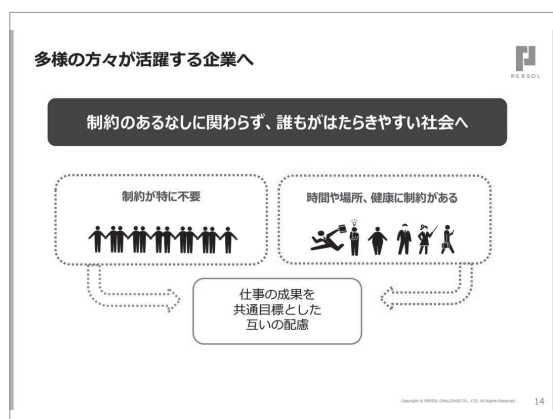
今後の人材活用の在り方

「制約があっても」働くことができる社会へ



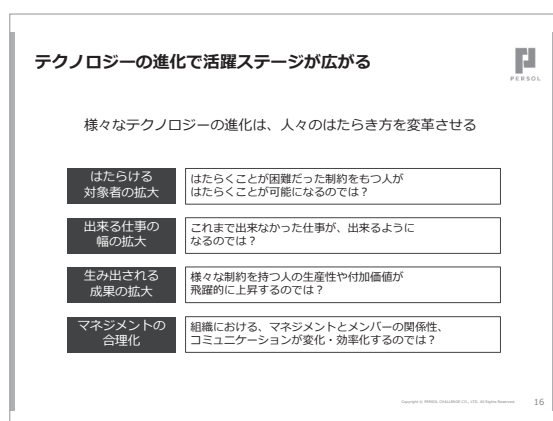
今、経営として考えなければならないことは、働く上で何かしらの制約があっても働くことができる世の中にして

行かなければならないということです。働き方改革では主婦層や高齢者などに注力されていますが、障害のある方や治療しながら働く方がもっと働ける世の中にして行かなければならないと思います。主婦の方には時間や勤務場所、高齢者には体力やテクノロジーを使えるかなどが制約条件です。障害のある方にはそれぞれの障害に合った働き方をどう作るのが課題になってきます。



ダイバーシティ経営という話の中でよく言われますが、誰もがこういうことをしなければならぬという意識を持っています。今日お集まりの方もそれをお考えになっていると思いますが、それではそれをどうやるのかということに企業はなかなか一歩が踏み出せていないという状況です。

3. テクノロジーが広げる多様な方々の雇用の可能性



解決策の1つとしては、テクノロジーをどう雇用に繋げていくのか多様な働き方をどう支援していくのかという取り組みになるのではないかと考えています。

テクノロジーの進化でどのようなことが起きるのかというと、働ける対象者の方を広げることになります。これまでで

きないことがテクノロジーによってできるようになり、仕事の幅が広がります。マネジメントの合理化や効率化という取り組みが求められてきています。いくつかのツールができてきていますので、これから皆様と共有したいと思います。

働ける対象者の拡大ですが、例えば、何かの機器を装着することによって歩行が困難な方が歩行できるようになったり、重い物を持つ時に軽々持てるようになったり、あとはテレワークができるようになったりします。Double2というものもあります。自走します。iPadが装備されていて、そこに顔を映して、動かすことができます。当社にも2台あり、ミーティングがあると自分で動いて会議室に来ます。そうするとリアルと一緒に働いている状態になります。テレビ会議ではその時間だけ一緒に働きますが、これは朝から晩まで一緒に時間を共にすることができるので、どういう話題で社内が盛り上がっているかなどが分かり、一体感が生まれるというツールになっています。

仕事の幅を拡大するツールもあります。先ほどマネジメントの話をしたましたが、決済端末が電子化しています。障害者の方の領域の話をする、例えば知的障害の方がカフェなどで接客業を行う時に釣りの計算ができないという課題がありますが、電子決済を導入することで解決できるようになります。弊社のグループのオフィスでは、知的障害者の方がカフェの運営などをやっています。

あとは、機器を装着してマニュアルを見ながら仕事ができたりするツールもあります。KubiやOriHimeというコミュニケーションツールがあります。OriHimeというロボットが接客するというカフェが話題になっています。こういったツールを使うことで、遠隔で働いていてもあたかも近くで一緒に働いているかのようなコミュニケーションツールになっています。

こういったコミュニケーションツールを使えば、どこで働いていても一緒にオフィスで働いているかのような空間ができます。働く上で制約のある方に対して、ツールを使うことで戦力となる障害者雇用が実現できます。経営者としてもツールを活用することでどう働き手を増やすか、戦力となっていない方をどう戦力化するかをしっかり考える世の中になってきていますし、待たなしの状況であると考えています。

4. パーソルチャレンジの事例

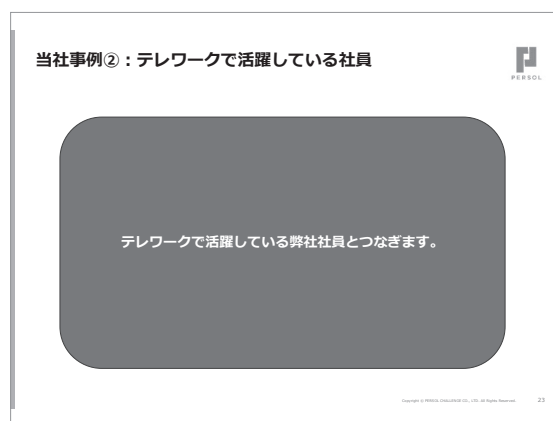
当社事例1：テクノロジーと障害者雇用の融合

パーソルチャレンジの事例をいくつかご紹介します。まず、1つ目の事例の動画をご覧ください。

— 動画 —

ソフトバンク社の Pepper くんが企業で受付業務をするという動画でした。皆様の周りにも Pepper くんがいるところがあるかも知れませんが、病院の受付や回転寿司の受付などにいたりします。正直、あまり Pepper くんはうまく活用できていないようです。理由としては、AIが入っていないので臨機応変な対応ができないことです。予測提案が組み込まれていて、基本的な動きしかできないものなのです。弊社はこれで何をやっているかというところ、対面コミュニケーションが苦手な精神障害者の方が Pepper くんを介してお客様の受付業務をしています。普段ならお客様にお会いした時に固まってしまう、視線を逸らしてしまう、話がかみ合わないなどで受付はできないのですが、Pepper くんがあることによって、Pepper くんを介してチャット方式でお客様とコミュニケーションをとっています。彼らが得意なネット上の会話を受付業務に生かしています。今日の両立支援の話と少し違うのかも知れませんが、精神障害者の方が企業の受付をすることは考えられていませんでしたが、Pepper くんというツールを介することで受付業務ができるようになるわけです。企業は会社の受付なので印象を良くしたいというところで、まだ働いていない方の雇用を促進するという時に「このようなものを使ったらいかがでしょうか」と提案しています。

今チャレンジしているのは遠隔地です。例えば精神障害者の方が一番落ち着く場所は自宅の自分の部屋だったりします。自分の部屋で企業の受付ができるようになるというのも次のチャレンジとして行っています。



当社事例 2：テレワークで活躍している社員

2 つ目の事例は、当社で働いている社員と実際にテレワークで繋いでみたいと思います。彼女は今まさに治療をしながら働いています。

— スクリーンにテレワーク中の社員が登場 —

井上 T（仮名）さん、聞こえますか。

T（仮名） はい、聞こえます。

井上 スクリーンに映っていますよ。今、彼女がご自宅にいます。治療されながら仕事をしています。自己紹介をお願いします。

T はい。T と申します。

井上 ありがとうございます。今、どういう働き方をされていて、なぜこの会社に入ったのかをお話してください。

T 私は今、週 4 日、1 日 2 時間で週 8 時間勤務をしています。パーソンチャレンジに入社したきっかけは、持病の関係で入っていた患者会の知人で重度の障害を持っている方が、テレワークで働く事例があるという講習会に参加した時に、私にも合うのではないかと話をしてくださいました。その方が講師と私を繋いでくださいました。講師の方と連絡を取るようになってから、インターシップを 1 週間経験させていただく中で、テレワークで働くことに少し自信を持ち、1 日 2 時間で週 8 時間勤務であればできるのではないかとということでパーソンチャレンジを紹介されて、今に至っております。

井上 はい、ありがとうございます。それでは、今どういう仕事をしているか説明していただけませんか。

T 今はパソコンを使って会社の業績管理や支払い申請等の事務的な業務のアシスタントをしています。

井上 彼女は今、経営企画に入っていたいて、毎週月曜に経営会議で業績の話をするのですが、彼女が各部門長に「いつまでに情報を出してください」とメールを送って、それをまとめてもらっています。また、月末、月初には支払い業務がありますので、遠隔地にしながら東京・田町にあるオフィスの仕事をやっていただいています。

それでは、今日のテーマである両立支援の観点から、今まさに T さんが思っていることを言える範囲で言ってください。

T 私は身体障害者手帳 1 級を取得していて、普段はヘルパーを利用しながら生活しています。両立支援の観点からの課題としては、ヘルパーを利用する時間がヘルパー不足のために支給されている時間よりも少なくなってしまっていて、体調をコントロールする上で難しいと感じています。

また、病気が筋痛性脳脊髄炎というものなのですが、通常はウイルス感染後に発症すると言われているのですが、認知度が低く、尚且つ診断をしてくださる医師が少ない病気です。医療者においても認知度が低いので、病院にかかることに関して医療的ケアを受けにくい側面があります。安定的なヘルパー支援を受けないとなかなか仕事と両立することは難しいと感じています。そのあたりが不安定な

めに両立が難しいという状況があります。

井上 分かりました。実際に当社で働いてみてどうですか。嫌なことでも構いませんので、ここにいる皆さんに参考になることをお話ししてください。

T 先ほど井上さんのお話にもありましたが、制約はどなたにもあるという言葉に惹かれてこの会社に入りました。制約は誰にでもあるけれど、その制約を乗り越えるためにどのようにしていけば良いかを相談に乗ってもらえることが、実際に働いてみてよかったところです。

また、地域にいと働いている方の情報やノウハウが入ってこなかったりして、情報を知るまでにとても難儀するのですが、会社ではそのような情報やノウハウが蓄積されているので、相談した時に解決手法があったり、事例が豊富だったりするところにとっても感謝しています。そういう事例が蓄積されているせいか、人間関係でも理解があり、風通しの良さを感じています。

井上 ありがとうございます。今日は出勤日ではないですが、参加してもらいました。会場の皆さんから彼女に何かで質問はありますか。

質問者 1 これまでの就労経験をお聞かせいただけますか。

T 恥ずかしながらこの会社に入社したのが初めてです。入社した時の年齢も 30 代半ばでした。私自身は高校生の時に病気を発症したのですが、病気の認知度が低いので手帳を取るまでに 12 年かかりました。そこからヘルパーを利用して体調を立て直すまでに 5～6 年の時間が必要でした。それから、こういう形で働けるという方法に結びつくまでにとても時間がかかりました。今までハローワークなどの難病の方向けの支援や講習会などにも参加したのですが、やはり週 20 時間という条件が壁になっていて、就労に結びつくことが難しいと感じていました。超時短勤務でテレワークで働ける会社があるという情報を聞いて、私にも可能性があると感じて繋がったのがパーソルチャレンジでした。

井上 ありがとうございます。週 20 時間と言っているのは、企業として障害者雇用率に換算できる勤務時間として週 20 時間という壁があるのです。どうしても単純に障害者雇用率を達成すると考えると、それ以上働ける方ということになり、壁があるという状況になってしまいます。

質問者 2 いろいろな制約があることと思いますが、これから具体的にしてみたいことなどお聞かせください。

T まだ本当に勉強を始めたばかりなのですが、業務上知っておいた方が良いかなということで、同僚にもサポートす

るよと言ってもらって、簿記の試験に挑戦しようと考えています。初めての就労で何も分からないところから始めたので、まず 3 級に挑戦して、そこからその先にも挑戦できたらというのが今の希望です。

井上 もう 1 人、いかがでしょうか。

質問者 3 おひとりでお仕事をしていると少し寂しいなと思うことはありますか。逆にそういう時にはどのようにしているかなど教えてください。

T テレワークというと部屋にいて 1 人でパソコンに向かって仕事をしているというイメージが強いと思うのですが、実は色々なツールを会社が用意してくださいます。今日の Zoom もそうなのですが、それ以外にスカイプなど、画面の共有もできます。日常のコミュニケーションも業務連絡という形で毎日、画面越しですが顔を見ながら皆さんと打ち合わせをしてから仕事を始めます。1 人で作業をしているだけでなく、その時々でツールを使い分けて皆さんと繋がりながら仕事をしています。コミュニケーションはとて取りやすいと思っています。画面でコミュニケーションが取れるということは、言語だけでなく非言語のジェスチャーや表情などでも読み取れるのでとても役に立っていると実感しています。

井上 ありがとうございます。私も経営企画にいますので他のメンバーが T さんと話しているのが聞こえてきますが、その日に行った仕事について業務報告をメールでする直前まで対面でやり取りしていて、「これも業務報告に入れますか？」と聞いたりしていました。そのようにコミュニケーションを取りながら仕事をしてくれています。

井上 今日は T さんのお話はこれで終了したいと思います。もし他に質問がありましたら後ほど伺って、また彼女から回答を聞くようにしたいと思います。T さん、ありがとうございました。

先ほど私から色々なツールがあることをお話ししましたが、彼女に話を聞くのが一番リアルだろうと思いましたので、今日は彼女に参加していただきました。他の部門にもフルに在宅勤務をしている社員が今 10 名くらいいます。

当社事例③：その他、治療を続けながら活躍している社員

■ 出社と在宅を併用した働き方
■ 治療優先による時短勤務

当社事例 3：その他、治療を受けながら活躍している社員

3つ目の事例として、出社と在宅を併用した働き方をしている社員も結構います。働くお母さんは育児と仕事を両立するために併用していますし、家で集中して資料を作りたいという社員が併用している場合もあります。営業部の直行直帰型の働き方もあります。それ以外にも、治療を続けながら働いている方で、人工透析をされている方がいます。私のアシスタントの女性も週3日人工透析に行っています。人工透析の後に出勤するとなるとかなり体に負担があります。彼女は火木土で午前中に人工透析に行き、午後から出勤することになっていますが、体調によっては負担が大きいので透析後は在宅での仕事になっています。先ほどT（仮名）さんも言っていましたが、色々なツールがあるので別に出勤しなくても会社と同じ仕事ができるわけです。メールだけでなく、チャットで「今ちょっといいですか」と声をかけたり、ディスプレイに映している画面を相手側と共有したりして仕事をすることもあります。様々なツールを活用してあたかも一緒にオフィスで働いているような働き方ができます。体に負担をかけるくらいなら、家でジャージ姿で仕事をしていただいても構わなくて、ラフな環境で働いてもらうことで両立していただいています。

治療優先による時短勤務では、今、高知県に週2日働いている方がいます。10時から3時という働き方です。お昼の1時間はヘルパーさんが来て、支援しています。ベッドからデスクまで移動するのもヘルパーさんがお手伝いしています。T（仮名）さんと同じように今回初めて働いているという方です。そのようなトライアルをどんどん広げたいと思っています。

このような取り組みをなぜやるかというと、やはり戦力としてしっかり考えていかないといけないからです。働く機会が今まで全くなかったという方でも、働き方を工夫したり、テクノロジーを活用したりすることで必要な戦力になっていきます。労働人口が減少していくとお話ししましたが、その観点で障害者雇用を考えていくと、まだまだやりようがあります。まだまだ雇用の促進はできます。我々がそれをまず実践することで、企業の雇用促進にも繋がると考え、色々とチャレンジさせていただいております。

まとめ

- 1 企業は労働力不足により、新しい雇用の在り方を模索している
- 2 ダイバーシティ推進、東京オリンピック、パラリンピックの影響もあり、企業の障害者雇用の意識はとて高まっている
- 3 多様な人材の戦力化は、ほんの少しの配慮と社内体制を整備すれば対応できる
- 4 多様な人材の戦力化にはテクノロジーの進化と活用が必要不可欠

まとめです。繰り返しになりますが、労働力の確保の問題は企業が色々な努力をする必要があります。今までと同じやり方をしていたのでは労働力不足になるので、どのようにすれば労働力を確保できるのか、どう事業を拡大していけるのか、そのためにどのような人材が必要なのかをしっかりと考えていかなければならないと考えます。障害者雇用の観点でいくと、パラリンピアンの方がテレビに出演していますし、番組もできています。東京オリパラの影響は大きいと感じています。ただ、それが終わっても持続可能なかどうかについては疑問を感じています。なぜかという、障害者雇用としてパラリンピアンを採用したいという企業からのご要望も結構あります。企業のアピールということもあると思います。しかし実際はその方は契約社員だったりします。パラリンピックが終わっても雇用を継続してくれるのかというところには疑問があります。

また、本来は「No-work, No-pay」です。仕事をしていただき、会社はその対価を払うわけですが、時々「自由に練習していいよ、仕事はしなくていいよ」という企業があります。それは本当に雇用なのかということです。どちらかというとサポーターという形だと思います。

今、パラリンピアンが注目されていて、バリアフリーの環境を作るための良いきっかけだと思っています。企業もこれを継続していかなければならないと思いますし、我々としても声を強く出していきたいと思っています。

また、多様な人材の戦力化は、少し配慮やちょっとした制度や社内体制があればできることだと思っています。よく企業の方とお話していて課題になるのが、人事制度だったりします。短時間勤務の制度がない、短時間勤務の方の考課制度がない、賃金制度がないといったことです。企業は制度を大きく変えることがなかなか困難な場合があります。これからの時代は多様化だということで制度面から整備することは企業がすべきことだと思っています。

あとは、テクノロジーをどう活用していくかです。働きたいと願っている方に対する雇用機会の提供が必要不可欠だと思います。

これで終わりたいと思います。

■ 質疑応答

司会 基調講演に関してご質問はありますか。

質問者1 貴重なお話をありがとうございました。嘱託産業医をやっているのですが、どの会社も障害者雇用枠が埋まらなくてというお話をよく聞きます。透析の人は透析後に血圧が下がったりして調子が悪くなったり、先ほどの方も就業中に体調が悪くなったりすることがあると思うのですが、安全配慮義務の履行についてはどのように対応されているのか教えていただけますでしょうか。

井上 一般的な健康診断も当然やっておりますが、自己申告ベースになります。朝の体調管理なども、入社したら対面で体調なども確認できますし、在宅勤務の方は画面を通してであれば顔色などの体調確認はできるとしております。安定的に働くことが当たり前の世の中にしていくには、無理しすぎないでほしいということを口酸っぱく言っています。短距離競走ではなく長距離競走なんだから、長く働くという視点でやっていただきたいと伝えています。

質問者1 そうすると当事者の方の自己管理でやっているということでしょうか。

井上 そうですね。

質問者1 ありがとうございます。

司会 もう1名、いかがでしょうか。ないようでしたら私から1つだけ質問させていただきます。

もし中小企業の社長で「うちの会社では無制限に働ける人しか働かせないよ」と言う人がいた場合に、井上社長からはどのようなメッセージを出されますか。

井上 テクノロジーを使うのもコストがかかりますし、難しい面もあるかもしれませんが、我々がやっているのは、例えばベテラン社員がいて1から10まで色々なお仕事をされている時に、マニュアルを見れば誰でもできるような仕事は短時間勤務の人に渡して、コアな人にはコアな人にしかできないような仕事をすることによって、企業としての収益も上がるのではないかと考えています。なかなか切り出すのも時間がかかることかもしれませんが、一旦その壁を取っ払ってしまうと生産性が上がる取り組みになります。我々は今、グループ会社からの業務を受けています。1人の仕事をその部門で分けるのではなくて、1人の仕事の何割かの仕事を切り出してくることをやっています。そうすることによって切り出した企業の生産性が上がることに貢献しているのが我々の事業です。一人月の仕事を変えようというのではなく、部分的に何人かの仕事を切り出

すことによって一人月の仕事にするということです。そして、仕事を削られた方々が別の仕事で生産性を上げるという仕組みにしていくことによって企業が潤うという意識を持っていただければ、そういう取り組みができるのではないかと思います。

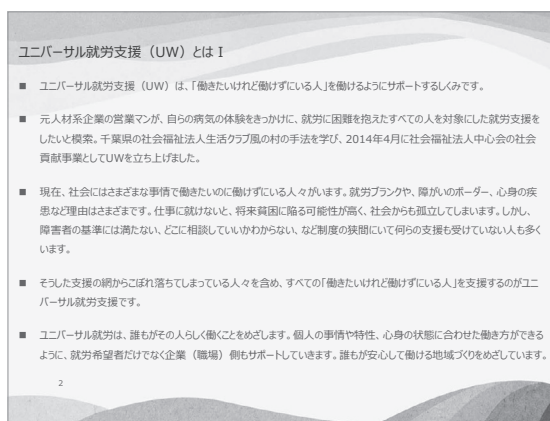
司会 ありがとうございました。



シンポジウム 1

ユニバーサル就労支援の立場から

社会福祉法人中心会 ユニバーサル就労支援事務局 伊藤 早苗



伊藤 ユニバーサル就労支援の伊藤と申します。よろしくお願いいたします。

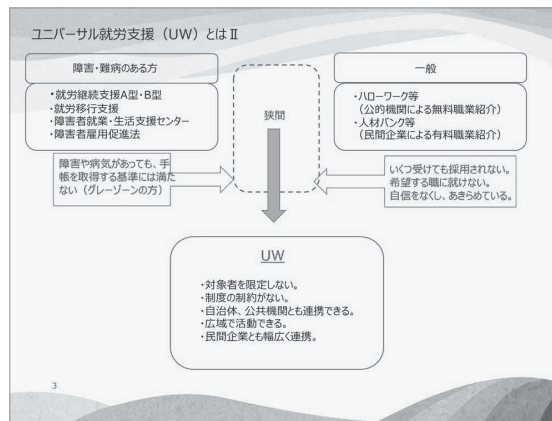
ユニバーサル就労支援は、一言で言うと「働きたいけれど働けずにいる人」を働けるようにサポートするというものです。対象の方は全く限定していません。障害の有無、年齢、どこにお住まいか、どんな理由でのご相談かは一切問わず、どなたでも就労に関するお悩みやご相談のある方はどうぞということでやっています。何の制度にも則っていないところで独自にやっているものです。

なぜこのようなユニバーサル就労支援をやっているかというと、元々私は民間の人材や就職の分野の会社で営業をしていました。リクルートという会社です。新卒で入り、求人広告の営業をやっておりまして、人が働くということにとっても興味がありました。それと、中小の会社では採用は経営者の方が直接されるので、経営者の方に会えるのも

魅力で、とても楽しくやっていました。当時、飛び込み営業なども行っていて、体力勝負的なところもありましたが、自分にはとても合っている仕事だと思っていました。ある時、実は病気になりまして、メンタルではなくフィジカルな病気で、結果的に十何年も寝たきりになってしまいました。この辺の経緯は長くなりますのでお話できないのですが、そんな日々を過ごした後に奇跡的に外に出られる状態になり、一回死んだようなものだったので、これから何をしようかな、どうやって生きて行こうかなと考えました。元々好きだった就職の分野の営業をまたやりたと思ったのですが、やはり自分がそういう経験をして、長い間全く働けないことがとても辛かったので、働けずにいる辛いという方のお手伝いを出来たらと考えました。

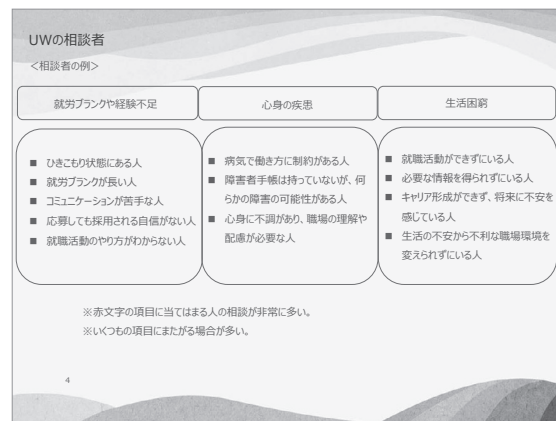
病気になると、もう仕事は出来ないのではないと思うわけですが、普通の人が例えば100やる時に、50であっても、もしくは20であっても、やれることがあったらやりたいという方はいるのではないかと思います。私もそうでした。ただ、病気的最中だと、そういうところを見つけるのも大変ですし、「自分にはこのぐらいなら出来ます」とアピールすることもエネルギーが必要です。その部分を私がお手伝いできないかなと考えました。そして、何かしたいなと思っている時に、いきなり相談業務を1人で立ち上げるのも難しいので、組織のバックアップが受けられないだろうかと考えました。例えば、ある会社にスポンサーになってもらい、そういう事業を立ち上げるのはどうだろうかと虫の良いことを考えたりしました。その経緯もお話しすると長くなってしまいますので割愛しますが、今いるのは中心会という社会福祉法人会ですが、ここにたまたまご縁がありました。私が勝手に押しかけていったようなものですが、こういった事業をやりたいと話しました。中心会というのは、高齢者の介護施設や児童養護施設をやっている神奈川県海老名市にある法人で、就労支援は全く関係ない事業なのですが、私にそういった事業の立ち上げをさせてくださいと言って、無理やり作って始めました。そういう経緯で、本当は私は病気の方の仕事の支援がしたかったのですが、いきなりそういう方向けに限定せず、働きたいという方、働けずにいる方でしたらどなたでもどうぞということで始めました。そうしますと、例えば引きこもりのような就労ブランクがとても長くなっている方とか、障害の

ボーダー的な方とか、心身の疾患がある方とか、本当に色々な方がいらっしゃいました。例えば、障害の基準には満たないため相談先が分からない、制度の狭間にいるような方を想定したところ、まさにそういう方々の相談が多くありました。

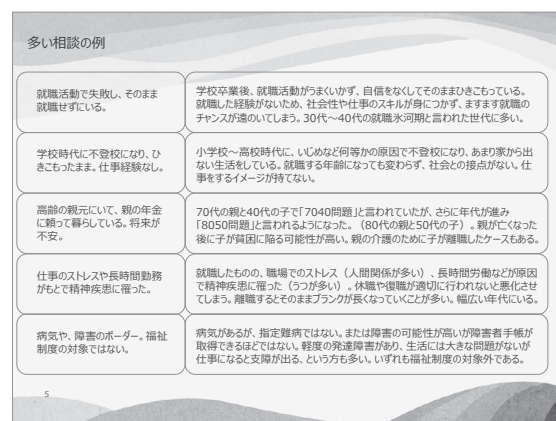


支援の位置付けを図にしたスライドです。障害、難病がありますが、障害がある方ですと、専門の支援である就労継続支援 A 型・B 型や、就労移行支援、企業による法的な障害枠での採用といった福祉的なサービスがあります。一般の方ですと、代表的なのはハローワークですし、民間ではパーソルさんを始め、色々な就職・転職のサポートをしてくれるサービスもたくさんあります。自分で応募していくわけですが、いくつ受けてもなかなか採用されず諦めてしまっている方もいます。

また、障害、病気があるのに手帳を取るほどではないグレーゾーンの方ですとか、そういった狭間にいるような方々もいます。ユニバーサルでは対象者を限定していませんので、実際に相談にくる方で障害者手帳をお持ちの方は、実感として1割いないくらいです。手帳を持っている方は専門のサービスを使いますので、お持ちでないことの方が断然多いです。ただ、非常にグレーゾーンという方も多いです。ユニバーサルは制度ではないので、全く制度的な制約はありません。自治体や公共機関とも幅広く自由に連携が出来ます。地域の限定もないので広域で活動できますし、民間企業とも幅広く連携しております。



相談者の方はどなたでもと言っていますが、どんな方が来ているのかを大きく3つに分けた場合、就労ブランクや経験不足、心身の疾患、生活困窮となります。太字のところが非常に多いと思っています。ひきこもり状態にある方、就労ブランクが長い方、コミュニケーションがととても苦手な方、心身の疾患で障害者手帳を持ってないが何らかの障害の可能性のある方、生活困窮のために必要な情報が得られていない方、キャリア形成が出来ず将来に不安がある方がいます。当然、項目が跨がる場合もあり、何らかの障害の可能性があって仕事が上手いかなくなり、ひきこもっている方もいます。

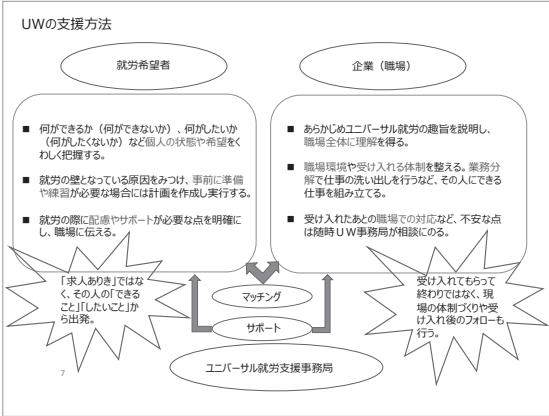


多い相談としてどんなものがあるかといいますと、典型的な例としては、普通学校を卒業し、就職活動で上手くいかずに、そのまま引きこもってしまったという例です。30代から40代の就職氷河期世代に多いと言われてはいますが、結構色々な年代がいらっしゃいます。また、小学校から高校時代にいじめなどが原因で不登校になり、そのまま家にいて、就職する年齢になってもそのまま、仕事をすることがないので仕事をするイメージが持てないという例です。この2つと被るのですが、高齢の親御さんの年金で暮らしているお子さんというパターンもあります。元々は「7040問題」と言われていたのですが、段々と年代が上がっていて、今は「8050問題」と言われ、80代の親御さんと50代の子という世代になっています。別に同居していても何の問

題もないのですが、親御さんの年金だけで成り立っている場合に、親が亡くなった後、子が貧困に陥る可能性が高いですし、親子で社会との接点が無くなってしまって、孤立してしまっている場合もあり、その時に初めて問題となるという例です。親の介護のために子が離職してしまっているというケースもあります。あと多いのが、仕事のストレスや長時間勤務が元で精神疾患に罹ってしまった例です。ストレスでは人間関係が多いのですが、それで鬱になってしまって、離職後のブランクが長くなってしまった方が幅広い年代にいらっしゃいます。そのほか、病気や障害のボーダーの方、病気ではあるが指定難病ではない方、障害の可能性が高いが障害者手帳は持っていない方、また軽度の発達障害という方も多いです。生活には問題ないが、仕事になると支障があるという方もいらっしゃいます。いずれにしても、福祉の制度の対象ではなくなってしまうということです。

■ UWで5年間に支援した方は303人。
■ そのうち何らかの疾患のある方（身体的疾患、精神的疾患）は124人。（40%）
■ 疾患のあることが、就労困難となる大きな要因の一つと考えられる。
＜疾患のある方の相談例＞
20代男性 幼少時に若年性関節リウマチ（膠原病の一つ）を発症し、全身に痛みがある。仕事経験なし。
30代男性 発達障害と睡眠時無呼吸症候群。昼間集中力がなく、仕事をくびになることが続いている。
30代女性 摂食障害で通院中。人のいる前では食べられない。仕事経験なし。
30代男性 PTSD。（障害児施設で働いていた時に担当した子が亡くなったことがフラッシュバックする）
40代男性 40歳の時に黄色い帯状疱疹で歩行困難になった。改善は見込まず、ひきこもりがちになっている。
40代男性 脳梗塞になり退職した。糖尿病もあり、目と右手が不自由。
30代男性 潰瘍性大腸炎でステロイド治療。働きたいが、臭いと漏れが気になる。
50代男性 脳血管性認知症になった。生活保護を受給し始めたが、できれば働きたい。
30代男性 慢性疲労症候群。常に体調が悪い。手帳も年金も受けられない。
30代女性 受付事務をしているが、リンパ管炎を患って発症し話す呼吸が苦しい。入力作業等に転換したい。
40代男性 ウイルソン病で手先が少し不自由。仕事が多くないが、寝うつ病も発症。

ユニバーサル就労支援は6年目になりますが、この5年間で303人の支援をしてきました。その内、何らかの身体的、精神的な疾患がある方が124名いらっしゃいます、ちょうど4割になります。やはり疾患があることが就労困難となる大きな要因の1つと考えられると思います。疾患のある方の相談例をスライドに記載しております。色々な年代と色々な症状の方がいらっしゃいます。



そういう方々がいらした時に、どのようにユニバーサルで

支援をしているかです。就労希望の方と企業があり、事務局は私のことになります。普通は企業が出した求人に対して採用されるか、されないかですが、求人ありきの考えでなく、この方は何が出来るのか、何がしたいのかというところから出発するという考え方です。ただ、企業の方に「こういう方です。お願いします」というだけではなく、企業に対して受け入れ側の体制作りや、受け入れ後のフォローの仕方といったところをサポートさせていただいて、両方をサポートしながらマッチングさせていくという考え方でやっています。

受け入れ先企業紹介	
A社（製造業）	自動車部品、電子部品製造。UWの方は組み立て作業や検品作業を行う。未経験でも対人スキルがなくてもOK。偏見なく人材を受け入れて育てたい。
B社（クリーニング業）	リネンクリーニング業、清掃業の会社。UWの方はクリーニング工場で洗濯物の仕分け、洗濯機へのセット、検品など。パート、契約社員など多様な形態がある。
C社（小売業）	関東を中心に100以上の店舗があるスーパーマーケット。採用は店舗ごとに行っている。UWの方は品出しやパック詰め、総菜調理補助などバックヤード中心。
D社（旅館業）	家族経営の小さな旅館。女将が人を育てたい思いを持っている。UWの方は客室清掃や食器洗い、ホームページ更新、メール返信など。接客はなくてもよい。
E社（福祉施設）	高齢者介護施設（特別養護老人ホーム）。介護職の資格がなくても、清掃、配膳、入浴補助などを行い、希望があれば資格取得でバックアップする。
F社（農業）	本業はゴルフ場経営だが、敷地内で農業を始めた。1日1〜2時間でも、自分のペースで始めてよい。野菜の世話、土の手入れ、収穫の他、袋詰め作業など。
G社（建設業）	足場組立て。現場での作業員の他、社内に残って資材の仕分け、管理業務、事務作業など。会社近所のマンションを借り上げているので住居の無い人も安心。

受け入れ企業は私が開拓にいきます。本当は企業開拓ばかりやっていたいくらいです。ここに7社ほど挙げています。本当に良い会社ばかりです。1社ずつ詳しくご紹介したいところですが、時間がないと思います。業種も色々なところに行くようにしています。製造業、クリーニング業、小売業、旅館業、福祉施設、介護施設、農業、建設業と色々あります。旅館業は「え？」と思われるかもしれませんが、接客は仲居さんがいらっしゃいますので、そうでなく客室の清掃、お客さんが出た後のシーツやタオルの引き上げ、食器洗い、ホームページの更新、予約メールへの返信など、今は色々な仕事があります。どんな業種の企業でも受け入れていただける可能性があると思っています。本当は1つひとつ紹介したいのですが、上の3つを少しだけ紹介します。

A社（製造業）
会社概要/職場の様子 ・自動車部品（エレクトロニクス操作パネル）、電子機器部品の組立。従業員70名。神奈川県小田原市。 ・熟練技術者が多いが、未経験者を受け入れから育てている。ひきこもっていた若者を採用したことあるため、先入観なく門戸を開いている。最初は単純な組立作業や検品作業などから。その方の力量や希望に合わせて徐々に仕事を任せ、現場では数人〜10数人のグループで動いている。それぞれの現場のリーダーが指導してくれ、相談にのってくれる。
UW受け入れ状況 ・UWの方は2週間〜1ヶ月、まずは実習をさせていただく。どんなことが得意か不得意か、この仕事に向くのか、などの見立てをもらう。本人にとっても、現場でのトレーニングになるとともに、この仕事をしたいかどうか確かめる機会になる。 ・UWからは30代後半の男性、30代前半の男性、20代後半の男性3人が入社。いずれもほとんど仕事経験がなかったが、3年経過し、正社員・契約社員となってそれぞれ活躍している。

A社は製造業で、小田原にある70人くらいの会社です。

社員は熟練の技術者の方々なのですが、どんな方でも、未経験でも、今までの経歴がどうでも、1から育てるよとってくださっています。ユニバーサルの方は、まず2週間から1カ月間の実習をして、どんなことが得意か不得意か、この仕事に向かなどの見立てをしていただいています。ご本人にとっても現場でのトレーニングになるとともに、この仕事をしたいかどうかを確かめる機会にもなっています。ユニバーサルからは、現在3人の方が入社して活躍しています。

B社（クリーニング業）

会社概要/職場の様子

- ・寝具類の洗濯、施設清掃等を行う会社。京都に本社があり、全国のグループ全体では1万人以上の従業員。
- ・UWでは神奈川県相模原市にあるクリーニング工場で受け入れてもらっている。
- ・相模原工場は全体で200人くらい、7割くらいはパートの女性。
- ・工場での仕事は夏は暑い。頻繁な休憩と水分補給、栄養バランスの良い昼食の支給など、従業員の健康に気遣っている。広くきれいな食堂と、工場内に託児所も完備している。

UW受け入れ状況

- ・仕事内容は、シーツなどのリネン類を洗濯機にセット。終わった洗濯物を乾燥機にセット。必要なものはアイロンかけ。出来上がり品の仕分けと検品。体力等に合わせた配置をしてくれる。
- ・UWの20代男性は、コミュニケーションが苦手でも話ができなかったが年配の女性パートの皆さんに可愛がられて力を発揮できるようになった。契約社員となり2年継続中。

10

B社はクリーニング業で、色々な施設のリネン類をクリーニングする会社です。グループ全体では非常に大きいのですが、ユニバーサルでは神奈川の相模原市にある工場で受け入れをしていただいています。仕事は、シーツ等のリネン類を洗濯機や乾燥機にセットして、アイロンをかけたり、出来上がったものを仕分けたり、検品したりというものです。体力に合わせて配置していただいています。夏場は工場内が暑く、きつい部分もあるのですが、従業員の健康にも気遣って環境を整備されています。ユニバーサルからは1人入って活躍中です。

C社（小売業）

会社概要/職場の様子

- ・スーパーマーケット、横浜に本社があり、関東を中心に100店舗以上。
- ・本社の店舗運営責任者の方が以前に大企業で採用担当をし、障害者採用に実績があった。スーパーの人手不足解消のために多様な人材を受け入れようと考え、受け入れ体制を整えている。
- ・採用は店舗ごとに行っている。部門が多数あり、希望できる。精肉部門、青果部門、ベーカリー部門、総菜部門など。
- ・現場の方々が、多様な方の受け入れに慣れており、丁寧に指導してくれている。

UW受け入れ状況

- ・まず店舗運営責任者の方に、本人の状況を話し、その方に合いそうな店舗を紹介してもらう。通勤しやすい、店長のタイプ、職場の雰囲気、サポート体制などを考慮してくれる。
- ・その方の希望に応じて1週間～3週間位の研修を行う。現場でのトレーニング、仕事に合うかどうかの見極めを行う。
- ・本人が希望し、店舗側もOKならばまずアルバイトとして採用。さらに3ヶ月後に双方OKならば契約社員となる。
- ・時間は4時間程度～フルタイムまで柔軟に対応してくれている。（契約社員の場合はフルタイム）。

11

C社はスーパーマーケットで、ここも本当に良い会社です。レジや接客をやりたくなければ、そうでない色々な仕事があります。精肉、青果、ベーカリー、惣菜といった色々な部門で、例えばパック詰めや商品の整理、仕分けなど、

主に裏方をやらせていただいています。働き方も非常に多様にいただいています。

就労困難な方を受け入れるメリット

- 人材確保の機会になる。（UWの方には就労困難となっている要因があるものの、理解や配慮があることによって力を発揮できる方も多い）
- 職場の活性化になる。（新しいタイプの方、今までに受け入れたことのないような方が入ることによって職場の雰囲気が変わる。業務内容や仕事のしかたを改めて確認したり、なんとなく慣習になっていたことを見直す機会になる）
- 社員が成長する。（困難のある方に配慮や手助けをしたり、指導をしたりすることで、社員が力を付ける）
- 社員のモチベーションが上がる。（社員への配慮がある会社であることが感じられ、自社への誇りが持てるようになる。自分にも何かあった時に安心だという思いが、仕事へのモチベーションになる。社員が安心して仕事に打ち込めることで生産力もUPする）
- 社内制度を見直す機会になる。（就労困難だった方が働きやすいように職場環境を整えることになるため、制度の改善にもつながる）
- 全体として会社の魅力が上がるため、就職先としての人気が高まる。社会貢献度の高い企業として認知度も高まる。

12

本当に良い会社が多いのですが、企業に対して「お願いします！」というだけでなく、やはり受け入れるメリットがないと、働く方も幸せに働いていけませんし、受け入れ側も続かないということになります。受け入れる時にどんなメリットがあるのかを、経営者の方や現場の方に聞いてきました。

1番はやはり人材確保の機会になるということです。ユニバーサルの方は就労困難となっている要因があるのですが、理解や配慮があることによって力を発揮できるという方が多いです。そして職場の活性化になります。今まで受け入れたことがないようなタイプの方が入ること、それまで習慣的にやっていたようなことを見直したり、仕事の仕方を確認したりすることにもなります。それから、社員が成長します。困難のある方に配慮や手助けをしたり、指導をしたりすることで、社員が力を付けます。社員のモチベーションが上がります。自分の会社が配慮のある良い会社だと分かって、誇りが持てます。万が一、自分に何かがあった時、例えば自分も病気になった時に会社は配慮してくれるということが、仕事へのモチベーションにもなります。安心して働けることによって生産力もアップすることがあります。また、社内制度を見直す機会になります。就労困難な方が働きやすいように職場環境を整えることになるので、制度の改善にも繋がります。こういったことがあって、全体的に会社の魅力が上がりますので、就職先としての人気が高まるというもあります。

受け入れの課題とポイント

- 職場への理解が十分でなかったり事前のアセスメントやマッチングが適切でなかったりすると、必要な配慮が得られず早期退職につながる。
- 心身の不調などで突発の休みが発生することもある。その点もあらかじめ想定していないと、現場が混乱する。
- 職場全体での受け入れ体制が整っていないと、一部の社員の負担が大きくなる。それによって社員間に不満が溜まったり士気が下がったりする原因にもなる。不公平感を感じる社員が出てくる可能性もある。

それでも・・・
実際にUWの受け入れをして「後悔した」という会社は1社もない！

成功のポイントは・・・

- 経営者の思いを社員全員に伝え、周知と理解を深める。
- 社内制度を整え、誰にでもわかるようにオープンにしておく。
- UWのような支援者を活用する。（支援者が間に入ることによって要望や不満なども伝えやすくなる。意思疎通が円滑になる）

13

受け入れの課題もあります。その点も聞いてきました。職場への理解が十分でなかったり、事前のアセスメントやマッチングが適切でなかったりすると、必要な配慮が得られず結果的に早期退職という場合もあります。そして心身の不調などで突発の休みが発生することがあるので、その点もあらかじめ想定していないと現場が混乱してしまいます。

それから、職場全体での受け入れ体制が整っていないと、一部の社員の負担が大きくなってしまいます。それによって社員間に不満が溜まったり、士気が下がったりする原因にもなります。不公平感を感じる社員が出てくる可能性もあります。

それでも実際に受け入れをしてくださって、後悔したという会社は1社もありません。成功のポイントとしては、経営者の方の思いを社員全員に伝え、周知と理解を深めることです。社内制度を整えて、誰にでも分かるようにオープンにします。そして、ユニバーサルのような支援者を活用していただくことで、お互いの要望や不満などが伝えやすくなって、意思疎通が円滑になると思います。

大変駆け足でございましたが、ご清聴ありがとうございました。



シンポジウム 2

中小企業経営者と伴走する社会保険労務士の立場から

オーキッズ社労士事務所 社会保険労務士 後藤 宏

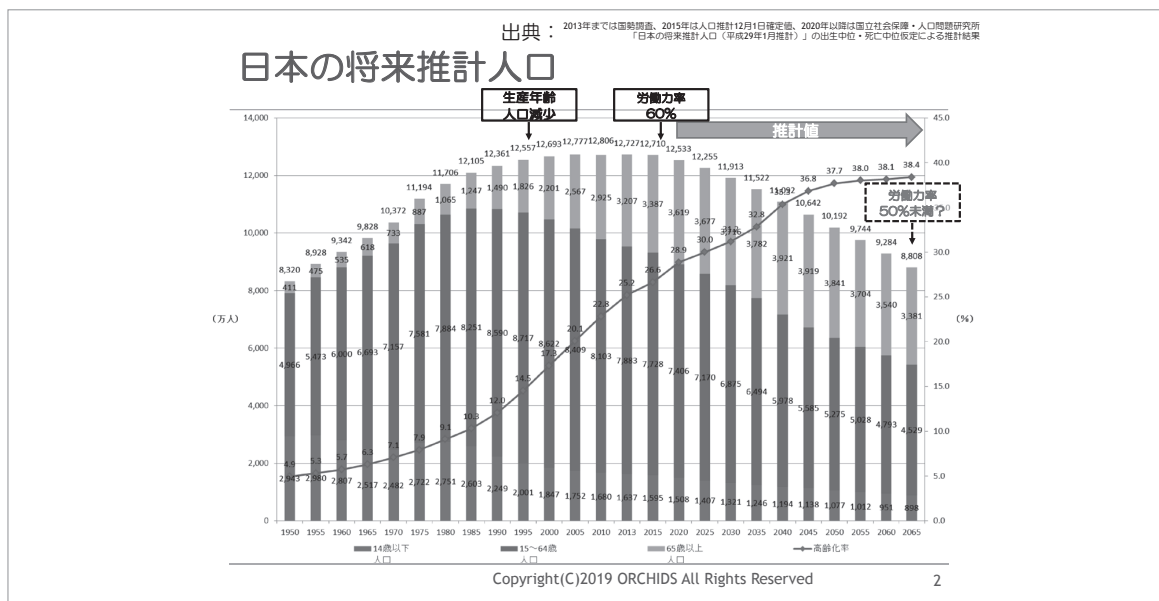
これからの治療と就業生活の両立支援を考える研究会

経営者に響く治療と仕事の両立支援とは
中小企業経営者と伴走する社会保険労務士の立場から

オーキッズ社労士事務所 社会保険労務士 後藤 宏

愛知県で社会保険労務士をしております、後藤と申します。経営者に響く治療と仕事の両立支援、なぜ今、両立支援なのかお話ししていきたいと思います。

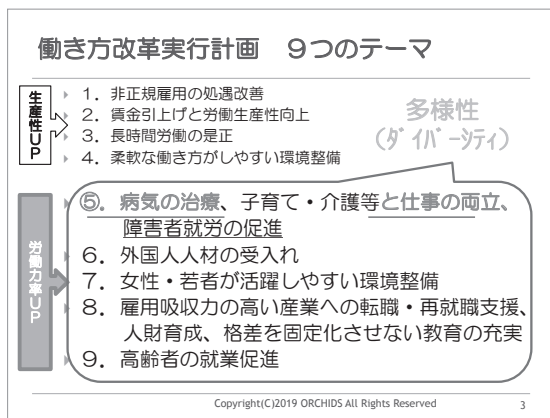
私たち社会保険労務士が何をしているかと言いますと、1つは社会保険の手続きをしております。労災保険や雇用保険、健康保険、厚生年金保険といった社会保険の手続きです。もう1つは、社員の方と会社の方に総合的な支援をするという第2人事部的な仕事をしています。



現在の日本の総人口は1億2,600万人で、少子化の影響からだんだん減っていくことは皆さんもご承知だと思います。更なる問題として、15歳以上64歳までの生産年齢人口、つまり仕事をしている一番のボリュームゾーンが、少子高齢化によってどんどん小さくなっていくことが挙げられています。生産年齢人口が減少し始めた今、15歳以上の方々の6割くらいが働いていると言われていたのですが、2065年には半分を切ってしまうのではないかと推計されています。今年度新卒の有効求人倍率は、300人未満の中小企業に限

りますと9.91倍です。大学卒で働きたいという方1人に対して、10社がオファーしているという現状にあります。東京労働局の資料を見てきましたが、有効求人倍率は一般社員の方の採用だと1.78倍になっていました。これだけでなく、業種を限って見てみると、例えば警備業では15.92倍になっていました。どんどん人が採れなくなっているのが現状です。この理由は、働き手が少なくなっているからです。

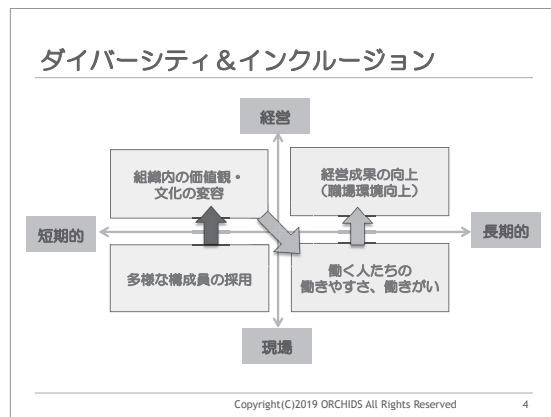




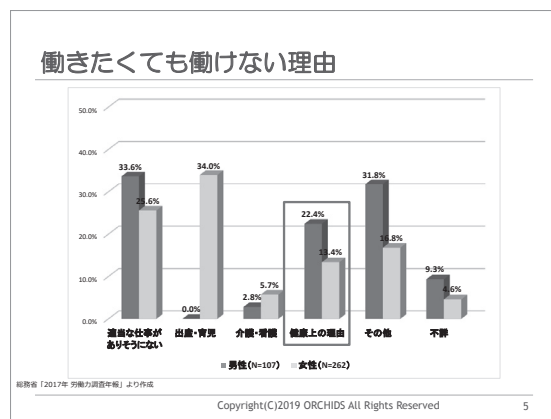
この背景には、働き方改革という言葉をよく耳にされるとありますが、働き手が少なくなってきた問題があります。働き方改革には、9つのテーマがあります。1つ目は、非正規雇用の処遇改善は同一労働同一賃金にして行きたいということです。2つ目の賃金引き上げは、例えば、東京都の最低賃金が千円を超え、今は1,013円になっていますが、これをさらに引き上げていきたいと思います。3つ目の長時間労働については、来年から720時間に残業を抑えないといけないという規制改正が入ります。1から3までの項目によって何をやっているかという、時間あたりの給料を引き上げることで、それに見合った仕事を企業は提供していく、だから生産性が上がるということです。4つ目は、先ほどお話がありましたが、テレワークや副業・兼業の解禁など、柔軟な働き方ができるようにしていきたいと思います。

その下の5から9の項目は、今、働きたくても働けていない人に労働市場に出て行ってもらいましょう、どんどん働いてもらいましょうという施策になっています。今日は仕事と治療の両立支援がテーマですが、両立支援は3本柱になっています。1つは病気の治療と仕事、もう1つは子育てと仕事、そして3つ目に介護と仕事です。法定雇用率2.2%、障害者就労を促進していきたいと思いますというのも施策の1つです。外国人人材の受入れ、介護分野や農業分野などの成長分野に外国人人材をどんどん受入れていきたいと思います、技能実習生を受入れていきたいと思いますという施策が取られています。女性や若者が活躍しやすい環境の整備も必要です。バブル崩壊からリーマンショックまでの失われた20年間、就職氷河期に就職した人達の非正規雇用率が非常に高いので支援していきます。女性活躍推進を応援していきます、雇用吸収力の高い産業、介護分野や農業分野にどんどん人が入っていけるような仕組みを作っていきたいと思いますという施策もあります。高齢者の就業促進については、65歳以上の就業率は約2割ですが、なぜかと言うと60歳定年で65歳に雇用延長して終わってしまい、65歳から年金をもらえるという世の中だからです。こういった人たちの背中を押してあげて、労働市場に出していきたいと思いますという5つの施策なのです。今、働いて

ていらっしゃる方が働けるような環境を作っていく、すなわち多様な構成員の採用が求められています。

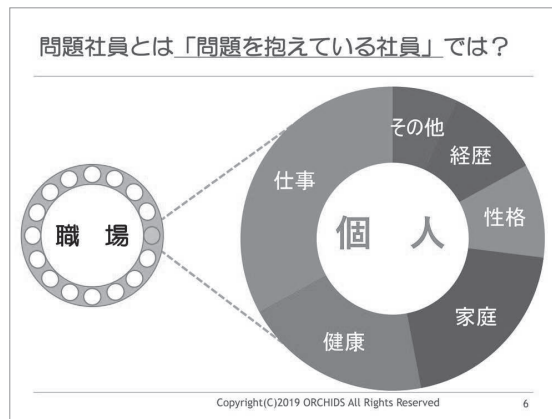


ダイバーシティ&インクルージョンは、長期的なスパンで経営成果の向上に繋がります。パーソナルチャレンジのT(仮名)さんの話を聞いて「こういうことなのではないか」と思いました。多様な構成員の採用の1つとして、テレワークの社員を週12時間で採用したとします。自宅と会社の距離が離れていても仕事ができることが分かれば、やはり文化の変容が起こると思うのです。今までの同一職場で働いていた慣習に対し、通勤しなくても良いという文化変容です。そうすると、障害をお持ちの方だけでなく、育児で働きたくても働けない方が会社と在宅を絡ませて働くことが出来るようになります。働く人たちの働き方の変革が起きるのではないのでしょうか。それがひいては会社の業績向上に繋がっていくのではないかと思います。これが、ダイバーシティ&インクルージョンが会社にもたらす効果です。

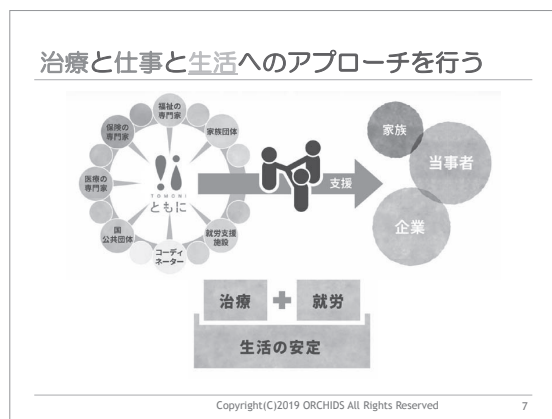


働きたくても働けない理由が、総務省から369万人のデータに基づいて発表されています。男性で働きたくても働けない理由は、「適当な仕事がありそうにない」がトップです。その次に「健康上の理由」がきます。女性ですと、「出産・育児」が働きたくても働けない理由のトップです。その次

が「適当な仕事がありそうにない」という仕事のアンマッチです。その次に「健康上の理由」がくるわけです。サラリーマンやOLの3人に1人が治療をしながら働いていると言われています。男女問わず、働きたくても働けない理由の上位に「健康上の理由」が挙がるのです。



先日、ある会社からご相談がありました。外国人の派遣社員の方なのですが、生産性が悪いから、もう派遣をやめてもらおうと思うという相談でした。職場の異動があって3カ月目の女性でした、ブラジルの方で日本語が使えないというので、ポルトガル語が分かる方に入っていただいてお話を聞くと、膀胱炎だったことが分かります。前の職場は普通に勤務されていたのですが、体調を崩されてトイレが近くなり、離席が多くて業績が下がっていたのです。外国人だからとか、日本語が喋れないからというのは、関係ありませんでした。仕事が出来なくなったという背景には、仕事以外の要因があり得ることをお伝えできればと思います。その中の1つに健康、治療という問題があるのです。



私たちは、社会保険労務士3人で「一般社団法人とともに」という社団を作っています。若年性認知症の方の支援を7年くらい続ける中で思うのは、支援が届いていないということです。若年性認知症は、進行するか留まるかくらいの難病で、65歳未満の現役世代が発症します。傷病手当も障

害年金も取れてない、手帳も持っていないという方があまりにも多すぎます。他の専門家の方々とともに支援し、社会資源を届ける活動をしています。

①医療系支援（治療のこと）

制度	概要	実施主体	対象者	相談窓口
医療保険	医療が必要な状態になった時、公的機関などが医療費の一部を負担する制度	市町村・健保協会・組合健保・共済組合等	医療保険加入者（原則全員）	保険者（市町村・健保協会・組合健保・共済組合等）
自立支援医療（精神）	精神障害の通院医療に係る医療費を助成する制度	都道府県・政令指定都市	通院による治療を継続的に必要とする程度の状態の精神障害を有する者	市区町村（福祉課・保健医療課・保健所等）
障害者等を対象にした医療費の助成制度（福祉医療等）	障害者等の受給資格対象者の医療費を助成する制度	市町村	（例）身体障害者手帳3級以上、療育手帳A、精神障害者手帳1・2級など、自治体により異なる。	市区町村（福祉課・保健医療課等）

Copyright(C)2019 ORCHIDS All Rights Reserved

8

医療保険は、一定の要件をクリアすれば医療費が安くなることもあります。

②就労系支援（仕事のこと）

制度	概要	実施主体	対象者	相談窓口
障害年金	病気やけがにより一定の障害が残った場合、生活や労働の不都合の度合いに応じて支給される年金	国	日常生活（就労）が困難な者	年金事務所・市区町村
傷病手当金	病気やけがのために会社を休み、事業主から十分な報酬が受けられない場合に支給される手当	健保協会・組合健保・共済組合等	被保険者本人で4日以上の休みがある場合	職場・保険者（実施主体）
基本手当（失業給付）	労働者が失業に陥った時に、再就職までの生活を安定させ、就職活動を円滑に行えるよう支援する制度	国	適用事業に雇用される労働者（例外あり）	公共職業安定所
福利厚生制度（法定外）	慶弔見舞金規程等、従業員の負傷・疾病・障害等に対する給付金を支給する任意制度	企業	従業員	職場・民間保険会社

Copyright(C)2019 ORCHIDS All Rights Reserved

9

障害年金を受給されている方は、その3割しか働いていません。働きながら障害年金を受給できますが、そういった支援が届いていなかったりします。退職後の失業給付は、手帳を持っているともらえる日数が4倍くらいになります。社会支援は連動しているのです。

③福祉系支援（生活のこと）

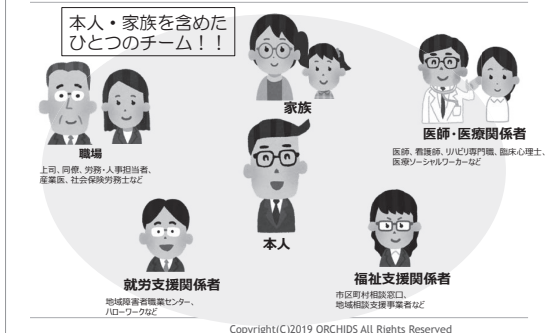
	制度	概要	実施主体	対象者	相談窓口
福祉系支援	介護保険	介護や支援が必要となったときに介護サービスを提供し、本人とその家族を支援する制度	市町村・広域連合	65才以上および40才以上64才未満の特定疾病による介護が必要者	市区町村（福祉課・介護保険課等）
	各種手当	例：心身障害者扶助料、在宅重度障害者手当、特別障害者手当	国・都道府県・市町村	それぞれの条件に応じて	市区町村・都道府県
	障害者総合支援法	障害者の日常生活や就労を支援する制度	都道府県・政令指定都市	身体障害者、知的障害者、精神障害者、障害児、難病患者	市区町村（福祉課）

Copyright(C)2019 ORCHIDS All Rights Reserved

10

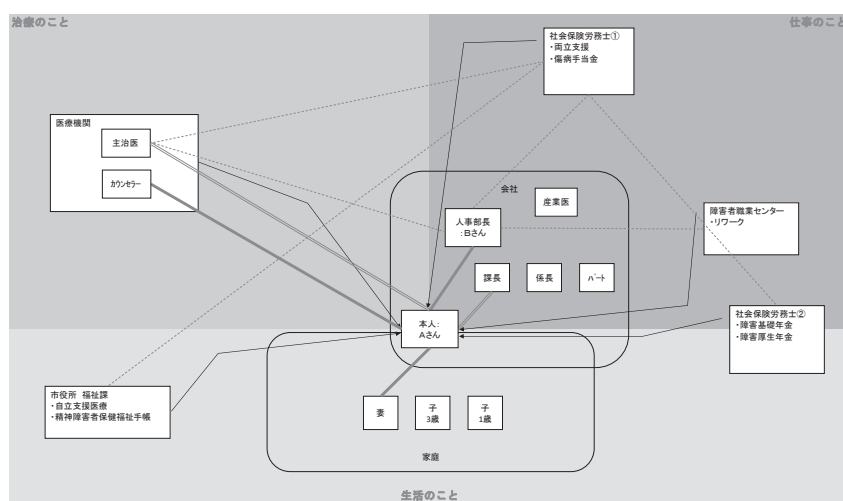
介護保険も65歳以上しか使えないと思っていらっしゃるかもしれませんが、実は40歳以上64歳未満の特定疾病により介護が必要な方も対象です。がんでなかなか治療の見込みがない方が介護保険を使えたりすることもあります。なかなか全部を網羅することが難しいのが社会資源です。

治療と仕事の両立支援を支える人々



当事者の周りには、いろいろな支援者がいらっしゃいます。私たちは社会保険の専門家なので、社会保険のことについては詳しいのですが、福祉や医療の分野では知らないことが多くあります。

エコマップによる『協働支援』の見える化 （整理された情報の共有）



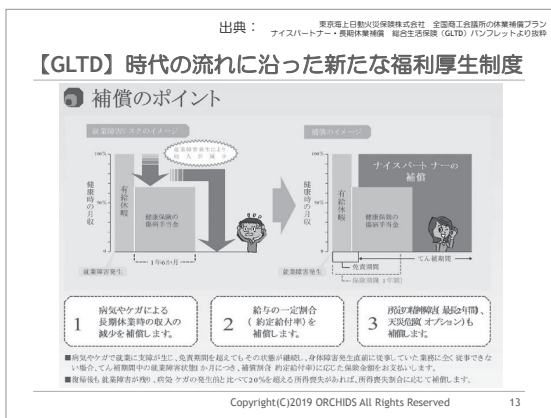
12

今、取り組んでいるのは、エコマップによる「協働支援」の見える化です。スライドは綺麗に描かれていますが、いつもはご本人と面談させていただき、一緒に手描きで作ります。

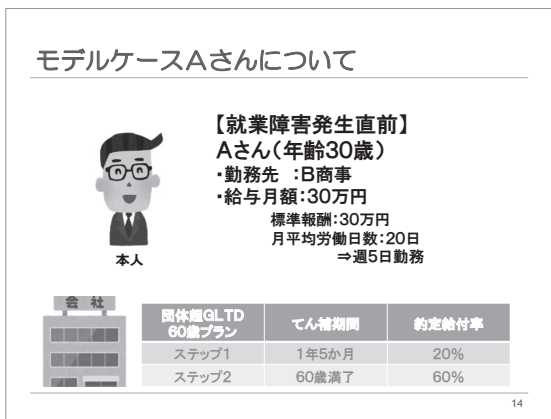
ご本人がいて、ご家族がいて、治療分野で医療機関の方がいて、カウンセラーの方がいます。訪問看護を受けたり、医療面で費用を抑えたり、手帳を取得できたり、傷病手当や障害年金を受給できたりします。この図では、治療と仕事の両立支援の下に「生活」と書いてあります。生活を基礎にしているのです。仕事は8時間程度しかありません。生活が成り立っていなかったら、仕事も上手くはいかないと思うのです。その生活を支援する社会資源はどこにどれだけあるのか

ということと一緒に考えます。これだけ多くの方が周りにいらっしゃるということと、足りていないところはこんなところと繋がったらどうかという話をしています。

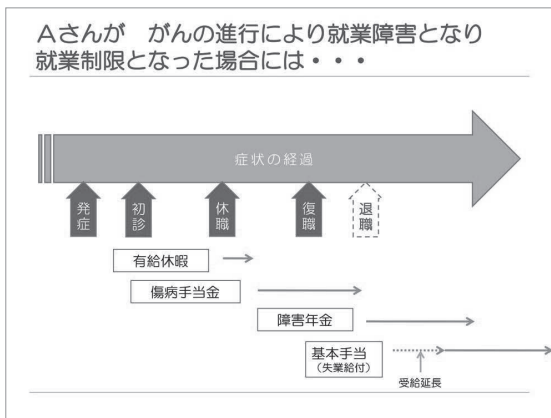
障害年金の支給事由は働けるか働けないかではなく、日常生活上の困難があるかどうかです。会社の人事部の方はプライバシーの侵害のような感じがして、ちゃんと薬を飲んでいるかとか、人とコミュニケーション取れるかとか、なかなか聞きにくいのです。代わりに障害年金の手続きをしている我々がお聞きます。それが協働支援ではないかと思っています。



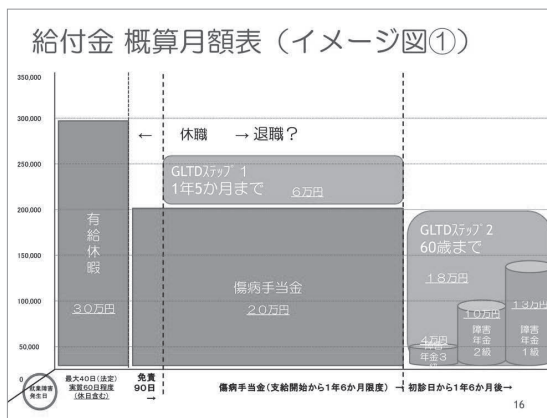
最後に、GLTD という保険をご紹介します。これは東京海上日動火災保険株式会社の商品です。



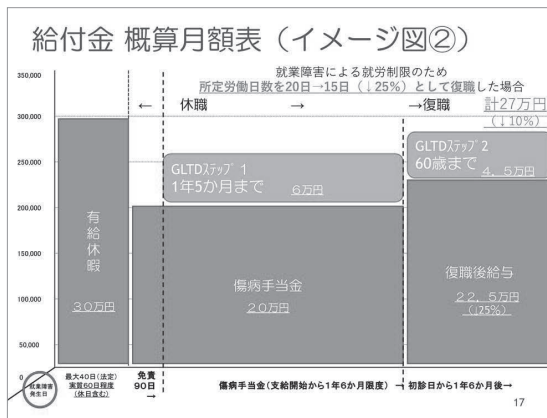
例えば、B 商事が GLTD に加入していたとします。その社員の A さんが病気で働けなくなります。



有給休暇や傷病手当を使ったりと、いろいろな社会資源を使っていくのですが、働き続けることが難しく、退職になることもあります。



公的な社会資源を民間で支えるのが GLTD という保険です。給料が 30 万円だった場合、傷病手当で 20 万円がもらえます。それにプラスして 6 万円出しますというのが、GLTD です。傷病手当金は 1 年 6 カ月で終わってしまうのですが、そこから 60 歳まで所得補償するというのが、GLTD、すなわち長期所得補償保険です。退職となってもその権利は失われません。今、とても注目されているものです。障害年金は、級数によっては、あまり大きい金額ではなかったり、もらえない方も多かったりするので、民間保険の力は大きいのです。



GLTDは、今までフル勤務だったが短時間勤務にせざるを得ない状況が訪れた時に、フル勤務の状態との給料差額を出す保険であったりもします。

福利厚生制度としてのGLTD制度を 社員採用と定着に活かす！！



- ▶ 当社は、GLTD制度＝「現在国や個人で加入している保険ではカバーできない病気やケガにより長期にわたって働けなくなった場合に会社が給与を補償する制度」があります。
- ▶ 長期間の病気等で働けなくなっても、所得を補償するGLTD（団体長期所得補償保険）を導入し、従業員の皆さんに安心して長く働いて頂ける環境を整えています。
- ▶ 【ジョブリターン制度・リキャリア制度】
病気療養のために退職された方が働けるようになったら、採用希望時期に優先雇用していきます。

Copyright(C)2019 ORCHIDS All Rights Reserved

18

こうした福利厚生を目的とした保険商品が、なぜ売れるようになってきたかという、今の採用難の打開策になるからです。GLTDは、病気やケガにより長期に渡って働けなくなった場合に会社が給与を補償する制度です。長期間の病気等で働けなくなっても、従業員が安心して長く働ける環境を作るのに役立ちます。ジョブリターン制度といって、「一旦退職しても結構です、病気が治ったらもう一回うちの会社に来てください、優先雇用しますから。大丈夫です、60歳までは給与も補償しますから」という制度設計も可能です。人が採れない世の中だからこそ、こうした健康経営に事業主、経営者の方々が目を向けることによって、仕事を探している人が「ここまで健康に気を遣っていただける会社なら入ってみようか」という気になると思うのです。また、こうした福利厚生制度がある会社は、人が定着する効果もあります。

短い時間で足早にお話ししてまいりましたが、何か皆様のご参考になれば幸いです。ありがとうございました。



シンポジウム3

当事者の立場から

かながわコロシ（潰瘍性大腸炎患者会） 会長
認定 NPO 法人健康と病いの語りディベックス・ジャパン 理事
花岡 隆夫

これからの治療と就労 の両立支援を考える

花岡隆夫

認定NPO法人 健康と病いの語りディベックス・ジャパン 理事

<https://www.dipex-j.org/>

花岡と申します。よろしくお願いいたします。かながわコロシとしてご紹介いただきましたが、かながわコロシというのは神奈川県を中心に活動している潰瘍性大腸炎という病気の患者会です。今、私はその代表をしております。一方、スライドにありますように健康と病いの語りディベックス・ジャパンの理事をしております。ディベックス・ジャパンとかながわコロシという2つの団体で活動しているところです。

自己紹介

- ・1974年大学卒、商社に入社、2000年2月に転職
- ・2000年8月、49歳の時潰瘍性大腸炎を発症し7週間入院
- ・発症と同時にその時務めていた会社は退職（発症の原因はその会社での人間関係だと信じている）
- ・退院後しばらく休んで2001年4月に再就職
- ・2001年5月再燃（初発と同様に突然の大量下血で再燃）
- ・2001年9月～2002年9月にかけて3回に分けた大腸全摘手術
- ・術後仕事に復帰するまでに4か月ほどかかったが、その後は順調
- ・2003年ごろ潰瘍性大腸炎の患者会に入り、2016年から会長
- ・患者会活動がきっかけで、いくつかのNPO法人でボランティアとして活動を始める。（その一つがディベックス）
- ・ディベックスの活動に賛同して2010年ごろから参加。2016年に会社を定年退職してから理事として本格的に活動

私は潰瘍性大腸炎の患者で、2000年に発症しました。私の場合は特殊で、大量下血で発症し、病院に行ったらそのまま入院ということが2回ほど続きました。このままでは仕事をしていけないと思い、発症して1年くらいで直ぐに大腸全摘の手術を決断し、大腸を全摘してしまいました。ですので、病気を持ちながら仕事をしてきた当事者からの

発信ということで今日はお話しさせていただきます。個人の経験だけでなく、ディベックス・ジャパンでは多くの病気の方の語りをインタビューさせていただいています。その語りをデータベース化し、ウェブサイトアップしています。

ディベックス・ジャパンとは

「健康と病いの語りディベックス・ジャパン」（通称：ディベックス・ジャパン）は、英国オックスフォード大学で作られている DIPEX（Database of Individual Patient Experiences）をモデルに、日本版の「健康と病いの語り」のデータベースを構築し、それを社会資源として活用していくことを目的として作られた特定非営利活動法人（認定NPO法人）です。

患者の語りに耳を傾けるところから「患者主体の医療」の実現を目指します。

病気の苦しさや悩みをもっとも良く知っているのは、その病気にかかっている本人です。病気をどのように受け止め、どのようにして切り抜けてきたかは、病気を体験した患者にしか語れません。

病気の苦しさや悩みを体験した人の「語り」は、同じ病気に不安を持つ人に知恵と勇気を与えてくれます。

語りのデータベースとは

- 「健康と病いの語り」データベースは、病気の診断を受けた人やその家族が、同じような経験をした人たちの「語り」に触れて、病気と向き合う勇気と知恵を身につけるために作られたウェブサイトです。
- 診断時の思いや治療法の選択、副作用の経験などの他、結婚、出産や仕事と病いの関係、あるいは医療者との係わりなど、サイトごとに異なりますが、それぞれ20～30くらいのトピックと呼ばれるカテゴリーに分類して、一つ2分から3分のクリップと呼ばれる短い語りが収められています。これらは映像や音声、テキストとして掲載されています。
- 現在以下の7つのサイトを見ることができます。
認知症、乳がん、前立腺がん、大腸がん検診、慢性的痛み
臨床試験・治療、クローン病
- 現在進行中の案件としては以下の3つがあります
障害学生、心不全、医療的ケア児

ディベックス・ジャパンを言葉で説明しても、なかなかご理解いただけないと思いますので、後ほどウェブサイトをご紹介したいと思います。もしお時間があれば、お読みいただきたいと思います。

病いをもちながら働くこと

- ディベックスのウェブサイトには現在2000を超える語りのクリップがアップされていますが、その中から、「治療と就労の両立支援」の実現のために参考となるような語りを5つピックアップしました。
- 病いと就労との係わりに関する語りは他にもたくさんあります。特に「クローン病」は、若年で発症することが多く、また寛解と再燃を繰り返す慢性疾患ですが、寛解の時は健康者と同じように働くことができます。従ってクローン病のモジュールには多くの就職・就労に関するクリップがあります。
- 特に新卒の時にすでに発症している人にとって、自分の病いを会社にどういう風に説明したらいいかという事は大きな問題です。あまりに詳しく病気のことを説明したため何社も不採用になったという話もありました。病気のことを開示する場合でも、説明方法にはノウハウがあるというお話は大いに参考になるでしょう。
- 以下、患者の生の語りをご覧ください。

本日のテーマは「病いをもちながら働くこと」ですが、ディベックスのサイトには色々な疾患の事例があります。仕事のことや就労のことだけでなく、色々な病気に関する様々

な語りがあるのですが、その中で病いと就労に関する語りというのも沢山あります。幾つかピックアップしてご紹介したいと思っております。

病気を開示して就職しようとしたが、全て落とされ、やっと受かったところも非常勤だった。しかしその後、病気でも調整が利くということを強調すれば採用してもらえるところがあるとわかった（クローン病）



<プロフィール>

中学1年でクローン病と診断された。高校卒業後、看護師を目指して看護学校に通っている時に2回の手術をして小腸と大腸の一部を切除した。その後看護師として5年間働いた後、看護学校の教員になったが、その頃にも3回目の手術をして、現在小腸は2メートル弱、大腸は四分の三が残っているその後研究職につきたくて大学院に進み、現在は大学の教員をして、クローン病の患者の研究もしている。

卒業するときに何病院か、就職試験を受けたんですけど、あの、やっぱり病気のことを言うと、ことごとく落とされたんですね。最初に入った病院に関しては、履歴書には書かなかったんですけど、面接をしていただいたときに、実はちょっと病気がありましてっていうことを言ったら、そのときは、「今は落ち着いているんですね」っていうことで、まあ、内定をいただいた。ただ常勤じゃなくて非常勤雇用だったんですね。で、そこを辞めて、また病院を受けたんですね。そのときにまた病気を言う和不採用で。実は何個か、病気を言わずに、受けたらやっぱり受かって就職をするんですけど、結局うまくいかなくてですね、辞めてしまって。だから、そこで痛感したのが、やっぱりもう病気を言って入らないとうまくいかないんだなっていうところでした。だからその後、長く勤めた病院に関してはちゃんと言って入りました。でも、そこで病気だけを言ったらやっぱり、それは不採用になってしまうかもしれないので、今は落ち着いているということと、自分で調整が利く病気なんだっていうことを強調すると、その採用する側も、まあ、安心。（CD32）

病気を開示して就職しないとうまくいかないが、単に「病気があります」というだけでは会社側も心配するので、「今は安定しているとか調整が利く」ということをしっかり説明することが大事




幾つかあるモジュールの中で、最近できたのがクローン病という潰瘍性大腸炎と似たような疾患です。クローン病の語りというのを、私がプロジェクトの責任者として携わってきて、今年の7月に公開しました。看護師の方なのですが、病気を開示して就職しようとしたが、全て落とされ、やっと受かったところも非常勤だった。しかしその後、病気でも調整が利くことを強調すれば採用してもらえるところがあるとわかったということでした。特にクローン病の場合は、若年で発症しますので新卒の時に既に病気を抱えている方が沢山おられます。ですので、採用面接の時に病気をどう説明するかが、皆さん悩むところです。単に、「クローン病です」「難病患者です」と言ってしまうと面接は先に進まないわけです。病気を隠して就職すると、当然他の方と

同じ条件で採用される可能性は高いのですが、いざ入ってみると、その後悪化した時に会社からの配慮は得られないし、周囲の同僚からもなかなかうまく助けてもらえないということがあります。結果的には、やはり病気のことは開示して入らないと長くは勤められないという方が多かったです。ただ、どのように会社に病気のことを説明するかが問題なわけです。何が出来て、何が出来ないのか。どういう病気で、どういう状況かをきちんと説明することによって、採用してもらえる可能性があります。もし自分自身の言葉だけでは信用力がないという場合には、主治医の先生に「こういうことなら出来ます」「こういう仕事なら出来ますよ」と書いていただくという方もいらっしゃると思います。




調子が悪い時にはどうしても助けてもらわないといけないので調子のいい時には自分ができるとは一生懸命やるようにしていた。そして同僚は自分を尊重して、認めて、応援してくれた（クローン病）



<プロフィール>
10歳の頃発症し2年後にクローン病と診断された。その後しばらくは落ち着いていたが看護学校へ入学してから悪化。出産後育児に追われて自分の栄養管理ができず徐々に悪化し、小腸を三分の二と大腸を半分切除し人工肛門を造った。術後1年ほどで末期の腎不全になり血液透析を開始。毎晩経管栄養補給をしながらも現在は医療事務の仕事をし、さらに患者会の活動もするなど、常に前向きに活動している。

突然朝起きると調子が悪いということがあって、仕事で突然休むことが度々あったので、あの一、やはりギリギリの状態、人数で回っている病院、病院っていうのはそういう感じなので、・・・
あの一、調子が悪い時にはどうしても他の方に代わってもらわないといけないので、自分ができるときとか調子のいい時とか、例えばその、…何かの研究とか発表とか、そういうデスクワーク的なこととかいうのは、できるだけやるようにしました。そしてまあ、…一生懸命というか、って言われるんですけど、自分は必死なんですができることは、できないことが多いので、できることはやるっていうことでそういう思いでやってたらですね、周りの方があの、とてもすごいね、すごいねっていう風に、言ってくさって、で、自分が始めたことでも、あの、まわりの方も賛同してもらって、一緒にまた、始めるっていう内容のことも多かったし、とてもその、私というものを…大事にしてくれて、あの一、尊重してくれて、認めてくれて、で、応援してくれました。とてもあの一…同僚には恵まれたなと思いました。（CD14）


病気を抱えて仕事をしているとどうしても休まざるを得ないことがある。そのよう時のために、調子のいい時は人一倍頑張って同僚や上司に認めてもらうことが必要だと言います



この方も実は看護師さんなのですが、調子が悪い時にはどうしても助けてもらわないといけないので、調子の良い時に自分ができるとは一生懸命やるようにしていました。この方もクローン病なのですが、緩解と再燃を繰り返すので、緩解の時には普通の方と同じように働けるわけですから、そういう時に一生懸命働いて、会社や同僚の方の信頼を得る努力をしてきたということです。他にも同じような表現の仕方をしていての方が何人かおられます。元氣

な時に一生懸命仕事をして会社に対して貯金を作ると言い方をされています。貯金を作っておいて、いざ自分の具合が悪くなって休まなければならない時には、その貯金が使えろというような表現をされている方もいらっしゃいました。ですので、実際に会社に入った後に、もちろん会社からの配慮も必要ですが、自分自身としても体調管理をして、調子の良い時に一生懸命働くという努力をしている方のご紹介です。


中学の教員をしている。職場でオープンにしたことで時間割や休暇の面で協力が得られた。また、病気で感じたことを生徒に伝えたいと思い、話したら、手助けする子も出てきた（乳がん）



<プロフィール>
1996年9月、授乳中に右乳がんが見つかり、右乳房切除術を受ける。3年後にリンパ節に転移したため、リンパ節切除術を受け、その3年後に肝臓に転移したが、抗がん剤治療、ホルモン療法を続けてきたことで現在、病状は安定している。診断時、夫、子ども2人、姑の5人暮らし。現在も教員として勤務を続けている。

私は、それだけでなく、あの一、職場でももうオープンにしています。娘と一緒に風呂に入るには時間がかかったんですけど、職場のほうで、結局、定期的に、週1回とか2週間に1回とか病院に通う関係上、放課後はやっぱりでは行けなかったんで、そのうち、ほかの先生が気が付いてくれて、授業の空き時間を、ある曜日の午前中とか午後にまとめてくれたんです。そうすると、その時間、自由に有給休暇を取れるようになりまして、授業、私が授業を休んで、誰かの先生に代わって行ってもらわなければいけないということなしに、この曜日のこの時間は、病院行っても誰にも迷惑かけずに行けるように、時間割、学校全体の時間割をうまく組んでくれるようになって。オープンにすることでそういうふうな、いろんな、私自身にも働きやすい、周りの人も、私がいいことで、あの一、気を使わなければいけないっていうことがないような配慮をしていただけるようになったので。
それと、まあ、先、あの一、私が、本当に元気に自由に動けるっていうことがどれだけありがたいかを子どもたちに伝えていきたいなっていうふうになるようになって、私は病気だって。で、手術した後は、あまり重たいものは持たらないで、しばらくの間。そういうことも伝えたら、分かって、「先生、ほれ、持たないで。持ってあげる」って言うてくれるような子もできたりして。うん…。オープンにすることで、すごくこう、自分自身が伸び伸びやれるようになったので…（BC48）

勤務先の学校で病気のことをオープンにしたら、周りの教師が協力してくれただけでなく、生徒の中でも病気のことを理解してくれる子どもも出てきた。



この方は中学の教諭をしている方なのですが、職場でオープンにしたことで時間割や休暇の面で協力を得られました。また、病気で感じたことを生徒に伝えたいと思い、話をしたら、手助けをする子も出てきました。乳がんの方なのですが、要するに職場で自分の病気のことをどこまで誰に開示するかです。人事の方だけに言うのか、自分の上司に言

うのか、あるいは自分の同僚の人たちに説明するのかを考えなければいけないと思います。この方は、同僚の方にも話をし、理解を得られた。さらに生徒たちにも話をした。何人かの生徒は病気を理解してくれて、手助けをしてくれるようになった。教育現場としてはとても良い教材になっているのではないかと思います。

ホルモン療法が著効した時期、パートででも仕事に戻りたかったので復職を職場に交渉したが、辞めて欲しいと断られた（前立腺がん）



＜プロフィール＞
吐き気、足のしびれ、腰痛など、2年近く体調不良を訴えて複数の医療機関を受診したが診断がつかず、2005年ようやく前立腺がん(ステージIV)の診断を受けた。ホルモン療法にて体調が改善したが、2年余りで再びPSA数値が上昇しつつある。

まあ私の場合はホルモン療法すごく効きました。で、効く方もいっぱい、前立腺がんの場合多いというふうに思います。で、その場合、すごくQOL良くなって、働ける状態に近い状態になると思います。私の場合は、えっと、その病気治療に専念しましたが。だから、ちょうど休職期間終わる頃ですね、元気になってきましたね。そこで、休職切れるタイミングをこう見計らいながら（笑）、正直なところ、もう一回働くっていうことを選択肢の中に入れたわけですね。もうフルじゃなくても、私の場合は、例えばカウンセリングとか、キャリアサポートの仕事もありましたので、そういったことをやるかっていうこと。あるいは、社内で1回、会社には相談しました。現場に戻りたいっていう、復職したい。でも、やっぱり中小企業、厳しくて、拒否されましたね、実質的に。「辞めていただけたらありがたい」ってはっきり言われました。フルタイムじゃなくてもいい。私、自分自身の体のこともあるから、いきなりフルタイムの自信はなかったんで、時間を短くして、あるいは曜日を少なくするとかっていう相談に乗ってほしいっていうことは、会社に打診しましたが、でも、断られましたね。（PC02）

中小企業の場合は、たとえ体調が戻って働ける状態になっても、仕事に復帰するのは難しいという現状がある。



次の方は、ホルモン療法が著効した時期に、パートでも仕事に戻りたかったので復職を職場に交渉したが、辞めて欲しいと断られたということでした。残念ながら良い話ばかりではありません。この方は中小企業だからというこ

ともお話しされていますが、なかなか理解してもらえずに働きたくても働けない現実もあるということでした。こういうお話も紹介しております。

やるだけやってみようという気持ちになって短時間の早朝アルバイトを始めた。働くことで生きている実感がわき、普通の生活が送れるようになって今は幸せだと思っている（慢性疼痛）



＜プロフィール＞
2003年ごろに全身、特に肩・腰・首に痛みを感じるようになり、内科・婦人科・精神科を受診して薬を処方されたが回復しなかった。その後大学病院のペインクリニックに2012年頃まで通い、主に星状神経節ブロックの注射を行った。その後出合った民間療法で劇的な改善があり、今も精神科で薬の処方を受けているが、普通に日常生活を送れるまでに痛みは治まっている。

昨年の11月の末からですね、あの、ちょっとした短時間の2時間の早朝アルバイトを、させてもらっています。初めは勇気なかったですけど、あの、何とかやってみようって気になったので、やり始めたら意外にできたことに本当に。最初はすごい、もう手とか筋肉痛になるし、でももうなんか、だめならだめで、やるだけやってみようっていう気持ちになれて、もう本当に毎日生活が、あの、アルバイトすることによって、汗もかくし、あ、人って生きてるんだなっていう。なんか汗をかくっていうのはこういうことなのかしらっていう。働くっていうのは、あの、なんかそういう意味では私の中ではなんか、あの、新しい風が吹いたというか（笑）。うん。ただ、それだけではなく、まあ今元気になってきたっていうことは当然、あの、朝も起きれる。あの、そして夕飯もまめに作れる。外食もほとんどなくなった。そういうことを考えたら、あの、普通の主婦とかほかの方からしてみると当然のことかもしれないけど、私にとってはその生活が送れるようになったというのはもう本当に、あの、目からうろこの状態だと思います。本当に今幸せだと思います。（CP19）

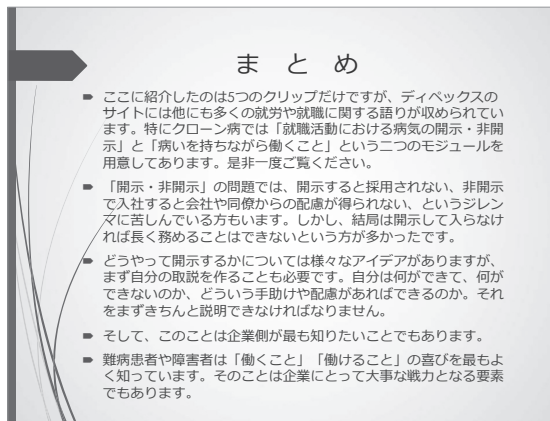
慢性疼痛の患者にとって、短時間でも働くことは単にお金を稼ぐことではなく生きることそのものだと言います。



この方は慢性疼痛の方です。やるだけやってみようという気持ちになって、短時間の早朝アルバイトを始めました。働くことで生きている実感が湧き、普通の生活が送れるようになって、今は幸せだと思っているということです。働

くということは、お金を得て生活する上で必要なことです。単にお金を得るだけでなく、社会の一員として役に立っているというような生きる実感を得る意味でも大事だということが、お話の中でわかってくると思いました。





簡単なまとめです。病気の開示・非開示が本人にとっても会社にとっても大きな問題です。それから、実際に会社に入って仕事をする上で、どういことを会社側から配慮してもらえば良いのか、あるいはどういことを自分が努力しなければいけないのかというお話が沢山あります。いろいろなお話の中で、難病患者や障害者は「働くこと」や「働けること」の喜びをよく知っている人たちだと思います。そのことは、会社にとってもメリットがあることです。若干の色々なトラブルや生産性の問題もあるかもしれませんが、決して人と劣らない労働生産性が発揮できる障害者や難病患者の人たちが沢山いることが、語りの中から出てくるのではないかと思います。

少し時間がありますので、サイトをご紹介しますと思います。これがディベックス・ジャパンのトップページなのですが、現在、認知症、乳がん、前立腺、慢性疼痛、クローン病の語りのモジュールが出来ております。クローン病の語りをクリックしていただくと、異常の発見から診断までとか、診断された時の気持ちなど、19のトピックスがあります。その中に就職活動における病気の開示・非開示や、病気を持ちながら働くことなどのトピックがあり、そこを開くと語ってくださっている方々が出てきます。先ほどご紹介した方もクリックすると語りの動画が流れます。下にテキストもありますので、見ながらお聞きいただくこともできます。実際に顔を出して自分のことを語ることで、見る方にも信頼性や信憑性が得られ、単にテキストだけを読むのとは全く違う印象があると思います。これがディベックスの売りであり、特徴です。中には顔を出さず声だけの方もいらっしゃいますが、大半の方が顔を出して語っていただいております。

以上で、発表を終わらせていただきます。ありがとうございました。



シンポジウム 4

研究者の立場から

北里大学医学部公衆衛生学

講師 江口 尚

これからの治療と就業生活の両立支援を考える研究会
2019年12月14日(土) シンポジウム

研究者の立場から

甲南大学経営学部
北居 明
北里大学医学部公衆衛生学
江口 尚



甲南大学

1

最後に研究者の立場からのお話をさせていただきます。本来であれば甲南大学の北居先生からお話いただけると良かったのですが、今日は私からお話いたします。

私どもの研究班には経営学の先生にも入っていただいております。その趣旨としては、中小企業の経営者にアピールをしていきたい時に、我々医学的サイドだけでなく、経営学の知見を入れていきたいということです。今日はいくつかデータをお見せするのですが、全て北居先生の発表されたものです。今日はご本人の代わりに発表させていただきます。

背景

- ・中小零細企業での治療と仕事の両立支援の推進が課題となっている。
- ・これまでの治療と就労の両立支援の研究では、常勤の産業保健職のいる事業所を対象とする研究、専属産業医のいる大企業を中心とするものが多い。
- ・育児や介護と就労の両立支援についての事例や研究は行われてはいるものの、中小企業における疾病と就労の両立支援の実態については、これまで研究が見られない。
- ・日本の中小企業に勤務する従業員を対象に、両立支援策の有無と組織コミットメント、ワーク・エンゲイジメントの関係を調べた。

2

今までの発表者の方のお話を含めて、中小零細企業で治療と仕事の両立支援の推進が課題となっています。それに対して先ほどのお話の中でいくつかのヒントをいただいていると思います。これまでの治療と仕事の両立支援の研究では、常勤の産業保健職のいる事業所を対象とする研究や、

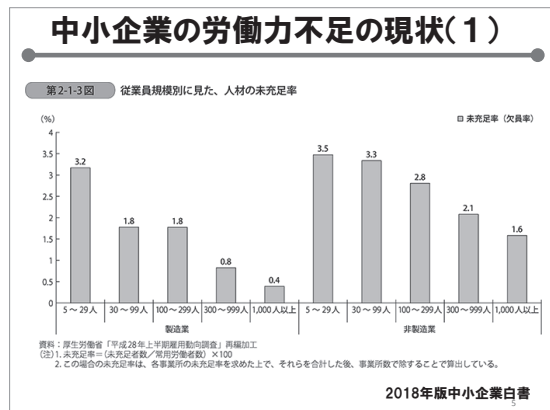
専属産業医のいる大企業を中心としているものが多くありました。ですので、比較的にリソースが十分にあるような会社が多くありました。また、育児や介護と就労の両立支援についての事例や研究は行われているものの、中小企業における疾病と就労の両立支援の実態については、これまで数字上の情報はあまり見られないと言われています。

日本の中小企業に勤務する従業員を対象に、両立支援策の有無について評価をした上で、北居先生のご発表で組織コミットメントやワーク・エンゲイジメントとの関係を調べました。組織コミットメントというのは、組織に対して従業員がこの組織に関わっていきたく思う気持ちを持っているかどうかです。また、最近ポジティブメンタルヘルスの文脈で関心を得ているワーク・エンゲイジメントは、仕事に対する前向き度のことです。

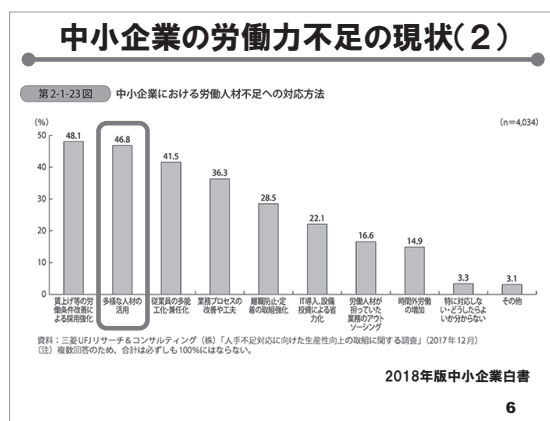


両立支援についてこのようなチラシが出ています。

最近ではもう1つバージョンアップしたチラシも出ています。山手線などに出ていますが、ご覧になった方はいらっしゃいますか。キャラクター島耕作を使って中小企業になんとかアピールしていきたいということです。今日のお話にも共通しますが、企業文化を作っていくことが1つのポイントになっていると思います。そういった文脈でこのような漫画を使ったチラシが作られています。



先ほど後藤先生が詳しく述べられていましたが、中小企業の労働力不足の現状を示したグラフです。2018年版の中小企業白書のデータで言いますと、人数が減るほど、人材の未充足率が高くなっていきます。5～29人のところを見ると製造業では3.2%、非製造業では3.5%が足りていないという状況にあります。



このような現状に対して中小企業はどのように対応していくかを示したデータです。1つは「賃上げ等の労働条件改善による採用強化」が挙げられます。2つ目に「多様な人材の活用」、3つ目に「従業員の多能工化・兼任化」があります。今日もダイバーシティという話が出ましたが、我々研究をしている者としては、この多様な人材のところに、障害を持っている方や病気を持っている方、難病を持っている方など、障害や病気を持ちながら働こうとする方が含まれているのではないかと考えています。それをどういう風にアピールしていくかが重要になると考えています。

仮説

仮説1

治療と就労の両立支援は、組織コミットメントを高める。

仮説2

治療と就労の両立支援は、ワーク・エンゲイジメントを高める。

中小企業にとって人手不足への対策の大変さがあり、それに対して多様な人材を活用していきたいという時に、ちょっとした工夫や制度の修正でできることがあるわけです。そのためにどのようなところをこの研究で着目したかというと、1つは治療と就労の両立支援について会社がどのように取り組んでいるかという点で、20数項目の質問で調査をして組織コミットメントを評価しました。もう1つは、治療と終了の両立支援はワーク・エンゲイジメントを高めるといことで、会社が治療と就労の両立支援に熱心であれば、ワーク・エンゲイジメントも高まるのではないかという仮説を立てて研究しました。

調査概要(1)

- ・調査対象者は、我が国のさまざまな中小企業に勤務する従業員である。
- ・データ収集は、インターネット調査会社に依頼した。
- ・その結果、206名の方から回答を得た。平均年齢は44.8歳(最小値21歳、最大値74歳)、性別は男性131名、女性75名であった。

規模	度数	%	雇用形態	度数	%
10人未満	31	15.0	経営者・役員	4	1.9
10～29人	52	25.2	正規の職員・従業員	178	86.4
30～49人	26	12.6	パート	2	1.0
50～99人	38	18.4	アルバイト	1	.5
100～299人	51	24.8	労働者派遣事業所の派遣社員	7	3.4
300～999人	6	2.9	契約社員	11	5.3
1000～4999人	2	1.0	嘱託	2	1.0
合計	206	100.0	その他	1	.5
			合計	206	100.0

研究自体はインターネット調査です。まだ色々和制約のある研究ですが、まずはやってみようということで調査しております。206名の方から回答を得ました。主に中小企業の従業員を対象にしました。人数が多い会社もありますが、中小企業をメインにしています。雇用形態としては、スライドに示した通りです。平均年齢は44.8歳で、最小値が21歳、最大値が74歳最近となっています。性別は男性が131名、女性が75名という結果でした。

調査概要(2)

項目		1	2	3	4
情報提供	治療と仕事の両立支援について、事業者が基本方針を表明し、従業員に周知している	0.725	0.379	0.111	0.133
	従業員に対し、健康や治療と仕事の両立支援に関する研修会が開催されている	0.701	0.232	0.026	0.167
	治療と仕事の両立支援に関する相談窓口が明確にされている	0.685	0.376	0.038	0.152
	従業員に対し、健康に関する意識調査が行なわれている	0.668	0.17	0.173	0.072
	社内報などで健康に関する情報が提供されている	0.601	0.076	0.231	0.191
	日ごろから治療と仕事の両立支援の制度や体制について情報提供が行なわれている	0.563	0.517	-0.011	0.296
	経営層が疾病に対する正しい知識や疾病対策の必要性を従業員に啓発している	0.543	0.374	0.309	0.036
	社内の健康管理に専任するスタッフ(保健師、産業医、衛生管理者など)がいる	0.535	-0.012	0.141	0.313
	病気による差別のない人事が運用されている	0.05	0.717	0.405	0.072
	もし両立支援を求める申し出をする場合、対応手順や関係者の役割が明確化されている	0.332	0.717	-0.056	0.183
柔軟な体制	病気による差別のない人事方針が掲げられている	0.124	0.694	0.38	0.032
	がんなどの長期療養が必要な病気になった場合、配置転換など、柔軟な働き方への体制整備が行われている	0.253	0.669	0.211	0.276
	1時間単位の休暇や長期の休暇が取れるなど、柔軟な休暇制度がある	0.195	0.505	0.084	0.375
	就業規則内あるいは就業規則とは別に、「健康管理規定」が作成されている	0.33	0.456	0.263	-0.065
雰囲気づくり	普段から、従業員同士や上司との間で互いに不安や心配事を伝えられるような雰囲気作りがなされている	0.107	0.175	0.655	0.26
	お互いに助け合い、共に働く職場環境が整備されている	0.072	0.378	0.631	0.242
	経営理念や社是の中に、「従業員の健康・やりがい・幸せ」に関する内容が掲げられている	0.24	0.313	0.595	-0.049
早期発見の促進	レクリエーションイベントが開催されている	0.514	-0.097	0.543	0.045
	一般健康診断で有所見者となった場合、二次検査を受診しやすいよう配慮されている	0.133	0.24	0.173	0.705
	人間ドックや市町村が行う検診(がん検診など)の受診日は勤務扱いとされている	0.07	0.068	-0.005	0.679
	一般健康診断だけではなく、がん検診も受診しやすいよう配慮されている	0.307	0.068	0.14	0.66
労働安全衛生法上の措置が徹底され、疾病の早期発見・早期治療や重症化防止が努められている		0.432	0.149	0.376	0.461
固有値		8.146	1.647	1.36	1.194
累積寄与率		37.029	44.517	50.699	56.125

9

こちらの資料は大変細かいのですが、私どもの研究班の井上彰臣先生がこれまでの研究論文をレビューしたものが、それを基にして北居先生が作られた調査項目です。22項目くらいあります。「治療と仕事の両立支援について、事業者が基本方針を表明し、従業員に周知している」「従業員に対し、健康や治療と仕事の両立支援に関する研修会が開催されている」などの質問を聞いて、「はい」「いいえ」

で回答してもらっています。その回答によってワーク・エンゲイジメントにどう影響しているかなどを見えています。北居先生は調査項目を統計解析によって大きく4つに分類しています。「情報提供」「柔軟な体制」「雰囲気づくり」「早期発見の促進」がちゃんとできているかという4つに分けて解析しています。

調査概要(3)

仮説1、仮説2ともに支持

	組織コミットメント						ワーク・エンゲイジメント					
	係数	p	係数	p	係数	p	係数	p	係数	p	係数	p
規模	.016	.825	.069	.313	.001	.982	.036	.604	.075	.291	.005	.936
年齢			.215	.006	.219	.001			.202	.012	.197	.006
性別			.094	.227	.046	.498			.065	.419	.010	.887
結婚			.143	.044	.110	.069			.088	.225	.055	.384
雇用形態			.189	.006	.180	.002			.065	.356	.054	.375
情報提供					-.132	.127					-.142	.116
柔軟な体制					.284	.001					.263	.002
雰囲気づくり					.353	.000					.291	.000
早期発見の促進					.049	.497					.159	.037
R2	.000		.099		.359		.001		.051		.298	
ΔR2			.099		.259				.050		.247	

結論から申し上げますと、若干のズレはありますが、それぞれの分類の事柄ができていると、統計的に組織コミットメントやワーク・エンゲイジメントに効いていたという結果が出ています。つまり、柔軟な体制の会社で働いている人は、組織コミットメントとワーク・エンゲイジメントも高くなっています。雰囲気づくりができていいる職場で働いている人は、

その分組織コミットメントもワーク・エンゲイジメントも高くなっています。やはりちゃんと会社が体制を整えると、そこで働く人もちゃんとそれに応えてくれるということがデータ上に現れています。まだインターネット調査による横断研究なので、因果関係ははっきり分かっていませんが、関係性があることは認められるということです。



まとめ

- ・治療と就労の両立支援策は、ワーク・エンゲイジメントや組織コミットメントを高める効果があることが示唆された。
- ・錦戸（2018）は、中小企業の特徴として、両立支援のガイドラインに対する興味や関心が薄いとしても、なんでも話せる家族的な職場風土が構築されていれば、病気の社員に対してできるだけ配慮を行っている企業も少なくないことを指摘している。われわれの分析においても、何でも話せ、お互いに助け合う雰囲気の効果的であることが示唆された。
- ・中小企業は人材不足に悩んでいる場合が多く、治療・通院のために人材が定時通りの仕事ができなくなると、他の人々にしわ寄せが発生する危険が高いと考えられる。そのような場合、本人と上司だけでなく、他のメンバーも病気と治療について理解し、助け合うことが必要である。「柔軟な勤務」と「雰囲気づくり」両方が効果的であったのは、中小企業におけるこのような状況を反映していたのではないかと考えられる。

11

まとめです。治療と就労の両立支援策は、ワーク・エンゲイジメントや組織コミットメントを高める効果があることが示唆されました。北居先生と私は、こうした結果を持って中小企業の経営者の方に「ちゃんと対応すれば、従業員の組織コミットメントも高くなりますよ」「従業員の前向き度も高くなりますよ」と伝えたいと考えています。また、この結果を踏まえて離職との関係も見ようとしているところです。

私たちと一緒に研究している錦戸先生の研究では、中小企業の特徴として、両立支援のガイドラインに対する興味や関心が薄いとしても、何でも話せる家族的な職場風土が構築されていれば、病気の社員に対してできるだけ配慮を行っている企業も少なくないことが指摘されています。分析においても、何でも話せ、お互いに助け合う雰囲気が効果的であることが示唆されたとのことでした。おそらくこういった会社はテレワークも導入しやすいのではないかと思います。

中小企業は人材不足に悩んでいる場合が多く、治療・通院のために人材がフルタイムの仕事ができなくなると、他の人々にしわ寄せが発生する危険が高いと考えられます。そのような場合、本人と上司だけでなく、他のメンバーも病気と治療について理解し、助け合うことが必要です。「柔軟な勤務」と「雰囲気づくり」両方が効果的であったのは、中小企業におけるこのような状況を反映していたのではないかと考えられます。

こういった形で、前線で支援している方の事例も汲み上げつつ、私どもはデータで示しながら、できるだけ中小企業の社長に関心を持ってもらって、両立支援をしたいと思ってもらえるような取り組みを今後ともできればと考えています。

以上で研究班からの発表を終わります。ご清聴ありがとうございました。



ディスカッション

座長：北里大学医学部公衆衛生学 講師 **江口 尚**

パネリスト：井上 雅博 / 伊藤 早苗 / 後藤 宏 / 花岡 隆夫

座長（江口） それではパネルディスカッションを始めます。フロアの方からいろいろなご意見をいただければと思っております。その前に発表者の皆様から何かコメントはありますでしょうか。

井上 大企業だからできているとか、ある程度の規模がある会社だからできているということではないと思っています。先ほどコストについてご質問をいただいたのですが、iPadなども携帯と同じようなコストで購入できますし、それほどコストはかけずにできていると思っています。お金をかければできるということではなくて、今あるものをうまく活用すれば十分できることだと思います。

花岡 私はずっとサラリーマン生活をしてきたのですが、最後の方では人事・総務の仕事もしていました。障害者を採用する立場の仕事もしておりました。小さい会社でしたが、4～5人の障害者の方を採用しました。実際に各職場に配属した時に、やはり小さい会社には専門的にフォローする体制ができていなかったのも、職場の方が面倒を見てくれているわけです。そうしないと回っていかないのです。しかし、ヘルプしてくれる人は正式な役割として「あなたはこの人のヘルプをお願いね」という状況になんともなくなっていることが多くなっていました。その人は自分の仕事をしながら障害者のヘルプもしなくてはならないので、どうしても自分の仕事が増えてしまいました。そのように仕事が増えてしまうことに対して、会社、人事がきちんと評価をして賞与の査定の中で点数を加算することなどが必要だと思いました。私はたまたま人事をしていましたので、そういったことに気をつけながら人事考課をやっていました。私自身も直接の部下に発達障害の人がいたので、その大変さは身をもって感じていましたので、そういうことをやらなければいけないと思って実行したという記憶があります。

後藤 私は社会保険労務士の仕事をさせていただいて、お手伝いするのは障害者雇用ではなく、一般就職された方が中途障害になられるというご相談を受けることが多いです。その当事者の方が休職に入られて、休職期間の満了となって復職というフェーズを迎えることになるのですが、復職される確率の正直な肌感覚が5割くらいなのです。統計ではな

いのですが、何が起ころかという、当事者の人が体調不良で仕事のパフォーマンスが落ちてしまって休職に入られるので、代わりに入った方がパフォーマンスを活かすことによって職場が活性化していたりします。そうすると戻ってこれた方の居場所がないということになり、なかなかうまくいかないのです。そういった実情を知りながら、治療と仕事の両立支援を語るのは何なのだろうという自分の中のわだかまりがあります。そこを現実的にどうしていけば良いのかを考えて、今日はお話しさせていただきました。

伊藤 後藤先生と同じく、私も若年認知症の方や中途障害の方の相談を受けることが最近は多くなっています。制度がうまく使えない状態にある方や、相談先がない、使える制度がないという方が多いです。会社の中で普通に働いているように見えても実は色々を抱えている場合もあります。ユニバーサルの方が入ってきた時に、私としては受け入れてくれて良い会社だと思って見ていると、実は社員の方が受け入れてもらった人のことを「優遇されていいなあ、自分も結構辛いことを抱えながらやっているのに」と思っているという話が出てきたりします。実はいろいろな方が働きづらさを持っていて、問題が違ってくるように見えても、共通するところがあると感じています。

座長 それではフロアの方からご質問などありますでしょうか。

質問者1 今、私の職場にも障害者の方がお勤めされているのですが、まだやはりうまく活用できず、いろいろな問題があります。今年は特に水害で出勤が難しい場合がありましたが、障害者の方に対する人事の発言も良くなかったのですが、「無事に来られるのなら出勤してください」というように曖昧な連絡をしてしまいました。それでほかの社員よりもきちんと来ていただいて、その部署にその方だけがいるという状況になってしまったことがありました。これからも災害の問題がいろいろあると思いますので、障害者の方に対して、災害時にどのように対応しているか、マニュアルなども含めて教えていただければと思います。

井上 はい。曖昧な指示や一般的な常識の範囲とか、そう

いった話では通用しないことがあると思います。弊社で心にかけているのは、例えば「明日は台風の上陸で公共交通機関に大きな乱れが起きるだろう」という状況がある時に、ある程度早い段階で判断します。「明日は出社しないでいいですよ」、あるいは「公共交通機関が動いていたら来てください」という判断をします。今は管理職同士もプライベートの携帯では嫌がるので、会社で貸与している携帯にLINEを入れています。朝にマネジメントの人たちに「今日はこういう対応をしましょう」と私から指示をして、その後にメンバーにコミュニケーションをとってもらっています。前もって分かるのであれば前の日に指示をして、当日になってみないと分からないことや、地震の発生時などでは、コミュニケーションツールを活用した連絡を徹底しています。

後藤 参考になるか分かりませんが、自然災害やインフルエンザの問題など、出勤停止にした方が良いかどうかという悩みは非常に多いのではないかと、企業からの相談を承っていて思います。やはりケースバイケースだと思いますので、同じことが起こらないためにはどうしたら良いのかを考えてみると良いのではないかと思います。今のお話を伺っていて、どうしてその方だけ出勤することになってしまったのか、他の方はなぜ出勤を取り止めたのか、情報伝達ツールが違ったのかなどを考えました。今回はそうってしまったけれど、次回はそうならないようにするために何か一緒にお手伝いできたら良いと思いました。

伊藤 ユニバーサル就労の方は日頃から配慮を受け慣れているので、そういう時に割と気軽に「電車が止まったので休みます」となって、逆に他の方はそういうことで休むという習慣が日頃からないので、電車が動いている駅まで2時間かけて歩いて行って出勤するという方がいたりします。別にそのことで配慮を受けているわけではないのに割と簡単に休んでいたりします。そうするとどうしても不公平感が出てしまい、「やはりあの人たちは配慮を受けていいなあ」と思われてしまいます。配慮を受けるべきところは受けないといけないのですが、そうではないところは公平に同じ条件でできるようにしっかりやらないと何らかの差が広がってってしまうと思いました。

質問者2 若年性認知症について話された後藤先生に教えていただきたいのですが、仕事でいろいろな方のご相談を受けていて、答える時にがんや様々な疾病と若年性認知症とではご案内できる内容に格段に違いがあることに愕然としています。若年性認知症の方を支援する社会資源が高齢者向けと同じ器でしかご案内できない状況にあって、それは違うのではないかと思いますながらジレンマを感じています。先生の扱われた事案で、我々が知らないものを含めて、有効な社会資源があったら教えてください。また、これが足りない、これがあればというような問題提起をいただけれ

ばありがたいです。

伊藤 おっしゃる通り、私も若年性認知症の方への支援には非常に頭を悩ませているところです。使える資源が非常に少ないです。やはり体は元気な方も多いです。今、私のところに来ている方も元々は自衛官だったり、警察官だったりして、お体はとても元気です。そういう方に就労支援が使えるとか、介護サービスが使えるといっても、当てはまらない方が多いです。それで今やっているのは、介護施設での掃除など、体を使うような仕事をしてもらうことです。でも、いきなりなくなってしまうりするので、やはり誰かがついていないといけないという状況です。現場が混乱したことが何度ありました。それで独自に作った試みですが、介護施設に来ているボランティアの方に、その方には知られないようにその方を見ていただくボランティアをしていただくというようなことをやって、試行錯誤しています。今ある制度、資源では対応しきれていないと思っています。体が使えるので、できる仕事はあるのですが、どう活用していくかについては試行錯誤しています。ぜひ社会資源が欲しいと思っています。

後藤 両立支援コーディネーターを政府で2000人擁立しようとしています。その前段階で、若年性認知症のコーディネーターが全国の都道府県に配置されています。私のいる愛知県では、愛知県に若年性認知症のコーディネーターが1人、名古屋市に1人います。若年性認知症は65歳より手前で認知症を発症しますが、その前に認知症と診断確定されている方はほとんどいないと思います。物覚えが悪くなってきたり、少し記憶がなくなってきたり、ペットボトルは取れるけれど紙は取れないというような空間認知障害などが出てきたりして、いろいろな認知障害が出てきて診断確定までたどり着けないと非常に難しいと思います。

ただ、若年性認知症の方に限って言えば、全国の都道府県にコーディネーターがいらっしゃいます。私は若年性認知症コーディネーター向けの講習をさせていただいてまして、そこで社会資源についてもお伝えするのですが、若年性認知症の方は通常の認知症の方と比較して、働き盛りで就労している可能性がとても高いです。そうすると勤めている前提で使える社会資源は何があるかが重要です。

まず、経済的な支援としては傷病手当があります。傷病手当というのは、若年性認知症の方がどう働くかではなく、経済的な意味での社会資源です。週5日勤務の人が5日欠勤したから傷病手当が出るということではなく、3日勤務になったとしても2日分出たりします。ですから、フル勤務ではなく3日勤務にすることによっても傷病手当が出ます。若年性認知症の方はどうしても退職のフェーズを迎えることが多いです。良いかどうかは分かりませんが、経験値からすると辞められる人が多いです。仮に休職期間をおいた時に、その期間に辞めた後にどうするのかを考える時

間を作ります。それが就労支援施設なのか、Bなのかは分かりませんが、休まれている間にどうするかという話をします。

もう1つは、介護休業という制度があります。若年性認知症の当事者の方のご相談を受けると、当事者の横に必ず介護者の方がいらっしゃいます。私の経験上どちらかというと当事者は男性の方が多いので、介護者は奥様であることが多いです。そうすると2人とも仕事ができなくなってしまうと生計が成り立ちません。ですから、ご主人が当事者だとすると、ご主人が退職された後の居場所を作っておくというのはすごく大事です。その居場所を作る間に介護休業が使えます。介護休業というのは介護保険を使っている人が対象というわけではありません。対象者が配偶者でも、若年者でも、介護のために休まなければならない社員のための制度です。当事者が使える制度と、寄り添っている介護者が使える制度の2つを説明しています。

一番大事なことは、調子が悪くなった時にちゃんと通院をしていただきたいのです。なぜなら若年性認知症の方はやはり進行していくことが多いのですが、障害年金は初診日があるかどうかポイントだからです。初診日に厚生年金に加入しているのか、辞めた後に病院に行って基礎年金に加入しているのかでは、全く違います。厚生年金は3級までありますが、基礎年金は2級までしかないのです。そういったところの手順が踏めずに退職して生活保護を受けているという方と私は何人もお会いしています。できましたら在職中に若年性認知症コーディネーターに繋がるとい道筋が必要だと思います。ではどうして行けば良いのか。両立支援コーディネーターよりも先に若年性認知症コーディネーターが全国に配置された背景には、おそらくこれから少子高齢化によって増えていくからだと思います。若年性認知症だけではなく、高齢化によって起こる問題を企業側が知っておく必要があると思っています。なかなか手が届かずにいるのですが、企業側が高齢、もしくは難病や認知症になられた方に対してどう動いたらいいのかを知っていることによって繋がるのではないかと思います。

座長 ありがとうございます。ほかに何かご質問はありますかでしょうか。

質問者3 休職者側の質問が2点あります。井上様が該当されるかも知れません。1つは、PCなど、休職者のスキルアップのための制度は何か設けていますでしょうか。サイトを拝見してみたのですが見当たりませんでした。無料でスキルアップできる機会が患者の立場にある人にとってはなかなか見つからなくて困っているという現状があります。

もう1点は、障害年金の制度が変わり、最近は更新時に更新されずに落とされてしまう事例がかなり増えていると思いますが、実際に障害年金を受給しながら就労されている場合、どのような工夫をされているのでしょうか。1級

や2級であってもそのような事例がありましたら教えてください。よろしくお願いします。

井上 我々パーソンチャレンジでは、障害のある方がお仕事を探すという観点では、2つのサービスがあります。1つは、人材紹介事業ですが、有料職業紹介事業ということで弊社にご登録いただいてキャリアカウンセラーがカウンセリングをさせていただき、企業をマッチングするというサービスです。基本的にはトレーニングという分野ではないのですが、すぐ就職に繋がる方が必ずしも多くない状況ですので、スキルアップするためのPCトレーニングのようなコンテンツを今ちょうど考えているところです。現時点ではないです。

もう1つは、就労移行支援事業です。2年間の就労移行の訓練を施し、企業に就職活動をするところでPCトレーニングの場があります。働く上での準備をするという観点でそのサービスがあります。どういうサービスを利用するかによって、使えるものが違ってくると思います。

後藤 障害年金の更新の時に更新できない、落とされてしまうというお話はよく聞きます。いろいろな事情があるのだと思います。年金事務所に相談して進める方が費用がかからないのに、私たち社会保険労務士がなぜ障害年金の申請に携わるかということを考えるのですが、診断書には日常生活上の困難さをドクターに書いていただかないといけない欄があります。それは、保護的環境ではない、即ちひとり暮らしをした時にどんな日常生活上の困難さがあるかを書いていただかないといけないものです。でもドクターは知らないです。なかなか条件提示が難しいです。ご家族と同居されている方にひとり暮らしを前提にして、「ちゃんと食事ができますか」「掃除ができますか」「金銭管理ができますか」ということをドクターに聞くわけですが、これは分らないです。ですから、診断書を取る際にご本人とお話をさせていただいて、「ひとり暮らしを想定した場合にどの程度の困難さがあるかということなんです」「薬の飲み忘れはないですかなどを聞かれるんですよ」と伝えます。私たち社会保険労務士がドクターに言うものではないと思いますので、当事者の方がどうやってドクターとお話できるかというのが障害年金の申請のポイントではないかと思っています。医師の方は治療の専門家なので、日常生活上の困難さや働きづらさを測る専門家ではないので、そこは当事者本人の口からお伝えしようとお話しして、お手伝いをさせていただくようにしています。

質問者4 後藤様のお話の中に産業医という単語があり、有り難いと感じたのですが、皆様もご存知の通り、50人以上の事業所であれば産業医を置かなければならないことになっています。中小企業では50人以下の規模で産業医がいらない状況が多いと思います。その中で産業保

健師というのは制度にはなっていませんが、産業医よりも費用を抑えられて置くことができるとい、そこに産業保健師の可能性があるのでないかという感想を持ちました。その中で皆様それぞれの立場で、産業医や産業保健師に期待すること、求めることがありましたら、今後のために教えていただきたいと思います。

井上 企業はどうしても働いていただくことが前提です。現時点でお休みをする必要があるのかどうか、どのくらいの期間が必要なのかを判断していただくために、ぜひ客観的に見ていただけたらと思っています。ただ、主治医がいらっしゃって主治医の意見があり、産業医や産業保健師の意見があり、なかなか難しいこともあります。例えば主治医が「2カ月は休みなさい」と言っているのに対して、産業医が「いや、2週間で十分です」とは言えない状況なのだと思います。我々の観点からすると、主治医はご本人の味方になっていて、時にはそこまで休み過ぎてしまうと逆に復職のハードルが上がってしまうのではないかと感じる部分があります。なかなか難しいです。できれば客観的な目で見ていただいて企業にご意見をいただきたいと思います。

花岡 私が勤めていた会社でも産業医の先生がいらっしゃいました。うつ病を発症した方がいたのですが、遠いところに住んでいた方なので、我々が主治医の先生と直接お話しするというのはなかなか難しい状況でした。そこで産業医の先生に見ていただくことによって、人事との話がうまくできたという経験がありました。

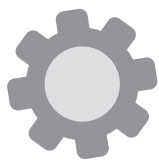
後藤 産業医や産業保健師の方は本当に必要だと思っています。主治医は会社のことが分からないのは当然だと思います。主治医は患者に寄り添っていますし、産業保健師さんはどちらかというと会社に寄り添われるのだと思います。合理的配慮が必要なのか、安全配慮義務なのかという話に近いと思うのですが、当事者は一人ですし、何らかの結論は出さなくてはならないわけです。主治医と産業医、産業保健師の意見が違っているとすると、見方の違いというだけで、うまく連携していただくことによって本人と会社にとってどうすることが一番良いことなのかをぜひチームで話し合えたらと思います。

伊藤 私もぜひ医療関係者とぜひ連携したいと思っています。私は医療関係の方とやりとりするのが下手なのかも知れないのですが、どうしても医療という観点でお話をされるので、これだけ休むのがベストという話になります。でも人によってはそうしてしまうと逆に気持ちにプレッシャーがあるから半分くらい仕事をしている方が良い場合もあると思います。医療という観点からはベストではないかも知れないけれど、本人はあまり望んでいないなど、人

によっていろいろな場合があると思います。そういうところを「その人」という視点で一緒に話し合っていけるような体制ができたと思っています。

座長 今のご質問は非常に良いポイントだと思います。私は今、パーソルチャレンジの産業医をしているのですが、やはり大切だと思うのは、会社のニーズを正確に伝えることが産業医側にとっても大切だと思っています。「先生、これどうですか」と言われるよりも、「会社としてはこう考えるので、これを評価して欲しい」と伝えてもらえるとうまくやりやすいと思います。社内に産業保健師がいて、人事の方も含めて話ができると、より機能しやすくなると思います。期待ばかりするのではなく、どういうことを期待しているかをちゃんと伝えることが大切だと思います。

そうしましたら時間が押し迫ってきましたので、あと1人からご質問、ご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。ないようでしたらこれでディスカッションを終わります。



総括

座長：北里大学医学部公衆衛生学 教授 堤 明純

堤 皆さん、今日はどうもありがとうございました。「経営者に響く治療と仕事の両立支援とは」というテーマでしたが、私なりに今日のお話をまとめました。皆さんもいろいろなことを感じたと思いますが、私の視点でまとめさせていただきます。

まず、今の日本の現状を考えますと、やはり良い人に会社を選んでもらえるようにし、会社側もコンプライアンスとしてではなく、戦力として両立支援の必要な方の採用を考えていくということで、お互いがWin-Winになるような方向に進めていくことが一番大事なのではないかと感じました。その上で、賃金も含めた会社の制度設計がとても大切で、それが無いことには動いていけないと思いました。

それから少しの配慮することであまりよくないので、選ばれる会社になるためにいろいろなテクノロジーが使えるということが勉強になりました。

一方で留意点と言いますか、必要条件と言ってもいいかもしれませんが、会社の中で「公平な負担感」を従業員に分かってもらう必要があると感じました。それには経営者の考え方がしっかり浸透していなければならないことが伺えました。花岡さんの発表にも通じますが、そういうことをやる上では情報開示をどのようにしていくかが重要であり、センシティブな問題ではあるけれども解決していかなければならないというメッセージがあったと思います。

社会資源については、十分に届いていないというお話がありました。制度の問題は、我々の研究会では漏れていた部分だったのですが、整理しておかなければ助けられる方も助けられないし、支援されるべき人も支援できないと思います。複雑な制度はやはり専門家の関与が必要になってくるとおられると思いますが、気が付いている方もいらっしゃるよう、エコマップのような形で一覧にすると見え方が見えてくるようになると思います。そういうポイントを押さえられるような良いツールになるのではないかと思います。

皆様からすればもっといろいろなことを言及されたと思いますが、私としては今お話したところは今後の研究や施策に反映できるようなところとして受け止めました。非常に良いお話が伺えたと思います。どうもありがとうございました。



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3回
「経営者に響く治療と仕事の両立支援とは」
報告書

2020年3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）



| 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/

2019 年 2 月 28 日（木） 17:30 - 19:00 開催
北里大学病院 集団指導室（1 号館 1F）

第 5 回治療と仕事との両立支援セミナー 報告書

治療と仕事の両立支援における
心理学的意思決定支援の方法

大阪大学大学院人間科学研究科
経営企画オフィス & 医学系研究科
准教授 平井 啓

目次

第 5 回 治療と仕事との両立支援セミナー 報告書

2019 年 2 月 28 日（木）17:30 - 19:00
北里大学病院 集団指導室（1 号館 1F）

治療と仕事の両立支援における心理学的意思決定支援の方法	02
大阪大学大学院人間科学研究科経営企画オフィス & 医学系研究科	
准教授	平井 啓

治療と仕事の両立支援における 心理学的意思決定支援の方法

大阪大学大学院人間科学研究科
経営企画オフィス & 医学系研究科

准教授 平井 啓

治療と仕事の両立支援における 心理学的意思決定支援の方法

平井 啓

大阪大学大学院人間科学研究科
市立岸和田市民病院緩和ケアチーム
2019.2.28.

平井 皆さま、こんばんは。大阪大学の平井です。本日はお招きいただき、ありがとうございます。今日のタイトルは「治療と仕事の両立支援における心理学的意思決定支援の方法」ですが、両立支援に限らず、心理学的意思決定支援について研究や実践等を踏まえてお話できればと思っています。

Kei HIRAI, Ph.D. (Human Sciences)
専門分野: 健康・医療心理学、行動医学、サイコoncロジー
主な関心: 意思決定 (Decision-making) と行動変容 (Behavioral change)
主な仕事:
■ がん患者のための問題解決療法プログラムの開発
● Hirai et al. (2012) Problem-Solving Therapy for Psychological Distress in Japanese Early-stage Breast Cancer Patients.
■ ソーシャルマーケティング・アプローチを応用したがん検診の受診率向上のためのテラード介入の開発
● Ishikawa, Hirai et al. (2012) Cost-effectiveness of a tailored intervention designed to increase breast cancer screening among a non-adherent population: a randomized controlled trial.
● Hirai et al. (2016) Tailored message interventions versus typical messages for increasing participation in colorectal cancer screening among a non-adherent population: A randomized controlled trial.
■ 看護師のストレスマネジメントに関する研究
● 平井 啓, 平井 尚紀, 前野 正子, 保坂 隆, 山田 高志雄: 看護師に対する構造化された心理学的サポートグループによる介入プログラムの開発に関する予備的研究. 心身医学 45 (5): 360-366, 2005.

自己紹介ですが、専門分野は健康・医療心理学という分野です。今、一番メインになっている仕事は、公認心理士の養成で、大阪大学の公認心理士養成プログラムのマネジメントのようなことをやっております。医療機関、付属病院等に実習生を送り、たまに様子を見に行っています。関連病院を含めてそのようなことをやりつつ、研究をしています。

元々は緩和ケアという領域で仕事をしてきたのですが、その中で主な専門が意思決定と行動変容という2つのキーワードになっていきました。結果的に、今は心理

学に限らず、例えば臓器移植というような色々な領域で行動変容と意思決定に関する調査等に携わせていただいています。

今日は、意思決定と行動変容のためのプログラムの初期のものを紹介します。2007年くらいから、がん患者のための問題解決療法プログラムの開発をサイコロジークラスの明智班という研究班で実施しました。認知行動療法の一種なのですが、心理療法だけでなく、より広い枠で使えるのではないかと考えますので、今日はそのエッセンスと、どう意思決定支援に活かすかというお話をしたいと思います。

もう1つが行動変容の研究です。時期は大体同じなのですが、がん検診の受診率向上という研究をやっていました。その時にソーシャルマーケティング・アプローチというマーケティング技術を使って受診率を上げることをやっていました。行動経済学のアプローチにも繋がっており、乳がん検診と大腸がん検診の地域関与についてやったところ受診率が上がりました。その辺りが意思決定と行動変容への介入ということです。あとは、以前から看護師のストレスマネジメントに関する研究をやっております。心身医学に論文を書いた事があるのですが実務としてやっておりますので、その辺もお話したいと思います。

行動変容ですが、大阪大学では教育と研究をやっている、実践は岸和田市民病院という大阪の病院で、非常勤で心理士をやっています。2週間に1回の勤務で、元々は緩和ケアチームの専門看護師の方に声を掛けられて行くようになりました。終末期の患者さんの緩和ケアチームの回診について行き、そこで出てくる少しややこしい事例の相談にのったり、カンファレンスに参加したりしておりました。コンサルテーションだけを行うという心理士は、多分珍しいと思います。直接関与は一切やらずに、コンサルだけをやる中で結構鍛えられました。そういう能力ができてきたのが、ここ5～6年です。事例検討で出てくる相談事例には、共通した同じ様なテーマが続いていまして、怒っている患者さんや家族への対応の仕方というのが一番多かったです。そこで、勉強会を開いて解説をしようということで、院内の勉強会をすることになりました。その方のリクエストで、スタッフの

メンタル、ストレスマネジメントなどをやってくれと言われ、3年前に一度やったところ、勉強会に出られた方から「うちのスタッフの様子がおかしいので見て欲しい」「相談にのって欲しい」とオーダーが入りました。それを少しずつ受けていましたら、数が膨れ上がりまして、2016年1月から専門窓口を開設することになりました。事務の方で予約ができる職員カウンセリングになっています。一応、全職員に対応しますが、ほぼ90%が看護師とメディカルへの対応となっています。このあたりから緩和ケアチームからの怒りの相談等が無くなりました。コンサルテーション業務はほぼ無くなり、今は80～90%くらい、スタッフのメンタルの相談をやっております。

去年3月から認知症ケアチームが出来て、人数的に手薄だったので、手伝いに行っています。緩和ケアでは精神科医もいて充実していたのですが、認知症ケアチームは人が不足していたので、たまたま仲良くなった師長さんが担当だったこともあり、「応援に行きます」と言いました。空いている時間は認知症ケアチームの応援に行き、アセスメントのお手伝いをしたり、コンサルテーションをやったりしています。

元々はプライマリーの看護師と主治医から緩和ケアチームに依頼が来て、ほとんど精神科医が対応するのですが、その中で少しややこしいものが私のところにきて、コンサルティングをします。一番多かったのが、怒っている患者さんや家族への対応で、予後告知など、今日のお話である意思決定支援に関する相談が一番多かったです。「どのように説明したら良いでしょうか」、「どのように関わっていったら良いでしょうか」という相談です。心理学的な相談では、頻回ナースコールの患者さんのことが結構多く、認知症ケアチームになっても結構多いです。やはり不安が強く、ナースコールを押すとナースが来るので、ナースコール押し行動が強化されます。行動理論で解釈しているのですが、その学習をいかに解いていくかという介入になります。「ナースコールではなく、定期的に訪問するようにしましょう」、「通る時は必ずその人に声を掛けましょう」と言い、「押す」ということと離していきます。そのようなことをコンサルテーションでやりました。最近もそのようなことがありまして、結構あることだと思います。

両立支援に一番近いのは職員とメンタルヘルスです。お決まりのうつ状態やバーンアウトは、業務負荷が増えた時、特に新人さんや異動・昇進というタイミングでの不適応というのが多く、その時に相談に来ます。

始めた1～2年目は、このまま仕事をしていると危ないという方は、たまたま近所に診療所を開設された精神科医が緩和ケアチームに非常勤として来られていたので、その診療所に送ることにしました。ホットラインのようなものもあるので送りやすかったです。「ちゃん

と信用して、できれば休んでください」と言いました。それでもキリがなくなり、ある時から始めたのが面談です。「新人と全員面談します」と看護局長に言いました。自分の首を絞めると思ったのですが、多分出来るだろうと思いついて、20人くらいの入職者がいるので、とりあえず1人15分の枠で1回当たり4～5人の枠を作りました。7～8月に行く時に、1人ずつ話を聞きます。事前に簡単なアンケートと管理者のコメントをもらって、本人の面談を15分して、業務不適応アセスメントをします。本人にもフィードバックし、簡単なメンタルヘルスリテラシー教育をして、「貴方の弱点はこの辺だから気をつけましょう」といったことを言います。同時に、主に病棟の師長である管理者に、30分の時間をもって「貴方の病棟の〇〇さんと〇〇さんの様子はこうです」と話をします。これをワンセットにして、7月から9月にかけてやっております。

また、この人達を教える実地指導者研修で、教え方を教えないといけないと考えました。見てみると、教える側の要因も結構大きいだろうという感じがしていて、今は教える側をどう変容するかが一番のテーマになりつつあります。

あとは、管理者のコンサルティングも多いです。新人に限らず、不調者が出た時にどう管理していくのが良いかということです。特に、軽い発達障害傾向のものとあると、それが不適応の要因になることが多いので、そういった方々の対応の仕方を発達心理学的なことも含めてコンサルテーションしています。そうしていると実際に不調になった方が紹介されてきます。症状が重いと精神科を受診してもらうのですが、初期に送っていただければカウンセリングと仕事の仕方のコーチングで何とかなるので、今はそちらに徐々にウェイトを置いています。そのためにも、全員に最初に会っておく仕組みにしておくと、いざ何かあった時に来やすくなります。それを実現したいと思い、面談を始めました。2～3年目になって機能してきて、早めに送っていただけるようになりましたし、全員面談の前にも不調者がいれば私のところに来てもらうことになりました。

やはりそれでも休職になる方はいます。復職される方の支援や、残念ながら退職支援というのも結構やっています。「ちょうど3月末で辞めるのだけど、この先のキャリアも心配だから」と、円満退職をした後も看護師として頑張りたいので、次の職を迎えられるように支援をやっています。

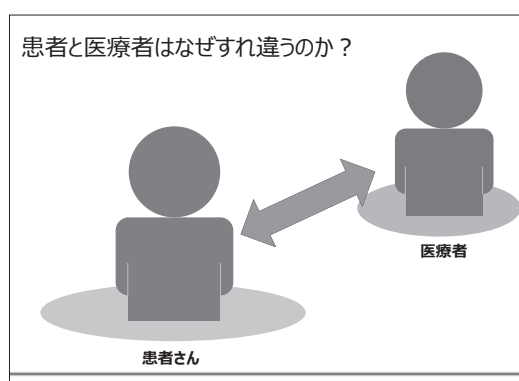
また、ストレスの話を聞いていると、結果的に子育て相談となることもあります。私は経験がないので適任ではないのですが、私の同僚が詳しいので、そんな専門家に私がコンサルテーションを受けつつ、子育て相談にも応じております。やはり負担が非常に増えて、仕事が忙しくなって、キャパを超えるということが多いです。

あとは、管理職になった時に、不適応になる人がいて、そのマッチングの問題です。現場で自分が動く能力が高い方が、リーダーシップをとるところで躓くことがあるのです。そういう方にもコーチングで関わっています。

このような仕事をしていて、実際に1つの組織に関わっていると色々なことが起こり、事件・事故等も起こります。重い病気にかかられている方の両立支援の相談にのると、真剣な目になられる方もいます。そういう時はキャリアの考え方や、どのように仕事を続けていくかなどのご相談にのったりしています。

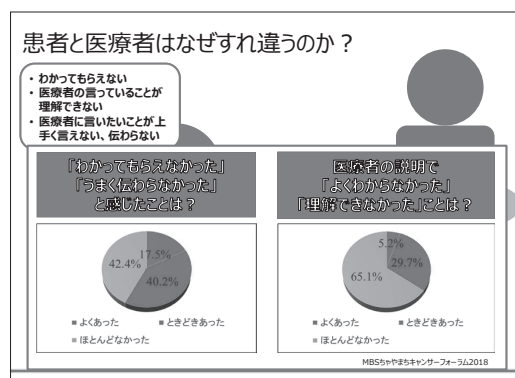


今日、お話ししたいのは意思決定支援です。行動経済学の意思決定支援なのですが、最近「医療現場の行動経済学」という本を7月に出しました。一時期、Amazonランキングでジャンルを超えて19位になっていました、気づいたら私達が想定していた売上を超えてしまい、びっくりしました。この本は、色々な分野で、がんに限らず、心疾患や高齢者や医療従事者等を含めて、様々な先生方に書いていただきました。「すれ違う医者と患者」が共通のテーマで、なぜ患者と医療者はすれ違うのかという観点から、意思決定や行動について考えていこうと思って準備してきました。

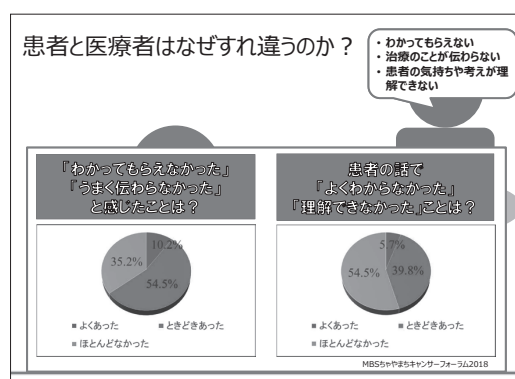


「なぜ患者と医療者はすれ違うのか」ですが、患者さんに聞くとよく言われるのが「分かってもらいたいが、主治医に分かってもらえない」ということです。これを言われる方が最も多いです。あとは、「言いたいことが

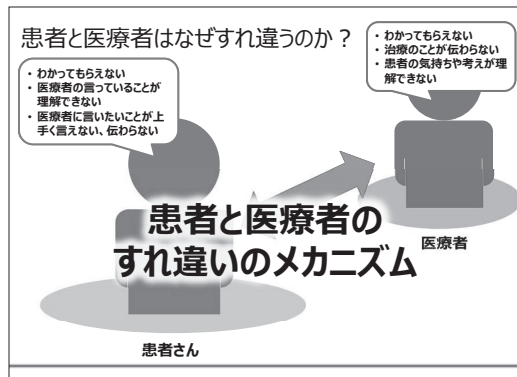
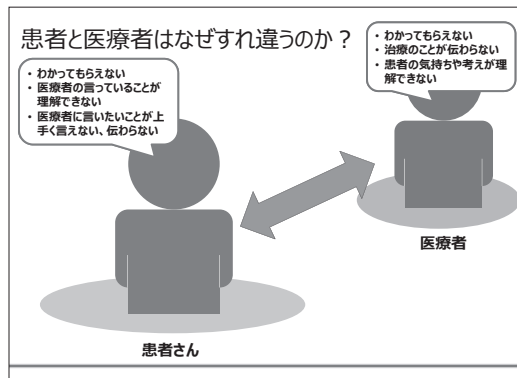
上手く伝わらない」ということです。この辺の話が長くなって、なかなか重要なことが決められないということになります。



あるテレビ局のイベントのために、aya 世代の患者達とやっている活動の中でアンケートを取りました。やはり患者の経験者の中に「分かってもらえない」と感じた方が非常に多いです。あと、「医療者の説明でよく分らなかった」というのが35%ぐらいでした。



このアンケートを医療者の方にも同じ構造で聞いてみると、医療者の方も「分かってもらえない」、「治療のことが伝わらない」、「患者の気持ちや考えが理解できない」と思っていました。この頻度も非常に高く、60%以上の医療者がこのような経験をされているということです。また、「患者の話でよく分らなかった」、「理解できなかった」ということも非常に多いです。お互いにすれ違うことは、日々あるのだと思います。



お互いに分かってもらえていない中で、医療が実は進んでいっているということです。では、なぜ分かってもらえていないという現象が起こるのかを考えてみました。



一言でいうと、見えている景色が違うということです。

患者さんから見えている景色と、医療者から見えている景色が違うということです。患者さんは、森の中にいて、これからどこに行こうかと思っています。医療を受けることを、森を抜けていくことに例えたのですが、患者さんから見るとスライドのような景色が見えています。目の前に黒い木が2本あり、ウサギがいて、鹿がいるという景色が見えています。



医療者からはどのように見えているかと言うと、スライドのような感じです。ドローンで上から見ているような、森の全体像を見て、道があって、これを行くとどっちに出るかを知っています。先程の患者さんに対して、医療者は「このまま真っ直ぐ行くと、道に当たるので、後はそこを行けば出られますよ」という説明の仕方をします。でも患者さんは診察で、目の前に見えることを「2本の木があって」と一生懸命に主治医の先生に伝えようとするのですが、主治医の先生は「森を出ることができる大きな道があります」と言うのです。患者さんから見えている景色からは、「本当にこれで良いのだろうか」と感じます。こういうコミュニケーションが日々行われているので、分かり合えるようになるのはこのままだと難しいと思います。特に患者さんが知りたいのは、「次にどちらに向かって進んだら良いのか」ということです。医療者は、ここを行けば出ると分かっているので、複数の道を言うのですが、患者さんからすると目の前を今どちらに行ったら良いのかを知りたい気持ちになると思います。だから目の前に今、見えていることだけを一生懸命に伝えようとする人が多いです。初めて来たところなので、森の中がどうなっているかを知らないというのが、やはり患者体験で1番に感じる事なのです。医療者は、逆に色々な患者さんが森を通るところを見えていますので、どこに行けばどうなるかをよく知っています。それでそういう話になりますが、上空からの様子を伝えられても、患者さんはどちらに行ったら良いのか分からないということです。